



การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ
BUDDHIST INTEGRATED END - OF - LIFE CARE

นางสาวสุวรรณ แนวจำปา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาพระพุทธศาสนา
บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
พุทธศักราช ๒๕๕๔

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ

นางสาวสุวรรณี แนวจำปา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาพระพุทธศาสนา
บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
พุทธศักราช ๒๕๕๔

(ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย)

BUDDHIST INTEGRATED END- OF- LIFE CARE

MISS SUWAPORN NAEWCHAMPA

A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of
the Requirement for the Degree of
Doctor of Philosophy
(Buddhist Studies)

Graduate School
Mahachulalongkornrajavidyalaya University
Bangkok, Thailand

C.E. 2011

(Copyright by Mahachulalongkornrajavidyalaya University)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา
พระพุทธศาสนา

.....

(พระสุธีธรรมานุวัตร, ผศ. ดร.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการตรวจสอบวิทยานิพนธ์ประธานกรรมการ

(พระศรีกัมภีรญาณ, รศ. ดร.)

.....กรรมการ

(พระสุธีธรรมานุวัตร, ผศ. ดร.)

.....กรรมการ

(ดร. อำนวย บัวศิริ)

.....กรรมการ

(ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์สันต์ หัตถิรัตน์)

.....กรรมการ

(นายแพทย์แพทย์พงษ์ วรพงศ์พิเชษฐ)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

พระสุธีธรรมานุวัตร, ผศ. ดร.

ประธานกรรมการ

ดร. อำนวย บัวศิริ

กรรมการ

นายแพทย์แพทย์พงษ์ วรพงศ์พิเชษฐ

กรรมการ

ชื่อวิทยานิพนธ์ : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ

ผู้วิจัย : นางสาวสุวรรณ์ แนวจำปา

ปริญญา : พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต (พระพุทธศาสนา)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

: พระสุธีธรรมานุวัตร, ผศ.ดร. ป.ธ.๘, M.A., Ph.D.

: ดร. อำนาจ บัวศิริ กศ.บ. (เคมี), ค.ม. (วิจัยการศึกษา),

ค.ค. (การอุดมศึกษา), ดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ สาขา (พธ.ค.)

: นายแพทย์แพทย์พงษ์ วรพงศ์พิเชษฐ พบ.

วันสำเร็จการศึกษา : ๒๖ มีนาคม ๒๕๕๕

บทคัดย่อ

งานวิจัยเรื่อง “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ” นี้มีวัตถุประสงค์ ๓ ข้อคือ (๑) เพื่อศึกษาแนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันและตามหลักพระพุทธศาสนา (๒) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในสังคมไทย (๓) เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ โดยวิธีการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการสัมภาษณ์นักวิชาการและผู้มีประสบการณ์ ผลการวิจัยพบว่า

ทางการแพทย์แผนปัจจุบันถือว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ควรได้รับการดูแลด้วยวิธีการที่หลากหลายเช่น แบบพหุวิชาชีพเพื่อให้การดูแลอย่างทั่วถึงในทุกมิติ ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การดูแลระดับประคองมิติด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมี “การตายดี” หรือ “การตายอย่างมีความสุข” ในขณะที่พระพุทธศาสนาเถรวาทถือว่า ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลจึงควรมีเมตตากรุณาเป็นพื้นฐาน ช่วยประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยให้สะอาด สว่าง สงบ ให้การดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ ให้ผู้ป่วยมีสติไม่หลงลืม มีความสำราญแจ่มชื่น ไม่ขุ่นมัว เพื่อไปสู่สุคติหลังจากตาย ส่วนหลักที่ถือปฏิบัติในสังคมไทยถือว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายควรได้รับการดูแลด้วยการแพทย์เชิงพหุลักษณะครอบคลุมทุกมิติ เช่น ยาสมุนไพร ดูแลแนวมนุชยนิยม ดูแลรักษาแบบองค์รวมครอบคลุมมิติทางกาย มิติทางจิต มิติทางปัญญา มิติทางสังคม วิธีการแบบองค์รวม เช่น การดูแลด้านร่างกายโดยการสร้างบรรยากาศ การดูแลด้านจิตใจ เช่น การสวดมนต์ไหว้พระ ให้ครอบครัวของผู้ป่วยและ

เครื่อง่ายสังคัมให้เป็นส่วนหนึ่งในทีมดูแลผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายสูงสุดอยู่ที่ “การตายดี” หรือ “การตายอย่างสงบ” เป็นหลักประกันว่า หลังจากตายแล้วจะไปสู่สุคติ

หลักการและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการคือ ผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต้องมีพรหมวิหารธรรมคือเมตตากรุณาเป็นพื้นฐาน โดยส่วนคนผู้ดูแลเองก็มีความเข้าใจโลกและชีวิต รู้เท่าทันชีวิตและความตาย ทำการดูแลอนุวัตตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน ทำงานดูแลแบบพหุวิชาชีพเพื่อให้การดูแลทั่วถึงทุกมิติ โดยบริหารองค์ประกอบในการดูแลให้อยู่ในสภาพเอื้ออำนวย กล่าวคือ การเอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วยมีทักษะเท่าที่ที่ดีซึ่งทำให้สะดวกในการดูแลรักษา มีศรัทธาในพระรัตนตรัย (และหรือในหลักศาสนาที่ตนนับถือ) รู้เท่าทันธรรมชาติของโลกและชีวิตที่อยู่ภายใต้กฎแห่งไตรลักษณ์ ผู้ดูแล ผู้ดูแลควรมีลักษณะที่พึงประสงค์ มีจิตอาสาพยาบาล มีหลักพรหมวิหาร มีสาราณียธรรม ๖ ญาณมิตร มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่างผู้ป่วยกับญาติมิตร วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลรักษา ควรมีทั้งวัสดุอุปกรณ์เชิงนามธรรม เช่น ฌานอธิญา และวัสดุอุปกรณ์เชิงรูปธรรมเช่น ยาสมุนไพร การรักษาด้วยยาแพทย์แผนปัจจุบันเท่าที่จำเป็น ดูแลให้ครบทุกมิติซึ่งมี ๔ ด้าน คือ (๑)มิติทางกาย-ศีลสิกขา (๒) มิติทางสังคัม-ศีลสิกขา (๓) มิติทางจิตใจ-สมาธิสิกขา (๔) มิติทางปัญญา-ปัญญาสิกขา ให้การดูแลด้วยจุดมุ่งหมายที่จะให้ผู้ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะ สมบูรณ์ ไม่หลงตาย (อสมมุพฺโห กาลํ กโรติ) ทำชีวิตให้มีคุณภาพ สุขภาพ และสมรรถภาพก่อนตาย มีจิตผ่องแผ้วในวาระสุดท้ายก่อนสิ้นชีวิต ไปสู่สุคติหลังตาย ท้ายที่สุดถ้าเป็นไปได้ก็ให้มีสุขอันเกิดจากนิพพานในกรณีที่อุปนิสัยองค์ประกอบพร้อมเช่นกรณีของพระปุดีกัตตติสสเถระ นอกจากนี้ผู้ดูแลควรได้รับประโยชน์คือมีจิตงอกงามพัฒนา และได้โอกาสทำบุญจากการที่มีจิตอาสาดูแลผู้ป่วย ซึ่งในทางปฏิบัติ ควรนำหลักการแพทย์แผนปัจจุบันและหลักการที่ถือปฏิบัติในสังคัม ไทยเข้ามาเสริม ให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิขั้นพื้นฐาน เช่น สิทธิที่จะได้รับการปฏิบัติในฐานะที่เป็นมนุษย์ที่มีชีวิตจิตใจ สิทธิที่จะรับรู้และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล สิทธิที่จะแสวงหาความต้องการด้านจิตวิญญาณ สิทธิของครอบครัวที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล สิทธิที่จะตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรี สิทธิที่คาดหวังว่าร่างกายของตนจะได้รับการปฏิบัติด้วยดี

Dissertation Title : Buddhist Integrated End- of- Life Care
Researcher : Miss Suwaporn Naewchampa
Degree : Doctor of Philosophy (Buddhist Studies)
Dissertation Supervisory Committee
: Phra Suthethammanuwat, Pali 9, M.A., Ph.D.
: Dr. Amnaj Buasiri , B.Ed. (Chem),
M. Ed. (Ed. Research), Ph.D (Higher Ed.)
: Dr. Phaetpong Vorapongpichet, MD.
Date of Graduation : 26 March 2012

ABSTRACT

The objectives of this thesis are divided into three as follow: (1)to study the concept and method of the end-of-life care according to modern medicine and the Buddhist Doctrine (2)to study the problematic situations in Thai society (3)to create the model of Buddhist Integrated End-of-life care by means of studying the documents, related research works, in-depth-interview with the scholars and expertise. The result of research is as follow:

According to modern medicine, the patients who are in the final state of life should be cared in several ways such as multi-professionals caring covering every dimension of life, holistic care, palliative care of mental dimension so that the patients will have a good dying or happily dying. According to Theravada Buddhism, the patients who are in the final state of life should be cared like this; the person who are in charge of this matter should be qualified with loving-kindness and compassion. They should try to brighten and pacifying the spirit of their patients to gain, the mindfulness and clear-comprehension and filled with joyfulness and happiness. Having these good factors, those patients will be reborn in a good place afterdeath.

According to the practices in Thai society, the patients who are the final state of life should be cared like this; . the care of those patients should be multi - disciplinary covering every dimension such as herbal medicine. The humanist care and holistic care should cover physical, mental, intellectual and social dimensions. Holistic care such as creating the atmosphere beneficial to the mind, chanting, family and social network participation in caring. The purpose of this method of caring is good dying or peaceful dying which is conducive to good place afterdeath.

The principle and method of Buddhist Integrated is as follows; the persons who are in charge of caring the patients have to keep in mind the holy abidings-Brahmaviahara such as loving-kindness and compassion, individually realizing the world and life, stepping up the life and death. The method of caring is various multi-professionals care so that the care will cover every aspect of life, by organizing the medical factors in sufficial state. Helping the patient to become a good attitude and behavior conducive to easiness in taking care, to have the firm faith in the triple Gem (or in the doctrine of any religion) and realizing the fact of life can be cared easily. The persons who are in charge of caring the patient should be qualified with service-mind, the holy abidings-Brahmaviahara and virtues for fraternal living-saraniyadhamma. The relatives should also keep good relationship with the patient. The medical instruments should be intangible such as ultra-conscious insight-Abhinna, and tangible such as herbs. The curing by modern medication in moderate level, care of four dimensions;(1)physical-silasikkha (2)social-silasikkha (3)mental-cittasikkha (4)wisdom-pannasikkha should be done. The purpose of caring is to fill the patients with complete mindfulness and clear-comprehension, good quality of life, good health and efficiency before their death with purified mind in the last moment of life before death such that they will be reborn in good place or heaven afterdeath. Finally the topmost purpose of this caring is to get the happiness from emancipation(Nibbana) such as the case of Putigattatissathera. Apart from the benefits for the patients, the persons who are in charge of caring also benefit with mental development at the same time, they should have the

opportunity to accumulate the merits. In principle, modern medicine and the medical practices in the Thai society should be implemented together so that the patients will get the basic rights such as the rights to get medical practice towards them as a human being, the acknowledgement and participation in medical decision, the seeking of spiritual need, the family's participation and station closely by the patients bed, peaceful dying, dignified dying and expectation to acquire the proper treatment of their body.

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ซึ่งงานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความเมตตาอนุเคราะห์ และคำแนะนำจากบุคคลหลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยขอระบุนามไว้ เพื่อแสดงความขอบพระคุณ ดังนี้

ขอกราบขอบพระคุณ พระสุธีธรรมานุวัตร,พศ.ดร. คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ที่รับเป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ ดร. อำนาจ บัวศิริ รองผู้อำนวยการสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ซึ่งได้ให้การปรึกษาและแนะนำสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร. แม่ชีกฤษณา รักษาโณม ได้เมตตากรุณาตรวจสอบงานด้านพระอภิธรรมให้ผู้วิจัย

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ดังนี้ พระอาจารย์พระมหาสุทิตย์ อาภากรโร,ดร. นายแพทย์พรเลิศ นัตรแก้ว รศ. พิเชฐฐ์ กาลามเกษตร์ รศ.ดร. ทศนีย์ทองประทีป พศ.ดร. สิริวัฒน์ ศรีเครือดง ขอขอบคุณผู้ที่กรุณาอนุญาตให้สัมภาษณ์ ดังนี้ พระอาจารย์ไพศาล วิสาโล พระอธิการครรชิต อภิญโญ ศาตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์สันต์ หัตถิรัตน์ นายแพทย์สุชาย สุนทรภา อาจารย์ธวัช คณิตกุล อาจารย์คณัย จันทร์เจ้าฉาย อาจารย์อุมาภรณ์ไพศาลสุทธิเดช อาจารย์สมถวิล โปตระนันท์ นายชนวัชร เกตน์วิมุต นางสาวสุสดี เขียนงาม ที่ให้ความเมตตาอนุเคราะห์ในการสัมภาษณ์เพื่อถ่ายทอดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแก่ผู้วิจัย และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มเพื่อให้ความรู้และข้อมูลกับผู้วิจัย ดังนี้ พระศรีคัมภีร์ญาณ,รศ.ดร. ศาตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์สันต์ หัตถิรัตน์ นายแพทย์ปุ่นวัสส์ กิตติมานนท์ รศ. พิเชฐฐ์ กาลามเกษตร์ อาจารย์สุรีย์ ลีมงคล อาจารย์ ดร. แสง นิลนามะ รวมทั้งเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่านที่ได้ให้กำลังใจ และช่วยเหลือเกื้อกูลมาโดยตลอด

คุณความดีและประโยชน์ใด ๆ ที่เกิดขึ้นจากงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยขออุทิศแด่ พันโทสมัย – นางประไพ แนวจำปา บิดามารดาผู้ล่วงลับ และขอบพระคุณ อาจารย์ธวัช – คุณบุบผา คณิตกุล ผู้เป็นกัลยาณมิตรทางธรรม และผู้อยู่เบื้องหลังแห่งความสำเร็จของผู้วิจัย

สุวรรณณ์ แนวจำปา

๒๖ มีนาคม ๒๕๕๕

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญแผนภาพและตาราง	ฎ
คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ	ฐ
บทที่ ๑ บทนำ	๑
๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	๑
๑.๒ วัตถุประสงค์ในการวิจัย	๕
๑.๓ ปัญหาที่ต้องการทราบ	๖
๑.๔ ขอบเขตของการวิจัย	๖
๑.๕ คำจำกัดความของศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	๗
๑.๖ ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๗
๑.๗ วิธีดำเนินการวิจัย	๑๗
๑.๘ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	๒๑
บทที่ ๒ แนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายตามหลักการแพทย์ แผนปัจจุบัน	๒๒
๒.๑ นิยามและความหมาย “ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย”	๒๒
๒.๒ ลักษณะอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย	๒๔
๑) อาการทางกาย	๒๔
๒) อาการทางจิต	๒๖
๒.๓ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายแบบองค์รวม	๓๐
๒.๔ วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย	๓๒

ก. การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	๓๒
ข. การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care)	๓๖
๒.๕ จุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	๔๖
๒.๖ สรุป	๔๓
บทที่ ๓ แนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายตามหลัก พระพุทธศาสนาเถรวาท	๕๖
๓.๑ นิยามและความหมาย “ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย”	๕๖
๓.๒ ลักษณะอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย	๕๘
๑) ระยะอาสัณนกาล	๕๙
๑.๑) อาการทางกาย	๕๙
๑.๒) อาการทางจิต	๖๑
๒) ระยะปัจจาสัณนกาล	๖๔
๒.๑) กรรม หรือ กรรมอารมณ์	๖๕
๒.๒) กรรมนิमित หรือ กรรมนิमितอารมณ์	๖๕
๒.๓) คตินิमित หรือ คตินิमितอารมณ์	๖๗
๓.๓ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายแบบองค์รวม	๗๑
๓.๔ วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย	๗๓
๓.๔.๑ พุทธวิธีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย	๗๓
๓.๔.๒ วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายแบบองค์รวม	๘๖
๓.๕ จุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	๑๐๑
๓.๖ สรุป	๑๐๖
บทที่ ๔ แนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในสังคมไทยปัจจุบัน	๑๐๙
๔.๑ นิยามและความหมาย “ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย” ในสังคมไทยปัจจุบัน	๑๐๙
๔.๒ ลักษณะอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในสังคมไทยปัจจุบัน	๑๑๕
๔.๒.๑ อาการทางกาย	๑๑๕
๔.๒.๒ อาการทางจิต	๑๒๐
๔.๓ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในสังคมไทยปัจจุบัน	๑๒๕
๔.๓.๑ เป็นแนวคิดการดูแลด้วยการแพทย์เชิงพหุลักษณะ	๑๒๕
๔.๓.๒ เป็นแนวคิดการดูแลด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน	๑๒๗

๔.๓.๓	เป็นการดูแลแนวมนุษยนิยม (Humanism)	๑๒๘
๔.๓.๔	เป็นแนวความคิดดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายแบบองค์รวมตามหลักในสังคมไทย	๑๒๙
๔.๓.๕	เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งประคับประคองชีวิต	๑๓๐
๔.๓.๖	เป็นการดูแลที่บุคคลทุกคนในมีส่วนร่วมและต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม	๑๓๐
๔.๔	วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในสังคมไทยปัจจุบัน	๑๓๕
๔.๔.๑	วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสังคมไทย	๑๓๕
๔.๔.๒	วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมในสังคมไทยปัจจุบัน	๑๓๘
๔.๕	จุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	๑๖๙
๔.๖	สรุป	๑๗๑
บทที่ ๕	การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ	๑๗๕
๕.๑	ตารางเปรียบเทียบแนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน ตามหลักพระพุทธศาสนาและในสังคมไทย	๑๗๕
๕.๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อดีข้อเสีย	๑๘๙
๕.๒.๑	หลักการและข้อตกลงเบื้องต้น	๑๘๙
๕.๒.๒	กรอบการวิเคราะห์	๑๘๙
๕.๓	รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ	๑๙๓
๕.๓.๑	แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล	๑๙๔
๕.๓.๒	องค์ประกอบในการดูแล	๑๙๔
๕.๓.๓	จุดมุ่งหมาย	๒๐๘
๕.๔	การตรวจสอบร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group)	๒๑๒
๕.๕	สรุปการตรวจสอบร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group)	๒๑๓
บทที่ ๖	สรุป และข้อเสนอแนะ	๒๑๖
๖.๑	สรุป	๒๑๖
๖.๒	ข้อเสนอแนะ	๒๒๕

บรรณานุกรม

๒๒๖

ภาคผนวก

๒๓๔

ประวัติผู้วิจัย

๒๓๐

สารบัญแผนภาพและตาราง

เรื่อง	หน้า
บทที่ ๑ บทนำ	
แผนภูมิที่ ๑.๑ แสดงกระบวนการวิจัย	๒๐
บทที่ ๒ แนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในทางการแพทย์ แผนปัจจุบัน	
ตารางที่ ๒.๑ แสดงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยองค์รวม กรณีตัวอย่างที่ ๑	๔๕
ตารางที่ ๒.๒ แสดงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยองค์รวม กรณีตัวอย่างที่ ๒	๔๖
บทที่ ๓ แนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายตามหลัก พระพุทธศาสนาเถรวาท	
ตารางที่ ๓.๑ แสดงการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยด้วยพระองค์เอง	๗๖
ตารางที่ ๓.๒ แสดงการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยด้วยพระองค์เอง	๗๘
ตารางที่ ๓.๓ แสดงการดูแลผู้ป่วยโดยอ้อมด้วยการแนะนำพระสวาคดูแลกันเอง	๘๒
ตารางที่ ๓.๔ แสดงพุทธวิธีทรงส่งเสริมสวาคให้รักษาดูแลผู้ป่วย	๘๕
ตารางที่ ๓.๕ แสดงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเมตตากรุณากรณีมีภุชกุณชาติ	๑๐๐
ตารางที่ ๓.๖ แสดงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเมตตากรุณากรณี พระปุกิตต์ตติสเถระ	๑๐๑
บทที่ ๔ แนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในสังคมไทยปัจจุบัน	
ตารางที่ ๔.๑ แสดงอาการสำคัญในผู้ป่วยระยะสุดท้าย	๑๑๘

บทที่ ๕ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ

ตารางที่ ๕.๑	เปรียบเทียบแนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายตาม หลักการแพทย์แผนปัจจุบันตามหลักพระพุทธศาสนาเถรวาท และที่ถือปฏิบัติในสังคมไทย	๑๗๕
แผนภูมิที่ ๕.๑	(ร่าง)รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ	๒๑๑
แผนภูมิที่ ๕.๒	รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ	๒๑๕

คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ

คำภีร์ที่ใช้ในการอ้างอิง

๑. อักษรชื่อคำภีร์พระไตรปิฎก

งานวิจัยฉบับนี้ใช้พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ในการอ้างอิง ระบุ เล่ม/ชื่อ/หน้า หลังอักษรย่อชื่อคำภีร์ เช่น ที.ม.(ไทย ๑๐/๑๘๕/๑๓๑ หมายถึง สุตตันตปิฎก ทีฆนิกาย มหาวรรค ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เล่มที่ ๑๐ ชื่อ ๑๘๕ หน้า ๑๓๑

พระวินัยปิฎก

วิ.ภิกขุณี. (ไทย)	=	วินัยปิฎก ภิกขุณีวิภังค์ (ภาษาไทย)
วิ.ม. (ไทย)	=	วินัยปิฎก มหาวรรค (ภาษาไทย)

พระสุตตันตปิฎก

ที.สี. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก ทีฆนิกาย สีลขันธวรรค (ภาษาไทย)
ที.ม. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก ทีฆนิกาย มหาวรรค (ภาษาไทย)
ที.ปา. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก ทีฆนิกาย ปาฎิกวรรค (ภาษาไทย)
ม.มฺ. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก มัชฌิมนิกาย มูลปิณณาสก์ (ภาษาไทย)
ม.ม. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก มัชฌิมนิกาย มัชฌิมปิณณาสก์ (ภาษาไทย)
ม.อุ. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก มัชฌิมนิกาย อุปริปิณณาสก์ (ภาษาไทย)
สํ.ส. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก สังกยุตตนิคาย สกถวรรค (ภาษาไทย)
สํ.นิ. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก สังกยุตตนิคาย นิทานวรรค (ภาษาไทย)
สํ.ข. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก สังกยุตตนิคาย ขันธวรรค (ภาษาไทย)
สํ.สพว. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก สังกยุตตนิคาย สพายตนวรรค (ภาษาไทย)
สํ.ม. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก สังกยุตตนิคาย มหาวารวรรค (ภาษาไทย)
อง.เอกก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก อังคุตตรนิกาย เอกกนิบาต (ภาษาไทย)
อง.ทุก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก อังคุตตรนิกาย ทุกนิบาต (ภาษาไทย)
อง.ติก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก อังคุตตรนิกาย ติกนิบาต (ภาษาไทย)
อง.จตุกก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก อังคุตตรนิกาย จตุกกนิบาต (ภาษาไทย)
อง.ปญจก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก อังคุตตรนิกาย ปญจกนิบาต (ภาษาไทย)
อง.ฉก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก อังคุตตรนิกาย ฉกนิบาต (ภาษาไทย)
อง.สตตก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก อังคุตตรนิกาย สตตกนิบาต (ภาษาไทย)

อง.อภุชก. (ไทย)	=	สุดตันตปิฎก อังคุตตรนิกาย อภุชกนิบาต (ภาษาไทย)
อง.ทสก. (ไทย)	=	สุดตันตปิฎก อังคุตตรนิกาย ทสกนิบาต (ภาษาไทย)
ขุ.ฐ. (ไทย)	=	สุดตันตปิฎก ขุททกนิกาย ธรรมบท (ภาษาไทย)
ขุ.อุ. (ไทย)	=	สุดตันตปิฎก ขุททกนิกาย อุทาน (ภาษาไทย)
ขุ.สุ. (ไทย)	=	สุดตันตปิฎก ขุททกนิกาย สุตตนิบาต (ภาษาไทย)
ขุ.วิ. (ไทย)	=	สุดตันตปิฎก ขุททกนิกาย วิมานวัตถุ (ภาษาไทย)
ขุ.เปต. (ไทย)	=	สุดตันตปิฎก ขุททกนิกาย เปตวัตถุ (ภาษาไทย)
ขุ.เถร. (ไทย)	=	สุดตันตปิฎก ขุททกนิกาย เถรคาถา (ภาษาไทย)
ขุ.เถรี. (ไทย)	=	สุดตันตปิฎก ขุททกนิกาย เถรีคาถา (ภาษาไทย)
ขุ.ชา. (ไทย)	=	สุดตันตปิฎก ขุททกนิกาย ชาดก (ภาษาไทย)
ขุ.ม. (ไทย)	=	สุดตันตปิฎก ขุททกนิกาย มหานิเทศ (ภาษาไทย)
ขุ.จู. (ไทย)	=	สุดตันตปิฎก ขุททกนิกาย จูฬนิเทศ (ภาษาไทย)
ขุ.อป. (ไทย)	=	สุดตันตปิฎก ขุททกนิกาย อปทาน (ภาษาไทย)

พระอภิธรรมปิฎก

อภิ.วิ. (ไทย)	=	อภิธรรมปิฎก วิภังค์ (ภาษาไทย)
อภิ.ปุ. (ไทย)	=	อภิธรรมปิฎก ปุคคลบัญญัติ (ภาษาไทย)
อภิ.ก. (ไทย)	=	อภิธรรมปิฎก กถาวัตถุ (ภาษาไทย)

๒. งานวิจัยฉบับนี้ใช้บรรณานุกรมภาษาไทย ฉบับมหามกุฏราชวิทยาลัย ระบุชื่อคัมภีร์ / เล่ม / หน้า เช่น ขุ.ชา.อ. (ไทย) ๕๗/๔๕๘ หมายถึง คัมภีร์พระสุตตันตปิฎก ขุททกนิกายอรรถกถาชาดก ภาษาไทย เล่มที่ ๕๗ หน้า ๔๕๘ ฉบับมหามกุฏราชวิทยาลัย

๓. การอ้างอิงคัมภีร์อื่นๆ เช่น คัมภีร์วิสุทธิมรรคฉบับภาษาไทย ระบุ ชื่อคัมภีร์ / ชื่อ / หน้าตามลำดับ เช่น วิสุทธิ (ไทย) ๔๗/๑๘๒-๑๘๕. หมายถึง คัมภีร์วิสุทธิมรรคฉบับภาษาไทย แปลและเรียบเรียง โดยสมเด็จพระพุทธปาโมกข์ (อจา อาสภมหาเถร)(ฉบับเล่มเดียวจบ) ชื่อที่ ๔๗ ตั้งแต่หน้า ๑๘๒-๑๘๕.

๔. การใช้อักษรย่อภาษาอังกฤษ

คำย่อ	คำเต็ม	ความหมาย
ibid.	ibidem	เรื่องเดียวกัน
op.cit.	opera citato	อ้างแล้ว
p., pp.	page, pages	หน้า

บทที่ ๑

บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ชีวิตมนุษย์มีสัจจะแห่งชีวิตเหมือนกันหมด คือ เกิด แก่ เจ็บ และตาย แต่สัจจะแห่งชีวิตดังกล่าวโดยเฉพาะความเจ็บป่วยและความตายของแต่ละคน ได้รับการดูแลรักษาเอาใจใส่จากญาติมิตรและบุคคลผู้เกี่ยวข้องแตกต่างกันไปตามเงื่อนไขของฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม คติศาสนาและการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย (End of life care) เป็นกิจกรรมและภาวะที่ผู้คนในทุกสังคมต้องประสบอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ แต่กลับกลายเป็นภาวะจำยอมหรือจำใจที่จะต้องรักษาดูแลเพราะหน้าที่ความรับผิดชอบ ประกอบกับวิถีสังคมปัจจุบันเน้นความเป็นปัจเจกคือเห็นแก่ตัวมากขึ้น ตัดขาดจากวัฒนธรรมน้ำใจไว้ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ดูแลกันและกันสถาบันครอบครัวก็มิอาจประสานผู้คนให้เป็นหนึ่งเดียวได้ วิทยาการด้านการแพทย์และเทคโนโลยีสมัยใหม่มีส่วนช่วยให้เกิดโลกทัศน์และชีวิตทัศน์แบบแยกส่วน คือ มองสังคมและมนุษย์ในเชิงกลไกหรือกายภาพเท่านั้น การแพทย์ปัจจุบันเน้นรักษาโรคแต่ขาดการรักษาคนอย่างรอบด้านคือจิตใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย กรณีการรักษาผู้ป่วยอาการหนักขึ้น โคม่าหรือใกล้ตาย มักจะให้ยาระงับความเจ็บปวด น้ำเกลือ เครื่องช่วยหายใจ หรือปล่อยให้ผู้ป่วยหมดลมหายใจ “ตายไปเอง” อย่างสงบบนเตียงในสถานพยาบาล แม้จะห้อมล้อมไปด้วยแพทย์และพยาบาลก็ตาม แต่ก็เหมือนขาดคนเข้าใจผู้ป่วย การรักษาตามวิถีแพทย์ดังกล่าวถูกมองว่าเป็นการรักษาเพียงบางส่วนของผู้ป่วย เนื่องจากทัศนคติการมองความตายเป็นเสมือนปัญหาหรืออุปสรรคซึ่งหนักเข้าอาจถึงขั้นมองความตายเป็นศัตรูตัวฉกาจของชีวิตและการรักษาพยาบาล เพราะการแพทย์แผนปัจจุบันมีเป้าหมายเพื่อเอาชนะความตาย ซึ่งไม่อาจเป็นไปได้ ทั้งที่ความตายคือัจธรรมของชีวิต (The Death is True of Living) มนุษย์มักผลิตเฟลิดกับการเกิด แต่กลับเกลียดและกลัวความตายถึงขั้นพยายามหลีกเลี่ยงหนีให้ไปพ้นความตาย^๑

^๑พระไพศาล วิสาโล, “ความตายในมิติทางสังคมและจิตวิญญาณ” เอกสารประกอบยกร่างหลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต เรื่องชีวิตและความตาย สาขาวิชาชีวิตและความตาย คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๘, หน้า ๒๑ (เอกสารอัดสำเนา).

ท่ามกลางวิถีวัฒนธรรมและคตินิยมที่พยายามเอาชนะความตายดังกล่าว ก่อให้เกิดประเด็นปัญหาจริยธรรม ที่ถกเถียงถึงท่าทีและการปฏิบัติต่อความตายว่าเราควรปฏิบัติต่อความตาย และผู้ป่วยใกล้ตายอย่างไร? เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเป็นบุญหรือบาป เป็นเวรของผู้ป่วยหรือเป็นกรรมของผู้ดูแล เป็นโอกาสดีนาที่ทองหรือภาระที่ “จำใจ” ถึงขั้น “จำยอม” หรือ “ไร้ทางเลือก” แบบจนตรอกกันแน่? ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันจึงอยู่ในภาวะที่จะต้องดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดเป็นพิเศษ หรือในแง่หนึ่งจะต้องรีบช่วยกันแก้ไขและเยียวยาให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย เพราะปัจจุบันนี้การดูแลผู้ป่วยได้ขยายขอบเขตการดูแลออกไปอย่างกว้างขวาง มิได้เป็นเพียงหน้าที่ของแพทย์และพยาบาลในสถานพยาบาลเท่านั้น ผู้ป่วยบางรายพอใจที่จะกลับไปรักษาเยียวยาและตายในสถานที่ถิ่นฐานบ้านเกิดเมืองนอน ผู้ป่วยและผู้ดูแลรักษาจึงอยู่ในภาวะความตึงเครียดด้วยกันทั้งคู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลรักษานั้น คือ ผู้รับรู้และจะต้องตัดสินใจ “เลือก” แทนผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจึงอยู่ในฐานะผู้เลือกที่จะช่วยให้ตนเองมีความสุขได้ ปฏิบัติหน้าที่ ใด้บุญกุศลมากขึ้น อีกทั้งได้ช่วยให้ผู้ป่วยได้ตายดี ซึ่งการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะของโรคนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมตัดสินใจที่จะเลือกวิถีชีวิตของตนเองและให้ผู้ป่วยได้มีส่วนในการวางแผนการรักษาให้มากที่สุด มิฉะนั้นการรักษาพยาบาลก็จะเป็นการสร้างความทุกข์ทรมานได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเท่ากับการตกรอกทั้งเป็น ด้วยเหตุผลจากความปรารถนาดีของผู้ดูแลไข้ แต่ไม่ใช่ความปรารถนาของผู้ป่วยเอง^๒ ส่วนการตายที่โรงพยาบาลไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นการตายที่เปล่าเปลี่ยวเสมอไป หากบุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจตลอดจนสนใจที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับความตายและสภาวะใกล้ตายด้วยความเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติแสดงความคิดเห็นและศักยภาพของตนในการจัดการกับความตายที่เหมาะสม บุคลากรทางการแพทย์จึงมีบทบาทอย่างมากในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่กำลังจะตาย ญาติมิตรและผู้ใกล้ชิด ให้มีโอกาสรู้เกี่ยวกับความตาย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าสู่ความตายอย่างสงบ สง่างาม และมีศักดิ์ศรี^๓ ปัจจุบันได้เกิดองค์กรสถาบัน หน่วยงาน จัดกิจกรรมและหลักสูตร เพิ่มพูนทักษะให้ความรู้เพื่อช่วยผู้ป่วย “ตายดี” จน

^๒ ชมรมชีวนคารักษ์ เมตตานันโท ภิกขุ (บรรณาธิการ), **ธรรมะ 5 ศาสนา ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : ที.เอ็น.พี.พรินติ้ง จำกัด, ๒๕๔๘) หน้า ๗๖

^๓ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ(บรรณาธิการ), **วัฒนธรรม ความตายกับวาระสุดท้ายของชีวิต คู่มือเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**, (กรุงเทพมหานคร : บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด, ๒๕๕๐), หน้า ๒๗๖

อาจกล่าวได้ว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการพัฒนามาถึงปัจจุบันจนเป็นศาสตร์และศิลป์ที่ต้องเรียนรู้ร่วมกันและฝึกฝนทำงานกันเป็นทีม^๔

พุทธศาสนาอุบัติมาเพื่อบรรเทา ระวัง คับทุกข์ของมนุษย์และสังคมตั้งแต่อดีตจนปัจจุบัน วิธีการดูแลสุขภาพกายและจิตก่อนป่วย และขณะป่วย พุทธศาสนาก็ให้ความสำคัญ เช่น การเตือนสติให้พิจารณาความตายเป็นนิรันดร์ หรือมรณสติ เป็นการเตือนมิให้ใช้ชีวิตอย่างประมาท ใช้ชีวิตฟุ่มเฟือย หรืออยู่อย่างปราศจากเป้าหมายหรือไร้อุดมการณ์ชีวิต คำสอนที่เน้นย้ำให้ตระหนักพิจารณาในทุกขสังขแห่งชีวิตเช่นนี้ เคยถูกมองว่าพระพุทธศาสนาสอนให้คนมองโลกและชีวิตในแง่ร้าย(Pessimism)^๕ เป็นคำสอนที่คอยตอกย้ำซ้ำเติมให้จิตใจเจ็บจมอยู่ในทุกข์หรือความเจ็บปวดทรมานที่แนวคิดอื่นๆ มักสอนให้หลีกเลี่ยงไม่กล้าเผชิญ แต่พุทธศาสนากลับให้นำมาพิจารณาใส่ใจเป็นพิเศษ แต่ปัจจุบันนี้คำสอนดังกล่าวกลับเป็นผลดียิ่งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล เพราะช่วยเตือนไม่ให้ประมาท และสอนให้อยู่กับความจริงของชีวิตในปัจจุบัน หลักธรรมและพิธีกรรมต่างๆ ทางพระพุทธศาสนาได้รับความสนใจและถูกนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายมากขึ้น หรือเกิดการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีพุทธแบบบูรณาการ ซึ่งสอดคล้องกับกรณีในสมัยพุทธกาลที่พระพุทธองค์ทรงสอนวิธีดูแลผู้ป่วยหนัก เช่น นกุลปีตาอุบาสก^๖ ที่ฆาอุบาสก^๗ และพระปฤติคตติสสะ^๘ เป็นต้น ถึงแม้ว่าในที่สุดแล้วผู้ป่วยจะต้องตาย แต่ก่อนตายก็สามารถช่วยบรรเทาความทุกข์ความเจ็บปวดทรมานทางกาย และผ่อนคลายความเครียดวิตกกังวลใจต่างๆ อีกทั้งให้สติพิจารณาสังขารธรรมชีวิตและช่วยให้บรรลุประโยชน์สูงสุดได้ เช่น ที่ฆาอุบาสกบรรลุเป็นพระ

^๔ ผศ.นพ.สมบัติ ศรีประเสริฐสุข (บรรณาธิการ), ศาสตร์และศิลป์แห่งการดูแลผู้ป่วยเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิต. พิมพ์ครั้งที่สอง,(กรุงเทพมหานคร : หมอชาวบ้าน,๒๕๔๖) และ รศ.นพ. โสภณ นภากาศ, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life Care : Improving Care of The Dying). พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์(1987), หน้า (คำอณุโมทนา).

^๕ มรณสติ เป็น อนุสติ ข้อที่ ๗ ในจำนวน ๑๐ ข้อ คุรายละเอียดวิธีพิจารณามรณสติใน พระพุทธโฆสะ, วิสุทธิมรรค, แปลโดย สมเด็จพระพุทธาจารย์(อจ อาสภมหาเถร), พิมพ์ครั้งที่ ๖, (กรุงเทพมหานคร : บริษัท ธนาพลส จำกัด,๒๕๔๘), หน้า ๑๘๒-๑๘๓, ๓๕๘.

^๖ ทูนิยม (Pessimism) หรือ ทูทรสนนิยม หมายถึงลัทธิแนวคิดที่เชื่อว่า สรรพสิ่ง คือ โลก ชีวิต และมนุษย์ เป็นสิ่งเลวร้ายที่สุด คุรายละเอียดเพิ่มเติมใน :- แสง จันทร์งาม, พุทธศาสนวิทยา, พิมพ์ครั้งที่ ๓, (กรุงเทพมหานคร : บรรณาการ, ๒๕๓๕), หน้า ๔๗-๕๒.

^๗ ส.ช. (ไทย) ๑๗ / ๑ / ๑ - ๖.

^๘ ส.ม. (ไทย) ๑๘/๕๕๕ /๔๕๑ - ๔๕๓.

^๙ ชุ.ธ.อ. (ไทย) ๒๘ / ๑๔๔ / ๒๔๘ (มมร.)

อนาคามีก่อนถึงแก่กรรม พระปุตติคัตตติสสะบรรลุลอรหัตก่อนมรณภาพ กรณีอุบาสกเจ็บป่วยพระพุทธรองค์ทรงแนะนำอุบาสกควรดูแลกันเองและแนะนำให้มือจลศรัทธา (ความเลื่อมใสอันไม่หวั่นไหว) ในพระรัตนตรัย และในศีลที่พระอริยะสรรเสริญ เพื่อให้ผ่อนคลาย ปลดปล่อย ละวาง ความห่วงใยในทรัพย์สินมรดก บุคคลที่รัก สถานที่ที่ผูกพัน ภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบ และในกามคุณ ๕ จากนั้นจึงช่วยให้ผู้ป่วยน้อมจิตสู่ภพภูมิที่สูงขึ้นไป หรืออย่างน้อยก็จะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายจิตใจ และนึกคิดถึงความดีงามที่เคยกระทำมาในอดีต เพื่อเหนี่ยวรั้งเป็นสุขารมณช่วยให้อจิตวิญญาณได้จุติ(เคลื่อน,ย้าย,ตาย) ไปปฏิสนธิ (เกิด) ในภพภูมิใหม่ที่ดีกว่าเดิม^{๑๐} จนถึงขั้นละหรือดับการยึดมั่นถือมั่น ปลดปล่อยความรู้สึกลึกซึ้งคิดปรุงแต่ง “ตัวกู ของกู” ดับกิเลสไม่มีเหลือ ที่เรียกว่า “พระนิพพาน”

จากตัวอย่างคำสอนและวิถีปฏิบัติที่กล่าวมานี้พอจะช่วยให้มองเห็นได้ว่า พระพุทธศาสนามองการเจ็บป่วยและความตายเป็นสังขารหรือความจริงของชีวิต การช่วยเหลือผู้ป่วยถือเป็น วาระสำคัญของผู้ดูแล เพราะผู้ป่วยจะได้ยกระดับจิตใจให้สูงขึ้นจากภาวะวิกฤติ (Crisis) สู่อุบัติที่สุดของชีวิตด้วยการ “ตายก่อนตาย”^{๑๑} ซึ่งหมายถึง กิเลสในใจตายก่อนที่ร่างกายจะตายจริง ซึ่งท่านพุทธทาสภิกขุเรียกภาวะดังกล่าวว่าเป็นการ “ช่วยให้ตกระไดพลอยโจน” อาจถึงขั้นดับไม่มีเหลือคือ บรรลุนิพพานดังกวีนิพนธ์ที่ท่านได้นิพนธ์ไว้^{๑๒} คำสอนของพระพุทธองค์ รวมถึงท่าทีของพุทธทาสภิกขุ เป็นต้น ในปัจจุบันนี้ถือเป็นแบบอย่างที่ดี และสร้างแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ป่วยใกล้ตาย^{๑๓} มีความสำคัญยิ่งและมีค่าสูงสุดประการสุดท้ายที่มนุษย์ทุกคนควรจะได้รับก่อนละจากโลกนี้ไป การช่วยให้ผู้ป่วยกล้าเผชิญความตายอย่างสงบมิใช่เรื่องสุคตวิสัย แต่จะต้องมีการฝึกฝนมาดีพอทั้งในส่วนของผู้ป่วยและผู้ดูแล^{๑๔} เพราะการปฏิบัติต่อความตายด้วยการ “ช่วยให้ตายดี” และ “เตรียมตัวตายดี” ล้วนขึ้นอยู่กับประสบการณ์ใน

^{๑๐} ที.ป.า. (ไทย) ๑๑ / ๓๑๕ / ๓๐๑.

^{๑๑} พระธรรมโกศาจารย์ (พุทธทาสภิกขุ), หัวข้อธรรมในคำกลอน.(กรุงเทพมหานคร : ธรรมสภา, มปป.) หน้า ๕๔.

^{๑๒} เรื่องเดียวกัน. หน้า ๕๑.

^{๑๓} กรณีที่ท่านพุทธทาสภิกขุอาพาธหนักพักรักษาตัวที่ ร.พ.ศิริราช เผชิญความตายและท่านได้ร้องขอให้นำร่างที่อาพาธป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายกลับไปตาย(ดับขันธ)ที่สวนโมกข์ถือเป็นประเด็นหนึ่งที่นำศึกษา (ผู้วิจัย).

^{๑๔} ประเด็นดังกล่าวนี้มีนัยที่สำคัญก็คือทั้งสองฝ่ายจะต้องเข้าใจชีวิตและความตายเป็นอย่างดี (ผู้วิจัย).

การมองชีวิตและความตายของทั้งสองฝ่ายเป็นสิ่งสำคัญ^๕ อีกทั้งบริบทสังคมหรือสิ่งแวดล้อม ญาติมิตร ล้วนมีส่วนสำคัญยิ่ง ซึ่งพุทธศาสนามีทั้งหลักคำสอนและวิถีปฏิบัติที่จะช่วยให้ตายดีและเตรียมตัวตายดี

จากทัศนะและตัวอย่างข้างต้นนั้น ได้ชี้ให้เห็นโดยภาพรวมว่า พุทธศาสนามีมิตถ์พลังที่จะช่วยแก้ไข เยียวยา และให้กำลังใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายให้ดีขึ้นหรือตายดีขึ้น กล่าวเผชิญไม่สะพรึงกลัวต่อความตายอันเป็นสังขารชีวิตที่ทุกคนต้องเผชิญอย่างแน่นอน เมื่อหลักกนี้สังขารไปไม่พ้น ก็จำเป็นต้องกล้าเผชิญยอมรับด้วยสติสัมปชัญญะอย่างสมบูรณ์ที่สุด

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิเคราะห์แนวคิดและวิธีการของพุทธศาสนา ที่จะช่วยสะท้อนมุมมองชีวิต การเจ็บป่วย ความตาย ตลอดจนการแสดงบทบาท หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายทั้งในสมัยพุทธกาลที่ปรากฏในคัมภีร์พระไตรปิฎกเถรวาท เช่น กรณีพระพุทธรองค์ทรงดูแลผู้ป่วยด้วยพระองค์เอง และการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในบริบทสังคมไทยในอดีตและปัจจุบัน ตลอดจนการประยุกต์ใช้ศาสตร์ต่างๆ เพื่อการรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยเห็นว่าจำเป็นต้องวิจัยแนวคิด กิจกรรมและกระบวนการอบรมปลูกฝังทัศนคติของผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และสังคมตามกรอบแนวคิดของพุทธศาสนา องค์ความรู้ในพุทธศาสนาจะช่วยเป็นฐานแนวคิดเชิงบูรณาการเข้ากับศาสตร์สมัยใหม่ได้เป็นอย่างดี เช่น จิตวิทยาการให้คำปรึกษา ทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย การประยุกต์วิถีวัฒนธรรมการแพทย์ไทยโบราณ การแพทย์สมัยใหม่แบบตะวันตกเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสังคมไทยปัจจุบันและในอนาคต

๑.๒ วัตถุประสงค์ในการวิจัย

๑.๒.๑ เพื่อศึกษาแนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันและตามหลักพระพุทธศาสนาเถรวาท

๑.๒.๒ เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในสังคมไทย

๑.๒.๓ เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ

^๕ ประเด็นมุมมองแนวคิดเรื่อง “ความตาย” นั้น ดูเพิ่มเติมใน นพ.ประสาน ต่างใจ (บรรณาธิการ), มุมมองเรื่องความตายและภาวะใกล้ตาย, (กรุงเทพมหานคร : คบไฟ, ๒๕๓๕), หน้า ๘ – ๑๓.

๑.๓ ปัญหาที่ต้องการทราบ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการทราบเกี่ยวกับปัญหา ๓ ประเด็นหลัก ดังนี้

๑.๓.๑ แนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันและตามหลักพระพุทธศาสนาเถรวาทเป็นอย่างไร

๑.๓.๒ สภาพปัญหาและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายที่ถือปฏิบัติในสังคมไทยปัจจุบันเป็นอย่างไร

๑.๓.๓ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการควรเป็นอย่างไร

๑.๔ ขอบเขตในการวิจัย

๑.๔.๑ ขอบเขตด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน (แบบตะวันตก)

ผู้วิจัยจะศึกษาสำรวจแนวคิดและวิถีปฏิบัติดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย จากวิธีการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์ในบริบทสังคมไทยปัจจุบันที่รับอิทธิพลจากตะวันตก จากแหล่งข้อมูลของชมรม สมาคม สถาบัน หน่วยงาน และองค์กรต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องรับผิดชอบต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยจะสำรวจผลดีและผลกระทบด้วยการสัมภาษณ์ประสบการณ์กลุ่มตัวแทนผู้ดูแลรักษาและช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และตัวแทนนักวิชาการ นักคิด นักปราชญ์ที่สะท้อนมุมมองเชิงสังคม(Social Attitude) ที่มีต่อผู้ดูแลและต่อผู้ป่วย

๑.๔.๒ ขอบเขตด้านเนื้อหาในคัมภีร์พระพุทธศาสนาเถรวาท

ผู้วิจัยจะศึกษาเนื้อหาในคัมภีร์พระไตรปิฎกและคัมภีร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อต้องการสืบค้นให้ทราบว่า พระพุทธศาสนามีมุมมองต่อชีวิตและความตายไว้อย่างไรบ้าง ? แนวคิดเรื่องความตาย กรรมและการเกิดใหม่ การเจ็บป่วย สาเหตุการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา จากนั้นจะศึกษาถึงหลักฐาน และกรณีตัวอย่างที่พระพุทธองค์และพระสาวกได้แสดงบทบาทในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย โดยจะศึกษาในพระไตรปิฎกฉบับมหาจุฬาฯ ทั้งภาษาบาลีและภาษาไทยเป็นหลัก

๑.๔.๓ ขอบเขตเนื้อหาตามที่ตั้งปฏิบัติในสังคมไทยปัจจุบัน

ผู้วิจัยจะศึกษาเนื้อหาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งเขียนโดยบุคลากรทางการแพทย์ผู้มีชื่อเสียงและมีความรู้ความเชี่ยวชาญเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปในสังคมไทยปัจจุบัน

นอกจากนี้ ยังได้มีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรทางการแพทย์จำนวน ๑๐ คน เพื่อรวบรวมข้อมูลที่เป็นองค์ความรู้จากประสบการณ์ตรง

๑.๕ คำจำกัดความของศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย หมายถึง ผู้ป่วยที่แสดงอาการต่างๆ ที่บ่งชี้ให้เห็นว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคปอด โรคตับ โรคไตระยะสุดท้าย ซึ่งไม่สามารถติดต่อสื่อสารได้ เป็นต้น^{๑๖}

การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย หมายถึง การให้การดูแลเอาใจใส่ เพื่อมุ่งหมายในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึ่งกำลังเผชิญหน้ากับปัญหาที่กำลังคุกคามต่อชีวิต โดยการประเมินอาการและวางแผนในการดูแลรักษาทั้งในแง่ของอาการปวดหรืออาการข้างเคียงอื่นๆ ในมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ^{๑๗}

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ หมายถึงการนำเอาแนวคิดและหลักธรรมคำสอนทางพระพุทธศาสนา มาปรับประยุกต์ใช้เป็นฐานของแนวคิด กิจกรรมและวิถีปฏิบัติเพื่อเติมเต็มและช่วยแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย

๑.๖ ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๑.๖.๑ **เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี (บรรณารักษ์)** ได้สรุปไว้ในหนังสือ **“Palliative Care : การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิธีแห่งการคลายทุกข์”** คู่มือและแนวคิดสำหรับแพทย์ พยาบาล และผู้สนใจได้กล่าวถึงแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเชิงบูรณาการ สรุปความได้ว่า อุดมการณ์หรือปรัชญาของการแพทย์การพยาบาล ควรมุ่งประโยชน์แก่ผู้ป่วยอย่างเข้าใจธรรมชาติของมนุษย์แบบองค์รวม และใช้ความรู้และเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้กับผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ซึ่งในปัจจุบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้เจริญก้าวหน้าอย่างมาก ผู้ดูแลรักษาต้องให้ความสำคัญของการบูรณาการความรู้ทางจริยธรรมด้วย สำหรับผู้ป่วยในมรณะวิถี(Terminal Stage) ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยในระยะสุดท้ายใกล้ตายนั้น แพทย์และพยาบาลในฐานะผู้ดูแล ควรเลือกวิธีการ ที่จะทำให้ผู้กำลังเผชิญความตายและผู้ดูแลที่ใกล้ชิด ไม่หวาดกลัว ทุกข์ทรมาน

^{๑๖} แพทย์หญิงนาถินี วงศ์พานิช (แปล), ความตาย กับ ภาวะใกล้ตาย (On Death and Dying By Elisabeth Kubler – Ross), (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, ๒๕๒๕), หน้า ๔

^{๑๗} ลักขมี ชาญเวชช์, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. (สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์, ๒๕๔๘), หน้า ๔๒.

เจ็บเหงา แต่กลับมีความสุขและสงบ เป็นการแสดงออกถึงความรักความเมตตาที่มนุษย์พึงมีต่อกัน ทั้งนี้เพราะความตายเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้^{๑๘}

๑.๖.๒ ในบทความเรื่อง “แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลแพร่ (EOL Quality Procedure Phrae Hospital)” ได้สรุปถึง ในช่วงระยะปัจจุบันผู้ป่วยและญาติมีการรับรู้ถึงสิทธิของผู้ป่วยมากขึ้นจากสื่อต่างๆ รวมทั้งมีความต้องการที่จะได้รับการดูแลอย่างเอื้ออาทร (Caring) ที่ดีที่สุดจากบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต การดูแลผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทร (Caring) เป็นวิถีทางที่ผู้พยาบาลจะให้การบริการที่เข้าถึงจิตใจผู้รับบริการทั้งระบบแบบองค์รวมนับแต่ร่างกายตลอดจนถึงจิตวิญญาณเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเห็นคุณค่าของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยและญาติ^{๑๙}

๑.๖.๓ ระนอง สรวยเอี่ยม ได้เสนอวิทยานิพนธ์อักษรมหาบัณฑิต เรื่อง “จริยศาสตร์กับปัญหาจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย” บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ในงานวิจัยดังกล่าวสรุปถึง สังคมไทยที่ได้มีการพิจารณาปัญหาจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีการนำกระบวนการแนวคิดทฤษฎีแบบตะวันตกทั้งในทางการแพทย์ ศาสนา และวัฒนธรรมมาใช้ในการดูแล นอกจากนี้ยังได้นำหลักธรรมและพิธีกรรมทางพระพุทธศาสนามาปรับประยุกต์ใช้ในการประกอบการพิจารณาถึงผลดีและผลเสีย เพื่อหาแนวทางที่ดีและเหมาะสมที่สุดต่อผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต^{๒๐}

๑.๖.๔ พระไพศาล วิสาโล เสนอบทความเรื่อง “การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ” ในหนังสือรวมบทความ เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care : Improving Care of the Dying)” ซึ่งมี รศ.นพ. ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, และคณะ (บรรณาธิการ) สรุปความได้ว่า การดูแลรักษาและช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นสามารถทำได้หลายวิธี แต่พอสรุปได้ ๓ วิธีคือ ๑. การให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ ๒. ช่วยเหลือผู้ป่วย

^{๑๘} เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์(บรรณาธิการ), “Palliative Care : การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิธีแห่งการคลายทุกข์” .(กรุงเทพมหานคร : บริษัท พิมพ์ดี จำกัด,๒๕๔๒), หน้า (คำนำ)

^{๑๙} http://www.phraehospital.go.th/~nurse/link/km_nurse/med/gooddath.html

^{๒๐} ระนอง สรวยเอี่ยม, จริยศาสตร์กับปัญหาจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย, วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจริยศาสตร์, (บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๑).

ยอมรับความตายที่จะมาถึง ๓.ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม ๔.ช่วยปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ ๕. ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ ๖.สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ ๗.กล่าวคำอำลา^{๒๑}

๑.๖.๕ เอกสารประกอบการสัมมนาฯ ๖.๕ เรื่อง **ชีวิตและความตาย** กองวิชาการ สำนักงานอธิการบดี บัณฑิตวิทยาลัย และคณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๘ (เอกสารสำเนา) สรุปความได้ว่า ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและทางใจ ความทุกข์ทางใจ ประการหลังนี้ส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรมและไม่สนองตอบต่อการรักษาหรือเยียวยาทางกายเท่าที่ควร และในท้ายสุดแล้วก็มีอาจทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบได้ การจากไปอย่างสงบโดยไม่ทรมานหรือทุกข์ทรมานเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ป่วย ความสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นสิ่งที่ค่าสูงสุดประการสุดท้ายที่มนุษย์ทุกคนควรจะได้รับประสบการณ์ดังกล่าวมิใช่เรื่องสวดวิชัย ทุกคนสามารถที่จะเผชิญกับความตายอย่างสงบ หากมีการฝึกฝนมาดีพอหรือได้รับการตระเตรียมช่วยเหลือจากกัลยาณมิตร ผู้รอบข้าง เช่น ญาติมิตร แพทย์ พยาบาล จะมีความสำคัญมากต่อผู้ป่วยในระยะสุดท้ายนี้ และจะมีบทบาทช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความตายอย่างสงบ ไม่ตื่นตระหนกทรมานทรมาน หรือช่วยทางด้านจิตวิญญาณให้ผู้ป่วยได้ตายดี^{๒๒}

๑.๖.๖ หนังสือ **ธรรมะ 5 ศาสนาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** ของชมรมชีวิตวันตารักษ์ เมตตาคุณุโท ภิกขุ เป็นบรรณาธิการได้เสนอบทความขนาดยาว สรุปความได้ว่า ทุกศาสนาได้ถือว่าช่วงวินาทีสุดท้ายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นช่วงจังหวะที่สำคัญที่สุด เป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อสำหรับชีวิตหนึ่งไปสู่อีกภาวะหนึ่งในโลกหน้า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ได้รับการดูแลดีที่สุดตามความเชื่อทางศาสนาที่ตนเองนับถือนั้นเป็นเงื่อนไขเบื้องต้นของการจากไปอย่างสุขสงบของมนุษย์แต่ละคนและความเคารพต่อความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยนั้นจะเป็นส่วนประกอบที่สำคัญ

^{๒๑} รศ.นพ. ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, และคณะ (บรรณาธิการ), **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care : Improving Care of the Dying)**. พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987) จำกัด, ๒๕๕๐), หน้า ๒๔๑ – ๒๕๗.

^{๒๒} เอกสารประกอบการสัมมนาฯ ๖.๕ เรื่อง **ชีวิตและความตาย** กองวิชาการ สำนักงานอธิการบดี บัณฑิตวิทยาลัย และคณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๘, หน้า ๒๕, (เอกสารสำเนา).

ของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งแพทย์ พยาบาล และผู้ดูแลแต่ละท่านพึงให้ความสนใจ เพื่อให้ช่วงระยะเวลาที่เป็น “นาทีทอง” ของชีวิตของผู้ป่วยและญาติให้ผ่านไปด้วยดี^{๒๓}

๑.๖.๓ หนังสือ เรื่อง **มรณสติแบบทิเบต(Death and Dying : The Tibetan Tradition)** ซึ่งเขียนโดย เกลน เอช. มุลลิน(Glenn H.Mullin) แปลและเรียบเรียงโดย ภักทรพร สิริกาญจน ปราบกฎ ความตอนหนึ่งที่น่าสนใจคือ สาเหตุของความตายนั้นมีอยู่มากมาย เช่น โรคภัย ไข้เจ็บ ภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ การทำร้ายร่างกายจากคนและสัตว์ร้าย อาหารเป็นพิษ อากาศสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ เป็นต้น อาจกล่าวได้ว่าคนเราอาจตายได้ทุกวินาที ในขณะที่เครื่องช่วยยังชีพให้รอดพ้นความตายนั้นแทบไม่มีอยู่เลย จะมีก็แต่เพียงการช่วยเหลือทางมิติจิตวิญญาณเท่านั้น โดยจะเป็นการช่วยเหลือประคับประคองชีวิตผู้ป่วยให้ตายดี ตายอย่างสงบ และตายอย่างมีความหวัง^{๒๔}

๑.๖.๔ สมถการ พรหมทา เสนอบทความเรื่อง **ทัศนะของพระพุทธศาสนาเกี่ยวกับการเกิดและความตาย** ในหนังสือรวมบทความเรื่อง **ความตายกับการตาย : มุมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์** ซึ่งมี โสรัจจ์ หงศ์ลดารมภ์ เป็นบรรณาธิการ สรุปความว่า เพราะชีวิตกับความตายมีความสัมพันธ์กัน การทำความเข้าใจชีวิตจึงมีค่าต่อการทำความเข้าใจความตาย ถ้ามองชีวิตในมิติด้านกายภาพเป็นหลัก การมองความตายนี่จะเป็นมิติของการดับสิ้นของชีวิต ถ้ามองชีวิตในมิติด้านจิตวิญญาณเป็นหลัก การมองความตายนี่จะเป็นเรื่องของการเอาใจใส่ดูแลต่อการดับสิ้นของลมหายใจเพื่อเตรียมการไปสู่ภาวะอื่นๆ ที่ดีกว่า^{๒๕}

๑.๖.๕ หนังสือเรื่อง **“ช่วงขณะสุดท้ายแห่งชีวิต : คำอธิษฐานเพื่อการจากไปอย่างสุขสงบและชีวิตที่ดีกว่า”** ชารา รินศาสนต์ (แปล) ในหนังสือดังกล่าว สรุปความไว้ว่า เมื่อความตายกำลังเข้ามาสู่ชีวิตตน ทั้งเราและคนรอบข้างย่อมทุกข์ระทมและรู้สึกสะพรึงกลัว หากไม่รู้เท่าทันและเตรียมการมาก่อน ไม่ได้ฝึกฝน ย่อมเป็นการสร้างและก่อเกิดภาวะวิกฤติในชีวิต และเป็นการปิด

^{๒๓} ชมรมชีวิตวันตารักษ์ เมตตาคุณุ โท ภิกขุ (บรรณาธิการ), **ธรรมะ ๕ ศาสนาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : บริษัท ที.เอ็น. พี พรินติ้ง จำกัด, ๒๕๔๘) หน้า คำนำ.

^{๒๔} สรุปความใน เกลน เอช. มุลลิน (เขียน), **มรณสติแบบทิเบต(Death and Dying : The Tibetan Tradition)**, แปลและเรียบเรียงโดย ภักทรพร สิริกาญจน, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : บริษัท ส่องสยาม จำกัด ๒๕๔๕), หน้า ๑ - ๓๔ และ เกลน เอช. มุลลิน (เขียน), **พุทธวิธีเพื่อต้อนรับความตาย**, แปลและเรียบเรียงโดย ภักทรพร สิริกาญจน, (กรุงเทพมหานคร : บริษัท ส่องสยาม จำกัด, ๒๕๔๕), หน้า ๑๑ - ๑๕.

^{๒๕} อ่านบทความเรื่อง **“ทัศนะของพระพุทธศาสนาเกี่ยวกับการเกิดและความตาย”** ของ สมถการ พรหมทา ใน โสรัจจ์ หงศ์ลดารมภ์ (บรรณาธิการ), **ความตายกับการตาย มุมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์**. (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๘), หน้า ๒๐๕ - ๒๕๖.

ประการการเรียนรู้การภาวนาเพื่อเตรียมตัวตายอย่างดีงามของชีวิต เนื่องเพราะความตายมิได้เป็นจุดสุดท้ายของชีวิตในวัฏวนของสังสารวัฏฏ์^{๒๖}

๑.๖.๑๐ หนังสือเรื่อง **ความตายกับภาวะใกล้ตาย** (On Death and Dying) เขียนโดย **เอลิซาเบธ คูปลเลอร์ รอสส์** (By Elisabeth Kubler – Ross, 1970) แพทย์หญิงนาถินี วงศ์พานิช แปลสรุปความได้ว่า เมื่อศาสนาไม่ได้รับการยอมรับจากคนในยุคปัจจุบันประกอบกับวงการแพทย์ไม่ได้สนใจศาสนาอย่างจริงจัง มีผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือระยะสุดท้ายใกล้ตายรู้สึกวุ่นวายใจไม่ปลอดภัยทั้งก่อนตายและหลังตาย จึงเกิดมีความทุกข์มากขึ้น จนยากที่จะเยียวยาได้ ศาสนาและการแพทย์จะได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ก็ด้วยการนำหลักการมาปรับประยุกต์ใช้ร่วมกันหรือสร้างกิจกรรมและโยงมิตีร่วมทางสังคม^{๒๗}

๑.๖.๑๑ **พระพรหมคุณาภรณ์(ป.อ.ปยุตฺโต)** กล่าวถึง **“การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์”** สรุปความตอนหนึ่งว่า ถ้าเราต้องการประโยชน์จากชีวิต เราจะต้องฝึกมองตามความเป็นจริงและปฏิบัติต่อมันอย่างถูกต้องตามเป็นจริงหรือตามที่มันเป็น คนไข้ต้องฝึกมองตั้งแต่ชีวิตเป็นปกติสุขดี...หมอและพยาบาลต้องช่วยให้คนไข้ได้รู้ฟื้นความทรงจำหรือประสบการณ์มองและปฏิบัติต่อชีวิตนั้น คนไข้มีบทบาทในการรักษาตนเองและช่วยให้หมอพยาบาล คนใกล้ชิดดูแลรักษาง่ายขึ้น สรุปว่าคนไข้ต้องให้ความร่วมมือแก่หมอ พยาบาลและคนใกล้ชิดตั้งแต่ต้น ส่วนผู้ดูแลคือหมอ พยาบาลและญาติผู้ใกล้ชิดจะต้องเข้าใจและปฏิบัติอย่างถูกต้องดีงาม มีความเอื้อเฟื้ออาทร มีเมตตาไมตรีที่จะช่วยเสริมสุขภาพทางจิตใจของคนไข้ด้วย^{๒๘}

๑.๖.๑๒ **ลักขมี ชาญเวชช์** กล่าวถึง **“การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย”** ซึ่งเน้นการดูแลแบบประคับประคอง(Palliative care) ได้กล่าวถึงเป้าหมายและวิธีการดูแลไว้ว่า การดูแลแบบประคับประคองมุ่งให้เกิดความสะดักสะบดยุติความทุกข์ทรมาน จากความปวด มีการรักษาเท่าที่จำเป็น ตอบสนองทางจิตวิญญาณ และให้ความสำคัญต่อเกียรติภูมิของความเป็นมนุษย์โดยมี

^{๒๖} สรุปความใน ทะโลลามะ (เขียน), เจฟฟรี ฮ็อบกินส์ (บรรณาธิการและผู้ถอดความเป็นภาษาอังกฤษ), ธารา รินศาสนต์ (แปล), **ช่วงชะสุดท้ายแห่งชีวิต : คำอธิษฐานเพื่อการจากไปอย่างสุขสงบและชีวิตที่ดีกว่า**, (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิโกมลคีมทอง, ๒๕๔๘), หน้า ๑ - ๑๓๑.

^{๒๗} สรุปความจาก แพทย์หญิงนาถินี วงศ์พานิช (แปล), **ความตายกับภาวะใกล้ตาย** (แปลจากหนังสือเรื่อง **On Death and Dying** เขียนโดย Elisabeth Kubler – Ross), (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, ๒๕๒๕), หน้า ๑๔ - ๕๐.

^{๒๘} พระพรหมคุณาภรณ์(ป.อ.ปยุตฺโต), **การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์**, พิมพ์ครั้งที่ ๖, (กรุงเทพมหานคร : บริษัท สหธรรมิก จำกัด, ๒๕๕๑), หน้า ๘๑ - ๘๒.

หลักการสำคัญคือให้ความสำคัญต่อผู้ป่วยและครอบครัว มุ่งลดความเจ็บปวดทรมานให้มากที่สุดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ คุณแลญาติมิตรผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยทั้งในขณะที่ป่วยหนักและหลังเสียชีวิตแล้ว (ซึ่งญาติมิตรอาจเศร้าโศกเสียใจต่อการจากไป) รักษาคุณแลแบบไม่เห็นยวรั้งและไม่เร่งรัด การดูแลแบบนี้เป็นการดูแลแบบบูรณาการทั้งด้านการแพทย์ การพยาบาล สิ่งแวดล้อม ศาสนา วัฒนธรรม และจิตวิญญาณผู้ดูแลจึงประกอบด้วยแพทย์พยาบาล ผู้นำทางศาสนา นักสังคมสงเคราะห์ นักกฎหมาย อาสาสมัคร ครอบครัว/เพื่อนผู้ป่วย^{๒๕}

๑.๖.๑๓ นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ(บรรณาธิการ), กล่าวถึงบุคลากรทางการแพทย์และระบบการแพทย์ปัจจุบันไว้ในหนังสือ **“วัฒนธรรม ความตาย กับวาระสุดท้ายของชีวิต : คู่มือเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย”** สรุปความตอนหนึ่งว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีโอกาสดีกว่าคนอื่นที่ได้มีโอกาสทำงานเกี่ยวข้องกับความเป็นความตายของคนอื่นอยู่ตลอดเวลา ทำให้ได้เรียนรู้ความจริงของชีวิต มีประสบการณ์ตรง แต่ระบบการศึกษาของแพทย์ส่วนใหญ่กลับมีเรื่องราวความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความตายให้ได้เรียนรู้อย่างจำกัดยิ่ง เพราะเรื่องที่มีการเรียนการสอนมากที่สุดคือเรื่องโรค ส่วนที่เรียนกันน้อยก็คือเรื่องสุขภาพ แต่ที่เรียนน้อยที่สุดก็คือเรื่องความตาย...แพทย์จึงมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างจำกัด...ส่วนความรู้เกี่ยวกับ **“การตายที่ดี”** และทักษะที่จะดูแลช่วยเหลือหรือเกื้อกูลให้การตายเป็นไปอย่างสงบสันตินั้นเป็นเรื่องที่ไม่ได้รับการให้ความสำคัญมากนักในระบบการแพทย์แบบที่เป็นอยู่^{๒๖}

๑.๖.๑๔ พระไพศาล วิสาโล กล่าวถึงในเรื่อง **“การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีพุทธ”** ว่าควรเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยด้านจิตใจมากกว่าร่างกาย เพราะหากผู้ป่วยมีสภาพจิตใจดี จะยอมรับความจริงคือความตายได้ โดยไม่ทรมนทรมายกระสับกระส่าย แม้ร่างกายจะทรุดหนักลงสุดจะเยียวยารักษาต่อไป จิตใจเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งที่คนส่วนมากกลับให้ความสำคัญและสนใจน้อย ที่สำคัญกว่านั้นความตายเป็นสิ่งที่ทุกคนจะต้องมีการเตรียมตัวล่วงหน้า โดยมีทัศนคติที่

^{๒๕} ลักษณ์ิ ชาญเวชช์, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. (สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์, ๒๕๔๘), หน้า ๔๒.

^{๒๖} สรุปใน นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ(บรรณาธิการ), **วัฒนธรรม ความตาย กับวาระสุดท้ายของชีวิต : คู่มือเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**, (กรุงเทพมหานคร : บริษัท หนังสือดีวัน, ๒๕๕๐), หน้า ๔ (คำนำ).

ถูกต้อง ดีงาม ดำเนินชีวิตด้วยความไม่ประมาทการช่วยเหลือผู้ป่วยแบบพุทธจึงขึ้นอยู่กับ การเรียนรู้ สร้างทัศนคติ วางท่าที เพื่อช่วยให้เกิดการตายที่ดี^{๓๑}

๑.๖.๑๕ **วรรณณา จารุสมบุญ และ วัชรวิสา กริชไกรวรรณ** กล่าวไว้ในหนังสือ **“จาก ฐิติ...สู่ดวงดาว : ประสบการณ์เรียนรู้จากช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต”** สรุปความว่า ความตายเป็น บททดสอบที่สำคัญที่สุดของชีวิต บททดสอบอื่นๆ นั้นเราสามารถทดสอบได้หลายครั้ง แม้สอบ ตกก็ยังสามารถสอบใหม่ได้อีก แต่บททดสอบที่ชื่อว่าความตายนั้น เรามีโอกาสสอบได้ครั้งเดียว และไม่สามารถสอบแก้ตัวได้เลย ยิ่งไปกว่านั้นยังเป็นบททดสอบที่ยากและเกิดขึ้นเมื่อใดก็ได้โดย ไม่ทันตั้งตัว กว่าเก้าสิบเปอร์เซ็นต์ของคนผู้ป่วยตายในปัจจุบัน ส่วนมากตายในโรงพยาบาลที่ทน ทุกข์ทรมานอยู่นาน ในอีกทางหนึ่งนั่นถือว่าการเจ็บป่วยอาจเป็นโอกาสทองหรือจังหวะที่จะเรียนรู้ ชีวิตระยะสุดท้ายได้ดีที่สุด^{๓๒}

๑.๖.๑๖ **สุชญา ศิริธัญญกร** สรุปความไว้ใน **“คู่มือตายดี (Handbook for good death)”** โดยกล่าวถึง การเตรียมตัวตายของผู้ป่วย ความตอนหนึ่งว่า เมื่อมีการเจ็บป่วยและการตาย เกิดขึ้นจำเป็นอย่างไรที่จะต้องเจริญมรณสติ (Mindfulness to Death) ซึ่งถือว่าเป็นกัมมัฏฐานที่มี ความจำเป็นอย่างยิ่ง เรียกว่า สัพพัตถกัมมัฏฐาน เป็นกรรมฐานที่ใช้ประโยชน์ได้ทุกอย่าง หรือ จำเป็นต้องใช้ทุกกรณี ทุกที่ ทุกเวลา แต่มรณสติก็อาจเป็นคาบสองคม ถ้าขาดโยนิโสมนสิการ (การพิจารณาอย่างแยกคายถี่ถ้วนรอบคอบ)แล้ว อาจเกิดอกุศลจิตคือนึกถึงความตายแล้วมีความ หดหู่ ไม่อยากตาย หวาดกลัว เกิดความทุกข์หนักยิ่งกว่าเดิม มรณสติจึงควรเจริญทุกขณะจิต ไม่ ประมาทในการดำเนินชีวิต^{๓๓}

๑.๖.๑๗ **พระไพศาล วิสาโล** กล่าวถึงอานิสงส์ของการเจริญมรณสติใน **“ระลึกถึง ความตายสบายนัก : การเจริญมรณสติในชีวิตประจำวัน”** ความตอนหนึ่งว่า ชีวิตกับความตาย หาได้อยู่ตรงกันข้ามกันอย่างที่คนทั่วไปเข้าใจไม่ แต่เป็นเรื่องเดียวกัน เรามีชีวิตอย่างไร ก็ตายอย่าง นั้น ถ้าอยู่ด้วยความหลง ก็ต้อง “หลงตาย” อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ คือตายอย่างทุรนทุราย ไร้สติ แต่

^{๓๑} พระไพศาล วิสาโล, การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ, (กรุงเทพมหานคร : เครือข่ายพุทธิกา, ๒๕๔๘), หน้า ๒ (คำนำ).

^{๓๒} สรุปความจาก วรรณณา จารุสมบุญ และวัชรวิสา กริชไกรวรรณ, จากฐิติ...สู่ดวงดาว : ประสบการณ์เรียนรู้จากช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต, (กรุงเทพมหานคร : บริษัท มีดีกราฟฟิค จำกัด, ๒๕๕๐), หน้า ๑-๓ คำนำ.

^{๓๓} สรุปความจาก สุชญา ศิริธัญญกร, คู่มือตายดี (Handbook for good death), (กรุงเทพมหานคร : ไทยราชวันการพิมพ์, ๒๕๕๒), หน้า ๒๘ - ๓๐.

ถ้ามีชีวิตด้วยความตื่นรู้ อยู่อย่างผู้ไม่ประมาท หมั่นสร้างความคิดอยู่เสมอ เมื่อถึงเวลาก็สามารถจากโลกนี้ไปด้วยความสงบ โดยมีสติจบจนวาระสุดท้ายของชีวิต ชีวิตที่ตื่นรู้ อยู่อย่างไม่ประมาท คือชีวิตจะถูกระลึกถึงความตายอยู่เสมอ^{๓๔}

๑.๖.๑๘ **ทัศนีย์ ทองประทีป** กล่าวถึงบทบาทและประสบการณ์ของพยาบาลไว้ในหนังสือ **“พยาบาล : เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย”** ความตอนหนึ่งว่า พระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.)สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๕๐ มาตรา ๑๒ ระบุว่า บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ พยาบาลในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่อยู่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างใกล้ชิดที่สุดในโรงพยาบาล จำเป็นต้องพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้เป็นที่ไปตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยคำนึงถึงสิทธิและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ^{๓๕}

๑.๖.๑๙ **ประเวศ วะสี** กล่าวไว้ในคำนำหนังสือ **“เตรียมตัวตายอย่างมีสติ ฉบับขยายความ”** แปลและเรียบเรียงโดย ส.ศิริรักษ์ ความตอนหนึ่งกล่าวถึงว่า มนุษย์นั้นมีภาวะทั้งที่เป็นวัตถุธรรมคือร่างกายและนามธรรมคือชีวิตจิตวิญญาณ มีเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ในการรักษาคนไข้ที่หมดหวังและอยู่ในภาวะใกล้ตาย แพทย์แผนปัจจุบันจะให้ความสำคัญกับสายและท่อระโยงระยางต่างๆ ยิ่งกว่าความสงบ เกียรติและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย สำหรับผู้ตายที่ตายอย่างสงบในบ้านที่ตนเคยอยู่ ท่ามกลางลูกหลานที่ให้ความเคารพนับถือ ย่อมมีเกียรติและศักดิ์ศรีมากกว่าการตายในที่ที่แปลกจากที่ตนเคยอยู่ ท่ามกลางสายและท่อต่างๆ และผู้รักษาที่ไม่ได้เคารพและให้เกียรติผู้ป่วย เพียงเท่านี้ก็เห็นภาพของการตายที่แตกต่างกันแล้วในระหว่างทรงสนะทางวัตถุธรรมและทรงสนะทางนามธรรม^{๓๖}

๑.๖.๒๐ **ชัคคุต ตุลกู รินโปเช** กล่าวไว้ในหนังสือ **“สู่ความตายอย่างสงบ”** แปลโดยบุญญา ความตอนหนึ่งสรุปว่า ความตายคือสิ่งที่สามัญที่สุด โดยทุกคนที่เกิดมาล้วนต้องตายเสมอทั้งทุกคนไม่มีเว้น แต่ก็มีโอกาสที่จะช่วยให้เราได้พบกับสังขาร การพบนี้ย่อมแตกต่างกัน

^{๓๔} พระไพศาล วิสาโล, ระลึกถึงความตายสบายนัก : การเจริญมรณสติในชีวิตประจำวัน, (กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนสามลดา, ๒๕๕๑), หน้า ๑ (คำปรารภ).

^{๓๕} ทัศนีย์ ทองประทีป, พยาบาล : เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Nurse: Being With The Dying), พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๒), หน้า คำนำ.

^{๓๖} สรุปความจาก ส.ศิริรักษ์ (แปลและเรียบเรียง), เตรียมตัวตายอย่างมีสติ ฉบับขยายความ, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : บริษัท ส่องสยาม จำกัด, ๒๕๔๔), หน้า คำนำ.

ไปตามลักษณะการตาย บางคนอาจตายไปเปล่าโดยไม่ได้พบอะไรเลยเพราะไม่มีการเตรียมตัวอย่าง ถูกวิธีและไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องจากกัลยาณมิตรรอบข้างเท่าที่ควร^{๓๗}

๑.๖.๒๑ นพ. เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี และ อโนทัย เจียรสถาวรส์ **“บทเรียนจากผู้จากไป : ผลึกความรู้ ดูแลคนไข้ระยะสุดท้ายแบบไทยๆ”** ว่าบทเรียนที่ได้จากผู้จากไป ซึ่งถือเป็นผลึกความรู้ในการดูแลคนไข้ระยะสุดท้ายแบบไทยๆ ก็คือ ทำให้ได้ภาพรวมที่มองคนไข้เป็นคนสำคัญมากขึ้นกว่าเดิม ซึ่งแต่เดิมมองคนไข้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลและการรักษา หรือช่วยให้การทำหน้าที่ของแพทย์และพยาบาลมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น แต่ปัจจุบันได้มองคนไข้เป็นคนสำคัญร่วมด้วยช่วยกันแบบถึงใจ และใฝ่หรือชวนชวนเตรียมพร้อมน้อมในธรรม^{๓๘}

๑.๖.๒๒ หนังสือ **“เหนือความตาย จากวิกฤติสู่อุบัติโอกาส”** กล่าวถึง ความตายนั้นไม่ใช่วิกฤตเท่านั้น หากยังเป็นโอกาสในทางจิตวิญญาณ ดังท่านอาจารย์พุทธทาสเรียกวาระสุดท้ายก่อนหมดลมว่าเป็น “นาทีทอง” ที่ไม่ควรปล่อยให้พลาด เพราะสามารถนำไปสู่ภาวะ “ดับเรา ดับตน คลนิพพาน” ได้ ทุกวันนี้เรามีความรู้เกี่ยวกับความตายในแง่กายภาพมาก แต่ในแง่จิตใจนั้นเรากลับรู้น้อยมาก จึงควรที่จะทำความเข้าใจและใช้ประโยชน์จากความรู้ในแง่ดังกล่าวให้ได้มากที่สุด เมื่อมีความเจ็บไข้ เรายังคงต้องอาศัยเทคโนโลยีเพื่อช่วยเหลือในทางกายภาพ แต่ในทางจิตใจนั้นสิ่งที่จะช่วยได้อย่างมากคือ ธรรมะ เทคโนโลยีนั้นทำได้อย่างมากเพียงแค่ตัดผ่อนยืดเวลาของความตายให้ไกลออกไปเท่านั้น แต่ในที่สุดแล้วก็หนีความจริงไปไม่พ้น ส่วนธรรมะนั้นสามารถทำให้เราเอาชนะความตายได้ คือนอกจากไม่ทุกข์หรือทรมานทรมายเพราะความตายแล้ว อาจจะช่วยให้ออกถึงภาวะที่ไม่มีเราเป็น “ผู้ตาย” นี้ที่เรียกว่า “เหนือความตาย” ความขื่อนี้พระพุทธองค์ก็ได้ตรัสว่า “ถ้าได้อาศัยเราเป็นกัลยาณมิตรแล้ว สัตว์ที่มีความตายเป็นธรรมดา จะพ้นจากความตาย”^{๓๙}

๑.๖.๒๓ หนังสือ **“เบิกบานในชีวิต และตายอย่างสันติ (Joy of living and dying in peace)”** กล่าวถึงว่า เราทุกคนต่างขบคิดถึงเรื่องจะมีชีวิตอยู่และตายอย่างสงบได้อย่างไร ความตายเป็นความทุกข์อย่างหนึ่ง เป็นประสบการณ์ที่เราไม่อยากพบ แต่ความตายนั่นก็ยังคงเป็นสิ่งที่เราทุก

^{๓๗} สรุปจาก ชักคุด ตูลกู รินโปเช (เจียน), **สู่ความตายอย่างสงบ**, แปลโดย บุลยา, (กรุงเทพมหานคร : หจก สามลดา, ๒๕๕๐), หน้า ๕ – ๑๐.

^{๓๘} สรุปความจาก นพ.เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี - อโนทัย เจียรสถาวรส์ (บรรณาธิการ), **บทเรียนจากผู้จากไป : ผลึกความรู้ ดูแลคนไข้ระยะสุดท้ายแบบไทยๆ**, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : หจก สามลดา, ๒๕๕๑), หน้า ๕ (บทนำ).

^{๓๙} พระไพศาล วิสาโล, **เหนือความตาย จากวิกฤติสู่อุบัติโอกาส**, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด สามลดา, ๒๕๔๕), หน้า ๖ (คำปรารภ).

คนต้องเผชิญโดยมีอาจหลีกเลี่ยงได้ อย่างไรก็ตามเรามีโอกาสที่จะเลือกวิถีทาง เพื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงปรารถนานี้อย่างปราศจากซึ่งความกลัว วิธีที่เราดำเนินชีวิตจึงถือเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่จะช่วยให้เรายังคงความสงบ ไม่ว่าวุ่น เมื่อวาระสุดท้ายมาถึง ยิ่งถ้าทำให้ชีวิตตนเองมีคุณค่ามากเท่าใด เราก็จะเศร้าโศกน้อยลงในเวลาที่จะต้องตาย ความรู้สึกขณะที่เรากำลังจะตายจากโลกนี้ไปนั้น ขึ้นอยู่กับวิถีที่เราดำเนินชีวิตอย่างมาก ถ้าชีวิตประจำวันของเราเป็นไปในทางที่ดีมีคุณค่า เมื่อถึงวาระสุดท้ายมาเยือน ทั้งๆที่เราไม่ปรารถนา แต่เราก็จะยอมรับได้ว่ามันเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตโดยไม่เศร้าเสียใจเลย^{๔๐}

๑.๖.๒๔ หนังสือ “ขำขี้มิตรภาพ” กล่าวถึงว่า เมื่อเกิดความเจ็บป่วย เราไม่ได้เพียงแค่ป่วยกายเท่านั้น แต่ยังป่วยใจด้วย ยิ่งเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแล้ว ความเจ็บป่วยทางจิตใจย่อมท่วมท้น เพราะถูกกระหน่ำซ้ำเติมด้วยความกลัว ความวิตกกังวล ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้าง หดหู่ เศร้าหมอง ขาดที่พึ่งพิง กระทั่งรู้สึกโกรธเกลียดผู้คน โศกชะตา และนึกอยากลงโทษตัวเองในยามที่จิตใจอ่อนแออย่างถึงที่สุด การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงไม่ใช่เพียงการเยียวยาทางกายภาพเท่านั้น แต่ยังคงเยียวยาจิตใจของผู้ป่วย รวมทั้งพ่อแม่ ญาติมิตร เพื่อนฝูง ที่กำลังเผชิญกับความรู้สึกของการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ในอดีตเราเคยมีทุนทางสังคมวัฒนธรรม ไม่ว่าจะ เป็นพิธีกรรม ความเชื่อประเพณี และวิถีชีวิตที่เอื้อให้คนส่วนใหญ่สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย และภาวะใกล้ตายได้อย่างไม่ทรมานทรมาย ตลอดจนสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถก้าวข้ามการเปลี่ยนแปลงผ่านของชีวิตได้อย่างงดงามและเป็นธรรมชาติ แต่ในปัจจุบันทุนทางสังคมวัฒนธรรมดังกล่าวร่อยหรอลงอย่างรวดเร็ว จนกระทั่งนำมาซึ่งความทุกข์และความหวาดกลัวต่อความตาย^{๔๑}

๑.๖.๒๕ ดังตฤณ กล่าวไว้ในหนังสือ “ณ มรณา” ความตอนหนึ่งว่า ศาสนาต่างๆ พูดถึงความตายแตกต่างกัน แต่พูดเป็นเสียงเดียวกันว่าควรตายอย่างสงบสุข แม้คนไม่เชื่อเรื่องชาติหน้า ก็ต้องการตายอย่างสงบสุขเช่นกัน พุทธเราเพิ่มเติมอีก คือบอกว่าย่าตายเปล่า อย่าเอาแก่ตายด้วยความเป็นสุข ถึงแม้ตายขณะจิตเป็นสมาธิขั้นฌาน ก็นับว่าน้อยไป ไม่คุ้มกับการมีโอกาสเป็นมนุษย์ พุทธเราขอให้ตายอย่างเข้าใจ เข้าใจว่าที่ตายไม่ใช่เรา แม้ที่เกิดมาก็ไม่ใช่เรา ตัวเราเป็นแค่ความเข้าใจผิด คิดว่ากายใจอันเกิดจากกรรม เป็นอัตตาตัวตนที่แท้จริง ถ้าเข้าใจให้

^{๔๐} สรุปความจาก ทะไล ลามะ, เบิกบานในชีวิต และตายอย่างสันติ (Joy of living and dying in peace). แปลโดย ธารา รินศานต์ พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ธรรมา, ๒๕๔๔), หน้า ๒๖ - ๒๘.

^{๔๑} วรพงษ์ เวชมาลินนท์ (บรรณาธิการ), ขำขี้มิตรภาพ, (กรุงเทพมหานคร : สามลดา, ๒๕๕๑), หน้า คำนำ.

ถูกต้องกล่าวว่ากายใจเป็นแค่ที่ตั้งของความเข้าใจผิด เห็นอยู่ชัดๆ ว่ามันปรวนแปรไป ก็ยังอดส่ำห้อยากให้มันเหมือนเดิม เห็นอยู่ชัดๆ ว่ามันก้าวสู่ความแตกดับก็ยังอดส่ำหวังให้มันคงอยู่อาการที่จิตยึดเหนี่ยวกายใจอย่างเหนียวแน่น^{๔๒}

จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องบางส่วนข้างต้นนี้ ชี้ให้เห็นมิตการมองชีวิตและความตายของมนุษย์ว่ามีความสลับซับซ้อนมากยิ่งขึ้นด้วยเงื่อนไขทางสังคม เทคโนโลยีทำให้มนุษย์มีหวังที่จะยืดอายุความตายออกไปให้ยืนยาวขึ้น แต่มิได้หมายความว่าจะรอดพ้นความตายไปได้ เมื่อมนุษย์ต้องตายอย่างแน่นอน ศาสนาจึงสอนให้ยอมรับความจริงและปฏิบัติต่อความตายด้วยสติปัญญาอย่างรู้เท่าทันโดยไม่ทุกข์ซึ่งถือเป็นทางออกที่ดีที่สุด พุทธศาสนามีแนวคิดและวิธีปฏิบัติต่อชีวิตและความตายที่น่าสนใจยิ่ง ซึ่งผู้วิจัยจะศึกษารายละเอียดทั้งแนวคิดและวิธีปฏิบัติต่อชีวิตและความตายทั้งในทัศนะการแพทย์แผนปัจจุบันแบบตะวันตกหรือแพทย์แบบแผน ทั้งในทัศนะพุทธศาสนา และศึกษาปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสังคมไทยเพื่อประยุกต์หรือบูรณาการแก้ปัญหาการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในปัจจุบันและในอนาคต

๑.๗ วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยเน้นการนำเนื้อหาจากคัมภีร์พระพุทธศาสนา หนังสือ ตำรา และเอกสารทางวิชาการอื่น ๆ มาวิเคราะห์ ซึ่งผู้วิจัยได้จัดขั้นตอนการดำเนินการวิจัย (Research Process) ดังต่อไปนี้

๑.๗.๑ แนวคิดเรื่อง “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในการแพทย์แผนปัจจุบัน” เป็นแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในลำดับแรกของการศึกษานี้ ซึ่งมีประเด็นที่ผู้วิจัยสนใจ ได้แก่ นิยามและความหมาย ลักษณะหรืออาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายแบบองค์รวม วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย และจุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย

ความรู้ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้ค้นคว้าข้อมูลจากตำรา เอกสารงานวิจัย วิทยานิพนธ์ ซึ่งข้อมูลนี้เป็นแนวคิดขององค์การ สมาคมต่างๆ และนักวิชาการ คือ Palliative Care ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ฯลฯ จากนั้นผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูล นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ เรียบเรียง และนำเสนอผลงานวิจัย เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในการแพทย์แผนปัจจุบันในบทที่ ๒

^{๔๒} ดังตฤณ (นามแฝง), ณ มรณา, (กรุงเทพมหานคร : เครือข่ายพุทธิกา, ๒๕๕๐), หน้า คำนำ.

๑.๗.๒ แนวคิดเรื่อง “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในพระพุทธศาสนาเถรวาท” เป็นอีกแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ซึ่งมีประเด็นที่ผู้วิจัยสนใจตามกรอบของ “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการแพทย์แผนปัจจุบัน” ได้แก่ นิยามและความหมาย ลักษณะหรืออาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายแบบองค์รวม วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย และจุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ผู้วิจัยตั้งใจจะสร้างองค์ความรู้ขึ้นมาจาก ความรู้เรื่องกรรม การตาย และการเกิดใหม่ ซึ่งรวมถึง ประเภทความตาย ภาวะใกล้ตาย การเตรียมตัวตาย ชีวิตหลังความตาย การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย: กรณีศึกษาในพระไตรปิฎก พระพุทธเจ้าทรงดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายด้วยพระองค์เอง พระพุทธเจ้าทรงส่งเสริมให้สาวกดูแลรักษาตนเอง พระพุทธเจ้าทรงให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย พระพุทธเจ้าทรงให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วย

ผู้วิจัยจะรวบรวมข้อมูลในพระไตรปิฎก หนังสือ วารสาร บทความ งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย แล้วนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ เรียบเรียง นำเสนอผลงานวิจัยเรื่อง “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในพระพุทธศาสนาเถรวาท” ในเนื้อหาบทที่ ๑

๑.๗.๓ ศึกษาสภาพปัญหาและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในสังคมไทย ได้แก่ นิยามและความหมาย ลักษณะหรืออาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายแบบองค์รวม วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย และจุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย

ความรู้ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้ค้นคว้าข้อมูลจากตำรา เอกสารงานวิจัย วิทยานิพนธ์ ซึ่งข้อมูลนี้เป็นแนวคิดขององค์กร สมาคมต่างๆ และนักวิชาการ และจากการสัมภาษณ์เชิงลึก นักวิชาการและบุคคลผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประมาณ ๑๐ คน จากกลุ่มต่างๆ ได้แก่ พระสงฆ์ แพทย์ พยาบาล จิตอาสา และนักวิชาการ จากนั้นผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูล นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ เรียบเรียง และนำเสนอผลงานวิจัย เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในสังคมไทย ในบทที่ ๔

๑.๗.๔ ในขั้นตอนการเตรียมการบูรณาการ ผู้วิจัยได้นำความรู้จากขั้นตอนที่ ๑.๗.๑ , ๑.๗.๒ และ ๑.๗.๓ มาศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบความเหมือนและความต่าง ข้อดีและข้อเสียของแนวคิดและวิธีการ รวบรวมผลการศึกษา และจัดผลการศึกษา ตลอดจนเรียบเรียงภายใต้กรอบแนวคิดและวิธีการที่เหมือนและต่าง ข้อดีและข้อเสีย เพื่อเป็นฐานในการศึกษาวิจัยขั้นต่อไป

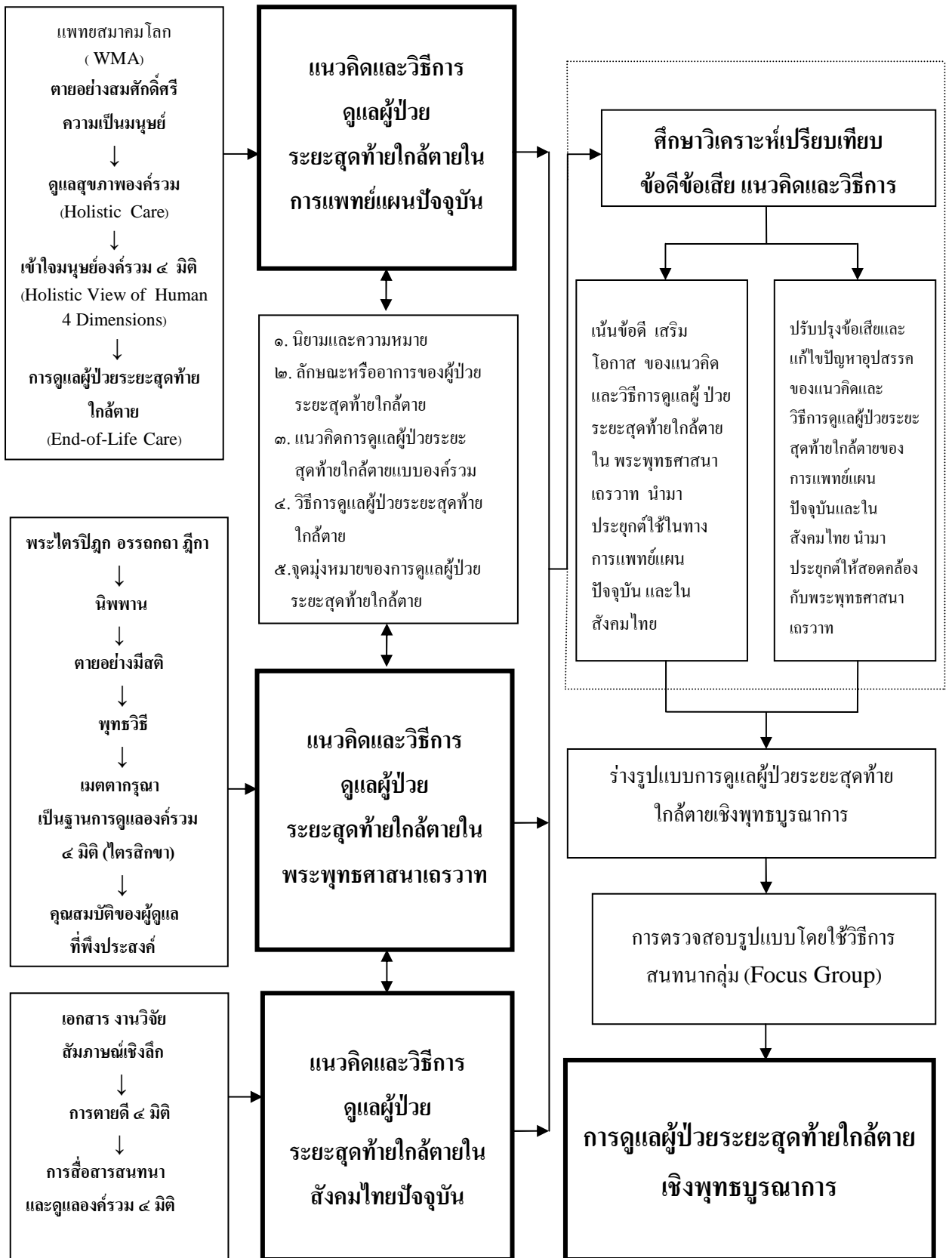
๑.๗.๕ ในขั้นตอนการบูรณาการผู้วิจัยได้นำผลมาจากขั้นตอนในหัวข้อ ๑.๗.๔ ในส่วนที่เป็นความเหมือนและความต่าง ข้อดีและข้อเสียของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย นำมา

วิเคราะห์ สังเคราะห์ เรียบเรียง เพื่อจัดทำร่างผลการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ” ในบทที่ ๕

๑.๓.๖ ผู้วิจัยได้นำผลจากขั้นตอนใน ๑.๓.๕ ซึ่งเป็นร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ นำมาจัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group) ซึ่งประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ พระสงฆ์ แพทย์ พยาบาล จิตอาสา และนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล รวมทั้งหาข้อยุติในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขจัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการต่อไป

๑.๓.๗ การสรุปผลการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยที่ได้ มาสรุปผลการศึกษาวิจัย เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ทั้ง ๓ ข้อที่ได้ตั้งไว้ตามลำดับ และนำเสนอผลการสรุปการวิจัย ในเนื้อหาบทที่ ๖

ซึ่งกระบวนการในการวิจัย สามารถแสดงเป็นแผนผังได้ ดังนี้



แผนภูมิที่ ๑.๑ แสดงกระบวนการวิจัย

๑.๘ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑.๘.๑ ข้อมูลเกี่ยวกับแนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายของการแพทย์แผนปัจจุบันและพระพุทธศาสนาเถรวาท

๑.๘.๒ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายที่ถือปฏิบัติอยู่ในสังคมไทย

๑.๘.๓ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ

บทที่ ๒

แนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

๒.๑ นิยามและความหมาย “ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย”

คำว่า “ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย” เป็นคำที่ใช้ในทางการแพทย์ ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า “dying patient”^๑ หรือ “terminally ill people”^๒ หรือ “seriously ill patient”^๓ หมายถึงผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ คือ (๑) ผู้ป่วยที่กำลังจะตาย (๒) ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต (๓) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค (๔) ผู้ป่วยที่เจ็บหนักซึ่งกำลังใกล้จะถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (patient with terminal illness who are nearing the end of life)^๔ (๕) บุคคลที่ใกล้จะถึงจุดสุดท้ายแห่งชีวิต (a person nears the end of life)^๕ (๖) ผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงระยะสุดท้ายวันสุดท้าย สัปดาห์สุดท้าย หรือเดือนสุดท้ายของชีวิต

จากระยะที่ปรากฏชัดเจนว่า ผู้ป่วยกำลังมีอาการทรุดหนักลงเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่อง^๖ หากจะกำหนดระยะเวลาที่จัดเป็นระยะสุดท้ายใกล้ตายของชีวิต โดยทั่วไปในทางการแพทย์ คือ ระยะ ๖ เดือนสุดท้ายก่อนที่จะถึงแก่ความตาย (a person during the final six months of life)^๗ ซึ่งภายใน

^๑ Elisabeth Kübler-Ross, **Questions and Answers on Death and Dying: A Companion Volume to On Death and Dying**, (New York: A Touchstone Book, 1997), p. 1.

^๒ John Ellershaw and Susie Wilkinson, **Care of the Dying : A Pathway to excellence**, (New York: Oxford University Press, 2003), p. 43, and Michael Peters, **BMA British Medical Association A-Z Family Medical Encyclopedia**, (London: Dorling Kindersley Limited, 2008), p. 250 .

^๓ Elizabeth Latimer, “Caring for seriously ill and dying patients: The Philosophy and Ethics,” **Canadian Medical Association Journal**, Vol. 144, 1991: 859.

^๔ Belinda Poor and Gail P. Poirrier, **End of Life Nursing Care**, (London: Jones and Bartlett, 2001), p. 6.

^๕ Linda L. Emanuel and S. Lawrence Librach, **Palliative Care : Core Skills and Clinical Competencies**, 2nd edition, (Missouri: Elsevier Saunders, 2011), p. 385.

^๖ Max Watson, Caroline Lucas, Andrew Hoy and Jo Wells, **Oxford Handbook of Palliative Care**, 2nd edition, (New York: Oxford University Press, 2009), p. xxvii.

^๗ Belinda Poor and Gail P. Poirrier, **End of Life Nursing Care**, p. 74.

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอาจมีอาการหนักและอาจจะตายได้ตลอดเวลา หรืออาจสามารถมีชีวิตอยู่ได้เพียงวันเดียว สองวัน หรือสามวัน หนึ่งสัปดาห์หรือสองสัปดาห์ เดือนหรือสองถึงสามเดือน ประเด็นที่สำคัญในที่นี้คือ จะรู้ได้อย่างไรว่าเป็น ๖ เดือนสุดท้ายของชีวิต เพราะว่าความตายนั้นไม่ว่าใครก็ไม่อาจจะมองเห็นหรือกำหนดระยะเวลาได้แน่นอน ความตายอาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา เช่น ในกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มีอาการของโรคในระยะลุกลามหรือระยะแพร่กระจาย จะปรากฏอาการทางร่างกาย และมีความรุนแรงที่แสดงออกมาให้เห็นอย่างชัดเจน ในกรณีนี้ อาจสามารถทำนายระยะสุดท้ายของผู้ป่วยได้ (โดยทั่วไปอาจอยู่ได้ไม่เกิน ๖ เดือน) แต่ในภาวะอื่นๆ เช่น โรคสมองเสื่อม โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคทางปอด โรคตับแข็งหรือโรคไตวาย ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่อาจมีอาการกำเริบเฉียบพลันได้ในบางครั้ง โดยที่ผู้ป่วยอาจจะรอดหรือไม่รอดจากภาวะเฉียบพลันที่เกิดขึ้นดังกล่าวได้ตลอดเวลา จึงเป็นการยากที่จะกำหนดหรือทำนายถึงวาระสุดท้ายของชีวิตได้^๘ แต่ถึงกระนั้น อาจถือว่าเป็นระยะสุดท้ายของชีวิตได้ หากอาการป่วยนั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อีกทั้งผู้ป่วยมีแนวโน้มทรุดลงเรื่อยๆ อย่างสม่ำเสมอ^๙ และมีอาการต่างๆ ที่บ่งชี้ถึงการมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน ต้องทนทุกข์ทรมานต่อความเจ็บปวด และกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ จิตวิญญาณ^{๑๐} และที่สำคัญที่สุดอาการระยะสุดท้ายของโรคเหล่านี้จะต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้น^{๑๑}

จากความหมายข้างต้น พอสรุปได้ว่า คำว่า “ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย” มีอาการหรือส่วนที่เป็นลักษณะสำคัญ ๔ ประการ คือ

ประการที่ ๑ ผู้ป่วย (patient) คือ เป็นผู้มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือเป็นผู้ที่กำลังอยู่ในระหว่างการรักษาโรคจากแพทย์

^๘ Ibid., pp. 74-75.

^๙ Smith & Bohnet, 1977, อ้างใน รสพร ประทุมวัน, “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรคักับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร”, **วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๓๔), หน้า ๒๐.

^{๑๐} รัชมน นามวงศ์, “ผลการสอนพยาบาลโดยใช้กรณีศึกษาต่อความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรม และการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล”, **วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๐), หน้า ๑๒.

^{๑๑} วิลาวณิชย์ บุญมานุษ, “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในสิทธิผู้ป่วย ความตระหนักในสิทธิผู้ป่วย กับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี”, **วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุข)**, (บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๓), หน้า ๖๐.

ประการที่ ๒ อาการของโรค คือ โรคหรืออาการของผู้ป่วยกำลังอยู่ในระยะสุดท้ายของโรคนั้นๆ เช่น เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โรคเอดส์ระยะสุดท้าย โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นต้น ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้

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

ประการที่ ๔ คำวินิจฉัยแพทย์ คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่ตายตามคำวินิจฉัยนั้นก็ตามก็ถือว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายเช่นเดียวกัน

๒.๒ ลักษณะอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย

ลักษณะอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ได้มีการศึกษาอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายไว้แตกต่างกันมากมาย แต่เมื่อกล่าวโดยสรุปในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะอาการที่สำคัญ ๒ ด้าน คือ (๑) อาการทางกาย และ (๒) อาการทางจิตใจ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

๑) อาการทางกาย

ลักษณะอาการทางกายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายที่พบนั้น จะมีลักษณะแตกต่างกันไปตามอาการของโรคในระยะสุดท้ายนั้น เช่น ผู้ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายย่อมมีอาการแตกต่างจากผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายย่อมมีลักษณะแตกต่างจากผู้ป่วยด้วยโรคชราระยะสุดท้าย แต่กระนั้นจากการศึกษาลักษณะอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแต่ละรายของ Libirach L., Mount Sinai Hospital and Casey House Hospice และบริษัทดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายรัฐคอนเนคติกัต ประเทศสหรัฐอเมริกา (The Connecticut Hospice Inc.) พบว่า อาการที่แสดงออกทางกายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแม้จะแตกต่างกันตามลักษณะของโรค แต่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะมีอาการต่างๆ เหล่านี้ที่แสดงถึงระยะสุดท้ายของชีวิต คือ^{๑๒}

๑.๑ อาการหลับ ผู้ป่วยใกล้ตายจะใช้เวลาส่วนมากนอนหลับนิ่งๆ และดูเหมือนไม่สามารถติดต่อ สมองตอบสิ่งรอบตัวได้

^{๑๒}ธนพรรณ สิทธิสุนทร (ผู้เรียบเรียง), “ข้อมูลบางประการจาก ฮอสปิซในรัฐคอนเนคติกัต สหรัฐอเมริกา”, ใน มุมมองเรื่องความตายและภาวะใกล้ตาย, นพ.ประสาน ต่างใจ บรรณาธิการวิชาการ, (กรุงเทพมหานคร: กบไฟ, ๒๕๓๕), หน้า ๗๘-๘๐.

๑.๒ ความต้องการอาหารและน้ำลดลง ผู้ป่วยใกล้ตายจะมีความต้องการอาหารและน้ำลดลงมาก ไม่รู้สึกหิวน้ำหรืออาหาร

๑.๓ ความรู้สึกตัวเย็นและสีของผิวหนังผิดปกติ ผู้ป่วยใกล้ตายจะเกิดความรู้สึกว่ามือ แขน และเท้าเย็น สีของผิวหนังจะเปลี่ยนไปเนื่องจากการไหลเวียนของโลหิตน้อยลง

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

๑.๕ อาการทรมานทรมาย ผู้ป่วยอาจทำอาการทรมานทรมายซ้ำๆ เช่น ยกมือขึ้นลงบ่อยๆ อย่างขัดขวางหรือพยายามขัดขวาง ให้ขอคำแนะนำจากพยาบาล ถ้าคิดว่าผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดหรืออยู่ในภาวะฉุกเฉิน พยายามปลอบผู้ป่วยด้วยลักษณะเสียงที่สงบเป็นธรรมชาติ อาจช่วยทำให้ผู้ป่วยสบาย ผ่อนคลายขึ้นด้วยการนวดบริเวณหน้าผากเบาๆ อ่านหนังสือให้ฟัง เปิดดนตรีหรือร้องเพลงที่ผู้ป่วยเคยชอบ

๑.๖ ไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายทั้งหนักและเบาเพราะกล้ามเนื้อบริเวณนั้นอ่อนแรง พยายามอย่าให้คนไข้รู้สึกกังวลไม่สบายใจ แต่ให้ความช่วยเหลือให้คนไข้มั่นใจว่าจะมีการดูแลได้อย่างเรียบร้อย

๑.๗ ปีศาจวะลดปริมาณลง ผู้ป่วยใกล้ตายจะมีปีศาจวะลดลงเนื่องจากการดื่มน้ำน้อยลง รวมทั้งการหมุนเวียนของโลหิตจากไตลดลง

๑.๘ อาการน้ำคั่ง สำหรับญาติมิตรที่ดูแล อาการน้ำคั่งจนอึดอัดของผู้ป่วยอาจทำให้ญาติมิตรเกิดวิตกกังวลร้อนมากเสียยิ่งกว่าผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยอาจทำเสียงเหมือนพยายามดูดน้ำจากหลอดดูด อาการนี้เกิดขึ้นเพราะคนไข้ไม่สามารถไอหรือหากเอาเสมหะออกมาได้เอง ในกรณีนี้อาจใช้ยาช่วยบรรเทาอาการได้ ระหว่างการดูแลเอาใจใส่อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย ผู้พยาบาลควรหันศีรษะผู้ป่วยไปด้านข้างเพื่อให้น้ำลายออกจากปาก แล้วใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดหน้า เสียงที่เกิดจากอาการน้ำคั่ง ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยหรือหายใจไม่ออก

๑.๙ การหายใจผิดปกติ อาจมีอาการหายใจตื้นๆ หดหายใจเป็นช่วงๆ (apnea) หรือหายใจเร็วกระชั้นแบบ Cheyne-Stokes หรือ Kussmaul breathing ก็ได้ เนื่องจากภาวะความเป็นกรดต่างในเลือดผิดปกติ การใส่ท่อช่วยหายใจหรือสายคาจุมุกเพื่อให้ออกซิเจนจึงไม่มีประโยชน์ เพราะแท้จริงแล้วผู้ป่วยไม่ได้ขาดออกซิเจน แต่ผู้ป่วยมีภาวะเลือดเป็นพิษภายหลังจากอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมสภาพและทำงานไม่ได้ตามปกติ

๒) อาการทางจิต

ในปี ค.ศ. 1926 – 2004 อลิซาเบท คูบลอร์ รอส (Elisabeth Kubler-Ross) นักจิตแพทย์ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยในเมืองชิคาโก ประเทศสหรัฐอเมริกา และสรุปอาการทางจิตซึ่งเป็นปฏิกิริยาของผู้ป่วยเมื่อได้รับข่าวร้าย โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย แบ่งเป็น ๕ ระยะ ดังนี้

ระยะที่ ๑ การปฏิเสธและการช็อก (Denial and Shock) อาการแรกของผู้ป่วยเมื่อรับทราบผลของการวินิจฉัยว่าตนเองจะต้องเสียชีวิต คือ ช็อก ช่วงแรกอาจสงสัยว่าจริงหรือไม่ ตรวจสอบผิดพลาดหรือไม่ บางรายอาจตกใจนั่งอึ้งและมีอาการงุนงง แล้วตามมาด้วยการปฏิเสธการวินิจฉัยโรค บางรายอาจไม่ยอมรับไปตลอดว่าเรื่องที่เกิดขึ้นเป็นความจริง

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

ระยะที่ ๓ การต่อรอง (Bargaining) ระยะนี้ผู้ป่วยจะยอมรับผลการวินิจฉัย และคาดหวังว่าจะหายได้ จึงยอมรับการรักษาทั้งทางการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์ทางเลือก หรือแพทย์แผนโบราณ อาจต่อรองกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ช่วย และคิดว่าการทำความดี อุทิศตนเพื่องานศาสนา ทำพิธีต่ออายุ หวังปาฏิหาริย์ต่าง ๆ เพราะยังยอมรับไม่ได้ที่จะหมดเวลาของชีวิตตนเอง

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

ระยะที่ ๕ การยอมรับ (Acceptance) ระยะนี้ผู้ป่วยจะรู้ว่า ความตายเป็นกฎของธรรมชาติที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ สามารถพูดเรื่องความตายได้ พิจารณาเห็นสิ่งที่ดี ๆ ในความตาย มีความสุขกับเวลาที่เหลือ^{๑๑}

ในการจัดเป็น ๕ ระยะนี้ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีบางระยะ เช่น ไม่ต่อรองใด ๆ แต่ซึมเศร้าทันที แต่ละระยะอาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยบางรายไม่เท่ากัน และไม่พร้อมกัน บางรายอาจปฏิเสธความจริงไปตลอดชีวิต และในบางรายอาจยอมรับความจริงได้เร็ว ปฏิกริยาบางอย่างอาจย้อนกลับได้เปลี่ยนแปลงได้ เช่น ตอนทราบผลวินิจฉัยผู้ป่วยยอมรับได้ แต่พออาการทรุดหนัก เช่น เดินไม่ได้

^{๑๑} สรุปความใน :- Elisabeth Kubler-Ross, **On Death and Dying**, (New York : MacMillan, 1969), pp. 38-45.

ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง อารมณ์เปลี่ยนแปลงเป็นโกรธหรือซึมเศร้าได้ใหม่ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ครอบคลุมและยืดหยุ่นมาก

ในยุคต่อมา มีนักวิชาการที่มีความเห็นซึ่งดูเหมือนจะแย้งกับทฤษฎีของอลิซาเบท คูบเลอร์-รอส โดยมีเหตุผลที่สำคัญ ๔ ประการ คือ

(๑) ระบบจิตใจของมนุษย์ไม่ชัดเจน ไม่สามารถแบ่งตามระยะเวลาที่แน่นอนได้

(๒) มนุษย์อาจมีความรู้สึกหลายอย่างในเวลาเดียวกันได้ เช่น ทั้งโกรธและเศร้า และไม่ยอมรับความจริง เช่น โกรธแม่เพราะคิดว่าเป็นมะเร็งเต้านมจากแม่ที่เป็นมะเร็งเหมือนกัน แต่รู้สึกผิดต่อแม่ที่โกรธใส่แม่จึงมีอาการซึมเศร้าด้วย

(๓) ระยะต่อรอง ไม่ควรจัดเป็นระยะ เนื่องจากมนุษย์ได้จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นระยะอยู่แล้ว

(๔) มีอารมณ์อื่น ๆ ที่ค่อนข้างชัดเจน เช่น อารมณ์กลัว ซึ่งมีในผู้ป่วยทุกรายไม่มากนักน้อย และ ความรู้สึกผิด ที่พบได้บ่อยแฉะเป็นความรู้สึกที่เป็นอุปสรรคต่อความสุขสงบในระยะสุดท้ายของชีวิต และอารมณ์อื่น ซึ่งเป็นอารมณ์หนึ่งที่มีผลต่อการลดความตึงเครียด ทำให้ชีวิตมีความสดใสมากขึ้น

โรเบิร์ต บัคแมน (Robert Buckman) จึงได้เสนอทฤษฎีของปฏิกิริยาของจิตใจของคนไข้ระยะสุดท้ายรูปแบบใหม่ โดยแบ่งเป็น ๓ ระยะ ดังนี้^{๑๔}

(๑) ระยะแรก (Initial Stage) เผชิญกับภัยคุกคาม (Facing with Threat) ระยะแรกนี้เป็นระยะเผชิญความจริง ผู้ป่วยจะมีอาการที่แสดงออกทางอารมณ์ต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในชีวิตของผู้ป่วย บุคลิกลักษณะนิสัย และความเคยชินของตนเอง เช่น แสดงอารมณ์ กลัว เกลียด ตกใจ หรือกังวล อารมณ์ต่าง ๆ เหล่านี้อาจมีอาการผสมกัน หรือเด่นในอารมณ์ใดอารมณ์หนึ่ง รวมถึงมีกลไกทางจิต เช่น การหลีกเร้น การปฏิเสธความจริง...

