

ถอดบทเรียนชุมชนกรุณา “การทำงาน Community Palliative Care”

17 มกราคม 2564

กลุ่มเป้าหมาย : บุคลากรผู้ทำงาน Community Palliative Care เพื่อการอยู่และตายดี

วัตถุประสงค์ของการถอดบทเรียนพูดคุยกัน

“Peaceful Death ชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี” เชิญผู้ทำงานการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนมาร่วมพูดคุยกันในวันนี้เนื่องจากเมื่อ 2 เดือนก่อน ทาง Peaceful Death ได้สรุปการทำงานกันและค้นหาวางานที่กำลังทำอยู่ขาดปัจจัยสนับสนุนอะไรบ้างที่จะเข้ามาตอบโจทย์งานที่กำลังทำอยู่ เราพบ Pain Point อยู่ 3 เรื่อง คือ

(1) จากการทำงานขับเคลื่อนงานชุมชนกรุณาในสังคมไทย พบว่า 80% ของผู้ป่วยอยากกลับไปเสียชีวิตที่บ้านของตัวเอง แต่ในทางปฏิบัติ ชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนจึงไม่เห็นภาพคนทำงานคนอื่น ๆ จะเห็นภาพพยาบาลชุมชนจาก รพ.สต. เข้าไปดูดูแลอย่างเดียว เรามองไม่เห็นบทบาทของชุมชนในการเข้ามามีส่วนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังประสบกับการเจ็บป่วยและการพลัดพรากสูญเสีย

(2) งาน Palliative Care ในประเทศไทยโดยภาพรวมกำลังไปได้ดี มีศูนย์ Palliative Care อยู่ในโรงพยาบาล แต่สิ่งที่เราพบเห็นคือ พยาบาลที่อยู่ในหน่วย Palliative Care มีความถนัดในการดูแลจัดการอาการทางกายเป็นหลัก พื้นที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาล อีกทั้งยังขาดหลักสูตรการพัฒนาพยาบาล Palliative Care ให้มีความรู้เกี่ยวกับ Community Palliative Care และการสร้างความร่วมมือในระดับชุมชนหรือท้องถิ่น ที่มีการอบรมอยู่ส่วนใหญ่เน้นการบรรยายเพียงไม่กี่ชั่วโมง ขาดการฝึกปฏิบัติจริงในชุมชน

(3) การทำงาน Palliative Care ทุกวันนี้ในระบบสุขภาพยังคงแยกส่วนกันทำงาน พยาบาลเยี่ยมบ้านที่มีทักษะในการทำงานชุมชนกับพยาบาลที่อยู่ในหน่วย Palliative Care ที่มีทักษะในการดูแลอาการทางกายเป็นคนละคนกัน คนที่เก่งงานชุมชนกลับไม่ได้ทำงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้ายแต่ไปทำงานเชิงส่งเสริมป้องกันในชุมชน ส่วนคนที่ทำงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนก็ไม่ค่อยมีทักษะในการจัดการอาการทางกายแม้จะถูกฝึกมาแล้วก็ตาม

จาก Pain Point ที่กล่าวมาข้างต้นทำให้เราไม่เห็นภาพการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างภาคีต่าง ๆ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ จึงเป็นที่มาของการพูดคุยกันวันนี้เพื่อ สร้างตัวช่วย ทำให้บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย ระยะท้ายเห็นโอกาสในการทำงานชุมชน อีกทั้งยังต้องการให้เกิดการเรียนรู้ Community Palliative Care ในหลักสูตร เพื่อเพิ่มองค์ความรู้เรื่องนี้ในกลุ่มบุคลากรสุขภาพ

เป้าหมายของการพูดคุยกันวันนี้

1. อยากรู้ได้หลักสูตร Community Palliative Care ที่มีความสำเร็จรูปในระดับหนึ่ง ที่สามารถนำไป Plugin กับหน่วยงานที่ทำการเรียนการสอนการพยาบาลระยะท้ายให้กับแพทย์ พยาบาล บุคลากรสุขภาพ
2. อยากรู้ได้ชุดเครื่องมือ หรือ Community Canvas ที่เป็นแผนที่นำทางให้สามารถเอาไปใช้งานได้ ซึ่งอาจจะเหมาะสมกับคนทำงานรุ่นใหม่ที่ยังไม่มีประสบการณ์ ไม่เข้าใจชุมชน เครื่องมือนี้จะช่วยให้เขารู้ว่าเวลาไปทำงานชุมชนจะต้องเริ่มต้นอย่างไร จะใช้ศักยภาพที่มีอยู่ไปสื่อสารกับคนที่เกี่ยวข้องอย่างไร รวมถึงการประเมิน out come และ Impact เป็นความทุกข์ของพยาบาลจบใหม่ งาน Palliative Care ที่ทำงานในชุมชนมักไม่ถูกให้คุณค่า ให้ค่าน้ำหนัก ในระบบการทำงาน

ขอขยายเนื้อหา

- ชุมชนมีความสำคัญกับงาน Palliative Care อย่างไร
- บริบททางสังคมและทางวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลต่อการทำงาน Community Palliative Care อย่างไรบ้าง
- บทบาทของคนในการทำงาน มีใครบ้าง เขามีบทบาทอย่างไร (ตัวละครต่าง ๆ ในชุมชน) ธรรมชาติการทำงาน
- หลักคิด แนวคิด เป็นทางเลือกในการทำงาน Community Palliative Care เข้าถึงการตายดี เช่น แนวคิดชุมชนกรุณา การทำงานร่วมกันเป็นสหวิชาชีพ การให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

