

กระบวนทรรศน์กับการบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย:
การศึกษาเชิงวิเคราะห์ วิจัย และวิธาน*

Paradigm and the Caring of Terminal Stage Patient:
An Analytic, Appreciative and Applicative Study

¹ลัดดา ไทยปรีชา, กิริติ บุญเจือ และ เมธา หริมเทพาธิป

¹Ladda Thaiprecha, Kiriti Bunchua and Metha Harimtepatip

¹บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

¹Graduate School, Suan Sunandha Rajabhat University, Thailand.

¹Corresponding Author's Email: ladprecha@gmail.com



บทคัดย่อ

การบริบาลผู้ป่วยในปัจจุบันมีปรัชญานวยุคเป็นแนวทางหลัก แต่เมื่อถึงเวลาที่ต้องเผชิญความเจ็บป่วยอย่างแท้จริง จะเห็นว่าทั้งผู้บริบาลและผู้ป่วยกลับมีท่าทีที่แตกต่างกันไปตามกระบวนทรรศน์ต่างๆ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่า “ปรัชญาหลังนวยุคสายกลางสามารถประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้หรือไม่” บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ วิจัย และวิธาน การบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยปรัชญาหลังนวยุคสายกลาง โดยใช้วิธีวิจัยทางปรัชญา อันได้แก่ วิภาษวิธี ซึ่งเป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างฝ่ายตรงข้ามที่ยึดมั่นในปรัชญานวยุคกับฝ่ายผู้วิจัยและผู้สนับสนุนความคิดของผู้วิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ฝ่ายตรงข้ามมีมุมมองว่า การบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องใช้ปรัชญานวยุคเท่านั้น โดยเห็นว่าปรัชญากระบวนทรรศน์นวยุค เป็นกระบวนการที่มีความน่าเชื่อถือเป็นสากล แต่ผู้วิจัยมีความเห็นแย้งกับข้อเสนอดังกล่าวจึงได้เสนอคำตอบใหม่ว่า การบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถนำปรัชญาหลังนวยุคสายกลางมาประยุกต์ใช้ได้ด้วยเหตุผลที่ว่า ปรัชญานวยุคละเลยในเรื่องจริยธรรมดูแลและปิดกั้นความคิดสร้างสรรค์ ในขณะที่ปรัชญาหลังนวยุคสายกลางเสริมสร้างวิจารณ์ญาณ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้บริบาลและผู้ป่วยใช้พลัง 4 คือ สร้างสรรค์ ปรับตัว ร่วมมือและแสวงหา รวมทั้งยึดหลัก 3 กล่าว เพื่อเข้าถึงอุดมการณ์สูงสุดในชีวิต และให้สามารถยอมรับการเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุขแท้ตามความเป็นจริง

คำสำคัญ: การบริบาล; ผู้ป่วยระยะสุดท้าย; ปรัชญาหลังนวยุคสายกลาง

Abstract

Although current patient care is primarily founded on postmodern philosophy, when confronted with illnesses, both caregivers and patients have varying views based on diverse paradigms. As a result, the researcher is questioning whether the moderate postmodern philosophy can be used with terminally ill patients. The study aims at analyzing, appreciating, and applying the care of terminally ill patients based on moderate postmodern philosophy.

*Received March 26, 2021; Revised April 30, 2021; Accepted May 14, 2021

The study adopts the dialectical method, which is the process of exchanging ideas with people who believe in postmodern philosophy and the researcher as well as those who support the researcher's position. The obtained data are analyzed by content analysis.

From the study, it is found that the opposing side holds that because it is a trustworthy and international process, the care of terminally ill patients must only apply postmodern philosophy. However, the researcher believes that the care of terminally ill patients should apply moderate postmodern philosophy because postmodern philosophy ignores ethics in caring and impedes creative thinking, whereas moderate postmodern philosophy promotes critical thinking and encourages both caregivers and patients to exercise four powers namely creativity, adaptability, cooperation, and seeking. This includes adhering to the three types of courage in order to achieve the highest goal in life and being able to accept illness as it is.

Keywords: Caring; Terminal Stage Patients; Moderate Postmodern Philosophy

บทนำ

การแพทย์แผนปัจจุบัน (conventional medicine) ได้เข้ามาในประเทศไทยและมีความเจริญก้าวหน้าเป็นอย่างมาก โดยใช้วิธีการแพทย์ที่ให้การรักษาทางยา การผ่าตัด รังสีรักษา ยาเคมีบำบัด เป็นความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ที่พิสูจน์ได้ ตรวจสอบได้ และเน้นไปที่กระบวนการบริหารร่างกายเป็นหลัก (treatment process) การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์นี้มีรากฐานมาจากปรัชญากระบวนการทฤษฎีที่เชื่อว่า ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์จะสามารถทำให้มนุษย์ค้นพบและสามารถสร้างยาที่รักษาโรคได้ทุกชนิด การแพทย์สมัยใหม่จึงเน้นการวิเคราะห์หาสาเหตุของโรคให้พบ และรักษาไปตรงที่สาเหตุนั้น เน้นการพัฒนาเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย เมื่อวินิจฉัยโรคได้ก็จะทำการรักษาด้วยยา หรือการผ่าตัดเพื่อให้หายจากโรคนั้นโดยสิ้นเชิง หากเป็นโรคที่รักษาไม่หายก็ต้องกำกับควบคุมโรคไว้ไม่ให้ก่อให้เกิดอาการ ผู้ป่วยจึงต้องได้รับคำแนะนำและการปฏิบัติตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพให้ดีและการมีอายุยืนยาวนาน (Sangkanjanawanich, 2016) การรักษาดังกล่าวจึงถูกผูกขาดไปที่แพทย์ผู้รู้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งตัวผู้ป่วยเองไม่สามารถเป็นผู้ร่วมตัดสินใจ (shared decision making) ในการรักษาได้

