



พระคิลานุปัฏฐากกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระบบการดูแลแบบประคับประคองของไทย:

การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ

Phra Kilanupatthaka and End-of-Life Care in Thailand's Palliative Care System:

An Integrative Literature Review

พว.สุพัตรา ปวนไผ่

พระวิสิทธ์ ฐิตวิสิทธ์ (วงศ์ไส)

พว.ณวรา สุทธิกุล

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่

เทศบาลตำบลสันปุยเลย

Supattra Puanfai

PhraWisit Thitavisiddho (Wongsai)

Nawara Suttikul

Registered Nurse (Professional Level), Chiang Mai Neurological Hospital

Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Chiang Mai Campus

San Pu Loei Municipality

E-mail: aomsittikul@gmail.com

รับบทความ: 25 พฤษภาคม 2569; แก้ไขบทความ 7 กรกฎาคม 2569; ตอรับบทความ: 13 กรกฎาคม 2569

Received: May 25, 2026; Revised: July 7, 2026; Accepted: July 13, 2026

บทคัดย่อ

บทความนี้เป็นบทความปริทัศน์วรรณกรรมแบบบูรณาการตามกรอบของ Whittemore and Knafl ที่มุ่ง (1) วิเคราะห์บทบาทของพระคิลานุปัฏฐากในการดูแลพระสงฆ์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (2) สังเคราะห์องค์ความรู้ ทางพระพุทธศาสนาที่สนับสนุนการดูแลแบบประคับประคอง (3) วิเคราะห์ความขัดแย้งเชิงจริยธรรม ระหว่างพระธรรมวินัยกับข้อจำกัด ทางกายภาพ และ (4) เสนอโมเดลบูรณาการพระคิลานุปัฏฐากเข้าสู่ระบบ การดูแลแบบประคับประคองของไทย ผ่านการทบทวน วรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากเอกสารวิชาการและ งานวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่าง พ.ศ. 2555–2566 (ค.ศ. 2012–2023) จำนวน 38 ฉบับ ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก และประเมินคุณภาพ

ผลการสังเคราะห์พบว่าพระคิลานุปัฏฐากมีองค์ความรู้และทักษะที่สอดคล้องกับหลักการดูแลแบบ ประคับประคองใน 4 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ โดยได้รับการรับรอง อย่างเป็นทางการจากธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 และหลักสูตรอบรม 70 ชั่วโมง อย่างไรก็ตาม ยังขาดกรอบมาตรฐานและเครื่องมือคัดกรองเฉพาะสำหรับพระสงฆ์ และยังพบ ความเคร่งครัดเชิง จริยธรรม (Ethical Tension) ระหว่างความเคร่งครัดในสิกขาบทกับความจำเป็นทางการแพทย์ องค์ความรู้ ใหม่ ที่บทความนี้เสนอ คือ “โมเดลบูรณาการพระคิลานุปัฏฐาก-ประคับประคอง” (Kilanupatthaka Palliative Integration Model: KPIM) ซึ่งเป็นข้อเสนอเชิงแนวคิดที่เชื่อมโยงฐานคุณค่าทางพระพุทธศาสนา สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคอง และระบบเครือข่ายสนับสนุน เข้าด้วยกันเป็นครั้งแรก เพื่อเป็นกรอบ ตั้งต้นสำหรับการพัฒนาและทดสอบในบริบทจริงต่อไป

คำสำคัญ: พระคิลานุปัฏฐาก; การดูแลแบบประคับประคอง; การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ; พุทธบูรณาการ; จริยศาสตร์สุขภาพวิถีพุทธ

Abstract

This is an integrative literature review, following the framework of Whitemore and Knafl, that aims to (1) analyze the role of Phra Kilanupatthaka in caring for dying monks; (2) synthesize Buddhist knowledge supporting palliative care; (3) examine ethical tensions between Vinaya discipline and medical constraints; and (4) propose an integrative model for incorporating Phra Kilanupatthaka into Thailand's palliative care system. A systematic search yielded 38 academic and research documents published between 2012 and 2023 that met the inclusion and quality-appraisal criteria.

The synthesis found that Phra Kilanupatthaka possess knowledge and skills consistent with palliative care principles across four dimensions: physical, psychological, social, and spiritual care. This role is formally recognized by the National Monk Health Charter B.E. 2560 and the 70-hour training curriculum. However, standardized frameworks and monk-specific screening tools remain lacking, and unresolved ethical tensions persist between strict adherence to the Vinaya and medical necessity. The new contribution of this article is the “Kilanupatthaka Palliative Integration Model (KPIM),” a conceptual proposal that, for the first time, links a Buddhist value foundation, palliative-care competencies, and a supporting network system into a single framework intended as a starting point for further field testing.

Keywords: Phra Kilanupatthaka; Palliative Care; Integrative Literature Review; Buddhist Integration; Buddhist Health Ethics

บทนำ

สังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่สำคัญ 2 ประการพร้อมกัน คือ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) ซึ่งประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศแล้ว (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2568) และการเพิ่มขึ้นของภาระโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรสูงวัยซึ่งมีโครงสร้างอายุที่สูงขึ้นในทิศทางเดียวกัน ข้อมูลจากการตรวจคัดกรองสุขภาพ พระสงฆ์และสามเณรทั่วประเทศจำนวน 122,680 รูปในปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีพระสงฆ์ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต และโรคระบบหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งโรคเหล่านี้ล้วนนำไปสู่ความต้องการการดูแล แบบประคับประคองในระยะท้าย ของชีวิต (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563) เพื่อรองรับภาระโรคดังกล่าว ประเทศไทยได้พัฒนาระบบการดูแล สุขภาพเบื้องต้นของพระภิกษุมาอย่างต่อเนื่อง โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำหลักสูตรอบรม “พระคิลานุปัฏฐาก” หรือ พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) ระยะเวลา 70 ชั่วโมง เพื่อให้พระสงฆ์สามารถดูแลสุขภาพตนเองภายในวัดได้ ตั้งแต่การ ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ไปจนถึงการดูแลพระสงฆ์อาพาธ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ระบบนี้ จึงเป็นฐานทุนเดิมที่มีอยู่แล้วสำหรับการต่อยอดไปสู่การดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะ ปัจจัยสำคัญที่มักถูกมองข้ามในการอภิปราย ด้านสุขภาพพระสงฆ์ คือ “จริยธรรมของผู้ถวาย” (Laypeople's Ethics) ซึ่งเป็นต้นทางเชิงโครงสร้างของปัญหาโภชนาการ พระสงฆ์ไม่

มีอำนาจในการเลือกรับหรือปฏิเสธอาหารที่ได้รับการถวายตามพระธรรมวินัย ทำให้การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง น้ำตาลสูง หรือเกลือสูงเป็นสิ่งที่ยากจะหลีกเลี่ยง หากไม่มีการสร้างความตระหนักในกลุ่มโยมผู้ถวายอาหารควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพ พระคิลานุปัฏฐาก การแก้ปัญหาสุขภาพพระสงฆ์ก็จะยังคงเป็นเพียงการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ ไม่ใช่ว่าการจัดการต้นทางเชิงระบบ

ระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) มีพัฒนาการมายาวนานตั้งแต่การก่อตั้งขบวนการฮอสพิซสมัยใหม่ใน ทศวรรษ 1960-1970 จนแพร่หลายไปทั่วโลกในปัจจุบัน (Clark, 2007) และได้รับการรับรองเป็นสิทธิด้านสุขภาพในกรอบสากลผ่าน Global Atlas of Palliative Care (Connor & Sepulveda Bermedo, 2014) องค์การอนามัยโลกนิยามการดูแลแบบประคับประคองว่าเป็น แนวทางที่ยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับโรคที่คุกคามชีวิต ผ่านการค้นหาในระยะแรก การประเมิน และการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (WHO, 2020) แนวทางดังกล่าวสอดคล้องอย่างลึกซึ้งกับหลัก พระพุทธศาสนาที่มองความเจ็บป่วยและความตายว่าเป็นส่วนหนึ่งของวัฏสงสาร และมุ่งให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความตายอย่างมีสติ ไม่หลงตาย

พระคิลานุปัฏฐากในฐานะผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัย มีบทบาทที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่าบุคลากร สาธารณสุขทั่วไป เนื่องจากความเข้าใจในวิถีชีวิตสงฆ์ ความไว้วางใจที่พระสงฆ์อาพาธมีต่อพระคิลานุปัฏฐาก และความสามารถในการนำ หลักธรรมมาช่วยประคับประคองจิตใจ ลักษณะเช่นนี้ปรากฏในบริบทพุทธศาสนาประเทศอื่นด้วยเช่นกัน ดังการศึกษาเชิงคุณภาพในพม่า ที่พบว่าพระสงฆ์มีบทบาทสำคัญในการดูแลจิตใจผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งในหมู่สงฆ์และฆราวาส (Aung et al., 2020) อย่างไรก็ตาม วรรณกรรมที่ผ่านมาชี้ขาดการศึกษาที่สังเคราะห์บทบาทเฉพาะของพระคิลานุปัฏฐากในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นระบบ ยังไม่มีกรอบแนวคิดเฉพาะที่บูรณาการหลักพุทธธรรมกับมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคองสมัยใหม่ และยังขาดการวิเคราะห์ เชิงลึกถึงความขัดแย้งเชิงจริยธรรม (Moral Dilemma) ที่เกิดขึ้นในการดูแลพระสงฆ์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ช่องว่างเหล่านี้เป็นที่มาของ การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการในบทความนี้

บทความปริทัศน์นี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) วิเคราะห์บทบาทของพระคิลานุปัฏฐากในการดูแลพระสงฆ์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (2) สังเคราะห์องค์ความรู้ทางพระพุทธศาสนาที่สนับสนุนการดูแลแบบประคับประคอง (3) วิเคราะห์ความขัดแย้งเชิงจริยธรรมระหว่าง พระธรรมวินัยกับข้อจำกัดทางการแพทย์ และ (4) นำเสนอโมเดลบูรณาการที่เป็นรูปธรรมสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลพระสงฆ์ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทย

วิธีการทบทวนวรรณกรรม

บทความปริทัศน์นี้ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ (Integrative Literature Review) ตามกรอบ 5 ขั้นตอนของ Whitemore and Knafl (2005) ได้แก่ (1) การกำหนดปัญหา (2) การสืบค้นวรรณกรรม (3) การประเมินคุณภาพเอกสาร (4) การวิเคราะห์ ข้อมูล และ (5) การนำเสนอผล ครอบคลุมเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่าง พ.ศ. 2555–2566 (ค.ศ. 2012–2023) โดยสืบค้น จากฐานข้อมูล Thai Journal Citation Index (TCI), Thai Thesis Database, PubMed, CINAHL, Scopus และ Google Scholar รวมถึงพระไตรปิฎกและเอกสารนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

คำค้นหลักที่ใช้ ได้แก่ “พระคิลานุปัฏฐาก” “การดูแลแบบประคับประคอง” “ผู้ป่วยระยะสุดท้าย” “การดูแลผู้ป่วยตามแนว พระพุทธศาสนา” “Buddhist palliative care” “monk health” “end-of-life care Thailand” “spiritual care” “Buddhist bioethics” และ “Phra Kilanupatthaka” โดยใช้ตัวเชื่อม Boolean (AND/OR) ร่วมกับคำค้นข้างต้น

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ (1) เป็นงานวิจัยหรือบทความวิชาการภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ (2) มีเนื้อหา เกี่ยวข้องโดยตรงกับพระคิลานุปัฏฐาก การดูแลแบบประคับประคองในบริบทพระพุทธศาสนาไทย หรือนโยบายสุขภาพพระสงฆ์ (3) ตีพิมพ์ ระหว่าง พ.ศ. 2555–2566 และ (4) สามารถเข้าถึงฉบับเต็มได้ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ เอกสารที่ไม่มี แหล่งอ้างอิง หรือระเบียบวิธีวิจัยชัดเจน บทความแสดงความคิดเห็นที่ไม่ผ่านการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (non-peer-reviewed) และ เอกสารที่ซ้ำซ้อน กับฉบับอื่น การประเมินคุณภาพเอกสารเชิงประจักษ์ใช้เกณฑ์ Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) ส่วนเอกสารเชิงหลักธรรมและ เอกสารนโยบายประเมินความน่าเชื่อถือจากแหล่งตีพิมพ์และการอ้างอิงพระไตรปิฎกหรือกฎหมาย/นโยบายต้นฉบับ

เอกสารที่ผ่านเกณฑ์ทั้งสิ้น 38 ฉบับ ประกอบด้วยงานวิจัยเชิงประจักษ์ เอกสารหลักธรรมและวิทยานิพนธ์ทางพระพุทธศาสนา และเอกสารนโยบาย โดยมีสัดส่วนเอกสารต่างประเทศและวารสารสากลประมาณร้อยละ 30 ของเอกสารทั้งหมด ข้อมูลจากเอกสาร ที่ผ่านเกณฑ์ได้รับการวิเคราะห์ด้วยวิธีการสังเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic Synthesis) โดยผู้ทบทวนอ่านเอกสารฉบับเต็มซ้ำหลายรอบ สกัดประเด็นสำคัญ (open coding) จัดกลุ่มประเด็นที่มีความหมายใกล้เคียงกัน (axial coding) และสังเคราะห์เป็นแก่นเรื่องหลัก (selective coding) ได้แก่ สถานการณ์และความท้าทาย รากฐานทางพระพุทธศาสนา ความขัดแย้งเชิงจริยธรรม บทบาท 4 มิติ กรอบนโยบายรองรับ และช่องว่างเชิงระบบ ซึ่งเป็นที่มาของโครงสร้างการนำเสนอผลในส่วนต่อไป

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในกลุ่มพระสงฆ์ไทย

พระสงฆ์ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเผชิญกับความท้าทายเฉพาะที่แตกต่างจากประชากรทั่วไปใน 3 ด้านหลัก ด้านแรก คือ อุปสรรค ทางพระธรรมวินัยในการรับบริการสาธารณสุข เช่น การปฏิเสธการรักษาในฐานะผู้ป่วยใน การไม่ยอมรับการดูแล จากบุคลากรเพศหญิง ตามลำพัง และข้อจำกัดเรื่องการรับประทานยาหลังเที่ยง (พระวิจิต ธมฺมชิตฺโต, 2560)

ด้านที่สอง คือ ความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณที่เฉพาะเจาะจง พระสงฆ์ผู้ป่วยต้องการประกอบศาสนกิจตามปกติ เช่น การทำวัตรสวดมนต์ การนั่งสมาธิ และการปลงอาบัติ แม้ในยามป่วยหนัก รวมถึงต้องการสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบเพื่อการภาวนา ซึ่งแตกต่างจากสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลทั่วไป (พระศักดิ์ธัช ส่วโร, 2561)

ด้านที่สาม คือ ความโดดเดี่ยวและขาดผู้ดูแลที่เข้าใจบริบทสงฆ์ พระสงฆ์ไม่มีบิดามารดาหรือครอบครัวที่อยู่ร่วมในวัด เมื่อเจ็บป่วยหนักจึงมักเกิดภาวะที่ต่างฝ่ายต่างผลักรถระ จนบางรูปต้องลาสิกขาเพื่อกลับไปให้ลูกหลานดูแล ซึ่งย้อนแย้งกับ หลักพระธรรมวินัยที่กำหนดให้พระสงฆ์ดูแลกันเอง (พระอธิการเฉลิม กนฺตสโร และพระศักดิ์ธัช ส่วโร, 2563)

