

องค์ความรู้เรื่องจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*

KNOWLEDGE OF VOLUNTEERISM IN CARING

FOR TERMINALLY ILL PATIENTS

พระครูวินิตกมลธรรม,
Phrakhruwinitkamoldham
พระใบฎีกาศักดิ์ธัช แสงธง,
Phrabaidika Sakdithat Sangtong
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่
Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Phrae Campus
E-mail : Kamonmasl@gmail.com



บทคัดย่อ

ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด จนกระทั่งป่วยอยู่ในระยะท้ายหรือกำลังจะเสียชีวิตจากโรค เรียกว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการดูแลรักษาแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพทางด้านกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้น เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างสบาย ปราศจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ มีความเชื่อว่า การตายดีหรือการตายอย่างสงบและมีสติเป็นเรื่องสำคัญ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นการดูแลที่อาศัยบุคคลที่มีจิตอาสาเป็นหลักในการช่วยเหลือบุคคลอื่นให้ได้รับความสุข มีหลักพรหมวิหารธรรม มีเมตตากรุณาต่อผู้ป่วย มีความเป็นกลาง มีความเป็นธรรม เพราะความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีความซับซ้อน และมีการพัฒนาจิตอาสาของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหลักสังคหวัตถุธรรม ได้แก่ มีความเสียสละ มีความซื่อตรง มีความยุติธรรม ปราศจากอคติหรือความลำเอียงต่อบุคคลที่ตนช่วยเหลือ

คำสำคัญ : องค์ความรู้, จิตอาสา, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

* Received 29 March 2024; Revised 29 June 2024; Accepted 30 June 2024

Abstract

Terminally ill patients are individuals who are diagnosed to have incurable diseases that will eventually lead to their death. They need holistic caregiving that cover physical emotional, and spiritual care. The goals of taking care of terminally ill patients are helping them to eliminate physical and emotional pain from the dying process. It is believed that dying with a peaceful and pure mind is important. As the needs of terminally ill patients are varied, palliative care needs volunteers who can support patients both mental and emotional needs by using the principle of holy abidings, kindness, and neutrality. The voluntary spirit of those who take care of people with terminal illnesses should be promoted based on the bases of sympathy : sacrifice, fairness, and equal treatment.

Keywords : Body of Knowledge, Voluntary Spirit, Terminally Ill Patients

บทนำ

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นติดต่อกัน ลูกกลมไปทั่วร่างกายจนถึงระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งมีอาการที่เป็นลักษณะสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1. ผู้ป่วย คือ เป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือเป็นผู้ที่กำลังอยู่ในระหว่างการรักษาโรคจากแพทย์ 2. อาการของโรค คือ โรคหรืออาการของผู้ป่วยกำลังอยู่ในระยะสุดท้ายของโรคนั้น ๆ เช่น เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย โรคเอดส์ระยะสุดท้าย โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นต้น ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้ 3. ระยะเวลา คือ ระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย ก่อนที่ผู้ป่วยจะตาย โดยทั่วไปตั้งแต่ 1 วันสุดท้ายไปจนถึง 6 เดือนสุดท้ายของชีวิต และ 4. คำวินิจฉัยแพทย์ คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่ตายตามคำวินิจฉัยนั้นก็ตาม ก็ถือว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายเช่นเดียวกัน (สุวรรณ์ แนวจำปา, 2554) โดยการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนมากมาจากโรคมะเร็ง และโรคเรื้อรังยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของทั่วโลก สำหรับในประเทศไทยจากฐานข้อมูลระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health data center; HDC service) พบว่า ผู้ป่วย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 9.40 ผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงานร้อยละ 33.65 และผู้สูงอายุขึ้นไป 60 ปีร้อยละ 25.56

และหากแบ่งสัดส่วนตามกลุ่มโรคต่าง ๆ พบว่า เป็นกลุ่มโรคมะเร็งร้อยละ 35.36 โรคหลอดเลือดสมองแตก/ตีบร้อยละ 13.6 ภาวะไตวายเรื้อรังร้อยละ 14.68 โรคถุงลมโป่งพองร้อยละ 20.89 ภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 17.31 โรคสมองเสื่อมร้อยละ 14.01 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงร้อยละ 14.93 (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563, น. 4) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงต้องอาศัยความรู้ความสามารถในหลายด้านซึ่งประกอบด้วยบุคลากรฝ่ายต่าง ๆ ต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม ต้องทราบบทบาทหน้าที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นต้องตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อสามารถให้การดูแลที่เหมาะสมช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้ายของชีวิต

