



กุฎีชีวาบาล@ทั่วไทย

สมุดปกขาว (Whitepaper)

คู่มือทฤษฎีปฏิบัติ

**“ໂຍ ກົກຸບເວ ມໍ ອຸປຸກຊູເຍຍ
ໂສ ດິລານໍ ອຸປຸກຊູເຍຍ”**

**“ຜູ້ໃດປຣາຣຄນາຈະອຸປຸກຊູກ ຮາຕຄາດຕ
ຜູ້ນັ້ນພິງອຸປຸກຊູກ ກົກຸບ່ວຍໄຂ້ເຄີດ”**



Table of Contents

โจทย์และประเด็นปัญหา.....	07
ทางออก.....	07
วิสัยทัศน์.....	09
ริมออกแบบ.....	09
บทบาทการปฏิบัติงาน.....	09
องค์ประกอบที่เพิ่มคุณค่า.....	09
เป้าหมายพร้อมส่ง.....	13
หลักการออกแบบหลักสูตร.....	15
Appendix 1.....	17
Appendix 2.....	18
Appendix 3.....	24
Appendix 4.....	27
Appendix 5.....	28
Appendix 6.....	31
Appendix 7.....	33
Appendix 8.....	34
Appendix 9.....	35



“ทุกวันนี้มี**ภิกษุอาพาธ** ระยะท้ายจำนวนมาก ที่ปรารถนาจะ
มรณภาพอย่าง **สงบ** โดยไม่ต้องการยื้อชีวิต และไม่
ประสงค์จะสิ้นลมที่โรงพยาบาล แต่สถานที่ที่จะรองรับภิกษุ
เหล่านี้มีน้อยมาก โดยที่วัดจำนวนมากก็ขาดบุคลากร และ
ทักษะในการทำหน้าที่ดังกล่าว”

พระไพศาล วิสาโล
ประธานกิตติมศักดิ์มูลนิธิสันติภาวัน



กุฏิชีวาบาล แปลว่า ที่พำนักดูแลเยียวยาคุณภาพชีวิตสมณสงฆ์อาพาธ แบบประคับประคอง

Challenges & Solutions

โจทย์และประเด็นปัญหา (Challenges)

หากเป็นไปได้ ผู้ป่วยทุกคน รวมทั้งพระสงฆ์อาพาธ ต้องการพักผ่อนหรือใช้เวลาช่วงสุดท้ายของชีวิตตามหลักพระธรรมวินัยในพื้นที่และสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ไม่ใช่ในโรงพยาบาล

แต่น่าเสียดายที่ปัจจุบันยังมีการเข้าอยู่โรงพยาบาลที่ไม่จำเป็นอยู่บ่อยๆ สร้างทุกข์ทรมานและผลาญงบประมาณที่มีจำกัดอย่างสิ้นเปลือง เพราะข้อจำกัดหลายประการ หลัก ๆ คือ **หนึ่ง** ขาดองค์ความรู้และประสบการณ์ที่จะปรับเปลี่ยนเตรียมพื้นที่เริ่มต้นดูแลที่ “บ้าน” **สอง** ไม่มีระบบติดตามดูแลให้คำปรึกษาโดยเฉพาะเมื่อประสบภาวะวิกฤต นอกจากนี้ ยังมีวัดจำนวนมากกระจายอยู่ทั่วประเทศไทย (ประมาณ 35,000 แห่ง)

ถ้าไม่แก้ไข ความท้าทายนี้จะทวีคูณมากขึ้น เนื่องจากประเทศไทยจะแปลงเปลี่ยนเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2566

คำตอบ (Solution)

โครงการนี้มีฉันทะขับเคลื่อนให้เกิดขีดความสามารถจัดตั้งกุฏิสงฆ์อาพาธหรือกุฏิชีวาบาลสำหรับดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care, PC) ได้ทุกวัด ทั่วไทย เพื่อให้ภิกษุผู้ป่วยใช้ระยะท้ายมีทางเลือกที่จะได้รับการบริบาล ณ วัดต้นสังกัดที่คุ้นเคยอย่างถูกหลักพระธรรมวินัย

นอกจากนี้ คณะสงฆ์สามารถช่วยสนับสนุนระบบสุขภาพ ในการดูแลสร้างเสริมสุขภาวะด้านจิตวิญญาณ และปรับแก้ทัศนคติที่ผิดและงมงายเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น เป็นการเร่งให้ตายเร็วขึ้น เป็นต้น โดยชี้ให้เห็นว่าการเตรียมตัว เช่น กระบวนการ วางแผนการดูแลล่วงหน้า หรือ ACP (Advance Care Plan) และการดูแลแบบประคับประคอง เป็นการใช้อยุญาดำเนินชีวิตบนความไม่ประมาท ตามคำสอนของพระพุทธเจ้า เป็นความเข้าใจโลกและชีวิตตามความเป็นจริงที่นำไปสู่การวางแผนและเตรียมความพร้อมของชีวิตที่มีความหมายเพื่อสุขภาวะทุกขณะรวมทั้ง ณ ปลายทาง (Every meaningful life moments including the very last one = Good Death)



“เริ่มต้นจากธรรมดาแล้วพัฒนาให้พิเศษ”

สิ่งสำคัญของชีวิต โดย นีอกุสม

วิสัยทัศน์ (Vision)

“หนึ่งอำเภอ หนึ่งคิลาสุขภาพ”

[One District One Sangha Health Center] (ODoc)

ธีมออกแบบ (Design Theme)

“สุขศาลา” ที่พำนักสำหรับภิกษุสงฆ์ สามเณรอาพาธ ที่สงบ สว่าง สะอาด เรียบง่าย ทันสมัย หลากหลายตามบริบทพื้นที่ สัมปายะ ได้มาตรฐาน รักรักรสิ่งแวดล้อม (Green) ใช้หลักการออกแบบอย่างเท่าเทียม (Universal Design) และเอื้อเพื่อหลักพระธรรมวินัย

บทบาทการปฏิบัติงาน (Functions)

- สถานที่ดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care Center, ฤทธิชีวาบาล คิลาสุขภาพ)
- ศูนย์ที่ปรึกษาและแหล่งข้อมูลความรู้การดูแลพระสงฆ์อาพาธแบบองค์รวม
- ต้นแบบ และ แซนด์บ็อกซ์เพื่อพัฒนานวัตกรรม (Sandbox for Innovation & Model Development, พื้นที่ทดลอง)
- สถานที่พำนักพักฟื้น (Step-down Unit)

องค์ประกอบที่เพิ่มคุณค่า (Value-added Features)

- Leapfrog เช่นใช้มือถือแอป และแพลตฟอร์ม แทนที่จะเริ่มจากใช้โทรศัพท์มีสายหรือโปรแกรมโบราณ
- นวัตกรรมพลิกโฉม (Disruptive Innovation) & Sandbox for Social Innovation (ค้นคว้าและพัฒนานวัตกรรมเพื่อสังคม)
- Home-care & Self-care Innovation
- TeleHealth Innovation
- Wearable HealthTech
- ต้นแบบเครือข่ายสังฆบริบาล Collaborative Network: swast หนองบัว swช บ้านฝาง swศ ขอนแก่น sw.ศรีนครินทร์ และsw.สงข (super MoUs: seamless Sangha Health Networks)
- พัฒนาศักยภาพทักษะพระบริบาลภิกษุใช้ และพระคิลาปัญญา (Upskill/Reskill Pra Kila)
- พัฒนาศักยภาพทักษะภาคีเช่น อสม. อาสาสมัคร อสบ. (อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ท้องถิ่นเป็นผู้จ้าง เดือนละ 5,000 บาท) พื้นฟูพลังและบทบาท โยมอุปัฏฐาก (โดยเฉพาะอุบาสก) ในวัด
- ไม่ใช่ Hospital Service แต่เน้น Temple Care Services ฤทธิที่วัดท่าประชุมคือ ที่พำนักของภิกษุป่วยใช้ระยะท้ายจากอำเภอบ้านฝาง หรือถ้ามีขีดความสามารถในการดูแลเพียงพอ เป็น step-down unit ชั่วคราวจากโรงพยาบาล พื้นที่เพื่อพักฟื้น หรือเตรียมความพร้อมในการดูแลในวัดต้นสังกัดที่ผู้ป่วยคุ้นเคย โดยเสริมพลังหรือเพิ่มพลังวางใจ (empower) พระคิลาปัญญา หรือ โยมอุปัฏฐาก ให้ดูแลพระสงฆ์อาพาธด้วยตนเองที่วัดในภูมิสำเนา และให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลา^[1]
- Just-in-time learning คือมอบการฝึกอบรมให้โยมหรือสภรรรมิกธรรมดามีจิตพุทธอาสา มีทักษะและขีดความสามารถเป็นอาสาสมัครที่สามารถแบ่งเบาภาระ พระคิลาปัญญา หรือ โยมอุปัฏฐาก ช่วยดูแลพระสงฆ์ป่วยพักฟื้นและผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองได้ที่วัดต้นสังกัด ถ้ายังมีช่องโหว่ที่ทำได้ ก็จัดทีม experienced helpers (ทีมอาสาพระคิลาปัญญาที่มีประสบการณ์) ส่งไปเยี่ยมช่วยเหลือให้คำปรึกษาแก้ปัญหาเป็นครั้งคราว จนผู้ป่วยดูแลตนเองได้หรือหมดเวลา^[2]

