ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง
ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์และสังคม

ฉันท์หทัย (อรทัย) อาจอ่ำ
ปาณฉัตร ทิพย์สุข
เบญจมาศ รอดภัย

ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง
ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์และสังคม

ฉันท์หทัย (อรทัย) อาจอ่ำ
ปาณฉัตร ทิพย์สุข
เบญจมาศ รอดภัย

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

บทสรุปผู้บริหาร

ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์และสังคม

รายงานการวิจัย ติดตามและประเมินผลชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในช่วงท้ายของชีวิต
ปี พ.ศ. 2556-2559[*]

ความนำ : ชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในช่วงท้ายของชีวิต ปี พ.ศ. 2556-2559 ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก สสส. เป็นชุดโครงการที่มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care หรือเรียกสั้น ๆ ว่า ระบบ PC) หรือต้องการให้เกิดระบบ PC ที่มีความสมบูรณ์ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข พร้อมด้วยจิตอาสา ผู้ดูแล พระสงฆ์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่อง PC และสามารถทำงานด้านนี้ได้อย่างมีคุณภาพหรือมีมาตรฐานมากขึ้น รวมถึงการยอมรับเรื่องการตายดี หรือการเตรียมตัวตายด้วยมรณานุสติ ในบรรดาประชาชนหรือภาคสาธารณะ **ด้วยการใช้กลยุทธ์การทำงานที่สำคัญ 3 ประการคือ**

1) การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ในมิติต่าง ๆ โดยเฉพาะประเด็นกฎหมายและการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การจัดระบบบริการที่ถูกต้อง ซึ่งทำงานร่วมกับองค์กรภาคีจำนวนมาก ทั้งภาคการศึกษา ภาคนโยบาย และภาคปฏิบัติ รับผิดชอบหลักโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

2) การพัฒนาและเสริมศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและจิตอาสา ครอบคลุมแพทย์ พยาบาล เภสัชกร หรือ สหวิชาชีพ และจิตอาสา ให้มีความรู้ ทักษะ ทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองพร้อม ๆ กับการสร้างความตระหนักต่อประเด็นการตายดี และความสำคัญของการร่วมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้กับญาติ ครอบครัว ชุมชน ประชาชนหรือภาคสาธารณะ รับผิดชอบการขับเคลื่อนโดยสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย ผ่านกลไกขับเคลื่อนหลัก คือ ศูนย์การุณรักษ์

---

* การวิจัย ติดตามและประเมินผลในครั้งนี้ไม่ได้ดูเฉพาะผลของการทำงานของชุดโครงการนี้ ในช่วงเวลาดังกล่าวเท่านั้น แต่ดูผลรวมทั้งหมดตั้งแต่ช่วงเวลาดังกล่าวจนถึงปัจจุบัน จากการทำงานและการขับเคลื่อนของหลายภาคส่วน เพื่อทำให้การประเมินผลในครั้งนี้ทันต่อเหตุการณ์ สะท้อนความเป็นจริง และมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในการพัฒนาระบบ PC ให้ดียิ่งขึ้น

รพ. ศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ดำเนินงานร่วมกับภาคีต่าง ๆ จำนวนมาก โดยเฉพาะสถาบันการศึกษาทางด้านการแพทย์และการพยาบาล เพื่อเพิ่มจำนวนบุคลากรที่มีความรู้และทักษะให้กับระบบ PC

3) การเพิ่มมิติจิตใจ จิตวิญญาณ จิตตปัญญา หรือสุขภาวะทางปัญญาเข้ามาในระบบ PC เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเป็นองค์รวม มีความเป็นมนุษยธรรมหรือการดูแลที่มีหัวใจแห่งมนุษย์มากขึ้น (humanized health care) ด้วยการเพิ่มบทบาทของพระสงฆ์ ผู้นำทางศาสนา ผู้นำทางจิตวิญญาณ และจิตอาสาในการทำหน้าที่เยียวยาจิตใจและจิตวิญญาณ ดำเนินงานร่วมกับสถานพยาบาลและพื้นที่ต้นแบบ และสถานพยาบาลที่มีการขยายผลในพื้นที่ต่าง ๆ ใน 3 จังหวัด คือ เชียงใหม่ สุรินทร์ และนครราชสีมา รับผิดชอบหลักโดย มูลนิธิเครือข่ายพุทธิกา

วิธีวิทยาการวิจัยประเมินผล : ใช้กระบวนทัศน์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลในสถานพยาบาลและพื้นที่ชุมชนในเขตบริการของสถานพยาบาลทั้ง 3 ระดับ คือ ตติยภูมิ (โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) หรือโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ทุติยภูมิ (โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)) จำนวนรวมทั้งหมด 62 แห่ง ใน 18 จังหวัด ครอบคลุมกรุงเทพมหานคร นนทบุรี ปทุมธานี เชียงใหม่ ขอนแก่น สุรินทร์ บุรีรัมย์ นครราชสีมา ชัยภูมิ อุดรธานี เลย ตาก แพร่ น่าน สงขลา นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี และตรัง กลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร หรือสหวิชาชีพ คือ นักโภชนาการหรือโภชนากร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด รวมถึงจิตอาสาและพระสงฆ์อาสา **วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ** ใช้หลาย ๆ วิธี ทั้งการให้เล่าเรื่องราว (narratives/story-telling) ในเวทีการประชุมและรับฟังข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารรูปแบบต่าง ๆ รวมการวิเคราะห์ฐานข้อมูลออนไลน์ การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตบางส่วน รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ 592 ราย **และการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง** รวมจำนวน 501 ราย วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) วิเคราะห์บริบทเฉพาะที่เกี่ยวข้อง (specific contextual analysis) การวิเคราะห์แก่นประเด็นหลัก (thematic analysis) และวิเคราะห์เชิงสะท้อน (reflexive analysis) บางส่วน สำหรับการวิเคราะห์เชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ค่าความถี่ พร้อมด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางไขว้ (cross-tabulation)

ข้อค้นพบสำคัญ: โดยภาพรวม การดำเนินงานทั้งสามส่วนของทั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย [THAPS] (ผ่านกลไกศูนย์การุณรักษ์ [KPC]) และเครือข่ายพุทธิกา ประสบผลสำเร็จตามที่กำหนดไว้ในระดับที่น่าพึงพอใจในระดับสูง เพราะนอกจากจะทำให้เกิดผลผลิต โดยเฉพาะจำนวนบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมรวมทั้งหมดมากถึง 5,606 คน ยังเกิดผลลัพธ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ การปฏิบัติ หรือ เกิดศักยภาพในการทำงานด้าน PC ของแพทย์ พยาบาล เภสัชกรที่มีคุณภาพมากขึ้น มีความเป็นมืออาชีพและได้มาตรฐานมากขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตที่บ้านตามความประสงค์ หรือตามที่ระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต (living will) ได้มากขึ้น โดยปราศจากความทุกข์ทรมาน รวมถึงเกิดผลกระทบต่าง ๆ ซึ่งเป็นผลกระทบโดยตรงของการทำงานขององค์กรหรือเครือข่ายทั้งสาม ภายใต้กรอบ TOR ที่กำหนดไว้ เช่น เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับกฎหมายหรือ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 (คือ สิทธิการขอตายตามธรรมชาติของผู้ป่วย) และมีการยอมรับเรื่องนี้มากขึ้น โดยเฉพาะในบรรดาแพทย์ที่เคยมีทัศนคติเชิงลบต่อมาตรา 12 เพราะบางส่วนเคยมองว่าเป็นการุณยฆาตที่ถูกกฎหมาย หรือบางส่วนเคยมองว่า สิทธิในการตัดสินใจรักษาในช่วงสุดท้ายควรจะยังเป็นสิทธิของแพทย์ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีการแก้ไขกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตที่บ้าน เช่น การแจ้งตาย การชันสูตรศพ เพราะการเสียชีวิตที่บ้าน เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่ต้องการ ถ้าไม่มีการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ก็ไม่สามารถดำเนินการในเรื่องนี้ได้อย่างราบรื่น

นอกจากนี้ **ยังเกิดผลต่อเนื่อง (continuing impacts) หรือผลกระทบทางอ้อม (indirect impacts) และผลกระทบรวมเชิงบวกต่าง ๆ (gross positive impacts)** อีกหลายประการ ซึ่งผลลัพธ์หลายอย่างก็อาจจะไม่ได้คาดคิดหรือกำหนดไว้ก่อน (unintended consequences) อาทิเช่น เกิดเครือข่ายการทำงาน Thai Palliative Care Network [TPCN] ที่เป็นการเชื่อมโยงกันของคนมีใจในการทำงานด้าน PC ส่งผลทำให้เกิดการกระจายตัวออกไปของแนวคิดและรูปแบบระบบ PC ในสถานพยาบาลต่าง ๆ อย่างรวดเร็วมากขึ้น และมีการเพิ่มมิติจิตใจ จิตวิญญาณ หรือสุขภาวะทางปัญญาในระบบ PC มากขึ้นในหลาย ๆ สถานพยาบาลและหลายจังหวัด ที่ไม่ใช่พื้นที่การทำงานโดยตรงของเครือข่าย THAPS และเครือข่ายพุทธิกา อย่างเห็นได้ชัดเจน

การวิจัย ติดตามและประเมินผลครั้งนี้ **ยังได้ทำการวิเคราะห์การขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาระบบ PC ของผู้รับทุน ด้วยการใช้กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอีกจำนวน 3-4 กรอบด้วยกัน** เพื่อให้ได้ความรู้เชิงลึกในมิติต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาและยกระดับ

คุณภาพของระบบ PC ได้ต่อไป พร้อมข้อค้นพบที่สำคัญ ที่ได้จากการวิเคราะห์ด้วยกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่แตกต่างกัน ดังนี้คือ

1. ผลการวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดและกรอบการทำงานด้าน PC และกรอบ 6 เสาหลัก ด้านการติดตามการพัฒนาระบบสุขภาพของ WHO

ข้อค้นพบสำคัญคือ: ประเทศไทย (โดย พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล เครือข่าย THAPS และศูนย์ KPC รพ. ศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น) ได้ดำเนินการเรื่อง PC มาประมาณเกือบ 40 ปี หรือ ก่อนที่องค์การอนามัยโลก [WHO] จะประกาศเป็นนโยบายหรือให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ ทำให้ระบบ PC ของไทยก้าวข้ามอุปสรรคต่าง ๆ ไปแล้วหลายด้าน **โดยเฉพาะเรื่องการมีแผนยุทธศาสตร์และนโยบายรองรับ, การมีแผนจัดอบรมและปัญหาอื่น ๆ ที่ WHO เป็นห่วง ยกเว้นเรื่อง จำนวนบุคลากรหรือกำลังคน ที่คงยังไม่พอเพียงจนถึงปัจจุบัน และการมีระบบประกันการดูแลระยะยาว ที่จะต้องมีการดำเนินการต่อไป**

สำหรับกรอบ 6 เสาหลักการติดตามการพัฒนาระบบ PC ที่ประกอบด้วย 1) การจัดบริการ 2) กำลังคน 3) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น 4) ระบบข้อมูลสารสนเทศ 5) การจัดการทางการเงินและการคลัง และ 6) การนำและการอภิบาลระบบ พบว่า ปัจจุบันเรื่อง**การจัดบริการ**ในพื้นที่ชายแดนยังมีปัญหา เพราะยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้านได้ตามความประสงค์ทั้งหมด หรือส่วนใหญ่ยังจำเป็นต้องเสียชีวิตที่สถานพยาบาล เพราะไม่สามารถเดินทางกลับไปได้ทัน เพราะอยู่ไกล บริการเข้าไปไม่ถึง ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านยังไม่พร้อม ที่พักอาศัยไม่เหมาะสม ไม่มีญาติดูแล เพราะย้ายถิ่นไปทำงานในเมือง ไม่มีบุคลากรระดับปฐมภูมิดูแลอย่างพอเพียง กรณีมีปัญหาเรื่องการจัดการอาการรบกวน และยังมีปัญหาเรื่องการสื่อสารทั้งภาษาและวัฒนธรรมอยู่บ้างในบางพื้นที่ เพราะบางแห่งบุคลากรยังไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ และวัฒนธรรมของผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ ที่หลากหลาย สำหรับ**ด้านกำลังคน** ดังกล่าวแล้วข้างต้นว่า ยังประสบปัญหาทั้งจำนวนแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และสหวิชาชีพ โดยเฉพาะในระดับอำเภอ หรือโรงพยาบาลชุมชน มีบุคลากรไม่ครบ ไม่มีพยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา ในขณะที่ปัญหาทางจิตวิทยามีค่อนข้างมาก หลายแห่งยังไม่มีแพทย์หรือไม่นิ่ง เพราะแพทย์ส่วนใหญ่มาอยู่เพียงแค่ 1 ปี เพื่อใช้ทุนแล้วก็ไปเรียนต่อ ประกอบกับเป็นพื้นที่ห่างไกล ทำให้แพทย์ไม่อยากไปอยู่ ยกเว้นเป็นบ้านเกิดของตนเอง **ด้านการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์** พบว่ายังมีปัญหาในระดับโรงพยาบาลชุมชน ที่มียาไม่ครบและมีปัญหาการเบิกจ่ายค่ายา กรณีส่งไปรับยาจากโรงพยาบาลอื่น ไม่ทราบว่าจะเบิกจากจุดไหน ด้าน**ระบบข้อมูลและสารสนเทศ**

พบว่า มีฐานข้อมูลหลายระบบ หรือใช้หลายโปรแกรม ทั้ง HOSxP, THAI COC, COC Link, SMART COC, และ Thai Refer ทำให้ขาดข้อมูลภาพรวม ทำให้คนทำงานต้องทำงานหนัก เพราะระบบมีความซ้ำซ้อน และทำให้ไม่เกิดระบบบริการแบบไร้รอยต่อ (seamless system) ได้จริง ซึ่งเครือข่าย PC เสนอว่าควรมีระบบและฐานข้อมูลเฉพาะของ PC หรือ ถ้าเป็นฐานข้อมูลรวมหลายเรื่องทั้งการดูแลระยะยาว (Long-term care [LTC]), ระยะกลาง (Intermediate care [IMC]) และการดูแลระยะท้าย (Palliative care [PC]) ก็ควรให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน แต่บันทึกข้อมูลเฉพาะที่สำคัญและจำเป็นเท่านั้น

สำหรับ**ด้านการเงินและการคลัง** พบว่า WHO ให้ความสำคัญกับเรื่องการระดมทุนหรือการมีกองทุนสำหรับระบบ PC และการรับประกันหรือคุ้มครองความเสี่ยงทางการเงินของผู้รับบริการ ซึ่งพบว่า การระดมทุนเกิดขึ้นในระดับสถานพยาบาลจำนวนหนึ่ง แต่ยังไม่มีกองทุนหรือการระดมทุนในระดับประเทศ สำหรับเรื่องการคุ้มครองความเสี่ยง จะกลายเป็นประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญมากต่อไปในอนาคต ถ้าการบริหารจัดการกองทุนหลักทั้ง 3 กองทุน คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และกองทุนข้าราชการประสบปัญหา หรือปัญหาที่มีอยู่ไม่ได้รับการแก้ไขด้วยวิธีการที่ถูกต้อง (กรณีหนี้สินของสถานพยาบาล และกรณีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ต่ำกว่าการจ่ายจริงของสถานพยาบาล ก็เป็นประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญ) ถ้าเป็นเช่นนี้ ก็มีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดผลกระทบได้ เพราะทั้ง 3 กองทุนเป็นกองทุนหลักที่มีนัยสำคัญต่อสุขภาพของประชาชน นอกจากนี้ ยังมีงานศึกษาเรื่อง **“การประกันการดูแลระยะยาว ระบบที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย” ที่มีการคำนวณค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวและการประมาณการค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว รวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทั้งที่บ้านและที่สถานพยาบาล ไปจนถึง การระบุแหล่งเงินสำหรับระบบการประกันการดูแลระยะยาว ซึ่งในเรื่องนี้ องค์กรนำในระบบสุขภาพและองค์กรภาคีต่าง ๆ จะต้องให้ความสนใจ หรือ แปรสู่การปฏิบัติให้ได้ต่อไป**

ด้านสุดท้ายคือ **การนำและการอภิบาลระบบ** ประเด็นสำคัญ คือ ตัวชี้วัดที่ WHO เสนอ พบว่า ไม่มีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในการพัฒนาระบบ PC เพราะระบบ PC ของไทยได้มีการพัฒนาชุดตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพระบบ PC ที่มีความเหมาะสมกว่าไว้แล้ว ควรใช้ตัวชี้วัดดังกล่าว หรือปรับปรุงจากชุดตัวชี้วัดที่เครือข่าย TPCN และเครือข่าย THAPS พัฒนาไว้แล้ว สำหรับประเด็นการอภิบาลระบบ PC ที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่ง คือ การบูรณาการระบบ PC และระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเข้ากับระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งควรดำเนินการ

และให้ความสำคัญให้มากขึ้น ทำให้เห็นผลที่เป็นรูปธรรมที่มีความเชื่อมโยงกับนโยบายคลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster [PCC]) ของกระทรวงสาธารณสุข

2. ผลการวิเคราะห์ด้วยกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพของออตตาวา

ได้มีการประยุกต์กรอบออตตาวาให้สอดคล้องกับการวิเคราะห์ระบบ PC โดยมี 5 ประเด็น ที่มีความเชื่อมโยงกัน คือ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะด้าน PC 2) การเสริมพลังให้ชุมชนลงมือปฏิบัติการด้าน PC 3) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่บ้านและการตายดี 4) การพัฒนาความรู้และทักษะให้กับบุคลากรและผู้ที่เกี่ยวข้อง และ 5) การปรับระบบหรือรูปแบบการบริการด้าน PC

จากการวิเคราะห์ พบว่า การทำงานและการขับเคลื่อนในการพัฒนาระบบ PC ของเครือข่าย THAPS, TPCN, สช. และศูนย์ KPC **เริ่มจากการพัฒนาความรู้และทักษะให้กับบุคลากรและผู้เกี่ยวข้องก่อน เมื่อผ่านไปสักระยะหนึ่ง ก็ทำการปรับระบบหรือรูปแบบการให้บริการ โดยเฉพาะการปรับระบบและโครงสร้างของโรงพยาบาลแม่ข่าย คือ รพ.ศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และหลังจากนั้น จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงในจังหวัดขอนแก่น** ที่มีความเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายสถานพยาบาลใน 3 ระดับ และเกิดตัวอย่างรูปธรรมของการเปลี่ยนแปลงในระดับอำเภอและตำบล โดยเฉพาะตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น และยังเกิดผลต่อเนื่องไปยังเขตสุขภาพที่ 7, 8 และ 9 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบขึ้นทั่วภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และขยายผลไปยังภูมิภาคอื่น ๆ

สำหรับเรื่อง**การเสริมพลังให้ชุมชนปฏิบัติการก็เกิดขึ้นพร้อม ๆ กันกับการปรับระบบและรูปแบบ** เพราะผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่ต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ดังนั้น ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home care) โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสา/ผู้ดูแลอาสา จะต้องได้รับการส่งเสริมและผลักดันไปพร้อม ๆ กับการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย ไม่ว่าจะเป็นนโยบายระดับองค์กร/หน่วยงาน/สถานพยาบาล และระดับจังหวัดที่ส่งผลเชื่อมโยงไปทั้งระบบ ตั้งแต่ระดับ รพศ./รพท. ไปจนถึง รพช. และ รพ.สต (ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน/ชาวบ้าน) และระดับเขตสุขภาพ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในทุกระดับและทุกพื้นที่ ส่งผลทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมใหม่ ซึ่งเป็น

สิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีการเกื้อกูลกันและการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันที่มีนัยยะและความหมายต่อสังคมโดยรวม

3. ผลการวิเคราะห์ด้วยกรอบแนวคิดและทฤษฎีการแพร่กระจายและกระบวนการยอมรับนวัตกรรมของโรเจอร์สและชูเมกเกอร์

ทั้งนี้ องค์ประกอบของการเผยแพร่ กระจายและกระบวนการยอมรับนวัตกรรมมี 4 ประการสำคัญ คือ **1) ตัวนวัตกรรม** (Innovation) หรือลักษณะของนวัตกรรม ณ ที่นี้หมายถึง ระบบ PC, แนวคิดการตายดี/มรณานุสติ และการดูแลมิติจิตใจ/จิตวิญญาณ/สุขภาวะทางปัญญา ซึ่งตัวนวัตกรรมมี 5 ลักษณะที่สำคัญ คือ หนึ่ง ความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ (relative advantage) สอง ความเข้ากันได้กับค่านิยม ความคิด ความเชื่อบรรทัดฐานเดิมของบุคคล/กลุ่ม-องค์กร/หน่วยงาน/สังคม สาม ความสลับซับซ้อน ถ้ายิ่งมีความสลับซับซ้อน ก็ยิ่งได้รับการยอมรับหรือมีการตอบรับได้ช้า สี่ ความสามารถในการทดลองใช้ได้ และ ห้า ความสามารถในการสังเกตเห็นผลได้ **2) ช่องทางในการเผยแพร่/กระจาย (Channel) 3) เวลา/ช่วงเวลา/ระยะเวลา (Time) และ 4) ระบบสังคม (Social System)**

จากการวิเคราะห์ พบว่า ระบบ PC มีข้อได้เปรียบในเชิงเปรียบเทียบที่สำคัญ 2-3 ประการคือ **1) ระบบ PC เน้นการดูแลรักษาที่บ้าน (home care) และการเสียชีวิตที่บ้านของผู้ป่วยระยะท้าย** จะได้ไม่ทุกข์ทรมาน ไม่ต้องเสียชีวิตคาท่อหายใจและอุปกรณ์ต่าง ๆ ระโยงระยาง ทำให้ได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว ทำให้คนในครอบครัวได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วย ได้ชำระสิ่งที่ค้างคาใจ ได้ทดแทนบุญคุณ ได้เตรียมการร่ำลา ทำให้ผู้ป่วยจากไปด้วยความสงบอย่างมีศักดิ์ศรี **2) ระบบ PC ทำให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและญาติ/ครอบครัวผู้ป่วยรู้สึกว่า การได้ดูแลซึ่งกันและกันในช่วงสุดท้าย** เป็นภารกิจที่มีคุณค่า ทุกคนได้มีโอกาสทำหน้าที่เพื่อนมนุษย์ร่วมชะตะกรรมเดียวกันอย่างสวยงามในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย และ **3) ระบบ PC ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาถูกลง** เมื่อรักษาอยู่ที่บ้าน เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาในสถานพยาบาล 30 วันสุดท้ายก่อนการเสียชีวิต (26,372 บาท และ 45,000 บาท ตามลำดับ) ถ้ามีการจ้างผู้ดูแลเดือนละ 15,000 บาท แต่ถ้าไม่จ้างหรือดูแลเองโดยญาติ จะเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน 11,372 บาท ต่อเดือน

สำหรับ**ความเข้ากันได้กับค่านิยม ความคิด ความเชื่อ บรรทัดฐานทางสังคม** พบว่าผู้นับถือศาสนาพุทธจำนวนมาก ที่ไม่ค่อยมีการฝึกปฏิบัติ หรือ ยังเข้าไม่ถึงแก่นแท้ของหลัก

พระธรรมคำสอน มักจะยอมรับการดูแลแบบ PC ไม่ได้หรือได้ยาก จำนวนมากยังมองว่าการดูแลแบบ PC เป็นการปล่อยให้ตาย บางส่วนมองว่าเป็นการุณยฆาต จำนวนไม่น้อยจึงยังไม่ยอมรับหรือไม่ทำตามความประสงค์ของผู้ป่วยที่ระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาไม่รับบริการสาธารณสุขในช่วงสุดท้าย (living will) และบางส่วนยังคงต้องการยื้อให้มีการรักษาให้ถึงที่สุด เพราะมองว่าเป็นการตอบแทนบุญคุณครั้งสุดท้าย ถ้าไม่รักษาให้ถึงที่สุด แสดงว่าไม่มีความกตัญญู ในขณะที่แพทย์จำนวนไม่น้อยยังไม่เข้าร่วมระบบ PC เพราะบางส่วนมองว่า เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยติดยามอร์ฟีน ขณะที่บางส่วนไม่ต้องการมีปัญหาทางกฎหมายกับญาติ กรณีมีการฟ้องร้อง และอีกบางส่วนมองว่า อำนาจในการตัดสินใจรักษาหรือไม่รักษาต่อ ยังควรเป็นอำนาจและบทบาทของแพทย์ ไม่ใช่ของผู้ป่วย ในขณะที่แพทย์อีกบางส่วน ถึงแม้มีความรู้ความเข้าใจ เห็นด้วยกับระบบ PC แต่ก็ไม่เข้าร่วม เพราะไม่ใช่จริต ความชอบหรือความสนใจของตน

สำหรับ**ประเด็นความสลับซับซ้อนของระบบ PC** พบว่า มีความสลับซับซ้อนในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยพอสมควร เพราะต้องมีการประเมินทั้งหมด 9 ด้าน ทั้งเรื่องโรค/โรคร่วม, กาย/สมรรถนะ/อาการ (ใช้เครื่องมือหลายอย่างทั้ง PPS, ADL, ESAS ฯลฯ), ความสามารถในการตัดสินใจ, การรับรู้โรค/พยากรณ์โรค, สภาวะจิตใจ, ความเป็นอยู่, ครอบครัว/สังคม, จิตวิญญาณ และการเตรียมตัวรับกับความตาย ซึ่งแตกต่างจากการประเมินคัดกรอง และ/หรือ การดูแลรักษาผู้ป่วยปกติทั่วไป ที่เคยปฏิบัติกันมา ทำให้ผู้ปฏิบัติบางส่วนรู้สึกว่ามีความยุ่งยาก มีรายละเอียด มีสิ่งที่ไม่เคยชินหรือไม่เคยปฏิบัติทำให้ไม่ค่อยมั่นใจ โดยเฉพาะการประเมินสภาวะจิตใจ จิตวิญญาณ และการพูดคุยสนทนาหรือสื่อสารเกี่ยวกับการดำเนินของโรค, การแจ้งข่าวร้าย ไม่ให้ร้าย, และการเตรียมตัวรับกับความตาย รวมถึงการจัดประชุมครอบครัว (family meeting) และการทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan : ACP) ซึ่งต้องมีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติและทีมรักษา ซึ่งทีมรักษามองว่าเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก ประกอบกับอาการของโรคของผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกันไป ไม่เหมือนกัน ไม่มีอะไรแน่นอน/ตายตัว ทำให้ในหลาย ๆ กรณีคาดการณ์ได้ยาก วิธีที่ใช้ได้ผลกับผู้ป่วยรายนี้ อาจใช้ไม่ได้กับอีกหลาย ๆ คน จนเรียกกันว่าเป็น **“ศาสตร์แห่งความไม่แน่นอน” (science of uncertainty)** ซึ่งความไม่แน่นอนหรือการคาดการณ์ยากดังกล่าว มีผลทำให้บุคลากรจำนวนหนึ่งขาดความมั่นใจในการทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง

ด้านการสังเกตเห็นผลได้ชัดเจน พบว่า ระบบ PC นี้มีสิ่งที่สังเกตเห็นผลลัพธ์ได้ชัดเจน เพราะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ไม่รู้สึกทนทุกข์ทรมาน ญาติผู้ป่วยก็เห็นการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยได้ชัดเจน และจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย พบว่า ประเด็นนี้ได้รับการยืนยันว่าเป็นสิ่งที่ดีที่สุดประการหนึ่งของระบบ PC นอกจากผลลัพธ์อื่น ๆ ตามที่นำเสนอไปแล้วข้างต้น

สำหรับ**ช่องทางการทำงาน** พบว่า ใช้ช่องทางการสื่อสาร การแพร่กระจาย เพื่อให้เกิดการยอมรับ แนวคิดการตายดีและระบบ PC หลายช่องทางด้วยกัน ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งแบบการสื่อสารกับสาธารณะ/มวลชน และการสื่อสารแบบบุคคลกับบุคคล, บุคคลกับกลุ่มบุคคล และกลุ่มบุคคลกับกลุ่มบุคคล ใช้การขับเคลื่อนทั้งแบบโครงสร้างแนวดิ่ง (top-down) และการสื่อสาร/ปฏิสัมพันธ์แบบไม่มีโครงสร้าง (non-structure) หรือเป็นการสร้างความสัมพันธ์แนวราบ (horizontal relationships) ทำให้เกิดเครือข่ายต่าง ๆ จำนวนมากเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเครือข่าย TPCN เครือข่ายพระสงฆ์ เครือข่ายแพทย์พยาบาลด้าน PC เครือข่ายในชุมชน เช่น เครือข่าย อสม. ด้าน PC รวมถึงการเชื่อมต่อกับเครือข่ายอื่น ๆ ที่มีอยู่แล้ว อาทิเช่น เครือข่ายเตียงผู้ป่วย ที่มีระบบและเครือข่ายการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในระดับประเทศ

สำหรับ**ช่วงเวลาการทำงานของชุดโครงการ** พบว่า มีความเหมาะสมและทันการณ์เป็นอย่างยิ่ง ทำให้สังคมมีระบบ PC ได้ทันกับเวลา หรือทันกับการขยายตัวของปัญหาและความต้องการ อันเป็นผลมาจากการเป็นสังคมสูงวัย (aging society) ที่มีผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยพิการ และผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มขึ้น ตามไปด้วย แต่**สำหรับระยะเวลาในการทำงานของชุดโครงการ** พบว่า สั้นไป เนื่องจากมีภาระงานหรือสิ่งที่ต้องการบรรลุจำนวนมาก แต่มีเวลาการทำงานจริง ๆ เพียงแค่ 3 ปีหรือน้อยกว่า เพราะต้องประสบกับอุปสรรคในการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนโครงการ เนื่องจากตรงกับช่วงเวลาที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ถูกตรวจสอบการใช้จ่ายงบประมาณ ทำให้ไม่สามารถเบิกเงินได้ ทำให้ระยะเวลาการทำงานที่น้อยอยู่แล้ว น้อยลงไปอีก และไม่สามารถดำเนินภารกิจบางอย่างที่กำหนดไว้ได้ทันเวลา

ด้าน**ระบบสังคม (Social System)** พบว่า มีระบบและโครงสร้างรวมศูนย์อยู่ที่ส่วนกลาง ทำให้ระบบอำนาจการตัดสินใจมีหลายระดับ หลายส่วน ส่งผลต่อการแพร่กระจายของแนวคิดและรูปแบบระบบ PC และการยอมรับ

ผลกระทบสำคัญ (Major Impacts) ของการทำงานของชุดโครงการ :

- เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง: ทำให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ชุมชน และสังคม/ภาคสาธารณะ รู้จักพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 ที่ให้สิทธิในการขอตายตามธรรมชาติกับผู้ป่วย หรือประชาชนที่เจ็บป่วยและไม่สามารถรักษาได้แล้วมากขึ้น
- เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านนโยบาย ทำให้กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับเรื่องนี้มากขึ้น บางช่วงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศเรื่อง PC เป็นนโยบายที่โดดเด่น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบตามมา มีการจัดตั้งศูนย์ PC ในสถานพยาบาลต่าง ๆ และมีพยาบาลรับผิดชอบในเรื่อง PC อย่างน้อย 1 คนในระยะเริ่มต้น
- เกิดระบบ PC ขึ้นในสถานพยาบาลต่าง ๆ ที่ไม่ใช่พื้นที่การทำงานของชุดโครงการโดยตรง ในพื้นที่จังหวัดต่าง ๆ ในขอบเขตทั่วประเทศ
- กรมการแพทย์ และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับเรื่อง PC ด้วยการผนวกเรื่อง PC เข้าไปในแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) ของเขตสุขภาพต่าง ๆ ทั้ง 13 เขต และถูกบรรจุในแผนพัฒนากระทรวงสาธารณสุข 20 ปีด้วย
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้ความสำคัญกับระบบ PC อย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันได้จ่ายค่าตอบแทนเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home care) เป็นระบบที่มีการเยี่ยมบ้าน (home visit) โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง **แต่ยังไม่ได้จ่ายค่าชดเชยการสูญเสียรายได้ให้กับผู้ดูแลที่มีฐานะยากลำบาก ที่ต้องออกจากงาน/หยุดงาน เพื่อมาดูแลพ่อแม่หรือบุพการีของตนเองในช่วงสุดท้าย**
- เกิดการปรับตัวและปรับระบบในการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทำให้เกิดหลักสูตร **“การบริบาลประคับประคอง”** เป็นเวลา 1 ปี ซึ่งจะทำให้มีจำนวนแพทย์เพิ่มขึ้น และเพียงพอต่อการทำงานในระบบ PC ที่มีจำนวนผู้ป่วยหรือมีความต้องการมากขึ้น
- ที่ผ่านมา แม้ไม่ได้รับทุนจากแหล่งใด ก็มีการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุด พยายามหาช่องทางต่าง ๆ ในการทำงาน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบอย่างครอบคลุม ทั่วถึง เสมอภาค และเท่าเทียมในทุกพื้นที่

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดขึ้นและพัฒนาการของระบบ PC ของไทย :

เป็นที่ชัดเจนว่า ระบบ PC เป็นระบบการแพทย์และสังคมที่มีนัยสำคัญต่อประชาชนทุกคน เพราะเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องเผชิญในช่วงสุดท้ายของชีวิต แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าคนเราทุกคนจะเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนี้และสนับสนุนการทำงานของระบบนี้โดยอัตโนมัติ ในทางตรงกันข้าม พบว่า ที่ผ่านมาต้องเผชิญกับปัญหาอุปสรรคหลายด้าน ทั้งด้านงบประมาณ ค่าตอบแทนของบุคลากร การจัดตั้งทีม ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขบางส่วน ทัศนคติของผู้บริหารสถานพยาบาลในหลายระดับ วัสดุอุปกรณ์, เครื่องมือ, เวชภัณฑ์ที่มีน้อย แต่ก็สามารถฝ่าฟันมาได้ พบว่า **มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3-4 ระดับที่ทำให้ระบบ PC เกิดขึ้นและมีพัฒนาการมาจนปัจจุบัน กล่าวคือ 1) ปัจจัยระดับปัจเจกบุคคล**ของแกนขับเคลื่อนหลัก ที่มีความมุ่งมั่น มีใจ มีความเห็นใจในผู้ป่วยในระดับสูง **2) ปัจจัยระดับทีมงาน** มีจิตสำนึกต่อปัญหาในระดับสูง มีการเรียนรู้สูง มีความเป็นกัลยาณมิตร ได้รับเกียรติจากหัวหน้าทีม ได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา **3) ปัจจัยบริบทวิชาชีพ** ที่สัมผัสกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้มองเห็นความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เพราะรักษาแบบเดิมต่อไปไม่ได้ ทำให้เกิดการฉุกคิดและมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ PC **4) ปัจจัยบริบทชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว** มีความทุกข์วิตกกังวล ไม่ทราบชะตากรรมของตนเอง เพราะแพทย์ไม่กล้าบอกความจริง และ **5) ปัจจัยระดับสังคมใหญ่** คือ การเป็นสังคมสูงวัยเต็มขั้น ที่จะมีผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยพิการ และผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มขึ้น ทำให้เป็นแรงผลักที่สำคัญ

สรุปประเด็นสำคัญของระบบ PC : ปัจจัยที่ทำให้ระบบ PC เกิดขึ้นได้และมีพัฒนาการขึ้นกับบุคลากรที่มีจิตใจและมีความเห็นใจผู้ป่วย อาจกล่าวได้ว่า “ใจ” สำคัญที่สุด สำหรับเรื่องความรู้และทักษะจะตามมาได้ไม่ยาก ถ้ามีใจและให้คุณค่ากับเรื่องนี้ ที่จริงแล้ว ระบบ PC เป็นสิ่งที่ทุกคนจะได้รับประโยชน์ เพราะในท้ายที่สุดทุกคนต้องจากไป เมื่อถึงเวลา ถ้าทุกคนให้คุณค่าและทำความเข้าใจ สิ่งที่ยากก็จะง่ายในพริบตา และที่สำคัญเรื่อง PC ไม่ใช่แค่ศาสตร์ทางการแพทย์ แต่เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์และสังคม สำหรับข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ๆ ปรากฏอยู่ในบทสุดท้ายจำนวน 10 กว่าหน้า โปรดสละเวลาในการอ่าน เพื่อจะได้ช่วยกันคิดต่อยอดต่อไปอย่างมีพลัง

คำสำคัญ (Keywords) *การดูแลประคับประคอง/ระบบการดูแลประคับประคอง (PC หรือ ระบบ PC); การขับเคลื่อนและพัฒนาระบบ PC; ความรู้และทักษะของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข; การสร้างความตระหนักในภาคสาธารณะ; การตายดี/มรณานุสติ; การดูแลมิติจิตใจ/จิตวิญญาณหรือสุขภาวะทางปัญญา; การวิเคราะห์ด้วยกรอบแนวคิดและทฤษฎี 3 กรอบ คือ กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพออตตาวา, กรอบแนวคิดและกรอบการทำงานของ WHO, และ กรอบแนวคิดและทฤษฎีการแพร่กระจายและกระบวนการยอมรับนวัตกรรมของโรเจอร์สและชูเมกเกอร์*



คำนำ

รายงานจากการดำเนินโครงการวิจัย ติดตามและประเมินผลชุดโครงการ การสร้างเสริมสุขภาวะในช่วงท้ายของชีวิต ปี พ.ศ. 2556-2559 แบ่งออกเป็น 2 เล่ม คือ รายงานเล่มที่หนึ่งว่าด้วยเรื่อง ***"ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์และสังคม"*** นำเสนอเนื้อหาสำคัญคือ หนึ่ง ผลการวิจัยติดตามและประเมินชุดโครงการทั้งสามที่ได้รับทุนจากสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สอง ผลการประเมินเชิงวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดและทฤษฎี 3-4 กรอบ ได้แก่ กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวา กรอบแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองและกรอบ 6 เสาหลักการติดตามการพัฒนาระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก และแนวคิดและทฤษฎีการแพร่กระจายและกระบวนการยอมรับนวัตกรรมของโรเจอร์สและชูเมกเกอร์

สำหรับรายงานที่เล่มที่สอง ว่าด้วยเรื่อง ***"สถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาวะผู้ป่วยระยะท้าย: ผลจากข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ"*** นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานที่ได้มาจากการเก็บข้อมูลในพื้นที่เมื่อเดือนมิถุนายนถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 และรายงานผลให้เห็นสถานการณ์ปัจจุบันของระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในรูปแบบของการดูแลแบบประคับประคองในระดับปฏิบัติการว่าเป็นอย่างไร บุคคลที่เกี่ยวข้องมีความสามารถมากน้อยเพียงไร มีทัศนคติต่อการตายดีอย่างไร รวมถึงผู้ป่วยได้รับการดูแลมากน้อยเพียงไร และอย่างไร ตลอดจนบทเรียน ปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องจากมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้อง

คณะผู้วิจัยหวังว่ารายงานทั้งสองเล่มนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ว่าจะเป็นบุคลากรสาธารณสุข นักวิชาการ ผู้ที่ต้องการเป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วย หรือผู้ที่กำลังดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในระยะท้าย ตลอดจนผู้สนใจทั่วไปที่ต้องการหาโอกาสการตายดีให้กับผู้ที่ตนเองรักหรือแม้แต่ตัวเอง และคณะผู้วิจัยเชื่อมั่นว่าข้อมูลการวิเคราะห์ ข้อค้นพบทั้งเชิงบวกและลบ ข้อเสนอแนะ ที่ได้จากจากโครงการวิจัย ติดตามและประเมินผลนี้ จะเป็นฐานความรู้ปัจจุบันที่สำคัญต่อการคิดต่อยอดเพื่อให้ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทยเกิดขึ้นในทุกหน่วยบริการด้านสุขภาพตั้งแต่ระดับชุมชน สถานพยาบาลทุกระดับ จนถึงระดับนโยบาย และประชาชนทุกคนได้รับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้วยแบบแผนการดูแลแบบประคับประคอง และสามารถกำหนดวิถีการตายดีให้กับตนเองได้ หากรายงานนี้ มีข้อผิดพลาดประการใด คณะผู้วิจัยขออภัยมา ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย

กรกฎาคม 2564

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัย ติดตาม และประเมินผลชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในช่วงท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556 – 2559 ได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากผู้ให้ข้อมูลที่ต้องการเห็นความก้าวหน้าของระบบการดูแลแบบประคับประคองในสังคมไทย ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ คณาจารย์ นักวิชาการ ที่มีบทบาทนำขับเคลื่อนนโยบายการดูแลแบบประคับประคอง คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลให้เกิดขึ้นทั่วประเทศ บุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลทุกระดับที่ได้เข้าเยี่ยม จิตอาสาทั้งประชาชนทั่วไปและพระสงฆ์ที่มีส่วนร่วม ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย

คณะวิจัยประทับใจในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความทุ่มเททั้งกายและใจ เห็นแววตามุ่งมั่นและตั้งใจในการทำงานของทุกคนที่ได้ลงพื้นที่เยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกับคณะวิจัย และซาบซึ้งในการสละเวลาและความตั้งใจของบุคลากรสาธารณสุขทุกท่านในการนำเสนอข้อมูลที่ได้จัดเตรียมมาเป็นอย่างดี การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น แบ่งปันประสบการณ์และความรู้สึกในด้านคุณค่าจากการที่ได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และให้ทัศนะเกี่ยวกับการดูแลในมุมมองทางการแพทย์ มุมมองของผู้ดูแล มุมมองของพระสงฆ์ และมุมมองของผู้นำจิตวิญญาณ ที่ทำให้คณะผู้วิจัยมีความกระจ่างมากขึ้น และกระตือรือร้นที่จะนำองค์ความรู้จากการวิจัยติดตาม และประเมินผลครั้งนี้ สื่อต่อสาธารณะให้มีความรู้ความเข้าใจ หาโอกาสในการตายดีให้กับบุคคลใกล้ชิด บุคคลที่รัก หรือแม้กระทั่งให้กับตนเอง ในการนี้คณะวิจัยขอขอบคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย

กรกฎาคม 2564

คำย่อ

Abbreviations

รพศ.	โรงพยาบาลศูนย์
รพท.	โรงพยาบาลทั่วไป
รพช.	โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลระดับอำเภอ
รพ.สต.	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
สช.	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
สตง.	สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน
สปสช.	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สรพ.	สำนักรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
สวรส.	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
สสจ.	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
สสส.	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
สสอ.	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
อบต.	องค์การบริหารส่วนตำบล
อปท.	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
อย.	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
อสม.	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อสส.	อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเมือง
HC	Home Care การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน
IMC	Intermediate Care การดูแลฟื้นฟูระยะกลาง
KPC	Karunruk Palliative Care Excellence Center ศูนย์การุณรักษ์ หรือศูนย์ความเป็นเลิศด้านการดูแลประคับประคอง
LTC	Long-term Care การดูแลรักษาในระยะยาว
PC	Palliative Care การดูแลรักษาแบบประคับประคอง
PCC	Primary Care Cluster คลินิกหมอครอบครัว
PCS	Palliative Care System ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง
PHC	Primary Health Care การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ
TDRI	Thailand Development Research Institute
THAI COC	THAI Continuity of Care โปรแกรมการบันทึกและส่งต่อข้อมูลระบบการดูแลต่อเนื่อง
THAPS	Thai Palliative Care Society สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย
TPCN	Thai Palliative Care Network เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง
WHO	World Health Organization องค์การอนามัยโลก

สารบัญ (อย่างย่อ)

บทนำ 2

ผลสรุปจากการวิจัย ติดตาม และประเมินชุดโครงการทั้งสามที่ได้รับทุนจาก สสส. 82

การขับเคลื่อนและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน: บทวิเคราะห์จากมุมมองของกรอบแนวคิด และยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพของออตตาวา 136

การขับเคลื่อนและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน : บทวิเคราะห์จากมุมมองของกรอบแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองและกรอบ 6 เสาหลักการติดตามการพัฒนาระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO's 6 Building Blocks of Health Systems and Palliative Care) 212

การขับเคลื่อนและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน: มุมมองจากแนวคิดและทฤษฎีการแพร่กระจายและกระบวนการยอมรับนวัตกรรมของ โรเจอร์สและชูเมกเกอร์ 272

สรุปผลและข้อเสนอแนะจากการวิจัย ติดตาม และประเมินชุดโครงการทั้ง 3 ที่ได้รับทุนจาก สสส. (ตาม TOR) 351

สรุปผลและข้อเสนอแนะจากการประเมิน เชิงวิเคราะห์ด้วยกรอบแนวคิดยุทธศาสตร์และกรอบแนวคิด-ทฤษฎี 3-4 กรอบ 360

สรุปผลการประเมินศักยภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ทัศนคติ และการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จิตอาสา และพระสงฆ์หรือภิกษุอาสา 376

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ 382

สารบัญ

หน้า

บทสรุปผู้บริหาร IV

คำนำ XVI

กิตติกรรมประกาศ XVII

คำย่อ XVIII

สารบัญ XIX

สารบัญ XX

สารบัญแผนภาพ XXIV

1 บทนำ 1

1. หลักการและเหตุผล หรือความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 3
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย ติดตามและประเมินผล 12
3. คำถามหลักและคำถามย่อยในการวิจัย ติดตามและประเมินผล 13
4. ขอบเขตในการวิจัย ติดตามและประเมินผล 15
5. แนวคิด ทฤษฎี วิธีวิทยา กรอบการวิเคราะห์ วิจัย ติดตาม และประเมินผล 34
6. วิธีวิทยาและวิธีการในการวิจัย ติดตามและประเมินผล 63
7. แผนและขั้นตอนในการทำงาน 73
8. ระยะเวลาในการทำงาน 76
9. ผลผลิตและผลลัพธ์ที่ได้รับ 77

ส่วนที่ 1 ผลการวิจัย ติดตาม และประเมินผล 79

2 ผลสรุปจากการวิจัย ติดตาม และประเมินชุดโครงการทั้งสาม ที่ได้รับทุนจาก สสส. (ตาม TOR) 82

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินเชิงวิเคราะห์ ตามกรอบแนวคิดและทฤษฎี 134

3 การขับเคลื่อนและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน: บทวิเคราะห์จากมุมมองของกรอบแนวคิด และยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพของออตตาวา 136

1. ความนำและวัตถุประสงค์ 137
2. กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวากับบริบทการทำงานของ สสส. 139
3. การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ ของออตตาวา ในการวิเคราะห์การพัฒนาระบบ PC 141
4. จุดเน้นและประเด็นสำคัญของการวิเคราะห์ 146
5. สรุปผลการวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวา 209

4 การขับเคลื่อนและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน : บทวิเคราะห์จากมุมมองของกรอบแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง และกรอบ 6 เสาหลักการติดตามการพัฒนาระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก 212

1. ความนำและวัตถุประสงค์ 213
2. องค์การอนามัยโลกกับเรื่อง PC 216
3. ความคืบหน้าสำคัญของระบบ PC ของไทย เมื่อมองจากกรอบ PC ของ WHO 217
4. ประเด็นอื่น ๆ ของระบบ PC ที่ WHO เน้นย้ำ 219
5. อุปสรรค/สิ่งกีดขวางการพัฒนาระบบ PC ในมุมมองของ WHO 222
6. ระบบ PC ของไทยยังเผชิญกับสิ่งกีดขวางอะไรบ้าง? เมื่อมองจากกรอบ PC ของ WHO 224
7. สรุปประเด็นสำคัญที่พบเกี่ยวกับระบบ PC ของไทย เมื่อมองจากมุม PC ของ WHO 226
8. สรุปผลการวิเคราะห์ : พบจุดเปลี่ยนที่สำคัญ แต่ขาดความต่อเนื่องของนโยบาย 228
9. กรอบ 6 เสาหลักของ WHO ประกอบด้วยอะไรบ้าง? 230
10. ข้อมูลที่ใช้และจุดเน้นในการวิเคราะห์ 233
11. สรุปผลการวิเคราะห์จากมุมมองของกรอบ WHO 269

สารบัญ (ต่อ)

5 การขับเคลื่อนและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน: มุมมองจากแนวคิดและทฤษฎีการแพร่กระจาย และกระบวนการยอมรับนวัตกรรมของ โรเจอร์สและชูเมกเกอร์ 272

1. ความนำและวัตถุประสงค์ 273
2. ทำไม แนวคิดและทฤษฎีการแพร่กระจายและกระบวนการยอมรับนวัตกรรม จึงเหมาะสมในการนำมาวิเคราะห์การแพร่กระจายของระบบ PC 275
3. จุดเน้นของแนวคิดและทฤษฎีของโรเจอร์สและชูเมกเกอร์ ที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ และข้อจำกัดในการวิเคราะห์ 278
4. ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ 280
5. การขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญา : จากมุมมองของแนวคิด และทฤษฎีการแพร่กระจายและยอมรับนวัตกรรม 311
6. การเพิ่มมิติสุขภาวะทางปัญญาเข้าไปในระบบ PC และปัญหาการสื่อสารที่พบ 313
7. พระสงฆ์ เป็นกลไกหลักในการสื่อสารมิติจิตวิญญาณ แต่สัญลักษณ์ผ้าเหลือง ไม่ใช่สัญลักษณ์เชิงบวกสำหรับทุกคน 319
8. การเยี่ยมดูแลสนทนากับผู้ป่วยระยะท้าย ไม่ใช่ภารกิจที่พระสงฆ์ทุกรูปสามารถทำได้ 323
9. การสร้างการยอมรับในชุมชนให้รับมือกับความเจ็บป่วยและความตาย ด้วยหลักพุทธธรรมและแนวคิด “ชุมชนกรุณา” : กรณีศึกษาชุมชนห้อยยอด จ.ตรัง 325
10. ความเข้ากันได้กับความคิด ความเชื่อ บรรทัดฐานของสถานพยาบาล แนวคริสต์: ศึกษาจากกรณีโรงพยาบาลเซ็นต์หลุยส์ 335
11. สรุปผลการวิเคราะห์การขับเคลื่อนและการพัฒนาระบบ PC ด้วยกรอบแนวคิดและทฤษฎีโรเจอร์สและชูเมกเกอร์ 344

ส่วนที่ 3 บทสรุปภาพรวม ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะ 349

6 สรุปผลและข้อเสนอแนะจากการวิจัย ติดตาม และประเมินชุดโครงการทั้งสามที่ได้รับทุนจาก สสส. (ตาม TOR) 352

7 สรุปผลและข้อเสนอแนะจากการประเมิน เชิงวิเคราะห์ด้วยกรอบแนวคิดยุทธศาสตร์ และกรอบแนวคิด-ทฤษฎี 3-4 กรอบ 360

8 สรุปผลการประเมินศักยภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ทัศนคติ และการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จิตอาสา และพระสงฆ์หรือภิกษุอาสา 376

9 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ 382

เอกสารอ้างอิง 407

สารบัญแผนภาพ

หน้า

แผนภาพ 1 จุดเน้นในการประเมินโครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556-2559 รับผิดชอบโดย สช. 18

แผนภาพ 2 กลุ่มเป้าหมายหลักและจุดมุ่งเน้นในการประเมินชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตที่ รับผิดชอบโดยสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย 23

แผนภาพ 3 กลุ่มเป้าหมายหลักในการประเมินโครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่รับผิดชอบโดยเครือข่ายพุทธิกา 26

แผนภาพ 4 กรอบและจุดเน้นในการประเมิน: ใช้ฐานคิด/ฐานคติแบบผสมผสาน 49

แผนภาพ 5 ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพร่กระจายและกระบวนการยอมรับนวัตกรรม/ความคิด/แนวคิดใหม่ตามกรอบแนวคิดและทฤษฎีของโรเจอร์สและชูเมกเกอร์ 55

แผนภาพ 6 กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพของออตตาวา ที่ใช้ในการวิเคราะห์การขับเคลื่อน/การทำงานของชุดโครงการการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต 59

แผนภาพ 7 กรอบแนวคิดในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย/องค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับศักยภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ ทักษะ และการปฏิบัติ ที่แตกต่างกันของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและจิตอาสา/ผู้ดูแลอาสา 61

แผนภาพ 8 สรุปผลการวิเคราะห์การขับเคลื่อน/การพัฒนา/การขยายตัวของระบบ PC ของศูนย์ KPC ลงไปยัง อ. พล และ ต. เมืองพล จ. ขอนแก่น : มุมมองจากกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพออตตาวา 180

แผนภาพ 9 แผนผังแสดงเครือข่ายระบบปฐมภูมิของอำเภอหาดใหญ่ ทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล 196

แผนภาพ 10 ปัจจัย-องค์ประกอบ-แรงผลักที่ทำให้ศูนย์ KPC เกิดขึ้น มีพัฒนาการ และสามารถเป็นแกนขับเคลื่อนหลัก จนนำไปสู่ การขยายตัวเต็มพื้นที่ ของระบบ PC ของประเทศไทย 208

แผนภาพ 11 กรอบ 6 เสาหลักในการติดตามการพัฒนาระบบสุขภาพของ WHO 231

แผนภาพ 12 สรุปข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ 403

ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง
ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์และสังคม




1
บทนำ

1. หลักการและเหตุผล หรือความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เนื่องจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ร่วมมือกับองค์กรทางด้านสุขภาพและ/หรือ องค์กรเชิงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพหลายองค์กร ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) และสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย โดยมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นองค์กรประสานในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556-2559 เพื่อเป็นเครื่องมือเชิงระบบในการขับเคลื่อนเรื่องการเสริมสร้างสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต ที่เน้นเรื่องการสื่อสารเชิงรุกและการสื่อสารสาธารณะ การเชื่อมประสานองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง การส่งเสริมการจัดทำข้อเสนอเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบของแต่ละพื้นที่ แต่ละองค์กร/หน่วยงาน ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ประสบกับภาวะการเจ็บป่วยรุนแรงและเรื้อรังสามารถลดความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน หรือมีการเจ็บป่วยทางกาย แต่ไม่เจ็บป่วยทางใจ และเพื่อทำให้ผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต บุคคลในครอบครัว จิตอาสา และผู้เกี่ยวข้องมีความรู้ความสามารถ ความพร้อม ในการรับมือกับความเป็นจริงในชีวิตได้ดีขึ้น มีการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีความเป็นมนุษย์หรือด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (humanized health care) มากขึ้น

ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้จากโลกนี้ไปอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ หรือที่เรียกกันว่า “การตายดี” โดยได้รับการดูแล, การเตรียมการต่าง ๆ ด้วยความเข้าใจของญาติ, คนในครอบครัว, จิตอาสา, ชุมชน, บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข และสถานพยาบาล

การที่องค์กรต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นมองว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นเร่งด่วน ส่วนหนึ่งเป็นเพราะประเทศไทยยังให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ไม่มากนัก อีกทั้งยังไม่ได้เตรียมการในการรับมือกับประเด็นนี้อย่างจริงจัง ทั้ง ๆ ที่เป็นประเด็นที่มีความเชื่อมโยงกับการเปลี่ยนผ่านเป็นสังคมสูงวัย (Aging Society) ที่จะมีผู้ป่วย หรือผู้ที่ต้องเผชิญกับภาวการณ์การเจ็บป่วยในระยะท้ายก่อนการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหรือจำนวนมากอาจต้องอยู่ในภาวะการเจ็บป่วย หรือที่เรียกกันโดยทั่วไปว่า “การติดเตียง” เป็นเวลานาน ซึ่งหมายถึงว่าต้องอยู่ในสภาวะการพึ่งพิงคนอื่น ทั้งพึ่งพิงคนในครอบครัว และ/หรือ พึ่งพิงบุคลากรสุขภาพของภาครัฐ หรือเอกชน หรือ เกิดภาวะที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ และอาจจะไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องเป็นเวลานานก่อนการจากไป ซึ่งจะเป็นประเด็นปัญหาที่ทวีความ

รุนแรงมากยิ่งขึ้น ถ้าไม่มีการเตรียมการในเรื่องนี้อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการสร้างความตระหนัก การสร้างความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติที่ถูกต้อง การมีทักษะ เทคนิคต่าง ๆ ที่ถูกต้อง รวมถึงการเสริมพลัง และการเตรียมตัวเตรียมใจให้กับตัวผู้ป่วย หรือผู้มีแนวโน้มจะป่วย[1] ตลอดจนถึงการเตรียมการให้กับครอบครัว ผู้ดูแล จิตอาสา บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข องค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ชุมชน และสังคมโดยรวมด้วย

อย่างไรก็ตาม สำหรับเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายนี้ พบว่า ไม่ใช่เฉพาะตัวผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล จิตอาสา องค์กรภาคีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ชุมชนประเภทต่าง ๆ และสังคมทั่วไปเท่านั้น ที่ยังไม่ค่อยทราบหรือยังไม่ค่อยให้ความสำคัญ หรือยังไม่ค่อยตระหนักหรือยังไม่มีการเตรียมตัว เตรียมใจ เตรียมความพร้อมด้านต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเตรียมการเชิงระบบที่ครอบคลุมมิติต่างๆ แต่พบว่า แม้แต่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอีกจำนวนมากที่มีบทบาทหน้าที่โดยตรงหรืออาจจะต้องเป็นผู้ที่มีบทบาทภาระหน้าที่ ที่ต้องเกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองทางอ้อมด้วยก็ตาม ก็พบว่ายังไม่ค่อยทราบ หรือ ยังไม่ค่อยมีความรู้ ความเข้าใจ ศักยภาพหรือความสามารถ ทักษะ เทคนิค การแสดงบทบาทต่าง ๆ ที่จำเป็น หรือยังไม่ค่อยให้ความสำคัญกับเรื่องนี้กันมากเท่าที่ควรจะเป็น

นอกจากนี้ ความเป็นจริงที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และ/หรือ การเสริมสร้างสุขภาวะให้กับผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองนั้น ไม่ได้มีแต่ผู้สูงอายุ หรือ ผู้ป่วยในวัยปลายเท่านั้น แต่ยังมีการดูแลผู้ป่วยในวัยอื่น ๆ ที่เป็นโรคที่รักษาไม่ได้ หรือถึงรักษาได้ แต่ก็ไม่หาย ดังเช่น โรคมะเร็ง หรือโรคอื่น ๆ ที่เรื้อรัง และบางโรคมีความรุนแรง เช่น โรคไตวายเรื้อรัง, โรคหัวใจวายเรื้อรัง, โรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงโรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน รวมทั้งโรคหรืออาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ หรือได้รับผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุประเภทต่าง ๆ

ดังนั้น ประเด็นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือการเสริมสร้างสุขภาวะ หรือคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง เรื้อรัง และต้องการการดูแลรักษาอย่างถูกต้องด้วยความเชี่ยวชาญพิเศษนั้น ควรได้รับการทำความเข้าใจให้ถูกต้องและมีความครอบคลุมผู้ป่วยทุกกลุ่ม และทุกประเภทของการเจ็บป่วยหรือทุกโรคดังกล่าวแล้วข้างต้น โดยเฉพาะโรคมะเร็ง และโรคที่สืบเนื่องจากการประสบอุบัติเหตุรุนแรง ซึ่งมีอัตราการเจ็บป่วยและอุบัติการณ์ที่ค่อนข้างสูงในประเทศไทย

1 อันเป็นผลมาจากการมีโรคเรื้อรังต่าง ๆ การสูงอายุ และความชุกของโรคบางประการดังเช่น มะเร็ง, หลอดเลือดหัวใจ, หลอดเลือดสมอง และไต เป็นต้น

ด้วยเหตุนี้ การกำหนดเนื้องานหรือสาระหลักในการขับเคลื่อนเรื่องนี้ที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สนับสนุน จึงมีอย่างน้อย 3 องค์ประกอบหลักด้วยกัน คือ **หนึ่ง** การขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์ ภายใต้ชุดโครงการแผนยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต รับผิดชอบหลักโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) **สอง** การขับเคลื่อนในด้านการพัฒนาระบบและบุคลากรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ภายใต้ชุดโครงการการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต รับผิดชอบหลักโดยสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย นำโดย รองศาสตราจารย์ พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล สังกัดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ **สาม** การขับเคลื่อนในด้านสุขภาวะทางปัญญาภายใต้โครงการการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รับผิดชอบหลักโดย เครือข่ายพุทธิกา

ทั้งนี้ พบว่า ชุดโครงการทั้งสามนี้ได้ให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกับภาคีหลายภาคส่วน แต่แตกต่างกันในระดับการทำงาน ที่อาจมองได้ว่าเป็นการขับเคลื่อนในสองมิติใหญ่ ๆ ด้วยกัน คือ มิติเชิงกว้างและมิติเชิงลึก สำหรับงานมิติเชิงกว้าง ก็คือ งานเชิงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ภายใต้ชุดโครงการแผนยุทธศาสตร์ ฯ รับผิดชอบหลักโดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดระบบและกลไกต่าง ๆ ในทุกระดับ รวมถึงการสื่อสารเชิงรุกเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การผลักดันหรือการสนับสนุน ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ จัดทำข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ เพื่อการลงมือปฏิบัติในสิ่งที่จำเป็นในพื้นที่ องค์กรต่าง ๆ รวมถึงการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระยะที่ 2 ไปจนถึงการประสานงานหรือการบูรณาการงานร่วมกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อให้การทำงานเป็นไปในทิศทางที่กำหนดไว้ร่วมกันให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

นอกจากการขับเคลื่อนในเชิงยุทธศาสตร์ ซึ่งเป็นการทำงานในเชิงกว้างแล้ว ก็ยังมีการสนับสนุนและส่งเสริมในการทำงานเชิงลึก (และกว้างในบางส่วน) ภายใต้การทำงานของชุดโครงการการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งพบว่า มีเนื้อหาสาระหลักหลายด้านด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็นการสร้างความตระหนักทางสังคมเกี่ยวกับวิถีการตายอย่างสงบ การพัฒนาระบบสาธารณสุขโดยชุมชนมีส่วนร่วม การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เภสัชกร จิตอาสา บุคคลในครอบครัว และผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ที่สนใจเรื่องนี้ การพัฒนาหลักสูตรด้านการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย การศึกษาวิจัยทางระบาดวิทยา การจัดการความรู้ การจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมในภูมิภาค และการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาและจิตวิญญาณ ภายใต้ชุดโครงการการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ซึ่งการทำงานในเชิงลึกทั้งสองส่วนนี้ได้ร่วมมือกับสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย และเครือข่ายพุทธิกา ซึ่งพบว่า องค์กรหรือเครือข่ายทั้งสองประเภทนี้มีศักยภาพ ความสามารถ ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ในการทำงานด้านนี้อยู่ในระดับหนึ่งแล้ว อีกทั้งมีเครือข่ายการทำงานอย่างกว้างขวาง ที่เชื่อมกับบุคลากรในโรงพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาล และผู้นำทางจิตวิญญาณของหลักศาสนาต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นพุทธ คริสต์ และอิสลาม และยังเชื่อมกับจิตอาสาหรือผู้นำในชุมชนท้องถิ่นอีกด้วย

สำหรับการขับเคลื่อนโดยสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งเป็นองค์กรที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการดำเนินงานเรื่องนี้ ที่มี รองศาสตราจารย์ พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล เป็นนายกสมาคม และเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการทำงานเชิงลึกในครั้งนี้ ดังกล่าวแล้วข้างต้นนั้น พบว่า ได้ให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ จำนวนมากหลายประเภทด้วยกัน ไม่ใช่เฉพาะบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น แต่ครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดทุกประเภท แต่ก็ยังคงให้น้ำหนักของงานไปที่กลุ่มบุคลากรหลัก ที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลรักษาพยาบาล หรือบุคลากรที่เป็น “แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร” รวมถึงจิตอาสา, ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัว, ผู้นำ, กลุ่มหรือองค์กรสำคัญต่าง ๆ ในชุมชน และปัจเจกบุคคลทั่วไปที่สนใจเกี่ยวกับเรื่องนี้ด้วย

สำหรับ **ผลลัพธ์หรือการบรรลุเป้าหมายเชิงผลผลิตและผลลัพธ์ต่าง ๆ** ของชุดโครงการการสร้างเสริมสุขภาวะในช่วงท้ายของชีวิตที่รับผิดชอบหลักโดยสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งเป็นการทำงานทั้งในเชิงลึกและเชิงกว้าง (บางส่วน) นั้น ได้กำหนดร่วมกันในบรรดาผู้เกี่ยวข้องทั้งหลายไว้ว่าจะต้องเกิดสิ่งดังต่อไปนี้[2] คือ

1) สังคมเกิดการตระหนักและรับรู้เรื่องการตายดี พร้อมทั้งให้ความสำคัญ และมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

2) บุคลากรสาธารณสุขเห็นความจำเป็นและความสำคัญของการให้บริการดูแลสุขภาพหรือสุขภาวะของผู้ป่วยระยะท้าย

2 สำหรับการเขียนผลลัพธ์หรือเป้าหมายเชิงผลผลิตและผลลัพธ์ ณ ที่นี้ ผู้วิจัยหลัก/ผู้เสนอโครงการได้ทำการปรับภาษาบางจุด และจัดระบบใหม่ เพื่อให้เกิดความชัดเจนยิ่งขึ้น เพราะผลลัพธ์ที่ระบุไว้ในเอกสารต้นฉบับ ที่ได้รับมามีการทับซ้อนบางจุด ซึ่งอาจจะทำให้การประเมินผลทำได้ยาก จึงนำมาเขียนใหม่ เพื่อให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น แต่ไม่ผิดเพี้ยนจากความหมายเดิม เพียงแต่ตัดบางคำออก และจัดระบบ จัดกลุ่ม รวมทั้งมีการเรียงลำดับใหม่ในบางข้อ

3) ผลการศึกษาวิจัยระบบการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย ซึ่งสามารถนำไปถอดบทเรียนและสังเคราะห์ให้เกิดองค์ความรู้ในด้านการบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทของสังคมไทย

4) ระบบการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายที่คุ้มทุน โดยอาศัยผลการศึกษาวิจัยและองค์ความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

5) ระบบบริการสาธารณสุขในการบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพ และต่อเนื่องถึงชุมชน โดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม

6) ศูนย์ฝึกอบรมในทุกภาคของประเทศ เพื่อฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ ให้สามารถบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างเป็นองค์รวม รวมถึงการพัฒนาการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยและจิตอาสาเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

7) เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พร้อมทั้งศักยภาพของทีมงาน/ทีมดูแลที่เพิ่มขึ้น อันเป็นผลมาจากการได้มีโอกาสเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวาระและโอกาสต่าง ๆ

8) แนวปฏิบัติและคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ เพื่อให้เกิดการบริการที่ได้มาตรฐานเป็นแนวเดียวกัน

สำหรับการทำงานภายใต้ชุดโครงการ ฯ นี้ ได้กำหนดหรือระบุไว้ว่า จะทำการขับเคลื่อนเป็นระยะเวลาทั้งหมด 3 ปี (กันยายน 2556 - มิถุนายน 2559) โดยกำหนดให้แกนหลักที่เป็นแพทย์และพยาบาลในองค์กรต่าง ๆ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในสถาบันการศึกษาทางการแพทย์[3] ได้ทำงานในเชิงประเด็นที่ตนเองถนัด ร่วมกับเครือข่ายประเภทต่าง ๆ ของตน ทั้งในภาคเหนือ ภาคอีสาน ภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคใต้ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้มีโครงการและผลงานต่าง ๆ ที่แตกออกมาจากโครงการย่อย ภายใต้ชุดโครงการใหญ่นี้อีกจำนวนมาก ซึ่งพบว่า เครือข่ายที่มีบทบาทและผลงานประเภทต่าง ๆ นั้นกระจายตัวอยู่ในขอบเขตทั่วภูมิภาคของประเทศ ทั้งในกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และต่างจังหวัด ยกตัวอย่างเช่น ฝ่ายการพยาบาล และศูนย์บริรักษ์ รพ. ศิริราช, ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ รพ. รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, ศูนย์ชีวาภิบาล รพ. จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช, สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, กองการพยาบาล รพ. ภูมิพล, รพ. สงฆ์, รพ. บำรุงราษฎร์, รพ. มหาวชิรา

3 โดยเฉพาะคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ลงกรณธัญบุรี, เครือข่ายพุทธิกา สำหรับในต่างจังหวัด ยกตัวอย่างเช่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และ รพ. คลองใหญ่ จังหวัดตราด ในภาคตะวันออก สำหรับในภาคอื่น ๆ เช่น ภาคเหนือ มี รพ. มหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นต้น หรือภาคใต้ ยกตัวอย่างเช่น บ้านปันรัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นต้น

โดยสรุป พบว่า ภายใต้การทำงานของชุดโครงการดังกล่าวนี้ได้ทำให้เกิดเครือข่ายระดับต่าง ๆ ทั่วประเทศ หรือรวมแล้วไม่ต่ำกว่า 30 องค์กรในขอบเขตทั่วประเทศที่ได้เข้ามาร่วมการขับเคลื่อนในครั้งนี้ อย่างไรก็ดี สำหรับการวิจัย ติดตามและประเมินผลในครั้งนี้ จะยังไม่ได้ลงลึกไปยังเครือข่ายต่าง ๆ เหล่านั้นทั้งหมด แต่จะนับเครือข่ายเหล่านี้เป็นผลผลิตและผลลัพธ์ของการทำงานในเชิงยุทธศาสตร์และเชิงการทำงานร่วมกันของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องของทุกชุดโครงการ

นอกจากนี้ ก็ยังมีเนื้องานที่มีมิติเชิงลึก (และเชิงกว้างบางส่วน) ที่ทำร่วมกันภายใต้ชุดโครงการที่ชื่อว่า **“โครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย”** ซึ่งเป็นโครงการที่ส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาล พระสงฆ์ และจิตอาสา ที่ต่อเนื่องจากระยะที่ 1 รับผิดชอบโดยเครือข่ายพุทธิกา ที่ต้องการบรรลุผลลัพธ์และผลกระทบสุดท้ายที่สำคัญ คือการมีระบบสุขภาพที่เอื้อต่อการตายดี มีการเพิ่มมิติจิตวิญญาณหรือสุขภาวะทางปัญญาเข้าไปในระบบการดูแล ผู้เกี่ยวข้องมีทัศนคติที่ถูกต้องต่อเรื่อง “การตายดี” และสังคมไทยมีสุขภาวะทางปัญญา (ซึ่งก็คือ การมีความรู้และความคิดที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องการเจ็บป่วยและการตาย) แต่ทางโครงการ ฯ ก็ได้ระบุไว้ด้วยเช่นกันว่า ผลลัพธ์และผลกระทบทั้งสองประการนี้ จะยังไม่เกิดขึ้นภายในช่วงเวลาการทำงานของโครงการเพียงแค่ 2 ปีในระยะที่สองนี้ สำหรับเนื้องานของโครงการนี้ พบว่า ได้มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาองค์ความรู้ คู่มือ เทคนิคการดูแลสุขภาวะทางปัญญาให้กับผู้ป่วย การพัฒนาและเสริมพลังโรงพยาบาลต้นแบบให้ทำงานต่อเนื่องและเป็นพื้นที่เรียนรู้ได้ การขยายผลการทำงานไปยังโรงพยาบาลใหม่ ๆ การพัฒนาทักษะและสร้างทีมวิทยากรให้สามารถถ่ายทอดความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาวะทางปัญญาได้ การเชื่อมโยงการทำงาน และความร่วมมือกับองค์กรขับเคลื่อนหลัก โดยเฉพาะองค์กรสงฆ์ องค์กรสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างการยอมรับประเด็นสุขภาวะทางปัญญาในสังคมและวงการสุขภาพด้วย

ดังนั้น การวิจัย ติดตามและประเมินผล เพื่อทราบความเคลื่อนไหว ความก้าวหน้า การเปลี่ยนแปลงและผลการทำงานในด้านต่าง ๆ ตามที่กำหนดไว้ในข้อเสนอ วัตถุประสงค์

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง หรือเป้าหมายทั้งเชิงผลผลิตและผลลัพธ์ของชุดโครงการทั้งสามชุด รวมถึงจุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการทำงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตในครั้งนี้ จึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาวิจัย ติดตาม และประเมินผล มาใช้ในการปรับปรุงการทำงานเรื่องนี้ในระยะต่อไป รวมทั้งเพื่อเป็นบทเรียนและการสร้างองค์ความรู้ในการขับเคลื่อนเรื่องนี้ให้กับประเทศไทยด้วย เพราะการสร้างองค์ความรู้บนฐานการปฏิบัติหรือประสบการณ์ (action-based or experience-based knowledge) ที่เชื่อมโยงกับบริบทของแต่ละแห่ง แต่ละองค์กร แต่ละพื้นที่ (context-dependent knowledge) ซึ่งถือว่าเป็นองค์ความรู้ที่มีนัยสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อสังคมไทยและสังคมโลก

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในบริบทของสังคมไทย ซึ่งมีบริบททางศาสนา (โดยเฉพาะอย่างยิ่งศาสนาพุทธ ซึ่งเป็นศาสนาหลัก) ที่ดูเหมือนว่าน่าจะเป็นปัจจัย-องค์ประกอบสำคัญที่น่าจะช่วยส่งเสริมให้การขับเคลื่อนเรื่อง **“การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง”** (Palliative Care) หรือ **“การบริบาลเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิต”** (Hospice Care) และการสร้างเครือข่ายการทำงานด้านนี้เป็นเรื่องง่าย อย่างไรก็ตาม จากการอ่านเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะเอกสารโครงการย่อยที่ว่าด้วยเรื่อง *“การสร้างความตระหนักเรื่องวิถีการตายอย่างสงบ”* ที่ระบุว่า สังคมไทยยังถูกล้อมกรอบด้วยทุนนิยม วัตถุนิยม หรือความสุขกับวัตถุ ทำให้ยังไม่ยอมรับความจริงเกี่ยวกับเรื่อง *“การตายหรือความตาย”* หรือการพูดเกี่ยวกับความตาย เพราะถือว่าเป็นเรื่องอัปมงคล หรือถ้ามีการเตรียมตัวเรื่องการตายให้กับบุพการี คนส่วนใหญ่ยังมองกันว่าเป็นเรื่อง อกตัญญู เป็นต้น

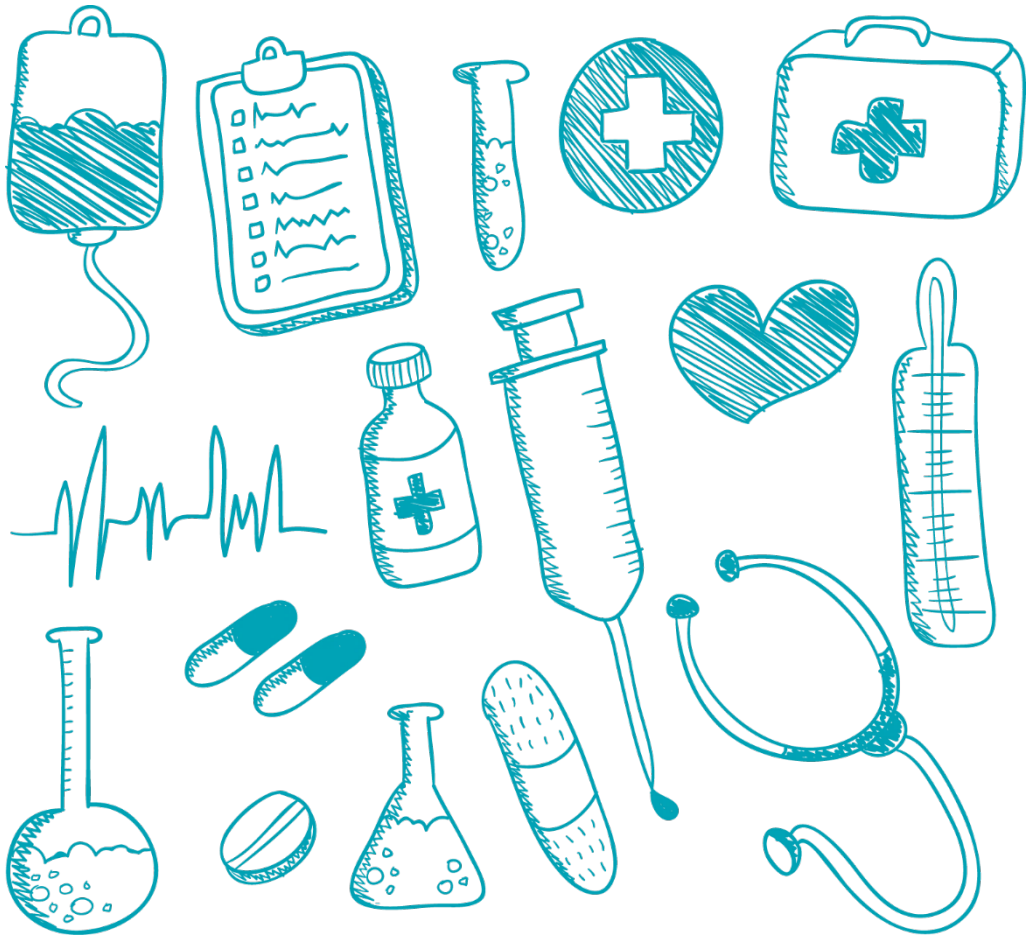
ดังนั้น การสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการทำงานเรื่องนี้หรือประเด็นต่าง ๆ ที่ท้าทายเหล่านี้ ภายใต้บริบทที่มีความยากลำบาก และ/หรือ มีความสลับซับซ้อนในเชิงวิธีคิด วิธีมอง วิธีทำ วัฒนธรรม ความคิด ความเชื่อ หรือความเคยชินเดิม ๆ จึงเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง

จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งของประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ และออสเตรเลีย ยังพบการให้คำนิยามหรือความหมายที่แตกต่างกันระหว่างคำว่า “การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง” และ “การบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย” ซึ่งทำให้เข้าใจรายละเอียดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมากพอสมควรและยังมองเห็นช่องว่างทางความรู้ (gap of knowledge) ที่ควรได้รับการทำความเข้าใจด้วย เพื่อทำให้การทำงานในเรื่องนี้มีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น เพราะเกี่ยวข้องกับเรื่องความเป็น ความตาย ความทุกข์ทรมานหรือการลดความ

ทุกข์ทรมานหรือความเจ็บปวดก่อนจากไป ซึ่งเป็นประเด็นอ่อนไหวในทางจริยธรรมและมนุษยธรรมที่ทุกฝ่ายไม่ควรมองข้าม

ดังนั้น จึงเป็นความน่าสนใจว่า การบริบาลรักษาดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรูปแบบไหนที่มีความเหมาะสมกับบริบทสังคมไทย และ/หรือ บริบทเฉพาะต่าง ๆ เช่นบริบทเมืองใหญ่ บริบทชายแดน บริบทคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster : PCC) ที่สำคัญคือ ชุดโครงการทั้งสามได้ให้ความสำคัญกับประเด็นทางวิชาการและประเด็นอ่อนไหวทางจริยธรรมเหล่านี้ด้วยหรือไม่ อย่างไร เพราะอะไร เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการลงทุนในการพัฒนาระบบและโครงสร้างพื้นฐานต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการตายดี รวมทั้งการเตรียมความพร้อมในรายละเอียดต่าง ๆ ทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ เทคนิค การปฏิบัติต่าง ๆ ที่มีความอ่อนไหวและต้องการความเชี่ยวชาญ หรือความชำนาญการหรือการฝึกฝนอย่างถูกต้องเป็นพิเศษตามมาด้วย

ทั้งนี้ โครงการวิจัย ติดตามและประเมินผลในครั้งนี้ จะให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาทางวิชาการและทางจริยธรรมต่าง ๆ เหล่านี้เสริมเข้ามาด้วย ถ้าพบว่า สิ่งเหล่านี้ยังไม่ได้รับการให้ความสำคัญเท่าที่ควรจะเป็น รวมถึงการวิเคราะห์บริบทเฉพาะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและวิเคราะห์สิ่งที่เกิดขึ้นจากมุมมองของกรอบแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ ทั้งกรอบแนวคิดและกรอบการทำงานด้านการดูแลประคับประคองและกรอบ 6 เสาหลักที่ใช้ติดตามการพัฒนาระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก กรอบแนวคิดและทฤษฎีการแพร่กระจายและยอมรับนวัตกรรมของโรเจอร์สและชูเมกเกอร์ และกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพของออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986) ซึ่งจะทำให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับระบบการดูแลที่มีฐานคิดหรือมุมมองทางวิชาการต่าง ๆ รวมถึงเพื่อให้ข้อเสนอแนะทิศทางหรือแนวทางในการขยายผลหรือการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (หรือเรียกย่อ ๆ ว่า ระบบ PC) ให้สอดคล้องกับความเป็นจริงที่เคลื่อนไหว เปลี่ยนแปลง และมีความสลับซับซ้อนให้ได้มากที่สุด ทั้งนี้ เพื่อให้ประชาชนคนไทยและคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินแห่งนี้สามารถมีคุณภาพชีวิตหรือสุขภาวะในระยะท้ายได้อย่างทั่วถึง เป็นธรรม เสมอภาค เท่าเทียมให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำให้เกิดขึ้นได้ต่อไป



2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย ติดตามและประเมินผล

1) เพื่อประเมินเชิงผลลัพธ์ของการทำงานของทั้งสามชุดโครงการว่าสามารถตอบสนองต่อเป้าประสงค์หรือตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ด้านนี้ที่กำหนดไว้หรือไม่ มากน้อยเพียงใดอย่างไร

2) เพื่อทราบสถานการณ์ภาพรวมการขับเคลื่อนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาวะระยะท้ายในระดับประเทศของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งการขับเคลื่อนในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ

3) เพื่อประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ และบทเรียนที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของชุดโครงการทั้งสามชุด

4) เพื่อวิจัย ติดตามและประเมินผลปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของชุดโครงการ และ/หรือปัจจัยที่มีผลทั้งต่อความสำเร็จและไม่สำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

5) เพื่อประเมินศักยภาพ ความรู้ ความสามารถ ทัศนคติ ทักษะ การปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ดูแล/จิตอาสา และพระสงฆ์หรือภิกษุอาสาในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

6) เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการขับเคลื่อนประเด็นสำคัญต่าง ๆ (Critical Issues) อย่างมีความเชื่อมโยงกับบริบทเฉพาะหลายระดับ ทั้งบริบทใหญ่ของสังคมและบริบทย่อยของพื้นที่/องค์กร/ทีมงาน/โครงการ (Context-dependent Knowledge) รวมถึงประเด็นทางวิชาการและประเด็นจริยธรรมอื่น ๆ ที่อ่อนไหวที่มีความสำคัญ

7) เพื่อสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองจากมุมมองของกรอบแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ ที่เลือกขึ้นมา 3-4 มุมมองเพื่อทำให้ได้ความรู้เชิงลึกในประเด็นต่าง ๆ ที่มีนัยสำคัญต่อการพัฒนาระบบการดูแล

8) เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะ/แนวทางการปรับปรุง/การพัฒนาการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายตามบทบาทของหน่วยงานหลักต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ องค์กรภาคีต่าง ๆ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3. คำถามหลักและคำถามย่อยในการวิจัย ติดตามและประเมินผล[4]

1) ชุดโครงการทั้งสามชุดที่ได้รับการสนับสนุนจาก สสส. ได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอะไรบ้าง ประสบผลสำเร็จหรือบรรลุผลตามตัวชี้วัดหรือเป้าประสงค์ของแผนยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้มากน้อยเพียงใด อย่างไร มีปัจจัยอะไรที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จหรือยังไม่สำเร็จตามที่ระบุไว้ในผลลัพธ์หรือเป้าหมายเชิงผลผลิตและผลลัพธ์ที่ต้องการของแต่ละชุดโครงการ

2) สถานการณ์ความคืบหน้าในการขับเคลื่อนเรื่องการสร้างเสริมสุขภาวะในช่วงท้ายและ/หรือ การบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย หรือ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (PC) ของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการเป็นอย่างไร

3) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันทำให้เกิดความรู้ใหม่ ๆ อะไรเพิ่มเติมอีกบ้าง เมื่อวิเคราะห์จากมุมมองของกรอบแนวคิดต่าง ๆ ทั้งกรอบแนวคิดและกรอบการทำงานด้านนี้ขององค์การอนามัยโลก กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพออตตาวา และกรอบแนวคิดและทฤษฎีของโรเจอร์สและชูเมกเกอร์

4) การเพิ่มมิติจิตวิญญาณหรือมิติสุขภาวะทางปัญญาเข้ามาในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผ่านบทบาทของพระสงฆ์/ผู้นำทางจิตวิญญาณ/ผู้นำทางศาสนา เพื่อส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทุกมิตินั้นทำได้มากน้อย เพียงใด อย่างไร เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอะไรบ้าง

5) จุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหาอุปสรรค บทเรียนหรือการเรียนรู้ที่สำคัญที่เกิดขึ้นจากการขับเคลื่อนและการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของทั้งสามชุดโครงการคืออะไร เป็นอย่างไร

4 ทั้งนี้ โครงการวิจัย ฯ ได้มีการปรับคำถามการวิจัย ติดตามและการประเมินผล ให้มีความกระชับ ชัดเจน ตรงประเด็นมากยิ่งขึ้น หลังจากที่ได้เข้าไปสัมผัสกับความเป็นจริงหรือข้อมูลเชิงประจักษ์ต่าง ๆ ในสถานพยาบาล หน่วยงาน/องค์กรและพื้นที่/ชุมชนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพราะในทางการวิจัย โดยเฉพาะการวิจัยด้วยกระบวนทัศน์และมุมมองใหม่ ๆ ในเชิงคุณภาพนั้น คำถามการวิจัยที่กำหนดไว้เดิม เป็นเพียงแนวทางหรือเครื่องมือนำทางชั่วคราว เหมือนกับไฟฉายที่ใช้นำทาง แต่อาจส่องได้ไม่ครบทั้งหมด เมื่อได้ไปพบกับความจริงในโลกที่เป็นจริงหรือในภาคสนามแล้ว จึงสามารถปรับคำถามได้ เพื่อให้สอดคล้องกับความเป็นจริงได้มากยิ่งขึ้น

6) ประเด็นทางวิชาการใหม่ ๆ รวมถึงประเด็นทางจริยธรรมต่าง ๆ ที่อ่อนไหว ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทำงานมีอะไรบ้าง ได้รับการให้ความสำคัญจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย ทุกระดับมากน้อยเพียงใด อย่างไร

7) การขับเคลื่อนประเด็น “การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้ตายดี” ในบริบทของสังคมไทย ซึ่งเป็นสังคมที่คนส่วนใหญ่หรือกว่า 90% ระบุว่านับถือศาสนาพุทธ ที่ถูกสอนให้ยอมรับความเป็นจริงของชีวิตเรื่อง การเกิด, การแก่, การเจ็บป่วย และการตาย และควรมีการเตรียมตัวเผชิญกับสภาวะในช่วงท้ายของชีวิต ในความเป็นจริงเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับบริบทการเตรียมตัวของผู้นับถือศาสนาอื่น ๆ ทั้งคริสต์และอิสลาม



สำหรับคำถามการวิจัยที่ได้เพิ่มเติมเข้ามา หลังจากที่คณะวิจัย ฯ ได้มีโอกาสสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบหลักของโครงการ/ชุดโครงการทั้งสามแล้ว ได้พบว่า ถ้ามีการตอบคำถามในข้อ 8 และ 9 ตามปรากฏด้านล่างนี้ น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการทำความเข้าใจสถานภาพปัจจุบันของระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ในมิติศักยภาพ ความรู้ ความสามารถ ทักษะ การปฏิบัติของบุคลากรและทีมงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เมื่อมองจากมุมของผู้รับบริการผ่านการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัว จึงได้มีการสำรวจเพิ่มเติม เพื่อตอบคำถามที่สำคัญอีก 2 คำถาม ดังนี้คือ

8) ศักยภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติ ทักษะ การปฏิบัติ และมุมมองต่าง ๆ ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ดูแลอาสา/จิตอาสา และพระสงฆ์หรือภิกษุอาสาเป็นอย่างไร ปัจจัย-เงื่อนไข ปัญหา-อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการแสดงบทบาทต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของบุคลากรเหล่านี้คืออะไร

9) ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน (Home care) เป็นอย่างไร เมื่อมองจากสภาพของผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้รับบริการ รวมถึงบริบทต่าง ๆ ของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างไร

4. ขอบเขตในการวิจัย ติดตามและประเมินผล

1) ขอบเขตในด้านชุดโครงการและโครงการย่อยของบางชุดโครงการ

เนื่องจาก สสส. ได้สนับสนุนให้ขับเคลื่อนเรื่องการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตใน 3 องค์ประกอบใหญ่ที่สำคัญ คือ 1) การขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์ ภายใต้โครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย 2) การขับเคลื่อนในการพัฒนาระบบ องค์ความรู้ และบุคลากรทุกประเภทที่เกี่ยวข้อง ภายใต้ชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต และ 3) การขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาที่มีหลายประเด็น ทั้งการพัฒนาองค์ความรู้ คู่มือ การถ่ายทอดเทคนิคการดูแล การเสริมพลังองค์กรต้นแบบ การขยายผลองค์กรต้นแบบ การประชาสัมพันธ์ การสื่อสารสาธารณะ ภายใต้โครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญา ซึ่งชุดโครงการทั้งสามมีเนื้องานและพื้นที่การทำงานที่เชื่อมโยงกัน หนุนเสริมกัน แต่ไม่ควรจะทับซ้อนกัน

ซึ่งการประเมินในครั้งนี้จะไม่ได้ลงไปในรายละเอียดของแต่ละชุดโครงการหรือไม่ได้ประเมินโครงการย่อยหรือเครือข่ายย่อยของแต่ละชุดโครงการทั้งหมด แต่จะมุ่งเน้นไปที่การประเมินภาพรวมการขับเคลื่อนของทั้งสามชุดโครงการว่าบรรลุผลตามตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ ที่กำหนดไว้หรือไม่ และจะเลือกเจาะลึกหรือมุ่งเน้น (focus) และให้น้ำหนักการวิเคราะห์เชิงลึกไปที่บางโครงการย่อยหรือบางเครือข่าย ที่มีนัยสำคัญต่อการทำความเข้าใจปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างหรือพัฒนาระบบ โดยเฉพาะการพัฒนาระบบการบริหารจัดการที่หนุนเสริมระบบบริการของบางแห่งหรือบางโรงพยาบาล หรือ บางเครือข่ายเท่านั้น

ซึ่งในความเป็นจริง คณะวิจัย ฯ ได้พบพื้นที่ ๆ มีความน่าสนใจในการพัฒนาระบบบริหารที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อนและการพัฒนาระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองอย่างเป็นระบบ อย่างมีความเชื่อมโยงหรือประสานสอดคล้องกับโครงสร้างการบริหารที่มีอยู่เดิม อาทิเช่น กรณีพื้นที่การทำงานของ รพ. หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ที่สามารถต่อยอดในเชิงโครงสร้างการบริหาร ซึ่งก็คือ ศูนย์การแพทย์ชุมชน (Community Medical Unit : CMU) ที่มีการพัฒนาไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ณ ขณะนั้น ซึ่งจะได้อธิบายเกี่ยวกับกรณีนี้ไว้ในผลการประเมินเชิงวิเคราะห์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองจากมุมมองของกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพของออตตาวา

สำหรับรายละเอียด หรือขอบเขตการทำงานของแต่ละชุดโครงการ มีดังต่อไปนี้

1.1) ชุดโครงการแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556-2559

พบว่า ชุดโครงการนี้มีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้คือ 1) เพื่อสนับสนุนให้องค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับกลยุทธ์ของแผนยุทธศาสตร์ 2) เพื่อสนับสนุนให้เกิดกลไกต่าง ๆ ทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันทุกภาคส่วน 3) เพื่อสนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตามกลยุทธ์ของแผนยุทธศาสตร์ 4) เพื่อสนับสนุนการสื่อสารเชิงยุทธศาสตร์ และประสานงานกับองค์กรภาคีเครือข่ายเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนยุทธศาสตร์ 5) เพื่อสนับสนุนองค์กรภาคีเครือข่ายในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย ข้อเสนอเชิงระบบ และข้อเสนอเพื่อการพัฒนาตลอดจนถึงการจัดทำคู่มือและแนวทางเพื่อการปฏิบัติการ และพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ฉบับที่ 2

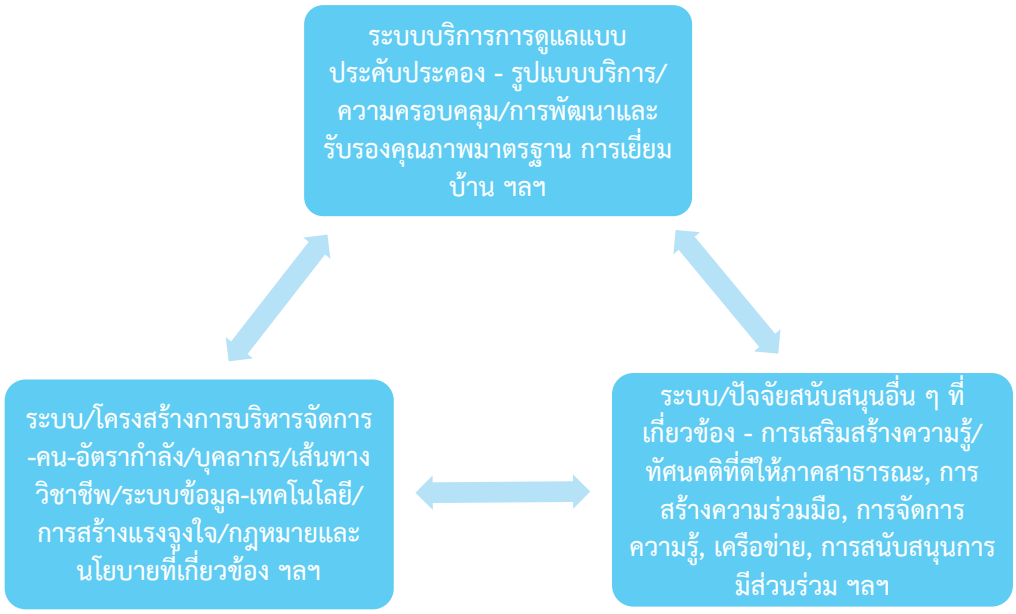
ทั้งนี้ โครงการนี้ได้ดำเนินภารกิจและกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน โดยเฉพาะเครือข่ายสถานพยาบาลระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล สถาบันการศึกษาวิชาชีพและองค์กรวิชาชีพ สถาบันวิจัยเชิงระบบที่เกี่ยวข้อง สถาบันสื่อสารทางสังคม สถาบันศาสนา และองค์กรภาคประชาสังคม โดยใช้กลยุทธ์ที่สำคัญสาม ประการด้วยกัน คือ 1) การเสริมสร้างความรู้และทัศนคติที่ดี 2) การพัฒนาและจัดระบบบริการดูแลแบบประคับประคอง และ 3) การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดระบบบริการ นอกจากนี้ ชุดโครงการนี้ ยังได้สนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมด 4 กลุ่มกิจกรรมด้วยกัน คือ 1) กลุ่มกิจกรรมสร้างเสริมความเข้มแข็งของเครือข่าย 2) กลุ่มกิจกรรมสนับสนุนการจัดการความรู้และการสื่อสารเชิงยุทธศาสตร์ 3) กลุ่มกิจกรรมสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการและการพัฒนาศักยภาพ และ 4) กลุ่มกิจกรรมเพื่อการบริหารจัดการและจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฉบับที่ 2

ทั้งนี้ โครงการนี้ได้ระบุตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการไว้ดังนี้คือ 1) มีการขยายเครือข่ายสถานพยาบาลที่จัดให้มีการดูแลแบบประคับประคอง ที่มีรูปแบบหลากหลายมากขึ้น 2) มีสถานพยาบาลที่สนับสนุนให้มีการบริการดูแลแบบประคับประคองโดยครอบครัวและชุมชนมากขึ้น 3) มีการพัฒนาข้อเสนอต่อระบบสนับสนุน เพื่อการนำไปดำเนินการต่อไป 4) มีกลไกการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ในระยะยาวทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ และ 5) มีการประเมินผลการดำเนินการขับเคลื่อนตามแผนยุทธศาสตร์ทั้งด้านกระบวนการและความสำเร็จของแผน

สำหรับการประเมินในครั้งนี้ ก็จะทำการประเมินตามตัวชี้วัดที่โครงการ ฯ กำหนดไว้ และจะมีการประเมินกระบวนการในการปฏิบัติการตามกลยุทธ์ของแผนยุทธศาสตร์ และการหยิบยกกิจกรรมบางกลุ่มดังกล่าวข้างต้นขึ้นมาวิเคราะห์ด้วยว่า การกระทำเช่นนั้น สามารถนำไปสู่สิ่งที่ต้องการบรรลุหรือไม่อย่างไร **โดยเฉพาะกลุ่มกิจกรรมที่ 3) ที่ว่าด้วยกิจกรรมสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการและการพัฒนาศักยภาพ ที่ดูเหมือนจะเป็นกลุ่มกิจกรรมที่มีความสำคัญมากที่สุดของแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ เพราะว่า เป็นการสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบบริการและการพัฒนาศักยภาพที่มีความสำคัญมากที่สุด** เพราะระบบบริการเป็นแกนกลางหรือจุดศูนย์กลางของระบบอื่น ๆ อีกทั้งปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องที่เข้ามาสนับสนุนหรือส่งเสริมให้ระบบดำเนินไปได้ โดยเฉพาะการพัฒนาระบบการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดระบบบริการ ไม่ว่าจะเป็นประเด็นการพัฒนาทรัพยากรบุคคล การพัฒนาองค์ความรู้และการจัดการความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง การสร้างความร่วมมือกับองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ นอกจากนี้ การพัฒนาและจัดระบบบริการดูแลแบบประคับประคอง และการพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ ยังเป็นสองกลยุทธ์ตามแผนยุทธศาสตร์ที่มีความสำคัญมากที่สุดในมุมมองของผู้ประเมินอีกด้วย

ดังนั้น ในการวิจัย ติดตามและประเมินผลครั้งนี้ จึงให้ความสำคัญมากที่สุดกับการประเมินประเด็นนี้หรือองค์ประกอบในส่วนนี้ของแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ ดังแสดงให้เห็นในแผนภาพที่ 1 เพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน และจะใช้รูปแบบนี้ (model) เป็นกรอบหรือจุดเน้นในการประเมินแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ด้วย

แผนภาพ 1 จุดเน้นในการประเมินโครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556-2559 รับผิดชอบโดย สช.





1.2) ชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย

รับผิดชอบโดยสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย ประกอบด้วยโครงการย่อย 7 โครงการ ได้แก่

โครงการย่อยที่ 1 โครงการสร้างความตระหนักเรื่องวิถีสู่การตายอย่างสงบ

มีคุณวรรณา จารุสมบูรณ์ เครือข่ายพุทธิกา เป็นผู้บริหารโครงการ เป็นการรณรงค์สร้างความตระหนักแก่บุคลากรทั่วไปและบุคลากรทางสาธารณสุขให้มีความตระหนักและเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมตัวและการบริบาลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต

กลยุทธ์ พัฒนา เชื่อมโยงและขับเคลื่อนเครือข่ายคนทำงาน องค์กร และภาคีทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อสร้างความตระหนักในเรื่องการตายดีและการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย

กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ดำเนินการ ได้แก่ ประชาชนทั่วไป บุคลากรสาธารณสุข นักสื่อสารมวลชนและผู้ผลิตสื่อวิทยุโทรทัศน์ และหน่วยงาน, องค์กร, ภาคี ในทุกภูมิภาคของประเทศ

โครงการย่อยที่ 2 โครงการการสร้างและจัดการความรู้ระบบบริการสาธารณสุขที่สร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายตามบริบทประเทศไทย

มี รองศาสตราจารย์ นพ. เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นผู้บริหารโครงการ โดยการพัฒนารูปแบบและระบบบริการสาธารณสุขที่สร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายและเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย โดยอาศัยการสร้างและสังเคราะห์องค์ความรู้เรื่องการบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการจัดการความรู้ระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุข

กลยุทธ์ ใช้วิธีการสร้างและจัดการความรู้ในการพัฒนาให้เกิดรูปแบบการบริการทางสาธารณสุขและการบริการทางสังคมที่สร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการศึกษาวิจัยเพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครภาคประชาชนและบุคลากรสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย ทั่วประเทศ

โครงการย่อยที่ 3 โครงการศึกษาพัฒนาระบบสาธารณสุขในการบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและการศึกษาทางระบาดวิทยา

มี พญ. ลลิตยา กองคำ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา ผู้บริหารโครงการการพัฒนาระบบบริการที่อิงระบบบริการสุขภาพของประเทศ ทั้งในแง่ของโครงสร้างและการนำระบบสาธารณสุขปฐมภูมิมารองรับการจัดบริการเพื่อให้ครอบคลุมและต่อเนื่องได้ถึงในชุมชนจะเป็นแนวทางในการจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนโยบายและการจัดระบบระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมผู้ป่วยระยะท้ายเป็นบริการอย่างต่อเนื่องและสามารถเชื่อมโยงการบริการทุกระดับเข้าด้วยกัน รวมถึงการนำองค์กรในชุมชนมามีส่วนร่วม

กลยุทธ์ นำทรัพยากรจากแหล่งต่างๆ เข้ามาช่วยกันสร้างระบบบริการ รวมถึงการนำองค์กรในชุมชนมามีส่วนร่วม มีการพัฒนาศักยภาพผู้ทำงาน การทดลองระบบและปรับแก้เป็นระยะ

กลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน ภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายชุมชน

โครงการย่อยที่ 4 การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับการบริบาลแบบประคับประคองในระยะท้าย

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาบุคลากรทางสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้ป่วยและจิตอาสา เพื่อรองรับการจัดบริการแบบ palliative care อย่างมีประสิทธิภาพและให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการบริบาลได้อย่างต่อเนื่องทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ สหสาขาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแลผู้ป่วยและจิตอาสา โครงการย่อยที่ 4 ประกอบด้วย 4 โครงการย่อย ได้แก่

โครงการย่อยที่ 4.1 การพัฒนาหลักสูตรการศึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหลักสูตรแพทยศาสตร์บัณฑิต

มี นพ. จิโรจน์ สูรพันธุ์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้บริหารโครงการ

กลยุทธ์ โดยมีกิจกรรมการจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์และพยาบาลของสถาบันการศึกษาเป็นระยะ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์และความร่วมมือกันในระหว่างสถาบันการศึกษา ผลักดันให้คณะแพทยศาสตร์ทุกแห่งบรรจุการเรียนการสอน Palliative Medicine เข้าในหลักสูตร และให้มีการจัดการเรียนการสอนที่สร้างทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเป็นรูปธรรม

กลุ่มเป้าหมาย โรงเรียนแพทย์ในประเทศไทย

โครงการย่อยที่ 4.2 การจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรแพทย์ เภสัชกร และผู้สนใจงานด้านการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย

มี รองศาสตราจารย์ พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นผู้บริหารโครงการ

กลยุทธ์ จัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมและสร้างผู้เชี่ยวชาญเพื่อการจัดบริการผู้ป่วยระยะท้ายในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งจะเป็นการสร้าง trainers ในการอบรมบุคลากรต่อไป โดยใช้หลักการที่ทุกสถาบันการศึกษาร่วมมือกันทำหลักสูตร คู่มือการอบรม กลางแล้วทำการฝึกอบรมโดยการจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมในกรุงเทพมหานคร 1 แห่ง และในแต่ละภูมิภาคอีก 3 แห่ง โดยพิจารณาเลือกจากหน่วยงานที่มีศักยภาพในการฝึกอบรม ในระยะแรกจำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศมาช่วยในการอบรมชุดแรกเพื่อสร้าง trainers ในทุกภาคส่วนของประเทศ หลังจากนั้น trainers ทำการขยายการฝึกอบรมต่อไป การอบรมในส่วนนี้ได้แก่ การอบรมแพทย์ และเภสัชกร

กลุ่มเป้าหมาย อาจารย์แพทย์ แพทย์ดูแลศูนย์ palliative แพทย์ทั่วไป เภสัชกร

โครงการย่อยที่ 4.3 การฝึกพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาลด้านการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย

มี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิกุล นันทชัยพันธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นผู้บริหารโครงการ

กลยุทธ์ โดยการสร้าง trainers ในการอบรมบุคลากรพยาบาล และสร้างหลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลทั้งระยะสั้นและระยะยาว ใช้หลักการที่ทุกสถาบันการศึกษาร่วมมือกันทำหลักสูตร และจัดการฝึกอบรมในศูนย์ฝึกอบรมที่มีในทุกภาค

กลุ่มเป้าหมาย อาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ทั่วประเทศ พยาบาลดูแลศูนย์ palliative และพยาบาลทั่วไป

โครงการย่อยที่ 4.4 การฝึกพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยและจิตอาสา

มี รองศาสตราจารย์ ดร. จอนผะจง เพ็งจาด วิทยาลัยสภากาชาดไทย เป็นผู้บริหารโครงการ

กลยุทธ์ โดยการฝึกพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยและจิตอาสา ให้มีความเข้าใจเรื่องทักษะพื้นฐานที่จำเป็นและการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวม ทั้งการดูแลที่บ้านและที่โรงพยาบาล โดยเชื่อมประสานกับภาคีเครือข่ายภาคประชาชนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดยชุมชนมีส่วนร่วม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในเขตกรุงเทพมหานครปริมณฑล และจังหวัดต่างๆ ในเขตภูมิภาค จิตอาสาในชุมชนที่สนใจอยากทำงานช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะท้าย รวมทั้งภาคีเครือข่ายในพื้นที่ที่สามารถพัฒนาเป็นหน่วยฝึกอบรมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตอาสา

สำหรับการประเมินชุดโครงการที่สองนี้ก็เช่นกัน จะเป็นการประเมินภาพรวมของการทำงานของชุดโครงการว่าบรรลุผลตามตัวชี้วัดหรือผลผลิตและผลลัพธ์ที่คาดหวังที่ชุดโครงการฯ กำหนดไว้หรือไม่ และจะเพิ่มเติมการประเมินเชิงปริมาณของบางโครงการ โดยเฉพาะโครงการย่อยที่ 1 ที่รับผิดชอบโดย คุณวรรณา จารุสมบูรณ์ โครงการย่อยที่ 4.3 และโครงการย่อยที่ 4.4 (ที่รับผิดชอบโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิกุล นันทชัยพันธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร. จอนพะจง เพ็งจาด ตามลำดับ) กรณีมีข้อมูลที่น่าสนใจหรือเป็นประโยชน์ต่อการทำความเข้าใจเชิงลึกในสิ่งที่ปรากฏขึ้นจากการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบหลักของชุดโครงการนี้หรือผู้รับผิดชอบชุดโครงการย่อยดังกล่าว ทั้งนี้ เพื่อตอบคำถามการวิจัยย่อยในข้อ 11-12 ที่สำรองไว้สำหรับการสืบค้นในสิ่งที่จำเป็นต้องรู้ เพื่อให้การทำงานในระยะต่อไปเกิดผลสำเร็จได้มากยิ่งขึ้น ดังแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนในรูปแผนภาพที่ 2 ดังต่อไปนี้



แผนภาพ 2 กลุ่มเป้าหมายหลักและจุดมุ่งเน้นในการประเมินชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต ที่รับผิดชอบโดยสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย

โครงการย่อย	ลักษณะการดำเนินงาน
โครงการย่อยที่ 1 **การสร้างความตระหนักต่อวิถีการตายอย่างสงบ (คุณวรรณา จารุสมบูรณ์)**	ศึกษาข้อมูลจากแกนหลักของโครงการและมีการประเมินเชิงปริมาณ ซึ่งเป็นการวัดผลรวม ในบรรดาผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด ที่โครงการวิจัย ฯ สามารถเข้าถึงได้ โดยไม่จำกัดว่าเคยเกี่ยวข้องกับโครงการนี้โดยตรงหรือไม่ เพราะไม่สามารถทำเช่นนั้นได้ เนื่องจากโครงการสิ้นสุดไปนานมากแล้ว
โครงการย่อยที่ 2 **การสร้างและจัดการความรู้ระบบบริการสาธารณสุขที่สร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายตามบริบทประเทศไทย** **(นพ. เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี)**	ศึกษาข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากแกนหลักของโครงการและประเมิน/วิเคราะห์ฐานข้อมูลที่ได้จัดเก็บไว้ โดยผู้รับผิดชอบหลักของโครงการย่อย **แต่ในทางปฏิบัติจริง** ไม่สามารถสัมภาษณ์แกนหลักได้ เนื่องจากท่านได้ลาออกจากหน่วยงานไปแล้ว
โครงการย่อยที่ 3 **การศึกษาพัฒนาระบบสาธารณสุข ฯ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และการศึกษาทางระบาดวิทยา** **(รศ.พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล)**	ศึกษาข้อมูลจากแกนหลักของโครงการและได้มีการเลือกชุมชนบางแห่ง คือ ตำบลเมืองพล อ.พล จ.ขอนแก่นที่เข้าร่วมในการพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หรือ ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Care) ร่วมกับทางโครงการและสถานพยาบาลในพื้นที่
โครงการย่อยที่ 4 **4.1 การพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตร์** **(ผศ.นพ. จิโรจน์ สูรพันธ์)** **4.2 การจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมและการพัฒนาศักยภาพบุคลากร** **(รศ.พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล)** **4.3 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาล** **(ผศ.ดร. พิกุล นันทชัยพันธ์)** **4.4 การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล จิตอาสาครอบครัว** **(รศ.ดร. จอนพะจง เพ็งจาด)**	ศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพจากแกนหลักและทีมงานของโครงการย่อยทุกโครงการ และศึกษาเชิงปริมาณบุคลากรแพทย์ พยาบาล เภสัชกร หรือ สหวิชาชีพ จิตอาสา/ผู้ดูแลอาสา ที่เข้าร่วมเวทีรับฟังข้อมูลสังเกตและสัมภาษณ์ ณ สถานพยาบาลต่าง ๆ ที่จัดขึ้นโดยคณะวิจัย โดยให้ทุกท่านกรอกแบบสอบถามที่เตรียมไว้

1.3) โครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

สำหรับ**เนื้องานของโครงการนี้** พบว่า ได้มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาองค์ความรู้ คู่มือ เทคนิคการดูแลสุขภาวะทางปัญญาให้กับผู้ป่วย การพัฒนาและการเสริมพลังโรงพยาบาลต้นแบบให้ทำงานต่อเนื่องและเป็นพื้นที่เรียนรู้ได้ การขยายผลการทำงานไปยังโรงพยาบาลใหม่ ๆ การพัฒนาทักษะและสร้างทีมวิทยากรให้สามารถถ่ายทอดความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาวะทางปัญญาได้ การเชื่อมโยงการทำงานและความร่วมมือกับองค์กรขับเคลื่อนหลัก โดยเฉพาะองค์กรสงฆ์ องค์กรสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างการยอมรับประเด็นสุขภาวะทางปัญญาในสังคมและวงการสุขภาพด้วย

กลุ่มเป้าหมายหลักของโครงการที่สามนี้ คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จิตอาสา และพระสงฆ์ โดยมีภาคีที่เกี่ยวข้องที่โครงการระบุไว้หลายภาคส่วนด้วยกัน ได้แก่ โรงพยาบาลที่อยู่ในเครือข่ายตั้งแต่การทำงานในระยะที่ 1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มหาเถรสมาคม สำนักงานพุทธศาสนาแห่งชาติ เครือข่ายพระสงฆ์ในพื้นที่ต่าง ๆ เครือข่ายพยาบาล เช่น ชมรมจิตอาสา สมาคมพยาบาล ฯ องค์กรวิชาชีพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ในทางปฏิบัติจริง ไม่สามารถศึกษาหน่วยงานต่าง ๆ เหล่านี้ได้ทั้งหมด หรือได้เพียงบางส่วน เช่น เครือข่ายพระสงฆ์ที่ อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ เครือข่ายพระสงฆ์ที่ทำงานในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมาเป็นเวลา 10 กว่าปี เช่น กลุ่มคิลานธรรม ชมรมจิตอาสาสร้างสุข จังหวัดสุรินทร์ สำหรับองค์กรวิชาชีพที่ได้มีโอกาสพูดคุย คือ สภาการพยาบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมเวทีรับฟังข้อมูล เช่น อบต. เมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น และ อบต. นาโยงใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง เป็นต้น ทั้งนี้ เนื่องจากได้ทราบว่าองค์กร, หน่วยงานต่าง ๆ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารต้นฉบับของโครงการนั้น อันที่จริงไม่ค่อยมีบทบาทอะไรเท่าใดนัก หรือ บางองค์กรไม่ได้มีบทบาทเลย เพราะบางหน่วยงาน อาทิเช่น มหาเถรสมาคม ทางโครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญา ฯ ได้เคยติดต่อไปแล้ว แต่ไม่ได้รับการตอบสนอง เป็นต้น

สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่มีบทบาทในการร่วมขับเคลื่อนนโยบาย คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (ในช่วงที่มีการผลักดันให้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองเป็นนโยบายของจังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นการผลักดันจากศูนย์การุณรักษ์หรือรองศาสตราจารย์ พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และทีมงานร่วมกับแกนหลักในสำนักงานสาธารณสุข ฯ) สำหรับจังหวัดอื่น ๆ ไม่มีสถานพยาบาลใดพูดถึงบทบาทของสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดมากเท่าใดนัก ยกเว้น กรณีจังหวัดเชียงใหม่ หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ที่มีการจัดอบรมเสริมศักยภาพให้กับบุคลากร และเหตุผลอีกส่วนหนึ่งอาจจะเป็นเพราะคณะวิจัยยังไม่ได้ถามคำถามแบบเจาะลึกเกี่ยวกับเรื่องนี้ ก็เป็นไปได้

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาเอกสารที่ได้รับมาจาก สสส. พบว่า มีกลุ่มที่น่าสนใจในการทำการประเมิน 2 กลุ่ม ซึ่งมีความสำคัญมากในการตอบโจทย์ว่าสามารถดำเนินการได้ตามที่โครงการออกแบบไว้หรือไม่ คือ **1) กลุ่มโรงพยาบาลที่เป็นต้นแบบจำนวน 3 แห่ง และขยายผลเชิงลึกอีกจำนวน 11 แห่ง และกลุ่มโรงพยาบาลที่มีการขยายเครือข่ายเชิงกว้างอีกจำนวน 21 แห่ง** ซึ่งเดิมโครงการประเมินผล ฯ ได้ระบุไว้ว่าจะเลือกโดยใช้เกณฑ์ความครอบคลุมในแต่ละภาค และเกณฑ์ความสามารถในการตอบคำถามการวิจัย หรือ เป็นสถานพยาบาลที่จะช่วยทำให้เข้าใจปัจจัย เงื่อนไข บริบทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้อย่างครอบคลุม

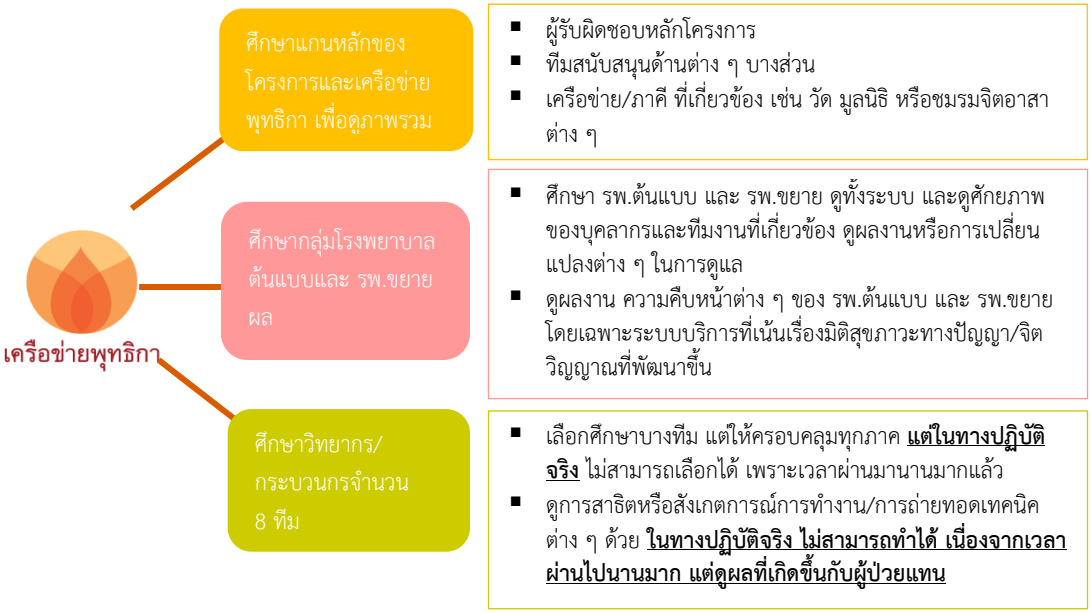
แต่ในทางปฏิบัติจริง โครงการประเมินผล ฯ ได้เลือกศึกษาโรงพยาบาลต้นแบบทั้ง 3 แห่ง และโรงพยาบาลขยายรูปแบบการทำงานในเชิงลึกทั้ง 11 แห่ง ทั้งที่จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดสุรินทร์ รวมเป็น 14 แห่ง **และในทางปฏิบัติจริง** มีเพียงสองแห่ง ที่แจ้งว่าไม่สะดวกให้ทีมประเมินผลเข้าไปเยี่ยมและเก็บข้อมูล คือ รพ. ครบุรี อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลต้นแบบในระดับโรงพยาบาลชุมชน และ รพ. ท่าตูม อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขยายผลเชิงลึกในระดับชุมชนเช่นกัน เนื่องจากเวลาการทำงานของทีมประเมินผลและทีมงาน PC ของโรงพยาบาลทั้งสองแห่งสะดวกไม่ตรงกัน และพยายามนัดหมายอีกสองสามครั้ง แต่ไม่สำเร็จ จนกระทั่งหมดระยะเวลาการทำงานในภาคสนามของโครงการประเมินผล จึงดำเนินการได้เพียง 12 แห่ง จากทั้งหมด 14 แห่ง หรือคิดเป็นประมาณ 86 % จากที่กำหนดไว้เดิม

สำหรับโรงพยาบาลที่มีการขยายผลในเชิงกว้าง ซึ่งเดิมกำหนดไว้ว่าจะศึกษาประมาณ 21 แห่งนั้น พบว่า ในทางปฏิบัติจริง ไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากฐานข้อมูลที่ได้รับมาไม่ครอบคลุม ไม่ครบ ไม่ชัดเจน ประกอบกับได้พบขณะทำการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากสถานพยาบาลในแห่งแรก ๆ ด้วยว่า การทำงานตามรูปแบบที่กำหนดไว้เดิมนั้น ในทางปฏิบัติจริงไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากบริบทการทำงานไม่เอื้ออำนวย เวลาที่แต่ละฝ่ายสะดวกในการทำงานไม่ตรงกัน จึงทำงานเป็นทีมตามรูปแบบที่ โครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญา ฯ เครือข่ายพุทธิกา กำหนดให้มีพยาบาล พระสงฆ์ จิตอาสาเป็นทีมเดียวกัน หรือไปเยี่ยมบ้านด้วยกัน ไม่สามารถทำได้ โครงการประเมินผล ฯ จึงได้ปรับเปลี่ยนเป็นการศึกษาทุกแห่งที่ได้มีโอกาสไปเยี่ยม เพื่อดูว่ารูปแบบการทำงานหรือการเยี่ยมบ้านของสถานพยาบาลแต่

ละแห่งในปัจจุบันเป็นอย่างไร เพื่อทำความเข้าใจบริบทที่เกี่ยวข้องที่อาจมีความแตกต่างหลากหลายให้ครบถ้วน

สำหรับ**กลุ่มที่ 2) ที่เรียกว่ากลุ่มวิทยากรหรือกระบวนกร** ซึ่งเดิมระบุไว้ว่าจะศึกษาจำนวน 8 ทีม ซึ่งต้องเป็นทีมที่มีคุณภาพ หรือ มีความรู้ความสามารถในการถ่ายทอดเทคนิคการทำงานหรือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อได้เป็นอย่างดี เพื่อให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการทำงานที่มีประสิทธิผล รวมทั้งอาจผนวกการศึกษาหรือประเมินทีมที่มีปัญหาหรือไม่สามารถดำเนินการได้ตามผลที่มุ่งหวังด้วย (กรณีที่พบข้อมูลดังกล่าวในระหว่างการทำงานในพื้นที่) และเดิมยังระบุไว้ด้วยว่าจะเป็นการประเมินว่า ได้เรียนรู้อะไรมาบ้าง ถ่ายทอดอะไร อย่างไร ให้ใคร กลุ่มไหน และอาจจะให้สาธิตสิ่งที่เรียนรู้ให้ดู และมีการสังเกตการณ์การทำงานของทีมวิทยากรและกระบวนกรเหล่านี้ร่วมด้วย **แต่ในทางปฏิบัติจริง** ไม่สามารถติดตามประเมินกลุ่มเป้าหมายกลุ่มนี้ได้โดยตรง ส่วนหนึ่งเป็นเพราะในช่วงที่มีการเก็บข้อมูลต้องดำเนินการหลายอย่าง แต่เวลามีค่อนข้างน้อย จึงปรับเป็นการถามคำถามในระหว่างการสัมภาษณ์หรือให้ผู้เข้าร่วมเวทีให้ข้อมูลเล่าสิ่งที่แต่ละคนทำความเป็นมาที่เข้ามาร่วมทีม ฯลฯ ทำให้ได้ทราบว่า มีใครบ้างที่มีบทบาทเป็นวิทยากรและกระบวนกร และแหล่งที่มาของศักยภาพหรือความสามารถที่ได้รับมาด้วย สำหรับกลุ่ม องค์กร และพื้นที่เป้าหมายในการประเมินของโครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญา ฯ สามารถสรุปให้เห็นในแผนภาพที่ 3 ดังนี้คือ

แผนภาพ 3 กลุ่มเป้าหมายหลักในการประเมินโครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่รับผิดชอบโดยเครือข่ายพุทธิกา



2) ขอบเขตในเชิงประเด็น เนื้อหา จุดเน้น ของแต่ละชุดโครงการ

จากการพิจารณาเนื้อหาสาระของแต่ละชุดโครงการ พบว่า มีจุดเน้นและกลวิธีในการขับเคลื่อนที่ค่อนข้างแตกต่างกัน ดังนั้น การวิจัย ติดตามและประเมินผลในครั้งนี้ ก็ได้ให้ความสำคัญกับจุดเน้นของแต่ละชุดโครงการ ซึ่งครอบคลุมในประเด็นต่าง ๆ เรียงลำดับตามเนื้อหาสาระของแต่ละชุดโครงการ ตั้งแต่ชุดโครงการที่ทำการขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์ ไปจนถึงเรื่องมิติสุขภาวะทางปัญญา ดังนี้คือ การสร้างเสริมความรู้และทัศนคติที่ดี, การพัฒนาและจัดระบบบริการดูแลแบบประคับประคอง, การพัฒนาระบบบริหารเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ, การสร้างความตระหนัก, การจัดการความรู้ การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชน การศึกษาวิจัยทางระบาดวิทยา (ในทางปฏิบัติจริง โครงการ ฯ ไม่ได้ดำเนินการเรื่องนี้ เนื่องจากเวลาไม่พอ และผู้ที่รับผิดชอบเดิมขอยกเลิก เนื่องจากบริบทไม่เอื้อให้ทำได้), การพัฒนาหลักสูตรการบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายในหลักสูตรแพทยศาสตร์, การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และผู้สนใจในการดูแลบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย, การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวและจิตอาสา, การส่งเสริมโรงพยาบาลต้นแบบ ซึ่งจะเป็นการประเมินประเด็นต่าง ๆ ดังกล่าว ตามวัตถุประสงค์และคำถามหลัก รวมถึงคำถามย่อยของโครงการวิจัย ติดตามและประเมินผลในครั้งนี้ ที่ระบุไว้ในหัวข้อที่ 2 และ 3 ข้างต้น ที่มุ่งให้ความสนใจทั้งในเรื่องความสำเร็จ ไม่สำเร็จ ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้, การพัฒนาระบบบริการที่ได้รับการหนุนเสริมจากการพัฒนาระบบการบริหารจัดการ เพื่อให้ระบบการให้บริการมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีความครอบคลุม, การเพิ่มขึ้นของศักยภาพหรือความสามารถในด้านต่าง ๆ ของบุคลากรและกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ที่ระบุไว้

รวมถึงปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และทุกประเด็นจะให้ความสำคัญกับการประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหา-อุปสรรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงปัจจัย-องค์ประกอบหรือบริบทต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคล, ระดับองค์กร/หน่วยงาน, ระดับพื้นที่/ชุมชน, ระดับโครงการย่อย/ชุดโครงการ ซึ่งรวมถึงปัจจัย/บริบทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวนวัตกรรม/ความคิด/แนวคิด/ระบบที่พยายามสร้างขึ้นด้วย ที่ส่งผลต่อการยอมรับหรือไม่ยอมรับ, การปฏิบัติ และ/หรือ ศักยภาพในการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ที่มีหลายกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พระสงฆ์ และผู้ดูแลจิตอาสา ส่งท้ายด้วยการเน้นไปที่ความรู้และบทเรียนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการทำงานหรือการขับเคลื่อนเรื่องการบริบาล การดูแล หรือการสร้างเสริมสุขภาวะหรือคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะท้าย

3) ขอบเขตในเชิงพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายของชุดโครงการและโครงการย่อย

สำหรับพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย ติดตามและประเมินผลที่กำหนดไว้ในครั้งนี้นั้น ในขั้นแรกต้องการให้ครอบคลุมการศึกษาข้อมูลจากแกนหลัก (key persons) หรือผู้รับผิดชอบหลักของทุกชุดโครงการ รวมถึงผู้รับผิดชอบหลักโครงการย่อยของชุดโครงการที่ 2 (ชุดโครงการการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย ที่รับผิดชอบหลักโดยสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย เนื่องจากชุดโครงการนี้ประกอบด้วยโครงการย่อยจำนวน 7 โครงการ) ทั้งนี้ เดิมกำหนดไว้ด้วยว่า จะเป็นการถามหรือสอบทานข้อมูลต่อแกนหลักของแต่ละชุดโครงการและโครงการย่อยก่อน เพื่อให้ได้รับข้อมูลภาพรวมของการขับเคลื่อน เพื่อนำไปออกแบบการตั้งคำถามเชิงลึกต่อผู้เกี่ยวข้องคนอื่น ๆ หรือเครือข่ายที่ขยายตัวที่ออกไป

ในทางปฏิบัติจริง ไม่สามารถดำเนินการดังกล่าวได้ เนื่องจากไม่สามารถนัดแยกหรือนัดสัมภาษณ์แกนหลักได้ก่อน หรือไม่สามารถทำเช่นนั้นได้ในทุกกรณี เลยจำเป็นต้องยึดตามเวลา/ช่วงเวลาที่สะดวกของแกนหลักและผู้เกี่ยวข้องทุกคนเป็นหลัก นอกจากนี้ จากการศึกษาข้อมูลบนระบบออนไลน์ ทำให้ทราบล่วงหน้าไปแล้วด้วยว่าระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองมีความคืบหน้าอย่างมาก มีผู้เกี่ยวข้อง และผู้รับประโยชน์ (beneficiaries) จำนวนมาก และมีความน่าสนใจต่อการตอบคำถามการวิจัยที่เดิมยังเป็นร่างคำถาม ในข้อที่ 11-12 ตามร่างข้อเสนอโครงการวิจัย ฯ เดิม[5] และเดิมระบุว่าจะทำการสุ่มตัวอย่างจากฐานข้อมูลของบางชุดโครงการ กรณีมีข้อมูล หรือ กรณีที่โครงการ ฯ ได้จัดเก็บข้อมูลไว้อย่างเป็นระบบ ครบถ้วนที่สามารถทำการสุ่มตัวอย่างได้ **ในทางปฏิบัติจริง** ไม่ได้ทำการสุ่มตัวอย่าง แต่ศึกษาทุกคนที่ให้เวลามาเข้าร่วมเวทีประชุมเพื่อให้ข้อมูล ที่ประสานงานให้มีการจัดขึ้นโดยทีมประเมินผล ณ สถานพยาบาลต่าง ๆ ที่ทีมประเมินผลได้ไปเยี่ยมและติดตามการทำงาน หรือถึงแม้บางส่วนไม่มีเวลามาให้ข้อมูลด้วยตนเองหรือไม่ได้เข้าร่วมเวทีการให้ข้อมูล แต่เพื่อนร่วมงานได้นำแบบสอบถามไปให้กรอกและจัดส่งทางไปรษณีย์เมื่อทำเสร็จ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลในส่วนนี้ก็มีจำนวนไม่น้อยเช่นกัน

5 สำหรับในรายงานฉบับนี้ได้ปรับเป็นคำถามการวิจัยข้อที่ 8-9 และได้ปรับจุดเน้นของการสำรวจให้สอดคล้องกับความเป็นจริง คือ มุ่งเน้นไปที่การศึกษาหรือการสำรวจศักยภาพ ความรู้ความสามารถ ทักษะ การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และทัศนะ/มุมมองต่อเรื่องการตายดี รวมถึงปัญหา-อุปสรรคที่ประสบ และระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน (home care) เมื่อมองจากมุมของผู้รับบริการผ่านการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัวแทน

นอกจากนี้ จากเอกสารรายชื่อที่ได้รับมาจาก สสส. พบว่า **มีรายชื่อโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องในโครงการย่อยที่ 3** (โครงการพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะ ฯ) ที่เดิมระบุว่ามี พญ. ลลิตยา กองคำ เป็นผู้รับรับผิดชอบหลัก แต่ต่อมาเกิดปัญหาอุปสรรคทำให้ พญ. ลลิตยา กองคำ ไม่สามารถดำเนินงานในส่วนนี้ได้ แต่รองศาสตราจารย์ พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ในฐานะผู้รับผิดชอบหลักชุดโครงการ ฯ ได้นำงานมาดำเนินการต่อด้วยตนเอง ซึ่งพบว่า มีสถานพยาบาลที่อยู่ในโครงการนี้จำนวนทั้งหมด 7-8 โรงพยาบาล ได้แก่ รพ. ศูนย์อุดรธานี, รพ. ศูนย์ขอนแก่น, รพ. เลย, รพ. สรรพสิทธิประสงค์ (อุบลราชธานี), รพ. สุรินทร์, รพ. นครปฐม, รพ. ศูนย์หาดใหญ่ และ รพ. สงขลา ซึ่งอันที่จริง โครงการวิจัยติดตามและประเมินผล ให้ความสนใจการทำงานของโรงพยาบาลทุกแห่งอย่างเท่าเทียมกัน และได้พยายามจะไปเยี่ยม ติดตามให้ครบทุกแห่งตามรายชื่อที่ได้รับมา

ในทางปฏิบัติจริง ได้ไปเก็บข้อมูลและเยี่ยมสถานพยาบาลต่าง ๆ ดังนี้คือ รพ. ศูนย์อุดรธานี รพ. ศูนย์ขอนแก่น รพ. เลย รพ. สุรินทร์ รพ. ศูนย์หาดใหญ่ และ รพ. สงขลา ขาดเฉพาะ รพ. สรรพสิทธิประสงค์ และ รพ. นครปฐม สำหรับ รพ. นครปฐม ได้ติดต่อแล้ว แต่เวลาสะดวกไม่ตรงกัน จนกระทั่งหมดช่วงเวลาการเก็บข้อมูลหรือกำหนดการทำงานในภาคสนามของโครงการ จึงไม่ได้มีโอกาสไปเก็บข้อมูลและรับฟังความคืบหน้าต่าง ๆ ที่ รพ. นครปฐม ซึ่งน่าเสียดายเป็นอย่างยิ่ง เพราะอันที่จริงอยู่ไม่ไกลจากมหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา แต่อย่างใด

นอกจากนี้ สำหรับชุดโครงการที่สอง หรือชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายนี้ พบว่า มีสถาบันการศึกษาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการย่อยอื่น ๆ อีกเช่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นต้น

ซึ่งทีมประเมินผลมีโอกาสและเวลาไปศึกษาและเก็บข้อมูลปฐมภูมิ หรือข้อมูลมือหนึ่ง (first-hand data) ได้เพียง 2 แห่งเท่านั้น คือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย สำหรับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ติดต่อและนัดหมายกับแกนหลักแล้ว แต่มีเหตุเร่งด่วนจากทั้งฝ่ายผู้ประเมิน (ป่วยขณะทำงานในภาคสนามที่เชียงใหม่) และผู้รับการประเมิน (ติดงานฌาปนกิจบุคคลสำคัญในครอบครัว) ทำให้ไม่สามารถทำตามแผนที่กำหนดไว้ได้ แต่ได้ศึกษาข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารต่าง ๆ รวมถึงข้อมูลบนระบบออนไลน์ และข้อมูลปฐมภูมิ (secondary data)

จากที่มีผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลในสถานพยาบาลต่าง ๆ ในเชียงใหม่ที่ทีมประเมินได้ไปเยี่ยม มีการอ้างอิงถึงหรือพูดถึง

ชุดโครงการที่ 3 การขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เดิมวางแผนไว้ให้ครอบคลุมพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ที่มีความสำคัญต่อการตอบคำถามการวิจัยให้ครบทุกแห่ง ซึ่งจากข้อมูลที่ได้รับมาเบื้องต้นจากเอกสารของโครงการขับเคลื่อน พบว่า มีพื้นที่การทำงานต่าง ๆ ดังนี้คือ

1) โรงพยาบาลต้นแบบ 3 แห่ง

คือ รพ. นครพิงค์ จ. เชียงใหม่ (โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลทั่วไป) รพ. ครบุรี จ. นครราชสีมา (โรงพยาบาลชุมชน) และ รพ.สต. ดอนชมพู อ. โนนสูง จ. นครราชสีมา (โรงพยาบาลระดับตำบล) ซึ่งทางโครงการ ฯ ได้สนับสนุนให้แกนนำพยาบาลจากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ร่วมอบรมพัฒนาเป็นวิทยากรกระบวนการร่วมกับพระสงฆ์และจิตอาสาของโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้เกิดทีมอบรมความรู้และพัฒนาในพื้นที่

สำหรับการประเมินผลในครั้งนี้ ได้เลือกพื้นที่โรงพยาบาลต้นแบบทั้ง 3 แห่ง เพราะเป็นพื้นที่ ๆ มีระดับและบริบทที่ต่างกัน ทำให้ได้ความรู้เกี่ยวกับบริบทที่แตกต่างกันที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง แต่ในทางปฏิบัติจริง ไม่สามารถศึกษาหรือเก็บข้อมูลภาคสนามจำนวน 1 แห่ง คือ รพ. ครบุรี อ. ครบุรี จ. นครราชสีมา เนื่องจากได้รับแจ้งว่าไม่สะดวกในช่วงที่คณะวิจัย ฯ จะเข้าไปในพื้นที่

2) การขยายผลไปยังโรงพยาบาลใหม่

โดยการขยายผลเชิงลึก 2 พื้นที่

- **เครือข่ายเชียงใหม่** โรงพยาบาลเข้าร่วมกิจกรรมรวม 7 แห่ง มีทั้งโรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต. คือ รพ. สันทราย รพ. สารภี รพ. แม่อาย รพ. หางดง รพ. สต. ศรีบุญเรือง ต. หนองหอย รพ.สต. บ้านท่าข้าม ต. แม่เหียะ และ รพ.สต. บ้านป่าข่อยเหนือ ต. สันผีเสื้อ
- **เครือข่ายสุรินทร์** มีโรงพยาบาลเข้าร่วมกิจกรรม 4 แห่ง คือ รพ. สุรินทร์ รพ. สนม รพ. ท่าตูม และ รพ. ปราสาท

สำหรับการประเมินครั้งนี้ ได้เลือกศึกษาทั้งเครือข่ายเชียงใหม่ และเครือข่ายสุรินทร์ และในทางปฏิบัติจริง ได้กำหนดไปทุกแห่ง หรือทุกระดับ แต่ไม่สามารถเข้าเยี่ยม ติดตามและเก็บข้อมูลได้จำนวน 1 แห่ง คือ รพ. ท่าตูม ในเครือข่ายสุรินทร์ โดยได้รับแจ้งว่า ยังไม่พร้อม

ให้เข้าทำการประเมิน ณ เวลาที่โครงการประเมินผลเสนอไป แต่สำหรับเครือข่ายเชียงใหม่สามารถศึกษา หรือติดตามประเมินผลได้ครบทั้งหมดทุกแห่ง

3) การขยายผลเชิงกว้าง

พบว่า เป้าหมายที่โครงการขับเคลื่อน ฯ วางไว้คือ การขยายผลไปยังโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ (รวมโรงพยาบาลในเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ: District Health System DHS) โดยจัดกิจกรรมอบรมทักษะพื้นฐานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเป็นองค์รวม **ซึ่งทางโครงการ ฯ ได้กำหนดให้เข้าร่วมอบรมเป็นทีม 6 คน ประกอบด้วย พยาบาล 2 คน จิตอาสา 2 คน และพระสงฆ์ 2 รูป เพื่อที่จะได้ไปทำงานหรือเยี่ยมบ้านผู้ป่วยด้วยกัน รวมทั้งสิ้น 53 แห่ง** ประกอบด้วย

- **หลักสูตรเยียวยาผู้ดูแล**

ครั้งที่ 1 จังหวัดปทุมธานี มีโรงพยาบาลเข้าร่วม จำนวน 15 แห่ง
ครั้งที่ 2 จังหวัดสุรินทร์ มีโรงพยาบาลเข้าร่วม จำนวน 10 แห่ง
ครั้งที่ 3 จังหวัดเชียงใหม่ มีโรงพยาบาลเข้าร่วม จำนวน 12 แห่ง

- **หลักสูตรดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมิติจิตวิญญาณ**

ครั้งที่ 1 จังหวัดบุรีรัมย์ มีโรงพยาบาลเข้าร่วม จำนวน 19 แห่ง
ครั้งที่ 2 จังหวัดเชียงใหม่ มีโรงพยาบาลเข้าร่วม จำนวน 8 แห่ง

สำหรับการประเมินผลในครั้งนี้ได้ทำการสัมภาษณ์แกนหลักของโครงการ ฯ ที่ดูแลรับผิดชอบทั้งสองหลักสูตร คือ หลักสูตรเยียวยาผู้ดูแล และหลักสูตรดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในมิติจิตวิญญาณ และได้ปรับการศึกษาเชิงปริมาณ หรือการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามให้บุคลากร/ผู้เกี่ยวข้อง/ผู้รับประโยชน์ โดยเฉพาะพยาบาล พระสงฆ์ และจิตอาสา ในพื้นที่อื่น ๆ ทั่วประเทศ ประมาณ 17-18 จังหวัด สามารถตอบคำถามต่าง ๆ ได้ด้วย หรือเป็นการวัดผลรวมที่เกิดขึ้น และเป็นการศึกษาจากสภาพความเป็นจริง ณ ปัจจุบัน ไม่ได้ศึกษาย้อนหลังผู้ผ่านการอบรมจากโครงการโดยตรง เพราะไม่สามารถทำได้ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงโยกย้าย ไม่สามารถทำการศึกษาจากรายชื่อเดิมที่ได้รับมาได้ และเป็นความยุ่งยากของเครือข่าย ฯ ที่ต้องไปตามหาบุคคลเหล่านั้น

จึงใช้วิธีปรับการศึกษา เป็นการประเมินผลรวมที่เกิดขึ้นหรือที่เป็นอยู่ ณ ปัจจุบัน (ของปี พ.ศ. 2562) และศึกษาจากใครก็ได้ที่เข้าร่วมในการทำงานหรือร่วมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง หรือมาปรากฏตัวในวันที่คณะวิจัย ฯ เข้าไปเยี่ยมและรับ

ฟังผลการทำงานขององค์กร สถานพยาบาล พื้นที่ ชุมชนที่เกี่ยวข้อง และยังได้พิจารณาศึกษาองค์กร/หน่วยงาน สถานพยาบาล บุคลากรที่มีผลงานด้านการดูแลมิติจิตใจ จิตวิญญาณ สุขภาวะทางปัญญา ที่ปรากฏในภาคสาธารณะหรืออยู่ในฐานข้อมูลออนไลน์หรือที่มีคนพูดถึงค่อนข้างมาก ในขณะที่ทีมประเมินผลไปเก็บข้อมูลในพื้นที่ต่าง ๆ ที่เรียกว่า snowball technique เพิ่มเข้ามาด้วย อาทิเช่น รพ. ห้วยยอด จ.ตรัง ชมรมชายผ้าเหลือง (พระกฤษดา ขันติกโร) กลุ่มพระคิลานธรรม พระครรชิต กลุ่ม I SEE YOU เป็นต้น

4) ขอบเขตในเชิงเครือข่ายบุคคล/องค์กร/โครงการที่เพิ่มขึ้นจากการทำงาน

จากเอกสารต่าง ๆ ที่ได้รับมาจาก สสส. พบว่า มีจำนวนรายชื่อบุคคล/ผลงาน/โครงการที่ดำเนินการโดยเครือข่ายของทั้งสามชุดโครงการนี้อีกจำนวนหนึ่ง (ดังระบุรายชื่อไว้ในส่วนความสำคัญของปัญหา หรือ ข้อ 1 ข้างต้น) ซึ่งอาจจะเลือกขึ้นมาทำการศึกษา วิจัย ติดตามและประเมินผลในครั้งนี้บางแห่งหรือบางกรณีด้วย ถ้าพบข้อมูลจากการสัมภาษณ์ว่ามีความสำคัญมากต่อการตอบคำถามการวิจัยบางคำถามที่ระบุไว้ข้างต้น

ในทางปฏิบัติจริง ได้ทำการศึกษาเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ในข้อเสนอโครงการ โดยเฉพาะพื้นที่การทำงาน หรือองค์กรที่มีการอ้างอิงถึงบ่อยครั้งโดยผู้ให้สัมภาษณ์ และบางพื้นที่เลือกศึกษาเพิ่มเติม เพราะเป็นพื้นที่ที่พิจารณาว่า น่าจะมีศักยภาพในการขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์หรือช่วยทำให้เกิดการขยายตัวของระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในพื้นที่ ๆ อาจไม่ได้อยู่ในความครอบคลุมของชุดโครงการ ฯ แต่มีศักยภาพในการที่จะช่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดด (exponential change) ได้มากขึ้น

จึงได้ศึกษาพื้นที่ดังกล่าว เช่น กรณีของ รพ. แม่สอด อ. แม่สอด และ รพ. สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช อ. เมือง จ. ตาก ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่มีสถานภาพเป็นโรงพยาบาลทั่วไปทั้งสองแห่งในพื้นที่ทิศตะวันตก ที่มีบริบทพิเศษในแง่ของการเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพชายแดน ที่มีภารกิจในการดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มขึ้น ซึ่งมีความน่าสนใจในการทำความเข้าใจบริบทขององค์กรและสถานการณ์พิเศษที่มีความแตกต่างจากหน่วยบริการอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อการปรับระบบบริการ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่งของการวิเคราะห์หรือการประเมินเชิงวิเคราะห์จากมุมมองของกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวา ที่มีประเด็นการปรับปรุงระบบบริการ (improving or reorienting service system)

รวมถึงกรณีของ **รพ. ราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่ได้รับข้อมูลมาว่า มีความน่าสนใจในการขับเคลื่อนเชิงองค์กรและการบูรณาการระบบต่าง ๆ ของโรงพยาบาลเข้าด้วยกันแบบไร้รอยต่อ (seamless system) ซึ่งมีความน่าสนใจทั้งในแง่ของการพัฒนาระบบ และในแง่ของการเป็นสถานพยาบาลในเมืองใหญ่ ที่มีบริบทที่แตกต่างจากสถานพยาบาลในจังหวัดต่าง ๆ ที่อยู่ภายใต้โครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข**

ทั้งนี้เพราะอันที่จริงแกนขับเคลื่อนหลักของชุดโครงการทั้ง 3 ที่ได้รับทุนจาก สสส. ในครั้งนี้ โดยเฉพาะชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย ที่นำโดย พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล อาจารย์วรรณา จารุสมบูรณ์ และเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ทำงานร่วมกันมานานพอสมควร ก็กำลังแสวงหาหนทางในการขยายผลการทำงานในเมืองใหญ่ต่าง ๆ โดยเฉพาะในเมืองใหญ่อย่างกรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ สงขลา-หาดใหญ่ นครราชสีมา ฯลฯ

สำหรับกรุงเทพมหานคร ก็กำลังมีการเชื่อมประสานกัน ผ่านทางเขตสุขภาพที่ 13 กรมการแพทย์ สำนักการแพทย์ และสำนักอนามัย ของกรุงเทพมหานคร ภายใต้กลไกที่เรียกว่า **“คณะอนุกรรมการ”** เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่เหมาะสม และกำลังมองหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในเมืองใหญ่ทั้งในชุมชนผู้มีรายได้น้อยและในชุมชนคนชั้นกลางหรือหมู่บ้านจัดสรรต่าง ๆ ร่วมกันด้วย ดังนั้น การศึกษาทำความเข้าใจบริบทเฉพาะต่างๆ ดังกล่าวมาข้างต้นจะทำให้ได้ข้อมูลและองค์ความรู้ที่สำคัญ เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนขับเคลื่อนเพื่อให้ระบบมีความสมบูรณ์ยิ่ง ๆ ขึ้นไป



5. แนวคิด ทฤษฎี วิธีวิทยา กรอบการวิเคราะห์ วิจัย ติดตาม และประเมินผล

1) คำศัพท์หลักที่เกี่ยวข้อง: นิยาม ความหมาย

คำศัพท์ หรือ นิยามความหมายของคำศัพท์สำคัญที่เกี่ยวข้องสำหรับชุดโครงการนี้มีความสำคัญมาก เนื่องจาก พบว่า มีคำศัพท์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องที่มีความจำเป็นต้องทำความเข้าใจร่วมกันหรือสร้างความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างทีมผู้ประเมินและผู้ได้รับการประเมิน[6] เพื่อให้สามารถสื่อสารสาระสำคัญได้ตรงกับที่ทางชุดโครงการกำหนดไว้ และเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการเก็บข้อมูล รวมถึงเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการสร้างความรู้ที่ถูกต้องร่วมกันด้วย อาทิเช่น คำว่า การบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งน่าจะสามารถใช้แทนหรือใช้สลับกันไปมากับคำว่า การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองด้วยใช่หรือไม่? ซึ่งในทางความเป็นจริง พบว่า สามารถใช้แทนกันได้ เพราะมีความหมายที่ไม่แตกต่างกันมากนัก นอกจากนี้ ยังมีคำศัพท์ต่าง ๆ ที่พบว่า จำเป็นต้องทำความเข้าใจให้ตรงกัน เนื่องจาก พบว่า มีอยู่หลายคำที่ไม่ได้มีการนิยามหรือให้คำอธิบายไว้อย่างชัดเจนในตัวข้อเสนอโครงการ ฯ ที่รับทุนแต่อย่างใด ซึ่งอาจจะส่งผลทำให้ ผลการประเมินไม่ชัดเจนตามไปด้วย ซึ่งพบว่า มีคำศัพท์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโครงการนี้ ที่ควรทำความเข้าใจร่วมกันหรือเปิดประเด็นในการถกเถียงอภิปรายในเชิงวิชาการ และในเชิงการปฏิบัติ หรือที่เรียกกันว่า “นิยามปฏิบัติการ” (operational definition) ด้วย

ซึ่งต่อมา คณะวิจัย ฯ ได้พบว่า เรื่องนี้เป็นเรื่องจริง หรือเป็นจริงตามการคาดการณ์ เนื่องจากเมื่อเข้าไปเก็บข้อมูลได้ระยะหนึ่ง ก็ได้พบข้อมูลที่สำคัญจาก นพ. สุพรรณ ศรีธรรมา (จากการสัมภาษณ์เมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2562 ที่ห้องประชุมสหกรณ์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ที่ท่านได้เล่าให้คณะวิจัยฟังว่า สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) กำลังวางแผนจัดการประชุมสมัชชาเฉพาะประเด็นในเรื่องนี้ ซึ่งจะร่วมมือกับกรมการแพทย์ สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และต่อมาได้พบว่า ได้มีการจัดการประชุม ขึ้นในระหว่างวันที่ 17-18 กันยายน 2562 ณ ห้องประชุมวายุภักดิ์ โรงแรมเซ็นทารา ศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร เพื่อร่วมกันพิจารณานิยามปฏิบัติการของคำศัพท์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลระยะยาว (Long-term care : LTC) ด้วย เช่นคำว่า

6 โดยเฉพาะความเข้าใจที่ตรงกันในบรรดาทีมผู้ประเมินด้วยกันเอง เพราะทีมงานจำนวนหนึ่งไม่ได้มีพื้นฐานความรู้ด้านสุขภาพ หรือด้านการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย หรือไม่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านสุขภาพมาก่อน

ภาวะการเจ็บป่วยระยะท้าย คืออะไร ผู้ดูแลหลัก หมายถึงใคร รวมถึงคำว่า ครอบครัว ที่ปัจจุบันมีความหมายที่ซับซ้อนพอสมควร รวมถึงคำว่า การตายดี และมิติจิตวิญญาณ และอีกมากมาย

ถ้ามีนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้องที่ชัดเจน ก็จะสามารถให้ สปสช. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง และองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเข้ามาส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน เพราะในช่วงสุดท้ายของชีวิต สามารถดูแลที่บ้านและชุมชนได้ ไม่ต้องอยู่ที่โรงพยาบาล เมื่อมีข้อเห็นพ้องเกี่ยวกับคำนิยามต่าง ๆ จากผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดแล้ว ก็สามารถนำเสนอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติพิจารณาอนุมัติ และมีการประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษาต่อไป ก็จะช่วยทำให้ผู้รับบริการทุกประเภทสามารถเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 สิทธิ์ ได้อย่างทั่วถึง ครอบคลุม ไม่ต้องเผชิญปัญหาเวลาสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) มาตรวจสอบเหมือนที่เคยเกิดขึ้นมาแล้ว เป็นต้น

สำหรับคำศัพท์ต่าง ๆ ตามที่ข้อเสนอโครงการวิจัย ติดตาม และประเมินผล ได้เคยนิยามไว้เดิม ก็ได้มีการปรับบางคำ บางส่วน บางจุด จากความเป็นจริงที่พบในพื้นที่ต่าง ๆ ขณะไปเก็บข้อมูลภาคสนามในหลายจังหวัดเพิ่มเติมด้วย ซึ่งมีคำศัพท์หลักที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยประมาณ 11-12 คำ ดังนี้คือ

1. การบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย หรือ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) เท่าที่สำรวจและวิเคราะห์เอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชุดโครงการที่ได้รับทุนจาก สสส. พบว่า มีการใช้สองคำนี้สลับกันไปมาหรือแทนที่กัน นอกจากคำว่า palliative care แล้ว ยังพบคำว่า hospice care, end of life care ซึ่งแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้มีโอกาสอ่านทบทวน ก็อธิบายว่า คำเหล่านี้ ไม่ได้มีความหมายที่เหมือนกันทั้งหมด หรือแม้แต่คำว่า palliative care เองก็มีหลายนิยาม หลายความหมาย หรือ อาจหมายถึงการดูแลผู้ป่วยแบบระคับประคองเฉพาะกลุ่มก็ได้ เช่น การใช้คำว่า children’s hospice, children’s palliative care ซึ่งหมายถึง การดูแลระยะท้ายสำหรับผู้ป่วยเด็กหรือการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยเด็ก เป็นต้น

แต่มีนิยามหนึ่ง ที่ดูเหมือนว่าใช้กันค่อนข้างมาก ซึ่งได้ระบุไว้ว่า การดูแลบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (palliative care) หมายถึง แนวทางแบบสหวิทยาการ หรือสหสาขาวิชาในการดูแลทางด้านการแพทย์และการพยาบาลเป็นกรณีพิเศษสำหรับประชาชนหรือผู้ป่วยที่มีภาวการณ์การเจ็บป่วยที่ส่งผลทำให้เกิดข้อจำกัดต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่งเป็นการดูแลรักษาที่มุ่งเน้นไปที่การบรรเทาอาการต่าง ๆ ทั้งความเจ็บปวด (pain), ความตึงเครียดทางร่างกาย และความตึงเครียดทางจิตใจ (physical and mental stresses) ที่เกิดจากการ

วินิจฉัยโรคในระยะท้าย สำหรับเป้าหมายหรือจุดมุ่งหมายของการดูแลรักษาแบบนี้ ก็เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Wikipedia)

นอกจากนี้ ก็ยังมีนิยามของ**องค์การอนามัยโลก** (WHO, 2020) ที่ระบุว่า Palliative Care คือ แนวทางหนึ่งในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ด้วยวิธีการป้องกันและการบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ด้วยการประเมินและให้การบำบัดรักษาความเจ็บปวดต่าง ๆ ตั้งแต่เนิ่น ๆ หรือทันท่วงที รวมถึงปัญหาอื่น ๆ ทั้งด้านร่างกาย, สังคม, จิตใจ และจิตวิญญาณ นอกจากนี้ WHO ยังระบุด้วยว่า โดยทั่ว ๆ ไป คำว่า “Palliative Care” ยังหมายถึง การดูแลรักษาใด ๆ ก็ตามที่ช่วยขจัดอาการความเจ็บปวดต่าง ๆ ไม่ว่าจะมีความหวังในการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ควบคู่กันไปด้วยหรือไม่ก็ตาม

ด้วยเหตุนี้ เราอาจจะใช้คำว่า **“การบำบัดรักษาแบบประคับประคอง”** (palliative treatments) เพื่อให้หมายถึง การขจัดอาการข้างเคียงต่าง ๆ ของการบำบัดรักษา เช่น การรักษาอาการคลื่นไส้อาเจียน ที่เกิดจากการให้เคมีบำบัด เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีการใช้คำนี้กับโรคอื่น ๆ มากขึ้นด้วย เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง, ภาวะทางประสาทวิทยา, โรคไต เป็นต้น นอกจากการใช้กับโรคมะเร็ง ถึงแม้ว่าคำนี้จะมีความหมายครอบคลุมบริการต่าง ๆ ที่กว้าง แต่เป้าหมายของ palliative care หรือ การบำบัดรักษาแบบประคับประคอง ก็มีความชัดเจน ซึ่งก็คือ การบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน, การรักษาความเจ็บปวด และการรักษาอาการอื่น ๆ ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งรวมถึงการดูแลรักษาทั้งด้านจิตใจ จิตวิทยาและจิตวิญญาณ หรืออีกนัยหนึ่ง อาจกล่าวได้ว่า มันคือ ระบบสนับสนุนเพื่อช่วยให้ปัจเจกบุคคลดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติตามสภาพเท่าที่จะสามารถทำได้

นอกจากนี้ เอกสารทางวิชาการของบางองค์กรในต่างประเทศ ดังเช่น Australian Association for Hospice and Palliative Care (Smith and Ferns, 1994)[7] ยังได้มีการจำแนกระยะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายออกเป็น 5 ระยะด้วยกัน คือ 1) ระยะที่ยังมั่นคง/ทรงตัว (stable phase) 2) ระยะเฉียบพลัน (acute phase) 3) ระยะทรุดตัว (deteriorating phase) 4) ระยะสุดท้าย (terminal phase) และ 5) ระยะหลังการตาย ซึ่งการบริบาลหรือดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้าย จะต้องอยู่ภายใต้หลักการต่าง ๆ ดังนี้คือ

7 ปรากฏอยู่ในเอกสาร History of Phases of Palliative Care by Palliative Care Outcomes Collaboration (PCOC), September, 2013

1) ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นใจกลางสำคัญหรือหน่วยสำคัญของการดูแล (the unit of care)

2) จะต้องมุ่งเน้นไปที่ความต้องการ ความจำเป็นต่าง ๆ รวมถึงเป้าหมายและการจัดลำดับความสำคัญต่าง ๆ ของผู้ป่วย ไม่ใช่ที่ตัวโรค (disease)

3) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีหลาย ๆ เสี้ยวเวลาของการดูแล (episodes of care) ซึ่งรวมถึงช่วงหรือเสี้ยวเวลาที่มีอาการเฉียบพลัน ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวนี้ อาจจะเกิดขึ้นที่บ้าน ที่ศูนย์การดูแล หรือที่โรงพยาบาล และทุกช่วงเวลามีประเด็นค่าใช้จ่ายหรือการได้รับการสนับสนุนทางการเงินเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยตลอดเวลา

นอกจากนี้ ในเอกสารดังกล่าวข้างต้น ยังระบุด้วยว่า การกำหนดหรือระบุระยะที่สำคัญ 3 ระยะ คือ ระยะทรงตัว, ระยะเฉียบพลัน และระยะทรุดตัวนั้น สามารถกำหนดได้ด้วยการคงอยู่หรือหายไปของกลุ่มตัวแปร 3 กลุ่มด้วยกัน คือ 1) กลุ่มตัวแปรที่เกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ (problem-related variables), 2) กลุ่มตัวแปรที่เกี่ยวกับกิจกรรมในการดำเนินชีวิตแต่ละวัน (variables related to activities of daily living) และ 3) กลุ่มตัวแปรที่เกี่ยวกับระดับของการดูแลหรือการสนับสนุนต่าง ๆ ของผู้ดูแล (variables related to the degree of carer support) นอกจากนี้ ในเอกสารดังกล่าว ยังระบุต่อไปด้วยว่า ในช่วงท้ายของความเจ็บป่วยนั้น ระดับการดูแลหรือการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ จากผู้ดูแลเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญที่สุดที่จะทำให้เกิดความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในความหมายของความสามารถในทางคลินิกและความหมายในเรื่องการสนับสนุนทรัพยากรในช่วงระยะเวลาต่าง ๆ ของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

สำหรับคำว่า hospice care นั้น พบว่า เป็นคำศัพท์ที่นิยมใช้กันมากในอเมริกาและในอังกฤษ สำหรับกรณีของอเมริกา มองว่า palliative care และ hospice care นั้นมีความแตกต่างกัน ถึงแม้จะมีเป้าหมายที่คล้ายคลึงกันก็ตาม โดยระบุไว้ว่า.. *“การบริการในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care services) นั้นมีความเหมาะสมกับบุคคลใดก็ตาม ที่มีความเจ็บป่วยที่ซับซ้อน รุนแรง ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลที่มีโอกาสในการได้รับการรักษาให้หายได้อย่างสมบูรณ์ (fully recovered) หรือต้องอยู่กับความเจ็บป่วยไปอีกระยะเวลาหนึ่งหรืออาจจะต้องประสบกับระยะการลุกลามของโรคต่อไป”*

สำหรับคำว่า hospice care ในอเมริกา จะมุ่งเน้นความสำคัญ 5 ด้าน หรือที่เรียกกันว่า 5 C คือ 1) การสื่อสาร (communication) 2) ความร่วมมือ (collaboration) 3) การดูแลด้วยความเมตตา (compassionate caring) 4) ความรู้สึกสบาย (comfort) และ 5) การดูแลทางวัฒนธรรม/จิตวิญญาณ (cultural/spiritual care) สำหรับการดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะ

ท้ายของชีวิตในสถานการพยาบาลพิเศษที่เรียกว่า hospice นั้น จะมีความแตกต่างจากการดูแลในโรงพยาบาลทั่วไป เพราะทีมแพทย์ และทีมสหวิชาชีพที่สนับสนุนการดูแลทั้งหมด เป็นทีมที่มีความเชี่ยวชาญพิเศษในการบำบัดดูแลรักษาความเจ็บป่วยหรืออาการความเจ็บป่วยต่าง ๆ ในระยะสุดท้าย และที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ก็คือ ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านของทีมงานทั้งหมด ทำให้สามารถรับมือหรือจัดการกับประเด็นปัญหาทางกฎหมายและทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการตายได้อย่างละเอียด ลึกซึ้ง ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพมากกว่าทีมแพทย์และพยาบาลปกติทั่วไป โดยเฉพาะในกรณีที่มีการรอดชีวิต หรือการยืดชีวิตออกไป

นอกจากนี้ ในอเมริกายังมีการแยกเรื่อง การดูแลเพื่อความสบายในผู้ป่วยระยะท้าย หรือที่เรียกว่า Hospice Comfort Care (HCC) ออกมาด้วย เนื่องจากพิจารณาว่า ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาหรือถูกนำมาส่งที่สถานดูแลแบบพิเศษนี้ เพื่อเข้ารับการบำบัดเพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ เพื่อให้รู้สึกสบาย ในขณะที่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากอาการในช่วงเวลาสุดท้ายหรือสองสามชั่วโมงสุดท้ายก่อนการเสียชีวิต (end of life symptoms) นั้น ควบคุมอาการได้ไม่ดี หรือควบคุมได้ค่อนข้างแย่ หรือเป็นเพราะความพยายามในการบรรเทาอาการในผู้ป่วยนอกยังไม่ค่อยได้ผลเท่าที่ควร ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งจึงมาขอรับการรักษาเพื่อบรรเทาอาการในโรงพยาบาล

สำหรับในกรณีการขับเคลื่อนของทั้งสามชุดโครงการ ฯ ที่ได้รับการสนับสนุนจาก สสส. ณ ขณะที่พัฒนาข้อเสนอโครงการวิจัย ติดตามและประเมินผลนั้น คณะวิจัย ฯ เองก็ไม่แน่ใจว่า ชุดโครงการทั้งสามได้มีการใช้นิยามหรือความหมายเดียวกันหรือตรงกันทั้งหมดในทุกชุดโครงการหรือไม่ หรือ ได้มีการสื่อสารนิยามนี้ไปยังเครือข่ายสถานพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องอย่างครบถ้วนหรือไม่ เพราะในเอกสารของบางชุดโครงการที่ได้รับมาจาก สสส. ก็ไม่ได้ระบุนิยามไว้อย่างชัดเจน

แต่ทั้งนี้ พบว่า **ในแผนยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556-2559 (หน้า 11) ได้ระบุไว้ว่า คำว่า “การดูแลแบบประคับประคอง” (palliative care) หรือชื่ออื่น ๆ ในภาษาไทยที่มีกระบวนการดูแลในความหมายเดียวกันนั้น หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดและอาจคุกคามถึงชีวิต หรือ ป่วยด้วยโรคที่มีแนวโน้มทรุดลงจนเสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคต** การดูแลสามารถเริ่มได้ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคที่คุกคามชีวิต (life-threatening illness) จนกระทั่งป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค (end of life) เน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล โดยมีเป้าหมายหลักคือการเพิ่ม

คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังจากการจากไปของผู้ป่วย (bereavement care)

ซึ่งจากการทบทวนเอกสารของโครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หรือชุดโครงการที่สาม พบว่า ได้ระบุไว้ในเอกสารรายงานผลการดำเนินงานที่จัดส่ง สสส. (หน้า 4) ว่า ได้ใช้นิยามนี้ในการทำงานหรือได้นำนิยามดังกล่าวมาวิเคราะห์แล้วพบว่า ที่ผ่านมายังเน้นมิติทางกาย ยังขาดการทำงานในมิติอื่น ๆ โดยเฉพาะมิติสุขภาวะทางปัญญาและจิตวิญญาณ จึงได้เสนอให้มีการดำเนินงานตามข้อเสนอโครงการนี้เพื่ออุดช่องว่างดังกล่าว

ซึ่งผู้ประเมินก็ได้มีการอนุมานไว้ขั้นต้น ณ ที่นี้ว่า โครงการต่าง ๆ ทั้งโครงการหลักและโครงการย่อยภายใต้แต่ละชุดโครงการ น่าจะใช้นิยามหรือความหมายเดียวกันนี้ ซึ่งถ้าทุกฝ่ายทุกชุดโครงการเห็นพ้องต้องกันหรือใช้นิยามหรือความหมายเดียวกันนี้ ทีมประเมินก็จะใช้นิยามหรือความหมายนี้ในการประเมินผลครั้งนี้ด้วยเช่นกัน แต่ก็ยังคงเปิดกว้าง เพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน ในกรณีพบความแตกต่างหลากหลายหรืออาจจะยังมีนิยามที่ไม่ได้เห็นพ้องต้องกันทั้งหมด ซึ่งการทบทวนนิยามและความหมายของคำนี้จากประเทศต่าง ๆ ดังกล่าวมาข้างต้นนั้น น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในการทำความเข้าใจความแตกต่างหลากหลายที่อาจมีอยู่หรือดำรงอยู่ในการดำเนินโครงการต่าง ๆ ที่ สสส. สนับสนุนในครั้งนี้ด้วย

สำหรับ**ในทางปฏิบัติจริง**เกี่ยวกับเรื่องนี้ คณะวิจัยได้พบว่า ยังมีความแตกต่างในนิยามหรือการเข้าใจความหมายของคำว่า “palliative care” (PC) ที่แตกต่างกันอยู่บ้างในบางพื้นที่ โดยเฉพาะตรงที่บุคลากรบางส่วนมองว่า ถ้าเป็นเรื่อง PC ก็หมายถึงว่า ในที่สุดก็จะตายหรืออยู่ไม่นาน แต่บางท่านมองว่าไม่ได้เป็นเช่นนั้นเสมอไป เพราะในความเป็นจริงผู้ป่วยบางรายอาจดีขึ้นจากการได้รับการดูแลแบบประคับประคองก็มี หรือบางส่วนถึงกับหายป่วยก็มี ซึ่งส่วนหนึ่งน่าจะเกี่ยวกับการประเมินวินิจฉัยอาการของผู้ป่วย และความเข้าใจที่ยังไม่ตรงกันเกี่ยวกับคำว่า PC ซึ่งพบในบางพื้นที่ ๆ ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่มาได้อีก 1-2 ปี จากที่แพทย์วินิจฉัยว่าจะเสียชีวิตภายในเวลาไม่เกิน 6 เดือน ดังนั้น ในเรื่องนี้จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ทุกฝ่ายควรทำความเข้าใจให้ตรงกันและมีความระมัดระวังในการวินิจฉัยและการสื่อสารที่ถูกต้องเพื่อป้องกันความผิดพลาด ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน การดูแลรักษาที่ไม่สอดคล้องกับความจริง ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาต่อความเชื่อถือศรัทธา และอาจมีนัยยะหรือเกิดปัญหาในเชิงจริยธรรมตามมาได้ด้วย

2. การเผชิญความตายอย่างสงบ หรือ วิถีการตายอย่างสงบ หรือ การเตรียมตัวตายอย่างสงบ หรือ มรณานุสติ สำหรับคำศัพท์หรือ Terms ต่าง ๆ เหล่านี้น่าจะมีความหมายใกล้เคียงกัน หรืออาจใช้แทนกันหรือสลับกันไปมาได้ ซึ่งโดยรวมหมายถึง การเตรียมการทั้งด้านร่างกาย, จิตใจ, อารมณ์ความรู้สึก, ครอบครัว/สังคม, ปัญญาและจิตวิญญาณในการเผชิญความตายอย่างสงบ ไม่วิตกกังวล ไม่ยื้อ ไม่ทุรนทุราย ไม่เร่งเร้า แต่ยอมรับสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นด้วยความสงบ ซึ่งคำนี้เป็นคำหลัก (keyword) ที่ใช้ในการทำงานของโครงการสร้างความตระหนักเรื่องวิถีสู่การตายอย่างสงบเป็นหลัก หรือใช้บ่อยกว่าโครงการอื่น ๆ

3. การตายดี หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลบรรเทาอาการความเจ็บปวดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย จิตใจอย่างเพียงพอและเหมาะสม ก่อนตาย ได้รับการดูแลทางด้านจิตวิญญาณหรือจิตตปัญญาตรงกับหลักความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรมของตนเอง และได้ทำในสิ่งที่ค้างคาใจ สามารถแสดงความปรารถนาของตนเองว่าต้องการให้ดูแลอย่างไรในระยะท้าย เพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (อ้างอิงมาจากแผนยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556-2559)

อย่างไรก็ดี ในทางปฏิบัติจริง ขณะไปเก็บข้อมูล คณะวิจัย ฯ ก็พบนิยามและความหมายต่าง ๆ ของคำว่า **“การตายดี”** ของแต่ละแห่ง แต่ละภูมิภาคอยู่บ้างเหมือนกัน นอกจากนี้ ทางโครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ ฯ ได้มีการจัดทำ ชุดตัวชี้วัดการตายดี (Good Death Index) ไว้ระดับหนึ่งแล้ว ด้วยการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาภาคสนามในภาคเหนือ และการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมี 5 องค์ประกอบ 15 ตัวชี้วัด[8] ซึ่งในเอกสารดังกล่าวยังระบุไว้ด้วยว่า สามารถนำผลวิจัยนี้ไปใช้ในเชิงนโยบาย โดยเฉพาะการใช้ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองได้ โดยเฉพาะในมุมมองของผู้รับบริการและผู้ดูแล แต่คณะวิจัยยังไม่พบว่ามีสถานพยาบาลแห่งใดใช้หรืออ้างอิงถึงชุดตัวชี้วัด “การตายดี” ดังกล่าว ซึ่งส่วนหนึ่งอาจจะเป็นเพราะยังไม่ทราบ หรืออาจทราบแล้ว แต่อาจจะมองว่ายังไม่ใช่เอกสารฉบับสมบูรณ์ ดังนั้น ถ้าจะมีการดำเนินการในเรื่องนี้ต่อไป สมควรอย่างยิ่งที่จะใช้เอกสารนี้เป็นจุดตั้งต้น เพราะได้ใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ในการจัดทำมาระดับหนึ่งแล้ว จึงควรนำมาใช้เป็นฐานเพื่อพัฒนาหรือต่อยอดให้เสร็จสมบูรณ์และนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงต่อไป

8 ชุดตัวชี้วัดมี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การปราศจากความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย 2) ความสงบด้านจิตใจและจิตวิญญาณ 3) การเตรียมตัวก่อนตาย 4) การกำหนดสถานที่ตาย และ 5) การดูแลภายหลังการตาย แต่ละองค์ประกอบมีจำนวนตัวชี้วัดที่แตกต่างกันไป รวมได้ 15 ตัวชี้วัด โปรดดูเอกสารรายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559, 13 มกราคม 2560 จัดทำโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

4. จิตตปัญญาหรือจิตตปัญญาศึกษา (contemplative education) คือ กระบวนการเรียนรู้ด้วยใจอย่างใคร่ครวญ เป็นการศึกษาที่เน้นการพัฒนาจากด้านในอย่างแท้จริง เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ในคุณค่าของตนเองและคุณค่าของสรรพสิ่งต่าง ๆ อย่างปราศจากอคติ เกิดความรัก ความเมตตา อ่อนน้อมต่อธรรมชาติ มีจิตสำนึกต่อส่วนรวม และสามารถเชื่อมโยงศาสตร์และศิลปะต่าง ๆ มาใช้ในการดำรงชีวิตได้อย่างสมดุล ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ทำให้มนุษย์เกิด “ปัญญา” และสามารถอยู่ร่วมกันเป็นสังคมได้อย่างสันติ (ปรับจากอนุชาติ พวงสำลี, Gotoknow, 2007) *ซึ่งจากการเก็บข้อมูลในพื้นที่ พบว่า บางท่านในเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายใช้คำว่า จิตตปัญญา แทนคำว่า จิตวิญญาณ และแทนคำว่าสุขภาวะทางปัญญา ด้วย*

5. สุขภาวะทางจิตวิญญาณหรือมิติจิตวิญญาณ (Spiritual Health and Well-being) จากการทบทวนเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง[9] พบว่า มีหลายนิยามและหลายความหมายมาก ซึ่งพระวิชิต ธมฺมชิโต (2559: หน้า 15) ได้กล่าวไว้ด้วยว่า คำว่า spiritual well-being หรือ spiritual health นั้นมีความหมายที่แตกต่างกันไปตามสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อและโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความแตกต่างในความเชื่อทางศาสนาของแต่ละท้องถิ่น จึงไม่สามารถให้คำนิยามหรือหามาตรวัดออกมาได้อย่างชัดเจน

อย่างไรก็ดี จากการอ่านทบทวนเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง อาจจะพอสรุปได้ว่า มีความคล้ายคลึงกันหรือมีลักษณะร่วมกันในบางประเด็น คือ การไม่เห็นแก่ตัว และการหลุดพ้นจากการถูกบีบคั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การถูกบีบคั้นจากความไม่รู้ หรือ ภาวะของการหลุดพ้นจากการมี “ตัวตน” (self-transcendence) ทำให้รู้สึกมีอิสรภาพ, มีความผ่อนคลาย/เบาสบาย, มีความรู้สึกปีติยินดี, มีเมตตากรุณา, มีการเสียสละ มีความสงบร่มเย็น ซึ่งในการทำงานของเครือข่ายพุทธิกา ที่เน้นเรื่องนี้ พบว่า มักใช้คำว่า มิติจิตใจหรือจิตวิญญาณหรือจิตตปัญญาแทนคำว่า สุขภาวะทางปัญญา ที่รู้สึกว่าเป็นคำใหญ่ ที่สื่อสารกับกลุ่มคนประเภทต่าง ๆ ได้ยากกว่า

9 ยกตัวอย่างเช่น พระราชวรมุนี (2540), เอกสารของมูลนิธิหมอชาวบ้าน (2544), รายงานสุขภาพคนไทย (2554), วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิตของ พิณนภา แสงสาคร (2554) เรื่อง การสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณในบริบทสังคมไทย, สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, และเอกสารของมูลนิธิ สดศรี-สฤษดิ์วงศ์ (สิงหาคม, 2557) เป็นต้น

6. สุขภาวะทางปัญญา (Intellectual Health and Well-being) ความหมายโดยทั่วไป หมายถึง การมีสติและปัญญารู้ตัวตลอดเวลา สามารถกำหนดตนเองได้ ไม่ตกเป็นทุกข์จากการมีโรคหรือสามารถเผชิญกับภาวะโรคระยะท้ายด้วยสติและปัญญา หรือการตระหนักรู้เกี่ยวกับตนเองและโรคที่เป็นตลอดเวลา โดยไม่นำตนเองไปผูกพันหรือผูกติดหรือปรุงแต่งสิ่งที่เกิดขึ้นจนทำให้เกิดภาวะที่เจ็บปวดทุกข์ทรมานทางจิตใจและอารมณ์ที่รุนแรงตามไปด้วย

สำหรับกรณีของชุดโครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายนั้น ดูเหมือนจะใช้นิยามของพระไพศาล วิสาโล ที่ระบุไว้ในเอกสารรายงานผลการดำเนินงานของโครงการ ฯ ที่นำส่ง สสส. (หน้า 6) ว่า *"สุขภาวะทางปัญญา คือ การมีความรู้และความคิดที่ถูกต้องดีงาม ช่วยให้ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข รู้จักคิดหรือพิจารณาด้วยเหตุผลจนสามารถแก้ปัญหา หรือหลุดพ้นจากความทุกข์ ตลอดจนรู้จักดำเนินการต่าง ๆ ให้สำเร็จได้ด้วยวิธีการแห่งปัญญาสามารถเป็นที่พึ่งของตนเองได้"* สำหรับคำสำคัญ (keyword) ที่โครงการนี้นำมาใช้ในการทำงาน คือ คำว่า **"หลุดพ้นจากความทุกข์"** เพราะพิจารณาว่า เป็นคำที่มีความหมายอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยระยะท้าย จึงนำคำนี้มาเป็นจุดเน้นในการขับเคลื่อนการทำงานเพื่อให้ผู้ป่วยหลุดพ้นและได้มีโอกาสเผชิญความตายอย่างสงบ **ดังนั้น ในการวิจัยติดตามและประเมินผลครั้งนี้ ก็ได้ใช้นิยามและจุดเน้นตรงนี้ในการศึกษาทำความเข้าใจสิ่งที่โครงการ ฯ ดำเนินการร่วมกันว่าทำอะไร ทำอย่างไร เกิดผลที่สำคัญอะไร เพื่อให้เกิดการหลุดพ้นจากความทุกข์หรือความทรมานนั้น ทีมงานและเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องสามารถทำได้หรือไม่ มากน้อย เพียงใด อย่างไร**

7. คุณภาพชีวิต หรือ คุณภาพชีวิตระยะท้าย (Quality of Life or Quality End of Life : QOL or QOEL) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระยะท้ายหรือในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่ดีระดับหนึ่ง (แม้จะเจ็บป่วย) อันเป็นผลมาจากการได้รับการดูแลประคับประคองด้านต่าง ๆ อย่างถูกต้องจากผู้ดูแลและทีมรักษาที่เป็นแพทย์พยาบาลและสหวิชาชีพ ทำให้ไม่มีความเจ็บปวดทนทุกข์ทรมานทั้งกายและใจจากโรคที่กำลังประสบอยู่มากจนเกินไป พร้อมทั้งได้อยู่ในสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่มีการจัดการไว้อย่างเหมาะสม สามารถควบคุมความเครียดทางกายและทางจิตใจได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่ตนเองพึงพอใจหรือยอมรับได้ในระดับหนึ่ง

8. การสร้างเสริมสุขภาพและสุขภาวะ (Well-being Promotion or Promotion of Health and Well-Being) น่าจะมีความหมายที่ใกล้เคียงกับคำว่า คุณภาพชีวิต (quality of life) แต่มีมิติของการดำเนินการหรือกระทำการต่าง ๆ เพื่อสนับสนุน ส่งเสริม เอื้ออำนวย เกื้อกูลให้ผู้ป่วย คนในครอบครัว มีสุขภาพและสุขภาวะที่ดีขึ้นในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย, จิตใจ, อารมณ์, สังคม/ครอบครัว, ปัญญา, จิตวิญญาณได้ในระดับหนึ่ง และน่าจะหมายรวมถึง

การจัดการปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือที่ทำให้มีความเครียด ความวิตกกังวล ความห่วงใยด้วย เช่น การส่งเสริมให้มีการจัดการปัญหาต่าง ๆ ที่ค้างคาใจของผู้ป่วย ทั้งเรื่องการเงิน/หนี้สิน/ทรัพย์สิน,บ้าน/ที่อยู่อาศัย/ที่ดิน, อนาคตหรือความสำเร็จของลูกหลาน, การได้พบเพื่อน, การส่งเสริมการคลี่คลายประเด็นความสัมพันธ์/ปฏิสัมพันธ์ประเภทต่าง ๆ ที่อาจสร้างแผลทางจิตใจ หรือรู้สึกไม่สงบ ทำให้ไม่ตายดี ฯลฯ (ส่วนเสริมที่เป็นตัวอย่างรูปธรรมประกอบนี้ได้จากการเก็บข้อมูลในภาคสนามของโครงการประเมินผล ฯ ช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคม-ตุลาคม 2562)

9. มายาคติของสังคม/มายาคติในตัวคน (Myths of Society/Myths of Human Life) หมายถึง ประเด็นต่าง ๆ ที่สังคม/ปัจเจกบุคคล/มนุษย์เรายังไม่ยอมรับ แม้สิ่งนั้นเป็นความจริงหรือเรื่องจริง แต่ก็พยายามสร้างสิ่งต่าง ๆ มาบดบังไว้ ส่วนหนึ่งเพราะความเป็นจริงดังกล่าวเป็นสิ่งที่เจ็บปวด ขมขื่น รู้สึกน่าละอาย ทำให้เกิดความอึดอัด-ขัดข้องทั้งทางกาย/ใจ/อารมณ์ความรู้สึก และยังยอมรับไม่ได้ จึงพยายามสร้างกลไกการป้องกันต่าง ๆ ขึ้นมาบดบังหรือสื่อสารแบบบิดเบี้ยว (distorted communication) ไม่ตรงกับความจริง จนทำให้กลายเป็นความเคยชิน หรืออยู่กับ “มายาคติ” ดังกล่าวอย่างขาดการตั้งคำถามหรือไม่อยากพูดถึงสิ่งนี้เกิดขึ้นได้ทั้งในระดับปัจเจก กลุ่ม/ทีมงาน ครอบครัว ศูนย์/องค์กร ชุมชน/หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด คลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster : PCC) เขตสุขภาพ และสังคม/ประเทศ

10. การถอดรื้อมายาคติ (Deconstruction) หมายถึง การที่โครงการทำการสื่อสารเชิงรุก เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องวิธีคิด วิธีมอง วิธีการรับรู้ของผู้เกี่ยวข้อง/กลุ่มเป้าหมายประเภทต่าง ๆ ของโครงการ ด้วยวิธีการ/กลยุทธ์ต่าง ๆ ที่หลากหลาย เช่น การใช้สุนทรียสนทนา (dialogue), การสร้างกระบวนการตระหนักรู้เชิงวิพากษ์ (critical learning process), การสร้างความตระหนักร่วมกับบุคคลที่มีอิทธิพลในวงการต่าง ๆ (influencer), การใช้กิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ต่าง ๆ หลายประเภท เช่น การเยียวยาทางจิตใจและจิตวิญญาณ การเยียวยาผู้ดูแล เช่น พยาบาล จิตอาสา ไปจนถึงการถอดรื้อมายาคติของแพทย์ที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง สำหรับคำเหล่านี้ มักใช้หรือปรากฏอยู่ในโครงการสร้างความตระหนักรู้สู่วิถีการตายอย่างสงบ และโครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

11. ภาวะกตัญญูเฉียบพลัน เป็นคำศัพท์เชิงปรากฏการณ์และเชิงปฏิบัติการที่พบบ่อยมากในเกือบทุกพื้นที่ ขณะไปเก็บข้อมูล (อาจเรียกได้ว่าเป็น grounded term ในภาษาอังกฤษ) ซึ่งใช้โดยบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล เพื่อเป็นการสะท้อนปัญหาที่บุคลากรต้องเผชิญในช่วงสุดท้ายของผู้ป่วยที่ไม่ควรยื้อการรักษาต่อไปอีก เพราะไม่เป็นผลดีต่อผู้ป่วย อาจทำให้ทุกข์ทรมาน ไม่ได้รับโอกาสตายดีตามความประสงค์ของผู้ป่วย แต่ในหลาย ๆ กรณีก็ไม่สามารถดำเนินการตามที่ผู้ป่วยสั่งไว้ด้วยวาจา หรือ อาจเขียนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาไม่รับบริการบางอย่างในช่วงสุดท้าย (living will) เนื่องจากมีการปรากฏตัวของญาติผู้ป่วย ที่ต้องการให้มีการรักษาจนถึงที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นลูกหรือญาติสนิทที่อยู่ทางไกล และปกติที่ผ่านมาคนเหล่านี้มักไม่ค่อยได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยด้วยเหตุผลต่าง ๆ เช่น อยู่ไกล มีปัญหาขัดแย้งไม่ลงรอยกัน ฯลฯ (ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่พบมักมีสถานภาพเป็นพ่อหรือแม่ของผู้ปรากฏตัว) และส่วนใหญ่ลูกหรือญาติทางไกลเหล่านี้มักจะคิดว่าการให้แพทย์รักษาให้ถึงที่สุดเป็นการแสดงความกตัญญูครั้งสุดท้ายที่ตนเองสามารถทำให้กับพ่อแม่ของตนได้

ซึ่งภาวะกตัญญูเฉียบพลันดังกล่าวส่งผลกระทบเป็นอย่างมากต่อกระบวนการตัดสินใจของผู้ดูแลใกล้ชิด และต่อทีมแพทย์พยาบาลในการทำตามความประสงค์ของผู้ป่วย และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เผชิญภาวะกตัญญูเฉียบพลันมักลงเอยด้วยการถูกใส่ท่อ สายอาหารทางจมูก เจาะคอ และสารกระตุ้นต่าง ๆ เพื่อยืดเวลาการตายออกไปให้นานที่สุด แต่พบว่า หลังจากนั้นไม่นาน ส่วนใหญ่ก็ต้องตายคาท่อ (หรือบางคนอาจอยู่นานหลายเดือน แต่ก็เหมือนคนที่ตายแล้ว เพราะสมองไม่รับรู้แล้ว) ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ซึ่งถือเป็นความสูญเปล่า/ไร้ประโยชน์ (futility) และมักทำให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัวตามมาด้วย

12. การบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice Care) สำหรับในบริบทของประเทศไทย ได้มีการนิยามไว้ว่า หมายถึง การให้การดูแลรักษาแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต โดยทีมสหวิชาชีพ ในสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่มีการจัดการไว้อย่างเหมาะสม ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจะมีหลายแง่มุม มีจุดเน้นแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากจุดมุ่งหมายไม่ใช่การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรือการควบคุมโรค แต่เป็นไปเพื่อการบรรเทาความทุกข์ทรมานและสร้างเสริมคุณภาพชีวิต (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคนอื่น ๆ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2561) ซึ่งจะเห็นว่า นิยามและความหมายของคำว่าการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายโดย นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ ณ ที่นี้ ก็ไม่ได้มีความแตกต่างจากนิยามหรือความหมายของคำว่า การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) สักเท่าไหร่

นอกจากนี้ นพ. จิรุตม์ ได้เน้นย้ำว่า หัวใจสำคัญของการมุ่งเน้นที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายนั้น จำเป็นต้องอาศัย 3 เรื่องสำคัญ คือ 1) การดูแลแบบประคับประคอง 2) การส่งเสริมบทบาทเชิงรุกของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นบริบทที่มีความสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของประเทศไทย และ 3) การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ภายใต้หลักการของการจัดการดูแลแบบบูรณาการ และการมีกลไกการดูแลร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่มีสูตรสำเร็จ และควรเน้นการจัดการความสัมพันธ์ของคนในบ้านและครอบครัว เพราะสิ่งนี้ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่ดีของผู้ป่วยระยะท้าย



2) แนวคิด ทฤษฎี วิธีวิทยา ที่ใช้ในการกำหนดกรอบการวิจัย ติดตามและประเมินผล

ในการศึกษา วิจัย ติดตามและประเมินผลครั้งนี้ จะมุ่งเน้นไปที่การประเมินความสำเร็จ หรือไม่สำเร็จ ตามข้อเสนอ วัตถุประสงค์ ผลลัพธ์หรือเป้าหมายเชิงผลผลิตและผลลัพธ์ที่ทั้งสามชุดโครงการระบุไว้ โดยเป็นการประเมินภาพรวมการขับเคลื่อน พร้อมทั้งการทำความเข้าใจและสร้างความรู้เกี่ยวกับประเด็นหรือจุดเน้น (focus) ที่สำคัญของแต่ละชุดโครงการ และโครงการย่อยบางส่วนด้วย

ดังนั้น จึงให้ความสำคัญกับแนวคิดและทฤษฎีในการประเมินผลของ Patton (1997) ในเรื่องการประเมินที่มุ่งเน้นการนำไปใช้ประโยชน์ (utilization-focused evaluation: UFE) ซึ่งเป็นแนวคิดและทฤษฎีการประเมินที่เสนอว่า ในการประเมินผลนั้น เราสามารถทำการประเมินแบบมุ่งเน้นไปที่ ประเด็นใดประเด็นหนึ่ง เรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือแง่มุมใดแง่มุมหนึ่ง กล่าวคือ ถ้าเราต้องการใช้ประโยชน์ในด้านใด หรือเรื่องใด ก็มุ่งเน้นการประเมินไปที่เรื่องนั้น ๆ ไม่จำเป็นต้องประเมินทุกเรื่อง ทุกด้าน ซึ่ง Patton ได้แบ่งจุดเน้นของการประเมินไว้ทั้งหมดประมาณ 40 จุดเน้นด้วยกัน (โปรดอ่านรายละเอียดใน Patton, 1997; และอรทัย อาจอ่ำ; 2549, 2550)

สำหรับในโครงการนี้ ได้พิจารณาเห็นว่า การขับเคลื่อนเรื่องการดูแลหรือการสร้างเสริมสุขภาวะในช่วงท้ายของชีวิต หรือที่ใช้อีกคำหนึ่งว่า การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือที่บางคน หรือบางโครงการ โดยเฉพาะในโครงการย่อยต่าง ๆ เรียกว่า การบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (palliative care) หรือ การบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (hospice care) ยังคงเป็นประเด็นที่ใหม่สำหรับประเทศไทย หรือสังคมไทยยังไม่ค่อยให้ความสำคัญ หรือยังมองว่าเป็นเรื่องไกลตัว ทั้ง ๆ ที่สังคมไทยกำลังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเป็นสังคมสูงวัยเต็มตัว หรือที่เรียกว่า “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (complete aged society) ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้านี้ หรือประมาณปี พ.ศ. 2564 (สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558, มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 26-27)[10] และยังมีความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นด้วย

จากการอ่านเอกสารที่เกี่ยวข้องของชุดโครงการและโครงการย่อยต่าง ๆ ของบางชุดโครงการโดยเฉพาะ โครงการสร้างความตระหนักทางสังคมเกี่ยวกับวิถีการตายอย่างสงบ ได้ระบุไว้ด้วยว่า จากประสบการณ์ในการทำงานของโครงการ พบว่า คนส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ เนื่องจากมีมายาคติเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ อาทิเช่น ยังคงมองว่า

10 สำหรับคำว่า สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด

การพูดถึงความตายเป็นเรื่องอัปมงคล หรือ เป็นเรื่องอกตัญญู (กรณีที่มีการเตรียมเรื่องการตายให้กับบุพการี หรือญาติพี่น้อง โดยเฉพาะญาติผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วย) หรือพบว่า คนส่วนใหญ่ยังมีความสุขอยู่กับวัตถุ หรือผูกยึดติดกับวัตถุ ทำให้หลงใหลในปัจจัยภายนอกเหล่านี้ หรือไม่ต้องการพูดถึงการตาย หรือไม่ยอมรับความจริงเรื่องความตาย ทั้ง ๆ ที่บริบทใหญ่ของสังคมเป็นสังคมพุทธ ที่พระพุทธองค์ทรงตรัสรู้เรื่องหลักความจริงเกี่ยวกับชีวิตไว้อย่างกระจ่างชัด ไม่ว่าจะเป็น การเกิด การแก่ การเจ็บ และการตาย

แสดงให้เห็นว่า สังคมไทยเป็นสังคมที่มีภาวะย้อนแย้งในตนเองสูง (paradox) หรือยังก้าวไม่พ้นมายาคติ (myth) ซึ่งจากการไปเก็บข้อมูลภายใต้โครงการประเมินผลในครั้งนี้ ก็ยังคงพบว่าบุคลากรหรือวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ/โภชนากร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา แพทย์แผนไทย พระสงฆ์ จิตอาสา อาสาสมัครสาธารณสุขฯ เป็นต้น ส่วนใหญ่ก็ยังคงสะท้อนว่า คนจำนวนมากหรือประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ทราบเกี่ยวกับเรื่อง การดูแลแบบประคับประคอง การตายดี หรือการเตรียมตัวเผชิญกับเรื่องนี้ ถึงแม้จะทุ่มเททำงานกันมาหลายปี แต่คนก็ยังไม่ค่อยเปลี่ยน ซึ่งเรื่องนี้มีความสำคัญมากต่อการขบคิดประเด็นการขับเคลื่อนในระยะต่อไป

ดังนั้น การกำหนดกรอบในการประเมินผลครั้งนี้ จึงให้ความสำคัญกับการประเมินผลที่มุ่งเน้นไปที่ **ประเด็นสำคัญต่าง ๆ ที่ปรากฏ** (emerging critical issues) จากการทำงานในพื้นที่ หรือที่มีนัยสำคัญต่อการทำงานของชุดโครงการ หรือ บางประเด็น บางปัจจัย อาจถึงขั้นเป็นตัวกำหนดความสำเร็จหรือไม่สำเร็จในการทำงานของชุดโครงการแต่ละชุดเลยด้วยซ้ำ (determinants of the success of the project)

นอกจากนี้ ยังให้ความสำคัญกับ**บริบทเฉพาะหรือมุ่งเน้นในการทำความเข้าใจบริบทเฉพาะ** (specific context or context focus) ของแต่ละพื้นที่ แต่ละองค์กร/สถาบัน/เครือข่าย และบางโครงการย่อยที่เลือกขึ้นมาศึกษา เพื่อทำความเข้าใจลักษณะเฉพาะในการขับเคลื่อนของแต่ละแห่ง แต่ละพื้นที่ แต่ละองค์กร/สถาบัน/เครือข่าย หรือบางโครงการย่อยที่มีความแตกต่างกันในเรื่องบริบท ไม่ว่าจะเป็นบริบทในระดับใดหรือประเภทใดก็ตาม ทั้งนี้เพื่อสร้างความรู้ที่ขึ้นกับบริบทเฉพาะ (context-dependent knowledge) หรือเป็นการประเมินที่มุ่งเน้นไปที่การสร้างความรู้ และการถอดบทเรียนสำคัญด้วย (knowledge and lesson-learned focus) แต่ก็ยังคงให้ความสำคัญกับแนวคิดตรวจสอบได้ในทางสังคม (social accountability) ควบคู่กันไปด้วย เพราะเป็นชุดโครงการที่ใช้ทรัพยากรของสังคม (social resources) ที่ได้มาจากภาษีสรรพสามิต หรือภาษีจากผู้ดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ ดังนั้น ในเรื่องนี้จึงจำเป็นต้องทำการประเมินเพื่อดูว่าโครงการที่กำหนดไว้ประสบผลสำเร็จตามความมุ่งหวัง

อยากเห็นหรือไม่ มากน้อยเพียงใด อย่างไร เพื่อเป็นการแสดงความรับผิดชอบหรือการตรวจสอบได้ทางสังคม (social accountability)

นอกเหนือจากนั้น จากการทบทวนเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะเอกสารต้นฉบับเกี่ยวกับเรื่อง การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) และการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (hospice care) ทั้งของอังกฤษและอเมริกา ทำให้ทราบว่า สองสิ่งนี้ไม่เหมือนกัน หรือไม่ใช่สิ่งเดียวกัน หรือมีจุดเน้นที่แตกต่างกัน แต่ดูเหมือนว่า ในเมืองไทยจะใช้คำว่า Palliative Care และ Hospice Care แทนกัน หรือสลับกันไปมา

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องทำการประเมินเพื่อนำไปสู่การทำความเข้าใจร่วมกันว่าแผนงานหรือชุดโครงการทั้งสามนี้ได้ให้ความสำคัญกับการสื่อสารนิยามและความหมายให้ตรงกันทั้งหมดทุกระดับหรือไม่ อย่างไร เพื่อนำไปสู่การปรับหรือพัฒนาข้อเสนอโครงการ ที่มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น หรือมีความเข้าใจที่ตรงกันหรือมีจุดร่วมกันในระดับหนึ่ง หรือที่เรียกว่าการประเมินเชิงการพัฒนาโครงการ (formative evaluation) กรณีที่อาจจะมีการสนับสนุนให้ดำเนินการในระยะต่อไปอีก จะได้มีการจัดทำข้อเสนอโครงการที่มีความชัดเจนยิ่งขึ้น หรือมีจุดเน้นในการทำงานที่ทำให้เกิดผลที่เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น ไม่ใช่ประเมินเฉพาะผลสรุปหรือผลรวมสุดท้าย (summative evaluation) เท่านั้น

ดังนั้น จึงจะให้ความสำคัญกับการตรวจสอบหรือประเมินในเชิงการก่อรูปของชุดโครงการนี้ด้วยว่า ได้ให้ความสำคัญกับการสื่อสารคำหลัก (keyword) หรือแนวคิดหลัก (core concept) ของชุดโครงการในบรรดาผู้เกี่ยวข้อง/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตั้งแต่ต้นหรือไม่ ถ้ามีสื่อสารว่าอย่างไรบ้าง ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายมีความเข้าใจที่ตรงกันตั้งแต่ต้นหรือไม่ และ สิ่งเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการขับเคลื่อน และการทำงานของโครงการ รวมถึงต่อความสำเร็จต่าง ๆ มากน้อยเพียงใด อย่างไร

นอกจากนี้ ยังเป็นการประเมินที่มุ่งเน้นไปที่การปฏิบัติการหรือการดำเนินการของโครงการ (implementation focus evaluation) เพื่อดูว่า โครงการได้ดำเนินการตามที่เขียนหรือออกแบบไว้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด อย่างไร ถ้ามีการปรับเปลี่ยนหรือไม่ได้เป็นไปตามที่ออกแบบไว้ เพราะอะไร และมีประเด็นอะไรที่เกิดขึ้นในระหว่างการปฏิบัติการหรือการดำเนินการโครงการที่มีความน่าสนใจ เพื่อการเรียนรู้ร่วมกันในการออกแบบโครงการในระยะต่อไป เพราะที่ผ่านมา พบว่า มีโครงการของ สสส. จำนวนหนึ่งที่ไม่ได้ดำเนินการตามที่เขียนหรือออกแบบไว้ แต่ก็มักจะไม่ได้บอกเหตุผลว่าทำไมจึงเป็นเช่นนั้น

โดยสรุป การกำหนดกรอบแนวทางในการประเมินครั้งนี้ เป็นการผสมผสานกันระหว่างฐานคติในการตรวจสอบได้ทางสังคม (social accountability perspective) เข้ากับฐานคติ

ในการสร้างความรู้ทางสังคม (social inquiry perspective) ที่มีจุดเน้น กล่าวคือ เน้นไปที่ประเด็นสำคัญที่ปรากฏออกมาท่ามกลางการทำงาน (emerging critical issues focus) เน้นบริบท (context-focus) และเน้นเรื่องความรู้และบทเรียน (knowledge and lessons-learned focus) ซึ่งสามารถนำเสนอกรอบและประเด็นที่เป็นจุดเน้นในการประเมินผล ในรูปของแผนภาพที่ 4 (diagram) ได้ดังนี้คือ

แผนภาพ 4 กรอบและจุดเน้นในการประเมิน: ใช้ฐานคิด/ฐานคติแบบผสมผสาน



3) กรอบแนวคิดและทฤษฎีการแพร่กระจายและกระบวนการยอมรับนวัตกรรมของโรเจอร์สและชูเมกเกอร์

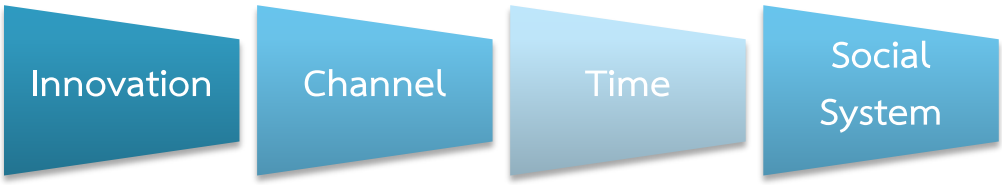
นอกจากนี้ โครงการศึกษา วิจัย ติดตามและประเมินผลในครั้งนี้ ยังให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากการทำงานของชุดโครงการด้วยว่า ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ขึ้นหรือไม่ ตรงจุดไหนของระบบ มากน้อยเพียงใด อย่างไร อะไรคือปัจจัย-องค์ประกอบของการเปลี่ยนแปลง หรือการยอมรับนวัตกรรม ความคิด แนวคิดเกี่ยวกับดูแล/บริบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง หรือการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต รวมถึงการนำมิติสุขภาวะทางปัญญาเข้ามาในระบบ PC โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและนโยบาย และการเปลี่ยนแปลงด้านศักยภาพ ความสามารถด้านต่าง ๆ ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงผู้ดูแลอาสา/จิตอาสา ที่เข้าร่วมโครงการ นอกจากปัจจัยระดับบุคคลต่าง ๆ แล้ว ปัจจัยระดับองค์กร/หน่วยงาน, ปัจจัยระดับโครงสร้าง/พื้นที่/ชุมชน และปัจจัยระดับโครงการ รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวนวัตกรรม/ความคิด/แนวคิด ก็ล้วนแต่เกี่ยวข้องกับการยอมรับหรือไม่ยอมรับแนวคิดใหม่หรือนวัตกรรมทางความคิด แนวคิดใหม่ ๆ ด้วยทั้งสิ้น

สำหรับตัวแนวคิดและทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care : PC) และการดูแลบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (hospice care : HC) เอง ถือว่ายังเป็นแนวคิดที่ค่อนข้างใหม่ในบริบทสังคมไทย หรือยังจำเป็นต้องมีการสื่อสารและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องนี้ค่อนข้างมากในบรรดาผู้เกี่ยวข้อง/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกประเภท ทุกระดับ ดังนั้น จึงไม่ใช่เรื่องที่จะสามารถทำให้เกิดขึ้นได้ง่าย ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แนวคิดเกี่ยวกับการยอมรับการตายอย่างสงบหรือวิถีการตายอย่างสงบ ตามที่ระบุไว้ในโครงการย่อยที่ 1 ของชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายที่รับผิดชอบโดยสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย

นอกจากนี้ ยังพิจารณาเห็นว่า การวิเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกในด้านต่าง ๆ จะทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ จึงเลือกแนวคิดและทฤษฎีที่สามารถช่วยเป็นแนวทางในการวิเคราะห์การรับรู้/รับทราบ, การให้คุณค่า, การประเมินประโยชน์/ความซับซ้อนของนวัตกรรม/ความคิด, ความสามารถในการทดลองใช้ ฯลฯ ที่ล้วนแต่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจของผู้นำองค์กร/หน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง จึงใช้แนวคิดและทฤษฎีการแพร่กระจายและยอมรับนวัตกรรมของ Rogers (1962), Rogers and Shoemaker (1971) แต่เป็นการนำมาประยุกต์ใช้ในบางส่วน และได้มีการปรับภาษาต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับการประเมินเรื่อง

การสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต และ/หรือ การบริบาล/ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

ทั้งนี้ ผู้ประเมินมองว่า ในหลาย ๆ เรื่อง หลาย ๆ ประเด็น ยังเป็นเรื่องที่ค่อนข้างใหม่ หรืออาจเรียกได้ว่าเป็น **"นวัตกรรม"** ประเภทหนึ่งได้เช่นกัน ทั้งนี้ Rogers and Shoemaker (1971) ได้อธิบายเกี่ยวกับ *"กระบวนการเผยแพร่และยอมรับนวัตกรรม"* ไว้ว่า ในกระบวนการเผยแพร่และยอมรับนวัตกรรมนั้น มีองค์ประกอบต่าง ๆ ที่สำคัญ 4 ประการด้วยกันคือ 1) ตัวนวัตกรรม - Innovation 2) ช่องทางในการเผยแพร่ให้เกิดการยอมรับ - Channel 3) ช่วงเวลา - Time) และ 4) ระบบสังคม - Social System



โดยมีรายละเอียดที่สำคัญ ที่จะอธิบายอย่างมีความเชื่อมโยงกับเนื้อหาสาระของโครงการประเมินในครั้งนี้หรือจะได้แสดงให้เห็นด้วยว่า จะนำแนวคิดและทฤษฎีนี้มาประยุกต์ใช้ในการกำหนดกรอบแนวความคิด รวมถึงการอธิบายในบริบทของชุดโครงการนี้และข้อมูลต่าง ๆ ที่จะได้รับมาอย่างไรด้วย ดังนี้คือ

1) ตัวนวัตกรรม (Innovation) ซึ่งนวัตกรรม/ความคิดต่าง ๆ มักมีหลากหลายรูปแบบและยังมีความยากง่ายที่แตกต่างกัน และส่งผลต่อระดับการยอมรับ ซึ่งการที่คน ๆ หนึ่ง หรือใครกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งจะยอมรับนวัตกรรมใหม่ หรือระบบแบบใหม่ หรือความคิดใหม่ ๆ หรือไม่นั้น มักมีปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย 5 ด้าน หรือ 5 มิติด้วยกัน ได้แก่

1.1) ด้านประโยชน์ในเชิงเปรียบเทียบของนวัตกรรม (relative advantage) โดยปกติ คนเราจะมีการเปรียบเทียบในเชิงผลประโยชน์ต่าง ๆ ที่จะได้รับ ระหว่างสิ่งที่เป็นอยู่เดิมกับสิ่งจะรับเข้ามาใหม่ ซึ่งในกรณีของชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายนี้ หมายถึงว่า ผู้รับนวัตกรรมหรือผู้มีส่วนร่วมในการสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย มักจะต้องมีการเปรียบเทียบหรือชั่งตวงวัดว่า สิ่งใหม่หรือแนวคิดใหม่หรือระบบใหม่ที่กำลังพยายามสร้างขึ้นนี้ดีกว่า หรือมีประโยชน์มากกว่าระบบหรือสิ่งที่ปฏิบัติอยู่เดิมหรือไม่อย่างไร และทางชุดโครงการ ได้ให้ความสำคัญกับประเด็นนี้หรือไม่ เช่น จะทำให้ลดค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ลง ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขกายสุขใจมากขึ้นหรือมีความเจ็บปวดทรมานลดลงหรือสามารถหลุดพ้นจากความทุกข์หรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามที่ชุดโครงการ

อยากเห็นในด้านใดบ้าง สิ่งนี้สำคัญอย่างไรต่อระบบการแพทย์และสาธารณสุขหรือระบบบริการที่ควรยึดหลักการในการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ เป็นต้น

1.2) ความสอดคล้อง/ความเข้ากันได้กับแนวคิด ค่านิยม และบรรทัดฐาน ซึ่งจริง ๆ ก็คือ ความรู้สึกของผู้รับนวัตกรรมว่าสิ่งใหม่ที่กำลังพิจารณาอยู่นั้น จะเข้ากันได้หรือมีความสอดคล้องกับค่านิยมและบรรทัดฐานต่างๆ ของตนหรือของทีมงาน หรือขององค์กร/สถาบันหรือไม่ ซึ่งในกรณีของชุดโครงการทั้งสามนี้ ผู้มีส่วนร่วมในโครงการ ทั้งแพทย์, พยาบาล, เภสัชกร, พระสงฆ์ จิตอาสา ผู้นำชุมชน ฯลฯ ก็จะต้องมีการพิจารณาว่านวัตกรรมหรือความรู้แนวคิด การปฏิบัติใหม่ ๆ ต่าง ๆ เกี่ยวกับระบบหรือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนั้น เข้ากับตน องค์กรของตน ผู้ป่วยหรือครอบครัว ชุมชนท้องถิ่นของตน ฯลฯ หรือไม่อย่างไร หรือสามารถใช้ร่วมกันได้ทั้งหมดทุกแห่ง หรือที่จริงแล้วต้องมีการปรับ/ประยุกต์ให้สอดคล้องกับแต่ละแห่ง ซึ่งส่วนใหญ่ พบว่า ถ้าสิ่งที่นำมาใช้ใหม่นี้ไม่ขัดกับค่านิยม บรรทัดฐาน การปฏิบัติที่เป็นอยู่เดิม ก็มักจะยอมรับนวัตกรรมหรือความคิด/แนวคิดใหม่ ๆ และเมื่อยอมรับแล้ว ก็มักจะไม่กลับมาที่เดิม

ดังนั้น ในการประเมินครั้งนี้ จะให้ความสำคัญกับประเด็นนี้ หรือพยายามทำความเข้าใจวัฒนธรรมย่อย ค่านิยม, มุมมอง, บรรทัดฐาน, การปฏิบัติที่เป็นอยู่เดิมของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทุกระดับ ทุกประเภท เพื่อดูด้วยว่าได้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือเกิดการยอมรับแนวคิดหรือการปฏิบัติใหม่ ๆ ได้อย่างแท้จริงหรือไม่ และจะมีความยั่งยืนจริงหรือไม่

1.3) ความสลับซับซ้อนในการทำความเข้าใจและการนำไปใช้ ว่ามีมากน้อยแค่ไหน ซึ่งโดยปกติ ถ้านวัตกรรมยิ่งมีความสลับซับซ้อนมาก ก็มักจะได้รับการตอบสนองน้อยตามไปด้วย ดังนั้น จะมีการพิจารณาในเรื่องความสลับซับซ้อนของนวัตกรรมหรือการปฏิบัติต่าง ๆ โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับการลดความเจ็บปวด (pain) การลดความตึงเครียดทางกายและใจ การช่วยให้หลุดพ้น พ้นทุกข์ การเตรียมตัวเตรียมใจในการจากไป ฯลฯ ว่ามีนวัตกรรมอะไรใหม่ ๆ บ้าง และสามารถนำไปใช้ได้จริงหรือไม่ และถ้าพบว่ามีความสลับซับซ้อน ผู้ใช้นวัตกรรมปรับอย่างไร เพื่อให้สอดรับกับบริบทของตนเอง, ครอบครัว, ชุมชน, องค์กรหรือสถาบัน

1.4) ความสามารถในการนำไปทดลองใช้ได้ (Trial-ability) โดยปกติ ถ้าเป็นนวัตกรรมที่สามารถนำไปปรับหรือทดลองใช้เองได้สักระยะหนึ่งก่อน ก็มักจะได้รับการยอมรับมากกว่าหรือรวดเร็วกว่านวัตกรรมหรือความคิด/แนวคิด/เครื่องมือที่ไม่สามารถนำไปทดลองใช้ก่อน จึงจะดูด้วยว่า ได้มีการให้เวลาในการทดลองใช้หรือไม่ อย่างไร เพราะอะไร

1.5) ความสามารถในการสังเกตเห็นผลได้/มองเห็นผลที่เกิดขึ้นจนเป็นที่สังเกตได้ (Observability) การที่สามารถสังเกตเห็นผลที่ได้รับจากการใช้นวัตกรรม/ความคิด/แนวคิด

ใหม่อย่างเป็นรูปธรรม โดยปกติ ถ้าสามารถได้รับผลอย่างเป็นรูปธรรม หรือสามารถสังเกตเห็นได้ รับรู้ได้ สัมผัสได้ ก็มักจะได้รับการยอมรับอย่างรวดเร็วหรือไม่มีแรงต้านทานต่าง ๆ มากนักหรือ ไม่มีแรงเสียดทานมากเกินไป ซึ่งจากการเก็บข้อมูลโครงการนี้ พบว่า ประเด็นนี้มีความน่าสนใจมาก เพราะมีแพทย์และพยาบาลซึ่งทุ่มเทการทำงานในเรื่องนี้เป็นอย่างมากในหลาย ๆ แห่ง และทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย ทำให้ไม่ทนทุกข์ทรมานและช่วยลดค่าใช้จ่ายให้หน่วยงาน/สถานพยาบาล ทำให้มีเตียงว่างเพื่อรองรับผู้ป่วยได้มากขึ้น แต่คนจำนวนมากก็ยังมองไม่เห็นและทำให้รู้สึกว่าตนเอง/ทีมงาน PC ยังไม่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามที่ต้องการได้อย่างรวดเร็ว แต่ต้องใช้วิธีการเจรจาสื่อสารต่อรอง ชักชวน สร้างแรงจูงใจด้วยกลยุทธ์ต่าง ๆ รวมทั้งยอมถูกต่อว่า กระแนะกระแหน และบางแห่งถึงแม้จะทำมานานแล้ว ก็ยังคงพบว่า ยังมีแรงเสียดทานค่อนข้างสูงจากรอบด้าน ทั้งจากเพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมวิชาชีพ ทีมสหวิชาชีพส่วนงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ที่ต้องมีการประสานเชื่อมโยงกัน และจากญาติผู้ป่วยและสังคมรอบข้างด้วย

