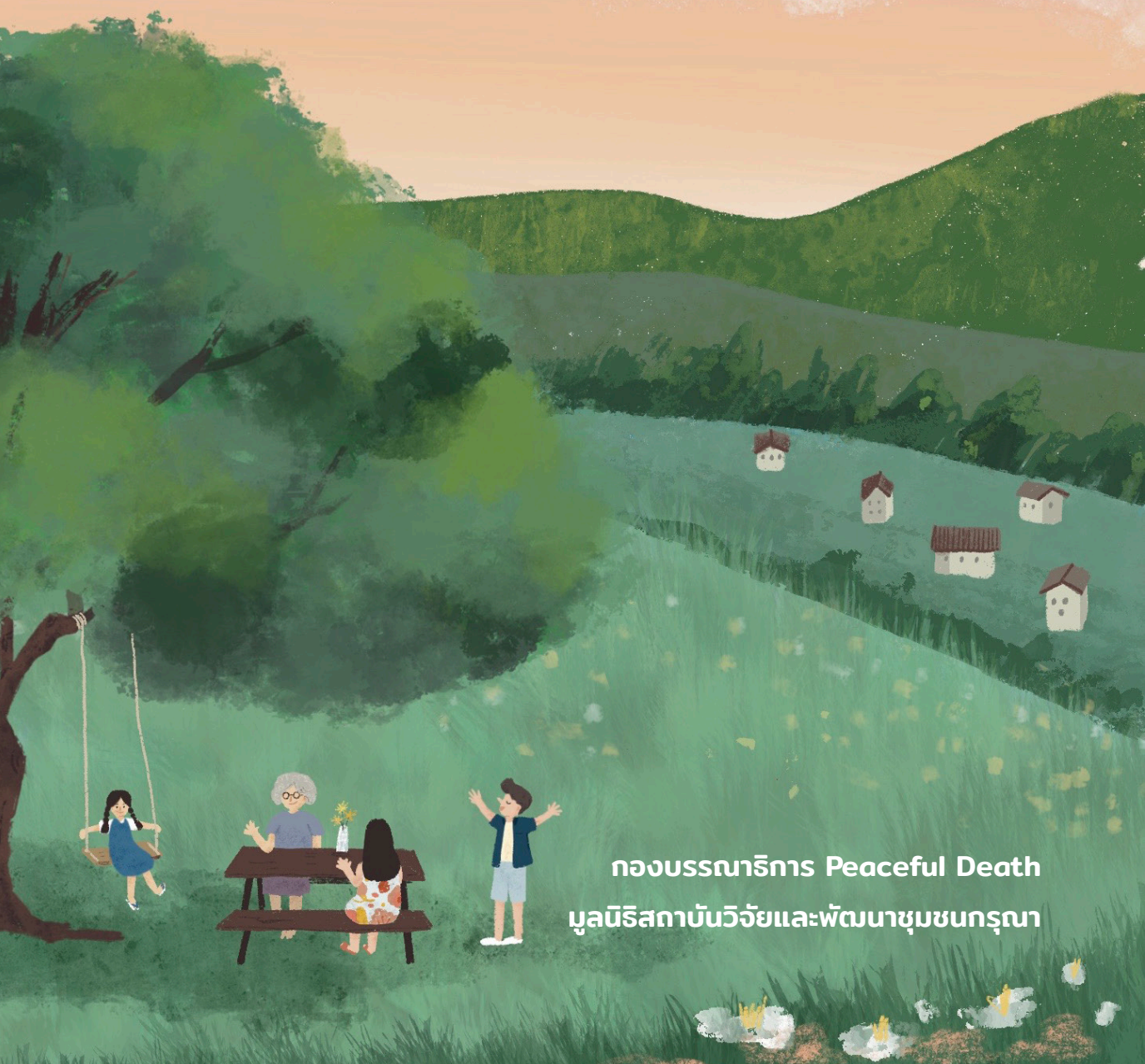
มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา

peaceful death

สสส

ปลูกชุมชนกรุณา

รวมประสบการณ์การพัฒนาชุมชนกรุณา เพื่อการอยู่และตายดี



กองบรรณาธิการ Peaceful Death

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา

ปลูกชุมชนกรุณา

รวมประสบการณ์การพัฒนาชุมชนกรุณา
เพื่อการอยู่และตายดี

กองบรรณาธิการ
Peaceful Death

ปลูกชุมชนกรุณา

รวมประสบการณ์การพัฒนาชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี

กองบรรณาธิการ

เอกภพ สิทธิวรรณธนะ

ฐนิดา อภิชนะกุลชัย

วรรณา จารุสมบูรณ์

วรพงษ์ เวชมาลีนนท์

วลัยพร วังคะฮาต

ออกแบบปก

2an.

รูปเล่ม

เพ็ญจุรี วีระธนาบุตร

พิสูจน์อักษร

เพ็รชลดา ซึ้งจิตสิริโรจน์

พิมพ์ครั้งแรก พฤษภาคม 2566

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์สามลดา 9/1205 ซ.สะแกงาม แสมดำ บางขุนเทียน กทม.

ISBN 978-616-94217-0-2

ราคา 150 บาท

จัดทำโดย

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา กลุ่ม Peaceful Death

222/32 ม.14 ต.ศิลา อ.เมืองขอนแก่น จ.ขอนแก่น

สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา peaceful death สสส

สารบัญ

หน้า

คำนิยม โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์สุปรีดา อดุลยานนท์
คำนิยม โดย นายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

บทนำ 1

การดำเนินงานชุมชนกรุณาในประเทศไทย:
กรณีศึกษาโครงการชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี กลุ่ม Peaceful Death 9
เครื่องมือสนับสนุนการพัฒนาชุมชนกรุณา กลุ่ม Peaceful Death 24

ชุมชนกรุณากับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

- ภาพรวมชุมชนกรุณากับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 30
- คลินิกเบาใจ + งานวันเบาใจ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 34
- การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในชุมชน:
  กรณีศึกษาชุมชนและโรงพยาบาลแม่สรวย จ.เชียงราย 43
- กอเตย ปิญชาดา ผ่องนพคุณ: นักออกแบบความตาย
  กับเรื่องเล่าของ เบาใจ Family 52

ประสบการณ์ชุมชนกรุณาและเมืองกรุณา

- การทำงานชุมชนกรุณาในกลุ่มผู้สูงอายุของกลุ่มขะไจ่ 62
- จากเกาะลิบง สู่ชุมชนกรุณาบ้านนาเคียน:
  กรณีศึกษาการทำงานชุมชนกรุณาของคุณวรัญญา จิตรบรรทัด 71
- “สร้างสุขจนสุดปลายทาง” ที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม
  ผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม 77
- สรุปรายงานผลการศึกษาการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
  เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ 86

- การพัฒนาเมืองกรุณา: กรณีศึกษาตำบลพะตง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา _____ 91
- บ่มเพาะความกรุณาที่บางรัก _____ 100
- “พาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล” ธุรกิจจิตอาสาที่เกื้อกูลผู้สูงอายุ และสร้างการเรียนรู้ภายในตน _____ 108
- โครงการการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้าง เครือข่ายชุมชนกรุณา ในพื้นที่อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ _____ 114

ชุมชนกรุณากับการดูแลสุขภาพจิต

- การศึกษาผลการใช้งานไพ่ฤดูฝน ในกลุ่มกระบวนกรอิสระ บุคลากรสุขภาพ บุคลากรทางการศึกษา และกระบวนกรชุมชน _____ 124
- ประสบการณ์การดูแลสุขภาพจิตในเยาวชน: กรณีศึกษากลุ่มก่อการครูสกลนครและห้องสมุดแมวหางกิ้นส์ จังหวัดอุบลราชธานี _____ 129

นโยบายชุมชนกรุณาและเมืองกรุณา

- กรณีศึกษานโยบายสนับสนุนชุมชนกรุณาและเมืองกรุณาจากนานาชาติ ___ 136
- บทสรุปผู้บริหารงานศึกษาการเผชิญความตายในชุมชนเมือง และข้อเสนอเชิงนโยบายการสนับสนุนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะท้าย ในคนจนเมือง กทม. _____ 149
- การทบทวนนโยบายกรุงเทพมหานคร 216 ข้อ ของผู้ว่าราชการ กรุงเทพมหานคร ชัชชาติ สิทธิพันธุ์ กับกฎบัตรเมืองกรุณา _____ 154

แนวคิดชุมชนกรุณา

- วงล้อมแห่งการดูแล (Circles of Care) _____ 164
- เราจะช่วยให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง ได้อย่างไร _____ 168

บทส่งท้าย _____ 172

กฎบัตรเมืองกรุณา (Compassionate city charter) _____ 175

คำนิยม

ในปัจจุบัน สังคมไทยก้าวเข้าสู่สังคมแห่งผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ที่จะต้องเผชิญกับความท้าทายที่เพิ่มขึ้นในหลายๆ ด้าน รวมถึงด้านการดูแลสุขภาพระยะท้ายและก้าวผ่านวาระสุดท้ายของชีวิต อันเป็นวาระที่ทุกชีวิตไม่อาจหลีกเลี่ยงหรือมีข้อยกเว้น

เป้าหมายการดูแลบุคคลในช่วงเวลานั้น อาจต้องเปลี่ยนจากการรักษาพยาบาลโรคภัยไปเป็นการดูแลเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในระยะเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิต หรือที่เราเรียกว่า การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

การดูแลแบบประคับประคองเป็นเรื่องใหญ่และซับซ้อน เพราะต้องเกี่ยวโยงการดูแลในหลากมิติ ไม่เพียงดูแลตัวคนป่วย แต่ยังรวมไปถึงการดูแลครอบครัว สังคมรอบข้าง ตลอดจนถึงการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม และนโยบายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ในการสร้างเสริมสุขภาวะของประชาชนทุกช่วงวัยของ สสส. ได้คำนึงถึงเรื่องนี้ และได้เข้าร่วมการพัฒนาแนวคิด การพัฒนาความรู้ความเข้าใจในสังคม การเสริมพลังบุคคลและชุมชน การพัฒนานโยบายสุขภาพ แนวปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพ ในภาคประชาสังคมและในชุมชน ตลอดจนการผลักดันนโยบายสาธารณะในหลายด้าน

หนังสือเล่มนี้ เป็นส่วนหนึ่งของงานที่ สสส. สนับสนุนเหล่านั้น ที่ได้รวบรวมบทความนำเสนอกระบวนการสนับสนุน “ปฏิบัติการชุมชนกรุณา” ซึ่งดำเนินงานในช่วงเวลา 4 ปี (2561-2564) โดยให้การสนับสนุน ผลักดัน และส่งเสริมระบบนิเวศของการอยู่ดีและตายดี ตลอดจนการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการรับมือความทุกข์ที่เกี่ยวกับการดูแลการตายและความสูญเสีย แล้วสกัดสังเคราะห์เป็นบทเรียนรู้ เครื่องมือ กรณีศึกษาอย่างเป็นระบบ

ด้วยความมุ่งหวังร่วมกันว่า สังคมไทยจะได้ใช้บทเรียนเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตช่วงท้ายและการตายดีของผู้คนทุกหมู่เหล่าในสังคม อันเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนควรได้รับ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์สุปรีดา อดุลยานนท์
ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

คำนิยม

เชื่อว่าท่านที่หยิบหนังสือเล่มนี้ขึ้นมาอ่าน น่าจะเป็นผู้ที่สนใจในเรื่องการใช้ชีวิตบั้นปลายอย่างมีคุณค่า รับรู้และตระหนักในความจำเป็นที่ทุกคนในสังคมจะลุกขึ้นมาร่วมกันรับผิดชอบ ทั้งการเตรียมพร้อมสำหรับตนเอง และการดูแลความสูญเสียของคนในชุมชนที่เราเป็นสมาชิก

เป็นที่น่ายินดีที่ผู้คนกลุ่มหนึ่งที่มีความรู้และประสบการณ์การดูแลการเจ็บป่วย การตาย การบริบาล และความสูญเสีย ได้รวมตัวกันเป็นกลุ่ม Peaceful Death สนับสนุน ผลักดัน และส่งเสริมระบบนิเวศของการอยู่ดีและตายดี มีรูปธรรมของการขับเคลื่อนคือ โครงการชุมชนกรุณา หรือ Compassionate communities อันเป็นปฏิบัติการทางสังคม เพื่อสนับสนุนให้ชุมชนมีความพร้อมในการรับมือกับความทุกข์ดังกล่าวบนพื้นฐานของความกรุณา ด้วยความเชื่อที่ว่า “ภาระในการดูแลประสบการณ์ความสูญเสียเป็นสิ่งที่ใหญ่และสำคัญเกินกว่าจะเป็นหน้าที่ของคนใดคนหนึ่ง” ทำให้เกิดการขับเคลื่อนชุมชนกรุณาขึ้นในหลายพื้นที่ในประเทศไทย และหนังสือเล่มนี้เป็นการประมวลบทเรียนและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากโครงการชุมชนกรุณาทั่วประเทศ

เพื่อให้ได้อรรถรสในการอ่านหนังสือเล่มนี้ ขอแนะนำให้ท่านที่ยังไม่คุ้นเคยกับงานและเครื่องมือของกลุ่ม Peaceful Death เข้าไปศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับเครื่องมือที่โครงการใช้จากบทเรียนออนไลน์ของเว็บไซต์ “เบาใจ” เช่น เกมไพ่ไขชีวิต สมุดเบาใจเพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ไพ่ฤดูฝน

บทเรียนและประสบการณ์ของการขับเคลื่อนชุมชนกรุณาในหนังสือเล่มนี้ มีทั้งเรื่องราวของตัวบุคคล บริบทของการทำงาน ทัศนคติของผู้คน การใช้เครื่องมือและความท้าทายที่พบ ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ การวิเคราะห์บทบาทของผู้เกี่ยวข้อง ไปจนถึงข้อเสนอแนะเพื่อการขับเคลื่อนในอนาคต

สำหรับผู้ที่สนใจประเด็นในอนาคต อาจเหมาะที่จะไปเริ่มต้นอ่านที่ส่วนสุดท้ายของหนังสือ คือบทความแนวคิดในการพัฒนาชุมชนกรุณา ซึ่งพูดถึงวงล้อมแห่งการดูแล และ

New essential palliative care

วงล้อมแห่งการดูแล คือวงกลมที่โอบกันเป็นชั้น มีจุดศูนย์กลางคือผู้เผชิญความทุกข์ ชั้นในสุดคือผู้ดูแลใกล้ชิดหรือผู้ดูแลมือหนึ่ง ชั้นที่สองคือผู้ดูแลวงนอก ชั้นที่สามคือชุมชน ชั้นที่สี่คือระบบบริการสุขภาพ และวงล้อมชั้นนอกสุดคือนโยบาย รัฐบาลท้องถิ่น รัฐบาลระดับชาติ ประเด็นสำคัญคือ แทนที่เราจะพึ่งพาระบบบริการสุขภาพเป็นหลักเท่านั้น ควรหันมาฟื้นความเข้มแข็งของเครือข่ายการดูแลภาคชุมชนคือวงในทั้ง 3 วง

New essential palliative care กล่าวถึง 4 องคาพยพหลักได้แก่ บุคลากรสุขภาพชำนาญการและบุคลากรสุขภาพทั่วไปในการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care), ชุมชนกรุณา และความร่วมมือเพื่อปฏิบัติตามกฎบัตรเมืองกรุณา ซึ่งทั้ง 4 องคาพยพมีความสำคัญต่อการช่วยให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง ชุมชนกรุณาและเมืองกรุณามีแนวทางเดียวกัน ชุมชนกรุณามักเริ่มจากกลุ่มอาสาสมัคร เมืองกรุณาให้ความสำคัญกับผู้นำและผู้มีอำนาจในชุมชนหรือเมือง

ถอยกลับมาในกลุ่มบทความนโยบายชุมชนกรุณาและเมืองกรุณา มีข้อสรุปว่า การทำงานร่วมกันของ 3 องคาพยพแรก เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในพื้นที่การดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลในระบบบริการสุขภาพ และชุมชน แต่องคาพยพที่ 4 นโยบายองค์กร นโยบายชุมชน และนโยบายสาธารณะ ยังมีช่องว่างในการทำงานอยู่มาก ซึ่งทางผู้เขียนได้เสนอแนะให้ใช้กลไกพัฒนานโยบายสังคมและสุขภาพระดับชาติที่มีอยู่ เช่น สมัชชาสุขภาพ ร่วมกับการมีองค์กรวิจัยและพัฒนานโยบายสนับสนุนการสาธารณสุขการดูแลแบบประคับประคอง ชุมชนกรุณาและเมืองกรุณา ซึ่งจะเป็นหัวใจสำคัญของการขับเคลื่อนในระยะยาว

นอกจากนั้นยังมีข้อเสนอที่น่าสนใจในการทำให้งานการดูแลมีสถานะเป็นงานทางการที่มีค่าตอบแทนได้ สร้างการรับรู้ใหม่ต่อหลักการจริยศาสตร์การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย เพื่อเปิดโอกาสให้มีทางเลือกที่หลากหลายมากขึ้น ไม่ได้เอาสัมฤทธิผลทางการแพทย์และเทคโนโลยีเป็นหลักแต่อย่างเดียว มีการทบทวนนโยบาย 216 ข้อของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ซึ่งแม้จะไม่มีข้อใดกล่าวถึงการสนับสนุนแนวคิดเมืองกรุณาอย่างตรงไปตรงมา แต่แนวคิดเส้นเลือดฝอยอันเข้มแข็งที่อยู่เบื้องหลัง ก็มีความสอดคล้องกับแนวคิดของเมืองกรุณาที่ต้องการความร่วมมือของทุกฝ่ายที่ไม่ดูดายกับช่วงเวลาท้าทายในชีวิตของเพื่อนมนุษย์ในเมือง

กลับมาที่กลุ่มบทความที่เป็นประสบการณ์ทั้งในเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การพัฒนาชุมชนกรุณาและเมืองกรุณา สุขภาพจิตกับชุมชนกรุณา ที่มีความน่าสนใจใน

หลากหลายแง่มุม ดังนี้

ตัวบุคคล มีคนหนุ่มสาวที่ทำงานกับกลุ่มขะไจ๋ในพื้นที่ภาคเหนือที่มีแพสชันสูง ต้องการความเป็นอิสระ สร้างเอกลักษณ์ของตนเอง การเป็นเด็กเกาะของคุณวรัญญา จิตรบรรทัด ทำให้เห็นความเหลื่อมล้ำและเข้าไปร่วมงานกับผู้นำชุมชนเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ ผู้นำของหน่วยงานของรัฐ เช่น คุณอรอุมา อินทฉาย ผอ.ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (ศพส.) จังหวัดนครพนม สามารถปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมและบทบาทของทีมงาน ให้การดูแลใกล้ชิดจนผู้สูงอายุเกิดความผูกพัน อยากจะตายที่ศูนย์ฯ

ข้อเท็จจริงที่ได้รับรู้ เช่น “ผู้สูงอายุอยากตายที่บ้านท่ามกลางวงล้อมคนที่รัก แต่จะมีญาติกี่คนที่จะยอมให้เขานอนรอเช่นนั้นได้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการได้รับการสนับสนุนรอบทิศทาง” “วัฒนธรรมความเชื่อของชาวจีนที่ว่าการพูดเรื่องความตายเป็นการแช่งยังมีอยู่” “ความเชื่อเรื่องจิตวิญญาณและชีวิตหลังความตายของชาวคริสต์ ทำให้ชุมชนโบสถ์มองข้ามเรื่องสภาพร่างกายซึ่งเป็นสถานีสุดท้ายของชีวิตก่อนจากโลกนี้ไป” “เวลามีคนตายในชุมชน ไม่ต้องเอาสมุดเบาใจมาเปิดดูกัน ส่วนมากมาจากการพูดสั่งเสียปากเปล่าที่สำคัญคือมันมีบทสนทนาเหล่านี้เกิดขึ้นแล้วในชุมชน” “ผู้สูงอายุมีความตระหนักในเวลาที่เหลือน้อยลงและพยายามสื่อให้ลูกหลานทราบ แต่เป็นเสียงที่เบาจนเราแทบไม่ได้ยิน”

คุณค่าของเครื่องมือที่นำมาใช้ เช่น “ชุมชนกรุณาได้เข้ามาร่วมรับภาระเรื่องนี้ด้วย เครื่องมือที่สำคัญสองชิ้นคือ ‘เกมไพ่ไขชีวิต’ ช่วยเปิดพื้นที่การพูดคุย และ ‘สมุดเบาใจ’ ช่วยวางแผนและสื่อสารความต้องการของผู้ป่วย” “เกมไพ่ฯ มันลึก เป็นตัวชวนคุย สร้างความสัมพันธ์” “การใช้ไพ่ฤดูฝนเพื่อดูแลใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลนั้น เชื้อเชิญให้ผู้รับบริการรับรู้ความรู้สึกและความต้องการของตน มีโอกาสสื่อสารความรู้สึกและความต้องการที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ตลอดจนความคับข้องใจหรือเรื่องราวที่กำลังเป็นปัญหาของชีวิต โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือการดูแลความเจ็บป่วย ในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย โดยมีผู้ให้บริการเป็นคนคอยรับฟังและให้คำปรึกษาอย่างเหมาะสม” “เกมไพ่ไขชีวิตมีบทบาทมากเพราะคำถามในนั้นนำไปสู่การสื่อสารได้มากกว่า แต่โดยรวมสุนทรียสนทนามีบทบาทมาก ต้องใช้เครื่องมือหลายอย่างผสมผสานกัน” “บุคลากรมีประสบการณ์และเห็นความตายอยู่ทุกวัน ทำให้ไม่ตระหนักและไม่เชื่อมโยงกับชีวิตของตนเอง เกมไพ่ไขชีวิตทำให้กลับมาใคร่ครวญผ่านคำถามต่างๆ” “ใช้ความตายที่เป็นดั่งฉากสุดท้ายของทุกชีวิต เป็นหัวข้อสนทนาผ่านเครื่องมือที่หลากหลาย”

การใช้ประโยชน์จากบริบทที่เข้าไปทำงาน เช่น “ทุกโบสถ์คือชุมชนกรุณาอยู่แล้ว เปลี่ยนโบสถ์เป็น Resource church พัฒนาคนในโบสถ์ให้ทำหน้าที่ส่งต่อและให้ความรู้ในฐานะกระบวนกรชุมชน” “โครงการจุติสุขาวดี และสุขสุดท้ายที่ปลายทางชีวิต เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ มีกองทุนสนับสนุน มีแกนนำของเทศบาลทำงานร่วมกับจิตอาสา” “มีการผลักดันให้ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (ศพส.) ทุกแห่งใช้สมุดเบาใจ” “การคุยกับคนในครอบครัวเป็นเรื่องยาก ต้องอาศัยคนกลางมาชวนทุกคนคุย ครอบครัวเบาใจจะทำให้คุณเป็นมิตรกับความตายได้มากกว่าที่เคย” รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก กำหนดเป็นนโยบายและให้ Advance care plan (ACP) เป็นตัวชี้วัดหนึ่ง ทำให้อัตราการทำ ACP เพิ่มขึ้นและมีการสแกนเข้าไปในระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล”

การพลิกมุมมอง เช่น “ชุมชนกรุณาสามารถขับเคลื่อนได้โดยกระบวนการชุมชนที่ไม่ต้องมีความรู้ทางการแพทย์ลึกซึ้ง และเปลี่ยนจุดเน้นมาเริ่มต้นด้วยคุณค่าและความหมายของชีวิต แทนที่จะเป็นการออกแบบแนวทางการรักษาในระยะท้าย” “ธุรกิจจิตอาสาพาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล สร้างการเรียนรู้ภายในตน ทำให้เกิดการพัฒนาตัวเอง มองความเจ็บป่วยหรือความตายในระยะใกล้ ฝึกให้ถอยตัวเองออกมาอยู่ข้างๆ แล้วเดินไปพร้อมกัน ไม่รีบจัดการ ผู้สูงอายุอยากช่วยตัวเองมากกว่าให้คนอื่นช่วย” “ถ้าครอบครัวเบาใจทำงานแบบผู้ให้บริการ เราก็เป็นแค่ผู้ให้บริการ แต่ถ้าทำงานแบบเพื่อน เราจะเป็นชุมชนกรุณา”

ข้อเสนอและความเห็นที่ควรได้รับการพิจารณา เช่น “โรงพยาบาลควรมีระบบไปดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านแทนที่จะให้ผู้ป่วยต้องมาที่โรงพยาบาล” “ศาสนาอิสลามมีคำสอนเรื่องการอยู่ดีและตายดีอยู่แล้ว แต่มีช่องว่างเพราะการแพทย์เข้ามากำหนดว่าควรตายเมื่อไรและอย่างไร” “การที่รัฐจะทำงานร่วมกับภาคประชาชน จะทำให้มีเครื่องมือ ลูกเล่นและวิธีคิดที่แตกต่างออกไป มีทางเลือกมากขึ้น ก้าวไปได้ไกลมากขึ้น” “ชุมชนและสถานพยาบาลต้องทำงานคู่ขนานโดยมีเป้าหมายร่วมกัน มิฉะนั้นการลงทุนลงแรงของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งอาจจะเสียเปล่า” “ภาคประชาสังคมควรมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบชีวิต และวางแผนการดูแลชีวิตตั้งแต่ช่วงที่ยังแข็งแรงอยู่ไปจนถึงช่วงท้ายของชีวิต”

โอกาสที่จะต่อยอดมุมมอง เช่น “ผู้สูงอายุมองไม่ออกว่าระยะท้ายของตัวเองออกแบบได้ หากต้องตายคงปล่อยให้เป็นไปตามยถากรรม” จะเปลี่ยนมุมมองและสร้างความแตกต่างอย่างไรระหว่างการตายที่มีคุณค่ากับการตายตามยถากรรม “ทีมอยากมีเอกลักษณ์ของตนเอง” จะมีรูปแบบการทำงานที่ประสานพลังขับเคลื่อนในทิศทางเดียวกัน

และเปิดโอกาสให้มีอิสระได้อย่างไร

ขอให้ท่านผู้อ่านได้อิ่มเอมกับเนื้อหาสาระที่มาจากความทุ่มเททำงานด้วยใจรักของชาวชุมชนกรุณา และช่วยกันหาทางขยายผลการปฏิบัติตามแนวคิดนี้กันให้มากขึ้นครับ

นายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล
ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
กรรมการกำกับทิศทางแผนระบบสื่อและสุขภาวะทางปัญญา สสส.

บทนำ

ปลูกชุมชนกรุณา: รวมประสบการณ์ การพัฒนาชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี

ชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี เป็นแนวคิดเชิงปฏิบัติการที่เสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชนในดูแลความเจ็บป่วยในระยะท้าย การบริบาล การตาย และความสูญเสีย โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การทำงานเชิงส่งเสริมป้องกัน การบรรเทาหรือลดผลกระทบจากความสูญเสีย และส่งเสริมงานนโยบายที่เอื้อให้สมาชิกของชุมชนหรือสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเข้าถึงการตายดี

แนวคิดชุมชนกรุณาก่อรูปขึ้นจากกลุ่มนักวิชาการสาธารณสุขกลุ่มหนึ่งที่มีความสนใจการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยประยุกต์แนวคิดด้านสาธารณสุขจากประสบการณ์ของหลายประเทศ เช่น เมืองสุขภาวะ (Health cities) โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี ค.ศ. 1986 แนวคิดด้านการพัฒนาชุมชน แนวคิดเครือข่ายเพื่อนบ้านประคับประคอง (Neighborhood network in palliative care) จากรัฐเกรละ ประเทศอินเดีย แนวคิดเมืองกรุณา (Compassionate cities) แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้มีอาการสมองเสื่อม (Klaus, W. et al., 2016) เป็นต้น จนเกิดเป็นแนวทางการขับเคลื่อน “ชุมชนกรุณา” (Compassionate communities) เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ในหลายประเทศ อาทิ อังกฤษ สกอตแลนด์ แคนาดา สเปน อินเดีย ไต้หวัน เป็นต้น

พัฒนาการของขบวนการขับเคลื่อนดังกล่าวไม่เพียงเยียวยาความทุกข์จากความเจ็บป่วยและความสูญเสียเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมไปถึงการพัฒนาเมืองและระบบนิเวศที่เอื้อให้คนในสังคมได้มีวิถีชีวิตที่ดี (Well-being) อีกด้วย จนนำไปสู่การพัฒนาเมืองกรุณา (Compassionate cities) ที่ไม่ทอดทิ้งใครไว้ข้างหลัง และการออกกฎบัตรเมืองกรุณา (Compassionate city charter) ในระยะต่อมา

ประเทศไทยโดยกลุ่ม Peaceful Death ซึ่งเป็นกลุ่มกิจกรรมอิสระ และมีประสบการณ์ในการสร้างเสริมความตระหนักวิถีสู่ความตายอย่างสงบมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 เห็นพ้องกับแนวคิดดังกล่าว จึงรับเอาแนวคิดชุมชนกรุณามาเป็นแนวทางในการขับเคลื่อน

ชุมชนและสังคมให้เข้าถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและตายดี โดยเริ่มต้นดำเนินการโครงการชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี ในปี 2561 เป็นต้นมา-ปัจจุบัน ภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สสส.

หนังสือ ปลูกชุมชนกรุณา: รวมบทความประสบการณ์การพัฒนาชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดีเล่มนี้ เกิดขึ้นจากประสบการณ์เรียนรู้ที่น่าภาคภูมิใจของทีมงานและเครือข่ายชุมชนกรุณาทั่วประเทศ บางพื้นที่ทำงานมาอย่างต่อเนื่อง 4-5 ปี บางพื้นที่อยู่ในระยะเริ่มต้น มีทั้งที่ประสบความสำเร็จและล้มเหลว แน่นอนว่าตัวอย่างปฏิบัติการชุมชนกรุณาที่รวบรวมมานี้ อาจไม่สามารถประยุกต์ใช้กับทุกพื้นที่ แต่บทเรียนและข้อค้นพบจากการทำงานอย่างเข้มข้น และบทเรียนการขยายผลในพื้นที่ต่างๆ สามารถเป็นแรงบันดาลใจและแนวทางเบื้องต้นสำหรับชุมชน บุคลากรสุขภาพ กระบวนกรชุมชน นักพัฒนา องค์กรท้องถิ่น สถาบันการศึกษา และอื่นๆ ในการออกแบบปฏิบัติการชุมชนกรุณาในพื้นที่ของตนเอง

ความสำคัญของชุมชนกรุณา

ชุมชนกรุณาเชื่อว่า “ประสบการณ์ความสูญเสียเป็นสิ่งที่ใหญ่และสำคัญเกินกว่าจะมอบหมายให้เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของคนใดคนหนึ่ง หากแต่เป็นสิ่งที่ทุกคนในสังคมต้องมีส่วนรับผิดชอบร่วมกัน” และด้วยท่าทีเช่นนี้ ส่งผลให้แนวคิดของชุมชนกรุณามีความเปิดกว้าง และคำนึงถึงมิติความเป็นความมนุษย์ที่เชื่อมโยงกัน มีความกรุณาต่อกันอ่อนโยน เคารพความเป็นองค์รวม (Holistic) และองค์ร่วม (Component) ของสรรพชีวิตมากขึ้น

ดังนั้นแนวคิดชุมชนกรุณาจึงเปิดพื้นที่ความเป็นไปได้อื่นๆ ให้กับชุมชนและสังคมในการช่วยเหลือดูแลความเจ็บป่วย การบริบาล การตาย และความสูญเสีย นอกเหนือไปจากบทบาทหน้าที่ทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่มีอยู่แล้ว โดยเพิ่มบทบาทของครอบครัว ชุมชน องค์กร สถาบัน และเครือข่ายทางสังคมอื่นๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วม ขณะเดียวกันก็เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนให้กลายเป็นหุ้นส่วนในการดูแลสมาชิกของชุมชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและเข้าถึงการตายดี สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของกลุ่ม Peaceful Death ที่มุ่งหวังให้คนในสังคมไทยเข้าถึงการตายดีอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม โดยการส่งเสริมวัฒนธรรมความตายพูดได้ และการพัฒนาสภาพแวดล้อมของชุมชนและสังคมที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่ดีและตายดี ทำให้ชุมชนกรุณาประเทศไทยมีเส้นทางการเติบโตที่ชัดเจน แผ่ขยาย

และมีกัลยาณมิตรร่วมทางมากมาย

ซึ่งผู้อ่านจะได้สัมผัสจากประสบการณ์ บทเรียน และการศึกษาทบทวนจากบทความมากมายที่ปรากฏอยู่ในหนังสือเล่มนี้ รวมถึงแนวคิดที่อยู่ท้ายเล่มที่กล่าวถึง องค์ประกอบใหม่ที่จำเป็นในการดูแลแบบประคับประคอง (New essential palliative care) และวงล้อมแห่งการดูแล (Circles of care)

ปฏิบัติการชุมชนกรุณาในประเทศไทย

แม้ประเทศไทยจะอยู่ในช่วงเริ่มต้นของปฏิบัติการชุมชนกรุณา แต่การทำงานอย่างต่อเนื่องและจริงจังในหลายพื้นที่ ทำให้เริ่มมองเห็นดอกผลของชุมชนกรุณาที่งอกงามขึ้นตามเหตุปัจจัยของพื้นที่ และศักยภาพของผู้นำการเปลี่ยนแปลงหรือกระบวนกรชุมชน ยิ่งเมื่อเอกภพ สิทธิวรรณธนะ หัวหอกคนสำคัญของงานชุมชนกรุณาในประเทศไทยนำเอากฎบัตรเมืองกรุณา (Compassionate city charter) ทั้ง 13 ข้อ ที่พัฒนาโดย ศ.แอลลัน เคลเลเฮียร์ (Allan Kellehear) มาวิเคราะห์และทบทวนการทำงานชุมชนกรุณาในประเทศไทย (2561–2565) ก็ยิ่งทำให้เห็นศักยภาพของเครือข่ายและชุมชนที่ร่วมอยู่ในขบวนการขับเคลื่อนนี้ โดยพบว่า ชุมชนกรุณาประเทศไทยสามารถตอบโจทย์กฎบัตรเมืองกรุณาทุกข้อในระดับความถี่และความเข้มข้นที่แตกต่างกันไป ที่สำคัญมีบางเรื่องที่ในกฎบัตรไม่ได้กล่าวถึง แต่มีความสำคัญต่อการขยายพื้นที่ชุมชนกรุณา ได้แก่ 1) การจัดการความรู้ขององค์กรและเครือข่ายผู้ส่งเสริมชุมชนกรุณา 2) การผลิตและพัฒนาเครื่องมือสนับสนุนการเรียนรู้การอยู่ดีและตายดี 3) การจัดฝึกอบรมผู้นำการเปลี่ยนแปลง ขณะเดียวกันก็ยังมีจุดอ่อนในเรื่องการพัฒนาแผนและนโยบายในระดับองค์กร ชุมชน และระดับชาติ รวมถึงจำนวนผู้นำการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มเครือข่ายที่เป็นทางการยังมีอยู่น้อย ซึ่งจะต้องเร่งพัฒนาต่อไป

เครื่องมือส่งเสริมการเรียนรู้คือหัวใจของการขยายผล

เกมไพ่ไขชีวิต และ สมุดเบาใจ เป็นเครื่องมือสำคัญที่กลุ่ม Peaceful Death พัฒนาขึ้นก่อนโครงการชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี เกมไพ่ไขชีวิต เป็นการ์ดชวนคิดชวนคุยเพื่อแลกเปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับชีวิตและความตาย ส่วนสมุดเบาใจเป็นเครื่องมือในการทบทวน วางแผน และสื่อสารความความต้องการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในวาระท้ายของชีวิต เครื่องมือทั้ง 2 ชิ้น เป็นตัวช่วยสำคัญในการเปิดพื้นที่ปฏิบัติการชุมชนกรุณา และเชื่อม

โยงการเรียนรู้ระหว่างกระบวนกรกับชุมชน และกระบวนกรกับบุคลากรสุขภาพ สามารถเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การสร้างความตระหนักในเรื่องของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า รวมทั้งยังช่วยสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานด้วย ดังจะเห็นได้จากบทเรียนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของคลินิกเบาใจ รพ.พุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ความร่วมมือระหว่าง รพ.แม่สรวยกับชุมชนกรุณาขะไจ๋-เชียงราย และบริการให้คำปรึกษาการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของกลุ่มเบาใจ Family เป็นต้น

ในบางพื้นที่เครื่องมือดังกล่าว ยังใช้ในการอบรมเตรียมความพร้อมและพัฒนาทักษะให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ให้การดูแล (Caregiver: CG หมายถึง ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนที่ผ่านการฝึกอบรม และได้รับค่าตอบแทนจากหน่วยงานราชการ) และบุคลากรสุขภาพ ก่อนลงเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนหรือโรงพยาบาล เช่น กรณีชุมชนกรุณาบ้านนาเคียน นครศรีธรรมราช การอบรมให้ความรู้กับ อสม. และหน่วยงานท้องถิ่นของชุมชนกรุณาขะไจ๋-ลำปาง ชุมชนกรุณาขะไจ๋-เชียงใหม่ ชุมชนกรุณาบางรัก และการพัฒนาศักยภาพ อสม. และ CG ของเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์

ต่อมา กลุ่ม Peaceful Death ยังได้พัฒนาเครื่องมืออีก 3 ชิ้น ได้แก่ ไพ่ฤดูฝน แคร์คลับ และการ์ดแชร์กัน ซึ่งเป็นเครื่องมือดูแลด้านจิตใจผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ ช่วยให้เกิดเครือข่ายความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นในชุมชนและคนทำงาน ผ่านวัฒนธรรมการรับฟัง ชื่นชมและให้เกียรติกัน ดังเช่น กรณีชุมชนกรุณาพะตง สงขลา ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (ศพส.) จังหวัดนครพนม เป็นต้น

นอกจากนี้เครื่องมืออย่างไพ่ฤดูฝน ยังสามารถประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพจิตของเยาวชน นักศึกษา ครูอาจารย์ บุคลากรสุขภาพ และในชุมชนออนไลน์ อาทิ ห้องสมุดแมวหางกิ้นส์ อุบลราชธานี ฯลฯ และยังถูกเอาไปใช้โดยกลุ่มกระบวนกรอิสระเพื่อดูแลใจคนทำงานและผู้สูญเสียในช่วงสถานการณ์โควิด (อ่านเพิ่มเติมในงานศึกษาวิจัยของนายปฏิพัทธ์ อนุรักษ์ธรรม, 2565) จึงอาจกล่าวได้ว่า เครื่องมือสนับสนุนการเรียนรู้ที่ Peaceful Death พัฒนาขึ้นมานั้น ถูกใช้เป็นทางเข้าเพื่อสร้างการรับรู้และออกแบบปฏิบัติการชุมชนกรุณาในบริบทต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น ชุมชน โรงเรียน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัย องค์กรท้องถิ่น ส่วนราชการ ศาสนสถาน และอื่นๆ

กระบวนกรชุมชน: จุดคานงัดบนความกรุณา

จากประสบการณ์การพัฒนาชุมชนกรุณาในหลายพื้นที่พบว่า ปัจจัยความสำเร็จ

อยู่ที่กระบวนกรชุมชนหรือผู้นำการเปลี่ยนแปลง ขอเพียงมีใครสักคนที่ลงมือทำอย่างจริงจัง โดยเห็นคุณค่าของการดูแลคนรอบข้าง ต้องการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง หรือมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิตและความตาย ตลอดจนอยากเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างชุมชนที่เกื้อกูลต่อการอยู่และตายดี ก็เพียงพอให้เกิดปฏิบัติการชุมชนกรุณาที่สร้างผลกระทบได้มากมาย ยกตัวอย่างเช่น

- เจนจิรา (ครูเจน) ที่อยากไปดูแลพ่อแม่ที่บ้านเกิดจนขยายไปสู่การดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุในชุมชน และร่วมมือกับ รพ.แม่สรวย ให้คำปรึกษาการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคไต และถุงลมโป่งพอง
- คุณสุทธิลักษณ์ (อิ้ม) ที่อยากไปแบ่งปันเครื่องมือการเรียนรู้ให้กับเพื่อนๆ ขยายไปสู่การอบรมให้ความรู้ผู้สูงอายุ อสม. และร่วมมือกับท้องถิ่นในการจัดการเรียนรู้ผ่านเกมไพ่ไขชีวิตและสมุดเบาใจ รวมถึงการเยี่ยมผู้ป่วย
- คุณนันทนัช (นัน) จิตอาสาที่ทำงานในโบสถ์บางรัก อยากประสานงานให้ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุเข้าถึงบริการดูแลแบบประคับประคอง จนเกิดการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้สูงอายุในชุมชน
- คุณปิญชาดา (กอเตย) ที่อยากแบ่งปันประสบการณ์ในการดูแลคุณพ่อในช่วงระยะท้าย มาวันนี้เธอกลายเป็นผู้ให้คำปรึกษาการวางแผนสุขภาพระยะท้าย ฯลฯ

อย่างไรก็ดี หากกระบวนกรชุมชนมีเครือข่ายความสัมพันธ์ที่เป็นทางการอยู่แล้ว อาทิ ผอ.รพ.สต. ผู้นำชุมชน ปลัด อบต. เจ้าหน้าที่เทศบาล ฯลฯ ก็ยิ่งทำให้ความร่วมมือกับชุมชนเป็นเรื่องง่าย สามารถขยายผลปฏิบัติการไปได้อย่างต่อเนื่อง และพัฒนาให้เกิดความร่วมมือในระดับท้องถิ่น ยกตัวอย่างเช่น คุณสุคนธ์ ชัยชนะ ผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ตำบลพะตง สงขลา เป็นต้น

ดังนั้นการสร้างกระบวนกรชุมชนในกลุ่มเครือข่ายความสัมพันธ์ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ แต่มีพื้นที่ปฏิบัติการ จึงเป็นจุดคานงัดสำคัญในการขยายผลชุมชนกรุณา และทำให้ชุมชนกรุณาประเทศไทยแตกต่างจากประเทศอื่นๆ

การมีส่วนร่วมของพลเมืองเพื่อสนับสนุนกฎบัตรเมืองกรุณา

New essential palliative care เสนอว่า การดูแลคุณภาพชีวิตช่วงท้าย การตาย และความสูญเสียที่ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากรในสังคม จะต้องประกอบไปด้วยองคาพยพ

หลัก 4 ภาคส่วนทำงานร่วมกัน ได้แก่

1) บุคลากรสุขภาพชำนาญการ ด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Specialist palliative care) สำหรับดูแลกรณีความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนและต้องอาศัยความรู้ที่ชำนาญการ
2) บุคลากรสุขภาพทั่วไปที่เข้าใจแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง (Generalist palliative care) สำหรับดูแลความทุกข์ทรมานที่ไม่ซับซ้อน
3) ชุมชนกรุณา (Compassionate communities) คือ เครือข่ายสังคมและชุมชนที่มีผู้ผ่านประสบการณ์ความเจ็บป่วย ความตาย การดูแล และความสูญเสีย คอยช่วยเหลือสนับสนุนสมาชิกในชุมชน
4) ภาคประชาสังคมที่สนับสนุนกฎบัตรเมืองกรุณา (Civic programme for compassionate city charter)

โดยทั้งสี่องคาพยพ ควรทำงานเชื่อมร้อยประสานกัน (Abel et al., 2018)

จากประสบการณ์ของโครงการชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดีพบว่า การทำงานร่วมกันของ 3 องคาพยพแรก เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในพื้นที่การดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลในระบบบริการสุขภาพ และชุมชน แต่องคาพยพที่ 4 ที่กล่าวถึงพลเมืองและปฏิบัติการที่ส่งเสริมเมืองกรุณาและการปฏิบัติตามกฎบัตรเมืองกรุณา ยังมีช่องว่างในการทำงานอยู่มาก ทำให้ช่วงท้ายของหนังสือ มีการทบทวนนโยบายกรุงเทพมหานคร 216 ข้อ ของชัชชาติ สิทธิพันธุ์ กับกฎบัตรเมืองกรุณา ซึ่งทำให้ค้นพบโอกาสและความเป็นไปได้จำนวนมาก อาทิ นโยบายสุขภาพดีที่ส่งเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพปฐมภูมิและการเข้าถึงระบบบริการที่มีคุณภาพใกล้บ้าน มีความสอดคล้องกับกฎบัตรเมืองกรุณาที่ว่าด้วยเรื่องการสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างเพื่อนบ้านและชุมชนใกล้เคียงในการดูแลความเจ็บป่วยของสมาชิกในชุมชน รวมทั้งการเผชิญ วิกฤติสุขภาพ ความชรา การดูแลเรื้อรัง และความโศกเศร้า

การมีส่วนร่วมของพลเมืองเพื่อส่งเสริมความกรุณาและการปฏิบัติตามกฎบัตรเมืองกรุณา อาจทำได้ในหลายลักษณะ ได้แก่ การมีนโยบายองค์กร นโยบายชุมชน หรือนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมการดูแลความเจ็บป่วย และการสูญเสีย เช่น การจ้างงานที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยในช่วงท้าย การลาหยุดงานเพื่อเยียวยาความสูญเสีย การพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในเมือง ซึ่ง ดร.ประชาธิป กะทา ได้เสนอแนะไว้อย่างน่าสนใจ นอกจากนี้ยังมีนโยบายชุมชนกรุณานานาชาติที่มีความริเริ่มใหม่ๆ ที่น่าเอาเป็นเยี่ยงอย่างในบทความของ ดร.สุปรียส์ กาญจนพิศศาล

สนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและนโยบายสาธารณะที่สนับสนุนเมืองกรุณา

อาเบลยังเสนอให้แต่ละองค์ประกอบใน New essential palliative care ปฏิสัมพันธ์ สื่อสาร และทำงานเชื่อมโยงกันมากขึ้น ซึ่งไม่เพียงแต่จะช่วยให้คนทุกคนเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมเท่านั้น การทำงานเรื่องความตายและการสูญเสีย ยังเป็นโอกาสหรือประตูเข้าที่สำคัญในการพัฒนาสุขภาวะที่ดีหรือการมีวิถีชีวิตที่ดีได้อีกทางหนึ่ง (Abel, J., 2022) แนวคิดนี้สะท้อนอย่างชัดเจนจากเครือข่ายชุมชนกรุณาพะตง ที่ปัจจุบันคนทำงานเกิดแรงบันดาลใจในการดูแลสุขภาวะของผู้ดูแล ผู้ป่วย และผู้สูงวัยในชุมชน รวมถึงการจัดตั้งกองทุนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเพื่อสนับสนุนผู้ดูแล การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งกระบวนการดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติและกำลังเกิดขึ้นในหลายพื้นที่

ก้าวต่อไปของโครงการชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี จึงมุ่งหวังให้เกิดความร่วมมือระหว่างกระบวนกรชุมชน/เครือข่ายชุมชนกรุณา กับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งโดยเนื้องานมีความคล้ายคลึงกัน คือการดูแลชีวิตตั้งแต่เกิดจนตาย และเน้นการทำงานเชิงส่งเสริมป้องกันเป็นหลัก รวมทั้งการผลักดันนโยบายองค์กรและนโยบายสาธารณะที่สนับสนุนกฎบัตรเมืองกรุณา

ปลูกชุมชนกรุณาให้เต็มแผ่นดิน

แนวคิดชุมชนกรุณาในหลายประเทศมักเริ่มต้นจากองค์กร หน่วยงาน สถาบันมหาวิทยาลัย หรือภาคราชการที่ตระหนักหรือเห็นความสำคัญการขยายแนวทางการดูแลแบบประคับประคองให้ครอบคลุมและทั่วถึง ทว่าในสังคมไทย ชุมชนกรุณาเริ่มต้นจุดประกายจากกลุ่มคนเล็กๆ ที่มีความมุ่งหวังให้ทุกคนเข้าถึงการตายดี โดยช่วยกันคนละไม้ละมือเพื่อส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลความทุกข์จากการเจ็บป่วย การตาย การบริบาล และความสูญเสีย น่าชื่นชมที่หน่ออ่อนในวันนั้นยังคงเติบโตไม่หยุด กลายเป็นไม้ใหญ่ที่แข็งแรง มีรากที่มั่นคง และพร้อมให้เก็บเกี่ยว

หลายช่วงหลายตอนในหนังสือเล่มนี้ได้ให้บทเรียน แนวทาง และแรงบันดาลใจที่ทรงคุณค่ายิ่ง ดอกผลจำนวนไม่น้อยได้กลายเป็นเมล็ดพันธุ์และต้นอ่อนที่พร้อมให้ผู้อ่านได้นำไปปลูกในพื้นที่ของตนตามศักยภาพที่ทำได้ นอกจากนี้เครือข่ายกระบวนกรชุมชนกรุณา ยังได้พัฒนาชุดกิจกรรม “การพัฒนาชุมชนกรุณาสำหรับกระบวนกรชุมชน”

(Compassionate communities building toolkits) เอาไว้สำหรับมือใหม่ได้ทดลองนำไปใช้ด้วย โดยสามารถรับได้ในงานมหกรรมปลูกชุมชนกรุณา ในวันที่ 13 พฤษภาคม 2566 ที่ตึก KX วงเวียนใหญ่ กรุงเทพฯ รวมถึงสามารถขอรับการปรึกษาสำหรับผู้สนใจริเริ่มปฏิบัติการชุมชนกรุณาในพื้นที่ของตน ซึ่งไม่จำต้องเป็นชุมชนในต่างจังหวัดเท่านั้น ทุกคนสามารถปลูกชุมชนกรุณาที่เหมาะสมกับบริบทของตัวเองได้ เช่น ชุมชนบ้านจัดสรร คอนโดมิเนียม หอพัก ชุมชนกรุณาในที่ทำงาน ชุมชนกรุณาในคลับเฮาส์ ชุมชนออนไลน์สำหรับคนคอเดียวกัน ชุมชนพ่อแม่-ผู้ปกครอง ฯลฯ รวมถึงส่งเสริมกิจกรรมหรือพื้นที่สาธารณะที่สนับสนุนการดูแลผู้สูงวัย การดูแลความสูญเสีย การส่งเสริมนโยบายในองค์กรหรือนโยบายชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้ป่วยสมองเสื่อม การทำเนื้อหาออนไลน์ที่ช่วยดูแลปัญหาสุขภาพจิต บริการรับฟังเพื่อเยียวยาความทุกข์ของคนชายขอบ ฯลฯ

เชื่อเหลือเกินว่า พลเมืองที่มีหัวใจกรุณาและอาสาลงมือทำคนละเล็กละน้อย จะช่วยให้ชุมชนกรุณาเบ่งบานเต็มแผ่นดิน และทำให้ทุกเมืองกลายเป็นเมืองกรุณาที่ทุกๆ คนสามารถมีวิถีชีวิตที่ดีและเข้าถึงการตายดีได้ในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

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

Allan Kellehear. (2020). Charter of Compassionate Cities. สืบค้นจาก https://compassionate-communitiesuk.co.uk/wp-content/uploads/2021/12/The-Compassionate-City-Charter.pdf

Abel, J., Kellehear, A., & Karapliagou, A. (2018). *Palliative care-the new essential*.

ประวัติผู้เขียน

วรรณา จารุสมบูรณ์ ประธานกลุ่ม Peaceful Death

และประธานมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา (มสชก.)

การดำเนินงานชุมชนกรุณาในประเทศไทย:

กรณีศึกษาโครงการชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี กลุ่ม Peaceful Death

เอกภพ สิทธิวรรณธนะ

สถานการณ์ ที่มาและความสำคัญ

คุณภาพชีวิตช่วงท้ายและการตายดี คือสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนควรได้รับ (World Health Organization, 2020) ในสังคมไทยจึงมีหน่วยงานและองค์กรที่หลากหลายในการพัฒนา ผลักดัน ให้ความรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตช่วงท้ายและการตายดีดังกล่าว ทั้งจากภาคประชาชน ภาคระบบบริการสุขภาพ และนโยบายจากรัฐบาลและรัฐสภา ตั้งแต่ปี 2542 เป็นต้นมา และมีการพัฒนาไปโดยลำดับ (ฐากูร กาญจโนภาศ, 2565) โดยแต่ละกลุ่มหรือหน่วยงาน มุ่งพัฒนางานด้วยกลยุทธ์ต่างๆ ตามกรอบการพัฒนางานดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ การเสริมพลังบุคคลและชุมชน การพัฒนานโยบายสุขภาพ การวิจัยและพัฒนา การเข้าถึงยา การให้การศึกษาและฝึกอบรม และการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้ากับระบบบริการสุขภาพ (World Health Organization, 2021)

กลุ่ม Peaceful Death คือ กลุ่มคนที่มีความรู้ ประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญในการดูแลการเจ็บป่วย การตาย การบริบาล และความสูญเสีย โดยให้การสนับสนุน ผลักดัน และส่งเสริมระบบนิเวศของการอยู่และตายดี เป็นองค์กรหนึ่งที่มีบทบาทด้านการให้การศึกษาฝึกอบรมประชาชนและบุคลากรสุขภาพ ตลอดจนการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการรับมือความทุกข์ที่เกี่ยวกับการดูแลการตายและความสูญเสีย

ในระยะแรกกลุ่ม Peaceful Death มุ่งทำงานสร้างความตระหนักวิถีสู่ความตายอย่างสงบ โดยเผยแพร่องค์ความรู้ พัฒนาเครื่องมือและสื่อการเรียนรู้ งานรณรงค์ และการสื่อสารสาธารณะ ภายใต้ “โครงการสื่อสารสร้างความตระหนัก วิถีสู่ความตายอย่างสงบ” โดยได้รับทุนสนับสนุนจาก สสส. ตั้งแต่ปี 2555 จนกระทั่งปี 2561 กลุ่ม Peaceful Death

ซึ่งเคยเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายพุทธิกา (มูลนิธิเครือข่ายพุทธิกาในปัจจุบัน) ในช่วงเริ่มต้นของการดำเนินโครงการ จึงได้แยกมาดำเนินงานอิสระและพัฒนาโครงการชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี โดยได้รับทุนสนับสนุนจาก สสส. จนถึงปัจจุบัน (ปี 2561-2566) และต่อมาได้จดทะเบียนจัดตั้งมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา (มสชก.) ขึ้นอีกองค์กรหนึ่งในปี 2565 เพื่อสนับสนุนการศึกษาและพัฒนาปฏิบัติการชุมชนกรุณาในสังคมไทย

กลุ่ม Peaceful Death รับเอาแนวคิดชุมชนกรุณา หรือ Compassionate communities ซึ่งเป็นแนวคิดและปฏิบัติการทางสังคมเชิงส่งเสริมป้องกัน และ สนับสนุนให้บุคคลและชุมชนมีความพร้อมด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ นำไปสู่ความสามารถในการรับมือกับความทุกข์จากความเจ็บป่วย การดูแล การตาย และความสูญเสีย บนพื้นฐานของความกรุณา การสร้างการมีส่วนร่วม การคำนึงถึงนิเวศชุมชน และความเป็นธรรมทางสังคม จากกลุ่มนักวิชาการสาธารณสุขการดูแลแบบประคับประคองนานาชาติ (Public Health Palliative Care International) ซึ่งมีผู้นำกลุ่มคือ ศ.แอลลัน เคลเลเฮียร์ ผู้เขียนหนังสือ *Compassionate Cities* (Kellehear, 2012) บรรณาธิการหนังสือ *Compassionate Communities* (Kellehear, 2013) และเป็นผู้ก่อตั้ง-ประธานกลุ่ม PHPCI สมัยแรก

ด้วยมองว่าระบบสังคมที่ซับซ้อนและแปรเปลี่ยนด้วยอัตราเร่งที่น่ากลัว ผันผวนและพลิกผันอยู่ตลอด (disrupted) การสื่อสารสร้างความตระหนักในระดับปัจเจก ระดับครอบครัว และระดับองค์กร ไม่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างเพียงพอที่จะต่อกรกับภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นได้ ขณะที่ระบบความสัมพันธ์ในสังคมแบบตัวใครตัวมันและเต็มไปด้วยความเหลื่อมล้ำกลับกลายเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการเข้าถึงการตายดี หรือเป็นความทุกข์ร่วมของสังคม ดังนั้นการส่งเสริมระบบความสัมพันธ์ และระบบนิเวศที่เกื้อกูลต่อการอยู่และตายดี จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้คนในสังคมเข้าถึงการตายดีได้มากขึ้น ด้วยความเข้าใจชุดนี้ ทำให้แนวคิดเรื่อง ชุมชนกรุณา ถูกจุดประกายขึ้นในใจคนทำงาน

ประกอบกับที่คุณวรรณา จารุสมบูรณ์ และเอกภพ สิทธิวรรณธนะ ประธานและสมาชิกกลุ่ม Peaceful Death ได้เข้าฟังบรรยายแนวคิด Compassionate cities และ Compassionate communities จาก ศ.แอลลัน ในงานประชุม Asia Pacific Hospice and Palliative Care 2017 ที่สิงคโปร์ และได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนการทำงานกับท่าน จึงเชื่อว่าแนวคิดดังกล่าวในชื่อภาษาไทยว่า “ชุมชนกรุณา” น่าจะเป็นแนวคิดสำคัญที่สังคมไทยควร

สนับสนุน จึงได้นำมาพัฒนาเป็นโครงการส่งเสริมชุมชนกรุณาในประเทศไทยตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นมา

บทความนี้ เสนอกระบวนการสนับสนุนปฏิบัติการชุมชนกรุณาที่กลุ่ม Peaceful Death ดำเนินงานในช่วงเวลา 4 ปี (2561-2564) เปรียบเทียบกับเอกสาร “กฎบัตรเมืองกรุณา” (Compassionate city charter) ซึ่งได้ให้แนวทางที่เป็นรูปธรรม 13 ข้อ (Kellehear, 2020) ในการพัฒนาชุมชนเมือง และสังคมที่มีความพร้อมในการรับมือความเจ็บป่วย การตาย การบริบาล และการสูญเสีย โดยวิธีการศึกษา คือการย้อนทบทวนรายงานกิจกรรมเด่นประจำเดือน ที่ทีมงานและเครือข่ายกระบวนกรชุมชนที่ทำงานส่งเสริมชุมชนกรุณาดำเนินงาน ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2561-มีนาคม 2565 รวมระยะเวลา 42 เดือน ตรวจสอบรายกิจกรรม ว่ามีประเด็นใดที่สอดคล้องหรือแตกต่างกับแนวทางของกฎบัตรเมืองกรุณาอย่างไร ด้วยการระบุคำสำคัญ (keyword) จากนั้นวิเคราะห์และอภิปรายผลการทบทวน

ขอบเขตการวิเคราะห์และอภิปรายผล มาจากกิจกรรมที่แกนนำและเครือข่ายกระบวนกรของ Peaceful Death มีส่วนในการดำเนินงาน เช่น ประสานงาน ให้การฝึกอบรม จัดประชุมเรียนรู้ สนับสนุนการประชาสัมพันธ์ แต่ไม่รวมกิจการที่เครือข่ายภาคีด้านการอยู่และตายดีทำเองในพื้นที่ของตน

แนวคิดเมือง/ชุมชนกรุณา และกฎบัตรเมืองกรุณา

เมืองกรุณา/ชุมชนกรุณา คือแนวคิดที่ประกอบด้วยปฏิบัติการที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของ “ทุกๆ คน” ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การตาย การบริบาล และการสูญเสีย โดยไม่ผลักภาระให้เป็นของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง (ระบบบริการสุขภาพ/ครอบครัว/รัฐบาล) เท่านั้น อย่างไรก็ตาม แนวคิดดังกล่าวเป็นแนวคิดที่กว้าง หนังสือเมืองกรุณา จึงได้พัฒนา “กฎบัตรเมืองกรุณา” (Compassionate city charter) ซึ่งเป็นแนวทางรูปธรรมที่ระบุว่า “ใคร” ในชุมชนหรือสังคมควร “ทำอะไร” บ้าง เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมให้เอื้อต่อการอยู่และตายดี กฎบัตรดังกล่าวเป็นสิ่งที่ชุมชน องค์กร หรือเมือง สามารถนำไปปฏิบัติได้เลยโดยไม่ต้องมีการลงนาม ท่าน

สามารถอ่านกฎบัตรดังกล่าวในเอกสารภาคผนวก กฎบัตรดังกล่าว ระบุผู้กระทำการและกิจกรรมที่ควรทำเพื่อพัฒนาชุมชนกรุณา โดยสังเขปแล้ว กฎบัตรเมืองกรุณามีหัวข้อสำคัญดังนี้

1) โรงเรียน สถานที่ทำงาน และชุมชน ควรมีแผน นโยบาย แนวทางการดูแลความเจ็บป่วย การตาย การดูแล และความสูญเสียของสมาชิก
2) ชุมชนศาสนา ควรก่อตั้งกลุ่มดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและความสูญเสีย
3) สถานดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยระยะท้าย ควรจัดโปรแกรมสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชน
4) การจัดนิทรรศการ กิจกรรมศิลปะที่นำเสนอหัวข้อความเจ็บป่วย การตาย การดูแล และความสูญเสีย
5) ควรจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างความตระหนัก ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลความสูญเสียและการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
6) ชุมชนเพื่อนบ้านควรจัดกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลวิกฤติสุขภาพ ความชรา การดูแลโรคเรื้อรัง โรคระยะท้าย และช่วยเหลือภาวะโศกเศร้าจากการสูญเสีย
7) การจัดกิจกรรมยกย่องเชิดชูหน่วยงานที่ทำงานสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่สร้างสรรค์ เพื่อสร้างความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของชุมชนกรุณา และการให้คุณค่าต่อการดูแลด้วยความกรุณา
8) หน่วยงานพัฒนาสุขภาพและสังคม ควรพัฒนาความร่วมมือกันในการสร้างสรรค์ชุมชนกรุณา
9) สื่อมวลชนควรมีส่วนร่วมสร้างความตระหนักและให้ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย การตาย การดูแล และความสูญเสีย
10) ควรทำงานศึกษาและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตช่วงท้ายของคนชายขอบ เช่น นักโทษ คนไร้บ้าน กลุ่มชาติพันธุ์ คนที่อยู่ห่างไกลเมือง คนยากจน ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้ประสบภาวะสมองเสื่อม

กระบวนการพัฒนาชุมชนกรุณาในประเทศไทย

โครงการชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี เริ่มต้นขับเคลื่อนอย่างจริงจังในปี 2561 โดยในปีแรก โครงการฯ มุ่งเผยแพร่แนวคิดและรูปธรรมตัวอย่างชุมชนกรุณาในสังคมไทย ผ่านการจัดประชุมวิชาการชุมชนกรุณา ครั้งที่ 1 และจัดทำกรณีศึกษาปฏิบัติการชุมชนกรุณา 15 กรณี ซึ่งช่วยให้ตระหนักถึงพลังอำนาจของพลเมืองในการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างปัจเจก ครอบครัว ชุมชน และสังคม จนเกิดเป็นความร่วมมือระหว่างระบบสุขภาพและระบบสังคม

ในปีที่ 2-3 ของการพัฒนาชุมชนกรุณา กลุ่ม Peaceful Death จึงส่งเสริมปฏิบัติการชุมชนกรุณาในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ และพัฒนาหลักสูตรกระบวนกรชุมชนขึ้นเพื่อสนับสนุนปฏิบัติการในระดับชุมชน กระทั่งมีพื้นที่ปฏิบัติการชุนชนกรุณา 21 พื้นที่ในปัจจุบัน

จากการทบทวนกิจกรรมตลอดระยะเวลา 42 เดือน ในช่วงปี 2561-2565 โครงการชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี กลุ่ม Peaceful Death มีกิจกรรมทุกข้อในกฎบัตรเมืองกรุณา แต่มีความแตกต่างด้านความถี่ ความเข้มข้น และความหลากหลายของแต่ละหัวข้อ กล่าวคือ บางประเด็น ได้รับความสนใจจากโครงการมากเป็นพิเศษ เช่น หน่วยงานด้านพัฒนาสุขภาพและสังคม ควรพัฒนาความร่วมมือกันสร้างสรรค์ชุมชนกรุณา การจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างความตระหนัก ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลความสูญเสียและการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในขณะที่บางกิจกรรมก็มีความถี่และความเข้มข้นน้อย เช่น ควรทำงานศึกษาและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตช่วงท้ายของคนชายขอบ การจัดกิจกรรมยกย่องเชิดชูหน่วยงานที่ทำงานสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ความแตกต่างระหว่างประเด็นที่ทำงานมากและน้อย เกิดจากสถานะขององค์กร ความเชี่ยวชาญในการจัดกิจกรรมของทีมงานและเครือข่าย

นอกจากนี้ยังพบว่า มีกิจกรรมอีกหลายประการที่กฎบัตรเมืองกรุณาไม่ได้กล่าวถึง แต่มีผลสำคัญต่อการขยายพื้นที่ปฏิบัติการชุมชนกรุณา ได้แก่

1) การจัดการความรู้ขององค์กรและเครือข่ายผู้ส่งเสริมชุมชนกรุณา
2) การผลิต พัฒนาเครื่องมือสนับสนุนการเรียนรู้การอยู่และตายดี
3) การจัดฝึกอบรมผู้นำการเปลี่ยนแปลง

ตัวอย่างกิจกรรมและข้อสังเกตการดำเนินงานแต่ละหัวข้อของการพัฒนาชุมชนกรุณาในประเทศไทย

	ตัวอย่างกิจกรรม	ข้อสังเกต
โรงเรียน สถานที่ทำงาน ชุมชน และองค์กรระดับชาติควรมีแผน นโยบาย แนวทางการดูแลความเจ็บป่วย การตาย การดูแล และความสูญเสียของสมาชิก	• การจัดประชุมพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลและชุมชน รพ.แม่สรวย รพ.จะนะ • การมีส่วนร่วมผลักดันมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของประเทศไทย กับ สช. เครือข่ายบริการสุขภาพและภาคประชาชน • จัดประชุมนำเสนอความสำคัญของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าด้วยสมุดเบาใจและเอกสารแสดงเจตนาเลือกวิธีการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต กับกรมกิจการผู้สูงอายุ รวมทั้งการจัดฝึกอบรมการเขียนสมุดเบาใจให้เจ้าหน้าที่กรมกิจการผู้สูงอายุ	• กลุ่ม Peaceful Death ยังไม่ได้ทำงานสนับสนุนการพัฒนาแผนงาน นโยบาย กฎระเบียบไปที่ตัวเอกสารแผนงานฯ โดยตรง แต่ทำงานผ่านผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยหวังให้ผู้นำการเปลี่ยนแปลงสนใจพัฒนาแผนงานหรือนโยบายอีกทอดหนึ่ง • การเปลี่ยนแปลงแผนงาน นโยบาย กฎระเบียบที่เกิดขึ้น มาจากองค์กรด้านนโยบาย เชิญตัวแทนภาคประชาชนจาก Peaceful Death มาให้ความเห็นและข้อเสนอแนะ การทำงานด้านการเปลี่ยนแปลงนโยบายของกลุ่ม Peaceful Death จึงเป็นแนวตั้งรับและให้การสนับสนุน • ยังขาดกิจกรรมทบทวนนโยบายท้องถิ่นและนโยบายระดับชาติเพื่อหาช่องว่าง โอกาสพัฒนา และข้อเสนอเชิงนโยบายที่เป็นระบบมีความเป็นไปได้ และนำไปปฏิบัติได้
ชุมชนศาสนา ควรก่อตั้งกลุ่มดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและความสูญเสีย	• สนับสนุนอาสาสมัครในชุมชนคริสตจักรย่านบางรักให้มีทักษะการสนทนาเรื่องชีวิตและความตาย การวางแผนการดูแลล่วงหน้า	• การจัดกิจกรรมกลุ่มดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลมีอย่างต่อเนื่องผ่านการอบรมออนไลน์ Baojai Cafe หัวข้อเกี่ยวกับการดูแลผู้ดูแล และการดูแลความสูญเสีย มีลักษณะเป็นการจัดวงสุนทรียสนทนา การจัดอบรมเชิงปฏิบัติ

	ตัวอย่างกิจกรรม	ข้อสังเกต
	การดูแลใจผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล • การจัดฝึกอบรมเครือข่ายกระบวนกรชุมชนดูแลใจผู้ป่วยและผู้ดูแล กระบวนกรที่มีทักษะการดูแลความสูญเสีย	การที่ผู้นำกลุ่มไม่ใช่ผู้นำชุมชน ศาสนา แต่เป็นผู้ที่สนใจสุขภาพ การพัฒนาตนเอง กลุ่มบุคลากรสุขภาพ • สถานการณ์โควิด ทำให้การดูแลความสูญเสีย การดูแลจิตใจ ได้รับความสนใจมากขึ้นแบบก้าวกระโดด
สถานดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยระยะท้ายควรจัดทำแผนงานสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชน	• การประสานงาน เสนอความร่วมมือ การสนับสนุนสื่อและเครื่องมือการเรียนรู้ การจัดโปรแกรมฝึกอบรมอาสาสมัครชุมชนของสถานดูแลผู้สูงอายุ สถานบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เช่น รพ.เซนต์หลุยส์ ศพส.นครพนม ลำปาง บ้านบางแค สอน.พะตง จ.สงขลา รพ.สต.นาเคียน จ.นครศรีธรรมราช ให้มีทักษะการนำสนทนาการดูแลใจผู้ป่วยและผู้ดูแล การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การดูแลแบบประคับประคอง	• การจัดทำแผนงานสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยบริการและชุมชน เกิดขึ้นได้จากการได้ยินเสียงความต้องการจากชุมชน และมีทรัพยากร บุคลากรที่พร้อมจะเริ่มต้นเสียก่อน บุคลากรสุขภาพในสถานบริการสุขภาพจึงจะเปิดแผนงานสร้างการมีส่วนร่วม โดยจะค่อยๆ เปิด เพิ่มปริมาณและความเข้มข้นในการทำงานร่วมกัน • ผู้ประสานงานชุมชนคือบทบาทสำคัญที่หน่วยบริการจำเป็นต้องมีและสนับสนุน เพื่อให้เกิดแผนงานและการสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชนได้จริง หากหน่วยบริการสุขภาพไม่ลงทุนกับผู้ประสานงานชุมชน ก็ยากที่จะมีกิจกรรมสร้างความร่วมมือและระดมทรัพยากรจากชุมชนได้