^[1] เครดิต โยมศาสตราจารย์ ดร.นพ.อัครราช นุชประยูร แห่ง เยือนเย็น วิสาหกิจเพื่อสังคม

<https://www.thecoverage.info/news/content/3615>

^[2] เช่นข้างบน <https://www.sethailand.org/resource/yuenyen/>

โครงการอบรมถวายความรู้พระคิลานุปัฏฐาก วัดท่าประชุม อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น



โครงการอบรมถวายความรู้พระคิลานุปัฏฐาก วัดโพธิ์การาม ต.โพนสูง อ.ปทุมรัตต์ จ.ร้อยเอ็ด



“Ensure that Palliative Care is available to all people when and where they need and is integrated to all levels of health care system.”

WHO



เป้าหมายพร้อมส่ง (Deliverables)

ระยะเริ่มต้น (Phase I):

โครงการกุฏิสงฆ์อาหารเพื่อรับบาลิกษุป่วยใช้ระยะท้ายแบบประคับประคอง

จำกัดขอบเขต โฟกัสที่ภิกษุป่วยใช้ระยะท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

Hardware:

- กุฏิชีวาภิบาล@วัดท่าประชุม
แนวคิดคือให้ศูนย์รับบาลที่วัดท่าประชุมเป็น: 1. ที่พำนักรับบาล ครบวงจร ใช้งานจริง 2. เป็นต้นแบบและพื้นที่ร่วมเรียนรู้ 3. เป็นแซนด์บ็อกซ์ (sandbox) สำหรับสร้างสรรค์และทดสอบนวัตกรรม
- องค์ความรู้และคู่มือ ที่ผู้ใช้สามารถเริ่มได้ทันทีด้วยความสะดวกเหมือนเปิดใช้มือถือออกจากกล่อง หรือเปิดร้าน MacDonalld's ใหม่ (Start-up Team)
- ทีมพี่เลี้ยงรับปรึกษาและโค้ชชิ่ง 24 ชั่วโมง (Palliative Consultation & Coaching Team 24 hr.)
- ทีมพี่เลี้ยงเยี่ยม (Palliative Point of Care Visiting Team)

Software:

- ระบบพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา จากทุกที่ ทุกเวลา (Palliative Care Tele-Consulting System, AI)
- ต้นแบบเครือข่ายการส่งต่อไร้ตะเข็บ (Seamless Referral Network)
- ระบบฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงาน (Modular Training System)

ระยะที่สอง (Phase II):

โครงการกุฏิสงฆ์อาหารสู่คิลาณสถาน

- ขยายผลให้มีกุฏิสงฆ์อาหารที่สามารถรับบาลสงฆ์อาหารระยะท้ายทั่วไทยผ่านเขตสุขภาพ
- เพิ่มขีดความสามารถในการดูแลสงฆ์อาหารติดเตียง (Long Term Care Units) และสงฆ์พักฟื้นหลังดีสชาร์จ (Step Down Units)
- เริ่มพัฒนาแพลตฟอร์มสำหรับมอนิเตอร์สุขภาพของภิกษุสงฆ์ [Monk Health Monitoring Platform: Client Services and Data Source for research and policy advocacy.]
- Produce CPGs, Public Education

ระยะที่สาม (Phase III):

ขยายผล (Scale Up)

- Implementation of Monk Health Monitoring Platform
- ขยายผลให้มีกุฏิสงฆ์อาหารทั่วไทยผ่านเขตสุขภาพ
- Conduct research
- Produce Policy White Papers
- ขับเคลื่อนนโยบายผ่าน สช มหาเถรสมาคม กยป (คณะกรรมการเขตสุขภาพประชาชน) วชส079 มจร



หลักการออกแบบหลักสูตรฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานพระสงฆ์อาหารแบบประคับประคอง (Design Principles for Monk Palliative Caregiver Training Course)

- สอดคล้องและเคารพพระธรรมวินัย
- Learner-centered: any time, anywhere, any how
- วัดความรู้และทักษะสมรรถภาพ ก่อนและหลังการเรียนรู้ (Measure evidence of learning ex. Pre and Post tests for both Knowledge and Competency)
- ยืดหยุ่น (Flexibility: modular, diverse learning pathways)
- ต่อยอดระดับทักษะการดูแลรับบาล (Advance Healthcare Skill Level) ทั้ง ภาควิชาและโยมยกระดับทักษะเดิม (Upskill) เพิ่มเติมทักษะใหม่ (Reskill) เพื่อปรับ “คน” ให้เปลี่ยนทันโลก
- เน้นปฏิบัติให้เกิดทักษะและสมรรถนะทำได้จริง

เริ่มร่วมมือออกแบบหลักสูตรและจัดอบรมนำร่อง (pilot project) Advanced Training on DhammaVinaya-based Skills for Palliative Caregivers เริ่มต้นโฟกัสที่คณะสงฆ์อำเภอ บ้านฝาง ขอนแก่น

คิลาณ + อุปปฎฐาก = คิลาณุปฎฐาก > คิลาณุปัฎฐาก
แปลว่า “ผู้พยาบาลคนป่วย” “ผู้รับใช้เวลาเจ็บไข้” “ผู้บริบาล”



วัดท่าประชุม โมเดล

"Quality of Life"

"Puñña Economy"

"Catalyst"

“ขับเคลื่อนให้ทุกวัดมีศักยภาพ
ดูแลบริบาลพระสงฆ์อาพาธระยะ
ท้ายแบบประคับประคอง”

“Empower Monk’s Palliative
Care in every Wats.”



Appendix 1

ดูแลเยียวยาแบบประคับประคอง (Palliative Care, PC)

- Patient-centered: any time, anywhere, any how
- Integrated
- Alleviate symptoms (relieve suffering)
- Optimize quality of life
- At any stage of illness
- Evidence-based
- v.s. Curative Care



"Life is worth living everyday until the last one."

นิยาม

- ❑ การดูแลผู้ที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิต
- ❑ เป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญความเจ็บป่วยที่มีอยู่ได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่ทำได้
- ❑ ป้องกันและลดภาวะทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด และปัญหาด้านอื่นทั้งด้านร่างกายจิตใจและจิตวิญญาณ

หลักการ

- ❑ ความตายเป็นมิตินึ่งหนึ่งของชีวิต
- ❑ ไม่เร่งหรือยืดเยื้อความตาย
- ❑ ปลดปล่อยอาการไม่สุขสบาย
- ❑ ให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่าง active ที่สุด
- ❑ ดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ
- ❑ จัดหากระบวนการช่วยเหลือ
- ❑ ทำงานเป็นทีม
- ❑ หลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์

WHO, 2005

Appendix 2

พื้นที่กำหนด (designated site) สำหรับกุฏิสงฆ์อาหาร (กุฏิชีวาบาล)

บริเวณสังฆาวาส วัดท่าประชุม บ้านดอนตูม อำเภอ
บ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

ธีมออกแบบ (Design Theme):

“สุขศาลา” ที่พำนักสำหรับภิกษุสงฆ์ สามเณร
อาหาร ที่สงบ สว่าง สะอาด เรียบง่าย ทันสมัย
หลากหลาย สบายะ รักสิ่งแวดล้อม (Green)
ได้มาตรฐาน ใช้หลักการออกแบบอย่างเท่าเทียม
(Universal Design) และเอื้อเพื่อหลักพระธรรม
วินัย

ปริมาณความต้องการ (Need):

ประเทศไทยมีวัด 35,000 แห่ง และมีพระภิกษุ
ประมาณ 300,000 รูป ประมาณอายุมากกว่า ปี
30,000 รูป (10%) อาหารระยะท้ายประมาณ
300 รูป (1%)

