peaceful death

ชุมชนกรุณา

นิมิตใหม่ของสังคมไทย



กองบรรณาธิการ Peaceful Death

ชุมชนกรุณา
นิมิตใหม่ของสังคมไทย

กองบรรณาธิการ
Peaceful Death

ชุมชนกรุณา นิมิตใหม่ของสังคมไทย

กองบรรณาธิการ Peaceful Death
เอกภพ สิทธิวรรณธนะ
ปองกมล สุรัตน์
ฐนิดา อภิชนะกุลชัย
อัจฉรา ตะนะสุข

ISBN: 978-616-393-183-2

รูปเล่ม
สมใจ สิงห์สา

พิมพ์ครั้งแรก: พฤษภาคม 2562 จำนวน 1,000 เล่ม

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์สามลดา

จัดทำโดย
สำนักงานกองทุนสนับสุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
โครงการชุมชนกรุณา เพื่อการอยู่และตายดี กลุ่ม Peaceful Death
45/4 ซ.อรุณอมรินทร์ 39 แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700
Facebook Fanpage: Peaceful Death

สนับสนุนโดย: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ติดต่อสั่งซื้อหนังสือได้ที่ Line ID: @peacefuldeath

peaceful death

คำนำ

เมื่อชีวิตดำเนินมาถึงช่วงหนึ่ง เราจะต้องเผชิญความทุกข์จากการดูแลผู้ป่วย การตาย และการสูญเสียอย่างไม่อาจปฏิเสธได้ เราจะพบสิ่งที่ยากจะรับมือ อารมณ์ที่สับสนปรวนแปร และสูญเสียของรักอย่างไม่อาจหวนคืน

แต่ด้วยความทุกข์นี้เอง ที่เปิดโอกาสให้มนุษย์ได้เรียนรู้และเติบโต การสัมผัสความทุกข์จากความสูญเสียอันเสมอภาคและเป็นสากล จะทำให้ท่านได้สัมผัสความกรุณาที่มีอยู่แล้วในใจ มีศักยภาพที่จะเข้าอกเข้าใจผู้เผชิญความสูญเสียคนอื่นๆ ความรักที่ปรากฏนั้น คือพลังที่เราหยิบไปใช้ช่วยเหลือคนอื่นๆ ได้โดยไม่มีขอบเขต ไม่มีประมาณ

“ชุมชนกรุณา นิมิตใหม่ของสังคมไทย” เล่มนี้ คือเอกสารประกอบการประชุม “ชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี” ในวันที่ 14 พฤษภาคม 2562 ณ ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ เพื่อส่งเสริมให้ความกรุณา เป็นวัฒนธรรมสุขภาพ และส่งเสริมให้ภาคสังคมและชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) และทำให้การดูแลการตายกลับมาเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของทุกคน ไม่จำกัดเฉพาะแพทย์หรือพยาบาลเท่านั้น

หนังสือเล่มนี้ แบ่งบทความออกเป็นสองส่วน คือส่วนแรกคือแนวคิดของชุมชนกรุณา และส่วนที่เป็นปฏิบัติการชุมชนกรุณาในสังคมไทยจำนวน 15 กรณี ซึ่งน่าจะมีส่วนช่วยให้ผู้ทำงานขับเคลื่อนสุขภาพช่วงท้ายและการตายดี ได้เห็นแนวคิดและตัวอย่างการสร้างความร่วมมือระหว่างระบบสุขภาพ และระบบสังคมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ผลกระทบของความร่วมมือในที่นี้ ไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวจำนวนหนึ่งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเท่านั้น หากคือการร่วมกันสร้างชุมชนและสังคมไทยให้น่าอยู่ มีความเข้มแข็ง และมีศักยภาพที่จะดูแลความเจ็บป่วย ความตาย และการสูญเสียของเราและคนที่เราห่วงใย

ผู้จัดทำขออุทิศความดีงามในการจัดทำหนังสือเล่มนี้แด่ผู้วายชนม์ทุกท่าน ทั้งที่ปรากฏและไม่ปรากฏในหนังสือเล่มนี้ ขออนุโมทนาทุกท่านที่กำลังทำงานขับเคลื่อนชุมชนกรุณาด้วยจิตคารวะ ขอผลบุญจากการทำงานของท่านจงปรากฏเป็นความดีงาม ความเบิกบาน อันท่านสัมผัสได้ในปัจจุบัน

โครงการชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี
กลุ่ม Peaceful Death

สารบัญ

	หน้า
ภาคแรก แนวคิดชุมชนกรุณา	**6**
ชุมชนกรุณาเพื่อการตายดี	7
ชุมชนกรุณา: ที่มา และแนวคิด	10
บทบาทของชุมชนในการขับเคลื่อนงานบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย	15
การสร้างความร่วมมือระหว่างชุมชนและทีมสุขภาพ ในงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะท้าย: บทเรียนจากเกรละถึงแม่สอด	19
การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพช่วงท้าย กรณีศึกษา The Maggie Keswick Jencks Cancer Caring Centres Trust	25
ภาคสอง กรณีศึกษาชุมชนกรุณาในสังคมไทย	**32**
กลุ่มมะเร็งบำบัด...พื้นที่ “ปล่อยของ” ของคนหัวอกเดียวกัน	33
Co-caring Space ชุมชนมะเร็งพลังบวก	38
เมื่อนกฮูก ไม่ยอมให้คำปรึกษา: กิจกรรมศิลปะเพื่อผู้สูงอายุและครอบครัว	43
กว่าจะมาเป็นชุมชนไอซียู...I SEE U	47
กลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำ จิตอาสาแบบส่งตรงถึงบ้าน	55
เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ สร้างชุมชนที่เอื้อต่อผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิง	61
การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลพุทธชินราช วันเบาใจ	67
สหวิชาชีพบรรเทาทุกข์ บทเรียนจากโรงพยาบาลชลประทาน	71
ภาวนา for love เยียวยาความเศร้าโศกแนวพุทธสู่ชุมชนกรุณา	75
เราจะเสื่อมสลายไปด้วยกัน	81
forOldy ชีวิตนี้เพื่อคุณตาคุณยาย	89
เยือนเย็น ทางเลือกของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	95
สถานการณ์ผู้ป่วยระยะท้ายในเรือนจำ	101
ผู้ป่วยข้างถนน คนชายขอบของวงการสาธารณสุข	105
“สันติภาวัน” แนวคิด ฮอสพิซพระแห่งแรกของไทย	111
ภาคผนวก	**116**

ภาคแรก

แนวคิดชุมชนกรุณา

ชุมชนกรุณาเพื่อการตายดี

พระไพศาล วิสาโล *

ทุกครั้งที่มีการตั้งคำถามถึงความตายที่พึงปรารถนา คนส่วนใหญ่จะตอบว่า “ตายดี” แต่ก็น่าสงสัยว่าผู้คนทั้งหลายครุ่นคิดถึงเรื่องนี้เพียงใด ส่วนใหญ่ใช้ชีวิต เวลา และทรัพยากรที่มีเพื่อการ “อยู่ดี” มากกว่า มีน้อยคนมากที่จริงจังกับการเตรียมตัวเตรียมใจเพื่อการตายดี ส่วนหนึ่งเป็นเพราะมองว่าความตายเป็นเรื่องไกลตัว ทั้งๆ ที่ความจริงแล้วมันเป็นเรื่องใกล้ตัวมาก เพราะเราทุกคนมีโอกาสที่จะตายได้ตลอดเวลา ไม่มีอะไรเป็นหลักประกันอย่างเต็มร้อยว่าเราจะมีชีวิตถึงวันพรุ่งนี้

ในเมื่อทัศนคติของผู้คนเป็นเช่นนี้ จึงไม่น่าแปลกใจที่เมืองไทยทุกวันนี้ให้ความสำคัญน้อยมากกับการส่งเสริมให้เกิดการตายดีในระดับสังคม การตายดีกลายเป็นเรื่องที่แต่ละคนหรือแต่ละครอบครัวต้องขวนขวายกันเอง และมักจะตื่นตัวเรื่องนี้ต่อเมื่อคนใกล้ตัวป่วยหนักหรือกำลังจะสิ้นลม ผลก็คือผู้คนจำนวนมากตายด้วยความทุกข์ทรมานเพราะไม่เคยมีการเตรียมตัวในเรื่องนี้เลย หรือไม่มีเวลาเตรียมตัวที่มากพอ จึงขาดปัจจัยสนับสนุนที่จะช่วยให้การตายดีเกิดขึ้นได้ ใช่แต่เท่านั้นความทุกข์ยังตกอยู่แก่ลูกหลานญาติพี่น้องที่ดูแลคนรักทั้งระหว่างที่เจ็บป่วยและหลังจากสิ้นลมแล้ว มีทั้งความเศร้าโศก กลัดกลุ้ม และรู้สึกผิดที่เห็นคนรักของตัวตายด้วยความทุกข์ทรมาน

การตายดีจะเกิดขึ้นได้นอกจากอาศัยความรู้ความเข้าใจในความจริงของชีวิต จนเห็นความตายเป็นเรื่องธรรมดาแล้ว ทัศนคติและทักษะในการน้อมใจผู้ป่วยให้เกิดความสงบในวาระสุดท้ายก็สำคัญ แต่ที่มองข้ามไปไม่ได้ก็คือ การดูแลผู้ป่วยในทางกายเพื่อช่วยให้สุขสบาย ไม่ถูกรบกวนด้วยความเจ็บปวด โดยไม่เพิ่มความทุกข์ให้มากขึ้น (ซึ่งมักมาพร้อมกับเทคโนโลยีนานาชนิดที่มุ่งยื้อชีวิตผู้ป่วยให้ยืนยาวที่สุด)

องค์ความรู้ เทคโนโลยี อุปกรณ์ ตลอดจนสถานที่ และบุคลากร ที่จะช่วยให้เหตุปัจจัยดังกล่าวเกิดขึ้นได้ บ่อยครั้งเป็นเรื่องสุดวิสัยที่ครอบครัวของผู้ป่วยจะจัดหามาให้ครบถ้วนเพื่อช่วยให้การตายดีเกิดขึ้นได้ หลายครอบครัวอาศัยเครือข่ายญาติมิตรของตนช่วยจัดหามาให้

อีกทั้งยังได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ (ซึ่งมักมีงานล้นมือจนบางครั้งก็ช่วยได้ไม่เต็มที่) ด้วยการร่วมแรงร่วมใจดังกล่าวผู้ป่วยหลายคนจึงจากไปอย่างสงบ

อย่างไรก็ตาม มีครอบครัวจำนวนมากที่ไม่สามารถช่วยให้คนรักของตนจากไปอย่างสงบได้ เพราะมีอุปสรรคในการเข้าถึงทรัพยากรดังกล่าว (ยังไม่ต้องพูดถึงอีกจำนวนมากที่ไม่ได้นึกถึงการตายดีเลย เพราะคิดแต่จะยื้อชีวิตผู้ป่วยให้ยืนยาวที่สุด) ที่น่าเป็นห่วงยิ่งกว่านั้นก็คือครอบครัวเหล่านี้นับวันจะมีมากขึ้นเรื่อยๆ เพราะสังคมไทยกำลังกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งหมายถึงการมีคนแก่ที่ป่วยหนักและอยู่ในระยะท้ายมากขึ้นเรื่อยๆ ขณะที่ผู้ที่มีศักยภาพในการดูแล เช่น ลูกหลานหรือคนในวัยทำงาน ก็มีสัดส่วนน้อยลง เช่นเดียวกับบุคลากรสาธารณสุขและสถานพยาบาล ซึ่งมีอยู่อย่างจำกัดในการรองรับผู้ป่วยประเภทนี้

สังคมไทยไม่ควรละเลยครอบครัวเหล่านี้ สังคมของเรามีศักยภาพที่จะช่วยให้ผู้คนทั้งหลายตายดีได้ แทนที่จะปล่อยให้แต่ละครอบครัวดิ้นรนขวนขวายกันเองเพื่อช่วยให้คนรักของตนตายอย่างสงบ เราควรมีเครือข่ายที่ประชาชนผู้มีน้ำใจร่วมกันจัดตั้งขึ้นเพื่อให้ความสนับสนุนแก่ครอบครัวเหล่านี้ เช่น

1) เครือข่ายจิตอาสา ซึ่งนอกจากจะช่วยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลจิตใจผู้ป่วยแล้ว ยังช่วยแบ่งเบาภาระผู้ดูแล เปิดโอกาสให้เขาได้พักผ่อนทั้งกายและใจ เช่น มาดูแลผู้ป่วยแทนหรือพาผู้ป่วยไปเที่ยว เป็นการเปลี่ยนบรรยากาศ จิตอาสาที่ไม่ถนัดดูแลผู้ป่วย อาจช่วยเหลือด้านอื่น เช่น ทำความสะอาดบ้าน โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยที่ไร้ญาติ หรือมีญาติที่เจ็บป่วยแก่ชราญาติเหล่านี้ดูแลผู้ป่วยจนแทบไม่มีเวลาทำกิจวัตรอย่างอื่น ปล่อยบ้านให้รกรุงรัง ไม่เกื้อกูลแก่ผู้ป่วย

2) เครือข่ายจัดหาอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยระยะท้าย โดยเป็นศูนย์กลางรับบริจาคและส่งต่ออุปกรณ์บางอย่างเป็นของใหม่ที่ผู้มีจิตศรัทธาบริจาค บางอย่างเป็นของที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์แล้ว เช่น เตียงพยาบาล หรือเครื่องทำออกซิเจน เนื่องจากผู้ป่วยได้เสียชีวิตแล้ว ทุกวันนี้มีคนจำนวนมากอยากทำบุญในลักษณะนี้ หรืออยากให้อุปกรณ์ต่างๆ เป็นประโยชน์ต่อไป แต่ไม่มีศูนย์กลางที่จะรองรับความประสงค์ดีดังกล่าว

3) เครือข่ายสนับสนุนบุคลากรสาธารณสุข มีบุคลากรสาธารณสุขจำนวนมาก โดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งดูแลผู้ป่วยจนแทบไม่มีเวลาพักผ่อน เกิดความเหนื่อยล้าทั้งกายและใจ หากมีเครือข่ายที่ช่วยสนับสนุนการเยียวยาผ่อนคลายด้านจิตใจ มีการอบรมที่ช่วยให้วางใจได้ดีขึ้นกับภาระงานต่าง ๆ เขาก็จะมีพลังที่จะกลับไปทำหน้าที่ได้ต่อไป

4) เครือข่ายการดูแลแบบประคับประคอง ช่วยให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) รวมทั้งเป็นตัวกลางระหว่างญาติผู้ป่วยกับแพทย์และพยาบาลที่ทำงานด้านนี้ เครือข่ายนี้ในระยะยาวควรทำงานขับเคลื่อนผลักดันเพื่อให้ระบบสุขภาพของไทยมีความพร้อมหรือมีศักยภาพมากขึ้นในช่วยเหลือให้ผู้ป่วยตายดีได้ด้วย

เครือข่ายเหล่านี้เป็นเสมือนชุมชนที่เชื่อมประสานด้วยความเมตตากรุณา เกิดจากความปรารถนาที่จะช่วยเหลือผู้ที่ทุกข์ยาก ซึ่งทุกวันนี้ไม่ได้มีแค่ผู้หิวโหย คนยากจน คนพิการ คนแก่ชรา เท่านั้น แต่ยังรวมถึงคนป่วยที่อยู่ในระยะท้ายและญาติซึ่งทุกวันนี้รับภาระที่หนักขึ้นในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากครอบครัวมีขนาดเล็กลง หลายครอบครัวมีผู้ดูแลแค่คนเดียวหรือสองคน ผิดกับสมัยก่อนที่ผู้ป่วยแต่ละคนมีญาติมาช่วยดูแลมากหน้าหลายตา นอกจากลูกหลานซึ่งมีหลายคนแล้ว ยังมีลุงป้าน้าอา ยิ่งในชนบทด้วยแล้ว เพื่อนบ้านซึ่งมักเป็นเครือญาติทั้งหมู่บ้านก็มาช่วยกันดูแลด้วย นับว่ามีส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ แม้เทคโนโลยีจะมีไม่มากก็ตาม

ความกรุณานั้นจะได้ผล ก่อให้เกิดคุณูปการอย่างมากแก่ผู้ทุกข์ยาก นอกจากประกอบไปด้วยความปรารถนาดี อยากช่วยให้เพื่อนมนุษย์พ้นจากความทุกข์ โดยคำนึงถึงประโยชน์สุขของเขาเป็นสำคัญแล้ว การจัดการ เช่น การเชื่อมโยงประสานกันเป็นกลุ่มหรือชุมชน รวมทั้งการจัดการทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพ ก็เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ความกรุณานั้นเกิดผลดีอย่างที่ต้องการ

สังคมไทยเป็นสังคมที่มีน้ำใจ มีเมตตากรุณาต่อผู้ทุกข์ยากเสมอมา หากเรามีการรวมกลุ่มเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายด้วยสำนึกแห่งเมตตากรุณา และมีการจัดการที่ช่วยให้เมตตากรุณานั้นเกิดพลังในการช่วยเหลือผู้ทุกข์ยากอย่างแท้จริง เครือข่ายเหล่านี้ย่อมเติบใหญ่ และหากกระจายตัวไปทั่วประเทศ จะทำให้พลังกรุณาของเมืองไทยมีความเข้มแข็ง แทรกซึมไปสู่จิตใจของผู้คน และกลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ถึงตอนนั้นความกรุณาจะกลายเป็นวัฒนธรรมที่ทรงพลังอย่างยิ่งในสังคมไทย

ข้อมูลผู้เขียน

* เจ้าอาวาสวัดป่าสุคะโต และประธานมูลนิธิเครือข่ายพุทธิกา

ชุมชนกรุณา: ที่มาและแนวคิด

เอกภพ สิทธิวรรณธนะ *

ที่มาของชุมชนกรุณา

การพัฒนาการแพทย์สมัยใหม่ การพัฒนาภาวะโภชนาการและสุขาภิบาล ส่งผลให้มนุษย์มีอายุยืนนานขึ้น นอกจากนี้การแพทย์ยังพัฒนาความรู้ด้านการพยุงชีพรักษาชีวิตให้ยาวนานขึ้นได้อย่างไม่เคยเป็นมาก่อน แม้จะช่วยรักษาชีวิตของผู้คนได้มาก แต่ผลอีกด้านคือ สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่อาจรักษาให้หายจากโรคได้แล้วกลับถูกยื้อชีวิต ยืดการตายออกไปได้ยาวนาน ได้รับความทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ขณะเดียวกันคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ เช่น ความสุขทางใจ การได้รักษาตัวในสถานที่ที่คุ้นเคย การได้อยู่แวดล้อมท่ามกลางคนรัก หรือการเชื่อมโยงกับมิติจิตวิญญาณหรือศาสนา กลับถูกละเลย นอกจากนี้ การดูแลสุขภาพช่วงท้าย ยังถูกมองว่าเป็นการดูแลที่ซับซ้อน ครอบครัวไม่สามารถดูแลชีวิตช่วงท้ายและการตายได้เอง หากแต่เป็นเรื่องของวิชาชีพและผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ต้องรับผิดชอบ ทัศนคติดังกล่าวจึงมีส่วนทำให้สังคมผลักภาระการดูแลการตายและความสูญเสียให้บุคลากรสุขภาพ ขณะเดียวกัน ชุมชนก็ค่อยๆ สูญเสียทักษะและองค์ความรู้ด้านการดูแลชีวิตช่วงท้ายไปอย่างน่าเสียดาย

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) คือการแพทยศาสตร์หนึ่งที่ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ แนวทางการดูแลสำคัญคือ การช่วยสื่อสารวางแผนสุขภาพช่วงท้าย การจัดการความปวดและอาการทางกายที่ลดทอนคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วยบุคลากรอันหลากหลาย ยังสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในมิติทางใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ความท้าทายคือ สังคมไทยซึ่งเป็นสังคมผู้สูงอายุ กำลังจะมีผู้ป่วยเรื้อรังและระยะท้ายจำนวนมาก มีแนวโน้มที่จะเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพแบบประคับประคองในโรงพยาบาล ประชาชนยังมีความรู้ความเข้าใจน้อยเกี่ยวกับการดูแลระยะท้ายแบบประคับประคอง ระบบสาธารณสุขยังผลิตบุคลากรขึ้นมาไม่เพียงพอต่อความจำเป็น อีกทั้ง การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้มี

คุณภาพชีวิตที่ดี ต้องการการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย ทั้งครอบครัว ชุมชน บุคลากรสุขภาพในหลากหลายแขนง ดังนั้น สังคมไทยควรมีชุดแนวคิดที่สนับสนุนการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพช่วงท้าย การตาย และการดูแลความสูญเสีย โดยคำนึงถึงหลักการมีส่วนร่วมและเสริมพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพของภาคประชาชน ในที่นี้คือ “ชุมชนกรุณา” (Compassionate Communities)

แนวคิดชุมชนกรุณา ก่อรูปขึ้น จากกลุ่มนักวิชาการสาธารณสุขจากกลุ่มประเทศอังกฤษ ออสเตรเลีย แคนาดา อินเดีย โดยประยุกต์แนวคิดด้านสาธารณสุขที่หลากหลาย เช่น เมืองสุขภาวะ (Healthy Cities) โดย WHO ในปี ค.ศ. 1986 แนวคิดด้านการพัฒนาชุมชนทั่วไป แนวคิดเครือข่ายเพื่อนบ้านดูแลแบบประคับประคอง (Neighbourhood Network in Palliative Care) จากรัฐเกรละ ประเทศอินเดีย แนวคิด Compassionate Cities แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้มีอาการสมองเสื่อม (Klaus, W. et all, 2016) เป็นต้น แนวคิดดังกล่าวได้รับการสนับสนุนให้เป็นแนวทางขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ในประเทศอังกฤษ สกอตแลนด์ แคนาดา สเปน ไต้หวัน เป็นต้น

แนวคิดของชุมชนกรุณา

ชุมชนกรุณา (Compassionate Communities) คือแนวทางการพัฒนาศักยภาพของหน่วยต่างๆ ในชุมชนให้เข้มแข็ง มีศักยภาพในการรับมือกับการความสูญเสีย การตาย และการดูแล เพื่อป้องกัน บรรเทา และเยียวยาความทุกข์จากความสูญเสีย ด้วยหัวใจกรุณา

ชุมชนกรุณา เชื่อว่า ประสบการณ์ความสูญเสียเป็นสิ่งที่ใหญ่และสำคัญเกินกว่าจะมอบหมายให้คนใดคนหนึ่ง วิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง หรือคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งรับผิดชอบ หากเป็นสิ่งที่ทุกคนในสังคมต้องมีส่วนรับผิดชอบทั้งสองด้าน ด้านแรก เราแต่ละคนต้องรับผิดชอบการตายของตัวเราเอง และอีกด้านหนึ่ง เราต้องร่วมรับผิดชอบดูแลความสูญเสียของคนในชุมชนที่เราเป็นสมาชิกอยู่ด้วย

ชุมชนกรุณา เชื่อว่า แม้เราจะมิได้เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ แต่ความรู้ ทักษะด้านอื่นๆ ของเราย่อมมีประโยชน์และมีส่วนช่วยประคับประคองสมาชิกในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาแห่งความสูญเสียได้เช่นกัน เช่น การรับฟังความทุกข์ของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล การไปเยี่ยมให้กำลังใจ การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยให้น่าอยู่ หรือแม้แต่การแบ่งเบาธุระเล็กๆ

น้อยๆ ของผู้ป่วย การสนับสนุนระบบสุขภาพให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการดูแลความสูญเสียให้ดีขึ้น การจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวตายและการเผชิญความสูญเสีย พูดอีกอย่างหนึ่ง ชุมชนกรุณา ก็คือการดูแลแบบประคับประคองภาคสังคมนั่นเอง

ชุมชนกรุณา เชื่อว่า เราทุกคนต่างสามารถช่วยเหลือสมาชิกในชุมชนของเราให้เข้าถึงการตายดีได้ และด้วยการลงมือให้ความช่วยเหลือโดยมีความกรุณาเป็นฐานนี้เอง ที่ทำให้เราตระหนักรู้ความไม่แน่นอนของชีวิต เห็นความสำคัญของสัมพันธภาพ และกลับมาดูแลชีวิตให้อยู่ในวิถีที่เอื้อต่อการตายดี ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนี้เองคือการ “มีชีวิตที่ดี”

แนวทางปฏิบัติการชุมชนกรุณา

การดูแลความสูญเสีย การตาย และความตาย ตามแนวทางชุมชนกรุณา ใช้แนวคิดการป้องกันส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือ มุ่งเน้น 1) ป้องกันก่อนเกิดปัญหา (Prevention) 2) ลดผลกระทบ (Harm Reduction) 3) แทรกแซงก่อนที่ปัญหาจะลุกลาม (Early intervention) ทั้งด้านสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ ที่เกี่ยวข้องกับความตาย การตาย การสูญเสียและการดูแล โดยการป้องกันดังกล่าวควรคำนึงถึง 4) ความยั่งยืน (Sustainability) แนวคิดชุมชนกรุณาดังกล่าว สามารถแปรเปลี่ยนเป็นแนวทางการทำงานดังนี้

1) การสร้างการมีส่วนร่วม (Participation)

ชุมชนกรุณา ควรสนับสนุนการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคสุขภาพกับชุมชน สถานที่ทำงาน ในลักษณะหุ้นส่วนที่มีความเสมอภาค ไม่ควรมีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งวางตัวเหนือกว่า

2) การพัฒนาชุมชน (Communities development)

ชุมชนกรุณา ควรทำความเข้าใจความต้องการของกลุ่มที่เผชิญความตาย การตาย ความสูญเสีย และผู้ดูแล เมื่อเข้าใจความต้องการแล้ว ควรแสวงหาแนวทางตอบสนองความต้องการที่จำเป็น ร่วมกับผู้นำกลุ่มต่างๆ ในชุมชน

3) การสร้างความเป็นหุ้นส่วน (Partnership)

ชุมชนกรุณา ควรเรียนรู้ที่จะทำงานร่วมมือกับสถาบันต่างๆ ในชุมชน เช่น โรงเรียน สถานที่ทำงาน วัด โบสถ์ พิพิธภัณฑ์ศิลปะ สื่อมวลชน ธุรกิจ ชมรมกีฬาและนันทนาการ เราควรตระหนักว่า หน่วยดูแลแบบประคับประคองไม่สามารถดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้โดยลำพัง หากควรทำงานร่วมกับครอบครัว และองค์กรต่างๆ ในชุมชน

4) การให้ความรู้ (Education)

เราคุ้นเคยกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็ง (เช่น การเลี่ยงอาหารที่เสี่ยงต่อมะเร็ง การไม่สูบบุหรี่) การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกันอุบัติเหตุ เหตุใดเล่า เราจะให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันความทุกข์จากการเจ็บป่วยในระยะท้าย หรือความสูญเสียบ้างไม่ได้ ความรู้ที่ควรเผยแพร่ในวงกว้างเช่น ธรรมชาติของการตาย การเตรียมตัวตาย การดูแลแบบประคับประคอง การแสดงเจตนาล่วงหน้าเพื่อขอจากไปตามธรรมชาติ การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและผู้ดูแล การรับมือความโศกเศร้าและความสูญเสีย เป็นต้น

5) การสนับสนุนสุขภาพในวงกว้าง (Population Health Approach)

ปัจจุบัน การให้ความรู้ด้านการตายดี จำกัดอยู่เฉพาะผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญปัญหา อย่างไรก็ตาม การให้ความรู้เรื่องนี้สามารถเผยแพร่ให้กว้างขวางมากขึ้นในระดับสังคม

6) มีมุมมองเชิงนิเวศน์วิทยา (An Ecological Settings Emphasis)

เราควรเข้าใจระบบนิเวศน์ที่เกี่ยวข้องกับความตายและความสูญเสีย สิ่งแวดล้อมบางอย่างช่วยให้ชุมชนมีสมรรถภาพที่จะเผชิญความสูญเสีย ขณะที่สิ่งแวดล้อมบางประการกลับเป็นอุปสรรค ทำอย่างไรเราจะสนับสนุนเหตุปัจจัยที่ดี และลดอุปสรรคต่อการตายดี การวิเคราะห์หน่วยต่างๆ ในชุมชนอย่างเป็นระบบ ละเอียด และมองตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง จะช่วยให้การสร้างความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่วงท้ายได้อย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพ

สรุป

ชุมชนกรุณา คือแนวทางการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองจากภาคชุมชนหรือสังคม โดยสร้างความร่วมมือระหว่างภาคสุขภาพและภาคสังคมในระยะยาว เพื่อสนับสนุนคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล และสมาชิกทุกคนในชุมชน ให้เข้าถึงการตายดี หน้าที่อันสำคัญเช่นนี้ ถือเป็นความรับผิดชอบของทุกคนในชุมชน และความกรุณา คือคุณภาพทางใจที่สนับสนุนการลงมือช่วยเหลือดูแลกันและกัน ร่วมกันเผชิญและก้าวข้ามประสบการณ์ที่สำคัญของชีวิต

เอกสารอ้างอิง

Public Health Palliative Care International (n.d) The Public Health Approach to Palliative Care. Retrieved March 25, 2019, from PHPCI: Website: http://www.phpci.info/public-health-approach/

Klaus, W. et all. (2016) Compassionate Communities Case studies from Britain and Europe. New York: Routledge

Allan, K. (2005). Compassionate Cities Public health and end-of-life care. New York: Routledge

ข้อมูลผู้เขียน

* นักจัดการความรู้ โครงการชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี โดยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

บทบาทของชุมชนในการขับเคลื่อนงานบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย

รศ. พญ. ศริเวียง ไพโรจน์กุล*

เมื่อกล่าวถึงการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย คนส่วนใหญ่มักนึกถึงแพทย์ พยาบาล บุคลากรภาคสาธารณสุขในโรงพยาบาล ด้วยถือเป็นผู้เชี่ยวชาญ มีความรู้ความสามารถในการประคับประคองอาการของผู้ป่วย ความจริงแล้วนี่เป็นเพียงส่วนหนึ่งของงานบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายที่แพทย์พยาบาลมีหน้าที่รักษาดูแล และเสนอทางเลือกในการรักษาตามแต่บริบทของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้มีบทบาทสำคัญอีกส่วนหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิตและตายดีได้ ก็คือชุมชนหรือภาคสังคม ซึ่งหมายถึงเราทุกคนในสังคมนั่นเอง ไม่ใช่เพียงแต่แพทย์พยาบาลเท่านั้น

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นการดูแลองค์รวม ทั้งกาย จิตใจ สังคม ไปจนถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วย รวมถึงดูแลครอบครัวด้วย ในทางการแพทย์จะดูแลด้านกายเป็นหลัก แต่ในแง่จิตใจ จิตวิญญาณ คนที่จะดูแลได้ดีที่สุดคือ คนใกล้ตัวของผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน โดยเฉพาะชุมชนที่ยังใกล้ชิด ไปมาหาสู่กัน ซึ่งจะดูแลด้านนี้ได้ดีกว่าโรงพยาบาล ชุมชนจึงมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้ดียิ่งขึ้นไป ไม่มีใครจะเข้าใจความต้องการ ความรู้สึก นิสัยใจคอของผู้ป่วยดีไปกว่าครอบครัวหรือชุมชน

หากจะฉายภาพความสำคัญของชุมชนให้เห็นชัดขึ้น ขอยกตัวอย่างกรณีผู้ป่วยชายหนุ่มรายหนึ่งซึ่งเป็นมะเร็งในช่องปาก เมื่อถึงระยะสุดท้าย เขาอ่อนล้าและรู้ว่าตัวเองมีเวลาเหลือน้อย จึงต้องการกลับบ้าน แต่ผู้ป่วยอยู่กับมารดาซึ่งก็อายุมากแล้ว ตัวผู้ป่วยมีแผลรอบคอ ต้องมีการทำแผลเยอะมาก การกลับบ้านจึงเป็นสิ่งลำบาก เพราะลำพังมารดาผู้ป่วยก็ไม่สามารถทำแผลใหญ่ พลิกตัว อาบน้ำ หรือยกตัวผู้ป่วยได้ อีกทั้งบ้านของผู้ป่วยเป็นบ้านใต้ถุนสูง ขึ้นลงต้องใช้บันไดชัน สภาพแวดล้อมไม่เหมาะกับที่จะให้ผู้ป่วยอยู่

ทีมสุขภาพจึงร่วมประชุมกับชุมชน ทั้งเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ช่วยกันดูว่าจะช่วยคนไข้ได้อย่างไร จิตอาสาในชุมชนก็เข้าไปจัดบ้าน เคลียร์ข้าวของ ยกเตียงลงมาข้างล่าง ทำที่กั้นให้ผู้ป่วยอาศัยอยู่ใต้ถุนบ้านได้ ทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาไปทำแผลให้ที่บ้าน หลังจากนั้นทีมสุขภาพก็ประสานให้น้องชายผู้ป่วยที่กรุงเทพฯ มาดูแล เพราะผู้ป่วยเหลือเวลาแค่ 1-2 เดือน แต่เนื่องจากน้องชายมีภาระทางครอบครัว ทางทีมจึงจัดหางบประมาณมาเป็นค่าตอบแทนให้น้องชาย เพราะเขาต้องหยุดงานและเลี้ยงดูครอบครัว ในที่สุดผู้ป่วยก็ได้กลับบ้านตามปรารถนา เดือนต่อมาก็เสียชีวิตอย่างสงบโดยความร่วมมือของชุมชน ตัวอย่างนี้สะท้อนให้เห็นว่าพลังสังคมสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงและช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายตายดีได้

แพทย์ พยาบาลไม่อาจทำหน้าที่เหล่านี้ได้เพียงลำพัง แต่ต้องอาศัยชุมชน เพราะทีมสุขภาพทำงานในโรงพยาบาล เกี่ยวข้องกับเรื่องทางการแพทย์เป็นหลัก ผู้ป่วยระยะท้ายส่วนมากจะไม่มีเรี่ยวแรง อ่อนล้า อาจจะนั่งๆนอนๆบนเตียง หรือติดเตียง ถ้าส่งผู้ป่วยคนหนึ่งกลับบ้าน ทีมสุขภาพต้องส่งต่อและเยี่ยมเยียนได้เป็นครั้งคราว แต่คนที่อยู่ใกล้ที่สุดคือชุมชน และต้องประสานศูนย์สุขภาพในชุมชน รพ.สต. ที่จะลงไปเยี่ยมบ้าน ทำหน้าที่เป็นด่านหน้า ถ้าฉุกเฉินก็ส่งต่อโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ ช่วยจัดการทางการแพทย์ที่ไม่ซับซ้อน ช่วยให้คนไข้ไม่ต้องเดินทางไกลมาโรงพยาบาล และต้องอาศัย อสม. ที่ได้รับการเติมองค์ความรู้แบบประคับประคองลงเยี่ยมบ้าน ประคับประคองจิตใจ และช่วยเหลือในสิ่งที่ครอบครัวลำบาก

อย่างไรก็ตาม การสร้างชุมชนกรุณาก็มีมิติทางวัฒนธรรมและวิถีชีวิตเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ความเป็นเมืองกับชนบท ในความเป็นเมือง ผู้คนในชุมชนไม่ค่อยได้มีปฏิสัมพันธ์ใกล้ชิด และไม่ค่อยมีโอกาสเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการช่วยให้คนในชุมชนได้ตายดี เมื่อเทียบกับชนบทที่มีความใกล้ชิดและทราบข่าวคราวกันมากกว่า ในการสร้างชุมชนเมืองให้เป็นชุมชนกรุณาจึงต้องสร้างความตระหนักเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งคนกลุ่มนี้ต้องการการดูแลจากสังคม เช่นเดียวกับกลุ่มคนต้องการพิเศษอื่นๆ การสร้างชุมชนกรุณาที่มีศักยภาพและยั่งยืนได้อาจไม่ใช่เรื่องง่าย ต้องใช้เวลา แต่หากมีความเห็นอกเห็นใจร่วมกันก็เป็นไปได้ เช่น ในรัฐเกรละ (Kerala) ของประเทศอินเดีย ซึ่งเป็นประเทศที่การสาธารณสุขไม่ได้ดีเท่าประเทศไทย แต่ในพื้นที่เกรละมีการสร้างความตระหนักถึงการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และให้ความรู้ว่าการดูแลแบบประคับประคองคืออะไร ทำให้คนในชุมชนเกิดสำนึกร่วมกันว่าจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างไรบ้าง อย่างน้อยคนที่ไม่มีเวลามาทำงานอาสา ก็จะบริจาคเงินคนละเล็กคนละน้อย และนำเงินเหล่านี้ไปสร้างศูนย์การดูแลแบบประคับประคองต่อไป

ทุกชุมชนสามารถเป็นชุมชนกรุณาได้ ตามลักษณะชุมชนของตนเอง ชุมชนในที่นี้ไม่จำเป็นต้องเป็นชุมชนขนาดใหญ่ แต่สามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่พื้นที่เล็กๆ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มเพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน คนทุกคนต่างเป็นสมาชิกของสังคมรอบๆตัว หลายๆหน่วยสังคม ไปจนถึงสังคมโลก เราทุกคนสามารถเริ่มต้นการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนกรุณาอย่างง่ายๆ ด้วยการเปิดรับข้อมูล เรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง การเผชิญความตายอย่างสงบ

เมื่อกล่าวถึงการเข้าไปมีส่วนร่วม หลายคนมักคิดว่าต้องเข้าไปทำงานอาสา แท้จริงการมีส่วนร่วมเริ่มได้จากการเรียนรู้ว่าการดูแลแบบประคับประคองคืออะไร เมื่อเข้าใจก็สามารถช่วยแนะนำคนใกล้ชิด หรือนำทางไปสู่ความช่วยเหลือต่างๆ ที่คนต้องการหรือขาดอยู่

นอกจากนี้อาจอาสาช่วยเหลือด้านต่างๆ ตามที่สะดวก เช่น อาสาขับรถไปส่งโรงพยาบาล จิตอาสาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลหรือที่บ้าน อาจเริ่มจากกลุ่มสังคมหรือชุมชนใกล้ชิด หรือช่วยคนอื่นๆ ในสังคม ซึ่งปัจจุบันมีกิจกรรมที่หน่วยงานต่างๆ จัดขึ้นมากมาย สิ่งที่ต้องคำนึงอีกประการคือ การออกแบบระบบบริหารจิตอาสาให้สามารถทำงานอาสาได้นาน อบรมให้มีศักยภาพในการช่วยเหลือ รู้ว่าเวลาเกิดปัญหาต้องประสานหรือส่งต่อกับใครหรือหน่วยงานใด จะทำให้อาสามีกำลังใจและมั่นใจว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยเหลือชุมชนได้จริง

ผู้ป่วยระยะท้ายต้องการการดูแลหลายประการ เพราะผู้ป่วยเคลื่อนไหวลำบาก ต้องมีคนดูแล หยุดงานขาดรายได้ สังคมมีส่วนเข้าไปช่วย เช่น ด้านค่าใช้จ่าย องค์กรท้องถิ่นบางแห่งจะมอบเงินกองทุนสุขภาพที่ได้รับจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ไปให้ศูนย์ประคับประคอง ซื้ออุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย เช่น ถังออกซิเจน รถเข็น อุปกรณ์เหล่านี้เป็นภาระทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยจำนวนมาก หรือบางชุมชนมีรถรับส่งผู้ป่วยระยะท้ายไปโรงพยาบาลหรือกลับบ้าน ช่วยให้ครอบครัวไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย บางชุมชนที่เข้มแข็งจะมีเครือข่ายผู้สูงอายุ เครือข่ายดูแลผู้ป่วยติดเตียง เข้าไปเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ ประคับประคองจิตใจ

ที่สำคัญเราต้องตระหนักก่อนว่า เราทุกคนเมื่อถึงจุดหนึ่งอาจเจ็บป่วย มีความลำบาก มีวาระสุดท้าย ในเมื่อทุกคนต้องมาอยู่จุดนี้ ถ้ามีชุมชนที่เข้าใจสถานการณ์ที่ยากลำบากของผู้ป่วย ความกรุณากลายเป็นพื้นฐานของชุมชน เป็นวัฒนธรรมของสังคมที่เกิดจากเราเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างขึ้นมา สายธารแห่งความกรุณาไหลเวียนจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งและอีกหลายๆคน เราเองก็จะได้อยู่ในสังคมที่เอื้อเฟื้อให้เกิดการตายดี เมื่อถึงเวลาของเรา พลังของชุมชนก็จะช่วยกรุณาเราเอง

ข้อมูลผู้เขียน

* นายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และหัวหน้าศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การสร้างความร่วมมือระหว่างชุมชน และทีมสุขภาพในงานพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยระยะท้าย: บทเรียนจากเกรละถึงแม่สอด