	ตัวอย่างกิจกรรม	ข้อสังเกต
การจัดนิทรรศการกิจกรรมศิลปะในหัวข้อความเจ็บป่วย การตาย การดูแล และความสูญเสีย	• การจัดนิทรรศการเทศกาล เรียนรู้เรื่องความตาย เช่น Happy Deathday ที่ศูนย์การประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ การจัดงานศพซ้อมตายของสราวุธ เฮ้งสวัสดิ์ ที่วัดธาตุทอง การจัดเทศกาลเรียนรู้เรื่องความตายออนไลน์ เบาใจ Festival • การประพันธ์และผลิตบทเพลงที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการตาย การดูแล และความสูญเสีย เช่น เพลงเบาใจ เพลงไม่ต้องคิดเลย ที่มีหลายเวอร์ชัน โดยมีข้อตกลงให้ศิลปินกล่าวถึงความจำเป็นที่ต้องพูดคุยและคิดเรื่องความตาย และมีมรณานุสติไว้บ้าง	• นิทรรศการของ Peaceful Death มีลักษณะเป็นกิจกรรมสร้างความตระหนักที่สื่อสารไปยังสังคมวงกว้าง จุดกระแสความสนใจ ทวนกระแสและภาพจำเกี่ยวกับความตายที่เป็นเรื่องต้องห้าม ดำมืด ให้กลายเป็นเรื่องที่พูดได้ เป็นเรื่องธรรมดา อยู่ในชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตาม ยังขาดการมีส่วนร่วมของศิลปินอีกหลากหลายสาขามาสร้างวัฒนธรรมความตายพูดได้ ความตายเป็นเรื่องธรรมดา เช่น สาขาจิตรกรรม สาขาการแสดง ยังขาดการมีส่วนร่วมของพื้นที่แกลเลอรีศิลปะ
ควรจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างความตระหนัก ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลความสูญเสียและการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	• การฝึกอบรมเบาใจคลาสรูม เดือนละอย่างน้อย 2 ครั้ง ผ่านห้องเรียนออนไลน์	• การจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและความสูญเสีย ส่วนใหญ่ จัดในพื้นที่เฉพาะกลุ่มผู้สนใจ เช่น หน้าเพจเฟซบุ๊ก พื้นที่โรงพยาบาล แต่ยังขาดกิจกรรมในพื้นที่สาธารณะ เช่น การเดินขบวนรณรงค์บนท้องถนน

	ตัวอย่างกิจกรรม	ข้อสังเกต
	• การจัดเสวนาออนไลน์ หัวข้อที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การตาย และความสูญเสีย ทุกเดือน เดือนละอย่างน้อย 1 ครั้ง • การฝึกอบรมกระบวนกรชุมชน สนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการดูแลใจป่วย ผู้ดูแลและบุคลากรสุขภาพ • หลักสูตรการบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายด้วยหัวใจกรุณา	• กลุ่มที่สนใจเรียนรู้เรื่องความตายจำนวนมาก (กว่าครึ่ง) คือกลุ่มที่มีประสบการณ์ดูแล กลุ่มผู้เตรียมเกษียณอายุ กลุ่มครูอาจารย์ในโรงเรียนและมหาวิทยาลัย กลุ่มผู้สนใจด้านสุขภาพจิตและความอยู่ดีมีสุข • วิกฤติโควิด และสถานการณ์สังคมสูงวัย มีส่วนช่วยให้ประชาชนสนใจเรื่องการดูแลความสูญเสียและการพูดคุยเรื่องการวางแผนการตาย ทำได้ง่ายขึ้น • สื่อ เครื่องมือ และกิจกรรมสนับสนุนการสร้างความตระหนักสำเร็จรูป เช่น เกมไพ่ไขชีวิต สมุดเบาใจ โฆษณารณรงค์ มีส่วนสำคัญอย่างมากในการจัดกิจกรรมรณรงค์ เพราะช่วยให้การจัดกิจกรรมง่ายขึ้น ทำซ้ำได้ โดยไม่ต้องใช้ทุนสูง
ชุมชนเพื่อนบ้าน ควรจัดกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลวิกฤติสุขภาพ ความชรา การดูแลโรคเรื้อรัง โรคระยะท้าย และช่วยเหลือภาวะโศกเศร้าจากการสูญเสีย	• กิจกรรมสนับสนุนทุนเริ่มต้นพัฒนาพื้นที่ปฏิบัติการชุมชนกรุณา หลายพื้นที่ เลือกทำงานกับชุมชนเพื่อนบ้าน เช่น ต.พะตง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา, ต.นาเคียน อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช, ต.แม่พริก อ.แม่สรวย จ.เชียงราย, ชุมชนบางรัก	• พื้นปฏิบัติการชุมชนกรุณาที่ทำงานอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง มักเป็นพื้นที่ที่มีทุนทางสังคมอยู่ก่อนแล้วในชุมชน เช่น ทำงานป้องกันส่งเสริมสุขภาพมิติอื่นๆ อยู่ก่อน ผู้นำเป็นที่รักของชุมชน มีกิจกรรมเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในชุมชน

	ตัวอย่างกิจกรรม	ข้อสังเกต
	กิจกรรมแรกๆ คือ เชิญชวนแกนนำชุมชนเรียนรู้ความสำคัญของชุมชนกรุณา การแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การฝึกอบรมเครือข่ายสมาชิกของแกนนำสนับสนุนให้เกิดการขยายความรู้ไปยังสมาชิกในชุมชน	เช่น ตลาด การพูดคุยแลกเปลี่ยน การทำงานอาสาสมัครร่วมกัน การทำบุญร่วมกัน เป็นนักเรียนชั้นเดียวกัน มีความสัมพันธ์ครู-ศิษย์ ผู้ให้-ผู้รับบริการ มิตรสหาย เป็นต้น
การจัดกิจกรรมยกย่องเชิดชูหน่วยงานที่ทำงานสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่สร้างสรรค์ เพื่อสร้างความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของชุมชนกรุณา และการให้คุณค่าต่อการดูแลด้วยความกรุณา	• ยังไม่มีการมอบรางวัลเชิดชูคนทำงานชุมชนกรุณาอย่างเป็นทางการ แต่มีกิจกรรมที่ใกล้เคียง ได้แก่ การเขียนบทความ การสัมภาษณ์รายการใน Podcast CoCoFa CoCoFriend ที่บอกเล่ากระบวนการทำงานของบุคคล กลุ่ม องค์กร หน่วยงาน ที่อยู่ในข่ายชุมชนกรุณา	• การทำข่าว เขียนบทความ เชิญสัมภาษณ์ เป็นส่วนหนึ่งของการรับรู้ การชื่นชมยกย่องบุคคลหรือพื้นที่ที่ทำงานชุมชนกรุณา
หน่วยงานพัฒนาสุขภาพและสังคมควรพัฒนาความร่วมมือกันในการสร้างสรรค์ชุมชนกรุณา	• การจัดประชุมเครือข่ายคนทำงานสนับสนุนการอยู่และตายดี ในลักษณะ 1) ทวิภาคี นำเสนอแนวคิด ตัวอย่าง และข้อเสนอการร่วมงานกับองค์กรที่น่าร่วมงานด้วย	• หน่วยงานพัฒนาสังคมและสุขภาพในวงกว้าง ยังไม่รับรู้แนวคิดและการทำงานของกลุ่ม Peaceful Death และชุมชนกรุณา ควรสร้างการรับรู้องค์กรมากขึ้น

	ตัวอย่างกิจกรรม	ข้อสังเกต
	2) การจัดประชุมแนะนำเครือข่ายคนทำงานแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างเครือข่ายคนทำงานส่งเสริมการอยู่และตายดีในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง 3) การเข้าร่วมกิจกรรมที่เครือข่ายหน่วยงานพัฒนาสังคมและสุขภาพ เพื่อแนะนำตัวและแนวคิดชุมชนกรุณา ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ แล้วหาโอกาสทำงานร่วมกัน	• มิติความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการเป็นสิ่งสำคัญ การสร้างความร่วมมือในการสร้างสรรค์ชุมชนกรุณาที่ผ่านมา จะทำได้ง่ายขึ้นถ้าเครือข่ายมีความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการกับเครือข่ายทีมงานของ Peaceful Death หรือเครือข่ายพื้นที่ปฏิบัติการชุมชนกรุณา • ความร่วมมือที่ทำได้มากได้แก่ เครือข่ายบุคลากรการดูแลแบบประคับประคองที่ทำงานกับชุมชน เครือข่ายครูอาจารย์ระดับมหาวิทยาลัยและมัธยมศึกษา เครือข่ายกระบวนกร นักฝึกอบรม นักจัดกระบวนการเรียนรู้ ส่วนเครือข่ายที่ยังทำงานร่วมกันได้ไม่มาก ได้แก่ เครือข่ายนักวิจัย นักวิชาการ และนักพัฒนานโยบายสังคมและสุขภาพ
สื่อมวลชนควรมีส่วนร่วมสร้างความตระหนักและให้ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย การตาย การดูแล และความสูญเสีย	• โปรแกรมสนับสนุนผู้ผลิตเนื้อหา (Content creator) ให้ผลิตสื่อและชิ้นงานศิลปะที่สื่อสารความสำคัญของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า สมุดเบาใจ การสนทนาเรื่องความตายผ่านเกมไพ่ไขชีวิต ให้สมาชิกที่ติดตามช่องทางได้รับรู้	• สื่อมวลชนที่ Peaceful Death ทำงานด้วย ส่วนใหญ่เป็นสื่อสังคมออนไลน์ ยังขาดสื่อระดับชาติ (รายการทีวีระดับชาติที่มีเรตติ้งสูง) สื่อชุมชน เช่น เสียงตามสาย โปสเตอร์ สปอตวิทยุ และสื่อวัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น หมอลำ การแสดงพื้นบ้าน

	ตัวอย่างกิจกรรม	ข้อสังเกต
	• การเชิญสื่อมวลชนเข้าร่วมทำข่าว มีประสบการณ์ในกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้เรื่องการดูแลการตายและความสูญเสีย	• ผู้ผลิตเนื้อหาออนไลน์ เริ่มรู้จัก Peaceful Death มากขึ้น เมื่อมีประเด็นทางสังคมที่เกี่ยวกับการตาย การดูแลแบบประคับประคองภาคประชาชน การดูแลผู้ดูแล
ควรทำงานศึกษาและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตช่วงท้ายของคนชายขอบ เช่น นักโทษ คนไร้บ้าน กลุ่มชาติพันธุ์ คนที่อยู่ห่างไกลเมือง คนยากจน ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้ประสบภาวะสมองเสื่อม	• การทำงานศึกษาประสบการณ์การดูแลการตายของคนจนเมืองในกรุงเทพมหานคร	• Peaceful Death ยังไม่ได้พัฒนางานด้านคนชายขอบมากนัก เมื่อเทียบกับงานด้านอื่น • อาจยังไม่มีภาคีเครือข่ายที่ทำงานด้านคนชายขอบตระหนักถึงปัญหาที่เกี่ยวกับการตายของกลุ่มคนชายขอบมากนัก เพราะแม้แต่ประเด็นการอยู่ดี ก็ยังประสบปัญหาและความยากลำบากในการแก้ไขและลดความรุนแรง
การจัดการความรู้ขององค์กรและเครือข่ายคนทำงานส่งเสริมชุมชนกรุณา	• การจัดประชุมจัดการความรู้ ถอดบทเรียน การอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำ (ที่มีการสำรวจประเด็นที่สนใจและมีความจำเป็น) แลกเปลี่ยนสถานการณ์ปัจจุบันของแกนนำและเครือข่ายคนทำงานด้านการอยู่ดีและตายดี เฉลี่ยปีละ 2-3 ครั้ง	

	ตัวอย่างกิจกรรม	ข้อสังเกต
การผลิต พัฒนาเครื่องมือสนับสนุนการเรียนรู้การอยู่และตายดี	• ผลิตหนังสือ ชุดการ์ดกิจกรรม เสียงนำใจรายการสัมภาษณ์ วิดีโอตัวอย่างชุมชนกรุณา วิดีโอให้ความรู้ วิดีโอโฆษณา เพื่อให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลการตายและความสูญเสีย การพัฒนาชุมชนกรุณา การส่งเสริมวัฒนธรรมความตายพูดได้	• เมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศ ประเทศไทยมีความโดดเด่นด้านการผลิตสื่อสนับสนุนการเรียนรู้ที่หลากหลาย สวยงาม ง่าย และใช้การได้จริง ทำให้กระบวนกรชุมชนมีเครื่องมืออำนวยการเรียนรู้ที่หลากหลาย และจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องชีวิตและความตายได้ง่ายขึ้น โดยมีต้นทุนที่ต่ำลง
การจัดฝึกอบรมผู้นำการเปลี่ยนแปลง	• การอบรมกระบวนกรชุมชน • การให้คำปรึกษากระบวนกรชุมชน • การพัฒนาเครือข่ายกระบวนกรชุมชนผ่านการถอดบทเรียน การอบรมเพิ่มศักยภาพผู้นำการเปลี่ยนแปลง	• การฝึกอบรมส่วนใหญ่เป็นหลักสูตรออนไลน์ระยะสั้น แต่มีพื้นที่เรียนรู้และสนับสนุนให้เกิดการลงมือปฏิบัติ มีประสบการณ์กับประเด็นการทำงาน ด้วยเครื่องมือการเรียนรู้ของโครงการ

อภิปราย

โครงการชุมชนกรุณา กลุ่ม Peaceful Death ทำงานตามแนวทางในกฎบัตรเมืองกรุณาทุกประเด็น แต่มีความเข้มข้นแตกต่างกัน โดยประเด็นที่เป็นจุดเน้นและมีกิจกรรมการทำงานมาก ได้แก่

1) การจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างความตระหนัก ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลความสูญเสียและการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
2) การสร้างโอกาสสร้างความร่วมมือสร้างสรรค์ชุมชนกรุณา
3) การจัดกิจกรรมกลุ่มดูแลผู้ดูแลและความสูญเสีย

ส่วนกิจกรรมที่โครงการฯ ยังดำเนินการไม่มากนัก และเป็นช่องว่างของการทำงาน ได้แก่

1) การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตช่วงท้ายของคนชายขอบ
2) การปรับปรุงพัฒนาแผน นโยบาย แนวทางการดูแลความเจ็บป่วย การตาย และการดูแลความสูญเสียในระดับองค์กร ชุมชน และระดับชาติ

นอกจากกฎบัตรเมืองกรุณาดังกล่าว ยังพบว่าการจัดการความรู้ การผลิตและพัฒนาเครื่องมือสนับสนุนการเรียนรู้การอยู่และตายดี การจัดฝึกอบรมผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นกิจกรรมที่สำคัญต่อการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน และช่วยขยายงานปฏิบัติการชุมชนกรุณาให้กว้างขวาง สนับสนุนการรับมือความทุกข์จากการเจ็บป่วย การตาย การบริบาล และการดูแลความสูญเสีย

จากการทบทวนการทำงาน ยังพบจุดอ่อนของโครงการและพื้นที่ปฏิบัติการชุมชนกรุณา คือ พื้นที่ปฏิบัติการส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากกลุ่มคนที่สนใจทำงานในชุมชนของตน เป็นชุมชนเครือข่ายความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการ เช่น ชุมชนห้องเรียน ชุมชนกลุ่มสนใจ ชุมชนการเรียนรู้ ชุมชนบุคลากรสุขภาพ ซึ่งจะจัดกิจกรรมเรียนรู้ชุมชนกรุณาในขอบเขตที่ตนเองมีอำนาจและจัดการได้ ทำให้งานชุมชนกรุณายังขยายเป็นจุดเล็กๆ ตามความพร้อมของผู้นำการเปลี่ยนแปลงและศักยภาพของเครือข่ายรอบตัวผู้นำ โครงการฯ ยังขาดการขยายงานไปยังผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่เป็นทางการ ซึ่งจะสามารถขยายงานและสร้างผลกระทบขนาดใหญ่ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ดูแล ดังตัวอย่างที่เกิดขึ้นในพื้นที่ สอน.พะตง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา รพ.แม่สรวย จ.เชียงราย เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ เป็นต้น ดังนั้นการสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย จึงเป็นกิจกรรมสำคัญที่จะช่วยให้เกิดผลกระทบขนาดใหญ่ต่อการพัฒนาการอยู่และตายดี

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1) องค์กรท้องถิ่นที่ต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง ควรศึกษาและจัดกิจกรรมสร้างความร่วมมือในการพัฒนาชุมชนกรุณา ร่วมกับโครงการชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี กลุ่ม Peaceful Death โดยใช้กฎบัตรเมืองกรุณาเป็นแนวทางการพัฒนากิจกรรมสนับสนุนการอยู่และตายดี
2) องค์กรที่สนใจพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มคนชายขอบ ควรขยายความสนใจประเด็นคุณภาพชีวิตระยะท้าย การดูแลการตาย และการสูญเสียของคนชายขอบด้วย โดยร่วมมือกับโครงการชุมชนกรุณาหรือเครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีประสบการณ์ทำงานชุมชนกรุณาในพื้นที่

3) องค์กรที่มีกองทุน หรือกลไกที่มีวัตถุประสงค์พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรังและระยะท้ายของรัฐบาล มูลนิธิ องค์กรเอกชน ควรปรับปรุงนโยบายการทำงานร่วมกับผู้นำที่ส่งเสริมการอยู่และตายดี ให้มีความง่าย สะดวก ลดอุปสรรคในการสร้างความร่วมมือ เพิ่มโอกาสในการใช้ทรัพยากรที่สังคมมีอยู่มาช่วยเกื้อกูลสุขภาวะในระยะท้ายของประชาชน

เอกสารอ้างอิง

Kellehear, A. (2012). *Compassionate cities*. Routledge.

Kellehear, A. (2013). Compassionate communities: End-of-life care as everyone's responsibility. *QJM*, 106(12), 1071-1075.

Kellehear, A. (2020). The Compassionate City Charter. from https://compassionate-communitiesuk.co.uk/wp-content/uploads/2021/12/The-Compassionate-City-Charter-2.pdf.

World Health Organization. (2020). Palliative Care. from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care.

World Health Organization (2021). *Quality health services and palliative care: practical approaches and resources to support policy, strategy and practice*.

ฐากูร กาญจโนภาศ (2565). พัฒนาการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของประเทศไทย. *วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย*, 1(1), 76-89.

https://cocofoundationthailand.org/compassionate-city-charter/

ประวัติผู้เขียน

เอกภพ สิทธิวรรณธนะ กระบวนกรและนักจัดการความรู้กลุ่ม Peaceful Death
และเลขาธิการมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา (มสชก.)

วรรณา จารุสมบูรณ์ ประธานกลุ่ม Peaceful Death
และประธานมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา (มสชก.)

เครื่องมือสนับสนุนการพัฒนาชุมชนกรุณา กลุ่ม Peaceful Death

เอกภพ สิทธิวรรณธนะ

ในหนังสือ ปลูกชุมชนกรุณา เล่มนี้ จะมีการพูดถึง “เครื่องมือ” การพัฒนาชุมชนกรุณาหลายชิ้น คณะผู้จัดทำจึงขออธิบายเครื่องมือที่โครงการชุมชนกรุณา กลุ่ม Peaceful Death ได้พัฒนา สร้างสรรค์ และส่งต่อให้กระบวนกรชุมชน บุคลากรสุขภาพ และนักพัฒนาชุมชนกรุณาได้นำไปใช้งานในพื้นที่ โดยอาจแบ่งเครื่องมือการเรียนรู้ออกเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ

1) เครื่องมือกลุ่มส่งเสริมมรณศึกษา (Death education) ให้ความรู้และสร้างความตระหนักเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ได้แก่ เกมไพ่ไขชีวิต สมุดเบาใจ การ์ดแชร์กัน และ
2) เครื่องมือกลุ่มดูแลสุขภาพจิตผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ แคร์คลับ (Care club) และไพ่ฤดูฝน โดยจะอธิบายรายละเอียดและวิธีการใช้งานโดยเครื่องมือแต่ละชิ้นไว้ดังนี้

เกมไพ่ไขชีวิต

เกมไพ่ไขชีวิต คือการ์ดเกมสร้างบทสนทนาเรื่องชีวิตและความตายอย่างง่ายและสนุก ในสำรับมีการ์ดคำถามหลากหลายหัวข้อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การตาย และการดูแลมาให้กลุ่มเพื่อนหรือชุมชน ได้ล้อมวงคุยกัน นอกจากนี้ยังมีชุดกิจกรรมที่อำนวยให้กลุ่มเริ่มต้นและปิดวงสนทนาได้อย่างสะดวก หากสมาชิกในวงสนทนามีความหลากหลาย มีบุคลากรสุขภาพมาร่วมสนทนาด้วย วงสนทนาจะกลายเป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่เป็นทางการแต่มีประสิทธิภาพ ทั้งยังช่วยเสริมทักษะการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสร้างวัฒนธรรมให้ความตายเป็นเรื่องที่พูดได้ในชีวิตประจำวัน เห็นความจำเป็นของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและเตรียมตัวตาย

กระบวนกรชุมชนอาจใช้เกมไพ่ไขชีวิตได้ในหลายโอกาส เช่น เป็นกิจกรรมนำเข้าการเรียนรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การเลือกบางคำถามมาใช้เสริมทักษะการวางแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้าและการเขียนสมุดเบาใจ บางกรณีใช้ในกิจกรรมทบทวนชีวิต การดูแลใจ และการสร้างและพัฒนาความสัมพันธ์ในทีม การประยุกต์ใช้งานเกมไพ่ไขชีวิตขึ้นอยู่กับทักษะและความเข้าใจในเกมของผู้นำกิจกรรม

สมุดเบาใจ

สมุดเบาใจ คือ สมุดบันทึกประกอบการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และสื่อสารเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่วงท้ายในชีวิตของผู้เขียน ให้กับคนใกล้ชิด และบุคลากรสุขภาพได้รับรู้ เข้าใจ และเคารพเจตนาของผู้เขียน

สมุดเบาใจจะให้ความรู้ในประเด็นการดูแลสุขภาพช่วงท้าย และวางแผนการดูแลล่วงหน้า การดูแลความสุขสบาย การเลือกผู้แทนการตัดสินใจด้านสุขภาพ การจัดการร่างกายและงานศพ โดยข้อมูลที่ผู้เขียนระบุไว้ จะได้รับการคุ้มครองตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

สมุดเบาใจจะมีรายละเอียดทางการแพทย์ไม่มาก เพราะเป็นแบบบันทึกเจตนาการดูแลสุขภาพล่วงหน้าทั่วๆ ไป กรณีที่ผู้ป่วยมีโรคที่ซับซ้อนและมีรายละเอียดเพิ่มขึ้น ควรวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับทีมแพทย์ประจำตัวและทีมดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลที่ท่านสังกัด

กระบวนกรชุมชนมักใช้สมุดเบาใจเป็นเครื่องมือหลักในการให้ความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง และส่งเสริมประสบการณ์และความคุ้นเคยในการวางแผนและสื่อสารการดูแลล่วงหน้า เนื่องจากเป็นเครื่องมือการเรียนรู้ที่กะทัดรัด มีเนื้อหาการเรียนรู้ที่ค่อนข้างครบถ้วน และช่วยให้ผู้เรียนได้ลงมือเตรียมตัวตายอย่างเป็นรูปธรรม

การ์ดแชร์กัน

การ์ดแชร์กัน คือบัตรภาพ (Flash cards) สำหรับชวนผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสนทนากันเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เพื่อให้ทราบคุณค่าความหมายของชีวิตของคู่สนทนา อันนำไปสู่การเลือกแนวทางการรักษาที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ กระบวนการสนทนาทำให้ครอบครัวหรือบุคลากรสุขภาพ ทราบเจตนาของผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยได้ง่าย เพราะบัตรภาพ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุบอกเล่าความต้องการของตนอย่าง

อิสระ ทั้งนี้หลังการพูดคุย ครอบครัวสามารถบันทึกเนื้อหาจากการสนทนาไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ผ่านสมุดเบาใจ หรือหนังสือแสดงเจตนาเลือกวิธีการรักษาล่วงหน้าในช่วงสุดท้ายของชีวิต

การ์ดแชร์กันแบ่งหัวข้อสนทนาออกเป็นหลายหมวด ตั้งแต่การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างคู่สนทนา ผ่านการคุยเรื่องเวลาว่างและความภาคภูมิใจ จากนั้นวางแผนเรื่องการจัดการทรัพย์สิน ร่างกาย และการดูแลสุขภาพตั้งแต่ระยะป่วยน้อยจนถึงป่วยหนัก โดยกลุ่มเป้าหมายที่จะชวนสนทนา สามารถเลือกได้ว่าอยากคุยและไม่อยากคุยเรื่องใด ทำให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้าผ่านการ์ดแชร์กันมีบรรยากาศการสนทนาที่ดีและค่อนข้างลื่นไหล

แคร์คลับ

แคร์คลับ คือชุดกิจกรรมดูแลใจผู้ดูแลผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ ประกอบด้วยชุดคำถามสร้างวงสุนทรียสนทนา และชุดแนวทางการจัดกิจกรรมดูแลใจง่ายๆ เป้าหมายของแคร์คลับ คือการเปิดพื้นที่รับฟัง ทำให้เกิดบรรยากาศของความเข้าใจกัน การดูแลสุขทุกข์ แลกเปลี่ยนข้อมูล และเสริมพลังการดูแลซึ่งกันและกัน กล่าวได้ว่าแคร์คลับเป็นอุปกรณ์จัดกิจกรรมกลุ่มดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Self help group)

เหตุที่โครงการจำเป็นต้องพัฒนาชุดกิจกรรมแคร์คลับ เนื่องจากพบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ ไม่ค่อยมีโอกาสได้ระบายทุกข์สุข ทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวท้อแท้ ขาดคนเข้าอกเข้าใจ แต่หากได้แลกเปลี่ยนความทุกข์กับผู้ดูแลอื่นๆ มีผู้เห็นคุณค่าของการดูแล ก็จะช่วยฟื้นคืนพลังกลับมา รวมทั้งมีแหล่งสนับสนุนการดูแลเพิ่มขึ้น

การพัฒนาชุดกิจกรรมแคร์คลับ ที่เน้นความง่ายในการนำไปประยุกต์ใช้ จึงช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีโอกาสร่วมกิจกรรมดูแลใจมากขึ้น อย่างไรก็ตาม กระบวนกรจำเป็นต้องมีทักษะในการอ่านกลุ่ม การรับฟังอย่างตั้งใจ รวมทั้งสามารถเลือกหัวข้อสนทนาและกิจกรรมดูแลใจที่สอดคล้องกับพลังกลุ่มของผู้ร่วมกิจกรรม

ไพ่ฤดูฝน

ไพ่ฤดูฝน คือเครื่องมือสร้างพื้นที่รับฟังแบบหนึ่งต่อหนึ่ง เพื่อดูแลใจผู้ป่วย ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ และคนทั่วไป พัฒนาขึ้นจากหลักการรับฟังอย่างตั้งใจ การรับฟังโดยไม่ตัดสิน และการสื่อสารสร้างความสัมพันธ์

ไพ่ฤดูฝน ถูกออกแบบให้ผู้รับบริการได้เล่าเหตุการณ์และประสบการณ์ความทุกข์ผ่านคำศัพท์ที่เกี่ยวกับความรู้สึกและความต้องการ จนผู้รับบริการเกิดการตระหนักรู้ภายในถึงสภาวะอารมณ์ ความต้องการส่วนลึก และความกรุณาในตนเอง โดยมีผู้ให้บริการรับฟังคอยอยู่เป็นเพื่อน เป็นประจักษ์พยาน และเป็นผู้สนับสนุนทางอารมณ์ ตลอดการแลกเปลี่ยนทุกข์สุขผ่านไพ่ฤดูฝน

ไพ่ฤดูฝน ประกอบด้วย ไพ่เมฆ (คลังคำความรู้สึก) ไพ่ฝนสองเม็ด (ความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ และคนทั่วไป) ไพ่ฝนสามเม็ด (ความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยระยะท้าย) และไพ่รุ้ง (คุณภาพเชิงบวก สำหรับเป็นของขวัญในการดำเนินชีวิตต่อไป)

เครื่องมือทุกชิ้นของโครงการ ออกแบบให้สวยงาม ใช้งานง่าย สามารถศึกษาวิธีใช้งานได้จากคู่มือ และวิดีโอสาธิตวิธีใช้ในเว็บไซต์ www.peacefuldeath.co นอกจากนี้หากผู้ใช้งานต้องการความมั่นใจและความเข้าใจในการใช้งานขั้นสูง สามารถปรึกษาและเรียนรู้เพิ่มเติมได้จากงานอบรมกระบวนกรชุมชนในโครงการชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี ซึ่งเปิดอบรมเป็นประจำทุกปี และประชาสัมพันธ์ทางเพจ Peaceful Death

*ดูภาพประกอบได้ที่ หน้า 181

ชุมชนกรุณากับ
การวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ภาพรวมชุมชนกรุณา กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

นายแพทย์ฐากูร กาญจโนภาศ

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning: ACP) คือกระบวนการสนับสนุนให้บุคคล ได้มีโอกาสทบทวนแนวทางการดูแลสุขภาพตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต ที่สอดคล้องกับคุณค่า และเป้าหมายของตนเอง รวมไปถึงสื่อสารความต้องการดังกล่าวให้คนรอบข้างและบุคลากรสุขภาพได้รับรู้ เพื่อให้การดูแลอย่างสอดคล้องกับความต้องการของบุคคลนั้น

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า เป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในหลายประเทศทั่วโลก เพราะเป็นหลักประกันการเข้าถึงการดูแลคุณภาพชีวิตหรือการดูแลแบบประคับประคองในเวลาที่เหมาะสม โดยเฉพาะในช่วงท้ายของชีวิตผู้ป่วย ทว่าเหตุการณ์ที่มักพบในปัจจุบัน คือ ผู้ป่วยไม่ได้สื่อสารเจตนาของตนไว้ก่อน เมื่อเข้าสู่ช่วงท้ายของชีวิต ผู้ดูแล รวมถึงบุคลากรสุขภาพก็รู้สึกกดดันและอึดอัดใจ ในการดูแลรักษา นำไปสู่การรักษาเพื่อยื้อชีวิต และหลายครั้งก็สร้างความทุกข์ทรมานทั้งกายใจ ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว การเสียชีวิตของผู้ป่วยท่ามกลางเครื่องพยุงชีพ และไม่มีบรรยากาศของการกล่าวคำอำลา นำมาซึ่งความรู้สึกเจ็บปวด ความรู้สึกผิดที่ติดค้างอยู่ในใจครอบครัว จากการสูญเสียที่เกิดขึ้น ในขณะที่บุคลากรสุขภาพเองก็อาจเกิดความรู้สึกผิดกับตนเอง เพราะไม่แน่ใจว่าการรักษาด้วยเครื่องพยุงชีพต่างๆ จะเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในวาระสุดท้ายด้วยหรือไม่เช่นกัน

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า นอกจากจะช่วยเพิ่มการเข้าถึงการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในช่วงท้ายของชีวิตแล้ว ยังเป็นการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิของผู้ป่วย ลดการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ลดความรู้สึกกังวล และความรู้สึกโศกเศร้าจากการสูญเสียของครอบครัว เพราะทุกคนรับรู้ว่าตนได้ดูแลตามที่ผู้ป่วยต้องการโดยสมบูรณ์แล้ว นอกจากนี้กระบวนการพูดคุยวางแผนการดูแลล่วงหน้า ยังช่วยคลี่คลายปัญหาความสัมพันธ์ของผู้ป่วยให้ดีขึ้น เป็นโอกาสรับรู้ความต้องการในการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงทางใจ และอยู่กับโรคภัยที่ตนประสบอย่างมีความหวังที่เป็นจริงได้

ที่ผ่านมา การวางแผนการดูแลล่วงหน้าถูกมองว่าเป็นหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลที่ทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง แต่ด้วยภาระงานของบุคลากรสุขภาพที่มากล้น จนไม่มีเวลาพูดคุยกับผู้รับบริการอย่างเพียงพอ ทำให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นไปได้ยาก การพูดคุยเพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้า จึงมักเกิดขึ้นในเวลาที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตมากแล้ว ทำให้การเลือกการรักษาในหลายครั้ง กลายเป็นการจำยอมและเต็มไปด้วยความรู้สึกที่ท่วมท้น ไม่นับการยอมรับที่เกิดขึ้นได้ยาก เพราะไม่ได้เตรียมการรับความตายที่จะเกิดขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าวมาก่อนหน้านี้

ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา แนวคิดชุมชนกรุณาที่เชื่อว่า ภาระในการดูแลประสบการณ์ความสูญเสีย เป็นสิ่งที่ใหญ่และสำคัญเกินกว่าจะเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของคนใดคนหนึ่ง ได้ถูกขับเคลื่อนในประเทศไทยมาอย่างต่อเนื่อง จนเกิดชุมชนกรุณาขึ้นในหลายพื้นที่ทั่วประเทศไทย และมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของบุคคลทั่วไปและผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงการขับเคลื่อนการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองควบคู่กันไปด้วย

โดยอาศัยเครื่องมือที่สำคัญ 2 ชิ้นที่กลุ่ม Peaceful Death พัฒนาขึ้น คือ เกมไพ่ไขชีวิต และสมุดเบาใจ ที่ช่วยให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเข้าถึงได้ง่ายขึ้น โดยเกมไพ่ไขชีวิตช่วยเปิดพื้นที่พูดคุย ทบทวน และแลกเปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับชีวิตและความตายของผู้เล่น ส่วนสมุดเบาใจ ช่วยวางแผนและสื่อสารความต้องการของผู้เขียนให้ครอบครัวและทีมสุขภาพได้รับทราบ และถือเป็นหนังสือแสดงเจตนาเลือกวิธีการรักษาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิต ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ทำให้ “กระบวนกรชุมชน” ที่เป็นดั่งผู้ประสานความร่วมมือให้เกิดการตายดีในชุมชน นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้และเผยแพร่ สร้างการตระหนักรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการดูแลแบบประคับประคองในวงกว้าง เริ่มต้นจากในชุมชนไปจนถึงบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาล

ในหลายพื้นที่ กระบวนกรชุมชนและบุคลากรสุขภาพได้นำเกมไพ่ไขชีวิตและสมุดเบาใจ ในการชักชวนผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะครบถ้วนวางแผนการดูแลล่วงหน้า เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้มีโอกาสรับรู้สถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น แนวทางการรักษาไปจนถึงภาพในอนาคตที่อาจเกิดขึ้นได้ในเวลาที่การรักษาให้หายขาดเป็นไปได้ยากและมีความตายอยู่เบื้องหน้า ช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้น ยอมรับสถานการณ์ และร่วมกันวางแผนเพื่อดูแลตนเอง ในแบบที่ต้องการได้ ตั้งแต่ปัจจุบันไปจนถึงวินาทีสุดท้าย

ของชีวิตด้วยใจที่มั่นคง

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าสามารถเกิดขึ้นได้ในชุมชน ไม่จำเป็นต้องทำในขณะที่เจ็บป่วย ด้วยโรคร้ายแรงเท่านั้น การได้มีพื้นที่สนทนาว่าด้วยชีวิตและความตาย และรับรู้ว่าชีวิตมีช่วงเวลาที่จำกัด ช่วยให้เราตระหนักว่าอะไรคือสิ่งสำคัญในชีวิต และจะเลือกใช้เวลาไปกับสิ่งใดที่มีคุณค่า และความหมายกับชีวิตของตน นั่นคือการได้ใช้ "ชีวิตดี" และเมื่อได้สื่อสารคุณค่าและเป้าหมายการดูแล ในช่วงท้ายของชีวิตไว้ด้วย ก็ย่อมเพิ่มโอกาสเข้าถึงการ "ตายดี" ของตนเองด้วยเช่นกัน

ในบทความ ***"'วันเบาใจ' จุดเชื่อมต่อชุมชนกับโรงพยาบาล สู่สังคมแห่งการอยู่และตายดี กรณีศึกษาโรงพยาบาลพุทธชินราชและเทศบาลนครพิษณุโลก"*** และ ***"การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในชุมชน กรณีศึกษาชุมชนและโรงพยาบาลแม่สรวย จ.เชียงราย"*** ได้ฉายภาพให้เห็นว่า การขับเคลื่อนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ริเริ่มโดยชุมชน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ในระดับปัจเจก คือ ผู้คนเข้าถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากขึ้น เมื่อประชาชนรับรู้สิทธิและรับผิดชอบการตายดีของตน และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น ช่วยผลักดันให้เกิดการพัฒนา การดูแลแบบประคับประคองภายในระบบบริการสุขภาพไปพร้อมๆ กัน

การทำงานร่วมกันของกระบวนกรชุมชน และบุคลากรสุขภาพดังในกรณีศึกษาทั้งสองพื้นที่ดังกล่าว ยังผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพด้วย การจัดอบรมของกระบวนกรชุมชน ให้กับบุคลากรสุขภาพ ทำให้แพทย์ พยาบาลเกิดการตระหนักรู้ภายในถึงความสำคัญในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของตนเอง การตื่นตัวดังกล่าว ทำให้เกิดระบบการจัดเก็บ แผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อการสื่อสารของทีมสุขภาพ นอกจากนี้กระบวนกรชุมชน ยังมีส่วนผลักดันให้เกิดการอบรมเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการดูแลแบบประคับประคอง ให้กับบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลทั้งสองพื้นที่อีกด้วย

บทความ ***"กอเตย ปิญชาดา ผ่องนพคุณ: นักออกแบบความตาย กับเรื่องเล่าของ เบาใจ Family – ครอบครัวเบาใจที่จะทำให้คุณเป็นมิตรกับความตายได้มากกว่าที่เคย"*** เป็นกรณีศึกษาที่นำเสนอพื้นที่ทางเลือกในการให้บริการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแก่ประชาชนทั่วไป รวมถึงผู้ป่วยหรือครอบครัวที่ต้องการคำปรึกษา เป็นการลดช่องว่างในกรณีที่การวางแผนการดูแลล่วงหน้าทำได้ยากในระบบบริการสุขภาพ การให้บริการแบบส่วนตัว ทำให้กระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าไม่เพียงครอบคลุมเฉพาะแผน

ในการดูแลในระยะท้ายของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ช่วยคลี่คลายปัญหาความสัมพันธ์ในมิติที่ลึกซึ้งขึ้น โดยใช้ความตายที่เป็นดั่งฉากสุดท้ายของทุกชีวิต เป็นหัวข้อสนทนาผ่านเครื่องมือที่หลากหลาย

กรณีศึกษาชุมชนกรุณาทั้งสามรูปแบบนี้ เป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นว่า ชุมชนมีบทบาทสำคัญมาก ในการขับเคลื่อนการเข้าถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เพิ่มโอกาสในการตายดีของผู้คน และลดผลกระทบจากความสูญเสียของคนในสังคม ซึ่งเป็นภารกิจใหญ่เกินศักยภาพของ ระบบบริการสุขภาพจะดูแล แน่นอนว่าการนำแนวคิดดังกล่าวไปใช้ในพื้นที่ จำเป็นจะต้องปรับรูปแบบ ไปตามบริบทและศักยภาพของหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน แต่ด้วยความกรุณาของเราทุกคน การเห็นอกเห็นใจเพื่อนมนุษย์ที่เผชิญความสูญเสีย การช่วยเหลือผ่านศักยภาพ และบทบาทที่ตนมี สามารถส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมหาศาล

ในปัจจุบัน สังคมไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ จะต้องพบกับความท้าทาย ด้านการใช้ทรัพยากรในการดูแลสุขภาพระยะท้ายและความสูญเสียที่เกิดขึ้นอย่างเลี่ยงไม่ได้ การขับเคลื่อนให้เกิดการเข้าถึงการตายดี ผ่านแนวคิดชุมชนกรุณาโดยกระบวนกรชุมชนเพียงลำพัง คงเป็นไปได้ยาก หากปราศจากแรงสนับสนุนจากนโยบายระดับชาติ ที่เปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรับผิดชอบดูแลชีวิตและความตายของตนเอง ให้ชุมชนสามารถทำงานร่วมไปกับระบบบริการสุขภาพ จึงจำเป็นที่ทุกฝ่ายจะต้องเข้ามามีส่วนร่วม ผลักดันให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นวาระระดับชาติเกิดขึ้นได้จริง

ประวัติผู้เขียน

นายแพทย์ฐากูร กาญจโนภาศ นายแพทย์ชำนาญการ อายุรแพทย์และการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลหาดใหญ่ ปัจจุบัน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และเจ้าของเพจเฟซบุ๊ก: ห้องเรียน Palliative Care

คลินิกเบาใจ + งานวันเบาใจ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ภัสน์วจี ศรีสุวรรณ์

“วันเบาใจ” จุดเชื่อมต่อชุมชนกับโรงพยาบาล สู่สังคมแห่งการอยู่และตายดี กรณีศึกษาโรงพยาบาลพุทธชินราชและเทศบาลนครพิษณุโลก

การสร้างสังคมแห่งการอยู่และตายดีผ่านการดูแลแบบประคับประคองนั้น ไม่สามารถเกิดขึ้นได้โดยลำพัง หากแต่ต้องอาศัยการรับรู้ เข้าใจ และร่วมมือ ทั้งจากชุมชนและสถานพยาบาลในพื้นที่ หากภาคส่วนใดขาดหายไป โอกาสที่จะเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองก็เป็นไปได้ยาก

ด้วยเหตุนี้ทั้งชุมชนและสถานพยาบาลในพื้นที่จึงต้องทำงานแบบคู่ขนาน จะต่างคนต่างทำ หรือร่วมมือกันก็ได้ โดยมีเป้าหมายเดียวกัน ขณะที่ชุมชนรับรู้และตื่นตัวเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง และมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า สถานพยาบาลต้องสร้างการรับรู้ให้แก่บุคลากร และพัฒนาระบบปฏิบัติการรองรับ เพื่อให้การวางแผนสุขภาพของคนในชุมชนเกิดขึ้นได้จริง มิเช่นนั้นทรัพยากรที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งลงทุนลงแรงไปจะ “เสียเปล่า”

กรณีการขับเคลื่อนสังคมแห่งการอยู่และตายดีในเขตเทศบาลนครพิษณุโลกและโรงพยาบาลพุทธชินราช สะท้อนแนวทางข้างต้นได้เป็นอย่างดี เริ่มต้นโดยต่างฝ่ายต่างสร้างความตระหนักรู้ เรื่องการดูแลแบบประคับประคองให้แก่บุคลากรในองค์กรและคนในชุมชนในเวลาใกล้เคียงกัน คือช่วงปี พ.ศ. 2559 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่กลุ่ม Peaceful Death เริ่มพัฒนาและทดลองใช้เครื่องมือสนับสนุนการรณรงค์ ประกอบด้วยเกมไพ่ไขชีวิต และสมุดเบาใจ ซึ่งเป็นเครื่องมือการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแบบง่าย ซึ่งต่อมาถูกนำมาใช้ในกิจกรรมรณรงค์ของทั้งชุมชนและโรงพยาบาล

ทั้งนี้เทศบาลนครพิษณุโลกได้จัดทำโครงการ “อยู่อย่างไรให้ใจเบา” เพื่อสร้างความตระหนักรู้ เรื่องการดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผ่านสมุดเบาใจให้แก่ผู้สูงอายุศูนย์สุขภาพชุมชน 4 แห่ง ปีละครั้ง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 จนถึงปัจจุบัน

ส่วนโรงพยาบาลพุทธชินราชก็สร้างการรับรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนการดูแลล่วงหน้าให้แก่บุคลากร และผลักดันให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นนโยบายของโรงพยาบาลได้แล้ว โดยกำหนดให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) เป็นหนึ่งในดัชนีชี้วัดความสำเร็จของนโยบาย ส่งผลให้ปัจจุบัน บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น พยาบาล เข้าร่วมการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง และการวางแผนการดูแลล่วงหน้าไปแล้วถึงร้อยละ 80 นอกจากนี้ยังพัฒนาระบบการแจ้งเตือน และส่งต่อข้อมูลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผ่านงานเวชระเบียน ข้อมูลของผู้ป่วยที่ทำเอกสาร การวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะ “เด้ง” หรือ “พอปอัป” ขึ้นมาในหน้าจอคอมพิวเตอร์ เพื่อแจ้งให้แพทย์เจ้าของไข้รับรู้ว่า ผู้ป่วยได้วางแผนการดูแลล่วงหน้าของตนเองไว้แล้ว

ทว่าแม้จะเริ่มก้าวเดินบนเส้นทางการดูแลแบบประคับประคองมาระยะหนึ่งแล้ว แต่การก้าวถึงหมุดหมายสังคมแห่งการอยู่และตายดีของเทศบาลนครพิษณุโลกและโรงพยาบาลพุทธชินราชยังอยู่อีกยาวไกล

จากการพูดคุยกับผู้รับผิดชอบโครงการทั้งสองหน่วยงาน ล้วนพูดตรงกันว่า แม้ชุมชนและบุคลากรสุขภาพจะรับรู้ว่าการดูแลแบบประคับประคองคืออะไร แต่สิ่งที่ต้องทำงานอย่างเข้มข้น และต่อเนื่อง คือการส่งเสริมและพัฒนาการวางแผนการดูแลล่วงหน้าให้มีคุณภาพ โดยทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ดำเนินการ ผู้ป่วย และญาติ มีความรู้ความเข้าใจทางเลือกในดูแลสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างแท้จริง เพื่อที่แผนการดูแลล่วงหน้าดังกล่าวจะได้ถูกหยิบมาใช้ได้จริง และมีประสิทธิภาพ...เมื่อเวลานั้นมาถึง

เทศบาลนครพิษณุโลกรับมือ “สังคมสูงวัย” ด้วยการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ภายใต้ดำริของ นพ.สุธี ฮั่นตระกูล อดีตรองนายกเทศมนตรี เทศบาลนครพิษณุโลก (เสียชีวิตแล้ว) เทศบาลนครพิษณุโลกได้ตระหนักถึงการเข้าสู่สังคมสูงวัย จึงเริ่มจัดทำโครงการเตรียมความพร้อม ให้ผู้สูงอายุในชุมชนเรียนรู้และเข้าใจทางเลือกใหม่ๆ ในการดูแลสุขภาพมาตั้งแต่ปี 2559

“นพ.สุธีร์เห็นว่า ปัจจุบันมีการส่งเสริม ป้องกัน รักษาสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ แต่ยังไม่มีการพูดเรื่อง ถ้ารักษาไม่ได้ จะเลือกคุณภาพชีวิตอย่างไร เลยจัดทำโครงการ “อยู่อย่างไรให้ใจเบา” เพื่อฝึกอบรมให้ผู้สูงอายุในชุมชนเตรียมความพร้อมรับมือกับความไม่แน่นอนของชีวิต” ณัฐนิชย์ กลิ่นสุคนธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชนพระองค์ขาว ซึ่งเป็นหนึ่งในสี่ ศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเทศบาลนครพิษณุโลกบอกเล่า

“เริ่มแรกเราจัดอบรม 2 วัน เน้นการเตรียมความพร้อมทางจิตใจ โดยใช้เกมไพ่ไขชีวิต และสมุดเบาใจเป็นเครื่องมือ รุ่นแรกมีผู้เข้าอบรมประมาณ 40 คน แต่ทำสมุดเบาใจไม่ถึงครึ่ง เพราะแม้ผู้สูงอายุที่เข้าอบรมจะเห็นด้วยกับการทำสมุดเบาใจ แต่เนื่องจากเป็นเรื่องใหม่ พอกลับไปพูดคุยกับลูก พบว่าลูกๆ ยังไม่เห็นด้วย ไม่อยากให้ทำ”

“เราเคยคิดจะอบรมแยก ญาติ 1 วัน และผู้สูงอายุ 1 วัน แล้วค่อยอบรมร่วมกันอีก 1 วัน แต่พบว่าญาติเช่นลูกต้องทำงาน โครงการนี้เลยไม่เกิดขึ้น”

ที่ผ่านมาการอบรมผู้สูงอายุภายใต้โครงการอยู่อย่างไรให้ใจเบายังดำเนินต่อเนื่องทุกปีงบประมาณ ปีละ 4 รุ่น โดยจัดอบรมให้ผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชน 4 ศูนย์ ศูนย์ละ 1 ครั้ง แต่ละครั้งมีผู้เข้าร่วมอบรมประมาณ 20 คน

“เมื่อปีที่แล้วเราหันมาเน้นเรื่องการแพทย์มากขึ้น โดยมีหน่วยดูแลแบบประคับประคอง ของโรงพยาบาลพุทธชินราชมาบรรยายเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและการดูแลรักษา และให้คนที่ประสงค์จะทำสมุดเบาใจทำในการอบรมเลย แล้วจะส่งไปให้เวชระเบียนที่โรงพยาบาลพุทธชินราช เมื่อไปรับการรักษา จะมีการแจ้งเตือนในระบบ (พอปอัป) ให้แพทย์เจ้าของไข้รับรู้”

“ปกติผู้เข้าอบรมจะเขียนและส่งสมุดเบาใจไปให้โรงพยาบาล แต่ปีที่แล้วโรงพยาบาลพุทธฯ เปลี่ยนระบบให้เจ้าหน้าที่เข้าไปพูดคุยรายละเอียดกับคนที่ผ่านการอบรมเขียนสมุดเบาใจแล้วเป็นรายบุคคล และทางโรงพยาบาลพุทธฯ ยังเข้าไปรณรงค์การเขียนสมุดเบาใจในชุมชนและกลุ่ม รพ.สต. โดยจัดบรรยายความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพและเขียนสมุดเบาใจ หลักสูตร 1 วัน”

จากเกมไพ่ไขชีวิตและสมุดเบาใจ สู่การวางแผนการดูแลล่วงหน้า

อรทัย ชะฟู เข้ามามีส่วนร่วมขบวนการอยู่ดีและตายดีในจังหวัดพิษณุโลกตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นเมื่อปี 2559 ในฐานะวิทยากรและจิตอาสาที่ทำงานด้านการดูแลจิตใจผู้ป่วยระยะท้าย บุคลากรในโรงพยาบาลพุทธชินราช และผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก

“ตอนนั้นกลุ่ม Peaceful Death พัฒนาเครื่องมือเกมไพ่ไขชีวิตและสมุดเบาใจแล้วส่งมาให้ทดลองใช้ ตอนแรกเราเอามาเล่นกับทีมงานจัดการความรู้ที่โรงพยาบาลพุทธชินราช ต่อมาเวลาทำกิจกรรมกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลก็ใช้เกมไพ่ฯ นำเข้ากิจกรรมเรียนรู้เรื่องความตาย เพื่อเชื่อมโยงว่า การเรียนรู้เรื่องความตายทำให้ตระหนักถึงวิธีการใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ก่อนตาย คือ “อยู่ดีตายดี” พบว่าเจ้าหน้าที่แต่ละคนมีประสบการณ์เรื่อง

ความตายอยู่แล้ว พยาบาลเห็นความตายทุกวัน แต่ความชาชินทำให้ไม่ตระหนักและไม่ได้เชื่อมโยงกับชีวิตตัวเอง พอมีพื้นที่ให้กลับมาใคร่ครวญ ผ่านคำถามต่างๆ ในไพ่ไขชีวิต ทำให้เชื่อมโยงกับกิจกรรมด้านในได้ง่าย ต่อมาขยายไปทำกิจกรรมเกมไพ่ฯ กับกลุ่มนักศึกษาแพทย์ปี 4-5 ด้วย เพราะคนที่ทำหน้าที่จัดการความรู้ในโรงพยาบาลเป็นอาจารย์แพทย์ด้วย”

“ส่วนที่เทศบาล เราทำเกมไพ่ฯ คู่กับสมุดเบาใจ เพราะคำถามเกมไพ่ฯ กับคำถามในสมุดเบาใจล้อกัน เราทำเกมไพ่ฯ ก่อน เพื่อทำเรื่องมุมมองเกี่ยวกับชีวิตและความตาย แล้วจะเขียนสมุดเบาใจได้ง่าย แต่ผู้เข้าอบรมจะเขียนสมุดเบาใจเสร็จหรือไม่เป็นความ รับผิดชอบเฉพาะตัวของผู้เข้าร่วมอบรมแต่ละคน เราไม่ได้เน้นทำให้เสร็จเหมือนเด็กนักเรียนส่งการบ้าน แต่เน้นที่ความเข้าใจและทำเสร็จแล้วได้นำไปใช้จริง หรือขยายผลบอกให้ญาติพี่น้องและคนในครอบครัวรับรู้หรือไม่ แต่พบว่าบางคนมาอบรมทุกครั้งทำสมุดเบาใจเสร็จทุกครั้ง แต่ไม่ได้นำไปบอกลูกหลานเพราะเกรงใจ”

อรทัยเล่าว่าการทำกิจกรรมกับเทศบาลนครพิษณุโลกในปีแรก ผู้เข้าอบรมประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในชุมชน และผู้สูงอายุที่มีทั้งสมัครใจและ “จัดตั้ง” เนื่องด้วยแม้จะใช้ชื่อโครงการว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และชื่องานอบรมว่า “อยู่อย่างไรให้ใจเบา” แต่เนื้อหาเป็นการพูดถึงความตาย ซึ่งหาคนสนใจและสมัครใจได้ไม่มากพอ

“ปีต่อไปเริ่มใช้วิธี “ถ้าดีบอกต่อ” คนที่มาเข้าร่วมเริ่มไปประชาสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนฝูงคนรู้จัก ส่วนใหญ่สมัครใจมา เราทำอบรมมา 5-6 ปี ปีละ 3-4 ครั้งในศูนย์ผู้สูงอายุ 4 แห่ง ตอนหลังคนมาอบรมอายุน้อยลง คนที่เรียนเป็นผู้ดูแล และคนรับจ้างเฝ้าไข้ก็มา ต่อมาเราเลยมาขายงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ว่าเทศบาลเขาทำแล้วนะ คนข้างนอกมาหาเรา แต่เราไม่รู้จัก เราจะ “ขายหน้า” นะ โรงพยาบาลก็เริ่มให้เราไปทำงานอบรมเจ้าหน้าที่” อรทัยเล่า

วันเบาใจ “จุดเชื่อมต่อ” ชุมชุมกับโรงพยาบาล

แม้กระทรวงสาธารณสุขจะประกาศนโยบายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เมื่อพฤศจิกายน 2558 แต่การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองก็ยังถือเป็นเรื่องใหม่ในวงการแพทย์กระแสหลักที่มุ่งเน้นการรักษาผู้ป่วยอย่างสุดความสามารถจนลมหายใจสุดท้าย ซึ่งบางครั้งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะท้ายของผู้ป่วย

พญ.น้ำทิพย์ อินทับ กุมารแพทย์ ในฐานะประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพงาน การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลพุทธชินราชเล่าว่า โรงพยาบาลพุทธชินราชเริ่มขับเคลื่อนการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นทางการและเป็นระบบมา 6 ปี แล้ว ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่จัดตั้งเมื่อปี 2558 โดยก่อนหน้านั้นมีกลุ่มคนทำงานกลุ่มเล็กๆ ที่เห็นความทุกข์ยากของผู้ป่วยแล้วอยากช่วยเหลือ จึงศึกษาหาความรู้และดูแลผู้ป่วยแบบรายบุคคลและเฉพาะกลุ่ม ส่วนภาคประชาชน และบุคลากรส่วนใหญ่แทบไม่เคยได้ยินคำนี้มาก่อน

“เราเริ่มโดยทำความเข้าใจคนในโรงพยาบาลว่า การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care: PC) ไม่ใช่การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือวิกฤติ มีเคสแบบไหนบ้างที่ต้องการ PC และถ้าคนเหล่านี้ต้องการ PC เราจะต้องทำอะไรบ้าง เช่น การประเมิน กาย ใจ จิตวิญญาณ จิตสังคม การวางแผนการดูแลล่วงหน้า”

ในปี 2560 โรงพยาบาลพุทธชินราชร่วมกับกลุ่ม Peaceful Death และเครือข่ายจัดงานวันเบาใจขึ้นเพื่อสร้างความตระหนักรู้เรื่องการตายดีและการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ถือเป็นจุดเริ่มต้นประกาศตัวต่อบุคลากรในโรงพยาบาลและสาธารณะว่า โรงพยาบาลพุทธชินราช ได้เปิดประตูต้อนรับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นทางการแล้ว

“เป้าหมายงานวันเบาใจปีแรกคือ ทำให้คนรู้จักการดูแลแบบประคับประคอง มีคนเข้าร่วมประมาณ 500 คน เกือบครึ่งเป็นคนในโรงพยาบาล เรานิมนต์พระไพศาล วิสาโล ประธานมูลนิธิเครือข่ายพุทธิกา มาเปิดมุมมองเรื่องการเตรียมตัวพร้อมรับความตาย เราเชิญศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส มาพูดเรื่องตายดีและกฎหมาย Living will มีเวิร์กชอปเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีคนกลุ่มเล็กๆ เข้าฟัง คนภายนอกก็เริ่มรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น ทีมก็เข้าใจมากขึ้น”

ส่วนงานเบาใจ ปี 2 มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้เข้าร่วมงานเข้าใจการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ภายใต้ชื่อ “เพราะรักจึงบอก” กล่าวคือหมอรักและปรารถนาดีกับคนไข้ หมอจึงบอกเรื่องการวินิจฉัย และการวางแผนการรักษา ส่วนคนไข้ก็บอกหมอ บอกลูก ลูกบอกพ่อ บอกทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อเตรียมการวางแผนดูแลสุขภาพ

“อาจารย์แสวงมาทุกปี มาจุดประกายว่าทำอย่างไรให้คนข้างนอกอยากทำ ACP และทำระบบอย่างไร ให้คนในโรงพยาบาลรับรู้การวางแผนนั้น ในงานเบาใจ ปี 3 เรานำแบบฟอร์ม ACP เข้าสู่ระบบเวชระเบียน ของโรงพยาบาล แต่เปอร์เซ็นต์การทำ ACP ของ

ผู้ป่วยยังมีไม่มาก” พญ.น้ำทิพย์เล่าถึงการพัฒนางานวันเบาใจ ซึ่งสะท้อนพัฒนาการการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี

จึงนับได้ว่างานวันเบาใจที่โรงพยาบาลพุทธชินราช คือจุดเริ่มต้นการขับเคลื่อนการดูแลแบบประคับประคองทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนเมืองพิษณุโลก ซึ่งผลิดอกออกผล ทั้งสร้างการรับรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์และประชาชน จนนำมาสู่การผลักดันและกำหนดให้ การดูแลแบบประคับประคองเป็นนโยบายสำคัญของโรงพยาบาลในปัจจุบัน ดังความเห็นของอรชัย ชะฟู จิตอาสาและวิทยากรฝึกอบรมเรื่องการดูแลแบบประคับประคองมาตั้งแต่ต้นที่ว่า

“เรามองว่างานเบาใจช่วยขับเคลื่อนการดูแลแบบประคับประคองได้เยอะ บางคนมาร่วมงานวันเบาใจก็เข้าใจว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไร และเขามีสิทธิที่จะบอกได้ว่าไม่ต้องการการยื้อชีวิตต่างๆ ตอนไปตลาด มีคนเดินมาบอกว่า น้องสาวเขาเสียแล้วนะ ช่วยได้มากไปแบบสบายเลย แม้แต่คนในองค์กรก็เดินมาบอกว่า หลังอบรม สามารถเดินไปบอกคนไข้ได้ว่ามีทางเลือก พอคนไข้เสียชีวิต เขาบอกว่า เขารู้สึกว่ามีคุณค่าตั้งแต่เป็นพยาบาลมานี่คือเสียงสะท้อนที่เราได้ยิน”

จากแนวคิดสู่นโยบาย จากนโยบายสู่ภาคปฏิบัติ

หากเปรียบเป็นเครื่องยนต์ การดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลพุทธชินราชนับเป็นเครื่องยนต์ที่ “จุดติด” และ “เครื่องร้อน” แล้ว ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ งานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ผลักดันให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นหนึ่งในนโยบายหลักของโรงพยาบาล ซึ่งนำมาสู่การสร้างระบบรองรับที่สามารถลงมือปฏิบัติได้จริง

“เมื่อโรงพยาบาลกำหนดเป็นนโยบายและกำหนดให้ ACP เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดการทำงาน ของโรงพยาบาล กลุ่มการพยาบาลจึงสนับสนุนให้ พยาบาลมาเข้าอบรมการดูแลแบบประคับประคองและการทำ ACP ทำให้ปัจจุบันพยาบาลร้อยละ 80 ของพยาบาลทั้งหมด 800 คน ผ่านการอบรมหลักสูตร 4 สัปดาห์ ที่จัดขึ้นทุกปี และยังมีการอบรมสั้นๆ แบบครึ่งวันอย่างต่อเนื่องแก่หัวหน้าพยาบาลและพยาบาลเฉพาะทาง เพื่อให้สามารถทำ ACP ร่วมกับคนไข้ได้ นอกจากนี้ฝ่ายการฯ ยังให้อัตรากำลังพยาบาลประคับประคองเพิ่มอีก 1 คน ตอนนี้เรามีอัตรากำลัง 3 คน ทำให้การทำ ACP ของคนไข้ขึ้นจากร้อยละ 80 เป็นร้อยละ 90”

“เราพัฒนาระบบสื่อสารให้สามารถสแกน ACP เข้าไปอยู่ในระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาลตั้งแต่ปี 2562 และทำพอปอัปให้ด้วย พอหมอเปิดเข้าไปดู ระบบจะเด้งขึ้นมาว่าคนไข้เคสไหนมี ACP แล้ว ในคนปกติที่ไม่ป่วยแล้วอยากทำ ACP ก็ทำได้ เราเปิดให้ทำบัตรและทำ ACP ไว้ เผื่อมีโอกาสมารับบริการ หมอก็จะเห็นความต้องการของคุณ”

“มีการเรียน ACP อยู่ในหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านของโรงพยาบาล แต่ช่วงเวลาสั้นๆ เพียง 3 ชม. และแพทย์ประจำบ้านยังไม่เห็นคนไข้ จึงไม่เข้าใจ ช่วงเวลาที่ดีสุดคือ เวลาเรา (แพทย์ประคับประคอง) ทำ ACP กับคนไข้ แล้วดึงแพทย์ประจำบ้านเข้ามาฟัง”

“สามปีผ่านไป เราทำ ACP เยอะมาก เพราะคนไข้ที่เข้าเงื่อนไขเพิ่มขึ้นจากประมาณ 800-1,000 คนต่อปี เป็น 1,500 คนต่อปี เราทำ ACP ในคนไข้กลุ่มนี้ถึงร้อยละ 70 แต่ยอดการทำ ACP ในปีที่ 4 ตกลงเพราะคนไข้เพิ่มมากขึ้นเท่าตัว และไม่มีเจ้าหน้าที่เพิ่ม เราจึงทำ ACP ได้เท่าเดิม เราทำควบคู่กับการอบรมพยาบาล โดยพยาบาลจะทำหน้าที่ค้นหาผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไข การดูแลแบบประคับประคอง พยาบาลสามารถจัดการอาการเบื้องต้นได้ ทำงานร่วมกับแพทย์ได้ ลงเยี่ยมบ้านได้ และเพิ่มทักษะการทำ ACP”

“เริ่มต้นเราทำหลักสูตรอบรมทักษะการดูแลแบบประคับประคอง 4 สัปดาห์ ให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และในปี 2560 ขยายไปอบรมให้เจ้าหน้าที่ทุกเขตบริการสุขภาพที่ 2 สปสช. (5 จังหวัด) รวมผู้เข้าอบรมประมาณ 500 คน โรงพยาบาลพุทธชินราชทำอย่างไรเขตบริการอื่นก็ต้องทำให้ได้เหมือนกัน ช่วง 3 ปีหลัง มีหลักสูตรเฉพาะเรื่องการทำ ACP ในช่วงโควิด เราจัดเวิร์กชอป 1 วันให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกคนได้เรียนรู้การทำ ACP ให้คนไข้”

ต่อมาทางโรงพยาบาลได้จัดทำคลินิกเบาใจเคลื่อนที่เพื่อให้ความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองและการทำแผนการดูแลล่วงหน้าแก่ผู้ป่วยและญาติ แต่ไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากผู้ป่วยและญาติ มักพุ่งความสนใจไปที่การมารับการรักษา ต้นปี 2563 จึงปรับเป็นคลินิกเบาใจแบบมีที่ตั้งและเจ้าหน้าที่ประจำ อยู่บริเวณทางเดินไปโรงอาหารของโรงพยาบาล ทำให้อัตราการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพิ่มสูงขึ้น

นอกจากนี้โรงพยาบาลพุทธชินราชกำลังอยู่ในขั้นตอนการประเมินเพื่อรับใบประกาศนียบัตรมาตรฐาน โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Decease specific certification: DSC) เป็นโรงพยาบาลแห่งที่ 4 ของประเทศไทย ต่อจากศูนย์การุณรักษ์ ขอนแก่น โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพฯ และโรงพยาบาลสวนดอก

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามลำดับ

พญ.น้ำทิพย์กล่าวสรุปว่า ในช่วง 6 ปีที่ผ่านมา ทางโรงพยาบาลได้กำหนดนโยบาย สร้างการรับรู้ และสร้างความเป็นเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคองให้พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และสนใจเกือบเต็มอัตรากำลังแล้ว อย่างไรก็ตามคุณภาพสำคัญกว่าปริมาณ

“เราเพิ่งเริ่มต้น สิ่งที่เราจะทำต่อคือเพิ่มคุณภาพ โดยเพิ่มความเป็นเจ้าของ มีเจ้าภาพผลักดันให้มีกลุ่มงานและมีหมอผู้เชี่ยวชาญ ปีนี้มีหมอรุ่นน้องมาร่วมงาน PC 3 คน และเราอยากผลักดันให้บรรจุการดูแลแบบประคับประคองไว้ในหลักสูตรของแพทย์ประจำบ้านและนักศึกษาแพทย์ จากปัจจุบันที่มีการเรียนการสอนเพียง 3 ชั่วโมง และไม่ได้บรรจุในหลักสูตร”

“ส่วนเรื่องการทำ ACP ก็คิดว่าคุณภาพยังไม่ได้ หลายคนทำเพราะเป็นงานที่ต้องทำ ไม่มีความเชื่อมโยงระหว่างคนทำกับคนไข้ ทำให้ไม่ได้สำรวจคุณค่าและความสนใจที่แท้จริงของคนไข้ เราทำ ACP ได้ร้อยละ 90 ของคนไข้เป้าหมาย แต่ก็เป็นแค่ตัวเลข ขั้นตอนต่อไปคือการเพิ่มคุณภาพ และทำให้การทำ ACP เป็นเรื่องปกติ และพัฒนาการส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลล่วงหน้าไปยังหน่วยงานนอกโรงพยาบาลได้ด้วย เพราะถ้ามีข้อมูลสุขภาพที่ดีขึ้น คนไข้ก็จะได้รับการดูแลตามที่วางแผนไว้”

บทส่งท้าย...จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

ดังที่กล่าวข้างต้นว่า เพื่อให้บรรลุผลสังคมแห่งการอยู่และตายดี การขับเคลื่อนการดูแลแบบประคับประคอง ต้องทำคู่ขนานกันทั้งในโรงพยาบาลและภายนอก โดยทำให้การดูแบบประคับประคองและการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นเรื่องของทุกคน ไม่ใช่เฉพาะบุคลากรสุขภาพ ดังนั้นเมื่อโรงพยาบาลพุทธชินราชสร้างระบบและโครงสร้าง ที่เอื้อต่อการทำงานภายในองค์กรแล้ว ก็ถึงเวลาแล้วที่จะขยายการรับรู้ไปสู่ชุมชม ซึ่งถือเป็นหนึ่งในภารกิจที่โรงพยาบาลพุทธชินราชกำลังทำอยู่

“ปัจจุบันคลินิกเบาใจทำหน้าที่สื่อสารกับสาธารณะผ่านเพจคลินิกเบาใจของโรงพยาบาล และมีร้านเกื้อกูลในโรงพยาบาลที่ตั้งขึ้นเพื่อระดมทุนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นผู้บอกเล่าการทำงานกับลูกค้าที่เข้ามาซื้อเสื้อผ้าและของใช้มือสองในร้าน”

“ในปีนี้ทางโรงพยาบาลยังมีแผนเชิงรุกขยายผลการทำ ACP โดยจะจัดให้มีคนไปให้ความรู้ แก่ผู้สูงอายุและผู้สนใจในชุมชน เพิ่มเติมจากปีก่อนๆ ที่มีการให้ความรู้แก่องค์กรเครือข่ายตามคำร้องขอ เช่น ในเนิร์สซิ่งโฮม และเทศบาล เราบอกทีมงานว่า เราอยู่กับที่ในโรงพยาบาลไม่ได้ เราต้องออกไปข้างนอก ซึ่งกองทุนการดูแลแบบประคับประคองยินดีสนับสนุนเต็มที่” พญ.น้ำทิพย์กล่าวสรุป

ประวัติผู้เขียน

ภัสน์วจี ศรีสุวรรณ์ นักเขียนด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจ

*ดูภาพประกอบได้ที่ หน้า 181

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในชุมชน:

กรณีศึกษาชุมชนและโรงพยาบาลแม่สรวย จ.เชียงราย

นายแพทย์ฐากูร กาญจโนภาศ

บทนำ

มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 ได้ให้ความหมายของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าไว้ว่า “เป็นกระบวนการที่บุคคลซึ่งอาจจะเป็นผู้ป่วยหรือผู้มีสุขภาพแข็งแรงดี ได้มีส่วนร่วมกับบุคลากรด้านสุขภาพในการตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองในอนาคตตามที่ต้องการได้”[1] ทำให้บุคลากรด้านสุขภาพ ทราบถึงเป้าหมายและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว ลดการรักษาที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยในปัจจุบัน คือ ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ได้รับการรักษาด้วยเครื่องพยุงชีพอย่างเต็มที่ในหอผู้ป่วยวิกฤติ ครอบครัวรู้สึกกดดันที่ต้องตัดสินใจเลือกการรักษาบางอย่างแทน เพราะไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วยมาก่อน ในขณะที่ทีมแพทย์ผู้รักษาเอง ก็ลำบากใจ เพราะไม่รู้ว่าความทรมานจากการรักษาด้วยเครื่องพยุงชีพที่ไม่เกิดประโยชน์ในระยะท้ายของชีวิตนี้ จะเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหรือไม่

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในช่วงเวลาดังกล่าว จึงเป็นบทสนทนาที่ตึงเครียด จะเป็นอย่างไรหากผู้ป่วย ครอบครัว ได้มีโอกาสวางแผนการดูแลล่วงหน้ามาก่อนหน้าที่ตนจะเข้าสู่ช่วงท้ายของชีวิต? แผนการดูแลที่ถูกออกแบบไว้ก่อน อาจจะช่วยป้องกันสถานการณ์อันน่าอึดอัดใจข้างต้นได้ ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีเวลาอยู่ร่วมกับคนรักในห้วงเวลาสำคัญของชีวิต รวมถึงป้องกันความรู้สึกผิดของครอบครัวจากการตัดสินใจ ที่อาจติดค้างไปอีกนาน

ในปัจจุบัน การเข้าถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้ายังอยู่ในวงจำกัด ทั้งผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และประชาชนทั่วไปที่สุขภาพแข็งแรง จากการศึกษา

point prevalence (ความชุก) ใน 14 โรงพยาบาลทั่วประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการปรึกษา และอยู่ในการดูแลของศูนย์ดูแลแบบประคับประคองเพียงร้อยละ 17[2] ผู้ป่วยระยะท้าย ที่อยู่ในการดูแลของศูนย์ดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลมีแผนการดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 88.7 ในขณะที่ผู้ป่วยระยะท้าย ที่ไม่มีทีมดูแลแบบประคับประคองร่วมดูแล พบว่ามีแผนการดูแลล่วงหน้าเพียงร้อยละ 15.7 เท่านั้น

ในระดับประชาชนทั่วไป จากการศึกษาการตระหนักรู้สาธารณะ (Public awareness) และทัศนคติของคนไทยอายุ 20-80 ปี ต่อการดูแลแบบประคับประคอง พบว่ามีเพียงร้อยละ 24 ที่รู้จักการดูแลแบบประคับประคอง และพบว่ากว่าร้อยละ 92 ที่รู้จักพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ที่ว่าด้วยสิทธิในการปฏิเสธการรักษาที่เป็นไปเพื่อการยื้อชีวิต มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่เคยทำพินัยกรรมชีวิตหรือวางแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้าไว้แล้ว[3]

ข้อมูลจากการศึกษาข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผูกโยงกับผู้ป่วยระยะท้าย และเป็นบทบาทหน้าที่ของศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง ทำให้โอกาสเข้าถึง การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเกิดขึ้นในสัดส่วนที่น้อย เพราะต้องรอให้แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้าย และส่งปรึกษาศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง

คำถามสำคัญข้อต่อมาคือ จะเป็นอย่างไร หากการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเกิดขึ้นได้เร็วกว่านั้นในขณะที่สุขภาพยังแข็งแรงดีอยู่ และเป็นเรื่องที่ทุกคนสามารถพูดคุยได้เอง จากการค้นหาคุณค่าและความหมายในการมีชีวิตและการตายที่ดีของตนเอง และเมื่อถึงเวลาเข้าสู่ระยะท้าย แผนที่ได้วางไว้จะสามารถพูดแทนผู้ป่วยให้ผู้คนรอบข้างรวมทั้งบุคลากรสุขภาพรับรู้ถึงต้องการในการดูแล?

