การพัฒนาหลักสูตรสำหรับพระคิลานุปัฏฐากที่ปฏิบัติงานในกุฏิชีวาภิบาลในการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย

Development of a Training Course for Monk (Phra Kilanupatthak) Attendants Providing Palliative Care to Terminally Ill Monks in Accordance with Dhamma and Discipline in Monk's Dwelling Palliative Care

สมจิตต์ สุขสง, ชวลี เครือสุคนธ์*, กิ่งประกา เบญญาธนศรีศักดิ์**

Somchjit Suksong, Chawalee Kruasukon*, Kingpraka Benyatanasrisak**

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลหลักสูตรสำหรับพระคิลานุปัฏฐากที่ปฏิบัติงานในกุฏิชีวาภิบาลสำหรับการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์และแนวคิดการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย 2) พัฒนาหลักสูตรฯ และ 3) ศึกษาผลของหลักสูตรฯ ด้วยวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 รูป เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ได้แก่ แบบประเมินสมรรถนะการดูแลพระสงฆ์อาพาธ แบบประเมินคุณภาพกระบวนการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้าย แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และแบบประเมินความพึงพอใจ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.78, 0.82, 0.92 และ 0.89 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา และสถิติการทดสอบที ผลการศึกษาพบว่า 1) การประเมินหลักสูตรฯ ด้านสมรรถนะและคุณภาพการดูแลพระสงฆ์อาพาธ หลังเข้าอบรมดีกว่าก่อนเข้าอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และ 2) ระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองของพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายส่วนใหญ่มีระดับคะแนน PPS อยู่ที่ร้อยละ 80 (ร้อยละ 63.34) รองลงมาคือระดับ 70% (ร้อยละ 33.33) ซึ่งเป็นระยะที่ยังสื่อสารและรับรู้ได้ดี (ระดับคงที่) แสดงให้เห็นว่าหลักสูตรฯ ที่พัฒนาขึ้นช่วยให้พระคิลานุปัฏฐากมีสมรรถนะและคุณภาพการดูแลพระสงฆ์อาพาธดีขึ้น พระสงฆ์อาพาธระยะท้ายมีอาการคงที่ จึงควรขยายหลักสูตรนี้ไปในพื้นที่ต่างๆในการดูแลพระสงฆ์อาพาธในวาระท้ายจนกระทั่งมรณภาพอย่างสงบตามวิถีพุทธ

คำสำคัญ:พระสงฆ์อาพาธระยะท้าย, หลักสูตรสำหรับพระคิลานุปัฏฐาก, ระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

---

*โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กรุงเทพฯ

* Priest Hospital, Thailand

Corresponding author: Kingpraka Benyatanasrisak Email: Meaw20king@gmail.com

Received 24/12/2025 *Revised 20/01/2026* *Accepted 19/04/2026*

ABSTRACT

This research and development study aimed to develop and evaluate a Training Course for Monk (Phra Kilanupatthak) Attendants Providing Palliative Care to Terminally Ill Monks in Accordance with Dhamma and Discipline in Monk's Dwelling Palliative Care. The study was conducted in three phases: 1) situational analysis and conceptualization of end-of-life care; 2) a training course development; and 3) evaluation using a pre-experimental design, one-group pretest-posttest design. Purposive sampling was used to recruit 30 monks. Data were collected via questionnaires assessing care competencies, quality of care processes, palliative care levels, and satisfaction, with Cronbach's alpha coefficients of 0.78, 0.82, 0.92, and 0.89, respectively. Data analysis included content analysis, descriptive statistics, and paired samples t-test. The results revealed that: 1) following training, care competencies and quality of care significantly improved compared to pre-training levels ($p < 0.001$); and 2) In terms of palliative care levels, most terminally ill monks maintained a PPS score of 80% (63.34%) and 70% (33.33%), reflecting a stable phase with good communication. This demonstrates that the developed curriculum significantly improved the caregiving competencies and quality of service of Phra Kilanupatthak. To promote a peaceful death aligned with Buddhist principles, this curriculum should be implemented across various areas to standardize end-of-life care for the monastic community.

Keywords: Monks in Palliative care, Training Course on Caring for Monks, Palliative Performance Scale (PPS)

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ประเทศไทยถูกจัดว่าเป็น "เมืองพุทธ" เนื่องจากคนส่วนใหญ่ของประเทศนับถือพระพุทธศาสนาโดยโดยมีสัดส่วนสูงถึงประมาณ 93-95%[1] และพระพุทธศาสนาเป็นรากฐานสำคัญของวัฒนธรรมไทยมาอย่างยาวนาน โดยมีพระสงฆ์เป็นผู้มีความสำคัญในการสืบทอดพระพุทธศาสนา ปัจจุบันพบว่าพระสงฆ์หลายรูปมีปัญหาทางสุขภาพโดยเฉพาะในการป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง โรคอ้วนลงพุง โรคหัวใจขาดเลือด และภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น[2] ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ประจำปี 2564 ที่พบว่ามีพระสงฆ์สามเณรจำนวนประมาณ 241,368 รูป และในจำนวนนี้มีพระอาพาธระยะท้ายจำนวน 9,655 รูป[3] และในปี 2566 พบว่า มีพระสงฆ์จำนวน 215,871 รูป สามเณร 36,980 รูป ซึ่งร้อยละ 32.45 ของพระสงฆ์เป็นพระสงฆ์ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป[4] สะท้อนให้เห็นแนวโน้มปัญหาสุขภาพด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และกลุ่มสังคมของพระสงฆ์ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society) ครั้นเมื่อพระภิกษุเกิดเจ็บป่วยอาพาธ ในขั้นแรกสามารถดูแลตัวเองได้ ยังสามารถปฏิบัติศาสนกิจต่าง ๆ ได้ก็ยังไม่เป็นปัญหา แต่หากเมื่อโรคภัยต่าง ๆ รุมเร้ามากยิ่งขึ้น จนกระทั่งบางรูปมีความจำเป็นต้องลาสิกขาเพื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อให้ลูกหลานดูแลได้ง่ายขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต และประสิทธิภาพในการประกอบกิจกรรมทางพุทธศาสนา

โดยสิบกว่าปีที่ผ่านมา สังคมไทยเริ่มเห็นความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งทำให้พระสงฆ์เข้าไปมีบทบาทในฐานะที่พึ่งทางใจหรือจิตวิญญาณของผู้ป่วยชาวพุทธ แต่ในขณะที่การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับคนทั่วไปพัฒนาไปไกลแล้ว การดูแลพระสงฆ์ที่ป่วยระยะท้ายกลับมีช่องโหว่ เนื่องจากโรงพยาบาลขาดความพร้อมในการดูแลพระอย่างสอดคล้องกับพระธรรมวินัย ส่วนหนึ่งเนื่องจากมีพยาบาลชายไม่เพียงพอ ทำให้การดูแลพระสงฆ์มีความไม่สะดวกหลายประการ ดังนั้นการสร้างกุฏิชีวาภิบาลในวัด เพื่อให้พระคิลานุปัฏฐากเป็นผู้ดูแลพระอาพาธจึงเป็นทางออกที่ช่วยแก้ปัญหาเหล่านี้ได้ระดับหนึ่ง[5] นั่นหมายความว่าพระคิลานุปัฏฐากจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลด้านสุขภาพ กลไกการพัฒนาที่สำคัญดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีการ สร้างและพัฒนาพระสงฆ์โดยการถวายความรู้ความเข้าใจด้านการดูแลสุขภาพอนามัยพระสงฆ์ภายในวัด