หลักการ:

แทนที่จะใช้ระบบรวมศูนย์ (decentralization)
ผูกขาด (monopoly) ปิดกั้น (proprietary)

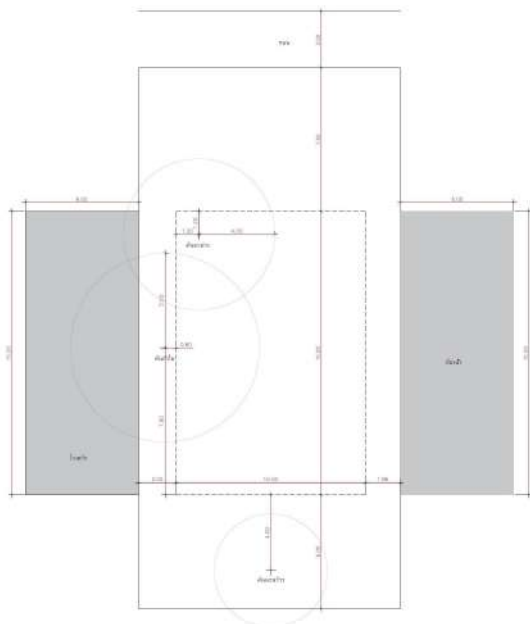
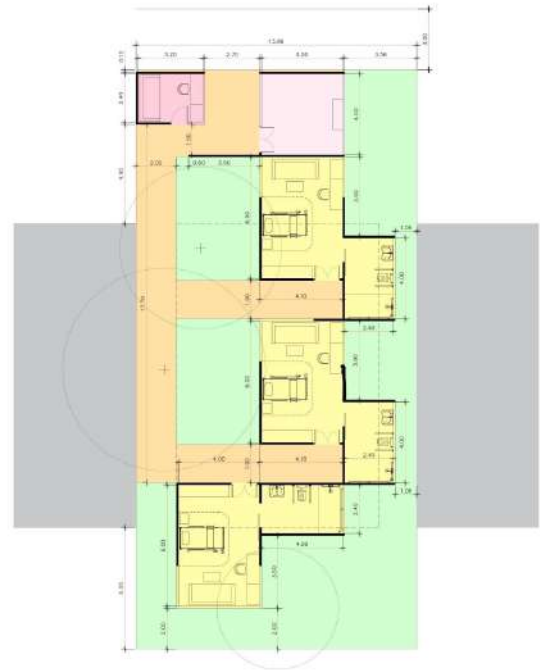
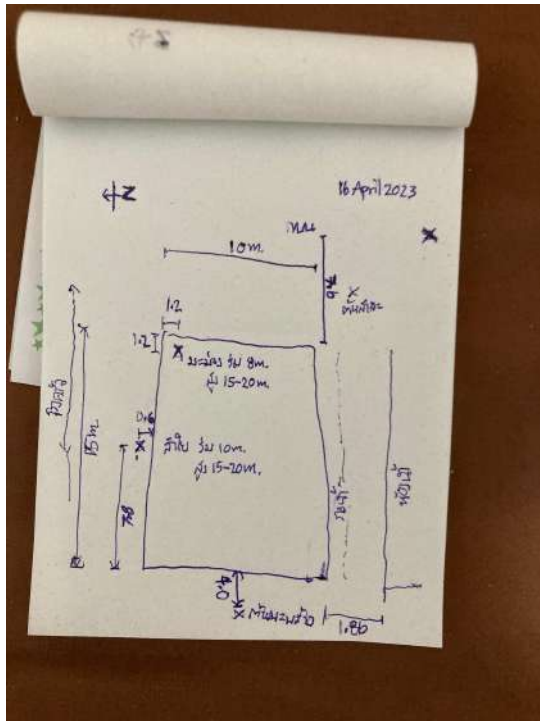
วัดท่าประชุมเลือกใช้ระบบกระจายเครือข่าย
(distributed network) แบ่งปัน (sharing)
เปิด (open source)

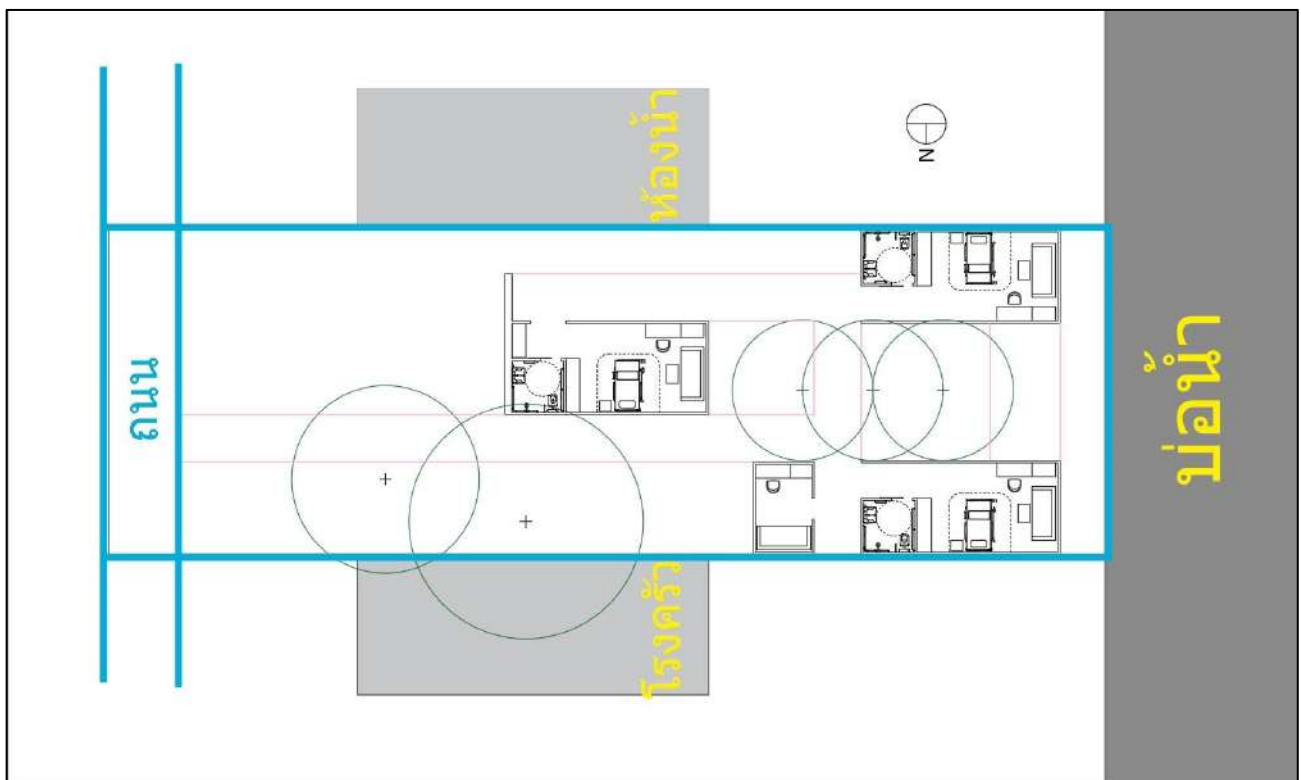
เชื่อมโยงกับเครือข่ายระบบเขตสุขภาพ (Health
Area) และระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
และเขตปกครองคณะสงฆ์



Floor Plan:

พื้นที่: 10.0 x 15.0 เมตร = 150 ตารางเมตร





แนวคิดออกแบบ (Design Concepts)

พื้นที่บริเวณเขตสังฆาวาสที่วัดท่าประจักษ์นี้ เตรียมไว้ทำเป็นกุฏิชีวาบาล

ตั้งใจว่าจะมี 2 ห้อง ห้องหนึ่งเป็นห้องเดี่ยว (35 ตารางเมตร) อีกห้องเพื่อเป็นห้องคู่ (45 ตารางเมตร) สองเตียง เพื่อให้มี maximum capacity สำหรับผู้ป่วยใช้ 3 รูป แต่ปรับเปลี่ยนเป็นห้องเดี่ยว 3 ห้อง เนื่องจากมีพื้นที่เพียงพอ และทำให้ไม่ต้องเลือกว่าผู้ใดจะอยู่ห้องคู่

