

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในระบบบริการแบบประคับประคอง
ด้วยทุนทางสังคม ของกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำ และ
เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
Social Capital in Addressing Palliative Care Service to Patients
and Their Families: Lesson Learned from Muang Nam Dam
Volunteer Group and Kalasin Municipality

Received 18 December 2023

Revised 3 May 2024

Accepted 7 May 2024

จิรพรรณ นฤภัทร¹

Jiraphan Naruepatr²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและ
ถอดบทเรียนการใช้กลไกทุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและ
ครอบครัวในบริการแบบประคับประคองของกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำและ
เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ และเพื่อเตรียมความพร้อมองค์ความรู้ดังกล่าวของ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับเทศบาลเมือง โดยเก็บข้อมูลภาคสนามจาก
การสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้ข้อมูลสำคัญแบบเจาะจงของกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ แกนนำ
และผู้ปฏิบัติงานของกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำและเทศบาลฯ 11 คน เครือข่าย
ทำงานและตัวแทนคนในเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ 14 คน ผู้ป่วยฯ และครอบครัว
7 คน รวม 32 คน ผลการศึกษาพบรูปแบบการทำงานเป็นเครือข่ายหลักและ
รอง มีความสัมพันธ์เป็นทีม เน้นความโปร่งใส เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย
ระยะท้ายและครอบครัว เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน และใช้ความรู้เป็น
ฐานซึ่งเป็นคุณลักษณะของทุนทางสังคม นอกจากนี้การดูแลของเครือข่ายฯ ยังให้
ความเป็นเพื่อนเสมือนคนในครอบครัว และตอบสนองความต้องการทางจิตใจ

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., อาจารย์ประจำคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย
E-mail: jiraphan@tu.ac.th

² Assistance Professor Dr., Lecturer of Faculty of Social Administration, Thammasat University, PaThum Thani, Thailand.

และสังคมของผู้ป่วยฯ และครอบครัว พบปัจจัยทุนทางสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์แบบรวมกลุ่มและแบบเครือข่าย มีเป้าประสงค์ร่วม เกิดความไว้วางใจ และมีการต่างตอบแทนแบบพึ่งพาอาศัยกัน ส่งผลกระทบเชิงบวกกับทั้งผู้ป่วย ครอบครัว เทศบาลและชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ ข้อเสนอแนะการศึกษา คือ เพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุภาวะ “แอคทีฟ” กับสถานศึกษาและเยาวชน จิตอาสา คำนึงถึงความพร้อมเรื่องการจัดการและระยะเวลาที่เหมาะสมในการขยายเครือข่ายฯ มีมุมมองสุขภาวะแบบองค์รวมและประยุกต์ใช้ทุนทางสังคมในนโยบายสุขภาพชุมชนของเทศบาลฯ

คำสำคัญ: ทุนทางสังคม, จิตอาสา, ระบบบริการแบบประคับประคอง

Abstract

This research is a qualitative study with the objectives of examining and extracting lessons from the use of social capital in palliative care for patients and their families provided by the Muang Nam Dam volunteer group and the Kalasin municipality. It aims to recommend formal community palliative care policies for Thailand's government municipality-level administrations in the Northeast. The study is based on field data collection through in-depth interviews with the key informants, comprising leaders and representatives from Kalasin City municipality (11 people), Muang Nam Dam and its networks (14 people), and patients and families (7 people), totaling 32 individuals. The study identified essential operational principles of the network, functioning as both a primary and secondary network, fostering teamwork, emphasizing transparency while respecting the rights and decisions of patients and families, and operating based on knowledge, which align with the characteristics of social capital. Moreover, its main aspects of care services were “being with”, providing companionship as family members, and “doing for”, offering support services to address psychological and social needs. To incorporate

social capital factors, which were derived and constructed from group and network relationships, shared objectives, trust and mutual reciprocity, the study recommended that the local government should enhance the participation of the active elderly, the youth, and the educational institutes, improve readiness regarding management and appropriate timing for network expansion, adopt a holistic view of health, and apply social capital in the municipality's community health policy.

Keywords: Social capital, Volunteer, Palliative care service

บทนำ

สังคมไทยกำลังจะเผชิญกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศใน 2 ประการ คือ การเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society) อีกภายใน 6 ปีข้างหน้า และปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Disease: NCD) โดยที่ไทยมีอัตราการเร่งของการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเร็วที่สุดเปรียบเทียบกับประเทศในกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในส่วนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นสาเหตุการตายกว่าครึ่งของคนไทย เกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบบริการสุขภาพแบบประคับประคอง (Palliative care service) เนื่องจากเป็นโรคที่ยากจะรักษาให้หายขาด นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและระยะท้ายของโรค

ระบบบริการสุขภาพแบบประคับประคองในประเทศไทยเริ่มต้นมายาวนานกว่า 2 ทศวรรษ และถูกระบุให้เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มีแผนรองรับชัดเจนตั้งแต่ ปีพ.ศ.2560 รวมทั้งเป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2553 โดยที่ปี พ.ศ.2560 องค์การเวิลด์ไวด์ พาลิเอทีฟแคร์ อะไลแอนซ์ (Worldwide Palliative Care Alliance: WPCA) ได้จัดลำดับการพัฒนาในการดูแลแบบประคับประคองของไทย เป็นกลุ่ม 4a กล่าวคือ เป็นการดูแลแบบประคับประคองที่มีความหลากหลายทั้งผู้ให้บริการและชนิดของการให้บริการ มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง

ของบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไป มีการเข้าถึงยากกลุ่มมอร์ฟินและยาลดปวดชนิดแรงอื่นๆ มีหลายองค์กรที่สามารถอบรมหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองเองได้ และมีการจัดตั้งสมาคมการดูแลแบบประคับประคองระดับประเทศ อย่างไรก็ตาม ระบบบริการสุขภาพแบบประคับประคองของไทยในปัจจุบันยังคงมีความท้าทายในการพัฒนานโยบายและกฎหมายที่จะเอื้ออำนวยให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ บรรลุเป้าหมายทั้งเรื่องคุณภาพการตายระยะท้ายของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วย โดยเฉพาะการเปิดกว้างต่อการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพโดยถ้วนหน้า (Coverage & quality) ในระดับชุมชน

ปัจจุบันการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในชุมชนของไทยส่วนใหญ่ยังคงอิงอยู่กับการจัดการบริการที่มีโรงพยาบาลสนับสนุนหรือมีบทบาทหลัก โดยมีทีมสหวิชาชีพ (Palliative care team) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เข้าไปดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน และโดยทั่วไปมักไม่พบบทบาทการเข้ามามีส่วนร่วมของเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยและบทบาทชุมชน โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว หรือเพื่อนสนิท ที่มีส่วนอย่างมากต่อการดูแลและการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยช่วงท้ายของชีวิต ทั้งยังอาจช่วยลดภาระของบุคลากรสุขภาพได้อีกด้วย โดยที่คนกลุ่มนี้มักถูกลดทอนบทบาทลงเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งการเสริมพลังผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ ที่รวมถึงบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งหมดด้วย ทั้งที่ชุมชนมีศักยภาพ มีคุณค่าบางอย่างในการสนับสนุนดูแลระยะท้ายของชีวิต สอดคล้องกับประสบการณ์การทำงานในชุมชนของกลุ่มที่เรียกตนเองว่า “พีสฟูล เดธ (Peaceful death)”³ (2564) ซึ่งมีบทสรุปว่า ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในชุมชนที่ยังมีความสัมพันธ์กันดี ผู้ป่วยระยะท้ายเป็นเรื่องของคนในชุมชน คนในชุมชนเดียวกันจึงมักไม่ปล่อยให้เครือญาติดูแลเพียงลำพัง และถ้ามีเครือข่ายในชุมชนมาดูแล จะทำให้ช่วยลดความกังวลของ

³ กลุ่มคนที่ทำงานสนับสนุน ผลักดัน และส่งเสริมระบบนิเวศของการอยู่และตายดี ได้รับทุนสนับสนุนการดำเนินการโครงการชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดีจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ตั้งแต่ปีพ.ศ.2561 ถึงปัจจุบัน

เครือข่ายติดได้ ครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน การตายดีในชุมชนจึงเป็นการส่งเสริมการตายดีที่บ้าน และต้องการการเข้าใจการดูแลแบบองค์รวม มีทักษะความรู้ทางวิชาการที่สามารถนำมาใช้กับชุมชนได้ กล่าวได้ว่า การสนับสนุนบริการลักษณะนี้ของภาครัฐยังคงประสบปัญหาเรื่องบุคลากรและความเพียงพอของการรับบริการ อันได้แก่ 1) ด้านกำลังคนสุขภาพ ที่ไม่เพียงพอและมีข้อจำกัดด้านศักยภาพ ขาดการทำงานเป็นทีมระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และไม่มีคณะกรรมการ การดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงชุมชน 2) ด้านระบบบริการ ไม่มีระบบหรือรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในระดับโรงพยาบาลสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและรูปแบบบริการการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน 3) ด้านระบบการส่งต่อ ระบบส่งต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลประจำจังหวัดไปยังโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่เชื่อมต่อกับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4) ด้านอุปกรณ์ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ มีไม่เพียงพอสำหรับให้บริการเพื่อการดำเนินชีวิตที่บ้านของผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5) ด้านการเงิน การคลัง มีข้อจำกัดในด้านการจัดสรรงบประมาณในการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล รวมถึงงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพทีมดูแลแบบประคับประคอง 6) โรงพยาบาลสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีระบบการดูแลแบบประคับประคอง ในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่มีคณะกรรมการการดูแลแบบประคับประคอง แยกจากคณะกรรมการการดูแลระยะยาว ดังนั้นการดูแลในชุมชน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะได้รับการปฏิบัติเช่นเดียวกับการดูแลกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ 7) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใช้สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิประกันสังคม สำหรับแรงงานในระบบ และสิทธิหลักประกันสุขภาพ “บัตรทอง” ที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลประจำจังหวัด และได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเหล่านั้นมาสู่ชุมชน การเข้าถึงบริการการดูแลและความพร้อมของบริการการดูแลแบบประคับประคองยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะบริการการดูแลที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถดำเนินชีวิตในวาระสุดท้ายที่

บ้านตามที่ต้องการ และ 8) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใช้สิทธิรักษาพยาบาล กับ โรงพยาบาลสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังไม่มีนโยบายด้านการดูแลแบบ ประคับประคองที่ชัดเจน ดังนั้น ผู้ป่วยจึงไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ส่งผลให้ คุณภาพชีวิตในระยะท้ายไม่ดี (ศิริรัตน์ ปานอุทัย และคณะ, 2563) ในขณะที่ ทิศทางนโยบายของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของไทยมุ่งเน้นการดูแล ที่บ้านหรือในชุมชน มากกว่าภายในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลรูปแบบอื่นๆ ดังนั้นนโยบายสถานชีวาภิบาลของรัฐบาลปัจจุบัน (พ.ศ.2567) ที่เกิดขึ้นเพื่อตอบ โจทย์การดูแลในช่วงท้ายของชีวิตในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยฯ เปราะบาง (เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ลำพัง หรือยากที่จะดูแลตนเอง ผู้ป่วยติดสุราที่ญาติไม่พร้อมดูแล ฯลฯ) อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอของประธานกลุ่ม พิสฟูล เดธ คือ สถานชีวาภิบาล ไม่จำเป็นต้องมีในทุกชุมชน และอาจนำแนวคิดชุมชนกรุณา (Compassionate communities) ไปปรับใช้ เพื่อให้คนในชุมชนที่อาสาดูแลสลับกันไป ไม่ต้อง ให้ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางถูกผลักไสไปอยู่ในสถานชีวาภิบาล ดังนั้น การออกแบบ เชิงระบบควรต้องสอดคล้องกับแต่ละชุมชน และมีการหนุนเสริมการทำงานของ ทุกภาคส่วนในชุมชน (วรรณภา จารุสมบัติ, การสื่อสารส่วนบุคคล, 17 มีนาคม 2567)