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น กรมการแพทย์จึงได้กำหนดนโยบายเรื่องการจัดตั้งกุฏิชีวาภิบาล เพื่อเป็นสถานที่ดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้าย ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในโครงการ “สุขภาพคนไทย เพื่อสุขภาพประเทศไทย” และเพื่อเป็นการพัฒนาและต่อยอดการอุปัฏฐากพระสงฆ์อาพาธที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย โรงพยาบาลสงฆ์ได้มีการดำเนินการจัดตั้งกุฏิชีวาภิบาลต้นแบบ เพื่อเป็นสถานที่ดูแลพระสงฆ์ที่มีภาวะพึ่งพิง พระสงฆ์สูงอายุ ติดกุฏิติดวัด และพระสงฆ์อาพาธระยะท้าย เพื่อให้เกิดความครอบคลุมการดูแลพระสงฆ์อาพาธทั่วประเทศในทุกมิติ อีกทั้งยังมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและพระคิลานุปัฏฐากด้วยการอบรมให้มีความรู้ ความสามารถ มีทักษะ มีความพร้อมความมั่นใจในการดูแลอุปัฏฐากได้อย่างเหมาะสมไม่ว่าจะอยู่ที่วัดหรือโรงพยาบาล[3] ภายใต้หลักการของการจัดการดูแลแบบบูรณาการ การสร้างสรรค์กลไกการดูแลร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่มีสูตรสำเร็จ เพื่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสิ่งสำคัญ คือการเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลกับวัด ครอบครัว และชุมชน ซึ่งมีหลายประเด็นที่ควรมีการจัดการร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นการวางแผนการดูแล การประเมินความพร้อมของญาติและผู้ดูแล การให้การสนับสนุนกับครอบครัวหรือชุมชนในเรื่องของยา เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์จำเป็นต่าง ๆ ที่ต้องใช้ในการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้าย รวมถึงกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการจัดทำหลักสูตรการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายในกุฏิชีวาภิบาล เพื่อขยายผลให้ครอบคลุม ทั่วทุกเขตสุขภาพ

จากภารกิจดังกล่าวคณะผู้วิจัยจึงได้ต่อยอดการดำเนินงานด้วยการพัฒนาหลักสูตรสำหรับพระคิลานุปัฏฐากที่ปฏิบัติงานในกุฏิชีวาภิบาลในการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย โดยใช้หลักการและแนวคิด

ในการจัดทำหลักสูตรด้วยการถ่ายทอดความรู้ การฝึก การอบรม ความก้าวหน้าทางวิชาการ และปัจจัยเกื้อหนุนให้พระคิลานุปัฏฐากได้มีการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาวะของพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย เพื่อนำหลักสูตรดังกล่าวไปผลิตพระคิลานุปัฏฐากสำหรับดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้าย ที่เน้นการทำงานแบบองค์รวม การดูแลแบบประคับประคอง ส่งเสริมบทบาทเชิงรุกของสมาชิกในครอบครัว และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อทำวาระสุดท้ายให้เป็นวาระแห่งการได้สูงสุด ที่เรียกว่า “ตายดี” หรือ มรณภาพ ด้วยการจัดทำพัฒนาหลักสูตรการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้าย ในกุฏิชีวาภิบาล เพื่อขยายผลให้ครอบคลุม ทั่วทุกเขตสุขภาพ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย
2. เพื่อพัฒนาหลักสูตรสำหรับพระคิลานุปัฏฐากที่ปฏิบัติงานในกุฏิชีวาภิบาลสำหรับการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย
3. เพื่อประเมินผลหลักสูตรสำหรับพระคิลานุปัฏฐากที่ปฏิบัติงานในกุฏิชีวาภิบาลสำหรับการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย

วิธีการศึกษา (Method)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ตามแนวคิดของไทเลอร์[6] เพื่อพัฒนาหลักสูตรสำหรับพระคิลานุปัฏฐากในกุฏิชีวาภิบาล ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม - กันยายน 2567 แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ โดยแบ่งการดำเนินงานดังรายละเอียด คือ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Research 1: R1) ในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และแนวคิดการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย มีวิธีการดำเนินงานดังนี้

1. ดำเนินการด้วยวิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ตามกรอบแนวคิด Joanna Briggs Institut[7] มีขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยเชิงพรรณนา ที่เป็นการศึกษาเชิงสำรวจทั่วไป ซึ่งมีกรอบ PICO ดังนี้

P (Participant) คือ พระคิลานุปัฏฐาก หรือพระอาสาสมัครบริบาลพระสงฆ์อาพาธ

I (Phenomenal of Interest) คือ หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพ หรือรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย

CO (Context) คือ กุฏิชีวาภิบาล หรือบริบทการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในวัดและโรงพยาบาล

ผู้วิจัยดำเนินการสืบค้นข้อมูลย้อนหลังระหว่างปีพ.ศ. 2562 – 2566 จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์และแนวคิดการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายที่เอื้อต่อพระธรรมวินัยที่ได้รับการตีพิมพ์และปรากฏในฐานข้อมูลในประเทศไทย และสืบค้นจากเอกสารอ้างอิงของบทความทางวิชาการจากวารสารและงานวิจัยที่ไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลอิเลคทรอนิกส์ (Manual search) สำหรับคำสำคัญ (keywords) ที่ใช้ในการรสืบค้นในฐานข้อมูลอิเลคทรอนิกส์ ได้แก่ พระสงฆ์อาพาธระยะท้าย, หลักสูตรสำหรับพระคิลานุปัฏฐาก, ระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และพระคิลานุปัฏฐาก

2. ดำเนินการศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายที่เอื้อต่อพระธรรมวินัยในกุฏิชีวาภิบาลจากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ผ่านผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลพระสงฆ์อาพาธ และข้อมูลการปฏิบัติงานจากผลการนิเทศ เรื่องการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย เพื่อสะท้อนให้เห็นสถานการณ์และปัญหาในสภาพจริง ร่วมกับศึกษาแนวคิดและนโยบายที่เกี่ยวกับกุฏิชีวาภิบาลและธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติจากเอกสารเชิงนโยบาย ได้แก่ นโยบายกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกุฏิชีวาภิบาล มหาเถระสมาคม สำนักพระพุทธศาสนาและภาคีเครือข่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ใช้ประเมินความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 2) แบบบันทึกการสกัดข้อมูลจากงานวิจัย เป็นเครื่องมือบันทึกรายละเอียดของงานวิจัยที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์[7] เพื่อบันทึกรายละเอียดวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา และผลการวิจัย ซึ่งการประเมินคุณภาพงานวิจัยมีการดำเนินการบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยหรือบทความวิจัยที่ได้คัดเลือกเพื่อนำมาทบทวนความรู้อย่างเป็นระบบ โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ด้วยการทดสอบความตรงของเนื้อหา จำนวน 3 คน คือ บันทึก 2 คน และผู้วิจัย 1 คน ตามแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย แบบบันทึกสกัดข้อมูลงานวิจัยเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของการบันทึกโดยใช้สูตรความสอดคล้อง (agreement rate : AR) พบว่ามีค่าความสอดคล้อง (agreement rate : AR) มากกว่า 0.75 ซึ่งมีค่าความสอดคล้องในระดับดีมาก กรณีที่พบความแตกต่างได้หาข้อบกพร่องร่วมกันและปรับปรุงจนได้ความเห็นที่สอดคล้องกันก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 2 การพัฒนาหลักสูตรฯ (D) โดยการนำข้อมูลจากการศึกษาในระยะที่ 1 จากกระบวนการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ที่ถูกนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสาร เพื่อจัดทำร่างต้นแบบหลักสูตรฯ โดยอาศัยหลักการพัฒนาหลักสูตรของไทเลอร์ (Tyler's Curriculum Development Model)[6] ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่

1. การกำหนดวัตถุประสงค์ของหลักสูตร (Educational Purposes): มุ่งเน้นการสร้างสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพระคิลานุปัฏฐาก ทั้งในด้านทักษะการดูแลทางกายตามหลักวิชาการ และการอุปัฏฐากที่ถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย
2. การคัดเลือกเนื้อหาสาระและประสบการณ์การเรียนรู้ (Learning Experiences): การจัดทำโครงสร้างรายวิชาที่ผสานระหว่างการพยาบาลประคับประคอง (Palliative Nursing) และจริยศาสตร์ทางพุทธศาสนา (Buddhist Bioethics)
3. การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ (Organization of Experiences): การออกแบบกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Active Learning) ที่เหมาะสมกับบริบทของบรรพชิต
4. การประเมินผล (Evaluation): การกำหนดเกณฑ์การวัดผลทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ และทักษะการปฏิบัติงานในกุฏิชีวาภิบาลหลักจากนั้นสรุปผลร่วมกันกับสหวิชาชีพ ก่อนนำหลักสูตรไปใช้จริง

กลุ่มเป้าหมาย คือ ทีมสหวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง โดยมีหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ กรมการแพทย์โดยโรงพยาบาลสงฆ์ กรมอนามัย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 15 ท่าน ที่ตรวจสอบความเหมาะสมของต้นแบบหลักสูตรฯ ตามโครงสร้างหลักสูตร

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลการวิเคราะห์ และสังเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากระยะที่ 1 ร่างต้นแบบหลักสูตรฯ ทั้งนี้ต้นแบบหลักสูตรฯ ได้ผ่านการหาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พบว่า ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาร่างต้นแบบหลักสูตรฯ โดยใช้หลักการของไทเลอร์ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดจุดมุ่งหมายของหลักสูตร 2) การกำหนดประสบการณ์การเรียนรู้ 3) การออกแบบโครงการฝึกอบรม 4) การดำเนินการฝึกอบรม และ 5) การประเมินผลการฝึกอบรม หลังจากนั้นวิเคราะห์ร่างต้นแบบหลักสูตรฯ และสรุปผลร่วมกัน เพื่อความสมบูรณ์แล้วนำไปจัดทำเป็นต้นแบบของหลักสูตรฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ววิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาเพื่อปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับโครงสร้างหลักสูตรประกอบด้วย แผนการสอนทางทฤษฎี 6 แผน ได้แก่ ความรู้ทั่วไปด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพพระอาพาธ หลักการวินิจฉัยและการประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลและการจัดการอาการ การสร้างความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ การวางแผนดูแลล่วงหน้าพระอาพาธแบบประคับประคอง โดยมีแผนการสอนฝึกปฏิบัติงานภาคสนาม และการวัดและประเมินผล

ระยะที่ 3 การทดลองใช้หลักสูตรและการประเมินประสิทธิผล (Research 2: R2) ในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของหลักสูตรสำหรับพระคิลานุปัฏฐากที่พัฒนาขึ้นด้วยการนำหลักสูตรฯ ไปใช้จริง โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองขั้นต้น (Pre-experimental Design) ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พระคิลานุปัฏฐาก หรือพระอาสาสมัครบริบาลพระสงฆ์อาพาธที่ปฏิบัติงานในกุฏิชีวาภิบาลเขตสุขภาพที่ 13

กลุ่มตัวอย่าง คือ พระคิลานุปัฏฐากที่หรือพระอาสาสมัครบริบาลพระสงฆ์อาพาธที่ปฏิบัติงานในกุฏิชีวาภิบาลเขตสุขภาพที่ 13 โดยผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ผ่านโปรแกรม G*Power 3.1.9.7 ด้วยการเลือกสถิติทดสอบ t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และค่าอำนาจการทดสอบที่ .80[8] และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ไว้ที่ระดับ 0.60 ซึ่งเป็นระดับที่สามารถยอมรับได้ตามเกณฑ์ของ Cohen[9] จากการคำนวณพบว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ต้องการคือ 24 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25[10] ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน ที่เป็นขนาดที่เหมาะสมสำหรับการวิจัยกึ่งทดลองเบื้องต้น โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง มีเกณฑ์การคัดเข้าคือ 1) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ปฏิบัติงานในกุฏิชีวาภิบาลในการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้าย 3) ยินดีเข้าอบรมหลักสูตร ทั้งนี้มีเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ขอถอนตัวจากการวิจัย 2) ย้ายออกจากพื้นที่ 3) มีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สามารถให้ข้อมูลในระหว่างการเก็บข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบประเมินสมรรถนะการดูแลพระสงฆ์อาพาธ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่จากการศึกษาเอกสารวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการพยาบาลแบบองค์รม ข้อคำถามประกอบด้วยความรู้และและทักษะการปฏิบัติการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายในด้านการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม จำนวน 10 ข้อ และด้านทัศนคติ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ[11] ตั้งแต่ 1 ถึง 5 คือ คะแนนน้อยที่สุด ถึง คะแนนมากที่สุด สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนประยุกต์ใช้เกณฑ์ในงานวิจัยของ Best and Kahn[11] ที่แบ่งออก เป็น 5 ระดับได้แก่ น้อยที่สุด

(1.00-1.50 คะแนน) น้อย(1.51-2.50 ค ะแนน) ปาน กลาง (2.51-3.50 คะแนน) มาก (3.51-4.50 คะแนน) และมากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน)

2) แบบประเมินคุณภาพกระบวนการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้าย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่จากการศึกษาเอกสารวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วยการดูแล 7 ด้าน คือ 1) ความสามารถใช้กระบวนการดูแลพระอาพาธระยะท้าย จำนวน 2 ข้อ 2) การจัดการอาการไม่สุขสบายทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา จำนวน 4 ข้อ 3) การจัดการอาการที่พบบ่อยในการดูแลพระอาพาธระยะท้าย จำนวน 5 ข้อ 4) ความสามารถประเมินการดูแลแผลต่างๆในพระอาพาธระยะท้าย จำนวน 2 ข้อ 5) การวางแผนจำหน่ายในพระอาพาธระยะท้าย จำนวน 5 ข้อ 6) ด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ จำนวน 3 ข้อ และ 7) การสื่อสาร จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ[11] ตั้งแต่ 1 ถึง 5 คือ คะแนนน้อยที่สุด ถึง คะแนนมากที่สุด สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนประยุกต์ใช้เกณฑ์ในงานวิจัยของ Best and Kahn[11] ที่แบ่งออก เป็น 5 ระดับได้แก่ น้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) น้อย(1.51-2.50 ค ะแนน) ปาน กลาง (2.51-3.50 คะแนน) มาก (3.51-4.50 คะแนน) และมากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน)

3) แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale : PPS)[13] เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาโดย Victoria Hospice Society ที่รัฐ British Columbia เพื่อช่วยในการประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันด้านต่างๆของผู้ป่วยระยะทาย ประกอบด้วย 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร และระดับความรู้สึกตัว โดยมีการแบ่งระดับทั้งหมด 11 ระดับ ตั้งแต่ 100% ลงไปถึง 0% เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (>70%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (0-30%) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว (40-70%)

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

หลักสูตรการดูแลพระอาพาธระยะท้ายสำหรับพระคิลานุปัฏฐาก ประกอบด้วย ภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ ทั้งหมด 140 ชั่วโมง โดยภาคทฤษฎี 1 สัปดาห์จำนวน 35 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ 3 สัปดาห์ จำนวน 105 ชั่วโมง บูรณาการจัดการ โดยโครงสร้างหลักสูตรประกอบด้วย แผนการสอนทางทฤษฎี 6 แผน และมีแผนการสอนฝึกปฏิบัติงานภาคสนาม และการวัดและประเมินผล รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงโครงสร้างหลักสูตร

ลำดับแผน	หัวข้อหลัก (Key Modules)	ทฤษฎี (ชม.)	ปฏิบัติ (ชม.)	กิจกรรมภาคปฏิบัติ/การฝึกปฏิบัติงานภาคสนาม
แผนที่ 1	ความรู้ทั่วไปด้านสุขภาพ	5	15	การสำรวจภาวะสุขภาพเบื้องต้นและการคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ในวัด
แผนที่ 2	การดูแลสุขภาพพระอาพาธ	6	18	การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพพระอาพาธและการดูแลสุขอนามัยพื้นฐาน
แผนที่ 3	หลักการวินิจฉัยและการประเมินภาวะสุขภาพ	6	18	การฝึกประเมินสัญญาณชีพ (Vital Signs) และการสังเกตอาการผิดปกติ
แผนที่ 4	การดูแลและการจัดการอาการ	6	18	การฝึกทักษะการพยาบาลพื้นฐานและการจัดการอาการไม่สุขสบายเบื้องต้น
แผนที่ 5	การสร้างความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพ	6	18	การฝึกทักษะการให้คำปรึกษาและการสื่อสารเชิงเยียวยาสำหรับพระสงฆ์

แผนที่ 6	การวางแผนดูแลล่วงหน้าแบบประคับประคอง	6	18	การจัดทำสมุดเบาใจ (Living Will) และการสนทนาเรื่องระยะท้ายของชีวิต
สรุป	รวมจำนวนชั่วโมงทั้งหมด	35	105	รวมทั้งสิ้น 140 ชั่วโมง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล: ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือทั้งหมดด้วยการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence; IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.72-0.84 นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วไปหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยทดลองใช้ (try out) กับพระสงฆ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่ต้องการศึกษา จำนวน 10 คน พบว่า แบบประเมินสมรรถนะการดูแลพระสงฆ์อาพาธ แบบประเมินคุณภาพกระบวนการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้าย แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และแบบประเมินความพึงพอใจ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.78, 0.82, 0.92 และ 0.89 ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง: ผู้วิจัยนำร่างหลักสูตรฯ ที่สร้างขึ้น เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประคับประคอง พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และพระสงฆ์ผู้บริบาลพระสงฆ์อาพาธ เพื่อพิจารณาความสอดคล้องในประเด็นความเหมาะสมของเนื้อหาและบริบทด้วยการตรวจสอบความถูกต้องตามหลักการพยาบาลประคับประคอง (Palliative Care) ควบคู่ไปกับความสอดคล้องกับหลักพระธรรมวินัยและบริบทของพระสงฆ์อาพาธ หลังจากนั้นนำปรับปรุงตามข้อเสนอของผู้เชี่ยวชาญและนำหลักสูตรไปทดลองใช้กับพระสงฆ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่ต้องการศึกษา จำนวน 10 คน เพื่อตรวจสอบเหมาะสมในการนำหลักสูตรไปใช้ไปใช้จริง หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนการดำเนินงาน ได้แก่

1. **ขั้นเตรียมการ : ระยะก่อนการทดลอง**

1.1 เข้าพบเจ้าอาวาสวัดที่มีกุฏิชีวาภิบาลในการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายซึ่งเป็นพื้นที่วิจัย เพื่อเสนอแผน อธิบายขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ขอข้อมูลจากพื้นที่ และเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ตรวจสอบจำนวนพระคิลานุปัฏฐาก พร้อมคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างพร้อมขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย โดยอาสาสมัครที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถสื่อสารได้ปกติ หลังจากนั้นผู้ขอคำยินยอมตรวจสอบกลับว่าอาสาสมัครมีความเข้าใจอย่างแท้จริง และตอบข้อสงสัยหากอาสาสมัครมีข้อซักถามเพิ่มเติม พร้อมให้เวลาตัดสินใจโดยอิสระก่อนลงนามให้ความยินยอม

2. **ขั้นดำเนินการทดลอง : ระยะดำเนินการ** ในระยะนี้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 รูป เข้ารับการอบรมหลักสูตรสำหรับพระคิลานุปัฏฐากที่ปฏิบัติงานในกุฏิชีวาภิบาลในการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย จำนวน 4 สัปดาห์ โดยเรียนภาคทฤษฎีในสัปดาห์ที่ 1 ที่เน้นการบรรยาย อภิปรายกลุ่ม และการสาธิตทักษะทางการพยาบาล รวม 35 ชั่วโมง และเรียนภาคปฏิบัติในสัปดาห์ที่ 2-4 ที่เน้นการลงพื้นที่จริง (Field Work) ในกุฏิชีวาภิบาล เพื่อประยุกต์ใช้ความรู้ทั้ง 6 แผนการสอน รวม 105 ชั่วโมง ทั้งนี้ในการอบรมนี้มีการประเมินในด้านความรู้ด้วยแบบทดสอบความรู้ก่อน-หลังเรียน ประเมินด้านทักษะโดยใช้แบบประเมินทักษะภาคสนาม ในระหว่างการอบรมผู้วิจัยมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนด้วยการควบคุมปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมเพื่อลดสิ่งรบกวน เอื้อต่อสมณสารูปและสอดคล้องกับวิถีปฏิบัติของบรรพชิต

