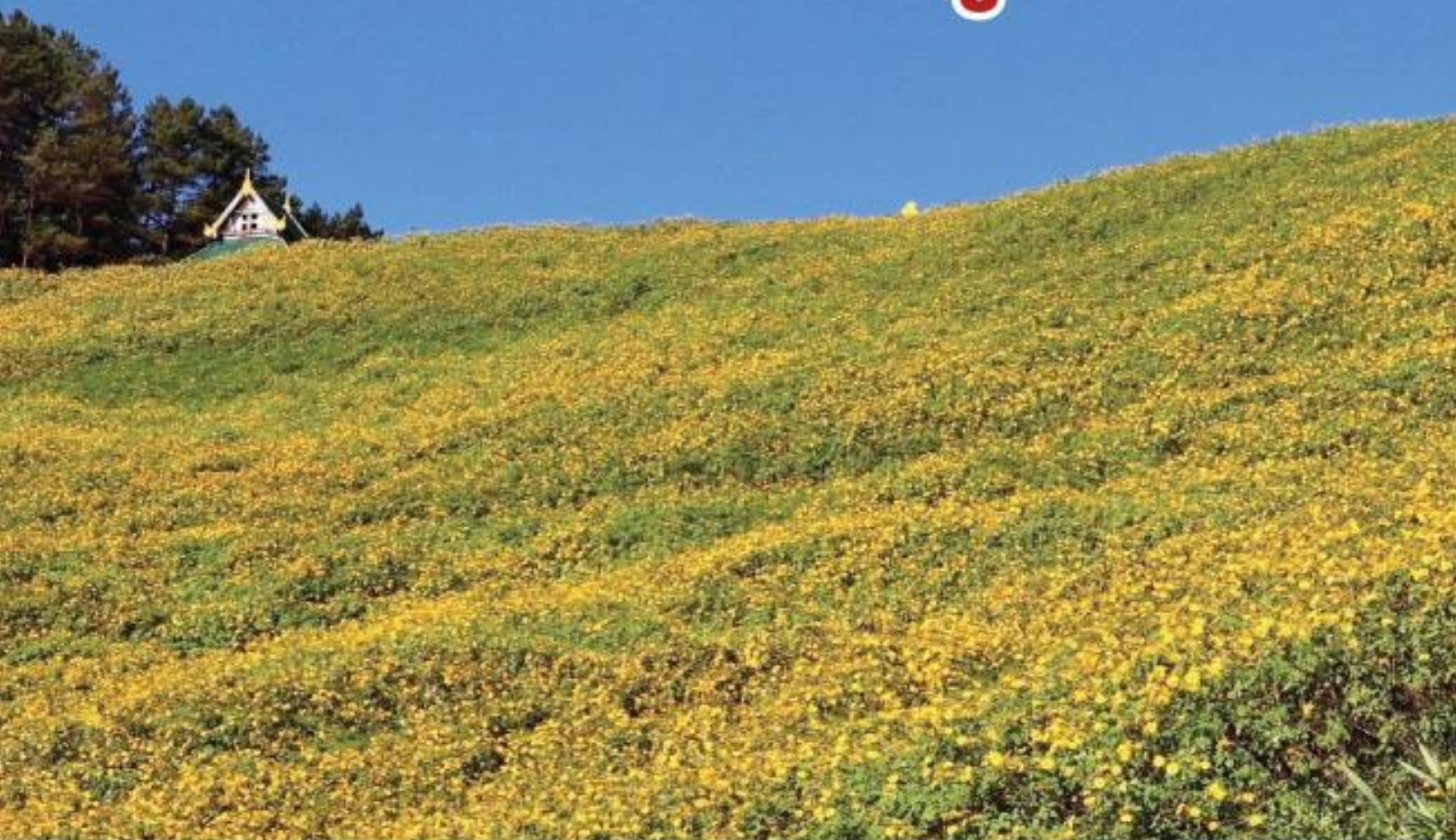




รายงานการนิจารณาศึกษา

เรื่อง ข้อเสนอการสร้างเสริมสุขภาวะ

ระยะสุดท้ายของชีวิต รองรับสังคมสูงวัย



คณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก
เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา

สำนักกรรมการ ๓
สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา



รายงานการพิจารณาศึกษา

เรื่อง

ข้อเสนอการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต

รองรับสังคมสูงวัย

ของ

คณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน

สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา

สำนักกรรมการ ๓

สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา



(สำเนา)

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา

ที่ สว (กมธ ๓) ๐๐๑๙ / (ร ๓๑)

วันที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง ข้อเสนอการส่งเสริมสุขภาพระยะสุดท้ายของชีวิต รองรับสังคมสูงวัย
กราบเรียน ประธานวุฒิสภา

ด้วยในคราวประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๑๗ (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง) วันอังคารที่ ๑๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ที่ประชุมได้ลงมติตั้งคณะกรรมการสามัญประจำวุฒิสภาตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ วรรคสอง (๑๓) ซึ่งคณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา เป็นคณะกรรมการสามัญประจำวุฒิสภาคณะหนึ่ง มีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทำกิจการ พิเคราะห์ข้อเท็จจริงหรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส รวมทั้งประสานกับองค์กรภายในประเทศ ต่างประเทศ ประชาคมภายในประเทศและนานาชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับแนวทางความร่วมมือเพื่อส่งเสริมการแก้ปัญหาสังคม ชุมชน เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส การส่งเสริมศักยภาพของชุมชนด้านการพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ การคุ้มครองและดูแลผู้ยากไร้ การส่งเสริมความเสมอภาคและจัดการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล การส่งเสริมและพัฒนาสวัสดิการสังคม การเสริมสร้างพลังทางสังคม การสร้างหลักประกันความมั่นคง และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไทยโดยรวม พิจารณาติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจุบันกรรมการคณะนี้ ประกอบด้วย

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| ๑. นายวัลลภ ตังคณานุก์ | ประธานคณะกรรมการ |
| ๒. พลตรี โอสภ ภาวิไล | รองประธานคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง |
| ๓. นางเพ็ญพักตร์ ศรีทอง | รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง |
| ๔. นายกิตติศักดิ์ รัตนวราหะ | รองประธานคณะกรรมการ คนที่สาม |
| ๕. นางทัศนียา ยวนนันท | เลขานุการคณะกรรมการ |
| ๖. พลเอก ไพชยนต์ คำตันเจริญ | โฆษกคณะกรรมการ |
| ๗. นางผาณิต นิติทัณฑ์ประภาศ | ประธานที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| ๘. นายเนาวรัตน์ พงษ์ไพบูลย์ | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| ๙. หม่อมหลวงปนัดดา ดิศกุล | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| ๑๐. นายพีระศักดิ์ พอจิต | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| ๑๑. นายปรีชา บัววิรัตน์เลิศ | กรรมการ |
| ๑๒. นายมนเฑียร บุญตัน | กรรมการ |

๑๓. นายยุทธนา ทัพเจริญ	กรรมการ
๑๔. พลเอก วลีต โรจนภักดี	กรรมการ
๑๕. นายอำพล จินดาวัฒนะ	กรรมการ

บัดนี้ คณะกรรมการได้ดำเนินการพิจารณาศึกษา เรื่อง ข้อเสนอการสร้างเสริมสุขภาวะ
ระยะสุดท้ายของชีวิต รองรับสังคมสูงวัย เสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอรายงานผลการพิจารณาศึกษาเรื่อง
ดังกล่าวต่อวุฒิสภาตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๙๘

จึงกราบเรียนมาเพื่อโปรดทราบและนำเสนอรายงานของคณะกรรมการต่อที่ประชุม
วุฒิสภาต่อไป

(ลงชื่อ) วัลลภ ตังคณานูรักษ์
(นายวัลลภ ตังคณานูรักษ์)

ประธานคณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน
สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา

สำเนาถูกต้อง



(นางสาวภิรมย์ นิลทัพ)

ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการ
การพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี
ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา



(นางธนยา สิงห์ภูมิ)

ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการ
การพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี
ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา

กลุ่มงานคณะกรรมการการพัฒนาสังคมฯ
สำนักกรรมการ ๓ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๒๕ - ๖
โทรสาร ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๒๖

ธนยา พิมพ์
ธรรมรัตน์/ธนยา ทาน
ภิรมย์ ตรวจ

คณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี
ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส
วุฒิสภา



นายวัลลภ ตังคณานุรักษ์
ประธานคณะกรรมการ



พลตรี โอสถ ภาวิไล
รองประธานคณะกรรมการ
คนที่หนึ่ง



นางเพ็ญพักตร์ ศรีทอง
รองประธานคณะกรรมการ
คนที่สอง



นายกิตติศักดิ์ รัตนวราหะ
รองประธานคณะกรรมการ
คนที่สาม



นางทัศนา ยูวานนท์
เลขานุการคณะกรรมการ



พลเอก ไพชยนต์ คำตันเจริญ
โฆษกคณะกรรมการ



นางผาณิต นิตินธ์ประภาศ
ประธานที่ปรึกษาคณะกรรมการ



หม่อมหลวงปนัดดา ดิศกุล
ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ



นายเนาวรัตน์ พงษ์ไพบูลย์
ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ



นายพีระศักดิ์ พอจิต
ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ



นายปรีชา บัววิรัตน์เลิศ
กรรมาธิการ



นายมนเฑียร บุญตัน
กรรมาธิการ



นายยุทธนา ทัพเจริญ
กรรมาธิการ



พลเอก วลีต โรจนศักดิ์
กรรมาธิการ



นายอำพล จินดาวัฒนะ
กรรมาธิการ



นายอนุพร อรุณรัตน์
ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์

คณะอนุกรรมการติดตามการปฏิบัติงานด้านสังคม กิจกรรมผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย



นางเพ็ญพักตร์ ศรีทอง
อนุกรรมการและที่ปรึกษา



นายอำพล จินตาวัฒนะ
ประธานคณะอนุกรรมการ



นายยุทธนา ทัพเจริญ
รองประธานคณะอนุกรรมการ
คนที่หนึ่ง



นางจารุณท์ อึ้งภากรณ์
รองประธานคณะอนุกรรมการ
คนที่สอง



นายณัฐเมศร์ เรืองพิชัยพร
อนุกรรมการ



นายदनัย อินสว่าง
อนุกรรมการ



ศ.ธรรมศักดิ์ พงศ์พิชยามาตย์
อนุกรรมการ



พลเอก บุญลือ วงษ์ท้าว
อนุกรรมการ



นายประกาศิต ภาวะสิทธิ์
อนุกรรมการ



นางสาววรัญญา เตียวกุล
อนุกรรมการ



นางกรรณิการ์ บรรเทิงจิตร
อนุกรรมการ
และเลขานุการ



นางสาวบุษยรัตน์ กาญจนดิษฐ์
อนุกรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ



แพทย์หญิงพรรณพิมล วิปุลากร
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



นายพลากร วงศ์กองแก้ว
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ

รายงานการพิจารณาศึกษา
เรื่อง ข้อเสนอการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต รองรับสังคมสูงวัย
ของคณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ
คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา

ด้วยในคราวประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๑๗/๒๕๖๒ (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง) วันอังคารที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๒ ที่ประชุมวุฒิสภาได้ลงมติตั้งคณะกรรมการสามัญประจำวุฒิสภา ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ วรรคสอง (๑๓) โดยมีหน้าที่และอำนาจเกี่ยวกับการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทำกิจการ พิจารณาสอบหาข้อเท็จจริง หรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส รวมทั้งประสานกับองค์กรภายในประเทศ ต่างประเทศ ประชาคมภายในประเทศและนานาชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับแนวทางความร่วมมือเพื่อส่งเสริมการแก้ปัญหาสังคม ชุมชน เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส การส่งเสริมศักยภาพของชุมชนด้านการพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ การคุ้มครองและดูแลผู้ยากไร้ การส่งเสริมความเสมอภาคและขจัดกาเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล การส่งเสริมและพัฒนาสวัสดิการสังคม การเสริมสร้างพลังทางสังคม การสร้างหลักประกัน ความมั่นคง และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไทยโดยรวม พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

บัดนี้ คณะกรรมการได้ดำเนินการพิจารณาศึกษา เรื่อง ข้อเสนอการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต รองรับสังคมสูงวัย เสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอรายงานผลการพิจารณาการศึกษาเรื่องดังกล่าวต่อวุฒิสภาตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๘๘ ดังนี้

๑. การดำเนินงานของคณะกรรมการ

คณะกรรมการได้ดำเนินการพิจารณาศึกษา ดังนี้

๑.๑ คณะกรรมการได้มีมติมอบหมายให้คณะอนุกรรมการติดตามการปฏิรูปด้านสังคม กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย ทำหน้าที่พิจารณาศึกษา ซึ่งอนุกรรมการคณะนี้ประกอบด้วย