ในการบริหารผู้ป่วยระยะสุดท้ายผู้บริหารต้องเผชิญกับปัญหาหลายด้านทั้งจากทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยเอง ทั้งจากทางญาติผู้ป่วย และหากเป็นคนที่รู้จักกันพยาบาลเองก็ต้องรับมือกับภาวะจิตใจของตนเอง โดยหลักการแล้วการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยทุกคนโดยเท่าเทียมกันโดยไม่ต้องมีการกระทำอันเกิดจากความรู้สึกถูกกระตุ้นด้วยอารมณ์ (impulse) ที่ถือว่าเอนเอียงหรือ Bias การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลต้องทำแบบ “หน้าที่เพื่อหน้าที่” (duty for duty's sake) เราจะเอาความรู้สึกมาใช้ในการปฏิบัติงานไม่ได้ เพราะในเรื่องเดียวกัน คนเรารู้สึกไม่เหมือนกันไปทุกคน ความรู้สึกจึงไม่เป็นสิ่งสากล (universal) ดังที่ คานท์บอกว่า “การกระทำที่จะมีค่าทางศีลธรรมจะต้องเกิดจากหน้าที่ ค่าทางศีลธรรมของการกระทำที่เกิดจากหน้าที่นั้น มีได้อยู่ที่จุดหมายที่ต้องการจะบรรลุถึง แต่อยู่ในหลักการส่วนตัว (maxim) ที่ได้ก่อให้เกิดการกระทำนั้น ค่าทางศีลธรรมมีได้ขึ้นอยู่กับหน้าที่เป้าหมายบรรลุผลเป็นจริง แต่อยู่ที่หลักการของเจตนาที่ได้ก่อให้เกิดการกระทำขึ้น โดยไม่ต้องคำนึงถึงเป้าหมายที่ต้องการหรือกล่าวโดยสรุปว่า “การกระทำของมนุษย์ดีในแง่ศีลธรรมได้ไม่ใช่เพราะการกระทำจากแรงกระตุ้นของอารมณ์ เพราะเป็นการกระทำเพื่อหวังในประโยชน์ส่วนตัว แต่เพราะเป็นการกระทำที่ปฏิบัติโดยหน้าที่” (Harimthepatip, 2017)

แต่ในการบริหารผู้ป่วยจริงๆ นั้นพบว่า ผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกันไม่ใช่แค่ป่วยเพียงด้านร่างกายเท่านั้น อาจสรุปได้ดังนี้ บางคนป่วยทางร่างกายและจิตใจ, บางคนป่วยแต่ร่างกายแต่จิตใจไม่ป่วย, บางคนร่างกายไม่ป่วยแต่ป่วยทางจิตใจ ความต่างกันของผู้ป่วยนี้ทำให้การดูแลจริงๆ มีความต่างกัน อาจจะต้องการกำลังใจและดูแลผู้ป่วยที่ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจมากกว่า ผู้ป่วยที่ป่วยเพียงร่างกาย การดูแลด้านจิตใจที่ไม่เท่ากันนี้ไม่ใช่เป็นการเลือกปฏิบัติแต่เป็นเพราะ ผู้ป่วยที่ป่วยกายแต่ไม่ป่วยทางใจนั้นส่วนใหญ่มีพื้นฐานการเข้าใจโลกและชีวิตที่ดี จึงมีกำลังใจที่เข้มแข็งสามารถยอมรับความเปลี่ยนแปลงได้มากกว่า ดังที่ พระไพศาล วิสาโล อธิบายไว้ว่า “ความเจ็บป่วยเป็นเรื่องของกาย แต่แทนที่จะเห็นว่ากายป่วยหรือกายเจ็บเรามากก็จะทักท้วงหรือสำคัญมันหมายความว่า “กูป่วย” หรือ “กูเจ็บ” ความป่วยจึงลามไปถึงใจ หาไม่ก็ไปยึดติดถ้อยมันกับความเจ็บปวด ใจจึง ปวดไปด้วย” (Phra Paisal Visalo, 2015) ส่วนผู้ที่ร่างกายไม่ป่วยแต่ป่วยทางจิตใจ หากทราบก็ต้องให้ทางจิตแพทย์ดูแล ดังนั้น หลักการทางพยาบาลศาสตร์ที่เน้นหนักไปทางการดูแลร่างกาย ด้วยกระบวนการรักษาทางวิทยาศาสตร์จึงไม่เพียงพอที่จะดูแลด้านจิตใจด้วย อีกทั้งทำให้เกิดความสงสัยว่าการทำหน้าที่ของพยาบาลที่มองผู้ป่วยว่ามนุษย์เท่าๆ กันโดยแบ่งแยกตามอาการหนักเบาของโรคนั้นเพียงพอต่อการดูแลจริงๆ หรือไม่ การทำตามหน้าที่เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติ หากแต่การเน้นไปที่หน้าที่โดยไร้จิตใจเป็นสิ่งที่ควรหรือไม่

ปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากระบบที่ไม่ยืดหยุ่นดังกล่าวทำให้เกิดการรักษาแบบอื่นเกิดขึ้น เช่น การรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) ที่เน้นการดูแลแบบเป็นองค์รวม ทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหมายถึงการให้การดูแลอย่างครอบคลุมต่อผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ซึ่งกำลังเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยสถานะของโรคที่ทวีความรุนแรง และไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยวิทยาการทางการแพทย์ในปัจจุบัน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมุ่งป้องกันและลดความทุกข์ทรมาน โดยมุ่งเน้นที่การประเมินปัญหาผู้ป่วยอย่างรวดเร็วสมบูรณ์ การจัดการกับความเจ็บป่วยรวมทั้งการดูแลปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (WHO, 2002) การดูแลที่มีมิติเพิ่มขึ้นหลายมิตินี้ยังกับการดูแลแบบกระบวนทรรศน์นวยุคที่เน้นการดูแลด้านร่างกายและการแยกหน้าที่ในการทำงานให้ชัดเจน ทำให้เกิดปัญหาว่าควรนำปรัชญาใดมาประยุกต์ใช้เพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงจะเหมาะสม ผู้วิจัยจึงเกิดคำถามวิจัยว่า “การบริหารผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถนำปรัชญากระบวนทรรศน์หลังนวยุคสายกลางมาประยุกต์ใช้ได้หรือไม่” ซึ่งควรวิจัยเชิงปรัชญาเพื่อแสดงผลทั้งสองฝ่ายและหาคำตอบที่ดีที่สุดจากทุกฝ่ายเท่าที่จะทำได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อวิเคราะห์ วิจัย และวิธาน กระบวนทรรศน์กับการบริหารผู้ป่วยระยะสุดท้าย

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้วิธีวิเคราะห์เอกสารด้วยระเบียบวิธีวิจัยทางปรัชญา โดยเริ่มจากรวบรวมและเรียบเรียงเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นคำถามที่ต้องการศึกษาและหาคำตอบ

