

บ้านพักสุดท้ายและบริการระยะท้าย

วรรษัย ทองไทย

บทนำ

บ้านพักสุดท้าย (hospice) แห่งแรกในประเทศไทยเกิดขึ้นเมื่อ 20 กว่าปีนี่เอง คือเมื่อปี พ.ศ. 2535 ที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดสระบุรี โดยทางวัดได้จัดสถานที่เฉพาะไว้สำหรับรักษาผู้ป่วยเอดส์ขั้นสุดท้าย (Matchim and Aud 2009) เพราะขณะนั้นเป็นช่วงที่โรคเอดส์ระบาดใหม่ๆ ยังไม่มีความรู้ชัดเจนในเรื่องการติดต่อของโรค ทำให้เกิดความกลัวที่จะให้ผู้ป่วยเอดส์อยู่ร่วมด้วย ความต้องการบ้านพักสุดท้ายจึงเกิดขึ้น ต่อมาเมื่อความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่ถูกต้องแพร่หลายมากขึ้น ทำให้ความหวาดกลัวหายไป ผู้ป่วยเอดส์จึงได้กลับเข้าอยู่ร่วมกับครอบครัวตามเดิม ทำให้ความต้องการบ้านพักสุดท้ายไม่ได้เพิ่มมากขึ้นตามที่คาด

ในขณะที่เดียวกัน อัตราส่วนของครอบครัวเดี่ยวที่เพิ่มมากขึ้น ขนาดของครอบครัวที่เล็กลง และการย้ายถิ่นออกเพื่อทำงานของวัยแรงงานที่เพิ่มขึ้น ได้ทำให้ชนบทหลายแห่งอยู่ในสภาพที่มีแต่เด็กและผู้สูงอายุ เป็นผลให้เกิดความขาดแคลนคนดูแลผู้ป่วยระยะท้าย¹ จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บ้านพักสุดท้ายเพิ่มขึ้น เช่น วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ การดำเนินงานบ้านพักสุดท้ายในประเทศไทย จึงถูกจัดอยู่ในกลุ่มประเภทเฉพาะกิจ คือ ดูแลเฉพาะผู้ป่วยระยะท้ายเฉพาะกลุ่ม ตั้งขึ้นเป็นเอกเทศตามความต้องการของท้องถิ่น เงินสนับสนุนส่วนใหญ่มาจากเงินบริจาค โดยยังไม่มีส่วนกลางรับผิดชอบและประสานงาน (Worldwide Palliative Care Alliance 2011) ส่วนบ้านพักสุดท้ายที่ตั้งขึ้นเพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายก็ยังมีอยู่น้อย ทั้งๆ ที่ประชากรไทยได้เริ่มเข้าสู่ประชากรสูงอายุแล้ว ซึ่งนอกจากจะแสดงถึงความต้องการที่มีอยู่น้อยแล้ว ยังแสดงถึงพื้นฐานแนวคิดพื้นฐานที่แตกต่างกัน ระหว่างสังคมไทยและสังคมตะวันตกด้วย

1 ผู้ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย และรู้กำหนดเวลาที่จะเสียชีวิตแล้ว เช่น มะเร็ง และเอดส์

สังคมไทยเป็นสังคมที่เปิดกว้าง ประกอบกับการติดต่อสื่อสารที่รวดเร็วในปัจจุบัน ทำให้ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ตลอดจนวิถีชีวิตของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไป ที่เห็นได้ชัดคือ จากเดิมที่งานเฉลิมฉลองเทศกาลที่สำคัญต่างๆ จะขึ้นกับวันสำคัญทางศาสนา ก็เปลี่ยนไปฉลองตามลัทธิบริโภคนิยม เช่น วันวาเลนไทน์ วันคริสต์มาส และวันขึ้นปีใหม่ เป็นต้น โดยเฉพาะวันวาเลนไทน์ที่วัยรุ่นมักจะรู้จักมากกว่าวันมาฆบูชา

การนำเอาความรู้ เทคโนโลยี ระบบเศรษฐกิจ การปกครอง การศึกษา และวิถีชีวิต จากต่างประเทศมาใช้ โดยไม่ประยุกต์ให้เหมาะสมกับสังคมไทย ย่อมก่อให้เกิดปัญหา ขึ้นได้ ตัวชี้วัดที่แสดงถึงปัญหาคือ การยอมรับว่าการโกงกินของนักการเมือง เป็นเรื่องธรรมดาที่ยอมรับได้ ดังผลสำรวจที่ว่า นักการเมืองจะโกงก็ไม่ใช่ไร ถ้าทำให้ประเทศ พัฒนา ความคิดเห็นเช่นนี้ ถือว่าเป็นอันตรายอย่างยิ่ง เพราะว่าตามหลักกรรมแล้ว ความคิดความเห็นหรือทิวทัศน์นั้น เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพราะความคิดความเห็นเป็นตัวนำ การพูดการกระทำ การประพฤติปฏิบัติ และการดำเนินชีวิตทั้งหมด ถ้าบุคคลคิดเห็นอย่างไร เขาก็จะดำเนินชีวิตของเขาไปอย่างนั้น ถ้าสังคมยอมรับยึดถือตามทิวทัศน์อย่างใด สังคมก็ สร้างสรรค์สภาพของสังคมให้เป็นตามทิวทัศน์อย่างนั้น ดังนั้น ถ้าความคิดความเห็นคือทิวทัศน์ ตั้งไว้ผิด วิถีชีวิต วิถีของสังคมก็ผิดไปตาม แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าความคิดความเห็น คือทิวทัศน์ ตั้งไว้ถูกต้อง วิถีชีวิต วิถีของสังคมก็ดำเนินไปอย่างถูกต้อง (พระราชวรมณี 2528)