นอกจากนี้ได้มีการควบคุมการลดอคติจากการวัดและประเมินผลโดยมีการปฐมนิเทศเกณฑ์การให้คะแนนให้เป็นมาตรฐานเดียวกันก่อนการทดลอง

3. ขั้นประเมินผล : ระยะหลังการทดลอง

3.1 ผู้วิจัยติดตามประเมินผลกลุ่มตัวอย่างเมื่อกลับไปปฏิบัติงานในกุฏิชีวาภิบาลในการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายที่เอื้อต่อพระธรรมวินัยระยะเวลา 4 สัปดาห์ ด้วยเครื่องมือที่กำหนด ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ด้านกลุ่มตัวอย่างโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน (Homogeneity) ในด้านประสบการณ์การดูแลพระอาพาธ เพื่อลดผลกระทบจากความรู้เดิมที่มีความแตกต่างกันมากเกินไป และรักษาความเที่ยงตรงของข้อมูล

3.2 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำข้อมูลที่รวบรวมได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลในระยะศึกษาสถานการณ์และแนวคิดการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย และระยะพัฒนาหลักสูตรฯ ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา วิเคราะห์สมรรถนะการดูแลและคุณภาพกระบวนการดูแลพระสงฆ์อาพาธโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลและคุณภาพกระบวนการดูแลพระสงฆ์อาพาธด้วยการใช้สถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p<0.001$

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ เลขที่ 26/2566 วันที่รับรอง 21 ธันวาคม 2566 และดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล โดยแสดงถึงความเคารพในศักดิ์ศรี สิทธิและความเป็นส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล แต่จะวิเคราะห์ในภาพรวม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมมีสิทธิ์ถอนตัวได้ถ้าต้องการ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับแบบบันทึกข้อมูลไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะระบุเป็นรหัสเพื่อป้องกันการสืบค้นได้

ผลการศึกษา (Results)

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และแนวคิดการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย

จากการศึกษาสถานการณ์และสังเคราะห์องค์ความรู้ผ่านการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากงานวิจัยและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องจำนวน 10 ฉบับ ที่ครอบคลุมแนวคิดและนโยบายเกี่ยวกับกุฏิชีวาภิบาล ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ และมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า มีพระสงฆ์และสามเณร มากกว่าร้อยละ 50 เป็นผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งมีโรคเรื้อรัง และยังมีพระสงฆ์อาพาธระยะท้าย 724 รูป คิดเป็นร้อยละ 0.3 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงความวิกฤตด้านสุขภาพและสังคมสูงวัยในวัด นอกจากนี้ยังพบว่าในการดูแลพระสงฆ์อาพาธยังคงมีช่องว่างที่ขัดต่อพระธรรมวินัยของสงฆ์ เช่น การสัมผัสร่างกายเมื่อผู้ดูแลเป็นเพศหญิง การปฏิบัติกิจของสงฆ์เมื่อเจ็บป่วย และการที่ต้องมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวทำให้กระทบต่อความสงบในวาระสุดท้ายตามวิถีสมถะ รวมถึงการให้ความสำคัญของการจัดตั้ง“กุฏิชีวาภิบาล” ให้เป็นที่พักในการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายที่มีมาตรฐานตามหลักการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อการบรรเทาความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ครอบคลุมทั้งการดูแลจิตใจทั้งของผู้ป่วยและญาติให้สามารถเผชิญหน้ากับวินาทีสุดท้าย

ของชีวิตอย่างปราศจากความกลัวและกังวลอย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ที่สำคัญเป็นการคืนสิทธิการเลือกตายโดยผู้ป่วยเอง ด้วยหวังให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ ภายใต้มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข

ระยะที่ 2 การพัฒนาหลักสูตรฯ

จากผลการศึกษาระยะที่ 1 จึงได้จัดทำ"หลักสูตรการดูแลพระอาพาธระยะท้ายของพระคิลานุปัฏฐาก" โดยใช้หลักการของไทเลอร์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพพระคิลานุปัฏฐากให้มีความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้น นำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้าย หลักสูตรฯนี้ประกอบด้วยภาคทฤษฎีจำนวน 35 ชั่วโมง ภาคปฏิบัติจำนวน 105 ชั่วโมง รวมทั้งหมด 140 ชั่วโมง โดย ภายหลังสิ้นสุดการอบรมมีการประเมินผลจากการวัดสมรรถนะการดูแลและคุณภาพกระบวนการดูแลพระสงฆ์อาพาธ โดยหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นนี้มุ่งเน้นการดูแลระยะท้าย (End-of-Life Care) และการจัดการความตายอย่างสงบ บูรณาการกับพระธรรมวินัยด้วยการพิจารณาเวทนาตามหลักสติปัฏฐาน

ระยะที่ 3 การศึกษาผลของหลักสูตรฯ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ผลลัพธ์ด้านพระคิลานุปัฏฐาก

1.1 ด้านสมรรถนะการดูแลพระสงฆ์อาพาธ พบว่า ภายหลังเข้ารับการอบรมพระคิลานุปัฏฐากมีสมรรถนะการดูแลพระสงฆ์อาพาธดีกว่าก่อนเข้าอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) (ตารางที่ 2)

1.2 ด้านคุณภาพกระบวนการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้าย พบว่า ภายหลังเข้าอบรมดีกว่าก่อนเข้าอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลพระสงฆ์อาพาธ ด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติการดูแลพระอาพาธระยะท้ายสำหรับพระคิลานุปัฏฐากก่อนและหลังการเข้าอบรมหลักสูตรฯ (n=30)

Knowledge and Skills	Pretest		Posttest		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
1. Holistic assessment	2.14	0.26	3.50	0.33	<0.001
2. Attitude	2.27	0.43	4.46	0.31	<0.001

*ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพกระบวนการดูแลพระอาพาธระยะท้าย สำหรับพระคิลานุปัฏฐากก่อนและหลังการเข้าอบรมหลักสูตรฯ (n=30)

The process of caring for Monks in Palliative care	Pretest		Posttest		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
1. Ability to use the end-of-life care process	1.72	0.41	2.55	0.40	<0.001
2. Management of discomfort with drug and no-drug therapy	1.65	0.43	2.77	0.39	<0.001
3. Pain management	1.65	0.43	2.65	0.26	<0.001
4. Ability to assess wound care in Monks in Palliative care	1.60	0.50	2.48	0.44	<0.001
5. Discharge planning	1.71	0.43	2.62	0.26	<0.001
6. Mental, psychosocial, and spiritual care	1.51	0.45	2.58	0.38	<0.001
7. Communication	1.67	0.43	2.50	0.29	<0.001

*ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ด้านพระสงฆ์อาพาธ

2.1 ระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า พระสงฆ์อาพาธส่วนใหญ่มีระดับ PPS ร้อยละ 80 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale : PPS) (n=30)

PPS (percentage)	Frequency	Percentage
80	19	63.34
70	10	33.33
60	1	3.33

วิจารณ์ (Discussions)

1. **การวิเคราะห์สถานการณ์และแนวคิดการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย** พบว่า พระสงฆ์-สามเณรอาพาธเข้ารักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์ มากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง และโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งเกิดจากปัจจัยต่างๆ รวมถึงพฤติกรรมการใช้ชีวิต[14] นอกจากนี้ยังพบว่ามีพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น[3,4] ทั้งนี้อาจเนื่องจากความทันสมัยของการบริการสุขภาพและการเข้าถึงบริการที่สะดวก รวดเร็ว ส่งผลให้คนมีอายุที่ยาวนานมากขึ้น นั่นคือเมื่อบุคคลเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจึงเป็นอีกทางเลือกที่ใช้ ดังนั้นแนวทางการดูแลพระสงฆ์อาพาธจึงต้องคำนึงถึงมิติของความเป็นองค์รวม โดยเฉพาะในช่วงระยะท้ายของชีวิตที่พระสงฆ์ต้องการความสงบทางจิตและการเตรียมจิตใจด้วยสติ การดูแลที่เหมาะสมจึงไม่เพียงเป็นการรักษาโรค แต่เป็นการ “ประคับประคองจิต” ให้กลับสู่ภาวะแห่งความผ่องใสและสงบเย็นสอดคล้องกับการศึกษาของ Ferrell และ Coyle[15] ที่ชี้ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต้องประกอบด้วยองค์ประกอบทางจิตวิญญาณและการเข้าใจในคุณค่าของชีวิต นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมบทบาทของพระคิลานุปัฏฐาก หรือพระบริบาลภิกษุไข้ ในการดูแลสุขภาพ ซึ่งบทบาทสำคัญที่ช่วยในการดูแลสุขภาพของพระภิกษุในวัดให้ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ 1) การสร้างเสริมสุขภาพ 2) การป้องกันโรค 3) การรักษาโรค และ 4) การฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถช่วยตนเองให้ได้มากที่สุดด้วย เช่น การบริหารร่างกายให้พระสงฆ์อาพาธที่ป่วยติดเตียง การฝึกให้พระสงฆ์อาพาธช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น[16]

2. **การพัฒนาหลักสูตรฯ** ได้มีการพัฒนาขึ้นโดยใช้หลักการของไทเลอร์ เพื่อผลิตพระคิลานุปัฏฐากประจำวัด ให้มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง และพระสงฆ์อาพาธภายในวัด เพื่อเตรียมการรองรับระบบการดูแลที่กุฏิชีวาภิบาล ที่สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มอบหมายให้โรงพยาบาลสงฆ์ดำเนินการงานชีวาภิบาลโดยการจัดตั้งกุฏิชีวาภิบาลให้เปิดดำเนินการ เขตสุขภาพละ 1 แห่ง จำนวน 4 เขตสุขภาพ และมีพระคิลานุปัฏฐากที่ผ่านหลักสูตรการอบรมการดูแลพระภิกษุอาพาธระยะท้าย ครบทุกเขตสุขภาพ โดยเน้นการทำงานแบบองค์รวม ในปีงบประมาณ 2567[17] ซึ่งเนื้อหาหลักสูตรได้รับความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญของโรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ซึ่งหลักสูตรฯมีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จำนวน 140 ชั่วโมง สำหรับพัฒนาศักยภาพพระคิลานุปัฏฐากด้านความรู้ และสามารถนำไปใช้ในการดูแลพระสงฆ์อาพาธแบบบูรณาการกับ

หน่วยงานต่างๆ รวมทั้งเป็นการสร้างภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ให้เข้มแข็ง และเพื่อทำนุบำรุงพุทธศาสนายั่งยืนสืบไป

3. การศึกษาผลของหลักสูตรฯ: การศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าหลักสูตรสำหรับฝึกอบรมพระคิลานุปัฏฐากที่ปฏิบัติงานในกุฏิชีวาภิบาลในการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย มีความโดดเด่นในการบูรณาการหลักพระธรรมวินัยเข้ากับทักษะการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เน้นการทำงานแบบองค์รวม ส่งเสริมบทบาทเชิงรุกของสมาชิกในครอบครัว และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อทำวาระสุดท้ายให้เป็นวาระแห่งการตายดี โดยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

3.1 ผลลัพธ์ด้านพระคิลานุปัฏฐาก

3.1.1 ด้านสมรรถนะการดูแลพระสงฆ์อาพาธ พบว่า ภายหลังพระคิลานุปัฏฐากเข้ารับการอบรมในหลักสูตรฯมีสมรรถนะการดูแลพระสงฆ์อาพาธดีกว่าก่อนเข้าอบรม แสดงให้เห็นว่าการอบรมในหลักสูตรที่มีทั้งภาคทฤษฎี 35 ชั่วโมง ในการพัฒนาด้านความรู้ และภาคปฏิบัติสูงถึง 105 ชั่วโมง ในการพัฒนาทักษะการปฏิบัติในสถานการณ์จริงที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริง สอดคล้องกับแนวคิดของ Knowles[18] ที่ว่าการเรียนรู้ในผู้ใหญ่จะเกิดประสิทธิภาพสูงสุดเมื่อได้ประยุกต์ใช้ความรู้เพื่อแก้ปัญหาในสถานการณ์จริง ส่งผลให้พระคิลานุปัฏฐากมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายมากขึ้น ปฏิบัติการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายให้มีอาการที่คงที่ตามหลักพระวินัย เนื่องจากพระมีวัตรปฏิบัติแตกต่างจากฆราวาส สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาในการแสดงให้เห็นว่าพระสงฆ์ที่ผ่านการอบรมด้านสุขภาพทำให้ได้รับความรู้และนำไปลงมือปฏิบัติได้จริง[19,20]