ปรากฏการณ์ความสำคัญของแนวคิดทุนทางสังคม (Social capital) กับการดูแลผู้ป่วยในช่วงท้ายของชีวิตและครอบครัวในงานศึกษาวิจัยของไทย และสากล การถอดบทเรียนการทำงานชุมชนกรุณาในสังคมไทยของกลุ่ม พิสฟูล เดธ (2564) พบว่า ในบางชุมชนมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกัน คนในชุมชนเข้ามาช่วยดูแลกันและกัน ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเชื่อญาติของ คนที่เคยดูแลผู้ป่วยมาก่อนมากกว่าเชื่อในบุคลากรทางการแพทย์ การมีผู้นำทาง จิตวิญญาณมาช่วยให้ผู้ป่วย “ไปได้” หรือการจัดการงานศพที่ดำเนินไปด้วย บริบทของการดูแลกันและกันของชุมชน การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวจะแบ่งเบาภาระกันและกัน ไม่เป็นภาระหนักที่ใครคนใดคนหนึ่ง เมื่อได้ทำงานแนวราบร่วมกันบ่อยๆ จะสร้างกลไกความเข้าใจ เกิดความสัมพันธ์ แบบเครือญาติ เกิดความเกื้อกูลกัน เป็นชุมชนในระบบความสัมพันธ์ ที่ไม่ใช่ การไปทำงานตามหน้าที่ แต่เป็นการเข้าไปแบ่งปันทุกข์สุขของผู้ป่วยระยะท้าย และครอบครัว ทำให้ชุมชนเห็นข้อดีของการพึ่งพาอาศัยกันและกัน เป็นโอกาส

ต่อการสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในต่างประเทศที่สรุปข้อค้นพบของปัจจัยทุนทางสังคมและประโยชน์ของทุนทางสังคมที่เกิดขึ้นและดำรงอยู่จากการร่วมกันดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในชุมชน กล่าวคือ ปัจจัยทุนทางสังคมที่พบ อาทิเช่น ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในชีวิตประจำวัน เครือข่ายทางสังคม (Social networks) การสนับสนุนและผูกพันกันของคนในชุมชน เป็นต้น ในส่วนของประโยชน์ที่เกิดขึ้น อาทิเช่น ความต่อเนื่องและยั่งยืนของการดูแล การเข้าถึงบริการฯ และข้อมูล คุณภาพชีวิตในระยะท้าย การขยายผลไปสู่นโยบายเกี่ยวข้องที่เหมาะสม เป็นต้น (Horsfall, Noonan, & Leonard, 2012; Reeves et al., 2014; Lewis, DiGiacomo, Currow, & Davidson, 2014; Peeler et al., 2023) นอกจากนี้ โจฮันสัน เลียนาร์ท และนูแนน (Johansson, Leonard, & Noonan, 2010) นักวิชาการชาวออสเตรเลียเคยศึกษาวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ของแนวคิดทุนทางสังคมกับการดูแล (Care) และพบว่า การดูแลเชื่อมโยงกับทุนทางสังคม กล่าวคือ การดูแลต้องการทั้งทุนทางสังคม (โดยเฉพาะในกรณีสวัสดิการที่รัฐจัดให้มีไม่เพียงพอกับความต้องการ) และส่งผลให้เกิดทุนทางสังคม ดังนั้น ทุนทางสังคมจึงทำหน้าที่ทดแทนทุนทางเศรษฐกิจ (Economic capital) และทุนมนุษย์ (Human capital) อีกทั้ง แนวคิดทุนทางสังคมยังมีความเหมาะสมในการนำมาวิเคราะห์ในเรื่องการดูแล กล่าวคือ การเกิดขึ้นของทุนทางสังคมต้องการบริบทของเรื่องชีวิตทางสังคม (Social life) เกี่ยวข้องกับเรื่องเครือข่ายและกิจกรรมต่างๆ ของเครือข่ายในชุมชน ความไว้วางใจ (Trust) และค่านิยมร่วม (Shared values) ที่เกิดจากการทำงานดูแล

กรณีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวในรูปแบบระบบบริการแบบประคับประคองของกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำคำและเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการปฏิบัติที่ดี (Best practice) ของการจัดการดูแลแบบประคับประคองอย่างไม่เป็นทางการบนฐานทุนทางสังคมในรูปแบบเครือข่าย เป็นการผนวกรวมการทำงานในโครงการ “อาสาสร้างสุขสุดท้ายที่ปลายทางชีวิต” และโครงการ “จิตสุขาวดี” ที่เริ่มจากการดูแลสุขภาวะของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวแบบองค์รวม (Holistic) ทั้งสุขภาวะทางกาย ปัญญา จิตใจ หรือจิตวิญญาณ และสังคม สอดคล้องกับค่านิยมปฏิบัติการของการดูแลแบบ

ประคับประคองของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2563)⁴ และเป็น การระดมทรัพยากรทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ เพื่อคุณภาพชีวิต ระยะท้ายของผู้ป่วย และคุณภาพจิตใจของคนในครอบครัว โดยมีกลุ่มคนทำงาน หลักเป็น “อาสาสมัครจิตอาสาเมื่อน้ำดำ” ซึ่งการปฏิบัติงานยังคงถูกจัดการ แบบหลวมๆ อย่างไม่เป็นทางการ มีวิธีการระดมทุนการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะ ท้ายและครอบครัวผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์เป็นหลัก สมาชิกประกอบด้วยคน เมืองกาฬสินธุ์หลากหลายอาชีพ ทั้งที่เป็นข้าราชการ เจ้าของธุรกิจเอกชน พนักงานบริษัทเอกชน พระสงฆ์ ฯลฯ มีทั้งที่สนับสนุนร่างกาย ความรู้ หรือทุน ทรัพย์ ในขณะที่ เครือข่ายปกครอง เครือข่ายสุขภาพและเครือข่ายองค์กร พัฒนาเอกชนในพื้นที่ ได้แก่ ผู้นำชุมชน แกนนำ อสม. และอาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุ (อผส.) นักกายภาพบำบัดประจำศูนย์พัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุและคน พิการของเทศบาลฯ ตัวแทนมูลนิธิการกุศลต่างๆ เป็นต้น ที่มีบทบาทเป็น ช่องทางส่งต่อและทวนสอบข้อมูลและช่องทางคัดกรองผู้ป่วยฯ และครอบครัว ส่งผลให้คุณค่าร่วมในการเข้าไปมีส่วนร่วมของคนชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ใน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน และยังคงรูป “ชุมชนกรุณา” สอดรับกับ แนวคิดการพัฒนาชุมชน (Community development) ในภาวะการณปัจจุบัน ที่ควรต้องให้ความสำคัญต่อเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) และความเท่าเทียมเป็นธรรม (Equality)

ด้วยเหตุนี้ การถอดบทเรียนการทำงานของกลุ่มจิตอาสาเมื่อน้ำดำ และเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในชุมชน เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ที่เป็นการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน (Palliative care service in community setting) ด้วยทุนทางสังคมซึ่งเป็น “มิติและ มาตรการทางสังคมเพื่อ สุขภาวะ” ที่มีประสบการณ์ยาวนานถึงเกือบ 10 ปีเต็ม จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ในระบบบริการแบบประคับประคองในระดับชุมชน และประโยชน์ต่อการพัฒนา มนุษย์และการใช้ทรัพยากรอย่างมีคุณค่า สอดคล้องกับวิถีชีวิตและทรัพยากรที่

⁴ การดูแลผู้มีภาวะจำกัดการมีชีวิต (Life-limiting conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life-threatening conditions) มีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต บำบัด เหยี่ยวยา และบรรเทาทุกข์ทาง กาย จิต อารมณ์สังคม ละจิตวิญญาณ

มียู่ภายในชุมชน ซึ่งเป็นการพัฒนาสุขภาวะของคนทั้งชุมชนที่ยั่งยืนกว่า นอกเหนือจากนี้ องค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้น สามารถที่จะนำไปพัฒนาและถ่ายทอดให้คนในชุมชนได้เรียนรู้ เป็นห้องเรียนชุมชน เป็นประวัติศาสตร์ร่วมของคนในชุมชน และขยายผลเผยแพร่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีบริบทสังคมใกล้เคียงกัน เพื่อพัฒนาระบบโครงสร้างการดำเนินงานเรื่องดังกล่าวให้เป็นระบบ มีมาตรฐาน สอดคล้องกับสภาวะสังคมสูงวัยและบริบทของชุมชน เป็นนวัตกรรมในการจัดบริการ เพิ่มการเข้าถึงคุณภาพชีวิตระยะท้ายและการตายดีได้มากขึ้น โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางในชุมชน และพัฒนานโยบายระดับท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในระบบบริการแบบประคับประคองด้วยทุนทางสังคมของกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำและเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์” มีวัตถุประสงค์สำคัญ 2 ประการ คือ 1) เพื่อศึกษาและถอดบทเรียนการใช้กลไกทุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวในรูปแบบระบบบริการแบบประคับประคองของกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำและเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ และ 2) เพื่อเตรียมความพร้อมในเรื่ององค์ความรู้อย่างเป็นทางการในเรื่องดังกล่าวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับเทศบาลเมือง

วิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) นี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงวิเคราะห์ (Analytical description research) ศึกษาการถอดบทเรียนทุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวในรูปแบบระบบบริการแบบประคับประคองของกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำและเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีขอบเขตของการศึกษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวในโครงการ “อาสาสร้างสุขสุดท้ายที่ปลายทางชีวิต” และโครงการ “จิตสุขาดี” ของกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำ เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ และภาคส่วน

ที่เกี่ยวข้องในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ดำเนินการศึกษาวิจัย 2 วิธีหลัก คือ 1) การศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ เป็นการศึกษารวบรวมข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย และงานวิชาการ ทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทุนทางสังคม (Social capital) แนวคิดจิตอาสาหรือจิตสาธารณะ (Public mind) นโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขและนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และครอบครัวแบบประคับประคองของประเทศไทยและสากล นำมาประมวลเพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษา (Conceptual framework) และ 2) การเก็บข้อมูลภาคสนามระหว่าง พ.ศ.2559-2563 ด้วยการนำกรอบแนวคิดในการศึกษาที่ได้ไปศึกษาในพื้นที่กับกลุ่มเป้าหมายการวิจัยที่คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) แบบเจาะจง (Purposive sampling) ทั้งระดับการบริหารงานและระดับปฏิบัติการ รวม 32 คน ได้แก่ 1) แกนนำหลักกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำคำ และผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ รวม 11 คน 2) ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก จำนวน 4 ครอบครัว รวม 7 คน⁵ และ 4) ภาควิชาเครือข่ายหลักในพื้นที่ของกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำคำ ได้แก่ พระสงฆ์ผู้มีบทบาทหลักในการร่วมเป็นอาสาดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวกับกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำคำ หน่วยดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หน่วยปฐมภูมิในเครือข่ายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์และเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครผู้สูงอายุ (อผส.) ประธานชุมชน ภาครัฐกิจเอกชนและองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ รวม 14 คน โดยศึกษาบทบาทของกลุ่มเป้าหมายและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต่อการสร้างหรือขยายทุนทางสังคมในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวและวิเคราะห์ทุนทางสังคมที่ประยุกต์ใช้ในการทำงานดังกล่าว ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interviews) ใช้เทคนิคการอ้างอิงต่อเนื่องหรือแบบลูกโซ่ (Snowball or chain sampling) และใช้เทคนิคการตรวจสอบข้อมูลโดยวิธีการโยงสามเส้า (Triangulation) เพื่อเป็นการทวนสอบข้อมูล