นพ. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ*

เอกภพ สิทธิวรรณธนะ**

บทนำ

ผู้เขียนได้มีโอกาสร่วมอบรมหลักสูตร หลักสูตร Fellowship of Palliative Care เป็นหลักสูตรการจัดการระบบการดูแลระยะท้ายในประเทศอินเดีย รัฐเกรละ (Kerala) โดย Institute of Palliative Medicine, India ร่วมกับ Sanjeevan Palliative Care Project, Pondicherry, India และ St Christopher's Hospice, London, United Kingdom โดยการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก เป็นหลักสูตรเรียนทางไกล 6 เดือน (intensive course 2 สัปดาห์) มีเพื่อนร่วมการอบรม 46 คน จาก 10 ประเทศ (อินโดนิเซีย ฟิลิปปินส์ มองโกเลีย ภูฏาน อินเดีย เม็กซิโกบังคลาเทศ ไทย อังกฤษ เคนย่า) เป็นหลักสูตรที่เรียนรู้ผ่านการแลกเปลี่ยนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาการดูแลระยะท้ายในชุมชน

หนึ่งหัวข้อสำคัญที่ได้เรียนรู้ คือ อาสาสมัครในการดูแลระยะท้ายและการจัดบริการการดูแลระยะท้ายในชุมชน ในบทความนี้จะกล่าวถึงวิธีคิดและบทเรียนจากต่างประเทศเกี่ยวกับการทำงานร่วมกับชุมชน รวมถึงประสบการณ์ของผู้เขียน และความคิดเห็นต่อการสร้างความร่วมมือระหว่างชุมชนและทีมสุขภาพในงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทประเทศไทย กรณีโรงพยาบาลแม่สอด จ. ตาก

การสร้างความร่วมมือเพื่อการพัฒนาการดูแลระยะท้าย ในชุมชน: ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

มนุษย์ทุกคนย่อมเคยมีประสบการณ์ที่ได้เป็นผู้ช่วยเหลือคนอื่น และในขณะเดียวกันก็เคยได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นเช่นกัน สังคมที่ผู้คนใช้ความสามารถที่แตกต่างหลากหลายช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน (interdependence) จึงเป็นแนวคิดสำคัญที่ภาษาอังกฤษใช้คำว่า “Solidarity” (ความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน)ในช่วงวัยต่างๆ ของมนุษย์ ไม่มีช่วงเวลาใดที่เราต้องการความช่วยเหลือจากคนอื่นมากไปกว่าช่วงเวลาเจ็บป่วยใกล้ตาย หรือในช่วงท้ายของชีวิต ด้วยเหตุนี้ การดูแลระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) ซึ่งเป็นแนวทางที่สนับสนุนให้ทีมสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมดูแลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงเป็นแนวทางที่กระตุ้นการแบ่งปันเกื้อกูล และความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน

อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายนั้น นอกเหนือจากการดูแลสุขภาพทางกายโดยทีมสุขภาพแล้ว จำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการสนับสนุนจากภาคสังคม อันประกอบด้วย องค์กรภาครัฐ องค์กรท้องถิ่น หน่วยงานเอกชน อาสาสมัครในชุมชน เนื่องจากภาคสังคมและชุมชนมีทรัพยากร มีบุคลากร มีความรู้ มากเพียงพอที่จะจัดสรรการดูแลให้เกิดขึ้นได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม เพราะลำพังภาคสุขภาพ มีบุคลากรจำกัด อีกทั้งยังเผชิญภาวะงานล้น (Overload)

แม้การดูแลอย่างมีส่วนร่วมนั้นจะเป็นเรื่องดี แต่การสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการให้เกิดขึ้น จากประสบการณ์ของผู้เขียน กิจกรรมต่างๆ ที่จะช่วยให้เกิดการสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่วงท้ายในชุมชน มีดังนี้

1. วิเคราะห์ชุมชนที่ตนเองจะลงไปทำงาน ประกอบด้วยการวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง ทรัพยากรในพื้นที่ การสำรวจบุคคลที่จะเป็นกุญแจความสำเร็จในการผลักดันงาน
2. ค้นหาคนที่สนใจและมีจิตอาสา
3. จะสร้างแรงจูงใจเป็นตัวผลักดัน (motivation) ทำอย่างไรให้ ความรู้สึกสงสาร (sympathy) พัฒนาเป็นความเข้าอกเข้าใจ (empathy) สู่ความเมตตากรุณาและแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่ช่วยเหลือเกื้อกูลผู้อื่น (compassion) แรงจูงใจที่เปี่ยมไปด้วยความกรุณานั้นปลุกเร้าได้ด้วยวิธีต่างๆ เช่น การชี้ปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นอยู่ในขณะนี้ (sensitization) การเปิดเผยเรื่องราวประสบการณ์ความสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การแบ่งปันผลดีที่เกิดจากการช่วยเหลืออันเปี่ยมด้วยความกรุณา

4. เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสามารถเสนอความคิดเห็นในการช่วยเหลือและมีส่วนร่วม

5. มีการลงทะเบียนผู้ที่ต้องการร่วมเป็นอาสาสมัครและฝึกอบรมทักษะที่จำเป็นในการทำงานอาสาสมัครเพื่อการดูแลคนไข้ระยะท้าย

6. มีระบบสนับสนุนและระบบจัดการจิตอาสาเพื่อให้สามารถทำความดีได้ต่อเนื่อง

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยชุมชน แรงบันดาลใจจากเกรละ

จากหลักการพื้นฐานข้างต้น ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ ที่เข้าร่วมอบรมในครั้งนี้ ได้แบ่งปันประสบการณ์การทำงานสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยชุมชน ตั้งแต่ วันที่ 10-23 กุมภาพันธ์ 2562 รัฐเกรละ โดยมีเนื้อหาสรุปความได้ดังนี้

ประเทศอินเดีย มีตัวแทนจาก 5 รัฐ ร่วมเสนอประสบการณ์ อินเดียเป็นประเทศที่มีความหลากหลายมากทั้งภาษาและวัฒนธรรมรวมถึงความแตกต่างของนโยบายท้องถิ่น แม้นโยบายของรัฐบาลกลางจะสนับสนุนการทำงาน แต่การนำนโยบายกลางไปปฏิบัติเป็นอิสระของผู้ครองรัฐจะตัดสินใจและให้ความสำคัญ จึงทำให้การดูแลประคับประคองในอินเดียมีระดับการพัฒนาที่แตกต่างกันมากKerala เป็นรัฐที่อยู่ในอินเดียทางตอนใต้ มีนโยบายสนับสนุนกิจกรรมการดูแลระยะท้ายอย่างมาก โดยมีแกนนำคือสถาบันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Institute of Palliative Medicine; IPM) ตั้งอยู่ ณ เมือง Calacut

IPM ทำงานโดยใช้ฐานชุมชนเป็นหลัก (Community Based Palliative Care) โดยมีจิตอาสาที่ได้รับการอบรมการดูแลระยะท้ายจำนวนมาก และทำงานหลากหลายบทบาท เช่น อาสาสมัครที่เป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยทำหน้าที่ระดมทุน ประสานงานกับรัฐบาลท้องถิ่น และ NGO ร่วมกันจัดบริการการดูแลคนไข้ระยะท้าย ความร่วมมือดังกล่าวนำไปสู่การเปิดคลินิกดูแลแบบประคับประคองโดยเอกชน มีหอผู้ป่วย 30 เตียง เพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยระยะท้าย คลินิกดังกล่าวให้บริการดูแลผู้ป่วยชั่วคราว (respite care) และจัดเครือข่ายเยี่ยมบ้าน 5 เครือข่าย ทั้งเครือข่ายจากชุมชน เครือข่ายจากศูนย์บริการปฐมภูมิ ตัวอย่างที่ดีมากของ IPM คือ แคมเปญรณรงค์ขอรับบริจาคเงินวันละ 1 รูปี (40 สตางค์) เพื่อซื้อยามอร์ฟีน จนผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงการดูแลความปวด นอกจากนั้น IPM ยังจัดการสอนหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยประคับประคองสำหรับแพทย์และพยาบาลเพื่อไปปฏิบัติงานใน hospice ทั่วอินเดีย

รัฐอื่นๆ ของอินเดียอาศัยบทเรียนจากเกรละ สร้างระบบการดูแลของตนเองเช่นกัน เช่น Sanjeevan Palliative Care Project เมืองพูดูเชอร์รี(Pondicherry) ได้รับการสนับสนุนทุนจากบริษัท ทาทา (บริษัทผลิตรถยนต์ขนาดใหญ่ของประเทศอินเดีย) เพื่อเริ่มต้นการทำงานจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและจัดอบรมบุคลากรเพื่อทำงานดูแลประคับประคองในรัฐ เช่นเดียวกับรัฐมณีปุระ (Manipur) ซึ่งให้บริการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะท้าย โดยองค์กรไม่แสวงหากำไร และดำเนินโครงการอาสาสมัครในชุมชนเช่นกัน

จะเห็นได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในอินเดียให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ เป็นอย่างมาก แต่ปัจจัยที่สำคัญที่เป็นตัวกำหนดความสำเร็จของรัฐเกรละ คือการสนับสนุนในเชิงนโยบายและพื้นฐานทางสังคม มีผู้อ่านออกเขียนได้ถึง 96% ซึ่งสูงมากเมื่อเทียบกับรัฐอื่น

ข้อเสนอแนะและแนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ในบริบทอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

ผู้เขียนทำงานดูแลคนไข้ระยะท้ายและดูแลคนไข้ระยะยาวที่ติดบ้านติดเตียงมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ชื่อว่า “ทีมกัลยาณมิตร” พบเห็นปัญหาที่สำคัญคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดผู้ดูแล มีผู้ดูแลเพียงคนเดียวทำให้เหนื่อยล้ามาก หรือผู้ดูแลมีปัญหาเศรษฐสถานะยาก จนไม่สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านจนวาระสุดท้ายได้ และต้องนำผู้ป่วยมารักษาตัวและเสียชีวิตที่โรงพยาบาลแม้ว่าทีมดูแลประคับประคองจะควบคุมอาการทุกข์ทรมานของคนไข้ได้ดีก็ตาม ปัญหาอีกประการคือโรงพยาบาลขาดอุปกรณ์ที่จะใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทั้งเครื่องผลิตออกซิเจน และอุปกรณ์อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วย

ในมุมมองผู้เขียน สังคมไทยมีลักษณะยินดีช่วยเหลือด้วยการบริจาคทรัพย์สินในรูปแบบการทำบุญ แต่สิ่งที่จะทำให้เกิดความยั่งยืนนั้นมากกว่าการทำบุญชั่วครั้งชั่วคราว ทำอย่างไรจะให้ผู้คนที่มีจิตใจดารวมตัวกันเพื่อทำความดีได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่เป็นภาระต่อชีวิตมากเกิดไป เป็นเรื่องการ “การจัดการความดีอย่างยั่งยืน” โดยมีกระบวนการดังนี้

1. เริ่มจากหา “แกนนำ” ที่พร้อมจะ “ร่วมคิด ร่วมทำ” เป็นทีมไข่แดง ในกรณีของแม่สอด มีทีมกัลยาณมิตร เครือข่ายแพทย์ใน โรงพยาบาลแม่สอด และ ญาติผู้เสียชีวิตที่ได้รับการดูแลจากทีมที่เป็นผู้ที่มีความสามารถในการจัดการ มาร่วมเป็นแกนนำ

2. สื่อสาร “รูปธรรมความช่วยเหลือที่ชัดเจน” เพราะ ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมจะทำให้เราสามารถสื่อสารกับผู้คนได้ง่ายกว่าความดีแบบนามธรรม

3. ผู้นำควรสื่อสารเจตนาในการทำงาน หรือความช่วยเหลือที่ปรารถนาจะทำที่ตรงชัดเจน เช่น “เราจะสร้างการดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตคนแม่สอด เพราะผมคือคนแม่สอด สิ่งที่ผมจะทำไม่ใช่แค่ทำให้คนไข้และครอบครัว แต่เราจะทำเพื่อวันหนึ่งเมื่อเราป่วยระยะท้าย วันนั้นการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ที่ดีพอ จะทำให้เราไม่ทุกข์ทรมานโดยไม่จำเป็น มีศักดิ์ศรี ได้เลือกชีวิตช่วงท้ายด้วยตนเอง ได้รับความเคารพจากผู้ดูแล สุดท้ายได้ใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีความหมาย” หรือการสื่อสารความตั้งใจอย่างตรงไปตรงมา เช่น “ผมอยากเห็นเครือข่ายคนแม่สอด ที่ไม่นิ่งดูดายความทุกข์ของผู้ป่วยระยะท้าย”

4. มองหาและเริ่มสร้างเครือข่ายของแกนนำ ด้วยการเขียนวิเคราะห์ กลุ่มที่มีโอกาสจะร่วมงาน ทั้งผู้นำศาสนา (ผู้เขียนเคยบวชที่วัดในแม่สอด ส่วนเลขาพยาบาลเป็นชาวมุสลิมที่มีเครือข่ายชาวมุสลิม) กลุ่มข้าราชการเกษียณโดยเฉพาะจากโรงพยาบาลแม่สอด กลุ่มนักเรียนที่ต้องมาฝึกงานที่โรงพยาบาล กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้นำองค์กรท้องถิ่น (ตอนนี้ผู้เขียนทำงาน ที่ รพ.สต. พระธาตุผาแดง) ผู้นำชุมชน (ตำบลแม่ปะ) วิเคราะห์ศักยภาพของเครือข่าย ว่าเขาสามารถจะมีโอกาสมีส่วนร่วมในด้านใดได้บ้าง

5. เริ่มงานจากกลุ่มเล็กไปหากลุ่มใหญ่ โดยผู้เขียนจะเริ่มจาก พื้นที่ทำงานของตนเองคือตำบลพระธาตุผาแดงที่มีเครือข่าย และตำบลแม่ปะ ที่มีต้นทุนเดิม โดยเริ่มจากการเล่า “เรื่องเล่าทุกข์สุขของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยระยะท้าย”และชวนคนกลุ่มเล็กๆ มาร่วมคิดออกแบบร่วมกัน และเริ่มจากการช่วยเหลือผู้ป่วยรายบุคคล

6. สนับสนุนกลุ่มอาสาสมัคร ทั้งด้านอบรมทักษะสำคัญ เช่น ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อให้กำลัง ทักษะการดูแลตนเองของอาสาสมัคร จัดการอบรมที่เป็นระบบ ยกตัวอย่างในต่างประเทศ จัดการอบรม 1 ชั่วโมงเพื่อชี้ปัญหาที่กำลังเกิดขึ้น (sensitization) หากสนใจที่จะร่วมงาน จะเข้าหลักสูตรอีก 3 ชั่วโมงเพื่อให้มีทักษะที่สำคัญ

7. ขยายกลุ่มอาสาสมัคร โดยเมื่อเกิดรูปธรรมจะทำให้การขยายผลรับอาสาสมัครเพิ่มได้ง่ายขึ้น ซึ่งอาจจะผ่านสื่อสังคมออนไลน์ หรือสื่อท้องถิ่น

8. บริหารจัดการเครือข่าย ในด้านความยั่งยืน เครือข่ายความช่วยเหลือนั้นมีหลากหลาย แต่ละเครือข่ายมีศักยภาพที่แตกต่างกัน จึงต้องบริหารเครือข่ายการทำงานโดยคำนึงถึง ขอบเขตการทำงานที่เหมาะสมเพื่อไม่ให้ภาระงานตกอยู่กับคนใดคนหนึ่งมากเกินไป การบริหารความสัมพันธ์ การจัดการปัญหา การแก้ไขความขัดแย้ง

9. คิดถึงระบบตอบแทน หรือแรงจูงใจ ที่เหมาะสมกับอาสาสมัครหรือเครือข่ายที่มาร่วมงานกับเรา โดยการตอบแทนนี้คงไม่ใช่การให้เงิน แต่อาจอยู่ในรูปแบบของสวัสดิการ การดูแลทางสังคมต่างๆ เช่น สิทธิ์การศึกษาต่อ สิทธิ์การเข้าถึงการรักษาพยาบาล การให้เกียรติและการยอมรับทางสังคม อย่างไรก็ตาม ระบบตอบแทนอาสาและเครือข่ายยังเป็นโจทย์ของผู้เขียนที่ต้องหาคำตอบต่อไป

สรุป

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยชุมชนมีส่วนร่วม มิใช่สิ่งที่เป็นไปไม่ได้เท่านั้น หากเป็นสิ่งที่สนับสนุนให้เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ และมีความยั่งยืน เริ่มตั้งแต่การสนับสนุนให้คนในชุมชนรับรู้ความทุกข์ของคนที่กำลังเจ็บป่วย ซึ่งจะก่อให้เกิดความเข้าอกเข้าใจ ความกรุณา และการลงมือให้ความช่วยเหลือ ภาวะผู้นำมีส่วนสำคัญที่จะประสานให้เกิดความร่วมมือสนับสนุนโดยเครือข่ายความช่วยเหลือที่หลากหลาย สิ่งสำคัญคือการประกาศเจตนารมย์ที่แน่วแน่และชัดเจน เมื่อได้รับความร่วมมือแล้ว ควรคิดถึงการบริหารจัดการความดี สร้างแรงจูงใจให้เครือข่ายความช่วยเหลือเกิดการขยายตัวและเติบโต เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงความช่วยเหลือที่จำเป็น แน่นอนว่าการช่วยเหลือทั้งหมดในขณะนี้ย่อมไม่สูญเปล่า หากคือหลักประกันสุขภาพในอนาคตของเราทุกคน ในยามที่เราต้องการความช่วยเหลือดูแลในระยะท้ายของชีวิต

ข้อมูลผู้เขียน

* นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว) กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลแม่สอด อ. แม่สอด จ. ตาก และผู้นำเครือข่ายพัฒนาศักยภาพผู้นำการสร้างสุขภาวะ (คศน.) รุ่น 6 (ผู้เขียนหลัก)

** นักจัดการความรู้ โครงการชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี โดยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (ผู้เรียบเรียง)

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพช่วงท้าย กรณีศึกษา The Maggie Keswick Jencks Cancer Caring Centres Trust

ปองกมล สุรัตน์ *

นพ. ธารินทร์ เพ็ญวรรณ **

ในปี ค.ศ. 1993 ‘แม็กกี้ เคสวิก เจงคส์’ (Maggie Keswick Jencks) สตรีชาวสก็อตวัย 47 ปี ถูกวินิจฉัยว่ามะเร็งเต้านมกลับมาอีกครั้ง ต่อมาไม่นานก็เริ่มลุกลามไปที่ปอด กระดูก ไขกระดูก ในวันที่เธอและสามีนั่งรอผลตรวจจากแพทย์ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง แม็กกี้กับสามีถามว่าพวกเขาเหลือเวลาอีกนานแค่ไหน แพทย์บอกว่าเธอจะมีชีวิตอยู่อีกเพียง 2-3 เดือน ในขณะที่แม็กกี้กำลังตกใจกับข่าวร้าย พยาบาลก็กล่าวแสดงความเสียใจและขอตัวไปดูผู้ป่วยรายต่อไป พวกเขานั่งครุ่นคิดว่าจะจัดการกับเวลาที่เหลืออย่างไร ท่ามกลางบรรยากาศที่ไม่น่าอภิรมย์ของแสงนีออนในโถงปิดทึบไร้หน้าต่าง พยาบาลอีกรายก็เดินเข้ามาทักทาย “เป็นอย่างไรบ้างคะ” พยาบาลถามอย่างยิ้มแย้ม แม็กกี้ฝืนหัวเราะและตอบว่า “สบายดีค่ะ”

เรื่องราวดังกล่าวกระตุ้นให้แม็กกี้ต้องการสร้างความเปลี่ยนแปลงให้ผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวได้รับการดูแลที่ดีขึ้น มีพื้นที่และเวลาเป็นส่วนตัวเพื่อเตรียมรับมือกับโรค เธอคิดว่ามะเร็งอาจเป็นตัวคร่าชีวิต แต่ความกลัว ความไม่รู้ข้อมูลเท็จจริงเสมือนภัยเงียบกัดกร่อนชีวิตผู้ป่วยอย่างช้าๆ เธออยากให้ผู้ป่วยมะเร็งมีคนช่วยเหลือให้ผ่านพ้นช่วงยากลำบาก ทั้งจากอาการของโรค ความทุกข์จากการรักษา และความหวั่นวิตก ที่สำคัญคือ เธออยากให้ผู้ป่วยมะเร็งได้มีโอกาสรื่นรมย์กับชีวิต มากกว่ากลัวความตาย

นี่คือจุดเริ่มต้นของชุมชนกรุณาที่ชื่อว่า The Maggie Keswick Jencks Cancer Caring Centres Trust หรือเป็นที่รู้จักกันในนาม แม็กกี้ (Maggie’s) ภาพที่ 1

แนวคิดของชุมชน

หลังรู้ว่าตัวเองเหลือเวลาชีวิตอีกไม่นาน แม็กกี้ และ ‘ชาร์ล เจงคส์’ (Charles Jencks) สามีของเธอ ได้ปรึกษากับ ‘ลอร่า ลี’ (Laura Lee) พยาบาลที่ดูแลแม็กกี้ว่าพวกเขาต้องการพัฒนาแนวทางดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบใหม่ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวอยู่กับมะเร็งได้ดีมากขึ้น ได้รับข้อมูลการรักษาที่ทำให้ตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ได้รับการเยียวยาจิตใจ และพบปะผู้ป่วยหรือคนอื่นๆที่มีประสบการณ์ใกล้เคียงกันในบรรยากาศเป็นมิตร โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ สิ่งที่แม็กกี้อยากให้เกิดขึ้น คือชุมชนที่มีความเอื้อเฟื้อกับผู้ป่วยมะเร็ง และเป็นเหมือนบ้านมากกว่าโรงพยาบาล

การสร้างความร่วมมือ

หลังจากแม็กกี้และสามีได้ปรึกษาลอร่า พยาบาลที่ดูแลแม็กกี้ถึงแนวทางดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบใหม่ ลอร่าได้ร่างโครงการจัดตั้งศูนย์ขึ้นมาในชื่อว่า ‘A New Breast Cancer Care Unit’ แม็กกี้ได้เริ่มนำโครงการนี้เชื่อมต่อกับโรงพยาบาลในเมืองเอดินบะระ (Edinburgh) ประเทศสก็อตแลนด์ เริ่มจากแพทย์ที่ดูแลเธอที่ชื่อ บ๊อบ เลินเนิร์ด (Bob Leonerd) และทีมงานต่อมาเชื่อมกับองค์กรที่ขับเคลื่อนด้านการรักษามะเร็งหลายแห่ง นอกจากนี้ แม็กกี้พบว่ามีพื้นที่เก่าในบริเวณโรงพยาบาลเวสเทิร์นเจนเนอรัล (Western General Hospital) ที่สามารถนำมาพัฒนาเพื่อสร้างศูนย์ได้ จึงขออนุญาตจากผู้บริหารโรงพยาบาลเพื่อขอใช้พื้นที่ และติดต่อกับภาคเอกชน ผู้บริจาคการกุศลเพื่อขอการสนับสนุน

ต่อมา องค์กรการกุศลได้ก่อตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการในชื่อ The Maggie Keswick Jencks Cancer Careing Centers Trust และปี ค.ศ. 1996 ศูนย์แม็กกี้เกิดขึ้นแห่งแรกที่เมืองเอดินบะระ ของสก็อตแลนด์ นอกจาก ลอร่า พยาบาลที่ดูแลแม็กกี้ ยังมีญาติมิตรรอบตัวแม็กกี้อีกหลายคนที่ช่วยพัฒนาศูนย์ เช่น ‘เอมม่า เคสวิก’ (Emma Keswick) ญาติของแม็กกี้ ได้ช่วยออกแบบสวนและบรรยากาศโดยรอบของศูนย์แม็กกี้ที่เอดินบะระ ‘แคโรไลน์ คอร์ทอลด์’ (Caroline Courtauld) เพื่อนของแม็กกี้และชาร์ล ร่วมก่อตั้งศูนย์แม็กกี้ที่ฮ่องกงในเวลาต่อมา เป็นต้น ในปี ค.ศ. 2005 ศูนย์แม็กกี้ได้รวมตัวกับองค์กร The US Cancer Support Charity รวมทั้ง The Wellness Community และขยายตัวขึ้นเรื่อยๆ รวมทั้งได้รับความสนใจจากสื่อมวลชน รัฐกล่าวถึงศูนย์แม็กกี้ว่าเป็นตัวอย่างของนวัตกรรมสนับสนุนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง และเป็นกรณีศึกษาในการประชุมวิชาการเรื่องสถาปัตยกรรมกับการเยียวยาผู้ป่วย ซึ่งเป็นการขยายความรู้สู่สังคม



ภาพที่ 1
แม็กกี้ เคสวิก เจงคส์
ที่มา: https://www.maggiescentres.org/about-maggies/how-we-are-governed/co-founders/



ภาพที่ 2 ศูนย์แม็กกี้ที่เมือง แอเบอร์ดีน (Aberdeen) สก็อตแลนด์
ที่มา : https://www.maggiescentres.org/our-centres/maggies-aberdeen/



ภาพที่ 3 ศูนย์แม็กกี้ที่เมือง เชลต์นัม (Cheltenham) ประเทศอังกฤษ
ที่มา : http://mjparchitects.co.uk/projects/maggies-cancer-care-centre/



ภาพที่ 4 ที่มา: https://www.maggiescentres.org/how-maggies-can-help/help-available/social/kitchen-table/

การสร้างสภาพแวดล้อม

ศูนย์แม็กกี้เปิดกว้างให้ผู้ป่วย ครอบครัว ญาติ เพื่อน คนรอบข้างผู้ป่วย และใครก็ตามที่ได้รับผลกระทบจากมะเร็ง เข้ามาใช้บริการในวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 9 โมงเช้า- 5 โมงเย็น อาคารทุกสาขาก่อสร้างด้วยสถาปัตยกรรมที่งดงาม เรียบง่าย โปร่งโล่ง อบอุ่น ห้อมล้อมด้วยสวนสีเขียว อยู่ในบริเวณเดียวกับโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์รักษามะเร็งในพื้นที่ต่างๆ ง่ายต่อการเข้าถึงของผู้ป่วยและสะดวกในการเชื่อมต่อกับโรงพยาบาล ศูนย์แม็กกี้ยังได้รับรางวัลการออกแบบสถาปัตยกรรมยอดเยี่ยมหลายรางวัล (ภาพที่ 2, 3)

การระดมทุน

เนื่องจากเป็นองค์กรการกุศล การระดมทุนสาธารณะเพื่อให้มีรายได้เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานของศูนย์แม็กกี้เป็นส่วนที่มีความสำคัญ ทั้งการระดมทุนรายใหญ่ไปจนถึงระดับชุมชนท้องถิ่น ศูนย์แม็กกี้สื่อสารภารกิจที่ชัดเจนในการช่วยผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวให้ได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ และมีกิจกรรมมากมาย สร้างแรงบันดาลใจให้ชุมชนใกล้ศูนย์เห็นความสำคัญและช่วยกันบริจาค เปิดโอกาสคนทั่วไปเข้ามามีส่วนร่วมในการระดมทุน โดยมีชุดข้อมูลและเครื่องมือประชาสัมพันธ์ให้เอาไปใช้ได้ง่าย รวมทั้งมีการจัดกิจกรรมการกุศล เช่น งานกีฬา กิจกรรมผจญภัย ในพื้นที่ต่างๆและนำรายได้ไปช่วยศูนย์

การออกแบบโปรแกรมและกิจกรรม

โปรแกรมของศูนย์แม็กกี้มีความเฉพาะเจาะจงกับความต้องการของคนกลุ่มต่างๆ เช่น กิจกรรมสำหรับครอบครัวผู้ป่วย กิจกรรมสำหรับผู้ที่เพิ่งถูกวินิจฉัยว่าป่วย กลุ่มที่รักษาหายแล้ว กิจกรรมสำหรับเด็กหรือวัยรุ่นที่พ่อแม่ป่วยเป็นมะเร็ง กิจกรรมให้ความรู้กับบริษัทที่มีผู้ป่วยที่หายจากมะเร็งกลับไปทำงาน เพื่อให้เข้าใจผู้ป่วยมะเร็งที่กลับคืนสู่เส้นทางอาชีพ เป็นต้น เพราะคนแต่ละกลุ่มมีความต้องการต่างกัน เช่น กลุ่มเด็กที่พ่อแม่ป่วยเป็นมะเร็ง ทางศูนย์ก็จะใช้กิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยเพื่อให้ข้อมูลและตอบคำถามว่าพ่อแม่ของพวกเขากำลังเจอกับอะไร ได้รับการรักษาอย่างไรบ้าง ร่วมกับการทำศิลปะบำบัดและเล่นบำบัดสำหรับเด็ก หรือกลุ่มคนที่เพิ่งรู้ว่าป่วย ทางศูนย์ก็จะให้ความรู้เพื่อเข้าใจโรค ทางเลือกการรักษาและผลข้างเคียง เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางตัดสินใจได้ด้วยตนเอง รวมทั้งได้พูดคุยกับผู้ที่เข้าใจความต้องการของผู้ป่วยมะเร็ง โดยโปรแกรมอบรมและส่วนบริการต่างๆมีการการออกแบบแล้วว่าสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้ ผ่านการอนุมัติของคณะกรรมการที่ปรึกษาเป็นสหวิชาชีพ (Maggie's Professional Advisory Board)

บทบาทของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

แม็กกี้สนับสนุนการสร้างชุมชนช่วยผู้ป่วยมะเร็ง โดยประสานกับคน 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มเจ้าหน้าที่หลากหลายอาชีพ ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านมะเร็ง (Cancer support specialists) พยาบาลที่ชำนาญด้านมะเร็ง นักรังสีการแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก นักบำบัด นักศิลปะบำบัด นักโภชนาการ ที่ปรึกษาด้านสิทธิการรักษาและสวัสดิการ วิทยากรอบรม ซึ่งใช้ความรู้ความชำนาญของตัวเองเพื่อให้ข้อมูล ตอบคำถาม ทำกิจกรรมเสริมสร้างกำลังใจ

กลุ่มอาสาสมัครที่ช่วยให้งานในศูนย์ราบรื่น และอาสาสมัครระดมทุนในชุมชนของตัวเอง แล้วนำเงินมาช่วยศูนย์

กลุ่มภาคเอกชน บริษัทต่างๆที่เป็นผู้สนับสนุนเงินทุน และเครือข่ายร่วมจัดกิจกรรม

แม็กกี้เป็นศูนย์ช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งที่มีบทบาทหลากหลาย โดยเฉพาะการให้ความรู้เชื่อมต่อกับโรงพยาบาล ดูแลด้านจิตใจ สังคม ได้แก่

1. บทบาทการทำกิจกรรมบรรยาย อบรม เวิร์คช้อป งานอดิเรก แหล่งข้อมูลผ่านสิ่งพิมพ์และโซเชียลมีเดีย พื้นที่อิสระให้คนมาผ่อนคลาย พบปะคนที่มีประสบการณ์ใกล้เคียงกัน เช่น การผ่อนคลายความเครียด จัดการกับความวิตกกังวล นวดบำบัด ศิลปะเพื่อค้นหาตัวตน ทำสมาธิ การเขียนเชิงสร้างสรรค์ การตกแต่งสวน การออกกำลังกาย การทำอาหารที่เหมาะกับผู้ป่วยและรสชาติอร่อย การดูแลตนเองให้ดูดีและมั่นใจ ซึ่งเหล่านี้เป็นการช่วยเหลือด้านจิตใจ สังคม และการปฏิบัติตัว

2. บทบาทการให้ความรู้ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง การรักษา ผลข้างเคียง การปฏิบัติตัว การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสวัสดิการรักษาและผลประโยชน์ของผู้ป่วย ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เช่น ครอบครัวและคนรอบข้างจะพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างไร

3. บทบาทการเยียวยาสุขภาพจิต เช่น การเยียวยาหลังการสูญเสีย กลุ่มบำบัด (Support groups) กลุ่มบำบัดผู้ป่วยที่ผมร่วง กลุ่มเครือข่ายผู้ป่วยมะเร็งชนิดเดียวกัน (Networking groups) การเสริมพลังใจแบบตัวต่อตัว

4. บทบาทการสร้างพื้นที่แลกเปลี่ยน แนวคิดของศูนย์แม็กกี้ให้ความสำคัญกับบรรยากาศที่อบอุ่นเหมือนบ้าน ทุกสาขายึดการออกแบบตามแนวคิดของแม็กกี้ เมื่อเข้าไปด้านในจะพบโต๊ะตัวยาว ลักษณะคล้ายโต๊ะรับประทานอาหาร ตั้งอยู่ในโถงเชื้อเชิญให้คนเข้ามาพูดคุย ครุ่นคิด จิบชา หรือทำกิจกรรมอิสระ ส่วนพื้นที่กิจกรรมอื่นได้เปิดให้คนที่ป่วย ครอบครัว ผู้เชี่ยวชาญ เจ้าหน้าที่ อาสา ได้แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ได้ขยายชุมชนออนไลน์ ผ่าน Maggie’s Online Centre เปิดกลุ่มบำบัดและห้องสนทนาในหัวข้อเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

5. บทบาทการสร้างเครือข่ายเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็ง เช่น การร่วมกับโรงพยาบาลหรือศูนย์มะเร็งที่เป็นภาคีดูแลผู้ป่วยร่วมกัน การร่วมมือกับภาคเอกชนจัดกิจกรรม

6. บทบาทการระดมทุน ศูนย์เปิดให้ชุมชนท้องถิ่นและคนทั่วไปร่วมสร้างความตระหนักด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งและช่วยระดมทุนในพื้นที่ของตน โดยทางศูนย์จัดหาแผ่นพับ โปสเตอร์และชุดเครื่องมือต่างๆที่ช่วยให้อาสาที่สนใจสร้างความตระหนักและระดมทุน (ภาพที่ 4)

ย้อนกลับไปที่ ค.ศ. 1995 หนึ่งปีกว่าหลังรู้ว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย แม็กกี้ได้เสียชีวิตอย่างสงบ ปณิธานของเธอที่อยากให้ “ผู้ป่วยมะเร็งได้มีโอกาสรื่นรมย์กับชีวิต มากกว่ากลัวความตาย” เป็นแรงบันดาลใจที่ส่งต่อ ประกอบสร้างเป็นชุมชนที่มีเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครมากมาย ในปี 2019 ศูนย์แม็กกี้เติบโตต่อเนื่อง มีสาขา 22 แห่ง ส่วนใหญ่อยู่ในสหราชอาณาจักร และได้ขยายไปที่ฮ่องกง ญี่ปุ่นด้วย

ชุมชนกรุณาควรเป็นชุมชนที่ยั่งยืนได้ด้วยตนเอง จากความช่วยเหลือร่วมมือกันของทุกคน กล่าวคือ ทุกคนมีบทบาทที่จะทำให้สังคมดีขึ้นได้ในบทบาทและความสามารถของตน ทุกคนใช้จุดเด่นของตนเสริมกันและกันขึ้นไปเรื่อยๆ ชุมชนเลี้ยงตนเองได้ จัดหาคนมาทำงานได้ตามความสามารถ ซึ่งต้องเกิดจากการวางแผนเป้าหมายระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาวที่ชัดเจน จากข้อมูลจากศูนย์แม็กกี้ สามารถถอดบทเรียนความสำเร็จได้ว่า

1. มีจุดยืนชัดเจนเพื่อช่วยผู้ป่วยมะเร็ง ครอบครัว และผู้ได้รับผลกระทบจากมะเร็ง

2. มีการวางแผนที่ดี ทั้งทีมการประชาสัมพันธ์ให้คนในสังคมมีส่วนร่วม (Social engagement)

3. การสื่อสารองค์กรให้เป็นรู้จักในหลายช่องทาง และแบ่งส่วนงานแต่ละส่วนชัดเจนและส่งเสริมกัน

4. แหล่งความรู้และกิจกรรมในศูนย์ เนื้อหาครอบคลุมและเชื่อถือได้

5. มีรายงานประจำปีที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ เลขลงทะเบียนองค์กรชัดเจน

6. ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน เป็นที่รู้จักในวงกว้าง

7. การนำเสนอที่ดี เห็นเรื่องราวว่าคนหนึ่งคนที่เป็นโรคมะเร็งผ่านอะไรมาบ้าง และคนที่ได้รับผลกระทบมีหลายคน ทำให้เรื่องราวมีพลัง คนเห็นความจำเป็นที่ต้องเข้ามาช่วยเหลือ

8. การช่วยเหลือคนอื่น การทำจิตอาสา เป็นรากฐานของคนในสหราชอาณาจักร หากช่วยการเงินได้ก็จะช่วย หรือช่วยทำอย่างอื่น เช่น เป็นอาสาสมัครข้างเตียง ทำอาหาร ร้องเพลง และหน่วยงานการกุศลมีงานรองรับสำหรับทุกคน

9. ระบบสุขภาพที่สหราชอาณาจักรนั้นต่างจากประเทศไทย ทุกอย่างต้องเป็นไปตามระบบ เช่น หากป่วยเป็นหวัดไม่มีทางไปห้องฉุกเฉินแล้วได้ยาเด็ดขาด แต่ในไทย คนเข้าถึงแพทย์ได้ง่ายและรวดเร็วมาก จนมีความคาดหวังว่าบุคลากรสุขภาพมีหน้าที่ต้องช่วยรักษาให้หาย ละเลยหน้าที่ด้านสุขภาพหรือช่วยเหลือผู้อื่นในด้านนี้

ศูนย์แม็กกี้ เป็นชุมชนกรุณาที่เริ่มต้นจากเจตจำนงของผู้หญิงคนหนึ่งที่อยากให้ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเหมือนเธอ รวมทั้งครอบครัวผู้ป่วยและคนรอบข้าง ได้มีช่วงชีวิตที่ดีมากกว่าจิตใจประหวั่นกับความกลัวตาย รับมือกับมะเร็งได้โดยการช่วยเหลือของชุมชนที่คอยดูแลจิตใจ ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เสริมพลังใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต ทั้งนักวิชาชีพต่างๆ อาสา รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยด้วยกันเอง ในบรรยากาศเป็นมิตร เป็นตัวอย่างชุมชนที่ใช้ศักยภาพของคนกลุ่มต่างๆสร้างระบบและพื้นที่เพื่อช่วยเหลือให้ผู้คนในช่วงระยะท้ายของชีวิต

ข้อมูลผู้เขียน

* นักวิจัยอิสระ และนักเขียนประจำโครงการชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี
** อาจารย์ประจำสำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ และ PhD Student, University of Dundee

เอกสารอ้างอิง

Kellaway, K. (2011). Maggie's centres: how one woman's vision is changing cancer treatment. Retrieved March 20, 2019, from https://www.theguardian.com/society/2011/feb/20/maggie-keswick-jencks-centres-cancer-design

Maggie's Online Centre. (2019). Maggie's Online Centre. Retrieved March 20, 2019, from https://community.maggiescentres.org/groups/home

The Maggie Keswick Jencks Cancer Caring Centres Trust (2019). Maggie's. Retrieved March 20, 2019, from https://www.maggiescentres.org

ภาคสอง

กรณีศึกษา
ชุมชนกรุณาในสังคมไทย

กลุ่มมะเร็งบำบัด พื้นที่ "ปล่อยของ" ของคนหัวอกเดียวกัน

ภัสน์วจี ศริสุวรรณ์

ทำไมผู้ป่วยมะเร็งจึงควรเข้ากลุ่มมะเร็งบำบัด? การอยู่ในวงล้อมของคนเจ็บป่วยยิ่งรับพลังลบมากขึ้นใช่ไหม?