ขั้นตอนที่ 2 นำข้อมูลที่ศึกษามาวิเคราะห์เพื่อสร้างประเด็นคำถามและหาคำตอบในทางปรัชญาด้วยระเบียบวิธีวิจัยทางปรัชญา อันได้แก่ วิชาวิธีแบบโสกราตีส (Socrates Dialectics Method) วิธีการตีความ (Hermeneutics process) และกระบวนการไตร่ตรอง (Reflexive process) ทั้ง 3 กระบวนการ

ดังกล่าว คือ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ได้แก่ กระบวนการรับฟังเหตุผลที่สนับสนุนแต่ละคำตอบเพื่อหาคำตอบที่ดีที่สุดจากทุกฝ่ายเท่าที่จะทำได้ และมีเหตุผลเหนือกว่าทุกฝ่ายเท่าที่จะเป็นไปได้

ขั้นตอนที่ 3 นำคำตอบใหม่ที่ได้รับมาประเมินค่า (วิจักษ์) เพื่อการประยุกต์ใช้ (วิธาน) โดยเล็งผลอันเลิศคือการพัฒนาคุณภาพชีวิตในปัจจุบัน

ผลการวิจัย

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์ วิจักษ์ และวิธาน กระบวนการกับการบริหารผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการวิจัยพบว่า

ผู้วิจัยมีคำตอบวิจัยว่า “การบริหารผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถนำปรัชญาหลังนวยุคสายกลางมาประยุกต์ใช้ได้” ทั้งนี้ วิภาษวิธีต้องมีความเห็นตรงข้าม เหตุผลสนับสนุนคำตอบของผู้วิจัย โดยแสดงเหตุผลที่เหนือกว่าได้ ทั้งนี้ฝ่ายตรงข้ามเชื่อว่า การบริหารผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องบริหารด้วยปรัชญานวยุคเท่านั้น โดยเสนอแนวทางไว้ ด้วยเหตุผลสำคัญคือ นวยุคนิยมมีกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่น่าเชื่อถือ เป็นฐานสำคัญในการสร้างนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมถึงหลักบริหารที่ถูกต้องตรงตามหลักวิชาการ ในการบริหารผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดควรนำปรัชญากระบวนการนวยุคมาประยุกต์ใช้ ด้วยหลักเหตุผลของคานท์ตามลัทธิหน้าที่นิยม โดยเน้นไปที่ความสำนึกในหน้าที่ (duty to be done) คำนท์กล่าวไว้โดยสรุปว่า “การกระทำที่จะมีค่าทางศีลธรรมจะต้องเกิดจากหน้าที่ ค่าทางศีลธรรมของการกระทำที่เกิดจากหน้าที่นั้น มิได้อยู่ที่จุดหมายที่ต้องการจะบรรลุถึง แต่อยู่ในหลักการคติพจน์ (maxim) ที่ได้ก่อให้เกิดการกระทำนั้น ค่าทางศีลธรรมมิได้ขึ้นอยู่กับการที่เป้าหมายบรรลุผล แต่อยู่ที่หลักการของเจตนาที่ได้ก่อให้เกิดการกระทำขึ้น โดยไม่ต้องคำนึงถึงเป้าหมายที่ต้องการ” หรืออาจกล่าวได้ว่า “การกระทำของมนุษย์ดีในแง่ศีลธรรมได้ไม่ใช่เพราะการกระทำจากแรงกระตุ้นของอารมณ์ เพราะเป็นการกระทำเพื่อหวังในประโยชน์ส่วนตัว แต่เพราะเป็นการกระทำที่ปฏิบัติโดยหน้าที่” (Kant, 1969) การทำหน้าที่ในการบริหารผู้ป่วยตามแบบคานท์จึงได้แก่ การรับผิดชอบหน้าที่ของตนตาม function ของการทำงานให้สมบูรณ์ ให้ทุกคนตระหนักรู้หน้าที่ของตน เช่น แพทย์ก็รู้หน้าที่ของแพทย์ พยาบาลก็รู้หน้าที่ของพยาบาล ผู้ป่วยก็รู้หน้าที่ของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยก็รู้หน้าที่ของญาติผู้ป่วย การบริหารผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงแบ่งหน้าที่หลักออกเป็นสองส่วน ได้แก่ ส่วนของผู้ให้การบริหารกับส่วนของผู้รับการบริการ ต้องแยกหน้าที่ให้ชัดเจนเพื่อให้ทุกอย่างดำเนินไปตาม function อย่างเป็นระบบสอดคล้องกันไปไม่สะดุด เปรียบเสมือนเฟืองแต่ละเฟืองขับเคลื่อนกันไปตามหน้าที่ของตน สาเหตุที่ปัญหาต่างๆ ทั้งหลายเกิดขึ้นล้วนมีเหตุมาจากมนุษย์ไม่ตระหนักรู้ในหน้าที่ของตน หากแก้ปัญหาเรื่องความสำนึกในหน้าที่ได้แล้ว กระบวนการรักษา Treatment process ย่อมมีประสิทธิภาพที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น การทำตามหน้าที่ที่ต้องไม่ตกอยู่ภายใต้การกระทำที่เกิดจากความรู้สึกที่ถูกกระตุ้นด้วยอารมณ์ เช่น ความผูกพันกับผู้ป่วยหรือกรุณาผู้ป่วยจนเกิดเป็นอารมณ์ทำให้เกิดความเอนเอียง (bias) เพราะความเจ็บป่วยและความตายเป็นกระบวนการที่มนุษย์ทุกคนต้องเผชิญอยู่แล้วไม่เว้นแม้แต่ ผู้บริหารเอง トラบใดที่วิทยาศาสตร์ยังพัฒนาไปไม่ถึงขั้นจัดการความเจ็บป่วยและความตายให้หมดไปได้เราก็ต้องทำตามหน้าที่ที่เราเลือกให้สมบูรณ์รอรระบบพัฒนาไปจนถึงที่สุด

แต่ผู้วิจัยกลับมีความคิดเห็นตรงกันข้ามว่า การตีความดังกล่าวยังมีจุดอ่อนที่สามารถโต้แย้งได้ เพราะเป็นการตีความเรื่องหน้าที่เพียงด้านเดียว คือ ความสำนึกในหน้าที่ (duty to be done) ของอิมมานูเอล คานท์ (Immanuel Kant) นั้นไม่ได้อธิบายว่าหน้าที่ใดเป็นหน้าที่ที่สำคัญที่สุด เพราะในความเป็นจริงแล้ว ในระบบของโลกมนุษย์แต่ละคนก็มีหลากหลายหน้าที่ หากมีการใช้หลักการ ย้อนอ่านใหม่หมดไม่ลดอะไรเลย หากไม่เข้าใจถึงแก่นของคำว่าหน้าที่จะเป็นการแยกส่วนมนุษย์ให้รับผิดชอบเฉพาะเรื่องของตน