⁵ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียชีวิตแล้ว แต่ได้เข้าร่วมโครงการอาสาสร้างสุขที่ปลายทาง และโครงการจิตสุชาติ (เฉพาะในรายที่เข้าเกณฑ์การพิจารณาของกลุ่มอาสาฯ) ว่าเป็นครอบครัวที่มีรายได้น้อย ไม่มีลูกหลานหรือญาติพี่น้องให้พึ่งพิง หรือลูกหลาน ญาติพี่น้องมีความขัดสนในชีวิตเช่นกัน ฯลฯ

ผลการศึกษาและอภิปรายผล

การนำเสนอผลการศึกษาคำตอบที่เรียนรู้ทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวแบบประคับประคองของกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำและเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ และการอภิปรายผลการศึกษา มีดังต่อไปนี้

1. ความเป็นมา และงานจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ กลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำเกิดขึ้นจากการรวมตัวกันของกลุ่มเพื่อนหลากหลายอาชีพยาวนานมากกว่า 15 ปี ที่มีความสนใจตรงกันในการทำงานจิตอาสาเพื่อส่วนรวม และไม่จำกัดขอบเขตการทำงานอาสาแต่เฉพาะในเขตเมืองกาฬสินธุ์ โดยจะมารวมตัวกันเพื่อทำงานจิตอาสา ด้วยวิธีการระดมทุนผ่านสื่อสังคมออนไลน์และด้วยการแสดงดนตรีเปิดหมวกในเขตเมืองกาฬสินธุ์ ในระยะแรก เป็นการทำงานอาสาเฉพาะหน้าในนาม “กลุ่มจิตอาสากาฬสินธุ์” จากการทราบข่าวสารภัยพิบัติในพื้นที่ต่างๆ เช่น เหตุการณ์แผ่นดินไหวที่ประเทศเนปาล เมื่อปี พ.ศ.2558 เหตุการณ์น้ำท่วมในจังหวัดอุตรธานี เมื่อปี พ.ศ.2562 ฯลฯ ต่อมาพบว่า ชื่อที่กลุ่มฯ ใช้ตรงกับกลุ่มจิตอาสาอีกกลุ่มหนึ่งที่ทำงานในจังหวัดกาฬสินธุ์อยู่แล้ว จึงเปลี่ยนชื่อกลุ่มฯ เป็น “กลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำ” และเนื่องจากกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำเป็นกลุ่มแบบเปิด ที่ตั้งใจเปิดกว้างแก่บุคคลที่ “มีใจ” ทำงานเพื่อส่วนรวม จำนวนสมาชิกจึงมีความเป็นพลวัต แต่กลุ่มขับเคลื่อนการทำงานโดยสมาชิกแกนนำหลักประกอบอาชีพทั้งที่เป็นนักธุรกิจ ข้าราชการตำรวจ และโดยเฉพาะข้าราชการของเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ที่มีจำนวนมากกว่าครึ่ง โดยกลุ่มแกนนำเหล่านี้เป็นกลุ่มทางสังคม (Societal group) ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและทำกิจกรรมจิตอาสาร่วมกันอย่างยาวนานมาก่อน

จากการที่แกนนำหลักของกลุ่มฯ ปฏิบัติงานเป็นข้าราชการของเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ที่เกี่ยวข้องกับความอยู่ดีมีสุขและสุขภาวะของผู้คนในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ ทำให้เห็นความทุกข์ยากของกลุ่มคนเปราะบางในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มคนจนที่ไม่มีกระตังเงินซื้อโลงศพเมื่อยามเสียชีวิต เมื่อปี พ.ศ. 2560 กลุ่มจึงได้ริเริ่มโครงการ “จุดสีขาวดี”

โครงการจิตสุชาวดี มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือการจัดงาน ฅาปนกิจศพยากไร้ ที่เป็นการคืนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ให้แก่กลุ่มคน เปราะบางในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์⁶ มีเกณฑ์การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ 3 ระดับ จากรูปแบบความช่วยเหลือที่ให้ครบถ้วนไปสู่ความช่วยเหลือในกรอบที่ ลดลงตามลำดับ โดยแสดงด้วยเกรด A, B และ C กล่าวคือ เกรด A หมายถึง การให้ความช่วยเหลือแบบครบวงจรแก่ศพเป็นผู้อายวไร้ ชาตคนช่วยเหลือ การช่วยเหลือที่กลุ่มฯ จัดให้คือ ร่วมเป็นเจ้าภาพสวดพระอภิธรรม 1 คืน และจัด งานเผาศพ 1 วัน เกรด B หมายถึง การให้ความช่วยเหลือบางส่วน โดยสนับสนุน สิ่งของจำเป็นในงานฅาปนกิจศพ เช่น โลงศพ ดอกไม้ประดับ ชุดเชิงบาตร ดอกไม้จันทน์ เหริยญโปริยทาน ฯลฯ และเกรด C หมายถึง การให้ ความช่วยเหลือเฉพาะดอกไม้จันทน์และเหริยญโปริยทาน แก่ศพผู้เป็นสมาชิกที่ มีเงินออมในกองทุนฅาปนกิจศพผู้สูงอายุ หรือกองทุนเงินออมวันละบาท⁷ (เอกสารโครงการจิตสุชาวดี สร้างสุขที่ปลายทาง, ม.ป.ป.) ในส่วนของงบประมาณ ดำเนินการนั้น นับแต่แรกเริ่มโครงการฯ กระทั่งถึงปัจจุบัน กลุ่มฯ ใช้วิธีการ ระดมทุนผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ (เฟซบุ๊ก) และอาศัยการประชาสัมพันธ์จาก “การบอกต่อ” ของคนในชุมชนฯ เป็นหลัก โดยเฉพาะการสื่อสารกับคน ภายนอกชุมชนฯ ทางสื่อสังคมออนไลน์ ที่เป็นช่องทางสื่อสารซึ่งแกนนำกลุ่มฯ มีความถนัดและคุ้นเคย เนื่องจากมีประสบการณ์การระดมทุนในงานจิตอาสาที่ ผ่านมาก่อนหน้านี้ นอกเหนือจากนี้ นายเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ผู้บริหารของ เทศบาลฯ บางคน และเจ้าหน้าที่ของเทศบาลจำนวนมาก ยังเป็นผู้บริจาคเงิน สมทบสำคัญ โดยเฉพาะในยามที่ยอดเงินจากการระดมทุนไม่บรรลุเป้าประสงค์ ตามต้องการ กล่าวได้ว่า ผู้บริหารและเพื่อนร่วมงานในเทศบาลฯ ส่วนใหญ่เห็น พ้องและให้การสนับสนุนการดำเนินงานโครงการดังกล่าวของกลุ่มฯ

⁶ เทศบาลฯ จัดตั้งกองทุนฅาปนกิจศพผู้สูงอายุให้แก่กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ เพื่อ ส่งเสริมการออมและการมีส่วนร่วมช่วยเหลือกันของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน และหากผู้เสียชีวิตใน ชุมชนฯ ที่ประสงค์ขอความช่วยเหลือจากโครงการจิตสุชาวดี กลุ่มอาสาเมืองน้ำดำก็จะนำเรื่อง การเป็นสมาชิกกองทุนฅาปนกิจศพเคราะห์ดังกล่าวมาพิจารณาประกอบให้การช่วยเหลือใน โครงการฯ ด้วย

⁷ เป็นสวัสดิการประเภทหนึ่งที่ตั้งตั้งโดยเทศบาลฯ เช่นกัน

ปี พ.ศ.2561 นายกเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์และกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำคำร่วมเป็นเครือข่ายการทำงานเพื่อสร้างสุขภาวะระยะท้ายของคนในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ ด้วยการนำโครงการจิตสุชาวดี พร้อมๆ กับการริเริ่มโครงการอาสาสร้างสุขที่ปลายทางบรรจบในแผนพัฒนาสี่ปีของเทศบาลฯ ซึ่งเป็นการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ที่ครอบคลุมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย (Bereavement care)

โครงการอาสาสร้างสุขที่ปลายทางชีวิต เกิดขึ้นขึ้นหลังจากการทำงานในโครงการจิตสุชาวดีของกลุ่มอาสาเมืองน้ำคำมาประมาณ 1 ปีเต็มกลุ่มฯ ตระหนักถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวซึ่งไม่เพียงแต่ความทุกข์ทางกายที่เจ็บป่วยจากโรคคุกคามต่อชีวิต (Life-threatening illness) แต่ที่สำคัญกว่าคือ ความทุกข์ทางใจและทางจิตวิญญาณทั้งของผู้ป่วยฯ และครอบครัวที่ส่วนใหญ่ปรารถนาจะมาเสียชีวิตที่บ้าน หรือความรู้สึกละเลยของผู้ดูแลหลักในครอบครัว กรณีที่พบส่วนใหญ่มักเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นภรรยา แม่ และลูกสาว⁸ ที่มีความวิตกกังวลใจเรื่องความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและเรื่องการเตรียมการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นต้นกลุ่มฯ จึงมีแนวคิดเรื่องโครงการอาสาสร้างสุขที่ปลายทาง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์แบบองค์รวม (Holistic care) มีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวให้สามารถเผชิญกับความทุกข์ด้วยความเข้าใจ ยอมรับ คลายความห่วงกังวลอันจะนำผู้ป่วยไปสู่ “การตายดี (Good death)” และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นคืน “ความกรุณา ความเอื้อเฟื้อเกื้อกูล” ต่อกันในชุมชนซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญต่อสุขภาวะโดยรวมของทุกคนในชุมชน และเนื่องจากโครงการฯ ได้รับงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินการจากแผนพัฒนาสี่ปีของเทศบาลฯ ทำให้การทำงานของกลุ่มฯ มีความคล่องตัว เป็นระบบขึ้น ทั้งยังเปิดโอกาสต่อการทำงานกว้างขวางให้กับกลุ่มฯ เนื่องจากคนในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ให้การยอมรับได้ง่ายขึ้น อย่างไรก็ตาม การเบิกจ่ายงบประมาณเพื่อใช้ทำงานในโครงการจิตสุชาวดี ยังคงมีข้อจำกัดในข้อบัญญัติ

⁸ พบผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ มีอยู่ในวัยกลางคนถึงวัยสูงอายุ มีอายุระหว่าง 45-65 ปี ไม่มีรายได้หลักพึ่งพิงรายได้หลักจากสามี บุตร หรือหลาน ฯลฯ

ของกฎหมายองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยเหตุนี้ กลุ่มฯ จึงบริหารจัดการงบประมาณโครงการทั้งสองดังกล่าว แยกจากกัน ในส่วนของโครงการจิตอาสาดี กลุ่มฯ ยังคงใช้งบประมาณจากการระดมทุนทั้งในและนอกพื้นที่เมืองกาฬสินธุ์ เหมือนเช่นเคย ในขณะที่โครงการสร้างสุขที่ปลายทางชีวิต กลุ่มฯ ใช้งบประมาณจากเทศบาลฯ เป็นหลัก ซึ่งงบประมาณมักถูกใช้ไปในเรื่องการพัฒนาศักยภาพของจิตอาสาและเครือข่ายการทำงาน (การฝึกอบรมและการศึกษาดูงาน) ในส่วนของรูปแบบการดำเนินการในโครงการสร้างสุขที่ปลายทางชีวิต มุ่งเน้นไปที่การเยี่ยมผู้ป่วยระยะท้าย ทั้งที่บ้านผู้ป่วยฯ และที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์⁹ โดยพุ่งเป้าประสงค์ไปที่การดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณ ทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อหวังให้มีส่วนต่อการเติมเต็มคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่ดีของผู้ป่วยฯ และครอบครัว การไปเยี่ยมผู้ป่วยฯ ในแต่ละครั้งของกลุ่มฯ ไม่เพียงแต่ไปทำหน้าที่ “เสริมกำลังใจ” ด้วยการอยู่เป็นเพื่อน กลุ่มฯ ยังทำหน้าที่เหมือน “สะพาน (Bridge)” เชื่อมโยงไปยังเครือข่ายการทำงานกลุ่มต่างๆ ในเมืองกาฬสินธุ์ เพื่อสามารถตอบสนองความต้องการทางจิตใจและสังคมที่แตกต่างหลากหลายของผู้ป่วยฯ และครอบครัว เช่น ช่วยคลายข้อห่วงกังวลต่างๆ ของผู้ดูแลหลักของครอบครัว (แนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วย การจัดเตรียมงานฌาปนกิจ ฯลฯ) การดำเนินการเพื่อให้ความปรารถนาสุดท้ายของผู้ป่วยสัมฤทธิ์ผล เป็นต้น

นับแต่กลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำคำดำเนิน “โครงการจิตอาสาดี สร้างสุขที่ปลายทางชีวิต” มากระทั่งปลายปี พ.ศ.2562 พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวในเขตเมืองกาฬสินธุ์ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้ายของชีวิต มากถึง 200 ครอบครัวแล้ว การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวของกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำคำมีลักษณะเป็นการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ที่ครอบคลุมสุขภาวะ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental support) ได้แก่ การสนับสนุนเงินช่วยเหลือและแรงงานในโครงการจิตอาสาดี หรือการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information

⁹ หนึ่งในเครือข่ายการทำงานในโครงการฯ ของกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำคำ

support) ที่มีทั้งการให้คำแนะนำ (Suggestion) และการให้คำปรึกษา (Advice) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการเสนอแนะช่องทางในการติดต่อประสานงาน หรือการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) ด้วยการให้กำลังใจ ปลอบโยน และที่สำคัญ คือ การรับฟัง รวมทั้งความพยายามในการสร้างนิเวศชุมชน ด้วยการฟื้นคืน ความมีน้ำใจ การแบ่งปัน ความเอื้ออาทรต่อกัน ความเป็นคนชุมชนเดียวกัน ให้เกิดขึ้นในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์

ปรากฏผลการรับรู้และความพึงพอใจของทั้งในฝ่ายของผู้รับบริการของเครือข่ายฯ (ผู้ป่วยฯ และครอบครัว) และฝ่ายของผู้ปฏิบัติงานจิตอาสา (เช่น ประชาชนจิตอาสาในเมืองกาฬสินธุ์ ผู้นำชุมชน อสม. และ อพส. สมาชิกกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำ ฯลฯ) โดยกองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ (2562) ที่พบว่า ผู้ป่วยฯ และครอบครัวต่างรู้สึกได้ปลดปล่อยทุกข์ คลายความกังวล และเป็นสุข พร้อมจากไปอย่างสงบ หรือก็คือ “การตายดี” ในส่วนของทีมปฏิบัติงาน ที่แม้ส่วนหนึ่งของทีมงานจะเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่รับผิดชอบอยู่แล้ว (เช่น อสม. และ อพส. ฯลฯ) แต่การได้มาร่วมเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายการทำงานนี้ กลับให้ความรู้สึกที่ต่าง เป็นการทำงานที่ไม่เหมือนงานประจำ แต่ต่างรู้สึกสุขใจ ชีวิตมีคุณค่า มีประโยชน์จากการเป็นผู้ให้โดยมิหวังผลตอบแทนใดๆ จากผู้อื่น มีความกระตือรือร้นอยากร่วมงานจิตอาสา และได้เรียนรู้ไปพร้อมกัน ทั้งจากเพื่อนๆ จิตอาสาคนอื่นๆ ที่มีมุมมอง ประสบการณ์ ความถนัดที่ต่างกัน เรียนรู้ “สัจธรรมชีวิต” จากผู้ป่วยฯ และคำตอบที่ได้จากทั้งสองฝ่ายเหมือนกัน คือ ดีใจที่คนกาฬสินธุ์ได้ดูแลกันและกัน ผนึกรวมกับกำลังหนุนเสริมจากเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ที่ได้บรรจุงานดูแลผู้ป่วยฯ และครอบครัวของเครือข่ายฯ ไว้ในแผนพัฒนาสี่ปีของเทศบาลฯ (เริ่มปี พ.ศ.2561-2564) และต่อเนื่องถึงปัจจุบัน สะท้อนถึงการให้ความสำคัญในการเตรียมความพร้อมเชิงรุกต่อการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในระบบบริการแบบประคับประคองของเมืองกาฬสินธุ์

2. เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในระบบบริการแบบประคับประคองด้วยทุนทางสังคมในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ เนื่องจาก การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวเป็นการดูแลแบบองค์รวม (holistic) จึงต้องการประสานความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในชุมชน ทั้งนี้ก็เพื่อ

ตอบสนองความปรารถนาหรือ “สิ่งที่ติดค้างในใจ” ของผู้ป่วยๆ หรือความต้องการของผู้ดูแลหลักในครอบครัว ด้วยเหตุนี้ การดำเนินงานของกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำคำจึงจำเป็นต้องประสานความร่วมมือกับสมาชิกเครือข่ายกลุ่มอื่นๆ ที่มีความถนัดหลากหลาย แตกต่างกันไป ให้ครอบคลุมสภาวะทุกมิติ ทั้งสภาวะทางกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม โดยมีเป้าประสงค์ร่วมกัน (Shared value) เพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่ดีทั้งของผู้ป่วยเองและครอบครัว จากการศึกษาสามารถจำแนกเครือข่ายหลักในการทำงานของกลุ่มฯ ที่ล้วนเป็นเครือข่ายในพื้นที่เมืองกาฬสินธุ์ มีทั้งเครือข่ายหลักและเครือข่ายรอง ดังสรุปคือ

2.1 เครือข่ายหลัก หมายถึง ภาศัพัตนรมิตรที่มีบทบาท หน้าที่หลักชัดเจนในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวร่วมกับกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำคำ ประกอบด้วย

2.1.1 เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ที่หมายรวมถึง หน่วยบริการปฐมภูมิของเทศบาลฯ (ศูนย์บริการสุขภาพขอยน้ำทิพย์และศูนย์บริการสุขภาพชุมชนดงปอ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)¹⁰ และกู้ชีพกู้ภัย 1132 มีบทบาทสำคัญ คือ สนับสนุนงบประมาณ บัญญัติในแผนพัฒนาสี่ปีของเทศบาลฯ สนับสนุนสถานที่และเวลา (จัดสรรพื้นที่เก็บสต็อกวัสดุอุปกรณ์ในโครงการจิตสุขาวดี (โ齡ศพ ถังออกซิเจนให้ผู้ป่วย ฯลฯ) ปรับเวลาการทำงานให้มีความยืดหยุ่นให้กับเจ้าหน้าที่เทศบาลฯ ที่เป็นแกนนำกลุ่มฯ ในส่วนของหน่วยบริการปฐมภูมิของเทศบาลฯ และอาสาสมัครสาธารณสุข/ผู้นำชุมชน ทำหน้าที่เสมือนเป็น “หน่วยข่าวกรอง” โดยมีส่วนร่วมในการคัดกรองผู้ยื่นขอความช่วยเหลือตามเกณฑ์การพิจารณาให้ความช่วยเหลือเป็น 3 ระดับในโครงการจิตสุขาวดี ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้เข้าถึงการบริการของเครือข่ายฯ และให้ความรู้ประชาสัมพันธ์เชิงป้องกัน รวมทั้งมีหน้าที่เตรียมความพร้อมการลงเยี่ยมบ้านสำหรับการจัดตั้งหน่วย “กู้ชีพกู้ภัย 1132” ของเทศบาลฯ ¹¹ ซึ่งเป็นหน่วยบริการภัยพิบัติต่างๆ ในเขตเทศบาลฯ ตลอด 24 ชั่วโมง มีหน้าที่ให้บริการไปรับ

¹⁰ อสม. ในสังกัดหน่วยปฐมภูมิของเทศบาลฯ ทุกคนล้วนเป็นสมาชิกกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำคำ

¹¹ เพิ่มเติมจากงานสายด่วน 1669 ที่เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์มีอยู่แล้ว แต่ไม่ครอบคลุมในงานบริการของโครงการจิตสุขาวดี สร้างสุขที่ปลายทางชีวิต เนื่องจากมีข้อจำกัดในข้อกฎหมายเรื่องการวิ่งรอกข้ามจังหวัดในระยะไกลไม่ได้

ศพมายังวัดเพื่อประกอบพิธีศพ บริการรับ-ส่งผู้ป่วยทั้งที่บ้านและโรงพยาบาลฯ โดยใช้ความรู้ทักษะเฉพาะในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย หน่วยกู้ชีพกู้ภัยฯ ยังช่วยเหลือดำเนินเรื่องเอกสารต่างๆ ที่จำเป็น ทั้งในพิธีการศพและการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลฯ ที่เป็นการอำนวยความสะดวกให้แก่ครอบครัวผู้ป่วยฯ ที่ส่วนใหญ่ พบว่า ไม่เข้าใจขั้นตอนการดำเนินการเรื่องเหล่านี้ ทั้งยังมีส่วนต่อการช่วยให้ผู้ป่วยฯ และครอบครัวที่อาจ “ตกหล่น” การรับรู้บริการของเครือข่ายฯ ได้เข้าถึงบริการอีกด้วย ซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติงานช่วยเหลือภัยพิบัติในพื้นที่ “ชายขอบ” ของเมืองกาฬสินธุ์ ที่เป็นการช่วยประชาสัมพันธ์งานของกลุ่มฯ ไปในคราวเดียวกัน