ทั้งสามด้านนี้ชี้ให้เห็นว่าปัญหาการดูแลพระสงฆ์ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ใช่เพียงปัญหาทางคลินิก แต่เป็นปัญหาเชิงระบบที่เกี่ยวข้องกับพระธรรมวินัย วัฒนธรรมสงฆ์ และโครงสร้างการดูแลของวัดไปพร้อมกัน จึง

จำเป็นต้องมีผู้ดูแลที่เข้าใจทั้งมิติทางการแพทย์ และมิติทาง ศาสนาอย่างพระคิลานุปัฏฐาก ซึ่งจะได้อธิบายวิเคราะห์รากฐานทางพระพุทธศาสนาที่หนุนเสริมบทบาทนี้ในต่อไป

รากฐานทางพระพุทธศาสนาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างหลักธรรมทางพระพุทธศาสนากับมิติการดูแลแบบประคับประคองสมัยใหม่อย่างเป็นระบบ ผู้ทบทวนได้จัดกลุ่มหลักธรรมสำคัญเทียบกับมิติการดูแลและแนวคิดทางคลินิกที่สัมพันธ์กัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กรอบแนวคิดเชื่อมโยงหลักพุทธธรรมกับมิติการดูแลแบบประคับประคองและแนวคิดทางคลินิกสมัยใหม่

หลักธรรม	มิติการดูแลที่สัมพันธ์	แนวคิดทางคลินิกสมัยใหม่ที่เทียบเคียงได้
พรหมวิหาร 4	ด้านจิตใจ (Psychological Care)	Unconditional Positive Regard / Non-abandonment
กัลยาณมิตรธรรม 7 มรณสติ	ด้านสัมพันธภาพการดูแล ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Care)	Therapeutic Communication Death Acceptance / Preparation for a “Good Death”
โยนิโสมนสิการ	กระบวนการคิดวิเคราะห์ของผู้ดูแล	Clinical Reasoning / Reflective Practice
คิลานธรรม-คิลานเภสัช	ด้านร่างกาย (Physical Care)	Holistic Needs Assessment / Symptom Management

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) กับโยนิโสมนสิการ: ความแตกต่างเชิงปรัชญาและนัยเชิงปฏิบัติ

ก่อนวิเคราะห์รากฐานทางพระพุทธศาสนาในรายละเอียด จำเป็นต้องทำความเข้าใจความแตกต่างเชิงปรัชญาระหว่างมโนทัศน์ สองประการที่มีถูกใช้สลับกันในบริบทสุขภาพสงฆ์ ได้แก่ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) และ “โยนิโสมนสิการ” ความรอบรู้ ด้านสุขภาพตามนิยามขององค์การอนามัยโลก หมายถึงความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการตัดสินใจ (WHO, 2020) เป็นกระบวนการรับสารและจัดการข้อมูลจากภายนอก มุ่งเน้นที่ความสามารถเชิงปฏิบัติการในระบบสุขภาพสมัยใหม่ ในทางตรงกันข้าม “โยนิโสมนสิการ” ในพระพุทธศาสนาเป็นกระบวนการคิดพิจารณาอย่างถ่องแท้จากภายใน โดยการพิจารณาธาตุ สังขาร ทั้งหมด ไม่ใช่เพียงแค่การ “จำข้อมูลแพทย์” แต่เป็นการ “ใช้ปัญญาพิจารณาความจริงของชีวิต” (มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) งานศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตสุขภาพที่ 1 ก็ชี้ให้เห็นเช่นกันว่าพระคิลานุปัฏฐากมีบทบาทเป็นสื่อกลาง สำคัญในการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ ควบคู่ไปกับบทบาทด้านการสื่อสารธรรม (อุมาพร นิมิตระกุล และพระวิสิษฐ์ ฐิตวิสิฐโร, 2563)

ความแตกต่างนี้มีนัยเชิงปฏิบัติที่สำคัญต่อการออกแบบหลักสูตรพัฒนาพระคิลานุปัฏฐาก กล่าวคือ หากมุ่งพัฒนาเฉพาะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงข้อมูล พระคิลานุปัฏฐากจะทำได้เพียง “ถ่ายทอดความรู้ทางการแพทย์” ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม แต่หากผสมผสาน การฝึกโยนิโสมนสิการเข้าไปด้วย พระคิลานุปัฏฐากจะ

สามารถช่วยผู้ป่วยพิจารณาความหมายของความเจ็บป่วย และความตายในเชิงลึก ได้พร้อมกัน กล่าวคือไม่ใช่เพียงผู้ถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพ แต่เป็น “กัลยาณมิตรแห่งปัญญา” ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความตายได้ด้วย ความเข้าใจในความจริงของธรรมชาติ หลักสูตรพัฒนาพระคิลาณุปัฏฐากจึงควรออกแบบให้พัฒนาทั้งสองมิติควบคู่กันอย่างจริงจัง มิใช่ปล่อยให้ มิติด้านโยนิโสมนสิการเกิดขึ้นเองตามประสบการณ์ส่วนบุคคลเพียงลำพัง

หลักคิลาณธรรมและการดูแลผู้ป่วยในพระไตรปิฎก

พระพุทธเจ้าทรงแสดงหลักการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมใน “คิลาณวรรค” โดยจำแนกผู้ป่วยเป็น 3 ประเภท คือ ประเภทที่ไม่หาย โดยไม่คำนึงถึงการดูแล ประเภทที่หายได้โดยไม่คำนึงถึงการดูแล และประเภทที่หายได้ก็ต่อเมื่อได้รับอาหาร ยา และผู้พยาบาลที่เหมาะสม (อง.ติก. 20/22/169) ทรงอาศัยผู้ป่วยประเภทสุดท้ายเป็นหลักในการอนุญาตให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยในหมู่คณะสงฆ์ ซึ่งสะท้อนหลักการ ประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมที่ทันสมัยอย่างน่าสนใจ เมื่อเทียบกับการประเมินความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองสมัยใหม่ (Holistic Needs Assessment) หลักคิลาณวรรคจึงถือเป็นต้นแบบทางความคิดของการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยตามความจำเป็นในการดูแลที่ปรากฏใน พระไตรปิฎก มากกว่า 2,500 ปีก่อนแนวคิดประคับประคองสมัยใหม่

หลักพรหมวิหาร 4 กับการดูแลแบบประคับประคอง

พรหมวิหาร 4 ได้แก่ เมตตา (ความรัก) กรุณา (ความสงสาร) มุทิตา (ความยินดี) และอุเบกขา (ความวางเฉย) ถือเป็นคุณธรรม พื้นฐานที่พระคิลาณุปัฏฐากพึงมีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะอุเบกขาที่สอดคล้องกับหลัก Non-abandonment ในการดูแล แบบประคับประคองสากล คือไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย แต่ยอมรับในสถานะที่เป็นจริงโดยไม่บังคับให้ฝ่าฝืนธรรมชาติของชีวิต (พระอธิการเฉลิม กนตสาโร และศิริโรจน์ นามเสนา, 2565)