การมีจิตอาสาเป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้อื่นด้วยความสมัครใจ เต็มใจ มีความเสียสละโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน นอกจากความสุขใจ ความภาคภูมิใจที่ตนเองได้บำเพ็ญประโยชน์ด้วยการช่วยเหลือผู้อื่น ซึ่งในหลักการของพระพุทธศาสนาสามารถเรียกบุคคลผู้มีจิตอาสาว่า “เป็นผู้บำเพ็ญพรตประโยชน์” (ที.ป. (ไทย) 11/275/222) บุคคลผู้มีจิตอาสาจึงเป็นผู้ที่มีเจตนาดีต่อผู้อื่น มีความเสียสละ มีเมตตากรุณาต่อเพื่อนมนุษย์หรือสัตว์ มุ่งหวังเพื่อประโยชน์สุขของผู้อื่น ดังนั้น จิตอาสา จึงเป็นลักษณะทางจิตของบุคคลที่ประกอบด้วย ความมีน้ำใจและจิตสำนึกหรือสำนึกสาธารณะที่เสียสละร่างกายแรงใจ สติปัญญาเพื่อประโยชน์ของส่วนรวม กระบวนการของจิตอาสา มีเป้าหมายหลักของการทำงานจิตอาสา 2 ประการ คือ (1) เป้าหมายเชิงสังคม คือ การได้ช่วยเหลือบุคคลอื่นให้ได้รับความสุข (2) เป้าหมายส่วนบุคคล คือ ความสุขความภูมิใจและความสบายใจที่ได้ช่วยเหลือ (พระอนุลักษ์ ฐจิตตพัฒโน, 2565) จิตอาสาจึงเป็นจิตแห่งการกระทำความดีงามทั้งปวงแก่เพื่อนมนุษย์ โดยความเต็มใจ สมัครใจ อิ่มใจ ซาบซึ้งใจ เกิดความปิติสุข พร้อมจะเสียสละเวลา ร่างกาย แรงสติปัญญา ของตนเองเพื่อสาธารณประโยชน์ในการร่วมทำกิจกรรม หรือสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทน และมีความสุขที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องอาศัยบุคคลที่มีความรู้ความสามารถหลายด้าน และมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบกับการมีจิตอาสา เสียสละ มีความเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม ไม่เห็นแก่ตัว มีความเมตตากรุณาต่อบุคคลอื่น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาองค์ความรู้เรื่องจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้มาเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนต่อไป

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่า สภาพการป่วยไข้เป็นระยะลุกลาม เรื้อรัง หรือเข้าสู่ระยะท้าย ๆ ของโรค ซึ่งไม่มีวันรักษาให้หายได้ โดยมากจะมีชีวิตอยู่น้อยกว่า 1 ปี จะต้องมีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง คือ การดูแลทางการแพทย์การพยาบาลทุกชนิดรวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม ตามความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจากความโศกเศร้า เนื่องจากต้องสูญเสียผู้ป่วยไปเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ มีความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2556, น. 8) การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หายและอยู่ในระยะท้าย โดยการป้องกันและบรรเทาอาการลดความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น เป็นการดูแลแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ ตั้งแต่ร่างกายจิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายหลักของการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบหรือตายดี ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายมีอาการหรือส่วนที่เป็นลักษณะสำคัญ 4 ประการ ดังนี้ (สุวรรณ ณนจำปา, 2554)

1. ผู้ป่วย (patient) คือ เป็นผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือเป็นผู้ที่กำลังอยู่ในระหว่างการรักษาโรคจากแพทย์
2. อาการของโรค คือ โรคหรืออาการของผู้ป่วยกำลังอยู่ในระยะสุดท้ายของโรคนั้น ๆ เช่น เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย โรคเอดส์ระยะสุดท้าย โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นต้น ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้
3. ระยะเวลา คือ ระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย ก่อนที่ผู้ป่วยจะตาย โดยทั่วไปตั้งแต่ 1 วันสุดท้าย ไปจนถึง 6 เดือนสุดท้ายของชีวิต
4. คำวินิจฉัยแพทย์ คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่ตายตามคำวินิจฉัยนั้นก็ตาม ก็ถือว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายเช่นเดียวกัน

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย เป็นหลักการที่สืบทอดมาจาก “คำปฏิญาณ ของฮิปโปเครติส” (The Hippocratic Oath) ผู้ได้รับยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งการแพทย์ตะวันตก (Christopher Elliott-Binns^{1978, 5)} ซึ่งได้กล่าวตอนหนึ่งไว้ว่า “...เมื่อใดก็ตามที่การรักษาพยาบาลไม่บรรลุผล จะพยายามบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และจะคำนึงว่า การตายอย่างสมศักดิ์ศรีเป็นเกียรติภูมิของมนุษย์ (dignified death) เป็นเป้าหมายของชีวิตทุกชีวิต...” (เต็มศักดิ์ พงศ์มี, 2542, น. 3) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ในปัจจุบันที่ประกาศโดยองค์กรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของประเทศสหรัฐอเมริกา และองค์การอนามัยโลก (The Last Acts Palliative Care Task Force, the Nation Hospice and Palliative Care Organization, and the World Health Organization) มีหลักการสำคัญพอสรุปได้ ดังนี้ (ทีศนีย์ ทองประทีป, 2552, น. 3-6)

- (1) ให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวด และอาการอื่นๆ ที่เป็นปัญหา
- (2) ระลึกว่า ความตายเป็นเรื่องปกติและเป็นธรรมชาติ
- (3) ตระหนักว่าภาวะใกล้ตาย (dying process) เป็นการรับรู้ส่วนบุคคล และเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องภายใต้บริบทของครอบครัว
- (4) ส่งเสริมคุณภาพชีวิต (quality of life) และให้การดูแลแบบองค์รวม (holistic approach) ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
- (5) ใช้รูปแบบการทำงานแบบพหุวิชาชีพ (interdisciplinary team) เพื่อให้การดูแลอย่างทั่วถึงในทุกมิติของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ และควรให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความทุกข์โศกของญาติภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต
- (6) ให้การดูแลแบบประคับประคอง เคารพต่อชีวิตที่ดำเนินไปแบบธรรมชาติ ไม่ทำให้การตายเกิดขึ้นเร็ว (hasten death) หรือชะลอการตายออกไป (postpone death)
- (7) เป็นบริการที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต พร้อมกับการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาสาเหตุของโรค
- (8) ช่วยให้การดูแลแบบประคับประคอง และส่งเสริมสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างสบาย ปราศจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ สามารถทำให้ผู้ป่วยปล่อยวางทุกสิ่งให้เป็นไปตามธรรมชาติ โดยไม่มีความเป็นตัวกูของกูเหลืออยู่การดูแลให้ตายดี จึงไม่ได้อยู่ที่การมีทีมดูแลให้สบาย (Palliative care team) หรือการมีสถานพยาบาลระยะสุดท้าย (Hospice) เพื่อลดภาระความรับผิดชอบในการดูแลไปให้ผู้อื่น และผลึกใสผู้ป่วยให้ไปตายอย่างไม่สงบในสถานที่ที่ผู้ป่วยไม่ต้องการถ้าผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยอมรับการตายและความตายตามธรรมชาติ ความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและหรือทางใจจะลดลง และมักจะทำให้เกิดความสุขสงบขึ้นในจิตใจตน (สุคนธ์ กุรัตน และคณะ, 2556, น. 10) โดยตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยเมื่อต้องการ รวมทั้งการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความต้องการของตนเองและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องแนวทาง