2.1.2 พระสงฆ์ มีบทบาทเป็นแกนนำกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำคำ และบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวด้านจิตใจและจิตวิญญาณ รวมถึงมีบทบาทในการขยายผลงานของกลุ่มฯ ไปยังพื้นที่ใกล้เคียงในเขตอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ โดยเน้นขยายผลกับกลุ่มพระสงฆ์ที่เจ็บป่วยระยะท้าย เนื่องจากมีกลไก “พระคณาธรรม” ที่ทางภาครัฐได้ริเริ่มไว้แล้ว ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พระสงฆ์พึงพิง ดูแลตนเองเมื่อยามเจ็บป่วยระยะท้าย แต่พบในพื้นที่ที่ศึกษาว่า ยังไม่บรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้ อีกทั้งการทำงานของเครือข่ายฯ ยังได้ “จุดประกาย” พระสงฆ์หลายรูปในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์และชุมชนใกล้เคียงให้เกิดความสนใจ ต้องการเข้าร่วมเป็นอาสาเยี่ยมผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวร่วมกับเครือข่ายฯ ส่วนในช่วงสถานการณ์ไข้โควิด 19 ระบาด พระสงฆ์แกนนำของกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำคำ เมื่อรับรู้ถึงความอัคคีทางเศรษฐกิจของคนในชุมชนจากการอพยพกลับถิ่นของลูกหลานที่เคยเป็นคนหารายได้หลักของครอบครัว จึงได้จัดหาอาหารแห้งไปแจกจ่ายครอบครัวที่มีฐานะยากจน เพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ชีวิต

2.1.3. หน่วยงานภาครัฐ ที่มีบทบาทตามหน้าที่ในการดูแลรักษาสุขภาพในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ ได้แก่หน่วยดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์และหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายของโรงพยาบาลฯ อสม./อผส./ผู้นำชุมชน¹² มีบทบาทหน้าที่คัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าถึง

¹² พบว่า ส่วนใหญ่เป็นบุคคลเดียวกัน มีบทบาท หน้าที่ซ้อน

บริการของเครือข่ายฯ เตรียมความพร้อมการเยี่ยมบ้าน หรือโรงพยาบาลฯ และให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์การทำงาน of เครือข่ายฯ

2.1.4 องค์การสาธารณกุศล มีหน้าที่ไปรับศพ (เสริมกู้ชีพกู้ภัย 1132 ของเทศบาลฯ) และจัดหาโลงศพให้ยืม

2.2 เครือข่ายรอง หมายถึง ภาคีพันธมิตรที่ไม่ได้มีบทบาท หรือหน้าที่หลักในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว แต่มีบทบาท “หนุนเสริม” เพื่อให้งานของเครือข่ายฯ สัมฤทธิ์ผลตามเป้าประสงค์ ตามความถนัดที่มีประกอบด้วย สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่หนุนเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยฯ และครอบครัวให้ครอบคลุมสุขภาวะในทุกมิติ เช่น การช่วยเหลือค่าซ่อมแซมบ้าน การพัฒนาอาชีพ ฯลฯ ภาคธุรกิจเอกชน บริจาคเงินช่วยเหลือ หรือจัดหาอุปกรณ์ สิ่งของต่างๆ ตามที่เครือข่ายฯ ต้องการ อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน ช่วยอำนวยความสะดวกในงานศพและบริการอื่นๆ ตามที่เครือข่ายฯ ต้องการ และชุมชนในเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ (แม่ค้าในตลาด โรงเรียนผู้สูงอายุที่เทศบาลฯ จัดตั้งขึ้น นักเรียนจิตอาสา ฯลฯ) บริจาคเงิน พับดอกไม้จันทร์ ผลิตสื่อ เล่นดนตรีหรือเล่านิทานในงานศพ ช่วยซ่อมแซมบ้านให้ผู้ป่วยฯ และครอบครัว เป็นต้น

รูปธรรมของกลไกทุนทางสังคมในการร่วมกันทำงานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในลักษณะเครือข่ายเช่นนี้ เป็นการระดมทุนในชุมชน วัฒนธรรมเครือข่ายในบริบทกึ่งเมืองกึ่งชนบท ความหลากหลายจากทุนความสามารถ ความถนัด หรือทุนทรัพยากรที่ภาคีเครือข่ายต่างๆ มี ต่างฝ่ายต่างร่วมมือทำหน้าที่เติมเต็มกันและกัน เคารพ ฟังเสียง ให้เกียรติกันและกัน โดยเฉพาะการเคารพในการตัดสินใจตามบทบาท หน้าที่ที่ได้รับมอบหมายที่เป็นไปตามความถนัดของแต่ละฝ่าย กลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำคำ เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ และเครือข่ายทำงานหลักมักมีการประชุมสรุปงานร่วมกันอยู่เป็นประจำอย่างไม่เป็นทางการ ภายหลังจากการเสร็จสิ้นการทำงานทุกครั้ง เพื่อเป็นการทวนสอบข้อคิด หรือข้อผิดพลาด ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่เป็นเสมือน “การถอดบทเรียน” การทำงานของเครือข่ายฯ บทเรียนการทำงานที่พบทวิศุณ ผ่านวันเวลาลองผิดลองถูกเหล่านี้ ไม่เพียงจะช่วยพัฒนาความรู้ ทักษะการทำงานในภาคสนามจริงให้ “แหลมคม เข้าเป้า (ประสงค์)” ขึ้นเท่านั้น แต่ยัง

เป็นเสมือน “น้ำหล่อเลี้ยง” เสริมพลังแรงใจและสร้างสัมพันธ์ใกล้ชิดขึ้นของกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำคำและเครือข่ายทำงาน ที่เป็นการส่งเสริมการทำงานด้วยทุนทางสังคม

นอกจากนี้ เครือข่ายฯ ยังมีรูปแบบการทำงานสอดคล้องกับคุณลักษณะของทุนทางสังคม 3 ประการ คือ 1) ทำงานเป็นทีม (Teamwork) 2) เน้นความโปร่งใส (Transparency) เน้นการทำงานที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) และเน้นการมีส่วนร่วม (Participation) และ 3) ทำงานบนฐาน “ความรู้” กรณีทำงานเป็นทีม เน้นการปรึกษาหารือและการตัดสินใจร่วมกัน โดยไม่พบความสัมพันธ์เชิงอำนาจ และแม้เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์เข้าร่วมเป็นเครือข่ายทำงานหลัก ก็ยังพบด้วยว่า เครือข่ายฯ ยังคงมีอิสระในการทำงาน ไม่ได้ถูกครอบงำทางความคิดหรือถูกก้าวก่ายการทำงานแต่อย่างใด นายกเทศบาลฯ มีบทบาทเป็นเสมือน “ที่ปรึกษา” ของเครือข่ายฯ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบทบาท หน้าที่เทศบาลฯ ของคนในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ ในกรณีของความโปร่งใสและเน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นองค์ประกอบของการทำงานบนพื้นฐานของหลักธรรมาภิบาล (Good governance) ดังเรื่องการระดมเงินบริจาคเพื่อการทำงานของเครือข่ายฯ แต่ครั้งในสื่อสังคมออนไลน์ จะให้ข้อมูลของวัตถุประสงค์การระดมทุน ยอดบริจาคที่ต้องการและจะปิดรับบริจาคทันทีที่ยอดบริจาคถึงเป้าหมายที่ต้องการ และเมื่อเงินบริจาคมูลค่าถูกนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์การทำงานแต่ละครั้งแล้ว เครือข่ายฯ จะมีการรายงานรายจ่ายที่เกิดขึ้นโดยละเอียด พร้อมกับรายงานผู้บริจาคทั้งหมด หรือหากกรณีมีเงินบริจาคที่เหลือในแต่ละครั้ง เครือข่ายฯ จะให้ข้อมูลผู้บริจาคอย่างชัดเจนว่าเงินที่เหลือดังกล่าว จะถูกนำไปใช้ต่อในเรื่องใด หรือในกรณีการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในชุมชนฯ การทำงานของเครือข่ายฯ เป็นการระดมทรัพยากรหรือ “สรรพกำลัง” จากทั้งหน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องในเมืองกาฬสินธุ์ ภาครัฐกิจเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน และประชาชนทั่วไปในชุมชนฯ โดยมีทุนทางสังคมเป็นเสมือน “กาวเชื่อม” การทำงานของตัวแสดงต่างๆ เหล่านั้น และเป็นทรัพยากรสำคัญในการขับเคลื่อนการทำงานของเครือข่ายฯ เพื่อให้เกิดการร่วมรับรู้ (Public awareness) สร้างความเข้าใจและการร่วมมือปฏิบัติจริงที่จะนำไปสู่การตระหนักเพื่อส่วนรวม ซึ่งเป็นการฟื้นฟูและสั่งสมทุนทางสังคม

ให้กับชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ไปพร้อมกัน สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของปิยะพงษ์ บุขบงก์ และ สุนทรชัย ขอบยศ (2559) ที่สรุปบทเรียนจากการพัฒนาชุมชนเมือง “ร้อยแก่นสารสินธุ์”¹³ ไว้ว่า เกิดจากการบริหารจัดการแบบฉันทกกำลัง การปรึกษาหารือของตัวแสดงต่างๆ (เช่น ชุมชน (“บวร”) องค์กรพัฒนาเอกชน อาสาสมัคร ฯลฯ) โดยมีตัวแสดงหลักที่ต้องแสดงบทบาทนำคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการกำหนดนโยบายบนฐานทุนทางสังคม และในส่วนของการทำงานที่อาศัย “ความรู้” ดังกรณีที่เครือข่ายฯ ได้รับการยอมรับให้เข้าไปให้การดูแล ทั้งที่บ้าน หรือที่โรงพยาบาล และพบข้อจำกัดเรื่องการสื่อสารเพื่อลดผลกระทบทางจิตใจ สร้างความสัมพันธ์อันดีและความไว้วางใจกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้ผู้ป่วยและครอบครัว “เปิดใจ” พุดคุย ซึ่งเป็นงาน “ด่านหน้า (Gate)” ที่สำคัญยิ่งของการทำงานลักษณะนี้ ด้วยเหตุนี้ เครือข่ายฯ จึงประสานวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ เพื่อจัดการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการในการเสริมความรู้ต่อเนื่องกระทั่งถึงปัจจุบัน โดยมีเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ร่วมเป็น “เจ้าภาพหลัก” การอบรมที่ไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ และเปิดกว้างให้ผู้เข้าร่วมอบรม ทั้งที่เป็นเจ้าหน้าที่ภาคส่วนสาธารณสุข อาทิเช่น ตัวแทนจากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตัวแทนเครือข่ายหน่วยปฐมภูมิในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุข ที่ส่วนหนึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มฯ อยู่แล้ว และบุคคลทั่วไปในชุมชนกาฬสินธุ์ที่สนใจ โดยมีผู้สนใจแสดงความประสงค์เข้าร่วมอบรมเป็นจำนวนมาก กล่าวได้ว่า คุณลักษณะของทุนทางสังคม 3 ประการที่ปรากฏในรูปแบบการทำงานของเครือข่ายฯ ก่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างเครือข่ายฯ กับผู้ป่วยและครอบครัว และกับคนในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์โดยรวม ที่เป็นเรื่องของทุนทางสังคม

โดยสรุป ทุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวของเครือข่ายบริการแบบประคับประคองในเมืองกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย ทุนจิตสาธารณะ ทุนความเกื้อกูลกันและกันของคนในชุมชน ทุนมนุษย์ที่มีศักยภาพ และทุนเครือข่ายการทำงาน จะเป็น “ฐาน” ที่มั่นคง สร้างความเข้มแข็งของชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ ให้สามารถก้าวข้ามอุปสรรคในมิติเศรษฐกิจ¹⁴ สามารถ

¹³ ประกอบด้วย จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์

¹⁴ จังหวัดกาฬสินธุ์ถูกจัดอันดับเป็นจังหวัดที่ประชากรมีรายได้ครัวเรือนต่ปีต่ำมาก จึงถูกจัดอันดับเป็นจังหวัดยากจนลำดับต้นๆ ของประเทศ