บทความชิ้นนี้มีคำตอบผ่านประสบการณ์ของอรทัย ชะฟู หรือจิ๋ม ผู้เริ่มเกี่ยวข้องกับมะเร็งเมื่อเธอเป็นมะเร็งปอดช่วงอายุยี่สิบตอนปลาย หลังการรักษาและอาการมะเร็งสงบลง เธอเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยมะเร็งแบบตัวต่อตัวในโรงพยาบาลและในหมู่คนรู้จัก แล้วพัฒนามาสู่การเป็นผู้นำกลุ่มมะเร็งบำบัดในปัจจุบัน

ประสบการณ์ตรงของเธอทั้งในฐานะผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และคนนำกลุ่มมะเร็งบำบัดสรุปได้ว่าหากมีการดำเนินการที่ดี กลุ่มมะเร็งบำบัดคือ “พื้นที่ปล่อยของ” และ “พื้นที่รับพลังเชิงบวก” ขณะที่การรักษาทางการแพทย์ทำหน้าที่เยียวยาร่างกาย กลุ่มบำบัดทำหน้าที่เยียวยาจิตใจผู้ป่วยและญาติได้อย่างดีเลิศ เพราะนี่คือพื้นที่แห่งความเข้าใจซึ่งกันและกันของ “เพื่อนร่วมทุกข์” หรือ “คนหัวอกเดียวกัน”

บทความชิ้นนี้จะถ่ายทอดประสบการณ์และบทเรียนของอรทัยว่ากลุ่มมะเร็งบำบัดที่เอื้อต่อการเยียวยาผู้ป่วยและญาติควรมีลักษณะอย่างไร

กลุ่มบำบัด...ดีต่อใจคนไข้และญาติ

ผู้ป่วยมะเร็งไม่น้อยเก็บงำความทุกข์กังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยไว้กับตัว เพราะเกรงว่าการแสดงอารมณ์จะส่งผลต่อความรู้สึกของคนใกล้ชิด ยิ่งเก็บกักยิ่งทุรนทุราย ผันกลายเป็นความหงุดหงิดฉุนเฉียวหรือซึมเศร้า ส่วนญาติหรือผู้ดูแลที่เต็มไปด้วยความห่วงใยและหวังดีแต่ไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยตามความคาดหวังก็ตกอยู่ในภาวะเครียดเช่นกัน

การเข้ากลุ่มมะเร็งบำบัดคือการเปิดพื้นที่ให้พวกเขาได้เปิดเผยความในใจที่เก็บกักไว้ เรื่องราวของผู้ป่วยและผู้ดูแลคนหนึ่งอาจคล้ายกับเรื่องของอีกคน เมื่อผู้ป่วยเล่าถึงความรู้สึกและความสัมพันธ์กับผู้ดูแลของตนเอง ก็อาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยอีกคนหนึ่งเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยที่ตนเองดูแลได้ เป็นการเรียนรู้และเข้าใจมุมมองของอีกฝ่ายได้ดียิ่ง

“คนที่ผ่านประสบการณ์เดียวกันมา จะเชื่อมกันได้เร็ว ผู้ป่วยคนหนึ่งเคยบอกว่าเสียงของคนเป็นมะเร็งเป็นเหมือนเสียงตัวแทนของตัวเอง และญาติของผู้ป่วยคนนี้ก็เหมือนญาติที่ดูแลเขาอยู่ เช่น บอกให้กินๆๆๆ อยู่นั่นแหละ การเห็นภาพตัวแทนจะส่งผลกระเทือน ในกลุ่มเวลาโดนใจเขาจะขานรับพร้อมกันว่า “ใช่ๆๆ” แล้วบอกว่าเข้าใจแล้วว่าอีกฝ่ายคิดอย่างไร” อรทัยเล่า

“ญาติหรือผู้ดูแลมีความทุกข์เดียวกันคือการที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือตามที่ตนเองคาดหวัง บางทีญาติก็ไม่เข้าใจ บอกว่าเราทำดีขนาดนี้ ตั้งใจขนาดนี้ ทำไมพูดกับเราแบบนี้ ทำไมไม่กินของดีๆ ที่หามาให้ หรือเวลาอยู่กับคนอื่นพูดดี๊ดี ดูเข้มแข็งจังเลย พออยู่กับเราทำเป็นอ่อนแอ ทำไมไม่สู้ ทำไมไม่เข้มแข็ง พอได้ฟังผู้ป่วยเล่าถึงความรู้สึกต่อผู้ดูแลของตัวเองก็ได้รับฟังมุมมองหรือโลกในใจของผู้ป่วย ได้ตระหนักรู้ว่าบางทีความห่วงใยของตนเองก็สร้างทุกข์ให้คนป่วย เช่น บังคับให้เขากินเพราะคิดว่าเขาจะหิว ไม่กินจะไม่มีแรง ทั้งๆ ที่เขาอยากกินแต่กินไม่ได้เพราะร่างกายไม่รับ”

ผลลัพธ์หรือผลกระทบต่อผู้เข้ากลุ่มบำบัดแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน เนื่องจากแต่ละคนมีโจทย์และต้นทุนชีวิตที่ไม่เหมือนกัน บางคนอาจคลี่คลายประเด็นที่สงสัย บางคนอาจรู้ว่าจะเลือกรักษาแบบไหน แต่สิ่งที่ทุกคนจะได้รับคือพลังชีวิต เมื่อรู้ว่ามีคนเข้าใจและรับรู้ความทุกข์ของตัวเองผ่านการพูดคุยและแสดงความรักต่อกัน

เคล็ดลับนำกลุ่มให้สำเร็จ

การนำกลุ่มโดยผู้ร่วมกลุ่มรู้สึกพึงพอใจและได้รับประโยชน์ตามเป้าประสงค์ไม่ใช่เรื่องง่าย ยิ่งการนำกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทั้งร่างกายและจิตใจยิ่งยากกว่า อรทัยบอกว่า “ต้องใช้ทั้งศาสตร์ ศิลปะ และประสบการณ์” จากประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลมากว่าสิบปี เธอสรุปเคล็ดลับหรือปัจจัยแห่งความสำเร็จของผู้นำกระบวนการกลุ่มไว้ดังนี้

1. **มีศรัทธา** ศรัทธาว่าแต่ละคนมีภูมิปัญญาที่จะค้นหาทางออกให้ชีวิต แต่อาจมีกำแพงหรือเงาที่ทำให้มองไม่เห็น เราต้องวางใจว่าแต่ละคนมีกุญแจอยู่ในมือแล้ว ไม่อย่างนั้นเราจะไปหาคำตอบหรือข้อสรุปให้เขา หรือโน้มน้าวให้คนอื่นเชื่อเหมือนตัวเอง

2. **ช่างสังเกต** สังเกตว่ามีการโน้มน้าวกลุ่ม ดึงพื้นที่ หรือต่อว่าผู้อื่นแรงๆ หรือไม่ บางคนเข้ามากลุ่มมาแรกๆ อยากให้คนอื่นเชื่อแบบตัวเอง เราจะคอยบอกว่าประสบการณ์ของเราเป็นแค่หนึ่งประสบการณ์ ไม่สามารถใช้เป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของทั้งหมด พอมีคนพูดเรื่องของตัวเองก็จะบอกว่านี้คืออีกหนึ่งประสบการณ์นะ พอเตือนแบบมีศิลปะ เขาจะมีสติมากขึ้น

3. **เวทีนี้ไม่มีพระเอก** เวลาเปิดวงจะเริ่มบอกว่าทุกคนสำคัญและทุกคนเป็นครูและนักเรียน ถ้าวางตัวว่าเราสำคัญ ทุกคนจะโฟกัสที่ตัวเรา เราต้องเปิดพื้นที่ให้ทุกคน คนไหนที่ยังไม่ได้พูดหรือไม่กล้าพูดก็สนับสนุนและให้ความมั่นใจ ควรจัดที่นั่งเป็นวงกลม หากนั่งอยู่ข้างหน้าแล้วพูดไป มันอันตราย เพราะเดี๋ยวเขายึดเรา ต้องทำให้กลุ่มเป็นพื้นที่ที่เรียนรู้ซึ่งกันและกันจริงๆ ไม่ใช่พื้นที่คนมาเอาเราเป็นแบบอย่างหรืออยากหายแบบเรา

4. **จัดกลุ่มตามบริบท** การจัดกลุ่มผู้ดูแลและคนไข้ขึ้นอยู่กับบริบทและเวลา บางทีให้แยกกันเพราะบางเรื่องคนป่วยและญาติอยู่ด้วยกันแล้วพูดไม่ได้ เช่น เรื่องความทุกข์หรืออึดอัดใจ บางกรณีให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลนั่งคุยกันโดยมีเราเป็นคนกลาง กรณีที่มีเวลามากก็อาจแยกกลุ่มคนไข้และผู้ดูแล ไม่มีสูตรสำเร็จ ที่สำคัญท่ามกลางกลุ่มใหญ่จะเกิดกลุ่มย่อยโดยธรรมชาติ เช่น คนที่เป็นมะเร็งตับ หรือมีอาการของโรคคล้ายกันก็จะไปจับกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ซึ่งถือเป็นผลพลอยได้ของผู้เข้าร่วม

5. **เต็มใจเข้าร่วมกลุ่ม** ผู้เข้ากลุ่มต้องเต็มใจมา บางคนมาเพราะหมอหรือญาติบอกให้มา เมื่อเข้าร่วมกลุ่มมักแสดงท่าทีต่อต้านหรือเพิกเฉย เช่น ดูนาฬิกาบ่อยๆ หรือชวนผู้อื่นคุย ในฐานะผู้นำกลุ่มต้องใช้ทั้งศิลปะและประสบการณ์ บางทีมีคนคุยกันก็จะพูดแบบทีเล่นทีจริงหรือบอกตรงๆว่า “เราจะพูดเมื่อคนพร้อมที่จะฟัง” เขาก็เงียบและเริ่มสนใจ”

6. **เสริมกิจกรรมสัมผัสประสบการณ์ตรง** องค์กรที่จัดอบรมกลุ่มเพื่อดูแลคนป่วยมักใช้เวลาครึ่งวัน ซึ่งมักเป็นการพูดคุย แต่หากมีการจัดกิจกรรมที่ยาวขึ้น เช่น เวิร์กชอป 2 วัน จะมีกิจกรรมให้ผู้เข้าร่วมได้สัมผัสกับประสบการณ์ตรง เช่น การตั้งคำถามกับตัวเอง และฝึกทักษะดูแลสุขภาพ เช่น โยคะสำหรับผู้ป่วย

ตัวอย่างกลุ่มมะเร็งบำบัด

อรทัยมีส่วนเข้าร่วมกลุ่มมะเร็งบำบัดหลายกลุ่ม ตัวอย่างด้านล่างคือกลุ่มที่เธอเห็นว่าประสบความสำเร็จ ในเชิงสร้างการมีส่วนร่วมและมีประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วม มีความต่อเนื่องและพัฒนาไปสู่กลุ่มฝึกทักษะความรู้เพื่อดูแลสุขภาพกายใจในเชิงลึกได้

- **กลุ่มมาเล็งความสุข** เป็นกลุ่มสาธารณะที่พัฒนาจากกลุ่มมะเร็งในโซเชียลมีเดียมาเป็นกลุ่มที่เห็นหน้าค่าตากัน การนัดพบแต่ละครั้งจะมีผู้ป่วยและญาติเข้าร่วม 12-20 คน โดยมีการสมัครเข้าร่วมล่วงหน้า สมาชิกเป็นผู้กำหนดเวลาเริ่มต้นและจบกันเอง มักเจอกันประมาณ 10.00 - 15.00 น.
- **กลุ่มเยียวยาหลังความสูญเสีย** เป็นกลุ่มบำบัดสำหรับพยาบาลที่มีความทุกข์จากการให้บริการสุขภาพ เช่น เคยเห็นความตาย สมาชิกกลุ่ม 7-8 คน มีเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูและเยียวยาจิตใจจากความสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของตนเองและการสูญเสียคนไข้
- **กลุ่มเยียวยาด้วยรักและศรัทธา** เป็นกลุ่มบำบัดสำหรับผู้โรคเรื้อรังและญาติ จัดโดยโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ มีผู้เข้ากลุ่มครั้งประมาณ 20 คน ระยะเวลาครึ่งวัน เป็นกลุ่มที่พัฒนาไปสู่การทำอบรมปฏิบัติการ 2 วัน แต่ปัจจุบันยุติกิจกรรมเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายของโรงพยาบาล



กลุ่มมะเร็งบำบัด



Co-caring Space ชุมชนมะเร็งพลังบวก



ไอริล ไตรสารศรี ผู้ก่อตั้ง Art for Cancer by Ireal

Co-caring Space
ชุมชนมะเร็งพลังบวก

ศรินธร รัตน์เจริญขจร

บัณฑิตสาววัย 26 จากรั้วศิลปากรกำลังเตรียมตัวไปศึกษาต่อระดับปริญญาโท เธอเป็นนักกีฬาเทควันโดระดับรับถ้วยชนะเลิศมาหลายรายการ ชีวิตที่กำลังประสบความสำเร็จ สุขภาพแข็งแรง และกำลังก้าวเดินไปข้างหน้าตามแผนที่วางไว้ แต่ในช่วงเวลาที่เธอนัดเพื่อนฝูงเพื่อรำลาก่อนเดินทางไปเรียนต่อที่ประเทศอังกฤษ เธอกลับตรวจพบมะเร็งเต้านม แน่นอนว่าเธอคาดไม่ถึงและปฏิเสธ แผนชีวิตทั้งหมดพังลง เธอไม่เข้าใจและ “ร้องไห้อยู่ 4 วัน” แต่ก็นับว่าเธอ “ไอรีล ไตรสารศรี หรือ ออย” ยอมรับได้ในเวลาอันรวดเร็ว และลุกขึ้นมารักษาตัวเองตามกระบวนการ

ระหว่างการรักษาตัวด้วยการให้เคมีบำบัดนั้นเอง ที่เธอมองเห็นความทุกข์ของ “เพื่อนร่วมโรค” และอยากช่วยเหลือ โครงการระดมทุนผ่านงานศิลปะเพื่อผู้ป่วยมะเร็งยากไร้ในชื่อ “Art for Cancer by Ireal” จึงถือกำเนิดขึ้นบนเพจเฟสบุ๊ค ราวปี พ.ศ.2554

ความเข้าใจ

คุณไอรีลเห็นว่า การรักษามะเร็งตามกระบวนการของแพทย์แผนปัจจุบัน ใช้เวลายาวนาน การรักษาบางอย่างสร้างความทรมานทางร่างกาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชีวิตการงาน และโดยเฉพาะสภาวะจิตใจของผู้ป่วย บางรายอาจท้อแท้เลิกรักษากลางทาง บางรายประสบปัญหาค่าใช้จ่าย และบางรายเลือกวิธีการรักษาทางอื่น ดังนั้น ความเข้าใจ กำลังใจ ทุนทรัพย์ และข้อมูลที่ถูกต้อง จึงเป็นประเด็นหลักในการทำกิจกรรมของ Art for Cancer

ดังเช่น สมุดบันทึกพิชิตมะเร็ง (Survivor Planner) เครื่องมือดูแลตัวเองชิ้นหนึ่งของกลุ่มมะเร็งพลังบวก ได้รับการออกแบบโดยไอรีลและเพื่อนผู้ป่วยมะเร็ง ด้วยความเข้าใจในสภาวะของโรคและขั้นตอนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้บันทึกอาการ ผลข้างเคียง และอื่นๆ ขณะรับการรักษา เช่น บันทึกการเข้ารับเคมีบำบัดในแต่ละครั้ง ทั้งนี้ก็เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเอง และยังช่วยให้มีข้อมูลที่ถูกต้องในการสื่อสารกับแพทย์และผู้ดูแลอีกด้วย

สมุดบันทึกถูกออกแบบอย่างสวยงาม ให้เข้าใจง่าย สะดวกต่อการจดบันทึก สอดแทรกคำหรือประโยคที่เป็นกำลังใจให้กับผู้ป่วย ภาพประกอบสดใสสวยงาม ทั้งหมดก็ด้วยแนวคิดสร้างสรรค์ตามความถนัดของไอรีล ศิลปินจากรั้วมหาวิทยาลัยศิลปากร

กำลังใจ

กิจกรรมศิลปะบำบัด (Art Therapy) เป็นหนึ่งตัวอย่างของการส่งต่อกำลังใจให้ผู้ป่วยมะเร็ง กิจกรรมนี้ไอรีลจัดเดือนละครั้ง ร่วมกับนักศิลปะบำบัด (Art Therapist) สำหรับผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลศิริราช ไอรีลเล่าว่า “ศิลปะเป็นสื่อกลางให้เขาเปิดใจพูดคุยกัน เช่น การใช้สื่อรูปภาพ โดยให้ผู้ป่วยเลือกภาพที่มีความเกี่ยวข้องกับเขามากที่สุดแล้วแนะนำตัว ซึ่งในทางจิตวิทยาคนจะเลือกภาพอะไรที่เขาต้องเกี่ยวข้องหรือรู้สึกกับภาพนั้น คนก็จะได้ถ่ายทอดความรู้สึกออกมา และเป็นการปลดปล่อยความรู้สึกที่อยู่ข้างในจิตใจเขา ตัวอย่างเช่น การทำกิจกรรมครั้งหนึ่งมีคนหยิบรูปขึ้นมาเป็นรูปเด็กถือตะกร้าดอกไม้ แล้วเขาพูดมาสั้นๆ ว่าคิดถึงหลาน เพราะเขาอยู่ที่นี่นาน (พักรักษาตัวที่โรงพยาบาล) เขาก็จะร้องไห้ ดังนั้นกิจกรรมนี้ต้องสร้างพื้นที่ปลอดภัย ให้เขาได้ปลดปล่อย และเขากล้าพูดผ่านเครื่องมือที่เป็นศิลปะ”

กิจกรรมครั้งหนึ่ง ให้ผู้ป่วยทำหน้ากากพลังใจ ผู้ป่วยได้ลงมือทำงานศิลปะง่ายๆ และสะท้อนความรู้สึกของตนเองออกมาผ่านงานศิลปะ

ทุนทรัพย์

ไอรีลเห็นช่องว่างของการรักษาตามกระบวนการที่เธอก็ผ่านมาเช่นกัน แต่เธอมีโอกาสและช่องทางที่ไม่ขาดแคลนเหมือนผู้ป่วยบางราย สำหรับการรักษาที่ผู้ป่วยมะเร็งสามารถใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ แต่อาจจะมียาหรือการใช้เครื่องมือบางอย่างนอกเหนือสิทธิ์ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายอื่นที่สิทธิ์ครอบคลุมไปไม่ถึง เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร และสำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฉายแสงต่อเนื่อง เดินทางมาจากต่างจังหวัดพร้อมญาติ ปัญหาคือญาติผู้ป่วยไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับที่พักระหว่างการรักษาที่อาจใช้เวลาเป็นสัปดาห์

Art for Cancer จึงระดมทุนจากงานศิลปะภาพวาด ที่ไอรีลได้รับสนับสนุนจากเพื่อนศิลปิน และยังมีกิจกรรมระดมทุนอื่นๆ เป็นครั้งคราว เช่น รับวาดภาพเหมือนเป็นการ์ตูน จัดทำสมุดบันทึก planner ปฏิทิน เสื้อยืด ฯลฯ และจัดตั้งเป็นกองทุนเพื่อผู้ป่วยมะเร็งยากไร้ ไว้กับมูลนิธิ 3 แห่ง คือ ศิริราชมูลนิธิ มูลนิธิรามาธิบดี และมูลนิธิสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ทุนทรัพย์เหล่านี้นำไปมอบเป็นค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือสิทธิ์ดังกล่าวข้างต้น

ข้อมูลถูกต้อง

ช่องว่างของการรักษาอีกด้านที่ไอรีลค้นพบ เธอสะท้อนว่า “ต้องการสนับสนุนความรู้ที่ถูกต้อง เพราะเขา (ผู้ป่วย) อาจได้คุยกับหมอแค่ 3 นาที เขาเดินหันหลังมาจากหมอแล้ว แต่เกิดมีคำถามขึ้นมาอีก หรือว่าไปเจอปัญหาระหว่างทางแต่ต้องรอเจอหมออีกที อีก 3 เดือน แล้วก็ไม่รู้จะไปถามใคร ไป search หา Google แล้วก็ได้ข้อมูลผิดๆ บางทีคนไข้เลิกรักษาการแพทย์แผนปัจจุบัน ไปกินยาหม้อ ยาต้ม ไปรักษาเมืองจีน เราเข้าใจว่าเขาต้องขวนขวาย เพราะมันเป็นทางรอดของเขา แต่เราต้องหาช่องทางให้ความรู้เขาว่า การรักษาการแพทย์ปัจจุบันนี่เป็นทางหลักให้เขาได้รับข้อมูลเต็มที่ก่อนที่เขาจะไปรักษาแบบทางเลือก จริงๆ หมอไม่ได้ห้าม แต่เราอยากให้เขาได้รับข้อมูลทางหลักให้มันถูกต้องที่สุด หรือว่ามีแหล่งที่จะเข้าถึงข้อมูล”

ดังนั้น นอกจากไอรีล จะเป็นวิทยากรแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสอดแทรกข้อมูลความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอื่นในงานกิจกรรมต่างๆ แล้ว เธอยังเปิดพื้นที่พิเศษ ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องตามที่ตั้งเป้าไว้ ด้วยแนวคิด Co-Caring Space

ไอรีลสะท้อนความคิดว่า *“(ผู้ป่วยต้องการ) คนที่เข้าใจเขา เป็น support group เป็นที่พึ่งทางใจ ให้แนวทางที่จะรับมือกับมะเร็ง ที่จะอยู่กับมันได้อย่างไร ได้อย่างปกติสุข ต้องมีกลุ่มเราจึงหาเงินมาทำพื้นที่สนับสนุนผู้ป่วยมะเร็ง มีลักษณะเหมือนเป็น Co-caring space เมืองไทยไม่มี เมืองนอกมี โรงพยาบาลเราในไทย บุคลากรไม่พอ หมอพยาบาลไม่มีเวลา ผู้ป่วยจึงลุกขึ้นมาทำเอง เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยกัน เราอยากให้เขามาเจอกัน ทำกิจกรรมด้วยกัน”*

นอกจากชุมชนออนไลน์ของ “กลุ่มมะเร็งพลังบวก” ที่เปิดพื้นที่ตามแนวคิดดังกล่าวแล้ว ไอรีลยังอยากให้เกิดชุมชนที่มาพบปะเห็นหน้าตากัน พูดคุยแลกเปลี่ยนกัน โดยตั้งเป้าว่าจะจัดราว 4 ครั้งต่อปี โดยกิจกรรมที่เปิดพื้นที่ลักษณะนี้ คืองาน Cancer Friendsmacy เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2561 ซึ่งเป็นความร่วมมือกับโรงพยาบาลศิริราช มุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับพลังบวก ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการรับมือ การรักษา รวมทั้งมี workshop ให้เข้าร่วม คือ ศิลปะบำบัดทำการ์ดสีน้ำ และการจัดสวนขวด

ในปีต่อไป ไอรีลอยากให้ Co-caring space นี้ขยายตัวไปยังพื้นที่ต่างจังหวัด ให้เกิดกิจกรรมและการพบปะกันของผู้ป่วยมะเร็ง โดยส่งต่อความคิดให้กับพี่เลี้ยง (Mentor) ในทุกภูมิภาค

เมื่อล่วงเข้าปีที่ 6 ของ Art for Cancer (2561) ซึ่งเท่ากับระยะเวลาที่ไอรีลเป็นมะเร็ง และเธอสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทจากประเทศอังกฤษแล้ว ในวันนี้เธอพบว่าโรคยังไม่สงบลง เธอตรวจพบมะเร็งระยะแพร่กระจาย ที่เรียกได้ว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย รวมทั้งการได้พบเพื่อนร่วมงานคนสำคัญ คือ ศิรินทิพย์ ขัติยะกาญจน์ มาร่วมกันขับเคลื่อนกิจกรรมโดยเฉพาะในด้านการบริหารธุรกิจ จึงเป็นที่มาของการตั้งเป็น ธุรกิจเพื่อสังคม หรือ Social Enterprise (SE) ทั้งนี้เพื่อความคล่องตัวในการทำงานและศักยภาพในการระดมทุน ที่สำคัญไอรีลมองถึงความยั่งยืน เพราะระลึกเสมอว่า “อยู่ไม่รู้ถึงปีหน้าไหม ทำยังไงให้สิ่งที่ทำมายั่งยืน ไม่ตายไปกับเรา”

ข้อมูลอ้างอิง:

ไอรีล ไตรสารศรี ผู้ก่อตั้ง Art for Cancer สัมภาษณ์เมื่อ 23 พฤศจิกายน 2561









กิจกรรมศิลปะ
เพื่อผู้สูงอายุและ
ครอบครัว

เมื่อนกฮูก ไม่ยอมให้คำปรึกษา: กิจกรรมศิลปะเพื่อผู้สูงอายุและครอบครัว

ปองกมล สุรัตน์

กว่าจะเป็นผลงานศิลปะสักชิ้น หลายคนอาจคิดว่าต้องอาศัยพรสวรรค์ เวลา และความเป็นศิลปินนั่นอาจเป็นศิลปะในนิยามของสุนทรียะชั้นสูงหรือเรื่องของคนเฉพาะกลุ่ม แต่ในแง่หนึ่ง ศิลปะกับชีวิตมีโยงใยที่ผสานแนบแน่น เป็นกิจกรรมที่สะท้อนความงาม จินตนาการ และห้วงความคิด ทุกคนสามารถวาด ลาก ตวัด ระบาย ลงสี เพื่อสื่อสารความงามในแบบของตัวเอง บางครั้งศิลปะจึงถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือทำความเข้าใจตนเองและผู้อื่น เชื่อมโยงเรื่องราวชีวิต รวมทั้งความตาย

ดังเช่นภาพสีน้ำหลากสีสันกว่า 20 ภาพ จากปลายพู่กันของคนต่างวัยที่เข้าร่วมเวิร์คช้อปทำนิทานภาพเรื่อง “นกฮูกไม่ยอมให้คำปรึกษา” ที่จัดขึ้นโดยกลุ่ม Peaceful Death โครงการเผชิญความตายอย่างสงบ เจ้าของผลงานเป็นกลุ่มคนที่ไม่ได้มีพื้นฐานวาดภาพหรือลงสีน้ำอย่างจัดเจนมาก่อน พวกเขาคือคู่พ่อแม่และลูกหลายคู่ที่ชวนกันมาเปิดประสบการณ์ใหม่ๆ และเรียนรู้เรื่องความตายผ่านการเรียนศิลปะภาคปฏิบัติ จำนวน 4 ครั้ง

“นกฮูกไม่ยอมให้คำปรึกษา” เป็นชื่อของนิทานที่มีนกฮูกวัยชราเป็นตัวละครเอก นกฮูกเป็นที่ปรึกษาอาวุโสในป่าใหญ่ เป็นที่พึ่งของเหล่าสรรพสัตว์ แต่แล้ววันหนึ่งคุณตานกฮูกก็ล่ายหน้า ปฏิเสธที่จะให้คำปรึกษาใดๆอีกต่อไปเพราะป่วยระยะสุดท้าย สัตว์น้อยใหญ่ต่างพากันตกใจและหวาดหวั่นเหมือนขาดเสาหลักชีวิต ตอนจบของนิทานไม่มีบทสรุปตายตัว ขึ้นอยู่กับการแต่งเรื่องของผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่จะตกลงร่วมกัน

คุณเอกภพ สิทธิวรรณธนะ หนึ่งในผู้จัดกิจกรรมกล่าวว่า *“ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและคนในครอบครัว เป็นคีย์สำคัญในการดูแลในช่วงท้ายๆของชีวิต เวลาคุณภาพ เป็นตัวที่ช่วยเรื่องความสัมพันธ์ที่ดีได้ เราเลือกใช้กิจกรรมศิลปะ เพราะมันเป็นทำให้ผู้สูงอายุและคนในครอบครัวได้ใช้เวลาอยู่ร่วมกันเป็นเวลานานได้ เป็นจุดเชื่อมโยงระหว่างวัย ตัวนิทานเองเป็นเนื้อเรื่องที่เราสามารถเติมเนื้อหาลงไปได้ ในที่นี้เราก็เติมเนื้อหาเรื่องคุณค่าผู้สูงอายุ เรื่องการวางแผนก่อนตาย เรื่องความสัมพันธ์ที่ดี เรื่องการตายอย่างสงบ ซึ่งมันทำให้เกิดการสนทนา*

ในระหว่างทำนิทานระหว่างคนรุ่นพ่อแม่กับรุ่นลูก กระบวนการระหว่างทำนิทานทำให้ได้คุยเรื่องความตาย เพราะมันมีตัวละครที่กำลังจะตาย ผู้สูงอายุและคนในครอบครัวก็ต้องคิดแล้วว่าจะทำยังไงกับตัวละครตัวนี้และตัวอื่นๆดี เราสามารถอาศัยทัศนคติที่เราได้คุยกับพ่อแม่ในเรื่องนี้ระหว่างทำนิทาน เป็นตัวสนทนาในเวลาที่อาจต้องเผชิญความเจ็บป่วยด้วยกันในอนาคต อีกอย่างคือ ช่วงเวลาที่ทำงานศิลปะเป็นช่วงความทรงจำที่ดีของคนในครอบครัว"

ดนตรีทำนองบอสซ่าดังเคล้าเสียงเม็ดฝนกระทบหน้าต่าง บรรยากาศจูงใจให้จรดพู่กันอย่างต่อเนื่อง มือและตาสอดประสาน แต้มสีอย่างตั้งใจ ช่วงเวลานี้ ผู้สูงอายุและคนในครอบครัวได้ทำงานร่วมกันจริงๆจังๆ เป็นบทบาทที่หลายครอบครัวอาจไม่ค่อยได้แชร์ช่วงเวลาแบบนี้มาก่อน กิจกรรมดำเนินผ่านการลากเส้น ลงสี ผลัดกันเล่านิทาน นอกจากสุนทรียะในการสร้างงานศิลปะด้วยตัวเอง ผลัดกันให้ความเห็นและชื่นชมระหว่างครอบครัว ผู้เข้าร่วมยังถูกชวนให้คิดเรื่องความตาย ความพลัดพรากสูญเสีย การปล่อยวาง ซึ่งเป็นเนื้อหาที่แฝงในนิทานฉบับสมบูรณ์ที่สร้างมากับมือ ตบท้ายด้วยการถอดบทเรียนที่เชื่อมถึงความตาย ซึ่งเป็นประเด็นที่คนในครอบครัวอาจไม่มีจังหวะเหมาะที่จะคุยกัน การเรียนรู้เรื่องความตายโดยสร้างสรรค์นิทาน เป็นจินตนาการที่เชื่อมโยงกับความจริงของชีวิต จะมองให้ดี เราต่างก็เป็นนกฮูกหรือสรรพสัตว์รอบข้างนั่นเอง

ศิลปะเพื่อผู้สูงวัยในต่างประเทศ

กิจกรรมศิลปะเช่นนี้เกิดขึ้นในหลายประเทศ เช่น ประเทศอังกฤษ บุคลากรทางการแพทย์ และ สถาบันผู้สูงอายุแห่งอ็อกซ์ฟอร์ด ร่วมมือกับหอศิลป์ Dulwich Picture Gallery ในลอนดอน และเครือข่ายกว่า 65 ชุมชน เปิดเวิร์คช้อปศิลปะเพื่อผู้สูงอายุชื่อว่า "Good Times" ตั้งแต่ปี 2005 ด้วยเล็งเห็นว่างานศิลปะจะก่อเกิดประโยชน์ต่อคนสูงวัยในหลายๆด้าน ทั้งคลายความเครียด มีคุณภาพกายและคุณภาพจิตที่ดี นอกจากนี้ยังขยายการอบรมไปยังกลุ่มผู้สูงวัยที่เป็นโรคซึมเศร้าและอัลไซเมอร์ รวมทั้ง มีช่วงเรียนศิลปะร่วมกันของคนหนุ่มสาวและผู้สูงอายุในชุมชน (Intergenerational Creative Workshops) อีกด้วย

ส่วนในสหรัฐอเมริกา มีองค์กรชื่อว่า ARTS by the People เป็นองค์กรไม่แสวงหาผลกำไรที่ทำกิจกรรมสาธารณะกับผู้สูงอายุและเยาวชน โดยใช้ศิลปะเป็นเครื่องมือสร้างพลังผ่านการแสดงตัวตน (Self-Expression) สร้างชุมชนสำหรับคนที่สนใจงานศิลปะหลากหลายกลุ่มและเชื่อมรอยต่อระหว่างวัย มีศิลปินที่เชี่ยวชาญศิลปะแต่ละสาขามาสอนให้โดยไม่คิดเงิน เพื่อให้

ทุกคนสามารถเข้าถึงคลาสเรียนกว่า 40 คลาสได้อย่างเท่าเทียม และเปิดเวิร์คช้อปในที่สาธารณะ เช่น โรงเรียน สตูดิโอศิลปะ ร้านหนังสือ ร้านกาแฟ ศูนย์บริการผู้สูงอายุ โดยศิลปะที่สอนมีหลายประเภท เช่น วาดภาพสีน้ำ แต่งบทกวี ถ่ายภาพ ทำภาพยนตร์สั้น เต้นประกอบเรื่องราว จัดดอกไม้ ทำเครื่องประดับ เป็นต้น

ตัวอย่างกิจกรรมที่กล่าวมา ทำหน้าที่ส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุและเชื่อมโยงกลุ่มคนระหว่างวัยเช่นเดียวกับกิจกรรมวาดภาพประกอบนิทานนกฮูกไม่ยอมให้คำปรึกษา โดยอาจมีเป้าหมายที่แตกต่างกันตามกิจกรรม สำหรับนิทานนกฮูก เป็นกิจกรรมที่เน้นการใช้เวลาคุณภาพร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุกับคนในครอบครัว เมื่อรวมกันหลายครอบครัวและรวมผู้จัดกิจกรรมก็กลายเป็นชุมชนเล็กๆ ที่ใช้เวลาช่วงหนึ่งแบ่งปันความงามและรอยยิ้ม โดยสื่อสารเรื่องความตายผ่านภาษาภาพและเรื่องเล่า ความตายในมุมนี้มีแง่งามอ่อนโยน ให้ความรู้สึกเชิงบวก ผู้สูงอายุได้ออกมาทำกิจกรรมนอกบ้านในบรรยากาศผ่อนคลาย สร้างสรรค์ ดังเสียงสะท้อนของผู้ร่วมกิจกรรมที่กล่าวในช่วงสรุปบทเรียนว่า

“เราเห็นแง่มุมของพ่อ ที่ปกติเขาไม่ค่อยเป็นอย่างนี้ เขาหัวเราะ ผ่อนคลาย เรามีความสุขที่ทำให้พ่อหัวเราะ เห็นความน่ารักของเขา เห็นพรสวรรค์ของพ่อ”

“ได้พาแม่มาพักผ่อน ได้เรียนสีน้ำแล้วรู้จักเพื่อนใหม่ เราได้เห็นแม่ในสังคมที่ต่างจากเดิม”

ศิลปะเป็นกิจกรรมที่ทำด้วยกันได้ในครอบครัวและหลายช่วงวัย ขยายไปสู่ชุมชน เป็นสื่อกลางสร้างบทสนทนา เปิดพื้นที่อิสระ และประยุกต์ใช้ให้เกิดผลลัพธ์ได้หลายอย่างทั้งในมิติกาย ใจ ความสัมพันธ์ และการเตรียมตัวตาย

หมายเหตุ:

บันทึกเหตุการณ์จากกิจกรรมวาดนิทานภาพ นกฮูกไม่ยอมให้คำปรึกษา โดยกลุ่ม Peaceful Death ณ ร้าน Present Moment จัดกิจกรรมวันที่ 17, 19, 24 และ 6 กันยายน 2561

เอกสารอ้างอิง:

เอกภพ สิทธิวรรณธนะ. นักจัดการความรู้ กลุ่ม Peaceful Death. (สัมภาษณ์, 24 กันยายน 2561)

ARTS by the People. (2018). Arts Programs for Senior Citizens. Retrieved September 24, 2018, from http://artsbythepeople.org/site/arts-programs-for-senior-citizens/

Harper, Sarah.; & Hamblin, Kate. (2010). Oxford Institute of Ageing Report Good Times: Art for Older People at Dulwich Picture Gallery. Retrieved September 24, 2018, from https://www.ahsw.org.uk/userfiles/Evidence/This%20Is%20LivingGood%20Times%20A rt%20for%20Older%20People-1.pdf

กว่าจะมาเป็นชุมชนไอซียู...I SEE U

ภัสน์วจี ศริสุวรรณ์

ผู้เขียนมีโอกาสเข้าร่วมงาน I SEE U contemplative care #1 เมื่อวันที่ 15 กันยายน 2561 ที่ผ่านมา งานนี้เผยให้เห็นความเป็นชุมชนของผู้สนใจเรื่องชีวิตและความตายที่เข้มแข็งและอบอุ่น ชวนสนใจและสงสัยว่าเหตุใดชุมชนนี้จึงก่อเกิดขึ้นและดำรงอยู่ได้อย่างมั่นคง ทั้งๆ ที่เป็นเรื่องความเจ็บป่วยและความตาย ซึ่งคนส่วนใหญ่มองว่าไม่น่าอภิรมย์นัก

ผู้ที่จะฉายภาพการเกิดขึ้นและดำเนินไปของกลุ่ม I SEE U ได้ชัดเจนที่สุดคือ อรุณชัย นิติสุพรรัตน์ หรือ “พี่ชัย” ชายผิวขาวท่าทางคล่องแคล่วผู้มีใบหน้าฉายรอยยิ้มส่งมิตรภาพอยู่เป็นนิตย์ และเป็นชายท่าทางอ่อนโยนที่อยู่ในคลิปวิดีโอเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ฉายรอเวลาเริ่มกิจกรรมนั่นเอง

เขาคือผู้ได้รับแรงบันดาลใจจากการพบปะกับพระครรชิต อกิญจโน เจ้าอาวาสวัดวีรวงศาราม อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ผู้ริเริ่มโครงการส่งเสริมบทบาทพระสงฆ์ โรงพยาบาล และชุมชนในการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้าย ที่เขาเรียกขานว่า “พระอาจารย์” และต่อมาก็ปวารณาตัวทำงานสร้างกลุ่มไอซียูที่ให้ความรู้ชาวเมืองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จนกลายเป็นชุมชนที่ฉันเห็นในวันนี้

ฉันพูดคุยกับพี่ชัยในช่วงหลังเลิกงานระยะเวลาประมาณหนึ่งชั่วโมง เพื่อฉายภาพอดีต อนาคต และปัจจุบันทั้งของ “พี่ชัย” ในฐานะหัวเรือใหญ่ของกลุ่ม และกลุ่มไอซียู รวมทั้งปัจจัยความสำเร็จที่ทำให้กลุ่มไอซียูเป็นที่อยู่จักภายในเวลาไม่นานนัก และยังสร้างชุมชนที่ใกล้ชิดและเข้มแข็งถึงปัจจุบัน

ความคิดเปลี่ยน ชีวิตเปลี่ยน

ก่อนหน้านี้เป็นเจ้าของธุรกิจส่วนตัว หลังเจอพระอาจารย์ครรชิตก็คิดว่า สิ่งที่เราทำอยู่คือการหาเงินเพียงอย่างเดียวไม่ใช่คำตอบของชีวิต จึงตัดสินใจเลิกทำธุรกิจเพื่อมาดูแลพ่อ ตอนนั้นพ่ออายุ 99 ปี แล้ว การใช้ชีวิตเต็มที่กับพ่อ เป็นช่วงสามปีสุดท้ายที่มีคุณค่ามาก

ปกติปฏิบัติธรรมก็คือปฏิบัติธรรม ดูแลพ่อก็ดูแลพ่อ แต่นี่เอาการเจริญสติมาใช้กับการดูแล พ่อเป็นคนอายุยืน แข็งแรง และดูแลตัวเองดี แต่เราก็ได้เรียนรู้ว่ามันไม่พอ ชุดความรู้นี้ (จากพระอาจารย์) เอามาใช้ดูแลพ่อได้ดีมากขึ้น ได้ตอบโจทย์เราและพ่อมากขึ้น

พอพ่อเสียไปอย่างงดงาม ก็ยิ่งมั่นใจว่าสิ่งนี้ใช่ ไม่มีความลังเลสงสัยอีกต่อไป สำหรับคนๆ หนึ่งถ้าต้องเสียชีวิตไป ควรจะได้รับสิ่งเหล่านี้ ถ้าเราไม่เจอพระอาจารย์ครรชิตเราก็อาจทำได้ระดับหนึ่ง แต่พอมาเจอพระอาจารย์ และอาจารย์กำพล (ทองบุญนุ่ม) เราก็ได้เรียนรู้ ได้เข้าใจเรื่องราวก่อนเสียชีวิตของคน และเราควรมีความสัมพันธ์กับเขาแบบไหนอย่างไร ก็เลยทำให้มั่นใจมากขึ้นและเป็นแรงบันดาลใจว่าจะทำภารกิจเหล่านี้

จากภูมิภาคสู่เมืองกรุง

กิจกรรมแรกๆ คือการตามพระอาจารย์ครรชิตไปกิจกรรมในโครงการพระสงฆ์ในโรงพยาบาลชุมชน เวลาเราไปจัดอบรมให้กับทางโรงพยาบาล ต้นสังกัดจะรวมเอาอสม.(อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน) และพระสงฆ์เข้ามา เขาก็จะจัดแบบเป็นวาระเสียส่วนใหญ่ สมมติว่าได้ 80 คน วันสุดท้ายก็จะเหลือ 30 คน ซึ่งเราก็ทำไป

ตอนแรกไม่ได้คิดว่าจะมาไกลขนาดนี้ คิดว่าทำงานตามที่พระอาจารย์บอกมา แต่หลังๆ มาพอทำตามภูมิภาคก็รู้สึกว่าเราเป็นคนเมือง เราไม่มีอสม. และกรุงเทพไม่มีบริบทของชุมชนหลงเหลืออยู่ในแล้ว เราก็เลยอยากจะทำอะไรให้คนกรุงเทพ เพราะเราเป็นคนกรุงเทพ เรายังประสบความสำเร็จกับการดูแลพ่อเราได้ คิดว่าคนกรุงเทพน่าจะทำได้