(๒) ระยะเรื้อรัง (Chronic Stage) ระยะเรื้อรังนี้ เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มทำใจได้ อาการที่เกิดขึ้นในระยะเริ่มต้นจะลดน้อยลง ผู้ป่วยอาจมีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่ายชีวิต แม้สภาพจิตใจโดยทั่วไปจะดีขึ้น แต่ผู้ดูแลยังคงต้องดูแลความรู้สึกผู้ป่วยอยู่

^{๑๔} Robert Buckman, **Communication in Palliative Care: a practical guide in Dolye D, et al. Oxford Textbook of Palliative Care**, Third Edition, New York : Oxford University Press, 2003; Buck R., **How to Break bad news –a guide to Health Care Professional**, London : Macmilan Medical, 1993; อ้างใน ภูซงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, “การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย”, ใน **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of Life Care : Improving Care of the Dying)**, พิมพ์ครั้งที่ ๑, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987), ๒๕๕๐), หน้า ๑๑๘-๑๑๙.

(๓) ระยะเวลาสุดท้าย (Final Stage) ระยะเวลานี้เป็นระยะเริ่มยอมรับความตายที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้อยู่ในระดับซึ่งแม้ไม่ใช่ระดับที่ยอมรับได้อย่างแท้จริง แต่อย่างน้อยก็จบในระดับหนึ่ง มีการแสดงออกที่ดูใกล้ปกติ มีการพูดคุย และตัดสินใจในสถานการณ์และสถานภาพของผู้ป่วยได้ดีขึ้น

นอกจากนี้ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใกล้ตายแต่กลับฟื้นขึ้นบางราย มีปรากฏการณ์ที่คล้าย ๆ กันหลายอย่าง แม้ว่าผู้ป่วยเหล่านั้นจะเป็นคนต่างเพศ ต่างอายุ ต่างเชื้อชาติ ต่างภาษา และต่างศาสนา กัน ปรากฏการณ์นี้เรียกว่า “ประสบการณ์ใกล้ตาย” (Near-Death Experience, NDE) บรูซ เกรย์สัน (Bruce Greyson) ซึ่งเป็นจิตแพทย์ชาวอเมริกันและเป็นนักวิจัยเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย ได้ศึกษาลักษณะเฉพาะของภาวะดังกล่าวนี้ โดยพบว่าเหตุการณ์เหล่านี้มักเกิดขึ้นในคนที่กำลังเผชิญกับภาวะใกล้ตาย แต่น้อยคนจะมีเหตุการณ์ทุกอย่างครบหมด ดังนี้^{๑๕}

(๑) ประสบการณ์นอกร่างเนื้อ (out of the body experience) คือ ผู้ป่วยบางรายมักเกิดความรู้สึกว่ามีร่างอีกร่างหนึ่ง (กายละเอียด) ออกไปจากร่างเดิม ความรู้สึกที่ตัวเองลอยออกจากร่างเดิม และมองเห็นร่างกายเดิมของตนนอนสงบนิ่งอยู่ หรือเห็นคณะแพทย์พยาบาลปฏิบัติภารกิจชีวิตอยู่ กายนี้มีลักษณะโปร่งใสไร้น้ำหนัก มักลอยอยู่บริเวณเบื้องบนใกล้เพดานและมองเห็นกายเดิมนอนสงบอยู่เบื้องล่าง ร่างนอกร่างเนื้อนี้จะเคลื่อนที่ไปตามที่ต่าง ๆ โดยไร้จุดหมาย

(๒) ความรู้สึกสงบ (feeling of peace) คนส่วนมากมีความรู้สึกเป็นสุขสงบ สานติ และดีมีค่าอย่างสิ้นพัน ซึ่งเป็นประสบการณ์ครั้งแรกที่เกิดขึ้นและจะจำได้ดีที่สุด ความรู้สึกเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานที่มีอยู่เดิมมักหายไป

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

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

^{๑๕} สรุปใจความสำคัญใน Greyson B., **Near-death experiences and personal values**, Am J Psychiatry 1983; 140 : 618-620; Greyson B., **The Near-death experience scale**, J Nerv Ment Dis 1983; 171 : 376-381, and Fenwick P, Fenwick E., **The truth in the light: an investigation of over 300 near-death experiences**, (London: Headline, 1995), pp. 1-267.

(๕) การพบปะกับผู้รุ่งเรืองด้วยรัศมี (the being of light) ในช่วงนี้ ผู้ป่วยบางรายมีประสบการณ์เหมือนว่ากายละเอียดได้พบกับผู้ที่อยู่ในแสงสว่าง ถ้าเป็นผู้ที่มีศรัทธาในศาสนาอาจมองเห็น พระพุทธเจ้า อัครสาวก พระเยซูคริสต์ พระนามิยะหะหมัด ศาสดาในศาสนาต่าง ๆ นักบุญ เทพเจ้า เทพบุตร เทพธิดา และบุคคลอื่น ๆ ผู้มีความสำคัญในศาสนาที่ตนนับถือ การเห็นบุคคลเหล่านี้เป็นประสบการณ์ทางอารมณ์อย่างรุนแรง จนไม่สามารถจะบรรยายออกมาเป็นคำพูดได้ เป็นประสบการณ์ที่น่ายินดี ปลื้มปิติ ซาบซึ้ง และมีความรู้สึกว่าได้รับการต้อนรับอย่างอบอุ่นและละมุนละไมจากบุคคลเหล่านี้

(๖) การพบกับสิ่งกีดขวาง (the barrier) ในขณะที่กายละเอียดล่องลอยไปตามที่ต่าง ๆ อยู่ นั้น บางครั้งจะรู้สึกว่ามีสิ่งกีดขวางระหว่างตัวเขากับแสงสว่าง สิ่งกีดขวางเป็นเสมือนสิ่งหนึ่ง ที่เตือนว่าได้มาถึงจุดที่จะกลับมาไม่ได้อีกแล้ว (a point of no return) หลายคนอาจเห็นสิ่งกีดขวางนี้เป็นคน สิ่งที่มีชีวิต ประตูลูกกรง หรือรั้วที่คอยห้ามไว้ บางครั้งอาจเกิดความรู้สึกขึ้นมาเองว่าได้มาถึงจุดที่ไม่สามารถผ่านต่อไปได้อีกแล้ว

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

(๘) การพบญาติพี่น้อง (meeting relatives) บางคราวได้มีโอกาสพบกับคนอื่น โดยเฉพาะญาติพี่น้องที่ตายไปแล้ว รวมทั้งเพื่อนฝูงหรือคนแปลกหน้าที่เพิ่งพบกันและยังมีชีวิตอยู่ บางครั้งบุคคลเหล่านี้ก็พยักหน้า โบกมือให้หรือทำท่าคล้ายจะเป็นสัญญาณบอกให้กลับไป บางคนได้มีโอกาสพูดคุยกับคนที่เสียชีวิตแล้ว

(๙) การทบทวนวิถีชีวิต (the life review) แต่ละคนมักเห็นเหตุการณ์ในชีวิตปรากฏต่อหน้าอย่างชัดเจน มองเห็นกุศลกรรม หรืออกุศลกรรมที่เคยกระทำไว้ เป็นการทบทวนบุญและบาป ความดีและความชั่วของตนอีกครั้งหนึ่ง บางคนมีประสบการณ์ราวกับว่าได้มาถึงวันพิพากษาครั้งสุดท้าย (day of judgment) บางครั้งมีการระลึกถึงงานที่ยังไม่เสร็จสิ้น (unfinished business) ซึ่งทำให้เขาต้องกลับไปจัดการให้เสร็จเสียก่อน

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

(๑๑) การกลับ (the return) การกลับคืนของกายละเอียดสู่กายเนื้อมักเป็นไปอย่างรวดเร็วมาก เกิดความรู้สึกคล้ายกับว่ามีพลัง ผลักให้กลับเข้าสู่อุโมงค์ด้วยความเร็วที่สูงสุดจนเข้าไปอยู่ในกายเนื้อตามเดิม

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

๒.๓ แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายแบบองค์รวม

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย เป็นหลักการที่สืบทอดมาจาก “คำปฏิญาณของฮิปโปเครติส” (The Hippocratic Oath) ผู้ได้รับยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งการแพทย์ตะวันตก^{๑๖} ซึ่งได้กล่าวตอนหนึ่งไว้ว่า “...เมื่อใดก็ตามที่การรักษาพยาบาลไม่บรรลุผล จะพยายามบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และจะคำนึงว่า การตายอย่างสมศักดิ์ศรีเป็นเกียรติภูมิของมนุษย์ (dignified death) เป็นเป้าหมายของชีวิตทุกชีวิต...”^{๑๗}

คำปฏิญานี้ นับว่าเป็นหลักการแม่บทสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในปัจจุบัน สำหรับประเทศที่เจริญแล้ว อาจรู้จักกันในนามของ “palliative care” หรือ “hospice care” หรือ “supportive care” โดยมุ่งให้การดูแลแบบประคับประคอง (support) ให้ความสะดวกสบาย (comfort) ลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด (pain relief) รักษาเท่าที่จำเป็น ตอบสนองทางจิตวิญญาณ (spiritual healing) และให้ความสำคัญต่อเกียรติภูมิของความเป็นมนุษย์ (human dignity)^{๑๘} ต่อมาแนวคิดดังกล่าวได้กลายมาเป็นแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในปัจจุบัน ที่ประกาศโดย

^{๑๖} Christopher Elliott-Binns, *Medicine: The Forgotten Art?*, (London: Pitman Publishing Ltd., 1978), p. 5.

^{๑๗} **The Hippocratic Oath**, <<http://nktiuro.tripod.com/hippocra.htm>>, และดูประกอบใน:- เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี (บรรณาธิการ), *Palliative Care การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิธีแห่งการคลายทุกข์*, (กรุงเทพมหานคร : หมอชาวบ้าน, ๒๕๔๒), หน้า ๓.

^{๑๘} เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี (บรรณาธิการ), *Palliative Care การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิธีแห่งการคลายทุกข์*, หน้า ๓.

องค์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของประเทศสหรัฐอเมริกาและองค์การอนามัยโลก (The Last Acts Palliative Care Task Force, the Nation Hospice and Palliative Care Organization, and the World Health Organization) มีหลักการสำคัญพอสรุปได้ ดังนี้^{๑๕}

- (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^{๑๖} (interdisciplinary team) เพื่อให้การดูแลอย่างทั่วถึงในทุกมิติของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ และควรให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความทุกข์โศกของญาติภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต
 - (๖) ให้การดูแลแบบประคับประคอง เคารพต่อชีวิตที่ดำเนินไปแบบธรรมชาติ ไม่ทำให้การตายเกิดขึ้นเร็ว (hasten death) หรือชะลอการตายออกไป (postpone death)
 - (๗) เป็นบริการที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต พร้อมกับการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาสาเหตุของโรค
 - (๘) ช่วยให้การดูแลแบบประคับประคอง และส่งเสริม สนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว
- ส่วน สิวลี ศิริไล ได้แสดงแนวคิดหรือปรัชญาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สอดคล้องกับหลักการข้างต้นไว้ ๔ ประการ ดังนี้^{๑๗}
- (๑) ความตายเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ ช่วงระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลาที่สำคัญของชีวิตมนุษย์
 - (๒) เมื่อการรักษาพยาบาลไม่บรรลุผล ผู้ป่วยต้องการการดูแลเป็นพิเศษที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หลักการสำคัญที่บุคลากรทางด้านสุขภาพพึงคำนึง “เมื่อ

^{๑๕} ทีศนีย์ ทองประทีป, พยาบาล : เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Nurse: Being With The Dying), พิมพ์ครั้งที่ ๓, (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๒), หน้า ๓-๖.

^{๑๖} คำว่า “พหุวิชาชีพ” หมายถึงสาขาวิชาชีพหลากหลาย ประกอบด้วย (๑) นักสังคมสงเคราะห์ (๒) แพทย์และพยาบาลรวมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (๓) จิตแพทย์ (๔) จิตอาสา (๕) พระสงฆ์หรือนักบวช (๖) ญาติมิตร.

^{๑๗} สิวลี ศิริไล, การเป็นแพทย์ : จากอภิปโภคศาสตร์ สู่มุข โลกาภิวัตน์, (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๒), หน้า ๑๑๐.

การรักษาพยาบาล (cure) ไม่สามารถบรรลุผลเป็นหน้าที่ของทีมงานที่จะดูแลด้วยความเอื้ออาทร (caring)”

(๓) วิธีการรักษาที่จะเป็นการชะลอความตาย การเร่งให้จบชีวิตเป็นสิ่งที่ไม่พึงกระทำ ควรพยายามให้การดูแลแบบประคับประคองที่ครอบคลุมโดยองค์รวมทุกด้านเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะของการมีความสุขกาย สุขใจ รวมทั้งได้รับการตอบสนองทางจิตวิญญาณ

(๔) การดูแลที่ครอบคลุมโดยองค์รวมดังกล่าวนี้ จำเป็นต้องอาศัยการดำเนินการในรูปแบบของทีมงานสหสาขาวิชาชีพ (interdisciplinary team) ซึ่งเป็นสาระสำคัญของ การดูแลแบบประคับประคองโดยองค์รวม

จากหลักการข้างต้น จะเห็นว่าแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นจะมุ่งถึงเหตุผลทางจริยธรรมที่จะดูแลผู้ป่วย เหมือนที่ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อีกต่อไป ไม่ว่าจะ เป็นกี่วัน กี่สัปดาห์ หรือกี่เดือนก็ตาม ในกรณีที่ผู้ป่วยยังรู้สึกตัว หรือญาติมีส่วนในการตัดสินใจ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงควรรวมถึงการดูแลตามความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติอีกด้วย โดยเน้นการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เป็นองค์รวมในทุกมิติทุกด้าน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญหน้าความตายได้อย่างไม่หวาดหวั่นพรันพรึง และถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

๒.๔ วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย

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

ก. การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)

คำว่า “hospice care” และ “end-of-life care” เป็นคำที่มีความหมายเดียวกัน (synonyms) กับคำว่า “palliative care” ซึ่งแปลว่า การดูแลแบบประคับประคอง^{๒๒} คือ การพยาบาลหรือการดูแลผู้ป่วยในทางการแพทย์ ที่มุ่งให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการของผู้ป่วยมากกว่าการรักษาที่สาเหตุ (ของโรค) เพราะผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองนั้นมักจะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กำลัง

^{๒๒} Linda L. Emanuel and S. Lawrence Librach, **Palliative Care : Core Skills and Clinical Competencies**, p. 5.

อยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต (ซึ่งมักเป็นอาการป่วยที่บุคคลากรทางการแพทย์วินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้) โดยมีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อลด คลาย หรือบรรเทาอาการที่ไม่พึงประสงค์ และเพื่อให้เกิดความสุขสบาย มีสภาพแวดล้อมที่อบอุ่นใจ สำหรับวันสุดท้ายหรือสัปดาห์สุดท้ายของชีวิต^{๒๓} กล่าวคือ เป็นการดูแลผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตให้สามารถเผชิญหน้ากับความตายได้อย่างไม่หวาดหวั่นพรึ่นพริ้ง และสามารถตายได้อย่างสงบสุข^{๒๔} คำว่า “palliative” (เยียวยา, บรรเทา, หรือประคับประคอง) ถูกนำมาใช้เพื่ออธิบายถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ผู้ที่ริเริ่มใช้คำนี้ คือ คีอกเตอร์บัล โฟร์ เมานท์ (Dr.Balfour Mount) โรงพยาบาลรอยัล วิคตอเรีย (Royal Victoria Hospital) ในเมืองมอนทรีเออ (Montreal) จังหวัดควอเบ็ก (Quebec) ประเทศแคนาดาในปี ค.ศ. ๑๙๖๕

คำว่า “palliative” มีรากศัพท์มาจากภาษากรีกแปลว่า “เสื้อคลุมที่ไม่มีแขน” (to cloak) ซึ่งเมื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงหมายถึง เข้าไปมีบทบาทร่วมกันในการดูแลโดยมุ่งให้ครอบคลุมชีวิตของผู้ป่วยในทุกๆ ด้าน หรือช่วยป้องกันหรือบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญหน้า หรือความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ หรืออาการที่ต้องทุกข์ทรมานอื่นๆ^{๒๕} เช่นเดียวกับเสื้อคลุม ที่คลุมร่างกายทุกส่วนเพื่อป้องกันความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความหนาวเย็น โดยเน้นให้พหุสาขาวิชาชีพได้ใช้ความรู้และความสามารถของตนให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและญาติ^{๒๖}

ส่วนคำว่า “Hospice” โดยส่วนมากมักเชื่อว่า “เป็นสถานที่พักสำหรับคนที่กำลังจะตาย” ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า “hospitium” หมายถึง การดูแลต้อนรับแขก การเป็นเจ้าของบ้านที่ดี (hospitality) และมาจากคำในภาษาฝรั่งเศสโบราณว่า “hospes” หรือ “host” หมายถึง การดูแลต้อนรับอย่างดี การเป็นเจ้าของบ้านที่ดี^{๒๗} เนื่องจากชาวยุโรปสมัยกลางใช้สำหรับเรียกสถานที่พักสำหรับผู้เดินทางแสวงบุญ เพื่อพักผ่อนให้สดชื่นก่อนออกเดินทางไปยังจุดหมาย การดูแลต้อนรับ ณ สถานที่แห่งนี้จึงเป็นไปอย่างอบอุ่นและเป็นมิตร (hospitalis) ต่อมาคำนี้ก็กลายเป็น “hospital”

^{๒๓} Michael Peters, **BMA British Medical Association A-Z Family Medical Encyclopedia**, p. 583.

^{๒๔} Stephen R. Connor, **Hospice and Palliative Care : The Essential Guide**, 2nd Edition, (New York : Taylor & Francis Group, LLC, 2009), p. 1.

^{๒๕} Ibid., p. 2.

^{๒๖} K.K. Kuebler, J. Rynn, and J.V. Rohen, **Perspectives in palliative Care**, Seminars in Oncology Nursing 21 (1), 2005 : 3.

^{๒๗} Stephen R. Connor, **Hospice and Palliative Care : The Essential Guide**, p. 1.

หมายถึง โรงพยาบาลในปัจจุบัน^{๒๘} สำหรับคำอื่นๆ เช่น supportive care, end-of-life care, terminal care, และ hospice care ล้วนเป็นคำที่ใช้ภายใต้ร่มของคำว่า palliative เพื่อระบุให้เกิดความชัดเจนยิ่งขึ้น เนื่องจากคำว่า “การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต” หรือ “การเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย” (end-of-life และ terminal care) เป็นคำที่เอาระยะเวลาเป็นตัวตั้ง ดังนั้นเมื่อเวลาผ่านไปจึงมีความหมายเป็นเชิงลบ ผู้ฟังอาจรู้สึกเศร้า หดหู่ใจ จึงมีการเปลี่ยนมาใช้คำว่า “การดูแลแบบประคับประคอง” ที่มีความหมายกว้างกว่าและเป็นไปในทางบวกมากกว่า ส่วนคำว่า hospice care ใช้อธิบายรูปแบบการให้บริการแบบประคับประคอง ซึ่งมีการจัดบริการแบบเป็นสถาบัน (hospice institute) ส่วนใหญ่จะจัดหอผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายบ้าน รับผิดชอบผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นการเฉพาะส่วนในโรงพยาบาลที่บริการคนไข้ทั่วไป (acute care hospital) อาจจัดเป็นหอผู้ป่วยที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice unit) ปัจจุบันต่างประเทศนิยมจัดเป็นรูปแบบบริการแบบเยี่ยมบ้าน (home hospice care) เพื่อให้ผู้ป่วยได้อยู่บ้านของตนเอง อบอุ่นด้วยสมาชิกในครอบครัวที่คอยช่วยเหลือดูแลกัน เป็นระบบบริการที่ได้รับความนิยมสูงในขณะนี้^{๒๙}

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่ใช้ในประเทศแคนาดา (Canadian Hospice Palliative Care Association.) ซึ่งสนับสนุนคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก (WHO) และชี้ให้เห็นการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตในทุกมิติ มีองค์ประกอบดังนี้^{๓๐}

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

(๒) การดูแลที่มีคุณภาพสูง (high quality) การดูแลแบบประคับประคองมีข้อเสนอแนะ ให้ใช้หลักจริยธรรมในการประเมิน บอกความจริง และมีความเป็นส่วนตัว มาตรฐานการปฏิบัติขึ้นกับหลักการที่ได้รับการยอมรับ และขึ้นกับมาตรฐานของวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

(๓) ปลอดภัยและมีประสิทธิผล (safe and effective) สถานที่ที่พักรับรองสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนั้นเป็นการดูแลแบบร่วมมือกัน และมั่นใจได้ว่า สามารถไว้วางใจได้ อีกทั้งมีความเป็นส่วนตัว โดยที่ไม่มีการแบ่งแยก คุกคาม หรือ มีอคติ สามารถมั่นใจในเรื่องของความปลอดภัยและการรักษาความปลอดภัยสำหรับผู้เข้าร่วมทั้งหมด มีการดูแลด้วยความรับผิดชอบสูง

^{๒๘} สิวลี ศิริไธ, การเป็นแพทย์ : จากฮิปโปคราติส สู่อุค โลกาภิวัตน์, หน้า ๑๐๕-๑๑๐.

^{๒๙} ทศนีย์ ทองประทีป, พยาบาล : เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Nurse: Being with the Dying), พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๒), หน้า ๕-๖.

^{๓๐} Ibid., pp. 6-7.

และดูแลอย่างต่อเนื่อง เป้าหมายสำคัญคือช่วยลดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน ไม่จำเป็น และปฏิบัติตามกฎหมาย กฎระเบียบและนโยบาย ที่อยู่ภายใต้อำนาจศาล เจ้าภาพ และองค์กร ที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

(๔) สามารถเข้าถึงสถานพยาบาลได้เท่าเทียมกัน (accessible) ผู้ป่วยและครอบครัวทั้งหมดนั้นมีการเข้าถึงสถานพยาบาลได้เท่าเทียมกัน รวมถึงการใช้เวลาเข้าถึงพื้นที่บริการเพื่อรับการดูแลแบบประคับประคอง ถึงแม้จะอยู่ที่บ้านหรือไม่ว่าที่ใดก็ตามก็สามารถเข้าไปใช้บริการได้ในสถานพยาบาลที่ใกล้บ้าน

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

(๖) ความร่วมมือ (collaborative) การสื่อสารระหว่างคณะทำงานสำหรับสถานที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนั้น จะมีการประเมินในเรื่องของการให้ร่วมมือ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในองค์กรและการบริการกับพันธมิตร

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

นอกจากนี้ เอส. เอ. แล็ค (S.A. Lack) ได้กล่าวถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่มีการนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีวิธีการดังนี้^{๓๑}

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

(๒) ควบคุมอาการต่างๆ อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค และจากการวินิจฉัยโรค ควรบอกผลการวินิจฉัยด้วยความระมัดระวัง เพราะผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดความสะเทือนใจง่าย ดังนั้นการควบคุมอาการต่างๆจึงรวมไปถึงการป้องกันมิให้ผู้ป่วยได้รับการกระทบกระเทือนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

^{๓๑} 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), pp. 160-166.

(๑) ควบคุมความเจ็บปวด ซึ่งมีใช้ความเจ็บปวดทางด้านร่างกายเท่านั้น แต่รวมไปถึงความเจ็บปวดในรูปแบบอื่นๆ ด้วย เช่น ความเจ็บปวดด้านจิตใจ เศรษฐกิจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นต้น ซึ่งมีหลักในการควบคุมความเจ็บปวดดังนี้ (๑) ควบคุมความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง ไม่ต้องรอให้ปวดแล้วจึงให้ยาเพราะเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวลให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความกลัวและกังวลว่าจะเจ็บปวดอีก ซึ่งความทุกข์ทรมานจากความคิดถึงความเจ็บปวดจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น (๒) ให้ผู้ป่วยตื่นมีสติอยู่กับครอบครัว และเพื่อน โดยไม่ให้ยาที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพหลับตลอดเวลา (๓) ให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างคนปกติ เจ็บปวดน้อยที่สุด และ (๔) ให้ผู้ป่วยสะดวกสบาย มีอิสระในการเคลื่อนไหว จึงนิยมให้ยาทางปากหรือยาเหน็บทางทวารหนัก

(๕) ให้การประคับประคองจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยไม่ทอดทิ้ง ฟังและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย

(๕) ให้การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยในระหว่างกระบวนการเศร้าโศกที่เกิดจากการสูญเสีย โดยให้การประคับประคองดูแล ทั้งก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต และหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว

(๖) ให้การประคับประคองทีมสุขภาพ การที่สมาชิกในทีมสุขภาพต้องเผชิญกับความตายของผู้ป่วย และการที่ต้องดูแลผู้ป่วยแล้วซ้ำอีก ย่อมต้องการการดูแลให้กำลังใจและช่วยเหลือในการใช้กลวิธีเผชิญกับความเครียดเช่นกัน เพื่อให้ทีมสุขภาพมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป

จะเห็นว่า วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองทั้งที่ใช้ในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศแคนาดาดังกล่าวข้างต้นนั้น เป็นวิธีการโดยรวมที่มีลักษณะเป็นองค์รวมที่เน้นให้ความสำคัญในทุกๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย คณะแพทย์หรือพยาบาล และญาติพี่น้อง ซึ่งล้วนมีบทบาทสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งสิ้น อาจเรียกคณะบุคคลผู้ดูแลเหล่านี้ว่า “ทีมสุขภาพแบบประคับประคอง”

ข. 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) มิติทางด้านจิต

วิญญาณ (spiritual)^{๓๒} โดยในแต่ละมิติมีวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ดังนี้^{๓๓}

(๑) การดูแลแบบประคับประคองในมิติทางด้านร่างกาย

การดูแลแบบประคับประคองในมิตินี้จะเป็นมิติที่แสดงอาการออกมาอย่างชัดเจน ไม่ว่าจะ เป็นภายนอกร่างกายหรืออวัยวะภายนอกที่สามารถมองเห็นได้ หรือภายในร่างกายหรืออวัยวะ ภายใน เช่น ปวด ตีบ ถ้ำไส้ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ร่างกายโดยรวมจะมีการ แสดงออกอย่างชัดเจน เช่น ชูบซิด ผอมแห้ง ร่างกายเน่าเปื่อย เจ็บปวดอย่างรุนแรง เป็นต้น การดูแล ประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิตินี้ จึงให้ความสำคัญต่อการทำให้ผู้ป่วยคลายความทรมาน อย่างเต็มที่ มากกว่าการใช้เครื่องช่วยพยุงชีวิต การดูแลมิติทางด้านร่างกายที่ไม่เพียงพอจะมีผลกระทบต่อ อารมณ์ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย และมีผลทำให้ไม่สามารถเข้าสู่ระยะสุดท้ายของ ชีวิตอย่างสงบได้^{๓๔} ดังนั้นการดูแลมิติทางด้านร่างกายจึงสัมพันธ์กับความรู้ความเข้าใจการ เปลี่ยนแปลงทางกายภาพของผู้ป่วยระยะใกล้ตาย ซึ่งจะช่วยให้ญาติและผู้ให้การรักษาสสามารถ ดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตายได้ถูกต้องเหมาะสมขึ้น อันจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วยอย่างยิ่ง เพราะทำให้ สามารถลดการรักษาที่นอกจากจะไม่จำเป็นแล้ว ยังทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานมากขึ้น และไม่ เป็นประโยชน์ใดๆ แก่ฝ่ายไหนทั้งสิ้น โดยเฉพาะแก่ผู้ป่วยระยะใกล้ตาย โดยทั่วไปจึงมีวิธีดูแล ประคับประคองมิติทางด้านร่างกายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายดังนี้

๑.๑ การดูแลรักษาด้วยกรณามุ่งให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมานอันเนื่องจาก โรคหรือการเจ็บป่วย (compassionated palliative care) คือ การดูแลรักษาที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมี ความสุขสบายมากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งได้แก่ การหลีกเลี่ยง การรักษาที่มุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคแต่กลับทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานมากยิ่งขึ้น และการให้ยาเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากตัวของโรคเอง การดูแลรักษานี้ครอบคลุมการดูแลรักษา ทุกประเภท ฉะนั้นทีมผู้ดูแลจะต้องทบทวนวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่เดิมว่า มีการดูแลรักษาใดที่ เข้าข่ายการทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานบ้าง เช่น การเจาะเลือดประจำวันเพื่อส่งตรวจทาง

^{๓๒} Thomas Lathrop Stedman, **Reference Stedman's Medical Dictionary**, 26th Edition Illustrated in color, (Baltimore : Williams & Wilkins, 1995), p. 765.

^{๓๓} คู่มือระยะเฝ้าเพิ่มเติมใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, รศ.นพ. และคณะ (บรรณาธิการ), **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care : Improving Care of the Dying)** พิมพ์ครั้งที่ ๑, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987) จำกัด, ๒๕๕๐), หน้า ๓๓๒ -๓๓๗.

^{๓๔} 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: 2255-62.

ห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยาที่ทำเป็นประจำตามวงรอบระยะเวลา การชั่งน้ำหนักและตรวจสัญญาณชีพ(vital signs)^{๓๕} ที่เดิมเคยเฝ้าติดตามอย่างใกล้ชิด การบำบัดทรวงอกเพื่อระบายเสมหะ การพลิกตัวบ่อยๆ หรือการทำแผลโดยเฉพาะ debridement^{๓๖} สำหรับแผลกดทับ เป็นต้น

นอกจากนี้ ยาที่ควรพิจารณาเลือกใช้เพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ ยาในกลุ่ม opioids^{๓๗} โดยเฉพาะมอร์ฟีน (morphine)^{๓๘} ซึ่งสามารถบริหารได้ทั้งทางกินและทางฉีดซึ่งผ่านทางหลอดเลือดดำหรือผ่านทางชั้นใต้ผิวหนัง ขนาดของยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายขึ้นกับปัจจัยต่างๆมากมาย จึงแนะนำให้ปรับขนาดยาจนกระทั่งผู้ป่วยปราศจากอาการเจ็บป่วย ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ยังไม่เคยใช้ยานี้มาก่อนควรเริ่มต้นที่ขนาดยาต่ำๆ ก่อน ยาอีกกลุ่มที่ควรพิจารณาใช้ คือ ยาในกลุ่ม benzodiazepines เป็นยาที่เหมาะสมสำหรับลดหรือคลายความกังวล อย่างไรก็ตามในกรณีที่ยากลุ่มนี้ไม่สามารถควบคุมอาการของผู้ป่วยได้ดีให้เลือกใช้ยากลุ่ม neuroleptics เช่น haloperidol เป็นต้น นอกจากนี้หากจำเป็นต้องเลือกใช้วิธีการอื่นๆ ควบคู่ไปด้วย เช่น ดนตรีบำบัดโดยใช้เสียงเบาๆ (musical therapy), การลดปริมาณแสงในห้องและการนวดหรือการสัมผัส เป็นต้น ส่วนการพูดคุย

^{๓๕} อาการแสดงชีพ, สัญญาณชีพ(vital signs) หมายถึง สัญญาณแสดงการทำงานของพื้นฐานของร่างกาย ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย ชีพจรหรืออัตราการเต้นของหัวใจ ความดันเลือด และอัตราการหายใจ :- คณะอนุกรรมการจัดทำพจนานุกรมศัพท์เภสัชศาสตร์ สภาเภสัชกรรม, พจนานุกรมศัพท์เภสัชศาสตร์ อังกฤษ-ไทย, พิมพ์ครั้งที่ ๑, (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์วิจิตรการปก, ๒๕๕๔), หน้า ๑๗๔.

^{๓๖} debridement หมายถึง การตัดเล็มเศษเนื้อเยื่อ :- สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และคณะ, พจนานุกรมศัพท์แพทย์, (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๒), หน้า ๑๕๘.

^{๓๗} สารที่มีฤทธิ์คล้ายอนุพันธ์ของฝิ่น :- สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และคณะ, พจนานุกรมศัพท์แพทย์, หน้า ๘๑๐. และ opioid เป็นยาระงับปวดที่ทรงพลังมากที่สุด มักใช้ในภาวะมีอาการปวดอย่างรุนแรง หรือมีการปวดเรื้อรังจากมะเร็ง หรือจากโรครุนแรงอื่นๆ นับเป็นสารเสพติด มีความเกี่ยวข้องกับเคมีกับมอร์ฟีน (MORPHINE) ผลข้างเคียงมักเกิดอาการ ๑. ง่วงซึม (drowsy) ๒. สับสน (confusion) ๓. ท้องผูก (constipation) ๔. กังปัสสาวะ (retention of urine) ๕. คลื่นไส้ (nausea) นอกจากนี้ในกรณีผู้ป่วยได้รับ opioid จำนวนมาก อาจเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรง เช่น กดการหายใจ ซึ่งเป็นอันตราย จนถึงภาวะหมดสติ (coma) ได้ แพทย์ผู้รักษาจึงควรระวังระหว่างประโยชน์ที่ได้รับและผลข้างเคียงเสมอ อีกทั้งการได้รับ opioid เป็นระยะเวลานานๆ จะเกิดอาการติดยา โดยต้องพึ่งพายาเหล่านี้ไปเรื่อยๆ ยา opioid มีทั้งในรูปแบบยารับประทานและยาฉีด ซึ่งจะเลือกใช้ได้ตามความเหมาะสม :-

Mark H. Beers, MD, Editor-in-Chief and co-authors. **The Merck Manual of Medical Information**, Second Home Edition, (New York : Merck & Co., Inc., 2003), pp. 405-407.

^{๓๘} มอร์ฟีน เป็นแอลคาลอยด์ของฝิ่น ใช้เป็นยาระงับความเจ็บปวด แต่มีการใช้ไปในทางที่ผิด(เป็นยาเสพติด) :- สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และคณะ, พจนานุกรมศัพท์แพทย์, หน้า ๗๒๖.

กับผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่องเป็นอีกตัวอย่างของวิธีการรักษาแบบ compassionate palliative care โดยเฉพาะการพูดคุยระหว่างทีมผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ การพูดคุยหรือเล่าเรื่องราวต่างๆ จะช่วยลดความกลัวที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ และสิ่งสำคัญที่สุดอีกประการหนึ่งในการรักษาตามแผนที่ระบุข้างต้น คือ ความเข้าใจที่ถูกต้องของสมาชิกทุกคนในทีมผู้ดูแลเกี่ยวกับสิ่งที่ทีมงานต้องการบรรลุเป้าหมาย นั่นคือ มุ่งให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ในช่วงสุดท้ายของโรค^{๓๕}

๑.๒ การงดเว้นการรักษาบางประการแก่ผู้ป่วยซึ่งเข้าข่ายการชะลอการตาย (Withholding life-sustaining treatment) กล่าวคือ แผนการรักษาที่มุ่งงดเว้นการรักษาเพื่อช่วยพยุงชีพที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับซึ่งเข้าข่ายการชะลอการตาย ตัวอย่างของการรักษาตามแผนนี้ ได้แก่ (๑) งดการช่วยฟื้นคืนชีพ (Do Not Resuscitate or DNR) ในกรณี que ผู้ป่วยประสบปัญหา cardiopulmonary arrest^{๔๐} (๒) ไม่ริเริ่มการรักษาที่อยู่ในข่ายทดลอง หรือการรักษาที่ไม่มีข้อมูลแน่ชัดว่าช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น (๓) ไม่พิจารณาย้ายผู้ป่วยเข้าไอซียู ในกรณีที่ผู้ป่วยรับการรักษายู่ที่หอผู้ป่วยทั่วไป (๔) ไม่ให้เลือดหรือพลาสมา (๕) ไม่เปลี่ยนยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์สูงขึ้น (๖) ไม่ใส่ท่อหลอดคอช่วยหายใจ หรือคงใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น^{๔๑}

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

^{๓๕} 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, and Himelstein BP, Hilden JM, Boldt AM, Weissman D., **Predistric palliative care,** N Engl J Med. 2004; 350 :1752-1762.

^{๔๐} cardiopulmonary arrest หมายถึง ภาวะที่หัวใจและปอดหยุดทำงาน

^{๔๑} ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน Ruark JE, Raffin TA. "Initiating and withdrawing of life support: Principle and practice in adult medicine", **Stanford Medical Center Committee on ethic,** N Engl J Med. 1988; 318: 25-30, Luce JM, Raffin TA., **Withholding and withdrawal life support from critically ill patients,** Chest 1988; 94: 621-626, Luce JM., **Withholding and withdrawal life support from critically ill: how does it work in clinical practice?,** Respair Care 1991; 109: 417-426, and Cook D, Rucker G, Marshall J, et al., **Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the intensive care unit,** N Eng J Med 2003; 349: 1123-1132.

อยู่ในข่ายทดลอง หรือการรักษาที่ไม่มีข้อมูลแน่ชัดว่าช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น, หยุดให้ยาเพิ่มความดันโลหิต, หยุดให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ หรือ หยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ^{๔๒}

(๒) การดูแลแบบประคับประคองในมิติทางด้านจิตใจ

การดูแลผู้ป่วยที่กำลังจากไปรวมทั้งการที่ต้องเผชิญกับการตอบสนองทางอารมณ์ของญาติในลักษณะต่างๆ อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกขัดแย้ง เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง ฯลฯ สิ่งเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่อาจเกิดขึ้นได้ตามปกติ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่อยู่ยาวนาน หรือเป็นผู้ป่วย ที่ต้องเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร สิ่งสำคัญคือจะปรับท่าทีอย่างไรกับสภาพเหล่านี้ ซึ่งโดยไม่ตั้งใจหลายคนใช้วิธีการปฏิเสธหรือละทิ้งความรู้สึกที่เกิดขึ้น (emotionally disengaging) การทำเช่นนี้อาจส่งผลให้เกิดการเฉา (emotionally distancing) และมีผลต่อทักษะการเข้าถึงความรู้สึกและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว อีกด้านหนึ่ง การที่จะช่วยรักษาจิตใจของผู้ดูแล คือ จะต้องเข้าใจธรรมชาติของชีวิตและของโรค ผู้ดูแลควรทำหน้าที่ของตนให้เต็มที่ทั้ง curative care และ holistic care และเข้าใจว่าอาจมีปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้อีกมากที่ทำให้ผลที่ได้ไม่เป็นตามต้องการ (หลักอุเบกขา) ส่วนในกลุ่มอาจมีการช่วยเหลือกันโดยการร่วมรับรู้เรื่องราวที่ผ่านมา (sharing narrative) ซึ่งสามารถช่วยในการทำความเข้าใจปัญหา ลดความตึงเครียด และช่วยพัฒนาทักษะการประเมิน การสื่อสาร การวิเคราะห์ปัญหา และพัฒนาความรู้ด้านต่างๆ นอกจากนี้ควรมีการเรียนรู้เกี่ยวกับความตาย โดยเป็นการจัดกิจกรรมเรียนรู้ศาสตร์ต่างๆ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยเน้นให้มีการสำรวจและสะท้อนความรู้สึกที่แท้จริงภายใน (personal reflection) อันนำไปสู่การพัฒนาความเข้าใจเรื่องชีวิตและความตายอย่างแท้จริง^{๔๓}

(๓) การดูแลแบบประคับประคองในมิติทางด้านสังคม^{๔๔}

การดูแลครอบครัวและผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องถือว่าเป็นหน่วยเดียวกัน (unit of care) มิติทางสังคมจึงมีผลต่อผู้ป่วยอย่างมาก โดยเฉพาะสังคมที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย คือ ครอบครัวของผู้ป่วยเอง ครอบครัวจึงถือว่าเป็นสังคมที่มีอิทธิพลต่อจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมาก ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมมีชีวิตอยู่ หรือไม่มีกำลังใจที่จะอยู่ หรือรักษาต่อไปก็สืบเนื่องมาจากครอบครัวเป็นสำคัญ จะเห็นว่าภาวะจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สำคัญมากอย่างหนึ่ง คือ ความรู้สึกโดดเดี่ยว หรือไม่

^{๔๒} Op. cit.

^{๔๓} 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.

^{๔๔} 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), pp. 609-621.

อยากตายอย่างโดดเดี่ยวนั่นเอง ดังนั้น คำว่า “ครอบครัว” ในที่นี้หมายถึง บุคคลใกล้ชิดที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งตามหลักการแบบประคับประคองในมิติทางด้านสังคมหรือครอบครัวของผู้ป่วย โดยทั่วไปมีหลักการสำคัญ ๓ ประการ ดังนี้

๓.๑ การได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย (**access**) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดีควรส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นในครอบครัว ในอดีตหออภิบาลผู้ป่วยหนักมักมีการจำกัดการเข้าเยี่ยมด้วยเหตุผลต่าง ๆ เช่น สถานที่คับแคบ บุคลากรปฏิบัติงานไม่สะดวก ผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่ อาจมีการติดเชื้อ หรือทำให้คนไข้ได้พักผ่อนไม่เต็มที่ จากการศึกษาการเยี่ยมไม่ทำให้เกิดผลเสียดังกล่าว ทั้งเมื่อเทียบกับประโยชน์แล้วการเยี่ยมเป็นการช่วยเหลือด้านจิตใจสำคัญสำหรับผู้ป่วย ในระยะสุดท้ายผู้ป่วยมักรู้สึกถึงความกลัวการถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยต้องการได้อยู่ท่ามกลางคนที่รักในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว เนื่องจากเวลาที่เหลืออยู่อย่างจำกัดอาจเป็นโอกาสสุดท้ายที่ได้แสดงความรู้สึกที่ดีระหว่างกัน ได้กล่าวคำอำลาสั่งเสีย หรือให้อโหสิกรรมต่อกัน ดังนั้นเราควรยืดหยุ่นเรื่องเวลาและจำนวนคนที่ใกล้ชิดในครอบครัวให้เข้าเยี่ยมได้โดยสะดวก สำหรับผู้ป่วยบางรายซึ่งมีความผูกพันกับลูกหลานที่เป็นเด็ก ควรเปิดโอกาสให้เข้าเยี่ยม เพราะนอกจากเป็นผลดีต่อผู้ป่วยแล้ว เด็กวัยห้าขวบขึ้นไปสามารถเข้าใจเรื่องความตายและสามารถปรับตัวกับการจากไปของผู้ป่วยได้ดีขึ้น โดยไม่ก่อให้เกิดผลเสียอย่างที่มีความกังวล

๓.๒ การให้ข้อมูลและการสนับสนุน (**information and support**) ควรมีการสื่อสารและให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะ การทราบข้อมูลอย่างเหมาะสมทำให้ครอบครัวปรับตัว และวางแผนอนาคตได้ดีขึ้น ทั้งส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจการดูแลที่สูงขึ้น การสื่อสารที่ดีควรเป็นสองทาง โดยเริ่มจากการประเมิน และรับฟังความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การให้ข้อมูลนั้นควรมีวิธีการที่เหมาะสม สำหรับการป่วยที่เฉียบพลันข้อมูลต่าง ๆ ยังล้นเกิน ควรมีการกำหนดบุคคลที่ครอบครัวจะมาติดต่อพูดคุยให้ชัดเจน นอกจากข้อมูลเรื่องผู้ป่วยแล้ว ข้อมูลด้านอื่น ๆ ก็มีความสำคัญในการปรับตัว เช่นบอกเกี่ยวกับระเบียบของหออภิบาลการเยี่ยม การปรึกษาเรื่องสิทธิประโยชน์ หรือการให้คำปรึกษาทางจิตใจ ทั้งนี้ อาจทำเป็นประกาศหรือแผ่นพับ สำหรับการติดต่อสื่อสารกับครอบครัวควรมีความต่อเนื่องไปถึงภายหลังการ สูญเสียคนที่รัก เพื่อเป็นการบรรเทาความเศร้าโศก เช่น การไปร่วมงานศพในบางราย การโทรศัพท์พูดคุยหรือการเยี่ยมบ้าน

๓.๓ การมีส่วนร่วมในการดูแล (**involvement caregiving activities**) การที่จะสามารถปรับบทบาทของครอบครัวจากผู้ที่ต้องได้รับการดูแลมาเป็นส่วนหนึ่งของทีมที่ดูแลได้ โดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การกระทำด้วยความรักทำให้ผู้ป่วยมีความอบอุ่นและรู้สึกถึงความมีคุณค่า ส่วนครอบครัวที่ได้ดูแลจะรู้สึกว่าได้ทำสิ่งที่เป็นประโยชน์เสริม

ความเข้มแข็งในตัวเอง และสามารถก้าวผ่านความเศร้าโศกและความสูญเสียได้ดีขึ้น การดูแลอาจเป็นเรื่องเล็กๆ เช่นการบีบนิ้ว การอ่านหนังสือให้ฟัง หรือสิ่งที่ต้องใช้ทักษะเช่น การช่วยพลิกตัว การดูแลแผล ตลอดจนเรื่องที่ยากกว่า เช่นการช่วยเช็ดตัวและแต่งกายผู้ป่วยหลังเสียชีวิต ในทางจิตวิทยาแล้วสิ่งเหล่านี้ถือเป็นการเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม(family intervention) ในการดูแลอย่างหนึ่ง สำหรับผู้ป่วยที่ไร้ญาติควรจัดให้มีการช่วยเหลือทางสังคม เช่น มีระบบอาสาสมัคร เพื่อนคุยข้างเตียง การช่วยจัดงานศพ

(๔) การดูแลแบบประคับประคองในมิติทางด้านจิตวิญญาณ^{๔๕}

คำว่า “จิตวิญญาณ” (spiritual) นี้ เป็นส่วนที่ลึกซึ้งของจิตใจ เป็นความรู้สึกที่บุคคลแต่ละคนผูกพัน ขอมรับ รัก ยกย่อง บูชา อะไรบางอย่าง และความรู้สึกดังกล่าวก็ทำให้เกิดพลังใจ เกิดความหวัง ความสงบสุขแก่บุคคลนั้น เช่น คนบางคนมีความศรัทธาทางศาสนา ศาสนาจึงอาจเป็นจิตวิญญาณของตนได้ แต่สำหรับบางคนอาจไม่ใช่”^{๔๖} การดูแลประคับประคองในมิติทางด้านจิตวิญญาณนี้จึงมีความสำคัญมากในทางการแพทย์ตะวันตก เพราะหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเพียงพอจะมีผลกระทบต่อมิติสุขภาพด้านอื่นๆ ดังนั้นในการดูแลเบื้องต้นจึงควรให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสถานที่สะอาด สงบ และมีความเป็นส่วนตัวพอสมควร การดูแลทางจิตวิญญาณ มีทั้งเรื่องเกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับทางศาสนา อันได้แก่สิ่งที่เป็นพลัง ความเชื่อและความหวังที่ผลักดันให้ผู้ป่วยทำสิ่งดีงามต่างๆ การทำให้จิตใจสงบระลึกลึกลงถึงสิ่งที่ดีงาม การดูแลไม่ควรทำเป็นสูตรสำเร็จเช่นการเปิดเทปธรรมะ ซึ่งอาจไม่เหมาะกับผู้ป่วยบางรายที่ไม่พร้อมและอาจตกใจกลัว หลักในการดูแลแบบประคับประคองในมิติทางด้านจิตวิญญาณ คือ การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาสิ่งที่เป็นพลังชีวิตของผู้ป่วยและสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติในสิ่งที่เหมาะสมของแต่ละคน โดยมีแนวทางปฏิบัติ ๓ ประการ คือ (๑) ประเมินและบันทึกความต้องการทางจิตวิญญาณในระหว่างให้การดูแลเป็นระยะ (๒) สนับสนุนให้มีสถานที่หรือกิจกรรมส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ เช่น มีห้องพระ ห้องละหมาด มีการทำบุญตักบาตรเป็นระยะ และ (๓) สอบถามและส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตามศรัทธาความเชื่อ เพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีความสุขผ่อนคลายในระยะสุดท้าย

ส่วนการปฏิบัติตามศรัทธาความเชื่อนั้นก็จัดเป็นมิติทางด้านจิตวิญญาณที่สำคัญอีกประการหนึ่ง เพราะผู้ป่วยทุกคนย่อมมีจิตที่ศรัทธาหรือเชื่ออะไรอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นพื้นฐานอยู่

^{๔๕} Op. cit.

^{๔๖} Corinne M. Lemmer, Recognizing and Caring for Spiritual needs of Clients, “**Journal of Holistic Nursings,**” (vol. 23 : No. 3 : Sept., 2005) : 311 – 312.

แล้ว ไม่ว่าจะเป็ศาสนา หรือสิ่งที่เคารพสักการะ เป็นต้น ดังนั้นจึงควรมีการปรับสิ่งต่างๆเหล่านี้ให้เหมาะสมกับพื้นฐานการใช้ชีวิตที่ผ่านมาของผู้ป่วย อาทิ เช่น

๑) คนที่ไม่ปฏิบัติธรรม คุณค่าชีวิตอาจอยู่ที่การทำงานอย่างเต็มที่ การเลี้ยงดูบุตรหลานให้เป็นคนดี ความรักที่มีต่อชาติศาสนาและพระมหากษัตริย์ ในเบื้องต้นให้ผู้ป่วยอยู่ในความสงบและระลึกถึงความดีที่เขากระทำ มีการส่งเสริมให้ทำความดีตามวัฒนธรรมความเชื่อของผู้ป่วย และครอบครัว เช่นสวดมนต์หรือทำบุญ ทั้งช่วยในการค้นหาและตอบสนองความปรารถนาที่ยังไม่สำเร็จ

๒) สำหรับคนที่มีอาการการใช้ชีวิตไม่ถูกต้องมาในอดีต การเข้าใจถึงความตายอาจทำให้จิตใจมีความสงบได้ยาก ในขณะที่ไม่สามารถแก้ไขอดีตได้ ในกรณีนี้ผู้ดูแลและครอบครัวอาจมีส่วนช่วยในการค้นหาและสะสางปมที่ค้างคาใจอยู่ โดยมีการส่งเสริมให้มีการขอโทษกรรมและให้อภัยระหว่างกัน

๓) ผู้ป่วยที่มีศรัทธาในหลักศาสนาต่างๆ ควรส่งเสริมให้มีการปฏิบัติเพื่อยกระดับจิตใจ เช่นการเตรียมตัวกลับไปใช้ชีวิตที่แท้จริงหลังการตายกับพระเป็นเจ้า หรือการปฏิบัติเพื่อให้จิตสงบและปล่อยวางตามหลักศาสนาพุทธ เป็นต้น

จะเห็นว่า การที่แพทย์และทีมสุขภาพพยายามเข้าใจภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแสดงออกถึงการให้ความสำคัญต่อเรื่องความเป็นอิสระ เป็นตัวเองของบุคคล(autonomy) ความแตกต่างเฉพาะตัวบุคคล และถือเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพแห่งการบริการสุขภาพ ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลละเลยความเป็นองค์รวม โดยมุ่งแต่จะรักษาดูแลเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง ก็ส่งผลกระทบต่อบุคคลนั้นทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล หวาดกลัว ท้อแท้ สิ้นหวัง เพราะบางต่อปัญหา รู้สึกว่าแห้วโคดเคี้ยว ทำให้อาการป่วยใช้ทรุดลงหรือไม่ตอบสนองการรักษา หรืออาจถึงขั้นปฏิเสธการรักษาพยาบาลได้^{๔๖}

ดังนั้น เมื่อแยกพิจารณาวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยองค์รวมแล้วจะทำให้เห็นภาพในแต่ละมิติที่ชัดเจน ซึ่งแต่ละมิติมีความสัมพันธ์และมีความสำคัญต่อมิติอื่นๆ ในการดูแลแบบประคับประคองจะขาดมิติใดมิติหนึ่งไม่ได้ ทุกมิติจะต้องได้รับการตอบสนองที่เท่าเทียมกันหรือใกล้เคียงกัน และเมื่อนั้นจะนำผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายไปสู่จุดหมาย คือ การตายอย่างสงบ และสมศักดิ์ศรี ดังกรณีตัวอย่างการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ด้วยวิธีประคับประคองโดยองค์รวมดังนี้

^{๔๖} Insel M. Paul and Roth T. Walton, **Care concepts in Health.** 9th ed., (McGraw-Hill Companies, Inc., 2002), P. 603.

กรณีตัวอย่างที่ ๑

ผู้ป่วยอายุ ๔๐ ปี เป็นมะเร็งรังไข่ระยะลุกลาม เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เมื่ออาการทรุดลงอยู่ในระยะสุดท้ายใกล้เสียชีวิต ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย วิตกกังวล และมีอาการปวดอย่างรุนแรง แพทย์ได้ให้ยาบรรเทาอาการปวด พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วย ดูแลความสุขสบายทางกาย แต่อาการกังวลมีความทุกข์ยังปรากฏอยู่ จิตแพทย์ให้ความเห็นแก่ทีมงานว่า ผู้ป่วยคงมีอะไรบางอย่างซ่อนอยู่ในใจที่ไม่บอกกับใคร พยาบาลพูดคุยประเด็นนี้กับอดีตสามีของผู้ป่วย ให้รายละเอียดของอาการผู้ป่วยตามที่แพทย์เห็นว่าควรบอกให้อดีตสามีได้รับรู้ อดีตสามีรับรู้เรื่องนี้และเข้าไปหาผู้ป่วย ลูกศิษย์เธอแล้วพูดว่า “...ไม่ต้องกังวลนะ พี่อินดีรับเธอกลับบ้านเสมอ บ้านของเราต้นมะม่วงกำลังออกช่อเต็ม ตอนเช้าส่งกลิ่นหอม เธอชอบไม่ใช้หรือจำได้ไหม บ้านของเรา” ผู้ป่วยมีอาการสงบ มองหน้าสามีนิ่งและนาน สีหน้าผ่อนคลาย หลังจากนั้นเธอหลับตาลง อาการปวดไม่ปรากฏ เธอสงบนิ่งและจากไปในช่วงเช้าของวันรุ่งขึ้น^{๔๔}

ในกรณีนี้มีประเด็นที่ควรพิจารณา ดังนี้ (๑) ประเด็นทางจิตวิญญาณ (spiritual theme) คือ การได้ยิน การให้อภัย การรับรู้ความรู้สึกของอดีตสามีที่มีต่อเธอ (๒) การปฏิบัติของพยาบาล (nursing interventions) คือ พยาบาลเป็นผู้นำประเด็นสำคัญของเรื่องนี้ปรึกษากับอดีตสามีของผู้ป่วย อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยให้อดีตสามีรู้ ให้โอกาสกับอดีตสามีได้พบผู้ป่วยตามลำพัง (๓) การวิเคราะห์ (analysis) คือ ผู้ป่วยรายนี้เลิกอยู่กับอดีตสามีไปอยู่ต่างประเทศกับสามีใหม่ ชาวต่างชาติเป็นเวลาสิบปีกว่า เมื่อเป็นมะเร็งระยะลุกลาม และรู้จักแพทย์ต่างประเทศว่า โอกาสที่จะมีชีวิตอยู่ไม่นาน เธอจึงตัดสินใจกลับเมืองไทย ผู้ป่วยไม่มีญาติพี่น้องมาดูแลเลย คงมีแต่เพียงอดีตสามีและลูกสาวที่เธอมีกับสามีคนนี้ (แต่ลูกสาวก็ไม่ได้ผูกพันกับเธอมากนัก) มาดูแล พยาบาลมีความเห็นว่า อดีตสามีผู้ป่วยเป็นคนที่สนิทคุ้นเคยกับผู้ป่วยมากที่สุด น่าจะเป็นคนที่รู้ถึงสิ่งที่ซ่อนอยู่ในจิตใจของเธอ จึงได้ปรึกษากับอดีตสามีของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางจิตวิญญาณ และจากไปอย่างสงบ^{๔๕}

จากการดูแลผู้ป่วยในกรณีนี้ จะเห็นว่าเป็นการดูแลแบบประคับประคอง โดยองค์รวมที่ครบทั้ง ๔ มิติ คือ มิติทางด้านร่างกาย มิติทางด้านจิตใจ มิติทางด้านสังคมหรือครอบครัว และมิติทางด้านจิตวิญญาณ สามารถแสดงเป็นตารางได้ดังนี้

^{๔๔} รศ.สิวลี ศิริไล, บทความประกอบการบรรยาย เรื่อง “การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยสูติ-นรีเวช”, (การประชุมวิชาการเรื่อง การพยาบาลสูติ-นรีเวชวิทยา ครั้งที่ ๒ : ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์), วันพฤหัสบดีที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๕.

^{๔๕} อ่างแล้ว.

ร่างกาย	จิตใจ	สังคม / ครอบครัว	จิตวิญญาณ	ผลปรากฏ
การได้รับการดูแลรักษาและบรรเทาความเจ็บปวด ด้วยยาต่างๆ	การพูดคุย อธิบาย ได้เห็น และรับรู้ ว่าทุกคนเต็มใจทำให้	ประสานกับครอบครัว และที่สำคัญอดีตสามี	ได้รับการให้อภัย	จากไปอย่างสงบ ทั้งฝ่ายสามี ทีมผู้ดูแลรู้สึกได้ว่า ได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดเพื่อผู้ป่วย

ตารางที่ ๒.๑ แสดงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยองค์รวมกรณีตัวอย่างที่ ๑^{๕๐}

กรณีตัวอย่างที่ ๒

ผู้ป่วยคนหนึ่งอายุ ๕๔ ปี เข้ารับการรักษาด้วยมะเร็งปากมดลูก ผู้ป่วยฐานะดีมาก มีชีวิตครอบครัวอบอุ่น เป็นผู้มีความศรัทธาในพระพุทธศาสนา ขณะที่อาการยังทรงตัวและแข็งแรงอยู่ เธอมักจะไปฝึกสมาธิกับหลวงปู่รูปหนึ่งเป็นประจำ เธอสวดมนต์ ถวายอาหาร แก่หลวงปู่ด้วยตนเอง ทุกครั้ง เมื่ออาการทรุดลงอยู่ในระยะสุดท้าย เธอบอกกับครอบครัวว่า เธอขอกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ซึ่งสมัยที่เธอยังเป็นเด็ก เธอและครอบครัวของเธอไปรับการรักษา และผูกพันกับโรงพยาบาลแห่งนี้มาตลอด เธอไม่หวังว่าจะหาย เธอคาดหวังว่าโรงพยาบาลจะรับเธอเป็นผู้ป่วยใน เธอต้องการเพียงกลับไปรับการรักษาครั้งสุดท้ายก่อนเสียชีวิตเท่านั้น ลูกๆ ของเธอไปปรึกษาพยาบาลที่โรงพยาบาลแห่งนั้น พยาบาลนำเรื่องนี้ไปปรึกษาหารือกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านนี้ แพทย์ขอประวัติการรักษา ได้พูดคุยกับผู้ป่วย ขอเวลาปรึกษาที่มงาน แนะนำผู้ป่วยให้กลับไปอยู่บ้าน โดยอธิบายวิธีการดูแลตนเอง และบอกแก่ผู้ป่วยว่า ถ้าเธอมีอาการเจ็บพลันบางอย่าง ก็ให้ลูกๆ นำมา จะดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยมีท่าทียินดี สบายใจ เต็มใจกลับไปอยู่บ้าน ก่อนเสียชีวิตเธอขอให้บุตรนำอาหารไปถวายหลวงปู่ที่เธอเคารพ บุตรใช้โทรศัพท์มือถือให้เธอได้สวดมนต์ ถวายอาหาร ได้ฟังเสียงหลวงปู่ให้พร เมื่อวาระสุดท้ายมาถึง ผู้ป่วยขอกอดลูกๆ แต่ละคน บอกลาสามี แล้วจากไปอย่างสงบ^{๕๑}

จากการดูแลผู้ป่วยในกรณีตัวอย่างที่ ๒ นี้ จะเห็นว่า มีการดูแลแบบประคับประคองโดยองค์รวมที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยครบทั้ง ๔ มิติ คือ มิติทางด้านร่างกาย มิติทางด้านจิตใจ มิติทางด้านสังคมหรือครอบครัว และมิติทางด้านจิตวิญญาณ โดยแสดงเป็นตารางได้ดังนี้

^{๕๐} อ่างแล้ว.

^{๕๑} อ่างแล้ว.

ร่างกาย	จิตใจ	สังคม / ครอบครัว	จิตวิญญาณ	ผลปรากฏ
การได้รับการดูแลรักษาทางกายและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยยาต่างๆ	การพูดคุยรับฟังความคิดเห็น ความต้องการของผู้ป่วย	ประสานกับครอบครัวสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยมีความประสงค์จะกลับไป	ได้กลับไปสถานพยาบาลที่ต้องการ ได้สวมมนต์ได้ถวายอาหารหลวง บูที่เคารพ และได้เสียชีวิตที่บ้าน	ผู้ป่วยมีความสุข ความพอใจ จากไปอย่างสงบ ครอบครัวไม่ทุกข์โศกมาก และรู้สึกว่าได้ให้สิ่งที่ดีแก่ผู้ป่วย

ตารางที่ ๒.๒ แสดงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
โดยองค์รวมกรณีตัวอย่างที่ ๒^{๕๒}

๒.๕ จุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ ที่ญาติ ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ต้องคำนึงถึงให้มากที่สุด คือ ความมีเกียรติและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย^{๕๓} กล่าวคือ ผู้ป่วยแม้จะอยู่ในอาการป่วยหนัก แต่ก็ยังมีความสำคัญคนในฐานะเป็นมนุษย์คนหนึ่งที่มีสติปัญญา มีความรู้ มีความสามารถที่จะคิด พูดและทำตามที่ต้องการได้ด้วยตนเอง ดังนั้น แม้เขาจะอยู่ในอาการป่วยหนัก แพทย์หรือพยาบาลผู้รักษาก็ควรเอื้ออำนวยให้เขาอยู่ในสภาพที่เหมือนว่ายังพอช่วยเหลือตัวเองได้ เช่น ไม่สายยางห้อยระโยงระยางจนดูจริงจังไปหมด หรือกระทำกับร่างกายของเขาโดยที่ไม่รู้ว่าเขาพร้อมที่จะให้ทำอย่างนั้นหรือไม่ สรุปก็คือ ควรให้เขาอยู่ในสภาพจิตใจจนกระทั่งวาระสุดท้ายแห่งชีวิต การเสียชีวิตอย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยจึงเป็นจุดมุ่งหมายสำคัญที่สุด^{๕๔} เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่สามารถรักษาให้หายได้ วิธีการที่นำมาใช้ในการดูแลรักษาจึงเป็นวิธีการแบบประคับประคองชีวิตของผู้ป่วยให้ไปถึงจุดสิ้นสุดของชีวิตอย่างสงบ ที่เรียกว่า “การตายที่ดี” หรือ “การตายอย่างมีความสุข” (good death or dying well) คือ การตายที่ได้รับดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตที่มุ่งบรรเทาอาการเจ็บปวดให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด และสอดคล้องกับความปรารถนาของผู้ป่วย

^{๕๒} อ้างแล้ว.

^{๕๓} Elizabeth Latimer, “Caring for seriously ill and dying patients: The Philosophy and Ethics, *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 144 (7), April 1, 1991), p. 859.

^{๕๔} สรุปความใน :- สุริย์ กาญจนวงศ์, *จิตวิทยาสุขภาพ (Health Psychology)*, (นครปฐม : โรงพิมพ์มูลนิธิมหาวิทยาลัยราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑), หน้า ๑๘๐-๑๘๑.

และของสมาชิกในครอบครัว รวมถึงความปรารถนาในทางสังคม จิตใจ และปรัชญาความคิดที่สำคัญของผู้ป่วยอีกด้วย เช่น การรักษาความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับคนรัก, ความสามารถยอมรับหรือเผชิญหน้ากับความตายที่กำลังใกล้เข้ามาหาตนเองได้อย่างไม่หวาดหวั่นพรั่นพรึง, การตายในวาระสุดท้ายของชีวิตที่ยาวนานเพียงพอสำหรับการตอบสนองต่อชีวิตได้ และการตายที่ไม่รู้สึกเหมือนกับว่าเป็นภาระให้กับคนรักหรือคนที่อยู่เบื้องหลัง เป็นต้น^{๕๕} ด้วยเหตุนี้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มุ่งรักษาเกียรติและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีภาวะแห่งการตายที่ดี จึงต้องเป็นการกระทำที่แสดงให้เห็นถึงความเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ที่เป็นการช่วยให้การตายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เป็นไปได้ด้วยความสงบและเคารพในความเป็นมนุษย์ (dying with peace and dignity) ซึ่งความสงบนั้นควรเกิดทั้งในระดับของผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ ครอบครัว ทีมผู้ดูแล และสังคม^{๕๖} โดยคำนึงถึง “สิทธิของผู้ป่วยระยะสุดท้าย” ที่จะพึงมีหรือพึงได้รับในวาระสุดท้ายของชีวิต สิทธิเหล่านี้ เดวิด เคสเลอร์ (David Kessler) ได้อธิบายไว้ดังนี้^{๕๗}

- ๑) สิทธิที่จะได้รับการปฏิบัติในฐานะที่เป็นมนุษย์ที่มีชีวิตจิตใจ
- ๒) สิทธิที่จะดำรงไว้ซึ่งความหวัง ถึงแม้ความหวังอาจเปลี่ยนแปลงได้
- ๓) สิทธิที่จะได้รับการดูแลจากผู้ที่เข้าใจในความหวัง ถึงแม้ว่าความหวังอาจเปลี่ยนแปลง
- ๔) สิทธิที่จะแสดงออกถึงความรู้สึก อารมณ์ที่เกี่ยวกับความตาย
- ๕) สิทธิที่จะรับรู้และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล
- ๖) สิทธิที่จะได้รับการดูแลด้วยความเมตตา ละเอียดอ่อนจากบุคคลผู้มีความรู้ความเข้าใจในความต้องการของตน
- ๗) สิทธิที่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจุดมุ่งหมายของการดูแลจะเปลี่ยนจาก “การรักษา” ไปสู่ “การประคับประคองให้สะดวกสบาย”
- ๘) สิทธิที่จะได้รับการตอบคำถามจากผู้ดูแล

^{๕๕} Deborah Carr, A "Good Death" For Whom? Quality of Spouse's Death and Psychological Distress among Older Widowed Persons, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 44, No. 2, Jun. 2003), p. 215.

^{๕๖} พรเลิศ นัทรแก้ว, “Holistic End-Of-Life Care in the ICU”, ใน *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย : End of Life Care Improving Care of the Dying*, พิมพ์ครั้งที่ ๑, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (๑๕๘๗) จำกัด, ๒๕๕๐), หน้า ๓๓๐.

^{๕๗} Kessler, 1977, อ้างใน สิวลี ศิริไธ, *การเป็นแพทย์ : จากฮิปโปคราติส สู่มุข โลกาภิวัตน์*, หน้า ๑๑๔-๑๑๕.

- ๘) สิทธิที่จะแสวงหาความต้องการด้านจิตวิญญาณ
- ๑๐) สิทธิที่จะได้รับการบรรเทาความรู้สึกเจ็บปวดทางกาย
- ๑๑) สิทธิที่จะแสดงออกถึงความรู้สึกเจ็บปวด
- ๑๒) สิทธิที่จะเข้าใจกระบวนการของความตาย
- ๑๓) สิทธิของครอบครัวที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล
- ๑๔) สิทธิที่จะตาย
- ๑๕) สิทธิที่จะตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรี
- ๑๖) สิทธิที่จะไม่ตายอย่างเฉียดตาย
- ๑๗) สิทธิที่คาดหวังว่าร่างกายของตนจะได้รับการปฏิบัติด้วยดี

จะเห็นว่า สิทธิของผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้ง ๑๗ ประการนี้ เป็นเกียรติและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ในฐานะที่เป็นมนุษย์คนหนึ่ง ที่จะพึงได้รับโดยการให้ความเคารพและการให้เกียรติ จากบุคลากรทางการแพทย์ทุกๆ ฝ่าย ตลอดจนญาติพี่น้องของผู้ป่วย การมีเกียรติและศักดิ์ศรีในชีวิตของผู้ป่วย ระยะสุดท้ายนี้จะต้องเกี่ยวข้องกับ ๓ ประเด็นหลักต่อไปนี้^{๕๘}

๑) ความกังวลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย (illness related concerns that influence dignity)

ความกังวลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย แบ่งออกได้เป็น ๒ ลักษณะ ดังนี้

๑.๑ ระดับของการมีอิสระ (level of independence) เมื่อระดับของการมีอิสระลดลง ทำให้บุคคลต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งในด้านความคิดและการกระทำจนส่งผลให้เกิดการสูญเสียเกียรติและศักดิ์ศรีระดับของการมีอิสระอธิบายได้เป็น ๒ ลักษณะ คือ

ลักษณะที่หนึ่ง ระดับความสามารถในการคิด (cognitive acuity) เมื่อผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการคิด (cognitive acuity) ลดลงจะทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นทำให้สูญเสียเกียรติและศักดิ์ศรีเช่นผู้ป่วยหญิงวัย ๕๘ ปี ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม ได้เล่าให้ฟังว่าเมื่อ ๔-๕ สัปดาห์ ผู้ป่วยได้รับมอร์ฟิน จำได้เพียงภาพตนเองนั่งอยู่บนโต๊ะอาหารวันคริสต์มาส แต่จำไม่ได้ว่ามีใครนั่งอยู่ที่นั่นบ้างและรู้สึกว่าอยากพูดคุยอะไรบางอย่างกับสามีภรรยาคนหนึ่ง แต่ทำไม่ได้ ทำให้ตนรู้สึกสูญเสียเกียรติและศักดิ์ศรี

ลักษณะที่สอง ความสามารถของผู้ป่วยในการทำงาน (function capacity) ความสามารถของผู้ป่วยในการทำงาน ในที่นี้หมายถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (function capacity) ลดลง ไม่สามารถทำอะไรได้อย่างอิสระ เกิดภาวะที่ต้องพึ่งพาคนอื่น ทำให้สูญเสียเกียรติและศักดิ์ศรี เช่น

^{๕๘} สุริย์ กาญจนวงศ์, จิตวิทยาสุขภาพ (Health Psychology), หน้า ๑๘๑-๑๘๕.

ผู้ป่วยหญิง อายุ ๘๕ ปี เป็นโรคมะเร็งระบบเลือดระยะสุดท้าย (advanced hematological malignancy) ได้เล่าว่า “ฉันไม่ต้องการรอกอยให้ใครมาดูแล ไม่ต้องการให้ใครมาป้อนอาหาร คุณก็รู้ใช่ไหมว่า เป็นการสูญเสียเกียรติและศักดิ์ศรี และเป็นการโง่ ฉันไม่ชอบ ฉันต้องการทำอะไรเอง” จะเห็นได้ว่า เมื่ออยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นหรือการมีระดับของความคิดและการกระทำอย่างมีอิสระ (level of independence) ลดลง จะส่งผลให้เกิดการสูญเสียเกียรติและศักดิ์ศรี

๑.๒ ความทุกข์ในเรื่องอาการ (symptom distress) ประสบการณ์ความไม่สุขสบาย หรือความทุกข์ที่เกิดขึ้น จากอาการเจ็บปวดอย่างทรมาณ เมื่อมีภาวะโรครุนแรงขึ้น ความทุกข์จากอาการเจ็บป่วยนี้แบ่งออกเป็น ๒ ประการ คือ

ประการที่หนึ่ง ความทุกข์กาย (physical distress) ผู้ป่วยชาย อายุ ๕๐ ปี ป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลูกตามไปที่ตัดได้ให้ความหมายของ dignity ว่า “dignity หมายถึงการตายอย่างสงบ (peace) และไม่ทุกข์ทรมาณเพราะดูเหมือนว่าระยะสุดท้ายของชีวิตจะทุกข์ทรมาณมาก มันไม่ใช่ความเจ็บปวดทางอารมณ์แต่มันเป็นความจริงที่เจ็บปวด และรู้สึกว่าจะอยากกินยาให้หมด เพื่อที่ว่าจะไม่รู้สึกปวดต่อไป”

ผู้ป่วยหญิงอายุ ๘๗ ปี ได้ตอบคำถามที่ว่า “ชีวิตที่ไม่มีเกียรติและศักดิ์ศรีไม่มีค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป คุณรู้สึกอย่างไรกับคำกล่าวนี้”

ผู้ป่วย “เห็นด้วย...เมื่อฉันรู้สึกปวดมาก (terrible pain) ฉันโทรหา Dr.B และบอกว่าปวดจนทนไม่ไหวแล้ว ฉันต้องนอนทุกข์ทรมาณเป็นเดือน ยาที่ช่วยอะไรไม่ได้ ฉันถามว่า...ฉันควรทำอย่างไร หมอก็ตอบว่าหมอก็ไม่สามารถทำอะไรได้มากกว่านี้ ฉันรู้สึกว่า พระเจ้าเท่านั้นที่จะช่วยได้ ช่วยพาฉันกลับบ้านที่ ฉันพร้อมแล้ว”

ประการที่สอง ความทุกข์ใจ (psychological distress) ความทุกข์ใจเป็นความทุกข์ทรมาณทางใจที่เป็นผลจาก ภาวะของโรคที่รุนแรงขึ้น และส่งผลทำให้สูญเสียเกียรติและศักดิ์ศรี ซึ่งอธิบายได้ใน ๒ ลักษณะ คือ การไม่ทราบผลการรักษาที่แน่นอน (medical uncertainty) และความกังวลที่ต้องเผชิญกับอาการใกล้ตายและความตาย (death anxiety) เช่น ผู้ป่วยชาย อายุ ๔๗ ปี ป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้กล่าวว่า “dignity คืออะไรบางอย่างที่ฉันสูญเสียไป...ฉันรู้ว่าอาการของตนเองแยลง มันรวดเร็วมาก เมื่อฉันเข้าห้องน้ำเองไม่ได้ ทำอะไรไม่ได้ ทั้งที่แต่ก่อนเคยทำได้ ควบคุมได้ เหมือนกับชีวิตของคุณอยู่ในท่อ บางทีมันไม่มีอะไรสำคัญมากนัก ฉันตั้งตารอเมื่อไรจะถึงวันนั้น แต่เมื่อถึงเวลานั้น...ฉันเดาว่า ฉันคงกังวลมากกว่าที่คิดคิดถึง โชคชะตา เพราะห้กรรมอะไรทำให้ต้องเป็นเช่นนี้”

๒) การรักษาเกียรติและศักดิ์ศรี (dignity conserving repertoire) การรักษาเกียรติและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมี ๒ แนวทาง คือ (๑) ทางด้านทัศนคติ และ (๒) ทางด้านการปฏิบัติ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

๒.๑ ทางด้านทัศนคติ คือ มุมมองที่จะช่วยส่งเสริมให้มีเกียรติและศักดิ์ศรี (dignity conserving perspectives) มีดังต่อไปนี้

๒.๑.๑ ความเป็นตัวคนอย่างต่อเนื่อง ไม่เปลี่ยนแปลง (continuity self) แม้อาการจะแย่ง สิ่งนี้ทำให้เกิด “ความรู้สึกมีเกียรติและศักดิ์ศรี” (sense of dignity) ซึ่งบางคนให้ความหมายว่าเป็นการได้รับความเคารพและมองในแง่ดีอย่างสม่ำเสมอ เช่น ผู้ป่วยหญิงอายุ ๖๔ ปี เป็นมะเร็งปอดและลูกถามไปส่อง กล่าวว่า “สำหรับฉัน dignity หมายถึง การได้รับความเคารพ ทุกคนมีชีวิตต่างก็ต้องการได้รับความเคารพ มันเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก”

๒.๑.๒ การคงไว้ซึ่งบทบาทเดิม (role preservation) สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามบทบาทที่ตนมีอยู่ เช่น ผู้ป่วยหญิง อายุ ๕๕ ปี ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม พยายามที่จะรักษาบทบาทความเป็นแม่ในวันที่ลูกชายแต่งงาน

๒.๑.๓ การได้รับการปลอบใจหรือกำลังใจ (generativity/legacy) การที่ผู้ป่วยได้รับการปลอบใจ ได้รับกำลังใจ เมื่อรู้ว่าตนเองจะต้องเสียชีวิต เช่น ผู้ป่วยหญิงอายุ ๘๘ ปี ป่วยด้วยมะเร็งเต้านมลูกถามไปที่กระดูกกล่าวว่า การได้เห็นความสำเร็จของลูกหลาน ทำให้ได้รับเกียรติและศักดิ์ศรี

๒.๑.๔ การบำรุงรักษาความภาคภูมิใจ (maintenance of pride) การรักษาความภาคภูมิใจ เมื่อไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง หมายถึง ไม่มองตนเองในแง่บวก ไม่เคารพหรือนับถือตนเอง ลูกถามตนเอง จะทำให้เกิดการสูญเสียเกียรติและศักดิ์ศรี เช่น ผู้ป่วยชายอายุ ๖๘ ปี ป่วยด้วยโรคมะเร็งปอด และลูกถามไปส่องได้ว่า ตนเองต้องสูญเสียความภาคภูมิใจเมื่อไม่สามารถเข้าห้องน้ำเองได้ พยาบาลจะเป็นคนดูแลตั้งแต่พาเข้าห้องน้ำ ทำความสะอาด ร่างกาย และใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปให้ ผู้ป่วยไม่ชอบที่จะเป็นเช่นนี้ และไม่คิดมาก่อนว่าจะเป็นเช่นนี้ เกียรติและศักดิ์ศรีได้ค่อยๆ หายไป จะเห็นได้ว่าความภาคภูมิใจในความสามารถของตนเอง การเคารพตนเองได้ถูกลดทอนลงเนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่น จุดนี้เป็นสิ่งที่ทำลายความมีเกียรติและศักดิ์ศรี (dignity) อย่างมาก ดังนั้นจึงเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะยอมรับภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เพราะไม่เพียงแต่ข้อจำกัดทางกาย แต่ยังเป็นสิ่งที่ทำลายความเป็นตัวตนของผู้ป่วยอีกด้วย

๒.๑.๕ จิตใจที่เต็มไปด้วยความหวังอย่างใดอย่างหนึ่ง (hopefulness) ความหวังเป็นสิ่งสำคัญมาก ที่จะรักษาไว้ซึ่งเกียรติและศักดิ์ศรี (dignity) สำหรับผู้ป่วยที่ใกล้จะเสียชีวิต ต่างก็หวังที่จะเห็นชีวิตมีความหมาย หรือบรรลุเป้าหมายในชีวิต

๒.๑.๖ ความเป็นอิสระ หรือความสามารถควบคุมได้ (autonomy/control) ระดับที่ผู้ป่วยมีความเป็นตัวของตัวเองและสามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมได้ เช่น ผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ (function deficit) ต้องได้รับการช่วยเหลือ ไม้มีความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) จะสูญเสียเกียรติและศักดิ์ศรีมาก

๒.๑.๗ ความสามารถยอมรับและกล้าเผชิญหน้ากับสิ่งที่เกิดกับตนเองได้ (acceptance) การยอมรับว่าต้องเผชิญกับโรคร้าย และเผชิญกับความตายโดยพยายามจะรักษาไว้ซึ่งเกียรติและศักดิ์ศรี เช่นเดียวกับผู้ป่วยหญิงอายุ ๘๗ ปีป่วยเป็นโรคมะเร็งปอด กล่าวว่า “การตายอย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรี (dying with dignity) หมายถึงการยอมรับสิ่งที่จะเกิดขึ้น คุณจะถูกปลงศพ และรู้ว่าหลังจากเจ็บป่วยควรจะทำอะไรต่อไปที่มีประโยชน์ การมีเกียรติและศักดิ์ศรี (dignity) ก็จะทำให้เกิดขึ้น”

๒.๑.๘ มีจิตใจที่พร้อมจะต่อสู้หรืออดทน (resilience or fighting spirit) การตกลงใจว่าจะพยายามต่อสู้กับโรคร้าย เพื่อให้มีคุณภาพชีวิต ขณะที่บางคนการยอมรับความจริงจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะเพิ่มเกียรติและศักดิ์ศรี แต่สำหรับบางคนต้องพิชิตโรคร้ายต่อสู้กับความเจ็บปวดจึงจะเกิดเกียรติและศักดิ์ศรี

จะเห็นได้ว่า ทักษะหรือมุมมองที่จะช่วยส่งเสริมให้มีเกียรติและศักดิ์ศรีเป็นมุมมองของคนแต่ละคนว่าจะรักษาเกียรติและศักดิ์ศรีอย่างไร สิ่งนี้เป็นเอกลักษณ์ของบุคคลไม่มีใครดีกว่าใคร ไม่มีลำดับชั้น (not hierarchical) ทุกคนต่างมีมุมมองในการเผชิญหน้ากับความตายที่แตกต่างกัน

๒.๒ ทางด้านการปฏิบัติ คือ แนวทางปฏิบัติเพื่อให้เกิดเกียรติและศักดิ์ศรี (dignity conserving practices) มีดังนี้

๒.๒.๑ การมีชีวิตอยู่กับปัจจุบัน (living in the moment) การมีชีวิตอยู่กับปัจจุบัน ยังไม่ต้องกังวลสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เช่น ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อายุ ๗๖ ปี ได้กล่าวถึงสิ่งที่จะทำให้ชีวิตมีเกียรติและศักดิ์ศรีว่า “...เหมือนบางสิ่งบางอย่างที่ควรค่าที่จะมีชีวิตอยู่ หมายความว่า คุณสามารถมองไปที่หน้าต่างเห็นดอกไม้ ต้นไม้ที่กำลังเติบโต เด็กๆ วิ่งตามท้องถนน เสียงหัวเราะ... นั่นแหละคือสิ่งที่ทำให้ชีวิตมีคุณค่าที่จะอยู่ต่อไป อย่างเช่นเวลานี้เป็นช่วงสำคัญที่สุดของชีวิต ต้องไม่ให้อะไรมาทำให้คุณแย่ลง เราต้องพยายามให้แต่ละวันของเรามีความสุข

๒.๒.๒ การดำเนินชีวิตตามปกติ (maintain normalcy) การทำให้ทุกสิ่งทุกอย่างดำเนินไปตามเดิมเหมือนปกติ เคยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างไรก็ทำเช่นนั้น ในขณะที่ต้องปรับตัวทั้งร่างกายและจิตใจต่อสู้กับความเจ็บป่วย เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดกล่าวว่า “เกียรติและศักดิ์ศรี หมายถึง การได้ใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัว รับประทานอาหารเข้ากับหลานๆ ก่อนเด็กๆ จะไปโรงเรียน ...และ รับประทานอาหารเย็นร่วมกัน”

๒.๒.๓ การแสวงหาที่พึ่งทางใจ (seeking spiritual comfort) เป็นการค้นหา สิ่งที่ช่วยปลอบใจ บรรเทาทุกข์ ในระบบความเชื่อของตน ไม่ว่าจะเป็นทางศาสนาหรือจิตวิญญาณ เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด อายุ ๘๗ ปีกล่าวว่า “การตายอย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรี หมายถึงการ เผชิญหน้ากับความตายอย่างสงบและองอาจทรง คนที่มีทัศนคติอย่างนี้ ๕๕% ต้องสวดขอพรจาก พระเจ้า (god) มันไม่ใช่มีความรู้สึกที่วิเศษ (wonderful) แต่ยิ่งไปกว่านั้น จะได้รู้ถึงวิญญาณอัน ศักดิ์สิทธิ์ (the holy spirit) ที่ช่วยนำทางให้พ้นทุกข์ ฉันทเคยกลัวเมื่อต้องปวดทุกข์ทรมาน แต่ความ ศรัทธาไม่เคยเปลี่ยนฉันจึงไม่เคยสูญเสียเกียรติและศักดิ์ศรี”

๓) การที่สังคมให้หรือลดเกียรติและศักดิ์ศรี (social dignity inventory) การที่สังคมให้ หรือลดเกียรติและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย พิจารณาได้เป็น ๕ ประเด็นย่อย ดังนี้

๓.๑ ขอบเขตของความเป็นส่วนตัว (privacy boundaries) การที่บุคคลถูกล่วงล้ำ สิ่งแวดล้อมรอบๆตัว ขณะที่ได้รับการรักษาอาการเจ็บป่วย เช่น ผู้ป่วยหญิงวัย ๖๑ ปีป่วยเป็น โรคมะเร็งปอด ได้กล่าวถึงสิ่งที่ทำให้เสียเกียรติและศักดิ์ศรีว่า “การที่มีเด็กผู้หญิงเข้ามาช่วยดูแล ตนเองในห้อง ทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง (self esteem) อยากจะเอาตัวเองติดไว้ที่ผนัง จะรู้สึก สบายมากกว่า...อยากจะทำอะไรเองแต่ก็ทำไม่ได้ แม้แต่จะเข้าห้องน้ำด้วยตัวเอง ทุกคนเอาทุกสิ่งทุก อย่างไปจากฉันเพราะฉันเป็นคนสงบเสงี่ยมมากเกินไป” หรือกรณีของผู้ป่วยหญิงวัย ๗๖ ปี เป็น โรคมะเร็งเต้านม รู้สึกไม่มีความเป็นส่วนตัว (loss of privacy) เธออาศัยอยู่กับลูกชายและมีที่นอนอยู่ใน ห้องโถงชั้นล่างขณะที่หลับ ก็รู้สึกว่าถูกรบกวนเมื่อมีคนลงบันไดหรือไม่สะดวกเมื่อต้องแต่งตัว

๓.๒ การสนับสนุนทางสังคม (social support) การมีเครือข่ายทางสังคมให้การ ช่วยเหลือ เช่น เพื่อน ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ เช่น ผู้ป่วยชายวัย ๘๐ ปีป่วยด้วยโรคมะเร็ง ต่อมลูกหมาก ได้กล่าวถึงความสำคัญของการมีเครือข่ายทางสังคมที่ให้การช่วยเหลือว่า “การมี ครอบครัวทำให้มีความสุข แม้ว่าจะรู้ว่าสิ่งเลวร้ายเกิดขึ้น แต่ยังรู้สึกโชคดีที่มีครอบครัวอยู่ที่นี้ ฉัน รู้ว่าทุกคนรักฉัน...”

๓.๓ ทัศนคติของบุคคลอื่น ทัศนคติของบุคคลอื่นที่มีต่อผู้ป่วยอาจช่วยให้ผู้ป่วย ได้รับหรือสูญเสียความมีเกียรติและศักดิ์ศรี (dignity) เช่น ผู้ป่วยหญิงวัย ๘๖ ปีป่วยด้วยโรคมะเร็ง เต้านม กล่าวว่า “คนที่มองตน (ผู้ป่วย) นำสังวาลหรือพุดจากระทอบกระเทือนเหน็บแนม ทำให้รู้สึก โกรธ และสูญเสียความมีเกียรติและศักดิ์ศรี

๓.๔ การเป็นภาระของผู้อื่น (burden to others) ความเศร้าโศก ที่ต้องให้ผู้อื่นมา ดูแลและจัดการกับชีวิต อาจเป็นทั้งการที่ต้องเป็นภาระของผู้อื่นหรือกลัวว่าจะเป็นภาระของผู้อื่น และส่งผลต่อการสูญเสียเกียรติและศักดิ์ศรี เช่นผู้ป่วยหญิงวัย ๗๖ ปีป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม ได้

พูดถึงข้อกังวลใจของเธอว่า “ฉันรู้..ฉันไม่ต้องการเป็นภาระของใคร แต่ฉันก็ต้องให้ใครต่อใครมาช่วยดูแล อาบน้ำทำความสะอาดให้..ทั้งๆที่แท้จริงแล้วไม่น่าจะเกิดกับฉัน”

๑.๕ ความกังวลถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้น (aftermath concerns) มีความกลัวและกังวลว่าเมื่อถึงเวลาที่เสียชีวิตจะสร้างภาระให้กับคนรุ่นหลัง เช่น ผู้ป่วยชาย วัย ๕๑ ปี ป่วยด้วยโรคมะเร็งในปอด กล่าวว่า “...ฉันมีลูก ๔ คน คนสุดท้องเป็นเด็กชายอายุเพียง ๑๒ ปี ฉันกังวลมากไม่รู้ว่าครอบครัว ลูกๆ จะเป็นอย่างไร”

จะเห็นได้ว่า ประเด็นหลักที่มีผลกระทบต่อกรณีเกียรติและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ การกังวลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย (illness related concerns) การรักษาเกียรติและศักดิ์ศรี (social dignity inventory) กล่าวคือ เมื่อมีความกังวลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยและสังคมได้ลดเกียรติและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย การรักษาเกียรติและศักดิ์ศรีจะเป็นตัวป้องกัน (buffered) ไม่ให้เกิดการทำลายความภูมิใจในตัวตน แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าหากไม่สามารถรักษาเกียรติและศักดิ์ศรีไว้ได้ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียเกียรติและศักดิ์ศรีได้ ดังนั้นเกียรติและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยจะต้องได้รับการเคารพและตอบสนองจากบุคคลากรทางการแพทย์ และบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย ตลอดจนสังคมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ โดยเฉพาะมุมมองและทัศนคติที่บุคคลต่างๆ มีต่อผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สิ้นสุดชีวิตด้วยความรู้สึกมีเกียรติศักดิ์ศรีในตนเอง โดยบุคคลต่างๆ มีปฏิสัมพันธ์ต่อตนเองอย่างเคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีนั้น เขาย่อมตายอย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรีสมความเป็นมนุษย์ที่เรียกว่า ตายอย่างสงบ หรือตายดีนั่นเอง และนี่คือจุดมุ่งหมายสูงสุดของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ซึ่งไม่ว่าจะใช้วิธีการใดในการดูแลก็ตาม ต่างก็มุ่งหวังให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเหล่านี้ตายอย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรีนั่นเอง

๒.๖ สรุป

แนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่ผู้วิจัยนำเสนอในบทที่ ๒ นี้ สรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

๒.๖.๑ นิยามและความหมาย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายคือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรคหรือกำลังใกล้ถึงวาระสุดท้ายแห่งชีวิต โดยทั่วไปหมายถึงระยะ ๖ เดือนสุดท้ายก่อนถึงความตาย มีลักษณะสำคัญ ๔ ประการคือ(๑)ผู้เจ็บป่วยที่อยู่ระหว่างรับการรักษาจากแพทย์ (๒)อาการป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของโรคนั้นๆ (๓)ผู้เจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต (๔)แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยใกล้ตาย

๒.๖.๒ ลักษณะอาการ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายมีลักษณะอาการทางกาย ประกอบด้วย (๑) อาการหลับ (๒) ความต้องการอาหารและน้ำลดลง (๓) ความรู้สึกตัวเย็นและสีของผิวหนังผิดปกติ (๔) ความจำเลอะเลือน ไม่รู้ตัว (๕) อาการทรมานทรมาย ผู้ป่วยอาจทำอาการทรมานทรมายซ้ำๆ เช่น ยกมือขึ้นลงบ่อย (๖) ไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย (๗) ปัสสาวะลดปริมาณลง (๘) อาการน้ำคั่ง (๙) การหายใจผิดปกติ อาจมีอาการหายใจถี่ขึ้นๆ และมีลักษณะอาการทางจิต ประกอบด้วย (๑) การซื้อและการปฏิเสธ (๒) การโกรธแค้น (๓) การต่อรองเช่นขอรับการรักษาโดยแพทย์ทางเลือกหรือแพทย์แผนโบราณ (๔) อาการซึมเศร้า (๕) การยอมรับ

๒.๖.๓ แนวคิดในการดูแล

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย สรุปประเด็นสำคัญเป็นข้อดังนี้ (๑) ให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวดและอาการอื่นๆที่เป็นปัญหา (๒) ระลึกว่าความตายเป็นเรื่องปกติและเป็นธรรมชาติ (๓) ตระหนักว่าภาวะใกล้ตายเป็นการรับรู้ส่วนบุคคลและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภายใต้บริบทของครอบครัว (๔) ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและให้การดูแลแบบองค์รวม ครอบครัวด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (๕) ใช้รูปแบบการทำงานแบบพหุวิชาชีพเพื่อให้การดูแลอย่างทั่วถึงในทุกมิติของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ และควรให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความทุกข์โศกของญาติภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต (๖) ให้การดูแลแบบประคับประคอง เคารพต่อชีวิตที่ดำเนินไปแบบธรรมชาติ ไม่ทำให้การตายเกิดขึ้นเร็วหรือชะลอเวลาออกไป (๗) เป็นบริการที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตพร้อมกับการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาสาเหตุของโรค (๘) ให้การดูแลแบบประคับประคอง และส่งเสริมสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

๒.๖.๔ วิธีการดูแล

วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายตามการหลักแพทย์แผนปัจจุบันมี ๒ ลักษณะคือ

ก. การดูแลแบบประคับประคอง มี ๑๑ วิธีการย่อยคือ (๑) เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ (๒) การดูแลที่มีคุณภาพสูง (๓) ความปลอดภัยและประสิทธิผล (๔) สามารถเข้าถึงได้ (๕) ใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม (๖) ความร่วมมือ (๗) มีความรู้เป็นพื้นฐานในการดูแล (๘) ควบคุมอาการต่างๆ (๙) ควบคุมความเจ็บปวด (๑๐) ให้การประคับประคองจิตใจ (๑๑) ให้การประคับประคองทีมสุขภาพ

ข. การดูแลแบบองค์รวม มีวิธีการย่อยคือ (๑) ดูแลประคับประคองมิติด้านร่างกาย มีวิธีการคือ การรักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมานอันเนื่องจากโรคหรือการเจ็บป่วย การงดเว้นการรักษาบางอย่างที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับตามขั้นตอนเพื่อชะลอการตาย การยุติการรักษาเพื่อชะลอการ

ตายที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ (๒) การดูแลระดับประคองมิตด้านจิตใจ (๓) การดูแลระดับประคองมิตด้านสังคม มีวิธีการคือการได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย การให้และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัว การมีส่วนร่วมในการดูแล (๔) การดูแลระดับประคองมิตด้านจิตวิญญาณ มีวิธีการคือ ประเมินและบันทึกความต้องการทางจิตวิญญาณในระหว่างให้การดูแลเป็นระยะ สนับสนุนให้มีสถานที่หรือกิจกรรมส่งเสริมจิตวิญญาณเช่น ห้องพระ การทำบุญตักบาตร สอบถามและส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตามศรัทธาความเชื่อ

๒.๖.๕ จุดมุ่งหมายในการดูแล

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายมีจุดมุ่งหมายดังนี้ (๑) รักษาเกียรติและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรี (๒) ให้ผู้ป่วยไปถึงจุดสุดท้ายแห่งชีวิตอย่างสงบที่เรียกว่า “การตายดี” หรือ “การตายอย่างมีความสุข” (๓) รักษาสิทธิที่จะพึงได้รับ เช่น สิทธิที่จะได้รับการปฏิบัติในฐานะที่เป็นมนุษย์ที่มีชีวิตจิตใจ สิทธิที่จะรับรู้และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล สิทธิที่จะได้รับการดูแลด้วยความเมตตา สิทธิที่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สิทธิที่จะได้รับการตอบคำถามจากผู้ดูแล สิทธิที่จะแสวงหาความต้องการด้านจิตวิญญาณ สิทธิที่จะเข้าใจกระบวนการของความตาย สิทธิที่จะตาย สิทธิที่จะตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรี สิทธิที่คาดหวังว่าร่างกายของตนจะได้รับการปฏิบัติด้วยดี

บทที่ ๓

แนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายตามหลักพระพุทธศาสนาเถรวาท

๓.๑ นิยามและความหมาย “ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย”

คำว่า “ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย” ในทางพระพุทธศาสนา หมายถึง บุคคลที่ถูกครอบงำ ย่ำยี ท่วมทับอย่างหนักโดยโรค^๑(หรือความเจ็บป่วย)ทางกาย^๒ เช่น โรคหืด ไข้หวัด ไข้พิษ ไข้เชื่อม โรคเบาหวาน ซึ่งมีสาเหตุมาจากดี เสมหะเป็นต้น มีผลทำให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์อย่างหนักทั้ง ร่างกายและจิตใจ โดยที่โรค(หรือความเจ็บป่วย)ดังกล่าวนี้จะต้องอยู่ในสภาวะที่หนัก หรือรุนแรง ซึ่งในทางการแพทย์เรียกว่า “ระยะลุกลาม” หรือ “เรื้อรัง” หรือ “ระยะวิกฤติ” ความเจ็บป่วยระยะนี้มี ลักษณะสำคัญ ๕ ประการ คือ (๑) มีผลต่อระบบร่างกายหลายอย่างและมีผลต่อการทำหน้าที่ทาง ร่างกายและทางสังคมอย่างกว้างขวาง (๒) เป็นปัญหาในช่วงชีวิต กล่าวคือ มีพัฒนาการมานานกว่า จะเกิดอาการอย่างเห็น ได้ชัด (๓) อาจจะควบคุมได้ แต่รักษาไม่ได้ (๔) แม้จะไม่ทั้งหมด แต่ส่วน ใหญ่จะมีลักษณะที่เป็นอันตรายที่ละเอียดที่ละน้อยทำให้จำกัดการทำกิจกรรมในสังคม (๕) ลักษณะ ที่เกิดขึ้นแบบไม่รู้ตัวจนกว่าจะถึงระยะวิกฤติจึงมีอาการเจ็บปวด

นอกจากนี้ ยังมีหลักพิจารณาอีกลักษณะหนึ่งว่า ผู้ที่ได้ชื่อว่ามีอาการป่วยระยะสุดท้ายใกล้ ตายนี้นี้ คือผู้ป่วยที่มีลักษณะตรงกับที่พระพุทธเจ้าตรัสไว้ว่า^๓

^๑ คำว่า “โรค” (หรือความเจ็บป่วย) นี้ เป็นคำบาลี ยังมีคำบาลีที่ใช้ในความหมายเดียวกันได้อีกหลายคำ เช่น อาตังกะ, อามยะ, พยาธิ, คทะ, โรคะ, รุชะ, เกล็ดญะ, อกัถสะ, อาพาธะ; คูใน โมกคัลลاناจาริยะ, อภิธานปิปปิกากุฎิ, (กรุงเทพมหานคร: เทคนิค (๑๕), ๒๕๒๗), หน้า ๒๒๘-๒๒๙, และใน พันตรี ป.หลงสม บุญ, พจนานุกรมมคธ-ไทย, (กรุงเทพมหานคร: อาหารการพิมพ์, ๒๕๔๐), หน้า ๒, ๘๘, ๙๔-๙๕, ๒๒๙, ๒๔๑, ๕๒๐, ๖๐๕, ๖๑๑.

^๒ แท้จริงแล้ว ตามหลักพระพุทธศาสนา คนทั้งหลายในโลกนี้ล้วนเป็นโรค ๒ ชนิด คือโรคทางกาย และโรคทางใจ ดังปรากฏข้อความในโรคสูตรว่า “ภิกษุทั้งหลาย โรค ๒ ชนิดคือ (๑) โรคทางกาย (๒) โรคทางใจ สัตว์ผู้อ้างว่าตนไม่มีโรคทางกายตลอดระยะเวลา ๑ ปีบ้าง ๒ ปีบ้าง ๓ ปีบ้าง ๔ ปีบ้าง ๕ ปีบ้าง ๑๐ ปีบ้าง ๒๐ ปี บ้าง ๓๐ ปีบ้าง ๔๐ ปีบ้าง ๕๐ ปีบ้าง แม้อีกกว่า ๑๐๐ ปีบ้าง ยังพอมีอยู่ แต่สัตว์ผู้จะกล่าวอ้างว่า ตนเองไม่มีโรคทาง ใจตลอดระยะเวลาแม้ครู่เดียว หาได้โดยยาก ยกเว้นท่านผู้หมดกิเลสแล้ว”; อัง.จตุกก. (ไทย) ๒๑/๑๕๗/๒๑๗. ใน งานวิจัยนี้ มุ่งนำเสนอการเจ็บป่วยทางกายเป็นหลัก แต่ในบางกรณีก็หมายรวมการเจ็บป่วยทางใจด้วย

^๓ อัง.ติก. (ไทย) ๒๐/๒๒/๑๖๕.

ภิกษุทั้งหลาย คนไข้ ๓ จำพวกนี้มีปรากฏอยู่ในโลก คนไข้ ๓ จำพวกไหนบ้าง คือ คนไข้บางคนในโลกนี้ได้โทษนะที่เป็นสัปปายะ หรือไม่ได้โทษนะที่เป็นสัปปายะ ก็ตาม ได้ยาที่เป็นสัปปายะ หรือไม่ได้ยาที่เป็นสัปปายะก็ตาม และได้คนพยาบาลที่เหมาะสม หรือไม่ได้คนพยาบาลที่เหมาะสมก็ตาม ย่อมไม่หายจากอาพาธนั้นได้เลย

ดังนั้น คำว่า “ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย” โดยนัยก็คือผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะวิกฤต ซึ่งอาจจะทำให้ผู้ป่วยตายได้ตลอดเวลา บุคคลที่ความตายปรากฏอยู่เฉพาะหน้าหรือชีวิตของเขาอยู่ในลำนำหรือใกล้ความตาย เรียกในภาษาบาลีว่า “มรณสนุติก” หรือบางที่เรียกว่า “มรณภยตชชิต” แปลว่า ผู้อันภัยคือมรณะคุกคามแล้ว^๔ นอกจากความหมายนี้แล้วยังหมายถึง คนที่กำลังเจ็บป่วยด้วยโรคอย่างใดอย่างหนึ่งอย่างรุนแรงหรืออย่างวิกฤตก็ได้ เชื่อว่ากำลังเป็นผู้ถูกภัยคือความตายคุกคามเช่นเดียวกัน เพราะคำว่า “ภัย” โดยทั่วไปมีความหมายกว้างมาก หมายถึง อันตรายต่างๆ ที่ทำให้จิตใจสะดุ้งหวาดกลัวได้^๕ เช่น อันตรายจากความเจ็บไข้ หรือโรคต่างๆ (พยาธิภัย) อันตรายจากอุบัติเหตุ อันตรายจากสัตว์ร้ายต่างๆ มีระเซ่ ปลาร้าย งู เป็นต้น หรือภัยเกิดจากธรรมชาติ เช่น น้ำท่วม เป็นต้น^๖ ดังนั้น “มรณภยตชชิต” ในความหมายที่ตรงกับ “ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย” หรือเป็น “อาการระยะสุดท้ายใกล้ตาย” นั้นในทางพระพุทธศาสนาถือว่าเป็นความหมายที่จำเพาะหรือความหมายอย่างแคบ แต่หากพิจารณาความหมายอย่างกว้างๆ แล้ว คำว่า “ผู้อันภัยคือมรณะคุกคามแล้ว” ในทางพระพุทธศาสนาถือว่าเป็นไม่เฉพาะกับคนที่กำลังประสบอันตราย หรือโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น แต่คนที่เกิดมาทุกคนแล้วมีชีวิตอยู่ เชื่อว่า กำลังถูกภัยคือมรณะคุกคามตลอดเวลาทั้งสิ้น เพราะชีวิตมนุษย์ทุกชีวิตที่เกิดมาย่อมเดินไปสู่ความตายตลอดเวลา นั่นคือ มนุษย์ทุกคนล้วนถูกภัยคือความตายคุกคามหรือบีบบังคับตลอดเวลา ซึ่งพระพุทธศาสนาเรียกสภาวะนี้ว่า “ทุกขอริยสัจ” ดังนั้นเมื่อพิจารณาถึงจุดนี้ก็จะเห็นว่า “ระยะสุดท้ายใกล้ตาย” ตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันแบบตะวันตกมีความหมายใกล้เคียงกับคำว่า “มรณภยตชชิต” ในความหมายที่จำเพาะ หรือจะกล่าวให้จำเพาะมากยิ่งขึ้นเรียกว่า “พยาธิภัย” ในระยะวิกฤตนั่นเอง

นอกจากนี้ใน **อภิธรรมมัตถสังคหทีปนี** มีคำที่มีความหมายตรงกับคำว่า “ระยะสุดท้ายใกล้ตาย” อีกคำหนึ่ง ซึ่งถือว่ามีความหมายใกล้เคียงมากที่สุด คือ คำว่า “มรณสันนกาล” แปลว่า เวลาที่บอกให้รู้ว่าใกล้จะถึงแก่ความตาย เป็นการเตือนให้รู้ล่วงหน้า เพื่อให้เตรียมตัว ไม่ใช่ตายในตอนนั้น

^๔ พันตรี ป. หลงสมบุญ (รวบรวมและเรียบเรียง), **พจนานุกรม มคธ-ไทย**, (กรุงเทพมหานคร : สำนักเรียนวัดปากน้ำภาษีเจริญ, ๒๕๔๐), หน้า ๕๖๓.

^๕ อัง.ปญจก.อ. (ไทย) ๓๖/๓๗๒.

^๖ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน : - อภิ.วิ. (ไทย) ๓๕/๕๓๕/๕๕๑.

ขณะนั้น อาจจะเร็วหรือช้า เป็นนาฬิกา เป็นชั่วโมง เป็นวัน เป็นเดือน หรือเป็นปี มรณาสันนกาลนี้มี ๒ ประเภท คือ^๓

ประการที่ ๑ อาสันนกาล คือ เวลาใกล้ตาย หมายถึง วิถีจิตใกล้ตายชนิดธรรมดา ได้แก่ วิถีจิตใกล้ตายที่เกิดขึ้นแก่บุคคลผู้ที่จะตายภายในเวลา ๑-๒ นาที หรือ ๑-๒ ชั่วโมง เป็นต้น สำหรับบุคคลประเภทนี้ เรียกว่า บุคคลผู้ใกล้จะตาย (มรณาสันนบุคคล)

ประการที่ ๒ ปัจจาสันนกาล คือ เวลาใกล้จวนตาย หมายถึง วิถีจิตใกล้จะสิ้นใจ ขาดใจตาย ได้แก่ วิถีจิตใกล้ตายที่เกิดขึ้นแก่บุคคลผู้ที่กำลังจะตายภายในเวลาไม่ถึง ๑๐ วินาที หรือไม่ถึง ๒๐ วินาที จุตติจิตเกิดขึ้นทำหน้าที่ของตน และรูปที่เกิดจากกรรม (กัมมชรูป) ครั้งสุดท้ายได้ดับลงพร้อม กับขณะแตกดับ (ภังคขณะ) ของจิตที่เคลื่อน (จุตติจิต, ตาย) สำหรับบุคคลประเภทนี้ ท่านเรียกว่า บุคคลผู้ใกล้จวนตาย (ปัจจาสันนมรณบุคคล)

จะเห็นว่า มรณาสันนกาล คือ เวลาสุดท้ายใกล้ตาย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายก็คือบุคคลผู้กำลังอยู่ในช่วงมรณาสันนกาล หรือ เรียกว่า มรณาสันนกาลบุคคล ซึ่งพระพุทธศาสนาแบ่งระยะเวลานี้ออกเป็น ๒ ช่วง คือ (๑) ช่วงใกล้จะตาย (อาสันนกาล) และ (๒) ช่วงกำลังจะตาย (ปัจจาสันนกาล) ซึ่งบุคคลที่กำลังเจ็บป่วยด้วยโรคอย่างใดอย่างหนึ่งที่อยู่ในช่วงเวลาเหล่านี้ จัดว่า เป็นผู้ที่กำลังถูกภัยคือความตายคุกคามนั่นเอง ธรรมเนียมของพระเวทที่ป่วยหนักเป็นเวลา ๕ เดือนก่อนตาย^๔ และธรรมเนียมของพระพุทธเจ้าที่ทรงปลงอายุสังขารก่อนปรินิพพาน ๑ เดือนก็สามารถจัดอยู่ในลักษณะเดียวกันได้^๕ ส่วนกรณีของนายจุนทสุกริกจททุกข์ทรมานด้วยโรคร้ายอันเนื่องมาจากการฆ่าหมู^๖ คือ ระยะเวลา ๗ วัน และวันที่ ๘ จึงตาย

ดังนั้น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายตามหลักพระพุทธศาสนา หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคอย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งกำลังอยู่ในระยะใกล้จะตาย (อาสันนกาล) หรือระยะกำลังจะตาย (ปัจจาสันนกาล) เรียกว่า “มรณาสันนกาลบุคคล” หรือ “ผู้ถูกภัยคือความตายคุกคาม” (มรณภยตชชิต)

๓.๒ ลักษณะอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย

ในการศึกษาเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายที่ปรากฏในพระพุทธศาสนา ในที่นี้แบ่งออกเป็น ๒ ประการตามระยะเวลาใกล้ตาย (มรณาสันนกาล) ที่จะปรากฏแก่ผู้ป่วย คือ

^๓ พระสีลาจารเถร, *อภิธัมมัตถสังคหทีปนี*, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์วิญญูณ, ๒๕๔๗), หน้า ๒๑๕-๒๒๒.

^๔ พุ.ธ.อ. (ไทย) ๔๐/๑๕๖.

^๕ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “มหาปรินิพพานสูตร”; ที.ม. (ไทย) ๑๐/๑๖๘-๑๖๙/๑๖๖.

^๖ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในเรื่องนายจุนทสุกริก; พุ.ธ.อ. (ไทย) ๔๐/๑๗๐-๑๗๔.

อาการในระยะอาสันนกาล คือ ระยะใกล้จะตาย และ ระยะปัจจาสันนกาล คือ ระยะกำลังจะตาย โดยมีรายละเอียดอาการแต่ละระยะดังนี้

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

๑.๑ อาการทางกาย คือ อาการบีบคั้นทางกายที่เกิดมาจากโรคนั้นๆ พระพุทธศาสนาเรียกว่า “พยาธิทุกข์” คือ ทุกข์เพราะความเจ็บป่วย^{๑๑} ได้แก่ ทุกขเวทนาที่เกิดจากอาการของโรคบีบคั้นทำให้ร่างกายเจ็บปวดครวคร่าว เร่าร้อน รู้สึกไม่สบาย ในเวทนา ๕ เรียกความทุกข์ทางด้านร่างกายนี้ว่า “ทุกข์” หรือเรียกชื่อเต็มว่า “ทุกข์อินทรีย์” อินทรีย์คือความทุกข์กาย ความไม่สบายทางกาย ความเจ็บปวดทางกาย^{๑๒} หรือร่างกายที่ดิ้นรน กระเสือกกระสน ทูรนทुरาย ห้วนไหว สั่นเทา กระสับกระส่ายที่เกิดจากจากโรคบีบคั้น (พยาธิ)^{๑๓} อย่างหนัก หรืออย่างรุนแรงที่ตรงกับทางการแพทย์แผนปัจจุบันเรียกว่า “อาการระยะสุดท้ายของโรค” ถึงแม้ว่าในคัมภีร์ทางพระพุทธศาสนาจะไม่ได้ให้รายละเอียดของการทุกขเวทนาทางกายในแต่ละโรคเช่นเดียวกับการแพทย์แผนปัจจุบันก็ตาม แต่ก็อาจกล่าวได้ว่า ทุกขเวทนาทางกายที่เกิดจากโรคระยะสุดท้ายนั้น มีลักษณะอาการดังกล่าวตามสมุฏฐาน คือ อวัยวะเป็นเจ้าการไม่ทำหน้าที่ตามปกติ^{๑๔} หรือไม่สามารถทำหน้าที่ตามปกติได้ อันเนื่องมาจากอวัยวะนั้นเกิดความเสียหายเพราะโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ที่เกิดกับอวัยวะนั้น หรือเกิดจากบาดแผล เกิดจากความผิดปกติในร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง^{๑๕} ตลอดจนทำให้อวัยวะที่สัมพันธ์กับอวัยวะที่เกิดโรคนั้นๆ ได้รับผลกระทบไปด้วย เช่น โรคที่เกิดตามอวัยวะต่างๆ ในร่างกายภายนอก เช่น โรคตา โรคหู โรคจมูก โรคลิ้น โรคกาย โรคศีรษะ โรคที่ไบหู โรคปาก โรคฟัน เป็นต้น^{๑๖} จะทำให้เกิดทุกขเวทนาในอวัยวะนั้นๆ อย่างแสนสาหัส เช่น ดิ้นรน กระเสือกกระสน ทูรนทुरาย ห้วนไหว สั่นเทา กระสับกระส่าย เจ็บปวด ไม่สบายกาย เป็นไข้

^{๑๑} ชุ.ม. (ไทย) ๒๕/๒๔/๑๐๓.

^{๑๒} ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๓๒๐/๓๑๐ และพระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต), **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม**, พิมพ์ครั้งที่ ๑๖, (กรุงเทพมหานคร : บริษัท เอส. อาร์. พรินติ้ง แมส โปรดักส์ จำกัด, ๒๕๕๑), หน้า ๑๐๒-๑๐๓.

^{๑๓} ชุ.ม. (ไทย) ๒๕/๑๗๑/๔๘๕.

^{๑๔} สุเขาว์ พลอยหุ้ม (ผู้รวบรวม), **สารานุกรมพระพุทธศาสนา : ประมวลจากพระนิพนธ์สมเด็จพระมหาสมณเจ้า กรมพระยาวชิรญาณวโรรส**, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: มหามกุฏราชวิทยาลัย, ๒๕๓๕), หน้า ๑๕๕.

^{๑๕} แสง จันทร์งาม, **พุทธศาสนาวិทยา**, พิมพ์ครั้งที่ ๓, (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บรรณาคาร, ๒๕๓๕), หน้า ๒๖๗.

^{๑๖} คู่มือรายละเอียดเพิ่มเติมใน; อัง.ทสก. (ไทย) ๒๔/๖๐/๑๒๕-๑๓๐.

เป็นต้น บางคนอาจต้องทุกข์ทรมานอย่างนี้เป็นปี เป็นเดือน เป็นสัปดาห์ เป็นวัน เป็นชั่วโมง เป็นนาฬิกา หรือเป็นวินาที จึงจะสิ้นใจตาย

โรคเกิดกับอวัยวะภายในร่างกาย เช่น เนื้อ เอ็น กระดูก เยื่อในกระดูก ไต หัวใจ ตับ พังผืด ม้าม ปอด ใส้ใหญ่ ใส้่น้อย ดี เลือด ไขข้อ เป็นต้น^{๑๓} จะทำให้อวัยวะส่วนนั้นๆ บกพร่อง เสียหาย ถูกทำลายหมด หรือเสียหายหมด ไม่สามารถทำงานได้ โดยที่ในขณะที่โรคกำลังคุกคามทีละชนิดๆ ทำความเสียหายแก่อวัยวะภายในทีละหน่อยๆ นั้น จะส่งผลกระทบต่ออวัยวะส่วนอื่นที่เกี่ยวข้อง และต่อระบบอวัยวะของร่างกาย จึงก่อให้เกิดอาการเจ็บไข้ หรือไม่สบาย แต่เมื่อถึงขั้นวิกฤตหรือระยะสุดท้ายของโรค อวัยวะจะถูกทำลายจนถึงขั้นทำงานได้น้อย หรือไม่สามารถทำงานได้เลย เมื่อนั้นก็จะถึงวาระสุดท้ายของชีวิต คือ ความตาย ในส่วนของอวัยวะภายในนี้บางคนโรคอาจแสดงอาการตั้งแต่เริ่มต้น อาจเป็นทุกขเวทนาเพียงเล็กน้อย แต่บางคนโรคอาจแสดงอาการครั้งเดียวเมื่ออวัยวะส่วนนั้นๆ เสียหายเกือบหมดหรือทั้งหมด จึงทำให้ทุกขเวทนาที่ปรากฏทางกายเกิดความรุนแรงอย่างแสนสาหัส บางคนอาจต้องตายเพราะพิษไข้ ตายเพราะความเจ็บปวด เป็นต้น ซึ่งความทุกข์กระเสือกกระสน ทรมานทรมานนี้ ใน **อรรถกถาพุทธคินิทเทศ** ท่านเปรียบเทียบให้เห็นภาพอย่างชัดเจนว่าเหมือนฝูงปลาที่กระเสือกกระสน ทรมานทรมานในบ่อที่มีน้ำน้อย^{๑๔}

ส่วนโรคที่สามารถเกิดกับอวัยวะบางส่วนในร่างกาย ในส่วนอวัยวะภายนอกส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่น มือ เท้า แขน ขา ผิวหนัง เป็นต้น ได้แก่ โรคเรื้อน โรคฝี โรคกลาก โรคหิดเปื่อย โรคหิดคัน โรคหูด โรคเริม โรคพุพอง โรคริดสีดวง เป็นต้น โรคจากอวัยวะภายในร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง หรือโรคที่เรียกชื่อตามอาการ ได้แก่ โรคหืด โรคไข้หวัด โรคไข้พิษ โรคไข้เชื่อมซึม โรคท้อง โรคลมสลับ โรคลงแดง โรคจุกเสียด โรคลงราก โรคมองคร่อ โรคลมบ้าหมู โรคอาเจียนเป็นเลือด โรคคิ โรคเบาหวาน เป็นต้น และโรคที่มีสมุฏฐานอื่น ๆ เช่น มีสมุฏฐานมาจากดี เสลด ลม ไข้สันนิบาต ฤดูแปรปรวน การบริหารที่ไม่สม่าเสมอ การมีความเพียรเกินกำลัง วิบากกรรม ความหนาว ความร้อน ความหิว ความกระหาย ปวดอุจจาระ ปวดปัสสาวะ เป็นต้น^{๑๕}

จะเห็นว่า อาการทางกายเหล่านี้เป็นทุกขเวทนา ความเจ็บปวดที่รุนแรง แสนสาหัส และอดทนได้ยาก อย่างเช่น กรณีของพระพุทธเจ้าหลังจากทรงปลงพระชนมายุสังขาร และหลังจากเสวยพระกระยาหารของนายจุนทกัมมารบุตร ได้เกิดอาการพระประชวรอย่างรุนแรง ลงพระบังคน

^{๑๓} คูรายละเอียดเพิ่มเติมใน; ม.อ. (ไทย) ๑๔/๑๕๔/๑๕๘-๑๕๙.