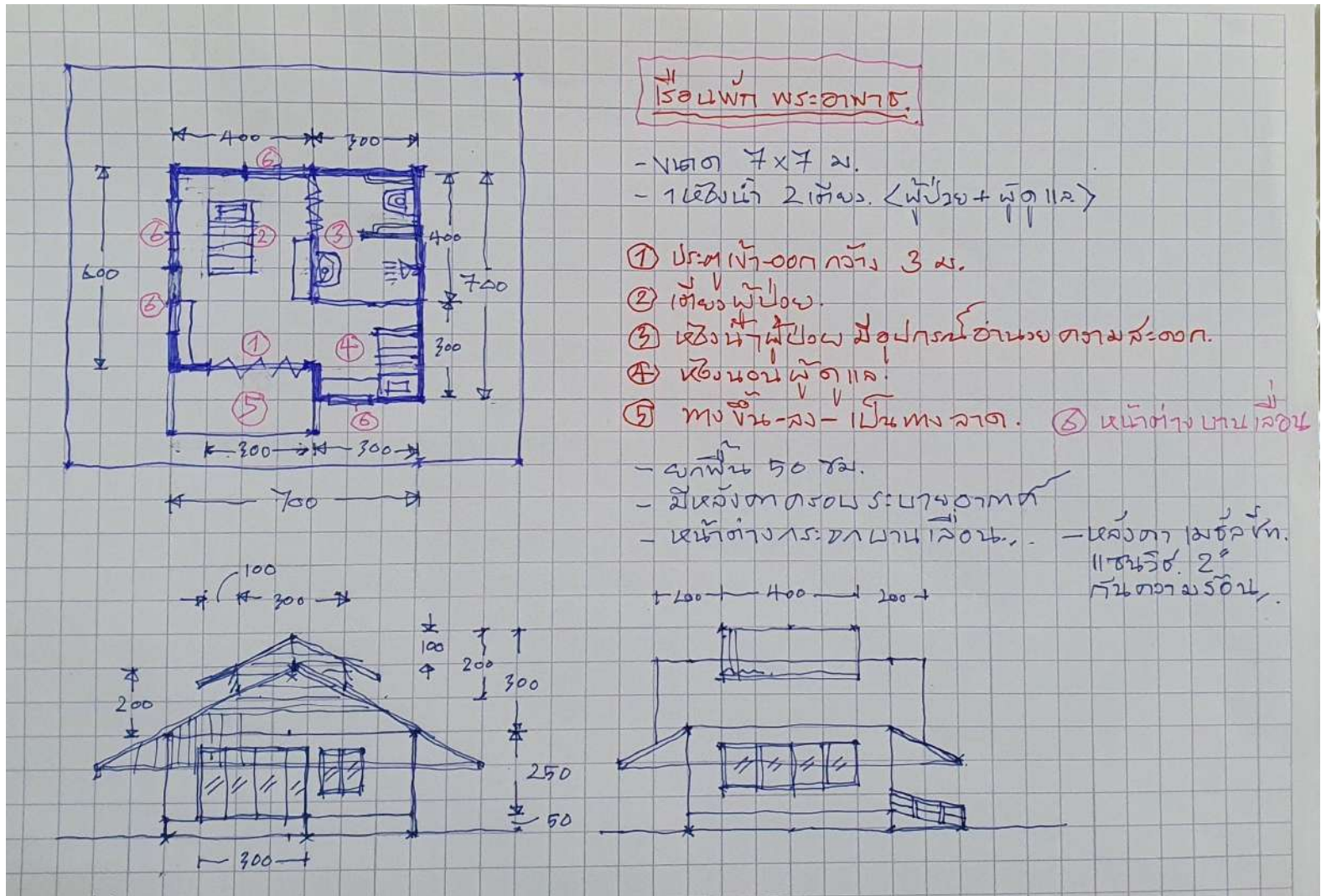
ในแต่ละห้องมีหนึ่งห้องน้ำที่สามารถสรงน้ำได้ และพื้นที่สำหรับเตียงของผู้ดูแลได้พักผ่อนส่วนตัว นอกจากนี้ยังมีพื้นที่เชื่อมเล็กๆเป็นที่พักสำหรับผู้ดูแลใช้ทำงาน นั่งพัก เตรียมอุปกรณ์

- Patient-centered มีแนวคิดหลักคือ “**มาตุคาม**” หรือ “**ครรภ์มารดา**” ซึ่งเปรียบดังพื้นที่ที่ปลอดภัยที่สุดในชีวิตมนุษย์ วงจรแห่งการเกิด-การตาย การเริ่มต้น-การจากไป การกลับสู่ธรรมชาติ ประสานกับสี่เหลี่ยมที่เชื่อมโยงธรรมชาติภายนอกและภายในกุฏิ (Squaring the Circle) ระลึกถึงและเคารพใน**เอกภาพของธรรมชาติ** เปิดนำธรรม(ชาติ)เข้ามาในกุฏิ และเชื่อมโยงให้ธรรมะภายในกุฏิสร้างประโยชน์ต่อสังคม จุดประกายความตระหนัก ปลุกให้สังคมตื่นรู้คุณค่าของการตายดี เพราะรู้การเกิด ยังคงกลับ เมื่อรู้การดับ จึงเรียกว่าตื่น
- เหมือนอยู่กุฏิในวัด
- สอาด สงบ สว่าง
- Modular
- พอเพียง
- Green
- Universal Access



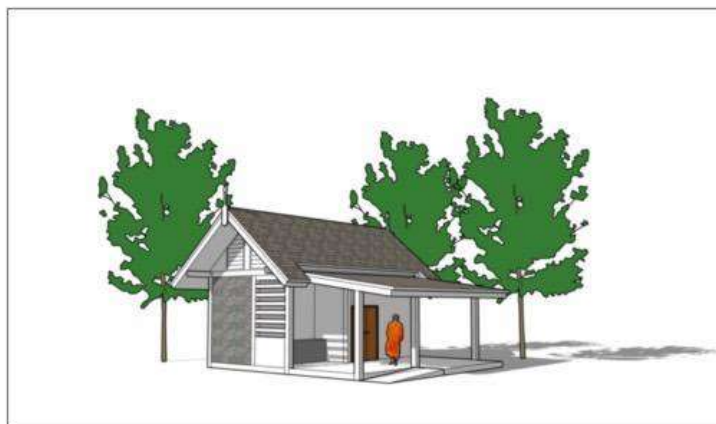
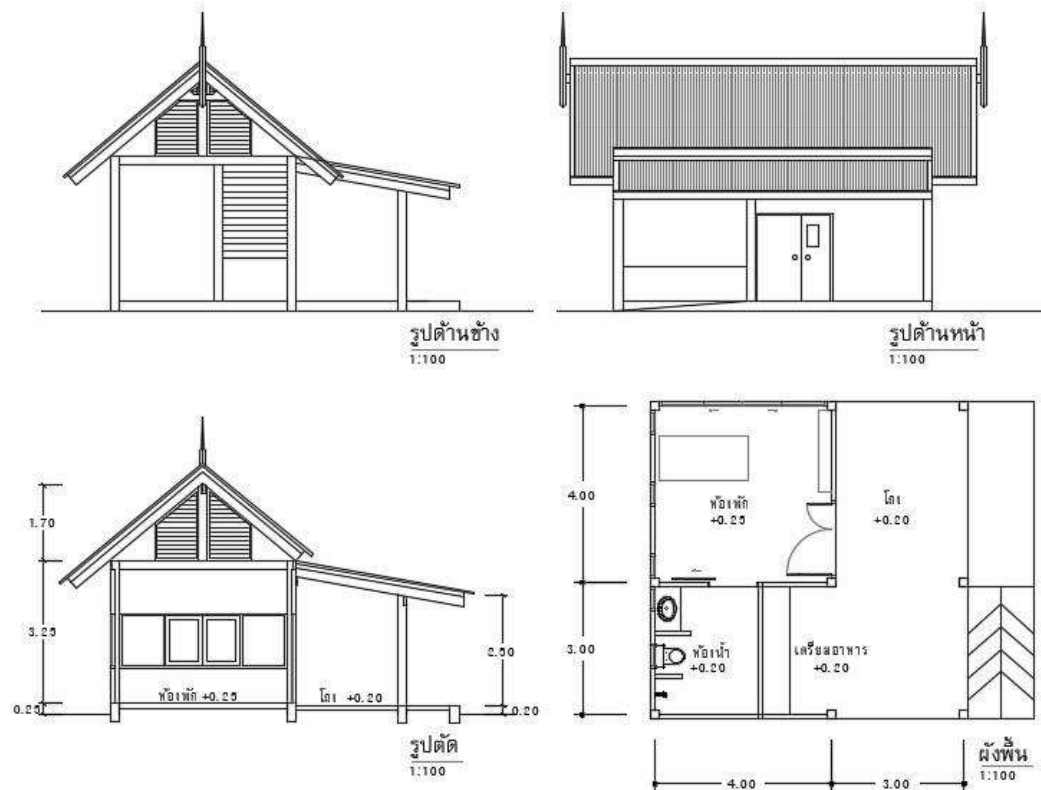
Prototype #1