มหาวิทยาลัยมหิดลได้ประกาศที่จะสร้างศูนย์พัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุแบบครบวงจร และบริหารโดยผู้ปวยระยะท้าย เมื่อวันที่ 26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2555 ที่ในบริเวณของ มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เพื่อเป็นต้นแบบทางความคิด ในการดูแล ผู้สูงอายุและผู้ปวยระยะท้าย โดยเป็นความร่วมมือกับชุมชนและท้องถิ่น ทั้งภาครัฐและ เอกชน ซึ่งศูนย์นี้ประกอบด้วยศูนย์ย่อย 7 แห่ง คือ 1. ศูนย์การดูแลผู้สูงอายุ 2. ศูนย์ ฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุ 3. ศูนย์สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 4. สถานะบริหาร ผู้ปวยระยะท้าย 5. ศูนย์การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร 6. ศูนย์การศึกษาและวิจัย 7. หน่วยสนับสนุนอื่นๆ (“ไทยไร้ระบบดูแลผู้สูงอายุ” หนังสือพิมพ์คม ชัด ลึก 27 พฤศจิกายน 2555) การดำเนินการดังกล่าวนับเป็นสิ่งที่ดี เพราะการที่ได้มีการศึกษาวิจัย ล่วงหน้า เพื่อประยุกต์ให้สอดคล้องกับสังคมไทย ก่อนที่จะมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย ย่อมจะมีผลดีต่อสังคม ก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชนหมู่่มากและยั่งยืน

บทความนี้จะกล่าวถึงแนวคิด การดำเนินการและการให้บริการของบ้านพักสุดท้ายในสังคมอเมริกัน โดยจะชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างในแนวคิดพื้นฐานระหว่างสังคมไทยกับสังคมอเมริกัน รวมทั้งเสนอแนวทางศึกษาวิจัย

กำเนิดและแนวคิดของบ้านพักสุดท้าย

บ้านพักสุดท้ายหมายถึง สถานที่พำนักและพยาบาลผู้ป่วยระยะท้าย ไม่ว่าจะที่บ้านของผู้ป่วยเอง หรือเป็นสถานที่ที่จัดขึ้นไว้โดยเฉพาะ เช่น แผนกหนึ่งในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล บ้านพักสุดท้ายของรัฐหรือของเอกชน เป็นต้น ดังนั้นบ้านพักสุดท้ายจึงเป็นที่อยู่สุดท้ายของผู้ป่วยก่อนสิ้นชีวิต

กำเนิดของบ้านพักสุดท้ายเกิดขึ้นในคริสต์ศตวรรษที่ 5 โดยจัดขึ้นในสถานที่ที่ตั้งตามเส้นทางไปสู่ดินแดนศักดิ์สิทธิ์ เพื่อให้การดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ที่ใกล้ตาย หรือผู้แสวงบุญที่อ่อนล้า แต่บ้านพักสุดท้ายแห่งแรกในโลก ที่สร้างขึ้นเป็นการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยและผู้สูงอายุดระยะท้าย² เพิ่งเกิดขึ้นมาไม่ถึงครึ่งศตวรรษนี้เองคือเมื่อปี พ.ศ. 2510 ในประเทศอังกฤษ โดยผู้จัดตั้งคือ Cicely Saunders³ บ้านพักสุดท้ายแห่งแรกนี้ มีหลักการที่สำคัญคือ เป็นการรวมการเรียนการสอนเข้ากับกรวิจัยทางคลินิก การให้ความสำคัญของบริรักษ์ (palliative care) หรือรักษาบรรเทาที่เน้นการขจัดความเจ็บปวด และดูแลอาการของโรคแบบองค์รวม ทั้งนี้เพื่อสนองความต้องการทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคมของผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงครอบครัวและญาติมิตรของผู้ป่วยด้วย ปัจจุบันบ้านพักสุดท้ายมีอยู่ในทุกรัฐของสหรัฐอเมริกา และมีอยู่ในทุกทวีปทั่วโลก อย่างไรก็ตาม ความหมายของคำว่าบ้านพักสุดท้ายในปัจจุบัน ไม่ได้หมายถึงแต่เพียงสถานที่ที่ให้บริการเท่านั้น แต่ยังใช้เรียกบริการที่ให้ได้ กล่าวคือ คำว่าบ้านพักสุดท้ายหมายถึง สถานที่ก็ได้ หรือบริการก็ได้ (ดูรายละเอียดใน วรรษัย 2553)

2 จากนั้นไปจะใช้เพียงคำว่า ผู้ป่วย โดยมีความหมายรวมถึงผู้ป่วยระยะท้ายและผู้สูงอายุดระยะท้าย

3 นอกจากศึกษาด้านพยาบาลแล้ว ยังได้ปริญญาสังคมสงเคราะห์ และแพทยศาสตร์ รวมทั้งได้รับพระราชทานตำแหน่งคุณหญิง (Dame) ด้วย จึงมีชื่อเรียกหลายชื่อ ได้แก่ Miss Cicely Saunders หรือ Dr Cicely Saunders หรือ Dame Cicely Saunders

สำหรับแนวคิดของบ้านพักสุดท้ายถือว่า ความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เมื่อคนเรารู้ว่า จะต้องตายหรือสิ้นอายุขัย เช่น เป็นมะเร็งหรือเอดส์ขั้นสุดท้าย หรือสูงอายุมามาก ๆ เป็นต้น ก็ไม่ควรยึดความตายออกไปด้วยการนอนป่วยอยู่ในโรงพยาบาลที่ร่างกายมีสายระโยงระยางของเครื่องช่วยชีวิตเต็มไปหมด แต่ควรใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพ ท่ามกลางครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนฝูง ดังนั้นการดูแลผู้ป่วย จึงเน้นที่การรักษาบรรเทา โดยการควบคุมความเจ็บปวดและอาการของโรคเพื่อไม่ให้เป็นการอุปสรรคในการดำเนินชีวิตตามปกติของผู้ป่วย

แนวคิดเช่นนี้จะแตกต่างจากแนวคิดของการรักษาพยาบาลกระแสหลัก ที่มีฐานคิดมาจากวิทยาศาสตร์ที่ต้องการเอาชนะธรรมชาติ ประกอบกับความกลัวตายในสังคมตะวันตก ทำให้การรักษาพยาบาลถือว่า เป็นการต่อสู้กับความตายที่ต้องเอาชนะ ด้วยความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ โดยความสำเร็จอยู่ที่การยืดชีวิตของผู้ป่วยให้ยืนยาวออกไป โดยไม่ได้คำนึงถึงวัยของผู้ป่วย หรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