กัลยาณมิตรธรรม 7 กับบทบาทของพระคิลาณุปัฏฐาก

คุณสมบัติของกัลยาณมิตร 7 ประการ ได้แก่ นำรัก นำเคารพ นำนับถือ ยกย่อง รู้จักพูดให้กำลังใจ อดทนฟังคำระบายความรู้สึก อธิบายเรื่องที่ผู้ป่วยอยากฟังให้เข้าใจ และให้คำแนะนำที่ดีตลอดเวลา (พระอธิการเฉลิม กนตสาโร และศิริโรจน์ นามเสนา, 2565) คุณสมบัติ เหล่านี้สอดคล้องกับ “Therapeutic Relationship” ในงานประคับประคองสมัยใหม่ ซึ่งถือว่าความสัมพันธ์เชิงการดูแลที่ดีคือรากฐานของการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตใจ

มรณสติกับการเตรียมตายอย่างมีสติ

มรณสติ (การระลึกถึงความตายเป็นอารมณ์กรรมฐาน) ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลจิตวิญญาณผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในบริบทพระพุทธศาสนา พระคิลาณุปัฏฐากมีบทบาทช่วยให้ผู้ป่วยระลึกว่า “เรามีความเจ็บไข้เป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความเจ็บไข้ไปได้ เรามีความตายเป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความตายไปได้” เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ ไม่หลงตาย (พระศักดิ์ธัช ส่วโร, 2561) ซึ่งตรงกับเป้าหมาย “Good Death” ในกรอบการดูแลแบบประคับประคองสากล และสอดคล้องกับนิยามจิตวิญญาณใน เวชปฏิบัติสากล ที่มองว่าจิตวิญญาณคือกระบวนการแสวงหาความหมาย จุดมุ่งหมาย และความเชื่อมโยงเหนือ

ตนเองในช่วงเวลา แห่งความเปราะบางของชีวิต (Puchalski et al., 2014) มรณสติจึงเป็น “เทคนิคเฉพาะทางพุทธ” ของการบรรลุเป้าหมายสากลข้อนี้

โดยสรุป รากฐานทางพระพุทธศาสนาทั้ง 5 ประการข้างต้น โยนิโสมนสิการ คิลานธรรม พรหมวิหาร 4 กัลยาณมิตรธรรม 7 และมรณสติ มิใช่เพียงหลักธรรมที่ดำรงอยู่คู่ขนานกับการดูแลแบบประคับประคองสมัยใหม่เท่านั้น แต่เป็นกรอบคิดที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติของการดูแลแบบประคับประคอง (กาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ) อยู่ในตัวเองอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นข้อได้เปรียบเชิงวัฒนธรรมที่ระบบ สุขภาพของประเทศพุทธศาสนาอย่างไทยสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้โดยไม่ต้อง “นำเข้า” แนวคิดจากภายนอกทั้งหมด อย่างไรก็ตาม การมีฐานคุณค่าที่ดีเพียงลำพังยังไม่เพียงพอ เนื่องจากในทางปฏิบัติยังมีจุดที่หลักธรรมกับข้อกำหนดทางการแพทย์ปะทะกัน ดังจะกล่าวถึงในหัวข้อต่อไป

ความขัดแย้งเชิงจริยธรรม (Moral Dilemma) ในการดูแลพระสงฆ์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ประเด็นที่ยังขาดการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบในวรรณกรรมที่ผ่านมา คือ ความเคร่งครัดเชิงจริยธรรม (Ethical Tension) ระหว่างความเคร่งครัดในสิกขาบทกับความจำเป็นทางการแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน กล่าวคือ เมื่อความอยู่รอดของชีวิตต้องปะทะ กับ พระธรรมวินัย ความขัดแย้งนี้ปรากฏใน 3 สถานการณ์หลักได้แก่

สถานการณ์ที่หนึ่ง คือ การสัมผัสทางร่างกายจากบุคลากรต่างประเทศ พระวินัยกำหนดห้ามพระสงฆ์รับการสัมผัสจากสตรีโดยตรง แต่ในสถานการณ์ฉุกเฉินทางการแพทย์ เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) หรือการตรวจร่างกาย การปฏิบัติตามสิกขาบทอย่างเคร่งครัด อาจส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียโอกาสรอดชีวิต ประเด็นนี้ต้องการแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในรูปแบบ “เจตนาแห่งกุศล” (Kusala Cetana) ที่ยืดหยุ่นได้ตามบริบท โดยไม่ถือเป็นอาบัติ

สถานการณ์ที่สอง คือ ข้อจำกัดเรื่องการรับประทานยาหลังเที่ยง ยาบางประเภทจำเป็นต้องรับประทานพร้อมอาหาร หรือในช่วงเวลาเฉพาะ การปฏิบัติตามข้อจำกัดนี้อาจทำให้ประสิทธิภาพของยาลดลง หรือเกิดผลข้างเคียง พระวินัยปิฎกมีบทบัญญัติเรื่อง “คิลานเภสัช” (ยาสำหรับผู้ป่วย) ที่อนุญาตให้รับประทานนอกเวลาได้ในกรณีจำเป็น แต่การตีความยังขาดความชัดเจนในบริบทของยา สมัยใหม่

สถานการณ์ที่สาม คือ การตัดสินใจปฏิเสธหรือยุติการรักษา พระสงฆ์บางรูปอาจเลือกปฏิเสธการรักษาที่รุกราน (Invasive Treatment) โดยอ้างอิงหลักการยอมรับอนิจจัง แต่การตัดสินใจนี้อาจขัดแย้งกับมาตรฐานจริยธรรมทางการแพทย์สมัยใหม่ที่ต้องการ ให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลครบถ้วนก่อนตัดสินใจ (Informed Consent) เพื่อให้เห็นภาพความขัดแย้งในทางปฏิบัติมากขึ้น อาจพิจารณา สถานการณ์จำลองต่อไปนี้: พระภิกษุสูงอายุรูปหนึ่งเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตด้วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน พยาบาลหญิง เวรดิคเป็นผู้พบเห็นและต้องตัดสินใจทำ CPR ทันทีโดยไม่มีบุคลากรชายอยู่ในพื้นที่ ในสถานการณ์เช่นนี้ พระคิลานุปัฏฐากประจำ โรงพยาบาล (หากมีระบบดังกล่าว) จะมีบทบาทสำคัญ 2 ประการ คือ ก่อนเกิดเหตุ ทำหน้าที่สื่อสารล่วงหน้ากับทีมพยาบาลและพระสงฆ์ ผู้ป่วย เพื่อวางแผนปฏิบัติร่วมกันไว้ก่อน (เช่น เอกสารแสดงเจตนาให้ทำการช่วยชีวิตได้โดยไม่ถือเป็นอาบัติในกรณีฉุกเฉิน) และหลังเกิดเหตุ ทำหน้าที่ “คลี่คลายความรู้สึกผิด” ให้ทั้งฝ่ายพยาบาลและพระสงฆ์ผู้ป่วยด้วยการอธิบายหลักเจตนาแห่งกุศล อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติจริง พระคิลานุปัฏฐากส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านนี้ และมักประจำอยู่ที่วัดมากกว่า

โรงพยาบาล ทำให้บทบาทการเป็น “สะพานเชื่อมเพื่อการตัดสินใจ” ในสถานการณ์ฉุกเฉินยังมีข้อจำกัดด้านความพร้อมทั้งในเชิงตัวบุคคลและเชิงระบบ