เพียงอย่างเดียว จนมีผู้ที่วิจารณ์เรื่องความสำนึกในหน้าที่ของ อิมมานูเอล คานท์ ว่าเป็นปรัชญาที่ไร้หัวใจ ซึ่งเป็นการตีความที่ไม่ถูกต้อง เพราะข้อสรุปดังกล่าวเกิดจากการตีความอย่างแคบ ทำให้บริบทของคำว่าหน้าที่ ถูกจำกัดขอบเขตไว้เฉพาะในเรื่องของการทำหน้าที่เฉพาะส่วน ซึ่งเป็นการทำลายคุณค่าในด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ไปอย่างน่าเสียดาย และไม่เล็งเห็นถึงคุณค่าสากลว่าแท้จริงแล้วมนุษย์ย่อมมีหน้าที่ร่วมกันในความเป็นมนุษย์ เพราะเมื่อเกิดมาเป็นมนุษย์เสียแล้วก็อย่าให้เสียชาติเกิด ควรรู้จักตนเองและเข้าถึงความสุขแท้จากปัญญารู้ตัว เอง จึงจะสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และการเข้าใจเรื่องหน้าที่แบบคับแคบการแยกส่วนหน้าที่ของผู้ให้ การบริบาลกับส่วนของผู้รับการบริบาลอย่างเด็ดขาดก็จะทำให้เกิดการมองแบบตนเองเป็นศูนย์กลาง หรือ ตนเองเป็นหนึ่งในแกนของเฟืองแต่ละอันที่ทำให้ระบบขับเคลื่อนไปนั้นย่อมมองเห็นตนเองเป็นส่วนสำคัญ ผู้อื่น ย่อมเป็นเหมือนเฟืองที่เล็กกว่า สำคัญน้อยกว่า ต้องขับเคลื่อนตามตน เมื่อแต่ละส่วนมองเฉพาะตัวเอง เป็นส่วนสำคัญจึงปิดกั้นความคิดสร้างสรรค์ของผู้อื่น และละเลยจริยธรรมดูแล ซึ่งเป็นจุดอ่อนของปรัชญา นวยุค กล่าวคือ นวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่รุดหน้ามาอย่างรวดเร็ว นั้น มาจากพลังสร้างสรรค์ ที่คิดนอกกรอบนอกกรอบกระบวนทรรศน์วิทยาศาสตร์แบบเดิมๆ ที่ผ่านมา ซึ่งนวยุคเองมักปิดกั้นความคิด สร้างสรรค์ ณ จุดนี้ หากเห็นว่าขัดแย้งกับกฎทางวิทยาศาสตร์ ด้วยเหตุนี้ เหตุผลของฝ่ายตรงข้ามที่อ้างว่า การบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องใช้กระบวนทรรศน์นวยุคเท่านั้น จึงไม่สมเหตุผล ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าการบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เหมาะสมที่จะประยุกต์ใช้ด้วยกระบวนทรรศน์นวยุค

การแยกส่วนหน้าที่รับผิดชอบหน้าที่ของตนอย่างเด็ดขาดตามปรัชญากระบวนทรรศน์นวยุคนั้น เมื่อมองกลับมาในการบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายผู้บริบาลกับผู้รับการบริบาลที่ถูกแยกออกจากกันเป็นคนละ หน่วยหรือคนละชั้นแล้วมักจะเกิดการมองแบบตนเองเป็นศูนย์กลางของระบบ (I-center) เพราะมนุษย์ไม่ใช่ จักรกลซึ่งไร้จิตใจที่สามารถทำตนเป็นแค่ส่วนหนึ่งของระบบได้ตลอดเวลา แต่มนุษย์ต้องการมีคุณค่าและ ต้องการตอบสนองความต้องการของตน หรือที่ทางพุทธศาสนาเรียกว่า “อัตตา” การเป็นศูนย์กลาง เป็นธรรมชาติอย่างหนึ่ง เช่น พอมีก่อกมลคนก็มีคนอยากเป็นหัวหน้า ในธรรมชาติของมนุษย์ เราก็มักอยากเป็น ศูนย์กลาง ซึ่งเป็นจุดอ่อนสำคัญของภาวะความเป็นระบบในปรัชญานวยุค เช่น ดวงอาทิตย์ มีดาวเคราะห์ เป็นบริวาร ดวงอาทิตย์ให้แสงสว่างและความร้อน เป็นคุณลักษณะของดวงอาทิตย์ เมื่อเราเป็นศูนย์กลาง เราก็มักเป็นอย่างดวงอาทิตย์ จึงนำหลักเกณฑ์ความเชื่อและหลักคำประกันความจริงของตัวเองที่ใช้ตัดสิน สิ่งต่างๆ มาวางเป็นไม้บรรทัดเพื่อวัดสรรพสิ่งว่า สิ่งใดถูก สิ่งใดผิด และก็แสดงความคิดเห็นของตนว่าสิ่งนั้น จะจัดการอย่างไร ควบคุมผลได้อย่างไร การมองแบบตนเองเป็นศูนย์กลางของระบบ จึงกลายเป็นการยึดมั่น ถิ่นมั่นในความสม่ำเสมอ ไม่เปิดพื้นที่ให้กับการเปลี่ยนแปลงแบบชั่วคราวชั่วคราว จึงทำให้ปิดใจ ไม่ทำให้เข้าใจ เหตุปัจจัยอื่น ทำให้ไม่เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพราะอยู่นอกการยอมรับเพื่อการเข้าใจได้ โดยถือว่า ไม่สมเหตุผล การเอาตนเองเป็นศูนย์กลางของระบบในการบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำให้เกิดปัญหา ดังนี้