การรักษาและเป้าหมายของการดูแลรักษา เน้นการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพและยอมรับความตายเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติของทุกชีวิต โดยทำให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับกลไกแห่งความตายตามธรรมชาติ ดังนี้ (สุวคนธ์ กุรัตน และคณะ, 2556, น. 21)

- 1) ยอมรับความจริงของชีวิต คือ เกิด แก่ เจ็บ ตาย
- 2) ลดความหลงใหลในความเป็นของเรา
- 3) สิทธิในชีวิตและสิทธิในการเลือกวิธีการรักษาเป็นของผู้ป่วย (หรือของญาติสายตรงกรณีไม่รู้สึกรักตัว) ตามกฎหมาย
- 4) การตายอย่างสุขสงบในบ้านที่ตนรัก ท่ามกลางญาติมิตรที่ตนรักและรักตน
- 5) การตายที่โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย เต็มไปด้วยคนแปลกหน้า และความทุกข์ทรมานจากการรักษาต่าง ๆ ที่ทำไปด้วยความหวังดีที่จะยื้อชีวิตออกไปให้นานที่สุด
- 6) แพทย์และพยาบาลไม่ยึดถือคติ “ยื้อสุดชีวิต” จนผู้ป่วยต้อง “ตายคามือ”
- 7) การยืดเวลาให้ผู้ป่วยอยู่อย่างทรมานไปเรื่อย ๆ หรือช่วยดูแลให้ผู้ป่วยทรมานน้อยที่สุดและสั้นที่สุด

การดูแลระยะสุดท้ายด้านทางกายจะเชื่อมโยงกับการตัดสินใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับเป้าหมายแนวทางการรักษาและการปฏิบัติจริง ซึ่งผู้ป่วยและญาติควรได้รับการอธิบายให้เข้าใจ มีความเห็นและยอมรับร่วมกันโดยมีความสัมพันธ์กับลักษณะทางวัฒนธรรม ศีลธรรม และจริยธรรมของผู้ป่วยและผู้ให้การรักษานบนพื้นฐานของสังคมและกฎหมายของระบบสาธารณสุขที่มี ทั้งนี้ การดูแลทางด้านร่างกายควรมีเป้าหมายเพื่อลดความทุกข์ทรมานเพิ่มคุณภาพชีวิต โดยควรเป็นไปในลักษณะที่จริงใจ เป็นที่ยอมรับของสังคม และเป็นการตัดสินใจร่วมกันบนความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์หรือผู้ให้การดูแลกับผู้ป่วยหรือญาติเพื่อให้มีการใช้เทคโนโลยีหรือเครื่องมือต่าง ๆ ทางกายในการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ซึ่งปัญหาทางกายที่พบบ่อยและต้องการการดูแลในระยะท้ายของชีวิต ได้แก่ ความปวด อาการหายใจลำบาก อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก นอนไม่หลับ และอาการสับสน ตลอดจนภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยบางคนอาจมีปัญหาด้านกายหลายอย่างร่วมกัน

การดูแลระยะสุดท้ายทางจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และศาสนา คือ การให้ความหมายและคุณค่า (ทั้งในด้านบวกและลบ) แก่สิ่งต่าง ๆ ที่ได้รับรู้ ซึ่งฝังอยู่ในส่วนลึกของจิตใจของบุคคล และมีอิทธิพลและแรงผลักดันต่อความรู้สึก ความคิด และการกระทำของบุคคลนั้น เช่น ความเชื่อในทางศาสนา หรือพิธีกรรม ประเพณี หรือบุคคลต้นแบบที่ชื่นชอบ ที่ส่งผลก่อให้เกิดกำลังใจ มีความเข้มแข็งในจิตใจพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น

ศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจมนุษย์ แต่ละศาสนามีแนวทางหรือคำสั่งสอนที่ต่างกัันหลายศาสนาเชื่อว่า การตายดีหรือการตายอย่างสงบและมีสติเป็นเรื่องสำคัญ ญาติสามารถส่งเสริมสภาพจิตใจและสภาพแวดล้อมให้เข้าถึงภวะนั้นได้ การดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวทางของศาสนาต่าง ๆ มีดังนี้ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563, น. 47-67)

การดูแลตามหลักพุทธศาสนา

ศาสนาพุทธเห็นว่า การเกิด การแก่ การเจ็บ การตาย เป็นทุกข์ ประเทศไทยเป็นพุทธศาสนานิกายเถรวาท มีหลักธรรม 3 หมวดใหญ่ ๆ ที่ใช้ในการทำความเข้าใจสิ่งต่าง ๆ คือ