Designed by: อาจารย์ อธิพร ธงอินเนตร ศูนย์วิจัยสถากรรมสุพรรณ



Prototype #2

Designed by: ผศ. ดร. ชำนาญ บุญญาพุทธิพงศ์ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



โครงการ
ออกแบบภูมิสถาปัตย์
เจ้าของโครงการ
งานบริการวิชาการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โทร 043-362046
สถาปนิก ผศ.ดร.ชำนาญ บุญญาพุทธิพงศ์ ก-สถ.3566
บันทึก



Appendix 3

รรรมภาคีเครือข่าย (Partners & Networks)

โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์

Contact Persons:

โยมอาจารย์เล็ก นพ สมเกียรติ เกษมธรรมคุณ
หัวหน้ากลุ่มงานคัลยศาสตร์ โรงพยาบาลสงฆ์ มี
ฉันทะและความมุ่งมั่นที่จะทำงานเรื่องดูแลแบบ
ประคับประคอง

โยมพี่พรทรัพย์ พยาบาลเกษียณ กูรูเรื่อง PC
ของรพ.สงฆ์

โยมเก้ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล รพ.สงฆ์

โรงพยาบาลสงฆ์มีบทบาทขับเคลื่อนนโยบายใน
ฐานะกรมวิชาการผ่าน หนึ่งการเป็นเครือข่ายการ
ส่งต่อผู้ป่วยถ้ามีความจำเป็น (ในกรณีนี้คือจัดทีม
ไปเยี่ยมให้คำปรึกษาที่วัด) สองการเป็นภาคีในด้าน
การฝึกอบรมผู้ดูแลริบาล สามการทำงาน
วิชาการเพื่อสร้าง CPG และสิ่งงานวิจัย

ประเด็นเด่นที่แตกต่างของ รพ.สงฆ์ คือ

1. ความเชี่ยวชาญชำนาญการของโรงพยาบาล
สงฆ์ในการบริบาลที่ถูกต้องตามหลักพระธรรม
วินัย
2. การอบรมครอบคลุมรวมทั้งพระและโยม
ยื่นมือขยายเชื่อมโยงเครือข่ายที่หลากหลายเช่น
อาสาชานาต อสม. อสบ. (อาสาสมัครบริบาล
ท้องถิ่น)
3. เน้นทักษะความเชี่ยวชาญพิเศษ
(specialization, advanced skills) เช่นดูแลผู้
ป่วยระยะท้าย หรือดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด หรือผู้
ป่วยติดเตียง เป็นต้น
4. งานวิจัยและ CPG

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Contact Persons:

โยมอาจารย์ รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

โยมน้อย เฉลิมศรี พยาบาลศูนย์การุณรักษ์

โยมโหม่ง หัวหน้าพยาบาลศูนย์การุณรักษ์

โยมรื่อง (Teerasak Ngamsit) ศูนย์การุณรักษ์ฮอสพิซ

website karunruk.org

พิจารณาดูแนวทางแล้วทางศูนย์การุณรักษ์ยินดีเข้าร่วมและสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จ และสามารถทำได้โดยเฉพาะในภาคอีสานซึ่งมี PC network ที่แข็งแรง เคยคิดอยากทำมานานแล้ว

มีโอกาสร่วมพัฒนาเรื่องการจัดบริการแบบครบวงจร และเครือข่าย PC ซึ่งสามารถใช้เป็นต้นแบบที่ต้องการได้ รวมถึงระบบ tele และเยี่ยมบ้าน ระบบนัดพบบริบาล และหอผู้ป่วย PC และถ้าเวลามากพอจะพาไปดู hospice ที่กำลังสร้างอยู่ที่จะเป็นกำลังสำคัญในการทำงานสู่ชุมชนค่ะ

สามารถจัดอบรมพระเพื่อช่วยดูแลระยะท้ายได้ คอ์สอบรม 4 สัปดาห์ของพยาบาล ปรับ curriculum เป็น 2 สัปดาห์ก็จัดได้ แต่ต้องมีภาคปฏิบัติได้ลงมือทำจริง

ถ้า hospice เปิดจะเป็นที่ฝึกปฏิบัติได้ดี เพราะมีพยาบาลผู้ชายอยู่ประจำ และค่อนข้าง confine ไม่เหมือนหอผู้ป่วยในรพ. และถ้า hospice มีพระมาฝึกจะช่วย complement ด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างดียิ่ง

สถานีอนามัยที่ 7 ขอนแก่น

Contact Persons:

โยมແມ່ນ

สสว ขอนแก่น

Contact Persons:

โยม

โรงพยาบาลบ้านฝาง

Contact Persons:

โยมแพค พยาบาลชุมชน

โยมนิต หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

โยมอรุณรัศมี สาทิ พยาบาลประคับประคอง (PC Nurse)

สวสท หนองบัว

Contact Persons:

โยมสุดาทิพย์ นาใจคง (ปิงปอง) CM งาน Palliative Care และ งานผู้สูงอายุ
โยมวิไล (ผอ. สวสท)

โรงพยาบาลรามาริบดี

Contact Persons:

โยมอาจารย์เรวัต

กรมการแพทย์

Contact Persons:

โยมหน้อย เดือนเพ็ญ

กลุ่ม Peaceful Death

Contact Persons:

โยมพี่สัຍ วรรณา จารุสมบัติ

<https://peacefuldeath.co/>

สมาธิสุขภาพ

โยมสุนันทา (ส้ม)

โยมณนุต

เยือนเย็น

โยมพี่เมย์



Appendix 4

โลโก้พันธมิตรเครือข่าย (Partners & Networks Logos)



Appendix 5

สรุปการประชุมภาคีเครือข่ายกุฏิชีวาบาล@ทั่วไทย ครั้งที่1 วันอังคารที่ 7 มีนาคม 2566 เวลา 9.00น.-12.00น. ณ วัดท่าประชุม ต.หนองบัว อ.บ้านฝาง จ.ขอนแก่น

ผู้ลงทะเบียน: 65 ท่าน จาก 7 จังหวัด

ก่อนประชุม ผู้เข้าร่วมประชุมกล่าวบูชาพระรัตนตรัย อารามนาและสมาทานศีล สร้างบรรยากาศของ
กัลยาณมิตรผู้มีศีลเสมอกัน อันเป็นเหตุปัจจัยของความสำเร็จและเจริญ

วาระที่ 1 พระครูพิพัฒน์รัตนวงศ์ รองเจ้าคณะอำเภอบ้านฝาง กล่าวต้อนรับคณะผู้เข้าร่วมงานประชุม
นัดพบภาคีเครือข่ายกุฏิชีวาบาล@ทั่วไทย (Sangha Palliative Care Network) ครั้งที่ 1 และเปิด
การเสวนา โดยได้ชื่นชมอนุโมทนากับแนวคิดในโครงการนี้ของวัดท่าประชุม โดยได้ให้ข้อคิดความเข้าใจ
โครงการนี้ที่ว่า “ถ้าคนในวัดสุขภาพไม่ดี เราจะไปดูแลคนนอกวัดก็กระไรอยู่” และได้ขอพรให้บรรลุมรรค
ประสงค และขยายโครงการไปยังส่วนอื่นๆ ได้ตามเป้าหมาย

วาระที่ 2 พระอาจารย์ภูวัต นำเสนอแนวคิดและโครงการกุฏิชีวาบาล@ทั่วไทย ภายใต้แนวความคิด “เริ่ม
ต้นจากธรรมชาติ แล้วพัฒนาให้พิเศษ” ใช้ยุทธศาสตร์ วัดท่าประชุมโมเดล มีองค์ประกอบคือ 1. สร้าง
ต้นแบบกุฏิชีวาบาล@วัดท่าประชุม ที่ใช้งานได้จริง รองรับพระสงฆ์อาพาธในอำเภอบ้านฝางและเป็น
แหล่งเรียนรู้ 2. ฝึกอบรมชีวาบาล 3. ประสานก่อตั้งทีมพี่เลี้ยง 4. สร้างสรรค์นวัตกรรมเพื่อสังคม
เพื่อกระตุ้นเสริมเติมพลัง (empower) ให้วัดทุกแห่งมีศักยภาพในการดูแลแบบประคับประคอง และใน
ที่สุดทุกๆ พื้นที่ทั่วไทยเป็นชุมชนกรุณาที่ทุกคนมีสิทธิ์และโอกาสตายดี