3.1.2 ด้านคุณภาพกระบวนการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้าย พบว่า พระคิลานุปัฏฐากที่เข้ารับการอบรมตามหลักสูตรฯมีคุณภาพกระบวนการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายดีกว่าก่อนเข้าอบรม น่าจะเป็นผลจากการที่หลักสูตรฯนี้เน้นการแลที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย ลดความขัดแย้งทางด้านจิตวิญญาณของของพระคิลานุปัฏฐาก ทำให้สามารถนำความรู้จากการอบรมไปปรับใช้ในการดูแลพระสงฆ์อาพาธได้ ควบคู่ไปกับการรักษาวัตรปฏิบัติได้อย่างมั่นใจ ส่งผลให้กระบวนการดูแลมีความละเอียดอ่อนและเป็นองค์รวมมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาได้ระบุว่าการฝึกอบรมศักยภาพพระคิลานุปัฏฐาก เริ่มตั้งแต่การให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ รวมถึงเทคนิคการถ่ายทอดความรู้ต่อผู้อื่นโดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของพระสงฆ์ ทำให้เกิดความเข้าใจและมีทักษะมากขึ้น และกระบวนการพัฒนาเป็นไปอย่างมีขั้นตอนตั้งแต่มีการวางแผน การนำแผนไปสู่การปฏิบัติ[21,22] นอกจากนี้หลักสูตรฯยังเน้นการดูแลที่ส่งเสริมบทบาทสมาชิกในครอบครัว สะท้อนถึงการจัดการแบบรายกรณีที่ดี แสดงให้เห็นว่าพระคิลานุปัฏฐากไม่ได้ทำหน้าที่เพียงผู้ดูแลทางกาย แต่เป็นผู้ประสานงานความร่วมมือระหว่างวัด บ้าน และโรงพยาบาล

3.2 ผลลัพธ์ด้านพระสงฆ์อาพาธ พบว่า พระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการดูแลจากพระอุปัฏฐากที่ผ่านการอบรมส่วนใหญ่มีระดับคะแนน PPS อยู่ที่ร้อยละ 80 (ร้อยละ 63.34) รองลงมาคือระดับ 70% (ร้อยละ 33.33) ซึ่งเป็นระยะที่ยังสื่อสารและรับรู้ได้ดี (ระดับคงที่) สะท้อนถึงการได้รับการดูแลตามหลักสูตรฯนี้ส่งผลเชิงบวกต่อสุขภาพของพระสงฆ์อาพาธ ทั้งนี้อาจเนื่องจากหลักสูตรฯมีการสอนหัวข้อการดูแลสุขภาพพระอาพาธ ที่เน้นการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพพระอาพาธและการดูแลสุขอนามัยพื้นฐานในกุฏิชีวาภิบาลให้เอื้อต่อการเจริญสติและการปฏิบัติธรรม สอดคล้องกับแนวคิด" ตายดีวิถีพุทธ" ที่เน้นการประคับประคองจิตใจให้ปล่อยวางและสงบ[23] นอกจากนี้การปรับสภาพกุฏิให้เหมาะสมตามหลักสูตรฯ ไม่เพียงแต่เอื้อต่อความสะดวกในการพยาบาลยังสร้างสภาวะ "สัปปายะ" ซึ่งเป็นปัจจัยเกื้อหนุนสำคัญในการเยียวยาทั้งกายและจิตตามหลักพุทธศาสตร์[24]

ข้อจำกัดของงานวิจัย (Limitation)

1.ด้านระยะเวลาการติดตามผล (Time Constraints) พบว่าระยะเวลาในการติดตามผลภายหลังที่พระคิลานุปัฏฐากได้รับการอบรมและกลับไปปฏิบัติงานในกุฏิชีวาภิบาลมีระยะเวลาติดตาม 4 สัปดาห์ ซึ่งถือว่าเป็นระยะติดตามที่สั้น จึงยังไม่ทราบการคงอยู่ของสมรรถนะ และคุณภาพการดูแลพระสงฆ์อาพาธในระยะประคับประคองของพระคิลานุปัฏฐากในระยะยาว

2.ด้านกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาครั้งนี้ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 รูป ที่ถึงแม้จะเป็นขนาดที่เหมาะสมสำหรับการวิจัยกึ่งทดลองเบื้องต้น แต่ก็เป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ยอมรับ จึงถือว่าขนาดตัวอย่างน้อยและยังมาจากพื้นที่เดียวกัน ดังนั้นการนำผลการศึกษาไปใช้ในบริบทอื่นควรมีการปรับใช้ด้วยความระมัดระวังเพื่อให้เกิดความเหมาะสมต่อไป

3. การวิจัยครั้งนี้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างจำกัดอาจส่งผลต่ออำนาจในการทดสอบหากข้อมูลมีการกระจายตัวที่ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติพารามิเตอร์ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น หรือเลือกใช้สถิตินอนพารามิเตอร์ (Non-parametric Statistics) เช่น Wilcoxon Signed-Rank Test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐาน ในกรณีที่ข้อมูลมีการกระจายตัวไม่เป็นเส้นโค้งปกติ เพื่อให้ผลการวิเคราะห์มีความแม่นยำและครอบคลุมลักษณะของข้อมูลที่หลากหลายมากขึ้น

4. ความคลาดเคลื่อนของการสรุปผลเชิงสาเหตุอาจยังทำให้ไม่สามารถสรุปได้เต็มที่ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ออกแบบการทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง จึงทำให้ไม่มีกลุ่มควบคุม

ข้อสรุป (Conclusions)

หลักสูตรฯที่พัฒนาขึ้นโดยใช้หลักการของไทเลอร์ พบว่า มีประสิทธิผลในการส่งเสริมให้พระคิลานุปัฏฐากปฏิบัติงานในกุฏิชีวาภิบาลในการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายที่เอื้อต่อพระธรรมวินัยมีสมรรถนะและคุณภาพการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ดีขึ้น แสดงให้เห็นว่าหลักสูตรที่มีทั้งภาคทฤษฎีที่ให้ความรู้ในเชิงวิชาการ และภาคปฏิบัติที่ส่งเสริมให้ผู้เข้าอบรมได้สามารถฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงเกิดความเชื่อมั่นในการดูแลพระสงฆ์อาพาธมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการดูแลมีระดับอาการที่คงที่ ดังนั้นหลักสูตรฯนี้จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการผลิตพระคิลานุปัฏฐากปฏิบัติงานในกุฏิชีวาภิบาลในการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายที่เอื้อต่อพระธรรมวินัยไปในพื้นที่ต่างๆเพื่อดูแลพระสงฆ์อาพาธในวาระท้ายจนกระทั่งมรณภาพอย่างสงบตามวิถีพุทธ

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1) ควรขยายผลให้มีหลักสูตรสำหรับพระคิลานุปัฏฐากที่ปฏิบัติงานในกุฏิชีวาภิบาลในการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย ครอบคลุมทั่วประเทศเพื่อพัฒนาศักยภาพพระคิลานุปัฏฐากให้มีความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้น และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายได้อย่างถูกต้อง

2) นำผลการศึกษาไปพัฒนาหลักสูตรฯ ให้เหมาะสมกับสังคมปัจจุบันและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3) ควรศึกษาติดตามการคงอยู่ของสมรรถนะ และคุณภาพการดูแลพระสงฆ์อาพาธในระยะประคับประคองของพระคิลานุปัฏฐากในแต่ละช่วงเวลาหลังจบหลักสูตรฯ