^{๑๔} ม.อ. (ไทย) ๑๔/๑๕๔/๑๕๙.

^{๑๕} คูรายละเอียดเพิ่มเติมใน; อง.ทสก. (ไทย) ๒๔/๖๐/๑๒๕-๑๓๐.

หนักเป็นโลหิต (โลหิตปนขุ่นทึบเทา) ทรงมีทุกขเวทนาอย่างแสนสาหัส จวนเจียนจะปรินิพพาน พระองค์ทรงมีสติสัมปชัญญะ ทรงอดกลั้นทุกขเวทนาเหล่านั้นไว้ไม่พรั่นพริ้ง^{๒๐}

กรณีนายจุนทสุกริกนั้น มีข้อความบรรยายอาการทุกข์ทรมานทางร่างกายก่อนตายว่า เกิด ความร่ำร้อนในสรีระ ความร่ำร้อนในอเวจีมหานรกปรากฏแก่เขาทั้งเป็น ขึ้นชื่อว่าความร่ำร้อนใน อเวจีเป็นความร่ำร้อนที่สามารถทำลายนัยน์ตาของผู้ยืนคูดอยู่ในที่ประมาณ ๑๐๐ โยชน์ได้... ความร่ำ ร้อนนั้นปรากฏแก่นายจุนทสุกริกนั้นแล้ว อาการอันเหมาะสมด้วยกรรมก็เกิดขึ้น เขาร้องเสียง เหมือนหมู คลานไปในท่ามกลางเรือน ไปสู่ทิศตะวันออกบ้าง ทิศตะวันตกบ้าง^{๒๑}

กรณีพระปุตติคัตตติสสเถระ มีข้อความบรรยายอาการทุกข์ทรมานทางร่างกายก่อนตายว่า เมื่อพระติสสเถระได้บรรพชาอุปสมบทแล้ว ได้เกิดโรคขึ้นในสรีระร่างกายของท่าน โดยเริ่มจาก เป็นตุ่มเล็กๆ เท่าเมล็ดผักกาด แล้วโตขึ้นเรื่อยๆ เท่าเมล็ดถั่วเขียว เมล็ดถั่วดำ เมล็ดกระเบา ผล มะขามป้อม และผลมะตูม จากนั้นตุ่มเหล่านี้จึงแตก เน่า เปื่อย มีน้ำเลือด น้ำหนองไหลออกมา ร่างกายจึงเต็มไปด้วยเลือดและหนองที่เน่าเปื่อย นอนทุกข์ทรมานอยู่แต่เพียงผู้เดียว (ก่อนที่จะได้ฟัง ธรรมจากพระพุทธเจ้า และบรรลุเป็นพระอรหันต์ ปรินิพพานในที่สุด)^{๒๒} เป็นต้น

๑.๒ อาการทางจิต คือ ภาวะทางจิตใจ สภาพทางจิต ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอัน เนื่องมาจากโรคที่เกิดขึ้นกับร่างกาย และก่อให้เกิดทุกขเวทนาทางกายอย่างหนักและรุนแรง อีกทั้ง ยังมีอาการทุกข์ทรมานอย่างต่อเนื่องไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผลของอาการแห่งโรคทางกาย เหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วยทำให้จิตใจไม่สบายไปด้วย เมื่อจิตใจไม่สบาย ก็ เกิดปัญหาภายในหลายอย่าง เช่น ท้อแท้ หดหู่ เซื่องซึม เหนงาหงอย เบื่อหน่าย เป็นต้น บางทีก็ถึงกับ เกรียด คับแค้น หมดหวัง สิ้นหวัง ฯลฯ เหล่านี้ถือว่าเป็นสภาพจิตที่ไม่ดี เป็นความป่วยทางจิตตาม ไปด้วย^{๒๓} ซึ่งโดยทั่วไปสามารถประมวลอาการทางจิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบ่งออกเป็น ๒ ลักษณะใหญ่ๆ คือ

^{๒๐} ที.ม. (ไทย) ๑๐/๑๕๐-๑๕๑/๑๓๕, และคำว่า “โลหิตปนขุ่นทึบเทา” ในอรรถกถาอธิบายว่า เป็นอาการ ของโรคที่ถ่ายเป็นเลือดตลอดเวลา; ที.ม.อ. (บาลี) ๑๕๐/๑๓๓.

^{๒๑} จุ.ธ.อ. (ไทย) ๔๐/๑๓๑-๑๓๒.

^{๒๒} จุ.ธ.อ. (ไทย) ๔๐/๔๓๕-๔๓๗.

^{๒๓} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), *กรรมของคนไทย ทำกันไว้เอง* (ถึงเวลามาแก้กรรมกันเสียที), พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : บริษัท จ. เจริญอินเตอร์พรีน (ประเทศไทย) จำกัด), ๒๕๕๓, หน้า ๑.

ลักษณะที่ ๑ ทุกขเวทนาทางจิตใจ ที่เรียกว่า “โทมนัส” มีชื่อเรียกเต็มว่า “โทมนัสสินทริย์” อินทริย์คือความทุกข์ใจ^{๒๔} ความเศร้าเสียใจ หรือตรอมใจ หมดกำลังใจ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ไม่อยากรักษาอีกต่อไป เพราะคิดว่าถึงรักษาต่อไปก็ไม่สามารถทำให้ตนเองหายจากโรคนั้นๆ ได้ เมื่อความทุกข์กายและความทุกข์ใจเกิดขึ้นและเกิดขึ้นรุนแรงมากขึ้นอย่างต่อเนื่องจนทนไม่ไหว เมื่อนั้นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่หมดกำลังใจและรู้สึกท้อแท้จะเกิดภาวะทางจิตอย่างหนึ่งที่เรียกว่า “วิภวตัณหา” คือ ความทะยานอยากในความไม่มีไม่ เป็น ไม่เป็นนั้น ไม่เป็นนี้ อยากตาย อยากพรากพ้นไปจากภาวะที่ตนเกลียดชังไม่พึงปรารถนา^{๒๕} โดยเฉพาะ “ความอยากตาย” ซึ่งมักถือว่าเป็นทางออกสุดท้ายของผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับความทุกข์ทางกายและความทุกข์ทางใจอย่างแสนสาหัสจนรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถจะอดทนต่อความทุกข์เหล่านี้ได้ ในสังคมตะวันตกสืบเนื่องจากความทุกข์ประเภทนี้จึงก่อให้เกิดประเด็น “ยูทานาเซีย” (Euthanasia) คือ การกระทำที่นำไปสู่ความตายของผู้ป่วยด้วยการกระทำของแพทย์ ซึ่งโดยทั่วไปมักจะใช้วิธีการฉีดยาพิษทำให้ผู้ป่วยค่อยๆ ตายโดยไม่ต้องทุกข์ทรมานมาก หรือเรียกว่า “การทำให้ตายด้วยความเมตตา” (mercy killing)^{๒๖} ในปัจจุบันคำว่า “ยูทานาเซีย” ถูกตีความจากความหมายเดิมตามภาษากรีกคือ “ความตายที่ดี (Good death)” เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายได้เสียชีวิตโดยไม่เจ็บปวดทรมาน โดยตั้งอยู่บนฐานของความเมตตา^{๒๗}

ลักษณะที่ ๒ เป็นความรู้สึกที่ตรงข้ามกับความรู้สึกแรก คือ ความไม่อยากตาย อยากมีชีวิต และนำไปสู่ความรู้สึกกลัว และหวาดหวั่นพรึงต่อความตาย มีลักษณะตรงกับ “ภวตัณหา” คือ ความอยากเกิดอยากคงอยู่ตลอดไป^{๒๘} กล่าวคือ อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป ซึ่งความรู้สึกเช่นนี้ย่อมมีอยู่กับมนุษย์และสัตว์ทุกตัวคน ยิ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเมื่อรับรู้ว่าคุณป่วยเป็นโรคร้ายแรง ไม่สามารถรักษาได้ และต้องตาย ย่อมส่งผลต่อสภาวะทางจิตใจ เกิดความเครียด ความหวาดหวั่น

^{๒๔} ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๓๒๐/๓๑๐ และพระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม**, หน้า ๑๐๒-๑๐๓.

^{๒๕} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลศัพท์**, พิมพ์ครั้งที่ ๑๑/๒, (กรุงเทพมหานคร : บริษัท เอส. อาร์. พรินติ้ง แมส โปรดักส์ จำกัด, ๒๕๕๑), หน้า ๑๔๐, ๓๗๖.

^{๒๖} ยูทานาเซีย มาจากภาษากรีกว่า “eu” แปลว่า ดี (good) หรือ ประเสริฐ (noble) และ “thanatos” แปลว่า ความตาย (death) เป็นคำที่ ฟรานซิส เบคอน (Francis Bacon) นำมาใช้ในศตวรรษที่ ๑๗ หมายถึง ความตายที่สุขสบาย (easy) ความตายที่ปราศจากความเจ็บปวด หรือความทุกข์ทรมาน (painless death); see Belinda Poor and Gail P. Poirrier, **End of Life Nursing Care**, pp. 292-293.

^{๒๗} Fulton B. Gere, Metress R. Eileen. **Perspective on Death and Dying**. (Boston: Jones and Bartlett Publisher, 1995) p. 169.

^{๒๘} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลศัพท์**, หน้า ๒๗๕.

ความพรั่นพรึง ความสะดุ้ง ความครั่นคร้าม ความเกรงกลัว ความหวาดกลัว^{๒๕} ต่อความตายที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้วถือว่ากำลังจะเผชิญหน้ากับความตาย อยู่ใกล้ชิดกับความตาย หรืออยู่ใกล้กับความตายมากที่สุด จึงย่อมมีผลต่อสภาวะทางจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความหวาดหวั่น ความพรั่นพรึง ความสะดุ้ง ความครั่นคร้าม ความเกรงกลัว ความหวาดกลัว เป็นต้น ก็ยิ่งเกิดขึ้นรุนแรงเพิ่มทวีคูณมากยิ่งขึ้น ดังที่พระพุทธเจ้าตรัสว่า “สัตว์ทุกประเภทย่อมหวาดกลัวความตาย”^{๒๖} สำหรับสาเหตุที่มนุษย์รู้สึกหวาดกลัวต่อความตายนั้นสามารถประมวลจากพระไตรปิฎกได้ดังนี้

(๑) เพราะไม่ได้ทำความเลื่อมใสในพระรัตนตรัย คือ พระพุทธ พระธรรม และพระสงฆ์ หรือตอนที่ยังแข็งแรงชอบประพฤติกุศล ประกอบกรรมชั่วเป็นนิจ เมื่อถึงคราวเจ็บป่วยหนักจึงรู้สึกสะดุ้งหวาดกลัวต่อความตาย^{๒๗}

(๒) เพราะจิตใจยังรัก ยึดติด ลุ่มหลง พอใจในกามทั้งหลาย ได้แก่ ในส่วนของวัตถุกาม เช่น รูป เสียง กลิ่น รส โผฏฐัพพะ (สัมผัสทางกาย) บัน ที่ดิน สามี ภรรยา บุตร ธิดา หรือวัตถุอื่นๆ อันเป็นที่น่ารัก น่าใคร่ น่าพอใจ และในส่วนของกิเลสกาม ได้แก่ ราคะ โสภะ อิจฉา (ความอยากได้) เป็นต้น ที่ทำให้ใคร่ ให้รัก ให้พอใจ^{๒๘} บุคคลผู้มีใจที่รักและพอใจต่อกามเหล่านี้ เมื่อถึงคราวเจ็บป่วยหนักจึงรู้สึกสะดุ้งหวาดกลัวต่อความตาย เพราะไม่อยากจะพรากไปจากกามอันน่าปรารถนาเหล่านี้

(๓) เพราะมีจิตใจรัก อาลัย พอใจ ยึดติด ในสรีระร่างกายของตน เมื่อถึงคราวเจ็บป่วยหนักจึงรู้สึกสะดุ้งหวาดกลัวต่อความตาย เพราะไม่อยากจะพรากไปจากกายอันน่าปรารถนา น่าพอใจนี้

(๔) เพราะในขณะที่ร่างกายแข็งแรงอยู่ ไม่เคยทำความดี ไม่เคยสร้างบุญกุศลไว้ ได้กระทำแต่ความชั่ว อุกุศล และกรรมหยาบช้ำต่างๆ มากมาย เมื่อถึงคราวเจ็บป่วยหนักจึงรู้สึกสะดุ้งหวาดกลัวต่อความตาย เพราะกลัวจะไปสู่ทุกขภูมิ

(๕) เพราะยังเคลือบแคลงสงสัย ไม่ถึงความตกลงใจในสัทธรรม เมื่อถึงคราวเจ็บป่วยหนักจึงรู้สึกสะดุ้งหวาดกลัวต่อความตาย เพราะไม่ได้ตั้งใจฝึกฝนอบรมในพระสัทธรรม^{๒๙}

ด้วยเหตุผลทั้ง ๕ ประการนี้ จึงทำให้มนุษย์รู้สึกสะดุ้งหวาดกลัวต่อความตายที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ยิ่งเมื่อต้องเจ็บป่วยอย่างหนัก สำหรับคนที่ไม่เคยฝึกจิตใจก็จะยังมีความรู้สึกกลัว หวาดหวั่น

^{๒๕} จุ.ม. (ไทย) ๒๕/๒๐๒/๕๕๐.

^{๒๖} จุ.ธ. (ไทย) ๒๕/๑๒๕/๗๒.

^{๒๗} ส.ม. (ไทย) ๑๕/๑๐๒๓/๕๔๑-๕๔๒.

^{๒๘} จุ.ม. (ไทย) ๒๕/๑/๑-๒.

^{๒๙} อ.จตุกก. (ไทย) ๒๑/๑๘๔/๒๖๑-๒๖๒.

พรันพรึงต่อความตายมากยิ่งขึ้น และไม่เฉพาะแต่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กำลังจะเผชิญหน้ากับความตายเท่านั้น แม้คนปกติทั่วไป เพียงระลึกนึกถึงก็ก่อให้เกิดความรู้สึกกลัวต่อความตายเช่นเดียวกัน ดังที่ **วสิน อินทสระ** ได้กล่าวถึงความตายที่เป็นเหตุให้คนต้องทุกข์ เพราะปรารถถึงมัน เช่น (๑) เพราะปรารถและวิตกกังวลถึงคดีในเบื้องหน้า (๒) เพราะระลึกถึงคนอันเป็นที่รักอยู่เบื้องหลัง (๓) เพราะฝันใจตาย จำใจตาย^{๓๔}

๒) ระยะเวลาสั้นนกาล คือ ระยะเวลาที่กำลังจะตาย ขณะความตายกำลังเกิดขึ้น

ระยะนี้ขณะจิตกำลังดับลง วิถีจิตที่เกิดในเวลาใกล้ตายนี้ เรียกว่า “มรณาสันนวิถี” คือ วิถีจิตใกล้ตาย หรือกระแสของจิตใกล้ตาย วิถีจิตใกล้ตายนี้เมื่อว่าโดยจำนวนย่อมมีมากมายหลายร้อยวิถี มิใช่เป็นวิถีจิตที่เกิดขึ้นเป็นวิถีสุดท้ายในภพหนึ่งๆ เท่านั้น และจิตที่เสพอารมณ์คือชวนจิตที่เกิดขึ้นในวิถีจิตใกล้ตายนี้ย่อมจะมีกำลังลดน้อยลง เพราะในเวลาทีวิถีจิตและหทัยวัตถุซึ่งเป็นที่อาศัยเกิดของธรรมที่เกิดร่วมกันมีกำลังอ่อนลง วิถีจิตใกล้ตายจึงมีจิตที่เสพอารมณ์เพียงเล็กน้อย นี้กล่าวโดยทั่วไป หากกล่าวเฉพาะคนที่ตาย คนทุกคนจะมีมรณาสันนวิถีคือวิถีจิตใกล้ตาย จิตในขณะนั้นจะทำหน้าที่ระลึกอารมณ์ รับอารมณ์ครั้งสุดท้าย จะเป็นบุญหรือบาปของผู้ที่ใกล้จะตาย อารมณ์ที่ปรากฏนี้เป็นเหมือนผู้นำทางว่าจะไปเกิดในภพใด อารมณ์ที่ปรากฏครั้งสุดท้ายนี้มาจากกรรมที่มีอำนาจมากที่สุดที่ผู้คนได้กระทำไว้นั่นเอง ในขณะที่จะตายนั้น จิตของคนเรา จะบังคับให้นึกคิดเรื่องใด ๆ ตามที่เราต้องการไม่ได้ เพราะจิตขณะนั้นถูกคนนอนหลับ จิตนึกคิดเรื่องต่าง ๆ ตามกำลังอำนาจของกรรมที่ได้กระทำไว้แล้ว และจิตได้สะสมสิ่งนั้น ๆ ไว้^{๓๕} ปรากฏเป็นธรรมารมณ์กรรมอย่างเดียว เพราะทวารอื่นนอกจากมโนทวารปิดหมด ธรรมารมณ์ที่เกิดขึ้นจึงเป็นประจุมโนภาพในความฝันแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย และมีลักษณะแตกต่างกัน^{๓๖} พระพุทธศาสนาแบ่งอารมณ์ทางจิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายขณะความตายเกิดขึ้นที่เรียกว่า “อารมณ์ของปฏิสนธิจิต” มี ๓ ประการ ดังนี้^{๓๗}

^{๓๔} วสิน อินทสระ, **หลักคำสอนสำคัญในพระพุทธศาสนา (พุทธปรัชญาเถรวาท) : อริยสัจ ๔**, พิมพ์ครั้งที่ ๕, (กรุงเทพมหานคร : มหามกุฏราชวิทยาลัย, ๒๕๔๐), หน้า ๑๔.

^{๓๕} ประยูร คิชฐานพงศ์, **ความตายของมนุษย์ตายแล้วไปไหน**, (กรุงเทพมหานคร : ศักดิ์ชัยการพิมพ์, ๒๕๔๖), หน้า ๔๒-๔๓.

^{๓๖} สมักร บุรวาส, **พุทธปรัชญา ๒๕ ศตวรรษ**, พิมพ์ครั้งที่ ๓, (กรุงเทพมหานคร : ศยาม, ๒๕๕๔), หน้า ๓๑๑.

^{๓๗} อภิ.วิ.อ. (ไทย) ๓๗/๔๕๓ และดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน พระสีลาจารเถร, **อภิธรรมัตถสังคหีปณี**, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์วิญญาน, ๒๕๔๓), หน้า ๒๒๐ และ สมักร บุรวาส, **พุทธปรัชญา ๒๕ ศตวรรษ**, หน้า ๓๑๑-๓๑๒.

๒.๑ กรรม หรือ กรรมอารมณ์

เจตนาที่เป็นกุศลและอกุศลที่ได้กระทำแล้วจะปรากฏแก่ผู้ปวระยะสุดท้ายในขณะที่ความตายกำลังเกิดขึ้น ได้แก่ การนึกถึงกรรมที่ตนได้กระทำไว้ในระหว่างที่มีชีวิตอยู่ส่วนมากมักเป็นกรรมหนัก คือ ครุกรรม^{๓๔} ซึ่งจะกลายเป็นชกกรรม (กรรมแต่งให้เกิด กรรมที่เป็นตัวนำไปเกิด) ต่อไป อนึ่ง ถ้าระหว่างใกล้จะตายมีคนให้สติ คือ ให้นึกถึงพระพุทธรูป หรือหาพระมาเทศน์ให้ฟัง ก็จะกลายเป็นอาสันนกรรม (กรรมจวนเจียน หรือกรรมใกล้ตาย) ซึ่งมีผลถึงชาติหน้าได้เหมือนกัน ส่วนอาจินณกรรม (กรรมที่ทำมากหรือกรรมที่กระทำจนชิน) และกตัตตากรรม (กรรมสักว่าทำ กรรมที่ทำไว้ด้วยเจตนาอันอ่อน หรือมิใช่เจตนาอันโดยตรง) ก็อาจมาปรากฏเป็นอารมณ์กรรมได้เหมือนกัน จุติจิตรับเช่นนี้ไว้

๒.๒ กรรมนิमित หรือ กรรมนิมิตอารมณ์

กรรมที่กระทำนั้นไม่ว่าจะเป็นกุศลหรืออกุศล เป็นการกระทำที่ประกอบด้วยวัตถุใดวัตถุในการกระทำกรรมนั้นๆ มาปรากฏเป็นอารมณ์ก่อนจิตจะดับลง กรรมนิमितนี้จะเกิดขึ้นในกรณีที่ผู้ตายไม่สามารถระลึกถึงกรรมเก่าได้ แต่จะนึกถึงภาพต่างๆ ที่เนื่องด้วยกรรมที่ทำไว้ เช่น อุปกรรมในการทำกุศล อุปกรรมในการกระทำปาณาติบาต บางทีเห็นสัตว์ที่เคยฆ่า เห็นพระที่เคยถวายจตุปัจจัย เป็นต้น พระเถรจารย์ทั้งหลายมีพระอนุรุทธาจารย์เป็นต้น ได้แสดงกรรมนิमितไว้ ๒ อย่าง คือ^{๓๕}

๒.๒.๑ อุปัลลัทธกรรมนิमित ได้แก่ อารมณ์ ๖ คือ รูป เสียง กลิ่น รส โผฏฐัพพะ ธรรมารมณ์ (สภาพของรูป สภาพของนาม) และบัญญัติ ที่ตนได้เคยประสบพบเห็นมา โดยความเป็นประธานในเวลากระทำกุศลกรรมหรืออกุศลกรรม

๒.๒.๒ อุปกรรมกรรมนิमित ได้แก่ อารมณ์ ๖ คือ รูป เสียง กลิ่น รส โผฏฐัพพะ ธรรมารมณ์ (สภาพของรูป สภาพของนาม) และบัญญัติ ที่ตนได้เคยประสบพบเห็นมา แต่อารมณ์ ๖ นั้นมิใช่ปรากฏโดยความเป็นประธาน เพียงแต่เป็นเครื่องอุดหนุน ในขณะที่กระทำกุศลกรรมหรืออกุศลกรรม อารมณ์ ๖ ดังกล่าวมานี้หมายถึงเฉพาะที่เกี่ยวกับการกระทำของแต่ละบุคคล ๆ เท่านั้น ที่ตนได้เคยประสบพบเห็นมาแล้วในขณะที่กระทำกุศลกรรม อกุศลกรรม

^{๓๔} ครุกรรมมี ๒ ประเภท คือ (๑) ฝ่ายกุศล คือ สมบัติ ๘ ได้แก่ รูปฉาน ๔ อรูปฉาน และ (๒) ฝ่ายอกุศลคือ อนันตริยกรรม ได้แก่ ฆ่ามารดา ฆ่าบิดา ฆ่าพระอรหันต์ ทำร้ายพระพุทธเจ้าจนถึงพระโลหิตห้อขึ้นไป และการทำลายสงฆ์ ; พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), พจนานุกรมพุทธศาสน์ ฉบับประมวลศัพท์, หน้า ๒๔๕.

^{๓๕} พระอนุรุทธาจารย์. *อภิธรรมัตถสังคหะ*. (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์วิญญูณ, ๒๕๔๗), หน้า ๓๔, พระสุมังคลสามิตเถระ, *อภิธรรมัตถวิภาวินี*. (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์วิญญูณ, ๒๕๔๒), หน้า ๒๖๓, พระศีลาจาร-เถร, *อภิธรรมัตถสังคหที่ปณี*. (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์วิญญูณ, ๒๕๔๗), หน้า ๒๑๕ - ๒๒๐.

นอกจากนี้ ถ้าจำแนกกุศลกรรมและอกุศลกรรมโดยอุปัลลัทธกรรมนิमितและอุปกรณกรรมนิमितแล้ว สามารถพิจารณาได้จากตัวอย่างต่อไปนี้^{๔๐}

กุศลกรรมที่เกี่ยวกับทาน เช่น การเลี้ยงพระ การใส่บาตร การถวายผ้ากฐิน เครื่องไทยธรรม การสร้างสถานศึกษาตลอดจนสร้างวัด สร้างอาราม สร้างวิหาร อาหารคาวหวาน พระภิกษุสามเณรผู้เป็นปฎิภาทก จัดเป็นอุปัลลัทธกรรมนิमित ส่วนพระพุทธรูป ดอกไม้ ธูป เทียน ถ้วยชาม จาน ช้อน ชัน ถาด อาสนะ โต๊ะ เก้าอี้ อาคารสถานที่ศึกษา โบสถ์วิหาร ศาลา เครื่องดนตรี แหกที่รับเชิญมาในงาน เครื่องมือในการก่อสร้าง ช่างไม้ ช่างปูน ตลอดจนคนที่มาช่วยในกิจการนี้ จัดเป็นอุปกรณกรรมนิमित

กุศลกรรมที่เกี่ยวกับศีล เช่น ภิกษุสามเณรผู้ให้ศีล การกล่าวคำให้ศีลของผู้ให้ การเปล่งวาจารับศีลของตน ถ้าเป็นการบวชนาค อัฐบริวาร ภิกษุสงฆ์ โบสถ์ การสวดกรรมวาจา จัดเป็นอุปัลลัทธกรรมนิमित ส่วนเครื่องไทยธรรม เครื่องสักการะ ตลอดจนบุคคลและสถานที่ ถ้าเป็นการบวชนาค เครื่องใช้สอยที่นอกจากอัฐบริวาร ภาชนะใส่เครื่องไทยธรรม บุคคลที่มาพร้อมอนุโมทนาในงาน การแห่เวียนรอบโบสถ์ แตรวงที่บรรเลงในงาน จัดเป็นอุปกรณกรรมนิमित สำหรับฝ่ายกุศลกรรมที่เกี่ยวกับภาวนา จำแนกได้ดังนี้ คือ ถ้าเรียนปริยัติ การศึกษาเล่าเรียนธรรม หนังสือธรรม การท่อง การสาธยายทบทวนสิ่งที่เรียนมาแล้ว ครูอาจารย์ผู้คอยบอก คอยอธิบาย ถ้าเจริญสมถกัมมัฏฐานต่างๆ มีกสิณเป็นต้น อริยาบถนั่ง การบริกรรม อุคคหนิมิต ปฏิภาคนิมิต อัปปนา ครูอาจารย์ ถ้าเจริญวิปัสสนา รูป นาม อริยาบถน้อยใหญ่ สติที่คอยกำหนดรู้ และครูอาจารย์ผู้คอยแนะนำพร้อมปรับแต่งอินทรีย์ จัดเป็นอุปัลลัทธกรรมนิमित ถ้าเรียนปริยัติ อาคารเรียน ตัวนักศึกษา อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ประกอบการสอน ถ้าเจริญสมถะ บุคคล สถานที่และเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การเจริญสมถะ ถ้าเจริญวิปัสสนา สถานที่สัปปายะ อุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ตลอดจนผู้คนที่เกี่ยวข้องกับ การเจริญวิปัสสนา จัดเป็นอุปกรณกรรมนิमित

อกุศลกรรมที่เกี่ยวกับปาณาติบาต เช่น สัตว์ที่ถูกฆ่า ถูกตี กิริยาอาการและความโหดร้ายของตน จัดเป็นอุปัลลัทธกรรมนิमित สถานที่ อุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ที่เกี่ยวกับการฆ่าสัตว์ หน้ำ เนื้อ และกระดูกสัตว์เป็นต้น จัดเป็นอุปกรณกรรมนิमित

อกุศลกรรมที่เกี่ยวกับบอหินนทาน เช่น วัตถุสิ่งของต่างๆ กิริยาอาการของตน ตลอดจนความละโมภที่เกิเกิดขึ้นในใจ จัดเป็นอุปัลลัทธกรรมนิमित ส่วนสถานที่ประกอบกรรม เครื่องใช้ทุกชนิด เช่น อาวุธที่ใช้ในการฆ่าสัตว์ จัดเป็นอุปกรณกรรมนิमित

^{๔๐} อ่างแล้ว.

อุกศลกรรมที่เกี่ยวกับกาเมสุมิจฉาจาร เช่น บุคคลที่ตนร่วมประเวณี กิริยาอาการที่แสดงออก รวมทั้งตนเอง จัดเป็นอุปลัทธกรรมนิमित ส่วนสถานที่ การกล่าววาจาเกี่ยวกับพาราสิชกชวณ ข่มขู่บังคับ ตลอดจนกระทั่งอุปกรณ์ที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น จัดเป็นอุปกรณ์กรรมนิमित

อุกศลกรรมที่เกี่ยวกับมุสาวาท เช่น คำพูดที่ไม่เป็นจริง และวัตถุประสงค์มิใช่เรื่องจริง จัดเป็นอุปลัทธกรรมนิमित ส่วนผู้สวดรับฟังจัดเป็นอุปกรณ์กรรมนิमित

อุกศลกรรมที่เกี่ยวกับสุราเมรัย เช่น ดื่มน้ำเมา อาการมีเมาสุรา จัดเป็นอุปลัทธกรรมนิमित ส่วนภาชนะบรรจุสุราเมรัย กับแก้ม บุคคลผู้ร่วมวงดื่ม สถานที่ตลอดจนเครื่องใช้ชนิดอื่นๆ จัดเป็นอุปกรณ์กรรมนิमित

๒.๓ คตินิมิต หรือ คตินิมิตอารมณ์

ภาพคติหรือภพภูมิที่ผู้ตายจะไปเกิดในภพหน้า หรือเห็นสิ่งแวดล้อม สถานที่ที่ผู้ตายจะไปเกิดในภพหน้าเข้ามาปรากฏให้เห็นในขณะที่กำลังจะตายหรือขณะจิตดับลง หากจะไปเกิดในนรก จะปรากฏให้เห็นเป็นเช่นกับหม้อทองแดงขนาดใหญ่ หากจะไปเกิดเป็นมนุษย์ จะปรากฏให้เห็นเป็นภาพห้องของมารดา ผ้ากัมพล และยานพาหนะ หากจะไปเกิดในเทวโลก จะปรากฏให้เห็นเป็นเช่นกับต้นกัลปพฤกษ์ วิมาน เป็นต้น คตินิมิตนี้พระเถระจารย์ทั้งหลายมีพระอนุรุทธาจารย์เป็นต้น ได้แสดงไว้ ๒ อย่าง คือ (๑) อุปลัทภคตินิมิต คือ อารมณ์ ๖ ของภพชาติที่ตนจะพึงเห็น และ (๒) อุปโลกคตินิมิต คือ อารมณ์ ๖ ของภพชาติที่ตนจะพึงได้เสวย แต่เมื่อจำแนกอารมณ์ ๖ โดยอุปลัทภคตินิมิตและอุปโลกคตินิมิตแล้ว มีอุทาหรณ์ต่อไปนี้^{๔๑}

(๑) พรหมคติกะ บุคคลผู้จะไปเกิดในพรหมโลกนั้น ไม่มีคตินิมิตทั้ง ๒ ที่กล่าวมา จะมีก็เพียงแต่บัญญัติกรรมนิमित หรือมหัคคตกรรมนิमितเท่านั้น

(๒) เทวคติกะ บุคคลผู้จะไปเกิดในเทวภูมินั้น จะเห็นราชรถ วิมาน เทพบุตร เทพธิดา เครื่องประดับ สวนสวรรค์ สระโบกขรณีสวรรค์ นี้จัดเป็นอุปลัทภคตินิมิต ส่วนถ้ารู้สึกรู้ว่าตนเองไปนั่งอยู่ในราชรถ กำลังเที่ยวไปในสวนสวรรค์ หรือสถานที่ต่างๆ มีความสดชื่นเบิกบานใจ มีโอกาสบริโภคน้ำทิพย์สุราทิพย์ร่วมกับเทพบุตร และเทพธิดา สวมใส่ทิพย์อาภรณ์ นี้จัดเป็นอุปโลกคตินิมิต

^{๔๑} พระอนุรุทธาจารย์, *อภิธรรมมัตถสังคหะ*. (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์วิญญูญาณ, ๒๕๔๗), หน้า ๓๔, พระคัมภีร์คตสามิตเถระ, *อภิธรรมมัตถวิภาวินี*, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์วิญญูญาณ, ๒๕๔๒), หน้า ๒๖๓.

พระศีลาจารย์เถร, *อภิธรรมมัตถสังคหะทีปนี*, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์วิญญูญาณ, ๒๕๔๗), หน้า ๒๑๕ - ๒๒๐.

(๓) มนุษยคติกะ บุคคลผู้จะไปเกิดในมนุษยโลก จะเห็นกรรมมารดา ห้อง เรือน เครื่องใช้ บ้าน เมือง ตำบล หมู่บ้าน ตลอดจนผู้คน นี้จัดเป็นอุปลักคตินิมิต ส่วนถ้ารู้สึกว่าคุณกำลังเดินไปในที่นั้น ๆ หรืออยู่ในสถานที่นั้น ๆ กำลังสนทนาปราศรัยกับผู้คน ประกอบการงานอย่างใดอย่างหนึ่งอยู่ หรือมีความรู้สึกคล้าย ๆ กันว่าคุณได้ถือปฏิสนธิอยู่ในกรรมมารดา นี้จัดเป็นอุปโลกคตินิมิต

(๔) ศิรัจฉานคติกะ บุคคลผู้จะไปเกิดในศิรัจฉานกำเนิด เห็นสัตว์ต่าง ๆ มีสุนัข นก ปลา วัว กระบือ เป็นต้น สถานที่อันเป็นที่อยู่อาศัยของสัตว์ดิรัจฉานมีต้นไม้ ป่า เขา เป็นต้น นี้จัดเป็นอุปลักคตินิมิตส่วนถ้ารู้สึกว่าคุณกำลังเป็นสัตว์ดิรัจฉานชนิดใดชนิดหนึ่งหรือกำลังเล่นอยู่กับสัตว์เหล่านั้นเป็นต้น นี้จัดเป็นอุปโลกคตินิมิต

(๕) เปตอสุรกายคติกะ บุคคลผู้จะไปเกิดเป็นเปรตหรืออสุรกาย จะเห็นแนวไพรที่รกชัฏ หุบเหวอันก้นคาร ทะเลที่เว้งว้าง แม่น้ำที่มีกระแสเชี่ยวกราก แนวเขาที่สงบเยือกเย็นวังเวงเป็นที่หวาดสยอง เปรตชนิดต่าง ๆ อสุรกายชนิดต่าง ๆ นี้จัดเป็นอุปลักคตินิมิต ส่วนถ้ารู้สึกว่าคุณกำลังเดินไป หรืออยู่ในสถานที่ต่าง ๆ ดังกล่าวนั้น ร่างกายของคุณปรากฏเป็นสิ่งที่น่าเกลียด น่าขยะแขยง น่าสะพรึงกลัว กำลังแสวงหาน้ำดื่ม กำลังแสวงหาอาหารบริโภคหรือกำลังอดอยากหิวโหยสุดประมาณ เจียนจะขาดใจเสียให้ได้ นี้จัดเป็นอุปโลกคตินิมิต

(๖) นิรยคติกะ บุคคลผู้จะไปเกิดในนิรยภูมิ จะเห็นเครื่องประหาร เครื่องลงทัณฑ์ สุนัขเจี้ยวเหล็ก กากปากเหล็ก แร้งปากเหล็ก ล้วนกำลังข่มขู่จู่โจมเข้าทำร้าย แสดงอาการอันน่าสะพรึงกลัว พระยายมราช นายนิรยบาล สัตว์นรกชนิดต่างๆ ตลอดจนสถานที่ลงทัณฑ์ นี้จัดเป็นอุปลักคตินิมิต ส่วนถ้ารู้สึกว่าคุณกำลังถูกฆตกรกระชากอย่างรุนแรงถูกทุบตี ถูกสัตว์นรกขบกัดจิกตี ถูกจองจำด้วยเครื่องพันธนาการต่างๆ ท่องเที่ยวไปในสถานที่ที่มีสัตว์ถูกจองจำ แสดงสีหน้าแววตา บ่งบอกถึงความหวาดกลัวอย่างสุดขีดกำลังถูกสอบสวนเรื่องการทำบาปกรรม ตามร่างกายเกิดความเจ็บปวดอย่างรุนแรง เหมือนถูกเผาด้วยเปลวไฟอันร้อนแรง ประหนึ่งจะหลอมละลายเรือนร่างให้กลายเป็นเถ้าธุลีไปในพริบตา ถูกคมอาวุธทำร้ายอย่างโหดเหี้ยมเป็นต้น นี้จัดเป็นอุปโลกคตินิมิต

สัตว์ทั้งหลายเมื่อใกล้จะตาย อารมณ์ ๖ ที่เป็นกรรม กรรมนิมิต หรือคตินิมิตย่อมปรากฏเป็นอารมณ์ด้วยอำนาจแห่งกรรมเก่าแล้วจึงตายลง และอารมณ์ ๖ นี้จะเป็นอารมณ์ของปฏิสนธิจิต ภวังคจิตและจุติจิตในภพต่อไป

กรณีตัวอย่างกรรมและกรรมนิมิตที่ปรากฏ ได้แก่ คนฆ่าโค แล้วตากเนื้อแห้งขายเนื้อเลี้ยงชีวิตอยู่หลายปี ด้วยเหตุนี้ เขาเมื่อตายแล้ว ก็ไปเกิดในนรก และเวลาใกล้จะตายจากนรกนั้น ภาพขึ้นเนื้อมาปรากฏให้เห็น ฉะนั้น แล้วไปเกิดเป็นเปรตขึ้นเนื้อ^{๔๒} หรือชายคนหนึ่งชื่อ โลกปทิสวลิ ให้

^{๔๒} ส.นิ.อ. (ไทย) ๒๖/๓๐๗-๓๐๘.

สร้างเจดีย์ไว้ในศาลปฏิญญากุฬาร เมื่อเขาเจ็บหนักนอนบนเตียงกำลังจะตาย ภาพเจดีย์ปรากฏให้เห็น จิตจับภาพเจดีย์เป็นอารมณ์พิจารณาอยู่ตลอดเวลาจนขาดสิ้นลมหายใจ แล้วไปเกิดในเทวโลก^{๔๓}

กรณีตัวอย่างคดีนิมิต ได้แก่ เมื่อคราวพระฉันทนเถระไม่สบาย แล้วก็ใช้มีดเขี่ยดอกของตม ในขณะนั้นเอง ภัยคือความตายมาเยือน คดีนิมิตมาปรากฏให้เห็น พระฉันทนเถระจึงรู้ว่าตนเองเป็น ปุณฺณ สลดใจ เริ่มตั้งวิปัสสนา กำหนดสังขาร บรรลุอรหัตตผล เป็นสมณีสัจฉิณาสพแล้ว ปรีณิพพาน^{๔๔}

สำหรับคนที่ตายอย่างกะทันหัน โดยที่ไม่ได้มีมรณาสันนกาล ไม่ได้รู้ตัวมาก่อน จึงไม่มี เวลาเตรียมตัว เตรียมใจไว้ก่อน เช่น ถูกฆ่าตาย ถูกรถชนตาย จะมีมรณาสันนวิถิ คือ วิถิจิตเมื่อใกล้ จะตายที่รับอารมณ์ครั้งสุดท้ายอย่างใดอย่างหนึ่งมาปรากฏ ดังตัวอย่างใน อรรถกถาขุปิตวิมานวัตถุ กล่าวไว้ว่า เมื่อพระผู้มีพระภาคเสด็จดับขันธปรินิพพาน พระเจ้าอชาตศัตรูนำพระบรมสารีริกธาตุที่ พระองค์ได้รับส่วนแบ่ง มาสร้างพระสถูปและทำการฉลอง อุบาสิกษาวราชฤทธานหนึ่ง ปฏิบัติกิจ ของร่างกายแต่เข้าตรูคิดว่า “จักบูชาพระศาสดาถือดอกบวบขม ๔ ดอกตามที่ได้มา” มีศรัทธาเกิด นั้นทะลุตาหะขึ้นในใจอย่างฉับพลัน มิได้คำนึงถึงอันตรายในหนทาง เดินมุ่งหน้าไปสู่ยังพระสถูป ขณะนั้น โคนแม่ลูกอ่อนวิ่งสวนทางมาอย่างรวดเร็ว ขวิดอุบาสิกษานั้นให้สิ้นชีวิต นางตายไปเกิดในสวรรค์ ชั้นดาวดึงส์^{๔๕} หรืออีกเรื่องหนึ่ง คือ มันทุกเทวปุตวิมาน เป็นเรื่องราวของกบถอนิมิตในเสียงของ พระพุทธเจ้า จึงถูกคนเลี้ยงโคปักไม้ลงตรงกลางหัวตาย ไปเกิดบนสวรรค์ชั้นดาวดึงส์ มีวิมานทอง ๑๒ โยชน์^{๔๖}

เรื่องมีอยู่ว่า พระผู้มีพระภาคประทับอยู่ริมฝั่งสระ โบกขรณี ชื่อคัคครานครจัมปา เวลาเย็น เมื่อบริษัททั้ง ๔ ประชุมกัน เสด็จออกจากพระคันธกุฎี เสด็จเข้ามณฑปศาลา ณ ริมฝั่งสระ โบกขรณี ทรงเริ่มแสดงธรรมด้วยพระพุทธลีลา ขณะนั้นกบตัวหนึ่งขึ้นมาจากสระ โบกขรณี ได้ยินเสียงแสดง ธรรม จึงถือนิมิตในพระสุรเสียงแสดงธรรมของพระพุทธองค์ ขณะนั้นคนเลี้ยงลูกโคคนหนึ่งเดิน มายังที่นั้น เห็นพระศาสดากำลังทรงแสดงธรรม และบริษัทกำลังฟังธรรมอย่างสงบเงียบสงัดใจไปใน เรื่องนั้น ยืนถือไม้ (สำหรับต้อนโค) ไม่ทันสังเกตเห็นกบจึง ได้ยื่นปักไม้บนหัวกบจนถึงแก่ความตาย กบนั้นตายไปพร้อมด้วยจิตเลื่อมใสในพระสุรเสียงแสดงธรรม ไปบังเกิดในวิมานทอง ๑๒ โยชน์ ในสวรรค์ชั้นดาวดึงส์ เป็นเหมือนหลับแล้วตื่นขึ้น

^{๔๓} อภ.วิ.อ. (ไทย) ๓๓/๔๕๓.

^{๔๔} ส.สพ.อ. (ไทย) ๒๘/๑๑๓-๑๑๖.

^{๔๕} พุ.วิ.อ. (ไทย) ๔๘/๓๘๔-๓๘๕.

^{๔๖} พุ.วิ.อ. (ไทย) ๔๘/๔๑๕-๔๒๓.

จากเรื่องเหล่านี้ พอจะทราบได้ว่า แม้จะตายอย่างกะทันหันโดยวิธีใดก็ตาม ก่อนจะตายจิตของเขาเป็นอย่างไร ตายด้วยจิตกำลังคิดอะไรอยู่ คิดในทางกุศลหรืออกุศล ถ้าคิดในทางกุศลจิตก็เบิกบานมีความปีติโสมนัส จิตไม่เศร้าหมอง อารมณ์ครั้งสุดท้ายก่อนตายอยู่ตรงหน้าเป็นมรณาสันนวิธิต^{๔๓} ก็ไปสู่สุคติ แต่ถ้าคิดในทางอกุศล คิดชั่ว คิดในบาป จิตไม่เบิกบานจะเศร้าหมอง ตายแล้วก็ไปสู่ทุกขอย่างที่เคยได้ข่าว รถของคณะผู้ที่ได้ไปทำบุญทอดกฐินบ้าง ทอดผ้าป่าบ้าง รถที่ศนาจรนำเที่ยวบ้าง ได้รับอุบัติเหตุมีคนตายกันหลายคน คนที่ตายเหล่านั้น เขาไปทำบุญสร้างกุศล ถ้าจิตของเขา ก่อนตายคิดแต่เรื่องบุญกุศลอยู่ จิตก็เบิกบานไม่เศร้าหมอง ตายแล้ว เขาก็ไปสู่สุคติ แต่ถ้าจิตของเขา กำลังคิดในเรื่องบาปอกุศล หรือกำลังดื่มสุรากัน จิตก็เศร้าหมองตายแล้ว เขาก็ไปสู่ทุกขแน่นอน^{๔๔}

นอกจากนี้บางเรื่องแม้ในคัมภีร์จะไม่ได้กล่าวไว้ว่าเขาเหล่านั้น ไปเกิดในที่นี้ แต่ก็พออนุมานได้ว่า หากทำความชั่วไว้ก่อนตาย คงจะต้องไปเกิดในทุคติภูมิแน่นอน ดังเรื่อง พระเจ้าวิฑูทกะพร้อมกับบริวาร เล่ากันมาว่า เรื่องพระเจ้าวิฑูทกะ มีเรื่องเล่าไว้ว่า เมื่อวิฑูททราชากุมาร ได้เป็นกษัตริย์ปกครองบ้านเมืองแล้ว ก็คิดคำนึงถึงรอยแค้นที่ถูกหยาบศักดิ์ศรีของพวกเขาเจ้าสากยะ เมื่อได้โอกาสก็ยกทัพมาเพื่อชำระแค้นต่อพวกเขาเจ้าสากยะ แม้ถูกพระพุทธเจ้าเสด็จมาขวางไว้ถึง ๓ ครั้งก็ตาม แต่ในครั้งที่ ๔ เมื่อพระพุทธเจ้าไม่ได้ทรงเสด็จมา พระเจ้าวิฑูทกะก็นำกองทัพเข้าประหารชีวิตต่อพวกเขาเจ้าสากยะเกือบสิ้นสูญ ยกเว้นคนที่อยู่ในสำนักพระเจ้ามทานามะผู้เป็นลุงเท่านั้น เมื่อชำระแค้นเสร็จแล้ว ก็เดินทางกลับแล้วพักแรมอยู่ที่ริมฝั่งแม่น้ำอจิรวดี ในคืนนั้นเองคนที่เป็นบริวารของพระเจ้าวิฑูทกะบางพวกนอนบนฝั่ง บางพวกนอนริมหาดทราย คนเหล่านั้นพวกที่ไม่ได้ทำบาปก็มีผู้ทำบาปก็มี คนที่ไม่ได้ทำกรรม ก็มีกรรมนิมิตปรากฏ มีมดดำมดแดงรบกวน คลจิตให้ขึ้นมานอนบนฝั่ง ส่วนคนที่ทำบาป ก็มีกรรมนิมิตปรากฏ แม้นอนอยู่บนฝั่ง ก็มีมดดำมดแดงรบกวน คลจิตให้ลงไปนอนริมฝั่ง ในเวลาตีกลางคืน เกิดน้ำหลากพัดพาพระเจ้าวิฑูทกะพร้อมบริวารที่ได้ทำกรรมชั่ว

^{๔๓} มรณาสันนวิธิต เป็นวิธิตที่ใกล้จะตาย หมายถึง เมื่อมรณาสันนวิธิตเกิดขึ้นแล้ว จุติจิต (จิต-จิตเคลื่อน หมายถึงที่ดับสิ้น ไปจากภพชาติปัจจุบัน) เกิดขึ้นในลำดับต่อไป จะไม่มีวิธิตอื่นเกิดขึ้นคั่นระหว่างจุติจิต ในมรณาสันนวิธิตนี้ มีชวณะจิตเกิดขึ้นเพียง ๕ ชวณะเท่านั้น (ปกติจะเกิดขึ้น ๗ ชวณะ) เพราะจิตมีกำลังอ่อน เนื่องจากอำนาจของกรรมที่ส่งมานั้นใกล้จะหมดพลัง และหทัยวัตถุอันเป็นกัมมชรูปซึ่งเป็นที่ตั้งของจิตเสื่อมสิ้นลงเรื่อยๆ กำลังของชวณะจิตอ่อนไป เหมือนไฟที่กำลังจะดับมอด แสงสว่างของไฟ ก็ย่อมจะริบหรี่ เพราะหมดกำลังของปัจจัยคือน้ำมันและไฟนั่นเอง เมื่อหมดมรณาสันนวิธิตแล้ว ต่อจากนั้นจุติจิตก็เกิดขึ้น ๑ ชวณะ เรียกว่า สัตว์นั้นถึงแก่ความตาย ในทันทีที่จุติจิตดับลง ปฏิสนธิจิตจะต้องเกิดโดยไม่มีจิตอื่น เกิดขึ้นมาคั่นระหว่างจุติจิตกับปฏิสนธิจิต แต่สำหรับจุติจิตของพระอรหันต์นั้น จะไม่มีปฏิสนธิจิตมาเกิดต่อจากจุติจิต และสัตว์ทั้งหลายที่ไม่ได้เป็นพระอรหันต์ เมื่อใกล้จะตาย นิมิตทั้ง ๓ คือ กรรมอารมณ์ กรรมนิมิตอารมณ์ คตินิมิตอารมณ์อย่างใดอย่าง ย่อมปรากฏเฉพาะหน้าในทวารใดทวารหนึ่งเสมอ

^{๔๔} ประยูร ดิษฐานพงศ์, ความตายของมนุษย์ตายแล้วไปไหน, หน้า ๕๖-๕๘.

ไปตามกระแสน้ำตายเป็นจำนวนมาก^{๔๕} จากเรื่องนี้ทำให้เห็นว่า คนที่ทำกรรมร่วมกัน เมื่อเวลาจะตายก็มาตายร่วมกัน ไม่แยกจากกัน แม้จะอยู่ต่างถิ่นต่างแคว้นก็ยังให้ตายรวมกันได้ เรื่องราวที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ ก็คือกรรมอารมณ์ กรรมนิมิตอารมณ์ และคตินิมิตอารมณ์ ซึ่งอารมณ์ทั้ง ๓ นี้แหละชื่อว่าอารมณ์สุดท้ายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย

๓.๓ แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายแบบองค์รวม

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายแบบองค์รวมไม่ปรากฏมีในคัมภีร์พระพุทธศาสนาเป็นหมวดหมู่เป็นการเฉพาะ แต่มีหลักธรรมหรือแนวคิดหลายข้อที่พระพุทธเจ้าตรัสสอนไว้ และบางครั้งก็ทรงทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายด้วยพระองค์เอง เช่น กรณีพระพุทฺธิคตติสสเถระนี้ที่อาพาธหนัก ไร้ญาติขาดมิตร ไร้คนรักษาดูแลอาการ ปลดปล่อยให้ทนทุกข์ทรมาน หรือป่วยหนักจนกระทั่งน่ารังเกียจเป็นที่สะอิดสะเอียนของผู้ใกล้ชิด แต่พระพุทธองค์กลับทรงให้ความรักเอ็นดูไม่ทรงรังเกียจสะอิดสะเอียนแต่อย่างใด ช่วยเยียวยารักษาพระสาวกทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจด้วยการเทศน์โปรดจนกระทั่งบรรลอรหัตในที่สุด แม้ท่านพุทฺธิคตติสสเถระจะมรณภาพหรือนิพพานในที่สุดก็ตาม แต่ก็ถึงประโยชน์สูงสุดของชีวิตคือพระนิพพาน (ปรมัตถประโยชน์)^{๔๖} เป็นต้น ซึ่งพอประมวลสรุปเป็นแนวคิดเชิงพุทธได้ การดูแลแบบองค์รวมตามหลักพระพุทธศาสนานั้นมีองค์ประกอบ(๑)ผู้ดูแล (๒)มิติที่ดูแล (๓)ผู้ป่วยและญาติมิตรของผู้ป่วย (๔)วิธีการดูแล และ(๕)จุดมุ่งหมายในการดูแล ในที่นี้จะประมวลหลักการที่พระพุทธเจ้าตรัสสอนมาเป็นแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายตามหลักพระพุทธศาสนาดังนี้

๑) ผู้ดูแลต้องมีพรหมวิหารธรรมโดยเฉพาะข้อเมตตากฎณา ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายจำเป็นต้องมีการดูแลที่มีความเมตตาและกรุณาเป็นพื้นฐานสำคัญ หลักความเมตตา คือ ความรัก กิริยาที่รัก ภาวะที่รัก ความเอ็นดู ภาวะที่เอ็นดู ความปรารถนาเกื้อกูลกัน ความอนุเคราะห์ ความไม่พยายาบท ความไม่ปองร้าย กุศลมูลคืออโทสะที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย^{๔๗} และหลักความกรุณา คือ ความสงสาร คิดช่วยให้พ้นทุกข์ ใฝ่ใจในอันปลดเปลื้อง บำบัดความทุกข์ยากเดือดร้อน^{๔๘} (ผู้ดูแล-คุณสมบัติของผู้ดูแล)

^{๔๕} รุรายะเถียดเพิ่มเติมใน พุ.ธ.อ. (ไทย) ๔๑/๑๑-๔๘.

^{๔๖} พุ.จ. (ไทย) ๓๐/๖๗๓/๓๓๓

^{๔๗} พุ.ม. (ไทย) ๒๕/๒๐๒/๕๕๐.

^{๔๘} พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต), ภาวะผู้นำ, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ธรรมสภา, ๒๕๕๑), หน้า ๕-๑๑.

๒) บุคลากรทางการแพทย์และญาติต้องมีกัลยาณมิตรธรรม อยู่ในฐานะเป็นกัลยาณมิตร (เป็นเพื่อน หรือเป็นสหายที่ดี) ต่อผู้ป่วย ซึ่งจะต้องประกอบด้วยหลักกัลยาณมิตรธรรม ๗ ประการ คือ (๑) ปิยะ คือ เป็นที่รักเป็นที่พอใจของผู้ป่วย ชวนให้อยากเข้าไปปรึกษาถามไถ่ (๒) ครุ คือ เป็นที่เคารพ ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ เป็นที่พึ่งได้ และปลอดภัย (๓) ภาวนิยะ คือ เป็นที่ยกย่อง นำเจริญใจ มีความรู้ความเข้าใจและมีภูมิปัญญาที่แท้จริงในการดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วย (๔) วัตตา คือ เป็นนักพูด รู้จักชี้แจงให้เข้าใจ ให้กำลังใจ และรู้ว่าเมื่อไรควรพูดอะไรอย่างไรแก่ผู้ป่วย งดเว้นคำพูดในเชิงลบ (๕) วจนักขมะ คือ เป็นผู้อดทนต่อถ้อยคำ พร้อมทั้งจะรับฟังความคิด ความเห็น และความรู้สึกของผู้ป่วยได้เสมอ อดทนฟังได้ไม่รู้สึกรำคาญ (๖) คัมภีริง กถัง กัตตา คือ เป็นผู้พูดถ้อยคำลึกซึ้งได้ สามารถอธิบายเรื่องลึกซึ้งเข้าใจยาก เป็นวิชาการเฉพาะให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ (๗) โน อัญฐานะ นิโยชนะ คือ ไม่ชักนำในอฐานะ ไม่แนะนำหรือชักจูงในสิ่งที่ไม่ควร ไม่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย^{๕๓} (ผู้ดูแล-คุณสมบัติของผู้ดูแล)

๓) เป็นการดูแลที่ให้ความสำคัญกับมิติแห่งความเป็นมนุษย์ หรือมิติแห่งการพัฒนาศักยภาพมนุษย์จนถึงวินาทีสุดท้ายแห่งชีวิต โดยมุ่งดูแลชีวิตเป็นองค์รวมพร้อมกับการพัฒนาศักยภาพของชีวิตความเป็นมนุษย์ในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นชีวิตทางด้านกาย สีลหรือสังคม จิตใจ และปัญญา^{๕๔} มุ่งให้ผู้ป่วยเกิดความงอกงามตามหลักไตรสิกขา(ผู้ป่วยและญาติมิตรของผู้ป่วย-มิติทางกายภาพและจิตภาพ)

๔) เป็นการดูแลที่มุ่งพัฒนาปัญญาให้รู้เท่าทันโลกและชีวิต มุ่งช่วยให้ผู้ป่วยรู้เท่าทันความตาย ไม่หวาดหวั่นพรันพรึงต่อความตาย พิจารณาเห็นว่า ความตายเป็นสังขารของชีวิตที่ทุกชีวิตต้องเผชิญหน้า ไม่ช้าก็เร็ว ซึ่งมีหลักพิจารณาเนื่องๆ ว่า “เรามีความแก่เป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความแก่ไปได้ เรามีความเจ็บไข้เป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความเจ็บไข้ไปได้ เรามีความตายเป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความตายไปได้”^{๕๕} หรือถือเอาความตายเป็นอารมณ์กรรมฐานสุดท้ายก่อนที่จะดับจิตที่

^{๕๓} อัง.สตุตถก. (ไทย) ๒๓/๓๗/๕๗ และ พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลศัพท์**, หน้า ๒๐๔.

^{๕๔} พระไตรปิฎกแสดงเป็นคุณบทของบุคคล ๔ ประการคือ (๑) ภาวิตกาย ผู้เจริญกาย (๒) ภาวิตศีล ผู้เจริญศีล (๓) ภาวิตจิต ผู้เจริญจิต (๔) ภาวิตปัญญา ผู้เจริญปัญญา ; อัง.ปญจก. (บาลี) ๒๒/๓๕/๕๗-๕๘, อัง.ปญจก. (ไทย) ๒๒/๓๕/๑๔๔-๑๔๖ แต่พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต) แสดงตามนัยพระไตรปิฎกนี้ว่า ภาวนา ๔ ประการ ได้แก่ (๑) กายภาวนา (๒) ศีลภาวนา (๓) จิตตภาวนา (๔) ปัญญาภาวนา ; พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม**, หน้า ๗๐-๗๑.

^{๕๕} อัง.ปญจก. (ไทย) ๒๒/๕๗/๕๕-๑๐๐.

เรียกว่า “มรณสติ”^{๕๖} คือ การระลึกนึกถึงความตายเป็นอารมณ์จนจิตตั้งมั่นมีสติ ไม่กลัวต่อความตาย เมื่อนั้นเขาย่อมตายอย่างสงบ(ผู้ป่วยญาติผู้ป่วยและผู้ดูแล-มิติทางจิตภาพ)

๕) เมื่อผู้ป่วยเจ็บหนักและไม่สามารถรักษาให้หายได้ จะมุ่งดูแลจิตใจและปัญญาให้สามารถเผชิญกับความตายอย่างมีสติ ซึ่งการดูแลทางด้านจิตใจจะมุ่งให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยึดมั่นในพระรัตนตรัย คุณงามความดีต่างๆ มีจิตใจเข้มแข็ง ผ่องใสอยู่เสมอแม้ในยามที่กายป่วย และไม่รู้สึกรอคอยความหวังไม่ท้อแท้หรือไม่สิ้นหวัง ต่อทุกขเวทนาที่เกิดขึ้น หากมีทุกขเวทนาอย่างหนักก็ให้ใช้ทุกขเวทนาเป็นเครื่องมือในการฝึกสติที่เรียกว่า “เวทนานุปัสสนาสติปัฏฐาน” คือ มีสติพิจารณาเวทนา ได้แก่ ทุกขเวทนา ความรู้สึกเจ็บปวดอันเนื่องมาจากโรคร้ายไข้เจ็บที่กำลังเผชิญอยู่ด้วยความเพียร ความมุ่งมั่น มีสัมปชัญญะ มีสติ สามารถกำจัดอคติ (ความคิดเพ่งเล็งอยากได้) และโทมนัส (ความทุกข์ใจ) ได้ มีจิตตั้งมั่นและผ่องใส^{๕๗} ส่วนในด้านปัญญามุ่งให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมองเห็นความจริงของชีวิต พิจารณาความเป็นจริงของชีวิตคือความตาย (มรณสติ) และสามารถยอมรับความเป็นจริงที่กำลังจะเกิดขึ้นได้อย่างมั่นคง ไม่หลงตาย(วิธีการดูแลและจุดมุ่งหมายของการดูแล-มิติทางจิตภาพทั้งในชาตินี้และชาติหน้า)

๖) พระพุทธศาสนาถือว่าการดูแลจิตใจและส่งเสริมสติปัญญาให้รู้เท่าทันความเป็นจริงของชีวิต นอกจากเป็นการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตให้ตายอย่างสงบแล้ว ยังถือว่าเป็นการดูแลให้ไปเกิดในภพภูมิที่ดีที่เรียกว่า “สุคติโลกสวรรค์”^{๕๘} อีกด้วย นั่นคือ เป็นการดูแลผู้ป่วยทั้งในชาตินี้และชาติหน้า(จุดมุ่งหมายของการดูแล)

๓.๔ วิธีการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย

๓.๔.๑ พุทธวิธีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย

ผู้วิจัยแบ่งวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายของพระพุทธองค์ออกเป็น ๓ กรณีหลัก คือ ๑) กรณีทรงดูแลผู้ป่วยด้วยพระองค์เอง ๒) กรณีทรงให้คำปรึกษาและส่งเสริมให้สาวกดูแลรักษาตนเอง ๓) กรณีทรงส่งเสริมสาวกให้ดูแลผู้ป่วย

^{๕๖} อ.เอกก. (ไทย) ๒๐/๒๕๗/๓๗.

^{๕๗} “พิจารณาเห็นเวทนาในเวทนาทั้งหลายภายในอยู่ มีความเพียร มีสัมปชัญญะ มีสติ กำจัดอคติและโทมนัสในโลกได้ ภิกษุผู้นั้นเมื่อพิจารณาเห็นเวทนาในเวทนาทั้งหลายภายในอยู่ ย่อมตั้งจิตมั่นโดยชอบ ย่อมผ่องใสโดยชอบในเวทนานุปัสสนานั้น ภิกษุผู้นั้นตั้งจิตมั่นโดยชอบ ผ่องใสโดยชอบในเวทนานุปัสสนานั้นแล้วก็ย่อมบังเกิดมีญาณทัสสนะในเวทนาอื่นภายนอก”; ที.ม. (ไทย) ๑๐/๒๕๕/๒๒๓.

^{๕๘} ที.สี. (ไทย) ๕/๒๕๗/๘๓.

๑) กรณีทรงดูแลผู้ป่วยด้วยพระองค์เอง :

ทรงดูแลโดยตรง

พระพุทธองค์ทรงมีวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายด้วยพระองค์เองอยู่ ๒ วิธีหลัก คือ (๑) ทรงดูแลสภาพร่างกายของผู้ป่วย (๒) ทรงดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วย

กรณีผู้เจ็บป่วยหรืออาพาธหนัก ไร้ญาติขาดมิตร ไร้คนรักษาดูแลอาการ ปล่อยให้ให้ทนทุกข์ทรมาน หรือป่วยหนักจนกระทั่งน่ารังเกียจเป็นที่สะอิดสะเอียนของผู้ใกล้ชิด แต่พระพุทธองค์กลับทรงให้ความรักเอ็นดูไม่ทรงรังเกียจสะอิดสะเอียนแต่อย่างใด ซึ่งกรณีแรกนั้นมีตัวอย่างดังต่อไปนี้

(๑) กรณีพระพุทฺธิคตตติสสเถระ (พระติสสเถระผู้มีร่างกายเน่าเปื่อย)^{๕๕}

มีเรื่องเล่าว่า กุลบุตรชาวกรุงสาวัตถีคนหนึ่ง ฟังธรรมะในสำนักของพระศาสดาแล้ว เลื่อมใสบวชในพระพุทธศาสนา ได้ชื่อว่า พระติสสเถระ ต่อมาไม่นานนัก ท่านป่วยเป็นโรคแผลพุพอง เกิดขึ้นตามร่างกาย (สรีระ)ของท่าน ต่อมาค่อย ๆ โตขึ้นไปตามลำดับทั้งหลาย จากประมาณเท่าเมล็ดผักกาดผุดขึ้น โตเท่าเมล็ดถั่วเขียว เมล็ดถั่วดำ เมล็ดกระเบา ผลมะขามป้อม จนโตขนาดผลมะตูม จากนั้นต่อมาก็แตก ทัวทั้งร่างกายได้เป็นรูเล็กรูน้อย จึงเรียกชื่อท่านว่า “พระพุทฺธิคตตติสสเถระ(พระติสสผู้มีร่างกายเน่าเปื่อย)” ต่อมา กระจกของท่านแตก มีกลิ่นเน่าเหม็นไปทั่วบริเวณ ฟ้านุ่นและผ้าห่มเปื้อนหนองและเลือด ท่านไร้คนปรนนิบัติดูแลรักษาหรือถูกเพื่อนสหธรรมิก ตลอดถึงสานุศิษย์ทอดทิ้ง ท่านเป็นผู้ไร้ที่พึ่ง นอนหายใจวรินอย่างทรมานเดียวดาย

พระผู้มีพระภาคเจ้าทรงทราบเรื่องนั้น ทรงเห็นอุปนิสัยแห่งพระอรหัตของติสสภิกษุ ทรงดำริว่า "ภิกษุนี้ ถูกพวกสัทธาวิหาริกเป็นต้น ทอดทิ้งแล้ว บัดนี้ เขอยกเว้นเราเสีย ก็ไม่มีที่พึ่งอื่น" จึงเสด็จออกจากพระคันธกุฎี เหมือนเสด็จเที่ยวจาริกในวิหาร เสด็จไปสู่โรงไฟ ทรงล้างหม้อ ใส่น้ำ ยกตั้งบนเตา เมื่อทรงรอให้น้ำร้อนได้ประทับยืนในโรงไฟนั่นเอง ทรงรู้ความที่น้ำร้อนแล้ว เสด็จไปจับปลายเตียงที่พระติสสภิกษุนอนอยู่

พวกภิกษุ กราบทูลว่า "ขอพระองค์ จงเสด็จหลีกไป พระเจ้าข้า พวกข้าพระองค์จักยกเอง" แล้วช่วยกันยกเตียงนำไปสู่โรงไฟ พระศาสดาทรงให้นำร่างมาทรงเทน้ำร้อนใส่แล้ว ทรงสั่งภิกษุเหล่านั้นให้ช่วยกันเปลื้องผ้าห่มของเธอออก ให้ขยี้ด้วยน้ำร้อน (ซักผ้า) แล้วให้ผึ่งแดด ลำดับนั้น พระศาสดาประทับยืนอยู่ใกล้ของเธอ ทรงใช้น้ำอุ่นรดสรีระพระติสสให้ชุ่ม ทรงลูสรีระของเธอให้เธออาบน้ำ หลังอาบน้ำเสร็จ ทรงห่มผ้าให้ จากนั้น พระศาสดาทรงช่วยเธอให้นุ่งผ้าห่มนั้น ทรง

^{๕๕} บุ.ธ. (ไทย) ๒๕ /๑๘/๒๓.

ให้ขยำฝ้ากาสาვეที่เชอญ่ค้วยน้ำ แล้วให้ผึ่งแดด จากนั้น เมื่อกายแห้ง ฝ้าญ่ก้แห้ง เชอญ่ฝ้ากาสาვე
ฝิ่นหนึ่ง ห่มฝ้ากาสาვეฝิ่นหนึ่ง ร่างกายเริ่มเบา มีจิตมีอารมณ์เป็นหนึ่ง นอนบนเตียง

พระศาสดาประทับยืนอยู่ด้านเหนือศีรษะของเธอ ตรัสพระคาถานี้ว่า

อีกไม่นานนัก ร่างกายนี้ก็จะจกปราศจากวิญญูณ

ถูกทอดทิ้งทับถมแผ่นดิน เหมือนท่อนไม้ที่ไร้ประโยชน์ ฉะนั้น^{๖๐}

พระติสสะตั้งใจฟังพุทธคำรัสตังกล่าว พร้อมกับพิจารณาตามอย่างถึถ้วน ในเวลาเทศนาจบ
พระพุทธิคตติสสะเถระ บรรลุพระอรหัตพร้อมปฏิสัมภิตาแล้วก็ปรินิพพาน(มรณภาพ) พระศาสดาโปรด
ให้เฝ้าศพของท่าน ทรงเก็บ(อัฐิ)ธาตุแล้วโปรดให้ทำเจดีย์ไว้

บทบาทในการดูแลรักษาพระสาวกของพระพุทธองค์ดังข้างต้นนี้สะท้อนให้เห็นถึงความ
เมตตาที่พระองค์ทรงมีต่อสรรพสัตว์เสมือนบิดารักบุตร หรือแสดงให้เห็นคุณสมบัติเบื้องต้นของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีซึ่งสอดคล้องกับคุณลักษณะของผู้ควรดูแลรักษาผู้ป่วยหรือควรเป็นผู้
พยาบาลคนไข้ ๕ ประการดังกล่าวไว้ข้างต้น

(๒) กรณีพระเจ้าสุทโธทนะ

เล่ากันมาว่า พระเจ้าสุทโธทนะ พุทธบิดา เมื่อทรงอยู่ในภาวะใกล้จะตาย ทรงเกิดอาการ
ทุกข์เวทนาอย่างแรงกล้าจากความเจ็บปวด พระพุทธองค์ซึ่งขณะนั้น ประทับอยู่ ณ ภูฏาคารศาลา ป่า
มหาวัน ใกล้พระนครเวลาลี ทรงทราบข่าวว่าพระพุทธบิดาประชวรหนักมาก ได้เสด็จพร้อม
ด้วยพระสาวกเป็นอันมากไปทรงบำเพ็ญปิตุอุปถัมภ์กรรม ถวายการพยาบาลตามพุทธวิสัย
กล่าวคือ ในขณะที่ พระเจ้าสุทโธทนะได้รับการบีบคั้นจากอาพาธกล้าเกิดทุกข์เวทนายิ่งนัก มีพระ
อาการทรนทรายหมดสติ พระพุทธองค์ทรงยกพระหัตถ์ตั้งพระทัยอธิษฐานจิตบำบัดโรคาพาธ
แล้วทรงลูบลงที่พระเศียรของพระเจ้าสุทโธทนะ ทรงเช็ดพระพักตร์ของพระบิดาด้วยน้ำที่พระสารี
บุตรนำมาถวาย อาพาธที่หนักก็ทุเลาลงด้วยพระบารมี พระอานนทยกมือลูบที่พระหัตถ์เบื้องซ้าย
อาพาธกล้าข้างซ้ายก็เพลาลง พระราหุลยกมือลูบที่พระปฤษฎางค์ อาพาธกล้าที่ พระกายก็ทุเลาลง
พระเจ้าสุทโธทนะทรงสำราญพระกายคลายความทุกข์เวทนาอันสาหัส ทรงลุกขึ้นอวสานสุดสิ้น
เพียงนั้นแล้ว ก็ทูลลาพระบรมศาสดาและลาพระบรมวงศานุวงศ์แล้ว พระองค์ก็เสด็จนิพพานด้วยอนุ
ปาติเสสนิพพาน^{๖๑}

^{๖๐} พุ.ธ. (ไทย) ๒๕/๔๑/๓๘.

^{๖๑} พุ.ช.อ. (บาลี) ๑/๒๓๓ และ สมเด็จพระมหาสมณเจ้า กรมพระปรมานุชิตชิโนรส, ปฐมสมโพธิกถา
ฉบับแปล วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม ราชวรมหาวิหาร จัดพิมพ์, (กรุงเทพมหานคร : บริษัท สหธรรมิก จำกัด,
๒๕๓๗), หน้า ๒๐๖-๒๐๗.

กรณีพระเจ้าสุทโธทนะทรงประชวรหนัก แต่มีผู้ดูแลจนวินาทีสุดท้าย ส่งผลให้พระองค์บรรลุนิพพานก่อนสิ้นชีวิต ทั้ง ๒ กรณีข้างต้นแสดงให้เห็นถึงบทบาทของพระพุทธองค์ในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจด้วยพระองค์เอง ซึ่งอาจแสดงสรุปด้วยตารางดังนี้

ลำดับ	กรณีผู้ป่วย	การดูแลผู้ป่วย	สภาวะจิตผู้ป่วยใกล้ตาย	ผลการดูแล
๑	พระปติภัตตติสสะ (พระติสสะ กายเน่าเปื่อย)	ทรงดูแลโดยตรงด้วยพระองค์เอง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ	จิตใจไม่ฟุ้งซ่าน ผ่อนคลายเบาสบาย ควบคุมสติได้	มรณภาพพร้อมกับการบรรลุพระอรหันต์
๒	พระเจ้าสุทโธทนะ (พุทธบิดา)	ทรงดูแลโดยตรงด้วยพระองค์เอง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ	จิตใจไม่ฟุ้งซ่าน ผ่อนคลายเบาสบาย ควบคุมสติได้	มรณภาพพร้อมกับการบรรลุพระอรหันต์

ตารางที่ ๓.๑ แสดงการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยด้วยพระองค์เอง

(๓) กรณีที่ฆราวาสก

สมัยหนึ่ง พระผู้มีพระภาคประทับอยู่ ณ วัดเวฬุวัน กรุงราชคฤห์ สมัยนั้นที่ฆราวาสกป่วยหนัก ได้เรียกโชติยกหบดีผู้เป็นบิดามาขอร้องว่า “คุณพ่อจงเข้าไปเฝ้าพระผู้มีพระภาค กราบทูลพระองค์ตามคำของผมว่า ที่ฆราวาสกป่วยหนัก เขาขอให้มากราบพระองค์เพื่อประทานวโรกาสโปรดอนุเคราะห์ เสด็จไปเยี่ยมที่ฆราวาสก” โชติยกหบดีรับคำแล้วไปเฝ้าพระผู้มีพระภาค ได้กราบทูลพระผู้มีพระภาคว่า “ข้าแต่พระองค์ผู้เจริญ ที่ฆราวาสกป่วยหนัก เขาขอให้ฝากมากราบทูลขอประทานวโรกาส ขอพระองค์ให้โปรดอนุเคราะห์เสด็จไปเยี่ยมที่ฆราวาสกถึงที่พักด้วยเถิด” พระผู้มีพระภาคทรงรับนิมนต์โดยคุณธิภาพ

ต่อมา พระผู้มีพระภาคเสด็จไปยังที่พักของที่ฆราวาสก ประทับนั่งบนพุทธอาสน์ ตรัสถามที่ฆราวาสกว่า “อาการป่วยไข้เป็นอย่างไรบ้าง ดีขึ้นหรือทรงตัว”

ที่ฆราวาสกกราบทูลตอบว่า “ข้าพระองค์ไม่สบาย คงจะอยู่ไม่ได้แล้ว ทุกขเวทนามีแต่กำเริบขึ้น ไม่ทุเลาลงเลย”

พระผู้มีพระภาคตรัสสอนวิธีการรักษาโรคทางกายโดยอาศัยจิตที่เป็นสมาธิและมีปัญญา ดังนี้ว่า “ที่ฆาวุ เพราะเหตุนี้ ท่านพึงสำเหนียกว่า (๑) เราจักประกอบด้วยความเลื่อมใสอันไม่หวั่นไหวในพระพุทธเจ้าว่า แม้เพราะเหตุนี้ พระผู้มีพระภาคพระองค์นั้น ฯลฯ เป็นศาสดา ของ

เทวดาและมนุษย์ทั้งหลาย เป็นพระพุทธรเจ้า เป็นพระผู้มีพระภาค (๒) จักประกอบด้วยความเลื่อมใสอันไม่หวั่นไหวในพระธรรม...(๓) จักประกอบด้วยความเลื่อมใสอันไม่หวั่นไหวในพระสงฆ์...(๔) จักประกอบด้วยศีลที่พระอริยะชอบใจ ไม่ขาด... เป็นไปเพื่อ สมาธิ ที่มาว่า ท่านพึงสำเหนียกอย่างนี้”

พระผู้มีพระภาคตรัสว่า “ที่มาว่า ท่านพึงตั้งอยู่ในองค์เครื่องบรรลุโสดา ๔ ประการนี้แล้ว เจริญธรรมอันเป็นส่วนแห่งวิชา ๖ ประการให้ยิ่งขึ้นไปว่า ที่มาว่า ในเรื่องนี้ ท่านจงพิจารณา เห็นในสังขารทั้งปวงว่าไม่เที่ยง มีความหมายรู้ในสิ่งที่ไม่เที่ยงว่าเป็นทุกข์ มีความหมายรู้ในสิ่งที่เป็นทุกข์ว่าเป็นอนัตตา มีความหมายรู้ในการละ มีความหมายรู้ในการคลายออกได้ มีความหมายรู้ในความดับ ที่มาว่า ท่านพึงสำเหนียกอย่างนี้”

ที่มาว่าอุบาสกราทูลว่า “ข้าแต่พระองค์ผู้เจริญ ธรรมอันเป็นส่วนแห่งวิชา ๖ ประการใดที่พระผู้มีพระภาคได้ทรงแสดงไว้ ธรรมเหล่านั้นมีอยู่ในข้าพระองค์ และข้าพระองค์ก็เห็นธรรมเหล่านั้น ข้าพระองค์เห็นสังขารทั้งปวงว่าไม่เที่ยง...เป็นทุกข์...เป็นอนัตตา...รู้ในการละ ในการคลายออก ในความดับ อีกอย่างหนึ่ง ข้าพระองค์คิดว่า เมื่อข้าพระองค์ล่วงลับไป โชติคหบดีผู้เป็นพ่ออย่าได้ถึงความคับแค้น โศกเศร้าเลย”

ครั้งพระผู้มีพระภาคตรัสสอนที่มาว่าอุบาสกด้วยพระโอวาทนี้แล้ว เสด็จกลับ หลังพระองค์เสด็จจากไปไม่นาน ที่มาว่าอุบาสกก็ได้เสียชีวิต ต่อมา เหล่าภิกษุพากันไปเข้าเฝ้าพระผู้มีพระภาค กราบบังคมทูลถามพระองค์ว่า “ที่มาว่าอุบาสกที่พระองค์ตรัสสอนด้วยพระโอวาทโดยย่อ ได้เสียชีวิตแล้วไปเกิดในภพภูมิไหน ?”

พระผู้มีพระภาคตรัสตอบภิกษุทั้งหลายว่า “ที่มาว่าอุบาสกเป็นบัณฑิต พุทฺธความจริงถูกต้องตามธรรม ทั้งไม่เบียดเบียนเราเพราะเหตุแห่งธรรม ภิกษุทั้งหลาย โอรัมภาคิยสังโยชน์ (สังโยชน์ เบื้องต่ำ) ๕ ประการสิ้นไป ที่มาว่าอุบาสกจึงเกิดเป็นโอบปาติกะ ปรินิพพานในภพนั้น ไม่หวนกลับมาจากโลกนั้นอีก”^{๖๒}

การที่พระพุทธรเจ้าเสด็จมาเยี่ยมที่มาว่ากุมารมีวัตถุประสงค์ประการแรกก็คือต้องการให้เกิดความเป็นสิริมงคลแก่ที่มาว่ากุมารดังที่ตรัสไว้ว่า “การเห็นสมณะเป็นมงคล” ซึ่งจะเป็นเหตุปัจจัยให้เกิดคุณความดีอย่างอื่นตามมา เช่น การได้ฟังธรรม ได้ปฏิบัติสมถกรรมฐานข้อพุทธานุสสติ ัมมานุสสติ และสังฆานุสสติ ซึ่งจะมีผลทำให้จิตมีสมาธิและส่งผลทำให้เกิดปัญญาตามมา

(๔) กรณีนกุลปีศาจหอบดี

สมัยหนึ่ง พระพุทธรเจ้าประทับอยู่ ณ เกศกพาวัน กรุงสุพรรณบุรีระ แคว้นภักคะ นกุลปีศาจหอบดีเข้าไปเฝ้าพระพุทธรองค์ กราบทูลว่า “ตนเองเป็นผู้ชราสูงอายุเฒ่ามีอาการกระสับกระส่าย

^{๖๒} ส.ม. (ไทย) ๑๙/๕๕๕/๔๕๑-๔๕๓.

เจ็บป่วยเป็นประจำ จึงไม่ได้มาเห็นพระพุทธรูปของค่านาน ขอพระพุทธรูปองค์โปรดให้โอวาทสั่งสอนเพื่อ
เกื้อกูล เพื่อความสุขตลอดไป”

พระพุทธรูปองค์นี้ว่าเป็นเรื่องธรรมดา ร่างกายนี้กระสับกระส่าย เป็นดังฟองไข่ มีเปลือก
หุ้มไว้ แม้จะดูร่างกาย(สุขภาพ)นี้ดีสักปานใด การที่จะไม่มีโรคได้เลยนั้นคงจักไม่มี ฉะนั้น พึง
ตระหนักว่า เมื่อร่างกายกระสับกระส่ายอยู่ จิตจักไม่กระสับกระส่าย หรือกายป่วยไข้แต่อย่าให้ใจ
เจ็บป่วย

จากนั้น นกุลปีตาคหบดีชื่นชม ยินดีพระภาสิตของพระพุทธรูป ลุกขึ้นไหว้เดินเวียน
ประทักษิณ (เวียนขวา) เข้าไปหาพระสารีบุตรสนทนากัน พระสารีบุตรได้ถามนกุลปีตาคหบดีว่า
“อินทรีย์ผ่องใส สีหน้าก็ผุดผ่อง วันนี้ได้ฟังธรรมจากพระพุทธรูปมาใช้หรือไม่”

นกุลปีตาคหบดีตอบว่า “ใช่”

พระสารีบุตรถามว่า “เพราะเหตุไร คหบดีไม่ทูลถามพระพุทธรูปให้ยิ่งขึ้นไปกว่า บุคคล
เช่นไรชื่อว่าเป็นผู้มีกายกระสับกระส่าย และมีจิตกระสับกระส่าย และบุคคลเช่นไร ชื่อว่าเป็นผู้มี
กายกระสับกระส่าย แต่ไม่ชื่อว่ามีจิตกระสับกระส่าย”

นกุลปีตาคหบดีตอบว่า “ท่านผู้เจริญ กระผมมาจากที่ไกลก็เพื่อจะทราบเนื้อความแห่งพระ
ภาสิตนั้นในสำนักท่าน ขอให้ท่านอธิบายเนื้อความแห่งพระภาสิตนั้นให้แจ่มแจ้ง”

พระสารีบุตรจึงกล่าวว่า “คนที่ชื่อว่ามีกายกระสับกระส่าย และมีจิตกระสับกระส่าย คือ
ปุถุชนในโลกนี้ผู้ไม่ได้สดับ ไม่ได้เห็นพระอริยะ ไม่ฉลาดในธรรมของพระอริยะ ไม่ได้รับการ
แนะนำในธรรมของพระอริยะ ไม่ได้เห็นสัตบุรุษ ไม่ฉลาดในธรรมของสัตบุรุษ ไม่ได้รับการ
แนะนำในธรรมของสัตบุรุษ เห็นรูปเป็นอัตตา เห็นอัตตาว่ามีรูป เห็นรูปในอัตตา หรือเห็นอัตตาใน
รูป อยู่ด้วยความยึดมั่นว่า เราเป็นรูป รูปเป็นของเรา เมื่อเขาอยู่ด้วยความยึดมั่นว่า เราเป็นรูป รูปเป็น
ของเรา รูปนั้นแปรผันเป็นอื่น เพราะรูปแปรผันและเป็นอย่างอื่น...เวทนา...สัญญา...สังขาร...
วิญญาณ....โสกะ (ความเศร้าโศก) ปริเทวะ (ความคร่ำครวญ) ทุกข์ (ความทุกข์กาย) โทมนัส (ความ
ทุกข์ใจ) และอุปายาส (ความคับแค้นใจ) จึงเกิดขึ้นแก่เขา คหบดี คนชื่อว่าเป็นผู้มีกาย
กระสับกระส่าย และมีจิตกระสับกระส่าย เป็นอย่างนี้ ส่วนคนที่ชื่อว่าเป็นผู้มีกายกระสับกระส่าย
แต่จิตไม่กระสับกระส่าย คือ พระอริยสาวกในพระธรรมวินัยนี้ผู้ได้สดับ ได้เห็นพระอริยะ ฉลาดใน
ธรรมของพระอริยะ ได้รับการแนะนำในธรรมของพระอริยะ ได้เห็นสัตบุรุษ ฉลาดในธรรมของ
สัตบุรุษ ได้รับการแนะนำในธรรมของสัตบุรุษ ไม่พิจารณาเห็นรูปโดยความเป็นอัตตา ไม่พิจารณา
เห็นอัตตาว่ามีรูป ไม่พิจารณาเห็นรูปในอัตตา หรือไม่พิจารณาเห็นอัตตาในรูป ไม่ดำรงอยู่ด้วยความ
ยึดมั่นว่า เราเป็นรูป รูปเป็นของเรา เมื่อพระอริยสาวกนั้นไม่ดำรงอยู่ด้วยความยึดมั่นว่า เราเป็นรูป
รูปเป็นของเรา รูปนั้นแปรผันเป็นอย่างอื่น เพราะรูปแปรผันและเป็นอย่างอื่น...เวทนา...สัญญา...

สังขาร...วิญญาณ...โสกะ ปริเทวะ ทุกข์ โทมนัส และอุปายาสจึงไม่เกิดขึ้นแก่พระอริยสาวกนั้น
 คหบดี คนที่เชื่อว่าเป็นผู้มีกายกระสับกระส่าย แต่จิตไม่กระสับกระส่าย เป็นอย่างนี้ เมื่อพระสารี
 บุตรกล่าวจบ นกุลปิตาคหบดีดีใจ ชื่นชมภายิตของท่านพระสารีบุตร”^{๖๓}

กรณีที่ข้างต้นแสดงให้เห็นถึงบทบาทของพระพุทธองค์ในการดูแลผู้ป่วยในด้านจิตใจด้วย
 พระองค์เอง ซึ่งอาจแสดงสรุปด้วยตารางดังนี้

ลำดับ	กรณีผู้ป่วย	การดูแลผู้ป่วย	สภาวะจิตผู้ป่วยใกล้ตาย	ผลการดูแล
๑	ทิมวากูอุบาสก	ทรงดูแลโดยตรง ด้านจิตใจ	จิตใจไม่ฟุ้งซ่าน ผ่อนคลาย เบาสบาย ควบคุมสติได้	เสียชีวิตพร้อม กับ บรรลุนาคามี
๒	นกุลปิตาคหบดี	ทรงดูแลโดยตรง ด้านจิตใจ	จิตใจไม่ฟุ้งซ่าน ผ่อนคลาย เบาสบาย ควบคุมสติได้	หายป่วยฉับพลัน

ตารางที่ ๓.๒ แสดงการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยด้วยพระองค์เอง

๒) กรณีทรงให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย :

ทรงดูแลโดยอ้อม

บางกรณีพระพุทธองค์ไม่ได้ทรงดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยพระองค์เอง โดยตรง แต่กลับมีพระ
 เมตตาแนะนำหรือทรงประทานวิธีการให้พระสาวกนำไปบอกกล่าวแก่ผู้ป่วย ซึ่งในพระไตรปิฎกมี
 ปรากฏหลายกรณี เช่น

(๑) กรณีพระคิริมานนท

สมัยหนึ่ง พระผู้มีพระภาคประทับอยู่ ณ พระวิหารเชตวัน อารามของท่านอนาถบิณฑิก
 เศรษฐี ใกล้พระนครสาวัตถี ขณะนั้น พระคิริมานนทอาพาธ ได้รับทุกข์ เป็นไข้หนักครั้งนั้นแล ท่าน
 พระอานนท์เข้าไปเฝ้าพระผู้มีพระภาค ได้กราบทูลพระผู้มีพระภาคว่า “ข้าแต่พระองค์ผู้เจริญ ท่าน
 พระคิริมานนทอาพาธ ได้รับทุกข์เป็นไข้หนัก ขอประทานพระวโรกาส ขอพระผู้มีพระภาคได้
 โปรดอนุเคราะห์เสด็จเยี่ยมพระคิริมานนทถึงที่อยู่เถิด พระเจ้าข้า”

พระผู้มีพระภาคตรัสว่า “อานนท์ ถ้าเธอพึงเข้าไปหาแล้วกล่าวสัญญา ๑๐ ประการแก่
 คิริมานนทภิกษุ ขอให้อาพาธของคิริมานนทภิกษุจะพึงสงบระงับโดยพลัน เพราะได้ฟังสัญญา ๑๐
 ประการนั้น เป็นฐานะที่จะมีได้ สัญญา ๑๐ ประการเป็นไฉน คือ อนิจจสัญญา ๑ อนัตตสัญญา ๑

^{๖๓} ส.บ. (ไทย) ๑๗/๑/๑-๓.

อสุกสัญญา ๑ อาทีนวสัญญา ๑ ปหานสัญญา ๑ วิราคสัญญา ๑ นิโรธสัญญา ๑ สัพพโลเกอนภิตตสัญญา ๑ สัพพสังขารสุอนิจจสัญญา ๑ อานาปานัสสติ ๑

อานนท์ ก็อนิจจสัญญาเป็นไฉน ? อานนท์ ภิกษุในธรรมวินัยนี้อยู่ในป่าก็ดี อยู่ที่โคนไม้ก็ดี อยู่ในเรือนว่างเปล่าก็ดี ย่อมพิจารณาเห็นดังนี้ว่ารูปไม่เที่ยง เวทนาไม่เที่ยง สัญญาไม่เที่ยง สังขารทั้งหลายไม่เที่ยง วิญญาณไม่เที่ยง ย่อมพิจารณาเห็นโดยความเป็นของไม่เที่ยงในอุปาทานชั้น ๕ เหล่านี้ด้วยประการอย่างนี้ อานนท์ นี้เรียกว่าอนิจจสัญญา

อานนท์ ก็อนัตตสัญญา...เห็นว่าจักขุ...รูป...หู...เสียง...จมูก...กลิ่น...ลิ้น...รส...กาย...โผฏฐัพพะ...ใจ...ธรรมารมย์เป็นอนัตตา พิจารณาเห็นโดยความเป็นอนัตตาในอายตนะทั้งหลาย ทั้งภายในและภายนอก ๖ ประการ...นี้เรียกว่า อนัตตสัญญา

อสุกสัญญา...เห็นกายนี้นั่นแล เบื้องบนแต่พื้นเท้าขึ้นไป เบื้องต่ำแต่ปลายผมลงมา มีหนังหุ้มอยู่โดยรอบเต็มด้วยของไม่สะอาด มีประการต่างๆ ว่า ในกายนี้มีผม ขน เล็บ ฟัน หนัง เนื้อ เอ็น กระดูก เยื่อในกระดูก ม้าม เนื้อหัวใจ ดับ พังผืด ไต ปอด ใสใหญ่ ใส่น้อย อาหารใหม่ อาหารเก่า ดี เสลดหนอง เลือด เหงื่อ มันข้น น้ำตา เปลวมัน น้ำลาย น้ำมูก ไขข้อ มูตร พิจารณาเห็นความเป็นของไม่งามนี้เรียกว่าอสุกสัญญา

อาทีนวสัญญา...เห็นกายนี้มีทุกข์มาก มีโทษมาก เพราะฉะนั้น อาหารต่างๆ จึงเกิดขึ้นในกายนี้ คือโรคตา โรคหู โรคจมูก โรคลิ้น โรคกาย โรคศีรษะ โรคที่ใบหู โรคปากโรคฟัน โรคโอ โรคหืด โรคไข้หวัด โรคไข้พิษ โรคไข้เซื่องซึม โรคในท้อง โรคลมสลับ โรคบิด โรคจุกเสียด โรคลงราก โรคเรื้อน โรคฝี โรคกลาก โรคมอคร่อ โรคลมบ้าหมู โรคหิดเปื่อย โรคหิดคัน โรคคุดทะราด หูด โรคละออง บวม โรคอาเจียนโลหิต โรคคิเคียด โรคเบาหวาน โรคเริม โรคพุพอง โรคจริตดวง อาพาธมีดี เป็นสมุฏฐาน อาพาธมีเสมหะเป็นสมุฏฐานอาพาธมีลมเป็นสมุฏฐาน อาพาธมีไข้สันนิบาต อาพาธอันเกิดแต่ฤดูแปรปรวนอาพาธอันเกิดแต่การบริหารไม่สมมาเสมอ อาพาธอันเกิดแต่ความเพียรเกินกำลังอาพาธอันเกิดแต่วิบากกรรม ความหนาว ความร้อน ความหิว ความระหายปวดอุจจาระ ปวดปัสสาวะ พิจารณาเห็นโดยความเป็นโทษในกายนี้ นี้เรียกว่าอาทีนวสัญญา

ปหานสัญญา...ไม่ยินดี ย่อมละ ย่อมบรรเทา ย่อมทำให้หมดสิ้นไป ย่อมทำให้ถึงความไม่มี ซึ่งกามวิตกอันเกิดขึ้นแล้ว ย่อมไม่ยินดี ย่อมละ ย่อมบรรเทา ย่อมทำให้หมดสิ้นไป ย่อมทำให้ถึงความไม่มี ซึ่งพยาบาทวิตกอันเกิดขึ้นแล้ว ย่อมไม่ยินดี ย่อมละ ย่อมบรรเทา ย่อมทำให้หมดสิ้นไป ย่อมทำให้ถึงความไม่มี ซึ่งวิหิงสาวิตกอันเกิดขึ้นแล้ว ย่อมไม่ยินดี ย่อมละ ย่อมบรรเทา ย่อมทำให้หมดสิ้นไป ย่อมทำให้ถึงความไม่มี ซึ่งอกุศลธรรมทั้งหลายอันชั่วช้า อันเกิดขึ้นแล้ว เกิดขึ้นแล้วนี้เรียกว่าปหานสัญญา

วิราดสัญญา...พิจารณาเห็นดังนี้ว่าธรรมชาตินั้นสงบ ธรรมชาตินั้นประณีต คือ ธรรมเป็นที่ระงับสังขารทั้งปวง ธรรมเป็นที่สลละคืนอุปธิทั้งปวง ธรรมเป็นที่สิ้นไปแห่งตัณหา ธรรมเป็นที่ตำรอกกิเลสธรรมชาติเป็นที่ดับกิเลสและกองทุกข์ นี้เรียกว่าวิราดสัญญา

นิโรธสัญญา...พิจารณาเห็นดังนี้ว่าธรรมชาตินั้นสงบ ธรรมชาตินั้นประณีต คือ ธรรมเป็นที่ระงับสังขารทั้งปวง ธรรมเป็นที่สลละคืนอุปธิทั้งปวง ธรรมเป็นที่สิ้นไปแห่งตัณหา ธรรมเป็นที่ดับไม่เหลือ ธรรมชาติเป็นที่ดับกิเลสและกองทุกข์นี้เรียกว่านิโรธสัญญา

สัพพโลเกอนภิตตสัญญา...ละอุบาย และอุปาทานในโลก อันเป็นเหตุตั้งมั่น ถือมั่น และเป็นอนุสัยแห่งจิต ย่อมงดเว้น ไม่ถือมั่น นี้เรียกว่าสัพพโลเกอนภิตตสัญญา

สัพพสังขารesu นิจจสัญญา...อึดอัด ย่อมระอา ย่อมเกลียดชังแต่สังขารทั้งปวง นี้เรียกว่าสัพพสังขารesu นิจจสัญญา

อานาปานัสสติ...ภิกษุในธรรมวินัยนี้ อยู่ในป่าก็ดี อยู่ที่โคนไม้ก็ดี อยู่ในเรือนว่างเปล่าก็ดี นั่งคู้บัลลังก์ตั้งกายให้ตรง ดำรงสติไว้เฉพาะหน้า เธอเป็นผู้มีสติหายใจออก เป็นผู้มีสติหายใจเข้า เมื่อหายใจออกยาวก็รู้ชัดว่า หายใจออกยาว หรือเมื่อหายใจเข้ายาวก็รู้ชัดว่า หายใจเข้ายาว

เมื่อหายใจออกสั้นก็รู้ชัดว่า หายใจออกสั้น หรือเมื่อหายใจเข้าสั้นก็รู้ชัดว่า หายใจเข้าสั้น ย่อมศึกษาว่า จักเป็นผู้กำหนดรู้กายทั้งปวงหายใจออก...จักเป็นผู้กำหนดรู้กายทั้งปวงหายใจเข้า...จักระงับกายสังขาร หายใจออก...จักระงับกายสังขาร หายใจเข้า...จักกำหนดรู้ปิติหายใจออก... จักกำหนดรู้ปิติหายใจเข้า... จักกำหนดรู้จิตตสังขาร หายใจออก...จักกำหนดรู้จิตตสังขารหายใจเข้า... จักระงับจิตตสังขารหายใจออก...จักระงับจิตตสังขารหายใจเข้า...จักกำหนดรู้จิตหายใจออก...จักกำหนดรู้จิตหายใจเข้า...จักยังจิตให้บันเทิงหายใจออก...จักยังจิตให้ บันเทิงหายใจออก...จักตั้งจิตให้มั่นหายใจเข้า... จักตั้งจิตให้มั่นหายใจออก..จักเปลื้องจิตหายใจเข้า...จักเปลื้องจิตหายใจออก...จักเปลื้องจิตหายใจเข้า...จักเป็นผู้พิจารณาเห็น โดยความเป็นของไม่เที่ยงหายใจออก...จักเป็นผู้พิจารณาเห็น โดยความเป็นของไม่เที่ยงหายใจเข้า...จักเป็นผู้พิจารณาเห็น โดยความคลายกำหนดหายใจออก... จักเป็นผู้พิจารณาเห็น โดยความคลายกำหนดหายใจเข้า...จักเป็นผู้พิจารณาเห็น โดยความดับสนิทหายใจออก...จักเป็นผู้พิจารณาเห็น โดยความดับสนิทหายใจเข้า...จักเป็นผู้พิจารณาเห็น โดยความสลัดคืนหายใจออก...จักเป็นผู้พิจารณาเห็น โดยความสลัดคืนหายใจเข้า อานนฺท์ นี้เรียกว่าอานาปานัสสติ

อานนฺท์ ถ้าเธอพึงเข้าไปหาแล้ว กล่าวสัญญา ๑๐ ประการนี้แก่ศิริมานนทภิกษุไซรั ข้อยที่อาพาธของศิริมานนทภิกษุจะพึงสงบระงับโดยพลันเพราะได้ฟังสัญญา ๑๐ ประการนี้เป็นฐานะที่จะมีได้”

ขณะนั้น พระอานนท์ได้เรียนสัญญา ๑๐ ประการนี้จากพระผู้มีพระภาคจบแล้ว เข้าไปหา ท่านพระภิรมานนท์ ได้กล่าวสัญญา ๑๐ ประการแก่ท่านพระภิรมานนท์ ทันใดนั้นเอง อาพาธนั้น ของท่านพระภิรมานนท์สงบระงับทันที เพราะได้ฟังสัญญา ๑๐ ประการนี้^{๖๔}

พระสูตรนี้ถือเป็นพระสูตรที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องนำไปบอกกล่าวให้ผู้ป่วยฟังจนถือเป็น ธรรมเนียมประเพณีในปัจจุบันนี้ว่าต้องสวดภิรมานนทสูตรให้ผู้ป่วยฟัง นับสำคัญของพระสูตรนี้ก็คือ หลักการและวิธีการปฏิบัติสมถกรรมฐานและวิปัสสนากรรมฐาน จัดกลุ่มได้ดังนี้

(๑) อสุภสัญญา อาทินวสัญญา อานาปานัสสติ จัดลงในสมถกรรมฐาน

(๒) อนิจจสัญญา อนัตตสัญญา สัพพโลเกอนภิตตสัญญา สัพพสังขารesu อนิจจสัญญา จัดลงในวิปัสสนากรรมฐาน

(๓) ปหานสัญญา วิราคสัญญา นิโรธสัญญา จัดเป็นผลสืบเนื่องจากสมถกรรมฐานและวิปัสสนากรรมฐาน

เนื้อหาของภิรมานนทสูตรเป็นการเหนี่ยวนำจิตใจของผู้ฟังให้กำหนดจำได้หมายความว่าความจริงของโลกและชีวิต กระจ่างขึ้นเรื่อยๆจนกระทั่งตามทันกระแสตัดความลุ่มหลงมัวเมา ผ่อนคลายจิตจากกระแสโลกได้ เมื่อจิตผ่อนคลายก็มีผลทำให้กายเข้มแข็ง เมื่อกายเข้มแข็งก็ส่งผลทำให้จิตเข้มแข็งเช่นเดียวกัน ความเข้มแข็งทางร่างกายและจิตใจทำให้โรคร้ายหายได้หรืออย่างน้อยก็ช่วยยับยั้งการลุกลามของโรคได้

ลำดับ	กรณีผู้ป่วย	การดูแลผู้ป่วย	สภาวะจิตผู้ป่วยใกล้ตาย	ผลการดูแล
๑.	พระภิรมานนท์	พระสาวก ช่วยกันดูแลตาม พุทธวิธี	จิตใจไม่ฟุ้งซ่าน ผ่อนคลาย เบาสบาย ควบคุมสติได้	หายอาพาธ

ตารางที่ ๓.๓ แสดงการดูแลผู้ป่วยโดยอ้อมด้วยการแนะนำพระสาวกดูแลกันเอง

๓) กรณีทรงดูแลผู้ป่วยและทรงส่งเสริมสาวกให้ดูแลผู้ป่วย

(๑) เรื่องอนาถบิณฑิกเศรษฐี

อนาถบิณฑิกเศรษฐีเป็นอุบาสกคนสำคัญในพระพุทธศาสนา เป็นผู้สร้างวัดเชตวัน ถวายไว้เป็นสมบัติของพระศาสนา ในตอนปลายแห่งชีวิต ในขณะที่ ท่านเศรษฐีกำลังป่วยหนักอยู่ที่บ้านนั้น ท่านได้ให้คน ไปกราบทูลพระพุทธเจ้าและพระสารีบุตร พร้อมกันนั้นก็ให้นิมนต์พระ

^{๖๔} อภ.ทสก. (ไทย) ๒๔/๖๐/๑๒๘ - ๑๓๓.

สาริบุตรมาเยี่ยมคนที่บ้านด้วย พระสาริบุตรได้ชวนพระอนนทไปเยี่ยมท่านเศรษฐีที่บ้าน ได้ถามถึงอาการไข้

อนาถเศรษฐีกราบเรียนถวายว่า “อาการป่วยของท่านหนักมาก แทบจะทนไม่ได้ มีอาการปวดที่ศีรษะและท้องเป็นอย่างมาก ร่างกายเร่าร้อนเหมือนลูกอย่างบนหลุมถ่านเพลิง”

พระสาริบุตรเมื่อรู้ว่า ท่านเศรษฐีจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นานนัก จึงแสดงธรรมโปรดท่านเศรษฐี สอนไม่ให้ยึดมั่นถือมั่นในอายตนะทั้งภายในและภายนอก เพราะเป็นตัวก่อให้เกิดการรับรู้และความรู้สึกสุข ทุกข์ และไม่ใช่ทุกข์ไม่ใช่สุข ไม่ให้ยึดมั่นถือมั่นขั้น ๕ หรือนามรูป โดยเฉพาะรูปนั้น ให้พิจารณาที่สักว่าเป็นเพียงองค์ประกอบของธาตุ ๔ คือ ดิน น้ำ ไฟ ลม ส่วนนามก็คือ เวทนา สัญญา สังขาร วิญญาณ ถ้าไม่ยึดมั่นถือมั่นสิ่งนั้นว่าเป็นตัวตนของเรา ก็จะไม่เป็นทุกข์ เมื่อเศรษฐีได้ฟังธรรมแล้วมีความซาบซึ้งถึงกับน้ำตาไหล ได้ขอให้พระภิกษุทั้งหลายแสดงธรรมเช่นนี้แก่ภคุหัสดีเหล่าอื่นฟังบ้าง เพื่อจะได้สำเร็จประโยชน์แก่บุคคลเหล่านั้นต่อไป ครั้นพระเถระทั้งสองกลับไปไม่นาน เศรษฐีก็ถึงแก่กรรมและได้ไปเกิดในสวรรค์ชั้นดุสิต^{๖๕}

(๒) เรื่องชัมมิกอุบาสก

ชัมมิกอุบาสกอาศัยอยู่ในกรุงราชคฤห์ เมืองหลวงแคว้นมคธ เป็นผู้ดำรงตนอยู่ในศีลในธรรม มีบริวารมาก ยินดีในการจำแนกแจกจ่ายทานต่างๆ ทั้งยังได้แนะนำบริวารของตนให้ประพฤติปฏิบัติตามด้วย อุบาสกนั้นมีบุตร ๗ คน ธิดา ๗ คน รวมอุบาสกและภรรยา จึงเป็น ๑๖ คน เขาได้แนะนำคนในครอบครัวทุกคนให้ทำบุญถวายทานต่างๆ อยู่เป็นประจำ ครอบครัวนี้จึงมีชีวิตอยู่เย็นเป็นสุขตลอดมา

ในบั้นปลายแห่งชีวิตของชัมมิกอุบาสก เขาเกิดเจ็บป่วยอย่างหนัก นอนอยู่บนเตียง มีความต้องการจะฟังธรรม จึงบอกลูกให้ไปนิมนต์ภิกษุมาสวดพระสูตรให้ฟังที่บ้าน ภิกษุที่ได้รับนิมนต์มาถามว่า “อยากฟังพระสูตรไหน” จึงบอกว่า “อยากฟังมหาสติปัญญาสูตร”

ในขณะที่ภิกษุทั้งหลายเริ่มสวดพระสูตรนั้นอยู่ ปรากฏว่ามีเทวดาจากชั้นต่างๆ นำราชรถมารอรับอุบาสกนั้นอยู่ อุบาสกไม่ต้องการให้การฟังธรรมหยุดชะงักลง จึงพูดว่า “ท่านทั้งหลายโปรดหยุดรอก่อน” เมื่อภิกษุทั้งหลายได้ยินเช่นนั้นก็นึกว่าอุบาสกพูดกับพวกตนจึงพากันหยุดสวดแม้ลูกๆ ของอุบาสกนั้นก็เข้าใจเช่นนั้นเหมือนกัน ภิกษุทั้งหลายคิดว่า “อุบาสกคงไม่ยอมฟังธรรมแล้ว” จึงพากันกลับวัด เมื่อเวลาผ่านไปได้สักครู่หนึ่ง อุบาสกได้เห็นลูกๆ พากันร้องไห้อยู่และไม่เห็นภิกษุทั้งหลาย จึงได้สอบถาม เมื่อรู้ความจริง จึงได้เล่าความจริงให้ทุกคนฟังว่า “ที่พ่อบอกให้หยุดรอก่อนนั้น พ่อไม่ได้พูดกับภิกษุทั้งหลาย พ่อได้พูดกับพวกเทวดาที่นำราชรถมารับต่างหาก

^{๖๕} ม.อ. (ไทย) ๑๔/๓๘๓-๓๘๓/๔๓๓-๔๓๕.

จากนั้น” จึงได้ถามลูกๆ ว่า “พ่อจะไปอยู่ในชั้นไหนดี” เมื่อได้รับคำตอบว่า “สวรรค์ชั้นดุสิต” จึงให้ลูกนำพวงมาลัยมาแล้วซัดไปที่ราชรถชั้นดุสิตแล้วได้บอกลูกๆ ว่า “หากต้องการจะไปเกิดในสวรรค์ชั้นดุสิตเหมือนกับพ่อ ก็จงพากันทำบุญอย่างที่พ่อเคยทำมาแล้ว” ธรรมิกอุบาसกตายไปเกิดเป็นเทวดาในสวรรค์ชั้นนั้น มีอรรถภาพทิพย์ มีบริวารมากมาย อยู่ในวิมานแก้วในทันที^{๖๖}

(๓) เรื่องมัญญุกุณฑล^{๖๗}

มัญญุกุณฑลมีแขนอ่อนป่วยใกล้ตายไม่เคยได้ทำบุญกุศลเลยแต่ ขณะที่ใกล้จะตายได้ทำจิตให้เลื่อมใสในพระพุทธเจ้าอนประนมมือ เมื่อตายแล้ว ก็ได้ไปเกิดในสวรรค์ชั้นดุสิต

(๔) เรื่องธัญชานิปราหมณ์

ธัญชานิปราหมณ์ เจ็บป่วยเป็นไข้หนัก ได้ให้ชายคนหนึ่งไปกราบเรียนพระสารีบุตร แล้วให้นิมิตต์ท่านไปเยี่ยมที่บ้านของตน พระสารีบุตรทราบข่าวนั้น ได้ไปเยี่ยมธัญชานิปราหมณ์ สอบถามอาการว่า “อาการไข้ทุเลาบ้างไหม ทุกข์เวทนาค่อยลดลงบ้างไหม อาการค่อยคลายลงไม่รุนแรงไข้ไหม”

พราหมณ์นั้นได้เล่าอาการให้พระเถระฟังว่า “พระคุณเจ้าสารีบุตร โยมไม่สบายแทบทนไม่ได้ จะไม่ไหวอยู่แล้ว อาการมีแต่กำเริบ ไม่ลดลงเลย อาการมีแต่ยิ่งรุนแรงขึ้น ไม่คลายลงเลย โยมปวดศีรษะมากจะถูกเหล็กแหลมคมทิ่มแทงศีรษะ โยมปวดท้องจะถูกคนใช้มีดเล่มเนื้อที่คมกรีดท้อง โยมรู้สึกร้อนตามร่างกายอย่างมาก ถูกถูกคนจับอย่างทีหลุมถ่านเพลิง โยมแทบทนไม่ไหว จะยังอรรถภาพให้เป็นไปไม่ได้แล้ว ทุกขเวทนาของโยมกล้ายังนัก มีแต่กำเริบ ไม่ลดลงเลย อาการมีแต่ยิ่งรุนแรงขึ้น ไม่คลายลงเลย” จากนั้น พระเถระได้แสดงธรรมให้ฟังโดยถ้ามถึงความประเสริฐของทุกติภูมิและสุคติภูมิและถามขึ้นไปตามลำดับ โดยเริ่มจากนรก กำเนิดสัตว์ดิรัจฉาน เปตวิสัย มนุษย์ เทพชั้นจาตุมหาราช เทพชั้นดาวดึงส์ เทพชั้นยามา เทพชั้นดุสิต เทพชั้นนิมมานรดี เทพชั้นปรนิมมิตวสวัตดี และพรหมโลก จนธัญชานิปราหมณ์เห็นว่า พรหมโลกประเสริฐที่สุด จากนั้น จึงได้แสดงทางเข้าถึงความเป็นผู้อยู่ร่วมกับพรหม เมื่อพระเถระแสดงธรรมจบแล้วจากไปไม่นาน ธัญชานิปราหมณ์ก็ตายไปบังเกิดในพรหมโลก^{๖๘}

(๕) เรื่องพระฉันทะ

พระฉันทะอาพาธหนักได้รับทุกข์เป็นอย่างมาก ท่านพระสารีบุตร รู้ข่าวจึงไปเยี่ยมพร้อมกับพระจุนทะได้สอบถามอาการอาพาธว่า “ท่านฉันทะ ท่านยังสบายดีหรือ ยังพอเป็นอยู่ได้หรือ

^{๖๖} พ.ธ.อ.(ไทย) ๑/-/๕๕-๑๐๑.

^{๖๗} พ.วิ.อ.(ไทย) ๑/๑๒๐๗/๓๓๕-๓๘๐.

^{๖๘} ม.ม. (ไทย) ๑๓/๔๕๐-๔๕๓/๕๖๘-๕๗๒.

อาการไข้ทุเลาบ้างใหม่ ทุกข์เวทนาไม่ค่อยลดลงบ้างใหม่ อาการค่อยคลายลง ไม่รุนแรงไข้ใหม่”

พระฉันทะตอบว่า “ท่านสารีบุตร กระผมแทบทนไม่ไหว จะเป็นอยู่ไม่ได้แล้ว อาการมีแต่กำเริบ ไม่ลดลงเลย อาการมีแต่ยิ่งรุนแรงขึ้น ไม่คลายลงเลย กระผมปวดศีรษะมากคุณถูกเหล็กแหลมคมทิ่มแทงศีรษะ กระผมปวดท้อง คุณถูกคนใช้มีดแทงเนื้อที่คมกรีดท้อง กระผมรู้สึกร้อนตามร่างกายอย่างมาก คุณถูกคนจับอย่างทีหลุมถ่านเพลิง กระผมแทบทนไม่ไหว จะยังอึดภาพให้เป็นไปไม่ได้แล้ว ทุกขเวทนาของกระผมกล้ายิ่งนัก มีแต่กำเริบ ไม่ลดลงเลย อาการมีแต่ยิ่งรุนแรงขึ้น ไม่คลายลงเลย ท่านสารีบุตร กระผมจะนำมิดมาฆ่าตัวตาย กระผมไม่ยอมมีชีวิตอยู่”

พระสารีบุตรได้พูดปลอบใจท่านว่า “ท่านอย่าได้ฆ่าตัวตาย ขอท่านจงรักษาตัวให้อยู่ต่อไปเถิด พวกเราต้องการให้ท่านรักษาตัวอยู่ต่อไป หากท่านไม่มีอาหารหรือไม่มียาที่ดี ผมก็จักแสวงหามาให้ หรือหากท่านไม่มีคนรับใช้ที่ดี ผมจะคอยรับใช้เอง ท่านอย่าได้ฆ่าตัวตายเลย ขอท่านจงรักษาตัวให้อยู่ต่อไปเถิด พวกเราต้องการให้ท่านรักษาตัวอยู่ต่อไป”

พระฉันทะตอบว่า “อาหาร ยา หรือคนรับใช้ที่ดีของกระผมก็มีอยู่พร้อมแล้ว อีกอย่างหนึ่ง กระผมปรนนิบัติรับใช้พระศาสดาด้วยความเต็มใจตลอดมา” จากนั้น ท่านพระสารีบุตรและท่านพระจุนทะได้สนทนาธรรมเพื่อไม่ให้ท่านฆ่าตัวตาย โดยให้พิจารณาว่า อายุตนะภายใน ๖ อายุตนะภายนอก ๖ วิญญาณ ๖ และธรรมที่พึงรู้แจ้งทางวิญญาณ ๖ ไม่ใช่ของเรา เราไม่เป็นนั่น นั่นไม่ใช่อดีตตาของเราแต่เมื่อพระเถระทั้งสองกลับไปท่านพระฉันทะก็ฆ่าตัวตาย ในอรรถกถา^{๖๕} อธิบายว่า ในขณะที่ใกล้มรณภาพนั้น ได้มีกณินิมิตปรากฏขึ้นแก่ท่าน ดังที่เคยกล่าวไว้แล้ว ทำให้ท่านรู้ว่าตนยังเป็นปุถุชนจึงสลัดใจแล้ว กำหนดวิปัสสนาพิจารณาสังขารด้วยปัญญา จนบรรลุอรหัตตผลพร้อมกับการดับจิต^{๖๖}

ลำดับ	กรณีผู้ป่วย	การดูแลผู้ป่วย	สภาวะจิตผู้ป่วยใกล้ตาย	ผลการดูแล
๑	อนาถบิณฑิกเศรษฐี	พระสารีบุตรและพระอานนท์เทศน์โปรด	จิตใจไม่ฟุ้งซ่าน ผ่อนคลาย เบาสบาย ควบคุมสติได้	ตายแล้วไปเกิดในสวรรค์ชั้นดุสิต
๒	ธัมมิกอุบาสก	พระสาวกสาวคมหาสติปัญญาฐานสูตรให้ฟัง	จิตใจไม่ฟุ้งซ่าน ผ่อนคลาย เบาสบาย ควบคุมสติได้	ตายแล้วไปเกิดในสวรรค์ชั้นดุสิต

^{๖๕} พระฉันทะรูปนี้ เป็นคนละรูปกับพระฉันทะที่เป็นชาวกบิลพัสดุ์ที่นำมาทำกัมมฐะสังเสด็จเมื่อครั้งเจ้าชายสิทธัตถะเสด็จออกมหาภิเนษกรรม ณ ท่านรูปนี้อยู่ภูเขาลิขณภูฏ กรุงราชคฤห์ ; สง.สพ.อ. (ไทย) ๓/๘๓/๒๐.