แล้ววันหนึ่งเราไปประชุมกับหอจดหมายเหตุพุทธทาส อินทปัญโญ (สวนโมกข์กรุงเทพ) เรื่องจัดงานจิตตนคร (พ.ศ.2557) เมื่อรู้ว่าทางสวนโมกข์กรุงเทพฯ เปิดให้องค์กรอื่นไปทำกิจกรรมได้ ก็เลยถามพระอาจารย์ว่าเอามั้ย พระอาจารย์ตอบว่า *“ดีสิ”*

“ผมไม่มีใครเลยนะ มีอยู่คนเดียว” คุณอรุณชัยว่า

“ไม่เป็นไร เดี๋ยวพระอาจารย์ช่วย”

แล้วท่านก็เชิญทีมงานจากต่างจังหวัดมาช่วยจัดงาน เราจึงเห็นว่าถ้าจะขับเคลื่อนคนกรุงเทพก็ต้องสร้างทีม นั่นเป็นที่มาของกลุ่มไอซียู



อรุณชัย นิติสุพรรัตน์ ผู้ประสานงานกลุ่ม I SEE U





กิจกรรมเยี่ยมผู้ป่วยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของกลุ่ม I SEE U

จิตอาสา...มากกว่าช่วยเหลือผู้อื่นคือขัดเกลาตัวเอง

ผมได้ไปอบรมหลักสูตรวิทยากรกับธนาคารจิตอาสา พอมาโฟกัสเรื่องการสร้างทีม ผมได้กระบวนการการสร้างทีมมาจากธนาคารจิตอาสาล้วนๆ เลย มีชุดเครื่องมือต่างๆ ที่ทำให้การทำงานจิตอาสามีความหมายมากกว่าแค่การไปช่วยเหลือคนอื่น แต่กลับกลายเป็นการฝึกขัดเกลาตัวเอง มันเป็นการปฏิบัติธรรมในรูปแบบของจริง ไม่ใช่รูปแบบเข้าคอร์สปิดวาจา อันนี้ไดนามิคมาก

เราก็ขอพระอาจารย์เอาเครื่องมือเหล่านี้แทรกซึมเข้าไปในคอร์สปฏิบัติธรรมของพระอาจารย์ด้วย ซึ่งตอนหลังก็เลยกลายเป็นหลักสูตร “ธรรมะรักษาใจผู้ป่วย” ตอนนี้มีครั้งที่ 8 แล้ว จัดปีละ 2 ครั้งที่เราเป็นเจ้าภาพเอง ส่วนคนอื่น เช่น ยุวพุทธ การบินไทย หรือเอกชนที่อยากเป็นเจ้าภาพ หาคนมาอบรมได้ เราก็ยินดีไป มีพระอาจารย์ (ครรชิต) พี่เกื้อ (เกื้อจิตร แขรัมย์) และจูน (พท.ผศ.ดร. จิตรวีณา มหาคีตะ) เป็นทีมงาน แล้วค่อยๆ สร้างทีมมาเรื่อยๆ

จากเริ่มต้นที่เราคิดว่าเราอยากไปช่วยผู้ป่วย ตอนนี้ I SEE U กลายเป็นสังฆะการเรียนรู้ในการเป็นผู้ให้อย่างถูกต้อง เป็นผู้ให้ที่ไม่ลุกล้ำพื้นที่อีกฝ่ายหรือทำให้เขาด้อย หรือเขาไม่ต้องการ มันเป็นวิถีที่เราคิดว่าเป็นอริยะ ที่เราไม่ได้จากการปฏิบัติธรรมในรูปแบบเดิมๆ ตามสถานปฏิบัติธรรม

ถ้าเป็นปฏิบัติธรรมรูปแบบเดิมๆ เราก็จะมาฝึกฝนขัดเกลาเฉพาะตน แต่ยังไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้คน ซึ่งเป็นความจำเป็นของชีวิต เราก็ได้เรียนรู้จากการเยี่ยมผู้ป่วยนี่แหละว่าการที่คนหนึ่งจะไปปลีกวิเวก ไม่ได้หมายความว่าคนนั้นละได้แล้วนะ บางทีเหมือนเป็นการหนีปัญหา มันทำให้ I SEE U มีความหมายรอบด้านมาก มันทำให้เราเข้าใจชีวิตของตัวเองและคนอื่น เป็นพลวัตที่เรารู้สึกว่าโชคดีที่ได้มาอยู่ตรงนี้ สามารถทำให้คนอื่นเห็นด้วยและอยากทำตาม

"ตีเหล็กตอนร้อน" จุดแข็งไอซียู

จุดเด่นของเราคือหลังอบรมไปแล้วเราจะไม่ทิ้ง บางทีหลังอบรมไปแล้วหนึ่งเดือนผ่านไปก็ค่อยๆ หายไป กลับไปอยู่แบบเดิม แต่เราค่อยๆ เปิดพื้นที่ทำงานและให้คนที่อบรมเหล่านี้ได้มาฝึกฝนอย่างเป็นประจำ ซึ่งเริ่มต้นจากที่ผมไม่รู้เรื่องอะไรเลย และไม่มีคอนเนกชั่นกับโรงพยาบาลที่ไหนเลย จนตอนนี้เรามีเครือข่าย 6 โรงพยาบาลที่ให้เราเข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยได้

การเรียนรู้จากในคอร์สก็ส่วนหนึ่ง แต่ถ้าเราไม่เอาไปทำ มันก็ไม่เปลี่ยนแปลง (Transform) เขาก็ยัง “ชั้นรู้ดี แต่ชั้นทำไม่ได้” การที่เราพาไปเยี่ยมคนป่วย เขาก็จะได้รู้ว่าสิ่งที่เขารู้ เวลาไปเจอหน้างานแล้วเขาพลาดตรงไหน ไปเยี่ยมเสร็จแล้วก็จะขอการบ้านให้เล่าเรื่องหน่อยว่าวันนี้แล้วได้อะไรมา ซึ่งตรงนี้ใครอยากทำก็ได้ ตามกำลัง เราเห็นพลังของการเล่าเรื่อง

คอร์สอบรมหนึ่งมีคนเข้า 40 คน ส่วนใหญ่จะมาเยี่ยมไข้เกือบหมด แต่อาจจะเป็นครั้งเดียว แล้วเป็นผู้สังเกตการณ์ไป แต่ละคอร์สจะได้สายแข็ง 5-10 คน ปีหนึ่งอาจได้ตัวจริงเสียงจริง 20 คน พอเริ่มมีกิจกรรมต่อเนื่อง นอกจากเยี่ยมผู้ป่วยยังมีประชุมครึ่งปี และ I SEE U STRONG สำหรับต่อยอดให้คนที่แข็งขันมีกิจกรรมทำร่วมกัน เช่น ทำเวิร์กชอปเรื่องความสัมพันธ์

เราจะปั่นให้ไม่หยุด ไม่ให้ตก (หัวเราะ) ถ้าเราเจอสายแข็งแล้ว ทิ้งไปจะเสียของ “ต้องตีเหล็กตอนร้อน” สมมติเราอบรมแล้วทิ้งช่วงอีก 2-3 เดือนมาเรียก มันห่างและผ่านไปแล้ว หลัง ๆ เราเริ่มมีโรงพยาบาลที่เราเชื่อมโยงได้ เราเอาเรื่องราวต่างๆ มาไว้ในห้องไลน์ปิด ทำให้มีพลังขึ้นมา ทำให้เขาไม่อยากทิ้งไป ในห้องไลน์มีประมาณ 200 คน คนที่แลกเปลี่ยนมีน้อย ส่วนใหญ่เป็นผู้สังเกตการณ์ แต่พอมีงานกิจกรรม เขาก็มาเข้าร่วม ก็เริ่มกลายเป็นชุมชน

"เปิดพื้นที่" และ "วางใจ"

มีหลายปัจจัยที่ทำให้ไอซียูเกิดขึ้น แต่หลักๆ เลยคือทุกคนที่กำลังอยู่ในช่วงการค้นหาตัวเอง ตั้งคำถามกับตัวเอง พอเขาได้มาสัมผัสได้เรียนรู้กระบวนการ เหมือนเขาได้มาอยู่ในพื้นที่ที่เขาสามารถเป็นตัวของตัวเองได้และไม่ถูกเร่งรัดว่าจะต้องเป็นอะไรในวันสองวัน เราไม่คาดหวังว่าทุกคนจะต้องแอคทีฟ ต้องมาเยี่ยมคนป่วยกับเรา

สิ่งสำคัญคือเราวางใจถูก ถึงแม้จะหลงทิศหรือพลาดบ้าง แต่เราวางใจถูก เราจะกลับมาได้ เช่นงานนี้ที่จัดเป็นครั้งแรก ถ้าเป็นเมื่อก่อนผมคงจะเครียดมาก แต่งานนี้ผมฝึกตัวว่าจะถอยออกมา ให้น้องๆ เขามีบทบาท ซึ่งยากสำหรับผม ผมเป็นลักษณ์ 3 (นพลักษณ์) ต้องสำเร็จแบบเลิศ เน้นประสิทธิภาพ

งานนี้ผมก็ต้องทำงานกับตัวเอง ถ้าเราทำงานแบบที่เราวางใจว่าเราจะเรียนรู้กับมัน จะไม่เอาผิดเอาถูก เราไม่ทิ้งประสิทธิภาพแต่ถ้าเราวางใจว่า “ไม่เป็นไร” “ผิดได้” บอกกับน้องๆ และตัวเองว่า “ไม่ต้องกลัวผิดเลยนะ ถ้าผิดมันน่ารักมากเลย” แล้วเราก็ได้ฝึก

จากเมื่อก่อนที่เราเป็น One Man Show ทำอยู่คนเดียวเพราะเรามั่นใจว่าฉันเก่ง ฉันดี ฉันถูก วันนี้ก็ได้เรียนรู้ตรงนี้ นี่ครับผมคิดว่ามันเป็นเคล็ดลับอันหนึ่งที่ทำให้ I SEE U มาถึงวันนี้ ให้เขาผิดเหมือนที่เราก็เคยผิดเหมือนกัน เมื่อก่อนเรามาไม่ถึงตรงนี้เพราะเราไม่ยอมรับ ไม่ยอมให้ความผิดพลาดเกิดขึ้น เพราะฉะนั้นเราจะเครียดและเอาจริงเอาจังมาก แต่วันนี้เรารู้แล้วว่าการได้ผิดมันเจ๋งกว่า

ภารกิจอนาคต...อยากเห็นคนรักกันเป็น

เราทำ “คอร์สเปลี่ยนชีวิต” เพราะในอนาคตอยากเห็นคนรักกันเป็น อยากเห็นคนมีโอกาสสื่อสารกันด้วยใจอย่างแท้จริง ซึ่งถึงจุดหนึ่งเราพบว่ามันง่ายมาก เราคิดว่าใช้เวลาสามวัน เราสามารถพาเขามาถึงหน้าประตูที่จะเปิดหัวใจเขาได้ เราสำเร็จแล้วที่ทำให้คนๆ หนึ่งรักตัวเองได้ ไม่ต้องป่วยก็ได้ แค่ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวที่ยังไม่ป่วย ทุกวันนี้ก็ยังมีงอนกันอยู่ โกรธกันอยู่ และสื่อสารกันไม่เป็น ซึ่งเรามองว่านี่คือเส้นทางที่เขาจะพากันไปถึงจุดจบ จะเห็นว่าจุดจบแล้วจะยากหรือง่าย

พระอาจารย์ไพศาลบอกว่า “อยู่อย่างไงก็ตายอย่างนั้น” ถ้าวันนี้คุณยังไม่โอเค ตอนนี้เป็นแบบนี้ แล้วความซับซ้อนระหว่างทางจะเพิ่มมากขึ้น ถ้าคุณไม่รู้จักถอยไปตั้งหลักหรือรู้ตัวว่าตอนนี้ไม่ใช่นะ ถ้าไม่มีใครมาทำให้เขาเห็นเขาก็ยังคิดว่าเขาถูกเขาดี ฉันทำดีที่สุดแล้ว แต่มันไม่ใช่นะ สามวันนี้เราทำให้คุณรู้ว่าที่คุณเข้าใจว่าทำดีที่สุดแล้ว มันยังมีดีกว่านี้อีกนะ

แก่นหลักในการอบรมสามวันคือเรื่องสติที่เราไม่ได้พูดแบบภาษาพระ เป็นเรื่องความสัมพันธ์ ในส่วนของพระอาจารย์พูดเรื่องการเจริญสติแบบภาษาบ้านๆ เข้าใจง่ายๆ สามารถเอาไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

“คอร์สเปลี่ยนชีวิต” เป็นเหมือนฟอรัมที่เขาขายกันคอร์สฟอร์มเป็นหมื่น แต่ว่าเราจัดฟรี คนไปฟอรัมบอกว่ามันเลิศมันดี แต่อีกสองเดือนก็กลับเข้าสู่ความเคยชินเดิม แต่ของเรา เราไม่ให้คุณล้มเลิกไปง่ายๆ เราจัดบริการหลังการขายให้ด้วย

องค์กรที่ไม่ขาด(เงิน)ทุน

ครั้งแรกผมเคยเป็นเจ้าภาพจัดพระมาเทศน์หนึ่งวัน ผมก็รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งก้อน จนพระอาจารย์เป็นห่วง แต่เรารู้สึกว่าไม่ได้เบียดเบียนตัวเองมาก ครั้งที่ 2 3 4 มันก็ค่อยๆ ไปของมันเอง ตอนนี้เราขายเสื้อ เป็นวิทยากรก็เอาเงินค่าวิทยากรเข้ามาไว้ในกองทุน ตอนนี้กองทุนก็ใหญ่จนสามารถพิมพ์หนังสือแจกฟรีได้ 7,000 เล่ม (เกื้อจิตร แขรัมย์ พยาบาลผ่าทางตัน)

ตอนนี้เงินขายเสื้อและเงินทุกบาททุกสตางค์ก็ใช้อย่างคุ้มค่ามาก เรารู้จักคุณค่าของมัน มันจะไม่มีทางหมด ทุกวันนี้เราไม่ต้องไปบอก มีแต่คนมาให้ เราวางท่าทีที่จะไม่ปฏิเสธ แต่ไม่รับเงินมากเสียจนทำให้เราลำบากใจ

ที่เขาบอกว่ายิ่งให้ยิ่งได้นี่มันเป็นอย่างนี้เอง ถ้าเราไปกำหนดเราจะได้แค่นั้น แต่ถ้าเราไม่กำหนดมันจะมาแบบนั้นทุกครั้ง ก็เลยยิ่งทำให้เรามั่นใจกับเส้นทางนี้ ส่วนในอนาคตมีโครงการธุรกิจเพื่อสังคม (Social Enterprise) ที่เชื่อมโยงกับการเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อหารายได้เข้าองค์กร ซึ่งค่อยคุยกันโอกาสต่อไป





โครงการสุขสุดท้ายที่ปลายทางชีวิต ....กลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำ จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำ จิตอาสาแบบส่งตรงถึงบ้าน

ภัสน์วจี ศริสุวรรณ์

“จะตายก็ไม่เสียดายชีวิต” ยายนง หญิงชราที่ป่วยติดเตียงร้องบอก เมื่อคณะของเราซึ่งประกอบด้วยจิตอาสาเมืองน้ำดำและเจ้าหน้าที่เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ไปเยี่ยมบ้าน เธอลุกขึ้นนั่งเกาะขอบเตียงแล้วร้องเพลงลูกทุ่งเพลงโปรดให้ฟังรวมสามเพลง

ก่อนหน้านี้เธอเป็นผู้ป่วยติดเตียงที่เหงาหงอย ตราบเมื่อกลุ่มจิตอาสาเดินทางมาเยี่ยมบ้านและพบว่าหนึ่งในความฝันของเธอคือการไปประกวดร้องเพลงลูกทุ่ง “ไมค์ทองคำ” พวกเขาทำให้ความฝันของเธอเป็นจริงด้วยการเชิญชวนเพื่อนจิตอาสามาเขียนฉาก บันทึกเสียง และตัดต่อคลิปวิดีโอราวกับเธอได้ไปประกวดร้องเพลงจริงๆ

วันถ่ายทำยายนงยิ้มจนหลานสาวกระซิบบอกผู้เป็นแม่ว่า “วันนี้ยายยิ้มแบบมีความสุขอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน” และเมื่อเห็นคลิปที่โพสต์ในยูทูป ยายนงถึงกับอุทานคำว่า “จะตายก็ไม่เสียดายชีวิต”

นี้เป็นเพียงหนึ่งตัวอย่างการทำงานในโครงการสุขสุดท้ายที่ปลายทางชีวิตของกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำ จังหวัดกาฬสินธุ์

หลังทำกิจกรรมร่วมกันตลอดสองวัน ทั้งการอบรมอาสาสุขสุดท้ายที่ปลายทางชีวิตผ่านกิจกรรมเกมไพ่ไขชีวิต ร่วมกับเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชนที่สนใจกว่าร้อยคน และลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วย ฉันนั่งสนทนากับสมาชิกกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำกลุ่มใหญ่ในร้านกาแฟแห่งหนึ่ง พวกเขาเปิดเผยความเป็นมาและกิจกรรมของกลุ่ม ซึ่งเป็นที่มาของบทความชิ้นนี้

ต่อยอดงานจิตอาสา...
จากคนตายสู่คนเป็น จากผู้ยากไร้สู่ผู้ป่วย

งานของกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำเริ่มต้นขึ้นเมื่อสิบปีที่แล้ว จากงานอาสาสมัครช่วยเหลือผู้ประสบภัยและผู้ยากไร้ด้วยการระดมเงินบริจาคโครงการ ‘อุ่นกายไม่หนาวใจ’ จากนั้น ร่วมกันอาสาจัดงานศพแก่ศพไร้ญาติและยากจนใน ‘โครงการจุติสุขาวดี’ จนเมื่อปีที่แล้วเมื่อจิตอาสาคนหนึ่งมีดำริว่า ทางกลุ่มควรขยายการทำงานไปสู่กลุ่มผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือที่ยังมีชีวิตอยู่ จึงนำมาสู่โครงการอาสาสร้างสุขสุดท้ายที่ปลายทางชีวิต ที่มีเป้าหมายเพื่อดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยไม่เลือกฐานะ เพราะผู้ป่วยทุกคนล้วนต้องการการดูแลเอาใจใส่

กิจกรรมแรกของโครงการนี้คือการจัดอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการเผชิญความตายอย่างสงบระยะเวลา 3 วัน โดยมีสมาชิกกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำ และเจ้าหน้าที่เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ และผู้สนใจทั่วไปเข้าอบรม จากนั้นนำทฤษฎีมาสู่การปฏิบัติด้วยการตั้งกลุ่มจิตอาสาเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจำนวน 4 กลุ่ม กลุ่มละประมาณ 10 คน ไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยตามวันเวลาที่แต่ละกลุ่มนัดแนะกันได้

จิตอาสา...ความหลากหลายที่ลงตัว

จิตอาสาเยี่ยมบ้านแต่ละคนมีอาชีพและความเชี่ยวชาญที่หลากหลาย ทั้งข้าราชการ นักธุรกิจ พนักงานบริษัทเอกชน นักกายภาพบำบัด อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) และพระสงฆ์ แม้โดยอาชีพการงาน บางคนมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้อยู่แล้ว เช่น เจ้าหน้าที่เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ หรือ อสม. ทว่าในการทำงานจิตอาสา พวกเขาบอกว่าผลที่ได้รับแตกต่างอย่างสิ้นเชิงจากการทำงานในหน้าที่ ส่วนจิตอาสาที่อยู่นอกวงวิชาชีพล้วนพบกับประสบการณ์และความสุขที่ไม่เคยสัมผัสมาก่อน

พระเอกคุน ธมฺมวิจโย แห่งวัดป่าพุทธมงคล **พระสงฆ์**จิตอาสาเพียงหนึ่งเดียวของกลุ่มเล่าว่า ความเชื่อของชาวพุทธที่ว่าก่อนตาย ‘ผู้ป่วยควรได้พบพระสงฆ์’ แทนที่จะสนับสนุนการดูแลจากพระ กลับจำกัดบทบาทให้พระเป็นเพียงผู้ทำพิธีกรรมเมื่อผู้ป่วยใกล้ตายหรือเสียชีวิตแล้วเท่านั้น ทั้งๆ ที่พระสามารถทำหน้าที่เชิงรุกในการดูแลจิตใจผู้ป่วยที่ต้องการกำลังใจได้ดี ดังเช่นกรณีผู้ป่วยติดเตียงหญิงชราที่ก่อนป่วยมีวัตรปฏิบัติคือใส่บาตรทุกเช้า แต่หลังจากป่วยก็ไม่สามารถใส่บาตรได้อีกเลย เธอมีอาการเงียบซึมและไม่สื่อสารจนญาติเป็นห่วง เมื่อคณะจิตอาสาของพระเอกคุนไปเยี่ยม หญิงชราได้ทำสังฆทานและรู้สึกปลื้มปิติ จนกลับมายิ้มและสื่อสารได้อีกครั้ง

“การไปเยี่ยมผู้ป่วยก็ได้พิจารณาตัวเราด้วย เหมือนเป็นครูสอนเราไปในตัว มีพยาบาลไป เราก็ได้รู้เรื่องการดูแลร่างกาย มีพระไป พยาบาลก็จะได้เรียนรู้ว่ามีพระดูแลจิตใจผู้ป่วยอย่างไร เรารู้สึกว่าพระพอมีประโยชน์บ้าง เป็นทางเลือกให้เขาได้ดูแลจิตใจ ได้ภาวนา มันเป็นหน้าที่ที่พระภาคภูมิใจมากกว่าการไปสวดในงานศพ ซึ่งตอนนั้นเป็นการดูแลที่ช้าเกินไป เขาไม่รับรู้อะไรแล้ว อย่างไรก็ตาม พระที่จะไปเยี่ยมไข้ก็ต้องเรียนรู้กระบวนการดูแลผู้ป่วยด้วย ถ้าเทศน์แต่เรื่องบุญหรือธรรมะเพียงอย่างเดียว ก็อาจเป็นอันตราย เพราะบางทีคนไข้ไม่ได้อยากฟังเทศน์ บางครั้งเราไม่ต้องพูดอะไรก็ได้ แค่ไปเยี่ยมก็ดีแล้ว” พระเอกคุนกล่าว

สวยจริงๆ

สุพิชา บุญถูก หรือพี่หน่อย เป็นประธานอสม. และประธานชุมชน หากว่างเว้นจากภาระงานในหน้าที่ เธอมักแวะไปเยี่ยมเยียมผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่ดูแลอยู่เสมอ ซึ่งนอกจากช่วยให้ผู้ป่วยสบายกายสบายใจ ยังช่วยแบ่งเบาภาระผู้ดูแลได้ด้วย เธอแวะเวียนมาดูแลเป็นกิจวัตรจนผู้ป่วยบางคนที่สูญเสียความทรงจำและสื่อสารไม่ได้ถึงกับออกปากชมเธอว่า “สวยจริงๆ”

“พอกลุ่มจิตอาสาจะมาเยี่ยม เราจะไปเตรียมสถานที่ ไปคุยกับคนป่วย เราจะมีความสุขมาก เพื่อนที่ลงไปก็มีความสุข คนป่วยที่เราไปเยี่ยมก็มีความสุข ตาพุทธาแกพูดไม่ได้ วันนั้นทีมเราลงไป เราก็ไปนั่งนวดๆ แกก็มองจ้องหน้าตั้งนาน แล้วพูดว่า “สวยจริงๆ” คนงงเลยว่าพูดได้อย่างไง ตอนนั้นมีความสุขมากที่เขาชมเรา ส่วนคุณยายอีกคนป่วยติดเตียง แกบอกว่าอยากอาบน้ำ เราอาบน้ำให้ และในวันต่อมาก็เสียชีวิต ได้ช่วยจัดงานศพจนเสร็จ มีความสุข รู้สึกมีคุณค่า” พี่หน่อยเล่า

ในฝั่งของจิตอาสาที่อยู่นอกวงการงานอาชีพข้างต้น โบว์ พนักงานบริษัทเอกชนวัยสามสิบตอนต้นบอกว่าเธอมีชีวิตเฉกเช่นคนส่วนใหญ่ในสังคมคือทำงาน ใช้เงินฟุ่มเฟือย ไปเที่ยว ซื้อของ แต่เมื่อได้มาทำงานจิตอาสาดูแลผู้ป่วย เธอได้สัมผัสถึงความสุขที่ไม่เคยได้รับมาก่อน เป็นความสุขที่ทำให้โรคปวดหัวไมเกรนหายไป โดยไม่ต้องใช้ยาเหมือนแต่ก่อน

“ส่วนมากเราทำอะไรเพื่อตัวเอง โดยมองข้ามว่าเราสามารถหาความสุขได้จากสังคมรอบข้าง มันเป็นความสุขจากการเป็นผู้ให้มากกว่าเป็นผู้รับ พอได้ให้แล้วจะรู้สึกว่าใจเราเต็มกว่าเรารอรับอย่างเดียว พอเห็นคนอื่นลำบากกว่าเรา เขาแย่กว่าเรา แค่เราให้สิ่งที่เราให้ได้ อาจจะไม่ใช่เงินทองหรือสิ่งของ แต่เราให้ความสุข ให้ความรู้ ให้กำลังใจ เขาก็มีความสุขแล้ว มันเป็นความสุขที่ซื้อด้วยเงินไม่ได้ การทำเพื่อคนอื่นบ้าง ทำให้เรารู้จักกับความสุขที่เราไม่เคยได้รับมาก่อน” โบว์กล่าวน้ำตาคลอเบ้า

“เป็นความสุขส่งตรงถึงใจ ไม่ต้องผ่านกายก่อนแล้วถึงมาที่ใจ มันเป็นการให้ตัวเองด้วย ไม่ใช่เรามามอบให้เขานะ สุดท้ายเขามอบให้เรา เรากลับเป็นคนได้ เหมือนกันอย่างนั้นทุกครั้งที่มา สิ่งที่กลับมามากกว่าที่เราให้อีกนะ เรารู้สึกอิ่ม รู้สึกว่าเรามีคุณค่า “ โว่ นักธุรกิจเจ้าของโรงงานกล่าวเสริม เขาเป็นหนึ่งในสมาชิกกลุ่มจิตอาสาที่ทำความฝันของยายนงเป็นจริง และเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการขยายเป้าหมายการทำงานของกลุ่มจากคนตายและผู้ยากไร้ สู่ผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือโดยไม่จำกัดฐานะ

"โปร่งใส–ตรวจสอบได้" คือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

กลุ่มจิตอาสาที่ทำงานเพื่อผู้อื่นมีมากมาย แต่กลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำแตกต่างจากกลุ่มจิตอาสาเหล่านั้น ที่ความสม่ำเสมอและการมีส่วนร่วม เมื่อลงมือทำ ลองผิดลองถูก แล้วนำประสบการณ์ที่ได้มาหาแนวทางปฏิบัติจนเกิดเป็นข้อกำหนดร่วมของกลุ่ม เพื่อให้เกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ทั้งจากสมาชิกในกลุ่มและจากสาธารณะ

ดังเช่นกรณีการให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ศพไร้ญาติกรณีหนึ่ง ที่สุดท้ายพบว่าผู้ตายมีฐานะมีบุตรชายเป็นถึงปลัดอำเภอ เนื่องจากผู้รับข่าวไม่ได้เช็คข้อมูลในพื้นที่ กรณีนี้นำมาสู่การวางกฎระเบียบว่าด้วยการให้ความช่วยเหลือ โดยเมื่อมีผู้ร้องขอความช่วยเหลือ จะติดต่อเครือข่ายในชุมชนนั้นๆ ช่วยตรวจสอบว่าสถานะของผู้ตายว่าเข้าเงื่อนไขความช่วยเหลือหรือไม่ และต่อมาระบุว่าทางกลุ่มจะให้ความช่วยเหลือเป็นสิ่งของ แทนการให้เงิน

การสร้างองค์กรที่สมาชิกและสาธารณะสามารถตรวจสอบการทำงานและการใช้เงินบริจาคได้เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ ปัจจุบันกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำมีเพจทางเฟสบุ๊คชื่อจุติสุขาวดี เป็นช่องทางการสื่อสารเพื่อแจ้งกิจกรรม การรับบริจาค และชี้แจงการใช้เงินบริจาคอย่างสม่ำเสมอ

“เราทำจริง โปร่งใส ตรวจสอบได้ แต่ละศพใช้เงินเท่าไรก็รายงานในเฟสบุ๊ค พอเงินขาดก็มีคนโอนมาให้ เราใช้ความน่าเชื่อถือจนซื้อโลงเย็นได้ พอมีโครงการก็จะไปบอกแม่ค้า แล้วแบกโลงเย็นไปที่ตลาด แม่ค้าก็ช่วยบริจาค ขอบริจาคแป๊บเดียวได้สี่หมื่นบาท ส่วนเกินใช้ซื้อโลงธรรมดาเก็บไว้ แล้วรายงานการยอดบริจาคแต่ละครั้งในเพจ เดี๋ยวนี้พอมีศพก็จะมีคนบริจาคเจ้าประจำ” แคท สมาชิกกลุ่มรายหนึ่งกล่าว

ปัจจุบันมีผู้คนเข้ามาร่วมกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำตามกิจกรรมที่สนใจและดึงเพื่อนในกลุ่มของตนเองมาร่วม เนื่องจากไม่ใช่องค์กรที่มีระบบและเป็นทางการจึงไม่เคยมีการนับจำนวนคน แต่ที่แน่นอนคือทุกครั้งที่มีกิจกรรม กลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำไม่เคยขาดคนและความช่วยเหลือ

นอกจากนี้กลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำยังได้รับการสนับสนุนอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่องจากเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ทั้งด้านงบประมาณ และกำลังคนซึ่งเป็นเจ้าหน้าของเทศบาลและอีกบทบาทหนึ่งคือเป็นจิตอาสา ซึ่งจะนำเสนอในบทความต่อไป

ก้าวต่อไป...สร้างชุมชนกรุณาโดยชุมชนเพื่อชุมชน

“ผลที่ได้เกินคาด มีจิตอาสาลงทุกชุมชน และแต่ละทีมทำดีมากกว่าที่คิด แต่สิ่งที่ผมคาดหวังคือชุมชนทำกันเอง เราอยากให้ทุกคนมีส่วนร่วมทั้งแนวคิดและการปฏิบัติ ภาพในฝันคือในชุมชนเขาสามารถดูแลกันเองได้ เป็นชุมชนกรุณาของตัวเขาเอง” โว่ จิตอาสา พูดถึงความคาดหวังของกลุ่ม

ด้วยเหตุนี้จึงเกิดโครงการอบรมอาสาสร้างสุขปลายทางของชีวิตให้แก่ตัวแทนชุมชนต่างๆ และประชาชนทั่วไปที่สนใจในเขตเทศบาลกาฬสินธุ์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมเห็นความสำคัญของการวางแผนชีวิตช่วงท้ายและแนวทางดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผ่านกิจกรรมเกมไพ่ไขชีวิต โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนการจัดงานจากเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์

พวกเขาหวังว่าการสร้างเครือข่ายจิตอาสาเพื่อดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชนซึ่งเริ่มเป็นรูปเป็นร่างแล้วจะประสบผลสำเร็จและเป็นแม่แบบให้กับชุมชนอื่นๆ ทั่วประเทศไทย

“เราคุยกันตั้งแต่ต้นเลยว่าถ้าเราเริ่มที่นี่ได้ เรายินดีให้ที่อื่นนำไปเป็นโมเดล เขาจะทำดีกว่าก็ไม่เป็นไร” จ๊ะเอ๋ หนึ่งในผู้ผลักดันและขับเคลื่อนสำคัญของโครงการนี้กล่าวถึงความคาดหวังที่วางไว้ตั้งแต่เริ่มทำโครงการ

แน่นอนว่าหากกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำยังคงร่วมมือกันอย่างแข็งขัน และได้รับการหนุนเสริมทั้งจากเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์และภาคประชาชน ความหวังของพวกเขาจะเป็นจริงในไม่ช้าและไม่ยากเย็นนัก

เปิดเส้นทางจิตอาสาเมืองน้ำดำ

1. **ห้องสมุดตลาดโต้รุ่ง** เมื่อสิบปีที่แล้ว “จ๊ะเอ๋” หญิงสาวที่เกิดและเติบโตที่กาฬสินธุ์ แต่ไปรับราชการในจังหวัดยะลา เมื่อย้ายกลับมารับราชการที่เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ เธอเริ่มต้นทำโครงการห้องสมุดในตลาดโต้รุ่งให้แก่ลูกหลานพ่อค้าแม่ค้าที่ติดตามพ่อแม่มาขายของไม่มีที่เล่นหรือทำการบ้านหลังเลิกเรียน โดยขอความรู้ด้านการจัดการห้องสมุดสวนดอกคูณ สมาคมไทสร้างสรรค์ จังหวัดขอนแก่น จากนั้นประกาศหานักดนตรีเพื่อเล่นดนตรีเปิดหมวกระดมทุนซื้อหนังสือ เมื่อมีหนังสือครบ ก็ประกาศหาคนช่วยวาดรูปผนังห้องสมุด ทำให้เป็นห้องสมุดรูปการ์ตูนทั้งห้อง ดึงดูดให้เด็กๆ อยากเข้าไปใช้

2. **อุ่นกายไม่หนาวใจ** ในฤดูหนาวปีเดียวกัน กลุ่มจิตอาสาเล่นดนตรีเปิดหมวกรับบริจาคเงินเพื่อซื้อเครื่องกันหนาวและรับบริจาคเสื้อผ้ามือสองเพื่อนำไปแจกนักเรียนตามโรงเรียนต่างๆ และดำเนินกิจกรรมมาจนถึงทุกวันนี้

3. **ช่วยผู้ประสบภัย** เหตุการณ์น้ำท่วมใหญ่บริเวณรอยต่อกาฬสินธุ์-ร้อยเอ็ด เพราะเขื่อนแตก ในปีพ.ศ.2545 กลุ่มชมรมออฟโร้ดและชมรมถ่ายภาพนำรถและกำลังคนไปช่วยยกของ ยกกระสอบทราย แจกอาหารแก่ผู้ประสบภัย และเมื่อ 2-3 ปีที่แล้วเกิดเหตุการณ์น้ำท่วมใหญ่ในตัวเมืองกาฬสินธุ์กลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำก็ระดมพลช่วยเหลือผู้ประสบภัยอีกครั้ง และขยายความช่วยเหลือไปต่างประเทศแก่ผู้ประสบภัยแผ่นดินไหวที่เนปาลและผู้ประสบภัยท่วมเพราะเขื่อนแตกที่ สปป.ลาว เมื่อเร็วๆนี้ด้วย

4. **จุติสุขาวดี** เป็นกลุ่มจิตอาสาที่ช่วยเหลือจัดงานศพแก่ผู้ยากไร้และไร้ญาติอย่างสมเกียรติสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ถือกำเนิดในปีพ.ศ. 2560 เมื่อเด็กเร่ร่อนคนหนึ่งจมน้ำตายและถูกนำไปเผาในวันเดียวกันโดยไม่มีการทำพิธีกรรมใดๆ จุติสุขาวดีทำหน้าที่จัดหาสถานที่และสิ่งของจำเป็นสำหรับงานศพ เช่น โลง เครื่องไทยธรรม ดอกไม้จันทน์ รวมทั้งเป็นแรงงานเพื่อช่วยในงานศพ เช่น เสิร์ฟน้ำ เป็นพิธีกรทางสงฆ์ ถือผ้าไตร แจกดอกไม้จันทน์ เป็นต้น จากนั้นมีกิจกรรมขยายผล เช่น สอนพับดอกไม้จันทน์จากสลากกินแบ่งรัฐบาลในโรงเรียนทั่วไป และโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อนำดอกไม้จันทน์มาบริจาคในงานศพ

5. **สุขสุดท้ายที่ปลายทางชีวิต** ต่อยอดจากโครงการจุติสุขาวดี จากการช่วยเหลือคนตายมาสู่การช่วยเหลือผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ โดยเน้นที่ผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพึง เช่น ผู้ป่วยติดเตียงและญาติ โดยจัดอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการเผชิญความตายอย่างสงบ 3 วัน แล้วตั้งกลุ่มจิตอาสาเยี่ยมบ้านผู้ป่วย จากนั้นขยายผลให้คนในชุมชนเข้าร่วมอบรมอาสาสร้างสุขปลายทางของชีวิต โดยมีเป้าหมายให้คนชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างชุมแห่งความกรุณาในชุมชนของตนเอง

เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ สร้างชุมชนที่เอื้อต่อผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ภัสน์วจี ศริสุวรรณ์

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุแล้ว พื้นที่ที่เตรียมพร้อมรับมือกับสังคมผู้สูงอายุได้ดี ประชาชนย่อมได้รับประโยชน์อย่างทั่วถึงและทันการณ์ หนึ่งในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่โดดเด่นด้านนี้คือเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ผู้ซึ่งได้รับรางวัลระดับประเทศจากองค์กรชั้นนำอย่างสม่ำเสมอ จนถูกเรียกขานว่า “เทศบาลนักล่ารางวัล” หรือ “เทศบาลแห่งนวตกรรม”

สองวันที่ผู้เขียนได้พูดคุยกับผู้เข้าร่วมโครงการสุขสุดท้ายที่ปลายทางชีวิต ซึ่งเป็นโครงการที่เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ร่วมกับกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำร่วมกันทำขึ้นเพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องการวางแผนชีวิตในระยะสุดท้ายและตั้งกลุ่มเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง สรุปได้ว่าความสำเร็จนี้มิใช่ได้มาเพราะโชคช่วย หากแต่เกิดขึ้นเพราะวิสัยทัศน์ของผู้บริหาร และความทุ่มเทของเจ้าหน้าที่เทศบาลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ทำงานทั้งในหน้าที่และงานจิตอาสาอย่างแข็งขัน จนทำให้เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์เป็นเมืองต้นแบบหรือเมืองในฝันของผู้สูงอายุและผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิง

อปท.นักบุกเบิก

องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จำนวนมากให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุและผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิง แต่ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มศักยภาพ เนื่องจากขาดแคลนงบประมาณ และหากใช้งบประมาณจากส่วนอื่นก็หวั่นเกรงความผิดเมื่อมีการตรวจสอบ

หลายปีที่ผ่านมาเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์เป็นหนึ่งใน อปท. ที่แสวงหาช่องทางการใช้งบประมาณจากกองทุนต่างๆ ที่ทยอยออกมาเพื่อรับมือกับสังคมผู้สูงอายุ โดยเป็น อปท. แรกที่สมัครเข้ารับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพส่วนท้องถิ่น และกองทุนผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ด้วยการจัดสรรเงินดูแลสุขภาพในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวให้แก่ประชากรเป้าหมายในพื้นที่

จารุวัฒน์ บุญเพิ่ม นายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์เล่าว่าก่อนการประกาศใช้กองทุนฯ เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ได้เตรียมความพร้อมด้วยการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) จากนั้น เชิญ อผส. มาอบรมการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ดังนั้นอาสากลุ่มนี้จึงเป็นผู้ดูแล หรือ แคร์กีฟเวอร์ (care giver)

นอกจากนี้ ยังมีโครงการสำรวจสถานภาพผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง/ติดเตียง/ติดบ้านในเขตเทศบาล ดังนั้นเมื่อมีการประกาศใช้กองทุน เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ก็สมัครและได้รับกองทุนเป็นรายแรกๆ และวางระบบการใช้เงินกองทุนที่เอื้อต่อการทำงานของอาสาสมัคร เช่น การให้ผลตอบแทนแก่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิง

“ตอนยังไม่มีเงินกองทุน เขาก็ทำอยู่แล้ว ทั้งอาบน้ำสระผมตัดเล็บและแนะนำการดูแลสุขภาพให้ผู้ป่วยและญาติ และจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อไม่ซ้ำเติมคนป่วย พอมีผลตอบแทนก็สร้างแรงจูงใจมากขึ้น” จารุวัฒน์กล่าว

นอกจากนี้เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ยังเป็นผู้บุกเบิกบริการรถฉุกเฉินเพื่อรับ-ส่งผู้ป่วยเรื้อรังไปโรงพยาบาล ซึ่งต่อมาสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ออกระเบียบให้กองทุนสุขภาพตำบลของแต่ละ อบต. และเทศบาลจัดรถรับส่งผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังได้

ในรายงานองค์กรอนามัยโลกเรื่อง “ปิดช่องว่างการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ: ความเป็นธรรมทางสุขภาพและความครอบคลุมทางสังคมในประเทศไทย” ได้หยิบยกกรณีเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์เป็นกรณีตัวอย่างเผยแพร่ไปทั่วโลก

ส่วนโครงการ “สุขสุดท้ายที่ปลายทางชีวิต” ที่เพิ่งเริ่มต้นขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2561 เป็นโครงการที่เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์สนับสนุนงบประมาณและกำลังคนในการจัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เทศบาล จิตอาสา อสม. ประชาชนในชุมชนต่างๆ ให้เห็นถึงความสำคัญของการวางแผนชีวิตในระยะสุดท้าย และการจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครลงเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ถือเป็นนวัตกรรมและรูปธรรมของการสร้างชุมชนที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ซึ่งพื้นที่อื่นๆ สามารถนำไปปรับใช้ได้