๑) นางเพ็ญพักตร์ ศรีทอง	อนุกรรมการและที่ปรึกษา
๒) นายอำพล จินดาวัฒนะ	ประธานคณะอนุกรรมการ
๓) นายยุทธนา ทัพเจริญ	รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่หนึ่ง
๔) นางจารุนันท์ อึ้งภากรณ์	รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่สอง
๕) นายณัฐเมศวร์ เรืองพิชัยพร	อนุกรรมการ
๖) นายดารนัย อินสว่าง	อนุกรรมการ
๗) ศาสตราจารย์เกียรติคุณธรรมศักดิ์ พงศ์พิชญมาตย์	อนุกรรมการ
๘) พลเอก บุญลือ วงษ์ท้าว	อนุกรรมการ
๙) นายประกาศิต ภาวะสิทธิ์	อนุกรรมการ

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| ๑๐) นางสาวรัญญา เตียวกุล | อนุกรรมาธิการ |
| ๑๑) นางกรรณิการ์ บรรเทิงจิตร์ | อนุกรรมาธิการและเลขาธิการ |
| ๑๒) นางสาวบุษยรัตน์ กาญจนดิษฐ์ | อนุกรรมาธิการและผู้ช่วยเลขาธิการ |

ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ ประกอบด้วย

- ๑) แพทย์หญิงพรรณพิมล วิปุลากร
- ๒) นายพลากร วงศ์กองแก้ว

๑.๒ ที่ประชุมคณะกรรมการฯ ได้มีมติแต่งตั้ง นางสาวภิรมย์ นิลทัพ ผู้บังคับบัญชากลุ่มงาน
คณะกรรมการการพัฒนาสังคมและกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส
และนางธนยา สิงห์มณี นิติกรชำนาญการ กลุ่มงานคณะกรรมการการพัฒนาสังคมฯ ทำหน้าที่เป็น
ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการฯ ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๘๗

๒. วิธีการพิจารณาศึกษา

๒.๑ คณะกรรมาธิการมอบหมายให้คณะอนุกรรมการติดตามการปฏิรูปด้านสังคม กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย ดำเนินการพิจารณาศึกษา เรื่อง ข้อเสนอการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต รองรับสังคมสูงวัย โดยคณะอนุกรรมการได้ดำเนินงานร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๒.๒ คณะกรรมการได้ดำเนินการโดยเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลข้อเท็จจริง
ดังนี้

หน่วยงานในกำกับสำนักนายกรัฐมนตรี

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

- | | |
|----------------------------------|--|
| ๑) นายสุทธิพงษ์ วสุโสภาพล | รองเลขาธิการคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ |
| ๒) นางจุฑามาศ โมฬี | หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาและ
ขับเคลื่อนสิทธิด้านสุขภาพ |
| ๓) นายพิสิษฐ์ ศรีอัครโกคิน | ผู้อำนวยการ |
| ๔) นางสาวกนกวรรณ รับพรดี | ผู้อำนวยการ |
| ๕) นางสาวนันทพร เตชะประเสริฐสกุล | ผู้อำนวยการ |
| ๖) นางสาวรัชนีวรรณ เสงสีหาพันธ์ | ผู้อำนวยการ |

๒.๓ คณะกรรมาธิการได้ตั้งคณะทำงานพิจารณาศึกษาข้อเสนอการสร้างเสริมสุขภาพในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยมีหน้าที่พิจารณาศึกษาเกี่ยวกับการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพในระยะสุดท้ายของชีวิต ตลอดจนปัญหาและอุปสรรค รวมทั้งข้อเสนอแนะด้านต่าง ๆ

๒.๔ การศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ โดยการทบทวนเอกสารวิชาการ รายงานการวิจัย เอกสารสิ่งพิมพ์ และสื่อสารสนเทศต่าง ๆ ข้อเท็จจริง และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๒.๕ การจัดเสวนา เรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตรองรับสังคมสูงวัย” จัดโดย คณะกรรมการธิการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา ร่วมกับ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่พุธที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุม ๔๐๔ ชั้น ๔ อาคารรัฐสภา (ฝั่งวุฒิสภา) และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

๓. ผลการพิจารณาศึกษา

คณะกรรมการธิการขอรายงานผลการพิจารณาศึกษา เรื่อง ข้อเสนอการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต รองรับสังคมสูงวัย โดยคณะกรรมการได้มอบหมายให้คณะอนุกรรมการติดตามการปฏิรูปด้านสังคม กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย ดำเนินการพิจารณาศึกษากรณีดังกล่าว ซึ่งคณะกรรมการได้พิจารณารายงานของคณะอนุกรรมการด้วยความละเอียดรอบคอบแล้ว และได้มีมติให้ความเห็นชอบกับรายงานดังกล่าว โดยถือเป็นรายงานการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการ

จากการพิจารณาศึกษาเรื่องดังกล่าวข้างต้น คณะกรรมการจึงขอเสนอรายงานการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการ โดยมีรายละเอียดตามรายงานทำนองนี้ เพื่อให้วุฒิสภาได้พิจารณา หากวุฒิสภาให้ความเห็นชอบด้วยกับผลการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการ ขอให้โปรดแจ้งไปยังคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาและดำเนินการตามแต่จะเห็นสมควรต่อไป ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ของประเทศชาติและประชาชนสืบไป



(นางทัศนียา ยูวานนท์)

เลขานุการคณะกรรมการธิการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน
สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา

คำนำ

ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ (คนอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ ๒๐) และอีกเพียง ๑๐ ปี ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (คนอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๒๐) ทำให้แบบแผนชีวิต ครอบครัว ชุมชนและสังคมเปลี่ยนไปมากในทุกด้าน

กล่าวสำหรับเรื่องสุขภาพหรือสุขภาวะของบุคคลและสังคมมีการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนทุกช่วงวัย ตั้งแต่ก่อนเกิด วัยเด็ก เยาวชน วัยทำงาน และวัยสูงอายุ และในบั้นปลายของชีวิต ที่เรียกว่า “**สุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต**” ก็มีการให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ด้วย

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๒ ได้กำหนดเป็นสิทธิด้านสุขภาพของบุคคลไว้ว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้...”

ซึ่งเป็นฐานทางกฎหมายที่นำไปสู่การพัฒนาด้านสิทธิการพัฒนาด้านการแพทย์ และระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาด้านสังคมและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

คณะกรรมการการพัฒนาระบบสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา พิจารณาเห็นว่า เรื่องนี้เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคลในช่วงปลายของชีวิตเพื่อรองรับสังคมสูงวัย จึงได้มอบหมายให้คณะอนุกรรมการติดตามการปฏิรูปด้านสังคม กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย พิจารณาศึกษาอย่างรอบด้านในทุกมิติ ทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศและในประเทศไทย สังเคราะห์เป็นข้อเสนอการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อเสนอต่อรัฐบาลและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยกันพัฒนาเรื่องนี้อย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ที่ร่วมสนับสนุนการศึกษานี้ ขอขอบคุณคณะอนุกรรมการฯ คณะทำงาน และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ทำให้รายงานการศึกษานี้สำเร็จเรียบร้อยตามวัตถุประสงค์ทุกประการ



นายวัลลภ ตังคณานฤกษ์

ประธานคณะกรรมการการพัฒนาระบบสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน

สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา

บทสรุปผู้บริหาร

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาวะของประชาชนในระยะสุดท้ายของชีวิตและการพัฒนาศาสตร์การดูแลแบบประคับประคอง เกิดขึ้นเพื่อรองรับสถานการณ์และความจำเป็น ดังนี้ (๑) ระบบสุขภาพของประเทศไทยที่มีแนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคร้ายแรงและโรคที่คุกคามต่อชีวิตเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรที่สังคมไทยกำลังก้าวสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (๒) เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า ในบางครั้งทำให้การรักษาในระยะสุดท้ายไม่ก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุ (Medical Futility) แต่ได้สร้างความทุกข์ทรมานและเป็นภาระของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งครอบครัว ญาติ บุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการสาธารณสุขโดยรวมอย่างมาก และส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นทั้งในระดับครอบครัวและระดับประเทศ (๓) แนวคิดเรื่อง “สุขภาพ” ได้เปลี่ยนแปลงไป ระบบสุขภาพจึงต้องให้ความสำคัญกับสิทธิและความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยเชื่อมโยงกับบริบทของสังคมและสิ่งแวดล้อม (๔) สิทธิด้านสุขภาพของประชาชนในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งได้บัญญัติไว้ในมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และ (๕) ทศนคติเรื่องการวางแผนและการเตรียมความพร้อมของชีวิตไว้ล่วงหน้าเพื่อสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตหรือการตายดีในสังคมไทย

คณะกรรมการการพัฒนาระบบสุขภาพ และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา ได้ตระหนักถึงความจำเป็นในการพัฒนาและการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้พื้นฐานจากการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อเป็นแนวทางในการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐและครัวเรือน รวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและการสร้างสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิตให้กับผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งในมิติของระบบบริการสุขภาพ มิติด้านสังคม และมิติด้านบริหารจัดการ จึงได้พิจารณาศึกษาเรื่อง “ข้อเสนอการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต รองรับสังคมสูงวัย” โดยผลการพิจารณาศึกษาสรุปได้ ดังนี้

ข้อค้นพบสำคัญ

๑. ในระดับสากล

การสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตมีมายาวนานหลายสิบปี โดยมีการพัฒนามาตรฐานสากลเกี่ยวกับคุณภาพการตาย (Quality of Death Index) กฎบัตรปรากที่ให้ความสำคัญกับการยอมรับเรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคอง การเข้าถึงยากลุ่มที่จำเป็นในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง และองค์การอนามัยโลกได้พัฒนายุทธศาสตร์การขับเคลื่อนงานด้านการรักษาแบบประคับประคอง ประกอบด้วย ๔ ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ (๑) การมีนโยบายและยุทธศาสตร์

ของประเทศ (๒) การเข้าถึงยาจำเป็น (๓) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพ และ (๔) การบูรณาการการทำงานของแต่ละภาคส่วน

สำหรับแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองโดยระบบบริการสุขภาพ มี ๕ รูปแบบ ได้แก่ (๑) การดูแลแบบผู้ป่วยใน (๒) การดูแลแบบผู้ป่วยนอก (๓) การดูแลที่บ้าน (๔) การดูแลโดยสถานรับดูแล (Day Care) และ (๕) การดูแลโดยทีมดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณหรือปัญญา และสังคมที่เชื่อมโยงให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมควบคู่กับการพัฒนาระบบและมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคอง มีการพัฒนาด้านสิทธิผู้ป่วยหรือสิทธิของบุคคลในการเลือกที่จะสิ้นชีวิตไปอย่างมีคุณภาพ เป็นไปตามธรรมชาติ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าบนหลักสิทธิมนุษยชน (Advance Directives หรือ Living Will) แต่เมื่อเทคโนโลยีทางการแพทย์เจริญก้าวหน้ามากขึ้น ส่งผลดีต่อการดูแลบำบัดรักษาโรคร้ายไข้เจ็บได้มาก แต่ขณะเดียวกันก็มีโอกาสแทรกแซงการสิ้นชีวิตที่ควรเป็นไปตามธรรมชาติ ซึ่งกระทบต่อ “สิทธิการตายดี” (Good Death) และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นของครอบครัวและระบบสุขภาพโดยรวมอีกด้วย

ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยพบว่า ค่าใช้จ่ายของบุคคลในการรักษาพยาบาลช่วง ๖ เดือนสุดท้ายของชีวิต มีมูลค่าสูงมากกว่าช่วงใด ๆ ของชีวิต โดยการดูแลรักษาในโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการดูแลโดยฐานครอบครัวและชุมชน และเมื่อสังคมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมากขึ้น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยระยะสุดท้ายทวีจำนวนมากขึ้น ส่งผลกระทบกับค่าใช้จ่ายทั้งของบุคคล ครอบครัว และสังคมโดยรวมเพิ่มขึ้นด้วย

การผลักดันให้มีการเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับการรักษาพยาบาลด้วยเครื่องมือและอุปกรณ์เพื่อชีวิตตนเอง เกิดขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. ๒๕๑๐ ในประเทศสหรัฐอเมริกา และมีการออกกฎหมายรับรองสิทธิของบุคคลในเรื่องดังกล่าวครบทุกรัฐ ซึ่งต่อมาได้มีการพัฒนาการทำเอกสารที่เรียกว่า POLST (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการสื่อสารสร้างความเข้าใจกันระหว่างผู้ดูแลรักษากับผู้ป่วย และครอบครัวเพิ่มเติมขึ้นมามากยิ่งขึ้น

ประเทศแถบยุโรปได้พัฒนากฎหมายรับรองสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต และให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) โดยเน้นที่การพัฒนาเอกสารการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning : ACP) เพื่อวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมพิจารณาและร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการดูแลเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต (End of Life) ซึ่งไม่ใช่การให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามตัวหนังสือที่แสดงเจตนาตามกฎหมายอย่างเดียว