2) ช่องทางในการเผยแพร่/สื่อสาร (Channel) สำหรับคำว่า ช่องทางในการสื่อสาร/เผยแพร่ ณ ที่นี้ หมายรวมถึง กระบวนการและวิธีการในการเผยแพร่นวัตกรรม/ความคิด/แนวคิดการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย ว่าเผยแพร่โดยใคร ด้วยวิธีการอะไร หรือเข้าไปที่แหล่งใด ผ่านช่องทางใด หรือจากไหน ไปไหน ด้วยวิธีใด ซึ่งช่องทางการส่งสาร (message) ที่สำคัญที่ Rogers (1962: 17-18) กล่าวไว้คือ สื่อสารมวลชน (mass media channels) และช่องทางความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการระหว่างบุคคล (interpersonal channels) ที่มีการเผชิญหน้าหรือการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลต่อบุคคล หรือกลุ่มบุคคลที่ส่งสารและกลุ่มบุคคลที่รับสาร สำหรับการสื่อสารเชิงยุทธศาสตร์และการสื่อสารสาธารณะของชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย ฯ โดยเฉพาะโครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556-2559 พบว่า โดยหลักใหญ่ มีวัตถุประสงค์เพื่อจะเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มความรู้ การรับรู้ ทัศนคติ ความตระหนัก การปฏิบัติหรือพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้รับสาร (ซึ่งมีหลากหลายประเภท และมีสถานภาพที่แตกต่างกัน) รวมถึงการพัฒนาระบบทั้งระบบบริการและระบบบริหาร ซึ่งในกรณีนี้ จะพิจารณาด้วยว่าโครงการ ฯ ใช้ช่องทางใดเป็นหลักในการสื่อสารหรือเผยแพร่สาระสำคัญของโครงการ โดยเฉพาะกรณีของโครงการย่อยที่ 1 ภายใต้ชุดโครงการที่ 2 ที่มุ่งเน้นเกี่ยวกับการสร้างความ

ตระหนักทางสังคม (social awareness) ต่อเรื่องวิถีการตายอย่างสงบ หรือมรณานุสติ ที่มีกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างหลากหลายเป็นอย่างมาก[11]

นอกจากนี้ ยังพบว่า การทำงานของโครงการย่อยนี้และชุดโครงการที่ 3 ซึ่งก็คือโครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้ให้ความสำคัญในการทำงานเชิงเครือข่าย หรือเชื่อมประสานกับเครือข่ายพุทธิกา หรือใช้เครือข่ายที่มีอยู่เดิมของ สสส. เป็นช่องทางในการเผยแพร่แนวคิด ปรัชญา มุมมอง ทักษะ การปฏิบัติ ฯลฯ ซึ่งเป็นความน่าสนใจเช่นกัน เพราะเท่ากับเป็นการใช้ทุนทางสังคม (social capital) ที่มีอยู่ในการทำงานแบบเชื่อมประสานซึ่งกันและกัน ซึ่งน่าจะยิ่งทำให้เกิดผลได้มากขึ้นใช่หรือไม่อย่างไร

3) ช่วงเวลา (Time) เวลา หรือระยะเวลา ก็เป็นอีกมิติหนึ่งหรือปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการยอมรับหรือไม่ยอมรับนวัตกรรม/ความคิด/แนวคิด โดยเฉพาะการกำหนดช่วงเวลาและระยะเวลาที่เหมาะสม ต่อเนื่อง เป็นเวลาหนึ่งในการเผยแพร่หรือสื่อสารนั้นจะมีผลต่อการยอมรับแนวคิด ความคิด มุมมอง นวัตกรรมใหม่ ๆ ของโครงการ ฯ อย่างแน่นอน เพราะทุกอย่างล้วนต้องใช้เวลา หรือเป็นไปตามครรลองของ “เวลา” ดังนั้น มิติเรื่องเวลา ระยะเวลา/ช่วงเวลา ในการสื่อสาร เผยแพร่ การถ่ายทอดนวัตกรรม/ความคิด/แนวคิด รวมทั้งช่วงระยะเวลาการทำงานที่กำหนดไว้ของทั้งสามชุดโครงการ ก็ได้รับการให้ความสำคัญในการประเมินครั้งนี้ด้วยว่า มีความพอเพียง ความสม่ำเสมอ ความสอดคล้อง ความเหมาะสมกับเนื้อหาสาระหลักและกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ที่มีความแตกต่างกันหรือไม่ ซึ่งจะต้องพิจารณาอย่างมีความเชื่อมโยงกับตัวเนื้อหาสาระของ “สาร” (key message) ที่ใช้ในการเผยแพร่สื่อสาร ถ่ายทอด อบรมเสริมศักยภาพต่าง ๆ ด้วย

4) ระบบสังคม (Social System) ซึ่งหมายถึง ระบบต่าง ๆ ขององค์กร/สังคมที่เป็นอยู่เดิม ที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันระหว่าง ระบบมหภาคและระบบจุลภาค หรือระบบย่อยหรือหน่วยย่อยต่าง ๆ ที่ดำรงอยู่ ที่มีการแบ่งหน้าที่หรือแบ่งงานกันทำหรือการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายบางประการร่วมกัน ซึ่งหน่วยย่อยต่าง ๆ เหล่านี้ อาจจะมีลักษณะที่แตกต่างกัน ทั้งด้านบรรทัดฐานที่ยึดถือร่วมกัน, บทบาทของผู้นำทางความคิด/ผู้นำองค์กรหรือผู้นำการเปลี่ยนแปลง รวมถึงกระบวนการตัดสินใจ หรือการตัดสินใจประเภทต่าง ๆ ของระบบย่อยต่าง ๆ ซึ่ง ณ ที่นี้มีความหมายครอบคลุมถึง ระบบบริการทางการแพทย์ พยาบาล

11 ครอบคลุมทั้งประชาชนทั่วไป, สื่อมวลชน, นักการเมือง, นักธุรกิจ, ผู้นำทางความคิดในสังคม, พระสงฆ์ ฯลฯ และบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ รวมถึงจิตอาสาและคนในครอบครัวของผู้ป่วย

และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย และระบบการบริหารจัดการ รวมทั้งระบบสนับสนุนต่าง ๆ ที่เป็นอยู่เดิมด้วย ดังนั้น การทำความเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอยู่เดิม หรือระบบที่เป็นอยู่เดิม ที่มีความแตกต่างกันว่าปฏิบัติอะไร อย่างไร ผู้เกี่ยวข้อง/ผู้นำทางความคิดเห็น/ผู้นำการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ทั้งระบบใหญ่และระบบย่อยที่เป็นอยู่เดิมเป็นใคร เขามองว่าอย่างไร กระบวนการตัดสินใจเป็นอย่างไร การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการทำงานของชุดโครงการ ฯ หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น สามารถช่วยทำให้ระบบที่เป็นอยู่เดิมดีขึ้น หรือสามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการได้มากขึ้นหรือไม่ อย่างไร หรือ จะสามารถทำให้บรรลุสู่เป้าหมายร่วมกันได้หรือไม่มากน้อยเพียงใด อย่างไร

สำหรับในส่วนที่เกี่ยวกับนวัตกรรม/ความคิด/แนวคิด และปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับนวัตกรรมนี้ สามารถแสดงให้เห็นในรูปของแผนภาพที่ 5 ได้ดังนี้คือ

แผนภาพ 5 ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพร่กระจายและกระบวนการยอมรับนวัตกรรม/ความคิด/แนวคิดใหม่ตามกรอบแนวคิดและทฤษฎีของโรเจอร์สและชูเมกเกอร์



4) กรอบในการวิเคราะห์การขับเคลื่อนของทั้งสามชุดโครงการตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพออตตาวา

นอกจากกรอบการวิเคราะห์ดังกล่าวข้างต้นแล้ว ทาง สสส. ยังมีความประสงค์ที่อยากจะให้ใช้กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพของออตตาวา ปี ค.ศ. 1986 ในการวิเคราะห์ผลการทำงาน/ผลการขับเคลื่อนของชุดโครงการทั้งสามด้วยว่าได้ทำให้เกิดอะไรขึ้นบ้างในมิติต่าง ๆ 5 ด้านของกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวา ซึ่งประกอบด้วย

1) ด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skill) – ซึ่งชุดโครงการทั้งสามเน้นการพัฒนาทักษะ เทคนิค การปฏิบัติและความรู้ความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์/พยาบาล/เภสัชกร, ผู้ดูแล, จิตอาสา, วิทยากร/กระบวนกร, พระสงฆ์ โดยจะวิเคราะห์ว่า ทักษะ/การปฏิบัติ/เทคนิคต่าง ๆ ของปัจเจกบุคคล และ/หรือ กลุ่มบุคคลเหล่านี้ที่ได้รับการพัฒนาให้มีเพิ่มขึ้น ดีขึ้น ใช้การได้มากขึ้น สามารถช่วยลดความทุกข์ ความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายได้นั้นมีอะไรบ้าง ฯลฯ

2) ด้านการเสริมพลังชุมชนเพื่อให้ปฏิบัติการ (Community Strengthening or Strengthen Community Action) ซึ่งจากการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องของทั้งสามชุดโครงการ พบว่า **สามารถทำการวิเคราะห์ได้ใน 2 ระดับ** คือ **หนึ่ง** ในระดับนิยามความหมายตามต้นฉบับของกฎบัตรออตตาวา คือ การพิจารณาว่าโครงการ/ชุดโครงการได้เสริมพลังให้ชุมชนนำทรัพยากรต่าง ๆ ของชุมชนมาใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยครอบครัวและชุมชน หรือเกิดการพัฒนาระบบที่มีความยืดหยุ่นต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน/ภาคสาธารณะ และ/หรือ ชุมชนได้เข้าร่วมเป็นเจ้าของระบบที่พัฒนาขึ้นได้จริงหรือไม่ อย่างไร เพราะอะไร ซึ่งพบว่า ชุมชนที่เข้าร่วมในการพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อการดูแลบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายภายใต้ข้อเสนอของโครงการโดยตรงนั้นไม่มี เนื่องจากไม่มีการดำเนินงานตามโครงการนี้ เพราะผู้รับผิดชอบโครงการย่อยนี้ขอถอนตัวกลางคัน

แต่คณะวิจัยได้พบ **“ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน”** (home care : HC) ที่ชุมชนมีส่วนร่วม เช่นที่ ต.เมืองพล อ.พล จ.ขอนแก่น และที่ตำบลอื่น ๆ ในหลาย ๆ พื้นที่ทั่วประเทศหรือในทุกภูมิภาคจำนวนมาก[12] และได้ใช้ ต.เมืองพล เป็นกรณีตัวอย่างในการวิเคราะห์ ที่สะท้อน

12 ซึ่งได้ผนวกภาพการทำงานและรายชื่อชุมชนระดับตำบลที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ ไว้ในส่วนของ “บทวิเคราะห์การขับเคลื่อนและพัฒนาระบบการดูแล PC และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน : มุมมองของกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพของออตตาวา”

ให้เห็นพลังและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สองคือ การใช้นิยามความหมายนี้ในเชิงการประยุกต์ (applied definition) เพราะพบว่ามีเครือข่ายประเภทต่าง ๆ ที่โครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ฯ ได้ทำการแลกเปลี่ยน/สื่อสาร/มีปฏิสัมพันธ์หลายรูปแบบ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ กับกลุ่มคน/ชุมชนที่มีความสนใจร่วมหรือชุมชนวิชาชีพต่าง ๆ

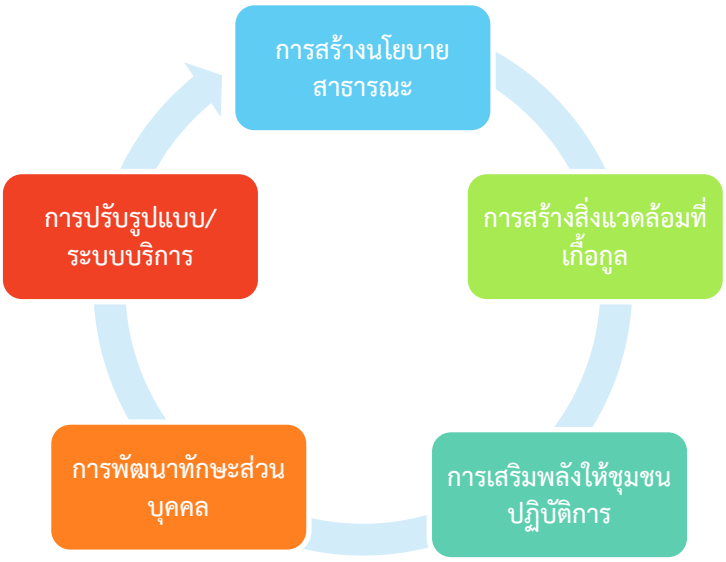
จึงจะทำการปรับนิยามของคำว่า **"การเสริมพลังให้ชุมชนปฏิบัติการ"** เป็น **"การสื่อสารเพื่อให้ชุมชนรับรู้/รับทราบ/แสดงพลังความสามารถ"** และวิเคราะห์ว่ามีชุมชน/เครือข่ายประเภทไหนบ้างที่มีความตื่นตัว หรือ มีการนำทรัพยากรทั้งคน, ความรู้ และทรัพยากรอื่น ๆ ของกลุ่มตน/เครือข่ายหรือชุมชนของตนเข้ามาร่วมในการจัด/พัฒนา/สนับสนุนระบบ PC ซึ่งพบว่า มีชุมชน/เครือข่ายหลายประเภทด้วยกัน ทั้งชุมชน/เครือข่ายของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข, ชุมชน/เครือข่ายออนไลน์ เช่น เครือข่าย Peaceful Death, เครือข่ายช่วยเหลือเรื่องเตียงผู้ป่วย, ชุมชน/เครือข่ายของจิตอาสา/อสม., ชุมชน/เครือข่ายของพระสงฆ์ โดยเฉพาะกลุ่มพระคิลานธรรม และชุมชน/เครือข่ายของผู้สูญเสีย เป็นต้น

3) ด้านการสร้างนโยบายสาธารณะที่ดี (Build Healthy Public Policy) สำหรับในประเด็นนี้ พบว่า จุดเน้นที่สำคัญในเอกสารต้นฉบับของกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวานั้น จะเน้นไปที่ 2 ประเด็นสำคัญ คือ **หนึ่ง** การสร้างนโยบายสาธารณะในการใช้มาตรการต่าง ๆ ทั้งด้านกฎหมาย, ด้านการเงินและการคลัง, ด้านภาษี และด้านการเปลี่ยนแปลงองค์กรในการสร้างเสริมสุขภาพหรือสร้างสุขภาวะ แต่เป็นนโยบายสาธารณะเพื่อประชาชนหรือบุคคลทั่ว ๆ ไป แต่ในโครงการนี้เป็นการดำเนินการเพื่อผู้ป่วยที่มีลักษณะเฉพาะ และ **สอง** คือ การปฏิบัติการร่วมกัน (joint action) เพื่อให้เกิดนโยบายและการดำเนินการต่าง ๆ ที่ดี มีคุณภาพต่อผู้รับบริการ - สำหรับในประเด็นที่สองนี้ โครงการประเมินผลได้นำมาใช้ในการวิเคราะห์ว่าได้เกิดการปฏิบัติการต่าง ๆ ร่วมกันเพื่อสร้างนโยบายและการปฏิบัติที่ดีหลังมีนโยบายแล้ว ณ ที่ไหนบ้าง โดยเฉพาะระดับสถานพยาบาล ระดับเครือข่าย PCC ระดับพื้นที่ที่มีบริบทเฉพาะ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ (หรือ ระดับเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน) ระดับตำบล และระดับชุมชนหมู่บ้าน

4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อหรือสนับสนุนต่อการสร้างเสริมสุขภาวะหรือการส่งเสริมสุขภาพ (Create Supportive Environment) ซึ่ง ณ ที่นี้ เป็นการนำความหมายของกรอบแนวคิดออตตาวาในประเด็นนี้มาใช้ในระดับประยุกต์และที่ตรงกับเรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ก็คือ แนวคิดการดูแลซึ่งกันและกัน (to take care of each other) เพราะเนื้อหานอกจากนั้นที่ปรากฏในเอกสารต้นฉบับ พบว่า เน้นไปที่เรื่องสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมในการทำงานของบุคคลทั่วไปเป็นหลัก ซึ่งไม่สอดคล้องกับการประเมินเรื่องนี้เท่าใด ดังนั้น สำหรับแนวคิดการดูแลซึ่งกันและกัน ก็จะประเมินว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จิตอาสา/อสม. พระสงฆ์ ผู้ดูแล/บุคคลในครอบครัว ชุมชน ผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องการดูแลซึ่งกันและกันมากน้อยเพียงใด อย่างไร

5) การปรับปรุงหรือจัดรูปแบบบริการแบบใหม่หรือการปรับระบบบริการ (Improving or Reorienting Health Services) ซึ่งในข้อนี้ก็เช่นกัน ที่พบว่าในเอกสารต้นฉบับเน้นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพแทนการรักษาและการให้บริการทางคลินิก แต่สำหรับในบริบทของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายนั้น การให้การรักษา การลดความเจ็บปวด/ความทุกข์ทรมานด้วยยา หรือการดูแลรักษาในคลินิกหรือในหอผู้ป่วย หรือแม้แต่การดูแลผู้ป่วยติดเตียงอยู่ที่บ้าน (Home Ward) เป็นสิ่งที่สำคัญมาก ไม่สามารถยกเลิกหรือเปลี่ยนไปมุ่งเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพเพียงด้านเดียวได้ แต่จุดเน้นต้องอยู่ที่การรักษา แต่ต้องเป็นการรักษาที่คำนึงถึงจิตใจ, ความต้องการด้านอื่น ๆ ไม่ใช่แค่การดูแลเฉพาะทางกาย หรือการเจ็บป่วยตามอาการเท่านั้น และที่เกี่ยวข้องกับบริบทของเรื่องนี้อีกประการหนึ่ง คือ การเปลี่ยนทัศนคติของผู้เกี่ยวข้อง ตรงนี้ได้นำมาใช้ในการอธิบายการทำงาน/กระบวนการขับเคลื่อน และผลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นที่มีความเชื่อมโยงกับมิติการปรับระบบบริการและระบบบริหารที่เสริมให้ระบบบริการสามารถดำเนินการต่อไปได้ ซึ่งสามารถแสดงแผนภาพความสัมพันธ์ของทั้ง 5 มิติของกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวา ค.ศ. 1986 (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986) ในแผนภาพที่ 6 ดังนี้คือ

แผนภาพ 6 กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพของออตตาวา ที่ใช้ในการวิเคราะห์การขับเคลื่อน/การทำงานของชุดโครงการการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต





5) กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องหรือมีความสัมพันธ์กับศักยภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ ทักษะ และการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและจิตอาสา

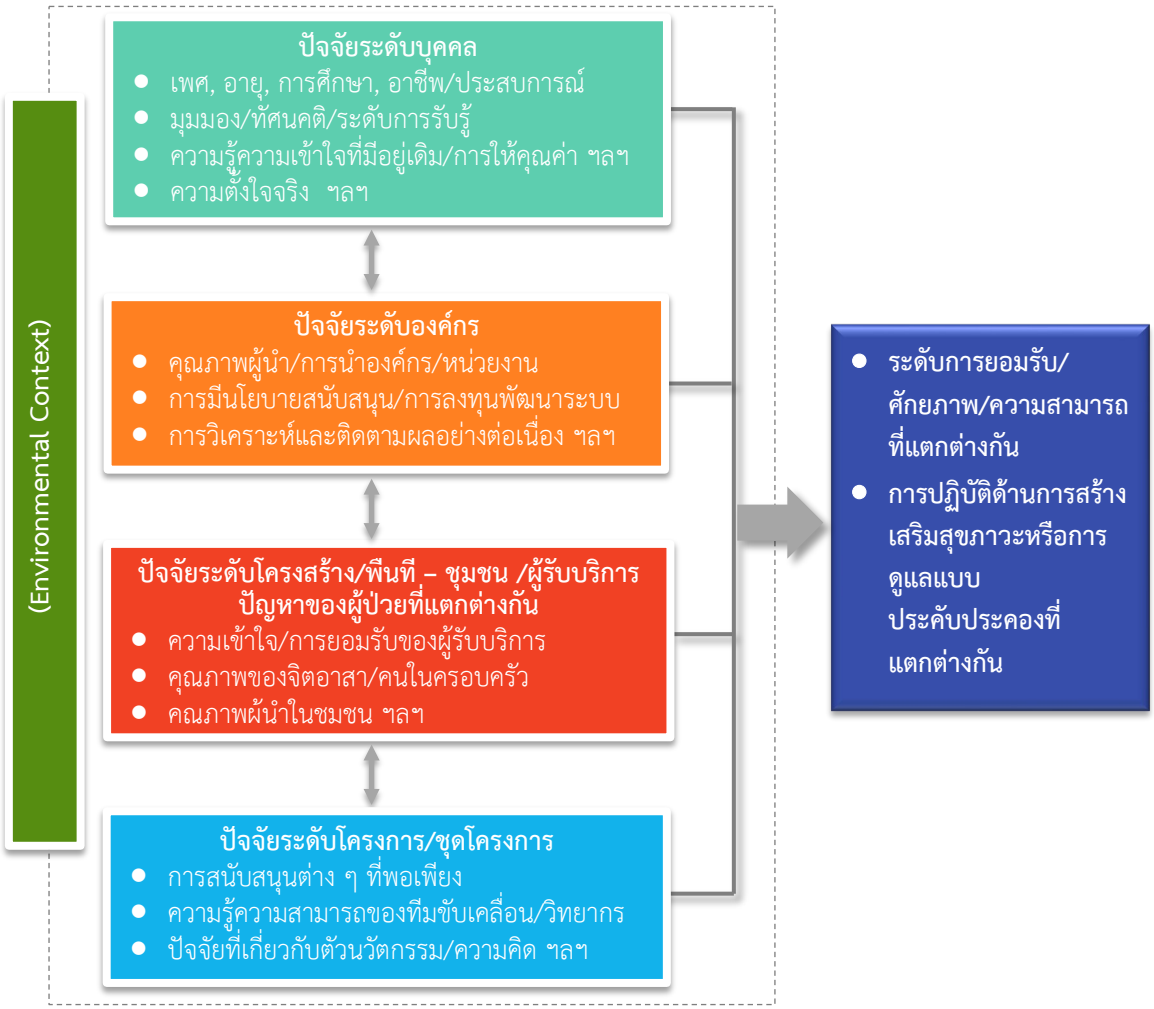
นอกจากนี้ โครงการวิจัย ติดตามและประเมินผลในครั้งนี้ยังให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ความสำเร็จตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของบางชุดโครงการ ฯ ที่เชื่อมโยงกับคำถามการวิจัยในเชิงปริมาณ โดยเฉพาะข้อที่ 8-9 เช่น โครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และโครงการย่อยบางโครงการในชุดโครงการที่ 2 เช่น โครงการสร้างความตระหนักของสังคมเกี่ยวกับวิถีการตายอย่างสงบ เพื่อดูความสำเร็จหรือไม่สำเร็จในการสร้างการยอมรับ การเพิ่มศักยภาพด้านต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและการปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือต่อแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง หรือการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย นั้นว่ามีความเกี่ยวข้องกับปัจจัย-องค์ประกอบในระดับต่าง ๆ มากน้อยแค่ไหน ซึ่งในเบื้องต้นได้คาดการณ์ไว้ว่าน่าจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับปัจจัย-องค์ประกอบต่าง ๆ ในหลาย ๆ ระดับ

ทั้งปัจจัยระดับปัจเจกบุคคลของแพทย์ พยาบาล เภสัชกร จิตอาสา พระสงฆ์ เช่น เพศ อายุ ประสบการณ์ การศึกษา และระยะเวลาในการทำงาน การเรียนรู้ กระบวนทัศน์/มุมมอง/ทัศนคติส่วนบุคคล/การให้คุณค่าในเรื่องการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย ความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่เดิมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาวะ/การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การตีความเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาวะ ทัศนคติและการให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาวะ ฯลฯ สำหรับปัจจัยระดับองค์กร/หน่วยงาน และบริบทแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คุณภาพของผู้นำและความสามารถในการนำองค์กรหรือหน่วยงานหรือหน่วยการพยาบาล การมีนโยบายและการส่งเสริม/สนับสนุนในการพัฒนาระบบบริการขององค์กร/หน่วยงานอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม การสร้างบรรยากาศ สิ่งแวดล้อมและกระบวนการเรียนรู้ในองค์กร การมีตัวอย่างรูปธรรมในการเรียนรู้ที่ชัดเจน การวิเคราะห์และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง การมีฐานคิดและฐานวิชาการเดิมขององค์กร/หน่วยงาน

นอกจากนี้ ก็ยังมีบริบทและสิ่งแวดล้อมในการทำงานหรือบทบาทของวิชาชีพที่มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ แต่ละชุมชน และปัจจัยระดับโครงสร้าง/พื้นที่-ชุมชน/ผู้รับบริการ ได้แก่ ปัญหาสุขภาพ หรือพยาธิสภาพของผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ ๆ มีความแตกต่างกัน หรือมีความต้องการต่าง ๆ ของแต่ละคน/ครอบครัว/พื้นที่/องค์กรที่แตกต่างกัน การยอมรับของผู้รับบริการและครอบครัว ฯลฯ และปัจจัยระดับโครงการ/ชุดโครงการ หรือการขับเคลื่อน

ของแต่ละโครงการย่อย/ชุดโครงการ ได้แก่ การสื่อสารที่ชัดเจน/เป็นระบบ การให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับนิยามของคำว่า “การสร้างเสริมสุขภาวะและการบริบาลผู้ป่วยในระยะท้าย” หรือ “การขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญา” ตั้งแต่ต้นหรือไม่ การสนับสนุนที่พอเพียงในด้านทรัพยากรต่าง ๆ หลักสูตรการอบรม และเครื่องมือกลไกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง การให้โอกาสและสิทธิในการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนนิยามและความหมายของการสร้างเสริมสุขภาวะไปตามบริบทของแต่ละคน/ครอบครัว/องค์กร/พื้นที่ เป็นต้น และสิ่งที่สำคัญมากอีกประการหนึ่ง ก็คือ ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับลักษณะของตัวนวัตกรรม/ความคิด/แนวคิด (ดังที่แสดงไว้ในแผนภาพที่ 2 ข้างต้น) ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนแต่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องและส่งผลต่อกันอย่างสลับซับซ้อน (โปรดดู กรอบแนวคิด ฯ ในแผนภาพที่ 7 ประกอบด้วย)

แผนภาพ 7 กรอบแนวคิดในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย/องค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับศักยภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ ทักษะและการปฏิบัติที่แตกต่างกันของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และจิตอาสา/ผู้ดูแลอาสา



6) กรอบการวิเคราะห์ขององค์การอนามัยโลก (WHO)

นอกจากนี้ ยังมีกรอบแนวคิดในการทำงานด้าน Palliative Care (PC) และกรอบ 6 เสาหลักในการติดตามการพัฒนาระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO's Palliative Care, 2020, and Six Building Blocks of Health Systems, 2010) ที่มีการเพิ่มเติมเข้ามาภายหลังตามบริบทของศึกษาวิเคราะห์ระบบ PC ของรายงานวิจัย ติดตาม และประเมินผลในครั้งนี้ ที่ควรอิงอยู่กับกรอบในระดับนานาชาติ หรือกรอบสากล เพื่อส่งเสริมการพัฒนาระบบ PC ของประเทศไทย ให้ได้มาตรฐานเดียวกัน หรือได้รับการยอมรับในระดับสากลในโอกาสต่อไป

ทั้งนี้ กรอบ PC ของ WHO เน้นเรื่องการบูรณาการระบบ PC เข้ากับระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary health care: PHC) เพราะ WHO มองว่า ผู้ป่วยระยะท้ายทั่วโลกส่วนใหญ่ต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ซึ่งจำเป็นจะต้องมีระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home care : HC) ที่จะกลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบ PHC นอกจากนี้ WHO ยังให้ความสำคัญกับเรื่องทัศนคติและความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ PC เพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาด และเพื่อให้เกิดความครอบคลุมในประเด็นต่าง ๆ ที่สำคัญ และยังให้ความสำคัญกับปัญหาอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบ PC ที่ทุกประเทศควรก้าวข้ามให้ได้ ซึ่งรายละเอียดเกี่ยวกับกรอบ PC ของ WHO ได้นำเสนอไว้ในบทวิเคราะห์การพัฒนาระบบ PC : มุมมองของกรอบ WHO ในรายงานเล่มนี้แล้ว

สำหรับกรอบ 6 เสาหลักด้านการติดตามการพัฒนาระบบสุขภาพ หรือระบบ PC นั้น ได้ผนวกเข้ามาตามความประสงค์ของ สสส. แต่คณะวิจัยก็เห็นว่าจะทำให้ได้องค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์เพิ่มขึ้น หรือทำให้เห็นด้วยว่าปัจจุบันระบบ PC ของประเทศไทยอยู่ ณ จุดไหน เมื่อมองจากกรอบ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นการประยุกต์ใช้ในการอธิบายระบบ PC ไม่ใช่การใช้ตามความหมายต้นฉบับที่เป็นการติดตามการพัฒนาระบบสุขภาพโดยทั่วไป ไม่ใช่เฉพาะระบบ PC

สำหรับ 6 เสาหลัก ณ ที่นี้ ประกอบด้วย 1) การจัดบริการสุขภาพด้าน PC 2) กำลังคนด้าน PC 3) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ด้าน PC ที่จำเป็น 4) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้าน PC 5) การจัดการทางการเงิน/การคลังเพื่อระบบ PC และ 6) คุณภาพการนำและการอภิบาลระบบ (quality leadership and governance) สำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับกรอบ 6 เสาหลักเพื่อการติดตามการพัฒนาระบบสุขภาพ จะขอนำเสนอในรูปแผนภาพต้นฉบับของ WHO (2010) เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงของปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวมาข้างต้นไว้ในบทวิเคราะห์

6. วิธีวิทยาและวิธีการในการวิจัย ติดตามและประเมินผล

1) วิธีการเลือกตัวอย่างและเหตุผล

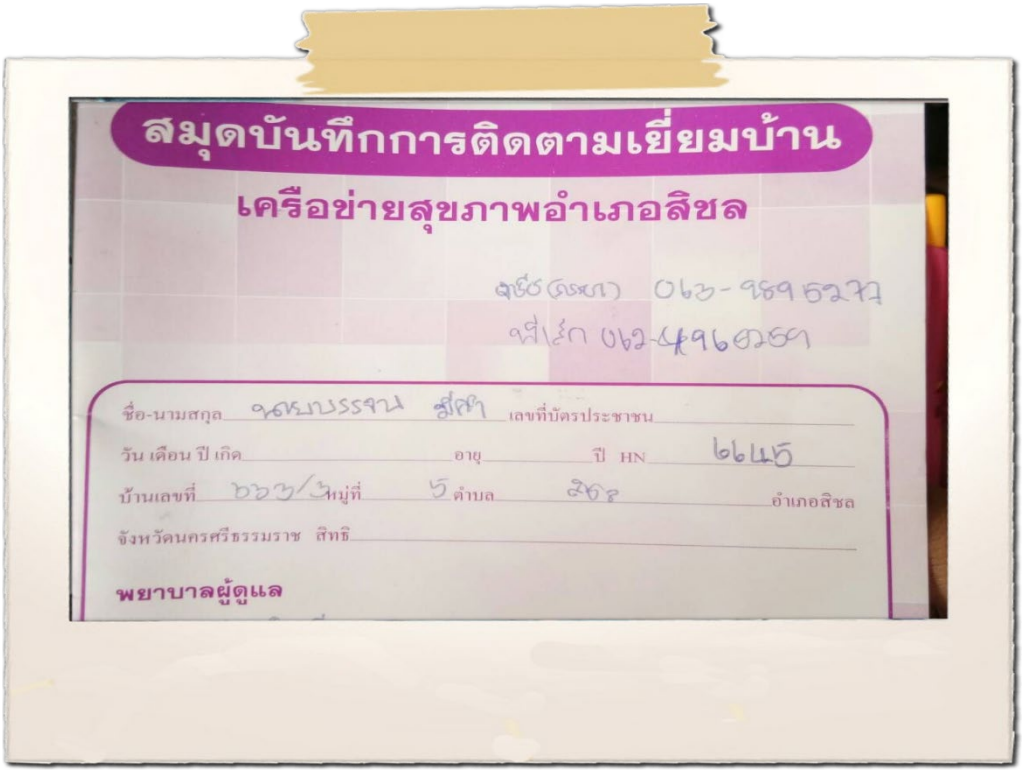
เนื่องจากในการศึกษา วิจัย ติดตามและประเมินผลครั้งนี้ ให้ความสำคัญกับการประเมินเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นการประเมินเชิงลึกและเป็นองค์รวม (in-depth and holistic) โดยเฉพาะการทำความเข้าใจการทำงานหรือการทำหน้าที่ (functioning) ของระบบบริการที่พัฒนาขึ้นที่มีความเชื่อมโยงกับการรับรู้ การให้คุณค่า ความตระหนัก หรือ การให้ความสำคัญกับเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของผู้เกี่ยวข้องประเภทต่าง ๆ จึงจำเป็นต้องทำการประเมินผ่านการศึกษาเฉพาะกรณี (case study) หรือกรณีตัวอย่างต่าง ๆ ที่โดดเด่น (case example) หลายแบบด้วยกัน เพื่อสะท้อนให้เห็นความรู้ที่ขึ้นกับบริบทเฉพาะ (specific context-dependent knowledge) ที่มีนัยสำคัญต่อการทำความเข้าใจความแตกต่างหลากหลาย ทั้งตัวอย่างในระดับโครงการ/ชุดโครงการและโครงการย่อย (ถ้ามีความโดดเด่นหรือมีนัยสำคัญในการขับเคลื่อนหรือการพัฒนา/เปลี่ยนแปลงระบบการบริการในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เช่นกรณีของศูนย์การุณรักษ์และการขยายผลในภาคอีสาน เป็นต้น) สำหรับ**ตัวอย่างระดับศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative Care Center : PCC) ที่ได้เลือกขึ้นมาวิเคราะห์เป็นกรณีตัวอย่างที่โดดเด่น ก็คือ ศูนย์การุณรักษ์ (KPC) ของ รพ. ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**เช่นกัน (ซึ่งอันที่จริง ควรเลือกให้ครอบคลุมทุกภาค หรือภาคละ 1 ศูนย์ PC แต่เวลาการทำงานไม่เพียงพอ)

สำหรับกรณีการพัฒนาระบบที่มีความเชื่อมโยงระหว่างเรื่องเวชศาสตร์สูงอายุและการดูแลแบบประคับประคอง (geriatrics and palliative care) และเป็นระบบที่ไร้รอยต่อ (seamless system) ซึ่งเป็นการขับเคลื่อนทั้งองค์กร ที่มีความเชื่อมโยงกับระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยชุมชน (community-based home care) ที่มีนัยสำคัญมาก ได้เลือก **รพ. ราชพิพัฒน์ กรุงเทพมหานคร** สำหรับกรณีตัวอย่างระดับพื้นที่/ชุมชน/คลินิกหมอครอบครัวที่มีนัยสำคัญต่อการทำความเข้าใจเรื่องระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเชื่อมกับกรอบแนวคิดของ WHO และเชื่อมกับ พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปี พ.ศ. 2562 ได้เลือก**คลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster : PCC) ในเครือข่ายของ รพ. ตรัง อ.เมือง จ.ตรัง**

สำหรับ รพ. ห้วยยอด อ.ห้วยยอด จ.ตรัง และบทบาทของชมรมชายผ้าเหลือง ที่มีพระกฐษดาเป็นผู้ขับเคลื่อนหลักนั้นได้ใช้เป็นตัวอย่างที่สะท้อนให้เห็นการทำงานในระดับชุมชนด้วยแนวคิดชุมชนกรุณาและการเน้นมิติจิตวิญญาณของคนในชุมชนตำบลห้วยยอด ซึ่งถือเป็นตัวอย่างที่โดดเด่นมากในการทำความเข้าใจเรื่องการเตรียมพร้อมในระดับชุมชน

(community-based movement/preparedness for aging society) ให้สามารถรับมือกับการเป็นสังคมสูงวัยที่มีผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยพิการ/รอการฟื้นฟู และผู้ป่วยระยะท้ายจำนวนมาก ซึ่งเป็นการทำงานเชื่อมกับสถานพยาบาลและองค์กรภาคีต่าง ๆ ในชุมชน ที่มีความน่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง

สำหรับกรณีตัวอย่างที่น่าสนใจในการใช้ระบบและโครงสร้างการบริหารเดิมที่มีอยู่แล้วให้เป็นประโยชน์ในการทำงานหรือขยายผลด้าน PC ได้อย่างเป็นระบบและมีนัยสำคัญ ก็คือ **กรณีของ รพ. ศูนย์หาดใหญ่ จ.สงขลา นอกจากนี้ ก็มีกรณีตัวอย่างการพัฒนาระบบ PC ในบริบทของระบบสุขภาพชายแดน ซึ่งเป็นบริบทที่พิเศษ ที่มีภารกิจเพิ่ม และมีประเด็นชาติพันธุ์เพิ่มเข้ามาด้วยนั้น ได้เลือกศึกษา รพ. แม่สอด จ.ตาก และ รพ. แม่อาย จ.เชียงใหม่** ทั้งนี้ **การเลือกกรณีตัวอย่างเพื่อทำการศึกษาประเด็นเชิงลึก ได้ใช้เกณฑ์ความเข้มข้นของข้อมูล (intensity sampling) เพื่อทำความเข้าใจรายละเอียดต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ในเชิงการสร้างความรู้ต่อเนื่อง และเพื่อนำไปสู่การขยายผลในด้านต่าง ๆ ต่อไป** หรือ สสส. อาจใช้เป็นข้อมูลในการผลักดันให้เกิดกรณีตัวอย่างที่ดี ๆ ที่มีการพัฒนาระบบบริการ ภายใต้โครงสร้างเดิมที่วางรากฐานไว้แล้ว หรือภายใต้โครงสร้างใหม่ ๆ ที่สร้างสรรค์ขึ้น รวมไปถึงการส่งเสริมให้มีการริเริ่มหรือพัฒนาเนื้องานที่สำคัญอื่นๆ ไปจนถึงการส่งเสริมการจัดระบบบริการร่วมกับชุมชน การคิดค้นนวัตกรรม/เทคนิค/รูปแบบต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือการขยายเครือข่ายประเภทและระดับต่าง ๆ ต่อไป



2) ประชากรที่ให้ข้อมูล

สำหรับเชิงปริมาณ รวมทั้งหมดจำนวน 501 ราย และเชิงคุณภาพจำนวนทั้งหมด 592 ราย ประชากรที่ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ คือ ประชากรที่ให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม ซึ่งก็คือ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ/โภชนากร นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด แพทย์แผนไทย/แผนจีน เจ้าพนักงานสาธารณสุข ทันตาภิบาล ผู้ช่วยสาธารณสุข ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ฯลฯ รวมถึงพระสงฆ์และจิตอาสา ที่เข้าร่วมเวทีประชุมหรือเวทีให้ข้อมูลที่คณะวิจัยได้ประสานให้มีการจัดขึ้นในวันที่คณะวิจัยเข้าไปเยี่ยมและเก็บข้อมูลในสถานพยาบาลต่าง ๆ จำนวนทั้งหมด 62 แห่ง ใน 18 จังหวัด

ซึ่งบุคลากรทั้งหมดที่เข้าร่วมเวทีประชุมทุกคนมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มากน้อยแตกต่างกันไปตามบริบท แต่บางส่วนอาจจะไม่ได้ร่วมทำแบบสอบถาม เพราะไม่มีเวลา มีภารกิจมาก ต้องรีบไปทำงาน หรือเข้าร่วมได้เฉพาะบางช่วงเวลา และผู้เข้าร่วมบางส่วนอาจนำแบบสอบถามไปให้เพื่อนร่วมงานได้กรอกและส่งกลับทางไปรษณีย์

สำหรับผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 592 ราย คือ ผู้เข้าร่วมเวทีการให้ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นส่วนหนึ่ง และบางส่วนได้เข้าร่วมเวทีประชุมนำเสนอผลงานตลอดรายการทั้งภาคเช้าและภาคบ่าย พร้อมเปิดโอกาสให้นักวิจัยซักถามข้อมูลต่าง ๆ เพิ่มเติมภายหลังจากการนำเสนอผลการทำงาน และบางส่วนมีเวลาให้สัมภาษณ์เชิงลึกหรือให้ข้อมูลรายละเอียดต่าง ๆ เพิ่มเติมหรือนอกเวลาการพูดคุยในห้องประชุมนอกเหนือจากการทำแบบสอบถาม และบางส่วนได้มีการนัดสัมภาษณ์เชิงลึกในวันหลังหรือในวันที่สองหรือสามของการทำงานในภาคสนามของแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะผู้ที่เป็นแกนขับเคลื่อนหลักที่มีข้อมูลมาก หรือผู้บริหารที่มีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนงานขององค์กร ที่ทางผู้รับผิดชอบอยากให้คณะวิจัยสัมภาษณ์ด้วยก็มี

3) วิธีการเก็บข้อมูล

- **ข้อมูลเชิงปริมาณ**

ในการศึกษาวิจัยประเมินผลครั้งนี้ ใช้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สำหรับเชิงปริมาณใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีโครงสร้าง ที่มีการปรับ 2-3 ครั้ง เพื่อให้เข้ากับบริบทหรือความเป็นจริง ก่อนนำไปใช้ ซึ่งในส่วนนี้เป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปทางประชากรและสังคม เช่น อายุ เพศ การศึกษา วิชาชีพ/อาชีพ ตำแหน่ง การเข้าร่วมอบรม ฯลฯ รวมถึงศักยภาพหรือความรู้ความสามารถความเข้าใจ ทักษะและการปฏิบัติต่าง ๆ ต่อผู้ป่วย เหตุผลและแรงจูงใจที่เข้าร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ประสบการณ์ในการทำงาน ทัศนะต่อเรื่องการตายดี จุดแข็ง-สิ่งที่ถนัด จุดอ่อน-สิ่งที่ต้องการเสริมศักยภาพหรือปรับปรุง ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ในการแสดงบทบาทการเป็นผู้เยียวยาดูแลรักษา ในฐานะที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข พระสงฆ์หรือภิกษุอาสาและจิตอาสาหรือ อสม.

- **ข้อมูลเชิงคุณภาพ**

ใช้วิธีการวิเคราะห์และสังเคราะห์เอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องของชุดโครงการก่อนนำข้อมูลที่ได้ไปกำหนดประเด็นในการสัมภาษณ์เชิงลึก หรือวิธีการสัมภาษณ์พูดคุยเชิงลึก (In-depth Interview Guideline) กับแกนขับเคลื่อนหลักของแต่ละชุดโครงการและโครงการย่อยบางส่วน, รวมถึงการพูดคุยสนทนาอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Talk), การให้เล่าเรื่อง/การใช้เรื่องเล่า (Story-telling/Narrative), วิธีการสังเกตการณ์, การเยี่ยมพื้นที่ปฏิบัติการต่าง ๆ โดยเฉพาะสถานพยาบาล/โรงพยาบาลต่าง ๆ และพื้นที่ชุมชนในเครือข่ายความรับผิดชอบของสถานพยาบาล ที่มีการพัฒนาระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเฉพาะที่มีการทำงานแบบเข้มข้นสม่ำเสมอ สามารถใช้เป็นตัวอย่างการขยายผล, การเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยบางแห่ง เช่นที่ รพ. เลย, รพ. ศูนย์มะเร็งอุดรธานี, รพ. มหาราชนครเชียงใหม่, รพ. แม่สอด จ.ตาก และ รพ. รามาธิบดี กรุงเทพมหานคร

รวมถึงการรับฟังมุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อทำความเข้าใจการทำงานของระบบที่พัฒนาขึ้นจากมุมมองของผู้รับบริการและครอบครัว, การเยี่ยมศูนย์ประสานงานการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (palliative care center : PCC) ตามที่ทีมงาน PC ของแต่ละสถานพยาบาลสะดวกหรือมีความพร้อมหรือเต็มใจให้เข้าเยี่ยม พร้อมทั้งเยี่ยมและรับฟังการทำงานของระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home care) ในพื้นที่ ๆ มองเห็นบทบาท

ของผู้นำชุมชน เช่น สมาชิก อบต. และ เทศบาล ได้อย่างชัดเจน ซึ่งในการประเมินผลครั้งนี้ได้มีโอกาสเยี่ยม รพ.สต.เมืองพล และชุมชนตำบลเมืองพล อ.พล จ.ขอนแก่น รวมถึงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในพื้นที่ต่าง ๆ รวมทั้งหมด 47 แห่ง หรือ 47 ราย ในจังหวัดต่าง ๆ ประมาณ 15-16 จังหวัด

4) เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

- **ข้อมูลเชิงปริมาณ**

สำหรับการศึกษาเชิงปริมาณ ในทางปฏิบัติจริง ในช่วงแรก ได้ทำการพัฒนาหรือออกแบบแบบสอบถาม (Questionnaire) ให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทการทำงาน/การขับเคลื่อนของโครงการ/ผู้เกี่ยวข้อง/ผู้ผ่านการอบรมเสริมศักยภาพ รวมถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้รับประโยชน์โดยตรงจากการทำงานของโครงการ แต่ต่อมาพบว่า ไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มผู้รับประโยชน์โดยตรงของแต่ละโครงการได้ เนื่องจากเวลาผ่านมานานมากแล้วหรือโครงการสิ้นสุดไปนานแล้ว จึงได้จัดทำแบบสอบถามขึ้นมาใหม่ให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมายหลัก 3 กลุ่มตามความเป็นจริง หรือที่เป็นอยู่ ณ ปัจจุบันขณะไปเก็บข้อมูลภาคสนาม คือ ผู้ดูแลที่เป็นจิตอาสา หรือ อสม., พระสงฆ์หรือภิกษุอาสา และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

สำหรับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเน้นคำถามต่าง ๆ เกี่ยวกับบทบาท เหตุผลและแรงจูงใจที่เข้ามาทำงานด้านนี้ การผ่านการอบรม สิ่งที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย การประเมินความรู้ความสามารถของตนเอง ปัญหาและอุปสรรค จำนวนทั้งหมด 20-30 ข้อคำถาม

ในขณะที่พระสงฆ์ให้ความสำคัญกับคำถามต่าง ๆ ที่จะสามารถสะท้อนได้ว่าบทบาทของพระสงฆ์ในการดูแลด้านจิตวิญญาณหรือจิตตปัญญาจริง ๆ คืออะไร ทำอะไร นัยยะและความหมายของสิ่งที่ทำคืออะไร ช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายไปสู่ความสงบ พ้นความทุกข์ทรมานหรือตายดีได้จริงหรือไม่ อย่างไร รวมถึงการผ่านการอบรมในการดูแลทางจิตวิญญาณ และทัศนะต่อการตายดี หรือการได้รับโอกาสในการตายดีของผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างไร รวมทั้งหมดจำนวน 25 ข้อใหญ่

ในขณะที่จิตอาสาหรือผู้ดูแลอาสา ได้ให้ความสำคัญกับการตอบคำถามในเรื่อง บทบาทการเป็นจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายคืออะไร ทำอะไร ทำไมจึงเข้ามาทำ มูลเหตุหรือแรงจูงใจ ประสบการณ์ในการดูแล ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ รวมทั้งหมด 25 ข้อใหญ่เช่นกัน

- **ข้อมูลเชิงคุณภาพ**

ใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์ระดับลึกแกนขับเคลื่อนหลักของแต่ละชุดโครงการ (In-depth Interview Guideline) โดยมีการปรับเนื้อหาแนวคำถามหรือประเด็นการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกหรือซักถามให้สอดคล้องกับสาระหลักของแต่ละชุดโครงการ นอกจากนี้ ในทางปฏิบัติจริง ยังได้ใช้วิธีการสอบถามหรือสอบทานข้อมูล (probing) เพิ่ม หลังจากได้ฟังทีมงาน/ผู้ให้ข้อมูลนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ แล้ว

รวมถึงการใช้แบบบันทึกภาคสนาม (Field-note: FN) ซึ่งได้ทำการถอดข้อมูลจากเทปที่ใช้เครื่องมือ MP3 หรือ MP4 ในการช่วยบันทึกเทป และทำการถอดเทปเนื้อหาการสัมภาษณ์ พูดคุย สนทนาทั้งหมดที่มีความสำคัญลงในแบบบันทึกภาคสนาม (FN) ที่มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์แยกประเด็นในภายหลัง รวมถึงการสังเกตการณ์ การเยี่ยมสนทนากับทีมดูแล และ/หรือ การเยี่ยมศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบธรรมชาติ (natural or spontaneous conversation) โดยไม่ได้ใช้เครื่องมืออะไร ยกเว้นกรณีจำเป็นหรือกลัวข้อมูลสำคัญสูญหาย เพราะอาจจะลืมหรือจำผิดพลาด ก็ได้ขออนุญาตอัดเทปการสนทนาด้วย MP3 หรือ MP4 และนำข้อมูลมาถอดเทปเช่นกัน

5) วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

- **ข้อมูลเชิงปริมาณ**

ใช้วิธีการประมวลและวิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS สำหรับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ มีทั้งสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย, ค่าร้อยละ, ค่าความถี่, ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด ฯลฯ และการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางไขว้ (cross-tabulation) เป็นต้น

- **ข้อมูลเชิงคุณภาพ**

ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis), การวิเคราะห์แก่นประเด็นหลัก (Thematic Analysis), การวิเคราะห์บริบทเฉพาะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (specific contextual analysis) ทั้งบริบทของปัจเจกบุคคล/แกนขับเคลื่อนหลักแต่ละคน บริบทของทีมงานของแต่ละแห่ง บริบทของศูนย์ PC ที่มีพัฒนาการและองค์ประกอบต่างกัน บริบทองค์กร/สถานพยาบาลทั้ง 3 ระดับ (รพ.ศูนย์/ทั่วไป, รพ.ชุมชน และ รพ.สต.) บริบทของพื้นที่/ชุมชน/ภูมิศาสตร์ เช่น ใจกลางเมือง/เมืองใหญ่ ชานเมือง เมืองชายแดน เป็นต้น บริบทขององค์กร/

หน่วยงานที่กำกับดูแลในโครงสร้างส่วนบนที่สนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เช่น บริบทของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง รวมถึงองค์กรวิชาชีพ ไปจนถึงบริบทของเขตสุขภาพแต่ละเขต ที่มีผู้นำหรือแกนนำที่มีศักยภาพต่างกัน ฯลฯ และการวิเคราะห์เชิงสะท้อน (reflexive analysis) ในบางจุดหรือบางประเด็นที่ทำให้เห็นมุมมองความห่วงใยของผู้วิจัย

นอกจากนี้ ยังมีการประเมินเชิงวิเคราะห์ (analytic evaluation) ด้วยการใช้กรอบแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ ได้แก่ กรอบแนวคิดและทฤษฎีการแพร่กระจายและยอมรับนวัตกรรมของโรเจอร์สและชูเมกเกอร์, กรอบแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองและกรอบ 6 เสาหลักเกี่ยวกับการติดตามการพัฒนาระบบสุขภาพ ขององค์การอนามัยโลก (WHO's Palliative Care, 2020; WHO's Six Building Boxes of Health Systems, 2010) และกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพของออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์เชิงลึก เพื่อสะท้อนหรือฉายภาพให้เห็นถึงการพัฒนาและขับเคลื่อนระบบ PC จากมุมมองต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาและยกระดับศักยภาพและคุณภาพของระบบให้มีความครอบคลุมมิติต่าง ๆ อย่างครบถ้วนได้ต่อไป



6) วิธีการสังเคราะห์ข้อมูล

ในลำดับแรกได้มีการสังเคราะห์ข้อมูลภาพรวมการดำเนินงานของทั้งสามชุดโครงการจากเอกสารที่ได้รับมาจาก สสส. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบข้อเสนอของโครงการประเมินผลนี้ และ ยังได้ทำการสังเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารต่าง ๆ เพิ่มเติมในภายหลัง รวมทั้งสังเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลออนไลน์ของบางโครงการ นอกจากนี้ ภายหลังจากที่ได้วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการทำงานในภาคสนาม (fieldwork) หรือจากการเก็บข้อมูลมือหนึ่ง (first-hand data) ครบทั้งหมดแล้ว ก็ได้ทำการสังเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดอย่างมีความเชื่อมโยงกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556-2559 ที่รับผิดชอบหลักโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) หลังจากนั้น ยังทำการสังเคราะห์เพื่อเชื่อมผลที่ได้ทั้งหมดของทุกโครงการเข้ากับวัตถุประสงค์และคำถามหลักของโครงการวิจัยติดตามและประเมินผล และ คำถามย่อยบางส่วน และได้ทำการสรุปนัยยะและความหมายของการทำงานของทุกชุดโครงการที่มีต่อการสร้างเสริมสุขภาวะของผู้ป่วยระยะท้าย หรือ การบริบาลดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของประเทศไทยว่าเป็นไปตามที่กำหนดไว้หรือไม่มากน้อยเพียงใด หรือ มีจุดเปลี่ยนที่สำคัญอะไรบ้าง

7) วิธีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (METHODS OF DATA VERIFICATION)

ใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Data Triangulation) โดยเฉพาะการตรวจสอบด้วยการใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลาย ๆ วิธี และแหล่งข้อมูลหลาย ๆ แหล่ง (Methods and Data Sources Triangulation) เช่น ใช้ทั้งวิธีการสัมภาษณ์, การสนทนาพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ, การสังเกต, การเยี่ยมองค์กร/หน่วยงานหรือศูนย์การดูแล, การเยี่ยมผู้ป่วย, การเยี่ยมบ้าน/การเยี่ยมพื้นที่ชุมชน, ข้อมูลจากบุคคล/แกนหลัก/ทีมงาน, ข้อมูลจากระบบบริการ, ข้อมูลจากเอกสาร/หนังสือ/คู่มือต่าง ๆ, ข้อมูลจากสไลด์ ที่ได้รับมาจากทีมงาน PC ของแต่ละแห่ง, ข้อมูลจากการถอดเทปสัมภาษณ์ ฯลฯ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องของข้อมูลจากหลายวิธีการและหลายแหล่งข้อมูล

นอกจากนี้ ยังได้ทำการตรวจสอบด้วยการใช้แนวคิดและทฤษฎีหลาย ๆ แนวคิดและทฤษฎี (Concept and Theories Triangulation) เพื่อสร้างความรู้จากหลายมุมมอง ซึ่งในกรณีนี้ได้ใช้แนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ ดังนี้คือ 1) แนวคิดและทฤษฎีการแพร่กระจายและ

ยอมรับนวัตกรรมของ Rogers, Rogers and Shoemaker 2) กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพของออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986) และ 3) กรอบแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองและกรอบ 6 เสาหลักการติดตามการพัฒนาระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO's Palliative Care and Six Building Blocks of Health Systems) ทำให้ได้ความรู้เกี่ยวกับระบบ PC ที่ครอบคลุมหลายมิติ จากหลายมุมมอง

8) วิธีการนำเสนอผลการศึกษา วิจัย ติดตามและประเมินผล



จะเป็นการนำเสนอผลการประเมินทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณไปตามลำดับ โดยแยกเป็นรายงานเป็นสองส่วน ดังนี้คือ

ส่วนหลัก นำเสนอรายละเอียดดังนี้

1) ผลการประเมินการทำงานของโครงการ/ชุดโครงการทั้ง 3 ตามกรอบ TOR ที่เสนอ สสส. ไว้ เรียงตามลำดับดังนี้คือ ผลการทำงานของโครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ ฯ ที่รับผิดชอบโดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ผลการทำงานของชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย รับผิดชอบหลักโดย สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย และ ผลการทำงานของโครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รับผิดชอบหลัก โดยเครือข่ายพุทธิกา

2) ผลการวิเคราะห์การทำงาน/การขับเคลื่อน/การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ด้วยกรอบแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ ทั้ง 3-4 กรอบ

3) บทสรุปภาพรวม ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะ

ส่วนเสริม นำเสนอรายละเอียดดังนี้

1) ผลการประเมินศักยภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ การปฏิบัติและประสบการณ์ในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของกลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 กลุ่ม คือ

- บุคลากรสุขภาพหรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ/โภชนากร แพทย์แผนไทย ฯลฯ

- จิตอาสาหรือผู้ดูแลอาสา ทั้งที่ผ่านการอบรมโดยตรงจากโครงการและไม่ได้ผ่านการอบรม
- พระสงฆ์/ภิกษุอาสา ที่ได้รับนิมนต์จากสถานพยาบาลให้เข้าร่วมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

2) สรุปสถานการณ์ ความคืบหน้าสำคัญ ๆ ของระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในมิติต่าง ๆ ที่สำคัญ ๆ ซึ่งเป็นภาพรวมของประเทศ ไม่ใช่เฉพาะที่ได้รับทุนจาก สสส.

3) ผลการเยี่ยมผู้ป่วยในพื้นที่ ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้รับการดูแลมากน้อยเพียงใด จากบุคคลที่เกี่ยวข้อง



7. แผนและขั้นตอนในการทำงาน

1) ศึกษาและวิเคราะห์เอกสาร ฐานข้อมูลทุติยภูมิ/ออนไลน์ และสื่อประเภทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องของโครงการ/ชุดโครงการ (Documentary Analysis/Secondary and Electronic Data-based Analysis) ซึ่ง ได้รับเอกสารและฐานข้อมูลของทั้งสามชุดโครงการมาจาก สสส. บางส่วนและสืบค้นเพิ่มเติมอีกบางส่วน พร้อมทั้งประมวลภาพรวมของการขับเคลื่อนและสาระสำคัญของการทำงานของโครงการบนพื้นฐานของการวิเคราะห์เอกสาร, ฐานข้อมูล และสื่อต่าง ๆ ดังกล่าวเพิ่มเติม เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการออกแบบแนวคำถามและแบบสอบถามในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งใช้ในการประชุมทำความเข้าใจร่วมกับทีมงานในการทำงานโครงการนี้ร่วมกัน พร้อมติดต่อประสานงานกับเครือข่าย/ผู้ให้ข้อมูลหลักบางส่วนที่สามารถติดต่อได้ และที่มีเวลาในการสนทนาพูดคุยข้อมูลเบื้องต้นต่าง ๆ ที่จำเป็น (ประมาณ 2 สัปดาห์/ครึ่งแรกของเดือนเมษายน 2562 หรือก่อนการลงนามในสัญญาประมาณ 1 เดือน)

2) ศึกษา วิเคราะห์ และสังเคราะห์รายละเอียดของเนื้อหาสาระของรายงานฉบับสมบูรณ์ แผนยุทธศาสตร์ ผลผลิตและผลลัพธ์ต่าง ๆ ที่ระบุไว้ในรายงาน ตัวหลักสูตรที่ใช้ในการอบรม คู่มือการอบรม เอกสารการฝึกอบรม/การบรรยาย แนวทางในการทำงานในคลินิก/หอผู้ป่วย/บ้าน (Practical or Clinical Guideline) เอกสารการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์หรือสื่อสารกับสาธารณะเพื่อดูความสอดคล้องกับบริบทเฉพาะของแต่ละแห่ง การนำไปใช้/ความสามารถในการนำไปใช้ เพื่อนำผลการวิเคราะห์ดังกล่าวไปใช้ในการกำหนดหรือจัดทำ (ร่าง) แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงเจาะลึกประเด็นที่มีความสำคัญต่อการตอบคำถามการวิจัย เพื่อการสร้างความรู้และการเรียนรู้ร่วมกัน (ประมาณ 2 สัปดาห์/ครึ่งหลังของเดือนเมษายน 2562)

3) จัดทำแนวคำถามในการสัมภาษณ์ระดับลึก (In-depth Interview Guideline) และสังเคราะห์ประเด็นเจาะลึกของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ตามที่ระบุไว้ในโครงการย่อย 4.3 และ 4.4 (ขอบเขตด้านชุดโครงการและโครงการย่อย/พื้นที่/กลุ่มเป้าหมาย) ให้มีความสอดคล้องกับบริบทเฉพาะของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย (ประมาณ 2 สัปดาห์/ครึ่งแรกของเดือนพฤษภาคม 2562 ซึ่งโครงการได้ลงนามในสัญญา และเริ่มทำงานอย่างเป็นทางการในวันที่ 1 พฤษภาคม 2562)

4) จัดทำ/ผลิต/ทดสอบแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ (Questionnaire) เพื่อใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์

พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักโภชนาการ/โภชนากร และกลุ่มจิตอาสา/ผู้ดูแลอาสา และพระสงฆ์/ภิกษุอาสา ซึ่งหลังจากออกแบบแล้ว ได้จัดส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้เป็นแกนขับเคลื่อนหลักของโครงการ/ชุดโครงการที่ทำการประเมิน เพื่อให้ข้อคิดเห็น ซึ่งได้ส่งให้ พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และคุณวรรณา จารุสมบูรณ์ แต่ พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ไม่มีเวลา ไม่สะดวก เพราะมีภารกิจมากล้นมือ เลยได้รับข้อคิดเห็นกลับมาจากคุณวรรณา จารุสมบูรณ์เท่านั้น และโครงการประเมินผล ฯ ได้ทำการแก้ไข/ปรับปรุง/ทดสอบแบบสอบถามอีกครั้งหนึ่ง หลังจากได้รับกลับคืนมาจากคุณวรรณา จารุสมบูรณ์ - ซึ่งถือเป็นผู้เชี่ยวชาญที่สำคัญคนหนึ่งในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองที่ได้ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่าต่อคณะวิจัยเป็นอย่างยิ่ง (ประมาณ 2 สัปดาห์/ครึ่งหลังของเดือนพฤษภาคม 2562)

5) วางแผนการเก็บข้อมูลหรือการทำงานในภาคสนาม ที่สอดคล้องกับระยะเวลาการทำงานของโครงการ **พร้อมกับการติดต่อประสานงาน** โดยได้มีการติดต่อประสานงานไว้ล่วงหน้าบ้างแล้ว หรือในทันทีที่ได้รับรายชื่อและข้อมูลการติดต่อที่ครบถ้วน/จำเป็นมาจากทีมงานหรือแกนหลักของแต่ละชุดโครงการ (ประมาณ 5 เดือนครึ่ง/ต้นเดือนพฤษภาคม 2562 –กลางเดือนตุลาคม 2562)

6) เก็บข้อมูล/การทำงานภาคสนามในพื้นที่ ร่วมกับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ตามที่กำหนดไว้ ตามความพร้อมหรือความสะดวกของแต่ละกลุ่มเป้าหมายในสถานพยาบาลในพื้นที่ต่าง ๆ ทั้ง 4 ภูมิภาค (ประมาณ 6 เดือน/ต้นเดือนพฤษภาคม 2562 – สิ้นเดือนตุลาคม 2562)

7) ถอดเทปการสัมภาษณ์ ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพและเขียนรายงานความก้าวหน้า การถอดเทปสัมภาษณ์และเทปข้อมูลเชิงคุณภาพจากฐานข้อมูลแบบบันทึกภาคสนามที่ได้จากการสัมภาษณ์ การรับฟังจากเวทีนำเสนอข้อมูลและการเยี่ยมสถานพยาบาลและพื้นที่ต่าง ๆ ใช้เวลาค่อนข้างนานมาก เพราะมีทั้งหมดจำนวน 95 ไฟล์ ๆ ละประมาณต่ำสุด 40 กว่าหน้า จนถึงสูงสุด 140 กว่าหน้า รวมทั้งการป้อนข้อมูลจากแบบสอบถามเข้าสู่โปรแกรมการวิเคราะห์ เพราะมีแบบสอบถามจำนวนมากถึง 501 ชุด ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพราะแบบสอบถามที่ใช้กับกลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 กลุ่มนั้น มีคำถามปลายเปิดจำนวนมาก ทำให้มีข้อมูลเชิงคุณภาพจำนวนมาก ทำให้ต้องใช้เวลาในการทำงานตรงนี้ค่อนข้างมาก สำหรับรายงานความก้าวหน้า ในทางปฏิบัติจริง ได้จัดส่งให้ สสส.ในระบบฐานข้อมูลออนไลน์ทุก 2 เดือน นอกจากนี้ ในช่วงนี้ ยังมีการเตรียมนำเสนอผลการทำงานหรือผลการวิจัยประเมินเบื้องต้นต่อคณะกรรมการของ สสส. ในวันที่ 21 พ.ย. 2562 ด้วย (ประมาณ 4 เดือน/พฤศจิกายน 2562 ถึง กุมภาพันธ์ 2563)

8) เขียน วิเคราะห์ สังเคราะห์ และแก้ไขปรับปรุงรายงานการประเมินผลฉบับสมบูรณ์ และยังมีการเก็บข้อมูลจากเอกสารออนไลน์เพิ่มเติมอีกส่วนหนึ่ง คือ การศึกษาวิเคราะห์และสังเคราะห์กรอบการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและกรอบ 6 เสาหลักด้านการติดตามการพัฒนาระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ตามที่ สสส.ต้องการ รวมทั้งหมดประมาณ 4 เดือน (มีนาคม ถึงเดือนมิถุนายน 2563)



8. ระยะเวลาในการทำงาน

เดิมกำหนดไว้ประมาณ 10 เดือน โดยมีตารางการทำงาน กิจกรรม และขั้นตอนต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับแผนและขั้นตอนในการทำงานตามข้อ 6 ข้างต้น แต่ในทางปฏิบัติจริง ได้ขอขยายเวลาการทำงานออกไปอีก 4 เดือน (ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม ถึง 30 มิถุนายน 2563) รวมเป็นระยะเวลาการทำงานจริง 1 ปี 2 เดือน ดังนี้คือ



9. ผลผลิตและผลลัพธ์ที่ได้รับ

1) องค์ความรู้เกี่ยวกับการทำงานขับเคลื่อนเรื่องการสร้างเสริมสุขภาวะในช่วงท้ายของชีวิตและผลที่เกิดขึ้น ภายใต้บริบทต่าง ๆ ที่หลากหลาย (context-dependent knowledge) ทั้งบริบทระดับปัจเจก ระดับทีมงาน ระดับองค์กร ระดับพื้นที่/ภูมิภาค ระดับนโยบาย ระดับเขตสุขภาพ ฯลฯ รวมทั้งบริบทที่เชื่อมกับวิชาชีพ/สถานภาพทางสังคมต่าง ๆ เช่น บริบททางวิชาชีพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข บริบทของจิตอาสา/อาสาสมัคร และบริบทของพระสงฆ์/ภิกษุอาสา เป็นต้น

2) องค์ความรู้เกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ ที่มีนัยสำคัญที่ปรากฏออกมาจากการทำงาน (emerging or critical issues) และปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการทำงานหรือการขับเคลื่อนของชุดโครงการทั้งสามชุด ทั้งปัจจัยที่สนับสนุน/ส่งเสริม และปัจจัยที่เป็นปัญหาอุปสรรค

3) องค์ความรู้เกี่ยวกับจุดแข็ง-สิ่งที่ดี จุดอ่อน-สิ่งที่ควรแก้ไข ความสำเร็จและไม่สำเร็จในการทำงานของทั้ง 3 ชุดโครงการ หรือความสามารถในการบรรลุเป้าหมายเชิงผลผลิตและผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ และบทเรียนสำคัญต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการทำงาน

4) องค์ความรู้เกี่ยวศักยภาพ ความรู้ ความสามารถ ทักษะ การปฏิบัติ และมุมมองต่าง ๆ ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จิตอาสา/ผู้ดูแลอาสา และพระสงฆ์หรือภิกษุอาสา ในการแสดงบทบาทหรือเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย

5) องค์ความรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนและการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

6) องค์ความรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการทำงานในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หรือ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในมิติสุขภาวะทางปัญญา จิตตปัญญาและ/หรือ มิติจิตใจ/จิตวิญญาณ

7) องค์ความรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนและการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองจากมุมมองการวิเคราะห์ที่อิงอยู่กับกรอบแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ ทั้งหมด 3-4 กรอบ ได้แก่ กรอบแนวคิดและทฤษฎีการแพร่กระจายและการยอมรับนวัตกรรมของโรเจอร์สและชูเมกเกอร์ กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพของออตตาวา

และ กรอบแนวคิดและกรอบการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และกรอบ 6 เสาหลักเกี่ยวกับระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก



ส่วนที่ 1
ผลการผลการประเมินการทำงานของชุดโครงการทั้งสามที่ได้รับทุนจาก สสส. (เป็นการประเมินรายโครงการตาม TOR)

การนำเสนอผลการวิจัย ติดตามและประเมินผล ณ ที่นี้ แบ่งออกเป็น 5 ส่วนใหญ่ ๆ ดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 ผลการประเมินการทำงานของชุดโครงการทั้ง 3 ที่ได้รับทุนจาก สสส. (เป็นการประเมินรายโครงการตาม TOR) คือ

1) ชุดโครงการแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556-2559 รับผิดชอบหลัก โดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

2) ชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย ซึ่งประกอบด้วย 7 โครงการย่อย รับผิดชอบหลักโดย สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย

3) โครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รับผิดชอบหลักโดย เครือข่ายพุทธิกา

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินเชิงวิเคราะห์การทำงาน/การขับเคลื่อนด้วยกรอบแนวคิดยุทธศาสตร์และกรอบแนวคิด-ทฤษฎี 3-4 กรอบ คือ

1) ผลการประเมินเชิงวิเคราะห์ด้วยกรอบ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ และกรอบข้อเสนอด้าน Palliative Care ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ครอบคลุมผลการวิเคราะห์ข้อมูลของทั้ง 3 ชุดโครงการ คือ 1) ชุดโครงการแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556-2559 2) ชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย และ 3) โครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย *แต่ในความเป็นจริงเน้นหนักผลการประเมินเชิงวิเคราะห์ไปที่ชุดโครงการ ที่ 2 และ 3 โดยปริยาย เพราะข้อมูลที่ได้มามีความสอดคล้องมากที่สุด*

2) ผลการประเมินเชิงวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพของออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion 1986) เน้นหนักไปที่ชุดโครงการที่ 2 คือ ชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย รับผิดชอบหลักโดยสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (THAPS) เพราะข้อมูลการทำงานของชุดโครงการนี้ที่คณะวิจัยได้รับมามีความลุ่มลึกครอบคลุม รอบด้านทำให้สามารถวิเคราะห์มิติหรือประเด็นต่าง ๆ ของกรอบออตตาวาได้อย่างครบถ้วน สมบูรณ์ ครอบคลุมทั้งหมดทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นในเรื่อง 1) การสร้างนโยบายสาธารณะ (โดยเฉพาะระดับจังหวัด ระดับพื้นที่และระดับสถานพยาบาล) 2) การสร้างเสริมพลังให้ชุมชนลงมือปฏิบัติการ ซึ่งก็คือ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน (Home care) 3) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการให้ผู้ป่วยได้รับโอกาส “ตายดี” 4) การพัฒนาทักษะและความรู้ให้กับบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายประเภท หลายกลุ่ม หลายระดับ และ 5) การปรับปรุง และ/หรือส่งเสริมให้มีการปรับปรุงระบบบริการ และ/หรือ ปรับโฉมหน้าระบบบริการให้เหมาะสม สอดคล้อง มีมาตรฐานคุณภาพ เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (PC) โดยเฉพาะการดูแลที่บ้าน (Home care) ได้จริง

3) ผลการประเมินเชิงวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดและทฤษฎีการยอมรับนวัตกรรมของโรเจอร์ส และชูเมกเกอร์ ที่มี 4 องค์ประกอบสำคัญ คือ 1) ลักษณะของตัวนวัตกรรม หรือลักษณะของแนวคิดและระบบการดูแลแบบประคับประคอง (PC) ที่มีประเด็นความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ, ความสอดคล้องกับความเชื่อ ค่านิยม บรรทัดฐาน ฯ, ความสลับซับซ้อน, ความสามารถในการทดลองทำได้ และความสามารถในการสังเกตเห็นผลได้ 2) ช่องทางในการเผยแพร่ สื่อสาร กระจายแนวคิดและรูปแบบระบบ PC 3) ระยะเวลา/ช่วงเวลา/ความเหมาะสมของเวลาในสื่อสาร เผยแพร่ กระจายแนวคิดและรูปแบบ และ 4) ระบบสังคม (Social System) ซึ่งเป็นเรื่องของทั้งระบบมหภาคและระบบจุลภาค/ระบบย่อยที่มีความเชื่อมโยงกัน บางครั้งระบบและโครงสร้างส่วนบนเปลี่ยนแล้ว แต่ระบบย่อยยังไม่เปลี่ยน หรือ ระบบย่อยเปลี่ยน แต่โครงสร้างส่วนบนยังไม่เปลี่ยน **ผลการวิเคราะห์ครอบคลุมข้อมูลของทั้ง 3 ชุดโครงการ แต่เน้นหนักข้อมูลจากชุดโครงการที่ 2 การสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย และโครงการที่ 3 การขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย** เพราะมีประเด็นต่าง ๆ ที่น่าสนใจในเชิงของการยอมรับหรือรับได้ช้าหรือยังไม่ยอมรับนวัตกรรมการดูแลแบบ PC และการมีบทบาทของพระสงฆ์หรือผู้นำทางจิตวิญญาณหรือผู้นำทางศาสนาต่าง ๆ ในการเข้ามามีบทบาทในทีมเยี่ยม ติดตาม ดูแลให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติในภาวะสุดท้ายของชีวิต

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินศักยภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ ทักษะ และการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จิตอาสา/ผู้ดูแลอาสา และพระสงฆ์หรือภิกษุอาสา

แบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบย่อยดังนี้คือ

1) ผลการประเมินศักยภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข : ข้อมูลจากแบบสอบถาม

2) ผลการประเมินศักยภาพและบทบาทของจิตอาสา/ผู้ดูแลอาสา : ข้อมูลจากแบบสอบถามและข้อมูลเชิงคุณภาพ

3) ผลการประเมินศักยภาพและบทบาทของพระสงฆ์/ภิกษุอาสา : ข้อมูลจากแบบสอบถามและข้อมูลเชิงคุณภาพ

4) ผลจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้าย

ส่วนที่ 4 ว่าด้วย สรุปสถานการณ์หรือความคืบหน้าสำคัญของระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (ภาพระดับประเทศในมิติต่าง ๆ ไม่ใช่เฉพาะเครือข่ายที่รับทุน)

หมายเหตุ อย่างไรก็ดี ได้จัดพิมพ์รายงานในส่วนที่ 3 และ 4 นี้แยกออกไป เนื่องจากมีเนื้อหาจำนวนมาก ถ้าผนวกไว้ในเล่มเดียวกัน จะทำให้รายงานเล่มนี้ยาวมากเกินไป และไม่น่าอ่านหรือใช้ประโยชน์ไม่สะดวก

ส่วนที่ 5 บทสรุป ภาพรวม ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะ

2

ผลสรุปจากการวิจัย ติดตาม และประเมินชุดโครงการทั้งสาม ที่ได้รับทุนจาก สสส.

จากการวิจัย ติดตาม และประเมินชุดโครงการทั้งสาม ที่ได้รับทุนจาก สสส. มีข้อค้นพบสำคัญ จำแนกตามโครงการ ดังนี้คือ

1. ชุดโครงการแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ฯ รับผิดชอบโดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำหรับชุดโครงการนี้ พบว่า ประกอบด้วย 3 ยุทธศาสตร์และผลจากการทำงานตามยุทธศาสตร์ทั้ง 3 ที่สำคัญ ดังนี้คือ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เสริมสร้างความรู้ และทัศนคติที่ดีต่อการมีสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตและการตายดี และการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า ชุดโครงการ ฯ ได้ทำงานในเชิงผลักดัน การสร้างเสริมความรู้ ความคิด ทัศนคติ ร่วมกับภาคีต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก ครอบคลุมทั้งภาครัฐ เช่น สถานพยาบาล/โรงพยาบาลต่าง ๆ ภาควิชาการ/สถาบันการศึกษา เช่น คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ ภาคสื่อสารมวลชน ภาคประชาสังคม ซึ่งมีทั้งองค์กร-สมาคม กลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ จำนวนมาก ครอบคลุมทั้งแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร นักจิตวิทยา นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการ/โภชนากร นักกายภาพบำบัด จิตอาสา

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาและจัดระบบบริการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตที่ได้คุณภาพ มีมาตรฐาน มีความครอบคลุม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตในและรองรับการตายดี ซึ่งอันที่จริงนั้น โครงการ ฯ ไม่ได้ทำบทบาทในการพัฒนาและจัดระบบบริการ แต่เป็นการขับเคลื่อน สร้างกระแส สร้างแรงกระตุ้นเพื่อให้สถานพยาบาลต่าง ๆ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาและจัดระบบบริการมากกว่า ซึ่งก็ถือว่าการทำงานของโครงการ ฯ ได้ทำให้เกิดผลในเชิงการพัฒนาระบบบริการ แต่พบว่าไม่ใช่ผลโดยตรงของโครงการ ฯ แต่โครงการ ฯ มีส่วนในการสนับสนุนให้เกิด แต่คนที่พัฒนาและจัดระบบบริการจริง ๆ คือทีมงานในสถานพยาบาลต่าง ๆ ที่มองเห็นความสำคัญ หรือให้คุณค่ากับเรื่องนี้มากกว่า ดังนั้น **ที่ถูกต้อง ควรเรียก ยุทธศาสตร์นี้ว่า ยุทธศาสตร์กระตุ้น สนับสนุน ส่งเสริมและอำนวยความสะดวกให้เกิดการพัฒนาและจัดระบบบริการดูแลประคับประคองในสถานพยาบาลต่าง ๆ มากกว่า**

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อรองรับระบบบริการ เช่นเดียวกันกับยุทธศาสตร์ที่ 2 ซึ่งที่ถูกต้อง ควรเรียกว่า ยุทธศาสตร์สร้างกระแส เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนระบบบริการ เพราะพบว่า **ในทางปฏิบัติจริง** *บุคลากรของโครงการ ฯ ไม่สามารถเข้าไปทำเรื่องการพัฒนาระบบบริหารจัดการต่าง ๆ ในสถานพยาบาลหรือองค์กร/หน่วยงานที่กำกับ ดูแล ติดตาม บังคับบัญชาสถานพยาบาลได้*

เพราะเป็นคนนอก ทำได้เพียงสร้างแรงกระตุ้นด้วยการสื่อสารเชิงกลยุทธ์ หรือการใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น การจัดประชุม สัมมนา เสวนา และการให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่าง ๆ เท่านั้น

นอกจากยุทธศาสตร์ทั้ง 3 แล้ว โครงการ ฯ **ยังได้มีการแบ่งกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ รองรับในการขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์อีก 3-4 กลุ่มกิจกรรมด้วยกัน** คือ 1) กลุ่มกิจกรรมสร้างเสริมความเข้มแข็งของเครือข่าย 2) กลุ่มกิจกรรมสนับสนุนการจัดการความรู้และการสื่อสารเชิงยุทธศาสตร์ 3) กลุ่มกิจกรรมสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการและการพัฒนาศักยภาพ และ 4) กลุ่มกิจกรรมเพื่อการบริหารจัดการและจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฉบับที่ 2 : สำหรับกลุ่มกิจกรรมที่ 3 และ 4 สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจนว่า ได้มีการปรับเปลี่ยนคำเสียใหม่ ส่วนหนึ่งเพราะไม่สามารถเข้าไปทำหน้าที่พัฒนาระบบบริหารและระบบบริการได้โดยตรง ดังกล่าวแล้วข้างต้น

นอกจากนี้ ยังพบด้วยว่าชุดโครงการ ฯ ได้ใช้กลยุทธ์ หรือมีการปรับกลยุทธ์ต่าง ๆ ในการทำงานเพื่อให้สามารถเข้าถึงประเด็นสำคัญต่าง ๆ ที่ปรากฏตัวออกมา (emerged) ในระหว่างการทำงาน รวมถึงการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ได้มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มเป้าหมายในภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม/ชุมชน อาทิเช่น กลุ่มพระสงฆ์ กลุ่มแพทย์แผนไทย กลุ่มนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ฯลฯ

ทั้งนี้ โครงการ ฯ เน้นหนักด้านการสื่อสารเชิงกฎหมายและนโยบาย โดยเฉพาะมาตรา 12 (สิทธิที่จะขอตายตามธรรมชาติ) ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และที่สำคัญอย่างยิ่งคือ การมีมาตรา 12 ก็คือ การมีสิทธิในการขอตายตามธรรมชาติของผู้ป่วย เมื่อโรครักษาไม่ได้แล้วและอยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งกลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการทำงานเพื่อให้เกิดการยอมรับเรื่องนี้ได้มากขึ้น เมื่อประเด็นข้อกฎหมายมีความกระจ่างชัดเจน ทำให้ช่วยป้องกันการฟ้องร้องจากญาติ และมาตรา 12 ได้กลายเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายในบรรดาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในขอบเขตทั่วประเทศ ในเวลาต่อมา และยังทำให้เกิดปฏิกิริยาต่าง ๆ ทั้งเชิงบวกและเชิงลบจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายฝ่าย โดยเฉพาะจากเจ้าของและผู้บริหารระดับสูงของสถานการพยาบาลภาคเอกชน ทำให้สามารถนำข้อมูลหรือปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมาใช้ในการทำงานเพื่อขยายผลการขับเคลื่อนและสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และประชาชนหรือภาคสาธารณะในวงกว้างต่อไป ทำให้เกิดวงจรการทำงานและการขับเคลื่อนบนฐานของข้อมูลหรือปฏิกิริยาของฝ่ายต่าง ๆ ได้มากขึ้น สอดคล้องกับความเป็นจริงที่เคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงได้มากขึ้น

นอกจากนี้ ก็มีการสื่อสารความรู้เชิงวิชาการต่าง ๆ หลายเรื่อง รวมถึงการสนับสนุนงานศึกษา วิจัย วิเคราะห์ สังเคราะห์ด้านต่าง ๆ จำนวนมาก และการผลักดันการเปลี่ยนกฎระเบียบด้านการเบิกจ่ายและการใช้ยา Opioids (โอพิออยด์) ด้วยการสื่อสารกับองค์การอาหารและยา (อย.) ทำให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ระดับ และหลาย ๆ มิติ โดยเฉพาะในเรื่องความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักต่อเรื่อง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ในบรรดาบุคลากรที่ยังไม่ค่อยมีความรู้เกี่ยวกับยาระงับปวดและบางส่วนยังไม่ค่อยเห็นด้วย ส่วนหนึ่งเพราะมองว่ายุ่งยาก แต่เมื่อ อย.ผ่อนคลายกฎระเบียบต่าง ๆ แล้วทำให้บุคลากรประสบความยุ่งยากน้อยลง ทำให้ใช้ได้สะดวกมากขึ้น ส่งผลต่อการนำไปใช้ให้กับผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น มากขึ้น

การสนับสนุนการถอดบทเรียนการทำงานด้านการดูแลประคับประคองร่วมกับกลุ่ม-องค์กร-ภาคีต่าง ๆ ซึ่งถือว่ามีความสำคัญในแง่ของการทบทวนกระบวนการทำงานที่ผ่านมาของแต่ละบุคคล กลุ่ม/องค์กร ทำให้นำมาใช้ในการยกระดับศักยภาพการทำงานด้านนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

แผนยุทธศาสตร์ที่มีการขับเคลื่อนในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2556-2559 และการขับเคลื่อนขององค์กรภาคีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ส่งผลทำให้เกิดความต่อเนื่องในแผนยุทธศาสตร์การทำงาน 20 ปีของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ที่ได้มีการระบุไว้ในหน้าที่ 4 แผนงานที่ 6[13] : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ภายใต้โครงการที่ 6 ชื่อโครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน โดยระบุตัวชี้วัดของโครงการนี้ไว้ด้วย คือ ร้อยละของการบรรเทาปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ[14] อย่างไรก็ตาม การใช้ตัวชี้วัดใด ควรยึดหลักเกณฑ์ **“ความเป็นประโยชน์”** ต่อการเสริมหรือช่วยเพิ่มพลังและศักยภาพในการพัฒนาและยกระดับคุณภาพระบบ PC ของประเทศในภาพรวมในระยะยาวด้วย และอาจจะจำเป็นต้องเพิ่มตัวชี้วัดตัวอื่น ๆ ที่มี

13 ในแผนที่ 6 นี้มีทั้งหมดจำนวน 17 โครงการ 22 ตัวชี้วัด และโครงการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฯ เป็น 1 ใน 17 โครงการภายใต้แผนนี้

14 อย่างไรก็ตาม สำหรับประเด็นตัวชี้วัดนี้ คณะวิจัยไม่มั่นใจว่าเป็นตัวชี้วัดที่ถูกต้องหรือเหมาะสมหรือไม่? ส่วนหนึ่งเพราะไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และอีกส่วนหนึ่ง (ซึ่งเป็นเพียงข้อสงสัย) ก็คือ ยา Opioids มีหลายระดับ จะใช้แบบไหนหรือขั้นไหน น่าจะขึ้นกับระดับอาการหรือค่าคะแนนของความเจ็บปวด (pain score) ไม่จำเป็นต้องใช้ strong opioids กับผู้ป่วยทุกราย หรือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่ต้องระบุตัวชี้วัดการได้รับ strong opioids เป็นตัวชี้วัด มิเช่นนั้น อาจจะมีผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดที่มี pain score สูง ๆ หรือเกิน 6 คะแนนขึ้นไป แต่อาจจะไม่มียา strong opioids ในสถานพยาบาลบางแห่ง ดังนั้น การกำหนดในระดับสูงสุดที่ควรมีไว้ก่อน เป็นความปลอดภัยกว่า แต่อาจไม่จำเป็นต้องใช้กับทุกรายก็ได้ หรืออย่างไร?

ความสำคัญด้วยเช่นกัน อาทิเช่น ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่บ้าน หรือที่สถานการดูแลคุณภาพชีวิตระยะท้ายของผู้ป่วย (Hospice) ที่ดูแล้ว มีความจำเป็นในระยะยาว เพราะการมีสถานภาพเป็นสังคมสูงวัยที่สมบูรณ์เต็มขั้นของประเทศไทย ที่มีความต้องการด้านนี้เพิ่มมากขึ้นตามไปด้วยอย่างมองเห็นได้ชัดเจน

สำหรับผลผลิตที่เป็นเอกสารสำคัญ ๆ ที่ชุดโครงการ ฯ ได้จัดทำขึ้น พร้อมทั้งประเด็นสำคัญที่เชื่อมโยง-ต่อเนื่องกับสาระสำคัญของผลผลิตเหล่านี้ มีดังนี้คือ :-

1) แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วย การสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ.2557-2559 ซึ่งเป็นผลมาจากมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นครั้งที่ 2 จัดขึ้นเมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2556 ณ ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี นนทบุรี (พิมพ์ครั้งที่ 1 เมื่อ มิถุนายน 2557 และครั้งที่ 2 เมื่อ กันยายน 2557 จำนวน 60 หน้า) องค์กรหลักที่ร่วมทำแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ คือ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) – ซึ่งการทำงานของโครงการ ฯ ส่วนหนึ่งเป็นการทำหรือขับเคลื่อนตามแผนยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้นี้ด้วยส่วนหนึ่ง และเดิมกำหนดว่าจะทำแผนยุทธศาสตร์ฉบับที่ 2 แต่ไม่ได้ทำ ส่วนหนึ่งน่าจะเป็นผลมาจากเวลาการทำงานไม่เพียงพอ ประกอบกับเกิดภาวะชะงักงันใน สสส. อันเนื่องมาจากการเข้ามาตรวจสอบของ สตง. ในช่วงนั้น ทำให้เบิกเงินค่าใช้จ่ายไม่ได้ และอีกส่วนหนึ่ง อาจจะพิจารณาว่ามีองค์กรที่รับผิดชอบหลักในระบบและโครงสร้างอย่างเป็นทางการ คือ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับเรื่องนี้โดยตรง ได้เข้ามาดำเนินการในเรื่องนี้อย่างค่อนข้างชัดเจนมากขึ้นแล้ว ก็เป็นไปได้ ซึ่งในเอกสารรายงานที่นำส่ง สสส. ก็ได้ระบุประเด็นนี้ไว้เช่นกัน



ภาพจาก https://infocenter.nationalhealth.or.th/node/27076

2) รู้ให้รอบ ตอบเรื่องมาตรา 12 พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 : ศ. แสวง บุญเฉลิมวิภาส (บรรณาธิการ) พิมพ์ครั้งที่ 1 เมื่อ ตุลาคม 2559 จำนวน 2,000 เล่ม และพิมพ์ครั้งที่ 2 เมื่อ กันยายน 2560 จำนวน 2,000 เล่ม (จำนวน 99 หน้า) ประเด็นสำคัญที่พบจากการประเมิน ที่มีความเชื่อมโยงกับสาระสำคัญของเอกสารชิ้นนี้ ก็คือ ยังมีแพทย์จำนวนไม่น้อยที่ไม่เห็นด้วยกับมาตรา 12 ซึ่งวิเคราะห์ว่า เกี่ยวกับอำนาจของแพทย์ และ/หรือ สิทธิของแพทย์ vs. อำนาจของผู้ป่วย และ/หรือ สิทธิของผู้ป่วย ที่จะมีการเปลี่ยนแปลงไป

แม่นอนว่า มาตรา 12 ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีอำนาจหรือมีสิทธิในการตัดสินใจมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์ และที่สำคัญกว่านั้น ก็คือ ยังมีแพทย์จำนวนมากที่กลัวการฟ้องร้องและไม่ประสงค์เข้ามายุ่งเกี่ยวกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง เพราะไม่ต้องการยุ่งเกี่ยวกับคดีความต่าง ๆ ที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และ*ประเด็นสำคัญที่พบอีก ก็คือ แพทย์จำนวนมากไม่ได้สนใจเข้าร่วมในการทำเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ถึงแม้ไม่ได้กลัวการฟ้องร้อง และมีความรู้ความเข้าใจเรื่องนี้พอสมควรแล้วก็ตาม เพราะยังขึ้นกับปัจจัยภูมิหลังทางครอบครัว บุคลิกลักษณะส่วนบุคคล และพื้นฐานความคิด วิธีคิด มุมมอง ทัศนคติของแต่ละคนด้วย ไม่ได้เกี่ยวข้องเฉพาะเรื่องความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่อง PC หรือ การกลัวการฟ้องร้องเท่านั้น*

3) หนังสือ “สุขสุดท้ายที่เลือกได้” นพ.อุกฤษฎ์ มิลินทางกูร เป็นบรรณาธิการ พิมพ์เมื่อ ตุลาคม 2559 จำนวน 2,000 เล่ม ประกอบด้วยบทความจากภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ทั้งนักปฏิบัติและนักวิชาการ มีทั้งแพทย์ พยาบาล อาจารย์มหาวิทยาลัย ผู้นำ/ผู้เชี่ยวชาญด้านศาสนาต่าง ๆ ทั้งพุทธ คริสต์ อิสลาม นับว่าเป็นเอกสารตั้งต้นที่สำคัญ ที่ภาคี/ผู้เกี่ยวข้องทุกประเภท ทุกระดับควรได้มีโอกาสอ่าน เพราะจะทำให้เข้าใจเกี่ยวกับเรื่องการตายดี การเตรียมตัวรับมือกับภาวะสุดท้าย ภาวะสูญเปล่าทางการแพทย์ (medical futility) ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิถีการตายอย่างสงบของแต่ละศาสนา ทั้งพุทธ คริสต์ อิสลาม และประเด็นจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง รวมทั้งมุมมองทางสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาเกี่ยวกับความตายหรือแนวคิดเรื่องการตายของกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ ด้วย

จุดแข็ง/สิ่งที่ดี และจุดอ่อน/สิ่งที่ควรแก้ไข-ปรับปรุงของชุดโครงการแผนยุทธศาสตร์ ฯ

1) จุดแข็ง-สิ่งที่ดี-สิ่งที่ควรทำให้ดียิ่งขึ้น

- ทำให้สังคมมีแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติในการทำงานขับเคลื่อนเรื่องสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต ส่งผลทำให้เกิดการขับเคลื่อนในวงกว้างในหลาย ๆ มิติ ทั้งเรื่องการสร้างการรับรู้/ความรู้/ความเข้าใจ/ความตระหนักเกี่ยวกับมาตรา 12 หรือสิทธิการขอตายตามธรรมชาติและการตายดี การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ มุมมองและการเตรียมตัวรับมือกับวาระสุดท้ายของชีวิต กับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ที่หลากหลาย ครอบคลุมทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคการศึกษา/วิชาการ ภาคสื่อสารมวลชน ภาคศาสนา และภาคประชาสังคม/ชุมชน/ประชาชน
- องค์กร หน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้งภาคสาธารณะมีความตื่นตัว มีความสนใจ มีความรู้-ความเข้าใจ มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ มุมมองต่อเรื่องการตายดี และ**มีการถกเถียงกันเกี่ยวกับ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 อย่างกว้างขวางมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน**
- ทำให้ประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับข้อกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและมีความสำคัญ/จำเป็นในการดูแลแบบประคับประคอง ได้รับการแก้ไข ไม่ว่าจะเป็นประเด็นที่มีความเชื่อมโยงกับเรื่อง การแจ้งการเสียชีวิต ซึ่งเป็นการเสียชีวิตที่บ้าน ที่ผู้ป่วยเลือกเอง การนำยามอร์ฟีนออกไปใช้ที่บ้าน บทบาทการทำงานของสถานพยาบาล/โรงพยาบาลในบางเรื่อง รวมไปถึงการแก้ไขกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุและผู้พิการด้วย
- องค์กรภาคีต่าง ๆ ด้านสุขภาพ/สาธารณสุขที่สำคัญ ที่มีบทบาทหน้าที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กระทรวงสาธารณสุข (โดยเฉพาะกรมการแพทย์ กรมอนามัย) มีความสนใจเกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองมากขึ้น มีการร่วมกันผลักดันวาระสำคัญ ๆ ต่าง ๆ โดยเฉพาะเรื่อง นิยามปฏิบัติการหรือคำจำกัดความที่ชัดเจนเกี่ยวกับศัพท์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้สอดรับกับระบบการประกันสุขภาพและสิทธิการรักษาพยาบาลประเภทต่าง ๆ ทั้งสิทธิหลักประกันถ้วนหน้า 30 บาท (สปสช.) สิทธิประกันสังคม (สำนักงานประกันสังคม) และสิทธิของข้าราชการ (กรมบัญชีกลาง) เมื่อเอกสาร/คู่มือนิยามศัพท์ออกมาและมีการนำไปใช้อย่างถูกต้อง

น่าจะส่งผลทำให้เกิดความเสมอภาคเท่าเทียมในการรักษาพยาบาลแบบประคับประคองระหว่างผู้ใช้สิทธิ์ทั้ง 3 ประเภทนี้มากขึ้น

- มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในสถานพยาบาลต่าง ๆ จำนวนมาก โดยเฉพาะการยอมรับเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองมากขึ้น มีการจัดตั้งทีมงานและการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองขึ้นในสถานพยาบาลต่าง ๆ ในขอบเขตทั่วประเทศ ทั้งนี้ อันเป็นผลมาจากการกระตุ้น การผลักดัน การสนับสนุน การส่งเสริม การสื่อสารเชิงรุก การอำนวยความสะดวกจากชุดโครงการทั้ง 3 (ไม่ใช่ผลงานของโครงการใดโครงการหนึ่งอย่างแน่นอน)
- สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย การวิเคราะห์สังเคราะห์องค์ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับ **“ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างต่อเนื่อง”** จากสถานพยาบาลสู่บ้าน ร่วมกับสถาบันทางการศึกษาต่าง ๆ ทั้งคณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ หลายสถาบันทั้ง มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัย สงขลาฯ มหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยมหิดล **ทำให้ได้องค์ความรู้ที่เชื่อมกับบริบทของแต่ละภาค (context-based knowledge) ทั้งภาคเหนือ อีสาน กลาง ใต้ และตะวันออก**
- สนับสนุนให้มีการถอดบทเรียนจากประสบการณ์การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายหลายประเภท หลายระดับ ทั้งหน่วยงาน/สถานพยาบาลใน กรุงเทพฯเช่น รพ. จุฬาลงกรณ์ (ศูนย์ชีวาภิบาล และคณะแพทยศาสตร์) รพ. ตากสิน ชมรมพยาบาลประคับประคอง กลุ่มแพทย์แผนไทย องค์กรทางศาสนา **ทำให้สามารถยกระดับประสบการณ์เป็นความรู้จากการปฏิบัติหรือจากประสบการณ์การทำงาน (experience-based and practice-based knowledge)** ที่สำคัญ
- ได้จัดทำแนวทางการประเมินคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองในสถานพยาบาล ซึ่งเป็นการวิเคราะห์และสังเคราะห์ตัวชี้วัดของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกประมาณ 623 ตัวชี้วัด ให้เหลือเพียง 22 ตัวชี้วัด รวมทั้งการริเริ่มจัดทำ **“ตัวชี้วัดการตายดี”** (Good Death Index) แต่พบว่า ยังเป็นเพียงการศึกษาทบทวนวรรณกรรม การศึกษาในภาคสนามและการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องในบริบทของภาคเหนือเท่านั้น ยังขาดการดำเนินการในภาคอื่น ๆ และยังไม่ได้นำมาสังเคราะห์และนำไปใช้
- ร่วมมือ/เข้าร่วมกระบวนการในการจัดทำมาตรฐานที่จำเป็นของการดูแลแบบประคับประคองและตัวชี้วัดเชิงนโยบายระดับเขตสุขภาพ ร่วมกับกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

- ประเด็นการดูแลแบบประคับประคอง มีความต่อเนื่องในแผนยุทธศาสตร์ หรือได้รับการผลักดันเข้าไปในแผนยุทธศาสตร์ 20 ปีของกระทรวงสาธารณสุข (ถึงแม้จะยังมีข้อสงสัยในการปฏิบัติงานตามแผน และความไม่ชัดเจนในเรื่องตัวชี้วัด เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบในระยะยาวก็ตาม)

2) จุดอ่อน-ข้อจำกัด-สิ่งที่ควรแก้ไข/ปรับปรุง

- พบว่า สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติในฐานะผู้รับผิดชอบหลักในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ ไม่มีโครงสร้างรองรับการทำงานด้านนี้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งแต่เดิมนั้น พบว่า การขับเคลื่อนอยู่ภายใต้การดูแลของรองเลขาธิการสำนักงาน ฯ แต่ขณะที่ไปสัมภาษณ์อยู่ในระหว่างการเปลี่ยนตัวเลขาธิการและคณะผู้บริหารทั้งชุด (เนื่องจากเลขาธิการคนเดิมได้รับการแต่งตั้งเป็นวุฒิสมาชิกและรองเลขาธิการเกษียณอายุราชการ) ทำให้ไม่มีโครงสร้างส่วนบนรองรับหรือไม่มีการผลักดันงานต่อในโครงสร้างส่วนบน ทำให้ขาดทิศทางที่ชัดเจน มีแต่การทำงานในส่วนผู้ปฏิบัติงานที่เป็นนักกฎหมาย/นิติกรบางท่าน (คุณพิศิษฐ์ ศรีอัคคโภคิน) ซึ่งเป็นการทำงานเกาะติดตามความสนใจ เพราะได้ทำงานผลักดันเรื่องกฎหมายที่เกี่ยวข้องร่วมกับทางศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส (ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์) มาตลอด อย่างไรก็ตาม พบว่า ต่อมา สช. ยังคงมีส่วนในการเป็นเจ้าภาพการจัดประชุม/กิจกรรมต่าง ๆ ภายหลังจากโครงการสิ้นสุดลง อาทิเช่น การสร้างสุขที่ปลายทาง การจัดประชุมพิจารณานิยามปฏิบัติการหรือคำจำกัดความศัพท์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องร่วมกับองค์กรภาคีหลักในการดำเนินงานเรื่องนี้เมื่อเดือนกันยายน 2562 เป็นต้น ทั้งนี้การที่ สช. มีบทบาทน้อยลง อาจจะเป็นผลมาจากการที่กรมการแพทย์ เข้ามาทำหน้าที่ด้านนี้โดยตรงแล้ว ก็เป็นไปได้
- ฐานข้อมูลต่าง ๆ ที่สร้างไว้ ไม่มีการสานต่อ เช่น www.gogood.in.th หรือ www.gogood.com พบว่า ปัจจุบันไม่มีฐานข้อมูลนี้ และยังไม่ได้ส่งมอบให้ สสส. ตามที่ระบุไว้ในรายงานที่นำส่ง สสส.
- ฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง (COC link) ที่โครงการ ฯ สนับสนุนให้ รพ. ลำปางและเขตบริการสุขภาพที่ 1 ทำขึ้น ถือเป็นการพัฒนาระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศที่สำคัญ เพื่อให้การส่งต่อผู้ป่วยเป็นระบบแบบไร้รอยต่อ และ/หรือ ช่วยทำให้ระบบบริการแบบไร้รอยต่อ (seamless referring system) เป็นไปได้ ซึ่งเป็นความตั้งใจที่ดีมาก แต่ภายหลังได้เกิดระบบ Thai COC (ที่ริเริ่มพัฒนาโดยทีมงาน รพ. สุรินทร์ ภายใต้ความร่วมมือกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น) ซึ่งเท่าที่

ทราบ ปัจจุบันเขตบริการสุขภาพที่ 1 ส่วนใหญ่ยกเลิกการใช้โปรแกรม COC Link แต่หันมาใช้ระบบ Thai COC ยกเว้น รพ. ลำปาง ที่ยังคงใช้ระบบเดิม – ตรงนี้เป็นประเด็นความต่อเนื่องของระบบของเครือข่าย และบทเรียนของ สสส.และผู้รับทุน กรณีการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหรือการสร้างระบบข้อมูลข้ามเครือข่ายใด ๆ ควรมีการทดลองใช้หลาย ๆ ครั้ง ในหลาย ๆ บริบท ก่อนนำไปใช้จริง เพื่อให้สามารถใช้ได้จริง เป็นประโยชน์จริง ได้รับการตอบรับที่ดีจากผู้ปฏิบัติ มีความยั่งยืน คุ้มค่ากับการลงทุน



2. ชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย รับผิดชอบหลักโดยสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า ชุดโครงการนี้ประกอบด้วย 7 โครงการย่อย สำหรับผลการทำงานของโครงการย่อย มีดังนี้คือ

❖ *โครงการย่อยที่ 1 โครงการสร้างความตระหนักเรื่องวิถีสู่การตายอย่างสงบ*

รับผิดชอบโดย อาจารย์ วรรณา จารุสมบูรณ์ มีข้อค้นพบที่สำคัญ ดังนี้คือ

พบว่า การคิดค้นหรือริเริ่มทำงานโครงการนี้ของอาจารย์วรรณา จารุสมบูรณ์ และทีมงานทั้งหมดที่เกี่ยวข้องมาจากความเป็นจริงที่ทีมงาน พบจากการทำงานในช่วงที่ผ่านมาก่อนหน้านี้ว่า การที่ประเทศไทยกลายเป็นสังคมสูงวัย เป็นบริบทที่มีความสำคัญมาก ที่ทุกฝ่ายต้องให้ความสำคัญและมีความตระหนัก ต้องมีการเตรียมการในการรับมือกับเรื่องนี้ ที่จะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยพิการ และผู้ป่วยระยะท้าย และจากที่ประสบมา อาจารย์วรรณา จารุสมบูรณ์ และทีมงาน พบว่า สังคมยังมีการเตรียมตัวในการรับมือกับเรื่องนี้น้อยมาก โดยเฉพาะในเรื่องการยอมรับวิถีสู่การตายอย่างสงบ จึงได้ริเริ่มดำเนินการโครงการนี้ โดยใช้วิธีการและช่องทางต่าง ๆ ในการทำงานเชิงขับเคลื่อนทั้งเชิงกว้างและเชิงลึก

งานเชิงกว้าง คือ การให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ การขับเคลื่อนร่วมกับองค์กรสื่อและหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อทำให้เกิดความกระตือรือร้น ตื่นตัว ตระหนักต่อปัญหา สำหรับการเคลื่อนไหวในเชิงกว้างนี้ ใช้ทั้งสื่อบุคคลหรือที่เรียกว่า **“แกนนำสื่อสาร”** สื่อมวลชนหรือสื่อหลัก และสื่อสังคมออนไลน์ ที่พบว่า มีอิทธิพลสูงต่อกลุ่มคนประเภทต่าง ๆ หลายกลุ่มด้วยกัน สำหรับการทำงานในเชิงกว้างนี้ ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายไว้หลายกลุ่ม ทั้งประชาชนคนทั่วไป นักวิชาการ แพทย์ ผู้นำทางความคิด พระสงฆ์ นักการเมืองหรือผู้ผลักดันนโยบาย นักเขียน นักสื่อสาร และนักธุรกิจ โดยได้มีการวางแผนการขับเคลื่อน เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายร่วมกับนักประชาสัมพันธ์ หรือนักสื่อสารสาธารณะ ในการวางแผนการกระจายข้อความหรือสื่อข้อความสำคัญ ๆ ออกไป โดยมีภาคีสำคัญ ๆ ที่ดึงเข้ามาร่วมและได้รับแรงสนับสนุนต่าง ๆ จากภาคีเหล่านี้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะคนและกลุ่ม-องค์กรที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ดูแลจนผู้ป่วยเสียชีวิต ญาติของผู้ป่วย คนที่ผ่านการร่วมกิจกรรมการเยียวยาต่าง ๆ และ/หรือ เคยผ่านการอบรมต่าง ๆ มาก่อน สำหรับกลุ่มต่าง ๆ ที่เด่น ๆ ที่ดึงเข้ามาเสริมหนุน ได้แก่ กลุ่มของบริษัทชีวามิตร วิสาหกิจเพื่อสังคมจำกัด หรือกลุ่มของคุณหญิงจำนงศรี หาญเจนลักษณ์/เครือข่ายชีวามิตร รพ. มะเร็งชีวามิตรา

กลุ่มเบาใจไขชีวิต ฯลฯ เป็นต้น ในขณะเดียวกัน ก็ได้นำผลผลิตและผลลัพธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการทำงานระยะแรกมาใช้ให้เป็นประโยชน์ มีการเก็บเกี่ยวผลที่ได้จากการทำงานในระยะแรกอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นเครื่องมือสื่อสาร เพลง หนังสือ บทความ สมุดเบาใจ เกมส์ไพ่ชีวิต รวมทั้งฐานภาคีการสื่อสาร ฐานการรับรู้ที่เกิดขึ้น คนที่ผ่านการร่วมกิจกรรมกับโครงการมาก่อน ฯลฯ ก็ได้นำมาใช้ในการขยายผลการทำงานในระยะนี้ด้วย

สำหรับการนำเสนอกระบวนการทำงานและผลที่เกิดขึ้น ณ ที่นี้ คณะวิจัยได้ผนวกข้อมูลต่าง ๆ ของเครือข่ายที่ปรากฏอยู่บนฐานข้อมูลออนไลน์เข้ามาในการทำความเข้าใจผลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นควบคู่กันไปด้วย และที่จริง อ.วรรณาและเครือข่ายที่เกิดขึ้น ยังคงขับเคลื่อนหรือขยายผลออกไปตลอดเวลา แม้ในช่วงที่ไม่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สำนัก 7 สสส. ก็ตาม โดยทำงานร่วมกับองค์กรภาคีอื่น ๆ หลายองค์กร ไม่ว่าจะเป็น สปสช. องค์กรเอกชนที่สนใจเรื่องนี้ โดยเฉพาะองค์กร-บุคคลสำคัญทางศาสนา

นอกจากนี้ ในช่วงเดียวกันนี้ พบว่า ยังมีพลังขับเคลื่อนเสริมในประเด็นกฎหมายที่ขับเคลื่อนโดย สช. (โดยเฉพาะทีมงานกฎหมายของ สช. คือ คุณพิศิษฐ์ ศรีอัคคโภคิน) และศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส (ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์) ทำให้การทำงานและการสื่อสารต่าง ๆ ได้รับการตอบสนองมากขึ้น โดยเฉพาะจากแพทย์ เพราะประเด็นค้างคาใจเกี่ยวกับเรื่องกฎหมาย และเรื่องการตายดี รวมถึงการดูแลแบบประคับประคอง มีหลายมิติ ซึ่งพบว่า ถ้ามิติทางกฎหมายไม่คลี่คลาย ก็เป็นการยากที่จะทำให้แพทย์อีกจำนวนมากเข้าร่วมกระบวนการด้วย เพราะบางส่วนกลัวถูกฟ้อง และบางส่วนมองว่าเป็นการทำการุณยฆาตที่ถูกกฎหมาย ซึ่งแพทย์จำนวนมากไม่เห็นด้วยกับเรื่องนี้เป็นอย่างมาก

อย่างไรก็ตาม ทีมประเมิน ไม่มีโอกาสได้สัมภาษณ์ทีมที่รับผิดชอบในการออกแบบกระบวนการสื่อสารโดยตรง เนื่องจากได้รับข้อมูลมาว่า ไม่สะดวกในการให้ข้อมูลในช่วงที่มีการนัดหมายกัน ทำให้โครงการวิจัย ติดตามและประเมินผลได้รับข้อมูลเฉพาะจากผู้รับผิดชอบหลักและทีมงานเครือข่ายพุทธิกาที่ทำงานประสานเชื่อมโยงกันอีก 3 ท่าน คือ คุณเพชรลดา ซึ้งจิตสิริโรจน์ คุณศรินธร รัตน์เจริญขจรและคุณอมรรัตน์ พุฒเจริญ หรืออาจกล่าวได้ด้วยว่า ในการทำงานของโครงการสร้างความตระหนักเรื่องวิถีสู่การตายอย่างสงบนี้ ได้มีการทำงานแบบประสานเชื่อมโยงกับโครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่รับผิดชอบโดยทีมงานเครือข่ายพุทธิกาโดยตรงไปในเวลาเดียวกันด้วย หรือทั้งสองโครงการ อาจมีช่วงเวลาการทำงานที่เหลื่อมล้ำกันบ้าง แต่มีการประสานการทำงานร่วมกันตลอดเวลา ประกอบกับอาจารย์วรรณา จารุสมบูรณ์ เองก็มีบทบาทเป็นที่ปรึกษาอยู่ใน

เครือข่ายพุทธิกาด้วย ทำให้มีจุดเชื่อมต่อในการทำงานร่วมกันหรือประสานเชื่อมโยงกันได้ดี และยังมีพระไพศาล วิสาโล เป็นที่ปรึกษาและกรรมการของเครือข่ายพุทธิกา ที่มีภาพลักษณ์ในทางสาธารณะอยู่แล้ว ยิ่งทำให้การทำงานขับเคลื่อนเพื่อสร้างความตระหนักทางสังคมได้ผลมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มคนที่อยู่ในเมือง ที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ ซึ่งถึง ณ ปัจจุบัน พบว่า เครือข่าย Peaceful Death ที่ส่วนหนึ่งมีพัฒนาการมาจากการทำงานของโครงการนี้ มีแฟนเพจประมาณ 300,000 กว่าราย ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนที่สามารถสร้างแรงกระเพื่อมได้ต่อไปอีกมากมาย

งานเชิงลึก สำหรับการทำงานในเชิงลึก อ.วรรณา และทีมงานโครงการ ฯ ได้นำเอาข้อค้นพบสำคัญ ๆ และประเด็นปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ จากการทำงานในเชิงกว้าง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องที่คนส่วนใหญ่ยังมองว่า ความตายเป็นเรื่องไกลตัว/เป็นเรื่องของอนาคต การพูดถึงเรื่องความตายเป็นสิ่งอัปมงคล จึงไม่พูดถึงความตาย การไม่เตรียมตัวใด ๆ พอเวลาเผชิญเหตุการณ์ที่คนใกล้ชิดเจ็บป่วยและตาย ก็เกิดความสับสน/วุ่นวายขึ้น ประกอบกับพบด้วยว่า พื้นที่เรียนรู้เรื่องการเตรียมตัวตายก็มีน้อย ส่งผลทำให้คนไม่มีการเตรียมตัว ไม่คิดว่าจะต้องตาย ไม่คิดและไม่พูดถึงความตาย และไม่ทราบว่ามีทางเลือกในการเข้าถึง PC ทำให้ส่งผลต่อเนื่องต่อทัศนคติและการปฏิบัติยื้อชีวิต-ยืดความตาย ทำให้สูญเสียทรัพยากร ผู้ป่วยและครอบครัวทุกข์ทรมาน และผู้ป่วยจากไปอย่างไม่สงบหรือไม่ได้รับโอกาสตายดี ถึงแม้บางส่วนได้มีการเขียนสั่งหรือทำหนังสือแสดงเจตนาไม่รับบริการบางอย่างในช่วงสุดท้ายของชีวิตไว้แล้วก็ตาม แต่ก็ยังคงมีการละเมิดเกิดขึ้น

โครงการ ฯ จึงได้นำเอาความจริงและประเด็นปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้มาออกแบบกระบวนการทำงานขับเคลื่อนในเชิงลึก ที่มีแนวคิดและทฤษฎีและกลยุทธ์การขับเคลื่อนที่เข้มข้นขึ้นมารองรับ ทั้งเรื่องการเผชิญความตายอย่างสงบ มรณานุสติ การรื้อถอนมายาคติ การทำงานกับภาคีต่าง ๆ การใช้เครื่องมือสื่อสารใหม่ ๆ หรือช่องทางใหม่ ๆ เปิดพื้นที่การพูดคุยมากขึ้นและลงลึกยิ่งขึ้น โดยเน้นการทำงานร่วมกับกลุ่มเป้าหมายใหม่ ๆ อายุ 35-50 ปี ซึ่งมีหลายประเภท หรือหลายแบบด้วยกัน ทั้งกลุ่มที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว หรือเคยผ่านการสูญเสียมาแล้ว ซึ่งต่อมาได้กลายเป็นผู้สนใจศาสนา และต่อมาบางส่วนได้กลายเป็นผู้ปฏิบัติธรรม เป็นผู้สนใจศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง และบางส่วนมีการเตรียมตัวรับมือกับความตายแล้ว แต่พบว่าคนส่วนนี้ยังมีน้อยมาก เมื่อเทียบกับคนส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่สนใจศาสนา ไม่สนใจเรื่องความตาย ทำงานอย่างเดียว มุ่งแต่ความสำเร็จสูงสุดในชีวิต ดังนั้น การทำงานแบบลงลึกจึงต้องเข้าใจความเป็นจริงตรงนี้ จะได้วางแผนการขับเคลื่อนได้ถูกว่าจะต้องสื่อสารกับใคร กลุ่มไหน ธรรมชาติของแต่ละกลุ่มเป็นอย่างไร ต้องใช้กิจกรรมและกลยุทธ์หรือ

กุศโลบายอะไร จึงจะประสบผลสำเร็จ อย่างน้อยให้ได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งดีกว่าการไม่ทำอะไรเลย

สำหรับแนวคิดสำคัญ ๆ ที่ใช้ในการทำงานเชิงลึก ได้แก่ แนวคิด “ชีวิตดี” กล่าวคือ ยามสุขภาพดี ก็ไม่ประมาท เท่าทันความไม่แน่นอนของชีวิต นอกจากนี้ ก็มีแนวคิด “ตายดี” ซึ่งก็คือ เมื่อเจ็บป่วยก็แสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพอย่างเป็นมิตรกับความตาย เมื่อความตายมาถึง ก็ยอมรับ ไม่ยื้อ ไม่เร่งเร้า ในขณะที่ระบบสุขภาพและระบบสังคมก็อำนวยปัจจัยสนับสนุนต่าง ๆ ให้สามารถเข้าถึงการตายดีได้จริง และการทำให้เกิดการตระหนักรู้ใน 2 เรื่องสำคัญ ซึ่งก็คือ 1) ชีวิตมีความตายเป็นที่สุด พึงไม่ประมาทในชีวิต และ 2) การตายดีเป็นไปได้ถ้ามีการเตรียมตัวให้รู้จักเรื่อง PC (Palliative Care)

สรุปสาระสำคัญที่พบจากการประเมินโครงการนี้ ดังนี้คือ

- สังคมและกลุ่มคนประเภทต่าง ๆ เกิดความตื่นตัว ความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติและความตระหนักเกี่ยวกับเรื่องการมีชีวิตที่ดี ที่ไม่ประมาท การตายดี และการรับมือกับความไม่แน่นอนในชีวิตมากขึ้น
- เกิดตัว Influencer ใหม่ ๆ ช่องทางและรูปแบบใหม่ ๆ ในการทำงาน/การขับเคลื่อน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติ ทักษะทั้งในวงกว้างและในระดับลึกซึ้งในกลุ่มคนที่ไม่เคยสนใจเกี่ยวกับเรื่องศาสนา ความตาย การเตรียมตัวตายอย่างมีคุณภาพ
- เข้าถึงกลุ่มคนกลุ่มใหม่ ๆ ในช่วงวัย 35-50 ปี ที่มีความแตกต่างหลากหลาย หรือมีหลายประเภท ทั้งกลุ่มที่เคยมีประสบการณ์การสูญเสีย กลุ่มที่เริ่มให้ความสนใจเริ่มฝึกตนเอง และกลุ่มที่ไม่สนใจศาสนาหรือเรื่องความตายเลย
- เกิดความร่วมมือระหว่างบุคลากรและองค์กรภาคีต่าง ๆ ในการสื่อสาร ผลักดัน สร้างพลังขับเคลื่อน เพื่อให้เกิดการจัดตั้งทีมงาน การปรับเปลี่ยนรูปแบบและระบบการดูแลแบบประคับประคองที่เป็นอยู่ โดยเฉพาะในหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น โรงพยาบาล/สถานพยาบาลต่าง ๆ จำนวนมาก ทั้งในเมืองหลวง เมืองใหญ่อื่น ๆ และโรงพยาบาลระดับชุมชน
- เกิดการแพร่กระจายของแนวคิด “การตายดี” “ชีวิตดี” “มรณานุสติ” “การเผชิญความตายอย่างสงบ” และเครื่องมือใหม่ ๆ ในการสื่อสาร ถ่ายทอดเกี่ยวกับเรื่องนี้ รวมถึงสมุดเบาใจ ที่ได้รับการใช้อย่างแพร่หลายทั่วประเทศ
- เกิดการกระจายตัวของแนวคิดและรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่มีความสำคัญต่อเรื่อง “การตายดี” ไปยังองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาคเอกชน ภาคประชา

สังคม ผ่านการลงมือปฏิบัติในเรื่องต่าง ๆ ร่วมกัน ทำให้เกิดกลุ่ม/องค์กรใหม่ ๆ ที่สนใจเกี่ยวกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้นในหลายแวดวงอย่างเห็นได้ชัดเจน

- เกิดชุมชนออนไลน์ ที่สามารถขยายผลออกไปได้ตลอดเวลา เพราะมีการเตรียมจัดหลักสูตร กิจกรรม และงานขับเคลื่อนตามวาระและโอกาสต่าง ๆ (event) เพื่อรองรับความสนใจและความตื่นตัวของผู้คนที่เพิ่มมากขึ้นตลอดเวลา
- มีเครื่องมือสื่อสารต่าง ๆ เกี่ยวกับเรื่อง การตายดี ทำให้เกิดการขยายวงผู้สนใจในการเตรียมตัวรับมือกับภาวะสุดท้ายของชีวิต และทำให้เกิดทักษะใหม่ ๆ ในการเตรียมการ การจัดการกับภาวการณ์เจ็บป่วยที่รักษาไม่ได้ ภาวะเครียด ภาวะการสูญเสีย ฯลฯ

จุดแข็ง/สิ่งที่ดี และจุดอ่อน/สิ่งที่ควรแก้ไข-ปรับปรุงของชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะฯ

1) จุดแข็ง-สิ่งที่ดีของโครงการสร้างความตระหนักวิถีสู่การตายอย่างสงบ คือ

- แกนหลักมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง แม้ในยามไม่ได้รับทุน ก็เกาะติด และหาหนทางในการทำงาน ปัจจุบันยังคงทำงานภายใต้เครือข่าย Peaceful Death ซึ่งที่ผ่านมา (ภายหลังจากที่ไม่ได้รับทุนจากสำนัก 7) พบว่าได้รับการสนับสนุนจาก สปสช. บ้าง จากภาคประชาสังคมต่าง ๆ บ้าง และล่าสุดจาก สสส.สำนัก 5
- แกนหลักและทีมงานมีประสบการณ์ ความรู้ ทักษะ หรือมีศักยภาพ ความรู้ความสามารถสูง สามารถเป็นวิทยากรได้ในหลาย ๆ เรื่อง และสามารถเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ได้ในวงกว้างได้อย่างต่อเนื่อง
- มีการนำแนวคิดใหม่ ๆ เข้ามาใช้ในการทำงาน อาทิเช่น แนวคิดชุมชนกรุณา (Compassionate Community) ซึ่งพบว่า พระกฎษดา ขันติกโร แห่งวัดห้วยยอด อ.ห้วยยอด จ.ตรัง ได้นำแนวคิดนี้ไปใช้ในการทำงานระดับชุมชนใน อ.ห้วยยอด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชุมชน มีผลงานเชิงประจักษ์มากมาย ทำให้ชุมชนเกิดการตื่นตัว มีความตระหนัก มีความรู้ ความเข้าใจ และเข้ามาร่วมรับผิดชอบในการเยี่ยม ติดตาม ดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟู ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองร่วมกับทางโรงพยาบาล โรงเรียน วัด เทศบาล รพ.สต. สาธารณสุข อสม. ฯลฯ
- มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศต่าง ๆ ในการสร้างกลุ่มและเครือข่าย ทำให้มีฐานข้อมูลสมาชิกที่สนใจเกี่ยวกับเรื่องนี้ที่ชัดเจนและสามารถส่งทอดแนวคิดต่าง ๆ

ซึ่งกันและกัน ทำให้มีคนใหม่ ๆ และจิตอาสา เข้ามาร่วมกระบวนการมากขึ้นและมากขึ้น

2) ข้ออ่อน สิ่งที่ควรแก้ไข/ปรับปรุง มีดังนี้คือ

- เรื่องฐานข้อมูลรายชื่อเครือข่ายและผู้เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้ง ไม่ได้มีการจัดเก็บอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดการตกหล่น สูญหาย ไม่ครบ ซึ่งอันที่จริง มีเครือข่ายจำนวนมาก แต่ไม่ได้บันทึกไว้ทั้งหมด



❖ *โครงการย่อยที่ 2 โครงการสร้างและจัดการความรู้ระบบบริการสาธารณสุขที่สร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายตามบริบทประเทศไทย*

รับผิดชอบโดย รองศาสตราจารย์ นพ. เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ข้อค้นพบที่สำคัญคือ ได้มีการสร้างระบบและฐานข้อมูลการจัดการความรู้แบบออนไลน์ ซึ่งคณะวิจัยและประเมินผล ได้รับเอกสารและเว็บไซต์เข้าสู่ฐานข้อมูลออนไลน์ดังกล่าวมาในช่วงก่อนที่จะมีการเริ่มต้นดำเนินโครงการวิจัย ติดตามและประเมินผลอย่างเป็นทางการ (ภายหลังการลงนามในสัญญาจ้าง) เพื่อนำมาวิเคราะห์ว่า มีการสร้างความรู้และการจัดการความรู้ในเรื่องอะไรบ้าง และใครเป็นผู้ใช้ประโยชน์จากการจัดการความรู้ดังกล่าวบ้าง แต่เนื่องจากระบบไม่เสถียร จึงไม่สามารถเข้าไปใช้ได้อีกครั้งหนึ่ง ประกอบกับ รองศาสตราจารย์ นพ. เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี ได้ลาออกจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ ไปแล้ว ทำให้ไม่มีโอกาสได้สัมภาษณ์เกี่ยวกับการทำงานที่ผ่านมา ส่วนหนึ่งเพราะเกรงใจท่านด้วย เพราะทราบว่า ณ ขณะนั้น ท่านกำลังดูแลคุณแม่สูงอายุที่กำลังป่วยอยู่เช่นกัน (ซึ่งถือเป็นจริยธรรมการวิจัยที่จะไม่รบกวน กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่สะดวก หรืออยู่ในภาวะที่ไม่ควรรบกวน)

อย่างไรก็ตาม คณะวิจัยยังได้รับฐานข้อมูลรายชื่อเครือข่ายที่ได้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ที่จัดโดย นพ.เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี ทั้งหมดประมาณ 7-8 ครั้ง และผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมผ่านทางชุมชนออนไลน์ตามประเด็นต่าง ๆ ที่ อ.เต็มศักดิ์ กำหนดขึ้นด้วยทั้งหมดประมาณ 70 กว่ารายชื่อ เป็นบุคลากรโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ทั้งตติยภูมิ ทุติยภูมิ และปฐมภูมิ และบุคคลทั่วไป ซึ่งกระจายอยู่ในจังหวัดต่าง ๆ ในทุกภาค ทั้งภาคเหนือ เช่น แพร่ น่าน เชียงใหม่ เชียงราย ภาคอีสาน เช่น บุรีรัมย์ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด หนองคาย สกลนคร ชัยภูมิ นครราชสีมา ภาคตะวันออก เช่น ระยอง ภาคกลางและกรุงเทพมหานคร เช่น สระบุรี นครปฐม ปทุมธานี กรุงเทพ ภาคใต้ เช่น สงขลา นครศรีธรรมราช เป็นต้น สำหรับประเด็นการแลกเปลี่ยน/แบ่งปันมีหลากหลาย ตั้งแต่เรื่อง การวางแผนระยะท้ายของชีวิตล่วงหน้า การดูแลมิติจิตวิญญาณ/การประเมินจิตวิญญาณทำอย่างไร การดูแลเยียวยาผู้ดูแล บทเรียนจากการดูแลหลวงพ่อคำเขียน ความตายพูดได้ ข่าวร้ายบอกอย่างไรการดูแลทางกายที่บ้าน และการดูแลภายหลังการสูญเสีย เป็นต้น

ต่อมา คณะวิจัยได้เข้าไปสำรวจฐานข้อมูลห้อง Palliative Care ที่ Gotoknow.org ซึ่งเปิดไว้โดย นพ.เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี ตั้งแต่ 10 กว่าปีที่แล้ว พบว่า ปัจจุบันดำเนินการต่อเนื่องโดย อ.Kapoom และยังมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันกับเครือข่าย ที่เป็นบุคลากรในโรงพยาบาลต่าง

ๆ หลายแห่ง ในเรื่องการทำวิจัย และ/หรือ การให้คำปรึกษาด้านการวิจัยเรื่อง Palliative care รวมถึง การวิจัยแบบ R2R และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือแบ่งปันประสบการณ์ในการทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง แต่บรรยากาศก็ไม่คึกคักเท่ากับตอนที่ นพ.เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี ดำเนินการ แต่ก็ยังมีความเคลื่อนไหวต่าง ๆ ที่น่าสนใจ โดยเฉพาะบทบาทของ อ. Kapoom ที่เขียนประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ ยังพบด้วยว่า ทางสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (THAPS) ได้นำระบบมาดำเนินการต่อในรูปของ Pal2Know ที่เชื่อมกับ Gotoknow.org และเชื่อมกับเว็บของสมาคม ฯ ซึ่งพบว่า ได้แบ่งการจัดการความรู้ออกเป็น 3 โครงการย่อย คือ 1) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2) ชุมชนออนไลน์ และ 3) คลังความรู้ สำหรับโครงการแรก คือ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ไม่มีข้อมูล ลำดับต่อมาคือ **“ชุมชนออนไลน์”** ได้เปิดให้ภาคสาธารณะ ประชาชน คนทั่วไป ผู้สนใจ ผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับการเผชิญความตายของพ่อแม่ ญาติพี่น้อง คนใกล้ชิด รวมถึงความทุกข์ที่แต่ละคนประสบ สะท้อนกระบวนการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและการแก้ไขปัญหา ฯลฯ ได้เขียนเรื่องราวของแต่ละคนมาแบ่งปันบนโลกออนไลน์ ครอบคลุม 6-7 ประเด็นหลักและประเด็นย่อย อาทิเช่น ความตาย ภาวะใกล้ตาย สื่ออย่างไรให้เข้า (ถึง) ใจ, เก็บสุขกลางทุกข์, จิตวิญญาณคนไข้ประเมินกันอย่างไรดี, แลดูผู้ดูแล, สุข (ภาพ) ระยะท้าย, สั่ง*เสียก่อน*ตาย, และตายดีที่บ้าน ซึ่งพบว่า แต่ละประเด็นมีคนเขียนมาแบ่งปันเรื่องราวอยู่พอสมควร ประเด็นละ 10-30 เรื่องราวหรือมากกว่านั้น แต่ส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมดเป็นเรื่องราวที่แบ่งปันไว้ตั้งแต่ 6-7 ปีที่แล้ว

สำหรับ **“คลังความรู้”** พบว่า ได้มีการนำผลงานต่าง ๆ ในรูปของตำรา หนังสือ วิทยานิพนธ์ ผลงานวิจัย บทความตีพิมพ์ในวารสาร บทความในหนังสือ สาระนิพนธ์ ซีดี วีดีทัศน์ หรือเอกสารในรูปแบบอื่น ๆ มารวบรวมไว้ประมาณเกือบ 1,500 รายการ แต่พบว่าจนถึงปัจจุบันภาคสาธารณะยังไม่สามารถเข้าไปใช้ประโยชน์ได้ คาดว่าน่าจะกำลังอยู่ในช่วงการพัฒนาและปรับปรุงระบบให้เรียบร้อยก่อน

❖ *โครงการย่อยที่ 3 โครงการศึกษาพัฒนาระบบสาธารณสุขในการบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและการศึกษาทางระบาดวิทยา*

เดิมรับผิดชอบโดย พญ.ลลิตยา กองคำ สปสช.เขต 9 นครราชสีมา แต่พบว่า พญ.ลลิตยา ไม่ได้ดำเนินการ ต่อมาทาง พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ในฐานะผู้รับผิดชอบหลัก จึงได้นำสาระสำคัญของโครงการมาดำเนินการต่อด้วยตนเอง เฉพาะในส่วนที่เชื่อมกับเรื่องชุมชน ซึ่งผลการทำงานของโครงการ ฯ นี้ที่เห็นได้ชัดเจน คือ ส่วนที่เชื่อมกับระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน (Home Care : HC) ที่มีผู้นำชุมชนและกลไกอื่น ๆ เช่น อสม. ผู้ดูแล/ญาติ จิตอาสา หรือผู้อาสาดูแลในรูปแบบต่าง ๆ ในชุมชนเป็นฐานที่สำคัญ ซึ่งผู้ประเมินได้พบผลเชิงประจักษ์ที่เกิดขึ้นในเกือบทุกแห่งหรือทุกพื้นที่ ๆ ไปเยี่ยม ยกเว้นบางพื้นที่ ๆ มีปัญหา ที่ระบบการดูแลที่บ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม อาจจะยังไม่เข้มแข็ง หรือไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากผู้นำชุมชนและหน่วยงานระดับชุมชน/หมู่บ้าน/ตำบล ยังไม่ได้ให้การสนับสนุนเต็มที่ ประกอบกับ อสม.มีน้อย และจำนวนไม่น้อยก็มีภารกิจในการดูแลพ่อแม่ของตนเองเช่นกัน และ อสม. บางส่วนในบางพื้นที่ มีฐานะยากจน ต้องออกไปทำงานหาเลี้ยงชีพของตนเอง ไม่สามารถอยู่ในพื้นที่ได้ตลอดเวลา เป็นต้น

❖ *โครงการย่อยที่ 4 โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับการบริบาลแบบประคับประคองในระยะท้าย*

พบว่า มีทั้งหมด 4 โครงการย่อย ประกอบด้วย

4.1 โครงการพัฒนาหลักสูตรการศึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหลักสูตรแพทยศาสตร์บัณฑิต

รับผิดชอบหลักโดย นพ.จิโรจน์ สูรพันธุ์ คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พบว่า โครงการ ฯ ได้รับเงินทุนไม่มากหรือประมาณไม่เกิน 500,000 กว่าบาท (ข้อมูลจากผู้รับผิดชอบหลัก แต่ท่านก็จำตัวเลขที่แน่นอนไม่ได้) ซึ่งได้นำมาใช้สำหรับการจัดสัมมนา/ประชุมแบ่งปันประสบการณ์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการพัฒนาหลักสูตรด้านการดูแลแบบประคับประคองในคณะแพทย์ร่วมกัน ประมาณ 2 ครั้ง[15] ครั้งแรกมีจำนวนผู้เข้าร่วมประมาณ 30 กว่าคน ผู้เข้าร่วมทั้งหมดเป็นคณาจารย์จากโรงเรียนแพทย์ต่าง ๆ ประมาณกว่า 10 แห่ง

15 ครั้งแรกจัดที่ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎ และอีกครั้งหนึ่งจัดที่คณะแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น ปี พ.ศ. 2558

สำหรับครั้งที่ 2 เนื่องจากไปจัดที่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (โดย พญ.ศรีเวียง) ทำให้มีคณะแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นเข้าร่วมเพียงแห่งเดียว นอกนั้นเป็นบุคลากรแพทย์และพยาบาลจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ในภาคอีสาน (หรือจากเขตสุขภาพที่ 7,8,9, และ 10) และหลังจากนั้น ผู้รับผิดชอบหลักของโครงการ ฯ ได้มีการติดตามผลการไปขับเคลื่อนในหลักสูตรหรือภาควิชา/คณะ/โรงเรียนแพทย์แต่ละแห่ง เพื่อให้มีการบรรจุการเรียนการสอนเรื่อง เวชศาสตร์ระยะท้าย (Palliative Medicine) เข้าไปในหลักสูตร แต่พบว่า ยังไม่สามารถทำได้เท่าใดนัก ส่วนหนึ่งเพราะผู้รับผิดชอบหลักมีเวลาการทำงานในเรื่องนี้ไม่มากเท่าใดนัก เนื่องจากมีภารกิจหลายด้าน ประกอบกับผู้เข้าร่วมการสัมมนาส่วนใหญ่ไม่ใช่อาจารย์ที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักสูตรโดยตรง เมื่อกลับจากการสัมมนาไปแล้ว จึงไม่สามารถไปผลักดันในภาควิชาของตนได้ และระยะเวลาการทำงานของโครงการสั้นมากเพียงแค่ปีกว่า

อย่างไรก็ตาม พบว่า ในระยะหลังมานี้ โรงเรียนแพทย์ต่าง ๆ มีความตื่นตัวในเรื่องนี้มากขึ้น และหลายแห่งได้มีการบรรจุชั่วโมงการเรียนการสอนเกี่ยวกับเรื่อง การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care : PC) อย่างน้อยประมาณ 2-3 ชั่วโมง แต่ไม่ใช่เวชศาสตร์ระยะท้ายตามที่ต้องการตั้งแต่แรก เพราะถ้าพูดเรื่อง PC จะง่ายกว่า มีความแข็งตัวน้อยกว่า ได้รับการยอมรับมากกว่า มีความเป็นสหวิชาชีพมากกว่า การพูดเรื่องเวชศาสตร์ระยะท้าย แต่ถ้าเป็นการฝึกแพทย์ประจำบ้านจะใช้คำว่า **“เวชศาสตร์ระยะท้าย”** (Palliative Medicine) (ทั้งนี้ ประเด็นดังกล่าวมานี้ เป็นข้อคิดเห็นส่วนตัวของ นพ. จิโรจน์ สูรพันธุ์)

จึงอาจกล่าวได้ว่า บทเรียนสำคัญของโครงการนี้ ก็คือ การขับเคลื่อนเรื่องการปรับหลักสูตรในโรงเรียนแพทย์ ไม่ใช่เรื่องง่าย ต้องมีเวลาและงบประมาณพอเพียงในการขับเคลื่อน พร้อมด้วยการสื่อสารเชิงรุก การทุ่มเท ต้องได้ key persons ที่รับผิดชอบเรื่องการพัฒนาหลักสูตรโดยตรง และต้องมีการผลักดัน ส่งเสริม สนับสนุน และติดตามผลการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง จึงจะมองเห็นผลได้อย่างชัดเจนระดับหนึ่ง



4.2 โครงการจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรแพทย์ เภสัชกรและผู้สนใจงานด้านการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย

รับผิดชอบหลักโดย รองศาสตราจารย์ พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล สำหรับโครงการจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรแพทย์ เภสัชกร และผู้สนใจงานด้านการบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายนี้ ในทางปฏิบัติจริง พบว่า ไม่ใช่การไปสนับสนุนให้จัดตั้งศูนย์ขึ้นมาใหม่ แต่เป็นการชักชวนบุคคลหรือคณะ/สถาบันต่าง ๆ ที่มีการดำเนินการอบรมในเรื่องการดูแลประคับประคอง หรือมีการทำงานด้านนี้อยู่แล้วในระดับหนึ่ง ซึ่งอาจารย์ศรีเวียง สามารถติดต่อทาบทามชักชวนได้จำนวนทั้งหมด 4 แห่ง หรือ 4 ศูนย์ กระจายตามภูมิภาคต่าง ๆ ทั้งภาคเหนือ (มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) ภาคอีสาน (มหาวิทยาลัยขอนแก่น) ภาคกลาง (มหาวิทยาลัยมหิดล/คณะแพทยศาสตร์ รพ. รามาธิบดี) และภาคใต้ (มหาวิทยาลัยสงขลา-นครินทร์) สำหรับ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หรือ ภาคอีสาน ก็คือ ศูนย์การุณรักษ์ เพราะทำเรื่องการอบรมอยู่แล้ว (ทำมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-จนถึงปัจจุบัน)

ซึ่งงบประมาณของ สสส. มีส่วนทำให้ศูนย์ ฯ สามารถจัดอบรมบุคลากรได้มากขึ้น/บ่อยครั้งขึ้น และสามารถเพิ่มจำนวนผู้รับอบรม ครอบคลุมกลุ่มบุคลากรต่าง ๆ ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ผู้สนใจอื่น ๆ ได้มากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน ทั้งบุคลากรภายใน รพ. ศรีนครินทร์เอง และบุคลากรจากหน่วยงาน สถาบัน องค์กร สถานพยาบาลต่าง ๆ จากทั่วประเทศ จนถึงปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 5,606 คน นอกจากนี้ ที่มหาวิทยาลัยขอนแก่น ยังมีคณะพยาบาลศาสตร์เป็นศูนย์อบรมให้กับพยาบาล หลักสูตร 4 เดือน ซึ่งเป็นหลักสูตรที่ได้รับการอนุมัติจากสภาการพยาบาล รับผิดชอบหลักโดย อ.บำเพ็ญจิต แสงชาติ

อย่างไรก็ตาม พบว่า ปัจจุบันศูนย์อื่น ๆ อาจจะไม่ได้ดำเนินการในรูปของศูนย์ ฯ แต่ดำเนินการโดยบุคคลและคณะบุคคลที่สังกัดในคณะแพทยศาสตร์และคณะพยาบาลศาสตร์ โดยเฉพาะที่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ แต่ศูนย์ที่มีการจัดอบรมอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง มีหลักสูตรให้เลือกหลายแบบ ตามความสะดวก สอดคล้องกับบริบทของผู้สนใจ เป็นที่นิยมในเครือข่าย ก็คือ ศูนย์การุณรักษ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพราะมีความเชี่ยวชาญ มีการอบรมที่เน้นการลงมือปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย (practice-based learning) พร้อม ๆ กับการเรียนรู้ในทางทฤษฎี เสียค่าใช้จ่ายไม่มาก หลักสูตรมีความยืดหยุ่นสูง จึงทำให้ได้รับความนิยมมากกว่าที่อื่น ๆ ที่อาจมีหลักสูตรน้อย มีความแข็งตัวในเรื่องช่วงเวลา/ระยะเวลาในการจัด และไม่ค่อยเน้นการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติมากเท่ากับที่ศูนย์การุณรักษ์ (นี่เป็นข้อมูลจากเสียงสะท้อนของผู้ผ่านการอบรมจากศูนย์การุณรักษ์หลายวิชาชีพ หลายสถานพยาบาล ที่คณะวิจัยได้มีโอกาสไปเยี่ยมใน 18 จังหวัด)

ในขณะที่**ศูนย์การอบรมที่ รพ. รามาธิบดี หรือเรียกว่า ศูนย์รามาธิบดีอภิบาล** ก็ยังคงจัดอบรมอย่างต่อเนื่อง แต่จัดได้น้อยลง เพราะมีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณและเวลา ปัจจุบันเน้นการอบรมให้กับพยาบาล และส่วนใหญ่เป็นบุคลากรภายในมากกว่า เพราะภายในองค์กรเอง ยังมีบุคลากรที่ต้องเรียนรู้อีกมาก ไม่เหมือนตอนที่ได้รับทุน สสส. ที่สามารถจัดให้กับบุคลากรภายนอกได้ด้วย และมีผู้รับประโยชน์หลายกลุ่มทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และจิตอาสา ซึ่งแต่ละกลุ่มเป้าหมายมีจุดเน้นการเรียนรู้ที่ต่างกัน แพทย์เน้นการเรียนรู้เรื่องการประเมินผู้ป่วย การจัดการอาการรบกวน/การบรรเทาอาการ การจัดการความปวด พยาบาลเรียนเรื่องการปฏิบัติการทางการพยาบาล เภสัชกรเรียนเรื่องยา และจิตอาสาเรียนเรื่อง การสื่อสารพูดคุยกับผู้ป่วย การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อจากผู้ป่วย เรียนสิ่งที่ควรทำ/ต้องทำ และสิ่งที่ไม่ควรทำ/ห้ามทำ (Do and Don't) เป็นต้น ซึ่งช่วงที่ได้รับทุนสามารถจัดได้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แต่เมื่อหมดทุนสนับสนุน ก็สามารถจัดได้เฉพาะบุคลากรภายในเท่านั้น

4.3 โครงการฝึกพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาลด้านการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย

รับผิดชอบหลักโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิกุล นันทชัยพันธ์ สำหรับโครงการนี้คณะวิจัยไม่มีโอกาสได้สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบหลัก เนื่องจากหัวหน้าโครงการประเมินผลไม่สบาย ขณะปฏิบัติงานในภาคสนาม และพอหายจากไม่สบายแล้ว ได้ติดต่อขอสัมภาษณ์อีกครั้งหนึ่ง แต่ปรากฏว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ไม่สะดวก เนื่องจากติดภารกิจงานฌาปนกิจศพคนในครอบครัว ทำให้ไม่มีข้อมูลจากภาคสนาม มีแต่ข้อมูลจากเอกสาร พบว่า ที่ผ่านมาได้มีการจัดอบรมพยาบาลหลายครั้ง โดยเฉพาะสำหรับพยาบาลในโรงพยาบาลต่าง ๆ ในเขตภาคเหนือ ทั้งเชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง น่าน แพร่ แม่ฮ่องสอน อุตรดิตถ์ ฯลฯ เป็นจำนวนรวมแล้วหลายร้อยคน หลักสูตรสื่อสารเรื่อง แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง ความรู้และทักษะในการประเมินผู้ป่วย การจัดการอาการ การจัดการความปวด การจัดการเรื่องยา ฯลฯ

ทำให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะเกี่ยวกับการจัดการสิ่งรบกวนต่าง ๆ มากขึ้น และพบว่า ในปัจจุบัน ยังมีการจัดอบรมต่อเนื่องด้วยหลักสูตร 4 เดือน ที่ผ่านการอนุมัติจากสภาการพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 แต่ปัญหาคือ มีราคาที่ค่อนข้างแพง ประมาณ 40,000 บาท ซึ่งทำให้พยาบาลจำนวนหนึ่งสะท้อนว่าไม่สามารถจ่ายเองได้ ถ้าไม่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต้นสังกัด แต่ในระหว่างที่ได้รับทุนจาก สสส. ทำให้พยาบาลจำนวนมากเข้าร่วมได้ เพราะ สสส. เป็นผู้สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้

นอกจากนี้ พยาบาลจำนวนหนึ่งยังสะท้อนด้วยว่า หลักสูตรการอบรมของคณะพยาบาลศาสตร์ส่วนใหญ่เน้นเรื่องทฤษฎี ไม่ค่อยเน้นการปฏิบัติ ทำให้ไม่ค่อยเข้าใจผู้ป่วย ไม่สามารถทำได้จริง เพราะเรียนการลงมือปฏิบัติตามความจริงของชีวิตผู้ป่วยและญาติแต่ละรายที่มีโรค บริบทชีวิตที่ต่างกันน้อยเกินไป ทำให้ทักษะไม่เพียงพอ พยาบาลจำนวนมากจึงยังคงนิยมเข้ารับการอบรมกับศูนย์การุณรักษ์มากกว่า เพราะได้ปฏิบัติจากของจริง ทำให้รู้จริง ทำงานได้จริง มีความมั่นใจ

4.4 โครงการฝึกพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยและจิตอาสา

รับผิดชอบหลักโดย รองศาสตราจารย์ ดร. จอนผะจง เพ็งจาด สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย จากการสนทนาพูดคุยและสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบหลักและทีมงาน พบว่า ที่ผ่านมาสถาบันนี้ และ รพ. จุฬาลงกรณ์ ได้ทำเรื่องการดูแลแบบประคับประคองมาก่อนแล้ว (เพียงแต่สมัยนั้นยังไม่รู้จักคำว่า “การดูแลแบบประคับประคอง” หรือยังไม่ได้ใช้คำนี้) เนื่องจากเห็นผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วย มีความทุกข์ ซึ่งเป็นการทำด้วยจิตสำนึกของความเป็นพยาบาลและอาจารย์พยาบาล หรือตามบริบทวิชาชีพของพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และต้องหาทางช่วยเหลือต่าง ๆ อยู่แล้ว แต่สมัยนั้น ก็ยังทำอะไรไม่ได้มาก เพราะยังไม่มีความรู้ ทำได้เพียงการเปิดเทปธรรมะให้ผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตฟัง ต่อมา อ.จอนผะจง และเพื่อนอาจารย์ได้มีโอกาสไปเรียนรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองจากประเทศอังกฤษ (ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่มีความคาบเกี่ยวกันทั้งเรื่อง Chronic care, Palliative care และ Hospice care) เพราะมีความสนใจเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ทำให้ทราบว่าเรื่องนี้เป็นความรู้ชุดใหญ่[16] และได้เข้าร่วมการเรียนรู้ผ่านการทำงานในโครงการต่าง ๆ ร่วมกับทีมงาน และเครือข่าย ทำให้มีความรู้และประสบการณ์เพิ่มขึ้น สามารถนำไปใช้ในการจัดอบรมได้ ซึ่งสถาบัน ฯ เป็นแห่งแรกที่จัดอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 จนถึงปัจจุบัน ในช่วงแรก ๆ ทาง รพ. บำรุงราษฎร์ และ รพ. สมิติเวช ส่งบุคลากรมาเข้าอบรมจำนวนมาก และต่อมาช่วงปี พ.ศ. 2550-51 ทางโรงพยาบาลได้เชิญทีมงานไปอบรมให้บุคลากรทั้งโรงพยาบาล และมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล

16 การค้นพบ ความรู้ชุดใหญ่ ณ ที่นี้ มีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสถาบัน ฯ และเครือข่ายวิชาชีพพยาบาล เพราะแม้แต่สภาการพยาบาลเองที่ในช่วงแรก มองว่า การดูแลผู้ป่วยก่อนตาย ไม่ต้องใช้ความรู้มาก เรียนเพียงแค่ 2 เดือนก็พอ แต่ต่อมาพบว่า เป็นความรู้ชุดใหญ่ มองว่า 2 เดือนน้อยไป ควรเรียน 4 เดือน จึงเป็นที่มาของการอนุมัติหลักสูตรเฉพาะทางด้านการพยาบาลแบบประคับประคอง 4 เดือน

โดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จนผ่านการประเมินตามมาตรฐาน JCI (Joint Commission International)

ข้อมูลตรงนี้ ชี้ให้เห็นว่า สถานพยาบาลในภาคเอกชนได้เรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและเกิดการปรับระบบองค์กรเร็วกว่าสถานพยาบาลในภาครัฐ เพราะมีแรงผลักดันสำคัญ คือ ความต้องการ (demand) ของผู้ป่วยและครอบครัวที่สามารถจ่ายได้ และแรงจูงใจด้านผลกำไรนั่นเอง

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันมีจำนวนผู้เข้าร่วมฝึกอบรมจากแหล่งต่าง ๆ ลดลง เนื่องจากมีสถาบันหลายแห่งจัดอบรมได้ เพราะผ่านการอนุมัติจากสภาการพยาบาลหมดแล้ว ซึ่งมีการจัดอบรมรูปแบบต่าง ๆ ทั้งที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยมหิดล รพ. สรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี แต่สำหรับหลักสูตรของ รพ. สรรพสิทธิประสงค์ เป็นหลักสูตร 1 เดือน เป็นหลักสูตรที่ร่วมมือกับศูนย์การุณรักษ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เรียนทฤษฎี 1 สัปดาห์ และเรียนปฏิบัติ 3 สัปดาห์

สำหรับการดำเนินงานด้านการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยและจิตอาสาภายใต้โครงการนี้ ดำเนินการทั้งในกรุงเทพ และต่างจังหวัด ครอบคลุม เชียงใหม่ ขอนแก่น นครศรีธรรมราช สงขลา สำหรับในกรุงเทพจัดทั้งหมด 3 ครั้ง มีผู้เข้าร่วมรุ่นละ 40 กว่าคน ต่างจังหวัดจัดอบรมจังหวัดละ 1 ครั้ง สำหรับในกรุงเทพ ผู้เข้าอบรมส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) ที่ติดต่อขอความร่วมมือผ่านทางศูนย์บริการสาธารณสุข และกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัยกรุงเทพฯและสำหรับต่างจังหวัด ติดต่อผ่านทางโรงพยาบาลและหน่วยงานรับผิดชอบต่าง ๆ ในพื้นที่

สำหรับหลักสูตรที่ใช้ในการอบรม มีการปรับเปลี่ยนไปตามบริบทของแต่ละแห่ง ไม่เหมือนกันทั้งหมด เน้นให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต สภาพของผู้ป่วยในระยะท้าย การช่วยเหลือดูแลในด้านต่าง ๆ การสื่อสารพูดคุย การทำความสะอาด การพลิกตัว การทำแผลต่าง ๆ การป้องกันตนเองจากโรคที่อาจติดต่อ ฯลฯ

ที่ผ่านมา ผู้รับผิดชอบหลักได้มีการติดตามผลการทำงานของผู้ผ่านการฝึกอบรมในกรุงเทพ ด้วยการไปเยี่ยมพื้นที่บางส่วน แต่ส่วนใหญ่ติดตามจากการส่งไปรษณียบัตรไปให้และให้เขียนกลับมาเล่าว่า หลังจากอบรมแล้ว ได้ไปทำอะไรกันบ้าง ปัญหาอุปสรรคที่พบคืออะไร แก้ไขอย่างไร ฯลฯ ทำให้พบว่า การทำงานเป็นจิตอาสาหรือผู้ดูแลอาสาในบริบทชุมชนเมืองไม่ใช่สิ่งที่สามารถทำได้ง่าย ๆ เพราะส่วนหนึ่งไม่ยอมรับบทบาทของ อสส. หรือจิตอาสา/ผู้ดูแลอาสา **แต่รูปแบบที่พบว่า ใช้การได้ดี คือ การที่ผู้ดูแลอาสาไปตามบ้านด้วยกันเป็น**

กลุ่ม ๆ ไปช่วยกันอาบน้ำ เช็ดตัว ทำแผล ป้อนข้าว ฯลฯ ซึ่งถ้าเป็นรูปแบบนี้ น่าจะใช้การได้มากที่สุด มากกว่าการไปคนเดียว เพราะต่างฝ่ายต่างไม่มั่นใจว่าจะเกิดอะไรขึ้น เพราะส่วนใหญ่เป็นคนแปลกหน้ากัน แต่ถ้าไปพร้อมกับพยาบาล ก็จะมีความมั่นใจและทำให้ได้รับการยอมรับมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน แต่สำหรับในต่างจังหวัดไม่ได้มีการติดตามผลภายหลังการจัดอบรม เพราะอยู่ไกลและระยะเวลาการทำงานของโครงการมีไม่มาก

จุดแข็ง/สิ่งที่ดี และจุดอ่อน/สิ่งที่ควรแก้ไข-ปรับปรุงของชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะฯ

(ตั้งแต่โครงการย่อยที่ 2-7) มีดังนี้คือ

1) จุดแข็ง-สิ่งที่ดีของโครงการฯ

- ทำให้เกิดหลักสูตรการอบรมต่าง ๆ จำนวนมาก ซึ่งเป็นหลักสูตรทีมีความสำคัญในการช่วยยกระดับความรู้ความสามารถ ทักษะและการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร สหวิชาชีพอื่น ๆ เช่น นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย และจิตอาสา
- ทำให้เกิดศักยภาพ ความรู้ความสามารถ ความเข้าใจ ทักษะ การปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักวิชาการในบรรดาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จิตอาสา และชุมชนท้องถิ่น ทำให้ลดความเสี่ยง ความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นได้
- ทำให้มีความรู้/ชุดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ซึ่งเดิมอาจเคยมีการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แต่เป็นแบบลองผิดลองถูก และเป็นแบบพึ่งพิงยาโบราณ ที่ผู้ป่วยและญาติต้องไปแสวงหาเอง แต่ไม่ได้รับประกันว่าจะสามารถเข้าถึงและจะสามารถระงับความปวดทุกข์ทรมานได้จริงหรือไม่ หรือบางแห่งใช้เพียงแค่การให้ฟังเทปธรรมะหรือการสวดมนต์ จนมาสู่พัฒนาการอีกก้าวหนึ่งที่มีแพทย์ที่เชี่ยวชาญ มียา มีเครื่องมือต่าง ๆ มีทีมงาน ที่มีความรู้ในการใช้ยาช่วยระงับปวด มีความรู้ในการจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ ตามแต่ละโรคได้ดีขึ้น
- ชุมชนท้องถิ่น รวมถึงชมรมจิตอาสาและวัดต่าง ๆ จำนวนมากมีความตระหนักในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและมีศักยภาพในการระดมทุน เครื่องมือ-วัสดุอุปกรณ์ ทรัพยากรต่าง ๆ เช่น เครื่องทำออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ ที่นอนลม เตียงปรับระดับ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ฯลฯมาสนับสนุนระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
- ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสถานพยาบาล/หน่วยบริการสุขภาพต่าง ๆ จำนวนมากทั้ง 3 ระดับ (รพ.ศูนย์/ทั่วไป, รพ.ชุมชน และ รพ.สต.) และสถานพยาบาลในภาคเอกชน และใน

กรุงเทพมหานคร ทั้งที่เป็นไปตามระบบและโครงสร้าง/เป็นทางการ (เช่น ผ่านโครงสร้างของเขตสุขภาพ) และนอกกรอบระบบและโครงสร้าง/ไม่เป็นทางการ ผ่านการเชื่อมความสัมพันธ์จากการรู้จักกัน ส่งทอดข้อมูลถึงกัน เพื่อทำให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในสถานพยาบาลต่าง ๆ ขึ้นเร็วที่สุด เพื่อให้ทันกับปัญหาและความต้องการที่เพิ่มขึ้น

- เกิดการขับเคลื่อน/การเปลี่ยนแปลงในสถานพยาบาลต่าง ๆ ในภาคอีสานและในชุมชน-หมู่บ้านต่าง ๆ อย่างค่อนข้างเต็มพื้นที่ ยกเว้นเพียงบางจังหวัด ที่อาจจะยังไม่ได้เข้ามาร่วมกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง ณ ขณะนี้ แต่น่าจะเข้าร่วมในลำดับต่อจากนี้ไป
- เกิดการปรับระบบและโครงสร้างและระบบบริการเพื่อให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นไปได้อย่างทั่วถึง รองรับผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างครอบคลุมใน รพ. ศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในฐานะโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีความสำคัญมาก
- เกิดการกระจายตัวของรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง และองค์ความรู้ต่าง ๆ ไปยัง node การขับเคลื่อนในภูมิภาค ทั้งในภาคอีสาน ภาคเหนือ ภาคกลางและภาคใต้
- ทำให้เกิดความตื่นตัวในกลุ่ม-องค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรแพทย์ในหลาย ๆ แห่ง .กลุ่มแพทย์สาขาต่าง ๆ เช่น วิสัญญีแพทย์, แพทย์อายุรกรรม, ศัลยแพทย์, กุมารแพทย์ ฯลฯ
- ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านนโยบายและการเปลี่ยนแปลงการสนับสนุน ของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะกรมการแพทย์, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฯลฯ

2) จุดอ่อน/ข้อจำกัด/สิ่งที่ควรปรับปรุงในโอกาสต่อไป

- บางอย่างไม่สามารถดำเนินการได้ต่อเนื่องหรือมีความเข้มข้นน้อยลง เนื่องจากบุคลากรที่รับผิดชอบลาออกจากหน่วยงาน ซึ่งเป็นบทเรียนสำคัญในการทำงานว่า ควรมีการดำเนินการเป็นทีม และควรผลักดันบางส่วนเข้าสู่ระบบและโครงสร้าง จะได้มีคนสานงานต่อ เมื่อผู้รับผิดชอบหลักไม่อยู่แล้ว
- การสื่อสารเชิงรุกในเครือข่ายโรงเรียนแพทย์ ควรมีความชัดเจนและทำการเจาะตัวบุคคลที่เป็นร่มหลักของเครือข่ายโรงเรียนแพทย์ หรือแกนหลักของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทยให้ถูกคน ถูกเวลา
- การดำเนินงานของศูนย์ฝึกอบรมในระดับภูมิภาคของบางแห่งไม่มีความต่อเนื่องและหลักสูตรอบรมก็ไม่ได้รับความนิยมมากเท่าใด ส่วนหนึ่ง น่าจะเป็นผลมาจากการไม่ได้ตัวบุคคลที่แท้จริง ที่มีใจ มีเวลา มีความต้องการทำเรื่องนี้ ถึงแม้ไม่มีทุนก็จะทำ และอีกส่วนหนึ่ง น่าจะเป็นผลมาจากความแข็งตัวของหลักสูตรที่ต้องใช้เวลาเรียนนาน ทำให้ไม่ยืดหยุ่น หรือไม่สอดคล้องกับบริบทการทำงานของวิชาชีพต่าง ๆ โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ที่มีภารกิจมาก
- บางโครงการไม่ได้ดำเนินการ หรือไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากมีการเปลี่ยนตัวผู้รับผิดชอบกะทันหัน ทำให้ผู้รับผิดชอบหลักต้องนำไปทำเอง ซึ่งก็มีภารกิจหนักอยู่แล้ว ทำให้ดำเนินการได้เพียงบางส่วน ดังนั้น การ approach คนหรือได้คนจริงที่สามารถทำงานในด้านนั้น ๆ ได้จริง ถือเป็นบทเรียนสำคัญ
- การบริหารจัดการเงินหรือจัดสรรเงิน/งบประมาณให้พอเพียง รวมทั้งการพิจารณาช่วงระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการทำงานในเรื่องที่ยาก ก็มีความสำคัญ โครงการของ สสส.จำนวนไม่น้อย มักจะเขียนวัตถุประสงค์และสิ่งที่ต้องการบรรลุไว้จำนวนมาก แต่มีเวลาการทำงานน้อย ทำให้ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการได้ทั้งหมดในเวลาอันจำกัด



3. โครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

รับผิดชอบหลักโดย เครือข่ายพุทธิกา จากการสัมภาษณ์ สังเกต และเยี่ยมพื้นที่ พร้อมทั้งเยี่ยมผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่การทำงานของเครือข่ายพุทธิกา พบว่า โครงการได้พยายามนำมิติจิตใจ จิตวิญญาณ หรือ เรื่องจิตตปัญญา หรือเรียกอย่างเป็นทางการว่า “สุขภาวะทางปัญญา” เข้ามาในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งก็คือ การทำงานทางความรู้และความคิดของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถรับมือกับสภาวะการเจ็บป่วยและสภาวะการสูญเสียได้มากขึ้น ดีขึ้น ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากที่ผ่านมาการดูแลรักษาแบบประคับประคองเน้นหนักไปทางด้านร่างกาย ยังขาดมิติอื่น ๆ โดยเฉพาะมิติจิตใจ จิตวิญญาณ

สำหรับในบริบทของเครือข่ายพุทธิกา ซึ่งเป็นองค์กรหรือเครือข่ายทางด้านศาสนาพุทธ จึงเน้นหนักการทำงานกับพระสงฆ์ วัดต่าง ๆ หรือพยายามให้พระสงฆ์เข้ามามีบทบาทในทีมเยี่ยม ติดตาม พูดคุย/สนทนา ให้คำปรึกษา ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาล และจิตอาสา **โดยรูปแบบที่กำหนดไว้เดิมคือ ในหนึ่งทีมให้มีพยาบาล 2 คน พระสงฆ์ 2 รูป และจิตอาสา 2 คน ที่กำหนดไว้แบบนี้ จะได้เป็นเพื่อนกัน หรือมีคนทำงานแทน กรณีมีใครในทีมไม่ว่างหรือเจ็บป่วย พื้นที่การทำงานครอบคลุม จ.เชียงใหม่ จ.สุรินทร์ และ จ.นครราชสีมา โดยกำหนดให้มี พื้นที่ต้นแบบ 3 แห่ง หรือ 3 ระดับ แต่อยู่กันคนละพื้นที่/จังหวัด**[17] และมีพื้นที่ขยายทั้งเชิงลึกและเชิงกว้าง ดังนี้คือ

1) โรงพยาบาลต้นแบบจำนวน 3 แห่ง

ได้แก่ รพ. นครพิงค์ จ.เชียงใหม่ (ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป) รพ. ครบุรี จ.นครราชสีมา (โรงพยาบาลชุมชน) และ รพ.สต.ดอนชมพู (โรงพยาบาลระดับตำบล) สำหรับเหตุผลที่โครงการ ฯ เลือกพื้นที่การทำงาน 3 ระดับใน 3 จังหวัด เพราะต้องการรักษาเครือข่ายการทำงานจากระยะแรกไว้ (เนื่องจากเครือข่ายพุทธิกาเคยได้รับการสนับสนุนจาก สสส. ให้ทำงานกับพระสงฆ์ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2555-2557 ภายใต้ชื่อโครงการส่งเสริมบทบาทพระสงฆ์โรงพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะท้าย) และต้องการเสริมพลังและศักยภาพการทำงานของเครือข่ายที่สร้างไว้ให้มากขึ้น โดยเฉพาะการเพิ่มการทำงานในมิติจิตวิญญาณ ประกอบกับสถานพยาบาลทั้ง 3 แห่งมีจุดเด่น/จุดแข็งต่าง ๆ ที่สำคัญ ที่จะทำให้การทำงานในระยะต่อไปเป็นไปได้

17 เป็นการคัดเลือกจากฐานข้อมูลการทำงานกับพระสงฆ์ในระยะแรกที่เครือข่ายพุทธิกาเคยได้รับทุนจาก สสส. ให้ดำเนินการในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2555-2557 โดยดูจากศักยภาพ ความสามารถ ความเข้มแข็ง การมีเครือข่าย การมีฐานการทำงานร่วมกับชุมชน และมีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอของโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

กล่าวคือ รพ. นครพิงค์ มีจุดแข็งในเรื่องการเยี่ยมบ้านและมีการทำงานเชิงเครือข่ายที่เข้มแข็งครอบคลุมเกือบทั้งจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งหมายถึงจะทำให้เกิดการขยายผลการทำงานในมิติจิตวิญญาณในเครือข่ายที่มีอยู่ได้เร็วขึ้น ลงลึกได้มากขึ้น สำหรับ รพ. ครบุรี มีระบบการทำงานที่เชื่อมกันทั้งโรงพยาบาล ประกอบกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลรับรู้ ให้การสนับสนุน มีภารกิจด้าน PC ที่ชัดเจน และมีการทำงานกับพระสงฆ์หรือให้พระสงฆ์เข้ามาร่วมในทีมเยี่ยมบ้านอยู่แล้วสัปดาห์ละหนึ่งวัน ในขณะที่ รพ.สต.ดอนชมพู อ.โนนสูง นั้นมีความสัมพันธ์ที่ดีกับวัดและชุมชน หรือ อาจกล่าวได้ว่า มีความเหนียวแน่นกับชุมชน เพราะมีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ได้รับการยอมรับจากชุมชนเป็นอย่างดี (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ทีมงานโครงการ ฯ โดยเฉพาะ คุณศรินธร รัตน์เจริญขจร, ผู้จัดการโครงการ, 10 มิถุนายน 2562)

สำหรับการประเมินในครั้งนี้ คณะวิจัย ฯ ได้มีโอกาสไปเยี่ยม สังเกต สัมภาษณ์ และฟังการนำเสนอข้อมูลเฉพาะของ รพ. นครพิงค์ จ.เชียงใหม่ และ รพ.สต. ดอนชมพู อ.โนนสูง จ.นครราชสีมาเท่านั้น เนื่องจาก รพ. ครบุรี แจ้งว่าไม่สะดวกในช่วงที่ทีมวิจัยจะเข้าไปในพื้นที่ ทำให้ได้ข้อมูลเพียง 2 ระดับ แต่ก็มีภาพของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอื่น ๆ มาแทนได้ระดับหนึ่ง โดยเฉพาะ รพ. สนม จ.สุรินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายการทำงานของพุทธิกาและอยู่ในโครงการ ฯ นี้ด้วย ดังนั้น จะขอนำเสนอภาพความคืบหน้าต่าง ๆ รวมถึงการขยายตัว และ/หรือ ปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในมิติจิตใจ/จิตวิญญาณ/จิตตปัญญา/สุขภาวะทางปัญญา และบริบทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องของทั้ง รพ. นครพิงค์ เชียงใหม่ และ รพ.สต.ดอนชมพู อ.โนนสูง จ.นครราชสีมา ไว้ในลำดับต่อไปนี้ด้วย

โรงพยาบาลนครพิงค์ จ.เชียงใหม่ พบว่า มีประสบการณ์และความคืบหน้าต่าง ๆ ในการส่งเสริมบทบาทพระสงฆ์ในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในมิติจิตวิญญาณหรือสุขภาวะทางปัญญาที่น่าสนใจ แต่ก็พบด้วยเช่นกันว่า ยังมีปัญหา-อุปสรรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอยู่พอสมควร โดยเฉพาะการทำงานตามรูปแบบเดิมที่เครือข่ายพุทธิกาได้วางไว้ ที่ให้พยาบาลทำงานร่วมกับพระสงฆ์และจิตอาสาอย่างละ 2 ท่าน และเป็นทีมเยี่ยมบ้านเดียวกัน เพื่อทำงานเสริมกันให้ครบทั้งมิติทางกายและมิติทางใจ/จิตวิญญาณ/สุขภาวะทางปัญญา แต่พบว่า ในทางปฏิบัติจริง ไม่สามารถทำได้ ต้องมีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและเพื่อให้ได้รับการยอมรับจากทุกฝ่าย ซึ่งได้อธิบายรายละเอียดต่าง ๆ ไว้ในหัวข้อ **“หลักสูตรอบรมการทำงานเป็นทีม 3 ฝ่าย”** ในหัวข้อเกี่ยวกับหลักสูตรอบรมต่าง ๆ ของเครือข่ายพุทธิกา ที่ตามมาด้านล่างนี้ สำหรับบริบทและรายละเอียดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองภายใน รพ. นครพิงค์ พร้อมทั้งการทำงาน

ส่งเสริมบทบาทของเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนในการเพิ่มมิติจิตวิญญาณในระบบการดูแลของทั้งจังหวัด จะนำเสนอไว้ในหัวข้อ “เครือข่ายเชียงใหม่” ที่ตามมาในหัวข้อถัดไป

สำหรับ **รพ.สต.ดอนชมพู อ.โนนสูง** พบว่า ที่นี่มีการทำงานร่วมกับชุมชนอย่างใกล้ชิด มีความชัดเจนและความเข้มข้นในการทำงานร่วมกับพระสงฆ์หรือวัดดอนชมพู รวมถึง อบต.ดอนชมพู อ.โนนสูง ในช่วงแรก ๆ ทีมงาน รพ.สต. จิตอาสาและพระสงฆ์ได้เข้าร่วมการเรียนรู้ และฝึกทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) กับเครือข่ายพุทธิกา หลังจากอบรมก็ได้ลงมือทำเลย ด้วยการพัฒนาทีมงานจิตอาสา และทำคู่มือ ให้จิตอาสาใช้เป็นแนวทางในการทำงาน

ซึ่งอันที่จริงนั้น รพ.สต. ดอนชมพู มีความสนใจเรื่องการดูแลผู้สูงอายุเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ได้รับทุนจากมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส) มาขับเคลื่อนพร้อมกับการวิจัย เรื่องการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว (Long-term care : LTC) ซึ่งทีมงานรู้สึกดีใจมากที่ รพ.สต.มีพื้นฐานและองค์ความรู้ด้านนี้อยู่เป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ทำให้สามารถทำงานในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้เร็วขึ้นหรือมีคุณภาพมากขึ้น แต่ส่วนหนึ่งเป็นเพราะผู้บริหารองค์กรไม่กลัวปัญหาอุปสรรค มีวิสัยทัศน์ มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน มีนโยบายลดความขัดแย้งในองค์กรและในชุมชน และส่งเสริมการร่วมมือกันทำงาน ทำให้มีทีมงานที่เข้มแข็ง เพราะทุกคนช่วยกันทำงาน ทำให้ทำงานได้ทุกอย่าง ไม่กลัวงาน ไม่ว่างานอะไรเข้ามาก็สามารถทำได้ (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผู้อำนวยการ รพ.สต. ดอนชมพู และทีมงานพยาบาลและจิตอาสาที่มาปรากฏตัวในวันที่คณะวิจัยไปเยี่ยม รพ.สต, 3 ตุลาคม 2562)

พบด้วยว่า ทั้ง รพ.สต. และวัดดอนชมพูให้ความสำคัญกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหรือเยี่ยมครบ 100% และที่นี่เรียกทีมเยี่ยมบ้านว่า **“ทีมอาสายาใจ”** ถึงแม้ในช่วงหลังจะไม่สามารถทำงานเป็นทีมหรือไปเยี่ยมบ้านพร้อมกันทั้งหมดก็ตาม เพราะที่จริงจิตอาสาที่ได้ฝึกอบรมไว้สามารถทำการประเมินผู้ป่วยได้ด้วยตนเองและรายงานผลเข้ามา นอกจากนี้ ทางวัดและพระสงฆ์ยังให้การสนับสนุนต่าง ๆ หลายอย่าง เพราะเป็นวัดที่มีชื่อเสียง (เป็นสำนักปฏิบัติธรรมของจังหวัดนครราชสีมา) มีทรัพยากรมาก เพราะมีญาติโยมมาปฏิบัติธรรมจำนวนมาก

ดังนั้น ไม่ว่าทาง รพ.สต.ดอนชมพู ต้องการทำอะไร ทางวัด อบต. และชุมชนให้การสนับสนุนทุกอย่าง ทั้งเรื่องวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ ที่จำเป็น เตียงปรับระดับ ที่นอนลม เครื่องทำออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ ผ้าอ้อม ฯลฯ พบว่า ได้รับบริจาคสิ่งเหล่านี้จากชุมชนและประชาชนอย่างล้นหลามจนไม่มีที่จัดเก็บ ต้องนำไปเก็บไว้ที่วัด หรือที่จริงแล้ว ทาง **รพ.สต.ได้ร่วมกับวัดในการส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามบริบทของแต่ละคน แต่ละบ้าน มีเงินให้เงิน มีแรงให้แรง มีเวลาให้เวลา และทำให้เป็นเรื่องของ “การทำบุญ” ทำให้ได้รับการตอบรับที่ดีมาก**

สำหรับวัดดอนชมพูนี้ ปัจจุบันมีพระทั้งหมด 12 รูป ได้รับการให้ข้อมูลจากท่านเจ้าอาวาส (พระครูสุนทรธรรมประสาท) ว่าได้มีการวางตัวพระรุ่นใหม่ในการที่จะเข้ามาสืบทอดการทำงานทางด้านนี้ไว้แล้วด้วย จากการสนทนากับพระครูสุนทรธรรมประสาท ทำให้ทราบว่า บทบาทในส่วนของพระสงฆ์ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายนั้น เป็นบทบาทในการทำให้ผู้ป่วยรู้และเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของตนเอง ยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น เมื่อรู้และเข้าใจแล้ว ก็จะทำให้จิตเกิดความเบา ผ่องใส สะอาด สว่าง ถือเป็นการส่งเสริมพลังใจ ซึ่งเป็นพลังพิเศษ การตายดีต้องรู้ ต้องมีสติ จึงจะเรียกว่า “การตายดี” ในมุมมองของท่านพระครูสุนทรธรรมประสาท

ทั้งนี้ คณะวิจัยได้รับการบอกกล่าวด้วยว่า ต.ดอนชมพู เป็นดินแดนแห่งเงินและดินแดนแห่งบุญ เป็นเมืองบุญ เพราะคนนิยมทำบุญ คนฐานะดีก็มีมาก ก็ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในขณะที่วัดก็เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน ทำให้การทำงานหรือการพัฒนาระบบต่าง ๆ ไม่ว่าจะทำอะไรก็ตาม ไม่ต้องเริ่มจากเงิน/งบประมาณ หรือ ไม่พูดว่า ไม่มีเงิน ไม่เคยมองในเรื่องปัญหาและอุปสรรค เพราะเชื่อว่าทำได้แน่นอน แต่มักจะเริ่มจากการลงมือทำไปก่อน แล้วเงินจะตามมาเอง

นอกจากนี้ ยังได้ทราบด้วยว่า **รพ.สต.ดอนชมพู และตำบลดอนชมพู ยังเป็นต้นแบบในหลาย ๆ เรื่อง** ทั้งเรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (NCD) จำนวน 700 คนอย่างดี ทุกคนได้รับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันปัญหาสุขภาพต่าง ๆ มีการนัดจ่ายยาให้ผู้ป่วยที่ศาลาประชาคม แสดงให้เห็นว่า มีความร่วมมือกันเป็นอย่างดีทุกฝ่าย ทุกระดับ ทั้งฝ่ายปกครอง ฝ่ายสงฆ์/ศาสนา ฝ่ายสาธารณสุข และฝ่ายประชาชน นับเป็นชุมชนตัวอย่างที่น่าติดตามเส้นทางต่าง ๆ ต่อไปในอนาคตด้วยว่าจะสามารถรักษาและสืบทอดสิ่งดี ๆ ที่ชุมชนร่วมกันสร้างมานี้ได้ต่อไปได้อีกยาวนานเพียงใด จะมีกระบวนการส่งเสริมอะไรเพิ่มเติม เพื่อสืบทอดสิ่งดี ๆ เหล่านี้ที่ รพ.สต. องค์กรต่าง ๆ และประชาชนในชุมชนได้ทำร่วมกันมาให้ยั่งยืนต่อไปอีกนานเท่านาน

สำหรับวิธีการทำงานของโครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญา นอกจากได้จัดอบรมเรื่อง การฟังอย่างลึกซึ้งให้กับทีมงาน ตามที่ รพ.สต.ดอนชมพู ระบุไว้ ยังพบด้วยว่า ได้มีการจัดทำคู่มือชื่อ “คู่มือการทำงานดูแลสุขภาวะทางปัญญาในผู้ป่วยระยะท้าย” เขียนโดย พระวิชิต ธัมมชิโต จำนวน 239 หน้า (สิงหาคม 2559) แต่สิ่งที่พบ คือ คู่มือเล่มนี้มีการจัดพิมพ์ออกมาค่อนข้างช้า (แต่ในขณะที่กำลังทำงานโครงการ ฯ อาจจะใช้ฉบับร่าง ที่ยังไม่ได้ทำการจัดพิมพ์อย่างเป็นทางการในการทำงาน ก็เป็นไปได้) สำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับคู่มือเล่มนี้ ได้นำเสนอไว้ในบทการประเมินเชิงวิเคราะห์ด้วยกรอบแนวคิดและทฤษฎีการแพร่กระจายและยอมรับนวัตกรรมของโรเจอร์สและชูเมกเกอร์ด้วย

นอกจากนี้ โครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญา ยังได้ทำการอบรม 3-4 เรื่อง ด้วยวิธีการเลือกแกนนำจากโรงพยาบาลแต่ละแห่ง พร้อมกับพระสงฆ์ และจิตอาสาให้มาเข้ารับการอบรม พร้อม ๆ กับการทำงานเชิงการเสริมพลังให้เครือข่ายมีศักยภาพและความสามารถในการทำงานได้มากขึ้น ดีขึ้น โดยเฉพาะในมิติสุขภาวะทางปัญญาหรือจิตวิญญาณ ทั้งนี้ โครงการ ฯ ได้จัดแบ่งหลักสูตรอบรมออกเป็น 3-4 ประเภท ซึ่งจะนำเสนอพร้อมข้อมูลรายละเอียดความคืบหน้า ผลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และปัญหา-อุปสรรคต่าง ๆ ที่คณะวิจัยได้รับทราบมาจากพื้นที่และการสัมภาษณ์ทีมงานรับผิดชอบโครงการ และผู้เกี่ยวข้องต่าง ๆ ดังนี้คือ

หลักสูตรอบรมการทำงานเป็นทีม 3 ฝ่าย ของพยาบาล พระสงฆ์ และจิตอาสา ซึ่งเน้นการทำความเข้าใจเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง และการตายดี และการทำงานประสานเชื่อมโยงกันในบทบาทของแต่ละท่าน ซึ่งเป็นการทำงานเสริมกัน พยาบาลเน้นการดูแลทางกาย พระสงฆ์เน้นการดูแลทางจิตใจ และจิตอาสา เน้นการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น การพลิกตัว การเช็ดตัว การทำแผล ฯลฯ ซึ่งรูปแบบการทำงานแบบนี้เป็นสิ่งที่ดีมาก แต่ในทางปฏิบัติจริง พบว่า หลาย ๆ พื้นที่ไม่สามารถรักษารูปแบบนี้ไว้ได้ เพราะทีมงานว่างไม่ตรงกัน ประกอบกับการเดินทางไปทำงานด้วยกันระหว่างพยาบาลและพระสงฆ์ หลายแห่งสะท้อนว่า ดูแล้วอาจไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในกรณีที่ไปกันเพียงลำพัง 2-3 คน หรือกรณีที่ไม่มีจิตอาสาไปร่วมด้วย

ดังนั้น ส่วนใหญ่จึงใช้วิธีปรับรูปแบบการทำงานใหม่ ตามความถนัด ความเหมาะสม หรือเป็นไปตามบริบทเฉพาะของแต่ละแห่ง ซึ่งพบว่าในหลาย ๆ พื้นที่ยังคงให้ความสำคัญกับบทบาทของพระสงฆ์หรือผู้นำทางจิตวิญญาณของแต่ละศาสนา เพราะเชื่อว่า จะเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการชำระล้างสิ่งที่ค้างคาใจ และทำให้จากไปอย่างสงบ ไม่ทุรนทุราย ไม่ห่วงหรือวิตกกังวล **พบเพียงบางพื้นที่ ๆ ได้รับเสียงสะท้อนว่า ผ้าเหลืองอาจจะไม่ใช่**

สัญลักษณ์เชิงบวกเสมอไป ถ้าเป็นในกรณีเช่นนี้ ทีมงานที่ดูแลผู้ป่วย ก็จะต้องถามความประสงค์ของผู้ป่วยและญาติเป็นราย ๆ ไปว่าต้องการให้พระสงฆ์เข้ามามีบทบาทหรือไม่ ถ้าไม่ประสงค์ ก็จะไม่เข้าไปทำความรบกวนหรือไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบกับมีรายละเอียดต่าง ๆ ในการปฏิบัติที่แตกต่างกันพอสมควร ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 2 ระดับ/ประเภท **ประเภทแรก คือ ประเภทหรือระดับที่นำโดยพระสงฆ์ที่มีความรู้ทั้งทางโลกและทางธรรมที่ชัดเจน มีการฝึกปฏิบัติสมาธิ/สติ/กรรมฐาน** และผ่านการอบรมหลักสูตรต่าง ๆ มาในระดับหนึ่ง เช่น การสื่อสารกับผู้ป่วย การให้คำปรึกษาแนวพุทธ การดูแลทางจิตวิญญาณ ฯลฯ และ **ประเภท/ระดับที่ 2 คือ พระสงฆ์ที่ไม่ได้ฝึกปฏิบัติในด้านต่าง ๆ มา ก็จะดำเนินการไปตามความถนัด ความเข้าใจ ความสนใจของแต่ละท่าน** และบางส่วนไปดำเนินการด้วยตัวของท่านเอง เป็นเอกเทศ ด้วยการนำสิ่งของต่าง ๆ ที่ญาติโยมถวายไปมอบให้ผู้ป่วยและญาติ ที่มีฐานะยากลำบาก หรือไม่มีคนดูแล แต่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งบทบาทตรงนี้ ตามหลักศาสนาพุทธเรียกว่า **“การทำสาธารณสงเคราะห์”** ซึ่งพบว่า พระสงฆ์จำนวนไม่น้อยที่ได้มีโอกาสสัมภาษณ์หรือส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 นี้

ทั้งนี้ พระสงฆ์แนวปฏิบัติกรรมฐานหรือพระสงฆ์แนวนักวิชาการที่อยู่ในกลุ่มแรกบางรูปมองว่า การทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายนั้น พระสงฆ์ควรเป็นส่วนหนึ่งของทีมดูแลหรือทีมสหวิชาชีพ ไม่ควรไปทำด้วยตนเองอย่างเป็นเอกเทศและไม่ควรแสดงตนเหนือกว่าคนอื่น ๆ หรือวิชาชีพอื่น ๆ ในทีม ไม่ควรสั่งสอน จะพูดอะไรต้องพิจารณาผู้ป่วยและครอบครัวเป็นราย ๆ ไป ต้องรู้ภูมิหลังหรือข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย และควรแสดงบทบาทเฉพาะเมื่อมีความต้องการเท่านั้น ไม่ใช่ไปเยี่ยมผู้ป่วยทุกราย เพราะดังที่นำเสนอข้างต้นไปแล้วว่า ผ้าเหลือง อาจไม่ใช่สัญลักษณ์เชิงบวกสำหรับผู้ป่วยทุกคนเสมอไป แต่สำหรับบางพื้นที่ เช่น ตำบลสนมได้รับข้อมูลจากพระสงฆ์และเครือข่ายที่เข้าร่วมเวทีการให้ข้อมูลว่า เป็นพื้นที่ ๆ ประชาชนต้องการเห็นผ้าเหลือง เพราะประชาชนมีพื้นฐานทางด้านนี้หรือมีความสัมพันธ์ที่ดีกับพระและวัดอยู่เป็นทุนเดิมแล้ว



➢ หลักสูตรอบรมเรื่องการเยียวยาผู้ดูแล

ซึ่งผู้ดูแล ณ ที่นี้ หมายถึง พยาบาลและจิตอาสา เนื่องจากสองกลุ่มนี้ จะเป็นกลุ่มที่ทำงานหนัก ควรได้รับโอกาสในการบำบัดดูแลจิตใจและทบทวนตนเอง (Retreat) เพื่อลดความเครียด และทำให้มีพลังในการทำงานมากยิ่งขึ้น ซึ่งใช้สุนทรียสนทนา (dialogue) เป็นเครื่องมือให้ผู้ดูแล ซึ่งก็คือ พยาบาลและจิตอาสา ได้พูดถึงประสบการณ์ในการทำงาน การปรับทุกข์ซึ่งกันและกัน เป็นการแบ่งปันกันทั้งความรู้ ความรู้สึก และประสบการณ์การทำงานของแต่ละคน ซึ่งพบว่า ได้มีการจัดการอบรมหลักสูตรเยียวยาผู้ดูแลไปทั้งหมด 3 ครั้ง โดยจัดที่ส่วนกลาง 1 ครั้ง มีโรงพยาบาลเข้าร่วมจำนวน 15 แห่ง ที่ภาคอีสาน จัด 1 ครั้ง ที่ จ.สุรินทร์ มีโรงพยาบาลต่าง ๆ เข้าร่วมจำนวน 10 แห่ง และครั้งที่ 3 จัดที่ จ.เชียงใหม่ มีโรงพยาบาลเข้าร่วมจำนวน 12 แห่ง รวมทั้งหมดจำนวน 37 แห่ง

แต่การติดตามประเมินผลในครั้งนี้ไม่สามารถเก็บข้อมูลกับเครือข่ายเหล่านี้ได้โดยตรง เนื่องจากเวลาผ่านไปนานพอสมควร จึงปรับเปลี่ยนเป็นการประเมินผลบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลทุกคนที่มาปรากฏตัวในวันที่ทีมประเมินผลเข้าไปเยี่ยมสถานพยาบาลและชุมชนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ด้วยการจัดเวทีการนำเสนอข้อมูลความคืบหน้าต่าง ๆ ให้ทีมประเมินทราบ พร้อมซักถาม และสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกจากบางท่านที่มีข้อมูลที่น่าสนใจในการทำความเข้าใจเรื่อง การดูแลมิติจิตวิญญาณ/จิตใจ/สุขภาวะทางปัญญา ยกตัวอย่างเช่น คุณเกื้อ จิตร แขรัมย์ รพ. บุรีรัมย์ คุณกัลยา แซ่ชิด รพ. สงขลา ฯลฯ เป็นต้น

➢ หลักสูตรอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมิติจิตวิญญาณ

ซึ่งเป็นเรื่องที่เข้าใจยากสำหรับเครือข่าย แต่มีความสำคัญ ซึ่งในการทำงานของโครงการ ฯ พบว่า ได้ใช้นิยามของพระไพศาลและได้มีการทำความเข้าใจ/ความกระจ่างกับคำต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็น จิต จิตใจ จิตวิญญาณ จิตตปัญญา และสุขภาวะทางปัญญาร่วมกับเครือข่าย ซึ่งพบว่า เป็นเรื่องที่ยากพอสมควร แต่โดยสรุปคือ ให้ผู้เข้ารับการอบรมที่เป็นพยาบาล พระสงฆ์ และจิตอาสาได้เข้าใจเกี่ยวกับการวางใจ การปล่อยวาง การให้ทำใจ และสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติได้ในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะการให้กำลังใจ การทำใจ/การปล่อยวาง การยอมรับความจริงของชีวิต การลดความวิตกกังวล การขจัดสิ่งที่ค้างคาอยู่ในใจ การขอขมา การทำบุญ การสวดมนต์ ฯลฯ ซึ่งก็สามารถสื่อสารหัวข้อนี้กันได้ในระดับหนึ่ง เพราะเครือข่ายบางส่วนก็ยังไม่ชัดเจนว่ามันคืออะไร และจะทำให้เป็นจริงได้อย่างไร แต่จากการสัมภาษณ์ทีมงานที่รับผิดชอบโครงการของเครือข่ายพุทธิกา พบว่า ในทางปฏิบัติจริง ๆ โดยเฉพาะในพื้นที่ ๆ มีพื้นฐานทางศาสนาพุทธอยู่แล้ว เช่น อ.สนม จ.สุรินทร์ พระสงฆ์จะมีบทบาทในการช่วยทำให้ผู้ป่วยสิ้นใจอย่างสงบ กรณีที่เป็นช่วงสุดท้ายจริง ๆ หรือในกรณีที่

ทำงานเยี่ยมบ้านมาด้วยกันในระยะหนึ่ง ก็จะเห็นว่า พอผู้ป่วยเห็นพระสงฆ์ก็จะน้ำตาไหล ซึ่งเป็นน้ำตาแห่งความปลาบปลื้ม ปีติยินดี และบางรายพอได้เกาะชายผ้าเหลือง ของพระสงฆ์หลังจากนั้นไม่นาน ก็สิ้นใจ หรือบางรายสิ้นใจหลังจากนั้นประมาณหนึ่งหรือสองสัปดาห์ แล้วแต่สภาวะและระยะการเป็นโรคของแต่ละคน แต่พบว่าบทบาทพระสงฆ์และการให้ความสำคัญกับมิติจิตใจ/จิตวิญญาณ/สุขภาวะทางปัญญา มีส่วนในการทำให้ผู้ป่วยพ้นความทุกข์ มีความสงบ ไม่ทุรนทุรายได้จริง (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ทีมงานโครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญา และจากการสังเกตในกรณีที่คณะวิจัยได้ไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและพบว่ามีพระสงฆ์กำลังมาเยี่ยมผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยเช่นกัน)

สำหรับการอบรมหลักสูตรดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมิติจิตวิญญาณ จัดทั้งหมด 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 จัดที่ จ.บุรีรัมย์ มีโรงพยาบาลเข้าร่วมจำนวน 19 แห่ง ครั้งที่ 2 จัดที่เชียงใหม่ มีโรงพยาบาลต่าง ๆ เข้าร่วมจำนวน 8 แห่ง สำหรับผลของการประเมินในส่วนนี้ คณะวิจัยใช้ผลการประเมินจากแบบสอบถามที่ให้พยาบาลและจิตอาสากรอกขณะที่ไปเยี่ยมโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งใน จ.เชียงใหม่ และ จ.บุรีรัมย์ และจังหวัดอื่น ๆ ด้วย ซึ่งไม่ได้เจาะจงเฉพาะผลที่ได้จากการจัดอบรมของโครงการนี้ แต่เป็นการดูผลโดยรวมทั้งหมด ไม่ว่าจะเรียนรู้จากที่ไหนก็ตาม[18] เพื่อดูด้วยว่า ความรู้ ความเข้าใจ การปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จิตอาสา และพระสงฆ์ในเรื่องการดูแลมิติจิตใจ/จิตวิญญาณ/สุขภาวะทางปัญญา ณ ปัจจุบันเป็นอย่างไร ทำอะไร เข้าใจว่าคืออะไร แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยปกติอย่างไร เจอกับปัญหาอุปสรรคอะไร แก้อย่างไร เป็นต้น **(โปรดดูผลการประเมินเกี่ยวกับเรื่องนี้ในรายงานเล่มที่ 2 ในหัวข้อ ศักยภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ ทักษะ และการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จิตอาสา/ผู้ดูแลอาสา และพระสงฆ์ ประกอบด้วย)**

18 เนื่องจากไม่สามารถตามหาตัวบุคคลต่าง ๆ จากรายชื่อที่ได้รับมาจากโครงการ ฯ ได้ง่าย ๆ เพราะเวลาผ่านไปนานมากแล้ว ประกอบกับได้รับรายชื่อไม่ครบถ้วน จึงใช้วิธีประเมินจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกคนแทน โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล เภสัชกร จิตอาสา ฯลฯ ที่เต็มใจหรือมีเวลากรอกแบบสอบถามในขณะที่คณะวิจัยไปเยี่ยมสถานพยาบาลและพื้นที่ต่าง ๆ จำนวน 17-18 จังหวัด ตามที่ได้อธิบายไปแล้วในหลาย ๆ แห่งที่มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นนี้

➢ หลักสูตรอบรมที่เรียกว่าการอบรมวิทยากร/กระบวนกร Training of the Trainers (TOT)

คือ การฝึกอบรมผู้เข้าอบรมที่เป็นแกนหลักของแต่ละองค์กร/หน่วยงาน/สถานพยาบาล/พื้นที่ให้สามารถเป็นวิทยากร/กระบวนกร (facilitator) ได้ สามารถถ่ายทอดความรู้และทักษะสำคัญต่าง ๆ ให้กับโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้ เนื่องจากในช่วงนั้นมีความต้องการต่าง ๆ เข้ามามาก แต่วิทยากรมีน้อยและทำงานกันไม่ค่อยทันกับความต้องการ เพราะจำนวนวิทยากรที่มีอยู่ในด้านต่าง ๆ ณ ขณะนั้นมีน้อยมาก หรือมีแค่ 3 ท่าน คือ พระไพศาล วิสาโล (เรียกว่า วิทยากรด้านใจ/จิตวิญญาณ) คุณวรรณา จารุสมบูรณ์ (วิทยากรด้านใจและกาย)และ อ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล (วิทยากรด้านกาย/การจัดการอาการ/การจัดการความปวด) เลยมองเห็นความจำเป็นต้องอบรมวิทยากรหรือกระบวนกร ให้สามารถไปทำงานในโรงพยาบาล/พื้นที่/เครือข่ายต่าง ๆ ได้ โดยทางโครงการได้ใส่ในเรื่องวิธีคิด วิธีมอง องค์ความรู้ กระบวนการทำงาน และเทคนิควิธีต่าง ๆ ในการทำงานให้กับผู้เข้าอบรม สำหรับผลการประเมินในส่วนนี้ก็เช่นกันที่เป็นการประเมินความจริงในปัจจุบัน และได้ผนวกเข้ากับกลุ่มบุคลากรที่มาปรากฏตัวหรือเข้าร่วมเวทีการให้ข้อมูลในวันที่คณะวิจัยเข้าไปสัมภาษณ์ สังเกตและเยี่ยมสถานพยาบาลและพื้นที่ต่าง ๆ ทั้ง 17-18 จังหวัด



2) การขยายผลไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆ ซึ่งเรียกว่า <u>การขยายผลเชิงลึก</u> ได้แก่ เครือข่ายเชียงใหม่ และเครือข่ายสุรินทร์ มีข้อค้นพบต่าง ๆ เหมือนกับที่กล่าวไปข้างต้น และมีรายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้คือ

เครือข่ายเชียงใหม่

มี รพ. นครพิงค์เป็นแม่ข่าย สำหรับสถานพยาบาลในเครือข่ายในช่วงที่ทำโครงการประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต. ต่าง ๆ 7 แห่ง ดังนี้คือ รพ. สันทราย รพ. สารภี รพ. แม่อาย รพ. หางดง รพ.สต. ศรีบุญเรือง ต.หนองหอย อ.เมือง รพ.สต. บ้านท่าข้าม ต.แม่เหียะ อ.เมือง และ รพ.สต. ป่าข่อยเหนือ ต.สันผีเสื้อ อ.เมือง ซึ่งพบว่า รพ. นครพิงค์ในฐานะโรงพยาบาลแม่ข่าย ให้ความสำคัญกับการพัฒนา ส่งเสริม สนับสนุนศักยภาพของทีมงานในโรงพยาบาลชุมชนต่าง ๆ เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง และการส่งเสริมบทบาทของพระสงฆ์ในการเป็นส่วนหนึ่งของการเยี่ยมบ้าน พูดคุย สนทนา ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ ให้วางใจ/ให้ปล่อยวาง ฯลฯ ซึ่งพระบางรูปทำหน้าที่ด้วยตนเองได้ กรณีพยาบาลไม่ว่าง พระก็ไปเยี่ยมผู้ป่วยด้วยตนเอง พระบางรูปมองว่า การทำงานเยี่ยมบ้าน-ดูแลผู้ป่วยเป็นงานที่พระสงฆ์ควรทำ เพราะถือเป็นส่วนหนึ่งของการช่วยเหลือชาวบ้านและชุมชน เพราะที่จริงตรงกับสิ่งที่ระบุไว้ใน **“สังคหวัตถุ 4”** ในขณะที่พระบางส่วนระบุว่า ภารกิจการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทำให้รู้สึกว่าการบวชหรือสมณเพศของตนมีคุณค่ามากยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม การทำงานเป็นทีมตามที่เครือข่ายพุทธิกากำหนดไว้นั้นทำได้ยาก (ตามที่อธิบายเหตุผลไปแล้วข้างต้น) ดังนั้น จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนไปตามบริบท แต่ยังคงพบบทบาทของพระสงฆ์ในสถานพยาบาลเกือบทุกพื้นที่ ๆ ได้ไปเยี่ยม มีพระบางรูปเคยผ่านการอบรมกับเครือข่ายพุทธิกาโดยตรง แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้ผ่านการอบรม เพราะเข้ามาร่วมในภายหลัง แต่หลายรูปก็เคยได้ยินชื่อเครือข่ายพุทธิกา และหลายรูปรู้จักชื่อพระสงฆ์ที่มีบทบาทมีผลงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและบางส่วนเคยอ่านงานของพระสงฆ์เหล่านี้ และ/หรือได้รับความรู้และแรงบันดาลใจจากผลงานของพระสงฆ์ที่มีภาพลักษณ์ในสาธารณะ อาทิเช่น งานของพระไพศาล วิสาโล พระครรชิต และพระวิชิต เป็นต้น

สำหรับ**การขับเคลื่อนในระดับองค์กรสงฆ์ในระดับอำเภอ และระดับจังหวัด** พบว่า ที่ผ่านมาท่านเจ้าคณะอำเภอแม่ริมเคยมีบัญชาการให้ทุกวัดในอำเภอแม่ริมส่งพระมาเข้าร่วมโครงการและเข้าร่วมทีมเยี่ยมบ้าน แต่ในทางปฏิบัติจริง ไม่สามารถทำได้ ขึ้นกับความสะดวก

ของแต่ละวัดและพระแต่ละรูป เพราะแต่ละแห่ง/แต่ละท่านล้วนมีภารกิจประจำที่ต้องทำ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันมีวัดต่าง ๆ ในอำเภอแม่ริมเข้าร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วยในมิติจิตวิญญาณร่วมกับทางโรงพยาบาลต่าง ๆ หลายวัดด้วยกัน โดยเฉพาะวัดสันเหมือง วัดกาดฮาว วัดโสภณาราม และวัดห้วยทราย ซึ่งนอกจากเข้าร่วมกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแล้ว พระสงฆ์ยังมีบทบาทในการจัดตั้งกองทุนแพมเพิร์ส เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีฐานะลำบาก และมีบทบาทในการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธอีกด้วย

สำหรับ**ภาพรวมระบบการดูแลแบบประคับประคองและการให้พระสงฆ์เข้ามามีบทบาทในการเยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษา สนทนาพูดคุยกับผู้ป่วยของ จ.เชียงใหม่ ผ่านการเชื่อมประสานของ รพ. นครพิงค์** (โดยเฉพาะทีมงานเวชกรรมสังคม) พบว่า ปัจจุบันมีโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายเข้าร่วมเรื่อง PC ครบทุกอำเภอจำนวน 27 แห่ง ทุกแห่งมีทีมงานการดูแลแบบประคับประคอง หรืออย่างน้อยมีผู้รับผิดชอบซึ่งเป็นพยาบาลดูแลเรื่องนี้ 1 คน ถึงแม้แต่ละแห่งจะมีศักยภาพในการทำงานที่ไม่เท่ากันก็ตาม ซึ่งที่ผ่านมา ทาง รพ. นครพิงค์ในฐานะโรงพยาบาลแม่ข่ายใช้วิธีการพูดคุยแลกเปลี่ยน เพื่อเสริมศักยภาพด้านต่าง ๆ ให้กับโรงพยาบาลในเครือข่ายมากกว่าการใช้ตัวชี้วัดในการประเมิน เพราะการใช้ตัวชี้วัดมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ต้องใช้อย่างระมัดระวัง แต่ที่จริงก็จำเป็นต้องมีตัวชี้วัด แต่ก็ต้องพิจารณาปัจจัย-เงื่อนไขของโรงพยาบาลในเครือข่ายแต่ละแห่งประกอบด้วย ไม่ใช่ใช้ตัวชี้วัดประเมินแบบเถรตรงตลอดเวลา ซึ่งจะเป็นการลดทอนพลังการทำงานของคนในพื้นที่ สำหรับการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วย พบว่า จ.เชียงใหม่ ใช้ระบบ Thai COC ทำให้สามารถเข้าไปดูข้อมูลได้ว่าผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านแล้วเป็นอย่างไร ซึ่งเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ที่สามารถนำมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการทำงานได้ โดยเฉพาะการปรับปรุงระบบการส่งต่อ, ระบบการเยี่ยมบ้าน และวิธีการกรอกข้อมูลต่าง ๆ

สำหรับ**จิตอาสา หรือ อสม.**[19] พบว่า ส่วนใหญ่ประมาณ 70% ทำงานจริงจัง และที่จริงส่วนใหญ่ทำด้วยใจจริง ๆ เพราะถ้าไปทำงานรับจ้างจะได้วันละ 300 บาท หรือได้มากกว่าการเป็น อสม. แน่นอน ดังนั้น ถ้าไม่มีใจ ก็คงไปทำงานรับจ้างที่ได้ค่าแรงมากกว่า สำหรับคนที่ทำงานไม่จริงจังหรือยังทำได้ไม่เต็มที เพราะจำนวนมากก็ต้องดูแลพ่อแม่ของตนเองด้วย สำหรับจิตอาสา/อสม. ที่มีฐานะยากจน และอาจเป็นปัญหาอุปสรรคต่อการทำงานนั้น ได้รับข้อมูลว่า ถึงแม้บางส่วนจะยากจนหรือมีฐานะที่ยังค่อนข้างลำบากอยู่ แต่ก็เต็มใจทำภารกิจในการเยี่ยมบ้านหรือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพราะหลายท่านบอกว่า ทำแล้วรู้สึกมีความสุขที่

19 สำหรับในบริบทของ จ.เชียงใหม่ ได้รับข้อมูลมาว่า จิตอาสา หรือ อสม. แทบจะเป็นกลุ่มเดียวกัน หรืออาจกล่าวได้ว่า จิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แท้ที่จริงส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็น อสม. ถึงแม้จะไม่ใช่ทั้งหมดก็ตาม

ได้ช่วยเหลือคนอื่นหรือมองว่าเป็นการทำงานเพื่อส่วนรวม ซึ่งชี้ให้เห็นว่า อสม. ผู้ดูแลอาสาจำนวนมากมีจิตสาธารณะ ถึงแม้จะไม่ได้มีความพร้อมทางเศรษฐกิจ แต่มีความพร้อมทางด้านจิตใจ ซึ่งแสดงให้เห็นด้วยว่า จิตอาสา หรือ อสม.จำนวนมาก ก็มีสุขภาวะทางปัญญา คือ มีทั้งความรู้และความคิด ซึ่งความรู้ ณ ที่นี้ มีหลายอย่าง รวมความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยพิการ และผู้ป่วยระยะท้าย เพราะจำนวนมากผ่านการฝึกอบรมมาแล้ว และจำนวนไม่น้อยสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ดีโดยธรรมชาติ และมีความคิดที่ดีในการทำงานเพื่อส่วนรวม

นอกจากนี้ **รพ. นครพิงค์ ในฐานะโรงพยาบาลแม่ข่ายยังมีความคืบหน้าต่าง ๆ เกี่ยวกับระบบการดูแลแบบประคับประคองภายในองค์กรของตนอีกด้วย** ซึ่งที่จริงโรงพยาบาล หรือทีมงานเวชกรรมสังคม นำโดย คุณอุบล หาญฤทธิ์ ได้ทำเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมานานแล้ว เพียงแต่สมัยก่อนไม่ได้เรียกกว่าการดูแลแบบประคับประคอง ทำมาตั้งแต่ยังไม่มียาแก้ปวด ใช้แต่ยาพารา ฯ หรือใช้ยาโบราณ ยาพื้นบ้าน หรือการแพทย์ทางเลือกต่าง ๆ ในการช่วยผู้ป่วย หรือผู้ป่วยไปแสวงหายาโบราณต่าง ๆ ด้วยตนเอง แต่ก่อนงาน PC ถูกมองว่าเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการดูแลต่อเนื่อง ไม่ค่อยได้รับความสำคัญอะไรเท่าไหร่ ส่วนใหญ่มองว่า PC คือ **“การบังคับกลับบ้าน”** ปัจจุบัน มีบุคลากรผ่านการอบรมด้านต่าง ๆ มากขึ้น ทำให้มีความรู้ความสามารถและทักษะในการทำงานมากขึ้น โดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุด แต่การที่จะให้พยาบาลไปเข้ารับการอบรมในหลักสูตร 4 เดือนติดต่อกันนั้นเป็นเรื่องที่ยากมาก เพราะพยาบาลมีภารกิจล้นมือตามที่ทราบกันดี

ดังนั้น ที่ผ่านมาจึงใช้วิธีการเรียนรู้หรือฝึกปฏิบัติจากหน้างาน ปัจจุบันบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลมีความรู้และทักษะในการจัดการอาการต่าง ๆ และการจัดการความปวดมากขึ้น มีเครื่องมือต่าง ๆ ในการดูแลรักษา เช่น การใช้ค่า PPS ในขณะที่ รพ. นครพิงค์ก็มีคณะกรรมการด้านการดูแลแบบประคับประคอง มีแพทย์ที่ได้รับการยอมรับเข้ามาทำงานเป็นประธานคณะกรรมการ ทำให้การขับเคลื่อนในองค์กรแพทย์สามารถทำได้ง่ายขึ้น ทำให้แพทย์เข้ามาร่วมมากขึ้น เริ่มจากศัลยแพทย์ ขยายมาที่แพทย์อายุรกรรม แต่แน่นอนว่า ยังมีแพทย์อีกจำนวนมากที่ไม่เห็นด้วย สำหรับพยาบาล ถึงแม้จะผ่านการอบรมประเภทต่าง ๆ ไปแล้วจำนวนมาก แต่ก็ยังไม่ครบ เพราะมีพยาบาลในตึกผู้ป่วยต่าง ๆ ทั้งหมด 40 กว่าตึก

ทั้งนี้ จากประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมา คุณอุบล หาญฤทธิ์และทีมงานเวชกรรมสังคม มองว่า การทำงานเรื่องนี้ ต้องเริ่มที่ใจ และหาคนที่สมัครใจทำ ลงมือทำไปก่อน แล้วค่อยเสริมความรู้และทักษะด้านวิชาการต่าง ๆ เข้าไป ก็จะสามารถขยายตัวออกไปได้ ไม่ควรเป็นการบังคับให้ทำ หรือคาดหวังมากเกินไปว่าจะต้องทำโน่นนี่นั่น หลังจากการอบรมมา

เพราะจะทำให้คนไม่อยากไปอบรม เนื่องจากหลายคนไม่ถนัดที่จะไปขับเคลื่อนในบริบทของตน ไม่ว่าจะเป็นด้านการจัดตั้งทีม, การบริหารจัดการต่าง ๆ และการที่จะทำให้ระบบมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ยังจะต้องใช้เวลาอีกระยะหนึ่ง

สรุป เครือข่ายเชียงใหม่ ยังมีความต่อเนื่องในการดูแลมิติจิตวิญญาณหรือสุขภาวะทางปัญญาในหลาย ๆ พื้นที่ โดยทำงานร่วมกับวัดหลายแห่ง โดยเฉพาะ รพ. นครพิงค์ ในฐานะ โรงพยาบาลต้นแบบ ได้รับการสนับสนุน/หนุนช่วยจากวัดต่าง ๆ ประมาณ 4-5 แห่ง ถึงแม้จะไม่สามารถคงรูปแบบการทำงานเป็นทีม 3 ฝ่าย ตามที่กำหนดไว้เดิม เนื่องจากปัจจัยและเงื่อนไขต่าง ๆ หลายอย่างของทั้งฝ่ายโรงพยาบาลและฝ่ายสงฆ์เอง โดยเฉพาะความไม่เหมาะสมของการไปทำงานด้วยกัน ในกรณีที่มีพยาบาลและพระสงฆ์ไปด้วยกันสองท่านและต้องเดินทางกลับในช่วงมืดค่ำ

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้รูปแบบที่กำหนดไว้เดิมจะไม่สอดคล้องกับบริบท แต่สิ่งที่สำคัญกว่านั้น ก็คือ ได้ทำให้เกิดแนวคิดหรือการแพร่กระจายของแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยในมิติจิตใจ/จิตวิญญาณ/สุขภาวะทางปัญญาไปในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ และช่วยทำให้ลดความแข็งของระบบการดูแลแบบเดิมที่ไม่มีมิตินี้ หรือไม่ค่อยให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ลงไปได้มาก (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกตจากหลาย ๆ แห่ง)

ในโอกาสต่อไป ถ้าสามารถจัดทำการศึกษาวิจัยบนฐานของประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ครบทุกมิติ และมีกรณีตัวอย่างที่ชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลมิติจิตใจ/จิตวิญญาณ/จิตตปัญญา/สุขภาวะทางปัญญาในผู้ป่วยที่มีบริบทเฉพาะที่แตกต่างกันมารองรับด้วย จักเป็นประโยชน์ต่อการยกระดับคุณภาพการทำงานในด้านนี้ให้มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับและยิ่งจะทำให้มีคุณภาพมากขึ้น มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ได้รับการยอมรับมากขึ้นต่อไปในอนาคต คล้าย ๆ กับกรณีงานศึกษาของ วิริยา โพธิ์ขวาง-ยุสท์ ในเรื่อง *“การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง : กรณีศึกษาหอผู้ป่วยประคับประคองโรงพยาบาลอัลเบิร์ก ลุดวิกส์ ไฟรบวร์ก สหพันธรัฐเยอรมัน”* (วารสารเครือข่ายและวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, ปีที่ 4 ฉบับพิเศษ, เมษายน, 2560, หน้า 345-360) ที่สะท้อนให้เห็นบทบาทการทำงานของแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ที่มีผลทางคลินิก และการศึกษา/บันทึก/วิเคราะห์เกี่ยวกับการปรับยาระงับปวดและยาอื่น ๆ ตามอาการ และมิติทางสังคมวัฒนธรรม จิตใจ/จิตวิญญาณ ที่สะท้อนให้เห็นบทบาทและกระบวนการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ผู้ดูแลทางจิตวิญญาณและครอบครัว ในการดูแลและให้คำปรึกษากับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม ในประเทศเยอรมนีที่ชัดเจนมาก

เครือข่ายสุรินทร์

สำหรับเครือข่ายสุรินทร์ มีโรงพยาบาลเข้าร่วมในโครงการ ฯ จำนวน 4 แห่ง คือ รพ. สุรินทร์ รพ. สนม รพ. ท่าตูม และ รพ. ปราสาท สำหรับการวิจัย ติดตามและประเมินผลในครั้งนี้ เก็บข้อมูลและเยี่ยมพื้นที่ได้เพียง 3 แห่ง คือ รพ. สุรินทร์ รพ. สนม และ รพ. ปราสาท เนื่องจากทาง รพ. ท่าตูม แจ้งว่าไม่สะดวกให้เข้าเยี่ยมและติดตามผลในช่วงที่คณะวิจัยสะดวก กล่าวคือ มีเวลาที่สะดวกไม่ตรงกันนั่นเอง

สำหรับ**เครือข่ายสุรินทร์** พบว่า มีความชัดเจนในการส่งเสริมบทบาทของพระสงฆ์หรือการให้พระสงฆ์ และ/หรือ ทีมงานที่สนใจเรื่องมิติจิตใจ/จิตวิญญาณ/สุขภาวะทางปัญญา (ซึ่งอาจจะไม่ใช่พระสงฆ์) แต่เป็นปราชญ์ชาวบ้าน บุคคลทั่วไปที่สนใจศึกษาเรื่องนี้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสนทนาพูดคุย-ดูแล-เยี่ยมบ้านผู้ป่วย ซึ่งพบทั้งที่ รพ. สุรินทร์ รพ. สนม และ รพ. ปราสาท แต่อาจจะมีความเข้มข้น ความสม่ำเสมอ ความต่อเนื่อง และเนื้อหารายละเอียดในการทำงานที่แตกต่างกันไป ดังนี้คือ