อีกข้อหนึ่งกลับคิดตรงข้ามว่า เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพได้ ก็ควรเร่งความตายให้เร็วขึ้นด้วยการฉีดยา ซึ่งแนวคิดนี้ยังไม่เป็นที่ยอมรับในแง่ของกฎหมาย⁴ ส่วนแนวคิดของบ้านพักสุดท้ายเป็นทางสายกลาง คือ สนับสนุนการมีชีวิตอย่างมีคุณภาพของผู้ป่วย และไม่ต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้นหรือช้าลง

บริบาลระยะท้าย

บริบาลระยะท้าย (hospice care) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่ได้เน้นการรักษาให้หาย แต่จะเน้นที่การการดำรงรักษาคุณภาพชีวิตที่ยังเหลืออยู่ของผู้ป่วย ด้วยการทำให้ทุกๆ วันเป็นวันที่ดีที่สุด จนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต กล่าวคือ ต้องการให้ผู้ป่วยได้ดำเนินชีวิตก่อนตายอย่างเต็มที่ การให้บริการจึงเน้นที่การดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ

4 มีรัฐในสหรัฐอเมริกาเพียง 2 แห่ง ที่ออกกฎหมายการช่วยให้เสียชีวิต คือ รัฐออริกอน และรัฐวอชิงตัน (Wikipedia 2013)

ผู้ป่วยระยะท้ายมักจะเผชิญกับความเจ็บปวด อันส่งผลให้การดำเนินชีวิตต้องเป็นไปอย่างทรมาน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ การควบคุมความเจ็บปวด จึงเป็นหลักสำคัญประการหนึ่งของการดูแล กล่าวคือ ยาบรรเทาปวดที่ให้แก่ผู้ป่วย จะต้องไม่ขัดขวางกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย เช่น ให้นาน้อยจนผู้ป่วยเจ็บปวด ทำอะไรไม่ได้ หรือให้ยามากจนผู้ป่วยสลึมสลือ ทำอะไรไม่ได้ เป็นต้น

ความกลัวตายก็เป็นอุปสรรคอีกประการหนึ่ง ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายได้อย่างมีความสุข การทำให้ผู้ป่วยหายกลัวจึงเป็นหลักการสำคัญเช่นกัน บริบาลระยะท้ายจึงเป็นองค์รวมที่ดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ โดยรวมเอาการรักษาด้วยการใช้ยา การพยาบาล และการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเข้าด้วยกัน

นอกจากนี้ การที่ถือว่าทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการบริบาล ทำให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเลือกวิธีการบริบาลด้วย ซึ่งหลักการทั้ง 3 ประการนี้ จะตรงกันข้ามกับการรักษากระแสหลัก ที่สนับสนุนให้ใช้ยาบรรเทาปวด เช่น มอร์ฟีน เป็นต้น ส่วนการรักษาก็จะดูแลแต่เพียงร่างกายเท่านั้น และท้ายสุดแพทย์เท่านั้นที่เป็นผู้ตัดสินใจและเลือกวิธีการรักษา

บริการของบ้านพักสุดท้าย

วัตถุประสงค์ของบ้านพักสุดท้ายคือ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาในช่วงสุดท้ายอย่างมีคุณภาพ ด้วยการให้บริการที่รอบด้าน โดยจัดให้มี “ทีมดูแล” อันประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาวิชา ได้แก่ หมอ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ชำนาญพิเศษ ผู้ช่วยพยาบาลในบ้าน นักบวช นักบำบัดโรค และอาสาสมัคร ซึ่ง “ทีมดูแล” นี้ จะเป็นผู้ประสานการใช้ข้อมูลข่าวสาร และการให้บริการทั้งหมดเข้าด้วยกัน รวมทั้งตรวจตราดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยและครอบครัว ก็สามารถขอความช่วยเหลือจาก “ทีมดูแล” ได้ทุกเรื่อง ตลอด 24 ชั่วโมงเช่นกัน

การให้บริการที่หลากหลายนี้ แยกออกเป็นรูปธรรมได้ถึง 14 ด้าน คือ 1. งานบริการทางการแพทย์ 2. งานพยาบาล 3. งานสังคมสงเคราะห์การแพทย์ 4. งานบริการของผู้ช่วยพยาบาล 5. งานควบคุมความเจ็บปวดและอาการของโรค 6. งานบำบัดโรค

7. งานดูแลผู้ป่วยใน 8. งานด้านยา อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ 9. งานดูแลชั่วคราว
10. งานดูแลต่อเนื่อง 11. งานบริการให้คำปรึกษาและดูแลด้านจิตวิญญาณ 12. การ
สัมมนาของครอบครัว 13. งานบริการหลังเสียชีวิต 14. งานอาสาสมัคร (ดูรายละเอียด
ใน วรชัย 2553)

ถึงแม้ว่าการดูแลผู้ป่วยของในบ้านพักสุดท้าย จะแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วย
ในโรงพยาบาลก็ตาม แต่แนวคิดทั้งสองต่างก็มาจากพื้นฐานสังคมอเมริกันคือ
เป็นปัจเจกบุคคลนิยม ศรัทธาในวิทยาศาสตร์ เชื่อว่ามนุษย์สามารถเอาชนะธรรมชาติได้
แยกศาสนาออกจากการปกครอง ปกครองด้วยกฎหมายที่เป็นลายลักษณ์อักษร ระบบ
ประชาธิปไตยแบบประธานาธิบดี ระบบเศรษฐกิจทุนนิยมเสรี และบริโภคนิยม ซึ่งย่อมมี
ผลต่อการจัดรูปแบบบริการ ได้แก่