ประเทศในทวีปเอเชีย รายงานนี้ได้ศึกษาเป็นการเฉพาะสำหรับ (๑) รัฐเกรละ ประเทศอินเดีย (๒) ไต้หวัน และ (๓) ประเทศสิงคโปร์ ซึ่งไต้หวันมีพัฒนาการเรื่องนี้มาก โดยได้ปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ๔ ประเด็น คือ (๑) การปฏิรูปเครือข่ายบริการสุขภาพ (๒) การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพ (๓) การปฏิรูประบบข้อมูลสารสนเทศ และ (๔) การพัฒนาแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ไต้หวันเป็นแบบอย่างการจัดระบบการดูแลแบบประคับประคองที่นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมและนำนวัตกรรมการรักษาพยาบาลทางไกลเข้ามาใช้ และให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งมิติด้านการแพทย์ ด้านจิตวิญญาณ ด้านสังคม และด้านอื่น ๆ อย่างเป็นองค์รวม นอกจากนี้ได้พัฒนากฎหมายรองรับ ได้แก่ พระราชบัญญัติการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้าย พ.ศ. ๒๕๔๓ (Hospice Palliative Care Act) และพระราชบัญญัติสิทธิในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย พ.ศ. ๒๕๕๘ (Patient Right to Autonomy Act) สำหรับประเทศสิงคโปร์ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย มียุทธศาสตร์แห่งชาติเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง พัฒนามาตรฐานบริการ พัฒนาบุคลากรสุขภาพ พัฒนาโปรแกรมการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) มีการส่งเสริมระบบที่พิทักษ์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice) การดูแลด้วยระบบ Nursing Home ซึ่งรวมไปถึงการดูแลที่เชื่อมโยงกับบ้านและชุมชนด้วย

๒. ในประเทศไทย

๒.๑ สิทธิการตายดี ในอดีต เรื่องเกิด แก่ เจ็บ ตาย สัมพันธ์แนบแน่นอยู่ตามความเชื่อ วิถีชีวิต และหลักทางศาสนาโดยตลอด ซึ่งในทุกวันนี้ยังสัมพันธ์อยู่เช่นนั้น ในขณะที่เรื่องการเจ็บ และการตายได้เข้าไปสัมพันธ์กับเรื่องการดูแลรักษาพยาบาลที่พัฒนาก้าวหน้าเป็นอย่างมาก จึงมีกระแสความคิดของการมองความตายว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เป็นเรื่องธรรมชาติ ปกติธรรมดา จึงไม่ควร “ยื้อการตาย” ทานพุทธทาสภิกขุเป็นท่านหนึ่ง ซึ่งแสดงธรรมเทศนาไว้ในหลายโอกาสว่า “คนเราไม่ควรหอบสังขารหนีความตาย”

ปี พ.ศ. ๒๕๔๓ คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เผยแพร่รายงาน “ระบบสุขภาพประชาชาติ ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๔๐” มีการระบุข้อความว่า

“ในบั้นปลายชีวิต บุคคลพึงมีสิทธิในการตายอย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์ โดยมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสมและไม่เป็นภาระทางเศรษฐกิจ ทั้งแก่บุคคลและแก่สังคมโดยรวม”

สืบต่อจากรายงานดังกล่าว รัฐบาลในยุคต่อ ๆ มา ได้นำสาระสำคัญต่าง ๆ มาผลักดัน กระทั่งมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งในมาตรา ๑๒ ของกฎหมายดังกล่าว ได้บัญญัติว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข
ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้
การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตาม
หลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคล
ตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

ซึ่งเป็นหมวดกฎหมายที่ประกาศรับรองสิทธิบุคคลในการปฏิเสธการรักษาพยาบาล
ในระยะสุดท้ายของชีวิตไว้เป็นการล่วงหน้า (Advance Directives หรือ Living Will)

การปฏิเสธการรักษาพยาบาลเช่นนี้ มิได้หมายความว่าแพทย์และบุคลากรสุขภาพ
จะปล่อยทิ้งให้ผู้ป่วยได้รับทุกข์ทรมานและจากไปโดยไม่ดูแลใด ๆ แต่ตรงกันข้าม บุคลากรจะต้องให้
การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ที่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยจากไป
อย่างสงบ เป็นธรรมชาติและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และไม่ใช่เรื่องการอนุญาตให้ทำการุณยฆาต
(Mercy Killing)

๒.๒ การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง ในวงการแพทย์และระบบบริการสุขภาพ
ทั้งภาครัฐและเอกชนได้พัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย พัฒนา
มาตรฐานการดูแล พัฒนาบุคลากร ศึกษาวิจัย สร้างองค์ความรู้ และพัฒนาระบบบริการ
เพื่อสนองความต้องการของประชาชนที่เพิ่มมากขึ้น และตอบสนองกับความท้าทายและข้อจำกัดต่าง ๆ
โดยองค์กรวิชาชีพทั้งแพทยสภา สภาการพยาบาล สถาบันการผลิตบุคลากรสุขภาพได้ให้ความสำคัญ
ต่อการพัฒนางานและพัฒนาบุคลากรด้านนี้เพิ่มมากขึ้นตามลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการพัฒนา
ระบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ที่เป็นหัวใจสำคัญของระบบการดูแล
แบบประคับประคอง

๒.๓ ความเชื่อมโยงด้านนโยบายและแผน จากการสังเคราะห์ความเชื่อมโยงและ
การสนับสนุนทางนโยบายต่อการส่งเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นเรื่องที่กว้างกว่าเรื่อง
การปฏิเสธการรักษาพยาบาลและเรื่องระบบการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต
พบว่า มีนโยบายและจุดยึดโยงต่าง ๆ ที่สำคัญ โดยปรากฏในยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี แผนการปฏิรูป
ประเทศด้านสาธารณสุข และด้านวัฒนธรรม กีฬา แรงงาน และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ แผนพัฒนา
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนา
ประเทศระยะยาว (พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๘๐) และนโยบายของหน่วยงานต่าง ๆ เช่น กระทรวง
สาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงยุติธรรม และมหาเถรสมาคม

๒.๔ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง นอกจากที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ ได้กำหนดเรื่องสิทธิและแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐไว้แล้ว ยังมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องหลายฉบับ ได้แก่ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. ๒๕๓๔ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ พระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๔ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕ พระราชบัญญัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๒๘ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ เป็นต้น

๒.๕ การส่งเสริมสนับสนุน สรุปข้อค้นพบได้ ๘ ประเด็น ดังนี้

(๑) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพระยะสุดท้ายของชีวิต ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันทางการแพทย์มีนโยบายและเจตจำนงในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้ายของชีวิตและให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพที่ได้มาตรฐานและเคารพในสิทธิของผู้ป่วย โดยมีความก้าวหน้ามาตามลำดับ ซึ่งโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนมีการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้ายของชีวิต และระบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) แต่ในภาพรวมยังไม่ดีนัก เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านบุคลากร งบประมาณ และลำดับความสำคัญเร่งด่วนของการพัฒนาก่อนหลัง นอกจากนี้สถาบันทางการแพทย์และสาธารณสุขให้ความสำคัญเพิ่มขึ้นในการผลิตบุคลากรสุขภาพเพื่อรองรับงานการดูแลแบบประคับประคองแต่ปัจจุบันมีแพทย์พยาบาลและบุคลากรสุขภาพที่ทำงานด้านนี้เป็นจำนวนน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณงานที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมสูงวัย ในด้านมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคองมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับสถาบันการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และโรงพยาบาลต่าง ๆ รวมถึงมีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) นอกจากนี้ องค์กร Joint Commission International (JCI) ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นองค์กรไม่แสวงหากำไรที่มีความมุ่งมั่นพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลทั่วโลก ยังได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลที่เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลระยะสุดท้าย

ทั้งนี้ ประเทศไทยได้รับการจัดอันดับคุณภาพการตายอยู่ที่ ๓๖ จาก ๘๑ ประเทศ (ที่ ๙ จาก ๑๕ อันดับ ในประเทศภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้) มีตัวชี้วัด ๑๓ ตัว ตามเกณฑ์ Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying

2021 โดย Lien Foundation ซึ่งหากยอมรับการจัดอันดับนี้ ประเทศไทยก็ยังคงต้องพัฒนางาน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพระยะสุดท้ายของชีวิตกันอีกไม่น้อย

(๒) บทบาทขององค์กรทางศาสนา องค์กรภาคประชาสังคมและท้องถิ่น องค์กรทางศาสนามีบทบาทสำคัญในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เนื่องจากการสิ้นชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของวิถีธรรมชาติเกี่ยวเนื่องกับมิติด้านจิตใจ ความเชื่อ วัฒนธรรมและหลักทางศาสนา อยู่มาก ในขณะเดียวกันองค์กรภาคประชาสังคมทั้งที่เป็นกลุ่ม เครือข่าย ชมรม สมาคม มูลนิธิ รวมถึงวิสาหกิจเพื่อสังคมตามพระราชบัญญัติส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้พัฒนาบทบาทเพื่อเข้ามาดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้น ซึ่งการดำเนินงานขององค์กรศาสนาและองค์กรภาคประชาสังคมมีทั้งรูปแบบที่ดำเนินการอย่างเป็นเอกเทศและเชื่อมโยงกับระบบการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล มีทั้งบุคลากรด้านสุขภาพและบุคลากรอื่น โดยสามารถรองรับการขยายงานดูแลแบบประคับประคองได้เป็นอย่างดี เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการดูแลด้วยระบบของโรงพยาบาล อีกทั้งมีข้อดีในด้านการดูแลทางจิตใจ จิตวิญญาณ และด้านอื่น ๆ ทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวไปพร้อม ๆ กันได้ด้วย นอกจากนี้ เริ่มมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งขยายบทบาทเข้าร่วมบริหารจัดการระบบการดูแลแบบประคับประคองบ้างแล้ว เช่น กรุงเทพมหานคร ดำเนินการโดยโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ซึ่งให้การดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรภายใต้หลัก “คลินิกสุขใจ สู้วัยประคับประคอง”

(๓) ค่านิยม ทศนคติทางสังคม การรับรู้และการมีส่วนร่วมทางสังคม การศึกษานี้ได้ศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับค่านิยม ทศนคติ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง ๓ เรื่อง ได้แก่ (๑) โครงการสำรวจความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อประเมินความต้องการบริการดูแลระยะสุดท้ายในประเทศไทย (๒) การศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับความตาย การดูแลระยะสุดท้าย และการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และ (๓) การประเมินค่านิยมการรับรู้และทัศนคติเรื่องสุขภาพระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคองของผู้เข้าร่วมประชุมสร้างสุขที่ปลายทาง ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งสามารถนำมาพัฒนาแนวทางการสื่อสารทางสังคมได้เป็นอย่างดี

(๔) การพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพและบุคลากรอื่นที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลแบบประคับประคองทั้งแพทย์ พยาบาล บุคลากรสุขภาพอื่น ผู้อภิบาลผู้สูงอายุ ผู้ให้คำแนะนำปรึกษา ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และอาสาสมัครต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีความจำเป็นต่อการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองทั้งในและนอกสถานพยาบาล พบว่า ยังมีจำนวนจำกัดทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ซึ่งจำเป็นต้องมีการวางแผนการพัฒนาให้ชัดเจนต่อไป

(๕) การเข้าถึงยาจำเป็น การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวด จำเป็นต้องได้รับยากลุ่มOpioids ซึ่งมีประสิทธิภาพสูงในการระงับความปวด

ซึ่งองค์การอนามัยโลกมีคำแนะนำขั้นตอนการดูแลความปวดด้วยการใช้ยาอ่อนไปแก่ (WHO Analgesic Ladder) เนื่องจากยาเหล่านี้ บางชนิดจัดอยู่ในประเภทยาเสพติดให้โทษประเภท ๒ บางชนิดจัดอยู่ในกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท ๒ จึงเกิดข้อจำกัดการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีการส่งต่อจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ไปดูแลที่โรงพยาบาลขนาดเล็ก และที่ส่งไปดูแลรักษาที่บ้านหรือชุมชน นอกจากนี้โรงพยาบาลขนาดเล็กไม่สามารถยืมยาจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เนื่องจากกฎหมายกำหนดว่าการยืมยาถือว่าการจำหน่ายด้วย ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดเล็กไม่สามารถสำรองยาเหล่านี้ไว้ได้ เนื่องจากยามีอายุการใช้งานที่สั้น ความเข้มงวดของกฎหมายก่อให้เกิดเป็นทัศนคติที่ไม่ดีสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ จึงไม่มีแรงจูงใจจ่ายยาเหล่านี้ให้กับผู้ป่วย แม้ว่าจะมีความจำเป็นก็ตาม