จากตัวอย่างผลงานข้างต้น ส่งผลให้เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ได้ชื่อว่าเป็นผู้บุกเบิกและแม่แบบการใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จน อปท.ทั่วประเทศมาดูงาน และยืนยันความสำเร็จด้วยรางวัลชนะเลิศประดับประเทศจากองค์กรต่างๆ เช่น รางวัลพระปกเกล้าสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความเป็นเลิศ ด้านการเสริมสร้างเครือข่ายรัฐ เอกชน และประชาชน ติดต่อกัน 3 ปี นำมาสู่รางวัลพระปกเกล้าทองคำในปี พ.ศ. 2561 และรางวัลที่ 1 กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 จังหวัดขอนแก่น และเป็น 1 ใน 20 อปท. ที่ได้รับเสนอชื่อเข้าชิงรางวัล อปท. ที่มีการบริหารจัดการที่ดีประเภทดีเลิศ พ.ศ. 2562

ปัจจุบันเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ นับเป็นหนึ่งในเมืองต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีศูนย์พัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุและคนพิการเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ดูแลประชาชน 36 ชุมชน ซึ่งมีประชากรประมาณ 4 หมื่นคน และผู้สูงอายุประมาณ 4.5 พันคน คิดเป็น 11.2 % ส่วนโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์มีอาคารสถานที่สำหรับทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ประชุม ออกกำลังกาย เปิดบริการทุกวัน และเปิดสอนกิจกรรมพัฒนากาย-จิตแก่ผู้สูงอายุทุกวันพฤหัสบดี ถูกจัดเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ประจำจังหวัดกาฬสินธุ์

เจ้าหน้าที่ผู้มีจิตอาสา คือปัจจัยความสำเร็จ

หากพิจารณาบุคลากรในกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำจะพบว่า จิตอาสาและเจ้าหน้าที่เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์มีความสัมพันธ์ที่ซ้อนไขว้กัน โดยมิอาจกล่าวได้ว่าสิ่งใดมาก่อนกัน จิตอาสาบางคนทำงานในกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำก่อนมาเป็นเจ้าที่เทศบาล ในทางกลับกันบางคนก็ทำงานเจ้าหน้าที่เทศบาลแล้วจึงเข้ามาเข้ากลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำในภายหลัง

จ๊ะเอ๋ เริ่มก่อตั้งกลุ่มจิตอาสาเพื่อระดมทุนสร้างห้องสมุดในตลาดโต้รุ่ง ช่วงเดียวกับที่เธอเข้ามาทำงานที่เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ปัจจุบันเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่ผลักดันให้เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์เข้ามาเป็นผู้สนับสนุนด้านงบประมาณแก่โครงการ “สุขสุดท้ายที่ปลายทางชีวิต”

แคท เป็นสมาชิกกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำรุ่นแรกๆ ก่อนหน้านั้นเขาทำงานอยู่ในองค์การบริหารส่วนตำบลเล็กๆ แคทเริ่มต้นทำงานจิตอาสาด้วยการอาสาทำความสะอาดหน้าบ้านตัวเอง แล้วขยับมาทำงานจิตอาสาในโครงการอุ่นกายไม่หนาวใจ เมื่อย้ายมาทำงานที่เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ก็รับตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ ดูแลผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิง

“โชคดีที่หน้าที่สายงานมันเสริมกัน ทำจนเดี๋ยวนี้ถ้าเจอคนเร่ร่อน เขาไม่โทรหาตำรวจหรือ พม. (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์) แต่โทรหาผม ให้ไปประสานงานกับหน่วยงานอื่น คุยกันแนวราบ ช่วยตามอำนาจหน้าที่ ไม่ต้องรอหนังสือราชการที่ต้องใช้เวลา ส่วนงานในโครงการจุติสุขาวดี ผมก็ช่วยได้เพราะผมลงพื้นที่บ่อย คัดกรองได้ว่าใครยากจนหรือแค่อยากจน จะให้ความช่วยเหลือหรือไม่” แคทกล่าว

ก้อย เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ เคยเป็นอาสาสมัครกู้ภัย มูลนิธิเมตตาธรรม และยังทำงานจิตอาสากับมูลนิธิมาจนถึงปัจจุบันจนได้ฉายา “ก้อยร้อยศพ” และยังอยู่ในกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำอีกด้วย

แอน สมัยเรียนมหาวิทยาลัยเคยเป็นอาสาสมัครค่ายเยาวชน ค่ายประชาธิปไตย ทำกระบวนการพัฒนาจิตใจเด็กในสถานพินิจ เมื่อกลับมาอยู่จังหวัดกาฬสินธุ์ ก็เริ่มมาทำงานจิตอาสาในมูลนิธิเมตตาธรรม โครงการอุ่นกายไม่หนาวใจและจุติสุขาวดี ต่อมาเมื่อเข้ามาเป็นเจ้าหน้าที่ของเทศบาลกาฬสินธุ์ ทำหน้าที่ดูแลประชาชน เธอเป็นผู้ริเริ่มทำโครงการพับดอกไม้จันทน์จากสลากกินแบ่งรัฐบาล และนำผลงานที่ได้ไปบริจาคในงานศพของผู้ยากไร้

นก นักกายภาพบำบัดประจำศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ที่ทำงานเยี่ยมบ้านในช่วงเวลาราชการ ต่อมาเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มจิตอาสาเยี่ยมบ้าน ขณะที่ปุ้ม หัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุข ซอยน้ำทิพย์ก็เข้ามามีส่วนร่วมในงานจิตอาสาโดยเป็นผู้เชื่อมและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องการความช่วยเหลือให้แก่กลุ่มจิตอาสาเยี่ยมบ้าน

คนเหล่านี้ล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญหรือปัจจัยแห่งความสำเร็จของงานกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำ ขณะเดียวกันก็ช่วยขับเคลื่อนให้งานสวัสดิการประชาชนของเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ก้าวหน้าและบรรลุเป้าหมาย

พวกเขาล้วนกล่าวเป็นเสียงเดียวกันว่าหากไร้การสนับสนุนจากคณะผู้บริหารเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ โอกาสที่เจ้าหน้าที่เทศบาลจะมาทำงานจิตอาสาอย่างเต็มกำลังก็เป็นเรื่องยาก แม้ว่างานจิตอาสาและงานสงเคราะห์และบริการประชาชนของเทศบาลจะมีเนื้องานและเป้าหมายเดียวกันก็ตาม

เจ้าหน้าที่ดูแลสุขภาพ...ดูแลเหมือนญาติมิตร

หญิงวัยกลางคนบอกเล่าอาการของ “ลุงพุทธา” ชายวัย 74 ปีที่ป่วยเป็นอัลไซเมอร์มา 8 ปีและอยู่ในภาวะติดเตียงมา 3 ปีแล้ว พลางบีบนวดเท้าที่ผอมบางของผู้ป่วยที่นอนหลับอย่างเบามือและคล่องแคล่ว พลางพูดคุยกับ “ป้าน้อย” ภรรยาผู้ป่วยอย่างสนิทสนม บ่งบอกว่าเธอคุ้นเคยกับการดูแลผู้ป่วยรายนี้เป็นอย่างดี

สุพิชา บุญถูก หรือพี่หน่อยเป็นประธานอสม. และประธานชุมชนวัดหอไตร เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์อยู่ก่อนแล้ว ต่อมาเข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง และเป็นเจ้าหน้าที่ดูแลสุขภาพ (care giver) อีกตำแหน่ง

“ตอนแรกก็มาเยี่ยมโดยสมัครใจ แต่พอมีโครงการของทางเทศบาลก็มาเยี่ยมเดือนละ 4 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ทางเทศบาลมีค่าใช้จ่ายให้ชั่วโมงละห้าสิบบาท มาถามเรื่องสุขภาพ วัดความดัน ตัดเล็บ บีบนวด และแนะนำญาติเรื่องการดูแลผู้ป่วย บางทีก็ปรับสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยอยู่สบาย รายนี้ติดเตียงพูดไม่ได้ ไม่มีแผลกดทับ ความดันปกติ ภรรยาดูแลเป็นอย่างดี ไปเยี่ยมบ่อยๆ ไปให้กำลังใจญาติ ดูแลแบบนี้จนเสียชีวิตอย่างสงบไปสามรายแล้ว” พี่หน่อยเล่า





บรรยากาศการจัดงาน วันเบาใจ รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลพุทธชินราช: วันเบาใจ

วรพงษ์ เวชมาลินนท์

หลายปีที่ผ่านมา การพูดคุยเรื่องความตายและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเริ่มกระจายออกจากห้องอบรมสัมมนาเฉพาะกลุ่มไปสู่พื้นที่สาธารณะ มีการจัดงานเสวนาหรือกิจกรรมขนาดใหญ่ตามห้างสรรพสินค้าหรือหอประชุมระดับชาติหลายหน ไม่ว่าจะเป็นงาน “Before I Die” และ “Happy Deathday” เป็นต้น มีคนเข้าร่วมงานหลายพันคน สะท้อนความตื่นตัวและการเปิดรับการเรียนรู้เรื่องความตายของสังคมไทย แม้ว่ากิจกรรมส่วนใหญ่จะยังกระจุกตัวอยู่แต่ในกรุงเทพฯ แต่เริ่มมีการกระจายตัวออกไปยังภูมิภาคต่างๆ เช่น พื้นที่ปัญญ์รัก จังหวัดนครสวรรค์ และล่าสุด เมื่อปลายเดือนกุมภาพันธ์ที่ผ่านมาคืองาน วันเบาใจ จัดขึ้นที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

วันเบาใจ มีผู้มาร่วมงานจำนวนเกือบพันคน เป็นกิจกรรมสาธารณะการเรียนรู้เรื่องความตายนอกเมืองหลวงของไทยที่ใหญ่ที่สุด และเป็นความคืบหน้าก้าวใหญ่ของโรงพยาบาลในการสื่อสารเรียนรู้เรื่องความตายและการดูแลแบบประคับประคองแก่บุคลากรในโรงพยาบาลเองและประชาชนในจังหวัด ที่สำคัญคือเป็นการเปิดพื้นที่ให้ภาคประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อีกด้วย

วันเบาใจ

พญ.น้ำทิพย์ อินทับ กุมารแพทย์ ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลพุทธชินราช กล่าวถึงที่มาของการจัดงานวันเบาใจว่าเกิดจากการเรียนรู้ของคณะทำงานที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลมักจะเริ่มต้นขึ้นเมื่อผู้ป่วยอยู่ในช่วงวิกฤติมากแล้ว การทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบจึงเป็นไปได้ยาก เพราะมีเวลาดูแลน้อย แต่วิธีคิดในการดูแลแบบประคับประคองคือ การทำให้ผู้ป่วยมาพบทีมงานตั้งแต่ทราบว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย เพื่อที่ทีมดูแลแบบประคับประคองจะได้มีเวลาดูแลผู้ป่วยให้สุขสบายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีก่อนเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต

อย่างไรก็ตาม วิธีการที่ดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คือการทำให้ทุกคนทั้งที่ป่วยและยังมีสุขภาพดีตระหนักว่า การตายดีจะเกิดขึ้นได้หากทุกคนมีการเตรียมตัวที่ดี ถ้าผู้ป่วยมีความเข้าใจและยอมรับว่าความเจ็บป่วยและการตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต รวมถึงรู้ว่าตัวเองมีทางเลือกในการรักษาแบบประคับประคอง โอกาสที่จะจากไปอย่างสงบย่อมเป็นไปได้มาก

คณะทำงานการดูแลแบบประคับประคอง จึงมีความคิดที่จะจัดงานสื่อสารสร้างความตระหนักรู้เรื่องความตายและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เฉพาะกับประชาชนทั่วไป แต่รวมถึงบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลที่ยังไม่เข้าใจในเรื่องดังกล่าวอีกด้วย เนื่องจากส่วนใหญ่จะถูกฝึกมาให้ต่อสู้กับความตายจนถึงวินาทีสุดท้าย พร้อมกับเปิดโอกาสให้จิตอาสาคนรุ่นใหม่เข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงาน จึงออกแบบงาน วันเบาใจ ให้มีกิจกรรมหลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นงานวิชาการ การอบรมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องความตาย และลานกิจกรรมที่ให้คนมีส่วนร่วม

ทีมงานนิมนต์พระไพศาล วิสาโล และพระจิตร์ จิตตสังวโร มาช่วยเปิดมุมมองว่าเราสามารถใช้ความตายเป็นครู เอาประโยชน์จากความตาย และเตรียมตัวเพื่อให้พร้อมรับความตายได้อย่างไร ตามด้วยการแนะนำคณะกรรมการพัฒนางานดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลพุทธชินราช อธิบายความหมายและข้อดีของการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงงานต่างๆ ที่ทีมงานได้ทำไปแล้ว

มีการเสวนาเชิงวิชาการเรื่องตายดีและกฎหมาย Living will ที่ควรรู้ โดย ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส พูดถึงนโยบายและอนาคตของระบบการดูแลแบบประคับประคองในมุมมองของหลายฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นตัวแทนจากส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และผู้ปฏิบัติงานจริง เพื่อให้ประชาชนเกิดความมั่นใจในแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และยังมีตัวแทนฝ่ายพยาบาลมาอธิบายถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในงานดังกล่าวอีกด้วย

เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้รับประสบการณ์เรียนรู้เรื่องความตาย ผ่านการอบรมเรื่องสมุดเบาใจ เกมไพ่ไขชีวิต ร่วมชมและสนทนาพูดคุยเกี่ยวกับภาพยนตร์เรื่อง Healing ว่าด้วยการแพทย์ทางเลือกและการเยียวยาทั้งร่างกายและมิติจิตใจ ตลอดจนมีการจัดลานกิจกรรมต่างๆ ให้เป็นเหมือนงานวัดที่ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมได้ เช่น กิจกรรมระบายถุงผ้าใส่ยา กิจกรรมทำพัดสอนโดยกลุ่มผู้สูงอายุจากเทศบาล นอกจากนี้ยังเปิดรับสมัครอาสาสมัครช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่างๆ

ผลของการจัดงาน นอกจากจะมีคนเข้าร่วมงานเป็นจำนวนมากแล้ว ยังช่วยเชื่อมโยงเครือข่ายบุคลากรด้านการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเอื้อต่อการร่วมมือกันในอนาคต เช่น มหาวิทยาลัยนเรศวร มีอาจารย์แพทย์และทันตแพทย์มาช่วยทำงาน และบุคลากรในโรงพยาบาลมีความเข้าใจงานดูแลแบบประคับประคอง เป็นต้น

กล่าวได้ว่า งานวันเบาใจ คือผลรวมของการขับเคลื่อนงานเรื่องการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลพุทธชินราชในช่วงหลายปีก่อนหน้า ผ่านการเปลี่ยนแปลงและคลี่คลายตัวจากต่างคนต่างทำ สู่การรวมตัวเป็นกลุ่มก้อน และมีโครงสร้างรองรับ เรียกว่า “คณะกรรมการพัฒนางานดูแลแบบประคับประคอง” ทำให้การทำงานเริ่มเป็นระบบ มีทิศทางที่ชัดเจน จนเป็นทีมงานที่เข้มแข็งอย่างในปัจจุบัน และเป็นต้นแบบการเรียนรู้เรื่องการพัฒนางานดูแลแบบประคับประคองที่น่าสนใจอีกแห่งหนึ่ง

ขอขอบคุณผู้ให้สัมภาษณ์:

พญ.น้ำทิพย์ อินทับ (กุมารแพทย์), พญ.พรพิศ ตรีบุพชาติสกุล (อายุรกรรมทั่วไป/โรคติดเชื้อ ผู้ประสานงานการพูดคุยในครั้งนี้), พญ.หฤทยา กัสยานันท์ (อายุรกรรมทั่วไป/โรคเลือด), นพ.บริบูรณ์ รักษาแดน (เวชศาสตร์ครอบครัว), นพ.ชัยวัฒน์ เหลืองวิเชียรพร (กุมารแพทย์), นางมยุรี สุขปัญญารักษ์ (หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล), นางสาวอุทุมพร มาลัยทอง (พยาบาลหัวหน้าศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง), นางสาวนิตยา มณีท่าโพธิ์ (พยาบาลศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง), นางสาว ณสุวรรณา ไกรคงจิตต์ (พยาบาลห้องไอซียู), นางปราณลักษณ์ พงษ์ยุทธา (พยาบาลหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม) และคุณ อรทัย ชะฟู (กระบวนกรและจิตอาสา)







กิจกรรมดูแลจิตใจผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ ของกลุ่มอาสาคิลานธรรม

สหวิชาชีพบรรเทาทุกข์ บทเรียนจากโรงพยาบาลชลประทาน

อาบทิพย์ สุวลักษณ์

โรงพยาบาลคือหนึ่งในสถานที่ซึ่งสามารถพบเห็นความทุกข์ได้ไม่ยาก แม้ว่าความปรารถนาในการบำบัดทุกข์ขจัดความป่วยไข้คือเหตุผลในการมีอยู่ของสถานพยาบาล แต่การเผชิญหน้ากับความเสื่อมถอย พลัดพราก จนนำมาซึ่งทุกข์ก็เป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงในที่แห่งนี้เช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นความทุกข์ของผู้ป่วย ทุกข์ของญาติ หรือแม้กระทั่งทุกข์ของบุคลากรผู้ให้การดูแลรักษาเองก็ตาม

ผู้ป่วยระยะท้ายที่เผชิญอยู่กับโรคที่คุกคามต่อชีวิตนั้นฉายภาพความทุกข์ได้อย่างชัดเจน ยิ่งเห็นทุกข์ยิ่งไม่อาจหลีกหนี การบรรเทาทุกข์นอกจากจะต้องคำนึงถึงสภาพร่างกายและจิตใจแล้ว มิติทางสังคมและจิตวิญญาณก็เป็นเรื่องสำคัญ เพราะความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมถึงความเชื่อส่วนบุคคลนั้นมีผลต่อการตัดสินใจรับการรักษา และอาจเป็นจุดเปลี่ยนที่ทำให้วาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยเป็นไปในทางใดทางหนึ่ง อาจจากไปตามธรรมชาติ หรือถูกรั้งไว้โดยไม่จำเป็น

บรรเทาทุกข์แบบองค์รวมด้วยความร่วมมือ

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หรือชื่อเดิมคือ โรงพยาบาลชลประทาน ได้ดำเนินโครงการปฏิบัติการ การดูแลผู้ป่วยและญาติแบบองค์รวมเชิงพุทธ โดยความร่วมมือจากองค์กรศาสนาคือ กลุ่มอาสาคิลานธรรม ซึ่งเป็นกลุ่มพระสงฆ์ที่รวมตัวช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ที่ประสบความทุกข์ใจ ก่อตั้งขึ้นจากกลุ่มพระนิสิตจิตอาสา สาขาวิชาชีวิตและความตาย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (มจร.) โดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษาแนวพุทธ ประยุกต์หลักธรรมทางพระพุทธศาสนาร่วมกับการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติบรรเทาทุกข์ภายในใจ สามารถยอมรับและกล้าเผชิญทุกข์ตามความเป็นจริง ทั้งยังดูแลจิตใจบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การดูแลรักษาด้วยเช่นกัน

คลินิกพระคุณเจ้า อันเป็นกระบวนการที่พระอาสากลุ่มคิลานธรรมเข้าเยี่ยมและให้การปรึกษาผู้ป่วยรวมถึงญาติ ได้เริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2560 เจ้าหน้าที่พยาบาลคือผู้ประเมินผู้ป่วยในความดูแลว่าต้องการความช่วยเหลืออย่างไร และบันทึกข้อมูลลงแบบฟอร์มอย่างเป็นระบบแล้ว

รายงานแก่พระอาสาโดยตรง รวมทั้งมีตัวชี้วัดเป็นระดับความทุกข์ทางใจของผู้ป่วยทั้งก่อนพบและหลังพบพระอาสา ต่อมามีการขยายระบบคลินิกจากผู้ป่วยระยะท้ายไปสู่ผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่ต้องการการดูแลด้วย เช่น ผู้ป่วยที่อาการทรุดลงอย่างไม่คาดคิด และผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เป็นต้น

การพัฒนาและดูแลใจบุคลากรได้ดำเนินการควบคู่กันไปด้วย ทั้งการอบรมปฏิบัติธรรมที่วัดชลประทานรังสฤษดิ์ โครงการดูแลใจบุคลากร โครงการสวดมนต์ทำวัตรเย็น รวมทั้งกระบวนการถอดบทเรียนในคลินิกพระคุณเจ้า ผลที่ได้รับนอกจากผ่อนคลายความตึงเครียดจากการทำงานแล้ว ยังช่วยพัฒนาทักษะการฟังและการสื่อสารให้แก่พยาบาล

การให้ความร่วมมือในองค์กรนั้นช่วยให้การดำเนินงานราบรื่นต่อเนื่อง ทั้งการที่ผู้บริหารเห็นความสำคัญ การจัดสถานที่เพื่ออำนวยความสะดวก การจัดรถเพื่อส่งพระอาสากลับวัด และที่ต้องคำนึงถึงอย่างมากคือการจัดระบบที่ช่วยให้บุคลากรจัดสรรเวลามาได้ เช่นในโครงการดูแลใจบุคลากร ที่ให้แต่ละหน่วยของพยาบาลแบ่งเวรเป็นอาสาเข้าร่วมกิจกรรม การร่วมมือกันไม่ว่าในระดับใดจึงสำคัญยิ่ง

ทีมสหวิชาชีพพระอาสาและพยาบาล

ช่วงบ่ายวันศุกร์ภายในบริเวณประจำของอาคารที่จัดเตรียมไว้ สมาชิกต่างค่อยๆ ทยอยมา เจ้าหน้าที่กราบนมัสการพระอาสาหรือที่กล่าวเรียกกันทั่วไปว่าพระอาจารย์ หลังจากพูดคุยทักทายอย่างเป็นกันเองและเจ้าหน้าที่มาถึงพร้อม คลินิกพระคุณเจ้าจึงได้เริ่มต้นด้วยการส่งเคสหรือถวายเคส พยาบาลรายงานข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยในความดูแลให้พระอาสาทราบเริ่มจากลักษณะและระดับอาการทางร่างกาย สาเหตุที่ต้องการให้พระอาสาไปเยี่ยม ผู้ป่วยต้องการอะไรและมีความทุกข์ใจอย่างไร

นอกจากผู้ป่วยแล้วบันทึกเกี่ยวกับญาติก็เป็นส่วนสำคัญ โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ญาติคือเป้าหมายหลักของการช่วยเหลือดูแลใจ และหนึ่งในกรณีนี้ที่ขอยกเป็นตัวอย่างคือ ผู้ป่วยไอซียูเด็กอายุสามขวบที่อาการทรุดความดันตก ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ พ่อแม่รับทราบอาการและจะไม่ยื้อลูกไว้ด้วยวิธีการที่ทำให้ทรมาน แต่การจากลาที่เกิดขึ้นได้ทุกเมื่อ ทำให้ผู้เป็นแม่ซึ่งแม้จะเข้มแข็งดูแลลูกมาตลอด ก็ยังไม่พร้อมจะยอมรับนัก และผู้เป็นพ่อที่ยังค้างคาใจเนื่องจากที่ผ่านมาไม่ได้ดูแลลูกใกล้ชิดเท่าที่ควร

เมื่อทราบข้อมูลของผู้ป่วยและญาติ พระอาสาก็แยกย้ายเพื่อเข้าเยี่ยมในหอผู้ป่วยด้วยการนำของพยาบาลพร้อมเครื่องสังฆทาน นอกจากจะเข้าเยี่ยมเพื่อช่วยเยียวยาใจคลี่คลายความทุกข์ด้วยการพูดคุยรับฟัง ไม่ว่าจะทุกข์ของผู้ป่วยหรือทุกข์ของญาติ การให้ผู้ป่วยได้ถวายทานแก่พระสงฆ์ก็ช่วยเสริมคุณค่าทางจิตวิญญาณ โดยอาศัยพิธีกรรมเป็นตัวเชื่อมศรัทธา ช่วยเติมเต็มความเชื่อมั่นในการยอมรับความจริง ดังเช่นครอบครัวผู้ป่วยไอซียูเด็กข้างต้น การถวายสังฆทานทำให้เชื่อว่าลูกได้สร้างกุศล และเป็นสิ่งที่พ่อแม่พอจะทำเพื่อลูกได้ในช่วงเวลาที่ต้องเตรียมใจ

การถอดบทเรียนเพื่อเรียนรู้ร่วมกันคือกิจกรรมปิดท้าย หลังจากเสร็จสิ้นการเยี่ยมผู้ป่วย พระอาสาและเจ้าหน้าที่กลับมารวมกลุ่มแล้วแลกเปลี่ยนสิ่งที่พบเห็น ทั้งบรรยากาศในการเยี่ยมพูดคุย และท่าทีของผู้ป่วยหรือญาติ ที่ถึงแม้ในบางกรณีผู้ป่วยไม่ค่อยพร้อมเจอพระเท่าใดนักก็จะไม่ฝืนบังคับกัน และในบางกรณีที่ญาติเองตัดสินใจให้แพทย์รักษาเพิ่มด้วยความหวังทั้งที่มีความเสี่ยง แต่การได้พูดคุยกับพระอาสาก็ช่วยแบ่งเบาความทุกข์และความรู้สึกผิดลงได้บ้าง ถึงที่สุดแล้วการแลกเปลี่ยนบอกเล่าทำให้พยาบาลเข้าใจผู้ป่วยในความดูแลมากขึ้น รวมทั้งเข้าใจมุมมองและความรู้สึกของญาติ ทั้งยังได้รับข้อคิดและสัจธรรมชีวิตเป็นผลพวง

เข้าถึงดูแลใจบุคลากรสะท้อนการพัฒนา

ทุกวันศุกร์ โรงพยาบาลจัดกิจกรรมคลินิกธรรมะรักษาใจ (โครงการดูแลใจบุคลากร) ในช่วงบ่าย และโครงการสวดมนต์ทำวัตร ในช่วงเย็น ด้วยเล็งเห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์คือผู้ที่ต้องพบเจอความทุกข์ทั้งของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงความทุกข์ของตนเอง กิจกรรมสนทนากลุ่มในคลินิกธรรมะรักษาใจนำโดยพระอาสา จึงช่วยให้สมาชิกในกลุ่มได้ระบายความทุกข์ และรับฟังซึ่งกันและกัน

ด้วยระบบการแบ่งเวรอาสาให้แต่ละหน่วยพยาบาลเข้าร่วมกิจกรรม ในช่วงแรกจึงเจอแรงต้านอยู่บ้าง เพราะถึงอย่างไรก็เป็นการเพิ่มภาระเวลาที่ต้องจัดสรร แต่ผลตอบรับก็เป็นไปในทางที่ดี แม้จะไม่เต็มใจตอนเข้าร่วมแต่ได้รับพลังและการเยียวยาตอนกลับออกไป เป็นเพราะประโยชน์ที่สัมผัสได้ของตัวกิจกรรม บุคลากรที่ได้รับการดูแลและมีความพร้อมในการทำงานก็จะยังประโยชน์ให้เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย เพื่อนร่วมงาน และองค์กร

ท้ายที่สุดแล้วการเรียนรู้และเข้าใจความทุกข์ของตนเอง จะช่วยให้มองเห็นความทุกข์ของผู้อื่นชัดเจนขึ้น และด้วยความเข้าใจในทุกข์นั้น ไม่ว่าจะเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันในฐานะใด มนุษย์เราล้วนเป็นเพื่อนทุกข์ด้วยกันทั้งสิ้น





บรรยากาศในการอบรม ภาวนา for Love ของกลุ่มอาสาคิลานธรรม

ภาวนา for love
เยียวยาความเศร้าโศกแนวพุทธสู่ชุมชนกรุณา

วรพงษ์ เวชมาลินนท์

ความตายหรือการสูญเสียบุคคลอันเป็นรัก เป็นเรื่องที่ทุกคนต้องเผชิญไม่วันใดวันหนึ่ง อาจดูเหมือนเป็นเรื่องธรรมดา แต่ผลกระทบจากการสูญเสียกลับหนักหนาสาหัสกว่าที่หลายคนคิด และอาจนำไปสู่ภาวะความผิดปกติทางจิตใจหลายประการ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าที่กระทบต่อการดำเนินชีวิต หลายคนไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติและอาจถึงขั้นทำร้ายตัวเอง หากไม่ได้รับความช่วยเหลืออย่างทันท่วงที การดูแลความเศร้าโศกหลังการสูญเสียจึงเป็นเรื่องสำคัญ เพราะมีหลักฐานจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้คนจำนวนมากที่มีภาวะเศร้าเสียใจภายหลังการสูญเสีย หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จะมีอายุสั้นลงอย่างมีนัยสำคัญ

กลุ่มอาสาคิลานธรรมเป็นกลุ่มพระสงฆ์ที่มุ่งทำงานดูแลความทุกข์ของผู้คนในสังคม ส่วนหนึ่งเป็นการเข้าไปดูแลผู้ป่วย จึงพบเห็นและเข้าใจปรากฏการณ์ดังกล่าวดี และพยายามนำหลักธรรมคำสอนในพุทธศาสนามาคิดค้นเป็นหลักสูตรการเยียวยาความสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

ภาวนา for love เป็นชื่อเล่นของ “โครงการอบรมภาวนาแด่ผู้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก” ถือกำเนิดเมื่อปี พ.ศ. 2553 จากการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการเยียวยาความโศกเศร้าของผู้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโทเรื่อง “ผลของกิจกรรมเชิงพุทธที่เน้นธรรมะเรื่องหลักกรรมและชีวิตหลังความตาย ต่อความเศร้าโศกของผู้เคยสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก” โดยพระปณต คุณวัฑโฒ (ปัจจุบันคือพระครูเมธังกร วัดญาณเวศกวัน) สมาชิกกลุ่มอาสาคิลานธรรม ผู้สูญเสียมารดาแต่ก่อนบวช และได้อาศัยการศึกษาธรรมะมาดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสีย ความรู้สึกติดค้าง กังวล ไม่สบายใจต่างๆ โดยเฉพาะประเด็นสำคัญคือ ความสงสัยเรื่องชีวิตหลังความตายว่า ตายแล้วไปเกิดในภพภูมิไหน ก่อนตายมีความทุรนทุรายหรือตายด้วยอุบัติเหตุคือตายไม่ดีใช่หรือไม่ เป็นต้น

ท่านพบว่า พุทธศาสนามีองค์ความรู้ในเรื่องดังกล่าวอย่างชัดเจน การไปสู่ภพภูมิหลังจากตายแล้ว ถูกกำหนดด้วยกรรมที่แต่ละคนกระทำไว้ เมื่อทุกคนมีกรรมเป็นมรดกตกทอดของตนเอง ความทุกข์และเศร้าโศกต่อการจากไป จึงเป็นสิ่งที่ไม่มีประโยชน์ เพราะไม่ทำให้ผู้ตายได้รับผลบุญแต่อย่างใด

ความรู้เรื่องหลักกรรมและชีวิตหลังความตาย ช่วยเยียวยาความเศร้าโศก ความกังวลไม่สบายใจจากการปฏิบัติต่อโยมแม่ตอนท่านยังเป็นฆราวาสให้จางคลายไปได้ พระปณตจึงอาศัยหลักพุทธธรรมมาพัฒนาเป็นกิจกรรมและกระบวนการเยียวยาผู้สูญเสียญาติมิตรให้เกิดความเข้าใจในเรื่องดังกล่าว ซึ่งไม่เพียงแต่ช่วยเยียวยาความเศร้าโศกและทำให้การดำเนินชีวิตกลับสู่ภาวะปกติ แต่ยังช่วยพัฒนาชีวิตและปัญญาให้เติบโตอีกด้วย

กระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

หลังจากนำหลักคิดและข้อค้นพบดังกล่าวมาออกแบบเป็นกิจกรรม “ภาวนา for love” แล้ว พระปณตจึงเชิญชวนผู้เคยสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักระหว่างอายุ 24-77 ปี มาเข้าร่วมการอบรมระยะเวลา 4 วัน 3 คืน เพื่อเป็นกลุ่มทดลองและกรณีศึกษาในวิทยานิพนธ์ ณ ศูนย์อบรมโรงเรียนนาคประสิทธิ์ มูลนิธิวัดบางช้างเหนือ อ.สามพราน จ.นครปฐม เมื่อปี 2553

โดยการอบรมไม่ใช่การบรรยายธรรมะเพียงอย่างเดียว แต่ให้ความสำคัญกับกิจกรรมและกระบวนการที่ช่วยให้ผู้เข้าร่วมเชื่อมโยงธรรมะเข้ากับประสบการณ์ของตนเองและเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน เพื่อทำให้ผู้เข้าร่วมค่อยๆ เรียนรู้การนำธรรมะมาเยียวเยียวความเศร้าโศกและพัฒนาตนเองให้เกิดปัญญาตามหลักไตรสิกขา ภาวนา 4 และอริยสัจ 4 จนกลายเป็นเครื่องมือในการเยียวยาหรือดูแลตัวเองต่อไป โดยวางสัดส่วนกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวันให้เหมาะสม ระหว่าง 1. กระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (group counselling) 2. การเรียนรู้หลักธรรม 3. การปฏิบัติภาวนา เช่น สวดมนต์ เจริญสติ กระบวนการรับรู้และสังเกตสิ่งต่างๆ

เริ่มจาก “กายภาวนา” การฝึกอบรมพฤติกรรมทางกายวาจา การใช้อายตนะและสติในการสังเกตสิ่งต่างๆ ภายนอก “ศีลภาวนา” การสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม กับผู้คน เนื่องจากผู้สูญเสีย มักจมอยู่กับสิ่งที่ทำให้ตัวเองเศร้าโศก จึงมีกระบวนการเชิญชวนให้ผู้เข้าร่วมขยายความสัมพันธ์จากคนในครอบครัวไปสู่เพื่อนร่วมอบรมอื่นๆ ที่ผ่านประสบการณ์และเข้าใจเรื่องการสูญเสีย จนก่อให้เกิดความรักความผูกพันและบรรยากาศที่ไว้วางใจกัน ส่งผลให้กระบวนการต่างๆ ดำเนินไปอย่างราบรื่น

นำไปสู่ “จิตภาวนา” การพัฒนาจิตใจ ด้วยการรับฟังกัน เข้าอกเข้าใจกัน มีพื้นที่ปลอดภัยในการดูแลตัวเอง บอกเล่าสิ่งที่อัดอั้นตันใจและความอ่อนแอของตัวเองออกมา โดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มช่วยดูแล จนทำให้ผู้เข้าร่วมตระหนักรู้ด้วยตนเอง แล้วจึงแทรกธรรมะแต่ละระดับเข้าไป ทำให้ผู้เข้าร่วมค่อยๆ เกิดความเข้าใจและน้อมธรรมะเข้ามาใส่ตนอย่างเป็นธรรมชาติ โดยเฉพาะเมื่อแสดงหัวข้อธรรมที่ตรงกับข้อกังวลสงสัยหรือประเด็นค้างคาใจตัวเอง จึงเป็นคำตอบที่มาช่วยเติมเต็มความเข้าใจ จนกลายเป็น “ปัญญา”

กิจกรรมหนึ่งอันเป็นตัวอย่างรูปธรรมของกระบวนการเรียนรู้ภาวนา for love คือ การชงชาดอกไม้ทุกเช้าในกลุ่มย่อย ซึ่งครอบคลุมมิติทางกาย ศีล จิต และปัญญาในกิจกรรมเดียว เริ่มจากวงน้ำชาวันแรก พระผู้นำวงคุยกลุ่มย่อยจะรินน้ำชาให้ผู้เข้าร่วมรินต่อๆ กันไปจนครบรอบวง แล้วนั่งจิบชาสบายๆ ใช้อายตนะสัมผัสกลิ่น รส และใช้ใจรับรู้ความรู้สึกกับความคิดไปด้วย ก่อนชักถามถึงการเรียนรู้จากกิจกรรมต่างๆ ที่ได้ทำมา ซึ่งจะนำไปสู่การบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับบุคคลอันเป็นที่รักไปเองโดยธรรมชาติ และช่วยทำให้เกิดการเยียวยากันและกันในกลุ่มไปด้วยเลย ก่อนจะค่อยๆ ยกระดับการภาวนาในวงน้ำชาวันต่อมา รับรู้และสังเกตถ้วยชาตรงหน้าด้วยอายตนะต่างๆ เช่น การเห็น ได้กลิ่น แล้วสอบถามความรู้สึกที่ได้รับ เป็นการฝึกสติในแต่ละขณะๆ ต่อด้วยการฝึกจิตภาวนาในวงน้ำชาวันที่สาม เรียนรู้และอธิบายให้เห็นการทำงานของขันธ์ห้าว่าเป็นเหตุปัจจัยต่อกันอย่างไร ทำให้ผู้เข้าร่วมแยกแยะความรู้สึกกับความคิดออกจากกันได้อย่างชัดเจน แล้วจึงสรุปปัญญาปฏิบัติจากการชงชาและดื่มชาในวันสุดท้าย ซึ่งพบว่าวงน้ำชาทำให้หลายคนเข้าใจชีวิตมากขึ้น

กระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ดังกล่าว เมื่อประกอบเข้ากับการดูแลความทุกข์ใจโดยใช้หลักอริยสัจ 4 มาจัดกระบวนการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้เข้าร่วมตระหนักรู้ความทุกข์ของตัวเอง มองเห็นเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดทุกข์ จนเริ่มเข้าใจและปล่อยวางแล้ว ความทุกข์จะดับ สิ่งต่างๆ ที่ติดค้างคาใจจะจางคลายไปในที่สุด

จากการวัดผลกระบวนการดังกล่าวโดยใช้แบบสำรวจคะแนนความเศร้าโศกแบบองค์รวม 5 ด้าน คือ อารมณ์ การรู้คิด กายภาพ สังคม และจิตวิญญาณ พบว่าผู้เข้าร่วมจะคลายความเศร้าโศกของตนเองและพัฒนาศักยภาพในการดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความสำเร็จจากการจัดอบรมกลุ่มทดลองดังกล่าว ทำให้ศูนย์กุมารบริรักษ์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งทำงานร่วมกับกลุ่มอาสาคิลานธรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กและญาติอยู่แล้ว ให้ความสนใจและเป็นเจ้าภาพเชิญกลุ่มอาสาคิลานธรรมมาจัดอบรมการดูแลความโศกเศร้าให้กับพ่อแม่หลังการสูญเสียลูก อันเป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมงานดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล ซึ่งจะใช้นักจิตวิทยาโทรศัพท์ไปติดตามสอบถามพ่อแม่เพื่อดูแลภายหลังการสูญเสีย (Bereavement care) และช่วยให้ลดความเศร้าโศกของพ่อแม่ได้เป็นอย่างดี จึงจัดอบรมอย่างต่อเนื่องมาอีกหลายปี

นอกจากการจัดอบรมให้ศูนย์กุมารบริรักษ์แล้ว กลุ่มอาสาคิลานธรรมยังจัดการอบรมให้กับคนกลุ่มต่างๆ ตามจังหวะโอกาสและการสนับสนุนมาจนถึงปัจจุบัน

เดินทีละก้าว

จะเห็นว่า การอบรมภาวนา for love เป็นกระบวนการที่มีความประณีตละเอียดอ่อนมาก จึงมีเงื่อนไขหลายประการที่ทำให้การขยายเรื่องดังกล่าวออกไปได้น้อย เช่น เรื่องบุคลากรผู้จัดงาน เนื่องจากการอบรมต้องอาศัยคณะทำงานที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องหลักธรรม จิตวิทยาเชิงพุทธ และกระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งในกลุ่มอาสาคิลานธรรมมีผู้จัดกระบวนการดังกล่าวได้เพียงประมาณสิบคน ต้องสลับสับเปลี่ยนกันมาเข้าร่วมจัดอบรมเนื่องจากแต่ละท่านมีภาระงานมาก

เรื่องจำนวนผู้เข้าร่วม ต้องไม่เกิน 25 คน เพื่อให้พอเหมาะกับจำนวนผู้จัดกระบวนการให้คำปรึกษา และลักษณะของกระบวนการที่ต้องอาศัยความใกล้ชิดกันมาก ไม่เหมาะกับการอบรมขนาดใหญ่ รวมถึงผู้เข้าร่วมจะต้องผ่านการสูญเสียมาสักช่วงเวลาหนึ่งแล้ว ไม่ใช่เพิ่งประสบกับความสูญเสียหรือมีอาการโศกเศร้าจากการสูญเสียมากเกินไป ซึ่งจะต้องใช้กระบวนการแยกเดี่ยว ไม่เหมาะกับการเข้าร่วมการอบรมเป็นกลุ่ม ประกอบกับการจัดกิจกรรมต่างๆ ของกลุ่มอาสาคิลานธรรม ผู้เข้าร่วมไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด จึงต้องมีผู้สนับสนุน ทำให้กลุ่มจัดการอบรมภาวนา for love ไปเพียง 11 ครั้งนับตั้งแต่ปี 2553 จนถึงปัจจุบัน