บทความ “การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในชุมชน กรณีศึกษาชุมชนและ รพ.แม่สรวย จ.เชียงราย” นี้ ผู้เขียนสะท้อนให้เห็นภาพการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในชุมชน ผ่านการสัมภาษณ์และรวบรวมเอกสาร ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำงานของ “กระบวนกรชุมชน” คนหนึ่ง ที่ทำให้เกิดกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยเริ่มจากในพื้นที่ชุมชน เกิดการขับเคลื่อนเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ผลของปฏิบัติการดังกล่าว มีส่วนช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการดูแลแบบประคับประคอง จนเกิดการเชื่อมโยงระหว่างชุมชนและระบบสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

ขับเคลื่อนวางแผนการดูแลล่วงหน้าในชุมชน ด้วยแผนการดูแลล่วงหน้าของ “ครูเจน”

เจนจิรา โลชา กระบวนกรชุมชน นักจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์ชุมชนกรุณา หรือที่บุคลากรทางการแพทย์ของ รพ.แม่สรวย รู้จักกันดีในฐานะ “ครูเจน” เพราะเธอได้มีโอกาส ร่วมจัดเวิร์กชอปเผชิญความตายอย่างสงบ นำโดย พระไพศาล วิสาโล และแบ่งปันกระบวนการเรียนรู้อีกมากมายให้กับบุคลากรของโรงพยาบาล ในขณะที่ครูเจนทำงานที่เสมสิกขาลัยเป็นระยะเวลา 12 ปี

ครูเจนอยากมีโอกาสดูแลคุณพ่อคุณแม่ในวันที่ท่านและเธอยังคงแข็งแรงอยู่ ทำให้ตัดสินใจลาออกจากเสมสิกขาลัยและกลับมาทำงานที่บ้านเกิดในวัย 40 ปี เมื่อปี 2560 อีกเหตุผลหนึ่งคือ ความใฝ่ฝันที่จะตายดีในบ้านเกิดของตัวเอง โดยที่เธอไม่ใช่คนแปลกหน้าของคนในชุมชน การกลับมาบ้านเกิดในขณะที่ยังมีสุขภาพแข็งแรง จึงเป็นโอกาสสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน ครูเจนเล่าความใฝ่ฝันในการกลับบ้านเกิดครั้งนี้ไว้ว่า “อยากให้ทุกคนได้ทำสมุดเบาใจ หรือวางแผนสุขภาพของตัวเอง เชื่อว่าถ้าทุกคนได้ทำ คือ ทุกคนได้รับผิดชอบกับความตาย ลดความอึดอัดใจของคนรอบข้าง และลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล” ครูเจนจึงปรารถนาให้ชุมชนได้มีโอกาสเข้าถึงบริการทางสุขภาพ การดูแลแบบประคับประคองและมีโอกาสได้ตายดีเหมือนที่เธอต้องการ

ปัจจุบันครูเจนเป็นหนึ่งในผู้ก่อตั้ง ชุมชนกรุณาขะไจ๋ ในปี 2560 (ขะไจ๋ เป็นภาษาเหนือ แปลว่า รีบๆ ไวๆ ในความหมายนี้คือ การสร้างชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี เป็นกิจกรรมที่ควรรีบทำตั้งแต่ตอนนี้) โดยได้รับการสนับสนุนจาก Peaceful Death และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

“ชีวิตออกแบบได้” วางแผนการดูแลล่วงหน้าในชุมชน

ในปีแรก ครูเจนเริ่มจากการสำรวจระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายใน ต.แม่พริก อ.แม่สรวย จ.เชียงราย เธอค้นพบว่าชุมชนมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยไปจนถึงกระบวนการดูแลความตายอยู่มากมาย เพราะชาวบ้านและหน่วยงานต่างๆ ในชุมชนมีความร่วมมือกันอยู่แล้ว เช่น พระสงฆ์ ที่ร่วมประกอบพิธีกรรม “ตานขัว” เพื่อนำทางให้กับผู้ป่วยและให้กำลังใจแก่ญาติ ซิสเตอร์จากศูนย์คาทอลิกประจิตเจ้า คอยเยี่ยมบ้าน ช่วยทำความสะอาดร่างกายให้กับผู้ป่วย เมื่อมีใครเสียชีวิตในหมู่บ้าน ชาวบ้านต่างมาร่วมกันแบ่งปันข้าวสาร ฟืน วัตถุดิบทำอาหาร ผู้ใหญ่ในหมู่บ้านจะมานอนที่บ้านเป็นกำลังใจให้กับครอบครัวในช่วงที่เกิดการสูญเสีย กระบวนการเก็บข้อมูลนี้ ทำให้ครูเจนรู้จักและเป็นที่รู้จักกับเครือข่าย

คนทำงาน โดยเธอคืนข้อมูลที่ได้ให้กับชุมชนและ รพ.แม่สรวยเช่นกัน

ครูเจนร่วมกับพยาบาลดูแลแบบประคับประคองของ รพ.แม่สรวยเริ่มจัดกิจกรรม “ชีวิตออกแบบได้” ให้กับคนในหมู่บ้าน เพื่อให้ชาวบ้านได้มีโอกาสสำรวจคุณค่าและความหมายของชีวิต และได้ลอง “ออกแบบ” ชีวิตในแบบที่ต้องการ ตั้งแต่ในปัจจุบันที่แข็งแรงอยู่ ไปจนถึงระยะท้ายของชีวิตตัวเอง

รูปแบบกิจกรรมของครูเจนไม่ได้เริ่มจากช่วงท้ายของชีวิต แต่เป็นกระบวนการชวนผู้เข้าร่วม ทั้งผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนมุมมองต่างๆ ต่อชีวิต โดยไล่เรียงคำถามจาก สิ่งที่ตัวเองชอบ/ไม่ชอบ, สิ่งที่ตัวเองอยากทำก่อนตาย, สาเหตุที่ทำให้คนคนหนึ่งตายทั้งแบบรู้ตัวและไม่รู้ตัว, ผลกระทบต่อครอบครัว หากเราได้เตรียมตัวหรือไม่ได้เตรียมตัว ไปสู่หัวข้อการตายดีในมุมมองของแต่ละคน เมื่อการแลกเปลี่ยนเกิดขึ้นในบรรยากาศที่สนุกสนาน ทำให้การตายเป็นเรื่องที่พูดคุยได้ และเปิดมุมมองที่หลากหลาย ผู้เข้าร่วมจะได้เรียนรู้ว่า การออกแบบชีวิตเพื่อให้มีชีวิตความเป็นอยู่และการตายที่ดี เป็นสิ่งที่ทำได้ ครูเจนปิดท้ายกิจกรรมด้วยการชวนทุกคนทำสมุดเบาใจ เพื่อสื่อสารการดูแลในระยะท้ายร่วมกัน

ครูเจนพบว่า การจัดกระบวนการร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลโดยตรง ทำให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นที่รู้จัก ชาวบ้านเกิดความมั่นใจว่า หากตนต้องการการดูแลที่มุ่งเน้นคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงท้ายของชีวิต ก็จะมีเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลมาร่วมดูแลอย่างแน่นอน การสื่อสารความต้องการนี้ผ่านสมุดเบาใจ จึงเป็นสิ่งที่ครูเจนเน้นให้ทุกคนได้ลงมือทำ เพื่อให้ครอบครัว บุคคลรอบข้าง และโรงพยาบาลได้รับทราบ เพื่อการดูแลที่สอดคล้องกับเป้าหมาย การดูแลในวันที่ไม่สามารถสื่อสารได้

กิจกรรม “ชีวิตออกแบบได้” ของครูเจน ที่เริ่มต้นจากการพูดคุยสำรวจมุมมองต่างๆ เกี่ยวกับชีวิตและความตาย นำไปสู่การทำสมุดเบาใจ ทำให้การพูดคุยเรื่องราวของชีวิต ที่ไล่เรียงไปสู่การตายดีเป็นเรื่องที่พูดคุยได้ง่ายขึ้น เมื่อได้แนวคิดภาพรวมของการตายดีแล้ว การออกแบบ “แนวทางการรักษา” ย่อมง่ายขึ้น กระบวนการออกแบบกิจกรรมดังกล่าว สอดคล้องกับการให้ความหมาย ของกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ที่ได้จากการศึกษาเพื่อหานิยามจากฉันทามติ (Consensus definition) ของสหสาขาวิชาชีพไว้ว่า “กระบวนการที่ช่วยให้บุคคล ได้ทำความเข้าใจและแลกเปลี่ยนคุณค่าของตัวเอง เป้าหมายในชีวิต และความปรารถนาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพในอนาคต” ชี้ให้เห็น

ความสำคัญ ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) ที่เปลี่ยนกรอบคิดจากเดิม ที่เป็นกระบวนการพูดคุยเรื่องกระบวนการดูแลในช่วงท้ายของชีวิต ผ่านการทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้าย (Advance directive) ซึ่งทำให้ยากต่อการพูดคุย และชวนให้เข้าใจผิดได้ง่ายว่าแพทย์ไม่ให้การรักษาอย่างเต็มที่ มาเป็นการเน้นทำความเข้าใจ และแลกเปลี่ยนคุณค่าและเป้าหมายของชีวิต ก่อนที่จะนำไปสู่การออกแบบการดูแลแทน

กระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในชุมชน ดังกรณีศึกษากิจกรรม “ชีวิตออกแบบได้” นี้ จึงเป็นกระบวนการที่พลิกมุมมองจากการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในปัจจุบัน 2 ประการด้วยกัน ประการแรก เป็นกระบวนการที่นำโดยกระบวนกรชุมชนซึ่งไม่จำเป็นต้องมีความรู้ทางด้านการแพทย์ลึกซึ้งและเกิดขึ้นในพื้นที่ชุมชน เพราะบทสนทนาดังกล่าวเป็นเรื่องของคุณค่าและความหมายของชีวิต ที่บุคลากรสุขภาพมีส่วนร่วม ด้วยการช่วยสร้างความมั่นใจในระบบการดูแลแบบประคับประคอง และอธิบายความหมายของเครื่องพยุงชีพ ประการที่สอง คือการเปลี่ยนจุดมุ่งเน้น โดยเริ่มต้นจากการทำความเข้าใจ “คุณค่าและความหมายของชีวิต” แทนการออกแบบ “แนวทางการรักษา” ในระยะท้าย

ยายแดงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดระยะสุดท้าย และเข้ารับการรักษากับแพทย์ที่ รพ.แม่สรวย แพทย์เจ้าของไข้ได้มาบอกกับพยาบาลดูแลแบบประคับประคองในภายหลังว่า เขาได้พูดคุยกับยายแดงเรื่องตัวโรคมะเร็งและการรักษา แล้วพบว่ายายแดงบอกอย่างชัดเจนว่า ไม่ขอรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือฉายแสง เพราะหากตนต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด จะทำให้ไม่มีใครดูแลคุณแม่ของตนที่นอนติดเตียงอยู่ที่บ้าน ยายขอรับการดูแลรักษาแบบประคับประคองในช่วงท้ายของชีวิต เพราะได้ทำสมุดเบาใจไว้แล้ว จากการมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมชีวิตออกแบบได้เมื่อหลายปีก่อน แพทย์ท่านนั้นพบว่า การพูดคุยและการส่งต่อการดูแลเกิดขึ้นได้ง่ายมาก อีกทั้งแพทย์ยังรู้สึกสบายใจในการพูดคุย และเห็นว่าแนวทางการรักษานั้นสอดคล้องกับความต้องการของยายแดงจริง

การที่ผู้ป่วยได้มีโอกาสคิดทบทวน และบันทึกสิ่งที่มีคุณค่าและความหมายในสมุดเบาใจของตัวเอง ได้ช่วยให้ครอบครัวและแพทย์ที่ร่วมดูแลเข้าใจมุมมองของผู้ป่วย และสามารถตัดสินใจได้ง่ายขึ้น ดังกรณีของยายแดง ที่ทำให้ทีมแพทย์รับรู้ว่า การได้มีโอกาสดูแลบุคคลที่ยายแดงรัก เป็นคุณค่าที่สำคัญ ถึงแม้ยายแดงจะเหลือเวลาจำกัดก็ตาม

กระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในชุมชน ดังกรณีศึกษาในพื้นที่ อ.แม่สรวย นี้ จึงเพิ่มการเข้าถึงกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้เป็นทวีคูณ ในปัจจุบัน กิจกรรม

“ชีวิตออกแบบได้” ได้ขยายพื้นที่การจัดกิจกรรมครอบคลุม 6 ตำบลจาก 7 ตำบลของ อ.แม่สรวย มีผู้สูงอายุและ อสม.อีกหลายคน ที่สนใจและขอจัดกิจกรรมดังกล่าวให้กับผู้คนในหมู่บ้านของตนเองผ่านเครื่องมือ “เกมไพ่ไขชีวิต” และ “สมุดเบาใจ” ที่ออกแบบมาเพื่อความสะดวกในการจัดกิจกรรมด้วยตนเองได้

ชุมชนเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ

ครูเจนได้มีโอกาสร่วมทำงานกับคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease: NCD) ในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าให้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคไตเรื้อรัง โดยในระหว่างที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์ พยาบาลจะคัดกรองผู้ป่วยไตเสื่อมระยะที่ 4 ที่ไม่ประสงค์รับการรักษาบำบัดทดแทนไต และผู้ป่วยไตเสื่อมระยะที่ 5 ทุกคน มาพบครูเจนเพื่อพูดคุยวางแผนการดูแลล่วงหน้าก่อนพบแพทย์

หัวข้อที่ครูเจนชวนคุย ประกอบด้วย การทบทวนความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ครูเจนวาดให้เห็นกราฟเส้นทางชีวิตและสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตของผู้ป่วยไตเรื้อรังตั้งแต่ปัจจุบันจนถึงช่วงสุดท้ายของชีวิต และชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยทุกคนมีทางเลือกและมีสิทธิในการตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษา ในระยะท้ายของตนเอง ครูเจนพบว่า สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคเป็นฐานอยู่แล้ว การชวนคุยเพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้าทำได้ไม่ยากนัก เพราะผู้ป่วยเห็นว่ามีความตายอยู่เบื้องหน้า จึงใช้โอกาสนี้สำรวจ ทำความเข้าใจมุมมองด้านชีวิตและความตาย ผ่านความรู้สึกและความต้องการจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยด้วยว่า รพ.แม่สรวยมีระบบการดูแลแบบประคับประคอง ที่ช่วยดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หาย เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค

นอกจากนี้ครูเจนได้ชวนผู้ป่วยให้เขียนความต้องการดังกล่าวออกมาเป็นหนังสือแสดงเจตจำนงในการดูแลรักษา และบรรจุเอกสารดังกล่าวไว้ในสมุดประจำตัวผู้ป่วย ทำให้เกิดการพัฒนาระบบการจัดเก็บเอกสารไว้ในระบบเวชระเบียน เพื่อใช้สื่อสารกับทีมแพทย์อีกด้วย

กระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ครูเจนทำให้กับผู้ป่วยก่อนพบแพทย์นี้ยังช่วยให้เกิดการวางแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยด้วยเช่นกัน ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายหนึ่งขอไม่รับการรักษาบำบัดทดแทนไต ทั้งๆ ที่แพทย์และพยาบาลเห็นว่าเขาอายุยังน้อย และอาจพลาดโอกาสในการรักษา เมื่อครูเจนทำความเข้าใจถึงเหตุผล ก็พบว่าผู้ป่วยกังวลเรื่องอุปกรณ์ และภาระค่าใช้จ่าย จึงได้อาสาพาผู้ป่วยไปเยี่ยมบ้านของผู้ป่วย

อีกรายหนึ่งที่รับการบำบัดทดแทนไต ด้วยวิธีล้างไตทางหน้าท้อง เมื่อเขาเห็นบ้านที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เพียงแต่มีการปรับสภาพแวดล้อมเล็กน้อย และเห็นว่ามีภาระค่าใช้จ่ายไม่มากเท่าที่เคยคิดไว้ ทำให้ผู้ป่วยรายนี้เห็นความเป็นไปได้ และเปลี่ยนใจขอรับการดูแลบำบัดทดแทนไตในที่สุด

การทำความเข้าใจเหตุผลของผู้ป่วยในการไม่เลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต แต่เลือกการดูแลแบบประคับประคองแทนโดยครูเจนนี้ ช่วยตอกย้ำให้เห็นว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้า มิใช่เพียงการดูแลในช่วงท้ายของชีวิตเท่านั้น แต่เป็นกระบวนการทำความเข้าใจที่มาของการตัดสินใจนั้นด้วย การตัดสินใจออกแบบแนวทางการรักษาที่ขาดข้อมูลอย่างรอบด้าน อาจทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาส ในการรักษาที่ดีด้วยเช่นกัน ดังนั้นจึงเป็นความรับผิดชอบของบุคลากรสุขภาพในการสำรวจ ทำความเข้าใจเพิ่มเติม ในกรณีที่ชวนผู้ป่วยวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่มีโรคประจำตัวที่ซับซ้อน ดังกรณีของโรคผู้ป่วยไตเรื้อรังนี้

ปัจจุบัน ครูเจนได้เริ่มทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease: COPD) และขยายการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้กับแพทย์ พยาบาลของ รพ.แม่สรวยมากขึ้น โดยมีความมุ่งหวังที่จะให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ในทุกจุดบริการของโรงพยาบาล

“มุมอุ่นใจ” เป็นคลินิกที่ครูเจนให้บริการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแบบหนึ่งต่อหนึ่ง และดูแลจิตใจผู้ป่วยรวมทั้งบุคลากรสุขภาพผ่านการใช้ไพ่ฤดูฝน ครูเจนได้มีโอกาสใช้ไพ่ฤดูฝนในการดูแลลูกชายสองคนของคุณแม่ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะท้ายวัย 31 ปี รายหนึ่ง ครูเจนพบว่าในช่วงที่คุณแม่ของเด็กเจ็บป่วยหนัก เด็กๆ ไม่ได้ใกล้ชิดคุณแม่นัก และทราบข่าวการเจ็บป่วยของคุณแม่จากคุณน้า เด็กๆ มาเจอคุณแม่ในเวลาที่อาการหนัก และจำหน้าคุณแม่ของตนไม่ได้ เด็กทั้งสองจึงบอกความต้องการผ่านไพ่ฤดูฝนว่า ตนขอรับรู้ทุกอย่างเกี่ยวกับแม่ อยากให้ทุกคนในบ้านมองว่าเขาเป็นลูกคนหนึ่งของแม่ ไม่อยากให้กีดกันพวกเขาออกมาจากแม่ ครูเจนถามว่าอยากให้คุณพ่อรับรู้ความต้องการนี้ด้วยหรือไม่ พี่น้องสองคนบอกว่าอยากให้ครูเจนช่วยสื่อสารให้

ความต้องการของลูกชายทั้งสองถูกสื่อสารไปยังทีมแพทย์และผู้ดูแลผู้ป่วย การดูแลจิตใจยังเป็นช่องว่างในระบบบริการสุขภาพ ที่บุคลากรสุขภาพไม่มีเวลาเพียงพอที่จะพูดคุย รวมถึงอาจขาดทักษะการดูแลจิตใจเบื้องต้น การที่ครูเจนได้ดูแลจิตใจของคนที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย ช่วยสนับสนุนกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าด้วยเช่นกัน

เพราะความทุกข์ที่เกิดขึ้นในใจผู้ป่วย หรือครอบครัวเอง มีส่วนปิดกั้นไม่ให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงคุณค่าที่แท้จริง ทำให้การตัดสินใจ หรือกระบวนการยอมรับเกิดขึ้นได้ยาก อย่างในกรณีคุณแม่รายนี้ จากเดิมที่คุณพ่อซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เลือกการดูแลที่กีดกันลูกๆ ทั้งสอง อาจเปลี่ยนไปหากคุณพ่อได้ทราบว่าลูกๆ มีความรักและเป็นห่วงคุณแม่ เขาทั้งสองมีความเข้มแข็งมากพอที่จะอยู่ดูแลคุณแม่ในช่วงท้ายของชีวิต การอนุญาตให้พวกเขาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล อาจจะทำให้เด็กๆ ทั้งสองคนภูมิใจที่ได้ทำทุกอย่างอย่างเต็มที่แล้ว คุณแม่เองอาจยอมรับการจากไปได้ง่ายขึ้น เมื่อพบว่าลูกๆ ทั้งสองของเธอนั้นเข้มแข็งมากเพียงไร

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ปัจจุบัน ครูเจนได้มีโอกาสกลับมาดูแลคุณพ่อคุณแม่ตามที่ตั้งใจที่บ้านเกิดของเธอเอง ครูเจนเริ่มเป็นที่รู้จักและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของผู้คนในชุมชนมากขึ้น กระบวนการขับเคลื่อนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ที่เธอใฝ่ฝันให้ทุกคนในชุมชน มีชีวิตที่มีความหมายและตายดีไปด้วยกัน ตลอดระยะเวลา 5 ปี ในชุมชน อ.แม่สรวย จ.เชียงราย ผ่านการจัดกิจกรรม “ชีวิตออกแบบได้”, การเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ และการดูแลจิตใจผู้คนใน “มุมอุ่นใจ” นี้ กำลังขยายพื้นที่การทำงานทั้งในเชิงกายภาพ มีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในชุมชนต่างอำเภอของ จ.เชียงราย และขยายกลุ่มเป้าหมาย ในการสร้างความตระหนักรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ให้กับบุคลากรสุขภาพมากขึ้น

จากการถอดบทเรียนกรณีศึกษานี้ของผู้เขียน ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายที่อาจเป็นไปได้ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้มากขึ้นของประชาชนทั่วไป มีดังนี้

1) ระบบบริการสุขภาพตระหนักว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้า เป็นภารกิจที่มีขนาดใหญ่ เกินศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในปัจจุบัน ควรเปิดโอกาสให้ภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วม ในการรับผิดชอบชีวิตและวางแผนการดูแลชีวิตทั้งในปัจจุบันที่มีสุขภาพแข็งแรงดีอยู่ไปจนถึงช่วงท้ายของชีวิต โดยมีกลไกที่ชัดเจนในการดูแลอาสาสมัครที่มีทักษะ ให้สามารถเข้ามามีส่วนร่วม ในการดำเนินกิจกรรมวางแผนการดูแลล่วงหน้าเชิงรุก หรือเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่แล้ว
2) การจัดให้มีหลักสูตรอบรม “กระบวนกรชุมชน” ที่มีทักษะการจัดกระบวนการ และองค์ความรู้ด้านการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การดูแลจิตใจเบื้องต้น ให้กับ

ประชาชนที่สนใจ อสม. ผู้ให้การดูแลของชุมชน (Caregiver) เพื่อให้สามารถเผยแพร่การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในวงกว้าง และเป็นผู้เชื่อมประสานกับเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองของระบบบริการสุขภาพ ในการดูแลสุขภาพช่วงท้ายของชีวิตตามแผนที่วางไว้

3) บุคลากรสุขภาพทุกคน ควรมีองค์ความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผ่านกระบวนการทำความเข้าใจความหมาย คุณค่า ความเข้าใจในตัวโรค และสามารถชวนผู้ป่วยวางแผนภาพรวมของชีวิตและความตายที่มีความหมายได้ ในกรณีโรคที่ซับซ้อน มีพยากรณ์โรคที่ยาก จึงส่งต่อให้บุคลากรสุขภาพเฉพาะทาง หรือแพทย์พยาบาลของศูนย์ดูแลประคับประคอง เพื่อช่วยวางแผนการดูแลล่วงหน้าในรายละเอียดต่อไป

ผู้เขียนขอขอบคุณคุณเจนจิรา โลชา, คุณจิตรลดา สมรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รับผิดชอบการดูแลแบบประคับประคองและ คุณรุ่งธิวา แก้ววงค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รพ.แม่สรวย สำหรับการสัมภาษณ์ที่เปี่ยมด้วยแรงบันดาลใจ ในการสร้างสรรค์การดูแลเพื่อผู้ป่วย และค้นเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการเขียนบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

(1) คณะทำงานจัดทำแนวทางการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) สำหรับประเทศไทย. (2565). มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย (Thai standards for advance care planning) พ.ศ. 2565. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), 5.

(2) ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2563). บทที่ 2 การดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย: การมุ่งสู่คุณภาพ. ในคู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 7-16.

(3) Kunakornvong W., Ngaosri K. Public Awareness and Attitude toward Palliative Care in Thailand. *Siriraj Medical Journal 2020,* 72, 424-430.

ประวัติผู้เขียน

นายแพทย์ฐากูร กาญจโนภาศ นายแพทย์ชำนาญการ อายุรแพทย์และการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลหาดใหญ่ ปัจจุบัน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และเจ้าของเพจเฟซบุ๊ก: ห้องเรียน Palliative Care

*ดูภาพประกอบได้ที่ หน้า 182

กอเตย ปิญชาดา ผ่องนพคุณ: นักออกแบบความตาย กับเรื่องเล่าของ เบาใจ Family

ปุณยอาภา ศรีคิรินทร์

ครอบครัวเบาใจที่จะทำให้คุณเป็นมิตรกับความตายได้มากกว่าที่เคย

“เราเคยเป็นพิธีกรงานแต่งงาน เห็น Wedding planner มาเยอะ เราเห็นการวางแผนงานแต่งงาน แต่ทำไมยังไม่มีใครทำการวางแผนเรื่องการตาย...”

ปิญชาดา ผ่องนพคุณ หรือ กอเตย ผู้ซึ่งนิยามตัวเองว่าเป็น Death planner หรือนักวางแผนการตายดี เล่าให้เราฟังสั้นๆ ถึงที่มาของการเกิด “เบาใจ Family” บริการดูแลให้คำปรึกษาสำหรับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และเป็นพื้นที่พูดคุยเรื่องชีวิตและความตายเพื่อให้คนอยู่และตายดี โดยยังคงเชื่อเสมอว่าทุกคนมีสิทธิที่จะออกแบบความตายของตัวเองได้ บทสัมภาษณ์นี้ เราจะพาไปรู้จักกับการทำงานและบริการของเบาใจ Family ให้มากขึ้น ผ่านมุมมองของเธอ

เบาใจ Family คืออะไร และทำอะไรอยู่บ้าง?

เบาใจ Family คือบริการให้คำปรึกษาการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) ให้แก่บุคคลผ่านการใช้สมุดเบาใจและเกมไพ่ไขชีวิต โดยปกติเราจะจัดเวิร์กชอปเรื่องนี้สำหรับบุคคลทั่วไปอยู่แล้ว ซึ่งเป็นการทำกิจกรรมร่วมกันหลายคน แต่สำหรับใครที่อยากได้รับการดูแลแบบไพรเวต หรือได้รับคำปรึกษาแบบรายบุคคล การมาใช้บริการเบาใจ Family จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ออกแบบบริการได้จำเพาะเจาะจงตามบริบทของผู้รับบริการแต่ละรายมากกว่า

อีกส่วนหนึ่งคือ เรามีกิจกรรมล้อมวงคุยในคลับเฮาส์ (Clubhouse) ชวนพูดคุยเรื่องชีวิตและความตาย สลับสับเปลี่ยนหัวข้อไปตามสถานการณ์ เช่น การุณยฆาต: ความตายที่เลือกได้และไม่เป็นภาระแก่คนข้างหลัง, วิธีเยียวยาใจตัวเองในวันที่ไม่โอเค, ชวนล้อมวงเล่นเกมไพ่ไขชีวิต หรือล่าสุด เราดูหนังญี่ปุ่นเรื่อง *Plan75* (2022) เลยลองมาตั้งวงคุยนั่นทำให้เห็นว่าคนรุ่นใหม่เห็นความสำคัญของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า แม้ว่าใน

อนาคต พวกเราทุกคนมีแนวโน้มที่จะอยู่อย่างโดดเดี่ยวมากขึ้น แต่อย่าเพิ่งหมดหวังไป เราอยากให้สังคมรู้ว่ายังมีบริการแบบนี้อยู่ บริการที่จะช่วยให้ทุกคนอยู่และตายดีได้ตามความปรารถนาของแต่ละคน

ใครบ้างที่มาใช้บริการ เบาใจ Family?

โดยทั่วไปเรามีบริการ 3 แบบ คือ ส่วนบุคคล ครอบครัว และคู่รัก กรณีครอบครัวหลายครอบครัวมีจุดร่วมเดียวกันคือ คุยกับคนในครอบครัวยากเหลือเกิน มันอึดอัดไปหมด จำเป็นต้องมีคนกลางชวนทุกคนคุยเพื่อให้ได้ทำแผนการดูแลล่วงหน้าได้ทั้งครอบครัว อีกส่วนหนึ่งคือคู่รักที่เพิ่งตัดสินใจใช้ชีวิตร่วมกัน มันทำให้เขาได้ทบทวนความสัมพันธ์ พูดคุยเรื่องการดูแลกันและกันในอนาคตยามเจ็บป่วย จริงๆ แล้ว ทุกคนสามารถทำสมุดเบาใจด้วยตัวเองได้ที่บ้าน แต่ในบางรายที่ต้องการการดูแลแบบพิเศษ เบาใจ Family จะช่วยให้บริการตรงนี้ได้

ผู้เข้ารับบริการเป็นอย่างไร เข้าใจงานของเรามากน้อยแค่ไหน?

ช่วงแรกก็มีคำถามเยอะนะ ว่าเราทำอะไร คนไม่เข้าใจเลยเพราะมันใหม่มากในไทย ช่วงหลังเราเลยเริ่มไลฟ์ (live) มีการคอลแลบ (collab) กับคนอื่น หรือมีสัมภาษณ์รายการทางไทยพีบีเอส คนเริ่มรู้จักและเข้าใจงานเรามากขึ้น ส่วนมากคนที่เดินเข้ามาปรึกษาเราจะเป็นคนที่ดูแลครอบครัวเป็นหลัก และติดขัดค้างคาในการคุยเรื่องความตายกับผู้สูงอายุในบ้าน แต่โดยรวมแล้วตอนนี้คนมีแนวโน้มจะพูดคุยเรื่องความตายมากขึ้นกว่าแต่ก่อนมาก

คุยเรื่องความตายกับผู้สูงอายุ ยากจริงหรือ?

ก่อนหน้านี้เราเข้าใจมาตลอดว่า คุยเรื่องความตายกับผู้สูงวัยคงยากมาก เขาคงมีความเชื่อหรือทรรศนะบางอย่างที่หลีกเลี่ยงการพูดเรื่องความตาย แต่ความเป็นจริงมันไม่ใช่เลย จากการพูดคุยกับหลายครอบครัวพบว่า จริงๆ แล้วผู้สูงอายุเปิดกว้างมาก เขาตระหนักอยู่เสมอว่าเวลามันเหลือน้อยลงทุกที แต่ก็ไม่รู้จะทำยังไง จะพูดคุยหรือเริ่มจากตรงไหน พื้นที่ไหนที่เขาจะพูดได้ หรือจะเดินไปบอกลูกหลานยังไงดีว่าตัดสินใจจะยื้อ/ไม่ยื้อชีวิตตัวเอง หากเราเป็นลูกหลาน ขอให้ลองสังเกตดูจะพบว่า ผู้สูงอายุมักพูดเรื่องความตายตลอดเวลา เช่น *“เกิดอะไรขึ้นไม่ต้องยื้อนะ ปล่อยเลยนะ...”* แต่มันเป็นเสียงที่เบามากจนเราแทบไม่ได้ยิน นั่นเพราะเราไม่มีพื้นที่มากพอให้เขาพูดออกมาอย่างเต็มปากเต็มคำ ในขณะที่ลูก

หลานอย่างเรากลับคิดไปเองว่า เขาไม่อยากพูดถึงความตาย แต่ย่อมขึ้นกับบริบทของแต่ละครอบครัว บางครอบครัวพ่อแม่เป็นฝ่ายอยากคุย แต่ลูกกลับปฏิเสธ หากลองมองให้ดี การไม่ยอมคุยเรื่องนี้มันมากไปกว่าเรื่องความเชื่อหรือความอัปมงคล แต่จริงๆ แล้วเราทุกคนกลัวการพลัดพราก เรากลัววันที่จะไม่ได้อยู่กับคนที่รักอีกแล้ว มันมีแค่นี้เลย ซึ่งเราจะบอกผู้สูงอายุอยู่เสมอว่า ที่พวกเราทุกคนต้องคุยกันในวันนี้ เพราะเราจะได้ใช้เวลาที่ยังมีกันและกันที่เหลืออยู่อย่างเต็มที่ ลูกหลานจะได้รู้ว่าต้องดูแลพ่อแม่แบบไหน

การพูดคุยกับผู้สูงอายุไม่ใช่เรื่องยาก เราจะเริ่มจากเรื่องบทบาทการดูแลก่อน เพื่อให้เขามั่นใจว่า วันหนึ่งหากเกิดอะไรขึ้นจะมีคนดูแลเขาอย่างแน่นอน เพราะลูกหลานเขาคิดถึงเรื่องนี้ เลยทำให้เรามาทำกระบวนการด้วยกันตรงนี้ไง มันเป็นสิ่งที่มีค่ามาก เพราะไม่ใช่ทุกบ้านที่ลูกหลานจะมาคอยคิดคอยถามนะ ว่าพ่อแม่ต้องการการดูแลแบบไหน ส่วนกลุ่มคนที่คุยยากจริงๆ จะเป็นกลุ่มคนที่คิดว่าความตายเป็นเรื่องต้องห้าม ไม่สมควรพูดถึง ซึ่งเป็นลักษณะปัจเจกของแต่ละบ้านมากๆ ในขณะที่จะมีกลุ่มที่เคยผ่านการสูญเสียมาก่อนแล้วเห็นความสำคัญ กับกลุ่มที่อยากคุยแต่ไม่รู้จะเริ่มยังไงในบ้าน ซึ่งสองกลุ่มหลังจะทำงานด้วยไม่ยากนัก

เรามักจะได้ยินผู้สูงอายุบอกว่า “ถ้าเป็นอะไรไปไม่ต้องยื้อนะ ให้ปล่อยเลย” มีเคสที่ต่างออกไปไหม?

มีค่ะ มีบางเคสเหมือนกัน ลูกพยายามบอกว่า ตอนใส่ท่อมันเจ็บนะ แต่พ่อบอกว่า อย่างน้อยขอยื้อสัก 1 ครั้งได้ไหม ขอลองดูหน่อย ซึ่งเราเปิดกว้างมาก เราเชื่อในเรื่องสิทธิความเป็นมนุษย์ เขาควรได้ในสิ่งที่ปรารถนา การใช้คำถามจากเกมไพ่ไขชีวิตนี่แหละจะทำให้ครอบครัวได้เห็นความต้องการของอีกฝ่าย ได้เห็นมุมมองของแต่ละคนมากขึ้น หรือบางบ้าน ลูกไม่รู้เลยว่าพ่ออยาก/ไม่อยากให้ยื้อกันแน่ ลูกก็จะตัดสินใจไม่ได้ เพราะยื้อพ่อก็จะเจ็บ แต่ถ้าไม่ยื้อเลยก็รู้สึกผิดอีก สำคัญที่สุดคือการรับรู้ว่ายื้อหรือไม่ยื้อเพราะเหตุใด สิ่งนี้จึงเป็นเรื่องที่ต้องสื่อสารกันล่วงหน้า

แล้วการคุยเรื่องความตายกับกลุ่มวัยรุ่น หรือ LGBT ล่ะ เป็นอย่างไร?

กลุ่มคู่รักวัยรุ่นที่เพิ่งตัดสินใจใช้ชีวิตร่วมกัน และกลุ่มคู่รัก LGBTQ+ หรือกลุ่มคนหลากหลายทางเพศ เป็นกลุ่มที่ทำงานด้วยค่อนข้างง่าย เราไม่มีอุปสรรคในการคุยเรื่องความตายเลย เพราะเขามีความพร้อมอยู่แล้ว โดยเฉพาะกลุ่ม LGBTQ+ ที่เขาย่อมรู้อยู่แล้วว่ามันยากที่จะ

ใช้ชีวิตคู่โดยที่ไม่มีกฎหมายมารองรับ หากถึงวันที่ตนเองป่วยหรือเสียชีวิตลง และต้องมีใครสักคนตัดสินใจ เขาก็อยากให้เป็นคนรักของตัวเอง แต่การคุยกับครอบครัวของอีกฝ่ายเป็นเรื่องยากลำบากเสมอ ในวันนี้ประเทศไทยยังไม่มีความแน่นอนเรื่องกฎหมายหรือ พ.ร.บ.สมรสเท่าเทียม ฉะนั้นการเข้ามาคุยและทำทุกอย่างให้เป็นรูปธรรมลายลักษณ์อักษรเสียตั้งแต่เนิ่นๆ จึงเป็นทางเลือกหนึ่งของเขา

เท่าที่ฟังดูแล้วมีเคสหลากหลาย เคสไหนประทับใจเป็นพิเศษ?

เรามีเคสหนึ่งที่เป็นคู่รัก LGBTQ+ เขาเข้ามาด้วยความทุกข์จากสภาพสังคม ในวันที่ประเทศไทยยังไม่มี พ.ร.บ.สมรสเท่าเทียม ครอบครัวอีกฝ่ายยังไม่เปิดรับพอที่พวกเขาจะวางใจได้ว่า หากวันหนึ่งเขาเจ็บป่วย คนรักของเขาจะมีสิทธิตัดสินใจแทนเขาได้มากน้อยแค่ไหน การตัดสินใจเลือกใช้สมุดเบาใจจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่อาจต้องนำไปใช้ในวันที่เกิดเหตุการณ์ไม่คาดฝัน เราเชื่อว่า Death planner ช่วยพวกเขาได้ มันคือการสร้างความมั่นใจเติมเต็มความเปราะบางและความไม่มั่นคงภายใน สมุดเบาใจจะทำให้เขาเชื่อมั่นว่า หากอีกฝ่ายเจ็บป่วยหรือจากไป เพียงแค่นำไปยื่นให้พ่อแม่ของอีกฝ่าย ครอบครัวก็จะเข้าใจความประสงค์โดยไม่จำเป็นต้องมีคำอธิบายใดๆ เพราะมันกระจ่างชัดเจนในตัวเองอยู่แล้ว

มันทำให้เราได้เห็นความสัมพันธ์ที่สวยงาม เราได้เห็นว่าคนที่รักกันจริงๆ และอยากดูแลกันจนวันสุดท้ายของชีวิตมันเป็นยังไง เราชวนเขาเล่นเกมไพ่ไขชีวิตเพื่อทบทวนคุณค่าและความหมาย เราได้เห็นว่าคนทั้งสองผ่านเรื่องยากๆ ด้วยกันมามากมาย ได้เห็นความเจ็บปวด จากสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม ครอบครัว แต่ทั้งคู่ก็ยังเลือกที่จะอยู่ด้วยกัน ทั้งสองต่างเชื่อมั่น และวางใจกันว่าเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต อีกฝ่ายจะดูแลเขาอย่างดีแน่นอน มันทำให้เราได้เรียนรู้ ได้เห็นโลกกว้าง ได้รู้ว่าที่ผ่านมาโลกของเรามันแคบเหลือเกิน

เคยเจอเคสยากๆ ไหม เล่าให้ฟังหน่อยว่าเป็นอย่างไร?

มีค่ะ เคยเจอเคสครอบครัวหนึ่ง เขามีภาวะความรุนแรงในครอบครัวระหว่างพ่อ-ลูก และพี่-น้องที่ไม่เข้าใจกัน พอเราสัมภาษณ์เรารู้เลยว่ามันยากมาก เกินมือเราแน่ๆ เรากลัวจะทำให้ทุกอย่างแย่ลงไปอีก แต่อีกใจก็คิดว่า ถ้าเราไม่ทำ เราจะก้าวผ่านชาลเลนจ์นี้ไปไม่ได้ และเขาเลือกเราแล้ว แปลว่าเขาต้องมั่นใจในตัวเรา จึงตัดสินใจรับมา

ในวันนั้นเราสั่นไหวมาก มันมีความยากหลายชั้น ทั้งความสัมพันธ์ของสามี-ภรรยา และพ่อ-ลูก ตอนแรกวางแผนใช้แพ็กเกจ 3 ชม.ครึ่ง แต่ในวันนั้นเราใช้เวลาด้วยกัน

กว่า 6 ชม.ครึ่ง เราเริ่มด้วยการแก้เรื่องความสัมพันธ์เป็นอันดับแรก เตรียมคำถามจากไพ่ไปไม่ถึง 10 คำถามเพื่อให้พวกเขาได้เคลียร์อะไรกันหลายๆ อย่าง หลังจากที่พวกเราใช้เวลาด้วยกันอย่างยาวนาน ทุกคนรวมทั้งเราเริ่มอ่อนล้า ฝ่ายภรรยาขอตัวไปเข้าห้องน้ำ ลูกลุกเดินออกไปทางอื่นพอดี เราอยู่กับฝ่ายสามีเพียงลำพัง เขาพูดกับเราขึ้นมาว่า *"ขอบคุณคุณกอเตยมากเลยนะที่มา ผมไม่เคยได้พื้นที่ในการพูดแบบนี้เลย"* เราเข้าใจทันทีว่าที่ผ่านมาเขาไม่มีพื้นที่สื่อสารหรือผ่องถ่ายบางอย่าง เขาบอกว่าพอได้พูดความรู้สึกออกมาแล้วก็รู้สึกดีมากที่ยังมีคนเห็นคุณค่าของเขาอยู่ มันทำให้เราได้เข้าใจว่าพฤติกรรมของเขามาจากสาเหตุอะไร และสุดท้ายเราได้เห็นว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นมาทั้งหมดในครอบครัวล้วนมาจากพื้นฐานของความรักทั้งสิ้น *"ครอบครัวเราเป็นขนาดนี้แล้ว อะไรที่ทำให้เรายังอยากอยู่ด้วยกันเหรอ?"* - เราถามออกไปแบบนั้น *"อยู่ไปงั้นๆ แหละ เจ็บป่วยก็ต้องดูแลกัน ก็อยู่ด้วยกันไปแล้วนี่"* - ฝ่ายภรรยาตอบ

ยิ่งเราได้เห็นข้อความในสมุดเบาใจของฝ่ายสามีเขียนไว้ว่า *"สิ่งที่อยากทำให้สำเร็จก่อนตายคือ ขอให้ภรรยาเข้าใจเขามากกว่านี้"* ส่วนฝ่ายภรรยาเขียนว่า *"ให้สามีช่วยเอาเปลือกส้มไปทิ้งขยะ และเปิดฝากระโปงรถในน้อยลงหน่อยเถอะ"* (สามีเป็นคนตัวเล็ก ภรรยากลัวว่ากระโปรงรถที่หนักจะหล่นทับตัวเขา) มันทำให้เราเห็นว่าอะไรบางอย่างที่สะสมมายาวนานทับถมไว้ในครอบครัวจนทำให้ไม่สามารถพูดคำว่ารักออกมาได้ เรารู้ทันทีว่า หากเราให้เขาเขียนแค่สมุดเบาใจแล้วจบไป มันก็จะเป็นแค่สมุดเบาใจ แต่ความสัมพันธ์ก็ยังไม่ได้แก้ไข ฉะนั้นเวลาตลอด 6 ชม. กว่านี้ เป็นช่วงเวลาที่มีความหมายและคุ้มค่ามากๆ สำหรับเราท้ายที่สุดแล้ว เราไม่มีทางรู้เลยว่า หลังจบกระบวนการแล้วครอบครัวเขาจะเป็นยังไง เรามีกระบวนการร่วมกันแค่ไม่กี่ชั่วโมง แต่เขาอยู่กันมาทั้งชีวิต แต่อย่างน้อยเราเชื่อมั่นว่า ถ้ามันเกิดเหตุการณ์แบบเดิมอีก เขาจะระลึกถึงวันที่เคยได้นั่งคุยกัน เราวางใจมากพอว่า ความขัดแย้งต่างๆ มันเกิดมาจากพื้นฐานของความรัก

ทำมาแล้วทั้งหมดกี่เคส?

ปีแรกๆ เป็นช่วงนำร่อง (pilot) เราเลยทำเยอะ (ประมาณ 40 กว่าเคส) เน้นปริมาณไว้ก่อน แต่กลับพบว่าคุณภาพมันต่างจากการทำในปีนี้มาก (8-9 เคส) แม้เคสจะน้อยกว่ามาก แต่เรากลับคิดว่านี่แหละคือคุณค่าของสิ่งที่เราทำ เราไม่ได้มุ่งหวังให้สมุดเบาใจต้องเสร็จ แต่เรามุ่งหวังว่า ถัดจากนี้ความสัมพันธ์ของเขาจะดีขึ้น ซึ่งมันเป็นสิ่งที่มีค่ามาก

วิธีการทำงานของเบาใจ Family เป็นอย่างไร ใช้เครื่องมืออะไรบ้าง?

ที่จริงแล้วเป้าหมายของเบาใจ Family คืออยากให้ทุกคนเขียนสมุดเบาใจได้สำเร็จ แต่ละคนมีความพร้อมไม่เท่ากัน เราจะดูบริบทของผู้รับบริการเป็นหลัก แล้วออกแบบกระบวนการหรือเลือกใช้เครื่องมือให้ตรงกับโจทย์มากที่สุด หลายครอบครัวจำเป็นต้องแก้ไขในชั้นของความสัมพันธ์ก่อน การได้พูดคุย และดูแลกันในครอบครัวจึงเป็นเรื่องสำคัญมาก ก่อนที่จะนำไปสู่การสื่อสารถึงเรื่องความตายในวันสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเกมไพ่ไขชีวิตจะเข้ามามีบทบาทมากในขั้นตอนนี้ ด้วยความที่ไพ่มีหลายหมวดหมู่ ทั้งความสัมพันธ์ และทัศนคติ ฯลฯ เราต้องประเมินกลุ่มเป้าหมาย คัดเลือกคำถาม แล้วจัดเรียงตามความเข้มข้นเพื่อแก้ปัญหาไปทีละเรื่อง ซึ่งมักจะใช้เรื่องความสัมพันธ์เป็นหมวดแรกในการเริ่มพูดคุย บางบ้านแทบไม่ได้ใช้สมุดเบาใจเลยในช่วงแรก ต้องใช้เวลาในการแก้ความสัมพันธ์ก่อน เพราะเขามีความเข้าใจหลายอย่างไม่ตรงกัน ค้างคาใจ และที่ผ่านมาชีวิตมันเร็วมากจนแทบไม่มีโอกาสได้คุยกัน สำหรับเรา ไพ่จึงมีบทบาทมากๆ ในการทำงาน เพราะคำถามในนั้นมันนำไปสู่การสื่อสารได้มากกว่าสมุดเบาใจเสียอีก

แต่วิธีเหล่านี้ก็ไม่ได้เหมาะกับทุกครอบครัว ในบางเคส เราแทบไม่ได้ใช้เครื่องมืออะไรเลย เพราะเขาไม่ชอบการเอาไพ่วางตรงหน้าแล้วถาม แต่เขาชอบวงสุนทรียสนทนา (Dialogue) ฉะนั้นเราต้องมีคลังคำถามในตัวเองมากพอเพื่อจะได้รู้ว่าจังหวะไหนจะถามอะไร อาจตั้งต้นโดยใช้คำถามจากไพ่แค่ 1 ใบ แล้วเปิดประเด็นให้เขาต่อไปเรื่อยๆ การมีสุนทรียสนทนาจึงสำคัญมาก ต้องใช้หลายเครื่องมือผสมกัน นอกเหนือจากสมุดเบาใจและเกมไพ่ไขชีวิต เครื่องมือหนึ่งที่ต้องใช้มากๆ คือการฟัง เพราะท้ายที่สุดหลังจบกิจกรรมไปแล้ว เราคงแก้ความสัมพันธ์ทั้งหมดไม่ได้ แต่อย่างน้อยมันแก้ในชั้นพฤติกรรม และมันทำให้เขารู้ว่าอย่างน้อยก็มีใครสักคนที่รับฟังเขาจริงๆ

แต่เดิมการทำงานจะทำ 1 ครั้ง (ใช้เวลา 3 ชม./แบ่งเป็น 2 เซกชัน) แต่ภายหลังปรับเป็น 2 ครั้ง (3+2 ชม.) ผู้รับบริการสามารถเลือกใช้บริการ 2 ชม.หลังเพื่อทำสมุดเบาใจหรือไม่ก็ได้ (ซึ่งที่จริงเราคิดว่ากระบวนการมันเสร็จสมบูรณ์ไปตั้งแต่ 3 ชม. แรกแล้ว ไม่จำเป็นต้องซื้อ 2 ชม.หลังเพิ่มก็ได้) ซึ่งในส่วนนี้ เราจะเพิ่มเติมเรื่องอื่นที่เกี่ยวข้องให้อีก เช่น การทำพินัยกรรม กฎหมาย หรือการมีคนในครอบครัวจากไป คนในบ้านต้องทำอะไรบ้าง เป็นต้น แต่หลายๆ เคส ทำกิจกรรมครั้งเดียวไม่เสร็จ บางทีใช้เวลาทั้งวันกับการชวนคุยด้วยไพ่ ซึ่งไม่เป็นไรเลย เพราะเราคิดว่าถ้ากระบวนการที่ใช้ไพ่คุยมันดี มันก็ฟูลฟิลตั้งแต่ตอนนั้นแล้ว ค่อยเอาสมุดเบาใจไปเขียนกันเองที่บ้านก็ได้ เช่น คำถามหนึ่งในไพ่ถามว่า “หาก

วันหนึ่งคุณป่วยระยะท้าย คุณจะให้แพทย์ยื้อชีวิตหรือไม่” ซึ่งมันเป็นจุดประสงค์เดียวกับสมุดเบาใจเลยในประเด็น Advance directive เราเชื่อเสมอว่า ถ้าเบาใจ Family ทำงานแบบผู้ให้บริการ เราก็จะเป็นแค่ผู้ให้บริการเท่านั้น แต่ถ้าเราทำงานแบบเป็นเพื่อน เบาใจ Family จะกลายเป็นชุมชนกรุณา หากเราทำเคสจบและไม่ติดตาม มันเป็นแค่ตัวชี้วัดว่าเราทำเสร็จ แต่ไม่ได้ชี้วัดความสำเร็จ ฉะนั้นหลังจบงาน เราจะติดตามเคสในฐานะเพื่อนพี่น้อง คุยกับทุกคนว่าเป็นอย่างไรบ้าง หากได้ยินว่าเขาสบายดี เราก็จะสบายใจไปด้วย เพราะในชีวิตจริงอาจไม่มีใครถามเขาด้วยซ้ำ

การสื่อสารเรื่องความตายยังเป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทย มีคำแนะนำในการทำงานไหม?

หากให้ถอดบทเรียนการทำงานของตัวเอง เราเชื่อว่าตัวเราเองจะเป็นต้นทุนสำคัญ ก่อนอื่นคุณต้องรู้สึกให้ได้ก่อนว่า การเขียนสมุดเบาใจมันเป็นยังไง เราผ่านครอบครัวที่มีพ่อทำสมุดเบาใจแล้วเราส่งพ่อตายดีได้ เราเห็นทุกกระบวนการของมันตั้งแต่ต้นจนจบ ทุกคนไม่จำเป็นต้องผ่านการสูญเสียแบบนี้นะ แต่ต้องเชื่อมั่นว่ามันสามารถส่งให้คนตายดีได้ นี่คือสิ่งที่สำคัญมาก เราเชื่อมั่นเสมอว่าสิทธิการตายนั้นเป็นของเรา และก็เป็นของคนอื่นด้วย ฉะนั้นอีกสิ่งที่ต้องตระหนักไว้เสมอคือ ในวันที่เรายื่นสมุดเบาใจให้เขา เราต้องการให้เขารู้จักกับมัน ไม่ใช่เพียงแค่ให้เขาติ๊กลงในช่องว่าจะยื้อ/ไม่ยื้อชีวิต แม้เราจะอยากให้เขารับรู้ว่าการตายตามธรรมชาติมันโอเคที่สุดแล้ว แต่มนุษย์แต่ละคนมันหลากหลาย ไม่ใช่ทุกบ้านจะเลือกไม่ยื้อชีวิต เราจะไม่บังคับเขา แต่ต้องวางใจ และเคารพการตัดสินใจของเขา แน่นอนว่ามันทำให้เราสั่นไหว แต่เราคิดว่าเครื่องมือของ Peaceful Death ตอบโจทย์มากสำหรับคนทุกแบบ สามารถประยุกต์ได้ตามบริบทเลย เราเชื่อมั่นว่าใครก็ตามที่ผ่านการเรียนรู้การใช้เครื่องมือแล้ว ทุกคนสามารถเป็น ACP facilitator (กระบวนกรการวางแผนการดูแลล่วงหน้า) ได้ อยู่ที่ว่าจะเอาไปประยุกต์แบบไหน ขอให้ทำด้วยความสนุกสร้างสรรค์ คอยปรับไปตามบริบทจะดีกว่า

ในฐานะกระบวนกรการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ทำอย่างไรให้เขาไว้วางใจเรา?

ในวันที่เราเจอเขาครั้งแรก เราเป็นคนนอก เราจะบอกตั้งแต่ต้นเลยว่า เราอาจไม่ค่อยคุ้นเคยกันนะ แต่เดี๋ยวเราจะนั่งคุยกันสักพัก แล้วจะรู้จักกันไปเรื่อยๆ เอง เพราะหากเราเข้าไปจี๊จ๊ะใส่เขาเลยอาจไม่เหมาะ บางคนไม่ได้อยู่ในแชนเนล (channel) ที่ตรงกับเรา และเราจะเปิดโอกาสให้เขาถามเลยว่า อยากรู้จักเรามุมไหน ให้ถามมาได้เลยนะ เราจะตอบด้วย

ความจริงใจ เพราะเราสังเกตจากบ้านตัวเอง เวลาที่มีเพื่อนมาบ้าน แม่จะชอบถามว่านั่นใคร? ทำงานอะไร? เราพบว่าผู้สูงอายุจะถามไม่เยอะ เช่น พ่อแม่ทำงานอะไร? ทำไมถึงมาทำงานแบบนี้? ฉะนั้นหากเรามีเรื่องราว ตอบด้วยความจริงใจ มันเหมือนกับประตูบานแรกเปิดออกเลย Storytelling (การเล่าเรื่อง) เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลกับคนมาก เคยมีคำถามแปลกๆ ด้วยนะ เช่น น้ำหนักตัวเท่าไหร่? (หัวเราะ) เราลองให้แกล้งทายเล่น มันเกิดเสียงหัวเราะ กำแพงระหว่างเขาก็ทลายลงตรงนั้น มันเหมือนการทำเวิร์กชอป แล้วมีกิจกรรมสันทนาการนั่นแหละ แต่งานของเราต้องทำกับครอบครัว จะให้เขาลุกขึ้นเต้นคงไม่ได้ ต้องพยายามปรับไปตามบริบทแต่ละเคสแทน

อยากฝากอะไรถึงภาครัฐหรือผู้เกี่ยวข้องในประเทศไทยบ้าง?

เราสนใจเรื่องสิทธิมนุษยชนมาโดยตลอด พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ได้กำหนดไว้ว่าประชาชนชาวไทยทุกคนมีสิทธิที่จะตายดีได้ จนถึงวันนี้ผ่านมาแล้ว 15 ปี แต่ยังมีคนไทยอีกเยอะมากที่ไม่รู้ว่าตัวเองมีสิทธินี้ และไม่รู้ว่าจะทำยังไงดีเมื่อช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตมาถึง รัฐควรทำให้เห็นว่าทุกคนสามารถเข้าถึงสิทธินี้ได้ไม่ว่าจะยากดีมีจนยังไง บางคนคิดว่าต้องเป็นคนมีเงิน ถึงจะได้ตายดีตามปรารถนา แต่นั่นไม่จริงเลยครอบครัวเราไม่ได้มีเงินทองมากมาย และในวันที่พ่อล้มป่วย เส้นทางก็ไม่ได้ราบรื่นสวยงาม แต่ครอบครัวเราสามารถทำให้พ่อตายดีได้ตามปรารถนา อยากฝากถึงรัฐบาลว่า ควรช่วยสนับสนุน สื่อสารออกมาให้ประชาชนเห็น ให้รู้ว่าทุกคนสามารถเข้าถึงการตายดีได้ ชุมชนกรุณาสามารถสร้างได้ ตลอดเส้นทางการมีชีวิตจนกระทั่งตายจากไปของประชาชนแต่ละคนมันยาวนานมาก มีราคาที่ต้องจ่ายมหาศาล รัฐควรมีสวัสดิการให้คุ้มค่ากับภาษีที่ประชาชนต้องจ่ายมาทั้งชีวิต

มีอะไรอยากทิ้งท้ายถึงคนที่ยังไม่เคยใช้สมุดเบาใจไหม?

เราพูดเสมอว่า ทุกคนโชคดีมากที่รู้จักสมุดเบาใจในวันที่ยังสุขภาพดี เพราะการทำสมุดเบาใจในคนป่วยไม่ใช่เรื่องง่ายเลย มันเต็มไปด้วยความรู้สึกหลายอย่างที่ท่วมท้นปนเปกับความเจ็บปวด ตอนพ่อเราล้มป่วยด้วยโรคมะเร็ง พ่อรู้จักสมุดเบาใจเพียงแค่ 8 เดือนเท่านั้น ในวันนี้พ่อเสียไปแล้ว เรายังไม่แน่ใจเลยด้วยซ้ำว่าพ่อรู้หรือเปล่าว่าสมุดเบาใจคืออะไร แต่เราเลือกที่จะทำมัน แล้วมันก็ทำให้พ่อเราตายดีได้ตามปรารถนา หากคุณเป็นลูก อยากให้ลองชวนพ่อแม่ทำ หรือหากเป็นพ่อแม่ก็อยากให้ชวนลูกๆ ทำด้วย เพื่อให้เขารับรู้เจตนา

ของเรา อาจทำเป็นหมุดหมายประจำปีของครอบครัว เช่น ทุกวันเกิด วันขึ้นปีใหม่ วันสำคัญของครอบครัว แล้วปีหน้าค่อยมาทบทวนใหม่ เพราะเมื่อคุณเขียนไป คุณเปลี่ยนแปลงมันได้เสมอ และในวันที่มีสมาชิกในครอบครัวบางคนจากไป มันจะดีแค่ไหนถ้านั่นหมายความว่าทุกคนในครอบครัวมีส่วนในการส่งให้เขาได้ตายดีตามปรารถนา ควรทำเสียตั้งแต่ในวันที่ยังสุขภาพดี เพราะมันไม่สำคัญเลยว่าปลายทางคุณจะตายยังไง แต่มันสำคัญว่าวันที่เหลืออยู่จะใช้ชีวิตอย่างไรต่างหาก ยิ่งใช้มันเร็วเท่าไหร่ เราจะตระหนักรู้ว่าทุกนาทีที่เรามีอยู่ตอนนี้มีคุณค่ามากเพียงใด ก่อนที่วาระสุดท้ายจะมาถึง

*ดูภาพประกอบได้ที่ หน้า 182

ประสบการณ์ชุมชนกรุณา และเมืองกรุณา

การทำงานชุมชนกรุณา ในกลุ่มผู้สูงอายุของกลุ่มขะไจ๋

ปุณยอาภา ศรีคิรินทร์

“ขะไจ๋ (KAJAI)” คือกลุ่มเพื่อนนักกิจกรรมที่รวมตัวกันเพื่อเผยแพร่ความรู้เรื่อง “ชุมชนกรุณา” ชุมชนที่จะทำให้ทุกคนมีชีวิตอย่างมีความหมายและตายดีตามปรารถนา ผ่านการจัดหลักสูตรอบรม ผลิตเนื้อหา และกิจกรรมสาธารณะด้วยเครื่องมือและรูปแบบการเรียนรู้หลากหลาย ขะไจ๋ดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐและภาคีอย่างต่อเนื่องในเขตพื้นที่ภาคเหนือ (เชียงใหม่ เชียงราย และลำปาง) ทั้งในรูปแบบกิจกรรมสาธารณะในพื้นที่และออนไลน์อย่างสม่ำเสมอ จนได้รับการยอมรับในวงกว้าง ปัจจุบัน งานของขะไจ๋ได้ถูกนำไปขยายผลและใช้จริงในหน่วยงานรัฐหลายแห่งอย่างต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลา 4 ปี ขะไจ๋ก้าวผ่านอุปสรรคและปัญหาหลากหลายรูปแบบจากการค่อยๆ แก้ไข เรียนรู้ และถอดบทเรียนร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ ทุกปัจจัยความสำเร็จล้วนเป็นบทพิสูจน์แล้วว่าทีม “ขะไจ๋” ไม่ได้เป็นแค่กระบวนกรชุมชนเท่านั้น แต่คือกลุ่มคนที่พร้อมจะขับเคลื่อนสังคมไทยไปสู่การเป็นสังคมแห่งความกรุณา เป็นกลุ่มคนที่พร้อมจะรับฟัง เข้าใจ และเป็นที่ปรึกษาตลอดการเดินทางของผู้คนจวบจนวันสุดท้ายของชีวิตมาถึง

นี่คือบทสัมภาษณ์ที่จะชวนผู้อ่านถอดบทเรียนการทำงานชุมชนไปพร้อมๆ กัน ผ่าน 4 หนุ่มสาวที่เป็นฟันเฟืองหลักของทีม ได้แก่ วิชญา โมพีชาติ (เบนซ์) ในพื้นที่เชียงใหม่ เจนจิรา โลชา (เจน) พื้นที่เชียงราย และ สุธีลักษณ์ ลาดปาละ (อิ้ม) ร่วมกับ พันธกานต์ อินต๊ะมูล (เคน) พื้นที่ลำปางและการทำงานออนไลน์

สถานการณ์ในพื้นที่ตอนนี้เป็นอย่างไร/ มีการรับรู้เรื่องชุมชนกรุณามากน้อยเพียงใด?

สุธีลักษณ์/พันธกานต์: ชุมชนมีการรับรู้คำว่า “ชุมชนกรุณาลำปาง” และ “ชุมชนกรุณาขะไจ๋” ใกล้เคียงกัน พื้นที่รับรู้การทำงานของทีมมากพอสมควร โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มักรู้สึกสะดุดหูและให้ความสนใจ รู้ว่าการอยู่และตายดีคืออะไร และรับรู้ว่าหากพูดถึงเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จะมีเรา ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่คอยดูแลสนับสนุนเรื่องนี้อยู่

เจนจิรา: ตอนนี้หน่วยงานรัฐในพื้นที่ (เชียงราย) รับรู้ว่าเราทำงานเรื่องการออกแบบชีวิตระยะท้าย เราได้รับการสนับสนุนเต็มที่อย่างต่อเนื่อง สถานการณ์ตอนนี้ พบว่าผู้สูงอายุมองเรื่องความตายอย่างเป็นมิตรมากขึ้น สามารถพูดถึงได้ รู้สึกดีที่ได้พูดถึงและเห็นว่ามีประโยชน์ ซึ่งง่ายกว่าในช่วงแรกของการทำงานมาก

วิชญา: แม้จะเป็นช่วงโควิด แต่กลุ่มชมภูกรุณา (อ.สารภี จ.เชียงใหม่) ยังคงมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น ลงติดตามเยี่ยมบ้านและช่วยงานศพ และยังนำแนวคิดเรื่องชุมชนกรุณาไปใช้ต่อยอดในพื้นที่บริการ 17 พื้นที่ใน 5 จังหวัดภาคเหนือ โดยเชื่อมโยงกับเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้เห็นถึงความเข้มแข็งของกลุ่มมาก

การทำงานของทีมขะไจ๋ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร?

สุธีลักษณ์/พันธกานต์: ตอนนี้ทีมทำงานหว่านแห ไม่ได้ทำในชุมชนใดชุมชนหนึ่งแน่นอน ได้เริ่มเปิดคอร์สสาธารณะ (Public course) มากขึ้น ปีแรกไปสอนในโรงเรียนผู้สูงอายุ ปีต่อมาจับงานกระบวนกรชุมชน แต่ไม่ประสบความสำเร็จนัก เพราะผู้เข้าอบรมไม่นำไปทำกิจกรรมต่อในพื้นที่ มีการจัดหลักสูตรระยะสั้น 1 วัน มีภาคีเครือข่ายจากศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จ.ลำปาง (บ้านพักคนชราลำปาง) ที่เราเคยทำงานด้วยมาเข้าร่วมมากมาย เช่น สภาผู้สูงอายุ จ.ลำปาง อาสาสมัครพัฒนาสังคมจากต่างอำเภอ ได้เรียนรู้เครื่องมือร่วมกัน (เกมไพ่ไขชีวิต และสมุดเบาใจ) และยังจัดกิจกรรมสาธารณะต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ทั้งออกบูธที่ตลาดปันน้ำใจและทำงานร่วมกับชุมชน ซึ่งเป็นจุดทำให้ผู้คนรู้จักเรามากขึ้น ตอนนี้มีอิ้ม (สุธีลักษณ์) และเคน (พันธกานต์) เป็นทีมงานหลัก โดยจะมีเพื่อนๆ หรือกลุ่มเครือข่ายต่างๆ แวะเวียนมาทำงานสนับสนุนกันในรูปแบบขาจรอยู่เป็นระยะ

ที่ผ่านมาการทำงานเรื่องการอยู่และตายดีกับผู้สูงอายุในลำปางไม่ยากมากนัก เขามีความพร้อมในการพูดคุย และหน่วยงานภาครัฐในท้องถิ่นก็รับรู้ถึงการทำงานของทีม ปีนี้จึงตั้งใจจะทำงานลงลึกมากขึ้น โดยเพิ่มกิจกรรมแคร์คลับให้กับเจ้าหน้าที่ ตั้งใจจัดกิจกรรมระยะยาว ชักชวนเจ้าหน้าที่ที่เคยอบรมกับเรากลับมาทบทวนความรู้ เรามองว่ามันเป็นเทรนด์ของ พม.ด้วย (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์) ที่ต้องการทำงานส่งเสริมด้านนี้ เป้าหมายที่สำคัญที่สุดของเราคือ ผู้สูงอายุได้สื่อสารและวางแผนสุขภาพล่วงหน้า

เจนจิรา: ทำงานร่วมกับ อบต. และ รพ.แม่สรวยเป็นหลัก และได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี มักปรับกระบวนการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่อยู่เสมอ โดยปีนี้เริ่มขยายกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุในเมือง (ชุมชนบ้านสันโค้งและบ้านดู่) ได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี

วิชญา: ในช่วงโควิดที่ผ่านมา มีการจัดอบรมบ้าง แต่ไม่ได้มีการติดตามเชิงลึกหรือลงชุมชนมากนัก แต่ยังพบเจอกลุ่ม อสม. เพื่ออัปเดตความรู้กันอยู่เสมอผ่านเกมไพ่ไขชีวิตและสุนทรียสนทนา

ผลลัพธ์จากการทำงานที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ตรงตามความหวังไหม?