(๖) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยด้วยโรคที่เป็นสาเหตุการตาย อันดับต้น ๆ ได้แก่ มะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง และอัมพฤกษ์อัมพาต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก และประมาณการว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องการการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน อีกทั้งพบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะ ๖ เดือนสุดท้ายของชีวิตสูงกว่า ค่าใช้จ่ายในช่วงใด ๆ ของชีวิต ซึ่งระบบการดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้ายจะช่วยลด ค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นลงได้โดยไม่ลดคุณภาพและมาตรฐานการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแล นอกโรงพยาบาลด้วยองค์การภาคส่วนต่าง ๆ และการดูแลที่บ้านที่ชุมชนมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการดูแล ในโรงพยาบาล แต่ระบบการจ่ายเงินด้านการรักษาพยาบาลยังไม่เอื้อทั้งสิทธิราชการ สิทธิ ประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งส่วนใหญ่จ่ายให้เฉพาะการดูแล แบบประคับประคองในโรงพยาบาล มีเพียงระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่พยายาม พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านและชุมชนมากขึ้น

(๗) การสื่อสาร ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้าย การดูแล แบบประคับประคอง และการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มีการสื่อสาร ๓ รูปแบบหลัก ๆ ได้แก่ ๑) การสื่อสารนโยบาย ๒) การสื่อสารเชิงวิชาการ และ ๓) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ ทางสังคม ซึ่งทั้ง ๓ รูปแบบ มีการดำเนินการอยู่บ้างแล้ว แต่ยังคงได้รับการพัฒนาอีกมาก

(๘) นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้าย การดูแลแบบประคับประคอง และการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ยังมีความจำเป็น ในเรื่องของการพัฒนาระเบียบกฎเกณฑ์ระดับรอง เพื่อส่งเสริมการพัฒนางานด้านนี้ให้ก้าวหน้าต่อไป สำหรับนโยบายเกี่ยวกับเรื่องนี้ได้มีอยู่ทั้งในระดับชาติ ระดับยุทธศาสตร์ ระดับแผน และระดับ องค์กร แต่การขับเคลื่อนงานให้เป็นไปตามนโยบายและแผนต่าง ๆ ยังต้องได้รับการส่งเสริม สนับสนุนเพื่อแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้เข้มข้นมากขึ้นต่อไป แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์และ ยุทธศาสตร์ระดับชาติเฉพาะสำหรับเรื่องนี้

ข้อเสนอแนะ

๑. ข้อเสนอทิศทางการพัฒนาและนโยบาย

หน่วยงานหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สภาวิชาชีพด้านสุขภาพ สถาบันวิชาการวิชาชีพด้านสุขภาพ และสังคม หน่วยงานและองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการดังต่อไปนี้

(๑) กำหนดทิศทางการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองและการแสดงเจตนาไม่รับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตสำหรับประเทศไทย โดยใช้การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล (Hospital - Based) เป็นฐานการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดระบบการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน (Community - Based) โดยส่งเสริมให้หน่วยงาน องค์กรภาคประชาสังคม องค์กรทางศาสนา และอื่น ๆ รวมทั้งชุมชนและท้องถิ่นพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองได้เอง โดยสร้างความเชื่อมโยง การส่งต่อ การส่งเสริมการพัฒนามาตรฐาน การพัฒนาบุคลากรและอื่น ๆ ในรูปของเครือข่ายสหสาขา เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานทั้งมิติด้านการแพทย์ ด้านจิตใจ จิตวิญญาณและสังคมอย่างเป็นองค์รวม

(๒) จัดทำนโยบายแห่งชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งแผน มาตรการ และแนวทางการพัฒนาครอบคลุมทุกมิติให้ชัดเจนและเป็นระบบ เพื่อให้หน่วยงานและองค์กรภาคีทุกภาคส่วนใช้เป็นเครื่องมือพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตร่วมกัน

๒. การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล (Hospital - Based Palliative Care)

หน่วยงานหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงมหาดไทยโดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น โรงพยาบาลในสังกัด หน่วยงานอื่น ๆ สมาคมโรงพยาบาลเอกชน หน่วยงานและองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการดังต่อไปนี้

(๑) สนับสนุนการนำนโยบายและแผนไปสู่การปฏิบัติในการจัดให้มีระบบการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลทุกสังกัด ให้มีการจัดตั้งหน่วยบริการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Unit) มีทีมดูแลแบบสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และนักโภชนาการ มีระบบการสื่อสารสองทางและการพัฒนา

ระบบการส่งต่อบริการเชื่อมโยงไปยังชุมชนและองค์กรอื่นที่มีการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน โดยมีการพัฒนามาตรฐานงาน พัฒนาบุคลากร พัฒนาวิชาการ และพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง

(๒) ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้บริการการแพทย์และสาธารณสุขในชุมชนอย่างเป็นองค์รวม โดยพัฒนาบทบาทการเป็นหน่วยเชื่อมประสานการดูแลแบบประคับประคองระหว่างโรงพยาบาลระดับสูงกว่ากับองค์กรภาคส่วนอื่นที่ทำงานดูแลแบบประคับประคองในชุมชน ทั้งที่เป็นเครือข่ายและที่เป็นเอกเทศ ตลอดจนการพัฒนาบทบาทการเป็นผู้สื่อสารสร้างการรับรู้และสร้างการมีส่วนร่วมของสังคม และบทบาทการจัดการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมด้วย

๓. ปลดล็อกข้อจำกัดการเข้าถึงยาจำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

หน่วยงานหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมการแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการดังต่อไปนี้

พัฒนากฎหมายลำดับรองที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าถึงยาจำเป็นในการลดความทุกข์ทรมาน ยืดหยุ่นให้มีการยืมยาเหล่านี้นี้ระหว่างโรงพยาบาลและสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ได้สะดวก โดยนำระบบและเทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสมมาใช้ในการจัดการยาเหล่านี้อย่างเป็นระบบ รวมทั้งสร้างทัศนคติที่ถูกต้องต่อการใช้ยา กลุ่ม Opioids ของทั้งบุคลากรด้านสุขภาพและประชาชน

๔. การพัฒนารูปแบบการบริหารด้านการเงินรองรับการดูแลแบบประคับประคอง

หน่วยงานหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หน่วยงานและองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการดังต่อไปนี้

ศึกษาวิเคราะห์และพัฒนารูปแบบการบริหารด้านการเงินและชุดสิทธิประโยชน์ ให้ผู้ที่อยู่ในระบบหลักประกันต่าง ๆ ได้เข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล รวมทั้งการเข้ารับบริการในชุมชน ซึ่งจัดบริการดูแลแบบประคับประคองโดยองค์กรภาคประชาสังคม องค์กรด้านศาสนาและองค์กรอื่น ๆ ทั้งที่เป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาล และที่จัดเป็นเอกเทศด้วย เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการบริการดูแลแบบประคับประคองที่ใกล้บ้านใกล้ใจในราคาที่ประหยัดกว่าการรับบริการในโรงพยาบาล

๕. การพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพและบุคลากรอื่น การพัฒนามาตรฐานงานและการพัฒนาวิชาการที่เกี่ยวข้อง

หน่วยงานหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และกรมอนามัย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการ

ผู้สูงอายุ กระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่เกี่ยวข้อง สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) สถาบันผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ สมาคมบริหารผู้ป่วยระยะท้ายแห่งประเทศไทย ชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง หน่วยงานและองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการดังต่อไปนี้

(๑) พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพทุกสาขาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองในเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการแสดงเจตนาในวาระสุดท้ายของชีวิต ชีตความสามารถในการดูแลแบบประคับประคองที่ได้มาตรฐาน รวมถึงการพัฒนาเส้นทางความก้าวหน้าในการทำงานและการสร้างเสริมขวัญกำลังใจที่เหมาะสมด้วย

(๒) ผลักดันให้สถานศึกษาด้านสุขภาพทุกระดับจัดให้มีการเรียนการสอนในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพระยะสุดท้ายของชีวิตทั้งก่อนและหลังการศึกษาในระดับอุดมศึกษา

(๓) พัฒนาองค์ความรู้เชิงระบบที่เป็นนวัตกรรม เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย

(๔) พัฒนามาตรฐานการดูแลแบบประคับประคองและการรักษาสិทธิผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิตให้สอดคล้องกับหลักสากลอย่างต่อเนื่อง

(๕) พัฒนาระบบบริหารจัดการสารสนเทศข้อมูลด้านสุขภาพ การวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการดำเนินการตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ แบบอิเล็กทรอนิกส์ให้เป็นระบบที่เชื่อมโยงกันทั่วประเทศ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ตามเจตนาที่ได้แสดงไว้

(๖) ส่งเสริมการวิจัยเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การดำเนินการตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และการสร้างเสริมสุขภาพระยะสุดท้ายของชีวิต รวมถึงการวิจัยและพัฒนาระบบบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

(๗) ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรที่ไม่ใช่บุคลากรด้านสุขภาพที่ทำงานเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในสถานรับดูแลต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้อภิบาลผู้สูงอายุ ผู้ให้คำแนะนำปรึกษา อาสาสมัครต่าง ๆ และบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการสนับสนุนการพัฒนาเส้นทางความก้าวหน้าในการทำงาน การจัดสวัสดิการที่เหมาะสม การสร้างเสริมขวัญกำลังใจ และการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีแก่สังคมด้วย

๖. การส่งเสริมองค์กรนอกภาคสุขภาพจัดบริการดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้ายของชีวิตในชุมชน

หน่วยงานหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและกรมอนามัย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ หน่วยงานและองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการดังต่อไปนี้

(๑) ภาครัฐควรมีนโยบายที่ชัดเจนในการส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรภาคประชาสังคม องค์กรทางศาสนา และองค์กรอื่น ๆ เข้ามาร่วมจัดบริการดูแลแบบประคับประคองในรูปแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสม ทั้งที่เป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาล หรือที่เป็นการจัดบริการดูแลแบบเบ็ดเสร็จที่บ้าน (Comprehensive Holistic One - Stop Service) หรือที่เป็นหน่วย Hospice Centre ในชุมชน เพื่อเป็นศูนย์กลางเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน เป็นต้น โดยการส่งเสริมการต่อยอด และขยายผลจากที่มีอยู่บ้างแล้ว

(๒) ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนามาตรฐาน การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุให้สามารถใช้บริการขององค์กรนอกภาครัฐเหล่านี้ได้ รวมถึงการพัฒนาระบบสนับสนุนอื่น และการกำกับดูแลเพื่อให้บริการมีคุณภาพได้มาตรฐาน

๗. การพัฒนาการสื่อสาร การรับรู้ การเรียนรู้และสร้างความร่วมมือทางสังคม

หน่วยงานหลัก ได้แก่ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ สถาบันวิชาชีพและวิชาการด้านการสื่อสาร สถาบันทางการแพทย์ และสุขภาพต่าง ๆ หน่วยงานและองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการดังต่อไปนี้

(๑) ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาการสื่อสาร เพื่อสร้างการรับรู้ และการเรียนรู้ร่วมกันในสังคม ในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การแสดงเจตนาตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต หลักคิดด้านสิทธิ ด้านชีวิตและธรรมชาติ หลักคิดด้านศาสนาความเชื่อและวัฒนธรรม รวมถึงสภาพการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมสูงวัย เพื่อความตระหนักรู้และสร้างความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต

(๒) ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือและยุทธศาสตร์การสื่อสารสมัยใหม่ นำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาช่วยสร้างการสื่อสารทางสังคมอย่างหลากหลายและให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

๘. สานพลังขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตที่เป็นองค์รวม

หน่วยงานหลัก ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์และกรมอนามัย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น หน่วยงานและองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการดังต่อไปนี้

(๑) ประสานงานเพื่อส่งเสริมสนับสนุนการวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลแบบประคับประคอง การดำเนินการตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ การสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตด้วย (Model Development) และการสื่อสารเรียนรู้ร่วมกันในสังคม เพื่อการต่อยอดและขยายผลอย่างต่อเนื่อง

(๒) ประสานและส่งเสริมการพัฒนาสิทธิด้านสุขภาพตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ควบคู่ไปกับการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองในรูปแบบต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง

(๓) ประสาน ส่งเสริม และสนับสนุนกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของทุกภาคส่วนในสังคม เพื่อสานพลังขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต รองรับสังคมสูงวัยอย่างต่อเนื่อง

(๔) ส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อยกระดับการทำงานสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างต่อเนื่อง

(๕) ติดตาม ประสาน และสนับสนุน หน่วยงาน องค์กรและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ที่ทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง และงานสิทธิตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

๙. การสนับสนุนการพัฒนาอื่น ๆ

(๑) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ หน่วยงานและองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการให้ความสำคัญต่อการพัฒนาระบบการดูแลเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต ไว้ในงานด้านกิจการผู้สูงอายุและการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ แผนงานและโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

(๒) สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน กระทรวงแรงงาน สถาบันอุดมศึกษา สถาบันทางวิชาการ หน่วยงานและองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการศึกษาแนวทางการพัฒนาสิทธิการลาของข้าราชการ พนักงานและลูกจ้างที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานของรัฐ และลูกจ้างตามกฎหมายแรงงาน เพื่อการดูแลบุคลากรหรือบุคคลในครอบครัวในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต หรือศึกษาแนวทางการให้สิทธิสะสมวันลาพักผ่อนที่ยังมิได้ลาในแต่ละปีรวมเป็นวันลาพักผ่อนสะสมสำหรับการดูแลบุคลากรหรือบุคคลในครอบครัวในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต หรือส่งเสริมสนับสนุนให้มีระบบปฏิบัติงานที่บ้านสำหรับดูแลบุคลากรหรือบุคคลในครอบครัวในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อที่จะสามารถทำงานไปได้พร้อมกับดูแลบุคลากรหรือบุคคลในครอบครัวในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตได้