โรงพยาบาลสุรินทร์ ได้ดำเนินการเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550[20] ซึ่งแต่ก่อนเป็นหน่วยงานเล็ก ๆ ที่ดูแลประคับประคองด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเป็นหลัก ต่อมาได้รับการสนับสนุนและเชื่อมประสานกับเครือข่ายพุทธิกา ศูนย์การุณรักษ์ และเครือข่าย PC ของภาคอีสาน ส่งผลทำให้การพัฒนาระบบ PCของ รพ. สุรินทร์ มีความก้าวหน้าและยกระดับคุณภาพในด้านต่าง ๆ มากมาย **สำหรับด้านจิตวิญญาณ** ได้เคยเข้าร่วมการอบรมกับเครือข่ายพุทธิกา เมื่อวันที่ 28-30 เมษายน พ.ศ. 2558 เรื่อง **“พุทธวิธีการดูแลจิตวิญญาณผู้ป่วยระยะท้าย”** (จัดที่นครราชสีมา) มีแพทย์จาก รพ. โชคชัย เข้ามาร่วมดูแลและเป็นวิทยากรด้วย มีพยาบาลเข้าร่วมการอบรมจำนวน 10 คน นอกนั้นเป็นจิตอาสา และที่ผ่านมา รพ. สุรินทร์ยังได้จัดอบรมจิตอาสาให้มีความรู้และทักษะในการช่วยดูดเสมหะ (suction) ด้วย

สำหรับ**พระสงฆ์ (พระอาจารย์วิชา)** ที่มาเข้าร่วมให้ข้อมูลได้สะท้อนว่า การดูแลด้านจิตวิญญาณ ที่จริง ก็คือ การทำงานทางสติและปัญญากับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีสติ รู้เนื้อรู้ตัว **ซึ่งที่ผ่านมา พบว่า ถ้าผู้ป่วยมีพื้นฐานต่าง ๆ ที่ดีอยู่แล้ว เช่น เคยฝึกสติ-สมาธิ เคยปฏิบัติธรรม เคยบวชเรียน ทำบุญทำทานอยู่เป็นประจำ ก็สามารถสื่อสารกันได้ง่ายมาก แต่ปัญหาอุปสรรคที่พบคือ ผู้ป่วยไม่มีพื้นฐาน** ก็จะต้องสังเกตอาการ-หน้าตา-สายตา-คำพูด และดูว่า

20 ได้รับแจ้งจาก นพ.เฉลียว สัตตมัยว่า การพัฒนาระบบ PC ผ่านการสนับสนุนมาแล้ว 3 ยุค ซึ่งหมายถึง ผ่านผู้อำนวยการ หรือผู้บริหารมาแล้ว 3 ท่าน ตั้งแต่สมัย นพ.ธงชัย ตรีวิบูลย์วณิชย์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 จนถึงปัจจุบัน หรือเป็นเวลาประมาณ 13 ปี

จะสื่อสารกันอย่างไรเป็นกรณี ๆ ไป ซึ่งท่านอาจารย์วิชา เล่าว่าเคยเยี่ยม-สนทนาพูดคุย-ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมาทั้งหมดประมาณ 30 กว่ารายในช่วงหลายปีที่ผ่านมา การเข้ามาร่วมทำงานเรื่องนี้หรือมีบทบาทตรงนี้ ท่านอาจารย์วิชา มองว่า เป็นการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ที่ประสบชะตากรรมเดียวกัน

นอกจากนี้ ในช่วงที่ผ่านมา รพ. สุรินทร์ ยังเคยได้รับเงินทุนจาก สปสช. **ในการอบรมพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งเป็นหลักสูตรต่อเนื่อง** และโรงพยาบาลเองก็มีความสนใจในการทำวิจัยด้านจิตวิญญาณร่วมกับพระสงฆ์ (อย่างไรก็ดี คณะวิจัย ฯ ยังไม่ได้รับรายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องนี้ หรือลืมถามเพิ่มเกี่ยวกับเรื่องงานวิจัยชิ้นนี้ ต้องขออภัยด้วยอย่างยิ่ง)

นอกจากนี้ รพ. สุรินทร์ยังได้ร่วมกับศูนย์การุณรักษ์ในการจัดอบรม **“การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการใช้ยาสำหรับเภสัชกร” (Palliative Care for Pharmacists)** เมื่อวันที่ 15-16 กุมภาพันธ์ 2558 มีเภสัชกรเข้าร่วมจำนวน 150 คน จากโรงพยาบาลต่าง ๆ ในภาคอีสาน พอมาถึงช่วงวันที่ 30 มีนาคม -1 เมษายน 2558 ได้จัดอบรมบุคลากรพยาบาลจากโรงพยาบาลชุมชนต่าง ๆ ในเขตสุขภาพที่ 9 ทั้งหมด (นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์) จำนวน 246 คน เป็นหลักสูตรพื้นฐาน 3 วัน สำหรับพยาบาล (Basic Palliative Care for Nurses : BPCN) นอกจากนี้ **ยังมีการอบรมพยาบาลประจำวอร์ด ที่เรียกว่า PCWN เพื่อเพิ่มศักยภาพในการทำงานในวอร์ด โดยเฉพาะการประสานกับแพทย์ในการคัดกรองผู้ป่วยระยะท้ายให้ได้มากขึ้นหรือเข้าถึงผู้ป่วยในช่วงท้ายได้เร็วขึ้น**

สำหรับ **นพ.เฉลียว สัตตมัย ซึ่งเป็นแพทย์หลักในการดูแลระบบประคับประคองของ รพ. สุรินทร์ เคยไปอบรมที่ศูนย์การุณรักษ์เป็นเวลา 2 เดือน** และปัจจุบันยังมีแพทย์กำลังไปเรียนอีกหลายท่าน อาทิ แพทย์อายุร กรรมมะเร็ง จิตแพทย์ เป็นต้น ทำให้ทีมงานทั้งแพทย์ พยาบาล พยาบาลชุมชน เภสัชกร นักกายภาพบำบัด จิตอาสา ฯลฯ มีความพร้อมในการทำงาน และพร้อมขยายการทำงานให้มากขึ้น ดังนั้น จึงมองเห็นได้ชัดเจนว่า เมื่อบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนี้แล้ว ก็จะทำให้ระบบ ฯ มีความก้าวหน้ามากขึ้น จนปัจจุบันมีโครงสร้างการทำงานที่ชัดเจน มีศูนย์ PC ที่มีพยาบาลและเจ้าหน้าที่นั่งทำงาน รับประสานกับแพทย์และพยาบาลตามวอร์ดต่าง ๆ และพร้อมเข้าไปดูแลผู้ป่วยทันที เมื่อได้รับการ consult จากแพทย์เจ้าของไข้

นอกจากนี้ ยังมี**ทีมจิตอาสาที่เข้มแข็ง ดำเนินการในนามของชมรมจิตอาสาสร้างสุขจังหวัดสุรินทร์** (มีอดีต ผู้อำนวยการโรงพยาบาล คือ นพ.สมคิด สุริยเลิศ เป็นที่ปรึกษา) ปัจจุบันชมรมนี้มีสมาชิกทั้งหมด 100 กว่าคน สำหรับทีมงานจิตอาสาของที่นี่ พบว่า มีบทบาท

หลายด้าน ทั้งการระดมเงินบริจาคด้วยวิธีการต่าง ๆ, ระดมทรัพยากรและอุปกรณ์ต่าง ๆ, บริจาคเงินของตัวเอง, ลงแรงในการทำงานหลายเรื่อง เช่น การเย็บกระเป๋าผ้าสำหรับใส่ยาให้ทางโรงพยาบาล ร้องเพลง/จัดให้มีคาราโอเกะเพื่อหาทุนจากกลุ่มข้าราชการเกษียณ (ใช้วิธีให้หยอดเงินในตู้บริจาค)[21] ตัดผมให้ผู้ป่วย เยี่ยมผู้ป่วย และยังเช่าบ้านพัก (ค่าเช่าประมาณเดือนละ 10,000 กว่าบาท) ให้กับผู้ป่วยมะเร็งที่มาฉายแสง รับคีโม จากพื้นที่อำเภอต่าง ๆ ได้พักอาศัยพร้อมกับญาติที่ตามมาดูแล โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายอีกด้วย[22] สำหรับการเยี่ยมผู้ป่วยทีมจิตอาสาได้เข้าร่วมกับทีมแพทย์/พยาบาล ทุกวันพฤหัส ช่วงเช้า ซึ่งได้ร่วมดำเนินการกันมาประมาณ 10 กว่าปี

นอกจาก**ระบบจิตอาสา**ที่มีความโดดเด่นเป็นอย่างมากแล้ว ที่นี่ยังมี**เครือข่ายการทำงานในระดับจังหวัดทั้งหมด 100 กว่าคน** (เรียกว่า PC Surin Network) โดยมี รพ. สุรินทร์ เป็นแม่ข่าย สำหรับเครื่องมือ/ช่องทางหลักที่ใช้ในการสื่อสาร คือ ไลน์กลุ่ม ซึ่งมีอยู่หลายกลุ่ม หลายระดับ ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยและการสื่อสารเรื่องอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยและเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องสามารถทำได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ ยังมีทีม PC ในระดับเขตที่เรียกว่า **“เครือข่าย PC นครชัยบุรินทร์”** ซึ่งก็ใช้ช่องทางการสื่อสารผ่านทางไลน์กลุ่มเช่นเดียวกัน

อย่างไรก็ตาม พบว่า ยังมี**ช่องว่าง**ที่ต้องเข้าให้ถึง และ/หรือ มีการพัฒนาระบบต่าง ๆ อีกมาก โดยเฉพาะเรื่องการสื่อสารในองค์กรแพทย์ และการสื่อสารให้ทั่วถึงทั้งองค์กร เพราะอันที่จริงนั้น รพ. สุรินทร์มีจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายประมาณปีละ 1,300-1,800 ราย ในขณะที่โรงพยาบาลมีโครงสร้างการทำงานที่ชัดเจน มีบุคลากรพร้อมทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด จิตอาสา พระสงฆ์ มีเครือข่ายการทำงานร่วมกันทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขต มีศูนย์การดูแลที่มีพยาบาล-เจ้าหน้าที่นั่งทำงาน (Palliative Care Center : PCC) มีแนวทางการทำงานในคลินิกที่ชัดเจน (CPG) มีความรู้ มีทีมงานที่มี Job Description (JD) ที่ชัดเจน มีตัวชี้วัด มีงานวิจัยรองรับบางส่วน มีแนวทางการเบิกจ่ายยาที่ชัดเจน และยังมีเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็นเครื่องช่วยหายใจ/เครื่องทำออกซิเจน เครื่อง Bipap (มีทั้งหมด 30 กว่าเครื่อง) เครื่องดูดเสมหะ Syringe Driver ที่นอนลม เตียงปรับระดับ ผ้าอ้อม ฯลฯ (ซึ่งมีมูลค่าไม่ต่ำกว่า 4-5

21 สำหรับตู้รับบริจาค ถือเป็นแหล่งเงินทุนสำคัญที่นำมาใช้ในการดำเนินงานต่าง ๆ ซึ่งได้เงินบริจาคจากช่องทางนี้ประมาณ 10,000-20,000 บาทต่อเดือน

22 คณะวิจัยได้มีโอกาสไปเยี่ยมอาคารเช่าแห่งนี้ด้วย เป็นอาคารสองชั้น สองคูหา มีพื้นที่กว้างขวาง มีสิ่งอำนวยความสะดวก และได้พบกับผู้ป่วยมะเร็งและญาติจำนวนหลายราย ผู้ป่วยมะเร็งบางท่านสะท้อนว่า รู้สึกโชคดีมากที่ทาง รพ.สุรินทร์และจิตอาสาเข้ามาดูแลตรงนี้ ทำให้ตนเองและครอบครัวลำบากน้อยลง

ล้านบาท) รวมทั้งรถบริการรับส่งผู้ป่วยฟรี **แต่ปรากฏว่า ยังมีการ consult จากแพทย์เพียงร้อยละ 30 เท่านั้น ซึ่งจะต้องพัฒนาต่อไปอีก (ข้อมูลนี้ได้รับจากเวทีการให้ข้อมูลเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2562)**

ทั้งนี้ **พบว่า ปัญหา-อุปสรรคอื่น ๆ ก็ยังคงมีอยู่ 3-4 ประการด้วยกัน** กล่าวคือ **ยังมี *ปัญหาการส่งต่อและส่งกลับผู้ป่วยในแต่ละระดับ*** ซึ่งส่วนหนึ่งอาจจะเป็นผลมาจากการมีหลายช่องทางในการส่งต่อและส่งกลับผู้ป่วย ซึ่งจากการเยี่ยมพื้นที่ รพ.สต. บางแห่งในเครือข่ายสุรินทร์ ได้รับการให้ข้อมูลว่า มีการใช้ช่องทางการส่งต่อและส่งกลับต่าง ๆ ดังนี้คือ ฐานข้อมูล Thai COC, เอกสารส่งต่อ, ญาตินำมาส่งที่ รพ.สต., การประสานทางโทรศัพท์ และการใช้ไลน์กลุ่ม ทำให้ข้อมูลกระจัดกระจาย ก็เป็นไปได้

นอกจากนี้ ยังมี*ปัญหาการบริหารจัดการด้านยา opioids และยาบางตัวยังไม่มี รวมถึงปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home care) พบว่า หลาย ๆ พื้นที่ในเครือข่ายยังมีศักยภาพในการดูแลไม่มากหรือไม่สม่ำเสมอ เพราะหาจิตอาสาหรือผู้ดูแลอาสาได้ยาก และปัญหาระบบข้อมูลและการบริหารจัดการข้อมูลและการติดตามประเมินผลยังทำได้ไม่ดี ไม่ครอบคลุม หรือไม่ได้มีการติดตามประเมินผล เป็นต้น*

อย่างไรก็ตาม **ปัจจุบัน รพ. สุรินทร์ ได้พัฒนาหรือยกระดับเป็นศูนย์การเรียนรู้และฝึกอบรมด้าน PC ของบุคลากรทั้งแพทย์ พยาบาล**[23] มีแพทย์ที่มาเรียน elective (อันที่จริง รพ. สุรินทร์เป็นศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิกของสำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีด้วย และหัวหน้าพยาบาลได้ร่วมสอนเรื่อง PC ให้กับแพทย์ชั้นปีสุดท้ายด้วย)

---

23 ในช่วงที่คณะวิจัยไปเก็บข้อมูลและจัดเวทีพูดคุยพร้อมรับฟังข้อมูลการทำงานของ รพ.สุรินทร์ เมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2562 พบว่า มีพยาบาลด้านเวชปฏิบัติครอบครัวจาก รพ.ต่าง ๆ ในเขตสุขภาพที่ 9 ประมาณ 20 กว่าคน มาศึกษาดูงานและฝึกงาน โดยเฉพาะด้าน PC ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติเหล่านี้ได้เข้าร่วมรับฟังการนำเสนอข้อมูลของ รพ.สุรินทร์ นำเสนอโดย นพ.เฉลียว สัตตมัยและทีมงานสหวิชาชีพร่วมกับจิตอาสาและคณะวิจัยด้วย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กระบวนการต่าง ๆ ในการถ่ายทอดความรู้ ความคิด แนวคิด ทักษะเกี่ยวกับ PC กำลังดำเนินไปตลอดเวลา ไม่หยุดนิ่ง ซึ่งที่จริง คณะวิจัยพบปรากฏการณ์นี้ในหลายพื้นที่ ๆ อาทิเช่นที่ รพ.ศูนย์ขอนแก่น มีแพทย์จาก รพ.พระปกเกล้า จันทบุรี มาฝึกงานจำนวน 2 ราย, ที่ศูนย์การุณรักษ์ พบเภสัชกรจาก จ.สกลนครมาฝึกงาน, ที่ รพ.ศูนย์อุดรธานี พบเภสัชกรจาก รพ.จะนะ จ.สงขลามาฝึกงาน และอีกหลาย ๆ แห่ง ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญมากที่ควรได้รับการบันทึกไว้ ณ ที่นี้ด้วย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคองไม่ใช่สิ่งที่จะสามารถทำให้เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ต้องอาศัยเวลา ทรัพยากร แหล่งเรียนรู้และการส่งเสริมกระบวนการต่าง ๆ ให้เข้มข้น พร้อมทั้งการสร้างความร่วมมือกับทุกฝ่าย ทุกระดับ ทุกสถานพยาบาลที่มีศักยภาพ แบบข้ามภาค ข้ามเขตแดนวิชาชีพ โดยเฉพาะการสร้างคนรุ่นใหม่ให้เข้ามาในระบบการทำงานแบบสหวิชาชีพ ซึ่งจะต้องเพิ่มพลังการขับเคลื่อนให้ครอบคลุมทุกด้าน ขยายความร่วมมือให้มากขึ้น สร้างพี่เลี้ยงหรือโค้ชให้สามารถดึงศักยภาพของทุกวิชาชีพออกมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบ PC ฯลฯ

และยังเป็นแหล่งศึกษาดูงานด้าน PC ของเขตนครชัยบุรินทร์ (เขต 9) อาจกล่าวได้ว่า รพ. สุรินทร์และศูนย์ PC ของ รพ. สุรินทร์สามารถเป็น node การขับเคลื่อนเรื่อง PC ในภาคอีสานใต้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลค่อนข้างดีทีเดียว และจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมี node ที่เข้มแข็งและมีความพร้อมแบบนี้ในทุกภาค หรือทุกเขตสุขภาพ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างครอบคลุมอย่างแน่นอน

โรงพยาบาลสนม อ.สนม จ.สุรินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ในเครือข่ายสุรินทร์ พบว่า ดำเนินการมานานพอสมควรหรือที่จริงทำมาก่อนเครือข่ายพุทธิกาเข้ามาส่งเสริม เพราะทาง รพ. สนม และพื้นที่ชุมชนตำบลสนมและตำบลอื่น ๆ ในอำเภอสนม มีความโดดเด่นในเรื่องของบทบาทพระสงฆ์ในด้านต่าง ๆ อยู่แล้ว[24]

จากการรับฟังข้อมูลจากการนำเสนอและการสัมภาษณ์พยาบาล พระสงฆ์ จิตอาสา และผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ พบว่า ที่ผ่านมา ทางโรงพยาบาลพยายามขับเคลื่อนในเรื่องการให้พระสงฆ์เข้ามามีบทบาทในการสนทนาพูดคุย-เยี่ยมบ้าน-ดูแลผู้ป่วยหรือเพิ่มมิติจิตวิญญาณเข้ามาในกระบวนการดูแล ด้วยการให้พระสงฆ์เข้าร่วมในการอบรมต่าง ๆ ที่จัดโดยเครือข่ายพุทธิกา ทั้งหมด 3 ครั้ง ซึ่งได้มีการนิมนต์พระสงฆ์มาเข้าร่วมทั้งอำเภอ มีทั้งเจ้าคณะตำบลและเจ้าอาวาสวัดต่าง ๆ ในอำเภอสนม พออบรมเสร็จ ก็ได้มีการไปทำงาน หรือเข้าร่วมเป็นทีมทำงานกับทางโรงพยาบาล แต่ก็ไม่สามารถทำได้ทั้งหมด เพราะพระสงฆ์มีภารกิจต่าง ๆ หลายอย่าง ในขณะเดียวกันทางโรงพยาบาลเองก็มีภารกิจอื่น ๆ ด้วย ทำให้หลายครั้งเวลาการทำงานไม่ตรงกัน ในขณะเดียวกัน ก็ไม่ได้เยี่ยมผู้ป่วยทั้งหมดทุกราย เพราะผู้ป่วยมีจำนวนมาก (เฉพาะปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยระยะท้ายจำนวน 130 ราย มีพื้นที่ทั้งหมด 7 ตำบล) สิ่งที่ได้จากการอบรม คือ ทำให้เข้าใจว่าอะไรควรทำ อะไรไม่ควรทำ อะไรควรพูด ไม่ควรพูด ทำให้เข้าใจเกี่ยวกับสภาวะการป่วยระยะท้ายและเข้าใจผู้ป่วยแต่ละคนมากขึ้น

สำหรับการทำงานในเรื่องนี้ พบว่า บทบาท/วิธีการ/พิธีกรรมส่วนใหญ่ คือ การให้กำลังใจ ให้รู้จักระงับจิตใจ ให้ฟังเทศน์ รับพร ให้เห็นผ้าเหลือง สวดโพชฌงค์ (หรือโพชฌังคปริตร พิชิตโรค) เป็นต้น สำหรับพระบางรูป ได้กล่าวว่า มิติจิตวิญญาณ ก็คือ เรื่องของจิตสุดท้ายที่เป็นกุศลหรืออกุศล ถ้าจิตเป็นกุศล ก็ทำให้มีสุขคติหรือไปสงบ ถ้ามีจิตที่เป็นอกุศล ก็จะทำให้เกิดทุกขคติและทำให้ไม่สงบ ดังนั้น บทบาทของพระสงฆ์ คือ การช่วยทำให้ผู้ป่วยที่

24 ทั้งนี้ อาจจะมีความเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมบทบาทของพระสงฆ์ในการพัฒนาชุมชนและสังคม ที่ดำเนินการภายใต้การนำของหลวงพ่อนาน วัดสามัคคี (ที่มรณภาพไปเมื่อไม่นานนี้) แต่ที่ผ่านมาท่านมีบทบาทในการส่งเสริมพัฒนาให้พระสงฆ์สนใจประเด็นปัญหาของชาวบ้านและชุมชน นอกจากนี้ ยังมีกลุ่ม/องค์กรอื่น ๆ หลายองค์กร เข้าไปส่งเสริมบทบาทของพระสงฆ์ในช่วงที่ผ่านมาหลายสิบปี อาทิเช่น มูลนิธิเสถียรโกเศศนาคะประทีป ที่มีโครงการพระสงฆ์กับการพัฒนา หรือเครือข่ายศาสนาพุทธเพื่อการพัฒนา เป็นต้น

ใกล้วาระสุดท้ายได้มีโอกาสทำจิตให้เกิดกุศลหรือ มีสุขคตินั่นเอง สำหรับปัญหาที่พบ คือ ลูกของผู้ป่วยบางรายไม่เห็นด้วยกับการให้พระสงฆ์เข้ามาในกระบวนการนี้ บางรายถามว่า ทำไมพระสงฆ์ต้องมายุ่งกับเรื่องนี้ด้วย เป็นต้น

สำหรับบริบทของพระสงฆ์และวัดต่าง ๆ ที่สำคัญ ที่ระบบการดูแล ฯ ควรรับรู้และเข้าใจด้วย คือ พระสงฆ์มีจำนวนน้อย และลดลงเรื่อย ๆ แต่มีภารกิจเพิ่มหลายด้าน เพราะมีงานสั่งมาจากข้างบนหลายอย่าง เจ้าอาวาสบางแห่งก็ไม่เห็นด้วยกับเรื่องนี้ ประกอบกับมีการโยกย้ายของพระไปยังวัดอื่น ๆ ทำให้จำนวนพระไม่นิ่ง การดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ไม่ถูกจริตสำหรับพระบางส่วน ไม่ใช่ว่าทุกรูปจะสนใจเรื่องนี้หรือทำเรื่องนี้ได้ นอกจากนี้ บางวัดหรือบางสำนักสงฆ์ยังมีปัญหาเรื่องที่ดินที่ตั้งของวัด/สำนักสงฆ์ มีหลายประเภท/หลายสถานภาพ บางแห่งก็ยังไม่มีสถานภาพทางกฎหมาย ก็ต้องแก้ไขปัญหาของตนเองก่อน เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม พบว่า พระสงฆ์บางส่วนยังต้องการมีบทบาทด้านนี้ต่อไป และอยากให้จัดอบรมพระสงฆ์ที่มีความสนใจเพิ่มขึ้น และอยากให้เด็กและเยาวชนเข้ามาร่วมในการทำงานตรงนี้ร่วมกับพระสงฆ์ด้วย เพราะมองว่าเป็นเรื่องของการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นเพื่อนร่วมทุกข์ร่วมสุขกัน และเป็นเรื่องที่ชาวบ้านและชุมชนจำนวนมากยังศรัทธาและยังต้องการอยู่ ทั้งนี้ การที่พระสงฆ์หลายรูปสะท้อนเรื่องนี้ เพราะบางรูปอยากไปเยี่ยม แต่ก็ไม่ได้ไปมาประมาณ 1 ปีแล้ว เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบหรือหัวหน้างานการดูแลแบบประคับประคองจากคนเดิม ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ อย่าง และมีความไม่ต่อเนื่องในหลาย ๆ เรื่อง ส่วนหนึ่งเพราะในช่วงที่ผ่านมาโรงพยาบาลสนมมีปัญหาเรื่องผู้อำนวยการตามที่ปรากฏเป็นข่าวในสื่อต่าง ๆ ทำให้ส่งผลต่อการทำงานของโรงพยาบาลและทีมงานที่ทำงานในชุมชนมากพอสมควร รวมทั้งมีปัญหาความขัดแย้งในทีมงานด้วย ทำให้การดูแลแบบประคับประคองที่ต้องการเพิ่มมิติจิตวิญญาณหรือบทบาทของพระสงฆ์เข้ามาในกระบวนการดูแลสะดุดและไม่สามารถขยายผลออกไปตามที่วางแผนไว้ได้

โรงพยาบาลปราสาท อ.ปราสาท จ.สุรินทร์ พบว่า มีประเด็นสำคัญที่พบเกี่ยวกับการทำงานด้านจิตวิญญาณของ รพ. ปราสาท ในขณะที่ยังไม่มีความรู้เรื่องการจัดการอาการ (symptom management) ทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจ เพราะกำลังเจ็บปวดทุกข์ทรมานมาก ซึ่งแต่ก่อนไม่มียามอร์ฟีน ไม่สามารถช่วยผู้ป่วยบรรเทาทุกข์ได้ เลยใช้พุทธวิธี แต่ใช้ไม่ค่อยเป็น เช่น บอกให้ผู้ป่วยพูดคำว่า....พุทโธ..พุทโธ แต่ผู้ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ระยะสุดท้าย เจ็บปวดทรมานมาก และกำลังใกล้จะเสียชีวิต ผู้ป่วยตะโกนด่าว่าจะให้พุทโธยังไง ใกล้จะตายอยู่แล้ว ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่า ในช่วงที่ทีมงานยังไม่มีความรู้และทักษะ ไม่มีเครื่องมือ/อุปกรณ์ ไม่มียา บุคลากรสุขภาพได้มีการลองผิดลองถูกและได้เกิดการเรียนรู้ หรือถือเป็นบทเรียนสำคัญในการทำงานด้านนี้ว่าผู้ป่วยไม่สามารถเข้าสู่จิตสุดท้ายที่สงบหรือมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณก่อนจากไปได้ ถ้ายังเจ็บปวดทุกข์ทรมานทางกายอย่างแสนสาหัส

แต่ปัจจุบันระบบ PC ของ รพ. ปราสาท มีพัฒนาการหรือความก้าวหน้ามากขึ้น ปัจจุบันมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวหน้าทีม มีศูนย์ PC เรียกว่า **“คลินิกอารีรักษ์”** อยู่ด้านหลังโรงพยาบาล (เริ่มมีศูนย์ PC ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558) มี จนท.และพยาบาลและหมอนั่งทำงาน ปัจจุบันมีแพทย์ที่ดูแลหรือรับ consult เรื่อง PC จำนวน 5 คน (เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 4 คน และมีแพทย์ประจำบ้านมาฝึกงานอีก 1 คน) แต่งาน PC ยังกระจายอยู่ในกลุ่มงานต่าง ๆ เช่น ศูนย์มะเร็ง, กลุ่มงานพยาบาลชุมชน, กลุ่มงานเวชกรรมสังคม และในส่วนของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งแสดงให้เห็นว่า จะต้องอาศัยเวลาในการบูรณาการการทำงานร่วมกันหรือการเชื่อมประสานกันให้มากขึ้น สำหรับบุคลากรของ รพ. ปราสาท มีทั้งหมด 700 คน มีพยาบาล 160 คน แต่ปัจจุบันมีแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และบุคลากรอื่น ๆ ที่ทราบเรื่อง PC ทั้งหมดประมาณ 50 ท่าน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ยังจะต้องมีการพัฒนาหรือสร้างการรับรู้ในองค์กรในอีกหลาย ๆ ภาคส่วน รวมถึงการสนับสนุนจากผู้บริหารองค์กร/สถานพยาบาลแห่งนี้ด้วย

สำหรับอุปกรณ์/เครื่องมือต่าง ๆ ที่จำเป็น พบว่า ปัจจุบันโรงพยาบาลมีอุปกรณ์/เครื่องมือเป็นของตัวเอง (ซึ่งแต่ก่อนต้องขอยืมจาก รพ. สุรินทร์) เช่น เครื่องให้ยา หรือ syringe driver มี 8 ตัว เครื่องผลิตออกซิเจน จำนวน 20 เครื่อง มีเตียงปรับระดับ ที่นอนลม ฯลฯ ซึ่งส่วนใหญ่ซื้อโดยใช้เงินบริจาคจากประชาชน ซึ่งมีบางรายบริจาคมากถึงจำนวน 1 ล้านบาท ทำให้ซื้ออุปกรณ์ต่าง ๆ ได้ครบ รวมถึงญาติผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่พอมีฐานะก็บริจาคให้ และยังได้รับการสนับสนุนจากวัด/พระสงฆ์อีกด้วย สำหรับ รพ.สต.บางแห่ง เช่น รพ.สต.สมุทร และรพ.สต.ทุ่งมน ก็ได้รับการสนับสนุนจากพระสงฆ์ในตำบล ทั้งในเรื่องอุปกรณ์และการร่วมเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ

นอกจากนี้ ก็มีผู้สนใจหรือจิตอาสาทางด้านศาสนาพุทธ โดยเฉพาะเรื่อง พุทธวจนะ ได้ขอเข้ามาร่วมในกระบวนการพูดคุย-เยี่ยม-ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้วย – แต่คณะวิจัยยังไม่แน่ใจว่าได้ผลหรือไม่ อย่างไร เพราะยังไม่เห็นตัวอย่างการดูแลผู้ป่วยที่เป็นรูปธรรม และปฏิกิริยาต่าง ๆ จากผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไร และ/หรือ ยังไม่มีโอกาสได้รับฟังเสียงสะท้อนผลการทำงานด้านนี้ของจิตอาสาด้านพุทธวจนะ และทีมงานสหวิชาชีพ และพบว่า ยังไม่มีการศึกษาวิจัยการดูแลผู้ป่วยในมิติจิตวิญญาณด้วยการใช้พุทธวจนะ ซึ่งอาจจะจำเป็นต้องมีการทดลองใช้ การสังเกต การศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบให้เห็นผลในเชิงประจักษ์ต่อไป

สรุป เครือข่ายสุรินทร์ ยังคงให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในมิติจิตใจ/จิตวิญญาณ/สุขภาวะทางปัญญา แต่พบว่า **ไม่มีท่านใดใช้คำว่า สุขภาวะทางปัญญา** ส่วนใหญ่ใช้คำว่า มิติจิตวิญญาณ และหลายแห่งยังคงให้พระสงฆ์มีบทบาทในการพูดคุยและเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เท่าที่สามารถทำได้ หรือตามที่แต่ละท่านสะดวก พร้อมทั้งมีพิธีกรรมต่าง ๆ ประกอบด้วย ไม่ได้ไปเป็นทีมตลอดเวลา เพราะในหลาย ๆ กรณีทำได้ยากมาก อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลที่ได้รับมาจากพระสงฆ์หลายรูปที่เข้าร่วมเวทีให้ข้อมูล

อาจกล่าวสรุปได้ด้วยว่า พระสงฆ์ในเครือข่ายสุรินทร์ส่วนใหญ่แสดงบทบาทด้าน **“สาธารณสงเคราะห์”** มากกว่าการเยียวยาทางจิตวิญญาณที่อยู่บนหลักการใหญ่ ๆ ของพระธรรมคำสอน ซึ่งอาจจะเป็นเพราะส่วนใหญ่ไม่ใช่พระแนวกรรมฐาน ที่ผ่านการฝึกสติและสมาธิและอิงกับหลักศาสนาแบบเข้มข้น และในระยะหลัง ๆ มานี้ ไม่ค่อยได้มีโอกาสไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเท่าใดนัก เนื่องจากติดภารกิจหลายอย่าง ประกอบกับทางโรงพยาบาลบางแห่ง เช่น รพ. สนม มีการเปลี่ยนตัวบุคลากรที่รับผิดชอบด้านนี้ ทำให้งานไม่ต่อเนื่อง

แต่สำหรับ รพ. ปราสาทได้อนุญาตให้จิตอาสาที่มีความสนใจเกี่ยวกับพุทธวจนะ เข้ามาแสดงบทบาทเสริมด้วย แต่คณะวิจัย ฯ ยังไม่เห็นตัวอย่างการทำงานที่เป็นรูปธรรมและผลที่เกิดขึ้นจากการใช้ **“พุทธวจนะ”** จึงยังไม่สามารถสรุปอะไรได้ในขั้นนี้ สำหรับในระดับ รพ. สต. พบว่า มีอยู่ 2-3 แห่ง ที่ยังได้รับการสนับสนุนด้านต่าง ๆ จากพระสงฆ์เป็นอย่างดี ทั้งการร่วมเยี่ยมบ้าน และการจัดหา/ระดมทรัพยากรและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

3) การขยายผลไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆ ในพื้นที่ ซึ่งทางโครงการเรียกว่า การขยายผลเชิงกว้าง

สำหรับการวิจัย ติดตามและประเมินผลการขยายผลในเชิงกว้าง ณ ที่นี้ ทางโครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญา ฯ ระบุว่า ได้ทำการขยายแนวคิดผ่านกระบวนการฝึกอบรม จำนวน 2 หลักสูตร คือ หลักสูตรเยียวยาผู้ดูแล และหลักสูตรดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมิติจิตวิญญาณ ในส่วนนี้ไม่ได้ทำการประเมิน เพราะไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มผู้ผ่านการอบรมได้โดยตรง แต่ได้ทำการศึกษาหรือประเมินจากบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล จิตอาสา และพระสงฆ์ ที่มาปรากฏตัว หรือยังคงทำงานอยู่ และ/หรือ มีบทบาทในด้านต่าง ๆ อยู่ (active) หรือ เป็นความจริงที่ปรากฏต่อหน้า ในขณะที่คณะวิจัย ฯ เข้าไปเยี่ยมสถานพยาบาลต่าง ๆ เพื่อรับฟังข้อมูล สัมภาษณ์ และสังเกตในช่วงระยะเวลา 6 เดือน ระหว่างพฤษภาคม-ตุลาคม 2562 (โปรดดู รายงานเล่มที่ 2 ผลการประเมินศักยภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ ทักษะ และการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประกอบด้วย)



จุดแข็ง/สิ่งที่ดี และจุดอ่อน/สิ่งที่ควรแก้ไข-ปรับปรุงของชุดโครงการฯ

1) สรุปจุดแข็ง/สิ่งที่ดีของโครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

- ทำให้มิติจิตใจ/จิตวิญญาณ/จิตตปัญญา หรือสุขภาวะทางปัญญาได้รับการให้ความสำคัญในกระบวนการดูแลรักษาแบบประคับประคองในสถานพยาบาลต่าง ๆ ที่เชื่อมกับระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชนอย่างมองเห็นได้ชัดเจน และแพร่กระจายไปยังจังหวัดต่าง ๆ ที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่การทำงานของโครงการด้วย
- ทำให้การดูแลด้านมิติจิตใจ/จิตวิญญาณมีความชัดเจนมากขึ้น จับต้องได้มากขึ้น ผ่านบทบาทของพระสงฆ์ หรือผู้นำทางจิตวิญญาณ หรือผู้นำทางศาสนาของศาสนาต่าง ๆ ทั้งพุทธ คริสต์ อิสลาม ทำให้ผู้ป่วยได้รับโอกาสในการสะสางหรือชำระล้างสิ่งที่อาจค้างคาใจ (ที่อาจทำให้รู้สึกมีความห่วงใย วิตกกังวล ไม่สงบ) ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เบาสบาย และจากไปอย่างสงบ
- การอบรมเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ทำให้พระสงฆ์จำนวนหนึ่งสามารถเป็นส่วนหนึ่งของทีมดูแลรักษาเยียวยา รู้ว่าอะไรควรพูด ไม่ควรพูด ไม่ใช่มองว่าเป็นพระสงฆ์แล้วจะสามารถพูดหรือสื่อสารได้ทุกอย่างตามที่ตนเองคิด เพราะผู้ป่วยที่ใกล้ภาวะสุดท้ายของชีวิตไม่ได้อยู่ในสถานะที่จะตอบโต้อะไรได้ ถึงจะรับรู้ด้วยความไม่พอใจ ก็อาจพูดแสดงความต้องการไม่ได้ ดังนั้น ถ้าพระสงฆ์ไม่ได้ผ่านการอบรม อาจกลายเป็นการแสดงบทบาทที่เกิดผลลบต่อผู้ป่วยก็ได้
- พระสงฆ์บางส่วนสะท้อนว่า ทำให้การบวชหรือสมณเพศของตัวท่านเองมีคุณค่ามากขึ้นเมื่อได้มาทำงานเรื่องนี้ และบางส่วนสะท้อนว่า การฝึกอบรมทำให้รู้ว่าอะไรควรพูด ควรทำ และอะไรไม่ควรพูด ไม่ควรทำ
- สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลต้นแบบทั้ง รพ. นครพิงค์ จ.เชียงใหม่ และ รพ.สต.ดอนชมพู ตำบลดอนชมพู จ.นครราชสีมา ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้มาก สำหรับ รพ. นครพิงค์ ปัจจุบันมีวัดและพระสงฆ์ที่ทำงานร่วมกันหลายแห่ง โดยเฉพาะวัดสันเหมือง วัดกาดฮาว วัดโสภณาราม และวัดห้วยทราย และได้ขยายรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่มีพระสงฆ์เข้ามามีบทบาทในการดูแลด้านจิตใจ/จิตวิญญาณไปยังโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายครบทั้ง 27 แห่ง แต่ก็มีความเข้มข้นแตกต่างกันไป สำหรับ รพ.สต.ดอนชมพู นครราชสีมานั้น มีความเหนียวแน่นในการทำงานร่วมกับวัดดอนชมพู/เจ้าอาวาส (พระครูสุนทรธรรมประสาท) นอกจากบทบาทในการร่วมดูแลมิติจิตวิญญาณ

ให้กับผู้ป่วยแล้ว รพ.สต. ยังได้รับการสนับสนุนทั้งเรื่องเงิน, สถานที่เก็บเครื่องมือ/อุปกรณ์ต่าง ๆ การช่วยเหลือระดมทุนและทรัพยากรต่าง ๆ จากวัดอย่างต่อเนื่อง และปัจจุบันมีพระประมาณ 12 รูป ที่สนใจและเตรียมการให้เข้ามาร่วมในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้วย

- บางสถานพยาบาลที่มีความเชื่อมโยงกับชุมชน มีวิธีปฏิบัติต่าง ๆ ที่ถูกต้อง ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่งเดิมอาจจะทำไปตามมีตามเกิด หรือพระสงฆ์เองก็แสดงบทบาทในเชิงสาธารณะสงเคราะห์ แต่เมื่อมีพระสงฆ์หรือผู้นำทางจิตวิญญาณกลุ่มหนึ่งที่มีความรู้ ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในการเผยแพร่เรื่องนี้ ก็ทำให้เครือข่ายญาติโยม อุบาสก อุบาสิกา บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และจิตอาสาเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนี้มากขึ้น
- เกิดผลต่อเนื่องต่อวัดและพระสงฆ์บางรูป/บางแห่งที่มีความสนใจและต้องการมีบทบาทเกี่ยวกับเรื่องนี้อยู่แล้ว หรือในช่วงที่ผ่านมาได้มีบทบาทในเรื่องนี้อยู่พอสมควรแล้ว เมื่อได้รับการส่งเสริมบทบาท ก็เข้ามาร่วมดำเนินการมากขึ้น
- พระสงฆ์/วัดของบางจังหวัด เช่น วัดห้วยยอด จ.ตรัง ได้เห็นบทบาทของพระสงฆ์ที่มีภาพลักษณ์ในทางสาธารณะ เช่น พระไพศาล วิสาโล พระครรชิต ทางสื่อสังคมออนไลน์ทำให้เกิดแรงบันดาลใจและได้พัฒนารูปแบบใหม่ ๆ ในการทำงานขับเคลื่อนระดับชุมชนที่เกิดผลต่าง ๆ อย่างมองเห็นได้ชัดเจน
- ทำให้เกิดเครือข่ายการทำงานร่วมกันหรือประสานเชื่อมโยงกันในระดับจังหวัด และส่งผลต่อเนื่องในระดับเขตสุขภาพ โดยเฉพาะกรณีของเครือข่ายสุรินทร์ ที่ส่งผลต่อเนื่องต่อการทำงานของเขตสุขภาพที่ 9 คือ จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์และสุรินทร์ ทำให้มีการถ่ายทอดแนวคิดและรูปแบบการดูแลที่มีพระสงฆ์เข้ามามีบทบาทในการเยี่ยมติดตามและดูแลในเขตสุขภาพนี้อย่างมองเห็นได้ชัดเจน

2) จุดอ่อน/ข้ออ่อน/ข้อจำกัด/สิ่งที่ควรปรับปรุงในโอกาสต่อไป

- รูปแบบที่ออกแบบไว้เดิม ที่ให้พยาบาล พระสงฆ์ และจิตอาสาไปทำงานหรือเยี่ยมบ้านด้วยกันนั้น พบว่า ไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากไม่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละแห่ง แต่ทุกแห่งก็ได้มีการปรับรูปแบบให้เป็นไปตามบริบทหรือตามความสะดวก ไม่จำเป็นต้องไปเยี่ยมบ้านด้วยกันหรือพร้อมกัน
- การอบรมที่ผ่านมายังครอบคลุมพระสงฆ์ได้จำนวนน้อยมาก เมื่อเทียบกับจำนวนพระสงฆ์ที่มีจำนวนมาก จึงควรมีการดำเนินการเรื่องนี้ต่อไปอย่างต่อเนื่อง แต่จะต้องระมัดระวัง ไม่ใช้วิธีการเกณฑ์มาอบรมหรือสั่งการมาจากเบื้องบน เพราะได้ผลไม่เต็มเม็ด

เต็มหน่วย ควรเข้าใจพระวินัยของสงฆ์ รวมทั้งบริบทของพระสงฆ์ที่มีความแตกต่างกันไปแต่ละรูป แต่ละวัด บางแห่งพระสงฆ์ต้องการเรียนต่อในด้านต่าง ๆ หรือบางส่วนต้องการฝึกปฏิบัติสมาธิ-สติ-กรรมฐาน บางส่วนไม่ถนัดในการพูดคุยกับผู้ป่วยหรือไม่ใช่สิ่งที่สนใจ ฯลฯ เราไม่สามารถมองพระสงฆ์แบบเหมารวมและคาดหวังให้ท่านมาเข้าร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้ทั้งหมดทุกรูป ทุกวัด

- คู่มือที่ได้มีการจัดทำไว้ ไม่ได้มีการนำมาใช้ ไม่มีเครือข่ายหรือพระสงฆ์รูปใดพูดถึง หรือใช้เป็นคู่มือในการทำงานดูแลสุขภาวะทางปัญญา ส่วนหนึ่งน่าจะเป็นเพราะคู่มือออกมาค่อนข้างช้าหรือเมื่อดำเนินการไปนานพอสมควรหรือเกือบสิ้นสุดโครงการแล้ว หรืออาจจะเป็นลักษณะแบบไทย ๆ ที่อาจจะมีคู่มือแต่ไม่ได้อ่านก็เป็นได้ (ซึ่งจุดนี้ ทีมประเมินต้องขออภัยไว้ ณ ที่นี้ด้วย ที่ไม่ทราบว่ามีคู่มือนี้ตั้งแต่แรก หรืออาจได้รับข้อมูลมาแล้วแต่ลืม ทำให้ไม่ได้สอบถามพระสงฆ์ที่ได้มีโอกาสสัมภาษณ์เกี่ยวกับเรื่องคู่มือนี้ว่า ได้รับไหมและ ได้นำไปใช้ไหม) อย่างไรก็ดี พระสงฆ์จำนวนมากที่โครงการประเมินผลได้มีโอกาสสัมภาษณ์ ไม่ใช่พระสงฆ์ที่เข้าร่วมการอบรมของโครงการเครือข่ายพุทธิกา จึงมีความเป็นไปได้ว่า ไม่ได้รับคู่มือนี้ตั้งแต่แรก จึงไม่ได้พูดถึง แต่สำหรับพระสงฆ์ที่เคยเข้ารับการอบรมกับเครือข่ายพุทธิกาจำนวนมาก ก็ไม่ได้พูดถึงคู่มือเช่นกัน
- เนื้อหาสาระหรือแก่นพระธรรมที่พระสงฆ์ใช้สื่อสารกับผู้ป่วย มีความแตกต่างหลากหลายเป็นอย่างมาก ขึ้นกับภูมิหลังและความรู้ความเข้าใจของพระสงฆ์แต่ละรูป ซึ่งตรงนี้ไม่แน่ใจว่า จะส่งผลต่อเรื่องการเยียวยาทางจิตวิญญาณที่ทำให้เกิดผลที่แตกต่างกันตามไปด้วยหรือไม่ อย่างไร หรือทำให้ผู้ป่วยเกิดการตายดีได้จริงตามที่ต้องการหรือไม่



ส่วนที่ 2
ผลการประเมินเชิงวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดและทฤษฎี

3

การขับเคลื่อนและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

บทวิเคราะห์จากมุมมองของกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพของออตตาวา

1. ความนำและวัตถุประสงค์

การประเมินเชิงวิเคราะห์ (analytic evaluation) ตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986) ณ ที่นี้ เป็นการประยุกต์ใช้กรอบดังกล่าวในการประเมินเชิงวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (palliative care system - แต่ขออนุญาตเรียกย่อ ๆ ว่า ระบบ PC) ซึ่งเป็นระบบที่สร้างหรือพัฒนาขึ้นโดยผู้รับทุนและเครือข่ายจำนวน 3-4 องค์กร/เครือข่าย ด้วยกัน คือ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (THAPS) ที่เชื่อมกับศูนย์การุณรักษ์ รพ. ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (KPC) และเครือข่ายพุทธิกา ด้วยการสนับสนุนของ สสส. ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2559 แต่การวิเคราะห์ในส่วนนี้ มุ่งเน้นไปที่ข้อมูลการทำงานในการพัฒนาระบบ PC ของ THAPS และ KPC เป็นหลัก เสริมด้วยข้อมูลการทำงานของ สช. และเครือข่ายพุทธิกาในบางช่วงที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับประเด็นในการวิเคราะห์ และได้ใช้ข้อมูลจากแหล่งอื่น ๆ และ/หรือ ของหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมาประกอบการอธิบาย เพื่อให้เห็นสถานภาพปัจจุบันของระบบ PC ของประเทศไทยด้วย

นอกจากนี้ การประเมินเชิงวิเคราะห์ ณ ที่นี้ เป็นเพียงการประยุกต์ใช้กรอบออตตาวาไม่ได้ใช้ตามความหมายเดิมตามต้นฉบับได้ทั้งหมด เนื่องจากไม่ใช่เรื่องการส่งเสริมสุขภาพกับบุคคลหรือกลุ่มบุคคลปกติทั่วไป ตามความหมายเดิม แต่เป็นการนำมาวิเคราะห์ในบริบทของการทำงานและการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบ PC ซึ่งเป็นระบบสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ไม่ใช่คนปกติทั่วไป



สำหรับเหตุผลที่มีการวิเคราะห์ ณ ที่นี้ ส่วนหนึ่งเป็นความประสงค์ของ สสส. เนื่องจาก สสส. มองว่า ชุดโครงการการสร้างเสริมสุขภาวะในช่วงท้ายของชีวิต ที่ดำเนินการไปแล้วนั้น ได้ใช้ **“แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ”** ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หรือ เป็นการดูแลด้านคุณภาพชีวิตอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งเป็นผลงานที่ตรงกับภารกิจหลักของ สสส.

จึงมีความน่าสนใจว่า ถ้านำกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพออตตาวา (ในลำดับต่อไปนี้ ขอเรียกย่อ ๆ ว่า กรอบออตตาวา) ซึ่งเน้นเรื่องการสร้างเสริมหรือส่งเสริมสุขภาพ/สุขภาวะมาใช้ในการวิเคราะห์การทำงานเรื่องนี้ น่าจะทำให้เกิดองค์ความรู้จากอีกมุมมองหนึ่งที่น่าสนใจ มีคุณค่า มีประโยชน์ โดยเฉพาะการฉายภาพให้เห็นพัฒนาการของการพัฒนาระบบ PC ที่เชื่อมโยงกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่ตรงกับภารกิจหลักของ สสส. และน่าจะทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการทำงานของ สสส. เช่น สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ผู้กำกับนโยบายและองค์กรภาคีต่าง ๆ ที่อาจจะมองว่าการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่น่าเกี่ยวกับภารกิจของ สสส. ได้เข้าใจเกี่ยวกับภารกิจและการสนับสนุนทุนของ สสส. ในส่วนนี้ ซึ่งพบว่า เป็นผลงานที่มีคุณูปการต่อสังคมไทยเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในห้วงภาวะที่ประเทศไทยกำลังเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยเต็มขั้น ถ้าไม่มีระบบ PC รองรับ หรือไม่ได้พัฒนาให้ทันการณ์ ก็ยากที่จะรับมือกับปัญหาต่าง ๆ ที่กำลังเพิ่มขึ้นเป็นเงาตามตัว

2. กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวากับบริบทการทำงานของ สสส.

ทั้งนี้ กรอบออตตาวา ประกอบด้วย 5 ประเด็นสำคัญ ที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน (ตามที่ระบุในแผนภาพข้างต้น) คือ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะ (public policy) ในระดับต่าง ๆ 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อการส่งเสริมสุขภาพ (creating supportive environment for health promotion) 3) การเสริมพลังให้ชุมชนปฏิบัติการ (empowering community to act) 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (personal skill development) และ 5) การปรับระบบหรือรูปแบบการให้บริการต่าง ๆ ด้านสุขภาพ (improving or reorienting health services) เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีหรือสามารถลดโรคได้

ซึ่งตามกรอบแนวคิดเดิมนั้น keyword ที่สำคัญคือ การส่งเสริมหรือสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) ซึ่งเป็นการส่งเสริมหรือการสร้างเสริมสุขภาพให้กับคนปกติทั่วไป ที่ยังไม่ป่วย เพื่อให้ประชาชนคนทั่วไปมีสุขภาพและสุขภาวะที่ดี (Good health and well-being) ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ หรือ สามารถลด/ชะลอการเจ็บป่วย หรือ การลดโรคและป้องกันโรคที่สามารถป้องกันได้ อาทิเช่น โรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรมและวิถีการดำรงชีวิต/ลีลาชีวิต (lifestyle) ไม่ว่าจะเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

ซึ่งที่ผ่านมาในบริบทของ สสส. มักจะใช้คำว่า **“สร้างนำซ่อม” “ส่งเสริมสุขภาพ”** และ **“สุขภาวะ”** ซึ่งก็คือ การสร้างตนเองให้มีสุขภาพที่ดี มากกว่าที่จะรอให้เจ็บป่วย แล้วค่อยมาซ่อมแซมสุขภาพในภายหลัง ซึ่งมองว่า การสร้างเสริมหรือส่งเสริมสุขภาพและการมีสุขภาวะที่ดี น่าจะง่ายกว่า และมีราคาหรือค่าใช้จ่ายที่ถูกกว่าการซ่อมแซมสุขภาพ ซึ่งจะต้องใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งบุคลากร ความรู้ความสามารถ เงิน ยา/เวชภัณฑ์/อุปกรณ์ต่าง ๆ สถานที่/โรงพยาบาล ฯลฯ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ มีต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าการดูแลและการป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย

ดังนั้น เมื่อนำกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพของออตตาวามาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์ระบบ PC ที่ผู้รับทุนและเครือข่ายพัฒนาขึ้น ณ ที่นี้ จึงมีความจำเป็นต้องปรับคำศัพท์ที่ใช้ รวมถึงกลุ่มเป้าหมาย เพราะโครงการที่ สสส. สนับสนุนในครั้งนี้เป็นโครงการที่ทำงานกับผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ที่อยู่ในข่ายการดูแลระยะท้ายประมาณ 7 กลุ่มโรคด้วยกัน (โปรดดูเอกสารของกรมการแพทย์เรื่อง Listed Disease of Palliative Care, 2557 ประกอบด้วย) แต่ก็ยังสามารถนำแนวคิดการมีสุขภาวะที่ดี (well-being) และ/หรือ การมีสุขภาพใจ/จิต สุขภาพครอบครัวและสังคม และสุขภาพหรือสุขภาวะ

ทางปัญญาที่ดี (แม้ร่างกายป่วย) มาประยุกต์ใช้ได้ ดังที่หลายท่าน มักนิยมพูดว่า **“กายป่วย แต่ใจไม่ต้องป่วยตาม”** ยกตัวอย่างเช่น ถ้ามีสติรู้ตัวว่าป่วยเป็นอะไร เพราะอะไร จะอยู่กับโรคที่เป็นอย่างไร แม้ในช่วงท้ายของชีวิต ที่โรคทางกายรักษาไม่ได้แล้วหรือร่างกายผุพังแล้วก็ตาม แต่ก็ไม่จำเป็นต้องปล่อยให้ใจเป็นทุกข์หรือป่วยหรือผุพังตามไปด้วย ถ้ามีสติและปัญญารู้เท่าทันสิ่งที่ประสบ เป็นต้น

ซึ่งที่จริงแล้ว คณะวิจัยได้พบการประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาวะในชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย พ.ศ. 2556-2559 ที่ดำเนินการโดย THAPS และเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Thai Palliative Care Network : TPCN) และเครือข่ายพุทธิกา ในทุกพื้นที่ ส่วนหนึ่งเพราะชุดโครงการได้ใช้แนวคิดเรื่อง “สุขภาวะ” (well-being) ในการรับทุนสนับสนุนครั้งนี้ และเท่าที่รับฟังข้อมูลมา ส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมดก็เห็นด้วยกับแนวคิดนี้ ดังนั้น จึงต้องทำตามแนวคิดที่ระบุไว้ในข้อเสนอของชุดโครงการ และอีกส่วนหนึ่งเป็นเพราะบุคลากรที่รับผิดชอบในการดำเนินโครงการและเครือข่าย ฯ ส่วนใหญ่เข้าใจเรื่อง “การส่งเสริมสุขภาพ และ/หรือ การสร้างเสริมสุขภาพ/สุขภาวะ” ค่อนข้างดีอยู่แล้ว

ทั้งนี้ เนื่องจากในช่วงประมาณ 15-16 ปีมานี้ หรือตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546-2547 สสส. ได้สนับสนุนทุน เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนวิธีคิด วิธีมอง/มุมมอง และความรู้ความเข้าใจ หรือเรียกรวม ๆ ว่า **“กระบวนทัศน์ด้านสุขภาพ”** ให้กับบุคลากรสุขภาพทั่วประเทศ (ทั้งที่อยู่ในปีกของสถาบันการศึกษา/สถาบันวิชาการหรือฝ่ายผลิตบุคลากร และในปีกของภาคปฏิบัติการหรือฝ่ายที่ใช้บุคลากร เช่น หน่วยงาน/สถานพยาบาล/องค์กรด้านสุขภาพ โรงพยาบาลต่าง ๆ) เป็นจำนวนงบประมาณที่ค่อนข้างมหาศาลเป็นพันล้านบาท ผ่านการทำโครงการและกิจกรรมต่าง ๆ หลากหลายรูปแบบ/วิธีการ โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลชุมชน เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน/หมออนามัย ฯลฯ และแกนหลักจำนวนมากที่อยู่ในชุดโครงการที่กำลังทำการประเมินเชิงวิเคราะห์นี้ รวมถึงเครือข่ายการทำงานที่ได้รับการสนับสนุนทุน ก็ผ่านการประเมินผลจากผู้ประเมินคนเดียวกันด้วย[25]

25 หัวหน้าประเมินผลโครงการนี้ เป็นผู้รับผิดชอบในการประเมินผลกลุ่มแผนงานพัฒนาบุคลากรสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ที่สนับสนุนโดย สสส. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546-47 จนถึงปี พ.ศ. 2553 ต่อมาในปี พ.ศ. 2554 ยังได้มีโอกาสประเมินโครงการของคณะทันตแพทยศาสตร์ ม.มหิดล ซึ่งได้รับสนับสนุนทุนภายใต้แนวคิด การส่งเสริมสุขภาพและการสร้างจิตสาธารณะให้กับนักศึกษาทันตแพทย์ และต่อมาในช่วงปี พ.ศ. 2559-2560 ยังได้มีโอกาสทำการประเมินผลโครงการของพยาบาล ภายใต้การดำเนินงานของสภาการพยาบาล ร่วมกับเครือข่ายสถาบันการศึกษาด้านการพยาบาลในขอบเขตทั่วประเทศหรือทุกภูมิภาคอีกด้วย

3. การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพของออตตาวาในการวิเคราะห์การพัฒนาระบบ PC

สำหรับการวิเคราะห์ ณ ที่นี้ มีความจำเป็นต้องปรับกรอบแนวคิดและประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับบริบทของชุดโครงการนี้ โดยทั้ง 5 ประเด็น หรือ 5 องค์ประกอบของกรอบออตตาวานั้นจะต้องเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะท้าย ไม่ใช่คนปกติธรรมดาหรือประชาชนทั่วไปตามความหมายเดิม ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ดังนี้คือ

1. **การสร้างนโยบายสาธารณะด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย** (ซึ่งในกรณีของชุดโครงการนี้ พบว่า ภารกิจด้านนี้ดำเนินการโดยโครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556-2559 รับผิดชอบหลักโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หรือ สช.)
2. **การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และการทำให้สังคมเกิดความตระหนักต่อการตายดี** และ/หรือ มีระบบที่เกื้อกูลต่อการตายดี (ซึ่งจากการประเมิน พบว่า ภารกิจนี้หรือประเด็นนี้ รับผิดชอบหลักโดยทั้งสามชุดโครงการ ซึ่งมีทั้ง สช. สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย และเครือข่ายพุทธิกา)
3. **ประเด็นการสร้างเสริมพลังให้ชุมชนลงมือปฏิบัติการ** ซึ่งจากการประเมิน พบว่า รับผิดชอบหลักโดยชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย ที่รับผิดชอบโดยสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นหลัก และเครือข่ายพุทธิกาบางส่วน
4. **ประเด็นการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล** (Personal Skill Development) ซึ่งผลจากการประเมิน พบว่า ภารกิจหรือประเด็นนี้รับผิดชอบหลักโดยโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย ที่รับผิดชอบโดยสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย และเสริมด้วยบทบาทของชุดโครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่รับผิดชอบโดยเครือข่ายพุทธิกา ซึ่งมีทั้งการพัฒนาทักษะให้กับแพทย์ พยาบาล เภสัชกร จิตอาสา/ผู้อาสาดูแล และ ผู้ดูแล/คนในครอบครัวของผู้ป่วย
5. **การปรับระบบ/รูปแบบการบริการ** ซึ่งจากการประเมิน พบว่า เป็นภารกิจสำคัญของโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย ที่รับผิดชอบหลักโดย สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย และเสริมบทบาทในการปรับระบบ/รูปแบบการบริการ ด้วยการทำงานของชุดโครงการแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556-2559 ที่รับผิดชอบโดย สช. และชุดโครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญา

อย่างไรก็ดี จากแผนภาพที่แสดงไว้ข้างต้น จะเห็นได้ว่า จริง ๆ แล้ว องค์ประกอบสำคัญของกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวา ทั้ง 5 ประเด็น/องค์ประกอบ ไม่ได้แบ่งแยกออกเป็นเรื่อง ๆ หรือ เป็นด้าน ๆ ที่แยกตัวออกจากกัน หรือไม่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันแต่อย่างใด **ในทางตรงกันข้าม ทั้ง 5 องค์ประกอบหรือ 5 ประเด็น มีความประสาน สัมพันธ์กัน เชื่อมโยงกัน เกื้อกูลกัน เสริมพลังกัน ทำงานร่วมกัน อยู่ที่ว่า เราจะเริ่มทำหรือปฏิบัติการจากจุดไหนก่อน ที่เป็นไปตามบริบทเฉพาะหรือเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องของแต่ละแห่ง แต่ละพื้นที่ แต่ละองค์กร แต่ละโครงการ/ชุดโครงการ ไม่จำเป็นต้องทำเรียงลำดับหนึ่งสองสามจากบนวนลงมาด้านล่าง จากขวาไปทางซ้ายมือตามรูปภาพ แต่อย่างใด แต่จะเริ่มจากจุดไหนก่อนก็ได้**

แต่ทั้งนี้ จะต้องมีความเป็นเหตุเป็นผล มีความสอดคล้องกับความจริง หรือ ขึ้นอยู่กับผลการวิเคราะห์บริบทเฉพาะของแต่ละแห่ง แต่ละพื้นที่ แต่ละองค์กร/หน่วยงาน แต่ละโครงการ/ชุดโครงการ ว่าอะไรสำคัญกว่าอะไร อะไรยากง่ายกว่ากัน ซึ่งหมายถึงว่า จะเริ่มจากการทำงานกับบุคคล/ปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มบุคคลไปพร้อม ๆ กับการขับเคลื่อนนโยบาย และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลกัน เพราะมองว่า การขับเคลื่อนหรือการทำงานในการพัฒนาทักษะของบุคคล/กลุ่มบุคคล/บุคลากร เดี่ยว ๆ อาจจะยาก หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงช้า

ดังนั้น จึงควรมีการสร้างนโยบายและสิ่งแวดล้อมให้บุคคล/บุคลากรเกิดการเปลี่ยนแปลง หรือมีทักษะมากขึ้น อะไรทำนองนี้ หรือ อาจจะจำเป็นต้องมีการเสริมพลังให้ชุมชนลงมือปฏิบัติการ ที่อาจจะจำเป็นต้องเคลื่อนไปพร้อม ๆ กัน เพื่อให้เกิดผลมากขึ้น เร็วขึ้น หรือบางกรณีอาจทำกับบุคคล/กลุ่มบุคคล เพื่อให้ได้ผลที่เป็นรูปธรรมระดับหนึ่งก่อน และเมื่อต้องการขยายผล ก็มีการทำงานในระดับนโยบาย ระดับชุมชน และระดับสิ่งแวดล้อมทางสังคม-วัฒนธรรม โดยนำผลที่เกิดขึ้นในระดับบุคคล/กลุ่มบุคคล/พื้นที่/องค์กรไปใช้เป็นกรณีศึกษาหรือกรณีตัวอย่างในการผลักดันเชิงนโยบาย ก็ได้ และหลังจากนั้น จึงหันมาปรับปรุงระบบและรูปแบบการบริการ เพื่อให้มีความสอดรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายนอกองค์กร/หน่วยงาน ก็ได้ แต่จะต้องไม่ใช่การมองแยกออกเป็นเรื่อง ๆ เป็นประเด็น ๆ หรือเป็นด้าน ๆ แล้วทำกับหลาย ๆ กลุ่มเป้าหมาย อย่างไม่มีความเชื่อมโยงกัน ซึ่งในความ

เป็นจริง อาจจะทำได้ก็ได้ แต่สำหรับผลที่จะเกิดขึ้น อาจจะมีไม่มากนัก[26] เมื่อเปรียบเทียบกับการทำบนฐานความรู้และความเข้าใจในปฏิสัมพันธ์กันระหว่างประเด็นต่าง ๆ ดังกล่าวทั้ง 5 ประเด็น หรือ 5 องค์ประกอบ

นอกจากนี้ ในบางกรณี หรือบางพื้นที่ อาจจะจำเป็นต้องเริ่มขับเคลื่อนในเรื่องนโยบายสาธารณะก่อน เพราะมองว่า การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ (หรือนโยบายของชุมชน ของจังหวัด ของเขตสุขภาพ ฯลฯ) เกี่ยวกับระบบ PC นั้นมีความสำคัญมาก หรือมากกว่าเรื่องอื่น ๆ เพราะถ้ามีนโยบายที่ชัดเจนในระดับชุมชน/จังหวัด/เขตสุขภาพ/องค์กร/สังคม ก็น่าจะทำให้งานส่วนอื่น ๆ เคลื่อนตามไปด้วย หรือสามารถขยายผลได้ง่ายขึ้นสะดวก/ รวดเร็วขึ้น เพราะมีนโยบายรองรับและสนับสนุน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการพัฒนา/เสริมศักยภาพหรือทักษะส่วนบุคคล หรือการทำงานในระดับปัจเจกบุคคล หรือระดับกลุ่มคน/กลุ่มวิชาชีพ (individual or group level) ก็ตาม หรือ งานระดับระบบบริการ (service system level) และ/หรือ การปรับปรุงระบบ/รูปแบบการบริการ หรือเรื่องการสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคม-วัฒนธรรมที่เกื้อกูล-ส่งเสริมกัน ซึ่งเป็นสเกลที่ใหญ่ หรือเป็นการทำงานระดับสังคมใหญ่ (societal level) หรือ การมุ่งเน้นไปที่ตัวชุมชน หรือระดับชุมชน (community level)[27] ในภายหลัง หรือหลังจากมีนโยบายสาธารณะสนับสนุนที่ชัดเจนก่อนก็ได้

อนึ่ง ตามความหมายของกรอบเดิมหรือความหมายตามต้นฉบับของกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวา ถ้าต้องการให้คนทั่วไปมีสุขภาพดี มีทักษะ มีความรู้ มีความสามารถในการดูแลตนเอง หรือป้องกันตนเองไม่ให้ป่วย เช่น การมีทักษะ ความรู้ ความสามารถในการออกกำลังกาย แต่ถ้าสังคม องค์กร หน่วยงาน บริษัท/ห้างร้าน ไม่มีนโยบายสนับสนุนให้ออก

---

26 ซึ่งที่ผ่านมาในกรณีของการส่งเสริมสุขภาพภายใต้การสนับสนุนของ สสส. นั้น พบว่า เครือข่ายต่าง ๆ มักจะมองแยกเป็นประเด็น ๆ และมีการทำงานกับหลายกลุ่มเป้าหมายในเวลาเดียวกัน มีส่วนน้อยที่ขับเคลื่อน/ทำงานเชิงการเปลี่ยนแปลงบนผลการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ของทั้ง 5 องค์ประกอบ ภายใต้ประเด็นการขับเคลื่อนที่ชัดเจน อาทิเช่น การออกกำลังกาย และดำเนินการร่วมกับกับกลุ่มเป้าหมายใดกลุ่มเป้าหมายหนึ่งเป็นระยะเวลาหนึ่ง และสามารถชี้ให้เห็นความสำคัญของการทำงานเชิงระบบ ครอบคลุมหลายองค์ประกอบและผลที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนกับกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้

27 ซึ่งคำว่า ชุมชน ณ ที่นี้ อันที่จริงก็มีหลายความหมาย จะใช้ความหมายเดิม ที่เน้นเรื่อง ความสัมพันธ์ทางสังคม-วัฒนธรรมของกลุ่มคน/ผู้คน ที่มีการติดต่อไปมาหาสู่กัน การสื่อสารระหว่างกัน การเกื้อกูลกัน (หรือแม้แต่การขัดแย้งกัน ไม่ลงรอยกัน) การแลกเปลี่ยนกัน ฯลฯ แบบไร้ขอบเขตทางภูมิศาสตร์และทางการปกครอง หรือจะใช้ความหมายที่เป็นทางการ ของหน่วยงานราชการ ซึ่งส่วนใหญ่หมายถึง ชุมชนระดับหมู่บ้าน ระดับตำบล ระดับอำเภอ หรือระดับจังหวัด ที่มีความหมายในเชิงการปกครองและขอบเขต/อาณาบริเวณพื้นที่มากกว่า การเน้นข่ายใยความสัมพันธ์ทางสังคม-วัฒนธรรมของผู้คน ที่มีมาแต่เดิม ที่ไม่ถูกแบ่งโดยเขตแดนทางภูมิศาสตร์ หรือพื้นที่ทางการปกครองแต่อย่างใด หรือว่าต้องการให้หมายถึง ทั้งสองความหมายอย่างมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน คือ ชุมชนทั้งในความหมายการปกครอง ภูมิศาสตร์ และความหมายในเรื่องข่ายใยความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจ-สังคม-ศาสนา-วัฒนธรรม

กำลังกาย ไม่อนุญาตให้ใช้เวลาในที่ทำงาน หรือไม่มีเครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ อาทิเช่น ห้องฟิตเนส ลานออกกำลังกาย ฯลฯ ก็ทำได้ยาก

ดังนั้น จึงจำเป็นต้องส่งเสริมการพัฒนาทักษะไปพร้อม ๆ กับการมีนโยบาย และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การดูแลด้านจิตใจไปพร้อม ๆ กัน และเมื่อมาถึงจุดที่ว่า คงไม่สามารถขับเคลื่อนเฉพาะในที่ทำงานเท่านั้น เพราะคนเรามีหลายบริบท ทั้งในที่ทำงาน บ้าน ชุมชน ละแวกบ้าน หมู่บ้านที่อาศัย ก็อาจจะจำเป็นต้องมีการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชุมชนหรือที่บ้านไปพร้อมๆ กันด้วย และการที่คนจะมีสุขภาพดีได้ หน่วยบริการสุขภาพต่าง ๆ ก็ต้องเปลี่ยนกระบวนทัศน์/วิธีคิด/วิธีมอง/วิธีการทำงาน ไม่ใช่ตั้งรับอยู่ในหน่วยงานของตน แต่จำเป็นต้องทำงานเชิงรุกร่วมกับชุมชน/กลุ่มบุคคล และในที่สุดก็จะต้องนำไปสู่การปรับระบบหรือรูปแบบการบริการให้สอดรับกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การจัดทีมส่งเสริมสุขภาพไปทำงานเสริมพลังในชุมชนให้มีแรงกระเพื่อมมากขึ้น มีการให้ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการมากขึ้น ซึ่งแต่เดิมอาจจะไม่ได้ทำเรื่องนี้เลย หรือมีการส่งเสริมให้เกิดการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่อาจเป็นปัจจัยเสี่ยง ที่ทำให้สุขภาพเสื่อม อาทิเช่น ภาวะสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ ทั้งน้ำ ดิน อากาศ, ฝุ่นควัน, ขยะ และ/หรือ การร่วมกันแก้ไขปัจจัยทางเศรษฐกิจ-การเมือง-การศึกษา-ศาสนา-วัฒนธรรม-สังคมอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาวะกายและจิต เป็นต้น

ที่สำคัญคือ ผู้ดำเนินการหรือผู้ปฏิบัติการจะต้องมององคาพยพที่เกี่ยวข้องอย่างมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันในหลาย ๆ ระดับ พร้อม ๆ กับการตั้งคำถามต่อสิ่งที่ทำตลอดเวลาด้วย ยกตัวอย่างเช่น การเคลื่อนเชิงนโยบายสาธารณะระดับประเทศ จะมีผลต่อการเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับภาค ระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัดระดับพื้นที่/ชุมชน ระดับองค์กร/หน่วยงานตามไปด้วย หรือในทางกลับกัน หรือไม่ มากน้อยแค่ไหน เพียงใด อย่างไร เป็นต้น

สำหรับการทำงานของชุดโครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง หรือที่เรียกชื่ออย่างเป็นทางการว่า *“ชุดโครงการการสร้างเสริมสุขภาวะในช่วงท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556-2559”* ที่เป็นการทำงานในช่วงระยะเวลา 3 ปีนั้น เราจะเห็นได้ว่า องค์ประกอบของชุดโครงการทั้ง 3 ชุดนั้น ประกอบไปด้วยเรื่อง การทำงานในเชิงยุทธศาสตร์และนโยบาย ซึ่งเป็นการทำงานกับภาคสาธารณะ และหน่วยงานภาคีในหลายระดับและหลายประเภท ครอบคลุมทั้งหน่วยงานระดับกรม, กอง ฯลฯ ในกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานที่เป็นสถาบันการศึกษา/สถาบันวิชาการ/สถาบันวิจัย เช่น คณะแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัยต่าง ๆ, คณะ/หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในมิติต่าง ๆ ที่อยู่ในมหาวิทยาลัย เช่น ศูนย์กฎหมายสุขภาพและ

จริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หรือ หน่วยงานประเภทสถานพยาบาล/โรงพยาบาล (โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน) หน่วยงานสื่อสารมวลชน/สื่อประเภทต่าง ๆ จำนวนมาก รวมทั้งสื่อบุคคลที่มีภาพลักษณ์ทางสังคม

สำหรับสิ่งที่ชุดโครงการได้สื่อสาร และ/หรือ ขับเคลื่อนร่วมกับภาคี และหน่วยงานในระดับต่าง ๆ นั้น พบว่า มีหลายมิติ ทั้งเรื่องการพัฒนาบุคลากร การสร้างความรู้/การให้ความรู้ เช่น การจัดเวทีอบรม/ประชุม/สัมมนาต่าง ๆ การจัดการความรู้ การทำงานในทางกฎหมาย การทำงานสร้างความตระหนักกับภาคสาธารณะ ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้ว ไม่ได้มีแต่เรื่องยุทธศาสตร์และนโยบาย แต่มีมิติการขับเคลื่อนในเรื่องอื่น ๆ ไปพร้อม ๆ กันด้วย นอกจากนี้ยังมีการทำงานในด้านการส่งเสริมพัฒนาระบบการบริหารจัดการเพื่อรองรับระบบการบริการ โดยเฉพาะบทบาทของแผนงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ฯ ที่ สช. รับผิดชอบ

4. จุดเน้นและประเด็นสำคัญของการวิเคราะห์

สำหรับการวิเคราะห์ ณ ที่นี้ จะเริ่มต้นจากการฉายภาพให้เห็นจากจุดที่เป็นแกนขับเคลื่อนหลัก (focal point) คือ ศูนย์การุณรักษ์[28] **และการขยายตัวไปยังระดับหน่วยงาน คือ รพ. ศรีนครินทร์ และคณะแพทยศาสตร์ ไปจนถึง ระดับจังหวัด และระดับภาคต่าง ๆ เริ่มจากภาคอีสาน โดยเฉพาะเขตสุขภาพที่ 7 และกระจายไปยังเขตสุขภาพอื่น ๆ ภายในภาคอีสาน ต่อมาขยายไปยังภาคอื่น ๆ หรือ เกิดผลกระทบต่อเนื่องต่อภาคอื่น ๆ** (spill-over effects) ทั้งที่เป็นผลกระทบทางตรงของการทำงานของทีมงานศูนย์การุณรักษ์ (ซึ่งต่อไปนี้ ขอเรียกชื่อย่อว่า KPC – Karunruk Palliative Care Center) และผลกระทบทางอ้อมอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ หรือโดยกลไกขับเคลื่อนอื่น ๆ หรือจากเครือข่าย ที่ได้รับความรู้และทักษะจากแกนขับเคลื่อนหลัก และเกิดพลังขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องในบริบทของแต่ละแห่ง แต่ละพื้นที่ แต่ละจังหวัด

นอกจากนี้ **จะเพิ่มหรือบูรณาการประเด็นที่สำคัญจากกรอบข้อเสนอหรือกรอบการทำงานเรื่อง “การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายขององค์การอนามัยโลก” (WHO’s Palliative Care Framework, 2020) ที่เน้นว่าควรบูรณาการเรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพปฐมภูมิ** ซึ่งจุดนี้มีความเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพปฐมภูมิของไทย ที่ผ่านการตราพระราชบัญญัติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 ที่กำลังเกิดผลในทางปฏิบัติและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในหลาย ๆ พื้นที่ และในหลาย ๆ มิติด้วย โดยเฉพาะในพื้นที่ ๆ คณะวิจัยได้มีโอกาสไปเยี่ยมพื้นที่การทำงานของเครือข่ายระบบปฐมภูมิ หรือที่เรียกกันว่า “คลินิกหมอครอบครัว” (primary care cluster : PCC) ที่ รพ. ตรัง รพ. สต. นาโยงใต้ และ รพ.สต. นาพละ อ.เมือง จ.ตรัง ด้วย **ซึ่งมีความน่าสนใจในการสะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในระดับฐานราก ที่จะตอบสนองต่อเรื่องระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยเฉพาะการดูแลที่บ้าน (home care) ที่จะเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพปฐมภูมิ จึงจะมีการนำเสนอกรณีของ PCC จ.ตรัง ไว้ในบทวิเคราะห์ครั้งนี้ด้วย เพราะมีความสำคัญต่อการตอบโจทย์การบูรณาการเรื่อง PC เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพปฐมภูมิตามที่ WHO เสนอแนะไว้ด้วย**

28 เพราะจริง ๆ แล้ว ศูนย์การุณรักษ์เป็นจุดตั้งต้นหรือพื้นที่จุดกำเนิดในการสร้างตัวตน สร้างการขับเคลื่อนในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง และสร้างผลการทำงานของสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย ที่ได้ผนวกบุคคล กลุ่มบุคคลและขยายตัวออกไปเป็นเครือข่ายและก่อตั้งเป็นสมาคมในภายหลัง

ในลำดับถัดไป *จะเริ่มต้นนำเสนอบทวิเคราะห์การทำงานในระดับหน่วยย่อย คือ ศูนย์การุณรักษ์ ที่ไปส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงใน รพ. ศรีนครินทร์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบลต่าง ๆ ในจังหวัดขอนแก่น ที่ศูนย์การุณรักษ์ ตั้งอยู่ ไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงในระดับเขตสุขภาพ (คือ เขตสุขภาพที่ 7 ที่ประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น กาฬสินธุ์ มหาสารคาม และร้อยเอ็ด) และการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในระดับภาค คือ ภาคอีสานทั้งหมดก่อน (เขตสุขภาพที่ 8, 9 และ 10) และหลังจากนั้น จะได้สะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในพื้นที่อื่น ๆ หรือภาคอื่น ๆ โดยเฉพาะกรณีของ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ในภาคใต้ (นอกเหนือจากกรณีคลินิกหมอครอบครัว ของ จ.ตรัง ที่มีนัยสำคัญดังกล่าวแล้วข้างต้น)*

สำหรับ กรณีของ รพ. ศูนย์หาดใหญ่ และอำเภอหาดใหญ่นี้มีความน่าสนใจในแง่การเป็นสถานพยาบาลที่ดูแลรับผิดชอบพื้นที่เมืองขนาดใหญ่ แต่พบว่ามีฐานการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบกระจายอำนาจ หรือยึดจากฐานการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีอยู่เดิม คือ เรื่องศูนย์การแพทย์ชุมชน (community medical unit : CMU) ที่มีการริเริ่ม พัฒนา สนับสนุนให้ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ทำหน้าที่ได้มากขึ้น มีแพทย์หมุนเวียนกันไปทำงาน ซึ่งเป็นนโยบายของ สปสช. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ซึ่งทาง รพ. หาดใหญ่และเครือข่าย ได้มีการต่อยอดการทำงานและการให้บริการในด้านต่าง ๆ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. มาอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น ในการนำเสนอบทวิเคราะห์ในกรณีการกระจายแนวคิดและรูปแบบ/ระบบไปในภูมิภาคอื่น ๆ จะขอยกพื้นที่การทำงานของ รพ. ศูนย์หาดใหญ่ และเครือข่ายในระดับต่าง ๆ ของ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา เป็นตัวอย่างประกอบการวิเคราะห์ด้วย เพราะมีนัยสำคัญในการเป็นตัวอย่างให้กับพื้นที่อื่น ๆ ในการจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่ต่อยอดจากฐานเดิมที่ได้รับการพัฒนาริเริ่มไว้ดีแล้ว และยังมองเห็นประเด็นต่าง ๆ ตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวาที่ค่อนข้างชัดเจน

ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องการสร้าง/ผลักดันนโยบายหรือการกำหนดนโยบายสาธารณะ การสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการตายดี การสร้างเสริมพลังให้ชุมชนลงมือปฏิบัติการ การพัฒนาความรู้และทักษะให้กับบุคลากรและเครือข่าย และการปรับปรุงหรือปรับโฉมระบบและรูปแบบการบริการให้ดีขึ้น แต่ยังคงเป็นการใช้กรอบออตตาวาในการวิเคราะห์ในระดับประยุกต์ เพื่อให้สอดคล้องกับระบบการดูแลแบบประคับประคอง ไม่ได้ใช้ในความหมายเดิมตามต้นฉบับทั้งหมด ตามที่กล่าวไปแล้ว และมีความจำเป็นต้องเน้นย้ำตรงนี้อีกครั้งหนึ่งว่า *เป็นการใช้กรอบนี้ในการมองความจริงที่เกิดขึ้นอย่างมีความเชื่อมโยง ไม่ได้มอง*

แยกออกจากกันเป็นด้าน ๆ เพราะจะไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง และได้เพิ่มประเด็นการบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพปฐมภูมิตามกรอบของ WHO และการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิตามกรอบแนวทางของ พรบ.สุขภาพปฐมภูมิปี พ.ศ. 2562 เข้ามาด้วย เพื่อให้มองเห็นช่องทางในการพัฒนาส่งเสริมสนับสนุนระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่สอดคล้องกับระบบงบประมาณของประเทศ ที่กำลังเปลี่ยนทิศหรือมุ่งตรงลงไปยังชุมชนท้องถิ่นมากยิ่งขึ้น โดยมีรายละเอียดต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. การทำงานขับเคลื่อนของศูนย์ KPC: เริ่มจากการพัฒนาความรู้และทักษะ ทำให้เกิดผลต่าง ๆ ตามมาอย่างมีความเชื่อมโยง

อาจกล่าวได้ว่า ศูนย์ KPC เป็นทั้งศูนย์ขับเคลื่อน เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเป็นองค์รวม และเป็นพื้นที่การทำงานหลักของชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย ที่รับผิดชอบหลักโดย รองศาสตราจารย์ พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ดำเนินการในนามสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายและเครือข่าย ซึ่งถือว่าเป็นแกนการขับเคลื่อนที่มีนัยสำคัญมาก เพราะได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ ผ่านช่องทางทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งแบบมีรูปแบบและไร้รูปแบบ ทั้งมีรอยต่อและไร้รอยต่อ ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาและวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งจากเอกสาร hard copy และเอกสารออนไลน์, การสัมภาษณ์หัวหน้าชุดโครงการและทีมงาน, การสังเกตการณ์ทั้งในหน่วยงานและในบ้านผู้ป่วย-ชุมชน, การรับฟังการนำเสนอผลการทำงานด้วยสไลด์ของทีมงาน, การเยี่ยมพื้นที่โรงพยาบาล/หอผู้ป่วยและชุมชนในเครือข่าย รวมทั้งข้อมูลจากแหล่งอื่น ๆ ทั้งระดับบุคคล กลุ่มบุคคล ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียกับระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่กำลังได้รับการพัฒนาขึ้นในขอบเขตทั่วประเทศ

พบว่า **การทำงานของศูนย์ KPC และเครือข่ายที่เกิดขึ้นเป็นการเริ่มต้นการขับเคลื่อนในด้านการพัฒนาความรู้และทักษะและการเปลี่ยนแปลงทัศนคติไปพร้อม ๆ กัน หรือ อาจกล่าวได้ว่าเป็นการเพิ่มพูนศักยภาพในการทำงานให้กับบุคคล/บุคลากรครอบคลุมทั้งวิชาชีพแพทย์, วิชาชีพพยาบาล, วิชาชีพเภสัชกร, จิตอาสา, และผู้ดูแล/ครอบครัว**[29] **โดยเฉพาะการพัฒนาทักษะ ความรู้ ความสามารถให้กับพยาบาล/กลุ่มวิชาชีพพยาบาลก่อน เพราะบริบทของพยาบาลเกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลผู้ป่วยโดยตรงอยู่แล้ว และมักจะเป็นวิชาชีพที่มีทัศนคติที่ดีต่อเรื่องนี้อยู่แล้ว จึงทำให้ขับเคลื่อนได้ง่าย สื่อสารกันได้ง่าย ทำให้เข้าใจกันง่าย** ไม่ค่อยมีเส้นแบ่งหรือกำแพงกั้น ทำให้ขยายผลได้เร็วเมื่อเปรียบเทียบกับการขยายผลในกลุ่มวิชาชีพแพทย์และวิชาชีพอื่น ๆ

โดยเฉพาะวิชาชีพแพทย์ ที่พบว่า มีการแบ่งเขตแดนภายในวิชาชีพเดียวกันค่อนข้างมากพอสมควร อาทิเช่น ระหว่างแพทย์เฉพาะทางในด้านสมอง หัวใจ ปอด ไต กับแพทย์

29 ซึ่งถ้าพิจารณาตามแผนภาพกรอบออตตาวาข้างต้น ถือว่า เริ่มทำในวงที่ 4 คือ เรื่องการพัฒนาความรู้และทักษะบุคคล/กลุ่มบุคคลก่อน แต่เมื่อพิจารณาข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง พบด้วยว่า สิ่งนี้เกิดขึ้นพร้อม ๆ กับการปรับโครงสร้างองค์กรและการปรับระบบ-รูปแบบการบริการ โดยเฉพาะการจัดตั้งหรือการก่อเกิดศูนย์การุณรักษ์ ถือเป็นการเริ่มต้นปรับระบบ/โครงสร้างและรูปแบบการให้บริการไปในตัวด้วยเช่นกัน

ทั่วไป/อายุรแพทย์/แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งจากข้อมูล พบว่า การมีสถานภาพเป็นแพทย์เฉพาะทางเหล่านี้ มักจะได้รับการยอมรับหรือให้คุณค่าในเชิงความเหนือกว่าด้านสถานภาพ, ค่าตอบแทน, ระดับความลึกของความรู้ในด้านที่เชี่ยวชาญ มากกว่าแพทย์สาขาอื่น ๆ โดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งหลายท่านยังรู้สึกว่าตนเอง/วิชาชีพเฉพาะของตนยังได้รับการให้คุณค่าไม่เท่าเทียมหรือถูกมองว่าต่ำกว่าความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านหรือเฉพาะอวัยวะ ตามที่กล่าวมาข้างต้น

นอกจากนี้ ยังคงมีการดูถูกกันพอสมควร รวมทั้งทัศนคติของแพทย์เอง ที่ในระหว่างการเรียนการสอน/การฝึกปฏิบัติ ได้ถูกปลูกฝังและฝึกฝนให้เป็นผู้รักษาให้ถึงที่สุด (ถ้าคิดว่ายังสามารถรักษาได้) ไม่ได้ถูกปลูกฝังและฝึกฝนเกี่ยวกับการรักษาแบบประคับประคองในช่วงท้ายของชีวิต และ/หรือ เมื่อรักษาไม่ได้แล้ว จะต้องทำอย่างไรต่อไป หรือที่เรียกว่า การรักษาแบบประคับประคอง (palliative care: PC) หรือการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย (comfort care: CC) หรือมีคุณภาพชีวิตในระยะท้าย พบว่า สิ่งเหล่านี้ไม่ได้ถูกสอนหรือสื่อสารหรือฝึกฝนมาก่อนแต่อย่างใด

ปัจจุบันหลักสูตรแพทย์บางแห่งมีพูดเรื่อง PC ประมาณ 2 ชั่วโมงในปีสุดท้าย ซึ่งไม่ได้ทำให้เกิดความรู้และทักษะที่ถูกต้องแต่อย่างใด ทำให้แพทย์จำนวนมากมองไม่ทะลุ มองไม่ครบวงจรตั้งแต่เกิด-แก่-เจ็บ-ตาย มองแต่อวัยวะเป็นส่วน ๆ มองไม่เห็นชีวิต เชื่อในผล Lab หรือมองแต่ผล Lab หรือกลายเป็นแค่ผู้แก้ไขผล Lab ให้ดูดี แต่มองไม่เห็นความเป็นองค์รวมของชีวิต ไม่ได้มองว่า เมื่อถึงจุดหนึ่งแล้วไม่สามารถยื้อการตายได้ ทำให้ไม่มีแนวคิดเกี่ยวกับเรื่องนี้หรือวิธีคิดแบบนี้อยู่ในหัวเลย ซึ่งส่งผลกระทบค่อนข้างรุนแรงมากหรืออันที่จริงเรื่องนี้ถือเป็นประเด็นจริยธรรมทางการแพทย์ที่ถูกละเลยมาเป็นเวลานานในบริบทสังคมไทย ทำให้ผู้ป่วยใกล้ตายถูกทอดทิ้ง ได้รับความทุกข์ทรมาน

ดังที่แพทย์ท่านหนึ่งกล่าวว่า *“เรามีการดูแลคนไข้หมดตั้งแต่ก่อนเด็กจะคลอดอีก เรามี ultrasound หมดเลยว่าเด็กสมบูรณ์ ไม่สมบูรณ์ หัวใจดีไหมมีหมอเด็ก มีวัยรุ่น มีแยกเป็นจิตแพทย์วัยรุ่นอย่างนี้เลยครับ ทุกอย่าง มีหมออายุรกรรม โรคโน้น โรคนี้ มีหมดครับ ขนาดเป็นโรคผิวหนังเรามีหมด หมอผู้สูงอายุก็มี หมอมะเร็งก็มี* ***แต่พอถึงจุดหนึ่งที่ใกล้ตาย ไม่มีใครเอา ไม่มีใครดู ผลักออกจากโรงพยาบาลด้วย พอผลักออกจากโรงพยาบาลเสร็จ แล้วเขาปวด เขาจะทำอย่างไร ก็ต้องวิ่งกลับมาโรงพยาบาล มาโรงพยาบาลบ่อยๆ มาขอฉีดยา morphine บ่อยๆ หมอที่ฉุกเฉินก็ นี่ติดยาหรือเปล่ามาอีกแล้ว”*** ประกอบกับ มีการแบ่งแยกเกรดของแพทย์เฉพาะทางด้านต่าง ๆ ดังกล่าวมาข้างต้น จึงทำให้มีกำแพงกั้น (barrier) ไม่สามารถสื่อสารกันได้อย่างเต็มที่ และ/หรือ การสนองตอบ การยอมรับของกลุ่ม

วิชาชีพแพทย์ เป็นไปค่อนข้างช้า เมื่อเทียบกับการสนองตอบและการยอมรับของกลุ่มวิชาชีพพยาบาล ประกอบกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์แพทย์และพยาบาลหลาย ๆ ท่าน ทำให้ทราบว่า วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าวิชาชีพอื่น ๆ อยู่แล้ว ทำให้มองเห็นความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และทำให้เกิดความต้องการมีส่วนในการทำให้ผู้ป่วยลดความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานทั้งกาย ใจ สังคม/ครอบครัว และทำให้เหมือนกับมีจิตวิญญาณด้านการดูแลแบบประคับประคองมากกว่าวิชาชีพอื่น ๆ ไปโดยปริยาย

นอกจากเหตุผลต่าง ๆ ดังกล่าวมาข้างต้น ที่ทำให้การพัฒนาทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเริ่มก่อตัวและขยายตัวในกลุ่มวิชาชีพพยาบาลได้มากกว่าและรวดเร็วกว่าแล้ว ยังพบด้วยว่า อีกส่วนหนึ่งเป็นเพราะพยาบาลมีเครือข่ายต่าง ๆ อยู่แล้วหลายประเภท หลายระดับ อาทิเช่น เครือข่ายพยาบาลเฉพาะทางด้านต่าง ๆ เช่น พยาบาลผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลวิสัญญี พยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ พยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ชมรมพยาบาลประคับประคอง เครือข่ายพยาบาลชุมชน และเครือข่ายสหพันธ์พยาบาลแห่งประเทศไทย (ที่ก่อตั้งขึ้นมาเพื่อต่อสู้เรื่องสิทธิและผลประโยชน์ต่าง ๆ ของพยาบาล) ซึ่งหมายถึงว่า มีฐานความสัมพันธ์ตามช่องทางต่าง ๆ ดังกล่าวอยู่ค่อนข้างมาก ทำให้สามารถสื่อสารผ่านช่องทางที่ไม่เป็นทางการต่าง ๆ เช่น ไลน์กลุ่ม ที่มีการช่วยเหลือ/ปรึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยและเรื่องราวต่าง ๆ ซึ่งกันและกัน refer ผู้ป่วยให้กัน นำไปสู่การรวบรวมรายชื่อเครือข่าย กลายเป็นฐานข้อมูลศูนย์ดูแลประคับประคอง ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (จากเอกสาร รายชื่อศูนย์ดูแลประคับประคอง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จัดทำโดยศูนย์การุณรักษ์, พฤศจิกายน, 2559 จำนวน 33 หน้า)

ที่สำคัญคือได้กลายเป็นฐานข้อมูลรายชื่อและข้อมูลการติดต่อของเครือข่ายคนทำงานด้านนี้ในภาคอีสาน เท่ากับเป็นการอำนวยความสะดวกในการเชื่อมเครือข่ายคนหัวใจเดียวกันเข้าด้วยกัน ส่งผลทำให้การขยายตัวและขยายผลต่าง ๆ ทั้งผลผลิต (หนังสือ, คู่มือ, เอกสารต่าง ๆ และรูปแบบการดูแล) และผลลัพธ์ (ความรู้ความสามารถ ทักษะต่าง ๆ เช่น การจัดการอาการ, การจัดการความปวด, ทัศนคติที่เปลี่ยนแปลงไปของแพทย์, พยาบาล ฯลฯ) ในภูมิภาคนี้เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว

ประกอบกับมีการพัฒนาหลักสูตรสำหรับอบรมแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรในศูนย์ต่าง ๆ 4 ศูนย์ ใน 4 ภูมิภาค ในช่วงไล่เลี่ยกัน (คือ ศูนย์การุณรักษ์ ศูนย์ที่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ศูนย์ที่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และศูนย์ที่ รพ. รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นศูนย์ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สสส. ผ่านชุดโครงการ ฯ ที่รองศาสตราจารย์ พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล รับผิดชอบ แต่ก็พบว่า บางแห่งได้ดำเนินภารกิจด้านการฝึกอบรมมาก่อนที่

จะได้รับทุนจาก สสส. คือ ศูนย์ของ รพ. รามาธิบดี) ซึ่งเป็นความร่วมมือ อีกทั้งมีการประสานสัมพันธ์เชื่อมโยงกันในการทำงานระหว่างคณะแพทยศาสตร์และคณะพยาบาลศาสตร์ในสถาบันการศึกษาหลักระดับภูมิภาคทั้ง 4 ภูมิภาค

สำหรับในภาคเหนือ คือ คณะแพทยศาสตร์ รพ. มหาราช (รองศาสตราจารย์ พญ. บุษยามาส ชีวสกุลยง และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิกุล นันทชัยพันธ์) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (รองศาตราจารย์ ดร. บำเพ็ญจิต แสงชาติ) ภาคกลาง คือ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (รองศาสตราจารย์ พญ. ยุวเรศมคฐ์ สิทธิชาญบัญชา) และวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย (รองศาสตราจารย์ ดร. จอนผะจง เพ็งจาด)[30] ภาคใต้ คือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ดร.นพ. สกล สิงหะ) และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยมีศูนย์การุณรักษ์แสดงบทบาทเป็นคล้ายพี่เลี้ยง หรือโค้ช และที่ปรึกษาให้กับศูนย์ภาคและเครือข่ายในระดับต่าง ๆ ทั้ง 4 ภูมิภาคด้วย

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณา**วิชาชีพผู้ผ่านการฝึกอบรมความรู้และทักษะ (skill development) จากฐานข้อมูลรายชื่อที่ได้รับมาจากหลาย ๆ ช่องทาง พบว่า พยาบาลเข้ารับการอบรม และ/หรือ ผ่านการอบรมจากศูนย์การอบรมต่าง ๆ ทั่วประเทศมากกว่าวิชาชีพอื่น ๆ** ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากความสอดคล้องกับบริบทวิชาชีพ (professional context) ที่ต้องรู้เรื่องนี้โดยปริยาย เพราะสัมผัส/อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังกล่าวแล้วข้างต้น นอกจากนี้ ก็ยังมีประเด็นความสนใจ ความเอาใจใส่ และความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยและครอบครัวของตัวพยาบาลเอง และยังเป็นไปตามสัดส่วนของวิชาชีพ เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลเป็นกลุ่มวิชาชีพที่มีจำนวนบุคลากรมากที่สุดในระบบการแพทย์และสาธารณสุข ก็ย่อมมีสัดส่วนของการได้รับโอกาสในการเข้ารับการอบรมหรือการเสริมความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ/การฝึกฝนในเรื่องนี้สูงกว่า และ/หรือ มากกว่ากลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ ตามไปด้วยอย่างเห็นได้ชัดเจน

นอกจากนี้ ศูนย์ KPC คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่นำโดย รองศาตราจารย์ พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล (ซึ่งดำรงตำแหน่งเป็นนายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายหรือ THAPS ด้วย) **ก็ยังมุ่งเน้นการทำงานไปที่การปรับระบบหรือปรับรูปแบบ/โฉมหน้าการบริการต่าง ๆ ไปพร้อม ๆ กับการจัดรูปโครงสร้างองค์กรขึ้นมาใหม่** (restructuring)

30 ซึ่งในส่วนของวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทยนี้ พบว่า ในช่วงแรกของการดำเนินโครงการที่ได้รับทุนจาก สสส. มีบทบาทเฉพาะการอบรมผู้ดูแล จิตอาสา และครอบครัวของผู้ป่วย แต่ต่อมาภายหลัง ได้ทำการพัฒนาหลักสูตรอบรมสำหรับพยาบาล รวมถึงหลักสูตรพยาบาลเฉพาะด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง หลังจากหลักสูตรได้รับการอนุมัติจากสภาการพยาบาลแล้วด้วย

โดยเฉพาะในกรณีของการทำงานร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ รพ. ศรีนครินทร์ ซึ่งจะขออธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการทำงานระหว่างศูนย์ KPC กับ รพ. ศรีนครินทร์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในลำดับต่อจากนี้ เพื่อให้มองเห็นภาพของการปรับระบบและรูปแบบการบริการและปรับระบบและรูปแบบโครงสร้างองค์กรควบคู่ไปกับการฝึกอบรมหรือการให้การศึกษา (educating) เพื่อยกระดับศักยภาพและสมรรถนะในการทำงานให้กับบุคลากรที่สำคัญสำหรับการดูแลที่มีคุณภาพและมีหลักวิชาการรองรับไปพร้อม ๆ กัน ดังนี้คือ

1
การปรับระบบบริการและระบบ-โครงสร้างการบริหารองค์กร ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

พบว่า ได้มีความพยายามในการปรับระบบ/รูปแบบบริการ และปรับระบบและโครงสร้างองค์กรมาเป็นลำดับขั้น ที่ต้องใช้เวลา ค่อย ๆ มีพัฒนาการไปตามบริบทขององค์กร เนื่องจากความเป็นจริงที่ว่า การที่จะปรับระบบและรูปแบบบริการได้อย่างเต็มที่ หรือทำให้สิ่งนี้เป็นจริงได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ตามต้องการหรือตามที่วางแผนไว้นั้น[31] ขึ้นกับปัจจัยและองค์ประกอบหลาย ๆ อย่าง แต่ในอันดับแรกเลย คือ การมีศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย[32] ที่

31 การทำงานของศูนย์การุณรักษ์ เป็นการทำงานที่เป็นระบบหรือเน้นการทำงานเชิงระบบ เพราะต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบ ทุกระดับ ตั้งแต่ รพ.ศูนย์ รพ.ทั่วไป ไปจนถึง รพ.ชุมชน รพ.ส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และชุมชน จึงได้วางแผนการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ ที่มีระบบการส่งต่อ และการทำงานเชิงเครือข่ายทั้ง 3 ระดับ โดยมีโรงพยาบาลจังหวัดเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย บุคลากรแกนหลักในแต่ละระดับ มีบทบาทหน้าที่และ/หรือ จุดเน้นของบทบาทที่แตกต่างกันไปตามบริบท ซึ่งบุคลากรใน รพ.ศูนย์ และ รพ.ทั่วไป มีบทบาทในการให้คำปรึกษา/รับปรึกษา, จัดอบรม, สร้างแนวปฏิบัติ และสร้างเครือข่ายกับโรงพยาบาลชุมชน ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชน มีบทบาทหน้าที่ในการรับปรึกษาผู้ป่วยระยะท้าย พร้อมทั้งมีการให้บริการเรื่องยาที่จำเป็น (essential opioids) และอุปกรณ์ทางการแพทย์ และสร้างเครือข่ายกับ รพ.สต. ในขณะที่ รพ.สต หรือศูนย์สุขภาพชุมชน หรือหน่วยดูแลระดับปฐมภูมิ มีบทบาทหน้าที่ในการค้นหา-ขึ้นทะเบียนผู้ป่วย, เยี่ยมบ้าน, สอน/ฝึกผู้ดูแล และมีการพัฒนาจิตอาสา/อาสาสมัคร ให้สามารถให้การดูแล/ติดตาม/เยี่ยมบ้านได้ (เก็บความจากเอกสารสไลด์ของศูนย์การุณรักษ์ ที่นำเสนอให้คณะวิจัยได้รับรู้-รับทราบเมื่อวันที่ 8 กรกฎาคม 2562 ที่ศูนย์การุณรักษ์ รพ.ศรีนครินทร์ และคณะแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น)

32 ซึ่งก็คือ ศูนย์การุณรักษ์ อันที่จริงศูนย์นี้ก่อตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 โดยในช่วงแรก ๆ ของการก่อตั้ง ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แต่อันที่จริงนั้น ศูนย์ ฯ ได้มีการทำงานมาตั้งแต่ก่อนปี พ.ศ. 2546 หรือก่อนหน้าที่จะมีสถานภาพเป็นศูนย์ (Karunruk Palliative Care Center : KPC) อย่างเป็นทางการ ก็ได้ทำงานอยู่ในระดับหนึ่งอยู่แล้ว ภายใต้บริบทการเป็นกุมารแพทย์ของ รศ. พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ซึ่งก็คือ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นเด็ก และต่อมาก็ได้ทำงานเรื่องนี้ แต่ขยายกลุ่มผู้ป่วยและขยายผลในด้านอื่น ๆ โดยเฉพาะการพัฒนาองค์ความรู้และเสริมศักยภาพให้กับบุคลากรต่าง ๆ มาก

มีบุคลากรทำงานเต็มเวลา ซึ่งเดิมมี รองศาสตราจารย์ พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล เป็นแพทย์ประจำ และมีพยาบาล คือ คุณปาริชาติ เพียสุวรรณ์ ต่อมาจึงมีตำแหน่งพยาบาลครบจำนวน 7 ตำแหน่ง เพื่อให้สามารถรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามโรคที่เป็นได้อย่างครอบคลุม ในขณะเดียวกันสิ่งที่สำคัญที่สุดที่พบด้วยเช่นกัน ก็คือ บุคลากรทุกประเภท โดยเฉพาะ 3 วิชาชีพสำคัญ อันได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะและความสามารถในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอยู่ก่อนแล้วระดับหนึ่ง (ดังที่ได้อธิบายมาแล้วข้างต้น) ซึ่งถือว่าตรงนี้เป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญและต้องเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นควบคู่กันไปกับการปรับระบบและโครงสร้างขององค์กร หรืออาจกล่าวได้ด้วยว่า เป็นเหมือนไก่กับไข่

ด้วยเหตุนี้ ศูนย์ KPC จึงสามารถทำหน้าที่ให้ความรู้ และ/หรือ ถ่ายทอดความรู้ผ่านการอบรมและการฝึกปฏิบัติหรือการลงมือทำจริง ซึ่งการที่จะทำแบบนี้ได้ดี ก็จะต้องมีประสบการณ์มานานพอควร รวมทั้งต้องมีกรณีศึกษาหรือมีผู้ป่วยอยู่ในความดูแล เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้รับการฝึกฝนจากความเป็นจริง หรือเรียนจากชีวิตจริงของผู้ป่วย (patient-based learning and practice) จะได้เกิดสมรรถนะ ศักยภาพ ความรู้ความเข้าใจในการทำงานด้านนี้ได้จริง ๆ เพราะผู้ป่วยแต่ละรายมีบริบทที่แตกต่างกันไป ไม่มีสูตรสำเร็จ ถ้ายิ่งสามารถฝึกกับผู้ป่วยได้นานเท่าไหร่ หรือมีความครอบคลุมโรคต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเป็น ซึ่งจะมีอาการต่าง ๆ ที่ไม่สบายที่เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละโรค ก็จะยิ่งทำให้สามารถกลับไปทำงานจริง ๆ กับผู้ป่วยที่มีความแตกต่างหลากหลายได้มากขึ้นเท่านั้น

นอกจากนี้ ในลำดับแรกเลยทางศูนย์ KPC ยังมองด้วยว่า **บุคลากรที่จะทำให้เกิดการปรับระบบและรูปแบบการให้บริการด้านนี้ได้จริง ก็คือ พยาบาลที่ทำงานอยู่ในหอผู้ป่วย (ward) จึงเห็นความจำเป็นที่จะต้องมีตำแหน่งหรือบทบาทหน้าที่ใหม่ หรือหน้าที่เสริม[33] ที่เรียกว่า “พยาบาลดูแลแบบประคับประคองประจำวอร์ด” หรือ “PCWN” (Palliative Care Ward Nurse) อยู่ในหอผู้ป่วยทุกหอ** แต่ในความเป็นจริง ยังไม่สามารถทำให้มีได้ครบทุกหอผู้ป่วยในเวลาอันรวดเร็ว เพราะพยาบาลแต่ละคนก็มีภารกิจล้นมืออยู่แล้ว เนื่องจากพยาบาลมีจำนวนน้อย เมื่อเทียบกับภาระงานที่ต้องทำ (ซึ่งตรงนี้เป็นประเด็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพหรือระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับความเป็นจริงของบริบทการเป็นสังคมสูงวัย และเป็นประเด็นเชิงนโยบายที่สำคัญมาก ที่

ขึ้น ในลักษณะโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สสส. ภายใต้เครือข่ายโรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-48

33 เพราะอันที่จริง การที่จะมีตำแหน่งใหม่ ก็ไม่ใช่เรื่องง่าย เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านการเพิ่มอัตรากำลัง ดังนั้น จึงเป็นเหมือนการเพิ่มภารกิจหรือภาระหน้าที่ใหม่ให้กับพยาบาลที่มีตำแหน่งอยู่แล้วมากกว่า

จะต้องมีการพิจารณาเรื่องอัตรากำลังที่เหมาะสมกับสภาพงานต่อไปด้วย เพราะได้รับเสียงสะท้อนมาจากเกือบทุกแห่งที่คณะวิจัยได้มีโอกาสไปเยี่ยม)

ดังนั้น การที่จะให้พยาบาลเข้ารับการอบรมเป็นระยะเวลาหนึ่ง เช่น 2 สัปดาห์ หรือ 1-2 เดือน จึงไม่ใช่เรื่องง่าย แต่อย่างน้อยก็ควรจะต้องมีจำนวน 1-2 คนในช่วงต้น เพื่อให้สามารถประสานเชื่อมโยงการทำงานกับศูนย์การุณรักษ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การคัดกรองผู้ป่วย และการประสานกับแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อสนับสนุนให้แพทย์ขอรับคำปรึกษา (consult) ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจากทีมงานของศูนย์ ฯ ในกรณีที่ไม่สามารถยื้อการรักษาในแบบเดิมต่อไปได้ เพราะเป็นการรักษาที่เพิ่มความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยมากกว่าให้ความสบาย (comfort care) ซึ่งผู้ที่สามารถทำหน้าที่ตรงนี้ได้ดีที่สุด ก็คือ พยาบาล

จึงได้จัดอบรมพยาบาล เพื่อให้มีความสามารถแสดงบทบาทเป็น PCWN ได้ และมีความครอบคลุมในทุกตึกผู้ป่วย ซึ่งก่อนการจัดอบรม ก็ได้มีการวางแผนการพัฒนาร่วมกัน โดยการประชุมคณะกรรมการชุมชนนักปฏิบัติที่ทำเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (community of practice : COP PC) เพื่อกำหนดนโยบาย ทิศทางและรายละเอียดต่าง ๆ ร่วมกัน เช่น บทบาทของ PCWN

นอกจากนี้ ยังมีการผลักดันให้เกิดทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (patient care team : PCT PC) ของแต่ละแผนกและหอผู้ป่วยต่าง ๆ โดยเฉพาะอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ ในขณะที่ศูนย์การุณรักษ์ทำหน้าที่เชื่อมโยงทีมงานของศูนย์ KPC (KPC Team) และหอผู้ป่วย เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา และประชุมร่วมกันทุก 2 เดือน นอกจากนี้ ยังได้จัดทำแนวทาง (guidelines), หลักปฏิบัติ/กฎระเบียบ/บันทึกข้อตกลง (protocol), ผังการดำเนินงาน (workflow) กล่องเครื่องมือ (toolkit) และเอกสารอื่น ๆ ที่จำเป็นให้กับหอผู้ป่วยต่าง ๆ ใน รพ. ศรีนครินทร์ รวมถึงสนับสนุนการยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ไปใช้ที่บ้านอย่างเต็มที่ด้วย

สำหรับขั้นตอนการทำงานที่สำคัญที่กำหนดไว้ ก็คือ เมื่อพยาบาล PCWN คัดกรองผู้ป่วยแล้ว แพทย์จะเป็นคนยืนยันอีกครั้งหนึ่งว่าสมควรเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง และหลังจากนั้น ก็จะมีการลงทะเบียนผู้ป่วย และส่งเคสผู้ป่วยให้กับพยาบาลประคับประคองที่ดูแลทั่วไป (General PC) สำหรับกรณีที่ไม่มีความซับซ้อนของอาการและตัวโรค แต่ถ้าเป็นกรณีที่มีความสลับซับซ้อน (complications) จะส่งให้แพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Specialist PC)

นอกจากนี้ ศูนย์ KPC ยังทำงานประสานเชื่อมโยงกับตึกผู้ป่วยนอก (OPD) โดยมีคลินิกให้คำปรึกษาทั่วไปที่ตึก OPD ทุกวันอังคารบ่าย และมีคลินิกพิเศษเฉพาะทาง/ตามโรคที่เป็น

กระจายกันไปในแต่ละวันในรอบสัปดาห์ ยกตัวอย่างเช่น คลินิกผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นโรคไตวาย (ESRD PC Clinic) เปิดคลินิกให้บริการทุกวันอังคารที่ 2 และ 4 ช่วงเช้า หรือ คลินิกผู้ป่วยระยะท้ายที่สมองเสื่อมมาก (Advance Dementia PC Clinic) มีทุกวันจันทร์ที่ 4 ช่วงบ่าย เป็นต้น นอกจากนี้ ศูนย์ KPC ยังทำงานประสานเชื่อมโยงกับห้องฉุกเฉิน (ER) ในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดอาการที่จัดการไม่ได้นอกเวลาราชการ ก็จะเข้ามาที่ห้องฉุกเฉิน ก็จะมี pop-up ปรากฏบนระเบียนผู้ป่วยว่าเป็นผู้ป่วย PC ที่มีแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan : ACP) ในกรณีเช่นนี้ ER รับทราบทุกคน และ ER จะโทรหา KPC

เป็นที่แน่นอนว่า การติดตามเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home care) ถือเป็นภารกิจที่สำคัญมากที่สุดภารกิจหนึ่งของการจัดการและการปรับระบบการดูแลแบบประคับประคองในบริบทของจังหวัดขอนแก่นและภาคอีสาน เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้านของตนเอง (และต่อมายังใช้เรื่องนี้เป็นตัวชี้วัดความสำเร็จในการทำงานเรื่อง PC ที่สำคัญด้วยว่าสถานพยาบาลสามารถช่วยทำให้ผู้ป่วยได้กลับไปเสียชีวิตที่บ้านได้อย่างสงบตามความต้องการที่แสดงเจตนาไว้ได้มากน้อยแค่ไหนในแต่ละปีด้วย)

สำหรับในกรณีของการประเมินเชิงวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งถือว่าเป็นประเด็นที่มีความเชื่อมโยงกับเรื่องการเสริมพลังให้ชุมชนลงมือปฏิบัติการ (empowering community to act) ตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวานั้น คณะวิจัยได้มีโอกาสติดตามและสังเกตการณ์การทำงานของทีมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองขอนแก่นด้วย ซึ่งทีมเยี่ยมบ้านประกอบด้วย พยาบาล, เภสัชกรฝึกงาน (มาจากจังหวัดสกลนคร) และนักสังคมสงเคราะห์ ทำให้มองเห็นถึงความสำคัญของระบบการดูแลที่บ้าน เพราะผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมนอนติดเตียงเป็นเวลานาน ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย และต้องให้ยามอร์ฟีน ผู้ดูแลคือลูกสาวของผู้ป่วย ซึ่งผ่านการฝึกอบรมในการดูแลและการให้ยามอร์ฟีนจากศูนย์ KPC

จากการพูดคุยกับผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นบุตรสาวของผู้ป่วย พบว่า ได้ลาออกจากงานมาดูแลคุณแม่ แต่ที่จริงมีอาชีพเป็นสถาปนิก (ซึ่งสามารถทำงานแบบอิสระได้) ทำให้สามารถทำงานจากที่บ้านได้ ไม่มีความวิตกกังวลอะไร คุณแม่เป็นข้าราชการเกษียณ ไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย บ้านก็มั่นคง ไม่มีปัญหาอะไร นอกจากบางครั้งมีปัญหาการให้ยามอร์ฟีนบ้าง (โดยเฉพาะในช่วงแรก ๆ ที่ยังไม่ค่อยมั่นใจ) แต่ก็สามารถโทรปรึกษากับทางศูนย์ KPC ได้ตลอดเวลา สำหรับผู้ป่วยกรณีนี้ พบว่า มีความพร้อมในทุกด้าน ทั้งครอบครัวที่มีความรู้ความเข้าใจในโรคและความพร้อมในการสนับสนุนระบบการดูแลที่บ้าน เพราะมีสถานที่พร้อม มีเตียงปรับระดับ มีที่นอนลม และผู้ดูแลมีความยินดีที่จะดูแลแม่ให้มีความสบาย ไม่ทุกข์ทรมาน แม้จะใช้

เวลานานเท่าไหร่ก็ตาม สามีของผู้ป่วยก็เป็นข้าราชการเกษียณ ทำให้มีรายได้สองทาง ทำให้สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายส่วนเกินได้ทั้งหมด[34] แต่เสียดายที่คณะวิจัยมีโอกาสได้เยี่ยมบ้านผู้ป่วยในความดูแลของศูนย์ KPC เพียงรายเดียว ทำให้ไม่มีข้อมูลในการนำมาเปรียบเทียบในเชิงบริบทของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ อายุ อาชีพ โรคระยะท้ายที่เป็น ฐานะทางเศรษฐกิจ คุณภาพผู้ดูแล เขตที่อยู่อาศัยใกล้/ไกล ในเมือง-นอกเมือง และการทำงานของทีมเยี่ยมบ้านที่อาจมีความแตกต่างกันไปตามบริบทเฉพาะด้วย

นอกจากนี้ ศูนย์ KPC ยังมีการปรับเปลี่ยนระบบและโครงสร้างองค์กรหรือโครงสร้างของศูนย์ อย่างค่อนข้างสมบูรณ์ ทำให้มีทีมงานครบถ้วน - ซึ่งที่จริง ศูนย์การุณรักษ์นี้ มีชื่อเรียกเต็ม ๆ อย่างเป็นทางการว่า **“ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการดูแลประคับประคองการุณรักษ์” (Karunruk Palliative Care Excellence Center : KPC)** อยู่ภายใต้การบังคับบัญชาสั่งการของรองคณบดีฝ่ายสนับสนุนความเป็นเลิศและศูนย์กลางบริการสุขภาพ มีแพทย์ประจำจำนวน 2 ท่าน คือ รองศาสตราจารย์ พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล (มีตำแหน่งเป็นหัวหน้าศูนย์) และต่อมาได้มีการจ้างงานแพทย์ประจำเต็มเวลาเพิ่มมาอีก 1 ท่าน (นพ. อรรถกร รักษาสัตย์) ซึ่งเข้ามาทำงานด้วยใจรักและทุ่มเทมาก เช่นเดียวกับอาจารย์ศรีเวียงสำหรับพยาบาลค่อย ๆ เพิ่มจำนวนจากเดิมมีแค่ 2-3 คน เป็นทั้งหมดจำนวน 7 คน รับผิดชอบ/ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ตามโรคที่แต่ละคนมีความเชี่ยวชาญ/ชำนาญการทั้ง 6-7 กลุ่มโรค[35] ได้แก่ โรคทางสมอง/หลอดเลือดสมอง (Stroke/CVA) โรคไต/ไตวายเรื้อรัง (CKD) โรคเกี่ยวกับปอด/ปอดอุดกั้น/ถุงลมโป่งพอง (COPD) โรคตับและมะเร็งท่อน้ำดี (Liver and CCA) และโรคความจำเสื่อม/สมองเสื่อม (Dementia) *ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับรายชื่อกลุ่มโรคตามการแบ่งของกรมการแพทย์ ตามเอกสารที่ระบุในเชิงอรรถด้านล่าง พบว่า ยังขาดทีมงานที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ/ชำนาญการทางด้านหัวใจ เอดส์ เด็ก และมะเร็งอวัยวะอื่น ๆ เท่านั้น*

นอกจากนี้ ยังมีพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) และอีกท่านหนึ่งดูแลเรื่องการเยี่ยมบ้าน หรือระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home care) ต่อมาศูนย์ ฯ ยังมีการจ้างงานนักสังคมสงเคราะห์ (social worker) เพิ่มอีก 1 ตำแหน่ง เพื่อให้สามารถแสดงบทบาทในด้านการดูแลมิติต่าง ๆ ทางเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม-ความเชื่อที่เกี่ยวกับผู้ป่วย และ/หรือ ทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง สามารถดำเนินการได้อย่าง

---

34 ทั้งนี้ คณะวิจัยไม่มีโอกาสได้ไปเยี่ยมผู้ป่วยคนอื่น ๆ ที่อาจมีปัญหาหรือประสบกับภาวะความยากลำบากต่าง ๆ โดยเฉพาะปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย, ที่อยู่อาศัย, ผู้ดูแล, วัสดุ-อุปกรณ์/ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ฯลฯ เนื่องจากระยะเวลาในการเยี่ยมบ้านมีน้อยและทีมงานมีภารกิจอื่น ๆ ที่ต้องทำ

35 โปรดดูเอกสารของกรมการแพทย์ เรื่อง Listed Disease of Palliative Care and Functional Unit หรือรายชื่อโรคที่เข้าข่ายในการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย ประกอบด้วย บรรณาธิการ โดย นพ.อากาศ พัฒนเรืองไล (กันยายน 2559)

ครอบคลุมทุกมิติ ได้อย่างเต็มที่ ครบถ้วนสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ก็มีตำแหน่งพนักงานการแพทย์ และตำแหน่งเจ้าหน้าที่ด้านธุรการ ดูแลรับผิดชอบด้านการบริหารจัดการทั่วไป สำหรับตำแหน่งเภสัชกร ก็มีผู้ที่ผ่านการอบรมจากศูนย์ฯ และทำงานสนับสนุนด้านนี้ แต่ไม่ได้สังกัดศูนย์ KPC โดยตรง แต่สามารถทำงานประสานเชื่อมโยงกันได้อย่างเต็มที่ ไม่มีปัญหาใดๆ

สำหรับตำแหน่งพยาบาลทุกตำแหน่งที่ทำงานในศูนย์ KPC นี้ พบว่า อยู่ภายใต้โครงสร้างที่ชัดเจน โดยมีคณบดีมีอำนาจในการตัดสินใจในระดับสูงสุด (ซึ่งอันที่จริง ก็คือ อยู่ภายใต้โครงสร้างเดียวกันกับศูนย์ KPC เพียงแต่อยู่คนละปีก) สำหรับปีกของตำแหน่งพยาบาลทั้งหมดนี้ อยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของรองคณบดีฝ่ายโรงพยาบาลและผู้อำนวยการ รพ. ศรีนครินทร์ (ซึ่งอยู่ระดับบนสุด รองจากคณบดี) ตำแหน่งที่อยู่ใต้สายการบังคับบัญชาของผู้อำนวยการ ก็คือ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้างานบริการพยาบาล และรองลงมาอีกชั้นหนึ่ง คือ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายทรัพยากรบุคคล และผู้ช่วยรองผู้อำนวยการฝ่ายทรัพยากรบุคคล (ซึ่งเป็นการบังคับบัญชาในเชิงการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล ไม่ใช่ในเชิงการบริการและวิชาการ เพราะการบังคับบัญชาหรือนิเทศงานในเชิงการบริการและวิชาการนั้น พยาบาลทั้งหมดต้องอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของหัวหน้าศูนย์การุณรักษ์ ซึ่งก็คือ พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล)

การจัดระบบและโครงสร้างองค์กรที่ค่อนข้างลงตัวแบบนี้ ทำให้พยาบาลได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนอย่างค่อนข้างเต็มที่จากรองผู้อำนวยการโรงพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้างานบริการพยาบาล และทำให้มีเส้นทางการเจริญเติบโตทางวิชาชีพ (career path) ที่ค่อนข้างชัดเจนมากกว่าสถานพยาบาลแห่งอื่น ๆ ที่ได้มีโอกาสไปเยี่ยม ทำให้มีแรงจูงใจในการทำงาน ซึ่งมีผลอย่างมากต่อความยั่งยืนของตัวระบบที่ได้รับการพัฒนาขึ้นในระยะยาว[36] ซึ่งพบว่า **สถานพยาบาลแห่งอื่น ๆ อีกจำนวนมาก ยังไม่มีความชัดเจนในเรื่องสายการบังคับบัญชา หรือยังไม่ค่อยเห็นด้วยกับการปรับโครงสร้างให้มีความชัดเจน หรือบางแห่งยังทำไม่ได้ เพราะไม่ได้รับการสนับสนุนเต็มที่จากผู้มีอำนาจในการตัดสินใจโดยตรง ส่งผลต่อความมั่นคงและความยั่งยืนของระบบ ประเด็นนี้ จึงเป็นประเด็นใหญ่อีก**

36 อย่างไรก็ตาม คณะวิจัยได้รับข้อมูลภายในอย่างไม่เป็นทางการจากทีมงานพยาบาลของศูนย์การุณรักษ์บางท่านว่า อันที่จริงค่าตอบแทนพิเศษนั้นเป็นทรัพยากรส่วนตัวของ พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ที่ขอรับการสนับสนุนมาจากครอบครัวและญาติพี่น้อง เพื่อนำมาจัดสรรให้ทีมงานที่ต้องทำงานหนัก แต่ไม่สามารถเบิกค่าทำงานล่วงเกินเวลาหรือค่าตอบแทนพิเศษจากตัวระบบและโครงสร้างที่เป็นอยู่ได้ นอกจากนี้ เกี่ยวกับประเด็นความก้าวหน้าในเส้นทางวิชาชีพ (career path) ของพยาบาล ก็เช่นกัน ที่ปัจจุบันยังไม่มีความก้าวหน้าหรือยังไม่มีความชัดเจนในเรื่องนี้แต่อย่างใด

2
อบรมเสริมความรู้และทักษะให้กับบุคลากรแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์

นอกจากนี้ ศูนย์ KPC ยังได้ทำการอบรมเสริมความรู้และทักษะให้กับบุคลากรในแผนกต่าง ๆ ของ รพ. ศรีนครินทร์ ครอบคลุมทั้ง แผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ-นรีเวช หูคอจมูก (ENT) บำบัดพิเศษ ผู้ป่วยวิกฤต ตึกอุบัติเหตุ ตึกเด็ก หอผู้ป่วยรวม ตึกหรือหอผู้ป่วยพิเศษต่าง ๆ รวมถึงพยาบาลด้านไตเทียม พยาบาลมะเร็ง และพยาบาลที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนด้วย จำนวนรวมทั้งหมดประมาณ 350 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 17 กรกฎาคม 2562 ที่ปรากฏอยู่ในสไลด์นำเสนอ ที่ได้รับมาจากศูนย์ KPC) ทั้งนี้ มีหลักสูตรอบรมเสริมความรู้ ความเข้าใจและทักษะหลายแบบ หลายประเภท แต่ส่วนใหญ่หรือประมาณ 67% (จำนวนประมาณ 235 คน) ได้รับการสื่อสารให้เกิดความตระหนักต่อความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นหลักสูตร 1 วัน ซึ่งส่วนใหญ่หรือประมาณ 100 กว่าคนเป็นบุคลากรจากแผนกอายุรกรรม และแผนกศัลยกรรม รองลงมา คือกลุ่มบุคลากรที่ทำงานอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต แผนกหูคอจมูก และแผนกอุบัติเหตุ ตามลำดับ

สำหรับหลักสูตรที่ผู้เข้าอบรมเข้าร่วมเป็นอันดับ 2 รองจากหลักสูตรสร้างความตระหนัก 1 วัน ก็คือ หลักสูตร 6 modules[37] ซึ่งมีผู้ผ่านหลักสูตรนี้จำนวน 37 คน ส่วนใหญ่สังกัดแผนกศัลยกรรมและอายุรกรรม (11 คน และ 10 คน เรียงตามลำดับ นอกนั้นมาจากแผนกอื่น ๆ) สำหรับหลักสูตร 4 สัปดาห์ พบว่า มีผู้ผ่านการฝึกอบรมจำนวน 31 คน และหลักสูตรพื้นฐาน ที่เรียกว่า BCCPN (Basic Certificate Course for Palliative Nurse) มีจำนวนผู้ผ่านการฝึกอบรมจำนวน 32 คน ซึ่งจากจำนวนนี้ พบว่า 14 คน มาจากแผนกศัลยกรรมและอายุรกรรม ที่เหลือนอกนั้น มาจากแผนกอื่น ๆ

37 ต่อมาได้มีการปรับ/เพิ่มเป็นหลักสูตร 9 modules ใช้สำหรับอบรม PCWN ใน รพ.ต่าง ๆ ทั่วภาคอีสาน ซึ่งเป็นหลักสูตรแบบ TOT สำหรับ 9 modules ประกอบด้วย 1. Concepts and assessment. 2. Pain Management. 3. Non-pain symptom management. 4. Last hours of life. 5. Communication skills. 6. Psychosocial, spiritual, and bereavement care. 7. Ethical Issues in PC 8. Discharge plan and home-care และ 9. Goal setting and advance care plan

3
ยกระดับศักยภาพและความรู้ความสามารถของทีมงานและเครือข่าย ด้วยการสนับสนุนทางวิชาการ และเครื่องมือการทำงาน

เพื่อเป็นการยกระดับศักยภาพการทำงานของทีมงานทั้งหมดของ รพ. ศรีนครินทร์ รวมถึงศักยภาพและความสามารถของระบบการดูแลแบบประคับประคอง ที่มีความเชื่อมโยงกันระหว่าง รพ. ศรีนครินทร์ และโรงพยาบาลอื่น ๆ ทั้งในเขตสุขภาพที่ 7, 8, 9, 10 หรือในภาคอีสานทั้งหมด คณะวิจัย พบว่า นอกจากการจัดทำเอกสารต่าง ๆ โดยเฉพาะเอกสารทางวิชาการ คู่มือการทำงานต่าง ๆ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลและหอผู้ป่วยครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านอาหาร/โภชนาการ การให้ยา การดูแลอาการ การดูแลที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต ฯลฯ รวมถึง สมุดประจำตัวผู้ป่วย, เอกสารการดูแลด้านโภชนาการในผู้ป่วยระยะประคับประคอง, เอกสารการรักษาอาการปวดด้วยยามอร์ฟีน ฯลฯ ศูนย์ KPC ยังได้จัดทำเอกสารและคู่มือ สำหรับตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว และจิตอาสาอีกหลายเล่มด้วย อาทิเช่น เอกสารการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับผู้ให้การดูแล การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล หรือ **“หนังสือปฏิบัติตัว ปฏิบัติใจอย่างไร เพื่อรับมือกับความทุกข์โศกจากการสูญเสีย”** เป็นต้น นอกจากนี้ ก็ยังมีเอกสารทางวิชาการต่าง ๆ อีกจำนวนมากที่ผลิตขึ้นในช่วงเวลาที่ผ่านมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ทั้งเอกสารที่เขียนขึ้นเองโดยทีมงานของศูนย์ KPC และเครือข่าย และเอกสารแปล ที่เป็นองค์ความรู้หรือชุดความรู้สำคัญ ๆ ทั้งของอังกฤษ อเมริกา สิงคโปร์ อินเดีย มาเลเซีย ฯลฯ

สำหรับเอกสารทางวิชาการที่ใช้เป็นบรรทัดฐานในการปฏิบัติงานและการพัฒนาระบบที่สำคัญมาก ก็คือ เอกสาร **“คู่มือแนวทางการดำเนินงาน ศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล”** (Operational Guidelines for Hospital Palliative Care Program) ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ Work Flow, Guidelines และแบบฟอร์มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมทั้งเรื่อง การคัดกรองผู้ป่วย การวางแผนการดูแลรักษา การรับปรึกษา/ส่งต่อให้ทีม PC บทบาทหน้าที่ของ PCWN การจัดการอาการปวดและอื่น ๆ บทบาทหน้าที่ของเภสัชกร การสื่อสารข้อมูล/ให้คำปรึกษา/การดูแลด้านจิตสังคม-จิตวิญญาณ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Plan) การดูแลระยะใกล้เสียชีวิต การบริหารยาใต้ผิวหนัง การนำยามอร์ฟีนฉีดไปใช้ที่บ้าน การส่งต่อ-ติดตาม-ดูแลต่อเนื่อง การถอดถอนเครื่องพยุงชีพ การเข้าถึงบริการ 24 ชม. การดูแลในภาวะฉุกเฉิน การทำงานของ OPD PC คลินิก และการดูแลผู้สูญเสีย ซึ่งเป็นเอกสารคู่มือแนวทางการดำเนินงานที่มีความสำคัญมาก ที่โรงพยาบาลอื่น ๆ ก็ได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบของแต่ละโรงพยาบาลด้วย

นอกจากนี้ ก็ยังมีเอกสารคู่มือทางวิชาการที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้เกิดมาตรฐานในการปฏิบัติงานร่วมกัน ที่สามารถใช้เป็นเครื่องมือกระตุ้น สนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาระบบให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป คือ **เอกสารที่เกี่ยวกับการพัฒนามาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 2 เล่ม เล่มแรก คือ "เอกสารสมุดคู่มือประเมินตนเอง ตามมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง"**(Self-Assessment Workbook Quality Standards for Palliative Care) (จำนวน 39 หน้า พิมพ์เมื่อ สิงหาคม 2561) ซึ่งมีมาตรฐานคุณภาพทั้งหมด 11 ด้าน ครอบคลุมตั้งแต่เรื่อง 1) โครงสร้างศูนย์ดูแลประคับประคอง บุคลากรและเครื่องมือ 2) การลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคอง 3) การส่งต่อและการเชื่อมประสานบริการ 4) การประเมินแบบองค์รวมและการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ 5) การวางแผนการดูแลล่วงหน้า 6) การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 7) การดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต 8) การสนับสนุนผู้ดูแล 9) การดูแลภาวะสูญเสีย 10) การเข้าถึงและการใช้ยากลุ่ม opioids และสุดท้าย 11) คือ การพัฒนาคุณภาพ สำหรับการให้ระดับค่าคะแนน ได้กำหนดไว้ทั้งหมด 6 ระดับ ตั้งแต่ 0 คะแนน (ไม่มีการปฏิบัติดังกล่าว) จนถึง 100 คะแนน (มีการปฏิบัติสิ่งนั้น ๆ เป็นประจำตลอดเวลา)

สำหรับเกณฑ์การประเมินตนเองโดยภาพรวม ทางศูนย์ KPC และเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้กำหนดไว้ 3 ระดับ คือ ดี, ปานกลาง และยังต้องปรับปรุง และยังให้ผู้ประเมินตนเองที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแล ฯ ระบุปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบ PC รวมถึงโอกาสในการพัฒนา การแก้ไขปัญหา และแผนการดำเนินการในด้านการพัฒนาคุณภาพในภาพรวม ในการประเมินแต่ละครั้งอีกด้วย อย่างไรก็ดี คณะวิจัยยังไม่มีโอกาสได้ขอดูเอกสารผลการประเมินตนเองของทีมงาน และขณะที่มีการนำเสนอผลงานพร้อมการซักถามประเด็นต่าง ๆ ก็ไม่มีโอกาสได้พูดคุยกันในประเด็นนี้แต่อย่างใด จึงยังไม่ทราบผลในการปฏิบัติหรือผลของการใช้เอกสารเพื่อการประเมินตนเองของทีมงานแต่อย่างใด

สำหรับ**เอกสารเกี่ยวกับมาตรฐานคุณภาพการดูแล ฯ ที่สำคัญอีกเล่มหนึ่งคือ "มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง"** (Quality Standards for Palliative Care) (จำนวน 57 หน้า พิมพ์เมื่อกันยายน 2561) ซึ่งบรรจุมาตรฐานคุณภาพ 11 มาตรฐาน (เหมือนกับมาตรฐาน 11 ด้าน ที่ปรากฏอยู่ในเอกสารสมุดคู่มือประเมินตนเองตามที่นำเสนอมาข้างต้นทั้งหมดทุกมาตรฐาน) แต่ละมาตรฐานมีตัวชี้วัดย่อยของแต่ละมาตรฐาน รวมทั้งหมดทุกมาตรฐานมี 47 ตัวชี้วัด ยกตัวอย่างเช่น มาตรฐานคุณภาพที่ 1 เรื่อง

โครงสร้างศูนย์ดูแลประคับประคอง บุคลากรและเครื่องมือ มีทั้งหมด 5 ตัวชี้วัด สำหรับการวัดแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ A, B และ C[38]

อนึ่ง เอกสารเกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลทั้งสองเล่มดังกล่าวมานี้ จัดทำโดย เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Thai Palliative Care Network : TPCN) และศูนย์ KPC **ซึ่งเมื่อพิจารณารายชื่อคณะทำงานการพัฒนามาตรฐานคุณภาพจำนวนทั้งหมด 28 คน จะเห็นได้ว่า ได้เกิดความร่วมมือกันในบรรดากลุ่มผู้บุกเบิกในการทำงานด้านนี้ ที่ส่วนใหญ่เป็นแพทย์และพยาบาล (แพทย์จำนวน 19 คน และพยาบาลจำนวน 9 คน) จากโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกภูมิภาค ครอบคลุมทั้งอีสาน เหนือ กลาง/กรุงเทพ และภาคใต้ ได้แก่ รพ. ศรีนครินทร์ (ศูนย์ KPC) จ.ขอนแก่น รพ. เลย รพ. ขอนแก่น รพ. อุดรธานี รพ. มะเร็งอุดรธานี รพ. ร้อยเอ็ด รพ. บุรีรัมย์ รพ. นางรอง บุรีรัมย์ รพ. มหาราช นครราชสีมา รพ. ผู้สูงอายุแมคเคน เชียงใหม่ รพ. แม่สอด ตาก รพ. พุทธชินราช พิษณุโลก รพ. อยุธยา รพ. พระมงกุฎฯ กรุงเทพ กรมการแพทย์ รพ. วชิระ ภูเก็ต รพ. สงขลา จ.สงขลา และ รพ. ยะลา จ.ยะลา**

38 รายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับตัวชี้วัด โปรดดูในเอกสารทั้งสองเล่มที่กล่าวถึง

4
เกิดเครือข่ายชุมชนคนหัวใจเดียวกัน: ผลของการขับเคลื่อนด้วยโครงสร้างที่ไม่เป็นทางการ

ซึ่งเมื่อพิจารณาโครงสร้างการทำงาน/การขับเคลื่อน/การประสานเชื่อมโยงกันในลักษณะเช่นนี้ ที่เป็นลักษณะข้ามภาค ส่วนหนึ่งถือว่าเป็นความพยายามในการสร้างบรรทัดฐานในการทำงานร่วมกัน อีกส่วนหนึ่งถือว่าเป็นการทำงานที่มียุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อน ที่ต้องการให้เกิดการกระจายตัวออกไปของแนวคิดและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จึงทำให้เกิดเครือข่ายการทำงานที่ขยายตัวออกไปเรื่อย ๆ และยังส่งผลต่อการยกระดับคุณภาพของระบบภายใน ทั้งระบบการบริหารจัดการและระบบบริการของสถานพยาบาลต่าง ๆ ที่เข้าร่วมเป็นเครือข่ายในระยะนี้ด้วย (ตามที่ปรากฏรายชื่อบุคคลและสถานพยาบาลที่สังกัดข้างบน) ซึ่งหมายถึงว่า ได้เกิดการขยายตัวในลักษณะแนวราบ แบบไม่เป็นทางการ หรือไม่ได้เป็นไปตามโครงสร้างที่เป็นทางการ แต่เกิดขึ้นเพราะมีหัวใจและความสนใจเดียวกัน เพราะเห็นความสำคัญหรือให้คุณค่ากับระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ไม่ใช่เกิดขึ้นเพราะการใช้อำนาจสั่งการของผู้บังคับบัญชาองค์กรหรือหน่วยงานที่แต่ละคนสังกัดอยู่ แต่เป็นเพราะรู้จักกัน มีการสื่อสารกันด้วยช่องทางต่าง ๆ จึงชักชวนกันมาทำในสิ่งที่เชื่อร่วมกัน ให้คุณค่าร่วมกัน **ซึ่งจริง ๆ แล้ว ถ้าอิงตามกรอบกฎบัตรออตตาวา ในกรณีเช่นนี้ ก็อาจจะเข้าข่ายคำว่า “ชุมชน” แต่เป็นชุมชนในความหมายที่มีความสนใจเหมือนกันหรือมีวัฒนธรรมย่อยร่วมกัน (common interest or common sub-culture) ซึ่งก็หมายถึงด้วยว่า ชุดโครงการ ฯ ได้มีส่วนในการผลักดันให้เกิดชุมชนแบบนี้ขึ้น ซึ่งก็ถือว่าเข้าข่ายความหมาย “การสร้างเสริมพลังให้ชุมชนลงมือปฏิบัติการ” (Empowering community to act) ตามกรอบออตตาวาด้วยเช่นกัน**

ดังนั้น การทำงานของชุดโครงการ ฯ จึงไม่ได้ทำให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home care) บนฐานของชุมชนเชิงพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ หรือชุมชนในความหมายทางการปกครองของกระทรวงมหาดไทย ที่เรียกว่า หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัดเท่านั้น แต่ได้เกิดเครือข่ายการทำงานแนวราบแบบข้ามจังหวัดและข้ามภูมิภาค บนฐานของ **“ชุมชนคนที่มีหัวใจ ความสนใจ คุณค่าและวัฒนธรรมเดียวกัน”** มาเจอกัน พูดคุยกัน จับมือกันทำงานแบบกัดไม่ปล่อย เหมือนดังที่ **นพ.อรรถกร รักษาสัตว์ ซึ่งเป็นแพทย์ประจำอีกท่านหนึ่งของศูนย์ KPC ได้กล่าวว่า เวลาทีมงานและเครือข่ายมาประชุมกัน ไม่ได้คุยเรื่องความรู้อย่างเดียว แต่คุยกันเพื่อช่วยกันพยุงทีมงานหรือคนที่มีหัวใจเดียวกันเอาไว้** ดังคำพูดต่อไปนี้....

“จากการประชุมทุกครั้งของเรา มันไม่เหมือนการจัดประชุมที่แค่ว่า มาสอนกัน มาให้ความรู้

แต่เป็นการช่วยพยุงทีมให้เห็นว่า เรายังมีคนที่มีหัวจิตหัวใจเดียวกัน เรายังมีคนที่พร้อมจะเหนื่อยไปด้วยกัน ในเป้าหมายเดียวกัน เรายังมีคนที่มุ่งเห็นประโยชน์ของส่วนรวมไปด้วยกัน” (สัมภาษณ์ 12 กรกฎาคม 2562 ที่โรงแรมอวานี ขอนแก่น)

เพราะฉะนั้น การทำแบบนี้จึงทำให้เกิด **“ชุมชนคนหัวใจเดียวกัน”** ที่พร้อมเดินหน้าการทำงาน ไม่กลัวความยากลำบาก ความเหนื่อย **เพราะมีเป้าหมายเดียวกัน คือ การปรับเปลี่ยนระบบการดูแลรักษาจากแบบเดิม ที่มีความรุนแรง ขาดจริยธรรม ไม่คำนึงถึงเรื่องการตายอย่างมีศักดิ์ศรี ไม่สนใจผู้ป่วยที่ใกล้ตายหรือไม่รู้วิธีช่วยให้จากไปอย่างสงบ ไม่บอกความจริงกับผู้ป่วยและญาติ มีการกระทำรุนแรงต่อร่างกายและจิตใจ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่ระบบบริการที่มีความอ่อนโยน คำนึงถึงจิตใจและความต้องการหรือไม่ต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้จากโลกนี้ไปอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์** เพราะเครือข่ายนี้มองว่าชีวิตของมนุษย์ทุกคนมีคุณค่า ควรได้รับการเคารพและการปฏิบัติอย่างนุ่มนวล อ่อนโยน ละเมียดละไม ไม่ทำให้ทุกข์ทรมาน ซึ่ง นพ.อรรถกร รักษาสัตย์ มองว่า..... *“คณะแพทย์ฯ ต่าง ๆ ควรจัดการเรียนการสอนเรื่องนี้ หรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในคณะแพทย์ฯ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้มากขึ้น เร็วขึ้น”*

5
มาตรฐานคุณภาพของระบบบริการ: สิ่งที่ต้องการ และ สิ่งที่พบในพื้นที่

อย่างไรก็ดี จากการไปเยี่ยมพื้นที่/สถานพยาบาลในระดับต่าง ๆ ทั่วประเทศใน 17-18 จังหวัด พบว่า เรื่องการประเมินระบบและประเมินตนเองตามมาตรฐานคุณภาพตามที่กล่าวมาข้างต้นที่ดำเนินการยกร่างหรือผลิตไว้แล้วโดยศูนย์ KPC และเครือข่าย TPCN นั้น ยังไม่ค่อยได้รับการกล่าวถึง หรือยังไม่มีสถานพยาบาลใดที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของเรื่องการประเมินระบบและประเมินตนเองตามตัวชี้วัดของศูนย์ KPC และเครือข่าย TPCN ยกเว้นกรณีของการประเมินตามตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นโดยกรมการแพทย์[39] และยกเว้นกรณีของ รพ. เทพา อ.เทพา จ.สงขลา ที่ดูให้ความสำคัญกับเรื่องการประเมินผลการทำงานเป็นอย่างมาก เพราะสามารถแสดงถึงที่มาของข้อมูลที่ใช้ในการประเมินและสามารถอธิบายได้อย่างชัดเจนเป็นระบบ มีความโปร่งใส และอีกบางแห่งที่นำเสนอผลการประเมินตามตัวชี้วัดบางส่วน เช่น รพ. ศูนย์ขอนแก่น, รพ. เชียงคาน อ.เชียงคาน จ.เลย, รพ. ตาก, รพ. แม่สอด, รพ. น่าน, รพ. ตรัง, รพ. พล, รพ. ห้วยยอด และ รพ. สิชล เป็นต้น

จากการสังเกต พบว่า การประเมินตามตัวชี้วัดของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและผลักดันระบบด้วยตัวชี้วัดโดยตรง ไม่ว่าจะเป็น สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน (สรพ.) กรมการแพทย์, สช. และ สปสช. พบว่า น่าจะยังอยู่ในช่วงที่ให้ความยืดหยุ่น เพื่อกระตุ้น สนับสนุน ให้ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของแต่ละสถานพยาบาลเกิดขึ้นได้ในระดับหนึ่งก่อน เพราะถ้ามีตัวชี้วัดจำนวนมากหรือเป็นภาคบังคับ ก็จะทำให้เกิดการตึงตัว เป็นการเพิ่มภาระ มากกว่าเป็นการสนับสนุนหรือเป็นแรงกระตุ้น และกลายเป็นข้อจำกัดในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมากกว่าเป็นปัจจัยเสริม

นอกจากนี้ ยังสังเกตเห็นด้วยว่า สถานพยาบาลต่าง ๆ สามารถหยิบเอาตัวชี้วัดตัวใดขึ้นมาประเมินระบบของหน่วยงานของตนหรือที่ตนเองและทีมงานพัฒนาขึ้นมาก็ได้ หรืออาจใช้ประมาณ 3-4 ตัวชี้วัดก่อนก็ได้ อาทิเช่น ร้อยละของการเข้าถึงยา opioids ร้อยละของการ

39 ซึ่งฐานข้อมูลรวมที่กรมการแพทย์นำเสนอไว้บนเว็บไซต์นั้น คณะวิจัย ก็ยังไม่ค่อยแน่ใจว่าได้มาด้วยวิธีการใด เพราะจากการไปเยี่ยมหน่วยงาน/โรงพยาบาล/สถานพยาบาลต่าง ๆ จำนวน 62 แห่งทั่วประเทศ ดูเหมือนจะยังไม่มีหน่วยงานไหนจัดทำฐานข้อมูลการประเมินตามตัวชี้วัดได้อย่างชัดเจน ครอบคลุม ตรงตามมาตรฐานเดียวกันหรือเป็นชุดมาตรฐานเดียวกันอย่างครบถ้วน แต่กลับเห็นความแตกต่างหลากหลาย และความยืดหยุ่นตามบริบทแต่ละแห่ง ยกเว้นกรณีของ รพ.เทพา จ.สงขลา ที่มีการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลที่มาของตัวชี้วัดต่าง ๆ อย่างค่อนข้างละเอียด และได้แสดงให้เห็นถึงที่มาของข้อมูลหรือฐานข้อมูลที่ใช้ในการประเมินอย่างค่อนข้างชัดเจน

วางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan : ACP) ร้อยละของการมีระบบ Home Care ที่ชุมชนมีส่วนร่วม ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่บ้านได้ตามความต้องการ เป็นต้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เรื่องการทำงานตามตัวชี้วัดหรือมาตรฐานคุณภาพนั้นจะต้องใช้เวลาอีกนานพอสมควรทีเดียว หรือคงต้องรอให้สามารถจัดตั้งทีมงานและระบบการดูแลได้อย่างครอบคลุมมากขึ้นเสียก่อน จึงจะสามารถนำชุดตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพมาใช้ทั้งหมดได้

โดยเฉพาะในบริบทเมืองใหญ่ ที่มี รพศ./รพท. ที่จะต้องมีแพทย์ทำงานประจำ/เต็มเวลา มีพยาบาลเพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย มีเภสัชกรรับผิดชอบเรื่องยา มีนักจิตวิทยาหรือพระสงฆ์/ผู้นำทางจิตวิญญาณ (ของแต่ละศาสนา) ในการดูแลมิติจิตใจ/ภาวะทางจิต/จิตตปัญญา/จิตวิญญาณหรือสุขภาวะทางปัญญา มีแพทย์แผนไทย มีนักกิจกรรมบำบัดหรือการบำบัดต่าง ๆ ที่เป็นการแพทย์ทางเลือก อาทิเช่น ดนตรีบำบัด ศิลปะบำบัด วารีบำบัด ฯลฯ ในการช่วยทำให้ผู้ป่วยที่ยังมีการรับรู้ที่ดี มีการเคลื่อนไหวได้ สามารถผ่านเวลาของตนเองไปได้อย่างมีคุณค่า ไม่เบื่อหน่าย ไม่เหงา ไม่ซึมเศร้า

สำหรับบทบาทของนักโภชนาการ/โภชนากร ก็เช่นกัน พบว่า มีความสำคัญมาก เพราะผู้ป่วยระยะท้ายจำนวนไม่น้อย ยังสามารถทานได้หรือต้องการทานอาหารเบา ๆ แต่ไม่มีอาหารที่เหมาะสมให้ทาน ซึ่งส่วนใหญ่ต้องใช้อาหารทางการแพทย์ที่มีราคาแพง และไม่สามารถจ่ายได้ (ในกรณีที่มีฐานะยากจน) รวมถึง การมีนักสังคมสงเคราะห์ในทีมงาน เพื่อช่วยเรื่องการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่ซับซ้อน ที่ต้องเกี่ยวข้องกับทั้งตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ปัญหาทางเศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย ชุมชนและองค์กรภาคีอื่น ๆ

เมื่อมีทีมงานที่พร้อมระดับหนึ่งแล้วและมีสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ พร้อมเพรียง จึงค่อยนำชุดตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพมาใช้ทั้งแผง ซึ่งที่จริงโมเดลนี้สอดคล้องกับบริบทสังคมไทย ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงเชิงระบบได้อย่างเต็มรูปแบบ ทั่วถึง พร้อม ๆ กันทั้งหมด เนื่องจากติดปัญหาหลายอย่าง ทั้งเรื่องการสื่อสารและการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง วิสัยทัศน์ของผู้บริหารระดับสูง ระบบงบประมาณ หรือว่าที่จริงควรกำหนดหน้าตา/โฉมหน้าของระบบที่ต้องการให้ครบถ้วน และมีการสื่อสารเชิงรุกกับสถานพยาบาลต่าง ๆ ให้ทำการจัดตั้งหรือปรับระบบ พร้อม ๆ กับการจัดทำงบประมาณรองรับทั้งระบบ และนำระดับมาตรฐานคุณภาพมาใช้ในการประเมินผลการทำงาน

ในขณะที่ปีกฝ่ายผลิตบุคลากร ทั้งคณะแพทย์ พยาบาล เภสัช ทันตแพทย์ จิตแพทย์ จิตวิทยา สังคมสงเคราะห์ โภชนาการ แพทย์แผนไทย ฯลฯ ก็จะต้องมีการปรับระบบการเรียนการสอนเช่นเดียวกัน โดยเพิ่มเรื่องการดูแลแบบประคับประคองเข้าไปในหลักสูตรให้เพียงพอต่อการมีศักยภาพ ความสามารถหรือสมรรถนะในการทำงานด้านนี้ต่อไป ทางเลือกไหน น่าจะมีความเป็นไปได้ หรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ทันกับปัญหาและความต้องการที่เพิ่มมากขึ้นแบบก้าวกระโดดมากกว่ากัน?? ขอทิ้งประเด็นนี้ไว้ให้เป็นประเด็นเชิงการพัฒนาร่วมกันต่อไปด้วย

อย่างไรก็ดี คณะวิจัยได้รับเอกสารชิ้นหนึ่งที่มีความสำคัญเกี่ยวกับทิศทางการพัฒนาตัวชี้วัดและการรับรองมาตรฐานคุณภาพ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการกระตุ้น สนับสนุน ส่งเสริมการยกระดับมาตรฐานของระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองทั้งในระดับหน่วยงาน/สถานพยาบาล ระดับจังหวัด และระดับเครือข่าย ซึ่งเป็นเอกสารสรุปการพูดคุยกันอย่างไม่เป็นทางการเมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2562 ระหว่างแกนขับเคลื่อนหลักในเรื่องนี้ โดยเฉพาะ พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และ นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ กับทางสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน (สรพ.) โดยมี พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ ในฐานะรองผู้อำนวยการ สรพ. และ นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล ผู้ทรงคุณวุฒิ สรพ. เข้าร่วม ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า ทั้งสองฝ่ายมีความเห็นพ้องต้องกันว่า ทาง สรพ. มีมาตรฐานการรับรองรายโรค (Disease Specific Certification - DSC) และมีการรับรองเรื่องเครือข่ายจังหวัด (Provincial Network Certification - PNC) ซึ่งเป็นมาตรฐานขั้นสูงของการพัฒนาระบบบริการ หรือเป็นมาตรฐานกลางที่ใช้ร่วมกัน ซึ่งสามารถนำมาใช้ควบคู่กับมาตรฐานคุณภาพและการประเมินตนเองที่ทางศูนย์การุณรักษ์ (KPC) และเครือข่าย TPCN ได้พัฒนาไว้แล้ว (ตามที่บทวิเคราะห์นี้ได้สรุปย่อเนื้อหาสาระของมาตรฐานคุณภาพและการประเมินตนเองไว้แล้วข้างต้น) หรือควรมีการใช้มาตรฐานคุณภาพด้าน PC ร่วมกับ DSC กลางนั่นเอง

ซึ่งจริง ๆ แล้ว ทางศูนย์ KPC คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ผ่านการทำ DSC ไปแล้ว และถ้าพื้นที่ใดมีศักยภาพและต้องการเข้าสู่ DSC ก็ควรมีการดำเนินการ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ ซึ่งเป็นแกนขับเคลื่อนหลักเรื่องนี้ และเป็นหัวหน้าทีม PC ของ รพ. แม่สอด อ.แม่สอด จ.ตาก เมื่อวันที่ 18 กันยายน 2562 ก็ได้รับข้อมูลมาว่ามีความประสงค์ที่จะพัฒนา DSC ของ รพ. แม่สอด เพื่อให้ระบบมีมาตรฐานมากขึ้น ได้รับการยอมรับจากทุกฝ่าย และได้รับการยอมรับจากผู้บริหารระดับสูงและผู้ตรวจราชการ ซึ่งจะทำให้ระบบได้รับการสนับสนุนมากขึ้นในทุกด้าน รวมถึงเรื่องงบประมาณ และมีความยั่งยืน

นอกจากนี้ แกนขับเคลื่อนหลักในเรื่องนี้ทั้ง 4 ท่าน ยังเห็นพ้องต้องกันว่าจะมีการปรับปรุงมาตรฐานคุณภาพ (Quality Standard) ที่ทำไว้โดย TPCN และจะแนะนำให้สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลทุกแห่งนำมาตรฐานระดับพื้นฐานต่าง ๆ ของระบบการดูแลใส่เข้าไปอยู่ในระบบการประเมินของแต่ละแห่งด้วย โดยเฉพาะในส่วนที่เป็นเรื่องกระบวนการดูแล (processes of care) เช่น อย่างน้อยทุกสถานพยาบาลควรจะสามารถประเมินเรื่องการมีแผนในการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan : ACP), การจัดการอาการรบกวนขั้นพื้นฐาน (Basic Symptoms Management : BSM) และเรื่องคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Quality of End of Life : QEOL) เป็นต้น

6
ความสำคัญของวิชาชีพแพทย์ต่อการยกระดับมาตรฐานระบบบริการ พร้อม ๆ กับยกระดับสถานภาพศูนย์ KPC และปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

สำหรับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ ทักษะและการปฏิบัติที่ถูกต้องให้กับ **กลุ่มวิชาชีพแพทย์และวิชาชีพอื่น ๆ สำหรับคนที่อยู่นอก รพ. ศรีนครินทร์นั้น** เป็นที่แน่นอนว่า ศูนย์ KPC ก็ได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องหรือที่จริงดำเนินการมาตั้งแต่ก่อนการก่อตั้งศูนย์ ฯ อย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2553 ด้วยซ้ำ (แต่อาจจะอยู่ในสเกลที่เล็ก) ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของการเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะให้กับบุคลากร ที่มีความสำคัญที่สุดก็ว่าได้ เพื่อนำไปสู่การปรับระบบและรูปแบบการให้บริการในสถานพยาบาลต่าง ๆ ให้ได้มาตรฐานทั่วประเทศ **โดยวางแผนไว้ว่าจะยกระดับสถานภาพศูนย์ KPC รพ. ศรีนครินทร์ เป็นศูนย์การอ้างอิงด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care Reference Center : PCRC) ที่สามารถใช้เป็นศูนย์เทียบเคียง (Benchmark) กับศูนย์อื่น ๆ ที่กำลังอยู่ในช่วงการพัฒนาระบบขึ้นมาด้วย**

อย่างไรก็ดี ณ จุดนี้ ก็ยังคงเป็นประเด็นที่น่าสนใจและน่าเป็นห่วงอยู่พอสมควร เนื่องจากข้อมูลจากการสัมภาษณ์แกนหลักของศูนย์ KPC ณ ปัจจุบัน พบว่า ศูนย์ ฯ มีแพทย์เพียง 2 ท่าน ซึ่งยังไม่เพียงพอ เมื่อเทียบกับภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น และมีการสื่อสารในองค์กรแพทย์ การพัฒนาความรู้และทักษะมากขึ้น แพทย์ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้มากขึ้น ทำให้มีการ consult เพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย และอันที่จริง พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุลนั้น ท่านเกษียณอายุราชการแล้ว แต่ยังคงทำงานค่อนข้างหนัก

สำหรับ นพ.อรรถกร รักษาสัตย์ ซึ่งเป็นแพทย์ประจำศูนย์ที่สำคัญอีกท่านหนึ่ง ก็ได้เล่าให้ฟังด้วยว่า การที่จะให้มีแพทย์มาทำงานตรงนี้เพิ่ม ก็ไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะเป็นภารกิจที่ค่อนข้างหนัก และต้องเสียสละในเรื่องตำแหน่งทางวิชาการ เพราะไม่ได้เป็นอาจารย์ในคณะแพทยศาสตร์ เมื่อเปรียบเทียบกับแพทย์รุ่นเดียวกันที่จบมาและปัจจุบันมีตำแหน่งทางวิชาการมีความได้เปรียบกว่าในด้านต่าง ๆ ซึ่งถ้าไม่ใช่ใจรักและพร้อมเสียสละความก้าวหน้าส่วนตัว ก็เป็นการยากที่จะมาทำตรงนี้ ดังนั้นมาตรการในการสร้างแรงจูงใจให้แพทย์มาทำงานเรื่องนี้แบบเต็มเวลา จึงเป็นเรื่องที่สำคัญ และควรให้แพทย์ได้เรียนรู้ตั้งแต่ยังเรียนอยู่ในโรงเรียนแพทย์ จึงจะทันกับปัญหาและความต้องการ มากกว่ามานั่งแก้ไขปัญหาในภายหลัง เป็นต้น

ดังนั้น สถานภาพการเป็นศูนย์อ้างอิง หรือ Reference Center ก็อาจจะไม่ง่าย หรืออาจจะไม่ยั่งยืนตลอดไปหรือไม่ และทำอย่างไร จึงจะทำให้แพทย์สนใจเรื่องนี้มากขึ้น หรือว่า

สถานการณ์จะดีขึ้นเมื่อแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเข้าสู่ระบบมากขึ้น ตามแผนการผลิตแพทย์ด้านนี้ของกรมการแพทย์และราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพิ่มขึ้นอีกจำนวน 6,500 คนในช่วงเวลา 10 ปี หรือในช่วงปี พศ.2562-2572 (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พญ.ปฐมพร ศิรประภาศิริ, ที่ปรึกษากรมการแพทย์, 5 มิถุนายน 2562)

เนื่องจากแพทย์เป็นวิชาชีพที่มีอำนาจและบทบาทหน้าที่ในการวินิจฉัยโรค และมีอำนาจในการตัดสินใจสั่งยาและการรักษาต่าง ๆ ที่เรียกว่า **"การดูแลให้เกิดความรู้สึกสบาย"** (Comfort Care : CC) ถ้าแพทย์มีน้อยหรือเข้าร่วมในระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองน้อย หรือสถานพยาบาล/หน่วยบริการใด ไม่มีแพทย์เข้ามารับผิดชอบในเรื่องนี้โดยตรง ก็ยังไม่สามารถเรียกได้ว่า ได้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขึ้นในสถานพยาบาลนั้น ๆ อย่างสมบูรณ์ ซึ่งช่วงที่คณะวิจัยเก็บข้อมูลอยู่ในพื้นที่ ก็ได้พบว่าโรงพยาบาลชุมชนจำนวนหนึ่งยังไม่มีแพทย์ประจำที่รับผิดชอบเรื่องนี้โดยตรงหรือทำงานเต็มเวลา หรือแม้แต่แพทย์ที่ทำบางช่วงเวลา (part-time) ก็ไม่มี หรือส่วนใหญ่ พบว่า เป็นแพทย์เพิ่งมาใหม่ หรือเป็นแพทย์ใช้ทุน ยังไม่มีประสบการณ์ หรือมีประสบการณ์ค่อนข้างน้อยมาก ทำให้เกิดความลักลั่น โดยเฉพาะเรื่องการส่งต่อและการรับข้อมูลของผู้ป่วยยังมีปัญหา และเนื่องจากประสบการณ์มีน้อย จึงทำให้มีความไม่ชัดเจนในเรื่องการใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วย เช่น การใช้ PPS (Palliative Performance Scale) ซึ่งถือว่ายังไม่ได้มาตรฐานด้านการดูแลแบบประคับประคอง

แต่สิ่งที่ดีที่พบ ก็คือ ชี้ให้เห็นว่า *ทีมงานส่วนหนึ่งของสถานพยาบาลต่าง ๆ เหล่านี้ โดยเฉพาะพยาบาลและอาจเป็นผู้บริหารด้วยบางส่วนหรือของบางแห่ง มีความพยายามที่จะให้บริการกับผู้ป่วยระยะท้าย เพราะมองว่าเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็น หรืออาจกล่าวได้ว่า* ***"มีใจ แต่ยังขาดความรู้ ทักษะและประสบการณ์"*** *ซึ่งจริง ๆ แล้ว สถานพยาบาลหลายแห่งกำลังอยู่ในขั้นตอนการเพิ่มความรู้ ทักษะและประสบการณ์ตรงนี้ ซึ่งควรได้รับการสนับสนุนจากนโยบายและผู้บริหารองค์กรในทุกระดับ*

สำหรับในกรณีของชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย ที่ดำเนินการโดย ศูนย์ KPC และรับผิดชอบหลักโดย สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายนี้ **เราอาจกล่าวสรุปได้ด้วยว่า การพัฒนาความรู้และทักษะส่วนบุคคล/กลุ่มวิชาชีพ (Skill Development) ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของกรอบออตตาวานั้น เกิดขึ้นพร้อม ๆ กับการปรับระบบและรูปแบบการให้บริการ** ก็ว่าได้ หรือ อาจจะกล่าวได้ด้วยว่า เกิดขึ้นเป็นระลอก ๆ แล้วมีการขยายวงออกไปก็ได้ ซึ่งหมายถึงว่า ผู้ผ่านการอบรม (ซึ่งจริง ๆ แล้ว ผู้เข้าอบรมแต่ละรุ่น มีทั้งคนใน รพ. ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นเอง และคนนอกโรงพยาบาล) สำหรับผู้เข้าอบรมที่

เป็นคนใน ก็ถือว่า เป็นการเพิ่มความรู้ ทักษะ ศักยภาพ ความสามารถ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยของ รพ. ศรีนครินทร์ ได้มากขึ้น ดีขึ้น และ/หรือ อาจนำไปสอนให้กับนักศึกษาแพทย์และพยาบาล (เพราะที่นี่มีสถานภาพเป็นโรงเรียนแพทย์และมีคณะพยาบาลศาสตร์ด้วย)

ในขณะที่ ถ้าเป็นคนนอก รพ. ศรีนครินทร์ ที่เข้ามารับการอบรม พบว่า ในช่วงแรกบางส่วนอาจจะยังไม่สามารถนำไปใช้ในการปรับระบบ/รูปแบบบริการในองค์กร/หน่วยงาน/สถานพยาบาลที่ตนเองสังกัดอยู่ได้มากนัก เนื่องด้วยเหตุผลหลาย ๆ อย่าง อาทิเช่น อาวุโสยังไม่ถึง ทำให้ยังไม่ได้รับการยอมรับในหน่วยงานในระดับที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือยังไม่พร้อมในการขับเคลื่อนในหน่วยงานของตนเนื่องด้วยบริบทไม่เอื้อ หรือไม่มีความถนัดในการสื่อสาร เพื่อนำไปสู่การจัดตั้งระบบหรือจัดตั้งศูนย์ PC ในองค์กร/หน่วยงาน - เพราะที่จริงแล้ว การเปลี่ยนแปลงระบบ จำเป็นต้องอาศัยการสื่อสารเชิงรุกกับคนทั้งมวลในองค์กร ให้ตอบสนองต่อเรื่องนี้ **เพราะถ้าทุกคน ทุกส่วนงาน เข้าใจตรงกันหมด ก็จะทำให้ไม่มีอุปสรรคใด ๆ รวมตลอดไปจนถึงพนักงานขับรถ ก็สามารถเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของระบบได้ เพราะที่จริงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมีความสำคัญมาก** และที่สำคัญ พบว่า ในสถานพยาบาลบางแห่ง พนักงานขับรถเข้ามาร่วมมีบทบาทและมีศักยภาพสูงมากในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและญาติ ไม่ใช่แค่การเคลื่อนย้ายหรือรับส่งผู้ป่วยเท่านั้น[40]

ทั้งนี้ จากการเยี่ยมสถานพยาบาลและพื้นที่ต่าง ๆ พบว่า ยังมีหัวหน้าสถานพยาบาลบางแห่งที่ยังไม่ค่อยให้ความสำคัญกับเรื่องการดูแลแบบ PC เนื่องจากยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่อเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หรือหัวหน้าหน่วยงาน/สถานพยาบาลบางท่านอาจจะยังไม่ค่อยเห็นด้วย เพราะมองว่าควรให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้ป่วยที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปอีกนานมากกว่า หรือควรให้ความสำคัญกับคนปกติในชุมชนที่ยังไม่ป่วย ที่ควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ฯลฯ เป็นต้น ซึ่งถ้าเป็นในกรณีของการประสบปัญหาเช่นนี้ในองค์กร ก็จะทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาเท่าที่ควรจะเป็น

40 โรงพยาบาลบางแห่งที่คณะวิจัยได้มีโอกาสไปเยี่ยม พบว่า พนักงานขับรถเป็นบุคลากรสายสนับสนุนที่มีความสำคัญมาก เพราะสามารถทำบทบาทหน้าที่ได้หลายอย่าง นอกเหนือจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างทันการณ์ ทันเวลา ทั้งการปฐมพยาบาล, การทำแผล, การพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วยให้คลายเครียด/ลดความเจ็บปวด (.ในระหว่างการรอคอยทีมงานคนอื่น ๆ), การติดต่อประสานงานกับญาติผู้ป่วย กรณีฉุกเฉิน, การให้ความบันเทิงกับทีมงานเพื่อคลายเครียด, การให้คำปรึกษาหารือกับญาติผู้ป่วย เพราะมีความรอบรู้ในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะการทำใจ/ การดูแลด้านจิตใจด้วยการพูดคุยอย่างเป็นมิตร ฯลฯ ซึ่งการที่พนักงานขับรถสามารถทำบทบาทหน้าที่ได้หลายอย่าง นอกจากเป็นเพราะมีความสนใจ/เอาใจใส่/เห็นใจผู้ป่วยและมีความชอบในการดูแลช่วยเหลือคนอยู่เป็นทุนเดิมแล้ว แต่ที่สำคัญมากคือ ได้รับการให้ความสำคัญในองค์กรหรือจากหัวหน้างาน/ผู้มีอำนาจบังคับบัญชาสูงสุดในองค์กร, ผ่านการฝึกอบรมในเรื่องต่าง ๆ มาพอสมควร ดังนั้น ในภาวะที่ขาดแคลนบุคลากร จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับทุกคนที่มีใจ ไม่ใช่เฉพาะแพทย์ พยาบาล วิชาชีพต่าง ๆ เท่านั้น

ดังนั้น ถ้าเป็นในกรณีเช่นนี้ ก็มักจะพบว่า แพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมจากศูนย์ KPC ก็จะนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปใช้ในบริบทของตนเป็นราย ๆ ไป ยังไม่สามารถไปเปลี่ยนระบบและโครงสร้างขององค์กร/หน่วยงานหรือสถานพยาบาลที่ตนเองสังกัดอยู่ได้ ดังนั้น เราจึงยังไม่สามารถอนุมานได้ทั้งหมดว่า แพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมความรู้และทักษะไปแล้ว จะสามารถกลับไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในสถานพยาบาลที่ตนเองสังกัดได้ทั้งหมด เพราะขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวแล้วข้างต้น แต่ต่อมาพบว่า ทางศูนย์ KPC ได้มีหลักสูตรการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดตั้งระบบ PC ขึ้นมาในภายหลัง และมีไลน์กลุ่มในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ด้วย ที่เรียกว่า **“How to set quality palliative care program” ซึ่งมีผู้ผ่านการอบรมด้านนี้ไปแล้วจำนวน 586 คน** – ข้อมูลจนถึง ปี พ.ศ. 2562 ที่ได้รับจากศูนย์ KPC

อย่างไรก็ตาม การที่แพทย์มีความรู้และทักษะในด้านนี้ ก็ทำให้แพทย์ท่านนั้น ๆ สามารถดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในความดูแลรับผิดชอบของตนได้ดีขึ้น สามารถสื่อสารได้อย่างถูกต้องหรือถูกวิธีมากขึ้น แต่ปัญหาก็คือ แพทย์บางส่วนยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับยา opioids หรือยังไม่ค่อยมีความมั่นใจเกี่ยวกับการสั่งยา opioids หรือบางแห่งยังไม่มียา opioids ด้วยซ้ำ หรือมีแต่ไม่ครบทุกชนิด (โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน ตามที่กล่าวไปแล้ว) และในอีกด้านหนึ่ง ก็คือ **ถ้ายังไม่มีระบบของหน่วยงานที่สังกัดรองรับ ก็จะกลายเป็นเรื่องของโชคชะตาไป กล่าวคือ ผู้ป่วยบางคนได้รับคำแนะนำที่ดี หรือได้รับการดูแลดี เพราะโชคดีที่ได้พบแพทย์ที่มีความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคอง แต่อีกจำนวนมากอาจโชคไม่ดี ที่ไม่ได้พบแพทย์ที่มีความรู้และทักษะด้านนี้**

ดังนั้น เรื่องนี้จึงมีความสำคัญมาก เพราะมิเช่นนั้นก็จะกลายเป็นความเหลื่อมล้ำ ความไม่เสมอภาคเท่าเทียม การขาดมาตรฐานการบริการ และเป็นประเด็นปัญหาเชิงจริยธรรมที่สำคัญอีกด้วย หรือ เป็นการเพิ่มความเหลื่อมล้ำในเรื่องของการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มเข้ามาอีกเรื่องหนึ่ง ในขณะที่ความเหลื่อมล้ำด้านอื่น ๆ ก็ยังคงดำรงอยู่ ดังนั้น การทำให้เกิดความเสมอภาค เท่าเทียม ทั่วถึง เป็นธรรม และมีความครอบคลุมจึงยังคงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

7
การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในระดับจังหวัด

สำหรับการขับเคลื่อนหรือผลักดันเชิงนโยบายสาธารณะของจังหวัดขอนแก่น (ซึ่งเป็นจังหวัดที่ศูนย์ KPC รพ. ศรีนครินทร์ และ รพ. ศูนย์ขอนแก่นตั้งอยู่) เพื่อเพิ่มพลังการทำงานและขยายผลแนวคิดและรูปแบบ PC เพื่อให้เกิดผลอย่างเป็นระบบ ที่มีความเชื่อมโยงกัน หรือมีความครอบคลุมมากขึ้น เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น และยังเป็นไปตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพของออตตาวาด้วย พบว่า เรื่องนโยบายสาธารณะนี้ได้รับการสนับสนุน เชื่อมประสานผลักดันโดย รองศาสตราจารย์ พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล (ในฐานะผู้รับทุนจาก สสส. ที่มีใจรักในการทำงานเรื่องนี้และในฐานะนายกสมาคม THAPS) และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและทีมงาน โดยเฉพาะแกนสำคัญหลัก ๆ ที่ทำงานอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น รวมถึงทีมงานของ รพ. ศูนย์ขอนแก่นด้วย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การปฏิบัติงานจริงได้เกิดขึ้นในทุกระดับ ทุกมิติ ทุกด้าน ทั้งเรื่องการพัฒนาและส่งเสริมความรู้และทักษะ (skill development) ให้กับบุคลากร ไปจนถึง การปรับระบบและรูปแบบบริการ และ/หรือ การปรับระบบและโครงสร้างองค์กร (improving or reorienting health services system) และการขับเคลื่อนในเชิงนโยบาย (public policy movement) ตามความจริงของบริบทที่เกี่ยวข้อง ไม่ได้ทำเป็นเรื่อง ๆ หรือเฉพาะด้านที่ตัดขาดหรือแยกออกจากกัน

ตามที่ได้กล่าวย้ำหลาย ๆ ครั้งแล้วว่า ทั้งหมดมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เมื่อดำเนินการในเรื่องการพัฒนาทักษะและสมรรถนะในการทำงานด้านนี้ให้กับบุคลากรประเภทต่าง ๆ ไประดับหนึ่งแล้ว ก็มีความจำเป็นต้องขยายผลการทำงาน เพราะจุดเน้นสำคัญของระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของภาคอีสาน คือ การที่ผู้ป่วยต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ดังนั้น การทำงานในเชิงเครือข่ายและการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อให้เกิดการตอบรับในเรื่องนี้ที่ดีขึ้น มีพลังมากขึ้น ได้ผลมากขึ้น จึงมีความสำคัญมาก มิเช่นนั้น รพ. ศรีนครินทร์ ก็จะต้องแบกรับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วย ซึ่งก็มีความเสี่ยงต่อการได้รับบริการที่ไม่เป็นไปตามเจตนาที่แสดงไว้ใน Living will ของผู้ป่วยด้วย และยังเป็นการเพิ่มภาระให้กับโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ในขณะที่บุคลากรและอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น เตียง ก็มีไม่พอ เพราะถ้าอัตราการครองเตียงในช่วงระยะท้ายของชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ยังสูงอยู่ ก็แสดงว่า ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเสียชีวิตในโรงพยาบาลก็สูงตามไปด้วย

นอกจากนี้ หลังจากที่ศูนย์ KPC ได้ดำเนินการปรับระบบและรูปแบบบริการ รวมถึงระบบและโครงสร้างองค์กรของ รพ. ศรีนครินทร์และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้ว รวมถึงได้มีการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในระดับจังหวัดขอนแก่นแล้ว หลังจากนั้น ได้ขยายผลแนวคิดและความจำเป็น/ความสำคัญในการปรับระบบและรูปแบบบริการ ไปยังโรงพยาบาลชุมชนต่าง ๆ ภายในจังหวัดขอนแก่น, รพ. ศูนย์ขอนแก่น (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) และโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ รพ. ร้อยเอ็ด รพ. มหาสารคาม และ รพ. กาฬสินธุ์ และหลังจากนั้นมีการขยายผลไปยังเขตสุขภาพอื่น ๆ ของภาคอีสาน คือ เขตสุขภาพที่ 8,9 และ 10 **สำหรับเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า มี รพ. ศูนย์ขอนแก่น เป็นแกนขับเคลื่อนหลัก หรือ มีบทบาทในการผลักดันหนุนเสริม และเชื่อมร้อยระบบ PC ของจังหวัดร้อยเอ็ด มหาสารคาม และกาฬสินธุ์อีกทางหนึ่งด้วย และปัจจุบันแกนหลักของ รพ. ศูนย์ขอนแก่น ทำหน้าที่เป็นประธาน Service Plan ของเขตสุขภาพที่ 7 ด้วย สำหรับการขยายผลไปยังเขตสุขภาพอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นค่อนข้างรวดเร็วนั้น เหตุผลอีกส่วนหนึ่ง น่าจะเป็นเพราะมีโรงพยาบาลที่สำคัญ ๆ เช่น รพ. สุรินทร์ รพ. บุรีรัมย์ และ รพ. สรรพสิทธิ์ประสงค์ อุบลราชธานี ที่สามารถทำหน้าที่ในการฝึกอบรมได้ด้วย พร้อม ๆ ทั้งมีการเปิดให้แพทย์ Extern ได้มาฝึกที่นี่ รวมถึงแพทย์ที่เรียนวิชา Elective ด้านนี้ด้วย**

8
การขยายตัวของแนวคิดและรูปแบบระบบไปยังโรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน

ในขณะเดียวกัน ก็ได้มีการเชื่อมต่อ การกระจาย การขยายรูปแบบการบริการแบบใหม่ และ/หรือ การปรับปรุงระบบบริการ (Improving or reorienting health services) ไปพร้อม ๆ กับการพัฒนาความรู้และทักษะให้กับทีมบุคลากรในสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ภายในจังหวัดขอนแก่นเองอย่างเข้มข้น **ครอบคลุมทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ/โภชนากร แพทย์แผนไทย ฯลฯ ที่อยู่ใน รพ. ศูนย์ขอนแก่น โรงพยาบาลระดับอำเภอ หรือโรงพยาบาลชุมชน และระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีนัยสำคัญต่อประเด็นการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน (Home care) เป็นอย่างมาก**

อนึ่ง **สำหรับ รพ. ศูนย์ขอนแก่น ภายใต้โครงสร้างของกระทรวง สธ. ได้เข้าร่วมการพัฒนาระบบ PC ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ด้วยการจัดตั้งศูนย์ PC ที่เรียกว่า “ศูนย์พลังใจ”** ต่อมาในช่วงปี พ.ศ. 2555-2557 ได้เข้าร่วมการพัฒนาเครือข่ายการดูแล PC ของจังหวัดขอนแก่น เริ่มจากโรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง มีการจัดเวที PC สัญจร ร่วมแก้ไขปัญหา คณะกรรมการเครือข่ายจังหวัด รวมทั้งร่วมอบรมพัฒนาบุคลากรของเครือข่าย จัดทำคู่มือและแนวทางการทำงานของจังหวัด กำหนดตัวชี้วัด กำหนดแนวทางการบริหารจัดการอุปกรณ์/เครื่องมือ/เวชภัณฑ์ที่จำเป็นของเครือข่าย และกำหนดแนวทางการติดตามและประเมินผล ทำให้ในปี พ.ศ. 2558 สามารถขยายเครือข่ายได้ครอบคลุมทั้งจังหวัดและทั้งเขตสุขภาพที่ 7 มีการใช้ตราสัญลักษณ์ร่วมกัน มีการบริหารจัดการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ร่วมกัน และมีการจัดกิจกรรมทางวิชาการร่วมกัน ทั้งระดับจังหวัดและระดับเขต และตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน ได้มีการพัฒนาหรือยกระดับศักยภาพของศูนย์ PC หรือศูนย์พลังใจ พร้อมทั้งขยายการบริการไปที่ตึกผู้ป่วยนอก ปัจจุบันมีสถานภาพเป็นแหล่งฝึก และได้เป็นประธาน Service Plan ของเขตสุขภาพที่ 7

ทั้งนี้ คณะวิจัยได้มีโอกาสไปเยี่ยมระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่ รพ. พล และ รพ.สต. เมืองพล ทำให้สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจนว่าบุคลากรของที่นี่ได้เข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนาส่งเสริมความรู้และทักษะของศูนย์ KPC หรือ อาจมองในทางกลับกันด้วยก็คือ ศูนย์ KPC รพ. ศรีนครินทร์ ได้เข้ามามีส่วนในการพัฒนาระบบของที่นี่ ซึ่งได้รับการชักชวน/เชื้อเชิญให้เข้าร่วมการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะด้าน PC และหลังจากนั้นทีมงานที่ผ่านการอบรมเสริมความรู้และทักษะ ได้นำสิ่งที่ได้รับมาใช้ในการพัฒนาระบบ PC

ของ รพ. พล ขอนแก่น ที่มีความเชื่อมโยงลงไปถึงชุมชนระดับตำบลต่าง ๆ ทั้งหมดจำนวน 12 ตำบล และต่อมาก็เกิดเครือข่ายการทำงานที่ประสานเชื่อมโยงกันทั้งอำเภอ ซึ่งโครงสร้างการขับเคลื่อนของที่นี่ พบว่า มีคณะกรรมการระดับอำเภอ ที่ประกอบไปด้วยตัวแทนจากองค์กรต่าง ๆ ในอำเภอ มีการจัดตั้งศูนย์เครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับบริการผู้ป่วยทั้งในอำเภอพลและนอกอำเภอ มีการจัดตั้งไลน์กลุ่ม เพื่อให้ง่ายต่อการขอรับและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการขับเคลื่อนเชิงเครือข่ายอย่างครอบคลุม

สำหรับใน **รพ. พล อ.พล จ.ขอนแก่น** ก็ได้มีการจัดตั้งคลินิก PC (OPD PC) ที่ตึกผู้ป่วยนอก ทุกวันอังคาร พร้อม ๆ กับมีการอบรมผู้นำชุมชนทั้งผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อบต.หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมดทุกระดับ ทุกประเภท รวมถึงพระภิกษุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอสม./จิตอาสา โดยมีทีมงานของ รพ. พล นำโดยทีมพยาบาล (ที่ผ่านการอบรมจากศูนย์ KPC) มีบทบาทหน้าที่ในการจัดอบรมเสริมความรู้และทักษะ หรือถ่ายทอดแนวคิดและการฝึกปฏิบัติให้กับทีมงาน/บุคลากรสหสาขาวิชาชีพของ รพ. พล เองก่อน ไม่ว่าจะเป็นพยาบาลคนอื่น ๆ ในทีม (ที่อาจจะไม่ได้เข้าร่วมอบรมที่ศูนย์ KPC โดยตรง เพราะช่วงเวลาไม่เอื้ออำนวย) รวมถึงนักโภชนาการ/โภชนากร นักกายภาพบำบัด ฯลฯ ไปจนถึงการจัดฝึกอบรมเสริมความรู้และทักษะให้กับ รพ.สต. ต่าง ๆ ผู้นำชุมชน และ อสม.อย่างครอบคลุม สำหรับ ผู้ดูแล อสม. จิตอาสา เน้นการอบรมเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการดูแลระยะท้าย อาทิ เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ และการทำแผล **นอกจากนี้ สิ่งที่จำเป็นมากที่ทีมงานทุกระดับควรมีหรือสามารถทำได้ดี คือ ทักษะการสื่อสารพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติจนได้รับการยอมรับ**

จากการปรับระบบบริการในทุกระดับ ทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายในความรับผิดชอบของ รพ. พล ได้รับยาระงับปวดครบ 100% นอกจากนี้ ยังสามารถเพิ่มสัดส่วนการดูแลที่บ้าน (Home care) มากขึ้นเรื่อย ๆ แต่ก่อนอยู่ที่ประมาณร้อยละ 88 แต่ปัจจุบัน (ข้อมูล ณ ปี 2561) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 94.6 สำหรับการเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบตามความประสงค์ของผู้ป่วย หรือที่เรียกว่า “การตายดี” ปัจจุบันอยู่ที่ร้อยละ 92 สำหรับอีกร้อยละ 8 เสียชีวิตที่โรงพยาบาล

9
ภาพระดับตำบล: การเสริมพลังให้ชุมชนปฏิบัติการ นำมาสู่ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน บทพิสูจน์การสนับสนุนการตายดี

ตำบลเมืองพล อ.พล จ.ขอนแก่น ที่คณะวิจัยได้มีโอกาสเข้าไปเยี่ยมและพูดคุยสนทนาร่วมกับผู้อำนวยการและทีมงาน รพ.สต. เมืองพล พระสงฆ์ (พระสมุห์คำดีวิชาโย เจ้าอาวาสวัดหนองแวง) ผู้นำชุมชน (คุณภูผา ผาปริญญา นายกองค์การบริหารส่วนตำบล) และทีมงาน อบต. ที่มีบทบาทในการดำเนินงานต่าง ๆ ที่จะทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีความเป็นไปได้ มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับในระดับหนึ่ง ผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ โดยเฉพาะผู้ที่มีฐานะยากลำบากได้รับการช่วยเหลือ/สนับสนุน/หนุนเสริมในการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านและได้รับความช่วยเหลือในด้านอาหารและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็น อาทิเช่น เตียงนอน ที่นอนลม เครื่องช่วยหายใจ/เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ ผ้าอ้อม ฯลฯ ไปจนถึงการช่วยเหลือด้านการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม (กรณีมีฐานะยากจน) การจัดหาหีบศพให้ (กรณีที่ยากจนมาก เมื่อเสียชีวิต ไม่มีแม้แต่เงินซื้อโลงศพ) โดยทาง อบต. ได้จัดตั้งกองทุนต่าง ๆ ด้วยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและภาคีต่าง ๆ ในจังหวัดขอนแก่น หลายกองทุนด้วยกัน อาทิเช่น กองทุนหีบศพ, กองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์, กองทุนสวัสดิการ 10 บาท, กองทุนธนาคารขยะสะสมเงินทองคุ้มครองชีวิต, และกองทุนอุปกรณ์/กายอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น เตียงปรับระดับ, ที่นอนลม, เครื่องดูดเสมหะ, เครื่องทำออกซิเจน,รถเข็น, ไม้เท้า/ไม้ค้ำยัน ฯลฯ ซึ่งดูเหมือนเป็นการขับเคลื่อนเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคม-วัฒนธรรม-กายภาพของชุมชนตำบลเมืองพล (creating supportive environment) ให้มีความพร้อมในการรับมือ และสามารถเอื้ออำนวยความสะดวกต่อการดูแลผู้ป่วย PC ผ่านการระดมทรัพยากรทุกประเภทของชุมชน ทั้งเงิน อุปกรณ์-สิ่งของ, คน/ทีมงาน/อาสาสมัคร ฯลฯ ซึ่งพบว่า ได้รับการตอบสนองเป็นอย่างดี ทั้งจากคนภายในชุมชนและเครือข่ายภายนอกชุมชน

สำหรับพระสงฆ์ที่เข้ามาร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ท่านได้เล่าว่า เข้ามาร่วมในการทำเรื่องนี้เนื่องจากได้รับการเชื้อเชิญจากทาง รพ.สต. เมืองพล และ รพ. พล ซึ่งที่ผ่านมาตัวท่านเองและทางวัดก็ได้ให้ความช่วยเหลือญาติโยมมาตลอด เพราะที่จริงของที่ถวายมามากมายนั้น ก็มาจากญาติโยม ประกอบกับในชุมชนมีผู้สูงอายุจำนวนมาก และจำนวนไม่น้อยเหมือนกับถูกทอดทิ้ง และจำนวนไม่น้อยต้องเลี้ยงหลาน ทำให้มีภาระ มีความเครียดสูง สำหรับผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ไม่มีลูกหลาน หรือลูกหลานทิ้งไป เมื่อเสียชีวิต ทางวัดก็ให้การสงเคราะห์ จัดการเผาศพให้เสร็จ รวมถึงคนเร่ร่อนตามสวนสาธารณะ ตามสถานีรถ บขส. ด้วย ก็ให้การสงเคราะห์ปีละ 4-5 ราย

ดังนั้น พอทางโรงพยาบาลมาชวนให้ทำเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ก็ไม่ปฏิเสธ เพราะเป็นสิ่งที่ทำอยู่แล้ว หมายถึง ปกติได้ช่วยเหลือญาติโยมที่มีฐานะยากจนอยู่แล้ว **แต่สำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ส่วนใหญ่ที่ผ่านมาเป็นเพียงการเยี่ยมเยียนพูดคุยสนทนาด้วยในระยะเวลาอันสั้น และสิ่งที่ทำได้ส่วนใหญ่ ก็คือ การให้ฟังเทศน์/ฟังธรรม, การถวาย-รับสังฆทาน** ซึ่งที่ผ่านมา ก็เคยพบผู้ป่วยที่ทำใจไม่ได้ ร้องไห้ ก็จะพยายามให้ทำใจให้สบาย ให้นึกถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ และพยายามคุยเรื่อง **"สัจธรรมแห่งชีวิต"**

สำหรับใน**กรณีของตำบลเมืองพล อ.พล จ.ขอนแก่นนี้ ถ้าวิเคราะห์เชื่อมโยงไปยังกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวา** และกรอบการทำงานด้าน PC ขององค์การอนามัยโลกที่ระบุหรือแนะนำไว้ว่า การดูแลผู้ป่วย PC ควรเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ (PHC) นั้น ในฐานะที่ตำบลเป็นฐานของระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home care) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพปฐมภูมิอยู่แล้วตามที่ สปสช. ให้ความสำคัญ เพราะระบบงบประมาณหรือการจัดสรรงบประมาณของ สปสช. ให้ความสำคัญกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเข้ามามีบทบาทด้านนี้อยู่แล้ว สำหรับประเด็นนี้ พบว่า เมื่อทางชุมชนตำบลเมืองพลได้รับการสื่อสารเรื่อง แนวคิดการดูแลผู้ป่วย PC จากทาง รพ. พล แล้ว ก็ได้ตอบสนองต่อความจำเป็นของการมีระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านทันที ทั้ง รพ.สต. และตัวชุมชนได้ทำงานร่วมกันอย่างเต็มที่ และยังมีพระสงฆ์เข้ามามีบทบาทในการเยี่ยมบ้านและให้กำลังใจผู้ป่วยด้วย

ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ทาง รพ. พล ในฐานะโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ ได้ดำเนินการส่งเสริมทั้งด้านความรู้และทักษะและสร้างเสริมศักยภาพให้ชุมชนตำบลเมืองพล ลงมือปฏิบัติการไปพร้อม ๆ กัน (skill development and empowering community to act go hand in hand) เพราะถ้าทีมงาน/บุคลากรมีแต่ความรู้และทักษะ แต่ไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติให้เกิดเป็นจริงในชุมชนหรือถึงผู้ป่วยและครอบครัวได้ ก็ไม่มีประโยชน์ จึงจำเป็นต้องขับเคลื่อนหรือขยายผลแนวคิดนี้ให้กับชุมชนไปพร้อม ๆ กัน และหลังจากนั้นชุมชนก็ขยายผลต่อในเรื่องของการระดมทุนและทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งคน วัสดุ-อุปกรณ์ เงิน บริจาค ฯลฯ เพื่อให้เกิดพลังของชุมชน หรือ แรงกระเพื่อมเพิ่มอีกทอดหนึ่ง หรือเกิดสิ่งแวดล้อมหรือบรรยากาศการดูแลซึ่งกันและกัน (caring for each other) ของชุมชนที่เอื้อหรือส่งเสริมต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน รวมถึงการตายดีที่บ้านด้วย เพราะถ้าไม่ทำเช่นนี้ ภารกิจการดูแลและการติดตามเยี่ยมบ้านก็จะกระจุกตัวอยู่ในบางส่วน บางกลุ่ม หรืออาจจะอยู่เฉพาะในทีมงานจำนวนหนึ่งที่ทำงานอยู่ใน อบต. หรือ อาสาสมัครบางส่วนเท่านั้น

อย่างไรก็ตาม จากการสนทนาพูดคุยก็พบว่า ยังมีปัญหาต่าง ๆ อยู่พอสมควร เพราะอาสาสมัครหรือจิตอาสาดูแล ที่ทำงานในด้านนี้ยังมีไม่มาก ใครที่เข้มแข็ง/ขยันก็ทำ ใครที่ไม่ขยัน ไม่ค่อยรับผิดชอบ หรือบริบทชีวิตและครอบครัวไม่เอื้ออำนวย ก็ไม่ได้ทำหรือทำน้อยมาก เมื่อเทียบกับภารกิจที่กำหนดไว้และความคาดหวังของทุกฝ่าย

นอกจากนี้ *ก็มีปัญหาที่เกี่ยวกับสำนึก/ความรับผิดชอบ/การบริหารจัดการเวลา หรือการให้ความสำคัญต่อเรื่องนี้ของญาติของผู้ป่วย ที่พบว่า บางส่วนยังไม่ค่อยให้ความสำคัญ ยังไม่จัดสรรเวลาในการดูแลผู้ป่วย ทั้ง ๆ ที่เป็นบิดามารดาของตนเอง โดยอ้างว่าไม่ว่าง/ไม่สะดวก หรือติดภารกิจ/งานที่ทำอยู่บ้าง อยู่ไกลบ้าง เป็นต้น และอีกปัญหาหนึ่ง คือ ครอบครัวมีขนาดเล็กลง ทำให้ไม่มีผู้ดูแล ประกอบกับลูกหลานจำนวนมาก ก็ไม่ได้อยู่ในหมู่บ้าน แต่ไปทำงานที่อื่น ทำให้เวลาเจ็บป่วย ไม่มีใครเฝ้าไข้ ในขณะที่สามี-ภรรยาจำนวนหนึ่ง ก็ล้วนแต่อยู่ในวัยสูงอายุด้วยกันทั้งคู่ ไม่สามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้เต็มที่ บางคู่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหรือเจ็บป่วยด้วยกันทั้งคู่ ยิ่งไม่สามารถดูแลซึ่งกันและกันได้เลย*

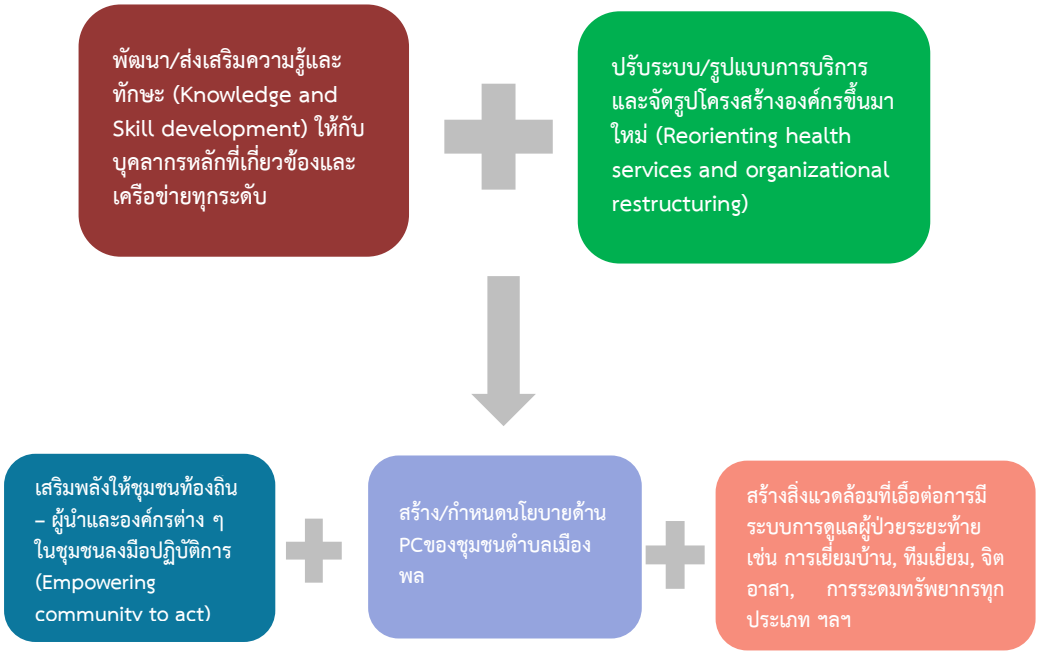
ดังนั้น เมื่อมองอย่างมีความเชื่อมโยงระหว่าง รพ. พล ในฐานะโรงพยาบาลชุมชน ลงไปยัง รพ.สต. เมืองพล และชุมชนตำบลเมืองพล จึงพอจะมองเห็นการทำงานหลาย ๆ มิติหลาย ๆ ประเด็นอย่างมีความเชื่อมโยงกัน แต่ก็มักจะเริ่มด้วยการส่งเสริม-ถ่ายทอดความรู้และทักษะ (skill development) ให้กับแกนหลักต่าง ๆ ในทุกระดับและหลากหลายประเภทที่เกี่ยวข้อง ทั้งภายในหน่วยงาน หรือโรงพยาบาลระดับอำเภอเอง และบุคลากรใน รพ.สต. เพื่อนำไปสู่การปรับระบบและรูปแบบการบริการ (Reorienting health services) แล้วหลังจากนั้นจึงเสริมพลังให้ชุมชนลงมือปฏิบัติการ (Empowering community to act) ในขณะที่ชุมชนเมืองพล ก็ลงมือปฏิบัติการ ไปพร้อม ๆ กับการกำหนด/ประกาศนโยบายสาธารณะของชุมชนที่ชัดเจน (Community's public policy) เกี่ยวกับเรื่องนี้ และการขับเคลื่อนสร้างพลังชุมชน/ระดมทรัพยากร (community mobilization) เพื่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อหรือสนับสนุนต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Creating supportive environment) เพื่อให้ได้รับโอกาส "ตายดี" อย่างมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันทั้งหมด ไม่ใช่ทำเป็นเรื่อง ๆ หรือเป็นประเด็น ๆ แต่ขับเคลื่อนในด้านต่าง ๆ อย่างมีความเชื่อมโยงกันตามความจริงและตามบริบทของชุมชน

ทั้งนี้ อาจจะสามารถสรุปผลการวิเคราะห์การขับเคลื่อนและการพัฒนาระบบ PC ของศูนย์การุณรักษ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในฐานะแกนขับเคลื่อนหลัก และการขยายตัวไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆ ในจังหวัดขอนแก่น โดยเฉพาะกรณีของ รพ. พล และ รพ.สต. เมืองพล ที่มีความชัดเจนในเรื่องการให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้และทักษะของทีมงานและ

เครือข่ายในระดับต่าง ๆ ไปพร้อม ๆ กับการปรับระบบและรูปแบบการบริการ รวมถึงการปรับระบบและรูปแบบโครงสร้างองค์กรของสถานพยาบาล แล้วหลังจากนั้น จึงทำการเสริมพลังให้ชุมชนลงมือปฏิบัติการ ตามด้วยการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะของชุมชน โดยผู้นำชุมชน

นอกจากนี้ ผู้นำชุมชนยังได้ร่วมมือกับองค์กรภาคีต่าง ๆ ทั้งในตำบล, อำเภอ และจังหวัด และได้ทำให้เกิดการระดมทรัพยากรจากภาคส่วนต่าง ๆ ภายใต้การนำของผู้นำหรือนายก อบต. โดยได้รับการหนุนเสริมจากทางวัด/พระสงฆ์ ทำให้ชุมชนตำบลเมืองพลเกิดความตื่นตัวมากขึ้น เข้ามามีส่วนร่วมในการระดมทุนและทรัพยากรต่าง ๆ เพิ่มขึ้น รวมถึงการมีทีมเยี่ยมบ้าน, จิตอาสา, การเยี่ยมบ้านที่สม่ำเสมอมากขึ้น (ถึงแม้จะยังประสบปัญหาเรื่องทีมเยี่ยมบ้านหรืออาสาสมัครมีน้อยก็ตาม) ซึ่งสามารถนำเสนอให้เห็นในรูปของแผนภาพ ตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ของออตตาวาภายใต้บริบทการทำงานของ รพ. พล และ รพ. สต. เมืองพล ได้ตามลำดับดังนี้คือ

แผนภาพ 8 สรุปผลการวิเคราะห์การขับเคลื่อน/การพัฒนา/การขยายตัวของระบบ PC ของศูนย์ KPC ลงไปยัง อ.พล และ ต.เมืองพล จ. ขอนแก่น : มุมมองจากกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพออตตาวา



10
การขยายผลแนวคิด PC ในกลุ่มแพทย์และปัญหาที่พบมีส่วนผลักดัน ให้มีการเปลี่ยนแปลงในหลายระดับและหลายมิติ ทั้งกระทรวงสาธารณสุข และราชวิทยาลัย ฯ

นอกจากนี้ ยังพบด้วยว่า การจัดทำหลักสูตร เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะด้านเวชศาสตร์ระยะท้ายสำหรับแพทย์ ที่เรียกว่า “Basic Certificate Course in Palliative Medicine” (BCCPM) ของศูนย์การุณรักษ์นั้น พบว่า ในช่วงแรก ๆ ได้รับความสนใจจากแพทย์ยังไม่ค่อยมากเท่าใดนัก แต่ต่อมา ก็ได้รับความสนใจมากขึ้นเรื่อย ๆ ผ่านการสื่อสารระหว่างบุคคลกับบุคคล เช่น บางส่วนเป็นเพื่อนกัน/เคยเรียนมาด้วยกัน ก็ให้ข้อมูลและชักชวนกันมา หรือได้รับคำแนะนำจากอาจารย์แพทย์ที่เคยสอนมาว่า เรื่องนี้มีความสำคัญ แต่แน่นอนว่า แพทย์จำนวนหนึ่งก็ต้องมีความสนใจเกี่ยวกับเรื่องนี้เป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ซึ่งพบว่าจนถึงปัจจุบันได้รับการตอบรับที่ดีมากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งจากแพทย์ใน รพ. ศรีนครินทร์และอาจารย์แพทย์ในภาควิชาต่าง ๆ ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นเอง และแพทย์จากที่อื่น ๆ ในขอบเขตทั่วประเทศ

ซึ่งพบว่า กลยุทธ์หนึ่งที่ศูนย์ KPC ใช้ในการขยายจำนวนแพทย์ด้านนี้เพิ่มขึ้น ก็คือ ในกรณีเป็นแพทย์ภายในหน่วยงาน ใช้วิธีการติดต่อพูดคุยชักชวนเป็นการส่วนตัว ไม่รอโครงสร้างหรือการสั่งการที่เป็นทางการ ทำให้อาจารย์แพทย์จากภาควิชาต่าง ๆ เช่น ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน, อายุรกรรม, กุมารเวชศาสตร์, สูตินรีเวช, วิสัญญี ฯลฯ เข้ามาร่วมเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และในกรณีเป็นแพทย์จากภายนอก ได้ใช้วิธีการเปิดเป็นศูนย์รับฝึกแพทย์ประจำบ้าน (Residence) ด้านการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งมีความร่วมมือกับ รพ. ศิริราช รพ. รามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (โดยเฉพาะเวชศาสตร์ครอบครัว และอายุรกรรม) และ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (จากบทสัมภาษณ์ นพ.อรรถกร รักษาสัตว์, 12 ก.ค. 2562, ณ โรงแรมอวานี จ.ขอนแก่น)

นอกจากนี้ ในช่วงหลัง ๆ การที่แพทย์ตอบรับต่อเรื่องการดูแลผู้ป่วย PC มากขึ้น ดีขึ้น ส่วนหนึ่งเป็นเพราะตัวแพทย์แต่ละท่านเอง ที่มองเห็นความจำเป็นและความสำคัญในการมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมีมากขึ้น (ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการเป็นสังคมสูงวัยเต็มขั้น) และอีกส่วนหนึ่ง เป็นผลมาจากการที่กระทรวงสาธารณสุข ผ่านกรมการแพทย์ ก็มีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับเรื่องนี้ ทำให้เส้นทางอาชีพ/วิชาชีพ (career path) ด้านนี้ของแพทย์ น่าจะมีความชัดเจนตามขึ้นไปด้วย

และมีส่วนทำให้เกิดแรงจูงใจในการเข้ามามีส่วนในการสร้างหรือพัฒนาระบบ PC ให้มีความสมบูรณ์หรือได้มาตรฐานคุณภาพมากขึ้น

ในอีกด้านหนึ่ง พบด้วยว่า การมีนโยบายในการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family physicians) ยังมีความเชื่อมโยงกับความพยายามในการปรับระบบบริการทั้งแผง ซึ่งหมายถึง การปรับระบบบริการให้มีระบบด่านหน้าในการดูแลและคัดกรองผู้ป่วย ที่เรียกว่า **“ระบบการดูแลสุขภาพประชาชนในระดับปฐมภูมิ”** ซึ่งต่อมาในปี พ.ศ. 2562 ได้มีการตรา พรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ เข้ามารองรับอีกทางหนึ่งด้วย ซึ่งระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน (Home care) จะกลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลประชาชนในระดับปฐมภูมิ ที่ต้องมีการบูรณาการกันทั้งในเรื่อง การป้องกัน การสร้างเสริมหรือส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟู การรักษาเยียวยาขั้นต้น และการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต

ทั้งนี้ ยังมีความประสานสอดคล้องกับทิศทางของ**ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ที่จัดให้มีหลักสูตรด้านการดูแลแบบประคับประคองที่เรียกว่า “หลักสูตรประกาศนียบัตรประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคอง”** เป็นเวลา 1 ปี ซึ่งจะยิ่งเป็นการเพิ่มบุคลากรหรือแพทย์ให้กับระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้อย่างไม่ต้องสงสัย และจะทำให้ระบบมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และมีความสมบูรณ์มากขึ้นไปอีกขั้นหนึ่ง เพียงแต่ต้องใช้เวลาอีกสักระยะหนึ่งจึงจะเกิดความคอบคลุม ทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นไปตามมาตรฐานคุณภาพที่ทุกฝ่ายต้องการหรือเป็นไปตามมาตรฐานของชุมชนนานาชาติในเรื่องนี้

2. นโยบายของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข มีส่วนผลักดันและสนับสนุนให้ระบบ PC ขยายตัวไปหลายทิศทาง

สำหรับการเปลี่ยนแปลงระดับนโยบายที่สำคัญ ก็คือ ตั้งแต่ช่วงที่ นพ.โสภณ เมฆธน เป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้การนำของรัฐมนตรีสาธารณสุขในช่วงนั้น คือ นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน (30 สิงหาคม พ.ศ. 2557- 19 สิงหาคม พ.ศ. 2558) ได้ประกาศนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนเรื่อง ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่ชัดเจน ทำให้เกิดการขับเคลื่อนทั้งระบบ[41] และในช่วงต่อมากระทรวงสาธารณสุข ยังได้ผนวกเรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของ **“การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ”** (Service Achievement Plan) แต่มักเรียกกันติดปากสั้น ๆ ในวงการว่า **“Service Plan”** ทำให้เกิดการกระจายตัวของแนวคิดและความพยายามในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในเขตสุขภาพทั้ง 13 เขตทั่วประเทศ[42] ซึ่งเรียกชื่อเต็ม ๆ ว่า **การพัฒนาระบบบริการ สาขาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง** (Palliative Care) และในปี 2557 เช่นกัน ที่กรมการแพทย์ ได้จัดทำเอกสารแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายออกมา เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2557 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีมาตรฐานเดียวกันในสถานพยาบาลต่าง ๆ ได้ในระดับหนึ่ง

เพราะฉะนั้น ณ จุดนี้ จึงอาจกล่าวได้ว่า **การพัฒนาส่งเสริมความรู้และทักษะ (Skill Development) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนการปรับระบบและรูปแบบการบริการเล็กน้อย และหลังจากนั้น การพัฒนาส่งเสริมความรู้และทักษะก็ดำเนินการควบคู่ไปพร้อม ๆ กับการปรับระบบและรูปแบบบริการ** รวมถึงการปรับระบบและรูปแบบโครงสร้างการบริหารจัดการองค์กรและการมีระบบสนับสนุนต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการปรับระบบและรูปแบบบริการ โดยเฉพาะการบริหารจัดการด้านบุคลากร, ระบบยาและเวชภัณฑ์, ระบบสนับสนุนต่าง ๆ ที่

41 ซึ่งนับว่าเป็นจุดตั้งต้นที่ดี แม้ว่างานจะมีปัญหาอุปสรรค หลังจากมีการเปลี่ยนแปลงตัวรัฐมนตรี หลังจากนั้นเพียงหนึ่งปีก็ตาม

42 แต่สำหรับในเขต 13 นั้น เป็นพื้นที่ทับซ้อนในเชิงการบริหารจัดการและการให้บริการระหว่างหน่วยงานส่วนกลางและหน่วยงานของรัฐบาลท้องถิ่น ที่มีบริบทพิเศษ ซึ่งกำลังมีการขบคิด ผลักดัน ประสาน เชื่อมโยงกันระหว่างสำนักการแพทย์กรุงเทพฯ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือกำลังขับเคลื่อนในรูปของคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการ สาขาการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ซึ่งคาดว่าจะมีความร่วมมือกันในการจัดบริการแบบจับคู่ กล่าวคือ โรงพยาบาลในสังกัดของกรุงเทพฯ ทั้ง 10 แห่ง ทำงานร่วมกับ รพ.ในสังกัดของกรมการแพทย์จำนวน 3 แห่ง (รพ.ราชวิถี, รพ.นพรัตน์ราชธานี และ รพ.เลิดสิน) และให้แต่ละแห่งจับคู่หรือแบ่งเขตกันดูแลรับผิดชอบร่วมกับศูนย์บริการสาธารณสุขของ กรุงเทพฯ จำนวน 67 แห่ง ที่กระจายอยู่ในพื้นที่/เขตต่าง ๆ เพื่อให้สามารถจัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแบบประคับประคองได้จริง

จำเป็น ที่จะช่วยทำให้ได้มาตรฐานหรือการทำงานบริการที่มีมาตรฐานมากขึ้น เช่น การผลิตเอกสาร คู่มือ แนวทาง ที่จำเป็น ที่มีความครอบคลุมในทุกมิติ

สำหรับ**การเสริมพลังให้ชุมชนปฏิบัติการ (Empowering community to act) ซึ่งเป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบของกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวานั้น พบว่า มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับการปรับระบบและรูปแบบการให้บริการ ที่ต้องเน้นไปที่ความต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้านตามความประสงค์ของผู้ป่วย** ซึ่งในกรณีของภาคอีสานนี้ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน หรือ ชุมชนหมู่บ้าน/บ้านเกิดของตน ดังที่ได้กล่าวไปแล้วหลายครั้งในบทวิเคราะห์นี้ ด้วยเหตุนี้ การปรับระบบบริการตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ไปจนถึงโรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต. ที่จะสามารถไปเสริมระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จึงมีความสำคัญมาก ดังนั้น เอกสารคู่มือและการสื่อสาร/การฝึกอบรมเรื่อง การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การนำยามอร์ฟีนไปใช้ที่บ้าน การดูแลระยะใกล้เสียชีวิต ฯลฯ จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากที่ทีมงานในระดับต่าง ๆ จะต้องเข้าใจและให้ความร่วมมือโดยเฉพาะทีมงานระดับโรงพยาบาลชุมชน. รพ.สต. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ชุมชน/หมู่บ้าน

ด้วยเหตุนี้ การเสริมพลังให้ชุมชนปฏิบัติการ หรือให้ชุมชนร่วมมือ/ลงมือปฏิบัติการ และ/หรือ ช่วยส่งเสริม/สนับสนุนระบบการดูแลที่บ้าน (Home care) ให้เป็นไปด้วยดี มีมาตรฐาน ไม่มีความเสี่ยง ไม่มีประเด็นปัญหาการถูกละเมิด หรือประเด็นปัญหาจริยธรรม หรือความผิดพลาดต่าง ๆ เกิดขึ้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากสามีภรรยาลูกหลานหรือญาติพี่น้องหรือผู้ดูแลหลัก รวมถึงผู้ดูแลเสริม[43] สามารถช่วยลดความทุกข์ทรมานทั้งกายและใจ โดยเฉพาะความทรมานจากความเจ็บปวด การหายใจลำบาก การดูแลอนามัยพื้นฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ไปจนถึงการรับรู้และยอมรับความตายด้วยวิธีการสื่อสารที่ไม่รุนแรง แต่มีจังหวะและขั้นตอนที่เหมาะสม ฯลฯ จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในลำดับต้น ๆ มิเช่นนั้น ผู้ป่วยก็จะไม่ได้รับโอกาสในการตายดี ตามที่ระบุไว้ในพินัยกรรมชีวิต และ/หรือ หนังสือแสดงเจตนาไม่รับบริการบางอย่างในช่วงท้ายของชีวิต (Living Will : LW)

---

43 ซึ่งส่วนใหญ่เสริมด้วยบทบาทของอาสาสมัคร/จิตอาสา/ผู้นำชุมชนและผู้ดูแลที่ผ่านการฝึกอบรมจากหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งในช่วงหลัง ๆ มานี้ พบว่า หน่วยงาน/โครงการ/นโยบายของรัฐหลายหน่วยงาน โดยเฉพาะ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), กรมอนามัย, สถาบันการศึกษาด้านสุขภาพ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ ได้จัดหรือส่งเสริมให้มีการอบรมจิตอาสาและผู้ดูแลหลายหลักสูตรด้วยกัน นอกจากนี้ ในช่วงการเก็บข้อมูลในภาคสนาม พบว่า จำนวนมากนิยมเรียก “ผู้ดูแล” ว่า แคร์กีฟเวอร์ (Care giver) หรือเรียกทับศัพท์ ตามวิทยากร/ผู้ให้การอบรม ซึ่งเป็นบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์และพยาบาล