- 1) เน้นปัจเจกบุคคล โดยจัดบริการเพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
- 2) ศรัทธาในวิทยาศาสตร์ จึงเชื่อว่ายาเท่านั้น ที่ช่วยบรรเทาปวดได้ รวมทั้งถนัด
วิเคราะห์แยกส่วนและศึกษาเชิงลึก มีผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาวิชา จนต้องจัดตั้ง
“ทีมดูแล” ขึ้น
- 3) แยกศาสนาจากการปกครอง จึงต้องระวังไม่ใช้คำว่า “ศาสนา” โดยตรง ทำให้
ต้องเลี่ยงไปใช้ว่า “ให้บริการคำปรึกษาและดูแลด้านจิตวิญญาณแทน”
- 4) ปกครองด้วยกฎหมาย ทำให้มีการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายอย่างพร่ำเพรื่อ
โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เป็นเหตุให้ต้องจัด “ทีมดูแล” ที่ประกอบด้วย
ผู้เชี่ยวชาญครบทุกด้าน เพื่อป้องกันการฟ้องร้อง
- 5) เศรษฐกิจทุนนิยม ที่วัดค่าทุกสิ่งทุกอย่างเป็น “ตัวเงิน” และวัดความสำเร็จด้วย
“กำไร” มักจะส่งเสริมนวัตกรรมที่ได้กำไร มากกว่านวัตกรรมที่เป็นประโยชน์ ทำให้อาจ
จัด “ทีมดูแล” ที่ใหญ่โตเกินความจำเป็น เพียงเพราะต้องการให้ได้กำไรมากขึ้นจากค่า
บริการ
- 6) บริโภคนิยม ที่เชื่อว่ามากดีกว่าน้อย บริโภคมากมีความสุขมาก และไม่รู้จัก
ความพอเพียง อันทำให้เกิดการสิ้นเปลืองโดยเปล่าประโยชน์

การให้บริการบ้านพักสุดท้ายแบบอเมริกันนี้ ถ้าเรานำเข้ามาใช้โดยไม่ประยุกต์ให้เหมาะสมกับสังคมไทย ย่อมจะทำให้เกิดปัญหาเพิ่มขึ้น เหมือนกับที่เกิดขึ้นมาแล้วจากการนำเข้าระบอบอื่นๆ เช่น ระบอบการปกครองประชาธิปไตย ที่ให้ความสำคัญแค่การเลือกตั้ง จนทำให้เกิดการฉ้อราษฎร์บังหลวงอย่างขนานใหญ่ หรือระบอบเศรษฐกิจทุนนิยมที่ปล่อยให้เกิดการผูกขาด จนกลายเป็นระบอบทุนสามัญ หรือลัทธิบริโภคนิยมที่ทำให้เชื่อว่า ความสุขขึ้นอยู่กับบริโภคนิยม จนทำให้เกิดภาวะหนี้ล้นพ้นตัว เป็นต้น

แนวคิดของสังคมไทย

ขนบธรรมเนียมประเพณีของไทยได้รับอิทธิพลมาจากพุทธศาสนา ที่ไม่ได้สอนว่ามีพระเจ้าเป็นผู้เป็นเจ้าของ ซึ่งเป็นผู้สร้างทุกสิ่งทุกอย่าง แต่สอนว่าสิ่งทั้งหลายเกิดขึ้นตามเหตุปัจจัย อันเป็นกฎธรรมชาติ⁵ ทำให้คนไทยเชื่อในกรรมและผลของกรรม ใครทำอะไรไว้ก็จะได้รับผลตามนั้น เชื่อว่ามนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ จึงควรปรับตนเพื่อให้อยู่ร่วมกับธรรมชาติได้ ไม่คิดที่จะเอาชนะธรรมชาติ เชื่อในวัฏฏะสงสารคือ เกิด แก่ เจ็บ ตาย และเวียนว่ายตายเกิด จึงไม่กลัวต่อความตาย ยินดีให้ทานและช่วยเหลือเกื้อกูลผู้อื่น เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตน ไม่กอบโกยจับจองทรัพยากรธรรมชาติมาเป็นของตน ใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างประหยัดและนำกลับมาใช้ใหม่ บริโภคพอประมาณ แบ่งกันกินแบ่งกันใช้ มีความเคารพในผู้อาวุโส เชื่อในการปกครองแบบธรรมาธิปไตย และเชื่อว่าความสุขต้องมีพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ

สาเหตุที่บ้านพักสุดท้ายไม่เป็นที่แพร่หลายในสังคมไทย ก็เพราะแนวคิดที่แตกต่างกันนี้เอง โดยเฉพาะในเรื่องที่สำคัญๆ ได้แก่ ความตาย ครอบครั้ว ความต้องการ ความสุข และความทุกข์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความตาย คนไทยไม่กลัวตาย เพราะถือว่าความตายเป็นเรื่องปกติตามธรรมชาติ เพราะเกิดมาแล้วก็ต้องแก่ ต้องเจ็บ และต้องตายในที่สุด ประกอบกับความที่เชื่อว่าตายแล้วเกิดใหม่ ก็ทำให้คนไม่กลัวความตาย และพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความตาย

5 มีชื่อเรียกอีกว่า ธรรมนิยาม หรืออัมปิปัจจัยตา หรือปฏิจลสมุปบาท (พระพรหมคุณาภรณ์ 2548ก)

เมื่อถึงอายุขัย⁶ แต่ถ้ายังไม่ตายในเวลานั้น ก็ถือว่าแต่ละปีหลังจากนั้น เป็นกำไรของชีวิตไป ส่วนคนอเมริกันกลัวตาย เพราะเชื่อว่าตายแล้วก็แล้วกัน ไม่กลับมาเกิดอีก ทำให้ไม่อยากตาย ประกอบกับความต้องการเอาชนะธรรมชาติ จึงพยายามต่อสู้กับความตาย เพื่อจะได้มีชีวิตอยู่ให้นานที่สุด

ครอบครัว ครอบครัวไทยเป็นครอบครัวขยาย ที่ประกอบด้วยคน 3 รุ่น ได้แก่ 1. พ่อ-แม่ 2. ลูก 3. ปู่-ย่า ตา-ยาย บางครอบครัวอาจมีถึง 4 รุ่นคือ เพิ่มหลานขึ้นมา บางครอบครัวอาจมีลุง-ป้า น้า-อา อาศัยอยู่ด้วยเป็นครั้งคราว สำหรับครอบครัวที่เป็นครอบครัวเดี่ยวคือ มีเพียงพ่อ แม่ และลูกเท่านั้นก็ตาม ก็ยังคงมีญาติพี่น้องที่ยังเป็นครอบครัวขยายอยู่ และจะไปมาหาสู่กันเป็นประจำ ทำให้เด็กได้เห็นภาพของการเกิด แก่ เจ็บ และตาย ตั้งแต่เล็ก จนเห็นเป็นของธรรมดาและไม่กลัวตาย