(๓) สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) จัดทำกรมธรรม์การดูแลแบบประคับประคอง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการแสดงเจตนาในระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อเป็นทางเลือกและเสริมสิทธิการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต จากสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิประกันสังคม และสิทธิข้าราชการ

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	ณ – ธ
บทที่ ๑ บทนำ	๑
๑.๑ ความเป็นมาของการศึกษา	๑
๑.๒ นิยามศัพท์เฉพาะ	๔
๑.๓ วัตถุประสงค์ของการศึกษา	๖
๑.๔ ขอบเขตของการศึกษา	๖
๑.๕ วิธีการศึกษา	๖
๑.๖ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	๗
บทที่ ๒ นโยบาย กฎหมาย มาตรฐานและการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง	๙
๒.๑ มาตรฐานสากลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการตาย	๙
๒.๒ ต้นแบบระบบการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตและการดูแล แบบประคับประคองของประเทศในทวีปเอเชีย	๑๖
๒.๓ หลักกฎหมายการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการ สาธารณสุขในต่างประเทศ : จากหลักกฎหมายสู่แนวทางในการสื่อสาร	๒๕
๒.๔ นโยบาย กฎหมาย และการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับ การสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตของประเทศไทย	๒๙
๒.๕ พัฒนาการของการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้าย ของชีวิตในประเทศไทย	๕๓
๒.๖ องค์กภาคีเครือข่ายที่ขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะ ระยะสุดท้ายของชีวิตในสังคมไทย	๖๕
๒.๗ รูปธรรมของการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต ตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐	๖๗
บทที่ ๓ ผลการศึกษา	๑๐๓
๓.๑ มิติระบบบริการสุขภาพ	๑๐๓
๓.๒ มิติสังคม	๑๑๐
๓.๓ มิติระบบบริหารจัดการ	๑๓๔
บทที่ ๔ ข้อค้นพบสำคัญและข้อเสนอแนะ	๑๔๓
๔.๑ ข้อค้นพบสำคัญ	๑๔๓
๔.๒ ข้อเสนอแนะ	๑๕๑
บรรณานุกรม	

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาศึกษาข้อเสนอการสร้างเสริมสุขภาวะ
ในระยะสุดท้ายของชีวิต

ภาคผนวก ข.

- รายนามคณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน
สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา
- รายนามที่ปรึกษา ผู้ชำนาญการ นักวิชาการ และเลขานุการประจำ
คณะกรรมการ
- รายนามคณะอนุกรรมการ

บทที่ ๑

บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาของการศึกษา

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในระยะสุดท้ายของชีวิตและการพัฒนาศาสตร์การดูแลแบบประคับประคอง เกิดขึ้นเพื่อรองรับสถานการณ์ปัญหาและความจำเป็นที่สำคัญ ดังนี้

๑. ระบบสุขภาพของประเทศไทยที่มีแนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคร้ายแรงและโรคที่คุกคามต่อชีวิตเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรที่สังคมไทยกำลังก้าวสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยข้อมูลการสำรวจของกรมการปกครอง ณ เดือนธันวาคม ๒๕๖๕ พบว่า ประเทศไทยมีประชากรรวมกันทั้งสิ้น ๖๖.๐๙ ล้านคน เป็นประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๒.๕๑ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๙.๒๑ ของประชากรทั้งหมด และหากพิจารณาจำนวนประชากรที่มีอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป พบว่า มีจำนวน ๘.๖๒ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๓.๐๖ ซึ่งมีความใกล้เคียงกับเงื่อนไขของการเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” อย่างมาก กล่าวคือ มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งประเทศ และอีก ๑๑ ปีข้างหน้า ในปี ๒๕๗๗ จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุนับว่าสมบูรณ์แบบ (Super-Aged Society) มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ ๒๘ ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะความเจ็บป่วย คุณภาพชีวิต และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ทำให้คาดการณ์สถานการณ์ในอนาคตได้ว่าจะมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้นเรื่อย ๆ

การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) ส่งผลให้ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีมากขึ้น ทำให้ประเทศไทยต้องปรับตัวรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งหนึ่งในนั้น คือ การมีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือแบบประคับประคอง (Palliative Care) เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพระยะสุดท้ายของชีวิต ผลการวิจัย “พร้อมรับสังคมสูงวัย : วางระบบดูแลผู้ป่วยระยะยาวกับทางเลือกระยะท้ายของชีวิต” ของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาแห่งประเทศไทย (TDRI) ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ และในปี พ.ศ. ๒๕๘๐ หรืออีก ๒๐ ปีข้างหน้า จำนวนผู้สูงอายุและค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียงจะเพิ่มขึ้นเป็นเกือบสองแสนล้านบาท^๑ กล่าวคือ จำนวนผู้สูงอายุที่ติดบ้านหรือติดเตียงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากผู้สูงอายุที่ติดบ้าน จำนวน ๑๓๖,๖๗๗ คน และผู้สูงอายุที่ติดเตียงจำนวน ๓๓๕,๓๐๑ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นผู้สูงอายุที่ติดบ้าน จำนวน ๓๑๑,๒๕๖ คน และผู้สูงอายุที่ติดเตียงจำนวน ๕๒๖,๒๒๘ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๘๐ ส่งผลให้มีความต้องการจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้าน/ติดเตียงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน จากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้าน จำนวน ๑๓๖,๖๗๗ คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงจำนวน ๑๑๗,๖๕๑ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้าน จำนวน ๓๑๑,๒๕๖ คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงจำนวน ๒๖๓,๑๑๔ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๘๐ ซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายโดยรวมในการดูแลเพิ่มขึ้นจาก ๕๙,๕๑๙ ล้านบาท ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็น ๑๙๙.๗๑๗ ล้านบาท ในปี พ.ศ. ๒๕๘๐ และพบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายภายใต้โครงการสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ซึ่งเป็นสาเหตุหลักการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ มีค่ารักษาพยาบาลเดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตเฉลี่ยราว ๔๕,๐๐๐ บาท

^๑ เจาะลึกระบบสุขภาพ, “แนะส่งเสริมให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านรับมือสังคมสูงวัย”, สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕, <https://www.hfocus.org/content/2016/10/12829>

โดยมีค่าใช้จ่ายสูงสุดกว่า ๓.๔ แสนบาท ในเดือนสุดท้ายของชีวิต แต่หากเป็นการดูแลในเดือนสุดท้ายที่บ้าน อย่างมีมาตรฐานที่ผู้ป่วยมั่นใจได้ทั้งเรื่องอุปกรณ์ที่จำเป็น วัสดุสิ้นเปลือง ค่าตอบแทนและการเดินทางของ บุคลากรและผู้ดูแลจะมีค่าใช้จ่ายประมาณ ๒๗,๐๐๐ บาท และจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง (อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป) อัตราป่วยด้วยโรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๒ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น^๒ และมีข้อมูลการสำรวจ พบว่า คนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ ๑๗.๖ ของประชากร หรือประมาณ ๘ ล้านคน เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน ๒ แสนคน และป่วยเพิ่มปีละกว่า ๗,๘๐๐ ราย^๓ และข้อมูลอัตราการเกิดและอัตราการตายของ ประชากรไทยในรอบกว่าสิบปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๘ พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการเกิด มากกว่าอัตราการตายในสัดส่วนที่สูง และในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๔ อัตราการเกิดมีแนวโน้มลดลง ต่อเนื่อง จากอัตรา ๑๐.๒ ต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน เป็น อัตรา ๘.๑ ต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน โดยที่อัตราการตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง จากอัตรา ๗.๒ ต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน เป็น อัตรา ๘.๔ ต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ประเทศไทยมีอัตราการตายมากกว่าอัตราการเกิดเป็นครั้งแรก^๔

๒. ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่นำมาสู่การรักษาหรือช่วยชีวิตผู้ป่วยให้สามารถ มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น แต่บางครั้งทำให้เกิดการรักษาที่ยาวนานยืดเยื้อเมื่อโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายโดยไม่มี ความจำเป็น บวกกับทัศนคติเกี่ยวกับความตายในสังคมสมัยใหม่ที่ให้ความหมายของความตายว่า “การสิ้นสุดของชีวิต” ไม่ใช่ “เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต” ความตายเป็นความทุกข์ทรมานและเลวร้ายที่สุดในชีวิต จึงต้องหลีกเลี่ยง ความตายโดยอาศัยเทคโนโลยีทางการแพทย์ แม้ว่าวิธีการเหล่านั้นจะทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน มีแนวโน้มในการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เกินจำเป็น ทำให้การรักษาในระยะสุดท้ายนั้นไม่ก่อให้เกิด ประโยชน์กับผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุ (Medical Futility) แต่กลับสร้างความทุกข์ทรมานแทน ซึ่งกระบวนการ ยื้อความตายเหล่านี้ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ป่วย^๕ ในอีกด้านก็เป็นภาระของผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวนมาก ทั้งครอบครัว ญาติ บุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการสาธารณสุขโดยรวมอย่างมาก และส่งผล ต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นทั้งในระดับครอบครัวและระดับประเทศด้วย

๓. แนวคิดเรื่อง “สุขภาพ” ได้เปลี่ยนแปลงไปอีกระดับหนึ่ง คือ ยังคำนึงถึงบริบทของสังคม และชุมชนด้วย เนื่องจากสาเหตุของความเจ็บป่วยในปัจจุบันไม่ใช่เพียงแค่เกิดจากเชื้อโรคเท่านั้น แต่ยังมี ปัจจัยด้านพฤติกรรมและสังคมที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยหรือที่เรียกว่าปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social determinant of health)^๖ ดังนั้น ระบบสุขภาพจึงต้องให้ความสำคัญกับสิทธิผู้ป่วย ความต้องการ

^๒ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, โครงการทบทวนสถานการณ์และผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใน ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๒, สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕,

<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1036320200810073233.pdf>

^๓ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, เผยสถิติคนไทยติดเค็ม ป่วยโรคไตเรื้อรังกว่า ๘ ล้านคน, ๒๕๖๓, สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕, <https://www.thaihealth.or.th/Content/51283-เผยสถิติคนไทยติดเค็ม%20ป่วยโรคไตเรื้อรังกว่า99%20.html>

^๔ กองแผนงานและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, สถิติสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๔.

^๕ ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ, การทบทวนกระบวนการทัศน์เรื่องความตายกับมิติแห่งสุขภาพ, ๒๕๔๖, สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕, <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1494?locale-attribute=th>

^๖ สุนีย์ สุขสว่าง, บรรณาธิการ. ศัพท์ใช้บ่อยในแวดวงปฏิรูปสุขภาพ, ๒๕๖๐

ของผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยเชื่อมโยงกับบริบทของสังคมและสิ่งแวดล้อม แต่ปัญหา คือ ปัจจุบันบุคลากรสุขภาพไทยมองสุขภาพผ่านมิติทางการแพทย์เท่านั้น ไม่ได้คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และจำกัดบทบาทตนเองไว้ที่มิติทางการแพทย์ ซึ่งเป็นการมองระบบสุขภาพในลักษณะที่แยกขาดจากมิติอื่นของสังคม

๔. สิทธิด้านสุขภาพของประชาชนในระยะสุดท้ายของชีวิต ได้ถูกบัญญัติไว้ในมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งให้สิทธิประชาชนในการแสดงเจตนาการรับบริการสาธารณสุขที่ตนเองต้องการในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยกฎหมายบัญญัติไว้ว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง” สิทธิในการแสดงเจตนาตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ถือเป็นสิทธิผู้ป่วยอย่างหนึ่งตามปฏิญญาสิทธิมนุษยชนว่าด้วย “สิทธิผู้ป่วย” ค.ศ. ๑๙๘๑ (แก้ไขปรับปรุง ค.ศ. ๒๐๐๕) โดยรับรองสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายอย่างมีศักดิ์ศรี มีมนุษยธรรมว่าเป็นเรื่องสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (the right to self-determination) โดยแพทยสมาคมโลกและนานาชาติต่างให้การยอมรับว่ากระบวนการยืดชีวิตในผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เป็นการตายอย่างไร้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ทำให้ลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ลง บทบัญญัติกฎหมายนี้จึงรับรองสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตตนเอง เพื่อให้แต่ละคนสามารถตายอย่างสงบตามธรรมชาติ