วิทยากรกระบวนการ

1. คุณวรรณ จารุสมบุญ
2. คุณสุวิมล ลาดปาละ

3. คุณพันธกานต์ อินต๊ะมูล

ช่วงที่ 1 แนะนำตัว แนะนำงานที่ทำอยู่ในปัจจุบัน และความรู้สึกเข้านี้

- คุณบันเทิง พลสวัสดิ์ (เท) จาก รพ.สต. ดงหนองแห่ จังหวัดอุบลราชธานี เข้านี้รู้สึกตื่นเต้น
- คุณเอกภพ สิทธิวรรณธนะ (มาร์ท) ทำงานอยู่ที่ Peaceful Death ตอนนี้ก็เรียนปริญญาเอกอยู่ด้วย ศึกษาเรื่องการดูแลจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้าย เข้านี้รู้สึกเพลิดเพลินน้อย
- คุณวิสุทธิ เหล็กสมบูรณ์ (ยอด) อยากรู้จักครูยอดเพิ่มเติมมากขึ้นสามารถฟังรายการ CoCoFa CoCoFriend ตอนทีลงวันนี้ (7 ก.พ. 64) เข้านี้รู้สึกเต็มอิม เพราะได้นอนหลับพักผ่อนเต็มที่ ได้นอน 8 ชั่วโมง
- คุณจ๊ะเอ๋ ปัจจุบันเป็น Freelance ช่วยจัดกระบวนการเรียนรู้ ทำงานสร้างเครื่องมือการเรียนรู้ และทำงานกับทีมในการจัดกระบวนการเรียนรู้ด้วย เข้านี้รู้สึกตื่นเต้น ได้มาทำเรื่องใหม่ ๆ ได้มาเรียนรู้เรื่องใหม่ ๆ
- คุณปริศารัตน์ (ตูน) ฟังเกี่ยณการทำงาน งานที่ทำที่ สสส. คืองานปัจจัยเลี้ยงรอง ตอนนี้เป็นนักวิชาการอิสระ มีโอกาสทำงานอาสาสมัครกับผู้สูงอายุในชุมชน ตอนนีู้สึกตื่นเต้นที่จะได้เรียนรู้งานใหม่ ๆ
- คุณเจนจิรา โลชา (เจน) ทำงานชุมชนกรุณาจะใจในพื้นที่เชียงราย เข้านี้รู้สึกไม่ปกติ เพราะนั่งบนที่นอนที่ไม่ค่อยได้ใช้งาน รู้สึกว่ามีฝุ่น
- คุณฐนิตา อภินะกุลชัย (เบ็ด) ทำงานที่ Peaceful Death ดูแลงานภาพรวม ดูแลทีม เข้านี้รู้สึกวุ่นวายเพราะมีเรื่องที่ต้องทำหลายเรื่อง แต่ตอนนีู้สึกตื่นเต้น
- พญ. วาสิกา รัตนจันทร์ (ต๋อง) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลน่าน ดูแลงานพยาบาล ประคับประคอง ให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เข้านี้รู้สึกเร่งรีบ เพราะต้องทำอะไรหลายอย่าง ก่อนที่จะมาเข้าร่วมกิจกรรมนี้
- คุณวิชาญ โมพีชาติ (เบนซ์) ทำงานชุมชนกรุณาจะใจในพื้นที่เชียงใหม่และเป็นนักจิตวิทยาคลินิกที่โรงพยาบาลนครพิงค์ เข้านี้ที่เชียงใหม่หมอกควันเยอะ ชีวิตหม่นหมอง แต่พอสู่มหิบบไฟรุ้งได้คำว่ามีมองแง่บวก

- คุณสุธีลักษณ์ ลาดपालะ (อ้อม) ทำงานชุมชนกรุณาฯ ใจในพื้นที่ลำปาง ทำงานจัดกระบวนการเรียนรู้ และช่วยงาน Peaceful Death ความรู้สึกเข้านี้ตอนแรกรู้สึกสงบ แต่ตอนนี้รู้สึกท้อใจ เพราะผู้เข้ากิจกรรมบางท่านมีปัญหาเข้าโปรแกรม ZOOM ไม่ได้
- คุณพันธกานต์ อินตะมูล (เคน) ทำงานชุมชนกรุณาฯ ใจในพื้นที่ลำปาง ทำงานออกแบบกระบวนการเรียนรู้ สนใจการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ในวันนี้จะทำหน้าที่บันทึกเนื้อหาเพื่อนำไปสู่การทำงานและเผยแพร่ต่อไป เข้านี้รู้สึกสดชื่นเพราะได้พักผ่อนเต็มที่
- คุณภัททิศปวีณ โทศาวัฒน์ (ต้อม) ทำงานอยู่ที่ Peaceful Death เป็น IT Support ช่วยดูแลห้องเรียนออนไลน์ ความรู้สึกเข้านี้ รู้สึกลุ่น ๆ
- คุณอุบล หาญฤทธิ จากโรงพยาบาลนครพิงค์ เข้านี้รู้สึกท้อใจนิดหน่อย
- คุณประชาติป กะทา (เอ) เป็นอาจารย์ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ในอดีตทำงานอยู่ในสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กับคุณหมอโกมาตร (ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์) ปัจจุบันยังทำงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลประคับประคองในชุมชนเขตเมือง ความรู้สึกเข้านี้ รู้สึกยุ่ง

ช่วงที่ 2 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นชุมชนมีความสำคัญกับงาน Palliative Care อย่างไร

คนในชุมชนต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

- คนในชุมชนจึงต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเป็นเรื่องสำคัญมากเป็นอันดับหนึ่งถ้าจะกลับมาตายที่บ้าน เพราะในชุมชนไม่มีเครื่องมือทางการแพทย์ ไม่มีบุคลากรสุขภาพ แต่คนที่ต้องดูแลผู้ป่วยคือคนที่บ้าน คนในชุมชน ดังนั้น คนในชุมชนจึงต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะไม่ได้สามารถดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้ตลอดเวลา
- ในปัจจุบันพบว่า “การตายดีที่บ้าน” หรือ “การตายดีในชุมชน” เป็นเรื่องที่เกิดได้ยากมากขึ้น เนื่องจากญาติพี่น้องและครอบครัวมีความหวาดกลัว ขาดความมั่นใจ ขาดความรู้ ขาดทักษะ ขาดประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต
- ผู้ป่วยอยากกลับไปตายที่บ้านแต่ถูกญาติปฏิเสธ เนื่องจากไม่รู้ว่าจะดูแลอย่างไร จึงต้องขอกลับไปอยู่ที่โรงพยาบาลเหมือนเดิม เราไม่สามารถยกเอาหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) มาไว้ในชุมชนได้ ในชุมชนจึงต้องมีทีมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้ ชุมชนต้องมีความพร้อม มีใจที่อยากจะทำ

- จากการทำงานชุมชนกรุณาในสังคมไทย พบว่าการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต กว่า 80 – 90% ใช้เวลาอยู่กับครอบครัว ชุมชน ไม่ได้ใช้เวลาอยู่กับบุคลากรสุขภาพ และนั่นหมายความว่าเจตนาารมณ์ของผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายต้องการกลับไปตายที่บ้าน ตายท่ามกลางบรรยากาศอันอบอุ่น ห้อมล้อมไปด้วยผู้คนอันเป็นที่รัก
- งานพยาบาลชุมชนจะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลโรคที่คนในชุมชนมักจะเป็น จึงต้องรู้ว่าจะมีโรคอะไรบ้างในชุมชน เช่น มะเร็ง ไตวาย สมองเสียม เบาหวาน ความดัน ความพิการต่าง ๆ ซึ่งหลายโรคดูแลยากและมีความซับซ้อน
- เราเห็นว่าชุมชนมีความสำคัญ แต่ในขณะที่เดียวกันก็มีความหวาดกลัว ขาดความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ขาดประสบการณ์ สมัยก่อนชาวบ้านทำได้ แต่ปัจจุบันทำไม่ได้ ไม่รู้จะรับมืออย่างไร ทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนหายไป จึงต้องมีการให้ความรู้ สอนวิธีการดูแล ทำให้มั่นใจมากยิ่งขึ้น

นโยบาย 3 หมอ

- “หมอประจำตัว ครอบครัวละ 3 คน” แนวคิดของนโยบายนี้คือการต้องการออกแบบระบบบริการให้คนไทยทุกคน ทุกครอบครัวมีหมอดูแล ให้บริการในทุกระดับของการเจ็บป่วย ตั้งแต่การเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ น้อย ๆ ดูแลได้ภายในครอบครัว และชุมชน การเจ็บป่วยที่เพิ่มระดับความต้องการบริการสุขภาพและการแพทย์ขึ้นมาเล็กน้อย ต้องการการดูแลในสถานบริการปฐมภูมิใกล้บ้านในระดับตำบล และการเจ็บป่วยที่ต้องการการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล หรือการดูแลในระดับอำเภอต่อไปถึงระดับจังหวัด
- หมอคนที่ 1 คือ อสม. ทำหน้าที่เป็นหมอประจำบ้าน แบ่งเขตการรับผิดชอบ อสม. 1 คน รับผิดชอบประชาชน 8 - 15 หลังคา หมอคนที่ 2 คือ หมอสาธารณสุข หมายถึงเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานบริการปฐมภูมิ ครอบคลุมบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพทั้งพยาบาล เกษัชกร นักสาธารณสุขชุมชน และวิชาชีพอื่น ๆ กำหนดให้เจ้าหน้าที่ 1 คน รับผิดชอบประชากร 1,250 คน หรือ 1 - 3 หมู่บ้าน หมอคนที่ 3 คือ หมอเวชปฏิบัติครอบครัว (FamMed) โดยกำหนดให้หมอ 1 คน รับผิดชอบประชากร 10,000 คน หรือ 1 - 3 ตำบล