ทางกลุ่มตระหนักถึงข้อจำกัดดังกล่าว จึงให้ความสำคัญกับการสร้างบุคลากรรุ่นใหม่ ในช่วงแรก พระคุณเมธังกร พระครูธรรมรัต (ธนัญชัย เตชปัญโญ) และเพื่อนพระสงฆ์กลุ่มอาสาคิลานธรรมรุ่นบุกเบิกจะเป็นผู้จัดกระบวนการอบรมด้วยตัวเอง แต่ในปัจจุบันท่านจะผันตัวเองมาเป็นผู้สนับสนุน เปิดโอกาสให้พระสงฆ์รุ่นใหม่ในกลุ่มบ่มเพาะการเป็นผู้จัดกระบวนการอย่างค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งต้องใช้เวลาฝึกฝนยาวนาน เพราะการเยียวยาผู้สูญเสียเป็นงานยากที่สุดอย่าง

หนึ่งในกระบวนการให้คำปรึกษา ผู้จัดกระบวนการกลุ่มจะต้องมีประสบการณ์เรื่องการให้คำปรึกษาในรูปแบบต่างๆ มากพอ จึงจะมาทำเรื่องการให้คำปรึกษาผู้สูญเสียได้ ทำให้การขยายงานดังกล่าวในนามของกลุ่มอาสาคิลานธรรมดำเนินไปอย่างช้าๆ แต่หากมีพระสงฆ์ท่านใดหรือกลุ่มใดที่สนใจและพร้อมจะทดลองจัดกระบวนการดังกล่าว ทางกลุ่มอาสาคิลานธรรมยินดีให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษา รวมถึงช่วยสนับสนุนการทำงานด้วยตามกำลังที่มี

ล่าสุด หอจดหมายเหตุพุทธทาส อินทปัญโญ จะเป็นผู้สนับสนุนการอบรมในปี 2562 ทำให้กลุ่มอาสาคิลานธรรมยังคงจัดงานอบรม ภาวนา for love อย่างสืบเนื่องต่อไป

สู่ชุมชนกรุณา

ข้อเรียนรู้สำคัญอีกอย่างหนึ่งจากงานอบรม ภาวนา for love คือ ผลของการจัดกิจกรรมนอกจากจะช่วยเยียวยาความโศกเศร้าและพัฒนาการดำเนินชีวิตของผู้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักแล้ว ยังเกิดการสร้างชุมชนของผู้มีประสบการณ์บางอย่างร่วมกัน จนเป็นความรักความผูกพัน การช่วยเหลือเกื้อกูล ติดต่อสื่อสารกันอย่างสม่ำเสมอและชักชวนกันไปทำความดีในรูปแบบต่างๆ เช่น เป็นจิตอาสา การปฏิบัติธรรม เป็นต้น หลังจบการอบรม และยังแผ่ขยายออกไปสู่คนอื่นๆ จนอาจกล่าวได้ว่า นี่เป็นตัวอย่างของชุมชนแห่งความกรุณาอีกรูปแบบหนึ่งที่สังคมไทยและโลกต้องการ

อย่างไรก็ตาม งานภาวนา for love เป็นเพียงบทบาทหนึ่งของกลุ่มอาสาคิลานธรรม งานหลักของกลุ่มที่จะช่วยดูแลความทุกข์ของผู้คนไม่เฉพาะต่อความสูญเสีย คือ งานเผยแผ่พระพุทธศาสนาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่ไม่ใช่การเทศนาธรรมเพียงอย่างเดียว แต่ทำให้ผู้คนมีเครื่องมือและใช้ดูแลความทุกข์ของตัวเองได้ ไม่ว่าจะเป็นความสูญเสีย ความผิดหวัง ตกงาน อกหัก และความทุกข์อื่นๆ ในชีวิต ซึ่งใช้กระบวนการดูแลแบบเดียวกัน

ถ้าสนใจเข้าร่วมการอบรม ภาวนา for love หรือกิจกรรมต่างๆ ของกลุ่มอาสาคิลานธรรม สามารถเข้าไปดูรายละเอียดได้จากหน้าเฟซบุ๊กแฟนเพจ “คิลานธรรม” และเว็บไซต์ www.gilanadhamma.org ได้



เราจะเสื่อมสลายไปด้วยกัน

เวสารัช โทณผลิน

(1)

ชายชราหันไปถามหญิงสาวที่นั่งข้างๆ ว่าเอารถจอดไว้ที่ไหนเป็นครั้งที่สิบแปดในเวลายี่สิบนาทีที่ทั้งสองนั่งรอพยาบาลเรียกเข้าไปพบแพทย์ นั่นหมายความว่าเขาหันมาถามลูกสาวด้วยประโยคเดิมแทบจะทุกสองนาที ความหงุดหงิดรำคาญทำให้เธอเลือกที่จะนั่งก้มหน้าอยู่กับโทรศัพท์มือถือแล้วปล่อยความคิดจมดิ่งไปในนั้น พอเงยหน้าขึ้นมาอีกทีเธอก็พบว่าพ่อไม่ได้นั่งอยู่ข้างๆ แล้ว

ห่างจากจุดที่หญิงสาวนั่งไปประมาณสองร้อยเมตร ชายชราเดินเรื่อยเปื่อยไปตามทาง เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลลอบมองเขาไม่วางตาก่อนจะเดินตามไปห่างๆ เมื่อชายชราหลบมายืนที่มุมแคบๆ บริเวณบันได พนักงานทำความสะอาดที่ได้รับสัญญาณจากเจ้าหน้าที่ก็เข้าไปสอบถามจนรู้ว่าเขาปวดปัสสาวะเธอจึงพาชายชราไปเข้าห้องน้ำและยืนรอเขาอยู่ด้านหน้า เมื่อเขาเสร็จธุระแล้วจึงเดินออกมา ทั้งเจ้าหน้าที่และพนักงานทำความสะอาดตรวจสอบกับพยาบาลจนรู้ว่าเขาคือใครจึงพาชายชราเดินกลับไปพบลูกสาวที่ยืนรออยู่กับพยาบาลไม่ไกลจากตำแหน่งที่เขาเดินหลงไป

ไม่เพียงแค่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล พนักงานทำความสะอาด และพยาบาลที่รับรู้ว่าชายชราคือผู้มีภาวะสมองเสื่อม แต่พนักงานรักษาความปลอดภัย พนักงานต้อนรับ พนักงานร้านสะดวกซื้อ คนขี่มอเตอร์ไซต์รับจ้างที่อยู่หน้าโรงพยาบาลต่างก็รับรู้และมีทักษะในการดูแลคนกลุ่มนี้ เมื่อผู้มีภาวะสมองเสื่อมเดินทางมาถึงทุกคนจะได้รับการประสานให้รับรู้ร่วมกันอย่างพร้อมเพรียงเพื่อที่จะช่วยเหลือดูแลพวกเขาได้อย่างเต็มที่

ทั้งหมดคือภาพที่เกิดขึ้นในหัวของผม หลังจากที่ฟังผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงสิรินทร ฉันศิริกาญจน หรือ อาจารย์อ้อย ผู้ก่อตั้งสมาคมผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งทำงานคร่ำหวอดในแวดวงการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมมายาวนานเล่าให้ฟังถึงภาพอนาคตที่เธอกำลังสร้างให้เกิดขึ้นจริง

(2)

“คุณดูไม่ออกหรอกค่ะว่าใครเป็นผู้มีภาวะสมองเสื่อมบ้าง เพราะเขาก็ดูเหมือนปกติ แต่การคิดกับพฤติกรรมของเขาได้เปลี่ยนไปแล้ว”

คำพูดของอาจารย์อ้อยคล้ายแรงกระตุกเบาๆ ให้ผมกลับมาที่ห้องประชุมที่เรากำลังนั่งสนทนากันอยู่ ผมเหลือบมองผู้คนโดยรอบแทบจะอัตโนมัติหลังจากฟังเธอพูดประโยคเมื่อสักครู่

“ตอนนี้เราใช้คำว่า ผู้มีภาวะสมองเสื่อมไม่ใช่ผู้ป่วย เพราะเรารักเขาในฐานะมนุษย์คนหนึ่งซึ่งมีภาวะบางอย่างแตกต่างจากเรา เหมือนกับที่สมัยก่อนเราเห็นคนพิการ หรือ เห็นคนติดเชื้อ HIV แล้วเราก็จะรู้สึกแบบนึง แต่ตอนหลังเราจะรู้สึกว่าเขาก็คือคนซึ่งมีภาวะเช่นนั้นอยู่ ซึ่งเขาก็อยู่ร่วมในสังคมกับเราได้”

การอยู่ร่วมกันในสังคมคือประเด็นสำคัญที่ทำให้เกิดการเริ่มต้นสร้างชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นโปรเจคล่าสุดที่อาจารย์อ้อยเป็นผู้ขับเคลื่อน เพราะทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องตระหนักแล้วว่าการพาผู้มีภาวะสมองเสื่อมไปพำนักที่ศูนย์รับเลี้ยงดูเป็นเรื่องละเอียดอ่อนทั้งในแง่ของเศรษฐกิจและสภาพจิตใจ เป้าหมายของชุมชนนี้คือทำอย่างไรที่จะให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคนในครอบครัวและอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้อย่างมีความสุขและยาวนานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

“เรากำลังช่วยกันคิดว่าทำอย่างไรที่จะทำให้คนที่ได้รับผลกระทบจากเรื่องนี้จะได้รับการดูแลอย่างที่ควรจะเป็น ทำให้มีการตระหนักรู้เรื่องสมองเสื่อมและเป็นมิตรต่อกัน (Dementia Awareness and Friendliness) นี่คือพูดในเรื่องของการรักษา แต่ถ้าเราไม่อยากให้เขาเป็นต้องทำอย่างไรที่จะลดความเสี่ยงในเรื่องสมองเสื่อมได้ ซึ่งเราก็ทำเหมือนกัน เราให้การวินิจฉัยและดูแล สมาคมผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมทำเรื่องสนับสนุนผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่เรียกว่า support dementia carers ทำอย่างไรที่คุณจะได้รับประโยชน์จากตรงนี้ แล้วเราจะจัดการเกี่ยวกับข้อมูลภาวะสมองเสื่อม และมีหลายที่ที่ทำวิจัยและพัฒนานวัตกรรม ทั้งศิริราช และจุฬาฯ ก็ช่วยกันทำอยู่”

“ตอนนี้องค์การอนามัยโลก (WHO) ไม่ได้อยู่เฉย เขาเห็นปัญหานี้มาก่อนเรา เขาจึงจัดให้สมองเสื่อมเป็นโรคติดต่อไม่เรื้อรัง (NCDs) ตั้งแต่เมื่อหลายปีที่ผ่านมา เขา Report มาตั้งแต่ ค.ศ. 2012 แล้วก็มีประชุมของ WHO จนเริ่มมี world dementia council เกี่ยวกับเรื่องสมองเสื่อม แล้วจะมี report มีการประชุมของรัฐมนตรีครั้งแรกของWHO ที่เอารัฐมนตรีที่ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมมาคุยกัน เพื่อให้มีการบริหารจัดการทั้งหลายที่ต่อยอดจากการประชุมนั้น”

“ถามว่าคนมีภาวะสมองเสื่อมมีเยอะไหม ประเทศเรามีประชากร 60 กว่าล้านคน มีคนที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 6 แสนคน” อาจารย์อ้อยหยุดพูดแล้วส่งยิ้มให้ผมก่อนจะพูดต่อ

“แต่คนเดียวก็เกินพอแล้วล่ะค่ะ”

คนมีภาวะสมองเสื่อมคนเดียวก็เกินพอแล้วเหรอ แสดงว่าภาวะนี้ส่งผลกระทบต่อสังคมไม่ใช่น้อย

แล้วมันร้ายแรงขนาดไหนกันล่ะ

(3)

ใบหน้าของ ‘ปิติพร สิริทิพากร’ ก็ดูมีความสุขดีนี่นา

ปิติพรคือพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุซึ่งแม่ของเธอมีภาวะสมองเสื่อมมานานกว่าสิบปีแล้ว

“คุณแม่เริ่มเป็นสมองเสื่อมตั้งแต่อายุ 67 ปี ตอนนั้นท่านยังเป็นแม่ค้าขายของอยู่ในตลาด อยู่มาวันหนึ่งที่ท่านเริ่มทอนเงินผิด ลูกค้าก็บอกว่า เจ๊ๆ ทอนเงินผิด แม่ก็บอกว่าอะไร ฉันเป็นแม่ค้ามาหลายสิบปี ไม่เคยทอนผิด แม่ก็ไปต่อว่าว่าลูกค้าโกงเขา”

ผมเริ่มสังเกตเห็นตะกอนความเหนื่อย ความเครียด และความทุกข์ที่เผยออกมาผ่านเรื่องราวที่เธอเล่า แม้ปัจจุบันสิ่งเหล่านั้นอาจจะไม่ได้เข้มข้นเช่นในอดีตแต่ความรู้สึกเหล่านั้นเคยเกิดขึ้นกับผู้หญิงตัวเล็กๆ คนนี้แน่นอน

“แล้วแม่ก็เริ่มหุงต้มอะไรที่ตลาดแล้วลืมปิดแก๊ส ไฟก็เริ่มไหม้ คนที่ตลาดกลัวตลาดไหม้เขาเลยโทรให้เราพาแม่ไปหาหมอเถอะ เพราะดูมีอาการเยอะ แต่พอรู้ว่าเป็นกว่าจะให้ท่านเลิกขายของได้ก็ใช้เวลาเกือบสามปีเลยนะคะ”

“สุดท้ายเราต้องพาคุณแม่จากลำพูนมาอยู่ที่กรุงเทพฯ คุณแม่ก็อยู่ไม่ได้ค่ะ เพราะเราอยู่ที่หอพัก พอเขาตื่นมาพบว่าที่นี่ไม่ใช่บ้านของเขา เขาก็จะเดินออกไปวันละหลายๆ รอบ เราเข้าเวรดึกมาบอกแม่ขอนอนแป๊บนึง พอตื่นมาแม่ก็หายไปแล้ว แล้วในตลาดวังหลังไม่ได้หากันง่ายๆ แม่จะเดินข้ามถนนเข้าไปใน รพ. ศิริราช เขาก็ถามแม่ว่ามาหาใคร แม่บอกลูกเป็นพยาบาลที่นี่ พี่พยาบาลที่รู้จักเราเขาก็จะพาไปที่วอร์ดที่ตึกที่เราทำงานอยู่ หัวหน้าก็โทรมาบอกว่าแม่เดินมาที่นี่นะ”

สถานการณ์ของปิติพรเข้มข้นขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ที่ต้องพาแม่ไปเข้าเวรด้วยเพราะเป็นห่วง แต่แม่ก็ไม่ได้อยู่เฉย เดินไปเปิดประตูห้องนั้นห้องนี้ทั่วโรงพยาบาล เดินหลงไปขึ้นแท็กซี่เพื่อจะไปบ้านญาติแต่ก็จำไม่ได้ เมื่อย้ายไปอยู่ที่บ้านก็พยายามออกจากบ้านโดยการทั้งทุบประตู ปีนรั้ว พังกระจก จนสุดท้ายปิติพรจึงตัดสินใจพาแม่ไปพักอยู่กับป้าที่จังหวัดลำพูนตามเดิม

“แต่ก็ไม่จบหรอกค่ะ เพราะพอตื่นมามันไม่ใช่บ้านแม่ เขาก็จะไปที่ตลาด เพราะบ้านคุณป้าห่างจากตลาดกิโลเมตรเดียว แต่วันนึงไปประมาณยี่สิบกว่ารอบ บางวันไม่ได้ไปเวลาปกติด้วย ตีหนึ่ง ตีสองก็ไป ท่านบอกไปตลาดแล้วจะไปเปิดร้านแล้ว ลูกค้ามารอเต็มแล้ว พอเราให้เหตุผลว่ายังไม่มีใครมานะแม่ก็ไม่ฟัง ไม่ใช่ไม่จริง เราก็ต้องปล่อยให้ท่านไป”

“แล้วถ้าเดินไปช่วงกลางวันระหว่างบ้านป้าไปตลาดจะต้องเดินผ่านบ้านคนนั้นคนนี้ ท่านเดินผ่านไปเจอรองเท้าท่านก็เก็บมา แล้วจะไม่เอาสองข้างนะ จะถือมาข้างเดียว กุญแจรถบ้าง อะไรที่ใครวางเอาไว้ เพราะที่ต่างจังหวัด เขาจะไม่ค่อยเก็บของกันอยู่แล้ว นาฬิกา แว่นตา กุญแจบ้าน กุญแจรถ เดินผ่านวัดก็เอาขันน้ำมา แกเห็นอะไรก็จะเก็บมาแล้วเราก็ไม่รู้ว่าแกไปเอาของใครมาบ้าง พอมาถึงบ้านเราก็จะมีตระกร้าใบนึงมาแล้วบอกว่าแม่หนูขอเอาของไปใช้ที่กรุงเทพฯ นะ พอขอเสร็จเราก็จะเอามาใส่ตระกร้านี้ แล้วเจ้าของเขาก็จะมาเอาคืนเพราะเราไม่รู้ว่าจะไปคืนใคร ที่ไหน ลองนึกภาพว่าเจ้าของก็จะมาด้วยอารมณ์ที่ขุ่นมัวมาก ประมาณว่าแม่เธอทำแบบนี้อีกแล้วนะ”

ผมจินตนาการภาพตามที่ปิติพรเล่า ไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะทำความเข้าใจไปจนกระทั่งสามารถยอมรับผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่พูดและทำสิ่งต่างๆ โดยแทบจะไม่มีเหตุผลใดใดรองรับได้ทั้งนอกเหตุเหนือผล ทั้งเหนือการคาดเดาและหลักตรรกะต่างๆ ตลอดจนแทบจะไม่สามารถยึดถือและสื่อสารอะไรในเชิงเหตุผลกับพวกเขาได้เลย

อย่าว่าแต่ชุมชนที่เป็นมิตรต่อพวกเขาเหล่านั้นเลย ผมคิดว่าลำพังแค่ครอบครัวที่เป็นมิตรต่อกัน ก็ยากจนแทบจะเป็นภารกิจที่เป็นไปไม่ได้อยู่แล้ว ถ้าไม่มีกฎเกณฑ์ หลักการ และเหตุผลการอยู่ร่วมกันของมนุษย์ผู้เปราะบางจะเป็นอย่างไร คิดให้หัวแทบแตกอย่างไรก็แทบจะไม่เห็นหนทางว่าใครจะมาร่วมสร้างชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้มีภาวะสมองเสื่อมกับอาจารย์อ้อยเลย

(4)

คนสิบกว่าคนที่นั่งล้อมเป็นวงอยู่กับผมตอนนี้มาจากหลากธุรกิจหลายที่มา ทั้งศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน(กศน.) , ร้านขนมหวานชื่อดัง After you , บริษัทที่ผลิตนวัตกรรมเพื่อสังคมอย่าง Good Factory , เสถียรธรรมสถาน , บริษัททรู จำกัด(มหาชน) และ มูลนิธิกระจกเงา

คนกลุ่มนี้นี่ล่ะครับที่เป็นส่วนหนึ่งในการร่วมสร้างชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ถ้าเขียนเส้นทางของชุมชนนี้โดยเริ่มตั้งแต่ต้นทางก็คือตรวจเช็คและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ก็คงต้องเริ่มกันที่บริษัท Good Factory ที่สร้างสรรค์เกมสำหรับตรวจสอบสมองชื่อ Brain Check ซึ่งเป็นเกมที่ถูกพัฒนาร่วมกับแพทย์ที่มีความรู้เรื่องสมองผ่านการทดสอบกับกลุ่มผู้สูงอายุหลายคนจนได้เกมที่สามารถตรวจเช็คประสิทธิภาพของสมองว่ามีภาวะสมองเสื่อมหรือกระทั่งสุ่มเสี่ยงต่อการที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือเปล่า (เข้าไปเล่นได้ที่ brain-check.net)

รับไม้ต่อจาก Good Factory ก็คือการทำงานของศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน หรือ กศน. ที่คิดค้นรูปแบบทัศนศึกษาและค่ายสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้พวกเขามีกิจกรรมในการพัฒนาสมองและเข้าสังคมอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มต้นที่ท้องฟ้าจำลอง ซึ่งจะเปิดให้กลุ่มผู้สูงอายุที่รวมตัวกันเข้าไปติดต่อขอให้ทาง กศน. พาไปทัวร์เต็มวันโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแม้แต่บาทเดียว

สำหรับผู้ที่เริ่มประสบภาวะสมองเสื่อมกับคนในครอบครัวที่ต้องดูแลคนกลุ่มนี้ก็จะมีเสถียรธรรมสถาน สถานปฏิบัติธรรมย่านวัชรพลที่จัด day camp ให้เข้าไปฝึกปฏิบัติเพื่อดูแลจิตใจ ตลอดจนมีกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ไปเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ เช่น ย้อมผ้า ปลูกต้นไม้ หรือดูแลเด็กๆ อีกด้วย

ร้านขนมยอดฮิตสำหรับคนหนุ่มสาว after you ก็กำลังคิดค้นโปรเจคช่วงเวลาสุดพิเศษสำหรับครอบครัวที่ต้องดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้พวกเขามีพื้นที่และช่วงเวลาที่จะได้อยู่ร่วมกันอย่างเป็นส่วนตัว เพราะการที่ครอบครัวต้องพาผู้มีภาวะสมองเสื่อมออกมานอกบ้านแล้วใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะคนกลุ่มนี้อาจเดินช้า รับประทานอาหารหกเลอะเทอะ หรือมีพฤติกรรมที่ยากจะเข้าใจได้

ส่วนในกรณีที่ผู้มีภาวะสมองเสื่อมอาจจะพลัดหลง ทางบริษัททรู คอร์ปอร์เรชั่น จำกัด (มหาชน) ก็ร่วมมือกับมูลนิธิกระจกเงาในการคิดค้นนวัตกรรมริสต์แบนด์ หรือ สายรัดข้อมืออัจฉริยะที่เป็นทั้งสัญลักษณ์ให้คนในสังคมรับรู้ว่าบุคคลนี้คือผู้มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากนั้นยังทำงานร่วมกับแอพพลิเคชั่นที่สามารถส่งข้อมูลของคนๆ นั้นไปให้กับตำรวจและมูลนิธิกระจกเงาได้ในกรณีที่พบเห็นบุคคลนั้นในลักษณะที่สงสัยว่าอาจจะกำลังหลงทางอยู่ โดยใช้วิธีสแกนจากระยะไกลเพื่อที่จะไม่ต้องเข้าไปใกล้พวกเขาจนก่อให้เกิดความรู้สึกไม่ดีในใจของพวกเขา

เมื่อเขียนโครงสร้างเส้นทางทั้งหมดของการสร้างชุมชนเริ่มตั้งแต่ป้องกัน ตรวจเช็ค ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ไปจนถึงตามหาผู้ที่สูญหาย ทำให้มองเห็นภาพรวมของชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้มีภาวะสมองเสื่อมชัดขึ้นว่าคือชุมชนที่ประกอบด้วยผู้คนที่รับรู้และตระหนักถึงปัญหานี้ร่วมกันจนยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือดูแลภายใต้ทรัพยากรและความถนัดที่ตัวเองมีเพื่อสร้างชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้มีภาวะสมองเสื่อมให้แผ่วงกว้างออกไปไม่มีประมาณ

(5)

วงกลมที่พวกเรานั่งอยู่ดูคล้ายต้นแบบที่เป็นรูปธรรมของชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้มีภาวะสมองเสื่อม อาจารย์อ้อยที่นั่งอยู่ในวงยิ้มต้อนรับทุกคนอย่างเป็นมิตร หลายคนเคยพบอาจารย์อ้อยมาแล้วหลายครั้ง ทั้งที่มาในฐานะพันธมิตรซึ่งทำงานด้านนี้ร่วมกันมายาวนาน และในฐานะที่ต้องดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งเป็นคนใกล้ตัวของตัวเองจนเกิดแรงบันดาลใจอยากร่วมสร้างชุมชนนี้ขึ้นมาเพื่อช่วยเหลือคนที่ประสบสถานการณ์เดียวกับตัวเอง

อาจารย์อ้อยพูดถึงโครงการโรงพยาบาลที่เป็นมิตรต่อผู้มีภาวะสมองเสื่อมให้พวกเราฟังว่า

“จัดไปแล้วหกรุ่น ทั้งแพทย์ พยาบาลและบุคลากรสายสนับสนุนทั้งหลาย ตั้งแต่คนที่ให้ข้อมูล เวรเปล ยามรักษาความปลอดภัย มีคนที่ผ่านการอบรมไป 400 คนแล้ว ซึ่งต่อไปคนถูพื้น คนขายของที่ร้านสะดวกซื้อและร้านรอบโรงพยาบาลจะต้องรู้ว่าคนไข้คนนี้ดูแปลกๆ น่าจะมีภาวะสมองเสื่อม คนจะรู้จักภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น คนกลุ่มนี้เป็นคนที่เราเรียกว่า Dementia Friends หรือ กัลยณมิตรของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมค่ะ”

Dementia Friend จะได้รับสัญลักษณ์ดอกไม้ติดที่บริเวณอก อาจารย์อ้อยย้ำว่าถ้าวันไหนคนผู้นั้นรู้สึกว่าตัวเองพร้อมที่จะช่วยเหลือดูแลคนที่มีภาวะสมองเสื่อมให้หยิบเข็มกลัดรูปดอกไม้มาติดแล้วออกไปปฏิบัติภารกิจเป็นมิตรกับคนกลุ่มนี้อย่างเต็มที่

“แต่ถ้าวันไหน โอ้โห เมื่อคืนนี้ชั้นเยินไปหมดทั้งคืน ก็เอาดอกไม้ออกเถอะค่ะ วันนี้ขอไม่เป็นมิตรแล้วค่ะ เป็นไม่ไหว จะแย่อยู่แล้ว ไม่เป็นพยาบาลแล้ววันนี้เป็นพยามารก็เอาดอกไม้ออกไปก่อน แต่ถ้าวันไหนคุณมีดอกไม้ นี่เป็นสัญลักษณ์ว่าวันนี้ชั้นพร้อมดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม”

ในมุมมองของผม ความรู้อาจไม่สำคัญเท่าความรักสำหรับ Dementia Friends เพราะทฤษฎี หลักการต่างๆ เป็นเรื่องที่ศึกษากันได้ไม่ยาก สิ่งที่ท้าทายกว่าคือการนำความรู้เหล่านั้นมาปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยหัวใจอย่างแท้จริง

หรือบางทีชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้มีภาวะสมองเสื่อมก็คือชุมชนที่มีการตระหนักรู้ (awareness) ถึงความรักความเมตตาที่เราทุกคนต่างก็มีเหมือนกัน ไม่ว่ามันจะได้รับการฝึกฝนบ่มเพาะให้แข็งแรงหรือไม่ก็ตาม

อาจารย์อ้อยเล่าถึงร้านอาหารแห่งหนึ่งในญี่ปุ่นที่มีโปรเจคให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมเป็นพนักงานรับออเดอร์และเสิร์ฟอาหาร

“เป็นร้านอาหารที่เราจะไม่ได้กินที่เราสั่งนะคะ เขาจะบอกแขกว่าบริกรเป็นผู้มีภาวะสมองเสื่อม พอแขกมาถึงบริกรก็จะวิ่งมา พอเดินมาถึงปุ๊ปก็นึกไม่ออกแล้วว่าต้องมาทำอะไร ลูกค้าจะบอกว่ามานี่ๆ มารับออเดอร์อาหาร พอสั่งอาหารไปแล้วก็ทำใจหน่อยนะว่าจะได้อะไร เพราะตอนที่มาก็อาจจะไม่ได้อย่างนั้น แต่ลูกค้าบอกว่าพอได้อย่างอื่นก็อร่อยเหมือนกัน กินได้เหมือนกัน แต่มันสร้างคุณค่าให้เขาได้จริงๆ”

ใช่แล้ว ถ้าเราตระหนักรู้ในใจอยู่เสมอว่าเขาก็คือมนุษย์คนหนึ่งที่เปราะบาง เป็นมนุษย์ที่ไม่ต้องการความเข้าใจจากสมอง แต่โหยหาความรักซึ่งมาจากหัวใจที่ไม่จำเป็นต้องผ่านกระบวนการคิดและตรรกะหลักการใดๆ

“ถ้าเราเข้าใจ เราจะคาดหวังน้อยลง เราจะทำร้ายกันน้อยลง และเราจะมีความสุขมากขึ้นจริงๆ” อาจารย์อ้อยพูดทิ้งท้าย

หรือการยึดโยงเกาะเกี่ยวกันของชุมชนแห่งนี้อยู่ที่หัวใจ

เป็นอีกระบบของมนุษย์ที่พวกเราให้ความสำคัญในการพัฒนาน้อยเหลือเกิน



คุณอรนุช เลิศกุลดิลก ผู้ก่อตั้งร้านคุณตาคุณยาย





forOldy ชีวิตนี้เพื่อคุณตาคุณยาย

เพ็ญจุรี วิระธนาบุตร

คนเรามักจะตั้งเป้าหมายเป็นตัวเลขหลักสองหน่วยไว้ในใจ ... ฉันอยากมีอายุถึงแค่นี้ ไม่อยากลำบาก ไม่อยากเป็นภาระใคร ไม่อยากนอนเฉย ๆ อยู่บนเตียง ... แต่ในความเป็นจริง เรากำหนดอายุขัยให้ตัวเองได้ด้วยหรือ เมื่อกาลเวลาผ่านมาจนถึงวันที่เรานึกได้ว่า ... ฉันกำลังอยู่ในวัยชรา ร่างกายฉันเสื่อมถอยและต้องการความช่วยเหลือ ... วันนั้นเราจะดูแลตัวเองอย่างไร หรือหากคนที่เรารักกำลังอยู่ในสภาวะนี้ เราจะดูแลเขาอย่างไร

ยังไม่รวมถึงอีกสิ่งหนึ่งที่ตามมาติดๆ คือ ค่ารักษาพยาบาล ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าอุปกรณ์การแพทย์ ค่ากายภาพบำบัด ฯลฯ ที่นับวันราคาจะสูงขึ้น ก็เป็นอีกปัจจัยที่ทวีความกดดันในวาระท้ายของชีวิต

“คนในชุมชนที่พี่ดูแล วันแรกที่เขานอนติดเตียง เขาก็ไม่มีข้าวกินแล้ว และเขาก็ต้องนอนในที่ร้อน ๆ สุขภาพจิตก็แย่ เพราะลูกหลานไม่ว่าง ตอนเช้าก็แค่หิ้วแกงมาให้ถุงหนึ่ง เขาอยู่กันได้ไม่เกินเดือนหนึ่งก็ตาย บางคนนั่ง ๆ อยู่ที่บ้าน คว่ำตายไปเลยก็มี” คุณนุช-อรนุช เลิศกุลดิลก ผู้ก่อตั้ง โครงการเพื่อผู้สูงอายุ forOldy เล่าประสบการณ์จากชุมชนเมืองให้ฟัง

ด้วยพื้นฐานที่คุณอรนุชทำงานภาคราชการมาก่อน ทำให้เธอได้คลุกคลีกับชาวบ้านในชุมชนแออัดหลายแห่ง พบความยากลำบากในการใช้ชีวิตและปัญหาความยากจนที่ไม่เคยหายไปจากสังคมไทย จึงเป็นแรงบันดาลใจให้คุณอรนุช มุ่งหน้าทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัยในเมืองมากว่า 10 ปี และเกิดเป็นโครงการเพื่อผู้สูงอายุ forOldy ภายใต้มูลนิธิช่วยไร้พรมแดนประเทศไทย โดยมี “ร้านคุณตาคุณยาย” เป็นกิจการเพื่อสังคมที่หล่อเลี้ยงโครงการไปด้วย

“ตอนแรกคนในครอบครัวบอกว่าพี่เป็นคนเพี้ยน แต่ตอนนี้เขามาช่วยพี่ทำหมดแล้ว เขายอมรับแล้ว” คุณอรนุชเล่าถึงช่วงเริ่มต้นของการทำงานที่เธอต้องฝ่าฟันในวันที่คนรอบข้างไม่เข้าใจ ซึ่งต่างจากภาพในวันนี้ที่เราเดินเข้าไปในร้านคุณตาคุณยายและเห็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุมากมายหลายชนิด อุปกรณ์เหล่านี้เป็นอุปกรณ์มือสองสภาพดีที่ได้รับบริจาค

ผ่านการตรวจสภาพและทำความสะอาดเรียบร้อยก่อนจะให้เช่า ภายในร้านมีทั้งอุปกรณ์ช่วยเดินแบบต่างๆ รถเข็น เก้าอี้นั่งอาบน้ำ เก้าอี้นั่งถ่าย เครื่องดูดเสมหะ เครื่องผลิตออกซิเจน เตียงผู้ป่วย ที่นอนลม และยังมีผลิตภัณฑ์งานประดิษฐ์น่ารักมากมายที่เป็นฝีมือผู้สูงอายุอีกด้วย

อุปกรณ์ดูแลผู้สูงอายุที่มักจะมีคนขอเช่าเป็นประจำคือ
รถเข็น และ เตียง มีอัตราค่าเช่าเบื้องต้นคือ
1. รถเข็น: 5 วันแรก ราคา 100 บาท/วัน หลังจากนั้น ราคา 50 บาท/วัน
2. เตียงผู้ป่วย: มี 2 ประเภทคือ
2.1 เตียงมือสอง เดือนแรก 1,000 บาท เดือนต่อไป 500 บาท/เดือน
2.2 เตียงใหม่ เดือนแรก 1,000 บาท เดือนต่อไป 800 บาท/เดือน

แต่ด้วยแนวโน้มในสังคมที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นทุกวัน เตียงและรถเข็นจึงเป็นอุปกรณ์ที่มีไม่เพียงพอต่อความต้องการ ผู้ใดที่สนใจบริจาคอุปกรณ์การแพทย์ดังกล่าว สามารถส่งต่อให้ผู้ที่ต้องการได้ผ่านร้านคุณตาคุณยาย ทางร้านยินดีและยังเปิดรับบริจาคอยู่เสมอ

อย่างไรก็ตาม การขาดแคลนอุปกรณ์ไม่ได้มีสาเหตุจากจำนวนที่ไม่เพียงพออย่างเดียว เพราะอีกความท้าทายที่คุณอรนุชต้องรับมือก็คือ ผู้เช่าที่ไม่นำอุปกรณ์มาคืน ทำให้ทีมงานต้องคอยติดตามผู้เช่าบางรายที่นานวันเข้าก็เงียบหาย บางครั้งต้องรับภาระในการนำอุปกรณ์กลับมาด้วยตัวเองอีกด้วย

“เคยมีคนติดต่อมาว่าเขาประสบอุบัติเหตุแล้วขาดถังออกซิเจน ไม่มีเงินเลย ช่วยเขาหน่อยนะ พี่เลยขอให้ลูกเขาเขียนจดหมายมาหา เขาก็ทำนะแล้วก็มาขอเครื่องไป วันดีคืนดีเราโทรไปถามว่าเป็นอย่างไรบ้าง เขาบอกว่าหายแล้ว กลับบ้านนอกแล้ว พี่เลยถามว่าแล้วถังออกซิเจนล่ะ เขาบอกว่าถังออกซิเจนอยู่ห้องเช่า พี่ถามว่าห้องเช่าอยู่ไหน เขาบอกว่าลูกชายอยู่ ให้ติดต่อลูกชาย พอลูกเขาส่งมาคืนก็ลืมคืนที่ครอบอีก พี่ก็ต้องจ้างมอเตอร์ไซค์ไปเอาที่ครอบอีก นี่คือเขาไม่ได้จ่ายสักบาทเลยนะ ไม่มีมัดจำด้วย” คุณอรนุชเล่า

เรื่องที่เธอเล่าบอกเราให้รับรู้ว่า คนที่ทำหน้าที่ดูแลผู้อื่นก็ต้องการการดูแลเช่นเดียวกัน และก็ไม่ได้ต้องการอะไรมากไปกว่าความรับผิดชอบและการนึกถึงใจเขาใจเรา แม้เราอาจจะไม่ได้ทำงานช่วยเหลือผู้อื่นโดยตรง แต่เราก็สามารถหล่อเลี้ยงน้ำใจได้ผ่านการเห็นคุณค่าและรับรู้ความเมตตากรุณาที่มีต่อของกัน เพียงเท่านี้ก็เป็นส่วนหนึ่งช่วยดูแลสังคมแล้ว

สำหรับคุณอรนุช แม้เธอจะเผชิญกับอุปสรรคและปัญหารายวัน เธอก็ยังคงเดินหน้าทำงานเพื่อผู้สูงวัยต่อไป โดยงานอีกส่วนหนึ่งของโครงการที่เป็นหัวใจสำคัญคือ จัดกิจกรรมที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเมือง

“พี่ทำเพื่อสร้างระบบและกลไกให้เกิดการดูแลกันเองในชุมชน ให้ผู้สูงอายุในชุมชนเมืองได้รับการดูแลจากคนในชุมชนของตนเอง โดยใช้กลไกอาสาสมัคร” คุณอรนุชบอกเป้าหมายของการทำโครงการให้เราฟัง โดยอาสาสมัครที่เธอพูดถึงนี้ มีทั้งคนจากนอกชุมชนที่สละเวลาเดินทางมา และอาสาสมัครอีกส่วนหนึ่งก็เป็นผู้สูงวัยในชุมชนนั้นๆ ที่พร้อมจะดูแลเพื่อนๆ ที่รุ่นราวคราวเดียวกันนั่นเอง

ตั้งแต่เริ่มทำโครงการนี้ครั้งแรกกับผู้สูงวัยในชุมชนหน้าสมาคมธรรมศาสตร์ ผ่านมา 10 ปี ปัจจุบันนี้ forOldy เข้าไปจัดกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทั้งหมด 9 แห่งรอบกรุงเทพฯ ได้แก่

1. ชุมชนหน้าสมาคมธรรมศาสตร์ เขตสาทร
2. ชุมชนบ้านมั่นคงสวนพลู เขตสาทร
3. ชุมชนบ้านเอื้ออาทร เขตสาทร
4. ชุมชนพูนทรัพย์ เขตสายไหม
5. ชุมชนวัดลุ่มเจริญศรัทธา เขตสายไหม
6. ชุมชนนวมินทร์ 88 เขตคันนายาว
7. ชุมชนตรอกต้นโพธิ์ เขตดุสิต
8. ชุมชนสิริสาสน์ เขตดุสิต
9. ชุมชนสินทรัพย์ เขตดุสิต

ในแต่ละชุมชนนั้น โครงการจะเปิดรับผู้สูงวัยอายุ 50 ปีขึ้นไปให้มาเป็นสมัครสมาชิก ปัจจุบันมีทั้งหมด 7 รุ่นแล้ว มีสมาชิกผู้สูงวัยรวม 267 คน อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 65 ปี

สมาชิกของโครงการจะนัดประชุมกันทุก 2 เดือน ทุกๆ เดือนจะบริจาคเงินคนละ 20 บาทเข้าสู่กองทุนที่ชื่อว่า “กองทุนอุ่นใจ” กองทุนนี้ตั้งขึ้นเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับวาระสุดท้ายของชีวิต ด้วยการมอบเงินจำนวนหนึ่งให้กับลูกหลานของผู้สูงวัยที่เป็นสมาชิกเพื่อจัดพิธีศพ จึงเป็นการช่วยให้ผู้สูงวัยสามารถจากไปอย่างสงบใจและสบายใจได้ว่าไม่ทิ้งภาระไว้ข้างหลัง ดังแนวคิดของโครงการที่ว่า “สูงวัยอย่างสง่างาม เจ็บอย่างสบาย จากไปอย่างสงบ” ตั้งแต่เริ่มตั้งกองทุน ก็มีผู้สูงวัยที่ได้รับการสนับสนุนแล้วร่วม 50 คน

นอกจากนี้ ในกลุ่มสมาชิกก็ยังมีผู้สูงอายุบางคนที่สุขภาพดีทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครประจำชุมชนในการแวะเวียนเยี่ยมเพื่อนๆ ที่สูงอายุในชุมชนของตนเอง โดยใช้เวลาสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 2 ชั่วโมงในการเดินเยี่ยมและบันทึกลงในใบเยี่ยม เพื่อเก็บข้อมูลให้ชัดเจนว่าอาสาสมัครคนไหน ไปเยี่ยมใครบ้าง สุขภาพเป็นอย่างไร ต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้าง แล้วอาสาสมัครจะนำมารายงานในที่ประชุมกับโครงการเพื่อหาทางดูแลรักษากันต่อไป

สำหรับชุมชนนวมินทร์ 88 จะพิเศษตรงที่มี “ศูนย์เพลินวัย” เพราะเป็นบริเวณที่ตั้งของร้านคุณตาคุณยายด้วย ศูนย์นี้เป็นพื้นที่ที่มีบรรยากาศอบอุ่น เปิดให้ผู้สูงวัยในชุมชนเข้ามาทำกิจกรรม ไม่ว่าจะเรียนโยคะสำหรับผู้สูงอายุที่จัดเดือนละครั้ง ทำงานฝีมือเพื่อขายระดมทุน หรือจะแค่แวะมานั่งพูดคุยคลายเหงาก็ยังได้ ถือว่าเป็น Co-working space ที่เหมาะกับผู้สูงอายุเลยทีเดียว

เรียกได้ว่า ร้านคุณตาคุณยาย และโครงการเพื่อผู้สูงอายุ forOldy ที่คุณอรนุชและทีมงานกำลังทำนี้เป็นการสร้างระบบการดูแลผู้สูงวัยในทุกๆ มิติ ทั้งบริการอุปกรณ์ที่ดูแลสุขภาพร่างกาย อาสาสมัครที่เยี่ยมเยียนดูแลจิตใจจากเพื่อนบ้านที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน และกองทุนอุ่นใจ ที่สนับสนุนให้ผู้สูงวัยเตรียมพร้อมสำหรับวาระสุดท้ายของชีวิตด้วยใจที่สงบสบายอีกด้วย

เมื่อเราถามคุณอรนุชว่าเธอทำงานมากมายผ่านความท้าทายสารพัดเช่นนี้ เธอมีอะไรเป็นกำลังใจบ้าง “รอยยิ้มผู้สูงอายุ” คุณอรนุชตอบทันทีแล้วเสริมว่า “พี่ชอบสบตาเขานะ” นี่คงเป็นสิ่งเล็กๆ ที่มีค่าทางใจสำหรับผู้หญิงคนหนึ่งที่อุทิศทั้งชีวิตและลมหายใจเพื่อดูแลผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

จริงอยู่ว่าเราไม่สามารถกำหนดอายุขัยของเราและคนที่เรารักได้ แต่เราสามารถดูแลชีวิตช่วงสุดท้ายให้เป็นช่วงเวลาที่มีคุณภาพได้ และสามารถเตรียมพร้อมสำหรับการลาจากให้กับตัวเราและคนที่เรารัก รวมถึงสามารถแบ่งปันอุปกรณ์ แรงกายและแรงใจเพื่อสนับสนุนให้คนอื่นๆ ในสังคมมีช่วงเวลาสุดท้ายที่ดีได้เช่นกัน

สำหรับผู้ที่สนใจรับบริการหรือต้องการสนับสนุน สามารถติดต่อได้ที่ 02-519-1933 ในเวลา 9.00-16.00 น.