วาระที่ 3 การนำเสนอการทำงานของภาคีเครือข่าย สะท้อนปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Key Success
Factors) และก้าวต่อไปที่สำคัญ (Next Actions)

1.รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล จากศูนย์การุณรักษ์ sw.ศรินครินทร์ ได้นำเสนอคอร์สฝึกอบรม LTC
(Long Term Care) และวิถีดูแลประคับประคอง (Palliative Care Approach) เพื่อดูแลพระสงฆ์
อาพาธระยะสุดท้าย ชี้ให้เห็นว่าข้อมูลสำคัญในการวางแผนกำลังบุคคลากรคือปริมาณของพระสงฆ์
อาพาธระยะสุดท้ายในท้องที่ และแนะนำถึงจุดอ่อนที่เกิดขึ้นในการดำเนินงานคือ กำลังทรัพย์ กำลังคน
เพราะการฝึกอบรมและการเดินทางของพระสงฆ์จากอำเภอบ้านฝางที่ต้องเข้าไปรับการอบรม
ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่ศูนย์การุณรักษ์มีค่าใช้จ่าย ฉะนั้นเพื่อให้เกิดความยั่งยืนต้องประสานกับ
หน่วยงานในท้องที่ที่แข็งแรง และสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็ง

2. นายแพทย์สมเกียรติ เกษมธรรมคุณ หัวหน้ากลุ่มงานศัลยศาสตร์และศัลยแพทย์ sw.สงฆ์ ได้แชร์
ประสบการณ์ของศัลยแพทย์ผู้ทำงานในห้องผ่าตัดกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งทำให้
เข้าใจในภาวะเจ็บป่วยของคนไข้ และครอบครัวของผู้ที่สูญเสีย

3. นางสาวชวลี เครือสุคนธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เลขานายแพทย์สมเกียรติ เกษมธรรมคุณ จาก รพ.สงขล ได้นำเสนอความเป็นมา และการทำงานในการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธตามหลักพระธรรมวินัยของ รพ.สงขล

-มีห้องศีล ห้องสมาธิ ห้องปัญญา (ห้อง Last Hour)

-มีมุมสวดมนต์ อ่านหนังสือ และฟื้นฟูทางกายให้แด่พระสงฆ์

-เกณฑ์ในการรับพระสงฆ์ที่อาพาธเข้ามาดูแลมีดังนี้

1) มะเร็งระยะสุดท้ายที่จะมีชีวิตอยู่ได้อีกอย่างมาก 3-6 เดือน

2) ไตวายระยะสุดท้าย

3) โรคหัวใจ หรือมีภาวะการหายใจล้มเหลว

4) มีความเจ็บปวดมากจากภาวะโรค โดยใช้ pain score ในการประเมิน

5) ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ แต่ไม่รับเครื่องช่วยหายใจ ต้องการแค่ประคับประคองอาการ

6) โรคที่มีความรุนแรงมาก

7) ประเมินคนไข้ด้วย PPS (Palliative Performance Scale) ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินผู้ป่วยใน 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรมและความรุนแรงโรค การทำกิจวัตรประจำวัน การกินอาหาร และระดับความรู้สึกตัว

-รพ.สงขลยังมีหลักสูตรฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคอง ที่ฝึกทักษะการพูดคุยกับครอบครัวผู้สูญเสียเพื่อเยียวยาจิตใจ

4.พระอาจารย์เอกคุณ รัชมวิทย์ จากวัดหนองไผ่นาราม บ้านแก่งนาขาม ต. นาจารย์ อ. เมือง จ. กาฬสินธุ์ ท่านได้พูดถึงประสบการณ์ในการทำงาน ยกตัวอย่างการหาที่พักให้หลวงตาพระวิระ ซึ่งมีบทเรียนสำคัญคือระดับการฝึกอบรมของผู้ดูแลบริบาลมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การหาพื้นที่ตั้งกุฏิสงฆ์อาพาธไม่ใช่เรื่องง่าย โครงการดูแลสงฆ์อาพาธต้องใช้งบประมาณพอสมควร ท่านจึงได้ตั้งกองทุนพระสงฆ์อาพาธจากการบริจาคทรัพย์สินของญาติโยมที่มีจิตศรัทธา โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้ว่าราชการจังหวัด และหน่วยงานต่างๆ โดยได้ขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ “ใช้เวลาเป็นบุญ” มาช่วยขับเคลื่อนโครงการดูแลพระสงฆ์อาพาธ และสร้างบ้านให้ผู้ยากไร้ครบทุกอำเภอในจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งท่านชี้หลักการ “4 มี” กล่าวว่า “มีใจ มีทีม มีทุน มีบุญ ถ้ามี 4 ข้อนี้ ทางก็จะสะดวกราบรื่น”

วาระที่ 4 เปิดเวทีเสวนาให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้แบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้

1.ดร.สฤติ ภูทองไสย ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เล่าเรื่องการดูแลพระสงฆ์อาพาธ ของวัดป่าโคกดินแดง อ.นาเชือก จ.มหาสารคาม โดยพระครูวินัยธรดวงศีลปี เจ้าอาวาส และพระอาจารย์หมอสถาพร ในปี 2563 ดำริและสร้าง สุขศาลา อภิบาลพระสงฆ์อาพาธ เป็นอาคาร 2 ชั้น ประกอบด้วยห้องตรวจโรค ผ่าตัดเล็ก และจ่ายยา และมีอาคารที่มีเตียงผู้ป่วย รับพระอาพาธ 6 รูป จากหลายจังหวัดมาดูแล เป็นพระติดเตียง ที่มีญาติ และสามเณร มาช่วยดูแล รวมทั้งจิตอาสาที่เป็นพยาบาลเกษียณ และอส.มาช่วย รวมทั้งมี รพ.นาเชือกมาช่วยสนับสนุนการดำเนินงาน มีปัญหาบ้างเรื่องการเบิกจ่าย กองทุน Long Term Care (LTC) เพราะพระอาพาธมารักษานอกพื้นที่สิทธิ และมีช่วงที่ขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ของใช้ต่างๆประจำวันบ้าง แม้จะได้รับบริจาคและมีกองทุนสงเคราะห์สงฆ์ที่สมาชิกบริจาคเงินเข้ากองทุนทุกเดือน ปัจจุบัน ไม่มีพระอาพาธมานอนจำวัดแล้ว แต่เปิดให้บริการแพทย์ทางเลือก เป็นประจำ เดือนละ 1 ครั้ง และพระอาจารย์หมอสถาพรได้ย้ายไปจำพรรษาที่วัดตำบลบ้านเกิดเพื่อพัฒนาวัดให้เจริญรุ่งเรือง และดูแลโยมแม่

สรุปบทเรียน จากการดำเนินงานวัดป่าโคกดินแดง 1.ควรมีญาติหรือจิตอาสาที่จะมาช่วยดูแลพระอาพาธ 2.ตั้งกองทุนสงเคราะห์พระสงฆ์อาพาธ 3.มีภาคีเครือข่ายสนับสนุน เช่น อปท.,ที่ดูแลกองทุนสุขภาพตำบล หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่สนับสนุนเวชภัณฑ์ จนท.ให้ความรู้ และบริการพยาบาล บางอย่างจิตอาสาไม่สามารถทำได้เอง

2. พระอาจารย์สุวรรณ จิตตสาโร จากวัดหนองยางเหนือ อำเภอลำปาง จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แชร์ประสบการณ์ในการทำงาน โดยทุกเดือนเลขานุการเจ้าคณะตำบลจะออกตรวจตามวัดว่ามีพระสงฆ์รูปใดอาพาธ และอาพาธด้วยสาเหตุใด และแจ้งเจ้าคณะตำบลเพื่อส่งข้อมูลให้ทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ มีเรือนพยาบาลไว้คอยดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธ มีการจัดทอดผ้าป่าทุกปีเพื่อช่วยพระสงฆ์ที่อาพาธ ซึ่งผลจากการทำงานนี้คือได้สร้างโรงพยาบาลชุมชนต้นแบบที่มีการดูแลปฏิบัติพระสงฆ์อาพาธในชุมชนได้ตามหลักพระธรรมวินัย จากโรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์