ชุมชนไม่เหมือนเดิม ความสัมพันธ์ในชุมชนเปลี่ยนแปลงไป

- ชุมชนปัจจุบันไม่เหมือนเดิม ความสัมพันธ์ในชุมชนเปลี่ยนแปลงไป มีความหลากหลาย ไม่มีความสามัคคีเหมือนแต่ก่อน ระบบเครือญาติ ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนก็มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ครอบครัวที่เป็นตระกูลใหญ่ มักจะมีคนให้ความช่วยเหลือมาก คนที่มีปัญหาเกี่ยวกับชุมชนก็ไม่มีใครอยากจะดูแล แต่ทั้งนี้ในชุมชนที่ยังมีความสัมพันธ์กันดีอยู่ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเรื่องของคนในชุมชน คนในชุมชนเดียวกันจึงมักไม่ปล่อยให้ญาติดูแลเพียงลำพัง
- ในสังคมเครือญาติและชนบท มีความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกันมายาวนาน มักจะเป็นการให้ญาติเข้ามาดูแลในระยะท้าย แต่ถ้าเป็นคนนอกจะเข้าไปดูแลก็ทำได้ไม่ดีเท่ากับคนใน แม้ตัวจะอยู่ไกลไม่ได้มาหา ก็ใช้การสื่อสาร เชื่อมโยงเรื่องอื่น ๆ ได้ง่ายกว่าคนนอกที่แม้จะอยู่ใกล้ขีดทางกายภาพ คนนอกยากที่จะเข้ามาดูแลในระยะท้าย “เครือญาติทำให้เกิดชุมชนกรุณาได้ง่าย”
- ชุมชนของเราหมายถึงอะไร ชุมชนคงไม่ใช่แค่ชุมชนทางกายภาพแต่เป็นชุมชนในระบบความสัมพันธ์ แต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างหลากหลายและซับซ้อน ส่งผลให้คุณค่าร่วมในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการเข้าไปดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน “ไม่ใช่การไปทำงานเพราะหน้าที่ที่จะต้องไป แต่เป็นการเข้าไปแบ่งปันทุกข์สุขของครอบครัว”

ในชุมชนยังขาดการสรุปบทเรียนหลังความตาย

- เมื่อในชุมชนผ่านบทเรียนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่ยังขาดการสรุปบทเรียนหลังความตาย ยังขาดงานวิจัย ขาดเวทีร่วม ขาดข้อตกลงร่วม ทำให้ปัญหาไม่ได้ถูกแก้ไข คนในชุมชนคือคนในคนในชุมชนต้องมาเรียนรู้ รับรู้ เป็นห้องเรียนชุมชน เป็นประวัติศาสตร์ร่วมของคนในชุมชน
- องค์ความรู้ในชุมชนเกี่ยวกับการดำเนินไปของโรค คนในบางชุมชนรู้ว่า “เมื่อไหร่ถึงระยะท้ายแล้ว” การทำให้ญาติเข้าใจ เพื่อให้สามารถทำตามความประสงค์ของผู้ป่วยได้ เข้าใจว่าการประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างไม่เจ็บปวดไม่ใช่การยื้อชีวิต แต่เป็นการประคับประคองเพื่อการเปลี่ยนผ่านโลกอย่างสบาย ถ้ามีเครือข่ายในชุมชนมาดูแลจะทำให้ช่วยลดความกังวลของญาติได้ “ส่งคนไปอย่างสบาย ดูแลใจคนอยู่” จะทำให้สามารถทำงานประสานกันระหว่างโรงพยาบาลกับ Care Giver ได้
- ควรมีการถอดบทเรียนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อให้คนอื่นในชุมชนได้เรียนรู้ อีกทั้งยังต้องมีการสื่อสารให้คนในชุมชนได้เข้าใจ Palliative Care เพราะคนในชุมชนและญาติมีผลต่อการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย

- กลไกในชุมชนที่จะทำให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในระยะสุดท้ายของชีวิตควรมีเรื่องอะไรบ้าง กติกา บทบาทหน้าที่ การสรุปทเรียน จะเชื่อมต่อกันอย่างไรบ้าง
- คนในครอบครัวส่วนใหญ่ยังไม่สามารถจัดการดูแลให้คนตายดีที่บ้านได้ ชุมชนเองก็ไม่สามารถสนับสนุนครอบครัวในการดูแลระยะท้ายได้อย่างเหมาะสม การสนับสนุนจากภาครัฐก็ยังไม่ลงตัวเพียงพอ มีแนวโน้มว่าถ้าไม่มีการวิจัย สรุปทเรียนอาจนำไปสู่ปัญหาอื่นตามมาได้ หากไม่มีการทำงานในเรื่องนี้ โอกาสที่คนจะตายดีที่บ้านได้ก็อาจจะลดลงเรื่อย ๆ

การตายดีที่บ้านกับภาระทางเศรษฐกิจ

- หากขาดโครงสร้างในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนที่ดีมากพอ ภาระในการดูแลจะตกมาอยู่ที่ครอบครัว ซึ่งปัจจุบันครอบครัวในสังคมไทยมีขนาดเล็กลง หากครอบครัวไหนไม่สามารถดูแลผู้ป่วยที่เป็นคนในครอบครัวได้ ก็จะต้องหาเงินมาจ้างคนดูแล กลายเป็นปัญหาทางการเงิน ถ้าหากในชุมชนหรือคนในครอบครัว สามารถมีความรู้ มีทักษะ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตายดีได้ในชุมชน เป็นการส่งเสริมการตายดีที่บ้าน

การตายดีที่บ้านในบริบทชุมชน vs โรงพยาบาล

- บุคลากรสุขภาพในชุมชนมักจะมองแยกส่วน เอาจริงแบบการดูแลที่โรงพยาบาลมาไว้ที่บ้าน ทำให้เคร่งเครียด ซึ่งหัตถการบางอย่างอาจไม่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ซึ่งจะเป็นการสร้างภาระให้กับญาติ การตายดีในชุมชนจึงต้องเข้าใจการดูแลแบบองค์รวม มีทักษะ ความรู้ทางวิชาการ ที่สามารถเอามาใช้กับชุมชนได้
- การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง “เราใช้มุมมองใดในการมอง” คนใน คนนอก นักวิชาการ นักพัฒนา บุคลากรทางการแพทย์
- Community Death and loss การพลัดพรากสูญเสีย Palliative Care อาจเป็นอำนาจเชิงวาทกรรม ชุมชนจึงต้องเลือกใช้ความรู้แบบโรงพยาบาล แม้เขาจะมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตัวเอง ไม่ต้องเอารูปแบบการดูแลทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมาดูแลที่บ้านได้ (เรากำลังมองโดยใช้มุมมองของคนทำงานสุขภาพ ในการ approach การดูแลผู้ป่วยจากการใช้คำว่า Palliative Care แสดงว่าเรามีมาตรฐานบางอย่างอยู่)