ในเชิงการนำไปประยุกต์ใช้จริง หลัก “เจตนาแห่งกุศล” ควรได้รับการแปลงเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม เช่น (1) การจัดทำ เอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้าของพระสงฆ์ผู้ป่วยที่ระบุขอบเขตของการยินยอมให้บุคลากรต่างเพศให้การช่วยชีวิตในสถานการณ์ฉุกเฉิน (2) การกำหนดขั้นตอนมาตรฐานให้บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติหน้าที่ช่วยชีวิตได้โดยไม่ต้องรอการยินยอมเฉพาะหน้า เมื่อเป็นกรณีฉุกเฉินชีวิต และ (3) การให้พระคิลานุปัฏฐากหรือพระสงฆ์ในพื้นที่เป็นผู้ยืนยันในภายหลังว่าการกระทำดังกล่าวไม่ถือเป็นอาบัติด้วยเหตุผลของ เจตนาแห่งกุศลที่มุ่งรักษาชีวิต การพัฒนา “แนวปฏิบัติเชิงจริยธรรมสงฆ์” (Monastic Ethical Guidelines) ที่สามารถรองรับสถานการณ์ เหล่านี้ได้อย่างเป็นระบบ จึงเป็นงานเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการต่อไป

บทบาทพระคิลานุปัฏฐากในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: การวิเคราะห์ 4 มิติ

จากการสังเคราะห์วรรณกรรม สามารถจำแนกบทบาทของพระคิลานุปัฏฐากในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายออกเป็น 4 มิติสำคัญ ที่สอดคล้องกับกรอบ Palliative Care ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 บทบาทของพระคิลานุปัฏฐากในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4 มิติ จำแนกตามระยะของการดูแล

มิติการดูแล	บทบาทของพระคิลานุปัฏฐาก	กิจกรรมเฉพาะตามระยะของผู้ป่วย
1. ด้านร่างกาย (Physical)	ดูแลความสะอาดร่างกาย โภชนาการ การถนอมรักษา (คิลานเภสัช) ประสานส่งต่อ บุคลากรทางการแพทย์	ระยะแรก: ติดตามอาการและยา / ระยะท้าย: ดูแลความสบาย (Comfort Care) จัดการอาการปวดและหายใจลำบากเบื้องต้นร่วมกับทีม พยาบาล
2. ด้านจิตใจ (Psychological)	ใช้พรหมวิหาร 4 รับฟังความ ทุกข์ ให้กำลังใจ ช่วยระงับความ วิตกกังวลด้วยหลักธรรม	ระยะแรก: ให้กำลังใจเรื่องการรักษา / ระยะท้าย: ช่วยคลายความกลัวตายด้วยการสนทนาธรรมแบบตัวต่อ ตัว
3. ด้านสังคม (Social)	ประสานครอบครัวและชุมชน อำนวยความสะดวกในกิจวัตร สร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม	ระยะแรก: ประสานญาติและวัดต้นสังกัด / ระยะท้าย: จัดการพิธีกรรมและสิทธิในการพบญาติเป็นครั้งสุดท้าย
4. ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual)	นำปฏิบัติมรณสติ ประคองจิตใจให้ ผ่องใสก่อนตาย ช่วยให้ตายดี ตามหลักพระพุทธศาสนา	ระยะแรก: สนทนาความหมายของความเจ็บป่วย / ระยะท้าย: นำสวดและนำพิจารณา มรณสติ ณ วาระสุดท้าย

ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ฯ กับการรับรองบทบาทการดูแลระยะสุดท้าย

ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 ให้การรับรองบทบาทพระคิลานุปัฏฐากในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นทางการผ่าน 3 มาตรา ได้แก่ มาตราที่ว่าด้วยพระสงฆ์ดูแลตนเองตามพระธรรมวินัย มาตราที่ว่าด้วยชุมชนและสังคมดูแลพระสงฆ์ และ มาตราที่ว่าด้วยพระสงฆ์เป็นแกนนำด้านสุขภาพ โดยในข้อที่ 14 ระบุให้คณะสงฆ์ส่งเสริมให้มีพระคิลานุปัฏฐากทำหน้าที่ ดูแลทั้งการ สร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค และการจัดการปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2562)

หลักสูตรอบรม 70 ชั่วโมงของกรมอนามัยได้บรรจุเนื้อหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ในหมวดที่ 2 แผนการสอนที่ 9 ว่าด้วย “การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย” นอกจากนี้ตัวชี้วัดการพัฒนาศักยภาพในประเด็นเป้าหมายที่ 2 ยังกำหนดให้พระคิลานุปัฏฐาก มีความรู้และทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วย (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561; พระ อธิการเฉลิม กนต์सार และพระศักดิ์ธัช สวีโร, 2563)

ช่องว่างและความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพระคิลานุปัฏฐาก

แม้จะมีกรอบนโยบายรองรับดังกล่าว การทบทวนวรรณกรรมพบว่าช่องว่างและความท้าทายที่เกิดขึ้นในทางปฏิบัติ สามารถ จำแนกได้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล ระดับองค์กร/วัด และระดับนโยบาย ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 ช่องว่างและความท้าทายของพระคิลานุปัฏฐาก จำแนกตามระดับบุคคล องค์กร และนโยบาย

ในระดับบุคคล พระคิลานุปัฏฐากส่วนใหญ่ยังขาดทักษะเฉพาะทางในการประเมินและสื่อสารสถานการณ์ยาก (Difficult Conversation) เช่น การแจ้งข่าวร้ายหรือการพูดคุยเรื่องการวางแผนดูแลล่วงหน้า และต้องแบกรับบทบาทซ้อนทับกับกิจวัตรสงฆ์ตามปกติ ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดเชิงจริยธรรมจากการต้องสวมบทบาทสองด้านพร้อมกันคือความเป็นสงฆ์และความเป็นผู้ดูแลสุขภาพ

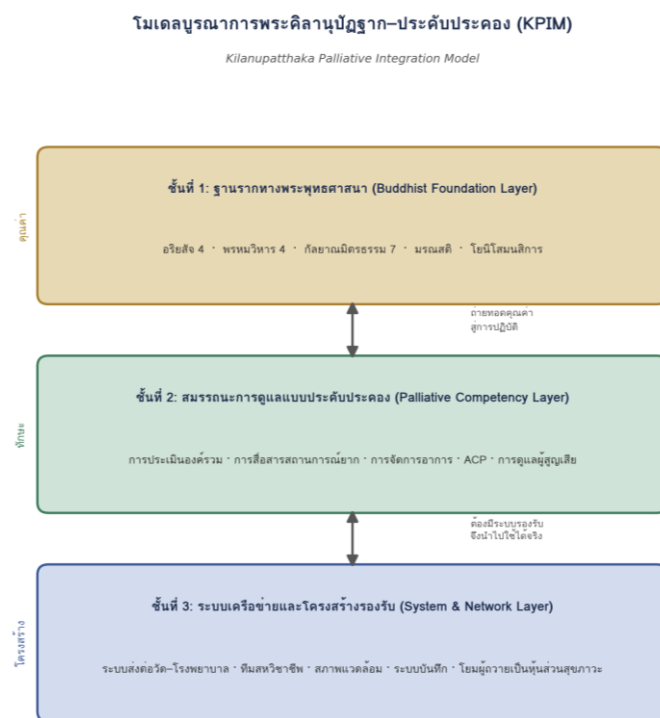
ในระดับองค์กรหรือวัด ยังขาดเครื่องมือคัดกรองผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เหมาะสมกับบริบทสงฆ์ ปัจจุบันใช้เกณฑ์ทั่วไปจากระบบ สาธารณสุขซึ่งอาจไม่ครอบคลุมความต้องการเฉพาะทางจิตวิญญาณและพระธรรมวินัย ขาดมาตรฐานการปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) ที่บูรณาการระหว่างหลักพระธรรมวินัยกับมาตรฐานการดูแลทางการแพทย์และการแพทย์ ขาดระบบการส่งต่อที่ชัดเจน ระหว่างพระคิลานุปัฏฐากกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล และทีมสหวิชาชีพเองก็ยังไม่มีความเข้าใจพระธรรมวินัยที่จำกัด ทำให้การทำงานร่วมกันในสถานการณ์ที่มีความอ่อนไหวทางศาสนายังไม่ราบรื่นเท่าที่ควร