3. ศาสตราจารย์ ดร.ภูดินทร์ พรพันธุ์เจษฏา แบ่งปันประสบการณ์ การดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายแบบประคับประคอง ในการทำหน้าที่พัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอบ้านฝาง ระยะเวลา 8 ปี สิ่งที่ได้พบและเป็นเรื่องที่น่าค้นหาพัฒนา คือ การดูแลพระสงฆ์เมื่อยามเจ็บป่วย ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว ไม่ว่าจะเป็นพระสงฆ์หรือญาติโยม ไม่มีใครอยากไปรพ. เนื่องจากมีปัญหาการะหลายอย่าง เช่น การเดินทาง ไม่มีผู้ดูแลใกล้ชิด ไม่สงบ ไม่เอื้อต่อพระธรรมวินัย เป็นต้น ขอยกตัวอย่าง พระสงฆ์อาพาธเป็นโรคเบาหวานความดันสูง เดินทางไม่สะดวก จึงเกิดปัญหาขึ้น แต่ ตำบลโนนฆ้อง อ.บ้านฝาง มีแนวคิดสร้างหลักสูตร อสม. เชี่ยวชาญขึ้น 11 สาขา เพิ่มความรู้ให้อสม. เพื่อรองรับการดูแลความเจ็บป่วย ของคนในชุมชน และร่วมกับภาคีเครือข่าย เช่น รพ.สต. ผู้นำชุมชน เป็นต้น เมื่อสร้างศักยภาพให้ปฐมภูมิมีความรู้ บูรณาการร่วมกัน โดยสลับสับเปลี่ยนแบ่งเวรดูแลพระสงฆ์รูปดังกล่าว ระหว่างอาพาธที่วัด และเดินทางไปรพ.เมื่อจำเป็น จนถึงวาระสุดท้ายของท่าน จึงเกิดแนวคิดในการพัฒนา หากมีศูนย์พักพิงพระสงฆ์ระยะสุดท้าย พระสงฆ์ในพื้นที่ คงจะได้รับการดูแล พัฒนาคุณภาพชีวิตได้ดีขึ้น



Appendix 6

ปณิญาขอนแก่นว่าด้วยกุกุชิวาบาล@ทัวไทย (Khon Kaen Declaration on Sangha Palliative Care)

ภาคีเครือข่ายกุกุชิวาบาล@ทัวไทย (Sangha Palliative Care Network) มาประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รังสรรค์ทำทึบรรยาภาศและจิตวิญญาณแห่งการเป็นกัลยาณมิตรที่จริงใจ เข้าใจ และเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน นับเป็นการนัดพบประชุมครั้งที่ 1

ที่ประชุมเห็นว่า

1. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Key Success Factors) ของโครงการกุกุชิวาบาล@ทัวไทยมีดังนี้
 - การเชื่อมโยงระหว่างภาคีเครือข่ายด้วยจิตวิญญาณของกัลยาณมิตร
 - การฝึกอบรมยกระดับทักษะเดิม (Upskill) เพิ่มเติมทักษะใหม่ (Reskill) ของผู้บริบาล สู่ “ชีวาบริกร” ด้วยหลักสูตรที่มีมาตรฐาน
 - หลักสูตรและการดำเนินงานที่เคารพและสอดคล้องกับพระธรรมวินัย
 - การวางแผนอัตรากำลัง “ชีวาบริกร” ที่เหมาะสม
 - ระบบสื่อสารปรึกษาและส่งต่อที่ไร้ตะเข็บ (Seamless Referral System) จากวัด ถึง ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (รพ.สต.) ถึงทุติยภูมิ ถึงตติยภูมิ
2. ก้าวสำคัญต่อไป (Next Actions) คือ
 - ดำเนินงานก่อสร้างกุกุชิวาบาล@วัดท่าประชุม
 - ออกแบบและตกผลึกมาตรฐานของหลักสูตรฝึกอบรม “ชีวาบริกร
 - ฝึกอบรม “ชีวาบริกร” นำร่อง
 - จัดตั้งกองทุนสงเคราะห์สงฆ์อาพาธ

- สร้างกระบวนการจิตอาสาที่ประสานเชื่อมโยงการให้ทานกับเมตตาบุญ เช่นผู้ประสงค์จะบริจาคเวลากับพระสงฆ์อาพาธที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล เป็นต้น
- จัดการเก็บข้อมูลของการดำเนินงานโครงการนี้อย่างเป็นระบบ เพื่อวิจัยวิเคราะห์และบันทึกเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ สำหรับปรับแก้หรือขยายผลนโยบายและแผนต่อไป

ขอให้ดำรงรักษามรรยาภาสภาคัมมัตถะระหว่างกาลยามิตร์นี้ให้ยั่งยืน

7 มีนาคม 2566

วัดท่าประชุม บ้านดอนตู

ตำบลหนองบัว อำเภอบ้านฝาง

จังหวัดขอนแก่น

*กฏชีวาบาล คือ ที่พำนักดูแลรักษาคุณภาพชีวิตสมณสงฆ์อาพาธที่ประสงค์การดูแลแบบประคับประคอง
ชีวาบริกร คือ พระสงฆ์หรือฆราวาสจิตอาสาได้รับอบรมการดูแลแบบประคับประคอง*



Appendix 7

วิจัย 35,000+ สาขา เรียนรู้จากแมคโดนัลด์ (Scale up: Lessons from McDonald's)

ประเทศไทยมีวัดทั้งหมดประมาณ 35,000 แห่ง กระจายไปทั่วประเทศ ทำอย่างไรจะมี ฤทธิสงฆ์อาหารทั่วไทยเป็นทางเลือกให้พระสงฆ์ป่วยใช้ระยะทำยาได้พำนัก ท่ามกลางความสงบและถูกหลักพระธรรมวินัย?

มีตัวอย่างที่น่าสนใจ คือร้านอาหารแมคโดนัลด์ ที่มีสาขา 38,000 แห่ง ใน 100 ประเทศทั่วโลก ในที่ต่างๆ ร้านอาหารก็มีความแตกต่างตามสภาพแวดล้อมท้องถิ่น เช่น ไม่มีเมนูเนื้อวัวที่อินเดีย หรือมีชาบูโรเบอร์เกอร์ที่ญี่ปุ่น เป็นต้น แต่ไปที่ร้านใด ลูกค้าก็จำได้ว่าเป็นร้านแมคโดนัลด์ และได้รับบริการและอาหารที่มีคุณภาพตามมาตรฐานใกล้เคียงกันหมด

เคล็ดลับมีสามอย่างคือ 1. มีพิมพ์เขียวที่เริ่มต้นเปิดร้านได้ทันที 2. มีระบบพี่เลี้ยงที่ช่วยแก้ไขปัญหาและสนับสนุนให้สำเร็จ 3. มีการสร้างและนำนวัตกรรมมาใช้อย่างต่อเนื่อง



38,000 ร้าน ใน 100 ประเทศ

Turn-Key SET UP x Support SYSTEM x INNOVATION

เริ่มต้นได้ทันที x ระบบพี่เลี้ยง x นวัตกรรม



Appendix 8

สมณชีวาบาล (Sangha Palliative Care): วัดท่าประชุมโมเดล & ฤทธิชีวาบาล@ทั่วไทย

อาตมาพิจารณาชื่อฤทธิสงฆ์อาพาธแล้ว แม้เป็นชื่อที่ดี แต่เมื่ออยู่กับคำว่า “ทั่วไทย” แล้ว ฟังดูสดุดหู เห็นว่าคงจะต้องเปลี่ยนชื่อ เพื่อเน้นการแพร่กระจายของความเอื้ออาทร และหลีกเลี่ยงความเข้าใจผิดว่ามีการระบาดของอาพาธไข้เจ็บในหมู่สงฆ์ ตกลงถือว่าเป็น “ฤทธิชีวาบาล” ทั่วไทย น่าจะดีกว่า

ฤทธิชีวาบาล (Palliative Care Kutti) แปลว่าที่พำนักดูแลรักษาคุณภาพชีวิตสมณสงฆ์

นี่เป็นการขับเคลื่อนในภาพใหญ่คือ **ระบบสมณชีวาบาล (Sangha Palliative Care System): วัดท่าประชุมโมเดล & ฤทธิชีวาบาล@ทั่วไทย**