- สังคมเปลี่ยนแปลงไป ปัจจุบันครอบครัวสูญเสียศักยภาพในการรับมือภาวะสุดท้ายของชีวิต ครอบครัวขาดการสนับสนุนจากชุมชน ใช้ทรัพยากรจากชุมชนไม่ได้ ต้องพึ่งพารัฐเป็นหลัก แต่ไม่ใช่ทุกครอบครัวที่จะสามารถเข้าถึงบริการของรัฐได้ การสนับสนุนบริการของรัฐอาจจะมีปัญหาเรื่องบุคลากร ความเพียงพอของการรับบริการ (บริบททางสังคม)

การตายดีในชุมชนต้องทำงานเป็นทีม

- หน่วยงานที่เป็นทางการ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นภาคีเครือข่ายในชุมชนที่สามารถให้การสนับสนุนเครื่องมือทางการแพทย์ เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน ผู้ป่วยต้องใช้เพื่อการตายดี ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น ก็สามารถจัดหาเครื่องมือในกลับไปตายที่บ้านได้
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีระบบเข้ามาช่วย แต่ถ้าระบบแข็งตัว ไม่ยืดหยุ่น ทางราชการมีความสำคัญแต่อาจจะไม่สอดคล้องกับความเป็นไปของผู้ป่วย (ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ดูแลผู้ป่วยระยะยาว หรือ Long Term Care)
- ในบริบทคนในชุมชนที่สามารถดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้ดี เนื่องจากชาวบ้านเข้ามาช่วยดูแลกันและกัน มีผู้นำทางจิตวิญญาณมาทำให้ผู้ป่วย “ไปได้” การจัดการงานศพดำเนินไปด้วยบริบทของการดูแลกันและของชุมชน เห็นข้อดีของการมีคนเข้ามาดูแลช่วยเหลือ การช่วยเหลือตามบริบทชุมชนตามวัฒนธรรมของพื้นที่ ในขณะที่เดียวกันบางครอบครัวที่ไม่ไปช่วยเหลือใครเลย ตอนตายก็ไม่มีใครมาช่วยเช่นกัน
- การสร้างทีมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน การทำงานเป็นทีมจะแบ่งเบาภาระกันและกัน ไม่หนักที่ใครคนใดคนหนึ่ง เมื่อทำได้บ่อย ๆ จะสร้างกลไกความเข้าใจ เกิดความสัมพันธ์แบบเครือญาติ เกิดความเกื้อกูลกัน แม้จะเป็นบุคลากรทางการแพทย์

บทบาทของ Care Giver นักบริหาร กับการเตรียมผู้ป่วยกลับไปตายดีที่บ้าน

- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนช่วยในการสร้างนักบริหารชุมชนหรือ Care Giver คนกลุ่มนี้อาจจะถูกผลักดันให้ทำงานหนักมากเกินไป ดูแลคนอื่นมากเกินไปดูแลตัวเอง Care Manager ที่ดูแล Care Give จึงต้องลดความคาดหวัง ลดภาระ ถ้าเขาสามารถทำงานได้ยาวนานก็จะสะสมความรู้ความเชี่ยวชาญ

- การมี Care Giver จากรัฐที่มีการจ่ายเงินเป็นค่าจ้าง กลายเป็นการจ้างงานขาดการเกื้อกูล เกิดทัศนคติ “จ่ายเงินจ้างแล้วก็ต้องทำทุกอย่าง” คนทำงานจะรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดทีม ทำงานแต่เพียงลำพัง ภาระจึงตกไปที่คนรับจ้างดูแล เมื่อปัญหาไม่ถูกนำมาคุยกันจึงขาดมิติของคนทำงานในชุมชน ถูกคนในชุมชนมองว่าได้เงินมาก็ต้องทำงานของตัวเองเต็มที่ ไม่ต้องให้ญาติดูแล ทำให้เกิดปัญหาขึ้น ทั้ง ๆ ที่ Care Giver ก็เป็นคนในชุมชน แม้รัฐหวังดีจะช่วย แต่การนำไปใช้ที่ไม่เหมาะสมกับชุมชนนั้น ๆ หรือการไม่เห็นรายละเอียด ทำให้เกิดช่องว่างในชุมชนมากขึ้นเรื่อย ๆ

Community Palliative Care ต้องเหมาะสมกับชุมชนนั้น ๆ

- ความไม่ลงตัวในการสนับสนุนของภาครัฐอาจมีผลต่อความสัมพันธ์ของคนในชุมชน รวมถึงความไม่ชัดเจนเชิงนโยบาย ความเข้าใจของผู้ปฏิบัติกับชุมชนที่จะตามมา ประเด็นความเข้าใจที่บิดเบือนของบทบาท Care Giver นักบริบาลที่รัฐจัดหา ซึ่งขาดการทำ ความเข้าใจให้คนในชุมชนเข้าใจบทบาท คนในชุมชนไม่ได้เข้าใจอย่างแท้จริง
- เมื่อพูดถึงชุมชน จะมีความต่างกันในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครอบครัวแต่ละครอบครัวจะมีความพร้อมที่ต่างกัน ครอบครัวที่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพที่ดีในระบบ Formal Care (เช่น สิทธิในการรักษาพยาบาล) เอามาเป็น Informal Care ใช้ชุมชนเป็นฐาน (กลับมาดูแลกันที่บ้าน ในช่วงทำได้ดี) หรือมีความสัมพันธ์ส่วนตัว ญาติทำงานในโรงพยาบาล มีเครือข่ายบุคลากรสุขภาพ ให้อาหารในมาดูแลที่บ้านได้
- ต้องมีหลักสูตร (วิธีการประเมิน) ในการประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เพื่อประเมินความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมากขึ้นแค่นั้น ต้องการการสนับสนุนอะไรบ้าง
- ครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ชุมชนต้องมีอิสระในการดูแลตนเอง มีกติกาของสังคม แนวทางปฏิบัติของชุมชน การทำงาน Palliative Care ควรมีอิสระในชุมชน โครงสร้างของชุมชนไม่ใช่โครงสร้างของรัฐ ความสัมพันธ์ของชุมชน วัฒนธรรมชุมชน (บางบ้านไม่เคยเปิดประตูให้ Palliative Care เข้าไปถึงบ้าน) สร้างแกนนำคนที่มีประสบการณ์ เขาเชื่อญาติของคนที่เคยดูแลผู้ป่วยมาก่อนมากกว่าเชื่อบุคลากรทางการแพทย์เสียอีก ประสบการณ์จากการดูแลคนในครอบครัวที่สามารถดูแลให้คนที่บ้านได้ตายดี ทำงานในแนวราบ (การสนับสนุนของรัฐที่ไม่เหมาะสมกับบริบทอาจทำให้เกิดปัญหาแทน ขัดขวางศักยภาพของชุมชน)

- ชุมชนมีความสำคัญ มีคุณค่าบางอย่างในการสนับสนุนดูแลระยะท้ายของชีวิต แต่ยังมีความเข้าใจไม่มาก ไม่ตรงกัน ไม่รู้บทบาทของตนเอง และมักถูกระบบสุขภาพสมัยใหม่ทำให้คิดว่าระบบสุขภาพชุมชน ทำไม่ถูก ทำไม่ดี ทำไม่ได้