ในระดับนโยบาย ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ฯ ยังมีลักษณะเป็น “เอกสารอุดมคติ” ที่ขาดกลไกบังคับใช้ที่เชื่อมโยงกับระบบ สุขภาพที่มีอยู่แล้ว พระคิลานุปัฏฐากยังไม่มีสิทธิประโยชน์ที่เชื่อมกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือกองทุนสุขภาพตำบล อย่างเป็นรูปธรรม และยังขาดการศึกษาวิจัยที่ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากการมีส่วนร่วม ของพระคิลานุปัฏฐากอย่างเป็น ระบบ ในระดับประเทศ ช่องว่างทั้ง 3 ระดับนี้มีความเชื่อมโยงกัน กล่าวคือ หากไม่มีการแก้ไขในระดับนโยบายเพื่อสร้างแรงจูงใจและ ทรัพยากร

ปัญหาในระดับองค์กรและระดับบุคคลที่อยากที่จะได้รับการแก้ไขอย่างยั่งยืน ซึ่งเป็นที่มาของการเสนอโมเดลบูรณาการ ในหัวข้อ ต่อไป

โมเดลบูรณาการพระคิลานุปัฏฐาก-ประคับประคอง (KPIM)

จากการสังเคราะห์วรรณกรรมทั้งหมดข้างต้น บทความนี้นำเสนอ “โมเดลบูรณาการพระคิลานุปัฏฐาก-ประคับประคอง” หรือ Kilanupatthaka Palliative Integration Model (KPIM) เป็นองค์ความรู้ใหม่ ซึ่งเป็นข้อเสนอเชิงแนวคิด (Conceptual Proposal) ที่ เชื่อมโยงฐานคุณค่าทางพระพุทธธรรม สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคอง และระบบสนับสนุนเข้าด้วยกันเป็นครั้งแรก โดยมีโครงสร้าง 3 ชั้นที่สัมพันธ์กันในลักษณะสองทาง (bidirectional) ดังภาพที่ 2 กล่าวคือ คุณค่าทางพระพุทธศาสนาในชั้นที่ 1 ถ่ายทอดลงมา เป็น สมรรถนะเชิงปฏิบัติในชั้นที่ 2 ขณะเดียวกันสมรรถนะดังกล่าวก็ต้องอาศัยระบบเครือข่ายในชั้นที่ 3 จึงจะนำไปปฏิบัติได้จริงและยั่งยืน



แผนภาพที่ 2 โมเดลบูรณาการพระคิลานุปัฏฐาก-ประคับประคอง (KPIM)
แสดงความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่าง 3 ชั้น

ชั้นที่ 1: ฐานรากทางพระพุทธศาสนา (Buddhist Foundation Layer)

เป็นฐานคุณค่าและหลักธรรมที่ขับเคลื่อนการดูแล ประกอบด้วย (ก) อริยสัจ 4 เป็นกรอบในการทำความเข้าใจ ความทุกข์ทรมาน ของผู้ป่วย (ข) พรหมวิหาร 4 เป็นแนวทางอารมณ์และทัศนคติของผู้ดูแล (ค) กัลยาณมิตรธรรม 7 เป็นทักษะความสัมพันธ์ในการดูแล (ง) มรณสติ เป็นเครื่องมือในการดูแลทางจิตวิญญาณ และ (จ) โยนิโสมนสิการ เป็นหลักการคิดวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยอย่างแยบคาย ซึ่งแตกต่างจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เชิงข้อมูล เนื่องจากเป็นกระบวนการปัญญาภายในที่มุ่งเห็นความจริงของ

ธรรมชาติชีวิต ในขั้นนี้พระคิลานุปัฏฐากทำหน้าที่หลักเป็น “ผู้ถือคุณค่า” (Value Holder) ที่ทำให้การดูแลมีทิศทางตั้งแต่ต้น

ขั้นที่ 2: สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Competency Layer)

เป็นทักษะและความสามารถที่พระคิลานุปัฏฐากต้องพัฒนาเพิ่มเติม ครอบคลุม (ก) การประเมินความต้องการผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างองค์รวม (Holistic Needs Assessment) (ข) การสื่อสารในสถานการณ์ยากลำบาก (Difficult Conversation) เช่น การแจ้งข่าวร้าย (ค) การจัดการอาการทุกข์ทรมานเบื้องต้น (Symptom Management) ภายใต้ข้อจำกัดทางพระธรรมวินัย (ง) การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) ที่สอดคล้องกับความเชื่อทางพระพุทธศาสนา และ (จ) การดูแลผู้ดูแลและการจัดการความโศกเศร้า (Bereavement Support) ในขั้นนี้ พระคิลานุปัฏฐากทำหน้าที่เป็น “ผู้ปฏิบัติร่วม” (Co-practitioner) กับทีมสหวิชาชีพ โดยขอบเขต ความรับผิดชอบที่ชัดเจนคือ พระคิลานุปัฏฐากรับผิดชอบการประเมินและดูแลเบื้องต้นในมิติจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่วนทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล) รับผิดชอบการวินิจฉัยและการจัดการอาการทางคลินิกที่ซับซ้อน โดยทั้งสองฝ่ายประสานแผนการดูแล ร่วมกันผ่านการประชุมทีมสหวิชาชีพเป็นระยะ

ขั้นที่ 3: ระบบเครือข่ายและโครงสร้างรองรับ (System & Network Layer)

เป็นโครงสร้างสนับสนุนที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีคุณภาพ ประกอบด้วย (ก) ระบบการส่งต่อระหว่างวัดกับ โรงพยาบาล โดยมีพระคิลานุปัฏฐากเป็นผู้ประสาน (ข) ทีมสหวิชาชีพที่มีความเข้าใจบริบทสงฆ์ รวมถึงพยาบาล แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ และจิตแพทย์ (ค) สภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลหรือวัดที่เอื้อต่อการปฏิบัติศาสนกิจของพระสงฆ์ผู้ป่วย (ง) ระบบการบันทึกและติดตาม ที่คำนึงถึงความเป็นส่วนตัวตามพระธรรมวินัย และ (จ) กลไกการสร้างความตระหนักแก่โยมผู้ถวายให้เข้าใจถึงผลกระทบของปัจจัยสี่ ต่อสุขภาพพระสงฆ์

กระบวนการเปลี่ยนผ่านบทบาทของโยมผู้ถวายจาก “ผู้บริจาคอาหาร” ไปสู่การเป็น “หุ้นส่วนสุขภาพ” ของคณะสงฆ์ควรดำเนิน การอย่างเป็นขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 การให้ความรู้พื้นฐานเรื่องผลกระทบของอาหารต่อโรคเรื้อรังในพระสงฆ์ ผ่านกิจกรรมของวัดและพระ คิลานุปัฏฐาก ขั้นที่ 2 การจัดทำ “เมนูถวายเพื่อสุขภาพ” ร่วมกับชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ขั้นที่ 3 การเชิญโยม ผู้ถวายที่มีความสนใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของวัดร่วมกับพระคิลานุปัฏฐาก และขั้นที่ 4 การสร้างกลไก ติดตามและให้ข้อมูลป้อนกลับอย่างต่อเนื่องระหว่างวัด โยม และหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อให้การเปลี่ยนบทบาทนี้ยั่งยืนในระยะยาว มิใช่เพียงกิจกรรมมรรณงค์ระยะสั้น