- 1) ไตรลักษณ์ ได้แก่ อนิจจัง (ความไม่เที่ยงแท้แน่นอน) ทุกขัง (ความทุกข์) อนัตตา (ความไม่ใช่ตัวไม่ใช่ตน) ซึ่งเป็นลักษณะของสรรพสิ่งในโลก
- 2) กฎแห่งกรรม ได้แก่ ระบบความเชื่อที่ว่า การกระทำใด ๆ ก็ตาม ล้วนมีผลสืบเนื่องทั้งสิ้น ไม่ว่ากรรมดีหรือกรรมชั่ว
- 3) มงคลสูตร ได้แก่ หลักคำสอนของพระพุทธเจ้า เป็นเรื่องของคุณธรรมที่นำไปสู่ความเจริญก้าวหน้า

หลักสำคัญของพุทธศาสนา คือ การทำความดี ละเว้นความชั่ว ทำจิตใจให้ผ่องใส โดยหลักธรรมเหล่านี้ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดี โดยเฉพาะการเปลี่ยนสภาพที่อยู่รอบตัวผู้ป่วยให้เป็นมงคล เช่น การพยายามทำความหวังความปรารถนาต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่เป็นสิ่งดีงามให้สำเร็จก่อนที่จะเสียชีวิต หรือการให้ผู้ป่วยได้โอฬาสีกรรม คินดีกับญาติที่เคยโกรธเคืองกันหรือการเป็นกัลยาณมิตรที่ดีแก่ผู้ป่วยโดยการเฝ้าดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุข สบายกาย สบายใจ รวมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจถึงกฎของธรรมชาติ การเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นต้น

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยวิถีพุทธ

แม้ว่าในศาสนาพุทธแบบเถรวาท จะไม่มีพิธีกรรมอะไรเป็นพิเศษ แต่มีผู้สรุปแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยตามวิถีพุทธ ไว้ว่า มีวิธีการ คือ

- 1) การดูแลสุขภาพกาย โดยเน้นเรื่องปัจจัยที่จำเป็นพื้นฐาน คือ อาหาร ยา เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม และที่พักอาศัย ให้มีความสะอาด สงบ เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย อีกทั้งดูแลการใช้ ตา หู จมูก ลิ้น และกายอย่างระมัดระวัง และให้เป็นไปในทางกุศล
- 2) การดูแลในมิติทางศีล คือ มีความสัมพันธ์ที่ดีเกื้อกูล เห็นอกเห็นใจ เข้าใจต่อกันระหว่างผู้ป่วยญาติและผู้ดูแล ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีจะส่งผลต่อกำลังใจที่ดีของผู้ป่วย

3) การดูแลในมิติทางจิตใจ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสภาวะจิตใจที่เข้มแข็ง มีคุณธรรม มีสุขภาพจิตที่ดี ไม่เครียด มีความสงบ ซึ่งอาจทำได้โดยการทำสมาธิระลึกถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์และคุณงามความดีที่ได้กระทำมา

4) การดูแลในมิติทางปัญญา เช่น การรับฟังรายละเอียดการวางแผนการดูแลรักษา จากทีมบุคลากรทางการแพทย์ แล้วใคร่ครวญอย่างมีสติเข้าใจชีวิตและอาการของโรคตามความเป็นจริง มีกำลังใจที่จะดูแลตนเองให้ดี

จิตอาสา

การมีจิตอาสามีความจำเป็นสำหรับสภาพสังคมไทยในปัจจุบัน เพื่อให้สังคมไทยดำเนินไปในทิศทางที่ถูกต้องเหมาะสมต่อวัฒนธรรมอันดีงาม สร้างความสามัคคีให้เกิดขึ้น ลดปัญหาความขัดแย้งในด้านต่าง ๆ คำว่า จิตอาสา ตรงกับหลักธรรมที่เรียกว่า วัชฒิ เรียกเต็มว่า อริยวัชฒิ แปลว่า หลักธรรมเจริญอย่างอริยะ ซึ่งแสดงว่า พุทธศาสนิกชนมีความเจริญก้าวหน้าในการปฏิบัติและมีความหวังว่าจะเข้าถึงจุดหมายของพระพุทธศาสนาหลักความเจริญที่ว่านี้มี 5 ประการ คือ 1. ศรัทธา 2. ศีล 3. สุตะ 4. จาคะ และ 5. ปัญญา (พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), 2552, น. 15) การมีจิตอาสาจึงเป็นลักษณะของบุคคลที่มีความใส่ใจและพร้อมจะมีส่วนร่วมในกิจการสาธารณะ รวมถึงความเคารพและห่วงใยในสมบัติส่วนรวม ทั้งนี้ โดยตระหนักถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นทั้งตนเองและส่วนรวมในจิตสาธารณะดังกล่าว มิใช่ครอบครวั ญาติมิตรรอบข้างหรือชุมชนละแวกบ้านตนเองเท่านั้น หากครอบคลุมไปถึงคนอื่น ๆ อีกมากมาย ซึ่งอยู่ห่างไกลออกไป แม้จะไม่รู้จักและไม่เคยเห็นแต่ก็รู้อยู่ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่ตนสังกัด (พรศักดิ์ ผ่องแผ้ว, 2539, น. 89) ดังนั้น จิตอาสา จึงมีความหมายคล้ายกับความว่า จิตสาธารณะ หมายถึง จิตสำนึกเพื่อส่วนรวม เพราะคำว่า “สาธารณะ” คือ สิ่งที่มีได้เป็นของผู้หนึ่งผู้ใด จิตสาธารณะจึงเป็นความรู้สึกรู้ถึงการมีสิทธิและหน้าที่ที่จะดูแลและบำรุงรักษาร่วมกัน เช่น การช่วยกันดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม การดูแลรักษาสาธารณสมบัติของส่วนรวม โดยให้เกิดประโยชน์คุ้มค่าตลอดจนช่วยดูแลรักษาให้ความช่วยเหลือผู้ตกทุกข์ได้ยาก หรือผู้ที่ร้องขอความช่วยเหลือ ตลอดจนร่วมมือกันกระทำเพื่อป้องกันปัญหาหรือช่วยกันแก้ปัญหา (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546, น. 329)