๕. ทศนคติในเรื่องการวางแผนและเตรียมความพร้อมของชีวิตไว้ล่วงหน้าเพื่อสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตหรือการตายดีในสังคมไทย สังคมไทยปัจจุบันในเรื่องการรับรู้และความเข้าใจของประชาชนต่อเรื่องการวางแผนการเตรียมความพร้อมของชีวิตล่วงหน้าหรือสิทธิด้านสุขภาพในการแสดงเจตนาในการรับบริการสาธารณสุขที่ตนเองต้องการในระยะสุดท้ายของชีวิตนั้น ยังมีความท้าทายในหลายด้าน อันเนื่องมาจากค่านิยมและวัฒนธรรมของสังคมไทยต่อความตาย รวมถึงวัฒนธรรมสุขภาพที่มุ่งไปสู่กระบวนการรักษาเพื่อยืดอายุและยืดความตายออกไปให้นานที่สุด ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

คณะกรรมการการพัฒนาระบบสุขภาพ และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา ได้ตระหนักถึงความจำเป็นในการพัฒนาและการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้พื้นฐานจากการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อเป็นแนวทางในการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐและของครัวเรือน รวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและการสร้างสุขภาวะในระยะสุดท้ายให้กับผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งในมิติของระบบบริการสุขภาพ มิติด้านสังคม และมิติด้านบริหารจัดการ จึงได้ดำเนินการพิจารณาศึกษา เรื่อง “ข้อเสนอการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต รองรับสังคมสูงวัย”

๑.๒ นิยามศัพท์เฉพาะ

๑.๒.๑ สุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต (การตายดี) (Good Death)

การที่ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าการต้องการของเขาได้รับการดูแล ปลอดภัยจากความทุกข์ทรมานทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ก่อนเข้าถึงช่วงใกล้ตาย สมาชิกในครอบครัวและทีมสุขภาพมีความเคารพและยอมรับความต้องการของผู้ป่วย^๗

๑.๒.๒ คุณภาพชีวิต (Quality of Life)

การให้ความหมายและคุณค่าของชีวิตตามความชอบ ความเชื่อ และความศรัทธาของบุคคลในทุก ๆ มิติของชีวิต รวมถึงสุขภาวะ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และปัจจัยแวดล้อมทุกด้าน ซึ่งการให้ความหมายและคุณค่านี้สามารถแปรเปลี่ยนไปตามบริบท

๑.๒.๓ หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Advance Directive or Living Will) หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย^๘

๑.๒.๔ การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะจำกัดการดำรงชีวิต (Life Limiting Conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life Threatening Conditions) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัด เยียวยาและบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้ป่วยด้วย^๙ ทั้งนี้ อาจจัดบริการทั้งในและนอกสถานบริการ

การดูแลแบบประคับประคอง มี ๓ ระดับ ได้แก่

(๑) การดูแลแบบประคับประคองระดับพื้นฐาน (Primary Palliative Care) เป็นการผสมผสานการดูแลแบบประคับประคองกับการดูแลสุขภาพทั่วไป ซึ่งควรเป็นทักษะพื้นฐานของบุคลากรสุขภาพทุกระดับ

(๒) การดูแลแบบประคับประคองทั่วไป (General Palliative Care) เป็นการดูแลโดยบุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิและบุคลากรสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ซึ่งมีพื้นฐานความรู้และทักษะการดูแลแบบประคับประคองชีวิตเป็นอย่างดี แม้ไม่ได้เป็นความเชี่ยวชาญหลัก

(๓) การดูแลแบบประคับประคองระดับเชี่ยวชาญ (Specialist Palliative Care) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ สลับซับซ้อนและยากต่อการจัดการ ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษของผู้ดูแลซึ่งผ่านการอบรมเฉพาะทาง

^๗ The Economist, The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world, [18 Sep 2019], สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕,

<https://eiu.perspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>

^๘ กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๕๓

^๙ WHO, WHO Definition of Palliative Care, [30 Dec 2012], สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลตั้งแต่แรกวินิจฉัยว่าเป็นโรคหรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และไม่ตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งผู้ป่วยยังอาจอยู่ได้นานหลายเดือนหรือหลายปีก่อนจะเสียชีวิต โดยไม่ใช่เพียงการดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้เสียชีวิต

องค์การอนามัยโลกระบุหลักการสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองไว้ดังนี้ เป็นการบรรเทาความปวดและอาการทุกข์ทรมานอื่น ๆ เห็นคุณค่าการมีชีวิตและมองกระบวนการเสียชีวิตเป็นธรรมชาติ ไม่เจตนาเร่งหรือยืดการตาย ผสมผสานการดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีชีวิตอย่างมีคุณค่าจนเสียชีวิต สนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในการปรับตัวปรับใจในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ให้การดูแลเป็นทีมในการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมไปถึงการให้คำปรึกษาประสบการณ์สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สนับสนุนเพิ่มพูนคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจส่งผลดีต่อการดำเนินโรค ให้การดูแลตั้งแต่ช่วงแรกของความเจ็บป่วยผสมผสานเข้ากับการดูแลจำเพาะที่มีเป้าหมายเพื่อยืดชีวิต ซึ่งรวมถึงการส่งตรวจเพื่อให้เข้าใจและจัดการอาการให้ดีขึ้น

คำว่า “การดูแลแบบประคับประคอง” มีการทับซ้อนกับการดูแลแบบ Supportive Care ซึ่งหากแปลเป็นไทยตรงตัวว่า “ประคับประคอง” จะเกิดความสับสน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าคำว่า Supportive Care เหมาะสมที่จะใช้กับผู้ป่วยที่ยังได้รับการรักษาตัวโรคเป็นหลัก เป้าหมาย คือ การเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยการป้องกันหรือจัดการอาการของโรค ผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาโรคและผลกระทบด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษา^{๑๐} ขณะที่การดูแลแบบประคับประคองมุ่งเน้นผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงโรคลุกลาม และต่อเนื่องไปจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (End of Life) จึงอาจเรียก Supportive Care ว่า “การดูแลสนับสนุน”

๑.๒.๕ สังคมสูงอายุ (Aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป โดยองค์การสหประชาชาติ (United Nations : UN) ได้แบ่งระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ^{๑๑} เป็น ๓ ระดับ ได้แก่

๑. ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ ๖๕ ปีมากกว่าร้อยละ ๗ ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

๒. ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ ๖๕ ปีมากกว่าร้อยละ ๑๔ ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์

^{๑๐} Recommendations from the European Association for Palliative Care. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1, European journal of palliative care, 2009; 16(6), [18 Sep 2019], สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕,

<https://www.eapcnet.eu/Portals/0/adam/Content/LmgAajW9MoOs7VYZsoZXCQ/Text/White%20Paper%20on%20standards%20and%20norms%20for%20hospice%20and%20palliative%20care%20in%20Europe.pdf>

^{๑๑} มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, “สังคมผู้สูงอายุ : นัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ”, สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕,

<https://www.stou.ac.th/stouonline/lom/data/sec/Lom12/05-01.html>

๓. ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-aged society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ ๖๕ ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่

๑.๓ วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตรองรับสังคมสูงวัยครอบคลุมในมิติระบบบริการสุขภาพ มิติสังคม และมิติระบบบริหารจัดการ

๑.๔ ขอบเขตของการศึกษา

๑.๔.๑ สังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัย บทความวิชาการ นโยบาย ยุทธศาสตร์และกฎหมายที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยและต่างประเทศ สถานการณ์การดำเนินงานของหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน (ภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม) ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัญหา การเข้าถึงการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตรองรับสังคมสูงวัยในมิติของระบบบริการสุขภาพ มิติด้านสังคม และมิติด้านบริหารจัดการ

๑.๔.๒ ศึกษารูปแบบ กลไก โครงสร้าง บทบาทหน้าที่และความร่วมมือของหน่วยงานองค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน (ภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม) ในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตรองรับสังคมสูงวัยในมิติของระบบบริการสุขภาพ มิติด้านสังคม และมิติด้านบริหารจัดการ

๑.๔.๓ จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเสนอไปยังภาคส่วนต่าง ๆ ในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตรองรับสังคมสูงวัยในมิติของระบบบริการสุขภาพ มิติด้านสังคม และมิติด้านบริหารจัดการ

๑.๕ วิธีการศึกษา

๑.๕.๑ การเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลข้อเท็จจริงในการประชุมของคณะอนุกรรมการติดตามการปฏิรูปด้านสังคม กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย ในคณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา

๑.๕.๒ การตั้งคณะทำงานพิจารณาศึกษาข้อเสนอการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิตในคณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา

๑.๕.๓ การศึกษาข้อมูล เอกสารวิชาการ เอกสารสิ่งพิมพ์ และสื่อสารสนเทศต่าง ๆ ข้อเท็จจริงกฎหมาย ระเบียบ เอกสารของหน่วยงาน องค์กรและบุคคลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เอกสารวิชาการ บทความ รายงานวิจัยต่าง ๆ และเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้มาซึ่งผลการพิจารณาศึกษาที่มีความถูกต้อง ชัดเจน และมีรายละเอียดสมบูรณ์มากที่สุด

๑.๕.๔ การศึกษามาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตในต่างประเทศที่ได้รับการยอมรับ

๑.๕.๕ การเก็บข้อมูลโดยวิธีการใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์

๑.๕.๖ การเสวนา เรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตรองรับสังคมสูงวัย” จัดโดย คณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา ร่วมกับ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุม ๔๐๔ ชั้น ๔ อาคารรัฐสภา (ฝั่งวุฒิสภา) และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

๑.๖ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑.๖.๑ ได้ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อนำไปสู่การดำเนินงานของภาคส่วนต่าง ๆ ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตรองรับสังคมสูงวัยในมิติระบบบริการสุขภาพ มิติสังคม และมิติระบบบริหารจัดการ

๑.๖.๒ ประชาชนได้รับการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตให้มี “คุณภาพชีวิตที่ดี” และ “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” ในขณะเดียวกันส่งผลให้ค่าใช้จ่ายการดูแลในระยะสุดท้าย “ที่ไม่จำเป็น” ของครอบครัว และในภาพรวมของประเทศลดน้อยลง

บทที่ ๒

นโยบาย กฎหมาย มาตรฐานและการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ มาตรฐานสากลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการตาย (Quality of Death Index)

จากการศึกษาเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิตและการตายดีในระดับสากลพบว่า ให้ความสำคัญกับการพัฒนากระบวนการดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลแบบประคับประคองเป็นกระบวนการดูแลสุขภาพ ๔ มิติ ได้แก่ การดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่สภาพร่างกายและการดำเนินโรคจะเอื้ออำนวย และเสียชีวิตอย่างสงบโดยปราศจากความทุกข์ทรมาน ซึ่งสอดคล้องกับคำนิยามสุขภาพ ๔ มิติ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

๒.๑.๑ กฎบัตรปราก^{๑๒,๑๓}

ความปวดหรือความทุกข์ทรมานจากโรค (หรืออาการ) ถือเป็นปัญหาสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุ การปล่อยให้ผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุเจ็บปวดทุกข์ทรมานในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตถือเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนอย่างหนึ่ง หากผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุยังทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยอยู่ ผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุจะไม่สามารถไปใช้กระบวนการดูแลในมิติอื่นทั้งทางจิตใจ สังคม หรือจิตวิญญาณ เพราะความปวดและความทุกข์ทรมานจากโรคหรืออาการต่าง ๆ จะรบกวนการใช้ชีวิตของผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุ ดังนั้น จึงเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องจัดหาบริการทางการแพทย์และสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อช่วยบรรเทาหรือลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้สูงอายุ

โดยหลักการสำคัญของ The Prague Charter คือ การปล่อยให้ผู้ป่วยทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยถือเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนอย่างหนึ่ง การดูแลแบบประคับประคองจะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้ โดยสนับสนุนและส่งเสริมให้การดูแลแบบประคับประคองมีสถานะเป็น “สิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน” และสนับสนุนให้แต่ละรัฐผสมผสานรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในระบบบริการสุขภาพของประเทศ โดยหลักการสำคัญของกฎบัตรปรากมี ๔ ประการ คือ

๑. นโยบายสุขภาพของรัฐควรยอมรับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง
๒. รัฐควรสนับสนุนการเข้าถึงยากลุ่มที่จำเป็นที่ใช้ในการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีอุปสรรคต่อการเข้าถึงยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งยากลุ่ม Opioids
๓. รัฐควรสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพความรู้ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองและการจัดการความปวดในระดับก่อนปริญญาและหลังปริญญา
๔. รัฐควรผสมผสานการดูแลแบบประคับประคองในระบบบริการสุขภาพในทุกระดับของรัฐ

^{๑๒} กฎบัตรปรากเป็นกฎบัตรที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือของหน่วยงานที่สำคัญในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง อันได้แก่ The European Association for Palliative Care (EAPC) The International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) The Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) Human Rights Watch (HRW) และ The Union for International Cancer Control (UICC)

^{๑๓} Lukas Radbruch and author, “The Prague Charter: Urging governments to relieve suffering and ensure the right to palliative care” (๒๐๑๒), Palliative Medicine, สืบค้นเมื่อ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๕, <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0269216312473058>