สำหรับผู้สูงอายุก็ยังคงอาศัยอยู่กับลูก ก็จะมีหน้าที่ช่วยเลี้ยงหลานหรือดูแลบ้าน โดยผู้สูงอายุยินดีที่จะทำหน้าที่ดังกล่าวด้วยความเต็มใจ เพราะได้รับความเคารพเชื่อฟัง จากลูกหลานอยู่ ส่วนลูกหลานก็ยินดีดูแลผู้สูงอายุตอบแทน ในยามที่ท่านเจ็บไข้ได้ป่วย รวมทั้งเต็มใจที่จะเลี้ยงดูจนสิ้นอายุ ทำให้ไม่ต้องพึ่งบริการบ้านพักคนชราหรือบ้านพักสุดท้าย

ในทางตรงกันข้าม ครอบครัวอเมริกันเป็นครอบครัวเดี่ยว ที่ประกอบด้วยพ่อ แม่ และลูกเท่านั้น เมื่อลูกถึงวัยทำงานหรือได้แต่งงาน ก็จะแยกครอบครัวออกไปทันที และไม่ค่อยได้กลับมาเยี่ยมเยียนพ่อแม่บ่อยนัก ทำให้ครอบครัวเหลือแค่เพียงสามีและภรรยา เท่านั้น แต่ถ้าลูกย้ายไปอยู่ต่างเมือง โอกาสที่ลูกจะกลับมาเยี่ยมพ่อแม่ก็ยังมีน้อยลงไปอีก อาจเป็นเพียงปีละครั้งหรือสองครั้งเท่านั้นคือ ในวันขอบคุณพระเจ้าและวันคริสต์มาส ทำให้หลานไม่ค่อยมีโอกาสได้พบเห็นปู่ย่าตายาย เด็กบางคนอาจมีโอกาสดูเห็นการเกิดบ้าง แต่ส่วนมากจะไม่เคยได้เห็นคนแก่ คนเจ็บ และคนตายเลย เมื่อไม่เคยเห็นคนตายจึงกลัวตาย

6 ในปี พ.ศ. 2556 อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของเพศชายเท่ากับ 71.1 ปี และเพศหญิงเท่ากับ 78.1 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม 2556)

นอกจากนี้ สังคมอเมริกันยังถือว่าผู้สูงอายุเป็นเพียงบุคคลคนหนึ่งเท่านั้น จึงไม่ได้ให้ความเคารพนับถือผู้อาวุโสเหมือนบ้านเรา อันส่งผลให้พ่อแม่ไม่ยอมยกเลียงหลานที่ไม่เคารพเชื่อฟัง ในขณะที่เดียวกัน ลูกก็ไม่อยากให้พ่อแม่เข้ามาทักทายการเลี้ยงดูลูกของตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กันลำพังเพียงสองสามีภรรยาเท่านั้น ต่อเมื่อผู้สูงอายุมียายุมากขึ้นและไม่สามารถดูแลตนเองได้ ก็จะย้ายออกจากบ้านไปอยู่บ้านพักคนชรา เนื่องจากไม่มีลูกหลานคอยดูแล และเมื่อใกล้เสียชีวิตก็ต้องไปใช้บริการบ้านพักสุดท้าย ซึ่งอาจเป็นบ้านพักคนชรา ที่เดียวกันกับที่เคยอยู่นั่นเอง

ความต้องการ ความต้องการมี 2 ประเภทคือ ความต้องการที่เป็นต้นเหตุ⁷ (เรียกสั้นๆ ว่า ต้นเหตุ) อันเป็นความต้องการที่จะบำรุงบำเรอตนเอง และความต้องการที่เป็นฉันทะ (เรียกสั้นๆ ว่า ฉันทะ) อันเป็นความอยากที่จะทำกิจหน้าที่และสิ่งทั้งหลายที่เกี่ยวข้องให้ดีงามและสำเร็จ โดยต้นเหตุ นั้น เป็นความต้องการเพื่อประโยชน์ของตนเท่านั้น ส่วนฉันทะเป็นความต้องการที่ไม่ได้ทำเพื่อประโยชน์ของตนเองแต่เพียงผู้เดียว แต่ยังก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้อื่นและสังคมอีกด้วย

คุณสมบัติอีกอย่างหนึ่งของต้นเหตุคือ ไม่พอเพียง อยากรได้เพิ่มขึ้นไปเรื่อยๆ⁸ มีความกระวนกระวายกระหายที่จะได้มากขึ้นๆ เพราะไม่มีความแน่นอนหรือมั่นใจว่าตนเองจะได้ตามความต้องการหรือไม่ ทั้งนี้เพราะต้นเหตุจะขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอกมากกว่าปัจจัยภายใน ส่วนคุณสมบัติของฉันทะคือ พอเพียง เพราะเป็นความต้องการที่มีสติปัญญากำกับอยู่ จึงรู้ว่าตนเองมีความสามารถแค่ไหนก็จะได้ผลแค่นั้น ทั้งนี้เพราะผลลัพธ์ที่จะเกิดจากปัจจัยภายในมากกว่าปัจจัยภายนอก เมื่อเรารู้แล้วก็จะไม่กระวนกระวาย

7 ต้นเหตุ คือ ความทะยานอยาก ความปรารถนาที่จะบำรุงบำเรอปรนเปรอตน ความอยากได้อะไรได้แก่ ต้นเหตุ 3 ประกอบด้วย กามต้นเหตุ (ความอยากในกามคุณ) ภวต้นเหตุ (ความอยากมี อยากเป็น) และวิภวต้นเหตุ (ความไม่อยากมี ไม่อยากเป็น) และต้นเหตุ 6 ประกอบด้วย ความอยากได้ใน รูป เสียง กลิ่น รส โผฏฐัพพะ (สัมผัสทางกาย) และธรรมารมณ์ (อารมณ์ที่เกิดกับใจ) (พระพรหมคุณาภรณ์ 2548ก: 86, 190)

8 “นัตติ ตันทาสมา นที-แม่น้ำเสมอด้วยต้นเหตุไม่มี เพราะว่ามันนั้น บางโอกาส บางเวลา มันยังมีเวลาเต็มได้ แต่ความต้องการของมนุษย์ไม่มีวันเต็ม” (พระพรหมคุณาภรณ์ 2548ข: 27)