วิชญา: ที่ผ่านมาเราได้เห็นชุมชนดูแลกันเป็นอย่างดีอยู่แล้ว โดยที่เราไม่ต้องทำอะไรมาก แต่เราก็พร้อมที่จะช่วยแก้ปัญหาเสมอ ในกรณีที่ผู้เสียชีวิตระบุความต้องการพิเศษไว้ หรือเกิดการจัดการที่ยุ่งยากแก่ญาติ ในความเป็นจริงแล้ว เวลามีคนตายในชุมชน ไม่เคยมีการเอาสมุดเบาใจมาไล่เปิดดูกันหรอกว่าเขาทำตามนั้นไหม เพราะส่วนมากมาจากการพูดสั่งเสียปากเปล่ามากกว่า แต่สิ่งสำคัญคือ เราได้เห็นว่ามันมีบทสนทนาเหล่านี้เกิดขึ้นแล้วในชุมชน

เจนจิรา: คิดว่างานที่ผ่านมาเกิดมรรคผล เราได้ทำงานกับผู้สูงอายุในพื้นที่ทั้งทางตรงและทางอ้อม เราร่วมงานกับโรงพยาบาลและ อบต. ในฐานะวิทยากรหลัก (ในนาม Peaceful Death และ ขะไจ๋) เน้นดูแลกลุ่มผู้ป่วยไตและถุงลมโป่งผ่านการทำแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายโดยตรง และร่วมมือกับ อบต.แม่พริกจัดกิจกรรม “กองทุนแพมเพิร์ส” ระดมทุนเพื่อผู้ป่วยติดเตียงและผู้สูงอายุติดบ้าน ทำให้เกิดภาพชุมชนกรุณาขึ้น อีกส่วนหนึ่งคืองานอบรมให้ อสม.และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เขามีความรู้ไปดูแลผู้สูงอายุอีกทีหนึ่ง ในส่วนนี้เรายังไม่มั่นใจนักว่า สามารถกระจายความรู้ความเข้าใจไปถึงผู้สูงอายุและผู้ป่วยได้มากน้อยเพียงใด

สุธีลักษณ์: งานที่ผ่านมาตรงตามความคาดหวังของทีม แต่เป็นในสเต็ปแรกๆ เท่านั้น เราได้เห็นผู้คนเริ่มมีความเข้าใจเรื่องชีวิตและความตาย เห็นความสำคัญ และทำให้เกิดแรงกระเพื่อมได้บ้าง แต่ยังไม่จริงจังนัก หากเปรียบเทียบว่ามีบันได 10 ขั้น เราอยู่ที่ขั้นแรกเท่านั้น เพราะที่ผ่านมาแค่ได้พูดคุย แต่ยังไม่ได้ติดตามหรือทำงานต่อด้วยตั้งแต่ต้นจนจบ

จนเกิดเป็นกระบวนการรูปธรรมชัดเจน เราได้มีโอกาสคุยกับ ผอ.กองสาธารณสุขฯ จ.น่าน ได้เห็นว่าเขาทำกระบวนการนี้ได้ตั้งแต่ต้นจนจบ เขามีการสร้างความตระหนักให้ชุมชนเห็นความสำคัญ มีการจัดอบรมบุคลากร (อสม. ผู้นำชุมชน ฯลฯ) ให้มีความรู้ จนสามารถชวนคิดชวนคุยได้ มีการเสริมทักษะให้ อสม./Caregiver (CG) มีคลินิกเบาใจที่มีพยาบาลคอยให้คำปรึกษา และเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายแล้ว ก็สามารถเลือกเข้าไปอยู่วอร์ดเฉพาะในโรงพยาบาล เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเข้าใจ หรือกลับไปอยู่และตายดีที่บ้านได้ตามปรารถนา และเมื่อเสียชีวิตลงแล้ว จะมีการเขียนป้ายติดในงานศพด้วยว่า ผู้เสียชีวิตได้ทำสมุดเบาใจและได้ตายตามเจตนารมณ์ โดยการสนับสนุนของ รพ.น่าน พร้อมคิวอาร์โค้ดให้สแกน ด้วยว่าหากผู้ใดเห็นแล้วอยากทำแผนการดูแลล่วงหน้า ก็สามารถติดต่อได้ที่ไลน์ของโรงพยาบาล เรียกได้ว่าเป็นการทำงานที่ครบจบกระบวน ในขณะที่งานของเรายังเป็นแค่การบอกข้อมูล ตีฆ้องร้องป่าวว่ามันดี มีประโยชน์ แต่เราไม่รู้เลยว่าโดยเส้นทางของระบบมันจะสอดคล้องทำให้ผู้ป่วยไปถึงในจุดที่เราฝันไว้ได้ไหม

พันธกานต์: ที่ผ่านมาเราพบว่าผู้สูงอายุมองไม่ออกว่าระยะท้ายของตัวเองออกแบบได้ หากตัวเองต้องตาย คงปล่อยให้เป็นไปตามยถากรรม ถ้าจะตายดีได้ต้องมีเงินทองมากมาย หรือให้ลูกหลานช่วยเหลือ เป้าหมายที่เราอยากไปถึงจริงๆ คืออยากเห็นหน่วยงานรัฐอำนวยความสะดวกและให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุมากกว่านี้ เพื่อให้เขาเห็นความเป็นไปได้ เรายังไม่มีเคสตัวอย่างผู้สูงอายุที่แสดงเจตจำนงสุดท้าย แล้วได้รับการตอบสนองว่ามันดีแค่ไหน ตอนนี้จึงพยายามเก็บตัวอย่างเคสที่ประสบความสำเร็จ แต่ในลำปางยังมีเคสที่เป็นรูปธรรมไม่มากนัก

ปัจจัยความสำเร็จของทีมขะไจ่คืออะไร?

เจนจิรา: เราทำสิ่งเดิม สื่อสารเรื่องเดิมมาตลอด 5 ปี มันทำให้คนเห็นความต่อเนื่องในงานของเรา ที่ผ่านมามีความสัมพันธ์อันดีกับ รพ.แม่สรวย และอบต.แม่พริก จึงทำให้ทำงานราบรื่น แต่สิ่งหนึ่งที่สำคัญคือการทำงานชุมชนต้องมีความยืดหยุ่นพอสมควร เพราะบางครั้ง บางบริบทจะมีเงื่อนไขทำให้เราต้องปรับตัว ประนีประนอม อะไรยอมได้ก็ยอม แต่สิ่งหนึ่งที่ต้องไม่ลืมคือยืนหยัดสิ่งที่เรายึดถือ

พันธกานต์: ขะไจ๋เป็นทุกวันนี้ได้เพราะเรามีมายด์เซตเดียวกัน คือ เราอยากให้ทุกคนส่งต่อความกรุณา เราจึงสร้างช่องทางที่หลากหลายเพื่อให้เข้าถึงทุกคน ไม่ว่าเขาจะรู้จักเรามากน้อยแค่ไหนก็มาร่วมกับเรา ที่ผ่านมาเราเปิดหลายช่องทาง ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมระดมทุน ลงแรง หรืออาสาสมัคร ที่บุคคลทั่วไปทุกคนสามารถเข้าร่วมได้ หรือ “ขะไจ๋ workshop” ที่ดึงความสามารถของเพื่อนเราในฐานะวิทยากรออกมาใช้ และเป็นการเปิดพื้นที่ให้คนได้มาเจอ และ“ขะไจ๋ Talk” กิจกรรมที่ชวนแขกรับเชิญมาพูดคุยในเรื่องราวหลากหลาย ทั้งหมดนี้ทำให้คนได้เห็นว่าความกรุณามันฟีเจอริงได้กับหลายเรื่องไม่เฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เราตั้งใจให้เกิดกิจกรรมต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพราะเมื่อคนเริ่มรู้จักเรา เห็นอัตลักษณ์ของเราแล้ว เราก็อยากให้เกาะติดงานของเราไปด้วยกันอย่างต่อเนื่องด้วย ส่วนการทำงานในพื้นที่ สิ่งสำคัญคือไม่ยึดตัวเองเป็นศูนย์กลาง พยายามหาจุดร่วมและเป้าหมายที่เรามีร่วมกับเขาให้ได้ เพื่อให้ประโยชน์กับทั้งสองฝ่าย ไม่ใช่ฝ่ายเราฝ่ายเดียว

สุธีลักษณ์: จุดแข็งหนึ่งของทีมคือความใฝ่รู้และละเอียดอ่อน เราสังเกตเห็นความแตกต่างของผู้สูงอายุในเมืองกับนอกเมือง ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลกับบ้านพักคนชรา ประเด็นละเอียดอ่อนเหล่านี้ทำให้เราปรับวิธีการทำงานให้เหมาะสม และนำไปสู่การพัฒนา อาจจะดีขึ้นหรือแย่ลงบ้าง แต่มันคือประสบการณ์สำคัญที่เราได้เรียนรู้ และการประชุมกันบ่อยๆ เป็นเรื่องสำคัญ ทำให้เราได้แลกเปลี่ยน รับฟังกันและกัน ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวในการทำงาน

วิชญา: การทำงานในพื้นที่ต้องอาศัยคอนเน็กชันหรือความสัมพันธ์ส่วนตัวมาก แม้อาชีพของเรามีความน่าเชื่อถือ และประสบการณ์ทำงานของเราทำให้คนเชื่อมั่น แต่การรักษาสิ่งนั้นให้ยืนยาวได้ต้องอาศัยความเป็นตัวของเราเอง (being) นั่นคือความที่เราเป็นเรา ไม่เสแสร้งแกล้งทำ ตรงไปตรงมาว่าเราทำอะไรได้-ไม่ได้ในขอบเขตงานนั้นๆ โดยปกติเราจะเป็นคนคิดเองทำเองมาโดยตลอด แต่การมีทีมขะไจ๋ ทำให้เรามีความรับผิดชอบบางอย่าง เราอยากให้มันเป็นทีม มีความเติบโต เมื่อเรามาอยู่ในความสัมพันธ์นี้แล้ว มันทำให้เราอบอุ่นแน่นแฟ้น และอยากเดินไปด้วยกัน

เจออุปสรรคในการทำงานบ้างไหม เป็นอย่างไร?

เจนจิรา: อยากลดการพึ่งพาหรือผูกติด รพ.แม่สรวยลง และสร้างช่องทางอื่นเพิ่ม แม้ที่ผ่านมาโรงพยาบาลให้การสนับสนุนเราเป็นอย่างดี แต่เขามีเงื่อนไขขอบเขตการทำงานที่จำกัด

และหากโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแผนยุทธศาสตร์ในอนาคต การทำงานของเราก็ต้องเปลี่ยนไปด้วย แต่เห็นโอกาสและความเป็นไปได้ เพราะปีนี้ทีมได้ผู้สูงอายุหลายคนเข้ามาเป็นทีมงาน

สุธีลักษณ์: อุปสรรคคือความรู้และตัวตนของเราเอง เราเคยสอนวิชากายภาพบำบัดชุมชนในมหาวิทยาลัยมาก่อน คุ้นเคยกับการพานักศึกษาลงพื้นที่ชุมชน แต่พอมาทำงานจริงกลับพบว่าความรู้ที่มี นำมาใช้ได้บางส่วนเท่านั้น มีความรู้ความเข้าใจอีกหลายอย่างที่ต้องเรียนรู้เพิ่มอยู่เสมอ และการทำงานกับคนหลากหลายจำเป็นต้องมีความยืดหยุ่นเพื่อสร้างความสัมพันธ์ ซึ่งบางครั้งขัดแย้งกับตัวตนของเรา

พันธกานต์: วงการนี้ต้องการความเป็นมืออาชีพพอสมควร คนมักติดภาพว่าการทำงานกับระบบสุขภาพจำเป็นต้องเป็นนักวิชาชีพ หลายครั้งเราถูกมองเป็นทางเลือกท้ายๆ (ยกเว้นคนที่เคยร่วมงานกับเรามาก่อน จะเข้าใจงานของเรา) ส่วนตัวคิดว่าไม่ถึงกับเป็นอุปสรรค แต่คือแรงผลักดันที่ต้องพัฒนาตัวเองมากกว่า ที่ผ่านมาเราอาจยังสื่อสารเรื่องนี้ไม่มากพอ อาจยังทำให้ผู้คนเห็นความทรงพลัง จนกระทั่งไปจุดประกาย (inspire) เขาได้ไม่มากพอ อีกหนึ่งหมุดหมายที่ตั้งไว้ในทุกปี คือ ขะไจ๋จะพยายามสร้างโมเดลหรือช่องทางเพื่อหารายได้เพิ่ม

คิดว่าชุมชนกรุณาและการอยู่และตายดีจะไปต่อได้ไหมในชุมชน หากไม่มีการทำงานของภาคประชาชน?

เจนจิรา: แม้ว่าหน่วยงานรัฐในพื้นที่ทำงานกับผู้สูงอายุอยู่แล้ว แต่เขาทำในกรอบและรูปแบบราชการ การมีภาคประชาชนเข้าไปร่วมทำให้เขามีเครื่องมือ ลูกเล่น และวิธีคิดที่แตกต่างออกไป เช่น การทำกิจกรรมอบรมผู้สูงอายุของ อบต.แม่พริก จะมีแบบแผนเดียวกันหมด ไม่มีความสร้างสรรค์นัก เพราะไม่มีข้อมูลหรือรูปแบบใหม่ๆ การมีเครื่องมือใหม่ๆ จากเราจะช่วยให้เขามีทางเลือกมากขึ้นและก้าวหน้าไปได้ไกลขึ้น

สุธีลักษณ์: ภาครัฐในพื้นที่มีการทำงานในกลุ่มผู้สูงอายุอยู่แล้ว แต่การที่มีภาคประชาชนไปร่วมมันทำให้เขามีเครื่องมือและวิธีการที่หลากหลาย ช่วยสร้างการรับรู้และความตื่นตัวและเห็นทางเลือกมากขึ้น รวมถึงกลุ่มเพื่อนพี่น้องที่เราชวนมาทำงานด้วยก็เช่นกัน เราได้

เห็นว่าเขาสามารถส่งคนในครอบครัวตายดีได้จริงๆ ตามเจตนารมณ์ ผ่านการนำเครื่องมือ (เกมไพ่ไขชีวิต ไพ่ฤดูฝน) ไปใช้เพื่อทำความเข้าใจและสื่อสารกับตัวเองและครอบครัว เราได้เห็นบางครอบครัวที่ส่งคุณยายที่นอนติดเตียงตายดีได้ รวมถึงเพื่อนพี่น้องคนอื่นๆ ที่ยังไม่มีญาติเสียชีวิต แต่ได้ใช้กระบวนการนี้พูดคุยกับครอบครัวเพื่อปรับความเข้าใจ หรือเวลาลงไปทำงานในชุมชน ได้ฟังผู้สูงอายุนอกบ้านคุยว่าคิด รู้สึกอย่างไร ก็ทำให้เข้าใจผู้สูงอายุในบ้านมากขึ้น สิ่งสำคัญคือ เราเชื่อว่างานของเราเป็นตัวตั้งต้นให้คนรู้จักการตายดี พอมีคนหนึ่งในชุมชนตายดี ก็ย่อมนำไปสู่ความรับรู้ของคนในชุมชนที่เหลือว่าเราเลือกได้นะ เราไม่ต้องไปตายที่โรงพยาบาลก็ได้

วิชญา: ที่นี่มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุอยู่แล้ว แต่การที่ อสม. หรือ CG (ซึ่งมักเป็นผู้สูงอายุ) ได้เรียนรู้เครื่องมือจากเรา มันทำให้เขาได้เอาไปใช้ในชีวิตจริง ทั้งงาน ครอบครัว รวมทั้งตัวเอง การทำงานของเขาก็จะง่ายขึ้น อุ่นใจขึ้น เห็นได้จากเวลามาเจอกัน เขาจะมาเล่าสู่กันฟังว่าเอาไปทำแล้วเป็นยังไง เราเห็นหลายคนมาอบรมซ้ำด้วยนะ เขาบอกว่ามาแล้วรู้สึกดี ได้ประโยชน์และได้รีเฟรช ขะไจ่จึงทำหน้าที่เสมือนพี่เลี้ยงและที่ปรึกษา เพราะในบางบริบท การให้พวกเขาลงไปทำงานเองในพื้นที่เหมาะสมกว่า เราในฐานะคนนอกจึงจะเป็นผู้คอยให้คำปรึกษาและดูแลอยู่ห่างๆ เท่านั้น

จากภาคประชาชนถึงภาครัฐ มีข้อเสนอถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไหม?

วิชญา: ตอนนี้ทางโรงพยาบาลจะมีทีมดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) อยู่แล้ว ถ้าเคสยุ่งยากซับซ้อนก็จะปรึกษานักจิตวิทยาเพิ่ม แต่อยากให้มีนโยบายนำเรื่องจิตตาภิบาลมาใช้ในโรงพยาบาลด้วย จะได้ดูแลคนไข้ทั้งร่างกายและจิตวิญญาณ มันทำให้ทุกฝ่ายเห็นภาพเชื่อมโยง การทำงานก็ง่ายขึ้น ผู้ดูแลรวมถึงทีมจิตอาสาจะได้รับรู้ว่าสิ่งที่ตัวเองทำอยู่มีค่าเพียงใด โดยเฉพาะจิตอาสา มันทำให้เขารู้ว่าเขาไม่ได้เป็นแค่อาสา แต่มันคืออาชีพที่มีคุณค่าและขับเคลื่อนสังคมระยะยาว

สุธีลักษณ์: ที่ผ่านมาเราได้เห็นตัวอย่างดีๆ อย่าง รพ.น่าน ที่มีระบบดูแลแบบประคับประคองผ่านการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรบุคคลจากเทศบาล จนเกิด CG ที่มีความรู้ความชำนาญขึ้น แต่เราคิดว่ายังขาดมิติเรื่องการดูแลความสูญเสียอยู่ (ซึ่งทีมขะไจ่พร้อมสนับสนุน) จึงอยากขอให้ภาครัฐทำหน้าที่ของตัวเองอย่างเต็มที่ เราเชื่อว่าเรื่องนี้อาจ

ยังใหม่มาก แต่ผู้มีส่วนรับผิดชอบควรเรียนรู้และนำมาปรับใช้ หากภาครัฐทำหน้าที่ได้ตามนี้ก็ยินดีมากแล้ว

พันธกานต์: รัฐเป็นฝ่ายที่ถือครองทรัพยากรและข้อมูลต่างๆ และยังได้รับการยอมรับจากชุมชน รัฐจึงควรทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อม อาจต้องมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็น Care manager โดยตรง เพื่อเป็นผู้รับผิดชอบหลัก สร้างห่วงโซ่เชื่อมร้อยกันให้เกิดขึ้น และเมื่อวันที่ระบบลงตัว ทุกอย่างเริ่มไหลลื่น (flow) อัตโนมัติอย่างเป็นระบบ มีผู้รับผิดชอบโดยตรง วันนั้นก็ไม่จำเป็นต้องมาชี้ว่าเรื่องนี้เป็นหน้าที่ของใครอีกต่อไป และรัฐควรผลักดันให้ระบบการดูแลแบบประคับประคองกลายเป็นมาตรฐานอย่างหนึ่งของการดูแลแบบปฐมภูมิ เพราะการดูแลนี้ต้องเกิดขึ้นทั้งกระบวนการ ตั้งแต่ก่อนป่วย-สูญเสีย-หลังสูญเสีย (แก่ญาติ)

เจนจิรา: ตอนนี้รัฐมีนโยบายสร้างเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ แต่ในความเป็นจริง เราเชื่อว่ารัฐไม่สามารถขับเคลื่อนได้เพียงลำพัง จึงควรเปิดโอกาสให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดมุมมองที่หลากหลาย โดยคำนึงถึงประโยชน์ของผู้สูงอายุเป็นที่ตั้ง ในอนาคตประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ในขณะที่คนหนุ่มสาวเหลือน้อยลง รัฐควรคิดระบบการดูแลอย่างเป็นรูปธรรมเสียที

ก้าวต่อไปของทีมขะไจ๋ วางแผนการทำงานอย่างไรในปีหน้า?

สุธีลักษณ์: ทีมขะไจ๋มีแผนประชุมสรุปบทเรียนกันในต้นปี 2023 ทั้งส่วนที่รับทุนจาก Peaceful Death และส่วนที่ทำเอง ทั้งงานในพื้นที่และออนไลน์ ที่ผ่านมารู้สึกยินดีมากที่ทีม Peaceful Death ได้นำสิ่งที่ไปเรียนรู้เรื่องใหม่ๆ มาแบ่งปัน มันช่วยให้เราหันกลับมาทบทวนว่า อัตลักษณ์ของเราคืออะไร แตกต่างจากกลุ่มอื่นอย่างไร (เช่น กลุ่มจิตอาสาในโรงพยาบาล หรือกลุ่มอาสาข้างเตียง) ทำให้เรามีโอกาสได้ไปรีวิวเรื่องอื่นๆ เพิ่มขึ้นด้วย เช่น กฎบัตรเมืองกรุณา (Compassionate city charter) มันทำให้เห็นว่าชุมชนกรุณาหลากหลายได้มาก และต้องเพิ่มกระบวนการอะไรอีกบ้างที่ทีมเราสามารถลงมือทำได้

พันธกานต์: จะสร้างช่องทางการเข้าถึงของผู้คนให้มากกว่านี้ เพื่อเพิ่มโอกาสเจอกับกลุ่มเป้าหมายใหม่ๆ นอกเหนือไปจากการระดมทุน เน้นเพิ่มการทำเวิร์กชอป (ออนไซต์) ให้มากขึ้น เพราะเวิร์กชอปไม่ใช่แค่เรื่องความรู้ แต่เป็นเรื่องทักษะ อาจไปจุดประกายบางอย่างให้

กับผู้เข้าร่วม หรือนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้กับพื้นที่หรืองานของเขา เป็นอีกช่องทางหนึ่งที่ช่วยกระจายขอบเขตงานของเราออกไปและได้เชื่อมโยงกับผู้คน

เจนจิรา: ปีหน้ามีแผนร่วมงานกับโรงเล่น-พิพิธภัณฑ์เล่นได้ (ต.ป่าแดด จ.เชียงราย) จัดกิจกรรมอบรมผู้สูงอายุเรื่องทักษะการดูแลใจ ดูแลตัวเอง และการเตรียมตัวตาย ผ่านการทำของเล่น ถ้าหลักสูตรนี้เวิร์กก็ตั้งใจว่าจะให้เป็นโมเดลหนึ่งในการทำงานกับผู้สูงอายุในอนาคต

วิชญา: ที่ผ่านมาทำงานร่วมกับแกนนำในพื้นที่ ได้เห็นว่าเขาเข้าใจและเห็นภาพเครื่องมือและรูปแบบของชุมชนกรุณาแล้ว ปีหน้าจึงอยากขับเคลื่อนให้แกนนำนำเครื่องมือไปใช้งานในพื้นที่จริง และในอนาคตหวังให้เขาสามารถหาแหล่งทุนได้เอง (ทีมขะไจ๋ก็ยินดีจะเป็นกระบวนกรให้) เพราะมันคือการขยายผล มันทำให้พื้นที่รู้สึกเป็นเจ้าของงานของตัวเอง ที่ผ่านมาในพื้นที่มีการแยกการทำงานเป็นหน่วย คือ หน่วยการศึกษา (โรงเรียนผู้สูงอายุ) และหน่วยสาธารณสุข (โรงพยาบาล) ซึ่งเราได้เคยเข้าไปพูดคุยแล้ว ยังมีหน่วยสังคมสงเคราะห์ที่ตั้งใจจะเข้าไปหารือด้วยในอนาคต แต่ไม่รู้สึกหนักใจใดๆ กลับรู้สึกมีความหวังมาก เพราะเคยได้ติดต่อพูดคุยกับนักสังเคราะห์ใน อบต.ดอนแก้วบ้างแล้ว รวมถึงอยากขยายงานร่วมกับชุมชนหน้าโรงพยาบาล เราเห็นว่าเขามีฌาปนกิจสงเคราะห์อยู่แล้ว จึงตั้งใจนำ Living will (หนังสือแสดงเจตนาฯ) แทรกเข้าไปในใบสมัครของเขา

ส่วนก้าวต่อไปของทีมขะไจ๋ เราอยากให้ขะไจ๋มีแบรนด์ของตัวเอง เราอยากสร้างอัตลักษณ์ของเรา อยากดูแลตัวเองได้และเป็นอิสระจาก Peaceful Death ในช่วงแรกของการทำงานเรื่องนี้ เราแบ่งเวลาจากงานประจำ และใช้ทุนทรัพย์ตัวเอง เรามีแต่เพียงความตั้งใจเท่านั้น แต่ไม่มีงบประมาณ แต่พอมี Peaceful Death มาช่วยสนับสนุน มันทำให้เราไปได้ไกลกว่าเดิม ที่ผ่านมา Peaceful Death ให้อะไรทีมเรามามากมาย เปรียบเสมือนลมใต้ปีกที่ทำให้ทีมขะไจ๋มีวันนี้ ถัดจากนี้ เราอยากส่งต่อโอกาสนี้ให้คนอื่น หากเรามีกำลังพอ เราจะก้าวเดินในเส้นทางของตัวเราเอง

*ดูภาพประกอบได้ที่ หน้า 183

จากเกาะลิบง สู่ชุมชนกรุณาบ้านนาเคียน:

กรณีศึกษาการทำงานชุมชนกรุณา ของคุณวรัญญา จิตรบรรทัด

ภัสน์วจี ศรีสุวรรณ์

Peaceful Death ได้พูดคุยกับ วรัญญา จิตรบรรทัด หรือ หนับ อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช หลังจากเธอเพิ่งกลับการเป็นจิตอาสาฉีดวัคซีน ที่ศูนย์ฉีดวัคซีนกลางบางซื่อ กรุงเทพมหานครเป็นเวลาหนึ่งสัปดาห์ ก่อนหน้านั้นเธอเป็นจิตอาสาให้คำแนะนำทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยโควิดที่พักอยู่บ้าน (Home Isolation) ตั้งแต่การแพร่ระบาดของโควิด รอบแรกเมื่อสองปีที่แล้ว และเป็นผู้รับผิดชอบศูนย์โทรศัพท์เยี่ยมผู้ป่วยโควิด ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช กำลังจัดตั้งขึ้นเพื่อรองรับสถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ติดอันดับต้นๆ ของประเทศ

เมื่อถามว่าอะไรคือแรงบันดาลใจที่ทำให้เธอทำงานเพื่อผู้อื่นอย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย

เธอตอบอย่างมั่นใจว่าเพราะเธอเป็น “เด็กเกาะ”

“เราเกิดที่เกาะลิบง จังหวัดตรัง ตอนนั้นไม่มีไฟฟ้า มีเรือโดยสารวันละเที่ยว มีสถานีอนามัยหนึ่งแห่ง หากเจ็บป่วยร้ายแรงต้องลำเลียงผู้ป่วยลงเรืออย่างทุลักทุเล ส่วนใหญ่จะเสียชีวิตบนเกาะ มีโรงเรียนสอนถึง ป.6 ตอนนั้นเราไม่รู้ว่าโลกนอกเกาะเป็นอย่างไร เพราะไม่ได้ออกไปไหน คิดว่าคนอื่นเหมือนเรา แต่ก็คิดว่าถ้าได้เรียนหนังสือก็อยากมาช่วยคนบนเกาะ ต่อมามีการเปิดโรงเรียนขยายโอกาส เราเลยได้เรียนชั้นมัธยมต้น แล้วย้ายมาเรียนมัธยมปลายที่โรงเรียนประจำจังหวัด เราสอบติดพยาบาลศิริราช โชคดีที่ได้เรียนที่นี่ เพราะเขาไม่ได้สอนให้เราเอาตัวเองเป็นที่หนึ่ง แต่สอนว่าจะอยู่ที่ไหนก็ได้ แต่ได้ทำประโยชน์ให้กับผู้อื่น”

“การเป็นเด็กเกาะทำให้เห็นความเหลื่อมล้ำ เลยตั้งปณิธานว่าหากมีโอกาส จะทำหน้าที่ลดความเหลื่อมล้ำในสังคมตามความรู้ความสามารถที่มี เราอยากเป็นจิตอาสาเพราะ

เราเคยลำบากมาก่อน เรารู้ว่าเราอยากได้อะไรจากคนที่มีโอกาส พอโตขึ้นและมีโอกาสให้ เราก็เลยให้ได้ นอกจากความฝันของเราเป็นจริงแล้ว เราต้องทำความฝันให้คนเหล่านั้นเป็นจริงด้วย”

แนวคิดดังกล่าวขับเคลื่อนชีวิตของเด็กหญิงจากเกาะลิบงให้ทำงานเพื่อสังคมเสมอมา หลังจากทำงาน มีครอบครัว และเรียนจบปริญญาโทด้านสังคมศาสตร์การแพทย์ เธอและครอบครัวตัดสินใจย้ายจากกรุงเทพฯ ไปตั้งถิ่นฐานที่จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นภูมิลำเนาของสามี โดยเลือกทำงานเป็นอาจารย์ในวิทยาลัยพยาบาล ทั้งที่ตอนนั้นการเป็นพยาบาลมีรายได้สูงกว่า

“เราคิดว่าถ้าเป็นพยาบาล เราจะช่วยได้แค่คนป่วย แต่ถ้าเป็นอาจารย์ เราจะได้ผลิตคนที่คิดคล้ายๆ เรา คนที่ให้ทำตัวเองรอดและช่วยคนรอบข้างๆ ได้”

สมดังตั้งใจ การเป็นอาจารย์พยาบาลทำให้เธอสร้างชุมชนเข้มแข็งที่ช่วยคนรอบข้างได้มากมาย ทุกวันนี้เธอยังคงดำเนินชีวิตการงานและชีวิตส่วนตัวภายใต้หลักความเชื่อ 2 ประการ คือคำสอนของศาสนาอิสลามที่ว่า “ให้มีชีวิตอยู่เหมือนจะตายวันพรุ่งนี้ แต่ให้ทำงานเหมือนเราจะไม่ตาย” และบทเรียนชีวิตที่เธอได้มาจากการเป็นอาจารย์พยาบาล คือ “เราจะไม่ทำให้เขาหรือเราเสียใจจากการกระทำของเรา”

สู่ชุมชนต้นแบบที่บ้านนาเคียน

ความเป็น “เด็กเกาะ” ทำให้วรัญญาเข้าใจระบบสุขภาพของคนในชุมชนเป็นอย่างดี เธอเห็นว่าสิ่งที่จะช่วยบรรเทาปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน คือการสร้างชุมชนที่คนในชุมชนพึ่งพิงดูแลกันเองให้มากที่สุด เมื่อมีโอกาส เธอจึงเริ่มสร้างชุมชนที่พึ่งตัวเองด้านสุขภาพผ่านระบบจิตอาสา ที่บ้านนาเคียน ซึ่งเป็นที่ตั้งของบ้านเธอ เป็นที่ตั้งของวิทยาลัยพยาบาลที่เธอทำงานอยู่ด้วย และเป็นตำบลที่ใหญ่ที่สุดของอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช มี 9 หมู่บ้าน หนึ่งพันกว่าครัวเรือน และมีผู้สูงอายุกว่าหนึ่งพันคน

เริ่มด้วยการประกาศรับจิตอาสาในชุมชน มีผู้สมัครจำนวน 20 คน ประกอบด้วยผู้คนหลากหลายเพศวัยและอาชีพ มีตั้งแต่เด็กประถมและมัธยมต้น-ปลาย (หนึ่งในจำนวนนี้คือลูกๆ ของเธอ) พ่อค้าแม่ค้า ข้าราชการ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มาสมัครเป็นจิตอาสา เพราะอยากพัฒนาความรู้และช่วยเหลือผู้อื่นนอกเหนือจากหน้าที่การงานประจำ

ภารกิจแรกคือการให้ความรู้จิตอาสาเรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วย การวัดความดัน เจาะน้ำตาล ทำกายภาพ ฟื้นฟูแขนขา การอาบน้ำ การขับถ่าย การป้องกันแผลกดทับ การทำแผลกดทับได้ ทำแผลเจาะคอ ให้อาหารทางสายยาง โดยอบรมทฤษฎี ลงปฏิบัติ และกลับมาถอดบทเรียน และยังให้ความรู้เรื่องการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการสร้างภาวะผู้นำแก่จิตอาสาด้วย

“เรื่องการประสานงานและการสร้างความเป็นผู้นำนี้ยากที่สุด เพราะ อสม. หรือจิตอาสาไม่ได้เรียนด้านนี้มาโดยตรง พอเราจัดอบรมให้ จิตอาสาก็มีความมั่นใจมากขึ้น ตอนอบรม เราเชิญผู้ใหญ่ กำนัน ตัวแทน อบต. มาด้วย และลงชุมชนด้วยกัน ทุกคนในชุมชนจึงมีความร่วมมือกันมากขึ้น”

“เดิม อสม. มักจะไปหาคนไข้เพราะหน้าที่ ไปวัดความดัน อุณหภูมิ ค่าน้ำตาลเท่าไหร่ ตอนหลังพอเข้าอบรมชุมชนกรุณา เราฝึกว่าเราจะไม่ถามคำถามเหล่านี้ เราจะถามว่า “วันนี้เป็นอย่างไรบ้าง” “เรามาเยี่ยมนะ” เราอบรมจิตอาสาให้ฟังเป็น ไม่ใช่ไปสอน ไปติ ไปฟังเฉยๆ ไปเยี่ยม พูดคุย ให้กำลังใจ ถ้าเราลงไปเพื่อเยี่ยมเยียน แบ่งปัน ช่วยเหลือ เราจะได้ข้อมูลอีกชุดหนึ่งที่เขาจะให้กับคนที่ไว้ใจ เป็นข้อมูลที่เราไม่เคยรู้ เช่น แม่ป่วยเป็นจิตเวช”

วรัญญาบอกว่า ผลลัพธ์ที่ได้เกินความคาดหมาย นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ยังขยายผลไปสู่โครงการดูแลกลุ่มคนเปราะบางอื่นๆ เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ คนยากจน อีกด้วย

“เมื่อก่อนเวลาทำประชาคมหมู่บ้าน เขาจะคิดว่าจะสร้างถนนตรงไหน พอเริ่มมีโครงการนี้ ในประชาคมจะพูดถึงการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ และเด็กสมาธิสั้น มีโครงการการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ มีชมรมกีฬาประจำหมู่บ้าน มีนักฟุตบอลประจำหมู่บ้านเพื่อดึงเด็กออกมาจากยาเสพติด มีการบริจาคให้คนยากจน มีจิตอาสาดูแลผู้พิการเกิดขึ้น เดี๋ยวนี้ถ้ารู้ว่ามีผู้พิการในหมู่บ้าน เขารู้ว่าจะบอกต่อที่ไหน ล่าสุดเขาจัดโครงการครอบครัวอบอุ่นให้พ่อแม่ลูก ปู่ย่าตายายมาทำกิจกรรมด้วยกัน เพื่อให้เข้าใจกัน เปิดใจคุยกัน สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกินคาดกว่าที่เราคิดและน่าประทับใจมาก”

แม้จะมีความสัมพันธ์ทั้งในเชิงหน้าที่การงาน ในฐานะอาจารย์พยาบาล ที่พานักเรียนพยาบาลลงพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ และมีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับคนในชุมชนในฐานะสมาชิกของชุมชนและเครือข่ายญาติพี่น้องฝ่ายสามี แต่การสร้างชุมชนกรุณาไม่สามารถทำได้ภายในเวลาอันสั้น กว่าจะเห็นชุมชนนี้ “ผลิดอกออกผล” ก็ใช้เวลานานนับสิบปี

“ตอนเป็นอาจารย์พยาบาล คิดว่าถ้าเราลงถึงชุมชน เราจะทำงานเชิงรุกได้ เราใช้ชุมชนนาเคียนที่เราอยู่ ตอนนั้นเป็นสะใภ้ไม่รู้จักใคร เชิญ รพ.สต. ผู้ใหญ่ กำนัน ทำโครงการผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 เดือนละ 1-2 ครั้ง ต่อเนื่องประมาณ 3 ปี เราเห็นชุมชนปรับได้ชัดในปี พ.ศ. 2560 ตอนนั้นเขาขอให้เราไปอัปเดตความรู้โดยมาตามเราถึงบ้าน แสดงว่าเขาต้องการพัฒนาตัวเอง ช่วงโควิด เขาต้องการความรู้ว่าจะดูแลตัวเองอย่างไร”

เมื่อความกรุณา “ผลิดอกออกผล”

หากเป็นการลงทุนหรือการเพาะปลูกไม้ดอกไม้ผล ก็ถือว่าเป็นดอกผลที่ “เกินความคาดหมาย”

“ช่วงนี้เราปล่อยจิตอาสาลงชุมชนได้เลย เราเห็นพัฒนาการการดูแลผู้ป่วยของเขา พอเราเอ่ยว่า “ได้ข่าวว่าบ้านนั้นหกล้ม” เขาจะบอกว่าเขาไปดูมาแล้ว เขาจะเล่าเรื่องการดูแลครบองค์ประกอบเลย เขารู้ว่าต้องประสานใครบ้าง พอถึงจุดวิกฤติที่ต้องตัดสินใจเขาทำเองได้ แสดงว่าการลงทุนลงแรง “หน้าดำตัวดำ” มาหลายปีของเราได้ผล เหนือความคาดหมายมาก” วรัญญาบอกเล่าความประทับใจด้วยใบหน้าเปื้อนยิ้ม

“เรามาอยู่เมืองคอน 13 ปี เราเห็นพัฒนาการของ อสม. และการรับรู้ของคนในชุมชน เมื่อก่อนคนในชุมชนคิดว่า อสม. คือชาวบ้านธรรมดาที่มีเงินเดือน “ตรวจลูกน้ำยุงลาย” แต่ตอนนี้เขาคิดว่า อสม. คือที่พึ่ง เพราะผ่านการอบรมให้ความรู้จากเรา เดี๋ยวนี้เวลามีปัญหาสุขภาพ คนในชุมชนจะนึกถึง อสม. ติดโควิด กักตัว ก็นึกถึง อสม. เลยทำให้เขาก้าวผ่านคำว่า อสม. โดยการแต่งตั้ง แต่เป็นการทำงานด้วยใจ ที่เขาอยากช่วยเหลือชุมชนจริงๆ”

“ทุกวันนี้ อสม. อายุน้อยลงเรื่อยๆ ใจเขาอยากเป็นพยาบาล แต่เขาไม่มีโอกาส เราเลยไปชวนเขามาอบรม เวลาอบรม เด็กรุ่นใหม่ดวงตาจะเป็นประกาย เขาอยากทำได้ อยากดูแลครอบครัวได้ อสม. อายุ 30 ลงมาจะสอนง่ายมาก ไฟแรงและมีแพสชันที่จะดูแลคนอื่น เวลาเปิดรับสมัคร เขาจะเข้ามาเอง เขาเดินได้ทุกบ้าน ไม่เหนื่อยเลย”

“ตอนกลับมาจากกรุงเทพฯ ใหม่ๆ เราคิดแค่ว่าลงชุมชนเพื่อให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังด้วยตัวเอง แต่ผลลัพธ์มันมากกว่าที่คิดเอาไว้เยอะ เราสามารถรวมพลได้ ชวนกันไปดูแลบำเพ็ญประโยชน์ได้ ตอนนี้ที่บ้านนาเคียนมี อสม. 25 คน เราเคยไปเปิดตลาดรับบริจาคซื้อแพมเพิร์สให้บ้านที่มีผู้ป่วยติดเตียง ใครมีเสื้อผ้าไม่ใช้แล้วก็ไปวางได้เงิน

มาเป็นหมื่นเลย เวลามีคนติดต่อมาว่าจะทำบุญ เขาอยากทำบุญกับคนแก่ แต่ไม่รู้จะทำกับใคร เราก็จัดให้ เพราะเรารู้ว่าใครเป็นผู้สูงอายุยากจน คนที่นำของไปให้คือ อสม. บ้านนั้นๆ เขาจะรู้สึกว่าเขาช่วยเรา เขาจริงใจ เขาดูแลเราดี เขามีความเป็นเจ้าของกัน ส่วนเราอยู่ข้างหลัง”

วรัญญาบอกว่า ปัจจุบันชุมชนบ้านนาเคียนผ่านการประเมินจากสถาบันบรมราชชนนี ให้เป็นชุมชนเข้มแข็งต้นแบบ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีมีความพร้อมที่จะใช้รูปแบบการสร้างชุมชนที่บ้านนาเคียนไปเริ่มสร้างชุมชนที่มีขนาดใหญ่กว่า คือ รพ.สต.บ้านไม้แดง ตำบลท่าเรือ อำเภอเมือง นครศรีธรรมราช

มุ่งสู่ชุมชนแห่งการตายดี ด้วยการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผ่านโรงเรียนผู้สูงอายุ

วรัญญาบอกว่าภารกิจที่เธออยากทำหลังจากนี้ คือการสร้างชุมชนบ้านนาเคียนให้เป็นชุมชนแห่งการตายดี เธอบอกว่า แม้ศาสนาอิสลามจะมีคำสอนเรื่องการอยู่และตายดีอยู่แล้วว่า “เราเป็นของพระองค์ พอถึงเวลาเราก็กลับไปหาพระองค์” แต่ยังมี “ช่องว่าง” ระหว่างการเจ็บป่วยและการตาย ตรงที่ปัจจุบันการแพทย์มักเป็นผู้กำหนดว่าควรตายอย่างไรและเมื่อไหร่ สิ่งที่จะช่วยลดช่องว่างดังกล่าว คือการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หรือ ACP (Advance care planning)

“ปัจจุบันผู้สูงอายุในบ้านยังเป็นที่รักของลูกหลาน ทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ดีได้ แต่ยังไม่มีเรื่องการตายดี ผู้สูงอายุอยากตายที่บ้านท่ามกลางวงล้อมคนที่รัก แต่จะมีญาติสักกี่คนที่ยอมให้เขานอนรอแบบนั้นได้ ถ้าผู้สูงอายุเขียนไว้ว่าอยากตายอย่างไร และญาติรับรู้ ผู้สูงอายุจะตายดีได้ เขาจะไม่รู้สึกว่าถูกละเลยไม่ใส่ใจ

“เราเริ่มต้นพูดเรื่อง ACP กับ อสม. แล้ว แต่ อสม. ยังอยากทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ เราบอกจิตอาสาว่า ACP เป็นการดูแลอย่างหนึ่งนะ ดูแลถึงจิตวิญญาณเลย ไม่ใช่ทุกคนต้องหายนะ เราจะให้เขาตายอย่างไร แบบที่เราภาคภูมิใจที่ได้ดูแลโดยไม่ทอดทิ้งเขา และเขาจะขอบคุณเรา”

อย่างไรก็ตาม การพูดเรื่องการวางแผนการตายไม่ใช่เรื่องง่าย วรัญญาจึงมีแผนให้ความรู้ กับคนชุมชนผ่านโรงเรียนผู้สูงอายุ

“การพูดเรื่อง ACP ตอนไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทำได้ยาก ถ้ามาพูดที่โรงเรียนผู้สูงอายุจะพูดได้ง่ายกว่า เราคุยกับ อบต.นาเคียนไว้ว่า หลังโควิด เราจะเปิดโรงเรียนผู้สูงอายุ แล้วบรรจุเรื่องการอยู่และตายดีไว้ในหลักสูตร เราสามารถทำได้เพราะมีทั้งสถานที่ มีหลักสูตร

โรงเรียนผู้สูงอายุของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี มีคนสอนที่เป็นจิตอาสา”

ในชีวิตหนึ่ง หากคนคนหนึ่งได้ลงแรงกายลงใจทำงานเพื่อช่วยเหลือผู้อื่น และขยายผลจากคนหนึ่งคน ไปสู่หนึ่งชุมชน และหลายชุมชน และเมื่อความกรุณาในชุมชนได้ผลิดอกออกผล คนในชุมชนได้ช่วยเหลือดูแลกันเองอย่างเป็นระบบและด้วยหัวใจ ก็เท่ากับว่าคนคนนั้น ได้ทำหน้าที่ของมนุษย์ผู้เปี่ยมล้นไปด้วยความกรุณาอย่างสมบูรณ์แล้ว

ถอดบทเรียน “ความสำเร็จมิได้เกิดขึ้นโดยลำพัง”

การทำงานเพื่อเปลี่ยนแปลงชุมชนหนึ่งให้กลายเป็นชุมชนที่เข้มแข็ง พึ่งพาตัวเองได้ มิอาจทำได้โดยลำพัง วรัญญาสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จในการทำงานของตนเองไว้ดังนี้

ปณิธานอันแน่วแน่ ศาสนาอิสลามบอกว่า “เรามาเป็นพยาบาลเพราะเราถูกเลือก” เราต้องเอาสิ่งนั้นไปเป็นประโยชน์ต่อคนอื่นที่เขาไม่ได้มีโอกาสถูกเลือก

ครอบครัวสนับสนุน “ตอนเปิดรับจิตอาสา ให้ลูกมาสมัครด้วย ตอนนั้นลูกอายุ 13, 12, 10 ขวบ เราเอาลูกมาเข้าชุมชนกรุณา ให้ลงเยี่ยมผู้สูงอายุคู่กับ อสม. เราเห็นความนิ่มนวลในการใช้ชีวิต เขาฟังคนอื่นมากขึ้น การต่อล้อต่อเถียงแทบไม่มีเลย ลูกเข้าใจว่าเราทำเพื่อคนอื่นอย่างไร เราบอกลูกว่าเมื่อช่วยเหลือใคร พอถึงจุดที่เราลำบาก จะมีคนยื่นมือมาช่วย คนช่วยอาจไม่ใช่คนที่เราเคยช่วย ส่วนสามีบอกว่า เราสะสมแต้มบุญเอาไว้ครอบครัวเราจะได้รอด”

องค์กรสนับสนุน ผู้บริหารขององค์กรที่สังกัดอยู่เห็นความสำคัญของการพัฒนาชุมชน และมีทีมอาจารย์ในวิทยาลัยพยาบาลที่คิดเห็นในทางเดียวกันว่า “ถ้าเราเป็นอาจารย์ก็เป็นแค่อาจารย์ แต่ถ้าไปทำในชุมชน จะภูมิใจมากที่ได้นำความรู้ที่เรียนมาไปใช้ได้”

องค์กรท้องถิ่นสนับสนุน ในปี 2553 โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช ส่งทีมมาประเมินผู้พิการติดเตียงถึงบ้าน ทำให้ตำบลนาเคียนเป็นตำบลเดียวในจังหวัด ที่คัดกรองผู้พิการติดเตียงแล้วได้บัตรผู้พิการ 100% “จุดประกายให้คนในชุมชนเห็นว่าเราช่วยเขาจริงๆ ผ่านการร่วมมือของชุมชน และเขาก็ร่วมมือมาตั้งแต่นั้น” ปัจจุบันทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีส่วนช่วยอำนวยความสะดวกและสนับสนุน ให้เกิดชุมชนเข้มแข็งอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

สัมภาษณ์และเรียบเรียงโดย ภัสน์วจี ศรีสุวรรณ์-เมษายน 2565

*ดูภาพประกอบได้ที่ หน้า 186

“สร้างสุขจนสุดปลายทาง” ที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม

พรรัตน์ วชิราชัย

ภาพศูนย์ผู้สูงอายุของรัฐ มักเป็นภาพของคุณตาคุณยายที่อยู่ร่วมกันจำนวนมาก หลายคนไม่มีลูกหลาน ยากจน ถูกทอดทิ้ง เจ็บป่วย ภาพจำเหล่านี้ทำให้หลายคนเลือกทำบุญบริจาค หรือจัดกิจกรรมแก้เหงาคลายเบื่อ ให้กับศูนย์บ้านพักคนชรา แต่หากเราถามเข้าไปในใจคนชราหรือใจตัวของเราเอง ในวัยใกล้ฝั่งเช่นนี้ สิ่งที่ต้องการจริงๆ ในช่วงท้ายคืออะไร บางคำตอบไม่ใช่ข้าวของเครื่องใช้หรือกิจกรรมแก้เบื่อ แต่เป็นชีวิตที่เบาสบายหมดห่วงกังวล ไม่เจ็บและตายอย่างทรมาน หรือให้เรียกง่ายๆ ก็คือการตายดี

เมื่อถอยออกมามองภาพรวมศูนย์ผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (ศพส.) เป็นสถาบันของรัฐ อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ มีทั้งสิ้น 12 ศูนย์ทั่วประเทศ มีผู้สูงอายุที่ใช้บริการภายใน 1,285 คน ประกอบด้วยผู้สูงอายุเข้ารับบริการประเภทสามัญ คือ ได้รับการสงเคราะห์และเสียค่าบริการ และมีผู้สูงอายุ ที่รอใช้บริการถึง 4,145 คน (ข้อมูลปี พ.ศ. 2563) อย่างไรก็ดี แนวคิดเรื่องการตายดีถือเป็นเรื่องใหม่ ที่ยังไม่แพร่หลายมากนัก อีกด้านคืออาจเป็นงานเพิ่มสำหรับเจ้าหน้าที่ซึ่งมีงานล้นมืออยู่แล้ว

อย่างไรก็ดี ในปี 2563 ที่ผ่านมา ได้มีการผลักดันให้ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุทุกแห่งใช้ “สมุดเบาใจ” หนังสือแสดงเจตนาเลือกวิธีการรักษาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิต (Living will) และในปี 2564 ที่ผ่านมา ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดนครพนมได้ลงมือทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการตายดีผ่านโครงการ “สร้างสุขจนสุดปลายทาง” ซึ่งตั้งเป้าดูแลความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุจวบจนถึงวาระท้ายของชีวิต ที่แห่งนี้จึงเป็นชุมชนกรุณา ที่เต็มไปด้วยเรื่องเล่าแรงบันดาลใจที่พาคุณตาคุณตายไปถึงปลายทางแห่งความสุข และยังสะท้อนถึงการเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กรมารู้คุณค่าของการตายดี การทำงานร่วมกันอย่างเกื้อกูล และระบบ ด้านบุคคลภายนอกที่เคยบริจาคด้วยความสงสาร เมื่อมีการตระหนักรู้ถึงความต้องการในวาระท้าย

ของผู้สูงอายุ ก็ปรับเปลี่ยนมุมมองภาพลักษณ์ของศูนย์ใหม่ เพื่อให้เสริมสร้างพลังชีวิตและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

เริ่มจากคนหนึ่งคน

อรอุมา อินทฉาย หรือ พี่อร เป็นผู้อำนวยงานศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม ย้อนกลับไปในวัยมหาวิทยาลัย เธอเลือกเรียนปริญญาตรีด้านสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ เมื่อเรียนจบ งานแรกที่ทำคือเป็นนักสังคมสงเคราะห์ที่สถานสงเคราะห์คนชราแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา งานนี้ทำให้เธอเห็นความตายทุกวัน จนมีคำถามที่สำคัญว่า ชีวิตบั้นปลายของผู้สูงอายุนั้นเป็นไปเพื่ออะไร งานของเราคือหากิจกรรมแก้ว่างให้ผู้เฒ่าไปเรื่อยๆ อย่างนั้นหรือ? หลายครั้งระหว่างทำงาน เธอได้ฟังเรื่องราวค้างคาใจของคุณตาคุณยายที่มีเรื่องอยากทำ มีคนบางคนที่อยากเจอ แต่ไม่ได้ทำจนกระทั่งเสียชีวิตไป หลายคนตายอย่างเจ็บป่วยทรมาน และเจ้าหน้าที่ไม่สามารถทำอะไรได้ ด้วยคำถามดังกล่าว เมื่อเติบโตขึ้น เธอจึงเลือกศึกษาต่อระดับปริญญาโท ในสาขาวิชาจิตวิทยาชีวิตและความตาย หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ซึ่งทำให้เธอได้หลักคิด ความเข้าใจ และวิธีการสื่อสารเรื่องชีวิตและความตายมากขึ้น แต่อย่างไรก็ดี เธอเห็นตัวอย่างการทำงาน เรื่องชีวิตและความตายที่เป็นรูปธรรมจากทีมงาน Peaceful Death ซึ่ง 4-5 ปีที่ผ่านมาพยายามอย่างหนัก เพื่อทำงานร่วมกับกรมกิจการผู้สูงอายุ

ณ ขณะนั้นพี่อรทำงานเป็นผู้อำนวยการกลุ่มในกรมฯ ซึ่งทำหน้าที่ดูแลและประสานงาน ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม 12 แห่งทั่วประเทศ เธอเห็นประโยชน์ขององค์ความรู้ดังกล่าว จึงได้เชิญทีมวิทยากรจาก Peaceful Death มาจัดอบรม 2-3 ครั้งให้กับนักสังคมสงเคราะห์ที่ทำงานใน ศพส. 12 แห่ง สถานสงเคราะห์คนชราในท้องถิ่น 20 แห่ง และสถานสงเคราะห์ภาคเอกชน อีกทั้งยังแจกสมุดเบาใจ และผลักดันให้ทุกศูนย์ฯ นำไปใช้ อย่างไรก็ดี เธอรู้ถึงข้อจำกัดของแต่ละศูนย์ฯ ที่ไม่อาจทำงานนี้ได้เต็มที่นัก เนื่องจากภาระงานที่ล้นมือ จึงปฏิญาณกับตนเองว่า หากวันหนึ่งเธอมีโอกาสได้เป็นผู้อำนวยการศูนย์ฯ เธอจะทำเรื่องนี้อย่างจริงจัง และในปีต่อมา เธอได้รับเลือกให้เป็นผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม การเดินทางว่าด้วยเรื่องการตายดีใน ศพส. นครพนมจึงเริ่มต้นขึ้น

“พี่รู้สึกได้ว่าคุณตาคุณยายเขาฝากชีวิตไว้กับเรา คนชราในสถานสงเคราะห์ ชีวิตเขาอาจไม่ได้ประสบความสำเร็จอะไรมากนัก การได้ตายดีอาจเป็นความสำเร็จเดียวในช่วงท้ายของชีวิตเขา ฉะนั้นถ้าเราตอบตรงนี้ให้เขาได้ มันน่าจะเป็นของขวัญที่ดีที่สุดที่เราให้ได้ และโครงการไม่ได้ทำแค่เรื่องตาย แต่ทำเรื่องของการอยู่ดีด้วย” อรอุมากล่าว

จับจุด จ่อไฟ ใส่เชื้อ เกื้อกูล

สำหรับเธอ ชุมชนกรุณาคือการดูแลแบบประคับประคองวาระท้ายของชีวิตภาคสังคม ฉะนั้นจึงต้องดึงศักยภาพของทั้งคนภายในและภายนอกองค์กรมาเกื้อหนุนคุณตาคุณยายในศูนย์ฯ ให้ได้ เธอเริ่มต้นจากคนใน เมื่อบรรจุเข้ามา เธอจะดูธรรมชาติของคนในองค์กรก่อน ศูนย์ฯ นี้มีเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 33 คน ส่วนใหญ่ทำงานในส่วนสนับสนุน เช่น พัสดุ การเงิน งานธุรการ งานอาคารสถานที่ ฯลฯ บุคคลที่ทำงานใกล้ชิดคุณตาคุณยายมีไม่มาก ได้แก่ พี่เลี้ยง 8 คน แต่เนื่องจากต้องหมุนเวียนกัน ในแต่ละวันจึงมีพี่เลี้ยงทำงานเพียง 6 คน พี่เลี้ยง 4 คนจะอยู่ประจำแต่ละอาคาร อีก 2 คนจะเป็นเวรลอยที่คอยสนับสนุนงานเพื่อนๆ ทั้ง 4 อาคาร และพี่เลี้ยงไม่ได้ทำงานแค่ดูแลคุณตาคุณยาย แต่ยังทำหน้าที่คนครัว คนงาน และภารโรงอีกด้วย เนื่องจากศูนย์ฯ มีแม่ครัว คนงาน และภารโรง ตำแหน่งละ 1 อัตรา เท่านั้น นอกจากนี้ยังมีนักสังคมสงเคราะห์ 1 คน และพนักงานช่วยการพยาบาล 2 คน ซึ่งดูแลคุณตาคุณยายเกือบ 70-90 คน รวมทั้งยังมีงานในชุมชนที่ต้องรับผิดชอบอีก 7 จังหวัดภาคอีสานตอนบน (นครพนม อุบลราชธานี ร้อยเอ็ด ยโสธร มุกดาหาร สกลนคร อำนาจเจริญ) จึงเรียกได้ว่าเจ้าหน้าที่มีภาระงานจำนวนมาก ดังนั้นเมื่อเธอเข้ามาทำงานในฐานะผู้อำนวยการ เธอจึงค่อยๆ ให้ความรู้และเครื่องมือเรื่องการตายดีกับทีมงาน เชิญวิทยากรมาพูด เปิดสื่อการเรียนรู้ให้ชม แล้วดูว่ามีเสียงสะท้อนอย่างไรบ้าง ต่อต้านหรือไม่

ระหว่างทางที่ยังทำสมุดเบาใจให้คุณตาคุณยายได้ไม่ครบทุกคน ก็เกิดกรณีของคุณยายท่านหนึ่งซึ่งเป็นโรคไตวาย เกิดป่วยหนักจนสื่อสารไม่ได้ แต่คุณยายท่านนี้เคยพูดทางวาจาว่า อยากเสียชีวิตที่ศูนย์ฯ มากกว่าที่โรงพยาบาล เพราะรู้สึกผูกพันกับที่นี่มากกว่า ทีมงานจึงเตรียมหาห้องให้คุณยายอยู่ในวาระท้าย มีเจ้าหน้าที่ผลัดกันมาเฝ้าและสวดมนต์ อย่างไรก็ดี คุณยายยังไม่ได้ทำสมุดเบาใจ และด้วยข้อกฎหมายที่ทำให้ไม่มีสิทธิไปตัดสินการมีชีวิต หรือยื้อชีวิตของคุณยายแทนญาติหรือคนในครอบครัวของคุณยายได้ สุดท้ายพี่อรจึงต้องตัดสินใจพาท่าน ไปเสียชีวิตที่โรงพยาบาล หลังเหตุการณ์ดังกล่าว เหล่าพี่เลี้ยงรู้สึกเสียใจและเสียดาย ที่ไม่ได้ทำสมุดเบาใจให้คุณยาย กรณีนี้จึงกลายเป็นตัวอย่างและทำให้

เจ้าหน้าที่เห็นความสำคัญ ของการตายดีและการทำสมุดเบาใจให้กับคุณตาคุณยายทุกคน

เจนจิรา โลชา หนึ่งในทีมกระบวนกรของ Peaceful Death ผู้ช่วยสนับสนุนความรู้ชุดนี้ให้กับเจ้าหน้าที่ ศพส. นครพนม เล่าให้ฟังว่า พี่เลี้ยงในศูนย์ฯ ทำงานหนักมาก แต่ไม่เคยได้รับการอบรมหรือเสริมพลังอะไรเลย ฉะนั้นนี่จึงเป็นครั้งแรกที่ได้รับการอบรมโดยคนนอก เริ่มจากจัดวงคุยออนไลน์ เพื่อถามไถ่สารทุกข์สุกดิบและความคาดหวังต่องาน เพื่อประเมินว่าเจ้าหน้าที่มีความสนใจมากน้อยแค่ไหน หลังจากนั้นจึงจัดอบรมออนไลน์ 2 ครั้ง ในช่วงปลายปี 2564 ว่าด้วยเรื่องการฟังอย่างลึกซึ้ง ความพลัดพรากสูญเสีย การไม่ตัดสิน และเรียนรู้การใช้เครื่องมือต่างๆ ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้เล่าเรื่องตนเอง กลับมาทบทวนชีวิต และวางแผนการดูแลล่วงหน้า ได้แก่ เกมไพ่ไขชีวิต การ์ดแชร์กัน สมุดเบาใจ เป็นต้น

“เรามีเวลากับเขาแค่ 2 ชั่วโมง เพราะพี่เลี้ยงงานแน่นมากๆ ฉะนั้นจึงเหมือนการเปิดประเด็น และแนะนำกิจกรรมคร่าวๆ ให้เข้าใจว่าแต่ละเรื่องสำคัญอย่างไร และทำอย่างไร แต่คนสำคัญคือพี่อรซึ่งไม่ทิ้ง ทำต่อ ติวต่อ อธิบายเพิ่ม เปิดวิดีโอให้ดู จับกลุ่มซักซ้อม เขาเลยมีโอกาสได้ฟังเรื่องของเพื่อน เกิดความเข้าอกเข้าใจกัน เวลาทำงานก็แบ่งให้เข้าไปคุยทีละสองคน คนหนึ่งถาม อีกคนจด พอเขาเห็นว่าทำได้จริงๆ ไม่ใช่แค่เรียน มันเลยมีพลัง แล้วพอกลับไปทำงาน เขาก็ได้รับการรับฟังด้วย เพราะพี่อรฟัง ก็ทำให้เขาได้รับการเสริมพลังและเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กรไป” เจนจิรากล่าว

ด้านพี่อรมองว่า การฟังเป็นเรื่องสำคัญ เพราะการฟังป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ลดค่าใช้จ่าย และทำให้ทีมงานทำงานง่าย ไม่ต้องเจอปัญหาใหญ่ระหว่างทาง “ด้วยบุคลิกของพี่ที่เปิดใจกับทีม ทำให้น้องๆ รู้สึกคุยได้ ปรึกษาได้ ไม่มีประชุมก็เข้ามาคุยได้ตลอด ทั้งคุยกลุ่มและคุยส่วนตัว ไม่ต้องเกรงใจว่าเป็นผู้อำนวยการ เพราะชีวิตของผู้สูงอายุ เรารอไม่ได้ ทุกเดือนเราจะมาสรุปงานและข้อค้นพบ แต่จะไม่เพิ่มความกดดันให้ทีม เพราะเราเคยเป็นลูกน้องมาก่อน อะไรที่ไม่ชอบ พี่ก็ไม่ทำ และถึงจะฟัง แต่เราจะไม่หูเบา เพราะถ้าคนรู้สึกว่าเราเอียง มันจะมีปัญหาทันที” อรอุมากล่าว

เมื่อมีทีมงาน Peaceful Death เข้ามาช่วยเปิดบทสนทนาว่าด้วยการอยู่และตายดี ก็ช่วยให้พี่อรทำงานต่อได้ง่ายขึ้น และเมื่อทดลองไปฟังอย่างใส่ใจกับคุณตาคุณยาย ก็เห็นผลทันที เพราะเมื่อเข้าใจเบื้องหลังคำพูดต่างๆ ก็เกิดความคิดใหม่ๆ ที่จะสร้างสรรค์กิจกรรมให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ ด้านคุณตาคุณยายก็รู้สึกอบอุ่นใจ จึงทานข้าวได้มากขึ้น นอกจากนี้ทีมงานยังมีความสัมพันธ์ที่ดีขึ้น เนื่องจากรับฟังกันและกัน และมีเป้าหมายร่วมกัน คือการอยู่และตายดีของคุณตาคุณยายในศูนย์ฯ

เมื่อพวกเขาทำสมุดเบาใจให้ผู้สูงอายุทุกคนอย่างละเอียด
ก็พบว่าคุณตาคุณยายส่วนใหญ่มีความต้องการตรงกัน คือไม่อยากตายอย่างทรมาน
และบางท่านอยากเจอญาติบางคน เมื่อรู้ความต้องการแล้ว
ทีมงานก็พยายามทำทุกทาง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุหมดความค้างคาใจ

กรณีที่ศูนย์ฯ แห่งนี้ภูมิใจเป็นอย่างยิ่ง คือเรื่องราวของคุณตาท่านหนึ่งที่พิการตาบอด และมักพูดบ่อยครั้งว่าอยากเจอพ่อแท้ๆ ของตัวเอง เนื่องจากสมัยวัยรุ่น ท่านเป็นเด็กเกเร ทำตัวไม่ดีกับพ่อ เมื่อโตขึ้นจึงไม่กล้าติดต่อพ่อกลับไป ทีมงานจึงสืบหาข้อมูลจนรู้ว่า พ่อของคุณตาเคยเป็นเจ้าอาวาสที่วัดแห่งหนึ่งในจังหวัดอำนาจเจริญ แต่มรณภาพไปแล้ว ซึ่งวัดยังเก็บอัฐิของหลวงพ่อไว้ ทีมงานจึงได้นัดหมายพาคุณตาไปกราบอัฐิหลวงพ่อที่วัด คุณตาก็นั่งน้ำตาไหลด้วยความปีติสุขไปตลอดทาง เพราะไม่ได้เจอพ่อกว่า 43 ปี พอไปถึงวัด พระท่านก็เล่าให้ฟังว่าก่อนที่หลวงพ่อจะเสีย ท่านได้สั่งให้เก็บกระดูกฟันไว้หนึ่งซี่ เพราะว่าจะมีคนมาหา และถ้าคนนั้นมาให้เอากระดูกฟันซี่นี้ให้กับเขา ซึ่งก็คือคุณตานั่นเอง คุณตาจึงมีโอกาสกราบขอขมาคุณพ่อ และกลับมาอย่างมีความสุข สบายใจ หมดสิ่งค้างคาใจ ทีมงานก็รู้สึกปีติสุขและความเชื่อมั่นว่า หากทุกคนร่วมมือกันเป็นทีม จะทำให้การอยู่และตายดีของคุณตาคุณยายนั้นไปได้ ซึ่งเจนจิรามองว่า กรณีคุณตาท่านนี้ทำให้เจ้าหน้าที่ในศูนย์ฯ เห็นว่า ผู้นำพูดจริงทำจริง ไม่ได้เพียงแค่พูดปากเปล่า

นอกจากผลต่อคุณตาคุณยาย พี่อรพบว่าเมื่อองค์กรลงมือทำงานเรื่องนี้อย่างจริงจัง นอกจากเจ้าหน้าที่จะได้เข้าใจผู้สูงอายุและเพื่อนร่วมงานมากขึ้น ยังเป็นโอกาสพัฒนาระบบการทำงานให้ง่ายขึ้นด้วย เพราะข้อมูลจากสมุดเบาใจ ทำให้ศูนย์ฯ รู้ทิศทางว่าควรทำงานกับผู้สูงอายุอย่างไรต่อ แต่ละเดือนมีการประชุมเพื่อมองภาพรวม พัฒนาการ และปัญหาอุปสรรค ทำให้แก้ไขปัญหาได้ตรงจุด มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าทั้งสุขภาพ กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ มีตารางงานและกิจกรรมชัดเจน เจ้าหน้าที่จึงทำงานง่าย ไม่สับสน พี่เลี้ยงสามารถเขียนรายละเอียดงาน เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าให้คุณตาคุณยายได้อย่างละเอียดและเป็นรูปธรรม สิ่งเหล่านี้ทำให้การทำงานในประเด็นตายดีไม่รู้สึกว่าเป็นแค่งานเพิ่ม แต่เป็นงานที่สร้างคุณค่าอย่างยั่งยืนให้คนทำงานด้วย

“พี่รู้สึกว่าผู้บริหารต้องทำให้เจ้าหน้าที่ที่มีงานเยอะอยู่แล้ว รู้สึกว่าทำงานนี้แล้วเขาได้ ทำงานง่ายขึ้น งานเป็นระบบ เพราะมีแผน มีเล่มประวัติ ชัดเจน ตัวเขาเองทำงานอย่าง

สบายใจ ไม่รู้สึกเป็นภาระ งานสร้างคุณค่าและพัฒนาตัวของเขาเอง พอทำแล้วมันวิน-วิน เขาอยากทำต่อ” อรอุมากล่าว

พี่อรบอกกับเราว่า เธอนั้นใช้หลักการ “จับจุด จ่อไฟ ใส่เชื้อ เกื้อกูล” ซึ่งเป็นแนวคิดของพัฒนาชุมชนมาใช้กับน้องๆ ในทีม อย่างแรกเธอต้องจับจุดว่าองค์กรมีหน้าที่อะไร ทีมงานต้องการอะไร ปัญหาและข้อจำกัดของทีมคืออะไร (จับจุด) อย่างที่สอง เธอต้องเสริมพลังทีม เติมความรู้และพัฒนาทักษะทีมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (จ่อไฟ ใส่เชื้อ) และข้อสุดท้าย คือการสนับสนุนการทำงานให้แก่ทีม รวมทั้งดูแลใส่ใจซึ่งกันและกัน (เกื้อกูล)

“ถ้าเราอยากให้คนทำงานให้เรา เราต้องดูแลเขาให้ดี พี่ยึดหลักธรรมาภิบาล “ครองตน ครองคน ครองงาน” และเอาตัวเองเป็นพื้นฐานว่าถ้าเราไม่ชอบอะไร เราจะไม่ทำแบบนั้น และเวลามีปัญหา พี่จะไม่ตำหนิทีม แต่ใช้คำว่า “ให้ข้อสังเกต” ทุกวันหลังทำงานเสร็จ พี่จะส่งไลน์ไปขอบคุณทุกคน ที่ทำงานด้วยกันอย่างดี พี่มองว่าคำว่าขอบคุณและขอโทษเป็นสิ่งที่เราให้ได้โดยไม่ต้องซื้อหา ซึ่งทุกคนทำงานอย่างเต็มที่ ด้วยจิตบริการให้ประชาชน ซึ่งคือคุณตาคุณยายในศูนย์ฯ”

“สร้างสุขจนสุดปลายทาง” ของบ้านผู้สูงอายุนครพนม จึงไม่ได้เพียงเป็นไปเพื่อวาระท้ายของผู้สูงอายุในศูนย์ฯ เท่านั้น แต่ยังได้สร้างวัฒนธรรมการทำงานแบบใหม่อย่างเป็นกัลยาณมิตรต่อกัน