สามารถติดต่อรับบริการเช่าอุปกรณ์ดูแลผู้สูงอายุได้ทาง LINE: foroldyshop และรู้จักกับ forOldy ร้านคุณตาคุณยายเพิ่มเติมได้ที่ www.foroldy.com หรือ Facebook: forOldy

หากสนใจเข้าชมร้านคุณตาคุณยาย พบกันได้ที่ 53/1 ซอยรามอินทรา 58 แยก 3-13 แขวงรามอินทรา เขตคันนายาว กทม. 10230





เยือนเย็น

ติดต่อสอบถามเพิ่มเติม

โทร. 080 7766 712

Line ID : yyen2018

Email : yuenyen97@gmail.com

เยือนเย็น
ทางเลือกของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

กฤติน ลิขิตปริญญา

มะเร็งนี้แม้จะได้ชื่อว่าเป็นโรคที่น่ากลัวต่อคนในยุคปัจจุบัน โดยเฉพาะกับสังคมไทยที่มีสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง มาจากโรคมะเร็ง แต่ทราบหรือไม่ว่า ความจริงโรคที่กำลังคุกคามคนรุ่นใหม่อย่างมะเร็งนี้ กลับเป็นโรคที่เคยเกิดขึ้นมานับตั้งแต่สมัยอียิปต์โบราณแล้ว

ความข้อนี้ทำให้เกิดข้อน่าฉงนใจขึ้นว่า แท้จริงแล้วมนุษย์ต้องใช้เวลานานเพียงใดกันแน่เพื่อที่จะสามารถพิชิตโรคร้ายอย่างมะเร็งได้เสียที เพราะปัจจุบันแม้ว่าเทคโนโลยีจะเริ่มสามารถต่อกรกับมะเร็งได้บ้าง เมื่อมะเร็งเข้าสู่ระยะลุกลาม และเมื่อถึงจุดๆ หนึ่งผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามก็จำเป็นต้องจากโลกนี้ไป ดังนั้นคำว่ามะเร็งระยะลุกลามจึงเจือด้วยความหมายแห่งความทุกข์เอาไว้ไม่น้อย

กระนั้นก็ดี การเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามใช่จะทำให้ชีวิตอยู่ในความทุกข์เสมอไป เพราะถ้าอยู่ในแผนการรักษาที่ดีและมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญคอยให้คำปรึกษา ผู้ป่วยและครอบครัวก็สามารถกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีอีกครั้งหนึ่งได้

โครงการที่กำลังจะกล่าวถึงต่อไปนี้เป็นโครงการวิสาหกิจเพื่อสังคมที่มีชื่อว่า ‘เยือนเย็น’ มีผู้ขับเคลื่อนโครงการ คือ ศ.นพ.ดร. อิศรางค์ นุชประยูร ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งและชีวาภิบาล เป็นผู้อำนวยการโครงการ

‘เยือนเย็น’ หรือแพทย์ทางเลือกสำหรับผู้ป่วยมะเร็งนี้ มีหัวใจสำคัญของการรักษาอยู่ที่ ‘การสนับสนุนคุณภาพชีวิต’ ที่ดีของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย เปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยได้สื่อสารความปรารถนาของตนเอง รับฟังความต้องการของญาติ ขณะเดียวกันแพทย์ก็ให้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งและให้คำแนะนำเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

วิธีการของเยือนเย็นเป็นอย่างไร ?

ขั้นตอนเยือนเย็นสามารถแบ่งได้ออกเป็น 4 ขั้นดังนี้

ขั้นแรก – ผู้ป่วยหรือครอบครัวโทรขอคำปรึกษากับเยือนเย็น เพื่อนัดหมายการจัดประชุมครอบครัว ซึ่งเป็นโอกาสให้ทีมเยือนเย็นทราบข้อมูลที่เกี่ยวกับอาการป่วยของผู้ป่วย (ไม่จำเป็นต้องเคยรักษากับคุณหมอมาก่อน)

แม้ว่าขั้นแรกจะฟังดูเป็นเพียงการนัดหมายพูดคุยธรรมดา แต่ขั้นตอนนี้เองที่สำคัญที่สุด เพราะมันเปรียบเสมือนการตั้งเข็มทิศ จัดลำดับความสำคัญของชีวิตสำหรับการเดินทางร่วมกันครั้งสุดท้ายระหว่างผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นเวลาในการปรึกษาเพื่อ ‘ตั้งเข็มทิศ’ นี้ จึงสามารถใช้ตราบเท่าที่เวลาจะอำนวยได้

“มันคือการคุยเพื่อจะได้ทราบว่า วินาทีนี้อะไรคือสิ่งสำคัญที่สุดในชีวิตจริงๆ จากนั้นจะได้วางแผนชีวิตใหม่เพื่อให้เข้ากับสิ่งที่มันเป็นอยู่ ดังนั้นกุญแจสำคัญก็คือต้องทำทั้งครอบครัว หลังจากนั้นเราจะได้วางแผน สำหรับครอบครัวนี้...” นพ.อิศรางค์ กล่าว

ขั้นที่สอง – กรอกรายละเอียดต่างๆ และสมัครสมาชิก

ขั้นที่สาม – วางแผนการดูแล และวางแผนการไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของคุณหมอ

ขั้นที่สี่ – ติดตามและปรึกษาคุณหมอได้ผ่านทางไลน์กรุ๊ปและโทรศัพท์

ในขั้นตอนที่สี่นี้จำเป็นจะต้องขยายความเพิ่มเติมอีกสักหน่อย เพราะโครงการเยือนเย็นก่อร่างขึ้นมาโดยคำนึงถึงความต้องการของตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญ ดังนั้นอาจเป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยอยากไปเที่ยวต่างประเทศ แต่ครอบครัวอาจไม่แน่ใจว่าร่างกายผู้ป่วยจะรับไหว กรณีนี้ญาติโทรปรึกษาแพทย์เพื่อการวางแผนไปเที่ยวได้เช่นกัน

“ถ้าลูกบอกว่าพ่อว่าไปเที่ยวดีกว่า ไปเที่ยวญี่ปุ่นสักที ผมก็สนับสนุน อย่าไปกังวลเลย ถ้ากังวลเรื่องยาก็เอายาไปได้ กังวลเรื่อง Paper work (เอกสาร) เราก็จัดการให้ได้เช่นกัน เราเชื่อว่ามีทางออก เพื่อจะให้คนไข้ได้ในสิ่งที่เขาว่ามันคือคุณภาพชีวิตเขา”

ทางออกของความเจ็บปวด

ความทุกข์ทรมานส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคมะเร็งนั้นหนีไม่พ้นอาการปวดมะเร็ง แต่ทางออกของความทุกข์ทรมานนี้สามารถแก้ไขได้ง่ายๆ ด้วยการใช้ยาที่ฟังดูแล้วอาจอึดอัดใจอย่าง 'มอร์ฟีน' เพราะโดยทั่วไปเมื่อเราได้ยินคำว่ามอร์ฟีน คนส่วนใหญ่มักจะสะท้อนมันออกมาในแง่ลบและภาพของยาเสพติด

แต่ความจริงแล้ว มอร์ฟีนในทางการแพทย์ มอร์ฟีนคือทางออกอันดับต้นๆ ของการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง และถ้าใช้มันไปในทางที่ถูกต้อง การเสียชีวิตจากการใช้มอร์ฟีนนั้นเป็นเรื่องที่เป็นไปไม่ได้เลย

"ยกตัวอย่างเช่น ถ้าสมมติว่าใช้มอร์ฟีนแบบฉีด จนหายปวดแล้วยังให้เยอะขึ้นไปอีก ขนาดเขาหลับแล้วยังให้ยาต่ออีก สุดท้ายเขาก็จะหยุดหายใจแล้วเขาก็เสียชีวิต เพราะมัน Over Dose ดังนั้นการฉีดยาทำให้เสียชีวิตได้แน่นอน แม้แต่ตอนหลับก็ยังฉีดยาได้ แต่ถ้าเป็นประเภทกินไม่มีทาง Over Dose ได้เลยนะ เพราะเราไม่สามารถกินทั้งที่ยังหลับได้ ก็ต้องตื่นก่อน ถ้ากินมากไปก็หลับเท่านั้นเอง

"เวลาที่เราพูดถึงการเสพติดมอร์ฟีนนี่หมายถึง คนใช้ยามีสุขภาพดีอยู่แล้วแต่ไปเสพ พอรู้สึกดีจากฤทธิ์ยาก็เลยอยากได้อีก ทั้งๆ ที่ไม่มีเหตุผลจำเป็นที่จะต้องใช้เลย แต่คนที่ปวดอยู่ เขาไม่ได้รู้สึกดีนะ เพราะเราให้ยาเขาเพื่อหายจากความเจ็บปวดทางร่างกาย เขาอยากได้ยาอีกเพราะมีความเจ็บปวดทางกายภาพ ไม่ใช่เหตุผลทางจิตใจที่ต้องการเสพติด"นพ.อิศรางค์กล่าว

ผู้ป่วยมะเร็งที่ยังรักษาได้ควรทำอย่างไร ?

ถ้าเป็นคนไข้ที่มีโอกาสหายหรือยังไม่ถึงขั้นมะเร็งระยะลุกลาม นพ.อิศรางค์ ให้คำตอบในเรื่องนี้เอาไว้ว่า ตัวผู้ป่วยสมควรสู้กับโรคมะเร็งนี้ให้ถึงที่สุดก่อน

"ถ้ามีผลเป็นมะเร็งแล้ววิเคราะห์ดูแล้วมันมีโอกาสหายได้ แต่คนไข้กลัว ผมจะแนะนำว่าจริงๆ ไม่ต้องกังวลนะ ผมจะส่งไปหาคนที่เป็นผู้เชี่ยวชาญที่ทำให้หายได้ ผมจะชวนไปรักษาเพราะถ้าเขายังมีโอกาสมีชีวิตอยู่ต่อได้อีกนาน มันก็น่าเสียดายโอกาส แต่ถ้าเขาไม่อยากรักษาทางเราก็บริการรักษาต่อเองไม่ต้องไปที่อื่นก็ได้"

เมื่อมีคนในบ้านป่วยเป็นมะเร็ง สิ่งแรกที่ควรทำคืออะไร ?

เมื่อมีคนในครอบครัวป่วยลงด้วยโรคร้ายแรง ส่วนใหญ่แล้วคนในครอบครัวมักจะเลือกปกปิดความจริง เพราะต้องการทำให้ผู้ป่วยยังมี ‘กำลังใจ’ ที่ดีในการดำเนินชีวิตต่อไป แต่ทราบหรือไม่ว่า ความจริงแล้วการปกปิดความจริงนั้น อาจทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสูญเสียโอกาสหลายอย่างในชีวิตไปเช่นกัน

“ถ้าผู้ป่วยยังไม่รู้ความจริงแล้วเขาต้องการที่จะรู้ ก็สมควรบอกเขานะ อันนี้เป็นประเด็นนะครับ หลายครอบครัวไม่ยอมบอก เพราะกลัวทรุด ... แต่การได้รู้ว่าตัวเองป่วยเป็นอะไร มันจะทำให้มีการวางแผนชีวิตใหม่ ถ้าญาติไม่ให้รู้ก็แสดงว่าตัดโอกาสคนไข้ เราไม่อยากให้เขามีอิสระในการเลือกเส้นทางของชีวิตหรอกหรือ ถ้าต้องการ ก็ควรให้เขามีโอกาสที่จะวางแผน ใช่ มันเศร้าแน่นอน แต่เมื่อเวลาผ่านไปมันจะมีกระบวนการเยียวยาของมันเอง แล้วทุกอย่างก็จะเดินต่อไปได้” นพ.อิศรางค์ กล่าว

โครงการเยือนเย็นเริ่มต้นขึ้นได้อย่างไร?

เดิมที นพ.อิศรางค์ เป็นนักศึกษามหา’ลัย John Hopkins (สหรัฐอเมริกา) และศึกษาเรื่องมะเร็งในเด็กโดยตรง หลังจากสำเร็จการศึกษาก็เดินทางกลับมาที่ไทยด้วยเป้าหมายหลักๆ คือ

“การรักษามะเร็งที่เด็กทุกคน สามารถเข้าถึงการรักษาที่ถูกและดีได้”

คุณหมอรักษามะเร็งในเด็กระยะหนึ่ง จนกระทั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในการรักษามะเร็งในเด็ก ดังนั้นครอบครัวเด็กที่มีปัญหาด้านการเงินจึงสามารถเข้าถึงการรักษาที่ดีได้

อย่างไรก็ตามปัญหาอีกประการคือ การช่วยให้ผู้ปกครองยอมรับธรรมชาติของมะเร็งในเด็ก ว่าถึงจุดหนึ่ง เด็กก็ต้องเสียชีวิตจากมะเร็ง แต่ผู้ปกครองส่วนใหญ่คาดหวังปาฏิหาริย์ มีความหวังที่ไม่เป็นจริง ส่วนใหญ่พร้อมจะต่อสู้กับโรคร้ายเต็มที่ แม้ว่าในท้ายที่สุดผลการรักษาจะทำให้เกิดความผิดหวังเพียงใดก็ตาม

“พ่อแม่เด็กก็พูดว่า ‘ถ้ารู้แบบนี้ น่าจะพาลูกไปเที่ยวนะ’ ผมก็เลยอ้าว ... เริ่มรู้ตั้งแต่ตอนนั้นว่า การรักษาตลอดไปไม่ใช่คำตอบที่ดี ... เขาเข้าสู่ขั้นตอนรักษาเพื่อหายป่วยแล้วกลับไปใช้ชีวิต งั้นถ้าเราคุยเรื่องการใช้ชีวิตก่อน ว่าเขาอยากทำอะไร อยากไปที่ไหน

“ผมไปคุยกับเด็กว่า ‘รู้ว่าอยากหายนะ แต่ถ้าสมมุติว่าหายเสร็จแล้วอยากทำอะไร?’ เขาบอกทันที อยากไปทะเล แต่พ่อกับแม่แย้งทันทีว่าเขาเป็นมะเร็งอยู่นะ เราก็ต้องชวนคุยใหม่ว่า จริงที่เขาเป็นมะเร็งอยู่ แต่เรารู้ว่าถ้ารักษาก่อนแล้วค่อยไป พอถึงตอนนั้นเราไม่รู้ว่าน้องจะยังไปไหวอยู่หรือเปล่านะ แต่ตอนนี้น้องทำได้ทุกอย่าง ก็ไปก่อนซะเลยดีไหมครับ? ถ้ามีปัญหาอะไรแล้วโทร.หาผมได้ทันทีเลย...”

“ผลปรากฏว่า ลูกสนุกมากเลย มีความสุข แม่หรือผู้ปกครองเขาก็เริ่มคิดว่า เราควรทำอะไรต่อให้ลูกมีความสุข เพราะสามปีที่ผ่านมาลูกไม่เคยยิ้มเลย แต่วิธีนี้ยอดเยี่ยม ... จากนั้นเราก็ค้นพบว่า สิ่งที่เรากำลังทำอยู่นี้มันกลายเป็นเรื่องสำคัญและมีคนตั้งชื่อให้กระบวนการพวกนี้อยู่แล้วว่า Palliative Care (การดูแลแบบประคับประคอง)”

จากนั้นเป็นต้นมา นพ.อิศรางค์ ก็เปลี่ยนจากดูแลมะเร็งระยะลุกลามในเด็ก มาเป็นการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามสำหรับผู้ใหญ่แทน ซึ่งมีทั้งจำนวนผู้ป่วยที่มากกว่า และความซับซ้อนของโรคที่มากกว่า นั่นเองจึงเป็นที่มาของโครงการเยือนเย็น อีกหนึ่งแพทย์ทางเลือกที่คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

สามารถติดต่อคุณหมอได้ช่องทางไหนบ้าง ?

ปัจจุบันคุณหมออิศรางค์ให้บริการปรึกษาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน ดังรายละเอียดข้างต้น โดยผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเคยรับการรักษากับคุณหมอมาก่อน ติดต่อได้ที่ เยือนเย็น วิสาหกิจเพื่อสังคม Line ID: yyen2018 หรือโทร 080-776-6712



สถานการณ์ผู้ป่วยระยะท้ายในเรือนจำ

ศรินธร รัตน์เจริญขจร

ผู้ป่วยหนักจำนวนมากมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลที่กำลังพัฒนาก้าวหน้าไปอย่างมากทั้งในสถานพยาบาลทั่วประเทศและในชุมชนหลายแห่ง หากถ้ามองไปรอบๆ ตัว ยังมีผู้ป่วยบางกลุ่มหรือไม่ที่ถูกมองข้าม พวกเขาอาจป่วยหนักและต้องตายไปอย่างโดดเดี่ยว...อยู่อีกด้านของกำแพง

แวดวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) มากขึ้น โดยกำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ.2556-2559 และกำหนดให้จัดตั้งหน่วยงานดูแลแบบประคับประคองในสถานพยาบาลทุกระดับ (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน) ทั่วประเทศเมื่อปี พ.ศ.2558 ซึ่งปัจจุบันสถานพยาบาลส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 90) มีการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ควบคู่กับการพัฒนาทักษะและความรู้ในการดูแล โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกมิติ ครอบคลุมทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ดังนั้น ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะได้รับบริการการดูแลแบบประคับประคองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงระยะท้ายได้ ทว่ายังมีผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งที่อาจถูกหลงลืม เพียงเพราะการกระทำผิดพลาดในชีวิต พวกเขาอยู่หลังลูกกรงเหล็กและลวดหนาม นั่นคือ ผู้ต้องขังในเรือนจำ ซึ่งต้องมีอาการเจ็บป่วยเป็นธรรมดา และแน่นอนว่ามีผู้ต้องขังป่วยระยะท้ายอยู่ภายในเรือนจำ ซึ่งควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองเช่นกัน

ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ (โรงพยาบาลราชทัณฑ์) เป็นเรือนจำที่ทำหน้าที่พิเศษคือคุมขังและให้การรักษาผู้ต้องขังที่เจ็บป่วย ตั้งอยู่ในบริเวณเรือนจำลาดยาว กรุงเทพ (เรือนจำคลองเปรม) เมื่อผู้ต้องขังป่วยจะได้รับการดูแลจากสถานพยาบาลในเรือนจำที่ถูกคุมขัง ต่อเมื่อเกินขีดความสามารถของสถานพยาบาลจึงพิจารณาส่งผู้ต้องขังป่วยออกมารับการรักษาที่โรงพยาบาลภายนอกเรือนจำ หรือส่งต่อมาที่ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

ปัจจุบันโรงพยาบาลราชทัณฑ์รองรับผู้ต้องขังป่วยได้ 500 ราย แบ่งเป็นแผนกต่างๆ คือ แผนกผู้ป่วยนอก แผนกทันตกรรม ส่วนหอผู้ป่วย (ward) แบ่งเป็นวอร์ดผู้ป่วยจิตเวช วอร์ดผู้ป่วยศัลยกรรม วอร์ดผู้ป่วยอายุรกรรม วอร์ดผู้ป่วยวัณโรค และวอร์ดผู้ป่วย HIV มีแพทย์รวมประมาณ 20 คน (จำนวนโดยประมาณ เนื่องจากมีแพทย์ฝึกหัดที่หมุนเวียนมาให้การรักษา) พยาบาลจำนวน 120 คน และมีผู้ช่วยเหลือ ซึ่งเป็นผู้ต้องขังชั้นดีที่ได้รับการฝึกทักษะเพื่อดูแลผู้ป่วย คอยช่วยเหลือดูแลผู้ต้องขังป่วย

คุณทิพย์อาภา ยืนยั่ง พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ซึ่งเป็นพยาบาลประจำอยู่ที่โรงพยาบาลราชทัณฑ์ สะท้อนว่า “Palliative Care เป็นเรื่องใหม่ของราชทัณฑ์ เริ่มงานนี้เมื่อ 2-3 ปีก่อน โดยเริ่มจากผู้ต้องขังป่วยเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หาย เราพยายามดูแลให้เป็นองค์รวม แต่การดูแลจำเป็นต้องทำอย่างมีระบบ บุคลากรต้องมีทักษะ โรงพยาบาลจึงเริ่มส่งพยาบาลไปอบรมเพิ่มความรู้” และด้วยประสบการณ์ทำงานกับผู้ป่วยมะเร็งมาก่อน ได้พบเห็นผู้ป่วยระยะท้าย ยิ่งมาทำงานในเรือนจำ บางครั้งผู้ป่วยจากไปอย่างโดดเดี่ยว จึงทำให้เธอสนใจงานดูแลแบบประคับประคอง เธอมองว่างานนี้เป็นงานละเอียดอ่อน ต้องใช้เวลา ใช้ใจในการดูแล “ไม่ใช่เรื่องของการให้ยาอย่างเดียว ให้ยาแล้วจะต้องประเมิน ไม่ใช่ร่างกายอย่างเดียว ต้องประเมินเรื่องอื่นด้วย เพราะอาการบางอย่างก็ไม่ต้องใช้ยา ใช้การพูดคุย...”

ขณะนี้โรงพยาบาลราชทัณฑ์อยู่ในช่วงเริ่มต้นงานดูแลแบบประคับประคองในจึงยังไม่มีแพทย์เฉพาะทาง หรือหอผู้ป่วยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย แต่โรงพยาบาลพยายามดำเนินการเพื่อให้ผู้ต้องขังป่วยระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีและจากไปอย่างสงบ

สิ่งแรกคือ การจัดการอาการปวดให้กับผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเป็นเรื่องท้าทายอย่างมาก เนื่องจากการใช้ยามอร์ฟีนเพื่อระงับปวดที่เป็นสารเสพติดประเภท 2 จึงต้องระมัดระวังและควบคุมการใช้ การใช้ยามอร์ฟีนต้องอาศัยความเชี่ยวชาญด้านปริมาณการให้ยา และควบคุมอาการข้างเคียง โรงพยาบาลแก้ปัญหาโดยดำเนินโครงการความร่วมมือกับสถาบันมะเร็ง มีผู้เชี่ยวชาญจากคลินิกระงับปวดมาตรวจที่โรงพยาบาลราชทัณฑ์สัปดาห์ละครั้ง โครงการนี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับมอร์ฟีนที่เหมาะสม ทั้งแบบแผ่นแปะ แบบกินและฉีด ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากอาการปวด

นอกจากนี้ยังมีความพยายามช่วยเหลือผู้ป่วยในเชิงจิตใจ ซึ่งได้ดำเนินการในหลากหลายรูปแบบ คือ กิจกรรมนิมนต์พระสงฆ์เพื่อรับบาตรจากผู้ต้องขังป่วย เดือนละครั้งทุกต้นเดือน โดยสิ่งของที่ผู้ป่วยนำมาใส่บาตรจะได้รับจากแผนกสังคมสงเคราะห์และมูลนิธิต่างๆ และเมื่อพระสงฆ์ท่านรับบาตรแล้วก็จะหยิบสิ่งของเหล่านั้นคืนให้กับผู้ป่วย

อีกกิจกรรมหนึ่งที่มีผลต่อจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก คือการเยี่ยมญาติ แต่เดิม อนุญาตให้ญาติมาเยี่ยมผู้ป่วยที่ข้างเตียงได้ครั้งละ 5-10 นาที ตอนนี้สำหรับผู้ป่วยหนักและผู้ป่วยระยะท้ายญาติสามารถเยี่ยมได้ครั้งละ 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง แม้ว่าความต้องการของผู้ต้องขังป่วยอยากให้ญาติอยู่ด้วยตลอดเวลา ซึ่งภายในเรือนจำไม่สามารถทำได้ จึงเพิ่มระยะเวลาในการเยี่ยมให้มากขึ้น อีกส่วนหนึ่งผู้ต้องขังป่วยระยะท้ายที่รับโทษ 1 ใน 3 ของจำนวนโทษทั้งหมดและไม่มีโอกาสหายจากโรค จะได้รับการพิจารณาพักโทษกรณีพิเศษ คือ ได้กลับบ้านไปอยู่กับครอบครัวในช่วงสุดท้ายของชีวิต

กรณีผู้ต้องขังป่วยเสียชีวิต พยาบาลจะต้องแจ้งญาติ และแผนกนิติเวช โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งแม้จะทราบดีว่าผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคที่เป็นอยู่ แต่ในฐานะผู้ต้องขัง จำเป็นต้องมีการชันสูตรศพเพื่อระบุสาเหตุการตายตามระเบียบ โดยพยาบาลหรือผู้ดูแล ไม่สามารถเคลื่อนย้ายหรือแม้แต่แตะต้องศพได้เลย ทุกคนต้องรอนิติเวชมาพิสูจน์และเคลื่อนย้ายศพออกไป อย่างไรก็ตาม สิ่งที่พยาบาลทำและถือเป็นแนวทางปฏิบัติ คือ การขอขมาและวางดอกไม้เคารพศพ บอกกล่าวผู้จากไปว่าได้ดูแลอย่างเต็มที่ ล่วงเกินสิ่งใดไปก็ขออโหสิกรรม และขอให้จากไปอยู่ในภพภูมิที่ดี

การทำงาน Palliative Care ในโรงพยาบาลราชทัณฑ์ระยะแรกนี้ ย่อมต้องเผชิญอุปสรรคไม่น้อย ข้อจำกัดสำคัญ คือเรื่องข้อกฎหมายและระเบียบปฏิบัติต่างๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการทบทวน เช่น “การพักโทษในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะอยากกลับบ้านเพื่อเสียชีวิตที่บ้าน เราก็อยากให้ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะสุดท้าย ได้กลับบ้าน ตรงนี้จะยากเพราะต้องศึกษาเรื่องกฎระเบียบ/กฎหมาย ว่าติดขัดตรงไหน”

อีกส่วนหนึ่งคือเรื่องระบบส่งต่อ ยังมีข้อติดขัดด้านการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนที่ผู้ป่วยถูกส่งกลับไป ไม่ว่าจะเป็นเรือนจำที่คุมขังเดิม สถานพยาบาลใกล้บ้านผู้ป่วย (กรณีได้รับการพักโทษ) เพื่อติดตามอาการผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังประสบปัญหาเรื่องการขาดแคลนอุปกรณ์จำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย เช่น เตียงลมสำหรับผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น

นอกจากนี้ยังพบอุปสรรคเรื่อง โรงพยาบาลขาดแคลนแพทย์ด้านการดูแลแบบประคับประคองที่มีความรู้ความเข้าใจ เพื่อช่วยให้การรักษาและพัฒนาระบบการดูแล ขณะเดียวกันเพื่อนพยาบาลในฐานะผู้ร่วมงาน ก็ควรมีความรู้ด้านการดูแลแนวทางดังกล่าวด้วย จะได้ช่วยเหลือผู้ต้องขังป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและจากไปอย่างสงบได้อย่างเหมาะสม เท่าเทียมกับผู้ป่วยอื่นๆ

อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลราชทัณฑ์ยังเจอคำถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ต้องขังเสมอๆ ว่า “ทำไมจะต้องดูแลเขา เขาทำผิดมา” คุณทิพย์อาภาสะท้อนว่า “แต่สำหรับเรา เขาป่วยมา เราต้องดูแล เราไม่ได้มองตรงเรื่องความผิดเขา” และเป็นดังเธอกล่าวเช่นนั้นจริงๆ เธอไม่ได้สนใจเลยว่า ชีวิตที่อยู่ตรงหน้าเธอคือผู้ต้องขัง แต่ชีวิตนั้นเป็นผู้ป่วย ที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเต็มที่ เธอเล่าถึงกรณีผู้ต้องขังป่วยต่างชาติรายหนึ่ง ที่ไม่ได้นับถือศาสนาใด แต่กลับขอสัมผัสพระพุทธรูปก่อนสิ้นลม เมื่อถามเธอว่าผู้ต้องขังรายนี้ต้องโทษคดีอะไร เธอพยายามคิดอยู่นานแต่ตอบไม่ได้ เธอไม่รู้จริงๆว่าเขาต้องโทษคดีใด

ผู้กระทำผิด ผู้ต้องคดี ผู้ต้องขัง ก็เช่นเดียวกับคนทุกคน ที่ต้องเผชิญความทุกข์จากความเจ็บป่วยและความตาย การดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงระยะท้ายจึงควรครอบคลุมไปถึงคนทุกกลุ่มทุกชีวิต โดยไม่ละทิ้งใครเลยซักคน

ข้อมูลอ้างอิง:

คุณทิพย์อาภา ยืนยั่ง พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ สัมภาษณ์เมื่อ 9 ตุลาคม 2561

เว็บไซต์ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ https://www.hosdoc.com/index.php เข้าถึงเมื่อ 26 ตุลาคม 2561

ผู้ป่วยข้างถนน คนชายขอบของวงการสาธารณสุข

กฤติน ลิขิตปริญญา

ปัจจุบันวงการสาธารณสุขไทยในมิติของการตายดีรุดหน้าไปอย่างมาก ทั้งการรักษาแบบประคับประคองที่เริ่มถูกพูดถึงเป็นวงกว้าง หรือข่าวใหญ่เมื่อต้นเดือนมีนาคม 2562 ที่มีชาวไทยตัดสินใจจบชีวิตของตัวเองลงด้วยวิธีการการุณยฆาต (Mercy Killing) ณ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ก็เป็นอีกหนึ่งข้อถกเถียงให้กับสังคมไทยทำความรู้จักกับประเด็นละเอียดอ่อนอย่างความตายด้วยเหมือนกัน

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าเรื่องสิทธิในการตายหรือคุณภาพในการตายดีจะเริ่มถูกพูดถึงเพียงใด แต่ดูเหมือนว่ามันก็เป็นได้แค่เพียงโลกของคนกลุ่มใหญ่เท่านั้น เพราะในทัศนะของคนชายขอบอย่างคนเร่ร่อนและผู้ป่วยข้างถนนแล้ว คำว่า ‘ตายดี’ ก็ไม่ต่างอะไรไปจากถ้อยคำในห้วงฝันคำหนึ่งเท่านั้น

ความเจ็บป่วยของ "คนไร้บ้าน" และ "ผู้ป่วยข้างถนน"

ในโลกของคนที่มีแผ่นฟ้าเป็นเพดานและมีดวงดาวเป็นดั่งดวงไฟ โรคภัยไข้เจ็บที่คุกคามชีวิตของคนไร้บ้านและผู้ป่วยข้างถนนสามารถแบ่งออกได้หลักๆ คือ โรคภัยไข้เจ็บทางกายและโรคภัยไข้เจ็บทางใจ

โรคทางกาย

นายสิทธิพล ชูประจง หัวหน้าทีมโครงการผู้ป่วยข้างถนน มูลนิธิกระจกเงา กล่าวว่า ส่วนใหญ่คนไร้บ้านจะล้มป่วยลงด้วยโรคหลักๆ คือ เอชไอวี วัณโรค โรคตับและแผลติดเชื้อเพราะขาดสุขอนามัยที่ดี

จุดที่น่าสนใจคือ คนเร่ร่อนส่วนใหญ่ไม่เข้าใจกระบวนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและไม่สามารถเข้าถึงการรักษาด้วยสวัสดิการต่างๆ ได้ เช่น ผู้ติดเชื้อ HIV หรือผู้เป็นวัณโรคไม่รู้ว่าจะพาตัวเองไปรักษาอย่างไร นอกจากนี้ยังติดเงื่อนไขหลายอย่าง







คุณสิทธิพล ชูประจง หัวหน้าทีมโครงการผู้ป่วยข้างถนน มูลนิธิกระจกเงา

“เขามีบัตรสามสิบบาทก็จริง แต่ตัวเขาเป็นคนอุดรฯ ที่มาใช้ชีวิตอยู่ในกรุงเทพฯ ก็ไม่สามารถใช้บัตรสามสิบบาทในโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ได้ หรือที่พบระยะหลังก็คือ โรคตับแผลพุพอง แผลติดเชื้อ แผลเน่า แล้วไม่ได้เข้ารับการรักษา หรือไม่ก็เข้ารับการรักษาแล้ว แต่ไม่ดีขึ้นเนื่องจากดูแลไม่ดี และเหมือนกับว่าตัวผู้ป่วยเองก็ไม่อยากดูแลตัวเองด้วย”

โรคทางใจ

โรคทางใจหรืออาการทางจิตก็เป็นอีกหนึ่ง ‘ภัยไข้เจ็บ’ ของผู้ป่วยไร้บ้านด้วยเช่นกัน นายสิทธิพล กล่าวต่อไปว่า “ผู้ป่วยทางจิตเวชจำนวนมากใช้ชีวิตเร่ร่อนอยู่ในพื้นที่สาธารณะนะครับ ส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภท หรือ Schizophrenia จึงทำให้เกิดปัญหาเรื่องคุณภาพชีวิตของเขา เพราะเขาเห็นภาพหลอน หูแว่ว ไม่อยู่กับความเป็นจริง”

โครงการผู้ป่วยข้างถนน สนใจอะไร

ความเข้าใจที่สำคัญเรื่องหนึ่งที่ควรรู้ไว้ก่อนก็คือ ความแตกต่างของผู้ป่วยข้างถนนกับคนไร้บ้าน เพราะแม้ว่าทั้งสองกลุ่มจะอาศัยอยู่ในพื้นที่สาธารณะเหมือนกัน แต่ผู้ป่วยข้างถนนส่วนใหญ่ ความจริงมีบ้านอาศัยอยู่แต่ออกมาเร่ร่อนข้างถนน เพราะมีอาการทางจิตเป็นเหตุปัจจัย ส่วนคนไร้บ้านที่เป็นโฮมเลสส่วนใหญ่ออกมาจากบ้านเพราะไม่สามารถอาศัยกับครอบครัวด้วยสาเหตุบางประการ เช่น การทะเลาะกัน เป็นต้น

“โฮมเลสกับผู้ป่วยข้างถนนที่เป็นจิตเวชเป็นคนละกลุ่มกัน มันไม่มีความทับซ้อนกันขนาดนั้นนะครับ โฮมเลส เขาออกมาจากบ้านด้วยสาเหตุส่วนใหญ่ก็คือ ทะเลาะกับที่บ้าน เก้าสิบเปอร์เซ็นต์คือมีปัญหากับที่บ้าน

“แต่ผู้ป่วยจิตเวชส่วนมากเป็นกลุ่มที่ออกจากบ้านด้วยอาการ ... เบลอ หลงลืม ไม่อยู่ในสภาพความเป็นจริง คราวนี้เขาก็จะออกจากบ้าน เวลาที่ไม่มีคนดูแลคือ เขามีฐานะความเป็นคนหาย แล้วก็ออกมาจากบ้านมากกว่า

“ตอนแรกเราเน้นไปที่ผู้ป่วยจิตเวช แต่พอทำไปทำมาก็ครบหมด มีทั้งผู้ป่วยทางกายและผู้ป่วยจิตเวชด้วย ตอนนี้เราก็เลยทำงานกับผู้ป่วยทางกายเพื่อที่จะผลักดันให้เขาเข้าถึงการรักษาครับ” นายสิทธิพล กล่าว

งานศพของผู้ป่วยข้างถนน

เมื่อนึกถึงการตายดี ส่วนใหญ่แล้วหนีไม่พ้นภาพการจากไปอย่างสงบ ใช้วาระสุดท้ายภายในบ้านหรือสถานที่ๆ รายล้อมไปด้วยบุคคลอันเป็นที่รัก แต่สำหรับความตายของผู้ป่วยข้างถนนหรือคนไร้บ้านแล้ว ลมหายใจสุดท้ายหมดไปริมทางเท้า หรือบางครั้งบางคราวก็หมดลมหายใจกลางถนน

“ส่วนมากก็เสียชีวิตข้างถนน ... ใช่ ก็หมดลมข้างถนนเลย อุบัติเหตุมีอยู่บ้าง แต่ไม่บ่อยมากครับ นอกจากเขาเมาหรือว่าอยู่ในพื้นที่สุ่มเสี่ยงจริงๆ ผมเคยเจอเคสนึง เขาอยู่แถวทางจะไปกองสลาก ที่มันจะมีโซนเป็นเกาะกลาง แล้วรถก็พุ่งมาชนเสียชีวิต” นายสิทธิพล กล่าว

เมื่อผู้ป่วยข้างถนนเสียชีวิตแล้ว ทำอย่างไรต่อ

ขั้นตอนการเคลื่อนย้ายศพ ทีมงานผู้ป่วยข้างถนนดำเนินขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

หนึ่ง ทีมงานผู้ป่วยข้างถนน เป็นผู้ประสานงานนำศพส่งโรงพยาบาล สอง หาทางติดต่อไปยังญาติของผู้ตาย เพื่อเซ็นรับรองและนำไปประกอบพิธีกรรมทางศาสนา แต่ถ้าไม่สามารถติดต่อญาติได้ ศพจะถูกส่งไปที่วัดเพื่อทำการฝัง

“การที่จะเอาศพออกจากโรงพยาบาล ต้องมีญาติมาแสดงตัว โรงพยาบาลจึงจะอนุญาตให้นำศพไปประกอบพิธีกรรมทางศาสนา แต่ถ้าไม่มีญาติ จะให้ปอเต็กตึ๊งมารับไปฝัง และไม่มีใครจัดงานอะไรให้”

มีญาติปฏิเสธที่จะเซ็นรับหรือเปล่า ?