คนไทยรู้จักฉันทะเป็นอย่างดี เพราะเป็นหนึ่งในอิทธิบาท 4 อันเป็นคุณธรรมที่นำไปสู่ความสำเร็จ ประกอบด้วย 1. ฉันทะ (ความพอใจ คือ ความต้องการที่จะทำใฝ่ใจรักจะทำสิ่งนั้นอยู่เสมอ และปรารถนาจะทำให้ได้ผลดียิ่งๆ ขึ้นไป) 2. วิริยะ (ความเพียร คือ ขยันหมั่นประกอบสิ่งนั้นด้วยความพยายาม เข้มแข็ง อดทน เอาธุระไม่ทอดทิ้ง) 3. จิตตะ (ความคิดมุ่งมั่น คือ ตั้งจิตรับรู้ในสิ่งที่ทำและทำสิ่งนั้นด้วยความคิดเอาใจตีฝักใฝ่ไม่ปล่อยใจให้ฟุ้งซ่านเลือนลอย) 4. วิมังสา (ความไตร่ตรอง หรือทดลอง คือ หมั่นใช้ปัญญาพิจารณาใคร่ครวญตรวจตราหาเหตุผล และตรวจสอบข้อยิ่งหย่อนในสิ่งที่ทำนั้น มีการวางแผน วัตถุประสงค์ คัดค้นวิธีแก้ไขปรับปรุง เป็นต้น) (พระพรหมคุณาภรณ์ 2548: 213) แต่เพราะอิทธิพลตะวันตก ทำให้เรื่องคนไทยสมัยนี้มักจะรู้จักแค่ตัณหา โดยลืมนึกถึงฉันทะไป อันเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้คนไทยมีความสุขน้อยลงกว่าแต่ก่อน

ส่วนสังคมอเมริกันจะรู้จักแต่ตัณหา เพราะตัณหาเป็นฐานความคิดของเศรษฐศาสตร์กระแสหลัก ที่กล่าวว่า เศรษฐศาสตร์คือ ศาสตร์ที่ว่าด้วยการจัดสรรทรัพยากรธรรมชาติที่มีอยู่อย่างจำกัด ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อสนองความต้องการของมนุษย์ ซึ่งก็คือตัณหาตนเอง

ความสุข ความสุขคือ การได้รับในสิ่งที่ตนต้องการ เมื่อตนได้สิ่งที่ต้องการแล้ว ตนก็มีความสุข โดยความต้องการในที่นี้ จะเป็นได้ทั้งตัณหาและฉันทะ แต่ความสุขที่ได้จากตัณหาจะไม่เหมือนกับความสุขที่ได้จากฉันทะ ดังที่กล่าวแล้วข้างต้นว่า ตัณหาเป็นความต้องการที่ไม่มีที่สิ้นสุด อยากรู้ได้มากไปเรื่อยๆ และขึ้นกับปัจจัยภายนอก จึงมีผลทำให้ความสุขที่ได้จากการสนองตัณหา เป็นความสุขที่ต้องรอ พอได้มาแล้วก็ไม่ยั่งยืน เพราะเมื่อได้สมใจแล้ว ก็อยากรู้ได้มากขึ้นไปอีก ความสุขที่ได้จึงเป็นเพียงชั่วคราว ประเดี๋ยวประด๋าว และในขณะที่ยังรออยู่ ก็จะกระวนกระวายไม่มีความสุข

สำหรับฉันทะกลับตรงกันข้าม เพราะฉันทะเป็นความต้องการที่พอเพียง และขึ้นกับปัจจัยภายใน ทำให้ความสุขที่ได้จากการสนองฉันทะ เป็นความสุขที่เกิดในปัจจุบัน ไม่ต้องรอ เป็นความสุขที่ยั่งยืน และเป็นความสุขพอเพียง (ดูรายละเอียดใน วรชัย 2555)

อย่างไรก็ตาม ความสุขที่เกิดจากการได้รับนี้ เป็นเพียงความสุขเบื้องต้นเท่านั้น มนุษย์เรายังสามารถพัฒนาความสุขให้สูงยิ่งๆ ขึ้นไปได้อีก⁹ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสุขขั้นที่ 2 คือ ความสุขจากการให้ด้วยความยินดีเต็มใจ ซึ่งแต่ก่อนคนไทยทั่วไปก็ปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้ว คือ การให้ทานหรือบริจาค นั่นเอง แต่ปัจจุบัน การบริจาคกลับถูกใช้เพื่อหวังผลตอบแทน ดังนั้น การให้อย่างไม่เต็มใจ หรือเพียงเพื่อหวังสิ่งตอบแทน ย่อมไม่นำความสุขที่แท้จริงมาให้

ในสังคมอเมริกัน การบริจาคมีน้อย การบริจาคส่วนใหญ่มักถูกโยงเข้ากับการเสียภาษี โดยผู้บริจาคสามารถนำไปหักภาษีได้ ซึ่งการบริจาคเพราะหวังผลตอบแทน ย่อมไม่สามารถทำให้ผู้บริจาคมีความสุขขั้นที่ 2 ได้ แต่จะได้เพียงความสุขขั้นต้นเท่านั้น เนื่องจากหวังจะได้ประโยชน์จากการบริจาค อย่างไรก็ตาม งานอาสาสมัครก็ถือว่าการให้ด้วยความเต็มใจ โดยไม่หวังผลตอบแทนอย่างแท้จริง ซึ่งผู้อาสาสมัครก็มีความสุขในขั้นที่ 2 นี้ แต่เพราะความที่ไม่รู้จักจังหวะ ความสุขที่เกิดจากจังหวะนี้จึงถูกเรียกชื่ออย่างอื่นคือ ความภาคภูมิใจ

ความทุกข์ มนุษย์เราเมื่อมีสิ่งมากกระทบทวารทั้ง 5 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น กาย และใจ ก็เกิดอารมณ์ความรู้สึก 3 อย่าง คือ สุข ทุกข์ และเฉยๆ และอารมณ์ความรู้สึกนี้จะเกิดในที่ 2 แห่ง คือ กาย และใจ โดยจะเกิดขึ้นอย่างปุปปับรวดเร็วพร้อมกัน จนไม่อาจแยกออกได้ว่าอะไรเกิดก่อนหรือหลัง อย่างไรก็ตาม เราสามารถแยกแยะอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดกับกาย และที่เกิดกับใจได้ ถ้าเรามีสติที่ได้พัฒนาแล้ว ซึ่งการพัฒนาสติสามารถทำได้ด้วยสมาธิภาวนา

