การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองของพระคิลานุปัฏฐาก จังหวัดมหาสารคาม

พระครูสารกิจประยุต [1*] พระปลัดอภิสิทธิ์ ธมฺมวุฑฺโฒ [2] พระมหาภัศดา พฺรหฺมทตฺสี [3]

รับบทความ: 4 มีนาคม 2569 แก้ไขบทความ: 13 มีนาคม 2569 ตอบรับบทความ 21 มีนาคม 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองสำหรับพระคิลานุปัฏฐาก 2) เสริมสร้างบทบาทของพระสงฆ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วย และ 3) สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างวัด โรงพยาบาล และชุมชน ในจังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีในรูปแบบการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ได้แก่ พระคิลานุปัฏฐากในจังหวัดมหาสารคามที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยงานสาธารณสุข จำนวน 187 รูป เป็นการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือคือแบบสอบถาม แบบมาตรวัด 5 ระดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือคือแบบสอบถามแบบกึ่งโครงสร้าง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 13 รูป/คน เป็นการเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การเลือกคือ เป็นพระคิลานุปัฏฐาก บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนองค์กรชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และตรวจสอบคุณภาพด้วยเทคนิคสามเส้า ผลการวิจัยพบว่า 1) พระคิลานุปัฏฐาก ส่วนใหญ่อายุ 41–50 ปี ปฏิบัติงานในวัด มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย 1–5 ปี 2) บทบาทเด่นคือการช่วยศาสนกิจ การดูแลจิตวิญญาณ และการดูแลด้านจิตใจ และบทบาทนี้มีความสำคัญมากที่จะสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระดับสูง ข้อจำกัดด้านเวลาในการปฏิบัติงาน จึงเสนอให้พัฒนาหลักสูตรอบรมต่อเนื่อง สนับสนุนงบประมาณ/อุปกรณ์/การเดินทาง และสร้างระบบเครือข่ายสหวิชาชีพระหว่างวัด โรงพยาบาล และชุมชนอย่างเป็นทางการ 3) รูปแบบต้นแบบที่ได้เป็น “การดูแลแบบองค์รวม” ใช้พุทธธรรมเป็นฐาน ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็น MONK-CARE Model ทำงานร่วมกันของทุกภาคี

คำสำคัญ: พระคิลานุปัฏฐาก, การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง, การดูแลแบบองค์รวม, เครือข่ายชุมชน

[1-2] ดร. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์มหาสารคาม

[*] อีเมล : weranuch13032525@gmail.com

[3] มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์มหาสารคาม

Palliative Care by the Kilanupattaka Monks in Mahasarakham Province

PhraKhru Sarakit Prayut [1*]
PhraPalad Apisit Thammavuddho [2]
PhraMaha Pasada Bharahamadassee [3]

Abstract

This research aimed to: 1. develop a palliative care model for monk caregivers; 2. strengthen the role of monks in supporting patients; and 3. establish a collaborative network among temples, hospitals, and communities in Maha Sarakham Province. The study employed a mixed-methods approach conducted within a participatory action research framework. The quantitative sample consisted of 187 registered monk caregivers in Maha Sarakham Province, selected through purposive sampling. The research instrument was a five-point rating scale questionnaire divided into four sections, Data were analyzed using descriptive statistics, including mean and standard deviation. For the qualitative component, a semi-structured interview guide consisting was employed. Data were collected through in-depth interviews, focus group discussions, and participant observation. The key informants included 30 participants selected through purposive sampling, consisting of monk caregivers, medical personnel, community organization representatives, and patient caregivers. Qualitative data were analyzed using content analysis, and data quality was verified through triangulation.

The findings revealed that: 1. most monk caregivers were aged between 41 and 50 years, worked in temples, and had 1–5 years of experience in patient care; 2. their prominent roles included assisting with religious activities, providing spiritual care, and offering psychological support. These roles were found to be highly significant in enhancing confidence in delivering palliative care at a high level. However, time constraints in practice remained a major limitation. Therefore, the study proposes the development of continuous training programs, support for budget, equipment, and transportation, as well as the establishment of a formal multidisciplinary network among temples, hospitals, and communities; and 3. the prototype model developed was a “holistic care model” grounded in Buddhist principles and centered on the patient, entitled the MONK-CARE Model, which integrates collaboration among temples, hospitals, and communities.