^{๖๖} ม.อ.อ. (ไทย) ๓/๓๕๕/๒๓๘, ส.สพ.อ. (ไทย) ๓/๘๓/๒๒.

ลำดับ	กรณีผู้ป่วย	การดูแลผู้ป่วย	สภาวะจิตผู้ป่วยใกล้ตาย	ผลการดูแล
๓	ภักฐกฤต	ได้พบพระรัศมีของ พุทธองค์นอน ประณมมือ	น้อมใจเลื่อมใส ไม่ฟุ้งซ่าน ผ่อนคลายเบาสบาย ควบคุมสติได้	ตายแล้วไปเกิดใน สวรรค์ชั้นดุสิต
๔	ธัญชาณี พราหมณ์	พระสารีบุตรแสดง ธรรมโปรด	จิตใจห่วงเหนียวในภพภูมิ สวรรค์ชั้นพรหม	ตายแล้วไปเกิดเป็น พรหม
๕	พระนันทะ	พระสารีบุตรและ พระจุนทะไป แสดงธรรมให้ฟัง	จิตใจไม่ฟุ้งซ่าน ผ่อนคลาย เบาสบาย ควบคุมสติได้	มรณภาพพร้อมกับ บรรลอรหัตต์

ตารางที่ ๓.๔ แสดงพุทธวิธีทรงส่งเสริมสาวกให้รักษาดูแลผู้ป่วย

๓.๔.๒ วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายแบบองค์รวม

เนื่องจากโดยทั่วไป พระพุทธศาสนาถือว่าชีวิตมนุษย์มีองค์ประกอบที่สำคัญ ๔ ประการ คือ ร่างกาย สีลหรือสังคม จิตใจ และปัญญา การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงหมายถึงการดูแล และตอบสนองผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน ๔ มิติเหล่านี้ด้วยความเมตตาและกรุณา ดังนี้

๑) การดูแลด้วยความเมตตากรุณาในมิติทางร่างกาย :

มิติทางกายภาพ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อสร้างเสริมร่างกายให้มีสุขภาพะเรียกเป็นคำเฉพาะว่า “กายภาวนา” ถ้าบุคคลได้รับการดูแลและพัฒนาจนมีร่างกายที่ดี มีสุขภาพะที่สมบูรณ์มั่นคงแล้ว เรียกบุคคลเช่นนี้ว่า “ภาวิตกายบุคคล” คือ บุคคลผู้มีกายที่เจริญแล้ว” กล่าวคือ มีร่างกายและรวมถึงสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น น้ำ อากาศ ป่าไม้ ที่อยู่อาศัย ขยะมูลฝอย อาหาร เป็นต้น^{๑๒} การดูแลด้วยความเมตตากรุณาในมิติทางกาย คือ การดูแลสุขภาพกายให้มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในทางที่เกื้อกูลและได้ผลดี โดยรู้จักอยู่ดีมีสุขอย่างเกื้อกูลกับธรรมชาติ และปฏิบัติต่อสิ่งทั้งหลายอย่างมีสติ มิให้เกิดโทษ แต่ให้เกื้อกูล เป็นคุณ^{๑๓} ต่อสุขภาพของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยทั่วไปมีหลักการดูแลอยู่ ๒ ประการ ดังนี้

^{๑๑} อ.ปญจก. (ไทย) ๒๒/๗๕/๑๔๔-๑๔๖

^{๑๒} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม, หน้า ๘๑-๘๒.

^{๑๓} พระพรหมคุณาภรณ์ (ประยุทธ์ ปยุตฺโต), สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ, พิมพ์ครั้งที่ ๗, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์บริษัทสหธรรมิก จำกัด, ๒๕๔๘), หน้า ๑๑๒.

ประการที่ ๑ การดูแลร่างกายด้านที่เป็นก้อนเนื้อทั้งหมดด้วยปัจจัยที่จำเป็นต่อชีวิตตามความเหมาะสมแก่อาการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องด้วยผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคนล้วนเป็นผู้ที่กำลังอยู่ในสภาวะของโรคในระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ซึ่งต้องเผชิญหน้ากับทุกข์เวทนาหรือความเจ็บปวดอย่างหนัก การดูแลทางด้านร่างกายในระยะนี้จึงต้องเป็นการดูแลบรรเทาอาการตามความจำเป็นแก่โรคต่างๆ เท่านั้น ได้แก่ (๑) ดูแลป้องกันร่างกายจากสภาพแวดล้อมด้วยการสวมใส่อาภรณ์ที่ดี มีความสะอาดปราศจากเชื้อโรค เพื่อให้ความอบอุ่นต่อร่างกาย ป้องกันความหนาว ร้อน ลม แดด และสัตว์ต่างๆ มิใช่เป็นต้น (เสื้อผ้าอาภรณ์) (๒) ดูแลให้ร่างกายสามารถดำรงอยู่ได้ ด้วยการปรนเปรอด้วยอาหาร ซึ่งต้องใช้ปัญญาไตร่ตรองว่า อาหารชนิดใดเป็นโทษและไม่เป็นโทษต่อร่างกายของผู้ป่วย (อาหาร) (๓) ดูแลป้องกันร่างกายด้วยการสร้างอาหารที่พอกอาศัยสำหรับใช้เป็นที่หลบฝน ร้อน หนาวและสัตว์ร้าย โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น สถานที่สุดท้ายในชีวิตมีความสำคัญมาก บางคนสถานที่สุดท้ายอยากอยู่ใกล้ๆ หมอในโรงพยาบาล แต่บางคนอยากอยู่กับญาติ ที่บ้านตนเอง เป็นต้น (ที่พักอาศัย) (๔) ดูแลป้องกันร่างกายด้วยการดูแลรักษาอนามัยสุขภาพด้วยยารักษาโรคต่างๆ หรือจากแพทย์ตามความจำเป็นต่อผู้ป่วย (ยารักษาโรค)^{๑๔}

ประการที่ ๒ การดูแลร่างกายด้านการใช้สอยอายตนะภายใน มี ๒ วิธี ได้แก่ (๑) ใช้ปัญญาพิจารณาและทำการเพื่อการคุ้มครองป้องกันการเสื่อมหรือเสียหาย หรือการเกิดอันตรายอันจะเกิดขึ้นแก่ตา หู จมูก ลิ้น และกาย ความหมายในข้อนี้ก็คือ ใช้ตา หู จมูก ลิ้น และกายอย่างระมัดระวัง และ (๒) หมั่นฝึกฝน พัฒนาการใช้อินทรีย์ทั้ง ๕ ในทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต คือ ใช้อินทรีย์ทั้ง ๕ อย่างเป็นกุศลกรรม หลักในข้อนี้อาจเรียกสั้นๆ ว่า “การกิน อยู่ ดู ฟัง เป็น”^{๑๕}

๒) การดูแลด้วยความเมตตากรุณาในมิติทางศีล :

มิติทางสังคม

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อสร้างเสริมมิติทางศีลหรือสังคมให้มีสุขภาวะเรียกเป็นคำเฉพาะในทางพระพุทธศาสนาว่า “ศีลภาวนา” ถ้าบุคคลได้รับการดูแลและพัฒนาจนมีระบบศีลหรือสังคมที่ดี มีสุขภาวะที่สมบูรณ์มั่นคงแล้ว เรียกบุคคลเช่นนี้ว่า “ภาวิตศีลบุคคล” คือ บุคคลผู้มีศีลที่

^{๑๔} ปรับแนวคิดจากปัจจัย ๔ ที่จำเป็นพื้นฐานสำหรับพระสงฆ์ ได้แก่ จีวร บิณฑบาต เสนาสนะ และเภสัช มาเป็น “ปัจจัยที่จำเป็นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย” ได้แก่ เสื้อผ้าอาภรณ์ อาหาร ที่พักอาศัย และยารักษาโรค; คุรยละเอียดเพิ่มเติมใน ที.ปา. (บาลี) ๑๑/๑๘๒/๑๑๒, ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๑๘๒/๑๔๐-๑๔๑.

^{๑๕} คุรยละเอียดใน พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต), การศึกษาเริ่มต้น เมื่อกิน อยู่ ดู ฟัง เป็น, พิมพ์ครั้งที่ ๔, (กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิพุทธธรรม, ๒๕๔๓).

เจริญแล้ว^{๖๖} กล่าวคือ มีความสัมพันธ์ที่ดี เกื้อกูล เห็นอกเห็นใจ เข้าใจต่อกัน ระหว่างผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับครอบครัว บุคคลอื่น และสังคม ตลอดจนแพทย์หรือพยาบาลที่เป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์ที่ดีเหล่านี้ย่อมส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยให้มีกำลังใจต่อสู้กับโรคร้ายไข้เจ็บได้อย่างไม่หวาดหวั่น ถึงแม้จะไม่สามารถรักษาโรคหรืออาการเจ็บปวดทรมานได้ แต่ผู้ป่วยก็ได้มีโอกาสในระยะสุดท้ายของชีวิตกับบุคคลอันเป็นที่รักและญาติๆ เพื่อนบ้านในสังคมอย่างมีความสุข การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติทางศีลหรือสังคม กล่าวคือมิติแห่งปฏิสัมพันธ์ต่อบุคคลในครอบครัว ญาติสนิทมิตรสหายนี้ ซึ่งพระพุทธศาสนาได้กล่าวถึงปฏิสัมพันธ์ตามหน้าที่ที่พึงปฏิบัติต่อกันตามปกติในสังคม และปฏิสัมพันธ์ต่อกันเหล่านี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในยามที่บุคคลในครอบครัว และในสังคมมีอาการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายได้อีกด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างกันใน ๒ ทิศทางดังกล่าวนี้เป็นการแสดงให้เห็นทั้งสิทธิที่แต่ละคนในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคมจะพึงได้ และในขณะเดียวกันก็ต้องทำหน้าที่ของตนเองเพื่อให้คนอื่นได้สิทธิด้วย ซึ่งเป็นหลักทศ ๖ ในทางพระพุทธศาสนา มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๒.๑ ความสัมพันธ์ระหว่างบุตรธิดากับบิดามารดา หากบิดามารดาตกอยู่ในฐานะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย บุตรธิดาพึงบำรุงบิดามารดาโดยหน้าที่ ๕ ประการ คือ (๑) ท่านเลี้ยงเรามา เราจักเลี้ยงท่านตอบ ยิ่งในยามเจ็บป่วยหนักยิ่งต้องดูแลท่านเป็นพิเศษ รวมถึงการให้ได้รับการรักษาทางการแพทย์ตามความเหมาะสมกับตนเอง (๒) จักทำกิจของท่าน ดูแลการงานหรือหน้าที่ที่ท่านรัก และผูกพันแทนท่านได้ (๓) รักษาและดำรงวงศ์ตระกูลแทนท่าน (๔) ประพฤติตนให้เหมาะสมที่จะเป็นทายาท ไม่นำความเสื่อมเสีย เดือดร้อนมาให้ครอบครัว และ (๕) เมื่อท่านล่วงลับไปแล้ว ทำบุญอุทิศให้ท่าน^{๖๗}

๒.๒ ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับบุตรธิดา หากบุตรหรือธิดาตกอยู่ในฐานะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย บิดามารดาพึงบำรุงบุตรธิดาโดยหน้าที่ ๕ ประการ คือ (๑) ห้ามไม่ให้ทำความชั่ว (๒) ให้ตั้งอยู่ในความดี (๓) ให้ศึกษาศิลปวิทยา โดยเฉพาะศิลปวิทยาที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การยึดถือพระรัตนตรัยเป็นที่พึ่ง หรือศิลปวิทยาทางธรรม (๔) หากภรรยา (สามี) ที่สมควรให้ (ข้อนี้ไม่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย) (๕) มอบทรัพย์สมบัติให้ในเวลาอันสมควร โดยเฉพาะอริยทรัพย์ คือ ทรัพย์ภายในอันประเสริฐ ได้แก่ การมีพระรัตนตรัยเป็นที่พึ่ง หรือความดีงามต่างๆ เป็นที่พึ่ง เป็นต้น^{๖๘}

^{๖๖} อ.ป.ญจก. (ไทย) ๒๒/๗๕/๑๔๔-๑๔๖.

^{๖๗} ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน; ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๒๖๗/๒๑๒.

^{๖๘} ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน ; ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๒๖๗/๒๑๒-๒๑๓.

๒.๓ ความสัมพันธ์ระหว่างสามีกับภรรยา หากภรรยาตกอยู่ในฐานะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้เป็นสามีพึงบำรุงภรรยาโดยหน้าที่ ๕ ประการ คือ (๑) ให้เกียรติยกย่องแม้ภรรยาจะป่วยหนักเพียงใด (๒) ไม่คูหมิ่น แม้จะป่วยหนักในระยะสุดท้าย (๓) ไม่ประพฤตินอกใจ ซื่อสัตย์จริงใจแม้ในยามที่ภรรยาป่วยหนัก (๔) มอบความเป็นใหญ่ให้ในในฐานะเป็นภรรยา (๕) ให้เครื่องแต่งตัว ซึ่งผู้หญิงแม้จะป่วยหนักเพียงใด ก็ยังอยากให้สามีและบุคคลอื่นเห็นตนสวยงามอยู่เสมอ^{๘๕}

๒.๔ ความสัมพันธ์ระหว่างภรรยา กับสามี หากสามีตกอยู่ในฐานะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้เป็นภรรยาพึงบำรุงสามีโดยหน้าที่ ๕ ประการ คือ (๑) จัดการงานดี (๒) สงเคราะห์คนข้างเคียงดี (๓) ไม่ประพฤตินอกใจ (๔) รักษาทรัพย์ที่สามีหามาได้ (๕) ขยันไม่เกียจคร้านในกิจทั้งปวง^{๘๖} เป็นต้น

นอกจากการมีความสัมพันธ์ตามหน้าที่ในครอบครัวและในสังคมตามบทบาทหน้าที่ของตนเองที่ควรบำรุงหรือดูแลแล้ว ยังต้องมีปฏิสัมพันธ์พิเศษ คือ ในฐานะที่เป็นคนป่วยระยะสุดท้าย และผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอีกด้วย

๒.๕ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดีและสามารถดูแลได้ง่ายมีลักษณะ ๕ ประการ คือ (๑) ทำสิ่งที่เป็นสัพปาเย (๒) รู้จักประมาณในสิ่งที่เป็นสัพปาเย (๓) กินยา (๔) บอกรักษาป่วยตามความเป็นจริงแก่ผู้พยาบาลที่ปรารถนาประโยชน์ เช่น บอกรักษาป่วยที่กำเริบว่ากำเริบ บอกรักษาป่วยที่ทุเลาว่าทุเลา บอกรักษาป่วยที่ยังทรงอยู่ว่าทรงอยู่ (๕) เป็นผู้อุคถกถนอเวทนาทั้งหลายอันมีในร่างกายที่เกิดขึ้นแล้วเป็นทุกข์ กล้าแข็ง เจ็บปวด เผ็ดร้อน ไม่น่ายินดี ไม่น่าพอใจ และพราภชีวิตได้^{๘๗}

๒.๖ ผู้ดูแลพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดี มีลักษณะ ๕ ประการ คือ (๑) สามารถจัดยาได้ (๒) ทราบสิ่งที่เป็นสัพปาเยและสิ่งที่ไม่เป็นสัพปาเยต่อผู้ป่วย นำสิ่งที่ไม่เป็นสัพปาเยออกไป นำสิ่งที่เป็นสัพปาเยเข้ามา (๓) มีจิตเมตตาพยาบาล ไม่เห็นแก่อาภิสพยาบาล (๔) ไม่รังเกียจที่จะนำอุจจาระ ปัสสาวะ อาเจียน หรือน้ำลายออกไปทิ้ง (๕) สามารถชี้แจงให้ภิกษุใช้เห็นชัด ชวนใจให้อยากรับเอาไปปฏิบัติ เร้าใจ ให้อาจหาญแก้แค้นกล้า ปลอดภัยโลมใจให้สดชื่นร่าเริงด้วยธรรมิกถาตามกาลอันควร^{๘๘}

การปฏิบัติต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามบทบาทและหน้าที่ในสังคม หรือตามความสัมพันธ์ต่อกันในสังคม ไม่ว่าจะเป็นฐานะบิดามารดา บุตรธิดา สามีภรรยา เป็นต้น ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดี

^{๘๕} คุรยลละเอียคเพิ่มเติมใน ; ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๒๖๕/๒๑๔.

^{๘๖} คุรยลละเอียคเพิ่มเติมใน ; ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๒๖๕/๒๑๔.

^{๘๗} อัง.ปญจก. (ไทย) ๒๒/๑๒๓/๒๐๓.

^{๘๘} อัง.ปญจก. (ไทย) ๒๒/๑๒๔/๒๐๔-๒๐๕.

เกื้อกูล มีเมตตากรุณาต่อกันนี้ ชื่อว่า เป็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยเมตตากรุณาในมิติทางศีล หรือสังคม

๓) การดูแลด้วยความเมตตากรุณาในมิติทางจิตใจ

การดูแลจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีสุขภาวะหรือมีภาวะที่เป็นสุขเป็นเรื่องที่ พระพุทธเจ้าทรงให้ความสำคัญมากประการหนึ่ง เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาโรคให้หายได้ และที่สำคัญต้องเผชิญกับทุกขเวทนาอย่างแสนสาหัสในระยะเวลาสุดท้ายของโรค การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเมตตากรุณาในมิติทางจิตใจนี้จึงต้องเป็นการดูแลที่มุ่งสร้างเสริมจิตใจให้เกิดสภาวะจิต ๓ ลักษณะ คือ

(๑) จิตมีสมรรถภาพ คือ มีความเข้มแข็ง มีความสามารถ

(๒) จิตที่มีคุณภาพ หรือ มีคุณธรรม

(๓) จิตที่มีสุขภาพดี คือ มีความโปร่งโล่ง ไม่มีความเครียด มีความสงบ เย็น อ่อนโยน นุ่มนวล^{๘๓}

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อสร้างเสริมจิตใจให้มีสุขภาวะเรียกเป็นคำเฉพาะว่า “จิตตภาวนา” ถ้าบุคคลได้รับการดูแลและพัฒนาจนมีจิตใจที่ดี มีสุขภาวะที่สมบูรณ์มั่นคงแล้ว เรียกว่า “ภาวิตจิตบุคคล” คือ บุคคลผู้มีจิตที่เจริญแล้ว^{๘๔} โดยทั่วไปมนุษย์ปุถุชนจะดูแลใจของตน ด้วยการอาศัยอามิส คือ หาเหยื่อล่อใจให้เพลินเพลิน (สามีสุข) แต่สำหรับผู้เจริญรอยตามพระ อริยะแล้ว จะเรียนรู้การภาวนาเพื่อให้ใจมีสุขภาวะ โดยวิธีที่ไม่ต้องอาศัยอามิส (นิรามิสสุข)^{๘๕} โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นหากจิตใจยังติดยึดอยู่กับอามิสหรือวัตถุสิ่งของแล้ว ย่อมไม่สามารถตายอย่างสงบและเป็นสุขได้ เพราะความตายคือการพลัดพรากจากวัตถุหรือบุคคลอันเป็นที่รักตลอดกาล ผู้ป่วยที่มีจิตใจยึดติดกับสิ่งเหล่านี้จึงรู้สึกกลัวตาย กลัวการพลัดพราก มีจิตใจกังวล เครียด คิดมาก เมื่อนั้นใจย่อมไม่สามารถสงบสุขได้ ส่วนบุคคลที่สามารถปล่อยวางวัตถุหรือบุคคลอันเป็นที่รักได้ มีความสุขจากความสงบ เห็น รู้เท่าทันความจริงที่เกิด มีความสุขภายในจากความดีที่ตนได้เคยกระทำ เมื่อนั้นจิตใจของเขาย่อมสงบสุข สามารถยอมรับการพลัดพรากได้ ไม่รู้สึกกลัวตาย เขาย่อมตายอย่างสงบ

^{๘๓} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ, หน้า ๑๑๓.

^{๘๔} อัง.ปญจก. (ไทย) ๒๒/๓๕/๑๔๔-๑๔๖

^{๘๕} อัง.ทุก. (ไทย) ๒๐/๖๕/๑๐๓.

วิธีการดูแลจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีสุขภาวะทั้ง ๓ ด้าน คือ สมรรถภาพ คุณภาพ และสุขภาพมีดังนี้^{๘๖}

๓.๑ การดูแลจิตใจให้มีสมรรถภาพ ได้แก่ การฝึกจิตให้มีสมาธิเป็นอันดับแรก นอกจากนี้ต้องฝึกสติ และวิริยะให้เกิดกับจิตตลอดเวลา จิตจึงจะมีสมรรถภาพตามต้องการได้ ตามหลักพระพุทธศาสนาเรียกวิธีการฝึกจิตให้มีสมรรถภาพ ๒ วิธีการใหญ่ คือ

๓.๑.๑ สมถภาวนา(สมถกรรมฐาน) คือ กระบวนการฝึก หรือวิธีการอบรมจิตใจให้สงบ เรียกว่า “สมถภาวนา” คือ การเจริญการฝึกจิตให้สงบเป็นสมาธิ^{๘๗} ตั้งแต่สมาธิขั้นต้นจนถึงสมาธิขั้นสูงระดับฌานสมาบัติ^{๘๘} ในคัมภีร์สมัยหลังนิยมเรียกวิธีการนี้ว่า “สมถกรรมฐาน” คือ กรรมฐานเป็นอุบายสงบใจ สมถภาวนาหรือสมถกรรมฐานนี้มีรูปแบบวิธีการฝึกฝนและปฏิบัติอยู่ ๔๐ วิธี เรียกว่า “อารมณ์ของสมถภาวนา ๔๐ ประการ” ได้แก่ กสิณ ๑๐ อสุภะ ๑๐ อนุสสติ ๑๐ อาหารเรปฏิกูลสัญญา ๑ จตุธาตววัตถาน ๑ อัปป์มัญญา ๔ อรูป ๔ รวมเป็น ๔๐ ประการ^{๘๙} สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นเป็นผู้ที่มีทุกขเวทนาอย่างหนัก การเคลื่อนไหวหรือขยับตัวก็ลำบาก การปฏิบัติสมาธิทั้ง ๔๐ ประการนอกจากจะต้องปฏิบัติตามจริตหรือนิสัยส่วนตัวของผู้ปฏิบัติแล้ว^{๙๐}

^{๘๖} พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต), **ธรรมกับการพัฒนาชีวิต**, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิพุทธธรรม, ๒๕๓๕), หน้า ๑๖-๑๗.

^{๘๗} ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๗๘/๕๘, และ อจ.ทุก. (ไทย) ๒๐/๑๗๓/๑๒๗.

^{๘๘} อรรถกถาพระสูตรแบ่งสมาธิออกเป็น ๒ ระดับ คือ ๑) อุچارสมาธิ สมาธิเฉียดๆ สมาธิจนจะแน่วแน่ และ ๒) อัปป์นาสมาธิ สมาธิแน่วแน่ ตั้งมั่น : อจ.ทุก.อ. (บาลี) ๒/๗๔/๖๑, อจ.ทสก.อ. (บาลี) ๓/๕๕/๓๗๐, ม.ม.อ. (บาลี) ๑/๓๔/๑๒๒, ส.ข.อ. (บาลี) ๒/๗๖/๓๐๐; แต่ในอรรถกถาพระอภิธรรม (สังคณี) และในวิสุทธิมรรคแบ่งสมาธิออกเป็น ๓ ประการ โดยเพิ่ม ขณิกสมาธิ สมาธิชั่วขณะ รวมเข้ามาเป็น ๓ ระดับ :- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม**, หน้า ๔๓.

^{๘๙} ในพระไตรปิฎกนี้มีไม่ครบ ๔๐ วิธี คุรายละเอียดยใน ; อจ. เอกก. (ไทย) ๒๐/๔๓๘-๕๖๒/๔๕-๕๑, ส่วนในอรรถกถาสังยุตตนิคาย สคาถวรรค กล่าวถึงอารมณ์ สมถกรรมฐาน ๓๘ ประการ (อารมณ์ ๓๘ มาจากอารมณ์กัมมัฏฐาน ๔๐ คือ กสิณ ๑๐ เว้นอาโลกกสิณและอากาศกสิณ, อนุสสติ ๑๐, อสุภะ ๑๐, พรหมวิหาร ๔, ธาตววัตถาน ๔, อาหารเรปฏิกูลสัญญา ๑, อานาปานสติ ๑, จึงรวมเป็น ๓๘) ; ส.ส.อ. (บาลี) ๑/๗๕/๕๕, แต่ในคัมภีร์วิสุทธิมรรค จะมีรายละเอียดยครบ ๔๐ วิธี, คุรายละเอียดยใน วิสุทธิ (ไทย) ๔๗/๑๘๒-๑๘๕.

^{๙๐} จริตหรือจริยา ๖ ได้แก่ (๑) รากจริต ผู้ประพฤติหนักไปในทางรักสวรั้งงาม สมถกรรมฐานคู่ปรับสำหรับแก้คือ อสุภะและกายคตาสติ (๒) โทสจริต ผู้ประพฤติหนักไปในทางใจร้อนหงุดหงิด กรรมฐานที่เหมาะสมคือ พรหมวิหารและกสิณโดยเฉพาะวันณกสิณ (๓) โมหจริต ผู้ประพฤติหนักไปในทางเขลา เหนงซิม กรรมฐานที่แก้คือ อานาปานสติ และมีการเรียน ถาม ฟังธรรม สนทนาธรรมตามกาล และการอยู่กับครู (๔) วิตกจริต ผู้ประพฤติหนักไปในทางนึกคิดจับจดฟุ้งซ่าน ควรเจริญสมถกรรมฐานว่าด้วยอานาปานสติหรือเพ่งกสิณ (๕) สัทธาจริต ผู้ประพฤติหนักไปในทางน้อมใจเลื่อมใสโดยง่าย ควรปฏิบัติอนุสสติ ๖ ข้อต้น คือ พุทธานุสสติ ธรรมานุสสติ

ยังต้องคำนึงถึงความเหมาะสมในด้านความสะดวกสบาย ไม่ยุ่งยาก แม้นอนอยู่เฉยๆ ก็สามารทำได้ ไม่ต้องขยับกาย ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ใดๆ ในการปฏิบัติอีกด้วย เมื่อพิจารณาทั้ง ๑๐ วิธี ผู้วิจัยเห็นว่าการฝึกสมาธิที่เหมาะสมกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่

อนุสสติกรรมฐาน คือ อารมณ์ที่ควรระลึกนึกถึงในช่วงระยะสุดท้ายใกล้ตาย มี ๑๐ ประการ (วิธี) คือ (๑) พุทธานุสสติ ระลึกถึงพระพุทธเจ้า คือ น้อมจิตระลึกถึงและพิจารณาคุณของพระองค์ (๒) ธรรมานุสสติ ระลึกถึงพระธรรม คือ น้อมจิตระลึกถึงและพิจารณาคุณของพระธรรม (๓) สังฆานุสสติ ระลึกถึงพระสงฆ์ คือ น้อมจิตระลึกถึงและพิจารณาคุณของพระสงฆ์ (๔) สีลานุสสติ ระลึกถึงศีล คือ น้อมจิตรำลึกพิจารณาศีลของตนที่ได้ประพฤติปฏิบัติบริสุทธิต่างพร้อม (๕) จาคานุสสติ ระลึกถึงการบริจาค คือ น้อมจิตระลึกถึงทานที่ตนได้บริจาคแล้ว และพิจารณาเห็นคุณธรรมคือความเผื่อแผ่เสียสละนี้ที่มีในตน (๖) เทวดานุสสติ ระลึกถึงเทวดา คือ น้อมจิตระลึกถึงเทวดาทั้งหลายที่ตนเคยรู้และพิจารณาเห็นคุณธรรมอันทำบุคคล ให้เป็นเทวดานั้นๆ ตามที่มีอยู่ในตน (๗) มรณสติ ระลึกถึงความตายอันจะต้องมีมาถึงตนเป็นธรรมดา พิจารณาที่จะให้เกิดความไม่ประมาท (๘) กายคตาสติ สติอันไปในกาย คือ กำหนดพิจารณาภายใน ให้เห็นว่าประกอบด้วยส่วนต่างๆ อันไม่สะอาด ไม่งาม นำรังเกียจ เป็นทางรู้เท่าทันสภาวะของกายนี้ มิให้หลงใหลมัวเมา (๙) อานาปานสติ สติกำหนดลมหายใจเข้าออก และ (๑๐) อุปสมานุสสติ ระลึกถึงธรรมเป็นที่สงบ คือ ระลึกถึงและพิจารณาคุณของพระนิพพาน อันเป็นที่ระงับกิเลสและความทุกข์^{๕๑} อารมณ์ทั้ง ๑๐ ที่เรียกว่าอนุสสติ นี้ เป็นอารมณ์ที่เป็นกุศล ดึงมา หากในระยะสุดท้ายใกล้ตายผู้ป่วยสามารถถืออารมณ์เหล่านี้เป็นนิมิตสุดท้ายได้ จิตใจย่อมสงบ เป็นสมาธิสามารถระงับทุกขเวทนาต่างๆ ได้ ถึงแม้ต้องตายไปก็ตายจากไปอย่างสงบ กรณีบุคคลที่ยึดถืออนุสสติในช่วงระยะสุดท้ายใกล้ตาย ได้แก่ มัฏฐกุณทลิจีบป่วยใกล้ตายได้เห็นรัศมีของพระพุทธเจ้า คิดว่า เราอาศัยบิดาเป็นอัมพาต จึงไม่ได้เข้าเฝ้าพระพุทธเจ้าเห็นปานนี้แล้ว ทำความขวนขวายด้วยกาย หรือถวายทาน หรือฟังธรรม เดียวนี้แม้แต่มีมือสองข้างก็ยกไม่ไหว กิจที่ควรทำอย่างอื่นไม่มี ดังนี้แล้ว ได้ทำใจเท่านั้นให้เลื่อมใสในพระพุทธเจ้า^{๕๒} จะเห็นว่าการมีมัฏฐกุณทลิจีนั้ในช่วงระยะสุดท้ายใกล้ตายได้ระลึกนึกถึงพระพุทธเจ้า ถือเอาพระพุทธเจ้าเป็นนิมิตก่อนตาย ทำใจให้สงบ ไม่ดิ้นรนด้วยทุกขเวทนามาก่อนตาย หลังจากตายแล้วจึงไปจุติเป็น

สังฆานุสสติ สีลานุสสติ จาคานุสสติ และเทวดานุสสติ (๖) พุทธจริต หรือ ญาณจริต ผู้ประพฤติหนักไปในทางใช้ความคิดพิจารณา กรรมฐานที่เหมาะสมคือ มรณสติ อุปสมานุสสติ จตุรธาตุวักขณ และอาหารปฏิบัติคุณสัญญา ; พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม**, หน้า ๑๘๕-๑๘๖.

^{๕๑} อจ.เอกก. (ไทย) ๒๐/๔๗๑-๔๘๒/๕๐ และพระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม**, หน้า ๒๔๖-๒๔๗.

^{๕๒} ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน ; ชุ.ธ.อ. (ไทย) ๔๐/๓๕-๕๖.

เทพบุตร ตรงกันข้ามกับนายโกตุหฺลิกะในช่วงระยะสุดท้ายใกล้ตาย ขณะกำลังกินข้าวด้วยความหิว โหຍที่ต้องอดมาตลอด ๗ วัน ได้เห็นสุนัขของพระราชา คิดว่า นางสุนัขตัวนี้มีบุญถึงได้มีอาหารดีกินอย่างนี้ ตกกลางคืนอาหารที่ทานไปไม่ย่อย ตายลงด้วยความทุกข์ทรมานไปเกิดในท้องนางสุนัขที่ตนระลึกนึกถึง^{๕๓} เป็นต้น

พรหมวิหารกรรมฐาน คือ ธรรมเครื่องอยู่อย่างประเสริฐ มี ๔ วิธี ได้แก่ (๑) เมตตา ความรักที่มุ่งช่วยทำประโยชน์ (๒) กรุณา ความสงสารที่ช่วยบำบัดทุกข์ (๓) มุทิตา ความพลอยยินดีต่อสมบัติ (๔) อุเบกขา ความเป็นกลางไม่เข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง^{๕๔} กรรมฐานข้อนี้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องมีอุปกรณ์ มีเพียงจิตใจที่มีแต่ความรัก ความปรารถนาดีกับทุกๆ คน ปล่อยวางละวางโทสะ ความอาฆาตแค้นพยาบาทกับทุกคน ทำให้จิตใจสบาย ไม่ขุ่นมัว เมื่อตนเองต้องเจ็บป่วยอย่างหนักก็ไม่โทษใครๆ แม้แต่เวรกรรม กล่าวเผชิญหน้ากับความเป็นจริง ถือคุณธรรมคือความเมตตาเป็นต้นเป็นนิมิตในใจ ทำให้จิตใจสงบ เมื่อต้องตายไปก็ชื่อว่าตายอย่างสงบ ดั่งกรณีตัวอย่าง พระนางสามาวดีกับบริวาร ๕๐๐ คน แม้จะถูกลูกนางมาคันทิยาใช้ให้บริวารจุดไฟเผาปราสาทก็ไม่เคยโกรธแค้น ได้แผ่เมตตาให้กับสรรพสัตว์ ตักเตือนและให้อโวาทบริวารขณะอยู่ท่ามกลางกองไฟนั้น ทำให้บริวารแต่ละคนสงบลง เจริญเวทนาปริคคกรรมฐาน (กรรมฐานมีการกำหนดทุกขเวทนาเป็นอารมณ์) มีจิตใจสงบ บางคนถึงกับบรรลุพระสกทาคามีผล บางถึงกับบรรลุพระอนาคามีผล ตกตายท่ามกลางกองไฟพร้อมกัน^{๕๕}

ส่วนการบำเพ็ญอารูปกรรมฐาน ๔ ประการ (กรรมฐานที่ไม่มีรูปหรืออรูปกรรมฐาน), อาหารเรปฏิกูลสัญญา ๑ (ความหมายรู้ในอาหาร โดยเป็นสิ่งที่น่าเกลียด), และจตุธาตวัตถถาน ๑ (กำหนดพิจารณาแยกรา่างกายออกเป็นธาตุ ๔) นั้นไม่เหมาะกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั่วไป แต่เหมาะสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ปฏิบัติจนได้สำเร็จจนสมาบัติแล้ว เมื่อเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายใกล้ตายจึงสามารถพิจารณาหรือบำเพ็ญกรรมฐานทั้ง ๖ ข้อนี้ได้

๓.๒ การดูแลจิตใจให้มีคุณภาพ ได้แก่ หมั่นฝึกใช้คุณธรรมหรือปลูกธรรมะในใจอยู่เสมอ โดยเริ่มตั้งแต่คุณธรรมที่ทำให้ใจมีความประณีตงดงาม เช่น มีความเมตตา มีศรัทธา มีความกตัญญูกตเวที เป็นต้น โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายการฝึกใจให้มีคุณธรรมยังมีความสำคัญมาก เพราะจะทำให้กุศลธรรมไม่กล้ากล้ากราย หรือแม้มีอกุศลธรรมต่างๆ เข้ามาก็สามารถใส่กุศลธรรมขับไล่อกุศลธรรมเหล่านั้นได้ เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่จิตใจ โกรธแค้นบุคคลใดหรือสิ่งใดๆ ก็

^{๕๓} คุราชละเอียดยเพิ่มเติมใน ; พุ.ธ.อ. (ไทย) ๔๐/๒๓๑-๒๓๒.

^{๕๔} วิสุทธิ. (ไทย) ๔๗/๑๘๒-๑๘๕.

^{๕๕} คุราชละเอียดยเพิ่มเติมใน ; พุ.ธ.อ. (ไทย) ๔๐/๒๕๕-๒๕๗.

สามารถใช้ความเมตตาเอาชนะความโกรธแค้นนั้น^{๕๖} หรือแม้ป่วยในระยะสุดท้ายก็ยังรู้สึกห่วงหา
ทรัพย์สมบัติที่สั่งสมมาตลอดชีวิตก็ใช้วิธีการทำบุญให้ทานกับพระสงฆ์หรือบุคคลที่ตกทุกข์ได้
ยาก^{๕๗}

๓.๓ การดูแลจิตใจให้มีสุขภาพ ได้แก่ การทำให้ใจมีความสุข มีความสบาย มีความเบิก
บาน มีปิติ มีความอิ่มใจ มีปราโมทย์ ซึ่งวิธีการทำให้ใจเกิดภาวะที่เรียกว่า “สุขภาพ” ดังกล่าวนั้นมี
หลายวิธีด้วยกัน ได้แก่ การได้ทำสิ่งที่ใจรักและสิ่งที่ใจรักเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ต่อ
สังคม^{๕๘} หรือการสวดหรือการสาธยายมนต์ เป็นต้น โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เป็น
พุทธศาสนิกชนการสวดหรือการสาธยายมนต์ย่อมทำให้จิตใจสงบ สามารถคลายทุกข์เวทนาทาง
กายได้ ดังที่พระพุทธเจ้าตรัสไว้ว่า

....ภิกษุแสดงธรรมตามที่ตนได้สดับมา ตามที่ตนได้เรียนมาแก่ผู้อื่นโดยพิสดาร เชอรู้
แจ้งอรรถรู้แจ้ง ธรรมในธรรมตามที่ตนได้สดับมาตามที่ตนได้เรียนมา ที่เธอแสดงแก่
ผู้อื่นโดยพิสดาร เมื่อเธอรู้แจ้งอรรถรู้แจ้งธรรม ย่อมเกิดปราโมทย์ เมื่อมีปราโมทย์ ย่อม
เกิดปิติ เมื่อใจมีปิติ กายย่อมสงบ เธอมีกายสงบ ย่อมได้รับสุข เมื่อมีสุข จิตย่อมตั้งมั่น นี้
เป็นวิมุตตายนะประการที่ ๒^{๕๙}

เมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายแสดงธรรมหรือสวดธรรมของพระพุทธเจ้าแล้ว จิตย่อมสงบ มี
สุขภาพจิตที่ดี สะอาด ผ่องใส เมื่อนั้นเขาย่อมถึงแก่ความตายด้วยจิตที่สงบงดงาม และมีความสุข

๓) การดูแลด้วยความเมตตากรุณาในมิติทางปัญญา

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อสร้างเสริมปัญญาให้มีสุขภาพะเรียกเป็นคำเฉพาะในทาง
พระพุทธศาสนาว่า “ปัญญาภานา” ถ้าบุคคลได้รับการดูแลและพัฒนาจนมีปัญญาที่ดี มีสุขภาพะที่
สมบูรณ์มั่นคงแล้ว เรียกบุคคลเช่นนี้ว่า “ภาวิตปัญญาบุคคล” คือ บุคคลผู้มีปัญญาที่เจริญแล้ว^{๖๐}
การดูแลด้วยความเมตตากรุณาในมิติทางปัญญาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง การดูแลหรือทำให้
ผู้ป่วยเกิดหรือมีสติปัญญา ความเชื่อ ความรู้ ความนึกคิด ความเห็น ความเข้าใจชีวิตและโลก เป็นต้น
ตามความเป็นจริงอย่างถูกต้อง^{๖๑} ไม่ให้หลงผิด เชื่อผิด รู้ผิด นึกคิดผิด เห็นผิด เข้าใจโลกและชีวิต
อย่างผิดๆ เป็นต้น จนกระทั่งตายลงไปด้วยความหลงผิดในที่สุด การดูแลด้วยความเมตตากรุณาใน

^{๕๖} พึงชนะคนโกรธด้วยความไม่โกรธ (เมตตา) ; พุ.ธ. (ไทย) ๒๕/๒๒๓/๑๐๒.

^{๕๗} พึงชนะคนตระหนี่ด้วยการให้ ; พุ.ธ. (ไทย) ๒๕/๒๒๓/๑๐๒.

^{๕๘} วิมहा. (ไทย) ๑/๑๖๕-๑๖๖/๑๓๖-๑๓๘, พุ.ป. (ไทย) ๓๑/๑๕๒-๑๘๓/๒๓๓-๒๘๕.

^{๕๙} ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๓๕๕/๓๘๕.

^{๖๐} อัง.ปญจก. (ไทย) ๒๒/๓๕/๑๔๔-๑๔๖.

^{๖๑} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม, หน้า ๘๑-๘๒.

มิติทางปัญญาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหลักพระพุทธศาสนาเรียกว่า “วิปัสสนา” คือ ปัญญาที่กำหนดรู้สังขารว่าไม่เที่ยง เป็นทุกข์ เป็นอนัตตา^{๑๑๒} เรียกอีกอย่างว่า “วิปัสสนาภาวนา” หรือ “วิปัสสนากรรมฐาน” ดังที่ อรรถกถาอังกษเขยยสูตร กล่าวว่า “ควรบำเพ็ญอธิปัญญาสิกขาด้วยวิปัสสนากัมมัฏฐาน”^{๑๑๓}

วิธีการปฏิบัติเพื่อสร้างปัญญาจะต้องประกอบด้วยขั้นตอนหรือกระบวนการที่สำคัญ ๓ ประการ ดังนี้

๓.๑ สุตมยปัญญา ปัญญาที่เกิดจากการฟัง^{๑๑๔} ปัญญาที่สืบแต่ปรโตโมสะ^{๑๑๕} หรือเกิดจากปัจฉัยภายนอก ได้แก่ จากการรับข้อมูลข่าวสารและจากการศึกษาเล่าเรียนจากครูอาจารย์ แล้วนำมาจัดระบบเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารเข้าด้วยกันจนเกิดความรู้รอบและรู้ลึก ปัญญาประเภทนี้อาศัยความจำเป็นสำคัญ จึงเรียกคนที่อ่านมาก ฟังมาก และจำได้มากกว่า “พหูสูต” คือ ผู้คงแก่เรียน^{๑๑๖} สำหรับผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในช่วงระยะสุดท้ายของโรคและชีวิตนั้น การดูแลมิติทางด้านปัญญาเพื่อให้เป็น พหูสูตจึงไม่จำเป็นเท่าใดนัก สิ่งที่เป็นมากที่สุดในชีวิตคือการมีปัญญารอบรู้เกี่ยวกับโรคหรืออาการของตนเอง ว่าควรปฏิบัติตนอย่างไรจึงจะเป็นประโยชน์กับการดูแลและรักษาโรค หรือประคับประคองชีวิตอยู่ได้โดยไม่ทุกข์ทรมานมากนัก ซึ่งความรู้เหล่านี้จะได้จากการศึกษาหรือพูดคุย ฟังคำแนะนำจากแพทย์หรือบุคคลากรทางแพทย์

๓.๒ จินตามยปัญญา ปัญญาที่เกิดจากการคิด^{๑๑๗} พิจารณา วิเคราะห์ สังเคราะห์ ด้วยสติปัญญาภายในตนเอง กระบวนการคิดพิจารณานี้พระพุทธศาสนาเรียกว่า “โยนิโสมนสิการ” คือ การรู้จักคิดพิจารณาให้ถี่ถ้วนด้วยอุบายที่แยบคาย^{๑๑๘} สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายนั้นหากไม่รู้จักคิดให้ถูกต้องตามความเป็นจริงก็จะทำให้เกิดความคิดฟุ้งซ่านและเกิดความวิตกกังวล เครียดต่ออาการเจ็บป่วย หรือข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ได้รับจากแพทย์หรือบุคคลากรทางการแพทย์ได้ เช่น เมื่อแพทย์บอกว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย รายละเอียดการรักษา วิธีการดูแลและ

^{๑๑๒} อภ.ทก. (ไทย) ๒๐/๑๗๓/๑๒๓, อภ.ทก.อ. (บาลี) ๒/๑๗๓/๑๖.

^{๑๑๓} ม.ม.อ. (บาลี) ๑/๖๔/๑๖๕-๑๗๐, อภ.ทสภ.อ. (บาลี) ๓/๗๑/๓๕๗.

^{๑๑๔} ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๓๐๕/๒๗๑, อภ.วิ. (ไทย) ๓๕/๗๖๘/๕๐๓-๕๐๔.

^{๑๑๕} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม, หน้า ๕๖.

^{๑๑๖} พระธรรมโกศาจารย์ (ประยูร ธมฺมจิตฺโต), ปัญญาต้องอยู่กับกรุณาจึงจะพาชาติรอด, พิมพ์ถวายมิตดา สักการะแด่พระเถรานุเถระผู้มีอุปการคุณที่ได้รับพระราชทานเลื่อน ปรีภ และตั้งสมณศักดิ์ ๕ ธันวาคม ๒๕๕๓, (กรุงเทพมหานคร : มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๓), หน้า ๑๕-๑๖.

^{๑๑๗} ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๓๐๕/๒๗๑, อภ.วิ. (ไทย) ๓๕/๗๖๘/๕๐๓-๕๐๔.

^{๑๑๘} พุ.อิตฺติ. (ไทย) ๒๕/๑๖/๓๖๐.

ปฏิบัติตนเองควรทำอะไร ผู้ป่วยที่คิดไม่เป็น ไม่รู้จักคิดก็จะคิดแต่เพียงว่าตนเองต้องตายแน่นอน เกิดความกลัว วิดกกังวล และเครียด ไม่สนใจดูแลตนเอง ก็จะทำให้อาการของโรคกำเริบหนักยิ่งขึ้น แต่ถ้าได้ฟังแล้ว มีสติ เข้าใจชีวิตและอาการของโรคตามความเป็นจริง มีกำลังใจที่จะปฏิบัติตนเอง ดูแลตนเองให้ดี ผู้ป่วยบางคนอาจสามารถมีชีวิตอยู่ได้อีกหลายปี หลักการคิดพิจารณาที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในการดูแลชีวิตตนเอง ในที่นี้คือ “อภิสเสนธรรม” หรือ “อุปนิสัย” คือ ธรรมเป็นคุณพนักพิง ธรรมเป็นที่อิงหรือพึ่งอาศัยของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ได้แก่

ประการที่ ๑ พิจารณาแล้วเสพออย่างหนึ่ง หมายถึง รู้จักคิดพิจารณาแล้วใช้สอปัจจัย ๔ มีจิวรเป็นต้น และพึงเสพ (คบหา) บุคคลและธรรม ที่จำเป็นจะต้องเกี่ยวข้องและมีประโยชน์

ประการที่ ๒ พิจารณาแล้วอดกลั้นอย่างหนึ่ง หมายถึง รู้จักคิดพิจารณาแล้ว อดกลั้นต่อทุกขเวทนาต่างๆ มีความหนาว เป็นต้น และพึงรู้จักพิจารณาอดกลั้นต่ออนิฏฐารมณ์ (อารมณ์ที่ไม่น่าปรารถนา) เช่น ความเกลียด เป็นต้น

ประการที่ ๓ พิจารณาแล้วบรรเทาอย่างหนึ่ง หมายถึง รู้จักคิดพิจารณาแล้วบรรเทาสิ่งที่ เป็นโทษก่อนอันตราย เช่น อกุศลวิตก (ความตรึก นึกคิดในทางชั่ว) มิกามวิตก เป็นต้น และความชั่วร้ายทั้งหลาย เกิดขึ้นแล้ว พึงรู้จักพิจารณาแก้ไข บำบัด หรือขจัดให้สิ้นไป

ประการที่ ๔ พิจารณาแล้วเว้นอย่างหนึ่ง หมายถึง รู้จักคิดพิจารณาแล้ว เว้นเสียจากสิ่งที่ เป็นโทษ ก่อนอันตรายแก่ร่างกายและจิตใจ เช่น สัตว์ร้าย การพนัน สุราเมรัย เป็นต้น รู้จักคิดพิจารณาแล้วหลีกเลี่ยงเสีย^{๑๑๕}

หลักการคิดพิจารณาทั้ง ๔ ประการนี้จะเป็นที่พึ่งพิงสุดท้ายที่ส่งเสริมสติปัญญาให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้สามารถดูแลตนเอง ประคับประคองชีวิตตนเองอยู่ได้อย่างไม่ต้องหวาดหวั่นพรั่นพรึงต่ออาการเจ็บป่วยที่กำลังเกิดขึ้น

๓.๓) ภาวนามยปัญญา ปัญญาที่เกิดจากการอบรม^{๑๑๖} การบำเพ็ญ หรือปัญญาที่สืบแต่ปัญญา ๒ อย่างแรกนั้น แล้วหมั่นมนสิการในประคาสภาวธรรมทั้งหลาย^{๑๑๗} ที่เป็นอารมณ์แห่ง

^{๑๑๕} ท่านจัดเป็นธรรมข้อหนึ่งใน “อริยวาส” ธรรมเป็นเครื่องอยู่ของพระอริยเจ้า หรือธรรมเป็นเครื่องอยู่ของบุคคลผู้ปรารถนาความเป็นพระอริยเจ้า ; ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๓๔๘/๓๖๓-๓๖๕, ที.ปา.อ. (บาลี) ๓๐๘/๒๐๔ และใน พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต), พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม, หน้า ๒๐๒-๒๐๓.

^{๑๑๖} ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๓๐๕/๒๗๑, อภิ.วิ. (ไทย) ๓๕/๓๖๘/๕๐๓-๕๐๔.

^{๑๑๗} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม, หน้า ๕๖.

วิปัสสนาที่เรียกว่า “วิปัสสนาภูมิ” คือ ธรรมที่เป็นภูมิให้วิปัสสนาเกิดขึ้นพิจารณาจนรู้แจ้ง มีดังต่อไปนี้

ขั้นที่ ๕ คือ กองแห่งรูปนาม ๕ หมวดที่ประชุมกันเข้าเป็นสัตว์ บุคคล ตัวตน เรา เขา ได้แก่ (๑) รูปขั้นที่ กองแห่งรูป (ร่างกาย) (๒) เวทนาขั้นที่ กองแห่งเวทนา การเสวยอารมณ์ (๓) สัญญาขั้นที่ กองแห่งสัญญา การจำได้หมายรู้ (๔) สังขารขั้นที่ กองแห่งสังขาร การปรุงแต่ง (๕) วิญญาณขั้นที่ กองแห่งวิญญาณ การรู้แจ้งอารมณ์^{๑๑๒}

อายตนะ ๑๒ คือ แคนต่อหรือแคนเกิดแห่งความรู้ แบ่งเป็นอายตนะภายใน ๖ และอายตนะภายนอก ๖ เป็นคู่กันได้ ๖ คู่ ๑๒ อายตนะ ได้แก่ (๑) จักขุ (ตา) คู่กับรูป (๒) โสตตะ (หู) คู่กับสัทตะ (เสียง) (๓) ฆานะ (จมูก) คู่กับคันธะ (กลิ่น) (๔) ชิวหา (ลิ้น) คู่กับรส (๕) กายคู่กับโณภูมัพพะ (สัมผัส) (๖) มโน (ใจ) คู่กับธรรมารมณ์ (อารมณ์ที่เกิดกับใจ)^{๑๑๓}

ธาตุ ๑๘ คือ สิ่งที่ทรงสภาวะของตนเองอยู่ ได้แก่ (๑) จักขุธาตุ ธาตุคือ จักขุประสาท (๒) รูปธาตุ ธาตุคือรูปารมณ์ (๓) จักขุวิญญาณธาตุ ธาตุคือจักขุวิญญาณ (๔) โสตธาตุ ธาตุคือโสตประสาท (๕) สัทธาธาตุ ธาตุคือสัททารมณ์ (๖) โสตวิญญาณธาตุ ธาตุคือโสตวิญญาณ (๗) ฆานธาตุ ธาตุคือฆานประสาท (๘) คันธธาตุ ธาตุคือคันธารมณ์ (๙) ฆานวิญญาณธาตุ ธาตุคือฆานวิญญาณ (๑๐) ชิวหาธาตุ ธาตุคือชิวหาประสาท (๑๑) รสธาตุ ธาตุคือรสารมณ์ (๑๒) ชิวหาวิญญาณธาตุ ธาตุคือชิวหาวิญญาณ (๑๓) กายธาตุ ธาตุคือกายประสาท (๑๔) โณภูมัพพะธาตุ ธาตุคือโณภูมัพพารมณ์ (๑๕) กายวิญญาณธาตุ ธาตุคือกายวิญญาณ (๑๖) มโนธาตุ ธาตุคือมโน (๑๗) ธรรมธาตุ ธาตุคือธรรมารมณ์ (๑๘) มโนวิญญาณธาตุ ธาตุคือ มโนวิญญาณ^{๑๑๔}

อินทรีย์ ๒๒ คือ สิ่งที่เป็นใหญ่ในการทำกิจของตน ได้แก่ (๑) จักขุนทรีย์ อินทรีย์คือจักขุประสาท (๒) โสตินทรีย์ อินทรีย์คือโสตประสาท (๓) ฆานินทรีย์ อินทรีย์คือฆานประสาท (๔) ชิวหินทรีย์ อินทรีย์คือชิวหาประสาท (๕) กายินทรีย์ อินทรีย์คือกายประสาท (๖) มนินทรีย์ อินทรีย์คือใจ (๗) อดิตินทรีย์ อินทรีย์คืออดิติภาวะ (๘) ปุริสินทรีย์ อินทรีย์คือปุริสภาวะ (๙) ชิวิตินทรีย์ อินทรีย์คือชิวิต (๑๐) สุขินทรีย์ อินทรีย์คือสุขเวทนา (๑๑) ทุกชินทรีย์ อินทรีย์คือทุกขเวทนา (๑๒) โสมนัสสินทรีย์ อินทรีย์คือโสมนัสเวทนา (๑๓) โทมนัสสินทรีย์ อินทรีย์คือโทมนัสเวทนา (๑๔) อุเปกชินทรีย์ อินทรีย์คืออุเบกขาเวทนา (๑๕) สัทชินทรีย์ อินทรีย์คือศรัทธา (๑๖) วิริยินทรีย์ อินทรีย์คือวิริยะ (๑๗) สตินทรีย์ อินทรีย์คือสติ (๑๘) สมาชินทรีย์ อินทรีย์คือสมาธิ (๑๙) ปัญญินทรีย์ อินทรีย์คือปัญญา (๒๐) อนัญญาตัญญูสัมมิตินทรีย์ อินทรีย์แห่งผู้ปฏิบัติด้วยมุ่งว่า เราจักรู้สัจ

^{๑๑๒} อภ.สง. (ไทย) ๓๔/๑๐๘๕/๒๗๓.

^{๑๑๓} ม.อ. (ไทย) ๑๔/๑๐๑/๑๑๕-๑๒๐.

^{๑๑๔} ม.อ. (ไทย) ๑๔/๑๒๕/๑๖๑-๑๖๒.

ธรรมที่ยังมิได้รู้ คือ โสคาปิตติมคคณญาณ(๒๑) อัญญินทรีย์ อินทรีย์คือปัญญาผู้รู้ทั่วถึง (ได้แก่ ญาณ ๖) (๒๒) อัญญาตาวินทรีย์ อินทรีย์แห่งท่านผู้รู้ทั่วถึงแล้ว คือ ปัญญาของพระอรหันต์^{๑๑๕}

อริยสัจ ๔ คือ ความจริงอันประเสริฐ ความจริงที่ทำให้เป็นผู้ประเสริฐ ได้แก่ (๑) ทุกขอริยสัจ อริยสัจคือทุกข์ (๒) ทุกขสมุททยอริยสัจ อริยสัจคือเหตุเกิดแห่งทุกข์ (๓) ทุกขนิโรธ-อริยสัจ อริยสัจคือความดับทุกข์ (๔) ทุกขนิโรธคามินีปฏิปทาอริยสัจ อริยสัจคือข้อปฏิบัติให้ถึงความดับทุกข์^{๑๑๖}

ปฏิจางสมุปบาท คือ ปัจจยาการ หมายถึง อาการแห่งธรรมที่อาศัยกันเกิดขึ้น ได้แก่ อวิชชาเป็นปัจจัยมีสังขาร สังขารเป็นปัจจัยมีวิญญาณ วิญญาณเป็นปัจจัยมีนามรูป นามรูปเป็นปัจจัยมีสพายตนะ สพายตนะเป็นปัจจัยมีผัสสะ ผัสสะเป็นปัจจัยมีเวทนา เวทนาเป็นปัจจัยมีตัณหา ตัณหาเป็นปัจจัยมีอุปาทาน อุปาทานเป็นปัจจัยมีภพ ภพเป็นปัจจัยมีชาติ ชาติเป็นปัจจัยมีชรา (ความแก่) มรณะ (ความตาย) โสกะ (ความเศร้าโศก) ปริเทวะ (ความคร่ำครวญ) ทุกข์ (ความทุกข์กาย) โทมนัส (ความทุกข์ใจ) และอุปายาส (ความคับแค้นใจ)^{๑๑๗}

จะเห็นว่า สภาวะธรรมที่นำมาพิจารณาหรือฝึกรูปธรรมให้เกิดปัญญานั้นมีจำนวนมาก เช่น ชั้น ๕ อายุตนะ ๑๒ เป็นต้น เมื่อพิจารณาโดยเนื้อหาได้แก่ ชีวิตใน ๒ ส่วนด้วยกัน คือ รูปหรือร่างกาย และนาม หรือจิตใจนั่นเอง กล่าวโดยสรุป คือ การพิจารณาสภาวะธรรมของร่างกายและจิตใจตามความเป็นจริงโดยยกขึ้นสู่สามัญลักษณะว่า เป็นอนิจจัง คือ ความไม่เที่ยง มีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นธรรมดา เป็นทุกข์ คือ เป็นสภาวะที่ทนได้ยาก บีบคั้นอยู่เป็นนิจ และเป็นอนัตตา คือ เป็นสภาพหาตัวตนมิได้ อย่างนี้จัดเป็น “วิปัสสนากัมมัญฐาน”

ดังนั้น การดูแลด้วยความเมตตากรุณาในมิติทางปัญญาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องประกอบด้วยวิธีการที่สำคัญ ๓ ประการด้วยกัน คือ (๑) การฟังหรือการศึกษาเกี่ยวกับโรคและชีวิตตนเองให้เข้าใจอย่างแท้จริงและตามความเป็นจริง (สุดมยปัญญา) (๒) นำสิ่งที่ได้ฟัง ได้ศึกษามานั้นมาคิดพิจารณา วิเคราะห์ทบทวนจนเข้าใจอย่างชัดเจน มีพลังและกำลังใจในการดูแลตนเองอย่างมุ่งมั่น (จินตามยปัญญา) และ (๓) การฝึกรูปธรรม หรือปฏิบัติตามความรู้ความเข้าใจนั้นเพื่อให้เกิดผลที่ชัดเจน กระบวนการเกิดปัญญาทั้ง ๓ ประการนี้มีความสำคัญมาก ซึ่งแต่ละกระบวนการต้องอาศัยกันและกัน กล่าวคือ การฟังอย่างเดียว หากไม่รู้จักคิด และไม่ปฏิบัติ ปัญญาที่จะไม่เกิด การคิดอย่างเดียวหากไม่ศึกษา (ฟัง) และปฏิบัติ ปัญญาที่จะเกิดไม่ได้ หรือแม้จะปฏิบัติโดยไม่มีการศึกษา (ฟัง) ให้ถูกต้อง และไม่คิดพิจารณาตาม ปัญญาที่จะไม่เกิด กระบวนการทั้ง ๓ นี้จึงต้องอาศัยกันและกัน เป็น

^{๑๑๕} อภ.วิ. (ไทย) ๓๕/๒๑๕/๑๕๗.

^{๑๑๖} อภ.วิ. (ไทย) ๓๕/๑๘๕/๑๖๓.

^{๑๑๗} ส.น. (ไทย) ๑๖/๑/๒, ส.น.อ. (บาลี) ๒/๑/๗.

กระบวนการที่เป็นองค์รวมแห่งกระบวนการเกิดปัญญา ในเบื้องต้นหากเป็นปัญญาในระดับโลกยะ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะสามารถเข้าใจ โรคและความเป็นไปของชีวิตตนเอง ไม่สะดุ้งหวาดกลัวต่อ ความตายที่กำลังจะเกิดขึ้น สามารถตายอย่างมีสติ และหากผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถปฏิบัติ พิจารณาได้สูงกว่านั้นจะทำให้เกิดจะเกิด “ญาณ” มีหลายระดับ และญาณสำคัญในขั้นสุดท้าย เรียกว่า “วิชชา” เป็นภาวะตรงข้ามกับอวิชชา ภาวะจิตที่มีญาณหรือวิชชานั้น เป็นภาวะที่สุข สงบ ผ่องใส และเป็นอิสระ เพราะลอยตัวพ้นจากอำนาจครอบงำของกิเลส ญาณและวิชชาจึงเป็นจุดหมาย ของวิปัสสนา เพราะนำไปสู่วิมุตติ คือ ความหลุดพ้นเป็นอิสระอย่างแท้จริง ซึ่งยั่งยืนถาวร ท่าน เรียกว่า “สมุจเฉทนิโรธ” หรือ “สมุจเฉทวิมุตติ” แปลว่า ดับกิเลสหรือหลุดพ้นโดยเด็ดขาด^{๑๑๘} เป็น ปัญญาในระดับโลกุตตระ

การดูแลด้วยความเมตตากรุณาในมิติแห่งชีวิตทั้ง ๔ คือ กาย ศิลหรือสังคม จิตใจ และ ปัญญา สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายนั้น ทุกมิติจะต้องได้รับการดูแลเป็นแบบองค์รวมของ ชีวิต แต่สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ซึ่งอาการเจ็บป่วยเป็นระยะสุดท้ายและไม่สามารถรักษา ให้หายได้นั้น พระพุทธศาสนาจะมุ่งดูแลมิติทางจิตใจและปัญญาเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด นั่นก็คือ กรรมที่ มิติทางกายและมิติทางสังคมไม่สามารถดูแลได้ในขณะนั้น พระพุทธศาสนาจะมุ่งดูแลให้ ความสำคัญกับมิติทางจิตใจและมิติทางปัญญา

ตัวอย่างเช่น มัณฑุกุณฑลิจี๊็บป่วยด้วยโรคทางกายอย่างหนัก ไม่ได้ได้รับการรักษาอย่าง ถูกต้องเพราะพราหมณ์ผู้บิคาชื่อว่า อทินนปุพพะกะ ไม่อยากเสียเงินในการรักษา แม้ในวาระสุดท้าย ใกล้ตาย ผู้เป็นบิคาจึงนำร่างบุตรชายที่เจ็บป่วยจนตายมาวางไว้ในอกระเบียงด้วยคิดว่า หากคนมา เยี่ยมจะได้ไม่เห็นทรัพย์สมบัติของตน เมื่อพระพุทธเจ้าทรงตรวจดูสัตว์โลก เล็งเห็นอุปนิสัย ของมัณฑุกุณฑลิจี๊็บจึงเสด็จไปโปรด ขณะเสด็จอยู่ที่ประตูเรือนของอทินนปุพพะกะพราหมณ์นั้น ทรง ทราบว่ามัณฑุกุณฑลิจี๊็บไม่เห็นพระองค์จึงปลงรัศมีให้สว่างวาบหนึ่ง มัณฑุกุณฑลิจี๊็บเห็นรัศมีของ พระพุทธเจ้า คิดว่า เราอาศัยบิคาเป็นอันธพาล จึงไม่ได้เข้าเฝ้าพระพุทธเจ้าเห็นปานนี้แล้ว ทำความ ขวนขวายด้วยกาย หรือถวายทาน หรือฟังธรรม เตี้ยวันนี้แม้แต่มีมือสองข้างก็ยกไม่ไหว กิจที่ควรทำ อย่างอื่นไม่มี ดังนี้แล้ว ได้ทำใจเท่านั้นให้เลื่อมใสในพระพุทธเจ้า จากนั้นจึงได้กระทำกาละสิ้นลม หายใจตายไปในที่สุด และจุดเป็นเทพบุตรในวิมานทองสูงประมาณ ๓๐ โยชน์ในเทวโลก^{๑๑๙} ใน กรณีนี้ จะเห็นว่าพระพุทธเจ้าทรงดูแลมัณฑุกุณฑลิจี๊็บด้วยความเมตตากรุณาในมิติ ๒ ประการ คือ มิติ

^{๑๑๘} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **พุทธธรรม ฉบับปรับปรุงและขยายความ**, พิมพ์ครั้งที่ ๑๑, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สหธรรมิก, ๒๕๔๕), หน้า ๓๐๖.

^{๑๑๙} คุรยลละเอียดเพิ่มเติมใน ; บุ.ธ.อ. (ไทย) ๔๐/๓๕-๕๖.

ทางจิตใจ และมิติทางปัญญา ส่วนมิติทางกาย ได้แก่ อาการป่วยนั้นไม่สามารถดูแลได้เพราะโรคอยู่ในระยะสุดท้ายและใกล้จะตายแล้ว การดูแลในกรณีนี้สามารถแสดงเป็นตารางได้ดังนี้

ศีล: กายภาพ	ศีล: สังคัม	จิตใจ	ปัญญา	ผลปรากฏ	
				ชาตินี้	ชาติหน้า
-	-	เห็นแสงสว่างรัศมีของพระพุทธเจ้าและทำใจให้เลื่อมใสในพระพุทธองค์	มีปัญหา มองเห็นความเป็นจริงที่ตนมีบิดาเป็นคนพาล ตระหนี่ในทรัพย์ ทำให้ไม่มีโอกาสได้ทำบุญให้ทาน แม้กระทั่งใกล้ตายก็ยังไม่สามารถแม้จะขยับมือประนมนมัสการพระพุทธเจ้าจึงได้แก่ทำใจให้เคารพเลื่อมใสในพระพุทธเจ้า	ตายอย่างสงบ ด้วยความเลื่อมใสในพระพุทธเจ้า ถือพระพุทธเจ้าเป็นนิมิตก่อนตาย	จุติเป็นเทพบุตรในวิมานทองสูงประมาณ ๓๐ โยชน์ในเทวโลก

ตารางที่ ๓.๕ แสดงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเมตตากรุณากรณีมีภูมิกุณฑล

แต่หากมิติทั้ง ๔ สามารถดูแลได้ พระพุทธศาสนาถือว่าการดูแลครบทุกมิติแห่งชีวิตย่อมเป็นการดูแลด้วยความเมตตากรุณาต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายที่ดีที่สุด และสมบูรณ์ที่สุด ในที่นี้จักยกกรณีตัวอย่างการดูแลด้วยความเมตตากรุณาต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายที่พระพุทธเจ้าทรงใช้ครบทุกมิติ เช่นกรณีพระปุติกัตติสเถระดังที่กล่าวมาแล้ว

จากการดูแลผู้ป่วยในกรณีนี้ จะเห็นว่าพระพุทธเจ้าทรงดูแลพระติสสเถระด้วยความเมตตากรุณาครบทั้ง ๔ มิติ คือ กาย ศีลหรือสังคัม จิตใจ และปัญญา สามารถแสดงเป็นตารางได้ดังนี้

ศีล: กายภาพ	ศีล: สังคัม	จิตใจ	ปัญญา	ผลปรากฏ	
				ชาตินี้	ชาติหน้า
พระพุทธเจ้า ทรงดื่มน้ำ ร้อน เท น้ำอุ่นล้าง ตัว และเช็ด ตัวให้ ตลอดจนซัก จีวรให้พระ ติสสะ	พระพุทธเจ้า ทรงมาดูแลด้วย พระองค์เองเพื่อ เป็นแบบอย่าง ให้พระสงฆ์ช่วย ดูแลกันและกัน พร้อมทั้งตรัส สอนในการดูแล กันและกัน เพราะพระภิกษุ ออกบวชไม่มี ญาติ หากไม่ ดูแลกันและกัน แล้วก็จะไม่มี ใครสามารถ ดูแลได้	การที่ พระพุทธเจ้า ทรงเอาใจใส่ และช่วยเช็ดตัว ให้ย่อมมีผลต่อ จิตใจของพระ ติสสะ เพราะ ตนเองมุ่งบวช เพื่อ พระพุทธเจ้า จิตใจซาบซึ้ง และมีความสุข	พระพุทธเจ้า ตรัสสอนธรรม ให้พระติสสะ พิจารณา ร่างกาย เมื่อ ท่านพิจารณา ตามพระธรรม เทศนาก็เกิด ปัญญารู้เห็น ตามความเป็น จริง	หลังเทศนาจบ พระเถระบรรลु พระอรหัต พร้อม ปฏิสัมภิทาแล้ว ก็ปรินิพพาน (มรณภาพ) ณ ที่นั่น	-

ตารางที่ ๓.๖ แสดงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเมตตากรุณากรณีพระปฏิบัติตติสเถระ

๓.๕ จุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

โดยหลักการทั่วไป จุดมุ่งหมายในชีวิตของมนุษย์ คือ ความสุข หรือการมีชีวิตที่มีความสุข แม้ชีวิตจะมีลักษณะไม่เที่ยง เป็นทุกข์ เป็นอนัตตา ต้องเปลี่ยนแปลงไม่หยุดนิ่ง และต้องเวียนว่ายตายเกิด ถึงกระนั้นก็ต้องตายมนุษย์ทุกคนต่างก็ปรารถนาความตายที่มีความสุข ตลอดจนแม้ต้องไปเวียนว่ายตายเกิดในภพต่อไป ก็ยังปรารถนาจุดไปเกิดในภพภูมิที่เป็นสุคติหรือภพภูมิที่เต็มไปด้วยความสุขเช่นเดียวกัน จึงอาจกล่าวได้ว่า ความสุขเป็นยอดปรารถนา เป็นจุดหมายของชีวิตมนุษย์ทุกชีวิต พระพุทธศาสนาก็เช่นเดียวกัน อาจกล่าวได้ว่า ความสุขเป็นสภาวะอันเป็นจุดหมายสูงสุดในทางพระพุทธศาสนาที่ว่าได้ “ความสุข” จึงมีความสำคัญมาก นับตั้งแต่การปฏิบัติขั้นต้นในการทำความดี หรือกรรมดีต่างๆ ไปที่เรียกว่า “บุญ” มีพุทธพจน์ตรัสว่า “การสั่งสมบุญนำ

สุขมาให้”^{๑๒๐} แม้ในการบำเพ็ญเพียรทางจิตหรือเจริญภาวนา ความสุขก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เกิดสมาธิ ดังพุทธพจน์ว่า “เมื่อมีสุข จิตย่อมตั้งมั่น (เป็นสมาธิ)”^{๑๒๑} และเมื่อจิตเป็นสมาธิ บรรลุถึงความสุขก็เป็นองค์ประกอบของฌาน ที่เรียกว่า “ฌานสุข” สุขที่เนื่องด้วยฌาน^{๑๒๒} จนถึงจุดหมายสูงสุดของพระพุทธศาสนา คือ นิพพาน ก็เป็นความสุข ดังพุทธพจน์ที่ว่า “นิพพานเป็นสุขอย่างยิ่ง (บรมสุข)”^{๑๒๓} คือ เป็นสุขขั้นสูงสุด อันเป็นจุดหมายสูงสุดของพระพุทธศาสนาอีกด้วย

ในกรณีของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายด้วยความเมตตากรุณานั้น ในพระพุทธศาสนามีหลักคิด ๓ อย่างคือ

หลักคิดที่ ๑ การตายอย่างมีสติ เนื่องจากความตายเป็นสิ่งที่นับเนื่องในธรรม ๕ ประการ^{๑๒๔} ที่ไม่มีเครื่องหมายบ่งบอกและไม่มีใครรู้ได้ แพทย์ พยาบาลและญาติ รวมทั้งผู้ป่วยเอง ต่างก็รู้ว่า ความตายใกล้เข้ามาถึง เพียงแต่ไม่รู้ว่าจะตายเมื่อไร ตายที่ไหน และตายแล้วจะไปไหน ดังนั้น ผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทุกคนต้องวางจุดหมายเป็นอันดับแรกที่จะให้ผู้ป่วยมีความระลึกรู้ความจริงนี้ โดยวิธีการถ่ายทอดโอวาทสุดท้าย(ปัจฉิมวาจา)ของพระพุทธเจ้าที่ว่า “สังขารทั้งหลายมีความเสื่อมไปเป็นธรรมดา เธอทั้งหลายจงทำหน้าที่ให้สำเร็จด้วยความไม่ประมาทเถิด”^{๑๒๕} และให้ผู้ป่วยมีโอกาสเจริญมรณสติด้วยวิธีการง่ายๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อจะได้เตรียมกายและใจให้พร้อม รู้เท่าทันความจริงของชีวิต มีสติระลึกรู้ความดีที่ทำไว้ ไม่หลงตาย (อสมมุพฺโพ กาลํ กโรติ) จะได้สามารถเชื่อมต่อดีความดีของตัวเองในภพนี้กับภพหน้า เมื่อตายลงจะได้ไปเกิดสุคติหรือภพภูมิที่ดี

หลักคิดที่ ๒ การที่จะได้เกิดมาเป็นมนุษย์เป็นเรื่องยากแสนยาก (กิจฺโจ มนุสฺสปฏิลาโก) ดังนั้น การทำให้ชีวิตยืนยาวต่อไปได้นานที่สุด เป็นสิ่งที่พึงประสงค์และผู้ดูแลผู้ป่วยพึงกระทำ เพราะเหตุปัจจัยที่ทำให้ชีวิตสั้นลงกว่าที่ควรจะเป็นหรือยืนยาวต่อไปทั้งที่ควรจะสิ้นสุดแล้วนั้นมี

^{๑๒๐} พ.ร. (ไทย) ๒๕/๑๑๘/๖๘.

^{๑๒๑} ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๓๕๕/๔๑๕.

^{๑๒๒} พ.อุ. (ไทย) ๒๕/๑๒ /๑๕๒.

^{๑๒๓} ม.ม. (ไทย) ๑๓/๒๑๖/๒๕๔.

^{๑๒๔} ข้อความใน วิสุทธิ (ไทย) ภาค ๒ ตอน ๑, หน้า ๑๘ ว่า ธรรม ๕ ประการนี้คือ ชีวิต พยาธิ กาลสถานที่ทอดร่าง และคดีของสัตว์ทั้งหลายในชีวิโลก ไม่มีนิमित รู้ไม่ได้.

^{๑๒๕} ที.ม. (ไทย) ๑๐/๒๑๘/๑๖๖.

หลายอย่าง เหตุปัจจัยนี้เรียกโดยรวมว่า “กรรม”^{๑๒๖} จึงปรากฏให้เห็นทั่วไปว่า พุทธศาสนิกชนผู้เจ็บป่วยใกล้ตายจะโดยญาติหรือตัวผู้ป่วยเองก็ตามนิยมนำกิจกรรมที่เป็นบุญกุศลด้านกายกรรม วจีกรรม มโนกรรม เช่น การทำบุญใส่บาตร การให้พระภิกษุสวดสะเคราะห์ต่อชะตา การถือศีลกินเจ การบวชเป็นพระภิกษุหรือบวชชีพรามณ์ การปฏิบัติกรรมฐาน ด้วยความเชื่อมั่นว่ากุศลกรรมที่ได้ทำในช่วงท้ายแห่งชีวิตนี้จะส่งผลเป็นพลังชีวิตช่วยทำให้โรคร้ายไข้เจ็บหายหรือบรรเทาเบาบางลงได้^{๑๒๗}

^{๑๒๖} “กรรม” ในที่นี้ หมายถึงกรรมที่จำแนกเป็น ๑๒ ตามหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการให้ผล ประกอบด้วย (๑) กรรมให้ผลในภพนี้ เรียกว่า ทิฏฐธรรมเวทนียกรรม (๒) กรรมให้ผลในภพหน้า เรียกว่าอุปปีชเวทนียกรรม (๓) กรรมให้ผลในภพต่อๆไป เรียกว่า อปรายปริยเวทนียกรรม (๔) กรรมเล็กให้ผล เรียกว่าอโหสิกรรม (๕) กรรมที่เป็นตัวนำไปเกิด เรียกว่าชนกกรรม (๖) กรรมสนับสนุนซ้ำเติมต่อจากชนกกรรม เรียกว่าอุปถัมภกกรรม (๗) กรรมบีบคั้นผลของชนกกรรมและอุปถัมภกกรรมให้แปรเปลี่ยนทุเลาลง เรียกว่าอุปปีพกกรรม (๘) กรรมตัดรอนให้ผลของชนกกรรมและอุปถัมภกกรรมขาดหรือหยุดลง เรียกว่าอุปฆาตกรรม (๙) กรรมหนักให้ผลก่อน เรียกว่าครุกรรม (๑๐) กรรมทำมากให้ผลรองลงมา เรียกว่า อาจิณณกรรม (๑๑) กรรมใกล้ตายให้ผลก่อนในกรณีที่ไม่ได้มีครุกรรมและอาจิณณกรรม (๑๒) กรรมที่ทำด้วยเจตนาอ่อน เรียกว่า กัตตดากรรม

หลักกรรม ๑๒ นี้เป็นหลักที่พระอรุณธรรมาจารย์แสดงไว้ คำอธิบายในพระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสน์ ฉบับประมวลศัพท์** (ชำระ-เพิ่มเติมช่วงที่ ๑), (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑), หน้า ๔.

^{๑๒๗} มีเรื่องในคัมภีร์ว่า พรามณ์คนหนึ่งเป็นชาวที่ขลิ้มพิณกร วันหนึ่งพานุตรและภรรยาไปสำนักของนักบวชของลัทธิหนึ่งซึ่งเป็นเพื่อนกัน เมื่อไปถึงแล้ว ตัวเองและภรรยาไต้หวันักบวชกล่าวว่า “ขอท่านจงมีอายุยืน” แต่เมื่อภรรยาให้บุตรไหว่ นักบวชนั้นนั่งนิ่ง พรามณ์จึงถามนักบวชนั้นว่า “ผู้เจริญ เพราะเหตุไร ? เมื่อผมไหว่ ท่านจึงกล่าวว่า ขอท่านจงมีอายุยืน ในเวลาที่เด็กไหว่ ไม่ได้กล่าวอะไร” นักบวชตอบว่า “เด็กจะมีอันตรายอย่างหนึ่ง” พรามณ์ถามว่า “เด็กจะมีอายุอยู่ได้กี่วัน ?” นักบวชตอบว่า “มีอายุอยู่ได้ ๗ วัน” พรามณ์ถามว่า “มีวิธีป้องกันแก้ไขหรือไม่ ?” นักบวชตอบว่า “เราไม่มีวิธีป้องกันแก้ไข” พรามณ์ถามว่า “ใครรู้” นักบวชตอบว่า “พระพุทธเจ้าทรงรู้”

พรามณ์นั้นจึงพานุตรและภรรยาไปเข้าเฝ้าพระพุทธเจ้า เมื่อตัวเองและภรรยาไหว่ พระพุทธองค์ตรัสว่า “ขอท่านจงมีอายุยืน” เมื่อให้บุตรไหว่ พระพุทธองค์ทรงนิ่ง เมื่อกราบทูลถามสาเหตุที่ทรงนิ่ง พระพุทธองค์ตรัสบอกและตรัสบอกวิธีการป้องกันแก้ไข โดยให้นิมนต์พระภิกษุมาสวดพระปริตร(สวดมนต์)ที่บ้านเป็นเวลา ๗ วัน พรามณ์นิมนต์พระภิกษุมาสวดพระปริตรต่อเนื่องกันเป็นเวลา ๗ วัน ๗ คืน ในวันที่ ๗ พระพุทธเจ้าเสด็จมา เมื่อพระพุทธองค์เสด็จมา พวกเทวดาในจักรวาลทั้งหมดก็มาประชุมกัน

สาเหตุที่ทำให้เด็กมีอายุอยู่ได้เพียง ๗ วันก็เพราะว่า ยักษ์ตนหนึ่งชื่อว่าอวรุททะ อุปถัมภ์บำรุงท้าวเวสวัณ ๑๒ ปี ได้รับพรจากท้าวเวสวัณว่า “ในวันที่ ๗ จากวันนี้ไป ท่านพึงจับเด็กนี้(กิน)” ดังนั้น อวรุททะยักษ์จึงมาขึ้นอยู่ที่ประตูบ้านของพรามณ์นั้นด้วยประสงค์จะจับเด็กนั้น แต่เมื่อพระพุทธเจ้าประทับอยู่ที่บ้านของพรามณ์นั้น พวกเทวดาก็ประชุมห้อมล้อมบ้านนั้นกินพื้นที่ ๑๒ โยชน์โดยรอบ อวรุททะยักษ์จึงไม่สามารถเข้า

หลักคิดที่ ๓ การทำให้ชีวิตมีคุณภาพ สุขภาพ และสมรรถภาพก่อนที่จะตาย ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย หลักพระพุทธศาสนาจึงมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ ๒ ประการใหญ่ๆ คือ กายิกสุข ความสุขทางกาย และเจตสิกสุข ความสุขทางใจ^{๑๒๘} ประมวลสาระสำคัญได้ดังนี้

๑. จุดมุ่งหมายสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย มี ๕ ระดับคือ

(๑) กายิกสุข สุขทางกาย ให้ร่างกายสามารถปฏิบัติการหรือเปลี่ยนแปลงอิริยาบถได้ตามสมควรแก่ฐานะ พอให้ผู้ป่วย(ที่พอจะรับรู้ได้บ้าง)เกิดความรู้สึกว่าตัวเองยังเจริญและมีศักดิ์ศรีในฐานะเป็นมนุษย์ หรือญาติของผู้ป่วยเกิดความสบายใจเมื่อได้พบเห็นสภาพของผู้ป่วย โดยพิสดาร คำว่า “กายิกสุข สุขทางกาย” นั้น หมายถึง ความสุขที่เกิดจากส่วนประกอบทางร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ หรือรับรู้อารมณ์ต่างๆ ทางร่างกายได้ตามปกติ ไม่บกพร่องติดขัด เช่น ได้เห็นภาพที่สวยงาม ได้ยินเสียงไพเราะ ได้สูดกลิ่นที่หอม ได้ลิ้มรสชาติที่อร่อย และได้ถูกต้องสัมผัสสิ่งให้อ่อนนุ่ม สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายนั้น ได้แก่ ทุกขเวทนาหายไป ความทรมานหายไป ความกระสับกระส่ายหายไป สิ้นลมหายใจด้วยอาการที่สงบ

(๒) เจตสิกสุข สุขทางใจ มีความสำคัญเข้มข้น ไม่จุ่มมัวด้วยอำนาจโลกะ โทสะ โมหะ ไม่อ่อนไหวต่ออารมณ์ภายนอกที่มากกระทบ โดยพิสดาร คำว่า “เจตสิกสุข สุขทางใจ” นั้น หมายถึง การที่ใจมีความสำคัญเข้มข้น (ความชื่นใจ) ไม่จุ่มมัวด้วยอำนาจกิเลสที่เป็นไปในมโนทวาร ได้แก่ โลภะ (ความโลภ) โทสะ (ความโกรธ) โมหะ (ความหลง) เป็นต้น อันเป็นเหตุแห่งความเศร้าหมอง (ความทุกข์) ทางจิต^{๑๒๙} อีกอย่างหนึ่งได้แก่สภาวะแห่งใจที่มีปกติผ่องใส สดชื่น เบิกบาน ไม่จุ่มมัวด้วยธรรมารมณ์ (อารมณ์ที่เกิดกับใจ) ต่างๆ ที่มากกระทบ นอกจากนี้ความสุขทางใจ พระพุทธศาสนายังแบ่งออกเป็น ๓ ระดับ คือ (๑) กามสุข ความสุขเนื่องด้วยกาม (๒) ทิพยสุข ความสุขอันเป็นทิพย์ เรียกอีกอย่างว่า ฌานสุข และ (๓) ตัณห์กขยสุข ความสุขคือความสิ้นแห่งตัณหา เรียกอีกอย่างว่า นิพพานสุข^{๑๓๐}

ไปจับเด็กนั้นได้ ในคืนวันที่ ๓ นั้น พระพุทธเจ้าทรงสวดพระปริตรตลอดทั้งคืน เมื่อ ๓ วันผ่านไป อารุทธกษัตริย์จับเด็กไม่ได้ก็หมดอาณภาพที่จะจับ(พรของท้าวเวสสวัณเสียม ?) พอรุ่งขึ้นวันที่ ๘ พราหมณ์และภรรยาพาบุตรไปไหว้พระพุทธเจ้า พระพุทธองค์ตรัสว่า “ขอเจ้าจงมีอายุยืน” พราหมณ์กราบทูลถามว่า “เด็กนี้จะมีอายุอยู่นานเท่าไร ?” พระพุทธองค์ตรัสตอบว่า “มีอายุอยู่ได้ ๑๒๐ ปี”

เรื่องนี้ชี้ให้เห็นว่า การที่มนุษย์จะมีอายุยืนยาวหรืออายุสั้น ขึ้นอยู่กับเหตุปัจจัยหลายอย่าง ทั้งที่มองเห็นและมองไม่เห็น ในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย พุทธศาสนิกชนก็ถือหลักเดียวกัน จึงประกอบพิธีกรรม/กิจกรรมที่เป็นบุญกุศลในรูปแบบต่าง ๆ; พุ.ธ.อ.(ไทย)๔/๘๘/๑๓๖-๑๘๐.

^{๑๒๘} อ.จ.ทก. (ไทย) ๒๐/๓๑/๑๐๓.

^{๑๒๙} อ.จ.ทก. (ไทย) ๒๐/๓๑/๑๐๓.

^{๑๓๐} พ.อ. (ไทย) ๒๕/๑๒/๑๕๒.

(๓) วิปัสสนาจิต มีจิตผ่องแผ้วในวาระสุดท้ายก่อนสิ้นชีวิต พระพุทธศาสนาถือว่า ขณะจิตสุดท้ายก่อนตายมีความสำคัญที่สุด ตามหลักการที่ว่า “เมื่อจิตเศร้าหมอง ทุกคติเป็นอันหวังได้ เมื่อจิตไม่เศร้าหมอง สุกคติเป็นอันหวังได้” จากหลักการนี้ อาจเกิดเหตุการณ์ในลักษณะที่ว่า นาย ก. ทำความดีมาเกือบจะทั้งชีวิต แต่ในขณะที่จิตสุดท้ายก่อนตาย(ชวนจิตดวงที่ ๑๓ หรือดวงที่ ๑๗)มีจิตเศร้าหมอง เมื่อนาย ก.ตายลงย่อมไปเกิดในทุคติ แทนที่จะไปในสุคติ

(๔) สุกติปรายณะ ให้ไปสู่สุคติโลกสวรรค์หลังตาย

(๕) นิพพานสุข ให้มีสุขอันเกิดจากนิพพานในภพที่อุปนิสัยขององค์ประกอบพร้อม เช่นภพพระพุทธรูปทรงรักษาพระพุทธรูปคัตติตติสสเถระ ภพที่ทรงรักษาพระเจ้าสุทโธทนะพุทธบิดา

๒. จุดมุ่งหมายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย มี ๔ ระดับ คือ

(๑) ให้มีโอกาสแสดงกตัญญูกตเวทิตาธรรม

(๒) ให้มีความเข้าใจโลกและชีวิตอันเนื่องมาจากการได้คลุกคลีอยู่กับความเจ็บป่วย มีจิตงอกงามพัฒนา

(๓) ให้ได้โอกาสทำบุญมีจิตอาสาที่ได้ดูแลผู้ป่วย

(๔) ให้มีการสร้างแบบอย่างดีงามแก่สังคมในเรื่องความเอื้อเพื่อเกื้อกูลกัน

สรุปว่า ความสุขดังกล่าวมานี้ เป็นความสุขที่เริ่มจากชั้นหยابไปหาชั้นที่ละเอียดและประณีต ซึ่งการสัมผัสกับความสุขเป็นมโนสัมผัสโดยตรง โดยมีร่างกายเป็นอุปกรณ์สำคัญในการปฏิบัติหรือพิจารณาบำเพ็ญให้เกิดขึ้น ในส่วนของกามสุขนั้น เป็นความสุขชั้นหยاب ความสุขจากการที่จิตใจได้รับการแสดงตามอารมณ์ที่ปรารถนาที่ต้องการ เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายบางคนก่อนตายอยากกินอาหารที่ตนอยากกินมานาน บางคนอยากเห็นหน้าลูกหลานก่อนตาย เป็นต้น พระพุทธศาสนาจึงถือว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสำคัญมากใน ๒ ระยะ คือ ระยะก่อนตาย (อาสันนกาล) และระยะขณะตาย (ปัจจาสนนกาล) โดยถือว่า ถ้าจิตใจของผู้ป่วยเศร้าหมอง หลงลืมสติ จะทำให้ไม่สามารถเผชิญหน้ากับความทุกข์ทรมานทางร่างกายได้ นอกจากนี้จิตใจจะหวาดหวั่นพรันพรึง วิดกกังวล ขาดสติ และกลัวตาย ทำให้ต้องตายอย่างทุกข์ทรมาน ขาดที่พึ่ง ไม่สงบ ผู้ที่ตายอย่างไม่สงบนั้นนอกจากจะต้องทุกข์ทรมานในขณะที่ตายแล้วพระพุทธศาสนายังถือว่า จะต้องไปทนทุกข์ทรมานหลังความตายในภพต่อๆ ไปอีกด้วย คือ ต้องไปทุกข์ทรมานในทุกดิภูมิ มีนรก เจริจจาน เปเรต และอสุรกายอย่างใดอย่างหนึ่งอย่างแน่นอน ดังพุทธภาษิตว่า “เมื่อจิตเศร้าหมอง ทุกคติก็เป็นอันหวังได้”^{๑๑๑} หลักการดูแลในระยะใกล้ตายและระยะจวนตายจึงมีความสำคัญอย่างมากสำคัญทั้งก่อนตายและหลังจากตายแล้ว หากกระยะใกล้ตายและจวนตายของผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีทั้งในด้านจิตใจและมีสติปัญญาในขณะที่ตาย นอกจากผู้ป่วยจักตายอย่างสงบแล้ว

^{๑๑๑} ม.ม. (ไทย) ๑๒/๗๐/๖๒.

ในปรภพเชื่อว่ายอมไปสู่ภพภูมิที่ดีอีกด้วย ดังพุทธภาษิตที่ว่า “เมื่อจิตไม่เศร้าหมอง สுகติก็เป็นอันหวังได้”^{๑๓๒} นั่นก็คือ ขณะตายมีจิตใจผ่องใส ย่อมตายอย่างสงบ ไม่หลงลืมสติ เมื่อนั้นเขายอมไปเกิดในภพภูมิที่ดีและมีความสุขด้วย ถึงแม้จะเป็นเพียงความสุข ที่จะนำไปสู่สวรรค์ชั้นกามภูมิก็ตาม

ส่วนฉนสุขเป็นความสุขที่ไม่ต้องอาศัยวัตถุใดๆ เป็นผลมาจากการปฏิบัติสมาธิจนสำเร็จ ฉนสมาบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายที่สำเร็จฉนสมาบัติขึ้นได้ขึ้นหนึ่งหากต้องเผชิญกับทุกขเวทนาอย่างหนักสามารถใช้ความสุขจากการเข้าฉนสมาบัติข่มความเจ็บปวดต่างๆ ได้ และเมื่อต้องตายไปย่อมมีสุคติภูมิเป็นเบื้องหน้าเสมอ ได้แก่ ภพภูมิแห่งพรหมชั้นต่างๆ เป็นต้น

ส่วนนิพพานสุขเป็นความสุขจากการเป็นอิสระจากกิเลสทั้งปวง ไม่สามารถมีสิ่งใดมาทำให้ท่านเป็นทุกข์ได้อีกต่อไป แม้ในระยะใกล้ตายกายของท่านจะเป็นทุกข์เพียงใดก็ตาม ความทุกข์เหล่านี้ก็จะไม่สามารถกล่าวจิตใจท่านได้ เป็นความสุขที่เกิดจากการปฏิบัติวิปัสสนาภาวนาหรือวิปัสสนากรรมฐานจนบรรลุโลกุตตรธรรม คือ มรรค ผล และนิพพาน เฉพาะพระโสดาบัน พระสกทาคามี และพระอนาคามียังคงมีภพต่อไป ส่วนพระอรหันต์นั้นภพต่อไปไม่มีอีก

ดังนั้น จะเห็นว่าจุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเมตตากรุณาในทางพระพุทธศาสนานั้นครอบคลุมจุดหมายทั้งในระดับ โลกิยะและระดับ โลกุตตระ ตั้งแต่ระดับที่หยাবไปจนถึงระดับที่ละเอียดสูงขึ้น จนถึงสูงสุด คือ พระนิพพานสิ้นภพชาติต่อไป

๓.๖ สรุป

๓.๖.๑ นิยามและความหมาย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายคือ บุคคลที่ถูกครอบงำ ย่ำยี ท่วมทับอย่างหนักโดยโรค (หรือความเจ็บป่วย) ทางกายมีผลทำให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์อย่างหนักทั้งร่างกายและจิตใจ โดยที่โรค (หรือความเจ็บป่วย) ดังกล่าวนี้อาจต้องอยู่ในสภาวะที่หนัก หรือรุนแรง ซึ่งในทางการแพทย์เรียกว่า “ระยะลุกลาม” หรือ “เรื้อรัง” หรือ “ระยะวิกฤติ” มีลักษณะสำคัญคือ มีผลต่อระบบร่างกายหลายอย่าง รักษาไม่ได้ มีอาการเจ็บปวด อยู่ในภาวะถูกภัยคือมรณะคุกคาม อยู่ในมรณาสันกาล(ใกล้ถึงแก่ความตาย) โดยปรมาตม์ หมายถึงช่วงเวลาใกล้ตายหรือในช่วงแห่งวิถีจิตใกล้ตายไม่เกิน ๑ ถึง ๒ ชั่วโมงก่อนตาย(อาสันนกาล)และช่วงเวลาจะตายหรือในช่วง แห่งวิถีจิตใกล้จะสิ้น ไปไม่ถึง ๒๐ วินาทีก่อนจุติจิตเกิดขึ้น

^{๑๓๒} ม.ม. (ไทย) ๑๒/๗๐/๖๓.

๓.๖.๒ ลักษณะอาการทางกายและทางใจ

ลักษณะอาการทางกายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายคือ มีความเจ็บปวดเรื้อรังเกิดทุกขเวทนาอย่างสาหัส กระเสือกกระสนทุรนทุราย ถึงขั้นอวัยวะเป็นเจ้าการไม่ทำหน้าที่ตามปกติ เปรียบเหมือนฝูงปลาที่กระเสือกกระสนทุรนทุรายในบ่อที่มีน้ำน้อย เป็นพยาธิทุกข์ ส่วนลักษณะอาการทางจิต คือ มีความไม่สบายใจ ท้อแท้หดหู่ เชื่องซึมเหงาหงอยเบื่อหน่าย คับแค้นสิ้นหวัง เสรีาเสียดใจ ตรอมใจ หมดกำลังใจ จิตจะนึกคิดเรื่องต่างๆตามอำนาจของกรรมที่ได้กระทำไว้ เป็นมโนภาพปรากฏแก่ผู้ป่วย เช่น นึกถึงกรรมที่ตนทำไว้ส่วนมากเป็นกรรมหนัก(ครุกรรม) นึกถึงภพภูมิที่จะไปเกิดหลังตาย หรือเห็นสภาพแวดล้อมของภพภูมิที่จะไปเกิดหลังตาย(ยกเว้นผู้ที่จะไปเกิดในพรหมโลก) เช่น ถ้าจะไปเกิดมนุษย์ก็จะปรากฏให้เห็นภาพท้องมารดา ถ้าจะไปเกิดในนรกก็จะเห็นเครื่องประหาร

๓.๖.๓ แนวคิดในการดูแล

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย คือ แพทย์ พยาบาล และญาติซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต้องมีพรหมวิหารธรรมคือเมตตา กรุณา ควรวางตนอยู่ในฐานะกัลยาณมิตรกล่าวคือ มีกัลยาณมิตรธรรม ๗ คือน่ารัก น่าเคารพ น่านับถือยกย่อง รู้จักพูดให้กำลังใจ อดทนฟังคำระบายความรู้สึกรู้ใจของผู้ป่วยได้ อธิบายเรื่องให้ผู้ป่วยอยากฟัง ให้เข้าใจได้ ให้คำแนะนำที่ดีแก่ผู้ป่วยตลอดเวลา มุ่งให้เกิดการพัฒนาศักยภาพมนุษย์จนถึงวินาทีสุดท้ายแห่งชีวิตในมิติด้านศีล สมาธิ และปัญญา ตัวอย่างที่มีพัฒนาการด้านปัญญา เข้าใจโลกและชีวิต รู้เท่าทันชีวิตและความตาย มีศรัทธายึดมั่นพระรัตนตรัย คุณงามความดี มีจิตใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมองเห็นความจริงของชีวิต พิจารณาความเป็นจริงของชีวิตคือความตายและ สามารถเผชิญความกับตายอย่างมีสติ ไม่หลงตาย เมื่อตายแล้วจะได้ไปสู่สุคติ

๓.๖.๔ วิธีการในการดูแล

วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย คือ ดูแลทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย เช่นกรณีทรงรักษาพระปฐิตตตติสเถระที่ป่วยเป็นโรคกายเน่าเปื่อย และกรณีที่ทรงรักษาพระเจ้าสุทโธทนะพุทธบิดาที่ทรงใช้ร่างกายของพระองค์เองเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งให้ผลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และกรณีรับสั่งให้พระอานนท์ไปดูแลรักษาพระกิริมานนท์ซึ่งเป็นการดูแลรักษาทางจิตใจแต่ให้ผลทางกายด้วย ใช้เมตตา กรุณาเป็นฐานเพื่อดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุม ๔ มิติ คือ (๑) มิติทางกาย (๒) มิติทางสังคม (๓) มิติทางจิตใจ (๔) มิติทางปัญญา ให้เกิดความรู้เข้าใจโลกและชีวิต รู้เท่าทันว่าทุกอย่างเกิดขึ้น ผู้ดูแลมีคุณสมบัติเหมาะสม เช่น สามารถจัดยาได้ ทราบสิ่งที่เป็นสัพยาและสิ่งที่ไม่เป็นสัพยาต่อผู้ป่วย มีจิตเมตตาพยาบาล ไม่เห็นแก่อามิสพยาบาล

๓.๖.๕ จุดมุ่งหมายในการดูแล

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายก็ มุ่งให้เกิดการตายอย่างมีสติ ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องวางจุดหมายให้ผู้ป่วยรู้ความจริงตามโอวาทสุดท้าย(ปัจฉิมวาจา)ของพระพุทธเจ้าที่ว่า “สังขารทั้งหลายมีความเสื่อมไปเป็นธรรมดา เธอทั้งหลายจงทำหน้าที่ให้สำเร็จด้วยความไม่ประมาทเถิด” มุ่งที่จะให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ต่อไปได้นาน นั่นคือให้ตายตามกาลเวลา(กาลมรณะ) ที่สำคัญคือ ต้องวางจุดมุ่งหมายสำหรับผู้ป่วย มี ๕ ระดับคือ (๑) ให้เกิดสุขทางกาย (๒) ให้เกิดสุขทางใจ (๓) ให้จิตผ่องใส (๔) เอื้ออำนวยให้ไปสู่สุคติหลังตาย (๕) ประารถนาให้มีสุขอันเกิดจากนิพพาน ส่วนผู้ดูแลเองก็ให้มีความงอกงามด้วยปัญญา มีความเข้าใจธรรมชาติของโลกและชีวิต อันเป็นผลมาจากการที่ได้คลุกคลีอยู่กับบุคคลผู้อยู่ในภาวะเจ็บป่วย สังสมทำบุญมีจิตอาสาที่ได้ดูแลผู้ป่วย สร้างแบบอย่างดีงามแก่สังคมในเรื่องความเอื้อเพื่อเกื้อกูลกัน

บทที่ ๔

แนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในสังคมไทยปัจจุบัน

แนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในสังคมไทยปัจจุบัน เป็นแนวคิดที่ผสมผสานหลักวิธีการต่างๆ เข้าด้วยกัน โดยเฉพาะหลักและวิธีการที่สำคัญ ๒ ประการ คือ (๑) หลักการแพทย์แผนปัจจุบันแบบตะวันตก (๒) หลักการทางพระพุทธศาสนาเถรวาท จึงอาจกล่าวได้ว่า หลักการที่ผ่านการบูรณาการทั้ง ๒ แนวคิดดังกล่าวเป็นพื้นฐานของแนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในสังคมไทยปัจจุบัน โดยผ่านผลงานวิจัย ข้อเขียน และหนังสือต่างๆ ของนักวิชาการทางการแพทย์แบบองค์รวมในปัจจุบัน หรือนักวิชาการทางการแพทย์แบบพุทธ ซึ่งในที่นี้จะได้ประมวลหลักแนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในสังคมไทยปัจจุบันได้ดังนี้

๔.๑ นิยามและความหมาย “ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย” ในสังคมไทยปัจจุบัน

การหาคำนิยามของคำว่า “ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย” นั้น ที่พูดถึงกันโดยทั่วไป บางคนบอกว่า ระยะใกล้ตาย คือ ระยะเวลา ๖ เดือนสุดท้ายของผู้ป่วย บางคนก็อาจถือว่า ๓ เดือนสุดท้ายของชีวิตก็ถือว่าใกล้ตายได้ ในขณะที่เดียวกัน บางคนถือว่า ๒-๓ นาทีสุดท้ายของชีวิตเป็นระยะสุดท้ายใกล้ตายเช่นเดียวกัน เพราะฉะนั้นจึงถือว่าขึ้นอยู่กับผู้ที่ทำวิจัย หรือผู้ทำการศึกษาในเรื่องนี้ ต้องการจำกัดคำว่า “ใกล้ตาย” ให้อยู่ในขอบเขตมากน้อยแค่ไหน นอกจากนี้คำนิยามของ “ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย” ในสังคมไทยปัจจุบัน ได้มีองค์กร หน่วยงาน ตลอดจนกฎหมายที่เกี่ยวข้องได้ให้คำนิยามไว้ในลักษณะที่ใกล้เคียงกัน ดังนี้

แพทยสภาได้ให้คำนิยามความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ว่า “ผู้ป่วยระยะสุดท้าย” คือ ผู้ป่วยที่แพทย์ทราบแน่ชัดว่า การรักษาที่ผู้ป่วยกำลังได้รับในขณะนั้น หรือที่จะได้รับต่อไป ไม่สามารถทำให้ชีวิตรอดอยู่ได้นานพอในระดับที่จะดำรงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ได้^๑

^๑ สัมภาษณ์ นายแพทย์สันต์ หัตถิรัตน์ เมื่อวันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๕๓ ณ ห้องประชุมสำนักงานส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพ ชั้น ๓ อาคารกองวิศวกรรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

^๒ ทศนิษฐ์ ทองประทีป, พยาบาล : เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Nurse: Being with the Dying), พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๒), หน้า ๖-๗.

กฎกระทรวงตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยเฉพาะในข้อ ๒ แห่งกฎกระทรวงนี้ ได้ให้นิยามความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ว่า “ผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ป่วยอันเกิดจากความบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่ความตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึง และให้ความหมายรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรม การตอบสนองใดๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น”

หนังสือแสดงเจตนาธรรมณ์ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๒ ได้แสดงตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาธรรมณ์ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (แบบที่ ๑) ซึ่งมีรายละเอียดแสดงถึงสภาวะที่ถือได้ว่าเป็นวาระสุดท้ายในชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งจะมีสภาวะใดสภาวะหนึ่ง หรือหลายๆ สภาวะดังนี้ คือ (๑) ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวอย่างถาวร หมายความว่า ผู้ป่วยไม่อาจรู้ได้ว่ารอบตัวเองมีใครหรือสิ่งใดอยู่เลย และมีโอกาสน้อยมากที่จะกลับฟื้นคืนมาจากการสลบนั้น (๒) ผู้ป่วยมีอาการสับสนอย่างถาวร หมายความว่า ผู้ป่วยไม่อาจจดจำ เข้าใจ หรือตัดสินใจเรื่องใดๆ ได้ ไม่อาจจำคนที่รัก หรือไม่สามารถสนทนากับเขาได้อย่างแจ่มแจ้ง (๓) ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้อย่างอิสระ ซึ่งได้แก่ ไม่อาจพูดได้ยาวๆ อย่างชัดเจน หรือเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ ต้องให้ผู้อื่นช่วยทำสิ่งต่อไปนี้ให้ คือ ป้อนอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว เดินไม่ได้เอง การฟื้นฟูสภาพหรือการรักษาที่ช่วยฟื้นฟูใดๆ จะไม่ทำให้อาการดังกล่าวกระตือรือร้น (๔) ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสุดท้ายของการเจ็บป่วย หมายความว่า อาการของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่มาถึงวาระสุดท้ายแล้ว แม้ได้รับการรักษาเต็มที่แล้วก็ตาม เช่น มะเร็งได้แพร่กระจายไปทั่วโดยไม่สนองต่อการรักษาใดๆ ต่อไปอีก หัวใจและปอดได้รับความเสียหายหรือถูกทำลายเรื้อรัง จนกระทั่งมีความรู้สึกว่าขาดอากาศอยู่ตลอดเวลา^๕

รศ.ดร.อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ ให้คำนิยามความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ว่า “ผู้ป่วยระยะสุดท้าย” คือ ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงต่าง ๆ บ่งชี้ให้เห็นชัดว่า จะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน เช่น

^๕ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข : กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, (นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ม.ป.ป.), หน้า ๘-๙.

^๕ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), ความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต (Living Will) : หนังสือแสดงเจตนาธรรมณ์ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๒, (นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ม.ป.ป.), หน้า ๑๐-๑๑.

มะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะสำคัญต่างๆ เป็นผู้ป่วยที่เจ็บหนัก มีอาการรุนแรง อวัยวะที่จำเป็นแก่การดำรงชีพทำงานไม่ได้ตามปกติ แพทย์บอกว่าหมดหวังในการรักษาอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค^๕

แพทย์หญิงวันดี โภคะกุล ให้คำนิยามความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ว่า “ผู้ป่วยระยะสุดท้าย” คือ ผู้ป่วยที่หมดหวังจะหายจากโรค เป็นความเจ็บป่วยที่ไม่มีทางรักษาให้หายได้ด้วยวิธีการใดๆ อาการจะทรุดลงเรื่อยๆ และเสียชีวิตในที่สุด เช่น ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย ภาวะหัวใจล้มเหลว มะเร็งระยะสุดท้าย เป็นต้น^๖

ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส ให้คำนิยามความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในลักษณะของผู้ป่วยอาการหนักไว้ว่า “ผู้ป่วยอาการหนักในทางการแพทย์ หมายถึง ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพ ซึ่งอวัยวะที่จำเป็นแก่การดำรงชีพกำลังถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลาง (สมองและไขสันหลังส่วนต้น) ระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจมีปัญหา ผู้ป่วยประเภทนี้จึงอยู่ในฐานะช่วยเหลือตนเองมิได้ เรียกว่า “ผู้ป่วยเอ็นอาร์” (do not resuscitate or no resuscitation หรือ NR.) คือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งไม่อาจรักษาให้หายได้ คำสั่ง NR. จึงมีความหมายว่า “ไม่ต้องช่วยฟื้นชีวิต” ซึ่งคำสั่งที่ไม่ต้องช่วยฟื้นชีวิตนี้เป็นเพียงการบอกกล่าวว่าจะไม่ต้องใช้เครื่องมือจากเทคโนโลยีสมัยใหม่มาช่วยเท่านั้น แต่การดูแลรักษาพยาบาลโดยทั่วไปยังคงต้องมีอยู่ กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ no resuscitation มิได้หมายความว่า no treatment ดังนั้น หน้าที่ตามกฎหมายที่จะต้องดูแลรักษาและป้องกันมิให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยจึงยังคงต้องมีอยู่”

นายแพทย์สันต์ หัตถิรัตน์ ให้คำนิยามความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในลักษณะของผู้ป่วยที่หมดหวังไว้ว่า “ผู้ป่วยที่หมดหวัง” คือ ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางกายและ/หรือทางใจ ที่ไม่มีโอกาสจะฟื้นทุกซ์ทรมาณ และไม่สามารถใช้เวลาที่เหลือในชีวิตของตนให้เป็นประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้ ตามคำจำกัดความหรือคำนิยามข้างต้น แม้จะไม่ได้กล่าวถึงการรักษาพยาบาล แต่โดยความหมายแล้ว คำว่า “ไม่มีโอกาส” ย่อมหมายความว่าไม่สามารถรักษาพยาบาลให้ดีขึ้นได้ หรือรอดได้นั่นเอง เพราะถ้ารักษาพยาบาลได้ก็ต้องหมายความว่า ยังมีโอกาสอย่างแน่นอน เพื่อให้คำ

^๕ อภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, “เรียนรู้จากสถานการณ์จริง : การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ตายอย่างสงบ”, ใน รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : กองการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๔๘), หน้า ๘๕.

^๖ วันดี โภคะกุล, “ภาวะสุดท้ายของชีวิต”, ใน คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายสำหรับประชาชน, (กรุงเทพมหานคร : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.), หน้า ๑๑.

^๗ แสวง บุญเฉลิมวิภาส, กฎหมายและข้อควรระวังของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ พยาบาล, พิมพ์ครั้งที่ ๔ แก้ไขเพิ่มเติม, (กรุงเทพมหานคร : วิญญูชน, ๒๕๕๑), หน้า ๑๐๕-๑๑๐.