ด้านผู้ให้การบริบาล

แพทย์เมื่อมองตนเองเป็นศูนย์กลางก็คิดว่าพยาบาลและผู้ป่วยต้องเป็นผู้ปฏิบัติตามคำสั่งโดยไม่โต้เถียง เพราะแกนความรู้ของแพทย์ย่อมใหญ่กว่าพยาบาล พยาบาลก็มองผู้ป่วยว่าต้องปฏิบัติตามกรอบที่กำหนดไว้ เท่านั้น ไม่เช่นนั้นจะเกิดความผิดพลาดต่อผู้ป่วยเองและส่งผลต่อการรับผิดชอบในหน้าที่ของผู้พยาบาล กล่าวง่ายๆ ว่ามองผู้ป่วยเป็นผู้ที่ต้องได้รับการรักษาตามกรอบเงื่อนไขของระบบหากไม่สามารถปฏิบัติตามได้ ก็ควรจะไปรักษาที่อื่นที่ระบบอื่น ผู้ป่วยไม่ใช่มนุษย์ที่มีเสรีภาพอย่างบุคคลปกติทั่วไป

ด้านผู้รับการบริบาล

ผู้ป่วยและญาติเมื่อมองตนเองเป็นศูนย์กลางย่อมเห็นว่าตนเองเป็นมนุษย์ย่อมมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาตามหลักมนุษยธรรม แพทย์และพยาบาลจึงต้องปฏิบัติตามต่อผู้ป่วยอย่างดีตามที่ให้มีประสิทธิภาพ

มากที่สุด เมื่อทุกคนมองว่าตนเป็นแกนกลางที่สำคัญปัญหาต่างๆ ก็เกิดตามมา เช่น ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยไม่พอใจในการรักษาจึงฟ้องแพทย์และพยาบาล ทั้งๆ ที่จริงแล้วแพทย์และพยาบาลก็ตั้งใจปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มที่

ปัญหาที่เกิดขึ้นเหล่านี้ล้วนแสดงให้เห็นว่าการเดินตามกรอบกระบวนการทรรศน์นวยุคโดยเชื่อว่ามีควมน่าเชื่อถือและเป็นสากลก็มีปัญหาที่เพิ่มตามมามากมาย ไม่ใช่เพียงปัญหาการไม่ตระหนักในหน้าที่ ปัญหาเรื่องบุคลากรที่ต้องรับผิดชอบหน้าที่ในกระบวนการรักษาแต่ละแห่งไม่เพียงพอ เครื่องมือในการรักษาไม่เพียงพอ งบประมาณไม่เพียงพอ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ไม่สามารถใช้แค่การรับผิดชอบตามหน้าที่ได้ ต้องรับผิดชอบเกินหน้าที่ แต่ต้องมีสึนน้ำใจให้ใจรักและจิตอาสา เข้ามาร่วมด้วย ปัญหาในการบริหารเหล่านี้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ไม่สามารถตอบโจทย์ได้ เพราะในปัจจุบันมนุษย์ส่วนมากใช้วิทยาศาสตร์เพื่อแสวงหาผลกำไรเป็นหลัก มีส่วนน้อยที่ใช้เพื่อประโยชน์ของมนุษยชาติ จึงใช้วิธีการทุกอย่างให้ตนเองและพรรคพวกได้ประโยชน์จากทรัพยากรมากที่สุด

เมื่อได้ข้อสรุปเป็นที่แน่ใจแล้วว่า การบริหารผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่เหมาะสมที่จะประยุกต์ด้วยกระบวนการทรรศน์นวยุคเท่านั้น ผู้วิจัยจึงเสนอต่อไปว่าควรมีการหาคำตอบใหม่ที่ดูสมเหตุสมผลกว่าคำตอบเดิม โดยเสนอใหม่่ว่า การบริหารผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถนำมาประยุกต์ด้วยกระบวนการทรรศน์นวยุคสายกลางได้ด้วยหลักเสริมสร้างวิจารณ์ญาณ ด้วยการ วิเคราะห์ คือการแยกแยะประเด็นต่างๆ การประเมินข้อความ ข้อถกเถียง เนื้อหา ให้ชัดเจน วิจัย คือการประเมินคุณค่าของแต่ละประเด็นที่ได้วิเคราะห์ไว้ และแสดงคุณค่านั้นออกมา ซึ่งคุณค่านี้จะมองเป็นคุณค่าที่มีต่อตนเองหรือผู้อื่นก็ได้ และวิธาน คือการนำผลการวิเคราะห์ และวิจัยมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งโดยส่วนตัวและส่วนรวม เมื่อผู้ป่วยสามารถใช้วิจารณ์ญาณมองย้อนเข้าไปไตร่ตรองภายในตนเองจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุ-ผล สนใจใฝ่รู้เรื่องความเจ็บป่วยของตนเอง และเข้าถึงความเป็นจริงของชีวิต แล้วแสวงหาวิธีการเพื่อดูแลและพัฒนาตนเองจึงส่งผลให้การรักษาอาการเจ็บป่วยที่ประสบอยู่เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น การที่ผู้ป่วยดูแลและพัฒนาตนเองนี้ถือเป็นคุณธรรมในตัวมนุษย์ที่สามารถนำมาซึ่งความสุขแท้ได้ เพราะเป็นการตอบสนองต่อสัญญาตญาณปัญญาที่เรียกว่าความสุขแท้จากปัญญาตัวเอง (Bunchua, 2016) และนับว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้รู้จักตัวตนของตนเองอย่างแท้จริง ดังที่ชาวกรีก (Socrates) ได้กล่าวไว้ว่า “จงรู้จักตัวของเจ้า” (know thyself) การรู้จักตนเองเป็นทักษะชีวิตที่มีส่วนช่วยนำความรู้ในเรื่องต่างๆ เชื่อมโยงกับทัศนคติผ่านการคิดวิเคราะห์ถึงผลที่จะเกิดขึ้น และตัดสินใจในสิ่งที่เหมาะสม รวมถึงทำให้สามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข รับมือกับปัญหาและความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ (Makmee, 2019) การที่ผู้ป่วยเข้าใจเหตุและผล เข้าถึงความเป็นจริงของชีวิต สนใจใฝ่รู้ และแสวงหาข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลและพัฒนาตนเองอย่างมีวิจารณ์ญาณ (critical mind) ไม่ปักใจเชื่อข้อมูลที่รับฟังมาทันทีหากยังไม่ได้การยืนยันจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ และมีพลัง 4 อย่างเต็มเปี่ยม ได้แก่ พลังสร้างสรรค์ (creativity) พลังสร้างสรรค์จะนำไปสู่การหาคำตอบที่ช่วยให้ผู้ป่วยกล้าที่จะเผชิญกับความเป็นจริงของชีวิตที่ว่า ความเจ็บป่วยเป็นเรื่องสากลที่มนุษย์ทุกคนต้องประสบด้วยกันทั้งนั้น ไม่มีใครสามารถหลีกเลี่ยงได้ มองความเจ็บป่วยว่าเป็นเพียงปัญหาที่ต้องแก้ การคิดหาวิธีทางใหม่ๆ โดยใช้ปัญหาที่กำลังเผชิญให้เป็นสิ่งริเริ่มที่จะคิดสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ ทำความเข้าใจให้อ่องแท้ ด้วยการมองหาตัวตนที่แท้จริงของตนเอง เข้าใจตนเอง ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่ขาดพลังสร้างสรรค์ จิตใจจะเกิดความหดหู่ เศร้าหมอง ท้อแท้ และสิ้นหวัง พลังปรับตัว (adaptivity) คือ การดัดแปลงประยุกต์ใช้ให้เป็นคุณ ปราศจากโทษ หรือดัดแปลงโทษให้เป็นคุณได้ ผู้ป่วยที่มีพลังสร้างสรรค์แล้วก็จะนำไปสู่การปรับตัว โดยการวางท่าทีด้วยจิตใจที่เป็นกลาง ไม่มีอคติ ไม่มียึดมั่นถือมั่น (detachment) ว่าสิ่งที่ตนเชื่อถูกต้องฝ่ายเดียว การเปิดโอกาสให้กับตนเองและผู้อื่นได้ตั้งข้อสงสัยในสิ่งที่ตนเชื่ออยู่ เพื่อจะได้พิสูจน์ความจริงในสิ่งที่ตนเชื่ออยู่นั้นว่าสามารถนำมา

พัฒนาคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างไร พลังร่วมมือ (collaborativity) เป็นการประสานพลังเพื่อแสวงหาจุดร่วม สงวนจุดต่างซึ่งกันและกัน ทั้งด้านความคิด ความเชื่อ และความรู้สึก โดยส่วนที่เป็นจุดร่วมหากเห็นว่าเป็นไปเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตร่วมกันทั้งโดยส่วนตัวและส่วนรวม ก็ให้นำมาปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน สำหรับส่วนที่เป็นจุดต่าง ให้ถือว่าเป็นพรสวรรค์ของแต่ละฝ่าย และไม่ยึดมั่นถือมั่นว่าแนวคิดของตนเองถูกต้องเพียงฝ่ายเดียวทั้งฝ่ายผู้ให้การบริบาลและฝ่ายผู้รับการบริบาล ในทางตรงกันข้าม หากปราศจากความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ก็ย่อมจะส่งผลให้ทุกฝ่ายหาจุดร่วมเดียวกันไม่ได้ อาจทำให้เกิดปัญหาการร้องเรียน หรือการฟ้องร้องต่างๆ อันจะนำไปสู่คดีความ หรือการเรียกร้องค่าเสียหายต่างๆ จากความไม่เข้าใจตามมาได้ และพลังแสวงหา (requisitivity) เป็นพลังที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขภายในได้ วิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้มีความสุขคือการพัฒนาสัจชาตญาณปัญญา เพราะปัญญามนุษย์สนใจที่จะรู้ว่ามียะอะไรบางอย่างที่ปัญญารู้ตัวเองว่าต้องทุ่มเทด้วยความภูมิใจ (pride) ปัญญาจะรู้ว่าส่วนใดพึงทุ่มเท (commit) ชีวิตจิตใจให้ตลอดชีวิต ซึ่งกระบวนการที่ทำให้เกิดการทุ่มเท (commitment) เช่นนี้เรียกว่า ความศรัทธา (faith) และปัญญาก็มีความสุขกับการทุ่มเทของตน โดยศาสนาคือส่วนที่ทำให้เกิดกระบวนการศรัทธา รวมทั้งยึดหลัก 3 กล้า ได้แก่ กล้ายอมรับปัญหาการเจ็บป่วยนั้นๆ กล้าประเมินพฤติกรรมตนเองที่ส่งผลต่อความเจ็บป่วย และกล้าลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หรือยอมรับผลที่เกิดขึ้นด้วยความรับผิดชอบ และไม่ยึดมั่นถือมั่นเฉพาะความเชื่อของตนเองเพียงฝ่ายเดียว รวมไปถึงการให้ความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งในขั้นตอนการรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันไม่ให้เกิดกลับมาเป็นซ้ำ ซึ่งวิถีปฏิบัติเหล่านี้ล้วนเป็นวิถีปฏิบัติของผู้ป่วยที่ใช้กระบวนการทัศน์ปรัชญาหลังนวยุคสายกลาง (moderate postmodern philosophy) ที่เป็นกระแสความคิดที่มุ่งเน้นเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นสำคัญ และเชื่อว่าการแสวงหาความสุขของแต่ละบุคคลอันจะนำไปสู่ความสุขทั้ง 2 ด้าน คือ สุขทางกายและสุขทางใจ ซึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อพื้นฐาน มุมมอง วิธีคิด ระบบคิด หรือกระบวนการทัศน์ของแต่ละคนที่แตกต่างกัน (Bunchua, 2014)

นอกจากนี้ การส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสุขที่ได้ดูแลผู้ป่วย หรือที่เรียกว่ามีจริยธรรมดูแล (ethic of caring) ซึ่งเป็น “การแสวงหาความสุขบนความสุขของผู้อื่น” (Bunchua, 2008) และสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีจิตอาสาที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดีเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และบำบัดรักษาผู้ป่วย โดยการนำหลักการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (holistic health care) มาผสมผสานเพื่อพัฒนาให้เกิดความสมดุลในทุกองค์ประกอบของมนุษย์ใน 4 มิติ คือ มิติทางกาย (physical domain) มิติทางจิตวิทยา (psychological domain) มิติทางสังคม (social domain) และมิติทาง จิตวิญญาณ (spiritual domain) (Rungnoei, 2016) ด้วยการนำหลักพลัง 4 และหลัก 3 กล้ามาร่วมประยุกต์ใช้โดยการที่ทุกฝ่ายมีการปรับกระบวนการทัศน์ให้สอดคล้องกับแนวนโยบายและมีความเชื่อพื้นฐานต่อการจัดระบบสุขภาพที่ใกล้เคียงกัน คือ เชื่อว่าประชาชนมีความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเองได้ เรียนรู้ได้ ชุมชนสามารถจัดระเบียบของชุมชนเองได้ และการจัดการด้านสุขภาพไม่ควรยึดติดที่ตัวเงิน รวมทั้งการบริการสุขภาพควรคิดในเชิงการให้สวัสดิการของรัฐ ไม่ใช่คิดในเชิงธุรกิจ (Sangkanjanawanich, and Suwanbandit, 2016)