ความสำคัญและคุณลักษณะของจิตอาสา

จิตอาสา ถ้าสามารถปลูกฝังส่งเสริมหรือพัฒนาให้เด็กมีจิตสำนึกด้านสาธารณะ ด้วยวิธีการต่าง ๆ จะทำให้เด็กมีจิตใจที่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม ไม่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตน อาสาดูแลรับผิดชอบส่วนรวม มีการใช้สมบัติของส่วนรวมอย่างเห็นคุณค่า ใช้อย่างทะนุถนอม รู้จักการแบ่งปันโอกาสในการใช้ของส่วนรวมให้ผู้อื่นเมื่อเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ปัญหาที่เกิดการเอาเปรียบคนอื่น การคดโกง การทุจริตคอร์รัปชันการเห็นแก่ประโยชน์ของตนเองและพวกพ้อง ปัญหาการทำลายสาธารณะสมบัติต่าง ๆ และการเพิกเฉยต่อเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเองหรือตนเองไม่ได้รับความเดือดร้อนเสียหายการไม่ยอมรับในความแตกต่างระหว่างบุคคลก็จะลดน้อยลง และจะนำมาสู่สังคมที่มีความสงบสุขเจริญรุ่งเรือง และพัฒนาขึ้นตามลำดับบนพื้นฐานของการรู้จักสิทธิหน้าที่ของตนเอง โดยที่ไม่ไปละเมิดสิทธิและหน้าที่ของผู้อื่น (กรรยา พรรณนา, 2559, น. 34-35) การมีจิตอาสาเป็นคุณลักษณะที่สำคัญและมีความหมายอย่างยิ่งในสังคมทำให้เกิดประชาสังคม คือ เป็นชุมชนที่มีความเข้มแข็ง ซึ่งหมายถึง ชุมชนแห่งสำนึกจิตสาธารณะที่สมาชิกของชุมชนที่มีความเข้มแข็ง สมาชิกของชุมชนต่างเป็นส่วนหนึ่งของระบบโดยรวมที่มีความสัมพันธ์กันอย่างแนบแน่น บุคคลที่มีจิตอาสาจะเป็นบุคคลที่มีลักษณะ ดังนี้ (ณัทนัท เลี้ยวไพโรจน์, 2551, น. 138-144)

1. บุคคลที่มีจิตอาสา คือ การรู้จักช่วยเหลือผู้อื่นในสังคมที่ได้รับความทุกข์ยากหรือขาดโอกาส ขาดการเอาใจใส่จากสังคม ขาดการดูแลจากภาครัฐ ขาดที่พึ่ง เมื่อเราเห็นว่าเพื่อนมนุษย์ประสบความลำบาก เรากลับมาคิดว่าเราสามารถช่วยเหลืออะไรได้บ้าง และลงมือปฏิบัติจริง

2. บุคคลที่มีจิตเอื้ออาทร คือ เป็นผู้มีน้ำใจแก่ผู้อื่น รู้จักแบ่งปัน เมื่อรู้สึกว่าคุณเองมีความสุขมากพอแล้ว ก็จะรู้จักแบ่งปันความสุขให้แก่คนรอบข้างเพื่อกระจายความสุขไปอย่างถ้วนหน้าบุคคลที่มีจิตอาสา เป็นบุคคลที่มีจิตใจดี มีความคิดการกระทำที่ดี การมีจิตอาสาจึงเป็นส่วนหนึ่งของการแสดงออกถึงการเป็นพลเมืองดี คุณลักษณะสำคัญของสมบัตินี้ที่มีจิตอาสา คือ การเป็นผู้ให้ด้วยจิตใจที่เต็มเปี่ยมแห่งการเป็นผู้ให้ นั่นคือ ต้องให้ด้วยความจริงใจ มีความบริสุทธิ์ใจปรารถนาเห็นผู้รับมีความสุขหลุดจากความทุกข์ยากที่เขาได้รับ และการให้ แปลว่าฝ่ายที่ให้อาจต้องเป็นผู้ที่ “มี” เสียก่อน จะให้อะไรใครได้ก็ต้องมีสิ่งที่จะให้ด้วย การให้ที่ตนเองไม่เดือดร้อน ไม่เกินกำลังความสามารถในการให้ของเรา และให้ด้วยใจที่มี นอกจากนี้การให้ต้องอยู่บนหลักศีลธรรมด้วยสำหรับการให้ที่ดีและสมบูรณ์ผู้ให้จึงเป็นผู้รับในเวลาเดียวกัน นั่นคือ ได้รับความสุขในใจ การให้ประกอบด้วย ให้ร่างกาย ให้ใจ ให้เกียรติ ให้ธรรมชาติดีกับเราตลอดไป ให้ความเข้าใจแก่ผู้อื่น ให้ความเคารพ ต่อกฎ กติกา มารยาทของสังคม ให้ความเคารพต่อความคิดเห็นและจิตใจของผู้อื่น