สร้างคุณภาพชีวิตที่ดีระยะท้ายให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ภายใต้การจัดการระบบบริการแบบประคับประคองอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนของสังคมคนน้ำดำ สอดคล้องกับผลการรับรู้และความพึงพอใจของทั้งในฝ่ายของผู้รับบริการของเครือข่ายฯ ของกองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ (2562)

3. ลักษณะการบริการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวของกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำและเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ การทำงานในโครงการจิตอาสาดี สร้างสุขที่ปลายทางชีวิตมีลักษณะที่โดดเด่นคือ เป็นการให้การดูแลและสนับสนุน เพื่อตอบสนองความต้องการทางจิตใจและสังคม (Psychosocial need) ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ที่เป็นการดูแลสุขภาพในมิติสังคม (Social aspect of care) และเคารพความต้องการของผู้ป่วยฯ เป็นสำคัญงานของกลุ่มฯ และเครือข่ายจึงทำหน้าที่เสริมพลังและเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) อีกทั้งการบริการของเครือข่ายฯ ยังให้ความสำคัญกับ “เวลา” และไม่ยึดติดกับ “ชนบ” แบบเดิม เหตุที่เข้าใจข้อจำกัดของผู้ป่วยและครอบครัว จึงมุ่งเข้าไปยังความปรารถนา ความประสงค์ของผู้ป่วยเป็นหลัก ดังที่ว่า “น้องจิตอาสาถามว่าอยากให้ช่วยเหลืออย่างไร เราแจ้งความประสงค์ไปว่า ลูกชายอยากบวช ทางทีมงานก็เลยบอกว่าเป็นเรื่องที่ดีมาก บวชเลยไม่จำเป็นต้องเตรียมเครื่องบวชมาวัด ทุกอย่างจัดที่บ้านหมด โดยมีพระอาจารย์เป็นอุปัชฌาย์ ดิต่อครอบครัว คนไข้ก็รู้สึกดีด้วย น้องทีมงานจิตอาสาช่วยในงานบวช บวชง่าย ๆ แต่หลังมากเลยวันนั้น ทำพิธีบวชครบทุกพิธี บวชที่บ้านต่อหน้าผู้ป่วย” (ผู้ดูแลหลักคนที่ 1 (ภรรยา), สัมภาษณ์, 15 มิถุนายน 2563)

จากการศึกษา สามารถสรุปลักษณะบริการของกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

3.1 การบริการที่เป็นเรื่องของ “การดูแล” ด้วยการให้ความเป็นเพื่อน เสมือนเป็นคนในครอบครัว (Being with) อาทิเช่น การอยู่เป็นเพื่อนในยามที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในครอบครัวต้องการกำลังใจ การรับฟังความในใจที่ผู้ป่วยฯ ไม่กล้า หรือไม่ต้องการเปิดเผยกับคนในครอบครัว การพูดคุยกับผู้ดูแลหลักในครอบครัว เพื่อคลายความกังวลและบรรเทาความรู้สึกโดดเดี่ยว เป็นต้น

3.2 การบริการที่เป็นเรื่องของ “การสนับสนุน” ด้วยการจัดหาบริการเพื่อตอบสนองความต้องการทางจิตใจและสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว (Doing for) อาทิเช่น การช่วยค้นหาความต้องการหรือความปรารถนาครั้งสุดท้ายของผู้ป่วย การทำความฝันหรือภารกิจ “ค้างค้าง” สุดท้ายที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวต้องการ ที่ถือเป็นการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยอีกทางหนึ่ง เช่น การประสานทนายเพื่อจัดการเรื่องทรัพย์สินมรดก เป็นต้น

4. ผลกระทบจากการเกิดขึ้นและดำรงอยู่ของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวของกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำคำและเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์

ผลกระทบเชิงบวกตลอดทั้งองค์ภาพที่เกี่ยวข้อในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ นับตั้งแต่ผู้ป่วยฯ และครอบครัว กลุ่มจิตอาสาและเครือข่ายเอง เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ในฐานะเครือข่ายหลักที่สำคัญ และชุมชนในเขตอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ ดังสรุปได้คือ

4.1 ผู้ป่วยฯ และผู้ดูแลหลักในครอบครัว

4.1.1 การเรียนรู้ของผู้ป่วยฯ และผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติ วิธีคิดและพฤติกรรม เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและเรื่องความตาย จากการศึกษา การทำงานของกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำคำและเครือข่ายเอื้อให้ผู้ป่วยฯ เกิดอาการสุขสบายใจในวาระท้าย ผู้ป่วยฯ และผู้ดูแลหลักในครอบครัวเข้าใจสถานการณ์ของโรค ซึ่งจะเอื้อไปสู่การยอมรับความตายและการเตรียมตัวตายได้ การเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง ช่วยปรับเปลี่ยนมุมมองใหม่ของผู้ป่วยฯ และผู้ดูแลหลักครอบครัว เกี่ยวกับเรื่องความเจ็บป่วยและความตาย กล่าวคือ การตระหนักว่า การรับฟังและการให้ความสำคัญกับความปรารถนา ความต้องการของผู้ป่วยฯ เป็นเรื่องสำคัญยิ่งต่อความสงบในจิตใจและการฟื้นฟูอาการทางกายภาพของผู้ป่วยฯ และการดูแลความเจ็บป่วยและเรื่องของความตาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับทุนทางสังคมเรื่องความเชื่อมั่น วางใจในเพื่อน และเรื่องของความเกื้อกูลช่วยเหลือกันและกัน

4.1.2 การเข้าถึงการดูแลสุขภาวะระยะท้ายของผู้ป่วยฯ โดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากเศรษฐฐานะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยฯ และครอบครัวที่มีฐานะยากจน ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางของชุมชน รวมถึงการสร้างทางเลือกต่อการตายที่บ้านให้เป็นจริง โดยที่ครอบครัวไม่ต้องกังวลเรื่ององค์ความรู้ในการดูแล

ผู้ป่วยระยะท้าย กล่าวได้ว่า รูปแบบองค์กรชุมชนอย่างไม่เป็นทางการ (Informal community organization) ของกลุ่มจิตอาสาหน้าดำและเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ เป็นการจัดการโดยชุมชนและเพื่อชุมชน ที่ถือเป็น “สวัสดิการชุมชน (Community welfare)” เพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย โดย “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” อย่างเป็นจริงในทางปฏิบัติ ช่วยกู้คืนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ คำนึงสิทธิในการ “ตายดี” และช่วยลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพในชุมชนลงได้อีกทางหนึ่ง โดยเฉพาะความปรารถนาเรื่องการตายที่บ้าน ซึ่งเป็นวัฒนธรรมของสังคมคนโลกตะวันออก เช่น สังคมไทย

4.1.3 การบ่มเพาะ “จิตอาสา จิตสำนึกสาธารณะ” ให้เกิดขึ้นในครอบครัวผู้ป่วย ดังปรากฏการณ์เชิงประจักษ์ของการที่ครอบครัวผู้ป่วยที่เคยได้รับการบริการจากกลุ่มฯ กลับมาตอบแทนด้วยความเต็มใจในงานของกลุ่มฯ ทั้งในรูปของการลงแรง การบริจาคเงิน สิ่งของต่างๆ หรือการแบ่งปันประสบการณ์ของผู้ที่ได้รับการบริการจากกลุ่มฯ ซึ่งเป็นปัจจัยทุนทางสังคมเรื่องการต่างตอบแทน (Reciprocity)

4.2 กลุ่มจิตอาสาเมืองหน้าดำ และเครือข่าย

4.2.1 ความสัมพันธ์ใกล้ชิด ไว้วางใจ ยอมรับในความสามารถของกันและกัน ระหว่างกลุ่มจิตอาสาฯ และเครือข่าย การได้มีโอกาสทำงานร่วมกัน ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านวันเวลา ทำให้เกิดความเข้าใจกันมากขึ้น เคารพในความต่างของกันและกัน ให้เกียรติและวางใจ ยอมรับเป็นทีมทำงาน ทีมเป้าหมายอยู่ที่ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว พร้อมรับฟังและให้อภัยต่อกันมากขึ้น ถ้อยทีถ้อยอาศัย เอื้อเฟื้อต่อกัน เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการทำงานที่ต้องพึ่งพาอาศัยกัน สะท้อนการเกิดขึ้นของทุนทางสังคม

4.2.2 ความมั่นใจ เข้าใจในความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว และประโยชน์อันเกิดจากการปฏิบัติงาน จากประสบการณ์การทำงาน ทำให้สมาชิกกลุ่มฯ และเครือข่ายการทำงาน มีโอกาสต่อ “การย้อนคิดชีวิตตน” เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติ มุมมองต่อการดำเนินชีวิต (Self-growth) และนำความรู้ ประสบการณ์ที่ได้ทั้งจากการอบรมและการลงมือปฏิบัติจริงจากการทำงานไปปรับใช้ในชีวิตตน กับคนใกล้ชิดและครอบครัว โดยที่สมาชิกกลุ่มฯ และเครือข่ายบางคน สามารถปรับเปลี่ยนตนเองเป็นคนจิตใจ

เย็นขึ้น รับฟัง และเข้าใจคนใกล้ชิดในครอบครัว ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างกัน ในครอบครัวดีขึ้น เข้าใจกันมากขึ้น รวมถึงยังสามารถขยับไปสู่การสื่อสารเรื่อง ความตายกับคนในครอบครัว

4.2.3 การขยายสมาชิกจิตอาสาและเครือข่ายความร่วมมือ การทำงาน ต่อยอดการทำงาน การทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ของกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำ เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ และเครือข่ายต่างๆ ได้เปิด พื้นที่สาธารณะ (Public space) ของความร่วมมือในการทำงานของทุกภาคส่วน ในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ ที่รวบรวมความสามารถ ความถนัดในสิ่งที่ตนมีมา “ร่วมด้วยช่วยกัน” ในการทำงานดังกล่าว กอปรกับวัฒนธรรมการทำงานที่ผ่าน มาของเทศบาลฯ ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่เป็นทุนทางสังคม เดิมอยู่แล้ว เมื่อมาร่วมงานเป็นภาคีหลักกับกลุ่มฯ จึงเป็นปัจจัยเอื้อให้งานของ กลุ่มฯ สัมฤทธิ์ผลได้โดยง่าย ปรากฏการณ์ของกลุ่มผู้ประกอบการธุรกิจในพื้นที่ กลุ่มพ่อค้าแม่ค้าในตลาดเทศบาลฯ กลุ่มผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ กลุ่ม เยาวชนจิตอาสาในโรงเรียนต่างๆ ฯลฯ มาช่วยเหลือกัน ทั้งในรูปของ “การออก ความเห็น” การบริจาคเงิน สิ่งของต่างๆ ตามที่กลุ่มฯ ต้องการใช้ในการทำงาน หรือการนำล็อตเตอรี่ที่หมดอายุแล้วมาพับเป็นดอกไม้จันทน์ เหล่านี้เป็นต้น