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ประเทศไทยปัจจุบันเป็นสังคมสูงวัยมีพระสงฆ์ที่ชราภาพเพิ่มมากขึ้น มีพระสงฆ์เป็นจำนวนมากที่ประสงค์จะมรณภาพขณะยังเป็นพระสงฆ์ แต่เนื่องจากปัจจุบันวัดยังไม่มีศักยภาพในการดูแลพระสงฆ์ที่ชราภาพและต้องการมรณะภาพขณะยังเป็นพระสงฆ์ รวมถึงโรงพยาบาลขาดความพร้อมในการดูแลพระอย่างสอดคล้องกับพระธรรมวินัย และ

มีพยาบาลชายไม่เพียงพอ ทำให้การดูแลพระสงฆ์มีความไม่สะดวกหลายประการ ดังนั้น การพัฒนาหลักสูตรสำหรับพระคิลานุปัฏฐากที่ปฏิบัติงานในกุฏิชีวาภิบาลในการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายที่เอื้อต่อพระธรรมวินัยจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าหลักสูตรฯที่พัฒนาขึ้นช่วยให้พระคิลานุปัฏฐากมีสมรรถนะและคุณภาพการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ดีขึ้น รวมถึงช่วยให้พระสงฆ์อาพาธระยะท้ายมีอาการคงที่ สะท้อนให้เห็นว่าหลักสูตรฯนี้มุ่งเน้นด้านการพัฒนาศักยภาพพระคิลานุปัฏฐากในการดูแลพระสงฆ์อาพาธในวาระท้ายจนกระทั่งมรณภาพอย่างสงบตามวิถีพุทธ จึงควรพิจารณานำไปเผยแพร่ในพื้นที่ต่างๆ เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตและการตายดีในพระสงฆ์ให้ยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง (References)

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **การสำรวจสภาวะทางสังคมวัฒนธรรมและสุขภาพจิต 2561**. กรุงเทพฯ:สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2561
2. กระทรวงสาธารณสุข. **กลุ่มรายงานมาตรฐาน สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกตามกลุ่มโรค 10 ลำดับ กลุ่มพระภิกษุ-สามเณร**[อินเทอร์เน็ต]. 2567 [อ้างเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2567]. จาก: https://hdc.moph.go.th/
3. มติชนออนไลน์. **เปิดตัวเลข "พระสงฆ์" อาพาธระยะท้ายเกือบหมื่นรูป กรมการแพทย์ จัดอบรมแนวทางการอุปัฏฐาก** [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [อ้างเมื่อ 31 พฤษภาคม 2567]. จาก: https://www.matichon.co.th/local/news_46038944
4. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือการดำเนินงานสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ ประจำปี 2566** [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [อ้างเมื่อ 5 มิถุนายน 2567]. จาก: https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderly-manual/download.
5. ภัสน์วจี ศรีสุวรรณ์. **เปิดประสบการณ์ "กุฏิชีวาภิบาล" สถานดูแลพระอาพาธระยะท้าย. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา** [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [อ้างเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2567]. จาก: https://peacefuldeath.co/กุฏิชีวาภิบาล/
6. Tyler, R. W. Basic principles of curriculum and instruction. **The University of Chicago Press**. 1949.
7. The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery. **Reviewers' manual** [Internet] 2011 [cited 2024 Jan 15]. Available from: https://www.yumpu.com/en/document/read/15688429/jbi-rereaders-manual-the-joanna-briggs-institute/1
8. Cohen J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. 2nd ed. Lawrence Erlbaum Associates. 1988.
9. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. **Behavior Research Methods**. 2007; 39(2): 175–191. DOI:10.3758/BF03193146
10. D.F. Polit. **Statistics and data analysis for nursing research**. 2nd ed. Edwards Brothers; 2010.
11. Likert, R. **New Patterns of Management**. McGraw-Hill, New York; 1961.
12. Best JW, Kahn JV. **Research in education**. 9th ed. Prentice-Hall of India Private Ltd. New Delhi; 2003.

13. Chewaskulyong B, Sapinun L, Downing GM, Intaratat P, Lesperance M, Leautrakul S, et al. Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the Palliative Performance Scale (PPSv2). **Palliat Med** 2012; 26(8): 1034-41. DOI: 10.1177/0269216311424633
14. กรมการแพทย์. **List disease for palliative care and functional unit** [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [อ้างเมื่อ 10 กรกฎาคม 2566]. จาก: https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Old_Content/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner26122559.pdf
15. Ferrell B, Coyle N, Paice JA. **Oxford textbook of palliative nursing**. 4nd ed. Oxford University Press. 2015.
16. กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือหลักสูตรการดูแลพระสงฆ์อาพาธ 140 ชั่วโมง สำหรับพระสงฆ์** [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [อ้างเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2567]. จาก: https://rbpho.moph.go.th/upload-file/doc/files/27022025-120313-7274.pdf
17. กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือดำเนินการตามนโยบายสถานชีวาภิบาล 2024** [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [อ้างเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2567]. จาก: https://cloud-atg.moph.go.th/quality/sites/default/files/คู่มือดำเนินการตามนโยบายสถานชีวาภิบาลฉบับสมบูรณ์.pdf.
18. Knowles MS. **The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy**. The Adult Education Company. 1980.
19. อุมาพร นิ่มตระกูล, พระวิสิทธิ์ ฐิตวิสิทโธ.พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจากพระคิลานุปัฏฐากสู่พระนักสื่อสารในเขตสุขภาพที่ 1. **วารสารพุทธศาสตร์ศึกษา** 2563; 11(1), 33-51.
20. จุฑาภัค เจนจิตร, ธัญญลักษณ์ แสนลา. ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการสุขภาพของพระคิลานุปัฏฐากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย. **วารสารล้านนาวิจัยปริทรรศน์** 2568; 6(1): 137-147.
21. เยาวเรศ วงศาสุลักษณ์. ประเมินผลกระบวนการพัฒนาศักยภาพพระคิลานุปัฏฐากพื้นที่กรุงเทพมหานครด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก. **วารสารวิชาการสาธารณสุข** 2566; 32(2): 227-239.
22. จินตนา อาจสันเที๊ยะ, ชวลี เครือสุคนธ์. การพยาบาลประคับประคองพระสงฆ์อาพาธด้วยการดูแล ห่วงใย ใส่ใจความสุขสบาย ตามหลักสัปปายะ. **วารสารพยาบาลทหารบกล** 2563; 22(2): 18-25.
23. พระอาจารย์แสนปราชญ์ ปัญญาคโม. **"ตายดีวิถีพุทธ" ศูนย์พุทธวิธีดูแลผู้ป่วยระยะท้าย วัดป่าโนนสะอาด อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา**[อินเทอร์เน็ต]. 2567 [อ้างเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2567]. จาก: https://old.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/ศูนย์พุทธวิธีดูแลผู้ป่วยระยะท้ายวัดป่าโนนสะอาด.pdf
24. Purnell LD. **Transcultural health care: A culturally competent approach.** 4 nd ed. F.A. Davis Company. 2013.