Keywords: Kilanupatthaka Monks, Palliative Care, Holistic Care, Community Network

[1-2] Ph.D. Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Mahasarakham Buddhist College
[*] E-mail: weranuch13032525@gmail.com
[3] Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Mahasarakham Buddhist College

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative Care) เป็นแนวทางการดูแลที่ครอบคลุมมิติของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต การดูแลในลักษณะนี้เน้นการบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน รวมถึงการสนับสนุนครอบครัวให้สามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี (World Health Organization, 2021) การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและโรคเรื้อรังในชุมชนชนบทจังหวัดมหาสารคาม สะท้อนถึงความท้าทายสำคัญของระบบสุขภาพระดับพื้นที่ เนื่องจากจังหวัดมหาสารคามเป็นพื้นที่ที่มีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมาก โดยในปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุประมาณ 190,060 คน และมีผู้ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 172,599 คน คิดเป็นร้อยละ 90.81 ของผู้สูงอายุทั้งหมด (สำนักงานสถิติจังหวัดมหาสารคาม, 2567) ขณะเดียวกัน จังหวัดมหาสารคามยังให้ความสำคัญกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและการเข้าสู่ระยะท้ายของโรค (จังหวัดมหาสารคาม, 2569) ดังนั้น การดูแลแบบประคับประคองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะท้ายของชีวิต (Juntorn et al., 2020).

ในประเทศไทย แนวคิดนี้ได้รับการ บูรณาการเข้ากับบทบาทของพระสงฆ์ผู้ทำหน้าที่ “พระคิลานุปัฏฐาก” ซึ่งหมายถึงพระที่ดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุ โดยอาศัยหลักพระธรรมวินัยและความเชื่อทางศาสนาเป็นเครื่องมือในการดูแล พระสงฆ์ในฐานะผู้นำทางจิตวิญญาณในชุมชนชนบทของจังหวัดมหาสารคามมีบทบาทสำคัญในการสร้างความสงบสุขในจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว การที่พระสงฆ์ทำหน้าที่พระคิลานุปัฏฐาก ซึ่งเป็นผู้ดูแลสุขภาวะของผู้ป่วย สามารถช่วยลดความเครียดและความทุกข์ทางจิตใจของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ (พรหมพจน์ วชิรญาณ, 2562) ด้วยทรัพยากรด้านสาธารณสุขที่มีจำกัดในจังหวัดมหาสารคาม การมีพระคิลานุปัฏฐากในชุมชนสามารถช่วยแบ่งเบาภาระของบุคลากรทางการแพทย์และสร้างเครือข่ายการดูแลที่ครอบคลุมทั้งมิติทางกายภาพและจิตใจ นอกจากนี้ ยังช่วยสร้างความเชื่อมโยงระหว่างวัด โรงพยาบาล และครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้เกิดระบบสนับสนุนที่ยั่งยืน

การบูรณาการธรรมะในการดูแลแบบประคับประคอง โดยการนำหลักธรรมทางพระพุทธศาสนา เช่น ความเมตตา ความกรุณา และการปล่อยวาง มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย สามารถช่วยผู้ป่วยเผชิญกับความเจ็บป่วยและการจากไปอย่างสงบ การประยุกต์ใช้หลักธรรมนี้มีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชนชนบทไทยและเป็นส่วนสำคัญในการสร้างสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2559) จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีชุมชนชนบทขนาดใหญ่และความหลากหลายในด้านสังคมและวัฒนธรรม มีความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เหมาะสม เนื่องจากการขยายตัวของจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคที่คุกคามชีวิตในพื้นที่ งานวิจัยในประเทศก่อนหน้านี้ระบุว่า การบูรณาการบทบาทของพระสงฆ์ในชุมชนสามารถช่วยลดภาระของระบบสาธารณสุขและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ยังขาดการศึกษาเชิงระบบเกี่ยวกับบทบาทของพระคิลานุปัฏฐากในจังหวัดมหาสารคาม

ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อประเมินบทบาทและความท้าทายในการปฏิบัติงานของพระคิลานุปัฏฐาก รวมถึงการเสนอแนะแนวทางที่สามารถพัฒนาให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่ยั่งยืนในชุมชน โดยการวิจัยนี้จะช่วยสร้างองค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทของชุมชนชนบทไทยอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองสำหรับพระคิลานุปัฏฐากในจังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อเสริมสร้างบทบาทของพระสงฆ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วย ในจังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างวัด โรงพยาบาล และชุมชน ในจังหวัดมหาสารคาม

วรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีการดูแลแบบองค์รวม เป็นแนวคิดที่เน้นการดูแลบุคคลในทุกมิติของชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความสมดุลและความสุขในชีวิตของผู้รับบริการ (Dossey & Keegan, 2013) ทฤษฎีนี้ได้รับการนำมาใช้ในงานด้านการพยาบาล การแพทย์ และการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากสามารถตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม (Watson, 2008) การนำทฤษฎีการดูแลแบบองค์รวมมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยเรื่อง “การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองของพระคิลานุปัฏฐาก จังหวัดมหาสารคาม” ไม่เพียงช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ยังช่วยสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลในชุมชนอย่างยั่งยืน โดยอาศัยหลักการที่ครอบคลุมทุกมิติของชีวิตผู้ป่วย สอดคล้องกับความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมในพื้นที่

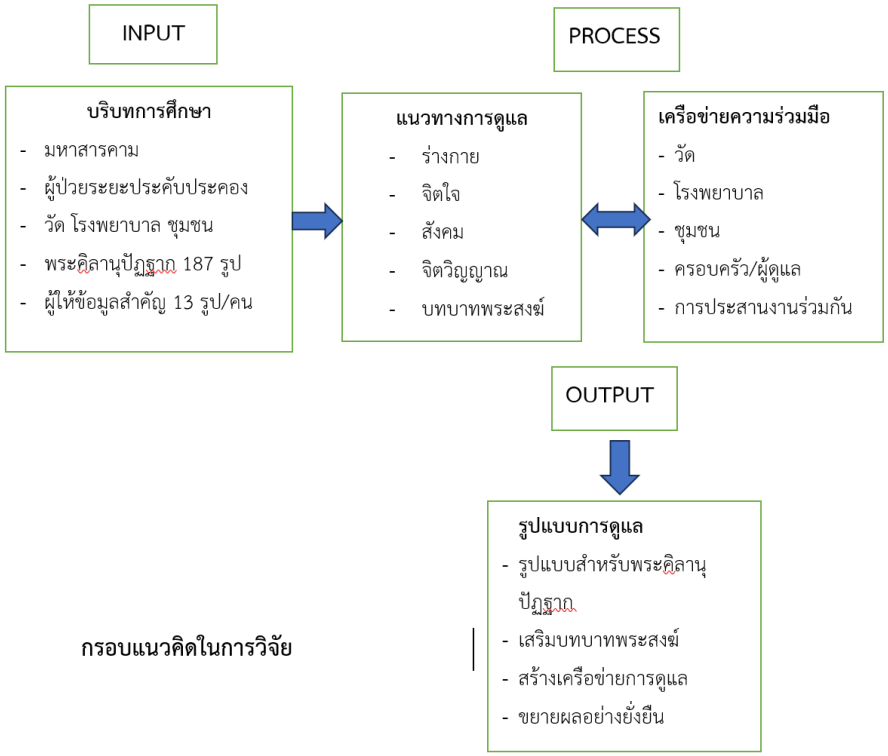
ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมอธิบายว่าเครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็น “ทุนทางสังคม” ที่ช่วยลดความเครียด เพิ่มความมั่นใจ และส่งเสริมสุขภาวะของบุคคลผ่านการพึ่งพาอาศัยกันในชีวิตประจำวัน องค์ประกอบสำคัญประกอบด้วยการสนับสนุนทางอารมณ์ การให้ข้อมูล/คำแนะนำ การช่วยเหลือเชิงรูปธรรมด้านทรัพยากร และการมีเครือข่ายที่ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ในบริบทการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางอารมณ์และข้อมูลช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์และปรับตัวต่อการรักษาได้ดีขึ้น ขณะเดียวกันการช่วยเหลือเชิงรูปธรรมช่วยลดภาระและเพิ่มความสะดวก ในมิติชุมชน การสนับสนุนผ่านเครือข่ายและปฏิสัมพันธ์เชิงบวกช่วยสร้างความผูกพัน ความมั่นคง และความเข้มแข็งของชุมชนให้สามารถช่วยเหลือกันได้อย่างต่อเนื่อง (Cohen & Wills, 1985) ดังนั้น ทฤษฎีนี้จึงเป็นกรอบสำคัญที่นำไปใช้ได้กว้างขวาง ทั้งงานดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง งานพัฒนาชุมชน และการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยมุ่งทำให้ “คนไม่ต้องเผชิญปัญหาลำพัง” ผ่านระบบการเกื้อหนุนจากสังคม

ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ" (Health Promotion) ทฤษฎีระบบสุขภาพเน้นการมองระบบการดูแลสุขภาพในฐานะที่เป็นองค์รวม (Holistic) ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก เช่น ผู้ให้บริการ (Providers) ผู้รับบริการ (Patients) ทรัพยากร (Resources) นโยบาย และโครงสร้างการบริหารงาน โดยแต่ละองค์ประกอบต้องทำงานประสานกันเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการให้บริการ โดยเฉพาะในกรณีของการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งต้องเน้นทั้งด้านการรักษาทางการแพทย์และการดูแลด้านจิตใจ ในบริบทของงานวิจัยนี้ พระคิลานุปัฏฐากมีบทบาทสำคัญในระบบสุขภาพชุมชน เนื่องจากพระสงฆ์ไม่เพียงแต่ให้การสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วย แต่ยังเป็นสะพานเชื่อมโยงระหว่างครอบครัวผู้ป่วยกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล สถานพยาบาลชุมชน และกลุ่มจิตอาสา การนำทฤษฎีระบบสุขภาพมาใช้ในการศึกษานี้จะช่วยให้สามารถวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ของแต่ละส่วน และระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองของพระคิลานุปัฏฐาก แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองของพระคิลานุปัฏฐากตั้งอยู่บนฐานของการบูรณาการหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาเข้ากับแนวทางการดูแลสุขภาพสมัยใหม่ เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมมิติทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้ การดูแลแบบประคับประคองมีเป้าหมายสำคัญในการบรรเทาความทุกข์ทรมานและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับโรคคุกคามชีวิต โดยมิได้จำกัดอยู่เฉพาะการดูแลในระยะสุดท้าย แต่ครอบคลุมถึงการดูแลควบคู่ไปกับการรักษาตั้งแต่ระยะต้นของการเจ็บป่วย (World Health Organization [WHO], 2007) สำหรับบริบทสังคมไทยซึ่งมีพระพุทธศาสนาเป็นฐานทางวัฒนธรรม พระสงฆ์จึงมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ (Upasen, 2022) การช่วยประคับประคองจิตใจผู้ป่วยให้คลายความวิตกกังวล ยอมรับความจริงของชีวิต และเตรียมพร้อมต่อวาระสุดท้ายอย่างสงบ ผ่านกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ การสนทนาธรรม และการเจริญสติ ซึ่งล้วนเป็นกลไกสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองในมิติพุทธศาสนา (Saenlao, 2017)

แนวคิดด้านจิตวิญญาณในการดูแลสุขภาพ การดูแลจิตวิญญาณ (Spiritual Care) เป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง ซึ่งเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ แนวคิดนี้เน้นการตอบสนองความต้องการในระดับลึกของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความหมายของชีวิต ความหวัง ความเชื่อ และความสงบทางจิตวิญญาณ การดูแลจิตวิญญาณไม่ได้จำกัดเฉพาะในบริบททางศาสนาเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความพยายามที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าและความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกับสิ่งที่สำคัญในชีวิต (Puchalski et al., 2009) ในบริบทของพระพุทธศาสนา การดูแลจิตวิญญาณมุ่งเน้นการช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความเข้าใจในธรรมชาติของชีวิตและความทุกข์ โดยพระคิลานุปัฏฐากนำหลักธรรม เช่น ไตรลักษณ์ (อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา) มาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความไม่เที่ยงของชีวิต ความเป็นทุกข์ และการไม่มีตัวตน สิ่งเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปล่อยวางจากความยึดมั่น และเผชิญกับความตายได้อย่างมีสติ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองของพระคิลานุปัฏฐากในจังหวัดมหาสารคาม สามารถปรับใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method Research)

ประชากรและผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง ได้แก่ พระคิลานุปัฏฐากในจังหวัดมหาสารคามที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยงานสาธารณสุข จำนวน 187 รูป

การรวบรวมข้อมูล เครื่องมือและการวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือคือแบบสอบถาม แบบมาตรวัด 5 ระดับ แบ่งออกเป็น 4 ตอน มีความเที่ยงตรงของเครื่องเมือเท่ากับ 0.87 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือคือแบบสอบถามแบบกึ่งโครงสร้าง จำนวน 3 ตอน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 13 รูป/คน เป็นการเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การเลือกคือ เป็นพระคิลานุปัฏฐาก บุคลากรทางการแพทย์