การทำสมาธิภาวนาจะทำให้เรารู้ว่า ความทุกข์ที่เกิดทางกายนั้น ไม่จำเป็นที่ใจจะต้องรู้สึกตามไปด้วย เพราะโดยธรรมชาติแล้วเราสามารถแยกอารมณ์ความรู้สึกทางกาย ออกจากอารมณ์ความรู้สึกทางใจได้ กล่าวคือในขณะที่กายเป็นทุกข์ ใจก็ไม่จำเป็นต้องเป็นทุกข์ตามไปด้วย คือ ใจอาจรู้สึกเป็นสุข หรือรู้สึกเฉยๆ ก็ได้ ดังนั้น เราจึงสามารถนำเอาสมาธิมาใช้แทนยาบรรเทาปวดได้ ซึ่งความรู้นี้จะมียุทธวิธีไปถึงการบริหารระยะท้ายด้วย

9 ความสุขมี 5 ขั้นคือ 1. ความสุขจากการเสพวัตถุ 2. ความสุขจากการให้ด้วยศรัทธา 3. ความสุขอันเกิดจากการดำรงชีวิตที่ถูกต้อง 4. ความสุขจากความสามารถปรุงแต่ง โดยใช้ ธรรมสมาธิ 5 ได้แก่ ปราโมทย์ ปิติ บัลลัทธิ สุข และสมาธิ 5. ความสุขเหนือการปรุงแต่ง (พระพรหมคุณาภรณ์ 2550: 141-150)

หัวใจของการบริหารระยะท้ายคือ การใช้มอร์ฟิน หรือยาบรรเทาปวด เพื่อป้องกันความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยระยะท้ายต้องเผชิญ ซึ่งการใช้มอร์ฟินนั้นจะต้องให้ในขนาดที่เหมาะสม ผู้ป่วยจึงจะสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ เพราะถ้าให้ยาน้อย ผู้ป่วยก็ยังคงรู้สึกเจ็บปวดทรมาน แต่ถ้าให้ยามาก ผู้ป่วยก็จะระลึมระลือทำอะไรไม่ได้ จึงจำเป็นต้องใช้บริการของผู้เชี่ยวชาญ อันส่งผลให้ค่าใช้จ่ายสูง ยิ่งกว่านั้นยาบรรเทาปวดก็มีราคาแพง ทำให้ค่าใช้จ่ายยิ่งสูงขึ้นไปอีก

ส่วนสังคมอเมริกันนั้น มีศรัทธาในวิทยาศาสตร์ ที่สนใจศึกษาแต่เพียงร่างกายของมนุษย์ เพราะเป็นรูปธรรม โดยละเลยไม่สนใจศึกษาจิตใจ เพราะเป็นนามธรรม¹⁰ จึงเชื่อว่าอารมณ์ความรู้สึกเกิดจากสมองเป็นผู้สั่งการ รวมทั้งความสุขและความทุกข์ด้วย ทำให้มีการพัฒนาตัวยาที่จะไปกระตุ้นสมอง เพื่อให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกตามที่ต้องการ ผลที่ได้คือยากล่อมประสาทประเภทต่างๆ เช่น ยาบรรเทาปวด ยานอนหลับ ยาเลิกบุหรี่ ยาขยัน และยาเพิ่มความสุข (Prozac) เป็นต้น ซึ่งยาเหล่านี้ย่อมมีผลข้างเคียงต่อร่างกายในระยะยาวทั้งสิ้น

นอกจากนี้ ยังมีความแตกต่างอื่นๆ ระหว่างสังคมไทยกับสังคมอเมริกันอีก ได้แก่

1. การคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตัว กับการเป็นปัจเจกบุคคล
2. การบริโภคที่พอประมาณ กับการบริโภคมากจะได้มีความสุขมาก (ลัทธิบริโภคนิยม)
3. กระบวนการตัดสินใจ ที่ใช้ความถูกต้องตามศีลธรรมจรรยาตัดสินใจ (ธรรมาธิปไตย) กับการใช้เสียงข้างมากตัดสินใจ (ประชาธิปไตย)
4. การใช้ทรัพยากร ที่ถือว่าทรัพยากรธรรมชาติเป็นสมบัติสาธารณะ แบ่งกันกินแบ่งกันใช้ ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน (ระบอบสหกรณ์และเศรษฐกิจพอเพียง) กับการเข้าครอบครองเอาเป็นกรรมสิทธิ์ แข่งขันกันผลิต (ระบอบทุนนิยม) ดังนั้น เราจึงไม่ควรนำเอาการให้บริการบ้านพักสุดท้ายเข้ามาใช้ โดยไม่ทำการศึกษาวิจัยให้ประจักษ์เสียก่อน

10 เพิ่งจะหันมาศึกษาจิตใจของมนุษย์เมื่อเร็วๆ นี้ โดยใช้เครื่องวัดสมองของพระธัมมทิว เพื่อพิสูจน์ว่า การทำสมาธิทำให้มีความสุขสงบ และไม่เครียด

บริการของบ้านพักสุดท้ายในสังคมไทย

สังคมอเมริกันเป็นทุนนิยมเสรี ที่วัดทุกสิ่งทุกอย่างเป็นตัวเงิน รวมทั้งความสำเร็จด้วย ซึ่งถ้าตลาดมีการแข่งขันที่แท้จริง ก็จะทำให้เกิดการพัฒนาและเป็นประโยชน์แก่ผู้บริโภค แต่สำหรับภาคอุตสาหกรรมดูแลสุขภาพกลับไม่เป็นเช่นนั้น เพราะมีผู้ผลิตน้อยราย ประกอบกับการวิ่งเต้นของบริษัทยาและบริษัทประกันสุขภาพ กับสภาผู้แทนและสภาสูง จึงไม่อาจทำให้เกิดการแข่งขันที่แท้จริงได้ อันเป็นผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัว ในสหรัฐอเมริกาสูงที่สุดในโลก (World Health Organization 2012) ดังนั้นรูปแบบการรักษาพยาบาลในสหรัฐจึงไม่ควรนำมาเป็นแบบอย่าง ซึ่งรวมถึงบ้านพักสุดท้ายด้วย