จำกัดความข้างต้นเป็นที่เข้าใจในรายละเอียดมากขึ้น ขออธิบายลักษณะต่าง ๆ ของ “ผู้ป่วยที่หมดหวัง” ดังนี้

(๑) เป็นผู้ป่วย หมายความว่า ต้องเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายไข้เจ็บและต้องมาขอรับการรักษาด้วยความสมัครใจ (ในกรณีที่ไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกตัวหรือไม่อยู่ในสภาพที่จะมาขอรับการรักษาด้วยความสมัครใจของตนได้ เช่น เด็กที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ บุคคลปัญญาอ่อน หรือเลอะเลือน สับสน ตัดสินใจเองไม่ได้ ก็ต้องให้พ่อแม่ สามีภรรยา หรือลูก ซึ่งเป็นญาติสายตรง หรือผู้พิทักษ์โดยชอบธรรมอยู่ในที่นั้นที่จะให้คำอนุญาต แพทย์และพยาบาลหรือแม้แต่บุคคลอื่นยอมจะต้องให้การปฐมพยาบาล หรือการรักษาพยาบาลไปก่อน เพื่อพยายามช่วยชีวิตไว้ก่อน)

ในกรณีที่ผู้ป่วยสั่งการไว้ล่วงหน้าว่าไม่ต้องการการตรวจรักษาและญาติก็ไม่ต้องการเช่นเดียวกัน แพทย์และพยาบาลจะไปยึดยุดคุดตัวให้มารับการตรวจรักษาไม่ได้ ดังเช่นกรณีท่านพุทธทาสที่ถูกยึดยุดคุดคร่าไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลโดยที่ท่านไม่ประสงค์เช่นนั้น เป็นต้น ที่ยิ่งร้ายกว่านั้น คือการไปชักชวนหรือหลอกลวงให้ผู้ป่วยมารับการรักษากับตน โดยให้ความหวังที่ไม่อาจจะเป็นจริงได้ เพื่อต้องการชื่อเสียง หรือค่าตรวจรักษา เป็นต้น

(๒) ป่วยด้วยโรคทางกาย และ/หรือทางใจ นั่นคือไม่นับโรคทางวิญญาณ (spiritual illness) หมายถึงโรคที่เกี่ยวกับความเชื่อถือหรือกิเลสตัณหาต่างๆ เช่น ในบางศาสนาจะถือว่า ผู้ที่ไม่เชื่อถือใน “พระเจ้าเป็นเจ้า” เป็นผู้ป่วย เป็นต้น ดังนั้น แม้บุคคลใดจะเชื่อถือภูตผีปีศาจ หรือกลัวผี กลัวงู หรืออื่นๆ จะไปถือว่าบุคคลนั้นวิกลจริต หรือเป็นโรคจิต (โรคทางจิตใจ) ไม่ได้ นอกจากว่าเขาจะมีอาการและอาการแสดงของโรคจิต เช่น เสียสติ เลอะเลือน กลัวจนเกินเหตุ เห็นภาพหลอน ได้ยินเสียงทั้งที่ไม่มีเสียงนั้น ไม่ช่วยตนเองทั้งที่น้ำจะช่วยตนเองได้ เพื่อฝันจนไม่มีอยู่ในโลกแห่งความจริง เป็นต้น คนโง่ หรือคนปัญญาอ่อน ไม่ถือว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิต นอกจากจะมีอาการและอาการแสดงที่แปลกหรือเพี้ยนไปจากภาวะปกติของเขา และเข้าได้กับอาการและอาการแสดงของโรค ส่วนโรคทางกาย ส่วนใหญ่ก็เข้าใจกันคืออยู่แล้ว เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ตับ ไต สมอง หรืออื่นๆ โรคติดเชื้อ โรคจากการเสื่อมสภาพ มะเร็ง เป็นต้น

(๓) ไม่มีโอกาส หมายความว่า ไม่มีทางที่จะรักษาพยาบาลให้ดีขึ้นในสภาวะการณ์ของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมในขณะนั้น เช่น ในสนามรบ มีทหารบาดเจ็บสาหัสเป็นจำนวนมาก ขณะที่ยาและเวชภัณฑ์มีจำกัด จึงจำเป็นต้องนำยาและเวชภัณฑ์ที่มีอยู่อย่างจำกัดนั้น ไปใช้ให้แก่ผู้ที่คิดว่าน่าจะรอดได้ก่อน ถ้ามีผู้ที่เจ็บหนักและต้องให้ยาและเวชภัณฑ์ที่มีอยู่ทั้งหมดเพื่อช่วยให้รอดได้เพียงคนเดียว ขณะที่ยาและเวชภัณฑ์ที่มีอยู่เหล่านั้นอาจช่วยชีวิตคนอื่นๆ ได้อีกหลายๆ คน ผู้ที่ทำการรักษาพยาบาลจึงต้องตัดสินใจให้ยาและเวชภัณฑ์เหล่านั้นสำหรับคนอื่นๆ ที่เจ็บน้อยกว่าและมีโอกาสที่จะรอดได้มากกว่า และจำเป็นต้องปล่อยให้ผู้ที่เจ็บหนักมากกว่าคนอื่นเป็น “ผู้ป่วยที่หมดหวัง”

หวัง” และจากไปตามธรรมชาติ ในชนบทห่างไกลไม่มีแพทย์ พยาบาล และสถานพยาบาลใดๆ อีกทั้งไม่มียานพาหนะที่จะพาผู้ป่วยที่เจ็บหนักไปส่งโรงพยาบาลในเมืองได้ในสภาวะการณ์เช่นนั้น ผู้ป่วยที่เจ็บหนักและน่าจะรอดชีวิตได้ถ้าญาตินำส่งโรงพยาบาลได้ทัน ย่อมจะตกอยู่ในสภาพ “ผู้ป่วยที่หมดหวัง” เช่นเดียวกัน เป็นต้น คำว่า “ไม่มีโอกาส” หรือ “หมดหวัง” ในที่นี้จึงหมายความว่า ไม่มีโอกาสหรือหมดหวังที่จะได้รับการรักษาพยาบาลให้ดีขึ้น เป็นสำคัญไม่ได้หมายความว่า ไม่มีโอกาส หรือหมดหวังในทางจิตวิญญาณหรือในทางนามธรรมแต่อย่างใด นั่นคือ ผู้ป่วยที่ไม่มีโอกาสหรือหมดหวังที่จะได้รับการรักษาพยาบาลให้ดีขึ้น ย่อมมีโอกาสหรือมีหวังที่จะหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานต่างๆ ได้ ถ้าสามารถสำรวจจิตใจและตั้งจิตมั่นถึงคุณค่าทางนามธรรมและความดีงามต่างๆ ซึ่งอาจจะต้องการพระ นักบวช หรือผู้ทรงคุณมาให้คำแนะนำและให้กำลังใจ จนจิตใจสงบ เป็นสมาธิจิตที่จะผ่อนคลายความทุกข์ทรมานลงและทำให้อาการดีขึ้น หรือสามารถจากไปโดยสงบได้

(๔) ได้รับความทุกข์ทรมาน ไม่ว่าจะความทุกข์ทรมานนั้นจะสืบเนื่องมาจากโรคที่เป็นอยู่ หรือจากการตรวจรักษาความทุกข์ทรมานที่กล่าวมานี้ไม่จำกัดอยู่แต่เรื่องความเจ็บปวดและอาการไม่สบายที่สืบเนื่องมาจากโรคที่เป็นอยู่เท่านั้น แต่รวมถึงความทุกข์ทรมานอื่นๆ ด้วย เช่น การช่วยตนเองไม่ได้ (เป็นอัมพาต พูดไม่ได้ เขียนไม่ได้ สื่อสารให้คนอื่นทราบความต้องการของตนเองไม่ได้ เป็นต้น) การถูกทอดทิ้งโดยญาติมิตร ภาระหนี้สินที่พอกพูนขึ้นจากการเจ็บป่วยและค่าตรวจรักษา ความผิดหวังซ้ำแล้วซ้ำเล่าจากการตรวจรักษาที่ไม่ได้ผล เป็นต้น

“ผู้ป่วยที่หมดหวัง” ที่ยังแสดงปฏิกิริยาต่างๆ รวมทั้งการออกเสียงได้จะส่งเสียง หรือแสดงปฏิกิริยาให้ทราบถึงความทุกข์ทรมานของตนได้ แต่ผู้ป่วยที่แสดงปฏิกิริยาต่างๆ ไม่ได้เลย (เช่น หมดสติโดยสมบูรณ์) จะไม่สามารถแสดงความทุกข์ทรมานของตนได้เลย แต่ญาติมักจะรู้ได้ถ้าได้ดูแลใกล้ชิด โดยเฉพาะเมื่อนึกว่า ถ้าตนอยู่ในสภาพของผู้ป่วยแล้วตนจะรู้สึกอย่างไร ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมักจะทำให้ญาติและผู้ที่อยู่ใกล้ และในบางครั้งสังคมของผู้ป่วยต้องได้รับความทุกข์ทรมานด้วย ที่มักจะมองข้ามกันไป คือ ความทุกข์ทรมานที่ได้รับจากการทอดทิ้งของญาติมิตร ความทุกข์ทรมานจากภาระหนี้สินที่พอกพูนขึ้นจากการเจ็บป่วย และค่าตรวจรักษา ความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความผิดหวังซ้ำแล้วซ้ำเล่าจากการตรวจรักษาที่ไม่ได้ผล และอื่นๆ

(๕) ไม่สามารถใช้เวลาที่เหลือในชีวิตของตนให้เป็นประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้ ในส่วนที่เป็นประโยชน์แก่ตนเอง เช่น กินได้ นอนได้ ถ่ายได้ ทำอะไรต่างๆ ได้ อยากรจะทำ มีความสุขสบายตามสมควรแก่อวัยวะ เป็นต้น และประโยชน์แก่ผู้อื่น เช่น ไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่นและสังคม สามารถทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัว (เช่น หารายได้ให้ครอบครัว แม้แต่เงินบำนาญก็ถือเป็นรายได้เช่นกัน อยู่เป็นมิ่งขวัญของครอบครัว แม้จะทำอะไรไม่ได้เลย เป็นต้น) แต่

ประโยชน์ที่กล่าวถึงข้างต้น ต้องไม่ใช่ประโยชน์ของคนแต่ฝ่ายเดียว เช่น การเรียกร้องให้แพทย์ พยาบาล หรือญาติมิตรมาเฝ้าดูแลตนเป็นพิเศษ ทั้งที่เขาเหล่านั้นไม่รู้ว่าจะทำให้ตนดีขึ้นได้อย่างไร และเขาเหล่านั้นมีภารกิจอื่นที่จะต้องกระทำด้วย การเรียกร้องจะเอาโน่นเอานี้ทั้งที่รู้ว่าใน สภาวะการณ์เช่นนั้น มันเป็นไปได้หรือไม่หรือเป็นไปได้ยาก เป็นต้น และก็ไม่ใช่ประโยชน์แก่ผู้อื่นแต่ ฝ่ายเดียว เช่น การที่ญาติต้องการให้ยืดยืดชีวิต (ยืดการตาย) ของผู้ป่วยออกไปให้นานที่สุดเท่าที่จะนาน ได้เพื่อความสบายใจของญาติ หรือประโยชน์ของผู้อื่น โดยที่ผู้ป่วยต้องแบกรับความทุกข์ทรมาน ต่างๆ เช่น การถูกเจาะเลือด การใส่ท่อช่วยหายใจ การเจาะคอ การใส่สายต่างๆ ไว้ในร่างกาย เป็นต้น ดังนั้น ประโยชน์ที่เกิดขึ้น จะต้องเป็นประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยและต่อผู้อื่นด้วย การใช้ข้อความว่า “เวลาที่เหลือในชีวิตของคุณ” แทนการใช้ข้อความว่า “ชีวิตของคุณ” เพราะผู้ป่วยในภาวะที่หมดหวัง ยังสามารถใช้ชีวิตของตนให้เป็นประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้ เช่น การทำบุญให้แก่ตนเองด้วยการอุทิศดวงตา ร่างกาย หรืออวัยวะต่างๆ ของตนให้เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่น เป็นต้น ดังนั้น “ผู้ป่วยที่หมดหวัง” จึงไม่สามารถใช้เวลาที่เหลือในชีวิตของตนให้เป็นประโยชน์แก่ตนเองและแก่ผู้อื่น แต่ยังสามารถใช้ชีวิตของตนให้เป็นประโยชน์แก่ตนเองและแก่ผู้อื่น^๕

บ๊ว คลใจ กลุ่มอาการเพื่อนมะเร็ง ได้ให้คำนิยามความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน มุมมองของตนเองไว้ว่า “ผู้ป่วยระยะสุดท้าย” หมายถึง (๑) ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยด้วยผลพิสูจน์ทาง การแพทย์แผนปัจจุบันแล้วว่าอยู่ในขั้นสุดท้าย (๒) ผู้ป่วยที่รอคิวการผ่าตัด ฉายแสง หรือให้เคมี บำบัด หรือที่ไปไม่ถึงแพทย์ (๓) ผู้ป่วยและญาติที่เกิดความท้อแท้สิ้นหวังในจิตใจ แม้ว่าจะเป็นโรค แค้ขั้นต้นๆ ก็ตาม (๔) ผู้ป่วยและญาติที่เกิดความท้อแท้สิ้นหวังถึงขั้นคิดอยากจะทำตัวตาย^๕

จากความหมายข้างต้น จะเห็นได้ว่า “ผู้ป่วยระยะสุดท้าย” นั้น หากพิจารณาในแง่ ระยะเวลาที่มีชีวิตอยู่ คือ ผู้ป่วยที่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ได้ตรวจวินิจฉัยด้วยผลพิสูจน์ ทางการแพทย์แผนปัจจุบันแล้วว่าอยู่ในขั้นสุดท้าย ที่จะสามารถมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่เกิน ๖ เดือน แต่ หากพิจารณาในแง่อาการของโรค คือ ผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในอาการระยะสุดท้ายของโรคนั้นๆ ได้แก่ ไม่มีโอกาสที่จะรักษาให้หายได้ ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรค และไม่สามารถใช้เวลาที่เหลือในชีวิต ของตนให้เป็นประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้ ช่วยตัวเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย นอนอยู่บนเตียง หรือเก้าอี้ตลอดเวลา เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้ตามการพยากรณ์ช่วงเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย

^๕ สันต์ หัตถิรัตน์, สิทธิที่จะอยู่หรือตายและการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง, พิมพ์ครั้งที่ ๓ แก้ไขปรับปรุง, (กรุงเทพมหานคร : หมอชาวบ้าน, ๒๕๔๓), หน้า ๒-๖.

^๕ บ๊ว คลใจ, “๓ ปีแห่งการเรียนรู้และเพิ่งเริ่มค้นหาคำความจริงในชีวิต”, ใน รวบรวมองค์ความรู้การดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : กองการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๔๕), หน้า ๑๒๖-๑๒๗.

โรคมะเร็งระยะสุดท้ายตาม ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่อยู่ในระดับช่วยตัวเองได้น้อยมักจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน ๖ เดือน และผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เปลี่ยนจากช่วยตัวเองได้น้อยไปสู่ระดับการช่วยตัวเองไม่ได้เลยหรือได้แต่นั่งหรือนอนอยู่กับเตียงตลอดเวลาไม่สามารถใช้ชีวิตของคนให้เป็นประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นๆ ได้ มักจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน ๓ เดือน^{๑๑} และที่สำคัญผลของอาการทางกายต่างๆ เหล่านี้ย่อมมีผลกระทบต่ออาการทางใจ ที่ถือว่าเป็นอาการระยะสุดท้าย ได้แก่ ท้อแท้ ลึนหวัง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ วิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น และรวมทั้งผู้ป่วยที่มีอาการทางกายในระยะเริ่มต้นหรือไม่รุนแรง แต่ท้อแท้ ลึนหวัง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ก็ถือว่าเป็นอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเช่นเดียวกัน จะเห็นว่าความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสังคมไทยไม่แตกต่างไปจากความหมายในทางการแพทย์แผนปัจจุบันแบบตะวันตก ในขณะที่เดียวกันก็ใช้ข้อมูลในทางการแพทย์แผนปัจจุบันมาประกอบในการพิจารณาอีกด้วย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ว่าในแนวคิดใดล้วนมีความหมายสอดคล้องกัน

๔.๒ ลักษณะอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในสังคมไทยปัจจุบัน

ลักษณะหรืออาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในสังคมไทย จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายได้บอกเล่าลักษณะจำเพาะหรืออาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ตลอดจนหนังสือ สิ่งพิมพ์ และเอกสารงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สามารถแบ่งอาการระยะสุดท้ายที่สำคัญออกเป็น ๒ ด้าน คือ (๑) ภาวะอาการทางกาย และ (๒) ภาวะอาการทางจิตใจ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

๔.๒.๑ อาการทางกาย

ภาวะอาการทางกายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ประสบนั้น จะมีลักษณะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับอาการใกล้ตายของแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับโรค และอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้น เพราะฉะนั้นอาการใกล้ตายของแต่ละคนจึงไม่เหมือนกัน พวกที่เป็นอย่างกะทันหัน เช่น เส้นเลือดในสมองแตก จะมีอาการ โคม่า ไม่รู้เรื่องอะไร และผ่านไปอย่างสงบ แต่เขาอาจจะมีอาการชักโดยที่เขาไม่รู้สึกรู้ตัว และหมดสติ แต่ถ้าพวกที่เกี่ยวกับหัวใจ จะมีอาการเจ็บหัวใจ หอบเหนื่อย มีอาการเวียนศีรษะ เป็นลมหน้ามืด แต่ถ้าเป็นกลุ่มพวกโรคเรื้อรังที่จะถึงวาระสุดท้ายจะมีอาการมากมาย^{๑๒} อย่างในกรณีที่เป็นเกี่ยวกับโรคช่องท้องเกิดกระสับกระส่าย หรืออึด

^{๑๑} สันต์ หัตถิรัตน์, การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี, (กรุงเทพมหานคร : หมอชาวบ้าน, ๒๕๕๒), หน้า ๔๘.

^{๑๒} สัมภาษณ์ นายแพทย์สันต์ หัตถิรัตน์ เมื่อวันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๕๓ ณ ห้องประชุมสำนักงานส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพ ชั้น ๓ อาคารกองวิศวกรรมกรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

อัด กิณไม่ได้ แน่นท้อง ท้องอืด ท้องโต เขาก็จะกระสับกระส่าย ก็ต้องมีการเจาะน้ำในปอดออกบ้าง เจาะน้ำในท้องออกบ้าง ให้อาลดความกังวลบ้าง เพื่อบรรเทาอาการที่ต้องทุกข์ทรมานทรมาณ^{๑๒} กรณีมะเร็งตับระยะสุดท้าย จะมีอาการตัวพอม ท้องโต ซึ่งเกิดจากที่เป็นมะเร็ง หรือบางคนจะมี อาการแข็ง เนื้อตัวแห้งไป ทานไม่ได้ ถ่ายไม่ได้ หากทานเข้าไปจะเกิดท้องป่อง ก็ต้องไปดูดออก แต่ เนื้อตัวจะลึบหมด^{๑๓} หรือหากเป็นก้อนมะเร็ง จะเจ็บปวดที่ก้อนมะเร็งนั้นอย่างรุนแรง^{๑๔} และบางคน จะมีอาการหายใจเร็วและแรง เหงื่อออกเหมือนเหนื่อหอบตลอดเวลา^{๑๕} ส่วนบางรายมีอาการ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง และไม่รู้สึกร่างกาย ส่วนในรายที่มีอาการรู้ตัว จะมีอาการเจ็บปวดตั้งแต่ระดับ ธรรมดาไปจนถึงอาการเจ็บปวดอย่างรุนแรง ไม่สะดวกในทางร่างกาย เดินไม่ได้ ขยับตัวหรือเคลื่อนไหวไม่ได้ ไม่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ^{๑๖} ส่วนบางรายมีอาการสงบจากอาการจากอาการ ต่างๆ ไม่รู้สึกร่างกาย หนึ่งๆ อาการหนึ่งจะเป็นเหมือนกับร่างกายไม่แสดงอาการใดๆ^{๑๗} เป็นต้น

จะเห็นว่า อาการทางกายในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยแต่ละคนย่อมมีลักษณะแตกต่างกัน ตามลักษณะของโรค แต่ถ้าหากพิจารณาให้ละเอียดออกไปอีก โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยด้วยโรคต่างๆ ในระยะสุดท้ายมักจะมีภาวะอาการทางร่างกายทั้งภายในและภายนอกดังต่อไปนี้

๑) ความเจ็บปวด ตามความหมายของ The International Association for the Study of Pain (IASP) คือ ประสบการณ์ที่ไม่สบายทั้งด้านความรู้สึกและอารมณ์ ซึ่งเกิดร่วมกับการทำลาย หรือมีศักยภาพที่จะทำลายเนื้อเยื่อของร่างกาย หรือถูกบรรยายประหนึ่งว่ามีการทำลายเนื้อเยื่อนั้น ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยด้วยโรคอะไรก็ตาม ย่อมต้องประสบกับความเจ็บปวดแทบทั้งสิ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งพบความเจ็บปวดจากโรคโดยตรงถึงร้อยละ ๗๐ โดยพบจากการ

^{๑๒} สัมภาษณ์ อาจารย์อุมาภรณ์ ไพบูลสุทธิเดช พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูงการดูแลระดับประคอง เมื่อวันที่ ๖ กันยายน ๒๕๕๓ ณ โรงพยาบาลรามา.

^{๑๓} สัมภาษณ์ อาจารย์ชัชชัย จันทร์เจ้าฉาย เมื่อวันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๓ ณ สำนักงาน ชั้น ๒๒ อาคารอัมรินทร์พลาซ่า(โซโก้) ถนนเพลินจิต กรุงเทพมหานคร.

^{๑๔} สัมภาษณ์ อาจารย์สมถวิล โปตระนั้นนทร์ พยาบาลผู้ชำนาญการ หน่วยระงับปวด โรงพยาบาลศิริราช เมื่อวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๕๔ ณ โรงพยาบาลศิริราช.

^{๑๕} สัมภาษณ์ นายธนวัชร เกตนวิมุต เมื่อวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๕๓ ณ ศูนย์อาหาร ถนนแจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร.

^{๑๖} สัมภาษณ์ พระไพศาล วิสาโล เมื่อวันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๕๓ ณ วัดป่าสุคะโต อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ.

^{๑๗} สัมภาษณ์ พระอธิการครรชิต อภิญาโณ เมื่อวันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๕๓ ณ วัดป่าสันติธรรม จังหวัดชัยภูมิ.

ลูกกลมไปกระดูกบ่อยที่สุด ส่วนการลูกกลมไปในอวัยวะภายในทำให้เกิดความเจ็บปวดที่ยากจะชี้ตำแหน่งได้แน่นอน ภาวะอาการความเจ็บปวดนี้มีลักษณะแตกต่างกันตามลักษณะของโรคที่ทาลายอวัยวะนั้น ๆ อาการปวดต่าง ๆ เหล่านี้ได้แก่ ปวดหนัก ๆ, ปวดจุก ๆ, ปวดตื้อ ๆ, ปวดแน่น ๆ, ปวดจี๊ด ๆ, ปวดแปล็บ ๆ, ปวดเหมือนเข็มทิ่ม, ปวดเหมือนโดนบีบรัด, ปวดเสบบปวดรื้อน, ปวดเข็น ๆ, ปวดชา ๆ, ปวดแบบรำคาญ, ปวดร้าวไปที่อื่น, ปวดตุ๊บ ๆ, ปวดลึก ๆ, และเมื่อย ๆ เจ็ด ๆ^{๑๘}

๒) อาการของระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยทั่วไปมักจะมีอาการทางร่างกายในระบบทางเดินอาหาร เช่น ปากแห้ง, เจ็บในปาก กลืนเจ็บ กลืนลำบาก, เบื่ออาหาร, คลื่นไส้ อาเจียน, ท้องผูก, ลำไส้ตีบตัน, ท้องมาน (ส่วนมากเกิดกับผู้ป่วยมะเร็ง) เป็นต้น^{๑๙}

๓) อาการของระบบหายใจ ได้แก่ ไอ ไอเป็นเลือด หอบเหนื่อย หายใจลำบาก เป็นต้น ส่วนมากเกิดจากภาวะหรือโรคที่ผู้ป่วยเป็น ที่มีผลทำให้ทางเดินหายใจระคายเคืองหรืออักเสบ โดยเฉพาะสาเหตุสำคัญที่มาจากโรคมะเร็ง ที่มีการกดเบียดทางเดินหายใจ การทำลายเนื้อปอด การลูกกลมในระบบน้ำเหลือง หรือน้ำในช่องปอด หรือมาจากสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ ฝุ่นควัน เสมหะในลำคอ การสำลัก หัวใจวาย หอบหืด ติดเชื้อ หรือโรคปอดเรื้อรัง เป็นต้น^{๒๐}

๔) อาการของระบบปัสสาวะ สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พบบ่อยได้แก่ อาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ และอาการปัสสาวะไม่ออก^{๒๑}

๕) อาการบริเวณผิวหนังและใกล้เคียง ได้แก่ อาการบวม คัน แผลกดทับ ก้อนเนื้องอก อาการเหล่านี้จะพบในบริเวณผิวหนังและใกล้เคียงในผู้ป่วยระยะสุดท้าย^{๒๒}

๖) อาการอื่นๆ ที่พบในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ อาการสะอึก หลงหรือสับสน ผอมแห้ง แรงแน้อย และกระสับกระส่ายก่อนสิ้นใจ^{๒๓}

^{๑๘} ลักษมี ชาญเวชช์, “ความปวด”, ใน Palliative Care การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิธีแห่งการคลายทุกข์, บรรณาธิการโดย เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์, (กรุงเทพมหานคร : หมอชาวบ้าน, ๒๕๔๒), หน้า ๑๗-๒๔.

^{๑๙} เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ และสิรินทร์ ศาสตราวุธ, “อาการของระบบทางเดินอาหาร”, ใน Palliative Care การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิธีแห่งการคลายทุกข์, หน้า ๔๓-๕๕.

^{๒๐} เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ และสิรินทร์ ศาสตราวุธ, “อาการของระบบหายใจ”, ใน เรื่องเดียวกัน, หน้า ๕๗-๖๒.

^{๒๑} เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ และสิรินทร์ ศาสตราวุธ, “อาการของระบบปัสสาวะ”, ใน เรื่องเดียวกัน, หน้า ๖๓-๖๖.

^{๒๒} เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ และสิรินทร์ ศาสตราวุธ, “อาการบริเวณผิวหนังและใกล้เคียง”, ใน เรื่องเดียวกัน, หน้า ๖๗-๗๒.

อาการทางร่างกายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเหล่านี้ขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยนั้นเป็นโรคอะไร และที่อวัยวะส่วนไหน ซึ่งนอกจากมีผลกระทบต่ออวัยวะนั้นๆ ด้วยอาการต่างๆ แล้ว ยังมีผลต่ออวัยวะใกล้เคียงอีกด้วย แต่เมื่อก้าวโดยภาพรวมแล้วภาวะอาการไม่สบายทางร่างกายที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ความเจ็บปวด อ่อนแรงหรืออ่อนเพลีย หายใจลำบาก นอนไม่หลับ น้ำหนักลด มีอาการสับสน ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งผู้ป่วยบางคนอาจมีปัญหาทางกายหลายอย่างรวมกัน อาการทั้งหมดนี้อาจมาจากหลายๆ สาเหตุ โดยอาจเป็นผลของโรคโดยตรงหรือผลของการรักษา ทั้งนี้ปัจจัยทางด้านจิตใจ สังคม วัฒนธรรมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย เป็นส่วนทำให้เกิดอาการทางกายดังกล่าวอีกด้วย^{๒๔} จากการศึกษาภาวะอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสังคมไทยโดยทั่วไปมี อาการที่แตกต่างกัน ๒ โรค คือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรคมะเร็ง และผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง โดยเฉพาะอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมาก ได้แก่ ความเจ็บปวด ตรงกับที่มีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ศึกษาพบว่า อาการสำคัญที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ ความเจ็บปวด นอนไม่หลับ ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคมะเร็ง ดังตารางต่อไปนี้

อาการ	โรคทั่วไป (%)	โรคมะเร็ง
ปวด	๖๖	๗๕
นอนไม่หลับ	๔๕	๕๕
เบื่ออาหาร	๔๘	๗๘
เหนื่อยหอบ	๔๕	๔๗
ซึมเศร้า	๓๘	๔๕
สับสน เพ้อ	๓๘	๓๘
คลื่นไส้ อาเจียน	๓๐	๕๔
แผลกดทับ	๑๘	๒๔
กลิ่นเหม็น	๑๕	๒๘
กลืนปัสสาวะไม่ได้	๘	๓๘

^{๒๓} เต็มศักดิ์ พงษ์ศรี และสิรินทร์ ศาสตราวุธ, “อาการอื่นๆ”, ใน เรื่องเดียวกัน, หน้า ๗๕-๗๘.

^{๒๔} สุปราณี นิรุติศาสตร์, “Holistic Assessment and Communication : Physical Aspect”, ใน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of Life Care : Improving Care of the Dying), พิมพ์ครั้งที่ ๓, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987), ๒๕๕๐), หน้า ๗๕-๗๖.

อาการ	โรคทั่วไป (%)	โรคมะเร็ง
กลืนอาหารไม่ได้	๔	๓๓
อื่นๆ	๒๕	๓๑

ตารางที่ ๔.๑ แสดงอาการสำคัญในผู้ป่วยระยะสุดท้าย^{๒๕}

จะเห็นว่าในตารางข้างต้น ไม่ว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายจะเจ็บป่วยด้วยโรคอะไรก็ตาม ย่อมต้องได้รับความทุกข์ทรมานอย่างหนักก่อนตายจากอาการทางกายต่างๆ ได้แก่ ความเจ็บปวด นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เป็นต้น ส่วนผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายนั้น ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับทุกขเวทนาทางกายอย่างหนักกว่าผู้ป่วยด้วยโรคทั่วไปถึงสองเท่า และอาการทุกข์ทรมานเหล่านี้ย่อมส่งผลต่อภาวะอาการทางจิตต่างๆ

นอกจากอาการ โดยทั่วไปเหล่านี้แล้ว ยังมีอาการพิเศษอีกอย่างหนึ่งสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายที่เรียกว่า “อาการสั่ง” คนโบราณบอกว่าคนไข้ระยะสุดท้ายใกล้ตายประมาณ ๒ วัน หรือ ๓ วัน จะมีอาการพิเศษทางกายเรียกว่า “อาการสั่ง” หมายความว่า คนไข้ทรุดหนักลงไปแล้ว หรือว่าต้องสิ้นลมหายใจวันนี้ เย็นนี้ หรือเช้านี้แน่นอน แต่กลับกลายเป็นว่า ผู้ป่วยดูกระฉับกระเฉง กระปรี้กระเปร่า ลืมตาโพล่ง ลูกขึ้นมาพูดจาได้ แต่แล้วก็จะทรุดลงอีก แล้วก็ไป ซึ่งโบราณเรียกว่า “สั่งวาระสุดท้าย” ถ้าสิ่งนี้วิเคราะห์ตามทางการแพทย์ก็จะเป็นการกระตุ้นของประสาทหรือสมอง ในภาพรวม แต่ในความหมายด้านความเชื่อในสังคมไทยด้านสัมผัสที่ ๖ (six sense) หรือพลังจิตเหนือพลังจิต จะเรียกว่า “โอปปาติกะ” ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้กระตุ้นครั้งสุดท้าย ให้คนไข้คนป่วยที่ใกล้จะถึงวาระสุดท้ายของชีวิตได้สั่งเสีย หรือพูดอะไรที่เป็นประโยชน์ต่อญาติพี่น้อง หรือคนใกล้ชิดของตนเอง โอปปาติกะแบ่งออกเป็น ๒ ฝ่ายคือ (๑) ฝ่ายคตินิมิต ก็คือฝ่ายที่จะนำไปเกิด (๒) อีกฝ่ายคือ กรรมนิมิต ที่จะต้องสะสางวาระกรรมต่างๆ ที่ทำไว้ในชาตินี้และยังไม่เสร็จสิ้น อันนี้เราจะต้องยอมรับว่าคนก่อนตายจะแบ่งแยกออกเป็น ๒ ส่วนคือ ส่วนแรก จิตดวงสุดท้ายดับลงแล้วก็วิ่งไปตามวิถีจิตก็จะไปสู่สุคติ คือคตินิมิตซึ่งไปเกิดทันทีตามหลักพระพุทธธรรมบอกว่า ตายปุ๊บก็เกิดปั๊บ ไปตามคตินิมิตที่เกิด และส่วนที่สอง ส่วนที่ยังไม่สิ้นสุดสัญญากรรมเป็นเรื่องของกรรมนิมิตและกรรมนิมิตทำหน้าที่อย่างไร ก็มีโอปปาติกะและสัมภเวสีพาไปทำหน้าที่ที่สะสางยังไม่สำเร็จ เช่น เข้าฝัน

^{๒๕} Care of the dying, *Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*, pp. 1056-1057 อ้างใน วันดี โภคะกุล, “ภาวะสุดท้ายของชีวิต”, ใน *คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายสำหรับประชาชน*, (กรุงเทพมหานคร : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.), หน้า ๑๑-๑๒.

คนใกล้ชิดหรือผู้ที่รู้จัก ไปปรากฏภาพให้เห็น ไปแสดงสัญญาณต่างๆ เช่น ฝ่าม่านในห้องซึ่งไม่มีลม ยังไม่ได้เปิดแอร์ หรือยังไม่ได้เปิดพัดลมก็สามารถขยับเขยื้อนได้ หรือพัดปลิวไสวเหมือนมีอะไรทำให้เคลื่อนไหวได้ เป็นต้น อาจเป็นตอนมีชีวิตอยู่ผู้ตายนั้นชอบขยับฝ่าม่านหรือเคลื่อนไหวสิ่งของต่างๆ อะไรอย่างนี้ พอถึงเวลาตายก็ไปขยับฝ่าม่านให้เห็นว่า ได้ส่งสัญญาณให้คนที่ตัวเองห่วงใยมาแล้วนะ แต่นั่นก็คือเป็นปรากฏการณ์ของโอปปาติกะฝ่ายกรรมนิมิต ส่วนคตินิมิตนี้ไปเกิดแล้ว อันนี้ก็เป็นการเชื่อในสังคมไทยอย่างหนึ่ง^{๒๖} นี่คือการที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย แต่อาการเช่นนี้จะไม่ปรากฏกับทุกคน

๔.๒.๒ อาการทางจิต

อาการทางจิตใจต่างๆ ส่วนหนึ่งเป็นผลโดยตรงมาจากอาการเจ็บป่วยทางกาย นอกจากนี้ อาจเกิดมาจากสาเหตุอื่นๆ อีก เช่น แพทย์พยาบาล ครอบครัวและญาติมิตร ภาวะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ซึ่งมีผลต่อภาวะอาการทางจิตใจของผู้ป่วย ทำให้กายป่วยและจิตใจก็ป่วยด้วยเช่นเดียวกัน เมื่อผู้ป่วยยังต้องประสบกับความทุกข์ทรมานเพิ่มมากยิ่งขึ้น^{๒๗} จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายพบว่า ผู้ป่วยมักมีภาวะอาการทางจิตใจ ดังนี้

๑) จิตใจซึมเศร้า ว้าวุ่น และวิตกกังวล โดยเฉพาะในสิ่งที่ผู้ป่วยยังมีเรื่องค้างคาใจอยู่ จะทำให้เกิดภาวะอาการกระสับกระส่าย ทูรนทुरาย^{๒๘} ในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยบางคนก็สังเกตได้ว่า พยายามระงับอารมณ์ แต่ก็ไม่สามารถปกปิดอารมณ์ของความทุกข์ ความกังวลและความทุกข์ทรมาน ส่วนบางคนก็ทูรนทुरายออกมาให้เห็นอย่างชัดเจน หรือแสดงความวิตกโวยวายออกมาให้เห็น^{๒๙}

๒) ความเป็นห่วงหรือกังวลถึงคนที่มีชีวิตอยู่ในกรณีบางคนที่เป็นสามีหรือภรรยา หรือพ่อหรือแม่ก็จะมีความเป็นห่วงวิตกกังวลถึงสามีหรือภรรยา หรือบุตรธิดาที่ยังมีชีวิตอยู่ว่าจะเป็นอยู่

^{๒๖} สัมภาษณ์ อาจารย์รัชช วัฒนกุล ประธานที่ปรึกษามูลนิธิบรรจงสนิท-สหปฏิบัติ วันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๕๔ ณ มูลนิธิบรรจงสนิท-สหปฏิบัติ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี.

^{๒๗} สัมภาษณ์ อาจารย์อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช พยาบาลปฏิบัติกรขึ้นสูงการดูแลระดับประคอง เมื่อวันที่ ๖ กันยายน ๒๕๕๓ ณ โรงพยาบาลรามา.

^{๒๘} สัมภาษณ์ พระไพศาล วิสาโล เมื่อวันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๕๓ ณ วัดป่าสุคะโต อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ.

^{๒๙} สัมภาษณ์ อาจารย์รัชช วัฒนกุล ประธานที่ปรึกษามูลนิธิบรรจงสนิท-สหปฏิบัติ เมื่อวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๕๔ ณ มูลนิธิบรรจงสนิท-สหปฏิบัติ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี.

อย่างไร^{๓๐} ในกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรายหนึ่งจะเป็นห่วงเรื่องส่วนตัวมากกว่าเรื่องอื่นๆ เช่น ห่วงลูก ห่วงหลานอย่างมาก เป็นต้น ทำให้รู้สึกว่าผู้ป่วยไม่พร้อมที่จะเตรียมตัวไปอย่างสงบ และอีกกรณีหนึ่งเป็นผู้ป่วยเป็นห่วงลูก ๒ คน กลัวสามีจะมาแย่งเอาลูกไป ส่วนบางรายก็ห่วงบ้าน ห่วงแมว ที่เลี้ยงไว้ และอีกรายเด็กกอดอาการหนัก และแม่มาดูแล จึงกลายเป็นว่าการที่จะมาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลายเป็นว่าต้องดูแลจิตใจของแม่ด้วยที่ต้องมาดูแลลูกที่ป่วยในระยะสุดท้ายด้วย และอีกรายภรรยา รู้สึกไม่ดีที่ต้องให้สามีมาดูแล ความคิดของผู้ป่วยรายนี้คือรู้ว่าตนเองหมดคุณภาพ ไม่มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือความเป็นแม่ และรู้สึกแยที่สามีต้องมาเลี้ยงลูกแทนตนเอง แต่บางทีผู้ป่วยก็ประทับใจ ซาบซึ้ง เป็นหลาย ๆ ความรู้สึกหลายๆ อย่างรวมกัน^{๓๑}

๓) เครียด กลัวความตายต่าง ๆ โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการทางกาย^{๓๒}

๔) ท้อแท้ หมดกำลังใจ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ร่างกายและจิตใจไม่ยอมรับการรักษา การดูแล และยา^{๓๓}

จะเห็นว่า อาการทางจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเหล่านี้จะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยแต่ละคนได้เตรียมตัวเตรียมใจมาแค่ไหน ถ้าผู้ป่วยเตรียมมาเรื่อยๆ ก็ไม่มีปัญหา เพราะผู้ป่วยผ่านวิกฤติความกลัว ความวิตกกังวล การต่อรอง เป็นต้น ผู้ป่วยผ่านมาหมดแล้ว ตอนนี้อยู่ที่ข้อความตายออกไปว่าจะย่อยแบบไหน จะทรมาน หรือไม่ย่อยก็คุยกัน แต่ถ้าถ้าผู้ป่วยไม่เตรียมตัวเตรียมใจหรือยอมรับสิ่งที่ตนเป็นไม่ได้ ผู้ป่วยจะมีอาการหงุดหงิด โมโหง่าย เครียด และวิตกกังวล เมื่อนั้นอาการทางจิตก็แย่ตามไปด้วย ทำให้นอนไม่หลับ วิตกกังวล สับสน อาการทางกายก็แย่หนักลงไปอีก^{๓๔}

^{๓๐} สัมภาษณ์ อาจารย์ชัชชัย จันทร์เจ้าฉาย เมื่อวันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๓ ณ สำนักงาน ชั้น ๒๒ อาคารอัมรินทร์พลาซ่า (ไอที) ถนนเพลินจิต กรุงเทพมหานคร.

^{๓๑} สัมภาษณ์ นายธนวัชร เกตนวิมุต เมื่อวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๕๓ ณ ศูนย์อาหาร ถนนแจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร.

^{๓๒} สัมภาษณ์ นายแพทย์สันต์ หัตถิรัตน์ เมื่อวันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๕๓ ณ ห้องประชุมสำนักงานส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพ ชั้น ๓ อาคารกองวิศวกรรมกรมแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

^{๓๓} สัมภาษณ์ นายแพทย์สุชาย สุนทรภา สาขาจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยแพทย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ เมื่อวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๕๔ ณ โรงพยาบาลศิริราช.

^{๓๔} สัมภาษณ์ อาจารย์อุมาภรณ์ ไพบูลย์สุทธิเดช พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูงการดูแลประคับประคอง เมื่อวันที่ ๖ กันยายน ๒๕๕๓ ณ โรงพยาบาลราม.

นอกจากอาการทางจิตข้างต้นแล้ว จากผลงานวิจัยต่างๆ ทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยพบว่า อาการทางจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายจะมีลักษณะอาการใกล้เคียงกัน และสอดคล้องกับอาการทางจิตที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสังคมไทย ซึ่งจากผลงานวิจัยต่างๆ พบว่า

๑) ผู้ป่วยครึ่งหนึ่งจะสามารถปรับตัวได้ตามปกติ แต่อีกครึ่งหนึ่งจะมีปัญหาสุขภาพจิต

๒) ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตนั้น ส่วนใหญ่ประมาณ ๒ ใน ๓ จะเป็นภาวะการปรับตัวที่ผิดปกติ โดยออกมาเป็นอาการซึมเศร้า หรือวิตกกังวล (Adjustment Disorder with Depressed or Anxious) โดยพบโรคซึมเศร้า ประมาณ ๑๐-๑๕% ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งหมด (ต่างกันตามวิธีประเมิน)

๓) มีภาวะ Organic mental disorder (Delirium) อีกประมาณ ๓๐-๔๐% แต่ภาวะนี้อาจจะจัดอยู่ในกลุ่มอาการทางกาย เพราะพฤติกรรมหรือความคิดที่ผิดปกติ นั้น เกิดจากปัญหาความผิดปกติในสมอง แต่ในอาการช่วงระยะท้ายก่อนจะเสียชีวิต อาจพบสูงขึ้นเป็น ๗๕-๘๕% กลุ่มหลังนี้เรียกว่า Terminal Delirium

๔) ตัวแปรพบว่าสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ อาการปวดและจำนวนวันที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล และภาวะ Organic mental disorder จะสัมพันธ์กับการใช้ยาในกลุ่ม Opioid

การดูแลรักษาสุขภาพจิตในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักถูกมองข้ามหรือรักษาอย่างไม่เต็มที่เท่าที่ควร เพื่อความเข้าใจและความสะดวกในการปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ขออธิบายถึงภาวะความผิดปกติทางจิตที่พบบ่อย ๓ ชนิดหลักๆ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ

๑) ภาวะซึมเศร้า (Depression) ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ซึมเศร้าสามารถเกิดได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ (๑) อาการทุกข์ทรมานทางกาย โดยเฉพาะอาการปวดที่ยังควบคุมไม่ได้ การนอนไม่หลับ (๒) การพักอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ขาดการสนับสนุนทางสังคม (๓) มีความพิการ เช่น เป็นอัมพาต ต้องตัดแขนหรือขา (๔) ผลจากตัวโรค เช่น มะเร็งโรคมะเร็งบางชนิด เช่น Carcinoid และ adrenal cancers หรือ pancreatic cancer (๕) ผลจากยารักษา มียาเคมีบำบัดหลายตัวอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เช่น procabazine, vincristine, L-asparaginase, tamoxifen, interferon, interleukin-2 และ ยาอื่นๆ ที่ใช้รักษา ร่วม เช่น ยาในกลุ่มสเตียรอยด์ ยาลดความดันบางชนิด เช่น ยา antiparkinson, amphotericin B นอกจากนี้ปัจจัยบางชนิด เช่น การเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน มีประวัติบุคคลในครอบครัวที่เกี่ยวข้อง

กับโรคซึมเศร้า (เป็นโรคซึมเศร้า, ติดสุราหรือยาเสพติดอื่นๆ, การฆ่าตัวตาย) ผู้ป่วยเคยใช้สารเสพติด ปัจจัยเหล่านี้จะเพิ่มความเสี่ยงในการจะเกิดโรคซึมเศร้าเมื่อมีความเครียดรุนแรง

ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า คือ ผู้ป่วยจะรู้สึกแย่มากเมื่อหน้ายท้อแท้อยู่ตลอดเวลาเกือบทั้งวันเป็นสัปดาห์ มีลักษณะความคิดที่เรียกว่า Cognitive Triad of Depression ได้แก่ สิ้นหวังในชีวิต, คิดว่าไม่มีใครช่วยได้, ไร้คุณค่าความหมายในตนเอง (Hopeless , Helpless , Worthless) ผู้ป่วยในโรคซึมเศร้าตามปกติมักมีอาการอ่อนเพลีย ไม่เจริญอาหาร และมีความผิดปกติทางกายหลายอาการ แต่อาการเหล่านี้ก็พบในผู้ป่วยโรคทางกายหรือระยะสุดท้ายได้แม้ไม่มีความซึมเศร้า Edicott จึงเสนอให้เปลี่ยนเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าสำหรับโรทางกายดังนี้

เกณฑ์อาการทางร่างกาย	เกณฑ์อาการทดแทน
ของโรคซึมเศร้าทั่วไป	ของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคทางกาย
เบื่ออาหาร น้ำหนักลด	ทำทางเศร้าสร้อย ร้องไห้บ่อยๆ
นอนไม่หลับ	ถอนตัวจากสังคมไม่ค่อยพูดจากับใคร
มีอาการอ่อนเพลีย	มองโลกในแง่ลบ เอาแต่ตำหนิตนเอง
คิดอะไรไม่ค่อยออก	ดูเฉื่อยชา ไม่ค่อยตอบสนอง
ตัดสินใจอะไรได้ยาก	สิ้นรอบตัว

นอกจากนี้ พฤติกรรมที่น่าเป็นห่วงที่สุดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าคือการฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกือบทุกราย เคยคิดอยากตายและอยากฆ่าตัวตาย(suicidal thought and wish) เพราะการตายที่กำหนดเองได้ น่าจะทรمانน้อยกว่าในความเข้าใจของผู้ป่วยหรือรับไม่ได้กับการเป็นภาระ อยากให้ชีวิตจบสิ้นโดยเร็ว ค่าทางสถิติจากการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งจะฆ่าตัวตายเป็นมากกว่าประชากรทั่วไปมากกว่า ๒ เท่า มีอัตราสูงในช่วงปีแรกที่เริ่มรู้การวินิจฉัย และในผู้ป่วยที่ไม่มีเจ้าของไข้ประจำหรือผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาตามที่นัด ผู้ป่วยที่ซึมเศร้าทุกรายควรต้องประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายหากพบว่ามีความเสี่ยงควรรีบป้องกันความเสี่ยงและหาทางแก้ไข ปัจจัยเสี่ยงสำหรับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ (๑) สิ้นหวังอย่างชัดเจน (Hopelessness) มองไม่เห็นหนทางที่ใช้ชีวิตต่อ (๒) อาการทางกายทุกข์ทรมาณมาก เช่น ปวดมาก ยังไม่บรรเทา (๓) เคยมีประวัติกระทำการฆ่าตัวตายเป็นมาก่อน และ (๔) ขาดการสนับสนุนทางสังคม เช่น ไม่มีญาติ เป็นคนแปลกถิ่น

๒) ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) ความกังวลนั้นมีในทุกคน แต่อาการที่จัดว่าเจ็บป่วยของภาวะวิตกกังวลนั้นหมายถึง มีความเครียดที่จัดการไม่ได้ในทางความคิดเช่น คิดกังวลไปทุกเรื่องรอบตัว แม้รู้ตัวว่าเป็นเรื่องเล็กน้อยที่ยังต้องคิด รู้สึกจัดการอะไรไม่ได้ ไม่สามารถควบคุม

สถานการณ์อะไรในชีวิตได้ รวมอาการทางร่างกาย คืออาการกระวนกระวาย ไม่มีสมาธิ ไม่สบายตัวหรืออ่อนเพลีย และอาการของระบบประสาทอัตโนมัติที่ทำงานเกิน เช่น ใจสั่น มือสั่น หายใจไม่สะดวก หน้ามืด มึนงง กลืนลำบาก ท้องอืดเฟ้อหรือท้องผูก ฯลฯ อาการเหล่านี้ในทางจิตเวชเรียกว่า Generalized Anxiety disorder แต่ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความตึงเครียดเกิดขึ้นมาแบบเฉียบพลัน เช่น ใจคอไม่ดีเหมือนหัวใจจะวาย หรือหายใจไม่ออกกระตั้นหัน ใจหวิว หรือรู้สึกใจเสียดล้ายจะเป็นบ้า ถ้าควบคุมไม่ได้ อาการเกิดเป็นช่วงไม่นานเกินสัปดาห์หรือครึ่งชั่วโมง แบบนี้เรียกว่า Panic Attack ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรควิตกกังวลเช่นเดียวกัน ความวิตกกังวลในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีหลายรูปแบบ

๒.๑ Situational Anxiety การกลัวกังวลไปล่วงหน้าถึงสถานการณ์ต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น โดยที่ยังไม่รู้จะเกิดขึ้นหรือไม่ ยิ่งคิดก็ยิ่งกังวล กลัวไปล่วงหน้าจนไม่เป็นอันใช้ชีวิตได้ตามปกติ และไม่สามารถปลอบตนเองให้สงบลงได้ เช่น กลัวจะเจ็บปวดทรมาน กลัวจะหายใจไม่ออก กลัวจะเดินไม่ได้ และกลัวที่จะตายไปทันทีทันใดไม่ได้เตรียมตัว การคิดเช่นนี้มีทั้งความไม่เข้าใจในโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งอาจชี้แจงให้ผ่อนคลายความกลัวได้ และผู้ป่วยที่มีความรู้ดีแต่กลัวเพราะไม่มั่นใจ ซึ่งมักไม่ดีขึ้นจากการชี้แจงเพียงอย่างเดียว เช่น กลัวจะเจ็บปวดแล้วทรมานภายหลังแก่เห็นเสาน้ำเกลือเห็นหลอดยาที่ใจคอไม่ดี หรือพอน้ำหนักลดเริ่มมีอาการวิตกกังวลเพราะแปรสถานการณ์ไปทันทีว่ามะเร็งกำเริบ

๒.๒ Existential Anxiety เป็นความวิตกกังวลเมื่อพิจารณาถึงคุณค่าและความหมายที่ลึกซึ้งของชีวิต ในขณะที่ยังไม่เจ็บป่วยอะไร คนเราอาจจะใช้ชีวิตหาความสุขไปเรื่อยๆ แต่เมื่อป่วยหนักมีเวลาเหลือจำกัดอาจทำให้เรากังวลเพราะยังไม่ได้ทำ รู้สึกชีวิตไร้คุณค่าว่างเปล่า ไม่มีความหมาย Yalom จิตแพทย์ชาวอเมริกัน ได้อธิบายถึงความเป็นจริงของชีวิต (Ultimate Truth) ๔ เรื่องที่กระตุ้นความวิตกกังวลเมื่อต้องการพิจารณาชีวิต

๒.๓ Organic Anxiety เป็นภาวะทางร่างกายที่ตามปกติตอบสนองต่อเหตุความเครียดภายในร่างกาย (Physical Stress) เช่น เมื่อปวดเมื่อยมาก มีความปั่นป่วนในทางเดินอาหารมากทางเดินหายใจอุดกั้น ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากขึ้น หรือเกิดจากปัญหาทาง metabolic เช่น Hypercalcemia, Hypoglycemia, Hypoxia, Uremia, การได้รับยาบางชนิด เช่น ยาขยายหลอดลม ยาที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ยาที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน ซึ่งเหตุเหล่านี้พบได้บ่อยมากในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนจะมองว่าผู้ป่วยคิดมากจนมีอาการวิตกกังวลควรต้องประเมินสภาวะทางร่างกายที่ก่อให้เกิดอาการวิตกกังวลด้วยเสมอในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะผู้ป่วยมักมีสภาพร่างกายที่เสี่ยงต่อการเกิด Organic Anxiety ตลอดเวลาเมื่อใดที่สังเกต

ว่าร่างกายตนเองเริ่มผิดปกติ มีปัญหา ก็อาจเกิดความคิดกังวลต่างๆ และทำให้เกิดอาการต่างๆ และทำให้เกิดอาการต่างๆที่สัมพันธ์กับความเครียดตามมาเป็นทวีคูณ

๓) **ภาวะสับสน (Delirium)** หมายถึงภาวะที่ผู้ป่วยมีการทำงานของสมองที่ผิดปกติ ทั้งในการรับรู้ การคิดและการแสดงออก ภาวะนี้มีชื่อเรียกหลายอย่าง เช่น Delirium, Acute confusional State, Alteration of Conscious, Encephalopathy การแสดงออกของผู้ป่วยมีทั้งรูปแบบที่สับสนวุ่นวายมากขึ้น (Hyperactive Delirium) และแบบที่ซึ่มลง (Hypoactive Delirium) แต่เมื่อไปประเมินก็มีอาการสับสน ในบทความนี้จะขอเรียกรวมเป็น Delirium ซึ่งเป็นคำที่นิยมใช้ในทางจิตเวช

ผู้ป่วยที่เกิดภาวะนี้จะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ และอาจทำให้คิดไปถึงโรคทางจิตเวชได้หลายโรค เช่น คล้ายโรคจิตเภทถ้ามีความหลงผิดหรือมีอาการหลอน อาจมีพฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำ อาจจะโวยวายอาละวาดหรือซึ่มเศร้าในกลุ่มโรคทางอารมณ์ จนญาติคิดว่าเสียสติเป็นบ้าไปแล้ว แต่พฤติกรรมจะเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เปลี่ยนแปลงไปเร็วมากและไม่คงที่ในแต่ละวันเมื่อไปสนทนาก็พบว่าผู้ป่วยสับสนอยู่ การรับรู้เวลา สถานที่และบุคคลไม่ตรงตามความจริง

สาเหตุของภาวะ Delirium คือ ภาวะนี้สามารถเกิดได้จากหลายสาเหตุ และสาเหตุนั้นมักเป็นปัญหาทางร่างกายที่อันตรายถึงแก่ชีวิตได้หากไม่รักษา ในบางครั้งพบหลายสาเหตุที่ทำให้มีอาการสับสนได้ในผู้ป่วยคนหนึ่งคน เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งเกิด hypoglycemia และ Electrolyte imbalance จากการกินอาหารที่น้อยลงมาก และ hypoxia ระบายใจไม่ได้อยู่ด้วย

ภาวะอาการทางจิตเหล่านี้ คือ ภาวะซึ่มเศร้า วิดกกังวล และสับสน ย่อมเกิดกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายนับตั้งแต่ผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นโรคในระยะสุดท้าย จนถึงระยะที่ต้องประคับประคองทุกขเวทนาทางกาย และการเผชิญหน้ากับความตายจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ภาวะอาการทางจิตนี้จึงถือว่าเป็นอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สำคัญ ที่บุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว ญาติ และชุมชนควรรีให้ความสนใจไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าอาการทางกาย

๔.๓ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในสังคมไทยปัจจุบัน

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในสังคมไทยปัจจุบัน มีลักษณะเป็นแนวคิดเชิงผสมผสาน หรือเชิงบูรณาการแนวคิดที่หลากหลาย ซึ่งสามารถประมวลเป็นหลักการสำคัญได้ดังนี้

๔.๓.๑ เป็นแนวคิดการดูแลด้วยการแพทย์เชิงพหุลักษณะ หมายถึง การบำบัดรักษาและการดูแลสุขภาพด้วยวิธีการที่หลากหลาย หรือผสมผสาน (บูรณาการ) วิธีบำบัดรักษาหลายๆ อย่าง

สามารถใช้ร่วมกันได้อย่างเป็นระบบ ไม่จำกัดว่าจะต้องเป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายด้วยระบบการแพทย์ระบบใดระบบหนึ่งเพียงอย่างเดียว หากแต่ครอบคลุมถึงวิธีการวินิจฉัยโรคและการบำบัด รักษาโรคในแบบต่างๆ อย่างกว้างขวาง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในสังคมไทยปัจจุบันจึงได้นำศาสตร์และวิธีการบำบัดรักษาอย่างหลากหลายเข้ามาใช้ ในการส่งเสริมฟื้นฟู ดูแล บำบัด และรักษาสุขภาพของผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความเหมาะสมทั้งด้านโภชนาการ การใช้สมุนไพรรักษา การออกกำลังกาย การใช้พลังรักษา การนวดบำบัด รวมทั้งการจัดพิชในรูปแบบต่างๆ เป็นต้น แนวคิดการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพหุลักษณะจึงมีลักษณะทั้งแผนปัจจุบันและแผนพื้นเมือง หรือแผนวัฒนธรรม (Traditional Medicine) เนื่องจากวัฒนธรรมเป็นเรื่องของวิถีชีวิตของกลุ่มชนซึ่งมีความหลากหลาย โดยอาศัยความเชื่อ ระบบคิด ประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่สะสมถ่ายทอดกันมา ฉะนั้น การแพทย์แผนไทยทั้งหลาย เช่น การนวด การรดน้ำมันต์ และพิธีกรรมต่างๆ จึงมีความสำคัญสำหรับสุขภาพแบบองค์รวม^{๓๕} การแพทย์เชิงวัฒนธรรมต่างๆ เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “เป็นการแพทย์ทางเลือก” (Alternative Medicine) “การแพทย์องค์ประกอบ” (Complementary Medicine) “การแพทย์เชิงธรรมชาตินิยม” (Conventional medicine) หรือ “การแพทย์แนวธรรมชาติบำบัด” (Natural Healing medicine)^{๓๖} ซึ่งมีหลักการ หรือ วิธีการรักษาหลากหลายวิธีมากขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ละคนจะสะดวกด้วยวิธีไหน ได้แก่^{๓๗}

(๑) อาหารหรือโภชนาการ ที่พอเหมาะ ถูกสุขอนามัย (Nutrition)

(๒) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อบริหารกายและใจโดยวิธีต่างๆ เช่น ชี่กง (Qi Gong) (ในภาษาจีน แปลว่า ฝึกหายใจ) โยคะ (Yoga) เป็นต้น

(๓) การดูแลรักษาด้วยยา (Herbal Medicine) จากพืช สมุนไพร และแร่ธาตุต่างๆ

(๔) ธาราบำบัดหรือวาริบำบัด (Hydrotherapy) มีทั้งแบบใช้น้ำร้อน น้ำเย็น น้ำจืด น้ำแร่ เป็นต้น

(๕) พลังบำบัดต่างๆ เรกิ (Reiki) (การบำบัดด้วยความเชื่อว่า มีพลังจักรวาลที่สามารถรักษาอาการป่วยของมนุษย์ได้) ชิอัตสึ (Shiatsu) (การกดนิ้วนวดลงบนจุดหรือตามแนวเส้นทางพลังงาน) คริสตัลบำบัด (Crystal Therapy) (เป็นการบำบัดโดยใช้หินผลึก หรือ อัญมณี ผลึกควอartz

^{๓๕} ประเวศ ะสี, องค์รวมแห่งสุขภาพ : ทัศนะใหม่เพื่อคุณภาพและการบำบัดรักษา, (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง, ๒๕๓๖), หน้า ๕๗.

^{๓๖} American Holistic Health Association (AHHA), **What is Holistic Medicine ?**, <<http://www.holisticmed.com/whatis.html>>.

^{๓๗} กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, เอกสารความรู้ ผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ, พิมพ์ครั้งที่ ๓, (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, ๒๕๕๑), หน้า ๒๗ – ๓๖.

ผลึกชนิดอื่นๆ) การรักษาโรคด้วยรัศมีกาย (Aura Therapy) (รัศมีกายหรือออร่า คือ สนามแม่เหล็กที่อยู่รอบ ๆ ตัวเรา) เป็นต้น

(๖) การนวดบำบัด (Therapeutic Massage) เช่น การนวดแบบสวีดิช (Swedish Massage) เป็นการนวดเพื่อการหมุนเวียนโลหิตและใช้เทคนิคการนวดแบบระบายน้ำเหลืองร่วมไปในการนวดบำบัดด้วย การนวดแผนไทย (Thai Massage) ซึ่งถือเป็นแพทย์แผนไทยหรืออายุรเวชแผนโบราณ การนวดฝ่าเท้า (Reflexology) เป็นการกดจุดบนฝ่าเท้าสะท้อนผ่านเข้าไปยังอวัยวะสำคัญ ๆ ของร่างกายเพื่อบำบัดรักษา เป็นต้น

(๗) การขจัดพิษ (Detoxification) การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมจัดเป็นการ Detoxification หรือ การขจัดพิษออกจากร่างกายวิธีหนึ่ง ซึ่งการขับสารพิษออกจากร่างกายทางธรรมชาติมีหลายวิธี เช่น ทางทวารหนัก ทางผิวหนัง จมูก หู ตา ส่วนการขจัดพิษทางการแพทย์สามารถจำแนกได้ดังต่อไปนี้ คือ การสวนล้างลำไส้ใหญ่ (Colon Therapy), การใช้น้ำและการใช้ความร้อน (Hydropatic Treatment), การออกกำลังกาย (Peak out), การนวดบำบัด (Therapeutic Massage), การฝึกหายใจ, การใช้น้ำเย็นแช่ และ การให้เลือด (Blood Transfusion) เป็นต้น

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์เชิงพหุลักษณะเหล่านี้ เป็นเวชปฏิบัติทางเลือกที่ได้รับการยอมรับจากทั่วโลก และที่สำคัญการแพทย์ทางเลือก หรือการแพทย์พหุลักษณะ ถือว่าเป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญอย่างหนึ่งของการแพทย์แบบองค์รวม และการแพทย์ทางเลือกที่คืบหน้าจะต้องมีลักษณะที่สำคัญ คือ (๑) เน้นความประหยัด ไม่สิ้นเปลือง (๒) ใช้เทคโนโลยีไม่มาก (๓) เน้นการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อให้เกิดเป็นองค์ประกอบสำคัญในการช่วยเหลือการดูแลสุขภาพด้วยตนเองให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และ (๔) จะต้องมีมาตรฐานการวิจัยที่เชื่อถือได้มารองรับ และไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย^{๓๘} แนวคิดเช่นนี้นอกจากนอกจากจะช่วยประคับประคองอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายแล้ว ยังสามารถประคับประคองภาวะอาการทางจิต และทางจิตวิญญาณได้อีกด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักมีความใกล้ชิด หรือคุ้นเคยกับวิธีการดูแลในเชิงวัฒนธรรมของตนเอง เช่น ชาวพุทธมีการสวดมนต์ ทำบุญต่ออายุ อาบ คัม กินน้ำมนต์ เป็นต้น

๔.๓.๒ เป็นแนวคิดการดูแลด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน ประกอบกับการแพทย์เชิงพหุลักษณะ เนื่องจากการแพทย์แผนปัจจุบันยังคงถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในฐานะองค์ประกอบหนึ่งในเวชปฏิบัติแบบองค์รวมเพื่อดูแลรักษาสุขภาพของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายให้อยู่ใน “สุข

^{๓๘} นพ. วิชาน ฐานะวุฑฒ์, หัวใจใหม่ ชีวิตใหม่ : คู่มือสุขภาพแห่งความสุขฉบับพลัน (Instant Happiness), พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : ปิติศึกษา, ๒๕๔๗), หน้า ๘๖.

ภาวะ” หรืออย่างน้อยก็ช่วยบรรเทาอาการ หรือประคับประคองอาการ และที่สำคัญไม่ใช่เป็นแนวคิดหรือวิธีการเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยืนยาวเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่เพื่อให้ผู้ป่วยตายดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จะเห็นว่าในด้านความสำคัญของการแพทย์แผนปัจจุบันนี้ **นายแพทย์วิธาน ฐานะวุฑฒิ** ให้คะแนนความสำคัญหรือความจำเป็นต่อชีวิตประมาณ ๑๐ – ๒๐ %^{๓๕} ซึ่งนับว่าไม่มากไม่น้อย แต่สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็นับว่าเป็นเวชปฏิบัติที่ขาดไม่ได้ และให้ความสำคัญมากขึ้นไปก็ไม่ได้เช่นเดียวกัน แม้แต่ คุณหมอออร์นิส (Dean Ormish, M.D.) ก็ยังเขียนติดตลกๆ อยู่ว่า “พวกเราคงไม่สามารถเตรียมฝักบัวหรือคอร์ตี้ไว้ให้คนไข้โรคหัวใจที่กำลังมีอาการช็อคอยู่ไว้กินเพื่อรักษาอาการช็อค เพราะยังไ้ๆ ในช่วงเวลาที่วิกฤตเช่นนั้น การให้ยาขยายหลอดเลือดเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจแบบการแพทย์สมัยใหม่จึงมีความสำคัญยิ่ง”^{๓๖} การแพทย์สมัยใหม่จึงถือว่ามี ความสำคัญอย่างมากในฐานะเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดร.ซี้ กัง ซา (Dr. Zhi Gang Sha) เขียนไว้ในหนังสือ พลังบำบัด (Power Healing) ไว้ว่า ในฐานะแพทย์ (เรียนแพทย์ ศาสตร်สมัยใหม่) เขาพบว่า การแพทย์แผนปัจจุบันแบบตะวันตกมีข้อดีมากใน ๔ ประการ คือ (๑) การให้การวินิจฉัยที่ชัดเจน (๒) การดูแลผู้ป่วยแบบฉุกเฉินต่างๆ (๓) มีการตรวจร่างกายอย่างเป็นระบบ (๔) ระบบการให้ภูมิคุ้มกันกับประชาชนกลุ่มใหญ่ได้ แต่เขากลับพบว่า การแพทย์แผนปัจจุบันนี้ยังมีจุดอ่อนในเรื่องของโรคเรื้อรังต่างๆ ที่เจ็บปวดเรื้อรัง เช่น ไมเกรน โรคปวดหลัง อ่อนเพลีย ข้ออักเสบต่างๆ ซึ่งแพทย์แผนปัจจุบันมักจะทำอะไรไม่ได้มากไปกว่า การให้ยาบรรเทาอาการ^{๓๗} ดังนั้น ในเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายจึงถือว่าการแพทย์แผนปัจจุบันแบบตะวันตกยังมีความสำคัญในฐานะเป็นเวชปฏิบัติทางเลือกอย่างหนึ่ง ที่คอยช่วยส่งเสริมสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายให้ได้ผลดีในด้านร่างกายเป็นหลัก จึงมิได้ปฏิเสธการแพทย์สมัยใหม่

๔.๓.๓ เป็นการดูแลแนวมนุษยนิยม (Humanism) หมายถึง ทรรศนะที่ถือว่า มนุษย์เป็น สิ่งหนึ่งในธรรมชาติ มีศักดิ์ศรี มีค่า และมีความสามารถที่จะพัฒนาตนเอง โดยอาศัยเหตุผลและ

^{๓๕} นพ.วิธาน ฐานะวุฑฒิ, เรื่องเดียวกัน, หน้า ๘๓.

^{๓๖} Zhi Gang Sha, M.D., **Power Healing**, (San Francisco : HarperSanFrancisco, 2002), pp. 42 – 43. อ้างใน นพ. วิธาน ฐานะวุฑฒิ, หัวใจใหม่ ชีวิตใหม่: สู่อิสราภาพแห่งความสุขฉบับพลัน (Instant Happiness), หน้า ๘๓ – ๘๔.

^{๓๗} Zhi Gang Sha, M.D. เป็นแพทย์ชาวจีนที่เรียนแพทย์ตะวันตก และได้ศึกษาเพิ่มเติมในสาขา การแพทย์แบบจีน (Chinese Medicine) เป็นนักฝังเข็มที่มีชื่อเสียงมากคนหนึ่งของจีน และยังมีพื้นฐานการศึกษาที่ถ่องแท้และให้ตั้งแต่เล็ก จึงนับได้ว่าเป็นแพทย์ที่มองเห็นทั้งสองฝ่ายอย่างละเอียด.

วิธีการทางวิทยาศาสตร์ ไม่ต้องอาศัยอำนาจเหนือธรรมชาติแต่อย่างใด^{๔๒} “การแพทย์แนวมนุษยนิยม” (Humanistic Medicine) หมายถึง การดูแลสุขภาพและการบำบัดรักษาที่เน้นให้ความสำคัญกับ “ภาวะความเป็นมนุษย์” ของแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ นั่นก็คือ เน้นการบำบัด ดูแล รักษาโดยเน้นหรือให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นสำคัญ ในแง่นี้แพทย์หรือพยาบาลจึงทำหน้าที่ที่เป็นเพียงเป็น “ที่ปรึกษาทางการแพทย์” เท่านั้น ส่วนผู้ป่วยเป็นกลายเป็นผู้ดูแลและบำบัดรักษาด้วยตนเอง

ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายจะต้องตระหนักอยู่เสมอว่า ปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการดูแลรักษา คือ ตัวผู้ป่วยเอง เพราะถ้าในขั้นตอนการปฏิบัติกลับไปให้ความสำคัญแก่หมอ หรือผู้บำบัดรักษา ถ้าเน้นผู้บำบัดรักษาในที่สุดก็จะไปลงเอยด้วยการเน้นเทคนิควิธีการรักษา ซึ่งจะเป็นเรื่องทางกายล้วนๆ ในขณะที่โรคเป็นอันมากจะบำบัดได้อย่างแท้จริงต่อเมื่อเปลี่ยนวิถีชีวิต เปลี่ยนนิสัยการบริโภค ปรับปรุงความสัมพันธ์กับผู้อื่น และรู้จักวางจิตวางใจให้ถูกต้อง ซึ่งล้วนเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความพยายามของผู้ป่วยเป็นหลัก แพทย์ ครอบครัว ญาติๆ และชุมชนทำได้แค่เป็นฝ่ายสนับสนุนเท่านั้น^{๔๓}

๔.๓.๔ เป็นแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายแบบองค์รวมตามหลักในสังคมไทย ได้แก่ การดูแลมิติทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล^{๔๔} ในกรณีของมิติทางกาย ทางจิต และทางสังคมมีความหมายเดียวกันกับมิติแบบองค์รวมในทางตะวันตก แต่มิติที่ไม่ได้กล่าวถึงในทางตะวันตก คือ มิติทางปัญญา ซึ่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ให้ความหมายไว้ว่า “ปัญญา” คือ ความรู้ทั่ว รู้เท่าทัน และความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมิโทษ ซึ่งนำไปสู่การมีจิตใจอันดีงาม และเอื้อเพื่อเพื่อแผ่^{๔๕} มิติทั้ง ๔ เหล่านี้เชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียว ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องได้รับการดูแลและบรรเทาภาวะเจ็บป่วยจากมิติเหล่านี้ โดยจะให้ความสำคัญกับมิติใดมิติหนึ่ง หรือดูแลบรรเทาอาการในมิติใดมิติหนึ่งเพียงอย่างเดียวย่อมไม่ได้ผล เพราะแต่ละมิติต่างก็มีผลต่อกันและกัน เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายที่มีความเครียดจากการที่ถูกหลอกลวงใช้เงินรักษาตนเองเป็น

^{๔๒} ราชบัณฑิตยสถาน, พจนานุกรมศัพท์ปรัชญา อังกฤษ-ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: ราชบัณฑิตยสถาน, ๒๕๔๐), หน้า ๔๔.

^{๔๓} พระธรรมโมลี (ทองอยู่ ญาณวิสุโท เรื่อง “การศึกษาเปรียบเทียบแนวคิดเรื่องสุขภาพแบบองค์รวมในพระพุทธศาสนาเถรวาทกับแนวคิดตะวันตก”, สารนิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต, (บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๐), หน้า ๖๓-๖๖.

^{๔๔} สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช), พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐, พิมพ์ครั้งที่ ๖, (กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด สหพัฒนไพศาล, ๒๕๕๒), หน้า ๖.

^{๔๕} อ่างแล้ว.

จำนวนมาก ย่อมมีผลทำให้อาการทางกายกำเริบหนักมากยิ่งขึ้น และไม่มีกำลังใจมีชีวิตอยู่ หรือคนแก่ที่นอนป่วยด้วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างใดอย่างหนึ่งอย่างเฉิวตาย โดยไม่มีญาติ ครอบครัว หรือบุคคลอื่นเป็นที่รักอยู่ใกล้ๆ ย่อมทำให้รู้สึกท้อแท้ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ แม้จะได้รับการดูแลอย่างดี จากแพทย์พยาบาลเพียงใดก็ตาม ก็ไม่สามารถบรรเทาอาการต่างๆ ได้ และที่สำคัญจะทำให้ผู้ป่วยตายเร็วมากยิ่งขึ้น เป็นต้น

๔.๓.๕ เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งประคับประคองชีวิตของผู้ป่วยให้มีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด และมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยตายด้วยอาการที่สงบ การดูแลลักษณะนี้จึงมุ่งเน้นการดูแลแบบบรรเทาอาการเป็นหลักสำคัญ

๔.๓.๖ เป็นการดูแลที่บุคคลทุกคนมีส่วนร่วม และต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสังคมไทยปัจจุบัน ไม่ถือว่าเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น แต่เป็นหน้าที่ของทุกคน ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัวของผู้ป่วย ญาติมิตร และชุมชน มีส่วนร่วมร่วมกันในการช่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะแพทย์ผู้รับผิดชอบคนป่วยไม่มีความเชี่ยวชาญทุกเรื่อง ทำให้ต้องอาศัยทีมการดูแลรักษาที่มีความรู้ความชำนาญที่ต่างกัน ในลักษณะสหวิชาชีพ (interdisciplinary care team) โดยทีมผู้ดูแลรักษาอาจประกอบด้วย

การดูแลด้านร่างกายเพื่อช่วยลดความเจ็บปวดและให้ร่างกายปลอดโปร่งสบาย ซึ่งต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ได้แก่ วิทยุญแพทย์ นักกายภาพบำบัด รวมทั้งนักโภชนาการ

การดูแลด้านจิตใจเพื่อเยียวยาและประคับประคองจิตใจผู้ป่วย ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักทำกลุ่มบำบัด

ปัญหาด้านจิตสังคมที่อาจต้องพึ่งพานักสังคมสงเคราะห์

การดูแลด้านจิตวิญญาณที่ต้องอาศัยนักบวชของแต่ละศาสนาช่วยเหลือทำงานเป็นทีม

เครือข่ายนอกโรงพยาบาล ได้แก่ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-health group) ซึ่งเกิดจากการรวมตัวกันของผู้ป่วยที่มีโรคคล้ายๆกันมาพบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการแก้ไขปัญหา ตลอดจนองค์กรการกุศลและองค์กรเอกชนที่พัฒนาศักยภาพจนสามารถเยียวยาผู้ป่วยบางโรคเป็นการเฉพาะได้

ทีมผู้ดูแลรักษาแต่ละคนจะมีบทบาทเสริมซึ่งกันและกัน โดยจะผลัดกันเป็นผู้นำแล้วแต่สถานการณ์และบริบท ซึ่งทั้งหมดนี้จะขึ้นอยู่กับความต้องการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยหัวหน้าทีมสุขภาพผู้ดูแลรักษา (มักเป็นแพทย์เจ้าของคนไข้) จะต้องเป็นนักประสานงานที่ดี และเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย จึงจะรู้ว่าควรเลือกส่งต่อผู้ป่วยไปยังผู้ดูแลวิชาชีพใดที่จำเป็น และควรอยู่กับผู้ป่วยจนวาระสุดท้ายของชีวิต แพทย์เจ้าของไข้หรือหัวหน้าทีมผู้ดูแลรักษาจะต้องประเมินร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวว่า ในแต่ละขั้นตอนนี้เป้าหมายของการรักษาคืออะไร เพื่อ

การหายขาดจากโรค (curative treatment) เพื่อการประคับประคอง (supportive treatment) หรืออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตแล้ว (End of Life care) เพราะหากเป็นกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะมีประเด็นด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณมากกว่าผู้ป่วยในระยะอื่น ในระยะนี้ผู้ป่วยจะนึกถึงเรื่องคุณค่าของชีวิต นึกถึงสิ่งที่เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณหรืออาจจะนึกถึงกิจธุระที่ยังไม่ลุล่วง ซึ่งประเด็นต่างๆ เหล่านี้จะแตกต่างกันออกไปในแต่ละปัจเจกบุคคล

มีความเข้าใจผิดว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลแบบตั้งรับ (passive care) เพราะเป็นการกระทำหลังจากทีมแพทย์พบว่าผู้ป่วยไม่มีทางหายขาดและเป็นการรักษาไปตามอาการที่ผู้ป่วยได้ร้องขอความช่วยเหลือเท่านั้นก็เพียงพอ แต่ในความเป็นจริงแล้ว การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลเชิงรุก (active care) ที่ทีมผู้ให้การดูแลรักษามีภาระหน้าที่ที่จะต้องแสวงหาและตั้งเป้าประสิทธิภาพการรักษา ณ ขณะใดขณะหนึ่งให้ได้ เป็นกระบวนการเชิงรุกที่อาศัยความสัมพันธ์และความเข้าใจที่ดีระหว่างแพทย์ผู้รักษาหรือทีมผู้ดูแลรักษากับผู้ป่วยและญาติ ในการวางแผนการรักษาในแต่ละระยะและสื่อสารกันอย่างต่อเนื่อง การที่ทีมผู้ดูแลรักษามีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและญาติยังจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องแผนการรักษา และกล้าแสดงความต้องการถึงเรื่องความต้องการวิธีการรักษาบางชนิด ตัวอย่างเช่น ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ทางเลือกการรักษามักจะไม่มีหลักฐานว่าวิธีใดมีผลดีกว่ากันอย่างชัดเจน ดังนั้น การที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสได้แสดงความต้องการและเลือกด้วยตนเอง ในระยะนี้ จึงเป็นการเสริมและตอบสนองมิติตามความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยในการเลือกดำเนินชีวิต ที่สำคัญผู้รักษาควรปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและภาวะจิตใจของผู้ป่วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายแบบประคับประคองพอสรุปแบ่งออกได้ ๔ ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านภาวะจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ และจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย โดยสรุป ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยควรประกอบด้วยบุคคลจากหลายสาขาวิชาชีพ มีคุณสมบัติและวิธีปฏิบัติตน ดังนี้

(๑) บุคลากรทางการ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ ควรมีเมตตากรุณาและจิตอาสาเป็นพื้นฐานสำคัญ

(๒) ผู้ทรงศีลหรือผู้ที่ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าเป็นผู้ที่มีลักษณะเข้าถึงธรรม หรือปฏิบัติธรรม เช่น ญาติที่เป็นพระสงฆ์ ญาติที่เป็นเณร หรือญาติที่เป็นแม่ชี หรือญาติที่ถือศีล ไม่ได้เป็นพระ เป็นเณร หรือเป็นชี แต่เป็นญาติที่ถือศีลอยู่กันประจำหรือว่าคนธรรมดาธรรมดาไม่ที่ภาษาชาวบ้าน ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกอยากได้ญาติประเภทนี้แหละที่มากดูแลตนเองอย่างใกล้ชิด หรือว่าคนที่สัมผัสพิเศษ

เป็นคนมีองค์มีเทพหรือคนทรงอะไรอย่างนี้ ผู้ป่วยก็จะเชื่อถือเป็นกรณีที่จะต่างออกไปบุคคลากรทาง การแพทย์ อันนี้ถึงเป็นกรณีพิเศษไป และผู้ดูแลต้องมีจิตเมตตา มีความรัก มีความจริงใจต่อผู้ป่วย^{๔๖}

(๓) ญาติ ๆ คนที่เป็นญาติใกล้ชิด ที่จะไปช่วยดูแลผู้ป่วย และไม่ควรร้องให้ ห้ามพูดให้ใจ เสียบ พูดแต่เรื่องที่ดีๆ ต้องอยู่ในบุญในกุศลตลอด ทุกคำพูด ทุกการกระทำ ทุกความคิดสำคัญ เพราะว่าดวงจิตสุดท้ายที่จะไปจะบอกว่าจะไปอยู่ตรงไหน แล้วเราไม่รู้ว่าจะดวงจิตสุดท้ายจะไปอยู่ที่ ไหนด้วย เพราะฉะนั้นคนเฝ้าไข้จิตใจต้องเป็นกุศล ต้องมีความเมตตา เมตตาสำคัญมาก ทุกคนที่จะ เดินเข้ามาหาผู้ป่วย ถ้าจิตใจตัวเองขาดความเมตตา อย่าเข้ามาเด็ดขาด ถ้าอารมณ์ ขุ่นมัว หรือว่า วิดกกังวลเสวราโศกเสียใจอย่าเพิ่งมา คนไข้จะสัมผัสได้ เป็นคลื่น บางทีไม่ได้พูดอะไรแต่หน้าตาแย่ ยังงี้ คนไข้ก็แย่ไปด้วย^{๔๗}

(๔) ญาติใกล้ชิดสำคัญที่สุด สำคัญพอ ๆ กับคนไข้ เพราะเป็นบุคคลที่จะช่วยรับรู้ข้อมูล เพื่อที่จะดูแลผู้ป่วย สิ่งที่ต้องมีคือ เรื่องความรู้ทักษะ แนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ พอรู้แล้วก็ต้องมี ทักษะที่ดี และถูกต้อง เช่น การรู้ว่าความตายคือความจริงของชีวิต ผู้ป่วยก่อนตายจำเป็นต้องรู้ ความจริง เพื่อที่จะได้เตรียมการให้พร้อม การเตรียมการให้เขายอมรับ และการเตรียมการที่ต้องใช้ เวลา ต้องมีบุคคลช่วยเหลือหลายฝ่าย เมื่อคนดูแลมีทักษะที่ดี ที่ถูกต้อง คำว่าถูกต้องในที่นี้ หมายความว่า มีบุคลิกภาพที่อ่อนโยน มีความเมตตา มีทักษะในการสื่อสาร มีประสบการณ์ มีการ ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ความสัมพันธ์ ก็คือ ต้องเป็นญาติที่ใกล้ชิด คนที่ใกล้ชิด ไว้วางใจ และมีเวลาพอ เป็นข้อที่สำคัญมาก ๆ จะต้องมาปรับตัวเอง ตั้งแต่เรื่องความรู้ ความคิด ทักษะ และเรียนรู้ ประสบการณ์เพื่อที่จะมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้^{๔๘}

(๕) คนที่น่าจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดีที่สุด ก็คือ คนที่ผู้ป่วยรัก ไว้ใจ หรือ ต้องการให้อยู่ใกล้ และคนที่เขาเกลียดหรือไม่ชอบอย่าให้ไปอยู่ใกล้เขา เพราะจะทำให้อารมณ์เขา ไม่สงบ เขาจะสงบเมื่อเขาเจอความสบายใจ เขาก็จะสามารถหลับไปได้อย่างสบาย ผู้ที่มีส่วน ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายควรมีคุณสมบัติอย่างไรนั้น ที่สำคัญที่สุด คนนั้นจะต้องรัก คนไข้ รักในที่นี้ไม่ได้หมายถึง รักในแบบผู้ชาย แต่หมายถึงรักแบบเมตตา รักแบบอยากให้เขามี ความสุข รักแบบอยากให้เขาพ้นทุกข์ และสามารถที่จะทำใจยอมรับความจริงที่จะเกิดขึ้นได้ คือ

^{๔๖} สัมภาษณ์ อาจารย์ธวัช คณิศกุล ประธานที่ปรึกษามูลนิธิบรรจงสนิท-สหปฏิบัติ เมื่อวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๕๕ ณ มูลนิธิบรรจงสนิท-สหปฏิบัติ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี.

^{๔๗} สัมภาษณ์ อาจารย์คณัย จันทร์เจ้าฉาย เมื่อวันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๑ ณ สำนักงาน ชั้น ๒๒ อาคารอัมรินทร์พลาซ่า(โซโก้) ถนนเพลินจิต กรุงเทพมหานคร.

^{๔๘} สัมภาษณ์ อาจารย์อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูงการดูแลประคับประคอง เมื่อวันที่ ๖ กันยายน ๒๕๕๑ ณ โรงพยาบาลรามมา.

อุเบกขา ที่สำคัญคือ เมตตา กรุณา และอุเบกขา อุเบกขา คือ สิ่งที่มีมันเกิดขึ้น มันเป็นธรรมชาติ มันเป็นอย่างนั้นเอง มันเป็นอย่างนั้น ไม่ร้องไห้โวยวาย ไม่ต้องอกซกตัวว่าอย่าเพิ่งไป ตื่น ๆ อย่างนั้นยิ่งจะทำให้การจากไปไม่สงบ หรือใครก็ได้ ถึงแม้ว่าจะเป็นหมอ พยาบาลที่อยากให้อยู่ใกล้เขาที่เขาไว้ใจ ใครก็ได้ที่คนที่กำลังจะจากไปอยากให้อยู่ใกล้ ๆ เขา ก็จะเป็นส่วนที่ช่วยให้เขาสบายใจได้ ผู้ดูแลควรต้องฝึก เพราะคนจำนวนมากคงไม่ได้ดูแลคนใกล้ตายมาก่อน เป็นส่วนใหญ่ และคนที่จะแนะนำจะเป็นแพทย์ พยาบาลที่จะแนะนำว่า ถ้าคุณอยู่กับผู้ป่วยระยะนี้ คุณต้องพยายามทำให้สบาย และคิดว่าเรื่องต่าง ๆ นี้เป็นธรรมชาติ ถ้าเสียใจ ร้องไห้ร้องไห้ให้อยู่ข้างเตียงผู้ป่วย และคอยบอกผู้ป่วยว่า อย่าไปนะ อย่าเป็นอะไร คนไข้ก็หลับอย่างสงบไม่ได้ เพราะจะต้องกังวลกับความตื่นเต้น ความกังวลของคนอยู่ที่คอยบอก ส่วนคนที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ตายควรเตรียมตัวว่าในหลักพุทธศาสนา การเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นของธรรมดา ถ้าเราคิดอย่างนี้ได้ เราก็จะไม่กลัว เรื่องความแก่ และความตาย เมื่อเราไม่กลัวเรื่องความแก่ และความตายแล้ว การจะดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ก็จะทำให้เราควบคุมสติ อารมณ์ของเราได้ดี และทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างดียิ่งขึ้น^{๔๘}

(๖) ญาติพี่น้องที่สำคัญที่สุด คนที่ใกล้ตัว เพื่อนที่สนิท ใครก็ได้ที่ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ ทัศนคติที่ยอมรับสภาพ ไม่รังเกียจ มีเมตตา พรหมวิหาร ๔ อยากช่วยเหลือ^{๔๙} ประสพการณ์ของคนดูแลควรจะศึกษา และมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ แต่ที่สำคัญต้องมีใจที่พร้อมจะเผชิญกับปัญหาที่ต้องเจอ และจิตอาสาควรมีสติตลอดเวลา^{๕๐}

(๗) พ่อแม่พี่น้องหรือบุตรนี้เป็นส่วนสำคัญมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์ และคิดว่าเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการมากกว่าในช่วงสุดท้าย คนที่ดูแลควรมีคุณสมบัติ อันแรกนี้ต้องมีจิตใจที่ ต้องการดูแลผู้ป่วย ก็คือต้องมีใจ อย่างที่สองคือมีความรู้ที่ผู้ป่วยมีความต้องการอย่างไร ความต้องการทางด้านจิตใจเป็นอย่างไร ความต้องการด้านร่างกายจะมีอะไรบ้าง ควรมีทัศนคติ มี

^{๔๘} สัมภาษณ์ นายแพทย์สันต์ หัตถิรัตน์ เมื่อวันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๕๓ ณ ห้องประชุมสำนักงานส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพ ชั้น ๓ อาคารกองวิศวกรรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

^{๔๙} สัมภาษณ์ นายธนวัชร เกตนวิมุต เมื่อวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๕๓ ณ ศูนย์อาหาร ถนนแจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร.

^{๕๐} สัมภาษณ์ นางสาวศุสดี เกียนงาม เมื่อวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๕๓ ณ ศูนย์อาหาร ถนนแจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร.

ความเห็นอกเห็นใจ ต้องการให้ความช่วยเหลือ มีท่าทีที่อบอุ่น ถ้าไม่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาท้ายก็สามารถดูแลได้^{๕๒}

(๘) ให้ญาติและคนที่รักอยู่ใกล้ ญาติสำคัญที่สุด รองลงมาคือบุคคลที่เขาเชื่อถือและศรัทธา เช่น พระสงฆ์ที่เขาเชื่อและศรัทธาสิ่งแรกที่ต้องมีคือความเมตตา ความเมตตาต้องมาก่อน คือปรารถนาให้เขาคิดก่อน ส่วนเรื่องความรู้เรื่องของหลักธรรมเกี่ยวกับความจริงของชีวิต การแก่ ความเจ็บ ความตาย ที่ต้องคุยกับผู้ป่วยเข้าใจ รวมไปถึงกรรมนิมิต คตินิมิต อารมณ์กรรม ถ้าสามารถทำได้จะดีแต่ถ้าไม่มีความรู้เรื่องพวกนี้ก็ไม่เป็นไร ขอแค่คนที่จะมาดูแลผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็งสามารถนำพาผู้ป่วยไหว้พระสวดมนต์ หรือน้อมใจจะถึงบุญกุศลและความดีของผู้ป่วยที่ทำมาจะสำคัญมากๆ เราต้องเตือนสติผู้ป่วย น้อมนำให้พาให้ก้าวเดิน ไปบนทาง กุศลกรรมที่เขาเคยทำเอาของเขานั้นแหละมาเป็นจิตยึด ยกตัวอย่างในกรณีของผู้ป่วยเชื้อสายจีนคนหนึ่งที่ถูกเขาเรียนรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและเข้ามาทำหน้าที่ดูแลแม่ตนเอง แต่แม่ก็มีอาการไม่ยอม กระสับกระส่าย ถูกคิดได้ว่าต้องปรึกษาพระอาจารย์เลย โทรหาพระอาจารย์และพระอาจารย์ได้สั่งให้เปิดเสียงโทรทัศน์ดังๆ แล้วเอาไปให้แม่ฟัง ลูกชายก็บอกว่าพ่อแม่ได้ยินเสียงพระอาจารย์แม่ก็นิ่ง และคอยฟังว่าพระอาจารย์จะว่ายังไง นั่นเป็นเพราะความศรัทธา ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วย หรือผู้นำทางผู้ป่วย จะต้องสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วย นี่เป็นส่วนที่สำคัญมากๆ ความมีเมตตาและทำให้เกิดศรัทธา และผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรเตรียมตัวอย่างไร สิ่งที่สำคัญที่สุดคือความมีสติ มีเมตตา กรุณา และพรหมวิหาร ๔ เพราะปัญหาที่พบ คือ อาสาสมัครที่เข้าไปช่วยงานและพบเหตุการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตไป ความผูกพันที่เคยได้ดูแลกันมาคนดูแลเกิดการจิตตกตาม นั่นคือ อุเบกขาหายไป คือความเข้าใจในเรื่อง พระไตรลักษณ์ต้องมีความเข้าใจในเรื่องความเป็นธรรมชาติของชีวิต ความรู้หลักธรรม การยอมรับ ความจริงในสิ่งที่กำลังเป็นไปในปัจจุบันนั้น^{๕๓}

(๙) ลูก หลาน ญาติพี่น้อง สามี ภรรยา สำคัญมาก คนใกล้ชิด และผู้ที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ควรมีคุณสมบัติ คือ ต้องมีใจให้กับผู้ป่วย ความเมตตา กรุณา และรวมไปถึงคำว่าเสียสละด้วย เพราะถือว่าเป็นงานหนึ่งที่ยาก จะต้องเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและศึกษาภูมิหลังของผู้ป่วย เรื่องทักษะนี้สามารถเรียนรู้ได้ เช่น การจับถ่ายต่างๆ แต่สิ่งต่างๆ เป็นการเยียวยาในเรื่องความไม่สะดวกทางกาย ทักษะคติของผู้ที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ตายนั้น ต้องเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย เพราะบางทีผู้ป่วยอาจจะไม่ได้มีความทุกข์กายเพียงอย่างเดียว อาจจะมีบางเรื่องที่ทุกข์ใจอยู่

^{๕๒} สัมภาษณ์ อาจารย์สมถวิล โปตระนันท์ พยาบาลผู้ชำนาญการ หน่วยระงับปวด โรงพยาบาลศิริราช เมื่อวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๕๔ ณ โรงพยาบาลศิริราช.

^{๕๓} สัมภาษณ์ พระครุชิต อภิญาโณ วัดป่าสันติธรรม เมื่อวันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๕๓ ณ จังหวัดชัยภูมิ.

ดังนั้นเขาอาจต้องการการเยียวยาด้านร่างกาย การขยับถ่าย การให้ยา ให้น้ำเกลือ แต่ว่าควรดูแลจิตใจด้วย ต้องใส่ใจใน ความรู้สึกของเขาด้วย รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้ดี ไม่รบกวนวายอีกกระทั่ง ถ้ามีความรู้ด้านภาวะความรู้สึกของคนไข้ใกล้ตายยิ่งดี ด้านพุทธศาสนาและด้านความเชื่อ สิ่งที่สามารถช่วยได้ก็คือ ความรู้พื้นฐาน และทักษะของการลดความทุกข์ให้กับผู้ป่วยเรื่องเล็กๆ น้อยๆ เรื่องเสมหะของผู้ป่วยปากแห้ง คอแห้ง คือลดความเจ็บป่วยให้ผู้ป่วย บางทีคนก็มองข้ามไป การทำแบบนี้ก็ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น พอปากชุ่มชื้น หายใจสะดวก ก็จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดี นี่ก็เป็นทักษะ ที่ไม่ได้ซับซ้อนแต่ถ้าทำได้จะดี การให้กำลังใจผู้ป่วยแต่คนส่วนมากจะใช้วิธี เปิดเทพธรรมะ เสี่ยงพระสวด ซึ่งก็เป็นสิ่งดี แต่ก็อาจจะไม่ดีเท่าที่เราจะพูดคุยกับเขา ใส่ใจความรู้สึกกับเขา ประสพการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วย ถ้ามีก็ได้ แต่ถ้าไม่มีก็สามารถเรียนรู้ได้ อย่างเช่นผู้ป่วยเรื้อรังเป็นเดือนเป็นปีส่วนใหญ่ ผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์ แต่ก็สามารถเรียนรู้ไป เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยทรุดหนัก และไม่รู้สักตัว จนเสียชีวิต ผู้ที่จะดูแลผู้ป่วยควรเตรียมตัวทั้งกายและใจ เพราะด้านดูแลร่างกายจะเหนื่อยมาก ปกติการดูแลผู้ป่วยจะต้องใช้ผู้ดูแลจำนวน ๒ คน ต่อผู้ป่วย ๑ ราย เพราะว่าจะต้องดูแล ๒๔ ชั่วโมง ส่วนเรื่องสติจะสำคัญมากเพราะดูแลไปนานๆ จะเครียด บางทีก็อะอะ โวยวายต่อผู้ป่วย ถ้าผู้ดูแลไม่มีสติอาจจะตวาดผู้ป่วยแรงๆ เพราะบางทีผู้ป่วยก็เหมือนเด็ก คือ อาจจะดื้อรั้นบ้าง ดังนั้นสติจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ๆ^{๕๔}

(๑๐) จิตแพทย์ จิตอาสา นักสังคมสงเคราะห์ถือเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเช่นเดียวกัน เพราะในบางกรณี การดูแลผู้ป่วยไม่ได้มุ่งที่ตัวผู้ป่วยโดยตรง แต่มุ่งไปที่คนรอบข้างผู้ป่วยด้วย

๔.๔ วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในสังคมไทยปัจจุบัน

ดังได้กล่าวแล้วว่า แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการดูแลที่มีลักษณะบูรณาการ การแพทย์หลากหลายสาขา และเช่นเดียวกันวิธีการดูแลจึงมีลักษณะเชิงบูรณาการเช่นเดียวกัน ซึ่งจากการสัมภาษณ์และศึกษาผลงานของผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถสรุปเป็นวิธีการดังนี้

๔.๔.๑ วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสังคมไทย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสังคมไทยปัจจุบันมีวิธีการดังนี้

^{๕๔} สัมภาษณ์ พระไพศาล วิสาโล เมื่อวันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๕๓ ณ วัดป่าสุคะโต อําเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ.

(๑) การกล้าพูดความจริงของการป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยจะหรือน่าจะได้รับความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นๆ จากการตรวจรักษา แพทย์ พยาบาล และผู้ดูแลอื่นๆ จะต้อง “กล้า” พูดความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแก่ญาติและ/หรือผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้ทราบข้อเท็จจริงเหล่านั้นทั้งหมด ไม่ใช่ให้ความหวังผิดๆหรือเล่นเกมเอาใจผู้ป่วยและญาติไปเรื่อยๆ (เพราะอาจจะโดนข้อหาว่า “เลี้ยงไข้” ได้โดยเฉพาะในโรงพยาบาลเอกชน) การพูดความจริง จะต้องพูดอย่างมีเมตตาสูงเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยตกใจน้อยที่สุด จึงต้องดูกาลเทศะ และมีศิลปะในการพูดแม้จะมีเวลาจำกัดก็ตาม ตัวอย่างในการพูดในกรณีที่อยู่ในห้องฉุกเฉิน (ไม่รู้จักผู้ป่วยมาก่อน) โดยผู้ป่วยผ่านการรักษามาแล้ว และไม่ดีขึ้น หรือมีอาการทรุดลงๆ จนต้องเข้าๆ ออกๆ โรงพยาบาลบ่อยๆ และยังไม่รู้เรื่องอยู่

แพทย์ : “สวัสดีครับ วันนี้มีอาการไม่สบายอะไรหรือครับ”

ผู้ป่วย : “ปวดทั้งตัว กินอาหารไม่ได้ เหนื่อยมากขึ้นๆ แล้วก็นอนไม่ได้มาหลายวันแล้วละหมอ”

แพทย์ : “คุณมีอาการอย่างนี้บ่อยมั๊ยครับ” ผู้ป่วย : “ก็หลายครั้งแล้วนะ นี่ก็เพิ่งออกจากโรงพยาบาลกลับบ้านได้ ๔-๕ วัน ก็แยกอีกแล้ว”

แพทย์ : “ครั้งที่แล้วคุณหมอเคื่อบอกว่า คุณเป็น โรคอะไรครับ”

ผู้ป่วย : “ก็ชั้นเป็น โรคมะเร็งเต้านม ตัดไปแล้วเมื่อปีก่อนแล้วก็ได้ยาเคมีบำบัดเรื่อยมา แต่ในระยะ ๒-๓ เดือนนี้ อาการมันแย่ง หมอบอกว่า มะเร็งมันลุกลามไปที่ตับ ปอด และกระดูก หมอว่าอาจจะลองยาตัวใหม่”

แพทย์ : “ในระยะ ๒-๓ เดือนที่ได้รับการรักษามาตลอดคุณคิดว่า คุณสบายขึ้นหรือ ‘สบายลง’ ครับ” (ที่ใช่คำว่า “สบายลง” จะนุ่มกว่า “แย่ง”)

ผู้ป่วย : “ไม่ดีขึ้นเลย รู้สึกแย่งๆ”

แพทย์ : “คุณบอกคุณหมอเจ้าของไข้เรื่องที่คุณรู้สึกแย่งๆ หรือเปล่าครับ”

ผู้ป่วย : “บอกนะ แต่หมอเคื่อบอกว่าจะดีขึ้น ให้อดทนไปอีกหน่อย”

แพทย์ : “คุณหมอเจ้าของไข้เค้าหวังดี อยากจะให้ คุณหายหรือดีขึ้น แต่บางครั้งโรคก็ไม่ตอบสนองต่อยาที่ให้และยาพวกนี้ก็มีผลข้างเคียงหรือพิษมาก คุณจึงต้องบอกคุณหมอเค้าเรื่องอาการไม่สบายต่างๆ เค้าจะได้ให้ยาบรรเทาอาการเหล่านั้นได้”

ผู้ป่วย : “ชั้นได้ยาแก้ปวด ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน ยาบำรุงเยอะเยอะไปหมด แต่รู้สึกแย่ง”

แพทย์ : “คุณถามคุณหมอเจ้าของไข้เค้าหรือเปล่าว่า ทำอย่างไรคุณจึงจะสบายขึ้นได้บ้าง”

ผู้ป่วย : “ไม่ได้ถาม ก็หมอเคื่อบอกให้อดทนไปก่อน แล้วมันจะดีขึ้น”

แพทย์ : “คุณหมอเจ้าของไข้เค้าหวังดี ให้ความหวังและให้กำลังใจคุณ แต่คุณคงต้องพิจารณาด้วยตนเองว่า ตั้งแต่รักษามา คุณดีขึ้นหรือแย่ลง ถ้าแย่ลง มันคุ้มที่จะทรมาณไปเรื่อยๆ หรือไม่ หรือว่าควรจะทำอย่างไร”

ผู้ป่วย : “แล้วหมอกคิดว่า ฉันควรจะทำอย่างไร”

แพทย์ : “ถ้าผมเป็นคุณ ผมจะถามคุณหมอเจ้าของไข้ให้เค้าบอกผมตรงๆ โดยไม่ต้องเกรงใจและไม่ต้องมาเอาใจผม หรือให้ความหวังผมไปเรื่อยๆ ว่า ‘ผมจะหายจากโรคนี้นี้ ถ้าไม่หายจะต้องทรมาณเพิ่มขึ้นหรือไม่’ ถ้าต้องทรมาณเพิ่มขึ้นๆ ผมคงต้องคิดหนักว่าผมจะรับการรักษาหรือไม่ ถ้าการรักษานั้นเป็นเพียงการยืดเวลาให้ผมต้องทรมาณนานขึ้นและมากขึ้น เพราะโรคนั้นจะลุกลามไปเรื่อยๆ”

ผู้ป่วย : “ฉันก็เคยบอกหมอเค้าว่าฉันทรมาณ และอยากตายแต่หมอเค้าบอกว่าโรคนั้นจะหายและดีขึ้นให้อดทนไปก่อน”

แพทย์ : “ถ้าอย่างนั้น คุณก็คงต้องพิจารณาเองว่า การรักษาทำให้คุณดีขึ้นหรือไม่สบายขึ้นหรือไม่ ถ้าดีขึ้นก็ต้องอดทนและสู้ต่อไป ถ้าไม่ดีขึ้น คุณก็ควรคิดว่า ถ้าคุณไม่รักษา แล้วพยายามพักผ่อนให้เต็มที่ หลับให้มากๆ เพื่อจะได้ไม่ต้องรู้สึกเจ็บปวด คลื่นไส้ อาเจียน และอื่นๆ แล้วอย่าไปกังวลกับโรคมะเร็งของคุณ มันจะดีกว่าหรือไม่”

ผู้ป่วย : “แล้วจะหลับได้อย่างไรเมื่อมันเจ็บปวดอยู่”

แพทย์ : “ถ้าเจ็บปวด ก็ต้องกินยาแก้ปวด ถ้ากินแล้วไม่ดีขึ้นใน ๑ ชั่วโมง ก็ให้กินซ้ำใหม่ได้ทุกชั่วโมง หรือกินยานอนหลับช่วย ถ้ากินยานอนหลับแล้วไม่หลับใน ๑ ชั่วโมง ก็ให้กินซ้ำใหม่ได้ทุกชั่วโมงจนกว่าจะหลับ ก็จะทำให้คุณหลับได้ และเมื่อหลับได้ อาการทุกข์ทรมาณต่างๆ จะลดลง”

ผู้ป่วย : “ตกลงหมอ ฉันจะลองวิธีของหมอดู เพราะที่ผ่านมานี้ ฉันรู้สึกทนต่อไปไม่ได้แล้ว”

ส่วนในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้ว่าเป็นโรคร้ายแรง เพราะญาติไม่ยอมให้บอกผู้ป่วย คงต้องพูดคุยกับญาติ เช่น

แพทย์ : “คุณคิดว่า การรักษาที่ผ่านมา ๒-๓ เดือนนี้ทำให้คุณแม่ดีขึ้นหรือแย่ลง”

ลูกผู้ป่วย : “แย่ลงครับ”

แพทย์ : “แล้วคุณถามหมอเจ้าของคนไข้หรือเปล่าว่า การรักษาต่อไปจะทำให้คุณแม่ของคุณดีขึ้นหรือแย่ลง”

ลูกผู้ป่วย : “ไม่ได้ถามครับ”

แพทย์ : “แล้วคุณถามคุณแม่หรือเปล่าว่า คุณแม่ได้รับความทุกข์ทรมานจากการรักษา มากเพียงใด”

ลูกผู้ป่วย : “ไม่ได้ถาม แต่เห็นอยู่แล้วว่า คุณแม่กลืนได้อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดไปทั้งตัว กินยาแก้ปวดเดียวเดียว แล้วหมอมคิดว่าผมควรจะทำอย่างไร”
(ลูกเริ่มมีอาการและพูดหัววน)

แพทย์ : “คุณคงต้องถามตนเองว่า สิ่งที่เราหมายถึงคุณและหมอเจ้าของไข้พยายามช่วย คุณแม่อย่างเต็มที่นั้นเป็นประโยชน์กับคุณแม่หรือเปล่า หรือเพียงแค่ทำให้คุณแม่ทรมานมากขึ้น และการทำให้คุณแม่ต้องทรมานมากขึ้นและนานขึ้นเพื่อจะได้อยู่กับคุณนานๆ นั้น เป็นสิ่งที่คุณแม่ ต้องการหรือเปล่า หรือเป็นสิ่งที่คุณต้องการแต่ฝ่ายเดียว หมอมคิดว่า ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับรู้ความจริง เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเขา และมีสิทธิที่จะตัดสินใจว่าจะรับการรักษาหรือไม่รับการรักษาเมื่อได้ ทราบความจริงทั้งหมดแล้ว เพราะผู้ป่วยเป็นคนที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคร้ายไข้เจ็บของเขา และจากผลข้างเคียงของการรักษาต่างๆ เวลาคุณแม่เจ็บหรือทรมาน คุณและหมอไม่ได้เจ็บหรือ ทรมานด้วย คุณจึงน่าจะบอกความจริงแก่คุณแม่ ว่าโรคของคุณแม่ลุกลามไปมากแล้ว การรักษาจึง เป็นเพียงการยืดเวลาเท่านั้น และยิ่งยืดเวลาไปเท่าไร ความทุกข์ทรมานก็จะเพิ่มมากขึ้น เพราะโรค มันจะลุกลามไปเรื่อยๆ”

ลูกผู้ป่วย : “แล้วหมอมจะให้ผมเลิกรักษาแม่หรือ”

แพทย์ : “ถ้ารักษาแล้วผู้ป่วย สบายขึ้น ไม่เจ็บ ไม่ปวด กินได้นอนหลับ และถ่ายได้ ตามปกติ ก็จำเป็นต้องรักษา แต่ถ้ารักษาแล้ว เจ็บปวดมากขึ้นและทุกข์ทรมานมากขึ้น เราคงไม่ เรียกว่าเป็น ‘การรักษา’ แต่เป็นการทรมานมากกว่า แต่อย่าเชื่อหมอ คุณต้องไปคิดไปตรองดูเองว่า คุณแม่ทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นๆ หรือไม่ในช่วงเวลาที่ผ่านมา และคุณอยากให้คุณแม่ทรมาน ไปอีกนาน เท่าใด”

ลูกผู้ป่วย : “หมอมจะเลิกรักษาแม่หรือ”

แพทย์ : “การจะรักษาหรือไม่รักษาไม่ได้ขึ้นอยู่กับหมอ แต่ขึ้นกับคนไข้ ญาติของคนไข้ และหมอเจ้าของไข้ ส่วนหมอมเป็นเพียงมาพูดคุยความจริงให้คุณฟัง แต่เมื่อคุณพามาคุณแม่มาที่ห้อง จุกเงินเราก็จะรักษาภาวะจุกเงินให้เมื่อหมอเห็นคนไข้ต้องทรมาน โดยไม่รู้อาการว่าเป็นโรค อะไร และทนทุกข์ทรมานเพื่ออะไร หมอมจึงเชิญคุณมาคุยด้วยเพราะความสงสารแม่ อันที่จริง หมอ ทุกคนต้องถือ ‘ประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นประโยชน์สูงสุด และประโยชน์ของญาติเป็นประโยชน์รอง ลงไป’ แต่โดยทั่วไป ไม่มีหมอมคนไหนที่อยากมีเรื่องกับญาติผู้ป่วย และหลายครั้งผู้ป่วยก็ไม่อยู่ใน สภาพที่จะตัดสินใจเองได้ เราจึงมักจะปรึกษาญาติก่อนเสมอ ถ้าญาติไม่ยอมให้บอกความจริงแก่ ผู้ป่วยเราก็มักจะอนุโลมตามนั้น”

ลูกผู้ป่วย : “แล้วหมอจะให้ผมทำอะไร”

แพทย์ : “ถ้าคุณไม่รู้ คุณก็ควรจะถามคุณแม่ บอกความจริงให้คุณแม่ทราบ และให้คุณแม่เป็นคนตัดสินใจว่า คุณแม่ต้องการให้หมอรักษาอย่างไร ลูกผู้ป่วยนั่งอยู่นาน ในที่สุดก็บอกว่า “ถ้าอย่างนั้นคุณหมอช่วยถามคุณแม่แทนผมได้ไหมครับ”

แพทย์ : “ถ้าอย่างนั้น เราไปที่เตียงคุณแม่ และผมจะคุยกับคุณแม่ต่อหน้าคุณ” แล้วแพทย์และลูกผู้ป่วยก็เดินไปที่เตียงผู้ป่วย และแพทย์ก็คุยกับผู้ป่วยอย่างอ่อนโยน เช่น

แพทย์ : “สวัสดีครับ” เมื่อถึงนี้ หมอคุยกับลูกคุณ และลูกคุณอยากให้หมอมารักษาคุณอีก คุณได้มารักษาที่นี่มานานแล้ว แต่ ๒-๓ เดือนที่ผ่านมา คุณเข้าๆ ออกๆ โรงพยาบาลบ่อย คุณทราบไหมครับว่า เป็นเพราะอะไร”

ผู้ป่วย : “ก็หมอเคื่บบอกว่า แพ้ยาบ้าง ดิดเชื้อบ้าง เกลือแร่ ผิดปกติบ้าง ขาดอาหารบ้าง ก็จะไม่ขาดได้ยังไงคุณหมอ ก็มันเบื่้ออาหารละคลื่นไส้ อาเจียนตลอด หมอเค้าให้ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน ตั้งหลายขนาน แล้วยังเอาไม่อยู่เลย”

แพทย์ : “แล้วคุณเป็นโรคอะไรหรือครับ จึงรักษายากและเอาไม่อยู่”

ผู้ป่วย : “ก็หมอเคื่บบอกว่าเป็นโรคเลือดมั่ง โรคไขกระดูกมั่ง ชั้นก็เลยไม่แน่ใจว่าเป็นโรคอะไรแน่”

แพทย์ : “ก็เป็นโรคเดียวกันแหละครับ เพราะไขกระดูกเป็นที่สร้างเม็ดเลือด เมื่อไขกระดูกผิดปกติก็เลยทำให้เม็ดเลือดผิดปกติ”

ผู้ป่วย : “แล้วมันจะหายมั้ยละหมอ”

แพทย์ : “แล้วหมอเจ้าของไข้เคื่บบอกคุณ ว่ามันจะหายหรือไม่ครับ”

ผู้ป่วย : “เคื่บบอกไม่ได้ บอกแต่ว่าให้รักษาไปก่อน นี่ก็รักษามาตั้งนานแล้ว แต่ ๒ - ๓ เดือนซักแ่ เข้าๆออกๆ โรงพยาบาลบ่อยๆ หมอว่าฉันจะหายมั้ย”

แพทย์ : “โรคของคุณยังเป็นโรคที่รักษายาก คุณหมอเจ้าของไข้เคื่บพยายามรักษาเต็มที่แล้ว ช่วงแรกดีขึ้นบ้าง แต่ระยะหลังนี้ มันคือยา เลยไม่ค่อยได้ผลแถมยังทำให้คุณเกิดผลข้างเคียงจากยาด้วย”

ผู้ป่วย : “ถ้ามันคือยา และรักษาไม่ได้ผล ก็อย่าไปรักษามันเลยหมอ เพราะชั้นทนไม่ไหวแล้ว มันไม่สบายมากๆ หลังให้ยา ได้ยาแก้อาการแพ้ ก็ช่วยได้ประเด็ยประตัวเท่านั้น”

แพทย์ : “วันนี้คุณมาที่ห้องฉุกเฉินที่มีอาการอ่อนเพลียมาก จากการขาดอาหารและน้ำ คุณหมอเค้าให้น้ำเกลือและยาฉีดแก้อาการคลื่นไส้ อาเจียนอยู่อีกสักพักคุณก็จะดีขึ้น แล้วคงจะให้คุณกลับบ้านและคุณคงจะได้กลับมาพบหมอเจ้าของไข้ตามที่นัดไว้ คุณปรึกษากับหมอเจ้าของไข้ดู

อีกครั้งว่าควรจะรักษาต่อไปหรือไม่ เพราะหมอรู้จักคุณน้อยกว่าหมอเจ้าของไข้ หมอเจ้าของไข้จะได้อธิบายให้คุณเข้าใจได้ดีขึ้นว่า การรักษาต่อไปจะทำให้คุณ ‘สบายขึ้น’ หรือ ‘สบายลง’ นะครับ

ผู้ป่วย : “ฉันไม่ไปหาหมอเค้าแล้วละ ถามเค้าที่ไร เค้าก็บอกว่าให้รักษาไปก่อน อดทนอีกหน่อย ฉันจะไม่ไปรักษากับเค้าตั้งหลายครั้งแล้ว แต่ลูกก็เลยเชิญให้ไปบอกว่าแม่จะได้หายและอยู่กับเขานานๆ แต่ระยะหลังนี้ ฉันรู้สึกแย่มาก ฉันทนการใช้ ‘เคมี’ ไม่ไหวแล้ว

แพทย์ : “อ้าว คุณรู้ว่าเค้าให้ ‘เคมี’ ด้วยหรือ”

ผู้ป่วย : “ทำไมจะไม่รู้ละหมอ ก็พวกหมอพวกพยาบาลเค้าคุยกัน และคนไข้ที่ได้ ‘เคมี’ ช่างๆ ก็คุยกัน ฉันรู้ว่าฉันเป็นมะเร็งแน่นอน แต่ไม่รู้ว่ามันเป็นมะเร็งเม็ดเลือดหรือมะเร็งไขกระดูก เพราะหมอเค้าไม่ตอบให้ชัดเจน และลูกเค้าก็ไม่ยอมบอก แล้วฉันควรทำยังไงละหมอ

แพทย์ : “ถ้าคุณรู้อยู่แล้วว่า คุณเป็นมะเร็ง และการรักษาไม่ทำให้คุณดีขึ้น แต่ทำให้คุณทรมาณมากขึ้น คุณคงต้องตัดสินใจว่าจะรักษาต่อหรือไม่ ถ้าไม่ให้ ‘เคมี’ ต่อ ก็ควรดูแลตนเองให้มีความสุขสบายให้มากที่สุดอย่าไปกังวลกับโรคที่เป็นอยู่ พยายามพักผ่อน นอนหลับให้มากๆ อาการทุกข์ทรมาณต่างๆ จะได้ลดลงมากๆ เวลาคุณนอนหลับได้ ถ้าคุณหลับเองไม่ได้ คงต้องกินยานอนหลับช่วย การนอนหลับได้สนิทจะลดความทุกข์ทรมาณลง”

ผู้ป่วย : “ถ้าอย่างนั้น หมอช่วยสั่งยานอนหลับให้หน่อย แล้วฉันจะได้กลับบ้าน”

ในกรณีนี้ จะเห็นว่า ผู้ป่วยก็รู้อยู่แล้วว่าตนเองเป็นโรคมะเร็ง แต่เมื่อแพทย์และญาติไม่ยอมบอกผู้ป่วยจริงๆ จึงเข้าใจผิดมาเรื่อยๆ ว่าผู้ป่วยไม่รู้ อันที่จริง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องได้รับ “ยาฆ่ามะเร็ง” หรือ “เคมี” (anti-cancer chemotherapy) หรือได้รับการ “ฉายแสง” ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบเดียวกันจะพูดคุยกัน เวลานั่งรอพบแพทย์ หรือรอการ ฉายแสง/ให้ยา ‘เคมี’ เป็นต้น เมื่อแพทย์และ/หรือญาติไม่กล้าพูดความจริงกับผู้ป่วย ผู้ป่วยก็ต้องแบกรับความกังวลและความหวังผิดๆ (ความหวังที่ไม่อาจเป็นจริงได้) ไปเรื่อยๆ จนไม่สามารถ “ปล่อยวาง” ความทุกข์ทางใจ ทำให้อาการทางกายกำเริบมากขึ้นหรือทำให้ทุกข์ทรมาณเพิ่มขึ้นๆ^{๕๕} แต่ในบางครั้งบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว หรือญาติอาจไม่จำเป็นต้องพูดชื่อโรคที่อาจทำให้ผู้ป่วยตกใจ เช่น มะเร็งเอดส์ เพราะตามธรรมเนียมในสังคมไทย หากป่วยหนักจะมีญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านมาเยี่ยม และการมาเยี่ยมผู้มาเยี่ยมทุกคนจะสอบถามผู้ป่วยว่าเป็นอะไร และการที่ผู้ป่วยจะต้องบอกผู้มาเยี่ยมว่าตัวเองเป็นโรคร้ายแรงตลอดเวลาที่มีคนมาเยี่ยมจึงเป็นเหมือนการตอกย้ำ ทำให้ผู้ป่วยท้อแท้หมด

^{๕๕} สันต์ หัตถิรัตน์, การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี, (กรุงเทพมหานคร : หมอชาวบ้าน, ๒๕๕๒), หน้า ๗๒-

กำลังใจได้^{๕๖} ถึงกระนั้นบุคคลากรทางการแพทย์ก็จำเป็นต้องบอกความจริงเกี่ยวกับการรักษา ผลข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อน โรคแทรก ค่าใช้จ่าย การอนุมานโรค (prognosis) และอื่นๆ ที่เป็นความจริงหรือใกล้เคียงกับความจริงมากที่สุดเท่าที่มีความรู้อยู่ในปัจจุบัน เพื่อให้ผู้ป่วย (และญาติ) ร่วมในการตัดสินใจว่าตนจะสามารถแบกรับความทุกข์ทรมานต่างๆ จากการรักษา จากโรคภัยไข้เจ็บที่อาจลุกลามมากขึ้น จากค่าใช้จ่ายที่มักจะบานปลายออกไปเรื่อยๆ นั่นก็คือ ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และญาติจะต้องยอมรับความจริงที่ผู้ป่วยเป็นได้ และที่สำคัญในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว หรือญาติๆ คอยเฝ้าดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดเพิ่มขึ้นๆ

การพูดความจริงเกี่ยวกับโรคหรืออาการของผู้ป่วยแพทย์หรือบุคคลากรทางการแพทย์จึงต้องใช้วิธีการที่นุ่มนวล ค่อยพูดคุยจากเรื่องใกล้ตัวผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายเพื่อประเมินความรู้ ความคิด ความคาดหวังของผู้ป่วยความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องประเด็นการตาย ว่าเขาคิดอย่างไร โดยจะพูดถึงเรื่องความเจ็บป่วยของเขา ก่อนว่าเขาป่วยอยู่นี้ รู้ไหมเป็นโรคอะไร และแนวทางในการรักษา การช่วยเหลือเป็นอย่างไร และถ้าเราสู้กันเต็มที่ที่สุดท้ายเราจะยอมไหม และยอมอย่างไร การสู้ การถอยคืออะไร ซึ่งสิ่งเหล่านี้ ถ้าคนไข้มีพื้นฐานเรื่องธรรมะ เรื่องความจริงของชีวิตก็คุยง่าย แต่ถ้าเขาไม่มีประสบการณ์ ไม่มีพื้นฐานจะคุยยาก เพราะว่าคนไข้ยังกลัวอยู่ เช่น ถ้าคุยกับคุณลุงที่เป็นมะเร็งว่า คุณลุงเกิดมาในชีวิตคุณลุงเคยสูญเสียไหม พ่อแม่เสียไปหรือยัง และเสียแบบไหนที่เราคุยเรื่องประสบการณ์ของคนไข้หนึ่งคนว่าเขาเคยสูญเสียของรักไหม หรือเคยอยู่ในเหตุการณ์ที่ต้องดูแลคนป่วยไหมว่าเขาคิดอย่างไร เราก็จะรู้จากเขาว่าตัวเขาคิดอย่างไรต่อการเจ็บป่วย จากประสบการณ์ของอาจารย์อุมาภรณ์ไพศาลสุทธิเดช พบว่า การพูดคุยเพื่อบอกความจริงแก่ผู้ป่วยนั้น บางรายคุยง่ายก็ภายในชั่วโมงเดียว ทุกอย่างเรียบร้อยเลย เช่น สมมติว่าถามน้องอ้อยว่าเคยไปบวชไหม น้องอ้อยตอบว่าเคยไปบวชคะ ก็ถามว่า บวชกี่วัน ที่บวชนะเคยภาวนาไหม ภาวนาแบบไหนอย่างไร ขณะที่ภาวนาจิตสบายไหม และที่สบายทำไมถึงสบาย และขณะนี้ที่มันไม่สบายเพราะอะไร อย่างนี้เป็นต้น เราสามารถที่จะคุยได้ตอบถึงสิ่งที่เขาเคยทำมาแล้ว แต่ถ้าคนที่ไม่เคยบวช ไม่เคยถือศีล ก็คุยกันไม่รู้เรื่อง ถ้าตัวเราเป็นของเราก็เลยทุกข์ ก็เลยกลายเป็นว่าบุคคลากรทางการแพทย์หรือผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องพัฒนาองค์ความรู้ทั้งทางโลกและทางธรรมตลอดเวลา และที่สำคัญที่

^{๕๖} สัมภาษณ์ อาจารย์ศันชัย จันทร์เจ้าฉาย เมื่อวันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๓ ณ สำนักงาน ชั้น ๒๒ อาคารอัมรินทร์พลาซ่า (โซโก้) ถนนเพลินจิต กรุงเทพมหานคร.