๒.๑.๒ The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world^{๑๔}

Quality of Death Index คือ ดัชนีวัดคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองในแต่ละประเทศ ที่จัดทำโดย Economist Intelligence Unit โดยจัดทำครั้งแรกในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ และต่อเนื่องจนกระทั่ง ปัจจุบันเป็นฉบับปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ดัชนีนี้เป็นการจัดอันดับคุณภาพการตายและการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคองใน ๘๐ ประเทศ ซึ่งจัดทำโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองทั่วโลก กว่า ๑๒๐ ราย โดย Quality of Death Index นี้จะมีตัวชี้วัดทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ๒๐ รายการ ใน ๕ กลุ่มหลัก ได้แก่

๑. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและสภาพแวดล้อมบริการสุขภาพ (Palliative and healthcare environment) กล่าวคือ มีนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับประเทศในเรื่องการดูแล แบบประคับประคอง นอกจากนั้นยังผนวกการดูแลแบบประคับประคองเข้าไปในระบบบริการสุขภาพของ ประเทศ โดยตัวชี้วัดนี้จะมีการให้ระดับคะแนนถ่วงน้ำหนักไว้ ร้อยละ ๒๐ มีตัวชี้วัด ดังนี้

(๑) Healthcare spending

(๒) Presence and effectiveness of government-led national palliative care strategy

(๓) Availability of research-based policy evaluation

(๔) Capacity to deliver palliative care services

๒. ทรัพยากรมนุษย์ (Human Resources) กล่าวคือ มีการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพและไม่ใช้ บุคลากรด้านสุขภาพให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีแนวคิดที่ว่าหากทุกคน มีความรู้พื้นฐานในเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแล้วก็จะไม่มีปัญหาในเรื่องความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลความเจ็บปวดในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยตัวชี้วัดนี้จะมีการให้ระดับคะแนนถ่วงน้ำหนักไว้ ร้อยละ ๒๐ มีตัวชี้วัด ดังนี้

(๑) Availability of specialised palliative care workers

(๒) General medical knowledge of palliative care

(๓) Certification for palliative care workers

(๔) Number of doctors per ๑,๐๐๐ PC-related deaths

(๕) Number of nurses per ๑,๐๐๐ PC-related deaths

๓. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Affordability of care) คือ มีการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยและญาติไม่ตกอยู่ในสภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายในการ รับบริการสุขภาพในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยตัวชี้วัดนี้จะมีการให้ระดับคะแนนถ่วงน้ำหนักไว้ ร้อยละ ๒๐ มีตัวชี้วัด ดังนี้

(๑) Availability of public funding for palliative care

(๒) Financial burden to patients for available palliative care services

(๓) National pension scheme coverage of palliative care services

^{๑๔} A report by The Economist Intelligence Unit, The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world, (๑๘ Sep ๒๐๑๕).

๔. คุณภาพของการรักษา (Quality of care) แม้ว่าการดูแลแบบประคับประคองจะใช้เงินลงทุนสูง แต่หากดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องในระยะยาวสามารถลดต้นทุนค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพของประเทศได้ เนื่องจากมีงานวิจัยยืนยันว่าหากมีการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้าไปในระบบบริการสุขภาพตามปกติจะลดค่าใช้จ่ายในการดูแลได้เป็นจำนวนมาก ลดภาระให้กับครอบครัวของผู้ป่วยและระบบบริการสุขภาพของประเทศ และลดการรักษาพยาบาลที่ไม่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยลงได้ โดยตัวชี้วัดนี้จะมีการให้ระดับคะแนนถ่วงน้ำหนักไว้ ร้อยละ ๓๐ มีตัวชี้วัด ดังนี้

- (๑) Presence of accreditation and monitoring standards for organisations
- (๒) Availability of opioid painkillers
- (๓) Availability of psychosocial support for patients and families
- (๔) Presence of Do Not Resuscitate (DNR) policy
- (๕) Shared decision-making
- (๖) Use of patient satisfaction surveys EIU

๕. ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนและสังคม (Community Engagement) ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองและการสื่อสารทางสังคมในเรื่องความตาย โดยตัวชี้วัดนี้จะมีการให้ระดับคะแนนถ่วงน้ำหนักไว้ ร้อยละ ๑๐ มีตัวชี้วัด ดังนี้

- (๑) Public awareness of palliative care
- (๒) Availability of volunteer workers for palliative care

๒.๑.๓ ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนงานด้าน Palliative care ขององค์การอนามัยโลก^{๑๕}

ในบทความ The Public Health Strategy for Palliative Care องค์การอนามัยโลกได้แนะนำองค์ประกอบในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง ๔ ยุทธศาสตร์หลัก คือ มินโยบายและยุทธศาสตร์ของประเทศ (Policy) การเข้าถึงยา (Drug Availability) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพ (Education) และการบูรณาการการทำงานทุกภาคส่วน (Implementation of Palliative Care Services) โดยในแต่ละยุทธศาสตร์มีรายละเอียด เป้าหมายระยะสั้นและเป้าหมายระยะยาว ดังต่อไปนี้ (Jan Stjernswärd Kathleen M. Foley, Frank D. Ferris, ๒๐๐๗: ๔๘๖-๔๙๓; Worldwide Palliative Care Alliance, ๒๐๑๔)

(๑) มินโยบายและยุทธศาสตร์ของประเทศ (Policy)

ในแต่ละประเทศจะมีองค์กรที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบายสุขภาพที่สำคัญ ดังนั้น จึงควรกำหนด “หน่วยงานเจ้าภาพ” ในการขับเคลื่อนงานทั้งในระดับชาติ ภูมิภาคและในพื้นที่ นอกจากนี้ควรทบทวนนโยบายสุขภาพและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง พิจารณาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพที่จะมาสนับสนุนการดำเนินการในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ จัดทำมาตรฐานในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง มินโยบายการเข้าถึงยากลุ่ม Opioids และกลุ่มยาอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง

^{๑๕} World Health Organization, Quality health services and palliative care approaches and resources to support policy, strategy and practice.

มีเป้าหมายระยะสั้น คือ มีนโยบายและกฎระเบียบที่เกี่ยวกับการเข้าถึงยาบรรเทาอาการปวด มีนโยบายมะเร็งระดับชาติ นโยบายเอดส์ระดับชาติ นโยบายผู้สูงอายุระดับชาติ นโยบายการดูแลแบบประคับประคองในระดับชาติและระบบงบประมาณสนับสนุน

และมีเป้าหมายระยะยาว คือ นโยบายและกฎระเบียบระดับชาติที่สนับสนุนการดูแลแบบประคับประคอง นโยบายการดูแลแบบประคับประคองที่มีผลในทางปฏิบัติ เกิดการบูรณาการความร่วมมือกันทุกภาคส่วนในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง มีงบประมาณที่เพียงพอในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง บุคลากรที่ทำงานในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ชุมชน ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ

(๒) การเข้าถึงยา (Drug Availability)

กำหนด “หน่วยงานเจ้าภาพ” ในการบริหารยา กลุ่ม Opioids มีการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยา กลุ่ม Opioids เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ และบุคลากรทางการแพทย์ที่ใช้ยา มีความมั่นใจในการใช้ยาว่าไม่ผิดกฎหมาย ประเมินการปริมาณความต้องการในการใช้ยาและกำหนดโควตา ยา กลุ่ม Opioids ให้เหมาะสมกับความต้องการยาภายในประเทศ มียา กลุ่ม Opioids หลายรูปแบบ (form) ที่เหมาะสมกับความต้องการและการใช้ประโยชน์ของผู้ป่วย มีมาตรฐานและแนวทางในการใช้ยา และมีระบบการกระจายยาที่มีประสิทธิภาพสามารถควบคุมและตรวจสอบได้

มีเป้าหมายระยะสั้น คือ มีกฎหมายที่สนับสนุนการใช้ยา กลุ่ม Opioids ในการดูแลแบบประคับประคอง มียา กลุ่ม Opioids หลายรูปแบบ (form) สำหรับการจัดการความปวด มียาที่จำเป็นสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง มีปริมาณการใช้ยา กลุ่ม Opioids เพิ่มขึ้น

และมีเป้าหมายระยะยาวคือ แพทย์ใช้ยา กลุ่ม Opioids ตามความต้องการของผู้ป่วย มียา กลุ่ม Opioids ที่เพียงพอสำหรับโรงพยาบาลในแต่ละพื้นที่ มีปริมาณการขอโควตายา กลุ่ม Opioids ของประเทศเพิ่มมากขึ้น

(๓) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพ (Education)

พัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนในเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทั้งในระดับก่อนปริญญาและหลังปริญญา ให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง

มีเป้าหมายระยะสั้น คือ มีการสื่อสารทางสังคมที่สร้างความตระหนักในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง มีหลักสูตรการศึกษาในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง มีผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความสามารถในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง

และมีเป้าหมายระยะยาวคือ มีการสื่อสารทางสังคมที่เพิ่มขึ้นในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง มีจำนวนบุคลากรสุขภาพที่มีความรู้ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้น

(๔) การบูรณาการการทำงานทุกภาคส่วน (Implementation of Palliative Care Services)

บูรณาการการทำงานในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองกับทุกภาคส่วนของสังคม นวัตกรรมและทุนทางสังคมเข้ามาสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง นำเรื่องการดูแลแบบประคับประคองเข้าไปสู่ระบบบริการสุขภาพของประเทศ

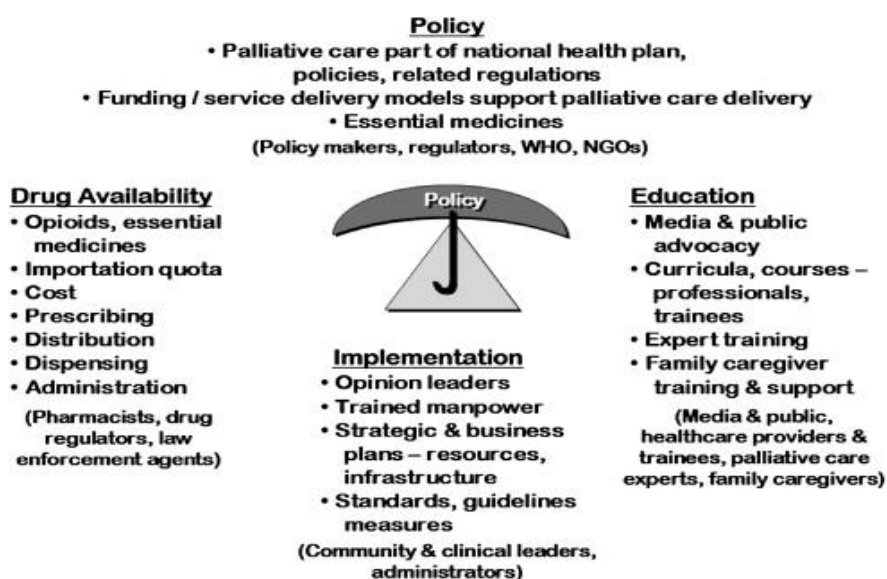
มีเป้าหมายระยะสั้น คือ มีนโยบายระดับชาติในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง มีศูนย์ความเป็นเลิศในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง มีรูปแบบ (Model) การดูแลแบบประคับประคอง

ที่เหมาะสมกับประเภทของสถานพยาบาล (Setting) มีหน่วยงานและนโยบายระดับชาติในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง

มีเป้าหมายระยะยาว คือ ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของหน่วยงานที่จัดการดูแลแบบประคับประคองในระดับชุมชน มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น มีรูปแบบ มาตรฐานและเกณฑ์การกำกับและติดตามระดับชาติ

โดยสามารถสรุปแผนภาพยุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในประเทศได้ดังต่อไปนี้

ภาพแสดงองค์ประกอบยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนงานการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก



ที่มา: Jan Stjernswärd, Kathleen M. Foley, Frank D. Ferris. The Public Health Strategy for Palliative Care. Journal of Pain and Symptom Management. May ๒๐๐๗ Volume ๓๓, Issue ๕, Pages ๔๘๘