วัดท่าประชุมโมเดลเน้นการเป็น catalyst หรือ facilitator (“คุณอำนวย” “คุณพา” หรือ “ตัวจืด”) ให้เกิดการสร้างระบบบริบาล (ดูแลรักษา) สมณะสงฆ์แบบประคับประคอง (Sangha Palliative Care System) และการเชื่อมประสานของเครือข่ายผู้ให้การดูแล (Care Givers Network) ทั้งภิกษุและฆราวาส ทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยและภายในทีมสุขภาพ เพื่อเสริมพลัง (empower) การดูแลแบบประคับประคองที่กระจายตัวอย่างเที่ยงธรรมถ้วนหน้า (equitable for All) และ ยั่งยืน (sustainable)

Palliative Care Givers (**ชีวาบริกร**): ผู้ดูแล เช่น พระคิลานุปัฏฐาก อสม อสบ อาสาภาษา ฯลฯ ที่ได้รับการอบรมหลักสูตรต่อยอด PC

ชื่อภาษาไทยของหน่วย Palliative Care โรงพยาบาลต่าง ๆ

จุฬา: ชีวาภิบาล

มอ.สงขลา: ชีวันตาทภิบาล

ศิริราช: บริรักษ์

ม.ขอนแก่น: การุณรักษ์

รามาริบดี : รามาริบดีอภิบาล

ราชวิถี: ประคองรักษ์

Appendix 9

จดหมายจากและตอบโยมอาจารย์ประเวศ วะสี



มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ National Health Foundation

1168 ซ.พหลโยธิน 22 ถ. พหลโยธิน ลาดยาว เขตจตุจักร กทม. 10900 โทร. 939-2239 โทรสาร. 939-2122 ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์: thnf@nsc.th.com
1168 Sol Phaholyothin 22, Phaholyothin Rd., Ladsao, Jatujak Bangkok 10900, Thailand. Telephone: (662) 939-2239 Facsimile: (662) 939-2122 e-mail: thnf@nsc.th.com

๕ สิงหาคม ๒๕๕๕

แหม่มกาน นวลอนงค์ ภาณุวิทย์

ผมได้ทราบเรื่องของคุณแม่ที่ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจตีบตัน และคุณแม่มีอาการเหนื่อยง่าย หายใจลำบาก และบางครั้งมีอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งผมได้ทราบเรื่องของคุณแม่จากคุณพ่อ และคุณแม่ได้เล่าถึงอาการของคุณแม่ให้ผมฟัง ผมได้ฟังแล้วรู้สึกเสียใจและห่วงใยคุณแม่มาก และผมได้พยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจตีบตัน และผมได้พบว่าโรคนี้สามารถรักษาได้ด้วยยา และบางครั้งอาจต้องผ่าตัดหัวใจ ซึ่งผมได้แนะนำให้คุณแม่ไปปรึกษาแพทย์ที่เชี่ยวชาญในเรื่องนี้ และผมได้แนะนำให้คุณแม่ไปปรึกษาแพทย์ที่เชี่ยวชาญในเรื่องนี้ และผมได้แนะนำให้คุณแม่ไปปรึกษาแพทย์ที่เชี่ยวชาญในเรื่องนี้

ผมขอเสนอแนะให้คุณแม่ไปปรึกษาแพทย์ที่เชี่ยวชาญในเรื่องนี้ และผมได้แนะนำให้คุณแม่ไปปรึกษาแพทย์ที่เชี่ยวชาญในเรื่องนี้ และผมได้แนะนำให้คุณแม่ไปปรึกษาแพทย์ที่เชี่ยวชาญในเรื่องนี้

๑. คุณแม่ควรไปพบแพทย์ที่เชี่ยวชาญในเรื่องนี้ และผมได้แนะนำให้คุณแม่ไปปรึกษาแพทย์ที่เชี่ยวชาญในเรื่องนี้ และผมได้แนะนำให้คุณแม่ไปปรึกษาแพทย์ที่เชี่ยวชาญในเรื่องนี้

๒. คุณแม่ควรไปพบแพทย์ที่เชี่ยวชาญในเรื่องนี้ และผมได้แนะนำให้คุณแม่ไปปรึกษาแพทย์ที่เชี่ยวชาญในเรื่องนี้ และผมได้แนะนำให้คุณแม่ไปปรึกษาแพทย์ที่เชี่ยวชาญในเรื่องนี้

ผมขอเสนอแนะให้คุณแม่ไปปรึกษาแพทย์ที่เชี่ยวชาญในเรื่องนี้ และผมได้แนะนำให้คุณแม่ไปปรึกษาแพทย์ที่เชี่ยวชาญในเรื่องนี้ และผมได้แนะนำให้คุณแม่ไปปรึกษาแพทย์ที่เชี่ยวชาญในเรื่องนี้

นายแพทย์ประเวศ วะสี

นายกสมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย

สิ่งที่แนบมา: ๑. นามบัตรของมูลนิธิฯ ๒. สำเนาใบสมัครของมูลนิธิฯ

น. อ. อ. อ.

เจริญพรโยมอาจารย์ประเวช

อาตมาอ่านจดหมายที่เปี่ยมด้วยเมตตาจากโยมอาจารย์แล้ว บอกกับตัวเองว่า “ปิติเป็นเช่นนี้เองหนอ” ถ้อยคำอันลึกซึ้งงดงามเป็นกำลังใจให้อาตมาทำงานขับเคลื่อนโครงการกัญชีวาบาล@ทั่วไทยต่อไปอย่างเบิกบานครับ

โยมแปลกใจว่าอาตมามีทักษะการคิดเชิงระบบและการจัดการได้อย่างไร? คำตอบสั้นๆคือ อาตมาเรียนรู้จากโยมอาจารย์ประเวชโดยตรง เป็นลูกศิษย์ที่ไม่เคยพบหรือคุยกับอาจารย์ แต่ครูที่ยิ่งใหญ่สอนด้วยการใช้ชีวิตเป็นตัวอย่าง

ไม่แน่ใจว่าเริ่มรู้จักแนวคิดของโยมอาจารย์เมื่อไหร่ แต่จำได้ว่าอ่าน “สุขภาวะถ่วงหน้า” แล้วখনหนังสือเล่มนั้นตามตัวไปหลายปี บทความเรื่อง “ทฤษฎีใหม่ทางการแพทย์” ถอดความจากปาฐกถาในงานฉลองวันเกิดครบรอบหนึ่งศตวรรษโยมอาจารย์ประเสริฐ กังสดาลย์ เปิดหูเปิดตาเปิดมุมมองใหม่ในความเป็นแพทย์ และแน่นอน “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” สอนวิธีการจัดการผ่านภาคีเครือข่ายอย่างอบอุ่นยั่งยืน

ข้อมูลเหล่านี้ได้แปลงเป็นชีวิตจริงผ่านโอกาสพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับลูกศิษย์ของโยมอาจารย์ผู้เป็นรุ่นพี่ โยมอาจารย์ปรีดา บอกว่าอย่าไปตั้งห้องแล็บเลย ทำงานด้าน Public Health ดีกว่า แล้วแนะนำให้รู้จักโยมพี่สมศักดิ์ ชวนมาขอนแก่นเยี่ยมชุมชนรอบโรงพยาบาลอุบลรัตน์พร้อมกับโยมอาจารย์วิจารณ์และโยมอาจารย์ธาดา โยมพี่สุวิทย์และโยมพี่วิโรจน์จัดการให้ไป secondment ที่ WHO Geneva สนับสนุนโดยมูลนิธิรางวัลเจ้าฟ้ามหิดล (PMAC) ไม่รู้ว่าเชื่อมโยงแบบไหนเลยได้มีโอกาสมาช่วยงานโยมอาจารย์ปิยะสกลและโยมอาจารย์รัชตะที่มหาวิทยาลัยมหิดล พระธรรมที่สังเกตว่าโยมอาจารย์ใช้อย่างกลมกลืนในชีวิตการทำงานที่การงานจุดประกายให้สนใจพระพุทธศาสนา จนได้มาบวชในที่สุด

ขอน้อมอาริยาบูชาเจริญพรขอบพระคุณโยมอาจารย์จากใจ สำหรับแรงบันดาลใจและต้นแบบแห่งอุดมคติการบำเพ็ญประโยชน์ต่อส่วนรวมที่สร้างบารมีแต่ไม่เสริมอัตตา อาตมาขออำนวยการให้โยมอาจารย์ประเวชมีสุขภาพะ ไม่ประมาทเจริญสติปัญญาทุกเมื่อ พบสันติสุขที่แท้ เทอญ

ด้วยเมตตาธรรม

ภุริยทตฺตโนภิกขุ
วัดท่าประชุม บ้านดอนตู







100 ปี วัดท่าประชุม