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการทบทวน

ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ (1) การวิเคราะห์บทบาทของพระคิลานุปัฏฐาก ผลการทบทวนชี้ว่าพระคิลานุปัฏฐากมีบทบาทครอบคลุมทั้ง 4 มิติของการดูแลแบบประคับประคอง และมีความได้เปรียบเฉพาะตัวจากความใกล้ชิดและความไว้วางใจที่พระสงฆ์ผู้ป่วยมีต่อกัน ซึ่ง บุคลากรสาธารณสุขทั่วไปไม่สามารถทดแทนได้ในระดับเดียวกัน

ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ (2) การสังเคราะห์องค์ความรู้ทางพระพุทธศาสนา ผลการทบทวนแสดงให้เห็นว่าหลักธรรมทั้ง 5 ประการ (อริยสัจ 4 พรหมวิหาร 4 กัลยาณมิตรธรรม 7 มรณสติ และโยนิโสมนสิการ)

สามารถเทียบเคียงได้กับแนวคิดทางคลินิกสมัยใหม่อย่างเป็น ระบบ (ตารางที่ 1) และเป็นทุนทางวัฒนธรรมที่ระบบสุขภาพไทยยังใช้ประโยชน์ได้ไม่เต็มที่

ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ (3) การวิเคราะห์ความขัดแย้งเชิงจริยธรรม ผลการทบทวนพบว่าความตึงเครียดระหว่างสุขภาพกับความจำเป็นทางการแพทย์ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นเอกภาพ โดยเฉพาะในสถานการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับข้อสังเกตในวรรณกรรมสากล ที่ชี้ว่าจริยศาสตร์พุทธในประเด็นการดูแลระยะท้ายยังมีความหลากหลายของความเห็นและยังไม่มีองค์กรกลางที่กำหนดแนวปฏิบัติร่วมสำหรับพุทธศาสนิกชนทุกนิกาย

ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ (4) การเสนอโมเดลบูรณาการ ผลการทบทวนนำไปสู่การพัฒนาโมเดล KPIM ซึ่งตอบสนองข้อค้นพบข้อ (1)-(3) ข้างต้นในกรอบเดียวกัน โดยวางพระคิลานุปัฏฐากเป็นจุดเชื่อมโยงหลักระหว่างคุณค่า สมรรถนะ และระบบสนับสนุน

การเปรียบเทียบกับแนวคิดสากล

เมื่อเปรียบเทียบกับแนวคิดสากล การดูแลจิตวิญญาณในบริบทพุทธศาสนาของไทยมีความคล้ายคลึงกับรูปแบบการดูแล แบบองค์รวมที่ให้ความสำคัญกับจิตวิญญาณเป็นศูนย์กลางของแผนการดูแล ดังที่ปรากฏในการเปรียบเทียบโมเดลจิตวิญญาณ ระหว่าง ประเทศไทยกับอิตาลี ซึ่งทั้งสองบริบทวางจิตวิญญาณไว้ก่อนมิติทางกาย และให้ชุมชนทั้งหมดมีส่วนร่วมในการดูแล มิใช่เพียงบุคลากรทางการแพทย์ (De Luca et al., 2025) ขณะที่โมเดลของสหราชอาณาจักรอย่าง Fellow Traveler และ Horizontal Transcendence เน้นการประเมินจิตวิญญาณแบบครอบคลุมทุกความเชื่อ รวมทั้งกลุ่มที่ไม่นับถือศาสนา (De Luca et al., 2025) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าโมเดล KPIM ที่นำเสนอในบทความนี้มีลักษณะเฉพาะที่ผูกแน่นกับพระธรรมวินัยและวัฒนธรรมสงฆ์ไทยมากกว่าโมเดลสากลทั่วไป อันเป็นทั้งจุดแข็ง (ความเหมาะสมกับบริบท) และข้อจำกัด (การนำไปใช้นอกบริบทพุทธศาสนาเถรวาทไทยอาจต้องปรับเพิ่มเติม)

นอกจากนี้ งานวิจัยเชิงคุณภาพในบริบทไทยที่ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะท้ายที่บ้านในช่วงการแพร่ระบาด ของโควิด-19 ยังยืนยันว่าการดูแลเชิงศาสนามีบทบาทสำคัญคู่ขนานไปกับการดูแลแบบประคับประคองทางคลินิก โดยพระสงฆ์ทำหน้าที่ทั้ง เป็น ผู้ให้คำปรึกษา ผู้เยียวยา และผู้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาที่บ้านผู้ป่วย (Mamom & Daovisan, 2022) และกระบวนการยอมรับ ความตายของผู้ป่วยระยะท้ายชาวพุทธไทยก็สัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการสวดมนต์ การฟังธรรม และการเจริญสติ (Upasen et al., 2022) ซึ่งทั้งสองงานสนับสนุนแนวคิดหลักของบทความนี้ว่าการดูแลทางศาสนาโดยพระสงฆ์เป็นองค์ประกอบที่จำเป็น มิใช่ทางเลือกเสริม ของระบบการดูแลแบบประคับประคองในบริบทไทย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการทบทวนวรรณกรรมชี้ให้เห็นว่าการบูรณาการพระคิลานุปัฏฐากเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองมีความเป็นไปได้สูง เนื่องจากมีกรอบนโยบายรองรับแล้วผ่านธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 และมีหลักสูตรที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องอยู่แล้ว สิ่งที่ต้อง ดำเนินการเพิ่มเติม คือ การพัฒนาหลักสูตรเฉพาะด้านการดูแลแบบประคับประคองสำหรับพระสงฆ์ การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและ ประเมินที่ปรับให้เหมาะกับบริบทสงฆ์ และการสร้างระบบการส่งต่อที่ชัดเจนระหว่างวัดและโรงพยาบาล

ในเชิงโครงสร้างเชิงนโยบาย ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ฯ ยังคงมีลักษณะเป็น “เอกสารอุดมคติ” หากไม่มีกลไกบังคับใช้ที่เชื่อมโยง กับระบบสุขภาพที่มีอยู่แล้ว เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สิทธิบัตรทอง) หรือกองทุนสุขภาพตำบล การพัฒนาโมเดล KPIM ให้มีประสิทธิภาพในเชิงปฏิบัติจึงควรมุ่งสู่การบรรจบบทบาทพระคิลานุปัฏฐากในฐานะ “อาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด” ที่มีสิทธิ์เบิกค่าอบรม ค่าเดินทาง และค่าวัสดุดูแลผู้ป่วยจากกองทุนสุขภาพตำบลได้อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ฯ กลายเป็น “พันธสัญญาระหว่างพุทธจักรและอาณาจักร” ที่สามารถปฏิบัติได้จริงในระดับพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาชีพพยาบาล

บุคลากรพยาบาลที่ดูแลพระสงฆ์ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำเป็นต้องมีความเข้าใจในวิถีชีวิตสงฆ์ ข้อจำกัดทางพระธรรมวินัย และบทบาทของพระคิลานุปัฏฐากในฐานะผู้ดูแลหลักในบริบทวัด การพัฒนาความร่วมมือระหว่างพยาบาลและพระคิลานุปัฏฐาก ในรูปแบบทีมสหวิชาชีพที่ครอบคลุมมิติทางศาสนาและจิตวิญญาณ จะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในกลุ่ม พระสงฆ์ได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้พยาบาลควรมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ Moral Dilemma ที่อาจเกิดขึ้นในการดูแลพระสงฆ์ เพื่อให้สามารถทำงานร่วมกับพระคิลานุปัฏฐากในการหาทางออกที่สอดคล้องทั้งจริยธรรมทางการแพทย์และพระธรรมวินัย