“เรายังไม่เจอนะ ส่วนมากก็ตามญาติได้ แต่ว่าในกรณีที่ตามญาติไม่เจอก็เยอะอยู่นะครับ แล้วเราก็ต้องนำไปฝังเอง”

ช่องว่างของโครงการผู้ป่วยข้างถนน

ปัจจุบันโครงการผู้ป่วยข้างถนนรับหน้าที่เป็นหน่วยงานประสานงานระหว่าง ผู้ป่วยไร้บ้าน ทั้งผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและเจ็บป่วยทางกาย

เมื่อทีมงานพบผู้ป่วยและประเมินว่า เคสที่พบเข้าข่ายเป็นผู้ป่วย ขั้นตอนต่อมาก็คือการประสานงานไปยังตำรวจเพื่อนำส่งไปยังโรงพยาบาลต่อไป แต่ปัญหาประการหนึ่งมีว่า เจ้าหน้าที่ตำรวจไม่มีมาตรการนำส่งผู้ป่วยไร้บ้าน หรือแม้แต่โรงพยาบาลเอง บางครั้งก็ปฏิเสธที่จะรับรักษาผู้ป่วยไร้บ้าน

“ขั้นตอนในการดำเนินการบางครั้ง ยังไม่มีประสิทธิภาพมากพอ หรือว่ายังไม่ตรงต่อโจทย์ของความเป็นผู้ป่วย อย่างเช่นว่า ผู้ป่วยถูกใส่กุญแจมือระหว่างไปโรงพยาบาล หรือให้ผู้ป่วยนั่งอยู่หลังรถกระบะ โรงพยาบาลบางแห่งก็ยังปฏิเสธการรักษาให้ผู้ป่วย”

อย่างไรก็ดี นอกจากอุปสรรคในการส่งตัวผู้ป่วยไปโรงพยาบาลแล้ว การขาดความรู้ในเรื่องอาการทางจิตก็เป็นช่องว่างของภาคประชาชนกับการช่วยเหลือด้วยเช่นกัน เช่น แม่ค้าไม่รู้ว่า ผู้ป่วยจิตเภท แม้จะเห็นภาพหลอนหรือไม่อยู่กับความเป็นจริง แต่ทักษะบางอย่าง ผู้ป่วยก็ยังทำได้ เช่น การซื้อของ ทำให้ประชาชนบางส่วนคิดว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่ต้องรับการช่วยเหลือเพราะสามารถใช้ชีวิตตามปกติได้

“พอชาวบ้านไม่คิดว่าผู้ป่วยเป็นผู้ป่วย เขาก็จะรู้สึกว่าไม่จำเป็นต้องช่วยอะไร ให้เขาใช้ชีวิตเร่ร่อนของเขาไปได้ อันนี้เป็นเรื่องทัศนคตินะครับ ส่วนเรื่องของการให้ความช่วยเหลืออย่างอื่น เช่น การพาไปโรงพยาบาล มันมีระบบแบบที่เจอผู้ป่วยแล้วแจ้งเสร็จไปได้เลย ถ้าให้นึกเห็นภาพหน่อยก็คือ ถ้าเราเจอผู้ป่วยฉุกเฉิน เรารู้เลยต้องโทร 1669 แล้วมันจะไปตามระบบ แต่ยังไม่มีระบบที่คล้ายกันนี้สำหรับให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยข้างถนน หรือผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ชีวิตในที่สาธารณะ”

จุดเริ่มต้นของโครงการผู้ป่วยข้างถนน

ก่อนที่โครงการผู้ป่วยข้างถนนจะเริ่มต้นขึ้นนั้น ทีมงานชุดเดียวกันนี้เป็นทีมงานของมูลนิธิกระจกเงา โครงการตามหาคนหาย จากข้อมูลที่รวบรวมพบว่า คนหายจำนวนหนึ่ง มีอาการป่วยทางจิตรวมอยู่ด้วย

นายสิทธิพล กล่าวต่อว่า “จากข้อมูล เราพบว่า จะมีคนจำนวนหนึ่งที่หายออกจากบ้าน เป็นผู้ป่วยจิตเวช แล้วมาเร่ร่อนอยู่ข้างถนน เดินเร่ร่อนไป เร่ร่อนมา เราก็เลยคิดทำโครงการนี้ขึ้นมานะครับ เพื่อที่จะสร้างกระบวนการในการให้ความช่วยเหลือ รวมไปถึงการดูแลปัญหาต่างๆ ที่เราคิดว่าจะจัดการแก้ไขปัญหานี้ยังไงให้เป็นไปตามนโยบาย”

อย่างไรก็ตาม เหตุการณ์สำคัญที่ส่งผลให้เกิดโครงการผู้ป่วยข้างถนนขึ้น กลับเป็นเหตุการณ์ที่น่าสลดใจอีกเหตุการณ์หนึ่ง นายสิทธิพล เล่าว่า มันคือเหตุการณ์ที่มีผู้ป่วยข้างถนนรายหนึ่ง ตั้งท้องและต้องคลอดลูกออกมาด้วยตัวเองท่ามกลางแสงแดดและกลิ่นควันรถ

“ใช่... คลอดด้วยตัวเอง มันก็เป็นเรื่องนึงที่รู้สึกติดอยู่ในใจว่า คนมันไม่ควรมาตกอยู่ในสภาพแบบนี้ เราก็รู้สึกว่า คนควรที่จะคลอดลูกในโรงพยาบาล ทั้งแม่และเด็กควรที่จะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพที่ดี ก็คืออยู่ในโรงพยาบาล ทำไมมันถึงกลายเป็นว่า คนๆ หนึ่ง ถึงต้องมาคลอดลูกที่ข้างถนน” จากนั้นเป็นต้นมาโครงการผู้ป่วยข้างถนนก็เริ่มต้นขึ้น

ปัจจุบันโครงการผู้ป่วยข้างถนนยังคงปฏิบัติหน้าที่ต่อไป ความเคลื่อนไหวส่วนใหญ่ของโครงการสามารถติดตามได้ที่เพจเฟสบุ๊ค ‘โครงการผู้ป่วยข้างถนน มูลนิธิกระจกเงา’ หรือ @HumanOnStreet หรือหากพบผู้ป่วยข้างถนนสามารถติดต่อโครงการได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 096-078-4650

เอกสารอ้างอิง :

https://www.khaosod.co.th/special-stories/news_2267800

"สันติภาวัน"
แนวคิดฮอสพิซพระแห่งแรกของไทย

ปองกมล สุรัตน์

หากกล่าวถึงบทบาทพระสงฆ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เราอาจนึกถึงการสวดมนต์ นำทาง เทศนาธรรมให้ผู้ที่ใกล้เสียชีวิต ปลอบโยนให้กำลังใจ ประกอบพิธีกรรมกุศล ทำบุญให้ผู้ล่วงลับ เหล่านี้เป็นภาพจำของคนในสังคมต่อพระสงฆ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พระสงฆ์มักอยู่ในฐานะที่พึ่งทางใจ เป็นตัวแทนความเชื่อความศรัทธาทางศาสนากับมิติสุขภาพและจิตวิญญาณของฆราวาสอย่างแนบแน่น

ในทางกลับกัน หากพระสงฆ์อาพาธระยะท้าย คำถามที่ตามมาคือ ระบบการดูแลแตกต่างจากฆราวาสในแง่มุมใด ใครจะเป็นผู้ดูแล จะทำอย่างไรให้พระสงฆ์ใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายอย่างสงบ โดยไม่ขัดหลักพระวินัยในการดูแลพระสงฆ์ที่ป่วย หากพระสงฆ์ที่ป่วยระยะท้ายต้องการกลับวัดหรือบ้าน ต้องทำอย่างไร และถ้าวัดหรือบ้านไม่พร้อมจะทำอย่างไรต่อ ที่สำคัญคือสังคมไทยพร้อมแค่ไหนกับการดูแลพระสงฆ์ที่ป่วย สิ่งเหล่านี้ คนในสังคมอาจไม่เคยคิดมาก่อน

ด้วยความที่ได้ศึกษาด้านสังคมกับสุขภาพ และบวชเป็นภิกษุจนเห็นปัญหาเหล่านี้ ทำให้พระวิชิต ธัมมชิโต เห็นช่องโหว่สำคัญในการดูแลพระสงฆ์ที่ป่วยระยะท้าย และมีแนวคิดสร้างฮอสพิซพระร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อสร้างพื้นที่ใหม่ที่เหมาะกับการดูแลพระสงฆ์ป่วยระยะท้ายหรือป่วยเรื้อรังโดยเฉพาะ ซึ่งอยู่ระหว่างการประสานงานและสร้างระบบให้เกิดขึ้นจริง

ฮอสพิซพระ คืออะไร

Hospice หรือ บ้านพักสุดท้าย เป็นสถานที่จัดไว้เฉพาะเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและเป็นที่อยู่สุดท้ายก่อนตาย (โดยทั่วไปจะเป็นช่วง 6 เดือนสุดท้ายหรือน้อยกว่า) ดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว บรรเทาความเจ็บปวดและดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม

พระสงฆ์ที่อาพาธระยะท้ายก็เป็นผู้ป่วยเช่นกัน แต่เป็นผู้ป่วยที่ครองสมณเพศซึ่งต้องการการดูแลและมีวัตรปฏิบัติส่วนหนึ่งที่ต่างจากคนทั่วไป ฮอสพิซสำหรับพระสงฆ์ จึงเป็นสถานที่ที่จัดไว้ดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะสุดท้ายหรืออาพาธเรื้อรัง รักษาโรคไม่หายขาด ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยมีระบบที่สอดคล้องกับการดูแลพระสงฆ์โดยเฉพาะ

“ฮอสพิซพระเป็นแนวคิดเพื่อรองรับพระที่เจ็บป่วยเรื้อรังระยะท้าย ปฏิเสธการรักษา แต่ทางบ้านและวัดไม่พร้อมดูแล จึงควรมีสถานที่คล้ายวัด เกื้อหนุนให้พัฒนาจิตให้เต็มที่ มีระบบที่สอดคล้องกับธรรมวินัย การปลงอาบัติต่างๆ ให้มากที่สุด โดยให้พระเณร หรืออุบาสกเป็นผู้ดูแล คนดูแลก็จะได้เรียนรู้ทางธรรมด้วย ทำให้พระมีความรู้สึกว่า ทำงานเพื่อศาสนา กรรมดีที่ทำมาก็ได้ส่งผลดูแลในระยะสุดท้าย และจากไปแบบที่มีการเตรียมพร้อม” พระวิชิตเปิดประเด็น

ทำไมต้องมี ฮอสพิซพระ

ในสังคมไทย พระสงฆ์ที่อาพาธระยะท้ายส่วนใหญ่ต้องใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่โรงพยาบาล เพราะขาดคนดูแลทั้งที่วัดและบ้าน ในขณะที่เตียงโรงพยาบาลอาจไม่เพียงพอต่อการดูแล อีกทั้งวิถีของพระก็มีข้อปฏิบัติที่ต่างจากคนทั่วไป ทำให้พระวิชิตมองว่า ฮอสพิซสำหรับพระ น่าจะเป็นทางเลือกที่ดีเพื่อรองรับพระอาพาธโดยเฉพาะ

“ปัญหาที่พบ ถ้าพูดสั้นๆ คือพระไม่ได้ตายดีเท่าที่ควร มีพระที่ถูกทิ้งตามโรงพยาบาลเยอะพอสมควร บางรูปควรที่จะให้กลับได้แล้ว แต่ไม่มีใครมารับ ทั้งที่บ้านและที่วัด ทำให้ท่านต้องอยู่ที่โรงพยาบาลนานถึง 3 ปี แสดงว่าวิกฤตมากนะ หรือโรงพยาบาลชุมชนติดต่อส่งพระอาพาธกลับไปดูแลต่อที่วัด แต่วัดบอกว่าไม่มีคนดูแล ดูแลไม่ได้”

“การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในทางเทคโนโลยีการแพทย์มันซับซ้อนมากขึ้นเรื่อยๆ พอวัดไม่พร้อม ท่านก็ต้องกลับไปที่บ้าน ตัวพระท่านเองก็ไม่อยากกลับหรอก กลับไปอยู่มันไม่สามารถครองความเป็นพระได้ เพราะคนดูแลหลักคือเป็นผู้หญิง พอติดต่อไปที่สังคมสงเคราะห์จังหวัด เขาบอกว่าไม่รับพระ ถ้าจะส่งมาจริงๆ ก็ต้องสึกก่อน ท่านก็ไม่อยากสึก เพราะต้องการอุทิศให้ศาสนา ทีนี้ปัญหามันก็เลยรุมเร้า” พระวิชิต กล่าวถึงปัญหาที่เจอกับพระหลายรูปที่รู้จัก

นอกจากนี้ แม้โรงพยาบาลจะมีแพทย์ พยาบาลดูแล และมีเทคโนโลยีสมัยใหม่ช่วยรักษาโรค แต่สภาพแวดล้อมที่รายล้อมด้วยเครื่องมือการแพทย์ คนทำงานเดินไปมา ก็ไม่เหมาะกับการรักษาวินัยหรือปฏิบัติธรรมเท่าใดนัก *“พระสงฆ์สายภาวนา พอไปอยู่โรงพยาบาล สภาพแวดล้อมมันไม่เหมาะที่จะมีศีลให้บริสุทธิ์ได้หรอก รวมทั้งกระบวนการรักษาเอง ไม่เอื้อให้การภาวนาพัฒนาจิต พระจำนวนหนึ่ง โดยเฉพาะที่เป็นสายปฏิบัติ ส่วนใหญ่จะปฏิเสธการรักษา ถ้ายังกลับวัดได้ ก็กลับมาอยู่ที่วัดตามสภาพ”*

ความรู้และระบบการจัดการ คือสิ่งสำคัญ

สิ่งที่สำคัญที่สุดในการสร้าง ฮอสพิซพระ ให้เกิดขึ้นได้ก็คือ ความรู้ในการดูแลพระอาพาธในระยะสุดท้ายและระบบการดูแล พระวิชิตกล่าวว่า *“สำคัญที่สุดคือระบบและความรู้ เทคนิควิธีการดูแลพระในระยะท้าย* ***จะทำยังไงให้ส่งท่านให้ไปดีที่สุด อันนี้สำคัญที่สุด*** *ส่วนองค์ประกอบอื่น คือสถานที่ที่ง่ายในการดูแล สุขอนามัย ประหยัด เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม”*

นอกจากนี้ พระแต่ละรูปก็มีความต้องการที่แตกต่างกัน ดังนั้น ระบบต้องมีความยืดหยุ่นและคำนึงถึงมิติทางสังคมวัฒนธรรมของพระด้วย ดังใจความตอนหนึ่งจากหนังสือ “การดูแลภิกษุอาพาธในโรงพยาบาล” ที่ท่านได้เขียนขึ้นเพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการดูแลพระอาพาธให้สังคมเข้าใจว่า *“หากเป็นพระที่สนใจศึกษาปฏิบัติมาพอควรแล้ว ท่านมักปล่อยวางภาระทางโลก ทางครอบครัวได้มาก ยอมรับการป่วยและความตายที่จะมาถึงได้ง่าย แต่ท่านอาจมีภาระอื่นอยู่บ้าง หากเป็นไปได้ควรช่วยแบ่งเบาภาระท่าน อาจเป็นงานในวัดที่คั่งค้าง ห่วงค่ารักษา ห่วงเรื่องการแจ้งข่าวอาพาธแก่ญาติโยม ห่วงสัตว์เลี้ยงที่กุฏิ ส่วนพระที่ไม่ค่อยสนใจศึกษาปฏิบัติมากนัก มักมีภาระมากกว่านี้ และปลดเปลื้องได้ยาก ซึ่งอาจเลือกใช้เทคนิคในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายทั่วไป มาปรับใช้ได้ตามความเหมาะสม”*

สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่พบในดูแลพระอาพาธระยะท้ายในโรงพยาบาลทั่วไปคือ การละเลยที่จะดูแลมิติทางจิตวิญญาณของพระสงฆ์เหล่านี้ เพราะบุคลากรในโรงพยาบาลมองข้ามความสำคัญ ขาดความรู้ หรือคิดว่าพระจะมีมิติจิตวิญญาณที่ดีหรือยอมรับความตายได้อยู่แล้ว ดังผลการวิจัยเรื่อง “การดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้าย” (เววัฒน์ เอกวุฒิวงศา; ภาสกร เงางาม; ปริญญา วุฒิสาร; และ วรารัตน์ สุนทราภาม, 2558) ที่ศึกษาการดูแลพระอาพาธระยะท้ายในหออภิบาลภิกษุ ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่าบุคลากรคิดว่าพระสงฆ์น่าจะยอมรับความตายได้ เพราะท่านมีภูมิรู้ และปฏิบัติธรรมอยู่แล้ว จึงไม่คิดว่าต้องดูแลเรื่องนี้

เราจะช่วยให้ฮอสพิซพระ เกิดขึ้นได้อย่างไร

ขณะนี้ ฮอสพิซพระ ยังอยู่ในช่วงเริ่มแรกของการประสานงาน วางแผนสถานที่ งบประมาณ ขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำรวจความคิดเห็นจากพระสงฆ์ที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย บุคลากรทางการแพทย์ในระบบการดูแลแบบประคับประคอง ทุกอย่างเริ่มเป็นรูปเป็นร่างและโครงสร้างที่ชัดเจนขึ้นเรื่อยๆ แต่ประเด็นสำคัญที่ต้องคิดต่อ คือจะทำอย่างไรให้พระสงฆ์อยากเข้ามาเรียนรู้วิธีการดูและพระที่อาพาธด้วยกันเอง และจะประยุกต์ใช้หลักพุทธศาสนามาเยียวยาพระอาพาธอย่างไร ในรูปแบบที่ชัดเจน ไม่ใช่แค่ความคิดนามธรรม

“ตอนนี้ยังเป็นช่วงเริ่มต้น เท่าที่คุยกับฝ่ายที่เกี่ยวข้องคือเขาก็เห็นด้วย มีคนเสนอ (บริจาค) พื้นที่ให้ การระดมทุนที่โปร่งใสตรวจสอบได้ตั้งแต่แรก เรื่องประสานงานเป็นไปด้วยดี แต่ที่ยังกังวลคือเรื่องพระจิตอาสาที่จะมาดูแล เราจะทำยังไงให้พระอยากมาดูแลพระป่วย และท่านก็ได้ปฏิบัติธรรมเรียนรู้ไปด้วย ในทางการแพทย์อาจใช้ยาระงับปวด แต่ในทางพุทธ เราก็จะประยุกต์ธรรมะเข้าไปดูแลว่าจะอยู่กับความปวดหรือร่างกายอย่างไรในลักษณะรูปธรรม ตรงนี้ถ้าทำได้ก็จะเป็นการสร้างแนวทางดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแนวพุทธ สร้างประโยชน์ให้สังคม เสริมคุณค่าของศาสนา”

สิ่งที่พระวิชิต ต้องการจากผู้ที่สนใจ ทั้งพระและญาติโยมก็คือ การสนับสนุนให้โมเดลนี้ขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ ไม่ได้รวมศูนย์อยู่ที่เดียว แต่เป็นการเอาหลักไปประยุกต์ให้สอดรับกับพื้นที่ ทำให้พระในพื้นที่ต่างๆมีทางเลือกในการดูแลตนเองในวาระสุดท้าย รวมทั้ง หากเป็นไปได้ก็อาจปรับระบบให้เข้ากับแม่ชี และภิกษุณี ด้วย

“สิ่งที่อยากได้คือความร่วมมือในการไปขยายผลต่อในอนาคต อยากให้พระเห็นว่า เออแบบนี้มันทำได้ มันเป็นประโยชน์ แล้วเขาก็หยิบเอาแนวทางนี้ไปใช้ในพื้นที่ของเขา อยากให้เกิดในที่ใหม่ๆ ซึ่งแต่ละวัดก็มีวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน จะได้สอดคล้องกับพื้นที่นั้น เช่น อาหารการกิน บทสวดมนต์ในวัด เราต้องเผื่ออาสาสมัครผู้หญิงที่มาช่วยงานด้วย เช่น แม่ครัว คนงาน ซึ่งถ้าเขาเกิดป่วยหรืออยู่จนวาระสุดท้าย เราจะช่วยดูแลเขาอย่างไร รวมทั้งอาจจะวางระบบการดูแลแม่ชีกับภิกษุณีที่ป่วยระยะท้ายด้วย เพื่อที่เขาจะเอาแนวคิดไปใช้ได้” พระวิชิตกล่าวเสริม

ฮอสพิซพระ เป็นแนวคิดเพื่อรองรับพระที่เจ็บป่วยเรื้อรังระยะท้าย ปฏิเสธการรักษาแต่ทางบ้านและวัดไม่พร้อมดูแล ถ้าสำเร็จได้ฮอสพิซสำหรับพระจะกลายเป็นชุมชนกรุณาที่เกื้อกูลเพื่อให้พระได้ใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายในสถานบริบาลที่มีการดูแลองค์รวม ทั้งกาย ใจ จิตวิญญาณ มีระบบการดูแลที่สอดคล้องกับวิถีพระสงฆ์ เอื้อต่อการจากไปอย่างสงบตามวิถีผู้ครองเพศสมณะ นอกจากนี้ผู้ดูแล ทั้งพระอาสาหรืออาสาสมัครเองก็ได้เรียนรู้หลักการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และปฏิบัติธรรมผ่านการบ่มเพาะความกรุณาไปพร้อมกัน

เอกสารอ้างอิง

พระวิชิต ธัมมชิโต. (2560). การดูแลภิกษุอาพาธในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: เครือข่ายพุทธิกา.

วรชัย ทองไทย. (2553). บ้านพักสุดท้ายของชีวิต. ใน สุชาดา ทวีสิทธิ์ และ สวรัย บุณยมานนท์ (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคม 2553: คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย. เอกสารวิชาการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข 372. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.

เววัฒน์ เอกวุฒิวงศา; ภาสกร เงางาม; ปริญญา วุฒิสาร; และ วรารัตน์ สุนทราภาม. (2558).การดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 38(3): 110-119.

Anonymous. (2017). What are Palliative Care and Hospice Care? Retrieved January 10, 2019, from https://www.nia.nih.gov/health/what-are-palliative-care-and-hospice-care#hospice

ภาคผนวก

รายชื่อกลุ่ม องค์กร บุคคล ที่เข้าร่วมในลานกรุณาคาเฟ่ และช่องทางติดต่อ

เพื่ออำนวยความสะดวกในการสร้างความร่วมมือสร้างสรรค์ชุมชนกรุณาในเวลาต่อไป ทีมงานจัดประชุมได้จัดทำรายชื่อหน่วยงาน องค์กร บุคคล ที่จัดกิจกรรมในข่ายชุมชนกรุณาดังรายชื่อด้านล่าง

องค์กร	ภารกิจหน่วยงาน	ช่องทางติดต่อ
Art for Cancer	- ส่งเสริมทัศนคติที่ถูกต้องในการรับมือกับโรคมะเร็งให้กับผู้ป่วยรวมถึงญาติผู้ดูแล รวมถึงสร้างสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยมะเร็ง ไม่ว่าจะอยู่ในระยะเริ่มต้นระยะลุกลาม หรือ ระยะสุดท้าย - จัดกิจกรรมศิลปะบำบัด และระดมทุนเพื่อผู้ป่วยมะเร็ง	ไอรีล ไตรสารศรี เบอร์โทรศัพท์ : 099-3563561 Facebook (เฟสบุ๊ก) : Art for Cancer by Ireal Website (เว็บไซต์) : www.artforcancerbyireal.com
Coco ขะใจ๋	- ทำงานในรูปแบบเครือข่ายกระบวนกร “ชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และการตายดี” ในภาคเหนือ จังหวัดลำปาง เชียงใหม่ และเชียงราย ร่วมกับกลุ่ม Peaceful Death - จัดอบรมให้ความรู้เรื่องแนวคิดชุมชนกรุณา การใช้เครื่องมือสื่อสารการดูแลสุขภาพในช่วงท้ายของชีวิต เช่น เกมไพ่ไขชีวิต สมุดเบาใจ ไพ่ฝน	จ.ลำปาง บ้านฮอมสุข สุธีลักษณ์ ลาดปาละ เบอร์โทรศัพท์ : 087-7865472 จ.เชียงใหม่ วิชญา โมฬีชาติ เบอร์โทรศัพท์ : 063-9423936 จ.เชียงราย บ้านคะเต คะเต สตูดิโอ เจนจิรา โลชา เบอร์โทรศัพท์ : 089-6620088

องค์กร	ภารกิจหน่วยงาน	ช่องทางติดต่อ
I SEE U	- จัดกิจกรรมให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และบุคคลทั่วไปที่มีความสนใจและให้ความสำคัญกับภาวะทางจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้าย - จัดอบรมสร้างทีมอาสาสมัครเยี่ยมผู้ป่วย - สร้างความร่วมมือ เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและสถานสงเคราะห์ต่างๆ เพื่อเปิดพื้นที่ให้อาสาสมัครได้มีโอกาสเข้าไปเยี่ยมให้กำลังใจ	อรุณชัย นิติสุพรรัตน์ เบอร์โทรศัพท์ : 081-8050758 Facebook (เฟสบุ๊ก) : I SEE U Contemplative Care
Peaceful Death	- สร้างทัศนคติที่ดีที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการตายดี - ให้ความรู้และผลิตเครื่องมือสื่อสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่วงท้าย, ผลักดันแนวคิด ชุมชนกรุณา เพื่อส่งเสริมให้พลเมืองสนับสนุนกิจกรรมหรือให้บริการที่เอื้อต่อสุขภาวะช่วงท้ายของสมาชิกในชุมชน	ฐนิดา อภิชนะกุลชัย Facebook (เฟสบุ๊ก) peaceful death Website (เว็บไซต์) www.peacefuldeath.co
Thai Palliative Care Network สมาคมบริบาล	- สร้างความรู้ สร้างเครือข่าย พัฒนาคน และพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตในบริบทของสังคมไทย เพื่อให้เกิดความร่วมมือกัน พัฒนาให้เกิดการดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	ดวงสุดา ณ นครพนม มือถือ : 094-0184301 Email : thapsocie@gmail.com เวบไซต์ : www.thaps.or.th

องค์กร	ภารกิจหน่วยงาน	ช่องทางติดต่อ
กลุ่มชวนคิดชีวิตที่เหลือ	- จัดกิจกรรมเกี่ยวกับความตาย และการเผชิญความตายอย่างสงบ เช่น ชวนคิดชีวิตที่เหลือ ธรรมะเพื่อการเยียวยาและให้กำลังใจผู้ป่วย ชวนพ่อแม่ดูแลใจ - จัดกิจกรรมเพื่อสังคม เช่น กิจกรรมมือสองกองบุญ รับบริจาคสิ่งของที่ยังอยู่ในสภาพดี มาจำหน่าย เพื่อนำเงินที่ได้มาทำกิจกรรมสาธารณประโยชน์	สมศรี จตุรพิธพรชัย เบอร์โทรศัพท์ : 081-6899075 Email (อีเมล) somsric@hotmail.com Facebook (เฟสบุ๊ก) ชวนคิดชีวิตที่เหลือ หรือ เครือข่ายชีวิตสิกขา
กลุ่มมาเล็งความสุข	- เพจให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตายดี สำหรับผู้ป่วยและบุคคลทั่วไป เข้าใจในเรื่องการตายดี - จัดกิจกรรมให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ ให้กำลังใจกับผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาลต่างๆ	เสาวลักษณ์ แก้วภูทอง เบอร์โทรศัพท์ : 084-922-4888 Email (อีเมล) yurijun88@gmail.com Facebook (เฟสบุ๊ก) มาเล็งความสุข
กลุ่มสันติภาวัน	- สถานที่พำนักภิกษุอาพาธระยะสุดท้าย เพื่อดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว บรรเทาความเจ็บปวดและดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม มีระบบการดูแลที่สอดคล้องกับวิถีพระสงฆ์ เอื้อต่อการจากไปอย่างสงบตามวิถีผู้ครองเพศสมณะ	พระวิชิต ธัมมชิโต เบอร์โทรศัพท์ : 081-4916575 Facebook (เฟสบุ๊ก) สันติภาวัน Line (ไลน์) yanapawan

องค์กร	ภารกิจหน่วยงาน	ช่องทางติดต่อ
กลุ่มอาสาคิลานธรรม	- เยี่ยมไข้ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติตามคำนิมนต์ของบุคคล องค์กรต่างๆ - ให้คำปรึกษาผู้ประสบความทุกข์ใจจากความเจ็บไข้ของตนเองและญาติมิตร รวมทั้งความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก - จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคคลทั่วไป บุคลากรด้านสาธารณสุข และพระภิกษุสามเณรให้มีความรู้ความสามารถและทักษะในการดูแลจิตใจผู้ที่ประสบความทุกข์จากความเจ็บไข้และสูญเสีย จัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการภาวนา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลทั่วไป	พระครูธรรมรัต (ธนัญชัย เตชปัญโญ สุกใส) เบอร์โทรศัพท์ : 095-4635991 Facebook (เฟสบุ๊ก) คิลานธรรม Website (เว็บไซต์) : www.gilanadhamma.org
โครงการเพื่อผู้สูงอายุ forOldy	- สร้างรายได้ผู้สูงอายุและอาสาสมัคร ให้เช่าอุปกรณ์และเครื่องมือในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น เตียง รถเข็น - ส่งเสริมศักยภาพกลุ่มผู้สูงอายุ รวมกลุ่มทำงานกับผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อสร้างระบบกลไกการดูแลกันเองในชุมชน โดยใช้กลไกอาสาสมัคร (ผู้สูงอายุที่บ้าน) ลงพื้นที่เยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านและดูแลกันก่อนตาย	อรนุช เลิศกุลดิลก เบอร์โทรศัพท์ : 087-5915658 Email (อีเมล) : forOldy@gmail.com Facebook (เฟสบุ๊ก) forOldy
ชมรมจิตอาสาเมืองน้ำดำ	- ดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยไม่เลือกฐานะ เช่น ผู้ป่วยติดเตียงและญาติ - สร้างจิตอาสาเยี่ยมบ้านที่มีหลากหลายอาชีพ เพื่อลงพื้นที่เยี่ยมผู้ป่วย จัดอบรมอาสาสร้างสุขปลายทางของชีวิตให้แก่ตัวแทนชุมชนต่างๆ - บริการจัดงานศพให้ผู้ยากไร้ให้จากไปอย่างพอเพียงตามหลักศาสนา	ดารุณี สุดาอิ้ง เบอร์โทรศัพท์ : 094-5561614 Email (อีเมล) : jaae_sudaing@hotmail.com Line (ไลน์) 0945561614

องค์กร	ภารกิจหน่วยงาน	ช่องทางติดต่อ
ชมรมชายผ้าเหลือง “เพื่อเพื่อนผู้ป่วยระยะท้าย” วัดห้วยยอด จ.ตรัง	- ลงพื้นที่เยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน เน้นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเจริญสติตามสภาวะแต่ละคน และพูดคุยถึงขั้นตอนการละวางสิ่งต่างๆ เพื่อปลดเปลื้องภาระสิ่งที่ค้างคาในจิตใจ เช่น การให้บุคคลในครอบครัวกล่าวขอบคุณ ขอขมากันและกัน	พระกฎษดา ขนฺติกโร เบอร์โทรศัพท์ : 092-4879227 Email (อีเมล) : kitsada8stylist@gmail.com Line (ไลน์) : S.kitsada
บจก. เยือนเย็น วิสาหกิจเพื่อสังคม	- ให้บริการเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและครอบครัว - ให้การดูแลผู้ป่วยที่เลือกใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพที่บ้าน จนถึงการตายดีที่บ้าน	ณิชศมนญ์ โกมารทัต เบอร์โทรศัพท์ : 080-7766712 อีเมล yuenyen97@gmail.com Line (ไลน์) yyen2018
บริษัท ชีวามิตร วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด	- เป็นศูนย์รวมข้อมูลและนำทางเลือก ให้ทุกคนสามารถเข้าถึงคุณภาพชีวิตระยะสุดท้ายอย่างเท่าเทียมและเท่าทัน ตั้งแต่ยังมีสุขภาพดีจนกระทั่งเข้าสู่สภาวะพึ่งพิงและเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ - สร้างความตระหนัก สร้างเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ สนับสนุนให้เกิดงานวิจัย จัดการระบบอาสาสมัคร และให้คำแนะนำด้านกฎหมาย	นันทวัน ทองสุก อีเมล cheevamitr@gmail.com Facebook (เฟสบุ๊ก) : cheevamitr Website (เว็บไซต์) : www.cheevamitr.com

องค์กร	ภารกิจหน่วยงาน	ช่องทางติดต่อ
เบิร์ดคิดแจ่ม	- กลุ่มละครสำหรับครอบครัวครอบครัว ก่อตั้งขึ้นในปี 2553 นำเสนอเรื่องเล่าเพื่อความเข้าใจชีวิต คุณค่าของการมีชีวิตและการจากไป ในรูปแบบต่างๆ ทั้งการเล่าเรื่องประกอบดนตรี เล่ากับแสงเงา เล่ากับหุ่นเชิดมือ หรือเล่าแบบ Reader's Theatre	นีลชา เฟื่องฟูเกียรติ เบอร์โทรศัพท์ : 084-5617564 Facebook (เฟสบุ๊ก) Bird Neelacha และ เบิร์ดคิดแจ่ม Bird Kudjam
มูลนิธิเครือข่ายพุทธิกา	- รวบรวมองค์ความรู้กรณีศึกษาในสังคมไทย ควบคู่กับการผลิตสื่อเรียนรู้ การจัดเวทีสาธารณะ พัฒนาเครือข่ายแพทย์และพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย - พัฒนาระบบอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล - ให้บริการ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ โดยได้รับการสนับสนุนคำปรึกษาจากพระสงฆ์ แพทย์และพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลภาคี	ณพร นัยสันทัด Line (ไลน์) 0989063488 Facebook (เฟสบุ๊ก) เครือข่ายพุทธิกา Website (เว็บไซต์) : http://budnet.org/
โรงพยาบาล เซนต์หลุยส์	- มุ่งให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่อยู่ในระยะคุกคามชีวิต เพื่อเตรียมความพร้อมต่อการเสียชีวิตอย่างดี โดยมุ่งเน้นการดูแลเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดและอาการรบกวนต่างๆ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และ จิตวิญญาณ โดยให้ความสำคัญและเคารพต่อความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ	ศูนย์พระเมตตา โทรศัพท์ 0 2838 5555 ต่อ 11898-99 เวบไซต์ : http://www.saintlouis.or.th/index

องค์กร	ภารกิจหน่วยงาน	ช่องทางติดต่อ
โรงพยาบาลพุทธชินราช และร้านเกื้อกูล	- ให้บริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น การวางแผนสุขภาพในช่วงท้ายของชีวิตและการตายดี การดูแลความเจ็บปวด - จัดกิจกรรมสื่อสาร สร้างความตระหนักรู้เรื่องความตายและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับประชาชนทั่วไปและบุคลากรในโรงพยาบาล	ศูนย์พุทธรักษ์ รพ.พุทธชินราช (พญ.น้ำทิพย์ อินทับ) เบอร์โทรศัพท์ 081-5327808 Email (อีเมล) : kunglekjung@gmail.com หรือ pornpitt@gmail.com
โรงพยาบาลสงขลา	- ให้บริการและสนับสนุนการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตในภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมและเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ - จัดรูปแบบการดูแลประคับประคอง ทั้งที่โรงพยาบาล ที่บ้าน และการติดตามหลังการสูญเสีย	พว.กัลยา แซ่ชิต เบอร์โทรศัพท์ 081-898-7519 Email (อีเมล) : ya200304@gmail.com
ศูนย์จิตตปัญญา ม.มหิดล	- การจัดการเรียนการสอนในวิชาชีวิตและความตายกับวิชาจิตตภาวนาและการเยียวยารักษาจิตใจ - จัดอบรม สร้างร่วมมือกับหน่วยงานภาคีที่ทำงานสนับสนุนสุขภาวะในช่วงท้ายของชีวิต สร้างความตระหนักรู้เรื่องความตายในสังคมไทย เช่น มูลนิธิเครือข่ายพุทธิกา กลุ่มคิลานธรรม กลุ่ม I SEE U กลุ่ม Peaceful Death เครือข่ายชีวิตสิกขา	สุปรียส์ กาญจนพิศศาล เบอร์โทรศัพท์ : 0944159554 Email (อีเมล) : supreeac@gmail.com Website (เว็บไซต์) : http://www.ce.mahidol.ac.th

องค์กร	ภารกิจหน่วยงาน	ช่องทางติดต่อ
ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค	- เป็นศูนย์การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในชุมชนและในสถาบัน ส่งเสริมการทำงานร่วมกันในชุมชน - ทำงานเชิงป้องกันให้ผู้สูงอายุกลุ่มที่อยู่ในชุมชนมีศักยภาพในการดูแลตนเอง และสามารถช่วยเหลือเกื้อกูลกับผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง เพื่อให้อยู่ดีมีความสุข - สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองจนวาระสุดท้ายของชีวิตและตายดี นอกจากนี้ยังจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาวะที่ดี	กุลยา ปิยะวาทิน เบอร์โทรศัพท์ : 081-9236205 อีเมล์: banbangkhae@yahoo.com เวบไซต์ : www.banbangkhae.go.th
อรทัย ชะฟู	- เป็นวิทยากร เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ดูแล การแจ้งข่าวร้าย และเยียวยาหลังการสูญเสีย	บอร์โทรศัพท์: 089-6354710 Email : orathai.chaful@gmail.com ผู้ประสานงาน: อรทัย ชะฟู วันเวลาทำการ: ทุกวัน 9.00 - 17.00 น.

ดูรายชื่อองค์กรภาคีขับเคลื่อนการดูแลสุขภาวะระยะท้ายและการตายดีอื่นๆ ได้ที่หน้า “ข่ายใยมิตรภาพ”
เว็บไซต์ www.peacefuldeath.co/carefriends

peaceful
death

เกี่ยวกับ Peaceful Death

คือกลุ่มเพื่อนกิจกรรมที่สนับสนุน “การอยู่ดีและตายดี” ของคนในสังคมไทย เราผลิตเนื้อหา เครื่องมือการเรียนรู้ จัดกิจกรรมเรียนรู้ชีวิตและความตายที่ง่ายต่อการเข้าถึงสำหรับผู้สนใจ เราหวังเป็นกลไกหนึ่งที่ช่วยสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมให้เอื้อต่อการจากไปอย่างสงบ

Peaceful Death ทำงานร่วมกับภาคีขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตช่วงท้ายและการตายดี ภาคประชาสังคม หน่วยงานสุขภาพ โรงพยาบาล และชุมชนท้องถิ่น เรายินดีเป็นเพื่อนที่พร้อมแบ่งปันคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระยะท้าย โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า การดำเนินงานของเรา จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว ทั้งในยามที่สุขภาพดี และยามที่ความจริงของชีวิตได้ปรากฏ

ในปี 2561 Peaceful Death ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ดำเนินโครงการ “ชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี” โดยการผลิตเนื้อหาแนวคิด และรูปธรรมของการสนับสนุนสุขภาวะของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว รวมทั้งผู้ผ่านความสูญเสีย นอกจากนี้ยังผลิตหลักสูตร บทความ เครื่องมือการเรียนรู้ และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องอีกด้วย

ท่านสามารถติดตามการดำเนินงานของเราได้ที่ช่องทางดังนี้
เว็บไซต์: www.peacefuldeath.co
Facebook: Peaceful Death
Youtube: Peaceful Death
ซื้อหนังสือหรือสื่อการเรียนรู้ได้ที่ Line @peacefuldeath



กลับสู่ธรรมชาติแห่งกรุณา โดย อ.ประมวล เพ็งจันทร์

หนังสือถอดบทสนทนาว่าด้วยความกรุณาและการเตรียมตัวตาย โดย อ.ประมวล เพ็งจันทร์ จากกิจกรรม “กลับสู่ธรรมชาติแห่งกรุณา” วันที่ 4 สิงหาคม 2561 ณ บ้านพักกรุงเทพคริสเตียนด้วยบทสนทนาดังกล่าวมีคุณค่าอย่างมาก กลุ่ม Peaceful Death และกัลยาณมิตร จึงร่วมกันเรียบเรียง บันทึกไว้ในรูปแบบหนังสือเล่มนี้

ขนาด 14 x 17 cm

จำนวนหน้า 168 หน้า

ราคา 120 บาท (ไม่รวมค่าจัดส่ง)

วิธีสั่งซื้อ

แจ้งรายชื่อ จำนวนหนังสือที่ต้องการสั่งซื้อ และที่อยู่จัดส่งได้ที่ไลน์ @peacefuldeath หรือ inbox แฟนเพจ Peaceful Death ทีมงานจะคำนวนราคาค่าหนังสือและค่าจัดส่งให้ท่าน

โอนค่าหนังสือและค่าจัดส่ง ได้ที่ บัญชีออมทรัพย์ธนาคารกรุงไทย สาขาสี่แยกอรุณอมรินทร์ เลขที่บัญชี 157-0-19413-0 ชื่อบัญชี น.ส.วรรณา จารุสมบูรณ์

ส่งหลักฐานการโอนเงินให้ผู้ประสานงาน เพื่อจัดส่งหนังสือในลำดับต่อไป

หมายเหตุ: ทีมงานจะจัดส่งสินค้าทางไปรษณีย์แบบลงทะเบียนเฉพาะวันจันทร์ พุธ และศุกร์

สังคมไทยเป็นสังคมที่มีน้ำใจ มีเมตตากรุณาต่อผู้ทุกข์ยากเสมอมา หากเรามีการรวมกลุ่มเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายด้วยสำนึกแห่งเมตตากรุณา และมีการจัดการที่ช่วยให้เมตตากรุณานั้นเกิดพลังในการช่วยเหลือผู้ทุกข์ยากอย่างแท้จริง เครือข่ายเหล่านี้ย่อมเติบใหญ่ และหากกระจายตัวไปทั่วประเทศ จะทำให้พลังกรุณาของเมืองไทยมีความเข้มแข็ง แทรกซึมไปสู่จิตใจของผู้คนและกลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ถึงตอนนั้นความกรุณาจะกลายเป็นวัฒนธรรมที่ทรงพลังอย่างยิ่งในสังคมไทย

พระไพศาล วิสาโล



ชุมชนกรุณา นิมิตใหม่ของสังคมไทย
9 786163 931832
ราคา 200 บ.