เปลี่ยนเป็นการให้ที่มีคุณค่า การรับที่มีศักดิ์ศรี

ก่อนเริ่มทำโครงการนี้ พี่อรได้ประเมินจุดแข็งจุดอ่อนในงานของศูนย์ฯ และพบว่าศูนย์ฯ นั้นมีข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากรบุคคล แต่มีจุดแข็งคือมีผู้พร้อมจะบริจาคและช่วยเหลือจำนวนมาก แต่มีภาพลักษณ์ว่า สถานที่นี้น่าเวทนาสงสาร เธอตัดสินใจหาวิธีการใหม่ผสานกับจุดแข็งดังกล่าว เพื่อสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุและคนทำงาน พยายามเปลี่ยนไปสร้างความเข้าใจ เรื่องการตายดีในระยะท้าย และหาสิ่งแลกเปลี่ยนให้

ตัวอย่างเช่น พี่อรพบว่างบประมาณของผู้สูงอายุในศูนย์ฯ นั้นไม่ตอบโจทย์การมีภาวะโภชนาการที่ดีของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย มีโรคประจำตัวและเป็นผู้ติดเตียง จึงเข้าร่วมกับโครงการโคกหนองนาโมเดลของสำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดนครพนม กรมการพัฒนาชุมชน ซึ่งสนับสนุนงบประมาณในการขุดสระ คลองไส้ไก่ และได้พันธุ์ต้นไม้ เป็ดไก่ ฯลฯ โดยบ้านผู้สูงอายุนครพนมจะไม่ขอรับบริจาค แต่ชวนเพื่อนภาคี

เครือข่ายมาร่วมเป็นเจ้าของ มาร่วมกันทำกิจกรรม โดยการแบ่งปันแลกเปลี่ยนเมล็ดพันธุ์ต้นกล้า พันธุ์พืช พันธุ์สัตว์ มาร่วมสร้างคุณค่าร่วมกันในพื้นที่ โดยมีผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่รับผิดชอบดูแลผลผลิตที่ได้ จะบริหารจัดการผ่านกิจกรรมปันผล ปันสุข (สุก) มอบผลผลิตบางส่วนให้กับเจ้าของทุน ที่มาร่วมสนับสนุนและร่วมดำเนินการ อีกส่วนหนึ่งจะนำเข้าโครงการสุกแลกสุข โดยนำผลผลิตไปแลก เป็นสิ่งของที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ อันเป็นการสร้างการให้อย่างมีคุณค่า และรับอย่างมีศักดิ์ศรี บนพื้นฐานของความกรุณาต่อกัน เช่น การนำลิ้นจี่ไปแลกเปลี่ยนเป็นผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่ เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นมะเร็งกล่องเสียงระยะสุดท้าย

อีกตัวอย่างหนึ่ง คือการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายโดยใช้เครื่องช่วยฟื้นฟู ซึ่งเป็นนวัตกรรมของ สวทช. (สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ) ช่วยให้คุณตาคุณยายที่ป่วยติดเตียง ได้เปลี่ยนบรรยากาศและอิริยาบถ จากที่นอนมองแต่ฝ้าเพดานตลอดทั้งกลางวันและกลางคืน ได้เอาเท้าแตะพื้น มองฟ้าและวิวทิวทัศน์โดยใช้เครื่องสเปซวอล์คเกอร์ (Space walker: อุปกรณ์ฝึกเดินพร้อมระบบพยุงน้ำหนัก) เมื่อน้องๆ ทหารในกองพันทหารราบที่ 3 ได้รับฟังเรื่องดังกล่าว ก็อยากช่วยเหลือ จึงอาสาเข้ามาช่วยปรับลานบริเวณรอบอาคารพักผู้สูงอายุเพื่อเตรียมจัดเป็นสวนสุขภาพให้ผู้สูงอายุได้ใช้เครื่องสเปซวอล์คเกอร์ตรงนี้ สามารถมองเห็นต้นไม้และผู้คนได้มากขึ้น นอกจากนี้พี่อรยังชวนนักกายภาพบำบัดของ รพ.ท่าอุเทนเข้ามาแลกเปลี่ยนความรู้กับเจ้าหน้าที่ในศูนย์ฯ เพื่อร่วมวางแผนการฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

“มีน้องทหารคนหนึ่งพูดกับพี่ว่า ตอนแรกเขาเคยคิดบ้านพักคนชราจะมีแต่เรื่องเศร้าๆ เราก็บอกว่าอย่าเศร้า ชีวิตไม่ได้มีแค่ความเศร้า มันมีความสุขด้วย เราจะทำอย่างไรให้คุณตาคุณยายของเรา มีความสุขที่สุด พี่มองว่าการแลกเปลี่ยนกันแบบนี้มันช่วยทำให้การให้มีคุณค่า การรับก็มีศักดิ์ศรีมากขึ้น เป็นเรื่องของการเกื้อกูลกันเพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้ผู้สูงอายุ เรารู้สึกขอบคุณชุมชนกรุณาที่เข้ามาหามาก บางทีก็มาเป็นคำพูด กำลังใจ แรงงาน สิ่งของ ความรู้ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ทำให้เรามีพลังใจ ในการเคลื่อนภารกิจของเรามากๆ”

เป็นน้ำพุที่งดงาม

นอกจากการเสริมพลังคนในและสร้างชุมชนกรุณากับคนภายนอกแล้ว เพื่อทำให้งานตายดีนั้นยั่งยืน พี่อรทำงานสื่อสารกับกรมกิจการผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ เช่น เขียนจดหมายข่าว ถ่ายทำและตัดต่อคลิปวิดีโอ เพื่อให้งานสร้างสุขสุดจนสุดปลายทางของบ้าน

ผู้สูงอายุนครพนม ถูกมองเห็นและเป็นที่รู้จักมากขึ้น

ในปี 2565 พี่อรได้ขยายงานระบบคุ้มครองและเฝ้าระวังทางสังคมผู้สูงอายุ ในรูปแบบชุมชนกรุณาในชุมชน 3 พื้นที่ คือเทศบาลตำบลท่าอุเทน อบต.หนองย่างชิ้น และ อบต.ขามเฒ่า เพื่อทำให้ประเด็นการตายดีนั้นเดินทางไปได้ไกลยิ่งขึ้น

“พี่คิดว่าในเมื่อน้ำตกมันไม่ตกลงมา เราจะเป็นน้ำพุเอง ระเบิดขึ้นไปเพื่อให้เขาเห็นว่ามีน้ำสวยๆ ตรงนี้นะ พี่เชื่อว่าความเพียรมันจะสำเร็จเข้าสักวัน พี่ไม่เคยท้อ แม้ว่าจะยังไม่มีตอบรับก็ตาม” อรอุมากล่าว

สำหรับการขยายผลแนวคิดดังกล่าว พี่อรเห็นว่า สิ่งที่ทำอยู่ เสียงบอกต่อยังเบามาก หากเราได้นำเรื่องราวที่ทำส่งเข้าประกวด จะทำให้เสียงที่เราอยากบอกกับคนภายนอกว่าเรากำลังทำอะไรอยู่ดังขึ้น รางวัลไม่ใช่เป้าหมาย แต่เป้าหมายคือการส่งต่อเรื่องที่ทำให้ขยายวงกว้างยิ่งขึ้น ทำให้คนหันมาสนใจเรียนรู้ และนำแนวคิดไปปรับใช้ให้เหมาะกับบริบทขององค์กรตนเอง

“พี่อยากให้ศูนย์ฯ ที่อื่นลองทำดูนะ เขาไม่จำเป็นต้องทำเหมือนเราก็ได้ แค่เอาแนวคิดเรื่องนี้ไปทำในศูนย์ฯ ตัวเอง กับดักที่ทำให้ไม่สำเร็จคือคนชอบคิดว่ายาก ทำไม่ได้ ไม่มีงบ คนไม่พอ หรือรู้สึกว่าเป็นภาระ แต่จริงๆ ถ้าคิดจะทำ มันทำได้ อย่างศูนย์ฯ ที่นี่ก็ไม่ได้ใช้งบอะไร ช่วงที่งานหนักก็มีแค่ช่วงแรกที่ต้องฟังผู้สูงอายุแต่ละเคส แต่พอทำข้อมูลเสร็จแล้ว ทำงานต่อง่ายมาก ซึ่งมันขึ้นกับว่าแต่ละที่ ตีความว่าความสุขคืออะไร บางที่อาจมองว่ากิจกรรมต้องเยอะๆ ถึงจะมีความสุข แต่สำหรับพี่มองว่า การดูแลวาระท้าย เป็นเรื่องความสุขที่สำคัญที่สุด”

ด้านเจนจิราให้ความเห็นว่า จำเป็นต้องสร้างผู้นำแบบพี่อรเพิ่ม เพราะเป็นผู้บริหารที่เข้าใจเรื่องชุมชนกรุณา มีทักษะการรับฟัง ใช้อำนาจร่วมเพื่อเสริมพลังเพื่อนร่วมงาน และเชื่อว่าหาก ศพส. นครพนมกลายเป็นศูนย์ตัวอย่าง จะช่วยสร้างผลกระทบให้กับศูนย์ฯ ที่อื่นได้มากขึ้น ซึ่งเจนจิราตั้งข้อสังเกตว่า พี่อรเริ่มถูกเชิญให้ไปเป็นวิทยากรประเด็นการตายดีมากขึ้นเรื่อยๆ

“สิ่งสำคัญคือถ้าเกิดเรื่องที่เราทำ คนอื่นยังไม่ได้ตื่นเต้นหรือเห็นด้วยกับเราก็อย่าน้อยใจ เราต้องทำไปเรื่อยๆ ทำให้มีความสุข พี่ยังจำได้ถึงวันที่คุยกับน้องๆ ว่า สักวันถ้าพี่ได้เป็นผู้อำนวยการศูนย์ฯ พี่จะทำเรื่องนี้ พอมันถึงวันที่พี่ทำได้จริงๆ พี่รู้สึกภูมิใจนะ ระหว่างทางที่เราทำ ก็พบว่า มีคนนี้คนโน้นอยากเข้ามาช่วยเต็มไปหมด” พี่อรกล่าวทิ้งท้าย

ที่มา

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ 12 แห่งของไทย สวัสดิการรัฐดูแลคนแก่ ยุค Aging society (healthserv.net)

ประวัติผู้เขียน

พรรัตน์ วชิราชัย นักเขียนอิสระ นักสัมภาษณ์และแอดมินเพจ “คุยกับเธอ”

*ดูภาพประกอบได้ที่ หน้า 183

สรุปรายงานผลการศึกษา การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์

อมลวรรณ คำไร

การศึกษาการดำเนินงานของเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูล และนำเสนอประเด็นสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยใช้การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งผู้ให้บริการ ได้แก่ คณะทำงานเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ผู้ให้การดูแล (Caregiver) ประธานชุมชน และกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำ และผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย รวมถึงรับฟังความคิดเห็นจากองค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระจิตอาสา วัดในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

การดำเนินงานของเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้น สามารถเข้าถึงบริการและสวัสดิการตามสิทธิที่พึงจะได้รับ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยในชุมชน พบว่า เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ได้จัดทำโครงการต่างๆ หลายโครงการ ซึ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะของผู้สูงอายุ ได้แก่ โครงการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในเรื่องสวัสดิการ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาอาการเจ็บป่วย การประสานความร่วมมือกับองค์กรที่เกี่ยวข้องในการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ มีการออกแบบหลักสูตรที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและได้มาตรฐาน อีกทั้งยังมีการอบรม อสม. หรือ ผู้ให้การดูแล ซึ่งคนกลุ่มนี้เอง ที่จะเป็นกลไกสำคัญในการประสานความร่วมมือกับหน่วยสนับสนุนอื่นๆ ต่อไป

นอกจากนั้นหน่วยกู้ชีพเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ (สายด่วน 1132) เป็นอีกหนึ่งกลไกสำคัญ ที่สนับสนุนการดำเนินงานของเทศบาล โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการของประชาชนอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ทั้งกรณีฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน

จากการศึกษาข้อมูลบริบททางสังคม พบว่า ชุมชนที่อยู่ในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ มีลักษณะเป็นชุมชนดั้งเดิม ซึ่งต่อมาได้ขยายขอบเขตพื้นที่และบริการ

สาธารณูปโภคตามการขยายตัวของเมือง โดยเน้นการตอบสนองด้านเศรษฐกิจ นโยบายของทางราชการ และการเพิ่มขึ้นของประชากร ส่งผลให้พื้นที่การเกษตรลดลง ประชาชนหันมาประกอบอาชีพค้าขายและทำธุรกิจมากขึ้น มีการอพยพโยกย้ายถิ่นฐานอย่างต่อเนื่อง ชุมชนที่อยู่ในเขตเทศบาลจึงมีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท (Suburban area) มีการผสมผสานระหว่างวิถีชีวิตแบบชนบทดั้งเดิมกับแบบสังคมเมือง กล่าวคือ มีทั้งความเป็นเครือญาติ วัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่น ในขณะเดียวกัน ก็มีความสัมพันธ์ที่ห่างเหินระหว่างเพื่อนบ้าน ความรู้สึกแปลกแยกของคนที่อพยพมาจากต่างถิ่น

อันเนื่องมาจากความซับซ้อนของสภาพสังคมในลักษณะกึ่งเมืองกึ่งชนบท ประกอบกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ การเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียง รวมถึงกลุ่มประชากรแฝงและกลุ่มเปราะบาง ไม่ว่าจะเป็นคนไร้บ้าน ผู้พิการ คนยากไร้ และท้ายที่สุด สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) เป็นปัจจัยกระตุ้นให้การดำเนินงาน มีความยากลำบากและมีข้อจำกัดมากยิ่งขึ้น

ดังนั้นการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง จึงเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนปฏิบัติการอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการบูรณาการความร่วมมือกับกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำ ที่มีบทบาทในปฏิบัติการทางสังคมมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 โดยการรวมตัวของกลุ่มคนหลากหลายอาชีพ ซึ่งสมาชิกแกนหลักของกลุ่มจำนวนหนึ่ง เป็นเจ้าหน้าที่ในเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์อยู่แล้ว การบูรณาการทั้งทรัพยากร งบประมาณ และบุคลากรในการดำเนินงานให้เป็นระบบ มีการแต่งตั้งบุคลากรอย่างเป็นทางการ ถือเป็นจุดแข็งสำคัญในการขับเคลื่อนงานชุมชนกรุณาอย่างเป็นรูปธรรม

จากนั้นเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ได้บรรจุโครงการจุติสุขาวดี สร้างสุขที่ปลายทางชีวิต ลงในแผนยุทธศาสตร์ที่ 12 การพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง มีการจัดสรรงบประมาณดำเนินงาน การทำวิจัยเพื่อต่อยอดองค์ความรู้ และการลงพื้นที่เยี่ยมผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยในชุมชน ในขณะที่กิจกรรมใดไม่สามารถเบิกจ่ายจากราชการได้ ก็จะมีงบประมาณจากกองทุนจุติสุขาวดี ซึ่งมาจากการระดมทุนในรูปแบบและวาระต่างๆ เข้ามาสนับสนุน

ในส่วนของกิจกรรมหลัก แบ่งออกเป็น 2 กิจกรรม ได้แก่ โครงการสุขสุดท้ายที่ปลายทางชีวิต เป็นการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) ทั้งที่รักษาตัวอยู่บ้านและโรงพยาบาล และโครงการจุติสุขาวดี ที่ช่วยเหลือการจัดงานศพให้ผู้เสียชีวิต โดยเฉพาะครอบครัวที่ยากไร้ ซึ่งกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำจะเป็นแกนหลักในการดำเนินงาน ร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิของเทศบาลและหน่วยกู้ชีพกู้ภัย

โดยเทศบาลสนับสนุนด้านสถานที่เก็บวัสดุอุปกรณ์ เช่น โลงศพ ถังออกซิเจน เครื่องประกอบงานศพ พร้อมทั้ง ให้ความยืดหยุ่นเรื่องเวลาการทำงานของเจ้าหน้าที่เทศบาล ในการปฏิบัติงานร่วมกับกลุ่มจิตอาสาในขอบเขตของกฎระเบียบราชการ และสนับสนุนงบประมาณการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร

ผลลัพธ์ (Output) จากการดำเนินงาน แบ่งออกเป็น 3 มิติ ได้แก่

1) ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม (ครอบครัว, ชุมชน) โดยยึดความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก (Patient center care) ส่งผลให้ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยเข้าถึงสิทธิและการดูแลได้ง่ายขึ้น
2) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ คือ เทศบาล กลุ่มจิตอาสา และภาคีเครือข่าย คณะทำงานมีความสุขความภาคภูมิใจ เกิดการพัฒนาความรู้/ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยในชุมชน สามารถนำประสบการณ์ที่ได้ไปปรับใช้ในชีวิตส่วนตัว ในขณะเดียวกัน เกิดชุมชนกัลยาณมิตรที่มีความสัมพันธ์แน่นแฟ้น ช่วยเหลือเกื้อกูลกันทั้งในมิติการทำงานและมิติชีวิต รวมถึงการบรรลุผลการดำเนินงาน ตอบสนองนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนของเทศบาล กระทั่งได้รับรางวัลในระดับต่างๆ หลายรางวัล และ
3) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับชุมชน/สังคม โดยเฉพาะการขยายความร่วมมือของสมาชิกในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ในรูปแบบต่างๆ ตามศักยภาพและความถนัดของแต่ละคน/องค์กร นับว่าเป็นการรื้อฟื้นทุนทางสังคม อันได้แก่ วัฒนธรรมความเกื้อกูลที่มีอยู่เดิมให้กลับคืนมา พร้อมทั้งเกิดนวัตกรรมการแบ่งปันใหม่ๆ เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง หรือเป็นเจ้าของชุมชนร่วมกัน (Social ownership)

ผลลัพธ์ที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ได้แก่ แนวโน้มการเป็น “ชุมชนกรุณา” (Compassionate communities) ของเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวนโยบายในการสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง ลดความขัดแย้ง ลดความเหลื่อมล้ำ และเกิดสันติสุขในชุมชน โดยจะมีการพัฒนาต่อยอดโครงการที่มีอยู่เดิม ให้สามารถดูแลผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ เริ่มจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไปสู่การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยติดเตียงติดบ้าน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีจนกระทั่งถึงวาระสุดท้าย ภายใต้แนวคิด การร่วมรับผิดชอบต่อความทุกข์ยากของเพื่อนร่วมชุมชน

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานที่ผ่านมามีอุปสรรคข้อจำกัดบางประการที่ควรนำมาพิจารณา เพื่อปรับปรุงและพัฒนาต่อไป ได้แก่ 1) การสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการในวงกว้าง 2) การจัดระบบในการลงเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพ และตรงกับความต้องการของผู้ป่วย 3) การส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย/ครอบครัวผู้ป่วยก่อนลงเยี่ยม 4) การออกแบบเกณฑ์การคัดกรอง และแนวทางปฏิบัติในกรณีที่ผู้ป่วยหรือผู้เสียชีวิตแจ้งขอความช่วยเหลือ เพื่อให้เกิดรอยต่อในการประสานงานน้อยที่สุด 5) การสร้างการมีส่วนร่วมของคณะทำงาน 6) การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่ขยายวงกว้างมากขึ้น 7) จำนวนบุคลากรที่ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ความต้องการ 8) การสร้างระบบที่สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงในสังคม หรือการเปลี่ยนแปลงระดับนโยบาย 9) ข้อจำกัดส่วนบุคคลของจิตอาสา 10) วิกฤติการณ์ทางสังคม หรือโรคอุบัติใหม่

กล่าวโดยสรุป การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้มีความเป็นอยู่ที่ดี ประชาชนสามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ถือเป็นอีกตัวชี้วัดหนึ่งของการลดความเหลื่อมล้ำในสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบางอย่าง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วย ผู้ยากไร้ และคนไร้บ้าน ซึ่งบางกรณีมีปัญหาซ้ำซ้อน ตอกย้ำซ้ำเติมด้วยวิกฤติการณ์ทั้งทางสังคมและทางธรรมชาติ การขับเคลื่อนปฏิบัติการ “ชุมชนกรุณา” ในชุมชนเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์อย่างเข้มแข็งและต่อเนื่องได้นั้น ต้องประกอบด้วยหัวใจสำคัญ 3 ส่วน ได้แก่

1) การสนับสนุนในระดับนโยบายและทรัพยากรจากหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งในที่นี้ได้แก่ เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ภายใต้การนำของผู้บริหารที่เห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้เกิด “สุขภาวะทางสังคม” (Social care) ในทุกมิติและทุกระดับ
2) ภาคประชาสังคม ซึ่งหมายถึง กลุ่มบุคคล หน่วยงาน หรือองค์กรที่ไม่แสวงผลกำไร เข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนปฏิบัติการทางสังคม โดยเฉพาะจุดแข็งเรื่องความคล่องตัว กฎเกณฑ์ที่ยืดหยุ่น สามารถปรับให้เข้ากับสถานการณ์เฉพาะหน้าได้ และ
3) ภาคประชาชน นอกจากบทบาทการเป็นผู้รับบริการแล้ว ภาคประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้าง “ชุมชนกรุณา” ได้โดยการเปลี่ยนจากผู้รับมาเป็นผู้ให้ตามศักยภาพของตนเอง และการสนับสนุนการดำเนินงานของคณะทำงานในมิติต่างๆ

ดังนั้นแนวทางในการขับเคลื่อนปฏิบัติการทางสังคม “ชุมชนกรุณา” เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ โดยทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมต่อยอดจากทุนทางสังคม และปฏิบัติการที่มีอยู่เดิม คือการพัฒนาศักยภาพให้ภาคประชาชนมีทักษะความรู้ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองเบื้องต้น ทั้งในระดับครัวเรือนและชุมชน โดยการสนับสนุนทรัพยากรจากเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ มีกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำ อสม. ผู้ให้การดูแล เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน และประธานชุมชน เป็นทีมพี่เลี้ยงคอยให้การช่วยเหลือและสนับสนุนในระดับพื้นที่ โดยเริ่มจากชุมชนที่มีความพร้อม แล้วจึงขยายไปยังชุมชนอื่นๆ มีกระบวนการถอดบทเรียนและพัฒนากลไกการสนับสนุน ให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่

ประวัติผู้เขียน

อมลวรรณ คำไร นักเขียนและกระบวนกรอิสระ ด้านการจัดกระบวนการเพื่อการเรียนรู้และเติบโตด้านใน, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care), การดูแลหลังการสูญเสีย (Bereavement care), การภาวนาและวิถีชีวิตองค์รวม

*ดูภาพประกอบได้ที่ หน้า 184

การพัฒนาเมืองกรุณา:

กรณีศึกษาตำบลพะตง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

สุคนธ์ ชัยชนะ และดิเรก ชัยชนะ

การขับเคลื่อนแนวคิดชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่ดีตายดีของกลุ่ม Peaceful Death ทำให้สังคมไทยเริ่มรู้จักและเข้าใจคำว่า “ชุมชนกรุณา (Compassionate communities)” ซึ่งเป็นแนวทางการพัฒนาศักยภาพของหน่วยต่างๆ ในชุมชนให้มีศักยภาพในการรับมือกับความสูญเสีย การตาย และการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกัน บรรเทาและเยียวยาความทุกข์จากการสูญเสียด้วยหัวใจกรุณา แต่หลายคนอาจยังไม่คุ้นกับคำว่า “เมืองกรุณา (Compassionate cities)” ว่าคืออะไร และเป็นอย่างไร บทความนี้จึงขอเสนอการพัฒนาเมืองกรุณา กรณีศึกษาตำบลพะตง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา จากการถอดบทเรียนผ่านกรอบแนวคิดชุมชนกรุณา เมืองกรุณา และกฎบัตรเมืองกรุณา รวมถึงวงล้อมแห่งการดูแล เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาเมืองกรุณา และข้อเสนอแนะสำหรับแนวทางการพัฒนาชุมชนกรุณาหรือเมืองกรุณาในพื้นที่อื่นๆ

บทนำ

การดูแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นวิธีการดูแลที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับความเจ็บป่วยถึงชีวิต เพื่อป้องกัน ดูแล และบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ อย่างเป็นองค์รวม โดยการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าอาการเจ็บป่วยอยู่ในระยะท้ายจนกระทั่งเสียชีวิต รวมถึงดูแลจิตใจครอบครัวผู้ป่วยหลังการสูญเสีย

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ระบุว่า การดูแลแบบประคับประคองเป็นสิทธิมนุษยชน และความจำเป็นทางศีลธรรมของระบบสุขภาพทั้งมวล[1] เพื่อให้การดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ เกิดขึ้นได้จริง องค์การอนามัยโลกได้ส่งเสริมให้แต่ละประเทศสนับสนุนการดูแลแบบประคับประคอง ผ่านกรอบด้านนโยบาย การเสริมพลังชุมชน

การศึกษาวิจัย การเข้าถึงยา การอบรมบุคลากร และการปฏิบัติอย่างมีคุณภาพ

ประเทศไทยมีการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องตลอด 20 ปีที่ผ่านมา โดยมีการพัฒนาอย่างก้าวกระโดด[2] ในช่วงปี พ.ศ. 2555 ถึงปัจจุบัน จากการขับเคลื่อนชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในช่วงท้ายของชีวิต การจัดตั้งสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย การเป็นเจ้าภาพจัดประชุมนานาชาติ เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิก รวมถึงการทำงานของภาคประชาสังคม เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่ม Peaceful Death ผู้ขับเคลื่อนแนวคิดชุมชนกรุณา ซึ่งเป็นปฏิบัติการทางสังคมที่ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลและหน่วยงานต่างๆ ในชุมชนมีความพร้อมด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการรับมือกับความทุกข์จากความเจ็บป่วย การตาย และการสูญเสีย บนพื้นฐานของความกรุณา การมีส่วนร่วม การคำนึงถึงนิเวศชุมชน และความเป็นธรรมทางสังคม

สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ตำบลพะตง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา เป็นหนึ่งในพื้นที่ปฏิบัติการ ขับเคลื่อนแนวคิดชุมชนกรุณาที่เริ่มต้นขึ้นในปี 2563 จนถึงปัจจุบัน ผ่านโครงการและการทำงานร่วมกับอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ให้การดูแล (Caregiver: CG) และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ จนนำมาสู่การสร้างเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองของผู้นำองค์กร/กลุ่ม/ชมรมและหน่วยงานต่างๆ เพื่อร่วมขับเคลื่อนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) ให้พลเมืองในตำบลพะตง

บทความนี้นำเสนอผลการถอดบทเรียนการขับเคลื่อนแนวคิดเมืองกรุณา กรณีศึกษาตำบลพะตง โดยวิเคราะห์ผ่านกรอบความคิดชุมชนกรุณา เมืองกรุณา และกฎบัตรเมืองกรุณา เพื่อเสนอ 1) แนวทางการพัฒนาเมืองกรุณาของตำบลพะตง 2) การส่งเสริมวัฒนธรรมการรับฟังและพูดคุยเกี่ยวความตาย และการสูญเสียในชุมชน 3) การสร้างเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายการวางแผนการดูแลล่วงหน้าให้กับประชาชนในตำบลพะตง และ 4) แนวทางการนำไปใช้

ชุมชนกรุณา เมืองกรุณา และกฎบัตรเมืองกรุณา

ชุมชนกรุณาและเมืองกรุณาเป็นรูปแบบปฏิบัติการทางสังคมในการดูแลสุขภาพ โดยทั้งสองรูปแบบต่างเชื่อว่า การสูญเสียเป็นเรื่องใหญ่และสำคัญเกินกว่าจะมอบหมายให้คนใดคนหนึ่ง วิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง หรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเป็นผู้รับผิดชอบ หากแต่เป็นสิ่ง

ที่ทุกคนในสังคมต้องมีส่วนรับผิดชอบในสองด้าน ด้านแรกคือ เราแต่ละคนต้องรับผิดชอบการตายของตัวเอง และอีกด้านหนึ่งคือ เราต้องร่วมรับผิดชอบดูแลการสูญเสียของคนในชุมชนที่เราเป็นสมาชิกอยู่ด้วย ชุมชนกรุณาและเมืองกรุณามีแนวทางเดียวกัน นั่นคือการรวมผู้คนในชุมชนหรือหมู่บ้าน และทรัพยากรมาร่วมสนับสนุนการดำเนินโครงการ โดยชุมชนกรุณามักเริ่มจากกลุ่มอาสาสมัคร ขณะที่เมืองกรุณาให้ความสำคัญกับผู้นำและผู้มีอำนาจในชุมชนหรือเมือง เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมระบุปัญหา กำหนดวิสัยทัศน์ แนวทางปฏิบัติ การระดมทรัพยากร และการปฏิรูปองค์กรบนพื้นฐานของการมีส่วนร่วม กล่าวได้ว่าเมืองกรุณาเป็นการขยายตรรกะของชุมชนกรุณา[3] ตัวอย่างเช่น ชุมชนกรุณาในประเทศอังกฤษได้กำหนด กฎบัตรเมืองกรุณา[4] (Compassionate city charter) ที่ระบุถึงนโยบาย แผนปฏิบัติการ กิจกรรม และแนวทางการขับเคลื่อนและส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองให้พลเมืองที่เผชิญประสบการณ์ท้าทายหรือวิกฤตของชีวิต เช่น โรงเรียน ศาสนาสถาน หรือสถานดูแลผู้สูงอายุต้องมีโปรแกรมการเรียนรู้ เพื่อร่วมสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลแบบประคับประคอง พิพิธภัณฑ์หรือแกลเลอรีศิลปะมีการจัดนิทรรศการ นำเสนอประสบการณ์เกี่ยวกับความชรา ความเจ็บป่วย ความตาย การดูแล และความสูญเสีย หรือผู้เมือง/องค์กร/ชุมชนมีการเชิดชูและเฉลิมฉลองให้บุคคล องค์กรที่ทำงานขับเคลื่อน ชุมชนกรุณาอย่างสร้างสรรค์ เป็นต้น

การขับเคลื่อนชุมชนกรุณาสู่เมืองกรุณา กรณีศึกษาตำบลพะตง

การพัฒนาเมืองกรุณาของตำบลพะตง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา เขตสุขภาพที่ 12 เริ่มต้นจากวิสัยทัศน์ของผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ตำบลพะตง (สอน.พะตง) ที่ได้กำหนดเป้าหมายให้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หลังจากที่ร่วมกิจกรรมเกมไพ่ไขชีวิตของกลุ่ม Peaceful Death ความคิดเรื่องการสร้างเครือข่ายชุมชนกรุณาในพื้นที่พะตงจึงเริ่มต้นขึ้นในปี 2563 โดยโครงการแรกคือโครงการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติให้กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน CG และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ตำบลพะตง ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อสร้างความเข้าใจ เรื่องการดูแลแบบประคับประคองว่าเป็นการดูแลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม และด้านจิตวิญญาณ เพื่อพัฒนาทักษะการฟังด้วยใจและทัศนคติที่เปิดกว้าง ยอมรับการสูญเสียและการตาย ซึ่งจะส่งเสริมให้กลุ่มผู้ดูแลที่เข้าร่วมโครงการพูดคุย รับฟังความคิดและความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นโดยไม่ตัดสินและไม่

ขัดจังหวะ อันเป็นคุณสมบัติสำคัญของผู้ดูแล ที่ช่วยให้ผู้ดูแลปรับความสัมพันธ์ที่มีต่อตนเอง ความสัมพันธ์ภายในกลุ่มผู้ดูแล และภายในครอบครัวให้เกื้อกูลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ในปี 2564 สอน.พะตง มีโครงการพัฒนาผู้นำการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน เพื่อพัฒนากลุ่มผู้ดูแลต่อเนื่องจากโครงการแรกให้มีความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และพัฒนาความสามารถในการใช้เครื่องมือ เช่น เกมไพ่ไขชีวิต การเขียนสมุดเบาใจ แคร์คลับ และไพ่ฤดูฝน เพื่อนำความรู้ไปใช้ในการสำรวจความรู้สึก ความต้องการ และความปรารถนาส่วนลึกของผู้ป่วยติดเตียง การจัดดอกไม้ในห้องพักผู้ป่วย เพื่อสร้างบรรยากาศที่ช่วยเยียวยาจิตใจผู้ป่วยผ่านความงามของดอกไม้ และฝึกการเป็นผู้นำกิจกรรมเกมไพ่ไขชีวิตและการเขียนสมุดเบาใจให้กับชมรมรักษ์สุขภาพ กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มอื่นๆ ที่สนใจ

ความสำเร็จจากทั้งสองโครงการได้สร้างกลุ่มผู้นำการดูแลแบบประคับประคองให้เป็นเครือข่ายทีมสุขภาพของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ เพื่อร่วมขับเคลื่อน 1) การวางแผนการดูแลล่วงหน้า หรือการเขียนสมุดเบาใจให้กับพลเมืองพะตง และ 2) การสร้างวัฒนธรรมการรับฟังและพูดคุยเกี่ยวกับความตาย การสูญเสีย และการดูแลภายในชุมชน

ความสำเร็จเบื้องต้นนี้ทำให้กลุ่มผู้นำชุมชน ผู้นำองค์กรบริหารท้องถิ่น ผู้นำกลุ่มต่างๆ ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมเกมไพ่ไขชีวิตและการเขียนสมุดเบาใจ เห็นความสำคัญและส่งเสริมนโยบายการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการดูแลแบบประคับประคอง โดยในปี 2565 คณะกรรมการสถานีอนามัยฯ เสนอให้บรรจุการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุของตำบลพะตง และร่วมเป็นทีมวิจัยในโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ พัฒนาแผนปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งบนฐานชุมชน เพื่อกำหนดนโยบายการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพและทุกคนเข้าถึงได้

การขับเคลื่อนแนวคิดชุมชนกรุณามาสู่เมืองกรุณาของตำบลพะตง สามารถสรุปพัฒนาการได้ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มต้น ระยะเสริมพลัง และระยะพัฒนาความเป็นเจ้าของ แต่ละระยะมีปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จ แสดงตามตารางที่ 1 และผู้เขียนได้อภิปรายถึงแต่ละปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จอย่างไรในลำดับต่อไป

ตารางที่ 1 แสดงแนวทางการพัฒนาเมืองกรุณาของตำบลพะตงและปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จ

กลุ่ม	ปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จ		
	ระยะเริ่มต้น	ระยะเสริมพลัง	ระยะพัฒนาความเป็นเจ้าของ
กลุ่มผู้นำ	1) วิสัยทัศน์ของผู้นำ สอน.พะตง	1) การชักจูงผู้นำชุมชน/กลุ่มร่วมทำแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้า	1) การชื่นชมผลงาน 2) ร่วมตั้งเป้าหมายการดูแลที่มีคุณภาพให้เป็นสิทธิของพลเมืองเข้าถึงได้
กลุ่มผู้ดูแล/ผู้ปฏิบัติ	1) ทักษะการฟังด้วยใจ 2) ทัศนคติต่อการพูดคุยเรื่องความตายของผู้ดูแล	1) ความรู้เชิงลึกและทักษะการใช้เครื่องมือ 2) การเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ	1) การสร้างวัฒนธรรมการรับฟัง/การพูดคุยเรื่องการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน

ตามตารางที่ 1 ระยะเริ่มต้น เป็นระยะพัฒนากลุ่มผู้ดูแลของตำบลพะตง โดยปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จได้แก่ วิสัยทัศน์ของผู้นำต่อการดูแลแบบประคับประคอง การพัฒนาทักษะการฟังด้วยใจ และทัศนคติต่อความตาย จะเห็นได้ว่าระยะนี้ไม่ได้เน้นประเด็นความรู้มากนัก แต่เน้นไปที่การสร้างประสบการณ์ของผู้ดูแลเป็นหลัก

สำหรับระยะเสริมพลัง จะเน้นความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลแบบประคับประคองเชิงลึก โดยเฉพาะการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ที่ได้เรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงการฝึกทักษะการเป็นผู้นำกิจกรรม ผ่านการฝึกปฏิบัติจริง เช่น กิจกรรมเกมไพ่ไขชีวิตและการเขียนสมุดเบาใจ ให้กับชมรมรักษ์สุขภาพ ในระยะนี้การชักจูงผู้นำกลุ่มต่างๆ ในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมเป็นปัจจัยที่จะสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

ระยะที่สามคือ ระยะพัฒนาความเป็นเจ้าของ เป็นช่วงที่กลุ่มผู้นำการดูแลขับเคลื่อนและขยายผล กิจกรรมเกมไพ่ไขชีวิตและการเขียนสมุดเบาใจไปสู่กลุ่มต่างๆ ในตำบลพะตง เพื่อส่งเสริมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องได้สร้างวัฒนธรรมการรับฟังและพูดคุยเกี่ยวกับความตายและการสูญเสีย เป็นบรรทัดฐานใหม่ที่ช่วยส่งเสริมเมืองกรุณาของตำบลพะตง ทำให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ไม่ใช่สิ่งที่ไม่ควรนำมาพูดถึงอีกต่อไป นอกจากนี้ การที่กลุ่มผู้นำสนับสนุนการทำงานของกลุ่มผู้ดูแลผ่านการชื่นชม การยกย่อง และเสนอผลงานของผู้ดูแลเข้าประกวดในเวทีการประชุม

ขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นการเพิ่มกำลังใจและส่งเสริมความเป็นเจ้าของในการขับเคลื่อนเมืองกรุณาของตำบลพะตงให้รู้จักในระดับประเทศ

ข้อเสนอแนะสำหรับแนวทางการพัฒนาชุมชนกรุณาหรือเมืองกรุณา

จากกรณีศึกษาการพัฒนาเมืองกรุณาของตำบลพะตง ผู้เขียนขอสรุปข้อเสนอแนะแนวทาง การพัฒนาชุมชนกรุณาหรือเมืองกรุณาสำหรับการขยายผลในพื้นที่อื่นๆ ดังนี้

ในด้านการเสริมศักยภาพบุคลากร คือกลุ่มผู้ดูแล หากพิจารณาตามแนวคิดวงล้อมแห่งการดูแล[5] (Circles of care) ซึ่งเป็นโมเดลสำหรับพัฒนาความเข้มแข็งของบุคคลและชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านหรือชุมชน พบว่ากลุ่มผู้ดูแล (อสม./CG) เป็นเครือข่ายชั้นที่ 3 อาสาสมัครที่ทำงานด้านสุขภาพ ร่วมกับทีมสุขภาพ (สอน.พะตง) อย่างไรก็ตาม หากมองจากบริบทความสัมพันธ์ในชุมชน กลุ่มผู้ดูแลอาจเป็นญาติหรือเพื่อนผู้ป่วยที่อยู่ในเครือข่ายชั้นที่ 2 หรืออาจเป็นสมาชิกของคณะกรรมการองค์กรปกครองท้องถิ่นหรือสมาชิกซึ่งเป็นเครือข่ายชั้นที่ 5 ที่จะมีบทบาทออกเสียงกำหนดนโยบายระดับท้องถิ่น กล่าวให้ตรงจุดที่สุดคือ กลุ่มผู้ดูแลมีหลายบทบาทและหลายหน้าที่ที่ลื่นไหลสัมพันธ์กับเครือข่ายชั้นอื่นๆ ในวงล้อมของการดูแล การเลือกกลุ่มผู้ดูแลในชุมชนเป็นกลุ่มเป้าหมายในการขับเคลื่อนชุมชนกรุณาจึงเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จ

นอกจากนี้ผู้เขียนขอเสนอแนวทางการพัฒนากลุ่มผู้ดูแลซึ่งเป็นแกนกลางของการขับเคลื่อนชุมชนกรุณาใน 3 ประเด็น ได้แก่ ด้านทักษะการฟังด้วยใจ ด้านทัศนคติต่อการพูดคุยเรื่องความตายและการสูญเสีย และการยกระดับผู้ดูแล (อสม./CG) เป็นวิชาชีพ

ทักษะการรับฟังด้วยใจ

กลุ่มผู้ดูแล (อสม./CG) เป็นผู้ที่ทำงานอยู่กับการสูญเสีย ความเจ็บปวด ความทุกข์ของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีหน้าที่การดูแลเรื่องกายภาพ เช่น การล้างแผล การทำความสะอาดแผลกดทับ เป็นต้น ไม่ได้ดูแลด้านจิตใจ และขาดศักยภาพในการรับมือกับอารมณ์ที่เข้มข้น มีข้อจำกัดด้านทักษะการฟังด้วยใจอยู่มาก ตัวอย่างเช่น ไม่รู้จะรับมืออย่างไรเมื่อญาติผู้ป่วยร้องไห้ ส่วนใหญ่จะเน้นการปลอบใจ หรือไม่ก็เชื่อมโยงกับประสบการณ์ของตนเอง และเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้แนะนำมากกว่าผู้รับฟัง อย่างเปิดกว้างและไม่ตัดสิน ดังนั้นการเสริมศักยภาพทักษะการฟังด้วยใจเป็นปัจจัยสำคัญ ต่อการพัฒนา

ผู้ดูแลในหลายๆ ด้าน ทั้งความสัมพันธ์ภายในตนเอง ครอบครัว กลุ่มผู้ดูแล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ โดยกิจกรรมสำหรับพัฒนาทักษะการฟังของผู้ดูแลตำบลพะตง ได้แก่เกมไพ่ไขชีวิต ไพ่แคร์คลับ ไพ่ฤดูฝน ศิลปะการจัดดอกไม้ และการภาวนากับร่างกาย (Somatic meditation) เป็นต้น

ทัศนคติต่อการรับฟังและพูดคุยเรื่องความตายและการสูญเสียของผู้ดูแล

อุปสรรคอย่างหนึ่งของการทำกิจกรรมเกมไพ่ไขชีวิตและสมุดเบาใจ คือ ผู้ร่วมกิจกรรม ต่อต้านการพูดคุยเรื่องความตาย การเตรียมตัวตาย และการสูญเสีย กล่าวได้ว่าการพูดถึงการตาย เป็นเรื่องต้องห้าม อย่างไรก็ตาม หากมองบริบทของผู้ดูแล ที่ต้องทำงานอยู่กับสภาพความเจ็บป่วย การสูญเสีย และการตายของผู้ป่วย การมองว่าความตายเป็นเรื่องที่ไม่ควรพูดถึง จึงเป็นความขัดแย้งลึกๆ ภายในจิตใจของกลุ่มผู้ดูแล การทำงานกับผู้ดูแลเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติให้พูดคุยเรื่องความตายได้อย่างอิสระ จึงเป็นประเด็นสำคัญในการเสริมศักยภาพให้ผู้ดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลซื่อตรงและยอมรับความรู้สึกที่เกิดขึ้นไม่ต้องปกปิด และส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจถึงปฏิกิริยาที่มีต่อเรื่องความตาย กิจกรรมเกมไพ่ไขชีวิตจะช่วยให้ผู้ดูแลเริ่มเผชิญหน้ากับการพูดคุยเรื่องความตาย และการภาวนาเพื่อสร้างความตระหนักรู้ต่อปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายและผ่อนคลายร่างกายได้ จะช่วยบ่มเพาะการเปิดรับ การยอมรับ และอยู่กับประสบการณ์ที่อึดอัดใจของผู้ดูแลได้มาก

ในช่วงถอดบทเรียน มีผู้ดูแลสะท้อนว่า “จากเดิมที่รู้สึกว่า เรื่องความตายเป็นเรื่องที่ไม่ควรมาคุยกัน อึดอัด แต่ตอนนี้ทัศนคติก็เปลี่ยนเป็นว่า เป็นเรื่องที่คุยกันได้ ผ่อนคลายได้ เข้าใจได้ว่าเป็นเรื่องสำคัญ และยังช่วยให้ตนเองปล่อยวางได้” ทัศนคติต่อความตายของผู้ดูแลเป็นหัวใจสำคัญของการดูแล เพราะท่าทีการดำรงอยู่อย่างผ่อนคลายและมั่นใจของผู้ดูแลขณะสื่อสารเรื่องการเตรียมตัวตาย เป็นเงื่อนไขสำคัญของการสร้างวัฒนธรรมการรับฟังและพูดคุยเรื่องความตายภายในชุมชน ซึ่งเป็นคุณค่าและบรรทัดฐานสำคัญของการสร้างชุมชนกรุณา

การยกระดับกลุ่มผู้ดูแล (อสม./CG) เป็นวิชาชีพด้วยหลักสูตรผู้ดูแลแบบองค์รวม

กลุ่มผู้ดูแลเป็นแกนนำสำคัญในการขับเคลื่อนชุมชนกรุณา จากกรณีศึกษาตำบลพะตง หากจะมีข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการขับเคลื่อนชุมชนกรุณาในพื้นที่อื่นๆ การเริ่มต้นทำงาน จากกลุ่มผู้ดูแลมีความเป็นไปได้ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันสถานะงานของ

อสม./CG ถูกจำกัดไว้เป็นเพียงจิตอาสาหรือผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ[6] ซึ่งผู้เขียนมองว่าเป็นข้อจำกัด ต่อการเติบโตในหน้าที่และพัฒนาศักยภาพของกลุ่มผู้ดูแล ข้อเสนอเชิงนโยบายคือ การยกระดับ อสม./CG ให้เป็นผู้ดูแลแบบเป็นทางการหรือผู้ดูแลมืออาชีพ และพัฒนาหลักสูตรผู้ดูแลแบบองค์รวม ที่ดูแลทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะการฟังด้วยใจ และทัศนคติต่อความตาย เพื่อพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขในระดับชุมชนให้เป็นพลังขับเคลื่อนชุมชนกรุณา หรือเมืองกรุณาไปยังพื้นที่อื่นๆ ของประเทศไทย

สร้างเสริมวัฒนธรรมการรับฟังและพูดคุยเรื่องความตายและการสูญเสีย

ทัศนคติอันผ่อนคลายและเปิดกว้างของผู้ดูแลต่อการรับฟังและพูดคุยเรื่องความตาย เป็นหัวใจสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง แต่นั่นยังเป็นความสำเร็จระดับปัจเจกเท่านั้น ไม่อาจยืนยันได้ว่าจะสามารถพัฒนาชุมชนกรุณาที่แท้จริงได้ ตราบใดที่ผู้ดูแลไม่สามารถสร้างเป็นวัฒนธรรมชุมชน ที่ทุกคนสามารถรับฟังด้วยใจ ไม่ตัดสิน และพูดคุยเรื่องความตายได้อย่างอิสระ วัฒนธรรมความตายพูดได้เป็นคุณค่าที่จะหล่อเลี้ยง โอบอุ้ม เยียวยาจิตใจและจิตวิญญาณของสมาชิกชุมชน ที่เผชิญความสูญเสียหรือช่วงเวลาวิกฤติของชีวิต รวมถึงช่วยให้ผู้คนตระหนักว่าสุขภาพดีและความเจ็บป่วย เกิดและตาย พบพานและสูญเสีย เป็นวัฏจักรของชีวิต

สำหรับเมืองกรุณาตำบลพะตง การขยายผลกิจกรรมเกมไพ่ไขชีวิตไปสู่กลุ่มต่างๆ ในชุมชน เช่น ชมรมรักษ์สุขภาพ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้นำชุมชน และกลุ่ม อสม./CG ที่ยังไม่ได้เข้าร่วมโครงการ พบว่า ในการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นครั้งแรก จะมีผู้ต่อต้านการพูดคุยเรื่องความตาย เช่น “อย่าพูดเรื่องนี้ได้ไหม” “มาร่วมกิจกรรมเพราะอยากสนุก” “พูดแล้วไม่อยากร้องไห้” เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ด้วยอิทธิพลของกิจกรรมกลุ่ม และการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น การชวนสมาชิกชุมชนทำเกมไพ่ไขชีวิตและทบทวนสมุดเบาใจร่วมกัน พบว่าทำให้สมาชิกชุมชนเริ่มเปิดใจยอมรับการพูดคุยเรื่องการเตรียมตัวตายและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า “เขียนสมุดเบาใจแล้วยัง” เป็นคำทักทายที่สมาชิกพูดคุยกันอย่างผ่อนคลายในระหว่างการประชุม

ในมุมมองของผู้เขียน การสร้างวัฒนธรรมการรับฟังและพูดคุยเรื่องความตายและการสูญเสีย เป็นบรรทัดฐานหรือเกณฑ์ตัดสินสำคัญอย่างหนึ่งในการประเมินว่า ชุมชนนั้นเป็นเมืองกรุณาที่มีความตื่นตัวต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการดูแลกันและกัน

ในช่วงเวลาวิกฤติและสูญเสียมากน้อยเพียงใด

สรุป

เมืองกรุณาควรเป็นชุมชนกรุณาที่มาจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในเมืองหรือพื้นที่นั้นๆ และความยั่งยืนของเมืองกรุณามาจากสมาชิกและผู้นำชุมชนเห็นความสำคัญว่า การดูแลแบบประคับประคอง เป็นสิทธิพื้นฐานของพลเมือง ในกรณีของตำบลพะตง การขับเคลื่อนเมืองกรุณาเริ่มจากระยะเริ่มต้น ระยะเสริมพลัง และระยะความเป็นเจ้าของ โดยมีกลุ่มผู้ดูแลคือแกนหลักที่เชื่อมโยงการทำงานกับเครือข่ายการดูแลชั้นต่างๆ ในวงล้อมแห่งการดูแล โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดังนั้นการยกระดับศักยภาพของกลุ่มผู้ดูแลในด้านความรู้ ทักษะ ทัศนคติ และพัฒนาให้ผู้ดูแลเป็นผู้เชี่ยวชาญทางวิชาชีพ จะเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนชุมชนกรุณา และการสร้างวัฒนธรรมการรับฟังและพูดคุยเรื่องความตายและการสูญเสียให้เป็นคุณค่า และบรรทัดฐานการพัฒนาเมืองกรุณาในพื้นที่อื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

[1] https://www.who.int/news/item/05-10-2021-who-takes-steps-to-address-glaring-shortage-of-quality-palliative-care-services

[2] ฐากูร กาญจโนภาศ. (2561). พัฒนาการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของประเทศไทย. *วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย*, 1(1), 87-100.

[3] Allan Kellehear. (2020). Compassionate Cities: global significance and meaning for palliative care. *Progress in Palliative Care*, 28(2), 115-119. DOI:10.1080/09699260.2019.1701835

[4] Allan Kellehear. (2020). Charter of Compassionate Cities. สืบค้นจาก https://compassionate-communitiesuk.co.uk/wp-content/uploads/2021/12/The-Compassionate-City-Charter.pdf

[5] เอกภพ สิทธิวรรณธนะ. (2565). วงล้อมแห่งการดูแล (Circles of care). สืบค้นจาก https://cocofoundationthailand.org/วงล้อมแห่งการดูแล-circles-of-care/

[6] กีรติ กิจธีระวุฒิวงษ์ และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. (2561). ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 15–24.

ประวัติผู้เขียน

ดร.สุคนธ์ ชัยชนะ ผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ตำบลพะตง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
ดิเรก ชัยชนะ กระบวนกรชุมชน พื้นที่ตำบลพะตง

*ดูภาพประกอบได้ที่ หน้า 188

บ่มเพาะความกรุณาที่บางรัก

ศรินธร รัตน์เจริญขจร

ผู้คน (1)

พี่น้อย ประณีต ประทีปทองคำ[1] เป็นอาสาสมัครทำกิจกรรมกับผู้สูงอายุในโครงการสุขสูงวัย (Happy Senior) ร่วมกับโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน ทำให้เห็นว่าการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นเรื่องสำคัญ กลุ่มผู้สูงวัยและชุมชนยังมีความเข้าใจต่อเรื่องนี้ไม่มากนัก จึงทำงานร่วมกับโบสถ์ (คริสตจักร) เพื่อสื่อสารเรื่อง Living will และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) การได้ร่วมทำกิจกรรมกับโบสถ์ของชุมชน แม้จะไม่ได้ตั้งใจพัฒนาชุมชนกรุณา แต่ด้วยความที่ทุกโบสถ์นั้นก็คือ ชุมชนกรุณาอยู่แล้ว จึงกล่าวได้ว่าพี่น้อยหรือเจ๊น้อยที่คนในชุมชนเรียกขาน คือผู้ริเริ่มพัฒนาชุมชนกรุณาที่บางรัก

เครื่องมือ (สมุดเบาใจ)

กิจกรรม Palliative Care Day ที่พี่น้อยจัดให้ชุมชนโบสถ์ ยังก่อให้เกิดความเคลื่อนไหวของชุมชนไม่มากนัก คนในชุมชนรู้จักสมุดเบาใจ แต่มีน้อยคนที่จะกลับไปเขียนอย่างครบถ้วน อย่างไรก็ดี พี่น้อยได้ใช้เครื่องมืออื่นๆ เช่น กิจกรรมเดินด้วยไมตรี เกมไพ่ไขชีวิต ไพ่รุ้ง สื่อสารกับชุมชนโดยเฉพาะผู้สูงวัย ตลอดจนเข้าร่วมอบรมเป็นกระบวนกรชุมชน พี่น้อยมองว่าแรงกระเพื่อมสำคัญ ที่ทำให้การอบรมกระบวนกรชุมชนขยายตัว คือมีผู้เข้าร่วมกิจกรรม Palliative Care Day รายหนึ่งตระหนักถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จึงนำสมุดเบาใจกลับไปให้พ่อของเธอที่ต่างจังหวัดเขียน

เวลาผ่านไปปีกว่า คุณพ่อของเธอป่วย มีอาการต่อมลูกหมากโตและโรคไต จึงได้โอกาสนำสมุดเบาใจของพ่อยื่นให้หมอ หมอกล่าวชื่นชม เพราะมีลายลักษณ์อักษรระบุชัดเจน หมอจะดูแลผู้ป่วยได้ง่าย ทำให้คุณภาพชีวิตระยะท้ายของคุณพ่อเป็นไปด้วยดี และจากไปอย่างราบรื่น เป็นสุข และสงบ ส่วนคุณแม่เป็นผู้ป่วยติดเตียงจากโรคหลอดเลือด

สมอง (stroke) ไม่สามารถเขียนได้ จึงใช้เกมไพ่ไขชีวิตเป็นเครื่องมือให้คุณแม่บอกเจตจำนงไว้ หลังจากนั้นคุณแม่มีภาวะแทรกซ้อน ต้องนำส่งโรงพยาบาลกะทันหัน จึงแจ้งหมอตามประสงค์ของคุณแม่ไม่ให้ปั๊มหัวใจและเจาะคอ แต่ญาติไม่เข้าใจ เพราะไม่มีลายลักษณ์อักษรแสดงเจตนา จึงเกิดความขัดแย้งพอสมควร

บทเรียนดังกล่าวเป็นแรงผลักดันให้เกิดความตระหนักในชุมชนเป็นอย่างดี และแสดงให้เห็นถึงคุณค่าและความสำคัญของสมุดเบาใจ เครื่องมือที่จะช่วยให้เรา วางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ด้วยตนเอง

เครือข่าย (ชุมชนโบสถ์)

คริสตจักรหรือโบสถ์ในชุมชน เป็นศูนย์กลางที่ช่วยเชื่อมร้อยความสัมพันธ์ของคนในชุมชน และเป็นพื้นที่ขับเคลื่อนกิจกรรมที่สำคัญ แรงกระเพื่อมจากบทเรียนข้างต้น ทำให้เกิดกระบวนการพัฒนาที่โบสถ์เทียนสั่ง (คริสตจักรเทียนสั่ง ถนนมหานคร) ตั้งแต่แนะนำเครื่องมือต่างๆ ให้กับผู้นำของโบสถ์ พัฒนาผู้นำวงเกมไพ่ไขชีวิต จัดกิจกรรมให้กับสมาชิกทุกคนของโบสถ์ รวมถึงเริ่มมีคลินิกเบาใจสำหรับชุมชน โบสถ์เทียนสั่งจึงมีความชำนาญในการนำกลุ่ม และเป็นแกนหลักที่เข้มแข็งในการอบรมกระบวนกรชุมชน ให้โบสถ์ในชุมชนอีก 5 แห่ง[2] เกิดความตระหนักและขับเคลื่อนภายในโบสถ์ตนเอง เกิดเป็นเครือข่ายชุมชนโบสถ์ เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาชุมชนกรุณา

ผู้คน (2)

เพราะ “แต่ละโบสถ์ก็คือชุมชนกรุณาอยู่แล้ว...โบสถ์คือชุมชน เกิด แก่ เจ็บ ตาย อยู่ที่นี่” พี่นัน นันทนัช ยงศิลป์วิริยะกุล[3] กล่าวไว้ พี่นันเป็นผู้ร่วมขับเคลื่อนชุมชนกรุณาที่สำคัญอีกคนหนึ่ง นอกจากช่วยงานโบสถ์เทียนสั่งมานานกว่า 15 ปี พี่นันยังเคยดูแลงาน Palliative care ที่โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน และเชื่อมต่อโรงพยาบาลกับชุมชน จากประสบการณ์เหล่านี้ พี่นันมองว่าการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การวางแผนการดูแลล่วงหน้า หากยังขับเคลื่อนอยู่ในระบบ อาจเคลื่อนตัวได้ยาก ทั้งเรื่องการให้เวลากับผู้ป่วย การเข้าถึง หรือการพูดคุย ซึ่งพี่นันมองว่าอาจจะ “สายเกินไป” จึงสนใจที่จะทำงานในภาคประชาชนมากกว่า

เริ่มต้นช่วงโควิด (พ.ศ. 2563-2564) ที่มีประธานชุมชนมาขอความช่วยเหลือเพราะเริ่มประสบภาวะยากลำบาก จากสถานการณ์ที่วิกฤติ คนเริ่มตกงาน โรงพยาบาลภาระงาน

ล้นมือ ประชาชนเข้าไม่ถึงความช่วยเหลืออย่างทั่วถึง รวมทั้งการไปโรงพยาบาลก็ไม่สะดวก จึงเกิดความร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน โบสถ์ ชุมชน ศูนย์สาธารณสุขชุมชน และการสนับสนุนงบประมาณจากเอกชนรายหนึ่ง เกิดเป็นโครงการ “เมตตาอรุณ ณ บางรัก” ซึ่งตอนนั้นพี่น้อยและพี่นัน ก็เป็นกำลังสำคัญร่วมกับชุมชน ช่วยเหลือเกื้อกูลชุมชนตามกำลัง ทั้งการแจกถุงยังชีพ การแจกจ่ายยาและอุปกรณ์การดูแลสุขภาพเบื้องต้น และจัดทำโครงการปันอาหาร “คริสต์มาสปันรัก เมตตาอรุณปันอิ่ม” ช่วยเหลือปากท้องของคนในชุมชนที่เดือดร้อนลำบากให้อิ่มท้อง โดยสนับสนุนทุนให้กับร้านอาหารในชุมชน และแจกจ่ายคูปองให้คนในชุมชนรับอาหารไปกินได้ ช่วยบรรเทาความเดือดร้อนได้ในระดับหนึ่ง[4]

เครื่องมือ (เกมไพ่ไขชีวิต)

การทำงานต่อเนื่องกับชุมชนหลังจบโครงการเมตตาอรุณ ณ บางรัก ประเด็นเรื่องการดูแลระยะยาว (Long term care) และการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ถูกหยิบยกขึ้นมาสานต่อ เนื่องด้วยช่วงสถานการณ์โควิด ทำให้มองเห็น “ความตาย” ที่เกิดตรงหน้ามากขึ้น รวมถึงการติดต่อประสานงานระหว่างชุมชน และโรงพยาบาลก็ยากลำบาก พี่นันที่สนใจทำงานในภาคประชาชน จึงเข้าร่วมอบรมเป็น “กระบวนกรชุมชน” กับกลุ่ม Peaceful Death

การส่งต่อข้อมูล (Referral) ให้ผู้ป่วยและชุมชน และการให้ความรู้ (Educator) เรื่องการดูแลสุขภาพระยะท้าย การวางแผนการดูแลล่วงหน้า เป็นบทบาทสำคัญของกระบวนกรชุมชน พี่นันมองว่า ระบบสาธารณสุขปัจจุบันค่อนข้างดีอยู่แล้ว แต่ประชาชนเข้าไม่ถึง เพราะไม่รู้ว่ามีระบบบริการอะไรบ้าง อยู่ตรงไหน เช่น หลายคนไม่รู้ว่าหน่วยบริการมีแผนก Palliative care เป็นต้น ดังนั้นการจัดกระบวนการพัฒนาจึงเริ่มที่โบสถ์ เปลี่ยนโบสถ์ให้เป็น Resource church เพราะโบสถ์ต้องเกี่ยวข้องกับพิธีศพ เกี่ยวข้องกับชีวิตผู้คนในชุมชน เหมาะจะเป็นสถานที่ส่งต่อความรู้ ในเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

กระบวนการพัฒนาคนในโบสถ์ เพื่อทำหน้าที่ส่งต่อข้อมูลและให้ความรู้ ในฐานะกระบวนกรชุมชน จึงเกิดขึ้นทุกระดับ ผู้นำโบสถ์เห็นด้วยและเข้าร่วมกระบวนการ เจ้าหน้าที่ทุกคนจากโบสถ์ 6 แห่ง สามารถเป็นผู้นำวงเกมไพ่ไขชีวิตได้ จากนั้นจึงขยายการอบรมกระบวนกรชุมชนไปที่ อสส. (อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร) ผู้นำชุมชน และสมาชิกชุมชน

“ตอนแรกเราทำงานกับผู้สูงอายุในชุมชนก่อน แต่ไม่ค่อยสำเร็จ ไม่มีพื้นที่ทำงาน จึงเริ่มทำงานกับ อสส. เพราะมีพื้นที่ทำงานอยู่แล้ว และทำให้โบสถ์เป็นพื้นที่ทำงานอีกแห่ง ...อบรมให้เขียนสมุดเบาใจ อย่างเดียวไม่ค่อยเวิร์ก เพราะหลายคนก็ไม่ได้เขียน และมัน-แห้ง-ไป ขณะที่เกมไพ่ฯ มันลึก เป็นตัวชวนคุย สร้างความสัมพันธ์ อย่างพี่เล่นไพ่ครั้งเดียว 1 ชั่วโมง ทำให้รู้จักคนคนหนึ่งมากกว่าที่ทำงานโบสถ์มา 15 ปี” (นันทนัช-13 ตุลาคม 2565)

เกมไพ่ไขชีวิต นอกจากจะช่วยให้ผู้เล่นทบทวนชีวิต ยังเป็นตัวเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างผู้คน และเป็นหมุดหมายที่ดีสำหรับการเตรียมตัว ก่อนที่จะรู้จักกับเครื่องมืออีกชิ้นหนึ่ง คือสมุดเบาใจ เพื่อให้การวางแผน ตระเตรียมเกี่ยวกับสุขภาพและชีวิตเป็นรูปธรรมจริง

เครือข่าย (โบสถ์-ชุมชน-สุขภาพ)

นอกจากกิจกรรมในทางศาสนา คริสตจักรเป็นพื้นที่เชื่อมร้อยความสัมพันธ์ของผู้คนในชุมชน เช่นเดียวกับวัดของชาวพุทธ หรือศาสนสถานใดๆ สำหรับศาสนิกนั้น ทว่าความเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทำให้กิจกรรมทางศาสนาเชิงประเพณีอาจไม่ได้เข้มข้นอย่างแต่ก่อน หรือมีความเชื่อท้องถิ่น วัฒนธรรมของแต่ละชาติพันธุ์เข้ามาผสมผสานกัน

การพัฒนาชุมชนกรุณามีโบสถ์เป็นส่วนสำคัญ ทำให้เกิดความก้าวหน้า และขยายตัวอย่างเข้มแข็ง เกิดความร่วมมือของเครือข่ายโบสถ์ในชุมชน รวมถึงชุมชน ซึ่งเดิมเป็นเครือข่ายอยู่แล้ว แต่มาเชื่อมสัมพันธ์กัน ทำให้งานพัฒนาด้านต่างๆ เดินหน้าไปได้

สำหรับชุมชนบางรัก มีโบสถ์ทั้งหมด 8 แห่ง เข้าร่วมเป็นเครือข่ายชุมชนกรุณา 6 แห่ง ส่วนชุมชนจำนวน 15 แห่ง[5] ทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายอยู่แล้ว ในด้านสังคมและสุขภาพ สามารถเชื่อมร้อยศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 23 เข้ามาช่วยเหลือเกื้อกูลกัน รวมทั้งเครือข่าย อสส. ที่เป็นทั้งตัวแทนหน่วยบริการสุขภาพและเป็นคนในชุมชนเอง

ผู้คน (3)

ด้วยความเป็นชุมชนดั้งเดิมใจกลางมหานคร ชุมชนบางรักจึงเต็มไปด้วยความหลากหลาย ของผู้คนและวัฒนธรรม การผสมผสานกันของความเชื่ออาจเป็นทั้งข้อจำกัดและโอกาสในการพัฒนางานชุมชนกรุณา

ชุมชนบางรักส่วนหนึ่งเป็นชุมชนคนไทยเชื้อสายจีน นับถือศาสนาคริสต์ ความเชื่อเดิมของชาวจีนที่ห้ามไม่ให้พูดถึงความตายยังคงเป็นข้อจำกัด มีหลายครั้งที่ได้ยินประโยค

ที่ว่า “ไม่ได้แช่งนะ” เมื่อจะเริ่มบทสนทนาที่เกี่ยวข้องกับความตาย หรือความเชื่ออื่นๆ เช่น ห้ามปักตะเกียบในถ้วยข้าว เพราะดูเหมือนการปักธูปหน้าศพ เป็นต้น อย่างไรก็ดี ด้วยการค่อยๆ เรียนรู้ และทบทวนชีวิต รวมทั้งการได้ทำงานช่วยเหลือชุมชน เกียรติศักดิ์ แซ่ตั้ง[6] ประธานเครือข่าย 15 ชุมชน ประธานชุมชนพระนครเหนือ และอาสาสมัครสาธารณสุขฯ (อสส.) มองว่า การจะเขียนสมุดเบาใจนั้น แล้วแต่แต่ละคน บางคนอาจมองว่าเป็นการแช่งตัวเอง แต่จากการไปเยี่ยมผู้ป่วย ผู้สูงอายุในชุมชน ไปพูดคุยเรื่องสุขภาพ ก็คิดว่าน่าจะค่อยๆ บอกผู้ป่วยได้ ทำให้เห็นว่าเรื่องตายเป็นเรื่องธรรมชาติ ค่อยๆ ซึมซับ จนบางทีอาจมีคนอยากเขียนบ้าง

“สำหรับตัวเอง คิดว่าความเชื่อแบบคนจีนก็มีส่วนสำคัญกับวิถีชีวิต แต่ศาสนาคริสต์มีส่วนสำคัญกับการดำเนินชีวิตมากกว่า...(เรื่องความตาย) คุยกับครอบครัวได้ แต่ยังไม่ได้คุย...และคิดว่าเรื่องนี้ (ความตาย) ไม่เกี่ยวกับว่าจะแข็งแรงหรือไม่แข็งแรง” เกียรติศักดิ์ กล่าว

“โอ๊ย ไม่เอาหรอก แบบนี้เหมือนกับแช่งตัวเอง” ไพรวัลย์ งามไมตรี[7] ประธานชุมชนจอมสมบูรณ์ และ อสส. เล่าให้ฟังในมุมที่คล้ายกัน “...มีหลายชุมชนที่พูดแบบนี้ เลย บอกว่าทดลองทำสัก 20 คนก่อน แล้วค่อยๆ บอกเขา สักเดือนหนึ่ง...คนจีนเป็นคนคิดมาก มีคนหนึ่งบอกว่าเขายังไม่เป็นอะไรเลย (สุขภาพแข็งแรง) จะให้เซ็นอะไรไม่รู้ (หมายถึงเขียนสมุดเบาใจ) ก็เล่าให้คุณนันฟัง เลยว่า วันนี้เราทำกลุ่มเล็กๆ ก่อน แล้วค่อยขยายไปกว้างๆ ที่ชวนมาคือผู้สูงอายุ (มาอบรม) ให้เขามาฟังแล้วไปบอกต่อ...”