ต้องรู้พื้นฐานประสบการณ์ ความเชื่อ ศรัทธา และความหวังของผู้ป่วยประกอบการพูดคุยเพื่อบอกความจริงแก่ผู้ป่วย^{๕๗}

(๒) การทำให้ผู้ป่วย (และญาติ) ยอมรับกลไกแห่งความตายตามธรรมชาติ ในปัจจุบันระบบการศึกษาและความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีต่างๆ ทำให้เรายอมรับความจริงแห่งชีวิตและความจริงแห่งธรรมชาติน้อยลง โดยเฉพาะในเรื่องความแก่ ความเจ็บ และความตาย เมื่อเกิดมาและเติบโตจนหลงใหลในความเป็น “เรา” และความเป็น “ของเรา” แล้ว เราจึงกลัวการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะความแก่และความตาย ทั้งที่เรารู้ดีว่า เราไม่อาจจะหนีความแก่และความตายได้ อันที่จริง การเติบโตจากวัยเด็กก็คือ การแก่ตัวนั่นเอง แต่เราไม่กลัวการโตเป็นผู้ใหญ่ เรากลัวการโตเป็นผู้สูงอายุ เพราะเรากลัวความตาย หลายคนกลัวตาย เพราะกลัวความทุกข์ทรมานก่อนตาย ทั้งที่การตายตามธรรมชาติในตัวเราเกิดขึ้นทันทีพร้อมกับการเกิดและการตายก็เกิดขึ้นตลอดเวลาในร่างกายของเรา ตั้งแต่เกิดจนวาระสุดท้าย

กลไกตามธรรมชาติที่ทำให้เราตาย มักเป็นกลไกง่ายๆ และไม่สร้างความทุกข์ทรมาน ถึงเราจะไม่เจ็บไข้ได้ป่วย จนต้องไปหาหมอหรือไปนอนโรงพยาบาล แต่เมื่อถึงอายุขัยของเราก็จะเบื่ออาหาร เพราะกระเพาะลำไส้ไม่ยอมทำงาน สมอง/ระบบประสาทอยากจะพัก ไม่สั่งการให้เราหิว กระเพาะลำไส้ก็ไม่อยากทำงาน ปาก (ที่อาจไม่มีฟันเหลืออยู่) ก็ไม่อยากจะเคี้ยวอาหาร คอหอยก็ไม่อยากจะกลืน (ถ้าถูกบังคับเคี้ยวเชิญให้กิน ก็มักจะสำลัก ทำให้ปอดอักเสบ เป็นไข้ ไอ หอบ และทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น) เป็นต้น เมื่อเราเบื่ออาหาร กินได้น้อยลง เราก็จะขาดอาหาร ขาดน้ำ จึงอ่อนเพลีย ชีวมลง หลับมากขึ้น สบายมากขึ้น เพราะร่างกายจะหลั่งสารเอนเคอร์ฟินส์ (endorphins) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ทำให้เรามีความสุขความสบายเพิ่มขึ้น เจ็บปวดน้อยลง (เพราะสารนี้มีฤทธิ์เหมือนมอร์ฟิน) และสารอื่น เช่น คีโตนส์ (ketones) ทำให้รู้สึกสบาย ชีวมลง หลับ หมดสติ และจากไปโดยสงบตามธรรมชาติ และตามอัตรภาพของตัวเอง

ถ้าเราเจ็บป่วย และได้รับการรักษาเต็มที่ แล้วไม่ดีขึ้น เราก็จะเบื่ออาหารและไม่อยากกินอาหารเช่นเดียวกับ เราก็จะอ่อนเพลีย ชีวมลง หลับมากขึ้น แล้วก็หลับไม่ตื่นเช่นเดียวกัน แต่ถ้าเราไม่ยอมให้เป็นไปตามธรรมชาติ และตามสภาพของตัวเองเช่นนั้น เราก็จะ “ยื้อ” ไว้โดยให้น้ำเกลือใส่ท่อให้อาหารทางจมูกหรือทางหน้าท้อง ซึ่งมักจะทำให้เกิดการขย้อนและการสำลัก ทำให้ปอดอักเสบจากการสำลัก (aspiration pneumonitis) ทำให้ต้องทุกข์ทรมานมากขึ้นจากความรำคาญ (เจ็บจมูก เจ็บคอ หรือเจ็บท้อง จากท่อที่ใส่คาไว้) และจากอาการไข้ ไอ หอบ เป็นต้น กลไกตาม

^{๕๗} สัมภาษณ์ อาจารย์อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช ไพศาลสุทธิเดช (พยาบาล) เมื่อวันที่ ๖ กันยายน ๒๕๕๓ ณ โรงพยาบาลรามา.

ธรรมชาติที่ทำให้เราตาย จึงเป็นกลไกที่ไม่ทำให้ทุกข์ทรมานมากนักหรือนานนัก เพราะจะเจ็บป่วยหรือไม่เจ็บป่วย เมื่อเราเบื่ออาหาร และหยุดกินอาหารและน้ำเพียงไม่กี่วัน เราก็จะอ่อนเพลีย ซึมลง และหลับ และอีกไม่กี่วันต่อมาเราก็จะจากไปโดยสงบ แต่สำหรับผู้ที่ปฏิบัติตนจนสามารถ “ปล่อยวาง” ทุกอย่างได้เป็นอย่างดีแล้ว ก็จะสามารถกำหนดวันและเวลาของตนจนสามารถ “ตายอย่างมีสติ” ได้จนถึงลมหายใจสุดท้าย ซึ่งส่วนใหญ่ก็ผ่านทางกลไกตามธรรมชาติจากการอด (ขาด) อาหารและน้ำเช่นเดียวกัน ดังที่กล่าวไว้ในช่วงแรกในเรื่องการตายและ “วัฒนธรรมการตายของพุทธบริษัท” แล้ว

ส่วนกลไกตามธรรมชาติแบบอื่นๆ ที่ทำให้เราตาย เช่น

หัวใจหยุดทันที (sudden cardiac arrest) จากการ “ไหลตาย” (sudden unexpected nocturnal death syndrome , SUNDS) “ตายคาออก” จมน้ำเย็นจัด โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ ยา/สารเสพติดบางชนิด การขาดออกซิเจน ภาวะสุดท้ายของโรคต่างๆ และอื่นๆ เมื่อหัวใจหยุดเต้น สมอจะขาดเลือดไปเลี้ยงทันทีทำให้หมดสติและพุบลงใน ๑-๓๒ วินาที โดยไม่รู้สึกรีบปวดหรือทุกข์ทรมาน และหยุดหายใจใน ๑-๒ นาที สมอส่วนใหญ่จะตายใน ๔-๘ นาที ดังนั้น ถ้าทำการกู้ชีพหลังหัวใจหยุดเต้นไป ๕-๑๐ นาที แล้ว ถึงจะกู้ชีพสำเร็จ นั่นคือ หัวใจกลับมาเต้นใหม่จนคลำชีพจรได้ สมอผู้ป่วยก็ “ตาย” ไปแล้ว นั่นคือ ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดจะอยู่ใน “สภาพผักถาวร” (persistent vegetative state) ช่วยตนเองไม่ได้ และสื่อสารกับผู้อื่นไม่ได้ และถ้า “ขี้” ไว้ ก็จะอยู่ในสภาพเช่นนี้ต่อไปได้เป็นเดือน เป็นปี หรือเป็นสิบๆ ปี

หายใจหยุดทันที (sudden respiratory arrest) จากการอุดกั้นทางหายใจทันที เช่น ตำลักอาหารเข้าไปอุดคอหอยหรือหลอดลมคอ จมน้ำ สายเสียงบวมเฉียบพลันจากการแพ้รุนแรง (anaphylaxis) หรือจากการหยุดทำงานของสมองโดยเฉพาะศูนย์หายใจ (respiratory center) เช่น พิษยา/สารเสพติด หรือจากกล้ามเนื้อ หายใจเป็นอัมพาต เช่น พิษงูเห่า/งูจงอาง Guillain-Barre syndrome , myasthenic crisis หรือจากสาเหตุอื่นๆ เมื่อหายใจหยุด สมอจะขาดออกซิเจนซึ่งมักทำให้หมดสติใน ๒-๓ นาที โดยไม่รู้สึกรีบปวด หัวใจจะหยุดเต้นใน ๖-๘ นาที และถ้าทำการกู้ชีพหลังหัวใจหยุดเต้นไป ๕-๑๐ นาที ถึงจะกู้ชีพสำเร็จ ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดก็จะอยู่ในสภาพ “ผักถาวร” เช่นเดียวกัน

สมองถูกกระทบกระเทือนอย่างแรง เช่น ตกจากที่สูง ถูกตีศีรษะ ถูกของแข็งหล่นใส่ศีรษะ หลอดเลือดในสมองแตกหรือตีบตันรุนแรง สมองอักเสบรุนแรง ซึ่งมักทำให้หมดสติ หยุดหายใจ และ/หรือช็อกแล้วจึงเสียชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่ไม่รู้สึกรีบปวดหรือทุกข์ทรมานหลังหมดสติ

การหยุดหายใจและ/หรือช็อกเกิดจากสมอง (และระบบประสาท) ที่ควบคุมการหายใจและระบบไหลเวียนเลือดได้รับการกระทบกระเทือนจนไม่สามารถทำงานตามปกติได้ ถ้าเราพยายามคงชีวิตไว้ด้วยการช่วยหายใจ ช่วยหัวใจและระบบไหลเวียนเลือด และอื่นๆ แต่ไม่สามารถทำให้สมองฟื้นกลับสู่สภาพปกติได้ เราเพียงยืดเวลา (ทรมาน) ผู้ป่วยเท่านั้น ดังตัวอย่างที่ท่านอาจารย์พุทธทาสและคุณครูจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับในการอาพาธ/บาดเจ็บครั้งสุดท้าย ถ้าเรา “ยื้อ” สำเร็จ ผู้ป่วยก็จะอยู่ในสภาพ “ผักถาวร” เช่นเดียวกัน

โรคตับ ผู้ป่วยโรคตับรุนแรงหรือเรื้อรัง ในระยะหลังๆหรือในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะซึมลง และไม่รู้สึกรู้ตัว (hepatic coma) จากสาเหตุแทรกซ้อน เช่น ท้องผูกติดเชื้อ แล้วจะเสียชีวิตอย่างสงบในเวลาไม่กี่วัน ถ้าเรา “ยื้อ” ไว้ ผู้ป่วยอาจฟื้นคืนสติใหม่ เพื่อจะได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคตับต่อไป เช่น ตัวเหลืองตาเหลือง จนทำให้คัน อ่อนเพลีย แน่นท้อง (เพราะท้องมานและท้องอืดแน่น) ปวดเมื่อยตามตัว เบื่ออาหาร คลื่นไส้ แล้วในไม่ช้าก็จะซึมและหมดสติ (coma) อีก เพราะสาเหตุแทรกซ้อน เช่น ท้องผูก มีเลือดออกในกระเพาะลำไส้ ติดเชื้อในช่องท้อง ขาดน้ำ ขาดอาหาร หรืออื่น ๆ ซ้ำ ๆ กันเรื่อย ๆ

โรคไต ผู้ป่วยโรคไตรุนแรงหรือเรื้อรัง ในระยะหลังๆหรือระยะสุดท้าย ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตโดยสงบตามธรรมชาติจากการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ซึมลง และหมดสติ แล้วเสียชีวิต โรคไตบางอย่างทำให้เกิดเกลือโพแทสเซียมคั่ง ทำให้อ่อนเพลีย หัวใจเต้นผิดปกติหยุดเต้น ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยสงบในเวลาอันรวดเร็ว ถ้าเรา “ยื้อ” ไว้ผู้ป่วยก็มักจะมีอาการจากภาวะน้ำและของเสียคั่ง เช่น บวม หอบเหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน สะอึก อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ไม่สบาย ซึ่งจะเกิดขึ้นน้อยหรือมากขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้ป่วยและวิธีการ “ยื้อที่ผู้ป่วยได้รับ เพราะวิธีการ “ยื้อ” เช่น การฟอกเลือด (hemodialysis) การฟอกของช่องท้อง (peritoneal dialysis) ต่างก็มีภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงที่แตกต่างกัน ซึ่งในที่สุดมักจะลงเอยด้วยการ “ตายลำบาก” หรือ “ตายอย่างทรมาน” เกือบทั้งหมด แม้จะ “ยื้อ” ไปได้เป็นปีหรือสิบปีก็ตาม เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยและญาติที่ “หัวเด็ดตีนขาด” ก็ไม่ยอมรับการตายและความตาย ก็ต้องยอมรับให้ผู้ป่วยและญาติเลือกวิธีการรักษา (“วิธีการตาย”) ตามที่เขาปรารถนาได้ เพราะ “สิทธิในชีวิตและสิทธิในการเลือกวิธีการรักษา” ย่อมเป็นของผู้ป่วย (หรือของญาติสายตรง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว) ตามกฎหมาย การบอกความจริงเกี่ยวกับโรคร้ายไข้เจ็บของผู้ป่วย หรือการอธิบายเกี่ยวกับกลไกที่นำไปสู่ความตายตามธรรมชาติโดยสงบ จะเกิดผลดีที่สุดในแง่การบอกอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยแพทย์และพยาบาลเจ้าของไข้ที่ได้ดูแลรักษาผู้ป่วยมาตลอดและรู้จักคุ้นเคยกับผู้ป่วยและญาติเป็นอย่างดี แต่เป็นที่น่าเสียดายที่ในปัจจุบัน แพทย์และพยาบาลเจ้าของไข้มักจะถือคติ “ยื้อสุด

ชีวิต” จนผู้ป่วยต้อง “ตายคามือ” แพทย์และพยาบาลในไอซียู (ICU , intensive care unit) หรือหออภิบาลผู้ป่วยหนักอื่นๆ แทนที่จะได้ตายอย่างมีความสุขความสงบ ในบ้านที่ตนรัก ท่ามกลางญาติที่ตนรักและรักตน กลับต้องมาตายในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสถานที่ที่ตนไม่คุ้นเคย เต็มไปด้วยคนแปลกหน้า และความทุกข์ทรมานจากการตรวจรักษาต่างๆ ที่ทำไปด้วยความหวังที่ดีจะ “ยื้อ” ชีวิตออกไปให้ได้นานที่สุด

ถ้าผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยอมรับการตายและความตายตามธรรมชาติ ความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและ/หรือทางใจจะลดลงในทันทีและมักจะทำให้เกิดความสุขสงบขึ้นในจิตใจของตน จนสามารถปล่อยวางความห่วงกังวล และความดิ้นรนกระวนกระวายที่จะต่อสู้เพื่อจะคงชีวิตให้อยู่ต่อไปด้วยความทุกข์ทรมานที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนกว่าจะตาย แพทย์และพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจความจริงเกี่ยวกับความเจ็บไข้ผู้ป่วย และกลไกแห่งการตายและความตายตามธรรมชาติ ที่เริ่มตั้งแต่เราเกิดจนถึงวาระสุดท้าย ซึ่งการตายส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมดเกิดขึ้น โดยเราไม่รู้สึกร่างหรือไม่รู้สึกรทรมานใดๆ เช่น การตายและการหลุดออกของสายสะดือที่เลี้ยงเรามาตลอดเวลาในท้องแม่ การตายและลอกหลุดของผิวหนังเป็น “จีไคล” และ “จิ้งรังแค” เป็นต้น

กลไกตามธรรมชาติที่ทำให้ความตายเกิดขึ้นกับเราส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมด ไม่ทำให้เราเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน หรือถ้ามีความเจ็บปวดทรมาน ก็จะบรรเทาได้ ถ้าใจของเรายอมรับว่ามันจะเป็นเช่นนั้น แล้วใช้ยาหรือวิธีการรักษาอื่นๆ รวมทั้งการสวดภาวนา การนั่งสมาธิ หรืออื่นๆ ที่จะช่วยผ่อนคลายและบรรเทาความเจ็บปวดทรมานของเราลง^{๕๔}

(๓) การบรรเทาความเจ็บปวดและอาการรบกวนต่างๆ โดยทั่วไป ผู้ป่วยที่ยอมรับสภาพความเป็นจริงแห่งการเจ็บป่วยของตน และกลไกแห่งความตายตามธรรมชาติที่เป็นไปอย่างสุขสงบ (จากการเบื่ออาหาร ซึ่งทำให้ขาดน้ำขาดอาหาร ทำให้ร่างกายหลังสารเอนเคอร์ฟินส์ ทีโตนัส และอื่นๆ ออกมาทำให้รู้สึกอ่อนสบาย เจ็บปวดน้อยลง ซึมลง และหลับ จนกระทั่งหมดสติ ดังได้กล่าวไว้ในตอนต้นแล้ว) ผู้ป่วยจะไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการทุกข์ทรมานอื่นๆ หรือถ้ามีก็ไม่เป็นปัญหามากนัก และสามารถคุมอาการได้ด้วยยาบรรเทาอาการตามธรรมดา แต่ผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับความจริงแห่งการเจ็บป่วยของตน และ/หรือไม่ยอมรับกลไกแห่งความตายตามธรรมชาติและต้องการดิ้นรนต่อสู้ไม่ให้ตนเองตาย จะประสบกับความเจ็บปวดและอาการรบกวนต่างๆ ค่อนข้างมากจนถึงมากที่สุดทำให้เกิดปัญหาแก่ตนเอง ครอบครัว และผู้ดูแลรักษา วิธีการบรรเทาอาการเจ็บปวด เช่น

^{๕๔} สันต์ หัตถิรัตน์, การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี, (กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน, ๒๕๕๒), หน้า ๘๕-๘๘.

๓.๑ การบีบนิ้วและการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะสำหรับอาการปวดเมื่อย ปวดตะคริว “เหน็บกิน” จากการอยู่นิ่งๆเป็นเวลานานๆ เป็นต้น การช่วยบีบนิ้วและเคลื่อนไหวส่วนที่อยู่นิ่งๆ ซึ่งอาจเกร็งแข็ง (ติดยึด) อยู่ จะช่วยลดอาการเหล่านี้ลงได้ดีกว่ายาแก้ปวด

๓.๒ การประคบร้อน/เย็น ซึ่งอาจใช้ “ลูกประคบ” เช่น ผ้าห่อสมุนไพรที่อังไฟหรือนึ่งให้ร้อน ซึ่งจะมึกลิ่นหอม ทำให้รู้สึกสบายขึ้น

๓.๓ การช่วยให้จิตใจผ่อนคลายและสงบ เช่น การฟังเพลง/เทปพระเทศน์ การเปลี่ยนบรรยากาศ/สิ่งแวดล้อม เพื่อให้จิตใจของผู้ป่วยไม่ไปห่วงกังวลกับอาการเจ็บปวด จะช่วยลดอาการเจ็บปวดลงได้

๓.๔ การใช้ยาแก้ปวด อาจจะเริ่มตั้งแต่ยา acetaminophen (Paracetamol) ไปจนถึงมอร์ฟีน แบบกินหรือแบบฉีด โดยเริ่มจากขนาดต่ำๆ แต่ให้บ่อยๆ ใด้ก่อน แล้วจึงค่อยเพิ่มขนาดให้สูงขึ้นอย่างช้าๆ อาจใช้ยาอื่นร่วมด้วยเพื่อลดอาการปวด เช่น สเตียรอยด์ (steroids) ถ้าอาการปวดนั้นเกิดจากการอักเสบ/บวม การกดทับเส้นประสาท เป็นต้น, เอนเสด (NSAID , non-steroid anti-inflammatory drug) ถ้ามีอาการปวดข้อ ปวดกระดูก หรือมีอาการอักเสบ/บวม เป็นต้น, ยาลดการปวดเกร็ง (antispasmodics) ถ้าอาการปวดนั้นเกิดจากการบีบตัวรุนแรง ของกระเพาะลำไส้ หรืออื่นๆ, ยาระบบประสาท เช่น ยาแก้อาการซึมเศร้า (เช่น amitriptyline , imipramine) ยากันชัก (เช่น carbamazepine , clonazepam , gabapentin) ถ้าอาการปวดนั้นมีลักษณะปวดเสียวแปลบปลาบ แสบร้อน หรือปวดกระตุก เป็นต้น

๓.๕ การใช้ยานอนหลับ ในกรณีที่ผู้ป่วยใช้ยาแก้ปวดแล้วยังไม่สามารถบรรเทาปวดได้ แม้จะใช้ยาติดๆ กันหรือในขนาดสูงจนเกิดอาการข้างเคียงจากยาแก้ปวดแล้ว ควรให้ยานอนหลับ เพื่อให้ผู้ป่วยหลับได้ ความทุกข์ทรมานจากอาการไม่สบายต่างๆ จะได้ลดลงหรือหมดไป ควรแนะนำให้ผู้ป่วยกินขนาดต่ำๆ ก่อน แล้วกินซ้ำได้ใน ชั่วโมงถ้ายังไม่หลับ จนกว่าจะหลับได้ ความเจ็บปวดจะลดลง เป็นต้น

ตัวอย่างวิธีบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ ของผู้ป่วยที่หมดหวังหรือระยะสุดท้าย ดังกล่าวไว้ข้างต้น คงพอจะทำให้เข้าใจได้ว่า เป้าหมายของการบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ นั้นเป็นไปเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้นโดยไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อยืดชีวิต (ยืดเวลาตาย) ของผู้ป่วย และไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยตายเร็วขึ้น แม้ในบางครั้ง การใช้ยาระงับอาการเจ็บปวด/เหน็บหนอย/นอนไม่หลับ หรืออื่นๆ อาจทำให้ระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic neuro-humoral system) ผ่อนคลายการสู้ลง ทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติ เพราะ “ระบบสู้” นี้จะอ่อนล้าลงเรื่อยๆ จากความทุกข์ทรมานต่างๆ และหยุด “สู้” ในที่สุด^{๕๕} นอกจากนี้การ

^{๕๕} สันต์ หัตถิรัตน์, การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี, หน้า ๕๕-๑๐๕.

บรรเทาอาการเจ็บปวดอีกที่วิธีหนึ่งซึ่งผู้เชี่ยวชาญในสังคมไทยนิยมนำมาใช้เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดต่างๆ ได้แก่ การสัมผัสกับผู้ป่วยด้วยเมตตา ไม่ว่าจะ เป็นบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว และญาติพี่น้อง ยิ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยยิ่งมีความสำคัญมาก เช่น สามีหรือภรรยา บุตรหรือธิดา เป็นต้น การสัมผัส ลูบไล้ การโอบไหล่ ให้ความอบอุ่น กับผู้เจ็บปวดจากผู้ที่เล้ารักใคร่หรือไว้วางใจ จึงมีส่วนทำให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นสบายใจขึ้นมา อย่างกรณีเด็กผู้ชายคนหนึ่ง เป็นก้อนโตที่ขาปวดมาก ถัดยาไปแล้วหลายเข็มก็ยังไม่หายปวด พยาบาลช่วยแนะนำให้เด็กหายใจเข้าลึกๆ ค่อยๆ ผ่อนออกช้าๆ ให้จิตใจสงบอยู่ที่การหายใจ ซึ่งขณะนั้นคุณพ่อและคุณแม่ของเด็ก ก็ยืนอยู่ห่างๆ ไม่ได้เข้ามาใกล้ๆ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นด้วยสาเหตุสำคัญ ๒ ประการ คือ (๑) พ่อแม่ของเด็กเกรงใจบุคลากรทางการแพทย์ที่กำลังดูแลอยู่เลยไม่กล้าเข้ามาใกล้ (๒) วัฒนธรรมของคนไทยที่ไม่ค่อยมีการโอบกอดสัมผัสกันระหว่างพ่อแม่กับลูก ก็คือ คนไทยเลี้ยงลูก แต่ก็ได้ไม่มีการกอด การสัมผัสอะไรแบบนี้มากนัก หรือบางคนไม่มีการแสดงความรักแบบนี้เลยก็มี พยาบาลจึงเรียกคุณพ่อและคุณแม่เด็กให้เข้ามาใกล้ กอด สัมผัสกับลูกตนเอง สักพักหนึ่งความทรมานทรมานเจ็บปวดที่แสดงออกมาก็ค่อยๆ ลดลงอย่างเห็นได้ชัด^{๖๐} หรืออีกวิธีหนึ่งคือการเบี่ยงเบนความเจ็บปวด ให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ตนเองศรัทธา เช่น ทำสมาธิ สวดมนต์ ฟังพระสวดมนต์ ฟังเทศน์ เป็นต้น^{๖๑} ในกรณีการเบี่ยงเบนความเจ็บปวดด้วยการทำสมาธิ หรือสวดมนต์นั้น โดยทั่วไปแล้วจะสามารถปฏิบัติได้เฉพาะกับผู้ป่วยที่สามารถทนกับความเจ็บปวดได้เท่านั้น หรือพอทนที่จะทำสมาธิหรือสวดมนต์ได้ แต่ถ้าเป็นกรณีที่เจ็บปวดมากๆ จนผู้ป่วยไม่สามารถทนได้แล้ว แม้ผู้ป่วยจะต้องการนั่งสมาธิหรือสวดมนต์แต่ก็ไม่สามารถกระทำได้ โดยทั่วๆ ไปจึงมักจำเป็นต้องใช้ยาระงับความเจ็บปวด^{๖๒}

(๔) การบรรเทาอาการทางใจ นอกจากอาการทางกายและวิธีแก้ไขดังกล่าวไว้ข้างต้นแล้ว ผู้ป่วยเกือบทุกคน โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีอาการทางใจด้วย ผู้ป่วยจำนวนมาก หรือส่วนใหญ่ ย่อมกลัวความตายเช่นเดียวกับคนทั่วไป จนกว่าเขาเหล่านั้นจะได้รับความทุกข์ทรมานอย่างมากมาจากโรคร้ายไข้เจ็บที่เป็นอยู่ จากการรักษาและ/หรือจากการถูกทอดทิ้ง เขาเหล่านั้นจึงอยากที่จะตายมากกว่าที่จะทนทุกข์ทรมานต่อไป คนเราเกือบทั้งหมดกลัวความตาย เพราะกลัวความทุกข์ทรมาน

^{๖๐} สัมภาษณ์ อาจารย์ชัชชัย จันทร์เจ้าฉาย เมื่อวันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๓ ณ สำนักงาน ชั้น ๒๒ อาคารอัมรินทร์พลาซ่า (โซโก้) ถนนเพลินจิต กรุงเทพมหานคร.

^{๖๑} สัมภาษณ์ อาจารย์สมถวิล โปตระนันท์ พยาบาลผู้ชำนาญการ หน่วยระงับปวด โรงพยาบาลศิริราช เมื่อวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๕๔ ณ โรงพยาบาลศิริราช.

^{๖๒} สัมภาษณ์ ศาสตราจารย์นายแพทย์สุชาย สุนทรภา สาขาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา ภาควิชาศัลยศาสตร์ ณ โรงพยาบาลศิริราช วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๕๕.

ก่อนตาย กลัวการสูญเสียความสุขสบายที่ตนกำลังมีอยู่กลัวการสูญเสียสิ่งที่ตนรัก (ตนเอง/ผู้อื่น) กลัวการสูญเสียสิ่งที่สั่งสมเอาไว้ และ/หรือกลัวสภาวะหลังตายที่ตนไม่รู้จักรู้จัก ไม่เคยสัมผัสและไม่เคยมีใครสามารถอธิบายให้เข้าใจและยอมรับได้

ความกลัวตายอาจจะทำให้ผู้ป่วยบางคน ไม่อยากรู้ว่าตนเป็นโรคอะไร โดยเฉพาะถ้าเป็นโรคร้ายแรงหรือโรคที่ยังไม่มีวิธีการรักษาให้หาย ญาติผู้ป่วยจำนวนมากก็ไม่อยากจะทำให้ผู้ป่วยรู้ว่าเป็นโรคร้ายแรง เพราะกลัวจะบั่นทอนกำลังใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยจำนวนมากจึงไม่ทราบความจริงเกี่ยวกับโรคร้ายแรงของตน ทำให้ไม่มีโอกาสเตรียมตัวเตรียมใจ และสะสมสิ่งค้างค้ำต่างๆ ให้หมดห่วงหมดกังวลก่อนถึงวาระสุดท้าย นอกจากนั้นผู้ป่วยที่ไม่ทราบความจริง ยังเกิดความกังวลและสงสัยว่า ทำไมยิ่งรักษายิ่งทรุดลง เกิดความโกรธเคืองหรือไม่พอใจแพทย์ พยาบาล และผู้ดูแลรักษาตน หรือโกรธเคืองญาติที่ไม่พาไปหาหมออื่นหรือโรงพยาบาลอื่นเพื่อให้อาการของตนดีขึ้น วิธีการดูแลเพื่อบรรเทาภาวะทางจิตใจ มีดังนี้

๔.๑ การบอกความจริง การบรรเทาอาการทางใจของผู้ป่วย จึงควรเริ่มด้วยการบอกความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วย โดยแพทย์ พยาบาล หรือญาติที่ผู้ป่วยเชื่อถือศรัทธา ซึ่งโดยทั่วไปก็คือผู้ที่ได้ดูแลผู้ป่วยด้วยความเมตตากรุณาและความเอาใจใส่มาโดยตลอด แต่ในบางครั้ง ในภาวะฉุกเฉินที่ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่เคยรู้จักผู้ป่วยมาก่อน การบอกความจริงก็อาจทำได้ในเวลาจำกัด ดังตัวอย่างที่ยกไว้ในหัวข้อที่ ๑ การกล้าพูดความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยอาจจะค่อยๆ บอกวันละเล็กวันละน้อย หรือจะบอกในครั้งเดียวพร้อมขึ้นอยู่กับกาลเทศะและความพร้อมของผู้ป่วยแต่ละคน โดยผู้บอกความจริงต้องบอกด้วยความเมตตากรุณา เห็นอกเห็นใจ อ่อนโยน และหวังให้ประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับ โกรธเคือง โวยวาย หงุดหงิดหรือเกิดอารมณ์ร้ายใส่ ผู้บอกความจริงจะต้องอดทนอดกลั้นและให้อภัย ไม่แสดงอาการขุ่นเคืองหรือไม่พอใจ ความสงบและความเมตตากรุณาของเราจะทำให้ผู้ป่วยสงบลงเอง

คำพูดที่เอาใจใส่ ชิดใกล้ ห่วงใย โดยเฉพาะอย่างยิ่งคำปลอบที่อ่อนโยนและเต็มเปี่ยมไปด้วยความนุ่มนวลและอบอุ่นจากบุคคลที่ผู้ป่วยผูกพันและใกล้ชิดมากที่สุด เช่น ถ้าเป็นเด็กก็ต้องการชิดใกล้กับพ่อแม่ หรือถ้าเป็นสามีก็ต้องการอยู่ใกล้ชิดกับภรรยา เป็นต้น^{๖๖} ในส่วนของบุคคลากรทางการแพทย์มีความสำคัญเช่นเดียวกัน อากัปภิกขยา (body language) ที่อ่อนน้อมและให้เกียรติผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนง่ายขึ้น แต่อย่าคาดหวังว่า การพูดเพียงครั้งเดียวจะทำให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนอย่างสมบูรณ์ได้ เมื่อผู้ป่วย

^{๖๖} สัมภาษณ์ อาจารย์ธวัช คณิตกุล ประธานที่ปรึกษามูลนิธิบรรจงสนธิ-สหปฏิบัติ เมื่อวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๕๔ ณ มูลนิธิบรรจงสนธิ-สหปฏิบัติ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี.

ยอมรับความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนแล้ว จึงค่อยๆ บอกความจริงเกี่ยวกับกลไกแห่งความตายตามธรรมชาติ ซึ่งทำให้สิ่งมีชีวิตทุกชนิดสามารถตายได้อย่างสงบและไม่ทุกข์ทรมานมากนักมนุษย์ก็เช่นเดียวกัน ถ้าเราปล่อยให้กลไกแห่งความตายตามธรรมชาติเป็นไปอย่างสบาย เราก็จะตายอย่างสงบและไม่ทุกข์ทรมานเกินอัตรภาพของตัวเองเช่นกัน

๔.๒ การเอาใจใส่ดูแลและไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ผู้ป่วยที่หมดหวังหรืออยู่ในระยะสุดท้าย (หรือแม้แต่ผู้ป่วยโรครื้อรังต่างๆ) กลัวมากคือ การถูกทอดทิ้งโดยญาติมิตร ซึ่งอาจเห็นเดี๋ยวเมื่อย่ำแย่จากการต้องดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานาน ต้องรู้สึกทรมานไปกับอาการต่างๆ ของผู้ป่วยและ/หรือต้องรับฟังการระบายความทุกข์ความกังวลและอื่นๆ จากผู้ป่วยซ้ำๆ ซากๆ จึงควรมีการปลดปล่อยหมุ่นเวียนกันดูแลผู้ป่วย ถ้าทำได้ และควรให้คนที่รักและเมตตาผู้ป่วยอยู่แล้วเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย การให้คนแปลกหน้า (เช่น คนเฝ้าไข้จากศูนย์รับเฝ้าไข้ต่างๆ) ซึ่งไม่ได้รักและผูกพันกับผู้ป่วยมาดูแลผู้ป่วย หรือการนำผู้ป่วยไปทิ้งไว้ตามสถานพยาบาลต่างๆ รวมทั้งสถานพยาบาลระยะสุดท้าย (hospice) มักทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานทางใจ (และมักจะได้รับความทุกข์ทรมานทางกายด้วย) เพิ่มขึ้นเพราะผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณเองถูกทอดทิ้งด้วยบุคคลที่ตนรักและต้องการให้มาเอาใจใส่ดูแลตน

อนึ่ง คนที่ไม่ได้รักและผูกพันกับผู้ป่วย มักไม่เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ซึ่งก็เป็นธรรมดาสำหรับปฏุชนทั่วไป ผู้ป่วยจึงมักจะได้รับความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นทั้งทางกายและทางใจ ญาติมิตรที่ผู้ป่วยรักและผูกพัน จึงควรปลดปล่อยหมุ่นเวียนกันมาเยี่ยมเยียนและดูแลผู้ป่วย อย่าให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง แม้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สิด แต่การพูดคุยและสัมผัสกับผู้ป่วยอย่างอ่อนโยนและอบอุ่น ย่อมทำให้ “จิตวิญญาณ” ของผู้ป่วยเกิดความสงบสุขได้ (ไม่ควรคิดว่าผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกรู้สิดจะไม่สามารถรับรู้คำพูดและการสัมผัสใดๆ ได้) การเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยโดยคนที่ผู้รักและผูกพันในสถานที่ (บ้าน) ที่ผู้ป่วยรักและผูกพัน ในสิ่งแวดล้อม (ชุมชนและธรรมชาติ) ที่ผู้ป่วยชอบ จะให้ความสุขความสงบแก่ผู้ป่วยมากกว่าการนำผู้ป่วยไปไว้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นๆ ซึ่งมักจะให้ความเจ็บปวดทั้งทางกายและทางใจแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถพูดหรือสื่อสารให้ญาติมิตรเข้าใจถึงสิ่งที่ตนถูกรกระทำโดยผู้ดูแลในสถานพยาบาลเหล่านั้นได้

๔.๓ การรับฟังความคิดเห็นและความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยแต่ละคนย่อมมีความคิดเห็นและความต้องการที่ต่างกัน ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงควรรับฟังความคิดเห็นและความต้องการของผู้ป่วยอย่างสนใจและพยายามทำความเข้าใจกับความคิดเห็นและความต้องการเหล่านั้น แม้บางอย่างอาจจะผิดแปลกไปจากสิ่งที่ผู้ดูแลเชื่อหรือคิด หรือแม้แต่ผิดไปจากความจริงที่คนทั่วไปเชื่อถือในปัจจุบัน ผู้ป่วยอาจมีเรื่องค้างคาใจที่อยากสะสางให้เสร็จซึ่งบางครั้งผู้ป่วยอาจจะพูดออกมาตรงๆ แต่

บางครั้งผู้ป่วยอาจจะไม่กล้าพูด โดยเฉพาะเรื่องส่วนตัวหรือเรื่อง que ผู้ป่วยอับอายหรือคิดว่าจะกระทบกระเทือนผู้อื่นหรือทำให้เกิดความเสียหายมากขึ้น ผู้ดูแล โดยเฉพาะญาติมิตรจึงต้องเป็นคนช่างสังเกต มีความใส่ใจและจับไว้ในสิ่งที่ผู้ป่วยเปลือยออกมาโดยไม่ได้ตั้งใจ และหาทางไต่ถาม/เลียบเคียงถึงสิ่งที่ยังค้างคาใจผู้ป่วยอยู่ เช่น ภารกิจการทำงานที่ยังค้างค้างทำไม่เสร็จ ทรัพย์สินมรดกที่ยังไม่ได้จัดสรร ความโกรธแค้น/น้อยเนื้อต่ำใจในคนใกล้ชิดหรือลูกหลาน ความสำนึกผิดในสิ่งที่ตนเคยกระทำไว้ ความปรารถนาที่จะไปยังสถานที่ใดสถานที่หนึ่ง ความปรารถนาที่จะได้ทำบุญ/ไถ่บาป/สร้างพระ/รดน้ำมนต์ หรืออื่นๆ ตามความปรารถนาที่จะได้พบคนบางคน อาจจะเป็นคนที่ตนรัก/ชอบพอยังอยู่อย่างเจียวๆ หรือเป็นคนที่ต้องการขอโทษกรรมต่อความผิดที่เคยกทำไว้ต่อผู้นั้น หรืออื่นๆ ผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะญาติมิตร ควรจะรับฟังด้วยความใส่ใจและช่วยจัดการในสิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนา ถ้าอยู่ในวิสัยที่จะทำได้ เพื่อลดความหวังกังวล ความขุ่นมัว/ขัดเคืองค้างคาใจในผู้ป่วยลง ผู้ป่วยจะได้สงบลงและปล่อยวางได้ดีขึ้น

ถ้าสิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนาไม่อยู่ในวิสัยที่จะทำได้ เช่น การขอไปนมัสการสถานที่ประสูติ ตรัสรู้ และปรินิพพานของพระสัมมาสัมพุทธเจ้า ทั้งที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะเดินทางไกลได้ ก็อาจจะแก้ไขโดยนำรูปจำลองของสถานที่ดังกล่าวมาให้ผู้ป่วยสักการะและทำบุญได้ตามความประสงค์ เป็นต้น การรับฟังความคิดเห็น (ซึ่งอาจจะซ้ำๆ ซากๆ หรือน่าเบื่อหน่าย) ของผู้ป่วยด้วยความอดทนและสนใจ การช่วยแก้ไขและระงับปัญหาต่างๆ ที่ค้างคาใจของผู้ป่วยอยู่ เป็นการบรรเทาอาการทางใจของผู้ป่วยได้ตรงจุด (ตรงสาเหตุ) มากที่สุด แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถระบายสิ่งที่ตนกลัดกลุ้ม/ค้างคาใจออกมาได้ แม้จะเปลี่ยนคนที่ผู้ป่วยรักและไว้วางใจมากมาพูดคุยด้วยคนแล้วคนเล่า และยังมีอาการครุ่นคิด ซึมเศร้า เกรียดกังวล หรืออื่นๆ ก็อาจใช้ยาแก้เครียดและ/หรือยาแก้อาการซึมเศร้าเข้าช่วยด้วย จะทำให้ผู้ป่วยสบายใจมากขึ้นได้ ถ้าผู้ป่วยเขียนได้หรือชอบเขียน แต่ไม่กล้าพูดด้วยปากของตนเอง ก็ควรให้ผู้ป่วยเขียนสิ่งที่ตนต้องการหรืออยากทำหรืออยากให้อื่นช่วยทำให้ หรืออื่นๆ ก็อาจจะช่วยลดความอัดอั้นใจและความเครียดลงได้ เมื่อมีทางให้ผู้ป่วยได้ระบายออก สำหรับผู้ป่วยที่เป็นคนไม่ชอบพูด (ไม่ช่างพูด) ผู้ดูแลอาจจะต้องเป็นผู้เริ่มชวนคุยถึงเรื่องราวต่างๆ ที่คิดว่าเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ก็อาจจะทำให้ผู้ป่วยปริปากแสดงความคิดเห็น และเล่าถึงความปรารถนาของตนได้ เป็นต้น

๔.๔ การปรึกษาหารือร่วมกันเป็นประจำ ระหว่าง

ก. ผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง โดยเฉพาะถ้าดูแลผู้ป่วยด้วยคณะ (ทีม) การประชุมปรึกษาหารือกันเป็นประจำจะเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง อันได้แก่ แพทย์ทั้งหมด (ถ้ามีแพทย์หลายสาขาที่ร่วมดูแลผู้ป่วย หรือในโรงเรียนแพทย์ จะมีแพทย์ประจำบ้าน แพทย์ฝึกหัด และนักศึกษา

แพทย์ด้วย) พยาบาลทั้งหมด (เพราะมีพยาบาลจำนวนมากทั้งเวร เช้า – บ่าย – ดึก พยาบาลพิเศษ และอาจจะมีนักศึกษาพยาบาลด้วย) ผู้ดูแลอื่นๆ (เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด เภสัชกร โภชนากร นักบวช/พระ) เป็นต้น ในความเป็นจริงในสังคมไทยปัจจุบัน การปรึกษาร่วมกันเป็นประจำของคณะ (ทีม) ผู้ดูแลผู้ป่วย มีความเป็นไปได้น้อยมากหรือเป็นไปได้ไม่ได้เลย เพราะแม้แต่แพทย์หลายสาขาที่มาร่วมดูแลผู้ป่วยก็ยังไม่ปรึกษาร่วมกันเป็นส่วนใหญ่ เพราะต่างก็ตรวจรักษาเฉพาะอวัยวะหรือระบบที่ตนชำนาญเท่านั้น จนหลายครั้งไม่ได้ดูแลผู้ป่วยว่า การรักษาที่ตนสั่งให้แก่ผู้ป่วยนั้น เข้าหรือขัดกับการรักษาของแพทย์อื่น เช่น สั่งยาตัวเดียวกัน แต่อยู่ในชื่อการค้าที่ต่างกันทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเป็น ๒ เท่า, สั่งยาที่ไปต่อต้านหรือเสริมฤทธิ์ยาที่แพทย์อื่นสั่งไว้ ทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อผู้ป่วย, สั่งการรักษาที่ขัดแย้งกัน เป็นต้น ดังนั้น การคาดหวังให้แพทย์ พยาบาล และผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งหมดได้ปรึกษาร่วมกันเป็นประจำ จึงเป็นสิ่งที่ยากยิ่งขึ้นไปอีก

“แพทย์เจ้าของไข้” (ที่ได้ดูแลผู้ป่วยมาโดยตลอดหรือเป็นผู้ที่ผู้ป่วยและญาติเชื่อถือศรัทธา และมอบหมายให้เป็น “ตัวเอก” ในการรักษาผู้ป่วย) เป็นผู้ที่หน้าที่ที่จะต้องรับผิดชอบให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งหมดหวังระยะสุดท้าย เป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยอาจจะขอคำปรึกษาจากผู้ดูแลอื่นๆ แล้วชี้แจงให้ผู้ดูแลอื่นๆ เข้าใจในแนวทางการดูแลที่เป็นประโยชน์สูงสุดดังกล่าว แต่เป็นที่น่าเสียดายที่แพทย์เจ้าของคนไข้ (ที่ตรวจรักษาผู้ป่วยจนผู้ป่วยเข้าสู่สภาพที่หมดหวังหรือระยะสุดท้าย) มักจะ “โอน/โยน” ผู้ป่วยที่หมดหวังเหล่านั้นให้แพทย์อื่นดูแลต่อ อาจเพราะมีภาวะแทรกซ้อนในระบบอื่นที่ตนไม่เชี่ยวชาญทั้งที่ภาวะแทรกซ้อนนั้นเกิดจากการตรวจรักษาของตน หรือเป็นเพราะว่าตนไม่ชอบดูแลผู้ป่วยที่หมดหวังหรือระยะสุดท้าย จากการกลัวความตายหรือกลัวที่จะเห็นผู้ป่วย “ตายคามือของตน” การพยายามสร้าง “ทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย” ขึ้น จึงเป็นหนทางหนึ่งที่จะผลัดภาระการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ไปจากตน รวมทั้งการพยายามสร้าง “สถานพยาบาลระยะสุดท้าย” (hospice) ด้วย เพราะผู้ป่วยจะได้พ้นไปจากความรับผิดชอบของตน

อนึ่งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหมดหวังหรือระยะสุดท้ายส่วนใหญ่จะมีสภาพจิตใจที่อ่อนไหวง่าย ถ้าคณะ (ทีม) ผู้ดูแลพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติในทิศทางเดียวกัน จิตใจของผู้ป่วยและญาติก็จะสงบลง แต่ถ้าแพทย์คนหนึ่งบอกว่า “หมดหวัง” แต่แพทย์และพยาบาลคนอื่นบอกว่า “ยังไม่หมดหวัง” ความสับสน กังวล และความไม่สบายใจจะเกิดขึ้น ทำให้ไม่สามารถทำใจให้เข้าสู่ความสงบได้ การดูแลผู้ป่วยด้วยคนหลายคน จึงต้องมั่นใจว่าผู้ดูแลผู้ป่วยทุกคนจะเข้าใจในแนวทางการดูแลรักษาตรงกัน พูดเป็นเสียงเดียวกัน (ซึ่งเป็นไปได้ยากในสังคม “พหุลักษณ์” ในปัจจุบัน หรือแม้แต่ในอดีต ที่มีคำพังเพยว่า “มากหอมมากความ” นั่นเอง)

ข. ผู้ดูแลผู้ป่วย กับผู้ป่วยและ/หรือญาติ การประชุมปรึกษาหารือกันระหว่างแพทย์ (พยาบาล) เจ้าของไข้กับผู้ป่วย/ญาติเป็นประจำ (อาจจะทุกวันถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงบ่อย) จะช่วยลดช่องว่างระหว่างแพทย์ (พยาบาล) กับผู้ป่วย/ญาติลงได้ ทำให้ผู้ป่วย/ญาติมีความกังวลลดลง ทำให้แพทย์ (พยาบาล) ได้รับทราบความคิดเห็นและความต้องการของผู้ป่วย/ญาติที่แท้จริงมากขึ้น และทำให้ทั้ง ๒ ฝ่ายสามารถปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลาเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยสูงสุด หลายต่อหลายครั้งจะพบปัญหาที่ญาติเพียงคนเดียว (ในจำนวนญาติหลายๆ คน) ที่ต้องการ “ซื้อ” การตายของผู้ป่วยออกไปให้นานที่สุด ถ้าแพทย์ (พยาบาล) เจ้าของไข้ไม่สามารถพูดให้ญาติคนนั้นเข้าใจได้ว่าการทำเช่นนั้นทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานมากขึ้นและนานขึ้น ก็ควรจะปล่อยให้หมู่ญาตินั้นไปตกลงกันเอง และให้ผู้ที่มิมีสิทธิ์อันชอบธรรมสูงสุดตามกฎหมายและตามวัฒนธรรมของครอบครัวนั้น เป็นผู้ให้คำตอบสุดท้ายแก่แพทย์ (พยาบาล) เจ้าของไข้ว่า จะให้แพทย์ (พยาบาล) เจ้าของคนไข้ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร (ช่วย “ซื้อ” หรือยืดเวลาให้ผู้ป่วยอยู่อย่างทรมานไปเรื่อยๆ หรือช่วยดูแลให้ผู้ป่วยทรมานน้อยที่สุดและสั้นที่สุด) เป็นต้น

ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะอยู่ หรือ ได้แสดงเจตนาชัดเจนไว้อย่างชัดเจนหลายต่อหลายครั้งว่าต้องการและไม่ต้องการการรักษาแบบใด ผู้ดูแลผู้ป่วยควรจะแนะนำ/ชักจูงให้ญาติยอมทำตามเจตนาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจและสามารถ “ตายตาหลับ” ได้ การฝืนเจตนาของผู้ป่วย โดยอ้างว่าผู้ป่วยหมดสติแล้ว สมองเสื่อมแล้ว ตัดสินใจเองไม่ได้แล้ว เพราะฉะนั้นควรทำตามความคิดเห็นของแพทย์ ของญาติ หรือของ “ผู้มากระบบวินาศกรรมและนอกระบบอันชอบธรรมตามกฎหมาย” ดังเช่น ในกรณีของท่านอาจารย์พุทธทาส อาจจะกล่าวได้ว่าเป็นสิ่งที่ทำร้ายกาย ใจ จิตวิญญาณ และศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ของท่านอาจารย์พุทธทาสและสังคม เพราะเป็นสิ่งที่ผิด “ธรรม” คือ ธรรมชาติ กฎของธรรมชาติการทำหน้าที่ของธรรมชาติ และผลจากการทำหน้าที่นั้นตามที่ท่านอาจารย์ได้พร่ำสอนไว้

ค. ผู้ดูแลผู้ป่วยกับสังคม ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นบุคคลสาธารณะหรือมีผู้รู้จักมาก ผู้ดูแลผู้ป่วยให้ “ตายดี” จะต้องมีความกล้าหาญทางจริยธรรมสูงและสามารถอธิบายข้อเท็จจริงทางการแพทย์ให้สังคมเข้าใจสภาพที่แท้จริงของผู้ป่วย ความทุกข์ทรมานอันเกิดจากการ “ซื้อ” หรือ “ยืด” เวลาตายของผู้ป่วยออกไปเรื่อยๆ แล้วไม่ทำตามคำเรียกร้องต่างๆ ที่ผิด “ธรรม” ซึ่งนำความทุกข์ทรมานอย่างยาวนานมาสู่ผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ดังในกรณีของคุณครูจุฬาลงกรณ์ ปรังกันมูล เป็นต้น^{๖๔}

^{๖๔} สันต์ หัตถิรัตน์, การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี, หน้า ๑๐๕-๑๑๖.

(๕) การสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ การจะทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายและความสงบได้นั้น นอกจากจะต้องบรรเทาอาการทางกายและทางใจดังได้กล่าวข้างต้นแล้ว ยังต้องทำให้บรรยากาศโดยรอบผู้ป่วยอยู่ในความสงบด้วย โดยปกติถ้าคนไข้ใกล้ตายที่ไม่รู้สึกตัว ไม่ต้องทำอะไรมาก แต่ให้ผู้ป่วยอยู่อย่างสงบ อย่าให้มีใครไปรบกวนหรือรบกวนให้อยู่ข้างเตียง อย่าให้ใครไปดูคนเสมหะ หรือ พยายามไปทำโน่นทำนี่ในตัวเขา เขาจะได้หลับอย่างสงบ ไม่มีใครไปรบกวน กรณีถ้าคนไข้ยังไม่ถึงจุดนั้นก็ต้องคุยกับญาติพี่น้องให้เข้าใจว่า สิ่งที่จะเกิดขึ้นในช่วงโมงหน้า หรือในอีก ๒ ชั่วโมงข้างหน้ามันจะเป็นอย่างไร อย่างนี้นะ เพราะฉะนั้นอย่าตื่นเต้นตกใจ ถ้าใครทำใจไม่ได้ก็ควรอยู่นอกห้องให้ห่างๆ คนไข้ จะได้ไม่ไปตีโพยตีพาย หรือร้องไห้ ร้องไห้ ซึ่งจะทำให้คนไข้ต้องห่วงกังวลและจากไปอย่างไม่สงบ^{๖๕} หรือถ้าผู้ป่วยที่นอนอยู่ในห้องที่พลุกพล่าน มีคนเข้าๆ ออกๆ มากมาย มีเสียงจ๊อกแจ๊กจ้อแจหรือเสียงกระซิบกระซาบอยู่ทั่วไป มีเสียงอุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ ที่ทำงานตลอดเวลา มีการฉีดยา ให้ยา วัดไข้ วัดชีพจร วัดความดันเลือด เจาะเลือด ฯลฯ เป็นพักๆ และอื่นๆ คงยากที่จะทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและหลับสนิทได้ โรงพยาบาลจึงไม่ใช่สถานที่ที่เหมาะสมสำหรับการ “ตายดี” สถานที่ที่เหมาะสมสำหรับการ “ตายดี” คือสถานที่ที่ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ปราศจากสิ่งรบกวนต่างๆ ซึ่งรวมทั้งแพทย์ พยาบาล ญาติมิตร และอื่นๆ ที่สร้างความรำคาญ ความวิตกกังวล ความสับสน และ/หรือความไม่สบายใจแก่ผู้ป่วย

เสียงพูดคุย เสียงกระซิบกระซาบ เสียงร้องไห้ หรืออื่นๆ จากญาติมิตรที่ยัง “ทำใจ” ไม่ได้ จะสร้างบรรยากาศแห่งความสลดหดหู่ เศร้าหมอง และความไม่สบายใจให้แก่ผู้ป่วย แม้บางครั้งผู้พูดคุยกันอาจจะคิดว่าผู้ป่วยหลับหรือหมดสติแต่ในความเป็นจริงนั้น ผู้ป่วยยังรับรู้สิ่งต่างๆ นั้นได้ ดังในกรณีวาระสุดท้ายของการสิ้นพระชนม์ชีพของพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว โดยเฉพาะเมื่อตอนที่พระอาการของพระองค์ได้ทรุดหนักลง ในวันสุดท้ายของพระชนม์ชีพ พระองค์ได้สั่งเสียเรื่องราวต่างๆ จนเรียบร้อยและในยามที่ขุนนางผู้ใหญ่หรือพระบรมวงศานุวงศ์ ที่ใกล้ชิดแสดงอาการเศร้าโศก ก็ได้ตรัสห้ามปราม ได้ทรงสั่งเสียกับพระยานุรักษ์รัตนราชพลภว่า “วันนี้เป็นวันสำคัญ อย่าไปข้างไหนเลย ให้คอยดูใจพ่อ ขำรู้เวลาตายของข้าแล้ว ถ้าข้าจะเป็นอย่างไร

^{๖๕} สัมภาษณ์ นายแพทย์สันต์ หัตถิรัตน์ เมื่อวันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๕๓ ณ ห้องประชุมสำนักงานส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพ ชั้น ๓ อาคารกองวิศวกรรมกรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

ลงก็อย่าได้วุ่นวายบอกหนทางว่า อรหัง พุทโธเลย ให้นิ่งๆแต่ใจเกิดเป็นธุระของข้าเอง” และในยามที่ขุนนางผู้ใหญ่หรือพระบรมวงศานุวงศ์ ที่ใกล้ชิดแสดงอาการเสราโศก ก็ได้ตรัสห้ามปรามว่า^{๖๖}

“อย่าร้องไห้เลยจ๊ะ ความตายไม่เป็นของอัศจรรย์ อะไรดอก ทรงว่า สัพเพ สังขารานิจจา สัพเพ ธัมมา อนัตตา ย่อมเหมือนกันทั้งสิ้นทุกนาม แต่ผิดกันที่ตายก่อนตายหลัง แต่ก็ต้องตายเหมือนกัน ก็บัดนี้กาลมาถึงตัวข้าแล้ว ฉันจึงได้อำลาท่าน ท่านเห็นว่าฉันจะพลัดพรากจากไป มีความอาลัยใครรัก จึงได้ร้องไห้ด้วยความเสียดาย ก็บัดนี้ฉันเป็นถึงเข้าก่อนแล้ว ท่านทั้งหลายก็คงต้องถึงเหมือนกัน ผิดกันแต่ถึงก่อนถึงหลัง คงจะต้องไปทางเดียวอย่างนี้เหมือนกัน”

นอกจากนี้ควรให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสถานที่หรือบ้านที่ตนรัก ในสิ่งแวดล้อมที่สงบสบายและมีสิ่งรบกวนน้อยที่สุด โดยเฉพาะจากญาติมิตรที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคยหรือไม่ชอบ จากแพทย์และพยาบาลที่ชอบสั่งการตรวจรักษาที่สร้างความเจ็บปวดหรือความรำคาญแก่ผู้ป่วย และจากสิ่งอื่นๆ ที่ผู้ป่วยไม่ปรารถนาจะให้เห็น ได้ยิน หรือได้สัมผัส ญาติมิตรรอบข้างผู้ป่วยควรจรรักษาจิตใจของตนให้สงบ มีความเมตตากรุณาต่อผู้ป่วย ต้องการให้ผู้ป่วยสบายใจ ไม่กังวลในเรื่องใดๆ และเปล่ง (ปล่อย) กระแสจิตแห่งความเมตตาและความปรารถนาดีให้บอวาลไปทั่วบรรยากาศโดยรอบตัวผู้ป่วย จะช่วยให้เกิดบรรยากาศแห่งความสงบและเป็นคุณประโยชน์ต่อการจากไปของผู้ป่วยได้ การถกเถียงกันถึงวิธีการรักษาพยาบาลต่างๆ จนอาจถึงขั้นทะเลาะกัน การร้องไห้หรือให้รำพึงรำพัน และการแสดงอารมณ์รุนแรงต่างๆ จะทำลายบรรยากาศแห่งความสงบสบายลงได้^{๖๗}

(๖) การตั้งสติและการ “ปล่อยวาง” เมื่อผู้ป่วยเจ็บหนัก/ใกล้ตาย ผู้ป่วยและญาติมิตรตลอดจนผู้ที่ดูแลผู้ป่วย (แพทย์ พยาบาล และอื่นๆ) จะรู้สึกตื่นเต้น กังวล มีอารมณ์อ่อนไหวและรุนแรงได้ง่าย โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บหนัก/ใกล้ตายขึ้นอย่างฉับพลันโดยไม่ได้คาดหมายกันมาก่อน และไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจไว้ก่อน ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมิตรของผู้ป่วยตั้งสติให้ได้ การจะทำเช่นนั้นได้ ผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องสามารถตั้งสติของตนเองให้ได้ก่อน ซึ่งแพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่ที่ได้ผ่านการดูแลรักษาคนเจ็บป่วยมาหลายๆ ปี และผ่านประสบการณ์ผู้ป่วย “ตายคามือ” มามาก มักจะตั้งสติได้ดีกว่าแพทย์จบใหม่และพยาบาลจบใหม่ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ตั้งสติได้เร็วจะช่วยประคับประคองและฟื้นฟู “สติ” (ในที่นี้ หมายถึง ทำให้ตระหนักรู้ความจริงหรือทำระลึกถึงความจริง) ของผู้ป่วยและญาติได้เร็วขึ้น ทำให้ผู้ป่วยและญาติ

^{๖๖} โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (บรรณาธิการ). **วัฒนธรรม ความตาย กับวาระสุดท้ายของชีวิต: คู่มือเรียนรู้วิถีสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. กรุงเทพมหานคร : บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด, ๒๕๕๐. หน้า ๘๔.

^{๖๗} สันต์ หัตถิรัตน์, **การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี**, หน้า ๑๑๖-๑๑๗.

ผ่อนคลายความตื่นเต้นตกใจ ความกลัว ความกังวล และอารมณ์รุนแรงอื่นๆ ลงได้ ด้วยการพูดปลอบขวัญ ให้กำลังใจ ให้ความหวังและความสบายทางใจแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะในระยะแรกๆ เมื่อผู้ป่วยและญาติเริ่มตั้งสติได้แล้ว จึงค่อยๆ ชักนำให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้าใจข้อเท็จจริงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยและญาติเข้าใจข้อเท็จจริงของการเจ็บป่วยและยอมรับความจริงนั้นแล้ว จึงอธิบายถึงกลไกแห่งความตายและความตายตามธรรมชาติของการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งจะไม่น่ากลัวและไม่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานเท่ากับการพยายามฝืนธรรมชาติหรือการ “ซื้อ” (ยืดเวลาแห่งการตาย) ให้ยาวนานออกไป

เมื่อผู้ป่วยและญาติยอมรับความจริงของการเจ็บป่วยและการตาย ผู้ป่วยและญาติจะคลายความกังวลและจิตใจจะสงบลง ผู้ดูแลผู้ป่วยควรจะแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติถึงวิธีบรรเทาอาการเจ็บปวด และอาการอื่นๆ ทั้งร่างกายและทางใจ ได้กล่าวไว้ข้างต้นแล้ว ถ้าผู้ป่วยและญาติต้องการกลับไปตายที่บ้าน ควรจะจัดการให้ผู้ป่วยสามารถเดินทางกลับบ้านโดยปลอดภัย เช่น ให้รถพยาบาลพาผู้ป่วยไปส่งที่บ้าน หรือแนะนำวิธีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระหว่างการเดินทางโดยให้อุปกรณ์ที่จำเป็นต่างๆ ไปด้วย เป็นต้น

ถ้าผู้ป่วยต้องการกลับไปตายที่บ้าน แต่ญาติไม่ยอมก็ควรจะพูดคุยกับญาติให้เข้าใจว่า นี่เป็นการ “ทำบุญ” ครั้งสุดท้ายให้ผู้ป่วย การฝืนเจตนาธรรมณ์ของผู้ป่วยจะเป็น “บาป” และจะติดตรึงอยู่ในใจของทุกคนตลอดไป ถ้าผู้ป่วยไม่ต้องการกลับไปตายที่บ้าน ก็ควรจะให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนและจากไปในสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้สมปรารถนาในวาระสุดท้าย เมื่อผู้ป่วยและญาติยอมรับวาระสุดท้ายของผู้ป่วยแล้ว ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่เชี่ยวชาญในทางศาสนาหรือลัทธิที่ผู้ป่วยและญาติเชื่อถือศรัทธา ควรจะพูดคุยให้ผู้ป่วย “ปล่อยวาง” (ทิ้ง) ความห่วงกังวลต่างๆ โดยระลึกถึงแต่พระผู้เป็นเจ้าและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเคารพบูชา หรือ “ปล่อยวาง” ทุกสิ่งทุกอย่าง แม้แต่ความเป็น “ตัวเรา – ของเรา” เพื่อให้กาย ใจ และจิตวิญญาณได้กลับคืนสู่ธรรมชาติโดยสมบูรณ์^{๖๔}

(๗) การกล่าวลาและการ “บอกทาง” การ “กล่าวลา” คือ การพูดจาที่ทำให้ผู้ป่วยใกล้ตายเกิดความสบายใจและสามารถจากไปด้วยความสุข ไร้ความกังวลห่วงใย เช่น

“ที่รัก...ฉันรักเธอมากนะ...เธอดีกับฉันมาตลอด...ฉันขอโทษถ้าฉันได้ทำอะไรที่ทำให้เธอไม่พอใจหรือผิดหวัง...ฉัน ไม่อยากให้เธอจากไป แต่ฉันก็ไม่อยากให้เธอต้องทนทุกข์ทรมานต่อไป...ที่รัก เธอหลับเสียเถิด ไม่ต้องห่วงกังวลในเรื่องใดๆอีก...ฉันจะจัดการทุกอย่างให้เรียบร้อยตามที่เธอเคยสั่งไว้ ของให้เธอจากไปแบบไม่ต้องกังวลอะไร...หลับให้สบายนะ ที่รัก”

^{๖๔} สันต์ หัตถิรัตน์, การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี, หน้า ๑๑๘-๑๒๐.

“แม่จ๋า...ผมรักแม่มาก ผมขอโทษสำหรับทุกสิ่งทุกอย่างที่ผมทำให้แม่ไม่สบายใจ...ผมอยากให้อแม่อยู่กับผมนานๆ แต่แม่ลำบากมานานแล้ว เพื่อผมและน้องๆทุกคน...แม่ไม่ต้องกังวลนะครับ ผมจะดูแลน้องๆ ทุกคนให้ดีเหมือนกับที่แม่ได้ดูแลพวกเรามา...ผมจะอยู่กับแม่ ใฝ่ดูแลแม่ให้หลับอย่างสบายแม่หลับให้สบายนะครับ ผมรักแม่ครับ” เป็นต้น

แม้ผู้ป่วยจะอยู่ในสภาพหมดสติหรือไม่รู้สึกตัว การ “กล่าวลา” ก็เป็นสิ่งสำคัญ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยจะสามารถรับรู้ได้ หรืออย่างน้อย ก็ทำให้จิตใจของผู้กล่าวคำอำลานั้น เกิดความรู้สึกดีๆ ขึ้น เป็นกุศลแก่จิตใจของตนเองและแก่ผู้อื่นที่ได้ยินคำกล่าวอำลานั้น ผู้ที่กล่าวคำอำลาจึงต้องตั้งใจและซื่อสัตย์ให้ดีกว่าก่อนเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อที่จะไม่ไปร้องไห้หรือให้ คร่ำครวญสะอึกสะอื้นในขณะที่เข้าไปกล่าวคำอำลา เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยเศร้าเสียใจ และไม่อาจจากไปอย่างสงบได้

ส่วนการ “บอกทาง” ในที่นี้หมายถึง การพูด การสวดภาวนา หรือการกระทำอื่นๆ ที่ผู้ป่วยหรือสังคมนั้นๆ เชื่อถือศรัทธา เพื่อนำพาให้การจากไปของผู้ป่วยได้ไปสู่สุคติ ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละศาสนา แต่ละนิกาย และแต่ละลัทธิ เช่น

ในศาสนาคริสต์ เมื่อผู้ป่วยใกล้จะจากไป จะให้นักบวชหรือบาทหลวงมา ถือบาปให้ผู้ป่วย และให้ศีลสุดท้าย (absolution) แก่ผู้ป่วยที่กำลังจะจากไป โดยเชื่อว่าจะทำให้ผู้ป่วยได้กลับคืนสู่อ้อมอกของพระเจ้า บางแห่งจะมีการร้องเพลงสวดให้แก่ผู้กำลังจะจากไปด้วย บางแห่งอาจมีการเจิม (ทา) น้ำมันให้ผู้ป่วยในนามของพระเจ้า เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน เป็นต้น

ในศาสนาอิสลาม เมื่อผู้ป่วยใกล้จะจากไป จะให้ผู้ป่วยกล่าวด้วยคำปฏิญาณตนว่า “ลาอิลาฮะอิลลัลลอฮ์” (ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์) และอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน โดยเฉพาะบท “ยาซีน” (“ซูเราะฮ์ยาซีน”) ให้ผู้ป่วยฟัง บางท่านอาจอ่าน “ซูเราะฮ์อัลฟะลัก” (บทรุ่งอรุณ) และ “ซูเราะฮ์อันนาส” (บทมนุษยชาติ) ด้วย แล้วเป่าลงบนกายของผู้ป่วย แล้วจับมือผู้ป่วยลูบไปตามร่างกายของผู้ป่วยด้วย ผินหน้าผู้ป่วยไปทางทิศกิบละฮ์ เมื่อผู้ป่วยตายแล้ว ให้จัดสภาพให้เรียบร้อย รีบอาบน้ำ ห่อศพ นำศพไปละหมาด แล้วรีบนำไปฝังโดยตามไปส่งศพด้วย เป็นต้น

ในศาสนาพราหมณ์-ฮินดู ให้นำร่างของผู้ป่วยใกล้ตายลงจากที่นอนยกสูง ลงนอนบนเสื่อที่เตรียมไว้ หันศีรษะไปทางทิศเหนือ เท้าเหยียดไปทางทิศใต้ อ่านคัมภีร์ “ศริมัทภักทวาทิตา” บทเพลงสวดสรรเสริญพระนารายณ์, การอวตารของพระนารายณ์ (วิษณุสหัสสุรนาม) เป็นต้น ให้ผู้ป่วยฟัง จัดเครื่องกรรมทานถวายพราหมณ์ ๑๐ อย่าง (ทศทาน) ได้แก่ โกลี ที่ดิน งาดำ ทองคำ น้ำมันเนย เสื้อผ้า รัชฎูพีชชนิดเม็ด ทอง เงินและเกลือ และจัด “ว้าว” เป็นเครื่องกรรมทานถวายพราหมณ์

(โคทาน) หากใกล้หมดลม มีอาการดิ้นรนทรมานทรมายได้รับทุกขเวทนา ก็ควรทำทาน “อุตุกรารุติเชนุ” วิญญาณจะออกจากร่างได้สงบไม่ทรมาน เมื่อสิ้นลมแล้ว ให้อาบน้ำด้วย “ปัญจคัยยะ” (ประกอบด้วยนมโค นมเปรี้ยวจากนมโค, น้ำมันเนยจากนมโค, ปัสสาวะโค และอุจจาระโค) ผสมน้ำอาบ หรืออาบน้ำด้วย “ปัญจามฤต” (ประกอบด้วยนม, นมเปรี้ยว, เนย, น้ำผึ้ง และน้ำตาล) อาบน้ำเสร็จแล้วให้สวมเสื้อผ้าใหม่ ก่อนเดินทางไปยังสุสาน นำน้ำจากแม่น้ำคงคา ไบกะเพรา ทองคำ และรัตนต่างๆ ใส่ในปากของผู้เสียชีวิต แล้วให้ญาติมิตรและบริวารพาไปยังสุสานเพื่อประกอบพิธีศพต่อไป.

ในศาสนาพุทธ การ “บอกทาง” ขึ้นอยู่กับนิยายและลัทธิต่างๆ บางนิยาย เช่น นิยายวัชรญาณในทิเบต จะมีการ “บอกทาง” แต่เนิ่นๆ ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเจ็บหนัก และมีพิธีกรรมต่างๆ เพื่อชักนำให้ผู้ป่วยไปสู่ภพภูมิต่างๆ ที่สูงขึ้น ในเมืองไทย ศาสนาพุทธนิกายเถรวาท (หินยาน) ไม่มีพิธีกรรมอะไรเป็นพิเศษสำหรับผู้ป่วยเจ็บหนัก หรือใกล้ตาย บางแห่งอาจมีการนิมนต์พระมาสวด “โพชฌงค์ ๗” (ธรรมที่เป็นองค์แห่งการตรัสรู้) เสวนาธรรม หรือให้ศีลให้พรเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุข คลายกังวล และสงบลง แล้วให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทำบุญโดยถวายสังฆทาน หรืออื่นๆ บางแห่งก็ให้เพียงญาติมิตรเข้ากล่าวคำอำลาผู้ป่วย (ดังที่ยกตัวอย่างไว้ข้างต้น) พร้อมกับให้ผู้ป่วย “บอกอหัง” อันหมายความว่า ให้ผู้ป่วยมีจิตใจระลึกถึงพระพุทธเจ้าและพระอรหันต์หรือสิ่งที่ดีงามอื่นๆ หรือถ้าจะให้ดีกว่านั้นอีก คือ ให้ผู้ป่วยได้รู้สึกรู้สึกว่า ทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น เปลี่ยนแปลง และดับสลายไปนั้นเป็นธรรมชาติ ไม่มี “ตัวเรา-ของเรา” หรือ “ตัวกู-ของกู” อีกต่อไป จะทำให้ผู้ป่วยสามารถ “ตายดีที่สุด” ตามอรรถภาพของตนได้

อย่างไรก็ตาม บางแห่งและบางคนอาจถือว่า การ “บอกทาง” เป็นการ “แข่ง” ผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยเสียกำลังใจ จึงไม่ยอมให้มีการ “บอกทาง” หรือนิมนต์พระมาสวดให้ศีลให้พรผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่สามารถรับรู้ และ “ทำใจ” ของตนให้พ้นจากทุกขเวทนาต่างๆ ได้ การ “บอกทาง” แต่เนิ่นๆ ให้ผู้ป่วยสามารถ “ปล่อยวาง” ทุกอย่างโดยไม่ห่วงกังวลในเรื่องใดๆ อีก จะทำให้ผู้ป่วยจากไปด้วยความสุขสงบได้^{๖๕}

^{๖๕} สันต์ หัตถิรัตน์, การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี, หน้า ๑๒๐-๑๒๔.

๔.๔.๒ วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบของครอบครัวในสังคมไทยปัจจุบัน

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบของครอบครัวในแต่ละมิติในสังคมไทยปัจจุบันมีวิธีการดังนี้^{๓๐}

(๑) การดูแลทางด้านร่างกาย

ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในภาวะใกล้ตายนั้นจะทำให้ผู้ให้การรักษาสามารถดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะนี้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม อันจะส่งผลดีกับผู้ป่วยอย่างยิ่ง เพราะนอกจากจะทำให้สามารถลดการรักษาที่ไม่จำเป็นและไม่เป็นประโยชน์ใดๆแล้ว ยังจะทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องทนทุกข์ทรมานจากการรักษามากขึ้นด้วย สำหรับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้ป่วยใกล้ตายที่สำคัญๆ พอสรุปได้ดังนี้

๑.๑ ในภาวะใกล้ตายนั้น ความอ่อนเพลียเป็นสิ่งที่ควรยอมรับและไม่จำเป็นต้องให้การรักษาใดๆ เพราะจะเกิดผลเสียมากกว่าผลดี ควรให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้เต็มที่

๑.๒ ผู้ใกล้ตายจะเบื่ออาหาร และกินอาหารน้อยลง ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้า พบว่าความเบื่ออาหารนี้กลับเป็นผลดีมากกว่าผลเสีย เพราะทำให้สารอาหารคิโตนินในร่างกายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้นและบรรเทาอาการเจ็บปวดได้

๑.๓ ผู้ใกล้ตายจะดื่มน้ำน้อยลงหรืออาจจะงดดื่มเลย ภาวะขาดน้ำที่เกิดขึ้นเมื่อใกล้ตายไม่ทำให้ผู้ป่วยทรมานมากขึ้น ตรงกันข้าม กลับกระตุ้นให้มีการหลั่งสารเอ็นเคอร์ฟิน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น หากปาก ริมฝีปาก จมูก และตาแห้ง ให้หมั่นทำความสะอาด และรักษาความชื้นได้ โดยอาจใช้สำลีหรือผ้าสะอาด ชุบน้ำแตะที่ปาก ริมฝีปาก หรือใช้สีกิ่งทาริมฝีปาก สำหรับตาาก็ให้หยอดน้ำตาเทียม

๑.๔ ผู้ใกล้ตายจะรู้สึกง่วงและอาจนอนหลับตลอดเวลาผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยหลับ ไม่ควรพยายามปลุกให้ตื่น

๑.๕ เมื่อผู้ใกล้ตายไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่ควรคิดว่าเขาไม่สามารถรับรู้หรือได้ยินสิ่งที่มีคนพูดกันอยู่ข้างๆ เพราะเขาอาจจะยังได้ยินและรับรู้ได้ แต่ไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นทราบได้ จึงไม่ควรพูดคุยกันในสิ่งที่จะทำให้เขาไม่สบายใจหรือเป็นกังวล

๑.๖ การร้องครวญคราง หรือมีหน้าตาบิดเบี้ยวอาจไม่ได้เกิดความเจ็บปวดเสมอไป แต่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางสมอง ซึ่งแพทย์สามารถให้ยาระงับอาการเหล่านี้ได้

^{๓๐} โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, วัฒนธรรม ความตาย กับ วาระสุดท้ายของชีวิต : คู่มือเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, (กรุงเทพมหานคร : สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, ๒๕๕๐), หน้า ๒๗๕-๒๘๕.

๑.๗ ผู้ใกล้ตายอาจมีเสมหะมาก ควรให้ขาดเสมหะแทนการดูดเสมหะ ซึ่งนอกจากไม่ได้ผลแล้วยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมานเพิ่มขึ้นด้วย (ทั้งนี้หมายถึง เฉพาะคนที่ใกล้ตายเท่านั้น ไม่ได้รวมถึงผู้ป่วยอื่นๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูดเสมหะ)

ผู้ที่ให้การรักษาจึงควรตระหนักว่า ความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตบางกรณีมักทำให้เกิดอาการเจ็บปวด (pain) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง ที่จะต้องเผชิญอาการทางร่างกายอีกหลายประการ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ไอ หายใจลำบาก ท้องเดิน บวมตามแขนและขา เวียนศีรษะ เป็นต้น อาการเหล่านี้ก่อความทุกข์ทรมานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจในวาระสุดท้ายของชีวิตจึงอาจจำเป็นต้องใช้ยาช่วยบรรเทาอาการแต่ก็ต้องอยู่ในความดูแลอย่างใกล้ชิดของแพทย์เจ้าของไข้ การที่ผู้รักษาปฏิบัติต่อผู้ป่วยใกล้ตายในการดูแลทางด้านร่างกายที่ไม่เหมาะสม นอกจากจะเป็นการไม่เคารพต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยแล้ว ยังนำมาซึ่งความทุกข์ของญาติผู้ป่วยทั้งในขณะขั้นตอนการดูแลรักษา และหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว ดังนั้น สิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายทางร่างกายคือ การตรวจเช็ยอย่างสม่ำเสมอ และให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก ไม่ใช่มุ่งเพียงแต่การรักษาตัวโรคและควรทำควบคู่กับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในมิติอื่นๆ ไปพร้อมกัน

(๒) การดูแลด้านภาวะจิตใจ

มนุษย์โดยทั่วไปเมื่อกายป่วยใจจะป่วยด้วยเสมอ ยิ่งคนที่ป่วยหนักใกล้ตายด้วยแล้วสภาพจิตใจที่เปราะบางยิ่งต้องการดูแลแบบประคับประคองอย่างมาก จากงานศึกษาต่างๆ พบว่าปัญหาด้านภาวะจิตใจที่ผู้ป่วยเผชิญมากที่สุดคือ ความกลัวตายและความห่วงกังวลในเรื่องต่างๆ ซึ่งสามารถสรุปสิ่งที่ผู้ป่วยใกล้ตายกลัวและกังวลที่สำคัญๆ ออกเป็น ๕ เรื่องหลัก ได้แก่

๒.๑ การถูกทอดทิ้งและอยู่อย่างโดดเดี่ยว สิ่งที่คนใกล้ตายต้องการคือ ใครสักคนที่เข้าใจและอยู่เคียงข้างเมื่อเขาต้องการ โดยแต่ละคนอาจมีความรู้สึกและความต้องการต่างกัน ไป ฉะนั้นผู้ที่อยู่ใกล้ซิดก็ควรให้โอกาสคนใกล้ตายได้แสดงความรู้สึกและความต้องการด้วยการพูดคุยและเป็นผู้รับฟังที่ดีและควรปฏิบัติตามความต้องการของคนใกล้ตาย ซึ่งหมายรวมถึงความต้องการในการรักษา ทั้งนี้ควรต้องประเมินก่อนว่าความต้องการนั้นเกิดจากการตัดสินใจบนพื้นฐานใด หากเป็นการตัดสินใจบนพื้นฐานของอารมณ์ ไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริง ก็ควรชะลอการปฏิบัติไว้ก่อน และควรให้การประคับประคองจิตใจจนสบายขึ้น กับทั้งให้โอกาสผู้ใกล้ตายเปลี่ยนความต้องการและความตั้งใจได้เสมอ

๒.๒ ความตายเป็นสิ่งที่ทำให้ไร้ศักดิ์ศรี ความเจริญทางวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีใหม่ทำให้การรักษาและการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น แต่ในขณะที่เดียวกันเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยเหล่านี้ อาจทำให้ผู้ป่วยบางคนรู้สึกละอายใจและอึดอัดใจที่จะเผชิญกับความตาย คิดว่า

ตนเองสิ้นหวังทำอะไรไม่ได้อีกแล้ว แม้แต่การถ่ายปัสสาวะและอุจจาระก็ยังช่วยตัวเองไม่ได้ ต้องอาศัยแพทย์ พยาบาลและบุคลากรอื่นๆ มาช่วยดูแล ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนไร้ค่าและศักดิ์ศรี

๒.๓ ความตายเป็นภาระต่อคนอื่น บางคนกลัวว่าความเจ็บป่วยและความตายที่กำลังจะมาถึงเป็นภาระต่อคนอื่น ต้องให้คนอื่นมาช่วยดูแลตน บางคนก็เต็มใจ บางคนก็ไม่เต็มใจ ผู้ดูแลบางคนอาจแสดงความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ และไม่ยอมรับผิดชอบต่อไปอีก อีกทั้งการสูญเสียเวลาและทรัพย์สินเงินทองในการรักษา อาจทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวได้

๒.๔ ความตายเป็นการสูญเสียชีวิต ผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตายหลายรายมีความรู้สึกที่ตนยังไม่พร้อมที่จะตายในช่วงเวลานี้ และมีความปรารถนาที่จะยืดเวลาออกไปอีก นอกจากนี้ไม่อยากพลัดพรากจากบุคคลและสิ่งที่ตนรักแล้ว บางคนยังมี “ห่วง” หรือภารกิจบางอย่างที่ยังค้างคาหรือไม่สำเร็จ เช่น อยากให้ลูกได้รับปริญญาหรือแต่งงานก่อน อยากเห็นหลานที่จะเป็นตัวแทนสืบต่อวงศ์ตระกูล หรือบางคนอาจรู้สึกโกรธหรือซึมเศร้าที่ไม่มีโอกาสทำงานให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

๒.๕ การไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นหลังความตาย แม้ความตายหมายถึงการหมดสิ้นสลายลงของร่างกาย แต่คนส่วนมากมีความเชื่อว่ายังมีโลกหน้าหรือโลกหลังความตาย ซึ่งเป็นโลกอันลึกลับ เมื่อไม่รู้ว่าตายแล้วไปไหน ไปอยู่ที่ใด ความตายจึงเป็นสิ่งที่น่ากลัว

ในหลายกรณีความกลัวและความวิตกกังวลเหล่านี้จะสัมพันธ์กับโรคที่มักมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงและควบคุมไม่ได้ ดังนั้น อาการวิตกกังวลของผู้ป่วยใกล้ตายจึงมักหายไปถ้าสามารถควบคุมอาการเจ็บป่วยและอาการข้างเคียงของการรักษาได้ดี ดังนั้นสิ่งสำคัญในการดูแลภาวะจิตใจของผู้ป่วยใกล้ตายคือการแยกให้ออกระหว่างปัญหาที่เกิดจากความกลัวและความวิตกกังวลกับปัญหาที่เกิดจากอาการแทรกซ้อนของโรคที่เป็น ซึ่งหลายกรณีทำได้ยาก

ตัวอย่างเช่น ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นเรื่องยากที่จะให้การวินิจฉัยลักษณะนี้ในผู้ป่วยใกล้ตายได้ เพราะตัวโรคที่เป็นมักก่อให้เกิดอาการทางร่างกายหลายอย่างที่ใกล้เคียงกับภาวะนี้ เช่น อ่อนเพลีย หมดเรี่ยวแรง นอนไม่หลับ ขาดความสนใจ สมาธิไม่ดี และขาดแรงจูงใจในชีวิต ผู้รักษาจึงต้องระมัดระวังการให้ยารักษา เพราะบางกรณียิ่งจะไปเพิ่มภาวะซึมเศร้าให้มากขึ้นอีก

หรืออย่างกรณี ภาวะเพ้อ ซึ่งเป็นความผิดปกติของสมองอย่างหนึ่งที่มีลักษณะเฉพาะ คือระดับของความรู้ตัวที่ขึ้นๆ ลงๆ ความคิดแปรปรวน การสูญเสียการรู้เวลา สถานที่ และบุคคล ภาวะเพ้อสามารถกลับคืนคืนเช่นเดิมได้ อย่างไรก็ตามในขั้นรุนแรงของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ภาวะเพ้ออาจไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ บางรายอาจมีอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการหวาดระแวงกลัวคนจะมาทำร้ายหรือฆ่า บางทีก็มีอาการประสาทหลอนร่วมด้วย

กรณีที่เป็นอาการของโรค ผู้รักษาต้องควบคุมอาการที่วุ่นวายหรืออาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย หรือคนอื่น เช่น การดึงสายน้ำเกลือทางหลอดเลือด การพูดเพื่อเจ้อ หรือพฤติกรรมที่ก้าวร้าว ผู้รักษาควรแนะนำสมาชิกในครอบครัวให้เข้าใจด้วยว่าอาการดังกล่าวมีสาเหตุมาจากความแปรปรวนทางสมอง ไม่ใช่เป็นเรื่องของจิตใจโดยตรง

นอกจากนี้ พระไพศาล วิสาโล ยังได้เสนอแนวทางสำหรับการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ใกล้ตาย โดยประยุกต์หลักธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้าสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และญาติมิตรที่ต้องการช่วยเหลือผู้ใกล้ตาย โดยนำเอาประสบการณ์จากกรณีตัวอย่างอื่นๆ มาประกอบเป็นแนวทาง ดังต่อไปนี้

(๑) ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เพียงถูกความเจ็บปวดทางกายรุมเร้าเท่านั้น หากยังถูกรบกวนด้วยความกลัวต่างๆ นานา ตามที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น ซึ่งความกลัวดังกล่าวอาจสร้างความทุกข์ให้แก่ผู้ป่วยยิ่งกว่าความเจ็บปวดทางกายเสียด้วยซ้ำ ความรักและกำลังใจจากทีมผู้รักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญในยามนี้ เพราะสามารถลดทอนความกลัวและช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงในจิตใจได้ ดังนั้น ให้พึงระลึกเสมอว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นมีสภาพจิตใจที่เปราะบางอ่อนแออย่างมากและต้องการใครสักคนที่พร้อมจะอยู่ด้วยในยามวิกฤต และควรอยู่เคียงข้างเขาขณะที่กำลังเผชิญกับความทุกข์นานาประการในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต

ความทุกข์ทางกายและสภาพจิตใจที่เปราะบางยังมักทำให้ผู้ป่วยแสดงอาการหงุดหงิดหรือกราดเกรี้ยวออกมาได้ง่าย บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลจึงต้องมีความอดทนอดกลั้นต่อผู้ป่วย พยายามให้อภัย เห็นอกเห็นใจ และไม่แสดงความขุ่นเคืองฉุนเฉียว ความสงบและความอ่อนโยนของเจ้าหน้าที่และญาติจะช่วยให้ผู้ป่วยสงบนิ่งลงได้เร็วขึ้น บางครั้งอาจเตือนสติผู้ป่วยได้บ้างหากเป็นสิ่งจำเป็น แต่ควรทำด้วยความนุ่มนวลอย่างมีเมตตาจิต

หากไม่ทราบว่าจะควรจะทำอย่างไร การใช้มือสัมผัสผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยนก็ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรักได้ หรืออาจจับมือ แขน ขา บีบเบาๆ กอดผู้ป่วยไว้ หรือมีเช่นนั้นอาจใช้มือทั้งสองสัมผัสบริเวณหน้าผากและหน้าท้อง พร้อมกับแผ่ความปรารถนาดีให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก็จะเป็นการบรรเทาความทรมานทางกายและจิตใจของเขาได้เช่นกัน

(๒) ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับการตายที่จะมาถึง การรู้ว่าวาระสุดท้ายของชีวิตกำลังใกล้เข้ามา ย่อมช่วยให้ผู้ป่วยมีเวลาเตรียมตัวเตรียมใจในขณะที่สภาพร่างกายยังเอื้ออำนวยอยู่ การปกปิดความจริงไม่ให้ผู้ป่วยรับรู้ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีเวลาเตรียมตัวได้น้อยลง แต่หลายกรณีการเปิดเผยความจริงซึ่งเป็นข่าวร้าย โดยไม่ได้เตรียมใจผู้ป่วยไว้ก่อนก็อาจทำให้อาการทรุดหนักลงกว่าเดิมได้ โดยทั่วไปแพทย์จะมีบทบาทสำหรับดุลยพินิจในเรื่องนี้ แต่ต้องอาศัยความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดหรือได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยขณะที่บางครั้งหน้าที่ดังกล่าวก็ตกอยู่กับญาติ เพราะเป็นผู้ที่เข้าใจสภาพจิตใจ

ผู้ป่วยดีกว่าแพทย์ อย่างไรก็ตาม การทำให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นมักเป็นกระบวนการที่ใช้เวลานาน นอกเหนือจากความรักความเอาใจใส่แล้ว ทีมผู้รักษาจำเป็นต้องมีความอดทนอดกลั้นและพร้อมจะฟังความในใจของผู้ป่วยด้วย

ทีมผู้รักษามักเข้าใจว่าการปกปิดความจริงเป็นสิ่งดีกว่า แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการให้เปิดเผยความจริงมากกว่าการปกปิด อย่างไรก็ตาม ไม่ใช่ผู้ป่วยทุกคนที่ยอมรับความจริงได้ทันทีเมื่อรับทราบข่าวร้าย เพราะเขาอาจมีเรื่องค้างค้ำในใจหรือมีความกังวลบางเรื่องที่ทำให้มีอากาจากไปอย่างสงบได้ ทีมผู้รักษาและญาติจึงควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมาเพื่อจะได้บรรเทาและเยียวยา ขณะเดียวกันการซักถามที่เหมาะสมอาจช่วยให้ผู้ป่วยระลึกถึงสิ่งที่ทำให้เขามีอากยอมรับการตายได้

บางกรณีผู้ป่วยอาจจะระบายโทสะทีมผู้รักษา ไม่ว่าจะจะเป็นความหงุดหงิดที่ได้ยินข่าวร้ายหรือเป็นเพราะความโกรธที่ปิดบังความจริงเกี่ยวกับอาการป่วยมานาน ซึ่งปฏิกิริยาดังกล่าวควรได้รับการใส่ใจจากผู้เกี่ยวข้อง เพราะถ้าหากผู้ป่วยข้ามพ้นความโกรธและการปฏิเสธความตายไปได้ เขาจะสามารถยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตัวได้ง่ายขึ้น โดยสิ่งที่ควรทำควบคู่ไปกับการบอกข่าวร้ายก็คือ การให้กำลังใจและความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าทีมรักษาทุกคนจะไม่ทอดทิ้งและจะคอยช่วยเหลืออยู่เคียงข้างอย่างเต็มความสามารถที่สุด

ประโยชน์ที่สำคัญที่สุดจากการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยคือ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจล่วงหน้าได้ว่าจะให้แพทย์รักษาเยียวยาด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ไปถึงขั้นไหน ไม่ว่าจะเป็นการให้แพทย์รักษาอย่างเต็มที่หรือเพียงแค่ประทั่งอาการและปล่อยให้ค่อยๆ สิ้นลมไปอย่างสงบ บ่อยครั้งการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยเข้าไปทำให้ผู้ป่วยไม่มีโอกาสตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา เพราะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตเสียแล้ว ผลก็คือญาติไม่มีทางเลือกอื่นใดนอกจากขอให้แพทย์แทรกแซงอาการอย่างถึงที่สุด ซึ่งมักก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย โดยมีผลเพียงแคื่อยืดกระบวนการตายให้ยาวออกไป แต่ไม่ได้ช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ทั้งนี้ยังไม่นับเรื่องค่าใช้จ่ายที่ต้องสิ้นเปลืองเป็นจำนวนมากอีกด้วย

(๓) ช่วยให้อึดใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม การนึกถึงสิ่งที่ดีงามจะช่วยให้จิตใจของผู้ใกล้ตายสงบ ขจัดความกลัวที่กำลังคุกคามจิตใจให้น้อยลงและสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้น ซึ่งทีมผู้รักษาสามารถโน้มน้าวให้จิตใจผู้ป่วยระลึกถึงสิ่งดีงามได้หลายวิธี ดังต่อไปนี้

ระลึกถึงคุณพระรัตนตรัย อันประกอบไปด้วย พระพุทธ พระธรรม และพระสงฆ์

นำสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ เช่น พระพุทธรูป หรือภาพครูบาอาจารย์มาติดไว้ในห้องเพื่อเป็นเครื่องระลึกถึงความดีงาม

อ่านหนังสือธรรมะหรือเปิดเทปธรรมะให้ผู้ป่วยฟัง

ชักชวนให้ผู้ป่วยทำวัตรสวดมนต์ร่วมกัน

ชักชวนผู้ป่วยให้ทำบุญถวายสังฆทาน โดยมีทีมผู้รักษาคอยช่วยเหลือและอำนวยความสะดวก

เหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมที่อาจช่วยน้อมจิตของผู้ป่วยให้บังเกิดความสงบและความสว่างก่อนที่ชีวิตจะดับได้ โดยสิ่งที่สำคัญที่สุดคือ การคำนึงถึงวัฒนธรรมและศาสนาของผู้ป่วย เช่น สำหรับผู้ป่วยที่เป็นคนเชื้อสายจีน ภาพพระโพธิสัตว์หรือเจ้าแม่กวนอิมอาจน้อมนำจิตใจให้สงบและมีกำลังใจได้ดีกว่าอย่างอื่น แต่หากผู้ป่วยนับถือศาสนาอิสลามหรือศาสนาคริสต์ ก็ย่อมต้องการสัญลักษณ์ทางศาสนาที่แตกต่างกันไป

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่เราคาดไม่ได้ในวาระสุดท้ายของชีวิตก็คือการชวนให้ผู้ป่วยระลึกถึงความดีที่ตนเองได้ทำมาในอดีต ซึ่งไม่จำเป็นต้องหมายถึงการทำบุญกับพระหรือศาสนาเสมอไป เพียงแค่การเลี้ยงดูลูกๆ ให้เป็นคนดี ส่งเสียร่ำเรียนจนสำเร็จการศึกษา หรือการดูแลพ่อแม่ด้วยความรัก ซื่อตรงต่อคู่ครอง เอื้อเฟื้อต่อมิตรสหาย ก็เป็นบุญกุศลหรือความดีที่ช่วยให้เกิดความปีติปลาบปลื้มแก่ผู้ป่วยและบังเกิดความมั่นใจว่าตนเองจะได้ไปสุคติได้ บางกรณีทีมผู้รักษาอาจแนะนำให้ญาติลำดับความดีที่ผู้ป่วยเคยทำมาเพื่อเป็นการยืนยันและย้ำให้มั่นใจในชีวิตที่ผ่านมา

(๔) ช่วยปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาใจ สิ่งหนึ่งที่รบกวนจิตใจและทำให้ผู้ป่วยไม่อาจตายได้อย่างสงบหรือตายดีในวาระสุดท้ายของชีวิต คือ ความรู้สึกค้างคาใจในบางสิ่งบางอย่าง เช่น ภาระงานที่ค้างค้าง ทรัพย์สินที่ยังแบ่งสรรไม่เสร็จ ความน้อยอกน้อยใจ หรือความโกรธแค้นใครบางคน หรือความรู้สึกผิดในใจบางอย่างที่เกาะกุมจิตใจมานาน ความห่วงกังวลหรือความรู้สึกไม่ดีที่ค้างคาใจเหล่านี้เป็นสิ่งที่ควรได้รับการปลดเปลื้อง มิฉะนั้นจะทำให้ผู้ป่วยทรมานทรมาย หนักอกหนักใจ ผลักไสความตาย และไม่ยอมรับความจริงของชีวิตที่เกิดขึ้น

ทีมผู้รักษาจึงควรร่วมมือกับญาติเพื่อช่วยผู้ป่วยปลดเปลื้องความรู้สึกเหล่านี้ออกไป เช่น อาจช่วยให้ผู้ป่วยกล้าเปิดใจและรู้สึกปลอดภัยที่จะขอโทษหรืออโหสิกรรมกับใครบางคน พร้อมแนะนำให้ฝ่ายหลังยอมรับคำขอโทษและให้อภัยผู้ป่วยด้วย อย่างไรก็ตาม ดังที่ทราบกันดีว่าการขอโทษหรือขออภัยนั้นบางครั้งก็ไม่ใช่เรื่องที่ย่างยาก วิธีหนึ่งที่ช่วยได้คือ การแนะนำให้ผู้ป่วยเขียนคำขอโทษและความในใจทุกอย่างที่ต้องการบอกลงในกระดาษราวกับคนผู้นั้นกำลังนั่งอยู่ตรงหน้า เมื่อเขียนเสร็จแล้ว จะให้ญาตินำไปให้บุคคลนั้น หรือจะเก็บไว้กับตัวก็สุดแท้แต่ใจของผู้ป่วย สิ่งสำคัญคือการเปิดใจได้เริ่มต้นขึ้นแล้ว

บ่อยครั้งคนที่ป่วยอยากขอโทษคนที่ใกล้ชิด กรณีเช่นนี้จะง่ายขึ้นถ้าหากผู้ใกล้ชิดนั้นเป็นฝ่ายเริ่มก่อนด้วยการกล่าวคำให้อภัยและไม่ถือโทษโกรธเคืองในความผิดพลาดที่ผ่านมา และการที่ผู้ใกล้ชิดเป็นฝ่ายเริ่มก่อนนี้เท่ากับเปิดทางให้ผู้ป่วยกล่าวคำขอโทษได้อย่างไม่ตะจิตตะขงใจ

หากญาติๆ ต้องการทำพิธีขอมาแก่ผู้ตาย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลก็อาจให้ความช่วยเหลือด้วยการเอื้ออำนวยช่วยจัดสิ่งแวดล้อมสถานที่ที่เหมาะสมแก่การประกอบพิธีขอมาข้างเตียงผู้ป่วย

(๕) ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ การปฏิเสธหรือขัดขืนไม่ยอมรับความตายที่อยู่เบื้องหน้า เป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยอาจยังติดขัดกับบางสิ่งบางอย่างและไม่สามารถพรากจากสิ่งนั้นได้ ทีมผู้รักษาจึงต้องร่วมมือกับญาติเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางให้มากที่สุด เช่น ให้ความมั่นใจว่าลูกหลานจะสามารถดูแลตนเองได้ หรือพ่อแม่ตลอดจนคนที่รักจะได้รับการดูแลด้วยดี แต่ในบรรดาความคิดยึดทั้งหลายไม่มีอะไรที่ลึกซึ้งไปกว่าความคิดยึดในตัวตนเพราะลึกๆ คนเราต้องการความสืบเนื่องของตัวเอง

ทีมผู้รักษาควรใส่ใจในเรื่องนี้ และอาจร่วมมือกับญาติด้วยการแนะนำให้ผู้ป่วยค่อยๆ ปล่อยวางในความยึดถือตัวตน เริ่มจากความปล่อยวางในร่างกายด้วยการคิดว่าเราไม่สามารถบังคับร่างกายให้เป็นไปตามปรารถนาได้ วิธีนี้จะช่วยลดทอนความทุกข์ความเจ็บปวดได้มาก เพราะความทุกข์มักเกิดขึ้นเพราะไปยึดเอาความเจ็บปวดนั้นเป็นของตน หรือไปสำคัญมั่นหมายว่า “นั่นเจ็บ” แทนที่จะเห็นแต่อาการเจ็บเกิดขึ้นเรื่อยๆ

มีหลายกรณีที่ผู้ป่วยด้วยโรคร้าย สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดอย่างรุนแรงได้โดยไม่ต้องใช้ยาแก้ปวดเลย หรือใช้แต่เพียงเล็กน้อย ทั้งนี้เพราะความสามารถละวางความเจ็บปวดได้ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือใช้ธรรมโอสถเยียวยาจิตใจนั่นเอง

(๖) สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ ความสงบใจและการปล่อยวางสิ่งที่ค้างคาในใจผู้ป่วยนั้น จะเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่องก็ต่อเมื่อมีบรรยากาศที่เอื้ออำนวยด้วย ในห้องผู้ป่วยที่พลุกพล่านด้วยผู้คนเข้าออก มีเสียงพูดคุยตลอดเวลา หรือมีเสียงเปิดปิดประตูทุกวัน ผู้ป่วยย่อมยากที่จะประคองจิตใจให้เป็นกุศลและเกิดความสงบได้ ดังนั้น เจ้าหน้าที่จึงควรจัดให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายนอนบนเตียงอยู่ที่มุมห้อง หรือห่างจากประตูเข้าออก และมีความเป็นส่วนตัวให้มากที่สุดแม้จะเป็นห้องผู้ป่วยรวมก็ตาม

ทีมผู้รักษาควรแนะนำญาติให้ระมัดระวังคำพูดและการกระทำขณะที่อยู่ข้างเตียงผู้ป่วยไม่ควรร้องไห้พึมพาย ทะเลาะเบาะแว้ง หรือพูดเรื่องที่กระทบกระเทือนจิตใจผู้ป่วย รวมทั้งแนะนำให้ญาติพยายามรักษาจิตใจของตนเองให้ดี ไม่เศร้าหมอง สลดหดหู่ ก็จะสามารถช่วยผู้ป่วยได้มาก นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ยังอาจโน้มน้าวให้ลูกหลานญาติมิตรให้สร้างบรรยากาศแห่งความสงบด้วยการชักชวนผู้ป่วยร่วมกันทำสมาธิภาวนา โดยมีการจัดห้องให้สงบและดูศักดิ์สิทธิ์ เช่น มีพระพุทธรูปหรือสิ่งที่นำเคารพสักการะติดอยู่ในห้อง ก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะสร้างบรรยากาศแห่งความสงบได้

การช่วยเหลือทั้งหมดข้างต้น สามารถนำมาใช้ได้แม้กระทั่งกับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหมดสติ เพราะมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่สามารถได้ยินหรือแม้แต่เห็นสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัว รวมทั้งสัมผัส

รับรู้ถึงพลังและกระแสดิจจากผู้ที่อยู่รอบตัว ตัวอย่างเช่น มีผู้ป่วยคนหนึ่งประสบอุบัติเหตุรุนแรงระหว่างที่นอนหมดสติอยู่ในห้องไอซียูนานเป็นอาทิตย์ เขารู้สึกเหมือนลอยคว้างคว่าง แต่บางช่วงจะรู้สึกว่ามีมือมาแตะที่ตัวเขา พร้อมกับมีพลังส่งเข้ามาทำให้ใจที่คว้างคว่างเหมือนจะขาดหลุดไปนั้น กลับมารวมตัวกันอีกครั้งและก่อให้เกิดความรู้สึกตัวขึ้นมา สักพักความรู้สึกตัวนั้นก็เลื่อนรางไปอีกเป็นอย่างนี้ทุกวัน จนเขามารู้ภายหลังว่า ทุกเช้าจะมีพยาบาลผู้หนึ่งที่ขึ้นเวร ได้มาจับมือเขาแล้วแผ่เมตตาให้กำลังใจ ขอให้กำลังใจ ขอให้กำลังใจและรู้สึกตัว ในที่สุดเขาก็ฟื้นขึ้นมาเป็นปกติ ings ที่หมอประเมินแต่แรกว่ามีโอกาสรอดน้อยมาก กรณีนี้เป็นตัวอย่างที่ชี้ว่าแม้จะหมดสติแต่จิตก็สามารถสัมผัสรับรู้กระแสแห่งความเมตตาจิตของผู้ที่อยู่ใกล้เคียงได้

(๗) กล่าวคำอ้อลา ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ หากผู้ป่วยอยู่ในห้องไอซียูและมีสัญญาณชีพจรอ่อนลงเจียนตาย หมอและพยาบาลมักจะพยายามช่วยชีวิตทุกวิถีทาง เช่น กระตุ้นหัวใจ หรือใช้เทคโนโลยีต่างๆ เท่าที่มี บรรยากาศเช่นนี้จะเต็มไปด้วยความวุ่นวายและยากที่ลูกหลานญาติมิตรจะกล่าวถ้อยคำใดๆ กับผู้ป่วย เว้นแต่ว่าผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยแจ้งความจำนงล่วงหน้าว่าขอให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบโดยปราศจากการแทรกแซงใดๆ

โดยทั่วไปแพทย์และญาติผู้ป่วยมักจะคิดแต่เรื่องของการช่วยเหลือทางกายโดยลืมคิดถึง การช่วยเหลือทางจิตใจ ings ที่เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการที่สุดในภาวะใกล้ตาย โดยเฉพาะเรื่องของการกล่าวคำอ้อลา ซึ่งบางครั้ง ทีมผู้รักษาต้องกระตุ้นให้ญาติกล่าวคำอ้อลา โดยขอให้ญาติตั้งสติ ระวังความ โศกเศร้า จากนั้นไปกระซิบที่ข้างหู พูดถึงความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อผู้ป่วย ชื่นชมและขอบคุณในคุณงามความดีของผู้ป่วยที่ได้กระทำ พร้อมทั้งขอมาในกรรมใดๆ ที่ล่วงเกิน จากนั้นน้อมนำจิตผู้ป่วยให้เป็นกุศลยิ่งขึ้น โดยแนะนำให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ ทั้งหลายลงเสีย อย่าได้มีความเป็นห่วงกังวลใดๆ อีกเลยแล้วให้ระลึกถึงพระรัตนตรัยตลอดจนถึงศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ

สำหรับกรณีการใช้ยาช่วยประคับประคองจิตใจนั้น ทีมผู้รักษาต้องใช้ยาที่อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์เพื่อลดความเจ็บ ความวิตกกังวลอาการซึมเศร้า หรืออาการทางจิตอื่นๆ ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการรักษาทางจิตวิทยาหรือทางสังคม อย่างไรก็ตาม ผู้รักษาควรหลีกเลี่ยงการทำให้ผู้ป่วยง่วงเกินไป เว้นเสียแต่ผู้ป่วยจะไม่สามารถทนต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างสิ้นเชิง (ซึ่งพบได้น้อยมาก) ผู้รักษาควรคำนึงเสมอว่า ความผิดปกติทางจิตอาจเกิดจากสาเหตุทางชีวภาพได้ เช่น การติดเชื้อ การเสียสมดุลของสารเคมี และระมัดระวังเรื่องผลข้างเคียงของยา

สิ่งสำคัญที่สุดในการดูแลด้านภาวะจิตใจของผู้ใกล้ตายคือ ผู้รักษาเองก็ต้องอาศัยจิตใจที่มั่นคงเข้มแข็ง เพราะต้องเผชิญกับสภาวะอารมณ์ที่แปรปรวนกลับไปกลับมาของผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงวิกฤตการณ์นี้ (สิรินทร์ ๒๕๔๘: ๔๓) เช่น ดัดสินใจขอไม่ใส่ท่อช่วยหายใจในตอนแรก แต่เมื่ออาการของโรคกำเริบมากขึ้น มีอาการเหนื่อยหอบเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยบางรายกลับขอให้

แพทย์ช่วยใส่ให้เพราะรู้สึกกลัวและกังวล หรือในบางครั้งความต้องการระหว่างผู้ป่วยกับญาติขัดกันเอง และที่สำคัญผู้รักษาไม่ควรให้ความสำคัญกับภาระงานมากกว่าความต้องการของผู้ป่วย เพราะอาจส่งผลให้ละเลยความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยใกล้ตายได้เช่นกัน

(๓) การดูแลด้านสังคม

ความเจ็บป่วยไม่เพียงส่งผลกระทบต่อปัจเจกบุคคลเท่านั้นแต่ยังก่อปัญหาอื่นๆ ต่อบุคคลรอบข้างและเครือข่ายทางสังคมด้วย โดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยใกล้ตายซึ่งมักก่อความเคร่งเครียดให้กับสมาชิกในครอบครัวอย่างมาก หากจัดการได้ไม่ดีก็อาจก่อให้เกิดเป็นปัญหารุนแรงทั้งต่อผู้ป่วยและญาติได้ เพราะภาวะใกล้ตายนั้น ในด้านหนึ่งส่งผลกระทบต่อแง่มุมชีวิตทางสังคมทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว แต่ขณะเดียวกันแง่มุมทางสังคมก็ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยใกล้ตายเช่นกัน ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจึงต้องดูแลมิติทางสังคมควบคู่ไปกับการดูแลมิติอื่นๆ อย่างเป็นสหวิทยาการ และที่สำคัญต้องไม่ลืมว่าการทำงานกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวนั้น ไม่มีสูตรตายตัว แต่ต้องมีความยืดหยุ่นสูง นอกจากนี้ยังต้องยึดถือ “ครอบครัวของผู้ป่วย” และ “เครือข่ายทางสังคม” เป็นส่วนหนึ่งของทีมในการดูแลผู้ป่วยด้วย โดยเฉพาะในสังคมไทยที่ครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อความคิด ความต้องการของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

ปัญหาสำคัญที่พบกับผู้ป่วยใกล้ตายในแง่มุมชีวิตทางสังคม ได้แก่ การขาดผู้ดูแลซึ่งมักจะเกิดขึ้นในสังคมเมือง และการกลับบทบาททางสังคมของผู้ป่วยจากผลของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เช่น จากบทบาทของผู้หารายได้หลักของครอบครัวมาสู่การเป็นผู้ต้องพึ่งพาอย่างเดียว ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

ทีมผู้ดูแลรักษาจึงจำเป็นต้องดึงเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยใกล้ตายให้เข้ามามีส่วนร่วมในการเยียวยา อันประกอบด้วยครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงานหรือโรงเรียน หน่วยงานขององค์กรเอกชนและนักบวชทางศาสนาต่างๆ ซึ่งการค้นหาเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยจะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมีชีวิตทางสังคมอย่างไรก่อนป่วย และทำให้ทีมผู้ดูแลรักษาสามารถตัดสินใจได้ว่าเห็นควรดึงเครือข่ายทางสังคมในส่วนใดเข้ามาช่วยเยียวยาประคับประคอง

(๔) การดูแลด้านจิตวิญญาณและปัญญา

จิตวิญญาณเป็นส่วนที่ลึกซึ้งที่สุดในจิตใจของบุคคล และส่งผลต่อชีวิตโดยรวมของบุคคล ดังนั้น ผู้รักษาจึงควรทราบถึงความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและตอบสนองสิ่งนั้นเพื่อเป็นการส่งผู้ป่วยให้จากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ลักษณะสำคัญของจิตวิญญาณ คือ การแสวงหาความหมายจากตัวตนภายในของผู้ป่วย เป็นเรื่องของพลังใจ ความหวัง ความผูกพันระหว่างผู้ป่วยกับบางสิ่งบางอย่างที่ทำให้เกิดภาวะของความสงบสุขและ

ความพร้อมที่จะเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี ส่วนมิติทางปัญญา ซึ่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ให้ความหมายไว้ว่า “ปัญญา” คือ ความรู้ทั่ว รู้เท่าทัน และความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่การมีจิตใจอันดีงาม และเอื้อเพื่อผู้อื่น ซึ่งเมื่อพิจารณาความหมายของ “จิตวิญญาณ” และ “ปัญญา” แล้วจะเห็นว่ามิติกษณะใกล้เคียงกัน เพราะต่างก็เป็นภาวะที่ลึกซึ้งทางจิตอย่างหนึ่ง ในขณะเดียวกัน ทศนี ทองประทีป ได้สรุปประมวลความหมายของจิตวิญญาณจากนักวิชาการต่างๆ ในสังคมไทย เช่น ประเวศ วะสี, ประสาน ต่างใจ, พระธรรมปิฎก และแมชชีนสนีย์ เสถียรสุด พบว่า ปัญญาเป็นลักษณะหรือความหมายหนึ่งของมิติทางจิตวิญญาณ กล่าวคือ สรุปแล้วมิติทางจิตวิญญาณมีความหมายสำคัญ อยู่ ๒ ประการ คือ (๑) มิติจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับศรัทธา ปัญญา และคุณธรรม และ (๒) มิติจิตวิญญาณในมิติของความสัมพันธ์^{๑๐}

เมื่อคนเจ็บหนักใกล้จะตาย หรือเรียกว่าเข้ามรณาสันนกาลแล้ว โสตประสาทและจักขุประสาทยังไม่ดับ สิ่งที่สำคัญอย่างหนึ่งในระยะนี้ คือ การนำทางปัญญาหรือจิตวิญญาณ (spiritual guidance) ไม่ว่าผู้ป่วยกำลังจะตายจากสาเหตุใดก็ตาม เพราะทุกศาสนาต่างเชื่อในหลักกฎแห่งกรรม และชีวิตหลังความตาย เพียงอาจจะมีรูปแบบและการตีความหมายที่แตกต่างกันเท่านั้น

สำหรับศาสนาพุทธ ประเพณีอย่างหนึ่งที่นิยมปฏิบัติกันมาตั้งแต่โบราณกาล คือ “การบอกหนทาง” ให้แก่ผู้ที่กำลังจะตาย วิธีนี้อาจกระทำได้โดยพระ ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท หรือแม้แต่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การบอกหนทางดังกล่าว คือ การพูดคุยใจและการเตรียมสติให้ผู้ที่กำลังจะตายระลึกถึงกรรมดีหรือบุญกุศลที่เคยทำไว้ โดยผู้ที่อยู่ใกล้ต้องจัดดอกไม้ รูป เทียน บรรจุลงในกรวยใบตองเพื่อให้ผู้จะตายถือไว้ หรืออาจเอาธูปหอม ๓ ดอก ๕ ดอก หรือ ๗ ดอกมาจุดเพื่อให้ผู้ที่กำลังจะตายได้กลิ่นควันธูป มิเช่นนั้นก็นำมาแตะที่ตัวของผู้ที่กำลังจะตายพร้อมกับแนะนำให้ระลึกถึง พระพุทธ พระธรรม และพระสงฆ์ หรือบอกดังๆ ให้นึกในใจว่าพุทโธ พุทโธ อะระหัง ๆ ๆ ไปเรื่อย ๆ จนสิ้นลม อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่มรณาสันนวิถีซึ่งเป็นวิถีสุดท้ายซึ่งใกล้ชิดกับความตายอย่างมากแล้วนั้น เขาจะไม่สามารถรับรู้สิ่งใดทางทวารทั้ง ๕ ได้เลย ดังนั้นการบอกหนทาง หรือการให้สติแก่ผู้ป่วยควรกระทำในตอนต้นๆ ของมรณาสันนกาลในขณะที่ยังพอมีสติคืออยู่

ศาสนาอิสลามได้แนะนำเกี่ยวกับช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตไว้ว่าควรให้บุคคลซึ่งผู้ป่วยรักและไว้วางใจมากที่สุดเป็นผู้ดูแลและเตือนให้ผู้ป่วยสำนึกผิดและขอภัยจากอัลเลาะห์และเตือนให้

^{๑๐} ทศนี ทองประทีป, จิตวิญญาณ มิติหนึ่งของการพยาบาล, (กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๒), หน้า ๔๗.