การมีจิตอาสาจึงเป็นคุณลักษณะที่พึงประสงค์อย่างยิ่งในสังคม เพราะจะทำให้เกิดมีภาคประชาสังคมขึ้น คือ ภาคสังคมที่มีความเข้มแข็ง หมายถึง ชุมชนที่มีจิตสำนึก มีสมาชิกของชุมชนต่างเป็นส่วนหนึ่งของระบบโดยรวม และมีความสัมพันธ์กันอย่างแนบแน่น ลักษณะอย่างกว้าง ๆ เกี่ยวกับจิตอาสาที่ดีนั้น มีดังนี้ (นวลลออ แสงสุข, 2552, น. 40-41)

1. P = Positive Thinking and Participation หมายถึง (1) การมีความคิดในเชิงบวก และการมีส่วนร่วมในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ตลอดจนการอยู่ร่วมกันอย่างเกื้อกูลเป็นธรรมชาติ เช่นการช่วยเหลือคนและสัตว์ (2) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านพลังงาน และด้านอื่น ๆ

2. U = Useful, Unselfish and Understand หมายถึง (1) Useful คือ การไม่ทิ้งตายต่อประโยชน์ของสังคม ของสาธารณะ หรือของผู้อื่น (2) Unselfish คือ ความไม่เห็นตัว (เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม) ไม่เอาเปรียบผู้อื่น ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การให้ทาน เคารพสิทธิ์เสรีภาพของผู้อื่นไม่ทำการทุจริตฉ้อราษฎร์บังหลวง (3) Understand ความเข้าใจผู้อื่น ไม่ซ้ำเติมผู้อื่น

3. B = Broad Mind หมายถึง รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น หรือความเห็นที่แตกต่าง รับฟังข้อมูลข่าวสาร และหาความรู้ใหม่อยู่เสมอ

4. L = Love หมายถึง (1) มีความรักในมนุษยชาติตามหลักพรหมวิหาร 4 คือ มีความเมตตา (มีความรักความปรารถนาดี ให้ผู้อื่นมีความสุข) มีความกรุณา (สงสาร เห็นใจ ปรารถนาให้ผู้อื่นพ้นทุกข์) มีมุทิตา (ยินดีเมื่อผู้อื่นมีความสุข) อุเบกขา (ความเป็นกลาง ไม่ลำเอียง) (2) มีสังคหวัตถุ 4 คือ ทาน (การให้ การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่) ปิยวาจา (กล่าววาจาที่สุภาพ จริงใจ) อตถจริยา (ประพฤติดีเป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น) สมานัตตตา (ทำตัวเสมอต้นเสมอปลาย)

5. I = In trend หมายถึง มีความเข้าใจในสถานการณ์ของโลกสมัยใหม่ ไม่ตามกระแสโดยปราศจากเหตุผล และช่วยเตือนสติให้กับสังคม

6. C = Communication หมายถึง มีการสื่อสารที่ดี มีความคิดดี คิดในทางที่เป็นบวก (มโนกรรม) รู้จักการกล่าวให้กำลังใจหรือชมเชยผู้ที่ทำประโยชน์แก่สาธารณะ (วจีกรรม) บอกเล่าถึงเรื่องราวที่มีประโยชน์แก่สังคมหรือสาธารณะโดยไม่หวังสิ่งตอบแทนใด ๆ (จิตีสันทนา)

องค์ประกอบและปัจจัยการเกิดจิตอาสา

จิตอาสามีความสำคัญมากในการพัฒนาตนเองและสังคม เพราะเป็นรากฐานของการพัฒนาประเทศในแนวทางที่ยั่งยืน เนื่องจากการพัฒนาจิตอาสาให้เกิดขึ้นกับประชาชนเป็นขบวนการหนึ่งที่น่าสนับสนุนให้สังคมไทยเป็นสังคมที่มีความร่วมเย็นเป็นสุขอันเกิดจากพื้นฐาน

ทางด้านจิตใจที่ดีงาม ดังนั้น การมีจิตอาสาจึงมีองค์ประกอบ คือ (1) ความรักความเอื้ออาทร (2) ความเชื่อใจ (3) การเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง (4) การยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล (5) การมีปฏิสัมพันธ์กันโดยใช้ความสามารถ เครือข่ายและการมีส่วนร่วม (วิรัตน์ คำศรีจันทร์, 2554, น. 6-7) การสร้างจิตอาสาที่น่ายกย่องภายในและภายนอกองค์กร โดยปัจจัยภายในเกิดจากตัวเองตระหนักรู้ความเสียสละด้วยตนเอง มีจิตคิดช่วยเหลือผู้อื่น และปัจจัยภายนอกเกิดจากการศึกษาเรียนรู้แนวคิดด้านจิตอาสา การอบรมจากสถาบันครอบครัวที่มีความใกล้ชิดอบอุ่นจนขยายกลายเป็นแนวคิดจิตอาสาต่อผู้อื่นเหมือนกับครอบครัวเดียวกัน สถาบันศาสนาจะช่วยให้ทุกคนเกิดตระหนักรู้เหตุและผลของการมีจิตอาสาต่อผู้อื่นตามหลักธรรมที่ได้ศึกษาเรียนรู้และโดยเฉพาะอย่างยิ่งสื่อมวลชนซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากต่อความคิดของสังคมในปัจจุบัน จะช่วยกันขับเคลื่อนแนวคิดจิตอาสาให้เกิดขึ้นในสังคมไทยได้เป็นอย่างดี และองค์ประกอบของการ มีดังนี้ (อรพินทร์ ชูชม และคณะ, 2549, น. 88-101)