อย่างไรก็ตี สำหรับ **“หนังสือเจตนาไม่รับบริการสาธารณสุขในช่วงท้ายของชีวิต”** นี้ พบว่า ในหลาย ๆ แห่ง นิยมเรียกรวม ๆ ว่า **“สมุดเบาใจ”** ซึ่งเท่าที่ลองสำรวจหรือวิเคราะห์สมุดเบาใจของผู้ป่วยในหลาย ๆ พื้นที่ พบว่า ในบางแห่ง สมุดเบาใจประกอบด้วย การแสดงเจตนารับ/ไม่รับบริการสาธารณสุขในช่วงท้ายของชีวิต การบันทึกอาการเจ็บป่วยและยาที่ได้รับ คล้าย ๆ สมุดประจำตัวของคนไข้[44] แต่มีข้อสังเกตว่า สำหรับบางแห่ง ไม่ได้จัดทำอย่างเป็นระบบ มีเนื้อหาน้อยหรือไม่ครบถ้วน หรือบางแห่งไม่ได้มีการใช้อย่างจริงจัง แต่เป็นการทำไว้ เพราะอาจถูกขอความร่วมมือให้ทำ หรือทำแต่ยังไม่มีความพร้อมในด้านทีมงาน นอกจากนี้ ในหลาย ๆ กรณี พบว่า สภาพของสมุดบันทึกเกี่ยวกับผู้ป่วยนี้ไม่ได้บันทึกอย่างครบถ้วน การส่งต่อข้อมูลยังไม่ครบหรือยังไม่เป็นปัจจุบัน สำหรับหลาย ๆ แห่ง ดูแล้วยังไม่ได้รับการให้ความสำคัญมากเท่าที่ควร บางกรณีสมุดอยู่ในสภาพฉีกขาดหรือชำรุด และไม่แน่ใจว่า เวลาผู้ป่วยถูกส่งกลับไปโรงพยาบาลอีกครั้งหนึ่ง (ในกรณีที่การจัดการอาการเจ็บปวดและอาการรบกวนต่าง ๆ ที่บ้าน ทำได้ไม่ดี) ไม่ทราบว่า จะมีการใช้สมุดเบาใจนี้จริง ๆ หรือไม่อย่างไร ตรงนี้ยังเป็นข้อสงสัยมาก ๆ เพราะได้มีการสอบถามบางแห่งแล้ว แต่ทีมงานยังอธิบายได้ไม่ชัดเจน ยังไม่ค่อยน่าเชื่อถือ จึงควรปรับปรุงเรื่องนี้ ถ้าพิจารณาว่าเรื่องนี้มีความสำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิตในระยะท้ายของผู้ป่วย หรือมีส่วนช่วยทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสตายดีได้จริง



44 สมุดเบาใจ และ Living Will (LW) คือ เครื่องมือที่เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายผลิตขึ้นมา เพื่อใช้ในการบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วย โดยเฉพาะความปรารถนา/ความต้องการในการได้รับการดูแลรักษาในช่วงท้ายของชีวิต ซึ่งพบว่า หน่วยบริการ/สถานพยาบาล/รพ.แต่ละแห่งทำแตกต่างกันไปตามบริบท ความถนัด ความเข้าใจ ระดับการให้ความสำคัญ หรือความสะดวกในการทำ บางแห่งก็ทำรวมกันทั้งสมุดเบาใจ และ Living Will (หรือหนังสือแสดงเจตนาไม่รับบริการสาธารณสุขในช่วงสุดท้ายของชีวิต) บางแห่งก็ทำแยกออกจากกัน แต่พบว่าหลายแห่งยังไม่ค่อยมีมาตรฐาน ซึ่งเป็นที่เข้าใจได้ เพราะหลายแห่งเพิ่งริเริ่มดำเนินการเรื่อง PC แต่ต่อไปในอนาคต คาดว่า น่าจะมีการทำให้ได้มาตรฐานเดียวกัน พร้อมทั้งมีการใช้สมุดเบาใจ พินัยกรรมชีวิต การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) และหนังสือแสดงเจตนาไม่รับบริการสาธารณสุขในช่วงท้ายของชีวิตอย่างจริงจัง มีการบันทึกข้อมูลที่จำเป็นอย่างครบถ้วน และมีการดูแลภายหลังการสูญเสีย (bereavement care) ด้วย

3. บทบาทของจิตอาสา พระสงฆ์อาสา: บทสะท้อนอีกส่วนหนึ่งของกระบวนการเสริมพลังให้ชุมชนลงมือปฏิบัติการ

สำหรับอาสาสมัคร/จิตอาสา/ผู้ดูแลเสริม/ผู้สนับสนุนในด้านต่าง ๆ ณ ที่นี้ หมายรวมถึง พระสงฆ์จิตอาสาหรือภิกษุอาสา (กรณีผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในพื้นที่ ๆ ประชาชนนับถือศาสนาพุทธ) หรือสถานภาพอื่น ๆ ตามบริบทเฉพาะทางศาสนาของผู้ป่วยและชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เช่น ถ้าเป็นคริสต์ ก็ได้รับการดูแลทางจิตวิญญาณและสุขภาวะทางปัญญาผ่านทางบาทหลวงหรือโบสถ์ในพื้นที่ ถ้าเป็นมุสลิม ก็ได้รับการดูแลทางจิตวิญญาณและสุขภาวะทางปัญญาผ่านทางโต๊ะอิหม่ามและทีมงานอาสาสมัครที่เป็นมุสลิมเช่นกัน

สำหรับกรณีของจิตอาสาที่นับถือศาสนาคริสต์พบที่ อ.สารภี จ.เชียงใหม่, อ.แม่สอด และ อ.แม่ระมาด จ.ตาก และกรณีของ รพ. เซ็นต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร สำหรับกรณีของศาสนาอิสลาม พบที่ อ.เทพา จ.สงขลา อ.ห้วยยอด จ.ตรัง และ อ.แม่สอด จ.ตาก

ซึ่งพบว่า การผนวกประเด็นการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณเข้ามาในระบบการดูแล พร้อมทั้งมีการสื่อสารกับชุมชนหรือเสริมพลังให้ชุมชนเข้าร่วมปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วย ก็ทำให้ผู้นำทางจิตวิญญาณของแต่ละศาสนาได้เข้ามามีบทบาทในการสื่อสารและเยียวยาทางจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการเติมเต็มช่องว่างที่มีอยู่ในระบบการดูแลแบบเดิม ที่อาจเน้นแต่ทางร่างกาย และในหลาย ๆ กรณีไม่ทราบว่าจะทำอะไร เพราะไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนี้ ถ้าเป็นกรณีผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธ วิธีเดิมที่ใช้ ก็แค่เปิดเทปธรรมะให้ฟัง หรือถวายสังฆทานเท่านั้น (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลหลายแห่ง) แต่เมื่อได้เพิ่มมิตินี้เข้ามาในระบบการดูแล พร้อมทั้งสื่อสารกับองค์กร/สถาบันต่าง ๆ ในชุมชน หรือเสริมพลังให้ชุมชนสนใจเรื่องนี้ โดยเฉพาะสถาบันศาสนา ก็ทำให้ผู้นำทางจิตวิญญาณของแต่ละศาสนาได้เข้ามามีบทบาทในการเยี่ยมบ้าน การสื่อสารพูดคุยประเด็นสำคัญต่าง ๆ การให้กำลังใจ และสามารถช่วยชำระสิ่งค้างคาใจให้กับผู้ป่วยจำนวนมากอย่างมองเห็นได้ชัดเจน

สำหรับพระสงฆ์จิตอาสาหรือภิกษุอาสานี้ พบว่า ในบางพื้นที่ ๆ ที่มีการทำงานของโครงการเสริมสร้างสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่ดำเนินการและรับผิดชอบโดยเครือข่ายพุทธิกา ก็จะพบบทบาทของพระสงฆ์จิตอาสาหรือภิกษุอาสาที่ชัดเจน หรือพบว่า พระสงฆ์เป็นส่วนหนึ่งของทีมติดตามดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยด้วย ถึงแม้ว่าอาจจะไม่ได้ดำเนินการในรูปทีม (Teamwork) แต่เป็นการไปเยี่ยมบ้านตามความสะดวกของแต่ละฝ่าย/

แต่ละคนก็ตาม ทั้งนี้ ยังคงพบบทบาทของพระสงฆ์อาสาทั้งในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่, จังหวัดสุรินทร์, จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดบุรีรัมย์

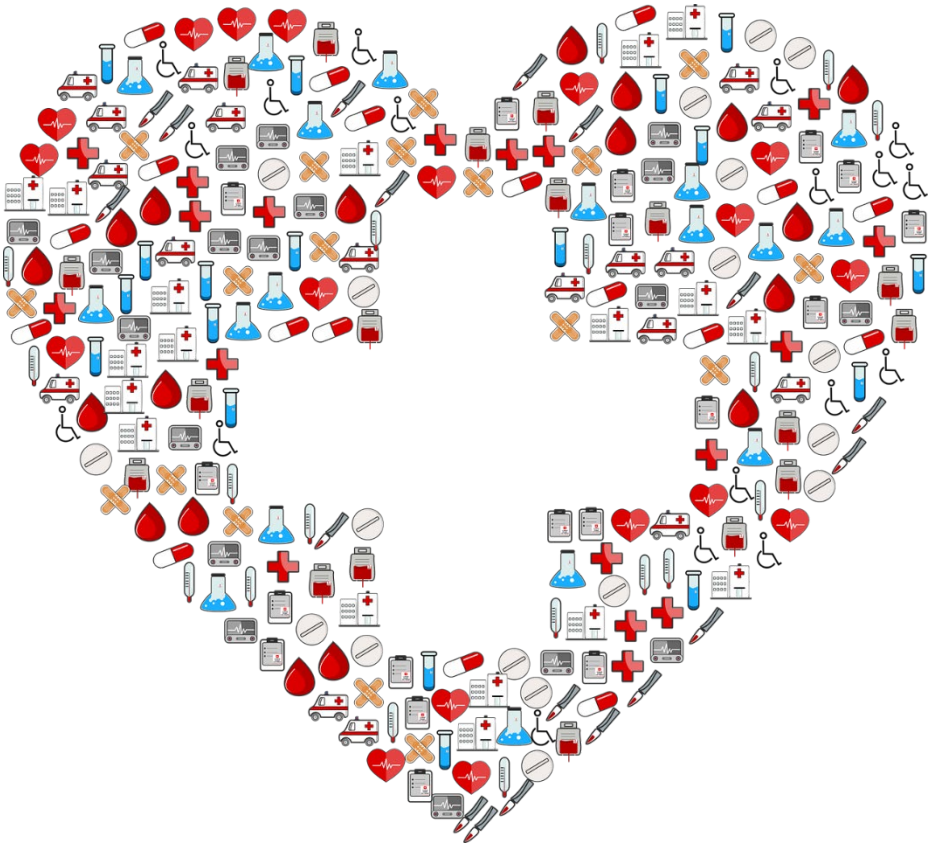
แต่คณะวิจัย ก็ได้พบบทบาทของพระสงฆ์ในจังหวัดอื่น ๆ (ที่ไม่ใช่พื้นที่การทำงานโดยตรงของเครือข่ายพุทธิกา) ด้วยเช่นกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ได้มีการกระจายตัวของแนวคิดและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่พระสงฆ์หรือผู้นำทางจิตวิญญาณเข้ามามีส่วนร่วมหรือมีบทบาทในการช่วยทำให้ผู้ป่วยไม่ทุรนทุราย หรือที่เรียกกันว่า ได้รับโอกาสในการตายดี ผ่านช่องทางต่าง ๆ ทั้งออนไลน์และเครือข่ายบุคคล อาทิเช่น ในพื้นที่ จ.ขอนแก่น, จ.ตรัง, จ.น่าน, จ.แพร่, และ จ.ตาก เป็นต้น

ซึ่งภาพเหล่านี้ ถือเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสื่อสารหรือการเสริมพลังให้ชุมชนร่วมลงมือปฏิบัติการกับทางสถานพยาบาล เพราะลำพังแต่สถานพยาบาลเอง พบว่า ไม่สามารถดำเนินการได้ครบทุกมิติ เพราะมีบุคลากรน้อยมาก ไม่มีพยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยา หรือมีแต่ก็น้อยมาก มีเพียงใน รพศ./รพท. เท่านั้น บางพื้นที่เหมือนกับต้องฝากภารกิจด้านการดูแลแบบประคับประคองไว้กับทีมงาน รพ.สต.เท่าที่มีอยู่ ซึ่งยังไม่เคยอบรมเรื่อง PC มาก่อน เช่น ทันตาภิบาล (ซึ่งยืมตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน) แต่จำเป็นต้องเข้ามาช่วยทำหน้าที่ดูแลหรือช่วยแบ่งเบาภาระเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ขณะที่ผู้อำนวยการ รพ.สต. ต้องทำเรื่องผู้สูงอายุ และ ผู้ช่วยพนักงานสาธารณสุขต้องทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน เป็นต้น

เนื่องจากมีปัญหาจำนวนบุคลากรใน รพ.สต. ซึ่งมีอยู่น้อยมาก ทำให้ที่ผ่านมาในบางพื้นที่ พบว่า เป็นการทำแบบลองผิดลองถูก (ที่มีความเสี่ยง และมีความไม่มั่นใจ) แต่บางแห่งก็ทำได้ดี ทำด้วยใจ ถึงแม้ไม่มีความรู้อะไรมาก แต่มีใจรักผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ซึ่งก็ยังดีกว่าไม่มีอะไรเลยหรือปล่อยให้ผู้ป่วยถูกทอดทิ้ง ดังนั้น ในเรื่องมิติจิตใจ/จิตวิญญาณ จึงมีนัยสำคัญเพิ่มขึ้นอีก ซึ่งก็คือ จิตใจ จิตวิญญาณของบุคลากร ฯ ในการทำงานด้วยความรักในผู้ป่วย ถึงแม้จะอยู่ห่างไกลและขาดแคลนทรัพยากรต่าง ๆ รวมทั้งยังรู้สึกว่าตนเองยังขาดความรู้ และดูจะไม่ได้รับโอกาสในการเข้าฝึกอบรมง่าย ๆ แต่ก็ยังทำด้วยจิตใจและจิตวิญญาณที่รักเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน ซึ่งพบว่า ระบบ PC อยู่ได้ด้วยบุคลากรที่มีจิตวิญญาณเหล่านี้

แต่สำหรับประเด็นที่ว่าจะสามารถเข้าถึงปัญหาด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้จริงหรือไม่ มากน้อยแค่ไหน สำหรับกรณีเช่นนี้ ยังคงเป็นคำถามคาใจอยู่พอสมควร ที่จะต้องนำมาเป็นโจทย์ในการทำงานกันต่อไป โดยเฉพาะการแก้ไขปัญหาให้ตรงจุด โดยเฉพาะปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในระดับปฐมภูมิ และการขาดแคลนความรู้และทักษะด้าน PC ของบุคลากร เพราะหลายแห่ง พบว่า ไม่สามารถไปเข้ารับการอบรมเสริมศักยภาพที่จัดโดยหน่วยงานต่าง ๆ ได้ เพราะภารกิจการทำงานล้นมือ ไม่สามารถปลีกตัวไปได้ ซึ่งจริง ๆ แล้ว

ตรงนี้เป็นประเด็นปัญหาจริยธรรมที่สำคัญมากในมุมมองของคณะวิจัย เพราะเจ้าหน้าที่ระดับล่างเป็นกลุ่มบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนหรือผู้รับบริการมากที่สุด แต่ขาดปัจจัยสนับสนุนที่พอเพียง ขาดโอกาสในการพัฒนาตนเอง ซึ่งทำให้มีส่วนในการช่วยพัฒนาระบบได้ไม่เต็มที่ ในขณะที่ตัวระบบและโครงสร้างมีความคาดหวังให้เป็นระบบด่านหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชนได้ทุกมิติ จึงมีความย้อนแย้งและเป็นประเด็นปัญหาจริยธรรมในแง่ของความเหลื่อมล้ำในระบบ ที่ควรมีการแก้ไขให้ได้



4. บทบาทของผู้นำชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ๆ กับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและปัญหาที่พบ

สำหรับบทบาทของผู้นำชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีทั้งผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อบต./นายก อบต. เทศบาลตำบล/นายกเทศมนตรี และ/หรือ ทีมงานในพื้นที่ระดับตำบลอื่น ๆ คณะวิจัย ก็ได้พบบทบาทของผู้นำชุมชนและเครือข่าย อสม. ที่โดดเด่นในพื้นที่ต่าง ๆ อีกหลายแห่ง (ซึ่งก็มีความเข้มข้น ความสม่ำเสมอ และคุณภาพที่แตกต่างกันไป) นอกเหนือจากที่นำเสนอกรณีศึกษา ต.เมืองพล อ.พล จ.ขอนแก่น ไปแล้วข้างต้น ก็ยังพบที่ ต.กลางใหญ่ และ ต.หนองแวง อ.บ้านผือ จ.อุดรธานี, ต.ดอนชมพู อ.โนนสูง จ.นครราชสีมา , ต.แคน อ.สนม, รพ.สต.บ้านสำโรง ต.แคน อ.สนม และ ต.ตากูก อ.เมือง จ.สุรินทร์, รพ.สต.บ้านแวง และ ต.บ้านแวง อ.พุทไธสง จ.บุรีรัมย์, รพ.สต.บ้านดงซ่อม ต.เชียงทอง อ.วังเจ้า จ.ตาก, รพ.สต สันป่าไร่ ต.พระธาตุ อ.แม่ระมาด จ.ตาก และชุมชนตำบลพระธาตุ, ต.ศิลาเพชร อ.ปัว และ ต.ไชยสถาน อ.เมือง จ.น่าน, ต.บ้านถิ่น อ.เมือง จ.แพร่, ต.ยางเนิ้ง อ.สารภี จ.เชียงใหม่, ต.หนองหาร และ ต.สันนาเม็ง อ.สันทราย จ.เชียงใหม่, รพ.สต.บ้านต้นเหรียง รพ.สต.บ้านท่าควาย รพ.สต.บ้านสี่ขีด ตำบลเสาเภา และเทศบาลตำบลสิชล อ.สิชล จ.นครศรีธรรมราช, ต.นาโยงใต้ อ.เมือง และ ต.เขาปูน และ ต.ห้วยยอด อ.ห้วยยอด จ.ตรัง

โดยเฉพาะในสองพื้นที่สุดท้าย คือ **ต.นาโยงใต้ และ ต.ห้วยยอด จ.ตรัง** คณะวิจัยได้มีโอกาสสนทนากับผู้นำชุมชนและแกนขับเคลื่อนหลักค่อนข้างนานกว่าพื้นที่อื่น ๆ ทำให้พบว่าในกรณีของ ต.นาโยงใต้นั้น นายก อบต. มีบทบาทโดดเด่นในการสนับสนุนระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ/ชมรมผู้สูงอายุ และโรงเรียนผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีผู้ป่วยและผู้ป่วยระยะท้ายจำนวนน้อย (หรือไม่มีผู้ป่วยระยะท้ายเลยขณะที่ไปเยี่ยมพื้นที่) ด้วยการสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ของ อบต. ทั้งทรัพยากรของราชการ และทรัพยากรส่วนตัวของนายก อบต. ทั้งเงิน, สถานที่, รถรับส่ง, การช่วยระดมทุน, การให้ผู้สูงอายุออกแบบหรือเสนอกิจกรรมด้วยตนเอง ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง ประกอบกับเป็นเขตให้บริการของคลินิกหมอครอบครัว ทำให้มีทีมสหวิชาชีพเข้ามาสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาผู้สูงอายุและคนทุกวัย ทำให้ผู้สูงอายุและคนในชุมชนมีสุขภาพดี

สำหรับกรณี **ต.ห้วยยอด อ.ห้วยยอด จ.ตรัง** พบว่า เป็นความร่วมมือกันของทุกฝ่ายในชุมชน ทั้งหน่วยงานราชการ เทศบาล วัด โรงเรียน สาธารณสุข รพ.สต. อสม. ซึ่งเป็นผลมาจากการขับเคลื่อนของพระสงฆ์จากวัดห้วยยอด ที่สามารถเชื่อมประสานหน่วยงาน/สถาบัน/องค์กร/ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ รวมถึงกลุ่มเด็ก-เยาวชนหรือสภาองค์กรเด็กและเยาวชนให้เข้า

มาร่วมกันดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน-ติดเตียง ผู้พิการ และผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน (โปรดอ่านรายละเอียดเกี่ยวกับกรณีชุมชนตำบลห้วยยอดในบทวิเคราะห์การขับเคลื่อนจากมุมมองของกรอบแนวคิดและทฤษฎีของโรเจอร์สและชูเมกเกอร์ในรายงานเล่มนี้ประกอบด้วย)

จึงอาจกล่าวโดยภาพรวมได้ว่า การตอบสนองของชุมชนระดับตำบลส่วนใหญ่เป็นไปค่อนข้างดี หรืออาจกล่าวได้ว่า ส่วนใหญ่ตอบสนองต่อการเข้าร่วมแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านได้ค่อนข้างดี และบางแห่งถึงขั้นดีมาก แต่ก็ยังมีอีกส่วนหนึ่งที่ยังมีปัญหาเกี่ยวกับความสม่ำเสมอของระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เนื่องจากพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุพิการ (ยังไม่ใช่ผู้ป่วยระยะท้าย) ที่ไม่มีญาติ ถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว ในขณะที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายตนเองได้สะดวกหรือลุกขึ้นเดินไม่ได้ ต้องใช้วิธีถัดก้นไปกับพื้นบ้านเพื่อหุงหาอาหารทานเอง ซักเสื้อผ้าเอง แต่ไม่ค่อยได้ทำความสะอาดบ้าน หรือทำได้ระดับหนึ่งตามสภาพร่างกาย ทำให้สุขอนามัยไม่ค่อยดีเท่าใด เนื่องจากผู้ดูแล จิตอาสา หรืออาสาสมัครเอง ก็มีภารกิจของตน ทั้งภารกิจการทำมาหากินหรือออกไปหารายได้ของครอบครัวและภารกิจในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นพ่อแม่ของอาสาสมัครเองด้วย

ในบางพื้นที่ พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุนอนติดเตียง (ที่จริงต้องเรียกว่า นอนติดที่นอน เพราะกรณีนี้ไม่มีเตียง) อยู่ในบ้านที่จวนจะพังโดยลำพังเพียงคนเดียว และร้องบอกด้วยเสียงแหบว่า ๆ “หิวข้าว” ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมีญาติซึ่งเป็นหลานห่าง ๆ อยู่ไม่ไกลจากบ้านผู้ป่วย แต่เนื่องจากมีปัญหาขัดแย้งกันมาก่อน จึงไม่ค่อยดูแล หรือดูแลด้วยความไม่เต็มใจ ยังมีความโกรธเคืองอยู่ในใจ แต่ก็ยังโชคดีที่ผู้ป่วยรายนี้ มีจิตอาสาซึ่งนับถือศาสนาคริสต์ รับอาสามาดูแล หาข้าวปลาอาหาร ป้อนยา และทำความสะอาดร่างกายให้ แต่จิตอาสาจะมาได้เฉพาะบางช่วงเวลาเท่านั้น เพราะต้องทำงาน

ในขณะที่บางกรณีหรือบางชุมชน พบว่า มีอาสาสมัคร/จิตอาสาจำนวนมาก หรือมากกว่า 10 กว่าคน แต่ก็ยังไม่ได้เข้ามาร่วมแบ่งเบาภาระให้กับผู้ดูแลที่เป็นสามีหรือภรรยาหรือลูกของผู้ป่วย เนื่องจากยังไม่ได้คุยกันเรื่อง ระบบการบริหารจัดการเวลาและการทำงานเป็นทีมแบบหมุนเวียนกันมาดูแล ทำให้ยังไม่ค่อยมีบทบาทในการช่วยเหลือหรือแบ่งเบาภาระผู้ดูแลที่เป็นญาติหรือภรรยาของผู้ป่วยหนัก ที่ต้องการการดูแลตลอด 24 ชั่วโมงมากเท่าใด

ดังนั้น ในเรื่องระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Care) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญส่วนหนึ่งของการเสริมพลังให้ชุมชนปฏิบัติการภายใต้กรอบแนวคิดของออตตาวานี้ พบว่า คนที่มีบทบาทเป็นผู้ดูแลที่สำคัญที่สุด ยังคงเป็นสามีหรือภรรยาหรือลูกหลานหรือญาติพี่น้องของผู้ป่วย ซึ่งจริง ๆ แล้ว ***ผู้ดูแลตัวจริงดังกล่าว ก็สะท้อนเช่นกันว่า ควรจะสนับสนุนหรือมีเงินช่วยเหลือหรือเงินชดเชยให้กับผู้ดูแลตัวจริง ในกรณีที่ต้องออกจากงานหรือหยุดงานหรือ***

หยุดทำมาค้าขาย/รับจ้าง ไม่สามารถออกไปทำงานได้ และต้องมาดูแลผู้ป่วยที่เป็นสามีหรือภรรยาหรือบิดามารดาหรือญาติพี่น้องของตน ทำให้จำนวนหนึ่งไม่มีรายได้หรือต้องใช้เงินเก็บที่มีอยู่ก้อนเล็ก ๆ ด้วยการประหยัดแบบสุด ๆ ทำให้ชีวิตค่อนข้างลำบาก และสำหรับบางราย พบว่า ไม่น่าจะส่งผลต่อการตายดีหรือการมีคุณภาพชีวิตระยะท้ายของผู้ป่วย เพราะผู้ดูแลเองมีความเครียดค่อนข้างมาก



5. การขยายตัวไปยังพื้นที่/โรงพยาบาล/เขตสุขภาพอื่น ๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สำหรับกรณีการขยายแนวคิดและรูปแบบ/ระบบ PC ไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆ ในเขตสุขภาพที่ 7 (จังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์) และหลังจากนั้น ก็ได้ขยายไปยังเขตสุขภาพที่ 8, 9, และ 10 หรือจนทั่วภาคอีสานนั้น พบว่า เป็นการทำงานผ่านระบบการเชื่อมต่อระหว่างหน่วยบริการในระดับต่าง ๆ ทั้ง 3 ระดับ คือ ระดับจังหวัด (รพ.ศูนย์, รพ.ทั่วไป) ลงไปยังระดับอำเภอ (รพ.ชุมชน) และระดับตำบล-หมู่บ้าน (รพ.สต. และศูนย์สุขภาพชุมชน) ซึ่งเป็นโครงสร้าง/ระบบบริการที่มีอยู่แล้ว แต่การที่ศูนย์ KPC รพ. ศรีนครินทร์ จ.ขอนแก่น สามารถเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายด้านนี้ให้กับโรงพยาบาลอื่น ๆ อีกจำนวนมากทั้งในเขตสุขภาพที่ 7 (สำหรับเขตสุขภาพที่ 7 มี รพ. ศูนย์ขอนแก่น เข้ามาหนุนเสริมหรือเป็นพลังขับเคลื่อนที่สำคัญมากของเขตนี้) และนอกเขตสุขภาพที่ 7 ได้นั้น ทางศูนย์ ฯ รวมถึงทีมงานและระบบต่าง ๆ ของ รพ. ศรีนครินทร์ ก็จะต้องมีสมรรถนะ มีความรู้ความสามารถในทุกด้านและสามารถเป็นต้นแบบให้กับโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้ในทุกด้านเช่นกัน

ดังนั้น ศูนย์ KPC จึงพัฒนา ยกระดับตนเอง พัฒนาทีมงาน ปรับระบบและโครงสร้างของศูนย์ พัฒนาบุคลากรในแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาลด้วยการจัดฝึกอบรมหลากหลายประเภท/หลักสูตร จนกลายเป็นศูนย์ฝึกอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคองใหญ่ที่สุดของประเทศ และยังมีบทบาทในระดับภูมิภาคลุ่มน้ำโขงอีกด้วย และมีระบบการให้คำปรึกษากับโรงพยาบาลต่าง ๆ ในเขต 7 ก่อน (ประมาณปี พ.ศ.2557) จนต่อมาได้เกิดศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลจังหวัดต่าง ๆ ในเขตนี้ขึ้นทั้ง 4 จังหวัด

หลังจากนั้นช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2558-2559 จึงขยายผลออกไปจนครอบคลุมโรงพยาบาลจังหวัดต่าง ๆ ทั่วภาคอีสาน รวมทั้งหมดประมาณ 20 แห่ง[45] โรงพยาบาลชุมชนอีกจำนวน 320 แห่ง (ซึ่ง รพ.ชุมชนจะเชื่อมต่อไปยัง รพ.สต. และศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งทั้งหมดมีเป้าหมายหรือศูนย์กลางการดูแลอยู่ที่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นผู้รับประโยชน์หรือรับผลของการพัฒนาระบบ โดยมีชุมชน/อสม./จิตอาสา/องค์กรศาสนา/ภิกษุอาสา/อปท. สนับสนุนอีกแรงหนึ่ง) ผ่านการสนับสนุนทางวิชาการ/เอกสาร/แนวทางต่าง ๆ การให้

45 อย่างไรก็ดี จากการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ทีมงาน/แกนหลักสำคัญของศูนย์การุณรักษ์ พบว่า ยังมีบางจังหวัดที่ยังไม่ได้เข้าร่วมเต็มที่หรือยังมีปัญหาในการพัฒนาระบบ อยู่อีกประมาณ 2-3 จังหวัดในภาคอีสาน

คำปรึกษา ระบบการส่งต่อ (ที่เชื่อมโยงกันแบบสองทาง) และการเชื่อมโยงเครือข่ายในหลาย ๆ ระดับเข้าด้วยกันทั้งหมด ทั้งภูมิภาค

นอกจากนี้ ก็ยังมีการพัฒนาส่งเสริมศักยภาพของเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง ผ่านการจัดหลักสูตรอบรมประเภทต่าง ๆ ดังกล่าวไปแล้วข้างต้นหลายครั้ง และยังมีการจัดประชุมวิชาการด้วยรูปแบบ-ประเด็นต่าง ๆ เป็นระยะ ๆ นอกจากนี้ โรงพยาบาลจังหวัดหลายแห่ง อาทิเช่น รพ. สุรินทร์ รพ. อุดรธานี รพ. บุรีรัมย์ รพ. ร้อยเอ็ด รพ. สรรพสิทธิ์ประสงค์ อุบล ฯ และ รพ. ศูนย์ขอนแก่น ยังสามารถแสดงบทบาทเป็นแหล่งฝึกอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพให้กับเครือข่ายได้มากขึ้น เร็วขึ้น ที่เรียกว่า หลักสูตร TOT (Training for the trainers) และหลักสูตรอื่น ๆ ให้กับสถานพยาบาลอื่น ๆ ในภาคอีสานตอนกลางและตอนล่างด้วย รวมถึงโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งก็สามารถแสดงบทบาทเป็นแหล่งฝึกให้กับพยาบาลชุมชน ที่เรียกว่า **'Clinical PC for Community Nurse'** เป็นเวลา 4 สัปดาห์ด้วย

สำหรับสิ่งที่สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ ต้องมีหรือต้องทำ เพื่อช่วยกันพัฒนาหรือยกระดับคุณภาพของระบบ เพื่อให้ได้มาตรฐาน สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการในแต่ละจังหวัดได้จริงนั้น ทางศูนย์ KPC ในฐานะแม่ข่ายที่มีประสบการณ์สูง ก็ได้กำหนดภารกิจและองค์ประกอบต่าง ๆ ที่โรงพยาบาลทุกแห่งต้องทำหรือต้องมี-ต้องเป็นเอาไว้ด้วย ดังนี้คือ โรงพยาบาลในระดับจังหวัดของแต่ละจังหวัด ควรจะต้องมีการจัดตั้งศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Center : PC)[46] โดยมีทีมให้คำปรึกษาที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ ที่ผ่านการอบรมระยะยาว เช่น 6 สัปดาห์ หรือ 2 เดือน หรือ 4 เดือน รับปรึกษาผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลและเครือข่าย รวมถึงการจัดอบรม สร้างแนวปฏิบัติ และสร้างเครือข่ายกับโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของตน สำหรับศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระดับอำเภอ หรือโรงพยาบาลชุมชนนั้น ทีมงานให้

46 ซึ่งในทางปฏิบัติจริง อาจจะใช้ชื่ออื่น ๆ ตามบริบทขององค์กร หรือแล้วแต่ทีมงานจะตกลงกัน อาทิเช่น ศูนย์เมตตารักษ์ ศูนย์ไมตรีจิตร ศูนย์พลังใจ ศูนย์มุทิตา ศูนย์เอื้ออาทร ศูนย์รักษ์สุขภาพ ศูนย์รักบริบาล ศูนย์ดูแลต่อเนื่องและประคับประคอง ฯลฯ หรือบางแห่งใช้คำว่า คลินิก เช่น คลินิกเมตตารักษ์ คลินิกพร้อมรักษ์ เป็นต้น แต่ไม่ว่าจะใช้ชื่ออะไร ก็เป็นที่เข้าใจกันว่า จะต้องมีบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่รักษาไม่หาย หรือไปต่อในทางการแพทย์แบบเดิมไม่ได้ ให้ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่ไม่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นการดูแลที่ไม่รุนแรง ลดความทุกข์ทรมาน ทำให้รู้สึกสบายแม้เจ็บป่วย หรือกายป่วยแต่ใจและจิตวิญญาณไม่ป่วยตามไปด้วย และช่วยให้ผู้ป่วยจากโลกนี้ไปอย่างสงบ มีศักดิ์ศรี แต่หลายแห่งก็ประสบปัญหาการบริหารจัดการและการดูแล เพราะถูกหน่วยเหนือสั่งการให้รับผิดชอบทั้งเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care : PC) และการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู ที่เรียกว่า Intermediate Care (IMC) ซึ่งจริง ๆ แล้ว ผู้ป่วยเป็นคนละกลุ่ม มีสภาพไม่เหมือนกัน สำหรับ IMC เป็นกลุ่มที่ต้องการการฟื้นฟู ต้องการกายภาพบำบัด ซึ่งเป็นความรู้และทักษะอีกแบบหนึ่ง เมื่อนำมารวมกัน ทำให้ทำได้ไม่เต็มที่ทั้ง 2 อย่าง ทำให้ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มเสียโอกาสในการได้รับบริการที่ตรงกับสภาพผู้ป่วย เพราะจำนวนบุคลากรมีไม่มาก แต่แบ่งมาทำงานหลายด้าน ไม่ได้ใช้ศักยภาพที่มีได้อย่างเต็มที่

คำปรึกษา จะต้องผ่านการอบรมเกี่ยวกับ PC ระยะกลาง หรืออย่างน้อยประมาณ 2 สัปดาห์ หรือหนึ่งเดือน

นอกจากนี้ โรงพยาบาลชุมชน ก็จะต้องมียา opioids และมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ อย่างครบถ้วน สำหรับทีมงานระดับโรงพยาบาลชุมชน หรือเรียกว่า รพช. มีบทบาทหน้าที่ในการสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกับ รพ.สต. และ/หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชน ในเขตที่รับผิดชอบทั้งหมดด้วย ในขณะที่หน่วยบริการในระดับตำบล คือ รพ.สต. หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งทีมงานผ่านการอบรมระยะสั้นประมาณ 3-5 วัน หรือ 1-2 สัปดาห์ ก็จะมีบทบาทหน้าที่เป็นทีมเยี่ยมบ้าน ค้นหาผู้ป่วย ขึ้นทะเบียนผู้ป่วย สอนหรือฝึกผู้ดูแลเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องในทุกด้าน รวมถึงการจัดทำโครงการจิตอาสาและพัฒนา อสม. ต่าง ๆ ในพื้นที่ตามความเหมาะสมและจำเป็น



6. การขยายตัวของแนวคิดและรูปแบบไปยังภาคอื่น ๆ: กรณีตัวอย่าง การเกิดระบบ PC ของโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ และนัยสำคัญต่อการยกระดับระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ทั้งนี้ ได้พบด้วยว่า ภายหลังการอบรมที่เข้มข้น หรือได้รับการอบรมและฝึกปฏิบัติเป็นระยะเวลานานพอสมควร อาทิเช่น ประมาณหนึ่งถึงสองเดือน แพทย์ที่เข้ามาอบรมที่ศูนย์ KPC เหล่านั้นก็สามารถกลับไปจัดตั้งระบบในองค์กร/หน่วยงานของตนขึ้นมาได้ทันที ยกตัวอย่างเช่น **กรณีของ รพ. หาดใหญ่** ที่แพทย์ได้รับการอบรมเรื่อง PC จากศูนย์ KPC และสามารถนำความรู้และทักษะไปจัดตั้งระบบใน รพ. หาดใหญ่และเครือข่าย ได้อย่างประสานสอดคล้องกับระบบและโครงสร้างเดิมที่มีอยู่แล้ว โดยเฉพาะศูนย์การแพทย์ชุมชน (community medical unit/center : CMU/CMC) ที่มีอยู่จำนวน 4 แห่ง กระจายอยู่ใน 4 โซนหรือทุกมุมเมือง[47] ที่มีการสานต่อหรือต่อยอดนโยบายหรือดำเนินการต่าง ๆ เพื่อสนองตอบนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้เป็นอย่างดีตลอดมา 20 กว่าปี - โดยมี นพ. อมร รอดคล้าย เป็นแกนสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลปฐมภูมิของ อ.หาดใหญ่[48]

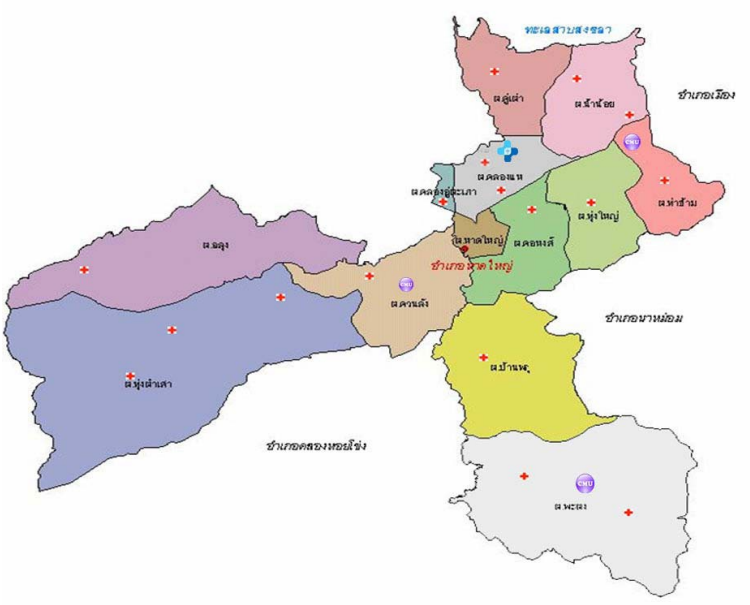
เนื่องจาก นพ.อมร รอดคล้าย เคยไปดูงานที่ประเทศเบลเยียมและได้พบว่าระบบที่มีชุมชนเป็นฐานแบบของประเทศนี้ จะช่วยทำให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิเกิดประสิทธิผลหรือทำตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ได้จริง - รวมถึงศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (PCU) รพ.สต. และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครหาดใหญ่ที่กระจายตัวอยู่ในเขตเทศบาลเมือง ทำให้ระบบ PC ของ รพ. หาดใหญ่และเครือข่าย มีความครอบคลุมในทุกพื้นที่ เชื่อมโยงกันทั้งระดับชุมชน (ทั้งในเขตเทศบาลเมืองและเทศบาลตำบล) รวมถึงในระดับ cluster ที่เรียกว่าคลินิกหมอครอบครัว หรือ PCC (primary care cluster) ที่มีทั้งหมดจำนวน 20 แห่ง โดยมีศูนย์แพทย์ชุมชน (ที่มีหมอ พยาบาล เภสัชกร ทำงานประจำ) เป็นแกนกลาง และเชื่อมกับระดับโรงพยาบาลศูนย์ (ทั้งในและนอกเขตเทศบาล) (โปรดดูแผนภาพ รพ. หาดใหญ่และเครือข่ายระบบปฐมภูมิ ประกอบด้วย)

47 อันที่จริงนั้น อำเภอหาดใหญ่ ถูกแบ่งออกเป็น 2 โซนใหญ่ ๆ คือ 1) โซนเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ หรือโซนเมือง ซึ่งมีประชากรหนาแน่น รวมประมาณ 250,000 คน ซึ่งระบบบริการของ รพ.หาดใหญ่เชื่อมกับศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลหาดใหญ่ และ 2) โซนนอกเขตเทศบาลเมือง สำหรับนอกเขตเทศบาลเมือง ยังแบ่งออกเป็น 4 โซนย่อย ถ้าอยู่นอกเขตเทศบาลเมือง ระบบบริการต่าง ๆ ของ รพ.หาดใหญ่เชื่อมกับ รพ.สต. หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

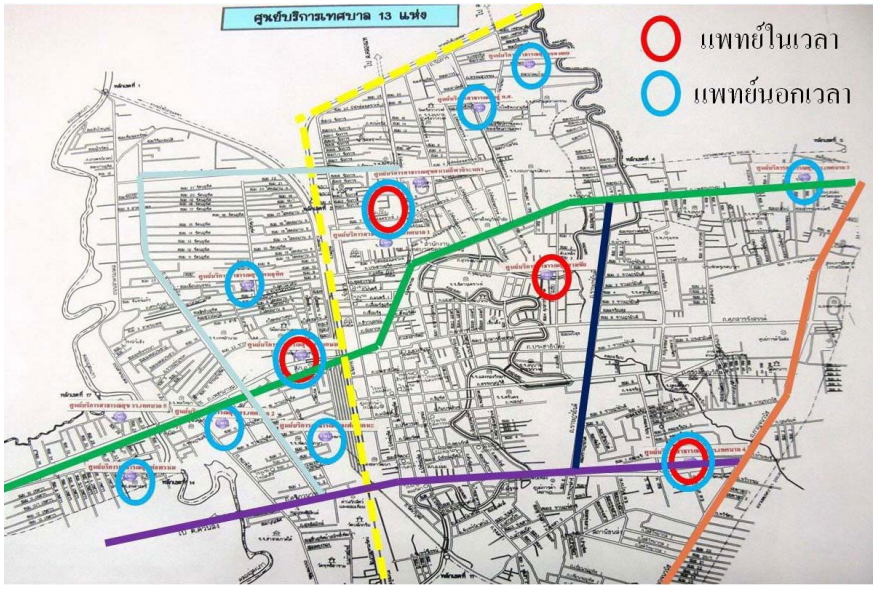
48 ปัจจุบันเป็นแพทย์อิสระ เนื่องจากเกษียณด้วยวิธีการลาออกจากราชการ ก่อนกำหนด

แผนภาพ 9 แผนผังแสดงเครือข่ายระบบปฐมภูมิของอำเภอหาดใหญ่ ทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล

เขตเทศบาลนครหาดใหญ่ (4 มุมเมือง)



นอกเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ (4 โซนนอก)



ที่มา: เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานโรงพยาบาลหาดใหญ่ รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2562 ระหว่างวันที่ 13 – 15 กุมภาพันธ์ 2562

สำหรับระบบ PC ของ รพ. ศูนย์หาดใหญ่ในปัจจุบัน ดำเนินการในรูปคณะกรรมการ มีทั้งหมด 20 กว่าคน มีผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นที่ปรึกษา มีรองผู้อำนวยการ ฝ่ายการแพทย์ และทีมสหวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ อยู่ในคณะกรรมการด้วย มีการประชุมคณะกรรมการปีละ 1-2 ครั้ง แต่ทีมทำงานจริง ๆ มีแพทย์ 2 ท่าน (แพทย์เวชศาสตร์ 1 ท่าน และแพทย์วิสัญญี 1 ท่าน) ซึ่งยังเป็นการทำงานแบบ part-time หรือทำในเวลาว่างจากภาระงานหลัก/งานประจำตามหน้าที่ หรือหลังเลิกงาน แต่ถ้าเร่งด่วนสามารถปรึกษาทางไลน์และทางโทรศัพท์ได้ มีพยาบาลจำนวน 2 ท่าน เภสัชกร 1 ท่าน (ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตร PC สำหรับเภสัชกรจากศูนย์ KPC 2 สัปดาห์) นอกจากนี้ ก็มีนักสังคมสงเคราะห์ และนักโภชนาการ/โภชนากร (แต่ยังไม่ค่อยมีบทบาทมากนัก เพราะขึ้นกับว่าแพทย์เจ้าของไข้จะปรึกษาเรื่องอาหารและโภชนาการของคนไข้หรือไม่) และมีนักกายภาพบำบัดจำนวน 1 ท่าน แต่ในส่วนของชุมชน ก็มีนักกายภาพบำบัดต่างหากอีกด้วย โดยเฉพาะกรณีของศูนย์บริการสาธารณสุขสามชัย เทศบาลนครหาดใหญ่ ที่สร้างขึ้นด้วยงบประมาณจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขที่ให้บริการด้านการส่งเสริมหรือสร้างเสริมสุขภาพอย่างครบวงจร

นอกจากนี้ ยังพบด้วยว่า การบริการผู้ป่วย PC ดำเนินการทั้งในตึกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และในหอผู้ป่วยวิกฤต แต่สำหรับ**ในระดับชุมชน มีพยาบาลชุมชนในศูนย์บริการต่าง ๆ จำนวน 10 คน (ซึ่ง 8 คน ผ่านการอบรมหลักสูตร PC 1 เดือน)** อย่างไรก็ตาม ตอนนี้ รพ. ศูนย์หาดใหญ่ ยังไม่มีศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง หรือ PC Center อย่างเป็นทางการ (ซึ่งไม่เหมือนกับกรณีของศูนย์ KPC หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่อื่น ๆ ที่ได้มีโอกาสไปเยี่ยม) แต่มีโต๊ะทำงาน มีใบ consult มีพยาบาลจำนวน 2 คน และทีมงานวิชาชีพอื่น ๆ (ตามที่กล่าวข้างบน ที่ประสานงานกัน ปรึกษาหารือกัน) แต่ รพ. ศูนย์หาดใหญ่ มีหมอ PC สำหรับเด็กโดยเฉพาะ ในขณะที่โรงพยาบาลอื่น ๆ ยังไม่มีหมอหรือทีมงานด้านนี้ ที่เรียกอย่างเป็นทางการว่า “Pediatric Palliative Care” ยกเว้นกรณีของโรงพยาบาลเด็ก หรือสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และบางพื้นที่ เช่น รพ. ท่าสองยาง จ.ตาก ที่มีผู้ป่วยแม่และเด็กจำนวนมาก[49]

แต่ถึงแม้จะดูเหมือนว่าทีมงานด้าน PC ของ รพ. ศูนย์หาดใหญ่ ยังค่อนข้างเล็ก เมื่อเทียบกับสถานภาพความเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ แต่ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2561) ก็สามารถ

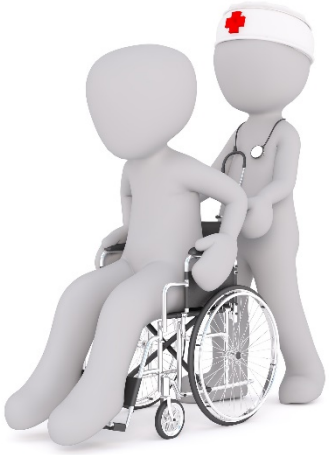
49 ข้อมูลคาบเกี่ยว-เชื่อมโยงจากการสัมภาษณ์ นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ หัวหน้าทีมดูแลแบบประคับประคอง รพ.แม่สอด จ.ตาก เกี่ยวกับบริบทของจังหวัดตากและบริบทการทำงานด้านการพัฒนาระบบ PC ของจังหวัด (ในฐานะสถานพยาบาลชายแดน) แต่คณะวิจัยไม่มีโอกาสได้ไปเยี่ยม รพ.ท่าสองยาง และไม่ได้สัมภาษณ์ทีมงานที่นั่นแต่อย่างใด

ให้บริการผู้ป่วยระยะท้ายไปทั้งหมดจำนวน 800 กว่าราย (เฉลี่ยเดือนละเกือบ 30 ราย หรือวันละ 1 ราย) และสำหรับปี พ.ศ. 2562 (ข้อมูลถึงเดือนสิงหาคม 2562) มีจำนวนผู้ป่วย PC ที่รับบริการแบบประคับประคองไปแล้วจำนวน 600 กว่าราย

นอกจากนี้ รพ. หาดใหญ่ ยังมีสถานภาพเป็น**ศูนย์ในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านด้านเวชศาสตร์ครอบครัว** ที่มีบทบาทหน้าที่ทั้งการให้บริการ การเรียน-การสอนไปพร้อม ๆ กัน สำหรับแพทย์ประจำบ้านมีความสำคัญมาก เพราะจะได้เพิ่มจำนวนแพทย์ให้พอเพียงกับจำนวน PCC ที่มีอยู่ถึง 20 แห่ง ซึ่งที่จริงต้องมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำนวน 1 คน ต่อหนึ่ง PCC และต่อไปจะมีการเพิ่มเรื่อง การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเข้าไปตรงจุดนี้ด้วยเลย

อย่างไรก็ดี คณะวิจัยไม่มีโอกาสได้เยี่ยมพื้นที่การทำงานในระดับ PCC ของ รพ. หาดใหญ่ จึงไม่สามารถอธิบายบริบทการทำงานในเมืองใหญ่ (ซึ่งเป็นเมืองขนาดใหญ่ที่สุดในภาคใต้) ได้มากเท่าใดนัก แต่ได้มีโอกาสเยี่ยมพื้นที่การทำงานของคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster : PCC) ของ รพ. ตรัง ที่เชื่อมกับ รพ.สต. 3 แห่ง ได้แก่ รพ.สต. นาบินหลา รพ.สต. นาโยงใต้ และ รพ.สต.บ้านควน แต่ได้มีโอกาสเยี่ยม รพ.สต. ใน PCC นี้เพียงแค่ 1 แห่ง คือ รพ.สต. นาโยงใต้ สำหรับอีกแห่งหนึ่งที่ได้ไปเยี่ยม แต่ไม่ได้อยู่ใน PCC เดียวกัน คือ รพ.สต.นาพละ อ.เมือง จ.ตรัง

อย่างไรก็ตาม คณะวิจัยมองว่า มีความเหมาะสมในการนำข้อมูลของทั้ง 2 แห่ง มาประกอบการอธิบาย ณ ที่นี้ เนื่องจากมีความสอดคล้องกับแนวทางของ WHO ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ที่ระบุไว้ว่า ควรบูรณาการเข้ากับระบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งจะทำให้มองเห็นทั้งจุดแข็งและจุดอ่อน/ข้อจำกัดของระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิในการรับมือกับโจทย์และภารกิจใหม่ ๆ ด้วย



7. กรณีของคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลตรัง และเครือข่าย (PRIMARY CARE CLUSTER: PCC): นัยสำคัญต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิและระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

การนำเสนอ ณ ที่นี้ จะได้มองเห็นภาพของ รพ.สต.นาโยงใต้ก่อน เพราะเป็นส่วนหนึ่งของระบบและเครือข่าย PCC ที่ต้องการทำความเข้าใจว่า ระบบสุขภาพปฐมภูมิของที่นี่ได้มีส่วนในการดูแลผู้ป่วย PC และการดูแลผู้สูงอายุในช่วงวัยต่าง ๆ อย่างไร รวมถึงประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีนัยสำคัญต่อการปรับทิศทางการทำงานหรือจุดเน้นของการให้งบประมาณต่อไปในอนาคต

สำหรับ **รพ.สต.นาโยงใต้ และ อบต.นาโยงใต้ พบว่า มีจุดเด่น/จุดแข็งในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วยให้กับผู้สูงอายุ ด้วยการส่งเสริมการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งกิจกรรมออกกำลังกายและกิจกรรมทางสังคม** เช่น การประกวดนางงามสุขภาพดี กิจกรรมตามประเพณีต่าง ๆ เช่น งานสงกรานต์ วันกตัญญูผู้สูงอายุ

จากการเข้าไปเยี่ยมพื้นที่ พร้อมทั้งการสัมภาษณ์และรับฟังข้อมูลของชุมชน พบว่า ผู้นำชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะนายก อบต. ให้ความสำคัญกับเรื่องคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก โดยสนับสนุนให้มีโรงเรียนผู้สูงอายุ ให้ใช้สถานที่หรือทรัพยากรของ อบต. เป็นที่พบปะ/จัดกิจกรรมต่าง ๆ ในขณะที่ผู้สูงอายุเองก็มีบทบาทในการกำหนดหรือร่วมเสนอกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่ตนเองต้องการ ไม่ว่าจะเป็นการเรียนรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ โดยมีแพทย์และพยาบาลมาให้ความรู้ ตลอดจนถึงการเรียนรู้ด้านอื่น ๆ ทั้งการทำพิมเสนน้ำ การทำลูกประคบ การออกกำลังกาย การทำอาหาร การกีฬา/กรีฑา การร้องเพลง/คาราโอเกะ การไปทัศนศึกษา/ดูงานตามสถานที่ต่าง ๆ สำหรับการจัดกิจกรรมทุกครั้ง อบต.จัดบริการรถตู้รับส่งผู้สูงอายุทุกคน โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ ยังมีชมรมผู้สูงอายุในทุกหมู่บ้าน และแต่ละชมรม ฯ มีกองทุนของตนเอง ที่มาจากการสมทบของผู้สูงอายุทุกคน บางหมู่บ้านสมทบเดือนละ 10 บาท/คน บางหมู่บ้านเดือนละ 20 บาท ทำให้มีเงินมาทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง สำหรับกองทุนผู้สูงอายุระดับตำบลได้รับการอุดหนุนจากนายก อบต. ช่วยหาทุนให้ รวมทั้งใช้ทรัพยากรส่วนตัวของนายก อบต.เองด้วย

นอกจากนี้ นายก อบต. และทีมงานยังออกเยี่ยมบ้านประชาชนและผู้สูงอายุด้วยตนเอง ซึ่งตำบลนาโยงใต้มีผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 751 คน ซึ่งมีผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 90 ปี และมีสุขภาพดี จำนวน 21 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 3 จึงอาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพดี ซึ่งพบว่า บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชนมีความชัดเจนมาก มีผลทำให้ประชาชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุได้รับโอกาสในการส่งเสริมสุขภาพให้กับตนเองและกลุ่มของ

ตน ทำให้เกิดบรรยากาศความตื่นตัว ความกระตือรือร้น พร้อมทั้งได้รับความร่วมมือจากภาคเอกชนและองค์กรภาครัฐหลายแห่ง ทั้งห้างร้าน ธนาคาร ฯลฯ ซึ่งตรงนี้จะเป็นรากฐานที่ดีในการทำเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองต่อไป กรณีที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในช่วงท้ายที่บ้านเพิ่มขึ้นในอนาคต ซึ่งในปัจจุบันยังมีผู้ป่วยระยะท้ายไม่มาก หรือในขณะที่ไปเยี่ยม ไม่มีผู้ป่วยระยะท้ายเลย

สำหรับประเด็นการตอบสนองต่อนโยบายและการพัฒนาเครือข่าย PCC ของ รพ. ตรัง และการที่ตำบลนาโยงใต้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของคลินิกหมอครอบครัวหรือเครือข่าย PCC นั้น ก็เพื่อทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการต่าง ๆ ได้ง่าย สะดวก ครบวงจร ทุกมิติ ทุกคน ทุกวัย ทุกอาชีพ ตั้งแต่เกิดจนตาย ซึ่งมีทั้งเรื่องการดูแลรักษาขั้นต้น การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูด้วย ซึ่ง 1 cluster ดูแลประชากรประมาณ 30,000 คน หรือใช้จำนวนประชากรเป็นตัวแบ่งหรือกำหนดขอบเขตการบริการ/การดูแล

สำหรับอำเภอเมือง จ.ตรังนี้ มีทั้งหมด 8 cluster หรือ 8 โซน ซึ่งแบ่งเป็นเขตเมืองจำนวน 5 cluster เพราะมีจำนวนประชากรในเขตเมืองมากกว่า สำหรับที่เหลืออีก 3 cluster อยู่นอกเขตเมือง แต่บางตำบลมีจำนวนประชากรมาก เช่น ตำบลโคกหล่อ ก็จัดให้เป็น 1 cluster หรือ 1 โซนเลย แต่ละ cluster มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรับผิดชอบ 1 คน รวมทั้งหมดเป็น 8 คน (แต่อันที่จริงนั้น มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำนวนทั้งหมด 15 คน แต่ทำงานจริงจำนวน 8 คน อีก 7 คน กำลังเรียนต่อด้านนี้) สำหรับการมีคลินิกหมอครอบครัวจะทำให้ประชาชนได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ ทันตาภิบาล นักวิชาการสาธารณสุข ฯลฯ ภายใต้การนำทีมของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

การที่คลินิกหมอครอบครัวของอำเภอเมืองตรัง ค่อนข้างมีพัฒนาการ ความก้าวหน้าและเป็นรูปเป็นร่างมากกว่าพื้นที่อื่น ๆ ที่คณะวิจัยได้มีโอกาสไปเยี่ยมนั้น พบว่า ในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมา หรือตั้งแต่มีการประกาศนโยบาย PCC สมัย นพ.โสภณ เมฆธน เป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ได้รับการตอบรับที่ดีจาก นพ.ไกรสร โตทับเที่ยง รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ รพ. ตรัง ท่านมองว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องสำคัญ ที่จะทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์โดยตรง เพราะมีแพทย์ พยาบาล ทันตบุคลากร เภสัชกรเข้าไปให้บริการในพื้นที่ ประชาชนไม่ต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาล หรือถ้ามาก็เข้ามาที่ศูนย์บริการที่ตำบลบ้านโพธิ์ หรือเรียกว่า **“ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ตำบลบ้านโพธิ์”** ซึ่งเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีแพทย์ทั่วไป (GP : General Physician) คอยให้บริการ ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ทำให้ประชาชนได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็วขึ้น ประชาชนจะเดินทางเข้ามาที่ รพ. ตรัง เฉพาะในกรณีที่มีการนัดพบ

แพทย์เฉพาะทางเท่านั้น ซึ่งระบบการดูแลปฐมภูมิ (Primary care) แบบนี้ ทำให้ลดความแออัดของ รพ. ตรังไปได้มาก[50]

สำหรับ **รพ.สต.นาพละ** พบว่า เพิ่งสมัครเข้าร่วมระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term care : LTC) และยังอยู่ในขั้นตอนการอนุมัติ แต่ยังไม่ได้มีการอบรมเรื่อง ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะท้าย (Care Giver : CG) รวมถึงเรื่อง การอบรมเสริมศักยภาพหรือเสริมความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุในเรื่องอื่น ๆ ก็ยังไม่ได้มีการจัดอบรม แต่พบว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลได้ทำการจัดแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุด้วยการใช้เครื่องมือที่เรียกว่า “ADL : Activities of Daily Living” พบว่า มีผู้ป่วยติดเตียง หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้จำนวน 2-3 ราย และผู้ป่วยติดบ้านอีก 5 ราย โดยที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพดี เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในระดับหมู่บ้าน มีชมรมผู้สูงอายุ ที่จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือเสริมศักยภาพด้านต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุหลายอย่าง เช่น การสานตะกร้า, การทำขนม, การทำยาน้ำพิมเสน-การบูร และการออกกำลังกาย เป็นต้น

สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ผ่านมาในรอบ 6 เดือน มีเพียง 1 ท่าน ซึ่งทาง รพ.สต.ได้ทราบเกี่ยวกับผู้ป่วยท่านนี้จากการเยี่ยมบ้านของ อสม. ซึ่งพบว่า เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตัวกลับมาจาก รพ. ตรัง เป็นมะเร็ง ปัจจุบันเสียชีวิตแล้ว แต่ทีมงานรู้สึกว่ายังดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรายนี้ได้ไม่ค่อยดี หรือยังไม่ค่อยเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน เพราะเป็นเรื่องใหม่ยังไม่เคยมีใครไปอบรมเรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองมาก่อน จึงเน้นไปที่การดูแลด้านจิตใจและการทำความสะอาดร่างกายต่าง ๆ เท่านั้น แต่ก็พบผู้ป่วยในช่วงเวลาสั้น ๆ เท่านั้น

สำหรับ ต.นาพละนี้ ถือเป็นกลุ่มตำบล 3-4 แห่งสุดท้ายของอำเภอเมือง จ.ตรัง (ซึ่งอำเภอเมือง มีทั้งหมด 15 ตำบล) ที่ทยอยเข้าร่วมระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) เนื่องจากขึ้นกับการตัดสินใจของทาง อบต.หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยว่าสนใจหรือให้ความสำคัญกับเรื่องนี้แค่ไหน ซึ่งตอนแรกอาจจะยังไม่ค่อยเข้าใจ หรือเกรงว่าจะเป็นการเพิ่มภาระต่าง ๆ ให้กับ อบต. โดยเฉพาะภาระด้านงบประมาณ แต่เมื่อพูดคุยกันอย่างชัดเจนแล้วว่า ไม่เป็นการเพิ่มภาระงบประมาณให้กับทาง อบต. ก็เลยสมัครเข้าร่วมโครงการ/นโยบาย LTC ของ สปสช. ซึ่งตรงจุดนี้เป็นประเด็นหรือปัจจัยที่สำคัญมาก ที่ทำให้ภาพของแต่ละชุมชนต่างกัน ซึ่งก็คือ การให้ความสำคัญกับเรื่องคนและการมองเห็นสิ่งที่จะเกิดขึ้น

50 แต่คณะวิจัยไม่มีโอกาสได้สัมภาษณ์ นพ.ไกรสร โตทับเที่ยง ด้วยตนเอง เนื่องจากเวลาไม่พอ ดังนั้น ข้อมูลที่ได้รับมาและนำเสนอไว้ ณ ที่นี้ จึงเป็นเพียงข้อมูลบางส่วนที่ได้จากการสัมภาษณ์ทีมงานหมอครอบครัว นำโดย พญ.ฐิตินาถ ทองขำดี แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่รับผิดชอบ cluster นี้ ที่ได้มีโอกาสพูดคุย-สนทนาและสัมภาษณ์พร้อมกับทีมงานของ รพ.สต.นาโยงใต้ เท่านั้น

ข้างหน้าของผู้นำชุมชน ถ้ามองเห็นได้เร็ว มีการเปลี่ยนแปลงหรือมีความสามารถในการรับมือได้เร็ว ให้ความสำคัญกับเรื่องการเป็นสังคมสูงวัยได้เร็ว ก็จะทำให้ประชาชนได้รับโอกาสต่าง ๆ มากขึ้นและรวดเร็วขึ้น

สำหรับ **ต.นาพละ มีจุดแข็งที่สำคัญ** คือ มีการบูรณาการการทำงานกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในตำบล ทั้งหน่วยงานราชการ ทั้งฝ่ายปกครองท้องถิ่น คือ อบต. สมาชิก อบต. และท้องที่ เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน รวมถึง รพ.สต. อสม. นอกจากนี้ อสม.ก็มีความเข้มแข็ง มี อสม. ทั้งหมดจำนวน 82 คน ซึ่งพบว่า ประมาณ 80% ทำงานกันอย่างเข้มแข็ง โดยเฉพาะ อสม. หมู่ 3 มีบทบาทสูง อย่างไรก็ดี อสม. ช่วยแบ่งเบาภาระทาง รพ.สต. ไปได้มาก เพราะทาง จนท.รพ.สต. ต้องทำงานด้านเอกสารและข้อมูล/ตัวเลขต่าง ๆ ทำให้ไม่ค่อยมีเวลาทำงานในชุมชน สำหรับ อสม. ก็มีการประสานพูดคุยกันทางไลน์และทางโทรศัพท์ อสม. ใช้วิธีให้เบอร์โทรไว้กับชาวบ้านคุ้มต่าง ๆ ถ้าใครหรือผู้ป่วยคนใดมีปัญหา ก็สามารถโทรแจ้งเข้ามาที่ อสม. ได้ตลอดเวลา ถ้าช่วยแก้ปัญหาได้ ก็แก้ไขเลย ถ้าแก้ไขไม่ได้ก็แจ้งทาง รพ.สต. ให้ทราบ **สำหรับข้ออ่อน/ข้อจำกัด** คือ จนท.บางท่านยังมองเรื่องสุขภาพแยกออกจากเรื่องการทำมาหากิน การหารายได้ หรือวิถีชีวิตของชาวบ้าน/ประชาชน และทีมงาน รพ.สต. ยังไม่ได้เขียนวิเคราะห์หรือยกระดับสิ่งต่าง ๆ ที่ทำออกมาเป็นองค์ความรู้ ส่วนหนึ่งเพราะไม่ได้เรียนวิจัยมา และอีกส่วนหนึ่งเพราะไม่มีเวลา เนื่องจากมีงานหลายด้านที่ต้องทำ แต่ทีมงานมีค่อนข้างน้อย

จึงอาจจะพอกล่าวสรุป ณ ที่นี้ได้ด้วยว่า ถ้าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาร่วมดำเนินการในเรื่องนี้ หรือร่วมมือกับทาง รพ.สต. โดยได้รับการหนุนเสริมเป็นอย่างดีจากทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือคลินิกหมอครอบครัวในการลงมาร่วมส่งเสริมสุขภาพถึงพื้นที่ ทำให้ทุกคน ทุกวัย ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ก็ทำให้ปัญหาสุขภาพของประชาชนได้รับการดูแลแต่เนิ่น ๆ ทั้งเรื่องการฉีดวัคซีน/การป้องกันโรค การตรวจฟัน การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การติดตามดูแล/คัดกรองเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การดูแลผู้สูงอายุ การแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ฯลฯ ซึ่งหมายถึงการที่ประชาชนได้รับการดูแลตั้งแต่ต้นทางหรือต้นน้ำแบบนี้ ย่อมทำให้คนส่วนใหญ่มีสุขภาพดี ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงน้อยลงตามไปด้วย ซึ่งส่งผลทำให้ภาระการทำงานของทีมงานสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่ไม่หนักเกินไป ถ้าประชาชนมีสุขภาพดี

ดังนั้น การบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุเข้ากับระบบปฐมภูมิ ภายใต้นโยบายคลินิกหมอครอบครัว (PCC) ไม่ควรเน้นเฉพาะการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แต่ควรเน้นให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี เน้นการอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวและชุมชน ทำให้ทุกคนได้รับการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม มีคุณภาพชีวิตที่ดี เหมือนกับกรณีของ รพ.สต.นาโยงใต้ และตำบลนาโยงใต้ อ.เมือง จ.ตรัง ที่ให้บทบาทกับผู้สูงอายุในการกำหนดหรือออกแบบกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง ไม่ใช่คิดแทน ทำแทน ซึ่งส่งผลทำให้ผู้สูงอายุต้องการเข้ามาร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพราะได้รับการให้คุณค่า ส่งผลต่อเนื่องต่อเรื่องอารมณ์/ความรู้สึก และยังส่งผลต่อเนื่องทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกาย-จิตใจแข็งแรง ไม่เจ็บ ไม่ป่วย ดูแลตนเองได้ แม้อายุเกิน 80 ปี ก็ยังมีสุขภาพดี

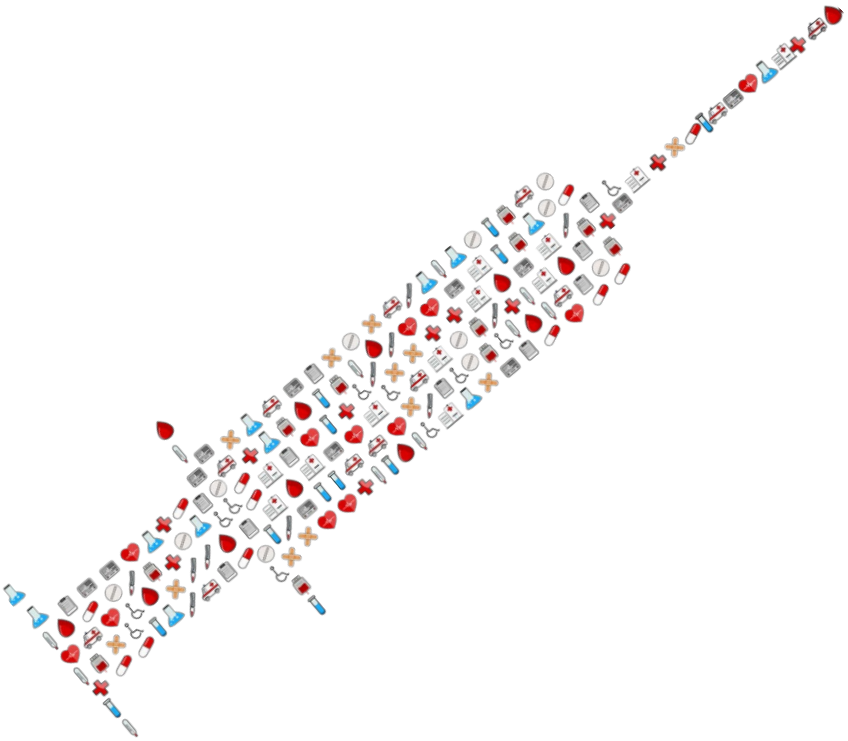
ซึ่งทั้งหมดนี้ยังสอดคล้องกับกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพของออตตาวา ดังนั้น ถ้าเป็นไปได้ ไม่ควรมองแต่เฉพาะเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพราะสายเกินไป ควรมองหรือวางแผนส่งเสริมการมีสุขภาพดี ป้องกันการติดบ้านติดเตียง ป้องกันการเป็นโรคที่ป้องกันได้ และสามารถดำเนินการในระดับระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีเครือข่ายคลินิกหมอครอบครัว ที่มีทั้งแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ ทันตาภิบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักโภชนาการ/โภชนากร แพทย์แผนไทย/แผนจีน เข้ามามีบทบาทตรงนี้

นอกจากนี้ **ถ้ามองในอีกแง่หนึ่งของกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวา** ก็จะพบด้วยว่า กรณีของ รพ. ตรังและคลินิกหมอครอบครัว (PCC) ตามที่นำเสนอไปข้างต้นนี้ ถือเป็นการปรับระบบและรูปแบบการบริการที่มีนัยสำคัญต่อสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็วขึ้น ไม่ต้องไปรอคิวที่โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป แต่ทีมสหวิชาชีพเข้ามาให้บริการถึงพื้นที่ ถึงแม้อาจจะยังไม่ได้เข้ามาในรูปทีมงานที่เต็มรูปแบบพร้อมกันทุกคนหรือทุกวิชาชีพก็ตาม แต่ในอนาคต ถ้ามีการวางแผนพัฒนากำลังคนหรือบุคลากรสุขภาพอย่างสอดคล้องกับทิศทางการเป็นสังคมสูงวัย ที่สอดคล้องกับข้อมูลที่เป็นจริงหรือความเป็นจริงในพื้นที่ และมีการดำเนินการในเรื่องนี้อย่างครบถ้วนในทุกพื้นที่ ก็น่าจะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการต่าง ๆ ได้มากขึ้น ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ภายใต้โครงสร้างรวมศูนย์ที่เป็นอยู่ของประเทศ แต่ก็ยังพอมีทางในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับพื้นที่ หรือในระดับ PCC ได้ ถ้าทำจริงจัง

ดังนั้น ถ้ามองจากกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวาในอีกมุมหนึ่ง ก็อาจกล่าวได้ด้วยว่า นโยบายด้าน PCC ของกระทรวงสาธารณสุข มีผลต่อการทำให้เกิดการปรับระบบและโครงสร้างการบริการ และมีผลต่อเนื่องต่อประชาชน ทำให้ประชาชนมีความรู้และทักษะมาก

ขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุได้รับการเสริมพลังศักยภาพในทุกด้าน ประกอบกับผู้นำชุมชนก็ให้ความสำคัญเข้ามาร่วมในกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนตำบลนาโยงใต้ ที่เอื้อหรือกระตุ้นให้ประชาชนสนใจหรือเอาใจใส่เรื่องสุขภาพ ทำให้สามารถลดโรคที่ป้องกันได้ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ส่งผลทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ลดภาระโรค ลดภาระเจ้าหน้าที่ ลดการเจ็บป่วย ส่งผลต่อเนื่องทำให้จำนวนผู้ป่วยระยะท้ายก็น้อยลงตามไปด้วย

สำหรับในลำดับต่อไป จะเป็นการ**สรุปปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง**กับการเกิดขึ้น การพัฒนาและการขยายตัวของแนวคิดและรูปแบบระบบ PC ที่ดำเนินการโดยศูนย์ KPC ซึ่งเป็นการสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*ตามความจริง*ที่พบ ไม่ใช่มองจากมุมของกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวา



8. สรุปปัจจัย-องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการเกิดขึ้นและการขยายตัวของแนวคิดและรูปแบบ/ระบบ PC ผ่านการทำงานของศูนย์ KPC

สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งของระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยมีสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (THAPS) เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ผ่านการผลักดันของศูนย์ KPC รพ. ศรีนครินทร์ และคณะแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น ในฐานะโรงพยาบาลแม่ข่าย ทั้งในภาคอีสานและภาคอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคอีสาน ที่สามารถทำได้อย่างเข้มข้น ทั่วถึง ค่อนข้างครอบคลุมเกือบครบทั้งหมด **พบว่า มีปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยใน 4-5 ระดับด้วยกัน กล่าวคือ**

1) ปัจจัยระดับส่วนบุคคลของแกนขับเคลื่อนหลัก (รองศาตราจารย์ พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, นพ.อรรถกร รักษาสัตย์ และคุณปาริชาติ เพียสุวรรณ์) อาทิ มีจิตใจที่ดีงาม มีจิตสำนึกต่อสิ่งที่ประสบ มีความมุ่งมั่น/ทำงานหนัก/เกาะติด/ทำงานจริงจัง ให้คุณค่ากับชีวิตผู้ป่วยในระดับสูง มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยและทีมงาน มองเห็นและเข้าใจสัจธรรมของชีวิต มีความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถหรือทักษะในด้านต่าง ๆ อย่างครอบคลุม มีความสามารถในการทำงานเชิงยุทธศาสตร์, มีพลังในการขับเคลื่อนสูง ฯลฯ

2) ปัจจัยระดับทีมงาน อาทิ มีการทำงานร่วมกันด้วยใจ มีจิตสำนึกต่อปัญหาในระดับสูง ได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา มี line of command and supervision ที่ชัดเจน ได้รับเกียรติจากหัวหน้าทีม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างเข้มข้น มีบรรยากาศการทำงานแบบกัลยาณมิตร ฯลฯ

3) ปัจจัย/บริบทวิชาชีพของแกนขับเคลื่อนหลักและทีมงาน ทั้งแพทย์-พยาบาล-เภสัชกร เช่น การมองเห็นชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายที่การแพทย์ไปต่อไม่ได้ ถูกทอดทิ้ง ปล่อยให้ทนทุกข์ทรมาน ไม่มีใครดูแล เพราะไม่มีความรู้ว่าจะทำอะไร อย่างไรกับผู้ป่วยระยะท้าย จึงทำให้เกิดการฉุกคิด และเป็นแรงผลักในการพัฒนาหรือมีส่วนร่วมในการทำงานเรื่องนี้ เป็นต้น

4) ปัจจัย/บริบทชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว อาทิเช่น ในอดีต หรือระบบการดูแลที่ผ่านมา ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบชะตากรรมของตนเองและครอบครัว เพราะแพทย์ไม่บอกความจริงเกี่ยวกับโรคที่เป็นว่ารักษาไม่หายและจะต้องเสียชีวิต ทำให้ไม่ได้รับโอกาสในการตัดสินใจเกี่ยวกับชะตากรรมของตนเอง ทั้ง ๆ ที่เป็นชีวิตของตน ไม่มีโอกาสได้เตรียมตัว

จากไปอย่างสงบ ได้รับความทุกข์ทรมาน มีความขัดแย้งในครอบครัวและความขัดแย้งกับแพทย์หรือทีมรักษาเกี่ยวกับวิธีการรักษา แต่หาทางออกไม่ได้ ฯลฯ

5) ปัจจัยระดับบริบทสังคมใหญ่ ซึ่งอยู่ในสภาวะการเป็นสังคมสูงวัยเต็มขั้น ที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟู ผู้ป่วยพิการ และผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มขึ้นอย่างมองเห็นได้ชัดเจน และไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ สิ่งเหล่านี้ เป็นปัจจัยผลักที่สำคัญต่อการทำงานและการแสดงบทบาทของ รองศาสตราจารย์ พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล พร้อมทีมงาน และเครือข่าย PC ด้วยเช่นกัน

แต่ทั้งนี้ พบว่า **ปัจจัยส่วนบุคคลของแกนขับเคลื่อนหลัก มีความสำคัญหรือนัยสำคัญมากที่สุด** นอกจากมีใจเต็มเปี่ยมในการทำเรื่องนี้แล้ว ยังเป็นเพราะมีศักยภาพหรือความรู้ความสามารถในการทำงาน มีการศึกษาค้นคว้าความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง ทำงานใกล้ชิดผู้ป่วย เข้าใจและเห็นใจผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังมีความสามารถในการกำหนดยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อน มีการสื่อสารด้วยความจริงใจ/โปร่งใส/ตรงไปตรงมา/ไม่บิดเบี้ยว มีความตั้งใจจริง/ความมุ่งมั่น มีความตระหนักในปัญหาของผู้ป่วย/ครอบครัว มีความพร้อมในทุกด้านของทีมงานศูนย์การุณรักษ์

ที่สำคัญที่สุดอีกประการหนึ่ง ซึ่งเป็นปัจจัยระดับระบบและโครงสร้าง ก็คือ การใช้ประโยชน์จากโครงสร้างที่มีอยู่ในรูปของเขตสุขภาพ (7, 8, 9, และ10) และการพัฒนาระบบบริการรายสาขา (Service Plan) ที่มีการผนวกเรื่องนี้เข้ามา รวมถึงการขับเคลื่อนในกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ทำให้ระบบ PC กลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบและโครงสร้าง ทำให้ผู้ตรวจราชการและผู้บริหารโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับเรื่องนี้มากขึ้นอย่างมองเห็นได้ชัดเจน

นอกจากนี้ สำหรับการขยายตัวในภาคอีสานเป็นอันดับแรกและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาคได้อย่างค่อนข้างเข้มข้น ทั่วถึง นอกเหนือจากปัจจัยในระดับต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังเป็นไปตามบริบทเชิงพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ ที่เอื้ออำนวยให้สามารถเดินทางติดต่อไปมาหาสู่เชื่อมโยงกันได้ง่ายกว่าการเดินทางไปทำงานในภาคอื่น ๆ และที่สำคัญคือ **บริบทร่วมของวิชาชีพทางการแพทย์และพยาบาล** ที่ทุกคนพบปัญหาการเจ็บป่วยในระยะท้ายที่การรักษาทางการแพทย์แบบเดิม ที่เป็นความรุนแรง ไม่มีเยื่อใย ปล่อยให้ตายคาท่อหายใจหรือดิ้นทุรนทุรายด้วยความทรมาน โดยไม่มียามอร์ฟีนให้นั้นไปต่อไม่ได้แล้ว สิ่งนี้จึงมีส่วนอย่างมากที่ผลักดันให้บุคลากรในสถานพยาบาลในระดับต่าง ๆ ของทั้งภาคอีสานและภาคอื่น ๆ ที่มีคุณธรรม-จริยธรรม รักความเป็นธรรม มีความเห็นใจในผู้ป่วย มีความรักในเพื่อนมนุษย์เป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ได้ลงมือปฏิบัติทันทีแบบไม่รอเวลา หรืออันที่จริง ปัจจัยผลัก

จากภายในของแต่ละคนหรือบุคลากรกลุ่มนี้ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด ที่ทำให้ระบบเกิดขึ้นและขยายตัว หนุนเสริมด้วยการผลักดันของโครงการ ฯ และการมีกลยุทธ์ในการขับเคลื่อน ทั้งแบบเป็นทางการ ไม่เป็นทางการ ใช้เครื่องมือและช่องทางการสื่อสารทุกประเภท ทั้งคน กลุ่ม/องค์กร เทคโนโลยี และเครือข่ายหรือทุนทางสังคมที่มีอยู่ในระดับต่าง ๆ ของกลุ่มวิชาชีพในภาคอีสานและภาคอื่น ๆทั้งหมด

นอกจากนี้ สำหรับภาคอื่น ๆ ยังพบว่ามีปัจจัยเสริมที่สำคัญ คือ ได้เกิดการขยายตัวของแนวคิดและรูปแบบระบบ ผ่านการจัดหลักสูตรอบรมประเภทต่าง ๆ (ทั้งแบบเชิญชวน แบบสมัครใจ/สนใจเอง หรือแบบทราบข้อมูลจากเครือข่ายเพื่อนร่วมวิชาชีพที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้าร่วม) ตลอดจนถึง การจัดประชุม/สัมมนาทางวิชาการประจำปี การจัดอบรมหลักสูตร/เวทีย่อยต่าง ๆ ในระหว่างปี การ approach ตัวบุคคลที่สนใจเข้ามาร่วมในเครือข่ายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน เช่น การเข้าร่วมเป็นเครือข่ายในการพัฒนาเอกสารคู่มือการประเมินตนเองและการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ ที่มีตัวแทนจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ครอบคลุมทุกภูมิภาค การเป็นกรรมการในวาระและโอกาสต่าง ๆ เช่น การเป็นกรรมการร่วมจัดประชุม การเป็นวิทยากร การให้คำปรึกษาในด้านต่าง ๆ ที่แต่ละคนถนัด/สนใจ เช่น การขยายผลในชุมชน การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ล้วนแต่มีผลต่อการขยายตัวของระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองทั้งสิ้น

ซึ่งอาจสรุปปัจจัยและองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการเกิดขึ้น พัฒนาการ และการขยายตัวของระบบ PC ผ่านศูนย์ KPC ไปยังภาคอื่น ๆ ในรูปของแผนภาพ ดังนี้คือ

แผนภาพ 10 ปัจจัย-องค์ประกอบ-แรงผลักที่ทำให้ศูนย์ KPC เกิดขึ้น มีพัฒนาการ และสามารถเป็นแกนขับเคลื่อนหลัก จนนำไปสู่การขยายตัวเต็มพื้นที่ ของระบบ PC ของประเทศไทย



ในลำดับสุดท้ายของบทวิเคราะห์นี้ จะเป็นการสรุปผลการวิเคราะห์ตามกรอบออตตาวา

5. สรุปผลการวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวา

การขับเคลื่อนและการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน : บทวิเคราะห์จากมุมมองของกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวา เป็นการวิเคราะห์ที่ใช้ข้อมูลการขับเคลื่อนและการพัฒนาระบบ PC โดยสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (THAPS) ผ่านกลไกของศูนย์การุณรักษ์ รพ. ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (KPC) โดยมีแกนขับเคลื่อนที่สำคัญที่สุด คือ รองศาสตราจารย์ พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล - ซึ่งได้รับทุนจาก สสส. ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2559 แต่ที่จริงได้ทำงานเรื่องการดูแลแบบประคับประคองมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-48 และมีการก่อตั้งศูนย์การุณรักษ์อย่างเป็นทางการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 และได้ดำเนินการเรื่องนี้มาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน - เสริมด้วยข้อมูลการทำงานของเครือข่ายพุทธิกา และข้อมูลที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานอื่น ๆ บางส่วน

จากการวิเคราะห์ สามารถสรุปสั้น ๆ ได้ว่า การทำงานในเรื่องนี้ได้เริ่มต้นจากการให้บริการตามบริบทของแกนขับเคลื่อนหลักและจิตสำนึกที่มีต่อวิชาชีพของตน และต่อมามีการพัฒนาหรือเสริมศักยภาพด้านความรู้และทักษะด้านนี้ให้กับทีมงาน โดยเฉพาะพยาบาล และขยายตัวออกไปยังกลุ่มบุคลากรอื่น ๆ ทั้งแพทย์ และเภสัชกร และต่อมาได้สร้างแพทย์ด้านนี้เพิ่มขึ้น เพราะแพทย์ที่ทำงานให้ระบบ PC ยังมีน้อย ผ่านกระบวนการเสริมศักยภาพด้วยหลักสูตรต่าง ๆ ที่มีความยืดหยุ่น ทั้งภายใน รพ. ศรีนครินทร์เอง และโรงพยาบาลอื่น ๆ ในเครือข่าย พร้อม ๆ กับการการปรับระบบ/รูแบบบริการ และปรับระบบและโครงสร้างองค์กร โดยเฉพาะโครงสร้างของศูนย์ PC ที่มีความเชื่อมโยงกับโครงสร้างของ รพ. ศรีนครินทร์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พร้อม ๆ กับการใช้ประโยชน์จากระบบและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขที่มีอยู่ โดยเฉพาะเขตสุขภาพ ทำให้เกิดพลังขับเคลื่อนต่อเนื่อง จนต่อมาประมาณปี พ.ศ. 2559 เรื่อง PC ได้รับการบรรจุอยู่ในแผนพัฒนาระบบบริการ หรือ Service Plan ทำให้ระบบการดูแลแบบประคับประคองเกิดขึ้นอย่างทั่วถึงในขอบเขตทั่วประเทศ

ในขณะเดียวกัน ได้มีการขับเคลื่อนหลายทิศทางทั้งในเรื่องนโยบายในองค์กร นโยบายในจังหวัดขอนแก่นและจังหวัดอื่น ๆ และได้มีการเสริมพลังให้เครือข่ายและชุมชนลงมือปฏิบัติการในด้านต่าง ๆ เพื่อให้ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเกิดเป็นจริง ซึ่งระบบนี้ได้เกิดการกระจายตัวไปยังชุมชนต่าง ๆ ทั่วประเทศ ผ่านโครงสร้างการทำงานของสถานพยาบาลใน 3

ระดับ คือ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต. รวมถึงศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ต่าง ๆ

สำหรับการขับเคลื่อนได้ใช้กลยุทธ์/กลวิธี วิธีการและช่องทางต่าง ๆ หลายอย่าง ไม่ได้ยึดติดกับโครงสร้างที่เป็นทางการเท่านั้น ทำให้เกิดการขยายตัวของแนวคิดการดูแลแบบ PC และรูปแบบ/ระบบบริการ PC ไปทั่วภาคอีสาน ซึ่งเท่ากับได้ทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมใหม่ ที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการดูแลที่บ้าน (PC and Home Care) และค่อย ๆ ขยายตัวไปยังสถานพยาบาลในภูมิภาคอื่น ๆ ผ่านช่องทางการทำงานร่วมกันในวาระและโอกาสต่าง ๆ ด้วยรูปแบบและวิธีการต่าง ๆ ที่หลากหลายทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งแบบมีโครงสร้าง และไม่มีโครงสร้าง ทั้งแบบข้ามเขตพื้นที่ ข้ามเขตแดนวิชาชีพ ข้ามบริบทที่มีข้อจำกัดต่าง ๆ ทำให้เกิดนัยยะหรือความหมายทางสังคมที่สำคัญ ซึ่งก็คือ การดูแลซึ่งกันและกันของบุคลากรสหวิชาชีพที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว ไปสู่การดูแลซึ่งกันและกันของผู้นำชุมชนกับคนในชุมชน ที่เข้ามาร่วมกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน นำไปสู่การก่อเกิดเครือข่าย PC ในบริบทของประเทศไทย ที่กระจายตัวออกไป อย่างไม่จำกัดขอบเขตหรือไร้ขอบเขต ไร้พรมแดน (borderless) และยังเป็นการขับเคลื่อนที่มีความเชื่อมโยงกับบริบทของประเทศเพื่อนบ้าน ทั้งลาว กัมพูชา พม่า ผ่านการให้บริการในสถานพยาบาลตามพื้นที่ชายแดน รวมถึงมาเลเซีย อินเดีย สิงคโปร์ ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ถ่ายโอนความรู้ กลายเป็นเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (TPCN) ที่มีการแบ่งปัน/เกื้อกูลซึ่งกันและกัน และกลายเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมในระดับภูมิภาคอาเซียน (regional palliative care network : RPCN) ที่มีนัยยะต่อการเป็นสังคมสูงวัยที่มีฐานการปฏิบัติและการสร้างผลงานวิชาการรองรับที่มีเข็มทิศอย่างมีนัยสำคัญชัดเจนต่อประเด็นการมีชีวิตอยู่ที่ดี (living well) ที่มีการเตรียมความพร้อมในการอยู่กับความเจ็บป่วย (Living with illness) พร้อมรับมือกับวิกฤตในชีวิตด้วยสติและปัญญา (coping with crisis with mindfulness) ไปจนถึงการอยู่กับความเปราะบางทางสุขภาพ (living with frailty) และการเข้าสู่วิถีมรณานุสติ (leaving well) อย่างสมศักดิ์ศรีของมนุษย์ที่มีปัญญาญาณ (intuition) เมื่อเวลามาถึง



4

การขับเคลื่อนและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

บทวิเคราะห์จากมุมมองของกรอบแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง และกรอบ 6 เสาหลักการติดตามการพัฒนาระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก

WHO's 6 Building Blocks of Health Systems and Palliative Care

1. ความนำและวัตถุประสงค์

เนื่องจาก สสส. มีความประสงค์ให้มีการวิเคราะห์การขับเคลื่อนและการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (หรือเรียกสั้น ๆ ว่า ระบบ PC) ของประเทศไทย และผลที่เกิดขึ้น โดยใช้ข้อมูลต่าง ๆ จากการทำงานของชุดโครงการการสร้างเสริมสุขภาวะในช่วงท้ายของชีวิต ภายใต้การสนับสนุนของ สสส. ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2559 ด้วยการใช้กรอบ 6 เสาหลักด้านการติดตามการพัฒนาระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO's Six Building Blocks of Health Systems, 2010) ในการวิเคราะห์

ทั้งนี้ ชุดโครงการดังกล่าวมีกลไกและเนื้องานที่สำคัญ 3 ส่วน คือ 1) ส่วนของการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ที่รับผิดชอบหลักโดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) 2) ส่วนของการพัฒนาความรู้และทักษะเพื่อเสริมศักยภาพให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึง จิตอาสา/ ผู้ดูแลอาสา ซึ่งรับผิดชอบหลักโดย สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (Thai Palliative Care Society: THAPS) และศูนย์การุณรักษ์ (Karunruk Palliative Care Center: KPC) ภายใต้การนำของ พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ 3) ส่วนของการพัฒนาและเพิ่มมิติจิตใจ จิตวิญญาณ จิตตปัญญา หรือสุขภาวะทางปัญญาเข้ามาในระบบ PC เพื่อให้ระบบมีความสมบูรณ์ เป็นองค์รวม รับผิดชอบหลักโดย เครือข่ายพุทธิกา

ต่อมาคณะวิจัย พบว่า การทำงานขับเคลื่อนและพัฒนาระบบ PC ที่ได้รับการสนับสนุนจาก สสส. โดยเฉพาะในส่วนที่ 2 ที่เป็นความรับผิดชอบของ THAPS และศูนย์ KPC นั้น เป็นการทำงานที่เป็นไปตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกในเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอยู่แล้ว (แต่เป็นลักษณะความสอดคล้องโดยบังเอิญ) ตั้งแต่เอกสารของ WHO ในด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (palliative care : PC) ยังไม่ออกมา เพราะเอกสารหรือแนวทางของ WHO ที่เกี่ยวกับ PC ทยอยออกมาประมาณปี ค.ศ. 2013 (โดยเฉพาะในเรื่องยาระงับปวด) ต่อเนื่องถึงปี ค.ศ. 2020

ซึ่งอันที่จริง พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ซึ่งเป็นอาจารย์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ดำเนินการเรื่องนี้มาประมาณเกือบ 40 ปี ภายใต้บริบทการทำงานเป็นแพทย์และอาจารย์แพทย์ด้านกุมารศาสตร์ ที่พบผู้ป่วยเด็กระยะท้าย และการรักษาไปต่อไม่ได้และต้องเสียชีวิต ทำให้ค้นหาวิธีในการรักษาด้วยความเมตตา แต่ตอนนั้นยังไม่มียาระงับปวดที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเท่ากับในปัจจุบัน ต่อมาประมาณปี พ.ศ. 2547-2548 สสส.เริ่มสนับสนุนการทำงานเรื่อง PC ภายใต้เครือข่ายโรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้ที่

รับผิดชอบในการทำงานเรื่อง PC ภายใต้เครือข่ายรงเรียนแพทย์นี้ ก็คือ พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ต่อมาปี พ.ศ. 2553 พญ. ศรีเวียง และทีมงาน ได้จัดตั้งศูนย์การดูแลแบบประคับประคองที่ชื่อ “ศูนย์การุณรักษ์” (KPC) ขึ้นอย่างเป็นทางการ ซึ่งพบว่า ที่ผ่านมาเป็นการทำงานตามกรอบสาธารณสุขขององค์การอนามัยโลก (WHO’s Public Health Model) ซึ่ง พญ.ศรีเวียง ได้ระบุไว้ในเอกสารสไลด์ที่นำเสนอแก่คณะวิจัยเมื่อวันที่ 8 กรกฎาคม 2562 ว่า ได้นำกรอบของ WHO ดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในบริบทของการพัฒนาระบบ PC ที่ครอบคลุมทั้งเรื่องนโยบาย, การเข้าถึงยา opioids, แผนปฏิบัติการ และการให้การศึกษา/การฝึกอบรมบุคลากร

ซึ่งตามกรอบสาธารณสุขดังกล่าว มี “นโยบาย” (policy) เป็นเหมือนร่ม (umbrella) และองค์ประกอบหรือเสาหลักทั้ง 3 คือ การเข้าถึงยา/การจัดหายา การจัดทำแผนปฏิบัติการ และการให้การศึกษา/ฝึกอบรม (education/training) เป็นเหมือนฐานที่สำคัญในการพัฒนาระบบ PC ซึ่ง พญ.ศรีเวียง และทีมงานศูนย์ KPC ได้ขับเคลื่อนภายใต้โมเดลนี้ ทำให้เกิดเครือข่ายการทำงานอย่างกว้างขวาง ผ่านกลไกหรือฐานขับเคลื่อนที่สำคัญ ซึ่งก็คือ การให้การศึกษาและการจัดฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแก่บุคลากรประเภทต่าง ๆ โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล เภสัชกร จิตอาสา และผู้ดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้ ศูนย์ KPC ยังปฏิบัติตามกรอบและแนวทางเรื่องการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่ WHO ได้ผลิตเอกสารเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบ PC ออกมาในภายหลังด้วย ซึ่งจริง ๆ แล้ว เอกสารของ WHO เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายออกมาภายหลังจากการขับเคลื่อนของ THAPS และ KPC ตามที่กล่าวไปแล้วข้างต้น

ณ ที่นี้ จึงน่าจะสามารถกล่าวอ้างได้ด้วยหรือไม่ว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง หรือ ระบบ PC ของประเทศไทยได้รับการพัฒนาหรือก่อตัวขึ้นก่อนที่ WHO จะให้ความสำคัญหรือให้ความสนใจเกี่ยวกับเรื่องนี้เสียด้วยซ้ำ

อย่างไรก็ดี การวิเคราะห์ ณ ที่นี้ จะเป็นการวิเคราะห์การทำงานของชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในช่วงท้าย ของชีวิต ที่ดำเนินการโดย 3 หน่วยงานหลัก ตามที่กล่าวข้างต้น เสริมด้วยข้อมูล ผลผลิต ผลลัพธ์ ผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและกลไกอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องท่ามกลางการทำงานหรือการขับเคลื่อน ที่ได้จากการสืบค้นข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลออนไลน์ และจากการสัมภาษณ์/เก็บข้อมูลในพื้นที่ต่าง ๆ ของคณะวิจัยด้วย ทั้งนี้ เพื่อสะท้อนภาพความเป็นจริงของระบบ PC ในปัจจุบัน ไม่ใช่ภาพเฉพาะเมื่อปี พ.ศ. 2556-2559 เท่านั้น

ทั้งนี้ ในส่วนแรก จะเป็นการวิเคราะห์ตามกรอบการทำงานด้าน PC ของ WHO ที่ออกมาเมื่อปี ค.ศ. 2018 และ 2020 ก่อน แล้วตามด้วยการวิเคราะห์ตามกรอบการติดตามการพัฒนาระบบสุขภาพ ที่เรียกว่า กรอบ 6 เสาหลักด้านสุขภาพของ WHO (2010) ซึ่ง

ครอบคลุม 1) การจัดบริการ 2) กำลังคน 3) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ 4) ระบบข้อมูลและสารสนเทศ 5) การจัดการด้านการเงิน/การคลัง และ 6) การนำและการอภิบาล (leadership and governance) ในลำดับถัดไป

สำหรับ**วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์** คาดหวังว่า จะทำให้ผู้เกี่ยวข้องกับเรื่อง PC ได้มองเห็นภาพพัฒนาการในเชิงระบบ PC ของประเทศไทยที่เกิดขึ้นก่อนที่ WHO จะเสนอแนวทางหรือกรอบการทำงานในเรื่องนี้ และน่าจะช่วยทำให้มองเห็นด้วยว่า ระบบ PC ของไทยในปัจจุบันอยู่ ณ จุดไหน และเมื่อมองเสริมจากมุมมองของกรอบ 6 เสาหลักของ WHO (2010) ระบบของไทยสำเร็จในเรื่องอะไรแล้วบ้าง และยังประสบปัญหาอุปสรรคในเรื่องอะไรหรือยังไม่บรรลุในเรื่องอะไรอีกบ้าง ทั้งเรื่องการจัดบริการ กำลังคน การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ระบบข้อมูลสารสนเทศ การจัดการทางการเงิน และสุดท้ายคือ การนำ/ผู้นำและการอภิบาล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนา ปรับปรุง แก้ไข เติมเต็มให้ระบบ PC ของประเทศไทย มีความสมบูรณ์หรือสามารถทำให้ดียิ่งขึ้นต่อไปได้อีกในอนาคตอันใกล้นี้



2. องค์การอนามัยโลกกับเรื่อง PC (WHO's Palliative Care)

สำหรับเอกสารของ WHO เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยตรง พบว่าได้เริ่มทยอยผลิตออกมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2013 นอกจากนี้ ยังพบว่า หนึ่งในเอกสารที่สำคัญที่สุดชุดหนึ่ง ก็คือ เล่มที่ว่าด้วย **"Integrating palliative care and symptom relief into primary health care : A WHO guide for planners, implementers, and managers" (2018)** ซึ่งก็คือ เอกสารแนวทางที่เสนอให้มีการบูรณาการเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบ PC และการบรรเทาอาการเข้าไปในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

สำหรับเนื้อหาสาระสำคัญของเอกสารเล่มนี้ประกอบด้วยหัวข้อต่าง ๆ ดังนี้คือ : การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองคืออะไร, การเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง, การดูแลปฐมภูมิคืออะไร และทำไมจึงควรบูรณาการเรื่องการดูแลแบบประคับประคองเข้ากับการดูแลระดับปฐมภูมิ, แพ็คเกจหรือชุดเครื่องมือสำเร็จรูปในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระดับปฐมภูมิ, การดำเนินการในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระบบปฐมภูมิ, การรับประกันการเข้าถึงยาที่จำเป็น, การบูรณาการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ถือเป็นการเสริมความแข็งแกร่งให้กับระบบสาธารณสุขและส่งเสริมความครอบคลุมของระบบสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage : UHC) และบทสุดท้ายของเอกสารฉบับนี้ได้พูดถึงเรื่อง ความจำเป็นในการทำวิจัยและการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

สำหรับเหตุผลที่ WHO ให้ความสำคัญกับการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลระดับปฐมภูมิ เนื่องจากผู้ป่วยหรือประชาชนส่วนใหญ่ต้องการการดูแลระยะท้ายแบบประคับประคองหรือต้องการเสียชีวิตที่บ้านของตนเอง ดังนั้น จึงเป็นความจำเป็นทั้งทางการแพทย์และทางจริยธรรมในการจัดการดูแลระยะท้ายในชุมชนและถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลปฐมภูมิ

ซึ่งงานของ THAPS และศูนย์ KPC ภายใต้การนำของ พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ก็ได้มุ่งเน้นไปที่จุดนี้อยู่แล้ว โดยเฉพาะในภาคอีสาน ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน และต่อมายังได้ใช้เรื่องนี้ เป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วย PC ที่สำคัญตัวหนึ่งอีกด้วย ซึ่งก็คือ ร้อยละของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้เสียชีวิตหรือตายดีที่บ้านตามความประสงค์หรือตามที่ระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนา (living will)

3. ความคืบหน้าสำคัญของระบบ PC ของไทย เมื่อมองจากกรอบ PC ของ WHO

ซึ่งที่จริง ประเด็นระบบ PC ในระดับปฐมภูมินี้ พบว่า ในบริบทของประเทศไทยเอง ก็กำลังอยู่ในห้วงเวลาที่หันมาให้ความสำคัญกับระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างจริงจังมากขึ้นเช่นกัน ด้วยการตรา พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปี พ.ศ. 2562 ทั้งนี้ เป็นการตรากฎหมาย ที่มีความสอดคล้องกับกฎหมายรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2560 มาตราที่ 258 ช. (5) ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 30 เมษายน 2562 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 29 กรกฎาคม 2562 ที่ระบุว่า ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนด้วยสัดส่วนที่เหมาะสม ซึ่งจะให้ความสำคัญกับ “คน” “ชุมชน” และ “ทีมสหวิชาชีพ” เน้นการป้องกันโรคที่ป้องกันได้และการดูแลสุขภาพของประชาชนด้วยตัวของประชาชนเอง โดยมีทีมส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้ ให้แนวทาง/วิธีการป้องกันโรค แต่ก็มีเรื่องของการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมหรือส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) ด้วย

ทั้งนี้ ตาม พ.ร.บ. ดังกล่าว ได้ระบุไว้ด้วยว่า จะมีทีมหมอครอบครัว หรือเรียกว่า **“คลินิกหมอครอบครัว”** (Primary Care Cluster : PCC) ทั้งหมด จำนวน 6,500 ทีม ในพื้นที่ทั่วประเทศ ในแต่ละทีมประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สหวิชาชีพ และ อสม. แต่ละทีมดูแลประชาชนจำนวน 10,000 คน (หรืออาจอยู่ในระหว่าง 8,000-12,000 คน) ซึ่งผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข ได้ระบุว่า จะเป็นการดูแลทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่และทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี (ซึ่งในความเป็นจริงนั้น ก็คงจะไม่สามารถใช้เพียงแค่เทคโนโลยีอย่างเดียว แต่ยังคงมีปฏิสัมพันธ์หรือการพบปะหน้าค่าตากันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการด้วยอย่างแน่นอน) **ซึ่งถึงแม้ จะไม่ได้ระบุเรื่องการดูแลแบบประคับประคองไว้ใน พ.ร.บ.ฉบับนี้อย่างชัดเจน แต่ก็เป็นที่เข้าใจว่า การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองต้องเป็นภารกิจส่วนหนึ่งของทีมหมอครอบครัว เพราะได้ระบุไว้ว่า การบริการสุขภาพปฐมภูมิ คือ บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ต่อเนื่อง และผสมผสาน**

ดังนั้น *การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน (Home care) ตามที่ THAPS, เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Thai Palliative Care Network : TPCN) และศูนย์: KPC ได้ดำเนินการมาเป็นระยะเวลาหลายปี จึงถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลระดับปฐมภูมิตามที่ WHO ต้องการหรือเสนอแนะไว้ และจะเป็นภารกิจที่สำคัญมากอีกภารกิจหนึ่งในการดูแลระดับปฐมภูมิอย่างแน่นอน เพราะจะมีทีมหมอครอบครัว ที่มีแพทย์เวชศาสตร์*

ครอบครัว เป็นผู้รับผิดชอบหลัก โดยทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ก็คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะเป็นแพทย์ที่ได้รับการฝึกฝนเรื่อง ***"การดูแลแบบประคับประคอง"*** โดยตรง หรือศัพท์ทางการของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวใช้คำว่า **"เวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคอง"**

ซึ่งที่จริง สิ่งที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพและระบบบริการปฐมภูมิของไทยดังกล่าวมาข้างต้นนี้ มีความสอดคล้องกับสิ่งที่ WHO ได้ระบุไว้ในเอกสารดังกล่าวด้วยว่า การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิผล โดยผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิ ที่ผ่านการฝึกอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและด้านการจัดการ/บรรเทาอาการ และสามารถจัดการส่งต่อ (Referral) ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือบรรเทาอาการในระดับที่สูงขึ้นไป



4. ประเด็นอื่น ๆ ของระบบ PC ที่ WHO เน้นย้ำ

นอกจากนี้ WHO ยังระบุด้วยว่า จุดเน้นที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ก็คือ ความต่อเนื่องในการดูแล, ความเคารพในคุณค่า/ค่านิยม/ความเชื่อต่าง ๆ ของผู้ป่วย, การเข้าถึงบริการต่าง ๆ อย่างเสมอภาค และการให้ความสนใจ/เอาใจใส่ ไม่ใช่เฉพาะกับตัวผู้ป่วย แต่รวมถึงครอบครัวของผู้ป่วยด้วย

WHO ระบุด้วยว่า การจัดทำเอกสารชุดนี้ขึ้นมา ไม่ได้ตั้งใจที่จะให้ใช้เป็นแนวทางในการรักษาในคลินิก (clinical guideline) **แต่ต้องการให้เป็นแนวปฏิบัติ (practical guideline) ในการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการบรรเทาอาการ เข้าไปยังระบบการดูแลสุขภาพ** (health care systems) และเป็นคู่มือที่ตั้งใจจะช่วยให้ใครก็ตามที่เกี่ยวข้องกับการวางแผน, การปฏิบัติการ/การดำเนินการ, การบริหารจัดการ, การรับประกันคุณภาพของการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary health care : PHC) นั้น สามารถบูรณาการเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการบรรเทาอาการเข้ามาในระบบนี้ด้วย

นอกจากนี้ **WHO ยังให้คำจำกัดความหรือนิยามความหมายของคำว่า “Palliative care” (2018) ว่าหมายถึง การป้องกันและการบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานของผู้ป่วยทั้งเด็กและผู้ใหญ่ และครอบครัวของพวกเขา ที่กำลังเผชิญหน้ากับปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต (life-threatening illness) ซึ่งปัญหาต่าง ๆ ดังกล่าว เกี่ยวข้องกับความทุกข์ทรมาน ทั้งทางกาย, จิตใจ/จิตวิทยา, สังคม, จิตวิญญาณ ซึ่งเป็นความทุกข์ทรมานของทั้งตัวผู้ป่วยเองและของญาติ/ครอบครัวของผู้ป่วย**

WHO มองด้วยว่า การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care: PC) ควรประกอบด้วยการระบุปัญหา, การประเมินผู้ป่วย และการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงที หรือควรดำเนินการให้เร็วที่สุด และ**ควรจะต้องมีเนื้อหาสาระที่สำคัญดังต่อไปนี้ด้วย คือ**

- เพิ่มคุณภาพชีวิต ส่งเสริมศักดิ์ศรีและความรู้สึกสบาย (dignity and comfort) และสิ่งเหล่านี้ควรจะส่งผลกระทบเชิงบวกต่อความเจ็บป่วย
- ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นมิตร ใกล้ชิดตลอดช่วงระยะเวลาที่เจ็บป่วย
- ควรบูรณาการหรือมีมิติการป้องกัน (prevention) มีการวินิจฉัยแต่เนิ่น ๆ และทำการบำบัดรักษาแบบประคับประคองปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ที่จำกัดหรือกีดขวางการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระดับหนึ่ง

- การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ควรได้รับการใช้อย่างทันท่วงทีในช่วงเวลาของการเจ็บป่วยพร้อม ๆ กับการบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ที่มีจุดประสงค์เพื่อช่วยยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้นอย่างมีคุณภาพ และจะต้องไม่ทนทุกข์ทรมาน
- ให้ทางเลือก และวิธีการรักษาต่าง ๆ ที่เป็นการยืดชีวิต ที่อาจมีคำถามในเชิงคุณค่าในช่วงท้ายของชีวิตหรือช่วงใกล้การเสียชีวิต และช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ในการบำบัดเพื่อช่วยชีวิตอย่างเหมาะสม
- การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเหมาะสมสำหรับผู้ที่เจ็บป่วยทั้งกาย, ใจ/จิตวิทยา, สังคม, จิตวิญญาณเป็นเวลานาน ทั้งจากการเจ็บป่วยหรือผลของโรคที่เป็นมาก่อนหน้านี้เป็นเวลานาน หรือจากการบำบัดรักษาโรคที่เป็นก่อนหน้านี้ด้วย
- ติดตาม ดูแล สนับสนุนครอบครัวผู้สูญเสียภายหลังจากการตาย (ถ้ามีความจำเป็น)
- ลดผลกระทบหรือความรุนแรงจากความยากจนที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว และปกป้องผู้ป่วยและครอบครัวจากความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากความยากลำบากทางการเงินอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือการไร้ความสามารถ
- อย่าเร่งการตายโดยตั้งใจ แต่ให้การบำบัดรักษาด้วยวิธีใดก็ได้ ที่จะทำให้บรรลุสู่ความรู้สึกสบายที่เหมาะสมในระดับหนึ่ง ที่สอดคล้องกับคุณค่า/ค่านิยม/ความเชื่อ/ความต้องการของผู้ป่วย
- การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองควรได้รับการยอมรับโดยเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขในทุกระดับ ครอบคลุมทั้งผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิ, อายุรแพทย์ทั่วไป/วิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาต่าง ๆ และบุคลากรเหล่านี้ควรมีความรู้ความเข้าใจ หรือ ได้รับการฝึกอบรม/มีทักษะเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในระดับต่าง ๆ ได้ตั้งแต่ ขั้นพื้นฐาน ไปจนถึงขั้นกลาง และขั้นเชี่ยวชาญ
- เสริมพลังหรือกระตุ้นให้ชุมชนและสมาชิกต่าง ๆ ในชุมชนประเภทต่าง ๆ เข้าร่วมในการดูแลอย่างกระตือรือร้น
- ควรสามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองได้ในทุกระดับของระบบการดูแลสุขภาพและในบ้านของผู้ป่วย
- การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองช่วยทำให้การดูแลแบบต่อเนื่องดีขึ้น และยังช่วยทำให้ระบบสุขภาพมีความแข็งแกร่งมากยิ่งขึ้น

จากการพิจารณาข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่ได้รับมาจากการทำงานภาคสนามของคณะวิจัย พบว่า สิ่งที่ THAPS, TPCN และศูนย์ KPC ได้ดำเนินการไป โดยได้รับการสนับสนุนจาก สสส.นั้น มีความสอดคล้องกับสิ่งที่ WHO ได้ระบุไว้ข้างต้นนี้ทุกประการ



5. อุปสรรค/สิ่งกีดขวางการพัฒนาระบบ PC ในมุมมองของ WHO

นอกจากนี้ ในเอกสารฉบับเดียวกัน ตรงหน้า 9 WHO (2018) ยังให้ความสำคัญกับเรื่องสิ่งกีดขวางต่าง ๆ (barriers) ที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาและต่อการเข้าถึงบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง **โดยเฉพาะความเข้าใจผิดเกี่ยวกับนิยามและความหมายของคำว่า "Palliative care" ซึ่งถือว่าเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการจัดบริการและการให้บริการ** นอกจากนี้ บ่อยครั้งที่พบว่า คนจำนวนมากยังไม่เข้าใจว่า การดูแลแบบประคับประคองนั้นคืออะไรกันแน่ ดังนั้น จึงควรทำความเข้าใจร่วมกันด้วยว่า การดูแลแบบประคับประคองนั้น ควรหมายถึงสิ่งดังต่อไปนี้ : -

- **การดูแลประคับประคอง หรือ PC ไม่ได้มีไว้สำหรับคนที่กำลังจะตายเท่านั้น** แต่ยังมีไว้สำหรับผู้ป่วยคนใดก็ได้ที่ทนทุกข์ทรมานจากปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ที่รุนแรงและเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิต
- การดูแลแบบประคับประคอง**ไม่ใช่ทางเลือกของการป้องกันโรคและการดูแลรักษาโรค** แต่ควรบูรณาการทั้งสองเรื่องเข้ามาในระบบการดูแลแบบประคับประคองด้วย **ถ้าตีความตรงนี้ก็คือ ถ้ามีอะไรที่สามารถป้องกันการลุกลามของโรคที่เป็นอยู่ได้ ก็ควรทำ รวมถึงการดูแลรักษาที่ไม่รุนแรง ไม่ใช่การยื้อชีวิต ไม่เร่งเร้า ซึ่งจะได้มีความชัดเจนในประเด็นที่หลายคนมักข้าใจผิดว่า การดูแลแบบประคับประคอง คือ การปล่อยให้ตาย ไม่รักษา ไปโดยปริยายด้วย**
- การดูแลแบบประคับประคอง**ไม่ใช่**แค่การบรรเทาความเจ็บปวดทนทุกข์ทรมาน แต่ที่จริงแล้ว **ควรมีการคาดการณ์ล่วงหน้าและมีการป้องกันการเจ็บปวดทุกข์ทรมานที่จะเกิดขึ้นด้วย**
- อันที่จริงนั้น ถือเป็นภาระที่ใหญ่หลวงเมื่อผู้ป่วยมีความทนทุกข์ทรมานที่ไม่จำเป็น ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บปวด ความกระวนกระวาย ทั้งจากอาการทางกาย, จิตใจ/จิตวิทยา, สังคม และจิตวิญญาณ (และน่าจะเกิดจากความไม่สามารถหรือข้อจำกัดในการคาดการณ์เกี่ยวกับความเจ็บปวด ความกระวนกระวายที่จะเกิดขึ้นด้วย – ส่วนนี้เพิ่มเติมโดยผู้เขียน)
- การดูแลแบบประคับประคองมีความสำคัญต่อการที่จะทำให้บรรลุสู่เรื่อง ความครอบคลุมหรือเรื่องระบบสุขภาพถ้วนหน้า (Universal health coverage : UHC) สำหรับประชาชนทุกคนด้วย

สำหรับเรื่องความเข้าใจผิดเกี่ยวกับ “การดูแลแบบประคับประคอง” (Palliative care) จากการเก็บข้อมูลในพื้นที่ ก็ยังคงพบอยู่พอสมควร โดยเฉพาะในบรรดาแพทย์เฉพาะทาง แพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางแห่ง ที่เข้าใจว่า การดูแลแบบประคับประคองเป็นเรื่องของคนใกล้เสียชีวิตเท่านั้น หรือบางส่วนมองว่า การดูแลแบบประคับประคองเป็นการสิ้นเปลืองทรัพยากรและงบประมาณ ไม่คุ้มกับการทำงาน ควรนำงบประมาณหรือทรัพยากรไว้ช่วยเหลือคนที่ยังจะต้องมีชีวิตอยู่ต่อไปอีกยาวนาน หรือคนในวัยอื่น ๆ มากกว่า เป็นต้น

นอกจากนี้ WHO **ยังระบุสิ่งกีดขวางหรืออุปสรรคต่าง ๆ ต่อการมีระบบการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพเพิ่มเติมไว้ด้วย** ดังนี้คือ :-

- **การขาดนโยบายด้านการดูแลแบบประคับประคองในระดับชาติ, รวมทั้งขาดแผนยุทธศาสตร์ด้านการดูแลแบบประคับประคองในระดับชาติ** และขาดแนวทางปฏิบัติในคลินิก (clinical guideline) ในการดูแลแบบประคับประคองในหลาย ๆ ประเทศ
- **ขาดแผนงานการจัดฝึกอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งในระดับพื้นฐาน, ระดับกลาง และระดับเชี่ยวชาญ**
- **ขาดตำแหน่งเจ้าหน้าที่ทั้งในหอผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มีการผนวกภารกิจด้านการดูแลแบบประคับประคองเข้ามาในระบบการดูแลที่เป็นความรับผิดชอบของทุกส่วนงานอย่างเป็นทางการ ซึ่งจะช่วยทำให้ทีมแพทย์พยาบาลที่ผ่านการอบรมได้รับค่าตอบแทนในการทำงานด้านนี้**
- **ขาดความครอบคลุมด้านการประกัน และ/หรือ หลักประกัน (insurance)** สำหรับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน (palliative home care)
- มีความกลัวในอาการข้างเคียงของการใช้ยา Opioids รวมถึงกลัวการติดยา และความเพลิดเพลินจากการใช้ยามากเกินไป จนส่งผลทำให้มีการออกกฎระเบียบ/กฎเกณฑ์ในการสั่งยาจนทำให้มีข้อจำกัดมากเกินไป
- การขาดแรงจูงใจทางการเงินในการนำเข้าและการผลิตยามอร์ฟีนทั้งแบบฉีดและแบบกินในระดับท้องถิ่น หรือระดับประเทศ

6. ระบบ PC ของไทยยังเผชิญกับสิ่งกีดขวางอะไรบ้าง? เมื่อมองจากกรอบ PC ของ WHO

จากกรอบ PC ของ WHO ข้างต้น สรุปได้ว่า ระบบ PC ของไทย ยังเผชิญกับปัญหาจำนวนบุคลากรและตำแหน่ง ทั้งในหอผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และการผนวกเรื่อง PC เข้ามาในระบบการดูแลอย่างเป็นทางการ ที่จะทำให้บุคลากรได้รับค่าตอบแทน ซึ่งเรื่องนี้ยังเป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญมาก ที่มีความเชื่อมโยงกับความไม่พอเพียงของจำนวนบุคลากรในระบบบริการสุขภาพปกติอยู่แล้วด้วย แต่ได้ทราบว่า เมื่อเร็ว ๆ นี้ ได้มีการเพิ่มอัตราจ้างทุกตำแหน่ง ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย นักโภชนากร/โภชนาการ ฯลฯ จำนวน 24 สายงาน จำนวน 38,000 กว่าตำแหน่ง และตำแหน่งผู้สำเร็จการศึกษาใหม่อีกประมาณ 7,500 กว่าอัตรา รวมทั้งหมดประมาณ 45,684 ตำแหน่ง/อัตรา (สำนักข่าว Hfocus, 2563)

อย่างไรก็ตาม การจัดสรรตำแหน่งดังกล่าว ระบุว่าเป็นผลมาจากสถานการณ์ปัญหาโควิด 19 และบุคลากรที่เพิ่มขึ้นเหล่านี้จะเป็นบุคลากรด่านหน้าในการเผชิญกับอุบัติการณ์ใหม่นี้ อย่างไรก็ดี ถึงแม้การจ้างบุคลากรเพิ่มในครั้งนี้ จะไม่ได้ระบุความเชื่อมโยงกับประเด็นปัญหาการเป็นสังคมสูงวัยและการดูแลผู้ป่วยแบบ PC ก็ตาม แต่ในความเป็นจริงนั้น เรื่องนี้ยังคงเป็นบริบทที่สำคัญมาก ที่จำเป็นต้องมีการนำ/ผู้นำที่สามารถพลิกวิกฤตให้เป็นโอกาส หรืออาศัยจังหวะนี้ในการระบุภารกิจด้านการดูแลแบบ PC หรือ ผนวกเข้ามาให้ชัดเจน ซึ่งถ้ามีการบริหารจัดการให้ดี มีการปูพื้นฐานความรู้และทักษะด้านการดูแล PC ให้กับทุกตำแหน่งที่เกี่ยวข้อง ที่จะมีการจ้าง และมีการอบรมเสริมความรู้ความเข้าใจทั้งในขั้นต้น ขั้นกลางและขั้นเชี่ยวชาญ โดยเฉพาะวิชาชีพแพทย์และพยาบาล จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบ PC หรือทำให้ระบบ PC ได้รับอานิสงค์จากเหตุการณ์โควิด

สำหรับ**ประเด็นการมีหลักประกัน หรือการประกันการดูแลรักษาที่บ้านนั้น ก็ถือเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจและมีความสำคัญมากเช่นกัน และควรได้รับการบรรจุเป็นวาระสำคัญวาระหนึ่งของการยกระดับคุณภาพระบบ PC โดยเฉพาะระบบการดูแลที่บ้าน (Home care)**

สำหรับประเด็นเรื่อง**การกลัวอาการข้างเคียงของการใช้ยา Opioids รวมถึงการติดยา และความเพลิดเพลินในการใช้ยา Opioids นั้น** จากการศึกษาข้อมูลภาคสนาม ก็พบว่าประเด็นนี้ยังมีความสำคัญ หรือยังคงเป็นปัญหาอุปสรรคสำคัญประการหนึ่งต่อการยกระดับ

คุณภาพของการดูแลแบบ PC เพราะถ้าหากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะแพทย์ยังมีความกลัวหรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนี้ ก็ยากที่จะทำให้ระบบ PC ประสบผลสำเร็จตามต้องการ เพราะยา Opioids เป็นยาช่วยระงับปวดที่สำคัญที่สุดในการลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกสบาย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน

ซึ่งจากการศึกษาในภาคสนามและการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจำนวนทั้งหมด 47 ราย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะท้ายประเภทต่าง ๆ ซึ่งมีทั้งหมด 24 รายหรือครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านทั้งหมดจากคณะวิจัย เป็นที่ชัดเจนว่า ทั้งตัวผู้ป่วย (ที่ยังสื่อสารและมีการรับรู้ได้) และญาติผู้ป่วยพึงพอใจในการได้รับยามอร์ฟีนเพื่อช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวดและความทนทุกข์ทรมาน และส่วนใหญ่สะท้อนว่า ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกอย่างมองเห็นได้ชัดเจน

7. สรุปประเด็นสำคัญที่พบเกี่ยวกับระบบ PC ของไทย เมื่อมองจากมุม PC ของ WHO

จากที่นำเสนอมาทั้งหมดข้างต้นนี้ ส่วนหนึ่งต้องการชี้ให้เห็นด้วยว่า ปัจจุบัน WHO ได้ทำการพัฒนาเอกสาร คู่มือ แนวทาง หรือชุดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองขึ้นมาแล้ว และการประเมินเชิงวิเคราะห์ด้วยการใช้กรอบข้อเสนอหรือกรอบการทำงานของ WHO ในเรื่องนี้โดยตรง ยังช่วยทำให้มองเห็นด้วยว่า ปัจจุบันระบบ PC ของประเทศไทยเราอยู่ ณ จุดไหน และมีอะไรที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติมอีกบ้าง ซึ่งจากการนำข้อมูลมือหนึ่ง (first-hand data) หรือข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) ที่ได้รับจากการทำงานภาคสนามมาสนับสนุนในประเด็นต่าง ๆ ข้างต้น ก็ทำให้มองเห็นได้ด้วยว่า การทำงานของ THAPS, TPCN และ ศูนย์ KPC ที่เกิดขึ้นและขยายตัวออกไป ด้วยการสนับสนุนของ สสส. พร้อมด้วยการหนุนเสริมขององค์กรภาคีต่าง ๆ เช่น สปสช. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สช. สถาบันการศึกษาต่าง ๆ ราชวิทยาลัย องค์กรทางกฎหมาย กลุ่ม/องค์กร/สมาคม/ชมรมในภาคประชาสังคมและภาคเอกชนนั้น ทำให้ประเทศไทยเราสามารถเอาชนะสิ่งกีดขวางสำคัญ ๆ ต่อการพัฒนาระบบ PC ไปได้หลายประการ โดยเฉพาะการมีนโยบายที่ชัดเจนมากขึ้น

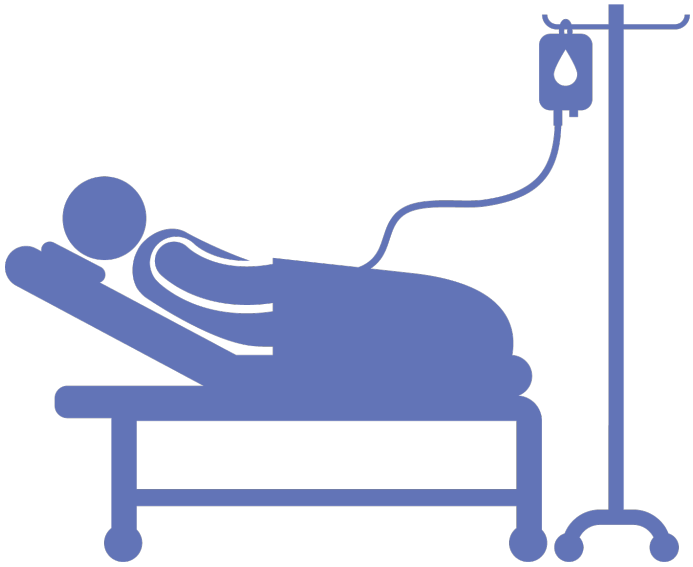
พบว่า **ในช่วงที่ นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน เป็น รมต. กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายด้านนี้ออกมาอย่างชัดเจน โดยระบุว่า จะต้องมีหน่วยการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care unit) ในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปภายในโรงพยาบาลนั้น ๆ อย่างน้อยหนึ่งหน่วย ภายในเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2557 พร้อมทั้งต้องมีพยาบาลที่ผ่านการอบรมด้าน PC อย่างน้อย 1 คน ปฏิบัติงานเต็มเวลาในหน่วยประคับประคองที่จัดตั้งขึ้น และจะต้องขยายสู่โรงพยาบาลระดับอำเภอ จำนวน 300 แห่งทั่วประเทศ ภายในเดือนกันยายน 2558** ซึ่งส่งผลทำให้เกิดการขับเคลื่อนเรื่องนี้อย่างมีทิศทางและเป็นระบบ ในระดับระบบและโครงสร้างและนโยบายเป็นครั้งแรกก็ว่าได้ - ยกเว้นกรณีการสนับสนุนของ สปสช. ที่เริ่มจากการทำเรื่อง “มิตรภาพบำบัด” มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 และต่อมาได้สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาองค์กรและเขตสุขภาพนำร่องในเรื่อง PC และในลำดับต่อมาได้มีการจัดชุดสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย PC จนกระทั่งล่าสุดคือการจ่ายค่าตอบแทนเยี่ยมบ้านให้กับบุคลากร

ซึ่งจากการเก็บข้อมูลในพื้นที่ พบว่า การมีนโยบายที่ชัดเจนในยุคของรัฐมนตรี นพ.รัชตะ รัชตะนาวินนั้น ได้ทำให้เกิดความตื่นตัว รวมถึงมีทิศทางการทำงานที่ชัดเจน และได้เกิด

การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในองค์กรหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ จำนวนมาก และแน่นอนว่าหน่วยการดูแล PC ในโรงพยาบาลหลาย ๆ แห่ง เกิดขึ้นหรือได้รับการจัดตั้งขึ้นในช่วงนี้

ต่อมาจนถึงปัจจุบัน พบว่า กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ก็มีนโยบายสนับสนุนในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะการกำหนดโครงสร้าง/การผลิตบุคลากรและมีการกำหนดอัตราจ้างแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ชัดเจน ซึ่งในช่วงเวลาเดียวกัน THAPS, TPCN และ ศูนย์ KPC ที่ได้รับการสนับสนุนจาก สสส. และองค์กรต่าง ๆ ก็มีการจัดฝึกอบรมบุคลากรหลายกลุ่ม หลายหลักสูตร ครอบคลุมทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร จิตอาสา ผู้ดูแล/ญาติผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถเพิ่มความรู้และทักษะให้กับบุคลากรเหล่านี้ ถ้ารวมผลผลิตการฝึกอบรมของทั้งเครือข่าย THAPS และกรมการแพทย์ พบว่า มีผู้ผ่านการอบรม PC จำนวนมากถึง 7,000 กว่าคน (นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 จนถึงปี 2562)[51]

นอกจากนี้ ในช่วงเวลาเดียวกัน ยังมีศูนย์ฝึกอบรมบุคลากรกระจายไปตามภูมิภาคต่าง ๆ ทั้งเหนือ อีสาน กลาง และใต้ ที่ได้รับการสนับสนุนจาก สสส. อีกด้วย อาจสรุปได้ด้วยว่าเมื่อมีการขับเคลื่อนที่หนุนเสริมกันในทุกภาคส่วนทั้งฝ่ายสถาบันการศึกษา ศูนย์บริการ/หน่วยบริการ/สถานพยาบาล หน่วยงานต่าง ๆ ที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง และการขับเคลื่อนในเชิงนโยบาย ก็ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหลายทิศทาง ซึ่งมีนัยสำคัญต่อพัฒนาการของระบบ PC อย่างชัดเจน



51 ข้อมูลจากศูนย์การุณรักษ์ (KPC) และจากเอกสารความก้าวหน้าในการดำเนินงานด้าน PC ของ พญ.เดือนเพ็ญ ห่อรัตนาเรือง (มปป.)

8. สรุปผลการวิเคราะห์ : พบจุดเปลี่ยนที่สำคัญ แต่ขาดความต่อเนื่องของนโยบาย

อาจกล่าวได้ด้วยว่า จนถึงปัจจุบัน สถานภาพของระบบ PC ของประเทศไทยมีความก้าวหน้าไปมาก ในบางช่วงเวลา สามารถก้าวข้ามประเด็นปัญหาอุปสรรคหรือสิ่งกีดขวางใหญ่ ๆ ไปได้หลายเรื่อง ทั้งเรื่อง นโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนงานการฝึกอบรมบุคลากร/การเพิ่มจำนวนบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถความเข้าใจในระดับต่าง ๆ ทั้งระดับพื้นฐาน ระดับกลาง และระดับเชี่ยวชาญ (แต่ส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับพื้นฐาน และมีระดับกลางบางส่วน แต่สำหรับระดับเชี่ยวชาญ ยังต้องใช้เวลาอีกระยะหนึ่ง) พร้อมทั้งมีกลยุทธ์การสื่อสารและมีวิธีการแพร่กระจายแนวคิด รวมถึงการพัฒนาชุดความรู้และเครื่องมือต่าง ๆ ที่จำเป็น การส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลอย่างเป็นองค์รวมในระดับหน่วยบริการ/สถานพยาบาลของผู้บริหารองค์กร และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Care) อย่างมีความเชื่อมโยงกัน โดยเน้นให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีบทบาทเชิงรุก

รวมไปถึงพัฒนาการล่าสุดที่เกิดขึ้น ก็คือ การผนวกเรื่องการดูแลแบบประคับประคองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) ของทุกเขตสุขภาพทั่วประเทศ ครอบคลุมทั้ง 13 เขต **ภายใต้บริบทของกระทรวงสาธารณสุข** ตลอดจนการส่งเสริมการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น และการพัฒนาชุดเครื่องมือและตัวชี้วัดการประเมิน ฯลฯ ด้วย สิ่งเหล่านี้ล้วนมีนัยสำคัญต่อคุณภาพของระบบ PC

แต่ประเด็นปัญหาที่สำคัญ ก็คือ การขาดความต่อเนื่องในเชิงนโยบาย และการไม่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรทุน หรือจาก สสส. อย่างต่อเนื่อง ซึ่งอันที่จริง 2 ปัจจัยนี้มีความสำคัญมากที่สุดต่อพัฒนาการและการยกระดับคุณภาพของระบบ PC ของประเทศไทย ซึ่งที่ผ่านมา พบว่า หลังจากเปลี่ยนตัว รมต. กระทรวงสาธารณสุขแล้ว ประเด็นเรื่องการดูแล PC ก็ไม่ใช่วาระสำคัญมากหรืออยู่ในลำดับต้น ๆ เท่ากับตอนที่ นพ.รัชตะ ยังเป็น รมต.

สำหรับเรื่องทุนสนับสนุนการดำเนินงานในการพัฒนาระบบให้มีความครอบคลุมและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะเงินทุนจาก สสส. ก็เช่นกัน ที่พบว่า ขาดความต่อเนื่อง หรือไม่ได้มีการสนับสนุนต่ออย่างเป็นระบบ ภายหลังจากการสิ้นสุดการทำงานของชุดโครงการเมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2559 ซึ่งส่วนหนึ่งอาจจะเป็นผลมาจากการที่ยังไม่มีผลการประเมินการทำงานของชุดโครงการในช่วงปี พ.ศ. 2556-2559 เพื่อมาประกอบการพิจารณาในการให้การสนับสนุนต่อ ก็อาจจะเป็นไปได้ **แต่กลับพบว่า เครือข่าย TPCN, THAPS และศูนย์ KPC ก็ไม่ได้หยุด**

การทำงานแต่อย่างใด ซึ่งจุดนี้คือ ปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อพัฒนาการของระบบ PC ที่แกนขับเคลื่อนหลักทำด้วยจิตใจที่มุ่งมั่น มีความเห็นใจในผู้ป่วย ถึงแม้ไม่ได้รับทุน ก็ยังแสวงหาเงินทุนจากแหล่งอื่น ๆ หรือพยายามเสนอแผนการทำงานที่ใช้ทรัพยากรของหน่วยงานหรือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตลอดมา

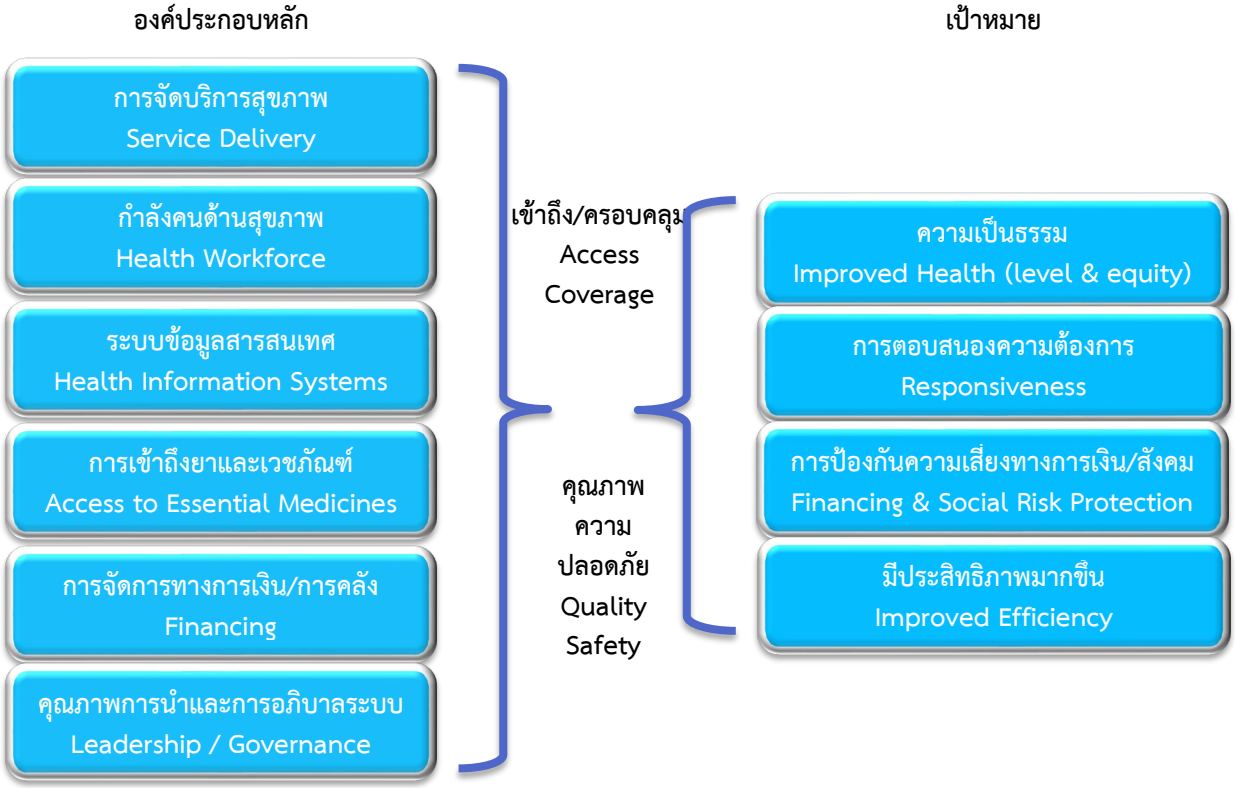
ในลำดับต่อไปนี้ จะเป็นการวิเคราะห์ตามความประสงค์ของ สสส. ที่ต้องการให้ใช้กรอบ 6 เสาหลักด้านการติดตามการพัฒนาระบบสุขภาพของ WHO มาช่วยในการวิเคราะห์การทำงานและการพัฒนาระบบ PC ของประเทศไทยเรา เพิ่มอีกหนึ่งกรอบ ตามที่กล่าวไปแล้วข้างต้น ซึ่งคณะวิจัยก็ยินดีที่จะทำการประเมินเชิงวิเคราะห์ด้วยกรอบ 6 เสาหลัก ตามที่ สสส.แจ้งความประสงค์เพิ่มเติม เพราะส่วนหนึ่งมองว่า จะช่วยขยายภาพการวิเคราะห์ประเด็นต่าง ๆ ในเชิงระบบได้อย่างครอบคลุมและช่วยทำให้มองเห็นภาพใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลในช่วงท้ายของชีวิตได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เพราะมีประเด็นต่าง ๆ ที่สำคัญ ที่ไม่ได้อยู่ในกรอบข้อเสนอหรือแนวคิดเรื่องการดูแลแบบประคับประคองของ WHO ตามที่นำเสนอไว้ข้างต้น โดยเฉพาะในประเด็น ระบบข้อมูลสารสนเทศ, การเงินและการคลังด้านการดูแลแบบประคับประคอง และเรื่องภาวะผู้นำและการอภิบาล (leadership and governance)

ดังนั้น เนื้อหาที่นำเสนอต่อจากนี้ จะเป็นการประเมินเชิงการวิเคราะห์กระบวนการและผลการทำงานของ “ชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในช่วยท้ายของชีวิต ปี พ.ศ. 2556-2559” โดยเฉพาะข้อมูลจากการทำงานของ THAPS, TPCN, ศูนย์ KPC และเครือข่ายพุทธิกา ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ด้วยกรอบติดตามการพัฒนาระบบสุขภาพด้วยแนวคิด 6 เสาหลักของ WHO ดังรายละเอียดต่อไปนี้

9. กรอบ 6 เสาหลักของ WHO ประกอบด้วยอะไรบ้าง?

กรอบการทำงานเพื่อติดตามการพัฒนาระบบสุขภาพของ WHO มีชื่อเรียกเต็ม ๆว่า **“Monitoring the Building Blocks of Health Systems : A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies”** (WHO, 2010) ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหรือ 6 เสาหลักที่สำคัญ คือ 1.การจัดบริการสุขภาพ (Health service delivery) 2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) 3. ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information system) 4. การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Access to essential medicines) 5.การเงินและการคลังด้านสุขภาพ (Health system financing) และ 6.ภาวะผู้นำและการอภิบาล (Leadership and governance) ซึ่ง WHO ระบุไว้ด้วยว่า กรอบนี้ใช้สำหรับทำงานในบริบทของ WHO และยังไม่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบของระบบสุขภาพ ที่มีประเด็นสำคัญ ๆ ใหญ่ ๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง องค์กรต่าง ๆ, สถาบันต่าง ๆ, ทรัพยากรต่าง ๆ, และประชาชนทั้งหมด ซึ่งถ้าใช้กรอบนี้เป็นตัวกำกับการทำงานหรือการพัฒนาระบบ จะทำให้เกิดความครอบคลุม และความปลอดภัยอย่างมีคุณภาพ และจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญ คือ สุขภาพและระบบสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งระดับของการได้รับบริการและความเสมอภาค สามารถตอบสนองต่อความต้องการได้เร็วขึ้น ดีขึ้น เป็นการคุ้มครองความเสี่ยงทั้งทางการเงินและทางสังคม และยังทำให้ระบบมีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย (ดูแผนภาพประกอบด้วย)

แผนภาพ 11 กรอบ 6 เสาหลักในการติดตามการพัฒนาระบบสุขภาพของ WHO



ที่มา: Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies, WHO 2010

สำหรับการวิเคราะห์ ณ ที่นี้ จะขออ้างอิงถึงงานของ นพ. สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล (ม.ป.ป.) ที่ได้เขียนอธิบายเกี่ยวกับกรอบ 6 เสาหลักของ WHO ไว้เป็นภาษาไทย ซึ่งเป็นเอกสารออนไลน์ด้วยบางส่วน อย่างไรก็ตาม เอกสารออนไลน์ฉบับของ นพ.สมเกียรตินี้ เป็นการพูดถึงการติดตามการพัฒนาระบบสุขภาพทั่ว ๆ ไป ไม่ใช่การติดตามการพัฒนาระบบ PC

จากที่ระบุไว้ข้างต้นแล้วว่า 6 เสาหลักของระบบสุขภาพที่ WHO กำหนดไว้เพื่อติดตามพัฒนาการหรือความคืบหน้าต่าง ๆ นั้น ประกอบด้วย 1) การให้บริการ/งานบริการสุขภาพ 2) บุคลากรหรือกำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ 4) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น 5) การเงิน-การคลังด้านสุขภาพ และ 6) ภาวะผู้นำและการอภิบาล ซึ่ง นพ. สมเกียรติ มองว่า ระบบสุขภาพที่ดีจะต้องส่งมอบงานบริการสุขภาพตามความจำเป็นของประชาชน โดยมีกลไกการคลังที่เข้มแข็ง มีบุคลากรที่ดี มีคุณภาพ มีความรู้ความสามารถ มีความพร้อมในการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพ และมีระบบสารสนเทศที่ครอบคลุมและ

ใช้เป็นฐานในการตัดสินใจเชิงนโยบายได้ ในขณะที่**ธรรมชาติของระบบสุขภาพของทุกประเทศ รวมประเทศไทยด้วยนั้น มีความแตกต่างหลากหลาย และมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่มทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน-ชุมชน และภาคสื่อสารมวลชน ดังนั้น ในความเป็นจริง การติดตาม กำกับ ดูแล ตรวจสอบ ควบคุม ส่งเสริมปัจจัยนำเข้า กระบวนการ จนถึง การควบคุมผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบของการดำเนินการในระบบสุขภาพ (health system) ให้ได้ทั้งหมดนั้น จึงเป็นเรื่องที่ยากและมีความท้าทายเป็นอย่างยิ่ง** ซึ่งถ้านำประเด็นนี้มามองระบบ PC ของไทย ก็เช่นเดียวกัน ที่พบว่า มีผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวนมาก การที่จะติดตาม กำกับ ดูแล ตรวจสอบ ไม่ใช่เรื่องที่จะสามารถทำได้ง่าย ๆ จริง ๆ ต้องใช้เวลา และทรัพยากรต่าง ๆ จำนวนมาก เพื่อให้ได้ภาพรวมของระบบ PC ณ ปัจจุบัน

นอกจากนี้ นพ.สมเกียรติ ยังกล่าวไว้ด้วยว่า...**การติดตามและประเมินผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ** จึงต้องมีการเชื่อมผสานองค์ประกอบของระบบสุขภาพทั้งหมด ซึ่งแต่ละประเทศก็มีบริบทที่แตกต่างกันไป มีจุดแข็ง จุดอ่อน ข้อจำกัด ที่ต่างกัน ทำให้ที่มาของตัวชี้วัดมีความแตกต่างกัน ดังนั้น การเปรียบเทียบผลลัพธ์กันโดยไม่พิจารณาบริบทที่แตกต่าง (diversified context) จึงไม่เหมาะสม หรือทำให้ภาพของระบบที่เป็นอยู่ในแต่ละแห่งบิดเบี้ยวจากความเป็นจริงได้ **ซึ่งในการวิเคราะห์ครั้งนี้ ก็เช่นกัน ที่ให้ความสำคัญกับบริบทเฉพาะ (specific context) ของแต่ละแห่ง แต่ละสถานพยาบาล แต่ละพื้นที่ เพื่อทำความเข้าใจระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองหรือระบบ PC ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นได้อย่างชัดเจนและลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น**

10. ข้อมูลที่ใช้และจุดเน้นในการวิเคราะห์

สำหรับการประเมินเชิงวิเคราะห์ ณ ที่นี้ พยายามให้ครอบคลุม ที่มา/ความเป็นมา กระบวนการ ผลผลิตผลลัพธ์ และผลกระทบของระบบสุขภาพที่มีลักษณะเฉพาะ ซึ่งเป็นเพียงส่วนหนึ่ง หรือเป็นระบบย่อย (sub-system) ของระบบสุขภาพใหญ่ หรือเป็นการวิเคราะห์ที่ใช้กรอบเสาหลักทั้ง 6 ที่ WHO กำหนดไว้ ในบริบทของการขับเคลื่อนและพัฒนาระบบ PC และระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home care) ที่ดำเนินการโดย THAPS, TPCN, ศูนย์ KPC และเครือข่ายพุทธิกา เป็นหลัก เสริมด้วยเนื้องานของโครงการแผนขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ดำเนินการโดย สช. บางส่วน

ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาระบบ PC ของ THAPS, TPCN, ศูนย์ KPC และเครือข่ายพุทธิกา เป็นงานที่มีความเกี่ยวข้องกับเสาหลักทั้ง 6 เสา หรือในอีกแง่หนึ่งสามารถนำกรอบ 6 เสาหลักของ WHO มาวิเคราะห์สิ่งที่ THAPS, TPCN, ศูนย์ KPC และเครือข่ายพุทธิกาดำเนินการได้ในทุกมิติ แต่สำหรับในส่วนที่ดำเนินการโดย สช. นั้น มีความเกี่ยวข้องโดยตรงในบางมิติหรือบางด้านเท่านั้น แต่ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องในทางอ้อม เพราะเป็นงานขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ที่ทำงานเชื่อมโยงกับภาคีหรือองค์กรภาคส่วนต่าง ๆ หลายประเภท แต่ถ้าจะวิเคราะห์แบบเชื่อมโยง ก็อาจจะสามารถกล่าวได้ด้วยว่า งานในส่วนที่ สช.ดำเนินการ เป็นส่วนงานหรือภารกิจที่เกี่ยวข้องกับคำว่า **“ระบบสุขภาพ”** (health system) ที่ใหญ่กว่า **“ระบบบริการสุขภาพ”** (Health service system) ซึ่งจะมีการสรุปให้เห็นความเชื่อมโยงดังกล่าวในตอนท้ายของบทวิเคราะห์

ในลำดับต่อไปนี้ จะทำการวิเคราะห์เรียงไปตามประเด็นของกรอบ 6 เสาหลัก แต่ให้เห็นความเชื่อมโยงกับเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ดังนี้คือ

1. งานบริการสุขภาพเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง

HEALTH SERVICE DELIVERY FOR PALLIATIVE CARE

งานให้บริการสุขภาพเป็นงานสำคัญที่สุดในระบบสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่สุขภาวะของประชาชน ซึ่ง ณ ที่นี้ หมายถึง ผู้ป่วยระยะท้าย ที่ป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ หรือโรคดำเนินมาสู่ช่วงท้ายของชีวิต และครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งแน่นอนว่า ระบบนี้ย่อมมีรูปแบบที่แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ แต่มีองค์ประกอบหลักๆ ที่สำคัญ ได้แก่ การมีเครือข่ายที่ให้บริการครอบคลุมตามความจำเป็นของประชาชนในกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งรวมถึง**งานป้องกัน งานรักษา งานฟื้นฟูสภาพ และงานสร้างเสริมหรือส่งเสริมสุขภาพ** ซึ่งถึงแม้จะมีสถานภาพเป็นผู้ป่วยระยะท้าย ก็ยังสามารถให้บริการหรือคำนึงถึงมิติในเชิงการป้องกันปัญหาต่าง ๆ (prevention) ที่จะเกิดขึ้นได้ด้วย (ตามที่ WHO เองก็ให้ความสำคัญกับเรื่องการป้องกันปัญหาต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะท้าย ตามที่นำเสนอไว้ข้างต้น ตรงกรอบแนวคิดหรือกรอบการทำงานของ WHO ในเรื่อง PC)

โดยเฉพาะในกรณีของ**ผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่มีผู้ดูแล** (care giver : CG) อย่างชัดเจนและเป็นทางการ แต่จำเป็นจะต้องจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องด้วยหลาย ๆ เหตุผล เช่น จำนวนเตียงที่ไม่พอเพียง จำนวนบุคลากรในโรงพยาบาลไม่พอเพียง ผู้ป่วยประสงค์จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้านของตน ฯลฯ ในกรณีเช่นนี้ ก็จะต้องมีการวางแผนในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล/สถานพยาบาล (discharge plan) อย่างดี มีความรอบคอบ เพื่อป้องกันปัญหาความสลับซับซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมาในระหว่างการรักษาแบบประคับประคองอยู่ที่บ้าน/ชุมชน รวมถึงปัญหาที่จะต้องกลับมาที่หน่วยฉุกเฉินโดยไม่จำเป็น หรือบางส่วนต้องกลับเข้ามานอนป่วยในโรงพยาบาลอีกครั้งหนึ่ง (readmitted) ทั้ง ๆ ที่อาจจะไม่จำเป็นหรืออาจจะต้องกลับมาเสียชีวิตคาท่อช่วยหายใจ ซึ่งไม่เป็นไปตามที่ระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาไม่รับบริการสาธารณสุขในช่วงสุดท้ายของชีวิต (living will)

ซึ่งส่วนใหญ่เท่าที่พบข้อมูลจากพื้นที่ กรณีมีปัญหาต่าง ๆ ดังกล่าวเกิดขึ้น มักจะเป็นผลมาจากการจัดการอาการที่บ้านและชุมชนยังทำได้ไม่ค่อยดีเท่าที่ควร หรืออาจจะเป็นผลมาจากการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรคยังไม่ชัดเจน โดยเฉพาะในกรณีสถานพยาบาล ที่ยังไม่มีระบบการดูแล หรือเพิ่งเริ่มต้นทำ ซึ่งยังไม่ค่อยได้มาตรฐาน หรือบุคลากรยังมีประสบการณ์น้อย เช่น ยังไม่มีแพทย์รับผิดชอบเรื่องนี้โดยตรง แต่ต้อง consult ผ่านระบบออนไลน์ ฯลฯ ซึ่งในกรณีเช่นนี้ ทีมงานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายก็จะต้องมีความระมัดระวังในการประเมินอาการผู้ป่วยและการพยากรณ์การดำเนินโรคให้แม่นยำยิ่งขึ้น สำหรับกรณีการจัดการอาการ

ได้ไม่ดี ก็ยังพบด้วยเช่นกัน ซึ่งในโอกาสต่อไป จะต้องให้ความสำคัญในการฝึกอบรมหน่วยบริการ/สถานพยาบาล/ทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในระดับอำเภอและระดับตำบล ทั้งโรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต. และอาสาสมัคร หรือกรณี**การขาดผู้ดูแลที่มีคุณภาพ** ก็จะต้องร่วมมือกับชุมชน/อาสาสมัคร/จิตอาสา/นักบริบาลชุมชนในการจัดทีมผู้ดูแลที่มีคุณภาพและดำเนินการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ

สำหรับกรณีการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมจากสามีหรือภรรยาหรือลูกหลาน-ญาติพี่น้อง หรือผู้ดูแลเอกชนที่จ้างมา ที่ไม่มีความพร้อม ที่อาจมีปัญหาทางจิตใจ/ความเครียดสะสม ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาครอบครัว ฯลฯ ซึ่งจากการเก็บข้อมูลในพื้นที่ พบว่า ยังมีปัญหาผู้ป่วยระยะท้ายถูกทอดทิ้ง ไม่มีคนดูแล และ/หรือ ได้รับการปฏิบัติที่ไม่ค่อยดี/ไม่เหมาะสมจากคนในครอบครัว (ที่อาจเป็นญาติห่าง ๆ) อยู่บ้าง รวมถึงการปฏิบัติของผู้ดูแลที่จ้างมา ที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก แต่กลับได้รับบริการที่ยังไม่ค่อยมีคุณภาพ อาทิเช่น ไม่ได้เช็ดตัวให้ แต่บอกว่าเช็ดแล้ว, ไม่จับให้ลุกนั่ง/ปล่อยให้นอนอย่างเดียว, ไม่สนทนาพูดคุยกับผู้ป่วย, ไม่เปลี่ยนผ้าอ้อม เมื่อถึงเวลา เป็นต้น

ในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำอะไรได้ หรือจำนวนหนึ่งไม่สามารถสื่อสารได้ แต่สามารถรับรู้ได้ เช่น การพยักหน้า การเหลียวมองตา ฯลฯ กรณีเช่นนี้ ก็ยิ่งต้องได้รับการคุ้มครองและป้องกันปัญหา เพราะเรื่องนี้ถือเป็นปัญหาเชิงจริยธรรม หรือเป็นความรุนแรงประเภทหนึ่ง ที่ต้องมีการป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงที่เปิดเผยหรือความรุนแรงเงียบ ที่กระทำโดยใครก็ตาม

ดังนั้น การให้ผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเข้าถึงบริการต่าง ๆ ทั้งการป้องกัน ดังที่กล่าวมาแล้ว และการรักษาที่ดี ซึ่งในความหมายของการดูแลแบบประคับประคองนั้น ไม่ใช่การรักษาในแบบเดิม ไม่ใช่รักษาให้หาย และไม่ใช่การรักษาที่เป็นการยื้อ/ฉุดรั้ง/ฝืนธรรมชาติ ซึ่งการกระทำดังกล่าว ถือเป็นความรุนแรงด้วยเช่นกัน แต่เน้นการรักษาเพื่อให้เกิดความรู้สึกสบาย (Comfort Care : CC) ไม่ทนทุกข์ทรมาน หรือเป็นการรักษาเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย บริการต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายของผู้ป่วย ซึ่งก็พบว่าสถานพยาบาลที่ได้มีโอกาสไปเยี่ยมก็ให้ความสำคัญกับเรื่อง CC นี้ หลายแห่งให้บทบาทกับแพทย์แผนไทยและผู้ช่วยแพทย์แผนไทยเข้ามาช่วย เช่น การนวดกดจุด การนวดผ่อนคลาย (ถ้าเป็นผู้ป่วยที่มีความปวด จะต้องมีคะแนนความปวด หรือ pain score ต่ำกว่า 6 จึงจะนวดให้) **แต่พบว่า ในหลาย ๆ พื้นที่ยังขาดแพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด และบริการอื่น ๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย เช่น ดนตรีบำบัด ศิลปะบำบัด สมาธิบำบัด เป็นต้น**

สำหรับประเด็น**การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation)** นั้น ในบางกรณีก็ยังสามารถทำได้โดยเฉพาะที่ไม่ใช่ผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยสมองเสื่อมรุนแรง ก็ยังสามารถทำการฟื้นฟูสภาพให้ดีขึ้นได้บ้าง แต่ไม่ใช่การฟื้นฟูเพื่อให้หาย แต่เพื่อบรรเทาทุกข์และเพิ่มคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะการฟื้นฟู-เยียวยาสภาพทางจิตใจนั้น สามารถทำได้และที่จริงควรจะต้องทำตลอดเวลากับผู้ป่วยทุกราย แม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในสภาพที่ดูเหมือนไม่รับรู้สิ่งใด ๆ แล้วก็ตาม หรือใกล้เสียชีวิตในอีก 48 ชั่วโมงข้างหน้าก็ตาม

ซึ่งในส่วนนี้เป็นเนื้องานของเครือข่ายพุทธิกา ที่ทำเรื่องสุขภาวะทางปัญญาและจิตวิญญาณ ที่ครอบคลุมเรื่อง สุขภาพหรือสุขภาวะทางความคิด-จิตใจด้วย **ซึ่งในบริบทของเครือข่ายพุทธิกา เรียกรวม ๆ ว่า “สุขภาวะทางปัญญา” อันที่จริง ในกรณีที่ยังสามารถฟื้นฟูสภาพทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะสภาพทางร่างกายนั้น ในบริบทของระบบบริการสุขภาพและระบบสาธารณสุขของไทย ณ ปัจจุบัน พบว่า ได้จัดให้อยู่ในกลุ่มที่เรียกว่า “การบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง” (Intermediate care : IMC) และกลุ่มการบริการฟื้นฟูระยะยาว (Long-term care : LTC)**

ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ก็ได้พบกรณีที่เป็นผู้ป่วยระยะท้ายและมีความทับซ้อนกับการมีสถานภาพเป็นผู้ป่วยที่ต้องการดูแลระยะยาว อาทิเช่น ประมาณ 3 เดือน 6 เดือน หรืออาจนานถึง 1-2 ปี ก็ยังมี ซึ่งในกรณีเช่นนี้ อาจทำให้เกิดปัญหาขึ้นได้หลายประการ ถ้าครอบครัวไม่พร้อม หรือมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ยากลำบาก หรือคนในครอบครัวมีภารกิจอื่น ๆ ที่ต้องทำ หรือคนในครอบครัวมีทัศนคติเชิงลบต่อการมีชีวิตอยู่อย่างยาวนานกว่าที่คาดการณ์ไว้ของผู้ป่วย เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังมีประเด็นสำคัญสำหรับบางพื้นที่ กล่าวคือ ถ้ามีผู้ป่วยระยะท้าย หรือผู้ป่วย PC จำนวนมาก ในขณะที่ผู้ป่วย IMC ก็มากด้วย แต่กลับต้องใช้ทีมงาน ทรัพยากรต่าง ๆ เช่น อาคาร หอผู้ป่วย ฯลฯ ในการทำทั้งเรื่อง PC และ IMC ไปพร้อมกันด้วย บางแห่งมองว่า การทำแบบนี้ทำให้ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่สำหรับกลุ่มเป้าหมายทั้ง 2 กลุ่ม ที่มีประเด็นปัญหาและความต้องการที่แตกต่างกัน ซึ่งต้องใช้ทีมงานหรือบุคลากรที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญหรือทักษะที่ไม่เหมือนกัน เพราะผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมี goal of care ที่ต่างกัน แต่สำหรับบางพื้นที่ พบว่า อาจจำเป็นต้องผนวกทั้ง 2 เรื่องเข้าด้วยกัน เพราะบางเวลาหรือบางพื้นที่ มีจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายไม่มาก แต่มีจำนวนผู้ป่วย IMC มากกว่า ทำให้จำเป็นต้องควบรวมงานทั้งสองอย่างเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดความคุ้มค่า แต่ก็อาจจะทำให้การทำงานในแต่ละอย่าง ทำได้ไม่เต็มที่หรือไม่ได้ผลสูงสุดตามต้องการ เพราะบุคลากรอาจไม่ถนัดในเรื่องการฟื้นฟู หรือไม่มีนักกายภาพบำบัด แต่ต้องมาทำงานเรื่องนี้ด้วย ทำให้ได้ผลไม่เต็มที่

โดยสรุป การที่จะทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับบริการต่าง ๆ ที่จำเป็นโดยปราศจากอุปสรรคหรือสิ่งกีดขวาง ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องค่าบริการ เครื่องมือ/วัสดุอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ ภาษา/การสื่อสาร วัฒนธรรม/ความเชื่อที่ต่างกัน ภูมิประเทศ/การเดินทาง/ค่าเดินทาง ความรู้ ความสามารถ/ทักษะ และทัศนคติ/ความพร้อมของทีมดูแลรักษา รวมถึงจำนวนบุคลากรที่พอเพียง ตลอดจนถึงความรู้-ทักษะ,ทัศนคติและความพร้อมของผู้ดูแล (care giver) หรือคนในครอบครัว การที่จะทำเช่นนั้นได้ ภายใต้โครงสร้างการบริหารราชการแบบรวมศูนย์ที่เป็นอยู่ของประเทศไทย ก็จะต้องมีเครือข่ายการให้บริการที่เข้มแข็งลงไปถึงระดับชุมชน (รวมชุมชนทุกประเภท ทั้งในชนบทและในเมือง) แต่จากการเยี่ยมพื้นที่ห่างไกลที่อยู่ในโครงการการขับเคลื่อนและทำงานของเครือข่ายพุทธิกา เช่น กรณีพื้นที่ชายแดนในเขตการทำงานของ รพ. แม่อาย จ.เชียงใหม่, รพ. แม่สอด จ.ตาก และ รพ. ปัว จ.น่าน พบว่า ประเด็นเรื่องภูมิประเทศและการเดินทางยังเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงและได้รับบริการของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ที่เป็นชนกลุ่มน้อย ที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล บนภูเขาสูง หรืออยู่ในเขตชายแดน/รอยต่อ

โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน แต่ไม่สามารถทำได้ เพราะเดินทางกลับไปไม่ทัน ต้องเสียชีวิตกลางทางก็มี หรือพบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องที่พักอาศัยไม่พร้อม ไม่เหมาะสม ไม่พอเพียง/คับแคบ ไม่สามารถจัดที่พักให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างเหมาะสม และบางส่วนก็ไม่มีคนดูแลด้วย เพราะลูกหลาน/ญาติพี่น้องอยู่ไกลกัน หรือเดินทางไปทำงานในเมืองที่อยู่ห่างไกลกันมาก ในกรณีเช่นนี้ ญาติของผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงต้องการให้ผู้ป่วย หรือแม้แต่ตัวผู้ป่วยเองต้องการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ทำให้อัตราการครองเตียงสูง หรือไม่เพียงพอต่อการให้บริการในระยะท้าย ซึ่งสถานพยาบาลบางแห่ง ก็มีดำริที่จะสร้าง (ถ้ามีงบประมาณ) หรือขยายหรือเพิ่มพื้นที่ในการรองรับการเสียชีวิตในโรงพยาบาล ด้วยการจัดสรรพื้นที่ใหม่ภายในโรงพยาบาล เนื่องจากบริบทของผู้ป่วยและญาติไม่เอื้อต่อการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ทั้ง ๆ ที่จำนวนไม่น้อยก็มีความประสงค์ที่จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้านก็ตาม

ซึ่งจริง ๆ แล้ว ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะกับสถานพยาบาลตามแนวชายแดน หรือ กับกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีถิ่นอาศัยห่างไกลจากเมืองเท่านั้น แต่ในความเป็นจริง ในเมืองใหญ่เอง อย่างเช่น กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ฯลฯ ก็พบว่า สถานพยาบาลต้องจัดสถานที่รองรับการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล มากขึ้น หรือเพื่อให้พอเพียงต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่มีเพิ่มมากขึ้น เช่น กรณี รพ. รามาธิบดี ต้องเปิดหออภิบาลผู้ป่วยระยะท้าย (End of life ward) ขึ้นมารองรับความต้องการของผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลับไปเสียชีวิตที่บ้านพักอาศัยได้ เนื่องจากเป็นห้องเช่า คอนโด ฯลฯ เช่นเดียวกันกับที่ รพ. มหาราชนครเชียงใหม่ ก็กำลังดำเนินการปรับสถานที่ให้เป็นหอผู้ป่วยระยะท้าย แต่ก็สามารถรับได้เตียง 4-6 เตียง (ข้อมูลตอนไปเยี่ยมสถานพยาบาลแห่งนี้เมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2562) **ซึ่งพบว่า การสร้างหรือปรับปรุงหอผู้ป่วยแบบนี้ ส่วนใหญ่ต้องหาทุนเอง แต่ถ้าเป็นโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลขนาดใหญ่ก็ไม่ค่อยมีปัญหา เพราะสามารถระดมเงินบริจาคได้ค่อนข้างง่ายกว่ากรณีโรงพยาบาลที่อยู่ชายแดน หรือในพื้นที่ห่างไกล**

อย่างไรก็ตาม ในกรณีเช่นนี้ ก็พบด้วยว่า สถานพยาบาลต่าง ๆ ที่ตั้งอยู่ในบริบทภูมิประเทศหรือสภาพทางภูมิศาสตร์ที่ห่างไกล มีความยากลำบาก ก็ได้มีความพยายามในการจัดระบบการดูแลและให้บริการที่เรียกว่าคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster : PCC) ซึ่งก็คือ ทีมทำงานระดับปฐมภูมิ ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล ทันตบุคลากร เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม แพทย์แผนไทย จิตอาสา/อสม. หรือทีมสหวิชาชีพ ที่มีการเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายการให้บริการที่มีความครอบคลุมมิติต่าง ๆ อย่างครบถ้วนทั้งการดูแลรักษาขั้นต้น

การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟู[52] ซึ่งพบว่า เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่ PCC จะต้องให้ความสำคัญด้วยเช่นกัน ซึ่งน่าจะมีผลทำให้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนที่ห่างไกลได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้นอีกระดับหนึ่ง ก็มีความเป็นไปได้ (อ้างอิง บทสัมภาษณ์ นพ. เฉลิม โพธานารักษ์, ผู้อำนวยการ รพ. แม่อาย อ.แม่อาย เชียงใหม่, 4 กรกฎาคม 2562)

สำหรับกรณีของ**ภาษาและวัฒนธรรม** พบว่า บางพื้นที่ ไม่ค่อยเป็นปัญหาอุปสรรคในการสื่อสาร เพื่อทำความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ มากเท่าใดนัก ส่วนหนึ่งเพราะบุคลากรทางการแพทย์บางส่วนก็พอจะสามารถสื่อสารภาษาของกลุ่มชาติพันธุ์ได้ หรือสามารถใช้ล่ามที่พูดภาษาท้องถิ่นได้ หรือกรณีของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ก็พบว่า มีล่ามแปลภาษา หรือจิตอาสาที่ทำงานให้โรงพยาบาล โดยเฉพาะภาษาเขมร ภาษาพม่า เป็นต้น แต่บางพื้นที่ก็ยังคงพบปัญหาอุปสรรคในการสื่อสารและปัญหาด้านวัฒนธรรมและความเชื่อที่แตกต่างกัน

สำหรับ**ประเด็นการสร้างเสริมหรือส่งเสริมสุขภาพ** ในความหมายของระบบการดูแลผู้ป่วย PC และระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้น พบว่า มักนิยมใช้คำว่า **“การมีคุณภาพชีวิตในระยะท้าย”** มากกว่า หรือเป็นการรักษาเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระดับหนึ่งในทุกมิติมากกว่า ไม่ว่าจะเป็นด้านการรักษาเพื่อลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานทางกาย ทางใจ ความยากลำบาก/ความสัมพันธ์/ความขัดแย้งในครอบครัว ปัญหาทางเศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม ฯลฯ หรืออาจกล่าวได้ด้วยว่า เป็นการใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพหรือการมีคุณภาพชีวิตในระยะท้าย ในทุกมิติ ทั้งมิติกาย-ใจ-อารมณ์-สังคม/ครอบครัว-ปัญญา และจิตวิญญาณ ซึ่ง THAPS และเครือข่ายพุทธิกาได้มีการอบรมให้ทีมแพทย์-พยาบาล-เภสัชกร-นักจิตวิทยา-นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์-แพทย์แผนไทย-นักโภชนาการ/โภชนากร ฯลฯ ได้เข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ในทุกมิติ โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพทางใจ-ปัญญาและจิตวิญญาณ ที่เรียกรวม ๆ ว่า “สุขภาวะทางปัญญา” ตามที่เครือข่ายพุทธิกาดำเนินการ **ซึ่งกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม ก็คือ พบว่า ได้มีการเพิ่มบทบาทของพระสงฆ์หรือผู้นำทางจิตวิญญาณของศาสนาต่าง ๆ เช่น บาทหลวง โต๊ะอิหม่าม เข้ามาในกระบวนการดูแล ติดตาม เยี่ยมบ้านด้วย**

52 ซึ่งที่จริง คลินิกหมอครอบครัวเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 แต่ก็ยังไม่สามารถดำเนินการได้มากเท่าใดนัก ซึ่งมีเหตุผลหลายประการ แต่เหตุผลหนึ่ง ก็คือ จำนวนแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวมีไม่พอเพียง อย่างไรก็ดี ทางกระทรวงสาธารณสุข กำลังอยู่ในช่วงเพิ่มจำนวนแพทย์ด้านนี้ ซึ่งจากข้อมูลที่ได้รับมา จะผลิตประมาณปีละ 650 คน เป็นเวลา 10 ปี นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พญ.ปฐมพร ศิรประภาศิริ และ นพ.สุพรรณ ศรีธรรมา, 5 มิถุนายน 2562)

ดังนั้น งานในส่วนนี้ ยิ่งเป็นการชี้ชัดว่า แนวคิดการส่งเสริมหรือสร้างเสริมสุขภาพ หรือการรักษาเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้ายได้ในระดับหนึ่งนั้น ได้รับการนำไปใช้ในงานการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และ/หรือ ระบบ PC ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นในทุกพื้นที่ เพียงแต่อาจจะมีความแตกต่างกันในเรื่องความเข้มข้น ความสม่ำเสมอและความครบถ้วนของทีมดูแล อาทิเช่น บางแห่ง อาจจะยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นระบบ สม่ำเสมอ หรือยังไม่เข้มข้นเท่าที่ควร **เนื่องจากยังมีปัญหาในเรื่องจำนวนพระสงฆ์ในวัดมีน้อยหรือพระมีอาวุโสหรืออายุมากหรือบางส่วนมีจำนวนพรรษาน้อยเกินไป ทำให้ไม่ได้รับการยอมรับ หรือมีพระสงฆ์กลุ่มชาติพันธุ์เข้ามาบวชในพื้นที่ของคนไทยพื้นเมือง ก็พบว่า คนพื้นเมืองยังไม่ยอมรับ หรือกรณีพระสงฆ์อาพาธ/สุขภาพไม่ดี/อายุมาก ทำให้ไม่สามารถแสดงบทบาทในด้านนี้ได้ ซึ่งพบว่า บางวัดมีพระสงฆ์สูงอายุ หรืออายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปและมีโรคประจำตัวกันทั้งวัด เช่น เบาหวาน เส้นเลือดสมองตีบ โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) อัมพฤกษ์-อัมพาต ก็มี ทำให้นอกจากจะไม่สามารถออกไปช่วยเหลือคนอื่น/ผู้ป่วย-ชาวบ้านได้แล้ว ยังจะต้องให้ชาวบ้าน/จิตอาสา/อาสาสมัครในชุมชนมาช่วยดูแลพระสงฆ์แทน เป็นต้น**

ดังนั้น การมองประเด็นนี้ให้รอบคอบ รอบด้าน บนฐานข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นจริง ไม่คาดหวังอะไรที่อยู่นอกเหนือความเป็นจริง หรือไม่มองแต่เฉพาะจากมุมของผู้วางแผน ผู้ดำเนินโครงการ ก็จะมีส่วนช่วยทำให้โครงการต่าง ๆ สามารถดำเนินการได้สำเร็จมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในกรณีของพระสงฆ์ที่มักถูกคาดหวังให้แสดงบทบาทต่าง ๆ ทางสังคมหลายอย่าง โดยที่ผู้ผลักดันให้ทำโครงการ ไม่ทราบหรือไม่สนใจบริบทเฉพาะของพระสงฆ์หรือสถาบันสงฆ์หรือวัดแต่ละแห่ง ก็จะทำให้เกิดมายาคติ เลื่อนลอย ไม่ประสบผลสำเร็จ **ซึ่งจริง ๆ แล้ว มีปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับพระสงฆ์ วัด และ/หรือ สถาบันศาสนา ที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จหรือไม่สำเร็จในการให้พระสงฆ์เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการบริการทางสุขภาพเพื่อผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวกับการปกครองของสงฆ์ ที่พระสงฆ์ต้องขึ้นต่อระบบการปกครองเช่นเดียวกับสถานภาพ/วิชาชีพอื่น ๆ และหลายอย่างไม่สามารถตัดสินใจได้เอง เพราะมีพระวินัยกำกับอยู่ เป็นต้น นอกจากนี้ ก็ยังมีปัจจัยระดับตัวพระสงฆ์เอง ทั้งด้านภูมิหลัง บุคลิก ทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจ การวางตัว ประวัติความเป็นมา ฯลฯ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการแสดงบทบาทเป็นผู้เยียวยา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อความศรัทธาของชุมชน/ท้องถิ่น/ชาวบ้านที่มีต่อพระสงฆ์และสถาบันสงฆ์ เป็นต้น**

สำหรับประเด็นที่ว่า ระบบบริการสุขภาพควรจะต้องมีการกำหนดเขตการคุ้มครองค่าบริการนั้น ถ้าเป็นในกรณีของการดูแลแบบ PC พบว่า **ประเด็นนี้ก็ยังมีความจำเป็นด้วย**

เช่นกัน ซึ่งในกรณีของประเทศไทยเรา เป็นประเด็นที่เชื่อมโยงกับการบริการของโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งไม่แน่ใจว่า อยู่ในอัตราเท่าไหร่ แต่ปกติค่าบริการโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยจะสูงกว่าอัตราของโรงพยาบาลรัฐ ประมาณ 3-5 เท่าเป็นอย่างต่ำ

นอกจากนี้ ก็อาจจะมีประเด็นที่มีนัยยะหรือความหมายที่เชื่อมโยงกันกับเรื่องนี้ในทางอ้อมอีก กล่าวคือ ยังมีความเหลื่อมล้ำและความแตกต่างกันในเรื่องค่าบริการ หรือ การได้รับสิทธิในการรักษาที่เชื่อมกับสิทธิ์ตามสถานภาพของการจ้างงาน/การทำงาน ที่แตกต่างกันถึง 3 สิทธิ์ คือ สิทธิ์ประกันสังคม สิทธิ์ประชาชน และสิทธิ์ข้าราชการ **ซึ่งข้อมูลจากบางพื้นที่ พบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพเป็นข้าราชการเกษียณ จะได้รับการดูแลรักษาแบบ PC ในโรงพยาบาล เป็นเวลานานตามสภาพและความต้องการได้มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ เพราะไม่มีข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่าย/ค่าบริการ ในขณะที่ผู้ป่วยระยะท้ายที่มีสิทธิ์ประเภทอื่น ๆ เช่น บัตรทอง 30 บาท และสิทธิประกันสังคม พบว่า ยังมีข้อจำกัดในเรื่องค่าใช้จ่าย ทำให้บางส่วนถูกผลักดันให้ไปอยู่ที่บ้าน หรือได้รับสิทธิ์ในการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาสั้นกว่ากลุ่มข้าราชการและข้าราชการเกษียณที่สามารถจ่ายได้ เป็นต้น**

นอกจากนี้ ก็ยังมีประเด็น**ความต่อเนื่องในกระบวนการรักษาแบบประคับประคองแบบข้ามเครือข่าย ข้ามเขตพื้นที่บริการด้วย** ซึ่งพบว่า ในกรณีของภาคอีสาน จะมีความชัดเจนมาก เนื่องจากศูนย์ KPC ได้วางแผนในการเชื่อมโยงการให้บริการทั้งภาค ผ่านเครือข่ายต่าง ๆ ที่มีอยู่ โดยเฉพาะเครือข่ายแพทย์-พยาบาลที่รู้จักมักคุ้นกันอยู่แล้ว อาทิเช่น เคยเป็นลูกศิษย์, เป็นเพื่อนเรียนรุ่นเดียวกัน, อยู่ในกลุ่ม/องค์กร/ชมรม/สมาคมเดียวกัน และยังผ่านระบบและโครงสร้างที่มีอยู่แล้วของกระทรวงสาธารณสุข อาทิเช่น ระบบและโครงสร้างที่เชื่อมกันระหว่างโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และระบบ/โครงสร้างที่ข้ามเขตจังหวัดและข้ามภูมิภาคที่เรียกว่า **“เขตสุขภาพ”** ที่มีปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ ซึ่งกันและกันอยู่แล้ว

สำหรับภาคอื่น ๆ ก็มีความพยายามที่จะให้เกิดความต่อเนื่องในกระบวนการรักษาแบบประคับประคองทั้งภายในระบบและโครงสร้างที่มีอยู่แล้วของแต่ละภาคดังกล่าวแล้วข้างต้นด้วยเช่นกัน **โดยเฉพาะภายหลังจากที่เรื่อง PC ได้รับการบรรจุให้เป็นนโยบายและงานหนึ่งที่มีความสำคัญในระบบการพัฒนาบริการสุขภาพที่เรียกว่า “Service Plan” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559** ด้วยเหตุนี้ การรักษาแบบ PC แบบข้ามเครือข่ายและข้ามเขตพื้นที่บริการจึงมีความเป็นไปได้มากขึ้น ซึ่งจุดเน้นสำคัญอยู่ที่ระบบการส่งต่อ (Referral system) ซึ่งจากการสัมภาษณ์ พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุลและทีมงานขับเคลื่อนของศูนย์ KPC จะเห็นได้ชัดเจนว่า **คณะทำงานได้ให้ความสำคัญกับเรื่องระบบการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ (seamless referral**

system) ทั้งในระดับจังหวัด และระดับเครือข่ายสถานพยาบาล ที่อยู่ในเขตสุขภาพเดียวกัน และต่างเขตสุขภาพกัน ซึ่งเครื่องมือ และ/หรือ กลไกที่สำคัญ 2 ประการที่จะทำให้เกิดระบบแบบไร้รอยต่อขึ้นได้ ก็คือ ระบบฐานข้อมูลการส่งต่อและบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และเครื่องมือที่กำลังมีการพูดคุยและสื่อสารกัน ที่มีแนวโน้มจะนำมาใช้ ก็คือ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan : ACP) ซึ่งกำลังอยู่ในช่วงการพัฒนาและต้องการการสนับสนุนจากองค์กรทุนในการดำเนินการเรื่องนี้

นอกจากนี้ ระบบ PC ยังมีความครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ ไม่ใช่เฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่คนจำนวนมากเข้าใจกันอย่างผิด ๆ เท่านั้น **เพราะที่จริงแล้ว ผู้ป่วยระยะท้ายมีทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นเด็ก วัยรุ่น เยาวชนนั้น ยิ่งเป็นประเด็นที่มีความละเอียดอ่อน ซับซ้อน อ่อนไหว และต้องทำความเข้าใจให้ถ่องแท้ เพราะการที่ผู้ป่วยยังมีอายุน้อยมาก (โดยเฉพาะที่อายุต่ำกว่า 12 ปี) พ่อแม่และญาติพี่น้องยังทำใจไม่ได้ที่ลูกหลานกำลังจะจากไป ทำให้เกิดภาวะเครียด ซึมเศร้า ท้อแท้ หมดหวัง (trauma/depression) ขึ้นในครอบครัว** ซึ่งบางส่วนถึงกับต้องการจบชีวิตตนเอง หรือตัวผู้ป่วยเอง ก็คิดที่จะจบชีวิตตัวเองด้วยเช่นกัน

ดังนั้น **เรื่องอายุ-วัย/สถานภาพของผู้ป่วยกับการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นเด็ก (pediatric palliative care) ซึ่งเป็นความต้องการที่เฉพาะเจาะจง เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ THAPS, TPCN และเครือข่ายพุทธิกาให้ความสำคัญด้วยเช่นกัน** เพราะยังเป็นประเด็นที่ถูกละเลย เนื่องจาก อาจจะเป็นเพราะผู้ป่วยระยะท้ายที่มีสถานภาพเป็นเด็ก ยังมีจำนวนไม่มากเท่าใด (ยกเว้นในบางพื้นที่ เช่น พื้นที่ชายแดน ที่ประเด็นการเจ็บป่วยของแม่และเด็ก มีความชุกกว่าเรื่องอื่น ๆ) แต่ทั้งนี้ ก็ต้องยอมรับว่า ยังเป็นระบบที่ต้องเดินตามหลังระบบ PC สำหรับผู้ใหญ่ เพราะมีจำนวนความต้องการมากกว่า ในขณะที่สังคมกำลังเดินเข้าสู่ภาวะสังคมสูงวัยเต็มขั้น เหมือนดังที่ พญ.เดือนเพ็ญ ห่อรัตนาเรือง ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญคนหนึ่งใน THAPS, TPCN และเป็นกุมารแพทย์ด้วย ได้ สะท้อนให้ฟังว่า *“ตอนนี้ Palliative Care ผู้ใหญ่กำลังอยู่ในขั้นตอนที่สร้างความตระหนัก สร้างระบบ ผลักดันให้เกิดระบบที่ดี เพราะฉะนั้นเด็กต้องตามมา พอเรามีระบบที่เข้มแข็งเดี๋ยวพวกรายละเอียดพวกคนไข้ที่เป็นย่อย ๆ ไปอีกจะตามมา”* (สัมภาษณ์ พญ.เดือนเพ็ญ ห่อรัตนาเรือง, สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 12 มิถุนายน 2562)

ซึ่งนอกจากเรื่องเด็กแล้ว ยังมี**ประเด็นการดูแลรายโรค (specific disease care) และการมีสถานที่รองรับการมีคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่ได้มาตรฐานคุณภาพ** รวมถึงสถานฟื้นฟูร่างกาย และ nursing home เพราะหลาย ๆ แห่ง ยังไม่มีความพร้อมด้านปัจจัย

โครงสร้างและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น กรณีผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (CKD) ที่อาจจะจำเป็นต้องล้างไตทางหน้าท้องที่บ้าน แต่สถานพยาบาลหลายแห่งยังไม่สามารถให้บริการในด้านนี้ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีหลายโรค ก็จะมีอาการต่าง ๆ ที่ซับซ้อน (multi-morbidity and complications) ที่มีประเด็น ทั้งการควบคุมอาการและการให้คำปรึกษาที่ดี ซึ่งทีมดูแลรักษาจำเป็นต้องสามารถให้คำปรึกษา ด้วยทักษะมนุษย์และมีความไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย เป็นต้น (สัมภาษณ์ นพ.สกล สิงหะ, ศูนย์ชีวันตาภิบาล, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 15 สิงหาคม 2562)

สำหรับด้านคุณภาพงานบริการนั้น ต้องเป็นไปตามมาตรฐานของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งในปัจจุบันก็ได้มีการพัฒนามาตรฐานคุณภาพขึ้นแล้ว ด้วยความร่วมมือระหว่าง TPCN และ THAPS ที่ร่วมดำเนินการพัฒนา **“มาตรฐานคุณภาพ”** (Quality Standard) ที่ใช้สำหรับการประเมินภายนอก (External evaluation) และการประเมินตนเอง (self-assessment) ของผู้ที่ทำงานด้านนี้ในหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล เมื่อปี พ.ศ. 2561 เพื่อทำให้ระบบมีประสิทธิผล ประสิทธิภาพ มีคุณภาพ มีความปลอดภัย เป็นไปตามความจำเป็นของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม มีการประสานเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย หรือมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ โดยเฉพาะการส่งตัวหรือการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะต้องมีการวางแผนอย่างดี เพื่อป้องกันไม่ให้กลับเข้ามาได้รับการรักษาแบบรุนแรงหรือในที่สุดต้องเสียชีวิตพร้อมกับเครื่องไม้เครื่องมือระโยงระยางเต็มตัวไปหมด

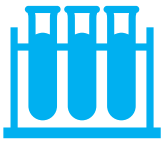
ซึ่งเรื่องนี้ มีความเชื่อมโยงกับเสาหลักที่ 4 ในเรื่อง การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ ที่จะต้องมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการให้บริการ มีความครอบคลุม มียาครบถ้วน โดยเฉพาะในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลระดับอำเภอ (รพ.ชุมชน) **ซึ่งจากการประเมินเชิงวิเคราะห์พบว่า ยังมีปัญหาในหลาย ๆ แห่ง ที่ยังมียาไม่ครบทุกอย่าง ซึ่งจะต้องมีระบบการบริหารจัดการและการกระจายที่ดี เพื่อบรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ดีไปพร้อม ๆ กัน และที่สำคัญต้องมุ่งเน้นที่ “คน” หรือ “ผู้ป่วยและครอบครัว” เป็นศูนย์กลางในการให้บริการ ไม่ใช่ตัว “โรค” หรือตัวเงินเป็นหลัก** ซึ่งประชาชนและชุมชนจำเป็นจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการให้บริการระยะท้ายและร่วมในการประเมินผลด้วย

โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยระยะท้ายกลับไปอยู่ที่บ้านและชุมชนหมู่บ้านของตน จะได้สามารถปรับปรุงระบบ PC และระบบ Home Care ให้ดีขึ้น ทุกคน/ทุกภาคส่วน/ทุกองค์กรมีส่วนร่วม ทั้งอาสาสมัคร จิตอาสา ชุมชน-ผู้นำชุมชน และภาคีต่าง ๆ เช่น วัด/พระสงฆ์ บาทหลวง โต๊ะอิหม่าม ครู ฯลฯ ทุกคน ทุกภาคส่วนจะได้เข้าใจในบทบาทของตนในการช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้จากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ทำให้ทุกคน ทุกฝ่าย

ทุกระดับ ร่วมกันตระหนักและรับผิดชอบ ปลูกฝังให้ประชาชนที่อยู่ในช่วงวัยต่าง ๆ ในชุมชนเข้ามาร่วมดูแล ยกตัวอย่างเช่น **“การใช้แนวคิดชุมชนกรุณา” (Compassionate Community) ในการทำงานด้านนี้** โดยเฉพาะที่พบที่ชุมชน อ.ห้วยยอด จ.ตรัง ที่พระสงฆ์เข้ามามีบทบาทในการชี้นำทางสติปัญญาและจิตวิญญาณ พร้อมทั้งมีโครงการสนับสนุนให้เด็กและเยาวชนได้มีบทบาทในการติดตาม ดูแล เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะท้าย ทำให้ชุมชน/ผู้นำชุมชนมีความกระตือรือร้นมากขึ้น และจำนวนมากให้ความสนใจในการเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยชุมชนเป็นเจ้าของ ซึ่งถ้าเป็นเช่นนี้อย่างทั่วถึง ครอบคลุมในทุกพื้นที่ ก็จะช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายสามารถบรรลุผลตามต้องการหรือที่ระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาได้จริง

สำหรับ **ตัวชี้วัดงานบริการสุขภาพ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารต้นฉบับ 6 เสาหลักด้านสุขภาพของ WHO (2010) นั้น พบว่า ไม่เหมาะสมในการนำมาใช้หรือแม้แต่ประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์งานบริการสุขภาพของระบบ PC เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดทั่วไปที่ใช้สำหรับการพัฒนาระบบสุขภาพสำหรับคนปกติทั่วไป ที่ไม่ใช่ระบบ PC ที่มีบริบทเฉพาะ มีจุดเน้นปัจจัยนำเข้า กระบวนการ/วิธีการ ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบที่ต้องการ ที่แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง** ประกอบกับระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเองก็มีชุดตัวชี้วัดของระบบที่ต้องการอยู่แล้ว โดยเฉพาะในกรณีของระบบ PC ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย TPCN, THAPS และศูนย์การุณรักษ์ (KPC) ที่ได้พัฒนาชุดตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วย PC ขึ้นมาตามที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น (โปรดอ่าน เอกสาร มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง : กันยายน, 2561 และสมุดคู่มือประเมินตนเอง มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง : สิงหาคม, 2561 จัดทำโดย เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และศูนย์การุณรักษ์ ประกอบด้วย) และได้มีการประสานพูดคุย พร้อมทั้งวางแนวทางในการพัฒนาหรือยกระดับคุณภาพระบบ PC ด้วยการใช้ตัวชี้วัดเป็นตัวกำกับและติดตามร่วมกับทางสำนักรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน (สรพ.) แล้วด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้ ก็ยังมีชุดตัวชี้วัดของกรมการแพทย์ และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งควรจะใช้ชุดตัวชี้วัดเหล่านี้ในการประเมินระบบบริการสุขภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองมากกว่าใช้ชุดตัวชี้วัดของกรอบ 6 เสาหลักของ WHO



2. กำลังคนเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง
HEALTH WORKFORCE FOR PALLIATIVE CARE

สำหรับเรื่อง กำลังคนในระบบ PC นี้ ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ (input and processes) ในการพัฒนาระบบการดูแลที่มีความสำคัญมากเรื่องหนึ่งของระบบบริการสุขภาพของไทยในปัจจุบัน (นอกเหนือจากเรื่องการจัดบริการสุขภาพที่กล่าวไปแล้วในข้อ 1 ข้างต้น และปัจจัยอื่น ๆ ในกรอบ 6 เสาหลัก ที่จะมีการอธิบายในลำดับต่อไป หลังจากวิเคราะห์และอธิบายเรื่องกำลังคนในหัวข้อนี้แล้ว)

สำหรับปัจจัยนำเข้าและกระบวนการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ จะต้องทำให้เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญต่อกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งในกรณีนี้ ก็คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายจะต้องดีขึ้น แม้ในช่วงเวลาก่อนการเสียชีวิต ก็ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณ ที่ยังไม่ค่อยมีความชัดเจน หรือทีมบุคลากรยังมองว่าเป็นเรื่องที่ยากในการดำเนินการ นอกจากนี้ จะต้องเกิดผลผลิตและผลลัพธ์ที่สำคัญ คือ ประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการดูแล ที่ในที่สุดจะทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้รับการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการได้อย่างรวดเร็ว ทั่วถึง เป็นธรรม มีความพึงพอใจ ได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งจริง ๆ แล้ว ตรงนี้เป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งที่จะชี้ให้เห็นถึงความสามารถของประเทศที่จะบริหารจัดการทรัพยากรคน-เงิน-ของ ที่มีอยู่ทั้งหมด ให้บรรลุเป้าหมายให้ประชาชนผู้รับบริการหรือผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวให้สามารถมีสุขภาวะที่ดีหรือมีคุณภาพชีวิตในช่วงท้ายของชีวิตได้ในระดับหนึ่ง แม้ในยามเจ็บป่วย

สำหรับประเด็น กำลังคนด้าน PC นี้ พบว่า มี 2 มิติที่สำคัญ คือ มิติเชิงปริมาณ หมายถึง จำนวนของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ที่พอเพียงกับความต้องการที่กำลังเพิ่มขึ้น อันเป็นผลมาจากการเป็นสังคมสูงวัย เพราะมีความสำคัญต่อการดูแลรักษาอย่างเป็นองค์รวมเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยระยะท้าย และอีกมิติหนึ่ง คือ มิติด้านคุณภาพ กล่าวคือ บุคลากรต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ แรงจูงใจ การให้คุณค่า ทัศนคติ และการปฏิบัติต่าง ๆ ในเชิงบวกที่มีคุณภาพสูง พร้อมด้วยความรับผิดชอบในระดับสูงในการทำภารกิจการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งพบว่า ชุดโครงการทั้งสอง คือ ชุดโครงการของ THAPS และชุดโครงการของเครือข่ายพุทธิกา ก็ได้พยายามดำเนินการในเรื่องนี้อย่างเข้มข้นทั้ง 2 มิติควบคู่กัน

โดยให้ความสำคัญกับกระบวนการสร้างกำลังคน ทั้งมิติเชิงปริมาณและมิติเชิงคุณภาพไปในเวลาเดียวกัน สำหรับเชิงปริมาณ จะเห็นได้ว่า ได้ใช้วิธีการ/กลยุทธ์ต่าง ๆ ในการสร้างเครือข่ายทุกประเภท ทุกระดับ เพื่อเพิ่มจำนวนบุคลากรที่สนใจในเรื่องนี้ จากกลุ่มบุคลากรหรือกำลังคนที่มีอยู่แล้วในระบบ ให้หันมาสนใจหรือให้คุณค่ากับเรื่อง PC โดยในช่วงแรก เน้นกำลังคนด้านการพยาบาล เพราะพยาบาลเป็นกลุ่มบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ต่อมาจึงเน้นเพิ่มด้านปริมาณ พร้อมยกระดับคุณภาพไปยังวิชาชีพอื่น ๆ ทั้งแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ/โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด แพทย์แผนไทย ฯลฯ

ต่อมา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะในช่วงที่ นพ. สุพรรณ ศรีธรรมา เป็นอธิบดี ได้ดำเนินการหลายอย่าง เพื่อเป็นการสนับสนุนและส่งเสริมศักยภาพ ความรู้ความสามารถ ทักษะ ประสบการณ์ให้กับกำลังคนหรือบุคลากรทุกประเภท ด้วยการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย เช่น การสนับสนุนการจัดงานครั้งแรกหรือที่เรียกว่า “First Hospice World Day” ประมาณปี พ.ศ. 2558-2559 โดยให้บุคลากรของสถาบันและสถานพยาบาลต่าง ๆ ในสังกัดกรมการแพทย์ เช่น รพ. วชิราลงกรณธัญบุรี รพ. สงฆ์ รพ. เด็ก รพ. ราชวิถี และ รพ. มะเร็งจากทั่วประเทศ ทั้งหมดประมาณ 60-70 คน มาพบปะกัน เพื่อแบ่งปันประสบการณ์ และเพื่อเป็นการเพิ่มหรือดึงกำลังคนที่มีอยู่ให้หันมาสนใจเรื่องนี้ ทำให้การดูแลแบบประคับประคองในบริบทของหน่วยงานและสถานพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์มีความชัดเจนยิ่งขึ้น

ในลำดับต่อมา กรมการแพทย์, THAPS และ TPCN ยังได้ร่วมมือกันจัดเวทีใหญ่ ที่ศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ มีผู้เข้าร่วมจำนวน 2,000 กว่าคนจากทั่วประเทศ โดยกรมการแพทย์ออกค่าใช้จ่ายให้ทั้งหมด ทำให้บุคลากรที่เข้าร่วมได้รับความรู้ ความเข้าใจ แรงบันดาลใจในการทำงานด้านนี้ และยิ่งทำให้แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองและประสบการณ์ในการทำงานด้านนี้ของบุคลากรที่เข้าร่วม เกิดการแพร่กระจายออกไปยังสถานพยาบาลต่าง ๆ ผ่านเครือข่ายการสื่อสารประเภทต่าง ๆ และส่งผลต่อเนื่องทำให้สถานพยาบาลต่าง ๆ ในขอบเขตทั่วประเทศให้ความสำคัญกับการจัดตั้งทีมงานและกำลังคนด้านนี้เพิ่มขึ้น (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พญ.เดือนเพ็ญ ห่อรัตนาเรือง, สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, กรมการแพทย์, 12 มิถุนายน 2562)

นอกจากนี้ ในช่วงต่อมา กรมการแพทย์ยังมีนโยบายสนับสนุนการผลิต **“แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว”** อีกจำนวน 6,500 คน หรือปีละ 650 คน ในเวลา 10 ปี (2562-2572) ซึ่งจะทำให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นอย่างมี

นัยสำคัญ ซึ่งผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนี้ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการสื่อสารและการผลักดันของ พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ซึ่งดำเนินการในนาม THAPS

ตามที่ทราบกันเป็นอย่างดีแล้วว่า จำนวนของบุคลากรที่เหมาะสมย่อมมีส่วนทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยระยะท้ายดีขึ้นได้ ซึ่งในกรณีนี้ ในทางปฏิบัติ พบว่า หลายองค์กร หลายจังหวัด ยังมีจำนวนบุคลากรที่ไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ หรือหลายแห่งมีจำนวนบุคลากรค่อนข้างพอเพียงสำหรับการทำงาน/ภารกิจปกติที่รับผิดชอบอยู่ แต่ยังไม่พอเพียงสำหรับการที่ต้องแบ่งไปทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งการที่ต้องทำหลายภารกิจ ในขณะที่จำนวนบุคลากรมีไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้รับการดูแลไม่เต็มที่ ไม่ทั่วถึง ทำให้ตัวผู้ให้บริการเองก็รู้สึกผิด รู้สึกไม่มีความสุข ที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ตามที่ตนเองและผู้ป่วย/ญาติต้องการ

ซึ่งจากการเก็บข้อมูลในพื้นที่ พบว่า โรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต. หลายแห่ง ซึ่งมีคนทำงานน้อยอยู่แล้ว แต่ก็ยังต้องจัดสรรเวลาที่จำกัดในการทำงานหลายอย่าง โดยเฉพาะพยาบาลที่ต้องทำงานทั้งในตึกผู้ป่วยนอก ต้องขึ้นเวร ต้องทำงานร่วมกับชุมชน เช่น การพัฒนาศักยภาพ อสม. และ/หรือ โครงการจิตอาสาต่าง ๆ ทำให้พยาบาลเหล่านี้จำนวนไม่น้อยรู้สึกว่างานที่ตนเองและทีมงานพยาบาลทำนั้น ยังไม่ได้คุณภาพหรือมาตรฐานที่ควรจะเป็นแม้แต่ด้านเดียว

นอกจากนี้ คำว่า บุคลากรหรือกำลังด้าน PC ณ ที่นี้ หมายรวมถึง บุคลากรทุกสาขาวิชาชีพ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ นักโภชนาการ/โภชนากร แพทย์แผนไทย/แผนจีน ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ฯลฯ ทั้งที่ทำงานอยู่ในภาครัฐและภาคเอกชน เต็มเวลาหรือทำงานกึ่งเวลา ทำงานเดียวหรือควบหลาย ๆ งาน รวมถึงการได้รับหรือไม่ได้รับค่าจ้าง (ที่เรียกว่า อาสาสมัคร/จิตอาสา) ก็ตาม

นอกจากนี้ ยังหมายรวมถึง กลุ่มบุคลากรหรือกำลังคนที่ทำงานด้านการศึกษาในวิชาชีพสุขภาพ งานวิจัยและงานด้านการสร้างเสริม/ส่งเสริมสุขภาพด้วย เพราะกำลังคนในส่วนนี้ จะเป็นกำลังคนที่ถ่ายทอดหรือสร้างกำลังคนรุ่นใหม่ขึ้นมา ซึ่งปัจจุบันมีสถาบันการศึกษาจำนวนมากที่ทำการผลิตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตบุคลากร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัดหรือฝ่ายผู้ผลิต แต่กลับพบว่า ยังผลิตได้ไม่พอเพียงกับความต้องการ ในขณะที่การผลิตกำลังคนสายอื่น ๆ เช่น รัฐศาสตร์ นิติศาสตร์ นิเทศศาสตร์ การบริหารจัดการ ฯลฯ มีจำนวนมากหรือล้นตลาด

ดังนั้น ถ้าจำเป็นต้องทำการผลิตบุคลากรด้านนี้เพิ่มมากขึ้น จึงมีความจำเป็นต้อง reshape ตั้งแต่ช่วงชั้นมัธยมศึกษา หรือประถมศึกษา และต้องเป็นการทำงานเชิงรุก มีการนำตัวเลขต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดมาพิจารณาร่วมกันว่า ปัจจุบันสถาบันการศึกษาสายสุขภาพสามารถผลิตได้เท่าไหร่ ในขณะที่ความต้องการของสังคมจากการเป็นสังคมสูงวัย มีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากการคาดประมาณของ TDRI จะมีจำนวนผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงในช่วงปี พ.ศ. ถึงจำนวน 1.2 ล้านคน (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2561)

ทั้งนี้ นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล ได้เคยกล่าวไว้ด้วยว่า....การมองภาพรวมของทั้งประเทศและภูมิภาค เท่าที่เป็นอยู่ ยังมีความขัดแย้ง เพราะจำนวนมากยังคงมองว่าภาคเอกชนดึงคนไปจากภาครัฐ เนื่องจากภาคเอกชนจ่ายค่าตอบแทนสูงกว่า ซึ่งจุดนี้ ก็น่าจะเป็นประเด็นที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่งในเรื่องการวางแผนกำลังคนด้าน PC ที่จำเป็นต้องมองเชื่อมกับเรื่องการเป็นสังคมสูงวัย สังคมอาเซียน และสังคมนานาชาติ และมองเชื่อมกับความต้องการของภาคเอกชนด้วย มิเช่นนั้น ก็จะประสบปัญหาเดียวกัน คือ ภาครัฐหรือสถาบันของรัฐผลิตบุคลากรให้ภาคเอกชน ซึ่งถ้าภาคเอกชนมีกำลังในการผลิต ก็น่าจะลงทุนทำการผลิตบุคลากรที่มีความจำเป็นต่อการเป็นสังคมสูงวัย ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ/โภชนากร นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด ฯลฯ ซึ่งโจทย์สำคัญคือ จะทำการผลิตรวมกัน หรือต่างคนต่างทำ ซึ่งที่จริงควรจะต้องมาพิจารณาร่วมกันว่า การเป็นสังคมสูงวัยต้องการกำลังคนด้านนี้เพิ่มอีกเท่าไหร่ ซึ่งจริง ๆ แล้ว ยังขาดแคลนหรือไม่พอเพียงในทุกวิชาชีพตามที่กล่าวมาข้างต้น เพราะส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ หรือโรงพยาบาลใหญ่ ๆ โดยเฉพาะ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด ไม่มีในโรงพยาบาลชุมชน หรือในบางโรงพยาบาลอาจมีนักกายภาพบำบัด แต่ก็มีน้อยมาก สูงสุดไม่เกิน 2 คน (ยกเว้นบางพื้นที่ ๆ อปท.ให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพหรือการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ ก็จะมีนักกายภาพบำบัดจำนวนพอเพียงกับปัญหาและความต้องการ) สำหรับผู้ดูแลมืออาชีพ ที่ผ่านการอบรมความรู้และทักษะที่จำเป็น ก็เช่นกัน จะมีความต้องการเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่าจากในปัจจุบัน ซึ่งจากการคาดประมาณของ TDRI พบว่า เมื่อปี 2560 มีความต้องการผู้ดูแลประมาณ 254,238 คน (ซึ่งยังไม่รวมหัวหน้าผู้ดูแลอีกจำนวน 36,333 คน) และจะเพิ่มขึ้นเป็น 574,370 และถ้ารวมหัวหน้าผู้ดูแลด้วยอีกจำนวน 82,053 คน จะรวมเป็น 650,000 กว่าคน ในปี พ.ศ. 2580 (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และยศ วัชระคุปต์, 2560:75)

สำหรับในกรณีการผลิตบุคลากรสุขภาพให้เพียงพอกับความต้องการนี้ นพ.สมเกียรติ เคยกล่าวไว้เช่นกันว่า ในอดีต ภาคบริการอยากให้ภาควิชาการในมหาวิทยาลัยเร่งผลิตบุคลากรให้มากขึ้น แต่เมื่อได้รับการปฏิเสธ ภาคบริการก็ทำหน้าที่ผลิตเสียเอง เมื่อเวลาผ่าน

ไป 10-20 ปี ภาคบริการเลยต้องเข้าแบกภาระงานสอนไปด้วยโดยปริยาย ส่วนภาควิชาการมีงบประมาณน้อยไม่เพียงพอ ก็เพิ่มงานบริการขึ้นอีก แทนที่จะเพิ่มงานสอนหรืองานวิจัยที่สร้างคุณค่าให้เกิดขึ้นในการพัฒนางานบริการของประเทศ ด้วยเหตุนี้ ในปัจจุบันบุคลากรทั้งส่วนบริการและวิชาการจึงทำงานเหมือนกัน โดยต่างคนต่างทำ ทำให้ต้องทำงานหนักทั้งสองส่วน

ซึ่งในกรณีนี้หรือประเด็นดังกล่าวมานี้ ฟังดูเผิน ๆ อาจจะไม่ค่อยเกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบบริการและกำลังคน (manpower) ด้าน PC เพราะประเด็นกำลังคนด้าน PC นั้น จะมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งปัจจุบันกำลังได้รับการสนับสนุนทั้งจากราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และกรมการแพทย์ ที่มีนโยบายในการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพิ่มอีกจำนวน 6,500 คน ตามที่ระบุข้างต้น แต่ในความเป็นจริงนั้น มีความเกี่ยวข้องอย่างยิ่ง เพราะในขณะเดียวกัน คณะแพทยศาสตร์ในสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ก็มีนโยบายในการเพิ่มรายวิชาด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหลายแห่งด้วยกัน ยกตัวอย่างเช่น สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ร่วมมือกับศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษา รพ. สุรินทร์ ในการผลิตแพทย์ ก็ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ โดยจัดให้นิสิตแพทย์ได้มีโอกาสฟังการบรรยายในช่วงเทอมสุดท้าย (ข้อมูลจากการสนทนาอย่างไม่เป็นทางการกับทีมงาน PC รพ. สุรินทร์ เมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2563 บริเวณหน้าห้องทำงานของจิตอาสา, รพ. สุรินทร์) และการเพิ่มรายวิชาด้าน PC ในอีกหลาย ๆ สถาบัน แต่ก็ได้รับเสียงสะท้อนมาว่า ยังเป็นการเรียนการสอนที่ไม่พอเพียง หรือน้อยไป และไม่ค่อยได้มีการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วย

ทั้งนี้ จากการสัมภาษณ์ พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ในฐานะผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการทำงานด้าน PC มาเป็นเวลานาน มองว่า การเรียนรู้เพียงแค่ 3 ชั่วโมงในเทอมสุดท้าย สิ่งที่จะได้ ก็คือ แนวคิดพื้นฐานและการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นไปบ้าง แต่ก็ไม่มาก (แต่ก็ยังดีกว่าไม่มีแนวคิดหรือความรู้ในเรื่องนี้เลย) แต่ในขณะเดียวกัน ถึงแม้อาจจะเรียนเป็นเวลานาน เช่น จำนวน 1 เทอม แต่ถ้าไม่ได้เรียนกับผู้ป่วยหรือไม่มีโอกาสฝึกฝน/ลงมือปฏิบัติและไม่ได้เรียนครบทุกอย่าง โดยเฉพาะในเรื่องการจัดการอาการและการจัดการความปวด (Symptom management and pain management), ทักษะการสื่อสาร (Communication skills), การจัดการต่าง ๆ ในช่วงท้ายของชีวิต (Last hours of life), และการกำหนดเป้าหมายของการดูแลและการวางแผนล่วงหน้า (Goal setting and Advance Care Plan) เมื่อเวลาไปทำงานจริง ๆ ก็มักจะทำไม่ได้ หรือลืมไปแล้ว เพราะไม่ได้อยู่ในเนื้อในตัว เพราะหลายแห่งใช้วิธีการให้ฟังการบรรยายเท่านั้น และในความจริงแพทย์หรืออาจารย์

แพทย์อีกจำนวนมากยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนี้ ซึ่งอันที่จริงนั้น การดูแลผู้ป่วย PC ถือว่าเป็นศาสตร์ทางการแพทย์สาขาหนึ่ง หรือที่เรียกกันว่า “เวชศาสตร์ระยะท้าย” (palliative medicine) (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 8 ก.ค. 2562 ณ ศูนย์ KPC, มหาวิทยาลัยขอนแก่น)

อย่างไรก็ตาม พบว่า ยังมีมุมมองที่แตกต่างในเรื่องนี้อยู่บ้าง ยกตัวอย่างเช่น อาจารย์แพทย์บางท่าน (สัมภาษณ์ นพ.จิโรจน์ สูรพันธ์, 23 พ.ค. 2562 ณ สำนักงานคณบดีคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล) มองว่า ไม่อยากให้ผู้ที่สนใจเรื่องนี้รู้สึกว่าเป็นเรื่องเฉพาะด้านเฉพาะสาขา การใช้คำว่า “เวชศาสตร์ระยะท้าย” (palliative medicine) อาจทำให้เกิดความลึก ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี แต่อาจทำให้เป็นการจำกัดวงในการเข้าร่วมในเรื่องนี้ ดังนั้น การใช้คำว่า palliative care น่าจะมีความหมายที่กว้าง มีความครอบคลุม มีความยืดหยุ่น และสามารถทำให้คนจำนวนมาก โดยเฉพาะบุคลากร ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ/โภชนากร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ แพทย์แผนไทย ฯลฯ มีความสนใจในเรื่องนี้มากขึ้น แม้แต่ในวงการแพทย์ หรือ ในหลักสูตรของคณะแพทย์เอง ก็น่าจะใช้คำว่า palliative care มากกว่า palliative medicine เพื่อให้ได้รับการยอมรับมากขึ้น เป็นต้น

นอกจากนี้ นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล ยังกล่าวไว้ในบทความด้วยว่า ปัญหาการผลิตบัณฑิตสาขาสุขภาพ ยังมีปัญหาเรื้อรัง**เรื่องค่าตอบแทนตามภาระงาน (Pay for performance; P4P)** และจำนวนชั่วโมงการทำงานที่ยังไม่สามารถสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรด้านสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น องค์กรวิชาชีพในสาขาต่างๆ จะต้องมีส่วนร่วม มีบทบาท ชี้แนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาภาพรวมของประเทศและของภูมิภาค การคิดแก้ไขปัญหาแบบแยกเป็นส่วนๆ หรือคิดเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า หรือมองเป็นเรื่อง ๆ เป็นคราวๆ ไป นอกจากไม่ทำให้ระบบสุขภาพมั่นคงแข็งแรงแล้ว ยังซ้ำเติมให้เกิดปัญหาที่เรื้อรังและหนักหน่วงรุนแรงมากยิ่งขึ้น

ซึ่งในเรื่องนี้ คณะวิจัยก็ได้พบข้อมูลหรือปัญหาเกี่ยวกับประเด็นนี้ในหลาย ๆ พื้นที่ บางพื้นที่หรือบางองค์กร/สถานพยาบาล เป็นปัญหาที่ค่อนข้างชัดเจนมากว่า การที่ระบบไม่สามารถจัดการปัญหาเรื้อรังนี้ได้ ส่งผลทำให้เกิดความไม่ราบรื่น ความลักลั่น ความไม่เป็นธรรมในการทำงาน และหลายแห่ง มองเห็นได้อย่างชัดเจนว่า ยังไม่สามารถสร้างแรงจูงใจได้เต็มที่ หรือถึงแม้บางแห่งจะไม่ค่อยสนใจเกี่ยวกับเรื่องค่าตอบแทนเท่าใดนัก แต่ก็พบว่า เป็นสิ่งที่ควรได้รับการบริหารจัดการให้ถูกต้อง เหมาะสม สอดคล้องกับภาระงาน เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม สอดคล้องกับความจริง และจะทำให้ระบบ PC สามารถดำเนินการต่อไปได้อย่าง

ยั่งยืน ไม่ใช่ว่า พอมีคนที่เต็มใจทำ บุคลากรเป็นคนดี ใจดี แม้ค่าแรงต่ำ หรือค่าแรงไม่เหมาะสมก็ยังทำ เพราะมีอุดมการณ์ หรือไม่ค่อยสนใจกับเรื่องนี้เท่าใด ซึ่งส่วนหนึ่งอาจจะเป็นเพราะฐานะดีอยู่แล้ว แต่ถ้าปล่อยให้ขึ้นกับปัจจัยตัวแปรต่าง ๆ ระดับบุคคลมากเกินไป หรือ ถ้าเกิดคน/บุคลากรไม่พร้อม ไม่เต็มใจ ระบบก็ต้องหยุดชะงักไป ซึ่งในเรื่องนี้ เป็นประเด็นที่สำคัญมากต่อการวางแผนพัฒนาในระยะยาว



3. ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง HEALTH INFORMATION SYSTEM : HIS

สำหรับประเด็น ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพนี้ พบว่า ยังคงเป็นประเด็นใหญ่ของไทย อันที่จริงนั้น ข้อมูลและสารสนเทศที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ จะถูกนำไปใช้เป็นฐานในการตัดสินใจในทั้ง 6 เสาหลักของระบบสุขภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วย PC และยังมีบทบาทในการนำเอานโยบายระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพไปปรับใช้ ควบคุม ดำเนินการวิจัย เพื่อพัฒนา แก้ไข ในประเด็นปัญหาต่างๆ อาทิเช่น คุณภาพงานให้บริการ กำลังคน และกลไกการเงินการคลังด้านสุขภาพระยะท้าย นอกจากนี้ ยังจำเป็นจะต้องใช้ระบบสารสนเทศเพื่อติดตามและประเมินผล การจัดการเวชระเบียน กระบวนการรักษาแบบประคับประคอง วิเคราะห์แผนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนเพิ่มกำลังคนด้านการดูแล PC สร้างโจทย์และคำถามงานวิจัย สื่อหรือแพร่กระจายข่าวสารไปยังประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ฯลฯ