ช่วงที่ 3 บริบททางสังคมและทางวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลต่อการทำงาน Community Palliative Care อย่างไรบ้าง

บริบทสังคมเปลี่ยนแปลงกับการดูแลแบบประคับประคอง

- สถานการณ์ COVID – 19 ทำให้บริบทสังคมเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก Social Media ทำให้คนใช้เทคโนโลยีมากขึ้น ความเป็นเมืองมีสูงขึ้น คนป่วยจะเป็นผู้สูงอายุมากขึ้น มีภาวะฟุ้งฟิง (แต่ไม่มีคนให้ฟุ้งฟิง) คนดูแลได้จะน้อยลง Palliative Care จะต้องนับรวมผู้สูงอายุเข้าไปด้วย ความเอาใจใส่ของบุคลากรลดลง ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวลดลง การแสวงหาความรู้มาดูแลคนในครอบครัวลดลง ใช้การดูแลแบบสะดวกสบาย อาหารการกินไม่ได้ทำเอง “มีเงินก็ซื้อเอา” (รูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป) คนที่จะดูแลน้อยลงแต่คนที่ฟุ้งฟิงมีมากขึ้น
- ในชนบทการดูแลระยะท้ายยังคงมีการดูแลทางจิตใจ ทางวัฒนธรรม แต่สังคมเมืองมีการดูแลทางกายมากกว่า เมื่อมีคนในครอบครัวเจ็บป่วยก็มักจะค้นหาวิธีการการดูแลจาก Internet เนื่องจากเป็นครอบครัวเดี่ยวไม่มีที่ปรึกษา ไม่มีตัวอย่างการดูแลจากครอบครัวอื่น อาจจะต้องจ้างคนอื่นมาดูแล ซึ่งก็ดูแลได้แต่เพียงกาย ทำอย่างไรให้ชุมชน (ครอบครัว) เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่แรก การทำ Family Meeting จะต้องมีการสร้างความเข้าใจในการดูแลที่เหมาะสมในบริบทของผู้ป่วย
- ครอบครัวที่แตกแยก และแปลกแยกจากชุมชน คนก็แปลกแยกกับครอบครัว ความสามารถในการดูแลกันและกันของแต่ละครอบครัวก็มีข้อจำกัด และชุมชนเองก็คาดหวังจากคนในครอบครัวมากขึ้น
- สร้างชุมชนกรุณาในบริบทใหม่ที่เรารู้ พ่อแม่ผลักดันลูกเข้าเมืองไปมีชีวิตใหม่ ไม่ใช่ทุกคนที่มีความสุขกับชุมชนเดิมถ้าจะต้องกลับบ้าน เนื่องจากไปมีชีวิตใหม่ เมื่อพ่อแม่แก่เฒ่า ลูกหลานชวนมาอยู่ในเมืองก็ไม่มา เทคโนโลยีอาจจะช่วยเชื่อมโยง ช่วยสร้างความเข้าใจ สื่อสารเชื่อมต่อกัน (กลับไปในชุมชนเดิมจะมีความแปลกแยกสูง คนที่จะอยู่ได้ก็ต้องมีทุนเดิมอยู่แล้วทั้ง

ที่ดิน เงิน แต่คนที่ไม่ทำอะไรเลย เป็นแรงงานและกลับบ้าน ก็จะถูกตั้งคำถาม ว่ากลับมาเสียผลที่บ้าน ไม่กล้าบอกว่าตัวเองถูกเลิกจ้าง ทำให้ไม่กล้าไปทำงานที่ถูกมองว่าล้มเหลว)

องค์ความรู้ Community Palliative Care ในบริบทชุมชนไทยร่วมสมัย

- ชุมชนไทยไม่ได้เหมือนเดิมอีกต่อไป ชุมชนไทยมีความร่วมสมัยมากขึ้น เราจะออกแบบ Palliative Care อย่างไรให้เหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป คนในครอบครัวที่สามารถดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ดี ไปดูว่าเขาแก้ปัญหาอย่างไร ครอบครัวที่แตกต่างกันเขาดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ดีอย่างไร
- เปิดความเป็นไปได้ให้มาก (ไปดูที่หน่วยงาน) นอกจากข้อจำกัดอย่างไร จะช่วยให้เราเห็นเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องและเห็นทางเลือกทางออกหลากหลายมิติ
- สิ่งที่เป็นปฏิบัติจริงในชุมชนอาจจะมาจากประสบการณ์ในชุมชน เราควรมีทักษะในการเข้าถึง การวิเคราะห์ ทำความเข้าใจ ปรากฏการณ์ของสังคม ประเมินตนเอง และออกแบบการทำงานของตัวเราเอง

ชุมชนกรรณากับสถานะทางเศรษฐกิจ

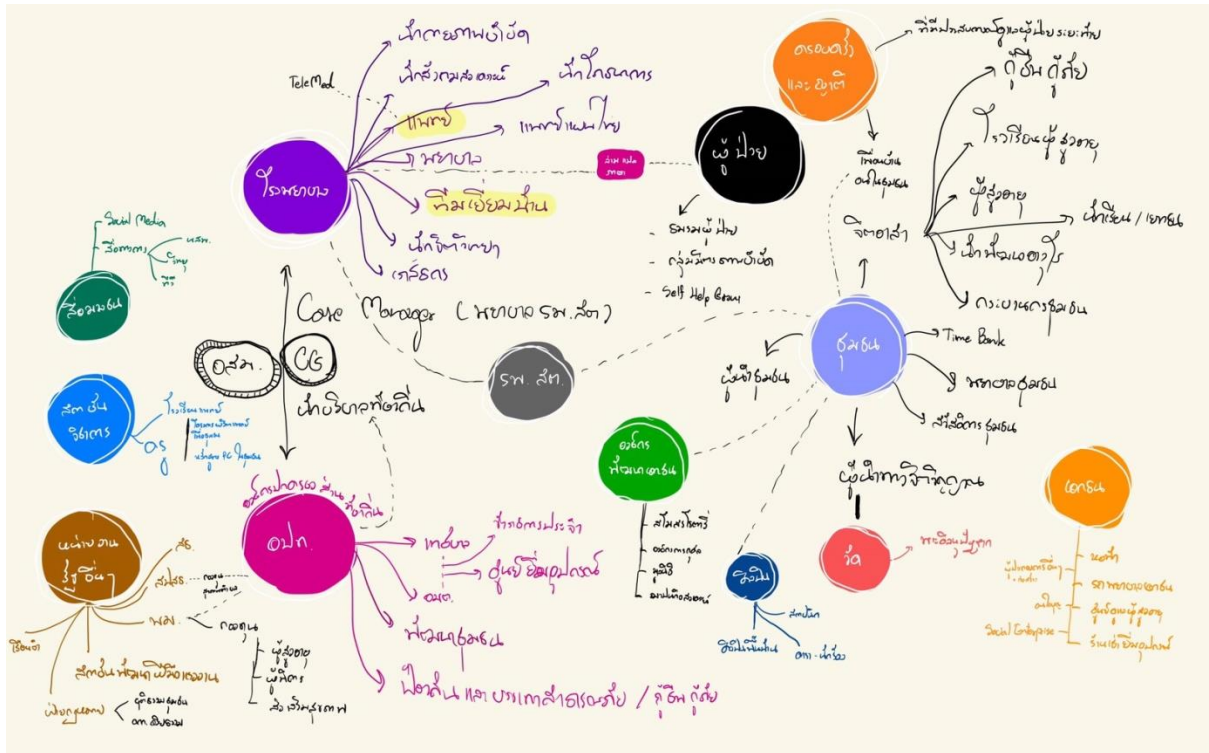
- โครงสร้างสังคมทำให้ครอบครัวโดดเดี่ยว การจ้างงานมีผลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การไม่มีงานทำที่บ้าน ที่บ้านมีทางเลือกไม่มาก การจ้างงานและการกระจายรายได้กระจุกตัว จะทำให้ไม่สามารถกลับมาดูแลพ่อแม่ที่บ้านได้ พ่อแม่ต้องจ้างคนอื่นในชุมชนส่งไปโรงพยาบาลเพื่อไม่ให้ลูกต้องเอาไปอยู่ด้วยที่ กรุงเทพฯ และลูกก็ไม่สามารถกลับมาอยู่บ้านได้ การมีลูกไปหาหมอดูด้วยจะช่วยคิด ช่วยฟัง ช่วยตัดสินใจบางอย่าง (มาโรงพยาบาลโดยไม่มีลูกหลานมาส่งทำให้ถูกมองว่าไม่มีลูกหลานดูแล)
- สถานการณ์ COVID - 19 ทำให้วัยแรงงานกลับบ้าน ลดขนาดในการหาเลี้ยงครอบครัว เป็นจังหวะที่จะฟื้นฟูความเป็นครอบครัว ชุมชน โดยเฉพาะในชุมชนที่ยังมีทุนในการหาเลี้ยงตัวเองได้ กลับมาชุมชนมีพ่อแม่เต็มไปหมด ชุมชนเป็นเสมือนครอบครัวใหญ่ คนคืนถิ่น นโยบายการรวมกลุ่มปิดกั้น เป็นโอกาสที่จะเป็นการสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง
- อสม. Care Giver ของไทยอาจจะถูกจ้างงานในต่างประเทศมากขึ้น จากชื่อเสียงใน สถานการณ์ COVID - 19