1) องค์ประกอบด้านความคิด เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับความคิดที่เป็นส่วนของความรู้ หรือ เกิดความรู้ของความเป็นหลัก เช่น การรับรู้ ความมีเหตุผลและการใช้ปัญญา เป็นต้น

2) องค์ประกอบด้านความรู้สึก เป็นส่วนประกอบทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกซึ่งจะเป็น สิ่งกระตุ้นความคิดอีกต่อหนึ่ง เป็นส่วนของความสำนึกที่รวมเอาความรู้สึกของบุคคลในด้านบวกและด้านลบ

3) องค์ประกอบด้านการปฏิบัติหรือการกระทำเป็นองค์ประกอบที่ก่อให้เกิดแนวโน้ม การปฏิบัติหรือปฏิกิริยาตอบสนองเมื่อมีสิ่งเร้าที่เหมาะสม ซึ่งส่วนนี้ต้องอาศัยความเข้าใจ หรือความคิดรวบยอดเกี่ยวกับสิ่งนั้นเป็นพื้นฐาน

ธรรมชาติของการทำงานจิตอาสา หากพิจารณาจากคนทำงานจิตอาสาอย่างแท้จริง แล้วมีเป้าหมาย 2 อย่างคือ 1) เป้าหมายเชิงสังคม คือ การได้ช่วยเหลือบุคคลอื่นให้ได้รับความสุข เกิดสังคมแห่งการช่วยเหลือและเอื้ออาทรเกิดสังคมที่มีการเสียสละแบ่งปันเกิดสังคมแห่งมิตรภาพ 2) เป้าหมายส่วนบุคคล คือ ความสุข ความภูมิใจและความสบายใจที่ได้ช่วยเหลือ เป็นผู้ทำประโยชน์แก่สังคม มีคุณภาพจิตที่เข้มแข็งพร้อมที่จะเสียสละ เป็นแบบอย่างแก่คนอื่น แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับบุคคลที่ทำงานจิตอาสาด้วย ดังนั้น บทบาทของการทำงานจิตอาสา แบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านความคิด : ทำหน้าที่เป็นผู้วางนโยบาย วางแผนการดำเนินงานของหน่วยงานรวมถึงการควบคุม ตรวจสอบการบริหารงานของหน่วยงานให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เพื่อเกิดประโยชน์ต่อหน่วยงานของตน และรับใช้สังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ด้านแรงงาน : มีความยินดีที่จะเสียสละแรงงานเพื่อการปฏิบัติหน้าที่ให้บริการแก่ผู้ต้องการความช่วยเหลืออย่างไม่เลือกปฏิบัติ 3) ด้านกำลังทรัพย์ : ผู้ที่มีจิตศรัทธาบริจาคทรัพย์ เช่น เงิน ที่ดิน อาคารบ้านเรือนเครื่องอุปโภค บริโภค ให้แก่หน่วยงานสังคมสงเคราะห์

ต่าง ๆ เพื่อให้หน่วยงานนั้น ๆ เป็นคนกลางนำไปมอบ ให้แก่ผู้ขอรับบริการนั้น (ปิยะนาถ สรวิสูตร, 2552, น. 41) กระบวนการสร้างจิตอาสาต้องมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่าง ต่อเนื่อง มีความจำเป็นต้องทำความเข้าใจถึงแนวทางในการสร้างจิตอาสาเพื่อก่อให้เกิด ประโยชน์ต่อตนเองและต่อสังคมโดยรวม ดังนี้ (วัชรรา ไชยสาร, 2555, น. 14-16)

1. สร้างวินัยในตนเอง ตระหนักถึงการมีส่วนร่วมในระบบประชาธิปไตย รู้ถึงขอบเขต ของสิทธิเสรีภาพ หน้าที่ ความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม
2. ให้ความสำคัญต่อสิ่งแวดล้อม ตระหนักเสมอว่าตนเองคือส่วนหนึ่งของสังคมต้องม ี ความรับผิดชอบในการดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม เป็นเรื่องของส่วนรวม ประเทศชาติและสังคมโลก
3. ตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสังคม ถือว่าเป็นปัญหาของตนเอง อย่าหลีกเลี่ยง ต้องช่วยกันแก้ไข
4. ยึดหลักธรรมในการดำเนินชีวิต เพราะหลักธรรมหรือคำสั่งสอน ในทุกศาสนาที่ นับถือ สอนให้คนทำความดี ถ้าปฏิบัติได้จะทำให้ตนเองและสังคมสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมี ความสุข

บทสรุป

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคที่รักษา ไม่หายขาด จนกระทั่งป่วยอยู่ในระยะท้ายหรือกำลังจะเสียชีวิตจากโรค โดยสามารถดูแลควบคุม ไปได้กับการรักษาเฉพาะสำหรับโรคนั้น ๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมองแตก/ตีบ ภาวะไต วายเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคสมองเสื่อม เป็นต้น การดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายจึงเป็นการดูแลด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่จะต้องเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับ ความตายที่จะมาถึงข้างหน้า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เป็นโรคที่รักษาไม่หายจะต้องดูแล เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดรวมถึงความทุกข์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น เป็นการดูแลแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพทางด้านกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้น เป้าหมายของการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างสบาย ปราศจากความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงต้องใช้ทักษะหลายอย่างที่เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ควบคู่ กันไป มีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายจะต้องเป็นบุคคลที่มีความเสียสละ มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ มีความอดทน และ ที่สำคัญคือ บุคคลนั้น ๆ ต้องมีจิตอาสาที่มีเป้าหมายในเชิงด้านสังคมเกี่ยวกับการช่วยเหลือ บุคคลอื่นให้ได้รับความสุข ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลที่มีจิตอาสา ในทางพระพุทธศาสนาที่ประกอบไปด้วย 5 ประการ คือ (1) ศรัทธา (2) ศีล (3) สุตะ (4) จาคะ