จากหลักปรัชญาหลังนวยุคสายกลาง การมีจริยธรรมดูแล การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม รวมทั้งการใช้หลักการแพทย์แบบมีส่วนร่วม ล้วนเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงความดีงามในชีวิตและสามารถยอมรับสภาพเจ็บป่วยของตนได้และเป็นระดับคุณภาพของความสุข สำหรับมนุษย์ที่จะเป็นความสุขแท้ได้จึงเป็นความสุขตามสัจชาตญาณปัญญาซึ่งปรัชญากระบวนการทัศน์หลังนวยุคชี้ว่าความสุขแท้เกิดได้จากการพัฒนาคุณภาพชีวิตขึ้นไปเรื่อยๆ (Amaritwarin, 2017)

องค์ความรู้ใหม่

องค์ความรู้ใหม่ คือ การบริหารผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยปรัชญาหลังนวยุคสายกลาง ไม่ได้มองแบบแยกส่วนมนุษย์ให้รับผิดชอบเฉพาะเรื่องหน้าที่ตาม function ของตนเพียงอย่างเดียว แต่เน้นให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมรับผิดชอบโดยตระหนักถึงหน้าที่ความเป็นมนุษย์โดยไม่เอาตนเองเป็นศูนย์กลางของระบบ ดังนั้นหน้าที่ในการบริหารผู้ป่วยระยะจึงเป็นเรื่องของทุกคนที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็น แพทย์ พยาบาล ญาติ รวมไปถึงตัวผู้ป่วยเองที่จะต้องเรียนรู้ร่วมกันเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของตน ด้วยวิธีการการเสริมสร้างวิจารณ์ญาณให้กับผู้ให้การบริหารและผู้รับการบริหาร รวมทั้งส่งเสริมให้ใช้พลัง 4 คือ สร้างสรรค์ ปรับตัว ร่วมมือและแสวงหา รวมทั้งยึดหลัก 3 กล้า โดยมีเป้าหมายหลักร่วมกันเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้สามารถเข้าถึงอุดมการณ์สูงสุดในชีวิต และให้สามารถยอมรับการเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุขแท้ตามความเป็นจริง

อภิปรายผลการวิจัย

การนำปรัชญาหลังนวยุคสายกลางมาประยุกต์ใช้ในการบริหารผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีจุดเด่นสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้และเข้าใจตนเองทั้งในด้านความเชื่อ ความชื่นชอบ ความนับถือศรัทธาในสิ่งที่ทำแล้วเกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองและสังคมด้วยการใช้หลักวิจารณ์ญาณมองย้อนเข้าไปไตร่ตรองภายในตนเอง และเมื่อรู้และเข้าใจตนเองว่ามีความสามารถ มีความสนใจ มีสิ่งที่ชื่นชอบหรือสิ่งที่ทำแล้วเกิดประโยชน์ต่อตนเองแล้วเราก็จะมีความสุข และจะมีความสุขมากขึ้นไปอีกหากสิ่งนั้นเกิดประโยชน์ต่อสังคมร่วม และการเสริมสร้างวิจารณ์ญาณให้กับผู้ป่วยด้วยหลัก 3 กล้าจะทำให้ผู้ป่วยสามารถ กล้าเผชิญปัญหา กล้าเผชิญความกลัว และกล้าเผชิญความเป็นจริงที่ไม่ใช่แค่การปลอบใจตัวเอง ส่งผลให้กล้าประเมินวิถีปฏิบัติที่ส่งผลต่อความเจ็บป่วย และกล้าปฏิบัติตามหลักการรักษาที่ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกแล้วด้วยความรับผิดชอบอย่างเต็มที่ รวมทั้งให้ใช้พลังสร้างสรรค์ พลังปรับตัว พลังร่วมมือ และพลังแสวงหาอย่างมีส่วนร่วม ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้บริหารและผู้รับการบริหาร โดยมีเป้าหมายหลักร่วมกันเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้สามารถเข้าถึงอุดมการณ์สูงสุดในชีวิต และให้สามารถยอมรับการเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุขแท้ตามความเป็นจริง

การวิเคราะห์ วิจัย และวิจารณ์ กระบวนทรรศน์กับการบริหารผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า การบริหารผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ควรใช้ปรัชญากระบวนทรรศน์นวยุคเท่านั้น แต่ควรนำมาประยุกต์ใช้และต่อยอดด้วยปรัชญาหลังนวยุคสายกลาง ทั้งนี้เพราะ การบริหารผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยปรัชญากระบวนทรรศน์นวยุคเท่านั้นเป็นการละเลยคุณค่าด้านจิตใจที่ไม่สามารถวัดผลได้ด้วยกระบวนทางวิทยาศาสตร์ การแยกส่วนรับผิดชอบตามหน้าที่ทำให้ไม่สามารถเล็งเห็นถึงคุณค่าสากลร่วมกันเป็นองค์รวมว่า แท้จริงแล้วมนุษย์ย่อมมีหน้าที่ในความเป็นมนุษย์ซึ่งควรรู้จักตนเองเพื่อที่จะสามารถเข้าถึงความสุขแท้จากปัญญาส่วนตัว จึงจะสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การที่ผู้ป่วยถูกบีบให้ต้องยอมรับระบบการรักษาในฐานะผู้รับการบริหารเพียงอย่างเดียวเป็นการปิดกั้นความคิดสร้างสรรค์ของผู้อื่น และละเลยจริยธรรมดูแล แม้ว่าหลักการบริหารผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบปรัชญากระบวนทรรศน์นวยุคจะสามารถระงับหรือบรรเทาความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ แต่ก็ไม่สามารถเยียวยาจิตใจผู้ป่วยให้สามารถยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงได้ สอดคล้องกับแนวคิดการตีความการแพทย์ด้วยปรัชญากระบวนทรรศน์ของวิเศษ แสงกาญจนวนิช (Sangkanjanawanich, 2016) พบว่า การบริหารผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถนำกระบวนทรรศน์หลังนวยุคสายกลางมาประยุกต์ใช้ได้ ทั้งนี้เพราะปรัชญาหลังนวยุคสายกลางเสริมสร้างวิจารณ์ญาณ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้บริหารและผู้ป่วยใช้พลัง 4 คือ สร้างสรรค์ ปรับตัว ร่วมมือและแสวงหา เพื่อเข้าถึงอุดมการณ์สูงสุดในชีวิต และให้สามารถยอมรับการเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุขแท้ตามความเป็นจริง สอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีของ องค์การอนามัยโลกที่เน้นให้การดูแลอย่างครอบคลุมต่อผู้ป่วย เพื่อส่งเสริม

คุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว มีการแบ่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายออกเป็นหลายมิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แต่องค์การอนามัยโลกไม่ได้บอกว่าทำอย่างไรถึงจะสามารถทำสิ่งที่กล่าวมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลักปรัชญากระบวนการทรรศน์หลังนวยุคสายกลางจึงเป็นการตอบโจทย์ที่สมเหตุสมผลในการประยุกต์ใช้เพื่อบริหารผู้ป่วยระยะสุดท้าย สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002)

สรุป

การบริหารผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เหมาะสมที่จะประยุกต์ใช้ด้วยกระบวนการทรรศน์นวยุคเพียงอย่างเดียวเท่านั้น เพราะ ปรัชญานวยุคละเลยในเรื่องจริยธรรมดูแลและปิดกั้นความคิดสร้างสรรค์ ทั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ต้องการรื้อถอนกระบวนการทรรศน์นวยุค แต่ต้องการรักษาจุดร่วม สงวนจุดต่าง โดยที่ปรัชญากระบวนการทรรศน์นวยุคโดดเด่นเรื่องกระบวนการวิทยาศาสตร์ เรื่องเทคโนโลยีในการรักษา การคิดค้นยารักษาโรค หรือเรื่องกระบวนการรักษา (Cure) ซึ่งเป็นมิติทางด้านกายภาพก็ยกให้เป็นหน้าที่ของกระบวนการทรรศน์นวยุคต่อไป แต่ควรลดความยึดมั่นในระบบลงและมองไปที่ความเป็นมนุษย์แบบองค์รวมให้มากขึ้น (Care) และเสนอให้ตีความเรื่องสำนึกในหน้าที่เสียใหม่ โดยนำปรัชญาหลังนวยุคสายกลางเข้ามาเสริมให้มนุษย์เข้าถึงความสุขแท้ตามความเป็นจริงให้มากขึ้น เหมาะที่จะเป็นฐานคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมขององค์การอนามัยโลก ในมิติทางด้าน จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ให้มั่นคงและมีประสิทธิมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผลจากการวิเคราะห์ วิจัย และวิธาน กระบวนการทรรศน์กับการบริหารผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าการบริหารผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถนำกระบวนการทรรศน์หลังนวยุคสายกลางมาประยุกต์ใช้ได้ ดังนี้ ในเบื้องต้นควรจัดทำเป็นข้อมูลที่บุคคลทั่วไปจะสามารถเข้าถึงได้ เพราะเป็นการสร้างความเข้าใจต่อหน้าที่การมีส่วนร่วมในการบริหารผู้ป่วย ชั้นกลางนำไปอบรมต่อหน่วยงานหรือสถานพยาบาลที่เห็นด้วยกับงานวิจัยนี้ ขึ้นสูง นำผลการวิจัยไปเป็นเหตุผลและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้บริหาร โดยสามารถสร้างเป็นหลักสูตรอบรมบ่มนิสัย (character education) เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ตามหลักสิทธิมนุษยชนและมนุษยนิยม ด้วยการใช้เครื่องมือสมัยใหม่และหลักการพื้นฐานของการแพทย์กระบวนการทรรศน์นวยุคร่วมด้วย โดยทำการอบรมอย่างต่อเนื่อง และขยายผลไปใช้แก่บุคคลที่ถือกระบวนการทรรศน์ต่างๆ ในประเทศไทยให้เขาเกิดความเข้าใจในการบริหารผู้ป่วยแต่ละกระบวนการทรรศน์ โดยการสอนด้วยการใช้วิธีเสวนา (Dialogue) เป็นการเปิดโอกาสให้พิจารณารับส่วนดีได้จากทุก เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งส่วนตัวและส่วนรวม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

สำหรับประเด็นในการวิจัยครั้งต่อไปควรทำวิจัยในประเด็นเกี่ยวกับ

- 2.1 การมีส่วนร่วมในการบริหารผู้ป่วยตามหลักปรัชญาหลังนวยุคสายกลาง
- 2.2 การพัฒนากระบวนการทรรศน์ของบุคลากรในโรงพยาบาล
- 2.3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามหลักปรัชญาหลังนวยุคสายกลาง



References

- Amaritwarin, S. (2017). Sufficiency Economy Philosophy and Authentic Happiness According to Reality. *SSRU Graduate Studies Journal*, 8(2), 1.
- Bunchua, K. (2008). *Ethics Handbook Based on International Principles*. Bangkok: Chain Printing.
- _____. (2014). 84,000 Dhamma Khandhas are for Scholars, Not for Educators. *SSRU Graduate Studies Journal*, 7(1), 1-15.
- _____. (2016). *Authentic Happiness from Wisdom Awareness Self*. Retrieved February 22, 2021, from: <https://thamdimisukh.wordpress.com/2017/07/31/>.
- Harimthepatip, M. (2017). *Duty to Be Done*. Retrieved February 22, 2021, from: <https://www.gotoknow.org/posts/643080>
- Kant, I. (1969). *The Moral Law*. Translated by H. J. Paton. London: Hutchinson University Library.
- Makmee, P. (2019). The Development of Life Skills in Critical Cognitive Skills of Student in the Vocational. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 27(3), 11.
- Phra Paisal Visalo. (2015). *The Body is Sick but the Mind Is Not Sick*. Retrieved February 22, 2021, from: <https://www.facebook.com/visalo/posts/1285618634798784>
- Rungnoei, N. (2016). *Health Assessment: A Holistic Approach*. Nontaburi: Tanapress.
- Sangkanjanawanich, W. (2016). *Analysis of Medical Engagement in Quality of Life: New State of Better Society*. (Research Report). Bangkok: Suan Sunandha Rajabhat University.
- Sangkanjanawanich, W. & Suwanbandit, A. (2016). Medical-People Engagement: Philosophical Approach. *Journal of Siriraj Radiology*, 1(3), 63-70.
- World Health Organization. (2002). *National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines*. Geneva: World Health organization.