กล่าว “ลาอิลลาฮะอิลลัลลอฮ์” (ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลเลาะห์) ซึ่งเป็นถ้อยคำที่ดำรงอยู่คู่ชีวิตของชาวมุสลิมตั้งแต่เมื่อแรกเกิดจนยามที่ชีวิตจะดับขันธ์ การเตือนผู้ป่วยด้วยถ้อยคำ “ลาอิลลาฮะอิลลัลลอฮ์” ไม่ควรเร่งเร็ว หรือกล่าวซ้ำแล้วซ้ำอีกหลายครั้ง ทั้งนี้เพื่อมิให้ผู้ป่วยเกิดความรำคาญ และหากผู้ป่วยเคยละเมิดผู้อื่น ไว้ก็ฝากขอภัยต่อผู้นั้นเสีย เพราะการสำนึกผิดเป็นหน้าที่ของผู้ศรัทธาทุกคนและทุกสภาวะ นอกจากนี้ ยังควรเตือนให้ผู้ป่วยได้ตั้งเสียเกี่ยวกับทรัพย์สินหรือเรื่องอื่นๆ แก่ทายาทหรือผู้เกี่ยวข้อง เนื่องจากช่วงเวลานี้อาจจะเป็น โอกาสสุดท้ายที่ผู้ป่วยจะได้ตั้งเสียแก่ทายาทในสิ่งที่สำคัญที่สุด สำหรับในช่วงเวลานี้ นักวิชาการบางส่วนยังเห็นว่าควรให้อ่าน ซูเราะฮ์ยาซีน แก่ผู้ป่วยด้วย หากผู้รักษาเห็นผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักมากแล้ว ก็ควรดูแลโดยการหยอดน้ำเพื่อมิให้ลำคอของผู้ป่วยแห้งผากเกินไป และควรจัดการให้ผู้ป่วยได้นอนหันหน้าไปทางกิบลัต (ที่นครเมกกะ) โดยตะแคงด้านขวา หรือนอนหงายโดยยกศีรษะให้สูงขึ้นหันหน้าไปทางกิบลัตก็ได้หากเป็นการไม่ลำบากเกินไป แต่หากมีอุปสรรคมากให้ผู้ป่วยได้นอนในท่าที่สบายที่สุด

นอกจากความเชื่อทางศาสนาซึ่งเป็นจิตวิญญาณด้านหนึ่งของบุคคลแล้ว ยังมีสิ่งอื่นๆ ที่อาจเป็นจิตวิญญาณอีกด้านของบุคคลด้วย เช่น วัตถุสิ่งของ ตัวบุคคลผู้เป็นที่รัก ครอบครัว ความเชื่อบางเรื่อง สถานที่ ฯลฯ ซึ่งแม้สิ่งเหล่านี้อาจดูไม่มีความหมายในความรู้สึกของผู้อื่น แต่อาจเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยบางรายขอกลับไปยังบ้านของตนเองเพื่อให้ได้มีโอกาสเห็นและอยู่เป็นครั้งสุดท้าย ดังเช่น ผู้ป่วยที่เป็นเด็กหญิงรายหนึ่ง ซึ่งติดโรคร้ายจากการถูกละเมิดทางเพศโดยปู่และอา เพื่อนบ้านนำเธอมารักษาที่โรงพยาบาล เมื่ออาการของเธอทรุดลงและอยู่ในวาระสุดท้าย เธอขอกลับบ้านเพราะคิดถึงน้องคนเล็กอายุ ๘ เดือนที่เธอเคยเลี้ยงดูมา เมื่อฝ่ายรักษาพยาบาลนำเธอกลับไปถึงบ้าน ภาพที่ทุกคนได้เห็นด้วยความประหลาดใจก็คือ เธอสามารถลุกขึ้นเดินได้ เข้าไปอุ้มน้อง ห่มผ้าให้น้อง และเมื่อเธอกลับไปโรงพยาบาลเธอมีอาการสงบ สิ้นน้ำอัมเอิบ แวดตาแจ่มใส และจากไปด้วยอาการเหมือนคนนอนหลับ (สิวลี ๒๕๔๘ : ๑๐๓ – ๑๐๔)

ผู้รักษาจึงควรให้ผู้ที่กำลังจะตายอยู่ในภาวะสงบมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และควรหลีกเลี่ยงการใช้วิธีการต่างๆ เพื่อช่วยคืนชีพหรือทำให้ชีวิตยืนยาวต่อไปโดยไม่จำเป็น ในทางตรงกันข้าม วิธีเหล่านี้อาจทำให้ผู้ที่กำลังจะตายเกิดทุกข์ทรมาน กระทบกระชวย จิตไม่สงบ หรือไม่เป็นสมาธิ ดังนั้น การเรียนรู้ถึงวิธีปฏิบัติอย่างถูกต้องและเหมาะสมแก่ผู้ที่กำลังจะตายจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นมาก เพราะในช่วงที่เป็นหัวเลี้ยวหัวต่อระหว่างความตายและความเกิดนี้ ผู้รักษาควรช่วยให้ทุกคนได้มีโอกาสเข้าสู่ความตายอย่างมีศักดิ์ศรี และควรตระหนักไปพร้อมๆ กันว่า การช่วยเหลือทางจิตวิญญาณแท้จริงจะต้องเป็นไปตามความต้องการของตัวผู้ป่วย ไม่ใช่ตามความเห็นของผู้อื่นที่คิดว่าควรดำเนินการให้ผู้ป่วยตามที่ตนเองต้องการ

อย่างไรก็ตาม สภาพความเป็นจริงบางครั้งก็มีองค์ประกอบอื่นมาทำให้จำเป็นต้องกระทำในสิ่งที่ฝ่ายผู้รักษาเองไม่พึงประสงค์ที่จะกระทำ เช่น การถูกขอร้องจากญาติให้ช่วยเหลืออย่างเต็มที่จนกว่าจะถึงวินาทีสุดท้าย ทำให้ทางเลือกระหว่างการตายอย่างสงบตามธรรมชาติกับการตายภายใต้เทคโนโลยีทางการแพทย์ เป็นสิ่งที่ไม่อาจกระทำได้ง่ายๆ ในบางครั้ง

สิ่งสำคัญที่สุดคือ การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วยและครอบครัว การยอมรับพฤติกรรม การเข้าใจความรู้สึก การระมัดระวังในการใช้คำพูด และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทำในสิ่งที่ต้องการตามความเชื่อทางด้านจิตวิญญาณ (พระไพศาล ๒๕๔๖) จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถผ่านพ้นวิกฤตและจากไปอย่างสงบหรือที่เรียกว่า “ตายดี”

เราจะเห็นได้ว่า แม้การตายในโรงพยาบาลอาจมีสภาพสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างจากที่ผู้ป่วยคุ้นเคยซึ่งจะได้รับจากการตายที่บ้าน แต่เราก็สามารถทำให้การตายของผู้ป่วยเป็นการตายที่ดี และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการจากไปอย่างสงบได้ โรงพยาบาลจึงไม่ใช่สถานที่ที่จะเป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการที่ผู้ป่วยจะตายดี โดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบันที่สภาพสังคมทำให้มีผู้ป่วยไร้ญาติและกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ตัวคนเดียวที่บ้านมากขึ้น แต่สิ่งสำคัญคือเจ้าหน้าที่ต้องมีความละเอียดอ่อนและใส่ใจในมิติความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ยึดความต้องการในวาระสุดท้ายของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ไม่ใช่ยึดที่การรักษาโรค เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลายกรณีจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาานาน ความอดทนอดกลั้น จิตใจที่ตั้งมั่นของทีมผู้ดูแลจึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการที่จะช่วยดูแลประคับประคองให้ผู้ป่วยเดินทางสู่วาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสง่างามและสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์

๔.๕ จุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสังคมไทยปัจจุบันมีจุดมุ่งหมายไม่แตกต่างจากการแพทย์แผนปัจจุบันและจุดมุ่งหมายในพระพุทธศาสนามากนัก แต่เป็นการผสมประสานและบูรณาการจุดมุ่งหมายของการแพทย์แผนปัจจุบันกับพระพุทธศาสนาเข้าด้วยกัน โดยมีคำสำคัญที่สื่อถึงจุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในสังคมไทยที่สำคัญคือ “การตายดี” หรือ “การตายอย่างสงบ” นั่นเอง

คำว่า “การตายดี” หรือ “การตายอย่างสงบ” นี้ในสังคมไทยมีความหมายสำคัญอยู่ ๒ ประการ คือ ประการแรก “การตายดี” หรือ “การตายอย่างสงบ” หมายถึง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีอาการของโรคในระยะสุดท้ายใกล้ตายที่ไม่ต้องทุกข์ทรมานทางกายและทางใจมากเกินไป หรือแม้จะมีความทุกข์ทรมาน แต่ผู้ป่วยก็สามารถเผชิญหน้ากับอาการเหล่านี้ได้อย่างมีความสุข อบอุ่นใจ ไม่ทุกข์ร้อนทรมาน การตายดีแบบนี้อาจเรียกว่าการตายดีในภพปัจจุบัน ซึ่งหลักการแพทย์แผน

ปัจจุบันและพระพุทธศาสนาต่างก็มุ่งดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายให้มีลักษณะการตายดีและตายอย่างสงบเช่นนี้เหมือนกัน

จากผลการอบรมเรื่อง “สภาพการตายที่พึงปรารถนา” โดยพระไพศาล วิสาโล และปรีดา เรืองวิชาธร พบว่า การตายดีที่พึงปรารถนาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมี ๔ ด้านตามมิติสุขภาพะแห่งชีวิต ดังนี้ คือ^{๗๒}

๑) มิติทางกาย หมายถึง ตายสงบ ไม่ทรมานทรมาย ไม่เจ็บปวด

๒) มิติทางสิ่งแวดล้อม หมายถึง ตายท่ามกลางธรรมชาติ นกร้อง อากาศสดใส ท่ามกลางมิตรสหาย มีครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รักอยู่พร้อมหน้าและบรรยากาศที่พึงประสงค์โดยรอบ

๓) มิติทางสังคม หมายถึง อยู่ในท่ามกลางบรรยากาศของครอบครัว ผู้ใกล้ชิดมิตราร่วมกัน

๔) มิติทางจิตใจ (ปัญญาและจิตวิญญาณ) หมายถึง ตายอย่างสงบ ปล่อยวาง สิ้นภาระและปล่อยวางอย่างสิ้นเชิง พิจารณาเห็นความจริงตามธรรมชาติ

จะเห็นว่า ลักษณะอาการเหล่านี้ คือ การตายดีและตายอย่างสงบ ผู้ป่วยปล่อยวางภาระทางกายและจิตใจอย่างสิ้นเชิง สรุปร่าง ๆ คือ ขณะตายไม่ต้องทุกข์ทรมาน

นอกจากการตายอย่างไม่ทุกข์ทรมานแล้ว ในทางพระพุทธศาสนานั้น การตายอย่างสงบจะเน้นมิติที่สี่ พระพุทธเจ้าสรรเสริญ การตายดี คือ ตายอย่างสงบและปล่อยวาง แม้บางคนตายสวยแต่อาจไปสู่ทุกคติก็ได้^{๗๓} นั่นก็แสดงว่า จุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสังคมไทยปัจจุบันเน้นทั้งในภพนี้ คือ อาการตายที่ไม่ทุกข์ทรมาน มีสติ สงบ และในภพหน้า คือ ไปสู่สุคติภพ เพราะปรากฏว่า บางคนที่ดีตายดี ตายสวยงาม ไม่ทุกข์ทรมานทรมานทรมาย แต่ตายขณะจิตใจขุนมัวกังวล ไม่ปล่อยใจ ย่อมส่งผลให้บุคคลผู้นั้นไปสู่ทุกคติมิได้ ดังนั้นการตายดีในความหมายนี้จึงรวมทั้งดีในภพนี้และในภพหน้า หลังจากตายไปแล้วอีกด้วย

^{๗๒} พระไพศาล วิสาโล และปรีดา เรืองวิชาธร, *เผชิญความตายอย่างสงบ : สาระและกระบวนการเรียนรู้* (ฉบับความรู้พื้นฐาน), พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : บริษัทเคล็ดไทย จำกัด, ๒๕๔๕), หน้า ๑๖.

^{๗๓} อ่างแล้ว.

๔.๖ สรุป

๔.๖.๑ นิยามและความหมาย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายคือผู้ป่วยที่แพทย์ทราบแน่ชัดว่าไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้นานพอที่จะดำรงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ได้ ผู้ที่อยู่ในภาวะความเจ็บป่วยซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมวินิจฉัยแล้วว่าภาวะนั้นนำไปสู่ความตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และผู้ที่มีเปลือกสมองใหญ่สูญเสียหน้าที่อย่างถาวร ซึ่งมีผลทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยสรุปหมายถึง ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในวาระสุดท้ายแห่งชีวิตมีสภาวะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายสภาวะ ดังนี้ (๑) ไม่รู้สึกตัวอย่างถาวร ไม่อาจรู้ได้ว่ารอบตัวตนเองมีใครหรือสิ่งใดอยู่เลย และมีโอกาสน้อยมากที่จะกลับฟื้นขึ้นมาจากการสลบนั้น (๒) มีอาการสับสนอย่างถาวร คือไม่อาจจำจำเข้าใจหรือตัดสินใจเรื่องใดๆ ได้ ไม่อาจสนทนากับใครๆ ได้อย่างแจ่มแจ้ง (๓) ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ได้อย่างอิสระ ไม่อาจพูดหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้ (๔) อยู่ในวาระสุดท้ายแห่งการเจ็บป่วย

๔.๖.๒ ลักษณะอาการทางกายและทางใจ

ลักษณะอาการทางกายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย คือ (๑) ความเจ็บปวด (๒) ระบบทางเดินอาหารผิดปกติ (๓) ระบบหายใจผิดปกติ (๔) ระบบปัสสาวะผิดปกติ (๕) ผิวหนังผิดปกติ (๖) อาการตะอึก ผอมแห้งแรงน้อย สับสนกระสับกระส่าย ส่วนลักษณะอาการทางจิตคือ (๑) จิตใจซีมเศร้าว่าวุ่นและวิตกกังวล (๒) เป็นห่วงหรือกังวลคนที่มิมีชีวิตอยู่ (๓) เครียดและกลัวความตาย (๔) ท้อแท้หมดกำลังใจ (๕) มีความสับสนในการรับรู้ การคิดและการแสดงออก

๔.๖.๓ แนวคิดในการดูแล

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย คือ (๑) ดูแลด้วยการแพทย์เชิงพหุลักษณะ ที่พอจะถือปฏิบัติได้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย เช่น อาหารหรือโภชนาการที่เหมาะสมถูกสุขอนามัย รักษาด้วยยาสมุนไพร และแร่ธาตุ ใช้พลังบำบัดเรกิดด้วยความเชื่อว่ามีพลังจักรวาลที่สามารถรักษาอาการป่วยของมนุษย์ได้ (๒) ดูแลด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน เพราะยังมีความเชื่อว่าการแพทย์สมัยใหม่ยังมีความสำคัญในฐานะเป็นเวชปฏิบัติทางเลือกอย่างหนึ่ง ที่คอยช่วยส่งเสริมสนับสนุนในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายให้ได้ผลดีในด้านร่างกายเป็นหลัก (๓) ดูแลแนวมนุษยนิยม โดยอยู่บนหลักคิดที่ว่า มนุษย์เป็นสิ่งหนึ่งในธรรมชาติ มีศักดิ์ศรีและมีความสามารถที่จะพัฒนาตนเอง การดูแลแนวมนุษยนิยมนี้ ให้ความสำคัญแก่ “ภาวะความเป็นมนุษย์” ของแต่ละบุคคล ให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วยเป็นอันดับแรก แพทย์และพยาบาลมีหน้าที่เป็นเพียงที่ปรึกษาทางการแพทย์ ผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลและบำบัดรักษาด้วยตนเอง (๔) ดูแลรักษาแบบองค์

รวม ซึ่งประกอบด้วย การดูแลมิติทางกาย มิติทางจิต มิติทางปัญญา และมิติทางสังคม (๕) ดูแลรักษาแบบประคับประคองชีวิต ให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด และมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยตายด้วยอาการอันสงบ (๖) ดูแลรักษาแบบให้ทุกคนมีส่วนร่วม โดยอาศัยการทำงานเป็นทีม ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัวของผู้ป่วย ญาติมิตร และชุมชน

๔.๖.๔ วิธีการในการดูแล

วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย แบ่งเป็น ๒ ส่วนคือ วิธีการแบบสื่อสารสนทนา ประกอบด้วย (๑) พูดความจริงเกี่ยวกับการป่วย (๒) การทำให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับกลไกแห่งความตายธรรมชาติ (๓) บรรเทาความเจ็บปวดและอาการรบกวนต่างๆ ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การบีบนิ้วและการเคลื่อนไหว การประคบร้อน/เย็น การใช้ยาแก้ปวด การใช้ยานอนหลับ (๔) บรรเทาอาการทางใจโดยการบอกความจริง เอาใจใส่ดูแลไม่ทอดทิ้ง รับฟังความคิดเห็นและความต้องการของผู้ป่วย มีการปรึกษาหารือร่วมกันเป็นประจำระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล ญาติ (๕) สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ (๖) ตั้งสติและการปล่อยวาง (๗) กล่าววาจาและการบอกทางตามหลักศาสนาที่ตนนับถือ

นอกจากนี้ยังมีวิธีการแบบองค์รวมซึ่งประกอบด้วย (๑) การดูแลด้านร่างกาย โดยให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ สร้างบรรยากาศที่สงบ หลีกเลี่ยงการรักษาที่จะให้เกิดความเจ็บปวดเช่นการดูดเสมหะ การใส่สายยาง (๒) การดูแลด้านจิตใจ โดยให้มีคนที่เข้าใจอยู่ข้างเคียงผู้ป่วยเพื่อไม่ให้รู้สึกโดดเดี่ยว การให้เกียรติและศักดิ์ศรี การทำให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าจะไปสู่สุคติหลังจากตายโดยสร้างบรรยากาศดีเช่นการทำบุญตักบาตร การสวดมนต์ไหว้ การสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ (๓) การดูแลด้านสังคม โดยยึดถือครอบครัวของผู้ป่วยและเครือข่ายสังคมให้เป็นส่วนหนึ่งในทีมดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในกรณี que ผู้ป่วยไม่มีญาติมิตร (๔) การดูแลด้านจิตวิญญาณและปัญญา โดยการสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ เช่นการบอกทางคือพูดจงใจและการเตรียมสติให้ผู้ที่กำลังจะตายระลึกถึงกรรมดีที่เคยทำไว้ ด้วยวิธีการต่างๆ ตามหลักศาสนาที่นับถือ การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลรักษา และญาติ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ สร้างความอบอุ่น (๕) การหาวิธีการละมุนละไมให้ผู้ป่วยปฏิบัติธรรม หรือใกล้ชิดกับคนที่มีความพิเศษเป็นคนมีองค์มีเทพหรือคนทรงต้องมีจิตเมตตา มีความรัก มีความจริงใจต่อผู้ป่วย มีบุคลิกภาพที่อ่อนโยน เป็นคนที่ป่วยรักไว้ใจและศรัทธา มีจิตอาสา

๓.๖.๕ จุดมุ่งหมายในการดูแล

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายตามที่ถือปฏิบัติในสังคมไทย มีจุดมุ่งหมาย คือ (๑) ให้มี “การตายดี” หรือ “การตายอย่างสงบ” หมายถึงผู้ป่วยไม่ต้องทุกข์ทรมานทางกายและทางใจมากเกินไป หรือแม้จะมีความทุกข์ทรมาน แต่ผู้ป่วยก็สามารถเผชิญหน้ากับอาการทุกข์ทรมานได้อย่างมี

ความสงบ อบอุ่นใจ ไม่ทรมานทรมาย (๒) มุ่งให้ผู้ป่วยมีการตายดีที่พึงปรารถนา ซึ่งประกอบด้วยมิติ ๔ ด้านคือ มิติทางกาย เป็นการตายอย่างสงบ ไม่ทรมานทรมาย ไม่เจ็บปวด มิติทางสิ่งแวดล้อม เป็นการตายท่ามกลางธรรมชาติ เต็มไปด้วยเสียงนกร้อง อากาศดี ท่ามกลางมิตรสหายครอบครัว บุคคลอันเป็นที่รัก มิติทางสังคม ให้ผู้ป่วยตายไปในท่ามกลางบรรยากาศที่มีสมาชิกในครอบครัวและผู้ใกล้ชิดมากล่าวอำลากัน และมิติทางจิตใจ ตายไปด้วยจิตใจสงบ ปล่อยวาง สิ้นภาระและปล่อยวางอย่างสิ้นเชิง มีปัญญาเห็นความจริงตามธรรมชาติท้ายที่สุด ต้องตายไปด้วยจิตผ่องแผ้ว เพราะจะเป็นหลักประกันว่า หลังจากตายแล้วจะไปสู่สุคติ

บทที่ ๕

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ

๕.๑ ตารางเปรียบเทียบแนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายตามหลักการ แพทย์แผนปัจจุบันตามหลักพระพุทธศาสนาเถรวาท และที่ถือปฏิบัติในสังคมไทย

กรอบ สาระ	แนวคิดและวิธีการ ตามหลักการแพทย์แผน ปัจจุบัน	แนวคิดและวิธีการตามหลัก พระพุทธศาสนาเถรวาท	แนวคิดและวิธีการ ที่ถือปฏิบัติในสังคมไทย
<p>นิยามและ ความหมาย</p>	<p>ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย คือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ สุดท้ายของโรคหรือกำลัง ใกล้ถึงวาระสุดท้ายแห่ง ชีวิต โดยทั่วไปหมายถึง ระยะ ๖ เดือนสุดท้ายก่อน ถึงความตาย มีลักษณะ สำคัญ ๔ ประการคือ(๑)ผู้ เจ็บป่วยที่อยู่ระหว่างรับการ รักษาจากแพทย์ (๒)อาการ ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของ โรคนั้นๆ (๓)ผู้เจ็บป่วยอยู่ ในระยะสุดท้ายของชีวิต (๔)แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วย ใกล้ตาย</p>	<p>ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย คือ บุคคลที่ถูกครอบงำ ข้ำย ท่วมทับอย่างหนักโดยโรค (หรือความเจ็บป่วย)ทางกาย (หรือความเจ็บป่วย)ทางกาย มีผลทำให้บุคคลนั้นเกิด ความทุกข์อย่างหนักทั้ง ร่างกายและจิตใจ โดยที่โรค (หรือความเจ็บป่วย) ดังกล่าวนี้จะต้องอยู่ใน สภาวะที่หนัก หรือรุนแรง ซึ่งในทางการแพทย์เรียกว่า “ระยะลุกลาม” หรือ “เรื้อรัง” หรือ “ระยะวิกฤติ” ความเจ็บป่วยระยะนี้มี ลักษณะสำคัญ ๕ ประการ คือ (๑) มีผลต่อระบบ ร่างกายหลายอย่างและมีผล ต่อการทำหน้าที่ทางร่างกาย และทางสังคมอย่าง กว้างขวาง (๒) เป็นปัญหา</p>	<p>ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ ตายคือ -ผู้ป่วยซึ่งกำลังรับการ รักษาอยู่นั้น เป็นผู้ ที่แพทย์ทราบแน่ชัดว่า ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้นาน พอที่จะดำรงศักดิ์ศรีของ ความเป็นมนุษย์ได้ -ผู้ที่อยู่ในภาวะความ เจ็บป่วยที่ผู้ประกอบ วิชาชีพเวชกรรมวินิจฉัย แล้วว่าภาวะนั้นนำไปสู่ ความตายอย่างหลีกเลี่ยง ไม่ได้ และผู้ที่สูญเสีย หน้าที่อย่างถาวรของ เปลือกสมองใหญ่ ที่ทำให้ ขาดความสามารถในการ รับรู้และติดต่อสื่อสาร อย่างถาวร</p>

กรอบ สาระ	แนวคิดและวิธีการ ตามหลักการแพทย์แผน ปัจจุบัน	แนวคิดและวิธีการตามหลัก พระพุทธศาสนาเถรวาท	แนวคิดและวิธีการ ที่ถือปฏิบัติในสังคมไทย
		<p>ในช่วงชีวิต กล่าวคือ มีพัฒนาการมานานกว่าจะเกิดอาการอย่างเห็นได้ชัด (๓) อาจจะควบคุมได้ แต่รักษาไม่ได้ (๔) แม้จะไม่ทั้งหมด แต่ส่วนใหญ่จะมีลักษณะที่เป็นอันตรายที่ละเอียดที่ละน้อยทำให้จำกัดการทำกิจกรรมในสังคม (๕) ลักษณะที่เกิดขึ้นแบบไม่รู้ตัวจนกว่าจะถึงระยะวิกฤตจึงมีอาการเจ็บปวดอยู่ในภาวะถูกภัยคือมรณะคุกคาม อยู่ในมรณาสันนกาล(ใกล้ถึงแก่ความตาย) โดยปรมัตต์ หมายถึง ช่วงเวลาใกล้ตายหรือในช่วงแห่งวิถิจิตใกล้ตายไม่เกิน ๑ ถึง ๒ ชั่วโมงก่อนตาย(อาสันนกาล)และช่วงเวลาจะตายหรือในช่วงแห่งวิถิจิตใกล้จะสิ้นไปไม่ถึง ๒๐ วินาทีก่อนจุติจิตเกิดขึ้น(จุติจิต แปลว่า จิตเคลื่อน ตรงกับภาษาไทยว่า “ตาย” หมายถึงจิตดวงสุดท้ายที่เกิดขึ้นในเวลาที่ยคนตาย เคลื่อน ไปเป็น</p>	<p>-ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในวาระสุดท้ายแห่งชีวิต ซึ่งจะมีสภาวะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายสภาวะดังนี้ (๑) ไม่รู้สึกตัวอย่างถาวร ไม่อาจรู้ได้ว่ารอบตัวเองมีใครหรือสิ่งใดอยู่เลย และมีโอกาสน้อยมากที่จะกลับฟื้นขึ้นมาจากการสลบนั้น (๒) มีอาการสับสนอย่างถาวร คือไม่อาจจำจำเข้าใจหรือตัดสินใจเรื่องใดๆ ได้ ไม่อาจสนทนากับใครๆ ได้ อย่างแจ่มแจ้ง (๓) ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ได้อย่างอิสระ ไม่อาจพูดหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้ (๔) อยู่ในวาระสุดท้ายแห่งการเจ็บป่วย</p>

กรอบ สาระ	แนวคิดและวิธีการ ตามหลักการแพทย์แผน ปัจจุบัน	แนวคิดและวิธีการตามหลัก พระพุทธศาสนาเถรวาท	แนวคิดและวิธีการ ที่ถือปฏิบัติในสังคมไทย
		<p>ปฏิสนธิจิตเกิดในภพหน้า ในขณะที่คนมีชีวิตอยู่ กระบวนการทำงานของจิต เรียกว่าวิถิจิตซึ่งมี ๑๗ ขณะ เมื่อคนตาย จากวิถิจิตเป็น จุติจิต เคลื่อนไปสู่ภพหน้า เมื่อคนจะเกิด จากจุติจิต เป็นก็ปฏิสนธิจิต แล้วดำรง สภาพเป็นวิถิจิตตามปกติ)</p>	
<p>ลักษณะ อาการ ของผู้ป่วย ระยะ สุดท้าย ใกล้ตาย</p>	<p>ลักษณะอาการของผู้ป่วย ระยะสุดท้ายใกล้ตาย คือ ๑.อาการทางกาย ประกอบด้วย(๑)อาการหลับ (๒)ความต้องการอาหาร และน้ำลดลง (๓)ความ รู้สึกตัวเย็นและสีของ ผิวหนังผิดปกติ(๔)ความจำ เลอะเลือนไม่รู้ตัว (๕) อาการทรมานทรมาย ผู้ป่วยอาจ ทำอาการทรมานทรมายซ้ำๆ เช่น ยกมือขึ้นลงบ่อย (๖)ไม่ สามารถควบคุมการขับถ่าย (๗)ปัสสาวะลดปริมาณลง (๘)อาการน้ำคั่ง (๙)การ หายใจผิดปกติ อาจมีอาการ หายใจถี่ๆ</p>	<p>ลักษณะอาการของผู้ป่วย ระยะสุดท้ายใกล้ตายคือ ๑.ในระยะใกล้ตาย(อาสันน กาล)แบ่งเป็น ๑.๑อาการทางกาย มีความ เจ็บปวดเรื้อรังเกิด ทุกขเวทนาอย่างสาหัส กระเสือกกระสนทรมานทรมาย ถึงขั้นอวัยวะเป็นเจ้าการไม่ ทำหน้าที่ตามปกติ เปรียบ เหมือนฝูงปลาที่กระเสือก กระสนทรมานทรมายในบ่อที่มี น้ำน้อย เป็นพยาธิทุกข์ ๑.๒อาการทางจิต มีความ ไม่สบายใจ ท้อแท้หดหู่ เซื่องซึมเหงาหงอยเบื่อ หน่าย คับแค้นสิ้นหวัง แบ่งเป็น ๒ ลักษณะคือ(๑)</p>	<p>ลักษณะอาการของผู้ป่วย ระยะสุดท้ายใกล้ตาย ประกอบด้วย ๑.อาการทางกายมี ลักษณะ(๑)ความเจ็บปวด (๒)ระบบทางเดินอาหาร ผิดปกติ (๓)ระบบหายใจ ผิดปกติ (๔)ระบบ ปัสสาวะผิดปกติ (๕) ผิวหนังผิดปกติ (๖)อาการ สะอึก ผอมแห้งแรงน้อย สับสนกระสับกระส่าย ๒.อาการทางจิตมีลักษณะ (๑)จิตใจซึมเศร้าว่าวุ่น และวิตกกังวล (๒)เป็น ห่วงหรือกังวลคนที่มิชีวิต อยู่ (๓)เครียดและกลัว ความตาย (๔)ท้อแท้หมด</p>

กรอบ สาระ	แนวคิดและวิธีการ ตามหลักการแพทย์แผน ปัจจุบัน	แนวคิดและวิธีการตามหลัก พระพุทธศาสนาเถรวาท	แนวคิดและวิธีการ ที่ถือปฏิบัติในสังคมไทย
	<p>๒.อาการทางจิตมีลักษณะ</p> <p>(๑)การซ็อกและการปฏิเสธ</p> <p>(๒)การโกรธแค้น (๓)การ</p> <p>ต่อรองเช่นขอรับการรักษา</p> <p>โดยแพทย์ทางเลือกหรือ</p> <p>แพทย์แผนโบราณ (๔)</p> <p>อาการซึมเศร้า (๕)การ</p> <p>ยอมรับ(Alisabet Kubler-</p> <p>Ross)</p> <p>นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมี</p> <p>ประสบการณ์ใกล้ตายโดยมี</p> <p>ความรู้สึกอย่างใดอย่างหนึ่ง</p> <p>ดังนี้ (๑)รู้สึกว่ามีร่างอีกร่าง</p> <p>หนึ่งออกไปจากร่างเดิม(๒)</p> <p>รู้สึกสงบ (๓)รู้สึกเหมือน</p> <p>กายละเอียดเข้าไปสู่อุโมงค์</p> <p>มืดทึบ (๔)รู้สึกเหมือนกาย</p> <p>ละเอียดเข้าหาแสงสว่าง (๕)</p> <p>มองเห็นศาสดาที่ตนนับถือ</p> <p>อยู่ในแสงสว่าง (๖)รู้สึกว่ามีส่วน</p> <p>สิ่งกีดขวางระหว่างกาย</p> <p>ละเอียดกับแสงสว่างขณะ</p> <p>กายละเอียดล่องลอยไปกับ</p> <p>แสงสว่าง (๗)รู้สึกว่าตัวเอง</p> <p>ได้ท่องเที่ยวไปในที่ต่างๆ</p> <p>(๘)รู้สึกว่าได้พบกับญาติพี่น้อง</p> <p>หรือคนรู้จักที่ตายไป</p>	<p>เกิดโทมน์สซึ่งเป็น</p> <p>ทุกขเวทนาทางจิต มีชื่อ</p> <p>เรียกว่าโทมน์สสินทรีย์</p> <p>เศร้าเสียใจ ครอบงำ หมด</p> <p>กำลังใจ ไม่อยากมีชีวิตอยู่</p> <p>(๒)เกิดภวตัณหา คืออยากมี</p> <p>ชีวิตอยู่ต่อไป ไม่อยากตาย</p> <p>๒. ในระยะกำลังจะตาย</p> <p>(ปัจจุสันนกาล) วิถีจิตที่</p> <p>เกิดขึ้นในเวลาใกล้ตายนี้</p> <p>เรียกว่ามรณาสันนวิถี จิตจะ</p> <p>นึกคิดเรื่องต่างๆตามอำนาจ</p> <p>ของกรรมที่ได้กระทำไว้</p> <p>เป็นมโนภาพปรากฏแก่</p> <p>ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย</p> <p>เรียกว่าธรรมารมณ(อารมณ</p> <p>ทางจิต)แบ่ง ๓ คือ</p> <p>๒.๑กรรมารมณ นึกถึง</p> <p>กรรมที่ตนทำไว้ส่วนมาก</p> <p>เป็นกรรมหนัก(ครุกรรม)</p> <p>๒.๒กรรมนิมิตารมณ นึก</p> <p>ถึงอุปกรรมในการทำกรรมดี</p> <p>หรือไม่ดี บางทีเห็นสัตว์ที่</p> <p>เคยฆ่า เห็นพระที่เคยถวาย</p> <p>จตุปัจจัย หรือกิจกรรมที่ได้</p> <p>เคยทำการเลี้ยงพระ การใส่</p> <p>บาตร การถวายผ้ากฐิน</p>	<p>กำลังใจ (๕)มีความ</p> <p>สับสนในการรับรู้ การคิด</p> <p>และการแสดงออก</p>

กรอบ สาระ	แนวคิดและวิธีการ ตามหลักการแพทย์แผน ปัจจุบัน	แนวคิดและวิธีการตามหลัก พระพุทธศาสนาเถรวาท	แนวคิดและวิธีการ ที่ถือปฏิบัติในสังคมไทย
	<p>ก่อนแล้ว (๘)มองเห็นความ ดีความชั่วที่เคยทำไว้อย่าง ชัดเจน (๑๐)รู้สึกหวังหา อาทรญาติมิตร จึงมี ความรู้สึกกลัวว่าจะตายจาก ไปหรือกลับไปหาญาติมิตร (๑๑)รู้สึกว่ามิพลังผลักดัน กายละเอียดกลับเข้าสู่กาย เนื้อ (๑๒)ผลที่เกิดจากมี ประสบการณ์ใกล้ตายนี้ ทำ ให้เกิดภาพติดตาตรึงใจ ทำ ให้เขาไม่กลัวความตายอีก ต่อไป และมีเจตคติ เปลี่ยนไป กลายเป็นคนมี ศรัทธาในศาสนา</p>	<p>หรือเห็นรูป ได้ยินเสียงเป็น คั่นที่เคยประสบมาในขณะ ดำเนินชีวิต ๒.๑๓คตินิมิตารมณ์ นึกถึง ภพภูมิที่จะไปเกิดหลังตาย หรือเห็นสภาพแวดล้อม ของภพภูมิที่จะไปเกิดหลัง ตาย(ยกเว้นผู้ที่จะไปเกิดใน พรหมโลก) เช่น ถ้าจะไป เกิดมนุษย์ก็จะปรากฏให้ เห็นภาพท้องมารดา ถ้าจะ ไปเกิดในนรกก็จะเห็น เครื่องประหาร เป็นต้น</p>	
<p>แนวคิด การดูแล ผู้ป่วย ระยะ สุดท้าย ใกล้ตาย</p>	<p>แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย สรุปประเด็นสำคัญเป็นข้อ ดังนี้ ๑. ให้การดูแลเพื่อบรรเทา อาการปวดและอาการอื่นๆ ที่เป็นปัญหา ๒. ระลึกว่าความตายเป็น เรื่องปกติและเป็นธรรมชาติ ๓. ตระหนักว่าภาวะใกล้ ตายเป็นการรับรู้ส่วนบุคคล และเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย สรุปประเด็นสำคัญเป็นข้อ ดังนี้ ๑. แพทย์ พยาบาล และญาติ ซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต้อง มีพรหมวิหารธรรมคือ เมตตากรุณาเป็นพื้นฐาน มี ความปรารถนาเกื้อกูล อนุเคราะห์ คิดช่วยให้พ้น จากความทุกข์ ๒. แพทย์ พยาบาล และ</p>	<p>แนวคิดที่ถือปฏิบัติใน สังคมไทยเกี่ยวกับการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใกล้ตาย สรุปประเด็น สำคัญเป็นข้อดังนี้ ๑. ดูแลด้วยการแพทย์เชิง พหุลักษณะ ที่พอจะถือ ปฏิบัติได้กับผู้ป่วยระยะ สุดท้ายใกล้ตาย เช่น -อาหารหรือโภชนาการที่ เหมาะสมถูกสุขอนามัย -รักษาด้วยยาสมุนไพร</p>

กรอบ สาระ	แนวคิดและวิธีการ ตามหลักการแพทย์แผน ปัจจุบัน	แนวคิดและวิธีการตามหลัก พระพุทธศาสนาเถรวาท	แนวคิดและวิธีการ ที่ถือปฏิบัติในสังคมไทย
	<p>ภายใต้บริบทของครอบครัว</p> <p>๔. ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และให้การดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ</p> <p>๕. ใช้รูปแบบการทำงานแบบพหุวิชาชีพเพื่อให้การดูแลอย่างทั่วถึงในทุกมิติของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ และควรให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความทุกข์โศกของญาติภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต</p> <p>๖. ให้การดูแลแบบประคับประคอง เคารพต่อชีวิตที่ดำเนินไปแบบธรรมชาติ ไม่ทำให้การตายเกิดขึ้นเร็วหรือชะลอเวลาออกไป</p> <p>๗. เป็นบริการที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตพร้อมกับการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาสาเหตุของโรค</p>	<p>ญาติซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ควรวางตนอยู่ในฐานะ กัลยาณมิตรกล่าวคือ มี กัลยาณมิตรธรรม ๗ คือ น่ารัก น่าเคารพ น่านับถือ ยกย่อง รู้จักพูดให้กำลังใจ อดทนฟังคำระบาย ความรู้สึกของผู้ป่วยได้ อธิบายเรื่องให้ผู้ป่วยอยากฟัง ให้เข้าใจได้ ให้คำแนะนำที่ดีแก่ผู้ป่วยตลอดเวลา</p> <p>๗. แพทย์ พยาบาล และ ญาติซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ต้องมุ่งให้เกิดการพัฒนา ศักยภาพมนุษย์จนถึงวินาทีสุดท้ายแห่งชีวิตในมิติด้าน ศีล สมาธิ และปัญญา</p> <p>๘. ผู้ป่วย รวมทั้งแพทย์ พยาบาลและญาติมี พัฒนาการด้านปัญญา เข้าใจ โลกและชีวิต รู้เท่าทัน ชีวิตและความตาย ไม่ หวาดหวั่นพรันพรึงต่อ ความตาย รู้ว่า “เรามีความ เจ็บไข้เป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความเจ็บไข้ไปได้ เรามี ความตายเป็นธรรมดา ไม่</p>	<p>และแร่ธาตุ</p> <p>-ใช้พลังบำบัดเรกิดัวด้วยความเชื่อว่ามีพลังจักรวาลที่สามารถรักษาอาการป่วยของมนุษย์ได้</p> <p>๒.ดูแลด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน เพราะยังมี ความเชื่อว่าการแพทย์สมัยใหม่ยังมีความสำคัญ ในฐานะเป็นเวชปฏิบัติ ทางเลือกอย่างหนึ่ง ที่คอยช่วยส่งเสริมสนับสนุนในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายให้ได้ผลดี ในด้านร่างกายเป็นหลัก</p> <p>๓.ดูแลแนวมนุษยนิยม โดยอยู่บนหลักคิดที่ว่า มนุษย์เป็นสิ่งหนึ่งใน ธรรมชาติ มีศักดิ์ศรีและมีความสามารถที่จะพัฒนาตนเอง การดูแลแนวมนุษยนิยมนี้ ให้ ความสำคัญแก่ “ภาวะความเป็นมนุษย์” ของแต่ละบุคคล ให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วยเป็นอันดับแรก แพทย์และพยาบาลมี</p>

กรอบ สาระ	แนวคิดและวิธีการ ตามหลักการแพทย์แผน ปัจจุบัน	แนวคิดและวิธีการตามหลัก พระพุทธศาสนาเถรวาท	แนวคิดและวิธีการ ที่ถือปฏิบัติในสังคมไทย
	<p>๘. ให้การดูแลแบบ ประคับประคอง และ ส่งเสริมสนับสนุน สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมี คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย และครอบครัว สรุป สาระสำคัญได้เป็น ๔ ข้อ ดังนี้</p> <p>๘.๑ ความตายเป็น กระบวนการตามธรรมชาติ ช่วงระยะสุดท้ายของการ เจ็บป่วยเป็นระยะเวลาที่ สำคัญของชีวิตมนุษย์</p> <p>๘.๒ เมื่อการรักษาพยาบาล ไม่บรรลุผล ผู้ป่วยต้องการ การดูแลเป็นพิเศษที่ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ จิตสังคม และจิต วิญญาณ หลักการสำคัญที่ บุคลากรทางด้านสุขภาพพึง คำนึงคือ “เมื่อการ รักษาพยาบาลไม่สามารถ บรรลุผล เป็นหน้าที่ของ ทีมงานที่จะดูแลด้วยความ เอื้ออาทร”</p> <p>๘.๓ วิธีการรักษาที่จะชะลอ ความตาย การเร่งให้จบชีวิต</p>	<p>“ล่วงพ้นความตายไปได้” งอกงามด้วยมรณสติ ยึดเอา ความตายเป็นอารมณ์ กรรมฐานก่อนที่จะตาย ท้ายที่สุดตายไปอย่างสงบ</p> <p>๕. แพทย์ พยาบาล และ ญาติมุ่งให้ผู้ป่วยมีศรัทธายึด มั่นพระรัตนตรัย คุณงาม ความดีๆ มีจิตใจเข้มแข็ง ผ่องใสอยู่เสมอแม้ในยามที่ สติกำหนดพิจารณาเวทนา และมีสติปัญญารู้แจ้ง มองเห็นความจริงของชีวิต พิจารณาความเป็นจริงของ ชีวิตคือความตายและ สามารถเผชิญความกับตาย อย่างมีสติ ไม่หลงตาย</p> <p>๖. แพทย์ พยาบาล และญาติ อยู่ในฐานะเป็นกัลยาณมิตร ช่วยประคับประคองจิตใจ ของผู้ป่วยให้สะอาด สว่าง สงบ ผ่องใสเพื่อให้ยึด เหนี่ยวอารมณ์ดีงามและ ไปสู่สุคติหลังตาย</p>	<p>หน้าที่เป็นเพียงที่ปรึกษา ทางการแพทย์ ผู้ป่วยเป็น ผู้ดูแลและบำบัดรักษา ด้วยตนเอง</p> <p>๔. ดูแลรักษาแบบองค์ รวม ประกอบด้วย</p> <p>๔.๑ ดูแลมิติทางกาย ๔.๒ ดูแลมิติทางจิต ๔.๓ ดูแลมิติทางปัญญา ๔.๔ ดูแลมิติทางสังคม</p> <p>๕. ดูแลรักษาแบบ ประคับประคองชีวิต ให้ ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน น้อยที่สุด และมุ่งเน้นให้ ผู้ป่วยตายด้วยอาการอัน สงบ</p> <p>๖. ดูแลรักษาแบบให้ทุก คนมีส่วนร่วมโดยอาศัย การทำงานเป็นทีม ประกอบด้วย</p> <p>๖.๑ บุคลากรทางการแพทย์ ๖.๒ ครอบครัวของผู้ป่วย ๖.๓ ญาติมิตร ๖.๔ ชุมชน</p>

กรอบ สาระ	แนวคิดและวิธีการ ตามหลักการแพทย์แผน ปัจจุบัน	แนวคิดและวิธีการตามหลัก พระพุทธศาสนาเถรวาท	แนวคิดและวิธีการ ที่ถือปฏิบัติในสังคมไทย
	<p>เป็นสิ่งที่ไม่พึงกระทำ ควรพยายามให้การดูแลแบบประคับประคองที่ครอบคลุม โดยองค์รวมทุกด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะของการมีความสุขกายสุขใจ รวมทั้งได้รับการตอบสนองทางจิตวิญญาณ ๘.๔ การดูแลที่ครอบคลุม โดยองค์รวมดังกล่าวนี้ จำเป็นต้องอาศัยการดำเนินการในรูปแบบของทีมงานสหบุคลากรซึ่งเป็นสาระสำคัญของ การดูแลแบบประคับประคองโดยองค์รวม</p>		
วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใกล้ตาย	วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันมี ๒ ลักษณะคือ ๑. การดูแลแบบประคับประคอง มี ๑๑ วิธีการย่อยคือ ๑.๑ เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ ๑.๒ การดูแลที่มีคุณภาพสูง ๑.๓ ความปลอดภัยและ	วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายแบ่งสาระสำคัญได้เป็น ๓ ส่วนคือ ส่วนที่ ๑ กรณีตัวอย่างจากพุทธวิธี พระพุทธองค์ทรงดูแลทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย เช่นกรณีทรงรักษาพระปุดิฉัตตติสเถระที่ป่วยเป็นโรครกายเน่าเปื่อยเมื่อทำความสะอาดกายแล้ว	วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายที่นิยมถือปฏิบัติ แบ่งเป็น ๒ ส่วนคือ ๑. วิธีการแบบสื่อสารสนทนา ประกอบด้วย ๑.๑ การกล้าพูดความจริงเกี่ยวกับการป่วย ๑.๒ การทำให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับกลไกแห่งความตายธรรมชาติ

กรอบ สาระ	แนวคิดและวิธีการ ตามหลักการแพทย์แผน ปัจจุบัน	แนวคิดและวิธีการตามหลัก พระพุทธศาสนาเถรวาท	แนวคิดและวิธีการ ที่ถือปฏิบัติในสังคมไทย
	<p>ประสิทธิผล</p> <p>๑.๔ สามารถเข้าถึงได้</p> <p>๑.๕ ใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม</p> <p>๑.๖ ความร่วมมือ</p> <p>๑.๗ มีความรู้เป็นพื้นฐานในการดูแล</p> <p>๑.๘ ควบคุมอาการต่างๆ</p> <p>๑.๙ ควบคุมความเจ็บปวด</p> <p>๑.๑๐ ให้การประคับประคองจิตใจ</p> <p>๑.๑๑ ให้การประคับประคองทีมสุขภาพ</p> <p>๒. การดูแลแบบองค์รวม มีวิธีการย่อดังนี้</p> <p>๒.๑ ดูแลประคับประคองมิติด้านร่างกาย มีวิธีการคือ</p> <p>(๑)การรักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมานอันเนื่องจากโรคหรือการเจ็บป่วย (๒)การงดเว้นการรักษาบางอย่างที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับตามขั้นตอนเพื่อชะลอการตาย (๓)การยุติการรักษาเพื่อชะลอการตายที่ผู้ป่วยได้รับอยู่</p>	<p>ก็ตรัสสอนว่า “อีกไม่นานนัก ร่างกายนี้ก็จักปราศจากวิญญูณ ถูทอดทิ้งทับถมแผ่นดิน เหมือนท่อนไม้ที่ไร้ประโยชน์” กรณีทรงรักษาพระเจ้าสุทโธทนะ พุทธบิดาที่ทรงใช้ร่างกายของพระพุทธองค์เองเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งให้ผลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และกรณีรับสั่งให้พระอานนท์ไปดูแลรักษาพระศิริมานนท์ซึ่งเป็นการดูแลรักษาทางจิตใจแต่ให้ผลทางกายด้วย</p> <p>ส่วนที่ ๒ การใช้เมตตากรุณาเป็นฐานเพื่อดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม</p> <p>ครอบคลุม ๔ มิติ คือ</p> <p>(๑) มิติทางกาย จัดระเบียบกายชนผมเล็บฟันหนัง เสื้อผ้าอาภรณ์ ที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อม</p> <p>(๒) มิติทางสังคม ให้มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีความเกื้อกูลเห็นอกเห็นใจ</p>	<p>๑.๓ การบรรเทาความเจ็บปวดและอาการรบกวนต่างๆด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การบีบนิ้ว และการเคลื่อนไหว การประคบร้อน/เย็น การช่วยให้จิตผ่อนคลายและสงบ การใช้ยาแก้ปวด การใช้ยานอนหลับ</p> <p>๑.๔ การบรรเทาอาการทางใจ โดยการบอกความจริง การเอาใจใส่ดูแลไม่ทอดทิ้ง การรับฟังความคิดเห็นและความต้องการของผู้ป่วย การปรึกษาร่วมกันเป็นประจำระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล ญาติ และสังคมรอบข้าง</p> <p>๑.๕ การสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ</p> <p>๑.๖ การตั้งสติและการปล่อยวาง</p> <p>๑.๗ การกล่าวหาและการบอกทางตามหลักศาสนาที่ตนนับถือ</p>

กรอบ สาระ	แนวคิดและวิธีการ ตามหลักการแพทย์แผน ปัจจุบัน	แนวคิดและวิธีการตามหลัก พระพุทธศาสนาเถรวาท	แนวคิดและวิธีการ ที่ถือปฏิบัติในสังคมไทย
	<p>๒.๒ การดูแล ประทับประคองมิตีด้าน จิตใจ</p> <p>๒.๓ การดูแล ประทับประคองมิตีด้าน สังคม มีวิธีการคือ(๑)การได้ เข้าเยี่ยมผู้ป่วย (๒)การให้ และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับ ผู้ป่วยและครอบครัว (๓) การมีส่วนร่วมในการดูแล</p> <p>๒.๔ การดูแล ประทับประคองมิตีด้านจิต วิญญาณ มีวิธีการคือ(๑) ประเมินและบันทึกความ ต้องการทางจิตวิญญาณใน ระหว่างให้การดูแลเป็น ระยะ (๒)สนับสนุนให้มี สถานที่หรือกิจกรรม ส่งเสริมจิตวิญญาณเช่น ห้องพระ การทำบุญตัก บาตร (๓)สอบถามและ ส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติ ตามศรัทธาความเชื่อ</p>	<p>กั้นระหว่างผู้ป่วยกับญาติ มิตร ในฐานะเป็นบิดา มารดา บุตรธิดา สามีภรรยา เป็นต้นที่อยู่ในฐานะเป็น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย กับผู้ดูแลรักษา</p> <p>(๓) มิตีทางจิตใจ ให้มีจิตที่ มีสมรรถภาพมีความ เข้มแข็งอาจสามารถ โดยใช้ หลักสมถภาวนาหรือสม ถกรรมฐานที่เหมาะสม ให้ มีจิตที่มีคุณภาพมีคุณธรรม โดยกล่อมเกลาคด้วยเมตตา กรุณา ศรัทธา กตัญญู กตเวทิตี ให้มีจิตที่มีสุขภาพ มีความโปร่ง โล่ง ไม่มี ความเครียด มีความสงบ เย็น อ่อนโยนนุ่มนวล โดย การสร้างปราโมทย์ ปิติ ปีสัทธาให้เกิดขึ้น</p> <p>สม่าเสมอ</p> <p>(๔) มิตีทางปัญญา ให้เกิด ความรู้เข้าใจโลกและชีวิต รู้เท่าทันว่าทุกอย่างเกิดขึ้น ตั้งอยู่ดับไปตามธรรมชาติ เกิดแก่เจ็บตายเป็นเรื่อง ธรรมดา โดยสร้าง</p>	<p>๒. วิธีการแบบองค์รวม ประกอบด้วย</p> <p>๒.๑ การดูแลด้านร่างกาย โดยให้พักผ่อนอย่าง เพียงพอ ให้อาหารแต่ พอเหมาะสร้างบรรยากาศ ที่สงบ หลีกเลี่ยงการรักษา ที่จะให้เกิดความเจ็บปวด เช่นการดูดเสมหะ การใส่ สายยาง ใช้ยาระงับความ เจ็บปวดอย่างระมัดระวัง</p> <p>๒.๒ การดูแลด้านจิตใจ โดยให้มีคนที่เข้าใจอยู่ ข้างเคียงผู้ป่วยเพื่อไม่ให้ รู้สึกโดดเดี่ยว การให้ เกียรติและศักดิ์ศรีโดยไม่ ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่นเครื่องช่วยหายใจ การ ให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเอง ได้ในบางกรณี การทำให้ ผู้ป่วยเบาใจไม่กังวลภาวะ ที่อยู่เบื้องหลัง การทำให้ ผู้ป่วยมั่นใจว่าจะไปสู่ สุคติหลังจากตายโดย สร้างบรรยากาศดีๆเช่น การทำบุญตักบาตร การ สวดมนต์ไหว้พระ การให้</p>

กรอบ สาระ	แนวคิดและวิธีการ ตามหลักการแพทย์แผน ปัจจุบัน	แนวคิดและวิธีการตามหลัก พระพุทธศาสนาเถรวาท	แนวคิดและวิธีการ ที่ถือปฏิบัติในสังคมไทย
		<p>บรรยากาศให้ผู้ป่วยได้คิด ให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟังธรรม บรรยาย และให้ผู้ป่วยมี โอกาสทำจิตภาวนาบางวาระ บางโอกาส</p> <p>ส่วนที่ ๓ คุณสมบัติของผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย (๑) สามารถจัดยาได้ (๒) ทราบสิ่งที่เป็นสัปปายะและ สิ่งที่ไม่เป็นสัปปายะต่อ ผู้ป่วย นำสิ่งที่ไม่เป็นสัปปา ยะออกไป นำสิ่งที่เป็นสัป ปายะเข้ามา (๓) มีจิตเมตตา พยาบาล ไม่เห็นแก่อาภิส พยาบาล (๔) ไม่รังเกียจที่ จะนำอุจจาระ ปัสสาวะ อาเจียน หรือน้ำลายออกไป ทิ้ง (๕) สามารถชี้แจงให้ ภิกษุใช้เห็นชัด ชวนใจให้ อยากรับเอาไปปฏิบัติ เร้าใจ ให้อาจหาญแกล้วกล้า ปลอบชโลมใจให้สดชื่นร่า เริงด้วยธรรมิกถาตามกาล อันควร</p>	<p>ความรักและความเห็นอก เห็นใจ ให้ยอมรับความ ตายที่จะมาถึง ช่วยให้อึด จืดต่อสิ่งที่ต้องมา ช่วย ปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ ช่วยให้ปล่อยวาง สร้าง บรรยากาศแห่งความสงบ</p> <p>๓. การดูแลด้านสังคม โดยยึดถือครอบครัวของ ผู้ป่วยและเครือข่ายสังคม ให้เป็นส่วนหนึ่งในทีม ดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะใน กรณี que ผู้ป่วยไม่มีญาติมิตร ในกรณี que ผู้ป่วยเคยเป็นผู้ หารายได้หลักให้กับ ครอบครัว เมื่อล้มป่วยลง ทางเครือข่ายจะเข้าไป ช่วยเหลือครอบครัวเขาได้ อย่างไร</p> <p>๔. การดูแลด้านจิต วิญญานและปัญญา โดย การสนองความต้องการ ด้านจิตวิญญานของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่าง สมศักดิ์ศรีแห่งความเป็น มนุษย์ เช่นการบอกทาง คือพุดจูงใจและการเตรียม</p>

กรอบ สาระ	แนวคิดและวิธีการ ตามหลักการแพทย์แผน ปัจจุบัน	แนวคิดและวิธีการตามหลัก พระพุทธศาสนาเถรวาท	แนวคิดและวิธีการ ที่ถือปฏิบัติในสังคมไทย
			<p>สติให้ผู้ที่กำลังจะตาย ระลึกถึงกรรมดีที่เคยทำ ไว้ด้วยวิธีการต่างๆ ตาม หลักศาสนาที่นับถือ การ ติดต่อสื่อสารระหว่าง ผู้ป่วย ผู้ดูแลรักษา และ ญาติเพื่อให้เกิดความ เข้าใจ สร้างความอบอุ่น</p> <p>๕. คุณสมบัติของผู้ดูแล ผู้ป่วย ประกอบด้วย(๑) เข้าถึงธรรม หรือปฏิบัติ ธรรม หรือคนที่มีสัมผัส พิเศษเป็นคนมีองค์มีเทพ หรือคนทรงต้องมีจิต เมตตา มีความรัก มีความ จริงใจต่อผู้ป่วย (๒)มี ทรนสนะและทำที่เชิงบวก เสมอ คิดพูดแต่เรื่องที่ดีๆ ต้องอยู่ในบุญในกุศล ตลอด (๓)มีทักษะในการ ดูแลเช่นทักษะในการ สื่อสาร เข้าใจโลกและ ชีวิต มีบุคลิกภาพที่ อ่อนโยน (๔) เป็นคนที่ ป่วยรัก ใฝ่ใจและศรัทธา (๕)เข้าใจเรื่องโรคภัยไข้ เจ็บและมีจิตอาสา</p>

กรอบ สาระ	แนวคิดและวิธีการ ตามหลักการแพทย์แผน ปัจจุบัน	แนวคิดและวิธีการตามหลัก พระพุทธศาสนาเถรวาท	แนวคิดและวิธีการ ที่ถือปฏิบัติในสังคมไทย
จุด มุ่งหมาย	<p>การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใกล้ตายมีจุดมุ่งหมายดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. รักษาเกียรติและศักดิ์ศรี ของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเสียชีวิต อย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรี ๒. ให้ผู้ป่วยไปถึงจุดสุดท้าย แห่งชีวิตอย่างสงบที่เรียกว่า “การตายดี” หรือ “การตาย อย่างมีความสุข” ๓. รักษาสิทธิที่จะพึงได้รับ ดังนี้ ๓.๑ สิทธิที่จะได้รับการ ปฏิบัติในฐานะที่เป็นมนุษย์ ที่มีชีวิตจิตใจ ๓.๒ สิทธิที่จะดำรงไว้ซึ่ง ความหวัง ถึงแม้ความหวัง อาจเปลี่ยนแปลงได้ ๓.๓ สิทธิที่จะได้รับการ ดูแลจากผู้ที่เข้าใจใน ความหวัง ๓.๔ สิทธิที่จะแสดงออกถึง ความรู้สึก อารมณ์ที่เกี่ยวกับ ความตาย ๓.๕ สิทธิที่จะรับรู้และมี ส่วนร่วมในการตัดสินใจใน การรักษาพยาบาล ๓.๖ สิทธิที่จะได้รับการ ดูแลด้วยความเมตตา 	<p>การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใกล้ตายมี ๓ หลักคิดดังนี้</p> <p>หลักคิดที่ ๑ การตายอย่างมี สติ เมื่อทุกคนต่างรู้ว่า ความตายมใกล้เข้ามาถึง เพียงแต่ไม่ตายเมื่อไร ตายที่ไหน และตายแล้วจะ ไปไหน ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วย ต้องวางจุดหมายเป็นอันดับ แรกที่จะให้ผู้ป่วยมีความ ระลึกรู้ความจริงนี้ โดย วิธีการถ่ายทอดโอวาท สุดท้าย(ปัจฉิมวาจา)ของ พระพุทธเจ้าที่ว่า “สังขาร ทั้งหลายมีความเสื่อมไป เป็นธรรมดา เธอทั้งหลายจง ทำหน้าที่ให้สำเร็จด้วย ความไม่ประมาทเถิด” และ ให้ผู้ป่วยมีโอกาสเจริญมรณ สติด้วยวิธีการง่ายๆ อย่าง ต่อเนื่อง เพื่อจะได้เตรียม กายและใจให้พร้อม รู้เท่า ทันความจริงของชีวิต มีสติ ระลึกความดีงามที่ได้ทำไว้ ไม่หลงตาย จะได้สามารถ เชื่อมต่อกับความดีของตัวเอง ในภพนี้กับภพหน้า เมื่อตาย ลงจะได้ไปเกิดสุคติหรือภพ</p>	<p>การดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายใกล้ตายตามที่ถือ ปฏิบัติในสังคมไทย มี จุดมุ่งหมายดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ในเบื้องต้น การดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ ตายมีจุดมุ่งหมายสูงสุดอยู่ที่ ที่ “การตายดี” หรือ “การ ตายอย่างสงบ” หมายถึง ผู้ป่วยไม่ต้องทุกข์ทรมาน ทางกายและทางใจมาก เกินไป หรือแม้จะมีความ ทุกข์ทรมาน แต่ผู้ป่วยก็ สามารถเผชิญหน้ากับ อาการทุกข์ทรมานได้ อย่างมีความสุข อบอุ่น ใจ ไม่ทรมานทรมาน ๒. มุ่งให้ผู้ป่วยมีการตาย ที่ดี การตายดีที่พึง ปรารถนาของผู้ป่วยระยะ สุดท้าย ประกอบด้วยมิติ ๔ ด้านคือ ๒.๑ มิติทางกาย เป็นการ ตายอย่างสงบ ไม่ทรมาน ทรมาน ไม่เจ็บปวด ๒.๒ มิติทางสิ่งแวดล้อม เป็นการตายท่ามกลาง ธรรมชาติ เต็มไปด้วย

กรอบ สาระ	แนวคิดและวิธีการ ตามหลักการแพทย์แผน ปัจจุบัน	แนวคิดและวิธีการตามหลัก พระพุทธศาสนาเถรวาท	แนวคิดและวิธีการ ที่ถือปฏิบัติในสังคมไทย
	<p>๓.๗ สิทธิที่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง</p> <p>๓.๘ สิทธิที่จะได้รับการตอบคำถามจากผู้ดูแล</p> <p>๓.๙ สิทธิที่จะแสวงหาความต้องการด้านจิตวิญญาณ</p> <p>๓.๑๐ สิทธิที่จะได้รับการบรรเทาความรู้สึกเจ็บปวดทางกาย</p> <p>๓.๑๑ สิทธิที่จะแสดงออกถึงความรู้สึกเจ็บปวด</p> <p>๓.๑๒ สิทธิที่จะเข้าใจกระบวนการของความตาย</p> <p>๓.๑๓ สิทธิของครอบครัวที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล</p> <p>๓.๑๔ สิทธิที่จะตาย</p> <p>๓.๑๕ สิทธิที่จะตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรี</p> <p>๓.๑๖ สิทธิที่จะไม่ตายอย่างเฉิวตาย</p> <p>๓.๑๗ สิทธิที่คาดหวังว่าร่างกายของตนจะได้รับการปฏิบัติด้วยดี</p>	<p>ภูมิที่ดี</p> <p>หลักคิดที่ ๒ การทำให้ชีวิตยืนยาวต่อไปได้นาน เป็นสิ่งที่พึงประสงค์และพึงกระทำ นั่นคือให้ตายตามกาลเวลา(กาลมรณะ) เพราะเหตุปัจจัยที่ทำให้ชีวิตสั้นลงกว่าที่ควรจะเป็นหรือยืนยาวต่อไปทั้งที่ควรจะสิ้นสุดแล้วนั้นมีหลายอย่างที่เรียกว่า “กรรม”</p> <p>หลักคิดที่ ๓ การทำชีวิตให้มีคุณภาพ สุขภาพ และสมรรถภาพก่อนตาย โดยมีจุดมุ่งหมายหลัก ๒ ประการคือ ๑. จุดมุ่งหมายสำหรับผู้ป่วย มี ๕ ระดับคือ</p> <p>๑.๑ กายิกสุข สุขทางกาย ให้ร่างกายสามารถปฏิบัติการหรือเปลี่ยนแปลงอริยาบถได้ตามสมควรแก่ฐานะ พอให้ผู้ป่วย(ที่พอจะรับรู้ได้บ้าง) เกิดความรู้สึกว่าตัวเองยังเกียรติและมีศักดิ์ศรีในฐานะเป็นมนุษย์ หรือญาติของผู้ป่วยเกิดความสบายใจเมื่อได้พบเห็นสภาพของ</p>	<p>เสียงนกร้อง อากาศดีท่ามกลางมิตรสหาย</p> <p>ครอบครัว บุคคลอันเป็นที่รัก</p> <p>๒.๓ มติทางสังคม ให้ผู้ป่วยตายไปในท่ามกลางบรรยากาศที่มีสมาชิกในครอบครัวและผู้ใกล้ชิดมากล่าวอำลา</p> <p>๒.๔ มติทางจิตใจ ตายไปด้วยจิตใจสงบ ปล่อยวางสิ้นภาระและปล่อยวางอย่างสิ้นเชิง มีปัญญาเห็นความจริงตามธรรมชาติ ทำยที่สุด ต้องตายไปด้วยจิตผ่องแผ้ว เพราะจะเป็นหลักประกันว่า หลังจากตายแล้วจะไปสู่สุคติ</p>

กรอบ สาระ	แนวคิดและวิธีการ ตามหลักการแพทย์แผน ปัจจุบัน	แนวคิดและวิธีการตามหลัก พระพุทธศาสนาเถรวาท	แนวคิดและวิธีการ ที่ถือปฏิบัติในสังคมไทย
		<p>ผู้ป่วย</p> <p>๑.๒ เจตสิกสุข สุขทางใจ มีความสำราญเข้มข้น ไม่ขุ่นมัวด้วยอำนาจโลภะ โทสะ โมหะ ไม่อ่อนไหวต่ออารมณ์ภายนอกที่มากระทบ</p> <p>๑.๓ วิปัสสนาจิต มีจิตผ่องแผ้วในวาระสุดท้ายก่อนสิ้นชีวิต</p> <p>๑.๔ สุขติปรายณะ ให้ไปสู่สุคติโลกสวรรค์หลังตาย</p> <p>๑.๕ นิพพานสุข ให้มีสุขอันเกิดจากนิพพานในกรณีทีอุปนิสัยองค์ประกอบพร้อม เช่นกรณีของพระ</p> <p>ปฏิบัติตตติสสเถระ</p> <p>๒. จุดมุ่งหมายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย มี ๔ ระดับ คือ</p> <p>๒.๑ ให้มีโอกาสแสดงกตัญญูกตเวทิตาธรรม</p> <p>๒.๒ ให้มีความเข้าใจธรรมชาติของโลกและชีวิตอันเป็นผลมาจากการที่ได้คลุกคลีอยู่กับบุคคลผู้อยู่ในภาวะเจ็บป่วย มีจิตงอกงามพัฒนา</p>	

กรอบ สาระ	แนวคิดและวิธีการ ตามหลักการแพทย์แผน ปัจจุบัน	แนวคิดและวิธีการตามหลัก พระพุทธศาสนาเถรวาท	แนวคิดและวิธีการ ที่ถือปฏิบัติในสังคมไทย
		๒.๓ ให้ได้โอกาสทำบุญมี จิตอาสาที่ได้ดูแลผู้ป่วย ๒.๔ ให้มีการสร้าง แบบอย่างดีงามแก่สังคมใน เรื่องความเอื้อเพื่อเกื้อกูลกัน	

**ตารางที่ ๕.๑ เปรียบเทียบแนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายตามหลักการแพทย์แผน
ปัจจุบันตามหลักพระพุทธศาสนาเถรวาท และที่ถือปฏิบัติในสังคมไทย**

๕.๒ วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อดีข้อเสีย

๕.๒.๑ หลักการและข้อตกลงเบื้องต้น

ในการวิเคราะห์ เนื่องจากต้องมีการอ้างอิงแนวคิด วิธีการ และจุดมุ่งหมายของการดูแล
ผู้ป่วยตามหลักแพทย์แผนปัจจุบัน หลักการของพระพุทธศาสนาเถรวาท และหลักที่ถือปฏิบัติใน
สังคมไทยตลอดเวลา และต้องมีการระบุเลขข้อของเนื้อหาที่อ้างอิงตลอดเวลาเช่นเดียวกัน เพื่อไม่ให้
มีข้อความยาวเกินไป ผู้วิจัยขอให้คำย่อ ดังนี้

พผป. เท่ากับคำว่า “แพทย์แผนปัจจุบัน” พร้อมกับเลขข้อกำกับ(ถ้ามี) เช่น พผป.๑, พผป.
๒, พผป.๒.๑

พถว. เท่ากับคำว่า “พระพุทธศาสนาเถรวาท” พร้อมกับเลขข้อกำกับ(ถ้ามี) เช่น พถว.๑,
พถว.๒, พถว.๒.๑

ถสท. เท่ากับคำว่า “ที่ถือปฏิบัติในสังคมไทย” พร้อมกับเลขข้อกำกับ(ถ้ามี) เช่น ถสท.๑,
ถสท.๒, ถสท.๒.๑

หลักการและข้อตกลงสุดท้ายก็คือ ประเด็นที่จะนำมาวิเคราะห์นั้น ผู้วิจัยขอนำมาบางส่วน
ที่เห็นว่าจะเป็นประโยชน์ในทางปฏิบัติ ส่วนประเด็นที่เหลือ จะเสนอแนะให้มีการทำวิจัยครั้งต่อไป

๕.๒.๒ กรอบการวิเคราะห์

ผู้วิจัยจะนำแนวคิดและวิธีการตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน แนวคิดและวิธีการตาม
หลักพระพุทธศาสนา แนวคิดและวิธีการที่ถือปฏิบัติในสังคมไทยมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกัน โดย
ดำเนินการภายใต้ ๓ กรอบคือ

กรอบที่ ๑ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย

ในประเด็นเกี่ยวกับแนวคิดนี้ วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อดีข้อเสียได้ดังนี้

พผป.๒, พถว.๔ มีแนวคิดเหมือนกันว่า ในการดูแลผู้ป่วย จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้มีปัญญาระลึกรู้เท่าทันโลกและชีวิต ให้ระลึกเสมอว่า “ความตายเป็นเรื่องปกติและเป็นธรรมชาติของชีวิต” และถสท. ควรนำแนวคิดนี้ไปใช้ด้วยเพื่อให้มีความโดดเด่นยิ่งขึ้น

พผป.๔, พถว.๓ และถสท.๔ มีแนวคิดเหมือน/คล้ายคลึงกันว่า “ให้มีการส่งเสริมคุณภาพชีวิต และให้มีการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ” เพื่อให้แนวคิดมีความชัดเจนโดดเด่นมากขึ้น ผู้วิจัยคิดว่าควรนำแนวคิดของ พถว.๓ ที่ว่า “ในการดูแลผู้ป่วย ต้องมุ่งให้เกิดการพัฒนาศักยภาพมนุษย์จนถึงวินาทีสุดท้ายแห่งชีวิตในมิติด้านศีล สมาธิ และปัญญา” มาเป็นแกนหลัก เพราะคำว่า “ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ” ที่พผป.๔ พูดถึง และคำว่า “มิติทางกาย จิต ปัญญา และสังคม” ที่ ถสท.พูดถึงนั้น แท้จริงแล้วก็อยู่ในกรอบของศีล สมาธิ ปัญญา (ไตรสิกขา) ที่ พถว.๓ พูดถึงนั่นเอง ที่สำคัญก็คือในเรื่องศีล สมาธิ ปัญญาของ พถว.นั้น มีเครื่องมือ (วิธีการ) ที่จะทำให้เกิดศีล สมาธิ ปัญญาอยู่ครบถ้วน ถือปฏิบัติได้และทำให้เกิดผลเป็นความพัฒนาศักยภาพมนุษย์อย่างแท้จริง

พผป.๘.๒, พถว.๒ และ ถสท.๓ มีแนวคิดเหมือน/คล้ายคลึงกันที่ว่า “เมื่อรู้ว่าผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต การรักษาคงไม่เป็นผลแล้ว ผู้ดูแลควรอยู่ในฐานะเป็นกัลยาณมิตร ให้ความเอาใจอาทร ความอบอุ่นใจแก่ผู้ป่วย นั่นคือให้ความสำคัญแก่ภาวะความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก เขา(ผู้ป่วย)เท่านั้นที่อยู่ในฐานะเป็นผู้สั่งการเรียกร้องความต้องการ

พผป.๕ พูดถึงการดูแลแบบองค์รวม และ พผป.๘.๔ พูดถึงการดูแลแบบทีมงานสหบุคลากร ถสท.๑ พูดถึงการดูแลเชิงพหุลักษณะ รวมแนวคิดทั้งหมดนี้เข้าด้วยกันแล้วนำแนวคิดใน พถว.๖ ที่พูดถึงการดูแลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตทั้งขณะมีชีวิตและหลังจากตายไปแล้วมาผนวกเข้าด้วยกันเป็นฐานในการดำเนินการดูแล จะทำให้เกิดแนวคิดที่สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

พผป.๑ พูดถึงแนวคิด “ให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวดและอาการอื่นๆ ที่เป็นปัญหา” ประเด็นทำให้มีการฉีดยาหรือให้กินยาบางชนิดเพื่อระงับความเจ็บปวด ยาบางชนิดแม้ระงับความเจ็บปวดได้แต่ก็ทำให้มีผลข้างเคียงซึ่งเป็นผลเสีย ยาบางชนิดมีผลทำให้ระบบประสาทสูญเสียความเป็นธรรมชาติไป ยาบางชนิดเมื่อมีการสะสมมากเข้าก็ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมา

พผป.๓ พูดถึงแนวคิด “เป็นบริการที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตพร้อมกับการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาสาเหตุของโรค” ประเด็นการค้นหาสาเหตุของโรคนั้น ทำให้ดูเหมือนว่าผู้ป่วยอยู่ในฐานะ “เป็นหนูทดลองหรือเป็นเครื่องมือในการศึกษาค้นคว้า” ข้อนี้เป็นคาบสองคมสัมพันธ์ต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ญาติมิตร และสังคมทั่วไป

ถสท.๑.๓ พูดถึงการรักษาด้วยยาสมุนไพรและแร่ธาตุ ยาสมุนไพรบางชนิดเมื่อกินต่อเนื่องกันหลายวันทำให้เกิดการสะสมกลายเป็นพิษได้ ยิ่งผู้ป่วยมีธาตุและระบบกลไกในร่างกายไม่ปกติ ยิ่งจะทำให้การขับถ่ายสิ่งสะสมที่เป็นพิษนี้ไปจากร่างกายได้ยากขึ้น

กรอบที่ ๒ วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย

ในประเด็นเกี่ยวกับวิธีการดูแลนี้ วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อดีข้อเสียได้ดังนี้

พผป.๒.๑ และ ๒.๓, พถว.ส่วนที่ ๑ กรณีตัวอย่างจากพุทธวิธี และถสท.๒ พูดถึงวิธีการที่เหมือน/คล้ายคลึงกันว่า “การดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมครบทุกมิติคือมิติทางร่างกาย สังคม จิตใจ ปัญญา” เพียงแต่ยังมี ๒ ประเด็นที่ควรทำต่อก็คือ (๑)นำวิธีตามหลัก พถว. มาเป็นแกนในการทำงานดูแลผู้ป่วย นั่นคือการใช้พรหมวิหาร ๔ โดยเฉพาะข้อเมตตากรุณามาเป็นฐาน ครอบคลุมทุกมิติ ดังกล่าว (๒)วิธีการตามหลักการ พผป.และ ถสท.มักกล่าวถึงมิติที่ ๕ คือ จิตวิญญาณ ซึ่งอธิบายให้แตกต่างจากคำว่า “จิตใจ” ที่นิยมใช้ใน พถว.ได้ยาก เพราะแท้จริงแล้ว “จิตวิญญาณ” ตามหลักการของ พถว.ถือว่าเป็นอันเดียวกัน แม้ในวัฒนธรรมของ พผป.และถสท.จะแยกกล่าวเป็นส่วนหนึ่งต่างหาก โดยสารดแล้วก็คือส่วนหนึ่งของจิตใจนั่นเอง ดังนั้น ในการดูแลมิติด้านจิตใจและจิตวิญญาณ สามารถใช้วิธีการเดียวกันได้

พถว.ส่วนที่ ๒ พูดถึงพุทธวิธีการดูแลผู้ป่วย ยกกรณีตัวอย่างการดูแลพระพุทธานุคตติสสเถระ พระเจ้าสุทโธทนะ และพระศิริมานนท์ โดยเฉพาะกรณีของพระเจ้าสุทโธทนะที่พระพุทธรองค์ทรงใช้ร่างกายของพระองค์เองเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ กล่าวคือใช้การสัมผัส ประเด็นที่น่าสนใจในกรณีนี้ก็คือการที่อุปกรณ์จะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลนั้นขึ้นอยู่กับอำนาจของ “ฌานอภิญญา” ซึ่งทำให้จิตของผู้ใช้อุปกรณ์มีพลังแผ่ไปสู่ผู้ป่วย ผู้ดูแลรักษาคนป่วยในยุคปัจจุบันควรใส่ใจประเด็นนี้อย่างยิ่ง เพราะผู้ที่ได้คุณวิเศษชั้นฌานอภิญญาไม่จำเป็นต้องพระอรหันต์เสมอ ฌานอภิญญาระดับโลกิยะก็สามารถนำมาใช้รักษาคนป่วยได้

พผป.๑.๑ และ ๒.๓ ถสท.๑.๔ มีวิธีการเหมือน/คล้ายคลึงกันว่า “ในกระบวนการดูแล ควรให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว มีการเอาใจใส่ดูแลกันและกันไม่ทอดทิ้ง มีการปรึกษาหารือร่วมกันระหว่างผู้ป่วย แพทย์พยาบาลและญาติมิตร

พถว.ส่วนที่ ๓ และ ถสท.๕ พูดถึงคุณสมบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยเหมือนกัน มีเนื้อหาเหมือนกันเป็นส่วนมาก แต่ประเด็นที่จะเสริมกันและกันก็คือ ถสท.๕ พูดถึงคุณสมบัติในเชิงลึกกลับด้วย นั่นคือผู้ดูแลถ้ามีสัมผัสพิเศษหรือเป็นเหมือนองค์เทพ หรือเป็นผู้นิยมทรงเจ้า ในขณะที่ พถว.ส่วนที่ ๑ กรณีตัวอย่างจากพุทธวิธีได้พูดอุปกรณ์ทางการแพทย์ชนิดพิเศษนั่นคือ อวัยวะในร่างกาย

ของผู้ดูแลที่ได้มานอกัญญา ถ้านำประเด็นนี้มาเสริมกันและกันให้นัยเชิงพุทธมากขึ้นก็จะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น

พพป.๑.๕ และ ถสท.๑.๓ พูดถึงวิธีการรักษาแบบประคับประคองในประเด็นเกี่ยวกับการควบคุมความเจ็บปวด และการให้ยานอนหลับ ข้อนี้อาจเป็นจุดด้อยได้ การที่ พพป.ยังมีแนวคิดและวิธีการอย่างนี้และมุ่งที่จะให้บรรลุผลคือผู้ป่วยไม่มีความเจ็บปวดนั้น ทำให้แพทย์หลีกเลี่ยงไม่พ้นที่จะใช้ยาบางชนิดที่มีผลข้างเคียงในเชิงลบด้วยมุ่งผลอย่างเดียวกันคือระงับความเจ็บปวด และความจริงก็คือระงับความเจ็บปวดได้เป็นเวลานานเป็นเพียงชั่วโมงหรือเป็นวันเท่านั้น เมื่อมีอาการเจ็บปวดอีกก็ต้องใช้ยาระงับความเจ็บปวดอีก ทำให้ระบบประสาทของผู้ป่วยเสื่อมสภาพทรุดลงไปเรื่อย ข้อนี้คือจุดด้อยอย่างยิ่ง ที่ถูกต้องแล้วควรใช้วิธีการทางพระพุทธศาสนาเถรวาทคือการให้ผู้ป่วยมีสติกำหนดภาวนาว่า “ปวดหนอยๆ” หรือกำหนดอารมณ์กรรมฐานอย่างอื่นก็ได้ แม้เชิงกายภาพจะบรรเทาความเจ็บปวดไม่ได้ แต่ด้านจิตภาพ(ความรู้สึก)ของผู้ป่วยก็ไม่ได้จับจ่ออยู่ที่อาการเจ็บปวด ท้ายที่สุดอาการเจ็บปวดก็จะไม่มารบกวนจิตใจของผู้ป่วย

ถสท.๑.๑ พูดถึงวิธีการสื่อสารสนทนาโดยการกล้าพูดความจริง ข้อนี้มีทั้งจุดเด่นและจุดด้อย ขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยมีจิตใจเข้มแข็งหรือไม่เข้มแข็ง กล่าวเฉพาะส่วนที่เป็นจุดด้อย การบอกผู้ป่วยให้ทราบความจริงเกี่ยวกับอาการป่วยของเขา ถ้าผู้ป่วยมีจิตใจไม่เข้มแข็ง อาจทำให้เกิดความหดหู่ ท้อแท้ นั่นคือการหมดหลักอิทธิบาท(ฉันทะ วิริยะเป็นต้น) ทำให้อาการป่วยทรุดหนักขึ้น การพูดความจริงเกี่ยวกับโรคในบางกรณีก็ไม่มีผลจำเป็น ถ้าปิดบังไว้แล้วทุกอย่างดำเนินไปด้วยดี ปิดบังไว้น่าจะมีผลดีมากกว่า เพราะแพทย์ พยาบาล และญาติมิตรต่างรู้กันทั่วอยู่แล้วว่า อาการป่วยของ “เขา”หนักมาก เขาอยู่ในวาระสุดท้ายแห่งชีวิตแล้ว การทำให้เขาไม่ต้องวิตกกังวลหรือตกใจกลัวแล้วตายไปอย่างสงบ น่าจะมีผลดีมากกว่า

กรอบที่ ๓ จุดมุ่งหมาย

ในประเด็นเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายนี้ วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อดีข้อเสียได้ดังนี้

พพป.๒, พถว.๑.๒, พถว.๑.๓, ถสท.๑ และ ถสท.๔ มีแนวคิดเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยเหมือน/คล้ายคลึงกันว่า “ให้ผู้ป่วยตายไปอย่างสงบหรือตายไปอย่างมีความสุข มีความสำราญแจ่มชื่นไม่ขุ่นมัวด้วยอำนาจโลกะ โทสะ โมหะ มีจิตผ่องแผ้วในวาระสุดท้ายแห่งชีวิต แต่มีประเด็นที่จะเสริมกันและกันให้โดดเด่นขึ้นมาก็คือ ควรนำสาระใน พพป.๑ ที่ถูกถึงการรักษาเกียรติและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยตายไปอย่างสมศักดิ์ศรี สาระใน พถว.๑.๔ ที่พูดถึงการให้ผู้ป่วยไปสู่สุคติโลกสวรรค์หลังจากตายไปด้วยจิตผ่องใส สาระใน พถว.๑.๕ ที่พูดถึงให้ผู้ป่วยบรรลุนิพพาน(เช่นกรณีของพระพุทฺธิคตตติสเถระ) และสาระใน ถสท.๒.๒ ที่พูดถึงการตายในท่ามกลางธรรมชาติที่ดี

งาม เต็มไปด้วยเสียงนกร้อง อากาศดี ท่ามกลางมิตรสหายครอบครัว บุคคลอันเป็นที่รักมาเสริมกัน และกัน ก็จะทำให้จุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยในประเด็นนี้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

ถสท.๓.๑, ๓.๕, ๓.๕, ๓.๑๓, ๓.๑๕ และ ๓.๑๗ พูดถึงสิทธิที่จะได้รับการปฏิบัติในฐานะที่เป็นมนุษย์ที่มีชีวิตจิตใจ สิทธิที่จะรับรู้และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล สิทธิที่จะแสวงหาความต้องการด้านจิตวิญญาณ สิทธิของครอบครัวที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล สิทธิที่จะตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรี สิทธิที่คาดหวังว่าร่างกายของตนจะได้รับการปฏิบัติด้วยดีตามลำดับ จุดดีของข้อเหล่านี้คือ การทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องวิตกกังวลว่าจะถูกกระทำโดยไม่เหมาะสมหรือตัวเองจะสูญเสียสิทธิบางอย่างไป

พถว.๑ ที่พูดถึงการมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ก่อนตาย และพถว.หลักคิดที่ ๒ ที่พูดถึงความพยายามที่จะทำให้ชีวิตของผู้ป่วยดำเนินต่อไปนานเท่าที่จะเป็นไปได้ กระทั่งถึงการหวังปาฏิหาริย์ที่จะเกิดขึ้น และ พถว.หลักคิดที่ ๒ ข้อ ๒ ที่พูดถึงการผู้ดูแลผู้ป่วยมีความจงใจและแสดงกตัญญูต่อเวทียุติธรรมทั้งได้ทำแบบอย่างที่ดีในสังคม ประเด็นนี้ถือว่าโดดเด่นอย่างยิ่ง และควรเป็นหลักคิดของผู้ดูแลทั้งตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันหรือที่ถือปฏิบัติในสังคมไทย

พพป.๓ ทั้ง ๑๗ ข้อที่พูดถึงสิทธิของผู้ป่วยนั้น มีทั้งข้อดีและข้อเสีย กล่าวเฉพาะในด้านข้อเสีย ประการที่ ๑ การพูดถึงสิทธิมากเกินไปอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลก็ได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ยังมีความยึดติดอยู่มาก กลัวจะไม่ได้สิทธินั้น กลัวจะเสียสิทธินี้ ซึ่งมีผลทำให้จิตใจของผู้ป่วยเศร้าหมอง ประการที่ ๒ อาจเกิดความขัดแย้งวุ่นวายในหมู่แพทย์ พยาบาล หรือญาติมิตรเกี่ยวกับวิธีการรักษา เพราะต่างคนต่างความคิด จะมีข้อถกเถียงกันว่า ควรรักษาด้วยไหน ไม่ควรรักษาด้วยวิธีไหน ความขัดแย้งในลักษณะอย่างนี้ปรากฏให้เห็นทั่วไปในสังคมไทยและสังคมโลก

๕.๓ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ

ในการสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการนั้น ผู้วิจัยแบ่งเนื้อหาเป็น ๓ ตอน คือ (๑) แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล (๒) องค์ประกอบในการดูแล และ (๓) จุดมุ่งหมาย

ประเด็นสำคัญอยู่ในส่วนที่เป็นวิธีการ ซึ่งผู้วิจัยได้ประมวลเนื้อหาทั้งหมดของงานวิจัยนี้แล้วสรุปจัดกลองขึ้นมาใหม่ โดยอยู่บนพื้นฐานที่ว่าในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงบูรณาการนั้น มีบุคคล วัตถุประสงค์ และสิ่งอื่นๆ เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องประกอบด้วย (๑) ผู้ป่วย (๒) ผู้ดูแลรักษา (๓) ญาติมิตร (๔) วิธีการดูแลรักษา (๕) มิติที่จะดูแลรักษา (๖) วัตถุประสงค์ในการดูแลรักษา ซึ่งในทางปฏิบัติ การดูแลรักษาจะเป็นไปด้วยดีมีประสิทธิภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขที่ว่า ทุกคน

และทุกสิ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาควรมีคุณสมบัติหรือลักษณะที่ดีพึงประสงค์ทั้งสิ้น มีรายละเอียดดังนี้

๕.๓.๑ แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล

หลักการพื้นฐานในประเด็นนี้ประกอบด้วย

ส่วนที่ ๑ แนวคิดหลัก อนุวัตตามหลักของพระพุทธศาสนาเถรวาท สาระสำคัญคือ แพทย์ พยาบาล และญาติผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต้องมีพรหมวิหารธรรมคือเมตตากรุณาเป็นพื้นฐาน วางตนอยู่ในฐานะกัลยาณมิตรกล่าวคือมีกัลยาณมิตรธรรม ๗ มุ่งให้เกิดการพัฒนาศักยภาพมนุษย์จนถึงวินาทีสุดท้ายแห่งชีวิตในมิติด้านศีล สมาธิ และปัญญา โดยส่วนตนผู้ดูแลเองก็มีพัฒนาการด้านปัญญา เข้าใจโลกและชีวิต รู้เท่าทันชีวิตและความตาย มุ่งให้ผู้ป่วยมีศรัทธายึดมั่นพระรัตนตรัย ช่วยประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยให้สะอาด สว่าง สงบ ผ่องใสเพื่อให้ยึดเหนี่ยวอารมณ์ดีงามและไปสู่สุคติโลกสวรรค์หลังตาย

ส่วนที่ ๒ แนวคิดเสริม อนุวัตตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน สาระสำคัญคือ แพทย์ พยาบาล และญาติผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยควรให้การดูแลบรรเทาความเจ็บปวด อำนวยบรรยากาศให้เกิดการรับรู้ส่วนบุคคล ทำงานดูแลแบบพหุวิชาชีพเพื่อให้การดูแลทั่วถึงทุกมิติ ให้การดูแลแบบประคับประคอง และอนุวัตตามแนวคิดที่ถือปฏิบัติในสังคมไทย สาระสำคัญคือ แพทย์ พยาบาล และญาติควรให้การดูแลผู้ป่วยด้วยการแพทย์เชิงพหุลักษณะครอบคลุมด้านอาหาร การออกกำลังกายตามหลักอายุรเวช ใช้นาฬิกาชีวภาพ วาริบำบัดเป็นต้น ให้การดูแลแนวมนุษยนิยมที่ให้ความสำคัญแก่ความเป็นมนุษย์ ดูแลแบบองค์รวม และดูแลแบบให้ทุกคนมีส่วนร่วม

๕.๓.๒ องค์ประกอบในการดูแล:

องค์ประกอบในการดูแล สรุปได้เป็น ๕ ประการดังนี้

หลักการพื้นฐานในประเด็นนี้ ให้คุณธรรมที่พระพุทธเจ้าทรงรักษาพระปuditตติสสเถระที่ป่วยเป็นโรครายเนาเปื้อยและกรณีอื่นๆดังที่ปรากฏในเนื้อหางานวิจัยนี้ ที่ให้การดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีเมตตากรุณาเป็นฐานในการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุม ๔ มิติ ภายใต้กรอบแห่งไตรสิกขา คือ

(๑) มิติทางกาย-ศีลสิกขา จัดระเบียบกายชนผมเล็บฟันหนัง เสื้อผ้าอาภรณ์ ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม

(๒) มิตินทางสังคม-ศีลสิกขา การจักระเบียบทางสังคม ให้มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีความเกื้อกูลเห็นอกเห็นใจกันระหว่างผู้ป่วยกับญาติมิตร ในฐานะเป็นบิดามารดา บุตรธิดา สามีภรรยาเป็นต้นที่อยู่ในฐานะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายกับผู้ดูแลรักษา

(๓) มิตินทางจิตใจ-สมาธิสิกขา ให้มีจิตใจที่มีสมรรถภาพมีความเข้มแข็งอาจสามารถ โดยใช้หลักสมถภาวนาหรือสมถกรรมฐานที่เหมาะสม ให้มีจิตใจที่มีคุณภาพมีคุณธรรม โดยกล่อมเกลาคด้วยเมตตากรุณา ศรัทธา กตัญญูกตเวที ให้มีจิตใจที่มีสุขภาพ มีความโปร่งโล่ง ไม่มีความเครียด มีความสงบเย็น อ่อนโยนนุ่มนวล โดยการสร้างปราโมทย์ ปิติ ปีติ สัทธาให้เกิดขึ้นสม่าเสมอ

(๔) มิตินทางปัญญา-ปัญญาสิกขา ให้เกิดความรู้เข้าใจโลกและชีวิต รู้เท่าทันว่าทุกอย่างเกิดขึ้น ตั้งอยู่ คับไปตามธรรมชาติ เกิดแก่เจ็บตายเป็นเรื่องธรรมดา โดยสร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยได้คิด ให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟังธรรมบรรยาย และให้ผู้ป่วยมีโอกาสทำจิตภาวนาบางวาระบางโอกาส

จากหลักการพื้นฐานนี้ ผู้วิจัยได้กระจายประเด็นออกมาเป็น ๕ ประการดังกล่าวแล้ว มีรายละเอียดดังนี้

(๑) ผู้ป่วย:

ผู้ป่วยควรมีคุณสมบัติอะไรบ้าง ?

ก. คุณสมบัติหลัก:

คุณสมบัติพื้นฐาน

ผู้ป่วยที่ดีและสามารถดูแลได้ง่ายมีลักษณะ ๕ ประการ คือ (๑) ทำสิ่งที่ป็นสัปปายะ (๒) รู้จักประมาณในสิ่งที่ป็นสัปปายะ (๓) กินยา (๔) บอกอาการป่วยตามความเป็นจริงแก่ผู้พยาบาลที่ปรารถนาประโยชน์เช่นบอกอาการป่วยที่กำเริบว่ากำเริบบอกอาการป่วยที่ทุเลาว่าทุเลาบอกอาการป่วยที่ยังทรงอยู่ว่าทรงอยู่ (๕) เป็นผู้อดกลั้นต่อเวทนาทั้งหลายอันมีในร่างกายที่เกิดขึ้นแล้วเป็นทุกข์กล้าแข็งเจ็บปวดเผ็ดร้อนไม่น่ายินดีไม่น่าพอใจและพรากชีวิตได้

ข. คุณสมบัติเสริม:

คุณสมบัติด้านกายภาพและจิตภาพ

ประการที่ ๑ ผู้ป่วยมีนิสัยรักความเป็นระเบียบเรียบร้อย รักสะอาด และต้องบริหารจัดการ (หรือให้คนอื่นช่วยบริหารจัดการ) ผมนขนเล็บฟันหนังของตัวเองให้สะอาดเรียบร้อยคืออยู่เสมอ ไม่ปล่อยให้ทรุดร่วง

ประการที่ ๒ ผู้ป่วยต้องมีศรัทธาในพระรัตนตรัย(และหรือในหลักศาสนาที่ตนนับถือ) รู้เท่าทันธรรมชาติของโลกและชีวิตที่อยู่ภายใต้กฎแห่งไตรลักษณ์ และมีการอบรมกล่อมเกลาคตนเองด้วยหลักไตรสิกขามาพอสมควร

ประการที่ ๓ ผู้ป่วยต้องมีหลักอิทธิบาท ๔ อยู่ในจิตใจอย่างสมบูรณ์ คุณสมบัติส่วนที่ ๒ นี้จะเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะยืนหยัดต่อสู้กับอาการเจ็บป่วยได้อย่างทรนงหรือไม่ ปาฏิหาริย์จะเกิดขึ้นหรือไม่ขึ้นอยู่กับคุณธรรมข้อนี้ พระพุทธเจ้าตรัสไว้ตอนหนึ่งว่า “อิทธิบาท ๔ ผู้ใดผู้หนึ่งเจริญ ทำให้มากแล้ว ทำให้เป็นศุขยานแล้ว ทำให้เป็นที่ตั้งแล้ว ให้ตั้งมั่นแล้ว สั่งสมแล้ว ปรารถนีสุนั้นเมื่อมุ่งหวัง พึงดำรงอยู่ได้ ๑ กัปหรือเกินกว่า ๑ กัป”^๑

(๒) ผู้ดูแล:

ผู้ดูแลผู้ป่วยควรมีคุณสมบัติอะไรบ้าง ?

ก. คุณสมบัติหลัก:

คุณสมบัติพื้นฐาน

แพทย์ พยาบาล และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยควรมีลักษณะที่พึงประสงค์ ๕ ประการ คือ (๑) สามารถจัดยาได้อย่างเหมาะสม (๒) ทราบสิ่งที่เป็นสัปปายะและสิ่งที่ไม่เป็นสัปปายะต่อผู้ป่วย นำสิ่งที่ไม่เป็นสัปปายะออกไป นำสิ่งที่เป็นสัปปายะเข้ามา (๓) มีจิตเมตตาพยาบาล ไม่เห็นแก่อาภิสพยาบาล (๔) ไม่รังเกียจที่จะนำอุจจาระ ปัสสาวะ อาเจียน หรือน้ำลายออกไปทิ้ง (๕) สามารถชี้แจงให้ภิกษุได้เห็นชัด ชวนใจให้อวยากรับเอาไปปฏิบัติ เร้าใจ ให้อาหาญแกล้วกล้า ปลอดภัยโลมใจให้สดชื่นร่าเริงด้วยธรรมีกถาตามกาลอันควร

ข. คุณสมบัติเสริม:

คุณสมบัติด้านกายภาพและด้านจิตภาพ

ประการที่ ๑ ผู้ดูแลผู้ป่วยควรมีนิสัยรักความเป็นระเบียบเรียบร้อย รักสะอาด และต้องบริหารจัดการร่างกายของตน เช่นดูแลผมขนเล็บฟันหนังของตัวเองให้สะอาดเรียบร้อยคืออยู่เสมอ ไม่ปล่อยให้รุงรัง

ประการที่ ๒ ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องมีหลักพรหมวิหาร ๔ คือเมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา และมีสาราณียธรรม ๖ โดยเฉพาะใน ๓ ข้อแรกคือ เมตตาทายกรรม เมตตาวจีกรรม เมตตามนโกรรม ท้ายที่สุดต้องมีขันติธรรมและโสรัจจธรรม(ความสงบเยือกเย็น)

(๓) ญาติมิตร:

ญาติมิตรควรดำรงตนอย่างไรบ้าง ?

^๑ที.ม.(ไทย) ๑๐/๑๗๕/๑๒๗.

ก. ภาระหน้าที่หลัก

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเป็นมนุษย์คนหนึ่ง ในฐานะเป็นสมาชิกของสังคมย่อมมีฐานะทางสังคมอย่างใดอย่างหนึ่ง หากบิดามารดาตกอยู่ในฐานะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย บุตรธิดาพึงบำรุงบิดามารดาโดยหน้าที่ ๕ ประการ คือ (๑) ท่านเลี้ยงเรามา เราจักเลี้ยงท่านตอบ ยิ่งในยามเจ็บป่วยหนักยิ่งต้องดูแลท่านเป็นพิเศษ รวมถึงการให้ได้รับการรักษาทางการแพทย์ตามความเหมาะสมกับตนเอง (๒) จักทำกิจของท่าน ดูแลกิจการงานหรือหน้าที่ที่ท่านรักและผูกพันแทนท่านได้ (๓) รักษาและดำรงวงศ์ตระกูลแทนท่าน (๔) ประพฤติตนให้เหมาะสมที่จะเป็นทายาท ไม่นำความเสื่อมเสีย เดือดมาให้ครอบครัว และ (๕) เมื่อท่านล่วงลับไปแล้วทำบุญอุทิศให้ท่าน

หากบุตรหรือธิดาตกอยู่ในฐานะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย บิดามารดาพึงบำรุงบุตรธิดาโดยหน้าที่ ๕ ประการ คือ (๑) ห้ามไม่ให้ทำความชั่ว (๒) ให้ตั้งอยู่ในความดี (๓) ให้ศึกษาศิลปวิทยา โดยเฉพาะศิลปวิทยาที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การยึดถือพระรัตนตรัยเป็นที่พึ่ง หรือศิลปวิทยาทางธรรม (๔) หากภรรยา(สามี)ที่สมควรให้ (ข้อนี้ไม่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย) (๕) มอบทรัพย์สมบัติให้ในเวลาอันสมควร โดยเฉพาะอริยทรัพย์ คือ ทรัพย์ภายในอันประเสริฐ ได้แก่ การมีพระรัตนตรัยเป็นที่พึ่ง หรือความดีงามต่างๆ เป็นที่พึ่ง เป็นต้น

หากภรรยาตกอยู่ในฐานะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้เป็นสามีพึงบำรุงภรรยาโดยหน้าที่ ๕ ประการ คือ (๑) ให้เกียรติยกย่องแม้ภรรยาจะป่วยหนักเพียงใด (๒) ไม่ดูหมิ่น แม้จะป่วยหนักในระยะสุดท้าย (๓) ไม่ประพฤตินอกใจ ซื่อสัตย์จริงใจแม้ในยามที่ภรรยาป่วยหนัก (๔) มอบความเป็นใหญ่ให้ในฐานะเป็นภรรยา (๕) ให้เครื่องแต่งตัว ซึ่งผู้หญิงแม้จะป่วยหนักเพียงใด ก็ยังอยากให้สามีและบุคคลอื่นเห็นตนสวยงามอยู่เสมอ

หากสามีตกอยู่ในฐานะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้เป็นภรรยาพึงบำรุงสามีโดยหน้าที่ ๕ ประการ คือ (๑) จัดการงานดี (๒) สงเคราะห์คนข้างเคียงดี (๓) ไม่ประพฤตินอกใจ (๔) รักษาทรัพย์ที่สามีหามาได้ (๕) ขยันไม่เกียจคร้านในกิจทั้งปวง เป็นต้น

การที่ญาติมิตรลบลบริหาความสัมพันธ์กันในฐานะต่างๆ ดังกล่าวนี้นอกจากจะเป็นการทำหน้าที่ของตนให้ดีสมบูรณ์บริบูรณ์ไม่ขาดตกบกพร่องซึ่งเป็นเครื่องหมายแสดงถึงความเป็นคนดีแล้วยังมีผลมหาศาลทำให้ผู้ป่วยมีความสบายใจและเกิดความยินดีพอใจ

ข. ภาระหน้าที่เสริม

ประการที่ ๑ ทำหน้าที่ดูแลด้านสังคม โดยการทำให้ผู้ป่วยเบาใจหมดห่วงภาระเบื้องหลัง เช่น ในกรณีผู้ป่วยเคยเป็นผู้หารายได้หลักให้กับครอบครัว เมื่อล้มป่วยลง ผู้ดูแลต้องให้ความเบาใจโดยรับภาระที่จะรับภาระแทนทั้งหมดหรือบางส่วน

ประการที่ ๒ ทำหน้าที่ดูแลด้านจิตวิญญาณและปัญญา โดยการสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ เช่นประกอบพิธีเจริญพระพุทธมนต์ การต่อชะตาเคราะห์ต่อชะตา นิมนต์พระมาแสดงธรรม การประกอบพิธีตามความเชื่อท้องถิ่นหรือตามหลักหลักศาสนาที่นับถือ การสร้างความอบอุ่น

(๔) วัตถุประสงค์ในการดูแลรักษา:

วัตถุประสงค์ในการดูแลรักษาควรมีอะไรบ้าง ?

ความสำคัญอันดับ ๑ วัตถุประสงค์เชิงนามธรรม เช่น ฌานอภิญญา

ในประเด็นนี้ พึงเห็นกรณีที่พระพุทธเจ้าทรงรักษาพระเจ้าสุทโธทนะ เมื่อพระพุทธองค์ทรงทราบข่าวว่าพระพุทธบิดาประชวรหนักมาก ได้เสด็จพร้อมด้วยพระสาวกหลายองค์ไปทรงบำเพ็ญปิตุภูมิจากธรรม ถวายการพยาบาลตามพุทธวิสัย กล่าวคือ ในขณะที่ พระเจ้าสุทโธทนะได้รับการบีบคั้นจากอาหารกล้าเกิดทุกขเวทนา ยิ่งนัก มีพระอาการทรมานทรมายหมดสติ พระพุทธองค์ทรงยกพระหัตถ์ตั้งพระทัยอธิษฐานจิตบำบัดโรคาพาธ แล้วทรงลูบลงที่พระเศียรของพระเจ้าสุทโธทนะทรงเช็ดพระพักตร์ของพระบิดาด้วยน้ำที่พระสารีบุตรนำมาถวาย อาพาธที่หนักก็ทุเลาลงด้วยพระบารมี พระอานนทย์กมือลูบที่พระหัตถ์เบื้องซ้าย อาพาธกล้าข้างซ้ายก็ทุเลาลง พระราหุลยกมือลูบที่พระปฤษฎางค์ อาพาธกล้าที่ พระกายก็ทุเลาลง พระเจ้าสุทโธทนะทรงสำราญพระกายคลายความทุกข์เวทนาอันสาหัส ทรงลุกขึ้นอวสานสุดสิ้นเพียงนั้นแล้ว ก็ทูลลาพระบรมศาสดาและลาพระบรมวงศานุวงศ์แล้ว พระองค์ก็เสด็จนิพพานด้วยอนุปาติเสสนิพพาน

ความสำคัญอันดับ ๒ ยาสมุนไพรและยาแผนปัจจุบัน

ในทัศนะของพระพุทธศาสนา การรักษาโรคด้วยยาสมุนไพรถือว่ามีความจำเป็น สมัยหนึ่งขณะที่พระพุทธเจ้าประทับอยู่ ณ พระเชตวัน เมืองสาวัตถี ภิกษุจำนวนมากเป็นไข้ไม่สบาย ต้องการรากไม้ที่เป็นยา พระพุทธองค์รับสั่งว่า “ภิกษุทั้งหลาย เราอนุญาตรากไม้ที่เป็นยา คือ ขมิ้น จิงศคว่านน้ำ ว่านเปราะ อุคพิต ข่า แผลก หัวหมู หรือรากไม้ที่เป็นยาชนิดอื่นมีอยู่ ซึ่งไม่ใช่ของเคี้ยวของฉันทัน รับประทานแล้วเก็บไว้ได้จนตลอดชีพ เมื่อมีเหตุจำเป็น ภิกษุจึงฉันทันได้ เมื่อไม่มีเหตุจำเป็น ภิกษุฉันทัน ต้องอาบัติทุกกฏ” นอกจากนี้ พระพุทธองค์ยังทรงอนุญาตยาจากธรรมชาติอีกหลายชนิด เช่น น้ำฝาดมีน้ำฝาดสะเดาเป็นต้น ใบบัวมีใบบัวสะเดาเป็นต้น ผลไม้มีสมอไทยเป็นต้น^๒

การรักษาด้วยยาแพทย์แผนปัจจุบันก็มีความจำเป็น เช่น ยาขับเสมะ แต่ไม่ควรให้ยาระงับความเจ็บปวดมากเกินไปเช่นมอร์ฟินเพราะจะไปกดทับระบบประสาท

^๒ วิ.ม. (ไทย) ๕/๒๖๓/๔๖-๔๗.

ความสำคัญอันดับ ๓ เครื่องมือทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

อุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการเคลื่อนไหวทางกาย เช่น เตียง ตั่ง รถเข็น อุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการดื่มน้ำ แต่ไม่ควรใช้อุปกรณ์ใดๆ ที่จะเป็นการลดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เช่น สายยางเครื่องช่วยหายใจ หลอดอาหาร

(๕) มิติที่จะดูแล แนวทางเตรียมการ และวิธีการดูแล:

มิติที่จะดูแล แนวทางเตรียมการ และวิธีการดูแลมีด้านไหนและวิธีไหนบ้าง ?

เนื้อหาในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอประเด็นเกี่ยวกับมิติที่จะดูแลและวิธีการดูแลครอบคลุม ๔ ด้าน คือ

(๑) มิติทางกาย-ศีลสิกขา จัดระเบียบกายชนผมเล็บฟันหนัง เสื้อผ้าอาภรณ์ ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม

(๒) มิติทางสังคม-ศีลสิกขา ให้มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีความเกื้อกูลเห็นอกเห็นใจกัน ระหว่างผู้ป่วยกับญาติมิตร ในฐานะเป็นบิดามารดา บุตรธิดา สามิภรรยาเป็นต้นที่อยู่ในฐานะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายกับผู้ดูแลรักษา

(๓) มิติทางจิตใจ-สมาธิสิกขา ให้มีจิตมีสมรรถภาพมีความเข้มแข็งอาจสามารถ โดยใช้หลักสมถภาวนาหรือสมถกรรมฐานที่เหมาะสม ให้มีจิตมีคุณภาพมีคุณธรรม โดยกล่อมเกลาคด้วยเมตตากรุณา ศรัทธา กตัญญูกตเวที ให้มีจิตมีสุขภาพ มีความโปร่งโล่ง ไม่มีความเครียด มีความสงบ เย็น อ่อนโยนนุ่มนวล โดยการสร้างปราโมทย์ ปิติ ปีติ สัทธาให้เกิดขึ้นสม่ำเสมอ

(๔) มิติทางปัญญา-ปัญญาสิกขา ให้เกิดความรู้เข้าใจโลกและชีวิต รู้เท่าทันว่าทุกอย่างเกิดขึ้น ตั้งอยู่ ดับไปตามธรรมชาติ เกิดแก่เจ็บตายเป็นเรื่องธรรมดา โดยสร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยได้คิด ให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟังธรรมบรรยาย และให้ผู้ป่วยมีโอกาสทำจิตภาวนาบางวาระบางโอกาส

เมื่อเชื่อมโยงกับแนวคิดและวิธีการตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันและที่ถือปฏิบัติในสังคมไทยแล้ว รูปแบบเชิงพุทธบูรณาการที่พึงประสงค์ควรเป็นดังนี้

รูปแบบที่ ๑ มิติและการดูแลด้านกายภาพ(ศีล) ประกอบด้วย

ก. ร่างกายของผู้ป่วย:

การจัดระเบียบร่างกาย

ในประเด็นนี้ พึงดูวิธีการที่พระพุทธเจ้าทรงรักษาพระพุทธานุสสติสเถระ ดังข้อความในคัมภีร์ตอนหนึ่งว่า “พระศาสดาทรงให้นำรางมาทรงเทน้ำร้อนใส่แล้ว ทรงสั่งภิกษุเหล่านั้นให้ช่วยกันเปลื้องผ้าห่มของเธอออก ให้ขยำด้วยน้ำร้อน (ซักผ้า) แล้วให้ผึ่งแดด ลำดับนั้น พระศาสดาประทับยืน

อยู่ใกล้ของเธอ ทรงใช้น้ำอุ๋นรดศีรษะพระดิศสะให้ชุ่ม ทรงอุ๋นศีรษะของเธอ ให้เธออาบน้ำ หลังอาบน้ำเสร็จ ทรงห่มผ้าให้ จากนั้น พระศาสดาทรงช่วยเธอให้นุ่งผ้าห่มนั้น ทรงให้ขยำผ้ากาสาვეที่เธอนุ่งด้วยน้ำ แล้วให้ผึ่งแดด จากนั้น เมื่อกายแห้ง ผ้านุ่งก็แห้ง เธอนุ่งผ้ากาสาვეผืนหนึ่ง ห่มผ้ากาสาვეผืนหนึ่ง ร่างกายเริ่มเบา มีจิตมีอารมณ์เป็นหนึ่ง นอนบนเตียง

ข. เครื่องอุปโภคบริโภค

เครื่องอุปโภคบริโภคส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น ที่นอนหมอนมุ้ง เสื้อผ้าอาภรณ์ เครื่องดื่ม เครื่องกิน เครื่องสรงเครื่องอาบ ต้องได้รับการจัดระเบียบให้มีความสะอาด สะดวก สบายเรียบง่าย เหมาะแก่การใช้สอย อาจหมายรวมถึงสีสน์ที่ทำให้เกิดความสบายตาสบายใจด้วย

ค. สภาพแวดล้อมต่างๆ

การจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นที่พึงประสงค์ในมุมมองของพระพุทธศาสนา พึงเห็นตัวอย่างดังที่ข้อความในข้อมูลซึ่งแสดงสภาพแวดล้อมอาศรมของพระเวสสันดร ณ เจริงเขาคันธมาทน์ มีความสมบูรณ์ด้วยทรัพยากรธรรมชาติหลากหลายชนิด ทั้งสิ่งที่มีชีวิตและไม่มีชีวิต ทำให้บรรยากาศร่มรื่นเอื้อเพื่อเกื้อกูลแก่จิตใจของผู้ป่วยอย่างยิ่ง ซึ่งยากจะหาสถานที่แห่งใดในโลกมีความสมบูรณ์เทียบเท่าซึ่งสามารถแบ่งสภาพแวดล้อมออกเป็นประเภทต่างๆ ดังนี้^๓

พรรณนาประเภทต้นไม้ผล เช่น บริเวณอาศรมสถานนั้น มีไม้มะม่วง มะขวิด ขนุน ไม้รั้ง ชมพู สมอพิเภก สมอไทย มะขามป้อม โพธิ์ และพุทรา ทั้งมะพลับทอง ไทร มะขวิด มะขางหวาน และมะเดื่อ มีผลสุกแดงปลั่งอยู่ในที่ต่ำ หมู่ไม้ที่มองเห็น ณ เจริงเขาปาเรวตะ ผลงุ่น ผลจันทน์มีรสหวานเหมือนน้ำผึ้ง รวงผึ้งที่ปราศจากตัวผึ้ง คนเฒ่ามือนำมาบริโภคนได้เองในอาศรมนั้น ต้นมะม่วงบางต้นก็มีผลดอกออกช่อแย้มบาน บางต้นก็มีดอกและใบร่วงหล่น ผลิผลคาชดิน บางผลคิบ บางผลสุก...

พรรณนาประเภทไม้ดอกไม้ประดับ เช่น บริเวณอาศรมนั้นมีหมู่ไม้นานาพันธุ์ ประกอบด้วยไม้โมกมัน โกศสะค้าน แคล้อย บุนนาค บุนนาคเขา และไม้ซีก มีดอกบานสะพรั่ง อนึ่งในบริเวณอาศรมนั้น มีต้นราชพฤกษ์ มะเกลือ กฤษณา รักดำ ไทรใหญ่ หงอนไก่ และประคู้เป็นอันมาก มีดอกบานสะพรั่ง ในบริเวณอาศรมนั้น มีไม้โมกหลวง ไม้สน ไม้กระทุ้ม ไม้ช่อ ไม้ตะแบก ไม้สีเสียด และไม้รั้ง ล้วนมีดอกบานสะพรั่ง ... ต้นคนที่สอ ต้นคนที่ ต้นคนที่เขมา และต้นประคู้ ขึ้นอยู่ใกล้สระมุจลินท์นั้น มีดอกบานสะพรั่ง ต้นมะค่าไก่ ต้นกระพ้อ และต้นทองกวาว ต่างก็ผลิดอกออกช่อและยอดแดงระเรื่อ...

^๓ ดูสาระสำคัญอื่นๆ ใน ขุ.ชา. (ไทย) ๒๘/๑๕๗๖-๒๐๘๖/๔๕๒-๕๐๗.

พรรณนาพีชน้ำ สัตว์น้ำ และสระโบกขรณี เช่น ณ ที่ไม่ไกลจากอาศรมนั้น มีสระโบกขรณี ณ ภูมิภาคอันน่ารื่นรมย์ คารดาชไปด้วยดอกปทุมและดอกอุบล เหมือนสระโบกขรณีที่อยู่ในอุทยานนันทวันของเหล่าเทวดา ในสระโบกขรณีนั้น มีอุบลอยู่ ๓ เหล่าคือ อุบลเขียว อุบลขาว และอุบลแดง งามตระการตามากมาย มีน้ำใสสะอาดมองเห็นฝูงปลา เต่า และปูเป็นจำนวนมากที่กำลังว่ายน้ำไปมาเป็นกลุ่ม หนึ่ง ในสระโบกขรณีนั้น มีปลาแหวกว่ายอยู่ในน้ำมากชนิด คือ ปลาตะเพียน ปลาช่อน ปลาคูจ กระเช้ ปลามังกร ปลาเกา

พรรณนาประเภทสัตว์ปีก เช่น ที่ใกล้อาศรมนี้ มีฝูงนกจำนวนมากที่มีสีต่างๆ กัน ต่างก็บันเทิงใจอยู่กับคู่ของตน กูร์ร้องประชันเสียงกันและกัน เสียงนกนานาชนิด ที่จับอยู่บนกิ่งไม้ดูจดังเสียงทิพย์สังคีต คือ นกโพระดก นกคุเหว่า ส่งเสียงขันคูกรู้อ บินขวักไขว่ไปมาจากคั่นหนึ่งไปยังอีกคั่นหนึ่ง หนึ่งในปีนั้น มีนกกะปูด ไก่ป่า นกหัสติลิงค์ รำร้องคู่กันหากันและกัน นกยางโทน นกยางกรอก นกโพระดก นกค้อยตีวิด นกกระเรียน เขี่ยขวิด เขี่ยแดง นกช่อนหอย นกฟริก นกคับแค นกแขวก นกกด นกกระเต็นใหญ่ นกคุ้ม นกกระทา นกกระทง นกกระทจอก นกกระทาบ นกกระเต็นน้อย นกกาจเขน นกการเวก...