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ควรมีการวิจัยใน 5 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ (1) การพัฒนาและตรวจสอบความตรงของเครื่องมือคัดกรองผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ เหมาะสมกับบริบทสงฆ์ โดยควรศึกษาตัวแปรสำคัญ เช่น ระดับความรุนแรงของอาการทางกาย ความต้องการทางจิตวิญญาณเฉพาะ บริบทสงฆ์ และข้อจำกัดทางพระธรรมวินัยที่เกี่ยวข้อง ด้วยระเบียบวิธีการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Instrument Development and Validation) รวมถึงการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (CVI/IOC) และความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่าง นำร่อง (2) การศึกษาแบบผสมวิธีเพื่อประเมินประสิทธิผลของ KPIM ในพื้นที่นำร่อง (3) การพัฒนาหลักสูตรเฉพาะด้านการดูแล แบบประคับประคองสำหรับพระคิลานุปัฏฐากในบริบทภาคเหนือและล้านนา (4) การวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การตายดี ของพระสงฆ์จากมุมมองทางพระพุทธศาสนา และ (5) การวิจัยเชิงปรัชญาเพื่อพัฒนา “แนวปฏิบัติเชิงจริยธรรมสงฆ์” (Monastic Ethical Guidelines) สำหรับสถานการณ์ Moral Dilemma ในการดูแลระยะสุดท้าย ที่สามารถนำมาเป็นแนวทางอ้างอิงสำหรับทีมสหวิชาชีพได้

สรุป

บทความปริทัศน์นี้สังเคราะห์วรรณกรรม 38 ฉบับ และนำเสนอองค์ความรู้ใหม่ 2 ประการ ประการแรก คือ กรอบแนวคิด ที่เชื่อมโยงหลักพุทธธรรม 5 ประการกับมิติการดูแลแบบประคับประคองและแนวคิดทางคลินิกสมัยใหม่อย่างเป็นระบบ (ตารางที่ 1) ซึ่งยืนยันว่าพระคิลานุปัฏฐากมิใช่เพียง “ผู้ถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพ” แต่เป็น “กัลยาณมิตรแห่งปัญญา” ที่มีคุณค่าเฉพาะซึ่งบุคลากร สาธารณสุขทั่วไปไม่สามารถทดแทนได้ ประการที่สอง คือ “โมเดลบูรณาการพระคิลานุปัฏฐาก-ประคับประคอง (KPIM)” ซึ่งเป็นข้อเสนอ เชิงแนวคิดใหม่ที่ผสานฐานคุณค่าทางพระพุทธศาสนา สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคอง และระบบเครือข่ายสนับสนุน เข้าด้วยกัน เป็นครั้งแรก

ในเชิงนโยบายและการประยุกต์ใช้ ผลการทบทวนชี้ว่าประเทศไทยมีฐานทุนนโยบายที่พร้อมต่อยอด ทั้งธรรมนูญสุขภาพ พระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 และหลักสูตรอบรม 70 ชั่วโมงที่มีอยู่แล้ว แต่ยังคงอาศัยกลไกเชื่อมโยงกับระบบหลักประกันสุขภาพ และ กองทุนสุขภาพตำบลจึงจะเปลี่ยนจาก “เอกสารอุดม

คติ” ไปสู่การปฏิบัติที่ยั่งยืนได้จริง ในขณะเดียวกัน ยังมีความท้าทายเชิงจริยธรรม ที่ต้องการการวิเคราะห์เชิงลึกต่อไป โดยเฉพาะความขัดแย้งระหว่างความเคร่งครัดในสิกขาบทกับความจำเป็น ทางารแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นประเด็นที่วรรณกรรมปัจจุบันยังไม่ได้คลี่คลายอย่างเป็นระบบ รวมถึงมิติเชิงโครงสร้างที่ปัญหาสุขภาพพระสงฆ์ไม่อาจแก้ไขได้ เพียงด้วยการพัฒนาศักยภาพพระคิลานุปัฏฐาก หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การถวายปัจจัยสัปปะโยมผู้ปฏิบัติด้วย โมเดล PIM ที่นำเสนอในบทความนี้เป็นกรอบแนวคิดเบื้องต้นที่ต้องการทดสอบและพัฒนาต่อไปในบริบทพื้นที่จริงตามข้อเสนอแนะการวิจัยข้างต้น หากสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นระบบและเชื่อมโยงกับกลไกนโยบายสุขภาพที่มีอยู่แล้ว จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการยกระดับ คุณภาพการดูแลพระสงฆ์ผู้วาระระยะสุดท้ายของประเทศไทย ซึ่งสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ฯ ที่มุ่งให้ “พระแข็งแรง วัดมั่นคง ชุมชนเข้มแข็ง”

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2568). *สถิติผู้สูงอายุไทย*. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- พระวิจิต ธรรมโชโต. (2560). *คู่มือดูแลพระภิกษุอาพาธในโรงพยาบาล*. โรงพิมพ์ญาณภาวัน.
- พระศกดิษฐ์ ส่วโร. (2561). *รูปแบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในจังหวัดแพร่* [วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย].
- พระอธิการเฉลิม กนต์สารโร และพระศกดิษฐ์ ส่วโร. (2563). การพัฒนาศักยภาพพระคิลานุปัฏฐากในโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย. *วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์ มจร วิทยาเขตแพร่*, 6(1), 47–59.
- พระอธิการเฉลิม กนต์สารโร และศิริโรจน์ นามเสนา. (2565). พระคิลานุปัฏฐาก: บทบาทการดูแลสุขภาพพระสงฆ์. *วารสารวิจัยวิชาการ*, 5(2), 275–284. <https://doi.org/10.14456/jra.2022.49>.
- มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. (2539). *พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย*. โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). *สุขภาพคนไทย 2563: สองทศวรรษปฏิรูปการศึกษาไทย ความล้มเหลว และความสำเร็จ*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2562). *ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560* (พิมพ์ครั้งที่ 6). บริษัท โอ.เอส. พรีนติ้ง เฮาส์ จำกัด.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *คู่มือแนวทางการอบรมหลักสูตรพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด-อสว.)* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- อุมพร นิมิตระกุล และพระวิสิทธิ์ ฐิตวิสิฐโร. (2563). พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจากพระคิลานุปัฏฐาก สู่พระนักสื่อสารในเขตสุขภาพที่ 1. *วารสารพุทธศาสตร์ศึกษา*, 11(1), 33–51.
- Aung, K. T., Aung, M. N., Thit, W. M., Dang, T. N., Moolasart, V., & Lorga, T. (2020). Buddhist perspectives on end-of-life care: A qualitative study among Buddhist monks and healthcare providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), e1–e10.



- Clark, D. (2007). From margins to centre: A review of the history of palliative care in cancer. *The Lancet Oncology*, 8(5), 430–438.
- Connor, S. R., & Sepulveda Bermedo, M. C. (Eds.). (2014). *Global atlas of palliative care at the end of life*. Worldwide Palliative Care Alliance; World Health Organization.
- De Luca, E., Sena, B., Butcher, K., & de Wal, L. J. (2025). Spirituality and palliative care: International models and new perspectives. *Frontiers in Sociology*, 10, Article 1523685. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2025.1523685>.
- Mamom, J., & Daovisan, H. (2022). How Buddhist religious care is incorporated for end-of-life stroke patients receiving palliative care at home during the COVID-19 pandemic: Revisiting constructivist grounded theory. *Religions*, 13(10), Article 1000. <https://doi.org/10.3390/rel13101000>.
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642–656.
- Upasen, R., Thanasilp, S., Akkayagorn, L., Chimluang, J., Tantitrakul, W., Doutrich, D. L., & Saengpanya, W. (2022). Death acceptance process in Thai Buddhist patients with life-limiting cancer: A grounded theory. *Global Qualitative Nursing Research*, 9, 1–10. <https://doi.org/10.1177/23333936221111809>.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553.
- World Health Organization. (2020). *Palliative care key facts*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.