สำหรับการบริการของบ้านพักสุดท้ายในสังคมไทยนั้น สิ่งที่ต้องคำนึงถึงประการแรก คือ การบริการควรเป็นไปเพื่อความสุขของสังคมและคนหมู่มาก ไม่ใช่เพื่อผลกำไรของคนกลุ่มน้อย เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ ควรศึกษาในประเด็นต่อไปนี้

1) **ไม่สนองตัณหา แต่สนับสนุนฉันทะ** โดยที่ศูนย์กลางการดูแลยังคงเป็นผู้ป่วย แต่แทนที่จะทำเพื่อสนองตัณหา ก็จะสนับสนุนฉันทะแทน ในการเบนจุดสนใจของผู้ป่วย จากตัวเองไปสู่ผู้อื่นนี้ นอกจากจะส่งผลให้มีความสุขมากกว่าแล้ว ยังทำให้ไม่กลัวตาย อีกด้วย

2) **สุขใจดีกว่าสุขกาย** คือ แทนที่จะตอบสนองต่อความต้องการทางร่างกาย ควรเน้นที่ความสุขทางใจมากกว่า เพราะคนเรานั้นพอมีจิตใจดีขึ้น ก็ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เมื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีสภาพจิตใจดีขึ้นแล้ว ก็ทำให้ร่างกายพลอยดีขึ้นไปด้วย (พระธรรมปิฎก 2546)

3) **ใช้สมาธิแทนยาบรรเทาปวด** นอกจากสมาธิจะสามารถแยกความทุกข์ทางกาย ออกจากความทุกข์ทางใจได้แล้ว สมาธิยังทำให้มีความสุขอีกด้วย ซึ่งจะมีผลต่อร่างกาย เป็นทวีคูณ จึงควรศึกษาวิจัยในเรื่องนี้อย่างเข้มข้น

4) **อยู่บ้านดีกว่าสถานพยาบาล** เพราะคนเรามักจะหวาดกลัวกับสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย แต่บ้านเป็นสถานที่ที่คุ้นเคยมากที่สุด จึงควรเน้นที่การให้บริการบ้านพักสุดท้ายที่บ้านผู้ป่วย โดยพัฒนาหลักสูตรอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อใช้อบรมอาสาสมัครระดับชุมชน หรือหมู่บ้าน ตลอดจนญาติของผู้ป่วย

5) **ป้องกันดีกว่ารักษา** ในการดูแลสุขภาพนั้นถือว่า การป้องกันโรคจะมีผลดีมากกว่าการรักษาโรค ซึ่งสำหรับบ้านพักสุดท้ายย่อมหมายถึง การทำให้ช่วงเวลาที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ของผู้ป่วยให้สั้นที่สุด

สรุป

วิกฤตในสังคมไทยปัจจุบัน ส่วนหนึ่งเกิดจากการนำความรู้และวิวัฒนาการจากต่างประเทศ เข้ามาใช้โดยไม่ประยุกต์เสียก่อน สำหรับบ้านพักสุดท้ายและบริบาลระยะท้าย ซึ่งเป็นวิวัฒนาการจากต่างประเทศ จึงมีฐานคิดที่แตกต่างจากสังคมไทยในเรื่องของ ความตาย ครอบครัว ความต้องการ ความสุข และความทุกข์ รวมถึงวิถีชีวิตที่แตกต่างกันด้วย การรับเข้ามาจึงต้องมีการศึกษาวิจัยเสียก่อน เพื่อจะได้ประยุกต์ใช้กับสังคมไทย โดยไม่ทำให้เกิดปัญหาตามมา

ศูนย์พัฒนาสุขภาพะผู้สูงอายุแบบครบวงจรและบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย ที่มหาวิทยาลัยมหิดลประกาศตั้งเมื่อปลายปีที่แล้ว เพื่อทำการศึกษาวิจัยอย่างรอบด้าน และเป็นองค์รำนับได้ว่าเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสม เพราะบริการบ้านสุดท้ายในประเทศไทย ยังคงอยู่ในระยะเริ่มต้น จึงพร้อมที่จะปรับให้เข้ากับความต้องการของสังคมได้ ไม่ใช่ให้สังคมปรับให้เข้ากับบริการที่มีอยู่ ด้วยการโหมโฆษณาชวนเชื่อ อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ต้องคำนึงถึงก็คือ การบริการควรเป็นไปเพื่อความสุขของสังคมและคนหมู่มาก ไม่ใช่เพื่อผลกำไรของคนกลุ่มน้อย เพื่อให้สมกับคำปณิธานของมหาวิทยาลัยมหิดลที่ว่า เป็นปัญญาของแผ่นดิน

เอกสารอ้างอิง

พระราชวรมุณี (ป.อ. ปยุตโต). 2528. ค่านิยมแบบพุทธ. สำนักพิมพ์เทียนวรรณ.

พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต). 2546. ธรรมะชนะเอดส์. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). 2548ก. พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม. พิมพ์ครั้งที่ 13. บริษัท เอส. อาร์. พรินติ้ง แมส โปรดักส์ จำกัด

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). 2548ข. เศรษฐศาสตร์แนวพุทธ. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ บริษัท สหธรรมิก จำกัด.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). 2550. คู่มือชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์สวย จำกัด.

วรชัย ทองไทย. 2553. "บ้านพักสุดท้ายของชีวิต". หน้า 239-244. ใน สุชาติ ทวีสิทธิ์ และสรวิทย์ บุญยमानนท์ (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคม 2553: คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย. เอกสารวิชาการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข 372. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.

วรชัย ทองไทย. 2555. "ความสุขพอเพียง." วารสารประชากร. 6(2):. 27-41.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. 2556. สารประชากร. มหาวิทยาลัยมหิดล.

Matchim, Yaowarat and Myra Aud. 2009. "Hospice care: a cross-cultural comparison between the United States and Thailand". Journal of Hospice and Palliative Nursing 11(5): 262-268.

Wikipedia. 2013. *Assisted_Suicide_in_the_United_States*. Retrieved March 31, 2013 from http://en.wikipedia.org/wiki/Assisted_Suicide_in_the_United_States.

World Health Organization. 2012. World Health Statistics 2012.

Worldwide Palliative Care Alliance. 2011. Mapping Levels of Palliative Care Development: a Global Update 2011. Hospice House, London.