พี่ไพรวัลย์ที่ยังดูสดใส ในวัยที่ยังไม่เกษียณ ยังคงทำธุรกิจที่บ้าน และทำงานช่วยเหลือชุมชนในฐานะ อสส. ด้วยการออกเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนเดือนละครั้ง ไปเป็นทีมกับพี่นัน ซึ่งเป็นอดีตพยาบาล มีความรู้และพูดจาเป็น รู้จักเข้าหาผู้สูงอายุ เป็นการเยี่ยมบ้านกันมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนสถานการณ์โควิด โดยในชุมชนของเธอมีผู้ป่วยติดเตียง 9 คน (ก่อนหน้านี้เสียชีวิตไป 1 ราย)

ประสบการณ์ส่วนตัวของพี่ไพรวัลย์ เป็นเช่นเดียวกับผู้ที่สุขภาพแข็งแรง อายุยังน้อย ทำให้ไม่ได้คิดเรื่องเตรียมตัวหรือวางแผนการดูแลสุขภาพระยะท้าย แต่เมื่อมีโอกาสได้ไปงาน Palliative Care Day ที่ศิริราช “ตอนไปศิริราชก็ตกใจ เราอายุยังน้อยแต่ทำไมให้เรามาดูพวกนี้ จนสุดท้ายมีภาพคนป่วย ใส่สายระโยงระยาง และบอกเราว่าถ้าจะไปอย่างมีความสุข เราก็ทำพินัยกรรมชีวิตได้ว่า ถ้าเราเป็นอะไร ไม่ต้องใส่สายอะไรเลย เราจะไปอย่างสบายๆ ...ส่วนตัวมองว่าทำเรื่องนี้ไว้ดีนะ เหมือนกับมีอะไร เราได้ตัดสินใจของเราเอง”

ไพรวัลย์กล่าว

วัฒนธรรมความเชื่อชาวจีน เรื่องการพูดถึงความตายเป็นการแช่ง ยังคงมีอยู่ ขณะที่ชุมชนชาวจีนที่นับถือศาสนาคริสต์ อาจมีส่วนช่วยคลายความเชื่อ และค่อยๆ ทำให้มีการสื่อสารกันมากขึ้น ผ่านกระบวนการพัฒนาชุมชนกรุณา ด้วยเกมไพ่ไขชีวิตและสมุดเบาใจ

นอกจากนั้นการจัดกิจกรรมสำหรับชาวคริสต์/ชุมชนศาสนา อาจเป็นไปได้ง่าย เพราะมีพื้นฐานความเชื่อและความเข้าใจเรื่องจิตวิญญาณและชีวิตหลังความตาย คือ ความตายทางร่างกายเป็นเรื่องทางกายภาพเท่านั้น ส่วนจิตวิญญาณอันเป็นนิรันดร์ จะได้พักในสวรรค์ตลอดไปด้วยความเชื่อศรัทธาในพระเยซูคริสต์เจ้า แต่จุดแข็งของศรัทธานี้ ทำให้ชุมชนโบสถ์มองข้ามเรื่องสภาพร่างกายซึ่งเป็นสถานีสุดท้ายของชีวิตก่อนจากโลกนี้ไป ทั้งที่เวลาในช่วงท้าย สภาพร่างกายและระยะเวลาที่จอดนิ่งๆ ก่อนเคลื่อนผ่านความตาย จะยาวเท่าไรไม่อาจรู้ได้ เวลาจัดกิจกรรมให้กับชุมชนโบสถ์ จึงจำเป็นต้องเน้นถึงจุดนี้ให้ชัดเจนพี่น้อย ประณีต ให้ความเห็นสำหรับการทำงานพัฒนาในชุมชนศาสนา

อย่างไรก็ดี คำสอนตามหลักศาสนาคริสต์ก็เป็นโอกาสและช่องทางที่เปิดกว้างสำหรับการพัฒนาชุมชนกรุณา นอกจากหลักคำสอนเรื่องบัญญัติ 10 ประการแล้ว ศาสนาคริสต์ยังสอนให้ทุกคน มีความรักในพระเจ้า ซึ่งหมายถึง รักด้วยความบริสุทธิ์ใจ มีความปรารถนาให้ผู้อื่นมีความสุข เสียสละให้แก่กันเมื่อจำเป็น และยินดีเมื่อเห็นผู้อื่นได้ดี และความรักระหว่างมนุษย์กับพระเจ้า เปรียบเหมือนความรักระหว่างบิดากับบุตร รวมถึงความรักระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ พระเยซูสอนให้รักเพื่อนบ้าน (มนุษย์ทั้งโลก) เหมือนรักตนเอง สอนให้รักศัตรู คือ รู้จักการให้อภัยและเสียสละ

“รักเพื่อนบ้าน เหมือนรักตนเอง” คำสอนหนึ่ง นำมาซึ่งปรากฏการณ์ที่ความกรุณาได้ผลิบาน ผ่านการเยี่ยมคุณยาย ซึ่งเป็นผู้ป่วยติดเตียงท่านหนึ่งในชุมชนบางรัก

คุณยายได้รับการดูแลโดยเพื่อนบ้าน ซึ่งเป็น อสส. และภรรยาของเขา ผลัดกันช่วยทำความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนเสื้อผ้าและผ้าอ้อม เตรียมอาหาร พาไปหาหมอ ประสานการดูแลกับศูนย์สาธารณสุข และประสานการทำบัตรสวัสดิการเพื่อการเข้าถึงการดูแลจากโรงพยาบาลรัฐ เพื่อนบ้านบางคนสลับกันมาดูแลบ้าง เพื่อนบ้านที่ขายอาหารตามสั่งช่วยเตรียมอาหารให้ทุกมื้อ คุณยายยังคงดำรงชีวิตอยู่ได้ เพราะการดูแลของเพื่อนบ้านร้อยเปอร์เซ็นต์[8]

ผลิ ดอก ออก ผล

การพัฒนาชุมชนกรุณา เป็นกระบวนการที่อาศัยการเคลื่อนตัวอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยต้องบ่มเพาะเมล็ดพันธุ์จากผู้คน ในที่นี้คือผู้คนที่สนใจ (ประเด็น) และมีใจ (อยากช่วยเหลือดูแล) ทั้งนี้ผู้คนก็มิใช่เพียงคนเดียวที่จะทำได้ แต่เป็นผู้คนที่ริเริ่ม มีผู้คนมาสานต่อ และระหว่างกระบวนการ มีผู้คนมากมายเข้าร่วม เรียนรู้ เสริมพลัง และเกื้อกูลซึ่งกัน

เครื่องมือ ทั้งเกมไพ่ไขชีวิตและสมุดเบาใจ ใช้ในการสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างผู้คน เป็นเครื่องมือที่เกื้อหนุนกัน โดยเกมไพ่ฯ เป็นเครื่องมือสร้างสัมพันธ์ให้ผู้คนสื่อสาร และทบทวนชีวิต จนนำไปสู่การตระหนักถึงเรื่องสุขภาพ ความตาย และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ทั้งนี้เพื่อทำให้รู้จักเครื่องมืออีกชิ้นได้ง่ายขึ้น คือสมุดเบาใจ แม้ว่าจะเป็นเครื่องมือที่ยังถูกใช้ไม่เต็มที่ แต่มีหลายคนรับไว้ศึกษา หรือบางคนอาจเขียนบางหน้า ซึ่งถือเป็นก้าวสำคัญ ที่เครื่องมือชิ้นนี้กระจายมาจนถึงผู้คนและชุมชน

การดูแลสุขภาพระยะท้ายและความตายเป็นเรื่องใกล้ตัว และเป็นความท้าทายที่ต้องสร้างการสื่อสาร ทำความรู้จักและตระหนักถึง รวมทั้งเป็นประเด็นให้ผู้คนผูกสัมพันธ์กันเป็น เครือข่าย ได้ง่ายและรวดเร็ว เครือข่ายในที่นี้รวบรวมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งเครือข่ายชุมชน เครือข่ายชุมชนโบสถ์ เครือข่าย อสส. เครือข่ายภาครัฐ ในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งเครือข่ายนอกชุมชน ที่เกื้อกูลความรู้และเครื่องมือ อย่างเช่นกลุ่ม Peaceful Death

หยั่งราก

ผู้คน เครื่องมือ และเครือข่าย เป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาชุมชนกรุณา โดยมี “ความรู้” เป็นตัวขับเคลื่อน ดังนั้นกระบวนการสร้างผู้ถ่ายทอดความรู้-กระบวนกรชุมชน จึงเป็นวิธีการช่วยให้ชุมชนได้เรียนรู้ การดูแลสุขภาพระยะท้าย และการตระหนักถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ชุมชนแต่ละแห่งที่ซ่อนตัวอยู่ในเมืองใหญ่ระดับมหานคร ย่อมมีความแตกต่างหลากหลายของผู้คน ความเร่งรีบ และการดิ้นรนอยู่รอด อาจทำให้คนเมืองไม่ทันได้ตระหนักถึงชีวิต สุขภาพ การทบทวน และดูแล หากแต่หลายชุมชนอยู่ร่วมกันมายาวนาน เป็นชุมชนเก่าแก่ มีประวัติศาสตร์ที่เชื่อมร้อยกัน หากค้นหาจุดเชื่อมโยงและเกี่ยวร้อยภาคส่วนต่างๆ เป็นเครือข่าย ก็จะสามารถพัฒนาเป็นชุมชนกรุณาได้

การสนับสนุนด้านนโยบาย เป็นอีกด้านหนึ่งที่ช่วยให้ชุมชนกรุณาพัฒนาขยายตัวไปยังชุมชนอื่น แม้กรุงเทพฯ จะประกาศให้ทุกโรงพยาบาลมีหน่วย Palliative care แต่ยัง

ขาดการรับรู้จากชุมชน ดังนั้นการสนับสนุนความรู้ผ่านกระบวนกรชุมชนแบบชุมชนบางรักอาจเป็นตัวอย่างในการเรียนรู้ ให้ชุมชนอื่นที่สนใจ นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขฯ (อสส.) เป็นกลไกสำคัญอีกส่วนหนึ่งที่มีอยู่แล้ว เป็นคนในชุมชนและเป็นข้อต่อที่เชื่อมกับหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐ กรุงเทพฯ ควรสนับสนุน การพัฒนาความรู้ให้กับ อสส. ทุกคนอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

เอกสารอ้างอิง

[1] ข้อมูลจาก เฟซบุ๊กส่วนตัว ประณีต ประทีปทองคำ: Praneet Noi และ บทสัมภาษณ์ ประณีต ประทีปทองคำ “ชุมชนกรุณาบางรัก: ประสบการณ์ที่เชื่อมร้อยผ่านโบสถ์ถึงชุมชน” โดยปุณยอาภา ศรีคิรินทร์

[2] คริสตจักรที่ร่วมขับเคลื่อนงานพัฒนาชุมชนกรุณาบางรักรวม 6 แห่ง ได้แก่ คริสตจักรเทียนสั่ง คริสตจักรที่สองสามย่าน คริสตจักรสะพานเหลือง คริสตจักรสืบสัมพันธวงศ์ คริสตจักรสาธร และคริสตจักรไคร้สต์เชิร์ช

[3] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ นันทนัช ยงศิลป์วิริยะกุล วันที่ 13 ตุลาคม 2565 ณ คริสตจักรเทียนสั่ง ถนนมหานคร กรุงเทพฯ

[4] ข้อมูลจากเพจเฟซบุ๊ก: เมตตาอรุณ ณ บางรัก

[5] ชุมชน 15 แห่งของบางรัก ได้แก่ ชุมชนตรอกห้านาย ชุมชนซอยสันติภาพ ชุมชนศรีเวียง ชุมชนซอยวัดมหาพฤฒาราม ชุมชนซอยสองพระ ชุมชนตรอกขุนนาวา ชุมชนหลังวัดหัวลำโพง ชุมชนซอยไวดี ชุมชนซอยจอมสมบูรณ์ ชุมชนพระนคเรศ ชุมชนซอยพิพัฒน์ 2 ชุมชนซอยวัดม่วงแคมัสยิดฮารูน ชุมชนแฟลตครอบครัว สถานีตำรวจนครบาลบางรัก ชุมชนตลาดสดเพชรพลอย และชุมชนหลังวัดแก้วแจ่มฟ้า (สี่พระยา)

[6] สัมภาษณ์เมื่อ 13 ตุลาคม 2565 ณ คริสตจักรเทียนสั่ง ถนนมหานคร กรุงเทพฯ

[7] สัมภาษณ์เมื่อ 13 ตุลาคม 2565 ณ คริสตจักรเทียนสั่ง ถนนมหานคร กรุงเทพฯ

[8] เอกภพ สิทธิวรรณธนะ การดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยเพื่อนบ้าน 100% เฟซบุ๊กส่วนตัว Ekkapop Sittiwantana เผยแพร่เมื่อ 4 พฤศจิกายน 2565

ประวัติผู้เขียน

ศรินธร รัตน์เจริญขจร นักเขียนอิสระ/นักวิจัยอิสระด้านการประเมินผลโครงการ

*ดูภาพประกอบได้ที่ หน้า 184

“พาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล” ธุรกิจจิตอาสาที่เกื้อกูลผู้สูงอายุ และสร้างการเรียนรู้ภายในตน

พรรัตน์ วชิราชัย

การไปโรงพยาบาลไม่ใช่เรื่องง่าย แม้แต่คนที่เดินเหินปกติ หลายครั้งก็ยังต้องถามว่าตึกนี้ แผนกนี้อยู่ตรงไหน หากต้องการทำสิ่งนี้ต้องเริ่มต้นอย่างไร มีหลายสิ่งที่ต้องทำ หลายแผนกที่ต้องไป ทำให้ไปรอผิดที่หลายครั้ง ไม่นับการรอคิวอันยาวนาน ช่วงหลังคิวก็เป็นตัวเลข 3-4 หลัก ที่มักโชว์ขึ้นวับๆ บนจอโทรทัศน์ ทำให้งงและรอจนเลยคิวไปแล้วก็มีไหนจะจำนวนคนมากมายที่เดินเบียดเสียดจนน่าเวียนหัว นี่คือสิ่งที่คนที่เคยไปโรงพยาบาลรัฐมีประสบการณ์ร่วมกัน ลองจินตนาการว่า หากเราแก่ตัวขึ้นและเป็นผู้สูงอายุที่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลเพียงคนเดียว สิ่งเหล่านี้ย่อมยากขึ้นแบบทบทวีคูน

วรรณวิภา มาลัยนวล หรือ พี่อ๊อด สังเกตเห็นสิ่งนี้ตอนที่เธอต้องไปโรงพยาบาลบ่อยครั้ง หลายครั้งเธอต้องคอยสะกิดคุณตาคุณยายข้างๆ ให้รู้ตัวว่าถึงคิวแล้ว การมองเห็นช่องว่างตรงนี้ ทำให้เธอลองคุยกับเพื่อนที่เกษียณอายุเหมือนกัน มีรถและขับรถรับส่งได้ ชวนกันเปิดบริการเล็กๆ ที่พาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลในวันที่เขาและเธอว่างจากงานอิสระของตัวเอง จากนั้นจึงได้เริ่มเปิดเพจชื่อ “พาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล” เพื่อบริการพาผู้สูงอายุในพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล ช่วงกลางปี พ.ศ. 2561

ระยะไกล ระยะใกล้

พี่อ๊อดบอกว่า ก่อนหน้านี้เธอเป็นคนที่สนใจธรรมะ ความตายและการเตรียมตัวตายอยู่แล้ว เคยเข้าคอร์สเผชิญความตายอย่างสงบของพระอาจารย์ไพศาล วิสาโล เคยเข้าร่วมคอร์สภาวนาการเตรียมตัวตายอย่างมีสติกับมูลนิธิพันดารา และช่วยงานพระอาจารย์ครรชิต อกิญจโน ในกิจกรรมชวนคิดชีวิตที่เหลือ อีกทั้งยังรู้ปัญหาของการเป็นผู้ป่วยและผู้ดูแลดี เพราะดูแลคุณแม่ที่ชราและป่วยเป็นอัลไซเมอร์ เธอจึงถูกชักชวนให้มาเป็นหนึ่งในทีมกระบวนกรของ Peaceful Death และด้วยความที่ไม่ต้องทำงานกระบวนกรทุกวัน เธอจึงมีเวลาว่างมากพอที่จะริเริ่มบริการพาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล โดยคิดค่าใช้จ่ายตามระยะ

ทาง (ค่าน้ำมัน) และระยะเวลาที่ใช้ไป (ค่าอาหารและอื่นๆ) ส่วนผู้สูงอายุที่ไปรับจะป่วยหนักหรือเบา คิดค่าบริการไม่แตกต่างกัน เพราะมองว่าเป็นงานกึ่ง งานอาสาสมัครมากกว่าธุรกิจ

“พี่เริ่มทำโดยไม่ได้คิดเชิงธุรกิจ แค่มองว่าเราไม่ต้องควักเนื้อก็พอ มีค่ารถ มีค่าอาหาร เพราะเราเห็นว่าผู้สูงอายุเวลาไปโรงพยาบาลคนเดียว เขาเจอปัญหาเยอะ ถ้าเราช่วยได้ก็ดี เพื่อนก็ว่าทำสิ พี่เลยทำกับเพื่อนแค่สองคน ไม่ได้มีทีมงานคนอื่น รับเท่าที่รับได้ วันไหนเราว่างก็ทำ”

เริ่มจากเปิดเพจ ทำคลิปสั้นๆ ฝากเพื่อนกระจายข่าวในกลุ่มต่างๆ แรกๆ คนที่สนใจก็ไม่แน่ใจว่า พี่อ๊อดและเพื่อนจะมารับและดูแลตลอดจริงไหม แต่พอทำไปเรื่อยๆ ก็ถูกบอกต่อแบบปากต่อปาก เริ่มมีรายการโทรทัศน์และวิทยุมาสัมภาษณ์ เนื่องจากคนเริ่มถามหาบริการแบบนี้มากขึ้น ซึ่งพี่อ๊อดมองว่าเกิดขึ้นเพราะสถานการณ์ของสังคมผู้สูงวัยนั้นรุนแรงขึ้น

พี่อ๊อดบอกว่างานกระบวนกรทำให้เธอสัมพันธ์กับผู้ป่วยและผู้ดูแลในระยะไกล แต่การพาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลทำให้มีโอกาสสัมผัสกันและกันในระยะใกล้ เคียงบ่าเคียงไหล่กัน ในบางช่วงของชีวิต ซึ่งทำให้เธอเรียนรู้ภายในโดยไม่ตั้งใจ

พัฒนาการข้างในตัวเอง

เมื่อถามถึงพัฒนาการในการทำงาน พี่อ๊อดมองว่าสิ่งที่เกิดมากที่สุดคือพัฒนาการข้างในตัวเอง เมื่อเธอได้สัมผัสความเจ็บป่วยหรือความตายในระยะใกล้ มันทำให้เธอมองเห็นชีวิตเปลี่ยนไป มีมิติที่ไม่เหมือนการดูแลพ่อแม่ตัวเอง มันฝึกให้เธอไม่รีบจัดการ ถอยตัวเองออกมาอยู่ข้างๆ แล้วเดินไปพร้อมๆ กับผู้สูงอายุ

“พี่พบว่าจริงๆ ผู้สูงอายุเขาอยากช่วยเหลือตัวเอง เช่น ถ้าเขาใช้ไม้เท้าเดินได้ เขาก็ไม่อยากถูกเข็น อยากเดินเอง เวลาพาไปเอกซเรย์ บางคนก็ขอให้เข้าไปช่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า บางคนบอกไม่ต้อง เขาจะขอความช่วยเหลือในระดับที่เขาต้องการ แต่เวลาดูพ่อแม่เรา เราจะล้นเข้าไปจัดการให้เขาเยอะ แต่อันนี้เรารู้สึกมันมีความเป็นเพื่อน เขาสอนเราตรงนี้ พอพี่กลับไปเจอคนในบ้าน ก็จะเตือนตัวเองบ่อยๆ ว่าอย่าล้ำเขาไป”

หนึ่งในคนที่สอนเธอมาก คือผู้สูงอายุคนแรกที่เธอรับพาไปโรงพยาบาล คุณป้าท่านนี้ป่วยมะเร็ง มีลูกอยู่ต่างจังหวัด อาศัยอยู่กับญาติที่กรุงเทพฯ วันนั้นถือเป็นอีกวันที่มีคนเยอะแน่นโรงพยาบาล คุณป้าอาการค่อนข้างหนักจนต้องใช้เปลนอน อีกทั้งยังถ่ายและ

อาเจียนบ่อยครั้ง มีกลิ่นเหม็นรุนแรง และสีคล้ำดำจนพี่อ๊อดรู้สึกได้ถึงความไม่ปกติ เมื่อเจอคุณหมอก็ได้รับแจ้งให้แอดมิตทันที เพราะอาการหนักมาก อย่างไรก็ดีคุณป้าไม่ได้เตรียมตัวมาค้าง จึงรู้สึกกังวลใจและขอกลับบ้านไปเก็บของก่อน เธอจึงพาคุณป้าไปส่งที่บ้านและแจ้งกับญาติว่าควรกลับไปแอดมิตทันที แต่ทางญาติยังขายของไม่เสร็จ จึงขอจัดการต่อเอง

“ตอนที่ทางญาติบอกว่ายังพาไปโรงพยาบาลไม่ได้ ขอขายของก่อน เราฟังแล้วก็ขัดแย้งในใจนะ เพราะนี่ก็ชีวิตคนคนหนึ่งเลย แต่ก็ปล่อยให้ที่บ้านเขาจัดการกัน อีกสองวันเราก็เห็นลูกสาวเขาโพสต์ว่าแม่เสียแล้ว เราก็ตกใจและคิดว่า เรากับคุณป้าได้เจอกันวันนั้นเป็นวันเดียวในชีวิตเลย เราอยู่กันทั้งวันตั้งแต่เช้าถึงเย็น ทั้งเลอะ ทั้งอะไร เราเจอกันเพื่อเหตุนี้เลย เหมือนมันมาบอกเราว่า เวลาที่เราเจอใครสักคน มันอาจจะเป็นครั้งสุดท้ายแล้วก็ได้ คำสอนพวกนี้ เราได้ยินบ่อยๆ ใช่ไหม เหตุการณ์นี้มันทำให้เรารู้สึกได้ว่า เวลาที่เจอใครเขาเป็นคนสำคัญสำหรับเรา

“เรื่องนี้กระแทกใจเราหลายจุด ทั้งคำขอโทษที่แกให้กับเราตอนที่นอนเปล ตัวเราตอนที่เข็นเปลเก้ๆ กังๆ แล้วมีเด็กผู้ชายคนหนึ่งเห็นเราเข็นเลี้ยวไม่ได้ ก็เข้ามาถามว่าจะไปไหน แล้วก็ช่วยกันลากเปลไป เราก็ถามว่าไม่ตรวจเหรอ เขาก็บอกว่า เขาต้องมาตรวจเพื่อเตรียมสมัครงาน แต่มาผิดวัน วันนี้ไม่ใช่วันที่หมอจะตรวจคนต่างด้าว ก่อนไปเขายังกลับมาถามอีกว่า จะลงไปหรือเปล่า อยากช่วย น้ำใจของเขาทำให้เราตื้นตัน พอเรารู้ว่าคุณป้าคนนี้เสียชีวิต มันก็ทำให้พี่คิดว่า มันเป็นวันที่ประจวบเหมาะ เหมือนเราคือดาวสามดวงที่โคจรมาพบกัน แล้วแต่ละคนก็แยกย้ายไปมีชีวิตของตัวเอง เราได้เห็นความกรุณาที่อยู่รอบตัวเรา”

อีกกรณีหนึ่ง มีคนขอให้พี่อ๊อดไปช่วยดูแลคุณพ่อที่เข้าโรงพยาบาล แต่ปรากฏว่าคุณแม่หกล้มขาหัก จึงขอให้พี่อ๊อดดูแลและพาคุณแม่ไปเยี่ยมที่โรงพยาบาลเป็นครั้งคราว จนกระทั่งจุดหนึ่ง คุณหมอได้แจ้งกับคุณแม่ว่า คุณพ่ออยู่ในระยะท้ายแล้ว และให้เข้าไปร่ำลา พี่อ๊อดได้รับฟังข่าวร้ายนี้พร้อมกับคุณแม่

“แม่เขาก็หันมาหาเราแล้วถามว่าทำยังไงดีล่ะอ๊อด เรารู้สึกว่า แม้ว่าเราจะไม่ได้เป็นลูกเขา แต่การที่เราอยู่ตรงนั้นด้วยมันมีค่ามีความหมายมากนะ เราได้เห็นเวลาสุดท้ายที่เขาจับมือกับพ่อ แล้วพ่อก็จับมือแม่ไม่ยอมปล่อย คุณแม่ก็ไม่กล้าร้องไห้ เพราะไม่อยากให้พ่อเสียกำลังใจ เรารู้สึกว่ามันยากจริงๆ ขนาดเราเป็นคนอื่นยังรู้สึกได้เลยว่ามันยากจริงๆ ตัวแม่เองก็ต้องผ่าตัดขา สามีก็กำลังจะจากไป ทุกอย่างมันรุมเข้ามา เราก็อยู่กับเขา ฟังเขา ความเป็นเพื่อนรับฟังมันเกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติเลย”

พี่อ๊อดบอกกับเราว่า การเรียนรู้เหล่านี้ เธอไม่ได้วางแผนตระเตรียมไว้ แต่เกิดขึ้นเองทุกครั้งที่ไปทำงาน หลายกรณีเธอต้องกลับมาทบทวนตัวเอง เพราะเชื่อว่าเรื่องราวเหล่านี้ไม่ได้มาโดยบังเอิญ แต่มาเพื่อบอกอะไรบางอย่างแก่เธอ เพื่อให้เธอได้เรียนรู้เกี่ยวกับชีวิตตัวเอง หลายครั้งผู้สูงอายุจะเล่าเรื่องราวของพวกเขาให้เธอฟัง ทั้งความทุกข์ความสุข ช่วงชีวิตที่รุ่งเรืองที่สุดและช่วงชีวิตปัจจุบันที่ร่วงโรย จากความเจ็บไข้ได้ป่วย ณ ปัจจุบันนี้ บางคนเข้าใจ บางคนก็ตีโพยตีพาย เมื่อได้ฟัง เธอก็ได้ย้อนมองตัวเอง ที่ก็ต้องแก่ เจ็บ และตายเหมือนกัน เราจะแก่ เจ็บ ตายแบบไหน และเตรียมตัวอย่างไร

“พี่คิดว่าการทบทวนมันจำเป็นมาก เพราะบางเคสทำเอาเราเศร้าไปเลย บางทีต้องมีน้องที่สนิทช่วยรับฟังให้ เพราะมันกระแทกใจเรามาก ในขณะเดียวกัน มันก็ทำให้เรากลับมาเห็นชีวิตของเรา กลับมาทบทวนว่าวันนั้นที่เราเจอกัน มันคืออะไร ทำไมเราต้องเจอเขา พี่เชื่อว่ามันไม่บังเอิญหรอก เราคงมีกรรมสัมพันธ์กัน มันทำให้เราฝึกปล่อยวางว่าเราทำได้เท่านี้ และย้อนมองว่าตัวเราเองก็ต้องแก่และป่วยเหมือนกัน เราเตรียมตัวยังไงเพื่อไม่ให้แก่ไปเป็นแบบนั้น สิ่งเหล่านี้มันมาสอดคล้องกับการปฏิบัติธรรมของเรา เป็นการเตรียมตัวข้างในเราด้วย”

มือบางมือที่เอื้อมถึงกัน

พี่อ๊อดบอกว่ากรณีที่ยากและทำให้เกิดความขัดแย้งในใจคือ ขณะที่กำลังพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล แม่ของเธอโทรมาบอกว่ากำลังไม่สบาย และต้องการให้มีคนพาไปโรงพยาบาล ตอนนั้นเธอรู้สึกผิดและตกใจมาก แต่สุดท้ายก็พบว่า มีคนอื่นในครอบครัวที่พร้อมพาคุณแม่ไปโรงพยาบาลแทน สิ่งนี้สอนให้เธอตั้งสติ และไว้วางใจว่า เธอไม่ได้เป็นคนเดียวที่พร้อมเกื้อกูลคนอื่น แต่ยังมีอีกหลายมือที่จะเอื้อมมาช่วยเหลือกันในช่วงเวลาที่ยากลำบาก

“ตอนนั้นเราก็คิดว่า เราอยู่ผิดจุดหรือเปล่า คนไข้นี่ก็หน้าที่นะ แม่ก็หน้าที่ พี่ก็ตั้งสติ เรียบเรียงว่าเราทำอะไรได้บ้าง โทรหาพี่สาว แจ้งไปในไลน์ ปรากฏว่าพี่สะใภ้ว่าง เลยไปรับแทนได้ เราเห็นเลยว่า บางทีเราไม่ได้อยู่ในจุดที่ทำอะไรได้ แต่เราขอความช่วยเหลือใครได้ อีกครั้งหนึ่งคือละแวกบ้านแม่พี่ไฟไหม้ แต่พี่นั่งประชุมอยู่ พอรู้ก็รีบออกจากห้องประชุมทันทีที่ไปถึงก็หาใครไม่เจอ สักพักแม่ก็โทรเข้ามาบอกว่ามีคนช่วยแม่ออกมาแล้ว เป็นคนอีกฝั่งของถนน เราก็โล่งใจ แล้วก็คิดได้ว่า ชีวิตมันเป็นแบบนี้ เหมือนเราช่วยคนอื่น แต่คนอื่นก็ช่วยแม่เรา เมื่อเราทำอะไรให้ใครสักคน สิ่งตอบแทนอาจจะไม่ได้มาในเวลานั้นเลย แต่ในเวลาที่ต้องการ ก็มีมือบางมือเอื้อมมาช่วย มันทำให้เราวางใจอะไรหลายๆ อย่างมากขึ้น”

ปัจจุบันพี่อ๊อดนั้นไม่ต้องดูแลคุณแม่แล้ว เพราะท่านเสียชีวิตในช่วงโควิดที่ผ่านมา ปีนี้เธออายุ 61 ปี และคุยกับคู่ชีวิตบ่อยครั้งว่า ถ้าวันหนึ่งใครไปก่อน อีกคนจะใช้ชีวิตอย่างไร เป็นการเตรียมตัวและเตรียมใจ ด้านตัวเธอเองก็ซ้อมอยู่ง่ายกินง่าย ใช้ชีวิตง่าย แม้ลำบากร่างกาย แต่ไม่ลำบากจิตใจ ซึ่งเธอบอกว่าได้ฝึกบ่อยๆ ทุกครั้งที่พาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล เพราะหลายที่คนแน่นมาก รอคิวนาน ระหว่างที่คอยก็จะฝึกตามลมหายใจ มีครั้งหนึ่งที่ต้องยืนคอยในช่วงเวลาที่คนแน่น แต่สุดท้ายก็เจอจุดสบาย ด้วยการเอาตัวไปพิงรถเข็นผ้าที่จอดอยู่ และอีกวิธีคือเปิดตาเปิดใจให้กับสถานการณ์ตรงหน้าอยู่เสมอ

“พี่พบว่ามันต้องมีสักจุดแหละที่เรารู้สึกว่าอยู่ได้ บางทีก็มองให้เห็นเป็นธรรมชาติ อย่างพี่ชอบมองผู้คน เวลาเห็นตายายสองคนพากันมาโรงพยาบาล คนนึงก็แก่ คนนึงก็หง่อม เราก็ได้คำสอนตัวเองผุดขึ้นมา เหมือนเราได้มองหนังสือแต่ละเล่ม เวลาเห็นคนป่วยเจ็บปวด เราได้เรียนรู้อะไร พี่เลยรู้สึกว่าอยู่ตรงไหนก็ได้ กินอะไรก็ได้ มีเวลาน้อยก็กินน้อย พอเราฝึกยืดหยุ่น ใจเราก็ได้ฝึกด้วย หรือถ้าคอยนานมากๆ เราก็คิดว่าแล้วทำอะไรได้ คนอื่นก็คอยเหมือนกัน แล้วเรายังแข็งแรง ยังไม่เจ็บป่วย แต่บางคนต้องคอยทั้งๆ ที่ปวดมากหรือหนาวมาก ไม่รู้จะหลบไปอยู่ที่ไหน”

ขยายผลไปยังช่องว่างและฟัง

ปัจจุบัน พี่อ๊อดและเพื่อนยังรับพาคนสูงอายุไปโรงพยาบาลอยู่ และมีผู้สูงอายุที่ใช้บริการเป็นประจำ อีกทั้งยังมีบริการพาผู้สูงอายุไปซื้อของ ทำบุญ ทำธุระตามที่ต่างๆ พี่อ๊อดตั้งใจว่าจะทำไปเรื่อยๆ จนกว่าสุขภาพหรือสถานการณ์ของตัวเองไม่อำนวย เมื่อเหตุปัจจัยเปลี่ยน เธอคิดว่าตัวเองก็แค่ต้องปรับตัว อย่างไรก็ดีเธอเห็นความต้องการบริการนี้ยังมีอีกจำนวนมาก และเธอมองว่าคนที่สนใจอยากทำสามารถทำได้ทุกที่ เพราะสถานการณ์ของสังคมผู้สูงอายุมีแต่จะรุนแรงขึ้น ยิ่งมีผู้ให้บริการมากและอยู่ใกล้บ้านผู้สูงอายุ ก็ยิ่งสะดวกและประหยัดค่าใช้จ่ายมากขึ้น

“หลายคนถามพี่มาเยอะเหมือนกันว่าทำดีไหม พี่มองว่าถ้ามีบริการแบบนี้เยอะก็ยิ่งดี แต่ให้เขาถามใจตัวเองว่าใจรักไหม และทำเพราะอะไร เพราะถ้าอยากทำเอารวย พี่ว่ามันยากอยู่เหมือนกัน ไม่รู้ว่าทำได้จริงหรือเปล่า เพราะถ้าเก็บเขาแพงๆ เขาก็คงไม่ไหวเหมือนกัน พี่ก็นึกถึงใจเขาใจเรา ถ้าเราเป็นคนแก่ อยากไปโรงพยาบาล ต้องควักเงินค่าบริการเท่านี้ เราไปไหม หรือสุดท้ายเราจะขอไปเองคนเดียวดีกว่า ฉะนั้นพี่เลยมองว่าไม่เหมาะเอามาเป็นอาชีพหลัก แต่ทำเป็นงานเสริมได้”

ด้านสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่ต้องไปโรงพยาบาลนั้น พี่อ๊อดมองว่าโรงพยาบาลมีส่วนที่ช่วยได้มาก เช่น ช่วงโควิดมีการรักษาทางไกลเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลาและเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และปัจจุบันเริ่มมีบริการเจาะเลือดที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุ เพื่ออำนวยความสะดวก ไม่ให้ผู้สูงอายุต้องไปโรงพยาบาลแต่เช้าเพื่อคอยผลเลือด เป็นต้น อย่างไรก็ดีมีหลายกรณีที่ผู้สูงอายุต้องเจอหมอ เช่น ผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับจะต้องหาโอกาสเข้าไปให้หมอดูแผลจริงๆ ด้วย แต่ผู้ป่วยติดเตียงไม่สามารถเดินทางโดยรถส่วนตัวได้ ต้องจ้างรถพยาบาลไปซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง และต้องมีข้าวของจำนวนมากเตรียมไปด้วย เช่น อาหารเฉพาะของผู้ป่วย อุปกรณ์สำหรับฟีดอาหาร กางเกงผ้าอ้อมสำเร็จรูป เป็นต้น เมื่อไปถึงโรงพยาบาลก็ต้องหาซอกหลืบในโรงพยาบาลเพื่อฟีดอาหาร ซึ่งไม่สะอาดมากนักและอาจเสี่ยงติดเชื้อ จึงเคยเสนอเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลไปหลายครั้ง ให้หมอและพยาบาลเดินทางไปดูแผลที่บ้านผู้ป่วยจะดีกว่า แต่ระบบโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ และปริมณฑลในปัจจุบันยังทำไม่ได้

นอกจากนี้เธอมองว่า ผู้สูงอายุในเมืองอยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบากกว่า เพราะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว และไม่มีองค์กรส่วนท้องถิ่นและชุมชนเข้าไปดูแลที่บ้าน เหมือนต่างจังหวัด เมื่อมีผู้สูงอายุอยู่คนเดียวมากขึ้น หลายๆ คนใช้สมาร์ตโฟนไม่เป็น เราจึงเห็นข่าวผู้สูงอายุที่ต้องบาดเจ็บ พิการ หรือเสียชีวิตมากขึ้น เธอคิดว่าช่องว่างในการดูแลผู้สูงอายุ ในเมืองนั้นมีมากมาย หากหน่วยงานในพื้นที่ เช่น นิติคอนโดหรือกรรมการหมู่บ้านสร้างระบบ ในการดูแลกันและกัน ก็จะลดช่องว่างดังกล่าวได้มากขึ้น

“พี่มองว่าช่องว่างมันเยอะ ต้องมาแก่เองแล้วจะเริ่มคิดออก อย่างพี่ก็พบว่า มันถึงวัยหนึ่ง เราจะยกขาข้ามอ่างอาบน้ำไม่ไหวแล้ว มันไม่พ้น เราก็ต้องนั่งอาบตรงชักโครกนี่แหละ หรือเพื่อนพี่อยู่คอนโด ตัวคนเดียว ก็เริ่มคิดว่า ถ้าเขาป่วยฉุกเฉินเขาจะทำอย่างไรดี ฉะนั้นพี่ว่าถ้าจะทำเรื่องนี้ เราต้องถามคนแก่ เพราะเขามีข้อจำกัดทางร่างกายมากขึ้นเรื่อยๆ ตามเวลา”

บริการพาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลจึงเป็นอีกฟันเฟืองหนึ่ง ที่เข้ามาอุดช่องว่างที่มีอยู่มากมาย แต่ในภาพใหญ่นั้นยังต้องการอีกหลายไม้หลายมือ ที่จะเอื้อมเข้ามาเกื้อกูลให้ชีวิตของผู้สูงอายุ ที่เผชิญกับความเจ็บป่วยนั้น เป็นไปได้อย่างราบรื่นและไม่โดดเดี่ยวเกินไปนัก

ประวัติผู้เขียน พรรัตน์ วชิราชัย นักเขียนอิสระ นักสัมภาษณ์และแอดมินเพจ “คุยกับเธอ”

*ดูภาพประกอบได้ที่ หน้า 185

โครงการการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเครือข่ายชุมชนกรุณา

ในพื้นที่อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

ผศ.ดร.สุปรียส์ กาญจนพิศศาล

ที่มาและความสำคัญ

ชุมชนเขาทอง อ.พยุหะคีรี จ.นครสวรรค์ เป็นชุมชนต้นแบบที่มหาวิทยาลัยมหิดลวิทยาเขตนครสวรรค์ จับมือทำงานร่วมกันกับตัวแทนชุมชนในการจัดตั้งศูนย์ผู้สูงอายุเขาทอง เพื่อเป็นพื้นที่ทดลองและพัฒนาองค์ความรู้ในการสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมโดยชุมชน ด้วยความคาดหวังที่จะพัฒนายกระดับไปสู่การเป็นชุมชนที่บริหารจัดการและพึ่งพาตัวเองได้อย่างยั่งยืน

ภารกิจสำคัญของศูนย์ผู้สูงอายุเขาทอง คือการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งเรื่องการดูแลสุขภาพและดูแลแบบประคับประคอง ด้วยการไปดูแลถึงบ้านทั้งสำหรับผู้สูงอายุทั่วๆ ไปและผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งสามารถแบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุออกได้เป็นสามกลุ่มหลัก คือ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง (มิ่งขวัญ รัตนคช, 2562) นับเป็นจำนวนร้อยละ 24.4 หรือเกือบ 1 ใน 4 ของจำนวนประชากรทั้งหมดในชุมชน (องค์การบริหารส่วนตำบลเขาทอง จังหวัดนครสวรรค์, 2565)

สืบเนื่องจากการดำเนินงานเกือบ 10 ปีที่ผ่านมา ทีมพยาบาลวิชาชีพ คณะทำงานของศูนย์ผู้สูงอายุเขาทอง อาสาสมัครชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้องมีความคิดเห็นร่วมกันที่ต้องการพัฒนาทักษะการออกแบบกระบวนการเรียนรู้ และศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับชุดเครื่องมือสมัยใหม่ที่สามารถช่วยยกระดับการสื่อสารและการสร้างความเข้าใจเรื่องการอยู่ดีและตายดีให้แก่ผู้คนในพื้นที่อำเภอพยุหะคีรี โดยมีกลุ่มเป้าหมายหลักคือผู้สูงอายุและผู้ป่วยในชุมชนเขาทอง จึงที่มาของการวางแผนดำเนินโครงการ “การอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมี

ส่วนร่วมเพื่อสร้างเครือข่ายชุมชนกรุณา ในพื้นที่อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์” ภายใต้ 2 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้และทักษะกระบวนกรให้แก่แกนนำชุมชนกรุณาอำเภอพยุหะคีรี ในการสื่อสารและการสร้างความเข้าใจเรื่องการอยู่ดีและตายดี และ 2) การจัดกิจกรรมการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการเรื่องการอยู่ดีและตายดีให้แก่ผู้สูงอายุและผู้ป่วยในชุมชนตำบลเขาทอง อ.พยุหะคีรี จ.นครสวรรค์ โดยมีวัตถุประสงค์และรายละเอียดโครงการตามลำดับ ดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์

1) เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้และทักษะกระบวนกรให้แก่แกนนำชุมชนกรุณาอำเภอพยุหะคีรี ในเรื่องการสื่อสารและการสร้างความเข้าใจเรื่องการอยู่ดีและตายดี
2) เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความตายพูดได้และเครือข่ายชุมชนกรุณา ในพื้นที่ตำบลเขาทอง อ.พยุหะคีรี จ.นครสวรรค์

ระยะเวลาการดำเนินโครงการและกลุ่มเป้าหมาย

ระยะเวลาการดำเนินโครงการ 6 เดือน เริ่มตั้งแต่เดือนกรกฎาคมจนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ คณะทำงานศูนย์ผู้สูงอายุเขาทอง สถานสงเคราะห์คนชรานิคมเขาบ่อแก้ว และแกนนำอาสาสมัครชุมชนเขาทอง อ.พยุหะคีรี จ.นครสวรรค์ จำนวน 15 คน และกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยชุมชนตำบลเขาทองจำนวน 100 คน

ผลการดำเนินงานโครงการ

โครงการการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างเครือข่ายชุมชนกรุณาในพื้นที่อำเภอพยุหะคีรี จ.นครสวรรค์ มีผลสรุปการดำเนินกิจกรรม ดังต่อไปนี้

1) การอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้และทักษะกระบวนกรให้แก่แกนนำชุมชนกรุณาอำเภอพยุหะคีรี เรื่องการสื่อสารและการสร้างความเข้าใจเรื่องการอยู่ดีและตายดี

คณะทำงานได้จัดกิจกรรมอบรมให้แก่คณะทำงานศูนย์ผู้สูงอายุเขาทอง สถานสงเคราะห์คนชรานิคมเขาบ่อแก้ว และแกนนำอาสาสมัครชุมชนเขาทอง อ.พยุหะคีรี

จ.นครสวรรค์ จำนวน 17 คน ทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งละ 2 วัน คือ กิจกรรมอบรมครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 25-26 กรกฎาคม 2565 เกี่ยวกับทักษะการสร้างพื้นที่ปลอดภัย การฟังด้วยหัวใจ โดยวิธีการใช้เกมไพ่ไขชีวิตและสมุดเบาใจ กิจกรรมอบรมครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 29-30 สิงหาคม 2565 วิธีการใช้การ์ดแชร์กันและไพ่ฤดูฝน และครั้งที่ 3 เมื่อวันที่ 12-13 กันยายน 2565 เกี่ยวกับการออกแบบกระบวนการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุและผู้ป่วยในชุมชน

หลังจากกิจกรรมการอบรมครั้งที่ 1 จบลง ผู้เข้าร่วมจำนวนหนึ่งได้นำสมุดเบาใจไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนตำบลเขาทองและพบอุปสรรคในการเริ่มบทสนทนาบางประเด็น เช่น การจัดการทรัพย์สิน เนื่องจากตนเอง ไม่ทราบว่าควรตั้งคำถามชวนคุยเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวอย่างไร ทั้งนี้หลังจากได้เรียนรู้วิธีการใช้การ์ดแชร์กันในกิจกรรมอบรมครั้งที่ 2 ผู้เข้าร่วมกลุ่มเดิมได้พูดแสดงความคิดเห็นในช่วงก่อนเริ่มกิจกรรมการอบรมครั้งที่ 3 ว่า หลายคำถามในการ์ดแชร์กัน เป็นตัวช่วยอย่างดีในการเปิดบทสนทนาเกี่ยวกับการวางแผนชีวิตล่วงหน้า และมีผลต่อการตัดสินใจในการเขียนสมุดเบาใจของผู้สูงอายุได้ง่ายขึ้น

ช่วงท้ายของกิจกรรมการอบรมครั้งที่ 3 คณะทำงานกับกลุ่มผู้เข้าร่วมได้ประชุมวางแผนร่วมกันเกี่ยวกับแผนการดำเนินงานเดิมที่คณะทำงานตั้งใจจัดกิจกรรมครั้งที่ 4 ในวันที่ 27-28 ตุลาคม 2565 ซึ่งเป็นการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุและผู้ป่วยในชุมชนตำบลเขาทอง และวางแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการเรื่องการอยู่ดีและตายดี และจัดกิจกรรมการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการเรื่องการอยู่ดีและการตายดี จำนวน 1 วัน พร้อมกับการถอดบทเรียนร่วมกันของคณะทำงานอีก 1 วันในเดือนพฤศจิกายน 2565 จนนำมาสู่ข้อสรุปร่วมกันออกมาเป็นการจัดกิจกรรม 3 วันแบบต่อเนื่องในช่วงระหว่างวันที่ 26-28 ตุลาคม 2565 โดยมีรายละเอียดปรากฏในหัวข้อถัดไป

2) การจัดกิจกรรมการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการเรื่องการอยู่ดีและตายดีให้แก่ผู้สูงอายุและผู้ป่วยในชุมชนตำบลเขาทอง อ.พยุหะคีรี จ.นครสวรรค์

คณะทำงานกับกลุ่มแกนนำผู้เข้าร่วมจำนวน 14 คนเป็นผู้ดำเนินการจัดกิจกรรมดังนี้

วันที่ 26 ตุลาคม 2565 คณะทำงานและผู้เข้าร่วมส่วนหนึ่ง จะลงพื้นที่สถานสงเคราะห์คนชรานิคมเขาบ่อแก้ว เพื่อเยี่ยมชมการดำเนินงานและพูดคุยวางแผนความร่วมมือร่วมกันในอนาคต ต่อด้วยการจัดพื้นที่สำหรับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ

การเรื่องการอยู่ดีและตายดีในชุมชนตำบลเขาทอง ณ ศูนย์ผู้สูงอายุเขาทอง วันที่ 27 ตุลาคม 2565 แกนนำผู้เข้าร่วมจำนวน 14 คน ได้จัดกิจกรรมการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการเรื่องการอยู่ดีและการตายดีให้แก่กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยชุมชนตำบลเขาทองจำนวน 68 คน ผ่านเกมไพ่ไขชีวิตและสมุดเบาใจ พร้อมทั้งรับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน โดยคณะทำงานเป็นพี่เลี้ยงที่ช่วยดูแลในภาพรวม ช่วงบ่ายเป็นการลงเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน และวันที่ 28 ตุลาคม 2565 เป็นการถอดบทเรียนและสรุปการเรียนรู้ร่วมกันของคณะทำงานและแกนนำผู้เข้าร่วมจำนวน 14 คนผ่านชุดกิจกรรมแคร์คลับ (Care club)

สรุปผลการดำเนินงานโครงการ

คณะทำงานได้จัดทำข้อสรุปผลการดำเนินงานโครงการในรูปแบบตารางที่แสดงถึงวัตถุประสงค์ กิจกรรม ผลผลิต ผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นจริง ดังนี้

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ผลผลิตที่เกิดขึ้น	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	ผลกระทบที่เกิดขึ้น
เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้และทักษะกระบวนกรให้แก่แกนนำชุมชนกรุณาอำเภอพยุหะคีรีในการสื่อสารและการสร้างความเข้าใจเรื่องการอยู่ดีและตายดี	การอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้และทักษะกระบวนกรให้แก่แกนนำชุมชนกรุณาอำเภอพยุหะคีรีในการสื่อสารและการสร้างความเข้าใจเรื่องการอยู่ดีและตายดี	แกนนำกระบวนกรชุมชนกรุณาในพื้นที่อำเภอพยุหะคีรี จ.นครสวรรค์ จำนวน 14 คน ซึ่งต่ำกว่าจำนวนเป้าหมายที่ตั้งไว้ 15 คน เป็นจำนวน 1 คน	ผู้เข้าร่วมอบรมมีความเข้าใจเรื่องการอยู่ดีและตายดี และการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจสำหรับการเผชิญความตายอย่างสงบ พร้อมทั้งมีองค์ความรู้และทักษะการเป็นกระบวนกรชุมชนกรุณาที่สามารถนำเครื่องมือของ Peaceful Death ไปใช้ในพื้นที่การปฏิบัติงานของตนเองได้อย่างเหมาะสม	เกิดการเผยแพร่แนวคิดชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดีในพื้นที่ชุมชนตำบลเขาทอง อ.พยุหคีรี จ.นครสวรรค์ และเกิดเครือข่ายชุมชนกรุณาในพื้นที่อื่นๆ ของจังหวัดนครสวรรค์ เช่น พื้นที่นิคมเขาบ่อแก้ว อ.พยุหะคีรี นอกจากนี้แกนนำกระบวนกรชุมชนทั้ง 14 คน เกิดความรู้สึกภูมิใจในตนเองและมีความตั้งใจในการขยายผลแนวคิดชุมชนกรุณาและเครื่องมือของ Peaceful Death ให้เข้าถึงทุกคนในพื้นที่ชุมชน ต.เขาทอง

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ผลผลิตที่เกิดขึ้น	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	ผลกระทบที่เกิดขึ้น
เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความตายพูดได้และเครือข่ายชุมชนกรุณาในพื้นที่ตำบลเขาทอง อ.พยุหะคีรี จ.นครสวรรค์	การจัดกิจกรรมการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการเรื่องการอยู่และตายดีให้แก่ผู้สูงอายุและผู้ป่วยในชุมชนตำบลเขาทอง อ.พยุหะคีรี จ.นครสวรรค์	เกิดการทำสมุดเบาใจในพื้นที่ชุมชนตำบลเขาทองจำนวนกว่า 130 เล่ม และพื้นที่นิคมเขาบ่อแก้ว จำนวน 10 เล่ม พร้อมทั้งมีเครือข่ายแกนนำผู้สูงอายุและผู้ป่วยในชุมชนตำบลเขาทองที่ให้ความสนใจในการนำสมุดเบาใจไปเผยแพร่ให้แก่คนรู้จัก จำนวน 12 คน ยิ่งไปกว่านั้น คือ คณะทำงานและแกนนำผู้เข้าร่วมมีประสบการณ์ตรงควบคู่กับองค์ความรู้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการเรื่องการอยู่และตายดีให้แก่ผู้สูงอายุและผู้ป่วยในระดับชุมชน	เกิดเครือข่ายชุมชนกรุณาในพื้นที่อำเภอพยุหะคีรี จ.นครสวรรค์ จากความร่วมมือของผู้คนในชุมชน หน่วยงานภาครัฐ สถาบันการศึกษา และองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น อาทิ ศูนย์ผู้สูงอายุเขาทอง มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์ องค์การบริหารส่วนตำบลเขาทอง สถานสงเคราะห์คนชรานิคมเขาบ่อแก้ว และแกนนำผู้สูงอายุชุมชนเขาทอง	ชุมชนตำบลเขาทอง สามารถเป็นหนึ่งในชุมชนต้นแบบสำหรับการเรียนรู้เรื่องการอยู่และตายดีในเขตพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์และจังหวัดใกล้เคียง

ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือ แนวทางการดำเนินงานของศูนย์ผู้สูงอายุเขาทองที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้คนและหน่วยงานในชุมชน (รวีวรรณ ตันสุวัฒน์, 2560) และความปรารถนาของผู้เข้าร่วมอบรมที่อยากให้ผู้คนในชุมชนตำบลเขาทองมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจสำหรับการเผชิญความตายอย่างสงบและสามารถรับมือกับความสูญเสีย (สนทนากลุ่ม, 25 กรกฎาคม 2565) สอดคล้องกับแนวคิดชุมชนกรุณาที่ปรารถนาพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานต่างๆ ในชุมชนให้เข้มแข็ง และมีศักยภาพในการรับมือกับการตายและความสูญเสียควบคู่กับการดูแลเพื่อป้องกัน บรรเทา และเยียวยาความทุกข์จากความสูญเสียด้วยหัวใจกรุณา (เอกภพ สิทธิวรรณธนะ, 2562) ด้วยเหตุนี้ ชุมชนตำบลเขาทองจึงมีศักยภาพที่ดีสำหรับการเป็นชุมชนต้นแบบสำหรับการเรียนรู้เรื่องการอยู่ดีและตายดี

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินโครงการครั้งถัดไปในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์

คณะทำงานเล็งเห็นว่า พื้นที่นิคมเขาบ่อแก้วเป็นอีกหนึ่งพื้นที่ที่มีศักยภาพสำหรับการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างแกนนำกระบวนกรชุมชนและขยายเครือข่ายชุมชนกรุณาอำเภอพยุหะคีรี จ.นครสวรรค์ ด้วยวิธีประสานความร่วมมือและวางแผนร่วมกันกับผู้บริหารสถานสงเคราะห์คนชรานิคมเขาบ่อแก้ว ควบคู่กับการถอดบทเรียนการดำเนินโครงการเพื่อยกระดับองค์ความรู้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการเรื่องการอยู่ดีและตายดีให้แก่ผู้สูงอายุและผู้ป่วยในระดับชุมชน

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

การขับเคลื่อนชุมชนกรุณาในระดับจังหวัด สามารถนำผลศึกษาการถอดบทเรียนการขับเคลื่อนชุมชนกรุณาในพื้นที่ต่างๆ มาใช้เป็นแนวทางสำหรับการกำหนดนโยบาย งบประมาณ และแผนปฏิบัติงานสำหรับพัฒนาระบบการศึกษาและฝึกอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคอง การดูแลระยะท้าย และการดูแลความสูญเสียให้แก่บุคลากรสุขภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยและอาสาสมัครชุมชน

เอกสารอ้างอิง

มิ่งขวัญ รัตนคช. (2562). สุข-ภาวะ โครงการภาคประชาชนของศูนย์ผู้สูงอายุเขาทอง นครสวรรค์ ที่ระดมทุนเพื่อปรับปรุงบ้านเสื่อมโทรมของคนชราในชุมชนให้เอื้อต่อการเป็นพื้นที่สุขภาวะผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 7 มิถุนายน 2565, จาก https://readthecloud.co/healthy-space-khaothong/

รวีวรรณ ตันสุวัฒน์. (2560). การพัฒนางานการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนตำบลเขาทอง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 35 (4), 11-20.

องค์การบริหารส่วนตำบลเขาทอง จังหวัดนครสวรรค์. (2565). ข่าวสาร. สืบค้นเมื่อ 7 มิถุนายน 2565, จาก https://www.khao-thong.go.th/news_obt.php

เอกภพ สิทธิวรรณธนะ. (2562). ชุมชนกรุณา: ที่มาและแนวคิด. ใน เอกภพ สิทธิวรรณธนะ ปองกมล สุรัตน์ฐนิดา อภิชนะกุลชัย และอัจฉรา ตะนะสุข (กองบรรณาธิการ), *ชุมชนกรุณา นิมิตใหม่ของสังคมไทย*. (นน.10-14). กรุงเทพฯ: สามลดา.

ประวัติผู้เขียน

ผศ.ดร.สุปรียส์ กาญจนพิศศาล นักวิชาการอิสระ
และรองประธานมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา (มสชก.)

*ดูภาพประกอบได้ที่ หน้า 185

ชุมชนกรุณา
กับการดูแลสุขภาพจิต

การศึกษาผลการใช้งานไพ่ฤดูฝน

ในกลุ่มกระบวนกรอิสระ บุคลากรสุขภาพ บุคลากรทางการศึกษา และกระบวนกรชุมชน

ปฏิพัทธ์ อนุรักษ์ธรรม

ไพ่ฤดูฝน (Rainy card: Empathy card for patients and caregivers) เป็นเกมไพ่ (Card game) ที่โครงการ ชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี ผลิตขึ้นในปี พ.ศ. 2563 เพื่อใช้สร้างบทสนทนา สำหรับการดูแลจิตใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยระยะท้าย รวมทั้งผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ เป็นกิจกรรมการพูดคุยสื่อสารและการรับฟัง แบบหนึ่งต่อหนึ่ง คือ ผู้ให้และผู้รับบริการ

เกมไพ่ฤดูฝนประกอบไปด้วย ไพ่ชนิดต่างๆ ได้แก่ ไพ่เมฆ (ไพ่ความรู้สึก) ไพ่ฝน 2 เม็ด (ไพ่ความต้องการ สำหรับผู้ป่วย) ไพ่ฝน 3 เม็ด (ไพ่ความต้องการสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย) ไพ่ร่ม (ไพ่ความต้องการของผู้ดูแล) และไพ่รุ้ง (ไพ่คุณค่าหรือไพ่ที่เป็นพรให้แก่ผู้รับบริการ) ซึ่งในกระบวนการใช้ไพ่ฤดูฝน เพื่อดูแลใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลนั้น มีขั้นตอนและกระบวนการเชื้อเชิญให้ผู้รับบริการรับรู้ความรู้สึกและความต้องการของตนเอง มีโอกาสสื่อสารความรู้สึกและความต้องการที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ตลอดจนความคับข้องใจ หรือเรื่องราวที่กำลังเป็นปัญหาของชีวิต โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือการดูแลความเจ็บป่วย ในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย โดยมีผู้ให้บริการคอยรับฟังและให้คำปรึกษาอย่างเหมาะสม

ไพ่ฤดูฝนถือกำเนิดขึ้นท่ามกลางปัญหาการดูแลจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างเหมาะสมของสังคมไทยในปัจจุบัน โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องเผชิญกับการรักษาพยาบาลยืดเยื้อยาวนาน และผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต และเตรียมตัวรับความตาย ที่กำลังจะมาถึง ตลอดจนผู้ดูแลที่ต้องอาศัยแรงกายแรงใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างยากลำบากในหลายด้าน เพราะฉะนั้นการดูแลใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างมาก

เครือข่ายกระบวนกรชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี ได้นำไพ่ฤดูฝนไปใช้ในการดูแลใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการจัดอบรมกระบวนกรชุมชน เพื่อเรียนรู้การใช้ไพ่ฤดูฝน

ทำให้กระบวนการเรียนรู้ ถูกถ่ายทอดและแผ่ขยายในวงกว้างมากขึ้น ทั้งในสถาบันการศึกษา การแพทย์และสาธารณสุข และชุมชน ส่งผลให้เกิดกิจกรรมต่างๆ มากมายผ่านการใช้ไพ่ฤดูฝน เช่น กิจกรรมไพ่ฤดูฝนสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล และผู้สูงอายุในชุมชน การรับฟังผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า การรับฟังออนไลน์สำหรับผู้ได้รับผลกระทบจากโควิด และกิจกรรมไพ่ฤดูฝนสำหรับคนทำงานเคลื่อนไหวทางการเมือง แสดงให้เห็นว่าไพ่ฤดูฝนเป็นเครื่องมือรับฟังอย่างหนึ่ง ที่ถูกนำไปใช้อย่างหลากหลายในสังคมไทย จนมีการศึกษาวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยาเกี่ยวกับการใช้ไพ่ฤดูฝน ทัศนคติของกระบวนกร ผู้ป่วยและผู้ดูแล ที่มีต่อกระบวนการเรียนรู้ไพ่ฤดูฝน ด้วยการติดตามสัมภาษณ์กระบวนกรการเรียนรู้ไพ่ฤดูฝน ซึ่งมีทั้งที่เป็นกระบวนกรอิสระ บุคลากรด้านสุขภาพ บุคลากรทางการศึกษาและกระบวนกรในชุมชน รวม 21 คน ตลอดจนผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ที่เคยเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ไพ่ฤดูฝน รวมทั้งหมด 26 คน ในช่วงเดือนสิงหาคม 2563-เมษายน 2564 เพื่อติดตามผลการใช้งาน การปรับปรุงเครื่องมือ กระบวนการอบรม ตลอดจนระบบสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง ได้ผลดังนี้

การนำไปใช้ของกระบวนกรชุมชน

กระบวนกรชุมชนคือกลุ่มคนที่ได้รับการอบรมการใช้ไพ่ฤดูฝนเพื่อดูแลใจผู้ป่วยและผู้ดูแล และนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในกิจกรรมอื่นๆ ไม่ว่าในหน้าที่การงานของตนหรือกิจกรรมอาสาสมัคร ปัจจุบันมีกระบวนกรชุมชนทั้งที่เป็นบุคคลทั่วไป คนทำงานในหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม นำกระบวนการเรียนรู้ไพ่ฤดูฝนไปใช้อย่างหลากหลาย ดังตัวอย่างต่อไปนี้

1) กระบวนกรอิสระ

กระบวนกรอิสระ คือผู้สนใจการจัดกระบวนการเรียนรู้ ในแนวทางต่างๆ ให้แก่บุคคลทั่วไป หน่วยงานต่างๆ ปัจจุบันกระบวนกรอิสระจำนวนหนึ่งได้มาเข้าร่วมการอบรมกระบวนกรชุมชน กับเครือข่ายชุมชนกรุณาฯ และนำเครื่องมือไพ่ฤดูฝนไปใช้ในการดูแลจิตใจผู้ป่วยและผู้ดูแล ตลอดจนประยุกต์ใช้ในการจัดกระบวนการเรียนรู้ในรูปแบบของตนเอง ตั้งแต่กระบวนการเรียนรู้แบบหนึ่งต่อหนึ่ง ไปสู่กระบวนการเรียนรู้แบบกลุ่ม จึงทำให้ไพ่ฤดูฝนเข้าไปมีบทบาทในการจัดกระบวนการเรียนรู้รูปแบบต่างๆ มากขึ้นและหลากหลายขึ้น โดยเฉพาะกระบวนการเรียนรู้เพื่อเข้าใจความรู้สึกและความต้องการของตนเอง

นอกจากนี้กระบวนกรชุมชนบางคนยังได้นำไพ่ฤดูฝนบางส่วนไปใช้ในการจัดกิจกรรมให้แก่คนทั่วไปในสังคมอีกด้วย เช่น “กิจกรรม 21 วันพารุ้งมาพบใจ” เปิดไพ่รุ้งตลอด 21 วัน แล้วพูดคุยแลกเปลี่ยน แบ่งปันความรู้สึก และเรื่องราวชีวิตของกันและกัน เป็นต้น

2) บุคลากรด้านสุขภาพ

กระบวนกรชุมชนส่วนหนึ่งเป็นบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาล ทั้งแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ และคนที่อยู่ในภาคส่วนต่างๆ ของโรงพยาบาล ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการนำไพ่ฤดูฝนไปใช้ในการดูแลจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล อันเป็นความตั้งใจเริ่มแรกของการผลิตไพ่ฤดูฝนขึ้นมา

ปัจจุบันมีแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลที่ได้ผ่านการอบรมกระบวนกรชุมชน มีความเข้าใจกระบวนการเรียนรู้ไพ่ฤดูฝน และได้นำไพ่ฤดูฝนไปใช้ในการดูแลจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้ตรงกับบริบทความต้องการ ตลอดจนการจัดกิจกรรมกลุ่มสำหรับดูแลบุคลากรทางการแพทย์ด้วยกันเองอีกด้วย

3) บุคลากรทางการศึกษา

กระบวนกรชุมชนจำนวนมากทำงานอยู่ในระบบการศึกษาหรือขับเคลื่อนงานที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา และได้นำไพ่ฤดูฝนไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทการทำงานของตน ทั้งการจัดการเรียนการสอน และกระบวนการเรียนรู้แก่นักศึกษาและกิจกรรมนอกหลักสูตร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การนำไปใช้ในการดูแล และเยียวยาจิตใจของนักศึกษาที่กำลังประสบปัญหาทางใจ โดยมักจะเลือกไพ่ความรู้สึก หรือไพ่ความต้องการสำหรับผู้ป่วย (ไพ่ฝน 2 เม็ด) ไปใช้ในการพูดคุยสื่อสารความต้องการ นอกจากนี้ยังให้นักศึกษาฝึกการรับฟังผู้อื่นโดยใช้ไพ่ฤดูฝนอีกด้วย แสดงให้เห็นว่าไพ่ฤดูฝนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลจิตใจของนักเรียนนักศึกษา และบุคลากรในระบบการศึกษาหรือแม้กระทั่งบุคคลทั่วไปที่กำลังประสบปัญหาทางใจได้ด้วย ไม่ได้จำกัดเพียงบริบทของผู้ป่วยและผู้ดูแลเท่านั้น

4) กระบวนกรในชุมชน

กระบวนกรที่อยู่ในชุมชน มาจากหลากหลายอาชีพและบทบาทหน้าที่การงาน เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่เข้าร่วมการอบรมกระบวนการเรียนรู้ไพ่ฤดูฝน และนำไพ่ฤดูฝนไปใช้สร้างการเรียนรู้ในชุมชนของตน ทั้งการเป็นอาสาสมัครรับฟังด้วยไพ่ฤดูฝนในโรงพยาบาล หรือทำงานกับกลุ่มเยาวชน และผู้สูงอายุในชุมชน จนเกิดการรวมกลุ่มในชุมชนอย่างเข้มแข็ง เช่น กระบวนกรชุมชน จ.ลำปาง ซึ่งสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน จากการรวมกลุ่มของคนใน

ชุมชน และจัดการอบรมกระบวนกรชุมชนเพื่อการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

กระบวนกรชุมชนกลุ่มต่างๆ ที่กล่าวมา ทำให้เกิดการนำไพ่ฤดูฝนไปใช้ในภาคส่วนต่างๆ ของสังคมในหลากหลายบริบท กล่าวคือกระบวนกรอิสระได้นำไพ่ฤดูฝนไปใช้ในการจัดกระบวนการเรียนรู้ตามแนวทางของตน ขณะที่บุคลากรด้านสุขภาพ มีผู้ป่วยเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการจัดกระบวนการเรียนรู้ และบุคลากรทางการศึกษาได้นำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนและการดูแลจิตใจของผู้เรียน รวมทั้งกระบวนกรในชุมชนที่สร้างพื้นที่การเรียนรู้ในชุมชนของตนเอง

อย่างไรก็ตาม กระบวนกรทุกกลุ่มล้วนผ่านการฝึกอบรมพื้นฐานมาแล้ว และจัดกระบวนการเรียนรู้ ไปตามแนวทางของไพ่ฤดูฝนที่ได้ออกแบบไว้ เป็นที่น่าสังเกตว่ากระบวนกรอิสระโดยเฉพาะที่มีประสบการณ์ สามารถนำกระบวนการเรียนรู้ไพ่ฤดูฝนไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมที่หลากหลายกว่ากลุ่มอื่นๆ และใช้กับผู้รับบริการหลากหลายกลุ่มตามความต้องการได้ ขณะที่บุคลากรด้านสุขภาพ บุคลากรทางการศึกษา และกระบวนกรในชุมชน มีกลุ่มผู้รับบริการที่เจาะจง เช่น ผู้ป่วย นักเรียน คนในชุมชน กระบวนการเรียนรู้ไพ่ฤดูฝนจึงต้องถูกปรับไปตามบริบทของผู้รับบริการ โดยส่วนใหญ่ยังใช้วิธีการจัดกระบวนการเรียนรู้ตามแนวทางพื้นฐานของไพ่ฤดูฝนไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบมากนัก

กระบวนการเรียนรู้ไพ่ฤดูฝน จึงนับเป็นเครื่องมือที่มีรูปแบบและวิธีการที่คนทั่วไปเข้าใจได้ง่าย เป็นสื่อกลางในการสนทนาเพื่อดูแลจิตใจของกันและกัน และสามารถต่อยอดไปสู่การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลายอีกด้วย

ข้อพิจารณาสำหรับชุมชนในการนำไพ่ฤดูฝนไปใช้

1) กระบวนการเรียนรู้ไพ่ฤดูฝนเข้าใจง่าย เป็นเครื่องมือที่เอื้ออำนวยให้กระบวนการเรียนรู้เป็นไปได้อย่างราบรื่น ผู้ที่ผ่านการอบรมเบื้องต้นและมีทักษะพื้นฐานในการจัดกระบวนการเรียนรู้ ก็สามารถนำกระบวนการเรียนรู้ไพ่ฤดูฝนได้ไม่ยากนัก เหมาะจะนำไปใช้ในการดูแลจิตใจผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคคลทั่วไป
2) ทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง (Deep listening) เป็นทักษะพื้นฐานสำคัญที่ผู้ให้บริการทุกคนควรมี เมื่อจะนำไพ่ฤดูฝนไปใช้เป็นเครื่องมือให้บริการและดูแลจิตใจของผู้อื่น
3) ข้อควรระวังสำหรับการนำกระบวนการเรียนรู้ไพ่ฤดูฝนไปใช้ ต้องคำนึงถึงความเหมาะสมในเรื่องเวลา สถานที่ และความพร้อมทางร่างกายและจิตใจของผู้รับ

บริการ โดยเฉพาะการให้บริการแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยระยะท้าย หรือคนกลุ่มเปราะบางที่คาดว่าอาจได้รับผลกระทบทางจิตใจ ต้องอาศัยประสบการณ์ในการจัดกระบวนการเรียนรู้ และให้บริการ หรืออาจต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในการดูแลและเยียวยาจิตใจเพิ่มเติม ในกรณีที่มีความจำเป็น

4) กระบวนการเรียนรู้ไพ่ฤดูฝนสามารถนำไปปรับใช้กับเครื่องมือการเรียนรู้หรือกระบวนการเรียนรู้รูปแบบอื่นๆ ได้ ทั้งกระบวนการเรียนรู้แบบเดี่ยวและแบบกลุ่ม ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของบริบท
5) กระบวนการเรียนรู้ไพ่ฤดูฝนนอกจากจะมีประโยชน์โดยตรงแก่ผู้รับบริการแล้ว ยังเป็นประโยชน์ต่อผู้ให้บริการในแง่ของการฝึกรับฟัง การเข้าใจตนเองและพัฒนาตนเอง ผ่านการรับฟังเรื่องราวของผู้อื่นอีกด้วย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) กระบวนการเรียนรู้ไพ่ฤดูฝน เป็นกระบวนการเรียนรู้การรับฟังในรูปแบบง่ายๆ มีวิธีการและขั้นตอนที่ชัดเจน เหมาะสมกับบริบทของยุคสมัยที่ผู้คนต้องการการรับฟังและการดูแลทางใจ ควรมีนโยบายจัดให้มีการฝึกอบรมการใช้ไพ่ฤดูฝน ในภาคการศึกษา การแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนการผลิตกระบวนกรในชุมชนและบุคคลทั่วไปให้สามารถนำไพ่ฤดูฝนไปใช้เป็นเครื่องมือพื้นฐานในการรับฟัง การสื่อสารในครอบครัวและชุมชน และให้บริการแก่ผู้อื่น
2) ควรมีนโยบายให้พัฒนาไพ่ฤดูฝนเป็นกระบวนการดูแลและเยียวยาจิตใจผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องในอนาคต เช่น การมีจิตอาสาเข้ามารับฟังผู้ป่วยและญาติในโรงพยาบาล เป็นการช่วยแบ่งเบาภาระและสนับสนุนการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ หรือการนำไพ่ฤดูฝนไปใช้ในการสื่อสารในครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง

หมายเหตุ

ท่านสามารถอ่านรายงานศึกษาฉบับเต็มได้ที่ สุปรียส์ กาญจนพิศศาล และ ปฏิพัทธ์ อนุรักษ์ธรรม. (2564). *รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ การศึกษาทัศนคติของกระบวนกร ผู้ป่วยและผู้ดูแล ที่มีต่อกระบวนการเรียนรู้ไพ่ฤดูฝน*. ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้เขียน นายปฏิพัทธ์ อนุรักษ์ธรรม อาจารย์ประจำศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล

*ดูภาพประกอบได้ที่ หน้า 186

ประสบการณ์การดูแลสุขภาพจิตในเยาวชน:

กรณีศึกษากลุ่มก่อการครูสกลนครและห้องสมุดแมวหางกิ้นส์ จังหวัดอุบลราชธานี

อริสา สุมามาลย์

ชุมชนกรุณาสกลนครและชุมชนกรุณาอุบลราชธานี เป็นสองพื้นที่การทำงานที่สร้างสรรค์การเรียนรู้กับกลุ่มเยาวชนเป็นทุนเดิม เมื่อได้มาเข้าร่วมเรียนรู้กับ Peaceful Death จึงนำเครื่องมือไพ่ฤดูฝนและองค์ความรู้เรื่องการอยู่และตายดี มาส่งเสริมงานดูแลสุขภาพจิตเยาวชน ให้น่าสนใจมากขึ้น โดยชุมชนกรุณาสกลนครมีจุดเน้นที่การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายครูอาจารย์ ในการนำไพ่ฤดูฝนไปใช้สร้างพื้นที่ปลอดภัยในสถานศึกษา ส่วนชุมชนกรุณาอุบลราชธานี ครูอาสาห้องสมุดแมวหางกิ้นส์จัดกิจกรรมทั้งในสถานศึกษาและใช้ห้องสมุดเป็นพื้นที่การเรียนรู้นอกห้องเรียนสำหรับเด็กในชุมชน บทความนี้เป็นการแบ่งปันประสบการณ์ ข้อค้นพบ และข้อเสนอแนะเพื่อการขยับขับเคลื่อนงานชุมชนกรุณาในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

จุดเริ่มต้นและแนวทางการดำเนินงาน

กลุ่มก่อการครูสกลนคร

กลุ่มก่อการครูสกลนคร[1] คือ กลุ่มอาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ร่วมกับเครือข่ายครูอาจารย์ในจังหวัดที่รวมตัวกันขับเคลื่อนการศึกษาให้เป็นการเรียนรู้ที่มีความหมาย (Meaningful learning) ตามสโลแกน “ครูก็อิ่ม ผู้เรียนก็ได้” หมายถึงผู้สอนอิ่มใจกับความเป็นครูที่ช่วยเหลือ ดูแล และพัฒนาผู้เรียนอย่างเต็มศักยภาพ ส่วนผู้เรียนก็ได้เรียนรู้มากกว่าการท่องจำ คือได้ความสุข ได้เพื่อน ได้เห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อมั่นว่าตนเองเรียนรู้และเติบโตได้

กลุ่มก่อการครูสกลนครเริ่มสนใจการนำเครื่องมือไพ่ฤดูฝนมาใช้ดูแลสุขภาพจิตของผู้เรียนตั้งแต่ช่วงเดือนตุลาคมปี 2564 เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนานกว่า 2 ปี นักเรียนและนักศึกษาต่าง

ต้องเผชิญกับความเครียด จากการเรียนออนไลน์และขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน กลุ่มครูอาจารย์จึงพูดคุยกันเพื่อหาวิธีการช่วยให้ผู้เรียนได้ระบายความรู้สึกที่อยู่ในใจ และกระชับความสัมพันธ์กับเพื่อนแบบมีฮิวแมนทัช (Human touch) ส่วนครูก็จะได้ทำความเข้าใจปัญหาของผู้เรียนที่ซ่อนตัวอยู่ จึงเข้าร่วมเป็นชุมชนกรุณาสกลนคร ทำโครงการ “ห้องเบาใจ” โดยมีเป้าหมายหลักคือ 1) สร้างพื้นที่ปลอดภัยในสถานศึกษา 2) ส่งเสริมศักยภาพผู้สอนในการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการดูแลมิติด้านใน และ 3) ส่งเสริมให้ผู้เรียนฝึกทักษะการสำรวจตนเองและการจัดการอารมณ์ รวมถึงฝึกการสื่อสาร รับฟัง และเข้าใจผู้อื่น

แนวทางการดำเนินงานเริ่มจากจัดกิจกรรมเบาใจ party เพื่อแนะนำให้ครูอาจารย์รู้จักไพ่ฤดูฝน และเปิดรับสมัครผู้สอนที่สนใจเข้าร่วมโครงการ มีผู้สมัครทั้งหมด 8 ท่าน (จากในและนอกมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร มีทั้งอาจารย์มหาวิทยาลัย ครูในโรงเรียน และวิทยากรอิสระ) ทุกคนได้เรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลจิตใจผู้เรียน และดำเนินการสอนให้เหมาะกับบริบทของตน โดยผู้รับผิดชอบโครงการติดตามสนับสนุนแบบกัลยาณมิตร มีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 21 ครั้ง มีผู้เรียนเข้าร่วมกิจกรรมรวม 519 คน สุดท้ายมีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนข้อค้นพบ และประสบการณ์ระหว่างผู้สอน รวมถึงจัดกิจกรรมต่อยอดความรู้ความเข้าใจแก่ผู้สอนในประเด็นที่ต้องการ เช่น การให้คำปรึกษา และการส่งต่อผู้เรียนที่มีภาวะซึมเศร้าที่ต้องการความช่วยเหลือ

ลักษณะการจัดกิจกรรมมีหลากหลาย ทั้งแบบออนไลน์และออนไซต์ จำนวนผู้เรียนมีทั้งกลุ่มเล็ก 2-3 คน ไปจนถึงกลุ่มใหญ่ทั้งชั้นเรียน ช่วงเวลาจัดกิจกรรมมีแบบสอดแทรกในวิชาเรียนคาบโฮมรูม คาบลดเวลาเรียนเพิ่มเวลารู้ และนัดนอกรอบเฉพาะผู้เรียนที่สนใจ

ขั้นตอนการทำกิจกรรม ไล่ไปตามขั้นตอนการใช้ไพ่ฤดูฝน (รอบที่ 1 เลือกไพ่ความรู้สึก บอกเล่ารับฟังกัน รอบที่ 2 เลือกไพ่ความต้องการ บอกเล่ารับฟังกัน และรอบที่ 3 จับไพ่ฤดูฝน และสะท้อนการเรียนรู้) โดยผู้สอนแต่ละคนจะมีรายละเอียดในการทำกิจกรรมแตกต่างกันเล็กน้อย เช่น

การจัดกิจกรรมละลายพฤติกรรมให้ผู้เรียนคุ้นเคยและไว้วางใจผู้สอนก่อนเข้าสู่กิจกรรมการเรียนรู้หลัก การให้ผู้เรียนได้เขียนสะท้อนตนเองระหว่างการเลือกไพ่ก่อนเล่าให้เพื่อนฟัง เพื่อให้มีเวลาอยู่กับตัวเองนานขึ้นและเล่าได้ลึกขึ้น การเพิ่มทางเลือกให้ผู้เรียนสามารถมาเล่าเรื่องราว สะท้อนตนเองกับครูแบบส่วนตัว ในกรณีที่มีปัญหาทุกข์ใจจริงๆ

ยังไม่พร้อมจะเล่าให้เพื่อนฟัง เป็นต้น

นอกจากนี้ยังพบว่า มีการต่อยอดกิจกรรม เช่น นำไพ่ฤดูฝนไปใช้สอนเรื่องอริยสัจ 4 ในวิชาพุทธศาสนา หรือครูบางท่านพบว่าจัดกิจกรรมเป็นกลุ่มใหญ่แล้วดูแลเด็กๆ ได้ยาก จึงทดลองจัดกลุ่มเล็กลง และเลือกสถานที่ที่สงบ เป็นส่วนตัวมากขึ้น

ห้องสมุดแมวหางกิ้นส์ จังหวัดอุบลราชธานี

ห้องสมุดแมวหางกิ้นส์[2] เป็นห้องสมุดขนาดเล็ก ตั้งอยู่ที่อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ผู้ก่อตั้งห้องสมุดทำหน้าที่ครูอาสาจัดพื้นที่การเรียนรู้นอกห้องเรียนและกิจกรรมต่างๆ ให้เด็กหรือผู้สนใจ เช่น ศิลปะ การปลูกพืช คุณค่าของสิ่งแวดล้อม ภาษาอังกฤษ รวมถึงทักษะชีวิตต่างๆ เมื่อครูอาสาได้มาเข้าร่วมเรียนรู้เรื่องชีวิตและความตายจาก Peaceful Death ผ่านไพ่ฤดูฝน ไพ่รุ้ง จึงเกิดแรงบันดาลใจที่จะทำงานสื่อสารเรื่องการอยู่และตายดี และเข้าร่วมเป็นชุมชนกรุณาอุบลราชธานี ตั้งแต่ปี 2563 โดยจัดกิจกรรมให้กับเยาวชน มีทั้งที่จัดในห้องสมุดสำหรับเด็กในชุมชน (ประมาณช่วงชั้น ป.1-ม.2) และกิจกรรมที่เข้าไปพบนักเรียนและนักศึกษาในสถานศึกษาเครือข่าย จนถึงปี 2565 ได้ทำกิจกรรม “สื่อสารเรื่องความตาย บอกเล่าความหมายชีวิต” ในโครงการชุมชนกรุณา พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี และยังคงเดินหน้าจัดกิจกรรมกับเยาวชนเป็นหลัก แต่เพิ่มเติมกิจกรรมบางส่วนที่ขยายไปสู่กลุ่มผู้ใหญ่ในชุมชน และเครือข่ายของห้องสมุดแมวหางกิ้นส์

ประเด็นการทำงานกับเยาวชนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มเด็กประถม เน้นประเด็น “ความตายพูดได้” ให้เด็กๆ เห็นว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ ที่พูดคุยกันได้ โดยการเล่านิทาน เช่น นิทานเรื่องแมวน้อยร้อยหมื่นชาติ[3] แล้วชวนพูดคุย ตั้งคำถาม เพื่อให้เด็กคิดเชื่อมโยงเนื้อหาในนิทานเข้ากับชีวิตของตัวเอง จากนั้นพาทำหุ่นกระดาษเพื่อใช้เล่านิทาน และให้เด็กๆ แสดงละครหุ่นกระดาษให้คนในชุมชนร่วมเรียนรู้ อีกประเด็นหนึ่งคือการจัดการอารมณ์ ใช้วิธีชวนพูดคุยแลกเปลี่ยน เช่น หากเกิดการสูญเสียจะจัดการกับอารมณ์อย่างไร และเสริมความรู้ให้ เช่น วิธีจัดการอารมณ์ลบ โดยมีหลักคือ ตัวเองไม่เจ็บ ผู้อื่นไม่เจ็บ และข้าวของไม่เสียหาย เป็นต้น
2) กลุ่มวัยรุ่นและนักศึกษา เน้นประเด็น “แรงบันดาลใจในการใช้ชีวิตหรือการอยู่ดี” เพราะมองว่าเป็นช่วงวัยที่ต้องการแรงเสริมในการทำตามความฝันและมุ่งไปข้างหน้า

ทั้งสองกลุ่มใช้วิธีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม เช่น การเรียนรู้จากสื่อ กิจกรรมศิลปะ การเล่าและการฟังอย่างลึกซึ้ง เพื่อส่งเสริมและพัฒนามิติด้านในของเยาวชน

ข้อค้นพบ

1) ความทุกข์ของเยาวชนที่พรั่งพรูเมื่อมีคนรับฟัง

จากการจัดกิจกรรมสร้างพื้นที่ปลอดภัย เพื่อรับฟังเรื่องราวความรู้สึกของเยาวชนที่ระบายออกมา ชุมชนกรุณาสกลนครพบว่า เยาวชนมีความเครียดหลายด้าน นักเรียน ม.ต้นมีปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน คนรัก และครอบครัว สำหรับนักศึกษาที่โตขึ้น มีปัญหาความสัมพันธ์เช่นกัน แต่เพิ่มเติมเรื่องความคาดหวัง (ทั้งจากตนเองและครอบครัว) ว่าจะต้องจบการศึกษา มีงานทำ ดูแลครอบครัวได้ เพราะฐานะครอบครัวยากลำบาก รู้สึกเหนื่อยล้ากับการเรียน ชีวิตน่าเบื่อหน่าย เหมือนขาดอะไรไป มีประเด็นเรื่องความหลากหลายทางเพศ ไม่กล้าเปิดเผยเพศภาวะตนเอง (gender) เพราะกลัวทำให้พ่อแม่ผิดหวัง รวมถึงพบนักศึกษาที่เป็นทุกข์จากเหตุการณ์บุคคลในครอบครัวเสียชีวิต และนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า

ในขณะที่ชุมชนกรุณาอุบลราชธานีพบประเด็นเพิ่มเติมคือ เด็กเล็ก (ประถม) มีความเครียดจากความสัมพันธ์กับผู้ใหญ่ มีคำพูดว่า “ผู้ใหญ่ชอบนินทา” หมายถึง ผู้ใหญ่ในชุมชนมักสอดส่องพฤติกรรมของเด็กแล้วตัดสินไปในทางลบ เช่น ไปทำงานที่โรงเรียน ก็คิดว่าไปเที่ยวเล่น แล้วเอาไปพูดต่อๆ กันหรือฟ้องพ่อแม่ “ผู้ใหญ่ไม่มีเหตุผล” สอนสั่งแต่ไม่รับฟังสิ่งที่เด็กคิด ส่วนในกลุ่มนักเรียน ม.ต้น พบว่าต้องการการยอมรับจากเพื่อนอย่างมาก ทำให้ต้องทำสิ่งที่คนมองว่าเจ๋ง เช่น เที่ยวเก่ง กินเหล้า มีเพศสัมพันธ์ ฯลฯ

2) การเรียนรู้ของเยาวชน

สรุปสิ่งที่เยาวชนได้เรียนรู้จากกิจกรรมในโครงการเป็นระดับคร่าวๆ ได้ดังนี้

- กลุ่มทั่วไป: เป็นเยาวชนส่วนใหญ่ที่อาจมีเรื่องเครียดอยู่บ้าง แต่เมื่อได้เข้าร่วมกิจกรรม ได้ฝึกทักษะการดูแลจัดการตนเอง ก็รู้สึกดีขึ้นและหาทางออกให้ตนเองได้ ประเด็นการเรียนรู้ที่สำคัญ เช่น
    - การได้มีเวลาอยู่กับตัวเอง ทบทวนความคิดและเข้าใจตนเองมากขึ้น
    - การได้ระบายเรื่องที่อึดอัดใจแล้วสบายใจขึ้น รวมถึงได้ฝึกการฟังและเข้าใจเพื่อนมากขึ้น

- การฝึกทักษะการจัดลำดับความสำคัญและเลือกทำสิ่งที่มีความหมายต่อตนเอง
- การเปิดมุมมองการใช้ชีวิตให้กว้างขึ้น มีเป้าหมายชีวิตและมองโลกแง่บวกมากขึ้น

- กลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือ: ผู้สอนหรือผู้จัดกิจกรรมต้องสังเกต จากท่าทีไม่สบายใจในการเล่าเรื่องราวกับเพื่อน หรือจากประเด็นที่พวกเขาพูดออกมาระหว่างทำกิจกรรม เช่น บางกรณีพูดถึงความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือมีภาวะซึมเศร้า จากประสบการณ์พบว่า เมื่อผู้สอนให้เวลาพูดคุยส่วนตัวกับพวกเขามากขึ้น สามารถช่วยคลี่คลายความทุกข์ใจของพวกเขาได้ ในขณะเดียวกัน ผู้สอนก็จะได้ข้อมูลในการติดตามดูแล และเตรียมพร้อมส่งต่อ เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1) การเตรียมความพร้อมผู้สอนหรือผู้จัดกิจกรรม ทั้งความมั่นคงภายในและทักษะการจัดกิจกรรม

ในแง่ความมั่นคงภายใน ผู้สอนควรได้รับการฝึกทักษะด้านการจัดการกับความรู้สึก การมีสติ ทักษะการรับฟังด้วยความใส่ใจ ไม่ด่วนตัดสิน สั่งสอน หรือให้คำแนะนำแก่ผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนมีโอกาสได้ทบทวนและฝึก “ฟังเสียงภายในตัวเอง” นอกจากนี้ ท่าทีทางใจของผู้สอนเองก็สำคัญ แม้จะมีความปรารถนาดีต่อผู้เรียน แต่ควรเท่าทันการคาดหวังความสำเร็จ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สอนรู้สึกวางใจและอยู่ในปัจจุบันขณะกับผู้เรียนได้

ในแง่การจัดกิจกรรม ผู้สอนควรเข้าใจการใช้เครื่องมือของ Peaceful Death ว่าแต่ละขั้นตอนออกแบบมาเพื่ออะไร รวมถึงควรมีความรู้ความเข้าใจเบื้องต้น ในการดูแลเยาวชนที่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งจะช่วยให้ผู้สอนไม่ตื่นตระหนกไปกับเรื่องราว ความทุกข์ของผู้เรียนมากเกินไป

2) การส่งเสริมทักษะและความเข้าใจแก่ผู้ที่มีบทบาทในการดูแลจิตใจเยาวชน

การขยายผลการใช้องค์ความรู้และเครื่องมือการเรียนรู้ของ Peaceful Death อาจเริ่มจากกลุ่มคนที่มีบทบาทโดยตรง เช่น ครูแนะแนว นักจิตวิทยาประจำโรงเรียน อาจารย์ที่ปรึกษา เครือข่ายผู้ปกครอง ฯลฯ หรือในชุมชม อาจมองหาเครือข่ายห้องสมุดหรือศูนย์การเรียนรู้ ที่สนใจเปิดพื้นที่กิจกรรมเช่นเดียวกับห้องสมุดแมวหางกิ้นส์

3) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเติบโตของเยาวชน

ความรู้สึกทุกข์ อึดอัด คับข้องของเยาวชน ไม่ใช่เป็นเพียงเรื่องอารมณ์ความรู้สึกของปัจเจกบุคคล หากสังเกตให้ดีจะพบว่า *ความเจ็บปวดของเยาวชนเป็นเพียงอาการของค่านิยมในสังคมที่ก่อทุกข์* เช่น การให้คุณค่ากับรูปลักษณ์ภายนอก การประสบความสำเร็จ (ตามค่านิยมของสังคม) การให้ภาระงานแก่ครูอาจารย์มากเกินไป และการมุ่งเน้นความสำเร็จของเยาวชนที่ “การเรียนดี กิจกรรมเด่น” จนมองข้ามการดูแลจิตใจ ครอบครัวหรือผู้ใหญ่ในชุมชนที่ยังขาดทักษะการรับฟัง เข้าใจ และให้โอกาสเยาวชน

ดังนั้นเมื่อเราได้เข้าใจความทุกข์ของเยาวชนแล้ว นอกจากจะเสริมสร้างทักษะการใช้ชีวิต ยังต้องร่วมมือกันสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเติบโตของพวกเขาทั้งในและนอกสถานศึกษาด้วย มิเช่นนั้น การจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพจิตเยาวชน ก็อาจต้านทานกระแสที่อยู่แวดล้อมตัวเยาวชนไม่ได้ และพื้นที่ระบายความในใจก็อาจเป็นได้เพียงยาแก้ปวดที่บรรเทาอาการชั่วครั้งคราว

เอกสารอ้างอิง

[1] ได้รับงบประมาณและการสนับสนุนจากโครงการก่อการครู คณะวิทยาการเรียนรู้และศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

[2] คุณวลัยพร วังคะฮาต ครูอาสาห้องสมุดแมวหางกิ้นส์ ผู้ให้ข้อมูล (ติดตามกิจกรรมของห้องสมุดได้ที่เฟซบุ๊ก Katawut Jui)

[3] เป็นนิทานญี่ปุ่น แต่งโดยโยโกะ โซโนะ เล่าเรื่องราวของแมวที่วนเวียนเกิดและตายเป็นร้อยหมื่นชาติ แต่ละชาติได้พบเจอกับเจ้าของที่ผูกพันกับมัน แต่มันไม่เคยร้องไห้เสียใจเมื่อต้องตาย จนเรื่องดำเนินมาถึงชาติสุดท้ายที่มันเป็นแมวข้างถนน ไม่มีเจ้าของและได้พบรักกับแมวขาว

ประวัติผู้เขียน

ปฏิพัทธ์ อนุรักษ์ธรรม อาจารย์ประจำศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้รับผิดชอบโครงการห้องเบาใจ ชุมชนกรุณาสกลนคร

*ดูภาพประกอบได้ที่ หน้า 187

นโยบายชุมชนกรุณา
และเมืองกรุณา

กรณีศึกษานโยบายสนับสนุนชุมชนกรุณาและเมืองกรุณาจากนานาชาติ

เอกภพ สิทธิวรรณธนะ
ผศ.ดร.สุปรียส์ กาญจนพิศศาล

ที่มาและความสำคัญ

การดูแลแบบประคับประคอง คือหัวใจสำคัญของการดูแลคุณภาพชีวิตช่วงท้ายของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งกำลังเผชิญความทุกข์จากความเจ็บป่วยที่มีเวลาชีวิตเหลืออย่างจำกัด ด้วยการป้องกัน การพยากรณ์โรค และการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ถูกต้อง การบรรเทาความปวดและความทุกข์ทรมานอื่นๆ ทั้งทางกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ (WHO, 2016)

การทำให้การดูแลแบบประคับประคองมีความครอบคลุมนั้น นอกจากจะเป็นหน้าที่ของระบบและสถานบริการสุขภาพแล้ว ครอบครัวและชุมชน งานบริการปฐมภูมิ และการดูแลแบบประคับประคองที่ฐานชุมชนโดยครอบครัว สมาชิกในชุมชน และอาสาสมัคร มีบทบาทสำคัญในการดูแลให้เกิดความยั่งยืน มีคุณภาพ และช่วยเพิ่มการเข้าถึงอีกด้วย (World Health Organization, 2020)

New essential palliative care ขยายความความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในช่วงท้าย การตาย และการดูแลความสูญเสีย โดยเสนอว่า การดูแลคุณภาพชีวิตช่วงท้าย การตาย และความสูญเสียที่ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากรในสังคม จะต้องประกอบไปด้วยองคาพยพหลัก 4 ภาคส่วนทำงานร่วมกัน ได้แก่

1) บุคลากรสุขภาพชำนาญการ ด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Specialist palliative care) สำหรับดูแลกรณีความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนและต้องอาศัยความรู้ที่ชำนาญการ
2) บุคลากรสุขภาพทั่วไปที่เข้าใจแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง (Generalist palliative care) สำหรับดูแลความทุกข์ทรมานที่ไม่ซับซ้อน
3) ชุมชนกรุณา (Compassionate communities) คือเครือข่ายสังคมและชุมชนที่มีผู้ผ่านประสบการณ์ความเจ็บป่วย ความตาย การดูแล และความสูญเสีย คอยช่วย

เหลือสนับสนุน การสนับสนุนอาจอยู่ในขอบข่ายของการดูแลผู้ป่วย (จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ) และอยู่นอกขอบข่ายการดูแลผู้ป่วย เช่น การช่วยเหลือด้านอื่นๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น รดน้ำต้นไม้ พาสุนัขไปเดินเล่น ทำอาหารให้ รวมทั้งการสนับสนุนครอบครัวของผู้ป่วยคนอื่นๆ ที่อาจประสบทุกข์ เราอาจเรียกชุมชนกรุณาว่าเป็น สัมพันธ์โอสถ (Social precribing) หรือการเยียวยาด้วยความสัมพันธ์ที่ดีของเครือข่ายความสัมพันธ์ก็ได้ และ

4) ภาคประชาสังคมที่สนับสนุนกฎบัตรเมืองกรุณา (Civic programme for compassionate city) องคาพยพนี้ คือการปลูกฝังให้พลเมืองมีความกรุณา โดยการสนับสนุนของนโยบายสาธารณะ เช่น การศึกษาในระบบการศึกษา กฎระเบียบที่เอื้อในสถานที่ทำงาน การปฏิบัติงานของสถาบันศาสนา เพื่อให้ความรู้ ทักษะ ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และแนวโน้มที่จะช่วยเหลือดูแลกันยามเปราะบาง เกิดขึ้นในสมาชิกของพลเมืองทุกคน โดยทั้งสี่องคาพยพ ควรทำงานเชื่อมร้อยประสานกัน (Abel et al., 2018)

จากประสบการณ์การดำเนินงานโครงการชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี โดยกลุ่ม Peaceful Death เครือข่ายคนทำงานด้านการอยู่ดีและตายดี พบว่า การทำงานร่วมกันของ 3 องคาพยพแรก เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในพื้นที่การดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลในระบบบริการสุขภาพ และชุมชน แต่องคาพยพที่ 4 ซึ่งทำงานกับมิตินโยบายองค์กร นโยบายชุมชน และนโยบายสาธารณะ ยังมีช่องว่างในการทำงานอยู่มาก องค์กรด้านนโยบายที่สนับสนุนการดูแลแบบประคับประคองเท่าที่มีอยู่ เช่น กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ยังไม่หลากหลายพอเมื่อเทียบกับแนวคิด Public health palliative care ที่มองว่าการดูแลการตายเป็นความรับผิดชอบของทุกคน

บทความชิ้นนี้สนใจศึกษาแง่มุมตัวอย่างการพัฒนานโยบายที่สนับสนุนคุณภาพชีวิตช่วงท้ายของผู้ป่วย ผู้ดูแล ตามแนวคิดชุมชนกรุณาหรือเมืองกรุณา ทั้งนโยบายระดับองค์กร ระดับชุมชนท้องถิ่น และระดับชาติ โดยทบทวนวารสารวิชาการ เว็บไซต์ของเมืองหรือชุมชนที่ปฏิบัติการชุมชนกรุณา โดยเลือกคำสำคัญ เช่น Compassionate cities, Compassionate communities จากฐานข้อมูลวารสารวิชาการ เช่น Scopus, PubMed, Embase จากนั้นคัดกรองความเกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายชุมชนกรุณา วิเคราะห์โดย

มีคำถามว่า นโยบายที่สนับสนุนชุมชนกรุณามีอะไรบ้าง ใครเป็นผู้พัฒนานโยบาย ใครเป็นผู้ปฏิบัติ ผู้ได้รับประโยชน์คือใคร และในระหว่างทบทวนนโยบาย ผู้ศึกษาตั้งข้อสังเกตเพื่ออภิปรายผล

ตัวอย่างนโยบายชุมชนกรุณาในต่างประเทศที่น่าสนใจ

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

ผู้เขียนได้รวบรวมข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนชุมชนกรุณา และพบข้อเสนอเชิงนโยบายที่น่าสนใจทั้งระดับชาติและระดับเมืองหรือพื้นที่ จึงขอนำเสนอตัวอย่างเชิงนโยบายที่ได้คัดสรรและน่าจะเป็นประโยชน์ต่อการทำงานเชิงนโยบายในประเทศไทย ดังนี้

การพัฒนานโยบายระดับชาติ

1) สิทธิประโยชน์การดูแลด้วยใจกรุณา (Compassionate care benefit) ในประเทศแคนาดา

ในปี พ.ศ. 2547 รัฐบาลกลางแคนาดาได้นำเสนอสิทธิประโยชน์การดูแลด้วยใจกรุณา (Compassionate care benefit) โดยได้รับทุนสนับสนุนผ่านการประกันการจ้างงานของรัฐบาลกลาง สิทธิประโยชน์นี้ช่วยให้ชาวแคนาดาสามารถลางานโดยได้รับค่าจ้างนานถึง 26 สัปดาห์ เพื่อจะได้ใช้เวลาอย่างเต็มที่ในการดูแลบุคคลผู้เป็นที่รักซึ่งคาดว่าจะเสียชีวิตในอีก 6 เดือนข้างหน้า อย่างไรก็ตาม ภายใต้ระบอบการปกครองแบบสหพันธรัฐ การดูแลจัดการระบบแรงงานขึ้นกับเขตการปกครอง และบางเขตก็ไม่คุ้มครองสิทธิประโยชน์ในกรณีลางานนานเช่นนี้ จึงจำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือกันระหว่างรัฐบาลกลางกับแต่ละเขตปกครอง เพื่อให้ผู้ที่อยู่ในระบบแรงงานได้รับสิทธิประโยชน์ส่วนนี้อย่างเต็มที่

อุปสรรคดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้สมาคมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของประเทศแคนาดา (The Canadian Hospice Palliative Care Association) จัดตั้งบริษัท Canadian Compassionate Companies เพื่อจัดทำระเบียนบริษัทที่ปฏิบัติตามนโยบายสิทธิประโยชน์การดูแลด้วยใจกรุณา (Compassionate care benefit) โดยบริษัทเหล่านี้รับประกันการคุ้มครองตำแหน่งงานของพนักงานที่ใช้สิทธิลางานตามนโยบายสิทธิประโยชน์การดูแลด้วยใจกรุณา และจูงใจให้พนักงานเกิดความรักในองค์กร นอกจากนี้ Palliative Care Matters หนึ่งในองค์กรเครือข่ายชุมชนกรุณาได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการวางแผน

กลยุทธ์การสื่อสาร เพื่อให้ประชาชนทราบข้อมูลที่ควรรู้ และเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง และสิทธิประโยชน์ที่ตนเองพึงได้รับอย่างทั่วถึง

อนึ่ง นโยบายระดับชาติของรัฐบาลกลางเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์การดูแลด้วยใจกรุณา (Compassionate care benefit) มีส่วนเกื้อหนุนให้ประชาชนในวงกว้างรับรู้กิจกรรมการขับเคลื่อนชุมชนกรุณาของเครือข่ายองค์กรต่างๆ ที่ทำงานเกี่ยวกับการพัฒนาชุมชนกรุณาในประเทศ และยังมีส่วนช่วยผลักดันให้นายจ้างและผู้ประกอบการกำหนดนโยบายองค์กร วัฒนธรรมองค์กร และสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงานที่เอื้อต่อการดูแลกันและกันด้วยใจกรุณา อาจกล่าวได้ว่า การสนับสนุนผู้ดูแลให้ได้รับสิทธิประโยชน์ ความคุ้มครอง และการดูแลอย่างเต็มที่ ถือเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ดูแล และสมาชิกในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในอีกทางหนึ่งเช่นกัน

ฉะนั้นเมื่อนายจ้าง ผู้ประกอบการ และเพื่อนร่วมงานได้เข้าใจถึงความยากลำบากในการดูแลบุคคลผู้เป็นที่รักซึ่งอยู่ในระยะท้ายของชีวิต พวกเขาจะเข้าใจว่า ทุกคนเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนกรุณาไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ซึ่งส่งผลดีต่อการเรียนรู้และยอมรับวัฏจักรความเป็นไปของชีวิต และตระหนักถึงคุณค่าของการเห็นอกเห็นใจเพื่อนมนุษย์ด้วยกันของผู้คนในประเทศ

2) นโยบายการดูแลแบบประคับประคองและกฎหมาย Bill C-277 ในประเทศแคนาดา

การขับเคลื่อนงานชุมชนกรุณาระดับประเทศ

มีหลายองค์กรเข้ามามีส่วนร่วมในการผลักดันเรื่องนี้ร่วมกับรัฐบาลกลาง อาทิ องค์กร Pallium Canada ที่พยายามรวบรวมเครือข่ายองค์กรที่ทำงานด้านชุมชนกรุณาและการดูแลแบบประคับประคองในประเทศเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกัน และยังมีหลายองค์กรที่ทำงานเข้มแข็งในภูมิภาคของตน เช่น The Windsor-Essex Compassion Care Community, Hospice Palliative Care Ontario (HPCO), Quality End of Life Care Coalition of Canada (QELCCC), BC Centre for Palliative Care, The Way Forward และ Palliative Care Matters

องค์กร Pallium Canada ได้ออกแบบหลักสูตร Learning Essential Approaches to Palliative Care (LEAP) เพื่อให้ความรู้และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองแก่บุคลากรด้านสาธารณสุข บุคลากรจากสหสาขาวิชาชีพ อาสาสมัครและบุคคล

ทั่วไป และยังจัดทำหลักสูตรมรณศึกษา (Death education) ในโรงเรียน เพื่อให้นักเรียนและครูมีแนวทางดูแลการเจ็บป่วย ความตาย และการสูญเสียผ่านการพูดคุยสื่อสาร และกิจกรรมหลากหลาย ได้แก่ Zippy's Friends Passport: Skills for Life และกิจกรรม Kids grief อีกทั้งยังช่วยลดความเชื่อแง่ลบที่มีต่อความตาย นอกจากนี้ Pallium Canada ยังทำงานร่วมกับองค์กรทางศาสนาทั้งศาสนายิว คริสต์ และอิสลาม ในการให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับคำศัพท์และการดูแลแบบประคับประคองเพื่อหาข้อตกลงร่วมที่เป็นไปตามหลักปฏิบัติทางศาสนา

การเป็นพันธมิตรกับองค์กรทางศาสนา ยังช่วยให้การขับเคลื่อนข้อกฎหมาย Bill C-277 ซึ่งเป็นการพัฒนาแนวทางการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองและสนับสนุนผู้ให้บริการการดูแลแบบประคับประคอง สามารถเข้าถึงกลุ่มคนได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น แม้ว่าข้อกฎหมายจะเพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะท้ายสามารถตัดสินใจจบชีวิตตนเองโดยความช่วยเหลือของแพทย์ Medical Assistance in Dying (MAiD) แต่การประกาศใช้ข้อกฎหมายกลับทำให้ระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Quality palliative care system) ยกระดับคุณภาพดีขึ้น เพราะผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะท้ายได้รับความใส่ใจในการประเมินความต้องการ สำหรับช่วยเหลือบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการเลือกที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีและยืนยาวเท่าที่พวกเขาสามารถดำรงชีพอยู่ได้

ข้อกฎหมาย Bill C-277 ยังช่วยให้เกิดความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด ในการกำหนดนิยามความหมายและขอบเขตการดูแลแบบประคับประคองที่ชัดเจน เกิดการฝึกอบรมและการให้ความรู้ที่จำเป็นแก่บุคลากรด้านสาธารณสุขและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ เกิดมาตรการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เกิดการรวบรวมข้อมูลผู้ให้บริการการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งรูปแบบการให้บริการที่บ้าน สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และบ้านพักรับรองผู้ป่วย พร้อมทั้งสนับสนุนให้ดำเนินการวิจัยเพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงานและพัฒนาตัวชี้วัดที่ช่วยผลักดันให้เกิดการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพระดับสูง (High quality palliative care) ทั่วประเทศ

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อไปคือ การทำให้ระบบการประเมินผลมีความชัดเจนแม่นยำ และการทำให้กลุ่มคนทุกระดับในประเทศเข้าถึงความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง

3) หลักสูตรการดูแลช่วยเหลือระยะท้าย (Last aid course curriculum)

จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนของหลายประเทศในทวีปยุโรป พบว่าความต้องการที่มีต่อการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนและที่บ้านมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เพราะจากการสำรวจ ผู้สูงอายุเกือบ 2 ใน 3 ปรารถนาจะเสียชีวิตที่บ้าน ด้วยเหตุนี้ การดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจึงมีความสำคัญต่อการดูแลแบบประคับประคองขั้นพื้นฐานในชุมชน แต่ความจริงที่น่าตกใจคือ ความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนส่วนใหญ่มีอยู่น้อยมากหรือแทบไม่มีเลย

ช่วงระหว่างปี 2556-2557 คณะทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคองจากประเทศนอร์เวย์ เดนมาร์ก และเยอรมนี ได้ร่วมกันจัดทำหลักสูตรการดูแลช่วยเหลือระยะท้าย (Last aid course curriculum) เป็นหลักสูตร 4 ชั่วโมงที่สอนเรื่องควรรู้เกี่ยวกับการดูแลช่วงท้าย การตาย และการดูแลความสูญเสียให้แก่ผู้ป่วยในชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวและญาติ อาสาสมัคร และบุคลากรสุขภาพจากสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงบุคคลทั่วไปที่ยังมีสุขภาพดีและสนใจเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง มีการจัดอบรมในหลายประเทศจนเกิดการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายผู้สอนในกลุ่มประเทศยุโรปที่มีบริบททางวัฒนธรรมคล้ายกัน ภายใต้เครือข่ายคณะทำงานการดูแลช่วยเหลือระยะท้ายระหว่างประเทศ (International Last Aid working group) ซึ่งก่อตั้งขึ้นในเดือนพฤษภาคม 2561 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ ผู้ผ่านการอบรมมีทัศนคติที่ดีต่อความตาย มีความรู้ทางด้านความตาย (Death literacy) สะดวกใจในการพูดเรื่องความตาย และได้รับความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองและผู้อื่น พร้อมทั้งเกิดเครือข่ายผู้สอนการดูแลช่วยเหลือในระยะท้าย (Last Aid Course) ข้อมูลในปี 2561 พบว่าในประเทศต่างๆ มีผู้สอนความรู้ด้านนี้กว่า 1,000 คน และมีผู้ผ่านการอบรมจำนวน 8,500 คน

ทั้งนี้ข้อสรุปที่ได้จากการจัดอบรมการดูแลช่วยเหลือในระยะท้ายในระยะเวลาเกือบ 10 ปีที่ผ่านมา นำไปสู่แนวคิดเชิงนโยบายในการผลักดันให้เกิดหลักสูตรการดูแลช่วยเหลือระยะท้ายในโรงเรียนและห้องเรียนในชุมชนต่างๆ สำหรับบุคคลทั่วไป โดยเน้นการใช้ภาษาที่สื่อสารกันในชีวิตประจำวันเป็นหลัก และอาจนำเรื่องทักษะการแสดงเข้ามาประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน ซึ่งแนวทางการให้ความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองสู่สาธารณชนในวงกว้างเช่นนี้ จะช่วยเพิ่มทั้งการพูดคุยอภิปรายประเด็นเรื่องความตายในชุมชน การมีส่วนร่วมของประชาชน และจำนวนเครือข่ายสมาชิกชุมชนกรุณา ควบคู่กับ

การยกระดับความรู้และทักษะการดูแลของผู้คนในชุมชน และนำไปสู่การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง และการดำเนินกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน รวมถึงยังช่วยเพิ่มพูนความรู้ทางด้านความตาย

นอกจากนี้ ยังมีกรอบแนวคิดหนึ่งที่น่าสนใจสำหรับการนำมาใช้ในการขับเคลื่อนชุมชนกรุณา ซึ่ง Bollig (2019) เป็นผู้นำเสนอ คือ การสร้างห่วงโซ่ของการดูแลแบบประคับประคอง (Chain of palliative care) 4 ขั้นตอนตามลำดับ ได้แก่

1) ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และการรับรู้ถึงความจำเป็นของการดูแลเช่นนี้ (Basic knowledge of palliative care and recognition of its need)
2) การดูแลแบบประคับประคองทั่วไป (General palliative care) เป็นการดูแลโดยบุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิและบุคลากรสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางซึ่งมีพื้นฐานความรู้และทักษะการดูแลระยะท้ายของชีวิตเป็นอย่างดี แม้ไม่ใช่ความเชี่ยวชาญหลักก็ตาม
3) ผู้เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคอง (Specialist palliative care) และ
4) หน่วยการดูแลแบบประคับประคองเฉพาะทาง (Specialized palliative care unit) ซึ่งหลักสูตรการดูแลช่วยเหลือระยะท้าย นับเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการสร้างความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการเรียนรู้เรื่องความตาย การดูแลแบบประคับประคอง การจัดการอาการของโรค และการดูแลความสูญเสียให้แก่ผู้คนในสังคม

การพัฒนานโยบายระดับเมืองหรือพื้นที่

นอกจากนโยบายระดับชาติข้างต้น ผู้เขียนยังพบตัวอย่างการพัฒนานโยบายสนับสนุนชุมชนกรุณาในระดับเมืองหรือพื้นที่ ดังนี้

1) Chinese American California Coalition for Compassionate Care (CACCC) รัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอมริกา

CACCC คือสมาคมผู้ชาวจีนที่สนใจพัฒนาคุณภาพการดูแลช่วงท้ายของชีวิตในรัฐแคลิฟอร์เนีย จุดเริ่มต้นเกิดขึ้นจากการจัดเวทีเสวนาการฝึกอบรมเพิ่มทักษะความระวังระไวทางวัฒนธรรม (Cultural sensitivity) ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยวิทยากรจากมูลนิธิฉือจี้ จากการเสวนาพบว่ามีช่องว่างการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มคนเอเชียใน

แคลิฟอร์เนีย เช่น บุคลากรสุขภาพแบบประคับประคองขาดความรู้และทักษะทางวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายชาวเอเชียและชาวจีน ขณะที่ประชาชนเชื้อสายเอเชียไม่มีความรู้และข้อมูลที่เพียงพอในการดูแลระยะท้าย ทำให้เข้าไม่ถึงบริการดูแลแบบประคับประคองในระบบสุขภาพ วัฒนธรรมการไม่พูดคุยวางแผนเรื่องชีวิตช่วงท้ายและการตายดี ทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายขาดโอกาสที่จะได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามเจตนารมณ์ ทางเลือกของผู้ป่วยระยะท้ายจึงเหลือเพียงจะยื้อชีวิต หรือจะปล่อยให้เสียชีวิตที่บ้าน ทั้งที่ไม่ได้รับการดูแลการปวดและอาการรบกวน

ผู้นำกลุ่มจึงได้จัดตั้งองค์กร CACCC ที่มีวิสัยทัศน์และพันธกิจที่ชัดเจน (วิสัยทัศน์: ชุมชนชาวจีนในแคลิฟอร์เนียสามารถเผชิญความตายได้อย่างมีศักดิ์ศรี ได้รับความเคารพและมีความหมาย) การพัฒนาโปรแกรมอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลช่วงท้ายที่มีความเหมาะสมทางวัฒนธรรม ทั้งสำหรับประชาชน ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ การพัฒนาแผนงานอาสาสมัครดูแลจิตสังคมในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลชาวจีน-เอเชียในแคลิฟอร์เนีย การก่อตั้งสายด่วนให้คำปรึกษาภาษาจีนสำหรับชาวจีนที่เผชิญความเจ็บป่วยและระยะท้าย การพัฒนาคู่มือการดูแลช่วงท้ายในมิติทางวัฒนธรรม เผยแพร่ให้บุคลากรสุขภาพมีทักษะทางวัฒนธรรมเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพัฒนาเครือข่ายผู้นำด้านสุขภาพ ผู้นำทางสังคมและวัฒนธรรมชาวจีน ผู้นำด้านสื่อสารมวลชน มาร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร แบ่งปันคำปรึกษา คู่มือและแนวปฏิบัติ สร้างความสัมพันธ์ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ จนทำให้ระบบสุขภาพด้านการดูแลช่วงท้ายของชีวิต สามารถให้บริการผู้ป่วย ผู้ดูแล และชุมชนชาวจีนที่เผชิญความเจ็บป่วยช่วงท้ายได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น ในขณะที่ประชาชนชาติพันธุ์จีน-เอเชีย ก็สามารถเข้าถึงบริการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น

CACCC ได้รับการสนับสนุนทุนการทำงานจากมูลนิธิองค์กรไม่แสวงหากำไร เช่น Lance Armstrong Foundation สถาบันการศึกษาในมหาวิทยาลัย และแหล่งทุนอีกหลายแหล่ง จากการทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนและผู้นำองค์กร

แม้ CACCC จะไม่ใช่องค์กรภาครัฐ แต่การทำงานในระดับองค์กรที่มุ่งแก้ปัญหาของกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีความเฉพาะเจาะจง ก็ช่วยให้ประชากรเฉพาะกลุ่มได้รับการดูแลแบบประคับประคองในช่วงท้ายที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นได้ และสามารถปรับปรุงนโยบาย แนวปฏิบัติที่ส่งผลกระทบต่อองค์กรสุขภาพในระดับกว้างได้เช่นเดียวกัน

2) All with you ประเทศสเปน

All with you หรือ Todo con tigo เป็นแผนงานพัฒนาแนวคิดชุมชนกรุณาให้เป็นรูปธรรมที่เกิดขึ้นจริงในหลายเมืองในประเทศสเปนและอีกหลายประเทศในกลุ่มละตินอเมริกา เช่น โคลัมเบีย อาร์เจนตินา ชิลี และคอสตาริกา โดยได้รับทุนสนับสนุนจาก New Health Foundation (NHF) ผู้นำแผนงานมาจากองค์กรไม่แสวงกำไร ที่ทำงานพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศสเปน โดยรับทุนจากสปอนเซอร์หลากหลายองค์กร พร้อมทั้งวิจัยประเมินประสิทธิภาพของแผนงานเพื่อผลักดันเข้าสู่นโยบายสุขภาพที่รัฐบาลควรสนับสนุน

แผนงาน All with you ทำงานหลากหลาย เช่น การจัดกิจกรรมสร้างความตระหนัก การจัดเสวนา การให้ความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน การจัดทำแผนผังผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ที่มีการจัดทำแผนงาน การพัฒนาผู้จัดการชุมชน ทำหน้าที่ประเมินความต้องการของผู้ดูแล ผู้ป่วย และเครือข่ายผู้ดูแลในพื้นที่ การพัฒนาระบบส่งต่อการดูแล การจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน All with you ยังพัฒนาระบบอาสาสมัครดูแลมิติจิตสังคม กิจกรรมทั้งหมดในแผนงานต้องผ่านการวิเคราะห์เครือข่ายพันธมิตรของแผนงานในพื้นที่ การจัดประชุมเพื่อกำหนดกรอบการดำเนินงาน การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่มีการประเมินผลกระทบก่อน-หลังการจัดทำแผนงาน ซึ่งจะนำไปสู่การประเมินประสิทธิผลโครงการ และการผลักดันนโยบายที่รัฐบาลเป็นผู้ซื้อแผนงาน All with you และขยายผลต่อไปในเมืองอื่นๆ

3) ชุมชนกรุณาที่ Shilin Old Street ไทเป

ไต้หวัน เป็นประเทศที่มีการทำงานด้านสุขภาพชุมชนที่โดดเด่น ผู้นำนโยบายในระดับชาติและระดับท้องถิ่น รับเอาแนวคิดชุมชนกรุณามาพัฒนาเป็นกิจกรรมรูปธรรมของเทศบาลเมืองไทเปอย่างครบถ้วน จุดเด่นของชุมชนกรุณาไทเปคือ ผู้บริหารเทศบาลเมืองนำแนวคิดและข้อแนะนำจากกฎบัตรเมืองกรุณา มาทำงานปฏิบัติในขอบเขตพื้นที่ที่ชัดเจนและไม่กว้างเกินไป ทำให้สามารถรวบรวมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมาเรียนรู้แนวคิดและปฏิบัติการชุมชนกรุณาได้อย่างครบถ้วน มีพลัง และเห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจน เช่น การใช้พื้นที่บริเวณรถไฟฟ้าใต้ดินมาจัดกิจกรรมสร้างความตระหนักรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง การสร้างการมีส่วนร่วมจากกลุ่มศรัทธาและศาสนา โรงเรียน องค์กรการกุศล หน่วยบริการสาธารณสุข รวมไปถึงหน่วยดับเพลิง องค์กรสวัสดิการสังคม ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ สมาคมนักโฆษณา ชมรมนักศึกษามหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเมือง

เมื่อมีทรัพยากรบุคคลที่มากพอ จากการเชิญชวนและสร้างการมีส่วนร่วมของผู้นำเมืองและระบบสุขภาพ ชุมชน Shilin Old Street สามารถจัดกิจกรรมสังคมที่มีความต่อเนื่องและหลากหลาย เช่น คาเฟ่ชีวิต เทศกาลชีวิต ความรอบรู้ด้านชีวิต ความรู้เท่าทันความตาย กิจกรรมบรรยายความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การประกวดหนังสั้นเกี่ยวกับชีวิตและความตาย การจัดเทศกาลนักอ่าน การวาดภาพ การประกวดเรื่องเล่า-เรื่องสั้นเกี่ยวกับชีวิตและความตาย การจัดกิจกรรมรำลึกถึงผู้วายชนม์

นอกจากนี้ยังใช้ฐานการทำงานอาสาสมัครที่เข้มแข็ง จัดแผนงาน Neighborhood watch (เพื่อนบ้านดูแลกัน) ที่ครอบคลุมการดูแลความปลอดภัยให้ขยายมาถึงการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง ระยะท้าย ทั้งในโรงพยาบาลและในสถานดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ในทางสัญลักษณ์ มีการฝังหมุดชุมชนกรุณาไทเปบนพื้นถนน Shilin Old Street และกำหนดให้เป็นวันที่ 6 เมษายน เป็นวันชุมชนกรุณาของไทเป

ข้อสังเกตในการพัฒนานโยบายชุมชนกรุณา

1) จุดอ้างอิงในการพัฒนานโยบายชุมชนกรุณาที่เป็นเอกภาพ นโยบายทั้งระดับชาติและระดับพื้นที่ มักอ้างแนวคิดการสาธารณสุขการดูแลแบบประคับประคอง (Public health palliative care) แนวคิดชุมชนกรุณา (Compassionate communities) ซึ่งจะเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal care network) และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ควบคู่ไปกับการให้ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ที่ช่วยให้บุคคลและชุมชนรับมือกับความเจ็บป่วย การตาย การบริบาล และการสูญเสียได้ดีขึ้น ส่วนงานวิชาการที่ถูกผู้บริหารเมืองหรือชุมชนอ้างอิงบ่อยๆ ในการทำงานภาคปฏิบัติ คือกฎบัตรเมืองกรุณา (Compassionate city charter) ซึ่งจะแนะนำแนวนโยบายที่เป็นรูปธรรมและง่ายต่อการปฏิบัติตาม ดังจะเห็นว่าลักษณะของแผนงานชุมชนกรุณาของ CACCC โปรแกรม All with you และชุมชนกรุณาที่ Shilin Old Street มีความคล้ายคลึงกันอย่างมาก
2) การพัฒนาเครือข่ายผู้นำร่วม เป็นหัวใจของการพัฒนานโยบายสนับสนุนชุมชนกรุณา ผู้นำร่วมที่พบได้บ่อย เช่น ผู้นำองค์กรด้านสุขภาพ ผู้นำนโยบาย นักวิชาการ นักประเมินผล ผู้นำองค์กรจัดสรรทุนทำงานภาคสังคม ผู้นำองค์กรสาธารณะ

ประโยชน์ ดังนั้น งานพัฒนาเครือข่ายผู้นำที่ทำงานร่วมกัน ในรูปของการจัดประชุม การแบ่งปันคำปรึกษา การจัดเวทีเสวนาผู้นำ กิจกรรมสังคมที่ไม่เป็นทางการ และยังพบว่าพื้นที่ชุมชนกรุณาหลายแห่ง เช่น ไต้หวัน สเปน แคนาดา ได้รับการสนับสนุนคำปรึกษา การบรรยายเชิงวิชาการจากนักวิชาการในเครือข่าย Public Health Palliative Care International โดยตรง

3) การพัฒนานโยบายชุมชนกรุณาในระดับพื้นที่ มีการระบุขอบเขตทางกายภาพ หรือกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน ควบคู่ไปกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และงานวิจัยประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เนื่องจากงานชุมชนกรุณาส่วนใหญ่ของโลก อยู่ในระยะวิจัยและพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) เป็นแนวทางการวิจัยหลักที่มุ่งทั้งการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์สุขภาพ และสามารถประเมินผลลัพธ์ของโครงการชุมชนกรุณาไปพร้อมกัน การกำหนดพื้นที่กายภาพที่ชัดเจน ทำให้ง่ายต่อการวัดผลและเห็นความเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรม จับต้องได้ พื้นที่ชุมชนกรุณาหลายแห่งมีแนวโน้มที่จะได้รับการตอบรับจากพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียง (เช่น โปรแกรม All with you ที่เริ่มจากเมืองเซบียา (Seville) ได้รับการขยายผลไปยังเมืองอื่นๆ ในสเปนอย่างรวดเร็ว)

4) นโยบายสนับสนุนชุมชนกรุณา จะถูกนำไปปฏิบัติก็ต่อเมื่อมีองค์กรขับเคลื่อน บทความหลายชิ้นพบว่า องค์กรที่ควบคุมให้นโยบายได้รับการปฏิบัติหลายแห่งไม่ใช่องค์กรภาครัฐ แต่เป็นองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร (NGO, NPO) ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ ผ่านสถาบันการศึกษา หรือสถาบันสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ เป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมสนับสนุนชุมชนกรุณา เช่น New Health Foundation และ All with you, CACCC, Last Aid Course รูปแบบขององค์กรเอกชนที่ได้รับการสนับสนุนทุนและการกำกับติดตามจากแหล่งทุนภาครัฐและเอกชน เป็นต้นแบบที่น่าสนใจ ทั้งในแง่ขององค์กรที่ผลักดันนโยบาย และองค์กรที่นำนโยบายไปปฏิบัติในชุมชน

5) การเกิดขึ้นของนโยบายสนับสนุนชุมชนกรุณา ไม่จำเป็นต้องเริ่มจากศูนย์ แต่ต่อยอดจากนโยบายอื่นๆ ที่สังคมหรือประเทศนั้นๆ เข้าใจและยอมรับอยู่แล้วมาขยายผล เช่น ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้ประสบภาวะสมองเสื่อม ความเป็นธรรมในการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง

ข้อเสนอเชิงนโยบายจากการทบทวนตัวอย่างนโยบายที่สนับสนุนชุมชนกรุณา

1) การขับเคลื่อนชุมชนกรุณาในระดับชาติ ควรใช้กลไกการพัฒนานโยบายสังคมและสุขภาพระดับชาติที่มีอยู่ เช่น กลไกสมัชชาสุขภาพ กลไกการพัฒนานโยบายของรัฐสภา กลไกพัฒนานโยบายของพรรคการเมือง มาร่วมพัฒนาสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับการลาหยุดไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในลักษณะเดียวกับนโยบายสิทธิประโยชน์การดูแลด้วยใจกรุณา (Compassionate care benefit)
2) การขับเคลื่อนชุมชนกรุณาในระดับชาติ ควรจัดองค์กรภาครัฐ หรือองค์กรไม่แสวงหากำไร โดยใช้องค์กรเดิมที่มีอยู่ หรือตั้งองค์กรใหม่ มาจัดตั้งเป็นองค์กรวิจัยและพัฒนานโยบายสนับสนุนการสาธารณสุขการดูแลแบบประคับประคอง ชุมชนกรุณา และเมืองกรุณา ซึ่งมีหน้าที่ออกแบบนโยบาย ปรับเปลี่ยนกฎระเบียบ รวมทั้งนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งจะช่วยสนับสนุนการดูแลความเจ็บป่วยและการตาย ที่เคารพศักดิ์ศรีและมีความกรุณาต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลมากขึ้น โดยนโยบายที่ควรมุ่งเน้นได้แก่
    (1) การคุ้มครองแรงงานให้สามารถทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในครอบครัวและชุมชนมากขึ้น
    (2) การทำให้เนื้อหาการดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เป็นกิจกรรมส่งเสริมป้องกันสุขภาพในชุมชน
    (3) การจัดตั้งองค์กรประสานงานอาสาสมัครสนับสนุนการดูแลจิตสังคมผู้ป่วยเรื้อรัง ติดเตียง และระยะท้ายที่บ้าน ชุมชน และสถานดูแลสุขภาพในชุมชนมากขึ้น
    (4) การพัฒนาระบบการศึกษาและฝึกอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคอง การดูแลระยะท้าย และการดูแลความสูญเสียให้บุคลากรสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ ผู้ดูแล และผู้ป่วยในระดับประเทศ
3) การเพิ่มงบประมาณในการพัฒนาโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และการประเมินผลโครงการชุมชนกรุณาในพื้นที่นำร่องทั่วทุกภูมิภาค ครอบคลุมกลุ่มชาติพันธุ์และวัฒนธรรมย่อยอย่างเป็นระบบ
4) ควรมีแผนงานศึกษา MAiD สิทธิที่จะเลือกตายภายใต้การช่วยเหลือทางการแพทย์เพื่อเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ

เอกสารอ้างอิง

Abel, J., Kellehear, A., & Karapliagou, A. (2018). Palliative care—the new essentials. *Annals of Palliative Medicine*, S3-S14. https://apm.amegroups.com/article/view/19026

Chou, W.-Y. S., Stokes, S. C., Citko, J., & Davies, B. (2008). Improving End-of-Life Care through Community-Based Grassroots Collaboration: Development of the Chinese-American Coalition for Compassionate Care. *Journal of Palliative Care*, 24(1), 31-40. doi:10.1177/082585970802400105

Tompkins, B. (2018). Compassionate communities in Canada: It is everyone's responsibility. *Annals of Palliative Medicine*, 7, S118-S129. doi:10.21037/apm.2018.03.16

Bollig, G., Brandt, F., Ciurlionis, M., & Knopf, B. (2019). Last aid course. An education for all citizens and an ingredient of compassionate communities. *Healthcare (Switzerland)*, 7(1). doi:10.3390/healthcare7010019

Giesbrecht, M., Crooks, V. A., Williams, A., & Hankivsky, O. (2012). Critically examining diversity in end-of-life family caregiving: implications for equitable caregiver support and Canada's Compassionate Care Benefit. *International Journal for Equity in Health*, 11(1), 65. doi:10.1186/1475-9276-11-65

Gómez-Batiste, X., Mateu, S., Serra-Jofre, S., Molas, M., Mir-Roca, S., Amblàs, J., . . . Kellehear, A. (2018). Compassionate communities: Design and preliminary results of the experience of Vic (Barcelona, Spain) caring city. *Annals of Palliative Medicine*, 7, S32-S41. doi:10.21037/apm.2018.03.10

Liu, C. J., Huang, S. J., & Wang, S. S. C. (2022). Implementation of Compassionate Communities: The Taipei Experience. *Healthcare (Switzerland)*, 10(1). doi:10.3390/healthcare10010177

Librada Flores, S., Herrera Molina, E., Boceta Osuna, J., Mota Vargas, R., & Nabal Vicuña, M. (2018). All with you: A new method for developing compassionate communities—experiences in Spain and Latin-America [Article]. *Annals of Palliative Medicine*, 7, S15-S31. https://doi.org/10.21037/apm.2018.03.02

ประวัติผู้เขียน

เอกภพ สิทธิวรรณธนะ กระบวนกรและนักจัดการความรู้กลุ่ม Peaceful Death
และเลขาธิการมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา (มสชก.)
ผศ.ดร.สุปรียส์ กาญจนพิศศาล นักวิชาการอิสระ
และรองประธานมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา (มสชก.)

บทสรุปผู้บริหารงานศึกษาการเผชิญความตายในชุมชนเมือง และข้อเสนอเชิงนโยบายการสนับสนุนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะท้ายในคนจนเมือง กทม.

ดร.ประชาธิป กะทา

สถานการณ์ ที่มาและความสำคัญ

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ขยายการให้บริการครอบคลุมประชาชนได้ทั่วถึงมากขึ้น แต่ก็มีแนวโน้มว่าผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยกลับมาสิ้นสุดชีวิตในชุมชนของตน โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่สามารถรับการรักษาจากโรงพยาบาลอีกต่อไป การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนจึงมีความสำคัญ เนื่องจากมีมิติความสัมพันธ์หลายชุดเข้ามาเกี่ยวข้อง เพราะหากเป็นการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาล ผู้เข้ารับบริการอาจมีสถานะเป็นแค่ผู้ป่วย ขณะที่เจ้าหน้าที่มีสถานะเป็นบุคลากรผู้ให้บริการ แต่ในชุมชนนั้น อัตลักษณ์ผู้ป่วยจะมีความหลากหลายมาก ทำให้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนมีความสลับซับซ้อนและต้องการความรู้ความเข้าใจหลากหลายมิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนเมือง ซึ่งพลังความสัมพันธ์ทางสังคมผ่านระบบเครือญาติและเพื่อนบ้าน ที่เคยใช้เป็นฐานในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมือนกับในบริบทชุมชนชนบท (Kellehear, 2016)

ที่สำคัญการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มักเกิดขึ้นนอกระบบบริการสุขภาพทางการ ได้รับการปฏิบัติโดยคนในครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยระยะท้าย เนื่องจากผู้ป่วยระยะท้ายไม่ได้ต้องการแค่การดูแลด้านร่างกายและจิตใจ หากต้องการการดูแลมิติทางจิตวิญญาณและการสนับสนุนทางสังคมหลายด้าน (Stonington, 2020) โดยเฉพาะบุคคลแม้ว่าจะกลายเป็นผู้ป่วยระยะท้าย แต่พวกเขาก็ไม่ได้แยกขาดจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน อีกทั้งแยกไม่ออกจากระบบคุณค่าและระบบความเชื่อทางสังคมวัฒนธรรม ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ดีและการตายดี จึงมีผลกระทบต่อชีวิตแง่มุมอื่นๆ ทั้งของผู้ป่วยและ

คนรอบข้างอยู่เสมอ (Kellehear, 2005: 14)

ในอีกด้านหนึ่ง สังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ มีแนวโน้มที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยระยะท้ายจำนวนมาก จะเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล ยิ่งทำให้การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนทวีความสำคัญมากขึ้น

แม้การส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชน กลายเป็นกระแสที่สังคมรับรู้กันทั่วไป และมีการกำหนดเป็นนโยบายสุขภาพระดับประเทศ แต่กระนั้นก็ตาม บริบทการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของสังคมไทยหลายประการ โดยเฉพาะการกลายมาเป็นชุมชนเมือง (Urbanization) ก็ทำให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านในบริบทชุมชนเมือง เผชิญกับอุปสรรคสำคัญหลายประการ ทำให้ไม่สามารถดำเนินงานตามแนวทางการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยระยะท้ายในระดับครอบครัวและภายในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ปัญหาของการมีครอบครัวเดี่ยวที่มีความเป็นส่วนตัวมากขึ้นของคนในชุมชนเมือง ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนเมืองที่มีความห่างเหินกันมาก ภาระกดดันทางเศรษฐกิจทำให้ลูกหลานต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ไม่มีคนอยู่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ฯลฯ อุปสรรคดังกล่าวมีส่วนทำให้เมื่อสถานพยาบาลส่งตัวผู้ป่วยกลับมาดูแลต่อที่บ้านและชุมชน เกิดช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยในบริบทชุมชนเมือง ดังนั้นการศึกษาวิจัยเพื่อให้ได้ข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนเมือง จึงมีความจำเป็นอย่างมาก เพื่อลดช่องว่างการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชน และประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นศูนย์กลาง พร้อมกับดึงการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยในลักษณะชุมชนกรุณา

ข้อควรพิจารณาการดำเนินงานสนับสนุนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะท้ายในเมือง

กรณีศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายใน 2 ชุมชนเขตเมือง มีข้อค้นพบสำคัญดังนี้

ในชุมชนเมืองที่ศึกษา มีโครงสร้างพื้นฐานการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทั้งในรูปแบบทางการและไม่เป็นทางการ รูปแบบการดูแลทางการอยู่ภายใต้ระบบบริการสุขภาพของประเทศ ผู้ป่วยได้รับบริการดูแลสุขภาพตามสิทธิหลักประกันสุขภาพที่มี นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขฯ (อสส.) ถือเป็นกลไกสำคัญ ทำหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย คอยแก้ปัญหาที่ครอบครัวผู้ป่วยเผชิญ และเชื่อมประสานงานระหว่างครอบครัวผู้ป่วยกับหน่วย

บริการสุขภาพ

ในชุมชนมีจิตอาสาทำหน้าที่อย่างไม่เป็นทางการช่วยดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จิตอาสาอาจเป็นเพื่อนบ้านและคนในชุมชนที่ครอบครัวว่าจ้างให้ช่วยดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวออกไปทำงาน การช่วยดูแลผู้ป่วยของจิตอาสาตั้งอยู่บนหลักมนุษยธรรม และการแลกเปลี่ยนทางเศรษฐกิจด้วยค่าจ้างที่ไม่แพง งานวิจัยพบว่าในกรณีผู้ป่วยติดเตียงรุนแรง หากมีจิตอาสาช่วยดูแลผู้ป่วย เช่น ช่วยทำกิจวัตรประจำวัน เป็นเพื่อนคุย ช่วยนวดทำกายภาพให้ เป็นต้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีคุณภาพชีวิตดีและอาการของโรคจะทรุดลงช้ากว่าผู้ป่วยที่ขาดจิตอาสา หรือผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการช่วยเหลือ

แม้ในชุมชนจะมีโครงสร้างพื้นฐานการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แต่งานวิจัยพบว่ายังขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อีกทั้ง หน่วยงานด้านสุขภาพที่ดูเหมือนจะเป็นเจ้าภาพหลักในเรื่องนี้ ก็ไม่ได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นทางการในระดับชุมชน ทำให้เมื่อผู้ป่วยระยะท้ายต้องกลับมาพักรักษาต่อที่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วยก็ไม่มีแนวปฏิบัติ (guideline) ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ชัดเจน อาศัยเรียนรู้เองโดยผสมผสานความรู้จากประสบการณ์กับความรู้ที่เจ้าหน้าที่เคยแนะนำที่โรงพยาบาล

ทักษะความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ดูแล เป็นความรู้จากประสบการณ์ผสมผสานกับความรู้ที่เจ้าหน้าที่สุขภาพแนะนำ สมาชิกในครอบครัวยอมรับว่าไม่มีทักษะความรู้ในการพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้ายในห้วงขณะสุดท้ายของชีวิต การแลกเปลี่ยนความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนเมือง เกิดขึ้นอย่างไม่เป็นทางการ เรียนรู้และปฏิบัติผ่านประสบการณ์ และแก้ปัญหาที่เผชิญตามความพร้อมของแต่ละครอบครัว

ความไม่พร้อมทางเศรษฐกิจเป็นปัญหาอุปสรรคหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ครอบครัวที่มีศักยภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้ดี มักจะเป็นครอบครัวที่มีความพร้อมทางเศรษฐกิจ มีทุนความสัมพันธ์ทางสังคมกับหน่วยบริการสุขภาพ อาจจะผ่านการมีคนในครอบครัวทำงานที่สถานพยาบาล หรือมีคนใกล้ชิดรู้จักกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพ

งานวิจัยพบว่าการมีสิทธิด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย เป็นประตูที่จะเปิดไปสู่ความช่วยเหลือด้านต่างๆ ตามมา ดังนั้นผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้าไม่ถึงสิทธิด้านการรักษาพยาบาล จะยิ่งเผชิญกับปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อนและแก้ปัญหาที่เผชิญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้ยากขึ้น

บริบทชุมชนเมืองซึ่งครอบครัวมีลักษณะปิดและมีความเป็นส่วนตัวสูง ยิ่งทำให้งานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของครอบครัวที่เข้าไม่ถึงสิทธิด้านการรักษาพยาบาล ไม่มีความพร้อมด้านเศรษฐกิจ ขาดเครือข่ายทางสังคมที่กว้าง ตกเป็นภาระหนักของสมาชิกครอบครัวเพียงลำพัง ภาระหนักนี้ ในท้ายสุดนำมาซึ่งความทนทุกข์ทางสังคม (Social suffering) ที่แพร่ขยายจากความทุกข์ของผู้ป่วยมาสู่ความทุกข์ของคนรอบข้าง โดยเฉพาะคนรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถจะละทิ้งภาระหน้าที่นี้ได้

ความทนทุกข์ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเผชิญนี้ อาจเรียกได้ว่าเป็นภาวะอีหลักอีเหลื่อ กลืนไม่เข้าคายไม่ออก เพราะถูกกำกับไว้ด้วยหลักศีลธรรมของสังคมไทยที่ลูกหลานต้องดูแลพ่อแม่ยามแก่ชรา ไม่สามารถจะละทิ้งบทบาทนี้ได้แม้จะไม่มีความพร้อมก็ตาม ภาระหนักนี้จะตกอยู่ที่ลูกสาวมากกว่าลูกชาย ภายใต้ค่านิยมทางสังคมที่ลูกสาวต้องรับหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1) พัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนเมืองในลักษณะทีมสหวิชาชีพ บนพื้นฐาน “วัฒนธรรมความร่วมมือกัน” (Collaborative culture) เนื่องจากปัญหาที่ผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแลเผชิญ ประกอบด้วยปัญหาหลายด้านที่ซับซ้อนสัมพันธ์กัน ไม่ได้มีเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพ จึงต้องการการจัดการจากผู้เชี่ยวชาญสหวิชาชีพ รวมทั้งดึงการมีส่วนร่วมและศักยภาพของจิตอาสาเข้ามาเป็นเครือข่ายความช่วยเหลือของจิตอาสาที่เป็นเพื่อนบ้านและคนในชุมชน สะท้อนให้เห็นชัดเจนถึงหัวใจของวัฒนธรรมความร่วมมือกันซึ่งเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว เพราะงานของจิตอาสาเหล่านี้ถูกกระตุ้นด้วยการตระหนัก เห็นใจ และใส่ใจในความทุกข์ของผู้ป่วย มองความทุกข์ของผู้ป่วยและผู้ดูแลว่าเป็นภารกิจที่ต้องเข้าไปแก้ไขปัญหา
2) พัฒนาโมเดลการจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้กับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัว จิตอาสาในชุมชน หรือยกระดับ อสส. และจิตอาสาในชุมชนขึ้นมาเป็นผู้ให้การดูแล (Caregiver) ผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นทางการ โดยการประสานงานกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขตพื้นที่ ข้อเสนอนี้ต้องทำควบคู่กับการนิยามความหมายใหม่ให้กับ “การดูแล” ผู้ป่วย (care) ซึ่งมักถูกรับรู้ว่าไม่ใช่ “งานทางการ” แต่เป็นกิจกรรมทางสังคมและเป็นบทบาทของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย เกิดขึ้นในพื้นที่ครอบครัวบนพื้นฐานค่านิยมทางสังคมวัฒนธรรม