- การดูแลจะเชื่อมโยงกันทางเศรษฐกิจมากขึ้น การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจะพึ่งพิงเศรษฐกิจมากขึ้น สำหรับสังคมเมือง สถานที่ดูแลผู้สูงอายุ จะต้องขยายการบริการไปดูแลระยะท้ายของชีวิตมากขึ้น
- แม้ว่าเราจะทำเรื่องชุมชนกรรณาเศรษฐกิจก็สำคัญ คนที่กลับมาอยู่บ้านและอยู่รอดที่บ้าน คนที่ไม่สามารถทำงานอยู่ได้ด้วยตัวเองโดยไม่มีเครือข่าย เราไม่สามารถทำงานเรื่องนี้โดยมองแค่มิติสุขภาพเท่านั้น
- การที่คนคนหนึ่งต้องลาออกไปดูแลคนที่บ้านเป็นการสูญเสียบุคลากรของสังคม บางคนอาจจะมีคุณค่ามากกว่าที่จะต้องลาออกไปดูแลคนที่บ้าน ทั้ง ๆ ที่เขาเป็นคนหลักของบ้านในการดูแลครอบครัว ถ้าเขาลาออกมาแล้วใครจะหารายได้เข้าบ้าน

มายาคติของการตายดีในชุมชน

- การพึ่งพาเทคโนโลยีกับการตายที่บ้าน บางกรณีผู้ป่วยกับญาติพากันกลับไปตายที่บ้านมีความทุกข์มากกว่าการตายที่โรงพยาบาล เพราะการตายที่โรงพยาบาลมีเครื่องมือทางการแพทย์ที่สามารถดูแล มีบุคลากรสุขภาพดูแล แต่กลับไปที่บ้านขาดทั้งความรู้ เครื่องมือ และทักษะ
- เราไม่สามารถที่จะมีชุมชนสำเร็จรูปได้ ทำแบบเดียวกันได้สำเร็จ เราต้องออกแบบชุมชนนั่นเอง ให้เหมาะสมและมองเห็นความแตกต่างหลากหลาย โลกซับซ้อนเกินกว่าที่ใครคนใดคนหนึ่งจะทำได้ทุกเรื่อง
- ชุมชนกรรณาเป็นการสร้างชุมชนใหม่ ครอบครัวอาจจะหมายถึงคนที่มีความสัมพันธ์ที่สามารถพึ่งพาอาศัยกันได้

ช่วงที่ 4 บทบาทของคนในการทำงาน มีใครบ้าง เขามีบทบาทอย่างไร (ตัวละครต่าง ๆ ในชุมชน) ธรรมชาติการทำงานเป็นอย่างไร



กลุ่มผู้ป่วย

- ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน กลุ่มมิตรภาพบำบัดต่าง ๆ ชมรมผู้ป่วย Self Help Group
- ล่ามแปลภาษาที่ทำงานเชื่อมโยงกับโรงพยาบาล (ใช้เทคโนโลยีและมีความเข้าใจเรื่องสุขภาพ)

กลุ่มครอบครัวและญาติ

- ครอบครัวและญาติของผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน
- คนในชุมชน คนที่รับทำสิ่งต่าง ๆ เล็ก ๆ น้อย ๆ ให้อุ่นใจ

กลุ่มชุมชน หมู่บ้าน

- วัด พระสงฆ์ พระศิลาณุปัฏฐาก
- ผู้นำทางด้านจิตวิญญาณ เช่น พระสงฆ์หรือซิสเตอร์ ดูแลเรื่องความเป็นอยู่ พระก็มาในช่วงทำยาพ่อนานมาต้องขวัญ
- ผู้นำชุมชน หัวหน้าบ้าน ประธานชุมชน
- จิตอาสา ผู้สูงวัยที่เป็นจิตอาสาเข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มักเป็น ข้าราชการเกษียณ ไม่มีสังกัด เป็นนักพัฒนาแล้วแต่ศักยภาพของตัวเอง เช่น การหาทุน เยี่ยมให้กำลังใจ ส่วนใหญ่เป็น

สมาชิก โรงเรียนผู้สูงอายุหรือชมรมผู้สูงอายุอยู่แล้ว หรือกระบวนกรชุมชน นักเรียนในโรงเรียนชุมชน

- ตัวแทนบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลที่ดูแลแต่ละหมู่บ้าน พยาบาลชุมชน
- Time Bank เอาเวลาไปฝากแบงค์ แลกศักยภาพกันในชุมชน ช่วยดูแลกันในยามต้องการ

โรงพยาบาล

- แพทย์ แพทย์แผนไทย Tele Medicine
- พยาบาล
- เภสัชกร
- นักโภชนาการ
- นักกายภาพบำบัด
- นักจิตวิทยา
- ทีมเยี่ยมบ้าน
- นักสังคมสงเคราะห์

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

- เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ให้บริการเยี่ยมอุปกรณ์ไปใช้งานที่บ้าน (ข้าราชการประจำ ปลัดฯ จะสามารถทำงานสานต่องานได้อย่างต่อเนื่อง)
- พัฒนาชุมชน
- บั๊องกันและบรรเทาสาธารณภัย / กู้ชีพกู้ภัย
- บางที่มีการเอา Care Giver มาอบรมเพิ่มเติม ให้เป็นนักบริบาล