4.3 เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่เทศบาลเมือง กาฬสินธุ์ เป็นทั้งคนกลุ่มแรกๆ และคนกลุ่มท้ายๆ ที่เมื่อมีความจำเป็นเร่งด่วนใน การระดมทุนบริจาคเพื่อการทำงานของกลุ่มฯ จะร่วมกันบริจาคทุนทรัพย์ ส่วนตัว ในขณะที่ เจ้าหน้าที่ฯ บางราย ก็สนับสนุนแรงงาน ช่วยเหลือตามเท่าที่ ทำได้ ซึ่งถือปฏิบัติมานับแต่ก่อนที่เทศบาลฯ และกลุ่มฯ จะเป็นเครือข่ายกัน อย่างเป็นทางการ กระทั่งเกิดเป็นวัฒนธรรมการบริจาคเงิน หรือสิ่งของที่เป็น การทำบุญเนื่องในโอกาสวันเกิดของเจ้าหน้าที่เทศบาลฯ ให้แก่กลุ่มจิตอาสาฯ ที่ เป็นการสร้างบรรทัดฐานร่วม (Shared value or shared norms) กันใหม่ของ คนทำงานเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ นอกจากนี้ การทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และครอบครัวในเชิงรุกของกลุ่มฯ และเครือข่ายฯ ได้ต่อยอดและสร้างแรง กระเพื่อมในการทำงานภาพรวมของเทศบาลฯ เพื่อดูแลทุกข์สุขของคนกาฬสินธุ์ ให้ครอบครัวคลุมครบถ้วน จนเป็นที่มาของการจัดตั้ง “กู้ชีพกู้ภัย 1132”

4.4 ชุมชนในอำเภอเมืองกาฬสินธุ์

4.4.1 เกิดวัฒนธรรม “ความตายพูดกันได้ และการเตรียมความพร้อมในการตาย” รวมถึงการทำให้ความต้องการ “ตายที่บ้าน” เป็นไปได้จริงในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ การฝึกอบรมที่มีเนื้อหาครอบคลุม ทั้งเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและเรื่องหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษา (Living will) ตามที่กฎหมายรับรอง¹⁵ ซึ่งเป็นสิทธิในการแสดงเจตจำนงในการตายของบุคคลให้กับบุคลากรสาธารณสุขและกับกลุ่มประชาชนทั่วไปในเมืองกาฬสินธุ์ และจากการปฏิบัติงานจริงของกลุ่มฯ และเครือข่ายฯ ต่อเนื่องยาวนานถึงปัจจุบัน ได้ฝังรากให้เกิดความเข้าใจที่ว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิตมนุษย์ และจะดียิ่งกว่าหากเราได้เตรียมการรับมือด้วยการสื่อสารพูดคุยกันอย่างตรงไปตรงมาระหว่างคนในครอบครัวเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว เพื่อให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ได้เข้าใจความปรารถนาของกันและกัน จะช่วยลดทอนความเครียดหรืออาจลดทอนความขัดแย้งระหว่างคนในครอบครัวที่อาจเห็นไม่ตรงกันในเรื่องการดูแลรักษาระยะท้ายของผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การยอมรับความตายและจากไปด้วยการ “ตายดี ตายสงบ” ปรากฏการณ์การพูดคุยเรื่องความตาย ทั้งในบ้าน บนโต๊ะระหว่างมื้ออาหารของคนชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ ฯลฯ การรู้จักต้องการมีหรือถามหา “สมุดเบาใจ” ที่เป็นของตนเอง เหล่านี้เป็นหลักประกันถึงวัฒนธรรมการยอมรับและความเข้าใจเรื่องความตาย ที่เป็นทุนทางสังคมใหม่เชิงป้องกันในเรื่องความตายของคนชุมชนเมืองกาฬสินธุ์

4.4.2 เปิดโอกาสเปิดพื้นที่ (Public space) ในการแสดงน้ำใจ การฟังพาอาศัยกันให้คนในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ที่เป็นการฟื้นฟูทุนทางสังคมของวัฒนธรรมความเกื้อกูลที่มีอยู่เดิมกลับคืนมาในชุมชน การปฏิบัติงานของเครือข่ายฯ เป็นการระดม “สรรพกำลัง” ต่างๆ ที่มีในชุมชน เพื่อร่วมกันบรรเทาทุกข์ของเพื่อนร่วมชุมชนด้วยกันเอง ที่เป็นเรื่องของการพัฒนาชุมชนด้วย “การลงมือทำด้วยความจริงใจให้ดูก่อน” หรือ “มอบให้” ผู้ป่วยฯ และครอบครัว (คนในชุมชน) ก่อน ซึ่งสะท้อนการ “ไม่เพิกเฉย” ต่อความทุกข์ของเพื่อนร่วมชุมชนฯ โดยเฉพาะกลุ่มคนยากจน คนเปราะบางในชุมชน ได้สร้างบทเรียนรู้แก่

¹⁵ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พศ.2550 มาตรา 12

“ผู้รับ” และคนในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ ให้ตระหนักในศักยภาพของตนเอง และเห็นประโยชน์ของศักยภาพจากการพึ่งพาอาศัย การเกื้อกูลกันและกันในชุมชน รูปธรรมของการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นของคนในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ เมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรม “ต่างคนต่างอยู่” ที่เป็นแต่เดิม หรือการช่วยเหลือกันเองมากขึ้นของคนในชุมชน โดยมีได้รรับการช่วยเหลือจากกลุ่มๆ และเครือข่ายๆ แต่เพียงฝ่ายเดียวเหมือนเช่นเคย แสดงให้เห็นถึงความรู้สึกของการร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกันและกันในชุมชน (Social ownership) ซึ่งเป็นฐานทุนทางสังคมที่สร้างความเข้มแข็งและความยั่งยืนให้กับชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ ได้นำไปสู่แนวโน้มการมีศักยภาพการเป็น “ชุมชนกรุณา” แนวคิด “ชุมชนกรุณา (Compassionate communities approach) มีหัวใจสำคัญที่การมองชุมชนเป็นแหล่งทรัพยากรในการดูแลชีวิตและการตาย ด้วยเหตุนี้ การเอื้อต่อชีวิตที่ดีและการตายอย่างสงบในชุมชน จึงจำเป็นต้องสร้างความร่วมมือของภาคีภาคส่วนต่างๆ ของชุมชนกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่หลากหลาย เพราะการตายเป็นเรื่องของทุกคน และสุขภาพที่ดีเป็นเรื่องที่ทุกคนในชุมชนที่ควรมีส่วนรับผิดชอบ (Kellehear, 2005)

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การเกิดขึ้นและดำรงอยู่ของกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำคำ และเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ในฐานะเครือข่ายหลักสำคัญเครือข่ายแรก เปิดโอกาสต่อการเตรียมความพร้อม การรับมือสังคมสูงวัยและสร้างการเข้าถึงการดูแลสุขภาพระยะท้ายให้กับชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ ความสำเร็จของกลุ่มๆ ที่เริ่มต้นขึ้นจากความสัมพันธ์กลุ่มเพื่อนหลากหลายอาชีพและหลากหลายวัย ที่ต้องการช่วยเหลือกันยากไร้ในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ อันเกิดจากประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติงานตามหน้าที่ในชุมชนต่างๆ ในเขตอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ในฐานะเจ้าหน้าที่เทศบาลฯ กลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำคำจึงเป็นการรวมตัวกัน (Mutuality) ของกลุ่มเพื่อนอย่างไม่เป็นทางการ (Informal group) ที่มีใจรักพ้องกันในการทำงานเพื่อประโยชน์ส่วนรวม กล่าวได้ว่า กลุ่มๆ ได้ใช้ความสัมพันธ์แนบแน่นในกลุ่มเพื่อนที่มีความสนใจในเรื่องเดียวกัน ที่ถือว่า เป็น “ทุนทางสังคมเดิม” ของกลุ่มๆ มาทำงานสาธารณะประโยชน์แก่ชุมชนฯ

เครือข่ายทำงานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ มีเป้าประสงค์ร่วม (Shared value) เพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่ดีของผู้ป่วย ที่จะนำไปสู่การยอมรับในความตายของตนเอง อันเป็นสิทธิในการตายดีของบุคคล รวมถึงคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจของคนในครอบครัวผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักในครอบครัวด้วย เครือข่ายฯ มีหลักในการทำงานร่วมกัน (Shared norms) ที่เคารพในบทบาท หน้าที่ตามความสามารถ ความถนัดของแต่ละฝ่าย เติมเต็มความต่างของแต่ละฝ่ายในการทำงาน ที่เป็นการสร้างความเข้มแข็งในการทำงานของเครือข่ายฯ และมีความสัมพันธ์ในลักษณะที่ทุกฝ่ายเท่าเทียมกัน (Equality) ต่างฝ่ายต่างแลกเปลี่ยนข้อมูล ความเห็น เพื่อประโยชน์ของการบรรลุเป้าประสงค์ร่วมในการทำงาน เหล่านี้ล้วนสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องเครือข่าย และเกี่ยวข้องโดยตรงกับแนวคิดทุนทางสังคมที่มี “เครือข่าย (Network)” เป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่ง การได้ทำงานร่วมกันของกลุ่มฯ และสมาชิกเครือข่ายต่างๆ ก่อให้เกิดการพัฒนาความสัมพันธ์ใกล้ชิดขึ้น เรียนรู้จักกันและคุ้นเคยกันมากขึ้น ให้เกียรติ นับถือ ไว้วางใจ (Trust) ยอมรับในศักยภาพและร่วมมือกัน เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการทำงานที่ต้องพึ่งพาอาศัยกัน (Reciprocity) กล่าวได้ว่า กลุ่มจิตอาสาเมื่อน้ำดำได้พัฒนาทุนทางสังคมด้วยการสร้างความสัมพันธ์จากการทำงานในลักษณะเครือข่ายจิตอาสา (Volunteer network) เป็นเสมือน “สะพาน” ที่เชื่อมโยงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการระดมทรัพยากรต่างๆ ทั้งความคิด แรงงาน หรือทุนทรัพย์ ที่เครือข่ายต่างๆ ในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์มีแสดงบทบาทเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ทำหน้าที่ทั้งให้ “การดูแล (Care)” และให้ “การสนับสนุน (Support)” เพื่อช่วยเสริมพลัง (Empower) แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

ตลอดระยะเวลาการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวกลุ่มฯ และเครือข่ายฯ ได้สะสมและขยายทุนทางสังคมต่อเนื่อง (Collective social capital) ทั้งกับครอบครัวที่เคยได้รับการบริการจากเครือข่ายฯ เพื่อนร่วมงานในเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์และชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ ภารกิจพยานของการพัฒนาความสัมพันธ์เสมือนคนในครอบครัวเดียวกัน ที่แสดงถึงความเป็นลูกเป็นหลานหรือเป็นเพื่อน แม้ “พันธกิจ” ของกลุ่มฯ จะเสร็จสิ้นแล้ว แต่ความสัมพันธ์