ทำให้งาน “การดูแล” มีสถานะไม่ถือว่าเป็น “งานทางการ” เหมือน “การรักษา” (cure) ซึ่งสามารถมีค่าตอบแทนที่เป็นทางการได้

3) ปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อความตายของผู้ป่วย ญาติ และคนในชุมชน ทำให้เรื่องความตายไม่ใช่เรื่องที่น่าหวาดกลัว หดหู่ และไม่ได้แปลกแยกจากชีวิต หากเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต อีกทั้งชุมชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดการตายดีในช่วงท้ายของชีวิตได้
4) สร้างการรับรู้ใหม่ต่อหลักการจริยศาสตร์การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย (Ethics of care) ที่อาจไม่จำเป็นต้องยึดตามหลักปรัชญาและแนวปฏิบัติใดเป็นการเฉพาะเท่านั้น หากยอมรับแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่หลากหลายซึ่งผู้ดูแลพัฒนาขึ้นในระดับชีวิตประจำวัน ภายใต้บริบทความพร้อมในการดูแลและเตรียมตัวตายของผู้ป่วยที่แตกต่างกันไปในแต่ละครอบครัว มุมมองใหม่ดังกล่าวนี้ จะเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและครอบครัวมีทางเลือกที่หลากหลายขึ้น เพื่อแก้ปัญหาที่ครอบครัวกำลังเผชิญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ไม่ได้ถูกจำกัดอยู่ภายใต้หลักการจริยศาสตร์การดูแลผู้ป่วยแบบใดแบบหนึ่งเป็นการเฉพาะ
5) พัฒนาทักษะความรู้การสื่อสารในช่วงท้ายของชีวิตให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการเตรียมตัวตายให้กับผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทเฉพาะของชุมชนเมือง

ประวัติผู้เขียน

ดร.ประชาธิป กะทา อาจารย์ประจำภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จบการศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขามานุษยวิทยาการแพทย์ มหาวิทยาลัยอัมสเตอร์ดัม ประเทศเนเธอร์แลนด์

*ดูภาพประกอบได้ที่ หน้า 188

การทบทวนนโยบายกรุงเทพมหานคร 216 ข้อ ของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ชัชชาติ สิทธิพันธุ์ กับกฎบัตรเมืองกรุณา

ถิรนันท์ ถิรสิริสิน

กลางปี พ.ศ. 2565 รศ.ดร.ชัชชาติ สิทธิพันธุ์ได้รับเลือกตั้งจากคนกรุงเทพฯ ให้เป็นผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร เขาเข้ารับตำแหน่งพร้อมกับการนำเสนอนโยบาย 216 ข้อ ที่จะทำให้กรุงเทพฯ เป็นเมืองน่าอยู่สำหรับทุกคน

ชัชชาติได้อธิบายไว้ว่า เมืองน่าอยู่สำหรับทุกคนคือการทำให้ทุกคนในเมืองมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีที่อยู่อาศัย มีการจัดการขยะที่ดี น้ำไม่ท่วม มีพื้นที่สาธารณะเพียงพอ เข้าถึงการเรียนรู้ เดินทางได้ถูกและสะดวก เข้าถึงการรักษาพยาบาลง่าย ใช้ชีวิตได้อย่างปลอดภัย และเมื่อทำให้เมืองน่าอยู่แล้ว เมืองก็จะดึงดูดคนเก่งให้อยู่กับเมือง เพื่อเป็นกำลังสำคัญในการสร้างงานและโอกาสต่อไป

เพื่อทำให้กรุงเทพฯ น่าอยู่นั้น นโยบาย 216 ข้อของชัชชาติจึงครอบคลุมใน 9 มิติของชีวิตคนที่อยู่ในกรุงเทพฯ หรือที่ได้ยินบ่อยๆ ว่า “นโยบาย 9 ด้าน 9 ดี” ได้แก่ สุขภาพดี เรียนดี เศรษฐกิจดี ปลอดภัยดี สิ่งแวดล้อมดี สร้างสรรค์ดี เดินทางดี โครงสร้างดี และบริหารจัดการดี

นโยบาย 216 ข้อถูกออกแบบผ่านแนวคิดสำคัญประการหนึ่งคือ การทำให้ “เส้นเลือดฝอยเข้มแข็ง” หรือการลงทุนกับสิ่งเล็กสิ่งน้อยในเมืองหรือชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้สิ่งที่อยู่ใกล้ตัวหรือชุมชน เมื่อชุมชนหรือเส้นเลือดฝอยแข็งแรงแล้ว ก็จะไปเชื่อมประสานกับการทำงานของเส้นเลือดใหญ่ เช่น โครงการลงทุนขนาดใหญ่ ทำให้การทำงานสมดุลกัน

ทั้งนี้จากการทบทวนนโยบาย 216 ข้อ เทียบกับกฎบัตรเมืองกรุณา ผู้เขียนพบว่าอาจไม่มีนโยบายใดใน 216 ข้อกล่าวถึงการสนับสนุนแนวคิดเมืองกรุณา อย่างตรงไปตรงมา แต่ก็มิได้หมายความว่า ไม่มีนโยบายใดเลยที่สอดคล้องกับกฎบัตรเมืองกรุณา

แนวคิดเส้นเลือดฝอยเข้มแข็งอันเป็นหัวใจสำคัญของนโยบาย 216 ข้อ มีความสอดคล้องกับแนวคิดของเมืองกรุณาที่ต้องการความร่วมมือของทุกฝ่ายในเมือง ที่ไม่ดูดาย

กับช่วงเวลาท้าทายในชีวิตของเพื่อนมนุษย์ในเมือง เช่นเดียวกับชัชชาติและทีมงานที่กำลังพยายามทำให้สิ่งเล็กๆ น้อยๆ ในชุมชนเข้มแข็งขึ้น เพื่อดูแลคุณภาพชีวิตของคนที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร

เมืองกรุณาและกฎบัตรเมืองกรุณา

เมืองกรุณา หรือ Compassionate city คือแนวคิดของเมืองที่ตระหนักว่า การดูแลผู้ที่อยู่ในช่วงเวลาท้าทายของชีวิต ได้แก่ ผู้ที่เจ็บป่วย เหลือในเวลาในชีวิตจำกัด ผู้ที่ประสบความพิการเรื้อรัง ผู้ที่ประสบกับความชรา เสื่อมถอยทั้งร่างกายหรือสมอง รวมถึงผู้ที่ประสบกับความโศกเศร้าสูญเสีย และผู้ที่ประสบกับความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังยาวนาน เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของทุกคน ไม่ได้เป็นแค่เพียงของเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขเท่านั้น

เมื่อการดูแลเพื่อนมนุษย์ในช่วงเวลาท้าทายของชีวิตเป็นความรับผิดชอบของทุกคน จึงเกิดเป็นกฎบัตรเมืองกรุณา (Compassionate city charter) จำนวน 13 ข้อ ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติสู่เมืองกรุณา ซึ่งเป็นข้อตกลงร่วมกันของหน่วยงาน องค์กร ภาคีเครือข่ายในเมืองที่จะมาร่วมกันสนับสนุน ส่งเสริม เผยแพร่ และรับผิดชอบร่วมกันในการทำงานสาธารณะเพื่อดูแลเพื่อนมนุษย์ในเมือง

เราอาจจัดกลุ่มประเด็นและแนวทางของกฎบัตรเมืองกรุณา 13 ข้อที่คล้ายคลึงกันได้เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

1) หน่วยงานหรือองค์กรในเมืองจะมีกิจกรรม นโยบาย เอกสารแนวทางในการดูแลความเจ็บป่วย ความตาย การสูญเสียของสมาชิกในสังกัดหน่วยงานตนเอง ได้แก่ โรงเรียน สถานที่ทำงาน ชุมชน ศาสนสถาน และสถานดูแลผู้สูงอายุ ตัวอย่างกิจกรรมเช่น นักเรียนที่เพิ่งผ่านการสูญเสียจะได้รับการดูแลและสนับสนุนจากเพื่อนและโรงเรียน ลูกจ้างในสถานที่ทำงานที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะมีช่วงเวลาทำงานที่ยืดหยุ่น หรือชุมชนจะสนับสนุนให้มีอาสาสมัครเพื่อดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน
2) พื้นที่หรือกิจกรรมสาธารณะในเมืองจะนำเสนอและสนับสนุนเรื่องความตาย ความเจ็บป่วย ความชรา ความสูญเสีย เพื่อสร้างความรับรู้แก่สาธารณะในเรื่องความตาย ส่งเสริมให้แลกเปลี่ยนและพูดคุยเรื่องเหล่านี้เป็นเรื่องปกติในพื้นที่สาธารณะ ตัวอย่างกิจกรรมเช่น นิทรรศการประจำปีในพิพิธภัณฑ์หรือแกลเลอรีศิลปะ

กิจกรรมเดินขบวนสันติเพื่อระลึกถึงผู้ที่จากไป กิจกรรมมอบรางวัลยกย่องผู้ที่สนับสนุนงานเมืองกรุณา

3) การสื่อสารเรื่องเมืองกรุณาผ่านสื่อมวลชน สื่อสังคมออนไลน์ และช่องทางสื่อสารต่างๆ ในการนำเสนอความสำคัญของเมืองกรุณา การรับมือกับความเจ็บป่วย ความตาย การดูแล หรือความสูญเสีย รวมถึงการจัดประกวดเรื่องเล่าหรืองานเขียนผ่านสื่อ เพื่อเป็นการสื่อสารไปสู่สาธารณะในเรื่องเมืองกรุณา
4) นโยบายและการจัดบริการที่สนับสนุนเมืองกรุณาจะตระหนักถึงความหลากหลาย ความยากจน ความไม่เป็นธรรม การเข้าถึงสิทธิที่ส่งผลต่อความเจ็บป่วย ความตาย การดูแล และความสูญเสีย ตลอดจนการแสวงหาความช่วยเหลือเพื่อดูแลคนไร้บ้านและผู้ต้องขัง

ตาราง: นโยบาย 216 ข้อเปรียบเทียบกับกฎบัตรเมืองกรุณา

กฎบัตรเมืองกรุณา	นโยบาย 216 ข้อ	Tier 1	Tier 2	Tier 3
โรงเรียนในความรับผิดชอบของเรา จะมีกิจกรรมประจำปี เพื่อทบทวนนโยบาย เอกสาร แนวทางในการดูแลความเจ็บป่วย ความตาย การดูแล และความสูญเสีย ของสมาชิกในโรงเรียน	เปิดโรงเรียนวันหยุดเป็นพื้นที่กิจกรรม พื้นที่การเรียนรู้สำหรับนักเรียนและชุมชน			/
	วิชาศิลปะนอกห้องเรียน ส่งเสริมความคิด ความสร้างสรรค์ ผ่านแนวร่วมศิลปินทั่วกรุง			/
	After School Program เรียน เล่น หลังเลิกเรียน			/
	พัฒนาการเรียนการสอนในโรงเรียนด้วยแนวคิด ‘โรงเรียนแห่งการเรียนรู้’ (Learning School)			/

กฎบัตรเมืองกรุณา	นโยบาย 216 ข้อ	Tier 1	Tier 2	Tier 3
พิพิธภัณฑ์หรือแกลเลอรีศิลปะในการดูแลของเรา จะมีการจัดนิทรรศการประจำปีนำเสนอประสบการณ์เกี่ยวกับความชรา ความเจ็บป่วย ความตาย การดูแล และความสูญเสีย	กรุงเทพฯ พื้นที่แห่งดนตรีและศิลปะการแสดง (สตรีตโชว์)			/
	จัดแสดงงานศิลปะกลางแจ้ง ทุกมุมเมืองเป็นพื้นที่ศิลปะ			/
	เปลี่ยนศาลาว่าการและลานคนเมือง สู่พิพิธภัณฑ์เมืองกรุงเทพฯ และพื้นที่สร้างสรรค์			/
เมือง/องค์กร/ชุมชนของเรา จะสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างเพื่อนบ้านและชุมชนใกล้เคียงในการดูแลความเจ็บป่วยของสมาชิกในชุมชน รวมทั้งการเผชิญวิกฤติสุขภาพ ความชรา การดูแลเรื้อรัง และความโศกเศร้า	ขยายโครงการโรงพยาบาล 10,000 เตียง	/		
	ชมรมผู้สูงอายุ สร้างสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพใจ (Active aging)		/	
	ยกระดับศูนย์บริการสาธารณสุข เพิ่มการรักษา เพิ่มเวลา เพิ่มทรัพยากร		/	
	อาสาสมัครเทคโนโลยี (อสท.) ตัวช่วยด้านเทคโนโลยีสำหรับคนกรุงเทพฯ	/		
	หมอถึงบ้านผ่านเทเลเมดิซิน (Telemedicine)	/		
	Mobile Medical Unit รถสุขภาพเชิงรุก ตรวจถึงชุมชน	/		

กฎบัตรเมืองกรุณา	นโยบาย 216 ข้อ	Tier 1	Tier 2	Tier 3
เมืองของเรา จะแสวงหาความร่วมมือและความช่วยเหลือจากองค์กรต่างๆ เพื่อ สนับสนุนแผนงานและสถานที่ดูแลชีวิตช่วงท้ายของคนไร้บ้านและผู้ต้องขัง รวมทั้งการสนับสนุนการดูแลความโศกเศร้าและสูญเสีย	เปิดบ้านอุ่นใจ ที่ปลอดภัยคนไร้บ้าน	/		
	จัดระบบความช่วยเหลือคนไร้บ้านให้มีประสิทธิภาพ	/		
	รักษาสิทธิขั้นพื้นฐานให้คนไร้บ้าน ผ่านการตรวจสอบสิทธิและสวัสดิการ	/		
	จัดทำฐานข้อมูลห้องเช่าราคาถูก	/		
	จัดชุดปฏิบัติการสำรวจตรวจตราคนไร้บ้านและขอทานในเมือง	/		
	ช่วยหางาน สร้างรายได้ สร้างความมั่นคง	/		

<u>หมายเหตุ</u>

Tier 1 หมายถึง นโยบายสนับสนุนโดยตรงกับ CCC

Tier 2 หมายถึง บางส่วนของนโยบายสนับสนุน CCC แต่อาจไม่ใช่เป้าหมายหลักของนโยบาย

Tier 3 หมายถึง นโยบายไม่มีส่วนสนับสนุน CCC แต่มีความเป็นไปได้ที่จะทำให้สนับสนุน CCC

ระบบปฐมภูมิเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนจะนำไปสู่สุขภาพดี

นโยบายสุขภาพดีของชัชชาติ มุ่งเน้นการทำให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิมีความเข้มแข็งขึ้น เช่น การยกระดับคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข ด้วยการปรับเปลี่ยนเวลาให้บริการ เพิ่มการรักษา เพิ่มทรัพยากร เพื่อทำให้ศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นที่พึ่งและทางเลือกของคนในชุมชน ลดการเดินทางและลดความแออัดของประชาชนที่จะเดินทาไปโรงพยาบาลขนาดใหญ่

นอกจากนั้นยังมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้ถึงที่บ้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้ป่วยระยะท้าย โดยที่ไม่ต้องเดินทางมายังโรงพยาบาล ด้วยการนำเอาบริการสุขภาพไปให้ผู้ป่วยถึงที่บ้านและชุมชน ประกอบกับการใช้เทคโนโลยีเข้ามาสนับสนุน เช่น เทเลเมดิซิน ทำให้ผู้ป่วยหรือบุคลากรที่หน่วยปฐมภูมิสามารถพบและปรึกษาแพทย์เฉพาะทางได้ผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล

นโยบายด้านสุขภาพดียังสนับสนุนให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลคนในชุมชนด้วยกัน ผ่านการสนับสนุนของ กทม. เช่น นโยบายที่ส่งเสริมศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) และผู้ดูแลในครอบครัวให้มีทักษะการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยการสนับสนุนหลักสูตรการอบรม Caregiver นโยบายที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมอีกส่วนหนึ่งคือ การมีอาสาสมัครเทคโนโลยี หรือ อสท. ซึ่งจะรับสมัครคนรุ่นใหม่หรือเยาวชนมาช่วยเหลือกิจกรรมด้านเทคโนโลยีดิจิทัลให้กับคนในชุมชนด้วยกัน เช่น การช่วยเหลือผู้สูงอายุให้เข้าถึงการใช้บริการเทเลเมดิซิน การช่วยเหลือคนพิการหรือประชาชนให้เข้าถึงการลงทะเบียนสิทธิและสวัสดิการต่างๆ ของรัฐ

เช่นเดียวกับนโยบายที่จะสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น รวมถึงการออกแบบสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการมีพื้นที่ให้ผู้สูงอายุได้มารวมกลุ่ม พบปะสังสรรค์ และทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

นโยบายดังกล่าวนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำให้เส้นเลือดฝอยในมิติสุขภาพเข้มแข็งขึ้น ทั้งการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข การทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่บ้านได้ การส่งเสริมให้คนในชุมชนร่วมดูแลคนในชุมชนด้วยกัน ซึ่งสอดคล้องกับกฎบัตรเมืองกรุณาที่ว่าด้วยเรื่องการสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างเพื่อนบ้านและชุมชนใกล้เคียง ในการดูแลความเจ็บป่วยของสมาชิกในชุมชน รวมทั้งการเผชิญวิกฤติสุขภาพ ความชรา การดูแลเรื้อรัง และความโศกเศร้า

ราชพิพัฒน์แซนด์บ็อกซ์

ราชพิพัฒน์แซนด์บ็อกซ์ เป็นการนำนโยบายด้านสุขภาพดีจากนโยบาย 216 ข้อ และแนวคิดเรื่องการทำให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีและระบบส่งต่อ มาทดลองปฏิบัติงานในพื้นที่นำร่องที่โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ และในเขตพื้นที่ที่โรง

พยาบาลดูแลด้านสุขภาพอีก 5 เขต ได้แก่ เขตบางแค เขตหนองแขม เขตทวีวัฒนา เขตตลิ่งชัน และเขตภาษีเจริญ

การให้บริการของราชพิพัฒน์แซนด์บ็อกซ์ มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง ด้วยการพัฒนาศูนย์เวชศาสตร์เขตเมืองเพื่อการฟื้นฟูและประคับประคอง สำหรับดูแลผู้ป่วยในระยะฟื้นฟู ผู้ป่วยระยะท้าย และผู้ป่วยระยะท้ายวิกฤติ โดยการมีหอผู้ป่วยรองรับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวและนำเทคโนโลยีมาใช้สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย

นอกจากนั้นยังมีศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพเวชศาสตร์เขตเมือง ที่ใช้เทคโนโลยีมาเป็นเครื่องมือทำให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้ที่บ้านหรือที่ศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน โดยไม่ต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาล เช่น Tele-consult การปรึกษาแพทย์เฉพาะทางที่หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ Urban medicine homecare การเยี่ยมบ้านหรือให้คำปรึกษาญาติผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล

รวมถึงการพัฒนาระบบส่งต่อโลจิสติกส์ (Logistics) เพื่อการรับและส่งต่อผู้ป่วยในชุมชนถึงโรงพยาบาลผ่านยานพาหนะในรูปแบบต่างๆ ได้อย่างทันท่วงที เช่น Tele-Ambulance หรือรถกู้ชีพที่มีอุปกรณ์ฉุกเฉิน Motorlance รถจักรยานยนต์กู้ชีพที่คล่องตัวในช่วงเวลาเร่งด่วนหรือการเข้าไปถึงชุมชนที่รถฉุกเฉินเข้าไม่ถึง

ทั้งนี้แม้ราชพิพัฒน์แซนด์บ็อกซ์ จะมีรูปแบบบริการด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นเรื่องน่าสนใจที่ผู้บริหาร กทม. ให้ความสนใจกับประเด็นดังกล่าว แต่ทว่าจุดเริ่มต้นของแซนด์บ็อกซ์ เป็นการถอดบทเรียนการทำงานจากสถานการณ์โควิด เพื่อปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร แก้ปัญหาการรักษาพยาบาลที่ไม่เป็นระบบ ด้วยการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เข้มแข็งขึ้นเพื่อส่งต่อและดูแลผู้ป่วยไปโรงพยาบาลได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นการให้ความสนใจกับมิติของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจึงอาจไม่ใช่เป้าหมายหลักของการดำเนินการระบบแซนด์บ็อกซ์ แต่มีบริการบางรูปแบบที่ กทม. เข้ามาสนับสนุนและดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะท้ายของชีวิต

นโยบายดูแลคนไร้บ้าน

นโยบาย 216 ข้อของชัชชาติ มีส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคนไร้บ้านมากถึง 6 นโยบาย ที่มุ่งเน้นเรื่องการจัดหาสวัสดิการพื้นฐานและปัจจัยพื้นฐานให้กับคนไร้บ้าน เช่น

ที่อยู่อาศัย อาหาร อาชีพ สุขภาพ ผ่านการจัดการอย่างเป็นระบบ เพื่อทำให้คนไร้บ้านกลับเข้าสู่ระบบและพึ่งพาตัวเองได้อย่างยั่งยืน

ตัวอย่างนโยบายดูแลคนไร้บ้านในด้านที่อยู่อาศัย เช่น นโยบายเปิดบ้านอุ่นใจ ที่ปลอดภัยคนไร้บ้าน ด้วยการมีศูนย์พักพิงชั่วคราวเป็นที่พักให้คนไร้บ้านได้เข้าถึงและพักค้างคืนอย่างปลอดภัย รวมถึงมีบริการห้องน้ำ ห้องอาบน้ำ การตรวจสุขภาพ การสนับสนุนอาหาร ในขณะที่นโยบายด้านที่อยู่อาศัยในระยะยาว มีนโยบายจัดทำฐานข้อมูลห้องเช่าราคาถูก และประชาสัมพันธ์เพื่อเป็นทางเลือกให้ผู้มีรายได้น้อยและคนไร้บ้านที่ต้องการที่อยู่อาศัยสามารถเข้าถึงได้

นโยบายที่เกี่ยวข้องกับคนไร้บ้านของชัชชาติ อาจสอดคล้องกับกฎบัตรเมืองกรุณาในด้านการแสวงหาความร่วมมือและความช่วยเหลือจากองค์กรต่างๆ เพื่อสนับสนุนแผนงานและสถานที่ดูแลชีวิตช่วงท้ายของคนไร้บ้านและผู้ต้องขัง รวมทั้งการสนับสนุนการดูแลความโศกเศร้าและสูญเสีย

นโยบายเรียนดีและนโยบายสร้างสรรค์ดี กับความเป็นไปได้ในการส่งเสริมเมืองกรุณา

แม้นโยบายเรียนดีและนโยบายสร้างสรรค์ดีของชัชชาติ สิทธิพันธุ์ จะไม่มีการกล่าวถึงแนวคิดเมืองกรุณา การดูแลเพื่อนมนุษย์ในช่วงเวลาท้าทาย แต่อาจมีความเป็นไปได้ที่นโยบาย 2 มิติดังกล่าวนี้ จะทำงานสนับสนุนแนวคิดเมืองกรุณาได้

สำหรับนโยบายเรียนดี อาจส่งเสริมในมิติของการทำให้โรงเรียนมีกิจกรรมหรือนโยบายที่จะดูแลนักเรียนหรือสมาชิกในโรงเรียนที่อยู่ในช่วงเวลาท้าทายของชีวิตได้ เนื่องด้วยมีหลายนโยบายเรียนดีที่ให้ความสำคัญกับมิติการเรียนรู้ของนักเรียนและผู้ที่อยู่ในโรงเรียน หรือการทำให้โรงเรียนเป็นพื้นที่การเรียนรู้ ไม่ใช่แค่การเรียนหรือการศึกษา นอกจากนั้นยังมีนโยบายที่สนับสนุนการทำกิจกรรมหรือการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้ปกครอง เช่น การเปิดโรงเรียนในวันหยุดเป็นพื้นที่กิจกรรม พื้นที่การเรียนรู้สำหรับนักเรียนและชุมชน รวมถึงการสนับสนุนให้มีกิจกรรมนอกห้องเรียน เช่น วิชาศิลปะนอกห้องเรียนที่ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ เป็นต้น

จากนโยบายเรียนดีดังกล่าว จึงอาจมีความเป็นไปได้ที่จะสนับสนุนให้เกิดพื้นที่เรียนรู้และแลกเปลี่ยนเรื่องการดูแลความเจ็บป่วย ความตาย การดูแลผู้ที่สูญเสียร่วมกันระหว่างสมาชิกในโรงเรียน อีกทั้งยังอาจขยายไปถึงการสร้างการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสมาชิกในโรงเรียนกับชุมชน ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนร่วมกัน

เช่นเดียวกันกับนโยบายสร้างสรรค์ดี ที่ให้ความสำคัญกับการมีพื้นที่สาธารณะที่ประชาชนเข้าถึงได้ ไม่ยุ่งยาก และเป็นพื้นที่ที่เปิดกว้างให้กับการจัดกิจกรรม ศิลปะการเรียนรู้ เช่น นโยบายกรุงเทพฯ พื้นที่แห่งดนตรีและศิลปะการแสดง นโยบายจัดแสดงศิลปะกลางแจ้ง ทุกมุมเมืองเป็นพื้นที่ศิลปะ หรือนโยบายเปลี่ยนศาลาว่าการและลานคนเมือง สู่พิพิธภัณฑ์เมืองกรุงเทพฯ และพื้นที่สร้างสรรค์

นโยบายสร้างสรรค์ดีข้างต้นนี้ มีโอกาสที่จะช่วยส่งเสริมเมืองกรุณาได้ โดยเฉพาะการมีพื้นที่และกิจกรรมสาธารณะที่จะสนับสนุนให้ศิลปินได้มาแสดงออกหรือเล่าเรื่องความตาย ความเจ็บป่วย ฯลฯ ผ่านผลงานศิลปะรูปแบบต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

Compassionate Communities UK. (2020). The Compassionate City Charter. Retrieved December 26, 2021, from https://compassionate-communitiesuk.co.uk/wp-content/uploads/2021/12/The-Compassionate-City-Charter.pdf

จิณณพัต ทรัพย์ทวีวศิน. (2566). กทม.ทดลองใช้ 'ดุสิตโมเดล-ราชพิพัฒน์แซนด์บ็อกซ์' แก้ปัญหาระบบการรักษาปฐมภูมิที่หายไป. สืบค้นเมื่อ 27 ธันวาคม 2565, จาก https://prachatai.com/journal/2022/08/100271

ชัชชาติ สิทธิพันธุ์. (2565). นโยบาย. สืบค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2565, จาก https://www.chadchart.com/policy

ณัฐชลภัณ หอมแก้ว. (2565). Telemedicine 'โรงพยาบาลราชพิพัฒน์' ตั้งทีม 'มอเตอร์ไซค์ฉุกเฉิน-รถกู้ชีพ' ปรึกษาหมอแบบเรียลไทม์ระหว่างขับขี่ ส่งยาผ่าน 'ไรเดอร์' ภายใน 2 ชั่วโมง. สืบค้นเมื่อ 24 ธันวาคม 2565, จาก https://www.thecoverage.info/news/content/4227

ธนวัฒน์ เพ็ชรล่อเหลียน. (2565). ย้าย 'รพ.' มาให้บริการ 'ถึงหน้าบ้าน' บทพิสูจน์ความแข็งแกร่ง 'ชัชชาติ' กับโครงการ 'ราชพิพัฒน์ Sandbox Model. สืบค้นเมื่อ 24 ธันวาคม 2565, จาก https://www.thecoverage.info/news/content/3934

เอกภพ สิทธิวรรณธนะ. (ม.ป.ป). กฎบัตรเมืองกรุณา. สืบค้นเมื่อ 26 ธันวาคม 2565, จาก https://cocofoundationthailand.org/compassionate-city-charter/

ประวัติผู้เขียน

ถิรนันท์ ถิรสิริสิน นักศึกษาปริญญาโท คณะสังคมศาสตร์และมานุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
สนใจประเด็นมิติด้านสังคมและสุขภาพ

แนวคิดชุมชนกรุณา

วงล้อมแห่งการดูแล (Circles of care)

เอกภพ สิทธิวรรณธนะ

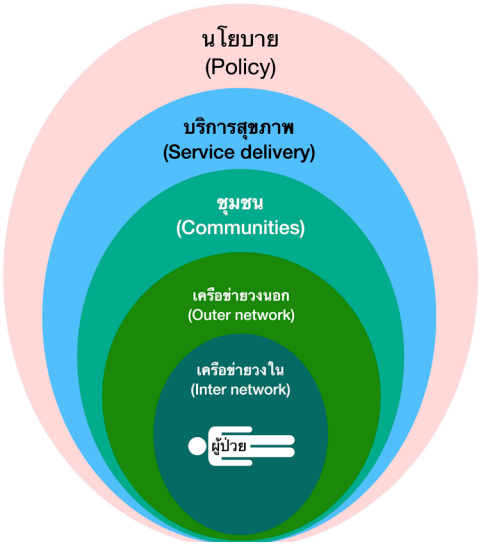
ประเทศกำลังพัฒนาและพัฒนาแล้วกำลังเผชิญภาวะสังคมสูงวัยอย่างรุนแรง เกิดปัญหาขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยระยะท้าย ความขาดแคลนดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมากทั้งทางกายและใจ ผู้ป่วยที่มีกำลังทรัพย์อาจจะยังพอจ่ายเงินซื้อบริการบ้านพักผู้สูงอายุ โรงพยาบาล หรือจ้างคนมาดูแลที่บ้านได้ ส่วนผู้ไม่มีกำลังทรัพย์ก็ต้องทนทุกข์ไป

ศ.จูเลียน อาเบล และคณะ (Julian Abel et. al., 2013) เสนอว่า ภาวะดังกล่าวเป็นทั้งวิกฤติของผู้ป่วยระยะท้าย ขณะเดียวกันก็เป็นโอกาสพลิกฟื้นภูมิปัญญาในการดูแลการตายและความสูญเสียของชุมชนกลับคืนมา เพราะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้อยู่ดีและตายดีในชุมชนไม่ใช่สิ่งใหม่ หากเป็นสิ่งสามัญที่เคยดำรงอยู่มาก่อนที่การแพทย์สมัยใหม่จะเกิดขึ้นด้วยซ้ำ ความทุกข์ของเพื่อนบ้านที่กำลังสบตากับความตาย เรียกร้องให้สมาชิกหันมาดูแลใส่ใจกันและกัน ผลลัพธ์จากการสร้างวงล้อมที่โอบอุ้มการดูแล ไม่เพียงช่วยให้เพื่อนของเราจากไปอย่างสงบเท่านั้น แต่ยังทำให้เรามั่นใจในการดูแลความทุกข์จากความเจ็บป่วย การตาย และความสูญเสียของตัวเราและคนที่เรารักอีกด้วย

ส่วนจะทำอย่างไรนั้น อาเบลเสนอโมเดลในการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนกรุณาที่ชื่อว่า วงล้อมแห่งการดูแล (Circles of care) หรืออีกนัยหนึ่งคือเครือข่ายความสัมพันธ์ของการดูแล

กรอบคิดของ Circles of care นั้นเรียบง่าย เปรียบวงล้อมการดูแลเป็นวงกลมที่โอบกันเป็นชั้น มีจุดศูนย์กลางคือ ผู้เผชิญความทุกข์ ซึ่งในที่นี้คือ ผู้เผชิญความเจ็บป่วยร้ายแรง (Person with serious illness) คือใจกลางของการดูแล โดยมีองคาพยพอื่นๆ โอบดูแลเป็นชั้นๆ

วงล้อมแห่งการดูแล (Circles of care)



ชั้นในสุดคือ เครือข่ายดูแลวงใน (Inner network) เป็นผู้ดูแลที่ให้เวลาดูแลเป็นส่วนใหญ่ เป็นผู้ดูแลใกล้ชิด เราอาจเรียกว่าผู้ดูแลมือหนึ่งก็ได้ เขาจะทำหน้าที่ดูแลอย่างเข้มข้น เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การกินอาหาร กินยา เฝ้าไข้ ตัดสินใจแทน สื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ เป็นต้น ในสังคมไทย เครือข่ายดูแลวงในมักเป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น ลูก ภรรยาสามี แต่เครือข่ายดูแลวงในอาจไม่ใช่ครอบครัวทางสายเลือดก็ได้ อาจจะเป็นคนรัก เพื่อนสนิท ผู้ดูแลรับจ้างหรือพนักงานในสถานดูแลผู้สูงอายุที่ให้การดูแลใกล้ชิด ใครที่ให้การดูแลอย่างเข้มข้น ถือว่าเป็นเครือข่ายดูแลวงในทั้งสิ้น

ชั้นต่อมาคือ เครือข่ายดูแลวงนอก (Outer network) จะเรียกว่าผู้ดูแลมือสองก็ได้ เป็นคนที่ดูแลห่างออกมาหน่อย ทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยอย่างเข้มข้นน้อยกว่าและใช้เวลาน้อยกว่า แต่มักจะมีบทบาทสนับสนุนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลวงในอีกทีหนึ่ง เช่น ดูแลเรื่องอาหารการกิน ความสะอาดของบ้านหรือสถานดูแล การสนับสนุนด้านการเงิน การดูแลเรื่องการเคลื่อนย้าย การผลัดเปลี่ยนมาดูแลชั่วคราว การพูดคุยให้กำลังใจ การดูแลสัตว์เลี้ยง เป็นต้น เครือข่ายดูแลวงนอกนี้ มักเป็นเพื่อน ญาติ ของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลวงใน การดูแลของเครือข่ายวงนอกแม้จะเข้มข้นน้อยกว่า แต่การดูแลเล็กๆ น้อยๆ นี่แหละ ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลวงในอย่างมาก

ชั้นต่อมาคือ ชุมชน (Communities) ซึ่งหมายถึง กลุ่ม องค์กร หน่วยงานในชุมชนที่มีลักษณะเป็นทางการมากขึ้น ทำหน้าที่ให้บริการดูแลตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เช่น อาสาสมัคร อสม. อผส. (อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน) ที่มาดูแลผู้ป่วยตามรอบการดูแล ชุมชนยังหมายถึงหน่วยให้บริการชุมชนทั้งจากภาครัฐ เช่น หน่วยงานสวัสดิการสังคม องค์กรปกครองท้องถิ่น นักการเมืองที่ประสานการดูแล หน่วยกู้ภัย รวมทั้งองค์กรธุรกิจที่ให้บริการด้านสุขภาพ เช่น ร้านขายยา บ้านพักผู้สูงอายุเอกชน ร้านขายโลงศพ วัดที่ประกอบฌาปนกิจ รวมทั้งองค์กรการกุศลหรือ ภาคประชาสังคมที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพ เช่น มูลนิธิร่วมกตัญญู ป่อเต็กตึ๊ง หน่วยงานอาสาสมัคร กลุ่มให้คำปรึกษา กลุ่มดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Self help group) ผู้นำจิตวิญญาณและศาสนา เป็นต้น

ชั้นต่อมาคือ ระบบบริการสุขภาพ (Service delivery) คือบริการสุขภาพจากนักวิชาชีพสุขภาพตามสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน เช่น เครือข่ายโรงพยาบาลของรัฐระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งจะให้บริการโดยนักดูแลสุขภาพวิชาชีพ

วงล้อมชั้นนอกสุดคือ นโยบาย (Policy) คือ ระเบียบ นโยบาย กฎหมาย ขององค์กรที่ทำงาน รัฐบาลท้องถิ่น และรัฐบาลระดับชาติ ที่เอื้อให้ระบบบริการสุขภาพและระบบชุมชนมีส่วนช่วยดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ที่สุดเท่าที่เป็นไปได้

ปัจจุบัน หลายครอบครัวอาจเข้าใจว่า เมื่อเราประสบความเจ็บป่วยคุกคามชีวิต ภารกิจสำคัญมีเพียงการส่งให้ผู้ป่วยเข้ารับการดูแลจากระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล แล้วก็ถือว่าจบงาน ที่เหลือเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่จะมาดูแลต่อจนผู้ป่วยเสียชีวิต ความคาดหวังนี้ยากจะเป็นจริงในระบบสุขภาพปัจจุบัน เพราะ 1) ผู้ป่วยจำนวนมากต้องการใช้เวลาช่วงท้ายที่บ้าน 2) ทรัพยากรการดูแลผู้ป่วยช่วงท้ายที่โรงพยาบาลไม่เพียงพอ 3) การดูแลโดยนักวิชาชีพในสถานดูแลผู้สูงอายุมีต้นทุนสูง มีเพียงบางครอบครัวเท่านั้นที่สามารถจ่ายได้

อาเบลและคณะจึงเสนอว่า แทนที่จะพึ่งพาการดูแลโดยระบบบริการสุขภาพเท่านั้น ควรหันมาฟื้นความเข้มแข็งของเครือข่ายการดูแลภาคชุมชน ทั้งเครือข่ายการดูแลวงในวงนอก และชุมชน ให้มีความรู้ ทักษะ ทัศนคติที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีการเชื่อมประสานส่งต่อทั้งขณะที่ผู้ป่วยป่วยระยะท้าย และเครือข่ายดูแลที่ทำงาน เชิงส่งเสริมป้องกันด้วย

วิธีการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายภาคชุมชนนั้น คือการถามกันและกันว่า ผู้ป่วยต้องการอะไร ใครในเครือข่ายวงในตอบสนองได้บ้าง ถ้าวงแรกตอบสนองไม่ได้ ก็ถามวงถัดมาว่า ใครจะดูแลความต้องการของผู้ป่วยได้บ้าง ถามเช่นนี้เป็นชั้นๆ และถ้าไม่มีใครตอบได้เลยก็ถึงเวลาที่ต้องพัฒนากิจกรรม แผนงาน โครงการที่จะมา ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

การพัฒนาชุมชนกรุณาก็คือการพัฒนาวงล้อมการดูแลชั้นต่างๆ ให้มีความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและองคาพยพที่อยู่ใกล้ผู้ป่วยให้มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ จึงควรส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระดับประชากรให้มากที่สุด (เราจะได้มีเครือข่ายดูแลในชุมชนที่เข้มแข็ง) หากเกินมือจึงปรึกษาส่งต่อให้ระบบบริการสุขภาพดูแลความทุกข์ที่ซับซ้อนและต้องใช้ความเชี่ยวชาญระดับมืออาชีพเข้ามาช่วย ผู้ให้บริการสุขภาพจะได้ทำหน้าที่ของเขาตามความรู้และความเชี่ยวชาญที่ได้เรียนมา ส่วนชุมชนก็จะได้ฟื้นภูมิปัญญา ฟื้นความเชื่อมั่นว่าเราจะสามารถดูแล และผ่านพ้นความทุกข์จากความเจ็บป่วยระยะท้ายได้ด้วยความช่วยเหลือของกันและกัน และการจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ก็ไม่ไกลเกินเอื้อม

จาก Abel, J. และคณะ (2013)

เอกสารอ้างอิง

Abel, J., Walter, T., Carey, L. B., Rosenberg, J., Noonan, K., Horsfall, D., Leonard, R., Rumbold, B., & Morris, D. (2013). Circles of care: should community development redefine the practice of palliative care?. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 3(4), 383. https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000359

#ชุมชนกรุณา #compassionatecommunities #ชุมชนกรุณาศึกษา #cocofoundationthailand #PHPC

เราจะช่วยให้ประชาชนทุกคน เข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง ได้อย่างไร

เอกภพ สิทธิวรรณธนะ
วรรณา จารุสมบูรณ์

องค์การอนามัยโลกกล่าวถึงการดูแลแบบประคับประคองว่า เป็นหนทางที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวให้สามารถเผชิญปัญหาจากอาการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ด้วยวิธีการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยการเข้าไปดูแลปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะแรกๆ ของโรค รวมทั้งทำการประเมินปัญหาสุขภาพ ทั้งทางด้านกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างละเอียดครบถ้วน

ในขณะที่ แฟรงค์ เบรนแนน (Frank Brennan) เน้นย้ำว่า การดูแลแบบประคับประคอง คือพื้นฐานที่ช่วยให้มนุษย์บรรลุสุขภาวะ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองจากหลากหลายแหล่งบริการ ทั้งโรงพยาบาล คลินิกผู้ป่วยนอก สถานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย สถานดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์ดูแลสุขภาพชุมชน และที่บ้าน จึงเป็นสิทธิพื้นฐานที่พึงมี โดยที่การดูแลแบบประคับประคองสามารถเริ่มทำตั้งแต่แรกวินิจฉัยและดูแลควบคู่ไปกับการรักษาตามปกติ (Brennan, F., 2008)

ความท้าทายการดูแลประคับประคองในประเทศไทย

แม้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ในประเทศไทยจะมีพัฒนาการต่อเนื่องยาวนานกว่า 20 ปี และมีความก้าวหน้าเป็นลำดับ แต่การรับรู้และการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองของคนในประเทศ พบว่ายังอยู่ในขอบเขตจำกัด จากผลการสำรวจของ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ในปี พ.ศ. 2563 เกี่ยวกับการรับรู้และทัศนคติของประชาชนต่อการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย ของผู้มีอายุระหว่าง

20-80 ปี จำนวน 2,394 คน พบว่ามีเพียงร้อยละ 43 ที่ตระหนักเกี่ยวกับการดูแลในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุหรือมีโรคเรื้อรังอยู่แล้ว มีเพียงร้อยละ 24 ที่รู้จักการดูแลแบบประคับประคอง (Kunakornvong W, Ngaosri K., 2020)

ในขณะที่ฐานข้อมูลระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health data center) ปีงบประมาณ 2564 เทียบกับปีงบประมาณ 2562 พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 14.88 จากร้อยละ 9.40 ตามลำดับ ผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงาน ร้อยละ 34.03 จากร้อยละ 33.65 ตามลำดับ และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 28.38 จากร้อยละ 25.56 ตามลำดับ (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2563) และจากการศึกษาความชุก (point prevalence) ของผู้ป่วยระยะท้าย ใน 14 โรงพยาบาลทั่วประเทศ โดยเครือข่ายดูแลแบบประคับประคองแห่งประเทศไทย พบความชุกของผู้ป่วยระยะท้าย ร้อยละ 18.72 โดยแยกเป็นกลุ่มโรคมะเร็ง ร้อยละ 55.66 และโรคเรื้อรังอื่นที่ไม่ใช่มะเร็ง ร้อยละ 44.44 ที่สำคัญคือผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการปรึกษาและอยู่ในการดูแลของศูนย์ดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีเพียง ร้อยละ 6-17 เท่านั้น (Natprayut N., 2019)

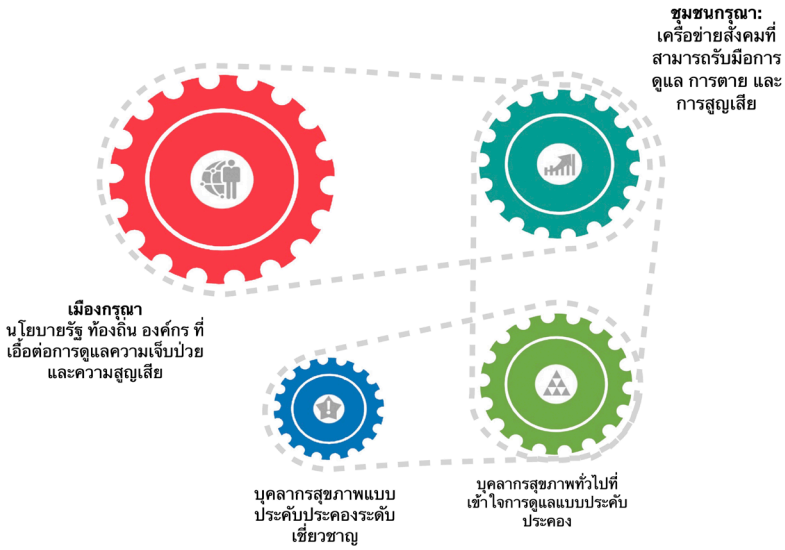
จึงอาจกล่าวได้ว่าการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองยังเป็นความท้าทายหนึ่งของสังคมไทย โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครและชุมชนเมืองที่มีบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่ซับซ้อน ไม่ว่าจะเป็นการย้ายถิ่นที่ทำให้เกิดกลุ่มประชากรแฝง กลุ่มคนเปราะบางที่มักเข้าไม่ถึงสวัสดิการใดๆ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ผู้ต้องขัง ชาวต่างชาติที่มาพำนักในประเทศไทย แรงงานต่างชาติ ซึ่งจำเป็นจะต้องมีการออกแบบและพัฒนาอย่างรอบด้าน

หากการดูแลแบบประคับประคองเป็นสิทธิพื้นฐานที่คนในสังคมพึงได้รับ คำถามคือ เราจะช่วยสนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมได้อย่างไร

องค์ประกอบที่จำเป็นของการดูแลประคับประคอง

เอกสารเรื่อง Palliative Care the New Essentials (Abel et al., 2018) เสนอว่าการดูแลคุณภาพชีวิตช่วงท้าย การตาย และความความสูญเสีย ที่ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากรในสังคม ควรประกอบด้วย 4 องคาพยพหลัก ได้แก่

Palliative Care - New Essential



1) บุคลากรสุขภาพชำนาญการ ด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Specialist palliative care) สำหรับดูแลกรณีความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนและต้องอาศัยความรู้ที่ชำนาญการ บุคลากรส่วนนี้ไม่จำเป็นต้องมีจำนวนมาก โดยอาจเป็นครูอาจารย์ที่ทำงานวิจัยและจัดการเรียนการสอน หรือฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคองให้แก่บุคลากรสุขภาพและประชาชน
2) บุคลากรสุขภาพทั่วไปที่เข้าใจแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง (Generalist palliative care) สำหรับดูแลความทุกข์ทรมานที่ไม่ซับซ้อน บุคลากรส่วนนี้ประกอบด้วยแแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร นักบวช ผู้นำทางจิตวิญญาณ บุคลากรสุขภาพชุมชน อาสาสมัครดูแลสุขภาพในโรงพยาบาลและชุมชน และบุคลากรสุขภาพอื่นๆ
3) ชุมชนกรุณา (Compassionate communities) คือสมาชิกชุมชน หรือเครือข่ายสังคมรอบๆ ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ดูแลความเจ็บป่วย ความตาย การดูแล และความสูญเสีย ที่คอยช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว อาจสนับสนุนในมิติที่เกี่ยวกับกับการดูแลความเจ็บป่วยกายใจ หรือดูแลช่วยเหลือด้านอื่นๆ ในชีวิตประจำวันก็ได้ เช่น รดน้ำต้นไม้ พาสุนัขไปเดินเล่น ทำอาหารให้ รวมทั้งการสนับสนุนครอบครัวของผู้ป่วย คนอื่นๆ ที่อาจประสบทุกข์ แม้การดูแลเล็กๆ น้อยๆ

แต่ก็มักส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก

เราอาจเรียก ชุมชนกรุณาว่าเป็น “สัมพันธ์โอสถ (Social precribing)” ชุมชนกรุณา เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชนเป็นไปได้ เพราะช่วยให้เครือข่ายผู้ดูแลมือหนึ่งที่มีความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีจำนวนที่มากพอ ได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายผู้ดูแลมือสองและชุมชน

4) ภาคประชาสังคมที่สนับสนุนกฎบัตรเมืองกรุณา (Civic programme for compassionate city charter) องคาพยพนี้ คือการปลูกฝังให้พลเมืองมีความกรุณา มีทักษะการดูแลความเจ็บป่วย ความตาย การดูแล และความสูญเสีย ผ่านนโยบายสาธารณะ เช่น การศึกษาในระบบการศึกษา มีกฎระเบียบที่เอื้อต่อการสนับสนุนพนักงานที่เจ็บป่วยหรือเผชิญความสูญเสีย การฝึกอบรมบุคลากรทางศาสนาในการเยียวยาความทุกข์ใจจากวิกฤติของชีวิต การมีส่วนร่วมของสถาบันศิลปะสื่อมวลชน เป็นต้น เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนมีแนวโน้มที่จะช่วยเหลือดูแลกันในยามวิกฤติของชีวิตอย่างมีความรู้และทักษะที่เพียงพอ

การสนับสนุนให้องคาพยพทั้งสี่ทำงานได้อย่างเต็มที่ เชื่อมร้อยประสานกันจึงจะทำให้ประชาชนทั่วทั้งสังคมได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างทั่วถึง

เอกสารอ้างอิง

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2563). บทที่ 2 การดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย: การมุ่งสู่คุณภาพ. ใน *คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)*. (นน.7-16). นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

Kunakornvong W, Ngaosri K. Public awareness and attitude toward palliative care in Thailand. *Siriraj Medical Journal 2020*, 72, 424-30.

Natprayut, N. Access to palliative care in a tertiary care hospital in Thailand. *The Clinical Academia 2019*, 43, 220-8.

Brennan, F., Gwyther, L., & Harding, R. (2008). *Palliative care as a human right*.

Abel, J., Kellehear, A., & Karapliagou, A. (2018). *Palliative care-the new essentials*.

บทส่งท้าย

บทสรุปสุดท้ายของชีวิตที่สงบสันติ คงเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนหวังไว้ลึกๆ มนุษย์ทุกคนเกิดมาย่อมต้องการความสุขในการดำเนินชีวิตตั้งแต่เกิดจนวาระสุดท้าย แต่ใครจะรับประกันได้ว่าการเจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิตและการตายของเรา จะได้รับการดูแลจากผู้คนแวดล้อมให้เป็นไปอย่างสงบและเปี่ยมด้วยการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เราทุกคนตระหนักว่าชีวิตและความตายเป็นของคู่กัน เหมือนลมหายใจเข้าและลมหายใจออก วาระสุดท้ายของชีวิตเกิดขึ้นได้ทุกเมื่อ แต่วาระนั้นจะเป็นไปอย่างสงบสันติได้มากน้อยอย่างไร ขึ้นอยู่กับคุณภาพของการดูแลความเจ็บป่วยและความตายในระยะท้ายสุดของชีวิต การได้จากลาโลกอย่างสันติโดยแวดล้อมด้วยบุคคลอันเป็นที่รัก ย่อมเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา

การตระหนักได้ว่าเราทุกคนย่อมต้องเผชิญเจ็บป่วยและความตาย และการดูแลความเจ็บป่วยและความตาย ไม่ใช่หน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขหรือระบบบริการสุขภาพแต่เพียงฝ่ายเดียว แต่เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของทุกองคาพยพที่แวดล้อมผู้ป่วยหรือผู้ที่กำลังก้าวสู่วาระท้ายของชีวิต นั่นคือแนวคิดของ “ชุมชนกรุณา” (Compassionate communities) ที่ต้องอาศัยความตระหนักรู้อย่างถูกต้องของผู้คนในสังคมทั้งในเรื่องความเข้าใจธรรมชาติของชีวิตและความตาย การสื่อสารเรื่องความตายด้วยมุมมองของความเข้าใจชีวิต การเกื้อกูลกันของผู้คนในชุมชน ที่พร้อมจะช่วยกันดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่เข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตด้วยความเข้าใจและความกรุณา สภาพแวดล้อมในชุมชนของผู้ป่วย รวมไปถึงระบบบริการสุขภาพที่เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างเข้าใจ ตลอดจนความเข้าใจในแนวคิดของการดูแลแบบประคับประคอง แทนการรักษาเพื่อยื้อยุดฉุดชีวิตอันเต็มไปด้วยความเจ็บปวดของผู้ป่วยและญาติทั้งกาย ใจ และจิตวิญญาณ

Peaceful Death ได้ก่ออิฐก้อนแรกเพื่อสร้างรากฐานของ “ชุมชนกรุณา” ร่วมกับภาคีเครือข่ายในภูมิภาคต่างๆ ทั่วประเทศ ด้วยแรงบันดาลใจและความมุ่งมั่นที่จะวาง

รากฐานแนวคิดชุมชนแห่งความกรุณา ให้เป็นหนึ่งในระบบการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายให้มีสุขภาวะ อันประกอบด้วยความสุขทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ สร้างวัฒนธรรมใหม่ในการรับฟังและสื่อสารเรื่องความตายด้วยท่าทีที่เปิดกว้างและยอมรับความเป็นจริงของธรรมชาติชีวิต จุดประกายให้สังคมไทยที่กำลังจะก้าวไปสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด ได้รู้จักแนวทางการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทั้งในชุมชนชนบทและชุมชนเมือง โดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางความเกื้อกูล

การเคลื่อนไหวของชุมชนกรุณาในหลากหลายพื้นที่ ผลิดอกออกผลในหลากหลายรูปแบบที่สร้างสรรค์และเป็นนวัตกรรม พลิกมุมมองการดูแลผู้ป่วยโดยให้ชุมชนร่วมดูแลผู้ป่วย ควบคู่กับการรักษาพยาบาลตามระบบ ทำให้เกิดนวัตกรรมแนวคิด “ชีวิตออกแบบได้” ซึ่งเป็นกระบวนการที่พลิกมุมมองจากการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในการทำความเข้าใจ “คุณค่าและความหมายของชีวิต” แทนการออกแบบ “แนวทางการรักษา” ในระยะท้าย เกิดกระบวนการดูแลความสูญเสียให้กับญาติและครอบครัวของผู้ป่วย ที่ต้องได้รับการดูแลจิตใจยามเปราะบางจากความสูญเสีย นอกจากนี้ยังแนะนำวิชาชีพแปลกใหม่อย่าง Death planner หรือนักวางแผนการตายดี ที่เกิดขึ้นพร้อม “เบาใจ Family” บริการให้คำปรึกษาการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) ให้แก่บุคคลผ่านการใช้สมุดเบาใจและเกมไพ่ไขชีวิต เป็นกระบวนการที่ทำให้คู่ชีวิตได้ทบทวนความสัมพันธ์ พูดคุยเรื่องการดูแลกันและกันในอนาคตยามเจ็บป่วย ซึ่งทำให้แนวคิดในเรื่องพินัยกรรมชีวิต หนังสือแสดงเจตจำนงในการดูแลรักษา หรือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต (Living will) ปรากฏอย่างเป็นรูปธรรมผ่านการลงมือปฏิบัติ นอกจากนี้ชุมชนกรุณาได้ผลักดันให้เกิด “กระบวนกรชุมชน” ผู้ที่กระตุ้นความคิดในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการดูแลแบบประคับประคอง โดยเริ่มจากชุมชนนำร่อง ควบคู่กับการขับเคลื่อนงานกับระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขได้เข้าใจแนวคิดชุมชนกรุณาและการดูแลแบบประคับประคอง

ด้วยอุดมการณ์ ความเชื่อมั่น และการอุทิศตนของเครือข่ายชุมชนกรุณา ทำให้เรามองเห็นความหวังที่แนวคิดชุมชนกรุณาจะผลิดอกออกผลเบ่งบานทั้งสังคม ครอบครัว ชุมชน ศาสนสถาน สถาบันการศึกษา สถานีอนามัย โรงพยาบาล ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ระบบบริการสุขภาพ เข้าใจแนวคิดและเชื่อมโยงส่งต่อการดูแลผู้ป่วยกันอย่างลื่นไหล เกิดขบวนการจิตอาสา กระบวนกรชุมชน ผู้ให้การดูแล (Caregiver) นักวางแผนการตาย กระจายทั่วประเทศ ผลักดันให้ระบบชุมชนกรุณาและการดูแลแบบ

ประคับประคองกลายเป็นหนึ่งในมาตรฐานของการดูแลแบบปฐมภูมิ อันจะเป็นคุณูปการสำหรับสังคมไทยในอนาคต

ญาณี รัชต์บริรักษ์
ผู้อำนวยการสำนักสร้างเสริมระบบสื่อและสุขภาวะทางปัญญา
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

กฎบัตรเมืองกรุณา (Compassionate city charter)

เอกภพ สิทธิวรรณธนะ

ในชุมชนและเมืองของเรา ยังมีเพื่อนกลุ่มหนึ่งที่อยู่ร่วมกับเรา แต่มักถูกละเลยไป ได้แก่ ผู้ป่วยที่เหลือเวลาในชีวิตจำกัด ผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้เผชิญความสูญเสีย เพื่อนกลุ่มนี้มักไม่ได้รับการใส่ใจจากสังคมในวงกว้าง รวมทั้งระบบการดูแลสุขภาพที่เป็นทางการ เพื่อนกลุ่มนี้มักประสบความทุกข์จากความเจ็บป่วยและภาวะคุกคามสุขภาพ ซึ่งมีสาเหตุจากปัจจัยชีววิทยา จิตวิทยา ปัญหาสังคม ปัญหาที่เกี่ยวกับการทำงาน จนได้รับผลกระทบหลากหลาย เช่น ความเหงา ความโดดเดี่ยว การตีตรา การสูญเสียงาน ความวิตกกังวล ซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย

กฎบัตรเพื่อการปฏิบัติสู่เมืองกรุณา

เมืองกรุณา คือชุมชนที่ตระหนักว่าวงจรแห่งสุขภาพและความเจ็บป่วย เกิดและตาย พบพานและสูญเสีย เกิดขึ้นในชีวิตเป็นวัฏจักรธรรมชาติ เมืองกรุณาคือชุมชนที่ตระหนักว่า การดูแลกันและกันในช่วงเวลาวิกฤติและสูญเสีย ไม่ใช่ภาระงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือนักสังคมสงเคราะห์เท่านั้น แต่คือความรับผิดชอบของคนทุกคน

เมืองกรุณา คือชุมชนที่ทำงานสาธารณะในการส่งเสริม เอื้ออำนวย สนับสนุน และเฉลิมฉลองการดูแลเพื่อนมนุษย์ในช่วงเวลาที่พวกเขาเผชิญประสบการณ์ท้าทายของชีวิต อาทิ เจ็บป่วยเหลือเวลาในชีวิตอย่างจำกัด ประสบความพิการเรื้อรัง ประสบความชราและเสื่อมทั้งร่างกายและสมอง ประสบความโศกเศร้าและสูญเสีย ประสบความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังยาวนาน ขณะที่ระบบบริการสุขภาพเพียรทำหน้าที่สนับสนุนการดูแลดังกล่าวให้มีคุณภาพ เราทุกคนพึงตระหนักว่า วิกฤติของชีวิตจากความเจ็บป่วย การตาย

ความตาย และความสูญเสีย อาจมาเยือนเราเมื่อใดก็ได้ เมืองกรุณาคือชุมชนที่ตระหนักถึงความจริงนี้ด้วยความไม่ประมาท และพร้อมจะยื่นมือเข้าสนับสนุน

ในวาระนี้เอง ผู้นำประเทศ/เมือง/องค์กร/ชุมชน...สัญญาว่าจะส่งเสริมเผยแพร่ จะใช้เครือข่ายและบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ จะร่วมงานกับภาคี กลุ่ม องค์กร สื่อมวลชน เพื่อสนับสนุนกิจการทั้ง 13 ประการ ดังต่อไปนี้

1) โรงเรียนในความรับผิดชอบของเรา จะมีกิจกรรมประจำปี เพื่อทบทวนนโยบาย เอกสารแนวทางในการดูแลความเจ็บป่วย ความตาย การดูแล และความสูญเสียของสมาชิกในโรงเรียน
2) สถานที่ทำงานในความรับผิดชอบของเรา จะมีกิจกรรมประจำปี เพื่อทบทวนนโยบาย เอกสารแนวทางในการดูแลความเจ็บป่วย ความตาย การดูแล และความสูญเสีย ของสมาชิกในที่ทำงาน
3) สหภาพแรงงาน/ชุมชนคนทำงานของเรา จะมีกิจกรรมประจำปี เพื่อทบทวนนโยบาย เอกสารแนวทางในการดูแลความเจ็บป่วย ความตาย การดูแล และความสูญเสีย ของสมาชิกในสหภาพ/ชุมชนคนทำงานของเรา
4) ศาสนสถานในการดูแลของเรา จะจัดตั้งกลุ่มสนับสนับสนุนงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
5) สถานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและสถานดูแลผู้สูงอายุในการดูแลของเรา จะมีโปรแกรมสร้างการมีส่วนร่วมกับสมาชิกในชุมชนหรืออาสาสมัคร เพื่อพัฒนางานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
6) พิพิธภัณฑ์หรือแกลเลอรีศิลปะในการดูแลของเรา จะมีการจัดนิทรรศการประจำปีนำเสนอประสบการณ์เกี่ยวกับความชรา ความเจ็บป่วย ความตาย การดูแล และความสูญเสีย
7) เมือง/องค์กร/ชุมชนของเรา จะมีการเดินขบวนสันติทุกปี เพื่อนำเสนอประเด็นความสูญเสีย (ที่ไม่ใช่ประเด็นความสูญเสียเกี่ยวกับสงคราม) เช่น ความสูญเสียจากโรคมะเร็ง ความพิการทางการเคลื่อนไหว เอดส์ การเสียลูก การฆ่าตัวตาย การสูญเสียสัตว์เลี้ยง ภาวะเป็นหม้าย ความสูญเสียจากอุบัติเหตุ ความสูญเสียจากอุบัติเหตุจากการทำงาน และความสูญเสียอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลชีวิตช่วงท้าย
8) เมือง/องค์กร/ชุมชนของเรา จะสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างเพื่อนบ้านและชุมชนใกล้เคียงในการดูแลความเจ็บป่วยของสมาชิกในชุมชน รวมทั้งการเผชิญวิกฤติ

สุขภาพ ความชรา การดูแลเรื้อรัง และความโศกเศร้า

9) เมือง/องค์กร/ชุมชนของเรา จะเสนอรางวัล การยกย่องเชิดชู เพื่อเฉลิมเฉลองกิจกรรม บุคคล องค์กรที่ทำงานชุมชนกรุณาอย่างสร้างสรรค์ กิจกรรมมอบรางวัลอาจดำเนินการผ่านคณะกรรมการที่ทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รางวัลนายกเทศมนตรี จะช่วยให้เกิดการรับรู้ ความตระหนัก การให้คุณค่าต่อการดูแลด้วยความกรุณา
10) เมืองของเราจะนำเสนอตัวอย่างและความสำคัญของชุมชนกรุณา ที่เกี่ยวกับการอยู่ร่วมและรับมือความเจ็บป่วย ความตาย การดูแล และความสูญเสีย ผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อสังคมออนไลน์ จะนำเสนอนโยบาย บริการ การสนับสนุนทุน การสร้างความร่วมมือ การเยียวยารักษา และกิจกรรมสาธารณะที่สนับสนุนชุมชนกรุณา ข้อมูลดังกล่าวควรเชื่อมโยงไปสู่การเข้าถึงความช่วยเหลือจากหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง การเผยแพร่ข้อมูลควรส่งไปให้ถึงกลุ่มผู้รักสัตว์และองค์กรจัดงานศพด้วย
11) เมืองของเราจะทำงานร่วมกับสื่อมวลชนและสังคมออนไลน์ เพื่อจัดประกวดงานศิลปะหรืองานเขียนเรื่องเล่าที่ช่วยสร้างความตระหนักเกี่ยวกับความแก่ ความเจ็บป่วย การตาย การดูแล และความสูญเสีย
12) บริการและนโยบายสนับสนุนชุมชนกรุณาในเมืองของเรา จะเกิดขึ้นบนความรู้ความเข้าใจว่า ประเด็นความหลากหลายของเชื้อชาติ ศาสนา เพศ อัตลักษณ์ทางเพศ ความยากจน ความไม่เป็นธรรม การเข้าถึงสิทธิ ส่งผลอย่างไรต่อประสบการณ์ความเจ็บป่วย การตาย การดูแล และความสูญเสีย
13) เมืองของเราจะแสวงหาความร่วมมือและความช่วยเหลือจากองค์กรต่างๆ เพื่อสนับสนุนแผนงานและสถานที่ดูแลชีวิตช่วงท้ายของคนไร้บ้านและผู้ต้องขัง รวมทั้งการสนับสนุนการดูแลความโศกเศร้าและสูญเสีย

เมืองของเราจะตั้งเป้าหมายและทบทวนแผนดำเนินการชุมชนกรุณาอย่างใกล้ชิดในสองปีแรก หลังจากนั้นจะขยายความร่วมมือกับกลุ่มต่างๆ เช่น โรงพยาบาล มหาวิทยาลัย องค์กรการกุศล ชุมชน กลุ่มอาสาสมัคร ตำรวจ ผู้ให้บริการฉุกเฉิน ฯลฯ ในแผนดำเนินการทุกๆ ปี เพื่อให้บรรลุเป้าหมายเมืองกรุณา

กฎบัตรนี้สะท้อนคำสัญญาของเรา เพื่อให้เมืองนี้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการอยู่ดีและตายดี มีความเห็นอกเห็นใจ ก้าวข้ามความแตกต่างหลากหลายจนมองเห็นความเป็นเพื่อนร่วมทุกข์ เกิด แก่ เจ็บ ตาย เราตระหนักว่าเมืองไม่ใช่เพียงสถานที่เพียงเพื่อทำงานและรับบริการสาธารณะเท่านั้น แต่เมืองคือที่ที่เราทุกคนจะได้ใช้ชีวิตอย่างปลอดภัย ปกป้องคุ้มครองซึ่งกันและกัน ตราบจนวันสุดท้ายของชีวิต

ที่มา

เรียบเรียงจาก Compassionate city charter

https://www.compassionate-communitiesuk.co.uk/the-compassionate-city-charter

ภาพประกอบบทความ










เครื่องมือสนับสนุนการพัฒนาชุมชนกรุณา








คลินิกเบาใจ + งานวันเบาใจ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก





การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในชุมชน:
กรณีศึกษาชุมชนและโรงพยาบาลแม่สรวย จ.เชียงราย









กอเตย ปิญชาดา ผ่องนพคุณ:
นักออกแบบความตายกับเรื่องเล่าของ เบาใจ Family






การทำงานชุมชนกรุณาในกลุ่มผู้สูงอายุของกลุ่มขะไจ๋




สร้างสุขจนสุดปลายทางฯ จังหวัดนครพนม









สรุปรายงานผลการศึกษาการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์





บ่มเพาะความกรุณาที่บางรัก



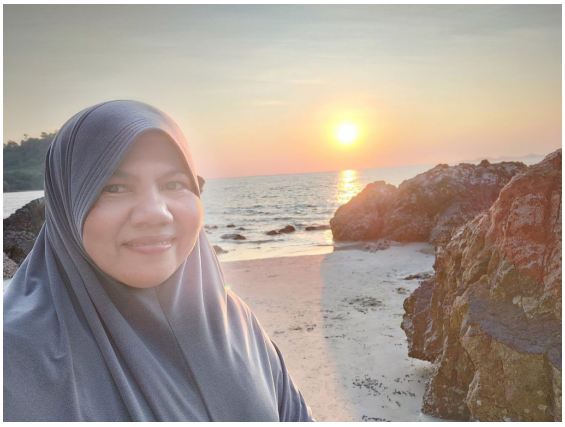


พาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล





โครงการการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
เพื่อสร้างเครือข่ายชุมชนกรุณา
ในพื้นที่อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์



จากเกาะลิบง สู่ชุมชนกรุณาบ้านนาเคียน







การศึกษาผลการใช้งานไพ่ฤดูฝน













ประสบการณ์การดูแลสุขภาพจิตในเยาวชน





การพัฒนาเมืองกรุณา: กรณีศึกษาตำบลพะตง
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา









บทสรุปผู้บริหารงานศึกษาการเผชิญความตายในชุมชนเมือง
และข้อเสนอเชิงนโยบายการสนับสนุนคุณภาพชีวิต
ผู้ป่วยระยะท้ายในคนจนเมือง กทม.

CoCo Building Toolkits
ชุดปลูกชุมชนกรุณา



จากการศึกษาพัฒนาการของพื้นที่ปฏิบัติการชุมชนกรุณาหลากหลายพื้นที่ในประเทศไทย ทีมงานพบว่า แต่ละชุมชนมีแนวทางพัฒนาชุมชนกรุณาไม่เหมือนกัน แต่ก็มีลักษณะบางประการร่วมกัน ทีมงาน Peaceful Death จึงจัดประชุมถอดบทเรียน ค้นหาเหตุปัจจัยความสำเร็จ และพัฒนาเป็นการ์ดกิจกรรมพัฒนาชุมชนกรุณาตั้งแต่ก้าวแรก สำหรับกระบวนกรชุมชน บุคลากรสุขภาพ และผู้นำชุมชน ในชื่อ CoCo Building Toolkits (ชุดปลูกชุมชนกรุณา)

CoCo Building Toolkits นี้ประกอบด้วยชุดคำถามที่ช่วยจุดประกายเครือข่ายการดูแลของท่านให้สนใจและเห็นความสำคัญของชุมชนกรุณา ชุดกิจกรรม 18 หัวข้อที่ผู้สนใจชุมชนกรุณาสามารถศึกษาและปฏิบัติตามได้ รวมทั้งการ์ดเสริม เช่น การ์ดความกังวล การ์ดพันธมิตร สำหรับใช้ประกอบการจัดกิจกรรมพัฒนาชุมชนกรุณาในแต่ละใบ

CoCo Building Toolkits มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- ให้ภาพรวมกิจกรรมการพัฒนาชุมชนกรุณา
- เป็นเครื่องมืออำนวยความสะดวกในการสื่อสารเนื้อหาชุมชนกรุณาให้เครือข่ายความร่วมมือของท่าน
- เป็นเครื่องมือทบทวนการทำงาน ประเมินผลงาน กำหนดทิศทางและกลยุทธ์การพัฒนาชุมชนกรุณาต่อไป

CoCo Building Toolkits ประกอบด้วย

- การ์ดจุดประกายชุมชนกรุณา 10 ใบ
- การ์ดกิจกรรม 18 ใบ
- การ์ดความกังวล และสิ่งที่ควรเรียนรู้ 9 ใบ
- การ์ดพันธมิตร 14 ใบ

สีสันสวยงาม บรรจุในถุงผ้า เหมาะสำหรับการริเริ่มชุมชนกรุณาก้าวแรก การจัดฝึกอบรมการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองโดยมีชุมชนเป็นฐานและการประยุกต์แนวทางชุมชนกรุณาไปพัฒนางานผู้สูงอายุ คนพิการ และการสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆ

สั่งซื้อได้ที่ ร้าน Baojai_shop
ร้านของ Peaceful Death