ตัวแทนองค์กรชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และตรวจสอบคุณภาพด้วยเทคนิคสามเส้า

ผลการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองสำหรับพระคิลานุปัฏฐาก พระคิลานุปัฏฐากในจังหวัดมหาสารคามมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง โดยเฉพาะด้านการดูแลจิตใจและจิตวิญญาณ การให้คำปรึกษาและสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วย และการช่วยเหลือด้านศาสนกิจ เช่น การสวดมนต์และการเจริญสมาธิ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41–60 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองระหว่าง 1–10 ปี และปฏิบัติงานหลักในวัดและชุมชน สะท้อนถึงความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและการทำงานอย่างต่อเนื่องในระดับพื้นที่

ผลการวิจัยเชิงปริมาณพบว่า ระดับความคิดเห็นของพระคิลานุปัฏฐากต่อความสำคัญของบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับ **มาก** ($\bar{X}$ = 4.32) โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ บทบาทของพระคิลานุปัฏฐากมีความสำคัญต่อผู้ป่วยระยะประคับประคอง ($\bar{X}$ = 4.41) รองลงมาคือ การดูแลด้านจิตใจของพระสงฆ์ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ($\bar{X}$ = 4.35) และการดูแลของพระสงฆ์ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัวผู้ป่วย ($\bar{X}$ = 4.20) ตามลำดับ

2. การเสริมสร้างบทบาทของพระสงฆ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วย พบว่า ด้านทักษะและความรู้ในการปฏิบัติงาน พบว่า พระคิลานุปัฏฐากส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง และมีระดับความมั่นใจในทักษะการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับ **มาก** ($\bar{X}$ = 4.28) โดยทักษะที่มีค่าเฉลี่ยสูง ได้แก่ การปลอบโยนผู้ป่วย การสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วย และการสอนสมาธิให้ผู้ป่วย แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของพระคิลานุปัฏฐากในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองได้อย่างเหมาะสม

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยยังพบว่า พระคิลานุปัฏฐากประสบความท้าทายในการปฏิบัติงานในระดับ **มาก** ($\bar{X}$ = 3.95) โดยปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ การขาดทรัพยากรสนับสนุน การประสานงานระหว่างหน่วยงานและข้อจำกัดด้านเวลา สะท้อนถึงความจำเป็นในการสนับสนุนเชิงระบบและการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมืออย่างเป็นรูปธรรม

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมสนับสนุนผลการวิจัยเชิงปริมาณอย่างชัดเจน โดยผู้ให้ข้อมูลหลักจากทุกภาคส่วน ได้แก่ พระคิลานุปัฏฐาก บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนองค์กรชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วย มีมุมมองสอดคล้องกันว่า พระคิลานุปัฏฐากทำหน้าที่เป็นผู้เยียวยาทางจิตใจและจิตวิญญาณ ผู้สนับสนุนครอบครัวผู้ป่วย และผู้ประสานงานระหว่างวัด โรงพยาบาล และชุมชน ซึ่งเป็นบทบาทที่ระบบการแพทย์ไม่สามารถทดแทนได้อย่างสมบูรณ์

3. การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างวัด โรงพยาบาล และชุมชน ในจังหวัดมหาสารคาม การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองสำหรับพระคิลานุปัฏฐากในจังหวัดมหาสารคาม สามารถก่อให้เกิดเครือข่ายความร่วมมือระหว่างวัด โรงพยาบาล และชุมชนอย่างเป็นระบบ มีความต่อเนื่องและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ โดยมีพระคิลานุปัฏฐากทำหน้าที่เป็น “ศูนย์กลางการประสานเครือข่าย” (Network Hub) ที่เชื่อมโยงการทำงานของทุกภาคส่วนเข้าด้วยกัน เครือข่ายที่เกิดขึ้นไม่ใช่เพียงความร่วมมือเชิงกิจกรรม แต่เป็น **เครือข่ายเชิงระบบ** ที่มีบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนอย่างชัดเจน