และ (5) ปัญญา และมีความเชื่อมโยงด้านเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีเป้าหมายเดียวกัน คือ การตายดีและมีศักดิ์ศรี ซึ่งศาสนาพุทธเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจมนุษย์มีความเชื่อว่า การตายดีหรือการตายอย่างสงบและมีสติเป็นเรื่องสำคัญ ผู้มีจิตอาสา มีกระบวนการที่จะดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเชิงพุทธ ดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุข สบายกาย สบายใจ รวมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจถึงกฎของธรรมชาติการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ได้แก่ (1) การดูแลสุขภาพกายด้านปัจจัยพื้นฐานให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วย ดูแลการใช้ ตา หู จมูก ลิ้น และกายอย่างระมัดระวัง และให้เป็นไปในทางกุศล (2) การดูแลด้านศีล ด้วยการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ให้มีความเกื้อกูลกัน (3) การดูแลด้านจิตใจ ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสภาวะจิตที่เข้มแข็ง มีคุณธรรม มีสุขภาพจิตที่ดี ไม่เครียด มีความสงบ และ (4) การดูแลด้านปัญญา ด้วยการทำความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิตและอาการของโรคตามความเป็นจริง สร้างกำลังใจที่จะดูแลตนเองให้ดีขึ้น

บุคคลผู้มีจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเป็นผู้ที่มีเจตนาดีต่อผู้อื่น มีหลักพรหมวิหารธรรม มีเมตตากรุณาต่อผู้ป่วย มีความเป็นกลาง มีความเป็นธรรม เพราะความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีความซับซ้อนทั้งทางกายที่มีอาการเจ็บป่วยอาจจะมีเพิ่มขึ้นทุกวัน ส่งผลให้ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ถดถอยลง ผู้ดูแลจึงต้องมีความคิดในเชิงบวกและการมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกับญาติของผู้ป่วย โดยผู้มีจิตอาสาควรมีองค์ประกอบ คือ 1) ความรักความเอื้ออาทร 2) ความเชื่อใจ 3) การเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง 4) การยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล 5) การมีปฏิสัมพันธ์กันโดยใช้ความสามารถ เครือข่ายและการมีส่วนร่วม และการพัฒนาจิตอาสาของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหลักสังคหัตถุธรรม ได้แก่ มีความเสียสละ มีความซื่อตรง มีความยุติธรรม ปราศจากอคติหรือความลำเอียง ต่อบุคคลที่ตนช่วยเหลือ

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กรรยา พรณนา. (2559). จิตสาธารณะสร้างได้ง่ายนิดเดียว. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิริติ ยศยิ่งยง. (2550). การจัดการความรู้ในองค์กรและกรณีศึกษา. กรุงเทพฯ : ธรรมกลการพิมพ์.
- ณัฏฐนัท เลี้ยวไพโรจน์. (2551). สังคมดีมีสมานฉันท์ด้วยตัวเรา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์บริษัทพัฒนาคุณภาพวิชาการ.
- เต็มศักดิ์ พงศ์มี. (2542). Palliative Care การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิธีแห่งการคลายทุกข์. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ทีศนีย์ ทองประทีป. (2552). พยาบาล : เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Nurse : Being With The Dying). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นวลล่อ แสงสุข. (2552). จิตสำนึกสาธารณะในเยาวชน : กรณีศึกษานักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหง. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ปิยะนาถ สรวิสูตร. (2552). แรงจูงใจของผู้นำเยาวชนจิตอาสา ในการทำกิจกรรมเพื่อสังคม กรณีศึกษาสภาเยาวชนกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พรศักดิ์ ผ่องแผ้ว. (2539). ข้าราชการไทย ความสำนึกและอุดมการณ์. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต). (2552). เครื่องวัดความเจริญของชาวพุทธ (อารยวัฑฒิ). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์บริษัทสหธรรมิก จำกัด.
- พระอนุลักษ์ ฐชิตวฑฒโน. (2565). พุทธจริยธรรมที่ส่งเสริมจิตอาสาชุมชนวัดเทพสิทธิการาม (บ้านไร่) ตำบลสามง่าม อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร (วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต). พระนครศรีอยุธยา : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. (2539). พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ : นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.

- วัชร ไชยสาร. (255). จิตสาธารณะและสำนึกพลเมืองปฐมบทแห่งการเมืองภาคประชาชน. วารสารรัฐสภาสาร. 60(8), 14-16.
- วิรัตน์ คำศรีจันทร์. (2554). ปฏิบัติการสังคม ผ่านวิธีสานพลังเครือข่ายผู้นำและสื่อมวลชน ปลั่งความรู้จากการวิจัย. กรุงเทพฯ : บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2543). สิทธิที่จะอยู่หรือตายและการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : วิชาการพิมพ์.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). (2556). คู่มือสำหรับประชาชนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care). กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.).
- สุวคนธ์ กุรัตน และคณะ. (2556). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย : มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล. มหาสารคาม : วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม.
- สุวภรณ์ แนวจำปา. (2554). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ (วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต). พระนครศรีอยุธยา : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- อรพินท์ ชูชม และคณะ. (2549). การวิเคราะห์ปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับจิตสำนึกทางปัญญาและคุณภาพชีวิตของเยาวชนไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- Christopher Elliott-Binns. (1978). Medicine : The Forgotten Art?. London : Pitman Publishing Ltd.