พรรณนาประเภทสัตว์สี่เท้า เช่น ในปีนั้น มีสัตว์หลากหลายชนิด คือ ราชสีห์ เสือโคร่ง ยักษ์หน้าคุดงา ช้างพัง ช้างพลาย เนื้อทราย เนื้อพาน ละมั่ง และอีเห็น สุนัขจิ้งจอก หมาใน บ่าง กระรอก จามรี ชะนี ลิงลม ค่าง ลิง ลิงจุ่น ณ ที่ใกล้สระโบกขรณีนั้น มีกวาง กระตัง หมิ วัวป่า แรด หมู พังพอน และงูเห่าเป็นจำนวนมาก

นี่คือหลักการเบื้องต้นในการจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นที่พึงประสงค์ อำนวยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีก่อนจากโลกนี้ไป ในทางปฏิบัตินับเป็นเรื่องยากที่จะจัดได้เท่ากับที่บรรยายไว้ในคัมภีร์นี้ แต่ให้ถือแนวทางที่จะทำได้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้

จัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด สว่าง สงบ สวยงามถูกกับจริตของผู้ป่วย กล่าวโดยสรุปก็คือ ให้อายตนะภายในของผู้ป่วยได้สัมผัสกับอายตนะภายนอกที่ดั่งามพึงประสงค์ ถูกกับจริต ของยกตัวอย่างในประเด็นนี้ที่ชัดเจนที่สุดให้ดูอีกครั้งหนึ่งดังนี้

“ในที่ไม่ไกลจากอาศรมนั้น มีสระโบกขรณี ณ ภูมิภาคอันน่ารื่นรมย์ คารดาชไปด้วยดอกปทุมและดอกอุบล เหมือนสระโบกขรณีที่อยู่ในอุทยานนันทวันของเหล่าเทวดา ในสระโบกขรณีนั้น มีอุบลอยู่ ๓ เหล่าคือ อุบลเขียว อุบลขาว และอุบลแดง งามตระการตามากมาย มีน้ำใสสะอาดมองเห็นฝูงปลา เต่า และปูเป็นจำนวนมากที่กำลังว่ายน้ำไปมาเป็นกลุ่ม หนึ่ง ในสระโบกขรณีนั้น มีปลาแหวกว่ายอยู่ในน้ำมากชนิด คือ ปลาตะเพียน ปลาช่อน ปลาคูจ กระเช้ ปลามังกร ปลาเกา...”

สภาพแวดล้อมอย่างนี้ นับว่าเกื้อกูลอย่างยิ่งแก่ผู้ป่วย เมื่อเกิดการรับรู้ทางตา (จักขุวิญญาณ) การรับรู้ทางหู (โสตวิญญาณ) การรับรู้จมูก (ฆานวิญญาณ) แม้เพียง ๓ ช่องทางนี้ก็จะก่อให้เกิดการ

รับรู้ทางใจ (มนโวิญญาน) เป็นความเพลิดเพลินเจริญใจ เมื่อจิตสบาย ภายแม้จะเจ็บป่วยหนักก็ บรรเทาเบาบางลงได้

รูปแบบที่ ๒ มิติและการดูแลด้านจิตภาพ (สมาธิและปัญญา) ประกอบด้วย

ก. การพัฒนาจิต:

(๑) สมถภาวนาโดยการให้สวดมนต์ไหว้พระหรือวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง

สมถภาวนาหรือการปฏิบัติสมถกรรมฐานที่ง่ายและเหมาะกับผู้ป่วยมากที่สุดคือการสวดมนต์ จะให้ผู้ป่วยสวดด้วยตัวเองหรือให้ผู้อื่นสวดให้ฟัง การสวดมนต์เป็นเครื่องมือสร้างความเลื่อมใสไม่หวั่นไหว ควรให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสสวดมนต์ไหว้พระ โดยเฉพาะบทระลึกถึงคุณของพระพุทธเจ้า ๘ ประการ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดสมาธิจิต โดยสวดมนต์ระลึกถึงคุณของพระพุทธเจ้า(พุทธคุณ) ๘ ประการว่า “อิติโส ภควา อรหิ สมมาสมมุพพุโธ วิชชาจรณสมปนฺโน สุกโต โลกวิทู อนุตฺตโร ปุริสทมฺมสารถิ สตฺถา เทวมนุสฺसानิ พุฑฺโธ ภควา”^๔

ต่อจากนั้นก็สวดระลึกถึงคุณของพระธรรม (ธรรมคุณ) ๖ ประการว่า “สุวากุขาโต ภควตา ธมฺโม สนฺทิฏฺฐิโก อกาลิโก เอหิปสฺสิโก โอปนยิโก ปจฺจตฺตเวทิตพฺโพ วิญญูหิ”^๕ ต่อด้วยการสวดระลึกถึงคุณของพระสงฆ์(สังฆคุณ) ๘ ประการว่า “สุปฏิปนฺโน ภควโต สาวกสงฺโฆ อุษุปฺปิปนฺโน ภควโต สาวกสงฺโฆ ญายปฺปิปนฺโน ภควโต สาวกสงฺโฆ สามิจิปปิปนฺโน ภควโต สาวกสงฺโฆ ยทิทํ จตฺตาริ ปุริสยฺกานิ อญฺฐ ปุริสปุคฺคลา เอส ภควโต

^๔(๑) อรหิ เป็นพระอรหันต์ เป็นผู้บริสุทธิ์ ไกลจากกิเลส (๒) สมมาสมมุพพุโธ เป็นผู้ตรัสรู้ชอบเอง (๓) วิชชาจรณสมปนฺโน เป็นผู้ถึงพร้อมด้วยวิชาคือความรู้และจรณะคือความประพฤติ (๔) สุกโต เป็นผู้เสด็จไปได้แล้ว (๕) โลกวิทู เป็นผู้รู้แจ้งโลก (๖) อนุตฺตโร ปุริสทมฺมสารถิ เป็นสารถีฝึกบุรุษ (๗) สตฺถา เทวมนุสฺसानิ เป็นศาสดาของเทวดาและมนุษย์ทั้งหลาย (๘) พุฑฺโธ เป็นผู้ตื่นและเบิกบานแล้ว (๙)ภควา เป็นผู้มิใช่คนหรือเป็นผู้จำแนกแจกธรรม.

^๕(๑) สุวากุขาโต ภควตา ธมฺโม พระธรรมอันพระผู้มีพระภาคตรัสดีแล้ว (๒) สนฺทิฏฺฐิโก อันผู้ปฏิบัติจะพึงเห็นชัดด้วยตัวเอง (๓) อกาลิโก ไม่ประกอบด้วยกาล (๔) เอหิปสฺสิโก ควรเรียกให้มาดู (๕) โอปนยิโก ควรน้อมเข้ามา (๖) ปจฺจตฺต เวทิตพฺโพ วิญญูหิ อันวิญญูชนพึงรู้เฉพาะตน.

สาวกสงฺโฆ อานุเนยฺโย ปาหุเนยฺโย ทกฺขิณฺเนยฺโย อณฺชลิกรณฺเณยฺโย อนุตฺตรํ ปุณฺณกุเชตฺตํ
โลกสฺส”^๖

(๒) ให้กำลังใจ มีวิธีการประกอบด้วย

๒.๑ กิจกรรม/พิธีกรรมทางศาสนา

การนิมนต์พระมาเจริญพระพุทธมนต์/สวดพระพุทธมนต์ เช่นกรณีการสวด โขชนงค์
ปริตร โขชนงค์เป็นหลักธรรมหมวดหนึ่งที่อยู่ในบทสวดมนต์ โขชนงค์ปริตรถือเป็นพุทธมนต์ที่ช่วย
ให้คนป่วยที่ได้สวดรับฟังธรรมบทนี้แล้วสามารถหายจากโรคร้ายไข้เจ็บได้ที่เชื่ออย่างนี้เพราะมี
เรื่องในพระไตรปิฎกเล่าว่าพระสัมมาสัมพุทธเจ้าได้เสด็จไปเยี่ยมพระมหากัสสปะที่อาพาธพระองค์
ทรงแสดงสัม โขชนงค์แก่พระมหากัสสปะ พบว่าพระมหากัสสปะสามารถหายจากโรคได้อีกครั้ง
หนึ่งพระองค์ได้ทรงแสดงธรรมบทนี้แก่พระ โมคคัลลานะซึ่งอาพาธ หลังจากนั้นพบว่า พระโมคคัล
ลานะก็หายจากอาพาธได้ในที่สุด เมื่อพระพุทธองค์เองทรงอาพาธจึงตรัสให้พระจุนทะเถระแสดง
โขชนงค์ถวายซึ่งพบว่าพระพุทธเจ้าก็หายประชวร

อีกครั้งหนึ่งพระองค์ได้ทรงแสดงธรรมบทนี้แก่พระโมคคัลลานะซึ่งอาพาธ หลังจากนั้น
พบว่า พระโมคคัลลานะก็หายจากอาพาธได้ในที่สุดเมื่อพระพุทธองค์เองทรงอาพาธ จึงตรัสให้พระ
จุนทะเถระแสดง โขชนงค์ถวาย ซึ่งพบว่าพระพุทธเจ้าก็หายประชวร

พุทธศาสนิกชนจึงพากันเชื่อว่า โขชนงค์นั้น สวดแล้วช่วยให้หายโรคได้ซึ่งใน
พระไตรปิฎกกล่าวว่า ธรรมที่พระองค์ทรงแสดง เป็นธรรมเกี่ยวกับปัญญาเป็นธรรมชั้นสูง ซึ่งเป็น
ความจริงในเรื่องการทำใจให้สว่าง สะอาดผ่องใสซึ่งสามารถช่วยรักษาใจ เพราะจิตใจมี
ความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับร่างกายเนื่องจากกายกับใจเป็นสิ่งที่อาศัยกันและกัน จึงทำให้หายจาก
โรคได้

โขชนงค์หรือโขชนงค์ปริตร เป็นคาถาที่โบราณจารย์แต่งรวมใจความสูตร ๓ สูตร คือ
มหากัสสปโขชนงค์สูตร มหาโมคคัลลานโขชนงค์สูตรและมหาจุนทโขชนงค์สูตร ทั้ง ๓ สูตร มี
เนื้อหาความกล่าวถึงอานิสงส์การเจริญโขชนงค์ ๓ ประการเหมือนกัน แต่นำมาแต่งให้เป็นคำตั้ง
สักกิริยาเพื่อให้พระปริตรเป็นธรรมโอสภเกิดพลังพระพุทธมนต์ในการรักษาโรค

^๖(๑) สุปฏิปันโน ภควโต สาวกสงฺโฆ พระสงฆ์สาวกของพระผู้มีพระภาค เป็นผู้ปฏิบัติดี (๒)
อุชุปฏิปันโน เป็นผู้ปฏิบัติตรง (๓) ฉฺยูปฏิปันโน เป็นผู้ปฏิบัติถูกต้อง (๔) สามิจิปปฏิปันโน เป็นผู้ปฏิบัติสมควร
(๕) อานุเนยฺโย เป็นผู้ปฏิบัติควรแก่ของค่านับหรือของที่เขานำมาถวาย (๖) ปาหุเนยฺโย เป็นผู้ควรแก่การต้อนรับ
(๗) ทกฺขิณฺเนยฺโย เป็นผู้ควรแก่ทักษิณหรือของทำบุญ (๘) อณฺชลิกรณฺเณยฺโย เป็นผู้ควรแก่การทำอัญชลีหรือการกราบ
ไหว้ (๙) อนุตฺตรํ ปุณฺณกุเชตฺตํ โลกสฺส เป็นนानุญอันยอดเยี่ยมของโลก.

๒.๒ การทำพิธีสะเดาะเคราะห์ต่อชะตา

การทำพิธีสะเดาะเคราะห์ต่อชะตามีนัยครอบคลุมทั้งความเป็นพุทธศาสตร์และไสยศาสตร์ เป็นมิตลึกลับที่พูดไม่ได้บรรยายไม่ถูก แต่เป็นที่นิยมทำกันในสังคมไทยตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน ถือเป็น การให้กำลังใจอย่าง รูปแบบของพิธีกรรมมีหลากหลาย เช่นการสวดคาถาประจำวันเกิดดังนี้

วันอาทิตย์ สวดคาถาพระนารายณ์แปลงรูปว่า “อะวิสูนุสสานุสดีอะ” (สวด ๖ จบ)

วันจันทร์ สวดคาถากระทุ้งเจ็ดแบกว่า “อิระชาคะตะระสาอิ” (สวด ๑๕ จบ)

วันอังคาร สวดคาถาเรียกฝนแสนห่าว่า “ติหังจะโตโรถินังติ” (สวด ๘ จบ)

วันพุธคาถา สวดพระนารายณ์กลืนสมุทรว่า “ปีสัมระโลปรัตพุทปิ” (สวด ๑๗ จบ)

วันพฤหัสบดี สวดคาถาพระนารายณ์คล้ายจักรว่า “กะสัมสัมวิสะเทกะกะ” (สวด ๑๕ จบ)

วันศุกร์ สวดคาถาตรีงไตรภพว่า “วาโรโนอะมะมะวาา” (สวด ๒๑ จบ)

วันเสาร์ สวดคาถาพระนารายณ์พลิกแผ่นดินว่า “โสมานะกะริธาโรโส” (สวด ๑๐ จบ)

ในบางกรณี การทำพิธีสะเดาะเคราะห์ต่อชะตา นิยมคาถาสวดบูชาพระประจำวันเกิดพุทธ (กลางคืน)บทเต็มว่า “กินนุ สนฺตรมาโนว ราหุ สุริยํ ปมฺฤจสิ สํวิคฺครุโป อากมฺม กินนุ ภีโตว ติฏฺฐสึตี สตุตฺธา เม พลฺลมุทฺธา ชีวนุโต น สุขํ ลเภ พุทฺธคาถาภิกิโตมฺหิ โน เจ มฺฤเจยฺย สุริยนฺติ กินนุ สนฺตรมาโนว ราหุ จนุทํ ปมฺฤจสิ สํวิคฺครุโป อากมฺมกินนุ ภีโตว ติฏฺฐสึตี สตุตฺธา เม พลฺลมุทฺธา ชีวนุโต น สุขํ ลเภ พุทฺธคาถาภิกิโตมฺหิ โน เจ มฺฤเจยฺย จนุทิมฺนฺติ”

การทำพิธีสะเดาะเคราะห์ต่อชะตาในทรรศนะของคนจำนวนมากอาจเห็นว่าเป็นเรื่องมง่าย แต่แพทย์ พยาบาลหรือญาติมิตรซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยควรมีหลักคิดอยู่ ๒ อย่างคือ (๑) เรื่อง ลึกลับอย่างพิสดารไม่ได้แบบนี้ อย่าลบลู่ นั่นคือ “ไม่เชื่อก็อย่าลบลู่” (๒) คนที่อยู่ในอาการป่วย ระยะเวลาที่ยากลำบากนั้น ไม่ได้ต้องการอะไรอีกแล้วนอกจากความอบอุ่นสบายใจ ดังนั้น อะไรก็ได้ที่ จะทำให้เขารู้สึกอบอุ่นสบายใจและไม่ขัดต่อศีลธรรมและกฎหมาย ถ้าทำได้ก็ควรทำ

๒.๓ กิจกรรม/พิธีกรรมตามความเชื่อท้องถิ่น

กิจกรรม/พิธีกรรมตามความเชื่อท้องถิ่นนี้ ถือเป็นรูปแบบใหม่ที่ทำกันอยู่ในปัจจุบันและถือเป็นแนวโน้มที่พืงนำมาพิจารณาประยุกต์ใช้ในอนาคต ในกรณีนี้ มีเรื่องเล่าจากนายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ซึ่งมีประสบการณ์ตรงที่ทำให้ได้เรียนรู้การรักษาแบบพื้นบ้าน นั่นคือการรำผีฟ้า คุณหมอเล่าว่า^๑

^๑ อพฤฤติ ธีพล, 'แพทย์พหุลักษณะ' แนวทางสาธารณสุขยุคใหม่ http://www.elib-online.com/doctors/gen_public02.html(ค้นเมื่อวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๔).

ขณะตรวจรักษาพระสงฆ์ซึ่งเป็นวัณโรคและเชื้อหุ้มสมองอักเสบ ท่านผอมมากและไม่พูด ไม่กับใคร นอนป่วยไม่มีแรงเป็นเวลาหลายอาทิตย์ อาการก็ทรงๆ ทрудๆ ไม่ดีขึ้น จนพวกลูกศิษย์ก็นำไปรักษาแบบพื้นบ้าน นั่นคือการรำผีฟ้า เมื่อไปปรึกษาเพื่อนหมอดูด้วยกันแล้ว ทำยที่สุดก็ยอมให้มีการรำผีฟ้าในโรงพยาบาล โดยเริ่มจากรำชุนเป็นการรำเพื่อเชิญผีฟ้าพระยาแฉนให้มาทรง รำส่งโดยนำเทียนมาส่องจนกว่าที่เป็นโรคนั้นเกิดจากสาเหตุอะไร จนเป็นการรำป่าวซึ่งเป็นการรักษา สุดท้ายก็รำส่งเทวดากลับขึ้นสวรรค์ไป ขณะทำพิธีรำผีฟ้าอยู่นั้น สิ่งที่ทำให้บรรดาแพทย์ตกตะลึงก็คือ หลวงพ่อซึ่งนอนติดอยู่บนเตียงเมื่อได้ยินเสียงแฉนที่มีจังหวะเร้าใจในพิธีรำผีฟ้า กลับลุกขึ้นมานั่งดูการรำในห้องผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังมีชาวบ้านจำนวนยี่สิบกว่าคนคอยปรบมือเข้าจังหวะแฉนพร้อมส่งเสียงร้องว่า "หลวงพ่อดูก!" เป็นจังหวะ

พิธีกรรมตามความเชื่อถือพื้นบ้านนี้ เป็นการให้กำลังใจอย่างดีสำหรับคนไข้ ซึ่งแตกต่างจากแพทย์สมัยใหม่เวลารักษาคนไข้จะไถ่ญาติออกไปให้หมด แต่การรักษาแบบพื้นบ้านนี้คนยิ่งมากยิ่งขึ้น เป็นการรวมพลังใจ ส่งไปให้คนไข้ซึ่งจะทำให้คนไข้หายเร็วขึ้น การรักษาโดยใช้เสียงแฉนนี้ทางการแพทย์สมัยใหม่เพิ่งคิดค้นได้ไม่นาน เรียกว่า วิธีการสังคีตบำบัด

ปัจจุบันการแพทย์สมัยใหม่มีแนวโน้มที่จะยอมรับการรักษาแบบพื้นบ้านมากขึ้น แม้แต่ในวงการศึกษานานาชาติเช่นมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดก็ได้เปิดหลักสูตรวิชาการแพทย์แผนโบราณ เช่น นวดฝ่าเท้า มีการใช้สมาธิในการรักษาโรค เนื่องจากวงการแพทย์สมัยใหม่เริ่มตระหนักถึงความเป็นจริงที่ว่า การแพทย์ทางเลือกให้ความสำคัญต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย ในขณะที่แพทย์แผนใหม่มุ่งเน้นการรักษาทางชีววิทยา จากที่เคยมองว่าการแพทย์ทางเลือกเป็นเรื่องเพ้อฝัน เชื่อถือไม่ได้พิสูจน์ไม่ได้ตามหลักวิทยาศาสตร์ แต่ในปัจจุบัน กลับมีการยอมรับว่าการแพทย์นอกระบบเป็นทางเลือกสุดท้ายที่ดีที่สุดของคนไข้ หลังจากที่แพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ดังนั้น การศึกษาหาแนวทางการรักษาตามแบบการแพทย์ท้องถิ่น เพื่อประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับการแพทย์แผนปัจจุบัน จึงเป็นเรื่องที่ดีสำหรับคนไข้ซึ่งประสงค์การบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพที่สุดทั้งใจและกาย

๒.๔ ให้การสัมผัส

การสัมผัสเป็นช่องทางการรับรู้สเวยโลกทางกาย เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยมีประสาท ประสาท หู ประสาทจมูกประสาทลิ้นขาดพร่องไปไม่พร้อมที่จะทำหน้าที่รับรู้สเวยโลก และใจมีความสับสน การสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยการสัมผัสถือเป็นวิธีการที่ดีที่สุด แพทย์ พยาบาล และญาติมิตรที่มีเมตตา กรุณาและมีคุณธรรมอื่นๆ เมื่อให้การสัมผัสกับผู้ป่วย อานาจแห่งคุณธรรมย่อมจะแผ่ผ่านประสาทกายเข้าไปสู่การรับรู้ภายในของผู้ป่วย ทำให้เกิดความอบอุ่นและมีกำลังใจ จิตใจของผู้ป่วยก็คลายความกังวล

ข. การพัฒนาปัญญา:

(๑) ให้คำสั่งสอน

กรณีที่พระพุทธเจ้าทรงดูแลรักษาพระพุทฺธิคตตติสสเถระเป็นตัวอย่างที่ดีในเรื่องนี้ พระพุทฺธองค์หลังจากทรงจัดการชำระล้างร่างกายและเครื่องนุ่งห่มของพระเถระแล้ว พระองค์ได้ประทับยืนอยู่ด้านเหนือศีรษะของพระเถระนั้นแล้ว ตรัสพระคาถานี้ว่า

อีกไม่นานนักร่างกายนี้ก็จักปราศจากวิญญาน

ถูกทอดทิ้งทับถมแผ่นดิน เหมือนท่อนไม้ที่ไร้ประโยชน์ฉะนั้น

ความของพระคาถานี้เป็นการเตือนสติให้มีความรู้เท่าทันธรรมชาติของชีวิตที่มีการเกิดขึ้น ตั้งอยู่ดับไปเป็นธรรมดา เมื่อตายลง ร่างกายก็ไร้ค่าเหมือนท่อนไม้ นี่คือวิธีการให้ปัญญา แม้ในกรณีของพระเจ้าสุทโธทนะก็ทรงดูแลทั้ง ๒ มิติเช่นเดียวกัน หลังจากทรงให้การดูแลรักษาโดยการสัมผัสแล้ว พระพุทฺธองค์ก็ทรงแสดงธรรมให้ฟังจนในที่สุดพระเจ้าสุทโธทนะได้บรรลุธรรมขั้นสูงสุด

อีกกรณีหนึ่งคือ กรณีที่พระพุทธเจ้ารับสั่งให้พระอานนท์ไปแสดงธรรมแก่พระคิริमानนท์ ผู้กำลังเจ็บป่วย พระพุทฺธองค์ตรัสกับอานนท์ว่า ถ้าเธอพึงเข้าไปหาแล้วกล่าวสัญญา ๑๐ ประการแก่คิริमानนท์ภิกษุไปชรั ข้อที่อาพาธของคิริमानนท์ภิกษุจะพึงสงบระงับโดยพลัน เพราะได้ฟังสัญญา ๑๐ ประการนั้น เป็นฐานะที่จะมีได้ สัญญา ๑๐ ประการเป็นไฉน คือ อนิจจสัญญา ๑ อนัตตสัญญา ๑ อสุภสัญญา ๑ อาทีนวสัญญา ๑ ปหานสัญญา ๑ วิราคสัญญา ๑ นิโรธสัญญา ๑ สัพพโลเกอนภิตตสัญญา ๑ สัพพสังขารสูอนิจจสัญญา ๑ อานาปานัสสติ ๑

อานนท์ ก็อนิจจสัญญาเป็นไฉน อานนท์ ภิกษุในธรรมวินัยนี้อยู่ในป่าก็ดี อยู่ในโคนไม้ก็ดี อยู่ในเรือนว่างเปล่าก็ดี ย่อมพิจารณาเห็นดังนี้ว่ารูปไม่เที่ยง เวทนาไม่เที่ยง สัญญาไม่เที่ยง สังขารทั้งหลายไม่เที่ยง วิญญานไม่เที่ยง ย่อมพิจารณาเห็นโดยความเป็นของไม่เที่ยงในอุปาทานชั้น ๕ เหล่านี้ด้วยประการอย่างนี้ อานนท์ นี้เรียกว่าอนิจจสัญญา...

(๒) วิปัสสนากาวนา

“วิปัสสนากาวนา” แปลว่า การทำความเห็นแจ้งให้เจริญ หมายถึงการพัฒนาปัญญาหรือการปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานนั่นเอง ถือเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย รวมทั้งนายแพทย์ พยาบาลผู้ทำหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วย และญาติมิตรของผู้ป่วย

คำว่า “ปัญญา” ในที่นี้หมายถึงความรู้ความเข้าใจธรรมชาติของโลกและธรรมชาติของชีวิต ให้พิจารณาเนืองๆ ในชีวิตประจำวัน ทั้งในขณะที่ทำหน้าที่การทำงานและว่างเว้นจากหน้าที่การทำงาน เพื่อมีความรู้เท่าทันว่า ทั้งสิ่งที่มีชีวิตและสิ่งที่ไม่มีชีวิต ล้วนเกิดจากปัจจัยปรุงแต่ง มีวิภูฏจักรในกรอบของปฏิจจสมุปบาทที่ว่า “เมื่อสิ่งนี้มี สิ่งนี้จึงมี เมื่อสิ่งไม่มี สิ่งนี้ก็ไม่มี เพราะสิ่งนี้เกิดขึ้น สิ่งนี้จึง

เกิดขึ้น เพราะสิ่งนี้ดับ สิ่งนี้จึงดับ” ทุกอย่างตกอยู่ภายใต้กฎแห่งไตรลักษณ์ ไม่เที่ยง เป็นทุกข์ เป็นอนัตตา มีความเกิดขึ้น ตั้งอยู่ ดับไปเป็นธรรมดา สัตว์ทั้งหลายมีความแก่ เจ็บ ตายเป็นธรรมดา การทำให้ชีวิตอยู่กับความจริงอย่างนี้ ถือเป็นวิปัสสนาภาวนาคือการพัฒนาปัญญา วิธีการทำวิปัสสนาภาวนามี ๒ อย่าง คือ (๑)แบบสมถยานิก (๒)แบบวิปัสสนายานิก^๕ ถ้าจะให้ผู้ป้วยทำวิปัสสนาภาวนาอย่างเป็นระเบียบแบบแผนตามที่ปรากฏในคัมภีร์ย่อมเป็นไปได้ เพราะอาจเป็นการยากเกินไปสำหรับผู้ไม่เคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติมาก่อน ดังนั้น ควรให้ผู้ป้วยกำหนดภาวนาเสมอว่า “เรามีความเกิดเป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความเกิดไปได้ เรามีความแก่เป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความแก่ไปได้ เรามีความเจ็บเป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความเจ็บไปได้ เรามีความตายเป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความตายไปได้” จนเกิดความจำรู้สึกไตร่ตรองตามไปให้จริงอย่างนี้ ก็ชื่อว่าได้พัฒนาปัญญาแล้ว เมื่อได้พัฒนาปัญญาอย่างนี้ ผู้ป้วยก็จะเกิดความสงบเยือกเย็น ผ่อนคลายไม่กังวลและจากไปอย่างสงบ

โดยสรุป ในองค์ประกอบที่ ๕ (มิตติ การเตรียมการ และวิธีการดูแล) นี้ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแลรักษา วัดได้จากผู้ที่ผู้ป้วยมีจิตศรัทธาเชื่อมั่น มั่นคงในพระรัตนตรัย(คือไตรที่ต้องนับถือ/นำทาง) มีปัญญาต้องมีความรู้เท่าทันความจริงเกี่ยวกับโลกและชีวิต รู้แจ้งไตรลักษณ์(ไตรที่ต้องรู้) และมีความองงามด้วยหลักไตรสิกขา(ไตรที่ต้องทำ)

^๕ การปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานแบบ “สมถยานิก” ผู้ปฏิบัติพึงออกจากรูปฌานและอรุฌานอย่างใดอย่างหนึ่งก่อน เว้นไว้แต่เนวสัญญานาสัญญายตนะเพื่อเป็นฐาน พึงกำหนดองค์ฌานมีวิตกเป็นต้น และธรรมที่ประกอบด้วยองค์ฌานมีเวทนาเป็นต้น ต่อจากนั้น พึงกำหนดลงว่า “ทั้งหมดนั้นเป็นนาม” เพราะอรธธว่าเป็นสิ่งที่น้อมไปได้ เพราะมุ่งหน้าโน้มไปสู่อารมณ์ สำรวนามนั้นหาดูไปว่า “นามนี้อาศัยอะไร ?” ก็จะพบว่า “หทัยรูปเป็นที่อาศัยของนาม”

ต่อจากนั้นพึงกำหนดจับรูปคือภูตรูป(ดิน น้ำ ไฟ ลม)ซึ่งเป็นที่อาศัยของหทัยรูป และอุปาทยรูปที่เหลือคืออาศัยภูตรูป โยคีพึงกำหนดลงว่า “ทั้งหมดนั้นเป็นรูป” เพราะเป็นสิ่งเสื่อมสลายได้ ต่อจากนั้นพึงกำหนดคณารูปด้วยกัน โดยสรุปว่า “นามมีการน้อมไปเป็นลักษณะ รูปมีการเสื่อมสลายเป็นลักษณะ”

เมื่อมีความคล่องแคล่วชัดเจนในการกำหนด ชื่อว่าได้ทำทวิวิสุทธิให้ถึงพร้อมสมบูรณ์ เมื่อทวิวิสุทธิสมบูรณ์แล้ว ย่อมเป็นพื้นฐานแก่การทำกัฏฐวิตรณวิสุทธิ มัคคามัคคญาณทัสสนวิสุทธิ ปฏิปทาญาณทัสสนวิสุทธิ และญาณทัสสนวิสุทธิให้สมบูรณ์ตามลำดับเป็นแนวทางไปสู่การตัดกิเลสตัณหาได้เช่นเดียวกัน ดังที่พระอานนท์ได้กล่าวไว้ตอนหนึ่งว่า “ภิกษุในธรรมวินัยนี้ เจริญวิปัสสนามีสมณะนำหน้า เมื่อเธอเจริญวิปัสสนาอันมีสมณะนำหน้าอยู่ มรรคเกิดขึ้น เธอเสพคุ่น เจริญ ทำให้มากซึ่งมรรคนั้น เมื่อเธอเสพคุ่น เจริญ ทำให้มากซึ่งมรรคนั้น สังโยชน์ทั้งหมดย่อมถูกละได้ อนุสัยทั้งหลายย่อมสิ้นไป”

การปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานแบบ “วิปัสสนายานิก” กำหนดพิจารณารูปคือมหาภูตรูปได้แก่ธาตุ ๔(ดิน น้ำ ไฟ ลม) โดยในเบื้องต้น กำหนดพิจารณาธาตุดินและธาตุน้ำแยกย่อยเป็นอาการ ๑๒ เริ่มจากผมเป็นต้นไป เมื่ออาการ ๑๒ ปรากฏชัด ส่วนที่เป็นธาตุไปและธาตุลมซึ่งแยกย่อยเป็นอาการอีก ๑๐ อย่างก็ปรากฏชัดตามมา

ไตรลักษณ์เป็นเรื่องของความเป็นจริงของธรรมชาติ ตามที่มีอยู่เป็นธรรมดา พระพุทธเจ้าทรงค้นพบและนำมาเปิดเผยแสดงให้เราารู้เข้าใจ หลักนี้โยงต่อไปถึงหลักปฏิบัติจนพบภาพที่ว่าด้วยเรื่องความเป็นไปของเหตุปัจจัย เรา(ผู้ป่วยรวมทั้งผู้ดูแล)ต้องรู้ไตรลักษณ์ เพราะชีวิตและสังคมเป็นไปตามความจริงของธรรมชาติ เมื่อเรารู้ธรรมชาติแล้ว จึงจะปฏิบัติจัดการกับชีวิตและสังคมได้ถูกต้องและเกิดผลดีได้จริง

ไตรสิกขาเป็นหลักที่มนุษย์จะจัดการกับชีวิตของตนให้เจริญอกงามสมบูรณ์ พร้อมทั้งแก้กมลหนุ่สังขมและสิ่งแวดลอมบนฐานความจริงของธรรมชาติที่เป็นไปตามไตรลักษณ์นั้น หลักนี้โยงต่อไปถึงมรรคมืองค์ ๘ ที่ว่าด้วยแนวทางการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องถึงงานจนเป็นชีวิตที่สุขสมบูรณ์

ไตรรัตน์เป็นหลักที่สื่อนำเราให้เข้าถึงความจริงแห่งไตรลักษณ์ของธรรมชาติ และให้เราก้าวไปในปฏิบัติการแห่งการพัฒนาชีวิตตามหลักไตรสิกขาจนบรรลุผลสมบูรณ์ ยกขึ้นตั้งเป็นข้อแรกในฐานะเป็นสื่อนำที่ทำให้เราเริ่มตั้งตัวขึ้นมาและยึดเป็นหลักเพื่อก้าวต่อไป เมื่อเรายู่กับไตรรัตน์แล้ว งานของเราคือ(ก)การรู้เข้าใจให้ถึงความจริงของธรรมชาติ ที่เป็นไตรลักษณ์อยู่ตามธรรมชาติของมันและ(ข)การปฏิบัติให้ชีวิตดำเนินไปตามกระบวนการของไตรสิกขา ซึ่งเป็นการเอาประโยชน์จากไตรลักษณ์ที่เป็นความจริงของธรรมชาติ^๕

๕.๓.๓ จุดมุ่งหมาย

ก. หลักคิดพื้นฐานของพระพุทธศาสนา

ในเบื้องต้น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายมี ๓ หลักคิด ดังนี้

หลักคิดที่ ๑ การตายอย่างมีสติ เมื่อทุกคนต่างรู้ดีว่า ความตายมใกล้เข้ามาถึง เพียงแต่ไม่จะตายเมื่อไร ตายที่ไหน และตายแล้วจะไปไหน ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องวางจุดหมายเป็นอันดับแรกที่จะให้ผู้ป่วยมีความระลึกถึงความจริงนี้ โดยวิธีการถ่ายทอดโอวาทสุดท้าย(ปัจฉิมวาจา)ของพระพุทธเจ้าที่ว่า “สังขารทั้งหลายมีความเสื่อมไปเป็นธรรมดา เธอทั้งหลายจงทำหน้าที่ให้สำเร็จด้วยความไม่ประมาทเถิด” และให้ผู้ป่วยมีโอกาสเจริญมรณสติด้วยวิธีการง่ายๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อจะได้เตรียมกายและใจให้พร้อม รู้เท่าทันความจริงของชีวิต มีสติระลึกความดีงามที่ได้ทำไว้ ไม่หลงตาย จะได้สามารถเชื่อมต่อกับความดีของตัวเองในภพนี้กับภพหน้า เมื่อตายลงจะได้ไปเกิดสุคติหรือภพภูมิที่ดี

^๕ พระพรหมคุณาภรณ์(ป.อ.ปยุตฺโต), สยามสามไตร สู่นาคที่สกลใสด้วยการศึกษาไทยวิถึพุทธ, (กรุงเทพมหานคร: บริษัท พิมพ์สวญจำกัค, ๒๕๕๒), หน้า ๑๑๒-๑๑๓.

หลักคิดที่ ๒ การทำให้ชีวิตยืนยาวต่อไปได้นาน เป็นสิ่งที่พึงประสงค์และพึงกระทำ นั่นคือตายตายกาลเวลา(กาลมรณะ) เพราะเหตุปัจจัยที่ทำให้ชีวิตสั้นลงกว่าที่ควรจะเป็นหรือยืนยาวต่อไปทั้งที่ควรจะสิ้นสุดแล้วนั้นมีหลายอย่าง ที่เรียกว่า “กรรม”

หลักคิดที่ ๓ การทำให้ชีวิตให้มีคุณภาพ สุขภาพ และสมรรถภาพก่อนตาย โดยมีจุดมุ่งหมายหลัก ๒ ประการคือ

๒.๑ จุดมุ่งหมายสำหรับผู้ป่วย มี ๕ ระดับคือ (๑) กายิกสุข สุขทางกาย ให้ร่างกายสามารถปฏิบัติการหรือผัดเปลี่ยนอิริยาบถได้ตามสมควรแก่ฐานะ พอให้ผู้ป่วย(ที่พอจะรับรู้ได้บ้าง) เกิดความรู้สึกว่าตัวเองยังเกียรติและมีศักดิ์ศรีในฐานะเป็นมนุษย์ หรือญาติของผู้ป่วยเกิดความสบายใจเมื่อได้พบเห็นสภาพของผู้ป่วย (๒) เจตสิกสุข สุขทางใจ มีความสำราญแจ่มชื่น ไม่ขุ่นมัวด้วยอำนาจโลภะ โทสะ โมหะ ไม่อ่อนไหวต่ออารมณ์ภายนอกที่มากระทบ (๓) วิปัสสนาจิต มีจิตผ่องแผ้วในวาระสุดท้ายก่อนสิ้นชีวิต (๔) สுகติปรายณะ ให้ไปสู่สุคติโลกสวรรค์หลังตาย (๕) นิพพานสุข ให้มีสุขเกิดจากนิพพานในกรณีที่อยู่ปณิธิขององค์ประกอบพร้อมเช่นกรณีของพระปุดีคัตตติสสเถระ

๒.๒ จุดมุ่งหมายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย มี ๔ ระดับ คือ (๑) ให้มีโอกาสแสดงกตัญญูกตเวทิตาธรรม (๒) ให้มีความเข้าใจโลกและชีวิตอันเนื่องมาจากการได้คลุกคลีอยู่กับความเจ็บป่วย มีจิตงอกงามพัฒนา(๓) ให้ได้โอกาสทำบุญมีจิตอาสาที่ได้ดูแลผู้ป่วย (๔) ให้มีการสร้างแบบอย่างดีงามแก่สังคมในเรื่องความเอื้อเฟื้อเกื้อกูลกัน

ข. หลักคิดเสริม

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายมีจุดมุ่งหมายดังนี้

๑. รักษาเกียรติและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรี

๒. ให้ผู้ป่วยไปถึงจุดสุดท้ายแห่งชีวิตอย่างสงบที่เรียกว่า “การตายดี” หรือ “การตายอย่างมีความสุข” หมายถึงผู้ป่วยไม่ต้องทุกข์ทรมานทางกายและทางใจมากเกินไป หรือแม้จะมีความทุกข์ทรมาน แต่ผู้ป่วยก็สามารถเผชิญหน้ากับอาการทุกข์ทรมานได้อย่างมีความสงบ อบอุ่นใจ ไม่ทรมานทรมายการตายดีที่พึงปรารถนาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วยมิติ ๔ ด้านคือ

๒.๑ มิติทางกาย ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ไม่ทรมานทรมาย ไม่เจ็บปวด

๒.๒ มิติทางสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยตายท่ามกลางธรรมชาติ เต็มไปด้วยเสียงนกร้อง อากาศดี ท่ามกลางมิตรสหาย ครอบครัว บุคคลอันเป็นที่รัก

๒.๓ มิติทางสังคม ผู้ป่วยตายไปในท่ามกลางบรรยากาศที่มีสมาชิกในครอบครัว และผู้ใกล้ชิดมากล่าวอำลา

๒.๔ มิติทางจิตใจ ผู้ป่วยตายไปด้วยจิตใจสงบ ปล่อยวาง สิ้นภาระและปล่อยวางอย่างสิ้นเชิง มีปัญญาเห็นความจริงตามธรรมชาติ ทำยที่สุด ต้องตายไปด้วยจิตผ่องแผ้ว เพราะจะเป็นหลักประกันว่า หลังจากตายแล้วจะไปสู่สุคติ

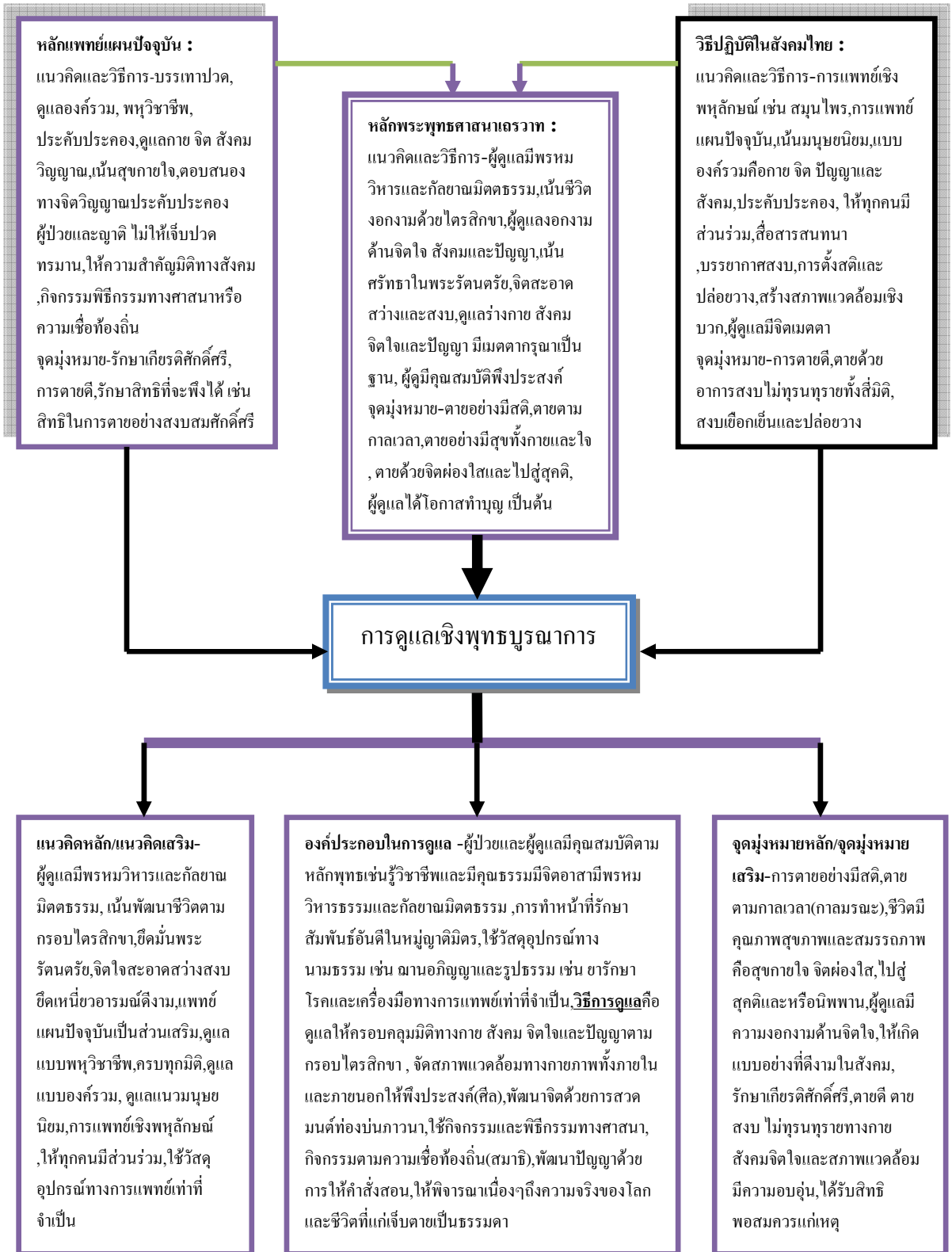
๓. ให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิขั้นพื้นฐาน เช่น สิทธิที่จะได้รับการปฏิบัติในฐานะที่เป็นมนุษย์ที่มีชีวิตจิตใจ สิทธิที่จะรับรู้และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล สิทธิที่จะแสวงหาความต้องการด้านจิตวิญญาณ สิทธิของครอบครัวที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล สิทธิที่จะตายอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีสิทธิที่คาดหวังว่าร่างกายของตนจะได้รับการปฏิบัติด้วยดี

เมื่อได้นำประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปกลั่นตายตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน ตามหลักการทางพระพุทธศาสนา และตามที่ถือปฏิบัติในสังคมไทยมาทำตารางเปรียบเทียบให้เห็นความเหมือนความต่างและทำการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียแล้ว ผู้วิจัยได้จัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปกลั่นตายเชิงพุทธบูรณาการ รายละเอียดปรากฏตามแผนภูมิที่ ๕.๑ ดังนี้

แผนภูมิที่ ๕. ๑

(ร่าง)

แสดงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ



๕.๔ การตรวจสอบร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการโดยการ สนทนากลุ่ม (Focus Group)

เมื่อสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ มีรายละเอียดตามหัวข้อ ๕.๓ และได้สรุปร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ ตามแผนภูมิที่ ๕.๑ ดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยได้จัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ในวันอังคารที่ ๒๗ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๔ เวลา ๑๓.๓๐ น. ณ ห้อง ๒๐๕ อาคารมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วัคมหาธาตุ ท่าพระจันทร์ กรุงเทพมหานคร โดยนิมนต์/เชิญผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย พระสงฆ์ แพทย์ พยาบาล จิตอาสา และนักวิชาการที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาที่สัมพันธ์กับเนื้อหาของวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความเหมาะสม และพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ปฏิบัติในสถานการณ์จริง รวมทั้งให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในประเด็นที่เห็นว่ายังไม่สมบูรณ์ เพื่อให้ผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขจัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการฉบับสมบูรณ์

ผู้ทรงคุณวุฒิที่มาร่วมสัมมนาเชิงปฏิบัติการสนทนากลุ่มมีจำนวน ๗ รูป/คน ประกอบด้วย

๑. พระศรีกัมภีรญาณ รศ. ดร. รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ผู้เชี่ยวชาญด้านพระพุทธศาสนา
๒. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สันต์ หัตถิรัตน์ ผู้เชี่ยวชาญด้านหลักวิชาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของแพทย์แผนปัจจุบันและสังคมไทย
๓. นายแพทย์ปณวัศส์ กิตติมานนท์ หัวหน้างานโรคผิวหนัง กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี จบการศึกษาระดับปริญญาเอกสาขาวิชาพระพุทธศาสนา ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนปัจจุบันประยุกต์กับพระพุทธศาสนา
๔. รศ. พิเชฐฐ์ กาลามเกษตร์ รองคณบดีฝ่ายการศึกษา คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้เชี่ยวชาญด้านหลักวิชาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายศาสนาอิสลามและงานวิจัยด้านสังคมศาสตร์
๕. อาจารย์สุรีย์ ลีมงคล หัวหน้าหน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง โรงพยาบาลศิริราช ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านและชุมชน ช่วยงานศูนย์บริรักษ์ศิริราช (Siriraj Palliative Care Center)
๖. อาจารย์ ดร. แสง นิลนามะ หัวหน้าภาควิชาศาสนาและปรัชญา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ผู้เชี่ยวชาญด้านพระพุทธศาสนาและปรัชญา

๗. อาจารย์วรรณ จารุสมบุรณ์ เครือข่ายพุทธิกา พยาบาลวิชาชีพและจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย วิทยากรของเครือข่ายพุทธิกาด้านการเผชิญความตายอย่างสงบ เนื่องจากติดภารกิจด่วนจึงไม่สามารถเข้าร่วมสัมมนาได้

๕.๕ สรุปการตรวจสอบร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

๑) ให้แก้ไขปรับเปลี่ยนข้อความในตอนที่ว่าด้วยจุดมุ่งหมายของการดูแลรักษา คือข้อความว่า “พยายามให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีอายุยืนนานที่สุด” ให้เป็นข้อความว่า “การทำให้ชีวิตยืนยาวต่อไปได้นานเป็นสิ่งที่พึงประสงค์และพึงกระทำ นั่นคือตายตายกาลเวลา(กาลมรณะ)” เนื่องจากพระพุทธเจ้าไม่ได้แสดงให้เห็นว่าพยายามยืดชีวิต ด้วยยาหรือเครื่องมือ หากจะมีการสวดโพชฌงค์ ก็เป็นไปเพื่อการผ่านพ้นความตายอย่างสงบ

๒) พระพุทธเจ้าทรงดูแลรักษาพระสาวก หรือพระราชบิดา จะไม่ใช่พหุลักษณะ ไม่ใช่หลายคนจะไปด้วยพระองค์เอง หรือสาวก ไปน้อยคน เพื่ออำนวยความสะดวกให้เป็นไปด้วยความสงบ ขณะนี้แพทย์ไทย ฝึกให้เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง รักษาส่วนเล็กๆ ส่วนเดียวในร่างกาย จะไม่มีใครดูแลผู้ป่วยทั้งคน ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาหนัก ไปหาแพทย์หลายคน อาจให้ยาซ้ำกัน ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยที่เป็นพหุลักษณะ จะต้องเป็นเอกภาพ ทำงานเป็นทีม เพื่อแก้ปัญหาการรักษาแบบเฉพาะทางและซ้ำซ้อน ดังนั้น วิธีการดูแลรักษาตามหลักพระพุทธศาสนาจะไม่มีคำว่า “เชิงพหุลักษณะ”

๓) “แนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย” เป็นเรื่องนามธรรม การใช้ SWOT Analysis จึงไม่ถูกกับธรรมชาติของสิ่งที่ถูกวิเคราะห์ เนื่องจาก SWOT Analysis เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ในการวิเคราะห์องค์กร หากจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคาม เพื่อจัดทำวิสัยทัศน์ พันธกิจ และการทำยุทธศาสตร์ขององค์กร ดังนั้นควรปรับเปลี่ยนจากการใช้วิธีวิเคราะห์ SWOT Analysis มาเป็นวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อดีข้อเสียแล้วนำมาบูรณาการกัน จะทำให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น และสอดคล้องกับงานมากขึ้น

๔) ข้อความที่ว่าด้วยการใช้ยาแก้ปวดมีความจำเป็นในผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายให้คงไว้ เนื่องจากเป้าหมายการใช้ยาแก้ปวดเพื่ออะไร เช่น ให้ผู้ป่วยสบายช่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน

๕) ประเด็นบูรณาการในงานวิจัยนี้ เป็นการบูรณาการ ๓ สำนัก ได้แก่ หลักการแพทย์แผนปัจจุบัน หลักพระพุทธศาสนาเถรวาท และหลักการที่ถือปฏิบัติในสังคมไทย โดยใช้แนวคิดและวิธีการตามหลักพระพุทธศาสนาเป็นหลัก ถือว่าเป็นงานวิจัยที่มีเนื้อหาครบถ้วนสมบูรณ์ดี

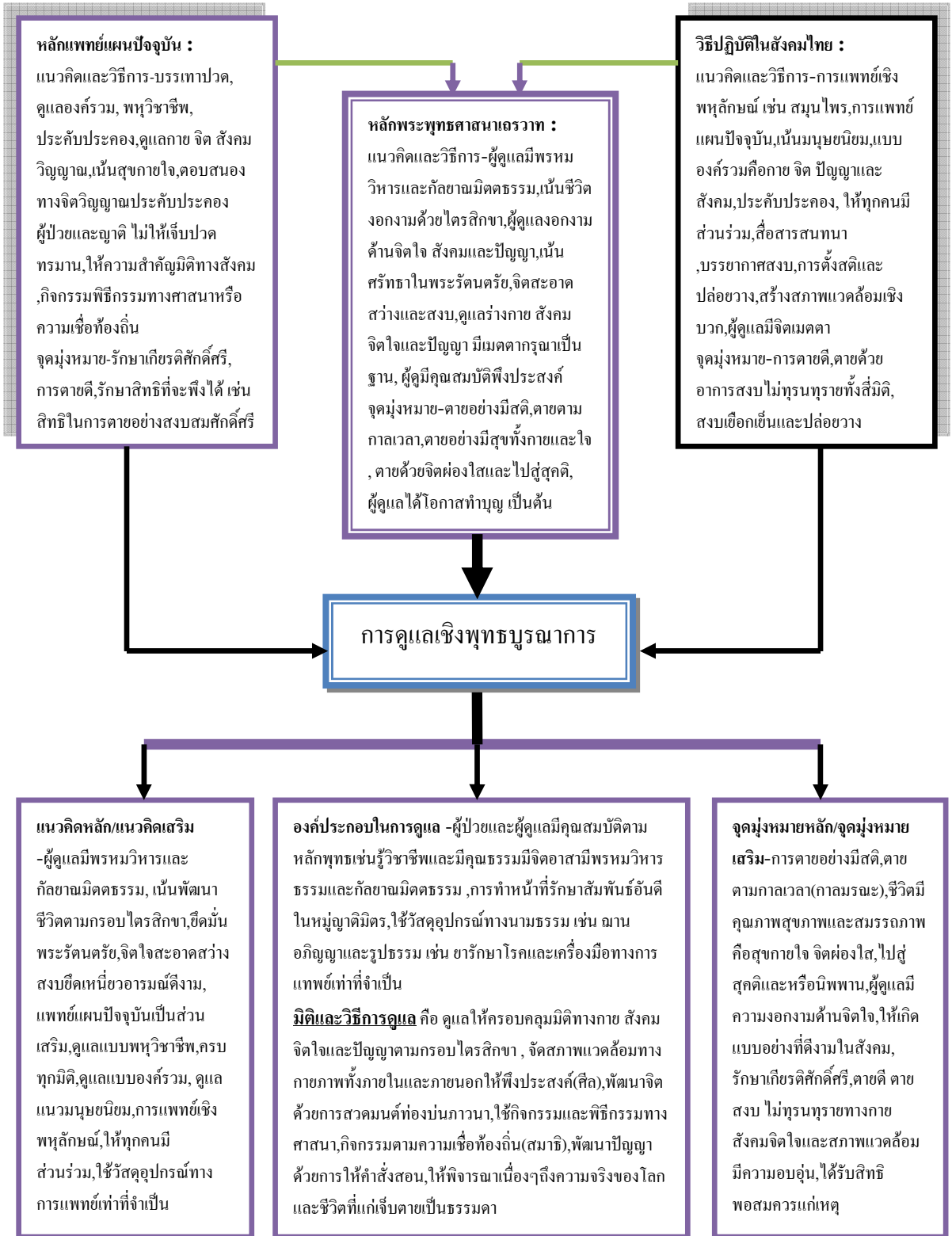
๖) ข้อความในตอนที่ว่าด้วยจุดมุ่งหมายในการรักษาตามหลักพระพุทธศาสนาที่ว่า “ปาฏิหาริย์” ควรตัดออกไป เพราะคำว่า “ปาฏิหาริย์” ตามหลักพระพุทธศาสนา ไม่ได้หมายถึงสิ่งที่เกิดขึ้นมาโดยไม่มีเหตุปัจจัยรองรับ “ปาฏิหาริย์” ตามหลักพระพุทธศาสนา หมายถึง สิ่งที่เกิดจาก

การประกอบด้วยเหตุปัจจัยของมนุษย์เอง โดยมีกรรม(คือกระทำ)ของมนุษย์เองเป็นสาเหตุหลัก มีสิ่งแวดล้อมภายนอกเป็นสาเหตุรอง

นี่คือความเห็นซึ่งเป็นประเด็นหลักที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ไว้ในการสนทนากลุ่ม(Focus Group) เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความถูกต้องของรูปแบบดังกล่าว และได้ให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมแล้ว ผู้วิจัยได้ประมวลสรุปข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด จัดกลุ่มและวิเคราะห์สรุปประเด็นสำคัญที่ควรเพิ่มเติมเพื่อให้รูปแบบสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รายละเอียดปรากฏตามแผนภูมิ ๕.๒ ดังนี้

แผนภูมิที่ ๕. ๒

แสดงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ



บทที่ ๖

สรุป และข้อเสนอแนะ

๖.๑ สรุป

งานวิจัยเรื่อง “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ” นี้มีเนื้อหาสำคัญ ๔ ตอนคือ (๑) แนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายทางการแพทย์แผนปัจจุบัน (๒) แนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายตามหลักพระพุทธศาสนาเถรวาท (๓) แนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายที่ถือปฏิบัติในสังคมไทย (๔) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ โดยในแต่ละตอนของตอนที่ (๑) ถึง (๓) นั้น ผู้วิจัยได้แบ่งหัวข้อในการดำเนินเรื่องเป็น ๕ หัวข้อเหมือนกัน ประกอบด้วย

๑. นิยามและความหมายของคำว่า “ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย”

๒. ลักษณะอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย

๓. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายแบบองค์รวม

๔. วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย

๕. จุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย

ข้อมูลที่ผู้วิจัยนำเสนอตั้งแต่ตอนที่ (๑) ถึงตอนที่ (๓) ครอบคลุม ๕ หัวข้อพอสรุปได้ดังนี้
ทางการแพทย์แผนปัจจุบันให้นิยามและความหมายไว้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย คือ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรคหรือกำลังใกล้ถึงวาระสุดท้ายแห่งชีวิต โดยทั่วไปหมายถึงระยะ ๖ เดือนสุดท้ายก่อนถึงความตาย มีลักษณะสำคัญ ๔ ประการคือ (๑) ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างรับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน (๒) อาการป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของโรคนั้นๆ (๓) ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต (๔) แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยใกล้ตาย

ลักษณะอาการของผู้ป่วย คือ

๑. อาการทางกาย มีลักษณะ(๑)อาการหลับ (๒)ความต้องการอาหารและน้ำลดลง (๓) ความรู้สึกตัวเย็นและสีของผิวหนังผิดปกติ (๔)ความจำเลอะเลือน ไม่รู้ตัว (๕)อาการทรมานทรมาย (๖)ไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย (๗)ปัสสาวะลดปริมาณ (๘)อาการน้ำคั่ง (๙) การหายใจผิดปกติ

๒. อาการทางจิต มีลักษณะ (๑) การซีดและการปฏิเสธ (๒) การโกรธแค้น (๓) การต่อรองเช่นยอมรับการรักษาโดยแพทย์ทางเลือกหรือแพทย์แผนโบราณ (๔) อาการซึมเศร้า (๕) การยอมรับ(ความจริง)

นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนยังมีประสบการณ์ใกล้ตายต่าง ๆ โดยมีความรู้สึกอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้ (๑) รู้สึกว่ามีร่างอีกร่างหนึ่ง(กายละเอียด) ออกไปจากร่างเดิม (๒) รู้สึกสงบ (๓) รู้สึกเหมือนกายละเอียดเข้าไปสู่อุโมงค์มืดทึบ (๔) รู้สึกเหมือนกายละเอียดเข้าหาแสงสว่าง (๕) มองเห็นศาสดาที่ตนนับถืออยู่ในแสงสว่าง (๖) รู้สึกว่ามีสิ่งกีดขวางระหว่างกายละเอียดกับแสงสว่างขณะกายละเอียดล่องลอยไปกับแสงสว่าง (๗) รู้สึกว่าตัวเองได้ท่องเที่ยวไปในที่ต่างๆ (๘) รู้สึกว่าได้พบกับญาติพี่น้องหรือคนรู้จักที่ตายไปก่อนแล้ว (๙) มองเห็นความดีความชั่วที่เคยทำไว้อย่างชัดเจน (๑๐) รู้สึกหวั่นหาอาทรญาติมิตร จึงมีความรู้สึกถึงแล้วจะตายจากไปหรือกลับไปหาญาติมิตร (๑๑) รู้สึกว่ามีพลังผลักดันกายละเอียดกลับเข้าสู่กายเนื้อ (๑๒) ผลที่เกิดจากมีประสบการณ์ใกล้ตายนี้ ทำให้เกิดภาพติดตาตรึงใจ ทำให้เขาไม่กลัวความตายอีกต่อไป และมีเจตคติเปลี่ยนไป กลายเป็นคนมีศรัทธาในศาสนา

หลักการแพทย์แผนปัจจุบันมีแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ดังนี้ (๑) ให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวดและอาการอื่นๆที่เป็นปัญหา (๒) ระลึกว่าความตายเป็นเรื่องปกติและเป็นธรรมชาติ (๓) ตระหนักว่าภาวะใกล้ตายเป็นการรับรู้ส่วนบุคคลและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องภายใต้บริบทของครอบครัว (๔) ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและให้การดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (๕) ใช้รูปแบบการทำงานแบบพหุวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลอย่างทั่วถึงในทุกมิติของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ และควรให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาทุกข์โศกของญาติภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต (๖) ให้การดูแลแบบประคับประคอง เคารพต่อชีวิตที่ดำเนินไปแบบธรรมชาติ ไม่ทำให้การตายเกิดขึ้นเร็วหรือชะลอเวลาออกไป (๗) เป็นบริการที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตพร้อมกับการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาสาเหตุของโรค (๘) ช่วยให้การดูแลแบบประคับประคอง และส่งเสริมสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

หลักการแพทย์แผนปัจจุบันมีวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายมี ๒ ลักษณะคือ

๑. การดูแลแบบประคับประคอง มี ๑๓ วิธีการย่อยคือ (๑) เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ (๒) การดูแลที่มีคุณภาพสูง (๓) ความปลอดภัยและประสิทธิผล (๔) สามารถเข้าถึงได้ (๕) ใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม (๖) ได้รับความร่วมมือ (๗) มีความรู้เป็นพื้นฐานในการดูแล (๘) ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (๙) ควบคุมอาการทั่วไปต่าง ๆ (๑๐) ควบคุมความเจ็บปวด (๑๑) ให้การประคับประคองจิตใจ (๑๒) ให้การดูแลครอบครัวผู้ป่วย (๑๓) ให้การประคับประคองทีมสุขภาพ

๒. การดูแลแบบองค์รวม มีวิธีการย่อยคือ

๒.๑ ดูแลประคับประคองมิติด้านร่างกาย มีวิธีการประกอบด้วย (๑) การรักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมานอันเนื่องจากโรคหรือการเจ็บป่วย (๒) การงดเว้นการรักษา

บางอย่างที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับตามขั้นตอนเพื่อชะลอการตาย (๓) การยุติการรักษาเพื่อชะลอการตายที่ผู้ป่วยได้รับอยู่

๒.๒ การดูแลระดับประคองมิติด้านจิตใจ

๒.๓ การดูแลระดับประคองมิติด้านสังคม มีวิธีการประกอบด้วย (๑) การได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย (๒) การให้และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัว (๓) การมีส่วนร่วมในการดูแล

๒.๓ การดูแลระดับประคองมิติด้านจิตวิญญาณ มีวิธีการประกอบด้วย (๑) ประเมินและบันทึกความต้องการทางจิตวิญญาณในระหว่างให้การดูแลเป็นระยะ (๒) สนับสนุนให้มีสถานที่หรือกิจกรรมส่งเสริมจิตวิญญาณเช่น ห้องพระ การทำบุญตักบาตร (๓) สอบถามและส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตามศรัทธาความเชื่อ

หลักการแพทย์แผนปัจจุบันมีจุดมุ่งหมายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายดังนี้

๑. รักษาเกียรติและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรี
๒. ให้ผู้ป่วยไปถึงจุดสุดท้ายแห่งชีวิตอย่างสงบที่เรียกว่า “การตายดี” หรือ “การตายอย่างมีความสุข”
๓. รักษาสิทธิที่จะพึงได้รับ เช่น สิทธิที่จะได้รับการปฏิบัติในฐานะที่เป็นมนุษย์ที่มีชีวิตจิตใจ สิทธิที่จะรับรู้และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล สิทธิที่จะได้รับการดูแลด้วยความเมตตา สิทธิที่จะแสวงหาความต้องการด้านจิตวิญญาณ สิทธิที่จะได้รับการบรรเทาความรู้สึกรบกวนทางกาย สิทธิที่จะแสดงออกถึงความรู้สึกรบกวนทางกาย สิทธิที่จะตายอย่างสงบ สมศักดิ์ศรี สิทธิที่คาดหวังว่าร่างกายของตนจะได้รับการปฏิบัติด้วยดี

นิยามและความหมายตามหลักพระพุทธศาสนาเถรวาทคือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายคือ ผู้ที่ถูกพยาธิครอบงำอย่างหนักเกิดความทุกข์ทางกาย หรือทุกข์ทางใจหรือทั้งกายและใจ ได้ โภชนะหรือยาที่เป็นสัปปายะหรือไม่เป็นสัปปายะก็ตาม ได้หมอรักษาที่ดีหรือไม่ดีก็ตาม ก็ไม่สามารถรักษาให้หายจากโรคได้ อยู่ในภาวะถูกภัยคือมรณะคุกคาม อยู่ในมรณาสันนกาล(ใกล้ถึงแก่ความตาย) โดยปรมัตถ์ หมายถึงช่วงเวลาใกล้ตายหรือในช่วงแห่งวิถีจิตใกล้ตายไม่เกิน ๑ ถึง ๒ ชั่วโมงก่อนตาย (อาสันนกาล) และช่วงเวลาจะตายหรือในช่วงแห่งวิถีจิตใกล้จะสิ้นไปไม่ถึง ๒๐ วินาทีก่อนจุติจิตเกิดขึ้น

พระพุทธศาสนาเถรวาทกล่าวถึงลักษณะอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ดังนี้
ระยะที่ ๑ ระยะใกล้ตาย

๑. อาการทางกาย มีความเจ็บปวดเร่าร้อนเกิดทุกขเวทนาอย่างสาหัส

๒. อากาทางจิต มีความไม่สบายใจ ท้อแท้หุดหู่เซื่องซึมเหงาหงอยเบื่อหน่าย เกิด โทมณัสซึ่งเป็นทุกข์เวทนาทางจิต มีชื่อเรียกว่าโทมณัสสินทริย์ เศร้าเสียใจ ตรอมใจ หมดกำลังใจ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ เกิดภวตัณหา คืออยากมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่อยากตาย

ระยะที่ ๒ ระยะกำลังจะตาย

จิตจะนึกคิดเรื่องต่างๆตามอำนาจของกรรมที่ได้กระทำไว้ เป็นมโนภาพปรากฏแก่ผู้ป่วย ระยะสุดท้ายใกล้ตาย เรียกว่า ธรรมารมณฺ์ แบ่ง ๓ คือ (๑) กรรมารมณฺ์ นึกถึงกรรมที่ตนทำไว้ ส่วนมากเป็นกรรมหนัก (๒) กรรมนิมิตารมณฺ์ นึกถึงอุปกรรมในการทำกรรมดีหรือไม่ดี (๓) คตินิมิตารมณฺ์ นึกถึงภพภูมิที่จะไปเกิดหลังตาย

พระพุทธศาสนาเถรวาท กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายว่า แพทย์ พยาบาล และญาติซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต้องมีพรหมวิหารธรรมคือเมตตากรุณาเป็นพื้นฐาน วางตนอยู่ในฐานะกัลยาณมิตรกล่าวคือมีกัลยาณมิตรธรรม ๗ มีความเป็นที่รัก เป็นต้น ในการรักษา ก็มุ่งให้เกิดการพัฒนาศักยภาพมนุษย์จนถึงวินาทีสุดท้ายแห่งชีวิตในมิติด้านศีล สมาธิ และปัญญา ตัวแพทย์ พยาบาลและญาติเองมีพัฒนาการด้านปัญญา เข้าใจโลกและชีวิต รู้เท่าทันชีวิตและความตาย มุ่งให้ผู้ป่วยมีศรัทธายึดมั่นพระรัตนตรัย ช่วยประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยให้สะอาด สว่าง สงบ ผ่องใสเพื่อให้ยึดเหนี่ยวอารมณ์ดีงามและไปสู่สุคติโลกสวรรค์หลังตาย

วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายตามหลักพระพุทธศาสนาเถรวาท เน้นการดูแลทั้ง ร่างกายและจิตใจ เห็นได้จากกรณีพระพุทธเจ้าทรงรักษาพระปุดิศาตติสสเถระที่ป่วยเป็นโรคกาย เน่าเปื่อย กรณีทรงรักษาพระเจ้าสุทโธทนะพุทธบิดาและกรณีรับสั่งให้พระอานนท์ไปดูแลรักษา พระศิริมานนท์ก็เช่นเดียวกัน และในการดูแลผู้ป่วยก็เน้น **การใช้เมตตากรุณาเป็นพื้นฐานเพื่อดูแลแบบ** องค์กรรวมครอบคลุม ๔ มิติ คือ (๑) มิติทางกาย (๒) มิติทางสังคม (๓) มิติทางจิตใจ (๔) มิติทางปัญญา โดยผู้ดูแลผู้ป่วยควรมีคุณสมบัติประกอบด้วย (๑) สามารถจัดยาได้ (๒) ทราบสิ่งที่เป็นสัป ปายะและสิ่งที่ไม่เป็นสัปปายะต่อผู้ป่วย (๓) มีจิตเมตตาพยาบาล ไม่เห็นแก่อาภิมพยาบาล (๔) ไม่ รังเกียจที่จะนำอุจจาระ ปัสสาวะ อาเจียน หรือน้ำลายออกไปทิ้ง (๕) สามารถชี้แจงให้ภิกษุใช้ เห็นชัด ชวนใจให้อุบายกรับเอาไปปฏิบัติ

ตามหลักพระพุทธศาสนาเถรวาท การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายควรมี ๓ หลักคิด หลักคิดที่ ๑ คือ การทำให้ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ก่อนตาย หลักคิดที่ ๒ การทำให้ชีวิตยืน ยาวต่อไปได้นาน เป็นสิ่งที่พึงประสงค์และพึงกระทำ ตามกาลเวลา(กาลมรณะ) เพราะเหตุ ปัจจัยที่ทำให้ชีวิตสั้นลงกว่าที่ควรจะเป็นหรือยืนยาวต่อไปทั้งที่ควรจะสิ้นสุดแล้วนั้นมีหลายอย่าง ที่ เรียกว่า “กรรม” หลักคิดที่ ๓ การทำให้ชีวิตให้มีคุณภาพ สุขภาพ และสมรรถภาพก่อนตาย โดยมี จุดมุ่งหมายสำหรับผู้ป่วยมีสุขทางกาย สุขทางใจ มีจิตผ่องแผ้วในวาระสุดท้ายก่อนสิ้นชีวิต ไปสู่

สุคติโลกสวรรค์หลังตาย ท้ายที่สุดถ้าเป็นไปได้ก็ให้มีสุขอันเกิดจากนิพพานในกรณีที่อุปนิสัยองค์ประกอบพร้อมเช่นกรณีของพระพุทฺธิคตติสสเถระ นอกจากนี้ ยังมีจุดมุ่งหมายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย มี ๔ ระดับ คือ (๑) ให้มีโอกาสแสดงกตัญญูกตเวทิตาธรรม (๒) ให้มีความเข้าใจโลกและชีวิตอันเนื่องมาจากการได้คลุกคลีอยู่กับความเจ็บป่วย มีจิตงอกงามพัฒนา (๓) ให้ได้โอกาสทำบุญมีจิตอาสาที่ได้ดูแลผู้ป่วย (๔) ให้มีการสร้างแบบอย่างดีงามแก่สังคมในเรื่องความเอื้อเฟื้อเกื้อกูลกัน

ประเด็นเกี่ยวกับนิยามและความหมายตามทีถื่อปฏิบัติในสังคมไทย คำว่า “ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย” ได้แก่ผู้ป่วยซึ่งกำลังรับการรักษายู่ ณัั้น เป็นผู้ที่แพทย์ทราบแน่ชัดว่าไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้นานพอ ผู้ที่อยู่ในภาวะความเจ็บป่วยที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมวินิจฉัยแล้วว่าภาวะนั้นนำไปสู่ความตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และผู้ที่สูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของสมอง ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร อยู่ในสภาวะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายสภาวะดังนี้ (๑) ไม่รู้สึกตัวอย่างถาวร (๒) มีอาการสับสนอย่างถาวร (๓) ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ (๔) อยู่ในวาระสุดท้ายแห่งการเจ็บป่วย

ลักษณะอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายตามทัศนะทีถื่อปฏิบัติในสังคม ประกอบด้วย (๑) ความเจ็บปวด (๒) ระบบทางเดินอาหารผิดปกติ (๓) ระบบหายใจผิดปกติ (๔) ระบบปัสสาวะผิดปกติ (๕) ผิวน้ำน้ผิดปกติ (๖) อาการระอื่ก ผอมแห้งแรงน้อย สับสน กระสับกระส่าย (๖) จิตใจซึมเศร้าว่าวุ่นและวิตกกังวล (๗) เป็นห่วงหรือกังวลคนที่มีชีวิตอยู่ (๘) เกรียดและกลัวความตาย (๙) ท้อแท้หมดกำลังใจ (๑๐) มีความสับสนในการรับรู้ การคิดและการแสดงออก

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายตามทีถื่อปฏิบัติในสังคมไทย คือ (๑) ดูแลด้วยการแพทย์เชิงพหุลักษณะ เช่น ยาสมุนไพรร (๒) ดูแลด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน เพราะถือว่ามีความสำคัญในฐานะเป็นเวชปฏิบัติทางหลักอย่างหนึ่ง ที่คอยช่วยส่งเสริมสนับสนุนในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายให้ได้ผลดีในด้านร่างกายเป็นหลัก (๓) ดูแลแนวมนุษยนิยม โดยอยู่บนหลักคิดที่ว่า มนุษย์เป็นสิ่งหนึ่งในธรรมชาติ มีศักดิ์ศรีและมีความสามารถที่จะพัฒนาตนเอง (๔) ดูแลรักษาแบบองค์รวมครอบคลุมมิติทางกาย มิติทางจิต มิติทางปัญญา มิติทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (๕) ดูแลรักษาแบบประคับประคองชีวิต ให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด และมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยตายด้วยอาการอันสงบ (๖) ดูแลรักษาแบบให้ทุกคนมีส่วนร่วมโดยอาศัยการทำงานเป็นทีม

วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายที่นิยมถือปฏิบัติในสังคมไทย คือ (๑) วิธีการแบบสื่อสารสนทนา เช่น การกล้าพูดความจริงเกี่ยวกับการป่วย การบรรเทาอาการทางใจ (๒) วิธีการแบบ องค์รวม เช่น การดูแลด้านร่างกาย โดยให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ให้อาหารแต่พอเหมาะ

สร้างบรรยากาศที่สงบ หลีกเลี้ยงการรักษาที่จะให้เกิดความเจ็บปวดในกรณีที่เกิดความจำเป็น เช่น การดูแลคนชรา การใส่ท่อสายยาง ใช้ยาระงับความเจ็บปวดอย่างระมัดระวัง ดูแลด้านจิตใจ เช่น การทำบุญตักบาตร การสวดมนต์ไหว้พระ การให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ ให้ยอมรับความตายที่จะมาถึง ช่วยให้จิตใจจดจ่อต่อสิ่งที่ดีงาม ช่วยปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาใจ ช่วยให้ปล่อยวาง สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ ดูแลด้านสังคม โดยยึดถือครอบครัวของผู้ป่วยและเครือข่ายสังคมให้เป็นส่วนหนึ่งในทีมดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีญาติมิตร นอกจากนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยควรมีคุณสมบัติของประกอบด้วย (๑) เป็นผู้ปฏิบัติธรรม มีสัมปัสสพิเศษเป็นคนมีองค์มีเทพหรือคนทรง ต้องมีจิตเมตตา มีความรัก มีความจริงใจต่อผู้ป่วย (๒) มีทรศนะและทำที่เชิงบวกเสมอ (๓) มีทักษะในการดูแลเช่นทักษะในการสื่อสาร (๔) เป็นคนที่ผู้ป่วยรัก ไว้วางใจและศรัทธา (๕) เข้าใจเรื่องโรคร้ายไข้เจ็บและมีจิตอาสา ดูแลด้านจิตวิญญาณและปัญญา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสงบเย็น ไร้กังวล การดูแลด้านจิตวิญญาณและปัญญาอยู่บนฐานคิดที่ว่าผู้ป่วยซึ่งเป็นศาสนิกของแต่ละศาสนาต่างเชื่อในหลักกฎแห่งกรรมและชีวิตหลังความตาย เพียงแต่อาจจะมีรูปแบบและการตีความหมายที่แตกต่างกันเท่านั้น การดูแลด้านจิตวิญญาณและปัญญาตามหลักพระพุทธศาสนามีหลายรูปแบบ เช่น “การบอกหนทาง” คือ การพูดคุยใจและการเตรียมสติให้ผู้ที่กำลังจะตายระลึกถึงกรรมดีที่เคยทำไว้ โดยผู้ที่อยู่ใกล้ต้องจัดดอกไม้ ธูป เทียน บรรจุลงในกรวยใบตองเพื่อให้ผู้จะตายถือไว้ หรืออาจเอาธูปหอม ๓ ดอก ๕ ดอก หรือ ๗ ดอกมาจุดเพื่อให้ผู้ที่กำลังจะตายได้กลิ่นควันธูป การแนะนำให้ระลึกถึง พระพุทธ พระธรรม และพระสงฆ์ หลักของศาสนาอิสลามนิยมเตือนให้ผู้ป่วยสำนึกผิดและขอภัยจากอัลเลาะห์และเตือนให้กล่าว “ลาอิลาฮะอิลลัลลอฮ์” (ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลเลาะห์) ซึ่งเป็นถ้อยคำที่ดำรงอยู่คู่ชีวิตของชาวมุสลิม สิ่งสำคัญที่สุดคือ การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้รักษา กับผู้ป่วยและครอบครัว การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทำในสิ่งที่ต้องการตามความเชื่อทางด้านจิตวิญญาณ จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถผ่านพ้นวิกฤตและจากไปอย่างสงบหรือที่เรียกว่า “ตายดี”

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายมีจุดมุ่งหมายสูงสุดอยู่ที่ “การตายดี” หรือ “การตายอย่างสงบ” หมายถึงผู้ป่วยไม่ต้องทุกข์ทรมานทางกายและทางใจมากเกินไป มีกายสงบ มีสิ่งแวดล้อมที่ดีอยู่ในท่ามกลางธรรมชาติ เต็มไปด้วยเสียงนกร้อง อากาศดี ท่ามกลางมิตรสหาย ครอบครัว บุคคลอันเป็นที่รัก อยู่ในท่ามกลางบรรยากาศที่มีสมาชิกในครอบครัวและผู้ใกล้ชิดมากล่าวอำลากัน ผู้ป่วยจิตใจสงบ ปล่อยวาง สิ้นภาระและปล่อยวางอย่างสิ้นเชิง มีปัญญาเห็นความจริงตามธรรมชาติ ทำดีที่สุด ให้ตายไปด้วยจิตผ่องแผ้ว เพราะจะเป็นหลักประกันว่า หลังจากตายแล้วจะไปสู่สุคติโลกสวรรค์

เมื่อนำเสนอข้อมูลทั้ง ๓ ตอนครบ ๕ หัวข้อแล้ว ได้มีการนำประเด็นในหัวข้อที่ ๓ ว่าด้วยแนวคิดการดูแลผู้ป่วย หัวข้อที่ ๔ วิธีการดูแลผู้ป่วย และหัวข้อที่ ๕ ว่าด้วยจุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยทำตามตารางเปรียบเทียบ ทำการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสีย และบูรณาการเป็นแนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธ ซึ่งเป็นเนื้อความในตอนที่ ๔ สำระสำคัญที่ได้จากการบูรณาการ สรุปได้ดังนี้

๑. แนวคิดและวิธีการเกี่ยวกับการดูแล คือ ในเบื้องต้น ผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต้องมีพรหมวิหารธรรมคือเมตตากรุณาเป็นพื้นฐาน มีกัลยาณมิตตธรรม ๗ มีพัฒนาด้านศีล สมาธิ และปัญญา โดยส่วนตัวผู้ดูแลเองก็มีพัฒนาการด้านปัญญา เข้าใจโลกและชีวิต รู้เท่าทันชีวิตและความตาย มุ่งให้ผู้ป่วยมีศรัทธายึดมั่นพระรัตนตรัย ช่วยประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยให้สะอาด สว่าง สงบ ผ่องใสเพื่อให้ยึดเหนี่ยวอารมณ์ที่ดีงามและไปสู่สุคติโลกสวรรค์หลังตาย ต่อจากนั้นจึงทำการดูแลนวัตกรรมหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน ทำงานดูแลแบบพหุวิชาชีพเพื่อให้การดูแลทั่วถึงทุกมิติ ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยการแพทย์เชิงพหุลักษณะครอบคลุมด้านอาหาร การออกกำลังกายตามหลักอายุรเวช ใชยาสมุนไพร วาริบำบัดเป็นต้น ให้การดูแลแนวมนุษยนิยมที่ให้ความสำคัญแก่ความเป็นมนุษย์ ดูแลแบบองค์รวม และดูแลแบบให้ทุกคนมีส่วนร่วม โดยการดูแลจะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ต้องมีองค์ประกอบในการดูแลประกอบด้วย

๑.๑ ผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ดีและสามารถดูแลได้ง่ายมีลักษณะ ๕ ประการ คือ (๑) ทำสิ่งที่ เป็นสัพปาเย (๒) รู้จักประมาณในสิ่งที่ เป็นสัพปาเย (๓) กินยา (๔) บอกอาการป่วยตามความเป็นจริงแก่ผู้พยาบาลที่ปรารถนาประโยชน์ เช่น บอกอาการป่วยที่กำเริบว่ากำเริบ บอกอาการป่วยที่ทุเลาว่าทุเลา บอกอาการป่วยที่ยังทรงอยู่ว่าทรงอยู่ (๕) เป็นผู้อดกลั้นต่อเวทนาทั้งหลายอันมีในร่างกาย (๖) ผู้ป่วยมีนิสัยรักความเป็นระเบียบเรียบร้อย รักสะอาด (๗) ผู้ป่วยต้องมีศรัทธาในพระรัตนตรัย (และหรือในหลักศาสนาที่ตนนับถือ) รู้เท่าทันธรรมชาติของโลกและชีวิตที่อยู่ภายใต้กฎแห่งไตรลักษณ์ (๘) มีหลักอิทธิบาท ๔ อยู่ในจิตใจอย่างสมบูรณ์

๑.๒ ผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยควรมีลักษณะที่พึงประสงค์ ๕ ประการ คือ (๑) สามารถจัด ยาได้อย่างเหมาะสม (๒) ทราบสิ่งที่ เป็นสัพปาเยและสิ่งที่ไม่เป็นสัพปาเยต่อผู้ป่วย นำสิ่งที่ไม่เป็นสัพปาเยออกไป นำสิ่งที่ เป็นสัพปาเยเข้ามา (๓) มีจิตเมตตาพยาบาล ไม่เห็นแก่อาภิสพยาบาล (๔) ไม่รังเกียจที่จะนำอุจจาระ ปัสสาวะ อาเจียน หรือน้ำลายออกไปทิ้ง (๕) สามารถชี้แจงให้ภิกษุ ไข้เห็นชัด ชวนใจให้อุบายรับเอาไปปฏิบัติ เร้าใจ ให้อาหาญแก่ลี้ก้า ปลอดภัยโลมใจให้สดชื่น ร่าเริงด้วยธรรมีกถาตามกาลอันควร (๖) มีนิสัยรักความเป็นระเบียบเรียบร้อย รักสะอาด (๗) มีหลักพรหมวิหาร ๔ คือ เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา (๘) มีสาราณียธรรม ๖ โดยเฉพาะใน ๓ ข้อแรกคือ

เมตตากายกรรม เมตตาวจีกรรม เมตตามโนกรรม (๘) ชั้นดิฐธรรมและโสรัจธรรม (ความสงบเยือกเย็น)

๑.๓ **ญาติมิตร** มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่างผู้ป่วยกับญาติมิตร ในฐานะต่างๆ เช่น บิดามารดาคอยอยู่ในฐานะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย บุตรธิดาพึงบำรุงบิดามารดาโดยหน้าที่ ๕ ประการ คือ (๑) ท่านเลี้ยงเรามา เราจักเลี้ยงท่านตอบ ยิ่งในยามเจ็บป่วยหนักยิ่งต้องดูแลท่านเป็นพิเศษ รวมถึงการให้ได้รับการรักษาทางการแพทย์ตามความเหมาะสมกับตนเอง (๒) จักทำกิจของท่าน ดูแลการงานหรือหน้าที่ที่ท่านรักและผูกพันแทนท่านได้ (๓) รักษาและดำรงวงศ์ตระกูลแทนท่าน (๔) ประพฤติตนให้เหมาะสมที่จะเป็นทายาท ไม่นำความเสื่อมเสีย เดือดมาให้ครอบครัว และ (๕) เมื่อท่านล่วงลับไปแล้วทำบุญอุทิศให้ท่าน เป็นต้น

๑.๔ **วัสดุอุปกรณ์ในการดูแลรักษา** ควรมีทั้งวัสดุอุปกรณ์เชิงนามธรรม เช่น **ฌานอภิญญา** ดังกรณีที่พระพุทธเจ้าทรงรักษาพระเจ้าสุทโธทนะ ทรงลูบลงที่พระเศียรของพระเจ้าสุทโธทนะ ทรงเช็ดพระพักตร์ของพระบิดาด้วยน้ำที่พระสารีบุตรนำมาถวาย พระอานนทยกมือลูบที่พระหัตถ์เบื้องซ้าย อาพาธกล้าข้างซ้ายก็เพลาลง และวัสดุอุปกรณ์รูปธรรม เช่น การรักษาโรคด้วยยาสมุนไพร การรักษาด้วยยาแพทย์แผนปัจจุบันก็มีความจำเป็น เช่น ยาขับเสมหะ แต่ไม่ควรให้ยาระงับความเจ็บปวดมากเกินไปกว่าความจำเป็น เช่น มอร์ฟีนขนาดสูงเพราะอาจกดทับระบบประสาทและศูนย์หายใจได้

๑.๕ **มิตที่จะดูแล แนวทางเตรียมการ และวิธีการดูแล** มิตที่จะดูแลและวิธีการดูแลครอบคลุม ๔ ด้าน คือ (๑) มิตทางกาย-ศีลสิกขา จัดระเบียบกายจนผมเล็บฟันหนัง เสื้อผ้าอาภรณ์ ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม (๒) มิตทางสังคม-ศีลสิกขา ให้มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีความเกื้อกูลเห็นอกเห็นใจกันระหว่างผู้ป่วยกับญาติมิตร (๓) มิตทางจิตใจ-สมาธิสิกขา ให้มีจิตมีสมรรถภาพมีความเข้มแข็งอาจสามารถ โดยใช้หลักสมถภาวนาหรือสมถกรรมฐานที่เหมาะสม ให้มีจิตมีคุณภาพมีคุณธรรม (๔) มิตทางปัญญา-ปัญญาสิกขา ให้เกิดความรู้เข้าใจโลกและชีวิต รู้เท่าทันว่าทุกอย่างเกิดขึ้น ตั้งอยู่ ดับไปตามธรรมชาติ เกิดแก่เจ็บตายเป็นเรื่องธรรมดา นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาปัญญาโดยหลักวิปัสสนากรรมฐานแบบง่าย ๆ การให้กำลังใจโดยการประกอบพิธีกรรมตามหลักศาสนา หรือความเชื่อถือท้องถิ่น

การจัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด สว่าง สงบ สวยงามถูกกับจริตของผู้ป่วยก็เป็นสิ่งสำคัญ เพราะจะทำให้อายตนะภายในของผู้ป่วยได้สัมผัสกับอายตนะภายนอกที่ดีงามพึงประสงค์ ถูกกับจริต ขอยกตัวอย่างให้เห็นภาพสภาพแวดล้อมที่พึงประสงค์ ดังนี้

“ในที่ที่ไม่ไกลจากอาศรมนั้น มีสระ โบกขรณี ณ ภูมิภาคอันน่ารื่นรมย์ คารคายไปด้วยดอกปทุมและดอกอุบล เหมือนสระ โบกขรณีที่อยู่ในอุทยานนันทวันของเหล่าเทวดา ในสระ โบกขรณี

นั้น มีอุบลอยู่ ๓ เหล่าคือ อุบลเขียว อุบลขาว และอุบลแดง งามตระการตามากมาย มีน้ำใสสะอาด มองเห็นฝูงปลา เต่า และปูเป็นจำนวนมากที่กำลังว่ายน้ำมาเป็นกลุ่ม หนึ่ง ในสระโบกขรณีนั้น มีปลาแหวกว่ายอยู่ในน้ำมากชนิด คือ ปลาตะเพียน ปลาช่อน ปลาคูจ กระเช้ ปลามังกร ปลาภา...”

สภาพแวดล้อมอย่างนี้ นับว่าเกื้อกูลอย่างยิ่งแก่ผู้ป่วย เมื่อเกิดการรับรู้ทางตา(จักขุวิญญาณ) การรับรู้ทางหู(โสตวิญญาณ) การรับรู้จมูก(ฆานวิญญาณ) แม้เพียง ๓ ช่องทางนี้ก็จะก่อให้เกิดการรับรู้ทางใจ(มโนวิญญาณ) เป็นความเพลิดเพลินเจริญใจ เมื่อจิตสบาย กายแม้จะเจ็บป่วยหนักก็บรรเทาเบาบางลงได้

๒. จุดมุ่งหมายในการดูแล ในเบื้องต้น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายมี ๓ หลักคิด คือ (๑) การทำให้ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ก่อนตาย (๒) การทำให้ชีวิตยืนยาวต่อไปได้นาน เป็นสิ่งที่พึงประสงค์และพึงกระทำ ตามกาลเวลา(กาลมรณะ) เพราะเหตุปัจจัยที่ทำให้ชีวิตสั้นลงกว่าที่ควรจะเป็นหรือยืนยาวต่อไปทั้งที่ควรจะสิ้นสุดแล้วนั้น มีหลายอย่าง ที่เรียกว่า “กรรม” (๓) การทำให้ชีวิตให้มีคุณภาพ สุขภาพ และสมรรถภาพก่อนตาย โดยมีจุดมุ่งหมายสำหรับผู้ป่วยมีสุขภาพ ใจ สุขทางใจ มีจิตผ่องแผ้วในวาระสุดท้ายก่อนสิ้นชีวิต ไปสู่สุคติโลกสวรรค์หลังตาย ท้ายที่สุดถ้าเป็นไปได้ก็ให้มีสุขอันเกิดจากนิพพานในภพที่อุปนิสัยองค์ประกอบพร้อม เช่น ภพของพระพุทธานุสสติสเถระ นอกจากนี้ ยังมีจุดมุ่งหมายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย มี ๔ ระดับ คือ (๑) ให้มีโอกาสแสดงกตัญญูกตเวทิตาธรรม (๒) ให้มีความเข้าใจโลกและชีวิตอันเนื่องมาจากการได้คลุกคลีอยู่กับความเจ็บป่วย มีจิตองงามพัฒนา (๓) ให้ได้โอกาสทำบุญมีจิตอาสาที่ได้ดูแลผู้ป่วย (๔) ให้มีการสร้างแบบอย่างดีงามแก่สังคมในเรื่องความเอื้อเพื่อเกื้อกูลกัน

นอกจากนี้ ควรนำหลักการแพทย์แผนปัจจุบันและหลักการที่ถือปฏิบัติในสังคมไทยเข้ามาเสริม คือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายมีจุดมุ่งหมายเพื่อ (๑) รักษาเกียรติและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรี (๒) ให้ผู้ป่วยไปถึงจุดสุดท้ายแห่งชีวิตอย่างสงบที่เรียกว่า “การตายดี” หรือ “การตายอย่างมีความสุข” ให้มีการตายดีที่พึงประสงค์ ประกอบด้วยมิติ ๔ ด้านคือ มิติทางกาย ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ไม่ทรมานทรมาน ไม่เจ็บปวด มิติทางสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยตายท่ามกลางธรรมชาติ อากาศดี ท่ามกลางมิตรสหาย ครอบครัว บุคคลอันเป็นที่รัก มิติทางสังคม ผู้ป่วยตายไปท่ามกลางบรรยากาศที่มีสมาชิกในครอบครัวและผู้ใกล้ชิดมากแล้วอำลากัน มิติทางจิตใจ ผู้ป่วยตายไปด้วยจิตใจสงบ ปล่อยวาง สันถาระและปล่อยวางอย่างสิ้นเชิง มีปัญญาเห็นความจริงตามธรรมชาติ ท้ายที่สุด ต้องตายไปด้วยจิตผ่องแผ้ว เพราะจะเป็นหลักประกันว่า หลังจากตายแล้วจะไปสู่สุคติโลกสวรรค์ ให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิขั้นพื้นฐาน เช่น สิทธิที่จะได้รับการปฏิบัติในฐานะที่เป็นมนุษย์ที่มีชีวิตจิตใจ สิทธิที่จะรับรู้และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล สิทธิที่

จะแสวงหาความต้องการด้านจิตวิญญาณ สิทธิของครอบครัวที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล สิทธิที่จะตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรี สิทธิที่คาดหวังว่าร่างกายของตนจะได้รับการปฏิบัติด้วยดี

๖.๒ ข้อเสนอแนะ

๖.๒.๑ ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์

(๑) ปัจจุบัน กระแสการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายด้วยวิธีการแบบการแพทย์ทางเลือกกำลังเป็นที่นิยม แต่การแพทย์ทางเลือกเชิงพุทธบูรณาการนี้ยังเป็นที่รู้จักกันเฉพาะในหมู่คนที่เป็นพุทธศาสนิกชน ดังนั้น ควรมีการตีพิมพ์เผยแพร่ผลการวิจัยในลักษณะอย่างนี้ให้เป็นที่รับรู้ของสังคม โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน ควรศึกษาแนวคิดและวิธีการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการนี้ เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเป็นที่พอใจ

(๒) รัฐหรือผู้บริหารสถานพยาบาลควรนำผลการวิจัยนี้ไปเป็นกรอบในการกำหนดนโยบายและมาตรการในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ซึ่งจะทำให้กระแสการแพทย์ทางเลือกเชิงพุทธบูรณาการนี้เป็นที่แพร่หลายทั้งในและต่างประเทศ

๖.๒.๒ ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยครั้งต่อไป

(๑) ควรมีการทำวิจัยเชิงสำรวจเรื่อง “ประสบการณ์ของแพทย์ พยาบาล และญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย” เพื่อนำองค์ความรู้อันเกิดจากประสบการณ์ของท่านเหล่านี้มาประมวลเข้าด้วยกันแล้ววิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อยและนำแนวทางเสริมจุดเด่นและแก้ไขจุดด้อยต่อไป

(๒) ควรมีการทำวิจัยเรื่อง “ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายระหว่างวิธีการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์ทางเลือก และวิธีเชิงพุทธบูรณาการ” เพื่อนำเสนอจุดเด่น จุดด้อยของแต่ละวิธีการแล้วประมวล/บูรณาการเป็นแบบเดียว

(๓) ควรมีการทำวิจัยเรื่อง “คุณภาพชีวิตของแพทย์ พยาบาล และญาติผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย” เพื่อนำเสนอหลักการและวิธีการดำเนินชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์และญาติเหล่านี้ ซึ่งคลุกคลีอยู่กับสถานการณ์ที่ดูเหมือนจะมีความกดดัน ซึ่งจะเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิตของทั่วไปและคนที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายแต่ไม่มีประสบการณ์หรือประสบปัญหาในการทำงาน

บรรณานุกรม

(ก) ภาษาไทย

๑) ข้อมูลปฐมภูมิ

มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. **พระไตรปิฎกภาษาไทย**.ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. กรุงเทพฯ
มหานคร : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๓๕.

มหามกุฏราชวิทยาลัย. **พระไตรปิฎกและอรรถกถาแปล**. พิมพ์ครั้งที่ ๔. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์
มหามกุฏราชวิทยาลัย, ๒๕๔๓.

๒) ข้อมูลทุติยภูมิ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. **เอกสารความรู้ ผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ**,
พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, ๒๕๕๑.

กองวิชาการ สำนักงานอธิการบดี บัณฑิตวิทยาลัย และคณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัย

มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. **เอกสารประกอบการสัมมนาสร้างหลักสูตรพุทธศาสตร
มหาบัณฑิต เรื่องชีวิตและความตาย**. ๒๕๔๘ (เอกสารสำเนา).

เกลน เอช. มุลลิน (เขียน), **มรณสติแบบธิเบต, พุทธวิธีเพื่อต้อนรับความตาย แปลและเรียบเรียงโดย
ภัทรพร สิริกาญจน**, พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร:บริษัท ส่องสยาม จำกัด, ๒๕๔๕.

เกลน เอช. มุลลิน (เขียน). **พุทธวิธีเพื่อต้อนรับความตาย**. แปลและเรียบเรียงโดย ภัทรพร
สิริกาญจน. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ส่องสยาม จำกัด ๒๕๔๕.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ(บรรณาธิการ). **วัฒนธรรม ความตาย กับวาระสุดท้ายของ
ชีวิต: คู่มือเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. กรุงเทพมหานคร : บริษัท
หนังสือดีวัน จำกัด, ๒๕๕๐.

คณะอนุกรรมการจัดทำพจนานุกรมศัพท์เภสัชศาสตร์ สภาเภสัชกรรม. **พจนานุกรมศัพท์เภสัช
ศาสตร์ อังกฤษ-ไทย**, พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วิฑูรย์การปก, ๒๕๕๔.

ชักรุด ตูลกู รินโปเช. **สู่ความตายอย่างสงบ**. บุคยา(แปล),พจนา จันทรสันติ(บรรณาธิการ).

กรุงเทพมหานคร : หจก.สามลดา, ๒๕๕๐.

ชมรมชีวิตนันทารักษ์ เมตตานนุ โท ภิกขุ (บรรณาธิการ). **ธรรมะ 5 ศาสนาในการดูแลผู้ป่วยระยะ
สุดท้าย**, พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ที.เอ็น. พี พรินติ้ง จำกัด, ๒๕๔๕.

ดั่งตฤณ(นามแฝง). **ณ มรณา**. กรุงเทพมหานคร : เครือข่ายพุทธิกา, ๒๕๕๐.

- เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี(บรรณาธิการ). **“Palliative Care : การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ
วิธีแห่งการ คลายทุกข์”**. กรุงเทพมหานคร : บริษัท พิมพ์ดี จำกัด, ๒๕๔๒.
----- . **การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย**. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย (บรรณาธิการ).
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care improving care of the dying).
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๘.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี - โอนทัย เกียรติธาวงศ์ (บรรณาธิการ). **บทเรียนจากผู้จากไป : ผลึกความรู้
คนไข้ระยะสุดท้ายแบบไทย ๆ**. พิมพ์ครั้งที่ ๒, กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วน
สามลดาจำกัด, ๒๕๕๑.
- ทะเล ลามะ(เขียน). **เบิกบานในชีวิตและตายอย่างสันติ(Joy of living and dying in peace)**. แปล
โดย ชารา รินสานต์, พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร : ธนรัช, ๒๕๔๔.
- ทะเล ลามะ(เขียน), เจฟฟรีย์ ฮ็อบกินส์ (บรรณาธิการ/ถอดความเป็นภาษาอังกฤษ).
ช่วงขณะสุดท้ายแห่งชีวิต : คำอธิษฐานเพื่อการจากไปอย่างสุขสงบและ ชีวิตที่ดีกว่า.
แปลโดยชารา รินสานต์, กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิโกมลคีมทอง, ๒๕๔๘.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. **พยาบาล : เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Nurse: Being With
The Dying)**, พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๒.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. **จิตวิญญาณ มิติหนึ่งของการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๒.
- ทะเลลามะ(เขียน), เจฟฟรีย์ ฮ็อบกินส์ (บรรณาธิการและผู้ถอดความเป็นภาษาอังกฤษ), ชารา
รินสานต์ (แปล). **ช่วงขณะสุดท้ายแห่งชีวิต : คำอธิษฐานเพื่อการจากไปอย่างสุขสงบ
และชีวิตที่ดีกว่า**. กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิโกมลคีมทอง, ๒๕๔๘.
- นาลินี วงศ์พานิช (แปล), แพทย์หญิง. **ความตายกับภาวะใกล้ตาย (On Death and Dying By
Elisabeth Kubler –Ross)**, กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, ๒๕๒๕.
- บัว คลใจ. **“๗ ปีแห่งการเรียนรู้และเพิ่งเริ่มค้นหาความจริงในชีวิต”**, ใน **รวบรวมองค์ความรู้
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**, พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร :
กองการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๔๕.
- ป. หลงสมบุญ, พันตรี. **พจนานุกรม มคอ-ไทย**. กรุงเทพมหานคร : สำนักเรียนวัดปากน้ำภาษีเจริญ,
๒๕๔๐.
- ประเวศ วะสี. **องค์กรร่วมแห่งสุขภาพ : ทัศนะใหม่เพื่อคุณภาพและการบำบัดรักษา**.
กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง, ๒๕๓๖.

ประยูร ดิษฐานพงศ์. ความตายของมนุษย์ตายแล้วไปไหน. กรุงเทพมหานคร: ศักดิ์ชัยการพิมพ์, ๒๕๔๖.

ประสาน ต่างใจ (บรรณาธิการ). มุมมองเรื่องความตายและภาวะใกล้ตาย. กรุงเทพมหานคร : คบไฟ, ๒๕๓๙.

ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, รศ.นพ. และคณะ (บรรณาธิการ). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care : Improving Care of the Dying. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987) จำกัด, มปป.

พระธรรมโกศาจารย์ (พุทธทาสภิกขุ). หัวข้อธรรมในคำกลอน. กรุงเทพมหานคร : ธรรมสภา, มปป.

พระธรรมโกศาจารย์ (ประยูร ธมฺมจิตฺโต). ปัญญาต้องคู่กับกรุณาจึงจะพาชาติรอด. กรุงเทพมหานคร : มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๓.

พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต). การศึกษาเริ่มต้น เมื่อกิน อยู่ ดู ฟัง เป็น, พิมพ์ครั้งที่ ๔. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิพุทธธรรม, ๒๕๔๓.

_____. ธรรมกับการพัฒนาชีวิต, พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิพุทธธรรม, ๒๕๓๙.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต). การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์, พิมพ์ครั้งที่ ๖. กรุงเทพมหานคร: บริษัท สหธรรมิก จำกัด, ๒๕๕๑.

พระพุทธโฆสะ. วิสุทธิมรรค(ไทย). แปลและเรียบเรียงโดย สมเด็จพระพุฒาจารย์ (อาจ อาสภมหาเถร), พิมพ์ครั้งที่ ๖. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ธนาเพลส จำกัด, ๒๕๔๘.

พระสีลาจารย์เถร. อภิธรรมมัตถสังคหที่ปณี. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์วิญญูณ, ๒๕๔๗.

พระอนุรุธาจารย์. อภิธรรมมัตถสังคหะ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์วิญญูณ, ๒๕๔๗.

พระสุมังคลสามิตเถระ. อภิธรรมมัตถวิภาวินี. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์วิญญูณ, ๒๕๔๒.

_____. พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม, พิมพ์ครั้งที่ ๑๖. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอส. อาร์. พรินติ้ง แมส โปรดักส์ จำกัด, ๒๕๕๑.

_____. พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลศัพท์, พิมพ์ครั้งที่ ๑๑/๒, กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอส. อาร์. พรินติ้ง แมส โปรดักส์ จำกัด, ๒๕๕๑.

_____. พุทธธรรม ฉบับปรับปรุงและขยายความ (ธรรมทาน - ให้เปล่า). พิมพ์ครั้งที่ ๑๑. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ บริษัทสหธรรมิก จำกัด, ๒๕๔๙.

_____ . ภาวะผู้นำ, พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ธรรมสภา, ๒๕๕๑.

_____ . สุขภาวะองค์กรรวมแนวพุทธ. พิมพ์ครั้งที่ ๑๑. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๑.

_____ . กรรมของคนไทย ทำกันไว้เอง (ถึงเวลามาแก้กรรมกันเสียที), พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร : บริษัท จ. เจริญอินเตอร์พรีน (ประเทศไทย) จำกัด, ๒๕๕๓.

พระไพศาล วิสาโล. “ความตายในมิติทางสังคมและจิตวิญญาณ” เอกสารประกอบยกย่องหลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต เรื่องชีวิตและความตาย. สาขาวิชาชีวิตและความตาย คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๘, (เอกสารอัดสำเนา),

_____ . การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ. เครือข่ายพุทธิกา, ๒๕๕๕.

_____ . เหนือความตาย : จากวิกฤตสู่โอกาส. พิมพ์ครั้งที่ ๒, กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนสามลดา, ๒๕๕๕.

_____ . ระลึกถึงความตายสายนัก : เจริญมรณสติในชีวิตประจำวัน. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนสามลดา, ๒๕๕๑.

พระไพศาล วิสาโล และปรีดา เรืองวิชาธร. เષิญความตายอย่างสงบ :

สารและกระบวนการเรียนรู้ (ฉบับความรู้พื้นฐาน), พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร : บริษัทเคล็ดไทย จำกัด, ๒๕๕๕.

ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมศัพท์ปรัชญา อังกฤษ—ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน, พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: ราชบัณฑิตยสถาน, ๒๕๕๐.

ลักขมี ชาญเวชช์. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์, ๒๕๕๘.

วรพงษ์ เวชมาลีนนท์(บรรณาธิการ). ข่ายใยมิตรภาพ. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามลดา, ๒๕๕๑.

วรรณ จารุสมบัติ และวริศรา กริชไกรวรรณ. จากธุลี...สู่ดวงดาว : ประสบการณ์เรียนรู้จากช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต. กรุงเทพมหานคร : บริษัท มีดีกราฟฟิค จำกัด, ๒๕๕๐.

วิธาน ฐานะวุฑฒ์. หัวใจใหม่ ชีวิตใหม่ : สู่อิสราภาพแห่งความสุขฉบับพลัน (Instant Happiness), พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร : ปีติศึกษา, ๒๕๕๗.

วศิน อินทสระ. หลักคำสอนสำคัญในพระพุทธศาสนา(พุทธปรัชญาเถรวาท):อริยสัจ ๔, พิมพ์ครั้งที่ ๕. กรุงเทพมหานคร : มหามกุฏราชวิทยาลัย, ๒๕๕๐.

วันดี โภคะกุล. “ภาวะสุดท้ายของชีวิต”, ใน **คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายสำหรับประชาชน**. กรุงเทพมหานคร : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, มปป.

โสภณ นภทร. **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life Care : Improving Care of The Dying)**, พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (๑๙๘๗)

ส.ศิริรักษ์ (แปลและเรียบเรียง). **เตรียมตัวตายอย่างมีสติ(ฉบับขยายความ)**, พิมพ์ครั้งที่ ๒.

กรุงเทพมหานคร : บริษัทเคล็ดไทย, ๒๕๔๔.

สมเด็จพระมหาสมณเจ้า กรมพระปรมานุชิตชิโนรส. **ปฐมสมโพธิกถา** (ฉบับแปล) วัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามราชวรมหาวิหาร จัดพิมพ์. กรุงเทพมหานคร : บริษัท สหธรรมิก จำกัด, ๒๕๓๗.

สมบัติ ตริประเสริฐสุข (บรรณาธิการ). **ศาสตร์และศิลป์แห่งการดูแลผู้ป่วยเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิต**, พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร : หมอชาวบ้าน, ๒๕๔๖.

สมัคร บุราวาศ. **พุทธปรัชญา ๒๕ ศตวรรษ**, พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร : ศยาม, ๒๕๕๔.

สิวลี ศิริไล. **การเป็นแพทย์ : จากฮิปโปคราติส สู่อุค โลกาภิวัตน์**. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๒

สุเชาว์ พลอยชุม (ผู้รวบรวม). **สารานุกรมพระพุทธศาสนา : ประมวลจากพระนิพนธ์สมเด็จพระมหาสมณเจ้า กรมพระยาวชิรญาณวโรรส**, พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร : มหามกุฏราชวิทยาลัย, ๒๕๓๘.

สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และคณะ. **พจนานุกรมศัพท์แพทย์**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๒.

สุภาพร ดาวดี. **การใช้ทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทรในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติ**, ในวารสารคุณภาพการพยาบาล. ฉบับปฐมฤกษ์, ๒๕๔๘.

สุภาพร ดาวดี. **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. โรงพยาบาลแพริ, ๒๕๕๐.

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. **กฎหมายและข้อควรระวังของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ พยาบาล**, พิมพ์ครั้งที่ ๔ แก้ไขเพิ่มเติม. กรุงเทพมหานคร : วิญญูชน, ๒๕๕๑.

โสรัจจ์ หงศ์ลดารมภ์(บรรณาธิการ). **ความตายกับการตาย: มุมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๕.

สันต์ หัตถิรัตน์. **สิทธิที่จะอยู่หรือตายและการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง**, พิมพ์ครั้งที่ ๑ แก้ไขปรับปรุง.

กรุงเทพมหานคร : หมอชาวบ้าน, ๒๕๔๓.

_____ . **การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี**. กรุงเทพมหานคร : หมอชาวบ้าน, ๒๕๕๒.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.), พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐.

พิมพ์ครั้งที่ ๕. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด สหพัฒน ไพศาล, ๒๕๕๑.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข :

กฎหมายและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.

นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, มปป.

_____ . ความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต (Living Will) :หนังสือแสดงเจตนาตาม

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๒. นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการ

สุขภาพแห่งชาติ, มปป.

สุชญา ศิริชัยกร. คู่มือตายดี(Handbook for good death). กรุงเทพมหานคร : ไทยรายวันการพิมพ์,

๒๕๕๒.

สุริย์ กาญจนวงศ์. จิตวิทยาสุขภาพ (Health Psychology). นครปฐม : โรงพิมพ์มูลนิธิหม่อมกุฎราช

วิทยาลัย, ๒๕๕๑.

แสง จันทร์งาม. พุทธศาสนวิทยา, พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร : บรรณาการ, ๒๕๓๕.

อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. “เรียนรู้จากสถานการณ์จริง : การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ให้ตายอย่างสงบ”, ใน รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, พิมพ์ครั้งที่ ๒.

กรุงเทพมหานคร : กองการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๔๙.

(๓) วิทยานิพนธ์ / งานวิจัย

รัชมน นามวงศ์. “ผลการสอนพยาบาลโดยใช้กรณีศึกษาต่อความสามารถในการตัดสินใจในการ

พยาบาลที่เน้นจริยธรรม และการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ

นักศึกษาพยาบาล”, วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๐.

พระธรรมโมลี (ทองอยู่ ญาณวิสุทฺโธ). “การศึกษาเปรียบเทียบแนวคิดเรื่องสุขภาพแบบองค์รวม

ในพระพุทธศาสนาเถรวาทกับแนวคิดตะวันตก”, สารนิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต.

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๐.

รศพร ประทุมวัน. “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรค้กับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพใน

การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร”, วิทยานิพนธ์ครุศาสตร์

มหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๓๔.

- ระนอง สรวยเอี่ยม. จริยศาสตร์กับปัญหาจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย. **วิทยานิพนธ์
อักษรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจริยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๑.**
- วิลาวณิช บุญมานุช. “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในสิทธิผู้ป่วย ความตระหนักในสิทธิผู้ป่วยกับ
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี”,
**วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,
๒๕๔๓.**
- สิวลี สิริไล, รศ.. บทความประกอบการบรรยาย เรื่อง “การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยสูติ-
นรีเวช”. การประชุมวิชาการเรื่อง การพยาบาลสูติ-นรีเวชวิทยา ครั้งที่ ๒ : ฝ่ายบริการ
พยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. วันพฤหัสบดีที่ ๑๖
กุมภาพันธ์ ๒๕๔๕.

(ข) ภาษาอังกฤษ

- Belinda Poor-Gail P.Poirrier. **End of Life Nursing Care.** United State of America , 2001.
- Brody H, Campbell ML, Faber-Langendoen K, Ogle KS., **Withdrawing intensive life sustaining
treatment-recommendations for compassionate clinical management.** N Engl J
Med, 1997.
- Buckman R, Kason Y. **How to break bad news: A guide for health-care professionals.**
London : Papermac, 1992”
- Christopher Elliott-Binns, **Medicine: The Forgotten Art?**, London: Pitman Publishing Ltd.,
1978.
- Clarke EB, Curtis R, Luce JM et al.. **Quality indicators for end-of-life care in
the intensive care unit,** Crit Care Med, 2003.
- Cook D, Rucker G, Marshall J, et al.. **Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of
death in the intensive care unit,** N Eng J Med, 2003.
- Corinne M. Lemmer. Recognizing and Caring for Spiritual needs of Clients, “**Journal of Holistic
Nursings**”, vol. 23 : No. 3 : Sept., 2005.
- Deborah Carr. A "Good Death" For Whom? Quality of Spouse's Death and. Psychological
Distress among Older Widowed Persons, **Journal of Health and Social Behavior,**
Vol. 44, No. 2, Jun, 2000.

- Elisabeth Kübler Ross. **Questions and Answers on Death and Dying: A Companion Volume to On Death and Dying**. New York: A Touchstone Book, 1997.
- _____. **On Death and Dying**. New York : MacMillan, 1969.
- Elizabeth Latimer. “Caring for seriously ill and dying patients: The Philosophy and Ethics. Canadian Medical Association Journal, Vol. 144, (1991).
- Fenwick P, Fenwick E.. **The truth in the light: an investigation of over 300 near-death experiences**, London: Headline, 1995.
- Greyson B.. **Near-death experiences and personal values**. Am J Psychiatry, 1983.
- _____. **The Near-death experience scale**. J Nerv Ment Dis, 1983.
- Insel M. Paul and Roth T. Walton. **Care concepts in Health**. 9th edition McGraw-Hill Companies, Inc. , 2002.
- John Ellershaw-Susie Wilkinson. **Care of the dying : A pathway to excellence**. Oxford University Press, 2003.
- K.K. Kuebler, J. Rynn, and J.V. Rohen. **Perspectives in palliative Care**. Seminars in Oncology Nursing 21 (1), 2005.
- Linda L. Emanuel and S. Lawrence Librach. **Palliative Care : Core Skills and Clinical Competencies**, 2nd edition. Missouri: Elsevier Saunders, 2011.
- Luce JM, Raffin TA.. **Withholding and withdrawal life support from critically ill patients**. Chest, 1988.
- Luce JM.. **Withholding and withdrawal life support from critically ill: how does it work in clinical practice**, Respair Care, 1991.
- Max Watson, Caroline Lucas, Andrew Hoy and Jo Wells. **Oxford Handbook of Palliative Care**, 2nd edition. New York: Oxford University Press, 2009.
- Mark H. Beers, MD, Editor-in-Chief and co-authors. **The Merck Manual of Medical Information**, Second Home Edition. New York : Merck & Co., Inc., 2003.
- Michael Peters, **BMA British Medical Association A-Z Family Medical Encyclopedia**, 5th edition. 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.
- Ruark JE, Raffin TA. “**Initiating and withdrawing of life support: Principle and practice in adult medicine**”, **Stanford Medical Center Committee on ethic**. N Engl J Med, 1988.
- Stephen R. Connor, **Hospice and Palliative Care : The Essential Guide**, 2nd Edition. New York : Taylor & Francis Group, LLC, 2009.
- 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.
- Thomas Lathrop Stedman. **Reference Stedman’s Medical Dictionary**. 26th Edition Illustrated in Color. Baltimore : Williams & Wilkins, 1995.
- Watson, J. **Nursing: The philosophy and science of caring**. Colorado: Associated University Press, 1985.
- Wass Hannelore, Berardo M. Felix , and Neimeyer A. Robert. **Dying Facing the Facts**. Cambridge: Hemisphere Publishing Corporation , 1998.

(ค) เว็บไซต์

<http://www.holisticmed.com/whatis.html> .

<http://nktiuro.tripod.com/hippocra.htm>

http://www.phraehospital.go.th/~nurse/link/km_nurse/med/gooddath.html

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวสุวรรณ์ แนวจำปา
เกิด	๕ มีนาคม ๒๕๐๕
สถานที่เกิด	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. ๒๕๑๙	ประถมศึกษา โรงเรียนอามาริอา อ. เมือง จ. อุบลราชธานี
พ.ศ. ๒๕๒๒	มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนนารีนุกูล อ. เมือง จ. อุบลราชธานี
พ.ศ. ๒๕๒๔	มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเบ็ญจะมะมหาราช อ. เมือง จ. อุบลราชธานี
พ.ศ. ๒๕๒๘	พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี
พ.ศ. ๒๕๔๕	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. ๒๕๒๘	พยาบาลวิชาชีพ ๓ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี
พ.ศ. ๒๕๓๑	พยาบาลวิชาชีพ ๔ ฝ่ายแผนงานและประเมินผล สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
พ.ศ. ๒๕๓๓	พยาบาลวิชาชีพ ๕ ฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี
พ.ศ. ๒๕๓๖	พยาบาลวิชาชีพ ๕ กองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. ๒๕๓๘	นักวิชาการสาธารณสุข ๖ กองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. ๒๕๔๕	นักวิชาการสาธารณสุข ๗ กองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. ๒๕๔๙ -ปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานส่งเสริมธุรกิจบริการ สุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
ที่อยู่ปัจจุบัน	๗๐๑/๒๐ ถนนวงศ์สว่าง แขวง/เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร ๑๐๘๐๐