องค์ความรู้จากการศึกษา

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยสามารถพัฒนาและสังเคราะห์เป็น **MONK-CARE Model (Mind – Organization – Network – Kindness Palliative Care Model)** ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองแบบองค์รวมที่มีพระคิลานุปัฏฐากเป็นศูนย์กลางของการดูแล และบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างวัด โรงพยาบาล และชุมชน รูปแบบดังกล่าวผ่านการทดลองใช้และประเมินผล พบว่ามีความเหมาะสม มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง และได้รับการยอมรับจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในระดับสูง โดยสรุป การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า พระคิลานุปัฏฐากมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองในจังหวัดมหาสารคาม ทั้งในมิติด้านจิตใจ จิตวิญญาณ ครอบครัว และการประสานเครือข่าย และ MONK-CARE Model สามารถใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองในระดับชุมชน จังหวัด และการขยายผลในระดับประเทศได้อย่างยั่งยืน



ภาพที่ 1 ภาพประกอบ MONK-CARE Model

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้ ใช้ชื่อว่า **MONK-CARE Model** ซึ่งย่อมาจาก *Mind – Organization – Network – Kindness Palliative Care Model* โดยเป็นรูปแบบที่มีพระคิลานุปัฏฐากเป็นศูนย์กลางของการดูแล และเน้นการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างวัด โรงพยาบาล และชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเป็นองค์รวมและมีมนุษยธรรม

องค์ประกอบ **Mind Care** สะท้อนบทบาทของพระสงฆ์ในการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะประคับประคอง โดยอาศัยหลักพุทธธรรมเป็นฐานในการเยียวยาความทุกข์ ความกลัว และความวิตกกังวลของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสงบทางใจ ยอมรับสภาวะของโรค และดำรงชีวิตในระยะท้ายอย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นมิติสำคัญที่การดูแลทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวไม่สามารถตอบสนองได้อย่างครบถ้วน

องค์ประกอบ **Organization** หมายถึงการจัดระบบความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ วัด โรงพยาบาล และองค์กรในชุมชน ให้มีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนและเกื้อหนุนกัน โดยวัดทำหน้าที่เป็นฐานจิตใจและจิตวิญญาณ โรงพยาบาลทำหน้าที่เป็นฐานการดูแลทางการแพทย์และองค์ความรู้วิชาชีพ และชุมชนทำหน้าที่เป็นฐานการดูแลต่อเนื่องในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและครอบครัว องค์ประกอบนี้ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองเป็นไปอย่างเป็นระบบและไม่ขาดช่วง

องค์ประกอบ **Network** สะท้อนการสร้างเครือข่ายความร่วมมือแบบมีส่วนร่วมระหว่างทุกภาคส่วน โดยมีพระคิลานุปัฏฐากเป็นกลไกกลางในการประสานงาน เครือข่ายดังกล่าวช่วยลดช่องว่างระหว่างการดูแลในโรงพยาบาลและการดูแลในชุมชน ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนข้อมูล การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงบ้าน ซึ่งนำไปสู่ความเข้มแข็งของระบบการดูแลผู้ป่วยในระดับชุมชน

องค์ประกอบ **Kindness** เป็นแก่นคุณค่าของ MONK-CARE Model โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวด้วยเมตตาธรรม ความเข้าใจ และมนุษยธรรม องค์ประกอบนี้ช่วยหล่อหลอมทัศนคติของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายให้มองการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองไม่ใช่เพียงหน้าที่ทางวิชาชีพ แต่เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสังคมและชุมชนในการดูแลเพื่อนมนุษย์ในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต

โดยสรุป **MONK-CARE Model** เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่ผสานมิติทางจิตใจ จิตวิญญาณ การแพทย์ และสังคมเข้าด้วยกันอย่างกลมกลืน มีพระคิลานุปัฏฐากเป็นหัวใจสำคัญของการขับเคลื่อนเครือข่าย และสามารถใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองในระดับชุมชน จังหวัด และการขยายผลในระดับประเทศได้อย่างยั่งยืน

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า 1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองสำหรับพระคิลานุปัฏฐากในจังหวัดมหาสารคาม มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง โดยเฉพาะด้านการดูแลจิตใจและจิตวิญญาณ การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอภิปรายได้ว่า

สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติของความเป็นมนุษย์ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองในมิติดังกล่าวอย่างชัดเจน โดยมุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในสถานการณ์ของโรคร้ายแรงหรือระยะสุดท้ายของชีวิต พระคิลานุปัฏฐากมีบทบาทด้านการดูแลจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนาธิป ธรรมานุพัทธ์ (2563) ซึ่งศึกษาบทบาทของพระคิลานุปัฏฐากในการดูแลสุขภาวะของพระสงฆ์และผู้ป่วยในชุมชน พบว่า พระคิลานุปัฏฐากมีบทบาทสำคัญในการนำหลักพุทธธรรมมาใช้ในการดูแลสุขภาพทั้งด้านกายและใจ โดยอาศัยหลักคำสอนเรื่องความไม่เที่ยงของชีวิต ความเจ็บป่วย และความตาย ซึ่งเป็นกระบวนการตามกฎของธรรมชาติ ทั้งยังสอดคล้องกับพุทธพจน์ที่ว่า “อาโรคยา ปรมา ลาภา ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” อันสะท้อนถึงการให้ความสำคัญกับสุขภาวะอย่างรอบด้าน

2. บทบาทของพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำสุขภาวะของชุมชน ผลการวิจัยของท่านสอดคล้องกับงานของพระอธิการเฉลิม กนฺตสาโร และศิริโรจน์ นามเสนา (2565) ที่ชี้ให้เห็นว่า พระคิลานุปัฏฐากหรือพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพตำบลประจำวัด (อสว.) มีบทบาทสำคัญในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์และชุมชน โดยการขับเคลื่อนสุขภาวะพระสงฆ์ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในสังคม ใช้หลัก “ทางธรรมนำทางโลก” และครอบคลุมปัจจัยด้านความรู้ ข้อมูล การพัฒนา การบริการสุขภาพ สวัสดิการ และการวิจัย ซึ่งผลการวิจัยของท่านสะท้อนรูปธรรมของแนวคิดดังกล่าวอย่างชัดเจนในบริบทจังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัยที่พบว่าพระคิลานุปัฏฐากมีบทบาทในการใช้หลักธรรมเพื่อเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับงานวิจัยของ พระครูสังฆรักษ์วรท อภิวโร (มิ่งขวัญ) (2565) ซึ่งศึกษาบทบาทของคิลานุปัฏฐากตามคัมภีร์พระพุทธศาสนา และพบว่า การอุปัฏฐากผู้ป่วยเป็นจริยวัตรที่มีมาตั้งแต่สมัยพุทธกาล การดูแลผู้ป่วยต้องอาศัยความพร้อมทางจิตใจ ความเมตตา และการนำหลักธรรมมาใช้ในการบำบัดจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจธรรมชาติของชีวิตและสามารถพัฒนาความเข้มแข็งทางจิตใจควบคู่ไปกับการดูแลร่างกาย นอกจากนี้ ผลการวิจัยที่พบว่าเสริมสร้างบทบาทของพระสงฆ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วย ในจังหวัดมหาสารคาม พบว่า พระคิลานุปัฏฐากซึ่งได้รับการอบรมมีความมั่นใจในการดูแลจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Puchalski et al. (2009) ที่ชี้ว่าการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลจิตวิญญาณของผู้นำทางศาสนาและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง สามารถช่วยลดความทุกข์ทางใจและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ทรัพยากรด้านสุขภาพมีจำกัด ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของจังหวัดมหาสารคาม

3. สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างวัด โรงพยาบาล และชุมชน ในจังหวัดมหาสารคาม พบว่ามีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างวัด โรงพยาบาล และชุมชน ผลการวิจัยของท่านสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการเครือข่ายและงานวิจัยของ Frenk (2010) ที่ชี้ว่าการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ เป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร การเชื่อมโยงบทบาทของวัด โรงพยาบาล และชุมชน ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับงานของ Koenig (2012)

ที่ศึกษาบทบาทของศาสนาในการสนับสนุนจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว พบว่าการดูแลที่ผสมผสานกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ การสนทนาธรรม และการให้กำลังใจทางจิตวิญญาณ ช่วยลดความเครียด เพิ่มความสงบในจิตใจ และเสริมสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับช่วงสุดท้ายของชีวิต จากการอภิปรายดังกล่าว สามารถกล่าวได้ว่า ผลการวิจัยเรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองของพระคิลานุปัฏฐากในจังหวัดมหาสารคาม มีความสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการเน้นบทบาทของพระคิลานุปัฏฐากในฐานะผู้นำด้านสุขภาวะ ผู้เยียวยาทางจิตใจ และผู้ประสานเครือข่ายระหว่างวัดกับชุมชน อันเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย และสามารถขยายผลไปสู่ระดับจังหวัดและระดับประเทศได้อย่างยั่งยืน