อาสาสมัครสุขภาพ

- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- Care Manager (พยาบาล รพ.สต. วางแผนการดูแลคนไข้แต่ละราย ให้ Care Giver ไปทำตาม มาจากงาน Long Term Care ตอนหลังถึงมาทำกับผู้ป่วยระยะท้าย เขียน Care Plan ให้)
- Care Giver เชื่อมโยงการทำงานของโรงพยาบาลกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

องค์กรเอกชน

- โรงพยาบาลเอกชน มีรถรับส่ง ให้บริการที่พัก
- หอพักที่มีบริการรับส่งผู้ป่วย
- ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ
- ร้านเช่าอู่รถ
- ผู้ประกอบการ Social Enterprise เช่น เยือนเย็น วิสาหกิจเพื่อสังคม
- ผู้ประกอบการอื่น ๆ ที่ทำหน้าที่เป็น Sponsor เช่น นักธุรกิจก่อสร้างบริจาควัสดุก่อสร้างมาปรับสภาพบ้านผู้สูงอายุ

หน่วยงานราชการอื่น ๆ

- กระทรวงมหาดไทยมีการอบรมนักบริบาล ใช้หลักสูตรของกรมอนามัยอบรม 70 ชั่วโมง
- กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กู้ชีพ กู้ภัย
- สถาบันพัฒนาฝีมือแรงงาน ในการซ่อมดูแลเครื่องมือ การบริการชุมชน
- พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ช่วยเชื่อมประสาน สังคมสงเคราะห์ มีกองทุนต่าง ๆ ที่จะสนับสนุน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ส่งเสริมสุขภาพ
- ฝ่ายกฎหมาย / ยุติธรรมชุมชน คณะกรรมการจริยธรรม ทำงานในบทบาทที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย
- เว็อนจำ
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระตุ้นให้เกิดงาน Palliative Care ในพื้นที่ ทำให้คนทำงานภาครัฐทำมากขึ้น เพราะได้เงินมีกองทุนมาให้แต่ไม่มีใครเอาไปทำงาน
- สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

สื่อมวลชน

- สื่อทางการ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ ทำให้เกิดวาระร่วม ทำให้เกิดการกระจายข้อมูล ทำให้เกิดคำถาม ประเด็นทางสังคม
- Social Media ช่องทางการสื่อสารตามยุคสมัย สื่อแบบที่เป็นรายย่อย คอยให้ข้อมูล ความรู้ สร้างความเข้าใจ

สถาบันวิชาการ

- สายวิชาการ สถาบันการศึกษา เครือข่ายนักวิจัย
- โรงเรียนแพทย์ โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชุมชน หลักสูตรการดูแลระดับประคองในชุมชน
- ประชาชนชาวบ้าน สร้างกระบวนการเรียนรู้ให้ผู้คนได้เรียนรู้ ได้เข้าใจเนื้อหาประเด็น
- ครู นักเรียน เยาวชน ไปเรียนรู้ เยี่ยมเยียนคนในชุมชน

ศิลปิน

- สถาปนิก
- มัณฑนากร ปรับสภาพบ้าน สภาพแวดล้อม
- ศิลปินพื้นบ้าน
- ดารา นักร้อง เยียวยาผู้คน
- Influencer มาช่วยสื่อสาร ทำงานร่วมด้วย

องค์กรพัฒนาเอกชน

- มูลนิธิต่าง ๆ ที่ทำงานสาธารณกุศล บริจาคผ้าห่มศพ โลงศพ
- สโมสรโรตารี
- องค์กรการกุศล
- ฅาปนกิจสงเคราะห์ สวัสดิการชุมชน

ช่วงที่ 5 หลักคิด แนวคิด ในการทำงาน Community Palliative Care เข้าถึงการตายดี เช่น แนวคิด
ชุมชนกรุณา การทำงานร่วมกันเป็นสหวิชาชีพ การให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ใครจะเป็นตัวเชื่อมสำคัญของงานนี้ ตัวละครในชุมชนมีเป็นจำนวนมาก แต่จะมีบางคนที่ม
บทบาทเป็น Gate Keeper ที่ช่วยเชื่อมโยง

- ต้องมีความหลากหลายของคนทำงาน
- ทักษะของคนทำงาน คนทำงานมีความพร้อมมากน้อยแค่ไหน

- คนที่สามารถช่วยเหลือเราได้ เมื่อเราต้องเข้าไปทำงานในพื้นที่ใหม่ ๆ
- บทบาทของพยาบาลใน รพ.สต. ต้องกลับไปมองเชิงประเด็นของการเชื่อมโยงกับทางโรงพยาบาลว่าปัจจุบันระบบหลักเป็นอย่างไร มีศูนย์ในการประสานการช่วยเหลือการดูแลต่อเนื่อง เช่น กลุ่มงานพยาบาลชุมชนที่จะช่วยเชื่อมโยงระหว่างหอผู้ป่วยกับ รพ.สต.

หลักคิด แนวคิด ในการทำงานชุมชน

- ใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- Balance ระหว่างนอกและใน ประเมินตัวเองตลอดเวลา เราเป็นส่วนหนึ่งกับชุมชน ไม่มองแยกส่วน เราเติบโตไปกับชุมชนตามจังหวะของชีวิต มันเป็นวิถีชีวิต
- การยอมรับศักยภาพของชุมชน
- เชื่อในศักยภาพและความตั้งใจของมนุษย์
- เป็นทั้งคนนอกที่จริงใจ พร้อมที่จะสนับสนุน ช่วยเหลือ และเป็นคนในที่เข้าไปมีส่วนร่วมในการเอื้อเพื่อเอื้อกัน
- ทำงานร่วมกัน ทุกคน ทุกกลุ่ม ทุกวิชาชีพ ให้ความสำคัญ ของแต่ละคน ความเท่าเทียม ในความคิดเห็น และหาคนที่ทำงานด้วยใจและจิตอาสา เสียสละ คนที่มีศักยภาพ และคนที่มี Power ในชุมชน เป็นคนที่ชุมชนศรัทธา ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้นำโดยตำแหน่ง เป็นผู้นำทางธรรมชาติก็ได้
- เข้าใจชุมชนนั้นจริง ๆ ชวนกันทำงานกับเรื่องนี้ ไม่มองว่าเราเป็นหมอ คนในชุมชนต้องเชื่อเรา เราต้องมองว่าบุคลากรทางการแพทย์ก็ต้องฟังสิ่งที่ชุมชนช่วยสะท้อน
- ทำเจตนาให้ชัด สื่อสารเจตนาของเราโดยตรงไปตรงมา เข้าใจความสัมพันธ์ รู้ว่าเข้าทางไหนแล้วจะได้ผล เข้าไปแล้วจะได้ไม่ต้องเหนื่อยมาก วางตัวเป็นกลาง เราอาจจะเข้าไปอยู่กลางผลประโยชน์
- ความตายอยู่ในทุกมิติของชุมชน
- Action Learning ระบุปัญหา ทำ ประเมิน บทเรียนและปิติจากความสำเร็จเล็ก ๆ ความกรุณามันช่วยลดความซับซ้อน ความซับซ้อนของชุมชนก็ให้ความกรุณาเข้าไปสลาย