ยังคงยืนนาน และในมุมกลับ ความต้องการ “ตอบแทน” ของครอบครัวที่เคยได้รับการบริการจากกลุ่มฯ ด้วยการช่วยเหลือกลุ่มฯ ตามศักยภาพและโอกาสที่มี ซึ่งในอีกนัยยะหนึ่งเปิดพื้นที่ต่อการสร้างความเชื่อมั่นในตนเองของ “คนธรรมดา” เหล่านี้ ให้เรียนรู้ว่าตนมีคุณค่า สามารถช่วยเหลือเพื่อนร่วมชุมชนได้ตามศักยภาพที่มี เกิดความมั่นใจในตน และค่อยๆ พัฒนาเป็นความสัมพันธ์แบบเท่าเทียมที่ครอบครัวเหล่านี้ไม่เป็นแต่เพียง “ผู้รับ” แต่ยังสามารถเป็น “ผู้ให้” ซึ่งไม่เพียงแต่เป็นเรื่องของ “ความสัมพันธ์แบบสองทาง (Reciprocal way)” แต่ยังเป็นเรื่องของการพัฒนา “ความรู้สึกร่วมกัน เป็นหนึ่งของชุมชน (Community engagement)” อีกด้วย ปรากฏการณ์ความต้องการเป็นสมาชิกกลุ่มฯ ของคนในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ที่เพิ่มขึ้นจำนวนมาก รวมทั้งพระสงฆ์ หรือวัฒนธรรมการทำบุญวันเกิดของเจ้าหน้าที่เทศบาลฯ ที่ร่วมกันก่อหนุ่่งงานของกลุ่มฯ และเครือข่ายฯ เป็นประจำ หรือความกระตือรือร้นของเพื่อนบ้านในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เมื่อยามที่เพื่อนร่วมชุมชนประสบกับความทุกข์ใจจากความเจ็บป่วย ความตาย และมีความโศกเศร้า เป็นต้น เหล่านี้สะท้อนการเป็นหุ้นส่วนทางสังคม (Social partnership) ที่คนในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์มีต่อกัน และการดำรงอยู่ของทุนทางสังคมในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ เป็นการพัฒนาศักยภาพชุมชน (Community building) และกลายเป็นจุดเริ่มต้นของการก่อร่าง “ชุมชนความกรุณา (Compassionate communities)” ของชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ ทั้งเพื่อกับการได้ใช้ชีวิตที่มีสุข (Good living) และกับการเผชิญความตายที่สงบ (Peaceful death) ระยะยาวของชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ กล่าวได้ว่า กลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำได้สร้างองค์กรชุมชน (Community organization) ในรูปเครือข่าย เป็นทุนทางสังคมในมิติสุขภาพของคนเมืองกาฬสินธุ์ทุกคน (Ownership) ที่เป็นการพึ่งตนเองเรื่องสุขภาพพระยะท้ายของชุมชนฯ เป็น “สวัสดิการชุมชน (Community welfare)” ซึ่งเกิดจากการร่วมออกแบบและร่วมลงมือทำโดยคนในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์เอง สอดรับกับแนวคิดความยั่งยืน และมีส่วนต่อการลดความเหลื่อมล้ำในการบริการสุขภาพพระยะท้ายของชุมชนฯ โดยสรุป ผลกระทบเชิงบวกที่เกิดขึ้นจากการให้บริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ของกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำ เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์และเครือข่าย ต่อทั้งผู้ป่วยฯ

และครอบครัว กลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำคำและเครือข่าย เทศบาลเมืองและชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ ในเรื่องการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมต่อเรื่องความตายไปในเชิงป้องกัน การมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว การลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงคุณภาพชีวิตระยะท้ายของกลุ่มคนเปราะบางในชุมชน และการร่วมสร้างชุมชนกรุณา ที่เป็นชุมชนแห่งความเห็นอกเห็นใจ เพื่อสุขภาวะที่ดีของทุกคนในชุมชนร่วมกัน

ปัจจัยทุนทางสังคมสำคัญที่พบ ได้แก่ ความสัมพันธ์แบบรวมกลุ่ม (Mutuality) และแบบเครือข่าย (Networking) เป้าประสงค์หรือบรรทัดฐานร่วม (Shared value or shared norms) ความไว้วางใจ (Trust) และการตอบแทนหรือการพึ่งพาอาศัยกัน (Reciprocity) ที่สามารถอธิบายโครงสร้างทางสังคม (Social structure) ด้วย “เครื่องมือทุนทางสังคม” (Social capital as a tool) เหล่านี้ได้คือ ความสัมพันธ์แนบแน่นระหว่างกลุ่มเพื่อนๆ ในกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำคำ การพัฒนาความสัมพันธ์ใกล้ชิดจากการทำงานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวกับเพื่อนในเครือข่ายไปพร้อมๆ กับการพัฒนาความสัมพันธ์เสมือนคนในครอบครัวเดียวกันกับผู้รับบริการของกลุ่มฯ และเครือข่ายฯ ค่อยๆ สร้างความไว้วางใจต่อกัน และนำไปสู่การถ้อยทีถ้อยอาศัยพึ่งพากันและกัน ลดทอนความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ที่อาจเคยมีระหว่างกัน โดยเฉพาะระหว่างเจ้าหน้าที่ภาครัฐกับประชาชนทั่วไป การรักษาปัจจัยทุนทางสังคมให้คงอยู่อย่างยั่งยืนในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์เช่นนี้ จะสามารถขยายผลต่อยอดการพัฒนาศักยภาพชุมชนในด้านอื่นๆ เพื่อคุณภาพชีวิตครบทุกด้านของคนทั้งชุมชนฯ ร่วมกัน

จากการวิเคราะห์ข้อดีและข้อเสียของการศึกษาบทเรียนรู้ในครั้งนี้พบว่า ข้อดี คือ ความสามัคคี เข้มแข็งของชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ และการลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว อันเกิดจากการดูแลผู้ป่วยในช่วงท้ายของชีวิตและครอบครัวแบบประคับประคองด้วยแนวคิดทุนทางสังคม และข้อเสีย คือ อาจเกิดปรากฏการณ์ “ฟรีไรเดอร์ (Free rider)”¹⁶ กับ 2 กลุ่ม กล่าวคือ กลุ่มคนฐานะทางเศรษฐกิจดี หรือ เป็นครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวจำนวนมาก

¹⁶ ศัพท์ทางเศรษฐศาสตร์ หมายถึง ผู้ที่ได้ผลประโยชน์โดยไม่ต้องเสียแรงหรือลงทุนใดๆ

หรือ ไม่มีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้วยตนเอง และกลุ่มเจ้าหน้าที่
ท้องถิ่นผู้มีบทบาท หน้าที่เกี่ยวข้องในการทำงานดูแลสุขภาวะระยะท้าย

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ ประกอบด้วย

1. การสร้างการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังคงมีภาวะ “แอคทีฟ (Active aging)¹⁷” ในงานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวของกลุ่ม
จิตอาสา ไปยังผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ ให้กว้างขวาง นอกเหนือจากกลุ่มผู้สูงอายุใน
โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการสร้าง
ความความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองของประชากรสูงอายุในภาพรวม
ลดเวลาการเข้าสู่ผู้สูงอายุในภาวะ “ติดเตียง” และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา
จำนวนมาก ทั้งของครอบครัวและภาครัฐ

2. การสร้างความร่วมมือกับสถาบันศึกษาในพื้นที่ เพื่อขยาย “ความรอบรู้
เรื่องความตาย (Death Literacy)” และขยายการมีส่วนร่วมของ “เยาวชน
จิตอาสา” ให้กว้างขวาง ที่เป็นการตระหนักถึงบริบทความเป็นจริงของสังคม ใน
การเตรียมความพร้อม ความเข้าใจให้กับเยาวชนในเรื่องเหล่านี้

3. การขยายเครือข่าย หรือขยายกิจกรรมของกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำคำ
ควรคำนึงถึงความพร้อมในเรื่องการจัดการและเรื่องของระยะเวลาที่เหมาะสม
โดยเฉพาะการเผชิญกับความผันผวนของวิกฤตการณ์เช่นปัจจุบัน เนื่องจาก
ความสัมพันธ์ในรูปเครือข่ายต้องการเวลา เพื่อเรียนรู้จักกัน อันเป็นรากฐาน
สำคัญของความยั่งยืนในการทำงานแบบเครือข่าย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่ เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ควรขอรับ
การสนับสนุนจากภาครัฐส่วนกลางในนโยบายด้านสุขภาพชุมชน ที่นำไปสู่
การพัฒนาชุมชน ด้วยมุมมองสุขภาวะแบบองค์รวม และการประยุกต์ใช้แนวคิด
ทุนทางสังคม โดยให้การสนับสนุนการเตรียมความพร้อมของภาคส่วนต่างๆ ใน
ชุมชน เรื่องการดูแลผู้สูงอายุในภาพรวม ครอบคลุมนับตั้งแต่ผู้สูงอายุในภาวะ
“แอคทีฟ” หรือ “ติดสังคม” ภาวะ “ติดบ้าน” และภาวะ “ติดเตียง”

¹⁷ ภาวะพลัดพลัดขององค์การอนามัยโลก หมายถึง ภาวะสุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย
การมีสุขภาพดี การมีส่วนร่วม และการมีหลักประกันและความมั่นคง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ได้แก่ นำผลการศึกษาวิจัยนี้ไปดำเนินการศึกษาวิจัยนําร่องในจังหวัดพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ผู้วิจัยมีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลภาคสนามส่งผลกระทบต่อแผนงานวิจัยในภาพรวม

เอกสารอ้างอิง

- เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์, กองสวัสดิการสังคม. (2562). รายงานการประเมินผล การรับรู้และความพึงพอใจในการดำเนินโครงการสร้างสุขที่ปลายทาง. สืบค้นจาก www.kalasin-mu.go.th
- วรรณา จารุสมบัติ. (2567). นโยบายสถานชีวาภิบาล (สัมภาษณ์). กรุงเทพฯ ศิริรัตน์ ปานอุทัย และคณะ. (2563). การสังเคราะห์ข้อเสนอระบบการดูแลแบบประคับประคองในเขตเมืองของจังหวัดเชียงใหม่. สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5242?locale-attribute=th>
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). (2563). นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่ เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบ ประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พค.2563. สืบค้นจาก www.nationalhealth.or.th
- เอกสารโครงการจิตสุชาติ สร้างสุขที่ปลายทาง. (ม.ป.ป.). (อัดสำเนา). Peaceful, Death. (2564). ถอดบทเรียนชุมชนกรุณา “การทำงาน Community Palliative Care”. สืบค้นจาก www.peacefuldeath.co
- Horsfall, D., Noonan, K., & Leonard, R. (2012). Bringing our dying home: How caring for someone at end of life builds social capital and develops compassionate communities. *Health Sociology Review*, 21(4), 373-382. DOI: 10.5172/hesr.2012.21.4.373.

- Johansson, S., Leonard, R., & Noonan, K. (2010). Caring and the generation of social capital: Two models for a positive relationship. *International Journal of Social Welfare*, 21(1), 44-52. DOI: 10.1111/j.1468-2397.2010.00759.x.
- Kellehear, A. (2005). *Compassionate Cities: Public health and end-of-life care*. New York: Routledge.
- Lewis, J., DiGiacomo, M., Currow, D., & Davidson, P. (2014). Social capital in a lower socioeconomic palliative care population: a qualitative investigation of individual, community and civic networks and relations. *BMC Palliative Care*, 30(13), 13-30. DOI: 10.1186/1472-684X-13-30
- Peeler, A., Doran, A., Winter-Dean, L., Ijaz, M., Brittain, M., Hansford, L., Wyatt, K., Sallnow, L., & Harding, R. (2023). Public health palliative care interventions that enable communities to support people who are dying and their carers: a scoping review of studies that assess person-centered outcomes. *Frontiers in Public Health*, 11, DOI: 10.3389/fpubh.2023.1180571
- Reeves, D., Blickem, C., Vassilev, I., Brooks, H., Kennedy, A., Richardson, G., & Rogers, A. (2014). The Contribution of Social Networks to the Health and Self-Management of Patients with Long-Term Conditions: A Longitudinal Study. *PLoS One*, 9(6), e98340. DOI: 10.1371/journal.pone.0098340