สรุปและข้อเสนอแนะ

ควรส่งเสริมการนำ MONK-CARE Model ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองในระดับชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกับจังหวัดมหาสารคาม เพื่อให้การดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ นอกจากนี้ ควรพัฒนาศักยภาพพระคิลานุปัฏฐากอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านความรู้ ทักษะการสื่อสาร และการดูแลเชิงจิตวิญญาณ ควบคู่กับการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างวัด โรงพยาบาล และชุมชนอย่างชัดเจน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายบูรณาการบทบาทของพระคิลานุปัฏฐากเข้าสู่ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองในระดับพื้นที่อย่างเป็นทางการ
2. ควรส่งเสริมแผนงานความร่วมมือระหว่างวัด โรงพยาบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนงบประมาณ ทรัพยากร และกลไกการประสานงานอย่างต่อเนื่อง
3. ควรพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือระดับจังหวัด โดยใช้พระคิลานุปัฏฐากเป็นกลไกกลางในการประสานงาน เพื่อยกระดับการดูแลผู้ป่วยให้เป็นองค์รวมและสอดคล้องกับบริบทสังคมไทย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลการใช้ MONK-CARE Model ในระยะยาว เพื่อประเมินผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว
2. ควรศึกษาความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพของการนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ในระดับพื้นที่
3. ควรขยายการวิจัยไปยังพื้นที่หรือบริบททางศาสนาและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และพัฒนารูปแบบให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

ธนาธิป ธรรมานุพัทธ์. (2563). บทบาทพระคิลานุปัฏฐากในการดูแลสุขภาวะพระสงฆ์. *วารสารวิชาการพุทธศาสน์ศึกษา, 5*(1), 12-25.

พรหมพจน์ วชิรญาณ. (2562). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยพระสงฆ์: แนวทางการประยุกต์ใช้ธรรมะในชีวิตจริง. *วารสารพุทธศาสตร์ศึกษา, 15*(2), 45-62.

พระครูสังฆรักษ์วรท อภิวโร (มิ่งขวัญ). (2565). *ศึกษาวิเคราะห์บทบาทของพระคิลานุปัฏฐากในการดูแลสุขภาวะพระสงฆ์.* (วิทยานิพนธ์ระดับพุทธศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย). https://e-thesis.mcu.ac.th/thesis/4173

พระอธิการเฉลิม กนฺตสาโร และศิริโรจน์ นามเสนา. (2565). พระคิลานุปัฏฐาก: บทบาทการดูแลสุขภาวะพระสงฆ์. *วารสารวิจัยวิชาการ, 5*(2), 275–284. https://doi.org/10.14456/jra.2022.49

สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2559). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามความเชื่อทางศาสนา. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์, 3*(2), 1-10.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310–357.

Dossey, B. M., & Keegan, L. (2013). *Holistic Nursing: A Handbook for Practice.* Jones & Bartlett Learning.

Juntorn, P., Leelacharas, S., & Suwanno, J. (2020). The role of Buddhist monks in palliative care for terminally ill patients in rural Thailand. *Journal of Palliative Medicine, 23*(6), 783-789.

Frenk, J. (2010). The global health system: Strengthening national health systems as the next step for global progress. *PLOS Medicine, 7*(1), e1000089. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000089

Koenig, H. G. (2012). *Spirituality in patient care: Why, how, when, and what.* Templeton Foundation Press.

Puchalski, C. M., et al. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference. *Journal of Palliative Medicine, 12*(10), 885–904.

Koenig, H. G. (2012). *Spirituality in patient care: Why, how, when, and what.* Templeton Foundation Press.

Puchalski, C. M., et al. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference. *Journal of Palliative Medicine.*

Saenlao, P. (2017). บทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และพระสงฆ์ ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *Journal of Nursing and Health Care, 35*(4), 150–156.

Upasen, R. (2022). Death acceptance process in Thai Buddhist patients with life-limiting cancer: A grounded theory. *Belitung Nursing Journal, 8*(4), 365–372.

Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring.* University Press of Colorado.

World Health Organization. (2020). *Integrative and holistic approaches to health and well-being.*

World Health Organization. (2021). *Palliative care.* Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care