ช่วงที่ 6 Check Out ความรู้สึกของการมาร่วมพูดคุยในวันนี้

- คุณปริศนารัตน์ (ตูน) ข้อมูลที่พูดคุยกันวันนี้จะเห็นได้ว่ามีเป็นจำนวนมาก เราต้องหาจุดเชื่อมตรงกลางให้เห็น กลไกการทำงานของแต่ละพื้นที่อาจจะไม่เหมือนกัน และวันนี้รู้สึกว่าคุณทำงานมีแรงทำงานอย่างมาก หลายคนเป็นรุ่นใหม่ แต่มาด้วยประสบการณ์
- พญ. วาฬิกา รัตนจันทร์ (ต๋อง) ได้เรียนรู้การทำงานกับชุมชนในมุมมองที่ลึกซึ้งมากขึ้น แต่เดิมเรามองเห็นตัวละครไม่ได้ครบถ้วน วันนี้ได้เห็นบทบาทของผู้คนที่อยู่รายล้อม หากเราสามารถหาจุดเชื่อมโยงให้พบ จะทำให้งานที่ทำอยู่ง่ายขึ้น
- คุณเจนจิรา โฉษา (เจน) รู้สึกสนุก ตื่นเต้น ได้ไอเดียใหม่ มีแรงบันดาลใจ ได้เห็นแง่มุมของชุมชนที่เราไม่เคยรู้จัก ได้เปิดโลก
- คุณวิชาญ โมฬีชาติ (เบนซ์) นั่งประชุมไปด้วย ฟังไปด้วย วาดรูปไปด้วย ความรู้สึกอยู่ในรูปที่วาด
- คุณอุบล หาญฤทธิ ขอขอบคุณที่ได้มาเติมพลังบวก และได้เห็นอีกหลายช่องทางที่จะนำไปปรับใช้ในการทำงาน
- คุณวิสุทธิ เหล็กสมบุญ (ยอด) พูดเรื่องหนัก ๆ แต่เราเบาใจ ช่างในเราเบิกบาน เป็นบุญอีกรูปแบบหนึ่ง ขอขอบคุณที่ทุกคนมาช่วยทำให้บุญเราใหญ่ขึ้น
- คุณจ๊ะเอ๋ ต้องขอขอบคุณ สิ่งที่คุณทำวันนี้คิดว่าคุณแม่อาจจะได้ใช้เร็ว ๆ นี้ ปัจจุบันคุณแม่หัวใจตีบไปแล้ว 40% ไม่เข้ารับการผ่าตัด ความรู้วันนี้ยังมีประโยชน์กับตัวเองด้วย วันนี้ได้เห็นขยายใจของคนทำงาน ถ้าเราสามารถจัดระบบสื่อสารให้ดีจะทำให้มีคนเข้ามาร่วมขบวนการทำงานนี้อีกมาก
- คุณบรรเทิง พลสวัสดิ์ (เห) ดีใจที่เราจะได้แนวทางในการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ในหลายมิติ ในหลายพื้นที่ ในอนาคตคงต้องเป็นเราที่จะได้ใช้แน่นอน แนวทางที่พัฒนาขึ้น ไม่เร็วก็ช้า ซึ่งทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ได้เจอคนทำงานที่มีจิตเป็นกุศล ทำให้มีเพื่อนทำงาน Palliative Care ด้วยใจเพิ่มขึ้น
- คุณภัททิพย์ปัทม โภศาวัฒน์ (ต๋อม) เห็นผู้คนมากมาย เห็นความเกี่ยวเนื่องกัน
- คุณพันธุกานต์ อินตะมุข (เคน) มีโอกาสที่ได้ฟังในสิ่งที่ทุกคนได้พูด ได้ใช้โอกาสนี้ในการบันทึกเรื่องราวเหล่านี้ และมันจะมีประโยชน์หากถูกสื่อสารออกไป ความรู้ที่มาจากคนที่ทำงานจริงและได้นำออกไปปฏิบัติ ได้ใช้ประโยชน์ คนที่จะได้ใช้ประโยชน์ก็คือทุกคน เพราะทุกคนต้องตายจากไป
- คุณเอกภพ สิทธิวรรณธนะ (มาร์ท) เนื้อหาที่คุณค่ามาก ได้เห็นภาพที่ซับซ้อน ถึงเวลาสื่อสารคงต้องทำให้เรียบง่าย ให้คนทำงานชุมชนมีทางไปที่เป็นขั้นตอนและเป็นเรื่องที่น่าทำงาน

- คุณฐนิดา อภินะกุลชัย (เปิด) รู้สึกดี รับรู้ถึงพลังงานดี ๆ ของกลุ่ม เปิดใจรับฟัง คิดว่างานของ Peaceful Death ที่ทำอยู่ ทำมาถูกทางแล้ว วันนี้ได้รับประโยชน์อย่างมากในแง่เนื้อหา Palliative Care รู้สึกมีเพื่อน เราเดินทางมาถูกทาง รู้สึกอึดอัดมากขึ้น
- คุณสุธีลักษณ์ ลาตปาละ (อิม) รู้สึกดี ถึงจะทำงานเรื่องความตายมาในระยะหนึ่งแล้ว วันนี้ได้มาฟังตัวจริงเสียงจริงอย่างเป็นระบบ รู้สึกมีความหวังว่าเราจะมีโอกาสได้ตายดี เมื่อเราถึงเวลาระยะท้ายเราจะพร้อมที่จะรับมือ สิ่งที่ทำอยู่นี้เป็นประโยชน์กับเรา ถ้าคนในครอบครัวอยู่ในระยะท้ายหวังว่าจะมีคนคอยช่วยเหลือ
- คุณวรรณภา จารุสมบุญ (พี่σύ) เรื่องราวที่เราคุยกันวันนี้หาอ่านที่ไหนไม่ได้ เป็นบุญจริง ๆ ที่ได้ยินเรื่องราวเหล่านี้ ช่วยให้จิตใจที่สับสนอยู่ในหัวชัดเจนมากขึ้น นำไปคิดงาน สร้างงาน ในอนาคต ชี้แจงงานจากการพูดคุยวันนี้มันจะเกิดอะไรขึ้นหรือไม่ ยังไม่สำคัญเท่ากับการที่คนทำงานเอาองค์ความรู้มาต่อยอดและส่งต่อความรู้ไปให้คนอื่นได้นั้น รู้สึกมีพลัง เป็นประโยชน์ รู้สึกไม่เหนื่อยแม้ว่าจะพูดถึงปัญหาแต่ไม่รู้สึกรู้หาย ความยากที่เราเจอเราเห็นว่ามันเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เติบโตไปกับมัน จึงไม่รู้สึกว่าแบกอะไร ล้วนแต่เป็นสิ่งที่มีความหมาย

รายชื่อผู้เข้าร่วมกระบวนการ

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	หน่วยงาน
1	คุณเอกภพ สิริทิวรรณณะ	Peaceful Death
2	พญ.วาลิกา รัตนจันทร์	โรงพยาบาลน่าน
3	คุณวิชญา โมพีชาติ	โรงพยาบาลนครพิงค์
4	คุณเจนจิรา ไชษา	CoCo ชะใจ
5	คุณวิสุทธิ เหล็กสมบุญ	จิตอาสาเครือข่ายผู้พิการ แม่ฮ่องสอน
6	คุณปิยะพรรณ มะลิหอม	บริษัท เพลินพาดี จำกัด
7	คุณบรรเทิง พลสวัสดิ์	รพ.สต. ดงห้องแห่ อุดลราชธานี
8	คุณอุบล หาญฤทธิ	โรงพยาบาลนครพิงค์
9	คุณประชาติป กะทา	คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
10	คุณปริดารัตน์ ศรีรัตนนทีกุล	นักวิชาการอิสระ