ทั้งนี้ ในการบริหารระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเจริญต่อไปได้อย่างยั่งยืนนั้น ผู้บริหารนโยบายต้องการข้อมูลและสารสนเทศที่สำคัญ ๆ ได้แก่ ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระดับหนึ่ง เช่น ความรู้ความเข้าใจของบุคลากร ความพร้อม/ความเหมาะสมของทีมงานในทุกระดับ ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พร้อมทั้งเครื่องมือ/อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็น ฯลฯ ผู้บริหารนโยบายจะต้องนำปัจจัยทั้งหมดที่เกี่ยวข้องเข้าสู่ระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพเพื่อผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงผลผลิตและผลลัพธ์ของระบบสุขภาพเพื่อผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการ ซึ่งรวมถึงความพร้อม การเข้าถึง คุณภาพ ผู้ใช้ข้อมูลข่าวสาร และผลลัพธ์ของระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพเพื่อผู้ป่วยระยะท้าย อันได้แก่ อัตราตายและอัตราการตายที่บ้านตามความต้องการ สุขภาวะหรือคุณภาพชีวิตระยะท้าย (well-being and quality of end of life) การได้รับยามอร์ฟีนเพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวด ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ/ครอบครัว/ชุมชน รวมไปถึงการไม่ได้รับความธรรมจากการรับบริการ อาทิเช่น ขอบเขตการคุ้มครอง ผลลัพธ์จากการรักษาแบบประคับประคอง เมื่อเปรียบเทียบจากวิธีการรักษาแบบประคับประคองที่อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ต้นทุนการดำเนินงานของแต่ละแห่ง ต้นทุนของการให้บริการของแต่ละกลุ่มโรค หรือโรคระยะท้ายทั้งเจ็ดประเภท เป็นต้น

ซึ่งจากการเก็บข้อมูลในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ 17-18 จังหวัด พบว่า ระบบข้อมูลสารสนเทศที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ที่คนส่วนใหญ่อ้างอิงถึง คือ ระบบฐานข้อมูลที่เรียกว่า Thai COC (Continuity of Care) ซึ่งเป็นโปรแกรม Web Application ที่เชื่อมข้อมูลบนระบบ

Thai Care Cloud ได้รับการพัฒนาเบื้องต้นจากทีมงานของ รพ. สุรินทร์ และต่อมาได้รับความร่วมมือจากภาคีทางวิชาการที่สำคัญคือ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ซึ่งต่อมาผลงานนี้ได้รับรางวัลเลิศรัฐระดับดีเด่น สาขาบริการภาครัฐ ประเภทนวัตกรรมการบริการ ประจำปี 2561 ด้วย) ทั้งนี้ เป็นโปรแกรมที่มีความต้องการเชื่อมโยงระบบข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่องเข้าด้วยกันทั้งหมดแบบไร้รอยต่อ ซึ่งกรณีการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายถือเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบต่อเนื่อง

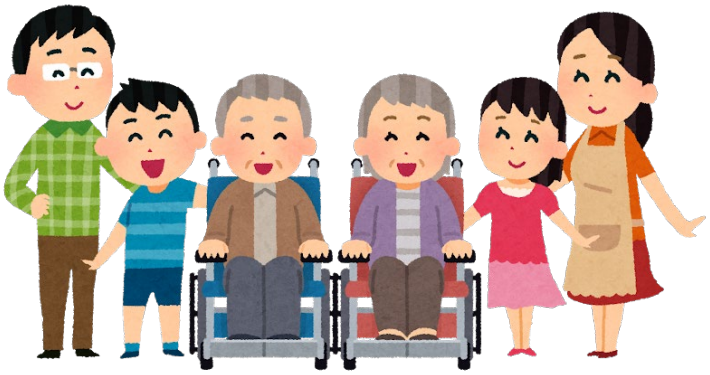
ทั้งนี้ ข้อมูล ณ วันที่ 10 ต.ค. 2561 พบว่า มีเครือข่ายผู้ใช้โปรแกรมนี้ทั้งหมดใน 39 จังหวัด จำนวน 4,898 หน่วยงาน ครอบคลุมผู้ป่วยที่ได้รับการบริการจำนวน 292,155 ราย (สำนักข่าว Hfocus, 2561)

อย่างไรก็ตาม เนื่องจาก Thai COC เป็นโปรแกรมที่เชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคทุกช่วงวัย เพื่อการดูแลต่อเนื่องอย่างไร้รอยต่อ แบบสองทาง ทั้งจากโรงพยาบาลจังหวัดสู่หน่วยบริการปฐมภูมิ และจากหน่วยบริการปฐมภูมิสู่โรงพยาบาลระดับอำเภอ และระดับจังหวัด ทำให้มีข้อมูลจำนวนมาก ไม่ใช่ข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบ PC เท่านั้น ซึ่งคณะวิจัยได้รับเสียงสะท้อนเกี่ยวกับเรื่องนี้มาจากสถานพยาบาลหลายแห่งเช่นกันว่า ควรจะมีการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเฉพาะการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่เชื่อมโยงกันทั้งประเทศเหมือนกรณีการทำงานด้านเอดส์ จะเป็นประโยชน์มากกว่า ดังนั้น ในเรื่องระบบข้อมูลสารสนเทศ และ/หรือ ฐานข้อมูลรวมเกี่ยวกับสถิติต่าง ๆ เกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จึงยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องมีการพัฒนาให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นต่อไป

สำหรับ**ระบบข้อมูลสารสนเทศในระดับจังหวัด** พบว่า โรงพยาบาลจังหวัดน่าน ได้พยายามพัฒนาโปรแกรมในการเชื่อมข้อมูลจากโรงพยาบาลจังหวัด ลงไปยังโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิด้วยเช่นกัน ซึ่งเรียกโปรแกรมนี้ว่า Home Health Care ซึ่งเป็นระบบที่พยายามเชื่อมเข้ากับระบบฐานข้อมูล Thai COC พบว่า ข้อดีของระบบข้อมูลสารสนเทศที่โรงพยาบาลจังหวัดคิดขึ้นมาเอง คือ มีความสอดคล้องกับบริบทของจังหวัด และสามารถปรับแก้ได้ตามความต้องการ เมื่อมีปัญหาการใช้ แต่สำหรับระบบ Thai COC นั้น ทีมงาน รพ. น่าน มองว่าก็มีประโยชน์ เพราะทำให้มองเห็นภาพรวมทั้งประเทศ แต่สำหรับทีมงานในจังหวัดอื่น ๆ ส่วนใหญ่มองว่าน่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายมากกว่าคนทำงานในพื้นที่ สำหรับข้อเสียที่สำคัญ ก็คือ เป็นการเพิ่มภาระงานให้กับทีมงานโดยเฉพาะพยาบาล ที่มีภารกิจมากอยู่แล้ว จะต้องมานั่งป้อนข้อมูลเพิ่มอีกจำนวนมาก ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ประกอบกับบุคลากรมีจำนวนน้อย ทำให้ไม่ได้ทำงานที่มีความสำคัญมากกว่าการป้อนข้อมูลจำนวนมาก

นอกจาก THAI COC ที่มีการพูดถึงหรืออ้างอิงถึงบ่อยครั้งที่สุด โดยทีมงานสถานพยาบาลต่าง ๆ พบว่า ยังมีโปรแกรม HOSxP, SMART COC, THAI Refer, COC link ซึ่งพบว่า เป็นความซ้ำซ้อน และทำให้เกิดข้อสงสัยว่า จะทำให้เกิดระบบแบบไร้รอยต่อได้จริงหรือ ในเมื่อต่างฝ่ายต่างใช้โปรแกรมกันคนละชุด

สรุปคือ ในเรื่องระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วย PC นั้น ยังมีสิ่งที่จะต้องปรับปรุง พัฒนาอีกมาก เพราะปัจจุบันสถานพยาบาลส่วนใหญ่ใช้ระบบ Thai COC ด้วยความสงสัยและรู้สึกว่า เป็นฐานข้อมูลที่เป็นภาระมากกว่าเป็นประโยชน์ ซึ่งที่จริง เป็นฐานข้อมูลรวมขนาดใหญ่ ที่รวมเรื่องการดูแลแบบต่อเนื่อง (Continuity of care) ทั้งหมด ทั้งการดูแลขั้นกลาง (Intermediate care) การดูแลระยะยาว (Long-term care) และการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) แต่กลับทำให้บุคลากรที่ทำงานด้านการดูแล PC จำนวนมากขาดแรงจูงใจในการป้อนข้อมูลและใช้ข้อมูล อย่างไรก็ตาม บุคลากรที่สะท้อนว่าเป็นฐานข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อคนทำงาน ก็มีอยู่จำนวนไม่น้อยเช่นกัน แต่ก็ยังมีน้อยกว่ากลุ่มแรก ที่มองว่าเป็นประโยชน์เฉพาะกลุ่ม และเป็นการเพิ่มภาระในการป้อนข้อมูลให้กับทีมงาน/คนทำงาน ที่มีภาระงานหนักและมีปัญหาหน้างานต่าง ๆ หลายด้านที่ต้องแก้ไข



4. การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง (ACCESS TO ESSENTIAL MEDICINES)

ตามที่นำเสนอไปข้างต้นแล้วว่า WHO ได้กำหนดกรอบและแนวทางการทำงานเรื่องการดูแลผู้ป่วย PCไว้ในเอกสาร “Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: A WHO guide for planners, implementers, and managers” ซึ่งผลิตออกมาเมื่อปี ค.ศ. 2018 สำหรับประเด็นการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น เป็นเรื่องใหญ่เรื่องหนึ่งที่ระบุไว้อย่างชัดเจนในบทที่ 6 ภายใต้หัวข้อ “Ensuring access to essential controlled medicines” (หน้า 41-42) WHO ระบุว่า ยา Opioids ที่แรงหรือมีประสิทธิผลสูง ดังเช่น มอร์ฟีน เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการบำบัดรักษาความเจ็บปวดจากโรคมะเร็ง เอชไอวี/เอดส์ และความเจ็บป่วยที่รุนแรง หรือความเจ็บปวดจากการบาดเจ็บที่รุนแรง (traumatic injuries) การไหม้ และการผ่าตัด

แต่ถึงแม้ว่ายา Opioids จะเป็นยาที่ WHO ระบุว่าเป็นสิ่งจำเป็นหรือปรากฏอยู่ในรายการยาที่จำเป็นของ WHO (WHO Model List of Essential Medicines) แต่การเข้าถึงยามอร์ฟีนก็ไม่สามารถทำได้ตลอดเวลา ในปริมาณที่พอเพียง ในรูปแบบขนาดที่เหมาะสม พร้อมด้วยการรับประกันคุณภาพ พร้อมด้วยข้อมูลข่าวสารที่พอเพียง และด้วยราคาที่ปัจเจกบุคคลและชุมชนสามารถจ่ายได้

WHO ระบุด้วยว่า จากจำนวนประชากรทั้งหมดประมาณ 7,000-8,000 ล้านคนทั่วโลกนั้น พบว่า ประมาณร้อยละ 75 ยังไม่สามารถเข้าถึงมอร์ฟีนหรือยา Opioids อื่น ๆ ที่แรงหรือมีประสิทธิผลสูงได้ ถึงแม้จะมีข้อบ่งชี้ทางคลินิกว่าจำเป็นต้องใช้เพื่อบำบัดหรือลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานก็ตาม

WHO ได้ประมาณการไว้ด้วยว่า ในแต่ละปี มีผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายประมาณ 5.5 ล้านคน และผู้ป่วยเอชไอวี-เอดส์ระยะท้ายประมาณ 1 ล้านคนทั่วโลก ที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดทั้งระดับกลางไปจนถึงระดับรุนแรง โดยไม่ได้รับยาหรือไม่ได้รับการบำบัดรักษาที่พอเพียงและเหมาะสม

นอกจากนี้ WHO ยังได้ระบุถึงสิ่งกีดขวางหรือปัญหาอุปสรรคต่อการได้รับยาระงับปวดหรือมอร์ฟีน ดังนี้คือ :-

- กฎระเบียบที่เข้มงวดเกินไปในการสั่งยาและจำหน่ายยา Opioids
- การศึกษาหรือความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาการปวดของแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ยังไม่เพียงพอ ทำให้มีการใช้ยา Opioids อย่างไม่เหมาะสม
- การขาดความเข้าใจในการใช้ยา Opioids อย่างเหมาะสมในบรรดาผู้ที่ออกกฎระเบียบ ซึ่งโดยปกติบุคคลเหล่านี้มักจะมุ่งเน้นหรือสนใจแต่เรื่องการลดการใช้อย่างผิด ๆ หรือเรื่องการละเมิดต่าง ๆ แต่ไม่ได้สนใจที่จะทำอย่างไรให้ยา Opioids มีปริมาณที่เพียงพอที่จะใช้ ในกรณีที่จำเป็น

นอกจากนี้ WHO ยังได้ระบุตัวอย่างรูปธรรมของกฎระเบียบ/ข้อบังคับที่เป็นการจำกัดมากเกินไป ดังต่อไปนี้ ได้แก่

- เกณฑ์/ข้อบังคับ/กฎระเบียบที่ระบุว่าแพทย์ต้องจัดหาหรือใช้ใบสั่งยา Opioids แบบพิเศษ
- เกณฑ์/ข้อบังคับ/กฎระเบียบที่ระบุว่า ใบสั่งยา Opioids ทุกประเภทสำหรับผู้ป่วยนอกจะต้องลงนามโดยหัวหน้างาน (supervisor) และ/หรือ วิสัญญีแพทย์ด้วย ไม่ใช่ลงนามเฉพาะแพทย์ที่สั่งยาเท่านั้น
- อนุญาตให้เฉพาะแพทย์ที่ได้รับการมอบหมายเป็นพิเศษสามารถสั่งยา Opioids ได้
- อนุญาตให้เฉพาะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการสั่งยา Opioids ไม่ใช่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และไม่ใช่หมอครอบครัว หรือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
- กำหนดการให้ขนาดยาสูงสุดในแต่ละครั้ง ในรอบวัน และกำหนดปริมาณสูงสุดที่สามารถสั่งและจ่ายยา Opioids ได้ในแต่ละวัน
- จำกัดการใช้ยา Opioids กับผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างการได้รับบริการดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตในสถานบริการระยะท้าย (hospice services)

ทั้งนี้ จากการเก็บข้อมูลในภาคสนามของโครงการวิจัย ติดตามและประเมินผลในครั้งนี้ พบว่า ประเด็นเรื่องยา Opioids ยังคงเป็นประเด็นสำคัญในหลาย ๆ พื้นที่ เพราะส่วนหนึ่งแพทย์จำนวนไม่น้อยยังไม่ค่อยยอมรับเรื่องยา Opioids เพราะบางส่วนเคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในการใช้ยา Opioids กับผู้ป่วย (อาทิเช่น พอให้ยาแล้วผู้ป่วยช็อคและเสียชีวิต ทำให้รู้สึกผิดหรือคิดว่าเป็นความผิดของตนเอง ทำให้กลัวการใช้ในครั้งต่อ ๆ ไป เป็นต้น) บางส่วนมองว่าเป็นยาเสพติด และบางส่วนมองว่า เป็นเหมือนการทำการุณยฆาต ซึ่งเป็นสิ่งที่รับไม่ได้ สำหรับประเด็นข้อจำกัดของกฎระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องตามที่ WHO ระบุไว้ข้างต้น ก็พบข้อมูลจากพื้นที่ต่าง ๆ เช่นกัน เนื่องจาก อย. มีความเข้มงวดเกี่ยวกับเรื่องนี้มาก ทำให้การจัดหา/จัดซื้อ การเบิกจ่าย การใช้ การส่งซากยาคืน มีความยุ่งยากพอประมาณทีเดียว จนทำให้ผู้เกี่ยวข้องจำนวนมากไม่อยากทำ เพราะกลัวความผิด ถ้าเกิดความผิดพลาดขึ้น โดยเฉพาะในช่วงแรก ๆ ของการขับเคลื่อน ซึ่งทางผู้จัดการชุดโครงการแผนยุทธศาสตร์ ฯ ได้เคยเข้าเจรจาพูดคุยกับทาง อย. เพื่อขอให้มีการผ่อนปรนกฎ/ระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ใช้ได้ง่ายขึ้น (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ นพ.อุกฤษฏ์ มิลินทางกูร ผู้รับผิดชอบหลักโครงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ฯ และอดีตรองเลขาธิการ สช., 16 พ.ค. 2562, ณ ห้องประชุม อาคาร สช. กระทรวงสาธารณสุข)

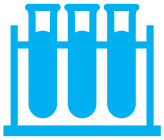
สำหรับการเข้าถึงยา Opioids นั้น พบว่า ก็ยังคงเป็นปัญหาสำหรับสถานพยาบาลหลาย ๆ แห่ง โดยเฉพาะสถานพยาบาลระดับอำเภอ หรือโรงพยาบาลชุมชน ที่ยังมียาไม่ครบทั้งหมดทุกชนิด แต่สำหรับปริมาณยา พบว่า ส่วนใหญ่มีปริมาณยาพอเพียงกับความต้องการของผู้ป่วย แต่อาจจะยังมีปัญหาในการนำยามอร์ฟีนไปใช้ที่บ้านสำหรับญาติผู้ป่วยบางส่วน ในบางพื้นที่ ๆ ยังไม่ค่อยมั่นใจว่าตนเองจะสามารถทำได้ ซึ่งในกรณีเช่นนี้ ทางโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก็จะต้องเข้าไปเสริมกำลังหรือรับผิดชอบในการให้ยาแทนญาติของผู้ป่วยที่ไม่มีความมั่นใจหรือไม่สามารถดำเนินการได้เอง เป็นต้น

ดังนั้น ประเด็นเรื่องการเข้าถึงยา Opioids และเรื่องอื่น ๆ ที่เชื่อมโยงกัน ในกรณีของระบบการดูแลผู้ป่วย PC ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นในประเทศไทยในช่วง 15-20 ปีที่ผ่านมานี้ ยังมีสิ่งที่ต้องปรับปรุงให้ดีขึ้นในหลาย ๆ ด้านด้วยกัน ทั้งเรื่องการผ่อนคลายกฎ/ระเบียบที่เกี่ยวข้องของ อย. โดยเฉพาะในเรื่องการเบิกจ่าย การส่งคืนซากยา รวมถึงการจัดหายาและการบริหารคลังยาที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล การจัดให้มีประเภทยาและปริมาณยาในสถานพยาบาลระดับอำเภอให้พอเพียงและทั่วถึง การเพิ่มปริมาณเภสัชกรที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสั่งยาและจ่ายยา Opioids ในสถานพยาบาลประเภทต่าง ๆ เพราะเท่าที่ทราบในแต่ละสถานพยาบาล ยังมีจำนวนเภสัชกรที่ทราบเรื่องนี้น้อยไป (เมื่อเทียบกับภาระ

งานด้านการดูแล PC ที่กำลังเพิ่มมากขึ้น) ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการมีส่วนร่วมของหัวหน้างานด้านนี้ยังมีน้อยหรือยังเข้าร่วมไม่เต็มที่ บางแห่งมีปัญหาเรื่องการขาดการวางแผนการพัฒนาบุคลากรด้านนี้อย่างเป็นระบบ บางแห่งยังไม่ค่อยให้ความสำคัญกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง บางแห่งบุคลากรมีน้อย ทำให้ไม่สามารถจัดสรรเวลาไปเข้ารับการอบรมได้อย่างครบถ้วน และที่สำคัญมากเช่นกัน คือ การทำงานในเชิงการปรับทัศนคติของแพทย์/บุคลากรที่เกี่ยวข้องในเรื่องยา Opioids /มอร์ฟีน และการให้ความรู้ที่ถูกต้องหรือการฝึกฝนญาติผู้ป่วยให้มีความรู้ความเข้าใจและความมั่นใจในการใช้ยามอร์ฟีนที่บ้าน เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม เกี่ยวกับประเด็นเรื่องยานี้ พบว่า ปัจจุบันระบบ PC ในบริบทของกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการกำหนด **“แนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข”** ออกมา ซึ่งจัดทำโดยกลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อเดือนสิงหาคม 2561 ซึ่งจะช่วยทำให้เรื่องมาตรฐานด้านนี้มีความชัดเจนมากขึ้น (อ่านรายละเอียดในเอกสารดังกล่าวประกอบ)





5. กลไกการเงิน-การคลังของระบบการดูแลแบบประคับประคอง (HEALTH SYSTEMS FINANCING)

ทั้งนี้ WHO ได้นิยามคำว่า “health financing” หรือ “การเงิน-การคลังเพื่อสุขภาพ” ว่าหมายถึง *“การทำหน้าที่ของระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการระดมทรัพยากรต่าง ๆ (mobilization) การสะสม (accumulation) และการจัดสรรทรัพยากร (allocation) เพื่อสนองตอบต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ทั้งแบบปัจเจกบุคคลและแบบรวมกลุ่ม/รวมหมู่ในระบบสุขภาพ จุดมุ่งหมายของการเงิน-การคลังเพื่อสุขภาพ คือ การจัดหาเงินทุนให้พอเพียง* ***รวมถึงการกำหนดแรงจูงใจด้านการเงินหรือค่าตอบแทนที่ถูกต้องและพอเพียงให้กับผู้ให้บริการ*** *ทั้งนี้ เพื่อเป็นการรับประกันว่าปัจเจกบุคคลทุกคนได้รับการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลและบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิผล”*

ซึ่งโดยปกตินั้น กลไกการเงินและการคลังด้านสุขภาพเป็นรากฐานสำคัญที่จะหล่อเลี้ยงระบบสุขภาพด้วยกลไกการระดมทุน การเก็บสะสม การจัดสรร หรือการแบ่งปัน เพื่อให้เกิดงานบริการอื่นใดก็ตามที่ยังขาดไปในระบบการดูแลสุขภาพ (ซึ่งในกรณีนี้ เราต้องการให้หมายถึง ระบบการดูแลแบบประคับประคอง ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ ระบบสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพโดยรวม) หรือแบ่งปันให้เกิดแรงจูงใจและความเป็นธรรมของบุคลากรประเภทต่าง ๆ หรือเอาไปซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์/เครื่องมือต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการดูแลในระยะท้าย อาทิเช่น เตียงปรับระดับ ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ ผ้าอ้อม ฯลฯ เพื่อให้ครอบคลุมงานบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เพื่อทำให้ภาพรวมของระบบสุขภาพเพื่อการดูแลแบบประคับประคองมีความพร้อมให้บริการ ประชาชนกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงบริการได้ทุกเวลาและสถานที่ และสามารถบรรลุเป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตระยะท้าย และที่สำคัญคือ ปราศจากภาระค่าใช้จ่ายด้านการดูแลแบบ PC ที่มากจนอาจจะต้องถึงขั้นล้มละลายหรือทำให้เกิดภาวะความยากจนขึ้น

ดังนั้น กลไกการเงิน-การคลังของระบบสุขภาพเพื่อการดูแลแบบ PC ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบ/กลไกการเงิน-การคลังด้านสุขภาพทั้งหมด ที่จะต้องมีการเตรียมการไว้ล่วงหน้า บนฐานการวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะความจำเป็นในการผลิตบุคลากรด้านนี้ โดยเฉพาะแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านการดูแล PC ไปจนถึงการมียาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น โดยเฉพาะยา Opioids ที่จะต้องมีการคำนวณความต้องการในการใช้ เพื่อวางแผนในการ

จัดหาให้ครบถ้วนและพอเพียง ที่สอดรับกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วย ที่มีความเกี่ยวข้องกับการเป็นสังคมสูงวัยด้วย

ดังนั้น เรื่องการเงินและการคลัง ณ ที่นี้ จึงมิได้หมายถึงแค่การมีหรือการจัดตั้งกองทุนหรือการแสวงหาเงินทุนไว้อย่างพอเพียง เพื่อการดูแลผู้ป่วย PC เท่านั้น แต่ยังหมายถึง การที่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงและใช้บริการต่าง ๆ ที่จำเป็นได้โดยไม่มีความเสี่ยงต่อการล้มละลาย หรือทำให้เกิดความยากจนอันเนื่องมาจากการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

ทั้งนี้ WHO ได้กำหนดวัตถุประสงค์ของการมีกลไกการเงิน-การคลังไว้ 2 ประการ คือ 1. การระดมทุนที่พอเพียง และ 2. การคุ้มครองความเสี่ยงทางการเงินให้กับประชาชนหรือประชากรกลุ่มเป้าหมาย ซึ่ง WHO ได้ระบุไว้ว่า การบรรลุวัตถุประสงค์ทั้ง 2 ประการสามารถทำได้อย่างง่ายดาย ถ้ามีการใช้เงินหรือกองทุนที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีการคอร์รัปชั่น ซึ่งจะนำไปสู่การมีวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ด้วย ซึ่งก็คือ ประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร

ด้วยเหตุนี้ ระบบและกลไกการเงิน-การคลัง จึงมักมีการแบ่งออกในเชิงแนวคิดที่มีการทำหน้าที่อย่างเชื่อมโยงสัมพันธ์ซึ่งกันและกันใน 3 ระดับ คือ 1.การจัดเก็บภาษี (revenue collection) 2. การมีส่วนในการลงขัน/แบ่งปันกันในกองทุน (fund pooling) และ 3.การจัดซื้อ/จัดหา/จัดให้มีบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (purchasing and provision of services) ซึ่ง WHO ระบุด้วยว่า การทำหน้าที่ทั้ง 3 ประการที่เชื่อมโยงกันนี้ จะต้องมีกลยุทธ์ในการวัดและมีตัวชี้วัด นอกจากนี้ ก่อนที่จะมีการจัดเก็บภาษี ก็จะต้องสามารถคำนวณได้ด้วยว่ากองทุนต่าง ๆ ที่ต้องการทั้งด้านจำนวน/ปริมาณและความพอเพียงของกองทุนมีแค่ไหน รวมถึงการคุ้มครองความเสี่ยงทางการเงินของกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มที่มีฐานะที่ยากลำบาก

ซึ่งที่ผ่านมา โดยเฉพาะในช่วงต้น ๆ ของการขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนาระบบ PC พบว่าระบบหรือกลไกการเงิน-การคลังด้านนี้ในระดับชาติขององค์กรใหญ่ด้านสุขภาพ ซึ่งหมายถึงสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เริ่มต้นขึ้นใน ปี พ.ศ.2549 ที่มีนโยบายสนับสนุนงานด้านมิตรภาพบำบัด ซึ่งหมายถึงการสนับสนุนและส่งเสริมงานของเครือข่ายภาคประชาชนในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง ต่อมาในปี 2553 สปสช. จึงได้มีการสนับสนุนการดูแลแบบ PC (ที่เรียกย่อ ๆ ว่า PalCare) แบบนำร่องเขตสุขภาพละ 1 แห่ง ๆ ละ 350,000 บาท ต่อมาปี 2554 สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวม เป็นการทำงานในรูปเครือข่ายทั้งหมดจำนวน 35 เครือข่าย ๆ ละ 375,000 บาท ครอบคลุมสถานพยาบาลประมาณ 212 แห่ง

ต่อมาในช่วงปี พ.ศ. 2555-57 สปสช. ได้สนับสนุนการขยายบริการในรูปเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง รวมเป็น 61 เครือข่าย ครอบคลุมสถานพยาบาลจำนวน 523 แห่ง แต่ลดการสนับสนุนทางการเงินลงเหลือ 135,000 บาทต่อเครือข่าย และสนับสนุนเครือข่ายบริการดีเด่นทุก 2 ปี (ข้อมูลจากการแถลงของ สปสช. ในบทความ “การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” โดยนายแพทย์ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา, 3 ธันวาคม 2560, (มติชนออนไลน์))

ต่อมาในปี พ.ศ. 2559-2560 สปสช. ได้สนับสนุนการดูแล PC ในรูปของชุดสิทธิประโยชน์ 3 ชุด คือ 1)ยามอร์ฟีน เพื่อบรรเทาอาการปวด 2) ชุดทำความสะอาด/ทำแผล และ 3) ออกซิเจน พร้อมอุปกรณ์ต่าง ๆ ร่วมกับการติดตามอาการโดยทีมเยี่ยมบ้านตามความเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแล PC ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว และต่อมาในปี พ.ศ. 2561 สปสช. ได้สนับสนุนเงินตอบแทนการเยี่ยมบ้านหรือค่าชดเชยให้กับหน่วยบริการที่มีบริการดูแล PC ที่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ สำหรับการร่วมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทุกกลุ่มโรค ตามที่กรมการแพทย์กำหนด ซึ่งเป็นการจ่ายค่าชดเชยให้ตามชั้นบันไดหรือระยะเวลาการดูแลต่ำสุดตั้งแต่ 4,000 บาท สำหรับระยะเวลาการดูแลที่บ้านน้อยกว่า 30 วัน ไปจนถึงสูงสุดเป็นเงินจำนวน 9,000 บาท สำหรับการดูแลที่บ้านเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 151 วันขึ้นไปจนถึงวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิต

อย่างไรก็ตาม สำหรับในเรื่องค่าชดเชยในการดูแลที่จ่ายให้หน่วยบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนี้ จากการเก็บข้อมูลในภาคสนาม พบว่า มีทั้งหน่วยบริการที่ทราบเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ดังกล่าว และในช่วงที่ผ่านมาได้ทำการเบิกจ่ายค่าชดเชยดังกล่าวเต็มที่หรือครบจำนวนสิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับ ตามที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยไป ซึ่งเป็นไปตามที่ สปสช. ระบุเงื่อนไขไว้ และมีหน่วยบริการที่ไม่ทราบเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ดังกล่าว และ/หรือไม่เคยได้รับสิทธิประโยชน์ดังกล่าว ทั้ง ๆ ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเฉพาะการเยี่ยมบ้าน

นอกจากนี้ ยังมีประเด็นความยุ่งยากในการบันทึกการดูแล ที่ต้องดำเนินการร่วมกันระหว่างหน่วยบริการ ที่ทำให้บางหน่วยบริการยังไม่ได้มีการเบิกจ่ายค่าชดเชยดังกล่าวเลยก็มี เนื่องจากยังไม่ได้ใช้ระบบการบันทึกข้อมูลการดูแล หรือยังไม่ได้มีการตกลงกันในเรื่องนี้

นอกจากนี้ ยังมีเสียงสะท้อนจากหลาย ๆ พื้นที่ ๆ เนื่องจากคณะวิจัยได้มีโอกาสไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยด้วยว่า ในการเบิกจ่ายสิทธิประโยชน์ในการดูแล ควรพิจารณาจ่ายให้กับผู้ดูแลผู้ป่วย (care giver) ตัวจริง ที่เป็นบิดา-มารดา-สามี-ภรรยา ญาติพี่น้อง ที่ต้องลาออกจากงาน/หยุดงาน หรือสูญเสียรายได้จากการที่ต้องออกมาดูแลผู้ป่วย บางส่วนต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานหลายเดือน หรือบางรายเป็นปีก็มี โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีฐานะยากจน (ทั้งยากจนมาก ปานกลาง พอประมาณ)

ดังนั้น จากการสนทนาพูดคุย พบว่า มีข้อเสนอแนะว่า **ผู้ดูแลตัวจริงที่มีฐานะยากลำบาก ควรได้รับการชดเชยรายได้ในส่วนนี้ เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ในการดูแลได้อย่างเต็มที่ ไม่ต้องวิตกกังวล หรือประสบความยากลำบาก ทุกข์ทรมานแสนสาหัส และมีภาวะเครียดในระดับสูง จากการที่มีผู้เจ็บป่วยอยู่ในครัวเรือน และจากการไม่มีเงินในการดำรงชีพ หรือมีความอัตคัดขัดสนมาก** ซึ่งยิ่งไม่เป็นผลดีต่อการดูแล เพราะปกตินั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยควรมีความพร้อมในทุกด้าน ทั้งความรู้/ความเข้าใจในตัวโรค ความพร้อมด้านฐานะทางเศรษฐกิจ ความพร้อมด้านจิตใจ-อารมณ์/ความเมตตา/ความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ฯลฯ แต่ในความเป็นจริง ยังคงพบผู้ดูแลที่มีฐานะขัดสน ทำให้เกิดความเครียด และทำให้ไม่พร้อมในการดูแล



ทั้งนี้ ในช่วงปี พ.ศ. 2557 เช่นเดียวกัน ที่รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขก็มีนโยบายด้านการดูแลแบบประคับประคอง ภายใต้การนำของ นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน (ตามที่ระบุไปก่อนหน้านี้บ้างแล้ว) ซึ่งจะว่าไปแล้ว ก็อยู่ในช่วงไล่เลี่ยกันกับการสนับสนุนการทำงานของชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในช่วงท้ายของชีวิตของ สสส. ปี พ.ศ. 2556-2559 ที่ทำให้เกิดกลไกด้านการเงิน-การคลังเสริมเข้ามา ทำให้ระบบ PC มีพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เพิ่มขึ้น อย่างครอบคลุม ทั่วถึงมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการจัดกลไกทางการเงินในการสนับสนุนการฝึกอบรมบุคลากรประเภทต่าง ๆ แต่ประเด็นสำคัญ ณ ที่นี้ ก็คือ เป็นกลไกการเงินและการคลังที่ไม่ต่อเนื่อง เป็นการส่งเสริมการทำงานในช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น

ดังนั้น การมีนโยบายที่ชัดเจนในด้านนี้ ก็จะนำมาสู่การจัดสรรงบประมาณ หรือ มีการจัดการกลไกการเงิน-การคลังเพื่อรองรับนโยบายดังกล่าวในระยะยาว อย่างเป็นระบบ ด้วยเหตุนี้ การมีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการดูแล PC จึงมีนัยสำคัญมากต่อกลไกการจัดการด้านการเงินและการคลังเพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบ PC ในระยะยาว

นอกจากนี้ อาจจะมีการศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านการดูแล PC ของแต่ละประเทศด้วยการเทียบสัดส่วนกับผลผลิตมวลรวมประชาชาติ (Gross Domestic Products; GDP) และอาจเทียบกับค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาแบบยื้อชีวิต ที่ไม่เป็นผลดีต่อคุณภาพชีวิตในระยะท้าย ซึ่งการศึกษาบางชิ้นระบุว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลในช่วงท้ายของชีวิต หรือช่วง 6 เดือนสุดท้ายนั้นคิดเป็นประมาณร้อยละ 8-11 ต่อปีของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด และคิดเป็นร้อยละ 10-29 ของค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยในทั้งหมดของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง ในขณะที่รายงานของ TDRI (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และยศ วัชระคุปต์, อ้างแล้ว, 2560: 57) ระบุว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่โรงพยาบาล 30 วันก่อนเสียชีวิต เฉลี่ยอยู่ที่ 45,000 บาท แต่ถ้ารักษาอยู่ที่บ้าน 30 วันก่อนเสียชีวิต มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยอยู่ที่ 26,372 บาท ถ้ามีการจ้างผู้ดูแลเดือนละ 15,000 บาท แต่ถ้าไม่ได้จ้างผู้ดูแล ก็จะมีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 11,372 บาท

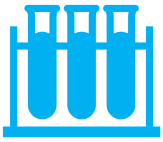
นอกจากนี้ ตัวชี้วัดที่อาจนำมาใช้ในการชี้ให้เห็นถึงศักยภาพ/ความสามารถในการบริหารจัดการด้านการเงินและการคลัง ก็คือ ตัวชี้วัดที่ระบุถึงภาวะการล้มละลายหรือความยากจนที่เกิดจากค่าใช้จ่ายด้านการดูแลแบบ PC ในครัวเรือน ซึ่งก็คือ สัดส่วนของรายจ่ายด้านการดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องจ่ายเอง (out-of-pocket payment) ต่อรายได้ทั้งหมดของครัวเรือนในรอบเดือน รายไตรมาส หรือรอบปี เป็นต้น งานศึกษาวิจัยเหล่านี้จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการปรับกลไกการเงิน-การคลังเพื่อการปรับปรุงและพัฒนาระบบการดูแลแบบ PC ให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป

นอกจากนี้ ยังมีประเด็นที่เชื่อมโยงกับ**แนวคิดเรื่องการร่วมจ่าย (co-payment)** ซึ่งมีความสำคัญมากต่อทิศทางของการพัฒนาระบบ PC รวมถึงการพัฒนากำลังคนด้วย เพราะการร่วมจ่ายตามอัตราตามความต้องการและความสามารถในการจ่ายได้ จะทำให้มีเงินรายได้เข้าสู่ระบบมากขึ้น (ซึ่งปัจจุบัน มีเฉพาะเงินอุดหนุนจาก สปสช., การหารายได้จากการให้บริการตรวจสุขภาพให้กับหน่วยงานต่าง ๆ และเงินงบประมาณไม่มากของกระทรวงสาธารณสุข) ซึ่งจะทำให้สามารถคำนวณได้ว่า จะมีความสามารถในการเพิ่มกำลังคนและปัจจัยสนับสนุนต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับระบบ PC เพิ่มอีกเท่าใด

สำหรับในด้านผู้รับบริการ เกี่ยวกับประเด็นร่วมจ่ายนี้ พบว่า มีหลายประเภท มีทั้งส่วนที่ร่วมจ่ายได้และยินดีจ่าย ส่วนที่ร่วมจ่ายได้ แต่ไม่ต้องการจ่าย ส่วนที่จ่ายเพิ่มได้ แต่รัฐก็จ่ายให้ และส่วนที่ไม่สามารถจ่ายได้ และได้รับบริการที่ไม่ทัดเทียม สำหรับในเรื่องนี้ นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล ก็มองไว้ด้วยเช่นกันว่า ในอนาคตทั้งภาครัฐและเอกชนก็อาจถูกดึงไปยังภูมิภาคอาเซียนหรือภูมิภาคอื่น ๆ ด้วยก็ได้ ซึ่งจะส่งผลสะเทือนต่อระบบของประเทศ ถ้าไม่มีการวิเคราะห์เรื่องนี้อย่างเป็นระบบ และวางแผนไว้ล่วงหน้า

ดังนั้น การวิเคราะห์เรื่องกำลังคนด้านสุขภาพจึงจำเป็นต้องเห็นข้อมูลความต้องการของทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและทุกภาคส่วนทั้งหมด และทุกฝ่ายหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด รวมถึงความเป็นจริงในส่วนของผู้ใช้บริการ ว่าคือใคร ร่วมจ่ายได้เท่าใด เพื่อที่จะทำการคาดประมาณว่าจะต้องร่วมมือกันผลิตบุคลากรให้เพียงพอกับความต้องการในระยะยาวอย่างไร รวมถึงประเด็นที่ว่า จะมีเงินหรือทรัพยากรมาจากแหล่งใดได้อีกบ้าง





6. การนำและการอภิบาลเพื่อระบบการดูแลประคับประคอง (Leadership and Governance for Palliative Care System)

WHO ระบุว่า การอภิบาลในเรื่องสุขภาพ (governance in health) กำลังกลายเป็นประเด็นเด่นที่ได้รับความสนใจมากขึ้นและมากขึ้นในวาระการพัฒนา (development agenda) ภาวการณ์การนำและการอภิบาลใน**ระบบสุขภาพจะต้องมีการรับประกันว่า มีกรอบนโยบายในเชิงยุทธศาสตร์ ที่มีการผนวกเรื่องการมองไปข้างหน้า การเรียนรู้จากข้อผิดพลาด การสร้างภาคี/ความร่วมมือ/การมีส่วนร่วม กฎระเบียบ/ข้อบังคับ การให้ความสนใจกับการออกแบบระบบและความรับผิดชอบต่อสังคม/ความโปร่งใส** นอกจากนี้ยังมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้นไปอีก ถ้ามีการให้ทุนสนับสนุนที่เพิ่มขึ้นและมีความต้องการ/ข้อเรียกร้องให้มีการแสดงผลลัพธ์/ผลที่ได้เพิ่มขึ้นตามไปด้วยเช่นกัน

สำหรับประเด็น **“ความรับผิดชอบ”** (accountability) หรือความรับผิดชอบทางสังคม (social accountability) ถือเป็นแง่มุมภายในที่สำคัญของเรื่อง “อภิบาล” (governance) ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความสัมพันธ์ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลาย ๆ ฝ่ายในเรื่อง “สุขภาพ” ซึ่งมีทั้งปัจเจกบุคคล, ครอบครัว/ครัวเรือน, ชุมชน, บริษัทต่าง ๆ, รัฐบาล, องค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs), หน่วยงาน/องค์กรอื่น ๆ ในภาคธุรกิจ, และกลไกส่วนอื่น ๆ ที่มีความรับผิดชอบในการสนับสนุนทางการเงิน, กำกับ-ดูแล, ส่งมอบและใช้บริการสุขภาพต่าง ๆ

ดังนั้น คำว่า “ความรับผิดชอบ” จึงมีความเกี่ยวข้องกับเรื่องต่าง ๆ ดังต่อไปนี้เป็นการเฉพาะ :-

- คณะผู้แทน/กลุ่มตัวแทนที่มีความเข้าใจว่าบริการต่าง ๆ ที่จัดให้มีขึ้นนั้นมีอุปทาน (supply) มาจากอะไร
- การมีระบบการเงิน-การคลัง ที่รับประกันว่ามีทรัพยากรพอเพียงต่อการจัดหาหรือการส่งมอบบริการต่าง ๆ ที่จำเป็น
- การดำเนินงาน (performance) เป็นไปตามการจัดหาอุปทานด้านการบริการต่าง ๆ ที่เป็นจริง
- มีการเปิดรับข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการประเมินผลและกำกับ-ติดตามการดำเนินงาน

- มีการกำกับ/บังคับให้ทำตามกฎหมาย/มาตรฐาน/บรรทัดฐานทางสังคม ทั้งการนำมาตรการคว่ำบาตรทางสังคมมาใช้ ในกรณีกระทำผิด และมีการจัดหารางวัลมาใช้ในการดำเนินงาน กรณีทำความดี/ทำตามมาตรฐาน/บรรทัดฐานทางสังคม

การอภิบาลทางสุขภาพเป็นประเด็นที่คาบเกี่ยวกับหลาย ๆ เรื่อง หรือมีความเกี่ยวข้องกับประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับเรื่อง **"ความรับผิดชอบ"** (accountability) ทั้งนี้ WHO ยังระบุด้วยว่า ถึงแม้จะมีความเห็นพ้องต้องกันในบรรดาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพว่า **ภาวการณ์นำและการอภิบาล** เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการปรับปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพ แต่พบว่า ยังมีการกำกับ ติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับประเด็นนี้น้อยไป หรือไม่เพียงพอ

ดังนั้น การให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ ด้วยการกำกับ ติดตาม และประเมินผล จึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง **ทั้งนี้ WHO ได้เสนอตัวชี้วัดที่ใช้ในการวัด "การอภิบาล" (governance) ไว้ 2 ชนิดด้วยกัน คือ 1) แบบที่เรียกว่า Rule-based indicators และ 2) แบบที่เรียกว่า Outcome-based indicators**

1) **Rule-based indicators คือ ตัวชี้วัดในเชิงกฎเกณฑ์/กฎระเบียบต่าง ๆ** ซึ่งเป็นการวัดว่าประเทศต่าง ๆ มีนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแนวทางต่าง ๆ เพื่อการอภิบาลระบบสุขภาพหรือไม่ สำหรับในบริบทของระบบสุขภาพ WHO มองว่า มีหลายสิ่งที่จำเป็นต้องมี ยกตัวอย่างเช่น บัญชียาหลักระดับชาติ หรือ นโยบายระดับชาติในการควบคุมโรคที่ต้องควบคุม เช่น มาเลเรีย เป็นต้น (สำหรับยุคปัจจุบัน ก็คือ โรคโควิด 19) ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของชุดตัวชี้วัดที่เรียกว่า **"ปัจจัยตัวกำหนดการอภิบาล"** (governance determinants) นอกจากนี้ WHO ยังระบุด้วยว่า นอกจากการมีกฎ/กฎเกณฑ์/กฎระเบียบ (หรือที่เรียกกันว่า หลักการที่เป็นทางการ) แล้ว ตัวกำหนดการอภิบาลในการจัดให้มีบริการการดูแลสุขภาพ ยังประกอบไปด้วยตัวกำหนดแบบกว้าง ๆ อื่น ๆ อีก 4 ประเภท คือ การเตรียมการด้านต่าง ๆ ทั้งด้านการร่วมเป็นเจ้าของ (ownership arrangements), การกระจายอำนาจ, การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และปัจจัยเชิงบริบท (contextual factors) ที่มีลักษณะเฉพาะ

   WHO ระบุด้วยว่า ในกรอบการทำงานดังกล่าว จะมีการนำตัวกำหนดหรือปัจจัยกำหนดการอภิบาล (determinants of governance) มาเปรียบเทียบ/เทียบเคียงกับผลการดำเนินงานด้านการอภิบาล (governance performance) ด้วย

2) **Outcome-based indicators คือ ตัวชี้วัดผลลัพธ์การอภิบาล** ซึ่งเป็นการวัดว่าได้มีการดำเนินการต่าง ๆ ตามกฎเกณฑ์/กฎระเบียบและหลักการต่าง ๆ ที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยใช้การวัดจากประสบการณ์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม WHO ระบุไว้ด้วยว่า ตัวชี้วัดผลลัพธ์นี้มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการทำหน้าที่ของเสาหลักอื่น ๆ ทั้งหมดของระบบสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการจัดบริการสุขภาพ, กำลังคนด้านสุขภาพ, ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ, การเข้าถึงยาที่จำเป็น, กลไกการเงิน-การคลัง และ ภาวการณ์นำและการอภิบาล

อย่างไรก็ดี **สำหรับในเรื่องตัวชี้วัดการอภิบาลนี้ ถ้านำมาประยุกต์ใช้ในการกำกับติดตามและประเมินระบบ PC พบว่า ไม่น่าจะมีความเหมาะสม เพราะจากการพิจารณามาตรฐานคุณภาพของระบบ PC ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย TPCN และ ศูนย์ KPC (ตั้งแต่เดือนกันยายน 2561) พบว่า มีจุดเน้นที่แตกต่างกันเป็นอย่างมาก ยกเว้นในเรื่องโครงสร้างศูนย์ดูแลประคับประคอง บุคลากรและเครื่องมือ (ซึ่งเป็นมาตรฐานคุณภาพที่ 1 ของระบบการดูแล ที่เครือข่าย TPCN และศูนย์ KPC กำหนดไว้) ที่อาจจะเข้าข่ายหรือสอดคล้องกับตัวชี้วัดเชิงกฎเกณฑ์/กฎระเบียบ**

แต่ที่เหลือนอกนั้น จะเป็นตัวชี้วัดที่มุ่งเน้นไปที่ตัวผู้ป่วยและกระบวนการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมากกว่า ทั้งนี้ คณะวิจัยได้พิจารณาแล้วเห็นว่า ล้วนเป็นตัวชี้วัดที่มีความเหมาะสม สำหรับการวัดหรือประเมินคุณภาพการดูแลแบบ PC ที่ควรมีจุดเน้นที่ตัวผู้ป่วยและครอบครัว และปัจจัยสนับสนุนต่าง ๆ ที่ใกล้ชิด/มีคุณค่าต่อการดูแลเพื่อให้เกิดความสบาย (comfort care) และได้รับโอกาสในการตายดี (good death) อาทิเช่น การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมและการวางแผนดูแลอย่างต่อเนื่อง การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan : ACP) การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การเข้าถึงยามอร์ฟีน การมีผู้ดูแล (care giver) การดูแลในระยะใกล้เสียชีวิต และการดูแลภาวะสูญเสีย เป็นต้น

แต่สำหรับกรณี**ตัวชี้วัดผลลัพธ์การอภิบาลที่ WHO ระบุว่า ล้วนแต่มีความเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของเสาหลักอื่น ๆ ทั้งหมดของระบบสุขภาพ** หรือในบทวิเคราะห์นี้ คือ ระบบการดูแลผู้ป่วย PC ไม่ว่าจะเป็นการจัดบริการสุขภาพเพื่อ PC กำลังคนด้าน PC ระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อระบบ PC การเข้าถึงยาที่จำเป็น และกลไกการเงิน-การคลังเพื่อการดูแลแบบ PC ก็ได้วิเคราะห์และอธิบายไว้อย่างครบถ้วน ทั้งหมดแล้ว รวมเนื้อหาในส่วนนี้ด้วย

นอกจากนี้ **การอภิบาล (governance)** ยังคงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากขึ้นและมากขึ้น ในบริบทของสังคมไทยปัจจุบันที่กำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยเต็มขั้นและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมอาเซียน ที่มีความเชื่อมโยงกันทั้งเรื่องระบบเศรษฐกิจ แรงงาน

การศึกษา สุขภาพอนามัย ฯลฯ ที่จะมีจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มขึ้นตามไปด้วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้นำต้องใส่ใจในยุทธศาสตร์การสร้างระบบสุขภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบ PC ที่คาดหวังไว้ให้สำเร็จ ต้องส่งเสริม สนับสนุน กำกับ ติดตาม ดูแลอย่างใกล้ชิด มีความรับผิดชอบในการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมและเป็นธรรม เนื่องจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีจำนวนมาก หลายระดับ หลายกลุ่ม หลายประเภท และมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น - ไม่ใช่เฉพาะคนไทย แต่รวมถึงแรงงานข้ามชาติ และคนทำงานในภาคเศรษฐกิจต่าง ๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการด้วย



11. สรุปผลการวิเคราะห์จากมุมมองของกรอบ WHO

สำหรับบริบทของประเทศไทย ดูเหมือนประเด็นการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมและเป็นธรรมระหว่างกลุ่มผู้ได้รับประโยชน์ประเภทต่าง ๆ ที่ยังได้รับสิทธิต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะความเหลื่อมล้ำระหว่าง 3 กลุ่ม ตามสิทธิหลักประกันที่ได้รับ คือ กลุ่มลูกจ้าง/แรงงานภาคเอกชนที่ใช้สิทธิประกันสังคม แต่ต้องมีการสมทบ กลุ่มประชาชนทั่วไป ที่ใช้สิทธิบัตรทอง และกลุ่มที่ใช้สิทธิข้าราชการ พบว่า ประเด็นนี้ เป็นประเด็นการอภิบาล (governance) ในลำดับต้น ๆ ของประเทศไทย ที่ผู้นำองค์กรทุกระดับ โดยเฉพาะองค์กรนำด้านโยบายและการปฏิบัติ ดังเช่น กระทรวงสาธารณสุข สปสช. และ สช. ในฐานะที่เป็นกลไกหลักของระบบสุขภาพระดับประเทศ จะต้องให้ความสนใจ เอาใจใส่ ควรมีการวางแผนและขับเคลื่อน ที่จะทำให้ระบบเกิดความเสมอภาค เท่าเทียม เป็นธรรม ทั้งระบบบริการทั่วไปและระบบบริการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย PC

นอกจากนี้ ควรให้ความสำคัญกับระบบข้อมูลสารสนเทศที่ใช้การได้จริง สะท้อนสถานภาพของระบบได้จริงในทุกมิติ ผู้นำ/ผู้บริหารองค์กรในทุกระดับ ควรสนับสนุนหรือส่งเสริมให้มีการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างถูกต้อง เชื่อถือได้ เป็นระบบ และสามารถคาดการณ์และวางแผนรองรับได้อย่างสอดคล้องกับความเป็นจริงที่เปลี่ยนแปลงเคลื่อนไหวตลอดเวลา **ด้วยเหตุนี้ ผู้นำหรือคุณภาพการนำจึงมีความสำคัญมากในการบูรณาการทุกภาคส่วน ทุกเรื่อง หรือทุกประเด็นไม่ว่าจะเป็นเรื่องการจัดบริการ, กำลังคน, การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์, ระบบข้อมูลสารสนเทศ และการจัดการทางการเงิน/การคลัง เพื่อจะทำให้เกิดการเชื่อมผสานกันในระบบสุขภาพที่จะทำให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่ดีได้ในระดับหนึ่งได้จริง**

นอกจากนี้ การที่จะทำให้ระบบนี้เกิดความสมดุล มีความปลอดภัย มีการคุ้มครองความเสี่ยง มีประสิทธิภาพ มีความยั่งยืน มีความเสมอภาค มีความครอบคลุม สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการได้ดีขึ้น เร็วขึ้น ประชาชนหรือผู้รับบริการพึงพอใจ ควรจะวิเคราะห์เชื่อมโยงกับบทบาทของระบบสุขภาพปฐมภูมิตามที่ WHO ได้เสนอแนะไว้ว่า ควรมีการบูรณาการเข้ากับระบบนี้ เนื่องจากระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ เป็นระบบด่านหน้าที่มีความสำคัญมากต่อทิศทางการปรับระบบสุขภาพของไทย ซึ่งที่ผ่านมา ระบบนี้ขาดแคลนแพทย์ ทำให้ไม่สามารถแสดงบทบาทในการคัดกรอง ให้การดูแล ให้คำปรึกษา ได้มากเท่าที่ควร แต่ในลำดับต่อจากนี้ จะมีทีมหมอครอบครัว ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบหลักตามนโยบาย PCC ซึ่งจะเป็นระบบที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความ

ต้องการของประชาชนอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งรวมถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะท้าย ที่ต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน น่าจะสามารถดำเนินการได้มากขึ้น

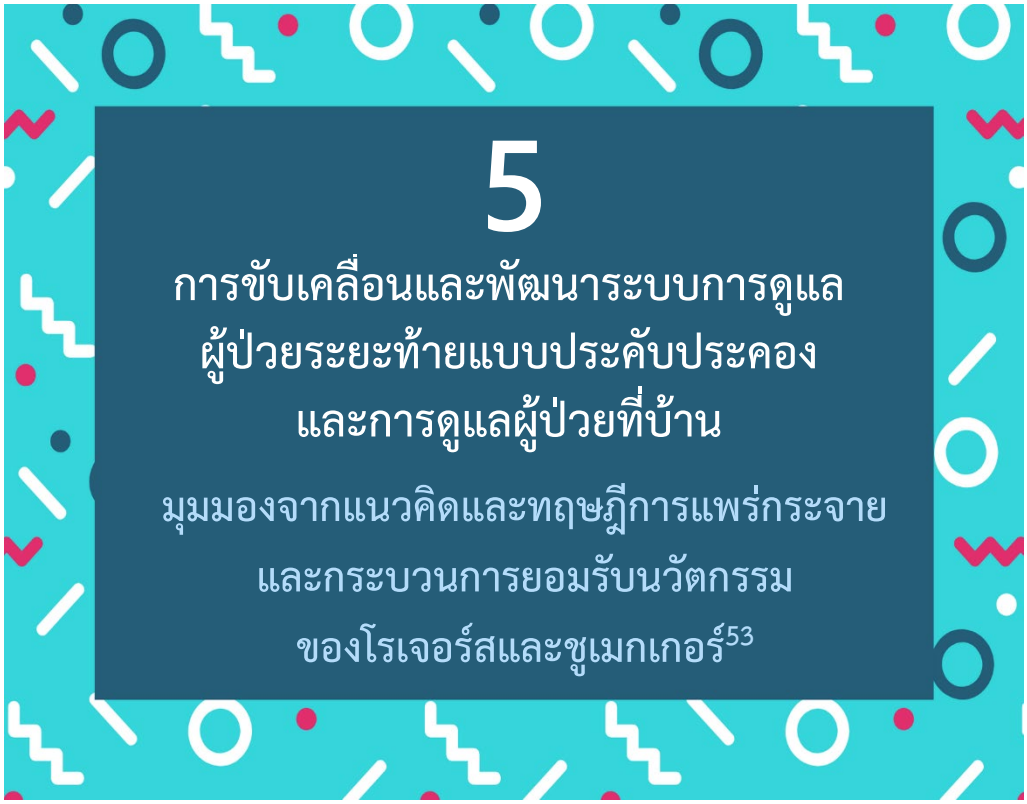
ดังนั้น ในเรื่องการบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพปฐมภูมินี้ จึงน่าจะเป็นประเด็นการอภิบาลที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่งด้วยเช่นกัน สำหรับประเด็นตัวชี้วัดด้านธรรมาภิบาลและผลการทำงาน (performance) ของผู้นำ/องค์กรนำระดับประเทศ ถ้าสามารถทำให้มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของระบบสุขภาพในภาพรวมได้ ก็จักเป็นสิ่งที่วิเศษอย่างยิ่ง

นอกจากนี้ การที่ THAPS, เครือข่าย TPCN และศูนย์ KPC ได้ลงมือผลักดันและดำเนินการมาตลอดในช่วงหลายสิบปีนั้น ได้ชี้ให้เห็นว่า เป็นการดำเนินงานที่ให้ความสำคัญกับประเด็นการอภิบาล (governance) โดยเฉพาะเรื่อง ความรับผิดชอบ หรือการตรวจสอบได้ (accountability) ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นว่า มีความรับผิดชอบต่อสังคม (social accountability) เป็นอย่างมาก จึงได้มีการดำเนินการในเรื่องนี้ เพราะพิจารณาว่า ปัญหาและความต้องการในด้านการดูแลแบบประคับประคองกำลังเพิ่มมากขึ้น และก่อนหน้าการดำเนินงานของ THAPS, ศูนย์ KPC และ TPCN ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2559 นั้น ก็พบว่า ได้มีความพยายามในการดำเนินการต่าง ๆ ด้วยยุทธวิธีการทำงานที่หลากหลาย ภายใต้การสนับสนุนของแหล่งทุนจากหลาย ๆ แหล่ง ด้วยการนำและการผลักดันเชิงยุทธศาสตร์ของรองศาสตราจารย์ พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และเครือข่ายหลากหลายประเภทที่มีความตระหนักต่อปัญหา และเครือข่ายที่เกิดขึ้น ก็มีความรับผิดชอบในการทำให้ระบบมีคุณภาพและมาตรฐานด้วยการพัฒนามาตรฐานคุณภาพของระบบ PC ขึ้นมา ซึ่งกำลังอยู่ในช่วงการยกระดับให้ได้มาตรฐานตามที่กำหนดร่วมกันไว้ให้มากขึ้นและมากขึ้น

จึงอาจกล่าวได้ว่า ได้มีการผลักดันทั้งในเชิงนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแนวทางการทำงาน และยังให้ความสำคัญกับการยกระดับคุณภาพการให้บริการ การเตรียมการด้านกำลังคน การให้ความสำคัญกับเรื่องระบบข้อมูลสารสนเทศ การให้ความสำคัญกับการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น อย่างมองเห็นได้ชัดเจน

แต่สำหรับประเด็นกลไกการเงิน-การคลังเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง อาจจะจำเป็นต้องมีการจัดเวทีอย่างเป็นทางการร่วมกับองค์กรระดับประเทศ ทั้งกระทรวงสาธารณสุข สปสช. สสส. สช และองค์กรภาคีอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสถาบันการศึกษาหรือฝ่ายผลิตบุคลากร เพื่อให้เกิดการปรับโครงสร้างด้านการเงิน-การคลังรองรับการยกระดับมาตรฐานและคุณภาพของระบบการดูแลแบบประคับประคองในระยะยาว เพื่อให้เกิดความทั่วถึง ความเสมอภาค ความเป็นธรรม และประชาชนมีหลักประกันในระยะยาวได้จริงต่อไป





53 เป็นการประเมินเชิงวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดและทฤษฎี “การแพร่กระจายและยอมรับนวัตกรรม” ของโรเจอร์สและชูเมกเกอร์ (1962, 1971)

1. ความนำและวัตถุประสงค์

เนื่องจากในข้อเสนอโครงร่างการวิจัย ติดตามและประเมินผล ที่เสนอต่อ สสส. คณะวิจัยได้ระบุไว้ว่า จะทำการประเมินเชิงวิเคราะห์กระบวนการและผลการทำงานของชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในช่วงท้ายของชีวิต ปี พ.ศ. 2556-2559 ด้วยกรอบแนวคิดและทฤษฎีการแพร่กระจายและกระบวนการยอมรับนวัตกรรมของโรเจอร์สและชูเมกเกอร์ (Rogers, 1962; Rogers and Shoemaker, 1971) อีกหนึ่งกรอบด้วย ทั้งนี้ เพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการและผลที่ได้ในเชิงแนวคิดและทฤษฎี และเพื่อสร้างความรู้จากมุมมองที่หลากหลาย และเพื่อเป็นการสอบทานข้อมูลด้วยแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ มากกว่า 2-3 แนวคิดและทฤษฎีขึ้นไป หรือที่เรียกกันในวงการวิจัยเชิงคุณภาพว่า **“Conceptual and Theoretical Triangulation”** ซึ่งจะทำให้ได้ความรู้ต่าง ๆ เพิ่มขึ้นจากหลายมุมมอง หลายแนวคิด

ซึ่งในการวิจัยประเมินผลครั้งนี้ ได้ใช้กรอบแนวคิดและทฤษฎีทั้งหมด 3-4 กรอบด้วยกัน คือ 1. กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพออตตาวา หรือที่เรียกกันว่าปฏิญญาออตตาวาว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพ ค.ศ.1986 (Ottawa Charter on Health Promotion 1986) ทั้งนี้ เป็นไปตามความประสงค์ของ สสส.ที่ต้องการให้วิเคราะห์ด้วยกรอบออตตาวา 2. กรอบการทำงานด้าน Palliative Care (PC) และกรอบ 6 เสาหลักด้านการติดตามการพัฒนาระบบสุขภาพของ WHO (WHO’s Palliative Care, 2020, และ WHO’s Six Building Blocks of Health Systems, 2010) ซึ่งการวิเคราะห์ด้วยกรอบ 6 เสาหลักเป็นความต้องการของ สสส.ด้วยเช่นกัน และคณะวิจัยได้เพิ่มหรือผนวกกรอบการทำงานด้าน PC ของ WHO เข้าไปในบทวิเคราะห์ที่เกี่ยวกับมุมมองของ WHO ด้วย เพื่อให้ทันสถานการณ์ เพราะ WHO ได้ทยอยกำหนดกรอบการทำงานเรื่องนี้ออกมาแล้วตั้งแต่ปี ค.ศ.2013 เรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน (แต่อันที่จริง กรอบแนวคิดของ WHO ในเรื่อง PC ออกมาช้ากว่าการดำเนินงานของประเทศไทย ที่ขับเคลื่อนโดย THAPS และ ศูนย์ KPC เมื่อประมาณเกือบ 20 ปีที่แล้ว และถ้านับตั้งแต่เริ่มแรก ตั้งแต่ยังไม่มี THAPS ก็ประมาณเกือบ 40 ปี) และ 3. กรอบแนวคิดและทฤษฎีการแพร่กระจายและกระบวนการยอมรับนวัตกรรมของโรเจอร์สและชูเมกเกอร์ ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่โครงการวิจัย/คณะวิจัยได้ระบุไว้ในเอกสารข้อเสนอโครงการวิจัย ติดตามและประเมินผลตั้งแต่ต้น ซึ่งก็คือ บทวิเคราะห์ในส่วนนี้

บทวิเคราะห์ส่วนนี้ จะทำให้ได้รับความรู้ ความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับกระบวนการก่อเกิดและกระบวนการเผยแพร่แนวคิดและรูปแบบระบบ PC และกระบวนการยอมรับนวัตกรรมหรือแนวคิดเกี่ยวกับ PC ที่จะเป็นประโยชน์ต่อกระบวนการทำงานของสถานพยาบาลและพื้นที่ต่าง ๆ ที่กำลังเริ่มก่อตัวในการจัดตั้งระบบ PC ในหน่วยงานและในพื้นที่ของตนเอง และจะเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยต่อยอด หรือวิจัยประเมินผลเพื่อสร้างความรู้เกี่ยวกับ PC ด้วยมุมมองต่าง ๆ ต่อไปในอนาคต



2. ทำไม แนวคิดและทฤษฎีการแพร่กระจายและกระบวนการยอมรับนวัตกรรมจึงเหมาะสมในการนำมาวิเคราะห์การแพร่กระจายของระบบ PC

สำหรับการนำแนวคิดและทฤษฎีของโรเจอร์สและชูเมกเกอร์มาใช้ในการประเมินเชิงวิเคราะห์ ณ ที่นี้ เป็นการใช้ในระดับประยุกต์มากกว่าใช้ตามต้นฉบับเดิมทั้งหมด เพราะมองว่า การนำแนวคิดเกี่ยวกับระบบการดูแลแบบ PC มาใช้ในบริบทของประเทศไทย เปรียบเสมือนกับการผลักดันนวัตกรรมและความคิด/แนวคิดใหม่ ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งประเทศไทยยังไม่เคยมีองค์ความรู้และประสบการณ์ที่เข้มข้นในด้านนี้มาก่อน หรือไม่ได้มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงเรียนแพทย์/คณะแพทยศาสตร์ในประเทศไทยมาก่อน สำหรับการเรียนการสอนในคณะพยาบาลศาสตร์ ก็อาจจะพอมีอยู่บ้าง เนื่องจากบริบทวิชาชีพพยาบาลหรือการเรียนการสอนของพยาบาล เป็นบริบทที่ต้องเกี่ยวข้องกับการดูแล (Care) โดยตรงอยู่แล้ว แต่สำหรับการเรียนการสอนเรื่อง PC ในคณะพยาบาลศาสตร์ในช่วงที่ผ่านมา ก็ยังไม่ค่อยมากหรือยังไม่ค่อยเป็นระบบเท่าใดนัก จนกระทั่งประมาณปี พ.ศ. 2557 จึงมีหลักสูตรเฉพาะทางด้านนี้ ที่ได้รับการอนุมัติจากสภาการพยาบาล

สำหรับการมีสถานที่ให้การดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตและการเตรียมการตายดีหรือจากไปอย่างสงบในระยะท้าย ที่เรียกว่า Hospice Care นั้น ยิ่งเป็นเรื่องที่จะต้องสื่อสารกันอีกมากในสังคมไทย และจากการสัมภาษณ์แกนขับเคลื่อนหลักของชุดโครงการเสริมสร้างสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต ปี พ.ศ. 2556-2559 และทีมงานอีกหลายท่านในหลาย ๆ บริบท ยิ่งเป็นการยืนยันด้วยว่า การดูแลผู้ป่วย (ระยะท้าย) แบบประคับประคอง (Palliative Care : PC) และเรื่องการมีสถานที่เตรียมการตายอย่างมีคุณภาพหรือบางท่านเรียกว่า **“การบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย”** หรือ “Hospice Care” นั้น ยังเป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทย จึงทำให้มีความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ ท่าที มุมมอง การปฏิบัติต่อเรื่องนี้ที่แตกต่างหลากหลายเป็นอย่างมาก ทั้งในสังคม/ภาคสาธารณะ/ประชาชนทั่วไป และในบรรดาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข แม้แต่ในบรรดาแพทย์ที่ทำงานมาเป็นเวลานาน สัมผัสผู้ป่วยมาหลายโรค หรือสัมผัสกับผู้ป่วยระยะท้ายที่ใกล้ตายกันมาก็ไม่น้อย ก็พบว่า ยังมีความคิดความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ มุมมอง ท่าทีและการปฏิบัติที่แตกต่างหลากหลายเป็นอย่างมากเช่นกัน เพราะเรื่องนี้ไม่เคยมีการสอนในโรงเรียนแพทย์ ดังกล่าวไปแล้วข้างต้น

นอกจากนี้ จากการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายท่าน ยังพบด้วยว่า แพทย์บางส่วน (ซึ่งส่วนใหญ่มีกิจการโรงพยาบาลอยู่ในภาคเอกชน) ถึงขั้นต่อต้านและมีการฟ้องร้องเพื่อยกเลิกมาตรา 12 ที่ปรากฏอยู่ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ให้สิทธิกับผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจเกี่ยวกับการตายหรือสิทธิในการขอตายตามธรรมชาติ ซึ่งก็คือ สิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองของผู้ป่วยและญาติ (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคลากรของหน่วยงานที่ทำงานเรื่องนี้โดยตรง คือ สช.) ซึ่งผู้ให้สัมภาษณ์บางท่านที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ มองว่า การที่แพทย์บางกลุ่มฟ้องร้อง น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับเรื่องผลประโยชน์ที่ตนเองหรือกลุ่มตนเคยได้รับจากการรักษาจนถึงที่สุด โดยไม่คำนึงถึงว่า ผู้ป่วยและญาติจะได้รับความทุกข์ทรมาน หรือต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมหาศาลจากกระบวนการรักษาแบบรุนแรงเงียบ ที่มีเรื่องของผลประโยชน์ต่าง ๆ ทับซ้อนอยู่ ซึ่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องหลายท่านเช่นกัน เป็นการยืนยันว่าแพทย์ที่มีผลประโยชน์ตรงจุดนี้ ก็ทราบดีอยู่แล้วว่า เมื่อถึงจุดหนึ่งของโรคและร่างกายตามธรรมชาติของมนุษย์แล้ว เป็นการรักษาที่ไม่หาย ไปต่อไม่ได้ หรือที่จริงเป็นเพียงการชะลอเวลาออกไป เพื่อให้ตนเองหรือสถานพยาบาลของตนได้รับผลประโยชน์จากค่ารักษาพยาบาลหรือเงินประกันต่าง ๆ ตามที่คนในสังคมมักใช้คำว่า “เลี้ยงไข้” ในการอธิบายปรากฏการณ์นี้ ตามที่ทราบกันทั่วไปอยู่แล้ว

นอกจากนี้ ยังพบด้วยว่า แพทย์บางส่วนยังไม่ค่อยให้คุณค่ากับเรื่องการดูแลแบบ PC เพราะมองว่า ไม่คุ้มค่ากับการลงทุนทำเรื่องนี้ เพราะไหน ๆ ก็จะตายอยู่แล้ว น่าจะนำทรัพยากรที่ใช้ในการดูแลแบบ PC ไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสหาย หรืออาจมีโอกาสรอดชีวิต หรือคนที่ยังมีอายุไม่มาก น่าจะดีกว่า คุ้มค่ากว่าก็มี หรือแพทย์บางส่วนไม่ต้องการยุ่งเกี่ยวกับเรื่องนี้ โดยเฉพาะการที่จะต้องมีหน้าที่ในการถอดถอนเครื่องช่วยพยุงชีพในช่วงใกล้เสียชีวิต เพราะที่ผ่านมา อาจเคยถูกญาติฟ้องร้อง หรือเห็นแพทย์คนอื่นถูกฟ้องร้อง หรือไม่ต้องการยุ่งเกี่ยวกับประเด็นปัญหาความยุ่งยากต่าง ๆ ทางกฎหมายในภายหลังที่อาจเกิดขึ้นได้ เป็นต้น

จากความเป็นจริงดังกล่าวมาข้างต้นนี้ ชี้ให้เห็นว่า การสร้างและพัฒนาระบบ PC ยังคงมีประเด็นที่ท้าทายหลายด้าน หลายภาคส่วน หลายฝ่าย หลายระดับ หลายมิติ ทั้งมิติการยอมรับของภาคสาธารณะ การยอมรับของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะแพทย์เอง ที่มีการแบ่งแยกหรือจัดแบ่งเกรดกันเอง ที่ดูเหมือนจำนวนไม่น้อย ยังไม่เห็นคุณค่าของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และ/หรือ ยังไม่เห็นความสำคัญของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่จะเข้ามาทำหน้าที่หรือมีบทบาทเกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยตรง เป็นต้น ซึ่งทำให้ระบบการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อผู้ป่วยระยะท้าย ยังไม่สามารถก่อร่างสร้างตัวหรือ

จัดตั้งได้ตามมาตรฐานการดูแลในสถานพยาบาลหลาย ๆ แห่ง หรือยังไม่มีพัฒนาการในเชิงระบบที่มีการยกระดับคุณภาพไปเรื่อย ๆ หรือตามระดับการเรียนรู้และบันไดความเชี่ยวชาญที่วางแผนไว้ได้อย่างราบรื่นเท่าที่ควรจะเป็นในหลาย ๆ แห่ง

ดังนั้น การนำกรอบแนวคิดและทฤษฎีการเผยแพร่ การกระจายและกระบวนการยอมรับนวัตกรรมของโรเจอร์สและชูเมกเกอร์มาใช้วิเคราะห์ ณ ที่นี้ จึงน่าจะช่วยขยายภาพให้เห็นว่า เมื่อเริ่มดำเนินการตามชุดโครงการ ที่ได้รับการสนับสนุนจาก สสส.นั้น เป็นอย่างไร[54] ต้องพบเจอกับปัญหาอุปสรรค/สิ่งกีดขวางต่าง ๆ อะไรบ้าง ประเด็นทางด้านการรับรู้ ทัศนคติ สังคม วัฒนธรรม มีอะไรบ้าง มีความยากง่ายอย่างไรในการสื่อสาร-ถ่ายทอด-ผลักดัน เพื่อให้เกิดการให้คุณค่าและการยอมรับเรื่องนี้ในบรรดาผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดทุกประเภทที่ชุดโครงการเข้าไปทำงานด้วย



54 อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะมุ่งเน้นการวิเคราะห์ข้อมูลการทำงานในช่วงปี พ.ศ. 2556-2559 แต่ในความเป็นจริง ก็ไม่ได้มองตัดเฉพาะช่วงที่ได้รับทุนจาก สสส. ในช่วงนี้เท่านั้น เพราะมิเช่นนั้นจะไม่สามารถสะท้อนความเป็นจริงได้ทั้งหมด จึงต้องมองแบบเป็นองค์รวม และมองเชิงพัฒนาการตั้งแต่เริ่มแรก จนถึงปัจจุบัน เมื่อมีข้อมูลที่เชื่อมโยงไปถึง ซึ่งพบว่า มีการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ของหลายหน่วยงานด้วยกัน

3. จุดเน้นของแนวคิดและทฤษฎีของโรเจอร์สและชูเมกเกอร์ ที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ และข้อจำกัดในการวิเคราะห์

สำหรับ ณ ที่นี้ จะนำกรอบแนวคิดและทฤษฎีของโรเจอร์ส, โรเจอร์สและชูเมกเกอร์ (Rogers, 1962; Rogers and Shoemaker, 1971) ในส่วนที่ว่าด้วยเรื่อง **กระบวนการเผยแพร่และการยอมรับนวัตกรรม** ที่มีองค์ประกอบสำคัญ ที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับหรือไม่ยอมรับ หรือ ยอมรับได้ช้าหรือเร็ว 4 ประการ คือ 1) ตัวนวัตกรรม (innovation) ซึ่ง ณ ที่นี้ หมายถึง ตัวแนวคิด/รูปแบบ-ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง 2) ช่องทางในการเผยแพร่ให้เกิดการยอมรับ (channel) นวัตกรรมเชิงแนวคิดใหม่และเชิงการพัฒนา/จัดตั้งระบบดังกล่าว 3) เวลา-ช่วงเวลา-ระยะเวลาในการเผยแพร่/สื่อสารแนวคิดและนวัตกรรมเชิงการดูแลรักษาแบบใหม่ (time) และ 4) ระบบสังคม (social system)



ซึ่งจริง ๆ แล้ว ประเด็นสุดท้าย คือ ระบบสังคมนี้ เป็นเรื่องใหญ่ เพราะมีการเชื่อมโยงกันระหว่างระบบย่อยและระบบใหญ่ของสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระบบย่อยและระบบใหญ่ภายในหน่วยงาน/องค์กรขับเคลื่อนหลัก (ที่ได้รับทุนจาก สสส.) และองค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยตรงอีกจำนวนมาก และยังมีกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ อีก ครอบคลุมทั้ง สช. THAPS, เครือข่ายพุทธิกา, กระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะสำนักงานปลัดกระทรวง, กรมการแพทย์, สำนักการพยาบาล, กรมอนามัย, สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ฯลฯ), สปสช. สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน (สรพ.) สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย องค์กรวิชาชีพอื่น ๆ เช่น แพทยสภา ราชวิทยาลัยต่าง ๆ โดยเฉพาะราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย สถาบันการศึกษา เช่น คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ต่าง ๆ และภาคสาธารณะ/ประชาสังคมโดยรวม นอกจากนี้ ก็ยังคงจำเป็นต้องมองปฏิสัมพันธ์และระบบอำนาจในการตัดสินใจระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับองค์กรภาคีอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย

อย่างไรก็ดี ในการประเมินเชิงวิเคราะห์ครั้งนี้ ก็ยังมีข้อจำกัด ยังไม่สามารถวิเคราะห์ได้อย่างครอบคลุมตามที่กล่าวมาได้ทั้งหมด เนื่องจากบางส่วนยังมีข้อมูลไม่พอ และบางส่วนคณะวิจัยมองว่า อาจจะไม่จำเป็นต้องวิเคราะห์เชิงลึก แต่อาจจะเพียงแค่ชูประเด็นที่มีนัยสำคัญต่อการพัฒนา และการยกระดับมาตรฐานระบบ PC ให้เห็นในบริบทเฉพาะ (specific context) ของแต่ละภาคส่วน หรือแต่ละองค์กร/หน่วยงาน ก็น่าจะเพียงพอสำหรับรายงานการวิเคราะห์ในครั้งนี้

4. ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์

ดังนั้น ในลำดับต่อจากนี้ จะเป็นการประเมินเชิงวิเคราะห์ตามกระบวนการแพร่กระจายและยอมรับนวัตกรรม ที่มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ด้าน บนฐานข้อมูล/ชุดข้อมูลหรือข้อมูลต่าง ๆ ดังนี้คือ

1: ตัวนวัตกรรม (INNOVATION)

ตามที่ได้ระบุไว้ข้างต้นแล้วว่า คำว่า **"นวัตกรรม"** ณ ที่นี้ หมายถึง แนวคิด รูปแบบ-ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ที่ชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย ปี พ.ศ. 2556-2559 พยายามนำเสนอ ผลักดัน จัดตั้ง สนับสนุน/หนุนเสริม ส่งเสริม/สร้างเสริม และขยายผลร่วมกับเครือข่ายประเภทต่าง ๆ หลายระดับ หลายบริบท ซึ่งมีเนื้องานที่สำคัญ ๆ 3 ส่วนด้วยกัน คือ

1.1 ส่วนที่เกี่ยวกับยุทธศาสตร์ ภายใต้โครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต ปี พ.ศ. 2556-2559 รับผิดชอบหลักโดย สช.

1.2 ส่วนที่เกี่ยวกับการสร้างความตระหนัก สร้างองค์ความรู้/หลักสูตร/จัดการความรู้ สร้าง/พัฒนาศักยภาพ-สมรรถนะของบุคลากรประเภทต่าง ๆ การจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมในภูมิภาค 4 แห่ง และการสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Care) ด้วยความร่วมมือของครอบครัว/ผู้นำชุมชน/ประชาชน/ชุมชน ซึ่งดำเนินการภายใต้ชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย รับผิดชอบโดย สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย หรือ THAPS

1.3 ส่วนที่เกี่ยวกับการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาหรือจิตวิญญาณ ภายใต้ชื่อโครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รับผิดชอบโดย เครือข่ายพุทธิกา

แต่การวิเคราะห์ ณ ที่นี้ จะมุ่งเน้นไปที่เนื้องานส่วนที่ 2 และที่ 3 เป็นหลัก เนื่องจากในส่วนที่ 1 ที่เป็นการขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์นั้น พบว่า เป็นการสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยวิเคราะห์ประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการขับเคลื่อนในเชิงประเด็นกฎหมาย คือ มาตรา 12 ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2550 และการจัดประชุม/สัมมนา/อบรม/สื่อสารกับองค์กรภาคีต่าง ๆ เกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แนวคิดการตายดี และแนวคิดเรื่องสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองของผู้ป่วย (self-determination) เป็นหลัก ซึ่งได้นำเสนอ

ผลการประเมินงานตาม TOR ในส่วนนี้ ไว้ในส่วนหน้าของรายงานฉบับนี้ทั้งหมดแล้ว และเมื่อพิจารณา**ตัวชี้วัดที่เนื้องานส่วนนี้กำหนดไว้ จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า ในท้ายที่สุดแล้ว ชุดโครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ฯ นั้นต้องการเห็น การขยายตัวของสถานพยาบาลที่จัดให้มีการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ที่มีรูปแบบหลากหลาย และสามารถสนับสนุนบทบาทของครอบครัวและชุมชนในการร่วมดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งก็คือ สิ่งเดียวกันกับที่สถานพยาบาลต่าง ๆ เรียกว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home care) นั่นเอง ซึ่งก็คือ ผลลัพธ์โดยรวมในรูปของ ระบบการดูแลที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาลและชุมชนนั่นเอง**

นอกจากนี้ ในเอกสารข้อเสนอโครงการวิจัย ติดตามและประเมินผลครั้งนี้ ยังระบุไว้ด้วยว่า เนื่องจากเนื้องานในส่วนนี้มีหลายกลุ่มกิจกรรมด้วยกัน ทั้งกลุ่มกิจกรรมสร้างเสริมความเข้มแข็งของเครือข่าย กลุ่มกิจกรรมสนับสนุนการจัดการความรู้และการสื่อสารเชิงยุทธศาสตร์ กลุ่มกิจกรรมสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการและการพัฒนาศักยภาพ และกลุ่มกิจกรรมเพื่อการบริหารจัดการและการจัดทำยุทธศาสตร์ฉบับที่ 2 ซึ่งทั้งหมดเป็นการทำงานในเชิงกระบวนการ ที่ในท้ายที่สุด จะไปสนับสนุนให้เกิดผลผลิตและผลลัพธ์ที่สำคัญ ซึ่งก็คือ เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองขึ้นในหน่วยบริการ/สถานพยาบาล/โรงพยาบาลต่าง ๆ และการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบดังกล่าวของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือสหวิชาชีพมากขึ้น

ด้วยเหตุนี้ จึงจะมุ่งเน้นการประเมินเชิงวิเคราะห์ในส่วนนี้ไปที่ตัวระบบหรือโครงสร้างการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดระบบบริการ และตัวระบบบริการที่มีองค์ประกอบและรายละเอียดต่าง ๆ หลายประการด้วยกัน ซึ่งเป็นเนื้อหาและรายละเอียดต่าง ๆ ที่มากอยู่แล้ว ถ้าไม่ตัดบางส่วนออกไป ก็จะทำให้รายงานฉบับนี้ค่อนข้างยาวมากเกินไป ประกอบกับได้เพิ่มข้อมูลจากภาคสนาม ที่คณะวิจัยมองว่ามีความสำคัญต่อการสร้างกระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับการยอมรับนวัตกรรมหรือความคิดใหม่ ๆ ด้วยแนวทางต่าง ๆ ที่ได้จากการศึกษาในพื้นที่ คือ กรณีของ รพ. ราชพิพัฒน์, กรณีของชุมชนห้วยยอด จ.ตรัง และกรณีของ รพ. เซ็นต์หลุยส์ ซึ่งเป็นสถานพยาบาลศาสนาคริสต์ ที่น่าสนใจและมีนัยสำคัญต่อการสื่อสารหรือเผยแพร่ประเด็นมิติจิตใจ จิตวิญญาณ หรือสุขภาวะทางปัญญาเป็นอย่างมาก

นอกจากนี้ **สำหรับการทำงานหรือเนื้องานในส่วนที่ 1 –ของชุดโครงการที่ได้รับทุน ถ้ามองจากมุมมองของคณะวิจัย ก็เป็นเหมือนกับการขับเคลื่อนในเชิงสังคม-วัฒนธรรม-สิ่งแวดล้อม เพื่อให้สาธารณะรับรู้-รับทราบ เพื่อไปเสริมให้ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่กำลังได้รับการพัฒนาขึ้นในหน่วยบริการ/สถานพยาบาลต่าง ๆ ใน**

ขอบเขตทั่วประเทศ เป็นไปด้วยดี มีอุปสรรคน้อย เพราะถ้ายิ่งภาคสาธารณะ/สังคม/ประชาชนทั่วไปมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนี้มากเท่าใด ก็จะยิ่งทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของสถานพยาบาลต่าง ๆ มีความเป็นไปได้ หรือมี functionality ได้มากขึ้นนั่นเอง

โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับ**การถอดถอนเครื่องพยุงชีพ** ในกรณีที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้แล้ว (แต่ผู้ป่วยก็ยังคงนอนอยู่ได้ด้วยเครื่องช่วยหายใจ ทั้ง ๆ ที่ไม่มีการรับรู้แล้ว) ซึ่งเรื่องนี้ พบว่า ยังเป็นประเด็นถกเถียงกันระหว่างแพทย์เจ้าของไข้ (ที่ทำเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย) กับญาติของผู้ป่วย โดยเฉพาะญาติทางไกล ที่ไม่ได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานาน แต่มีความรู้สึกผิดที่ไม่ได้ดูแล และส่วนใหญ่จะแสดงบทบาทหรือแสดงตัวในช่วงวิกฤตหรือระยะท้ายของชีวิต และมักมีบทบาทในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยและญาติใกล้ชิด โดยเฉพาะการตัดสินใจหรือสั่งให้ยืดเวลาในการใส่เครื่องพยุงชีพออกไปให้นานเท่านาน ทั้ง ๆ ที่ไม่ได้ช่วยอะไร ซึ่งญาติผู้ป่วยจากทางไกลในลักษณะนี้ พบว่า มีภาษาที่ใช้เรียกกันหรืออธิบายปรากฏการณ์นี้ในวงการที่ทำงานเรื่องนี้ ก็คือ **“ภาวะกตัญญูชินโดรม”** หรือ **“ภาวะกตัญญูเฉียบพลัน”**

ซึ่งภาวะกตัญญูเฉียบพลันดังกล่าว มีส่วนทำให้เกิดความลักลั่น และความยากลำบากในการตัดสินใจของแพทย์และญาติผู้ใกล้ชิดที่เป็นผู้ดูแลตัวจริง และมักนำไปสู่ปัญหาความขัดแย้ง การทะเลาะเบาะแว้ง การตัดญาติขาดมิตร และส่วนใหญ่ในที่สุดจำต้องยืดระยะเวลาการใส่เครื่องพยุงชีพออกไป เพราะญาติทางไกลส่วนใหญ่ที่ปรากฏตัวช่วงวิกฤตมักจะบอกว่าตนเองมีกำลังที่จะจ่ายได้หรือทุ่มได้ เป็นต้น



ภาวะกตัญญูเฉียบพลัน ยังพบในทุกพื้นที่:
ภาพสะท้อนการรับรู้ที่จำกัดของภาคสาธารณะ

จากการไปเยี่ยมสถานพยาบาล/หน่วยบริการ/พื้นที่ต่าง ๆ ใน 18 จังหวัด จำนวนทั้งหมด 62 แห่ง ยังคงพบภาวะกตัญญูเฉียบพลันในพื้นที่ต่าง ๆ เกือบทุกแห่ง ซึ่งมีส่วนทำให้ระบบ PC ไม่ราบรื่น หรือไม่สามารถดำเนินการได้ตามความต้องการของผู้ป่วยจำนวนมาก แม้แต่ผู้ป่วยที่มีการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่รับบริการสาธารณสุขและหัตถการต่าง ๆ ในระยะท้าย (Living Will : LW) ไว้แล้วก็ตาม แต่ก็พบว่า ญาติทางไกลยังคงละเมิดสิทธิหรือการตัดสินใจหรือหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยระยะท้ายอยู่

ดังนั้น การทำงานกับภาคสาธารณะหรือประชาชนคนทั่วไปที่วันหนึ่งจะต้องเผชิญกับเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและจำเป็นต้องมีการตัดสินใจร่วมกับแพทย์ในการหยุดการยืดชีวิตออกไปโดยไม่มีประโยชน์ (แต่มีแต่ความทุกข์ทรมาน, ความน่าเวทนา และการสูญเสียค่าใช้จ่ายสูง) จึงมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งพบว่า เนื้องานในส่วนที่เกี่ยวกับการขับเคลื่อนในเชิงยุทธศาสตร์ ได้มีส่วนทำให้ภาคสาธารณะและบุคลากรทางการแพทย์-พยาบาลยอมรับเรื่องนี้ได้มากขึ้น **โดยเฉพาะในประเด็นการสื่อสารในทางกฎหมาย และการมีกฎหมายรองรับเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีความมั่นใจในการเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ประเด็นนี้ พบว่า มีความสำคัญมากในลำดับต้น ๆ ของแผนยุทธศาสตร์ชาติ เพราะถ้าแพทย์ยังกลัวที่จะถูกฟ้อง ก็จะไม่เข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลแบบประคับประคอง**

ด้วยเหตุผลและการอธิบายต่าง ๆ ดังกล่าวมาข้างต้น **จึงจะขอมุ่งเน้นการประเมินเชิงวิเคราะห์ไปที่เนื้องานส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ซึ่งรับผิดชอบโดย THAPS, TPCN และเครือข่ายพุทธิกา** และ ณ จุดนี้ จะขอนำเสนอบทวิเคราะห์เกี่ยวกับเนื้องานของ THAPS และ TPCN ก่อน แล้วจึงตามด้วยเนื้องานของเครือข่ายพุทธิกา ในลำดับถัดไป

สำหรับ 4 องค์ประกอบหลักของแนวคิดและทฤษฎีของโรเจอร์สและชูเมกเกอร์ ที่ให้ความสำคัญ ดังที่ได้เกริ่นนำไว้แล้วข้างต้น คือ 1) ตัวนวัตกรรม 2) ช่องทางการสื่อสาร/เผยแพร่ 3) เวลาหรือช่วงเวลาในการสื่อสาร/เผยแพร่/ถ่ายทอด และ 4) ระบบสังคม ซึ่งจะเรียงลำดับการวิเคราะห์ไปตามเนื้องานหรือผลผลิตที่เกิดขึ้น และองค์ประกอบต่าง ๆ ของแนวคิดที่ใช้ในการวิเคราะห์ ดังนี้คือ :-

ตัวนวัตกรรม ของเนื้องานส่วนที่ 2 (รับผิดชอบโดย THAPS และ TPCN) ประกอบด้วย การผลักดันแนวคิดและรูปแบบระบบ PC พร้อมทั้งการปรับระบบ/รูปแบบบริการที่

เป็นอยู่เดิมให้รองรับแนวคิดและรูปแบบ/ระบบใหม่และการส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พร้อมด้วยการสร้างศักยภาพให้บุคลากร ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร จิตอาสา และผู้ดูแล ไปจนถึง การสร้างองค์ความรู้/การจัดการความรู้ การพัฒนาหลักสูตร และการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความตระหนัก

สำหรับ**การวิเคราะห์ ณ ที่นี้จะมุ่งเน้น (focus) ไปที่ตัวแนวคิดและรูปแบบ/ระบบ PC และการส่งเสริม/สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ซึ่งผลผลิตและผลลัพธ์สุดท้ายที่ต้องการ ก็คือ ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือที่เรียกกันว่า ระบบ Home Care (ซึ่งต่อไปนี้ จะขอเรียกย่อ ๆ ว่า ระบบ HC) เพื่อให้ผู้ป่วยตายดีที่บ้านตามความต้องการได้จริงนั่นเอง รวมถึงการสร้างความตะหนักในภาคสาธารณะ เพราะทั้ง 2 ส่วนนี้ (ระบบการดูแลที่ต้องการ และความตระหนักของภาคสาธารณะ) มีความสัมพันธ์กัน และเป็นสิ่งที่ชุดโครงการทั้ง 3 ต้องการให้เกิดขึ้น (รวมเรื่องสุขภาวะทางปัญญาหรือจิตวิญญาณ ที่เครือข่ายพุทธิกาดำเนินการด้วย)**

ดังที่กล่าวไปบ้างแล้วว่า *การที่นวัตกรรมใด ๆ จะได้รับการยอมรับหรือไม่ มากน้อยเพียงใด ช้าหรือเร็วแค่ไหน ขึ้นอยู่กับคุณสมบัติหรือลักษณะต่าง ๆ ของตัวนวัตกรรมเอง ที่มี 5 มิติสำคัญ ดังนี้คือ 1.ประโยชน์หรือข้อได้เปรียบในเชิงเปรียบเทียบ (relative advantage) 2. ความสอดคล้อง/ความเข้ากันได้กับแนวคิด ค่านิยม บรรทัดฐานที่เป็นอยู่ของผู้รับนวัตกรรม 3. ความสลับซับซ้อนในการทำความเข้าใจและการนำไปใช้ (complexity) 4. ความสามารถในการนำนวัตกรรมไปทดลองใช้ (trial-ability) และ 5. ความสามารถในการสังเกตเห็นผลได้หรือมองเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการนำนวัตกรรมดังกล่าวไปใช้ จนเป็นที่สังเกตเห็นได้ (observability)*

แนวคิดและรูปแบบ/ระบบ PC และระบบ HC : เมื่อมองจากลักษณะของนวัตกรรม 5 ด้าน เป็นอย่างไร

1. ประโยชน์/ข้อได้เปรียบในเชิงเปรียบเทียบ (RELATIVE ADVANTAGE)

สำหรับการเปรียบเทียบ ณ ที่นี้ จะเทียบกับระบบเดิมที่เป็นอยู่ ก่อนหน้าที่จะมีการนำเสนอและการขับเคลื่อนหรือการพัฒนาระบบของ THAPS และ TPCN ซึ่งแบบเดิมก็คือการที่ผู้ป่วยระยะท้ายไม่ได้รับการดูแลด้วยแนวคิดและมุมมองที่ถูกต้อง ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งกาย ใจ สังคม/ครอบครัว และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจำนวนมากถูกทิ้งไว้ในมุมตึกหรือข้างลิฟท์ (เป็นภาพรวมของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ทั่วประเทศ)[55] เพราะบุคลากรไม่ทราบว่าจะทำอะไร อย่างไรต่อไป เมื่อการรักษาไปต่อไม่ได้ ประกอบกับสถานที่ก็ไม่เพียงพอ เลยจำเป็นต้องเข็นเตียงผู้ป่วยที่รักษาไม่หายออกมาไว้ด้านนอก หรือไม่ก็ต้องขอให้ญาตินำผู้ป่วยกลับบ้านไป โดยที่ทางโรงพยาบาลก็ไม่มีความรู้ว่าจะต้องทำอะไร อย่างไรต่อที่บ้านได้บ้าง เหมือนกับการปล่อยทิ้งไปเลย ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยก็มีความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีความทุกข์ทรมานมาก

อย่างไรก็ดี การปฏิบัติดังกล่าวมีเหตุผลที่สำคัญที่เป็นเหมือนบริบทและเงื่อนไขเชิงบังคับให้ทำ โดยไม่ได้ตั้งใจ ซึ่งก็คือ 1) เพื่อนำพื้นที่/เตียงไปรองรับผู้ป่วยคนอื่น ๆ ที่ยังไม่หนักหรือยังมีโอกาสหาย เนื่องจากว่า เตียงและบุคลากรมีไม่พอ ซึ่งถือว่าเป็นบริการทางสุขภาพและการแพทย์ที่ไม่เป็นมิตรกับผู้ป่วย หรือขาดมนุษยธรรม (non-humanized health services) เป็นการปฏิบัติต่อเพื่อนมนุษย์ผู้ที่กำลังจะจากโลกนี้ไปแบบไร้ค่า ไร้ศักดิ์ศรี ซึ่งอันที่จริงบุคลากร/ทีมรักษาก็ไม่ได้ต้องการให้เป็นเช่นนั้น แต่เงื่อนไขบังคับดังกล่าวแล้ว และเหตุผลที่ 2 คือ ไม่มีความรู้และทักษะในเรื่องนี้ เพราะไม่เคยได้ยินหรือไม่เคยเรียนหรือฝึกฝนเกี่ยวกับเรื่องนี้มาก่อน

แต่นี่คือความเป็นจริง ก่อนการนำระบบ PC มาใช้ในโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ สำหรับ**ด้านค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการดูแลรักษาผู้ป่วยในช่วง 6 เดือนสุดท้ายของชีวิต** กรมการแพทย์ (จาก เอกสารแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557 : หน้าคำนำ) ระบุว่า ค่าใช้จ่ายของบุคคลในช่วงสุดท้ายของชีวิตมีมูลค่าสูงกว่าช่วงใด ๆ ของชีวิต คิดเป็นร้อยละ 8-11 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และคิดเป็นร้อยละ 10-29 ของ

55 คณะวิจัย พบว่า ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์บุคลากร ทั้งแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาล/สถานพยาบาลต่าง ๆ หลายแห่งทั่วประเทศในประเด็นนี้ มีความสอดคล้องหรือเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในของสถานพยาบาล[56] จากสภาพปัญหาสำคัญทั้ง 2-3 ประการดังกล่าวมาข้างต้น จึงนำมาสู่การนำเสนอและผลักดันแนวคิดและรูปแบบระบบ PC และระบบ HC ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยหลักมนุษยธรรมอย่างมีศักดิ์ศรี ถึงแม้โรคจะรักษาไม่ได้แล้วหรือจะต้องตาย ก็จะเป็นการตายที่ดี ไม่มีความทุกข์ทรมาน แต่ช่วยทำให้สบายหรือผ่อนคลาย (comfort care) แม้ร่างกายป่วย แต่จิตใจ จิตวิญญาณ อารมณ์ สังคม-ครอบครัวไม่จำเป็นต้องป่วยตาม ผู้ป่วยและญาติรับรู้เกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีสิทธิ์ตัดสินใจ และ/หรือร่วมตัดสินใจกับแพทย์/ทีมรักษาพยาบาลว่าต้องการอะไร ต้องการเครื่องมือ/อุปกรณ์/หัตถการต่าง ๆ ในช่วงสุดท้ายที่ตนเองไม่สามารถรับรู้/ไม่รู้ตัวแล้วหรือไม่ ถ้าไม่ต้องการก็สามารถระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนารับหรือไม่รับบริการต่าง ๆ ที่เรียกว่า Living Will (LW) ได้ ทำให้แพทย์สามารถตัดสินใจได้ดีขึ้น มีมนุษยธรรมมากขึ้น และช่วยทำให้การรักษาแบบ PC ทั้งกาย ใจ อารมณ์ ครอบครัว/สังคม ปัญญา จิตวิญญาณ เป็นไปด้วยดี ในระหว่างที่บางคนอาจมีระยะเวลาการเจ็บป่วยนาน เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือบางคนอาจถึงปีหรือสองปี แต่ก็ยังสามารถวางแผนการดูแลรักษาแบบประคับประคองในทุกมิติ ร่วมกับแพทย์ พยาบาล เภสัชกร แพทย์แผนไทย/แผนจีน นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ และญาติได้ ซึ่งในปัจจุบันเรียกกระบวนการดังกล่าวว่า **“การวางแผนดูแลล่วงหน้า”** (Advance Care Plan : ACP)

นอกจากนี้ จากเอกสาร TDRI (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และ ยศ วัชระคุปต์, 2560) พบว่า **ค่าใช้จ่ายในการดูแลแบบ PC นี้ โดยเฉพาะการดูแลที่บ้าน ถูกกว่าการรักษาแบบเดิม หรือเสียค่าใช้จ่าย 26,372 บาท (ถ้ามีผู้ดูแลที่จ้างมา เดือนละ 15,000 บาท แต่ถ้าไม่ได้จ้างผู้ดูแล จะเสียค่าใช้จ่าย 11,372 บาท) แต่ถ้ารักษาที่สถานพยาบาล ที่ต้องใช้บุคลากรเฉพาะทาง/เครื่องมือ/อุปกรณ์/ยา/เวชภัณฑ์ต่าง ๆในการช่วยชีวิตหลายอย่าง มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณ 45,000 บาท ในช่วงเวลา 30 วันก่อนเสียชีวิต** และส่วนใหญ่ไม่ได้ช่วยทำให้ดีขึ้น เป็นเพียงแค่การชะลอเวลาแห่งการตายออกไป ในขณะที่ผู้ป่วย ญาติและทีมรักษาก็ไม่ได้มีโอกาสสื่อสาร/พูดคุย/สนทนาซึ่งกันและกัน (กรณีที่ยังรับรู้และพูดคุยสื่อสารได้) เพราะทุกอย่างถูกตัดสินใจโดยแพทย์และทีมรักษาฝ่ายเดียว ในขณะที่ผู้ป่วยบางส่วนรู้สึกโดดเดี่ยว ท้อแท้ สิ้นหวัง เจ็บปวด ไม่รู้ชะตากรรมตนเอง เพราะขาดการสื่อสารเพื่อให้รับรู้เกี่ยวกับสภาพที่เป็นอยู่ เพราะแพทย์และทีมรักษามีอำนาจเหนือคนไข้และตัดสินใจแทนคนไข้ทุกอย่าง ซึ่งถือว่าเป็นการแพทย์และพยาบาลที่รุนแรง หรือเป็นความรุนแรงเงียบประเภทหนึ่ง

56 ซึ่งค่าใช้จ่าย ณ ที่นี้ รวมถึงค่าบุคลากร ค่ายา/เวชภัณฑ์/อุปกรณ์ต่าง ๆ ค่าสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ แต่น่าจะยังไม่นับรวมค่าใช้จ่ายในส่วนของผู้ป่วยและญาติ

ดังนั้น อาจกล่าวสรุปได้ว่า การดูแลรักษาแบบเดิม ในช่วงเวลาที่ผ่านมา เป็นการดูแลรักษาที่แพง มีค่าใช้จ่ายสูง เป็นการรักษาที่รุนแรง แต่ก็ไม่หาย ขาดมิติสัมพันธภาพของความเป็นมนุษย์ ที่ควรจะเกื้อกูลกัน ฟังเขาฟังเรา หรือเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะในช่วงสุดท้ายของชีวิต ยิ่งควรเป็นการแพทย์ที่ใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบ สบาย และจากไปอย่างสงบสันติ ไม่ทุรนทุราย ไม่ฟูมฟาย ไม่มีสิ่งค้างคาใจ ไม่สร้างความเดือดร้อนหรือตราบาปให้กับใคร

โดยสรุป ประเด็น ประโยชน์หรือข้อได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ ระหว่างแบบเดิม แนวรุนแรง สิ้นคิด กับแบบใหม่ แนวมนุษยธรรม พบว่า แนวคิดและรูปแบบระบบ PC แบบใหม่ มีประโยชน์ในเชิงเปรียบเทียบสูงกว่า แนวทางการรักษาผู้ป่วยระยะท้ายในแบบเดิมอย่างแน่นอน จึงได้รับการตอบสนองจากโรงพยาบาล/สถานพยาบาลต่าง ๆ มากขึ้นและมากขึ้น ถึงแม้อาจจะมีปัญหาบ้างในการขับเคลื่อนในช่วงแรก ๆ ที่คนจำนวนมากยังไม่ค่อยเข้าใจว่าคืออะไร แต่เมื่อมีการสื่อสารในเรื่องประโยชน์เชิงเปรียบเทียบดังกล่าวนี้ให้บุคลากรประเภทต่าง ๆ โดยเฉพาะผู้บริหารองค์กร/สถานพยาบาล (หลาย ๆ แห่ง) แพทย์ แพทย์เฉพาะทาง พยาบาล และเภสัชกร ที่มีใจเกี่ยวกับเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยแนวมนุษยธรรมเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว และ/หรือ เคยประสบปัญหาที่รู้สึกอึดอัดขัดใจจากภาวะลักลั่น/กลืนไม่เข้าคายไม่ออกเกี่ยวกับแนวทางในการรักษามาก่อน ก็ได้มองเห็น ตอบสนองเชิงบวก และได้มีการจัดหลักสูตรอบรมประเภทต่าง ๆ จำนวนมาก หลากหลายหลักสูตร ตามความสะดวกหรือตามบริบทของผู้สนใจ เสริมด้วยการขับเคลื่อนเชิงกลยุทธ์และการสนับสนุน การกระตุ้น การส่งเสริม การอำนวยความสะดวกทุกด้านของทีมงานที่รับผิดชอบในนาม THAPS และศูนย์ KPC นำโดย รองศาสตราจารย์ พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ก็ยิ่งทำให้เกิดการขยายตัวออกไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในภาคอีสาน **(โปรดอ่าน การขับเคลื่อนและการพัฒนาระบบ PC และ HC : บทวิเคราะห์จากมุมมองของกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพออตตาวา ประกอบด้วย)**

สำหรับในภูมิภาคอื่น ๆ ก็ค่อย ๆ ขยายตัวออกไป ทั้งที่ผ่านวิธีการเชิญทีมงานศูนย์ KPC และ THAPS (โดยเฉพาะ รองศาสตราจารย์ พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล) ให้เป็นวิทยากรตามสถานพยาบาล/หน่วยบริการต่าง ๆ และการที่ศูนย์ KPC และ THAPS เอง ได้ approach ไปที่สถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาคเหนือ ภาคเหนือตอนกลาง ภาคใต้ และภาคกลาง กล่าวคือ คณะทำงานได้ใช้ทุกวิถีทางในการทำให้ระบบขยายตัว หรือเพิ่มจำนวนสถานพยาบาลที่ตอบสนองต่อเรื่องนี้ เพราะมีตัวอย่างที่ชัดเจนให้เห็นว่า ทำแล้วดีอย่างไรต่อสถานพยาบาล บุคลากร และต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว เรียกว่า มีแต่ได้ประโยชน์ทุกฝ่าย (win-win) ซึ่ง

แน่นอนว่า สิ่งที่เกิดขึ้นนี้ ส่วนหนึ่งเป็นข้อพิสูจน์ให้เห็นว่า **ผลประโยชน์หรือข้อได้เปรียบในเชิงเปรียบเทียบ (relative advantage) เป็นเรื่องที่มองเห็นได้ชัดเจน ทำแล้วดีกว่าแบบเก่าแน่นอน หรืออาจกล่าวได้ด้วยว่า เป็นเพราะผลประโยชน์เชิงเปรียบเทียบชัดเจน จึงได้รับการตอบสนองในระดับปานกลาง ดี ถึงดีมาก จากสถานพยาบาลต่าง ๆ ตามบริบทของแต่ละแห่ง ซึ่งพบว่า สถานพยาบาลบางส่วนก็มีความประสงค์ที่จะดำเนินการเรื่องนี้อยู่แล้วด้วย เพียงแต่อาจจะยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ดังนั้น เมื่อมีตัวอย่าง/แม่แบบที่ทำแล้วเห็นผลชัดเจนและมีประโยชน์เชิงเปรียบเทียบที่ชัดเจน ก็เลยตอบสนองได้อย่างรวดเร็ว**

2. ความสอดคล้อง/ความเข้ากันได้กับแนวคิด ความคิด ความเชื่อ ค่านิยม บรรทัดฐานที่เป็นอยู่

สำหรับประเด็นนี้ พบว่า ในบางพื้นที่ยังคงมีปัญหาอยู่ โดยเฉพาะในกลุ่มประชาชนที่นับถือศาสนาพุทธ แต่ยังเข้าไม่ถึงหลักศาสนาที่แท้จริง (หรือที่หลาย ๆ ท่านเรียกว่า เป็นการนับถือศาสนาพุทธตามทะเบียนบ้าน หรือตาม ๆ กันมาจากพ่อแม่หรือบรรพบุรุษ แต่ไม่ค่อยทราบหรือไม่ได้ฝึกในสาระที่แท้จริงของคำสอน) หรือไม่ได้ใส่ใจหรือเข้าใจในสาระสำคัญของคำสอนอย่างแท้จริง หรือไม่สนใจฝึกปฏิบัติ ก็มักจะไม่ค่อยเห็นด้วยกับหลาย ๆ เรื่อง ยกตัวอย่างเช่น จำนวนมากมองว่า ไม่ควรพูดเรื่อง การตายหรือการเตรียมตัวตายอย่างมีสติ (หรือ มรณานุสติ) เพราะเป็นเรื่องอัปมงคล เป็นต้น

สำหรับในเรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่บ้าน ก็ยังคงพบว่า มีปัญหาในหลาย ๆ พื้นที่เช่นกัน เพราะคนจำนวนไม่น้อย ยังคงมองว่า เป็นการปล่อยทิ้ง ไม่ได้ทำการรักษา หรือปล่อยให้ตาย หรือเป็นการฆ่าทางอ้อม ที่เรียกว่า “การุณยฆาต” ก็ยังมี บางส่วนมองว่า การให้ยามอร์ฟีนเป็นการฆ่าทางอ้อม แพทย์บางส่วนยังไม่เห็นด้วยกับการให้ยามอร์ฟีน เพราะมองว่าเป็นยาเสพติด ประกอบกับแพทย์บางคน/บางส่วน อาจเคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดี ที่ใช้มอร์ฟีนแล้วทำให้คนไข้เสียชีวิตต่อหน้าต่อตา (ซึ่งที่จริง อาจจะไม่ใช่การเสียชีวิตจากมอร์ฟีนก็ได้ แต่เป็นสภาพของผู้ป่วยเอง) เลยรู้สึกผิดหรือติดค้างอยู่ในใจ ทำให้ไม่เห็นด้วยกับการรักษาบรรเทาปวดด้วยมอร์ฟีน หรือขาดความมั่นใจไปเลย ก็ยังมี

นอกจากนี้ ก็ยังมีแพทย์บางส่วนที่มองว่า ควรทุ่มทรัพยากรลงไปที่คนที่ยังไม่ป่วยหรือป่วยแต่มีโอกาสหายหรือคนที่อยู่ในวัยหนุ่มสาว/กำลังแรงงานมากกว่าทุ่มทรัพยากรลงไปที่คนที่กำลังจะตาย หรือผู้สูงวัย ก็ยังคงพบอยู่

แต่สำหรับในกลุ่มศาสนาอื่น ๆ เช่น คริสต์ อิสลาม ในการศึกษาครั้งนี้ กลับพบว่า เป็นกลุ่มที่ยอมรับเรื่องการตายดี หรือมีการเตรียมตัวเตรียมใจรับมือกับเรื่องนี้มากกว่าหรือดีกว่า ซึ่งจากการสัมภาษณ์พูดคุย/สนทนากับบุคลากรในสถานพยาบาล ผู้นำศาสนาอิสลามและญาติผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่ ๆ มีประชาชนนับถือศาสนาอิสลามค่อนข้างหนาแน่น พบว่า **ผู้นับถือศาสนาอิสลามหรือคนมุสลิมได้มีการฝึกหรือเตรียมการในเรื่องนี้มามากพอสมควร ที่สำคัญคือ การตายหรือความตายเป็นสิ่งที่พระอัลเลาะห์ได้กำหนดไว้แล้ว เป็นเหมือนการเดินทางไปสู่อีกโลกหนึ่ง**[57] **ความตายเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการเดินทาง ไม่ใช่การดับสูญ และในระหว่างที่อยู่ในโลกปัจจุบันได้สั่งสอนให้ทำความดี ถ้าใครทำความดี หรือถือเป็นการสะสมเสบียงไว้แล้ว เมื่อการเดินทางไปสู่อีกโลกหนึ่งมาถึง ก็มีเสบียงพร้อมที่จะเดินทางและไม่กลัวความตาย และได้สั่งสอนไว้เช่นกันว่า จะไม่มีการโศกาอาดูร เพราะไม่ได้ดับสูญ**

สำหรับ**กลุ่มผู้นับถือศาสนาคริสต์ ก็มีการเตรียมตัวเกี่ยวกับการตาย และเชื่อว่า เป็นพระประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้า (Divine God) ทำให้ยอมรับเกี่ยวกับเรื่องนี้ได้มากกว่า**กลุ่มผู้นับถือศาสนาพุทธที่ไม่ได้ฝึกปฏิบัติอย่างเห็นได้ชัดเจนเช่นกัน ยิ่งถ้าเป็นในบริบทของ รพ.เซ็นต์หลุยส์ ซึ่งเป็นสถานพยาบาลแนวคริสต์ ได้วางเรื่องนี้ไว้เป็นอันดับแรกตั้งแต่ก่อตั้งสถานพยาบาล ซึ่งบุคลากรทุกคนทราบดีว่าภารกิจในการสื่อสารเรื่องนี้กับผู้ป่วยเป็นเรื่องปกติ และผู้ป่วยที่นับถือคริสต์เมื่อได้รับการสื่อสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่รักษาไม่หาย ก็จะสามารถเตรียมตัวของตนเองได้อย่างดี

อันที่จริงในส่วนของกลุ่มผู้นับถือศาสนาพุทธนั้น ในช่วงหลังประมาณ 4-5 ปีมานี้ พบว่าได้มีการสื่อสารเรื่อง มรณานุสติ ผ่านทางเครือข่ายพุทธิกา และกลุ่มองค์กรอื่น ๆ เช่น กลุ่มเสมสิกขาลัย ชีวามิตร Peaceful Death กลุ่มธรรมะเพื่อการเยียวยา กลุ่ม I see you ฯลฯ และ

57 ศาสนาอิสลาม เชื่อว่ามี 2 โลก คือ โลกปัจจุบัน เรียกว่า วิญญาสถาน และโลกในภายภาคหน้า เรียกว่า ปรภพ (ซึ่งมีภาษาหรือคำเรียกในคัมภีร์กุรอ่าน) ดังนั้น จึงมองว่า การตาย คือ การเดินทางไปสู่อีกโลกหนึ่ง คือ โลกปรภพ ไม่ใช่การดับสูญ (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้นำมุสลิม ที่เป็นจิตอาสาทำงานเรื่องนี้ร่วมกับ รพ.แม่สอด อ.แม่สอด จ.ตาก เมื่อวันที่ 17 กันยายน 2562 ณ ห้องประชุมรัตนมณี ชั้น 3 อาคารเฉลิมพระเกียรติ รพ.แม่สอด) และน่าจะเป็นเพราะมองว่า ไม่ใช่การดับสูญ จึงทำให้ชาวมุสลิมยอมรับการตายหรือการเตรียมตัวตายได้มากกว่า ก็เป็นไปได้ แต่อีกส่วนหนึ่งเป็นเพราะได้มีการสื่อสารเกี่ยวกับเรื่องนี้อยู่ตลอดเวลา ทำให้ชาวมุสลิมส่วนใหญ่มีการเตรียมตัว เตรียมใจ หรือมองว่าเป็นเรื่องธรรมดา จึงไม่ฟูมฟาย เพราะถูกสอนไม่ให้ฟูมฟาย ซึ่งที่จริงศาสนาพุทธก็สอนเช่นกัน แต่ไม่ค่อยได้ฝึกปฏิบัติ ในขณะที่มุสลิมฝึกปฏิบัติทุกวัน จนซึมซับในตัวมากกว่า (ข้อมูลจากการสังเกตและการสัมภาษณ์พูดคุยกับผู้ดูแลผู้ป่วยและทีมรักษาด้วย)

ยังมีการนำบุคคลที่มีชื่อเสียงหรือมีภาพลักษณ์ในทางสาธารณะ โดยเฉพาะกับคนรุ่นใหม่ อาทิ เช่น นิ้วกลม มานำเสนอวิธีการเตรียมตัวตายก่อนตาย ซึ่งพบว่า จริง ๆ แล้ว **แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องนี้ดูเหมือนได้รับการยอมรับมากขึ้น แต่ก็ยังคงกระจุกตัวอยู่ในกลุ่มชนชั้นกลางในเมืองที่เคยมีประสบการณ์การสูญเสียและสนใจเรื่องนี้อยู่แล้ว**[58] ยังไม่ค่อยแพร่กระจายไปยังคนกลุ่มอื่น ๆ แต่สำหรับคนในต่างจังหวัด คนที่มีปัญหาด้านฐานะและความเป็นอยู่จำนวนมหาศาล ยังเข้าไม่ถึงสิ่งเหล่านี้ หรือบางส่วนไม่ได้สนใจเกี่ยวกับเรื่องนี้มากเท่าใด โดยเฉพาะเพศชาย มักจะไม่สนใจเรื่องนี้ แม้แต่ตอนที่กำลังจะจากไป หรืออยู่ในช่วงสุดท้ายแล้ว ให้ฝึกลมหายใจหรือฟังธรรมะ มักได้รับการปฏิเสธ แต่จะสนใจดูโทรทัศน์มากกว่า แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยเพศหญิงจะรับเรื่องนี้ได้ง่ายกว่า หรือมีการฝึกปฏิบัติเพื่อให้ตนเองสงบมากกว่า (ข้อมูลที่ปรากฏออกมาจากการสัมภาษณ์พยาบาลของสถานพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคเหนือ) อย่างไรก็ตาม คนที่มีฐานะยากลำบากจำนวนหนึ่งที่หัวหน้าโครงการวิจัยได้มีโอกาสสนทนา/พูดคุยด้วยบ่อย ๆ (แต่ไม่ใช่จากพื้นที่ของโครงการประเมินในครั้งนี้) ซึ่งเป็นผู้ที่ดื่มสุราค่อนข้างมาก ก็ระบุว่า พวกเขาก็ไม่ได้กลัวความตาย และจำนวนหนึ่งบอกด้วยว่า ที่จริงอยู่หรือตายก็ไม่ต่างกันเท่าไหร่ เพราะการที่มีฐานะที่ค่อนข้างลำบากยากจนในปัจจุบัน มันก็เหมือนกับการตายแล้วทั้งเป็นนั่นเอง จึงทำให้ไม่ได้ฝึกปฏิบัติ และจำนวนหนึ่งไม่เชื่อเรื่องเหล่านี้เลย

สำหรับ**ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (HC)** หรือการที่ผู้ป่วยต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน และก่อนการเสียชีวิต ควรได้รับการดูแลจัดการอาการและทำให้รู้สึกสบายไม่ทนทุกข์ทรมาน โดยมีคนในครอบครัว (ที่ผ่านการฝึกอบรมจากโรงพยาบาล/ทีมแพทย์พยาบาลที่ดูแลรักษา) ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก (main care giver) เสริมด้วยบทบาทของ อสม. จิตอาสา นักบริบาลชุมชน หรือผู้ดูแลที่ผ่านการฝึกอบรมจากหน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้งจากองค์กรในภาคเอกชนนั้น พบว่า รูปแบบนี้มีความสอดคล้องกับบริบทของสังคมและวัฒนธรรมของภาคอีสานและภาคเหนือเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากคนส่วนใหญ่มีความผูกพันกับบ้าน/บ้านเกิด และ/หรือ ชุมชน-หมู่บ้านของตน และเนื่องจากส่วนใหญ่มีความประสงค์ที่จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ประเด็นนี้จึงกลายเป็นประเด็นที่สำคัญมาก และกลายเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการทำงานด้านนี้ โดยเฉพาะในบริบทของภาคอีสาน ที่โรงพยาบาล/สถานพยาบาลต่าง ๆ ในภาคนี้ ต้องการ

58 โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาจากฐานสมาชิกกลุ่ม Peaceful Death ทางหน้าเว็บเพจ ที่มีอยู่ประมาณ 300,000 กว่าราย คือ กลุ่มคนที่สามารถเข้าถึงระบบออนไลน์ได้ด้วยตนเอง ซึ่งน่าจะเป็นกลุ่มคนที่มีอายุหลากหลาย แต่ส่วนใหญ่น่าจะอยู่ในวัยกลางคนขึ้นไป และส่วนใหญ่มีเครื่องมือรับการสื่อสารต่าง ๆ หรือเข้าถึงเทคโนโลยีต่าง ๆ แต่อย่าลืมว่า สังคมไทย ยังเป็นสังคมที่ประสบปัญหาเรื่อง Digital Divide ทั้งระหว่างพื้นที่ชนบท-เมือง, เมืองใหญ่-เมืองเล็ก, ระหว่างวัย และระหว่างฐานะทางเศรษฐกิจ ดังนั้น การสื่อสารเรื่องนี้กับกลุ่มคนที่ยังเข้าไม่ถึงระบบออนไลน์ และยังไม่ได้รับสารเกี่ยวกับเรื่องนี้ ผ่านช่องทางอื่น ๆ โดยเฉพาะ การสื่อสารแบบบุคคลกับบุคคล ยังเป็นสิ่งจำเป็น

จัดระบบต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนให้ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่บ้านเป็นระบบที่สมบูรณ์ ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแล ครอบครัวให้ความสำคัญกับการดูแล/ไม่บ่ายเบี่ยง ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดหาวัสดุ/อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็น กรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่มีความพร้อมหรือฐานะไม่ดี อาทิเช่น เตียงปรับระดับที่นอนลม เครื่องช่วยหายใจ เครื่องทำออกซิเจน ผ้าอ้อม หรือแม้กระทั่งการช่วยปรับปรุงห้อง/บ้าน/ที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม สำหรับในภาคเหนือ (บางเขต บางจังหวัด บางอำเภอ และบางบริบท) ยกตัวอย่างเช่น กรณีของผู้ป่วยที่เป็นชาวเขา ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล เดินทางลำบาก และในเมืองใหญ่ ดังเช่น กรุงเทพมหานคร ที่ผู้ป่วยจำนวนมากอาศัยอยู่ในคอนโด แฟลต บ้านเช่า ห้องเช่า ฯลฯ พบว่า ในกรณีเช่นนี้ ผู้ป่วยจำนวนมากหรือส่วนใหญ่ต้องการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล หรือ ถึงแม้ว่ามีความประสงค์หรืออยากกลับไปเสียชีวิต ณ ที่พักอาศัย ก็ไม่สามารถทำได้ เนื่องจากเจ้าของบ้านหรือเจ้าของคอนโด/อพาร์ตเม้นท์ไม่ยินยอม ซึ่งในกรณีเช่นนี้ ก็ทำให้จำเป็นต้องมีระบบรองรับการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล

ทั้งนี้คณะวิจัย ได้มีโอกาสเยี่ยมสถานพยาบาล ที่มีการจัดระบบรองรับการเสียชีวิตจำนวน 2-3 แห่ง อาทิเช่น รพ.รามาธิบดี ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยระยะท้ายที่เรียกว่า **“ศูนย์รามาธิบดีอภิบาล” (End of Life Ward)** ที่อนุญาตให้ญาติผู้ป่วยมานอนเฝ้าในห้องผู้ป่วย หรือนอนใกล้เตียงผู้ป่วยได้จนถึงนาทีสุดท้าย แต่ปัญหาที่พบ ก็คือ ยังมีจำนวนเตียงน้อยกว่าปัญหาและความต้องการที่เพิ่มขึ้น แต่ที่นี่ก็มีแผนที่จะขยายหอผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้สอดรับกับสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการที่เพิ่มขึ้นในบริบทของเมืองใหญ่อย่างกรุงเทพมหานคร

นอกจากนี้ คณะวิจัย ยังได้มีโอกาสเยี่ยม **รพ.ราชพิพัฒน์ สังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร** ทำให้เห็นว่า ระบบ HC, การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม และการเตรียมตัวเสียชีวิตที่บ้านของผู้ป่วยระยะท้าย ในบริบทเมือง ยังพอมีความเป็นไปได้อยู่ แต่จะต้องได้รับความร่วมมือและการสื่อสารเชิงรุกร่วมกับชุมชนที่มีความเข้มแข็งอยู่แล้วระดับหนึ่ง หรือผู้นำให้ความสนใจเรื่องนี้ ซึ่งที่ รพ.ราชพิพัฒน์แห่งนี้ ได้ใช้กลยุทธ์ที่เรียกว่า **“One Community One Nursing Home” หรือ “หนึ่งชุมชน หนึ่งศูนย์การดูแลผู้สูงอายุ”** ในการสื่อสารและทำงานร่วมกับชุมชน โดยเฉพาะชุมชนประเภทต่าง ๆ ที่มีความพร้อมหรือมีทุนต่าง ๆ อยู่พอสมควรแล้ว ทั้งทุนด้านอาคาร/สถานที่/อุปกรณ์, ผู้นำชุมชนที่มีบทบาทและความสนใจในการสร้างสิ่งใหม่ ๆ ให้แก่ชุมชนของตน, มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างโรงพยาบาล/หน่วยงานของรัฐกับชุมชน, มีทีมงานหรือบุคลากรสุขภาพหรือ สหวิชาชีพ หรือทีมงาน อสม. ที่มีความรู้และทักษะในการดูแล ที่ผ่านการฝึกอบรมเรื่องการดูแลมาระดับหนึ่ง ฯลฯ

อย่างไรก็ตาม การใช้แนวคิดหรือกลยุทธ์นี้ ก็จะต้องรอเวลาในการพิสูจน์ว่าจะสามารถทำได้มากน้อยเพียงใด โดยเฉพาะในกรณีของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หรือผู้ป่วย PC หรืออาจจำเป็นต้องมีสถานบริบาลคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice Care) แทน หรือว่า จะเกิดการกระจายตัวของรูปแบบนี้ในบริบทเมืองใหญ่อย่างกรุงเทพมหานครได้มากน้อยเพียงใด ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัยความพร้อมต่าง ๆ ดังกล่าวแล้วข้างต้น รวมทั้งการสื่อสารเชิงรุกของหน่วยงาน/สถานพยาบาลต่าง ๆ ในกรุงเทพฯซึ่งไม่แน่ใจว่ามีกระบวนการในการเผยแพร่เรื่องนี้ในบริบทของสำนักการแพทย์กรุงเทพฯ อย่างไร เพราะยังไม่มีโอกาสได้ไปสัมภาษณ์ผู้บริหารและบุคลากรของสำนักนี้ ที่รับผิดชอบในเชิงการพัฒนาระบบแต่อย่างใด

โดยสรุป กรณีการยอมรับนวัตกรรมความคิดเกี่ยวกับระบบ PC และการกลับไปเสียชีวิตที่บ้านในบริบทของเมืองใหญ่ ก็ยังมีความเป็นไปได้อยู่ แต่ทั้งนี้ คงอยู่ภายใต้เงื่อนไขของสถานพยาบาลว่ามีศักยภาพในการดำเนินการเรื่องนี้หรือไม่ หรือมากน้อยเพียงใด และขึ้นกับทางชุมชนประเภทต่าง ๆ ด้วยว่ามีความสนใจหรือต้องการมีส่วนร่วมในการทำเรื่องนี้หรือไม่ คงไม่ได้ขึ้นอยู่กับเรื่องค่านิยม ความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรมหรือบรรทัดฐานเดิม ๆ ใด ๆ มากนัก แต่น่าจะอยู่ที่การสื่อสารเจรจา การสำรวจหาชุมชนที่มีศักยภาพและความสนใจหรือการทำงานเชิงรุก และการสนับสนุนซึ่งกันและกันอย่างถูกทิศถูกทางหรือการสื่อสารเรื่องผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับทุกฝ่ายมากกว่า

นอกจากนี้ คณะวิจัยยังได้มีโอกาสเยี่ยม **รพ.ธรรมศาสตร์ธรรมรักษ์** ซึ่งถือว่าเป็นสถานพยาบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice) แห่งที่สองของประเทศไทยก็ว่าได้[59] ดำเนินการโดยสถาบันการศึกษาหรือมหาวิทยาลัยและเครือข่ายต่าง ๆ แต่สำหรับที่นี่ ก็พบปัญหาต่าง ๆ อยู่พอสมควร ทั้งเรื่องสถานที่ตั้งของโรงพยาบาล ไม่ได้ตั้งอยู่ในรั้วเดียวกัน หรือใกล้กับ รพ.ธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ทำให้การเดินทางติดต่อ การประสานงาน การส่งต่อผู้ป่วย ฯลฯ ยังมีปัญหามากพอสมควร ทำให้จำนวนผู้รับบริการยังมีไม่มาก (ในขณะที่ไปเยี่ยม ไม่มีผู้ป่วยระยะท้ายมารับบริการเลยแม้แต่คนเดียว) ประกอบกับค่านิยมของคนในเมือง (ที่เป็นญาติหรือลูกหลานของผู้ป่วย) และ/หรือ **จะเรียกว่าค่านิยม ความรู้ ความเข้าใจ และการยอมรับสถานภาพของสถานพยาบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice) ยังไม่ดี ทำให้ผู้รับบริการหรือญาติของผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิเสธที่จะให้ผู้ป่วยมานอนรอวันตายใน รพ.**

59 สำหรับสถานบริบาลระยะท้ายแห่งแรกของประเทศไทย คือ รพ.มหาวชิราลงกรณ์ ธัญบุรี ซึ่งเป็น รพ.ทางด้านมะเร็ง - ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ รศ.ดร. จอนผะจง เพ็งจาด ผู้รับผิดชอบโครงการฝึกพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยและจิตอาสา ซึ่งเป็นชุดโครงการย่อยที่ 4.4 ภายใต้ความร่วมมือระหว่างสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย กับสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย ที่ได้รับทุนจาก สสส. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2562

ธรรมศาสตร์ธรรมรักษ์ ซึ่งตรงนี้ถือเป็นบทเรียนสำคัญในการสร้าง Hospice ในพื้นที่อื่น ๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้นหรือกำลังริเริ่มดำเนินการด้วยว่าจะต้องทำอย่างไร จะสื่อสารอย่างไรให้คนเข้าใจเรื่อง Hospice ว่าคืออะไร มีความสำคัญและความจำเป็นอย่างไรในบริบทสังคมปัจจุบัน เป็นต้น

โดยสรุป ในภาพรวม พบว่า ยังมีประเด็นปัญหาเรื่องความเข้ากันได้กับวัฒนธรรม ความเชื่อ ความเคยชิน และทัศนคติต่อการตายและสถานที่ในการเตรียมตัวตายอยู่มากพอสมควรในบางบริบท ส่วนหนึ่งอาจจะเป็นเพราะว่าเป็นเรื่องที่ค่อนข้างใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานพยาบาลเพื่อการมีคุณภาพชีวิตระยะท้าย (hospice) ที่แยกตัวออกมาจากโรงพยาบาล อาจจะเป็นประเด็นที่ต้องขบคิดร่วมกันว่าจะสามารถทำให้เกิดเป็นจริงและได้รับการยอมรับได้จริงอย่างไร และควรขจัดปัจจัยที่เป็นปัญหาอุปสรรคภายในองค์กร/หน่วยงาน หรือวางระบบเรื่องนี้ให้ดี เพื่อให้เหลือการบริหารจัดการหรือการแก้ไข สู้รบกับปัญหา เฉพาะประเด็นจากภายนอกองค์กร จะได้ไม่ต้องเหนื่อยกับปัญหาจากหลายทาง

3. ความสลับซับซ้อนในการทำความเข้าใจและการนำไปใช้

สำหรับประเด็นนี้ พบว่า ระบบ PC และระบบ HC มีประเด็นที่สลับซับซ้อนอยู่บ้างเท่าที่วิเคราะห์ได้ พบว่า มีความสลับซับซ้อน และความไม่ชัดเจนอยู่ 2-3 ประการด้วยกัน ครอบคลุมทั้งด้านการบริหารจัดการ และด้านวิชาการ ดังนี้คือ

- **ความสลับซับซ้อนในเรื่องโครงสร้างการบริหารจัดการภายในแต่ละสถานพยาบาล** ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากความสลับซับซ้อนของโครงสร้างใหญ่ โดยเฉพาะโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการแบ่งเป็นกรม กอง หรือมีส่วนงานที่เหนือขึ้นไป ที่สถานพยาบาล/โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต้องขึ้นต่อค่อนข้างมาก อย่างไรก็ตาม สำหรับกรณีการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ฯ นี้ พบว่า อย่างน้อยต้องส่งผลประเมินตามตัวชี้วัดให้กับหน่วยงานระดับกรมและสำนักงานปลัด ฯ และอีกส่วนหนึ่ง คือ กรณีของสำนัก

การพยาบาล ที่เป็นหน่วยที่ต้องดูแลเรื่องอัตรากำลังหรือกำลังคนด้านวิชาชีพพยาบาล ความก้าวหน้าในสายงาน ฯลฯ ซึ่งในส่วนนี้ ก็พบเช่นกันว่า ถ้าบางโรงพยาบาลไม่ได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล (ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับติดตามดูแล ของสำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข) อย่างเต็มที่ ก็มักจะเคลื่อนไปได้ยาก และทำให้เกิดความขัดแย้ง/ไม่ราบรื่นในบรรดาทีมงาน ซึ่งไม่เป็นผลดีต่อการยกระดับคุณภาพระบบ ถึงแม้จะมีทีมทำงานด้านนี้แบบสหวิชาชีพ แต่ถ้าทีมงานบางส่วนรู้สึกว่ายังไม่ได้รับการยอมรับ ไม่ได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้างานโดยตรง ก็รู้สึกว่าไม่มีความมั่นคง ไม่รู้ทิศทางที่ชัดเจน ทำให้พลังในการขับเคลื่อนลดลง และอาจส่งผลต่อความยั่งยืนของระบบที่พัฒนาขึ้น ถ้าหน่วยบังคับบัญชาที่สูงขึ้นไปไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับเรื่องนี้

- **ความสลับซับซ้อนในประเด็นทางวิชาการและการประเมินวิเคราะห์วินิจฉัยผู้ป่วย** พบว่า ประเด็น**การประเมินและคัดกรองผู้ป่วย มีความซับซ้อนพอสมควร เพราะต้องประเมินถึง 9 ด้าน** (ซึ่งในการรักษาแบบเดิม ไม่ต้องประเมินมากหลายเท่านี้) ครอบคลุมทั้งเรื่อง 1. โรค/โรคร่วม สภาวะโรค 2. สภาวะทางกาย/สมรรถนะ ซึ่งต้องใช้เครื่องมือหลายชิ้นในการประเมิน อาทิเช่น ADL (activities of daily living) และค่า PPS (performance palliative scale) และ ESAS[60] เป็นต้น 3. ความสามารถในการตัดสินใจ 4. การรับรู้โรค/การพยากรณ์โรค 5. สภาวะจิตใจ 6. สังคม 7. ความเป็นอยู่ 8. จิตวิญญาณ และ 9. การเตรียมตัวรับกับความตาย ซึ่งการประเมินผู้ป่วยทั้ง 9 ด้าน ต้องใช้เวลาและใช้เครื่องมือต่าง ๆ ช่วยในการประเมิน

โดยเฉพาะการประเมินด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ดูเหมือนจะเป็นประเด็นที่ได้รับการสะท้อนว่า เป็นการประเมินที่ทำได้ค่อนข้างยากพอสมควร และปัญหาอีกประการหนึ่ง ก็คือ

60 ซึ่งทีมงานจะต้องใช้เวลาในการฝึกฝนการใช้เครื่องมือเหล่านี้พอสมควร เพราะแต่ละเครื่องมือก็มีรายละเอียดพอสมควร และจะต้องใช้การซักถาม (กรณีผู้ป่วยสื่อสารได้) พูดคุย สังเกต และข้อมูลจากแหล่งอื่น ๆ ประกอบกันด้วย และจะต้องไม่ใช่การประเมินที่ติดแบบหรือใช้แบบกลไก แต่ใช้เป็นแนวทางในการทราบสถานะอาการ และบางกรณีต้องใช้เครื่องมือทุกเครื่องมือผสมผสานกัน สำหรับ เครื่องมือ ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) จากการทบทวนเอกสารของภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว รพ.รามาธิบดี ม.มหิดล (ทางออนไลน์ เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 เมษายน 2563) พบว่า เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้แพทย์และทีมรักษา สามารถประเมินปัญหาที่ผู้ป่วยมีเบื้องต้นและนำไปสู่การวินิจฉัยหาสาเหตุของอาการต่อไป แต่ไม่ใช่เครื่องมือในการวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการประเมินทั้งหมด 9 อาการ คือ ปวด, เหนื่อย/ อ่อนเพลีย, คลื่นไส้, ซึมเศร้า, วิตกกังวล, ง่วงซึม, เบื่ออาหาร, ความสบายดีทั้งกาย-ใจ, และเหนื่อยหอบ ซึ่งสเกลในการให้คะแนน คือ 0-10 0 คือ ไม่มีอาการดังกล่าว ไปจนถึง 10 อาการรุนแรงที่สุด

ทีมงานจำนวนไม่น้อยยังไม่แน่ใจว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสภาวะจิตใจของผู้ป่วยนั้น สามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้จริงหรือไม่ หรือเท่าที่สังเกตหลายแห่ง ยังไม่ค่อยให้ความสำคัญกับเรื่องนี้เท่าใด ส่วนหนึ่งอาจจะเป็นเพราะเป็นสิ่งที่จับต้องได้ยาก เพราะเป็นเรื่องที่ค่อนข้างนามธรรม แต่ส่วนใหญ่ถูกฝึกมาทางด้านการดูแลร่างกาย ที่ใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory investigation) หรือดูจากผลตรวจเลือด ที่มีการศึกษาค้นคว้ามาพอสมควรแล้ว แต่ว่าทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณนั้น ยังไม่ค่อยมีความชัดเจน และต้องใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสังเกต การวิเคราะห์การพูดคุย-สื่อสาร การเปิดการสนทนา การฟังอย่างลึกซึ้ง พร้อมด้วยความสามารถในการตีความ ประกอบด้วย ซึ่งส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยได้ทำในจุดนี้เท่าใด เพราะไม่ได้ถูกฝึกมา จึงยังเป็นจุดอ่อนสำคัญในกระบวนการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจในมิติจิตใจและจิตวิญญาณ

สำหรับ**ประเด็นการจัดการอาการ** (symptom Management) โดยเฉพาะอาการเจ็บปวดที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ก็พบว่า เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ต้องการความเชี่ยวชาญและมีความสลับซับซ้อนพอสมควร โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีหลายโรค ทำให้บุคลากรทางการแพทย์-พยาบาลจำนวนไม่น้อย ยังไม่ค่อยมั่นใจเกี่ยวกับเรื่องการจัดการอาการปวดและการจัดการอาการรบกวนอื่น ๆ ที่เชื่อมกับโรคเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งอันที่จริงเรื่อง**การจัดการอาการปวด การจัดการอาการไม่สบายทั่วไป และการทำให้เกิดความสบาย** (pain management, non-pain symptom management and comfort care) ถือเป็นแกนกลางสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายก็ว่าได้ รวมถึงการดูแลในช่วงชั่วโมงสุดท้าย (last hours of care) ด้วย ด้วยเหตุนี้ ศูนย์ KPC และ THAPS จึงเน้นการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วย เพื่อทำให้ผู้เรียน/ผู้เข้าอบรมเรื่องนี้ ที่เป็นแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ฯลฯ ได้สัมผัสกับความจริงที่ซับซ้อนของผู้ป่วยแต่ละราย ที่ไม่เหมือนกัน ซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งและประทับใจกระบวนการเรียนรู้และการฝึกปฏิบัติแบบนี้

ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้ศูนย์ KPC และ THAPS ยังคงเป็นศูนย์กลางการฝึกอบรมหรือฝึกปฏิบัติ ที่ได้รับความนิยมจากเครือข่ายที่สนใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมากกว่าที่อื่น ๆ ที่อาจเน้นการเรียนในทางทฤษฎีมากเกินไป มีการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อน (complications) น้อยไป หรือบางหลักสูตรของบางแห่งไม่มีกรณีศึกษาหรือผู้ป่วยให้ฝึกปฏิบัติเลย ก็ยังมี ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรแก้ไข-ปรับปรุง เพราะถ้าเรียนไปแล้ว ไม่สามารถนำไปใช้จริง ก็ถือว่าเป็นการสูญเสียเวลาและทรัพยากรเป็นอย่างยิ่ง

ดังนั้น จึงอาจกล่าวสรุปได้ว่า ถ้าศูนย์ฝึกอบรมต่าง ๆ ที่สร้างขึ้น สามารถสร้างการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้อย่างถูกต้อง ตรงประเด็น เพิ่มโอกาสในการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วย หรือจัด

ให้มีการเรียนรู้จากความเป็นจริงที่หลากหลายมิติของชีวิตผู้ป่วยได้มากเท่าไหร่ ก็จะช่วยลดความสลับซับซ้อนหรือทำให้เกิดสมรรถนะ/ศักยภาพ/ความสามารถและมีความมั่นใจในการจัดการอาการปวดและการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายได้มากขึ้นเท่านั้น

สำหรับ**กรณีการประเมินและการช่วยเหลือให้ผ่อนคลายด้านจิตใจและจิตวิญญาณ** ที่ได้รับเสียงสะท้อนมาจากหลายแห่งว่า ยังเป็นสิ่งที่ค่อนข้างยาก หรือบางคนกล่าวว่า ยังเข้าไม่ค่อยถึง ก็เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ควรจะมีการฝึกฝนให้มากยิ่งขึ้น ถูกต้อง แม่นยำ ตรงกับความเป็นจริงให้ได้มากขึ้น สามารถนำมิติทางศาสนาพุทธเข้ามาผสมผสานกับมิติการให้คำปรึกษาแบบสมัยใหม่ หรือการเยียวยาทางจิตใจด้วยจิตวิทยาแนวพุทธ ที่กลุ่มพระคิลานธรรมดำเนินการอยู่ และทำให้มีเครื่องมือในการประเมินสภาวะจิตใจ/จิตวิญญาณ บนฐานความรู้จากประสบการณ์ในการทำงานมานานของกลุ่มพระคิลานธรรม ก็น่าจะทำให้เรื่องนี้ได้รับการยอมรับมากขึ้นตามไปด้วยอย่างแน่นอน

4. ความสามารถในการนำไปทดลองใช้ได้ (TRIAL-ABILITY)

อันที่จริง ความสามารถในการนำไปทดลองใช้ ณ ที่นี้ อาจจะไม่ค่อยเข้ากับบริบทของระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมากเท่าใดนัก เพราะเป็นเรื่องของแนวคิดและระบบที่ต้องเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะต่าง ๆ ที่ยากลำบาก ทั้งกาย ใจ อารมณ์ สังคม/ครอบครัว และจิตวิญญาณ บางส่วนอยู่ในภาวะวิกฤตมาก บางส่วนกำลังใกล้จะถึงวาระสุดท้ายหรือชั่วโมงท้าย ๆ ของชีวิต ดังนั้น ถ้าจะทดลองใช้แนวคิดนี้ในองค์กรหรือสถานพยาบาล เพื่อดูว่าสถานพยาบาลมีความพร้อมไหม ที่จะจัดตั้งระบบนี้ขึ้น ทั้งด้านสถานที่ บุคลากร ความรู้ความสามารถ/ทักษะ ทีมงาน เครื่องมือ/อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็น รวมถึงการใช้ยามอร์ฟีน การฝึกใช้เครื่องมือต่าง ๆ ในการประเมินผู้ป่วย ก็จะต้องดำเนินการด้วยความระมัดระวัง โดยเฉพาะประเด็นจริยธรรม

แต่ที่ผ่านมา ก็มีบางหน่วยงาน หรือบุคลากรบางท่านพูดในทำนองว่า เป็นเหมือนการทดลองทำ หรือลองทำดู หรือลองผิดลองถูกเหมือนกัน ซึ่งพบว่า เป็นหน่วยบริการในระดับโรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต. ที่บุคลากรบางส่วน/บางท่านยังไม่มีความรู้ในเรื่องการจัดการ

อาการ หรือไม่รู้เรื่องการดูแลเพื่อให้รู้สึกสบาย (comfort care) ทำให้เน้นแต่เรื่องการทำใจหรือบอกให้ผู้ป่วยทำใจ แต่ผู้ป่วยรู้สึกปวดมาก ไม่สามารถทำใจตามที่ได้รับคำแนะนำได้ หรือเจ้าหน้าที่บางคนรู้สึกว่า การทำงานเรื่องนี้เป็นการเพิ่มภาระงานที่มีอยู่ และรู้สึกว่าตนเองยังไม่ค่อยพร้อมที่จะทำเรื่องนี้ได้มากเท่าไหร่ ซึ่งถ้าตีความก็เป็นเหมือนการฝืนทำ ซึ่งเป็นสิ่งที่จะต้องมีการสื่อสารเพื่อแก้ไขต่อไป เพราะเป็นประเด็นทางจริยธรรมที่สำคัญมาก

แต่สำหรับสถานพยาบาลระดับจังหวัดและระดับอำเภอในบางพื้นที่ ถึงแม้บางแห่งดูเหมือนกำลังทดลองทำหรือเป็นการลองผิดลองถูกเหมือนกัน แต่ก็ไม่ใช่ในความหมายของการทดลองทำเชิงนวัตกรรม ในความหมายตามต้นฉบับของโรเจอร์สและชูเมกเกอร์ แต่เป็นการทำแบบลองผิดลองถูก (trial and error) เนื่องจากบริบทขององค์กรและระบบโครงสร้างที่เป็นอยู่ ยังไม่ค่อยเอื้ออำนวยมากกว่า ประกอบกับมีบุคลากรจำนวนน้อย หรือไม่พอเพียง บุคลากรที่สนใจอาจจะยังมีความรู้ความเข้าใจไม่มากนัก แต่มีใจอยากทำ มีความมุ่งมั่น-ตั้งใจที่จะทำ ถึงแม้บางอย่าง บางเรื่อง อาจดูเป็นการลองผิดลองถูก แต่ไม่ได้มีวัตถุประสงค์ที่จะทำเพื่อทดสอบนวัตกรรมหรือความไม่รู้ของตน แต่กระทำเช่นนั้น เพราะบริบทต่าง ๆ ยังไม่เอื้ออำนวยเท่าที่ควรมากกว่า เช่น กรณีการจัดการอาการปวด (pain management) ที่ยังไม่มั่นใจในเรื่องการประเมินอาการและการให้ dose ยา ยังต้องปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งในสถานพยาบาลบางแห่งยังไม่มีแพทย์ดูแลด้านนี้อย่างจริงจังหรือตลอดเวลา (full-time) ทำให้ต้องตัดสินใจด้วยตนเอง (ทั้ง ๆ ที่ยังไม่ค่อยแม่นในเรื่องนี้ เพราะเพิ่งเข้ามาทำ, มีประสบการณ์น้อย, เป็นแพทย์จบใหม่ เป็นต้น)

นอกจากนี้ ในบางพื้นที่ ระบบการให้คำปรึกษาระหว่างโรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน ก็ยังมีปัญหาหรือยังมีช่องโหว่อีกพอสมควร หรือ**กรณีการคิดค้นสูตรอาหารโภชนาการเพื่อผู้ป่วยระยะท้าย ที่ยังขาดความรู้ ยังเป็นการลองผิดลองถูก** ประกอบกับอุปกรณ์ในการทดลองการผลิตอาหารรูปแบบใหม่ ๆ เช่น อาหารอ่อน ของทานเล่นที่ช่วยทำให้เจริญอาหาร ฯลฯ ก็มีน้อย เพราะงบประมาณไม่เพียงพอ แต่ก็พบว่า บางแห่ง (ยกตัวอย่างเช่น รพ.ศูนย์อุดร) ที่นักโภชนาการ/โภชนากร ให้ความสำคัญกับเรื่องโภชนาบำบัดในผู้ป่วยระยะท้ายมาก เพราะพบว่า ผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องอาหารและเรื่องการกลืน แต่บางส่วนยังสามารถทานได้อยู่หรือต้องการทาน แต่อาหารที่มีอยู่ก็ไม่เหมาะสม ก็ได้นำอาหารทางการแพทย์มาปรับใหม่ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังคิดค้น/ปรับเปลี่ยนสูตรไอศกรีม ด้วยการใส่รสผลไม้ หรือการทำเยลลีกลิ่นผลไม้ผสมไข่ขาว เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจ

สำหรับ**กรณีการคิดค้นนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของแพทย์แผนไทย**ในบางแห่ง จะพบว่า ยังเหมือนกับเป็นการทดลองทำ ยังไม่ค่อยมั่นใจว่าผลจะออกมาเป็นเช่นไร หรือควรจะใช้วิชาชีพนี้ในการพัฒนานวัตกรรมเพื่อช่วยบรรเทาอาการต่าง ๆ เพื่อทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายรู้สึกสบายได้อย่างไร ก็ยังมี แต่สิ่งนี้ไม่เป็นอันตรายมากนัก เพราะเป็นการทดลองทำด้วยตนเอง และนำไปใช้กับร่างกายภายนอกของผู้ป่วย เช่น การครอบยา พอกยา สุมยา รุมยา ที่ทำกับอวัยวะภายนอก บางอวัยวะ เช่น เต้านม, ท้อง, แขนขา หรือกรณีการหายใจไม่สะดวก ก็มีสูตรยาที่ให้ใช้ดมหรือสูดกลิ่น ทำให้หายใจโล่งขึ้น หรือในกรณีที่มีกลิ่นไม่พึงประสงค์ จากการมีแผลกดทับหรือแผนอื่น ๆ เน่า หรือสถานที่อยู่อาศัยไม่ค่อยสะอาด ฯลฯ ก็พบว่า แพทย์แผนไทยในบางพื้นที่ได้พยายามคิดค้นหรือประยุกต์ใช้วัสดุต่าง ๆ ในท้องถิ่นในการช่วยดับกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ และหลังจากนั้น ก็คอยฟังเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยและญาติว่าใช้ได้ผลไหม ชอบไหม เป็นประโยชน์ไหม และส่วนใหญ่ พบว่า ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ ซึ่งพิจารณาดูแล้วการทดลองดังกล่าวก็เป็นสิ่งจำเป็น มิเช่นนั้นแพทย์แผนไทยก็อาจจะมีบทบาทไม่มากนักในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

5. ความสามารถในการสังเกตเห็นผลได้

ที่จริงประเด็นนี้ ก็มีความสำคัญมากประเด็นหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการสนองตอบหรือตอบรับแนวคิดและระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเฉพาะในประเด็นที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลดีขึ้น ได้รับการปฏิบัติเยี่ยงมนุษย์ที่มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี ไม่ว่าเขาจะเป็นใคร มีสถานภาพอะไร อย่างไร โดยเฉพาะคนจนที่มีความทุกข์ ผู้ป่วยที่ถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยไร้ญาติ/ไม่มีญาติพี่น้องดูแล ผู้ป่วยที่ดูแล/ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยที่ไม่มีอาหาร/เครื่องนุ่งห่ม/บ้านพัก-ที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม ผู้ป่วยที่ต้องการพบหน้าพ่อแม่พี่น้องลูกของตนก่อนเสียชีวิต ฯลฯ ซึ่งได้รับเสียงสะท้อนจากหลายแห่ง หลายฝ่าย หลายระดับว่า การมีแนวคิดและการพัฒนาระบบ PC ทำให้มีทางออกในการช่วยเหลือคนไข้หรือผู้ป่วยที่ประสบภาวะยากลำบากทุกข์ทรมานดังกล่าวเหล่านั้น และหลังจากที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีสถานภาพความยากลำบากต่าง ๆ เหล่านั้นแล้ว โดยเฉพาะในการช่วยให้ตายดี ไม่มีสิ่งใดติด

ค้างคาใจ ไม่ทนทุกข์ทรมานมากจนเกินไปในช่วงสุดท้ายของชีวิต ก็ทำให้รู้สึกว่าชีวิตของตนเองมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีมากขึ้นตามไปด้วย แม้แต่พระสงฆ์ ก็ยังรู้สึกว่าการบวชเป็นพระของท่านมีคุณค่ามากขึ้น เมื่อได้มีโอกาสเข้ามาทำบทบาทหรือมีส่วนในการเยี่ยมบ้านหรือให้กำลังใจกับผู้ป่วย ตลอดจนถึงบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขบางส่วน และทีมผู้ดูแลอาสาจำนวนหนึ่งที่ได้มีโอกาสสนทนาด้วย พบว่า บางคน เกิดความตระหนักหรือการฉุกคิดได้ ทำให้หันมาดูแลตนเองและคนในครอบครัวได้ดีขึ้น สื่อสารพูดคุยกันในครอบครัวมากขึ้น/เข้าใจกันดีขึ้น เท่ากับว่าการที่ตนเองได้ร่วมเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายนั้น ได้เปลี่ยนโลกทัศน์ มุมมองต่อชีวิตของตนเองและผู้คนรอบข้างไปด้วย ทำให้มีความอ่อนโยนมากขึ้น เห็นอกเห็นใจเพื่อนมนุษย์ด้วยกันมากขึ้น

นอกจากนี้ ผู้นำชุมชนท้องถิ่นบางแห่ง ก็กล่าวเช่นเดียวกันว่า ทำให้คนในชุมชนจำนวนไม่น้อยหันกลับมาดูแลเอาใจใส่คนในครอบครัวของตนและคนอื่น ๆ ในชุมชนมากขึ้น สำหรับแพทย์ที่เคยมีปฏิกิริยาต่อต้าน หรือไม่เห็นด้วยกับการทำเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายก็เช่นกัน พบว่า จำนวนไม่น้อยก็เปลี่ยนกระบวนทัศน์ มุมมอง ทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องนี้ บางคนที่มีสถานภาพเป็นถึงผู้บริหารสถานพยาบาลด้วย ก็ได้เปลี่ยนไปอย่างสิ้นเชิง เมื่อประสบกับตนเองหรือคนในครอบครัวหรือพ่อแม่ของตน ทำให้เห็นคุณค่าและให้การสนับสนุนในการพัฒนาระบบมากยิ่งขึ้นก็มีอยู่สองสามแห่งเช่นกัน

2: ช่องทางในการกระจาย/เผยแพร่/สื่อสาร ตัวนวัตกรรม หรือ ระบบ PC

สำหรับช่องทางในการเผยแพร่/สื่อสาร ณ ที่นี้ หมายรวมถึง กระบวนการและวิธีการในการเผยแพร่-แพร่กระจาย-สื่อสารแนวคิด สาระสำคัญ นวัตกรรม เครื่องมือต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายว่า เผยแพร่/สื่อสารอะไร โดยใคร ด้วยวิธีการอะไร หรือเผยแพร่-กระจายไปที่แหล่งใด ผ่านช่องทางใด จากไหน ไปไหน ซึ่งตามที่โรเจอร์ส (Rogers, 1962: 17-18) ได้กล่าวไว้นั้น พบว่า มี 2 ช่องทางใหญ่ ๆ ที่สำคัญ คือ **1. ช่องทางการสื่อสารมวลชน (mass media channels)** ซึ่งเป็นการสื่อสารกับกลุ่มคนขนาดใหญ่ ผ่านเครื่องมือต่าง ๆ ที่จะสามารถส่งสารไปยังคนกลุ่มต่าง ๆ จำนวนมาก หลากหลายประเภทในคราวเดียวกัน ในการสื่อสารแต่ละครั้ง และ **2. ช่องทางความสัมพันธ์ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการระหว่างบุคคล** (interpersonal channels) ซึ่งเป็นการติดต่อสื่อสารที่มีการเผชิญหน้ากันหรือมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างบุคคล หรือบุคคลต่อบุคคล หรือบุคคลกับกลุ่มคน หรือกลุ่มคนกับกลุ่มคน

สำหรับการวิเคราะห์ ณ ที่นี้ จะมุ่งเน้น (focus) ไปที่โครงการย่อยที่ 1 ภายใต้ชุดโครงการที่ 2 คือ ชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย (รับผิดชอบโดย THAPS) ที่มุ่งเน้นเกี่ยวกับการสร้างความตระหนักทางสังคม ภายใต้ชื่อ “โครงการสร้างความตระหนักเรื่องวิถีสู่การตายอย่างสงบ” (รับผิดชอบโดย คุณวรรณา จารุสมบูรณ์ และเครือข่ายพุทธิกา) และเสริมด้วยเนื้องานด้านการสื่อสาร และ/หรือ ช่องทางในการสื่อสารของโครงการย่อยที่ 4 ที่ประกอบด้วย 4 โครงการย่อย ที่ทำเกี่ยวกับเรื่อง 1.การพัฒนาหลักสูตรการศึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหลักสูตรแพทยศาสตร์บัณฑิต 2.การจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ เภสัชกรและผู้สนใจงานด้านการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย 3.การพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาลด้านการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย และ 4. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยและจิตอาสา

สำหรับการขับเคลื่อนเชิงการสื่อสาร หรือช่องทางการสื่อสารของโครงการสร้างความตระหนักต่อวิถีการตายอย่างสงบนั้น พบว่า ได้พยายามขับเคลื่อนด้วยช่องทางสำคัญทั้ง 2 แบบ ตามที่โรเจอร์ส กล่าวไว้ คือ ทั้งแบบสื่อสารมวลชนหรือสื่อสารสาธารณะกับคนกลุ่มใหญ่ที่มีหลายบริบท หลายสถานภาพ ครอบคลุมทั้งประชาชนทั่วไป บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข กลุ่ม-องค์กรต่าง ๆ ฯลฯ และ แบบที่สองคือ แบบเผชิญหน้าหรือมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลต่อบุคคล บุคคลกับกลุ่มบุคคล และกลุ่มบุคคลกับกลุ่มบุคคล

กรณีการใช้สื่อมวลชนเพื่อการสื่อสารสาธารณะในวงกว้างนั้น พบว่า โครงการ ฯ และแกนขับเคลื่อนหลัก ได้ใช้ทั้งสื่อหลัก เช่น วิทยุ รายการโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์/สื่อสิ่งพิมพ์ และ

สื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ค เว็บเพจ เว็บไซด์ ยูทูป และมีการจัดพิมพ์เอกสารผลิตสื่อต่าง ๆ หลายประเภททั้ง หนังสือเล่มเล็ก (น่าอ่าน/อ่านง่าย) หนังสือวิชาการ วีดีโอ วีซีดี ฯลฯ

นอกจากนี้ ยังได้ย่อยเนื้อหาในการสื่อสาร และจัดทำเป็นเอกสารสำคัญอีกสองสามชิ้น อาทิเช่น **“ปทานุกรมความตาย”** ซึ่งพบว่า มีคำเกี่ยวกับความตาย 50 กว่าคำ ที่คนในสังคมใช้เพื่อหลีกเลี่ยงที่จะพูดคำว่า “ตาย”และหนังสือ **“เพิ่มความตายเป็นเพื่อน”** รวมถึงการใช้เทคนิค/กลวิธีต่าง ๆ เข้ามาช่วยในการปลูกฝังจิตสำนึกหรือความตระหนักต่อชีวิตและความเป็นไปของชีวิตของตนเองของแต่ละคน อาทิเช่น เกมไพ่ชีวิต **สำหรับเอกสารคู่มือสำคัญ ที่สามารถนำไปใช้ในสถานพยาบาล ที่ผลิตออกมาและส่งผลเป็นอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงในสถานพยาบาล หรือทำให้สถานพยาบาลมีเครื่องมือ/คู่มือที่ชัดเจน ที่จะทำให้สามารถแปลงแนวคิดสู่การปฏิบัติที่สัมผัสได้ ก็คือ “สมุดเบาใจ”**[61] ซึ่งต่อมาได้มีการนำไปใช้ในสถานพยาบาลต่าง ๆ อย่างแพร่หลายทั่วประเทศ แต่อาจจะมีหลายรูปแบบ (Version) หรือมีรูปแบบ/เนื้อหาสาระที่ผันแปรไปตามบริบท ความเข้าใจ การตีความ ความสะดวก ทรัพยากรที่มีอยู่ ระยะเวลาที่ใช้ในการทำ ฯลฯ ของแต่ละแห่ง ซึ่งต่อไปอาจจะต้องมีการพัฒนาให้ได้มาตรฐานเดียวกัน เมื่อทุกฝ่ายมีความพร้อมมากขึ้น มีทรัพยากรมากขึ้น มีระยะเวลามากขึ้น



61 สำหรับสมุดเบาใจนี้ อันที่จริงจัดทำขึ้นในช่วงปีที่ 2 ของการทำงานภายใต้โครงการสู่วิถีการตายอย่างสงบ

สำหรับบุคคล รายการทีวี ที่มีภาพลักษณ์สาธารณะ และ/หรือ มีอิทธิพลต่อสาธารณะ (Influencer) ที่เข้ามาช่วยทำให้การสร้างความตระหนักเกี่ยวกับเรื่อง **“วิถีการตายอย่างสงบ”** ได้รับการยอมรับจากสาธารณะหรือขยายตัวมากขึ้น ก็คือ **รายการสามัญชนคนไทย** และ **พระไพศาล วิสาโล วัดป่าสุคะโต จ.ชัยภูมิ** (ซึ่งท่านมีบทบาทเป็นที่ปรึกษาของเครือข่ายพุทธิกาด้วย) นอกจากนี้ ก็มี**พระจิตร์ จิตตสังวโร สังกัดวัดป่าธรรมอุทยาน จ.ขอนแก่น** สำหรับพระไพศาล ถือเป็นสื่อบุคคลที่มีพลังและศักยภาพในการทำให้คนทั่วไปสนใจเกี่ยวกับเรื่องนี้มากขึ้นอย่างมองเห็นได้ชัดเจน เพราะมีภาพลักษณ์ในสาธารณะหรือในวงกว้างอยู่แล้ว และท่านได้เขียนหนังสือเกี่ยวกับเรื่องนี้จำนวนมากมาเป็นเวลานาน ซึ่งหนังสือที่ท่านเขียนได้รับการนำไปใช้ในวาระและโอกาสต่าง ๆ โดยเฉพาะในพิธีฌาปนกิจของประชาชนทั่วไป โดยการให้ประชาชนสมทบค่าใช้จ่ายตามศรัทธา

สำหรับ **พระจิตร์ จิตตสังวโร** ท่านเคยทำงานในแวดวงสื่อและธุรกิจมาก่อน เคยเป็นที่ปรึกษาด้านการสื่อสารให้กับ สสส.และเป็นกรรมการบริหารแผนงาน สสส.ด้วย ก่อนที่จะมาบวช และสามารถสื่อสาร และ/หรือ เชื่อมประสานในวงการของคนที่ทำสื่อได้ดี มีเครือข่ายกว้างขวางและอีกส่วนหนึ่งเป็นเพราะมีน้องชายอยู่ในวงการบันเทิงด้วย และเมื่อทำการขับเคลื่อนในภาคสาธารณะหรือมีการสื่อสารสาธารณะในวงกว้างไปได้ระยะหนึ่ง จึงทำการขับเคลื่อนแบบเจาะกลุ่ม - ซึ่งจริง ๆ แล้วการสื่อสารในระยะนี้ โครงการ ฯ และทีมงานหวังผลในกลุ่มคนอายุ 35-55 ปี มากที่สุด เพราะเป็นกลุ่มคนที่ควรจะเตรียมตัวในด้านต่าง ๆ แต่เน้น ๆ ทั้งเรื่องการดูแลสุขภาพ การเตรียมการด้านความรู้และทักษะ การเก็บออมเพื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอนในอนาคต การดูแลคนในครอบครัวหรือพ่อแม่ที่มีอายุมาก ฯลฯ เป็นต้น

ในระยะต่อมา จึงนำไปสู่การขับเคลื่อนหรือสื่อสารแบบเจาะกลุ่มหรือกลุ่มเฉพาะประเภทต่าง ๆ ที่มีความแตกต่างกัน หรือ การใช้การสื่อสารแบบที่ 2 คือแบบเผชิญหน้า หรือแบบมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันมากขึ้น ด้วยการจัดการประชุมปฏิบัติการ (workshop) รูปแบบต่าง ๆ ที่จะสามารถเจาะลึกกลุ่มคนที่เฉพาะเจาะจงว่าเป็นใคร กลุ่มไหน ควรสื่อสารอะไร อย่างไร มีเนื้อหา (content) อะไร ธรรมชาติของแต่ละกลุ่มเป็นอย่างไร **แต่ตรงนี้ ก็มีบทเรียนสำคัญเกิดขึ้น คือ คนส่วนใหญ่ไม่อยากพูดเกี่ยวกับเรื่องความตาย เลยปรับชื่อเป็น “ความตายพูดได้”**

นอกจากนี้ ก็ยังมีการจัดงาน (event) ต่าง ๆ ที่จะเป็นการผลักดันหรือขยายผลออกไปยังกลุ่มคนใหม่ ๆ ที่ไม่ใช่แค่กลุ่มอายุ 35-55 ปี เหมือนในปีที่ 1 ด้วยการเชิญบุคคลสำคัญจากทิเบต คือ ริมโปเชโซเกียลมาจัดงานที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้รับการตอบรับดีมาก มีคนเข้าร่วมเต็มห้องประชุมใหญ่ และทำให้การจัดงานครั้งนี้สามารถเข้าถึงกลุ่มคนกลุ่มใหม่ ๆ จำนวนมาก ทำให้มีการขยายผลออกไปในหลาย ๆ ทิศทาง โดยเฉพาะในกลุ่มนักธุรกิจ กลุ่มวิชาการ กลุ่มนักศึกษา กลุ่มคนชั้นกลางในเมืองที่มีอาชีพต่าง ๆ กันมากขึ้น ซึ่งตรงนี้ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการขับเคลื่อนของกลุ่มชีวามิตร และศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่นำโดย ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส ไปพร้อม ๆ กันด้วย

สำหรับเนื้องานในส่วนของโครงการย่อยที่ 4 ที่ทำเรื่อง **การพัฒนาหลักสูตร/องค์ความรู้/การจัดการความรู้ การจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมทั้ง 4 ภูมิภาค และการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร จิตอาสา ผู้ดูแล/ครอบครัว นั้น** พบว่า แต่ละโครงการย่อย ก็มีช่องทางในการสื่อสาร การเผยแพร่ ที่มีจุดเน้นที่แตกต่างกันไป สำหรับโครงการพัฒนาหลักสูตรการศึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหลักสูตรแพทยศาสตร์นั้น จากการพูดคุยสนทนากับผู้รับผิดชอบหลัก คือ นพ.จิโรจน์ สูรพันธ์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (ซึ่ง ณ ขณะนั้น ท่านเป็นกรรมการของ THAPS ด้วย)[62] พบว่า โครงการได้สื่อสารผ่านช่องทางความสัมพันธ์ที่มีอยู่เดิม ตามที่ระบุไว้ในเชิงอรรถด้านล่างนี้ ซึ่งก็คือ เครือข่ายโรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ และได้เชิญให้มาเข้าร่วมประชุมเพื่อพูดคุยปรึกษาหารือในการจัดทำหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหลักสูตรแพทยศาสตร์ของแต่ละสถาบัน และได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่แต่ละคน แต่ละหน่วยงาน แต่ละสถาบันทำอยู่แล้ว นอกจากนี้ ยังนำหลักสูตรของต่างประเทศมาดูด้วยกัน และต้องการจัดทำ/ผลักดันให้มีหลักสูตรหรือวิชาสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้เสร็จภายในเวลาประมาณปีครึ่ง (ดำเนินการในช่วงปี 2558-2559)

---

62 สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย เป็นองค์กรที่ก่อตั้งขึ้นจากฐานความสัมพันธ์ของบุคลากรทางการแพทย์ (โดยเฉพาะอาจารย์แพทย์ส่วนหนึ่ง ที่สนใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย) ซึ่งที่จริงบุคลากรเหล่านี้ได้เชื่อมกันเป็นเครือข่ายโรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ ที่มีสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ด้านการแพทย์ทั่วประเทศประมาณ 12-13 แห่งในช่วงต้น และขยายเป็น 17-18 แห่งในช่วงต่อมา เพื่อทำงานเรื่อง การปรับกระบวนทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพ หรือเพิ่มเรื่อง การส่งเสริมหรือสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เข้าไปในหลักสูตรการเรียนการสอนแพทยศาสตร์ และ/หรือแพทยศาสตร์ศึกษา ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนจาก สสส. ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2547-2554 ภายใต้ร่ม/การกำกับ/ติดตาม/ดูแล/และส่งเสริมของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.) – สำหรับประเด็นการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายนี้ เป็นหนึ่งในสามสี่ประเด็นหลักที่เครือข่ายให้ความสนใจร่วมกันมาตั้งแต่ปี 2547-48 ประกอบด้วยเรื่อง อาชีวอนามัย, การจัดการความรู้, และการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

อย่างไรก็ตาม หลังจากจัดประชุมไปแล้ว[63] เว้นระยะประมาณ 6 เดือน ได้มีการติดตามความคืบหน้า พบว่า มีเพียง 5 สถาบัน ที่ตอบกลับ หรือแจ้งว่ากำลังดำเนินการพัฒนา/บูรณาการหลักสูตรกันอยู่ แต่ครึ่งหนึ่งก็ไม่มีความคืบหน้า ซึ่งผู้รับผิดชอบโครงการ (อ.นพ.จิโรจน์ สูรพันธ์) ได้วิเคราะห์ว่า การผลักดันให้เกิดการพัฒนาหลักสูตรตามบริบทของแต่ละแห่ง ยังไม่ค่อยประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรจะเป็น ณ ขณะนั้น น่าจะเป็นผลมาจากการที่อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร ไม่ได้เข้าร่วมการพูดคุยด้วยตนเองตั้งแต่ต้น ทำให้มีปัญหาการสื่อสาร/การผลักดันอย่างต่อเนื่องในองค์กรหรือคณะแพทยศาสตร์แต่ละแห่งในช่วงเวลานั้น ประกอบกับมีเวลาน้อยในการทำงานเรื่องนี้ หรือมีเวลาเพียงแค่ปีกว่าเท่านั้น

ในกรณีนี้ อาจกล่าวได้ว่า ช่วงเวลาการทำงานค่อนข้างสั้น, ได้รับงบประมาณไม่มาก, ขาดแรงจูงใจ, แต่ละท่านมีภารกิจมากอยู่แล้ว, ไม่ได้ตัวบุคคลที่เป็นกุญแจสำคัญของการเปลี่ยนแปลง (คือ อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร) ทำให้การผลักดันให้คณะแพทย์ต่าง ๆ เปิดสอนหลักสูตรหรือมีวิชาด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ยังไม่ได้ผลเต็มที่ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ สำหรับอีกช่องทางหนึ่งที่เป็นไปได้ และได้เกิดขึ้นในช่วงหลัง ก็คือ การเผยแพร่/สื่อสาร/กระจายแนวคิดผ่านไปทางราชวิทยาลัยต่าง ๆ ซึ่ง รองศาสตราจารย์ พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ในฐานะผู้รับผิดชอบหลักได้ดำเนินการเผยแพร่/สื่อสาร/กระจายทุกช่องทาง ซึ่งต่อมาในปี พ.ศ.2561 ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ได้มีการจัดทำหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคอง หรือ เรียกเต็ม ๆ ว่า **“หลักสูตรเพื่อประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคอง”** ใช้เวลาเรียน 1 ปี

ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า การใช้ช่องทางการเผยแพร่/สื่อสาร/กระจายที่ถูกต้อง มุ่งตรงไปยังกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญของเรื่องนั้น ๆ และเพิ่มการสื่อสารทุกช่องทาง โดยเฉพาะการสื่อสารแบบบุคคลกับบุคคล บุคคลกับกลุ่มบุคคล กลุ่มบุคคลกับกลุ่มบุคคลให้ถูกต้อง ตรงประเด็น มีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะส่งผลต่อความสำเร็จในการยอมรับแนวคิดหรือนวัตกรรม ซึ่งในกรณีนี้ ก็คือ หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหลักสูตรแพทยศาสตร์ ซึ่งต่อมา พบว่ามีความชัดเจนในหลาย ๆ สถาบัน (แต่ก็ต้องใช้เวลาในการทำให้เกิดการยอมรับมากพอสมควร) เช่น คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

63 โครงการ ฯ ได้จัดประชุมทั้งหมดจำนวน 2 ครั้ง ครั้งแรกจัดที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎ มีอาจารย์แพทย์และผู้เกี่ยวข้อง (ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ใช่อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร) เข้าร่วมประมาณ 30 ท่านจากสถาบันต่าง ๆ ทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด ประมาณ 10 กว่าแห่ง และครั้งที่สองจัดขึ้นที่จังหวัดขอนแก่น โดยทาง พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุลและทีมงาน เป็นผู้รับผิดชอบในการจัด ซึ่งเป้าหมายหลัก ก็คือ การร่วมกันพัฒนาหลักสูตรและผลักดันให้มีการใช้หลักสูตรในโรงเรียนแพทย์

มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎ เป็นต้น

สำหรับเนื้องานด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ผู้ดูแลผู้ป่วย และจิตอาสา ที่ดำเนินการโดย รองศาสตราจารย์ พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล (ทำเรื่อง การพัฒนาศักยภาพแพทย์และเภสัชกร) และเครือข่ายจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ทำเรื่องการพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาล) และวิทยาลัยสภากาชาดไทย[64] (ทำเรื่องการพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยและจิตอาสา) นั้น

จากการสัมภาษณ์และการวิเคราะห์เอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่า แกนหลักของแต่ละกลุ่มงาน ได้ใช้วิธีการสื่อสารทั้งแบบสาธารณะ/สื่อสารมวลชน และแบบสื่อสารแบบเผชิญหน้า/มีปฏิสัมพันธ์กันผ่านกลุ่มทำงานต่าง ๆ ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ แต่เน้นการใช้สื่อที่มีอยู่แล้วของมหาวิทยาลัยหรือสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องและเชื่อมกันเป็นเครือข่ายอยู่แล้ว **แต่ส่วนใหญ่สื่อสารผ่านทางเว็บไซต์ของสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย** สำหรับช่องทางการสื่อสารของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ที่ทำเรื่องการพัฒนาศักยภาพพยาบาล) พบว่า ส่วนใหญ่ใช้เครือข่ายโรงพยาบาลในเขตภาคเหนือที่คณะพยาบาลศาสตร์มีความสัมพันธ์กันอยู่แล้ว รวมถึงกลุ่ม/องค์กรของพยาบาล เช่น ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย ชมรมพยาบาลเฉพาะทาง ชมรมพยาบาลประคับประคองสมาคมพยาบาลของแต่ละจังหวัด เป็นต้น ซึ่งก็ถือว่า เป็นการสื่อสารแบบกลุ่มบุคคลกับกลุ่มบุคคล

ในส่วนของ**วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ที่ทำเรื่องการอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยและอาสาสมัครหรือจิตอาสาทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด** (เชียงใหม่, ขอนแก่น, นครศรีธรรมราช, สงขลา) นั้น พบว่า ถ้าเป็นในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ดำเนินการผ่านทางศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพฯ ซึ่งเป็นช่องทางที่เป็นทางการ และเป็นแบบบุคคลกับบุคคล หรือกลุ่มบุคคล ซึ่งโดยปกติ ทางวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ก็มีเครือข่ายทางด้านนี้อยู่แล้ว เพราะมีระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ที่ต้องประสานกับทางสำนักอนามัย สำนักการแพทย์ของ กทม.และศูนย์บริการสาธารณสุขต่าง ๆ แต่ถ้าเป็นการจัดกิจกรรม/การอบรมในต่างจังหวัด ก็ใช้เครือข่าย อสม. ของแต่ละจังหวัด ที่มีความสัมพันธ์กับสถานพยาบาล หรือหน่วยบริการ/โรงพยาบาล/สถานพยาบาลของแต่ละจังหวัดอยู่แล้ว

64 ต่อมาภายหลังได้เปลี่ยนชื่อเป็น สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เมื่อปี พ.ศ. 2561

3: เวลา/ระยะเวลา/ช่วงเวลา (TIME) ในการเผยแพร่นวัตกรรมหรือระบบ PC

สำหรับคำถามเกี่ยวกับเรื่อง เวลา/ระยะเวลา/ช่วงเวลา ในการติดต่อสื่อสาร เผยแพร่ กระจายนวัตกรรม ณ ที่นี้ ก็คือ การเผยแพร่และกระจายแนวคิดและรูปแบบ PC และ HC ได้ดำเนินการภายใต้เวลา ช่วงเวลา หรือระยะเวลาที่เหมาะสมหรือไม่ แค่ไหน อย่างไร สำหรับโครงการนี้ดำเนินการในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2556-2559 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ต่อเนื่องจากการดำเนินงานของกลุ่มแผนงานพัฒนาบุคลากรสุขภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้รับการสนับสนุนจาก สสส. ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2547-2555

ซึ่งการทำงานในช่วงแรกของการพัฒนาบุคลากรสุขภาพดังกล่าว เป็นเหมือนการทำงานในภาพกว้างในการปรับกระบวนทัศน์ของบุคลากรสุขภาพ ให้เข้าใจเรื่อง “สุขภาพ” (health) ที่กว้างและลึกมากกว่าแค่เรื่อง “โรค” (disease) ทำให้บุคลากรสุขภาพมองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างปัจเจกบุคคล (ปัจจัยภายในต่าง ๆ ของบุคคล เช่น ปัจจัยทางพันธุกรรม ชีววิทยา ฯลฯ) ความเจ็บป่วยของบุคคล/กลุ่มคน พฤติกรรมของปัจเจกบุคคล/กลุ่มคน กับสิ่งแวดล้อม (ทั้งกายภาพ สังคม วัฒนธรรม การศึกษา การเมือง นโยบาย ฯลฯ) และระบบบริการสุขภาพ

นอกจากการมุ่งเน้นไปที่การปรับกระบวนทัศน์เรื่องสุขภาพแล้ว ก็ยังเน้นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนและบุคลากรสุขภาพเอง มีสุขภาพที่ดี สามารถป้องกันโรคให้กับตนเองได้ก่อน ในกรณีที่ป้องกันได้ และสามารถดูแลตนเองไม่ให้ป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ ที่เรียกว่า **“การสร้างสุขภาพ แทนการซ่อมสุขภาพ”** เพื่อลดการเจ็บป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี หรือ ถึงแม้กายป่วย แต่สามารถดูแลจิตใจ อารมณ์ สังคม ปัญญาและจิตวิญญาณไม่ให้ป่วยตาม ซึ่งบุคลากรควรสามารถทำเรื่องนี้ให้เป็นแบบอย่างก่อน จึงจะสามารถไปสื่อสารหรือทำงานในการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนหรือคนทั่วไปต่อไปได้

ดังนั้น เมื่อ THAPS ได้เข้ามาดำเนินการในเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง (ซึ่งที่จริงเป็นเรื่องที่มีความเฉพาะเจาะจง มีความลึก และมีความสลับซับซ้อนมากพอสมควร) ก็ได้ทำให้บุคลากรสุขภาพที่ผ่านการปรับกระบวนทัศน์เกี่ยวกับเรื่องนี้มาแล้ว ตามที่กล่าวข้างต้น สามารถสนองตอบต่อเรื่องนี้ได้อย่างรวดเร็ว ดีขึ้นและมากขึ้น มากกว่าบุคลากรที่ไม่เคยสัมผัสกับเรื่องนี้มาก่อน เพราะจำนวนมากเข้าใจเรื่องการส่งเสริมสุขภาพค่อนข้างดีถึงดีมากอยู่แล้ว ซึ่งในเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบ PC ก็เช่นกัน ที่สามารถนำเอาแนวคิดและกระบวนทัศน์ดังกล่าวมาข้างต้นมาใช้ได้ ถึงแม้จะเป็นผู้ป่วยระยะท้ายแล้วก็ตาม แต่ชีวิตของมนุษย์ทุกคนมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี จึงควรได้รับการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ถึงแม้ร่างกายป่วย แต่ใจ อารมณ์

สังคม/ครอบครัว/คนรอบข้าง จิตวิญญาณ ไม่จำเป็นต้องป่วยตามไปด้วย ประกอบกับเป็นช่วงเวลาที่สังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยเต็มขั้น ซึ่งจะมีผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน-ติดเตียง ผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟู และผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การจัดทำหรือการสื่อสาร เผยแพร่เรื่องนี้ในช่วงเวลาดังกล่าว จึงเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาช่วงเวลาการทำงานทั้งหมด 3 ปี กับเนื้องานต่าง ๆ ที่ระบุไว้ในข้อเสนอของชุดโครงการ ฯ พร้อมตัวชี้วัดความสำเร็จจำนวนมาก ก็ถือว่าเป็นช่วงเวลาที่สั้นไป ซึ่งเท่าที่ได้รับข้อมูลมา ก่อนที่ชุดโครงการจะสิ้นสุดระยะเวลาการทำงานตามที่ระบุไว้ ทางผู้รับผิดชอบหลัก ก็ได้เสนอที่จะขอต่อช่วงเวลาการทำงานอีกระยะหนึ่ง แต่กลับไม่ได้รับการตอบรับจากผู้รับผิดชอบหลักของ สสส. สำนัก 7 ณ ขณะนั้น ทำให้งานหยุดชะงักไป แต่ทางผู้รับผิดชอบหลักและเครือข่าย ก็ไม่ได้ย่อท้อ ยังคงดำเนินการด้วยช่องทางต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยได้รับทุนสนับสนุนจากหลาย ๆ แหล่ง เช่นจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สสส. สำนัก 5 เป็นต้น

ดังนั้น การพิจารณาช่วงเวลาและระยะเวลาในการสนับสนุนทุน โดยดูผลงานที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งจัดให้มีการติดตามและประเมินผลในช่วงเวลาที่เหมาะสม มีความสอดคล้องกัน ไม่ปล่อยไว้นานเกินไป (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าได้มีการวางระบบการติดตามและประเมินผลที่สามารถดำเนินการควบคู่หรือพร้อม ๆ กันกับการปฏิบัติการ เหมือนที่ สสส. เคยใช้รูปแบบนี้มาก่อน) ก็จะยิ่งช่วยทำให้สังคมไม่เสียโอกาสในการพัฒนาและสามารถยกระดับคุณภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแบบประคับประคอง หรือสามารถช่วยทำให้ระบบมีพัฒนาการต่อไปได้เรื่อย ๆ จนสามารถยกระดับคุณภาพมาตรฐานได้มากขึ้น จนมีความครอบคลุมทั้งในมิติเชิงเนื้อหา เชิงพื้นที่/สถานพยาบาล เชิงกลุ่มเป้าหมาย เชิงเครือข่ายการทำงาน ที่มีนัยยะและความหมายต่อสังคมไทยเป็นอย่างยิ่ง

สำหรับ**การจัดกิจกรรมอบรมของแต่ละหลักสูตร** พบว่า มีช่วงเวลาและระยะเวลาการจัดที่หลากหลาย เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของผู้เข้ารับการอบรม ที่มีเวลาว่างหรือความสะดวก ไม่ตรงกัน ไม่เหมือนกัน บางส่วนสามารถเข้าร่วมได้ในระยะยาว เช่น สองสัปดาห์ สี่สัปดาห์ หรือ หนึ่งเดือน สองเดือน หรือ อาจนานถึงสี่เดือน แต่ส่วนใหญ่ไม่สามารถลางานได้นานขนาดนั้น ดังนั้น ผู้รับผิดชอบหลักหรือสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายและศูนย์การุณรักษ์ จึงได้ออกแบบหลักสูตรไว้หลากหลายรูปแบบ ตั้งแต่หลักสูตร 1 วัน 2-3 วัน 5 วัน 1 สัปดาห์ ไปจนถึง 2 สัปดาห์ เป็นต้น

ซึ่งเป็นที่ชัดเจนว่า การที่มีหลักสูตรหลากหลาย ที่มีความยืดหยุ่นด้านเวลา ช่วงเวลาระยะเวลา ที่จัดให้กับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม แต่ละบริบท ทำให้ได้รับการตอบรับค่อนข้างดี มีคนสนใจเข้าร่วมการอบรม เพื่อรับ **“สารสาระที่สำคัญ”** มากขึ้นและมากขึ้น แต่สำหรับศูนย์การอบรมอื่น ๆ อีก 3 แห่ง ที่เชียงใหม่ รามาธิบดี และสงขลานั้น พบว่า บางแห่งอาจจะมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร แกนขับเคลื่อนหลัก ความยืดหยุ่นในเรื่องหลักสูตร การสื่อสารอย่างเข้มข้น ฯลฯ ทำให้บางศูนย์ไม่ได้ดำเนินการต่อเนื่อง แต่สำหรับ รพ.รามาธิบดี พบว่า ยังคงมีการจัดฝึกอบรมอยู่ แต่เน้นเฉพาะบุคลากรภายในหน่วยงานมากกว่า เพราะภายในโรงพยาบาลเอง ยังมีคนที่ไม่ทราบเรื่องนี้อีกจำนวนมาก สำหรับในโอกาสต่อไปก็อาจจะมีการทบทวนบทบาท รวมถึงเนื้อหาและรูปแบบของหลักสูตรต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับความต้องการและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้ ก็เป็นไปได้



4: ระบบสังคม (Social System) ที่เกี่ยวข้องกับการแพร่กระจายและยอมรับนวัตกรรม

สำหรับเรื่อง ระบบสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับหรือไม่ยอมรับนวัตกรรม หรือรับได้ช้า-เร็ว ณ ที่นี้จะพิจารณาอย่างเชื่อมโยงกันทั้งระบบใหญ่และระบบย่อย ที่มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างระบบต่าง ๆ อย่างน้อย 3 ระบบ ตั้งแต่เล็กไปหาใหญ่ คือ ระบบบริการทางการแพทย์พยาบาล (medical services system) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลต่าง ๆ ไปจนถึงระบบสาธารณสุข (public health system) ที่มีความเกี่ยวข้องกับบทบาทของชุมชนประชาชน และส่วนงานอื่น ๆ ที่กว้างออกไปอีก ไปจนถึงระบบสุขภาพ (health system) ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันระหว่างกลไกต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ (กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวง-หน่วยงานอื่น ๆ, สถาบันการศึกษาที่สังกัดรัฐ, สปสช., สสส., คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ฯลฯ) ภาคเอกชน (มีทั้งโรงพยาบาลและสถาบันการศึกษา) ภาคประชาสังคม (ที่มีความสนใจเกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อาทิเช่น บ้านปันรัก, กลุ่มชีวามิตร, กลุ่ม Peaceful Death, เครือข่ายพุทธิกา, เสมสิกขาลัย ฯลฯ) ภาคประชาชน/พลเมือง ภาคสื่อมวลชน (media) และเครือข่ายต่าง ๆ ที่สำคัญ นอกจากนี้ แต่ละระบบใหญ่และระบบย่อยมีผู้นำทางความคิด ผู้นำองค์กร/ผู้บังคับบัญชา ผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีอำนาจในการตัดสินใจ

ประเด็นที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ สังคมไทยเรา เป็นสังคมแบบโครงสร้างรวมศูนย์ (centralized structure) คือ องค์กรในทุกภาคส่วน โดยเฉพาะหน่วยงานในภาครัฐหรือราชการ มักรวมศูนย์อำนาจการตัดสินใจอยู่ที่ส่วนกลางหรือกรุงเทพมหานคร ถ้าเป็นหน่วยงานภาครัฐก็รวมศูนย์อยู่ในระดับสำนักงานปลัดกระทรวง ที่มีอำนาจการสั่งการต่าง ๆ ลงมาเป็นทอด ๆ แต่ก็มีอำนาจเหนือระบบราชการ ที่สั่งลงมาที่ข้าราชการอีกที ซึ่งเท่าที่ดู ถ้ามีทิศทางชัดเจน ก็ส่งผลดี ยกตัวอย่างเช่น ช่วงที่ นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน เป็น รมต.กระทรวงสาธารณสุข แล้วมีนโยบายด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ชัดเจน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบที่ชัดเจน และทำให้มีโครงสร้างที่ทับซ้อนกันในระดับพื้นที่ ถึงแม้จะมีบทบาทที่แตกต่างกัน เช่น กรณีของโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข และโครงสร้างการทำงานของ สปสช. ที่มีการทับซ้อนกันเป็นสองโครงสร้าง ถึงแม้ว่าจะมีบทบาทที่แตกต่างกัน เช่น สปสช. เป็น Funder and Purchaser และกระทรวง สธ. มีบทบาทเป็น Service Provider แต่ที่ผ่านมา พบว่า ก็ทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ขึ้นค่อนข้างมาก แต่ในบางพื้นที่ ก็ได้รับเสียงสะท้อนทั้งในแง่บวกและลบ (แง่ลบ คือ จำเป็นต้องป้อนข้อมูลเข้าสู่ระบบจำนวนมาก แง่บวกคือ ทำให้ทราบภาพรวมว่าเป็นอย่างไร)

อย่างไรก็ตาม สำหรับในกรณีการทำงานและการขับเคลื่อนของ THAPS ในการผลักดันระบบ PC และระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้น พบว่า ผู้ขับเคลื่อนหลักมีความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในระบบต่าง ๆ ให้เป็นประโยชน์ ไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรในหน่วยงานที่ผู้ขับเคลื่อนหลักสังกัดอยู่ ทรัพยากรของหน่วยงานอื่น ๆ เช่น สปสช. กระทรวงสาธารณสุข ทรัพยากรของเขตสุขภาพ ทรัพยากรของเครือข่ายต่าง ๆ ด้วยการเชื่อมประสานใจ เชื่อมประสานคน จึงนำมาสู่การเชื่อมประสานทรัพยากร

สำหรับในประเด็นหรือมิติระบบทางสังคม (Social System) พบว่า ประเด็นอำนาจในการตัดสินใจของโครงสร้างส่วนบนของหน่วยงานสำคัญ คือ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีหลายส่วนงานในหลายระดับด้วยกัน แต่ที่เกี่ยวข้องหรือมีนัยสำคัญต่อการพัฒนาและยกระดับคุณภาพระบบมากที่สุด คือ สำนักงานปลัดกระทรวง, กรมการแพทย์, กองบริหารระบบสาธารณสุข, สำนักการพยาบาล ฯลฯ สำหรับหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรภาคีอื่น ๆ ในระบบบริการสุขภาพ ที่มีบทบาทในด้านต่าง ๆ เช่น สปสช. ด้านการสร้างหลักประกัน, การสนับสนุนการเยี่ยมบ้าน, ชุดสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ไปจนถึง สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน (สรพ.) ดูแลด้านมาตรฐานคุณภาพ การรับรองมาตรฐานรายโรค การรับรองเครือข่ายจังหวัด

นอกจากนี้ ก็มีหน่วยงานด้านฝ่ายผลิตบุคลากรด้านนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคณะ/สถาบันต่าง ๆ ทางด้านการแพทย์ พยาบาล เภสัชศาสตร์ ที่จำเป็นต้องมีความเชื่อมโยงกัน เพื่อทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีมาตรฐานคุณภาพมากยิ่งขึ้น ระดับนโยบายมีความสำคัญที่สุด

5. การขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญา : จากมุมมองของแนวคิดและทฤษฎีการแพร่กระจายและยอมรับนวัตกรรม[65]

สำหรับเนื้องานที่จะนำเสนอหรือนำมาใช้ในการวิเคราะห์ในส่วนนี้ คือ **การทำงานของโครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญา ผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย** จากการเก็บข้อมูลในพื้นที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะพื้นที่การทำงานของเครือข่ายพุทธิกา ตามที่ระบุไว้ในข้อเสนอโครงการ คือ จังหวัดเชียงใหม่ สุรินทร์ และนครราชสีมา พบว่า เป็นความพยายามที่จะเพิ่มมิติเชิงลึกของชีวิตมนุษย์ ซึ่งก็คือเรื่อง จิตใจ จิตวิญญาณ จิตตปัญญา หรือเรียกรวม ๆ ว่า **"สุขภาวะทางปัญญา"** เข้าไปในระบบ PC และ HC เพื่อทำให้ระบบมีความครอบคลุมในทุกมิติ มีความสมบูรณ์ มีความเป็นองค์รวม สอดคล้องกับความจริงของชีวิตมนุษย์ ที่มีมิติเชิงลึกที่ซับซ้อน

ทั้งนี้เนื่องจากเครือข่ายพุทธิกา พบว่า การดูแลแบบ PC ที่ผ่านมายังขาดมิติเชิงลึกนี้ แต่ส่วนใหญ่จะเน้นไปที่การดูแลรักษาทางกาย หรือยังมองแบบแยกส่วน ขาดการเน้นถึงความสำคัญของกาย จิต อารมณ์ ครอบครัว/สังคม ปัญญาและจิตวิญญาณที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงซึ่งกันและกัน หรือส่งผลกระทบถึงกันตลอดเวลา ยกตัวอย่างเช่น เมื่อมีคนหนึ่งในครอบครัวป่วย อีกหลาย ๆ คนในบ้านก็ป่วยตามไปด้วย ซึ่งเป็นการป่วยและเหน็ดเหนื่อยทั้งทางกาย เช่น ต้องจัดสรรเวลาเข้ามาดูแล หรือมีภาระในการดูแลเพิ่มขึ้น ต้องใช้เวลาหรือจัดสรรเวลาในการทำภารกิจอื่น ๆ มาเพื่อการดูแล เช่น หาข้าว หาน้ำ หายามาให้ เช็ดตัวให้ เทกระโถนอุจจาระ/ปัสสาวะให้ หรือดูแลการเปลี่ยนสายอุปกรณ์ช่วยชีวิตต่าง ๆ ให้ ฯลฯ และเหนื่อยทั้งใจ (เพราะเกิดขึ้นกะทันหันบ้าง ไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจรับกับสิ่งนี้บ้าง ยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ได้บ้าง เป็นห่วงวิตกกังวล ทุกข์ใจเพราะไม่รู้ว่าจะเป็นอย่างไรต่อไปบ้าง ฯลฯ)

รวมถึงการเหนื่อยในทางเศรษฐกิจหรือสุขภาพเงินในกระเป๋า เพราะรายได้ลดลงหรือไม่มีรายได้เลย แต่รายจ่ายยังคงมีตลอดเวลา ไม่ได้ลดตามหรือเพิ่มขึ้นด้วยซ้ำ เพราะมีสิ่งที่ต้องใช้จ่ายเพิ่มขึ้น หลายอย่างเบิกไม่ได้ เช่น ค่าเดินทางไป-กลับระหว่างบ้านกับสถานพยาบาล หรือต้องเดินทางจากพื้นที่อื่น ๆ มาเยี่ยมผู้ป่วย ฯลฯ ครอบครัวที่มีฐานะที่ยากลำบากอยู่แล้ว ยิ่งลำบากและเหนื่อยกาย-ใจ-อารมณ์ ทำให้เกิดภาวะเครียด เพราะเงิน/รายได้ไม่พอกับค่าใช้จ่าย ทำให้รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง หมดกำลังใจ ผู้ป่วยบางคนเป็นเสาหลักหรือผู้มีรายได้หลักของครอบครัว เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิง เมื่อเจ็บป่วยและเสียชีวิต ทำให้ครอบครัวซวนเซ รายได้หายไป

65 ส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์เนื้องานส่วนที่ 3 ที่รับผิดชอบโดย เครือข่ายพุทธิกา

และบางครอบครัวไม่ทราบจะหันไปทำอาชีพอะไร เพราะไม่ได้เตรียมตัวหรือฝึกฝนไว้เลย เพราะเดิมชีวิตของทุกคนในครอบครัวขึ้นกับผู้มีรายได้หลักหรือผู้นำครอบครัวเพียงคนเดียว ทำให้ความเป็นอยู่และอนาคตสั่นคลอน ง่อนแง่น ไม่แน่นอน ขาดความมั่นคง ขาดที่พึ่ง ทำให้เกิดความตึงเครียดขึ้นทั้งครอบครัวหรือป่วยทั้งกายและใจเกือบทั้งหมดทุกคน หรือกรณีของผู้ป่วยที่มีอายุไม่มากหรือยังอยู่ในช่วงวัยรุ่น ต้องมาเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง ทำให้ครอบครัวรับไม่ได้ เพราะอายุยังน้อย เป็นลูกชายคนเดียวในครอบครัว ที่เป็นความหวังและที่พึ่งของครอบครัวในอนาคต หรือกรณีที่สามีซึ่งสูงอายุเป็นผู้ป่วยและเสียชีวิตในเวลาต่อมา ทำให้ภรรยาสูงอายุเช่นกัน ฆ่าตัวตายตามหลังจากนั้นไม่นาน ส่วนหนึ่งเพราะระบบการดูแล ยังไม่มีกระบวนการเยียวยาหลังการสูญเสีย เป็นต้น

จากกรณีต่าง ๆ ดังกล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าทุกกรณีมีประเด็นความเครียด ความวิตกกังวล ความว้าวุ่นใจ ความทุกข์ ซึ่งเป็นเรื่องของจิตใจและจิตวิญญาณเข้ามาเกี่ยวข้องอย่างชัดเจน แต่มิติจิตใจและจิตวิญญาณดังกล่าว เช่น ความคาดหวัง ความทุกข์ ความรู้สึกต่อการสูญเสีย ฯลฯ เหล่านี้ ก็ไม่ได้แยกออกจากมิติทางเศรษฐกิจ/อาชีพ/รายได้ ความเป็นอยู่ของครอบครัว สถานภาพของครอบครัว การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว แต่กระทบถึงกันหมด ยิ่งในกรณีที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือเกิดการสูญเสียทั้งคนสำคัญและฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวไปพร้อม ๆ กัน จะส่งผลกระทบที่รุนแรงมาก ซึ่งการรักษาเยียวยาแบบประคับประคอง จะต้องมีความไวและมีความลึกซึ้งต่อสิ่งเหล่านี้ ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละรายมีความสลับซับซ้อน มีความยากง่ายแตกต่างกันไป ยิ่งปัญหาความสลับซับซ้อนทางจิตใจ ครอบครัว การทำมาหากิน เศรษฐกิจและสถานภาพทางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวมีความสลับซับซ้อนมากเพียงใด ก็ยิ่งต้องการสมรรถนะหรือความรู้ความสามารถของทีมเยียวยารักษา ในการจัดการเกี่ยวกับปัญหานี้หรือเรื่องนี้สูงตามไปด้วย

ด้วยเหตุนี้ เครือข่ายพุทธิกา จึงเพิ่มมิติจิตใจ จิตวิญญาณ จิตตปัญญา ซึ่งเครือข่าย ฯ เรียกว่า “สุขภาวะทางปัญญา” เข้ามาในระบบการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งถือว่าเป็นอีกมิติหนึ่งที่สำคัญมากที่สุดของคำว่า “ประคับประคอง” เลยก็ว่าได้ เพราะการประคับประคองทางใจ จิตวิญญาณ จิตตปัญญา หมายถึง การประคับประคองทางความคิดทางอารมณ์ความรู้สึก ให้สามารถยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น เกิดการรู้แจ้ง-เห็นจริง เกิดการเรียนรู้ เกิดการตระหนักรู้หรือตรัสรู้ในระหว่างที่ประสบกับภาวะที่ยากลำบากที่สุดในชีวิต เพื่อให้ทุกคนที่ประสบกับภาวะดังกล่าวสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ หรือสามารถจัดการกับประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างดี มีผลกระทบน้อย

6. การเพิ่มมิติสุขภาวะทางปัญญาเข้าไปในระบบ PC และปัญหาการสื่อสารที่พบ

อย่างไรก็ตาม จากการวิจัย ติดตาม และประเมินผลในครั้งนี้ ก็ยังคงพบความแตกต่างหลากหลายของการดำเนินการ การสื่อสาร การปฏิบัติ ที่มีความน่าสนใจ ถึงแม้จะเป็นการสื่อสารกันในบรรดาผู้ที่นับถือศาสนาพุทธด้วยกันเองก็ตาม แต่พบว่า มีการตีความคำว่า **"สุขภาวะทางปัญญา"** ที่หลากหลาย เมื่อตีความหลากหลาย ก็ย่อมมีการปฏิบัติที่แตกต่างหลากหลายเป็นธรรมดา ซึ่งจะได้นำเสนอในลำดับต่อไปนี้ แต่ ณ ที่นี้เป็นการนำเสนอผลการประเมินเชิงวิเคราะห์ตามกรอบของโรเจอร์สและชูเมกเกอร์ ที่ว่าด้วยเรื่อง **การแพร่กระจายและการยอมรับนวัตกรรม ซึ่งหมายถึง การแพร่กระจายและการยอมรับนวัตกรรมความคิดหรือแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลเยียวยารักษาทางจิตใจ จิตวิญญาณ และสติปัญญา หรือเรียกรวม ๆ ว่า สุขภาวะทางปัญญา ที่เข้ามาเสริมหรือเชื่อมกับการดูแลรักษาทางกาย ทางครอบครัวและทางสังคม นั่นเอง หรือจริง ๆ แล้ว ถ้ามีสุขภาวะทางปัญญา ก็หมายถึงมีความรู้และความคิดที่สามารถจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ตรงหน้าได้อย่างดีหรือค่อนข้างดี ไม่เป็นภาระต่อคนรอบข้างและสังคมมากเกินไป ไม่ว่าจะเป็นเรื่องอะไรก็ตาม จึงครอบคลุมทุกมิติทั้งทางกาย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม นั่นเอง**

ซึ่งในกระบวนการทำงาน พบว่า มีองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) การขับเคลื่อนและการฝึกอบรมให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เข้าใจเรื่อง การดูแลมิติจิตใจ จิตวิญญาณ หรือเรียกรวม ๆ ว่า "สุขภาวะทางปัญญา" และ 2) การขับเคลื่อนและการฝึกอบรมให้พระสงฆ์ ทีมอาสาดูแลและญาติ/ครอบครัวของผู้ป่วยเข้าใจเรื่อง "สุขภาวะทางปัญญา"

จากการประเมิน พบว่า เครือข่ายพุทธิกาให้ความสำคัญกับคำนิยามหรือความหมายของคำว่า **“สุขภาวะทางปัญญา”** ตามที่พระไพศาล วิสาโล ได้นิยามไว้ กล่าวคือ สุขภาวะทางปัญญา เป็นส่วนหนึ่งของ สุขภาวะทางใจ ในความหมายของพระไพศาล วิสาโล “ใจ” ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ จิต และปัญญา “จิต” เป็นเรื่องเกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึก ส่วน “ปัญญา” นั้นเกี่ยวข้องกับความรู้และความคิด ดังนั้น สุขภาวะทางใจ จึงจำแนกเป็น 2 ส่วน คือ สุขภาวะทางจิต และสุขภาวะทางปัญญา

นอกจากนี้ พระไพศาล วิสาโล ยังกล่าวไว้อย่างชัดเจนด้วยว่า.... *“สุขภาวะทางปัญญาเป็นที่มาของสุขภาวะ 3 ด้าน กล่าวได้ว่า สุขภาวะทางกาย ทางสังคมและทางจิต จะมั่นคงยั่งยืนได้ ก็ต้องอาศัยสุขภาวะทางปัญญาเป็นพื้นฐาน หากปราศจากสุขภาวะทางปัญญา พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของเราก็ต้องขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมหรือการชักจูงจากคนรอบข้าง รวมทั้งการโฆษณา ซึ่งอาจนำพาเราไปในทางที่ไม่ถูกต้องได้ เช่น การโฆษณาที่กระตุ้นการบริโภค รวมทั้งอาจทำให้เรามีสุขภาวะที่ไม่ครบถ้วน เช่น มีสุขภาวะทางกาย แต่ขาดสุขภาวะทางสังคม หรือทางจิต ดังที่เห็นในปัจจุบันว่ามีคนเป็นอันมาก ที่แม้ว่าสุขภาพกายจะดี แต่มีชีวิตครอบครัวที่ร้าวฉาน มีเรื่องบาดหมางกับผู้อื่น รวมทั้งมีความทุกข์กลัดกลุ้มใจอยู่เสมอ”*
(พระไพศาล วิสาโล, 2553 อ้างถึงใน พระวิชิต ธัมมชิโต, 2559 : หน้า 21)

ทั้งนี้ อาจกล่าวโดยสรุปในเชิงประยุกต์และเชิงการตีความ ณ ที่นี้ได้ด้วยว่า สุขภาวะทางปัญญานั้น เป็นตัวกำหนดสุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต และสุขภาวะทางสังคมและครอบครัวของปัจเจกบุคคลทุกคน ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทีมจิตอาสาหรือผู้อาสาดูแลผู้ป่วย และตัวผู้ป่วยและครอบครัว แต่ประเด็นสำคัญที่พบจากการวิจัย ติดตามและประเมินผลในครั้งนี้ ก็คือ กลุ่ม องค์กร เครือข่ายต่าง ๆ ที่เครือข่ายพุทธิกาเข้าไปสนับสนุนทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมจำนวนไม่น้อย ยังคงมีความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับเรื่องนี้ในทุกระดับ ส่วนหนึ่งน่าจะเป็นเพราะไม่มีเวลาในการสื่อสารพูดคุยหรือถกเถียงกันอย่างพอเพียงเกี่ยวกับนิยามหรือความหมาย โดยเฉพาะนิยามปฏิบัติการของคำว่า **“สุขภาวะทางปัญญา”** ทำให้แม้แต่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจำนวนมากเองก็ยังมีความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับเรื่องนี้ เพราะตามหลักการนั้น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือทีมสหวิชาชีพ ที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ/โภชนากร แพทย์แผนไทย ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ฯลฯ ควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนี้หรือคำนี้เป็นอย่างดีก่อน หรือควรจะต้องรู้และเข้าใจในระดับที่จะสามารถสื่อสารหรือนำไปใช้ในการปฏิบัติหรือถ่ายทอด กระจาย เผยแพร่ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม สอดคล้องกับความเป็นจริง

ของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละราย แต่เมื่อยังไม่ค่อยเข้าใจหรือเข้าใจยังไม่ถ่องแท้ ก็ทำให้น้ำหนักในการทำงานเรื่องนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความสามารถที่จะเข้าถึง “สุขภาวะทางปัญญา” ได้ในระดับหนึ่งนั้น ยังไม่ค่อยชัดเจนหรือไม่เข้มข้นเท่าที่ควรจะเป็น

กล่าวคือ ในทางทฤษฎี ถ้าผู้ป่วยและครอบครัวมี “สุขภาวะทางปัญญา” น่าจะหมายถึงว่า น่าจะต้องมีความรู้ ความคิด ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ (สำหรับในกรณีที่ยังไม่ป่วยหนักมาก) รู้และเข้าใจเกี่ยวกับตนเองหรือสภาวะของตนในทุกขณะ รู้และเข้าใจเกี่ยวกับครอบครัวของตน รู้และเข้าใจเกี่ยวกับทีมงานที่ดูแลรักษา รู้และเข้าใจเกี่ยวกับข้อจำกัดและอุปสรรคต่าง ๆ ที่มีอยู่ทั้งในตนเอง ครอบครัว ทีมดูแลรักษาและองค์กร/หน่วยงานที่บุคลากรเหล่านี้สังกัด

อย่างไรก็ดี เมื่อมองความเป็นจริงจากอีกมุมหนึ่ง พบว่า เนื้อหาสาระเหล่านี้ส่วนใหญ่ปรากฏอยู่ในกระบวนการดูแลรักษา และกระบวนการสื่อสารระหว่างทีมดูแลรักษาและผู้ป่วย/ครอบครัว/ญาติ **แต่จากการประเมิน ไม่มีท่านใดพูดว่า สิ่งเหล่านี้คือ ส่วนหนึ่งของการทำงานเพื่อให้บรรลุสู่การมีสุขภาวะทางปัญญาของทุกคน ทุกฝ่าย ทุกทีมที่เกี่ยวข้อง หรืออาจจะมีอยู่บ้างที่กล่าวถึงเรื่องนี้ แต่ก็ถือว่าน้อยมาก** โดยเฉพาะพระสงฆ์ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักที่เครือข่ายพุทธิกาต้องการให้เข้ามาแสดงบทบาทตรงนี้ พบว่า จำนวนมากก็ไม่ได้ใช้คำนี้แต่อย่างใด ส่วนหนึ่งเพราะมองว่า เป็นคำที่ยาก มีความเป็นนามธรรมสูง ต้องการทำให้เป็นรูปธรรม และบางส่วนมองว่าใช้วิธีการสื่อสารแบบง่าย ๆ ตรงไปตรงมาน่าจะดีกว่า ขณะที่พระสงฆ์บางส่วนทำหน้าที่ ๆ เรียกว่า **“สาธารณะสงเคราะห์”** ซึ่งก็คือ การที่พระสงฆ์นำข้าวปลาอาหารหรือสิ่งของต่าง ๆ ที่ได้รับบริจาคหรือบิณฑบาตหรือมีญาติโยมนำมาถวายไปบริจาคเป็นทานให้กับผู้ป่วย ซึ่งพบว่า พระสงฆ์จำนวนมากหรือเกือบทุกแห่งได้แสดงบทบาทตรงนี้ หรือไปเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกับนำสิ่งของต่าง ๆ ที่ท่านมีอยู่ไปให้ผู้ป่วยตามความสะดวกของท่าน แต่ว่าอาจจะไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของทีมรักษาดูแลแบบประคับประคองหรืออาจกล่าวได้ว่าท่านไปของท่านเอง หรือบริบทการทำงานเป็นทีม (Teamwork) ไม่เอื้อทำให้ท่านจำเป็นต้องไปแสดงบทบาทของท่านตามบริบทหรือตามความเข้าใจของท่านเอง ซึ่งพบว่ามีอยู่หลายแห่งเช่นกัน

ดังนั้น ในแง่ของการแพร่กระจายและถ่ายทอดตัวนวัตกรรมหรือ “มิติจิตใจ/จิตวิญญาณ” และการทำให้เกิดการยอมรับตรงตามที่โครงการต้องการนั้น อาจจะยังไม่มีความชัดเจนถึงขนาดนั้น ส่วนหนึ่งเพราะเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยาก เป็นนวัตกรรมทางความคิด ที่มีความเป็นนามธรรมสูง ต้องการการย่อยประเด็นต่าง ๆ พร้อมมีคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการสื่อสารอย่างเป็นรูปธรรม พร้อมด้วยการยกตัวอย่าง/กรณีศึกษาจากผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ ประกอบ ซึ่งที่จริงตรงจุดนี้ ถือว่าเป็นเนื้อหาสาระที่ต้องการความชำนาญการพอสมควร หรือต้องการบุคคลที่มีชั่วโมงบินในการทำเรื่องนี้มานานพอสมควร จึงจะสามารถสื่อสารได้ดี ซึ่งปัจจุบันผู้เชี่ยวชาญด้านนี้มีอยู่บ้าง แต่น้อยมาก ไม่พอเพียง และที่สำคัญคือ ขึ้นกับผู้รับสารด้วยว่าเป็นใคร พื้นฐานเดิมเป็นอย่างไร ภูมิหลังต่าง ๆ เป็นอย่างไร ความรู้เดิมเกี่ยวกับเรื่องศาสนาพุทธเป็นอย่างไร

นอกจากนี้ ยังมีเหตุผลที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ***“คู่มือการทำงานดูแลสุขภาวะทางปัญญาในผู้ป่วยระยะท้าย”*** ที่เขียนโดย พระวิชิต ธัมมชิโต ผลิตโดยโครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญา ผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เครือข่ายพุทธิกา (พิมพ์เมื่อ สิงหาคม 2559) ซึ่งออกแบบมาสำหรับให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด ทั้งผู้จัดฝึกอบรม วิทยากร ผู้เข้ารับการอบรมประเภทต่าง ๆ โดยเฉพาะพระสงฆ์ นำไปใช้ **แต่พบว่า เป็นคู่มือการทำงานที่ออกมาค่อนข้างช้า หรือออกมาในช่วงปลาย ๆ ช่วงระยะเวลาของการทำงานโครงการ หรือขับเคลื่อนผ่านมาเกือบ 3 ปี ทั้ง ๆ ที่เป็นคู่มือที่ดีมาก มีความครอบคลุมทุกประเด็นสำคัญ แต่ไม่ได้มีโอกาสนำไปใช้** ดังนั้น ในประเด็นของระยะเวลา/ช่วงเวลาของกรอบโรเจอร์สและชูเมกเกอร์ที่พูดถึง ความเหมาะสมของช่วงเวลาในการสื่อสารและแพร่กระจายแนวคิด จึงมีความชัดเจนมากกว่า ถ้าไม่ทันเวลาหรือไม่สอดคล้องกับเวลา ก็ไม่สามารถแพร่กระจายออกไปได้ดี ซึ่งในกรณีนี้ ทำให้ไม่ได้ใช้ประโยชน์ ซึ่งส่งผลทำให้เกิดความไม่ชัดเจนในผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดทุกระดับ

สำหรับคู่มือเล่มนี้ พบว่า **มีเนื้อหาสาระทั้งหมดจำนวน 5 บท ดังนี้คือ บทที่ 1 ว่าด้วยเรื่อง หลักคิด/แนวคิด ความหมาย คุณค่าของสุขภาวะทางปัญญาต่อผู้ป่วยระยะท้าย** ครอบคลุมทั้งเรื่อง ความเป็นมา ความหมาย คุณค่าของสุขภาวะทางปัญญาต่อสุขภาพ คุณค่าของสุขภาวะทางปัญญาต่อผู้ป่วยระยะท้าย และหลักคิดในการขับเคลื่อนสุขภาวะทางปัญญา **บทที่ 2 เป็นเรื่องการจัดระบบ โครงสร้างและกลไกการทำงานดูแลสุขภาวะทางปัญญา** ที่มีทั้งเรื่องโครงสร้างและการบริหารจัดการต่าง ๆ การจัดการภารกิจที่ได้รับมอบหมาย การแทรกมิติทางปัญญาในงาน กรณีศึกษาการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ไปจนถึงข้อเสนอแนะ/คำแนะนำในเชิงเทคนิควิธีการต่าง ๆ เช่น การบันทึกผลงาน การตรวจสอบและประเมินผลการทำงาน ฯลฯ **บทที่ 3 ว่าด้วยเรื่องแนวทางการดูแลสุขภาวะทางปัญญาในผู้ป่วยระยะท้าย ที่มีความครอบคลุมในทุกมิติ ทุกประเด็น อย่างครบถ้วน** ทั้งเรื่องการเตรียมตัวก่อนเยี่ยมผู้ป่วย การทำความรู้จัก/เข้าใจผู้ป่วย เทคนิคเมื่อเข้าพบผู้ป่วย การประเมินระดับสุขภาวะทางปัญญา การพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาตามพื้นฐานของผู้ป่วย การตายของผู้มีสุขภาวะทางปัญญา การนำทางในช่วงท้ายของชีวิต การจัดการหลังผู้ป่วยสิ้นชีวิต การดูแลผู้ป่วยที่ร่างกายถูกกระทบกระเทือนรุนแรง การดูแลญาติผู้ป่วย การดูแลภิกษุอาพาธระยะท้าย การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน และการดูแลจิตใจตนเองและทีมงาน **บทที่ 4 เป็นเรื่องการร่วมงานกับพระภิกษุ** ครอบคลุมประเด็น/หัวข้อสำคัญ ๆ เช่น เรื่องความตระหนักในคุณค่าของพระภิกษุ วิถีของพระ ขั้นตอนการประสานงาน การเตรียมรองรับพระ บทบาทของพระในการดูแลสุขภาวะทางปัญญาผู้ป่วยระยะท้าย และสุดท้าย คือ **บทที่ 5 เป็นเรื่องบทบาทของจิตอาสาและองค์กรชุมชนในการดูแลสุขภาวะทางปัญญา** ครอบคลุมประเด็น ๆ ทั้งเรื่องที่ว่าใครควรเป็นจิตอาสาหรือผู้ดูแลอาสา กิจกรรมที่จิตอาสาหรือผู้ดูแลอาสาสามารถช่วยทำเพื่อดูแลผู้ป่วย และแม้แต่วิธีการประสานงานกับองค์กรชุมชนและองค์กรอื่น ๆ นอกจากนี้ ในภาคผนวกของคู่มือเล่มนี้ ยังเต็มไปด้วยตัวอย่างเครื่องมือต่าง ๆ ที่มีความสำคัญ เช่น แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย ทั้งแบบประจำวัน ประจำสัปดาห์ ตัวอย่างแบบประเมินระดับสุขภาวะทางปัญญาของผู้ป่วยระยะท้าย ไปจนถึง แบบประเมินระดับสุขภาวะทางปัญญาของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจด้วย

ทั้งนี้ จากการอ่านและประเมินเอกสารคู่มือเล่มดังกล่าว พบว่า เป็นเอกสารที่มีคุณภาพในระดับสูง มีความครอบคลุมเนื้อหาและสาระที่จำเป็นต้องรู้สำหรับการทำงานหรือการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญา สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกคน ทุกฝ่าย ทุกระดับที่เกี่ยวข้อง แต่เสียดายว่ามีการผลิตผลงานออกมาค่อนข้างช้ามาก จึงไม่ได้มีการนำไปใช้ในโครงการ ฯ อย่างทันการณ์ หรือทำให้ไม่เห็นความเชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติ

อย่างไรก็ดี พบว่า ยังคงเป็นเอกสารที่จะเป็นประโยชน์ต่อสาธารณะ หรือการทำงานในเรื่องนี้ของฝ่ายต่าง ๆ ที่ยังคงดำเนินต่อไปหรือกำลังขยายตัวออกไปในหลาย ๆ พื้นที่ ถึงแม้โครงการนี้จะสิ้นสุดไปแล้ว และคู่มือออกมาค่อนข้างช้า แต่พบว่า ยังมีความเคลื่อนไหวต่อเนื่องในส่วนของ Peaceful Death, กลุ่มพระคิลานธรรม, กลุ่มธรรมะกับการเยียวยา, กลุ่มชีวามิตร, กลุ่ม I see you, กลุ่มเยือนเย็น ฯลฯ ซึ่งองค์กรต่าง ๆ เหล่านี้ได้มีการเชื่อมกันเป็นเครือข่ายหลายระดับและหลายพื้นที่ ดังนั้น คู่มือเล่มนี้จะยังคงเป็นประโยชน์ในการขับเคลื่อนเรื่อง “มิติจิตใจ/จิตวิญญาณ” หรือ “สุขภาวะทางปัญญา” ในฐานะนวัตกรรมทางความคิด หรือ “ชุดเครื่องมือการเยียวยาทางจิตใจและจิตวิญญาณ” ในวงกว้างได้ต่อไปอย่างแน่นอน



7. พระสงฆ์ เป็นกลไกหลักในการสื่อสารมิติจิตวิญญาณ แต่สัญลักษณ์ผ้าเหลือง ไม่ใช่สัญลักษณ์เชิงบวก สำหรับทุกคน

สำหรับรูปแบบที่ทำ/นวัตกรรมการสื่อสารของเครือข่ายพุทธิกา พบว่า ได้มีการอบรมพระสงฆ์เกี่ยวกับเรื่องนี้ แต่ก็เป็นในรูปแบบและเนื้อหาที่ง่าย ๆ สำหรับสิ่งที่พระสงฆ์สามารถปฏิบัติหรือการแสดงปฏิสัมพันธ์หรือการสื่อสารต่าง ๆ กับผู้ป่วยในทางปฏิบัติจริงนั้น พบว่า มีความหลากหลายไปตามบริบทของพระสงฆ์และบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว อาทิเช่น การให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสบอกเล่าถึงความต้องการของตน สิ่งที่ติดค้างคาใจหรือความคับข้องใจ เพื่อนำไปสู่การปลดเปลื้อง (อาทิเช่น เรื่องหนี้สิน/ทรัพย์สิน, เรื่องลูกหลาน, เรื่องสามี-ภรรยา, เรื่องญาติพี่น้อง, เรื่องพินัยกรรม/มรดก ฯลฯ) การขอขมาคนที่มีความผูกพันกันแต่เคยปฏิบัติไม่ดีต่อกัน แล้วผู้ป่วยรู้สึกผิด สิ่งที่ผู้ป่วยอยากทำแต่ยังไม่ได้ทำ สิ่งที่ผู้ป่วยอยากเห็นมากที่สุดก่อนที่จะจากลาโลกนี้ไป (อาทิเช่น การให้ลูกบวช, ลูกสำเร็จการศึกษาหรือได้รับปริญญา, ลูกมีครอบครัวหรือมีหลาน ฯลฯ) สิ่งที่เชื่อและศรัทธา/หลักศาสนาที่ยึดเหนี่ยวที่จะช่วยทำให้สามารถจัดการกับความเครียด-ความเจ็บปวด-ความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น ความสำคัญของศาสนา/ความเชื่อต่อการดูแลตนเองในช่วงที่เจ็บป่วย สิ่งที่มีความหมายที่สุดในชีวิต/สิ่งที่อยากฝากฝัง (อาทิเช่น การได้รับการให้อภัย การทำบุญ-ตักบาตรทุกวันเพื่ออุทิศให้กับตนเอง/ครอบครัว/บรรพบุรุษ, การได้พบลูก, พบเพื่อน-ญาติหรือคนที่เคยช่วยเหลือดูแล/คนที่ตนเองรู้สึกว่ามีบุญคุณต่อชีวิต, การฝากฝังเรื่องการจัดงานศพแบบเรียบง่าย/ไม่รบกวน/ไม่เบียดเบียนใคร ฯลฯ) เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังพบด้วยว่า ทีมงานของเครือข่ายพุทธิกาได้ทำการฝึกอบรมพยาบาล พระสงฆ์/ภิกษุอาสา จิตอาสา ให้มีความเข้าใจในเรื่อง “สุขภาวะทางปัญญา” ด้วยการใช้เครื่องมือ/นวัตกรรม/กลยุทธ์/เทคนิควิธีการอื่น ๆ เข้ามาช่วยหลายอย่างด้วยกัน อาทิเช่น ศิลปะการบอกตัวตน ศิลปะบำบัดหลักสูตรที่ 1,2,3 การบำบัดผู้เยียวยา เทคนิคการดูแลและการช่วยผ่อนคลายต่าง ๆ อาทิเช่น เทคนิคการผ่อนคลายความโกรธและความคับข้องขัดแย้งในใจผู้ป่วย เทคนิคการสื่อสารและช่วยผู้ป่วยที่กระสับกระส่ายให้สงบลง เทคนิคการนำทางระยะท้ายก่อนสิ้นลม ฯลฯ เป็นต้น แต่สิ่งที่เพิ่มเข้ามาอย่างเป็นรูปธรรม ก็คือ การให้พระสงฆ์[66] เข้ามามีบทบาทหรือเป็นส่วนหนึ่งของทีมติดตาม ดูแล เยี่ยมบ้าน เพื่อสนทนา พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้สติ ให้กำลังใจ ให้ทำใจ ให้วางใจ ให้คำแนะนำต่าง ๆ (กรณีผู้ป่วยและ

66 กรณีเป็นพุทธ แต่ส่วนใหญ่เครือข่ายพุทธิกาเน้นการทำงานกับพระสงฆ์ เพราะชื่อเครือข่ายก็สะท้อนให้เห็นว่าเน้นการทำงานกับชาวพุทธ หรือ เน้นบทบาทของศาสนาพุทธหรือคติธรรมต่าง ๆ ของศาสนาพุทธในการทำงานกับผู้ป่วยระยะท้าย

ครอบครัวต้องการคำแนะนำ) ให้ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นหรือการปล่อยวาง/วางใจ ให้ฝึกปฏิบัติเพื่อให้ตนเองหลุดพ้นจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน เช่น การดูลมหายใจของตนเอง การรู้เนื้อรู้ตัวของตนเอง/ไม่ไหลตามอารมณ์ การสวดมนต์ การฟังธรรมะ ฯลฯ

สำหรับการทำงานในช่วงแรก ๆ ได้กำหนดรูปแบบการทำงานเป็นทีม ประกอบด้วย พยาบาล, จิตอาสา/ผู้ดูแลอาสา และพระสงฆ์หรือภิกษุอาสา แต่ในทางปฏิบัติจริง ไม่สามารถทำได้ หรือทำงานเป็นทีมได้น้อยมาก หรือทำได้เฉพาะในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ในช่วงเริ่มต้นการทำงานของโครงการเท่านั้น เนื่องจากเวลาว่างของแต่ละคน/แต่ละฝ่ายไม่ตรงกัน ทำให้การกำหนดช่วงเวลาหรือวัน-เวลาทำงานร่วมกันทำได้ค่อนข้างยาก หรือในหลายกรณี ๆ ไม่สะดวกในการไปเป็นทีม เพราะบางทีมีแต่พระสงฆ์และพยาบาลหรือจิตอาสาที่เป็นสตรีในทีมแค่ 2 คน ต้องเดินทางไปด้วยกันในรถ/พาหนะคันเดียงกัน และบางทีต้องเดินทางช่วงเวลาเย็นพลบค่ำหรือกลางคืน ซึ่งไม่เหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง

อย่างไรก็ตาม พระสงฆ์ที่ได้มีโอกาสสนทนาด้วยหลายรูป ก็ยังประสงค์อยากให้มีการทำงานเป็นทีมแบบเดิมหรือเหมือนในช่วงระยะต้น ๆ ของการทำงานที่มีครบทีมทั้ง 3 ฝ่าย หรือมีอย่างน้อย 3-4 คนในทีม เพราะจะได้ช่วยกันมองกันคนละมุม หรือหลังจากเยี่ยมบ้านแล้ว นำมาพูดคุยกันว่าผู้ป่วยแต่ละรายเป็นอย่างไร จะได้ทำให้สามารถวางแผนการดูแลได้อย่างเป็นระบบและมีหลายมุมมอง จะทำให้เกิดความสมบูรณ์ รอบด้านมากยิ่งขึ้น แต่เท่าที่ประเมินดู ก็อาจจะมีความเป็นไปได้บ้างในบางพื้นที่/องค์กร ที่ยังสามารถทำงานร่วมกันเป็นทีมที่เข้มข้น

นอกจากนี้ ถ้าทีมงานดูแลรักษาหรือทีมแพทย์และสาธารณสุขและทางสถาบันสงฆ์หรือวัด มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ถ้าเป็นในกรณีเช่นนี้ ก็น่าจะสามารถบริหารจัดการเวลาหรือกำหนดเวลาการทำงานร่วมกันได้จริง หรือในบางพื้นที่ พระสงฆ์บางรูปสะท้อนว่า พระสงฆ์ควรเป็นเพียงส่วนหนึ่งของทีม ไม่ใช่ทำงานแบบบินเดี่ยว หรือไปทำด้วยตนเอง หรือคิดว่าตนเองเหนือคนอื่น **และที่สำคัญคือ จะต้องคำนึงไว้เสมอว่า “สัญลักษณ์ผ้าเหลือง”อาจจะไม่ใช่สัญลักษณ์เชิงบวกสำหรับทุกคน** นอกจากนี้ การรักษาดูแลยังควรเป็นแบบองค์รวมและเสริมซึ่งกันและกัน และต้องระมัดระวังการทับซ้อนในเชิงบทบาทระหว่างจิตแพทย์และพระสงฆ์ว่าใครควรทำอะไร/ไม่ควรทำอะไร (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พระจิตร์ จิตตสังวโร, วัดป่าอุทยาน, จ.ขอนแก่น, 12 กรกฎาคม 2563)

แต่ส่วนใหญ่เท่าที่ประเมินปัจจัย-เงื่อนไขต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่า ในหลาย ๆ พื้นที่น่าจะทำงานเป็นทีม หรือไปเยี่ยมบ้านพร้อมกันได้ค่อนข้างยาก หรือแทบจะเป็นไปได้น้อยมากในบางช่วงเวลา แต่ถึงแม้ ไม่สามารถทำงานเป็นทีมได้ตามที่ออกแบบไว้ตั้งแต่ต้น หรือต่างฝ่าย

ต่างไปทำหน้าที่ของตน สำหรับในบางกรณีที่ผ้าเหลืองเป็นสัญลักษณ์เชิงบวกต่อผู้ป่วย ไม่ใช่สัญลักษณ์เชิงลบ ก็น่าจะยังดีกว่าที่ไม่มีบทบาทของพระสงฆ์ หรือไม่ได้ดำเนินการในประเด็นนี้เลยหรือไม่ หรือ ยังควรจะต้องคำนึงถึงประเด็นการทับซ้อนของบทบาทระหว่างจิตแพทย์และพระสงฆ์ และการเป็นส่วนหนึ่งของทีม ไม่ทำงานแบบบินเดี่ยว ตามที่พระจิตร์ จิตตสังวโร แห่งวัดป่าอุทยาน สะท้อนไว้ข้างต้น

โดยสรุป ในเรื่องตัวนวัตกรรมหรือการเพิ่มมิติสุขภาวะทางปัญญาหรือการเยียวยาทางจิตวิญญาณ ที่มี 5 มิติคือ 1.ความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ (relative advantage) 2.ความเข้ากันได้กับบริบท บรรทัดฐาน วัฒนธรรม/ประเพณี 3.ความสลับซับซ้อน 4. ความสามารถในการทดลองทำได้ และ 5. ความสามารถในการสังเกตเห็นผลได้ อาจกล่าวได้ว่า สิ่งที่เครือข่ายพุทธิกาพยายามนำเสนอนวัตกรรมทางความคิดหรือแนวคิดใหม่ ๆ และดำเนินการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวบรรลุสู่การมีสุขภาวะทางปัญญา รวมทั้งการพัฒนานวัตกรรมและกลวิธีต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ การซึมซับ และการยอมรับนั้น พบว่า สิ่งเหล่านี้ล้วนมีความได้เปรียบในเชิงเปรียบเทียบที่ชัดเจน เพราะเมื่อใช้แล้ว ทำแล้ว หรือเมื่อ “มิติสุขภาวะทางปัญญา” ได้รับการให้ความสำคัญมากขึ้น ผ่านบทบาทของพระสงฆ์และทีมจิตอาสา ก็ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่หรือจำนวนมากในฐานะผู้รับบริการรู้สึกสบายใจ/ผ่อนคลายมากขึ้น รู้สึกมีความสุขมากขึ้น แม้ในยามที่ร่างกายร่วงโรย ก็ยอมรับสภาพได้มากขึ้นและทำให้หลายคนสามารถรับมือกับโรคที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น ทำให้ควบคุมจิตใจและความคิดของตนได้มากขึ้น (บางคนถึงขั้นหายจากโรคหรืออยู่ได้อีกเป็นเวลานานหรือนานกว่าที่หมอแจ้งไว้ ก็ยังมี)

สำหรับทางฝ่ายผู้ให้บริการ ทั้งพยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ อสม./จิตอาสา นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย พระสงฆ์ หรือทีมเยี่ยมบ้าน ก็ได้สะท้อนว่า ทำให้ตนเองมีความสุขมากขึ้น ที่สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความทุกข์น้อยลง มีปิติสุขมากขึ้น แม้แต่พระสงฆ์ก็ยังสะท้อนว่า ทำให้รู้สึกว่า การบวชหรือสถานภาพพระสงฆ์ของตัวท่านมีคุณค่ามากขึ้นอย่างไม่เคยคาดคิดมาก่อน

สำหรับมิติความเข้ากันได้กับบริบท วัฒนธรรม ประเพณี บรรทัดฐานที่มีอยู่เดิม พบบ้างในบางแห่ง ที่สะท้อนว่า ในช่วงแรก ๆ ที่มีพระสงฆ์เข้ามาร่วมทีมและไปเยี่ยมเฉพาะบ้านที่มีผู้ป่วยหนัก หรือผู้ป่วยระยะท้าย และหลังจากนั้นไม่นาน ผู้ป่วยก็เสียชีวิต จนเป็นที่กล่าวขานกันว่า ถ้าทีมนี้เข้าบ้านไหน บ้านนั้นจะมีคนเสียชีวิต ที่เรียกกันว่า **“ทีมมัจจุราช”** ทำให้ชาวบ้านจำนวนมากไม่ต้องการให้เข้าไปเยี่ยม ซึ่งในระยะต่อมาทำให้โครงการฯจำเป็นต้องปรับรูปแบบและวิธีการ โดยไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกคน/ทุกบ้าน ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียงทั่วไป และผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งก็ทำให้ได้รับการยอมรับมากขึ้น นอกจากนั้น ก็มีกรณีที่บางพื้นที่ ไม่ยอมรับพระสงฆ์บางรูปที่ตนเองไม่นับถือ (ส่วนหนึ่งเพราะพระสงฆ์จำนวนไม่น้อยมีพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับในชุมชน) ก็จะไม่ให้เข้าเยี่ยม จนต่อมา ต้องให้ผู้ป่วยเลือกเองว่า ต้องการให้พระสงฆ์รูปใดไปเยี่ยมหรือรับสังฆทานหรือต้องการสนทนากับพระรูปใดหรือไม่

สำหรับในบางพื้นที่ ยังพบด้วยว่า มีพระบวชใหม่ ที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ เช่น ม้ง, ไทยใหญ่ ฯลฯ ทำให้ไม่ค่อยได้รับการยอมรับเช่นกัน เพราะชาวบ้าน/ผู้ป่วยและครอบครัว มองว่าพระยังมีอายุน้อย เพิ่งบวชเรียน ไม่ใช่คนพื้นถิ่น ไม่รู้จักหรือไม่เคยมีปฏิสัมพันธ์กันมาก่อน ไม่มีประสบการณ์ ซึ่งก็หมายถึงว่า ไม่ใช่พระสงฆ์ทุกรูปจะสามารถทำบทบาทตรงนี้ได้ จึงควรพิจารณาความเป็นจริงและบริบทเฉพาะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้านด้วย ดังที่พระจิตร์ จิตตสังวโร ได้สะท้อนไว้ว่า “สัญลักษณ์ผ้าเหลือง ไม่ใช่สัญลักษณ์เชิงบวกสำหรับทุกคน” ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีปัจจัยแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพร่กระจายและการยอมรับหรือไม่ยอมรับ

8. การเยี่ยมดูแลสนทนากับผู้ป่วยระยะท้าย ไม่ใช่ภารกิจที่พระสงฆ์ทุกรูปสามารถทำได้

ซึ่งสิ่งที่นำเสนอข้างต้นนี้สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์และสนทนาเชิงลึกกับ**พระปลัดอานนท์ กันตะวีโร แกนหลักของกลุ่มพระคิลานธรรม** (สนทนาเมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2562 ณ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล) ซึ่งท่านทำงานเกี่ยวกับการเยี่ยมพูดคุยดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในกรุงเทพมหานครและมีเครือข่ายพระสงฆ์ในต่างจังหวัดที่เข้ามารับการอบรมในวาระและโอกาสต่าง ๆ ที่กลุ่มคิลานธรรมจัดขึ้นด้วย ซึ่งกลุ่ม ฯ มีบทบาทตรงนี้มาเป็นเวลาประมาณ 12 ปี **จากการสัมภาษณ์พูดคุยเชิงลึก ทำให้สามารถสรุปและตีความได้ว่า การเยี่ยมดูแลสนทนากับผู้ป่วยหรือผู้ป่วยระยะท้าย ไม่ใช่ภารกิจที่พระสงฆ์ทุกรูปจะสามารถทำได้โดยอัตโนมัติ แต่เป็นเรื่องของความชอบ ความถนัด ความสนใจของพระแต่ละรูป พระบางรูปอยากทำ แต่เมื่อลองทำดูแล้วทำไม่ได้ก็มี เพราะไม่ใช่ความถนัดหรือไม่ชอบการสนทนาพูดคุย พระจำนวนมากถนัดเรื่องอื่น ๆ เช่น การก่อสร้าง การใช้แรงงาน การสอนธรรมะ การเป็นวิทยากรในเรื่องอื่น ๆ ที่ถนัด การทำงานด้านเอกสาร เป็นต้น**

ดังนั้น ถ้าจะมีการดำเนินการในเรื่องนี้ต่อ ควรพิจารณาบริบทของพระสงฆ์แต่ละรูป แต่ละวัด แต่ละพื้นที่ให้ครบถ้วน และไม่ควรคาดหวังมากเกินไป เพราะการเยี่ยมดูแลสนทนากับผู้ป่วยระยะท้ายต้องใช้ความรู้ ความเข้าใจ ต้องมีการฝึกฝนอบรม ที่มีรายละเอียดมากพอสมควร โดยเฉพาะการฝึกทักษะการสื่อสารอย่างถูกกาละและเทศะ (อะไรควรพูด อะไรไม่ควรพูด) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแนวพุทธ ความรู้พื้นฐานด้านจิตวิทยาการให้คำปรึกษา ซึ่งพระปลัดอานนท์และทีมงานในกลุ่มพระคิลานธรรมอีกหลายท่านได้ฝึกฝนหรือเรียนด้านนี้มาโดยตรง เพราะสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทหลักสูตร **“ชีวิตและความตาย”** จากมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย (และที่ผ่านมาได้เรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติจริงมาตลอด ซึ่งในช่วงเรียน ก็ได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติกับคนไข้หรือผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยปกติและผู้ป่วยระยะท้ายด้วย)

นอกจากนี้ ทางฝ่ายฆราวาสและสังคม ก็ควรเข้าใจเกี่ยวกับบริบทด้านพระวินัยของพระและวัดต่าง ๆ ซึ่งไม่เหมือนกันด้วย ไม่ใช่ว่าทางฝ่ายฆราวาสหรือญาติโยมหรือสังคมเรียกร้องให้ทำอะไร จะสามารถทำตามได้ทุกอย่าง เพราะที่จริงก็มีข้อห้ามต่าง ๆ อยู่พอสมควรว่า อะไรทำได้ อะไรทำไม่ได้ ตามพระวินัย ประกอบกับพระสงฆ์เองก็มีภารกิจหลักต่าง ๆ อยู่แล้ว ทำให้ไม่สามารถแสดงบทบาทในการเยี่ยมสนทนาดูแลเยียวยาผู้ป่วยระยะท้ายได้เต็มที่ ถึงแม้

อาจจะมีความประสงค์อยากจะดำเนินการก็ตาม เช่น พระสงฆ์ยังมีภารกิจในการฝึกสอนพระใหม่ แสดงธรรม/สอนธรรมะแก่ญาติโยม สอนในโรงเรียนพุทธศาสนาวันอาทิตย์ เรียนหนังสือหรือศึกษาต่อ (กรณีที่สนใจในการศึกษาต่อทั้งหลักสูตรทางโลกและทางธรรม) รวมถึงการสนองตอบต่อโครงการต่าง ๆ ของรัฐบาลหรือหน่วยงานรัฐ และรับกิจนิมนต์ตามประเพณีและพิธีกรรมต่าง ๆ ทั้งงานบวช งานศพ งานแต่งงาน ฯลฯ

ในลำดับต่อไป จะขอนำเสนอกรณีตัวอย่างการทำงานขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาในระดับชุมชน ซึ่งเป็นกรณีศึกษาที่จะทำให้เข้าใจเรื่อง มิติสุขภาวะทางปัญญาในบริบทที่กว้างกว่าการทำงานกับผู้ป่วยระยะท้าย หรือมากกว่าการทำงานกับสถานพยาบาล หรือการเป็นส่วนหนึ่งของทีมดูแลรักษาเยียวยาด้านจิตใจ จิตวิญญาณ จิตตปัญญา หรือการดูแลมิติสุขภาวะทางปัญญากับปัจเจกบุคคล ที่ค่อนข้างเป็นนามธรรม แต่กรณีศึกษาดังต่อไปนี้ จะทำให้มองเห็นและเข้าใจการทำงานในมิติสุขภาวะทางปัญญาที่เป็นรูปธรรม และถ้าพระสงฆ์ หรือสถานพยาบาลใด พื้นที่ใดสนใจ และสามารถนำไปใช้ในการขับเคลื่อนในพื้นที่ภูมิภาคต่าง ๆ จะช่วยขยายแนวคิดหรือแปรแนวคิดสู่การปฏิบัติที่เกิดผลรูปธรรม โดยเฉพาะในประเด็นการเตรียมพร้อมให้กับชุมชนมีความรู้ ความคิด ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับชุมชนของตนและเข้ามามีบทบาทในการทำงานด้านนี้ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาคสาธารณะในด้านความตระหนักต่อประเด็นการเตรียมรับมือกับการเป็นสังคมสูงวัยที่ต้องการศักยภาพใหม่ ๆ ในระดับชุมชน หรือใช้ชุมชนเป็นฐานในการรับมือกับประเด็นปัญหาผู้สูงอายุ ที่รวมถึงประเด็นการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน-ติดเตียง ผู้พิการ และผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเป็นองค์รวมด้วย



9. การสร้างการยอมรับในชุมชนให้รับมือกับความเจ็บป่วยและความตายด้วยหลักพุทธธรรมและแนวคิด “ชุมชนกรุณา” : กรณีศึกษาชุมชนห้วยยอด จ.ตรัง

สำหรับกรณีศึกษานี้ คือ กรณีการทำงานหรือบทบาทของพระสงฆ์ในการเข้าร่วมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่อื่น ๆ (นอกเหนือจากที่กล่าวแล้วข้างต้น) ที่น่าสนใจและมีคุณค่าต่อการสะท้อนให้เห็นบริบทที่เกี่ยวข้อง และยังคงอยู่ในประเด็นความเข้ากันได้กับวัฒนธรรม ความคิด ความเชื่อ บรรทัดฐานขององค์กร ชุมชน สังคม โดยเฉพาะที่อำเภอห้วยยอด จ.ตรัง ที่พระสงฆ์และวัดได้เข้ามามีบทบาทในการทำงานสร้างจิตสำนึกในระดับชุมชน เพื่อให้ชุมชนเข้ามาดูแลซึ่งกันและกัน ด้วยการใช้ **“แนวคิดชุมชนกรุณา”** (Compassionate Community Concept)[67] ภายใต้กลุ่ม/ชมรม ที่เรียกว่า **“ชมรมชายผ้าเหลือง”**

สำหรับคำว่า **“แนวคิดชุมชนกรุณา”** นี้ ทางกลุ่ม Peaceful Death (จากการประชุมวิชาการ ชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี ณ ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ สสส., 14 พฤษภาคม 2562) **ระบุไว้ว่า คือ แนวคิดและปฏิบัติการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ให้มีศักยภาพที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวโดยการฟื้นคืนความกรุณาในใจคน ซึ่งคุณธรรมหรือความกรุณาตัวนี้จะผลักดันการลงมือช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและจากไปอย่างสงบ การสนับสนุนด้วยความกรุณานี้สามารถทำได้หลายรูปแบบ ทั้งการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง หรือการสนับสนุนบุคลากรสุขภาพหรือหน่วยงานช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถทำงานได้ง่ายขึ้น หรือสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น รวมถึงการร่วมกันผลักดันและร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนานโยบายสาธารณะในระดับต่าง ๆ เพื่อให้สังคมไทยและชุมชนมีสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการอยู่ดีและตายดี**

67 ซึ่งเป็นแนวคิดที่ใช้ในประเทศอินเดียและส่งผ่านมาทางกลุ่ม Peaceful Death ซึ่งได้เชิญ Dr. Suresh Kumar ที่ทำเรื่องนี้จากอินเดียมาแบ่งปันความคิด ความรู้และประสบการณ์ ณ ที่ประชุมวิชาการ “ชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี” เมื่อวันที่ 14 พ.ค. 2562 ที่ห้อง 201 ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ทำให้แนวคิดเรื่อง “ชุมชนกรุณา” ได้รับการแพร่กระจายออกไปในวงกว้าง และพระกฎษ-ดา ขันติกโร มีความสนใจเรื่องนี้เป็นพิเศษ จึงได้นำมาใช้ในการทำงานที่ตำบลห้วยยอด อ.ห้วยยอด จ.ตรัง ซึ่งเป็นบ้านเกิดของท่าน ซึ่งปกติท่านได้มีบทบาทในการช่วยเหลือเยียวยาเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดบ้าน-ติดเตียง ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยระยะท้าย ร่วมกับ รพ.ห้วยยอด มาก่อนหน้าที่จะได้รับอิทธิพลทางความคิดเกี่ยวกับ “ชุมชนกรุณา”

อย่างไรก็ดี สำหรับกรณีบทบาทของพระสงฆ์ที่ ต.ห้วยยอด อ.ห้วยยอด จ.ตรังนี้ พบว่ามีพื้นฐานการขับเคลื่อนในการเตรียมการรับมือกับปัญหาต่าง ๆ ของชุมชนมาเป็นเวลาสามสี่ปีแล้ว หรือก่อนหน้าที่ท่านจะได้รับอิทธิพลจากแนวคิด “ชุมชนกรุณา” ทั้งนี้ พบว่าพระสงฆ์รูปนี้ (พระกฤษดา ขันติกโร) ซึ่งเกิดที่ตำบลห้วยยอดหรือในอีกนัยหนึ่งก็คือ พื้นที่การทำงานเป็นชุมชนบ้านเกิดของท่าน ทั้งนี้ ท่านได้รับแรงบันดาลใจจากโครงการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงและเผชิญความตายอย่างสงบของพระไพศาล วิสาโล จากสื่อสังคมออนไลน์ และได้ดูคลิปวิดีโอรายการหนึ่งที่มีพระครรชิต และพระกลุ่มคิลานธรรมไปเยี่ยมผู้ป่วยตามโรงพยาบาลต่าง ๆ เนื้อหาสาระจากสื่อดังกล่าวเป็นการจุดประกายให้ท่านสนใจการทำงานดูแลผู้ป่วย ต่อมาในขณะที่ปฏิบัติศาสนกิจอยู่ที่วัดห้วยยอด ได้มีหน่วยพยาบาลจาก รพ.ห้วยยอดมาตรวจสุขภาพให้กับพระสงฆ์ที่วัด ท่านจึงถามพยาบาลว่า ทางโรงพยาบาลมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือเปล่า ทางพยาบาลได้ให้เบอร์ติดต่อกับพยาบาลที่ดูแลรับผิดชอบเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (ชื่อคุณดรุณี ชนะภัย)

หลังจากนั้น ในวันถัดมา ท่านก็ได้ติดต่อไปหาและขอเข้าไปพูดคุยกับคุณดรุณี ชนะภัย เพื่อที่จะบอกเล่าวัตถุประสงค์ของท่านที่อยากจะเยี่ยมผู้ป่วย และบทบาทอื่น ๆ ของพระสงฆ์ที่จะสามารถช่วยทางโรงพยาบาลได้ หลังจากนั้นประมาณหนึ่งสัปดาห์ทางโรงพยาบาลจึงติดต่อมาและเชิญให้ท่านเข้าร่วมทีมเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน แต่เนื่องจากติดเรียนนักธรรมบาลี จึงไม่ได้ไปร่วม และหลังจากนั้นไม่นานทางพยาบาลหรือคุณดรุณี ชนะภัย ก็ได้ติดต่อมาอีก คราวนี้ท่านได้ตัดสินใจขอลาเรียนและได้นั่งรถตู้จากโรงเรียนนักธรรมบาลี ซึ่งอยู่ในตัวเมือง จ.ตรัง ไปที่ รพ.ห้วยยอด อ.ห้วยยอด และได้มีโอกาสเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านเป็นครั้งแรก **และหลังจากได้มีโอกาสเยี่ยมผู้ป่วยหลาย ๆ ราย ทำให้ท่านตัดสินใจยุติการเรียนบาลี เพื่อมาทำงานเยี่ยมผู้ป่วย และยังได้ทำงานด้านการสร้างเครือข่ายจิตอาสาเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจัง พร้อมกับมีแนวคิดในการสร้างชมรมเพื่อรองรับการทำงานให้เป็นระบบมากยิ่งขึ้น**[68]

68 ซึ่งต่อมาก็ได้สร้างชมรมชายผ้าเหลืองเพื่อเพื่อนผู้ป่วยระยะท้าย สำหรับชื่อชมรม ฯ ได้รับแรงบันดาลใจจากคำพูดของพยาบาลที่แจ้งข่าวการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่นอนติดเตียงมาเป็นเวลานาน ซึ่งพระกฤษดา เพิ่งได้มีโอกาสไปเยี่ยมมา และตั้งใจจะไปเยี่ยมอีก แต่ไม่ทันได้ไป เพราะผู้ป่วยเสียชีวิตไปก่อน ซึ่งพยาบาลพูดว่านับว่าผู้ป่วยระยะท้ายท่านนี้มีบุญที่ได้เกาะชายผ้าเหลืองของท่านและจากไปอย่างสงบ หลังจากนอนติดเตียงมาเป็นเวลานานสิบกว่าปี แต่ไม่เคยได้มีโอกาสพบพระสงฆ์เลย พอได้พบพระสงฆ์ ได้ถวายสังฆทานและได้ชำระสิ่งที่ค้างคาใจ หลังจากนั้นไม่กี่วันผู้ป่วยก็จากไปอย่างสงบ

ซึ่งจริง ๆ แล้ว ในช่วงแรก ๆ พระกฎษดาได้ใช้ช่องทางความสัมพันธ์ส่วนตัวที่มีกับญาติโยมที่มาทำบุญที่วัดให้ช่วยขับรถรับส่งเวลาท่านต้องการไปเยี่ยมผู้ป่วย จนญาติโยมเกิดความศรัทธาในวัตรปฏิบัติของท่าน และได้ปวารณาตัวเป็นคนขับรถให้ท่านพร้อมกับพาคนในครอบครัวเข้ามาช่วยทำงาน ทำให้ได้ **“ครอบครัวจิตอาสา”** ครอบครัวแรกในการทำงานของชมรมชายผ้าเหลือง ฯ ทำให้การทำงานเยี่ยมดูแลผู้ป่วยมีความสะดวกและง่ายขึ้น และจากประสบการณ์ในการทำงานเยี่ยมผู้ป่วยหลายราย ทำให้เห็นว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องที่รอไม่ได้ เพราะผู้ป่วยติดเตียงบางรายตั้งใจจะกลับไปเยี่ยมอีก แต่ก็ไม่ทันเวลา เพราะเสียชีวิตไปก่อน ทั้ง ๆ ที่ตั้งใจว่าจะให้การดูแลหรือนำทางไปสู่ช่วงสุดท้ายให้ดีที่สุด

ทำให้ท่านมองเห็นด้วยว่าการทำงานกับชุมชนในระดับที่กว้างออกไปหรือการขับเคลื่อนในระดับชุมชนเป็นความจำเป็น ก่อนที่ปัญหาต่าง ๆ จะลุกลามบานปลาย โดยส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนเข้ามาร่วมกิจกรรมในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยด้วย ด้วยการเดินเท้าไปตามบ้าน ซึ่งเรียกว่า **“กิจกรรมเดินรู้สู่วิถีแห่งการเยียวยา”** ซึ่งตรงนี้จะเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญหลายด้าน ทำให้เด็กและเยาวชนซึมซับเรื่องราวดี ๆ ทำให้เกิดจิตสำนึกใหม่ ชุมชนเกิดความกระตือรือร้น มีความตระหนักและเข้าร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดและผู้ป่วยระยะท้ายมากขึ้น หรือไม่ปล่อยให้เป็นภาระกับโรงพยาบาลเท่านั้น (ซึ่งนับวันภาระต่าง ๆ จะเพิ่มมากขึ้นจากการเป็นสังคมสูงอายุเต็มขั้น)

ดังนั้น พอมีแนวคิดเรื่อง “ชุมชนกรุณา” เข้ามาพระกฎษดา ก็มองว่าเป็นแนวคิดที่เป็นประโยชน์ เพราะเน้นเรื่องความเมตตากรุณาในการอยู่ร่วมกัน หรือการช่วยเหลือซึ่งกันและกันด้วยความกรุณา ซึ่งสอดคล้องกับหลักศาสนาพุทธอยู่แล้ว เวลามีการเทศน์หรือการแสดงธรรมท่านก็จะใช้วิธีการพูดคุยหรือชวนญาติโยมพูดคุยกันเรื่อง **“การมองเห็นความจริงของความป่วยไข้”** ซึ่งการทำงานในช่วงที่ผ่านมาได้รับความร่วมมือหรือแรงสนับสนุนจากกลุ่มและองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนเป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็นสภาเด็กและเยาวชนเทศบาลตำบลห้วยยอด[69] เทศบาลตำบลห้วยยอด โรงเรียนซึ่งมีทั้งหมด 5 แห่ง ประกอบด้วยโรงเรียนของรัฐบาล 3 แห่ง และโรงเรียนของเอกชน 2 แห่ง โดยเฉพาะโรงเรียนเอกชนมีความกระตือรือร้นมาก ได้พาเด็กและเยาวชนเข้ามาดูงานที่โรงพยาบาลด้วย

นอกจากนี้ ก็มี อสม. รพ.สต. กลุ่ม/สมาคม/ห้างร้านต่าง ๆ ด้วย การขับเคลื่อนและการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผ่านมาของชมรมชายผ้าเหลือง ฯ ซึ่งดำเนินการอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ

69 ซึ่งเท่าที่ดูข้อมูลบนระบบฐานข้อมูลออนไลน์ พบว่า สภาเด็กและเยาวชนเทศบาลตำบลห้วยยอด เป็นกลุ่มหรือองค์กรที่มีบทบาทในด้านต่าง ๆ ทั้งในตำบลและอำเภอห้วยยอดหลายด้านด้วยกัน ทั้งเรื่องการต่อต้านยาเสพติด การกีฬา/ออกกำลังกาย การดูแลด้านสิ่งแวดล้อม การสืบสานวัฒนธรรมประเพณีต่าง ๆ ฯลฯ

ครอบคลุมหลายกลุ่ม ทั้งเด็กและเยาวชน ครูในโรงเรียน เจ้าหน้าที่รัฐ/เทศบาล อสม. รพ.สต. ญาติโยมที่มาทำบุญที่วัด ประชาชน/กลุ่ม-องค์กรต่าง ๆ ในตลาดห้วยยอด กลุ่มจิตอาสา กลุ่มสหวิชาชีพ ฯลฯ ทำให้ประชาชนมีความกระตือรือร้นมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน และทางวัดยังขอให้ชาวบ้านเปลี่ยนพฤติกรรมจากการตักบาตรทำบุญด้วยข้าวสารอาหารแห้ง เปลี่ยนมาทำบุญเกี่ยวกับเรื่องการรักษาพยาบาลแทน เช่น การบริจาค/ตักบาตร/ทำบุญด้วยยาสามัญประจำบ้าน ชุดทำแผล อาหารทางการแพทย์ ผ้าอ้อม เครื่องมือ/อุปกรณ์ต่าง ๆ ฯลฯ ทำให้ประชาชนหรือชุมชนเกิดความรู้สึกใกล้ชิดหรือมีความเชื่อมโยงกับประเด็นที่กำลังขับเคลื่อน คือเรื่องการเตรียมรับมือกับการเจ็บป่วยและการตาย

อย่างไรก็ตาม **ชุมชนตลาดห้วยยอดซึ่งเป็นเขตที่อยู่อาศัยของคนไทยเชื้อสายจีน (ซึ่งจำนวนมากมีฐานะดีและเป็นผู้บริจาคให้กับทางวัดและทางโรงพยาบาล) ก็ไม่แตกต่างจากชุมชนหรือบริบทของภาคอื่น ๆ ในประเทศไทย ที่ยังไม่พร้อมที่จะพูดเรื่องความตายแบบตรง ๆ** แต่พระกฐษดาหรือชมรมชายผ้าเหลือง ฯ ก็ใช้วิธีชักชวนคนเหล่านี้ให้เข้ามาเยี่ยมผู้ป่วย โดยแจ้งว่าให้ไปดูด้วยตาว่าของที่แต่ละคนได้บริจาคไปนั้นผู้ป่วยได้นำไปใช้อย่างไร ซึ่งถือเป็นกลยุทธ์ในการทำงานแบบแทรกซึมหรือสร้างการรับรู้และการยอมรับเกี่ยวกับเรื่องนี้ไปทีละน้อย ๆ ไม่ใช่ผลีผลามพูดเรื่อง การเจ็บป่วยหรือการตายที่ทุกคนจะต้องพบในที่สุด เพราะถ้าพูดเช่นนั้น ก็จะไม่ได้รับการยอมรับหรืออาจถูกต่อต้านหรือชุมชนไม่ให้การสนับสนุนก็เป็นได้

สำหรับ**กิจกรรมต่าง ๆ ของชมรมชายผ้าเหลือง ฯ และชุมชนอำเภอห้วยยอด มีหลายประการด้วยกัน** นอกจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในสัปดาห์สุดท้ายของเดือน โดยให้เด็กและเยาวชนจากโรงเรียนต่าง ๆ เข้าร่วมด้วย (ซึ่งในเขตเทศบาลตำบลห้วยยอดมีทั้งหมด 8 ชุมชน เยี่ยมผู้ป่วยชุมชนละหนึ่งวัน) ทำให้เด็กและเยาวชนที่เข้าร่วมได้มีโอกาสพบ สนทนาและสัมผัส/โอบกอดผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ทั้งที่สามารถสื่อสารได้และสื่อสารไม่ได้ รวมถึงผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้พิการ และผู้ป่วยระยะท้าย ทำให้เด็กและเยาวชนมีความอ่อนโยน มีความเมตตากรุณา มีความกตัญญูต่อผู้เป็นบิดามารดาของตน มีจิตสำนึกต่อปัญหาต่าง ๆ ที่พบในชุมชน รวมปัญหาของผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ แต่ละรายด้วย (นับว่า เป็นการปลูกฝังเด็กและเยาวชนให้มีจิตสำนึกหลายเรื่องได้ในเวลาเดียวกัน จากการมองเห็นความจริงในชีวิตประจำวันที่แวดล้อมตนเองหรือมีความเชื่อมโยงกับตนเองได้ดีมาก) นอกจากนี้ ก็ยังมีกิจกรรมอื่น ๆ อีก เช่น กิจกรรมการป้องกันการติดเตียง โดยเฉพาะผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ที่ต้องส่งเสริมเรื่องการทำกายภาพบำบัด ซึ่งเป็นอีกกลุ่มเป้าหมายหนึ่งที่มีความสำคัญมากในการทำงานของโรงพยาบาลและชมรมชายผ้าเหลือง ฯ ไม่ได้ทำแต่เฉพาะเรื่องผู้ป่วยระยะท้ายเท่านั้น

นอกจากนี้ ก็ยังมีกิจกรรมการทำสมาธิภาวนา หรือที่เรียกว่า **“มรณสติภาวนา”** ซึ่งจัดในสัปดาห์ที่ 2 ของแต่ละเดือน และทุกวันจันทร์ยังมีกิจกรรมตักบาตรเดือนเกิด เพื่ออุทิศส่วนกุศลให้กับผู้ป่วยที่เสียชีวิตไปแล้วด้วย

นอกจากนี้ **วัดห้วยยอดยังให้ความสำคัญกับการดูแลฟื้นฟูภิกษุที่อาพาธ โดยการสร้างอาคารรองรับภิกษุอาพาธที่ต้องการการฟื้นฟูสุขภาพไว้ในวัด มีจำนวน 5 เตียง และมีห้องพักสำหรับผู้ดูแล/ผู้มาเยี่ยม/ผู้มาศึกษาดูงานด้วย** ทั้งนี้ เนื่องจากพระสงฆ์จำนวนหนึ่งต้องการการฟื้นฟูสภาพ หลังจากออกจากโรงพยาบาล จะได้ไม่ต้องเดินทางไกล โดยจะมีแพทย์ พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ รวมถึงแพทย์ฝึกหัดมาเยี่ยมติดตามและส่งเสริมเรื่องการฟื้นฟูร่างกาย การทำกายภาพบำบัดต่อเนื่อง การติดตามตรวจเช็คต่าง ๆ เช่น การวัดความดัน การให้ยา ฯลฯ ทำให้ไม่ต้องเดินทางไปไกลต่างอำเภอ และยังต้องการให้เป็นแหล่งเรียนรู้และฝึกปฏิบัติให้กับเยาวชนจิตอาสา ที่กำลังเรียนรู้เรื่องการเป็นจิตอาสา โดยเฉพาะการเป็นจิตอาสาในการดูแลภิกษุอาพาธในด้านต่าง ๆ เช่น การสรงน้ำให้พระอาพาธ การซักจีวร การจัดหาอาหาร/ยาถวายพระ ฯลฯ ทำให้ผู้ปกครองมองว่า เป็นการทำความดีกับพระ ทำแล้วได้บุญ ซึ่งผู้ปกครองจำนวนไม่น้อยมองว่าการฝึกให้ลูกหรือบุตรหลานของตนให้รู้จักการทำความดีกับพระนั้นดีกว่า ได้บุญเต็มเม็ดเต็มหน่วยมากกว่า และรู้สึกสบายใจมากกว่าการทำความดีกับผู้ป่วยระยะท้ายก็มี นอกจากนี้ วัดห้วยยอดยังเกิดการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ อันเป็นผลมาจากการที่ชุมชนเกิดการตื่นตัวและตระหนักรู้ในความสำคัญของการเป็นสังคมสูงวัย ประกอบกับผู้สูงอายุมาปฏิบัติธรรมที่วัดเป็นจำนวนมาก จึงนำมาสู่การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ทั้งเพื่อผู้สูงอายุและผู้พิการ เช่น การทำทางลาด ไฟทางเดิน ห้องน้ำผู้พิการ ราวจับ ฯลฯ

สำหรับเงินทุนในการดำเนินงานนั้น ทางวัดหรือพระกฎษดา ไม่ได้เปิดรับบริจาคเป็นเงิน ไม่มีบัญชีธนาคาร แต่รับบริจาคเป็นสิ่งของต่าง ๆ แทน เช่น เตียงคนไข้ เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะรถเข็น และเครื่องมือ/อุปกรณ์อื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (ซึ่งการให้อุปกรณ์ต่าง ๆ เหล่านี้แก่ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ แต่ไม่มีเงินซื้อจะต้องผ่านระบบต่าง ๆ ของโรงพยาบาลหรือศูนย์การดูแลแบบประคับประคองของ รพ.ห้วยยอด) นอกจากนี้ที่ผ่านมาพระกฎษดาและทางวัดยังมีบทบาทในการระดมทุนและวัสดุ/อุปกรณ์ต่าง ๆ ให้กับทางโรงพยาบาล เช่น เครื่องมือ/อุปกรณ์ผ่าตัดต่าง ๆ ด้วยการจัดกิจกรรมธรรมยาตรา จัดผ้าป่า ฯลฯ

สำหรับบทบาทของพระสงฆ์รูปอื่น ๆ ในวัดห้วยยอดนั้น พบว่า ส่วนใหญ่มีภารกิจรับนิมนต์ต่าง ๆ เต็มเวลา ทั้งภารกิจที่วัดและที่บ้านชาวบ้าน ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมดำเนินการ

ตรงนี้ แต่สำหรับพระกฎษดา ที่สามารถเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยและการสร้างกระบวนการให้ชุมชนตื่นรู้ในการรับมือกับปัญหาที่กำลังเพิ่มขึ้นได้นั้น เป็นเพราะท่านไม่รับกิจนิมนต์ใด ๆ เลย แต่ท่านขอมาทำบทบาทตรงนี้แทน อันที่จริงนั้น ทางวัดห้วยยอดถือเป็นนโยบายในการสร้างการเรียนรู้เกี่ยวกับการเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยในมิติกายใจสังคมปัญญาอย่างเป็นองค์รวมให้กับพระบวชใหม่ ด้วยการพาพระบวชใหม่ทุกรูปไปเยี่ยมผู้ป่วยประมาณ 2 ครั้ง ที่โรงพยาบาล 1 ครั้ง และที่บ้าน 1 ครั้ง และคอยสังเกตดูว่าพระบวชใหม่แต่ละรูปสนใจหรือต้องการมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมทีมเยี่ยมผู้ป่วยหรืออยากทำต่อหรือไม่ ถ้าไม่สนใจหรือไม่อยากทำต่อ ก็ไม่ใช้วิธีการบังคับ เพราะทราบดีว่าไม่เป็นผลดี ถ้าเป็นการทำเพราะถูกบังคับ

นอกจากนี้ ในช่วงฤดูร้อนที่ผ่านมา **ยังเปิดรับสามเณรที่มาบวชภาคฤดูร้อนให้เข้ามาร่วมเรียนรู้เรื่องนี้ด้วย เพื่อขยายแนวคิดให้กว้างขวางขึ้น แต่สำหรับการขับเคลื่อนในช่องทางที่เป็นทางการหรือภายใต้โครงสร้างของพระสงฆ์/สถาบันสงฆ์เอง เช่น การใช้ช่องทางของเจ้าคณะตำบลและเจ้าคณะอำเภอนั้น พบว่า ไม่ใช่ช่องทางการทำงานที่จะทำให้เกิดผลได้มากเท่าใดนัก** ส่วนหนึ่งเป็นเพราะพระส่วนใหญ่มีภารกิจหรือมีกิจนิมนต์ของท่านอยู่แล้ว อีกส่วนหนึ่ง พบว่า การทำงานขับเคลื่อนกับพระผู้ใหญ่และพระที่มีสมณศักดิ์นั้นไม่ใช่เรื่องง่ายเลย และอีกส่วนหนึ่งจะเห็นว่า การทำงานผ่านช่องทางนี้เป็นการทำงานตามโครงการที่มีระยะเวลาเป็นปี ๆ ตามระบบงบประมาณหรือตามนโยบายขององค์กรทุน ซึ่งพอจบโครงการ ก็มักจะไม่ได้ทำต่อ แต่การสร้างชุมชนเป็นเรื่องของการทำงานในเชิงวิธีคิดในระยะยาว ต้องทำต่อไปไม่มีวันจบสิ้น ต้องใช้เวลา ต้องสร้างกระบวนการขับเคลื่อนหรือสร้างกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ขยายผล ขยายพื้นที่ออกไปเรื่อย ๆ ไม่มีวันจบสิ้น จึงไม่ค่อยมีใครอยากมาทำตรงนี้ เพราะต้องใช้เวลานานและต้องทำด้วยจิตอาสาจริง ๆ

สำหรับ**การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมด้วยกระบวนการทางพุทธ หรือบางแห่งเรียกว่าจิตตปัญญา หรือสุขภาวะทางปัญญานั้น** พระกฎษดาได้แบ่งปันประสบการณ์ให้คณะวิจัยฟังว่า ทุกกระบวนการเป็นการทำงานที่ใช้หลักธรรมะในการเยี่ยม ดูแล เยียวยา แต่สิ่งที่สำคัญมาก ที่สุดประการหนึ่ง คือ การพูดความจริงและการให้ผู้ป่วยปล่อยวาง แต่ในทางปฏิบัติจริงก็ไม่สามารถพูดความจริงได้ง่าย ๆ เพราะผู้ป่วยจำนวนมากไม่ยอมรับความจริง และเรื่องการปล่อยวาง ก็ไม่สามารถใช้เพียงคำพูดง่าย ๆ ว่าให้ปล่อยวางนะโยม แต่จะต้องมีเทคนิควิธีต่าง ๆ ในการสื่อสารและการชวนพูดคุย นอกจากนี้ สิ่งที่สำคัญมากในการทำงานด้านนี้ คือ ตัวพระสงฆ์เองจะต้องไม่มีทิฐิมานะ หรือไม่มองว่าตนเองมีสถานภาพที่เหนือกว่าหรือสูงกว่าญาติโยม สูงกว่าทีมแพทย์พยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพที่ทำการรักษา สูงกว่าประชาชนหรือชุมชน แต่ต้องลดทิฐิมานะที่มีลงไป ต้องทำตัวให้เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวผู้ป่วย เป็นส่วนหนึ่งของ

ทีมสหวิชาชีพหรือทีมรักษา เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนหรือสังฆะแห่งการเยียวยา ไม่พูดหรือปฏิบัติหรือทำอะไรโดยไม่ได้ดูบริบทเฉพาะของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละครอบครัว เพราะผู้ป่วยและครอบครัวมีความแตกต่างกัน ซึ่งเท่าที่ตีความได้ พระกฎษดาแบ่งประชาชนออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ 1) ประเภทที่ยึดติดหรือยึดถือพิธีกรรมต่าง ๆ มาเป็นเวลานานแล้ว เช่น การทำพิธีขอขมา การใส่บาตร การถวายสังฆทาน ฯลฯ และ 2) ประเภทที่ยึดถือหลักธรรมะหรือแก่นสาระของธรรมะ

ซึ่งที่ผ่านมา พระกฎษดา พบว่า **ประชาชนกลุ่มแรกที่เน้นพิธีกรรม มีมากกว่ากลุ่มที่ 2 ที่เน้นเรื่องเนื้อหาสาระที่แท้ของหลักพุทธธรรม ดังนั้น ในกระบวนการเยี่ยม ดูแล เยียวยาผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม จะต้องให้ความสำคัญกับเรื่องนี้หรือสามารถวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องนี้ได้ด้วยว่ามีพื้นฐานแบบใด** ถ้าผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในกลุ่มที่ 2 คือ มีพื้นฐานด้านต่าง ๆ อยู่บ้างแล้ว เช่น เคยฝึกปฏิบัติสมาธิหรือการภาวนามาก่อน ก็อาจจะสามารถชวนพูดคุยเรื่องนี้ได้ แต่ก็จะต้องดูบริบทเฉพาะของแต่ละรายควบคู่กันไปด้วย เพราะถึงแม้จะมีความรู้เรื่องธรรมะอย่างลึกซึ้ง หรืออาจเคยฝึกปฏิบัติมาก่อนเป็นเวลานาน ก็ไม่ได้หมายถึงว่า พระสงฆ์จะต้องผลีผลามคุยเรื่องลึก ๆ หรือชวนทำสมาธิได้โดยอัตโนมัติ เพราะผู้ป่วยอาจไม่อยากให้พระเข้าไปยุ่งเกี่ยวหรือไม่อยากทำก็ได้ หรืออาจจะสามารถทำได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องให้พระสงฆ์แนะนำก็ได้ สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่มีรายละเอียดปลีกย่อย ที่จะต้องมีความใส่ใจและระมัดระวัง และต้องเป็นคนช่างสังเกต จะจะสามารถทำหน้าที่ได้ดี



ดังนั้น จะต้องไม่ใช่ชวนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงแก่นแท้ของศาสนาพุทธ หรือพูดเรื่องการทำสมาธิ หรือให้หลักการทำสมาธิ หรือใช้สมาธิบำบัดกับผู้ป่วยและครอบครัวทุกราย ถ้าทำเช่นนี้ ก็จะไม่ได้รับการยอมรับ เพราะคนส่วนใหญ่ยังไม่เคยฝึกปฏิบัติมาก่อน หรือไม่เคยอยู่ในชีวิตประจำวันของเขามาก่อน และที่จริงเป็นเรื่องยากที่จะสามารถปฏิบัติได้ในระยะเวลาอันสั้น แต่ถ้ารู้จักใช้เทคนิควิธี/กลยุทธ์/วิธีการสื่อสารต่าง ๆ ในการสอดแทรกหลักธรรมเข้าไปในกระบวนการรักษาแบบประคับประคองอย่างแนบเนียน ยกตัวอย่างเช่น การยกขาขึ้นขณะที่มีการทำกายภาพบำบัด (สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องทำกายภาพบำบัด) ซึ่งเป็นเรื่องการดูแลทางกาย **พระสงฆ์ก็อาจจะสอดแทรกเรื่อง การฝึกการหายใจให้กับผู้ป่วยไปพร้อม ๆ กัน ด้วยการใช้คำพูดที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจว่าเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ ไม่ยาก หรือเข้าใจได้ง่าย เช่น ขณะที่ผู้ป่วยยกขาขึ้น ก็ให้หายใจเข้าออก ตามหลักการดูลมหายใจ แต่จะไม่พูดว่า เป็นการทำสมาธิหรือฝึกสติ** ซึ่งปกติพระกฎษดามักจะพูดว่า... *“อ้าว โยมลองยกขาขึ้นซิ เอ้า หายใจเข้า เป็นยังไงบ้าง เอ้า เอาขาลง หายใจออก เป็นยังไงบ้าง”* แต่ถ้าเราไปบอกว่า ให้ทำสมาธิระหว่างที่ยกขา ผู้ป่วยหรือชาวบ้านทั่วไปก็ไม่ทราบว่าจะต้องทำอย่างไร เป็นต้น

สำหรับคำว่า **“จิตวิญญาณ” ในมุมมองของพระกฎษดา** ท่านมองว่า มันคือ ความเชื่อ คือ เชื่อว่าแต่ละคน แต่ละอาชีพมีศักยภาพหรือความสามารถในการทำความดี หรือทำหน้าที่และบทบาทของตนให้ดีที่สุดหรือใช้ความสามารถที่มีอยู่ให้เต็มที่ ให้บรรลุผลในด้านนั้น ๆ อาทิเช่น เรามักใช้คำนี้ในการอธิบายว่าบุคคลคนนั้นมีจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์ มีจิตวิญญาณของความเป็นแพทย์ มีจิตวิญญาณของความเป็นครู มีจิตวิญญาณของความเป็นพ่อแม่ มีจิตวิญญาณของความเป็นเพื่อน ฯลฯ ซึ่งก็คือ การทำในสิ่งที่ตนเองเชื่อและที่เป็นอยู่ให้ดีที่สุด ให้บรรลุผลให้ได้มากที่สุด แต่ท่านกล่าวว่า ในปัจจุบันมักใช้คำว่า “จิตตปัญญา” แทนคำว่า จิตวิญญาณ เพราะมีความชัดเจนมากกว่า

อย่างไรก็ดี พระกฎษดา<u>ไม่ได้</u>ใช้คำว่า “สุขภาวะทางปัญญา” หรือไม่ได้เอ่ยถึงคำนี้เลย (เนื่องจากท่านไม่ได้เข้าร่วมโครงการสุขภาวะทางปัญญาของเครือข่ายพุทธิกาโดยตรง) แต่อันที่จริงนั้น สิ่งที่ท่านทำโดยเฉพาะการสร้างชุมชนให้เข้มแข็งด้วย **“แนวคิดชุมชนกรุณา”** นั้น ที่จริงแล้วถือว่าเป็นการทำงานทั้งทางจิตและทางปัญญาร่วมกับชุมชน เพราะทำให้ชุมชนมีทั้งความรู้และความคิดและมีความปรารถนาที่จะช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ไม่ปล่อยทิ้งปัญหาต่าง ๆ ของชุมชน โดยเฉพาะไม่ทิ้งผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ ที่มีอยู่จำนวนมากในชุมชนของตนให้เป็นภาระกับหน่วยงานภายนอกหรือโรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งถ้าชุมชนสามารถทำเช่นนั้นได้ หรือบรรลุผลเช่นนั้นได้ ก็หมายถึงว่า ชุมชนมีสุขภาวะทางปัญญา แล้วนั่นเอง

นอกจากนี้ **ชุมชนตำบลห้วยยอดและชุมชนอื่น ๆ ในเขตเทศบาลทั้ง 8 ชุมชน ที่มีความเชื่อมโยงกับชมรมชายผ้าเหลือง ฯ และ รพ.ห้วยยอด ยังกลายเป็นชุมชนที่มีชื่อเสียงในเรื่อง ความมีจิตอาสาและบทบาทต่าง ๆ ของชุมชนในการสนองตอบต่อระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ** จึงมีความเหมาะสมในการสร้างเรียนรู้หรือเป็นพื้นที่ในการเรียนรู้เรื่องเวชศาสตร์ชุมชนและเรื่องกระบวนการสร้างจิตอาสา ฯลฯ ทำให้ชุมชนกลายเป็นพื้นที่ในการศึกษาดูงานและการฝึกอบรมของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และหน่วยงานอื่น ๆ อีกหลายแห่งด้วยกัน ด้วยเหตุนี้ พระกฐษดาจึงเป็นที่รู้จักในชุมชนมากขึ้น ประกอบกับมีผลงานต่าง ๆ หลายด้าน ทำให้เวลาทำงานในชุมชนยิ่งได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี เพราะมีพื้นฐานการทำงานมาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว และแน่นอนว่าชาวบ้าน/ชุมชนมองเห็นหรือสัมผัสได้ถึงความตั้งใจดีของท่าน เพราะท่านไม่มีวาระซ่อนเร้นอื่น ๆ แอบแฝงแต่อย่างใด แต่ตั้งใจทำงานเพื่อให้ชุมชนเกิดดวงตาเห็นธรรมในเรื่องความเจ็บป่วยและความตายที่ทุกคนจะต้องเผชิญไม่วันใดก็วันหนึ่งก็เท่านั้นเอง

ดังนั้น การพิจารณาบริบทเฉพาะของพระสงฆ์แต่ละรูป แต่ละวัด แต่ละพื้นที่ แต่ละจังหวัด จึงมีความสำคัญที่จะช่วยทำให้การทำงานส่งเสริมบทบาทพระสงฆ์หรือผู้นำทางจิตวิญญาณของศาสนาต่าง ๆ ได้เข้ามาร่วมในกระบวนการเยียวยาและดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่มีความสอดคล้องกับความจริงและสามารถทำให้ประสบผลสำเร็จได้มากยิ่งขึ้น

สำหรับกรณี**การเพิ่มประเด็น “สุขภาวะทางปัญญา” เข้ามาในระบบ** PC โดยเน้นบทบาทของพระสงฆ์และทีมสุขภาพที่ประกอบด้วยพยาบาลและจิตอาสาหรืออาสาสมัคร ในกรณีที่เป็นการทำงานในพื้นที่ ๆ ประชาชนนับถือศาสนาพุทธ ซึ่งถือว่าเป็นนวัตกรรมทางความคิดที่สำคัญ เพื่อทำให้ระบบมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และเมื่อวิเคราะห์เรื่องนี้ว่ามีความสอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณี ศาสนา บรรทัดฐานทางสังคมมากน้อยแค่ไหน อย่างไร ซึ่งพบว่า

นอกจากประเด็นต่าง ๆ ที่น่าสนใจ ที่พบในบริบทของศาสนาพุทธตามที่นำเสนอไปข้างต้นแล้ว เมื่อคณะวิจัยทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับองค์กรที่เน้นการใช้หลักศาสนาคริสต์ในการดูแล ก็พบว่า มีความน่าสนใจและเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาและยกระดับระบบ PC ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นด้วยเช่นกัน จึงจะขออนุญาตนำเสนอการทำงานด้านจิตใจ จิตวิญญาณ หรือสุขภาวะทางปัญญาในบริบทของสถานพยาบาลแนวคริสต์ไว้ ณ ที่นี้ด้วย จะได้เห็นความแตกต่างของการทำงานทางความคิดที่ลึกซึ้งและมีการปฏิบัติได้จริง และปัจจัยที่ทำให้เรื่องการสื่อสารหรือการแพร่กระจายมิติจิตใจ จิตวิญญาณในบริบทของศาสนา

คริสต์ หรือการดูแลผู้ป่วยแบบ PC ในบริบทของศาสนาคริสต์ทำได้ง่ายกว่าในบริบทของผู้นับถือศาสนาพุทธ



10. ความเข้ากันได้กับความคิด ความเชื่อ บรรทัดฐานของสถานพยาบาลแนวคริสต์: ศึกษาจากกรณีโรงพยาบาลเซ็นต์หลุยส์

ในลำดับต่อไปนี้ จะเป็นการนำเสนอบริบท ความเป็นมา พัฒนาการเชิงระบบของ รพ.เซ็นต์หลุยส์ ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของกลุ่มศาสนาคริสต์ เพราะมีความสำคัญในการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลทางด้านจิตใจ จิตวิญญาณ และ/หรือ สุขภาวะทางปัญญา นอกจากนี้ การวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบแบบข้ามบริบททางศาสนา ความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรม และบรรทัดฐานทางสังคม ยังช่วยทำให้มองเห็นทั้งความเหมือนและความแตกต่างในรายละเอียดทั้งด้านความคิด ความเชื่อ บรรทัดฐาน รวมถึงจุดแข็ง-จุดอ่อนต่าง ๆ ซึ่งเป็นภาพสะท้อนที่จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของประเทศไทยให้มีความครอบคลุมและมีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทเฉพาะต่าง ๆ (specific context) มากยิ่งขึ้นด้วย โดยเฉพาะในบริบทของกลุ่ม พื้นที่ องค์กรที่นับถือศาสนาพุทธ ที่ยังคงมีความสลับซับซ้อนและความไม่ชัดเจนในหลาย ๆ เรื่อง

ทั้งนี้ อาจกล่าวได้ด้วยว่า จากการเข้าเยี่ยม สนทนาพูดคุยและรับฟังข้อมูลต่าง ๆ ของ **รพ.เซ็นต์หลุยส์** คณะวิจัยไม่พบปัญหาตามที่กล่าวมาข้างต้น หรือไม่เหมือนกับในบริบทของกลุ่ม พื้นที่ องค์กรที่นับถือศาสนาพุทธ โดยเฉพาะในแง่ของการยอมรับหรือไม่ยอมรับบทบาทของผู้นำทางจิตวิญญาณหรือผู้ที่อยู่ในสถานภาพนักบวช หรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพราะบุคลากรส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลก็อยู่ในสถานภาพนักบวชและมีความสามารถในการทำการเยียวยาทางจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว เพราะองค์กรให้ความสำคัญกับเรื่องนี้มาตลอดตั้งแต่การก่อตั้งสถานพยาบาลแห่งนี้ หรือให้ความสำคัญมากกว่าการดูแลทางร่างกายเสียด้วยซ้ำ

ทั้งนี้ รพ.เซ็นต์หลุยส์ได้ตั้งเป้าหมายไว้แล้วด้วยว่า จะต้องทำอะไร อย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีความรู้สึกสบาย ไม่ทรมาน รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และได้รับการดูแลเยียวยาทุกด้านอย่างเป็นองค์รวม สำหรับการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ทาง รพ.ก็ได้กำหนดไว้อย่างชัดเจน ซึ่งเป็นการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย หรือนำความต้องการของผู้ป่วยมาใช้ในการกำหนดนิยามและความหมายของคำว่า **“ความต้องการด้านจิตวิญญาณ” (Spiritual need) ซึ่งในบริบทของ รพ.เซ็นต์หลุยส์ ความต้องการด้านจิตวิญญาณ หมายถึง 1) ความต้องการค้นหาความหมายและเป้าหมายของชีวิต 2) ความต้องการความรักและการให้อภัย 3) ความต้องการความหวัง 4) ความต้องการความ**

ไว้วางใจ การยอมรับและความมีคุณค่าในตัวเอง และ 5) ความต้องการมีที่พึ่งทางใจศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์

ซึ่งที่จริงนั้นไม่ใช่เป็นความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยหรือผู้ป่วยระยะท้าย แต่ทางสถานพยาบาลทราบดีว่าเป็นความต้องการของคนทั่วไปด้วย ไม่ใช่เฉพาะผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์ และที่สำคัญมาก ๆ คือ ทางโรงพยาบาลยึดเรื่อง “ความต้องการเหล่านี้” เป็นหลักในการดูแล ไม่ใช่มองแต่จากมุมของผู้ให้บริการ แต่มองจากมุมของผู้รับบริการว่ามีความต้องการอะไรบ้าง ซึ่งเชื่อมกับคำว่า **“สุขภาวะทางจิตวิญญาณ”** (spiritual well-being) ซึ่งหมายถึงสภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์พร้อม ทั้งร่างกาย จิตใจ มีความสุขในการมีชีวิต มีจิตวิญญาณที่สงบ ดำเนินชีวิตอยู่ในความจริงของสังคมได้อย่างดี พอใจในศาสนาที่ตนนับถือ ซึ่งนิยามดังกล่าว ได้สื่อสารกับชาวคริสต์เป็นปกติอยู่แล้ว และเมื่อยามเจ็บป่วยก็พยายามทำให้เกิด **“สุขภาวะทางจิตวิญญาณ”** ได้ในระดับหนึ่งในบริบทของผู้ป่วย ซึ่งถึงแม้ร่างกายจะป่วย แต่ก็สามารถมีจิตวิญญาณที่สงบ และพร้อมที่จะเดินทางไปเป็นหนึ่งเดียวกับพระเจ้า ทั้งนี้ มี **“พฤติกรรมความผาสุกทางจิตวิญญาณ”** เป็นเหมือนรูปธรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้ ซึ่งประกอบไปด้วย การมีความหวัง สงบ เยือกเย็น, พร้อมที่จะสู้เผชิญหรือดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมั่นใจ, มีกำลังใจเข้มแข็ง, ใบหน้าสดชื่น, สมหวัง และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

อันที่จริงนั้น รพ.เซ็นต์หลุยส์ ยึดหลักในการดูแลผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยระยะท้ายเหมือนกัน ที่เรียกว่า **“การพัฒนาการดูแลด้านจิตวิญญาณและการอภิบาล”** (Spiritual and Pastoral Care Development) ซึ่งเป็นการบูรณาการหลักการในการดูแลให้เป็นหนึ่งเดียวกัน ที่เน้นเรื่องความปลอดภัย (safety) ผลลัพธ์หรือผลการดูแลที่มีคุณภาพดี (good quality outcome) การดูแลตัวเองที่ดีและเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลด้านจิตวิญญาณและการอภิบาลที่ดี (good spiritual and pastoral care) ซึ่งจริง ๆ แล้ว รพ.เซ็นต์หลุยส์ให้ความสำคัญกับการดูแลด้วยจิตวิญญาณของทั้งผู้ดูแลหรือบุคลากรหรือผู้ให้บริการและการดูแลจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้รับบริการ และเมื่อเข้าสู่ระยะท้าย ก็ได้เน้นความสำคัญของการจัดการความปวด (pain management) และการเตรียมการด้านการตายดี (good death) และเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ก็ให้ความสำคัญกับการดูแลด้านจิตใจหรือสุขภาพจิต (mental care) ด้วย

ทั้งนี้ ที่ถูกต้อง น่าจะต้องกล่าวว่า รูปแบบการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณของ รพ.เซ็นต์หลุยส์ได้รับการพัฒนาควบคู่กับพัฒนาการของโรงพยาบาล ตั้งแต่เริ่มก่อตั้ง และได้เริ่มเก็บข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องนี้ในช่วงระหว่างปี ค.ศ. 2006- 2013 ซึ่งได้กำหนดตัวชี้วัดไว้ด้วยว่าผู้ป่วยช่วงสุดท้ายทุกราย (end of life : EOL) ต้องได้รับการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

ครบทั้ง 100% ทั้งนี้ในช่วงเวลาดังกล่าวยังได้ก่อตั้ง **“ชุมชนนักปฏิบัติด้านการดูแลช่วงท้ายของชีวิต” (community of practice of EOL) ซึ่งประกอบไปด้วยนักบวชและผู้แทนพยาบาลจากแต่ละหน่วยงานในโรงพยาบาลขึ้นมาด้วย เพื่อให้เกิดกลุ่มที่เกาะติดเรื่องนี้ มีการจัดการความรู้ และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างทั่วถึงทั้งองค์กร ส่วนหนึ่งเพราะองค์กรหรือสถานพยาบาลแห่งนี้ให้ความสำคัญกับ “ความรู้” และ “การเรียนรู้”**

ต่อมาในช่วงระหว่างปี ค.ศ. 2014-15 ก็ได้ผนวกคำว่า **“การดูแลแบบประคับประคอง”** เข้ามาด้วย และได้ทำการพัฒนาระบบงานด้านการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจและจิตวิญญาณและการดูแลแบบประคับประคองอย่างเข้มข้น เพื่อให้สามารถนำกระบวนการในการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณและการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองไปใช้ได้อย่างครอบคลุมกับผู้ป่วยทุกประเภทหรือทุกโรคระยะท้าย และเพื่อเป็นการประเมินและจัดเก็บข้อมูลได้อย่างชัดเจนมากขึ้น นอกจากนี้ ยังมีการขยายการติดตามผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและมีการติดตามดูแลญาติหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตด้วย และเพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ/จิตวิญญาณ และจิตปัญญาตามโมเดลของ รพ.เซ็นต์หลุยส์ ที่มีการกำหนดเรื่องนี้เป็นยุทธศาสตร์สำคัญขององค์กรด้วย

ดังนั้น ในช่วงระยะเวลาดังกล่าว จึงมีการจัดอบรมความรู้และทักษะด้านการดูแลจิตใจ/จิตวิญญาณและการดูแลแบบประคับประคองให้กับบุคลากรทั้งนักบวช แพทย์ พยาบาล ฯลฯ พร้อมทั้งจัดตั้งทีมที่ประกอบด้วย นักบวช แพทย์ พยาบาลจากหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล มีการปรับแนวปฏิบัติ ปรับคู่มือการดูแล และแบบประเมินต่าง ๆ พร้อมทั้งเน้นการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแล ส่งผลทำให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณและการดูแลแบบประคับประคองในช่วงเวลาดังกล่าวอย่างครบถ้วน

ต่อมาในช่วงปี ค.ศ. 2016-17 **เน้นการดูแลอภิบาลเพื่อบรรเทาความทุกข์ด้านจิตวิญญาณ** (spiritual pastoral care) ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การดูแลแบบ SLM (Saint Louis Model) พร้อมทั้งจัดตั้ง **“ศูนย์พระเมตตา”** ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยระยะท้ายหรือสถานที่การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตในช่วงท้าย (hospice care) และเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของญาติต่อการสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้นด้วย สำหรับศูนย์พระเมตตานี้ ได้กำหนดวิสัยทัศน์ไว้ว่า จะเป็นบ้านแห่งความรักและความเมตตาของพระผู้เป็นเจ้า มีภารกิจหรือพันธกิจที่สำคัญ คือ การเผยแพร่หรือกระจายข่าวดีจากพระผู้เป็นเจ้า รวมถึงการส่งมอบความรักและความเมตตาของพระผู้เป็นเจ้าในการเยียวยาทั้งร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วย

ดังนั้น ทีมที่ดูแลนอกจากจะต้องมีความเป็นมืออาชีพในการดูแลทางคลินิก (clinical care) แล้ว ยังจะต้องมีสมรรถนะหรือความเชี่ยวชาญในด้านการดูแลเยียวยาอภิบาลทางจิตวิญญาณด้วย ทั้งนี้ ได้เกริ่นไปตั้งแต่ต้นแล้วว่า การดูแลอภิบาลทางจิตใจและจิตวิญญาณในบริบทของ รพ.เซ็นต์หลุยส์นั้นคืออะไร และประกอบไปด้วยอะไรบ้าง **ประเด็นที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ศูนย์พระเมตตา และ รพ.เซ็นต์หลุยส์เน้นย้ำหรือให้ความสำคัญในลำดับต้น ๆ ในการทำงานของศูนย์ ฯ ก็คือ วัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย (culture of quality and safety) ซึ่งหมายถึงว่า บุคลากรทุกคนต้องให้บริการอย่างมีคุณภาพ และจะต้องมีความปลอดภัยทั้งตัวบุคลากรและผู้ป่วย**

ศูนย์พระเมตตา รับดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาไม่เกิน 4 สัปดาห์ (นับตั้งแต่วันแรกที่เข้ารับการดูแลที่ศูนย์ ฯ) เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับการเสียชีวิตอย่างดีที่บ้าน (death at home) สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษามาตรฐานและที่มีการพยากรณ์การมีชีวิตอยู่ไม่เกิน 6 เดือน นอกจากนี้ทั้งผู้ป่วยและญาติเป็นผู้แสดงความจำนงในการเข้ารักษาในศูนย์ ฯ โดยได้รับการชี้แจงจากแพทย์และพยาบาลผู้ดูแลถึงการดูแลรักษาในศูนย์ ฯ ว่าเป็นการดูแลที่มุ่งเน้นเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและอาการที่ไม่สุขสบายต่าง ๆ ไม่ใช่การรักษาเพื่อให้หายจากโรค อย่างไรก็ตาม ศูนย์ ฯ นี้ไม่รับดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคทางจิตเวชและที่ต้องการการดูแลอย่างเร่งด่วน รวมถึงไม่รับผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคพื้นฐานที่ยังสามารถรักษาทางอายุรกรรมให้ดีขึ้นได้

สิ่งที่พบที่ รพ.เซ็นต์หลุยส์อีกประการหนึ่งที่สำคัญมาก คือ เป็นองค์กรที่มองภาพผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดกับองค์กรอย่างเป็นองค์รวม ดังนั้น ระบบและโครงสร้างการทำงานขององค์กรจึงสะท้อนความเป็นองค์รวมในเชิงวิธีคิดที่สามารถแปรสู่การปฏิบัติได้ดีมาก ครอบคลุมทุกคน ทุกฝ่าย ทุกมิติ ทุกประเด็นที่เกี่ยวข้อง นอกจากเน้นการบริการที่มีคุณภาพอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตใจและจิตวิญญาณ และเน้นความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นสำคัญแล้ว ยังเน้นเรื่องความสุขของบุคลากรหรือผู้ให้บริการหรือถือว่าสิ่งนี้เป็นวิสัยทัศน์ จุดมุ่งหมายและพันธกิจที่ต้องมีและต้องดำเนินการควบคู่กันไปด้วย เพราะถ้าบุคลากรมีความสุข ก็จะทุ่มเทในการทำงานให้มีคุณภาพตามไปด้วย และที่สำคัญมากอีกประการหนึ่ง ก็คือ เป็นสถานพยาบาลที่เน้นการเป็น **“องค์กรแห่งการเรียนรู้”** (learning organization)

ทั้งนี้ คณะวิจัยสามารถสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจนตลอดช่วงระยะเวลาของการสนทนาพูดคุยและในระหว่างการนำเสนอความเป็นมา วิสัยทัศน์ จุดมุ่งหมาย กระบวนการและวิธีการทำงาน รวมถึงผลผลิตและผลลัพธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นขององค์กรแห่งนี้ โดยทีมงานที่รับผิดชอบ นอกจากนี้ ยังพบว่า เป็นการนำเสนอสไลด์ (slide presentation) ที่มีเนื้อหาสาระครอบคลุมพัฒนาการขององค์กรและพัฒนาการของระบบ PC ที่อยู่บนฐานของการศึกษา วิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และนำผลที่ได้มาใช้ในการปรับปรุงระบบการทำงานตลอดเวลาที่ผ่านมา ไม่ใช่การนึกคิดหรือมโนเอาเอง แต่เป็นการทำงานที่มีระบบคุณค่าหลักที่ชัดเจน (Core Values) และจะเห็นได้ว่าผังขับเคลื่อนเชิงกลยุทธ์ขององค์กรที่กำหนดไว้ในช่วงระหว่างปี 2019-2021 นั้น มีความครอบคลุมทั้งจุดมุ่งหมายหรือเป้าประสงค์ที่มีต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้รับบริการ ที่จะต้องมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี (good clinical outcome) และมีความพึงพอใจในบริการ และมีแผนและโครงการต่าง ๆ รองรับอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรมในการนำไปสู่จุดมุ่งหมายหรือเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ดังกล่าว และสำหรับบุคลากร ที่จะต้องมีความสุข มีความรักและความผูกพันต่อองค์กรก็เช่นเดียวกัน รวมถึงการวางสถานภาพของการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ก็เช่นกันที่พบว่า ได้มีการกำหนดแผนกลยุทธ์และโครงการรูปธรรมต่าง ๆ รองรับไว้อย่างชัดเจน หรือมีความเป็นรูปธรรมในทุกองค์ประกอบ ทุกมิติ ซึ่งถือว่าเป็นโมเดลการทำงานที่น่าสนใจมาก มีความสอดคล้องกับความจริง อยู่บนหลักของเหตุและผลที่มีความเชื่อมโยงกัน ไม่เลื่อนลอย สามารถตรวจสอบได้ และที่สำคัญคือ มีการสื่อสารซึ่งกันและกันอย่างกัลยาณมิตร เพราะทุกคนอยู่ภายใต้ความคิดและความเชื่อเดียวกัน คือ การเป็นผู้ส่งมอบความรักและความเมตตาให้กับผู้รับบริการ

ในขณะที่องค์กรสุขภาพหรือสถานพยาบาลอื่น ๆ (ที่อยู่ภายใต้บริบทเชิงระบบและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข) ที่คณะวิจัยได้มีโอกาสไปเยี่ยม จะพบว่า มีปัญหาเรื้อรังสำคัญมาเป็นเวลานานหลายเรื่อง โดยเฉพาะเรื่องจำนวนบุคลากรที่ไม่พอเพียง ทำให้ภาระงานหนักมากเกินไป และที่จริงทำให้มีความเสี่ยงทั้งต่อตัวบุคลากรเองและผู้รับบริการ บุคลากรไม่ค่อยมีความสุข จำนวนมากรู้สึกขาดความมั่นคงในตำแหน่งหน้าที่การงาน เพราะจำนวนมากยังไม่ได้รับการบรรจุ จำนวนมากอยากทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคองเต็มเวลา แต่ยังไม่สามารถทำได้ เพราะมีภารกิจอื่น ๆ อีกมากและที่สำคัญคือ ประเด็นเรื่องความสุขและความรักความผูกพันของบุคลากร ไม่ได้ถูกนำมาผนวกไว้ในผังและโครงสร้างการทำงานขององค์กร/สถานพยาบาลต่าง ๆ แต่มองแยกเป็นส่วน ๆ ไม่พูดถึงความสุขของ

บุคลากร[70] ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะสถานพยาบาลต่าง ๆ เหล่านี้ต้องขึ้นต่อระบบและโครงสร้างของกระทรวงขนาดใหญ่ที่มีลักษณะรวมศูนย์ที่ส่วนกลาง จึงไม่มีสิทธิ์คิดและออกแบบระบบและโครงสร้างองค์กรได้เอง ไม่เหมือนกับ รพ.เซ็นต์หลุยส์ ที่มีอิสรภาพเต็มที่ในการออกแบบระบบและโครงสร้างองค์กรได้ด้วยตนเอง

นอกจากนี้ สถานพยาบาลหลาย ๆ แห่งที่คณะวิจัยได้มีโอกาสไปเยี่ยม พบว่า ทีมงาน PC มีความทุกข์จากการที่หัวหน้างานหรือหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หรือผู้บริหารองค์กรยังไม่สนับสนุนการทำงานในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หรือยังสนับสนุนไม่เต็มที่ ไม่เป็นระบบ เพราะไม่ให้คุณค่า ไม่เข้าใจ มองเฉพาะบางกลุ่ม บางส่วน ไม่มองภาพสังคมและองค์กรอย่างเป็นองค์รวม ทำให้ทีมงานที่สนใจ ให้คุณค่า สละเวลามาทำเรื่องนี้ ต้องเจรจาต่อรอง ต่อสู้ดิ้นรน ต้องใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ ในการชักชวนแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ในส่วนต่าง ๆ ให้มาทำงานตรงนี้ หรือบางแห่ง ขอแค่อย่างน้อยที่สุด คือ ขอให้แพทย์เจ้าของไข้ส่งมาขอรับคำปรึกษาหรือส่ง consult กับทีม PC ก็พอแล้ว หรือถือว่าเป็นบุญแล้ว เป็นต้น ยังไม่ต้องพูดถึงการเยียวยาทางจิตใจและจิตวิญญาณ หรือสุขภาวะทางปัญญา ซึ่งเป็นเรื่องที่เป็นนามธรรม ที่แพทย์จำนวนมากรู้สึกว่าจับต้องยาก ดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น

ในขณะที่สถานพยาบาลหลายแห่งที่ไปเยี่ยม จนถึงป่านนี้ ก็ยังไม่ได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้างานสายตรง ทำให้การพัฒนาเชิงระบบทำได้ยากมาก ๆ ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าเห็นใจและน่าเสียดายเป็นอย่างยิ่ง เพราะลำพังภาระงานที่ทำอยู่ก็หนักพอแล้ว ทีมงาน PC ยังต้องใช้พลังงานและเวลาในการเจรจา สื่อสาร ชักชวน ต่อรอง เพื่อให้ได้ทั้งกำลังคน งบประมาณ สถานที่ ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ในบางแห่งถึงขั้นเกิดความเบื่อหน่าย ความท้อแท้ก็มี ซึ่งอันที่จริง หัวหน้าองค์กรและหัวหน้างานทุกระดับตั้งแต่รัฐมนตรีลงไปจนถึง รพ.สต. ควรเข้าใจเรื่องนี้อย่างเป็นระบบ มองชีวิตมนุษย์ได้อย่างครบถ้วนตั้งแต่เกิดจนตาย ให้ความสำคัญกับทุกกลุ่มอายุ ทุกเพศ ทุกวัย ทุกสถานภาพ และเข้ามาวางระบบร่วมกัน เหมือนกรณีของ รพ.เซ็นต์หลุยส์ ที่มีระบบคิด ความคิด วิธีคิด วิธีมองที่ชัดเจน และให้ความสำคัญกับสิ่งที่เป็นภายในของมนุษย์ หรือที่เรียกว่า จิตใจ จิตวิญญาณ จิตตปัญญา มากกว่าสิ่งที่เป็นภายนอก เพราะ

70 ในความเป็นจริง ได้มีการพูดถึงเรื่องความสุขของบุคลากร แต่เป็นการให้บุคลากรทำแบบประเมินความสุขที่ใช้เครื่องมือต่าง ๆ ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระให้กับบุคลากรมากกว่าเป็นการสร้างความสุข เพราะบุคลากรมีภาระงานต่าง ๆ ที่มากจนล้นมืออยู่แล้ว ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้บุคลากรไม่มีความสุข เพราะภาระงานไม่สอดคล้องกับเวลาและค่าตอบแทน และไม่สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานการดูแล ที่มีการกำหนดชั่วโมงการทำงานไว้ เช่น การเข้าเวรไม่ควรเกินกี่ชั่วโมงติดต่อกัน แต่ในทางปฏิบัติจริง บุคลากรจำนวนมาก ต้องทำงานที่ขัดกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ การประเมินความสุขด้วยแบบประเมินต่าง ๆ ของบุคลากรนั้น ไม่ได้นำผลที่ได้จากการประเมินไปใช้ประโยชน์อะไรต่อ – ข้อมูลจากการสนทนากับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในวาระและโอกาสต่าง ๆ ตลอดช่วงระยะเวลาสิบกว่าปีที่ผ่านมา

มองว่าภายในเป็นตัวกำหนดภายนอก จึงให้ความสำคัญกับเรื่องจิตใจ จิตวิญญาณ จิตตปัญญา มาตั้งแต่ก่อตั้งสถานพยาบาล

โดยสรุป : จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบบริบทต่าง ๆ ที่มีความแตกต่างกันดังกล่าวข้างต้น ชี้ให้เห็นว่า กลุ่ม พื้นที่ และองค์กรที่นับถือศาสนาพุทธ และ/หรือ องค์กรที่ทำงานกับกลุ่มประชาชนที่นับถือศาสนาพุทธเป็นหลักนั้น หลายแห่ง หลายพื้นที่ยังคงเผชิญกับความไม่เข้าใจ ความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับคำว่า “สุขภาวะทางปัญญา” ในบรรดาทีมงานที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย PC รวมถึงความไม่เข้าใจ ความไม่ชัดเจน และการไม่ยอมรับบทบาทของพระสงฆ์ในบรรดาประชาชนและชุมชนในอีกหลาย ๆ พื้นที่ หลาย ๆ กรณี เนื่องจากคุณลักษณะและบริบทต่าง ๆ ของพระสงฆ์และสถาบันสงฆ์เอง เช่น อายุน้อยไป พรรษาน้อยไป อาวุโสน้อย ไม่มีประสบการณ์ เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่เพิ่งบวชใหม่ มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีปัญหาสุขภาพ หรือผู้มีอำนาจสูงสุดในวัด/สถาบันสงฆ์ไม่ส่งเสริมการแสดงบทบาทตรงนี้อย่างเต็มที่ รวมถึงลักษณะหรือรูปแบบการเยี่ยมผู้ป่วยของโครงการสุขภาวะทางปัญญา ฯ ในช่วงต้น ที่ทำให้ผู้ป่วยและญาติบางส่วนเกิดความวิตกกังวล ความไม่พอใจ ทำให้ไม่ได้รับการยอมรับในช่วงต้น ซึ่งต่อมาก็ได้ปรับรูปแบบ และเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่ ๆ พระสงฆ์มีความพร้อม มีความประสงค์ในการมีบทบาทด้านนี้ตั้งแต่แรก หรือเป็นฝ่ายติดต่อแจ้งความจำนงในการแสดงบทบาทกับทางโรงพยาบาล เช่นกรณีของวัดห้วยยอด อ.ห้วยยอด จ.ตรัง นำโดยพระกฎษดา ขันติกโร จะเห็นได้ว่า มีความแตกต่างในเรื่องวิธีคิด วิธีทำงาน มีความลึกซึ้งในแนวคิด ทำให้สามารถขับเคลื่อนได้ทั้งในระดับลึกและระดับกว้าง ทั้งระดับปัจเจกบุคคล ระดับกลุ่ม/องค์กร และระดับชุมชน

แต่ช่องทางการทำงานส่วนใหญ่ของชมรมชายผ้าเหลืองหรือพระกฎษดา เป็นแบบไม่เป็นทางการ ไม่เน้นการทำงานแบบที่ให้ความสำคัญกับยศถาบรรดาศักดิ์หรือโครงสร้างตามลำดับชั้นที่เป็นทางการ เวลาจัดกิจกรรม ไม่มีการออกหนังสือเชิญผู้มีตำแหน่งสูงอย่างเป็นทางการ แต่ใช้วิธีบอกปากต่อปาก เพื่อสร้างความเป็นจิตอาสา ที่จะยั่งยืนกว่าการทำงานผ่านช่องทางโครงสร้างองค์กรที่แข็งตัว ส่วนหนึ่งเป็นเพราะแนวคิดที่ใช้มีความชัดเจนและกิจกรรมที่ใช้ก็มีความหลากหลาย หรือมีหลายแบบ หลายวาระ หลายโอกาส มีการปรับเปลี่ยนไปตามบริบทของผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรม ทำให้เข้าถึงกลุ่มคนที่มีสถานภาพและวัยที่ต่างกันได้มากกว่าได้รับการยอมรับมากกว่า อีกส่วนหนึ่งเป็นเพราะ ได้เคยประสบกับความจริงมาแล้วว่า การใช้ช่องทางที่เป็นทางการหรือตามโครงสร้างที่มีการแบ่งลำดับชั้นที่ผ่านมา หรือการทำงานกับพระผู้ใหญ่ที่อาวุโส มีสมณศักดิ์ ไม่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้มากเท่ากับการขับเคลื่อนในแนวราบในชุมชนและการใช้ช่องทางต่าง ๆ ที่ไม่เป็นทางการในการทำงาน เพราะเน้นการสร้างจิตอาสามากกว่าการบังคับ

เช่นเดียวกับ**กลุ่มพระคิลานธรรม** ที่มีแกนขับเคลื่อนหลักที่เป็นพระสงฆ์จากวัดต่าง ๆ ประมาณ 7-8 รูปและมีสมาชิกหรือเครือข่ายพระสงฆ์ที่สนใจเรื่องนี้ประมาณ 30 รูป ซึ่งก็เป็นกลุ่มพระสงฆ์ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่อง “ชีวิตและความตาย” ซึ่งส่วนใหญ่มีความสนใจเรื่องการเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ประกอบกับมีความรู้เรื่องการสื่อสารการให้คำปรึกษาแนวพุทธ หรือจิตวิทยาในการให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่มีลักษณะผสมผสานระหว่างวัฒนธรรมประเพณีที่อิงกับพุทธปรัชญาและการใช้เทคนิควิธีการให้คำปรึกษาแบบสมัยใหม่ (modern counseling) เข้ามาด้วย ยิ่งทำให้มีเครื่องมือในการทำงานที่มีความชัดเจน ทำให้ทีมงานมีความมั่นใจอย่างมองเห็นได้ชัดเจน

ประเด็นสำคัญที่พบอีกประการที่สามารถสรุปได้ ณ ที่นี้ในกรณีของศาสนาพุทธ ก็คือ พระสงฆ์มี 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ 1) พระสงฆ์ทั่วไป และ 2) พระสงฆ์ที่ผ่านการฝึกกรรมฐาน/สมาธิ/สติ มีความรู้ในหลักธรรมอย่างลึกซึ้ง ทำให้ประชาชนเองก็มี 2 ประเภทใหญ่ ๆ ตามไปด้วย (เพราะประชาชนได้รับการถ่ายทอดผ่านทางพระสงฆ์/สถาบันสงฆ์) คือ 1) ประชาชนทั่วไป และ 2) ประชาชนที่มีการฝึกปฏิบัติสมาธิ/สติ/เตรียมตัวเรื่องมรณานุสติมาแล้วระดับหนึ่ง สำหรับพระสงฆ์ที่มีความรู้ มีการฝึกปฏิบัติสมาธิ หรือการฝึกกรรมฐานมาเป็นเวลานานพอสมควร รวมทั้งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน ทั้งพระไพศาล พระวิชิต พระครรชิต พระจิตร์ พระกฎษดา พระอานนท์และกลุ่มคิลานธรรม ก็จะสามารถแสดงบทบาทในการเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณหรือมีส่วนในการทำให้ผู้ป่วย “ตายดี” และ/หรือทำให้ผู้ป่วยและญาติเตรียมเรื่อง การเผชิญกับความตายและการสูญเสียได้มากกว่าหรือเกิดผล

ที่ชัดเจนมากกว่ากลุ่มพระสงฆ์ที่เป็นพระทั่วไป ที่ไม่ได้ปฏิบัติหรือฝึกสมาธิ-สติ/กรรมฐานอย่างเข้มข้น

สำหรับสิ่งที่ต้องระมัดระวังเป็นอย่างมาก ก็คือ **อย่าลืมว่า "สัญลักษณ์ผ้าเหลือง" อาจจะไม่ใช่สัญลักษณ์เชิงบวกสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายทุกคน เพราะจำนวนมากมองว่า ถ้าได้พบพระสงฆ์หมายถึงว่า ตนเองกำลังจะตาย และจำนวนไม่น้อยไม่ได้ศรัทธาในศาสนาพุทธหรือพระสงฆ์บางรูปที่อยู่ในพื้นที่ บางแห่งมีความขัดแย้งกับชาวบ้าน/ชุมชนด้วยซ้ำ**

สำหรับผลการเปรียบเทียบกับบริบทของสถานพยาบาลแบบคริสต์ หรือ รพ.เซ็นต์หลุยส์ พบว่า เป็นสถานพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับเรื่องจิตใจ จิตวิญญาณ หรือจิตตปัญญาอยู่แล้วตั้งแต่ก่อตั้งสถานพยาบาล และเมื่อได้ผนวกเรื่อง การดูแลแบบประคับประคอง เข้าไปก็ยิ่งทำให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการดูแลจัดการอาการ การจัดการความปวด ซึ่งเป็นการดูแลทางกายที่ส่งผลต่อจิตใจ ซึ่งก่อนหน้านั้น อาจจะยังไม่ค่อยชัดเจนในเรื่องนี้ แต่สำหรับปัญหาความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลทางจิตใจ จิตวิญญาณ หรือจิตตปัญญานั้น ไม่พบประเด็นปัญหานี้ใน รพ.เซ็นต์หลุยส์หรือสถานพยาบาลแบบคริสต์นี้เลย เนื่องจากทีมงานทุกคน ทุกระดับเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนี้เป็นอย่างดีอยู่แล้ว

ดังนั้น จึงมีความน่าสนใจว่า ถ้าองค์กร หน่วยงานหรือสถานพยาบาลในบริบทของศาสนาพุทธได้มีการจัดวางโครงสร้างองค์กรที่เน้นเรื่องนี้ (จิตใจ จิตวิญญาณ จิตตปัญญา) ตั้งแต่ต้นหรือใส่ไว้ในโครงสร้างองค์กร และมีการสื่อสารอย่างทั่วถึงครอบคลุมทุกระดับ ก็น่าจะช่วยทำให้พระสงฆ์/สถาบันสงฆ์ได้รับการยอมรับมากขึ้น และ/หรือ สามารถสื่อสารกับประชาชนได้ง่ายขึ้น ถูกต้องมากขึ้น มีแบบแผนหรือไปในทางเดียวกันมากขึ้น



11. สรุปผลการวิเคราะห์การขับเคลื่อนและการพัฒนาระบบ PC ด้วยกรอบแนวคิดและทฤษฎีโรเจอร์สและชูเมกเกอร์

สามารถสรุปข้อค้นพบสำคัญ ๆ ได้ ดังนี้คือ

1. **ระบบ PC มีข้อได้เปรียบในเชิงเปรียบเทียบกับระบบเดิมอย่างแน่นอน** เพราะทำให้ค่าใช้จ่ายถูกลง ผู้ป่วยและครอบครัวพึงพอใจ ได้รับการปลดความทุกข์ ได้รับความสบาย คลายความวิตกกังวล ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จิตอาสา และพระสงฆ์ ก็มีความสุข รู้สึกชีวิตของตนมีคุณค่า เพราะได้ทำสิ่งที่มีคุณค่าให้กับผู้ป่วย

2. สำหรับ**ความเข้ากันได้กับความคิด ความเชื่อ บรรทัดฐานของปัจเจกบุคคล กลุ่ม พื้นที่ องค์กร และพื้นฐานทางศาสนาเดิมนั้น** พบว่า ระบบ PC และการสื่อสาร เผยแพร่เรื่องการตายดี การเตรียมตัวตายด้วยมรณานุสติ การไม่ยื้อ-ไม่เร่งการขอตายตามธรรมชาติ ยังคงมีปัญหา หรือเข้ากันไม่ค่อยได้กับความคิด ความเชื่อเดิมของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มที่นับถือศาสนาพุทธ ที่พบจากการวิจัยครั้งนี้ ยังยอมรับเรื่องนี้ได้น้อยกว่ากลุ่มที่นับถือศาสนาคริสต์และศาสนาอิสลาม

3. ในบางพื้นที่ ได้รับเสียงสะท้อนมาว่า ผู้ชายจำนวนมากไม่เชื่อในเรื่องจิตใจ จิตวิญญาณ หรือไม่เชื่อในเรื่องการเตรียมตัวตายด้วยมรณานุสติ และไม่เคยฝึกเรื่องนี้ ถ้าเทียบกับผู้หญิงยอมรับเรื่องนี้ได้มากกว่า หรือเตรียมตัวได้ดีกว่า

4. กลุ่มที่นับถือศาสนาคริสต์และอิสลามมีการเตรียมตัวมากกว่า ดีกว่า และเชื่อว่าไม่ใช่การสูญสิ้น แต่เป็นการเดินทางไปอีกภพภูมิหนึ่ง และการตายเป็นบัญชาการของพระเจ้า หรือพระอัลเลาะห์ จึงไม่ฟูมฟาย เพราะได้เตรียมเสบียงต่าง ๆ ไว้พร้อมแล้ว ถ้ารักษาไม่ได้ หรือรักษาถึงที่สุดแล้วแต่ไม่หาย ก็ถือว่า เป็นความประสงค์ของพระเจ้า และสำหรับผู้นับถือศาสนาอิสลาม จะไม่มีการฟ้องร้อง ถ้าทุกฝ่ายทำดีที่สุดแล้ว

5. สำหรับ**ความสลับซับซ้อน** พบว่า การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยด้วยแนวคิด PC มีความยุ่งยากกว่าแบบเดิม เพราะต้องใช้เครื่องมือต่าง ๆ หลายอย่าง และต้องประเมินถึง 9 ด้าน ซึ่งต้องฝึกฝนพอสมควร เพราะแบบเดิมไม่ต้องประเมินมิติจิตใจ จิตวิญญาณ ความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย และความพร้อมในการยอมรับความตาย

6. **ระบบ PC เป็นระบบที่สามารถทดลองทำได้** หรือในหลาย ๆ กรณี พบว่า มีการลองผิดลองถูก เช่น กรณีการทำงานของแพทย์จบใหม่ ที่ไม่มีประสบการณ์ ไม่ถนัดในการใช้เครื่องมือประเมินเช่น ค่า PPS หรือในช่วงแรก ๆ ที่ยังไม่มีความรู้เรื่องการใช้ยามอร์ฟีน แต่คนไข้มีความเจ็บปวดและไม่ทราบว่าจะทำอย่างไร ส่วนใหญ่ให้สวดมนต์ แต่ผู้ป่วยไม่ต้องการ หรือกรณีแพทย์แผนไทยที่คิดค้นวิธีช่วยเหลือต่าง ๆ ในการลดความปวด หรือ นักโภชนาการ/โภชนากร เรื่องการคิดค้น/ทดลองสูตรอาหารสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย แต่พบว่า ส่วนใหญ่มีความระมัดระวังสูง เพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาด ไม่เป็นการละเมิด และไม่ทำให้เกิดปัญหาทางจริยธรรม

7. **ระบบ PC เป็นระบบที่ทำให้เกิดผลเชิงประจักษ์หรือสังเกตเห็นผลหรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน** เพราะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวลดความวิตกกังวล ลดความทุกข์ ได้รับยาแก้ปวด ได้รับการดูแลมิติจิตใจหรือจิตวิญญาณ ถึงแม้ส่วนใหญ่จะยังไม่มีความชัดเจนในเรื่อง มิติจิตวิญญาณ หรือเครื่องมือการประเมินยังไม่ชัดเจน หรือยังมีความแตกต่างหลากหลายมาก หรือยังไม่ค่อยได้ดำเนินการในประเด็นนี้ก็ตาม แต่ก็ถือว่ามีความพยายาม ซึ่งคาดว่าจะดีขึ้น ในโอกาสต่อ ๆ ไป

8. **สำหรับช่องทางการเผยแพร่หรือกระจายแนวคิดและรูปแบบระบบ ได้ใช้ทุกช่องทาง หรือทุกทิศทุกทาง ทั้งแบบเป็นทางการ ไม่เป็นทางการ แบบโครงสร้างแนวดิ่ง แบบความสัมพันธ์แนวราบ** การสื่อสารบุคคลกับบุคคล บุคคลกับกลุ่มบุคคล กลุ่มบุคคลกับกลุ่มบุคคล บุคคลกับเครือข่ายหลากหลายประเภท ทำให้การกระจายตัวของแนวคิดและรูปแบบระบบ PC เกิดขึ้นได้อย่างค่อนข้างรวดเร็ว ทั่วถึง และกำลังก้าวสู่ความครอบคลุมในเขตเมืองใหญ่ด้วย

9. **ประเด็นช่วงเวลาและ/หรือระยะเวลาในการทำงาน**ขับเคลื่อนเรื่องนี้ พบว่า มีความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ทำให้ระบบ PC เกิดได้อย่างทันท่วงที เพื่อรับมือกับปัญหาการเป็นสังคมสูงวัยได้ทัน แต่จำเป็นจะต้องมีการขยายผลและต่อยอดการทำงานต่อไปอีก เพราะหลาย ๆ แห่งเพิ่งเริ่มต้น ยังไม่มีแพทย์ เภสัชกร และวิชาชีพอื่น ๆ ที่พอเพียง เช่น นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด ฯลฯ ยังไม่มีเครื่องมือ/อุปกรณ์ จำนวนมากยังไม่มีความรู้ เพราะยังไม่มีเวลาไปอบรม เพราะงานล้นมือ ไม่มีคนทำแทน ทำให้ไปอบรมไม่ได้ ประกอบกับบุคลากรได้รับค่าตอบแทนไม่เหมาะสมด้วย หรือมีความเหลื่อมล้ำเรื่องค่าตอบแทน

10. **สำหรับประเด็นระบบสังคม ที่มีองค์ประกอบหลายภาคส่วน หลายระดับ เพราะเป็นระบบและโครงสร้างแบบรวมศูนย์อำนาจไว้ที่ส่วนกลาง ทำให้มีอำนาจการตัดสินใจอยู่ในหลาย ๆ ระดับ ทำให้ต้องมีการสื่อสารหลายช่องทาง หรือใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ หลายอย่าง**

11. **ระบบ PC ที่พยายามเพิ่มมิติการดูแลจิตใจ จิตวิญญาณ หรือสุขภาวะทางปัญญาเข้ามา ผ่านการแสดงบทบาทของพระสงฆ์ ผู้นำทางศาสนา หรือผู้นำทางจิตวิญญาณนั้น พบว่า เป็นสิ่งที่ดี** ทำให้แนวคิดนี้เกิดการกระจายไปยังพื้นที่ต่าง ๆ แต่ก็พบว่า ในหลาย ๆ พื้นที่ยังดำเนินการเรื่องนี้ ได้ไม่ค่อยดี เพราะมีปัจจัยทางด้านพระสงฆ์/วัดเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น อายุน้อย พรรษาน้อย เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ ชาวบ้านไม่ยอมรับ หรือพระสงฆ์อายุมาก ป่วย ไม่สามารถไปโปรดญาติโยมได้ หรือพระสงฆ์ไม่ได้รับการยอมรับเนื่องจาก ท่าทีและพฤติกรรมของพระสงฆ์เอง

12. **การขับเคลื่อนมิติจิตใจ จิตวิญญาณ** หรือสุขภาวะทางปัญญามีความชัดเจนในบริบทของสถานพยาบาลแนวคริสต์ เพราะมีการปูพื้นฐานด้านนี้มาเป็นเวลานาน ตั้งแต่ก่อตั้งสถานพยาบาล และที่สำคัญ ไม่ได้ดูแลมิติจิตใจ จิตวิญญาณเฉพาะกับผู้ป่วย แต่ให้ความสำคัญกับบุคลากรทุกคนด้วย หรือจะเรียกว่า อยู่ในจิตวิญญาณขององค์กรเลยก็ได้ ทำให้การสื่อสารเรื่องนี้ทำได้ง่ายมาก เพราะบริบทองค์กรเน้นเรื่องนี้อยู่แล้ว ทำให้ไม่เลื่อนลอย สัมผัสได้

13. สัญลักษณ์ผ้าเหลือง ไม่ใช่สัญลักษณ์เชิงบวกสำหรับทุกคน เพราะคนจำนวนมากไม่ได้ศรัทธาในพระสงฆ์หรือศาสนาพุทธแล้ว ต้องมีความระมัดระวังสูง

14. พระสงฆ์จำนวนมากแสดงบทบาทในเชิง **"สาธารณสงเคราะห์"** มากกว่าการเยียวยาทางจิตใจหรือจิตวิญญาณ เพราะท่านไม่ได้ผ่านการฝึกอบรมให้แสดงบทบาทในการเยียวยาจิตใจ หรือจิตวิญญาณ และยังไม่สามารถสื่อสารเรื่อง PC ได้ เพราะไม่ได้อบรมเรื่องทักษะการสื่อสารมา

15. พระสงฆ์ไม่สามารถแสดงบทบาทเป็นผู้เยียวยาทางจิตใจหรือจิตวิญญาณ หรือเข้ามาร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้ทุกรูป เพราะบางรูปทดลองทำแล้ว รู้สึกไม่ใช่จริต ความชอบ ความถนัดของท่าน จึงไม่ควรคาดหวังให้พระสงฆ์แสดงบทบาทในด้านนี้ได้ทั้งหมด ควรพิจารณาบริบทที่เกี่ยวข้องด้วย เพราะจำนวนมากต้องการปฏิบัติธรรม, เรียนหนังสือ, ทำงานอื่น ๆ ที่ถนัดมากกว่า



ส่วนที่ 3
บทสรุปภาพรวม ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะ

บทสรุปภาพรวม ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะ ณ ที่นี้ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 สรุปผลและข้อเสนอแนะจากผลการประเมินการทำงานของชุดโครงการทั้ง 3 ที่ได้รับทุนจาก สสส. (ตาม TOR) แยกรายโครงการ ดังนี้คือ

1.1 ชุดโครงการแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556-2559 รับผิดชอบหลัก โดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

1.2 ชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย ซึ่งประกอบด้วย 7 โครงการย่อย รับผิดชอบหลักโดย สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (THAPS)

1.3 โครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รับผิดชอบหลักโดย เครือข่ายพุทธิกา

ส่วนที่ 2 สรุปผลและข้อเสนอแนะจากผลการประเมินเชิงวิเคราะห์ด้วยกรอบแนวคิด-ทฤษฎี หรือกรอบการทำงาน จำนวน 3-4 กรอบ คือ

2.1 สรุปผลการประเมินเชิงวิเคราะห์กรอบการทำงานด้าน Palliative Care และกรอบ 6 เสาหลักการติดตามการพัฒนาระบบสุขภาพ ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ครอบคลุมผลการวิเคราะห์ข้อมูลของทั้ง 3 ชุดโครงการ คือ 1) ชุดโครงการแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556-2559 2) ชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย และ 3) โครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย *แต่ในความเป็นจริงเน้นหนักผลการประเมินเชิงวิเคราะห์ไปที่ชุดโครงการ ที่ 2 และ 3 โดยปริยาย เพราะข้อมูลที่ได้มาจากชุดโครงการทั้งสองนี้มีความสอดคล้องและเหมาะสมในการนำมาวิเคราะห์มากที่สุด*

2.2 สรุปผลการประเมินเชิงวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพของออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion 1986) เน้นหนักผลการวิเคราะห์ไปที่ชุดโครงการที่ 2 คือ ชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย รับผิดชอบหลักโดยสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย เพราะข้อมูลการทำงานของชุดโครงการนี้ที่คณะวิจัยได้รับมามีความลุ่มลึก ครอบคลุม รอบด้าน ทำให้สามารถวิเคราะห์มิติหรือประเด็นต่าง ๆ ของกรอบออตตาวาได้อย่างครบถ้วน สมบูรณ์ ครอบคลุมทั้งหมดทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง 1) การสร้างนโยบายสาธารณะ (โดยเฉพาะระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ต่าง ๆ) 2) การสร้าง

เสริมพลังให้ชุมชนลงมือปฏิบัติการ 3) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการให้ผู้ป่วยได้รับโอกาส “ตายดี” 4)การพัฒนาทักษะและความรู้ให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายประเภท หลายกลุ่ม หลายระดับ และ 5) การปรับปรุงระบบและรูปแบบการบริการให้เหมาะสม สอดคล้อง มีมาตรฐานคุณภาพ เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยเฉพาะการดูแลที่บ้าน (Home care) ได้จริง

2.3 สรุปผลการประเมินเชิงวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดและทฤษฎีการแพร่กระจายและยอมรับนวัตกรรมของโรเจอร์ส และชูเมกเกอร์ ที่มี 4 องค์ประกอบสำคัญ คือ 1) ลักษณะของตัวนวัตกรรม หรือลักษณะของแนวคิดและระบบการดูแลแบบประคับประคอง ที่มีประเด็น ความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ (relative advantage), ความสอดคล้องกับความเชื่อ ค่านิยม บรรทัดฐาน ฯ, ความสลับซับซ้อน, ความสามารถในการทดลองทำได้ และความสามารถในการสังเกตเห็นผลได้ 2) ช่องทางในการเผยแพร่ สื่อสาร กระจายแนวคิดและรูปแบบระบบ PC 3) ระยะเวลา/ช่วงเวลา/ความเหมาะสมของเวลาในสื่อสาร เผยแพร่กระจายแนวคิดและรูปแบบ และ 4) ระบบสังคม (Social System) ครอบคลุมผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลของทั้ง 3 ชุดโครงการ แต่เน้นหนักข้อมูลจากชุดโครงการที่ 2 การสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย และโครงการที่ 3 การขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพราะมีประเด็นต่าง ๆ ที่น่าสนใจในเชิงของการยอมรับหรือรับได้ช้าหรือยังไม่ยอมรับนวัตกรรม PC และการมีบทบาทของพระสงฆ์ ผู้นำทางจิตวิญญาณ ผู้นำทางศาสนาต่าง ๆ ในการเข้ามามีบทบาทในทีมดูแลประคับประคอง หรือมีส่วนในการเยี่ยม ติดตามดูแล พูดคุยสนทนากับผู้ป่วยและญาติในภาวะสุดท้ายของชีวิต

ส่วนที่ 3 สรุปผลการประเมินศักยภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ทัศนคติ และการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จิตอาสา และพระสงฆ์หรือภิกษุอาสา

3.1 สรุปผลการประเมินศักยภาพ ความรู้ ความสามารถ ทัศนคติ ทักษะ และการปฏิบัติ ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

3.2 สรุปผลการประเมินศักยภาพ ความรู้ ความสามารถ ทัศนคติ ทักษะ การปฏิบัติของจิตอาสา/ผู้ดูแลอาสา/อาสาสมัคร

3.3 สรุปผลการประเมินศักยภาพ ความรู้ ความสามารถ ทัศนคติ ทักษะ และการปฏิบัติ ของพระสงฆ์หรือภิกษุอาสา

ส่วนที่ 4 ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่าง ๆ

6

สรุปผลและข้อเสนอแนะจากการวิจัย ติดตาม และประเมินชุดโครงการทั้งสาม ที่ได้รับทุนจาก สสส. (ตาม TOR)

มีข้อค้นพบสำคัญ จำแนกตามโครงการ ดังนี้

1

โครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในช่วงท้ายของชีวิต

รับผิดชอบหลักโดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

สิ่งที่บรรลุสำคัญ

- ทำให้สังคมมีความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับสิทธิการขอตายตามธรรมชาติ และจำนวนมากเกิดการยอมรับหรือตอบสนองในทางบวกต่อ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 ที่สนับสนุนการขอตายธรรมชาติของผู้ป่วย โดยเฉพาะในบรรดาแพทย์ ที่เดิมยังไม่ค่อยเห็นด้วยกับมาตรา 12 ทำให้ยอมรับและเข้ามามีส่วนร่วมในระบบ PC มากขึ้น
- สถานพยาบาลและหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในภาคการศึกษา ภาคปฏิบัติ ภาคนโยบาย รวมถึงประชาชน/ภาคสาธารณะได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ ความคิด แนวคิดเกี่ยวกับช่วงท้ายของชีวิตที่ต้องมีการเตรียมตัวต่าง ๆ ให้พร้อมตลอดเวลา
- องค์ความรู้และบทเรียนต่าง ๆ ที่ได้จากการจัดเวทีถอดบทเรียนจากประสบการณ์การทำงานของภาคีต่าง ๆ หลายแห่ง หลายกลุ่ม หลายบริบท
- เกิดการแพร่กระจายแนวคิดสุขภาวะระยะท้าย, การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย, การตายดี ไปยังกลุ่มเป้าหมายใหม่ ๆ ที่ค้นพบ ท่ามกลางการขับเคลื่อนและเกิดความร่วมมือกันในการฝึกอบรมและพัฒนากลุ่มวิชาชีพใหม่ ๆ อาทิเช่น นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์แผนไทย อาสาสมัคร ฯลฯ ที่จะเข้ามาช่วยอุดช่องว่างของระบบที่เป็นอยู่ให้ดีขึ้น
- เกิดการปลดล็อคในด้านต่าง ๆ หลายเรื่อง โดยเฉพาะกฎหมาย/กฎ-ระเบียบ/ข้อบังคับที่เข้มงวดมากขององค์การอาหารและยา (อย.) เกี่ยวกับการเบิกจ่าย การใช้ยาระงับปวด (Opioids) และการส่งซากยาคืน รวมถึงเรื่องการแจ้งการตาย การชันสูตรศพ ในกรณีการเสียชีวิตที่บ้าน ซึ่งเดิมมีความยุ่งยากมากหรือไม่สามารถดำเนินการได้อย่างราบรื่น ทำให้การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้านทำไม่ได้ หรือทำได้ช้ามาก

- เกิดความร่วมมือกับศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในการขับเคลื่อนหลายด้านเกี่ยวกับประเด็นทางกฎหมาย และ/หรือ กฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพ ทำให้เกิดพลังการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากขึ้นในหลายด้าน หลายวงการ

สิ่งที่ควรแก้ไข/ปรับปรุง/ระมัดระวัง

- มีเนื้องานและกิจกรรมมากเกินไป แต่เวลาการทำงานมีน้อย ทำให้ไม่สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด ตามที่ระบุไว้ แต่ส่วนหนึ่งก็อาจเป็นเพราะมีปัญหาอุปสรรคในการเบิกจ่ายงบประมาณจาก สสส. ด้วย เพราะการทำงานในช่วงหลัง ๆ สสส. ถูกสั่งระงับการเบิกจ่ายในช่วงที่ สตง.เข้ามาตรวจสอบการทำงานของ สสส.
- ไม่มีความต่อเนื่องในองค์กรหลักที่รับผิดชอบ เพราะภายหลังจากที่ผู้รับผิดชอบหลักเกษียณไปแล้ว ก็ไม่มีโครงสร้าง ภารกิจ และบุคลากรรองรับที่ชัดเจน ทำให้งานไม่ต่อเนื่อง
- ฐานข้อมูลรายชื่อและฐานข้อมูลต่าง ๆ ที่สำคัญของโครงการ ฯ ภายใต้โครงสร้างของ สช. ไม่ได้รับการให้ความสำคัญ ขาดความต่อเนื่อง ไม่ได้นำมาใช้ในการวิเคราะห์ เพื่อเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่อง อันที่จริง ข้อมูลรายชื่อเครือข่ายการทำงานและข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องนี้ถือเป็นทุนทางสังคม (social capital) และทุนทางปัญญา (intellectual capital) ที่สำคัญ ที่อยู่บนฐานของประสบการณ์ในการทำงาน ซึ่งสามารถนำมาใช้เพื่อศึกษาวิจัย เพื่อสร้างองค์ความรู้บนฐานการปฏิบัติและฐานประสบการณ์ (action-based and experience-based knowledge) ที่สำคัญ จะต้องทราบว่ามีใครทำอะไร อยู่ที่ไหน รับรู้อะไร และทำอะไรไปแล้วบ้าง และควรจัดทำอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งเปิดให้ภาคสาธารณะเข้ามาใช้ประโยชน์ได้ด้วย

2

ชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต

รับผิดชอบหลักโดย สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (THAPS)

สิ่งที่บรรลุสำคัญ

- ศักยภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถ/ทักษะ ทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับ PC ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข ทันตบุคลากร เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน
- มีศูนย์ฝึกอบรมที่มีหลักสูตรต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้กับกลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ ที่กระจายอยู่ในภูมิภาคต่าง ๆ (ทั้งเหนือ, อีสาน, กลาง, ใต้) รวมถึงมี node สถานพยาบาล ที่มีศักยภาพในการจัดอบรม/ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ฝึกปฏิบัติเพิ่มขึ้นตามสถานพยาบาล/โรงพยาบาลต่าง ๆ หลายแห่ง โดยเฉพาะภาคอีสานใต้ (รพ.สุรินทร์, รพ.สรรพสิทธิประสงค์ อุบล ฯ), ภาคเหนือตอนกลาง (รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก) และภาคใต้ ทำให้มีพลังในการขยายผลหรือสร้างบุคลากรด้านนี้เพิ่มมากขึ้นอย่างมองเห็นได้ชัดเจน
- บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข พร้อมทั้งพระสงฆ์ จิตอาสา ที่ผ่านการฝึกอบรมสามารถแสดงบทบาทในการทำงาน PC ได้ดีกว่าบุคลากร พระสงฆ์ และจิตอาสา ที่ไม่ได้ผ่านการฝึกอบรมอย่างมองเห็นได้ชัดเจน
- จำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ผ่านการฝึกอบรมจากศูนย์การุณรักษ์ (KPC) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 จนถึงปี 2562 มีจำนวนมากถึง 5,606 คน ต่อมากรมการแพทย์ได้จัดฝึกอบรม (ด้วยความร่วมมือกันกับ KPC และ TPCN ในบางครั้ง) อีกเป็นจำนวนรวม 1,474 คน รวมเป็นทั้งหมด 7,080 คน ซึ่งถือว่าเป็นมวลวิกฤต (critical mass) ที่มีนัยสำคัญต่อการทำให้ระบบ PC ก่อตัว กระจายตัว และมีพัฒนาการในสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ
- เกิดการกระจายตัวของระบบ PC ไปยังสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ ผ่านกลไกผู้ผ่านการฝึกอบรมทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร โดยได้รับแรงหนุนเสริมจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงที่ นพ.รัชตะ รัชนะนาวินเป็น รมต.ในช่วงปี พ.ศ. 2557 อีกทางหนึ่งด้วย

- ทำให้เกิดการระดมทุน เครื่องมือ วัสดุ-อุปกรณ์ ทรัพยากรต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อระบบ PC จากภาคเอกชนและภาคประชาชน ทั้งเครื่องผลิตออกซิเจน, เครื่องดูดเสมหะ, เตียงนอน, ที่นอนลม ฯลฯ ทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Care) เกิดเป็นจริง โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนท้องถิ่น ทั้ง อบต., เทศบาล, กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน อสม. วัด/พระสงฆ์ จิตอาสา ในพื้นที่ภาคอีสาน ภาคเหนือหลายแห่ง และภาคใต้ รวมถึง ชุมชนคริสต์ ชุมชนมุสลิม ก็เข้ามามีบทบาทอย่างมากในการเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ที่มีความสำคัญต่อการตายดีหรือวิถีการตายสงบ จบที่บ้านตนเอง
- เขตสุขภาพต่าง ๆ ทั้ง 13 เขต และหน่วยงานต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข เช่น กรมการแพทย์, สำนักงานปลัดกระทรวงธารณสุข, สำนักพัฒนาระบบบริหารสาธารณสุข (กบรส.), สำนักการพยาบาล ฯลฯ ที่มีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องนี้โดยตรง ได้ให้ความสำคัญ และเข้ามารับผิดชอบในการขับเคลื่อนในด้านต่าง ๆ ในกรอบการทำงานของตนอย่างต่อเนื่อง ทั้งเรื่องการนำเรื่อง PC เข้าสู่การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) และการนำเข้าสู่แผนพัฒนา 20 ปีของกระทรวงสาธารณสุข – ซึ่งถือเป็นการสร้างผลสะเทือน (positive impact) ที่มีนัยสำคัญต่อความยั่งยืนของระบบ เพราะได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับระบบและโครงสร้างที่เป็นอยู่เดิม ซึ่งจะนำไปสู่การจัดสรรงบประมาณ, การจัดจ้างหรือบรรจุบุคลากร, เครื่องมือ-วัสดุ/อุปกรณ์, ค่าตอบแทน ฯลฯ ให้กับระบบ PC มากขึ้นในลำดับต่อไป
- สปสช. สนับสนุนสถานพยาบาลและเขตนำร่องในการทำเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง มาสู่ชุดสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ เช่น ชุดทำแผล, ยามอร์ฟีน และ **เครื่องทำออกซิเจน และปัจจุบันคือ การจัดสรรค่าตอบแทนในการเยี่ยมบ้านให้กับทีมดูแลรักษา และสถานพยาบาลต่าง ๆ แต่ปัจจุบัน ก็ยังมีปัญหาในเรื่องการเบิกจ่ายค่าเยี่ยมบ้าน, ยา และระบบการส่งต่อ ที่มีบริบทของผู้ป่วยเข้ามาเกี่ยวข้อง**

- มีการประสานเชื่อมโยง แลกเปลี่ยนข้อมูล และร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กรภาคีอื่น ๆ ทั้งในระดับนโยบายและปฏิบัติในการจัดกิจกรรม การประชุม/เสวนาต่าง ๆ ร่วมกัน และล่าสุด คือ การร่วมมือกันจัดประชุมจัดทำนิยามศัพท์ปฏิบัติการเกี่ยวกับระบบ PC ร่วมกับ สช. เพื่อให้สามารถก้าวข้ามปัญหาการเบิกจ่ายตามสิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, สิทธิ์ประกันสังคม และสิทธิ์ข้าราชการ



ภาพจาก https://www.healthstation.in.th/action/viewarticle/1608/

- เกิดความร่วมมือกับองค์กร หน่วยงาน ภาคีอื่น ๆ แบบข้ามเขตแดนองค์กร ข้ามเขตแดนทางภูมิศาสตร์ และข้ามเขตสุขภาพ ซึ่งที่จริงเป็นระบบและโครงสร้างการบริหารที่มีการแบ่งแยกออกเป็นส่วน ๆ ทำให้ขาดพลัง แต่แกนขับเคลื่อนหลักของ THAPS สามารถทำงานเชิงยุทธศาสตร์และก้าวข้ามประเด็นปัญหาอุปสรรคในเชิงระบบและโครงสร้างของทางราชการไปได้หลายเปลาะ และพยายามทำให้เกิดระบบแบบไร้รอยต่อ (seamless system) ผ่านกลไกและเครื่องมือที่เรียกว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) และระบบฐานข้อมูลต่าง ๆ โดยเฉพาะการส่งต่อผู้ป่วย

- มีแนวทางความร่วมมือกับสำนักรับรองมาตรฐานและคุณภาพโรงพยาบาล องค์การมหาชน (สรพ.) ในการหนุนเสริมซึ่งกันและกันในการจัดทำระบบการประเมินเพื่อยกระดับมาตรฐานคุณภาพของระบบ PC ซึ่งปัจจุบันศูนย์การุณรักษ์ (KPC) ผ่านการประเมิน DSC (Disease Specific Certification) จาก สรพ. แล้ว
- เกิดการขยายผลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเข้ามาร่วมในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ หรือเพิ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งเป็นแพทย์สาขาที่มีความสำคัญต่อการทำงานของระบบ PC และมีความเชื่อมโยงกับคลินิกหมอครอบครัว (PCC) ที่เชื่อมกับระบบปฐมภูมิ ที่องค์การอนามัยโลกเสนอแนะด้วย
- ภาคสาธารณะ/ประชาชน บุคคลสำคัญในวิชาชีพหรือวงการต่าง ๆ ให้ความสนใจและเข้ามาร่วมแสดงบทบาทในการทำให้เกิดการขยายผลของแนวคิด ความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติที่ การปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่อง วิถีการตายอย่างสงบ มรณานุสติ/การเตรียมตัวตายอย่างมีสติ การตายดี

3

โครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญา ผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

รับผิดชอบโดย เครือข่ายพุทธิกา

สิ่งที่บรรลุสำคัญ

- การเพิ่มมิติจิตใจ จิตวิญญาณ จิตตปัญญา หรือสุขภาวะทางปัญญาเข้าไปในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Care) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม หรือมีความครบถ้วนในทุกมิติ ทั้งกาย ใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ ครอบครัว/สังคม และสติปัญญา
- ทำให้เกิดรูปธรรมที่ชัดเจนในการทำเรื่อง การดูแลมิติจิตใจ จิตวิญญาณ จิตตปัญญา และ/หรือ สุขภาวะทางปัญญา โดยการนำพระสงฆ์ (กรณีผู้ป่วยและครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ) ผู้นำทางจิตวิญญาณ ผู้นำทางศาสนาของแต่ละพื้นที่ เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการรักษาดูแล โดยเฉพาะการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย พร้อมด้วยการให้กำลังใจ, การพูดคุยสนทนาให้ปล่อยวาง การนำทางสู่การตายอย่างสงบในวิถีของแต่ละศาสนา
- ทำให้เกิดผลสะเทือนหรือผลเชื่อมโยงไปยังศาสนาอื่น ๆ ในกรณีพื้นที่ ๆ ผู้ป่วยและครอบครัวนับถือศาสนาอื่น ๆ ทั้งคริสต์และอิสลาม ก็ทำให้สถานพยาบาลหรือพื้นที่ต่าง ๆ ให้ความสำคัญกับเรื่องการตายดี การจากไปอย่างสงบ การได้รับโอกาสในการชำระล้างสิ่งที่ค้างคาใจ โดยมีผู้นำทางจิตวิญญาณของแต่ละศาสนาเข้ามามีบทบาทด้วย

7

สรุปผลและข้อเสนอแนะจากการประเมินเชิงวิเคราะห์ด้วยกรอบแนวคิดยุทธศาสตร์และกรอบแนวคิด-ทฤษฎี 3-4 กรอบ

1

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลการทำงานของชุดโครงการ ด้วยกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพของออตตาวา

กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวาที่มีการปรับปรุงให้สอดคล้องกับการวิเคราะห์การทำงานของระบบ PC ประกอบด้วย 5 ปัจจัยที่สำคัญ คือ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะด้าน PC 2) การเสริมพลังให้ชุมชนปฏิบัติการด้าน PC 3) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยเฉพาะการดูแลในบ้านและชุมชน 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ซึ่งหมายถึง การพัฒนาและเสริมศักยภาพด้านความรู้และทักษะให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จิตอาสา/อสม. และพระสงฆ์ และสุดท้ายคือ 5) การปรับปรุงระบบและรูปแบบการบริการ ให้สามารถตอบสนองต่อการทำงานของระบบ PC ซึ่งทั้ง 5 ปัจจัยหรือ 5 ประเด็นนี้มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ทำอย่างหนึ่ง หรือเริ่มจากปัจจัย/ประเด็นหนึ่ง เพื่อให้เกิดผลสะเทือนอีกไปยังเรื่องอื่น ๆ หรือปัจจัย/ประเด็นอื่น ๆ อย่างมีความเชื่อมโยงกัน หรือส่งผลสะเทือนซึ่งกันและกัน โดยมีประเด็นระบบ PC หรือการขยายตัวของระบบ PC เป็นแกนกลาง

จากการวิเคราะห์บนฐานข้อมูลการทำงานและการพัฒนาระบบ PC ของ THAPS ผ่านกลไกขับเคลื่อนหลักของศูนย์การุณรักษ์ (KPC) รพ.ศรีนครินทร์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นเป็นหลัก เสริมด้วยข้อมูลการทำงานของเครือข่ายพุทธิกาในบางส่วนและองค์กรอื่น ๆ ที่มีข้อมูลเชื่อมโยงไปถึงในมิติ/ประเด็นต่าง ๆ พบว่า **THAPS และ KPC ได้เริ่มจากการพัฒนาความรู้และทักษะให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขก่อน** เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ ทักษะและการปฏิบัติ โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาล ที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้เร็วกว่ากลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ ก่อน เพราะบริบทวิชาชีพของพยาบาลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ทำให้เห็นความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะท้ายมากที่สุด ทำให้เข้าใจและเห็นใจผู้ป่วยมากที่สุด โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งประเภทต่าง ๆ ที่ประสบกับภาวะความเจ็บปวดและอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ หลายอย่าง และหลังจากนั้นจึงขยายตัวไปในกลุ่มแพทย์และเภสัชกร แต่ที่จริงการเปลี่ยนแปลงในพยาบาลและเภสัชกรก็เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน เพราะทั้งสองวิชาชีพมีความสำคัญมากต่อการดูแลผู้ป่วย PC และทำให้ทุกข์ทรมานน้อยลงได้ด้วยการใช้มอร์ฟีน และการจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ **ในขณะเดียวกันก็มีการปรับระบบและรูปแบบการบริการ เพื่อให้สามารถให้บริการกับ**

ผู้ป่วย PC ได้จริง ทั้งในประเด็นการดูแลสุขภาวะระยะท้าย และ/หรือ การให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่ดีในระดับหนึ่ง ซึ่งในส่วนนี้ ได้ดำเนินการต่าง ๆ หลายอย่าง เพื่อให้ระบบมีมาตรฐานคุณภาพมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามที่ระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาไม่รับบริการบางอย่างในช่วงสุดท้ายของชีวิต ในขณะเดียวกันก็ต้องสามารถคัดกรองผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองให้ได้มากขึ้น ซึ่งต้องขับเคลื่อนเชิงกลยุทธ์กับแพทย์เจ้าของไข้ **และยังมีการเปลี่ยนแปลงในระดับโครงสร้างองค์กรในเวลาต่อมา เพื่อให้มี line of supervision และ line of command ที่ชัดเจน** เพราะศูนย์ KPC เองก็ตั้งเป้าที่จะยกระดับสถานภาพให้เป็นศูนย์อ้างอิง (Reference Center) ในเรื่อง PC ของประเทศไทย และยังวางแผนการทำงานในระดับภูมิภาคลุ่มน้ำโขงด้วย

ในขณะเดียวกัน ก็ต้องมีการขับเคลื่อนหรือเสริมพลังให้ชุมชนลงมือปฏิบัติการ เพราะผู้ป่วยต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ประกอบกับไม่มีความจำเป็นต้องอยู่ในโรงพยาบาล เพราะการจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ พร้อมทั้งการมีคุณภาพชีวิตระยะท้ายสามารถจัดการ/ดำเนินการได้ที่บ้าน โดยมีผู้ดูแลที่เป็นสามีภรรยาบุตรหลานหรือญาติพี่น้องที่ผ่านการอบรมจากทีมแพทย์พยาบาลเจ้าของไข้ เป็นผู้ดูแลหลักที่อยู่ภายใต้การแนะนำและการกำกับดูแลของทีมงานในระดับชุมชน ที่ทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. และ อสม./จิตอาสา และผู้มีจิตสำนึก/กลไกอื่น ๆ ในชุมชน เช่น พระสงฆ์ ครู ผู้นำทางจิตวิญญาณ ผู้นำทางศาสนาตามที่ผู้ป่วยศรัทธา

นอกจากนี้ จากการขับเคลื่อนการทำงานมาเป็นเวลาพอสมควร ยังทำให้เกิดชุมชนคนหัวใจเดียวกัน และเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (TPCN) ซึ่งเป็นประเด็นที่มีนัยสำคัญต่อความยั่งยืนของระบบ PC ท่ามกลางปัญหาต่าง ๆ โดยเฉพาะการรวมศูนย์ของโครงสร้างองค์กรไว้ที่ส่วนกลาง ซึ่งเป็นความสัมพันธ์แบบแนวดิ่ง (Top-down Structure) ถ้าไม่มีชุมชนคนหัวใจเดียวกัน ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในแนวราบ ก็ยากที่จะทำงานฝ่าด่านหรืออุปสรรคต่าง ๆ ในเชิงโครงสร้างไปได้

เมื่อมองเห็นผลในเรื่องความรู้และทักษะของบุคลากรต่าง ๆ ในระดับหนึ่งแล้ว ก็มีการปรับระบบหรือรูปแบบการบริการให้เชื่อมโยงตั้งแต่ รพ.ศูนย์ รพ.ทั่วไป ลงไปจนถึง รพ.ชุมชน และ รพ.สต. และชุมชน ในบางพื้นที่ที่มีศักยภาพ ไปในเวลาเดียวกัน เพื่อใช้เป็นตัวอย่างการขับเคลื่อนและทำให้เกิดการขยายวงหรือแรงผลักออกไปอีกแบบไม่มีที่สิ้นสุด **ต่อมาก็ได้ขับเคลื่อนในเชิงนโยบายของจังหวัด ของเขตสุขภาพ และของภาคต่าง ๆ พร้อม ๆ กับการเพิ่มกลไกการขับเคลื่อนในพื้นที่หรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการจัดอบรม** เพื่อเพิ่มจำนวนบุคลากรที่มีความรู้และความสามารถให้มากขึ้น จากหลายแหล่งและหลายทิศทาง

ไม่ได้กระจุกตัวอยู่เฉพาะในศูนย์ KPC เท่านั้น เพราะมิเช่นนั้น ก็ไม่ทันกับปัญหาและความต้องการที่เพิ่มขึ้นทุกวัน

ในเวลาเดียวกัน แนวคิด PC หรือ ระบบ PC ก็ได้กระจายตัวออกไปยังภูมิภาคต่าง ๆ ผ่านกลไกหรือผู้นำสาระสำคัญ ซึ่งก็คือ ผู้ผ่านการฝึกอบรมจากศูนย์ KPC ไปสร้างระบบในองค์กร/สถานพยาบาลที่ตนสังกัด ซึ่งในส่วนนี้ ยิ่งสามารถทำได้มากขึ้นหรือผู้ผ่านการฝึกอบรมสามารถกลับไปพัฒนาระบบ PC ของสถานพยาบาลแต่ละแห่งได้มากขึ้น เมื่อศูนย์ KPC ได้มีการจัดหลักสูตรเรื่อง การจัดตั้งแผนงานด้าน PC ขึ้นมาในหน่วยงาน (How to set quality palliative care program) **สำหรับประเด็นการสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรมและกายภาพที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายนั้น พบว่า ได้เกิดขึ้นตลอดเวลา ตั้งแต่กระบวนการทำงานในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเริ่มต้นขึ้น** *เพราะที่จริงการสร้างสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ก็คือ การสร้างสิ่งแวดล้อมในการดูแลซึ่งกันและกัน (caring for each other)*



ดังนั้น การเริ่มต้นจากแพทย์หรือแกนหลัก ที่ให้ความสำคัญหรือให้คุณค่าในชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย ก็ถือว่า ได้เกิดความรู้สึกที่ต้องการดูแลซึ่งกันและกัน ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ไปจนถึงความสามารถในการสร้างทีมงานขึ้นมาได้ ก็หมายถึงว่า ทีมงานก็ให้ความสำคัญกับการดูแลซึ่งกันและกัน จนในที่สุดได้ขยายตัวไปที่ชุมชน/หมู่บ้าน ที่ผู้นำชุมชนท้องถิ่น หรือกลไกต่าง ๆ ในระดับครอบครัวและชุมชนได้หันมาให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ ก็เท่ากับครอบครัว/ชุมชน/หมู่บ้าน ซึ่งเป็นจุดหมายปลายทางสุดท้ายของผู้ป่วยระยะท้าย ก็ได้แสดงให้เห็นถึงความต้องการในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลซึ่งกันและกันในช่วงสุดท้ายของชีวิต และเมื่อระบบนี้กระจายไปทั่ว ทั้งภาคอีสานก่อน ก็หมายถึงว่า สภาพทางสังคม-วัฒนธรรมและกายภาพของภาคอีสานได้เกิดสิ่งที่เรียกว่า **“การดูแลซึ่งกันและกัน”** และเมื่อกระจายไปยังพื้นที่อื่น ๆ หรือภูมิภาคอื่น ๆ ก็ทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมของการดูแลซึ่งกันและกันที่มีนัยสำคัญเป็นอย่างยิ่ง แต่ก็ยังมีสิ่งที่จะต้องทำให้เข้มข้นขึ้น สม่ำเสมอมากขึ้น มีคุณภาพในทุกขั้นตอนทุกระดับ และทุกมิติมากยิ่งขึ้น

สรุป : ผลการวิเคราะห์การทำงานขับเคลื่อนระบบ PC ขององค์กรและเครือข่ายที่รับทุนด้วยกรอบออตตาวา ทำให้มองเห็นได้ชัดเจนว่า เป็นงานที่มีความสอดคล้องกับภารกิจในการส่งเสริมสุขภาพของ สสส. อย่างไม่ต้องสงสัย เพราะแม้ผู้ที่กำลังจะเสียชีวิตก็ควรได้รับสุขภาวะในระยะท้ายบนหลักมนุษยธรรม ให้สมกับเป็นมนุษย์ที่มีคุณค่าและศักดิ์ศรี



2

สรุปผลการวิเคราะห์ด้วยกรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (PC) และกรอบ 6 เสาหลักของ WHO

ผลสรุปจากการวิเคราะห์การทำงานเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ด้วยกรอบการทำงานด้าน PC ของ WHO และผลสรุปจากการวิเคราะห์การทำงานในการพัฒนาระบบตามกรอบ 6 เสาหลักของ WHO ณ ที่นี้ จะขอแยกผลสรุปการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน และนำมาสรุปแบบเชื่อมโยงกันในข้างท้าย ในตอนแรก จะขอสรุปเรื่องการทำงานตามกรอบ PC ก่อน และตามด้วยกรอบ 6 เสาหลักด้านการติดตามการพัฒนาระบบสุขภาพ

กรอบการทำงานด้าน PC ของ WHO สรุปว่า ให้ความสำคัญกับเรื่องความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ PC เพราะที่ผ่านมา พบว่า ยังมีความเข้าใจผิดในเรื่องนี้ค่อนข้างมาก ในขณะที่จุดเน้นที่สำคัญอีกประการคือ WHO เสนอว่า ควรมีการบูรณาการระบบ PC เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care System) นอกจากนี้ WHO ยังระบุถึงปัญหาอุปสรรคหรือสิ่งกีดขวางในการพัฒนาระบบ PC : ซึ่งผลการวิเคราะห์ในส่วนนี้ สรุปได้ว่า ถึงแม้ระบบ PC ของประเทศไทยจะมีความก้าวหน้าในด้านต่าง ๆ ค่อนข้างมาก โดยเฉพาะการเพิ่มบุคลากรที่มีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ การปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับ PC ให้กับระบบการดูแลที่ปัจจุบันมีถึง 7,000 กว่าคน ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรต่าง ๆ (ซึ่งนับเฉพาะในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา) แต่ก็ยังมีความเข้าใจผิดต่าง ๆ อยู่พอสมควร โดยเฉพาะในกลุ่มวิชาชีพแพทย์และประชาชนทั่วไป รวมถึงญาติของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ซึ่งจะต้องมีการขับเคลื่อนต่อไป

สำหรับการบูรณาการระบบ PC เข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพปฐมภูมินั้น จากการวิเคราะห์ พบว่า ปัจจุบันได้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Care) ขึ้นแล้ว โดยเฉพาะค่อนข้างเต็มพื้นที่ในภาคอีสาน และได้เกิดการขยายตัวสู่ภูมิภาคอื่น ๆ แล้วด้วย รวมทั้งกรุงเทพมหานคร ที่เป็นเมืองใหญ่ ก็พบ ระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่บ้าน ที่เรียกว่า **“หนึ่งชุมชน หนึ่งศูนย์อยู่ดี” (One Community One Nursing Home)** ซึ่งพบในพื้นที่การทำงานของ รพ.ราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

นอกจากนี้ ยังพบว่า มีสิ่งสนับสนุนที่จะทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเข้ากันได้ดีกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ 2 ประการ คือ การที่ประเทศไทยมี พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และการมีนโยบายคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster : PCC) ภายใต้บริบทของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นคลินิกที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพใน

การดูแลสุขภาพของประชาชนในระดับปฐมภูมิ (โปรดอ่านรายละเอียดในเอกสารของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แนวทางการดำเนินงานสำหรับคลินิกหมอครอบครัว ม.ป.ป ประกอบด้วย) ซึ่งถ้ามีการเชื่อมประสาน ผลักดันให้เชื่อมโยงกัน หนุนเสริมกัน ก็น่าจะทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพปฐมภูมิ และสำหรับกรุงเทพมหานคร ที่ไม่ได้อยู่ภายใต้โครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข ก็ดำเนินการตามโมเดล “One Community One Homeward” ซึ่งเป็นโมเดลที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน และยังมีการเชื่อมโยงกับเขตสุขภาพที่ 13 รวมถึงกรมการแพทย์ ก็คาดว่าจะทำให้เกิดระบบสุขภาพปฐมภูมิ บนฐานของศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร ที่ผนวกระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพปฐมภูมิในเมืองใหญ่ได้

สำหรับปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาระบบ PC ตามที่ WHO ระบุไว้ 4-5 ประการนั้น พบว่า ปัจจุบัน ประเทศไทยได้ก้าวข้ามปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ดังกล่าวไปมากพอสมควร ยกเว้นเพียงเรื่องกำลังคนและการมีระบบประกันการดูแลระยะยาว

กรอบ 6 เสาหลัก เพื่อใช้ติดตามการพัฒนาระบบ PC ของ WHO : สำหรับ 6 เสาหลัก ประกอบด้วย 1) การจัดบริการสุขภาพด้าน PC 2) กำลังคนด้าน PC 3) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย PC 4) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้าน PC 5) การจัดการทางการเงินและการคลังเพื่อระบบ PC และ 6) การนำและการอภิบาล (leadership and governance) ในเรื่อง PC มีข้อสรุปดังนี้คือ :-

การจัดบริการสุขภาพด้าน PC สรุปว่า ทุกสถานพยาบาลพยายามทำให้เกิดความครอบคลุม ทั่วถึง เพื่อทำให้ประชาชนหรือกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม ทุกเพศ ทุกวัย ทุกชาติพันธุ์ ทุกพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการต่าง ๆ ได้ โดยเฉพาะการมีคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่บ้านและได้เสียชีวิตที่บ้านตามความประสงค์ แต่ก็ยังมีปัญหาอุปสรรคในหลาย ๆ พื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่ชายแดน/ห่างไกลและกลางเมืองใหญ่ ส่วนหนึ่งเพราะสถานพยาบาลอยู่ห่างจากเขตพื้นที่อาศัยมาก ระบบบริการปฐมภูมิยังไม่ครอบคลุม สำหรับบริบทเมืองใหญ่ ไม่สามารถกลับไปเสียชีวิตที่บ้านหรือที่พักอาศัย เพราะเป็นคอนโด, อพาร์ทเม้นท์, บ้านเช่า/ห้องเช่า เจ้าของไม่ยินยอม สำหรับประเด็นเรื่องภาษา หรือการสื่อสาร ยังคงพบในบางพื้นที่ตามแนวชายแดนทั้งพม่า ลาว และกัมพูชา ยกตัวอย่าง เช่น เขตอำเภอ

ปัว จ.น่าน ที่มีกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ จำนวนมาก และมีการเดินทางข้ามแดนไปมาหาสู่กันสะดวก ทำให้มีจำนวนผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์จำนวนมาก

กำลังคนของระบบ PC สรุปว่า ยังเป็นปัญหา ยังไม่พอเพียง เนื่องจากเดิมก็มีปัญหาอยู่แล้ว เพราะบุคลากรมีจำนวนน้อย ทำให้ภาระงานกับจำนวนคนทำงานไม่สัมพันธ์กัน โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ไม่มีหมอ หรือมีเฉพาะแพทย์ใช้ทุนที่มาอยู่ชั่วคราว นอกจากนี้ ยังมีปัญหาเรื่องพยาบาลอยู่เวรติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำงานหนักหรือต้องทำหลายภารกิจ ทั้งในหอผู้ป่วยใน ในตึกผู้ป่วยนอก และในชุมชน ทำให้ทำได้ไม่เต็มที่ และยังมีความแตกต่าง/เหลื่อมล้ำด้านค่าตอบแทนในทีมสหวิชาชีพ ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรม รวมทั้งยังขาดความก้าวหน้าในเส้นทางวิชาชีพ (career path) โดยเฉพาะพยาบาล เพราะทางสำนักการพยาบาลและสภาการพยาบาลยังไม่ได้ผลักดันเรื่องนี้อย่างเต็มที่ สำหรับวิชาชีพอื่น ๆ ที่สำคัญมากต่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายทั้งนักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ/โภชนากร นักกิจกรรมบำบัด/อาชีวบำบัด นักดนตรีบำบัด แพทย์แผนไทย/แผนจีน พบว่า ขาดแคลนอย่างมาก โดยเฉพาะใน รพ.ชุมชน และ รพ.สต ไม่มีทีมสหวิชาชีพเหล่านี้ เพราะกระจุกตัวอยู่เฉพาะใน รพ.ใหญ่ หรือ รพศ./รพท. เท่านั้น ส่วนหนึ่งเพราะไม่มีงบประมาณจ้าง ไม่มีกรอบอัตรากำลังรองรับ และอีกส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากโครงสร้างรวมศูนย์ของประเทศ ทำให้บุคลากรไม่อยากไปอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมองเห็นได้ชัดเจน

การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น สรุปว่า **ยังมีปัญหาในหลาย ๆ พื้นที่ โดยเฉพาะ รพ.ชุมชนขนาดเล็ก และรพ.ที่อยู่ห่างไกล ยังมียาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นไม่ครบ** ทำให้เกิดความไม่เสมอภาคชัดเจน เพราะผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่เช่นนี้เสียเปรียบในแง่ของการจัดการอาการปวดและการได้รับการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตหรือสุขภาวะระยะท้าย ทำให้บางส่วนต้องถูกส่งตัวกลับมาที่ รพ.ศูนย์ หรือ รพ.ทั่วไปอีก ซึ่งการเดินทางกลับไปกลับมา ทำให้คุณภาพชีวิตระยะท้ายต่ำลง เพราะต้องเผชิญกับความยุ่งยากและความทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน ไม่มีรายได้ ไม่มีหลักประกัน ไม่มีค่าเดินทาง ไม่มีรถรับส่ง ไม่มีเครื่องมือสื่อสาร และมีปัญหาซับซ้อนในครอบครัว

(เช่น มีแต่ผู้สูงอายุ, มีคนป่วยคนอื่น ๆ ในครอบครัว, ขาดคนดูแลอย่างต่อเนื่อง, ลูกพิการหรือมีปัญหาจิตเวช, บ้านจะถูกยึด ฯลฯ) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่น่าเป็นห่วงมากที่สุด

ระบบข้อมูลสารสนเทศด้าน PC พบว่า ในบริบทของกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่มีแหล่งข้อมูลกลางด้านนี้ สำหรับแหล่งข้อมูลที่เคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลง มีการทำให้ข้อมูลทันสมัยอยู่เสมอ มีข้อมูลต่าง ๆ หลายประเภท พร้อมทั้งมีการเชื่อมลิงก์กับองค์กรต่าง ๆ ค่อนข้างมาก ก็คือ ศูนย์การุณรักษ์ รพ.ศรีนครินทร์ ขอนแก่น, สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (THAPS), และศูนย์บริรักษ์ รพ.ศิริราช, สำหรับภาคเอกชน คือ บริษัทชีวามิตร วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด ที่มีฐานข้อมูลองค์กรที่ทำงานด้านนี้ รวมถึงฐานข้อมูลรายงานการวิจัยและเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง **สำหรับระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่พยายามทำให้เป็นระบบที่ไร้รอยต่อ (seamless system)** พบว่า ในบริบทของกระทรวงสาธารณสุข มีการใช้หลายระบบ ทั้ง Thai COC, Thai Refer, HOSxP, COC Link, SMART COC ซึ่งพบความลักลั่นและปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการป้อนข้อมูล การใช้โปรแกรมที่สถานพยาบาลจำนวนมากยังไม่ค่อยพึงพอใจ เพราะต้องกรอกข้อมูลจำนวนมากเกินไปและมีหลายระบบที่ทับซ้อนกัน สำหรับสถานพยาบาลนอกกระทรวงสาธารณสุข อาทิเช่น สถานพยาบาลหรือหน่วยงานสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ใช้โปรแกรม ที่เรียกว่า **“Program BMA Homeward Referral”** ซึ่งเป็นระบบข้อมูลที่ใช้ในสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีการเชื่อมข้อมูลผู้ป่วยกับโรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพฯ รวมทั้งหมด จำนวน 77 แห่ง

ระบบการเงินและการคลังเพื่อระบบ PC สำหรับประเด็นที่สำคัญมาก คือ การจัดระบบงบประมาณรองรับการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายและความจำเป็นในการจัดบริการเพื่อการมีคุณภาพชีวิตระยะท้ายอย่างพอเพียง อันเป็นผลมาจากการเป็นสังคมสูงวัย และประเด็นปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน เช่น การที่ครอบครัวมีขนาดเล็กลง ไม่มีคนดูแล หรือเป็นครอบครัวผู้สูงวัยที่มีโรคหรือเจ็บป่วยทั้งสามีและภรรยา ไม่มีคนเฝ้าไข้ยามเจ็บป่วย ทำให้ภาระหนักตกแก่พยาบาล หรือ มีคนในครอบครัวที่จำเป็นต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทำให้ไม่มีรายได้ เพราะส่วนใหญ่ไม่มีเงินออมหรือมีแต่น้อย

และไม่มีเงินอุดหนุนช่วยเหลือจากรัฐ ทำให้ครอบครัวยากจนมากขึ้น จากเดิมที่ลำบากยากจนอยู่แล้ว

ดังนั้น *"การจัดระบบการเงินการคลังเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม ทั้งการบริการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูหรือการบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) การดูแลระยะยาว (Long-term care : LTC) การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care : PC) และการดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice Care) หรือ การดูแลในช่วงชั่วโมงสุดท้าย (Last Hours of Care or End of Life Care - EOLC) รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ยังไม่ป่วย"* จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งและจำเป็นต้องมองให้รอบด้าน อย่างมีความเชื่อมโยง ซึ่งปัจจุบันพบว่า ระบบ LTC มีกองทุน LTC สนับสนุนโดย สปสช. ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ยังไม่มีกองทุน PC, HC และ/หรือ EOLC โดยตรง ที่ครอบคลุมในด้านต่าง ๆ ที่จำเป็น มีเพียงกองทุนย่อยของ สปสช. ที่มีเฉพาะค่าตอบแทนในการเยี่ยมบ้านสำหรับบุคลากรเท่านั้น ยังไม่มีเงินชดเชยหรือเงินช่วยเหลือให้กับครอบครัว กรณีต้องออกจากงานมาดูแลผู้ป่วย (ซึ่งถ้า สปสช.สามารถชดเชยจุดนี้ได้ จะช่วยครอบครัวที่ยากจนได้มาก) รวมถึงยังไม่มีมาตรการอื่น ๆ ที่จำเป็นเช่น การลดหย่อนภาษีให้กับครอบครัวที่ให้การดูแลสมาชิกที่มีภาวะการพึ่งพา ซึ่งในเรื่องนี้ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2008) เคยเสนอไว้ว่า การอุดหนุนช่วยเหลือใด ๆ จากรัฐ ควรมุ่งเน้นไปที่ครอบครัวหรือให้ครอบครัวมีบทบาทหลัก รัฐแสดงบทบาทเป็นเพียงผู้สนับสนุน ให้คำแนะนำ/ความรู้ และคอยกำกับดูแลคุณภาพการบริการ โดยจะต้องมีระบบของรัฐหรือสถานพยาบาลตามประเภทการเจ็บป่วยรองรับ กรณีครอบครัวไม่สามารถดูแลได้หรือผู้ป่วยไม่มีครอบครัว

การนำและการอภิบาลด้าน PC สรุปว่า กำลังมีการกระจายตัวด้านการนำในการพัฒนาระบบ PC ออกไปยังเขตสุขภาพต่าง ๆ เมื่อแต่ละเขตสุขภาพมีแหล่งเรียนรู้ตามแผนการพัฒนาระบบบริการ

3

สรุปผลการวิเคราะห์ด้วยกรอบแนวคิดและทฤษฎีการแพร่กระจายและยอมรับนวัตกรรมของโรเจอร์สและชูเมกเกอร์

ซึ่งแนวคิดและทฤษฎีการแพร่กระจายและกระบวนการยอมรับนวัตกรรมอธิบายว่าการที่คนเราจะยอมรับนวัตกรรมความคิด หรือประดิษฐกรรมใหม่ ๆ นั้น มีปัจจัย/องค์ประกอบที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับหรือไม่ยอมรับ หรือยอมรับได้ช้าหรือเร็ว ดังนี้คือ 1. ตัวนวัตกรรม ซึ่ง ณ ที่นี้หมายถึง ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (ระบบ PC) ซึ่งมี 5 ด้านที่สำคัญคือ ความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ, ความเข้ากันได้กับบรรทัดฐาน/วัฒนธรรม/ความคิด-ความเชื่อ, ความสลับซับซ้อนของตัวนวัตกรรม, ความสามารถในการทดลองใช้ได้ และสุดท้ายคือ ความสามารถในการสังเกตเห็นผลได้ 2. ช่องทางในการเผยแพร่/สื่อสาร 3. เวลา/ช่วงเวลา/ระยะเวลา และ 4. ระบบสังคม ซึ่งจากการวิเคราะห์สามารถสรุปผลได้ ดังนี้คือ

- **ตัวนวัตกรรม และลักษณะของนวัตกรรม** ทั้ง 5 ด้าน **สรุปว่า ระบบ PC ที่ได้รับการพัฒนาขึ้น มีความได้เปรียบในเชิงเปรียบเทียบกว่าระบบเดิมที่มีความรุนแรงและไม่ใช่การดูแลรักษาที่ยึดหลักมนุษยธรรม แต่ระบบใหม่มีความเป็นองค์รวม ยึดหลักมนุษยธรรม มีความครอบคลุมในทุกมิติ** ช่วยลดความทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสบาย (comfort care) ทั้งกาย,ใจ,อารมณ์, สังคม/ครอบครัว, ปัญญาและจิตวิญญาณ มีเวลาในการเตรียมตัวจากไปอย่างสงบ หรือเกิดมรณานุสติ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Care) ที่ทำให้ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน ลดลงจากประมาณ 45,000 บาท (จากการรักษาในสถานพยาบาลช่วง 30 วันสุดท้ายก่อนเสียชีวิต) เหลือประมาณ 26,372 ถ้าได้รับการดูแลรักษาที่บ้าน กรณีมีผู้ดูแลที่จ้าง (ค่าจ้าง 15,000 บาท/เดือน) แต่ถ้าไม่มีผู้ดูแลที่จ้าง ค่าใช้จ่ายจะอยู่ที่ 11,372 บาท (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และยศ วัชระคุปต์, ระบบประกันการดูแลระยะยาว : ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย, 2560, หน้า 57,)

สำหรับ**ความเข้ากันได้กับบรรทัดฐาน ค่านิยม ความเชื่อ ประเพณี/วิถีปฏิบัติต่าง ๆ** นั้น พบว่า **ยังคงเป็นประเด็นปัญหาในหลาย ๆ พื้นที่ ๆ ยังไม่พร้อมในการพูดคุยเรื่อง การเตรียมตัวตาย เพราะมองว่าเป็นเรื่องอัปมงคล เป็นการแช่ง และยังคงพบเรื่อง ภาวะกตัญญูเฉียบพลัน ที่ขัดขวางหรือทำให้การตายดีของผู้ป่วยตามเจตนารมณ์ที่ระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาไม่รับบริการสาธารณสุขบางอย่างยังไม่สามารถทำได้ในหลาย ๆ พื้นที่** รวมถึงการให้พระสงฆ์เข้ามามีบทบาทในทีมดูแล พบว่า หลายแห่งยังไม่เป็นที่ยอมรับเนื่องจากประชาชนไม่ศรัทธา และหลายแห่งยังต้องพิจารณาบริบทผู้ป่วยและครอบครัวเป็นราย ๆ ไปว่าต้องการหรือไม่ **ยังไม่สามารถสรุปหรือมองแบบเหมารวมได้ว่าบทบาทของพระสงฆ์หรือสัญลักษณ์ผ้าเหลืองเป็นสัญลักษณ์เชิงบวกเสมอไป ซึ่งประเด็นนี้สำคัญมาก ต้องมีความระมัดระวังสูง**

สำหรับประเด็นความสลับซับซ้อนของนวัตกรรมหรือระบบ PC พบว่า **มีความซับซ้อนในเรื่องการจัดการอาการ โดยเฉพาะการจัดการดูแลอาการรายโรค (specific disease care or specific disease symptom management) ด้วยกระบวนทัศน์แบบองค์รวม ถ้าบุคลากรยังไม่มีความรู้และทักษะพอเพียง** ก็มีความเสี่ยงที่จะดำเนินการได้ไม่ดี ไม่มีมาตรฐาน ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสบายได้จริง และ**ยังพบความสลับซับซ้อนเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยในประเด็นจิต-สังคม (psycho-social dimension) เพื่อการดูแลมิติจิตใจ จิตวิญญาณ จิตตปัญญา และสุขภาวะทางปัญญาได้จริง เพราะยังมีความไม่ชัดเจน ยังไม่ได้ตกลงกันในเรื่องเครื่องมือการประเมิน จะใช้ชุดไหน เครื่องมือไหนใช้ได้จริง** ซึ่งประเด็นนี้น่าจะเป็นประเด็นที่มีความสำคัญในลำดับต้น ๆ สำหรับการทำงานในระยะต่อไป เพื่อทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลมิติจิตใจ จิตวิญญาณ จิตตปัญญา หรือมิติสุขภาวะทางปัญญาได้จริง

ความสามารถในการทดลองปฏิบัติหรือทดลองใช้ระบบ PC ในประเด็นนี้ พบว่า ควรมีการทดลองหรือฝึกปฏิบัติพร้อมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านนี้ โดยเฉพาะการทดลองฝึกปฏิบัติหรือเรียนรู้กับชีวิตผู้ป่วย ต้องมีความระมัดระวังสูง ไม่ควรปล่อยให้มีการฝึกปฏิบัติการดูแลหรือการจัดการอาการรายโรคด้วยบุคลากรที่ยังไม่มีความชำนาญ เพราะมีความเสี่ยงที่จะผิดพลาดสูง

สำหรับ**ความสามารถในการสังเกตเห็นผลได้ชัดเจน** ในประเด็นนี้ พบว่า ระบบ PC ทำให้เกิดผลหรือการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน โดยเฉพาะผลต่อผู้ป่วย ทำให้ไม่ทุกข์ทรมาน รู้สึกสบาย ไม่ทุรนทุรายเหมือนเดิม หรือก่อนที่จะได้รับการดูแลแบบ PC และ Comfort Care สำหรับผลที่ชัดเจนต่อครอบครัวก็เช่นกัน ทำให้ลดความวิตกกังวล ความทุกข์จากการที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยลงไปได้อย่างชัดเจน รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจำนวนมากหรือเกือบทั้งหมด ที่มีประสบการณ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย PC และผลที่ชัดเจนในเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลที่ลดลง ดังกล่าวแล้วข้างต้น

ช่องทางในการเผยแพร่-กระจาย-สื่อสาร สรุปว่า ได้ใช้ทุกวิถีทางในการทำให้แนวคิดและรูปแบบระบบมีการกระจายตัวออกไป และได้รับการยอมรับ โดยเฉพาะการกระจายผ่านตัวบุคคล และกลุ่มบุคคลที่เป็นเครือข่ายซึ่งกันและกัน ดำเนินการทั้งภายในองค์กรอย่างเข้มข้นและมีการสร้างพลังขับเคลื่อนผ่านระบบความสัมพันธ์ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งแบบมีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้าง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในทุกพื้นที่ โดยเฉพาะในภาคอีสานและกระจายไปยังภาคอื่น ๆ ผ่านการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) โดยมีกลไกบุคคลและกลุ่มบุคคลที่ผ่านการอบรมจาก KPC เป็นทั้งผู้กระตุ้น ผู้สนับสนุน ผู้อำนวยความสะดวกให้ระบบเกิดขึ้นได้ในทุกสถานพยาบาลทั้ง 3 ระดับ (รพศ./รพท., รพ.ชุมชน และ รพ.สต.)

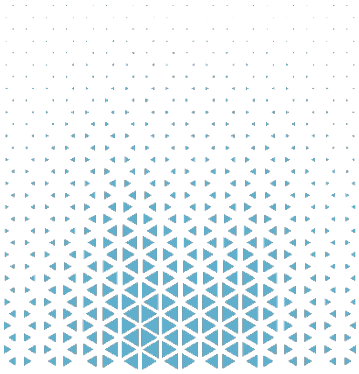
เวลา/ระยะเวลา/ช่วงเวลา การทำงานของชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย ที่ได้รับการสนับสนุนในช่วงปี พ.ศ. 2556-2559 พบว่า เป็นการทำงานร่วมกันหลายภาคส่วน ทั้งสถาบันการศึกษา หน่วยบริการ/สถานพยาบาล องค์กร/หน่วยงานในภาครัฐ เอกชน และประชาชน และเครือข่ายภาคประชาสังคม ซึ่งเป็นการทำงานที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคม ซึ่งก่อนหน้านั้นได้ดำเนินการมาก่อนแล้วหรือตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-48 และเมื่อสิ้นสุดโครงการ

สมาคม THAPS ก็ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทันกับปัญหาและความต้องการที่เพิ่มขึ้นตลอดเวลา ซึ่งถึงแม้จะไม่ได้รับการสนับสนุนจาก สสส.อย่างต่อเนื่อง แต่ก็ไม่ได้หยุดทำงาน เพราะชุดโครงการเข้าใจดีว่า สังคมกำลังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเป็นสังคมสูงวัยเต็มขั้น แต่สำหรับระยะเวลาการทำงานของบางชุดโครงการนั้น ค่อนข้างสั้นไป เมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ต้องการบรรลุ ซึ่งมีค่อนข้างมาก โดยเฉพาะโครงการแผนยุทธศาสตร์ ที่ได้กำหนดสิ่งที่ต้องการบรรลุไว้ค่อนข้างมาก แต่ทำได้ไม่ครบ เพราะหมดเวลา

ระบบสังคม (Social System) พบว่า ชุดโครงการ โดยเฉพาะ THAPS และ ศูนย์การุณรักษ์ (KPC) ได้พยายามดำเนินการต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงระบบและโครงสร้างของสังคมในหลาย ๆ ระดับ และหลายมิติ ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ระดับวิชาชีพ/กลุ่มวิชาชีพ ระดับองค์กร/หน่วยงาน/สถานพยาบาล ระดับเขตสุขภาพ ระดับภูมิภาค และระดับโครงสร้างใหญ่ของประเทศ

สำหรับระดับปัจเจกบุคคล/วิชาชีพ/กลุ่มวิชาชีพ ก็เน้นการทำงานเรื่องกระบวนทัศน์ วิธีคิด วิธีมอง ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ผ่านการฝึกอบรม ซึ่งก็ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมหาศาล เมื่อพิจารณาจากจำนวนบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมจำนวนมากถึง 7,000 กว่าคน (เมื่อรวมกับตัวเลขที่กรมการแพทย์ดำเนินการด้วย) โดยเฉพาะกลุ่มวิชาชีพ/กลุ่มบุคลากรที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบ PC คือ แพทย์ ก็ได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งจะเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของระบบ PC

ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงในระดับองค์กร/หน่วยงาน/สถานพยาบาล หรือหน่วยบริการ ก็คือ การทำให้เกิดระบบ PC ขึ้นในสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งที่เป็นผลโดยตรงจากการทำงานของชุดโครงการ, THAPS, KPC และเครือข่ายพุทธิกา ในการสร้างกลไกการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญผ่านการฝึกอบรมต่าง ๆ ดังกล่าวแล้วข้างต้น และผลจากความสัมพันธ์/ปฏิสัมพันธ์หลายรูปแบบ หลายทิศทางและกลไกอื่น ๆ ที่เข้ามาหนุนเสริม โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงในเชิงระบบและนโยบายที่สำคัญ ทั้งในช่วง รมต.สาธารณสุข รัชตะ รัชนะนาวิน ที่ประกาศนโยบาย PC และการผลักดันเข้าสู่ระบบการพัฒนาบริการ (Service Plan) ในระดับเขตสุขภาพ ในช่วงเวลาต่อมา ซึ่งคาดว่าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบและมีความครอบคลุมในทุกมิติต่อไป ทั้งเรื่องจำนวนและประเภทของบุคลากรสหวิชาชีพที่พอเพียง (โดยเฉพาะนักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ/โภชนากร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด/อาชีวบำบัด), งบประมาณ, ค่าตอบแทนที่เหมาะสม/เป็นธรรม, ความก้าวหน้าในวิชาชีพของสาขาพยาบาลและอื่น ๆ, ยาและเวชภัณฑ์/อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็น, การจัดบริการสุขภาพองค์รวม ที่มีความครอบคลุมในทุกมิติ กาย/ใจ/อารมณ์/ครอบครัว/สังคม/ปัญญา, การเสริมพลังและศักยภาพให้จิตอาสา/อสม./ผู้ดูแล ให้มีหัตถการและทักษะที่จำเป็นมากขึ้น ทำการดูแลหรือช่วยเหลือผู้ป่วยได้จริง, การมีระบบข้อมูลผู้ป่วยและฐานข้อมูลอื่น ๆ ที่จำเป็นแบบไร้รอยต่อ, การเสริมพลังให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล/พื้นที่ชายแดน/พื้นที่เมืองใหญ่/พื้นที่ชานเมือง ที่อยู่ภายใต้อิทธิพลของเมืองใหญ่ ที่มีบริบทเฉพาะและมีภาวะการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงสูง





8

สรุปผลการประเมินศักยภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ทัศนคติ และการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จิตอาสา และพระสงฆ์หรือภิกษุอาสา

1

สรุปผลการประเมินศักยภาพ ความรู้ ความสามารถ ทัศนคติ ทักษะ และการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย กล่าวได้ว่าผู้ปฏิบัติงานเกือบทุกคนผ่านการอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคอง (PC) มาแล้ว จากการจัดอบรมโดยหน่วยงานที่สังกัดอยู่เป็นส่วนใหญ่ และอีกส่วนหนึ่งผ่านการอบรมที่จัดโดยหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญในการฝึกอบรมด้าน PC ซึ่งก็คือ THAPS สำหรับแหล่งศึกษาหาความรู้ของบุคลากร พบว่า ส่วนใหญ่ศึกษาจากเพื่อนร่วมงาน ที่ได้มีการพูดคุยปรึกษาหารือ/ แลกเปลี่ยนกันในทีมงานที่มีความรู้เข้าใจเกี่ยวกับ PC เป็นอย่างดีและมีความเป็นผู้ฟังที่ดี ให้เวลากับเพื่อนร่วมงาน มีหัวใจอาสาและมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี อย่างไรก็ดี บุคลากรจำนวนมากระบุว่า ความรู้ที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอ เพราะว่ายังมีสิ่งที่ไม่รู้อีกมาก เช่น ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรายโรค ผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในระยะท้าย และความรู้ในการใช้ยา ส่วนทักษะที่บุคลากรให้ความสำคัญคือ ทักษะหรือเทคนิคการสื่อสาร และทักษะการดูแลด้านจิตใจ

ส่วนในเรื่องบทบาทหน้าที่และสิ่งที่ปฏิบัติในการทำงาน PC ได้ให้บุคลากรฯ ประเมินตนเองด้วยคำถามที่มีคำตอบ แบ่งตามความถี่ 3 ระดับ คือ ทำเป็นประจำ ทำเป็นบางครั้ง และไม่เคยทำ พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของบุคลากรได้ระบุสิ่งที่ทำเป็นประจำ 5-6 ลำดับ เรียงตามความถี่ของคำตอบ ดังนี้คือ 1) การทำหน้าที่ในภาระงานการดูแลแบบประคับประคองให้เป็นที่น่าพอใจและเป็นที่ยอมรับ 2) การแสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่อง 3) การทำความเข้าใจเรื่องสิทธิ ประเด็นจริยธรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง 4) พัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องการแจ้งข่าวร้าย 5) ถอดบทเรียนเพื่อพัฒนาระบบ PC ในหน่วยงานตนเอง 6) เป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้ และ 7) พัฒนางานวิจัยจากงานประจำ

ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร คือ การเพิ่มศักยภาพให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข **ให้มีความรู้ความสามารถมากขึ้นในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรายโรค ผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นเด็ก ทักษะการสื่อสารและการดูแลด้านจิตใจ การใช้ยาในผู้ป่วยระยะท้าย, วิชาการและกฎหมาย, การทำ ACP**

และ family meeting และ ควรมีการสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความสามารถในการเป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้หรือสามารถพัฒนางานวิจัยจากงานประจำได้ด้วย จะยิ่งเป็นการยกระดับคุณภาพและทำให้ระบบ PC มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น และควรมีการรวบรวมและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วย PC ในขอบเขตวิชาชีพของแต่ละวิชาชีพ เช่น นักโภชนาการ/โภชนากร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ฯลฯ เพื่อให้สามารถยกระดับศักยภาพและความรู้ในการดูแลผู้ป่วย PC ได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและตรงกับศักยภาพในทางวิชาการของแต่ละวิชาชีพ

ทัศนคติต่อเรื่อง PC และการตายดี บุคลากรทั้งหมดมองว่าเรื่องนี้มีความสำคัญมากถึงมากที่สุด เพราะจะช่วยลดความทุกข์ทรมานทางกาย มีการเตรียมพร้อมก่อนเสียชีวิต ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีก่อนตาย สำหรับ**ความหมายในเรื่องของการตายดี** ส่วนใหญ่ให้ความหมายว่าหมายถึง การไม่ทุกข์ทรมานทั้งกายและใจ, ตายอย่างสงบ, ไม่มีสิ่งค้างคาใจ, ได้ทำตามความต้องการครั้งสุดท้าย, มีความสุข, สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์, มีการเตรียมพร้อม, ครอบครัวพร้อมหน้า, และยอมรับการตาย และ**การได้รับโอกาสในการตายดี**มีความสำคัญเนื่องจาก มองว่า มนุษย์ทุกคนต้องตาย ทุกคนต้องการตายดีเป็นศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และเป็นการเตรียมตัวไปสู่สุคติภูมิ

โดยสรุป ด้วยความเชื่อที่ว่า ไม่มีใครที่ต้องการตายแบบทุกข์ทรมาน ตายอย่างมีเครื่องพันธนาการ ตายอย่างโดดเดี่ยว ตายโดยไม่มีใครเหลียวแล บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลที่เข้าใจหลักการ PC จึงเป็นบุคคลสำคัญด่านแรกในการสื่อสารเกี่ยวกับโอกาสในการตายดีให้กับผู้ป่วยระยะท้ายด้วยโรคที่คุกคามชีวิต รวมทั้งครอบครัวผู้ป่วย แต่การจะสื่อสารประเด็นดังกล่าวนี้ได้ดี **บุคลากรจำนวนมากระบุว่า ได้เรียนรู้ว่าต้องรู้จักจังหวะเวลาที่เหมาะสมในการพูดถึงความเป็นความตายของชีวิต**

2

สรุปผลการประเมินศักยภาพ ความรู้ ความสามารถ ทัศนคติ ทักษะ และการปฏิบัติ ของจิตอาสา/ผู้ดูแลอาสา/อาสาสมัคร

ศักยภาพของผู้ดูแลอาสาในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า กว่าร้อยละ 80 ระบุว่าผ่านการอบรมเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (PC) การแจ้งข่าวร้าย และการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ จิตวิญญาณ พบว่า ผู้ดูแลอาสาประมาณครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 50 เคยได้รับการอบรมด้าน PC ในขณะที่ประมาณหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่าง ระบุว่า เคยอบรมด้านการแจ้งข่าวร้าย และร้อยละ 13 ระบุว่าเคยอบรมการดูแลด้านจิตใจ จิตวิญญาณ **ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลอาสาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างระบุว่าไม่มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ไม่ว่าจะเป็นการดูแลทางกายและทางจิตใจ รวมไปถึงทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว**

สำหรับภารกิจที่ผู้ดูแลอาสา ระบุว่า ได้กระทำเป็นบางครั้งจนถึงกระทำประจำ พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งระบุว่าสิ่งที่ได้กระทำเป็นประจำ คือ การให้กำลังใจ เยี่ยมบ้านผู้ป่วย (ร้อยละ 85) รองลงมา คือ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเรียนรู้ต่างๆ ร่วมกับทีมจิตอาสาและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (ร้อยละ 82) ส่วนภารกิจอื่น ๆ เช่น การทำแผล ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย จัดหาอาหารให้ผู้ป่วยที่ไม่มีคนในครอบครัวดูแล ฯลฯ ส่วนใหญ่ระบุว่า ได้ทำภารกิจดังกล่าวเป็นบางครั้ง **โดยสรุปผู้ดูแลอาสาส่วนใหญ่มีบทบาทเยี่ยมบ้านและให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว และมีการพัฒนาศักยภาพตนเองด้วยวิธีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมกับทีมจิตอาสา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข**

ทัศนคติต่อการตายดี จากการสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับหลักการ/แนวคิดเกี่ยวกับการตายดี ที่ได้แบ่งระดับความเห็นด้วยออกเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ผลการสำรวจสรุปได้ว่า ผู้ดูแลอาสาในการสำรวจครั้งนี้เกือบทั้งหมด เห็นด้วยในระดับมากว่า การตายดี คือ การทำให้ผู้ป่วยหมดห่วงก่อนตาย ในขณะที่ ร้อยละ 93 เห็นด้วยในระดับมากว่า การช่วยให้ผู้ป่วยตายดี เป็นการคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และร้อยละ 90 เห็นด้วยในระดับมากว่า การจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีให้กับผู้ป่วยระยะท้าย ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

ในขณะที่ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า ควรพูดเรื่องความตาย หรือ การพูดความจริงกับผู้ป่วย แต่ก็ยังพบว่า หนึ่งในสี่ของผู้ดูแลอาสา มีความคิดเห็นระดับปานกลางไปจนถึงน้อย ซึ่งแสดงว่า การพูดคุยเรื่องนี้ อาจพูดไม่ได้ง่ายนักในบางโอกาสสำหรับผู้ดูแลอาสา ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับบริบทของผู้ดูแลอาสาในเรื่องการได้รับการยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแล และบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว ที่มีระดับการรับรู้และการยอมรับในประเด็นที่อ่อนไหวอย่างมากนี้ต่างกัน

โดยสรุปแล้ว ทัศนคติต่อเรื่องการตายดีของผู้ดูแลอาสาเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่สำหรับการสื่อสารประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการตายดีหรือความตาย ซึ่งเป็นวาทศิลป์อย่างหนึ่ง ที่มีองค์ประกอบต่าง ๆ เช่น สัญลักษณ์ท่าทางที่แสดงถึงความจริงใจ การใช้คำพูดกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถตอบโต้ได้ การพูดให้กำลังใจครอบครัว เรื่องที่ควรพูดและไม่ควรพูด การรับฟังและเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ โอกาสที่เหมาะสมในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ทักษะเหล่านี้ล้วนมีความสำคัญต่อการได้รับการยอมรับหรือไม่ยอมรับ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลอาสาทุกคนควรจะได้รับโอกาสในการเรียนรู้หรือฝึกฝนเกี่ยวกับเรื่องเหล่านี้ให้มากขึ้นด้วย



3

สรุปผลการประเมินศักยภาพ ความรู้ ความสามารถ ทัศนคติ ทักษะ และการปฏิบัติ ของพระสงฆ์หรือภิกษุอาสา

ศักยภาพของพระสงฆ์จิตอาสาหรือภิกษุอาสา ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จากคำถามที่ว่าเคยเข้าร่วมอบรมเสริมความรู้ด้านการดูแลเยียวยาจิตใจผู้ป่วยหรือไม่ พบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องนี้มาก่อน สำหรับพระสงฆ์ที่เคยได้รับการอบรม ส่วนหนึ่งเข้ารับการอบรมที่จัดโดยเครือข่ายพุทธิกา และอีกส่วนหนึ่งเคยอบรมในหลักสูตร **“พระคิลานุปัฏฐาก” หรือ “พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.)”** ที่จัดโดยกระทรวงสาธารณสุข มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อพิจารณาศักยภาพในการเป็นส่วนหนึ่งของทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในมิติจิตใจ จิตวิญญาณ ส่วนใหญ่ระบุว่ายังมีข้อมูลความรู้ ตลอดจนความสามารถด้านการดูแลเยียวยาและการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ไม่มากหรือยังไม่ค่อยพร้อม นอกจากนี้ พระสงฆ์ในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) ระบุว่า มีบทบาทในการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหรือที่สถานพยาบาลนานๆ ครั้ง (3-4 เดือนต่อครั้ง) จนถึง ยังไม่เคยได้มีโอกาสเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเลยก็มี

เมื่อถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยระยะท้าย พระสงฆ์ระบุว่า มีความรู้ในด้านนี้น้อยที่สุด นอกจากนี้ พระสงฆ์หรือภิกษุอาสาจำนวนหนึ่ง ยังระบุด้วยว่า ตัวผู้ป่วยเองเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการแสดงบทบาทของพระสงฆ์ หรือ ทำให้พระสงฆ์รู้สึกลำบากใจ ความคิดเห็นดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า พระสงฆ์จิตอาสาบางส่วนยังไม่เข้าใจหรือเข้าไม่ถึงภาวะอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยระยะท้าย ที่กำลังอยู่ในสภาวะที่เจ็บปวด ไม่สบายตัว เหนื่อย เพลีย อ่อนแรง สิ้นหวัง ครุ่นคิด หวั่นวิตก หวาดกลัวความตาย ฯลฯ และถ้าผู้ป่วยยังไม่ได้รับการจัดการอาการดังกล่าว ก็ยากที่จะสนใจฟังหรือตอบสนองในทางบวก เมื่อพระสงฆ์มาเยี่ยม ดังนั้น พระสงฆ์ที่จะสามารถเป็นผู้เยียวยาผู้ป่วยระยะท้ายได้ จะต้องมีความเข้าใจประเด็นนี้เป็นอย่างดี

สำหรับข้อเสนอแนะของพระสงฆ์หรือภิกษุอาสาส่วนใหญ่เสนอว่า อยากให้มีการจัดอบรมเสริมความรู้เรื่องการพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วย การปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ป่วย หลักจิตวิทยา และความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับอาการของโรคในระยะท้าย และอยากให้มีการจัดอบรมเป็นประจำและต่อเนื่อง รวมทั้งเสนอให้มีการเชื่อมเครือข่ายพระสงฆ์จิตอาสาที่ทำงานด้านการดูแลสุขภาพเกิดขึ้นทั่วทุกภูมิภาค

ทัศนคติต่อการตายดี สำหรับทัศนคติต่อการตายดีของพระสงฆ์จิตอาสาหรือภิกษุอาสาใน 3 ประเด็นสำคัญ คือ ความหมายของการตายดี ความสำคัญของการตายดีต่อมนุษย์ และ ความสำคัญของบทบาทพระสงฆ์ต่อผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า ได้คำตอบที่มีนัยยะสอดคล้องกันเป็นส่วนใหญ่ กล่าวคือ ความหมายของการตายดี ประกอบด้วยคำสำคัญ คือ ตายอย่างมีสติ, สงบ, ไม่ทุกข์ทรมาน, หมดห่วง, มีความสุข สำหรับความสำคัญที่มนุษย์ทุกคนควรได้รับโอกาสในการตายดีนั้น พระสงฆ์จิตอาสาที่ศึกษาส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า เพราะเป็นโอกาสที่มนุษย์จะได้ไปสู่ภพภูมิที่ดี หรือสุคติภูมิตามความเชื่อของพุทธศาสนา ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญของบทบาทพระสงฆ์ต่อผู้ป่วยระยะท้าย ส่วนใหญ่ ระบุว่า พระสงฆ์เป็นเสมือนตัวแทนทางจิตวิญญาณ เป็นที่พึ่งทางจิตใจ ช่วยนำทางจิตสุดท้ายไปสู่สุคติภูมิได้


MEDICAL
MEDICAL

9

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

สำหรับข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในส่วนนี้ ได้รับการพัฒนาขึ้นบนข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์และสังเคราะห์ และพยายามเสนอให้ครอบคลุมในทุกมิติ ทุกประเด็น ทุกเรื่อง ทุกระดับ เพื่อให้เป้าหมายที่หลาย ๆ ภาคส่วนอยากเห็นร่วมกันเกิดเป็นจริง ซึ่งกำหนดไว้ว่า.... *“ประชาชนและผู้อาศัยบนแผ่นดินไทยได้รับการดูแลสุขภาวะระยะท้ายแบบประคับประคองตามหลักวิชาการ แบบไร้รอยต่อ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตระยะท้ายของปัจเจกบุคคล โดยเคารพความประสงค์ในการเลือกแผนการรักษาและแผนการเสียชีวิตของผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12”* (เอกสาร “ความก้าวหน้าของการดำเนินงานการดูแลแบบประคับประคอง ปีงบประมาณ 2562 เขตบริการสุขภาพที่ 1-12”, พญ. เดือนเพ็ญ ห่อรัตนาเรือง, กรรมการพัฒนาระบบบริการ สาขาการดูแลแบบประคับประคอง)

ซึ่งจากเป้าหมายดังกล่าว จะเห็นว่ามีคำหลัก (keyword) หลายคำ ทั้งคำว่า “การดูแลสุขภาวะระยะท้ายแบบประคับประคอง” คำว่า “หลักวิชาการ” คำว่า “แบบไร้รอยต่อ” คำว่า “เสริมสร้างคุณภาพชีวิตระยะท้าย” คำว่า “เคารพความประสงค์ในการเลือกแผนการรักษาและแผนการเสียชีวิต” และคำว่า “พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12”

ดังนั้น ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ณ ที่นี้ จะใช้เป้าหมายดังกล่าว บวกคำหลักที่ปรากฏ บวกกับข้อมูลและความรู้ที่ได้จากการวิจัย ติดตาม และประเมินผลในครั้งนี้ โดยจะแบ่งข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ออกเป็นด้านต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในทุกมิติ ทุกประเด็น ทุกเรื่อง ทุกระดับ ทุกภาคี หรือมีความครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด ทั้งด้านการพัฒนาระบบ (system-based development recommendation) ด้านพื้นที่ทางการบริหารจัดการ-ปกครอง/พื้นที่ภูมิศาสตร์ (area-based recommendation) ด้านประเด็นที่มีความสำคัญ (topical issue-based recommendation) ด้านปัญหาที่ควรแก้ไข (problem-based recommendation) ด้านกลุ่มเป้าหมาย (target-group based recommendation) ด้านนโยบาย (policy-based recommendation) ด้านองค์กร/หน่วยงาน (organization-based recommendation) ด้านเครือข่าย (network-based recommendation) ด้านหัวข้อการอบรมตามกลุ่มเป้าหมาย (training topic recommendation) และด้านการวิจัย/สร้างความรู้ (research- and knowledge-based recommendation)



ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ด้านการพัฒนาระบบ/สนับสนุนการพัฒนาระบบของสถานพยาบาล/หน่วยบริการ (SYSTEM-BASED DEVELOPMENT RECOMMENDATION)

ระดับสถานพยาบาล/โรงพยาบาล/หน่วยบริการ

- **ผู้มีอำนาจการตัดสินใจในการใช้ทรัพยากร** (คน, เงิน, ของ, สถานที่) และ/หรือ มีหน้าที่รับผิดชอบสูงสุดของสถานพยาบาลนั้น ๆ รวมถึงหัวหน้าฝ่าย/แผนก/สำนัก **ควรจะต้องสนับสนุนระบบ PC อย่างเต็มที่ เพื่อทำให้ระบบสามารถพัฒนาก้าวหน้าไปได้อย่างไม่สะดุด**

- ควร**มีเวทีประชุม/สัมมนา/ประชุมปฏิบัติการที่จัดเฉพาะสำหรับหัวหน้าหน่วยงาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สถานพยาบาลและทีมงาน** PC อย่างสม่ำเสมอ เพื่อแบ่งปันความรู้และประสบการณ์ และควรเสนอแนะให้แต่ละสถานพยาบาลนำเรื่องนี้เข้าสู่วาระการประชุมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อติดตามความก้าวหน้า

- ควร**ทำให้เรื่อง PC เป็นวาระสำคัญขององค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล** และอยู่ในวาระการประชุมขององค์กรแพทย์/องค์กรพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ **เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของแพทย์ หรือทำให้แพทย์ให้ความสำคัญและร่วมมือในการส่งผู้ป่วยมาขอคำปรึกษาจากทีม PC ให้มากขึ้น**

- ควรเพิ่มการสื่อสารเชิงกลยุทธ์ในสถานพยาบาลต่าง ๆ เพื่อระดมทรัพยากรบุคคลหรือ**มีการจัดสรรทีมงานให้เหมาะสมกับภาระงาน** โดยเฉพาะเรื่องภาระงานของแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ควรมีการจัดสรรภาระงานให้เป็นธรรม เพิ่มบุคลากรด้านต่าง ๆ เข้าสู่ระบบ PC แบบหมุนเวียนก็ได้ อาทิเช่น ตำแหน่งเภสัชกรในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ หรือ รพศ./รพท. พบว่า มีจำนวนมาก แต่มีเภสัชกรที่ทำงานด้าน PC เพียงแค่ 1-2 คน

- สถานพยาบาลควรมี**แผนในการสนับสนุนการพัฒนาบุคลากร** เพื่อเพิ่มศักยภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และการปฏิบัติให้กับบุคลากรประเภทต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ ถ้าสามารถทำได้ และมีการจัดทำระบบข้อมูลด้านนี้อย่างเป็นระบบ

- ควรจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนให้บุคลากรได้รับการฝึกอบรมจากหน่วยงาน/องค์กร/ทีมงานโรงพยาบาล ที่มีความเชี่ยวชาญ มีประสบการณ์ในการทำงาน อย่างเป็นระบบ

- ควรมี**คณะกรรมการจริยธรรมในการกำกับ ติดตาม ดูแล แก้ไขปัญหา สนับสนุนให้บุคลากรปฏิบัติตาม** Protocol ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย PC โดยเฉพาะกรณีที่มีความขัดแย้งระหว่างแพทย์/ทีมรักษากับผู้ป่วยและญาติ, ผู้ป่วยกับญาติ หรือระหว่างทีมรักษาด้วยกันเอง

- สำหรับสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ให้กับเพื่อนร่วมวิชาชีพ หรือสถานพยาบาลอื่น ๆ ในเขตบริการใกล้เคียง ก็ควรได้รับการยกระดับสถานภาพให้เป็นแหล่งเรียนรู้และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเพิ่มศักยภาพและขีดความสามารถให้กับบุคลากรในเขตใกล้เคียง ทำให้ระบบพัฒนาได้เร็วขึ้น

- **หนุนเสริมการทำงานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิให้มากขึ้น โดยเฉพาะหน่วยบริการที่มีบุคลากรจำนวนน้อยมาก หลายแห่งไม่มีพยาบาล** ทำให้ภาระงานตกอยู่กับพนักงานสาธารณสุขชุมชน หรือแม้แต่ทันตาภิบาลหรือผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก็ต้องมาทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในระยะยาว

- ในหลายๆ พื้นที่ พบว่า การระดมทรัพยากร (เงินและวัสดุ/อุปกรณ์/เครื่องมือต่าง ๆ) จากประชาชนในพื้นที่หรือนอกพื้นที่ โดยเฉพาะผ่านกลไกของวัด ที่มีชื่อเสียงและชาวบ้านมีความศรัทธา ช่วยทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นจริง ดังนั้น **สถานพยาบาล/หน่วยบริการที่ยังไม่ค่อยได้ดำเนินการตรงนี้ อย่างเป็นระบบ ควรให้ความสำคัญกับเรื่องนี้มากขึ้น หรืออาจระดมทรัพยากรจากบริษัทเอกชนต่าง ๆ ที่มีนโยบาย CSR ด้านนี้เป็นต้น**

- **สถานพยาบาลที่ทำงานร่วมกับขุมชนอย่างใกล้ชิด (โดยเฉพาะกรณีตัวอย่าง รพ.ห้วยยอด จ.ตรัง)** เพื่อให้ชุมชนมีความพร้อมในการรับมือกับการเป็นสังคมสูงวัย ที่

มีผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน-ติดเตียง ผู้ป่วยรอการฟื้นฟู ผู้ป่วยที่เปราะบาง/ผู้ป่วยพิการ และผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มขึ้น โดยได้รับการสนับสนุนจากพระสงฆ์/วัดในพื้นที่ ร่วมมือกับภาคีต่าง ๆ ในชุมชน ทั้งโรงเรียน เทศบาล สาธารณสุข อสม. ฯลฯ ด้วยแนวคิดชุมชนกรุณา (Compassionate Community)ทำให้ประชาชนให้ความสนใจและเข้ามาร่วมในกระบวนการนี้มากขึ้น ซึ่งน่าจะเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับสถานพยาบาลในพื้นที่อื่น ๆ ได้ต่อไป

ระดับเขตสุขภาพ

ผู้รับผิดชอบในระดับเขต หรือ**ประธาน Service Plan ด้าน PC ในระดับเขต มีความสำคัญในการส่งเสริมระบบ PC ในระดับเขต** ถ้ามีทัศนคติ/ท่าทีการทำงานและท่าทีต่อเพื่อนร่วมงานที่ดี มีความเอาใจใส่/ตั้งใจจริง มีความเคารพในความคิดเห็น มีความสามารถในการสื่อสารเชิงสร้างสรรค์ มีความสามารถในทางวิชาการ มีความสามารถและให้ความสำคัญกับการทำงานเชิงเครือข่าย มีข้อมูลที่ถูกต้องของสถานพยาบาลต่าง ๆ ที่อยู่ในความรับผิดชอบ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับเขตสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ

ควรสนับสนุน/ส่งเสริม/อำนวยความสะดวกให้การทำงานของคลินิกหมอครอบครัว (PCC) สามารถเกิดได้จริงในทุกเขต ทุกพื้นที่ ทุกอำเภอ/ตำบล ทั้งเพื่อลดความแออัดของ รพศ./รพท. และเพื่อให้ระบบ PC ได้รับการให้ความสำคัญในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ร่วมกันอย่างคุ้มค่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากแพทย์ ทันตบุคลากร และทีมสหวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ

2

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
ด้านนโยบาย/องค์กรคุมนโยบาย
(POLICY-BASED RECOMMENDATION)

ควรกำหนดนโยบายด้าน PC ให้เป็นนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีความโดดเด่นชัดเจน มีแผนการส่งเสริมสนับสนุนที่ชัดเจน มีแผนพัฒนากำลังคน การกำหนดอัตรากำลังคนประเภทต่าง ๆ ที่ชัดเจน โดยเฉพาะพยาบาลประคับประคอง พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด/อาชีวบำบัด แพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกต่าง ๆ และมีระบบงบประมาณรองรับที่ชัดเจน

สภาการพยาบาลและสำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ควรทำงานร่วมกัน ระดมสมองและระดมจิตใจกัน ให้ความสำคัญกับเรื่อง PC ให้มากขึ้น หรือจัดให้เป็นวาระสำคัญ พร้อมทั้งมีการวิเคราะห์ผลงานด้านการดูแลประคับประคองของพยาบาล เพื่อวางแผนพัฒนาเส้นทางวิชาชีพให้ชัดเจน (career path) และมีการวิเคราะห์อัตรากำลังด้านนี้ให้มีความสอดคล้องกับการเป็นสังคมสูงวัย ที่มีความต้องการพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลประคับประคองและพยาบาลจิตเวช รวมถึงผู้ช่วยพยาบาลด้านนี้จำนวนมาก

ควรมีการขับเคลื่อนในองค์กร/สภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอน/การผลิตบุคลากร และการปฏิบัติงานตามจรรยาบรรณวิชาชีพ ให้มีคุณภาพ ครบทุกมิติ และครบทั้งหมดทุกสถาบัน ทุกวิชาชีพ ครอบคลุมทั้งแพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภากายภาพบำบัด ทันตแพทยสภา สภาวิชาชีพนักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย ฯลฯ เพื่อให้เรื่อง PC เป็นวาระสำคัญขององค์กรต่าง ๆ เหล่านี้ และเพื่อให้การพัฒนาหรือเพิ่มเนื้อหาหลักสูตร/องค์ความรู้ด้าน PC รวมทั้งประเด็นจรรยาบรรณวิชาชีพที่สอดคล้องกับยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงไป ได้มีพัฒนาการอย่างเป็นระบบ มีมาตรฐานเดียวกัน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรเป็นองค์กรนำในการจัดทำระบบประกันการดูแลระยะยาว ร่วมกับหน่วยงาน/องค์กร/ภาคีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เอกชน (เช่น บริษัทประกัน) ประชาสังคม หรือเป็นเจ้าภาพจัดประชุมระดมสมองในเรื่องนี้ เพื่อร่วมกันผลักดันให้ระบบประกันการดูแลระยะยาว ตามเอกสารการศึกษาของมูลนิธิสถาบันการวิจัยแห่งประเทศไทย (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และยศ วัชระคุปต์, 2560) เป็นความจริงที่จับต้องได้



ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ด้านการจัดบริการในพื้นที่ทางการบริหารจัดการ/พื้นที่ทางภูมิศาสตร์ (AREA-BASED RECOMMENDATION) ที่มีบริบทต่างกัน หรือ การจัดการพัฒนาระบบ PC ตามบริบท (SPECIFIC CONTEXT-BASED RECOMMENDATION)

กรณีที่เป็นเมืองใหญ่ โดยเฉพาะกรณีของกรุงเทพมหานคร ที่มีการทับซ้อนในการบริหารจัดการระหว่างอำนาจของรัฐบาลท้องถิ่น และรัฐบาลกลางหรืออำนาจของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัจจุบันได้เกิดกลไกการผลักดันระบบ PC ที่สำคัญในรูปคณะอนุกรรมการ ที่ประกอบไปด้วย บุคลากรจาก THAPS, กรมการแพทย์, สำนักการแพทย์และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, หน่วยงาน/สถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด ซึ่งถือว่าเป็นการทำงานข้ามพื้นที่การบริหารจัดการ ที่มีนัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงหรือทำให้ระบบ PC ในเมืองใหญ่เกิดขึ้นได้ภายใต้การเกื้อกูลช่วยเหลือกัน การใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ร่วมกัน *ซึ่งถ้าหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง คือ สำนักการแพทย์และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีการจัดสรรทรัพยากรเพิ่มขึ้นและมีนโยบายสนับสนุนเรื่องนี้ชัดเจน เพื่อให้การพัฒนาระบบ PC ทำได้อย่างทั่วถึง รวดเร็ว มีความครอบคลุมทุกระดับ ทุกพื้นที่* โดยเฉพาะ *การอุดหนุนการจัดอบรมบุคลากรทุกประเภท การสนับสนุนการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้ามเขต ข้ามพื้นที่ การสนับสนุนให้ชุมชน/อาสาสมัครต่าง ๆ เข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้หรือการอบรมต่าง ๆ ในการดูแล รวมทั้งเข้าร่วมกระบวนการดูแลหรือมีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ภายใต้สโลแกน “One Community One Nursing Home” ตามที่ รพ.ราชพิพัฒน์ดำเนินการในเขตบางแค ก็จะยิ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว ทันการณ์ ทันเวลา*

การจัดบริการดูแลเยี่ยมบ้านของหน่วยบริการต่าง ๆ ในเมืองใหญ่ ควรทำเป็นทีมที่ไปด้วยกัน มีพยาบาลและอาสาสมัคร/ผู้ดูแล ที่ผ่านการอบรมทักษะการดูแลมาอย่างดี โดยเฉพาะการทำแผล การใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ต่าง ๆ เช่นเครื่องทำออกซิเจน การให้อาหารทางสายยาง การเปลี่ยนสายต่าง ๆ ฯลฯ *และผู้ดูแลอาสาควรได้รับค่าจ้างรายวัน ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีความจำเป็นด้านรายได้เพื่อเลี้ยงชีพตนเองด้วย*

กรณีที่เป็นพื้นที่ชายแดน ทั้งฝั่งลาว พม่าและกัมพูชา ที่มีกลุ่มชาติพันธุ์เข้ามารับการรักษาจำนวนมาก ควรมีการเตรียมความพร้อมรับมือในเรื่อง ภาษา ศาสนา วัฒนธรรม ความคิด ความเชื่อ โดยเฉพาะการสื่อสารด้วยภาษาของกลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อลดความผิดพลาดในความเข้าใจซึ่งกันและกัน และลดความผิดพลาดในการดูแลที่ต้องเข้าใจบริบททางภาษา วัฒนธรรม ความคิด ความเชื่อที่มีความแตกต่างกัน รวมทั้งสร้างความร่วมมือกับสถานพยาบาล/หน่วยบริการและชุมชนในพื้นที่ชายแดนในประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในถิ่นต้นทางเป็นจริง และยังสามารถนำรายได้เข้าสู่ระบบบริการของสถานพยาบาลในเขตชายแดนด้วย เช่น รายได้จากการจัดอบรมเสริมศักยภาพให้กับบุคลากรในประเทศเพื่อนบ้าน หรือรายได้จากการเป็นที่ปรึกษาการพัฒนาระบบ เป็นต้น



ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ด้านปัญหาที่สำคัญที่ควรเร่งแก้ไข (PROBLEM-BASED RECOMMENDATION)

- ปัญหาสำคัญและเร่งด่วน เมื่อมองจากมุมของผู้ป่วยและญาติ ก็คือ การขาดรายได้ขณะที่ต้องดูแลพ่อแม่ที่ป่วยระยะท้าย เพราะจำนวนมากต้องลาออกจากงาน/หยุดทำงาน ทำให้ไม่มีรายได้ แต่มีรายจ่ายเพิ่ม สปสช. ควรมีนโยบายในการชดเชยเงินรายได้ให้กับผู้ป่วยและครอบครัวที่มีฐานะยากลำบากเหล่านี้ และจำนวนมากมีปัญหาเรื่องค่าซื้อผ้าอ้อมผู้ใหญ่, ค่าเดินทางไปหาหมอ ทำให้ไม่ได้ไปโรงพยาบาลตามนัด ในขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งก็ยังไม่ค่อยเข้ามามีบทบาทในการจัดบริการรถรับส่งหรือแสดงบทบาทเต็มที่

- ปัญหาการเบิกจ่ายค่าเยี่ยมบ้าน ที่ปัจจุบันจ่ายให้ทีมบุคลากรที่ดูแลระยะท้าย ซึ่งมีหลายระดับ หลายคน และบางทีมีการ refer ผู้ป่วยกลับไปรับยาที่สถานพยาบาลอื่นขณะรักษาที่บ้าน ซึ่งบางกรณี เป็นการนำเข้าฉุกเฉิน และเป็นการส่งแบบข้ามเขต ซึ่งทำให้เกิดปัญหาการเบิกจ่ายค่าตอบแทนในการเยี่ยมบ้านของ สปสช. เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต

- ปัญหา รพ.ชุมชนไม่มียาระงับปวด ทำให้จำเป็นต้องส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ๆ กรณีเช่นนี้ก็จะมีปัญหาว่าให้เบิกจากใคร/โรงพยาบาลไหน

- ปัญหาการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ที่ยังมีการคลาดเคลื่อน และยังมีการบันทึกข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน

- ปัญหาการขาดแคลนจิตอาสา/ผู้ดูแล/อสม.ที่มีทักษะและมีเวลา โดยเฉพาะในพื้นที่ ๆ มีผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือสูง เพราะไม่มีลูกหลาน เป็นผู้สูงอายุด้วยกันทั้งคู่ หรือป่วยด้วยกันทั้งคู่ ไม่สามารถเดินทางไป รพ.ได้เอง ไม่มีคนเฝ้ายามเจ็บป่วย

- ปัญหาผู้ดูแลอาสา/จิตอาสา/อสม. จำนวนมากยังไม่มีทักษะที่พอเพียง โดยเฉพาะทักษะในการใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็น และทักษะในการสื่อสาร ส่วนใหญ่ยังคงพูดกับผู้ป่วยว่า “สู้ ๆ” ในขณะที่สภาพผู้ป่วยไม่อำนวยให้สู้ หน้าตาเหยเก แต่ผู้ดูแลอาสา ก็ไม่ได้สังเกต หรือไม่มีทักษะการสังเกตอาการ/สภาพผู้ป่วย เป็นต้น

- ปัญหาแพทย์ที่ไม่ได้ผ่านการอบรมด้าน PC เพิ่งเข้ามาเป็นแพทย์ใช้ทุน ไม่มีความรู้และทักษะ PC แต่ต้องมาดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับปฏิบัติอย่างไม่ได้มาตรฐาน เมื่อเทียบกับสถานพยาบาลที่มีแพทย์ ที่ผ่านการอบรมด้าน PC อย่างมองเห็นได้ชัดเจน

- ปัญหาการขาดบุคลากรที่จำเป็นในหลาย ๆ พื้นที่ หรือหลาย ๆ สถานพยาบาล เช่น ไม่มีพยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา ในขณะที่ปัญหาความเครียดและการจัดการความเครียดอย่างถูกต้อง หรือการขาดคำแนะนำที่ดี เป็นประเด็นปัญหาสำคัญที่พบในหลาย ๆ สถานพยาบาล/พื้นที่ โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะท้ายที่มีความซับซ้อนในครอบครัว เช่น แม่มีปัญหาทางจิตเวช ไม่สามารถดูแลลูกได้ ในขณะที่ลูกเป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่อายุยังไม่มาก และปฏิเสธการรักษา หรือไม่ต้องการฟอกไตหน้าท้อง ทำให้ไม่สามารถฟอกไตได้อย่างถูกต้อง ไม่มีคนดูแล และทำให้ติดเชื้อ ฯลฯ

- ปัญหาการขาดงบประมาณสนับสนุนหรือได้มาบ้าง แต่ก็น้อยมาก ทั้ง ๆ ที่อยู่ในแผนการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) ทำให้ไม่สามารถขับเคลื่อนงานด้านนี้ได้เต็มที่

- ปัญหาไม่ได้รับการส่งเสริมอย่างเต็มที่ในการทำงานของพยาบาล ของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในสถานพยาบาลจำนวนหนึ่ง ทำให้งาน PC ไม่ก้าวหน้า และมีความเสี่ยงต่อการไม่ได้ดำเนินการต่อในบางสถานพยาบาล

- กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และส่วนงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ควรลดความซ้ำซ้อน/การทับซ้อนของโครงสร้างการทำงาน หรือการกำกับ ดูแลในระดับพื้นที่ เช่น มีทั้ง คปสอ. พชอ. CUP และ PCC ควรมีการพูดคุยกันเพื่อลดการทับซ้อนของคณะกรรมการชุดต่าง ๆ โดยใช้ผู้รับประโยชน์หรือประชาชน/ชุมชนเป็นตัวตั้งและเลือกระบบและโครงสร้างที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชน

5

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ด้านประเด็นสำคัญ/การขับเคลื่อนรายประเด็น (ISSUE-BASED RECOMMENDATION)

ประเด็น**การสร้างความตระหนักของภาคสาธารณะ** ยังคงมีความสำคัญ แต่ควรอยู่บนพื้นฐานการวิเคราะห์ข้อมูลที่ผ่านมาว่า การสร้างความตระหนักของภาคสาธารณะหรือประชาชนทั่วไปนั้น ปัจจุบันเข้าถึงใครแล้วบ้าง และยังเข้าไม่ถึงใคร ใครคือจุดคานงัดสำคัญ ควรทำแบบเจาะกลุ่มเป้าหมายให้ชัดและขยายผลออกไป ภายใต้เครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคม/วัฒนธรรม หรือความสัมพันธ์ของกลุ่มต่าง ๆ เช่น เครือข่ายสตรี, เครือข่ายเยาวชน, เครือข่ายชุมชนผู้มีรายได้น้อย, เครือข่ายแรงงาน ฯลฯ

ประเด็น**การดูแลมิติจิตใจ จิตวิญญาณ จิตตปัญญาหรือสุขภาวะทางปัญญา** เป็นประเด็นใหญ่ ที่สะท้อนว่า ที่ผ่านมาคนไทยส่วนใหญ่ยังเข้าไม่ถึงแก่นสาระของศาสนา โดยเฉพาะศาสนาพุทธ เมื่อเปรียบเทียบกับคริสต์และอิสลาม ที่มีการเตรียมตัวได้ดีกว่า (ข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ไม่ได้สะท้อนภาพรวมทั้งหมด) ดังนั้น ในเรื่องนี้ควรดำเนินการต่อเนื่อง ทำความชัดเจนในเรื่องเครื่องมือการประเมินสภาพผู้ป่วยในมิติจิตวิญญาณ มีการทดลองใช้หลาย ๆ ครั้งในหลาย ๆ บริบท และทำให้ได้มาตรฐานและผลักดันการนำไปใช้ แต่จะต้องไม่ยึดติดกับแบบประเมินเท่านั้น บุคลากรควรได้รับการฝึกฝนในการสังเกตสภาพผู้ป่วยและมีการบันทึกข้อมูลทุกครั้งด้วย ถ้าเป็นกรณีการเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องมิติจิตใจ จิตวิญญาณให้กับบุคคลทั่วไป ควรมีการประเมินผลทุกครั้งที่มีการจัดหลักสูตรเสริมศักยภาพด้านการเตรียมความพร้อม โดยองค์กรต่าง ๆ ในภาคประชาสังคม ที่มีบทบาทมากขึ้นในช่วงหลัง ๆ มานี้

- ประเด็น**การขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์** หรือการขับเคลื่อนโดยมีแผนยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนรองรับ ตรงจุด ตรงประเด็น ยังมีความจำเป็นอยู่ โดยเฉพาะการขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์ร่วมกับองค์กรภาคี/ภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างหลักประกันการดูแลระยะยาว มีความจำเป็นอย่างยิ่ง จะได้มีทิศทาง มีระบบที่ชัดเจนรองรับปัญหาในระยะยาว

- ประเด็น**การพัฒนาบุคลากรหรือวิชาชีพอื่น ๆ** ให้สามารถแสดงบทบาทได้มากขึ้น อาทิเช่น นักโภชนาการ/โภชนากร ที่ต้องการมีความรู้ที่หลากหลายเกี่ยวกับอาหารเพื่อผู้ป่วยระยะท้าย ที่ยังอยู่ในช่วงที่ยังทานอาหารได้ แต่ไม่ค่อยมีอาหารให้ทาน ทำให้ต้องพึ่งพาแต่อาหารทางการแพทย์ที่มีราคาแพง พร้อมทั้งส่งเสริมการสร้างความรู้จากการปฏิบัติ (action-based knowledge) จะทำให้ได้สูตรอาหารใหม่ ๆ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละโรค แต่ละช่วงวัย

6

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ด้านกลุ่มเป้าหมาย/ประชากรเป้าหมายที่ควรเข้าถึง (TARGET-GROUP BASED RECOMMENDATION)

ในการขับเคลื่อนภาคสาธารณะ หรือการสร้างการรับรู้ในภาคสาธารณะ ถ้าสามารถวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายที่ยังเข้าไม่ถึง (niche groups) ผ่านทางเครือข่ายกลุ่มศาสนาต่าง ๆ และกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มแม่บ้าน/สตรี, กลุ่มแรงงานในระบบและนอกระบบ, กลุ่มที่ต้องการมีสุขภาพดี ที่อายุประมาณ 50 ปีขึ้นไป พร้อมทั้งมีการสื่อสารสาระสำคัญให้ครบ ให้สามารถมองเห็นวงจรชีวิตของตนเองได้ครบ ลงมือปฏิบัติ/ฝึกฝนให้สามารถกำหนดเส้นทางชีวิตของตนเองให้ได้ ตั้งแต่ช่วงที่มีความเป็นอยู่ที่ดี (Living well) ไปจนถึงช่วงที่ต้องอยู่กับความเจ็บป่วย (Living with illness) จนเข้าสู่ช่วงวิกฤต (Crisis) ไปจนถึงช่วงที่ต้องอยู่กับความเปราะบาง (Living with frailty) และช่วงที่เตรียมตัวจากไปด้วยดี/มีความสงบ (Leaving well)

การทำงานกับประชากรกลุ่มเป้าหมายอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่มีปัญหาความเปราะบาง (living with frailty) เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเองลำบาก ทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างปลอดภัย เช่น การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ การแต่งตัว การออกนอกบ้าน การไปซื้อของ/อาหาร การทานอาหาร/ยา หรือเรื่องความจำ ไม่สามารถสื่อสารได้ดี ฯลฯ การทำงานกับกลุ่มเป้าหมายกลุ่มนี้มีความสำคัญมาก เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุซ้ำซ้อนและการบาดเจ็บที่ไม่จำเป็น/ไม่ควรจะเกิดขึ้น และเพื่อลดอัตราการนอนในโรงพยาบาล และลดอัตราการเยี่ยมบ้านที่ไม่เป็นไปตามกำหนดการลงไป ถ้ามีระบบการดูแลช่วยเหลือที่ดี ที่สามารถประเมินสภาพได้ตั้งแต่แรก ซึ่งการจัดทำระบบข้อมูลและการออกแบบเครื่องมือต่าง ๆ ในการทำงานเรื่องนี้ พร้อมทั้งการจัดบริการให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความสำคัญมาก

การทำงานกับประชากรทุกกลุ่มอายุให้มีการวางแผนสุขภาพและความต้องการของตนเองด้วยเครื่องมือ Advance Care Plan หรือ Anticipatory Care Planning (ACP) ซึ่งที่จริงการทำ ACP การเรียนรู้เรื่องการตายดี และการสร้างความตระหนักในภาคประชาชนในระดับจังหวัดสามารถทำได้ดี ภายใต้การทำงานของศูนย์ PC ของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง ดังเช่น กรณีการทำงานของศูนย์เมตตารักษ์ รพ.ศูนย์อุดรธานี ที่ผนวกการทำงานตรงนี้เข้ามาด้วย หรือ เพิ่มเนื้อหานี้เข้าไปในบริบทการทำงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) จะทำให้ขับเคลื่อนได้ลึก รวดเร็ว และมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น





ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ด้านเครือข่าย หรือการขยายผลในเชิงเครือข่าย (NETWORK-BASED RECOMMENDATION)

- เครือข่ายต่าง ๆ มีความสำคัญมากต่อการขยายผลงานในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะเครือข่ายของกลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ ที่มีอยู่หลายประเภท หลายรูปแบบ ทั้งออนไลน์และออฟไลน์ โดยเฉพาะเครือข่ายเพื่อนร่วมรุ่น หรือเพื่อนที่เคยเรียนในสถาบัน/หลักสูตร/วิชาชีพต่าง ๆ ร่วมกัน ถ้าสามารถนำเสนอให้เครือข่ายต่าง ๆ เหล่านี้ผนวกแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (PC) การดูแลผู้ป่วยที่มีความเปราะบาง (old people living with frailty) และการตายดีหรือสู่วิถีการตายอย่างสงบ (Leaving well) น่าจะเพิ่มช่องทางการเปลี่ยนแปลงได้อีกช่องทางหนึ่ง

- เครือข่ายในระดับท้องถิ่นที่มีนัยสำคัญต่อการทำงานเรื่อง PC รวมถึงเรื่องผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเปราะบาง และเรื่องการเตรียมตัวสู่วิถีการตายอย่างสงบที่พบจากการวิจัยในครั้งนี้ คือ เครือข่าย/กลุ่ม/ชมรมของข้าราชการเกษียณอายุ ชมรมผู้สูงอายุ และโรงเรียนผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอ/จังหวัด ที่มีความเข้มแข็ง มีบทบาทในการทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ถ้าสามารถส่งเสริมหรือผนวกเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงการป้องกันการหกล้ม และการเจ็บป่วย/ความเปราะบางในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป เข้าไปในกลไกตรงนี้ ก็น่าจะมีส่วนช่วยป้องกันปัญหาต่าง ๆ ได้มากขึ้น

- เครือข่ายสังคมออนไลน์ ที่มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันมีหลายเครือข่าย โดยเฉพาะ **“เครือข่ายเตียงให้ยืม”** ที่มีแอดมินอยู่ที่ จ.เชียงใหม่ มีเตียงในระบบการให้ยืมและหมุนเวียนกันทั่วประเทศ จำนวนมากถึง 720 เตียง (ข้อมูล ณ วันที่ 15 ตุลาคม 2562) จึงควรมีการสืบค้น จัดระบบหรือจัดทำฐานข้อมูลเครือข่ายความช่วยเหลือเหล่านี้ เพื่อทราบว่า สังคมไทยเรามีทุนทางสังคม (social capital) แบบนี้อยู่ที่ไหน และสามารถใช้ประโยชน์หรือประสานขอความช่วยเหลือได้อย่างทั่วถึง

- เครือข่าย รพ.ชุมชน และเครือข่าย รพ.สต. ก็เป็นเครือข่ายที่มีนัยสำคัญต่อการขยายผลเรื่องระบบ PC (ซึ่งพบชัดเจนที่เครือข่าย รพ.เทพา ที่มี การขยายตัวไปที่ รพ.รือเสาะ, รพ.สะบ้าย้อย และ รพ.ยะหริ่ง) จึงควรให้ความสำคัญกับการเสริมศักยภาพเครือข่าย รพ.ชุมชน และเครือข่าย รพ.สต. และควรมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันในเรื่อง PC อย่างสม่ำเสมอ และยกระดับองค์ความรู้จากการทำงานในบริบทของแต่ละอำเภอ จะทำให้มีฐานการทำงานที่เข้มแข็งบนฐานวิชาการที่เชื่อมกับบริบทที่เคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงในระดับอำเภอ

- เครือข่ายพระสงฆ์ที่มีศักยภาพในการทำงานด้านนี้เป็นอย่างสูง คือ เครือข่ายพระคิลานธรรม ที่มีพื้นฐานความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาแนวพุทธ ที่มีการผนวกองค์ความรู้ในการให้คำปรึกษา (counseling) ควรสนับสนุน/ส่งเสริมให้ขยายเครือข่ายให้กว้างขวางขึ้น

- เครือข่ายของกลุ่มนับถือศาสนาคริสต์และสถานพยาบาลแนวคริสต์ รวมถึงเครือข่ายของผู้นับถือศาสนาอิสลาม เป็นเครือข่ายที่มีความสำคัญต่อการสร้างการเรียนรู้ในเรื่องมิติจิตใจ-จิตวิญญาณ-จิตตปัญญา ที่มีความชัดเจน ควรเรียนรู้จากกรณีของศาสนาคริสต์และศาสนาอิสลาม

8

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ด้านระบบข้อมูล/ฐานข้อมูลแบบไร้รอยต่อ/การทำตัวชี้วัด (DATA-BASED RECOMMENDATION)

ฐานข้อมูลมีหลายระบบ อาทิเช่น มี THAI COC, HOSxP, Thai Refer, COC Link ทำให้เพิ่มภาระแก่คนทำงาน เพราะต้องป้อนข้อมูลเข้าสู่ระบบจำนวนมาก หลายแห่งยังใช้ HOSxP ในขณะที่หลายแห่งใช้ THAI COC และ HOSxP ด้วย และบางแห่งใช้ COC Link เช่น รพ.ลำปาง ทำให้ยังไม่เกิดระบบแบบไร้รอยต่อ (seamless system) ได้จริง ประกอบกับมีเสียงสะท้อนจากคนทำงานด้วยว่า ระบบต่าง ๆ มีความยุ่งยาก พอสมควร ยังใช้การได้ไม่ดี ไม่ได้มีการทดลองใช้ก่อนหลาย ๆ ครั้งในหลาย ๆ บริบท ก่อนนำมาใช้จริง ทำให้เกิดปัญหาการใช้งาน บางโปรแกรมก็ไม่ได้มีการจัดอบรม แต่ให้เจ้าหน้าที่ไปศึกษาด้วยตัวเอง **ดังนั้น ควรมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลให้สามารถเชื่อมโยงกันได้จริง ใช้งานได้จริง ไร้รอยต่อจริง ไม่เพิ่มภาระกับคนทำงาน แต่เป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย ทั้งผู้ป่วย/ผู้รับบริการ, ผู้ให้บริการ และผู้กำหนดนโยบาย และถ้า สสส.จะสนับสนุนเรื่องนี้ ต้องมีความระมัดระวัง ไม่ทำให้เกิดความทับซ้อนกับระบบที่มีอยู่**

เนื่องจาก ธรรมชาติขององค์กรที่รวมศูนย์อำนาจไว้ที่ส่วนกลาง ทำให้โครงสร้างองค์กรมีการแบ่งเป็นด้านต่าง ๆ หรือ มีกรม/กองจำนวนมาก ซึ่งแต่ละกรม/กอง/ส่วนงานมีชุดตัวชี้วัดการทำงานของตนเอง แต่หน่วยบริการที่ต้องแบกรับเรื่องการทำข้อมูลตามตัวชี้วัดมากที่สุด ก็คือ หน่วยบริการในระดับปฐมภูมิ ทำให้บุคลากรที่มีจำนวนน้อยอยู่แล้ว ไม่มีเวลาทำงานในชุมชน และบางแห่งไม่มีงบจ้างบุคลากรหรือผู้ช่วยทำงานด้านการป้อนข้อมูล ส่งผลต่อเนื่องต่อภารกิจการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้าย หลายแห่งทำได้น้อยลง ทั้ง ๆ ที่กำหนดไว้แล้ว แต่ทำไม่ได้ก็มีหลายแห่ง หรือหลายแห่งต้องใช้บุคลากรเท่าที่มีอยู่ แต่อาจไม่ตรงกับภารกิจ ซึ่งน่าจะส่งผลต่อคุณภาพการบริการ และคาดว่าต่อไป จะมีการนำมาตรฐานคุณภาพบริการด้าน PC มาใช้อีก **ดังนั้น ตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพของระบบ PC ไม่ควรมีมากเกินไป เพราะทำให้คนทำงานในระดับปฐมภูมิหมดแรง ถ้าไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างพอเพียง แต่กลับมีความคาดหวังในระดับสูง ซึ่งขัดกับหลักความเป็นจริงในการทำงานให้ได้ผล**

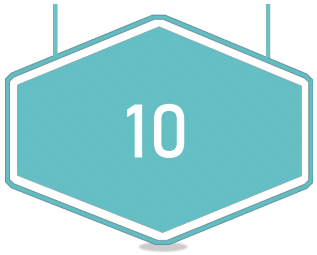
9

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ด้านหัวข้อการจัดอบรมให้สอดคล้องกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย (TRAINING TOPICS/COURSES RECOMMENDATION)

กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ต้องการการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วย PC รายโรค (specific disease care), การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นเด็ก, ทักษะการสื่อสารและการดูแลด้านจิตใจ/จิตวิญญาณ, การทำ ACP และ การทำ Family Meeting, วิชาการต่าง ๆ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง, การเป็นวิทยากรด้านการวิจัย R to R

กลุ่มจิตอาสา/ผู้ดูแลอาสา ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยระยะท้าย ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ได้ผล ทักษะการฟังและการสังเกต ทักษะการใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็น โดยเฉพาะเครื่องทำออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง การเปลี่ยนสายอุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นต้น

กลุ่มพระสงฆ์/ภิกษุอาสา สำหรับหลักสูตรที่พระสงฆ์ระบุว่าต้องการ เช่น หลักสูตรทักษะการสื่อสารและการปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างถูกต้อง, ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงการประเมินและการสังเกตอาการ/สภาพผู้ป่วย, หลักจิตวิทยาในการให้คำปรึกษา เป็นต้น และขออนุญาตเสนอแนะเพิ่มเติมเรื่องหลักสูตรการดูแลมิติจิตใจ/จิตวิญญาณ/สุขภาวะทางปัญญา ที่เน้นการฝึกปฏิบัติด้วย



ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ด้านการวิจัย/การสร้างองค์ความรู้ (RESEARCH-AND KNOWLEDGE-BASED RECOMMENDATION)

- ถ้าทีม PC ที่มีศักยภาพ สามารถจัดสรรเวลาในการเขียนถ่ายทอดสิ่งที่ตนเอง/ทีมงาน/องค์กรทำงานด้าน PC มาเป็นระยะเวลาหนึ่ง หรือมีการแบ่งปันประสบการณ์ในรูปเรื่องเล่า (story-telling/narratives) อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และ/หรือยกระดับประสบการณ์ สิ่งที่ทำ บทเรียนที่พบ ขึ้นเป็นองค์ความรู้ หรือที่เรียกกันว่างานวิจัยจากงานประจำ (from routine to research – R to R) อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ก็จะเป็นประโยชน์ทั้งต่อทีมงานที่จะเข้ามาทำงานในภายหลัง ต่อวงการ PC และต่อสังคมในวงกว้าง

- **ควรมีการจัดอบรมการวิจัยในหน่วยงาน/สถานพยาบาล โดยเฉพาะการวิจัยแบบกรณีศึกษา** (case study research) ให้กับบุคลากรที่สนใจ จะทำให้มีการบันทึกและวิเคราะห์กรณีศึกษาของผู้ป่วย (case-based analysis) ซึ่งมีความแตกต่างกัน ทำให้ได้ความรู้ที่ลึกซึ้ง ทั้งบทเรียนและประสบการณ์ในการดูแลรักษา ที่อาจมีความผิดพลาดเกิดขึ้น เพื่อใช้ในการเรียนรู้ และเพื่อสร้างระบบการดูแลที่ให้ความสำคัญกับประเด็นปัญหาจริยธรรม

- การวิจัยเชิงทดลองโมเดลการดูแลมิติจิตใจ จิตวิญญาณ จิตตปัญญา หรือสุขภาวะทางปัญญา มีความสำคัญมาก ควรทดลองทำการศึกษาเปรียบเทียบ หลาย ๆ แบบ และค้นหาว่าวิธีไหน ใช้ได้ดี จะทำให้ได้ความรู้ด้านนี้ที่เป็นรูปธรรมเพิ่มขึ้นอีกมากมาย

- ควรร่วมกันสร้างประเพณีขององค์กร/หน่วยงาน/สถานพยาบาล ให้หันมาให้ความสำคัญกับเรื่อง การสร้างความรู้และการจัดการความรู้ และมีการจัดระบบความรู้บนฐานข้อมูลออนไลน์ เพื่อเปิดให้สาธารณะเข้ามาศึกษา ใช้ข้อมูลที่เปิดเผยได้ ฯลฯ

แผนภาพ 12 สรุปข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

การพัฒนาระบบ/สนับสนุนการพัฒนาระบบของสถานพยาบาล/หน่วยบริการและเขตสุขภาพ

- สนับสนุนทรัพยากรเพื่อระบบ PC อย่างเต็มที่ ระดมทรัพยากรภาคส่วนอื่น เช่น ภาคเอกชน
- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านเวทีประชุม/สัมมนา
- ยกเรื่อง PC ให้เป็นวาระสำคัญในองค์กรแพทย์/พยาบาล
- จัดสรรทีมงานให้เหมาะกับวาระงาน
- แผนสนับสนุนศักยภาพบุคลากร/จัดสรรทรัพยากรเพื่องาน PC
- กำกับ ดูแล แก้ไขปัญหาโดยคณะกรรมการจริยธรรม
- ยกระดับ/หนุนเสริมหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ
- ทำงานร่วมกับชุมชน ภาคีเครือข่ายต่างๆ
- สนับสนุนการทำงานของคลินิกหมอครอบครัว

นโยบาย/องค์กรควบคุมนโยบาย

- กำหนดนโยบายด้าน PC ให้มีแผนรองรับที่ชัดเจน และให้ความสำคัญตั้งแต่ระดับกระทรวง
- สภาการพยาบาลและสำนักการพยาบาลวางแผนร่วมกันในการพัฒนาวิชาชีพด้าน PC ให้ชัดเจน
- ขับเคลื่อนในองค์กร/สภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการผลิตบุคลากรให้พัฒนาหลักสูตร/เพิ่มเนื้อหา PC ในหลักสูตร ที่มีมาตรฐานเดียวกัน
- สปสช. เป็นองค์กรนำในการจัดทำระบบประกันการดูแลระยะยาว ร่วมกับหน่วยงาน/องค์กร/ภาคีต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

การจัดบริการในพื้นที่ที่มีความต่างทั้งในด้านภูมิศาสตร์ /สังคม/วัฒนธรรม

- กรณีเมืองใหญ่ อย่างเช่น กรุงเทพฯ ให้หน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงคือ สำนักการแพทย์ และสำนักอนามัย จัดสรรทรัพยากรเพิ่มขึ้น และมีนโยบายสนับสนุนเรื่อง PC ให้ชัดเจน โดยเฉพาะในเรื่องบุคลากร การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเขต การให้ชุมชนและอาสาสมัครมีส่วนร่วม
- จัดตั้ง One Community One Nursing Home
- กรณีพื้นที่ชายแดน กลุ่มชาติพันธุ์ ควรมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องศาสนา ภาษา วัฒนธรรม ความเชื่อ รวมทั้งสร้างความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านในการดูแลผู้ป่วย PC อย่างต่อเนื่อง พัฒนาบุคลากร และระบบที่เชื่อมโยงกัน

ปัญหาสำคัญที่ควรเร่งแก้ไข

- ชดเชยเงินรายได้ให้กับผู้ป่วยและครอบครัวที่มีฐานะยากไร้
- เบิกจ่ายค่าตอบแทน/เยี่ยมบ้าน โดยไม่ติดขัด
- จัดยาระงับปวด กระจายไปสู่ รพ. ชุมชน ทุกแห่ง
- เพิ่มจำนวนและเสริมสมรรถนะของผู้ดูแล อาสา/จิตอาสา/อสม. เรื่องการใช้เครื่องมือและทักษะการสื่อสาร
- แก้ปัญหาการขาดแคลนหมอ/พยาบาลด้านจิตเวช สำหรับให้คำปรึกษาครอบครัวที่มีปัญหาซ้ำซ้อน
- ส่งเสริมความก้าวหน้าของพยาบาลด้าน PC
- สนับสนุนงบประมาณสำหรับงาน PC ผ่าน Service plan

ประเด็นสำคัญและการขับเคลื่อนรายประเด็น

- การสร้างความตระหนักของภาคสาธารณะในกลุ่มวัยต่างๆ ในกลุ่มสังคมต่างๆ เช่น เครือข่ายสตรี เครือข่ายเยาวชน เครือข่ายชุมชนผู้มีรายได้น้อย ฯลฯ
- การประเมินทางด้านจิตใจ จิตวิญญาณ ที่มีมาตรฐาน ที่ผู้ประเมินต้องมีความรู้ความเข้าใจ
- การขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์ ที่มีแผนรองรับชัดเจน
- การพัฒนาบุคลากรหรือวิชาชีพอื่นๆ ให้มีบทบาทมากขึ้น เช่น นักโภชนาการ ผลิตสูตรอาหารใหม่ๆ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยระยะท้ายเหมาะสมกับช่วงวัย

กลุ่ม / ประชากรเป้าหมาย ที่ควรเข้าถึง

- วิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายที่ยังเข้าไม่ถึงผ่านทางเครือข่ายกลุ่มศาสนาต่างๆ และกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มแม่บ้าน/สตรี กลุ่มแรงงานใน/นอกระบบ กลุ่มที่ต้องการมีสุขภาพดี ฯลฯ สำหรับการขับเคลื่อน/สร้างการรับรู้ในภาคสาธารณะ
- ทำงานกับกลุ่มประชากรเป้าหมายที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่มีปัญหาเปราะบาง
- ทำงานกับประชากรทุกกลุ่มอายุ ให้มีการวางแผนสุขภาพและความต้องการของตนเองด้วยเครื่องมือ Advance Care Plan (ACP)

เครือข่าย / การขยายผลในเชิงเครือข่าย

- ใช้การรวมตัวของเครือข่ายกลุ่มต่างๆ เช่น เครือข่ายเพื่อนร่วมรุ่น เครือข่ายวิชาชีพ ในการขยายผลแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยที่มีความเปราะบาง และการตายดีหรือสู่วิถีการตายอย่างสงบ
- ขยายผลไปสู่เครือข่ายระดับท้องถิ่น เช่น ชมรมข้าราชการเกษียณอายุ ชมรมผู้สูงอายุระดับชุมชน โรงเรียนผู้สูงอายุ ในเรื่อง PC และการเตรียมตัวสู่วิถีการตายอย่างสงบ
- สร้างศักยภาพกลุ่มเครือข่ายพระสงฆ์ เช่น เครือข่ายพระสงฆ์อาสาคิลานธรรม
- ศึกษาเรียนรู้ร่วมกับเครือข่ายของกลุ่มนับถือศาสนาคริสต์และสถานพยาบาลแนวคริสต์

ระบบข้อมูล/ฐานข้อมูลแบบไร้รอยต่อ

- พัฒนาระบบฐานข้อมูลให้สามารถเชื่อมโยงกันได้จริง ใช้งานได้จริง ไม่เพิ่มภาระแก่ผู้ทำงาน
- ไม่กำหนดตัวชี้วัดมากเกินไป ในเรื่องมาตรฐานคุณภาพของระบบ PC

หัวข้อการจัดอบรมให้สอดคล้องกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย	การวิจัย/การสร้างองค์ความรู้
• **กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข**: การดูแลผู้ป่วย PC รายโรค, การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นเด็ก, ทักษะการสื่อสารและการดูแลด้านจิตใจ/จิตวิญญาณ, การทำ ACP และ การทำ Family Meeting, กฎหมาย, การวิจัยฯลฯ • **กลุ่มจิตอาสา/ผู้ดูแลอาสา:** ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยระยะท้าย ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ได้ผล ทักษะการฟังและการสังเกต ทักษะการใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็น • **กลุ่มพระสงฆ์/ภิกษุอาสา:** ทักษะการสื่อสารและการปฏิบัติต่อผู้ป่วย, การประเมินและการสังเกตอาการ/สภาพผู้ป่วย, หลักจิตวิทยาในการให้คำปรึกษา การดูแลมิติจิตใจ/จิตวิญญาณ/สุขภาวะทางปัญญา ที่เน้นการฝึกปฏิบัติ	• แบ่งปันประสบการณ์ ความรู้ ในรูปแบบของเรื่องเล่า (Story-telling/narratives) และพัฒนาองค์ความรู้จากงานประจำเป็นงานวิจัย (R2R) • จัดอบรมการวิจัยในหน่วยงาน/สถานพยาบาล โดยเฉพาะงานวิจัยแบบกรณีศึกษา การบันทึกวิเคราะห์กรณีศึกษาของผู้ป่วย • การริเริ่มการวิจัยเชิงทดลองโมเดลการดูแลมิติจิตใจ จิตวิญญาณ จิตตปัญญา หรือสุขภาวะทางปัญญา • สร้างประเพณีขององค์กร ที่ให้ความสำคัญกับการสร้างความรู้และการจัดการความรู้ และมีการจัดระบบความรู้บนฐานข้อมูลออนไลน์เพื่อให้สาธารณะเข้าถึงได้

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมการแพทย์. (2557). แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข

กรมการแพทย์. (2557). *Listed disease of palliative care and functional unit*. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์. นนทบุรี: บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด

กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แผนยุทธศาสตร์การทำงาน 20 ปีของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562. สืบค้นจาก https://www.skto.moph.go.th/document_file/yudtasad20y.pdf.

เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Thai Palliative Care Network : TPCN) และศูนย์การุณรักษ์ (Karunruk Palliative Care Center : KPC). (สิงหาคม, 2561). *สมุดคู่มือประเมินตนเอง มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง.*

เครือข่ายพุทธิกา. (ม.ป.ป.). *รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย.* เอกสารรายงานการดำเนินการส่งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

โครงการสุขภาพคนไทย. (2561). พุทธศาสนากับการสร้างเสริมสุขภาวะ. *สุขภาพคนไทย 2561* (หน้า 92-117). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ภรเอก มนัสวานิช, สุรีรัตน์ งามเกียรติไพศาล, ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์, ธนะภูมิ รัตนานุพงศ์, และ กนิษชานันท์ ช่วยเรือง. (2560). *การศึกษาและการประเมินความต้องการทางสุขภาพในเชิงระบาดวิทยาของกลุ่มโรคที่มีต่อ Hospice care ในประเทศไทย.* นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

เดือนเพ็ญ ห่อรัตนาเรือง. (ม.ป.ป.). *ความก้าวหน้าของการดำเนินงานการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ปีงบประมาณ 2562 เขตบริการสุขภาพที่ 1-12* . เอกสารสำเนา

ประเวศ วะสี. (สิงหาคม 2544). สุขภาวะทางจิตวิญญาณ. *นิตยสารหมอชาวบ้าน.* สืบค้นจาก https://www.doctor.or.th/article/detail/3113

พระไพศาล วิสาโล. (2560). *การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ.* กรุงเทพมหานคร : เครือข่ายพุทธิกา.

พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปี พ.ศ. 2562. (2562, 30 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา, 136 (ตอนที่ 56 ก), 165 – 185.

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2550. (2550, 31 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา, 127 (ตอนที่ 22 ก), 1.

พระราชวรมุนี (ประยูร ธมฺมจิตฺโต). (2540). อธิการบดีมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. สัมภาษณ์โดย ฉวีวรรณ ไพรวัลย์, 16 ธันวาคม 2540.

พระวิชิต ธัมมชิโต. (2559). *คู่มือการทำงานดูแลสุขภาวะทางปัญญาในผู้ป่วยระยะท้าย*. กรุงเทพ: โครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย, เครือข่ายพุทธิกา สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

พิณนภา แสงสาคร. (2554). *การสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณในบริบทสังคมไทย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

มติชนออนไลน์. (ธันวาคม, 2560). การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยนายแพทย์ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา, *คอลัมน์นิสต์*. สืบค้นจาก https://www.matichon.co.th/columnists/news_750576

มูลนิธิ สดศรี-สฤษดิ์วงศ์ (สิงหาคม, 2557). *สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (1).* สืบค้นจาก http://thaissf.org/sh033/?fbclid=IwAR3YI8ik3veqEurrI_UtjggnHCWoSRyQBUrM2qwWOQFf_tOG26aSof-J3M

วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และ ยศ วัชระคุปต์. (2560). *ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย.* กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

วิริยา โพธิ์ขวาง-ยุสท์. (เมษายน 2560). การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง : กรณีศึกษาหอผู้ป่วยประคับประคองโรงพยาบาลอัลเบิร์ก ลุดวิกส์ ไฟรบวร์ก สหพันธรัฐเยอรมัน. *วารสารเครือข่ายและวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, ปีที่ 4 ฉบับพิเศษ, หน้า 345-360.

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล (บรรณาธิการ) (2561). *มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง* (Quality Standards for Palliative Care). ขอนแก่น : ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และปาริชาติ เพียสุพรรณ์. (ม.ป.ป). *แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลศูนย์การุณรักษ์*. ขอนแก่น : ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศูนย์การุณรักษ์. (2559). *รายชื่อศูนย์ดูแลประคับประคอง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. พฤศจิกายน.

ศูนย์การุณรักษ์. (2560). *Palliative Care Toolkit*. โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทย-ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2561). ระบบการประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย. *เอกสารทีดีอาร์ไอ ฉบับที่ 138*. มีนาคม.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558*. กรุงเทพ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. (2557). *6 เสาหลักของระบบสุขภาพ*. สืบค้นจาก https://www.hsri.or.th/researcher/media/issue/detail/5440

สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย. (ม.ป.ป.) รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการสร้างเสริมสุขภาวะในช่วงท้ายของชีวิต. เอกสารรายงานการดำเนินการส่งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

สุธีรา พิมพ์รส. (2553). *ปฏิบัติตัว ปฏิบัติใจอย่างไร เพื่อรับมือกับความทุกข์โศกจากการสูญเสีย*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา

สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. (พฤศจิกายน, 2561). รพ.สุรินทร์ คว้ารางวัลเลิศรัฐระดับดีเด่น ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างไร้รอยต่อ สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2563 จาก hfocus.org/content/2018/11/16592

สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. (เมษายน, 2563). ครม.อนุมัติอัตราข้าราชการ สธ. 45,684 ตำแหน่ง พร้อมมาตรการหนุนบุคลากรสู้ “โควิด-19” สืบค้นเมื่อ 7 เมษายน 2563 จาก hfocus.org/content/2020/04/18898

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2557). *แผนยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559*. กรุงเทพฯ: บริษัท สามดีพริ้นติ้ง อีควิปเมนท์ จำกัด.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (ม.ป.ป.) *รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ.*

2557-2559. เอกสารรายงานการดำเนินการส่งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ.* นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*. กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ กองบริหารการสาธารณสุข.

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2562). การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย ผ่านการสนับสนุนของ สรพ. (เอกสารสำเนา). สรุปการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการกับ สรพวันที่ 30 มีนาคม 2562.

แสวง บุญเฉลิมวิภาส, นิรชา อัศวธีรากุล, อโนมา สอนบาลี, ภัคคพงศ์ วงศ์คำ (บ.ก.). (2559). *รู้ให้รอบ ตอบเรื่องมาตรา 12 พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550.* กรุงเทพฯ: บริษัท สามดีพริ้นติ้งอีควิปเมนท์ จำกัด.

อนุชาติ พวงสำลี. (มิถุนายน, 2550). จิตตปัญญาศึกษาคืออะไร. สืบค้นจาก https://www.gotoknow.org/posts/104448

อรทัย อาจอ่ำ. (2549). *การประเมินผลเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจ : ทางออกที่ท้าทาย* (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครปฐม. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรทัย อาจอ่ำ. (2550). *การประเมินผลเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจ : ทางออกที่ท้าทาย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นครปฐม. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุกฤษฎ์ มิลินทางกูร, ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์, และนิรชา อัศวธีรากุล (บ.ก.). (2559). *สุขสุดท้ายที่เลือกได้*. กรุงเทพฯ: บริษัท สามดีพริ้นติ้งอีควิปเมนท์ จำกัด.

ภาษาอังกฤษ

Palliative Care Outcomes Collaboration (PCOC). (September 2013). History of Phases of Palliative Care by Retrieved from https://documents.uow.edu.au/content/groups/public/@web/@chsd/@pcoc/documents/doc/uow191808.pdf

Palliative care. (n.d) In Wikipedia. Retrieved October 14, 2018, from https://en.wikipedia.org / wiki/Palliative_care

Palliative Care. (n.d) In Gotoknow.org Retrieved October 14, 2018, from https://www.gotoknow.org/planet/sao-888?tab=posts

Patton, M. Q. (1997). *Utilization-focused evaluation: The new century text* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Rogers, E. M. (1962). *Diffusion of innovations*. New York: Free Press of Glencoe.

Rogers, E. M., & Shoemaker, F. F. (1971). *Communication of innovations: A cross cultural approach.* New York: The Free Press.

World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion Ottawa.* Retrieved from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva: WHO Document Production Services.

World Health Organization. (2018). *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers.* World Health Organization. Retrieved from https://apps.who.int/iris/handle/10665/274559. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

World Health Organization. (2020). *WHO Definition of Palliative Care*. Retrieved from https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/

รายงานส่วนเสริม

1. ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและ
ทัศนคติต่อการตายดี: บุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแลอาสา
และพระสงฆ์จิตอาสา 414

2. สถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาวะผู้ป่วยระยะสุดท้าย:
ผลจากข้อมูลเชิงคุณภาพ 483

3. ผู้ป่วยระยะท้าย ‘รู้สึกสบาย ไม่ทุกข์ทรมาน’ หรือไม่ อย่างไร?
: คำตอบจากการเยี่ยมบ้าน 505

4. บทสรุป 520

สถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาวะผู้ป่วยระยะท้าย: ผลจากข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ

รายงานนี้อยู่ภายใต้โครงการการวิจัย ติดตามและประเมินผลชุดโครงการ การสร้างเสริมสุขภาวะในช่วงท้ายของชีวิต ปี พ.ศ. 2556-2559 ซึ่งเป็นส่วนที่แยกออกมาจากรายงานหลัก “ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์และสังคม ด้วยต้องการนำเสนอข้อค้นพบจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูลกว่า 600 คน คือ บุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแลอาสา พระสงฆ์จิตอาสา ผู้นำชุมชน ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้เห็นสถานการณ์ปัจจุบันของระบบการดูแลแบบประคับบประคองนอกจากผู้ที่เกี่ยวข้องที่ได้กล่าวข้างต้นแล้ว การเก็บข้อมูลเชิงลึกสำหรับงานวิจัยนี้ เบื้องต้นคือกำหนดพื้นที่ 4 ภูมิภาค คือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ ส่วนจังหวัดที่คัดเลือกเป็นพื้นที่เก็บข้อมูลคือ จังหวัดที่เป็นพื้นที่ดำเนินโครงการย่อยการภายใต้ชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในช่วงท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556-2559 คือ เชียงใหม่ สุรินทร์ นครราชสีมา และจังหวัดที่มาจากการขยายผล เช่น บุรีรัมย์ ขอนแก่น อุดรธานี เลย ตาก แพร่ น่าน นครศรีธรรมราช สงขลา และการเลือกสถานพยาบาลคือ เลือกตั้งแต่ระดับแม่ข่าย จนไปถึงระดับลูกข่าย รายละเอียดพื้นที่และหน่วยงานที่เก็บข้อมูล ดูตาราง 14 ประกอบ

รายงานการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพนี้ประกอบด้วยการนำเสนอ 3 ส่วนหลัก คือ

ส่วนที่ 1 ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและทัศนคติต่อการตายดี: บุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแลอาสา และพระสงฆ์จิตอาสา ในส่วนนี้เป็นการรายงานผลการประเมินศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแลอาสา และพระสงฆ์ ที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทั้งที่อยู่ที่บ้านและในโรงพยาบาล ในเรื่องความรู้ ความสามารถ ความเข้าใจ ทักษะ เทคนิค และการปฏิบัติในการดูแลประคับประคองผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ว่ามีมากน้อยเพียงไร มีทัศนคติอย่างไรต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และให้ความหมายในเรื่องการตายดีว่าเป็นอย่างไร และมีความหมายแตกต่างกันอย่างไรระหว่างทัศนคติของบุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแลอาสา และพระสงฆ์

ส่วนที่ 2 สถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาวะผู้ป่วยระยะสุดท้าย: ผลจากข้อมูลเชิงคุณภาพ รายงานส่วนนี้ นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ในระหว่างเก็บข้อมูลภาคสนามเดือนมิถุนายนถึงตุลาคม 2562 เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในลักษณะประชุมกลุ่ม สัมภาษณ์รายบุคคล การสนทนาพูดคุยแบบไม่เป็นทางการ และการสังเกตจากการเยี่ยมผู้ป่วย วัตถุประสงค์ของการนำเสนอนี้คือ เพื่อให้เห็นสถานการณ์ปัจจุบันของระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ว่าเป็นอย่างไร และมีประเด็นข้อค้นพบจากพื้นที่/กรณีศึกษาที่น่าสนใจ และข้อเสนอแนะ

อย่างไรบ้าง ผ่านมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องคือ บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข/จิตอาสา พระสงฆ์จิตอาสา ตลอดจนผู้นำชุมชน รวมทั้งสิ้น 591 คน

ส่วนที่ 3 ผู้ป่วยระยะท้าย 'รู้สึกสบาย ไม่ทุกข์ทรมาน' หรือไม่ อย่างไร? : คำตอบจากการเยี่ยมบ้าน ในส่วนนี้เป็นการนำเสนอประสบการณ์ของคณะวิจัย ติดตามและประเมินผลที่ได้มีโอกาสเยี่ยมผู้ป่วยระยะท้ายทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงตุลาคม 2562 โดยผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้าเยี่ยมทั้งหมดมีจำนวน 47 ราย อยู่ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลที่มีหน่วยการดูแลแบบประคับประคอง (ในที่นี้คือโรงพยาบาลของรัฐ ตั้งแต่ระดับศูนย์ ทั่วไป ชุมชน จนถึงระดับตำบล ทั้งในเขตเมืองและนอกเขตเมือง) ใน 4 ภูมิภาค คือ ภาคเหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ กลาง และใต้ รวม 14 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ แพร่ น่าน ตาก ขอนแก่น อุดรธานี เลย นครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์ สงขลา ตรัง นครศรีธรรมราช และกรุงเทพฯ

1. ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและทัศนคติต่อการตายดี: บุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแลอาสา และพระสงฆ์จิตอาสา

การศึกษาเพื่อประเมินศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนี้ใช้วิธีศึกษาเชิงปริมาณ ที่ใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้างเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างใน 15 จังหวัดทั่วประเทศ ได้แก่ เชียงใหม่ แพร่ น่าน ตาก ขอนแก่น อุดรธานี เลย ชัยภูมิ นครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์ สงขลา นครศรีธรรมราช ตรัง และกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ บุคลากรด้านสุขภาพ ผู้ดูแลอาสา และพระสงฆ์ ที่ตอบแบบสอบถามในช่วงเดือนมิถุนายนถึงตุลาคม 2562 รวมทั้งสิ้น 501 ราย มีดังรายละเอียดต่อไปนี้

กลุ่มที่ 1 บุคลากรด้านสุขภาพ จำนวน 300 ตัวอย่าง เป็นผู้ที่ทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลที่มีหน่วยการดูแลแบบประคับประคอง (หรืออาจใช้ชื่อเรียกหน่วยหรือศูนย์เป็นอย่างอื่นก็ได้ อาทิเช่น ศูนย์เมตตารักษ์ ศูนย์ดูแลต่อเนื่องและประคับประคอง ศูนย์พลังใจ คลินิกรักษ์ใจ ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ฯลฯ) ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักโภชนาการ/โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด แพทย์แผนไทย/จีน ฯลฯ

กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลอาสา จำนวน 125 ตัวอย่าง ในที่นี้หมายถึง บุคคลทั่วไปที่มีความตั้งใจและสละเวลาเพื่อมาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งในชุมชนและสถานพยาบาลร่วมกับทีมบุคคลากรสาธารณสุข "ผู้ดูแลอาสา" ในที่นี้ โดยส่วนใหญ่แล้วคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เคยดูแลหรือกำลังดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้ที่เป็นจิตอาสาของโรงพยาบาล ที่เข้ามาเพื่อ

จุดประสงค์คือช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในรูปแบบกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น ให้กำลังใจ หาทุน จัดหาอุปกรณ์ จัดหารถรับส่ง เป็นต้น

กลุ่มที่ 3 พระสงฆ์ จำนวน 76 ตัวอย่าง ในที่นี้คือพระสงฆ์จิตอาสา ที่ได้รับนิมนต์เยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล และที่บ้านผู้ป่วย และมีส่วนร่วมกับทีมบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มข้างต้น เพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยและประเมินผลฯ ครั้งนี้ มี 2 วิธี คือ หนึ่ง เป็นกลุ่มที่เข้าร่วมเวทีการประชุม เพื่อให้ข้อมูล ประสบการณ์ ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ในวันที่คณะวิจัยได้ลงปฏิบัติงานในพื้นที่ตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงตุลาคม 2562 และสอง คือ ผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมประชุมกับคณะวิจัยในวันที่ปฏิบัติงานภาคสนาม แต่เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาลไม่โดยตรงก็โดยอ้อม แต่ยินดีทำแบบสอบถามและส่งกลับทางไปรษณีย์ภายในระยะเวลาที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเชิงปริมาณนี้ ไม่มีการคัดเลือกหรือกำหนดสัดส่วนคุณลักษณะผู้เข้าร่วม ทั้งนี้เพื่อให้เห็นสถานการณ์จริงของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับรายงานส่วนนี้ **คำว่า “ดูแล” ในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง มีขอบเขตต่างกัน** กล่าวคือ การดูแลในขอบเขตของบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะทางการแพทย์หรือพยาบาล เป็นการดูแลผู้ป่วยที่ควบคู่ไปกับการประเมินและตรวจวินิจฉัย การรักษาอาการ การทำหัตถการต่าง ๆ การให้ยา ฯลฯ ทั้งในระหว่างอยู่โรงพยาบาลและเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ส่วนการดูแลในขอบเขตของผู้ดูแลอาสา และพระสงฆ์ แคบกว่านั้นเมื่อเปรียบเทียบในเรื่องของการปฏิบัติ ระยะเวลา ระดับทักษะ ความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนความเป็นมืออาชีพ การดูแลโดยผู้ดูแลอาสานั้นในแง่ของการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง ในขอบเขตของผู้ดูแลอาสาที่เป็นประชาชนทั่วไป เป็นเพียงการดูแลทางกายเบื้องต้นตามที่ได้รับการอบรมมา เช่น ทำความสะอาดร่างกาย พลิกตัวผู้ป่วย ทำแผล วัดไข้ วัดความดัน จดบันทึกอย่างง่าย เป็นต้น ส่วนการดูแลในขอบเขตของพระสงฆ์นั้นแบ่งเป็นสองลักษณะ ลักษณะแรกคือเยี่ยมผู้ป่วยที่เป็นฆราวาส พูดคุย ให้กำลังใจ เป็นผู้นำทางพิธีกรรมทางศาสนาตามความเหมาะสม อีกลักษณะคือ เป็นพระสงฆ์อาสาที่ดูแลพระสงฆ์ที่ป่วยในระยะสุดท้ายโดยมีวิธีปฏิบัติที่ไม่ขัดต่อหลักศาสนา **ดังนั้นแล้ว เมื่อกล่าวรวมๆ ถึง “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย” จะเป็นการดูแลตามบริบทของแต่ละกลุ่มตัวอย่าง คือ การดูแลในบริบทของบุคลากรสาธารณสุข การดูแลในบริบทของผู้ดูแลอาสา และการดูแลในบริบทของพระสงฆ์** ที่มีความแตกต่างกันตามที่กล่าวข้างต้น

การนำเสนอผลการประเมินศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบ่งออกเป็น 4 หัวข้อ คือ

1. บุคลากรด้านสาธารณสุข ประกอบด้วยการนำเสนอคุณลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล บทบาทหลัก แรงจูงใจในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แหล่งแสวงหาข้อมูลความรู้ การ

ฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ความรู้และทักษะที่มี ทัศนคติเกี่ยวกับการตายดี และปัญหาอุปสรรคที่พบในการทำงาน รวมถึงข้อเสนอแนะ

2. ผู้ดูแลอาสา ประกอบด้วยการนำเสนอคุณลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ทักษะและการฝึกอบรม เหตุผลและแรงจูงใจ ประสบการณ์ การปฏิบัติต่อผู้ป่วย ทัศนคติเกี่ยวกับการตายดี ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

3. พระสงฆ์หรือภิกษุอาสา ประกอบด้วยการนำเสนอคุณลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ภารกิจที่เกี่ยวกับศาสนา เหตุผลและแรงจูงใจ การให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย การนำหลักธรรมแก่นธรรมะมาใช้ในกิจกรรมเพื่อสื่อสารในเรื่องการตายดี ความต้องการเสริมความรู้เพื่อให้มีศักยภาพมากขึ้น สิ่งที่ยากหรือลำบากใจที่สุดในการดูแลผู้ป่วย และข้อเสนอแนะในมุมมองของพระสงฆ์หรือภิกษุอาสา

4. ผลการประเมินศักยภาพ และทัศนคติเกี่ยวกับการตายดี ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม

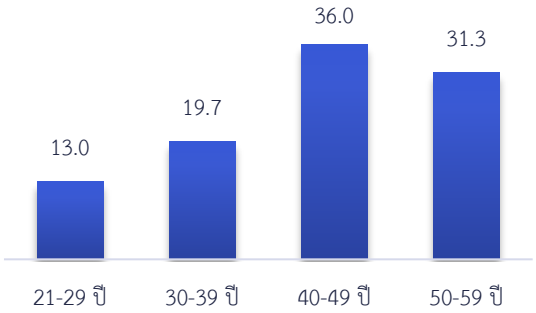
1.1. บุคลากรด้านสาธารณสุข

กลุ่มของบุคลากรด้านสาธารณสุข จำนวน 300 ตัวอย่าง ในการวิจัยประเมินผลครั้งนี้ หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งทำงานประจำอยู่ที่โรงพยาบาลตั้งแต่ระดับศูนย์ ระดับทั่วไป ระดับชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย สังกัดเอกชน สังกัดกรุงเทพมหานคร ตลอดจนศูนย์สุขภาพในระดับชุมชน ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา หน่วยงานที่สังกัด อายุงาน และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รายละเอียดมีดังนี้

1.1.1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

เมื่อพิจารณา อายุ ของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า อายุเฉลี่ย คือ 43 ปี แต่โดยรวมแล้วผู้ตอบมีอายุมากกว่าสี่สิบปีขึ้นไป สำหรับกลุ่มอายุที่เกี่ยวข้องกับการดูแลประคับประคองมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 40-49 ปี (ร้อยละ 36) รองลงมา กลุ่มอายุ 50-59 ปี (ร้อยละ 31) และกลุ่มอายุ 30-39 ปี (ร้อยละ 20) ตามลำดับ และกลุ่มอายุที่น้อยที่สุดคือ กลุ่มอายุ 21-29 ปี (ร้อยละ 13)

แผนภาพ 1 ร้อยละกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มอายุ



ส่วน เพศ ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 82 และ 18 ตามลำดับ) ซึ่งหมายความว่า ส่วนใหญ่หรือโดยภาพรวมผู้หญิงมีบทบาทในการดูแลแบบประคับประคองมากกว่าเพศชายอย่างเห็นได้ชัดแจน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ในขณะผู้ทำหน้าที่แพทย์จำนวนมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57) เป็นเพศชาย ส่วนบุคลากรสาขาวิชาชีพอื่นๆ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเช่นเดียวกันกับที่พบในกลุ่มพยาบาล

จากการสำรวจครั้งนี้ พบว่า สาขาอาชีพหรือวิชาชีพ ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นพยาบาล (ร้อยละ 61) รองลงมาคือ แพทย์ (ร้อยละ 17) และเภสัชกร (ร้อยละ 6) ตามลำดับ ส่วนนักวิชาการสาธารณสุข ที่มีร้อยละ 5 ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรที่ทำงานใน รพ.สต. และผู้ที่ทำงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำหรับสาขาอาชีพอื่นนอกเหนือจากที่กล่าวข้างต้น ที่มีอยู่ร้อยละ 1 ถึง 4 เช่น นักกายภาพบำบัด แพทย์ทางเลือก นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ ซึ่งเป็นสัดส่วนที่น้อย และส่วนใหญ่ประจำอยู่ที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสาขาอาชีพ/วิชาชีพ และเพศ

สาขาอาชีพ/วิชาชีพ	จำนวน			ร้อยละ		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
พยาบาล	6	177	183	11.3	71.7	61.0
แพทย์	30	20	50	56.6	8.1	16.7
เภสัชกร	6	13	19	11.3	5.3	6.3
นักวิชาการสาธารณสุข	4	11	15	7.5	4.5	5.0
นักกายภาพบำบัด	1	10	11	1.9	4.0	3.7
แพทย์แผนไทย	3	6	9	5.7	2.4	3.0
โภชนากร/นักโภชนาการ	0	5	5	0.0	2.0	1.7
นักกิจกรรมบำบัด	1	2	3	1.9	0.8	1.0
นักสังคมสงเคราะห์	1	2	3	1.9	0.8	1.0
แพทย์แผนจีน	0	1	1	0.0	0.4	0.3

สาขาอาชีพ/วิชาชีพ	จำนวน			ร้อยละ		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
นักจิตวิทยา	1	0	1	1.9	0.0	0.3
รวม	**53**	**247**	**300**	**100.0**	**100.0**	**100.0**

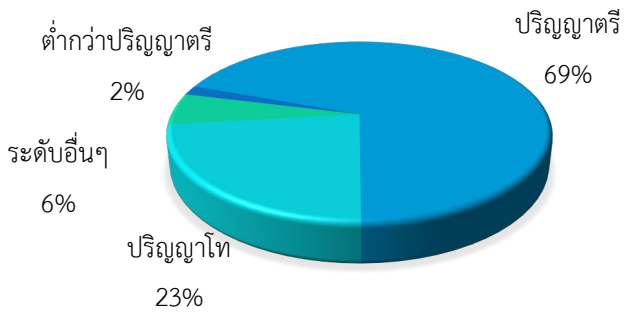
สำหรับ ประเภทสถานพยาบาล ที่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรสุขภาพหรือบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขสังกัดอยู่ ส่วนใหญ่คือโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 39) รองลงมาคือโรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ 19) โรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 15) โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย (ร้อยละ 11) และ รพ.สต. (ร้อยละ 10) ตามลำดับ

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานพยาบาล

ประเภทสถานพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลชุมชน	116	38.7
โรงพยาบาลศูนย์	57	19.0
โรงพยาบาลทั่วไป	44	14.7
โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย	33	11.0
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	31	10.3
โรงพยาบาลเอกชน	9	3.0
โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร	5	1.7
ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง	5	1.7
รวม	**300**	**100.0**

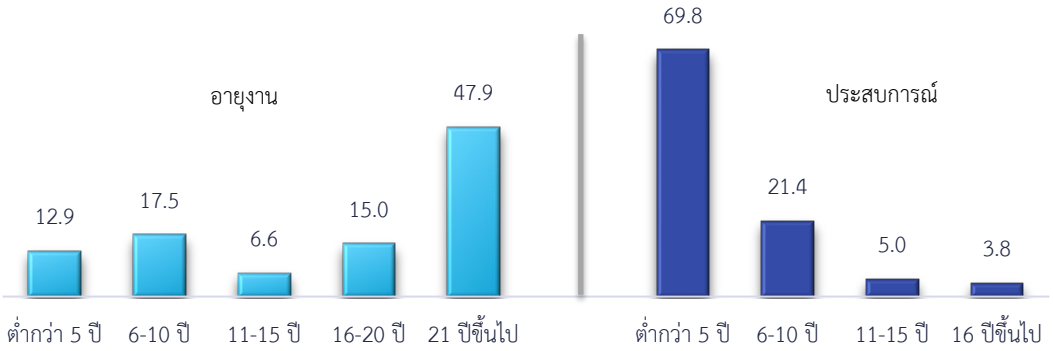
เมื่อพิจารณา ระดับการศึกษา ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขนี้ พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 69) และประมาณเกือบ 1 ใน 4 มีการศึกษาระดับปริญญาโท ส่วนน้อยที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี และสูงกว่าระดับปริญญาตรี

แผนภาพ 2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา



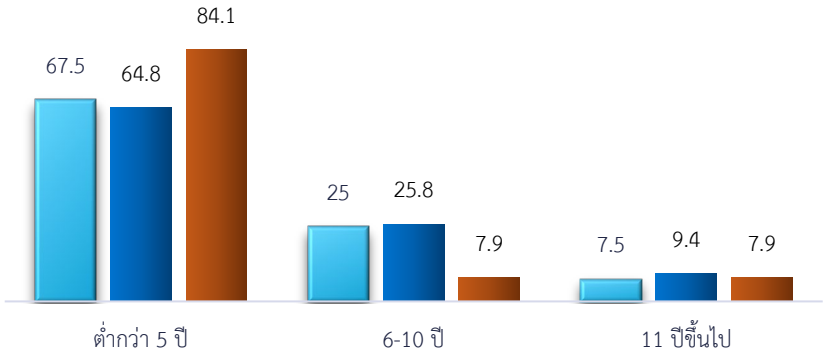
สำหรับ อายุงาน โดยเบื้องต้นพบว่า เกือบร้อยละ 50 มีอายุงาน 21 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มอายุส่วนใหญ่ที่อยู่ในวัย 41-60 ปี ส่วนผู้ที่มีอายุงานต่ำกว่า 5 ปี (ร้อยละ 13) อยู่ในวัย 21-29 ปี แต่สำหรับประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พบว่าเกือบร้อยละ 70 มีประสบการณ์ต่ำกว่า 5 ปี และประมาณ 1 ใน 3 มีประสบการณ์มากกว่า 6 ปี ขึ้นไป

แผนภาพ 3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุงาน และประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคอง



เมื่อพิจารณาประสบการณ์การทำงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในแต่ละกลุ่มอาชีพ/วิชาชีพ คือ หมอ พยาบาล และบุคลากรสายอาชีพหรือวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่า มากกว่าครึ่งของแต่ละกลุ่มอาชีพมีประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคองไม่เกิน 5 ปี โดยที่บุคลากรสายอาชีพอื่นเป็นกลุ่มใหญ่ที่มีประสบการณ์ไม่เกิน 5 ปี มากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีประสบการณ์เกิน 5 ปีขึ้นไป พบว่า พยาบาลเป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์มากกว่ากลุ่มหมอ และบุคลากรสายอาชีพอื่นๆ

แผนภาพ 4 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิชาชีพและประสบการณ์ด้าน PC



1.1.2. บทบาทหลักในการทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง

เมื่อพิจารณาบทบาทของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแต่ละกลุ่มอาชีพหรือวิชาชีพมีหน้าที่ในการดูแลแตกต่างกันไปตามองค์ความรู้ของวิชาชีพนั้น ๆ อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างได้ระบุบทบาทหน้าที่หลักที่ตนเองทำ ซึ่งในความเป็นจริงนั้น แต่ละคนมีหลายบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จึงนำบทบาทหน้าที่ ๆ ผู้ตอบระบุมาจัดลำดับ เรียงจากจำนวนผู้ตอบจากมากไปหาน้อย ดังนี้คือ

1) *แพทย์*

บทบาทหลักๆ ของแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มากกว่าครึ่ง ระบุว่า ทำหน้าที่ดูแลรักษา สั่งยา และวางแผนร่วมกับทีมงาน และครอบครัวผู้ป่วย

- **ดูแลรักษา** (ผู้ตอบ 31 คน) เป็นการดูแลรักษาตามบทบาทหน้าที่ ติดตามอาการของผู้ป่วย มุ่งให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายในช่วงสุดท้ายของชีวิต ไม่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด หรืออาการอื่น ๆ เช่นการหายใจไม่ออก หอบเหนื่อย คลื่นไส้อาเจียน ฯลฯ
- **สั่งยา/ให้ยา** (ผู้ตอบ 30 คน) เขียนสั่งยาตามที่ผู้ป่วยเคยได้รับ เพื่อบรรเทาอาการของโรคที่เป็นอยู่
- **วางแผน** (ผู้ตอบ 29 คน) ประชุมร่วมกับครอบครัวและญาติผู้ป่วย (family meeting) ในเรื่องทิศทาง ระยะเวลา และเป้าหมายการดูแลรักษา ในช่วงเวลาที่เหลืออยู่
- **เป็นวิทยากร** (ผู้ตอบ 16 คน) ให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขที่เห็นความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งในระดับสถานพยาบาล และบางท่านเป็นอาจารย์สอนนักศึกษามหาวิทยาลัย
- **สนับสนุน** (ผู้ตอบ 15 คน) จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น ติดต่อผู้มีใจทำงาน หาแหล่งทุน ตลอดจนแสวงหา/จัดหาทรัพยากรที่สำคัญ รวมถึงการสนับสนุนนโยบายร่วมกับทีมบริหารของสถานพยาบาล วางระบบการทำงาน และกำกับติดตาม
- **เป็นที่ปรึกษา** (ผู้ตอบ 5) รับปรึกษาปัญหาเกี่ยวการดูแลผู้ป่วย ครอบครัว/ญาติ กรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน และเป็นที่ปรึกษาทีมเยี่ยมบ้าน
- **เยียวยา** (ผู้ตอบ 5 คน) ดูแลทางด้านจิตวิญญาณและจิตใจร่วมด้วย ให้กับทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย
- **ประสานงาน** (ผู้ตอบ 4 คน) ทำงานนอกหน่วยงาน คือ ติดต่อเครือข่ายอื่นๆ ในระดับพื้นที่หรือข้ามพื้นที่ เพื่อส่งต่อ หรือประสานงานกับหัวหน้าทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การทำงานของผู้ใต้บังคับบัญชาง่ายขึ้น
- **ให้ข้อมูล** (ผู้ตอบ 1 คน) ชี้ให้เห็นทางเลือกในการดูแลรักษาให้กับญาติหรือครอบครัวผู้ป่วย

- **แจ้งข่าว** (ผู้ตอบ 1 คน) เป็นผู้แจ้งข่าวร้ายให้กับครอบครัวผู้ป่วย

2) *พยาบาล*

บทบาทหลักๆ ของพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะท้าย คือ ดูแลรักษาตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย รองลงมา คือวางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และครอบครัวผู้ป่วย และให้ยาบรรเทาอาการของโรค

- **ดูแลรักษา** (ผู้ตอบ 123 คน) ประเมิน ติดตาม คัดกรอง และดูแลผู้ป่วย ตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล และตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย
- **วางแผน** (ผู้ตอบ 110 คน) ซึ่งเป็นการวางแผนร่วมกับทีมรักษาพยาบาล ประชุมร่วมกับครอบครัวผู้ป่วย จัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Advance care plan : ACP)
- **ให้ยา** (ผู้ตอบ 77 คน) ให้ยาผู้ป่วยตามเวลา ประเมินอาการผู้ที่สมควรได้รับยาประเภท opioids
- **เยียวยา** (ผู้ตอบ 75 คน) พูดคุย ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว ในรายที่มีปัญหาซับซ้อน หาทางช่วยเหลือ และดูแลหลังครอบครัวเกิดการสูญเสีย
- **ประสานงาน** (ผู้ตอบ 34 คน) ติดต่อ เจรจากับแม่ข่าย ส่งต่อเครือข่ายในชุมชน แพทย์ และผู้ที่เกี่ยวข้อง กำหนดนัดหมายเวลาการประชุมครอบครัว จัดสรรเวลาเยี่ยมบ้าน เตรียมอุปกรณ์ รถรับส่ง
- **เป็นวิทยากร** (ผู้ตอบ 26 คน) ให้ข้อมูลความรู้ แบ่งปันประสบการณ์ ให้กับผู้ร่วมงาน ผู้สนใจ รวมถึงนักศึกษาแพทย์พยาบาล
- **เยี่ยมบ้าน** (ผู้ตอบ 16 คน) โดยเฉพาะผู้ป่วยติดเตียง
- **ให้คำปรึกษา** (ผู้ตอบ 16 คน) แก่ผู้ร่วมทีมปฏิบัติงาน ผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งโดยตรงและทางโทรศัพท์
- **สื่อสาร** (ผู้ตอบ 13 คน) ให้ข้อมูล ความรู้ แก่ญาติผู้ป่วยในเรื่องแนวทางการรักษา จัดกิจกรรมเสริมความรู้ สร้างความรู้ความเข้าใจด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้กับผู้ที่สนใจ
- **จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์** (ผู้ตอบ 13 คน) จัดหาอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ตามความจำเป็นเพื่อเตรียมรับรองให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

3) *เภสัชกร*

บทบาทหลักๆ ของเภสัชกรกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมทีมการดูแลแบบประคับประคอง คือ ดูแลการใช้ยาให้กับผู้ป่วย

- **ดูแลการใช้ยา** (ผู้ตอบ 14 คน) จัดหายาบรรเทาอาการของโรค และจัดยาประเภท opioid ให้กับผู้ป่วย ภายหลังจากประเมินอาการความเจ็บปวด การหอบเหนื่อย
- **เป็นวิทยากร** (ผู้ตอบ 5 คน) ให้ความรู้ด้านการใช้ยา opioid

- **เยี่ยมบ้าน** (ผู้ตอบ 5 คน) ซึ่งเป็นเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
- **ควบคุมการใช้ยา** (ผู้ตอบ 4 คน) จัดหายาให้เพียงพอต่อการใช้ เพิ่มรายการยาในหน่วยบริการปฐมภูมิให้ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ติดต่อเก็บคืนยา opioid กรณีผู้ป่วยเปลี่ยนยาหรือเสียชีวิต
- **วางระบบการใช้ยา** (ผู้ตอบ 3 คน) วางแผนและวางระบบการบริหารจัดการยา opioid ในโรงพยาบาลและเครือข่าย จัดการระบบยาที่เกี่ยวข้องกับมอร์ฟีน
- **ติดตามการใช้ยา** (ผู้ตอบ 2 คน) ซึ่งเป็นการใช้ยาของผู้ป่วยระยะท้ายที่อยู่ที่บ้าน
- **วางแผนการดูแล** (ผู้ตอบ 1 คน) ร่วมทีมพูดคุยเพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ดูแลและครอบครัว

4) *นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน*

สำหรับนักวิชาการสาธารณสุข ในที่นี้ส่วนใหญ่ทำงานอยู่ใน รพ.สต. เป็นทั้งผู้อำนวยการ และผู้ปฏิบัติงาน บทบาทของบุคลากรสายอาชีพนี้ในด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหลักๆ คือ วางแผนการดูแลร่วมกับทีมบุคลากรสาธารณสุข บทบาทรองลงมา คือ เยียวยาด้านจิตใจให้กับครอบครัวผู้ป่วย และร่วมดูแลตามความรู้ความสามารถที่มี

- **วางแผน** (ผู้ตอบ 6 คน) ร่วมกับทีมดูแลแบบประคับประคอง ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
- **เยียวยา** (ผู้ตอบ 6 คน) ดูแลด้านจิตใจ จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม ประสานกับคนในครอบครัวกับเจ้าหน้าที่ทุกระดับ
- **ดูแล** (ผู้ตอบ 5 คน) ร่วมเป็นทีมงานพยาบาล ดูแลผู้ป่วยในทุกกระบวนการของการดูแล
- **ประสานงาน** (ผู้ตอบ 4 คน) ติดต่อกับภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลแม่ข่ายและชุมชน หน่วยงานด้านการสงเคราะห์หรือให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ เช่น สำนักงานพัฒนาสังคมจังหวัด, สำนักงานแรงงานจังหวัด, มูลนิธิ สมาคมด้านการกุศลต่าง ๆ
- **เป็นวิทยากร** (ผู้ตอบ 4 คน) จัดระบบการให้ความรู้และจัดกิจกรรมอบรมกลุ่มเป้าหมายภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น อสม. แกนนำชุมชน
- **เยี่ยมบ้าน** (ผู้ตอบ 2 คน) ร่วมกับผู้ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
- **วางระบบไอที** (ผู้ตอบ 1 คน) สนับสนุนด้านไอทีเพื่อการดำเนินงานของทีมดูแลทั้งหมด

5) *โภชนากร/นักโภชนาการ*

- **ให้คำแนะนำ** (ผู้ตอบ 4 คน) เช่น การสอนทำอาหารที่ไม่เพิ่มความรุนแรงของโรค สาธิตการเตรียมอาหาร Blenderlize อาหารทางการแพทย์

- **พูดคุย** เรื่องภาวะโภชนาการของผู้ป่วย โดยพูดคุยกับญาติหรือคนในครอบครัว (ผู้ตอบ 1 คน)

6) *นักสังคมสงเคราะห์*

- **ร่วมวางแผน** (ผู้ตอบ 2 คน) ในการทำงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล
- **ติดตามเยี่ยมบ้าน** (ผู้ตอบ 2 คน) เพื่อประเมินศักยภาพ สภาพปัญหาของผู้ป่วย สภาพแวดล้อม ผู้ดูแล ผู้ป่วย ชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- **เยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาล** (ผู้ตอบ 1 คน) สอบถาม หาข้อมูล ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ
- **ให้คำปรึกษา** (ผู้ตอบ 1 คน) แก่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย รวมถึงการวางแผนสิ่งที่จะเกิดขึ้นหลังจากการจัดการทรัพยากรด้านต่างๆ
- **ประเมินสภาพปัญหาเชิงลึก** (ผู้ตอบ 1 คน) ให้การสงเคราะห์ช่วยเหลือ ส่งต่อไปยังเครือข่ายปลายทาง

7) *นักกายภาพบำบัด*

บทบาทหลักๆ ของนักกายภาพบำบัด คือ การดูแลทางการเคลื่อนไหว ทั้งในการฝึกและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

- **ดูแลทางกาย** (ผู้ตอบ 11 คน) ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดกับร่างกาย ดูแลเรื่องการเคลื่อนไหวและการจัดท่าทางของผู้ป่วยให้เกิดความสบายมากที่สุด กระตุ้นการเคลื่อนไหวตามที่ผู้ป่วยต้องการ การกระตุ้นไฟฟ้าลดปวด ระบายเสมหะ ฝึกหายใจให้ผ่อนคลาย
- **ดูแลทางใจ** (ผู้ตอบ 6 คน) พูดคุยกับผู้ดูแลและครอบครัว อธิบายการรักษาทางกายภาพบำบัดให้ญาติและผู้ป่วยรับทราบ เชิญผู้นำศาสนาประกอบพิธีนำจิตวิญญาณในช่วงระยะสุดท้าย
- **วางแผน** (ผู้ตอบ 3 คน) ให้คำแนะนำดูแลล่วงหน้ากับผู้ดูแลและครอบครัว
- **เป็นวิทยากร** (ผู้ตอบ 2 คน) ให้ความรู้เรื่องกระบวนการทางกายภาพบำบัดให้แก่เครือข่ายและผู้ดูแลอาสา

8) *นักกิจกรรมบำบัด*

- **ดูแลทางกาย** (ผู้ตอบ 4 คน) ตั้งเป้าหมาย เป้าประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยหรือในการใช้ชีวิตของผู้ป่วย สร้างสภาพอารมณ์ที่ดี เพื่อให้คนไข้หรือผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย บรรเทาความเจ็บปวด เหนื่อย ให้หัตถการที่เหมาะสม และแนะนำโปรแกรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล

- **เยี่ยมบ้าน** (ผู้ตอบ 1 คน) ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
- **จัดกิจกรรมต่าง ๆ** (ผู้ตอบ 1 คน) หรือสร้างประสบการณ์ที่ดีให้กับญาติผู้ป่วยด้วย Music Intervention
- **เป็นวิทยากร** (ผู้ตอบ 2 คน) ในการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางกิจกรรมบำบัด
- **พัฒนางาน** (ผู้ตอบ 1 คน) ด้านดนตรีบำบัด/โปรแกรมการดูแลด้วย Music Intervention

9) *แพทย์แผนไทย*

- **ดูแลทางกาย** (ผู้ตอบ 11 คน) โดยการลดการใช้ยา ใช้การฝังเข็มเพื่อลดความเจ็บปวดและคลายความทุกข์ทรมานต่างๆ เพื่อเพิ่มความสุขสบายโดยใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทย อาทิ นวดไทย ใช้สมุนไพรฤทธิ์เย็น ประคบ พอกยา แก้อาการปวดกล้ามเนื้อ รักษาแผลกดทับ กระตุ้นการขับถ่าย ยืดกล้ามเนื้อ สอนทำสมาธิบำบัดแบบ SKT คลายเครียดด้วยกลิ่นหอมจากพืชสมุนไพร
- **ดูแลทางใจ** (ผู้ตอบ 6 คน) ให้กับผู้ป่วย และญาติ โดยการให้ฝึกสมาธิหรือพูดคุย แนะนำ
- **เป็นวิทยากร** (ผู้ตอบ 1 คน) ให้ความรู้และแนะนำการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย
- **ที่ปรึกษา** (ผู้ตอบ 2 คน) แนะนำเรื่องการใช้ยาสมุนไพรให้ถูกโรค ถูกขนาน เพื่อบรรเทาอาการต่างๆ
- **ประเมินผู้ป่วย** (ผู้ตอบ 1 คน) ตรวจประเมินอาการเพื่อทำหัตถการแพทย์แผนไทยและทางเลือก

10) *แพทย์แผนจีน*

- **ดูแลทางกาย** (ผู้ตอบ 1 คน) โดยการลดการใช้ยา ใช้วิธีการฝังเข็มเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร เพื่อนอนหลับสบาย เพื่อลดความเจ็บปวด พร้อมทั้งสอนศาสตร์การแพทย์แผนจีนโดยการฝังเข็มให้กับกลุ่มผู้ที่สนใจ

11) *นักจิตวิทยา*

- **ดูแลทางใจ** (ผู้ตอบ 1 คน) เยียวยาด้านจิตใจหรือจิตวิญญาณ พูดคุยดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

1.1.3.แรงจูงใจ

ทำไมบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพจึงได้เข้ามาร่วมกันดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง เป็นคำถามหนึ่งในแบบสอบถามเพื่อค้นหาแรงจูงใจของกลุ่มตัวอย่าง จากการรวบรวมข้อมูลและนำมาจัดกลุ่ม พบเหตุผลที่น่าสนใจหลายประเด็น จำแนกเป็นเหตุผลหรือแรงจูงใจที่ทำเพื่อตนเอง เพื่อผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อระบบสาธารณสุข และมีมุมมองที่ดีต่อแนวคิดการตายดี และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้คือ

1) *เพื่อตนเอง*

ซึ่งหมายถึงว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมทำงานเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองกับผู้ป่วยระยะท้ายนั้นเพื่อประโยชน์ของตนเองเป็นหลัก คือ

- **พัฒนาตนเอง** (ผู้ตอบ 111 คน) เนื่องจากขาดความรู้และทักษะ มีความรู้ความสามารถไม่มากพอ จึงต้องการเรียนรู้ หาความรู้เพิ่มเติม สั่งสมประสบการณ์ เพิ่มพูนทักษะการดูแลและการสื่อสาร โดยรวมแล้ว เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยตามสายอาชีพ เช่น เภสัชกร โภชนากร ฯลฯ เพื่อตนเองจะได้มีศักยภาพในด้านนี้มากขึ้น
- **ทำตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย** (ผู้ตอบ 86 คน) เนื่องจากอยู่ในสายงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โรคร้ายแรงที่รักษาไม่หาย โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง จึงอยากเตรียมความพร้อมของตัวเองเพื่อรับมือกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งดูแลในสถานพยาบาลและที่บ้าน ส่วนบุคลากรสหวิชาชีพได้รับเลือกให้เข้าร่วมทีมดูแลจำต้องเรียนรู้งานดูแลแบบประคับประคองเพื่อประยุกต์งานให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการทางกายและใจแตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป งานดูแลลักษณะนี้เป็นงานที่ได้รับมอบหมายโดยตรง เพราะผู้บังคับบัญชาเห็นความสามารถและให้โอกาส จึงต้องทำหน้าที่ให้ดีที่สุด
- **เป็นความชอบและความสนใจส่วนตัว** (ผู้ตอบ 52 คน) ผู้ตอบหลายคนสนใจและเห็นคุณค่าของการดูแลทั้งทางกายและใจ ทั้งกับผู้ป่วยและครอบครัว บ้างชอบคุยกับผู้สูงอายุ ชอบทำงานร่วมกับชุมชน ชอบทำงานร่วมกับผู้ที่มีแนวคิดเดียวกัน ทำแล้วสบายใจ เป็นต้น
- **มีประสบการณ์ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม** (ผู้ตอบ 34 คน) ผู้ตอบบางคนเคยผ่านประสบการณ์ทั้งเคยดูแลผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต มีญาติพี่น้องติดเตียง เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย เห็นความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว หรือบางคนมีประสบการณ์ดูแลพ่อแม่วัยชรา ประสบการณ์เหล่านี้จึงทำให้เข้าใจในการดูแลในช่วงเวลาสั้นๆ ที่เหลืออยู่ และเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย

- **ความสุข** (ผู้ตอบ 9 คน) เป็นความรู้สึกหลังจากได้ดูแลผู้ป่วยแล้วจากไปด้วยดี หรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีก่อนจากไป และได้รับคำขอบคุณจากครอบครัวผู้ป่วย

2) *เพื่อผู้ป่วยและครอบครัว*

ในประเด็นนี้หมายถึงว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมทีมการดูแลแบบประคับประคอง เหตุผลเพราะเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยเป็นหลัก นั่นคือ อยากช่วยเหลือ อยากให้คลายทุกข์ และอยากเยียวยาจิตใจ

- **ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย** (ผู้ตอบ 80 คน) หลายคนระบุว่า เมื่อเจอผู้ป่วยรักษาไม่หายรู้สึกสงสาร เห็นใจ อยากช่วยเหลือให้มีความสบายทั้งกายและใจ อยากให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดี เข้าถึงช่องทางการดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับบริการจากบุคลากรทางการแพทย์ ที่ทำให้คุณภาพชีวิตระยะสุดท้ายดีขึ้น และได้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งต้องการในระยะสุดท้ายของชีวิต
- **คลายทุกข์ทรมาน มีความสงบ** (ผู้ตอบ 57 คน) จากการที่เคยเห็นผู้ป่วยก่อนถึงระยะสุดท้ายมีความทุกข์ใจ ทรมานกาย เจ็บปวด จากการรักษา เจอภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เห็นญาติร้องไห้ฟูมฟาย ใจจึงคิดอยากให้ผู้ป่วยไม่ทนทุกข์ ทุเลาความเจ็บปวด จิตใจสงบ มีสติ ผ่อนคลาย เตรียมตัวและยอมรับความตาย อยากให้ญาติเข้าใจ ไม่ยื้อชีวิตผู้ป่วย ยอมรับและรับมือกับการสูญเสียได้
- **เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว** (ผู้ตอบ 17 คน) เข้าใจภาวะของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย เห็นใจและอยากเยียวยาจิตใจผู้ดูแลและครอบครัวในรายที่มีความทุกข์ซับซ้อน อยากให้ผู้ที่ได้รับการดูแลมีความสุขมากขึ้น อยากสื่อสารถ้อยคำให้กำลังใจ ให้เข้าใจความจริงของชีวิต

3) *เพื่อระบบสาธารณสุข*

ผู้ตอบมีแรงจูงใจเข้ามาช่วยทีมดูแลแบบประคับประคองเนื่องจากเห็นปัญหาภายในระบบ อยากให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการการดูแลระยะท้ายมากขึ้น

- **ลดผู้ป่วยในโรงพยาบาล** (ผู้ตอบ 22 คน) ด้วยเห็นว่าผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ภาระการดูแลในแง่กำลังคน ค่าใช้จ่าย ยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยระยะท้ายถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลศูนย์ มายังโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มมากขึ้น และเห็นว่าการยื้อชีวิตไม่เกิดประโยชน์ จึงขยายระบบบริการไปยังบ้าน เพื่อลดความแออัด อัตราการครองเตียง ลดการทำหัตถการทางการแพทย์ที่ไม่ก่อประโยชน์ให้กับผู้ป่วย การรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลไม่ได้รับการดูแลด้านคุณภาพชีวิต แพทย์ พยาบาลเจ้าของคนไข้มีภาระงานมาก ไม่มีโอกาสได้สื่อสารกับผู้ป่วย

และครอบครัว และผู้ตอบเห็นว่า ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาอยู่หลายครั้ง และอยากกลับบ้าน เพื่ออยู่กับสมาชิกในครอบครัว มากกว่านอนโดดเดี่ยวอยู่ในโรงพยาบาล

- **ทำตามนโยบาย** (ผู้ตอบ 14 คน) เนื่องจากแนวโน้มของผู้ป่วยระยะท้ายมีเพิ่มมากขึ้น นโยบายด้านการดูแลแบบประคับประคองจึงถูกกำหนดขึ้น ซึ่งจะทำให้การทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายปราศจากอุปสรรค ผู้บริหารสนับสนุน ผู้ปฏิบัติต้องปฏิบัติตาม ผู้ตอบบางคนเรียนหลักสูตร / สาขาวิชา เช่น เวชศาสตร์ครอบครัว ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง จึงเป็นมูลเหตุหนึ่งที่ได้เข้าร่วมทีมดูแลแบบประคับประคอง
- **ขาดบุคลากร** (ผู้ตอบ 5 คน) หลายคนอยากมีส่วนร่วม สนับสนุน เพราะเห็นว่าทีมดูแลขาดแคลนบุคลากร เช่น ขาดผู้ดูแลด้านยา ขาดนักโภชนาการ/โภชนากร นักกายภาพบำบัด เป็นต้น

4) *มีมุมมองที่ดีต่อแนวคิดการตายดี และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์*

มูลเหตุจูงใจในการเข้าร่วมทีมดูแลแบบประคับประคองนี้ ผู้ตอบเห็นคุณค่า ความสำคัญของแนวคิดการตายดี ที่คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การดูแลที่ครอบคลุมทั้งกายและจิต ตลอดจนความเชื่อว่า การตายดีจะนำไปสู่ภพภูมิที่ดี

- **เห็นคุณค่า ความสำคัญของการตายดี** (ผู้ตอบ 28 คน) อยากให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย มีการวางแผน เตรียมตัวก่อนตาย และใช้ชีวิตอย่างไม่ประมาท
- **ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์** (ผู้ตอบ 16 คน) หลายคนเชื่อว่ามนุษย์ควรได้รับโอกาสในการตายดีการเข้าถึงยา สามารถตายดีได้หากได้รับการช่วยเหลือ และตายท่ามกลางญาติมิตร
- **การดูแลแบบองค์รวม** (ผู้ตอบ 15 คน) ผู้ตอบเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวม คือ กาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม
- **ความเชื่อในเรื่องโลกหน้า** (ผู้ตอบ 3 คน) ผู้ตอบบางคนเคยปฏิบัติธรรม ยึดหลักพุทธศาสนา มีความเชื่อในเรื่องจิตสุดท้ายก่อนตาย การไปสู่ภพภูมิที่ดี ความเชื่อในเรื่องบุญกรรม ภพชาติ
- **ความต้องการให้ตัวเองตายดี** (ผู้ตอบ 3 คน) ผู้ตอบที่เข้าร่วมการดูแลแบบประคับประคองเนื่องจากเคยเห็นการตายอย่างทรมานหลายราย เข้าใจสถานการณ์ดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงไม่ต้องการเห็นตนเองมีสภาวะการตายเช่นนั้น รวมถึงอยากให้ผู้อื่นตายดีเช่นเดียวกัน

1.1.4. แหล่งข้อมูลความรู้ แหล่งฝึกอบรม เรื่องการดูแลแบบประคับประคองและการตายดี

ในเรื่องศึกษาหาความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพตนเอง หรืองานในหน้าที่ด้านการดูแลแบบประคับประคองและการตายดี จากแหล่งข้อมูลและแหล่งฝึกอบรม มีดังนี้

1) *แหล่งข้อมูลความรู้*

จากการสอบถามบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในเรื่องแหล่งความรู้ในการศึกษาหาความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า ผู้ตอบร้อยละ 70 ได้รับความรู้มาจากเพื่อนร่วมงานหรือทีมงานที่ทำงานอยู่ด้วยกันเป็นหลัก ผู้ตอบร้อยละ 66 เข้ารับการอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคองที่มีการจัดขึ้นเป็นการเฉพาะโดยหน่วยงานต่าง ๆ และผู้ตอบร้อยละ 56 ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมจากแหล่งข้อมูลออนไลน์ เว็บไซต์ให้ความรู้ด้านนี้ ส่วนผู้ตอบที่ระบุว่าได้เรียนรู้ในระหว่างที่กำลังเรียนในสถาบันการศึกษามีอยู่ร้อยละ 29

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของแหล่งความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคอง

แหล่งความรู้	จำนวน	ร้อยละ
เพื่อนร่วมงาน/ทีมงานในหน่วยงาน	210	70.0
เข้าอบรมด้าน Palliative Care ที่จัดโดยหน่วยงานต่าง ๆ	197	65.7
แหล่งข้อมูลออนไลน์ เว็บไซต์	167	55.7
เครือข่ายที่เป็นสมาชิก	127	42.3
สิ่งพิมพ์ หนังสือ รายงานวิจัย บทความ แผ่นพับ	140	46.7
ในระหว่างที่กำลังศึกษาในสถาบันการศึกษา	87	29.0
อื่นๆ เช่น จากสถานปฏิบัติธรรม, คนในครอบครัว, ผู้ป่วยที่ดูแล, โทรทัศน์ ศึกษาธรรมะด้วยตนเอง ประชุมวิชาการ ฯลฯ	13	4.3

2) *แหล่งฝึกอบรมที่เคยเข้าร่วม*

จากการสอบถามแหล่งฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคองที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้เข้าร่วม พบว่า มากกว่าร้อยละ 60 ได้รับการฝึกอบรมที่จัดเองโดยหน่วยงานที่ตนเองสังกัด รองลงมาคือได้รับการฝึกอบรมที่จัดโดยสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (ร้อยละ 42) และศูนย์ฝึกอบรมฯ ใน 4 ภูมิภาค คือ ภาคเหนือที่จังหวัดเชียงใหม่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่จังหวัดขอนแก่น ภาคกลางที่กรุงเทพมหานคร และภาคใต้ที่จังหวัดสงขลา ในที่นี้ ผู้ตอบส่วนใหญ่ได้รับการอบรมด้านความรู้และทักษะการดูแลแบบประคับประคองจากหลายแหล่ง อย่างไรก็ตาม มีผู้ตอบร้อยละ 8 ระบุว่า ไม่เคยเข้ารับการฝึกอบรมที่ใดเลย เพียงแต่มีประสบการณ์และหาความรู้ด้วยตนเอง

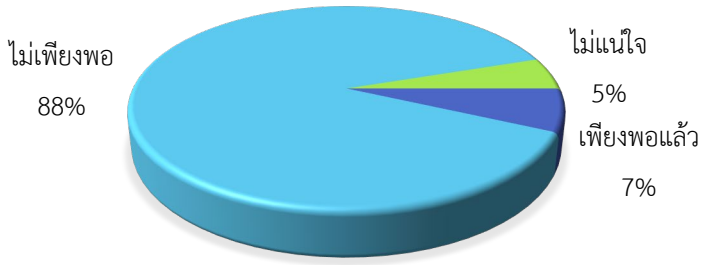
ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของแหล่งฝึกอบรมที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม

แหล่งฝึกอบรมเสริมความรู้และทักษะด้าน PC	จำนวน	ร้อยละ
หน่วยงานที่สังกัด	187	62.3
สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย	126	42.0
ศูนย์ฝึกอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคองในภูมิภาค	69	23.0
เครือข่ายพุทธิกา	64	21.3
หน่วยงานภายใต้กรมการแพทย์	54	18.0
หน่วยงานที่เป็นเครือข่าย	24	8.0
อื่นๆ เช่น วัด, ต่างประเทศ	8	2.7
ไม่เคยเข้าร่วมอบรมที่ใดเลย	23	7.7

1.1.5. ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอยู่

บุคลากรสายสุขภาพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มีทั้งเคยได้รับการอบรม และไม่เคยได้รับการอบรม ส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงานโดยตรงที่ได้รับการอบรม ส่วนน้อยเป็นผู้บริหารสถานพยาบาล โดยรวมแล้ว ผู้ตอบมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่เกิน 5 ปี **เมื่อถามว่าความรู้และทักษะที่มีเพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือไม่ ผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่าร้อยละ 88 ของกลุ่มตัวอย่าง ระบุว่า ไม่เพียงพอ มีส่วนน้อย (ร้อยละ 7) ที่ระบุว่า เพียงพอแล้ว และร้อยละ 5 ระบุว่า ไม่แน่ใจ**

แผนภาพ 5 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการประเมินความรู้และทักษะของตนเองที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย



ส่วนเหตุผลที่ผู้ตอบส่วนใหญ่ระบุว่า มีความรู้ไม่เพียงพอ มีประเด็นหลักๆ ดังนี้

1) *ความรู้*

ผู้ตอบ (104 คน) ระบุว่า ความรู้ที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอ ในระหว่างที่ปฏิบัติงานได้รู้ว่าความรู้ที่มีอยู่น้อยเกินไป ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายโรค การดูแลกลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้ป่วยเด็ก

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในปัจจุบันความรู้ใหม่ๆ ของการดูแลเกิดขึ้นมากมาย พร้อมๆ กับจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ปัญหาของแต่ละคนแต่ละโรคยังมีอีกมากมายที่ต้องจัดการ ส่วนความรู้ทางวิชาการวิทยาการสมัยใหม่ เกิดขึ้นมากมายด้วยเช่นกัน เหล่านี้จึงเป็นเหตุผลว่า รู้สึกว่าความรู้ที่ตนเองมีอยู่ตอนนี้ยังไม่พอ

2) *ทักษะ*

ผู้ตอบ (37 คน) ระบุว่า ขาดทักษะ มีความเชี่ยวชาญไม่พอ ต้องการพัฒนาทักษะและความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีโรคที่หลากหลายในผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องดูแล ผู้ดูแลต้องมีทักษะและประสบการณ์มากกว่านี้ และสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ต้องได้รับการดูแลด้านจิตใจควบคู่กัน ผู้ตอบส่วนใหญ่ที่เป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพ และเพิ่งเข้ามามีส่วนร่วมไม่นานนักยังขาดทักษะในการดูแล เช่น นักกายภาพบำบัด ผู้ตอบได้ระบุอีกว่าขาดทักษะที่สำคัญ คือ ทักษะการสื่อสาร พูดคุย ที่มีไม่มากพอ เพราะเทคนิคการพูดคุยบางครั้งต้องใช้องค์ความรู้ทางการสื่อสารเฉพาะเรื่อง เช่น การแจ้งข่าวร้าย

3) *การเข้าร่วมอบรม*

ผู้ตอบ (15 คน) ระบุว่า ได้รับการอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคองไม่พอ บางคนไม่เคยได้รับอบรม หรือชั่วโมงการอบรมน้อย อาศัยเรียนรู้จากประสบการณ์การทำงาน ทำให้แก้ปัญหาบางอย่างยังไม่ได้

4) *ประสบการณ์*

ผู้ตอบ (13 คน) ระบุว่า มีประสบการณ์ในการดูแลไม่มากพอ ประสบการณ์น้อย ทำให้ไม่มั่นใจในตนเอง บางคนระบุว่า ดูแลได้แต่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

5) *การดูแลด้านจิตใจ/จิตวิญญาณ*

ผู้ตอบ (12 คน) ระบุว่า การดูแลด้านจิตใจเป็นประเด็นสำคัญหนึ่งที่ตนเองมีความรู้เรื่องนี้ไม่เพียงพอ ขาดทักษะ และความชำนาญในการประเมินด้านจิตวิญญาณที่เป็นการตอบสนองผู้ป่วยระยะท้ายที่แท้จริง ด้วยเหตุผลว่า กลุ่มโรคมีความซับซ้อนมากขึ้น ผู้ป่วยแต่ละคนมีโรคแตกต่างกัน ความรุนแรงต่างกัน และไม่ได้มาจากอาการของโรคแต่เพียงอย่างเดียว ดังนั้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องเข้าถึงจิตใจผู้ป่วยและครอบครัวที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาในช่วงวิกฤต

6) *ความรู้เรื่องยา*

ผู้ตอบ (4 คน) ระบุว่า มีความรู้จำกัดในเรื่องการใช้ยา เนื่องจากยาบางตัวในโรงพยาบาลไม่มีและบางทีมียาใหม่มา ยังไม่รู้จักการใช้สำหรับผู้ป่วย รวมไปถึงมีความรู้น้อยในเรื่องการดูแลในผู้ป่วยที่ให้ยา opioids

สำหรับผู้ที่ตอบว่า มีความรู้เพียงพอแล้ว ให้เหตุผลหลักๆ ดังนี้คือ

- ไม่ได้มีบทบาทสำคัญ ที่ทำอยู่เป็นเพียงบทบาทรอง ทำหน้าที่ผู้บริหารสถานพยาบาล
- ได้เรียนรู้มามากแล้ว เช่นในเรื่องการวินิจฉัย การจัดอาการกลุ่มโรคต่างๆ
- หาความรู้เองได้จากแหล่งสื่อออนไลน์
- ทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยมากว่า 10 ปี
- ผ่านการอบรมมามากมายทั้งระยะสั้นและระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

ส่วนผู้ที่ตอบว่า ไม่แน่ใจ ให้เหตุผลหลักๆ คือ

- อายุงานและประสบการณ์ในการดูแลยังน้อย
- ต้องการฝึกด้านประสบการณ์เพิ่มเติม
- อยากได้รับการอบรมที่ลงลึกและเข้มข้น

1.1.6. การใช้ความรู้ความสามารถในการดูแลแบบประคับประคอง

จากการให้บุคลากรกลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินตนเอง ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว การรักษาสิทธิ์ของผู้ป่วย การพัฒนาศักยภาพตนเอง และการแบ่งปันความรู้และประสบการณ์และสร้างเครือข่าย ว่าได้ทำสิ่งเหล่านี้เป็นประจำหรือไม่ หรือว่าทำเป็นบางครั้ง หรือไม่เคยทำเลย จากการวิเคราะห์ ได้ผลสรุปเป็น 4 ประเด็น ดังนี้ (ดูตาราง 5 ประกอบ)

1) *ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว*

ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย สิ่งที่บุคลากรมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ทำเป็นประจำคือ ช่วยให้ผู้ป่วยคลายความเจ็บปวด วิตกกังวล และมีความสุขสบายในช่วงสุดท้ายของชีวิต (ร้อยละ 66) สิ่งที่ทำรองลงมาคือ วางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้ดูแล/ครอบครัวผู้ป่วย (ร้อยละ 65) และ ให้ข้อมูลครอบครัวผู้ป่วย ผู้ดูแล ให้ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง อย่างครอบคลุม ถูกต้อง (ร้อยละ 64) ตามลำดับ

2) *รักษาสิทธิ์ของผู้ป่วย*

ส่วนการให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพ สิ่งที่บ่งบอกได้ประการหนึ่งคือการทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจ ผู้ตอบร้อยละ 67 ของกลุ่มตัวอย่าง ก็ได้ทำเช่นนั้นเป็นประจำ เรื่องที่ทำรองลงมาคือ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะท้าย ที่ต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (ร้อยละ 63) และ พยายามคิดหาทางให้ผู้ป่วยระยะท้าย อยู่ในสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการตายดี (ร้อยละ 61)

3) *พัฒนาศักยภาพตนเอง*

ในเรื่องการพัฒนาศักยภาพตนเอง กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 64 ได้ทำเป็นประจำในเรื่องของการดูแล จัดการระบบการดูแล แสดงบทบาท เพื่อให้ผู้บริหารให้โอกาสและไว้วางใจ ยอมรับในความสามารถ ส่วนการพัฒนาศักยภาพอื่นๆ เช่น เข้าอบรม ศึกษาดูงาน หาข้อมูลทางอินเตอร์เน็ต เป็นสมาชิกเครือข่าย ศึกษาและทำความเข้าใจเรื่องสิทธิผู้ป่วย ประเด็นจริยธรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง สำหรับการพัฒนาทักษะการสื่อสารในเรื่องการบอกความจริง การแจ้งข่าวร้าย และอื่นๆ พบว่า มีไม่ถึงร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่าง

4) *แบ่งปันความรู้และประสบการณ์และสร้างเครือข่าย*

เมื่อพิจารณาถึงบทบาทการให้คำปรึกษา คำแนะนำ แก่ผู้ร่วมงาน ผู้ดูแลผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย ในการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า ผู้ตอบร้อยละ 61 ได้ทำเป็นประจำ และสิ่งที่เป็นปกติรองลงมาคือ สนับสนุนให้บุคลากร/อาสาสมัคร ในหน่วยงานของตนรู้สึกตื่นตัวในการดูแลแบบประคับประคอง (ร้อยละ 53)

ตาราง 5 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความถี่ของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ประเด็นการดูแล	ความถี่ (ร้อยละ)		
	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว			
ช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายคลายความเจ็บปวด ความวิตกกังวล / ดูแลให้สุขสบาย	65.7	30.1	4.2
วางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้ดูแล/ครอบครัวผู้ป่วย	65.1	32.2	2.7
ให้ข้อมูลครอบครัวผู้ป่วย ผู้ดูแล ให้ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง อย่างครอบคลุม ถูกต้อง	63.9	33.7	2.4
เจรจาต่อรองกับครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลที่เป็นไปตามเป้าหมายการดูแลที่ตกลงร่วมกัน	58.3	33.8	7.9
ดูแลความรู้สึกหลังการสูญเสีย ให้กับครอบครัวผู้ป่วย	39.3	51.9	8.8
การรักษาสิทธิของผู้ป่วย			
ผู้ดูแล ครอบครัวผู้ป่วย/ผู้ดูแล มีความพึงพอใจ ในการรับบริการดูแลแบบประคับประคอง	67.4	30.2	2.4
ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะท้าย ที่ต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน	62.5	29.9	7.6
พยายามคิดหาทางให้ผู้ป่วยระยะท้าย อยู่ในสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการตายดี	60.6	33.9	5.5
จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกและชุดสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยควรได้รับตามสิทธิ์	58.3	35.5	6.2
การพัฒนาศักยภาพตนเอง			
ผู้บริหารให้โอกาสและไว้วางใจท่าน ในการดูแล จัดการระบบการดูแล แบบประคับประคองในหน่วยงานของท่าน หรือบทบาทของท่านได้รับการยอมรับจากผู้บริหารองค์กรเสมอ	64.4	32.5	3.1
พัฒนา สังสมความรู้ ด้านการดูแลแบบประคับประคอง (เข้าอบรม ศึกษาดูงาน หาข้อมูลทางอินเตอร์เน็ต เป็นสมาชิกเครือข่ายด้าน PC)	46.0	49.5	4.5

ประเด็นการดูแล	ความถี่ (ร้อยละ)		
	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
ศึกษาและทำความเข้าใจเรื่องสิทธิผู้ป่วย ประเด็นจริยธรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	44.7	50.2	5.2
พัฒนาทักษะการสื่อสารในเรื่องการบอกความจริง การแจ้งข่าวร้าย	41.4	46.2	12.3
พยายามถอดบทเรียน เพื่อพัฒนาระบบบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองในสถานพยาบาล / สถานบริการ / ศูนย์บริการ ที่ท่านมีส่วนเกี่ยวข้อง	27.3	55.7	17.0
เป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคอง	21.9	44.5	33.6
พัฒนาองค์ความรู้ หรือสร้างผลงานการวิจัยจากงานประจำ (R2R) ด้านการดูแลแบบประคับประคอง	14.8	41.6	43.6
การแบ่งปันความรู้และประสบการณ์และสร้างเครือข่าย			
ให้คำปรึกษา คำแนะนำ แก่ผู้ร่วมงาน ผู้ดูแลผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย ในการดูแลแบบประคับประคอง	60.7	36.2	3.1
สนับสนุนให้บุคลากร/อาสาสมัคร ในหน่วยงานของท่านรู้สึกตื่นตัวในการดูแลแบบประคับประคอง	53.3	42.2	4.5
ส่งเสริม สนับสนุนบทบาทของครอบครัว อาสาสมัคร จิตอาสาและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	48.3	44.5	7.2
ให้ความรู้ แบ่งปันประสบการณ์ แก่คนในชุมชน ด้านการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย ผู้สูงอายุติดเตียง	37.6	50.7	11.7

1.1.7. จุดแข็ง สิ่งที่ถนัด ที่ทำให้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้ดี

จากการสอบถามจุดแข็งหรือความถนัด ที่ทำให้บุคลากรสายสุขภาพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้ดี มีคุณภาพ เป็นที่พึงพอใจ ผลการวิเคราะห์แบ่งออกเป็นประเด็นสำคัญๆ ดังนี้

1) *เข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย*

ผู้ตอบ (98 คน) มีจุดแข็งที่สำคัญ คือ เป็นผู้ฟังที่ดี ยอมรับฟังความเห็นผู้อื่น จึงเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกนึกคิด ความต้องการที่ผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วย ได้สะท้อนออกมา และเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ

2) *ให้เวลาผู้ป่วยและครอบครัว*

ผู้ตอบ (91 คน) ระบุว่า ตนเองมีความตั้งใจ ใส่ใจ มีใจ และสละเวลาให้ญาติผู้ป่วยติดต่อโดยตรงทางโทรศัพท์ ไลน์ แชท ตลอดเวลา และอาสาทำอะไรก็ตามที่เป็นการช่วยผู้ป่วย

3) *มีทักษะการดูแล และสามารถใช้ความรู้เฉพาะทาง*

ผู้ตอบ (88 คน) ระบุว่า จุดแข็งของตนคือ มีทักษะในการดูแลเนื่องจากศึกษาอบรมมา และสามารถใช้ความถนัดในการดูแลผู้ป่วยได้ เช่น ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง สังเกต

อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยได้ จัดการอาการปวดได้ มีความรู้เรื่องการใช้ยาประเภท opioids มีความสามารถทำแผล ทำอาหารสำหรับผู้ป่วย ใช้ความรู้ทางกายภาพบำบัดหรือแพทย์แผนไทย มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ ประเมินอาการผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เป็นต้น

4) *มีความสามารถในการสื่อสาร ให้คำปรึกษา*

ผู้ตอบ (64 คน) เห็นว่าจุดแข็งของตนคือ เรื่องทักษะการสื่อสาร ที่ทำให้สามารถพูดคุย ให้กำลังใจ โน้มน้าวจิตใจ ให้ข้อมูล ให้คำปรึกษาต่อผู้ป่วยหรือเพื่อนร่วมงานได้ บางคนเคยอบรมทักษะการแจ้งข่าวร้าย การเจรจา ไกล่เกลี่ย ใช้คำพูดเพื่อค้นหาความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้

5) *มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี*

ผู้ตอบ (52 คน) ระบุจุดแข็งของตนว่ามีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ซึ่งหมายรวมถึงนิสัยที่เป็นองค์ประกอบผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี คือ ยิ้ม ไหว้ ใจเย็น เห็นใจ อ่อนน้อม ยืดหยุ่น เอื้ออาทร อดทน คิดบวก ชอบสร้างสัมพันธภาพที่ดี

6) *มีทีมและเครือข่ายที่ดี*

ผู้ตอบ (56 คน) มีทีมสหสาขาวิชาชีพเข้มแข็งที่สนับสนุนให้การทำงานเต็มไปด้วยความราบรื่น อีกทั้งยังมีเครือข่ายระดับ รพ.สต. และ อสม. ผู้นำชุมชน ที่มีบทบาทร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน อีกทั้งจุดแข็งของผู้ตอบคือ ทำงานร่วมกับชุมชนมานาน ได้รับความไว้วางใจจากคนในชุมชน ทำให้ระดมความช่วยเหลือให้กับครอบครัวที่ยากไร้ได้

7) *ประสานงาน การจัดการ การวางแผน*

ผู้ตอบ (43 คน) นอกจากงานดูแลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแล้ว งานที่ต้องติดต่อกับบุคคลอื่นๆ ไม่ว่าทีมดูแลประคับประคอง เครือข่ายส่งต่อ ทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยงาน ก็เป็นสิ่งที่ผู้ตอบถนัด รวมถึงการจัดการ แก้ปัญหา วางแผนทำงาน เยี่ยมบ้าน จัดหาทุน อุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยยากไร้

8) *มีประสบการณ์สั่งสมยาวนาน*

ผู้ตอบ (28 คน) ระบุจุดแข็งว่าตนเอง คือ มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับงานด้านดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมาเป็นเวลานาน นับรวมเวลาที่ได้อบรมเรื่องนี้ด้วย ย่อมทำให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยป่วยแบบองค์รวม

9) *เข้าใจธรรมะและธรรมชาติของการเกิดแก่เจ็บตาย*

ผู้ตอบ (18 คน) ศึกษาเรื่องธรรมะ หลักศาสนา เคยปฏิบัติธรรมนั่งสมาธิ อบรมเรื่องการตายดี เข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ ธรรมชาติของโรค เหล่านี้เป็นสิ่งที่ตนเองถนัดและนำมาใช้ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

1.1.8. สิ่งที่จำเป็นต้องมี ต้องรู้ ต้องทำให้ดีขึ้นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ถึงแม้ว่าผู้ตอบมีความรู้ ความสามารถ ความเข้าใจ ที่มาจากการปฏิบัติงาน เรียนรู้ ฝึกอบรมเป็นอย่างดี แต่ก็ยังไม่พอสำหรับบุคลากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ดังนั้น เมื่อสอบถามถึงสิ่งที่อยากเรียนรู้เพิ่มเติมเพื่อทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายดีขึ้น คำตอบเหล่านั้นสามารถจัดกลุ่มเป็นประเด็นสำคัญๆ ดังนี้

1) *การดูแลเฉพาะโรค*

ผู้ตอบ (147 คน) ส่วนใหญ่ยังคงต้องการอยากรู้เพิ่มเติมในเรื่องทักษะการปฏิบัติต่อผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง แต่ที่ลึกไปกว่านั้นคือ การดูแลรายโรค ในเรื่องของการดำเนินตัวโรค การพยากรณ์โรค อาการโรคที่กำหนดว่าต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น ไตวาย มะเร็ง หัวใจ สมองเสื่อม ฯลฯ รู้อาการการตอบสนองของผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต และสามารถจัดการอาการไม่สุขสบาย ภาวะแทรกซ้อน อาการปวด ของแต่ละโรค และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยระยะท้าย ส่วนผู้ตอบสาขาวิชาชีพอื่นที่ไม่ใช่แพทย์พยาบาล เช่น นักกายภาพบำบัด แพทย์ทางเลือก นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ ต้องการที่จะเรียนรู้เพิ่มเติมเพื่อทำหน้าที่ของตนให้ดีขึ้น ถึงแม้ว่าจำนวนบุคลากรวิชาชีพเหล่านี้จะมีน้อยก็ตาม

2) *ทักษะการสื่อสาร และให้คำปรึกษา*

ผู้ตอบ (75 คน) อยากเพิ่มทักษะการพูดคุยมากขึ้น ในรายละเอียดที่จำเพาะ เช่น สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว คือ พูดให้คลายกังวล โน้มน้าวจิตใจ แจ้งข่าวร้าย ให้ข้อมูล พูดให้หายโกรธ ให้กำลังใจ ให้เข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สำหรับผู้ร่วมงาน ผู้ที่เกี่ยวข้อง คือ การสื่อสารเพื่อให้เข้าใจตรงกัน พูดคุยเมื่อทำ family meeting หรือ advance care plan (ACP)

3) *การดูแลจิตใจ*

ผู้ตอบ (42 คน) ต้องการอยากรู้มากขึ้นในเรื่องการดูแลจิตใจ บางคนอยากทำความเข้าใจความหมายของคำว่าจิตวิญญาณ ธรรมชาติของกายและจิต เมื่อรู้และเข้าใจเช่นนี้แล้ว จะทำให้เยียวยาผู้ที่อยู่ในความทุกข์ได้ นอกจากนี้ ยังอยากมีความเข้าใจมากขึ้นในด้านจิตวิญญาณของแต่ละศาสนาด้วย

4) *การใช้ยา*

ผู้ตอบ (38 คน) เห็นความสำคัญต่อการรู้เรื่องการใช้ยาที่ใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการบรรเทาอาการปวด หอบเหนื่อย ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับยาที่ผู้ตอบอยากรู้มากขึ้น คือ การให้ยามอร์ฟีน การใช้ syringe driver, subcut, การใช้กัญชา การบริหารจัดการยา การแก้ปัญหาเมื่อใช้ยาเกินขนาด การใช้ยาสมุนไพร และการดูแลแบบไม่ใช้ยา เช่น การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น

5) *วิชาการและกฎหมาย*

ผู้ตอบ (25 คน) สนใจความรู้ นวัตกรรมใหม่ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ความรู้และความหมายของการตายดี กฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้อง และการทำพินัยกรรมชีวิต งานวิจัยใหม่ๆ

6) *การทำ ACP และ FAMILY MEETING*

ผู้ตอบ (20 คน) เห็นว่าการทำ ACP, เทคนิคการประชุมกับครอบครัวผู้ป่วย เป็นเรื่องที่ยากจึงอยากเรียนรู้เทคนิคดังกล่าว

7) *การประสานเครือข่าย*

ผู้ตอบ (14 คน) เห็นว่า ถ้ามีความสามารถในการสร้างเครือข่ายนอกหน่วยงานให้มากขึ้น เช่น ดึงเอาองค์กรชุมชน องค์กรท้องถิ่น เข้ามาร่วมและมีบทบาทต่อเนื่อง จะดีต่อการดูแลผู้ป่วย

8) *การพัฒนาระบบการดูแล*

ผู้ตอบ (12 คน) เห็นว่าระบบที่เป็นแบบแผน มีโครงสร้าง เป็นเรื่องที่สำคัญเช่นเดียวกันหากมีการพัฒนาขึ้นมา ไม่ว่าจะเป็นระบบข้อมูล ระบบการดูแลที่เป็นสากล ระบบการให้คำปรึกษา ระบบส่งต่อ ระบบการดูแลอาสา ระบบการเข้าถึงเครื่องมือและอุปกรณ์

9) *การประเมิน*

ผู้ตอบ (10 คน) อยากมีความรู้เรื่องการประเมินอาการผู้ป่วย ประเมินสุขภาวะทุกมิติ การประเมินการทำงาน

1.1.9. ทัศนคติต่อการดูแลแบบประคับประคองและการตายดี

จากการวิเคราะห์ทัศนคติของบุคลากรสาธารณสุข เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและการตายดี 5 ประเด็นสำคัญ คือ 1) ความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง 2) การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เหมือนหรือต่าง จากการดูแลผู้ป่วยทั่วไป 3) การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้านสุขภาวะ

ทางปัญญา กับด้านจิตวิญญาณ เหมือนหรือแตกต่างกัน 4) ความหมายของการ ‘ตายดี’ และ 5) การได้รับโอกาสในการตายดี มีความหมายอย่างไรต่อมนุษย์ ได้ผลสรุปในแต่ละประเด็น ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) *ความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง*

จากการสอบถามบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างเห็นว่า สำคัญที่สุด ส่วนที่เหลือเห็นว่า สำคัญมาก ไม่มีผู้ตอบคนใดเห็นว่าเป็นเรื่องไม่สำคัญ ผู้ตอบได้ให้เหตุผลถึงความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองที่สำคัญๆ ดังนี้

- **ลดความทรมานทางกาย** ผู้ตอบ (57 คน) ระบุว่า ความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย คือ ช่วยลดความทรมานทางกาย อาการรบกวนที่ทำให้ไม่สุขสบาย จิตสงบในวาระสุดท้าย เชื่อว่าเป็นการตายดี
- **เตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิต** ผู้ตอบ (27 คน) ถือว่าช่วงสุดท้ายของชีวิตมีความสำคัญ การดูแลในช่วงระยะท้ายของชีวิตเปิดโอกาสให้มีการวางแผนชีวิตล่วงหน้าให้กับผู้ป่วย หากได้รับการเตรียมพร้อมที่ดี มีการจัดการอาการ เตรียมจิตที่ดี ได้อยู่กับลูกหลานญาติพี่น้อง อาจมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยตายดี
- **ให้คุณภาพชีวิตที่ดี** ผู้ตอบ (25 คน) เห็นว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งครอบครัวด้วย
- **เป็นการดูแลแบบองค์รวม** ผู้ตอบ (25 คน) เชื่อว่าการดูแลแบบประคับประคอง ที่มีหลักการดูแลแบบองค์รวม คือ กาย จิตใจ อารมณ์ ครอบครัว สังคม ช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้
- **ดูแลครอบครัวผู้ป่วย** ผู้ตอบ (24 คน) เห็นว่าการดูแลแบบประคับประคองให้ความสำคัญกับครอบครัวผู้ป่วยด้วย
- **ให้คุณค่าต่อการเป็นมนุษย์** ผู้ตอบ (17 คน) เล็งเห็นคุณค่าของการเป็นมนุษย์ เพราะฉะนั้นเมื่อถึงคราวตาย ควรตายอย่างมีศักดิ์ศรี
- **จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น** ผู้ตอบ (15 คน) คิดในแง่ของสถานการณ์ปัจจุบัน ที่มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเพิ่มมากขึ้น การดูแลประคับประคองนั้นจำเป็นอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้
- **เพราะว่าทุกคนต้องตาย** ผู้ตอบ (11 คน) กล่าวว่า ทุกคนต้องเจอเรื่องร้ายและความสูญเสีย หนีความตายไม่พ้น การดูแลประคับประคองสามารถทำร่วมกับการรักษาต่างๆ ไปด้วยกันได้

2) *ความเหมือนและความแตกต่าง ระหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการดูแลผู้ป่วยทั่วไป*

จากการสอบถามความคิดเห็นว่า การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความเหมือนหรือแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยทั่วไปหรือไม่ พบคำตอบที่น่าสนใจคือ ขึ้นอยู่กับมุมมองของแต่ละคน ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยทั่วไป หรือ ผู้ป่วยระยะท้าย ก็จะให้การดูแลแบบองค์รวมเหมือนกัน เพราะว่าทุกคนนั้นมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีสิทธิที่จะได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมกัน แต่คำตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93 หรือจำนวน 245 คน) กลับเห็นว่าเป็นการดูแลที่ต่างกัน ในขณะที่ผู้ตอบส่วนน้อย (ร้อยละ 7 หรือจำนวน 18 คน) เห็นว่าเป็นการดูแลที่ไม่ต่างกัน ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้

- **ความต่างจากการดูแลผู้ป่วยทั่วไป**

- เป้าหมายการรักษา คือ ผู้ป่วยทั่วไปคือรักษาโรคให้หายขาด กลับมามีชีวิตได้ตามปกติ ส่วนผู้ป่วยระยะท้าย คือการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เน้นการรักษาควบคู่กับการดูแลแบบประคับประคอง
- การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ต้องใช้ทักษะเฉพาะ
- มีการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างแพทย์พยาบาล ผู้ป่วยและญาติ
- การดูแลผู้ป่วยทั่วไปไม่ลึกซึ้งเท่าการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในเรื่องจิตใจผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย นั่นคือ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายนั้นยากกว่า ต้องเอาใจใส่เป็นพิเศษ
- ผู้ป่วยระยะท้ายและญาติเป็นศูนย์กลาง ไม่ได้ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์
- ต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน
- การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต้องมีการพูดคุยถึง ACP หรือ living will
- ฯลฯ

- **ความเหมือนจากการดูแลผู้ป่วยทั่วไป**

- ระบบของการดูแลร่างกาย ต้องดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด
- รับฟังปัญหา ให้กำลังใจ ดูแลความสะดวกสบาย ดูแลสุขภาวะส่วนบุคคล
- ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด โดยการจัดการอาการรบกวนและดูแลทั้งทางจิตสังคม
- ฯลฯ

3) *การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้านสุขภาวะทางปัญญา และ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้านจิตวิญญาณ : ความเหมือนและความต่าง*

เมื่อให้ผู้ตอบพิจารณาเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่แบ่งออกเป็น 2 แนวคิด คือ ด้านสุขภาวะทางปัญญา กับ ด้านจิตวิญญาณ ว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร คำตอบของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่หรือร้อยละ 90 ระบุว่า มีความหมายไม่เหมือนกัน ในขณะที่ร้อยละ 10 ตอบว่า มีความหมายเหมือนกัน ซึ่งความไม่เหมือนกันของทั้งสองแนวคิด มีคำอธิบายจากมุมมองของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

- **การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้านสุขภาวะทางปัญญา**

- เป็นการรู้เท่าทันโรค รู้เท่าทันตนเอง รู้เท่าทันสังคม ทำให้สามารถเห็นใจทุกอย่าง
- ผู้ป่วยเข้าใจในโรคที่เป็น รับทราบการที่เป็นโรคนั้นๆ ยอมรับโรคที่เป็น แล้วสามารถทำให้ตัวเองเข้าใจและทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างมีความสุข
- การดูแลทางกายที่ต้องใช้องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย
- เป็นความคิดเชิงบวก
- เป็นการดูแลที่สอดแทรกธรรมะให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบสุข
- การดูแลจัดการสุขภาวะทางด้านร่างกาย
- มีความเข้าใจโรคทางกาย จิต สังคม และสามารถเข้าถึงและยอมรับตามจริง
- ฯลฯ

- **การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้านจิตวิญญาณ**

- การตอบสนองด้านความยึดเหนี่ยวในจิตใจ ทั้งด้านการปล่อยวางจิตใจ
- เคารพการตัดสินใจหรือให้เจ้าของชีวิตเป็นผู้มีส่วนร่วมในการออกแบบการตายของตัวเอง
- ทำด้วยใจ ที่เป็นสุข ใจบริสุทธิ์ ไม่มีข้อแม้ใดๆ
- สภาวะทางด้านจิตใจ ความเห็นอกเห็นใจ
- เป็นการดูแลเยียวยาจิตใจ
- ปล่อยวางทุกสิ่ง ไม่เป็นทุกข์จากโรคหรือภาวะที่เป็นอยู่
- เป็นการดูแลที่เน้นถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยถึงความหวังความต้องการของผู้ป่วย
- การดูแลจัดการด้านความเชื่อ ศรัทธา ประเพณี วัฒนธรรม หรือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการปฏิบัติก่อนเสียชีวิต
- เข้าใจความตาย และยอมรับในโลกที่มองไม่เห็น การจากโลกนี้ไป
- ฯลฯ

4) *ความหมายของคำว่า “ตายดี”*

การดูแลแบบประคับประคองมีหลักการหนึ่งที่สำคัญ คือ การให้ผู้ป่วยตายดี ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับงานดูแลแบบประคับประคองได้ให้ความหมาย หรือ คำสำคัญ ที่เกี่ยวข้องกับการตายดี ดังนี้

- ไม่ทุกข์ทรมานทั้งกายและใจ (ผู้ตอบ 178 คน) ส่วนใหญ่เมื่อให้ความหมายถึงคำว่า ตายดี จะอธิบายว่า คือการตายอย่างไม่ทุกข์ทรมาน ไม่เจ็บปวด ตายอย่างไม่มีเครื่องมือแพทย์ใดๆ ติดตัว ตายแบบไม่มีอาการแทรกซ้อน
- ตายอย่างสงบ (ผู้ตอบ 122 คน) ระบุว่า เป็นการตายด้วยอาการสงบ มีสติ จากไปอย่างเป็นธรรมชาติ มีคุณภาพชีวิตที่ดี
- ไม่มีสิ่งค้างคาใจ (ผู้ตอบ 86 คน) ให้ความหมายในกลุ่มของการตายไม่มีสิ่งติดค้างในใจว่าไม่มีเรื่องห่วงกังวล
- ได้ทำตามความต้องการสุดท้าย (ผู้ตอบ 46 คน) เชื่อว่า การตายดีในที่นี้คือ ความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง เช่น ตายที่บ้าน หรือในสถานที่ที่ตนต้องการ ได้ยิน ได้เห็นในสิ่งที่ตนต้องการ
- ความสุข (ผู้ตอบ 33 คน) ให้ความหมาย การตายดีว่า เป็นการตายอย่างมีความสุข มีความสบาย
- สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (ผู้ตอบ 32 คน) ระบุคำว่า การตายดี คือ การตายอย่างมีศักดิ์ศรี
- เตรียมพร้อม (ผู้ตอบ 28 คน) เห็นว่า การตายดี ได้มาจากการวางแผนเตรียมตัวตายล่วงหน้า มีโอกาสได้เลือก ครอบครัวเตรียมพร้อมจัดการเอกสาร งานศพ ให้กับผู้ตาย ได้ทำตามความเชื่อของศาสนา
- ครอบครัวอยู่พร้อมหน้า (ผู้ตอบ 26 คน) กล่าวไว้ว่า การตายดี คือ การได้อยู่กับครอบครัวในวาระสุดท้ายของชีวิต
- ยอมรับการตาย (ผู้ตอบ 21 คน) ระบุว่า การตายดี คือ การยอมรับความตาย

5) *การได้รับโอกาสในการตายดี*

จากการที่ได้สอบถามผู้ให้ข้อมูลว่า เพราะเหตุใดคนเราจึงควรได้รับโอกาสในการ “ตายดี” สิ่งนี้มีความหมายอย่างไรต่อมนุษย์ ผู้ตอบได้ระบุคำสำคัญที่ปรากฏอยู่ในคำอธิบายต่อคำถามดังกล่าว ดังที่ได้แสดงตัวอย่างในแต่ละข้อดังนี้

- **ทุกคนต้องการตายดี** (ผู้ตอบ 233 คน) ไม่มีใครอยากจากโลกนี้ไปแบบทรมาน ไม่อยากยื้อชีวิตด้วยเครื่องมือแพทย์

“ตายดี เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการ มนุษย์เชื่อว่าเกิดมาแล้วต้องตาย แต่ทุกคนกลัวอาการทรมานก่อนการตาย ทุกคนมีความต้องการตายดี ตายไม่ทรมาน หลับไปเลยแบบสบาย ไม่มีอาการปวด ชักเกร็ง น้ำลายฟูมปาก ดิ้นทุรนทุราย เชื่อว่าคิดดีก่อนตาย”

- **มนุษย์ต้องตาย** (ผู้ตอบ 126 คน) เป็นเรื่องของธรรมชาติ ไม่มีใครหลีกเลี่ยงได้ ทุกคนเท่าเทียมกัน ดังนั้นทุกคนควรได้รับโอกาสและการเข้าถึงการตายดี ซึ่งเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์

  “เพราะความตายเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องพบเจอ โรคบางอย่างไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การยื้อหรือรักษาด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ อาจสร้างความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยมากขึ้น และลดคุณภาพชีวิต จึงควรได้รับการดูแลประคับประคองเพื่อให้ "ตายดี"”

- **ศักดิ์ศรีของมนุษย์** (ผู้ตอบ 46 คน) เป็นการให้ทุกคนได้รับการดูแลให้สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

  “เพราะมนุษย์ทุกคนมีคุณค่าและศักดิ์ศรีในแบบของตน ดังนั้นทุกคนควรได้รับโอกาสในการตายดีอย่างเท่าเทียมกันทุกคน”

- **เลือกตายได้** (ผู้ตอบ 33 คน) เป็นโอกาสที่ได้เลือกว่าตายที่ไหน และตายรูปแบบใด

  “เพราะคนๆ นั้นเป็นเจ้าของชีวิต ดังนั้นเขามีสิทธิ์ที่ควรจะได้รับรู้วิถีของการตายที่ดีและรู้จักรูปแบบของการการตายเพื่อให้เค้าสามารถตัดสินใจเลือกแผนการตายของเค้าได้ในระยะสุดท้าย”

- **เตรียมตัวตายไปสู่สุคติภูมิ** (ผู้ตอบ 19 คน) เป็นความเชื่อในเรื่องจิตสุดท้ายของผู้ป่วย

  “ในเรื่องช่วงระยะเวลาก่อนเสียชีวิต การเตรียมตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณให้ผู้ป่วยสงบ นึกถึงแต่ความดี เมื่อสู่ความตายก็ไปสู่ภพภูมิที่ดี ดังนั้นทุกคนต้องได้รับโอกาสในการตายดี

1.1.10. ปัญหา อุปสรรค จากการทำงาน

ในส่วนนี้เป็นการสะท้อนปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องมายาคติ ประเด็นทางจริยธรรม ที่บุคลากรสาธารณสุขได้ประสบส่วนใหญ่เป็นปัญหาอุปสรรคด้านทัศนคติต่อเรื่องการตาย จึงทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการได้รับการดูแลที่เหมาะสมในช่วงสุดท้ายก่อนเสียชีวิต สรุปได้ดังนี้

1) *ปัญหาที่เกิดจากทัศนคติส่วนบุคคล*

ในมุมมองของคนทั่วไปแล้ว เข้าใจว่าการถอดท่อช่วยหายใจเป็นการเร่งให้ตาย จำนวนมากมองว่าการที่ผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองนั้น ไม่ใช่การรักษา แต่เป็นการเข้าหาความตาย ทำให้คนๆ นั้นเกิดความรู้สึกว่าเป็นบาปหรือความรู้สึกผิดในใจ หากปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือบางส่วนมีความรู้สึกผิดที่ไม่เคยมาดูแล ครอบครัวจำนวนมากที่ไม่มีโอกาสได้ใช้เวลาในการดูแลซึ่งกันและกันในช่วงเวลาที่ผ่านมาจึงต้องการทำทุกสิ่งทุกอย่างเต็มที่เพื่อจะให้ได้ใช้เวลาอยู่ร่วมกันให้นานที่สุด ซึ่งหมายถึงว่า ญาติผู้ป่วยจำนวนมากมีทัศนคติที่ไม่ต่างกันเกี่ยวกับการรักษาจนถึงที่สุดและการไม่พร้อมยอมรับเรื่องการตาย

ญาติผู้ป่วย ในที่นี้หมายรวมถึง ลูกหลาน พี่น้อง คนดูแลในครอบครัว ที่ยังไม่ได้รับข้อมูลหรือไม่เคยมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และไม่ใช่ผู้สื่อสารหลักกับบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อสถานการณ์ความตายของคนในครอบครัวเข้ามาถึง ไม่เปิดโอกาสให้แพทย์ พยาบาลพูดคุยถึงเรื่องการตายดี บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้ระบุปัญหาที่เกิดจากทัศนคติ มายาคติของญาติผู้ป่วย จนส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก ต่อผู้ป่วยในที่สุด ผู้ป่วยบางคนเสียชีวิตด้วยความโกรธ บางคนเสียชีวิตเดียวดายในโรงพยาบาล (ผู้ตอบ 85 คน) ดังนี้คือ

- ไม่อยากพามาเสียชีวิตที่บ้าน ต้องการให้รักษาอยู่ที่โรงพยาบาลต่อไป หรือรักษาให้เต็มที่แม้ว่าผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวแล้ว
- อีกกรณีที่ไม่อยากให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน เพราะรู้สึกว่ายุ่งยากในการดูแล
- ไม่มีญาติดูแล และญาติไม่มาดูแล ไม่มีใครเอาใจใส่ ไม่มีใครให้ยา
- อยากให้ยื้อชีวิต (ซึ่งเป็นความต้องการของญาติ) เพื่อรอการกลับมาของคนในครอบครัว หรืออาจไม่พร้อมรับมือกับการสูญเสียผู้เป็นที่รัก หรือเกี่ยวข้องกับการแบ่งมรดก ญาติไม่สอบถามความต้องการของผู้ป่วย
- ญาติไม่ให้แพทย์บอกความจริงผู้ป่วย กลัวผู้ป่วยอาการทรุดหนัก
- ญาติไม่ทำตาม living will ของผู้ป่วย ไม่เห็นด้วยที่ผู้ป่วยวางแผน เตรียมความพร้อมการตายของตนเอง
- การตัดสินใจของญาติเปลี่ยนกลับไปกลับมา
- ญาติไม่รู้ว่าผู้ป่วยได้ทำ ACP พาไปห้องฉุกเฉิน ใช้เครื่องมือช่วยชีวิต
- ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เป็นเด็กต้องการเสียชีวิตที่บ้าน แต่พ่อที่เป็นผู้ดูแลไม่อยากให้กลับบ้าน เพราะกลัวจะถูกต่อว่าว่าดูแลลูกไม่ถึงที่สุด

ผู้ป่วย ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะท้ายบางส่วน คือในเรื่องของการไม่ยอมรับความจริง ไม่พร้อมตาย มีความห่วงกังวล เช่นกรณีที่เป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นผู้หารายได้หลัก หรือเป็นผู้ดูแลพ่อแม่วัยชรา/พิการ ดูแลลูกเล็ก/พิการ หรือมีภาระในการดูแลคนอื่น ๆ ในครอบครัว (ผู้ตอบ 3 คน)

บุคลากรทางการแพทย์ ที่เป็นผู้รักษาหรือเจ้าของไข้มีความมุ่งมั่นในการรักษาให้ถึงที่สุด ถ้าผู้ป่วยหายจากโรค ถือเป็นความสำเร็จและได้รับการยอมรับ อย่างไรก็ดี มีผู้ตอบให้ตัวอย่างของปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากทัศนะหรือทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ (ผู้ตอบ 20 คน) เช่น

- แพทย์พยาบาลที่ไม่เข้าใจการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้ไม่ปรึกษา ปล่อยให้ผู้ป่วยกลับบ้านแบบทุกข์ทรมาน หรือรักษาผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลอย่างทุกข์ทรมาน
- แพทย์บางคนคิดว่าการรักษาผู้ป่วยเต็มที่ แม้ว่าการรักษานั้นจะมีโอกาสได้ผลน้อย ก็ยังต้องทำเพราะเป็นสิ่งที่ควรทำเพื่อศักดิ์ศรีของผู้ป่วย
- แพทย์เจ้าของไข้ที่เป็นแพทย์เฉพาะทาง เชื่อว่ายังมีสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ต้องการรักษาขั้นสุด แม้ว่าโรคดำเนินมาถึงจุดที่ยุ่งยากไปต่อลำบาก สิ่งที่ทำนี้ไม่ได้คำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและญาติในเรื่องความต้องการดูแลแบบประคับประคอง

2) *ปัญหาที่เกิดจากความขัดแย้งสามฝ่าย*

ความขัดแย้งกันเองระหว่างญาติผู้ป่วย (ผู้ตอบ 32 คน) เกิดขึ้นในกรณีลูกหรือญาติที่เป็นผู้ดูแล กับลูกที่ไม่ได้เป็นผู้แล ญาติพี่น้องฝ่ายผู้ป่วย คนที่ดูแลใกล้ชิดจะเข้าใจสถานการณ์ปัญหาและทางออกของการดูแลรักษา เพราะสื่อสารกับหมอพยาบาลตลอดระยะเวลาของการรักษา แต่ญาติคนอื่นที่อยู่ต่างครอบครัว ต่างถิ่น หรือต่างประเทศ มักจะไม่เห็นด้วยกับการยุติการรักษา

ความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับญาติ (ผู้ตอบ 5 คน) เกี่ยวกับความคาดหวังของญาติไม่ตรงกัน เพราะญาติทราบโรคและอาการของผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยไม่ทราบ หรือมีกรณีเช่น ผู้ป่วยผ่านการรักษาอย่างเต็มที่แล้ว แต่ญาติก็ยังให้หมอรักษาให้ถึงที่สุด

ความขัดแย้งระหว่างญาติกับแพทย์/ทีมรักษา (ผู้ตอบ 3 คน) เกิดขึ้นจากผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานกับการรักษาเพื่อยื้อชีวิต เช่น การล้างไตทางหน้าท้อง เจาะคอ ใช้เครื่องช่วยหายใจ ต่อมาผู้ป่วยขาดสารอาหาร ติดเชื้อ แม้ว่าหมอพยาบาลจะทำ family meeting หลายครั้ง เจรจาไกล่เกลี่ยหลายครา แต่ญาติยังคงไม่ยอมให้ยุติการรักษา

ความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ (ผู้ตอบ 1 คน) อย่างเช่นกรณีที่ผู้ป่วยต้องการกลับบ้าน แต่แพทย์ไม่ให้กลับ ในที่สุดมีการประสานงานให้ผู้ป่วยได้กลับ แต่ในที่สุดผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างทาง

3) *ปัญหาที่เกิดจากความไม่รู้ ไม่เข้าใจ ของบุคลากรทางการแพทย์/ทีมรักษา*

ปัญหานี้ (ผู้ตอบ 6 คน) ได้สะท้อนปัญหาที่เป็นบทเรียนสำคัญหลายประการ คือ

- ไม่เข้าใจหลักการของการดูแลแบบประคับประคอง จึงไม่ได้ให้ความสำคัญและร่วมมือ
- การประสานงานกับสหวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์ผู้รักษาบางครั้งเข้าใจไม่ตรงกัน เพราะแพทย์มุ่งเน้นแต่การรักษา เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธขอกลับบ้าน แพทย์ได้ปฏิเสธการรักษา ผู้ป่วยไม่ได้รับยาบรรเทาอาการกลับบ้าน ต้องทนปวดทุกข์ทรมาน
- ไม่ศึกษาเรื่องการใช้ยา เช่น มอร์ฟีน ทำให้ไม่มีการจัดการความปวดในผู้ป่วย ในขณะที่บางคนเข้าใจว่า การให้มอร์ฟีนจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น
- ขาดการสื่อสารระหว่างกัน กล่าวคือ แพทย์กลัวว่าดูแลผู้ป่วยไม่เต็มที่ ญาติกลัวผู้อื่นว่าไม่กตัญญู ผู้ป่วยไม่รู้ว่าการรักษานี้ จะช่วยให้ตนเองรอดหรือช่วยแค่ยืดไปได้อีกเล็กน้อย

4) *ปัญหาและอุปสรรคอื่นๆ*

นอกจากปัญหาดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีปัญหาอื่นๆ ที่เสริมเข้ามา ซึ่งก็มีความสำคัญที่จะต้องแก้ไข

- ปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้ขาดผู้ดูแลหลัก ไม่ใส่ใจผู้ป่วย
- ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ไม่ลงรอยกัน ทีมหมอพยาบาลต้องใช้เวลาพูดคุยกับแต่ละฝ่าย จนกว่าจะได้แนวทางการดูแลรักษา การตัดสินใจเดียวกัน
- ความกังวลของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อาจทำได้ไม่ดี เนื่องจากมีภาระงานอื่น ๆ ที่ต้องรับผิดชอบหลายอย่าง รวมถึงจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่เพิ่มมากขึ้น
- ปัญหาเรื่องระบบข้อมูล พบว่า ระบบการส่งกลับไปยังพื้นที่ ไม่มีข้อมูลผู้ป่วย หรือประสานก่อนส่งกลับ ทำให้บางครั้งผู้ปฏิบัติงานไม่ทราบแนวการสื่อสาร
- ความคาดหวังต่ออาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้าย ไม่เป็นดังที่หวัง

1.1.11. ข้อเสนอแนะ

จากปัญหาอุปสรรคที่มาจากตัวผู้ป่วยก็ดี ครอบครัวผู้ป่วย หรือมาจากผู้ให้บริการก็ดี ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น เนื่องจากผู้ตอบส่วนใหญ่เป็นบุคลากรสายสุขภาพ และต่างก็มีส่วนร่วมในการดูแลแบบประคับประคอง ได้เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำงานทั้งในระดับองค์กรจนถึงระดับบุคคล จึงได้ให้ข้อเสนอแนะสำคัญๆ ดังนี้ (ดูตาราง 6 ประกอบ)

1) *การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข*

บุคลากรสุขภาพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (111 คน) เสนอแนะให้มีการเพิ่มศักยภาพอย่างต่อเนื่องให้กับผู้ทำงานด้านนี้ โดยการให้ความรู้ อบรม เพื่อเพิ่มทักษะ ความเข้าใจ ความสามารถ ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ ในเรื่ององค์ความรู้การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายทั้ง

ภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ที่ครอบคลุมในเรื่อง การตายดี มรณานุสติ การทำ ACP, living will การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม นอกจากนี้ยังให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการจัดบรรจุเนื้อหาวิชาในหลักสูตรการเรียนการสอนสายสุขภาพทุกแขนงวิชา เพื่อให้นักศึกษาได้เรียนรู้และเป็นต้นทุนในการทำงานสายนี้

2) *การให้ความรู้ในวงกว้าง*

ผู้ตอบ (74 คน) เสนอแนะว่าควรให้ความรู้ประชาชนในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง คือ เรื่องการเตรียมตัว เตรียมพร้อม และวางแผน ก่อนที่จะเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต เรื่องการตายดี เรื่องการทำ living will เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ที่เป็นทางเลือกในการดูแลก่อนเสียชีวิต ที่ให้กับผู้ป่วยที่มีโอกาสน้อยในการรักษาโรคให้หายขาด เนื่องจากว่าทุกคนมีโอกาสที่จะเป็นได้ทั้งผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยหรือคนในครอบครัวผู้ป่วย หากทุกคนมีความรู้ในเรื่องดังกล่าว จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อการดูแลแบบประคับประคองและการตายดี ไม่สร้างความขัดแย้งที่เกี่ยวข้องกับความเป็นความตาย นั่นย่อมทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลนับตั้งแต่แรกเริ่ม

นอกจากนี้ ผู้ตอบยังให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการประชาสัมพันธ์เรื่องบริการดูแลแบบประคับประคองให้เป็นที่รู้จักมากขึ้นด้วย

3) *สนับสนุนทรัพยากร*

ผู้ตอบ (83 คน) ได้ให้ข้อเสนอแนะในเรื่องของการสนับสนุนทรัพยากรให้กับระบบการดูแลแบบประคับประคอง อันดับแรกที่สำคัญ คือ กำลังคน เนื่องจากว่ามีผู้เข้าร่วมปฏิบัติงานด้านการดูแลนี้เป็นจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับแผนกอื่นๆ ที่มีอยู่ในสถานพยาบาล การมีคนมาช่วยมากขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลระยะท้ายได้คลอบคลุมทั้งปริมาณและคุณภาพ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น ผู้ที่จะเข้ามาร่วมในการดูแลเช่นนี้ ไม่ใช่ว่าใครๆ ก็เป็นได้ ผู้นั้นต้องมีความตั้งใจทำงานและพร้อมพัฒนาศักยภาพ แม้กำลังคนจะมีความสำคัญต่อความยั่งยืนของการดูแลแบบประคับประคอง สิ่งที่สำคัญไม่แพ้กันคือ เรื่องขวัญกำลังใจ ที่รวมถึงความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงานและวิชาชีพ

การดูแลผู้ป่วยเป็นการปฏิบัติต่อร่างกายและจิตใจผู้ป่วยที่สำคัญที่สุด แต่อุปกรณ์ช่วยเหลือเพื่อแบ่งเบาภาระเจ้าหน้าที่ ผู้ดูแล หรือไม่ให้ผู้ป่วยไม่เจ็บปวด นอนหลับสบาย หายใจสะดวก เช่น เตียงผู้ป่วย เครื่องช่วยหายใจ รถเข็น ก็เป็นสิ่งที่ทีมดูแลแบบประคับประคองต้องการนำไปให้ผู้ป่วย สำหรับงบประมาณ เป็นปัจจัยขับเคลื่อนงานการดูแลแบบประคับประคองที่สำคัญเช่นเดียวกับงานดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในระยะสุดท้าย ส่วนในเรื่องยา สิ่งที่ผู้ตอบเสนอแนะในที่นี้คือ โดยเฉพาะยาประเภท opioids ให้มีเพียงพอต่อการใช้ ไม่ยุ่งยากในการจัดให้ผู้ป่วย ขจัดข้อจำกัดต่าง ๆ ในการนำออกมาใช้

4) *มุมมองต่อนโยบายการดูแลแบบประคับประคอง*

ข้อเสนอแนะในด้านนี้ที่กลุ่มตัวอย่าง (51 คน) ให้ความสำคัญคือ นโยบาย ที่มีความต่อเนื่อง ชัดเจน ที่ชี้ให้เห็นถึงการสนับสนุนงบประมาณ กำลังคน การจัดโครงสร้าง อุปกรณ์ทางการแพทย์ ยา และสิ่งสนับสนุนอื่นๆ และที่สำคัญคือ อยากให้เป็นนโยบาย ที่ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญด้วย

5) *ทีมและเครือข่าย*

การดูแลที่มีลักษณะพิเศษ ให้ความสำคัญต่อการสื่อสาร พูดคุย คำนึงความรู้สึกของผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล และแพทย์ที่ทำการรักษา จำเป็นต้องมีทีมทำงานที่มีความตั้งใจเดียวกันและแต่คนละบทบาทหน้าที่เพื่อดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด ไม่ว่าจะเป็นการดูแลเรื่องยา อาหาร การเคลื่อนไหว เป็นต้น ในบางโรงพยาบาลมีพยาบาลที่มีความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคอง แต่มีผู้ร่วมทีมงานน้อย ผู้ตอบบางคนอยากให้มีศูนย์หรือหน่วยการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล สำหรับการสร้างเครือข่ายให้เข้มแข็ง ดึงผู้เข้าร่วมเครือข่ายนอกจากสถานพยาบาลแล้ว ยังรวมไปถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย (17 คน)

6) *พัฒนาระบบสนับสนุน*

ผู้ตอบ (10 คน) อยากให้มีการพัฒนาระบบบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่าย ระบบส่งต่อ ระบบข้อมูล ระบบติดตาม และระบบสงเคราะห์ช่วยเหลือสำหรับผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ยากลำบาก และมีปัญหาซับซ้อน

ตาราง 6 สรุปจำนวนผู้เสนอความเห็นต่อข้อเสนอแนะ จำแนกตามประเด็นที่สำคัญ

ประเด็นข้อเสนอแนะ	จำนวนผู้เสนอความเห็น
1) พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข	
ให้ความรู้ ฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง แก่บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ที่เกียวข้อง	78
บรรจุเนื้อหาการดูแลแบบประคับประคองในหลักสูตรการเรียนการสอนสายสุขภาพ	24
พัฒนาองค์ความรู้ แลกเปลียนเรียนรู้	9
2) การให้ความรู้ ข้อมูล ให้ทางเลือกเกียวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	
ให้ความรู้กับประชาชน	69
ประชาสัมพันธ์เพื่อให้บุคคลทัวไปรู้จักบริการดูแลแบบประคับประคอง	5
3) สนับสนุนทรัพยากร	
กำลังคน	27
อุปกรณ์ เวชภัณฑ์	23
งบประมาณ	23
ยา	10

ประเด็นข้อเสนอแนะ	จำนวนผู้เสนอความเห็น
4) มุมมองต่อนโยบายการดูแลแบบประคับประคอง	
โครงสร้างการทำงาน	22
มีความชัดเจน	15
ให้ความสำคัญต่อการดูแลแบบประคับประคอง	14
5) ทีมและเครือข่าย	
พัฒนาเครือข่ายการให้บริการดูแลทั้งใน รพช. รพ.สต. อปท. อย่างเป็นแนวทางเดียวกัน	21
ระบบทีม	14
จัดตั้งเป็นศูนย์ดูแลในสถานพยาบาลโดยเฉพาะ	10
การมีส่วนร่วม	9
6) พัฒนาระบบสนับสนุน	
การให้บริการ การส่งต่อ เชื่อมโยงข้อมูล การติดตาม	10
ระบบสงเคราะห์ผู้ป่วยยากไร้	5

1.2. ผู้ดูแลอาสาหรือจิตอาสา

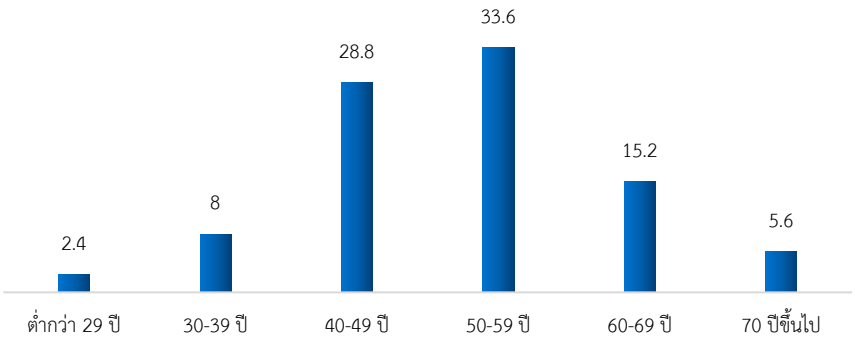
ผู้ดูแลอาสาหรือที่มักเรียกกันว่า “จิตอาสา” มีจำนวน 125 ตัวอย่าง ซึ่งในที่นี้หมายถึง ผู้ที่อาสาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย โดยไม่หวังผลตอบแทน ส่วนใหญ่เป็น อสม. ที่เป็นเครือข่ายของ รพ.สต. ในชุมชน ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน อีกกลุ่มหนึ่งเป็นผู้เรียกว่าตนเองว่า จิตอาสา ซึ่งไม่ได้เป็น อสม. แต่มีใจอยากช่วยงานด้านสาธารณสุขร่วมกับหมอพยาบาลไม่ว่ามีลักษณะใดก็ตาม เช่น หาทุนช่วยเหลือ จัดหารถรับส่งผู้ป่วย พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยในโรงพยาบาล เป็นต้น ในรายงานการวิจัยนี้ การใช้คำเรียกกลุ่มตัวอย่างนี้ว่า ผู้ดูแลอาสา เพราะเห็นว่า ทุกคนมีใจอาสา สละเวลาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ตามที่ทีมสาธารณสุขมอบหมายหรือคาดหวัง ซึ่งมีความหมายครอบคลุมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขและจิตอาสาในสถานพยาบาล

ในส่วนต่อไปนี้ เป็นการให้ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลอาสาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับเพศ อายุ อาชีพ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ สุขภาพ การได้รับการฝึกอบรม การใช้ความรู้ ทักษะความสามารถในการดูแลผู้ป่วย แรงจูงใจในการเป็นจิตอาสา สิ่งที่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย ทัศนคติต่อการตายดี ตลอดจนปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

1.2.1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

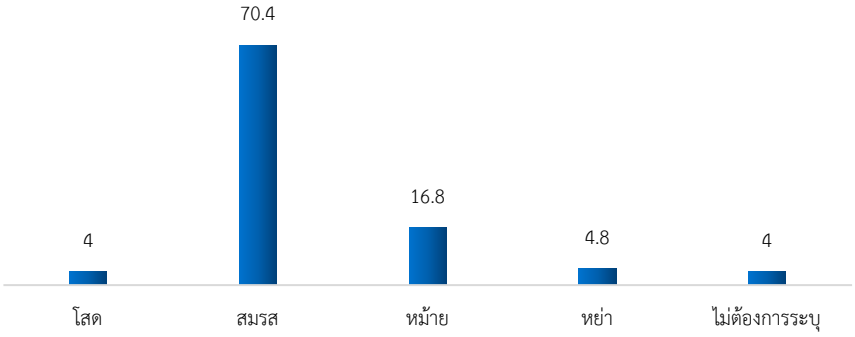
จากการสำรวจผู้ดูแลอาสาที่มีส่วนร่วมในการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง หรือราวร้อยละ 86) ส่วนเพศชายมีอยู่เพียงร้อยละ 14 เท่านั้น เมื่อพิจารณาอายุของผู้ดูแลอาสา พบว่า อายุเฉลี่ยคือ 51.9 ปี และมากกว่าครึ่งอยู่ในวัยกลางคน คือ ช่วงอายุ 40-59 ปี ส่วนวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีอยู่ราวร้อยละ 20 ส่วนผู้ดูแลอาสาที่อายุน้อยที่สุด อายุ 21 ปี และอายุมากที่สุด คือ 77 ปี

แผนภาพ 6 ร้อยละของผู้ดูแลอาสา จำแนกตามอายุ



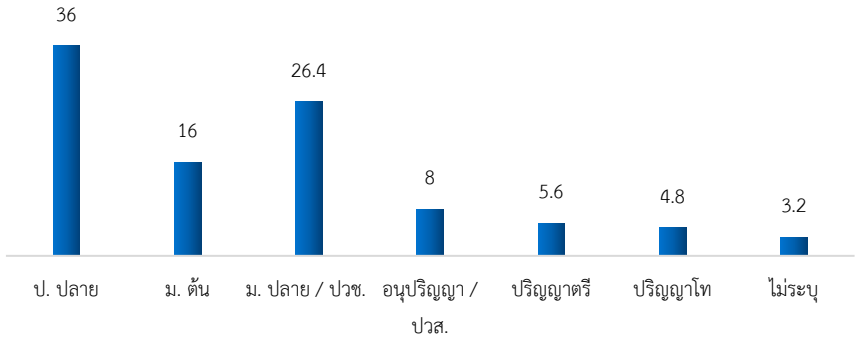
ส่วนสถานภาพสมรสของผู้ดูแลอาสา ส่วนใหญ่มีคู่อยู่กินฉันท์สามีภรรยา (ร้อยละ 70) รองลงมาอยู่ในสถานะหม้าย (ร้อยละ 17) ส่วนที่เหลือราวร้อยละ 4 เป็นโสด และร้อยละ 5 ไม่ได้อยู่ด้วยกันกับคู่ครอง

แผนภาพ 7 ร้อยละของผู้ดูแลอาสา จำแนกตามสถานภาพสมรส



สถานภาพทางการศึกษาของผู้ดูแล พบว่า มากกว่าครึ่งมีการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า โดยผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลายมีสัดส่วนมากที่สุด หรือมากกว่า 1 ใน 3 ของ ผู้ดูแลอาสาทั้งหมด ที่เหลือประมาณร้อยละ 20 มีการศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป จนถึงระดับปริญญาโท

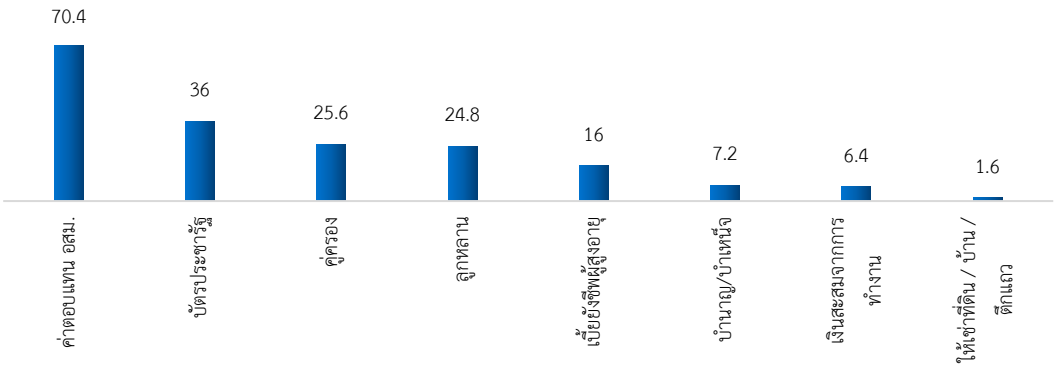
แผนภาพ 8 ร้อยละของผู้ดูแลอาสา จำแนกตามระดับการศึกษา



เมื่อพิจารณาถึงรายได้ของผู้ดูแลอาสา พบว่า รายได้ส่วนใหญ่มาจากการประกอบอาชีพ ซึ่งหลายๆ คนมีมากกว่าหนึ่งอาชีพ มากกว่าครึ่งมีอาชีพเป็นเกษตรกร (ร้อยละ 64) รองลงมาเป็นผู้ที่มีอาชีพรับจ้างทั่วไปที่มีรายได้พอเลี้ยงชีพ (ร้อยละ 16) และผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน/สมาชิกองค์กรปกครองท้องถิ่น ฯลฯ) (ร้อยละ 10.4) ตามลำดับ นอกนั้นเป็นผู้ที่ทำงานในหน่วยงานของรัฐ เจ้าของธุรกิจส่วนตัว ค้าขาย พนักงานบริษัทหรือโรงงาน และผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้างดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ดี ประมาณหนึ่งในสี่ของผู้ดูแลอาสาทั้งหมด ไม่มีรายได้หรือมีรายได้ไม่แน่นอน แต่ส่วนใหญ่แล้ว (ร้อยละ 31) มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ต่อเดือน ผู้ที่มีรายได้รายเดือน 10,000 บาทขึ้นไป มีไม่เกินร้อยละ 30

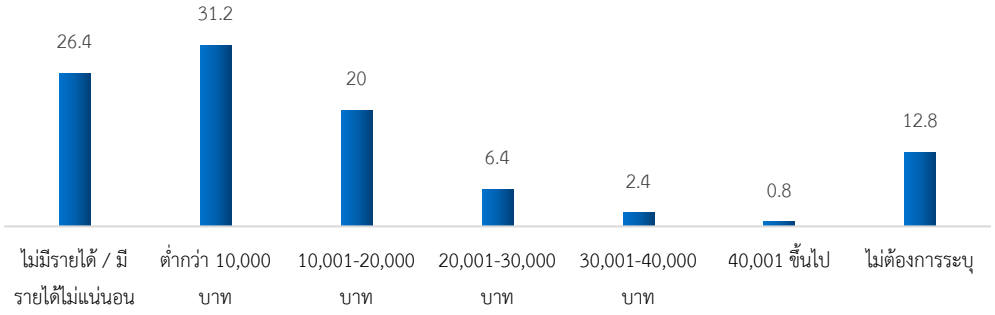
นอกจากรายได้จากงานประจำแล้ว แหล่งรายได้อื่นสำหรับเลี้ยงชีพของผู้ดูแลอาสาร้อยละ 70 มาจากค่าตอบแทน อสม. รองลงมาร้อยละ 36 มาจากบัตรสวัสดิการประชารัฐ นอกจากนั้น มีรายได้ที่คู่ครอง (ร้อยละ 25) และลูกหลาน (ร้อยละ 25) เป็นผู้ให้เงินเป็นค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ส่วนผู้ดูแลอาสาที่อายุเกิน 60 ปี (ร้อยละ 16) ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต บางคนใช้เงินจากบำนาญหรือบำเหน็จ (ร้อยละ 7)

แผนภาพ 9 ร้อยละของผู้ดูแลอาสา จำแนกตามแหล่งรายได้



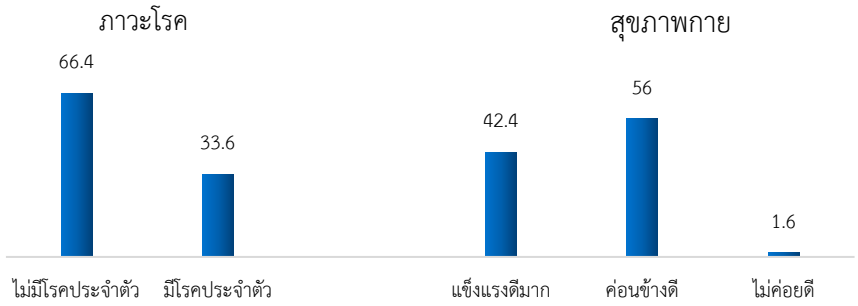
ในแต่ละเดือน ผู้ดูแลอาสามากกว่าครึ่งมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท โดยที่ 1 ใน 4 มีรายได้ไม่แน่นอนหรือแทบไม่มีรายได้เลย ผู้ที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป มีอยู่ประมาณร้อยละ 30

แผนภาพ 10 ร้อยละของผู้ดูแลอาสา จำแนกตามรายได้ต่อเดือน



ในเรื่องภาวะสุขภาพ ผู้ดูแลอาสาส่วนใหญ่ประมาณสองในสามมีสุขภาพดี ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บส่วนที่เหลือ หรือหนึ่งในสาม มีโรคประจำตัว หากประเมินความแข็งแรงทางกาย มีเพียงร้อยละ 2 เท่านั้น ที่ระบุว่า ร่างกายไม่ค่อยแข็งแรง ส่วนที่เหลือไม่มีปัญหา โดยที่ร้อยละ 56 ระบุว่า ค่อนข้างแข็งแรง และร้อยละ 42 ระบุว่า แข็งแรงดีมาก สรุปว่าส่วนใหญ่มีสุขภาพดี

แผนภาพ 11 ร้อยละผู้ดูแลอาสา จำแนกตามภาวะโรคและสุขภาพกาย



1.2.2. การเข้าร่วมฝึกอบรม

ทักษะการดูแลผู้ป่วยมีความสำคัญทั้งต่อตัวผู้ดูแลอาสาเอง และผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล นั่นคือ ผู้ดูแลที่มีทักษะการใช้เครื่องมือการแพทย์ การพลิกจับตัวผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ การให้ยาตามเวลา การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่อยู่ต่อหน้าด้วยความมั่นใจ และตัวผู้ป่วยเองได้รับการดูแลที่เหมาะสม จากการสำรวจทักษะของผู้ดูแลอาสา พบว่า เกือบทุกคนที่เป็น อสม. มานาน ได้รับการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยในหลายๆ เรื่อง เกือบทุกคนเคยได้รับการอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 82) มากกว่าครึ่งเคยได้รับการอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคอง และมากกว่าหนึ่งในสามเคยเข้ารับการอบรมด้านสุขภาพอื่น ๆ คือ การดูแลผู้พิการ การจัดการสุขภาพชุมชน การจัดการด้านสุขภาพจิต ส่วนการอบรมเรื่องอื่นๆ ที่สำคัญเช่น การดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค การสื่อสารแจ้งข่าวร้าย นวดแผนไทย การเยียวยาผู้ดูแล ฯลฯ ได้รับการอบรมร้อยละ 10-20

ตาราง 7 ร้อยละของผู้ดูแลอาสา จำแนกตามประเด็นการได้รับการฝึกอบรม

ประเด็นการอบรมเสริมศักยภาพด้านต่าง ๆ	ร้อยละ
การดูแลผู้สูงอายุ	82.4
การดูแลแบบประคับประคอง	52.0
การดูแลผู้พิการ	48.0
การจัดการสุขภาพชุมชน	41.6
ด้านสุขภาพจิต	35.2
การสื่อสาร การแจ้งข่าวร้าย	28.8
การดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค	26.4
นวดแผนไทย	16.8
การเยียวยาผู้ดูแล	12.8
การดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ	12.8

ประเด็นการอบรมเสริมศักยภาพด้านต่าง ๆ	ร้อยละ
การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี	11.2
การสนทนาแบบสุนทรียะ/สุนทรียสนทนา	8.8

1.2.3. บุคคลที่ผู้ดูแลอาสาได้ใช้ทักษะความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ผู้ดูแลอาสาประมาณร้อยละ 62 ได้ใช้ทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยให้กับคนในชุมชน รองลงมาดูแลพ่อแม่ตนเอง และญาติพี่น้องตนเอง (ร้อยละ 42 และ 41 ตามลำดับ) สำหรับบุคคลอื่นที่ได้ดูแลเป็นผู้ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล แล้วตนเองได้มีส่วนช่วยหมอพยาบาลในการเฝ้าไข้ พูดคุย ให้กำลังใจ ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย

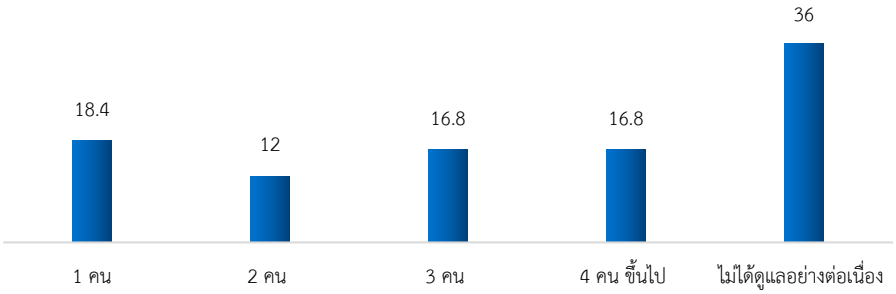
แผนภาพ 12 ร้อยละของผู้ดูแลอาสา จำแนกตามประเภทบุคคลที่ดูแล



1.2.4. จำนวนผู้ป่วยระยะท้ายหรือผู้สูงอายุติดเตียงที่กำลังอยู่ในความดูแล

สำหรับจำนวนผู้ป่วยที่ผู้ดูแลแต่ละคนได้มีโอกาสดูแลอย่างต่อเนื่อง พบว่า หนึ่งในสามของผู้ดูแลอาสา ดูแล 3-4 คนขึ้นไป และผู้ดูแลอีกประมาณร้อยละ 30 ดูแลผู้ป่วยจำนวน 1-2 คน แต่อีกส่วนหนึ่งประมาณร้อยละ 36 ไม่ได้ดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่เป็นการช่วยเหลือด้วยวิธีการอื่น ๆ อาทิ จัดหาอุปกรณ์การแพทย์ หรือเครื่องมือช่วยเหลือที่จำเป็น เช่น เครื่องช่วยหายใจ เตียงปรับระดับ เตียงลม ผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูป เป็นต้น

แผนภาพ 13 ร้อยละของผู้ดูแลอาสา จำแนกตามจำนวนผู้ป่วยระยะท้าย ที่อยู่ในความดูแล



1.2.5. แรงจูงใจ

จากการสอบถามผู้ดูแลอาสาถึงการมาเป็นอาสาสมัครดูแลผู้ป่วย ส่วนมากกล่าวว่า มีความสุขใจที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น (ร้อยละ 55) รองลงมา คิดว่าการดูแลช่วยเหลือผู้อื่นจะได้บุญ ได้กุศล ตนเองจะไม่มีโรคภัยไข้เจ็บหรือหายจากการเจ็บป่วย (ร้อยละ 52) บางคนเห็นว่าตนไม่มีกำลังทรัพย์ช่วยเหลือผู้อื่น จึงใช้กำลังแรงของตนแทน (ร้อยละ 52) ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่า ประมาณหนึ่งในสามของผู้ดูแลอาสารู้สึกอยากช่วยเหลือผู้อื่น เชื่อในกฎแห่งกรรม และอยากใช้ความรู้ความสามารถที่เคยได้อบรมการเป็นแคร์กิฟเวอร์มาใช้จริง

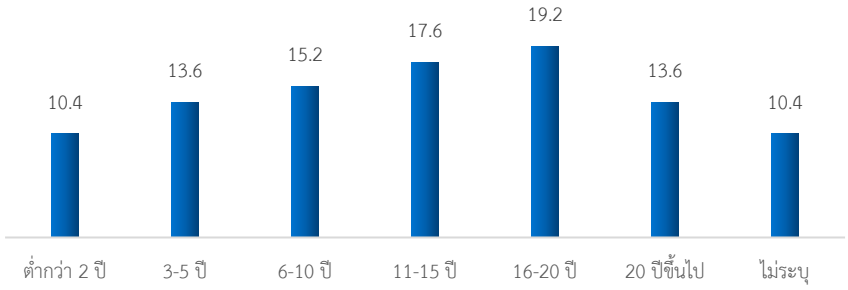
ตาราง 8 เหตุผลหรือแรงจูงใจในการเป็นผู้ดูแลอาสา

เหตุผลหรือแรงจูงใจ	ร้อยละ
มีความสุขใจ ที่ได้ช่วยเหลือผู้ตกทุกข์ได้ยาก	55.2
ได้บุญกุศล ได้อานิสงส์ ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ	52.0
ต้องการทำความดี โดยใช้แรงกาย เพราะว่าไม่มีกำลังทรัพย์	52.0
ต้องการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ที่ตกทุกข์ได้ยาก	44.0
เชื่อในกฎแห่งกรรม และการทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว	33.6
เคยอบรมแคร์กิฟเวอร์อยากใช้ความรู้ความสามารถให้เป็นประโยชน์	32.0

1.2.6. ประสบการณ์การทำงานอาสาสมัครดูแลสุขภาพ

ในภาพรวม ผู้ดูแลอาสามีประสบการณ์ทำงานอาสาสมัครด้านดูแลสุขภาพ โดยเฉลี่ยแล้ว 12 ปี ผู้ดูแลอาสามีประสบการณ์มากที่สุด คือ 30 ปี และประสบการณ์น้อยที่สุด คือ 1 เดือน ผู้ดูแลอาสามากกว่าครึ่ง มีประสบการณ์ช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุขมากกว่า 10 ปี

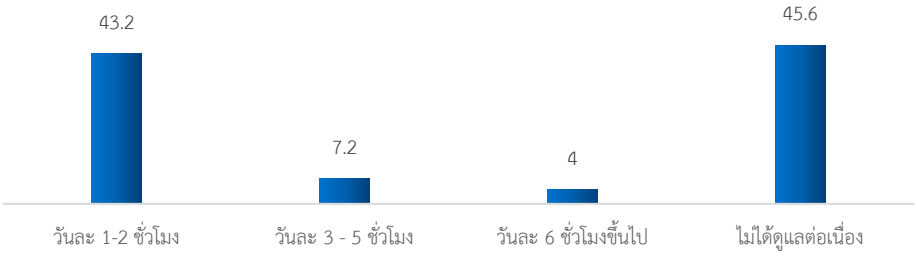
แผนภาพ 14 ร้อยละของผู้ดูแลอาสา จำแนกตามประสบการณ์การทำงานเป็น อสม.



1.2.7. เวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

ถึงแม้ว่าผู้ดูแลอาสามีพันธกิจหลักคือดูแลผู้ป่วยในชุมชน หรือกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย แต่มีบางคนที่ไม่สามารถดูแลได้อย่างต่อเนื่อง หรือมีบทบาทในการดูแลเป็นครั้งคราว หรือผู้ที่ป่วยจากไปในเวลาอันรวดเร็ว หรือในบางชุมชนไม่มีผู้ป่วย จากการสอบถามผู้ดูแลอาสาพบว่า ร้อยละ 46 ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ผู้ดูแลอาสาที่มีผู้ป่วยอยู่ในความดูแลใช้เวลาในการดูแลวันละ 1-2 ชั่วโมง (ร้อยละ 43) และผู้ดูแลจำนวนหนึ่ง (ร้อยละ 11) ดูแลผู้ป่วยวันละ 3 ชั่วโมงขึ้นไป

แผนภาพ 15 ร้อยละของผู้ดูแลอาสา จำแนกตามจำนวนชั่วโมงการดูแลต่อวัน



1.2.8. สิ่งที่ผู้ดูแลอาสาปฏิบัติต่อผู้ป่วย

ในเรื่องของการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในส่วนนี้จะกล่าวถึง สิ่งที่ผู้ดูแลอาสาส่วนใหญ่ทำเป็นประจำ ทำเป็นบางครั้ง และไม่เคยทำ ผลจากการสำรวจ พบว่า ทุกกิจกรรมที่ระบุไว้ในข้อคำถาม ผู้ดูแลอาสาทั้งหมดต่างทำทุกอย่าง แต่ความถี่มากน้อยต่างกัน ขึ้นอยู่กับบริบทหลายอย่างด้วยกัน (ดูตาราง 9 ประกอบ)

สิ่งที่ผู้ดูแลอาสา คิดอยู่เสมอ (ร้อยละ 66) คือ **'ผู้ป่วย' ที่ตนดูแล สำคัญที่สุด** ไม่ว่าจะได้รับแรงกดดันเพียงไร เช่น ครอบครัวผู้ดูแลอาสาไม่สนับสนุนให้ทำ ครอบครัวผู้ป่วยไม่เชื่อมั่น ตัวผู้ดูแลอาสาหมดแรงผลักดัน เหล่านี้เป็นเครื่องบั่นทอนความรู้สึกในระยะเริ่มแรก แต่เหนือสิ่งอื่นใดที่ผู้ดูแลได้ก้าวข้ามความรู้สึกนั้น คือ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลเสริมที่ดีนอกเหนือจากการดูแลของหมอพยาบาล และครอบครัวของผู้ป่วย

สิ่งที่ผู้ดูแลอาสาส่วนใหญ่ ทำอยู่เป็นประจำ คือ **ให้กำลังใจครอบครัวผู้ป่วย** (ร้อยละ 56) โดยเฉพาะสมาชิกที่ต้องอยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา นอกจากนี้ คือ ผู้ดูแลอาสาได้มีโอกาส**แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเรียนรู้ต่าง ๆ ร่วมกับทีมจิตอาสา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข** (ร้อยละ 52) รวมถึง**ประชุมร่วมกับหมอ พยาบาล ตลอดจนทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อวางแผนการดูแลร่วมกัน** (ร้อยละ 42)

สำหรับสิ่งที่ผู้ดูแลอาสาส่วนใหญ่ ไม่เคยทำ หรือแทบจะไม่ได้ทำเลย คือ จัดหาสำรับข้าว 3 มื้อ ให้ผู้ป่วยติดเตียง/ขาดที่พึ่ง (ร้อยละ 51) และในเรื่องของจัดกิจกรรม ระดมทุน/หาอุปกรณ์/เงินบริจาค ช่วยเหลือ ผู้ป่วยและครอบครัว ที่มีฐานะที่ยากลำบาก (ร้อยละ 50) และสื่อสาร ประสานให้พระสงฆ์ (ผู้นำศาสนาอื่น ๆ เช่น คริสต์ อิสลาม) มาเยี่ยมบ้านผู้ป่วย (ร้อยละ 50) กิจกรรมดังกล่าวผู้ดูแลไม่เคยทำ ตัวอย่างเช่น การจัดหาอาหารให้กับผู้ป่วย มีผู้ดูแลบางพื้นที่เท่านั้นที่ทำหน้าที่ตรงนี้ด้วย เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ตัวคนเดียว ไร้ญาติขาดมิตร ส่วนผู้ป่วยที่มีสมาชิกในครอบครัวดูแล ก็จะได้รับอาหารตามความเหมาะสม ในเรื่องของการประสาน ให้พระสงฆ์มาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหรือโรงพยาบาล ขึ้นอยู่กับการร้องขอ ไม่ใช่ทุกกรณีที่ต้องการให้พระสงฆ์ (เฉพาะผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ) มาเยี่ยมผู้ป่วย หรือในเรื่องของจัดกิจกรรม ระดมทุน/หาอุปกรณ์/เงินบริจาค ช่วยเหลือ ผู้ป่วยและครอบครัว ที่มีความยากลำบาก ผู้ดูแลอาสาที่สามารถทำเช่นนี้ได้ ต้องมีศักยภาพและทุนทางสังคมที่แตกต่างจากผู้ดูแลอาสาทั่ว ๆ ไป เช่น ความสามารถในการหาทุน การสร้างเครือข่าย การทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดรายได้เพื่อนำมาจัดซื้อจัดหาอุปกรณ์หรือเครื่องใช้ของผู้ป่วย

ส่วนในเรื่องที่ผู้ดูแลอาสาทำ เป็นบางครั้ง คือในเรื่องของการจัดสภาพแวดล้อม ตรวจสอบความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยที่บ้านของผู้ป่วย หรือที่หลับที่นอนของผู้ป่วย (ร้อยละ 60) และในเรื่องของการไปโรงพยาบาลเป็นเพื่อนผู้ป่วย หรือ รับยา/อุปกรณ์ต่าง ๆ มาให้ผู้ป่วยที่บ้าน เหตุผลที่ผู้ดูแลอาสาทำเป็นบางครั้ง เนื่องจากในบางกรณีผู้ป่วยบางคนมีฐานะดี หรือลูกหลานมีกำลังทรัพย์

สามารถจัดห้องปรับปรุงบ้าน หรือปรับสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้นอนอย่างสบาย ถูกสุขลักษณะ โดยไม่จำเป็นต้องพึ่งความช่วยเหลือผู้อื่น

ตาราง 9 ร้อยละของผู้ดูแลอาสา จำแนกตามกิจกรรมที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย

สิ่งที่ผู้ดูแลอาสาปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	ความถี่		
	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
คิดอยู่เสมอว่า ‘ผู้ป่วย’ ที่เราดูแล สำคัญที่สุด	66.4	13.6	20.0
ให้กำลังใจผู้ดูแล และครอบครัวผู้ป่วย	56.0	29.6	14.4
แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเรียนรู้ต่าง ๆ ร่วมกับทีมจิตอาสา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	52.0	29.6	18.4
ปรับปรุง/ทำความสะอาดบ้าน สิ่งแวดล้อม ตรวจสอบความปลอดภัย ให้กับผู้ป่วยที่บ้านของผู้ป่วย	14.4	60.0	25.6
ไปโรงพยาบาลเป็นเพื่อนผู้ป่วย หรือ รับยา/อุปกรณ์ต่าง ๆ มาให้ผู้ป่วยที่บ้าน	12.8	52.8	34.4
จัดหาสำรับข้าว 3 มื้อ ให้ผู้ป่วยติดเตียง/ขาดที่พึ่ง	9.6	39.2	51.2
จัดกิจกรรม ระดมทุน/หาอุปกรณ์/เงินบริจาค ช่วยเหลือ ผู้ป่วยและครอบครัว ที่มีความลำบาก	12.0	38.4	49.6
สื่อ ประสาน ให้พระสงฆ์ (ผู้นำศาสนาอื่น ๆ เช่น คริสต์ อิสลาม) มาเยี่ยมบ้านผู้ป่วย	10.4	40.0	49.6
ทำความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนแพมเพิส ทำแผล ทำให้ผู้ป่วยติดเตียงสบายตัว	8.8	47.2	44.0
ประชุมร่วมกับหมอ พยาบาล ตลอดจนทีมเจ้าหน้าสาธารณสุข เพื่อวางแผนการดูแลร่วมกัน	42.4	33.6	24.0
จัดหาสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ หรือ ตอบสนองความต้องการทุกอย่างของผู้ป่วย	22.4	43.2	34.4
ประสานสัมพันธ์คนในครอบครัวผู้ป่วยให้ดีขึ้น ในกรณีที่มีความเห็นไม่ตรงกันในด้านการดูแล	18.4	44.0	37.6
ประเมิน วิเคราะห์ปูมหลังผู้ป่วย ครอบครัว/ญาติพี่น้อง ผู้ดูแลหลัก เพื่อทำความเข้าใจสภาพปัจจุบันของครอบครัวผู้ป่วย	22.4	37.6	40.0
ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อผู้ป่วย จนผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดี	32.0	39.2	28.8
ปล่อยวาง ไม่โกรธ เมื่อได้ยินคำพูดที่กระทบความรู้สึก หรือบันทอนจิตใจ จากคนอื่น	39.2	36.0	24.8

1.2.10. ทัศนคติเกี่ยวกับการตายดี

ในเรื่องของทัศนคติเกี่ยวกับการตายดี และการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายชองชีวิตของผู้ดูแลอาสา โดยพิจารณาจากผลการประเมิน 3 ระดับ จากมาก ปานกลาง และน้อย (ดูตาราง 10 ประกอบ) มีข้อค้นพบที่น่าสนใจ คือ พบว่า ผู้ดูแลอาสาเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95) เห็นด้วยในระดับมากว่า การตายดี คือ การทำให้ผู้ป่วยหมดห่วงก่อนตาย เช่นเดียวกันกับการที่เห็นว่า การช่วยให้ผู้ป่วยตายดี เป็นการคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (ร้อยละ 93) และในเรื่องของการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือมีอุปกรณ์การแพทย์ช่วยชีวิตอื่นๆ ผู้ดูแลอาสาราว 3 ใน 4 คน เห็นว่าการไม่ใช้เครื่องช่วยดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยตายดี นอกจากนี้ ผู้ดูแลอาสาเกือบร้อยละ 90 เห็นว่าสมควรที่จะมีการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีให้กับผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อผู้ป่วยจะได้จากไปอย่างสงบ

ส่วนในเรื่องการสื่อสาร การพูดคุยเรื่องการเตรียมตัวก่อนตาย โรคที่กำลังทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายในระยะอันใกล้นี้ ผู้ดูแลมากกว่า 7 ใน 10 คน เห็นด้วยเป็นอย่างมากในการพูดคุยสื่อสารเรื่องเหล่านี้ นั่นคือ ในเรื่องการบอกโรคที่ตนเองเป็น และระยะเวลาที่เหลืออยู่ในชีวิต ผู้ดูแลอาสาร้อยละ 84.5 เห็นด้วยในระดับมาก ที่ควรจะบอกเรื่องนี้แก่ผู้ป่วย ส่วนในเรื่องของการสื่อสารเรื่องการเตรียมตัวก่อนตาย ผู้ป่วย หรือ ผู้ไม่ป่วย ไม่ว่ากับใครก็ตาม ผู้ดูแลอาสา ร้อยละ 71 เห็นว่าควรพูดอย่างตรงไปตรงมา เพื่อจะได้มีการวางแผนการตายได้ดี และ**ผู้ดูแลอาสาประมาณร้อยละ 70 เห็นว่า การพูดคุยเรื่องความตาย ไม่ใช่เรื่องอัปมงคลแต่อย่างใด**

ทัศนะว่าด้วยเรื่องการตายที่บ้าน หรือที่โรงพยาบาล ที่ไหนดีกว่ากัน พบว่า ผู้ดูแลอาสาประมาณร้อยละ 70 เห็นพ้องต้องกันว่า ตายที่บ้านดีกว่า ส่วนที่เหลือเห็นด้วยในระดับปานกลางไปจนถึงน้อย ส่วนในเรื่องการตายที่โรงพยาบาล ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเห็นด้วยกับเรื่องนี้ในระดับปานกลางจนถึงน้อย (ร้อยละ 72)

ตาราง 10 ร้อยละของผู้ดูแลว่าด้วยทัศนะเกี่ยวกับการตายดี

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
การตายดี คือ การทำให้ผู้ป่วยหมดห่วงก่อนตาย	94.9	0.9	5.5
การช่วยให้ผู้ป่วยตายดี เป็นการคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	92.6	1.8	5.5
การจัดสิงแวดล้อมที่ดีให้กับผู้ป่วยระยะท้าย ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ	89.0	6.4	4.6
ผู้ป่วยระยะท้ายทุกคนควรได้รับรู้เกียวกับโรคที่ตนเองเป็น และระยะเวลาที่เหลืออยู่ในชีวิต เพื่อเตรียมตัวจากไปอย่างมีสติ ไม่ทุรนทุราย	84.5	4.5	10.9
การตายดี คือ การไม่ตายคาท่อช่วยหายใจ การไม่มีสายระโยงระยางร้อยรัด	72.3	13.3	14.3
“ความตาย” หรือ “การเตรียมตัวก่อนตาย” เป็นเรื่องที่ควรพูดคุยกันอย่างตรงไปตรงมา เพื่อให้สามารถเตรียมวางแผนการตายได้อย่างมีคุณภาพ	71.3	14.8	13.9

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
การพูดคุยเกี่ยวกับเรื่อง “ความตาย” ไม่ใช่เรื่องอัปมงคล	69.7	20.2	10.1
การตายที่บ้าน ดีกว่าตายที่โรงพยาบาล	69.8	15.1	15.1
การตายที่โรงพยาบาล ดีกว่าตายที่บ้าน	28.8	30.7	40.6

1.2.11. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ในเรื่องของปัญหาและอุปสรรค ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการขาดแคลนเครื่องมือ อุปกรณ์ ความรู้ ความร่วมมือ และความรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจต่อการเป็นผู้ดูแลอาสา จากการสำรวจพบว่า ผู้ดูแลอาสาไม่ค่อยมีอุปสรรคปัญหาใดๆ มากนัก หากมีก็แต่ในเรื่องขาดเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์ ซึ่งผู้ดูแลอาสาประมาณ 1 ใน 4 ระบุว่า ขาดแคลนสิ่งดังกล่าว สิ่งที่ผู้ดูแลอาสาต้องการคือ เครื่องเจาะเลือด เครื่องช่วยหายใจ ถังออกซิเจน อุปกรณ์ทำแผล เป็นต้น แต่ไม่ว่าอย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลอาสาส่วนหนึ่งระบุว่า ขาดแคลน แต่ก็สามารถหามาจนได้ ส่วนในเรื่องการขาดข้อมูล ทักษะการปฏิบัติ การฝึกอบรม มีเพียงร้อยละ 4 เท่านั้น ที่อยากต้องการข้อมูลเพิ่ม หรือได้รับการฝึกทักษะอบรมเพิ่ม แต่ไม่ได้รับข้อมูลความรู้ดังกล่าว ส่วนที่เหลือระบุว่า ไม่เคยขาดแคลนข้อมูล การได้รับการฝึกทักษะ แต่อย่างใด หากตนอยากรู้ อยากได้ข้อมูล อะไรก็ตามก็สามารถไขว่คว้าหาความรู้ด้วยตนเองได้

สำหรับการได้รับความร่วมมือจากผู้นำท้องถิ่น เพื่อสะท้อนความต้องการหรืออำนวยความสะดวกในเรื่องการดูแลผู้ป่วย ผลการสำรวจพบว่า ผู้ดูแลอาสาทุกคนได้รับความร่วมมือจากผู้นำชุมชนเป็นอย่างดี ส่วนในเรื่องความร่วมมือกับครอบครัวผู้ป่วย ผู้ดูแลอาสาระบุว่าเกือบทุกคนให้ความร่วมมือดี มีเพียงร้อยละ 2 เท่านั้นที่มีความไม่เข้าใจ และไม่ร่วมรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ส่วนอุปสรรคปัญหาในเรื่องความท้อแท้ หมดกำลังใจ ตลอดจนผลกระทบทางด้านจิตใจต่างๆ นั้น พบว่าผู้ดูแลอาสาไม่มีความรู้สึกหมดกำลังใจ จนอยากเลิกทำงานด้านจิตอาสาหรือการเป็นผู้ดูแลอาสาแต่อย่างใด สำหรับข้อเสนอแนะที่ผู้ดูแลอาสาระบุไว้คือ การมีค่าตอบแทนหรือเพิ่มค่าตอบแทน

ตาราง 11 ปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการทำงานในการดูแลผู้ป่วย

อุปสรรค	ร้อยละ
ขาดเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ ช่วยเหลือทางการแพทย์	28.8
ขาดข้อมูลความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม	4.0
ความไม่เข้าใจ การไม่ร่วมรับผิดชอบของครอบครัวผู้ป่วย	1.6
ไม่เคยได้รับความร่วมมือหรือการสนับสนุนจาก อปท. หรือผู้นำชุมชน	0.8
ความรู้สึกหมดกำลังใจ บันทอนจิตใจ อยากเลิกทำงานด้านจิตอาสา	0.0

ในลำดับต่อไป จะเป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวกับพระสงฆ์อาสาหรือภิกษุอาสา ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่เครือข่ายพุทธิกาให้ความสำคัญในการส่งเสริมบทบาทหรือการมีส่วนร่วมในการทำงานดูแลหรือเยี่ยมเยียน ให้กำลังใจ ให้แง่คิด ให้แนวทางในการปฏิบัติตนของผู้ป่วย เพื่อช่วยเติมเต็มความรู้สึกและความต้องการด้านจิตใจ จิตวิญญาณ และ/หรือ สติปัญญา หรือสุขภาวะทางปัญญาของผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้เกิดความสงบ ไม่ทนทุกข์ทรมานในขณะเจ็บป่วย และมีความพร้อมในการจากไปอย่างมีสติ

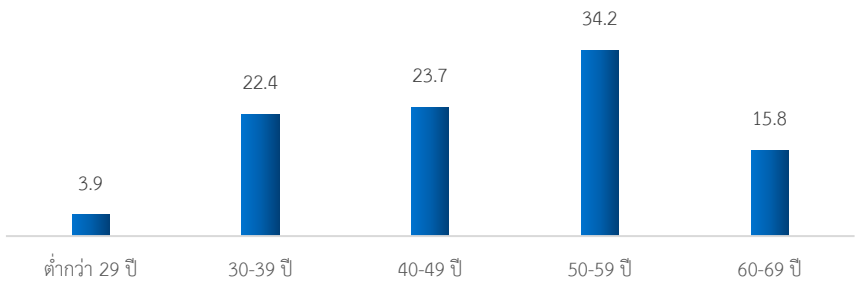
1.3. พระสงฆ์จิตอาสาหรือภิกษุอาสา

พระสงฆ์จิตอาสาหรือภิกษุอาสา จำนวน 76 รูป ที่เข้าร่วมโครงการทำวิจัยครั้งนี้ คัดเลือกมาจากสามช่องทางหรือสามวิธีการที่สำคัญ คือ หนึ่ง มาจากกลุ่มผู้เข้าร่วมเวทีประชุมกับคณะผู้วิจัยในช่วงที่คณะวิจัยเข้าไปเก็บข้อมูลในพื้นที่ต่าง ๆ ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงตุลาคม 2562 สอง มาจากการแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่อยู่ในพื้นที่ว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทร่วมกับทีมหมอพยาบาลให้การให้กำลังใจผู้ป่วย คณะวิจัยจึงเข้าพบเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกและให้ช่วยกรุณากรอกแบบสอบถามที่เตรียมไว้ และสาม มาจากกลุ่มพระสงฆ์อาสา ที่เพิ่งสำเร็จจากการอบรมเกี่ยวกับการใช้ธรรมะในการเยียวยาจิตใจผู้ป่วย ที่จัดโดยพระสงฆ์กลุ่มคิลานธรรม เมื่อเดือนกันยายน 2562

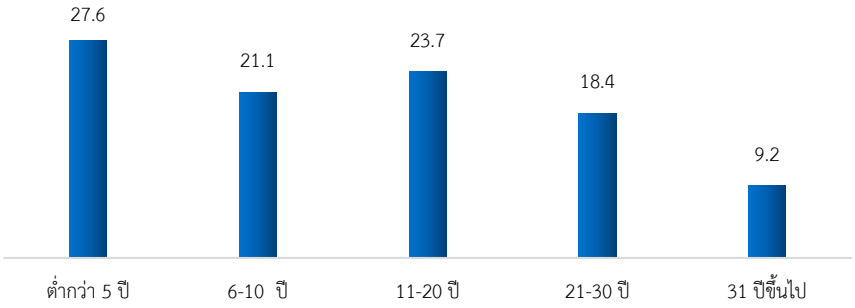
1.3.1. ลักษณะส่วนบุคคล

จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของพระสงฆ์อาสาที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 30-59 ปี โดยที่หนึ่งในสามของพระสงฆ์ อายุระหว่าง 50-59 ปี พระสงฆ์ที่มีอายุน้อยที่สุด มีอายุ 23 ปี และอายุมากที่สุด 73 ปี อายุโดยเฉลี่ยของพระสงฆ์ คือ 48 ปี สำหรับระยะเวลาครองเพศบรรพชิต มีตั้งแต่ไม่ยังไม่ถึง 1 พรรษา ไปจนถึง 44 พรรษา หนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่างบวชน้อยกว่า 5 พรรษา และสามในสี่ของกลุ่มตัวอย่างบวชมาแล้วอย่างน้อย 5 พรรษา

แผนภาพ 16 ร้อยละของพระสงฆ์อาสา จำแนกตามกลุ่มอายุ



แผนภาพ 17 ร้อยละของพระสงฆ์ จำแนกตามจำนวนพรรษาที่อยู่ในเพศบรรพชิต



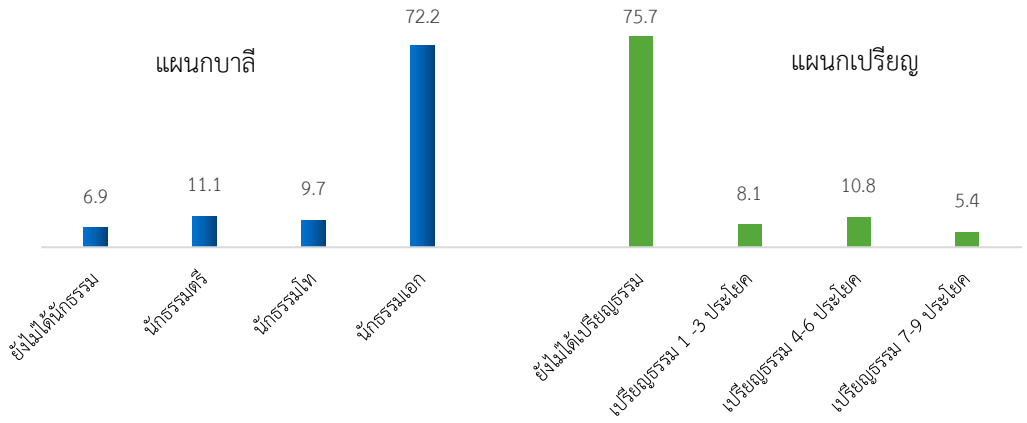
สำหรับในเรื่องการศึกษาของพระสงฆ์ ได้จำแนกออกเป็นการศึกษาทางโลก กับ การศึกษาทางธรรม ในการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาทางโลก พบว่า พระสงฆ์ราวหนึ่งในสามมีการศึกษาระดับปริญญาตรี พระสงฆ์ที่จบการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี พบร้อยละ 46 ส่วนที่มีการศึกษาระดับปริญญาโทจนถึงปริญญาเอก พบร้อยละ 19

แผนภาพ 18 ร้อยละของพระสงฆ์ จำแนกตามระดับการศึกษาทางโลก



ส่วนการศึกษาทางธรรม แบ่งเป็นสองแบบคือ แผนกบาลี และแผนกเปรียญ การสำรวจนี้พบว่า พระสงฆ์สามในสี่รูป จบนักธรรมเอก ซึ่งเป็นการศึกษาสูงสุดทางธรรมแผนกบาลี สำหรับการศึกษาแผนกเปรียญ พบว่า ส่วนใหญ่หรือราวสามในสี่ของพระสงฆ์ยังไม่ได้เปรียญธรรม ในบรรดาพระสงฆ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างนี้ พบว่า ร้อยละ 13 เป็นครูสอนปริยัติธรรม ส่วนตำแหน่งในวัดนั้น พบว่า พระสงฆ์ที่ได้ทำการสำรวจส่วนใหญ่เป็นพระลูกวัด (ร้อยละ 68) ส่วนที่เหลืออยู่ในตำแหน่งเจ้าอาวาส (ร้อยละ 25) รองเจ้าอาวาส (ร้อยละ 1) และผู้ช่วยเจ้าอาวาส (ร้อยละ 6) สำหรับสมณศักดิ์ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีสมณศักดิ์ใด ๆ (ร้อยละ 82)

แผนภาพ 19 ร้อยละของพระสงฆ์ จำแนกตามระดับการศึกษาทางธรรมสองแผนก



1.3.2. ภารกิจที่เกี่ยวกับศาสนา

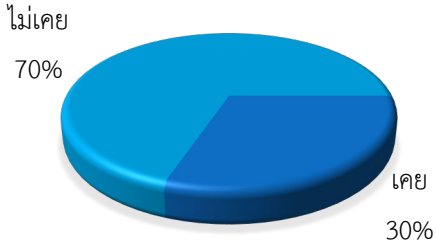
ในเรื่องบทบาทที่มีต่อชุมชนหรือต่อสังคม ไม่ว่าจะเป็นสืบทอดพระพุทธศาสนา ทำกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาชุมชน กิจกรรมพัฒนาประชากรทุกกลุ่มวัย ในการสำรวจกิจกรรมที่พระสงฆ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างนี้ทำ พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งเป็นแกนนำหรือสมาชิกกลุ่มเครือข่ายทั่วไปและเครือข่ายของสงฆ์ ส่วนกิจกรรมที่พระสงฆ์ส่วนใหญ่ทำเป็นประจำ คือ การเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนหรือในโรงพยาบาลตามที่ได้รับนิมนต์ (ร้อยละ 57) รองลงมาคือ สอนสามเณรภาคฤดูร้อน (ร้อยละ 43) เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาเด็กและเยาวชน (ร้อยละ 35) และสอนพระธรรมให้พระบวชใหม่ (ร้อยละ 31)

ตาราง 12 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์ จำแนกตามบทบาทที่ทำในชุมชนและสังคม

ภารกิจหรือบทบาทที่ทำในชุมชนและสังคม	จำนวน	ร้อยละ
เยียมผู้ป่วยในชุมชน ในโรงพยาบาล ฯลฯ	29	56.9
สอนสามเณรภาคฤดูร้อน	22	43.1
พัฒนาเด็กและเยาวชน	18	35.3
สอนพระธรรมให้พระบวชใหม่	16	31.4
สอนในโรงเรียนศาสนาวันอาทิตย์	11	21.6
กิจกรรมบวชป่า อนุรักษ์สิงแวดล้อม	11	21.6
พัฒนาชุมชน	8	15.7
กิจกรรมเพื่อกลุ่มเฉพาะ เช่น เด็กด้อยโอกาส ผู้สูงอายุไร้ที่พึง ผู้ติดยา	8	15.7
กิจกรรมธรรมทายาท	7	13.7
อบรมวิปัสสนากรรมฐาน	6	11.8

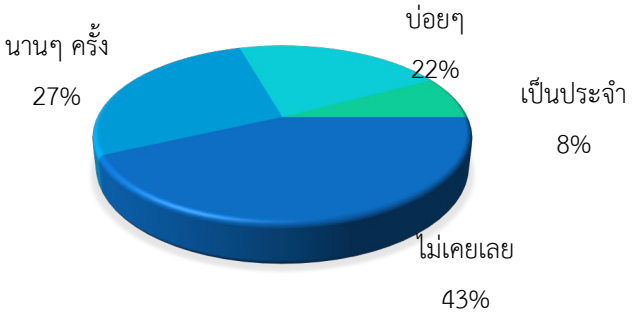
ส่วนในเรื่องการเข้าร่วมอบรมเสริมความรู้ด้านการดูแลหรือเยียวยาผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) ไม่เคยเข้าร่วมการอบรมด้านนี้ แต่ว่าได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเยี่ยมเยียน ให้กำลังใจผู้ป่วย ทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาล

แผนภาพ 20 ร้อยละของพระสงฆ์ จำแนกตามการอบรมที่เคยได้รับ



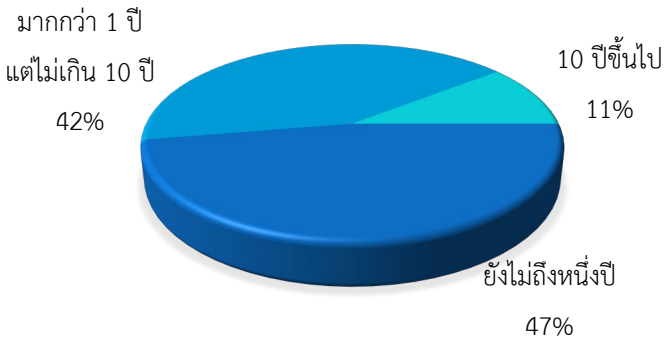
สำหรับความถี่ของการเยี่ยมผู้ป่วย พบว่า เยี่ยมเป็นประจำจนถึงบ่อยๆ มีเพียงร้อยละ 30 ส่วนที่เยี่ยมนานๆ ครั้ง พบร้อยละ 27 ที่เหลือไม่เคยไปเยี่ยมเลย ทั้งนี้เป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งที่ได้ทำการสำรวจครั้งนี้ แม้ไม่เคยได้เยี่ยมผู้ป่วย แต่เพิ่งสำเร็จการอบรมที่จัดโดยกลุ่มพระสงฆ์อาสาคิลานธรรม เรื่องการใช้ธรรมะเยียวยาผู้ป่วย ซึ่งการอบรมดังกล่าวเป็นการเตรียมพระสงฆ์จิตอาสาที่สนใจงานด้านการเยียวยาจิตใจผู้ป่วย

แผนภาพ 21 ร้อยละของพระสงฆ์ จำแนกตามความถี่ของการเยี่ยมผู้ป่วย



อย่างไรก็ดี จำนวนปีที่ได้ทำหน้าที่เยี่ยมเยียนผู้ป่วย พบว่า ร้อยละ 53 มีบทบาทในเรื่องนี้มาแล้วมากกว่าหนึ่งปี แต่ส่วนที่เหลือเกือบครึ่งมีบทบาทยังไม่ถึงหนึ่งปี แสดงให้เห็นว่า เรื่องบทบาทพระสงฆ์ในการเยี่ยมดูแล ให้กำลังใจผู้ป่วยระยะท้ายยังเป็นเรื่องค่อนข้างใหม่

แผนภาพ 22 ร้อยละของพระสงฆ์ที่มีบทบาทเยี่ยมผู้ป่วย จำแนกจำนวนปีที่มีบทบาท



1.3.3. แรงจูงใจ

ส่วนในเรื่องเหตุผลหรือแรงจูงใจที่ทำให้พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมเส้นทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ไม่ว่าจะทำด้วยตัวเอง หรือร่วมกับผู้อื่น คือ ผู้ดูแลอาสาหรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เกือบทุกรูปมีเหตุผลสำคัญเรียงจากมากไปหาน้อย ดังนี้ (ดูตาราง 13 ประกอบ)

ในเรื่องคุณค่าของศาสนาพุทธ พบว่า พระสงฆ์มีบทบาทในการส่งเสริมคุณค่าในลักษณะนี้ คือ อยากให้ผู้ป่วยที่ศรัทธาในหลักคำสอนของพุทธศาสนา ได้มีโอกาสพูดคุยกับพระ ได้สวดมนต์ หรือ ทำบุญตักบาตร เพื่อให้ไปสู่ภพภูมิที่ดีตามความเชื่อของคนไทย (ร้อยละ 92) และหลายรูปที่เข้ามาทำหน้าที่ตรงนี้ด้วยเหตุผลตรงกันว่า เป็นกิจของสงฆ์ที่ส่งเสริมภาพลักษณ์ที่ดีของพระสงฆ์ (ร้อยละ 90) ในเชิงจิตใจ เกือบทุกรูปเห็นว่า รับรู้ถึงสภาวะจิตใจของผู้ป่วย อยากชี้นำให้ผู้ป่วยมีความสงบ สบายใจ และกล้าเผชิญกับความตาย (ร้อยละ 90) รวมไปถึงตระหนักว่า ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ อยากให้เตรียมความพร้อมเรื่องการตาย และพูดคุยอย่างตรงไปตรงมา (ร้อยละ 90) และเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่มีคุณค่าทางจิตใจทั้งตัวผู้ตอบเอง และผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้าน หรือ ที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 90)

ตาราง 13 ร้อยละของพระสงฆ์ จำแนกตามเหตุผลและแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

(ผู้ตอบจำนวน 51 รูป ที่แสดงเหตุผลและแรงจูงใจ)

เหตุผลและแรงจูงใจ	ร้อยละ
อยากให้ผู้ป่วยที่ศรัทธาในหลักคำสอนพุทธศาสนา ได้มีโอกาสพูดคุยกับพระ ได้สวดมนต์ หรือ ทำบุญตักบาตร เพื่อให้ไปสู่ภพภูมิที่ดีตามความเชื่อของชาวบ้าน/คนไทย	92.2
มองว่าเป็นกิจของสงฆ์ที่ส่งเสริมภาพลักษณ์ที่ดีของพระสงฆ์	90.2

เหตุผลและแรงจูงใจ	ร้อยละ
เข้าใจถึงสภาวะจิตใจของผู้ป่วย อยากชี้นำให้ผู้ป่วยมีความสงบ สบายใจ และกล้าเผชิญกับความตาย	90.2
เห็นผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ อยากให้เตรียมพร้อมเรื่องการตาย และพูดคุยอย่างตรงไปตรงมา	90.2
เป็นกิจกรรมที่มีคุณค่าทางจิตใจทั้งตัวท่านเอง และผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้าน หรือ ที่โรงพยาบาล	90.2
ทำให้ได้ใกล้ชิดชาวบ้าน/ชุมชนมากขึ้น ได้รับการยอมรับ และสามารถต่อยอดทำกิจกรรมพัฒนาชุมชนด้านอื่นๆ ต่อไปได้ง่ายขึ้น	88.2
อยากใช้แนวทางการฝึกสติ สมาธิ เพื่อให้ผู้ป่วยลดความเจ็บปวดทรมาน คลายวิตกกังวล	88.2
ตระหนักถึงเรื่องการตายดี หรือ มีมรณานุสติ ของตัวท่านเองตลอดเวลา	86.3
เชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการสื่อสาร (ควรสื่อสารเรื่องใดและไม่ควรสื่อสารในเรื่องใด) ในการให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับความตาย หรือ พ้นทุกข์ได้	84.3
อยากเรียนรู้ และทำความเข้าใจในเรื่องการตายดี วิถีการตายอย่างสงบ มากขึ้น	82.4
ต้องการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์	76.5
มีผู้ชักชวน (เพื่อนพระสงฆ์/หน่วยงานสงฆ์) เข้าร่วมทีมเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ให้กำลังใจผู้ป่วย เยียวยาจิตใจผู้ป่วย	74.5
ชาวบ้าน/ชุมชน อยากให้พระสงฆ์มีกิจกรรมเยี่ยมไข้ เยียวยาผู้ป่วย ร่วมกับจิตอาสา	58.8
เคยเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวกับการเยียวยาด้านจิตใจให้กับผู้ป่วย/สื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้าย จึงอยากนำความรู้มาปฏิบัติจริง	54.9
เคยมีบุคคลใกล้ชิด/ญาติ เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้สูงอายุที่อยู่ในวาระสุดท้าย ที่จากไปอย่างไม่สงบ	45.1
ได้รับมอบหมายจากผู้ปกครองคณะสงฆ์/เจ้าอาวาส ให้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตที่บ้าน ที่โรงพยาบาล	37.3
การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เป็นหนึ่งในภารกิจหลักของวัดที่ตัวท่านเองจำพรรษาอยู่	37.3
ทางทีมโรงพยาบาล หมอ พยาบาล ฯลฯ ชักชวน ให้ทำกิจกรรมเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันให้ครบทีม	35.3

1.3.4. ความสำคัญของการดูแลเยี่ยมผู้ป่วย

การไปเยี่ยมเยียนผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้านของพระสงฆ์ไม่ได้มีแบบแผนเดียวกัน เพราะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นที่ตัวของพระสงฆ์เอง ในเรื่องประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจต่อประเด็น หรือแม้แต่ผู้ป่วยที่มีภูมิหลังต่างกัน ตลอดจนทัศนะของครอบครัวผู้ป่วย ทำให้การปฏิบัติต่อผู้ป่วยในครอบครัวหนึ่ง ต่างจากผู้ป่วยอีกครอบครัวหนึ่ง อย่างไรก็ตาม พระสงฆ์ที่ให้ข้อมูลเกือบทุกรูปแสดงความคิดเห็นว่า พระสงฆ์จิตอาสาที่ช่วยดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความสำคัญอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 41 และ 59) ตามลำดับ และพระสงฆ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างระบุว่ามีความสำคัญปานกลางไปจนถึงน้อย ด้วยเหตุผลหลายประการ คือ ที่สำคัญคือเป็นการให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว แต่เหตุผลของแต่ละรูปมีแตกต่างกันไป พระสงฆ์บางรูปมองสถาบันศาสนาว่า

เป็นตัวแทนแห่งจิตวิญญาณ เป็นผู้รักษาจิตใจ ดังเช่นความคิดเห็นที่ว่า เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ หรือ ไปสู่สุคติ ช่วยยกระดับจิตใจผู้ป่วย คลายความกังวลและความเครียด ดังตัวอย่างความคิดเห็นว่า **ทำไมพระสงฆ์จึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย**

"ช่วยให้ชาวพุทธที่มีจิตศรัทธาได้มีที่พึ่ง ได้ความมั่นใจ ได้หลักยึดช่วงท้ายของชีวิต"

"ช่วยให้กำลังใจและให้อยู่กับปัจจุบันจนเกิดปัญญาเห็นความเป็นจริงของชีวิตของโรคจนเกิดความสงบ"

"เวลาจะลาโลกไปจะได้ไม่ต้องอาลัยห่วงสิ่งที่ต้องเป็นไปธรรมดา"

"เพื่อให้ผู้ป่วยเตรียมตัวก่อนตาย และญาติได้เตรียมรับมือด้วย"

"เป็นวาระสุดท้ายที่จะยกระดับจิตใจของผู้ป่วยให้เกิดปีติความแช่มชื่น"

"สามารถช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ที่พึ่งทางใจก่อนจิตจะดับ"

"จิตสุดท้ายทำให้ไปสุคติหรือทุกข์คติและนิพพานได้"

"จะได้ไปอย่างสงบและไม่เกิดมาใช้กรรมอีก"

1.3.5. หลักคำสอนทางศาสนา แก่นธรรมะ ในการสื่อสารพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยระยะท้าย

เมื่อพิจารณาถึงสิ่งที่พระสงฆ์ได้สื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้าย โดยเฉพาะหลักคำสอนทางศาสนาพุทธ พระสงฆ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้หลักธรรมคำสอนของศาสนา ระบุว่า ได้ใช้หลักคำสอน คือ

- อริยสัจ 4 ประกอบด้วย ทุกข์ สมุทัย นิโรธ และมรรค
- ไตรลักษณ์ ประกอบด้วย อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา
- ขันธ์ 5 ประกอบด้วย รูป เวทนา สัญญา สังขาร และวิญญาณ
- สติปัฏฐาน 4 ประกอบด้วย กาย เวทนา จิต และธรรม
- พรหมวิหาร 4 ประกอบด้วย เมตตา กรุณา มุทิตาและอุเบกขา
- มงคลชีวิต 38 ประการ
- สังคหวัตถุ 4 ประกอบด้วย ทาน ปิยวาจา อัตถจริยา สมานัตตตา
- ฆราวาสธรรม ประกอบด้วยธรรมะ 4 ประการ คือ สัจจะ ทมะ ขันติ และจาคะ

หลักธรรมที่กล่าวไว้ข้างต้น เป็นการเปิดเผยหรือแบ่งปันจากพระสงฆ์ที่ได้ทำการสอบถามสำหรับโครงการวิจัย ติดตามและประเมินผลในครั้งนี้ ซึ่งที่จริงก็เป็นหลักธรรมที่ใช้สอนกับบุคคลทั่วไป ไม่ได้มีความแตกต่างหรือมีลักษณะเฉพาะแต่อย่างใด ซึ่งก็หมายถึงว่า ผู้ที่กำลังป่วยระยะท้ายและครอบครัวของผู้ป่วย ไม่ว่าใครก็ตามที่ได้มีปฏิสัมพันธ์กับพระสงฆ์ที่มาเยี่ยมบ้านหรือเยี่ยมไข้ นอกจากพูดคุย ซักถาม เพื่อทำความเข้าใจ ชื่นชม ให้กำลังใจ ให้สติ ให้แง่คิด ให้ทำจิตใจให้สงบ ก็ยังพูดคุยหรือทบทวนถึงความดีงามที่แต่ละคนได้กระทำมา และแน่นอนว่ายังได้พูดคุยในเรื่องกฎธรรมชาติ สัจธรรมของชีวิต การหนีความตายไม่พ้น การทำความดี ซึ่งเป็นแก่นสาระสำคัญของศาสนาพุทธอีกด้วย

สำหรับกิจกรรมที่พระสงฆ์บางรูปได้ปฏิบัตินอกเหนือจากการให้หลักธรรม อาทิเช่น สอนปฏิบัติธรรม ฝึกนอนสมาธิ การปล่อยวาง การเตรียมพร้อมเรื่องความตาย และพระสงฆ์ที่ได้ผ่านการอบรมใช้กระบวนการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวพุทธ หรือ ที่เรียกว่า กระบวนการ TIR ซึ่งมาจาก T=Tuning In, I=Identify Split, R=Realization กับผู้ป่วยที่ได้เข้าไปเยียวยา

ส่วนการใช้หลักคำสอนทางพุทธศาสนาบ่อยครั้งแค่ไหน ในการเยี่ยมผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพระสงฆ์ ร้อยละ 51 ระบุว่า นำมาใช้อย่างสม่ำเสมอ ในขณะที่หนึ่งในสามของผู้ให้ข้อมูลระบุว่า นำมาใช้เป็นบางครั้ง ส่วนที่เหลือ (ร้อยละ 15) ไม่ค่อยได้นำมาใช้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับโอกาส สภาวะการรับรู้ของผู้ป่วย สภาพจิตใจของผู้ป่วย โดยรวมๆ แล้วคือ ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมหรือบริบทเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละคน ณ ขณะที่ไปเยี่ยมนั่นเอง

1.3.6. ทัศนคติเกี่ยวกับการตายดี

ในการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับการตายดี ของพระสงฆ์จิตอาสาที่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ มี 2 ประเด็นคำถามที่เกี่ยวข้อง คือ หนึ่ง **ความหมายของคำว่า ‘ตายดี’** และ สอง **โอกาสในการตายดีมีความหมายอย่างไรต่อมนุษย์** ผู้ตอบได้แสดงความคิดเห็นต่อสองประเด็นดังกล่าว ดังนี้

1) *ความหมายของคำว่า ‘ตายดี’*

เมื่อถามถึงความหมายของคำว่า ‘ตายดี’ พระสงฆ์อาสาให้ความหมายที่หลากหลาย โดยความเห็นหลักๆ เน้นคำว่า มีสติ สงบ ไม่ทุกข์ทรมาน หมดห่วงกังวล มีความสุข ฯลฯ ดังคำสำคัญและตัวอย่างคำอธิบายที่น่าสนใจดังต่อไปนี้

- **มีสติ/ตายอย่างสงบ/ไม่ทรมาน** (17 ความเห็น)

  “อาการตายอย่างสงบไม่ดิ้นทุรนทุราย ไม่มียากล่อมประสาทหรือยาแก้ปวดอย่างแรงจนขาดสติ สรุปคือไม่หลงตายหรือตายอย่างมีสติรู้ถึงสภาวะของความตายที่มาถึง”

“การจากไปด้วยใจสงบปราศจากโลภ โกรธ หลง หรือเพียงสงบระงับชั่วคราวจากกิเลสเหตุเศร้าหมอง”

“ไม่ทรมานร่างกายไม่ห่วงหรือกังวลต่อปัญหาความรับผิดชอบที่ยังค้างคาอยู่ปราศจากอุปกรณ์การช่วยชีวิตทางการแพทย์”

“ตายอย่างมีสติ ตายแบบรู้เท่าทัน ตายด้วยจิตผ่องใส”

“การตายด้วยอาการสงบ เมื่อพร้อมที่จะตายในบรรยากาศที่ตนปรารถนา”

- **มีความสุข/มีกุศล (12 ความเห็น)**

“ตายอย่างมีความสุข ไม่ห่วงใยในเหตุการณ์อดีต พร้อมไปสู่โลกอนาคตด้วยความดี”

“เป็นการวางแผนชีวิตว่าจะทำอะไรก่อนที่จะล่วงลับไปและได้สร้างความสุขให้เกิดขึ้นกับชีวิต”

“การจากไปอย่างมีความสุข ไม่ต้องทุกข์จากความเจ็บป่วย ยอมรับกับมันได้”

“ตายแบบมีความสุข ปล่อยวางสู่จิตสุดท้ายที่ดีมีความสุข”

“วาระสุดท้ายแม้ป่วยแต่จิตใจของผู้ป่วยมีความแช่มชื่น เบิกบานและระลึกถึงความดีงามในอดีตตลอดจนเจริญภาวนาในปัจจุบัน”

“ตายด้วยจิตที่ผ่อนคลายจากการยึดถือในสิ่งต่างๆ ดวงจิตก่อนตายระลึกถึงกุศลความดีที่เคยทำมา”

- **ปล่อยวาง/หมดห่วง/ไม่กังวล/ไม่ยึดติด** (8 ความเห็น)

“ตายแบบหมดห่วง ไม่มีกังวลในเรื่องใดๆ ปล่อยวางได้ จิตสงบ”

“ตายโดยจิตใจที่ปล่อยวางโดยไม่กลัวความตาย”

“สภาวะที่สามารถปล่อยวางทุกสิ่งอย่างมีสติ”

“ตายแบบมีความสุข ปล่อยวางสู่จิตสุดท้ายที่มีความสุข”

2) *โอกาสในการตายดี: นัยยะที่มีความหมายต่อมนุษย์*

จากการสอบถามเกี่ยวกับโอกาสในการตายดีของมนุษย์นั้น มีความหมายอย่างไร พระสงฆ์หลายๆ รูป ได้ให้คำอธิบายข้อคำถามนี้ว่า เป็นโอกาสที่มนุษย์จะได้ไปสู่ภพภูมิที่ดี ไปสู่สุคติ เป็นสิทธิ์และเติมเต็มศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ดังคำสำคัญและตัวอย่างคำอธิบายที่น่าสนใจดังต่อไปนี้

- **ไปภพภูมิที่ดี/ไปสู่สุคติ** (17 ความเห็น)

“พุทธศาสนาสอนถึงการเวียนว่ายตายเกิด ถ้าตายดีจะได้ไปสู่ภพภูมิที่ดี นอกจากพระอรหันต์ที่ตายแล้วไม่ต้องเกิด”

“ตามความเชื่อในพระพุทธศาสนา อาการตายอย่างหมดห่วง ตายอย่างสงบ นั้นจะไปสู่ภพหน้าที่ดี”

“การตายดีนำไปสู่การไปเบื้องหน้าที่ดี”

“เป็นเส้นทางสงบสู่การสร้างบารมีในภพหน้า”

“เป็นการตายโดยจิตสงบ เพื่อไปสู่ภพภูมิที่ดี ไม่ตกนรกอบายภูมิ”

“หลังความตายจิตวิญญาณจะมีทางไปอยู่ 2 ทาง คือ ทุกข์คติ ตายด้วยจิตเศร้าหมอง กับ สุคติ ตายด้วยจิตไม่เศร้าหมอง เช่นนี้คือการตายดี”

“ถ้าคนที่ไม่รู้เรื่องการตายไม่ได้เตรียมตัวตายเพื่อที่จะไปสู่สุคติ ก็จะทำให้ไปสู่ทุกข์คติ”

“เพราะมีความเชื่อว่ามีจิตดวงสุดท้ายก่อนตายสงบจะไปสู่ภพภูมิที่ดี ตรงกันข้ามถ้าจิตไม่สงบก่อนตายจะไปสู่ภพภูมิที่ไม่ดี เพราะมีความทุกข์ภายในขณะก่อนตาย”

“เมื่อตายดีจะทำให้ดวงจิตไปสู่ภพภูมิที่ดี ชีวิตใหม่หลังความตายตามหลักความเชื่อทางพุทธศาสนา แม้ญาติของผู้ตายก็สบายใจ”

- **เป็นสิทธิ์/ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์** (8 ความเห็น)

“เป็นสิทธิที่มนุษย์ทุกคนควรได้รับ มันคือชีวิต มันคือศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์”

“เป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานอันจำเป็นต่อมนุษย์ และเป็นสิ่งจำเป็นมากต่อการเกิดในภพภูมิใหม่”

“เป็นสิทธิ์ของบุคคลเจ้าของชีวิต”

“เพราะการตายดีเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนควรได้รับการฝึกฝนอบรมตน เพื่อการเดินทางต่อไปในโลกหลังความตาย”

“เพราะชีวิตคนเรามีความเท่าเทียมกันจึงควรได้รับโอกาสว่าจะจัดการชีวิตหลังความตายอย่างไร เพื่อไม่เป็นภาระแก่คนอื่น”

1.3.7. ความต้องการได้รับการสนับสนุน

องค์ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับพระสงฆ์ ณ เวลานี้ เป็นสิ่งที่พระสงฆ์จิตอาสาเยียวยาผู้ป่วยระยะท้ายต้องการเป็นอย่างมาก พระสงฆ์บางรูปเคยได้รับการอบรม เสริมความรู้ในเรื่องนี้ แต่อีกส่วนหนึ่งที่เข้ามาร่วม ยังไม่เคยได้รับการอบรมหรือเสริมความรู้ และเห็นว่าควรมีการให้ความรู้ โดยการอบรม ฝึกปฏิบัติ ให้พระสงฆ์จิตอาสามีทักษะมากขึ้น รวมทั้งขยายความรู้ไปยังพระสงฆ์อื่นๆ นอกเหนือจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการนี้ ประเด็นสำคัญคือ อยากให้มีการจัดอบรมเสริมความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง และได้นำมาปฏิบัติจริงทั้งที่โรงพยาบาลและที่ชุมชน และเพิ่มพระสงฆ์ที่มีใจอาสาเข้าร่วมเพิ่มมากขึ้น สามารถขยายเครือข่ายให้เกิดทั่วประเทศได้ และอยากให้มีการสนับสนุนกิจกรรมด้านการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ป่วยระยะท้ายให้มากขึ้น

1) *ความรู้เพิ่มเติมที่ต้องการ*

- ทักษะการปฏิบัติต่อผู้ป่วย
- ทักษะการพูดคุยกับผู้ป่วย
- ทักษะการให้คำปรึกษา
- หลักจิตวิทยา เพื่อสร้างกำลังใจหรือเยียวยา สืบค้นความต้องการสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยได้
- ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคที่จำเป็นต้องดูแลแบบประคับประคองเมื่ออาการอยู่ในระยะสุดท้าย
- อบรมเกี่ยวกับการเจริญสติปัฏฐาน 4 สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบง่ายๆ
- การเยียวยาใจด้วยธรรมะประยุกต์ให้เข้าใจง่าย

2) *ความถี่และความสม่ำเสมอของการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์จิตอาสา*

- การจัดรวมกลุ่มเป็นระยะ
- มีการเติมความรู้ทุก 1-2 เดือน
- มีการอบรมต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

3) *การสร้างเครือข่ายพระสงฆ์จิตอาสา*

- ตั้งศูนย์ประสานงานพระสงฆ์จิตอาสาดูแลผู้ป่วย
- กระจายเครือข่ายไปทั่วทุกภาค
- ประชาสัมพันธ์โครงการและกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง

1.3.8. ปัญหาอุปสรรค จุดอ่อน ข้อจำกัดสำคัญ ในการเยียวยาจิตใจผู้ป่วย

ผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นพระสงฆ์ได้สะท้อนปัญหาอุปสรรคหรือสิ่งกีดขวางที่มีผลต่อการแสดงบทบาทในการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยระยะท้าย 3-4 ประเด็นสำคัญด้วยกัน คือ ทัศนคติของผู้ป่วย ความมั่นใจของตนเองและความรู้ความสามารถในการเยียวยาดูแลเยี่ยมเยียนผู้ป่วย และบริบทเฉพาะของพระสงฆ์แต่ละรูป/แต่ละวัด/แต่ละพื้นที่ ดังตัวอย่างความคิดเห็นต่อไปนี้

1) *ทัศนคติของผู้ป่วยต่อการมาเยี่ยมของพระสงฆ์*

เมื่อพระสงฆ์เข้าเยี่ยมผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยปฏิเสธ ไม่ใส่ใจการเข้าเยี่ยมของพระสงฆ์ ดังตัวอย่างคำตอบของผู้ตอบแบบสอบถามดังต่อไปนี้

“ผู้ป่วยบางรายไม่รับฟัง เพราะไม่คิดว่าตัวเองจะตายและไม่อยากตาย”

“ผู้ป่วยบางท่านไม่ค่อยให้ความสนใจต่อการตอบคำถามและการฟังปัญหาที่เกิดขึ้น”

“ความเข้าใจผิดของโยมว่า พระมารับสังฆทานและรับศพ”

“ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจบทบาทของพระสงฆ์อย่างแท้จริง”

2) *ความรู้ความสามารถ ความมั่นใจของตนเอง*

ผู้ตอบสะท้อนปัญหาที่ชัดเจนคือ การขาดความรู้และประสบการณ์ ทำให้มีความกังวลเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในสถานการณ์จริง บางคนมีความรู้สึกอ่อนไหวเมื่อเห็นผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิตในไม่ช้า ดังตัวอย่างคำตอบต่อไปนี้

“พระสงฆ์ไม่มีความรู้และไม่มีกระบวนการสื่อสารที่จะให้คนไข้คลายจากความทุกข์”

“ประสบการณ์ยังน้อย”

“ยังขาดประสบการณ์ ยังมีประสบการณ์ไม่มากพอ”

“ความไม่นิ่งทางอารมณ์เมื่อไปยืนต่อหน้าผู้ป่วย กังวลกลัวว่าทำได้ไม่ดี”

“มักอ่อนไหวเมื่อพบคนป่วยที่ทรมานจากโรคที่ป่วย ทำให้การแนะนำขาดประสิทธิภาพ”

3) *บริบทเฉพาะของพระสงฆ์ และสถาบันสงฆ์*

อุปสรรคเสริมที่สำคัญที่ทำให้พระสงฆ์จิตอาสาไม่สามารถแสดงบทบาทในการเยียวยาผู้ป่วยได้มากหรือยังไม่ค่อยดี คือ ข้อจำกัดของการเป็นพระสงฆ์ต่อการเข้าถึงประชาชน การไม่ได้รับการ

สนับสนุนจากหัวหน้าสงฆ์/สถาบันสงฆ์/เจ้าอาวาส ความขัดแย้งในองค์กรสงฆ์ และการขาดเพื่อนร่วมอุดมการณ์เดียวกัน ดังตัวอย่างคำตอบต่อไปนี้

“ปัญหาความไม่สามัคคีภายในวัด”

“ความขัดแย้งพิพาทระหว่างเจ้าอาวาสและลูกวัด”

“สถานภาพของพระสงฆ์มีข้อจำกัด”

“ผู้บริหารภายในวัดยังไม่เห็นความสำคัญของโครงการภายในวัด”

1.3.9. สิ่งที่ยากที่สุดหรือรู้สึกลำบากใจที่สุด

จากการสอบถามความยากหรือความรู้สึกลำบากใจต่อการมีบทบาทในการเยี่ยมผู้ป่วยที่ผู้ตอบได้เคยประสบ ซึ่งพบว่า มีประเด็นที่ทำให้เกิดความรู้สึกดังกล่าว 3 ประเด็น คือ ประเด็นที่มาจากความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยต่อบทบาทของพระสงฆ์ ประเด็นที่มาจากความรู้สึกภายในจิตใจของพระสงฆ์เอง และประเด็นการทำงานร่วมกับทีมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

1) *ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย ต่อบทบาทพระสงฆ์*

ผู้ตอบที่เคยมีประสบการณ์เยี่ยมผู้ป่วย ได้สะท้อนความรู้สึกอึดอัดใจต่อการมีบทบาทดังกล่าว มีความรู้สึกว่า อารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยไม่เอื้อให้เกิดการพูดคุยกัน และทัศนคติของผู้ป่วย ครอบครัว หรือประชาชนในชุมชนต่อพระสงฆ์โดยทั่วไป ไม่ใช่ว่าดีเสมอไป ดังเช่นตัวอย่างคำตอบดังต่อไปนี้

“อารมณ์เหวี่ยงวีนของผู้ป่วย”

“ป่วยหนักและไม่สามารถช่วยตนเองได้ พูดคุยไม่รู้เรื่อง รู้สึกหนักใจ”

“การค้นหาทุกข์ที่ซับซ้อนของผู้ป่วย บางครั้งใช้เวลาค่อนข้างมาก”

“ทัศนคติกลัว เวลาเจอพระมาเยี่ยม”

“ปัญหารอบข้างของตัวผู้ป่วย เช่น ครอบครัว”

“โยมยังไม่ยอมรับการเยียวยา”

“บางครั้งญาติคนไข้ไม่ค่อยยอมรับ”

“คนไข้ไม่ต้องการพบพระ แต่พยายามแนะนำและเชิญพระเข้าไปเยี่ยมโดยไม่ได้รับการยินยอมจากคนไข้”

2) *ความรู้สึกภายในใจของพระสงฆ์เอง*

ผู้ตอบบางรูประบุว่า ตนเองมีความรู้สึกอ่อนไหว หรือ ผิดหวังเมื่อได้เห็นผู้ป่วยแสดงอาการไม่พอใจ ทำให้รู้สึกว่า ตนไม่สามารถทำหน้าที่เยียวยาผู้ป่วยได้ หรือมีความคาดหวังว่า พระสงฆ์ด้วยกันต้องทำหน้าที่ดูแลจิตใจผู้ป่วยได้ ดังตัวอย่างคำตอบต่อไปนี้

“การเอาชนะอารมณ์ของตน เมื่อผู้ป่วยแสดงกิริยาที่ทำให้ตัวเรารู้สึกไม่ดี ไม่พอใจ ไม่เป็นอย่างที่หวัง”

“การเห็นเพื่อนพระด้วยกันไม่สนใจพระป่วย”

“ยังไม่ชำนาญการเยี่ยมผู้ป่วย”

“เห็นคนกำลังจะตาย หลังให้การอธิษฐานสารภาพบาปต่อหน้าต่อตา”

“ขาดผู้มีอุดมการณ์ที่เข้มแข็งทั้งแนวคิด ความมุ่งมั่นตั้งใจ”

“จะทำให้ผู้ป่วยไม่คลายทุกข์ได้จริง”

3) *การทำงานร่วมกับบุคลากรสุขภาพ*

ส่วนการทำงานร่วมกับทีมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สิ่งที่เป็นเรื่องยากคือ การสร้างความยอมรับ การไม่ได้รับการสนับสนุนส่งเสริมในด้านต่าง ๆ รวมถึงการขาดปัจจัยหรือสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ค่าพาหนะ ค่าภัตตาหาร จากทางสถานพยาบาล

“การสร้างการยอมรับให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล”

“การขาดการส่งเสริมจากโรงพยาบาล”

“ขาดค่าปัจจัยสำหรับเดินทาง เช่น ค่าพาหนะ ค่าภัตตาหาร เป็นต้น”

1.3.10. ข้อเสนอแนะ

ในส่วนข้อเสนอแนะ ได้นำคำตอบที่ได้รับมา นำมาจัดเป็นกลุ่มประเด็นต่าง ๆ พร้อมข้อความของผู้ตอบ ได้ดังนี้

1) *ให้มีการจัดอบรม เสริมความรู้เพิ่มเติม*

“อยากให้มีหลักของจิตวิทยา หลักการใช้คำพูดกับผู้ป่วย”

“หาเจ้าภาพ งบประมาณจัดอบรมเรื่องการเผชิญความตายอย่างสงบให้แก่พระสงฆ์ โดยใช้การภาวนาเจริญสติประยุกต์กับองค์ความรู้ต่างๆ เช่น การ

สื่อสารอย่างสันติ การคลี่คลายปมขัดแย้งในใจ การสร้างกลุ่มเยียวยาผู้เยียวยาผู้ป่วย เป็นต้น”

2) ***ขยายพื้นที่และสร้างเครือข่ายให้มากขึ้น***

“เปิดพื้นที่ทำงานในโรงพยาบาลศูนย์”

“ขยายพื้นที่การทำงานลงในระดับอำเภอ ตำบล”

“เพิ่มจำนวนพระสงฆ์ที่เยียวยาและมีประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้น”

“วัดที่สามารถรองรับการดูแลผู้ป่วยไร้ญาติได้”

“สร้างเครือข่ายพระคิลานุปัฏฐาก”

3) ***สนับสนุนให้พระสงฆ์และสถาบันสงฆ์ประเภทต่าง ๆ มีบทบาทร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย***

“มีผู้สนับสนุนทางวัด เช่น เจ้าอาวาสให้ความสำคัญมากขึ้น”

“สำนักงานพระพุทธศาสนาประจำจังหวัดให้การสนับสนุนกิจกรรมด้านนี้”

“ควรเป็นนโยบายของคณะสงฆ์ในระดับปกครองและงาน 6 ด้าน”

“มหาวิทยาลัยสงฆ์ควรมีหลักสูตรในระดับปริญญาตรีและให้นิสิตได้ลงฝึกงาน”

“ปฏิบัติจริงหลังจากเรียนจบในระดับปริญญาตรี”

“สนับสนุนจากภาครัฐและเอกชน ให้ก่อเกิดเป็นรูปธรรมให้มากขึ้นอย่างแพร่หลาย”

1.4. สรุปผลการวิเคราะห์ ข้อสังเกต และข้อเสนอแนะ

ในส่วนนี้เป็นการรายงานผลการวิเคราะห์ศักยภาพของกลุ่มบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 501 ราย โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแลอาสา และพระสงฆ์จิตอาสา ที่เข้าร่วมให้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในรูปแบบของเวทีประชุมและการสัมภาษณ์รายบุคคล และให้ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในรูปแบบของการทำแบบสอบถาม ที่มีทั้งคำถามปลายปิดและคำถามปลายเปิด ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงตุลาคม 2562 ข้อกำหนดหลักในการเลือกผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนั้นจึงไม่มีการกำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูล สัดส่วนเพศ อายุ อาชีพ ฯลฯ ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้

ทราบสถานการณ์ที่แท้จริงของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ในระดับหนึ่ง เช่น ในเรื่องของสาขาวิชาชีพของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่า พยาบาลมีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่าสาขาอาชีพอื่น เพศหญิงมีบทบาทมากกว่าเพศชาย เช่นเดียวกับผู้ดูแลอาสาที่มีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนกลุ่มอายุพบว่าทั้ง 3 กลุ่ม อยู่ในช่วง 40-59 ปี ส่วนพระสงฆ์จิตอาสาที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีเข้าร่วมกระบวนการเยียวยาจิตในผู้ป่วยที่ผ่านกระบวนการอบรมรมยังมีไม่มากนัก

ในเรื่องการประเมินศักยภาพของกลุ่มตัวอย่างโครงการวิจัยและประเมินผลนี้ คำว่า “ศักยภาพ” ในความหมายของราชบัณฑิตยสถาน หมายถึง ภาวะแฝง, อำนาจหรือคุณสมบัติที่มีแฝงอยู่ในสิ่งต่าง ๆ อาจทำให้พัฒนาหรือให้ปรากฏเป็นสิ่งที่ประจักษ์ได้ ดังนั้น ในการประเมินศักยภาพกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยนี้ หลักๆ คือ ประเมินในประเด็นเรื่องความรู้ความสามารถเฉพาะด้านการดูแลที่มีอยู่ สิ่งที่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเป็นประจำ ส่วนความรู้ความสามารถที่ต้องการเพิ่มเติมคือโอกาสในการพัฒนาศักยภาพของผู้ตอบ

ส่วนในเรื่องทัศนคติเกี่ยวกับการตายดี ดูจากความคิดเห็นในเรื่องการตายดี ความสำคัญและโอกาสในการตายดีของแต่ละกลุ่มตัวอย่าง ว่ามีความหมายเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร เป้าหมายการตายดีของแต่ละกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างไร

1.4.1. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

1) *สรุปข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง*

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 300 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 80 เป็นเพศชายร้อยละ 18 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-60 ปี (ร้อยละ 60) อยู่ในสายอาชีพพยาบาล ร้อยละ 61 อาชีพหมอ ร้อยละ 17 ที่เหลือคือ ร้อยละ 22 มีหลายสาขาอาชีพที่มีส่วนช่วยหมอพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะท้าย คือ เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักโภชนาการ/โภชนากร นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์แผนจีน และนักจิตวิทยา (แต่ละสาขาอาชีพ มีผู้เข้าร่วม 1-6 คน) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่กล่าวข้างต้นนี้ มากกว่า 1 ใน 3 ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ตามลำดับ ที่เหลือเป็นโรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง

สำหรับระดับการศึกษาของบุคลากรกลุ่มตัวอย่างนี้ ส่วนใหญ่หรือประมาณร้อยละ 70 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี รองลงมา หรือประมาณ 1 ใน 4 คน จบระดับปริญญาโท เมื่อพิจารณาอายุงาน มากกว่าครึ่งของผู้ให้ข้อมูลมีอายุงานมากกว่า 20 ปี แต่เมื่อดูประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า ส่วนใหญ่ หรือประมาณร้อยละ 70 มีประสบการณ์ประมาณ 5 ปี ในกลุ่มตัวอย่างนี้ พยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคองมาก

ที่สุด รองลงมา คือ หมอ ส่วนบุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ ที่ไม่ใช่หมอและพยาบาล กว่าร้อยละ 80 มีประสบการณ์ด้านการดูแลประคับประคองนี้ต่ำกว่า 5 ปี

บุคลากรด้านสุขภาพกลุ่มนี้ ได้รับความรู้และทักษะการดูแลแบบประคับประคองมาจากหลายแหล่ง แต่แหล่งที่ได้รับความรู้มากที่สุด มาจากผู้ร่วมทีมหรือเพื่อนร่วมงาน (ร้อยละ 70) นอกจากนี้ยังได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ (ร้อยละ 65) และบางส่วนสืบค้นความรู้บนแหล่งข้อมูลออนไลน์ สำหรับแหล่งการฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคองหรือการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการตายดีหรือการเผชิญภาวะสุดท้ายของชีวิต มีหลายแหล่งฝึกอบรมที่ได้เข้าร่วม หลักๆ คือทางสถานพยาบาลที่ปฏิบัติงานจัดอบรมให้ (ร้อยละ 62) อีกทั้งยังเข้าฝึกอบรมตามที่สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายจัดให้หรือให้การสนับสนุน (ร้อยละ 42) นอกจากนี้ ผู้ตอบยังไปฝึกอบรมที่ศูนย์การฝึกอบรมที่ประจำอยู่ในแต่ละภูมิภาค (ร้อยละ 23) ส่วนผู้ที่ไม่เคยเข้ารับการฝึกอบรมด้านนี้เลย มีอยู่ถึงร้อยละ 8

จากการสอบถามผู้ให้ข้อมูลหรือผู้เข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้ว่า ตนเองมีความรู้และทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพียงพอหรือไม่ ผลปรากฏว่า เกือบร้อยละ 90 ของผู้ตอบ บอกว่า ความรู้ที่มีอยู่ไม่เพียงพอ ต้องการศึกษาหาความรู้ เสริมทักษะ ประสบการณ์ อีกหลายๆ เรื่อง โดยเฉพาะในเรื่องของการดูแลรายโรคเฉพาะ ทักษะการสื่อสารและให้คำปรึกษา การดูแลจิตใจ การใช้ยา ด้านวิชาการและกฎหมาย การทำ ACP และ family meeting การประสานงานกับเครือข่าย การพัฒนาระบบสนับสนุน และการประเมินทั้งตัวผู้ป่วยและการประเมินผลการทำงาน

จากการประเมินความถี่ในสิ่งที่บุคลากรสุขภาพหรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่าง) ทำเป็นประจำ ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว คือ ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย วางแผนการดูแลรักษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ให้ข้อมูลโรคและแนวทางการดูแลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และเจรจาต่อรองกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามเป้าหมาย ในเรื่องของการรักษาสิทธิ์ของผู้ป่วยที่ทำเป็นประจำ คือ ให้บริการที่สร้างความพึงพอใจให้กับครอบครัวผู้ป่วย ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่อยากกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน สร้างสภาวะแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้ป่วยตายดี และจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วย

จากการสอบถามจุดแข็ง หรือสิ่งที่ผู้ตอบถนัดและทำได้ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่สำคัญๆ เรียงตามลำดับ คือ 1) เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย 2) ให้เวลาผู้ป่วยและครอบครัว 3) มีทักษะการดูแลและสามารถใช้ความรู้เฉพาะทาง 4) มีความสามารถในการสื่อสาร ให้คำปรึกษา 5) มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี 6) มีทีมและเครือข่ายที่ดี 7) มีความสามารถในการประสานงาน จัดการ และวางแผน 8) มีประสบการณ์สั่งสมยาวนาน และ 9) เข้าใจธรรมะและธรรมชาติของการเกิดแก่เจ็บตาย

2) *ศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย*

หากประเมินศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุข ในเรื่องความรู้ความสามารถ จะเห็นได้ว่าผู้ปฏิบัติงานเกือบทุกคนผ่านการอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคองมาแล้ว ยกเว้นผู้บริหารสถานพยาบาลบางรายที่ไม่ได้ลงลึกในรายละเอียด แต่มีส่วนอำนวยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานอย่างไม่ติดขัด ผู้ตอบส่วนใหญ่ ได้เข้าร่วมอบรมการดูแลผู้ป่วยด้านนี้ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา หลายคนเคยเข้าร่วมอบรมหลายครั้งในรอบ 5 ปี และเป็นการอบรมที่จัดโดยหน่วยงานที่สังกัดเป็นส่วนใหญ่ และเข้าร่วมหลักสูตรอบรมที่หน่วยงานที่ฝึกอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคองจัดให้เป็นการเฉพาะ สำหรับแหล่งศึกษาหาความรู้ของผู้ตอบส่วนใหญ่ มาจากผู้ร่วมงาน ซึ่งหมายความว่า ผู้ตอบบางคนได้เรียนรู้จากการพูดคุย แลกเปลี่ยน สมาชิกในทีมที่มีความรู้เข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นอย่างดี หากพิจารณาจากบทบาทหน้า จุดแข็งหรือสิ่งที่ถนัด จะเห็นได้ว่า จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแต่ละสาขาวิชาชีพต่างทำหน้าที่ที่ตนเองมีความถนัดเป็นหลัก นอกเหนือจากนี้ หลายๆ คนกลายมาเป็นผู้ให้คำปรึกษา เป็นวิทยากร และมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในสถานพยาบาลให้ดีขึ้นด้วย

ถึงแม้ว่าบุคลากรสายสุขภาพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการเรียนรู้ เข้าใจในบทบาทหน้าที่ในการทำงานเป็นทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สิ่งที่ถือว่าผู้ตอบทำงานด้านนี้ได้ดี ไม่ใช่แค่ความรู้ความสามารถเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงบุคลิกลักษณะส่วนตัวของผู้ตอบอีกด้วย นั่นคือ เป็นผู้ฟังที่ดี ให้เวลา มีใจอาสา และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ประกอบด้วย

แต่เมื่อถามเจาะจงถึงความเพียงพอของความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานหรือการดูแลผู้ป่วย กลับพบว่า กว่าร้อยละ 80 ของผู้ให้ข้อมูลระบุว่า ไม่เพียงพอ **นั่นคือ ยังมีสิ่งที่ไม่รู้อีกมาก เช่น ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบรายโรค ผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในระยะสุดท้าย ความรู้ในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ส่วนทักษะที่ผู้ตอบส่วนใหญ่ให้ความสำคัญคือ ทักษะหรือเทคนิคการสื่อสาร ทักษะการดูแลด้านจิตใจ ที่ใช้กับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย**

จากการสอบถามเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพตนเอง โดยให้ผู้ตอบประเมินตนเองในรูปแบบประเมินความถี่ 3 ระดับ คือ ทำเป็นประจำ ทำเป็นบางครั้ง และไม่เคยทำ ในเรื่องของ 1) การทำหน้าที่ในภาระงานการดูแลแบบประคับประคองให้เป็นที่น่าพอใจและเป็นที่ยอมรับ 2) การแสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่อง 3) การทำความเข้าใจเรื่องสิทธิ ประเด็นจริยธรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง 4) พัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องการแจ้งข่าวร้าย 5) ถอดบทเรียนเพื่อพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในหน่วยงานตนเอง 6) เป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้ และ 7) พัฒนางานวิจัยจากงานประจำ จากผลการวิเคราะห์ พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ตอบระบุว่าได้ทำสิ่งที่กล่าวมาข้างต้น

อย่างไรก็ดี เมื่อพิจารณาประเด็นการพัฒนาศักยภาพดังกล่าวข้างต้น ที่ผู้ตอบประมาณ 1 ใน 3 ไม่เคยทำ มีสองข้อหลักๆ คือ การเป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้ ทักษะและประสบการณ์ พบว่า

ผู้ตอบร้อยละ 34 ไม่เคยเป็นวิทยากรเลย และในเรื่องของการพัฒนางานวิจัยจากงานประจำ พบว่าผู้ตอบร้อยละ 44 ไม่เคยทำในประเด็นนี้

โดยสรุป บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเกือบทุกคนผ่านการอบรมเสริมทักษะความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคองและการตายดี ได้ใช้ความรู้ความสามารถและความถนัดของตน แต่เกือบทั้งหมดของผู้ตอบบอกว่าความรู้ความสามารถที่มีอยู่ยังไม่เพียงต่อการทำงาน ต้องการความรู้เพิ่มเติมเพื่อให้การทำงานดีขึ้น ดังนั้น การเพิ่มศักยภาพให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นอกจากความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรายโรค ผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นเด็ก ทักษะการสื่อสารและการดูแลด้านจิตใจ การใช้ยาในผู้ป่วยระยะสุดท้าย, วิชาการและกฎหมาย, การทำ ACP และ family meeting เหล่านี้แล้ว ควรมีการสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีความสามารถเป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้หรือสามารถพัฒนางานวิจัยจากงานประจำได้ด้วย จะยิ่งเป็นการยกระดับคุณภาพและทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

3) *ทัศนคติต่อการดูแลแบบประคับประคอง และการตายดี*

จากการวิเคราะห์ทัศนคติของบุคลากรสาธารณสุข เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและการตายดี 5 ประเด็นสำคัญ คือ 1) ความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง 2) การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เหมือนหรือต่าง จากการดูแลผู้ป่วยทั่วไป 3) การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้านสุขภาวะทางปัญญา กับด้านจิตวิญญาณ เหมือนหรือแตกต่างกัน 4) ความหมายของการ ‘ตายดี’ และ 5) การได้รับโอกาสในการตายดี มีความหมายอย่างไรต่อมนุษย์ สรุปได้ดังนี้

ความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง ในมุมมองของบุคลากรสายสุขภาพ เห็นว่ามีความสำคัญมากถึงมากที่สุด (ไม่มีใครตอบว่า ไม่มีความสำคัญเลย) เพราะจะช่วยให้ลดความทรมานทางกาย มีการเตรียมพร้อมก่อนเสียชีวิต ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีก่อนตาย

ความเหมือนและความแตกต่างของการดูแลระหว่าง “ผู้ป่วยระยะสุดท้าย” และ “ผู้ป่วยทั่วไป”

- ความเหมือนของการดูแล ผู้ที่ระบุว่า เป็นการดูแลที่เหมือนกัน คือในเรื่องของการดูแลระบบร่างกาย ต้องดูแลให้ดีที่สุด จัดการอาการรบกวนต่างๆ และให้การดูแลด้านจิตใจก็เช่นเดียวกัน คือ รับฟังปัญหาและให้กำลังใจ
- ความต่างของการดูแล ผู้ตอบหลายรายระบุตรงกันคือ ในเรื่องของเป้าหมายการรักษา ผู้ป่วยทั่วไปคือ ต้องการรักษาให้หายขาด ส่วนผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงท้ายของชีวิต ส่วนด้านการดูแลทางจิตใจนั้น ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยทั่วไปลึกซึ้งเท่าผู้ป่วยระยะสุดท้าย และยังต้องประกอบด้วยหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลนอกจากทีมสหวิชาชีพแล้วยังนับรวมถึงครอบครัว และชุมชน

ของผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องมีการพูดคุยถึง ACP หรือ living will ด้วย

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านสุขภาวะทางปัญญา & สุขภาวะทางจิตวิญญาณ ผู้ตอบส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นแนวคิดที่ต่างกัน โดยมีมุมมองว่า แนวคิดการดูแลผู้ป่วยฯ ด้านสุขภาวะทางปัญญา เป็นการรู้เท่าทันโรค เข้าใจในโรคที่เป็น ใช้องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ ส่วนแนวคิดด้านสุขภาวะทางจิตวิญญาณ เป็นการตอบสนองทางด้านจิตใจ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ ดูแลความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย เป็นต้น

ความหมายของการ 'ตายดี' ในความหมายบุคลากรสาธารณสุข ได้ให้คำสำคัญที่แสดงถึงความหมายของการตายดี คือ ไม่ทุกข์ทรมานทั้งกายและใจ, ตายอย่างสงบ, ไม่มีสิ่งค้างคาใจ, ได้ทำตามความต้องการครั้งสุดท้าย, มีความสุข, สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์, มีการเตรียมพร้อม, ครอบครัวพร้อมหน้า, และยอมรับการตาย

การได้รับโอกาสในการตายดี บุคลากรสาธารณสุขได้ให้เหตุผลว่าทำไมคนเราทุกคนจึงควรได้รับโอกาสในการตายดี คือ โดยธรรมชาติแล้ว มนุษย์ทุกคนต้องตาย, ทุกคนต้องการตายดี, เป็นศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์, เป็นการเตรียมตัวตายไปสู่สุคติภูมิ

โดยสรุปแล้ว ด้วยความเชื่อว่า ไม่มีคนไหนที่ต้องการตายแบบทุกข์ทรมาน ตายอย่างมีเครื่องพันธนาการ ตายอย่างโดดเดี่ยว ตายโดยไม่มีใครเหลียวแล บุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะหมอและพยาบาลที่เข้าใจหลักการการดูแลแบบประคับประคอง จึงเป็นบุคคลสำคัญด่านแรกในการสื่อสารเกี่ยวกับโอกาสในการตายดีให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยโรคที่คุกคามชีวิต รวมทั้งครอบครัวผู้ป่วย แต่การจะสื่อสารประเด็นดังกล่าวนี้ได้ ผู้ตอบหลายราย ได้เรียนรู้ว่าต้องรู้จักจังหวะเวลาที่เหมาะสมในการพูดถึงความเป็นความตายของชีวิต

4) *ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ*

- ศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่เป็นที่กังขา เพราะความตั้งใจในการทำงานเป็นทีมดูแลฯ และมีการพัฒนาศักยภาพในด้านความรู้ความสามารถในระหว่างการทำงาน หรือได้รับการอบรมเป็นระยะๆ จากหน่วยงานที่จัดให้ หรือได้รับการสนับสนุนทุนเพื่อไปศึกษาจากแหล่งอบรมอื่นๆ ที่ได้จัดขึ้นเป็นการเฉพาะ
- ควรมีการรวบรวมและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในขอบเขตวิชาชีพของตนเอง เช่น นักโภชนากร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ฯลฯ เพื่อให้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความแตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป

1.4.2. ผู้ดูแลอาสา

1) สรุปข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลอาสาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 125 คน เกือบร้อยละ 90 เป็นเพศหญิง มีเพศชายในบางพื้นที่เท่านั้น อายุเฉลี่ยของผู้ดูแลอาสาคือ 52 ปี ส่วนใหญ่แล้วผู้ตอบมากกว่าร้อยละ 60 อยู่ในวัย 40-59 ปี และมีสถานภาพสมรส ส่วนระดับการศึกษา ผู้ตอบส่วนใหญ่มีการศึกษาไม่เกิน ม.ปลาย หรือเทียบเท่า อาชีพหลักของผู้ดูแลอาสาที่พบมากที่สุด คือ อาชีพเกษตรกร และรับจ้างทั่วไปที่มีรายได้พอเลี้ยงชีพ โดยเฉลี่ยแล้ว มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท

ในด้านภาวะสุขภาพ ผู้ตอบส่วนใหญ่ประเมินสุขภาพตนเองค่อนข้างดีและแข็งแรงดีมาก น้อยคนนักที่มีสุขภาพไม่ค่อยดี ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวใด ๆ มีเพียง 1 ใน 3 คนเท่านั้น ที่ระบุว่ามีโรคประจำตัว สำหรับประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยติดเตียง/ผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ตอบกว่าร้อยละ 60 มีประสบการณ์เป็นอาสาสมัครดูแลสุขภาพมากว่า 5 ปี และในบรรดาผู้ป่วยที่ดูแลคือ คนในชุมชน รองลงมาคือดูแลพ่อแม่ และญาติพี่น้องตามลำดับ สำหรับเวลาที่ใช้ในการดูแล พบว่า ผู้ตอบร้อยละ 46 ไม่ได้ดูแลอย่างต่อเนื่อง และร้อยละ 43 ดูแลผู้ป่วยวันละไม่เกิน 2 ชั่วโมง

แรงจูงใจสำคัญในการอาสาเข้ามาดูแลผู้ป่วยของผู้ตอบ ส่วนใหญ่ที่มาทำหน้าที่นี้เพราะว่ามีความสุขใจที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น (ร้อยละ 55) อีกประการหนึ่งคือ คิดว่าการดูแลช่วยเหลือผู้อื่น จะได้บุญได้กุศล ตนจะไม่เจ็บไข้ได้ป่วย (ร้อยละ 52) และประการสุดท้าย คือ ตนไม่มีกำลังทรัพย์ จึงขอใช้กำลังกายเพื่อทำความดีแทน (ร้อยละ 52) สิ่งที่ผู้ดูแลอาสาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้ทำเป็นประจำคือให้กำลังใจครอบครัวผู้ป่วย (ร้อยละ 56) รองลงมาคือ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกับทีมจิตอาสาและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 52)

2) ศักยภาพของผู้ดูแลอาสาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ดูแลอาสาที่เข้าร่วมโครงการวิจัยและประเมินผลฯ นี้ หากพิจารณาในด้านความรู้ความเข้าใจที่มาจากการอบรมที่เคยได้รับ พบว่า กว่าร้อยละ 80 ผ่านการอบรมเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ หากพิจารณาจำเพาะเจาะจงประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การดูแลแบบประคับประคอง การแจ้งข่าวร้าย และการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ พบว่า ผู้ตอบร้อยละ 50 เคยได้รับการอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ตอบหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่าง เคยอบรมด้านการแจ้งข่าวร้าย และร้อยละ 13 ของผู้ตอบเคยอบรมการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ อาจสรุปได้ว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลอาสาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างไม่มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่ว่าจะเป็นการดูแลทางกายและทางจิตใจ รวมไปถึงทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว

เมื่อพิจารณาสิ่งที่ผู้ดูแลอาสาปฏิบัติต่อผู้ป่วยในความดูแลกระทำเป็นบางครั้งจนถึงเป็นประจำ พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลอาสาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้กระทำคือ ให้กำลังใจดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 85) และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเรียนรู้ต่างๆ ร่วมกับทีมจิตอาสาและบุคลากรสาธารณสุข (ร้อยละ 82) ส่วนกิจกรรมนอกเหนือจากนี้ คือ ทำแผล ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย จัดหาอาหารให้ผู้ป่วยที่ขาดคนดูแล ฯลฯ ผู้ตอบส่วนใหญ่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเป็นบางครั้ง โดยสรุปผู้ดูแลอาสาส่วนใหญ่มีบทบาทเยี่ยมบ้านและให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวเป็นกิจวัตร และพัฒนาศักยภาพตนเองโดยการพูดคุยประสบการณ์ ร่วมกับทีมจิตอาสา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3) ทัศนคติต่อการตายดี

ในการศึกษานี้เป็นการสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับหลักการ/แนวคิดเกี่ยวกับการตายดี ที่แบ่งระดับความคิดเห็นจาก มาก ปานกลาง และน้อย ผลการสำรวจสรุปได้ว่า ผู้ตอบเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95) เห็นด้วยในระดับมากว่า การตายดีคือการทำให้ผู้ป่วยหมดห่วงก่อนตาย และผู้ตอบร้อยละ 93 เห็นด้วยในระดับมากว่า การช่วยให้ผู้ป่วยตายดี เป็นการคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และผู้ตอบร้อยละ 90 เห็นด้วยในระดับมากว่า การจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

ส่วนในเรื่องการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องความตาย พบว่า ผู้ตอบร้อยละ 85 เห็นด้วยในระดับมากว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและระยะเวลาที่เหลืออยู่ในชีวิต ผู้ตอบร้อยละ 71 เห็นว่า ความตาย หรือ การเตรียมตัวก่อนตาย เป็นเรื่องที่พูดคุยกันอย่างตรงไปตรงมา และผู้ตอบร้อยละ 70 เห็นว่าการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องความตาย ไม่ใช่เรื่องอัปมงคล จากข้อมูลดังกล่าวนี้ ผู้ตอบส่วนใหญ่เห็นด้วยเกี่ยวกับการพูดเรื่องความตาย หรือ เตรียมพร้อมกับความตายกับผู้ป่วย แต่ก็ยังพบว่า หนึ่งในสี่ของผู้ตอบ มีความคิดเห็นระดับปานกลางไปจนถึงน้อย นั่นแสดงว่าการพูดคุยเรื่องนี้ อาจพูดไม่ได้ง่ายนักในบางโอกาสสำหรับผู้ดูแลอาสา ทั้งนี้ อาจขึ้นอยู่กับบริบทของผู้ดูแลอาสาในเรื่องการได้รับการยอมรับการมีบทบาทเป็นผู้ดูแล และบริบทของผู้ฟัง ที่เป็นตัวผู้ป่วยเองหรือครอบครัวผู้ป่วย ที่มีการรับรู้และเข้าในประเด็นอ่อนไหวที่ต่างกัน

จากการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการตายที่บ้าน กับตายที่โรงพยาบาล พบว่า ผู้ตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) เห็นด้วยว่า “ตายที่บ้าน ดีกว่าตายที่โรงพยาบาล” ส่วนที่เหลือ (ร้อยละ 30) เห็นด้วยในระดับปานกลางถึงน้อย อาจเป็นเพราะในบางกรณี การรอความตายอยู่บ้าน อาจไม่ได้รับการดูแลที่ดีเหมือนอยู่ในโรงพยาบาล รวมถึงการเดินทางกลับบ้านมีความยากลำบากสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในเขตทุรกันดาร

โดยสรุปแล้ว ทัศนคติของผู้ดูแลอาสาเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับบุคลากรสาธารณสุข แต่ในเรื่องการสื่อสารประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการตายดี ซึ่งเป็นวาทศิลป์อย่างหนึ่ง เช่น สัญลักษณ์ท่าทางที่แสดงถึงความจริงใจ การใช้คำพูดกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถตอบโต้ได้ การพูดให้กำลังใจครอบครัว เรื่อง

ที่ควรพูดและไม่ควรพูด การรับฟังความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ โอกาสที่เหมาะสมในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เป็นต้น ผู้ดูแลอาสาทุกคนควรต้องมีความรู้ความเข้าใจ และจำเป็นต้องได้รับการอบรม หรือเรียนรู้เพิ่มเติม

4) ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ

ผู้ดูแลอาสามักถูกคาดหวังจากบุคลากรสาธารณสุขว่า จะสามารถแบ่งเบาหน้าที่การดูแลผู้ป่วยแทนได้ แต่ในความเป็นจริงกลับไม่เป็นเช่นนั้น จะเห็นได้จากเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่ใช้เวลาไม่เกิน 1-2 ชั่วโมงเท่านั้น และไม่ใช่เป็นการดูแลแบบต่อเนื่อง และการเยี่ยมเยียนผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการให้กำลังใจ นำสิ่งของไปให้ ดังนั้น บทบาทของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงไม่เป็นไปตามความคาดหวังของบุคลากรสาธารณสุข ทั้งนี้เป็นไปได้ว่า ผู้ดูแลอาสาส่วนใหญ่เป็น อสม. มีอาชีพเป็นเกษตรกร มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน นอกจากต้องหารายได้เลี้ยงครอบครัวแล้ว ยังต้องทำหน้าที่ดูแลคนในครอบครัวอีกด้วย จึงทำให้ดูแลผู้ป่วยไม่ได้เต็มแรงมากนัก งานอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยเป็นงานที่มีค่าใช้จ่าย เช่น ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเล็กๆ น้อยๆ เพื่อผู้ป่วยและครอบครัวที่ยากไร้ ดังนั้น ควรมีแรงจูงใจให้กับผู้ดูแลอาสา โดยเฉพาะ อสม. ที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชนชนบท เช่น ค่าเดินทาง หรือสินน้ำใจ ทางองค์กรปกครองท้องถิ่นและหน่วยบริการสาธารณสุขในชุมชน ควรมีการจัดสรรเงินจากกองทุนที่เกี่ยวกับช่วยเหลือผู้ป่วยยากไร้ หรือเพื่อจัดซื้ออุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วย มาสนับสนุนการทำงานของ อสม. ก็อาจช่วยทำให้ อสม. มีกำลังใจในการทำงาน และพัฒนาศักยภาพการทำงานในหน้าที่นี้ได้ดียิ่งขึ้น

1.4.3. พระสงฆ์จิตอาสา

1) สรุปข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พระสงฆ์จิตอาสาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 76 รูป นี้ มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ตอบมีอายุระหว่าง 40-59 ปี โดยที่ 3 ใน 4 ของผู้ตอบบวชมาแล้วอย่างน้อย 5 พรรษา สำหรับระดับการศึกษาทางโลก พบว่า ร้อยละ 46 มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี และร้อยละ 36 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ที่เหลือมีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี ส่วนระดับการศึกษาทางธรรม แผนกบาลี พบว่าผู้ตอบส่วนใหญ่ หรือราวร้อยละ 72 จบนักธรรมเอก และแผนกเปรียญ พบว่า ส่วนใหญ่ หรือร้อยละ 76 ยังไม่ได้เปรียญธรรม

กล่าวถึงบทบาทการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชนหรือในโรงพยาบาล พระสงฆ์ พบว่า เกือบร้อยละ 60 ได้เคยรับนิมนต์ไปพูดคุยกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้ถวายสังฆทาน ให้ศีลให้พรผู้ป่วย ส่วนความถี่ในการเยี่ยมผู้ป่วยนั้น มีผู้ตอบเพียงร้อยละ 30 เท่านั้น ที่ไปเยี่ยมบ่อยๆ จนถึงไปเยี่ยมเป็นประจำ ส่วนที่เหลือคือ ร้อยละ 43 ยังไม่เคยไปเยี่ยมผู้ป่วยเลย ส่วนพระสงฆ์ที่เคยเยี่ยมผู้ป่วยนั้น เกือบ

ครึ่งหนึ่งของผู้ตอบทั้งหมดมีบทบาทยังไม่ถึงหนึ่งปี ส่วนผู้ที่มีบทบาทมากกว่าหนึ่งปีขึ้นไปแต่ไม่เกิน 10 ปี มีอยู่ร้อยละ 42 ส่วนผู้ที่มีบทบาทเยี่ยมผู้ป่วยมาแล้วกว่า 10 ปี มีเพียงร้อยละ 11

เมื่อสอบถามถึงเหตุผลหรือแรงจูงใจในการดูแลจิตใจผู้ป่วยระยะสุดท้าย พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด หรือกว่าร้อยละ 90 ให้เหตุผลตามลำดับความมสำคัญ คือ หนึ่ง อยากให้ผู้ป่วยที่ศรัทธาในหลักคำสอนของพุทธศาสนา ได้มีโอกาสพูดคุยกับพระ ได้สวดมนต์ หรือทำบุญตักบาตร หรือเป็นผู้นำทางให้ผู้ป่วยหลังจากเสียชีวิตแล้ว ไปสู่ภพภูมิที่ดีตามความเชื่อของคนไทย สอง ผู้ตอบมองว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นกิจของสงฆ์ที่ส่งเสริมภาพลักษณ์ที่ดีของสงฆ์ สาม เข้าใจถึงสภาวะจิตใจของผู้ป่วย อยากชี้นำให้ผู้ป่วยมีความสงบ สบายใจ และกล้าเผชิญกับความตาย สี่ เห็นผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ อยากให้เตรียมความพร้อมเรื่องการตาย และพูดคุยอย่างตรงไปตรงมา และสุดท้าย เห็นว่าเป็นกิจกรรมที่มีคุณค่าทางจิตใจของผู้ตอบ

ส่วนประเด็นที่ไม่ใช่แรงจูงใจสำคัญต่อพระสงฆ์จิตอาสาในการมีบทบาทดูแลผู้ป่วยระยะท้าย คือ ทางทีมบุคลากรทางการแพทย์เชิญชวนให้ทำกิจกรรมเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันให้ครบทีม

2) *ศักยภาพของพระสงฆ์จิตอาสา ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*

เมื่อสอบถามการเคยเข้าร่วมอบรมเสริมความรู้ด้านการดูแลหรือเยียวยาจิตใจผู้ป่วย พบว่าผู้ตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) ไม่เคยได้เข้าร่วมการอบรมในเรื่องนี้มาก่อน ส่วนผู้ที่เคยได้รับการอบรมส่วนหนึ่งเข้าร่วมอบรมที่จัดโดยเครือข่ายพุทธิกา และส่วนหนึ่งเข้าร่วมอบรมในหลักสูตร “พระคิลานุปัฏฐาก” หรือ “พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.)” ที่จัดโดยกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หากพิจารณาศักยภาพของพระสงฆ์จิตอาสาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างนี้ กล่าวได้ว่า ส่วนใหญ่มีข้อมูลความรู้ตลอดจนความสามารถด้านเยียวยาผู้ป่วยที่ไม่พร้อม ต่อการนำไปสื่อสารกับผู้ป่วย ทำให้เห็นได้ว่า ผู้ตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) มีบทบาทในการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหรือที่สถานพยาบาล นานๆ ครั้ง (3-4 เดือนต่อครั้ง) จนถึง ไม่เคยได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยเลย ด้วยเหตุไม่พร้อมในเรื่องดังกล่าวนี้ จึงเห็นได้ว่าในส่วนของข้อเสนอแนะจากพระสงฆ์จิตอาสาส่วนใหญ่จึงมุ่งหวังอยากให้มีการจัดอบรมเสริมความรู้ที่ในเรื่องการพูดคุย การปฏิบัติต่อผู้ป่วย หลักจิตวิทยา ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับอาการของโรคในระยะสุดท้าย โดยจัดให้มีการอบรมเป็นประจำและต่อเนื่อง และมีเครือข่ายการทำงานพระสงฆ์จิตอาสาด้านดูแลสุขภาพเกิดขึ้นทั่วทุกภูมิภาค

3) *ทัศนคติต่อการตายดี*

เมื่อศึกษาทัศนคติต่อการตายดีของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างต่อมุมมองสามประเด็น คือ หนึ่ง ความหมายของการตายดี สอง การตายดีมีความหมายต่อมนุษย์อย่างไร และสาม ความสำคัญของพระสงฆ์ต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบคำตอบที่มีนัยยะสอดคล้องกันเป็นส่วนใหญ่ นั่นคือ ในมุมมองของพระสงฆ์จิตอาสา ความหมายของการตายดี ประกอบด้วยคำสำคัญ คือ ตายอย่างมีสติ, สงบ, ไม่

ทุกข์ทรมาน, หมดห่วง, มีความสุข และการที่มนุษย์ควรได้รับโอกาสในการตายดี ผู้ตอบส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า เป็นโอกาสที่มนุษย์จะได้ไปสู่ภพภูมิที่ดี หรือสุคติภูมิ ตามความเชื่อของพุทธศาสนา ส่วนความเห็นเกี่ยวกับความสำคัญของพระสงฆ์ต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ตอบระบุว่า พระสงฆ์เป็นเสมือนตัวแทนทางจิตวิญญาณ เป็นที่พึ่งทางจิตใจ ช่วยนำทางจิตสุดท้ายไปสู่สุคติภูมิได้

4) *ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ*

พระสงฆ์บางรูปขาดความรู้ความเข้าใจในสภาวะทางกายและใจผู้ป่วยระยะสุดท้าย นั่นคือ เมื่อพิจารณาความรู้ความเข้าใจต่อสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในด้านนี้น้อยที่สุด ตามที่ได้เปรียบเทียบกับทีมบุคลากรสาธารณสุขและผู้อาสาดูแลที่ได้ผ่านการอบรมด้านการดูแลสุขภาพหลายหลักสูตรและมีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยมาแล้วหลายปี ดังจะเห็นได้จากคำตอบที่ระบุว่า ตัวผู้ป่วยเป็นปัญหาและอุปสรรค หรือสิ่งที่ลำบากใจ สำหรับบทบาทการเยียวยาจิตใจ อาทิเช่น *“ผู้ป่วยบางรายไม่รับฟัง เพราะไม่คิดว่าตัวเองจะตายและไม่อยากตาย”, “ผู้ป่วยบางท่านไม่ค่อยให้ความสำคัญต่อการตอบคำถามและการฟังปัญหาที่เกิดขึ้น”, “ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจบทบาทพระสงฆ์อย่างแท้จริง”, “ผู้ป่วยอารมณ์เหวี่ยงวีน”* และ *“(ผู้)ป่วยหนักและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พูดคุยไม่รู้เรื่อง รู้สึกหนักใจ”*

ตัวอย่างคำตอบข้างต้น ทำให้เห็นได้ว่าพระสงฆ์จิตอาสาบางรูป ไม่เข้าใจ ความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่กำลังอยู่ในสภาวะเจ็บปวด ไม่สบายตัว เหนื่อย เพลีย อ่อนแรง สิ้นหวัง ครุ่นคิด หวั่นวิตก หวาดกลัวความตาย ต่างๆ นานา หากผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการอาการดังกล่าว ก็ยากที่จะสนใจฟังหรือตอบสนองในทางที่พึงพอใจเมื่อภิกษุสงฆ์มาเยี่ยม ดังนั้น พระสงฆ์ที่จะเป็นผู้เยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องเข้าใจประเด็นนี้มากที่สุด

2. สถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาวะผู้ป่วยระยะสุดท้าย: ผลจากข้อมูลเชิงคุณภาพ

รายงานส่วนนี้ นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ในระหว่างเก็บข้อมูลภาคสนามเดือนมิถุนายนถึงตุลาคม 2562 เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในลักษณะประชุมกลุ่ม สัมภาษณ์รายบุคคล การสนทนาพูดคุยแบบไม่เป็นทางการ และการสังเกตจากการเยี่ยมผู้ป่วย วัตถุประสงค์ของการนำเสนอนี้คือ เพื่อให้เห็นสถานการณ์ปัจจุบันของระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ว่าเป็นอย่างไร และมีประเด็นข้อค้นพบจากพื้นที่/กรณีศึกษาที่น่าสนใจ และข้อเสนอแนะอย่างไรบ้าง ผ่านมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องคือ บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข/จิตอาสา พระสงฆ์จิตอาสา ตลอดจนผู้นำชุมชน

ส่วนรายละเอียดของการนำเสนอจะเน้นการนำเสนอในระดับพื้นที่ ที่ผู้ให้ข้อมูลประจำอยู่ในสถานพยาบาล คือ บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข จิตอาสา (อสม. พระสงฆ์ ผู้นำชุมชน ฯลฯ) เท่านั้น สำหรับรายละเอียดเชิงจำนวน ร้อยละ ดูได้จากตารางสรุป ท้ายรายงานส่วนนี้

2.1. คุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (ร้อยละ 70) และผู้ที่เกี่ยวข้อง คือ ผู้ดูแลอาสา พระสงฆ์ ตัวแทนชุมชน และอื่นๆ (ร้อยละ 30) จำนวนรวมทั้งหมด 592 คน โดยมีพยาบาลเข้าร่วมให้ข้อมูลมากที่สุด รองลงมาคือ ผู้ดูแลอาสา และแพทย์ สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ พยาบาล ผู้ดูแลอาสา และแพทย์ มีส่วนเกี่ยวข้องมากที่สุด สำหรับบุคลากรสาธารณสุขสายอาชีพอื่น มีสัดส่วนการเข้าร่วมให้ข้อมูลน้อยกว่ากลุ่มที่กล่าวข้างต้น ด้วยเหตุผลหลายประการคือ ไม่สะดวกเข้าร่วมในวันที่นักวิจัยเก็บข้อมูลในพื้นที่ และส่วนใหญ่ประจำอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ตั้งแต่ระดับชุมชนทั่วไป รายละเอียดที่จะอธิบายต่อไปนี้เป็นภาพรวมของผู้ให้ข้อมูลตามสายอาชีพ (ดู ตาราง 15 ประกอบ)

2.1.1. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

1) พยาบาล / ผู้ช่วยพยาบาล

พยาบาลฝ่ายปฏิบัติการมีทั้งผู้ได้รับการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง และไม่ได้อบรม เป็นทีมงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งในโรงพยาบาล และที่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นพยาบาลฝ่ายงานเยี่ยมบ้าน ลงชุมชน ส่วนผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยก็คือ อาจารย์ในมหาวิทยาลัยที่สอนจัดอบรม เป็นวิทยากรในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้บริหารในระดับส่วนกลางที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับนโยบาย (จำนวนผู้ให้ข้อมูล 245 คน, ร้อยละ 41)

2) แพทย์

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ คือหมอที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง หลักๆ คือเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และอีกส่วนหนึ่งเป็นผู้บริหารสถานพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และหมอนักวิชาการที่ทำงานในระดับนโยบาย (จำนวนผู้ให้ข้อมูล 75 คน, ร้อยละ 13)

3) นักวิชาการสาธารณสุข

ประกอบไปด้วยนักวิชาการที่ทำงานในระดับหน่วยงานกลาง ตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ และผู้ที่เป็นผู้บริหารหรือเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) (จำนวนผู้ให้ข้อมูล 28 คน, ร้อยละ 5)

4) เภสัชกร

ส่วนใหญ่คือผู้ที่ดูแลการใช้ยา จัดยาสำหรับโรคประจำตัว และยาประเภทโอปิออยด์พร้อมอุปกรณ์ มีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย (จำนวนผู้ให้ข้อมูล 27 คน, ร้อยละ 5)

5) แพทย์ทางเลือก

ในที่นี้คือแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนจีน ที่มีส่วนช่วยดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในเรื่องลดการใช้ยาแผนปัจจุบัน แต่เพิ่มความสุขสบายมากขึ้น โดยแพทย์แผนไทยนำการใช้สมุนไพรมาใช้กับผู้ป่วย เช่น ทาแผลกดทับ แก้ท้องผูก หรือใช้ขจัดกลิ่นไม่พึงประสงค์ ใช้บำบัดความเครียด เพิ่มความอยากอาหาร การนวดเพื่อผ่อนคลาย ใช้การฝังเข็มบำบัดความเจ็บปวดในผู้ป่วย เป็นต้น (จำนวนผู้ให้ข้อมูล 11 คน, ร้อยละ 2)

6) นักกายภาพบำบัด / นักกิจกรรมบำบัด

เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในเรื่องการเคลื่อนไหวทางกาย การกลืนอาหาร และใช้กิจกรรม เช่น ดนตรี ศิลปะ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางสมองร่วมด้วย (จำนวนผู้ให้ข้อมูล 11 คน, ร้อยละ 2)

7) โภชนากร / นักโภชนาการ

ดูแลเรื่องอาหารที่ช่วยพยุงชีวิตผู้ป่วย คิดสูตรอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับสารอาหารที่ครบถ้วน คิดค้นอาหารที่นอกเหนือไปจากอาหารปั่น เช่น อยู่ในรูปของไอศกรีม เยลลี สำหรับครอบครัวที่ไม่สามารถซื้ออาหารผงสำเร็จรูปให้กับผู้ป่วยได้ โภชนากร/นักโภชนาการช่วยสอนผู้ดูแลผู้ป่วยในเรื่องการทำอาหารและให้อาหารทางสายยาง (จำนวนผู้ให้ข้อมูล 8 คน, ร้อยละ 1)

8) นักสังคมสงเคราะห์

ผู้ป่วยที่ขาดผู้ดูแล ครอบครัวผู้ป่วยยากไร้ จะได้รับการช่วยเหลือด้านความเป็นอยู่จากหน่วยงานทางสังคม องค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้องโดยการประสานงานจากนักสังคมสงเคราะห์ (จำนวนผู้ให้ข้อมูล 6 คน, ร้อยละ 1)

9) นักจิตวิทยา

เป็นผู้ดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเครียด กังวลใจ สับสน รวมถึงครอบครัวผู้ป่วยที่มีสมาชิกได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยของคนในบ้าน นักจิตวิทยาบางโรงพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้แจ้งข่าวร้ายให้กับผู้ป่วยและครอบครัว (จำนวนผู้ให้ข้อมูล 2 คน, ร้อยละ 0.3)

10) นักวิชาการอิสระ

ในที่นี้คือ ผู้ที่รับผิดชอบโครงการย่อย ที่อยู่ภายใต้ชุดโครงการการสร้างเสริมสุขภาวะในช่วงท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556-2559 (จำนวนผู้ให้ข้อมูล 4 คน, ร้อยละ 0.7)

2.1.2. ผู้ดูแลจิตอาสา (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน-อสม. และจิตอาสา)

ผู้ดูแลอาสา หรืออาจสลับใช้กับคำว่า จิตอาสา อสม. ซึ่งในที่นี้หมายถึง บุคคลที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว และไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข แต่เป็นบุคคลที่เข้าร่วมทีมบุคลากรด้านสุขภาพในโรงพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและบ้านของผู้ป่วย แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ 3 กลุ่ม คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จิตอาสาประจำโรงพยาบาล และกลุ่มที่รวมตัวเพื่อความตั้งใจเดียวกัน (จำนวนผู้ให้ข้อมูล 122 คน, ร้อยละ 21)

1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

อสม. เป็นจิตอาสากลุ่มที่ใหญ่ที่สุดที่เป็นฝ่ายตั้งรับอยู่ในชุมชน ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ผู้ที่เป็น อสม. จะได้รับการอบรมด้านการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตามสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ในปัจจุบันมีอุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน ความดัน โรคเกี่ยวกับหัวใจ ปอด ไต ฯลฯ ที่จะมาออกอาการเมื่อผู้ป่วยมีอายุเพิ่มขึ้น ดังนั้น ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจึงมีเพิ่มมากขึ้น จากสถานการณ์ดังกล่าว อสม. จึงได้รับการอบรมให้สามารถเป็นผู้ดูแลหรือแคร์กิฟเวอร์ สำหรับดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพในชุมชนด้วย และในช่วงที่แนวคิดเรื่องการตายดีเริ่มแพร่หลายมากขึ้น รวมถึงการให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตในช่วงระยะสุดท้ายที่บ้านได้ อสม. ทำงานร่วมกับสถานบริการสุขภาพในบางพื้นที่จะได้รับการอบรม หรือได้รับข้อมูลแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

2) จิตอาสาประจำโรงพยาบาล (รพ. / รพ.สต./ ศูนย์สุขภาพชุมชน)

จิตอาสาประจำโรงพยาบาล เป็นกลุ่มที่โรงพยาบาลรับเข้ามาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยหรือฝึกให้เป็นแคร์กิฟเวอร์ โดยให้มีการอบรมเพิ่มเติมเป็นการเฉพาะเพื่อให้สามารถดูแลร่างกายหรือใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์กับผู้ป่วยได้ รวมไปถึงทักษะการสื่อสารที่เป็นกายเยียวยาจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย นอกจากในเรื่องดูแลผู้ป่วย ยังเป็นเรื่องของการจัดหาสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย จิตอาสากลุ่มนี้มาจากหลากหลายสาขาอาชีพ เช่น พ่อค้าแม่ค้าหรือเจ้าของกิจการ

อสม. ข้าราชการเกษียณ โดยเฉพาะสายงานครูและพยาบาลที่พบมากที่สุด รองลงมาคือผู้นำชุมชน เช่น อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล

3) กลุ่มบุคคลที่รวมตัวเพื่อความตั้งใจเดียวกัน

ในที่นี้คือ จิตอาสาที่จัดตั้งขึ้นเอง มีแนวทางของตนเองหรือของกลุ่มในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาลหรือที่บ้าน เช่น กลุ่ม I SEE U ในกรุงเทพฯ ซึ่งอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการมีความพร้อมเรียนรู้ในการฝึกอบรมการเยียวยาด้วยธรรมะ และเรียนรู้จากผู้ป่วย เรียนรู้จากอาสาสมัครด้วยกัน ตลอดเวลา ในขณะเดียวกัน จัดอบรมให้ผู้อื่นเพื่อเพิ่มความสามารถของสมาชิกที่เข้ามาอย่างต่อเนื่อง

2.1.3. พระสงฆ์จิตอาสา

พระภิกษุที่มีส่วนร่วมในการเยี่ยมผู้ป่วยและเยียวยาจิตใจผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งได้รับการนิมนต์จากโรงพยาบาล หรือจากครอบครัวผู้ป่วย ตามความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการที่พึ่งทางใจ บางครั้งไปเพื่อให้ผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียงได้ทำบุญ ถวายสังฆทาน รับศีลรับพร ทำพิธีต่ออายุ ซึ่งเป็นเรื่องของความสบายใจของคนในครอบครัว บางโอกาสเข้าไปพูดคุย ให้กำลังใจ ให้แง่คิด ผู้ป่วยที่ยังสติสัมปชัญญะ รูปแบบการดูแลจึงมีความหลากหลายทั้งสถานการณ์และความต้องการส่วนบุคคล ลักษณะการดูแลจิตใจผู้ป่วยโดยพระสงฆ์มีหลายลักษณะ คือ ทำงานร่วมกับโรงพยาบาลในพื้นที่และผู้ดูแลจิตอาสา และ ดูแลภิกษุอาพาธที่โรงพยาบาลหรือที่วัด

ในช่วง 4-5 ปีมานี้ มีการส่งเสริมให้พระสงฆ์มีบทบาทด้านการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยมากขึ้น สามารถทำงานร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ แหล่งการเพิ่มศักยภาพของพระสงฆ์จิตอาสาเยียวยาผู้ป่วย เช่น

1) เข้าร่วมอบรมเพิ่มศักยภาพเป็นแกนนำพระสงฆ์เยียวยาจิตใจผู้ป่วยจากโครงการที่รับผิดชอบโดยเครือข่ายพุทธิกาทั้งในช่วงระยะขยายผลเชิงลึกและขยายผลเชิงกว้าง

2) แกนนำพยาบาลจัดอบรม โดยการเชิญแกนนำหรือวิทยากรพระสงฆ์ จัดฝึกอบรมให้กับพระสงฆ์จิตอาสาที่อยู่ในพื้นที่

3) เข้าร่วมอบรมในหลักสูตรพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด – อสว.)

4) เข้าร่วมอบรมที่จัดโดยเครือข่ายพระสงฆ์อาสาคิลานธรรม

5) ไม่เคยเข้าร่วมอบรม แต่ใช้ความเข้าใจและศึกษาจากธรรมะ และหาความรู้ด้วยตนเอง

อันที่จริงแล้ว พระสงฆ์จิตอาสาบางรูปเยียวยาจิตใจผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายเป็นบางครั้งบางคราว ขึ้นอยู่กับการนิมนต์ของครอบครัวผู้ป่วยหรือทางโรงพยาบาล แต่บทบาททั่วไปแล้ว เมื่อมีโอกาสได้เทศนาธรรม สนทนาธรรมกับฆราวาส ส่วนใหญ่มักกล่าวถึงเรื่องการดำเนินชีวิตและเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความตายอยู่แล้ว

2.1.4. เครือข่ายชุมชน

ประกอบด้วยสมาชิกในชุมชนทั้งระดับหมู่บ้าน ตำบล และอำเภอ ที่ทำงานร่วมกันภายใต้โรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่มีตำแหน่งหน้าที่ในระดับการปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น พัฒนากร สมาชิกในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล และ อบต.) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครกู้ภัย ฯลฯ

2.2. การมีส่วนร่วมของจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในระดับพื้นที่

ในส่วนนี้เป็นการนำเสนอสถานการณ์ปัจจุบันของการทำงานกันระหว่างจิตอาสากับบุคลากรฯ ในการดูแลผู้ป่วย โดยมุ่งไปที่บทบาทของจิตอาสา (อสม., แคร์กิฟเวอร์, ผู้ดูแลอาสา, พระสงฆ์, ผู้นำชุมชน และบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง) เป็นหลัก ส่วนบทบาทของบุคลากรฯ ได้กล่าวไว้อย่างละเอียดในรายงานว่าด้วยเรื่องศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแล้ว (โปรดดูบทที่ 2 ของรายงานฉบับนี้)

สำหรับข้อตกลงเบื้องต้นของรายงานส่วนนี้คือ กลุ่มบุคคล / กรณีศึกษา / พื้นที่ / หน่วยงาน / ที่อ้างถึง ในที่นี้ เป็นข้อมูลจากการที่คณะวิจัยได้ไปเยี่ยม เก็บข้อมูลโดยตรงเท่านั้น และกล่าวได้ว่าหน่วยงานและคณะบุคคลที่ได้พูดคุยทั้งหมดมีความโดดเด่น/ก้าวหน้าในงานการดูแลแบบประคับประคอง ที่คณะวิจัยได้รับการแนะนำและพิจารณาแล้วว่าควรค่าแก่การศึกษาเรียนรู้ ส่วนพื้นที่ที่ไม่ได้ระบุถึงในบางหัวข้อ เช่น ทีมจิตอาสา ทีมบุคลากรฯ ทีมพระสงฆ์ หรือสถานพยาบาล ที่มีความโดดเด่น เนื่องด้วยข้อจำกัดด้านเวลาที่ไม่สามารถคุยได้ทุกประเด็น ทุกคน ในระยะเวลา 3 ชั่วโมง และในแต่ละพื้นที่มีความน่าสนใจที่แตกต่างกัน ส่วนจังหวัด/พื้นที่ที่มีความโดดเด่น แต่คณะผู้วิจัยไม่ได้เข้าเยี่ยมด้วยข้อจำกัดของเวลา และงบประมาณ แต่อย่างไรก็ตาม คณะวิจัยเชื่อว่ารายละเอียดที่นำเสนอในที่นี้ เป็นความก้าวหน้าของระบบบริการสุขภาพด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้เป็นอย่างดี

ข้อค้นพบที่จะนำเสนอต่อไปนี้ ประกอบด้วย บทบาทของจิตอาสา ทั้งบุคคลทั่วไป และพระสงฆ์ ในฐานะผู้ดูแลที่ทำหน้าร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.2.1. บทบาทของผู้ดูแลอาสา (อสม./แคร์กิฟเวอร์/จิตอาสา รพ.)

ผู้ดูแลอาสา (โดยรวมคือ อสม. แคร์กิฟเวอร์ จิตอาสา) ที่ให้ข้อมูล ต่างมีทักษะด้านการดูแลผู้ป่วย มากบ้าง น้อยบ้าง คละเคล้ากันไป ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ได้เข้ามาทำหน้าที่ การได้รับการอบรมทางด้านสาธารณสุขตามความสนใจ แรงจูงใจและความมุ่งมั่นตั้งใจ และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลอาสาบางคนเคยผ่านการดูแลผู้ป่วยมาก่อน เช่น เคยมีอาชีพพยาบาล หรือดูแลคนใกล้ชิด ลูก/คู่สมรส/พ่อแม่สูงอายุ/ที่เจ็บป่วย สามารถดูแลผู้ป่วยทางกายได้เป็นอย่างดี ในขณะที่ผู้ดูแลอาสาบางท่านอาจไม่มีความถนัดในการดูแลร่างกายผู้ป่วย (โดยเฉพาะจิตอาสาที่เป็นผู้ชาย) หรือบางคนอาจมีอารมณ์สะเทือนใจเมื่อเห็นสภาพของผู้ป่วย แต่อย่างไร เมื่อมาทำหน้าที่จิตอาสา ก็สามารถทำหน้าที่อื่นได้ เช่น ดูแลทางจิตใจ ประสานงาน สรรหาความช่วยเหลือ ริเริ่มโครงการช่วยเหลือกลุ่มหรือผู้ป่วยหรือครอบครัวผู้ป่วย ฯลฯ รายละเอียดบทบาทของผู้ดูแลอาสา มีดังนี้

1) *เป็นทีมพื้นที่ร่วมกับโรงพยาบาลที่เป็นฐาน / รพ.สต. / ศูนย์สุขภาพชุมชน*

เมื่อ อสม. ได้รับการประสานจาก รพ.สต. ในพื้นที่ ก็จะประสานไปยังญาติพี่น้องของผู้ป่วย เพื่อจัดเตรียมพื้นที่ ปรับสภาพแวดล้อมในบ้าน และจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น ถังออกซิเจน เตียงนอน ส่วน อสม. ที่รับผิดชอบในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยอยู่ ต้องรับผู้ป่วย เพื่อคอยรายงานอาการ ดูแลการใช้อุปกรณ์ที่ติดมากับผู้ป่วย บันทึกการให้ยา แจ้งปัญหาหรือเรื่องสำคัญ ไปยังบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบ โดยใช้ไลน์กลุ่มและโทรศัพท์ในการสื่อสารเป็นหลัก

ระบบจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันไป นอกจากสภาพพื้นที่ลักษณะประชากร สภาวะของชุมชนแล้ว ยังขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ดูแลอาสา จำนวนผู้ป่วยติดเตียงที่มีอยู่ในชุมชน บางพื้นที่มีการจัดระบบดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุเป็นทีม ที่ทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลได้ต่อเนื่อง ยกตัวอย่างเช่น ทีมแคร์กิฟเวอร์ รพ. แม่อาย จังหวัดเชียงใหม่, ทีมนางฟ้า รพ.สต. ตากูก อำเภอเขวาสิขรินทร์ จังหวัดสุรินทร์, ทีมจิตอาสา รพ.สต. ดอนชมพู อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา และทีมจิตอาสา รพ.สต. แคน อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์

2) *ช่วยทีมบุคลากรสาธารณสุขในการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยและครอบครัว*

ผู้ดูแลจิตอาสาในโรงพยาบาล ช่วยแบ่งเบาภาระด้านการพยาบาลในเรื่องการอยู่ข้างเตียงเป็นเพื่อนผู้ดูแลในครอบครัว หรือเป็นเพื่อนผู้ป่วยในขณะที่ผู้ดูแลครอบครัวไม่อยู่ หากมีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพร้อมกับบุคลากรทางการแพทย์ จิตอาสาที่ไปด้วยกัน ถึงแม้อาจไม่เข้าใจลึกซึ้งเกี่ยวกับโรค แต่สามารถที่จะเป็นเพื่อนคุยกับคนในครอบครัว อย่างน้อยก็ทำให้รู้ว่า ยังมีคนที่เข้าใจพวกเขาเหล่านั้น อย่างเช่น กลุ่มกัลยาณมิตร หรือ เพื่อนช่วยเพื่อน ใน รพ. แม่สอด จังหวัดตาก และกลุ่มจิตอาสา รพ. ปราสาท จังหวัดสุรินทร์

3) *ช่วยจัดหาสิ่งสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในฐานะยากลำบาก*

ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือหมดหนทางรักษา ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยเท่านั้นที่อยู่อย่างหมดหวัง แต่ยังส่งผลต่อคนอื่นที่เป็นสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะครอบครัวที่มีฐานะยากจน เป็นไปได้ว่าคนในครอบครัวคนใดคนหนึ่งต้องออกจากการทำงานหาเลี้ยงครอบครัว เพราะต้องอยู่ดูแลผู้ป่วยที่อาจกินเวลาหนึ่งถึงสองปี และเป็นไปได้ว่า สมาชิกในครอบครัวไม่คนใดก็คนหนึ่งที่จะมีรายได้ลดลง หรือขาดรายได้ และต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มในเรื่องของค่าเดินทางเยี่ยมผู้ป่วย ค่าของใช้สำหรับคนป่วย เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ อาหารเหลว/สำเร็จรูป หรือนม เป็นต้น บางครอบครัวที่มีเด็กวัยเรียนวัยศึกษาอาจต้องทำให้อาจทำให้ต้องหยุด/ออกจากโรงเรียน

จึงเห็นได้ว่าในบางพื้นที่ กลุ่มจิตอาสาได้ทำกิจกรรมระดมทุนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในรูปแบบต่างๆ ตามบริบทของพื้นที่ เช่น กลุ่มกัลยาณมิตร หรือ เพื่อนช่วยเพื่อน ใน รพ. แม่สอด จังหวัดตาก ช่วยเหลือสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยยากไร้ ช่วยค่าเดินทาง ที่พัก อาหาร ให้กับครอบครัวที่มาเฝ้าดูแลผู้ป่วย กลุ่มใส่ใจ-ใจใส่ ในโรงพยาบาลสุรินทร์ ที่มีการอำนวยความสะดวกในด้านที่พักให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ทำการรักษาตัวที่โรงพยาบาล เช่นเดียวกับชมรมบ้านปันรัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่อำนวยความสะดวกในเรื่องที่พักแก่ผู้ที่กำลังรักษาตัวด้วยโรคมะเร็งในเขตพื้นที่ภาคใต้

4) *ริเริ่มกิจกรรมช่วยเหลือ*

ผู้ที่เข้ามาเป็นจิตอาสาในโรงพยาบาล เพื่อดูแลผู้ป่วย นอกจากการดูแลกายและใจแล้ว ยังได้ช่วยเหลือในรูปแบบของระดมทุนในรูปของการรับบริจาคทั้งในรูปของเงินและสิ่งของ เพื่อนำมาใช้กิจกรรมตามความจำเป็นสำหรับผู้ป่วย เช่น เครื่องมือทางการแพทย์/วัสดุอุปกรณ์สิ้นเปลือง อาหารสำเร็จรูป หรือในรูปแบบของการจำหน่ายสินค้าเพื่อนำกำไรมาเข้ากองทุน เช่น ถุงผ้า พัด ฯลฯ นอกจากนี้ ยังมีการทำยาหม่องทั้งขาย และแจกให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ได้ใช้นวดบรรเทาปวด หรือ แก้วิงเวียนศรีษะ นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมอื่นๆ เช่น ตัดผมให้ผู้ป่วย/ผู้สูงอายุติดเตียง ถึงที่บ้าน ตามที่คณะวิจัยได้พูดคุยกับจิตอาสาใน รพ. สารภี จังหวัดเชียงใหม่ กิจกรรมการช่วยเหลือดังกล่าวไม่ใช่เพียงแต่จิตอาสาที่เป็นประชาชนทั่วไปเท่านั้น แต่ยังมีแพทย์/พยาบาล/บุคลากรสหวิชาชีพที่มีจิตอาสาทุกคน ต่างร่วมมือในกิจกรรมเหล่านี้ด้วยเช่นกัน ในบางโรงพยาบาลมีความจำเป็นต้องมีรถยนต์สำหรับเยี่ยมบ้าน หรือรับส่งผู้ป่วยระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล ซึ่งก็ได้แพทย์จัดหารถให้ด้วยทุนส่วนตัว หรือบางแห่งขอรับบริจาครถยนต์เพื่อใช้การนี้โดยเฉพาะ

2.2.2. บทบาทของพระสงฆ์จิตอาสา

1) *เยียวยาจิตใจผู้ป่วยในโรงพยาบาล*

พระสงฆ์ที่เข้ามาเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลตั้งระดับชุมชนขึ้นไป ซึ่งได้รับการนิมนต์จากทางโรงพยาบาล ด้วยเห็นว่า ผู้ป่วยหลายๆ คน มีนิสัยชอบทำบุญตักบาตร แต่เมื่อป่วยนอนรักษาตัวแต่อยากตักบาตร หรือถวายสังฆทาน จึงได้ใช้โอกาสที่พระสงฆ์มาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลได้ จากการพูดคุยกับบุคลากรฯ และพระสงฆ์พบว่า ความต้องการสนทนาหรือทำพิธีกรรมกับพระสงฆ์นั้น สำหรับผู้ป่วยบางรายเท่านั้นที่ร้องขอ และการที่พระสงฆ์มาโรงพยาบาลได้นั้น ก็ต้องได้รับการนิมนต์เท่านั้น และขึ้นอยู่กับเวลาด้วยเช่นกัน แต่ผู้ป่วยในรายที่กำลังหมดลมหายใจ ญาติผู้ป่วยต้องการให้พระสงฆ์มาสวดส่งวิญญาณ พระสงฆ์บางรูปอาจจะรับนิมนต์ในเวลาค่ำคืนได้

2) *เยียวยาจิตใจผู้ป่วยที่บ้าน*

กรณีพระสงฆ์เยี่ยมบ้านผู้ป่วย พบเห็นได้ในชุมชนที่มีวัดอยู่ใกล้ พระสงฆ์อาจเป็นลูกหลานคนในชุมชน หรือจำพรรษาอยู่ที่วัดมาเป็นเวลานานจนชาวบ้านคุ้นเคยและเลื่อมใส และให้ความร่วมมือในกิจกรรมทางศาสนาเป็นอย่างดี เมื่อพระสงฆ์มาเยี่ยมผู้ป่วยด้วยต้องการให้ศีล ให้พร เรียกขวัญต่ออายุ จึงทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกตื้นตันใจ แต่ประเด็นการพูดคุยในเรื่องความตาย ต้องดูความเหมาะสมในเรื่องของความชอบส่วนบุคคล และเวลา แต่อย่างไรก็ตาม พระสงฆ์หลายรูปได้สะท้อนว่า การพูดคุยเรื่องความตาย ได้พูดเรื่องนี้อยู่เสมอเมื่อได้คุยกับฆราวาส หรือเป็นหัวข้อการเทศน์

สำหรับการเยียวยาจิตใจสมาชิกครอบครัวหลังสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไปแล้ว มีกรณีหนึ่งที่น่าสนใจว่า พระสงฆ์สามารถให้คติการดำเนินชีวิตแก่ผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ให้กลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติสุขได้ แม้ว่าจะใช้เวลาระยะหนึ่งก็ตาม อย่างเช่นกรณีครอบครัวหนึ่ง ที่หัวหน้าครอบครัวผู้เป็นสามีมีอาชีพทำอาหาร โดยที่ภรรยาเป็นเพียงแค่ลูกมือ เมื่อสามีป่วยด้วยโรคมะเร็ง มีอาการทรุดลงตามลำดับ ผู้เป็นภรรยาทุกข์ใจสาหัสเนื่องด้วยไม่สามารถสานต่อกิจการของสามี และไม่สามารถหาเงินเลี้ยงดูลูกได้ อยู่ด้วยความทุกข์ใจตลอดเวลาในช่วงดูแลสามี พระภิกษุรูปหนึ่งท่านเล่าให้กับคณะวิจัยฟังว่า หลังจากที่ท่านได้ไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวรายนี้แล้ว เข้าใจดีถึงสภาพจิตใจของสมาชิกในครอบครัว เพราะท่านเองก็เคยมีประสบการณ์ดูแลพ่อและแม่ที่ป่วยติดเตียง นอกจากรับฟังความทุกข์ใจของครอบครัวนี้เสมอๆ เมื่อคราวได้มาทำบุญกับท่าน ท่านยังได้แนะนำให้ภรรยาของผู้ป่วยสงบอาการฟุ้งซ่านด้วยการทำของชำร่วยที่เป็นเหรียญโปรยทาน ที่ต้องใช้สมาธิในการทำและนับในขณะเดียวก็เป็นรายได้อีกทางด้วย เมื่อผ่านไปวิกฤตนี้ไปครอบครัวที่สูญเสียผู้เป็นสามี/ผู้เป็นพ่อนี้ก็กลับมาดำเนินชีวิตตามปกติ

3) *ดูแลพระสงฆ์อาพาธ*

สำหรับการดูแลพระที่อาพาธและอยู่ในระยะท้าย ที่ดูแลโดยพระภิกษุนั้น พบว่า ในโรงพยาบาลที่มีพระสงฆ์อาพาธรักษาตัว กลุ่มพระสงฆ์ในวัดจะรวมตัวกันไปเยี่ยมที่โรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลหลายแห่งในจังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลชัยภูมิ กลุ่มสงฆ์ที่รวมตัวเพื่อดูแลผู้ป่วย เช่น กลุ่มสงฆ์จิตอาสาคิลานธรรม ที่ได้รับการอบรมด้านการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่เป็นทั้งสงฆ์และฆราวาส กลุ่มสงฆ์สันติภาวันที่มีพระสงฆ์เป็นผู้ดูแลหลักในสถานที่ที่มีอุปกรณ์ดูแลช่วยเหลือพร้อม เพื่อดูแลพระสงฆ์ที่ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งการมีพระสงฆ์ช่วยดูแลพระสงฆ์ที่เป็นผู้ป่วยเป็นการช่วยให้พระสงฆ์ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่ต้องสึกหรือออกจากวัด เพื่อให้ลูกหลานช่วยดูแล

2.2.3. บทบาทของชุมชน

ในที่นี้เป็นบริบทของชุมชนในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ซึ่งประกอบไปด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชน และฝ่ายช่วยเหลือในพื้นที่ ได้แก่ ผู้นำชุมชน ไม่ว่าจะเป็นกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกเทศบาล/อบต. ชมรมผู้สูงอายุ มัคทายก ฯลฯ ที่ได้มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมไปถึงผู้ยากไร้มากขึ้น ซึ่งในปัจจุบันระบบเรียกความช่วยเหลือผ่าน Call Center 1699 ทำให้ผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือได้อยู่ในความดูแลเบื้องต้นของบุคลากรทางสาธารณสุขได้เร็วขึ้น สำหรับในชุมชนเขตเมือง โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพฯ คณะวิจัยได้เข้าเยี่ยม “ศูนย์สุขภาพชุมชน บ้านสูงวัยศิริเกษมราชพิพัฒน์” ที่สนับสนุนโดยโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ที่มีการดูแลผู้ป่วยแบบ Day Care โดยจิตอาสาในชุมชนที่ได้รับการอบรมแคร์กิฟเวอร์ โดยเก็บค่าบริการดูแลผู้ป่วยวันละ 100 บาท ถือเป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่ช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย และไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ในตอนกลางวัน และอีกหนึ่งกรณีศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงบทบาทของพระสงฆ์ในการเป็นแกนนำให้สมาชิกชุมชนร่วมมือร่วมใจกันในการดูและผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ดังเช่น ชมรมชายผ้าเหลืองเพื่อเพื่อนผู้ป่วยระยะท้าย วัดห้วยยอด อ. ห้วยยอด จ.ตรัง

2.3. ประเด็นข้อค้นพบจากพื้นที่/กรณีศึกษาที่น่าสนใจ และข้อเสนอแนะ

จากการพูดคุยอย่างเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ กับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับผู้ดูแลนโยบาย ผู้บริหารองค์กร/สถานบริการ ผู้ปฏิบัติงาน, ผู้ดูแลอาสา ผู้ดูแลในครอบครัว ครอบครัวผู้ป่วย ผู้ป่วย ผู้นำชุมชน พระสงฆ์ รวมถึงการสังเกตสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยทั้งที่บ้าน และสถานพยาบาล มีประเด็นข้อค้นพบที่น่าสนใจ 8 ประเด็นหลัก (ในแต่ละประเด็นที่นำเสนออาจมีมายาคติที่แฝงอยู่) คือ 1) ประเด็นเกี่ยวกับจิตอาสาและทิศทางการสนับสนุน 2) ประเด็นด้านพื้นที่ที่

มีลักษณะเฉพาะ 3) ประเด็นเกี่ยวกับโอกาสในการเลือกตาย 4) ประเด็นด้านการสื่อสาร 5) ประเด็นด้านความเชื่อทางศาสนา 6) ประเด็นด้านการประเมินผู้ป่วยทางด้านจิตวิญญาณ และ 7) ประเด็นเกี่ยวกับการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะสุดท้าย รายละเอียดแต่ละประเด็นมีดังนี้

2.3.1. ประเด็นเกี่ยวกับจิตอาสาและทิศทางการสนับสนุน

จากการสัมภาษณ์พูดคุยผู้ให้ข้อมูลที่เป็นจิตอาสา พบประเด็นที่น่าสนใจคือ

- เข้าใจผู้ป่วยและครอบครัว เพราะเคยผ่านประสบการณ์เช่นเดียวกัน: ความคล้ายคลึงในกลุ่มผู้ดูแลอาสาสามกลุ่มหลักดังที่กล่าวไว้ข้างต้น คือ ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน 2 ลักษณะ คือ หนึ่ง เคยดูแลคนใกล้ตัวที่ป่วยติดเตียงหรือใกล้เสียชีวิตมาก่อน เช่น พ่อ แม่ สามี พี่น้อง และสอง ตนเองเคยป่วยเป็นโรคมะเร็งและผ่านความเป็นความตายมาได้ ดังนั้น จึงสามารถดูแลร่างกายผู้ป่วยได้ และเข้าใจความรู้สึก อารมณ์ ความต้องการของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี อย่างเช่น ผู้ป่วยมีความรู้สึกเครียด ดุด่า ก็จะรับมือได้ดี เช่น เข้าไปกอด ไปหอม รับฟัง หยอกล้อให้หายโกรธ บางครอบครัวมีความขัดแย้งกัน มีเรื่องกินแหนงแคลงใจเรื่องการแบ่งมรดก และเป็นที่น่าสังเกตได้ว่า ผู้ป่วยบางคนจะอารมณ์ดีเมื่ออยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติเป็นผู้ดูแล บุคคลที่สามเช่นผู้ดูแลอาสา สามารถช่วยทำหน้าที่การดูแลได้ดี หรือช่วยคลายความบาดหมาง ให้ครอบครัวหันกลับมาดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย

- ช่วยแบ่งเบาภาระบุคลากรสาธารณสุข: การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นงานที่ต้องใช้เวลา ลำพังแต่พยาบาลไม่อาจทุ่มเวลาดูแลผู้ป่วยหนึ่งคนอย่างเต็มที่ได้ ดังนั้น อสม. ที่อยู่ในชุมชน หรือจิตอาสา รพ. สามารถทำหน้าที่แทนพยาบาลได้ เช่น ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย ทำแผลกดทับ พลิกตัว ดูแลการขับถ่าย ให้อาหาร น้ำ ยา และดูแลอุปกรณ์ช่วยพยุงชีวิตที่ติดตัวผู้ป่วยได้ ส่วนผู้ที่เคยได้รับการอบรม หรือฝึกทักษะการเยียวยาผู้ป่วย สามารถเป็นเพื่อนคุย อยู่ข้างเตียง เพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว เมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลับมาพักรักษาตัวอยู่ที่บ้าน ทำหน้าที่รายงานหรือแจ้งอาการขึ้นลงของผู้ป่วยไปยังบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ที่คอยติดตามอยู่ การช่วยเหลือลักษณะเช่นนี้ ทำให้ไม่จำเป็นต้องพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น

ในหลายๆ พื้นที่ อสม. ยังช่วยสอดส่องผู้ป่วย ที่เข้าไม่ได้รับการดูแลรักษาจากสถานพยาบาลในพื้นที่ เช่น รพ.สต. หรือ ศูนย์บริการสุขภาพ อย่างเช่นกรณีผู้ป่วยขอกลับจากโรงพยาบาลเมื่อรู้ว่าโรคของตนรักษาไม่หาย และไม่มีการส่งต่อไปยังสถานบริการเครือข่ายหรือในพื้นที่ เมื่อ อสม. พบผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแล จึงแจ้งไปยังสถานพยาบาลในพื้นที่ หรือกรณีที่พบผู้ป่วยในชุมชน แต่ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ไม่ได้เดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาล อสม. จะแจ้งไปยังสถานพยาบาลที่อยู่ในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

- ประหยัดค่าใช้จ่ายของครอบครัวที่ไม่มีผู้ดูแล: ผู้ดูแลอาสามีความสำคัญต่อผู้ป่วยที่มีญาติเพียงคนเดียวที่ต้องทำงานหาเงิน หรือผู้ป่วยอยู่กับเด็กหรือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลแทนพยาบาลได้

- ช่วยเหลือผู้ป่วยถูกทอดทิ้ง: ผู้ป่วยหลายรายโดยเฉพาะที่ยากจน เมื่อมีสภาพช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และไม่สามารถหารายได้ให้ครอบครัวได้ เสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้ง เช่น ผู้ป่วยถูกคู่ครองทิ้งไปมีครอบครัวใหม่ ให้อยู่กับลูก หรืออยู่ตัวคนเดียวเพราะลูกหลานไปทำงานที่อื่นหรือไม่ยินดีในการดูแล ผู้ดูแลอาสาเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชนที่ถูกทอดทิ้งได้มาก

- ประสานชุมชนได้โดยง่าย: อสม. เป็นที่รู้จักในชุมชน และ เข้าถึงบ้านเรือนของผู้ป่วยได้ง่าย เป็นสื่อกลางระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข และประสานความช่วยเหลือไปยังองค์กรชุมชนหรือองค์กรปกครองท้องถิ่นในเรื่องจัดเตรียมที่พักผู้ป่วยให้พร้อมทั้งอุปกรณ์ช่วยเหลือ จัดทีมอาสาดูแล จัดหารถรับส่ง ฯลฯ

- การทำงานเป็นทีม ทำให้ภารกิจสำเร็จลุล่วงเร็ว: *การดูแลร่างกายผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยติดเตียง* เป็นงานที่ต้องใช้เวลา บางพื้นที่มีการรวมตัวของผู้ดูแลอาสาได้ดี โดยเฉพาะทีม อสม. หรือแคร์กิฟเวอร์ในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอ ส่วนตัวผู้ดูแลอาสาเอง ไม่เหน็ดเหนื่อยเกินไปกับการทำหน้าที่หลายอย่าง ใช้เวลาลดลงในการดูแลผู้ป่วยแต่ละเคส และผู้ป่วยในชุมชนได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง นอกจากนี้ยังพบว่า การทำงานเป็นทีมหรือไปด้วยกันเป็นกลุ่ม จะช่วยในเรื่องความปลอดภัยของผู้ดูแล หากต้องไปในชุมชนที่ไม่คุ้นเคย หรือไม่คุ้นเคยกับครอบครัวผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยมีปัญหาขัดแย้งกัน เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังได้ค้นพบว่า องค์ประกอบ 3 กลุ่ม ที่ประกอบไปด้วยทีมบุคลากรทางสาธารณสุขครบสหวิชาชีพ ผู้ดูแลจิตอาสา และพระสงฆ์จิตอาสาหรือผู้นำจิตวิญญาณ ไม่ได้บ่งบอกว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี การมีบุคลากรหนึ่งถึงสองคน หรือมีจิตอาสาหนึ่งหรือสองคน ผู้ป่วยก็ได้รับการดูแลที่ดีได้ ทั้งทางกายและใจ และสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ได้ ทั้งนี้ เพราะบางพื้นที่ชุมชนที่ห่างไกลจากเมือง ขาดแคลนบุคลากรบางสาขาวิชาชีพหรือไม่สามารถเยี่ยมบ้านได้ มีเพียงหมอและพยาบาลเป็นหลักเท่านั้น หรือ บางชุมชนพระสงฆ์จิตอาสาสามารถทำได้แค่การประกอบพิธีกรรมเป็นหลัก บุคลากรทางสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ มีความเข้าใจธรรมชาติของการตาย เข้าใจแก่นแท้ของศาสนาที่นับถือ และเข้าถึงจิตใจของผู้สูญเสีย ก็สามารถเป็นที่พึ่งทางใจให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ หรือเป็นผู้ปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาใจของผู้ป่วย อย่างที่เกิดขึ้นในหลายๆ พื้นที่ที่คณะวิจัยได้ไปเยี่ยม

และจากการพูดคุยพระสงฆ์ที่เข้าร่วมการวิจัย ในประเด็นเกี่ยวกับการเป็นจิตอาสาเพื่อเยียวยาจิตใจผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มีพระสงฆ์เข้าร่วมน้อย คำตอบที่สำคัญคือ พระบวชใหม่มีน้อย, จำพรรษาไม่นาน, ไม่ได้มีใจอาสา, ไม่มีความสามารถ นอกเหนือจากนี้คือ กังวลเรื่องการผิดศีล การปลงอาบัติ เป็นต้น

สำหรับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการสนับสนุนบทบาทของผู้ดูแลอาสาให้ได้รับการยอมรับมากขึ้น เพิ่มจำนวนผู้มีใจอาสาเข้ามาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเกิดระบบการทำงานของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยที่ดียิ่งขึ้น สถานพยาบาลควรมีการสนับสนุนดังนี้

- ระบบการคัดเลือกและฝึกอบรม: เพื่อให้ได้จิตอาสาที่ได้ให้เวลาในการพัฒนาศักยภาพตนเอง และให้เวลาในการดูแลผู้ป่วย

- ระบบการเชิดชูคุณงามความดี: ได้แก่ การให้รางวัล การชมเชย ประกาศเกียรติคุณ

- ระบบสนับสนุนโดยเจ้าหน้าที่รัฐ: ด้วยการให้เกียรติ ให้โอกาสแสดงความคิดเห็นและรับฟังความคิดเห็น สนับสนุนการรวมกลุ่มการทำงาน หรืออำนวยความสะดวก

- ระบบการบริจาคเพื่อวัตถุประสงค์ของการทำงานจิตอาสา: เพื่อให้จิตอาสาที่มีรายได้น้อย หรือยังต้องทำงานเลี้ยงชีพ ได้มีเงินสนับสนุนการทำงาน เช่น ค่ารถ ค่าอาหาร ค่าดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ฯลฯ

2.3.2. ประเด็นด้านพื้นที่

ในส่วนของประเด็นด้านพื้นที่ ต้องการชี้ให้เห็นว่า ในพื้นที่ห่างไกลความเจริญ โดยเฉพาะในพื้นที่ภูเขาสูง ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ มีรายได้น้อย พื้นที่ติดชายแดนที่มีกลุ่มต่างชาติหรือไร้สัญชาติ มาใช้บริการ เช่น พื้นที่แม่สอด จังหวัดตาก และแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่ ตามที่คณะวิจัยได้ลงพื้นที่ เมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่เขตเมืองแล้ว จะเห็นความท้าทายของทีมดูแลรักษาในเรื่องของภาษา, วิถีชีวิต/ความเชื่อ/สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ, ความคาดหวังในการรักษา, ปัญหาซ้ำซ้อนของครอบครัวผู้ป่วยที่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ยากไร้ ดังตัวอย่างพื้นที่แม่สอด ที่คณะผู้วิจัยได้เข้าเยี่ยมโรงพยาบาลแม่สอด รับฟังระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยสรุปดังนี้

อำเภอแม่สอด อยู่ทางตะวันตกของจังหวัดตาก ติดชายแดนประเทศเมียนมาร์ มีโรงพยาบาลแม่สอดและเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนในการรับส่งต่อ 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลที่อยู่ในอำเภอพบพระ อำเภออุ้มผาง อำเภอแม่ระมาด และอำเภอท่าสองยาง ให้บริการประชากรในพื้นที่ที่มีทั้งต่างชาติ กลุ่มชาติพันธุ์ และคนพื้นราบ การดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ที่ครอบคลุมไปถึงสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ ทำให้โรงพยาบาลต้องมีการทำงานร่วมกันระหว่างทีมบุคลากรสหวิชาชีพ ตัวแทนพระสงฆ์ ตัวแทนศาสนาอิสลามและศาสนาคริสต์ ตัวแทนชุมชนหรือจิตอาสา อีกทั้งยังมีระบบที่สนับสนุนให้มีการดูแลต่อเนื่องทั้งผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในฐานะยากลำบาก ให้ดำเนินชีวิตต่อไปได้ เช่น กองทุนสำหรับดูแลผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยที่ยากไร้ การช่วยเหลือผู้ป่วยที่รวมไปถึงสมาชิกในครอบครัวที่เป็นเสมือนหน้าที่สำคัญไม่เพียงแต่หมอพยาบาลที่ดูแลรักษาโรคเท่านั้น แต่ยังรวมถึงนักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล

ส่วนกรณีโรงพยาบาลแม่อาย อำเภอแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่ นำเสนอให้เห็นบริบทของพื้นที่ บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่ม ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย การรับมือของครอบครัวกรณีที่มีผู้ป่วยในบ้าน และอื่นๆ ดังนี้

อำเภอแม่อาย ประกอบด้วยประชากรที่มีความหลากหลายทางสังคมและวัฒนธรรม ทั้งชาวพื้นเมืองและชาวภูเขา ที่มีทั้งคนไทยและไม่ใช่สัญชาติไทย อีกทั้งลักษณะภูมิประเทศที่มีทั้งพื้นราบและภูเขาสูง จึงส่งผลต่อเศรษฐกิจและสังคม ที่กล่าวมานี้เป็นองค์ประกอบที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความเฉพาะตัว ต่างจากพื้นที่อื่น แต่สิ่งที่ไม่แตกต่างจากพื้นที่อื่นๆ คือ คนรุ่นหนุ่มสาวย้ายถิ่นไปทำงานในเมือง ทิ้งพ่อแม่สูงอายุไว้ข้างหลัง เมื่อถึงคราที่คนในครอบครัวเจ็บป่วย จึงขาดสมาชิกครอบครัวเป็นหลักในการดูแล คนสูงอายุที่ยังอยู่เป็นเสียเองทั้งผู้ดูแล และผู้เจ็บไข้ได้ป่วย ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ทางหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จึงมีการสร้างจิตอาสา ซึ่งเป็นทั้ง อสม. ที่เป็นอยู่แต่เดิม และประชาชนทั่วไปที่สนใจเป็นผู้ดูแล หรือ แคร์กิฟเวอร์ ให้มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียง จึงทำให้ผู้ป่วยในชุมชนได้รับการดูแลที่มีคุณภาพจากแคร์กิฟเวอร์ไม่ว่าจะมีคนในครอบครัวดูแลหรือไม่มีก็ตาม

ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทของอำเภอแม่อายนี้ มีความน่าสนใจหลายประการ คือ ผู้ป่วยระยะท้ายเลือกที่จะเสียชีวิตที่โรงพยาบาล โดยเฉพาะประชากรชาวเขา ผู้ให้ข้อมูลได้ชี้ให้เห็นว่าลักษณะภูมิประเทศที่เป็นป่าเขาสูง การรับรู้เรื่องการตายดีของกลุ่มชาติพันธุ์ มุมมองต่อการรักษาโดยบุคลากรสาธารณสุข ส่งผลต่อการเลือกการตายดีที่โรงพยาบาล ซึ่งทางโรงพยาบาลแม่อายก็จัดให้มีห้องรองรับ ตลอดจนกระบวนการการดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวม สำหรับผู้ป่วยที่ตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลเป็นที่เสียชีวิต

บนภูเขาสูง และยากลำบากในหน้าฝน ทำให้การเดินทางมาโรงพยาบาล หรือเดินทางกลับจากโรงพยาบาลเป็นไปด้วยความยากลำบาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (พบว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งมากที่สุด) เมื่อรับรู้ว่าโรคที่เป็นอยู่รักษาไม่หาย ญาติมักจะให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในวอร์ด เพราะหากนำกลับบ้านเห็นผู้ป่วยมีอาการแย่ลง อาจทำให้รู้สึกตกใจ ทำอะไรไม่ถูก ในที่สุดก็ต้องส่งผู้ป่วยกลับมาโรงพยาบาลอีก และโดยความเชื่อมั่นในการดูแลแล้ว เชื่อว่าการนอนอยู่ในโรงพยาบาลมีหมอพยาบาลดูแลตลอดเวลา มีอุปกรณ์พร้อม ก็ยังดีกว่าอยู่ที่บ้าน ที่ไม่มีใครดูแลอย่างใกล้ชิด แม้ว่าหมอพยาบาลยืนยันว่า ผู้ป่วยอยู่บ้านก็จะมีการเยี่ยมบ้าน มีเครื่องช่วยพยุงชีวิต จัดบ้านให้เหมาะกับการเสียชีวิตก็ตาม แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำคัญที่สุด เมื่อผู้ป่วยเลือกที่จะจบชีวิตที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลก็จะช่วยให้โอกาสนั้นได้

ในเรื่องการสื่อสารกับกลุ่มชาติพันธุ์ เป็นการเผชิญความท้าทายอีกรูปแบบหนึ่ง นั่นคือ สิ่งที่หมอสื่อกับผู้ดูแลผู้ป่วย แตกต่างจากผู้ดูแลผู้ป่วยสื่อกับญาติที่ไม่ได้ใช้ภาษาไทยในการพูดคุย ทำให้เกิดความไม่เข้าใจกันเอง หรือไม่กันคนละทิศคนละทาง จนทำให้ทีมดูแลต้องมีการพูดคุยปรึกษากันบ่อยครั้ง และมีล่ามช่วยสื่อสาร

จากปัญหาอุปสรรคด้านการเดินทาง การสื่อสาร และความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ทางโรงพยาบาลแม่อายนั้นเองก็ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลระยะสุดท้ายที่วอร์ดมากขึ้นด้วยเช่นกัน รวมไปถึงอำนวยความสะดวกต่อการเข้ามาของผู้นำหมู่บ้าน หรือหมอผี ในการทำพิธีกรรมตามความเชื่อ เช่น เรียกขวัญ ต่ออายุ ขอขมา เชิญวิญญาณผู้ป่วยกลับบ้าน ฯลฯ

การย้ายโรงพยาบาล โดยการตัดสินใจของญาติ ก็เป็นสิ่งที่ทำให้บุคลากรสาธารณสุขรู้สึกลำบากใจ นั่นคือ ญาติผู้ป่วยโดยเฉพาะญาติทางไกลที่มีอิทธิพลต่อครอบครัวผู้ป่วย ที่สนับสนุนค่าใช้จ่ายการรักษา ตัดสินใจย้ายผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายแล้ว ไปทำการรักษาที่โรงพยาบาลในเมือง หรือข้ามอำเภอ ข้ามจังหวัด ด้วยเชื่อว่าโรงพยาบาลแห่งอื่นสามารถรักษาโรคที่เป็นอยู่ให้หายได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องเดินทางไกล และในที่สุดเสียชีวิตระหว่างการเดินทาง หรืออยู่ในห้องฉุกเฉินก็มี

ที่โรงพยาบาลแม่อายถือได้ว่ามีหน่วยการดูแลแบบประคับประคองที่เข้มแข็ง สิ่งสำคัญคือแกนนำพยาบาลที่เป็นกำลังสำคัญ สนับสนุนให้มีอบรมเพิ่มศักยภาพให้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้ทั้งทางกาย ที่จัดขึ้นทั้งในโรงพยาบาลเอง และหลักสูตรที่จัดโดยหน่วยงานอื่น เช่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และการดูแลทางใจและจิตวิญญาณที่ได้เชิญพระครรชิต อกิญจโน ให้การอบรมฝึกปฏิบัติมาอย่างต่อเนื่องหลายรุ่น ส่งเสริมผู้ร่วมทีมให้ใช้องค์ความรู้ในวิชาชีพของตนเองในการดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและเยี่ยมบ้าน สมาชิกในทีมที่เป็นคนรุ่นใหม่ เมื่อได้เสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้ว ก็ได้ผนวกความถนัดของตนเองในการดูแล อย่างเช่น นักกายภาพบำบัด เข้าใจอาการท้องผูกผู้ป่วยติดเตียง ใช้วิธีการนวดกระตุ้นการขับถ่าย ส่วนแพทย์แผนไทย เล็งเห็นความสำคัญของสมุนไพรในการคลายเครียดของผู้ป่วย เนื่องจากกลิ่นที่มาจากตัวผู้ป่วยติดเตียง ทำให้ผู้ป่วยเองและคนใกล้ชิดรู้สึกอึดอัดกับกลิ่นไม่พึงประสงค์ จึงได้เอาสมุนไพรที่มีกลิ่นหอมห่อใส่ถึงไว้ที่หัวเตียง และยังช่วยให้หลับสบายด้วย ถึงแม้ว่าบางคนไม่ได้ผ่านการอบรมใดๆ ในเรื่องการดูแลทางกายใจในผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่การเรียนรู้ในทีม การปฏิบัติจริง เก็บเกี่ยวประสบการณ์ ศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง ก็ทำให้แต่ละสมาชิกในทีมแต่ละคนทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเต็มกำลังความสามารถ

“ทีมแคร์กิฟเวอร์” ชื่อเรียกแทนผู้ดูแลอาสาในพื้นที่ เป็นจิตอาสาที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (long term care) ต่อมาได้รับการอบรมดูแลแบบประคับประคองที่ทางโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ จัดให้เป็นระยะๆ แคร์กิฟเวอร์ที่ทำงานมากว่าสามปีนับตั้งแต่ผ่านการอบรม ในแต่ละตำบลจึงได้รับความไว้วางใจจากทางโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย มีการจัดระบบการทำงานเป็นทีม จัดสรรวันเวลาเยี่ยมบ้านผู้ป่วย แบ่งหน้าที่การดูแล โดยส่วนใหญ่แคร์กิฟเวอร์ที่พื้นที่นี้จะทำงานเป็นทีม ทีมละ 6 คน ช่วยกันคนละไม้คนละมือ ในการดูแลผู้ป่วยหนึ่งคน นับตั้งแต่พาอาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ ตัดผม เปลี่ยนแพมเพิร์ส พลิกตัว ทายาแผลกดทับ ตลอดจนกวาดบ้าน ซักผ้า และเป็นเพื่อนคุยผู้ดูแลในครอบครัว

การใช้เวลาดูแลผู้ป่วยมากน้อยขึ้นอยู่กับบริบทของครอบครัวผู้ป่วยด้วยเช่นกัน บางครอบครัวเป็นผู้สูงอายุด้วยกันทั้งคู่ ต่างดูแลกันไม่ได้ จิตอาสาต้องดูแลทั้งคู่ ระบบการดูแลโดยจิตอาสาของพื้นที่นี้มีความเป็นระบบ จิตอาสาต่างทำหน้าที่ด้วยความเต็มใจ แม้ว่าการใช้เวลาเพื่อดูแลผู้ป่วยในชุมชน ทำให้ครอบครัวตนเองขาดแรงงานหลัก แต่นั้นไม่ใช่ปัญหา คนในครอบครัวยอมรับและเข้าใจในความตั้งใจดีของจิตอาสา อย่างไรก็ดี การจัดระบบจิตอาสาที่มีค่าตอบแทนสนับสนุนการทำงาน ทำให้จิตอาสาของพื้นที่นี้ทำงานได้เต็มที่ ผู้ดูแลจิตอาสาจะได้รับค่าตอบแทนวันละ 60-80 บาท ต่อชั่วโมง ขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วยว่าเป็นแบบทั่วไปหรือว่าติดเตียง ผู้ป่วยหนึ่งจะมีทีมแคร์กิฟเวอร์มาดูแลที่บ้าน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง

ผู้ป่วย จากเดิมทำอะไรด้วยตัวเอง เป็นผู้นำของครอบครัว มีบทบาทหลักในครอบครัว แต่เมื่อถึงคราช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องให้คนมาช่วย หรือในภาวะที่ต้องการคนคอยช่วยเหลือ กลับไม่มีใครเหลียวแล ยิ่งก่อให้เกิดความเครียด กังวลใจ จิตอาสาที่เคยผ่านการดูแลผู้ป่วยที่เป็นคนในครอบครัวสามารถรับรู้อารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยตรงนี้ได้ หากในครอบครัวที่มีทิฐิต่อกัน การมีผู้ดูแลที่ไม่ใช่คนในครอบครัวทำให้ลดความตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยได้ แคร์กิฟเวอร์จิตอาสาสะท้อนว่า ถ้าผู้ป่วยอารมณ์ดี สภาพจิตใจดี สภาพร่างกายก็จะดีขึ้น เมื่อผู้ป่วยกับแคร์กิฟเวอร์คุ้นเคยกันดีแล้ว ก็จะทำการค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ หรือจัดหาสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น ต้องการความสงบเงียบ ฟังเพลงโปรดหรือดนตรีที่ชอบ สำหรับผู้ป่วยที่เคยทำบุญเข้าวัดเป็นประจำ ก็จะนิมนต์พระมาให้ศีลให้พร รับของทำบุญ เป็นต้น

พระสงฆ์จิตอาสา ในพื้นที่อำเภอแม่อาย วัดกับชุมชน ยังเป็นความสัมพันธ์ที่ไม่ขาดจากกัน การตักบาตรตอนเช้า การทำบุญที่วัดในวันสำคัญ เป็นวิถีปกติของคนเมืองในพื้นที่นี้ ส่วนใหญ่พระสงฆ์ก็คือลูกๆ หลานๆ ของคนในพื้นที่ การบวชเป็นพระเป็นเรื่องที่น่ายินดีของผู้เป็นพ่อแม่ญาติพี่น้อง การนิมนต์พระไปเทศน์ที่บ้าน เทศนาธรรมทางหอกระจายข่าวท้องถิ่น เป็นเรื่องปกติ พระสงฆ์ที่มีบุพการีเจ็บป่วยก็มักไปเยี่ยมในฐานะลูกเสมอ เช่นเดียวกับไปเยี่ยมพระสงฆ์ในโรงพยาบาล จากคำบอกเล่าของพระสงฆ์ผู้ให้ข้อมูล การไปเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ได้กระทำมาเสมอ จนเกิดคำถามภายในใจว่า คนเราเมื่อตายแล้ว มีความสุขอย่างไร จึงได้เข้ารับการอบรมในประเด็นนี้กับทางโรงพยาบาล ร่วมกับคณะสงฆ์ในจังหวัดเชียงใหม่ จากนั้นจึงหาข้อมูลด้วยตัวเอง ศึกษาจากพระสงฆ์ที่เป็นแกนนำและมีความคิดชัดเจนในเรื่องการตายดี เมื่อได้รับการอบรมแล้ว ทำให้เข้าใจแนวทางการดูแลรักษาของทีมหมอพยาบาล และตระหนักถึงการดูแลทางจิตใจหรือจิตวิญญาณที่เป็นหน้าที่ของแพทย์ เมื่อได้ไปเยี่ยมผู้ป่วยด้วยความรู้ความเข้าใจมากขึ้น จึงได้สอดแทรกเรื่องการปล่อยวาง ไม่ให้ยึดติดกับคำพูดคนอื่นที่ทำให้รู้สึกเศร้าใจ หรือไม่ท้อแท้เมื่อสิ้นหวังจากการรักษา การแนะนำให้ผู้ป่วยที่ท้อแท้ หมดหวัง ให้สวดมนต์ มากกว่าการคำนึงถึงเรื่องความเจ็บปวดทางกาย ก็ทำให้คลายความเจ็บปวดลงได้ ผลลัพธ์นี้เป็นคำบอกเล่าที่ผู้ป่วยสะท้อนให้พระสงฆ์จิตอาสาฟัง

นอกจากพื้นที่ทางภาคเหนือ ที่สะท้อนให้เห็นระบบการดูแลแบบประคับประคองที่มีลักษณะเฉพาะแล้ว ในพื้นที่ทางภาคใต้ ดังเช่น โรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา ที่คณะวิจัยได้รับการแนะนำให้ไปเยี่ยมชม เป็นพื้นที่พหุวัฒนธรรม ที่ประกอบไปด้วยไทยพุทธและมุสลิม เช่นเดียวกับบุคลากรสาธารณสุขที่มีทั้งสองกลุ่มศาสนา บุคลากรต่างได้เรียนรู้มิติความเชื่อทางศาสนาระหว่างกัน ที่น่าสนใจคือ ระบบการดูแลแบบประคับประคองที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลประมาณปี 2560 จากการรวมทีมคนทำงานรุ่นใหม่ที่ต้องการให้มีหน่วยบริการผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาล บุคลากรได้รับการอบรมจากทีมคุณหมอศรีเวียง บุคลากรจัดสรรเวลาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ให้กระทบกับหน้าที่รับผิดชอบหลัก บุคลากรที่เกี่ยวข้องนอกจากหมอ พยาบาล และสหวิชาชีพแล้ว ยังมีเจ้าหน้าที่ฝ่ายประชาสัมพันธ์ พัสดุ และขับรถ ในฐานะจิตอาสา ที่ร่วมคิดร่วมวางแผนร่วมทำงานในการบริการผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น ประชาสัมพันธ์ทีมงานดูแลประคับประคอง ฝ่ายพัสดุช่วยงานรับบริจาค แจกจ่ายวัสดุอุปกรณ์ให้กับผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ขับรถที่สามารถออกไปช่วยให้ออกซิเจนผู้ป่วยนอกเวลาราชการได้

จากที่กล่าวมานี้ เพื่อชี้ให้เห็นว่า หากมีการใช้งบประมาณเพื่อพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง ควรให้ความสำคัญกับเรื่องใดก่อน เช่น สร้าง/ปรับปรุงห้องดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพิ่มบุคลากร ซื้อ/ปรับปรุงรถพยาบาลรับส่งผู้ป่วย ฯลฯ หรือควรสนับสนุนให้มีระบบใดเข้ามาเสริมบ้าง เช่น ระบบดูแลโดยจิตอาสา ระบบบริจาคและเครือข่ายสังคม ระบบช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวที่ยากไร้ และระบบการรับส่งผู้ป่วย

2.3.3. ประเด็นเกี่ยวกับโอกาสในการเลือกสถานที่เสียชีวิต

สำหรับเรื่องโอกาสในการเลือกสถานที่เสียชีวิตนั้น มีประเด็นสำคัญคือ การเลือกเสียชีวิตที่บ้าน หรือ โรงพยาบาลนั้น การเลือกว่าจะเป็นที่ใดนั้น มีความแตกต่างกันในพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท จากการเก็บข้อมูลในพื้นที่ พบว่า พื้นที่นอกเขตเมือง จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่เลือกเสียชีวิตที่บ้าน แต่สำหรับในเขตเมืองใหญ่ โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร ที่เป็นศูนย์รวมคนต่างถิ่น ส่วนใหญ่เช่าที่พักอาศัย ไม่ว่าจะเป็นบ้าน ทาวน์เฮาส์ อพาร์ตเมนต์ คอนโดมิเนียม ฯลฯ จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล พบว่า อุปสรรคสำคัญที่ผู้ป่วยไม่สามารถเลือกตายในที่อยู่อาศัยของตนเองได้ เนื่องจากเจ้าของที่พักอาศัย ไม่ต้องการให้มีผู้เสียชีวิตในพื้นที่อยู่อาศัย หรืออาจเป็นเพราะว่าสภาพแวดล้อมไม่เอื้อต่อการจากไปอย่างสงบ เช่น อยู่ในย่านที่แออัด เสียงดัง สถานที่คับแคบ อยู่กันหลายคน หรือไม่มีผู้ดูแลที่บ้าน เป็นต้น ดังนั้น ในบริบทของความเป็นเมือง อาจจำเป็นต้องมีห้องรับรองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติที่ได้ใช้เวลาครั้งสุดท้ายในชีวิตด้วยกัน ประเภท Hospice care ในทุกสถานพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับชุมชนขึ้นไป สำหรับรองรับสถานการณ์ในอนาคต ที่จะมีผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระยะท้ายเพิ่มมากขึ้น

อีกประเด็นหนึ่งที่ควรได้รับการพิจารณา ในกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลจนมีอาการดีขึ้น เป็นผู้ไร้ที่พึ่ง ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง ชุมชนควรมีการประสานความช่วยเหลือ อย่างกรณีตัวอย่างในพื้นที่แห่งหนึ่ง ที่ผู้ป่วยได้มาอาศัยอยู่ที่วัด โดยทางวัดอนุญาตให้อยู่ได้ และมี อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. มาดูแลสม่ำเสมอในเรื่องอาหาร ยา ทำแผล ส่วนในเวลากลางคืน ชาวบ้านจัดเวรยามเป็นกลุ่ม มาดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวัดนั้น ในกรณีนี้ ชี้ให้เห็นว่า การเลือกสถานที่เสียชีวิต ไม่ว่าใครจะเป็นผู้เลือกก็ตาม อย่างน้อยสถานที่มีความสงบ ปลอดภัย มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ก็เป็นสถานที่ที่ดีที่สุดของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

และยังมีประเด็นที่เกิดขึ้นจริงคือ ญาติผู้ป่วยไม่ต้องการให้ผู้ป่วยกลับมานอนรักษาตัวระยะสุดท้ายอยู่ที่บ้าน โดยเฉพาะในกรณีที่ครอบครัวผู้ป่วยมีสิทธิ์เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ไม่พร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยเอง และมองว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของพยาบาลเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตาม ทางบุคลากรทางสุขภาพย่อมต้องทำตามความพอใจของผู้ป่วยเป็นหลักคือ กลับมาเสียชีวิตที่บ้าน

สำหรับในอนาคต ที่จะมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เป็นประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น และรูปแบบการอยู่อาศัยที่เปลี่ยนไป คือ อาศัยอยู่กับคู่สมรส และ อาศัยอยู่ตัวคนเดียว (ครองโสด/เลิกรากับคู่ครอง/ไม่มีบุตร/คู่สมรสเสียชีวิต) อาจจะทำให้ระบบการดูแลแบบประคับประคองที่เป็นสถานบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

2.3.4. ประเด็นด้านการสื่อสาร

การสื่อสารเป็นเรื่องยากที่สุด เป็นเสียงสะท้อนจากทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งหากไม่มีประสบการณ์ อาจพูดไม่ออก หากไม่มีทักษะ อาจทำให้สื่อความหมายไม่ตรงกัน นอกจากนี้แล้ว เวลาที่เหมาะสมในการพูดให้ครอบครัวและผู้ป่วยเตรียมพร้อมในการใช้ชีวิตระยะสุดท้ายก็เป็นเรื่องที่สำคัญ เพราะหากพูดผิดที่ ผิดเวลา ก็อาจสร้างความไม่พอใจให้กับญาติผู้ป่วยได้ อย่างกรณีดังต่อไปนี้

- แจ้งญาติผู้ป่วยให้นำผู้ป่วยกลับบ้านเร็วเกินไป ทำให้ลูกหลานผู้ป่วยเข้าใจว่า ทางโรงพยาบาลไม่ต้องการให้ผู้ป่วยอยู่ต่อ หรือเข้าใจว่า การให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านคือการหมดทางรักษาแล้ว
- อธิบายประเด็นการดูแลแบบประคับประคองเร็วเกินไป หรือบอกในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นด้วยความหวังดีที่จะให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการเตรียมตัว
- สื่อสารไม่ตรงกับสิ่งที่ครอบครัวผู้ป่วยต้องการทราบ หรือไม่บอกอย่างตรงไปตรงมาเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ด้วยเกรงว่า หากบอกไปตนอาจจะเป็นคนทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง

อย่างไรก็ตาม ประเด็นดังกล่าวข้างต้น ทำให้เกิดการเรียนรู้ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ที่จะต้องหาจังหวะที่เหมาะสมในการสื่อสารการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในครอบครัวที่ยังไม่มีความเข้าใจประเด็นนี้อย่างดีพอ

2.3.5. ประเด็นด้านความเชื่อทางศาสนา

จากการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องการตายดีมุมมองทั้งศาสนาพุทธ คริสต์ อิสลาม จากผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พระสงฆ์ และผู้นำทางจิตวิญญาณของแต่ละศาสนา พบว่า จุดหมายปลายทางหรือมีความเชื่อในโลกหน้าเช่นเดียวกัน (ในรายงานนี้ ไม่เปรียบเทียบความต่างของศาสนา เพราะมีข้อมูลกรณีศึกษาของศาสนาอิสลาม กับศาสนาคริสต์ ไม่เพียงพอในการอธิบาย) แต่อย่างไรก็ตาม คนไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ที่มีความเชื่อในการเวียนว่ายตายเกิด ความเชื่อเกี่ยวกับโลกหลังความตาย จากการสอบถามบุคลากรด้านสุขภาพและพระสงฆ์ ต่างมีความเชื่อไปในแนวทางเดียวกันว่า การไปภพภูมิที่ดี หรือ ไม่ดี ขึ้นอยู่กับ “จิตสุดท้าย” แม้ว่าจะไม่เห็นผลลัพธ์ว่าจริงหรือไม่ แต่การไปสู่ภพภูมิที่ดีนั้นย่อมเป็นที่ปรารถนาของทุกคน ดังนั้น จิตสุดท้าย ควรเป็นจิตที่สงบ และเป็นจิตที่เป็นกุศล ซึ่งหมายถึงการระลึกถึงสิ่งที่เป็นความดี ความสุข

ในทางการแพทย์ ใช้ตัวชี้วัดคือร่างกายที่ไม่แสดงอาการเจ็บปวดทุรนทุรายหรือเหนื่อยหอบก่อนที่จะเสียชีวิต คือการจากไปอย่างสงบ ตัวช่วยให้ร่างกายไม่เจ็บปวด คือ มอร์ฟีน ส่วนในทางจิตอาจมีตัวชี้วัดที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยว่า มีสติสัมปชัญญะหรือไม่ หากผู้ป่วยรับรู้ แม้ว่าสภาพร่างกายโดยรวมไม่มีการตอบสนอง อาจสังเกตได้บนใบหน้าผู้ป่วย เมื่อมีการสื่อสารกัน เช่น มีน้ำตาไหล กระพริบตา หรือส่งเสียงในลำคอตอบสนอง ลูกหลานหรือคนใกล้ชิดสามารถพูดคุยให้ผู้ป่วยนึกถึงสิ่งที่ทำให้เกิดความสุขได้ รวมถึงขออโหสิกรรมต่อกัน หากผู้ป่วยยังมีสิ่งค้างคาใจ หรือยังไม่จากไปทั้งที่ถึงเวลาแล้ว ครอบครัวผู้ป่วยสามารถแก้ไขสิ่งที่ค้างคาใจของผู้ป่วยได้ไม่ว่าจะเป็นคำพูดหรือการกระทำ นั่นเป็นการจากไปอย่างสงบด้วยเช่นกัน หรือที่เรียกว่า นอนตายตาหลับ

แต่มีประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจ ซึ่งเป็นข้อมูลจากพระสงฆ์รูปหนึ่ง ที่กล่าวว่า การใช้มอร์ฟีนแก้ปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยฤทธิ์ของยาจึงทำให้ร่างกายคลายความเจ็บปวด แต่ผลข้างเคียงอื่น เช่น อาการเบลอ ไม่มีสติ นั่นอาจทำให้ผู้ป่วยบางคนไม่ได้มีจิตที่สงบนิ่ง เป็นสมาธิ หรือมีจิตสุดท้ายที่สงบ และอาจไม่ได้ไปสู่ภพภูมิที่ดีได้ ดังนั้น จึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจที่จะศึกษาเรื่องนี้อย่างจริงจัง

ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องดูแลแบบประคับประคองหรือป่วยด้วยโรคที่รักษาหายหรือไม่หาย หรือ ผู้ไม่ได้มีอาการเจ็บไข้ได้ป่วย ก็ตาม หากมีการเตรียมตัวตายดี รวมถึงมีจิตที่สงบนิ่งเป็นสมาธิตลอดเวลา ระลึกถึงสิ่งดีงาม ตั้งแต่ขณะนี้ เมื่อความตายมาเยือน ไม่ว่าจะเป็นสาเหตุมาจากอุบัติเหตุ โรคติดต่อระบาด ภัยธรรมชาติ ภัยสงคราม ผู้ที่จิตสุดท้ายที่ไม่ได้อยู่ในความกลัว ความ

กังวล มีภาพจำต่อเหตุการณ์ที่เลวร้าย ก็อาจจะนำไปสู่ภพภูมิที่ดีได้ ดังนั้น การฝึกจิต ฝึกสมาธิ จะช่วยให้ไม่เกรงกลัวต่อความตาย

2.3.6. ประเด็นเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยทางด้านจิตวิญญาณ

นับเป็นความโชคดี ที่ผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็ง และโรคเรื้อรัง ที่มีโอกาสได้เข้าสู่กระบวนการรักษาแบบประคับประคอง ได้รับโอกาสในการเตรียมตัวตายที่ดี ในกรณีที่ผู้ป่วยรู้ถึงโรคร้ายแรงที่เป็น ยอมรับแนวทางการรักษาแบบประคับประคองได้เร็ว ก่อนโรคดำเนินไปสู่ระยะสุดท้าย เวลาที่มีค่านี้ผู้ป่วยได้สามารถพูดคุยกับครอบครัว ตลอดจนญาติสนิทมิตรสหาย เพื่อช่วยปลดเปลื้องความกลัว คลายความห่วงกังวล ได้พูดคุยกับบุคลากรทางการแพทย์ อันอาจจะเป็นโอกาสให้ได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ หรือ จิตวิญญาณได้ ซึ่งผู้ป่วยบางคนมีความต้องการไม่เท่ากัน และต่างกัน บางคนต้องการฟังเทศน์ ฟังธรรม ตักบาตร ถวายสังฆทาน บางคนต้องการอยู่กับสัตว์เลี้ยงที่ตนเองรัก หรือชอบฟังเพลง เสียงดนตรี อยากไปเที่ยว แต่บางคนไม่ต้องการทำสิ่งใดเลย ถ้าหากมีออกแบบการประเมินทางด้านจิตใจหรือจิตวิญญาณที่เป็นมาตรฐาน ที่ให้ครอบครัวสามารถประเมินเองได้แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มีสติแล้ว ครอบคลุมทุกความต้องการที่ไม่ใช่ความต้องการทางกาย จะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการยัดเยียดในสิ่งที่ไม่ต้องการ หรือเป็นการเติมเต็มความปรารถนาของผู้ป่วย อาจเป็นการบริจาคร่างกาย อวัยวะ หรือรูปแบบความต้องการทางพิธีกรรมทางศาสนา

2.3.7. ประเด็นเกี่ยวกับการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะสุดท้าย

เนื่องจากกรณีที่ว่า พระภิกษุที่จำพรรษามาเป็นเวลานาน และอยู่ในวัยสูงอายุที่มีโรคประจำตัว รวมถึงความชราภาพ อาการหลงลืม เข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง เมื่อกลับมาอยู่วัด ไม่มีผู้ดูแล ไม่มีพระประจำวัดเพิ่ม พระภิกษุที่จำพรรษามาเป็นเวลานาน อาจตามหาญาติไม่เจอ เมื่อถึงคราเจ็บป่วยเรื้อรัง เข้าสู่ระยะสุดท้ายชีวิต จะต้องลาสิกขาด้วยภาวะจำยอม ในบางชุมชนถึงกับเรียกร้องให้พระภิกษุที่ป่วยสึกออกมา เพื่อใช้ชีวิตฆราวาส ที่ทำให้ง่ายต่อการหาคนดูแล ประเด็นนี้มีพระภิกษุที่เป็นผู้ให้ข้อมูลรูปหนึ่งตั้งคำถามว่า ควรสึกพระอาพาธระยะสุดท้ายหรือไม่? เป็นการขัดต่อการกระทำที่ดีของท่านหรือไม่? และเสนอวิธีการให้มีโยมอุปัฏฐาก เพื่อให้การดูแลพระสงฆ์อาพาธผ่านพ้นไปได้ โดยไม่ต้องสึก รวมถึงข้อเสนอว่า ควรมีการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองพระสงฆ์ภายในวัด เชื่อมโยงกับโรงพยาบาล เช่นเดียวกับระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลที่มีความก้าวหน้ามาก

2.4. สรุปตารางข้อมูล

หน่วยงานที่เข้าร่วมโครงการวิจัยฯ ดังแสดงไว้ในตารางข้างล่างนี้

ตาราง 14 หน่วยงานที่เก็บข้อมูลจำแนกรายพื้นที่

จังหวัด	หน่วยงาน (ระดับส่วนกลางและพื้นที่)
ภาคเหนือ	
เชียงใหม่	รพ. มหาราชนครเชียงใหม่, รพ.สต. บ้านท่าข้าม, รพ.สต. หนองหอย, รพ.สต. บ้านป่าข่อยเหนือ, ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองหาร, รพ. นครพิงค์, รพ. สันทราย, รพ. หางดง, รพ. สารภี, รพ. แม่อาย
น่าน	รพ. น่าน, รพ.สต. ไชยสถาน, รพ. ปัว, รพ.สต. ศิลาเพชร
แพร่	รพ. แพร่, รพ.สต. บ้านถิ่น
ตาก	รพ. ตาก, รพ. วังเจ้า, รพ.สต. บ้านดงซ่อม, รพ. แม่สอด, รพ. แม่ระมาด
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	
ขอนแก่น	รพ. ศรีนครินทร์, รพ. พล, รพ.สต. เมืองพล, รพ. ขอนแก่น
อุดรธานี	รพ. อุดรธานี, รพ. บ้านผือ, รพ. มะเร็งอุดรธานี
เลย	รพ. เลย, รพ. เชียงคาน
บุรีรัมย์	รพ. พุทไธสง, รพ.สต. บ้านแวง
สุรินทร์	รพ. สุรินทร์, รพ.สต. ตากูก, รพ. สนม, รพ.สต. แคน, รพ. ปราสาท, รพ.สต. บ้านปรือ
นครราชสีมา	รพ. โนนสูง, รพ.สต. ดอนชมพู
ชัยภูมิ	วัดป่าสุคะโต
ภาคใต้	
สงขลา	รพ. สงขลา, ศูนย์สุขภาพชุมชนกุโบร์, รพ. หาดใหญ่, รพ. เทพา, รพ. สงขลานครินทร์
นครศรีธรรมราช	รพ. สิชล
ตรัง	รพ. ตรัง, รพ.สต. นาพละ, รพ.สต. นาโยงใต้, รพ. ห้วยยอด, รพ.สต. เขาปูน
สุราษฎร์ธานี	มูลนิธิบ้านปันรัก
ภาคกลาง	
กรุงเทพมหานคร	รพ. รามาธิบดี, รพ. เซ็นต์หลุยส์, รพ. ศิริราช, รพ. ราชพิพัฒน์, ศูนย์สุขภาพชุมชน บ้านสูงวัยศิริเกษมราชพิพัฒน์, สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
นนทบุรี	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล กรมการแพทย์ สภาการพยาบาล

ตาราง 15 จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
พยาบาล (รวมอาจารย์พยาบาล, ผู้บริหารระดับนโยบาย)	245	41.4
แพทย์ (รวมอาจารย์, นักวิชาการ, ผู้รับผิดชอบโครงการ, ผู้บริหารระดับนโยบาย)	75	12.7
นักวิชาการสาธารณสุข	28	4.7
เภสัชกร	27	4.6
แพทย์ทางเลือก (ไทย / จีน)	11	1.9
นักกายภาพบำบัด / นักกิจกรรมบำบัด	11	1.9
โภชนากร / นักโภชนาการ	8	1.4
นักสังคมสงเคราะห์	6	1.0
นักจิตวิทยา	2	0.3
นักวิชาการอิสระ (ผู้รับผิดชอบโครงการ)	4	0.7
ผู้ดูแลผู้ป่วย (อสม. / แคร์กิฟเวอร์ / จิตอาสา)	122	20.6
พระสงฆ์	40	6.8
ตัวแทนชุมชน (บุคลากรใน อปท. / ผู้ใหญ่บ้าน / กำนัน / มัคทายก)	11	1.9
ผู้นำศาสนาอิสลาม	2	0.3
รวม	**592**	**100.0**

3. ผู้ป่วยระยะท้าย ‘รู้สึกสบาย ไม่ทุกข์ทรมาน’ หรือไม่ อย่างไร? : คำตอบจากการเยี่ยมบ้าน

ในส่วนนี้เป็นการนำเสนอประสบการณ์ของคณะวิจัย ติดตามและประเมินผลที่ได้มีโอกาสเยี่ยมผู้ป่วยระยะท้ายทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงตุลาคม 2562 โดยผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้าเยี่ยมทั้งหมดมีจำนวน 47 ราย อยู่ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลที่มีหน่วยการดูแลแบบประคับประคอง (ในที่นี้คือโรงพยาบาลของรัฐ ตั้งแต่ระดับศูนย์ ทั่วไป ชุมชน จนถึงระดับตำบล ทั้งในเขตเมืองและนอกเขตเมือง) ใน 4 ภูมิภาค คือ ภาคเหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ กลาง และใต้ รวม 14 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ แพร่ น่าน ตาก ขอนแก่น อุดรธานี เลย นครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์ สงขลา ตรัง นครศรีธรรมราช และกรุงเทพฯ (แต่ที่จริงคณะวิจัยได้มีโอกาสไปเก็บข้อมูลในพื้นที่ต่าง ๆ ทั้งหมดครอบคลุม 18 จังหวัด แต่มีอยู่ 4 จังหวัดที่ไม่มีโอกาสเยี่ยมผู้ป่วย คือ จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี ชัยภูมิ และสุราษฎร์ธานี เนื่องจากไม่มีผู้ป่วยในขณะที่ไปเยี่ยม หรือไม่ใช่องค์กรที่มีสถานภาพเป็นสถานพยาบาล ที่มีการดูแลผู้ป่วย แต่เป็นองค์กรด้านการบริหารและเป็นวัด)

วัตถุประสงค์หลักของการเยี่ยมผู้ป่วยครั้งนี้ เพื่อดูว่าบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิตที่จัดให้กับผู้ป่วยระยะท้ายเป็นอย่างไร และเป็นการสนับสนุนคุณภาพชีวิตและคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยมากน้อยแค่ไหน อย่างไร

ในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์เบื้องต้นในการเลือกผู้ป่วยระยะท้ายที่จะเข้าเยี่ยมคือ เพศ โรคที่เป็น สถานะทางเศรษฐกิจ 3 ระดับ (ลำบากหรือค่อนข้างลำบาก, ปานกลาง และฐานะดี/ค่อนข้างดี) เขตที่อยู่อาศัย (อาทิเช่น ใกล้-ไกล, ในเขตเมือง-นอกเขตเมือง) แต่อย่างไรก็ดี ในการปฏิบัติงานจริง ๆ ในหลาย ๆ พื้นที่ไม่สามารถเลือกเยี่ยมผู้ป่วยระยะท้ายตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ได้ทั้งหมด เนื่องจากในบางพื้นที่ผู้ป่วยด่วนเสียชีวิตก่อนที่คณะวิจัยจะเข้าไปเยี่ยม นอกจากนี้ ในช่วงวันและเวลาที่คณะวิจัยอยู่ในพื้นที่บางแห่งไม่มีผู้ป่วยระยะท้าย มีแต่ผู้ป่วยติดเตียงที่อยู่ภายใต้การดูแลระยะยาว (Long-term care : LTC) หรือบางกรณีได้รับแจ้งจากบุคลากรที่ดูแลว่าครอบครัวผู้ป่วยไม่สะดวกให้เข้าเยี่ยม เป็นต้น ดังนั้น ข้อมูลที่นำเสนอในส่วนนี้ จึงเป็นการแสดงให้เห็นสภาพการณ์ตามความเป็นจริง ณ ช่วงเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล ไม่มีการจัดสภาพแวดล้อมหรือการเตรียมการใด ๆ ล่วงหน้า ตลอดจนเครื่องแต่งกายของผู้ป่วย ยกเว้นเพียงบางราย ที่อาจมีการดำเนินการดังกล่าว ด้วยเกรงว่าทีมวิจัยจะเห็นสภาพที่ไม่ดีของผู้ป่วย

ข้อมูลการเยี่ยมผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่นำเสนอในรายงานนี้ เป็นภาพรวมของการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น ไม่ใช่เป็นภาพรวมของประเทศ และเพื่อให้เป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัยจะไม่เปิดเผยชื่อ-นามสกุลหรือตัวตนของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงประเด็นที่จะนำความเสื่อมเสียหรือส่งผลกระทบเชิงลบต่อผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูล

ข้อมูลจากการสังเกตและการพูดคุยที่จะนำเสนอต่อไปนี้ เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ในเรื่องอายุ โรคที่เป็น สภาพทางกาย สภาพทางใจ อารมณ์ ความรู้สึกและปัญญา การได้รับการดูแลทั้งจากครอบครัวและผู้ดูแลอาสา การใช้ชีวิตระยะสุดท้ายที่บ้าน และข้อมูลที่เป็นข้อสังเกตโดยคณะผู้วิจัย

3.1. ผู้ป่วยระยะท้ายคือใคร

สำหรับคำว่า “ผู้ป่วยระยะท้าย” (Terminally-ill patient) ภาพที่เป็นความเข้าใจโดยทั่วไป คือ ผู้ที่กำลังเผชิญกับโรคในระยะที่รักษาไม่หาย ในบางรายผ่านการรักษามาเป็นระยะเวลานาน และยุติการรักษาเมื่อไม่สามารถไปต่อได้ และลักษณะที่สังเกตเห็นได้คือ ผู้ป่วยทรุดลงเป็นลำดับ ไม่สามารถพูดคุยได้ปกติ กินอาหารน้อยลง ใช้เวลาหลับนอนยาวนานขึ้น วันและเวลาสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยไม่สามารถกำหนดได้ชัดเจน เนื่องด้วยแต่ละคนมีระยะเวลาเร็วหรือช้าแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง อาทิ ภูมิหลัง หรือประสบการณ์ชีวิต ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความเชื่อศาสนา ทัศนคติ เป็นต้น ในส่วนนี้ จะกล่าวถึงภาพรวมในรูปแบบร้อยละของผู้ป่วยระยะท้าย (จำนวน 47 คน) ในเรื่องอายุ โรคที่เป็น สภาวะทางกายและใจในช่วงสุดท้ายของชีวิต สำหรับรายละเอียดจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั้งหมดในรูปตาราง จะปรากฏอยู่ในส่วนท้ายของเนื้อหาว่าด้วยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยฉบับนี้

1) ไม่น่าแปลกใจผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในวัยสูงอายุเป็นส่วนใหญ่

จากการเยี่ยมผู้ป่วยในพื้นที่ ตามสภาพความเป็นจริง สิ่งหนึ่งที่เห็นได้อย่างเด่นชัดคือ ส่วนใหญ่หรือราวร้อยละ 84 ของผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือกล่าวได้ว่าในบรรดาผู้ป่วยระยะท้าย 10 คน เป็นผู้สูงอายุถึง 8 คน หนึ่งในสามเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี และหนึ่งในสี่เป็นผู้ที่อายุ 80 ปีขึ้นไป การที่พบว่าผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น เป็นปรากฏการณ์สำคัญอย่างหนึ่งของการเข้าสู่สังคมสูงวัย และเป็นแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นเมื่อสังคมไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ อย่างไรก็ตาม การเยี่ยมผู้ป่วยระยะท้ายในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยที่อายุน้อยที่สุด เป็นเด็กวัย 9 ปี ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในวัยกำลังแรงงานมี 8 ราย ซึ่งส่วนใหญ่ป่วยเป็นมะเร็ง ตามมาด้วยการติดเชื้อเอชไอวี และหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาททำให้เดินไม่ได้ และผู้ป่วยที่อายุมากที่สุด อายุ 96 ปี มีโรคหัวใจเป็นโรคประจำตัวและร่างกายอ่อนกำลังลงไปเรื่อย ๆ

2) มะเร็ง คร่าชีวิตมากที่สุด

จากการที่คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น ทั้งนี้เป็นเพราะความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนการแพร่กระจายของความรู้ข่าวสารด้านสุขภาพและการดูแลตนเองตามสื่อต่างๆ คนส่วนใหญ่จึงไม่ตายก่อนวัยอันควร แต่กลับพบว่า โรคที่คร่าชีวิตผู้สูงอายุมากที่สุดคือ โรคไม่ติดต่อ (non-communicable disease) สอดคล้องกับสิ่งที่พบในพื้นที่ ที่พบว่า โรคมะเร็งเป็นโรคที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 49) ในผู้ป่วยระยะท้ายโดยเฉพาะในวัยสูงอายุ อวัยวะที่พบมะเร็ง ได้แก่ ปอด ตับ เม็ดเลือดขาว ลำไส้ กล่องเสียง ตามลำดับ บางรายอยู่ในระยะลุกลามไปยังกระดูก ปอด ในขณะที่บางรายไม่ต้องการตรวจเพิ่มว่ามะเร็งที่กำลังเป็นอยู่ในระยะใด นั่นหมายความว่า ผู้ป่วยตัดสินใจไม่รักษาต่อไปอีกแล้ว

หลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคที่พบในผู้ป่วยระยะท้ายรองลงมา ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่ (ร้อยละ 17) อยู่ในวัย 70 ปีขึ้นไป และผู้ที่เป็นโรคนี้มีโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ ความดัน เบาหวาน ลมชัก ไต หัวใจ ภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า 1 ใน 4 รายของผู้ที่ป่วยด้วยหลอดเลือดสมอง เคยหกล้ม มาก่อน และเมื่อรักษาอาการบาดเจ็บและควบคุมโรคประจำตัวอื่นได้แล้วกลับกลายเป็นว่า ไม่สามารถทำกิจกรรมหรือใช้ชีวิตประจำวันได้เหมือนเดิม

ไตวายระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease; ESRD) เป็นโรคที่พบมากรองจากโรคมะเร็ง และหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 10) ผู้ที่ป่วยด้วยโรคนี้ก็ยังมีอาการป่วยจากโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ด้วย เช่น เบาหวาน หัวใจ เกาต์ นอกจากโรคสามอันดับที่พบมากที่สุดดังกล่าวไปแล้วข้างต้น ก็ยังพบโรคอื่น ๆ ในผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลแบบประคับประคองในพื้นที่ที่ศึกษา คือ โรคชรา สมองเสื่อม ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ เอชไอวี หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทและอุบัติเหตุล้มทำให้หลังจากนั้นเดินไม่ได้

3) สภาพร่างกายค่อยๆ ถดถอย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสภาพทางกายที่ต่างกันขึ้นอยู่กับระยะเวลาการป่วย อาการเฉพาะโรค อายุ สภาวะจิตใจ เป็นต้น ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ไตวายระยะสุดท้าย ปอดอุดกั้นเรื้อรัง บางคนมีสภาพร่างกายปกติ ไม่ปรากฏอาการของโรคที่เป็น แต่บางรายอยู่ในสภาวะที่ไม่รับรู้อะไรอีกแล้ว มีเพียงลมหายใจเข้าออกที่บอกว่าผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ จากการสังเกตเมื่อเยี่ยมผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68) มีสภาพติดเตียง นอนอย่างเดียว ไม่สามารถลุกนั่งหรือเดินไปไหนได้ ในขณะที่ผู้ป่วยร้อยละ 15 ยังลุกนั่งได้ แต่ไม่ลงจากเตียง หากจะลงจากเตียงเพื่อนั่งรถเข็นต้องมีผู้อื่นช่วย และผู้ป่วยร้อยละ 17 ยังมีการเคลื่อนไหวทางกายหรือทำกิจวัตรได้ตามปกติ สามารถไปโรงพยาบาลได้เอง **ในบรรดาผู้ที่ใช้ชีวิตปกตินี้ ผู้ป่วยจำนวน 5 คน เคยเป็นผู้ติดเตียงมาก่อน และได้รับการดูแลรักษาจนฟื้นตัวได้ กลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ แต่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลืออื่นๆ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน**

รถเข็น เป็นต้น แต่บางคนกลับไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยดังกล่าวก็กลับมาใช้ชีวิตเหมือนเดิมได้ อย่างเช่น ไปไร่นาได้เหมือนเดิม ทำหน้าที่ดูแลบ้าน หุงหาอาหารให้สมาชิกในครอบครัวตามปกติ ผู้ป่วยในกลุ่มที่เคยป่วยระยะสุดท้ายให้ข้อมูลหรือเผยความเชื่อของตนเองว่า ที่ตนหายได้เป็นเพราะตนเองกินสมุนไพรที่มีสรรพคุณรักษามะเร็ง เช่น เหงือกปลาหมอ ใบย่านาง เป็นต้น สำหรับพระหนึ่งรูปที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งตับ หายจากการนอนติดเตียง ส่วนหนึ่งเป็นเพราะทำสมาธิ

สำหรับอุปกรณ์ที่อำนวยความสบายให้กับผู้ป่วยติดเตียงที่สำคัญ คือ เตียงผู้ป่วย ที่สามารถปรับระดับให้ผู้ป่วยนั่ง หรือนอนได้ เตียงผู้ป่วยเกือบทั้งหมดเป็นเตียงที่ยืมจากสถานพยาบาลในพื้นที่ที่ได้รับการบริจาคมาเพื่อให้สถานพยาบาลไว้ใช้รองรับผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องการกลับมาอยู่บ้าน จากการสังเกตพบว่า ผู้ป่วยมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57) ใช้เตียงผู้ป่วยปรับระดับ ส่วนที่เหลือไม่ได้ใช้เตียงผู้ป่วยดังกล่าว บางคนนอนบนที่นอนหรือเตียงเดิมของตนเอง แต่มีผู้ป่วยติดเตียงสองสามรายที่นอนเตียงลม แบบวางราบกับพื้น ทั้งนี้ภายในบ้านไม่มีพื้นที่พอสำหรับวางเตียงผู้ป่วยแบบปรับระดับ ผู้ป่วยในบางพื้นที่ใช้ที่นอนลมในระหว่างรอการจัดหาเตียงผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยรายหนึ่งสะท้อนให้ฟังว่า ผู้ป่วยนอนหลับไม่ได้เต็มที่มากนัก เพราะรำคาญเสียงที่ดังออกมาจากเตียงลมที่ใช้ระบบไฟฟ้า

หากผู้ป่วยที่ยังพูดได้ บอกความต้องการ ความรู้สึก จะทำให้ผู้ดูแลสามารถจัดหาความต้องการของผู้ป่วยได้ แต่ในผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตหรือเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่อยู่ในภาวะติดเตียงกว่าร้อยละ 55 ไม่สามารถพูดคุยหรือบอกความต้องการได้ ผู้ที่อยู่ในสภาพตื่นนอนอาจสื่อสารได้เพียงการกระพริบตา หรือส่งเสียงครางเบาๆ แต่สิ่งหนึ่งที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบอกตรงกันคือ ผู้ป่วยยังได้ยินสิ่งที่ผู้อื่นพูดคุย รับรู้ ตอบสนองความเจ็บปวดได้ แสดงปฏิกิริยาบอกความต้องการได้ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยชายติดเตียงด้วยโรคไตวายระยะสุดท้าย เมื่อมีการเปิดเพลงที่ชอบให้ฟัง ผู้ป่วยยิ้มร้องคลอตามเพลงเบาๆ หรือกรณีที่ผู้ป่วยหญิงที่ล้มและกลายมาอยู่ในสภาพติดเตียง พยายามที่จะใช้มือที่ถูกผูกไว้ข้างเตียงดึงสายยางให้อาหารออกจากจมูก หรือกรณีที่ผู้ป่วยหญิงขยับปาก พร้อมเสียงในลำคอ เพื่อต้องการบอกว่าตนเองหิว ผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถพูดได้ จะใช้วิธีร้องเสียงดัง เพื่อเรียกให้ผู้ดูแลให้มาอยู่ใกล้ ๆ

ผู้ป่วยที่ยังใช้ชีวิตปกติ ยังกินอาหารตามที่ตนเองชอบ นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ป่วยติดเตียงบางคนยังกินอาหารเหมือนคนปกติ คือ มีข้าวหรือข้าวเหนียว และกับข้าว บางคนกินอาหารเหลวประเภทข้าวต้ม บางคนที่พอมีฐานะกินอาหารเสริมยี่ห้อเอนชัวร์ ในผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตเริ่มกินอาหารน้อยลงหรือไม่กินอาหารเลย แต่ยังมีบางคน (ร้อยละ 17) ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก ญาติผู้ป่วยบางรายกล่าวว่า ผู้ป่วยในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะขอให้หมอใส่สายยางให้อาหารก่อนออกจากโรงพยาบาล ต้องการมีชีวิตอยู่เพื่ออยู่กับหลานๆ แต่เมื่อผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้าน ลูกๆ ยังไม่มีใครตัดสินใจว่าจะให้พ่อของตนเองถอดสายยางเมื่อไร เพื่อให้พ่อที่เป็นผู้ป่วยอยู่ในภาวะสุขสบายมากกว่านี้

สำหรับผู้ป่วยที่หายใจลำบาก หอบ เหนื่อย จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หนึ่งในสี่ของผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจพร้อมถังออกซิเจน ที่ รพ.สต. หรือศูนย์บริการสาธารณสุข ที่อยู่ในพื้นที่จัดหามาให้ จากการขอรับบริจาค หรือมีกองทุนในชุมชนเพื่อซื้อเครื่องมือ อุปกรณ์จำเป็น เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่กลับมารักษาตัวที่บ้าน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสภาพร่างกายซูบผอม แต่สำหรับผู้ป่วยที่ติดเตียงมานานมีสภาวะหนังหุ้มกระดูก (หนึ่งในสี่ของผู้ป่วยทั้งหมด) นอนหลับเกือบตลอดวัน มีผู้ดูแลคอยดูแลอยู่ใกล้ๆ เพื่อสังเกตอาการ เช่น ผู้ป่วยติดเตียงที่มีอาการทุรนทุราย จะแสดงออกทางสีหน้า ร้องออกมาเสียงเบาๆ และนอนกระสับกระส่าย ผู้ดูแลจะช่วยพลิกตัว ให้จิบน้ำ ป้อนอาหารเหลวทางสายยาง หรือทางปาก ปรับท่าทางให้อยู่ในสภาวะที่สบายตัว หรือให้มอร์ฟีนตามที่ได้รับคำแนะนำจากหมอพยาบาล

ถึงแม้ว่าจะป่วย แต่ผู้ป่วยบางคน (ร้อยละ 17) ยังใช้ชีวิตปกติ ช่วยเหลือตนเองได้ ในที่นี้คือ กินข้าว ไปไร่นา ไม่ต้องมีใครคอยดูแลทุกขณะหรือตลอดเวลา แม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในระยะการดูแลแบบประคับประคองที่หมอพยาบาลคอยติดตามเป็นระยะๆ แต่ก็ถือว่าเป็นส่วนน้อย เพราะบางคนอยู่ในระยะเริ่มต้นของการป่วย แต่ในความเป็นจริงแล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่จำเป็นต้องมีคนช่วยเหลือในเรื่องการจับลุกนั่ง พาเดิน นั่งรถเข็น ป้อนอาหาร ให้ยา ทำความสะอาดร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยติดเตียง และผู้ที่กำลังเข้าสู่ภาวะติดเตียง

3.2. ใครคือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยระยะท้าย

ในส่วนนี้กล่าวถึงสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน หากคนในบ้านเป็นผู้ดูแล ใครเป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนผู้ที่อยู่ตัวคนเดียว เมื่อเจ็บไข้ได้ป่วย ใครเป็นผู้ดูแล และผู้ดูแลที่ไม่ใช่คนในครอบครัวเข้ามามีบทบาทอย่างไร ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน

เมื่อครอบครัวมีสมาชิกป่วย จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล อยู่ในความดูแลของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หมอพยาบาลจะมองหาสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่มีศักยภาพที่สุดเป็นผู้ดูแล นับตั้งแต่การให้เวลา รับฟังข้อมูลอาการและแนวทางการรักษาและการดูแลจากหมอพยาบาลด้วยความเข้าใจ เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย แต่ในความเป็นจริง ผู้ดูแลโดยคนในครอบครัวที่มีคุณสมบัติตามที่หมอพยาบาลต้องการหาไม่ได้ในทุกครอบครัวที่มีผู้ป่วย ผู้ที่มาเป็นผู้ดูแลอาจเป็นคนในครอบครัวที่ว่างงาน เป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด เป็นผู้ที่อยู่บ้านเดียวกัน หรืออาจมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพน้อย ในขณะที่สมาชิกที่จะเป็นผู้ดูแลที่มีศักยภาพอาจไม่ได้มาดูแลตลอดเวลา ด้วยติดภารกิจการทำงาน ครอบครัว อยู่ไกลจากบ้านผู้ป่วย หรือด้วยเหตุผลอื่น อย่างไรก็ตาม การจัดการด้านการดูแลโดยครอบครัวจะดำเนินไปตามธรรมชาติของการอยู่ร่วมกัน และอย่างเหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย แต่คุณภาพการดูแลผู้ป่วยนั้นดี หรือ ไม่ดี ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย เพศของ

ผู้ดูแล (ในครอบครัวที่มีสมาชิกเพศหญิง ผู้นั้นจะกลายมาเป็นผู้ดูแลหลัก เป็นส่วนใหญ่) ความยากดีมีจน คุณภาพการให้บริการของหน่วยบริการและบุคลากรด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพกับครอบครัวผู้ป่วย เป็นต้น

1) ส่วนใหญ่ 'ลูกสาว' กลายมาเป็นผู้ดูแลเสียเอง

จากการสังเกตจากการเยี่ยมบ้านครั้งนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วย 4 ใน 10 เป็นลูกสาว รองลงมาเป็นภรรยา ซึ่งมีอยู่ 1 ใน 3 ของผู้ดูแลทั้งหมด ที่เหลือเป็นสามี แม่ ลูกชาย หลานสาว และพี่น้อง ตามลำดับ ส่วนผู้ที่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลักมีอยู่ 3 คน (ร้อยละ 6.4) แต่มีเพื่อนบ้านหรืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผลัดเปลี่ยนกันมาดูแล แต่บางราย อสม. ก็ไม่สามารถจัดเวรหรือจัดทีมมาดูแลได้อย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากติดภารกิจของตนเอง เนื่องจาก อสม. เอง ก็มีพ่อแม่ที่อยู่ในวัยชราต้องดูแล หรือมีภารกิจการทำงาน ที่ต้องเดินทางไปหารายได้ที่อื่นหรือนอกหมู่บ้าน เป็นต้น

อย่างไรก็ดี ไม่เป็นที่แปลกใจที่ส่วนใหญ่ ลูกสาว จะเป็นผู้ที่อาสาคนแรกๆ (หากมีผู้ป่วยมีลูกทั้งชายและหญิงหลายคน) ในการดูแลพ่อแม่วัยชรา ในผู้ป่วยสูงอายุชาย ภรรยาอาจมีบทบาทรองลงมา หรืออาจจะไม่ได้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเลย เนื่องจากอยู่ในวัยชรา และมีโรคประจำตัวเช่นเดียวกัน เช่นเดียวกับผู้ป่วยสูงอายุหญิง สามีมีบทบาทในการอยู่เคียงข้าง เป็นเพื่อนคุย หากมีลูกๆ หลายคน ไม่ว่าหญิงชาย ทั้งที่เป็นลูกสะใภ้หรือลูกเขย ต่างแบ่งวันเวลากันดูแล ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของครอบครัวที่มีสมาชิกหลายคน จะได้รับการดูแลอย่างไม่ขาดตกบกพร่อง บางครอบครัว ลูกหลานที่อยู่ต่างถิ่นจะกลับมาดูแลเมื่อผู้อาวุโสของบ้านอยู่ในระยะท้าย มีหลายๆ กรณี จากการสังเกตในการเยี่ยมบ้านครั้งนี้ เห็นได้ว่า บางครอบครัว ลูกสาวที่แยกเรือนไปอยู่ต่างจังหวัดได้ย้ายกลับมาบ้านถาวร เพื่อมาดูแลพ่อแม่ที่ป่วยติดเตียง เพราะต้องการดูแลพ่อแม่ของตนในระยะสุดท้ายนี้อย่างดีที่สุด บางครอบครัว ลูกชายที่ไปทำงานต่างถิ่น กลับมาช่วยพี่น้องดูแลพ่อ โดยไม่กำหนดระยะเวลากลับ สำหรับครอบครัวที่มีลูกหลานเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข จะได้รับการปฏิบัติทางกายที่ดีและมีอุปกรณ์ช่วยเหลือที่จำเป็นครบ และเหลือใช้

2) คนโสด ต้องหวังการดูแลจาก 'คนอื่น'

จากการสังเกตผู้ป่วยเกือบทั้งหมดต่างมีคู่ครอง (ยกเว้นผู้ป่วยเด็ก) ทำให้มีสามีหรือภรรยาลูกๆ หลานๆ คอยดูแลสุขทุกข์เมื่อคราวเจ็บป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่เป็นโสด หรือตัวคนเดียว ทำให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่อย่างลำบาก ดังเช่น กรณีผู้ป่วยหญิงสูงอายุ วัย 77 ปี ท่านหนึ่ง สามีเสียชีวิตและไม่มีลูก ไร้ญาติ เพราะเป็นคนหมู่บ้านอื่นมาแต่งงานกับสามีที่หมู่บ้านปัจจุบัน มีโรคเรื้อรัง ไม่สามารถเดินได้ ต้องช่วยเหลือตนเองโดยการถัดก้น ไปอาบน้ำ ซักผ้า เข้านอน ผู้ป่วยรายนี้มีเงินใช้จากเบี้ยผู้สูงอายุเท่านั้น วันๆ อยู่แต่ในบ้าน ไม่สามารถเดินไปซื้อของเพื่อทำกับข้าวกินเอง เพื่อนบ้าน

ทำอาหารส่งมาให้กินเป็นบางครั้ง บ่อยครั้งเมื่อหิว จำต้องตะโกนให้เพื่อนบ้านได้ยิน เพื่อให้มีใครมาช่วยเหลือ และอีกกรณีคล้ายๆ กัน ผู้ป่วยหญิงสูงอายุวัย 80 ปี คู่ที่เคยอยู่กินเสียชีวิตหลายปีแล้ว อาศัยอยู่ในละแวกบ้านเดียวกันกับหลานๆ ที่เป็นลูกของพี่ๆ น้องๆ ผู้ป่วยมีหลานรักที่ตนให้ความช่วยเหลือจุนเจือ แต่เมื่อตนเองล้มป่วย หลานที่ตนรักกลับไม่ได้มาดูแลช่วยเหลือ แต่หลานที่อยู่ใกล้บ้าน ต้องกลายมาเป็นผู้ดูแลด้วยความจำใจ และเกรงคำครหาจากเพื่อนบ้าน ผู้ป่วยท่านนี้มีอาสาสมัครขององค์กรศาสนานำอาหารมาให้ทุกวัน วันละสองหรือสามมื้อ แต่ในช่วงกลางวันต้องนอนอยู่บนฟูกคนเดียว ไม่สามารถลุกนั่งได้เอง ตอนที่ทีมวิจัยไปเยี่ยม ผู้ป่วยท่านนี้ร้องขอน้ำดื่มและพูดเสียงค่อย ๆ ที่พอเข้าใจได้ว่า “หิวข้าว” แต่เมื่อทีมวิจัยเปิดสำรับกับข้าวที่วางอยู่บนโต๊ะปลายเท้าของผู้ป่วย ผลปรากฏว่า อาหารบูดแล้ว ไม่สามารถป้อนให้ทานได้

3) ‘อาสาสมัครสาธารณสุข’กองเสริมความช่วยเหลือ

ในชุมชนชนบท หรือกึ่งเมืองกึ่งชนบท ญาติพี่น้องจะปลูกบ้านในอาณาบริเวณเดียวกัน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลส่งผลต่อคุณภาพการดูแลในระดับหนึ่ง ในครอบครัวที่มีญาติพี่น้องลูกหลาน ที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันที่ดี เมื่อผู้อาวุโสในบ้านเจ็บป่วย สมาชิกเหล่านั้นจะอยู่พร้อมหน้าพร้อมตา เดินทางมาเยี่ยมกันมิได้ขาด ลูกบางคนที่อยู่ต่างถิ่น ต่างย้ายกลับมาบ้านเกิด เพื่อดูแลพ่อแม่วัยชราในวาระสุดท้าย ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีทั้งกาย ใจ และสังคม ลูกหลานและเครือญาติกระทำในสิ่งที่เชื่อว่าผู้ป่วย เมื่อถึงคราวจาก จะจากไปอย่างสงบ ในทางตรงกันข้าม ถ้าหากความสัมพันธ์กับลูกหลานในช่วงชีวิตปกติ ไม่ราบรื่น บาดหมาง เลือกที่รักมักที่ชัง ได้ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุในระยะท้ายที่จำเป็นต้องพึ่งการดูแลจากลูกหลาน ไม่ได้รับการดูแลด้วยความเต็มใจ อยู่อย่างอดมื้อกินมื้อ อย่างไรก็ดี ผู้ป่วยที่อยู่ตัวคนเดียว มักจะได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่อยู่ใกล้บ้าน รวมถึงได้รับความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ที่สามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้นต่าง ๆ ได้ อาทิเช่น วัดไข้ วัดความดัน หรือทำหัตถการตามที่ได้รับการอบรมมา จดบันทึกอาการผู้ป่วย ให้กำลังใจผู้ดูแลหลัก เป็นตัวกลางสื่อสารกับบุคลากรสาธารณสุขแทนคนในครอบครัวผู้ป่วย เป็นต้น

สำหรับในเมือง ผู้คนมีวิถีชีวิตต่างคนต่างอยู่ ในเวลากลางวัน ลูกหลานไปทำงานหรือไปโรงเรียน ผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้านจะอยู่กับคู่สมรส ทั้งคู่อยู่ในวัยสูงอายุ สามีคอยดูแลภรรยาที่ป่วย หรือภรรยาคอยดูแลสามีที่ป่วย ส่วนกลางคืน เป็นหน้าที่ของลูกที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน สำหรับครอบครัวที่มีฐานะ จะมีผู้ดูแลรับจ้างเป็นหลักในการดูแลตลอดวัน สำหรับจิตอาสาหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำสถานบริการในพื้นที่ หน้าที่หลักคือการเยี่ยมผู้ป่วย และใช้ทักษะที่ได้อบรมมาดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อย่างไรก็ดี พบว่า บางพื้นที่มีเสียงสะท้อนในทำนองที่ชี้ให้เห็นว่า ผู้ดูแลอาสาหรืออาสาสมัครสาธารณสุขไม่ค่อยได้รับการยอมรับในชุมชนเมืองเท่าใดนัก โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีฐานะ หน้าที่การงานดี ผู้ดูแลอาสาไม่ได้รับความร่วมมือจากเจ้าของบ้านให้เข้าถึงตัวผู้ป่วย สาเหตุ

ประการหนึ่งอาจเป็นเพราะสมาชิกในบ้านผู้ป่วยไม่ต้องการให้บุคคลภายนอกรู้ถึงสถานการณ์ในครอบครัว

3.3. ผู้ป่วยระยะท้ายใช้ชีวิตที่บ้านอย่างไร

จากความจริงที่ปรากฏในหลายๆ พื้นที่ ผู้ป่วยที่อยู่วาระสุดท้ายของชีวิตปรารถนาที่จะตายที่บ้าน ยกเว้นในพื้นที่ภูเขาสูงทางภาคเหนือ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล และหมดทางรักษาต่อ ญาติผู้ป่วยหรือตัวผู้ป่วยเองอาจขอเลือกเสียชีวิตที่โรงพยาบาล เนื่องจากการพาผู้ป่วยเดินทางขึ้นเขาสูงนั้น มีความยากลำบาก และถ้าหากผู้ป่วยปรารถนาที่จะรอเสียชีวิตที่บ้าน จะต้องมีการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน จัดหาพื้นที่ที่สุขสบายให้กับผู้ป่วย ซึ่งในความเป็นจริง อาจทำได้ยากในชุมชนเขตภูเขา

เมื่อกล่าวถึงการเสียชีวิตที่บ้านของผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลแบบประคับประคองและมีโอกาสเลือกสถานที่เสียชีวิต ก่อนผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาล เกือบทุกครอบครัวได้ทำการปรับปรุงพื้นที่สำหรับวางเตียงผู้ป่วย และอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน บางครอบครัวจัดพื้นที่ให้โล่ง โปร่ง ปราศจากสิ่งรบกวน ผู้ดูแลสามารถทำความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนอิริยาบถให้กับผู้ป่วยได้รอบด้าน แต่สำหรับครอบครัวที่มีฐานะยากจน พบว่า สภาพบ้านไม่มั่นคงแน่นหนา คับแคบ ห้องน้ำไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยระยะท้ายที่ยังจำเป็นต้องดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ปกติ บ้านของผู้สูงอายุที่อยู่ตัวคนเดียวบางคนมีสภาพผุพังตามกาลเวลา ยิ่งไปกว่านั้น ไม่ปลอดภัยในยามค่ำคืน

จากการสังเกตโดยการประเมินจากที่อยู่อาศัยและการพูดคุยข้อมูลพื้นฐานทั่วไป พบว่าโดยรวมครอบครัวผู้ป่วยมีทั้งฐานะดี (ร้อยละ 38.3) ปานกลาง (ร้อยละ 38.3) และยากจน (ร้อยละ 23.4) ผู้ป่วยที่มีฐานะดี มีบ้านหลังใหญ่ ผู้ป่วยอยู่ในห้องที่ปรับปรุงให้น่าอยู่ กันยุงแมลงรบกวน มีเครื่องปรับอากาศ มีอาหารสำเร็จรูปสำหรับผู้ป่วย กางเกงอนามัยผู้ใหญ่สำรองไว้ สำหรับครอบครัวฐานะปานกลาง ผู้ป่วยมีความสุขสบายกายรองลงมา แต่สำหรับครอบครัวที่ยากจน บางรายอาศัยปลูกบ้านบนที่ดินของผู้อื่น บางรายบ้านกำลังจะถูกยึด กำลังหลักของครอบครัวป่วยไม่สามารถทำงานได้ ไม่มีกำลังทรัพย์มากพอในการเลี้ยงดูลูกหลาน แม้บางคนป่วยไข้ ยังต้องรับจ้างทำงานในไร่นาเพื่อให้มีรายได้ประทังชีวิต ดังเช่นกรณีผู้สูงอายุชายวัย 67 ปี ป่วยด้วยมะเร็งตับ อาศัยอยู่กันสองคนกับภรรยาวัยใกล้เคียงกัน ไม่มีลูกด้วยกัน ตั้งบ้านเรือนอยู่ไกลจากชุมชนหรือแหล่งที่มีคนอาศัยอยู่หนาแน่น พบว่า ปัจจุบันยังต้องทำงานรับจ้างฉีดสารเคมีในไร่นา เพื่อให้มีรายได้ในแต่ละวัน และพบว่าครอบครัวหรือผู้ป่วยและภรรยาไม่มีเครื่องมือสื่อสาร เช่น สมาร์ทโฟน หรืออื่นใด ต้องอาศัยจากเพื่อนบ้านที่อยู่ถนนฝั่งตรงข้าม เวลามีเหตุฉุกเฉินหรือเหตุการณ์อะไรที่ต้องการความช่วยเหลือก็ใช้วิธีตะโกนข้ามฝั่งถนน ซึ่งจริง ๆ ไม่ได้อยู่ใกล้ หรือมีระยะห่างกันมากพอควร ทำให้การติดต่อขอความช่วยเหลือทำได้อย่างค่อนข้างยากลำบาก

การทำให้บ้านเป็นสถานีปลายทางของชีวิต มีหมอพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้สึกว่าอยู่ที่บ้านไม่ต่างจากอยู่ที่โรงพยาบาล ผู้ดูแลในครอบครัวได้เรียนรู้การจัดการความเจ็บปวด หายใจลำบาก และอาการความไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น อ่อนล้า อ่อนเพลีย คลื่นไส้ มีเสมหะ ทำความสะอาดหลังขับถ่าย เป็นต้น ด้วยทักษะการดูแลและอุปกรณ์ช่วยเหลือเบื้องต้น ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเบาใจด้วยเช่นกัน เมื่อเป็นเช่นนี้แล้ว ถือว่าช่วยทำให้ผู้ป่วยได้อยู่อาศัยท่ามกลางลูกหลาน ญาติพี่น้อง ตลอดจนเพื่อนฝูง เพื่อนบ้านที่รู้จักมักคุ้นกัน การดูแลระยะท้ายด้านจิตใจหรือจิตวิญญาณ หรือการจัดการสิ่งค้างคาใจต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ มักจะเกิดขึ้นได้ในช่วงเวลานี้

จากการสังเกต พูดคุยกับครอบครัวผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในเรื่องการดูแลด้านจิตใจ การจัดการอารมณ์ความรู้สึกนึกคิด พบว่า มีหลากหลายวิธีการ กรณีผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ หากผู้ป่วยมีความต้องการที่จะทำบุญตักบาตร ถวายสังฆทาน ฟังพระสวด บนเตียงนอนก็จะมีการนิมนต์พระมาที่บ้าน หรือในเรื่องความชื่นชอบส่วนบุคคล เช่น การฟังเพลง การฟังธรรมะ ผู้ดูแลก็จะเปิดเพลง เปิดเทปเสียงธรรมะ ที่ผู้ป่วยชอบให้ฟัง หรือเล่าสิ่งดีๆ ที่ผู้ป่วยได้เคยทำมา สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่สามารถพูดได้บางคนยังสามารถบอกความต้องการของตนก่อนเสียชีวิต ซึ่งครอบครัวสามารถจัดการความต้องการที่นอกเหนือจากความต้องการทางกายได้ ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตสองสามรายที่ทีมวิจัยได้เยี่ยมบ้าน มีสัญญาณชีพแผ่วลง แต่ยังไม่เสียชีวิต ผู้ดูแลให้ข้อมูลตรงกันว่าผู้ป่วยบางคนยังมีสิ่งค้างคาใจ (unfinished business) ดังเช่น ปู่กำลังรอหลานคนเล็กเรียนจบ หรือแม่กำลังรอลูกที่ทำงานอยู่ต่างประเทศกลับมาดูใจเป็นครั้งสุดท้าย เป็นต้น

3.4. สิ่งที่ค้นพบและประเด็นคำถามต่อเนื่องจากการเยี่ยมผู้ป่วยระยะท้าย

จากการเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวจำนวน 47 ราย ทั้งที่บ้าน (43 ราย) และที่โรงพยาบาล (4 ราย) ใน 14 จังหวัดที่อยู่ใน 4 ภูมิภาค คือ ภาคเหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ กลาง และใต้ โดยมีทีมพื้นที่ที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐ ที่รับผิดชอบการดูแลประคับประคอง ไม่ว่าจะเป็นในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์บริการสาธารณสุข หรือศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขและจิตอาสา เป็นผู้นำทีมวิจัยเข้าเยี่ยมผู้ป่วย จึงเป็นที่เข้าใจตรงกันสำหรับรายงานนี้ว่าผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยย่อมได้รับการดูแลที่ดีจากสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ และมีความสัมพันธ์อันดีต่อทีมบุคลากรสาธารณสุข และผู้ดูแลอาสา นอกจากนี้ รายงานการเยี่ยมบ้านครั้งนี้เป็นผลมาจากการสังเกต พูดคุย ที่ใช้เวลาประมาณ 1-3 ชั่วโมงต่อรายเท่านั้น ในรายงานนี้จึงไม่ได้ทำการวิเคราะห์ลักษณะการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขและทีมผู้ดูแลอาสา แต่เป็นการเสนอ

ความคิดเห็นหรือคำถามของทีมวิจัยที่ได้คิดต่อยอด หลังจากการเยี่ยมผู้ป่วยในพื้นที่ต่าง ๆ เท่านั้น ดังนี้คือ

1) สุดท้ายแล้ว ใครจะเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย

จากการที่ทีมวิจัยได้เยี่ยมครอบครัวผู้ป่วยชายวัย 89 ปี ที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนที่ผู้ป่วยท่านนี้กลับมาใช้ชีวิตวาระสุดท้ายที่บ้าน ได้รักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลนานหลายเดือน ช่วงที่ยังมีสติสัมปชัญญะ ผู้ป่วยท่านนี้ได้ขอร้องหมอให้ใส่สายให้อาหาร ด้วยเหตุผลว่า อยากมีชีวิตอยู่ต่อไปอีก อยากเห็นหน้าลูกหลาน ดีใจที่ลูกหลานมาเยี่ยม เมื่อผู้ป่วยท่านนี้ได้กลับมาอยู่ที่บ้าน และมีอาการทรุดลงเป็นลำดับจนไม่สามารถสื่อสารได้ นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา และต้องใช้ยาประเภทโอปิออยด์ (opioids) เพื่อไม่ให้มีอาการหอบเหนื่อย คราใดที่ผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อย ร่างกายงอเกร็ง และใบหน้าบิดเบี้ยว ส่งเสียงร้องเบา ผู้ดูแลต้องอยู่ดูแลสังเกตอาการตลอดเวลา เพื่อให้ยา และให้อาหารเมื่อถึงเวลา เป็นอย่างนี้นับเดือน ต่อมาผู้ดูแลหลักที่เป็นลูกสาว ทุกข์ร้อนจากปัญหาคนในครอบครัวเกิดอุบัติเหตุและมีคดีความ และผู้ดูแลที่เป็นลูกสาวอีกคนมีโรคประจำตัวเกี่ยวกับหัวใจ ผู้ดูแลทั้งสองกำลังรับบทหนัก ทั้งดูแลผู้ป่วย ปัญหาครอบครัว และปัญหาสุขภาพ

เป็นที่ทราบกันดีว่า การใช้สายยางให้อาหารผ่านทางจมูก ถึงแม้จะทำให้มีชีวิตอยู่ต่อไปได้อีก แต่ก็ทำให้สถานการณ์ครอบครัวผู้ดูแลหรือแม้แต่สุขภาพผู้ดูแลแย่ลง หากการตายดี คือ การจากไปอย่างสงบ ไม่ยื้อชีวิต เป็นการตายอย่างเป็นธรรมชาติ กรณีดังกล่าว ควรมีการถอดสายยางให้อาหารหรือไม่ เมื่อไร และใครเป็นผู้ตัดสินใจให้ถอด ซึ่งแพทย์ไม่อาจตัดสินใจให้ได้ เพราะผู้ป่วยได้ขอร้องให้ใส่สายยางให้อาหารเมื่อขณะที่มีสติสัมปชัญญะ แต่ว่าไม่มีการระบุว่าควรจะถอดสายให้อาหารเมื่อไร ทางญาติผู้ป่วยก็ไม่เคยได้พูดคุยกันเกี่ยวกับเรื่องนี้เลย

บทเรียนจากกรณีดังกล่าว เมื่อผู้ป่วยในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะให้มีการใส่สายยางให้อาหาร ควรมีการตกลงและบันทึกไว้ว่า หากผู้ป่วยทรุดลง และไม่อาจฟื้นกลับมาเป็นปกติแล้ว จะให้ถอดสายยางเมื่อไร หรือจะมอบหมายใครเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในเรื่องนี้

2) ผู้ดูแลอาสาที่จะดูแลผู้ป่วยที่ไม่ใช่ญาติ ไม่ใช่แค่มีใจ แต่ต้องมีทักษะ

เป็นที่แน่นอนว่า ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย คนในครอบครัวของผู้ป่วยคือผู้ที่ดูแลที่ดีที่สุด ดังนั้น ฝ่ายหมอและพยาบาลจึงมักจะหาผู้ดูแลที่มีศักยภาพ ที่ทำหน้าที่ดูแลกายใจผู้ป่วย และสื่อสารข้อมูลกับทีมสาธารณสุขอย่างตรงไปตรงมา ผู้ดูแลอาสา ไม่ว่าจะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหรือจิตอาสาของโรงพยาบาล อาจไม่จำเป็นต่อครอบครัวผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลพร้อม แต่ผู้ดูแลอาสาจะสำคัญมากต่อผู้ป่วยที่ไร้ญาติขาดมิตร ผู้ป่วยที่อยู่ตัวคนเดียว หรือดูแลผู้ป่วยแทนญาติผู้ป่วยในบางวัน เพื่อแบ่งเบาภาระ ผู้ดูแลอาสาที่ผ่านการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคต่างๆ ยิ่งมีความสำคัญในการถ่ายทอด

ความรู้ ทักษะการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ถูกวิธี เป็นพี่เลี้ยง ให้ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีผู้ป่วยระยะท้ายสามารถดูแลผู้ป่วยในครอบครัวตัวเองได้ และในขณะเดียวกัน ก็เป็นผู้เยียวยาจิตใจผู้ดูแลทุกคนที่เป็นสมาชิกในครอบครัวให้ผ่านวิกฤตช่วงนี้ไปให้ได้

อีกทักษะสำคัญที่ผู้ดูแลอาสาพึงมี ถึงแม้ว่าผู้ดูแลอาสาจะมีจิตใจที่ดีที่อยากดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ก็คือ ทักษะการสื่อสาร ในเรื่องการให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นสำคัญ เรื่องใด คำใดที่ควรพูด เรื่องใด คำใดไม่ควรพูด และเมื่อไรที่ควรพูด อย่างเช่นคำพูดที่ไม่ควรพูด คำพูดที่เป็นไปไม่ได้ คำพูดในเชิงให้ความหวัง เช่น สู้สู้ อดทนไว้นะ เดี๋ยวก็หาย กินเยอะๆ จะได้หาย และควรคำนึงถึงอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ไม่ควรแนะนำหรือจัดหากิจกรรมที่ผู้ป่วยบางคนไม่ต้องการ นอกจากผู้ป่วยขอร้องความต้องการเอง เช่น ให้ฟังเสียงสวดมนต์ ธรรมะ เชิญพระภิกษุมาเทศน์ เป็นต้น

ดังนั้น ทักษะการปฏิบัติต่อผู้ป่วย และทักษะการสื่อสาร ที่จะใช้กับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว จึงจำเป็นต่อผู้ดูแลอาสา ที่จะดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพราะไม่ใช่สิ่งที่ผู้ดูแลอาสาทุกคนจะสามารถทำได้โดยอัตโนมัติหากไม่มีการอบรม ฝึกฝน เรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

3) การจัดการอาการช่วยให้ผู้ป่วยสงบสุข

จากการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย แต่ละโรคมีอาการแตกต่างกันไป อย่างเช่น ผู้ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มักมีอาการเหนื่อยหอบจนตัวเกร็ง ส่วนผู้ป่วยมะเร็งมักมีอาการปวดรุนแรงบริเวณอวัยวะที่เป็น หรือทั้งร่างกาย เมื่อผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาอาการ ก็สามารถหายใจสะดวก นอนหลับสบายขึ้น ไม่มีอาการกระสับกระส่าย อีกทั้งผู้ดูแลรู้สึกไม่เครียดหรือวิตกกังวล มีช่วงเวลาทำกิจวัตรส่วนตัว หรือพักจากการใช้เวลาดูแลร่างกาย ป้อนยา อาหาร น้ำ มาเป็นเวลาหลายชั่วโมง

ดังนั้น การจัดการอาการปวดได้ โดยการที่แพทย์พยาบาลจัดสรรยาแก้ปวด และสอนให้ผู้ดูแลสามารถให้ยาโดยใช้อุปกรณ์ เช่น syringe driver สำหรับให้มอร์ฟีนบรรเทาปวด หอบ หายใจสะดวก ก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องมาที่ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล หรือรอให้ทีมหมอพยาบาลไปเยี่ยมที่บ้าน โดยเฉพาะในกรณีที่เป็นโรคมะเร็ง ซึ่งจากการเยี่ยมบ้านครั้งนี้ ได้รับเสียงสะท้อนมาว่าถ้าผู้ป่วยได้รับยามอร์ฟีนและการจัดการอาการอย่างถูกต้อง ก็มักจะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ไม่เจ็บปวด ไม่ร้องครวญคราง แต่รู้สึกสบาย ซึ่งมีผู้ดูแลและผู้ดูแลอาสาหลายรายสะท้อนว่า เรื่องนี้สำคัญมาก ไม่ควรมีการต่อต้านการใช้มอร์ฟีน เป็นต้น

4) เอกสารแสดงเจตจำนงในวิธีการรักษา เช่น Living will, Advance Directive

จากการพูดคุย สอบถาม ทั้งบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วย ต่อประโยชน์ของการมีเอกสารบันทึก หรือ สมุด/หนังสือ ที่มีข้อความในลักษณะไม่ประสงค์ให้มีการยื้อชีวิตด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ ก็ได้คำตอบหลากหลาย และยังพบอีกด้วยว่า ผู้ป่วยบางคนมีสมุดบันทึก living will ส่วนตัว และบางคนไม่มีสมุดบันทึก หรือ เอกสารแสดง living will ดังกล่าว (ไม่ได้ทำไว้ หรือ ทำหาย หาไม่เจอ) ทั้งนี้เป็นเพราะว่าสมุดบันทึกหรือเอกสารส่วนตัวผู้ป่วยเกี่ยวกับ living will อาจไม่ใช่สิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองแล้ว เพราะเป้าหมายการดูแลแบบนี้ชัดเจนในตัวมันเองอยู่แล้วคือ ให้ผู้ป่วยไม่มีความเจ็บปวดทางกาย เมื่อกายสงบ ใจก็สงบตามมา แต่โดยส่วนใหญ่ ทางหมอพยาบาลที่รักษาและในทีมงานดูแลแบบประคับประคอง ได้มีการพูดคุยตกลงกับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย และบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย หรือบันทึกในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ไว้แล้ว ทั้งนี้เพื่อป้องกันเอกสารหาย หรือให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาเข้าใจตรงกัน

ดังนั้น Living will, Advance Directive หรือ Advance Care Plan ช่วยให้ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและผ่านการรักษามาจนสุดทาง ได้เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่เนิ่นๆ หรือในห้วงเวลาที่ยังมีสติสัมปชัญญะ ได้ตัดสินใจในวาระสุดท้ายของชีวิตด้วยตนเอง ไม่เสียเวลาให้กับการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ แต่ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์จากการดูแลที่ครอบคลุมทั้งกาย ใจ สังคม จนไม่หวั่นวิตกกับการตาย และไม่สร้างบาดแผลทางใจให้กับคนที่อยู่ข้างหลัง

ในการลงพื้นที่เยี่ยมผู้ป่วยครั้งนี้ คณะวิจัยตั้งข้อสังเกตว่า ผู้ที่ควรมีการทำเอกสารเกี่ยวกับ living will เป็นอันดับแรกๆ หนึ่ง คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพราะเป็นผู้ที่เข้าใกล้ความตายมากกว่ากลุ่มวัยอื่น และการยื้อชีวิตไม่เกิดประโยชน์อย่างแท้จริงเนื่องด้วยสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลงและไม่สามารถฟื้นฟูกลับมาเป็นดังเดิมได้ สอง คือ ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะมะเร็ง ที่พบไม่แต่เฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น ยังพบในวัยทำงานจนถึงวัยเด็กอีกด้วย โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่ใช่ในวัยสูงอายุ ญาติพี่น้องผู้ป่วยมักขอยื้อชีวิต โดยให้รักษาให้ถึงที่สุดแม้ผู้ป่วยจะไม่มีสติสัมปชัญญะแล้วก็ตาม เนื่องจากเห็นว่ายังอยู่ในวัยที่มีเวลาเหลืออีกมากในการใช้ชีวิต ดังนั้น การทำ living will อาจมีการดูแลแบบประคับประคองควบคู่ไปกับการรักษา เพราะด้วยวิทยาการความก้าวหน้าทางการแพทย์ใหม่ โรคเรื้อรังบางโรคสามารถรักษาให้หายขาดได้ ถึงแม้ว่ารักษาไม่หาย การดูแลแบบประคับประคองที่ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม จะเป็นแนวทางที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จากไปอย่างสงบได้ และสาม ผู้สูงอายุทุกคน (อาจมีการกำหนดอายุทางการที่ควรทำ living will) ไม่ว่าจะมีโรคประจำตัวหรือไม่มีก็ตาม เมื่อถึงวัยปลายของชีวิต อาจต้องมีการเตรียมพร้อม คือ เข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาลหรือนอนรอความตายอยู่ที่บ้าน เลือกสถานที่เสียชีวิตระหว่างที่บ้าน หรือสถานพยาบาล/สถานบริบาล และบางคนต้องการบริจาคร่างกาย ทุกการเลือกเพื่อตอบสนองความต้องการของตัวเอง ควรกำหนดผู้ตัดสินใจแทนก่อนที่ตนเองไม่สามารถสื่อสารได้

3.5. ตารางสรุป จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้ทำการเยี่ยมบ้าน

ตาราง 16 จังหวัดรายภูมิภาคที่ทำการเยี่ยมผู้ป่วยระยะท้าย จำแนกตามเพศ

ภาค	จังหวัด (อำเภอ)	ชาย	หญิง	รวม
เหนือ	เชียงใหม่ (อ.เมือง, สันทราย, สารภี, หางดง และ อ.แม่อาย)	2	3	5
	แพร่ (อ.เมือง)	1	1	2
	น่าน (อ.เมือง และ อ.ปัว)	2	2	4
	ตาก (อ..เมือง และ อ.แม่สอด)	2	2	4
ตะวันออกเฉียงเหนือ	ขอนแก่น (อ.เมือง และ อ.พล)	0	1	1
	อุดรธานี (อ.เมือง และ อ.บ้านผือ)	6	1	7
	เลย (อ.เมือง และ อ.เชียงคาน)	1	1	2
	สุรินทร์ (อ.เมือง, อ.สนม และ อ.ปราสาท)	3	2	5
	บุรีรัมย์ (อ.พุทไธสง)	1	2	3
	นครราชสีมา (อ.โนนสูง)	0	4	4
ใต้	สงขลา (อ.เมือง, อ.หาดใหญ่ และ อ.เทพา)	3	1	4
	ตรัง (อ.เมือง และ อ.ห้วยยอด)	1	1	2
	นครศรีธรรมราช (อ.สิชล)	1	1	2
กลาง	กรุงเทพ (เขตบางแค)	2	0	2
	รวม	25	22	47

ตาราง 17 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามเขตอยู่อาศัยและฐานะทางเศรษฐกิจ

	จำนวน	ร้อยละ
เขตที่อยู่อาศัย		
เมือง	11	23.4
กึ่งเมือง	10	21.3
ชนบท	26	55.3
รวม	47	100.0
ฐานะทางเศรษฐกิจ		
ดี	18	38.3
ปานกลาง	18	38.3
ยากจน	11	23.4
รวม	47	100.0

ตาราง 18 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามลักษณะทางประชากร โรค และอาการ

	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มอายุ		
ต่ำกว่า 60 ปี	8	17.0
60-69 ปี	9	19.1
70-79 ปี	17	36.2
80 ปีขึ้นไป	13	27.7
รวม	47	100.0
โรคของผู้ป่วยระยะท้าย		
มะเร็ง	23	48.9
หลอดเลือดสมอง	8	17.0
ไตวายระยะสุดท้าย	5	10.6
โรคชรา	3	6.4
สมองเสื่อม	2	4.3
ล้ม และโรคประจำตัวอื่น	2	4.3
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1	2.1
หัวใจ	1	2.1
เอชไอวี	1	2.1
กระดูกทับเส้น	1	2.1
รวม	47	100.0
สภาวะการเคลื่อนไหว		
ติดเตียง	32	68.1
นั่งได้ แต่เดินไม่ได้	7	14.9
เดินได้ตามปกติ	8	17.0
รวม	47	100.0
เตียงผู้ป่วยแบบปรับระดับ		
ใช้เตียงผู้ป่วยปรับระดับ	27	57.4
ไม่ใช้	20	42.6
รวม	47	100.0
ความสามารถในการสื่อสาร		
พูดได้	21	44.7
ไม่ได้	26	55.3
รวม	47	100.0
ความสามารถในการกินอาหาร		
กินได้	22	46.8
กินไม่ค่อยได้/ไม่ได้	25	53.2
รวม	47	100.0
ใส่สายให้อาหาร		

	จำนวน	ร้อยละ
ใส่	8	17.0
ไม่ใส่	39	83.0
รวม	47	100.0
ใช้เครื่องช่วยหายใจ		
ใช้	13	27.7
ไม่ใช้	34	72.3
รวม	47	100.0
ภาวะหนังหุ้มกระดูก		
ผอมหนังหุ้มกระดูก	12	25.5
สภาพปกติ	35	74.5
รวม	47	100.0
การช่วยเหลือตนเอง		
ชีวิตปกติ	8	17.0
ต้องมีคนช่วยเหลือ	39	83.0
รวม	47	100.0

ตาราง 19 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
ลูกสาว	19	40.4
ภรรยา	11	23.4
สามี	4	8.5
แม่	3	6.4
ลูกชาย	3	6.4
หลานสาว	2	4.3
พี่ชาย	1	2.1
น้องสาว	1	2.1
ไม่มีผู้ดูแล/บางกรณีมีผู้ดูแลอาสา แต่ไม่สม่ำเสมอ/ไม่ตลอดเวลา	3	6.4
รวม	47	100.0

4. บทสรุป

ในส่วนของบทสรุปนี้ เป็นการให้ภาพรวมของผลการประเมินศักยภาพฯ ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข, ผู้ดูแลอาสา และพระสงฆ์จิตอาสา ที่ได้มาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ให้ภาพรวมเกี่ยวกับประเด็นข้อค้นพบที่น่าสนใจที่ได้มาจากการลงพื้นที่พูดคุยกับบุคคลทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้อง และสุดท้ายคือ บทสรุปว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่ดีหรือไม่

4.1. สรุปผลการประเมินศักยภาพ ความรู้ ความสามารถ ทัศนคติ ทักษะ และการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย กล่าวได้ว่าผู้ปฏิบัติงานเกือบทุกคนผ่านการอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคอง (PC) มาแล้ว จากการจัดอบรมโดยหน่วยงานที่สังกัดอยู่เป็นส่วนใหญ่ และอีกส่วนหนึ่งผ่านการอบรมที่จัดโดยหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญในการฝึกอบรมด้าน PC ซึ่งก็คือ THAPS สำหรับแหล่งศึกษาหาความรู้ของบุคลากร พบว่า ส่วนใหญ่ศึกษาจากเพื่อนร่วมงาน ที่ได้มีการพูดคุยปรึกษาหารือ/ แลกเปลี่ยนกันในทีมงานที่มีความรู้เข้าใจเกี่ยวกับ PC เป็นอย่างดีและมีความเป็นผู้ฟังที่ดี ให้เวลากับเพื่อนร่วมงาน มีหัวใจอาสา และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี อย่างไรก็ดี บุคลากรจำนวนมากระบุว่า ความรู้ที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอ เพราะว่ายังมีสิ่งที่ไม่รู้อีกมาก เช่น ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรายโรค ผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในระยะท้าย และความรู้ในการใช้ยา ส่วนทักษะที่บุคลากรให้ความสำคัญคือ ทักษะหรือเทคนิคการสื่อสาร และทักษะการดูแลด้านจิตใจ

ส่วนในเรื่องบทบาทหน้าที่และสิ่งที่ปฏิบัติในการทำงาน PC ได้ให้บุคลากรฯ ประเมินตนเองด้วยคำถามที่มีคำตอบ แบ่งตามความถี่ 3 ระดับ คือ ทำเป็นประจำ ทำเป็นบางครั้ง และไม่เคยทำ พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของบุคลากรได้ระบุสิ่งที่ทำเป็นประจำ 5-6 ลำดับ เรียงตามความถี่ของคำตอบ ดังนี้คือ 1) การทำหน้าที่ในภาระงานการดูแลแบบประคับประคองให้เป็นที่น่าพอใจและเป็นที่ยอมรับ 2) การแสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่อง 3) การทำความเข้าใจเรื่องสิทธิ ประเด็นจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง 4) พัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องการแจ้งข่าวร้าย 5) ถอดบทเรียนเพื่อพัฒนาระบบ PC ในหน่วยงานตนเอง 6) เป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้ และ 7) พัฒนางานวิจัยจากงานประจำ

ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร คือ การเพิ่มศักยภาพให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้มีความรู้ความสามารถมากขึ้นในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรายโรค ผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นเด็ก ทักษะการสื่อสารและการดูแลด้านจิตใจ การใช้ยาในผู้ป่วยระยะท้าย , วิชาการและกฎหมาย, การทำ ACP และ family meeting และ ควรมีการสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความสามารถในการเป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้หรือสามารถพัฒนางานวิจัยจากงานประจำได้ด้วย จะยิ่งเป็นการยกระดับคุณภาพและทำให้ระบบ PC มี

ประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น และควรมีการรวบรวมและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วย PC ในขอบเขตวิชาชีพของแต่ละวิชาชีพ เช่น นักโภชนาการ/โภชนากร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ฯลฯ เพื่อให้สามารถยกระดับศักยภาพและความรู้ในการดูแลผู้ป่วย PC ได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและตรงกับศักยภาพในทางวิชาการของแต่ละวิชาชีพ

ทัศนคติต่อเรื่อง PC และการตายดี บุคลากรทั้งหมดมองว่าเรื่องนี้มีความสำคัญมากถึงมากที่สุด เพราะจะช่วยลดความทุกข์ทรมานทางกาย มีการเตรียมพร้อมก่อนเสียชีวิต ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีก่อนตาย สำหรับความหมายในเรื่องของการตายดี ส่วนใหญ่ให้ความหมายว่าหมายถึง การไม่ทุกข์ทรมานทั้งกายและใจ, ตายอย่างสงบ, ไม่มีสิ่งค้างคาใจ, ได้ทำตามความต้องการครั้งสุดท้าย, มีความสุข, สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์, มีการเตรียมพร้อม, ครอบครัวพร้อมหน้า, และยอมรับการตาย และการได้รับโอกาสในการตายดีมีความสำคัญเนื่องจาก มองว่า มนุษย์ทุกคนต้องตาย ทุกคนต้องการตายดี เป็นศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และเป็นการเตรียมตัวไปสู่สุคติภูมิ

โดยสรุป ด้วยความเชื่อที่ว่า ไม่มีใครที่ต้องการตายแบบทุกข์ทรมาน ตายอย่างมีเครื่องพันธนาการ ตายอย่างโดดเดี่ยว ตายโดยไม่มีใครเหลียวแล บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลที่เข้าใจหลักการ PC จึงเป็นบุคคลสำคัญด่านแรกในการสื่อสารเกี่ยวกับโอกาสในการตายดีให้กับผู้ป่วยระยะท้ายด้วยโรคที่คุกคามชีวิต รวมทั้งครอบครัวผู้ป่วย แต่การจะสื่อสารประเด็นดังกล่าวนี้ได้ดี บุคลากรจำนวนมากระบุว่า ได้เรียนรู้ว่าต้องรู้จักจังหวะเวลาที่เหมาะสมในการพูดถึงความเป็นความตายของชีวิต

4.2. สรุปผลการประเมินศักยภาพ ความรู้ ความสามารถ ทัศนคติ ทักษะ และการปฏิบัติของจิตอาสา/ผู้ดูแลอาสา/อาสาสมัคร

ศักยภาพของผู้ดูแลอาสาในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า กว่าร้อยละ 80 ระบุว่า ผ่านการอบรมเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (PC) การแจ้งข่าวร้ายและการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ จิตวิญญาณ พบว่า ผู้ดูแลอาสาประมาณครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 50 เคยได้รับการอบรมด้าน PC ในขณะที่ประมาณหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่าง ระบุว่า เคยอบรมด้านการแจ้งข่าวร้าย และร้อยละ 13 ระบุว่าเคยอบรมการดูแลด้านจิตใจ จิตวิญญาณ ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลอาสาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างระบุว่าไม่มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ไม่ว่าจะเป็นการดูแลทางกายและทางจิตใจ รวมไปถึงทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว

สำหรับภารกิจที่ผู้ดูแลอาสา ระบุว่า ได้กระทำเป็นบางครั้งจนถึงกระทำประจำ พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งระบุว่าสิ่งที่ได้กระทำเป็นประจำ คือ การให้กำลังใจ เยี่ยมบ้านผู้ป่วย (ร้อยละ 85) รองลงมา คือ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเรียนรู้ต่างๆ ร่วมกับทีมจิตอาสาและบุคลากร

ทางการแพทย์และสาธารณสุข (ร้อยละ 82) ส่วนภารกิจอื่น ๆ เช่น การทำแผล ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย จัดหาอาหารให้ผู้ป่วยที่ไม่มีคนในครอบครัวดูแล ฯลฯ ส่วนใหญ่ระบุว่า ได้ทำภารกิจดังกล่าวเป็นบางครั้ง โดยสรุป ผู้ดูแลอาสาส่วนใหญ่มีบทบาทเยี่ยมบ้านและให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว และมีการพัฒนาศักยภาพตนเองด้วยวิธีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมกับทีมจิตอาสา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ทัศนคติต่อการตายดี จากการสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับหลักการ/แนวคิดเกี่ยวกับการตายดี ที่ได้แบ่งระดับความเห็นด้วยออกเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ผลการสำรวจสรุปได้ว่า ผู้ดูแลอาสาในการสำรวจครั้งนี้เกือบทั้งหมด เห็นด้วยในระดับมากว่า การตายดี คือ การทำให้ผู้ป่วยหมดห่วงก่อนตาย ในขณะที่ ร้อยละ 93 เห็นด้วยในระดับมากว่า การช่วยให้ผู้ป่วยตายดี เป็นการคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และร้อยละ 90 เห็นด้วยในระดับมากว่า การจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีให้กับผู้ป่วยระยะท้าย ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

ในขณะที่ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า ควรพูดเรื่องความตาย หรือ การพูดความจริงกับผู้ป่วย แต่ก็ยังพบว่า หนึ่งในสี่ของผู้ดูแลอาสา มีความคิดเห็นระดับปานกลางไปจนถึงน้อย ซึ่งแสดงว่า การพูดคุยเรื่องนี้ อาจพูดไม่ได้ง่ายนักในบางโอกาสสำหรับผู้ดูแลอาสา ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับบริบทของผู้ดูแลอาสาในเรื่องการได้รับการยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแล และบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว ที่มีระดับการรับรู้และการยอมรับในประเด็นที่อ่อนไหวอย่างมากนี้ต่างกัน

โดยสรุปแล้ว ทัศนคติต่อเรื่องการตายดีของผู้ดูแลอาสาเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่สำหรับการสื่อสารประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการตายดีหรือความตาย ซึ่งเป็นวาทศิลป์อย่างหนึ่ง ที่มีองค์ประกอบต่าง ๆ เช่น สัญลักษณ์ท่าทางที่แสดงถึงความจริงใจ การใช้คำพูดกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถตอบโต้ได้ การพูดให้กำลังใจครอบครัว เรื่องที่ควรพูดและไม่ควรพูด การรับฟังและเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ โอกาสที่เหมาะสมในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ทักษะเหล่านี้ล้วนมีความสำคัญต่อการได้รับการยอมรับหรือไม่ยอมรับ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลอาสาทุกคนควรจะได้รับโอกาสในการเรียนรู้หรือฝึกฝนเกี่ยวกับเรื่องเหล่านี้ให้มากขึ้นด้วย

4.3. สรุปผลการประเมินศักยภาพ ความรู้ ความสามารถ ทัศนคติ ทักษะ และการปฏิบัติของพระสงฆ์หรือภิกษุอาสา

ศักยภาพของพระสงฆ์จิตอาสาหรือภิกษุอาสา ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จากคำถามที่ว่าเคยเข้าร่วมอบรมเสริมความรู้ด้านการดูแลเยียวยาจิตใจผู้ป่วยหรือไม่ พบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องนี้มาก่อน สำหรับพระสงฆ์ที่เคยได้รับการอบรม ส่วนหนึ่งเข้ารับการอบรมที่จัดโดยเครือข่ายพุทธิกา และอีกส่วนหนึ่งเคยอบรมในหลักสูตร “พระคิลานุปัฏฐาก” หรือ “พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.)” ที่จัดโดยกระทรวงสาธารณสุข

มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อพิจารณาศักยภาพในการเป็นสวนหนึ่งของทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในมิติจิตใจ จิตวิญญาณ ส่วนใหญ่ระบุว่ายังมีข้อมูลความรู้ ตลอดจนความสามารถด้านการดูแลเยียวยาและการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ไม่มากหรือยังไม่ค่อยพร้อม นอกจากนี้ พระสงฆ์ในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) ระบุว่า มีบทบาทในการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหรือที่สถานพยาบาล นานๆ ครั้ง (3-4 เดือนต่อครั้ง) จนถึง ยังไม่เคยได้มีโอกาสเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเลยก็มี

เมื่อถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยระยะท้าย พระสงฆ์ระบุว่า มีความรู้ในด้านนี้น้อยที่สุด นอกจากนี้ พระสงฆ์หรือภิกษุอาสาจำนวนหนึ่ง ยังระบุด้วยว่า ตัวผู้ป่วยเองเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการแสดงบทบาทของพระสงฆ์ หรือ ทำให้พระสงฆ์รู้สึกลำบากใจ ความคิดเห็นดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า พระสงฆ์จิตอาสาบางส่วนยังไม่เข้าใจหรือเข้าไม่ถึงภาวะอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยระยะท้าย ที่กำลังอยู่ในสภาวะที่เจ็บปวด ไม่สบายตัว เหนื่อย เพลีย อ่อนแรง สิ้นหวัง ครุ่นคิด หวั่นวิตก หวาดกลัวความตาย ฯลฯ และถ้าผู้ป่วยยังไม่ได้รับการจัดการอาการดังกล่าว ก็ยากที่จะสนใจฟังหรือตอบสนองในทางบวก เมื่อพระสงฆ์มาเยี่ยม ดังนั้น พระสงฆ์ที่จะสามารถเป็นผู้เยียวยาผู้ป่วยระยะท้ายได้ จะต้องมีความเข้าใจประเด็นนี้เป็นอย่างดี

สำหรับข้อเสนอแนะของพระสงฆ์หรือภิกษุอาสาส่วนใหญ่เสนอว่า อยากให้มีการจัดอบรมเสริมความรู้เรื่องการพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วย การปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ป่วย หลักจิตวิทยา และความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับอาการของโรคในระยะท้าย และอยากให้มีการจัดอบรมเป็นประจำและต่อเนื่อง รวมทั้งเสนอให้มีการเชื่อมเครือข่ายพระสงฆ์จิตอาสาที่ทำงานด้านการดูแลสุขภาพเกิดขึ้นทั่วทุกภูมิภาค

สำหรับทัศนคติต่อการตายดีของพระสงฆ์จิตอาสาหรือภิกษุอาสาใน 3 ประเด็นสำคัญ คือ ความหมายของการตายดี ความสำคัญของการตายดีต่อมนุษย์ และ ความสำคัญของบทบาทพระสงฆ์ต่อผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า ได้คำตอบที่มีนัยยะสอดคล้องกันเป็นส่วนใหญ่ กล่าวคือ ความหมายของการตายดี ประกอบด้วยคำสำคัญ คือ ตายอย่างมีสติ, สงบ, ไม่ทุกข์ทรมาน, หมดห่วง , มีความสุข สำหรับความสำคัญที่มนุษย์ทุกคนควรได้รับโอกาสในการตายดีนั้น พระสงฆ์จิตอาสาที่ศึกษาส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า เพราะเป็นโอกาสที่มนุษย์จะได้ไปสู่ภพภูมิที่ดี หรือสุคติภูมิตามความเชื่อของพุทธศาสนา ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญของบทบาทพระสงฆ์ต่อผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่ ระบุว่า พระสงฆ์เป็นเสมือนตัวแทนทางจิตวิญญาณ เป็นที่พึ่งทางจิตใจ ช่วยนำทางจิตสุดท้ายไปสู่สุคติภูมิได้

4.4. ประเด็นข้อค้นพบในพื้นที่

ทุกประเด็นที่นำเสนอในส่วนนี้ ล้วนได้ข้อมูลมาจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์เท่านั้น รวมถึงจากการสังเกตของคณะผู้วิจัย ข้อมูลบางอย่างไม่สามารถสรุปเป็นภาพสะท้อนของทั้งประเทศได้

ประเด็นเกี่ยวกับจิตอาสาและทิศทางการสนับสนุน : ผู้ดูแลอาสามีส่วนช่วยดูแลผู้ป่วยได้มาก ไม่ว่าจะเป็นเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังอยู่ในความทุกข์ เพราะส่วนหนึ่งเคยผ่านประสบการณ์เช่นเดียวกัน จึงแสดงอารมณ์และความรู้สึกที่เป็นมิตร ช่วยแบ่งเบาภาระการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในขณะที่บุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่ในสถานพยาบาล อีกทั้งคอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ช่วยให้ผู้ป่วยในชุมชนให้เข้ามาอยู่ในระบบการดูแลรักษาที่อยู่ในสายตาหมอพยาบาลเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ช่วยให้ผู้ป่วยที่ยากไร้และขาดผู้ดูแลได้รับการดูแลตามความเหมาะสม รวมไปถึงช่วยครอบครัวผู้ป่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการจ้างผู้ดูแล การที่มีผู้ดูแลจิตอาสาเป็นที่รู้จักของชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขทำให้เป็นสื่อกลางระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่มาเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เป็นตัวประสานขอความช่วยเหลือในพื้นที่ ดังนั้น ควรมีระบบการสนับสนุนการทำงานของผู้ดูแลจิตอาสา เช่น ระบบการคัดเลือกและฝึกอบรม ระบบการเชิดชูคุณงามความดี ระบบสนับสนุนโดยเจ้าหน้าที่รัฐ ระบบการบริจาคเพื่อวัตถุประสงค์ของการทำงานจิตอาสา เป็นต้น

ประเด็นด้านพื้นที่ : ลักษณะภูมิประเทศ วัฒนธรรม ความเป็นเมืองและชนบท ที่อาจมีผลต่อความรู้สึกนึกคิด ความคาดหวังในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยและครอบครัว จำเป็นต้องมีพิจารณาในการออกแบบระบบการดูแลแบบประคับประคองให้เหมาะสมกับพื้นที่ อาทิเช่น ชุมชนเมือง ชุมชนชาวเขา จำเป็นต้องมีห้องผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือ hospice care ในสถานพยาบาลหรือใกล้โรงพยาบาล ที่รับประกันได้ว่า ผู้ป่วยไม่เสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยว หรือเสียชีวิตระหว่างทาง นอกจากนี้ เรื่องการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางด้านภาษา ผู้ที่ให้ข้อมูล เช่น ล่าม จำเป็นต้องมีความรู้ดีในเรื่องนี้ เพราะการถ่ายทอดไปยังผู้ป่วยหรือครอบครัวผู้ป่วย สาระสำคัญอาจตกหล่นได้ อาจจำเป็นต้องการสื่อสารในรูปแบบแผ่นพับ หนังสือ ฯลฯ ที่มีรูปภาพประกอบ ให้ประชาชนทั่วไปได้เข้าใจง่ายอีกด้วย เมื่อเรื่องนี้เป็นที่เข้าใจกันง่ายแล้ว ผู้ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายและกำลังเข้าสู่ระยะสุดท้าย จะได้เข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองโดยบุคลากรทางการแพทย์ได้เร็วขึ้น ดังนั้น หากมีการพิจารณาประเด็นด้านพื้นที่จะช่วยให้สามารถจัดลำดับความสำคัญของการใช้งบประมาณ มีระบบสนับสนุนอื่นๆ เช่น ระบบดูแลโดยจิตอาสา ระบบบริจาคและเครือข่ายสังคม ระบบการรับส่งผู้ป่วย ระบบช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวที่ยากไร้

ประเด็นเกี่ยวกับโอกาสในการเลือกสถานที่เสียชีวิต : เป็นเรื่องเกี่ยวกับความพอใจของผู้ป่วยว่าจะเลือกเสียชีวิตที่บ้านตนเอง หรือ ที่สถานพยาบาล แต่โดยส่วนใหญ่แล้ว ผู้ป่วยเลือกเสียชีวิตที่บ้าน ส่วนที่เหลือคือเสียชีวิตในสถานพยาบาล ซึ่งมีทั้งผู้ป่วยเลือกเอง ครอบครัวผู้ป่วยเลือก เพราะเห็นว่าทางโรงพยาบาลมีอุปกรณ์เครื่องมือพร้อม มีพยาบาลดูแล และใช้สิทธิ์เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ หรือ มีความสามารถในการจ่าย หรือเหตุผลอื่นคือที่บ้านไม่เหมาะกับการใช้ชีวิตระยะสุดท้าย หากแต่ในอนาคต การเลือกเสียชีวิตที่บ้านที่เป็นเสียงส่วนใหญ่ในขณะนี้ อาจเปลี่ยนไปเนื่องจากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงประชากรและสังคม ที่ทำให้รูปแบบการอยู่อาศัยเปลี่ยนแปลงไป รวมถึงการใช้ชีวิต แต่ที่แน่ๆ คือ จะมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เป็นผู้สูงอายุมากขึ้นที่ต้องการผู้ดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต

ประเด็นด้านการสื่อสาร : การสื่อสารเป็นเรื่องยากที่สุด เป็นเสียงสะท้อนจากทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งหากไม่มีประสบการณ์ อาจพูดไม่ออก หากไม่มีทักษะ อาจทำให้สื่อความหมายไม่ตรงกัน นอกจากนี้แล้ว เวลาที่เหมาะสมในการพูดให้ครอบครัวและผู้ป่วยเตรียมพร้อมในการใช้ชีวิตระยะสุดท้ายก็เป็นเรื่องที่สำคัญ เพราะหากพูดผิดที่ ผิดเวลา ก็อาจสร้างความไม่พอใจให้กับญาติผู้ป่วยได้ มีหลายกรณีที่พบจากการลงพื้นที่ พบว่า แพทย์เจ้าของคนไข้ใช้คำพูดที่บั่นทอนกำลังใจ ที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจย้ายโรงพยาบาล หรือไม่พอใจก็มี ดังนั้น ทักษะการสื่อสารสำคัญต่อผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทุกคน ที่สามารถเพิ่มได้โดยการเข้ารับการอบรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อนร่วมงาน เรียนรู้จากการบันทึกความผิดพลาด ก็จะเป็นการเพิ่มศักยภาพในการทำงานของทุกคนที่มีใจช่วยเหลือผู้ป่วย

ประเด็นด้านความเชื่อทางศาสนา : สำหรับคนไทยที่นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ มีความเชื่อในเรื่องการเวียนว่ายตายเกิด เชื่อในโลกหลังความตายที่เป็นอีกภพภูมิหนึ่ง บุคลากรทางการแพทย์มีความเห็นว่า การจากไปอย่างสงบ ไม่เจ็บปวดทุรนทุราย คือการตายดี แต่ทางความเห็นของผู้นำทางจิตวิญญาณกล่าวว่า จิตสุดท้ายที่สงบ จะทำให้ไปสู่ภพภูมิที่ดี ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องดูแลแบบประคับประคองหรือป่วยด้วยโรคที่รักษาหายหรือไม่หาย หรือ ผู้ไม่ได้มีอาการเจ็บไข้ได้ป่วย ก็ตาม หากมีการเตรียมตัวตายดี รวมถึงมีจิตที่สงบนิ่ง เป็นสมาธิตลอดเวลา ระลึกถึงสิ่งดีงาม ตั้งแต่ขณะนี้ เมื่อความตายมาเยือน ไม่ว่าจะเป็นสาเหตุมาจากอุบัติเหตุ โรคติดต่อระบาด ภัยธรรมชาติ ภัยสงคราม ผู้ที่จิตสุดท้ายที่ไม่ได้อยู่ในความกลัว ความกังวล มีภาพจำต่อเหตุการณ์ที่เลวร้าย ก็อาจจะนำไปสู่ภพภูมิที่ดีได้ ดังนั้น การฝึกจิต ฝึกสมาธิ จะช่วยให้ไม่เกรงกลัวต่อความตาย

ประเด็นเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยทางด้านจิตวิญญาณ : เป็นการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยจากไปในเวลาที่สมควร เพราะไม่มีสิ่งใดค้างคาใจ การประเมินทางจิตวิญญาณควรออกแบบให้บุคคลใกล้ชิดผู้ป่วย สามารถประเมินได้โดยง่าย และครอบคลุมทุกความต้องการที่ไม่ใช่ความต้องการทางกาย จะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการยัดเยียดในสิ่งที่ไม่ต้องการ หรือเป็นการเติมเต็ม

ความปรารถนาของผู้ป่วย อาจเป็นการบริจาคร่างกาย อวัยวะ หรือรูปแบบความต้องการทางพิธีกรรมทางศาสนา

ประเด็นเกี่ยวกับการดูแลพระสงฆ์อาพาธ : พระสงฆ์เมื่ออาพาธอยู่ในระยะท้าย อาจอยู่ในภาวะจำยอมที่ต้องสึกออกมาใช้ชีวิตฆราวาสเพราะขาดผู้ดูแลในวัด แต่วัดบางแห่งสามารถปรับสภาพวัดให้เป็นที่ดูแลพระภิกษุอาพาธ หรือผู้ป่วยที่ฆราวาสได้ อย่างไรก็ดี ควรมีการพัฒนาระบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะสุดท้ายที่วัดเชื่อมโยงกับโรงพยาบาล เช่นเดียวกับระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านที่ได้รับการพัฒนาจนมาถึงทุกวันนี้

4.5. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่ดีหรือไม่

จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อดูว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในสภาพแวดล้อมอย่างไร ได้รับการดูแลจากใคร และได้รับการดูแลอย่างไรบ้าง พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ และป่วยด้วยโรคมะเร็งมากที่สุด โดยสภาพของผู้ป่วยมีทั้งสุขภาพร่างกายปกติ ยังใช้ชีวิตประจำวันได้เหมือนเดิม ซึ่งหมายความว่าได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่เนิ่นๆ และหมายความว่าผู้ป่วยบางคนฟื้นคืนจากสภาพป่วยติดเตียงมาแล้ว และมีทั้งผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพที่ติดเตียงและไม่สามารถสื่อสารได้ ผู้ดูแลโดยสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นลูกสาว ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ตัวคนเดียว จะได้รับการดูแลจาก อสม. หรือจิตอาสาที่อยู่ในชุมชน ที่มาคอยดูแลเรื่องยา อาหาร การทำความสะอาดร่างกาย พลิกตัว ทำแผล เปลี่ยนผ้าอ้อม ดูแลการขับถ่าย เป็นต้น ส่วนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย คือ เตียงปรับระดับ หรือเตียงลม เครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ ส่วนใหญ่เป็นการให้ยืมจากสถานพยาบาลตามที่ได้รับบริจาคมา เมื่อผู้ป่วยจากไปแล้วจึงนำไปคืน เพื่อให้ผู้ป่วยอื่นได้ใช้ต่อ ในรายที่ต้องมีการใช้ยาแก้ปวด แก้หอบเหนื่อย ประเภทมอร์ฟีน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้านจะมาดูแลเรื่องการใช้ยา และสอนให้ผู้ดูแลสามารถปรับยา ตามอาการหนักเบาของผู้ป่วย

จากการสังเกต โดยรวมแล้วผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่นอนพักอยู่ที่บ้านได้รับการดูแลอย่างดี คำตอบเช่นเดียวกับการสอบถามสมาชิกในครอบครัวที่มีความพึงพอใจจากการดูแลของบุคลากรสาธารณสุข แต่ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่เป็นกรณีศึกษาที่คณะผู้วิจัยได้ไปเยี่ยมบ้าน เป็นการนำพาโดยบุคลากรสาธารณสุข จึงไม่ได้รับเสียงสะท้อนด้านลบ





สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