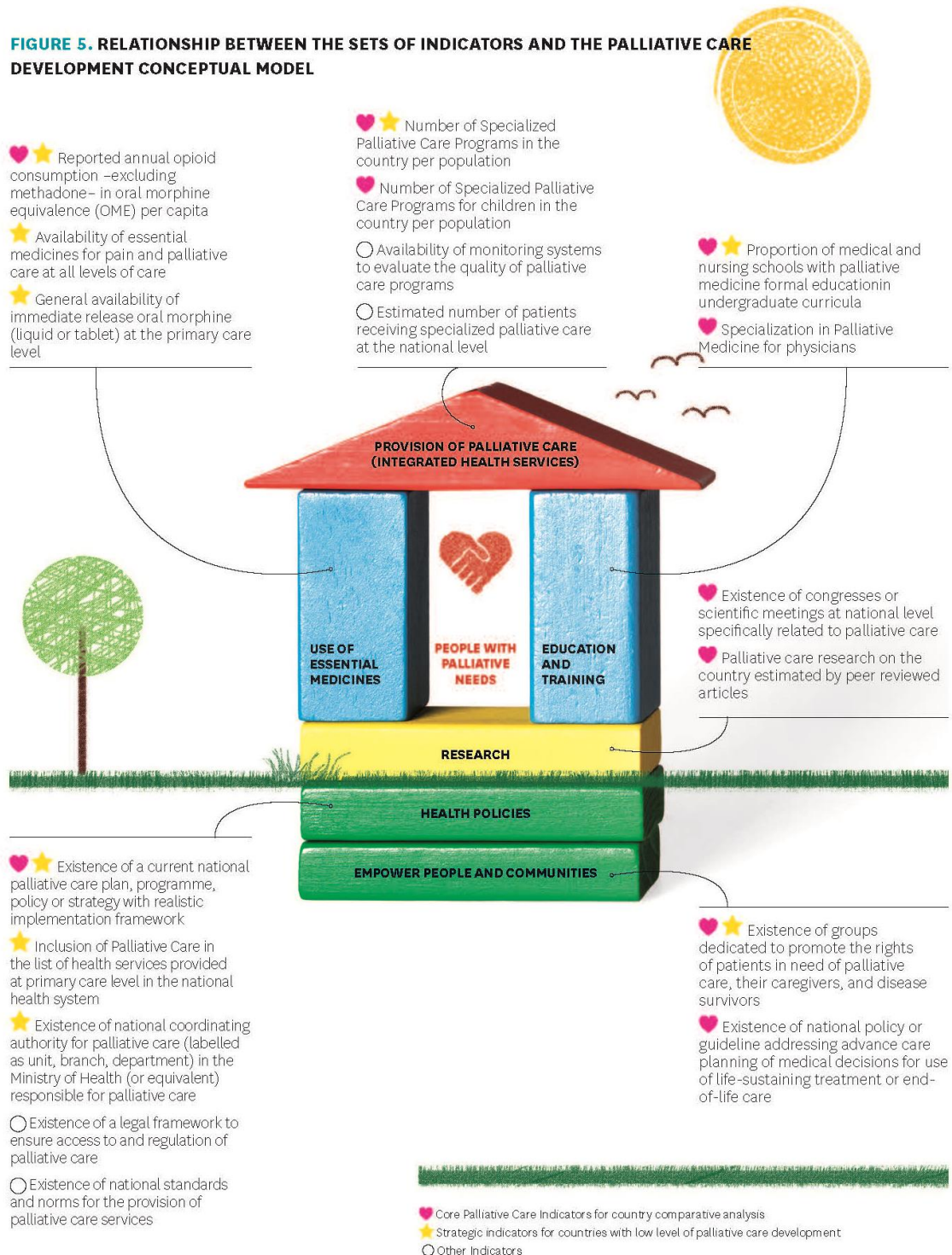
๒.๑.๔ Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators^{๑๖}

การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองมีเป้าหมายเพื่อให้เด็กและผู้ใหญ่ทุกคนเข้าถึงการดูแลอย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ ป้องกันความทุกข์ การจัดการอาการ และการดูแลที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยเน้นที่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางและต้องมีการบูรณาการการดูแลในทุกะดับของระบบการดูแลสุขภาพด้วย มาตรฐานการดูแลยุทธศาสตร์ชาติของการเสริมสร้างความเข้มแข็งการดูแลแบบประคับประคอง และควรผนวกการดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งของระบบสาธารณสุขมูลฐาน (PHC) และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC)

^{๑๖} World Health Organization, Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators.

คณะผู้เชี่ยวชาญมีมติเป็นเอกฉันท์เกี่ยวกับองค์ประกอบหลักที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง คือ (๑) นโยบายที่เหมาะสม (๒) การเข้าถึงยาอย่างเพียงพอ (๓) การศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน (๔) มีการบริการการดูแลแบบประคับประคองในทุกระดับของระบบสุขภาพ (๕) มีการวิจัย และ (๖) เสริมพลังชุมชนและสังคม โดยมีรายละเอียดเป็นไปตามรูปต่อไปนี้

FIGURE 5. RELATIONSHIP BETWEEN THE SETS OF INDICATORS AND THE PALLIATIVE CARE DEVELOPMENT CONCEPTUAL MODEL

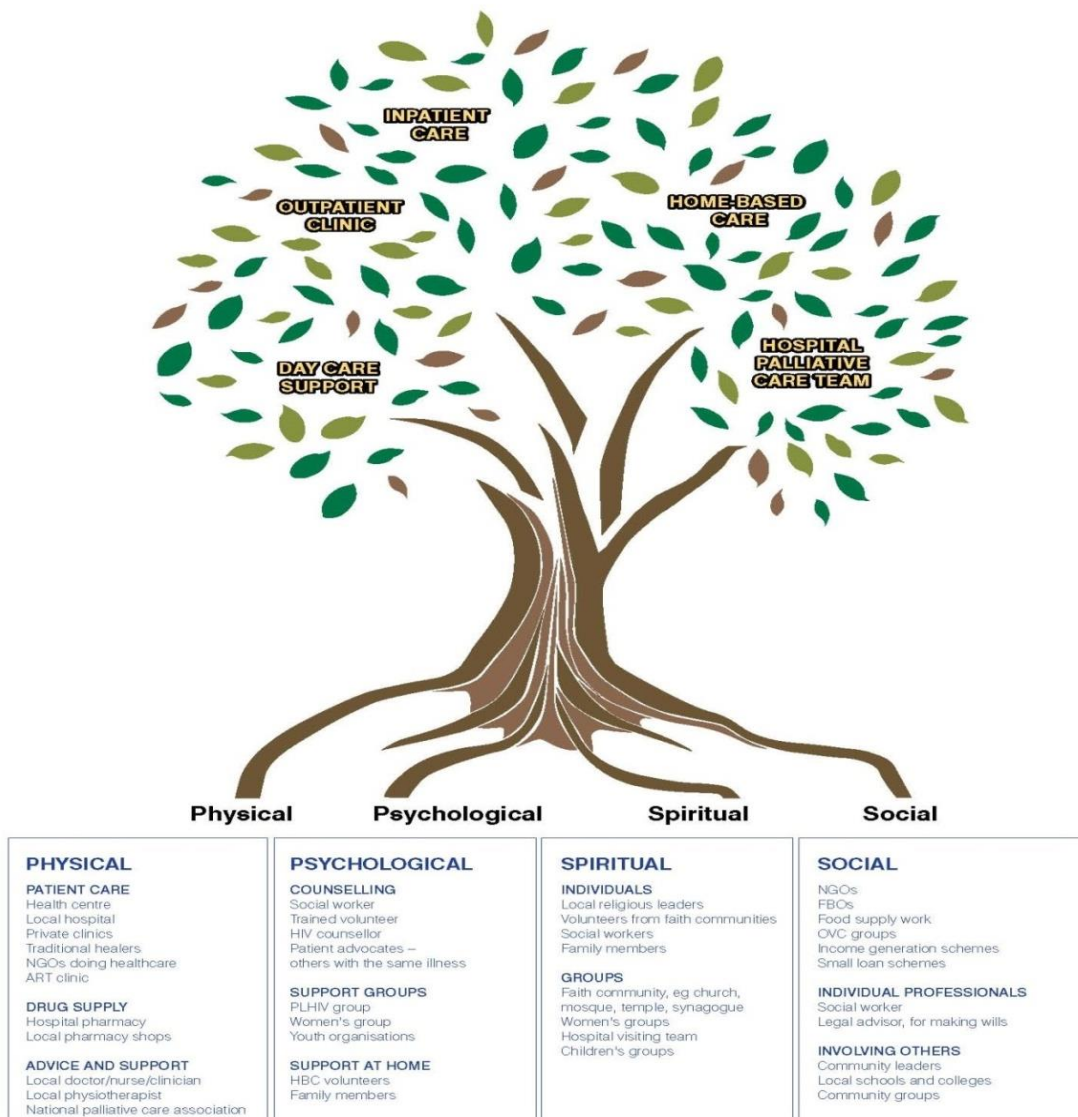


๒.๑.๕ Palliative Care Toolkit improving care from the roots up in resource-limited settings ของ Worldwide Hospice Palliative Care Alliance^{๑๗}

Worldwide Hospice Palliative Care Alliance ได้ให้คำแนะนำในเรื่องการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองไว้ในเอกสารทางวิชาการที่ชื่อ Palliative Care Toolkit Improving care from the roots up in resource-limited settings โดยสรุปแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองดังแผนภาพต่อไปนี้

ภาพสรุปแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง

Growing a model of care from available resources



^{๑๗} Worldwide Palliative Care Alliance. (n.d.). Palliative care toolkit: improving care in resource poor setting. Retrieved February 8, 2016, from Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, <http://www.thewhpc.org/resources/palliative-care-toolkit>

สรุปแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองดังกล่าวใช้วิธีการอธิบายระบบบริการทางการแพทย์ในการดูแลแบบประคับประคอง ๕ รูปแบบ (Setting) คือ Inpatient care Outpatient clinic Home-base care Day care Support และ Hospital Palliative care team ต้องดำเนินการผ่านกรอบนิยามสุขภาพ ๔ มิติ คือ กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยในการดำเนินการในแต่ละมิติก็จะมีรายละเอียดในการดำเนินการที่แตกต่างกันออกไป กล่าวคือ

๑. ด้านกาย (Physical) มีระบบบริการสุขภาพในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง มีระบบบริหารจัดการยาระงับปวดและยาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง มีบุคลากรสุขภาพที่ทำงานในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง

๒. ด้านจิตใจ (Psychological) ครอบครัว ชุมชน และสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง

๓. ด้านปัญญา (Spiritual) ครอบครัว ชุมชน และสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง นำกิจกรรมทางศาสนาและความเชื่อของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง

๔. ด้านสังคม (Social) ครอบครัว ชุมชน และสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง มีกฎหมายที่สนับสนุนการดำเนินการตามความต้องการของผู้ป่วย มีระบบการเงินการคลังที่สนับสนุนการดูแลแบบประคับประคอง

๒.๒ ต้นแบบระบบการสร้างเสริมสุขภาพระยะสุดท้ายของชีวิตและการดูแลแบบประคับประคองของประเทศในทวีปเอเชีย

การศึกษาตัวอย่างระบบการสร้างเสริมสุขภาพระยะสุดท้ายของชีวิตและการดูแลแบบประคับประคองในทวีปเอเชียเนื่องจากประเทศในทวีปเอเชียจะมีประเพณี วัฒนธรรมและความเชื่อที่คล้ายคลึงกัน หากศึกษาเอกสารทางวิชาการในประเทศไทยพบว่าการกล่าวถึงระบบการดูแลแบบประคับประคองของรัฐเกรละ ประเทศอินเดีย สิงคโปร์และของมูลนิธิของไต้หวัน

๒.๒.๑ รัฐเกรละ ประเทศอินเดีย

ประเทศอินเดียมีรูปแบบการปกครองแบบสหพันธรัฐ (Federal State) โดยแบ่งเขตการปกครองออกเป็น ๒๙ รัฐ (States) และดินแดนสหภาพ (Union Territories) อีก ๗ เขต ตามบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งอินเดียได้แบ่งอำนาจระหว่างรัฐบาลกลาง (Government of India) และรัฐบาลในระดับรัฐ (State Government) ไว้อย่างชัดเจน โดยรัฐบาลกลางมีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายป้องกันประเทศ ดำเนินนโยบายต่างประเทศ การรักษาความสงบเรียบร้อยภายในและดำเนินนโยบายเศรษฐกิจในภาพรวม ส่วนรัฐบาลในระดับรัฐมีอำนาจในการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม การสาธารณสุขและวัฒนธรรมภายในมลรัฐ ภายใต้กรอบและนโยบายที่รัฐบาลกลางได้กำหนดไว้

ตามรัฐธรรมนูญแห่งอินเดียกำหนดให้เรื่องสุขภาพเป็นหน้าที่ของรัฐบาลในระดับรัฐดำเนินการ โดยมีกระทรวงสวัสดิการ สุขภาพและครอบครัว (Ministry of Health & Family Welfare) เป็นผู้ดูแลนโยบายในภาพรวมของประเทศ จากหลักการดังกล่าวทำให้แต่ละรัฐมีรูปแบบการดำเนินการในเรื่องการจัดการสุขภาพแตกต่างกันออกไป รูปแบบการให้บริการสุขภาพของอินเดียนับว่าได้รับการควบคุมและไม่มี การกำกับดูแลที่ชัดเจน รวมทั้งมีความเหลื่อมล้ำระหว่างสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนสูงมาก โดยอินเดีย

มีงบประมาณด้านสาธารณสุขต่อจีดีพีที่ต่ำมาก ในสถานพยาบาลของรัฐจะแออัดไปด้วยผู้ป่วยและญาติที่ยากจน แต่ในสถานพยาบาลของเอกชนจะมีการใช้เครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยที่เทียบเท่าประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่ค่ารักษาพยาบาลต่ำกว่ามาก โดยปัจจุบันการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical tourism) ของอินเดียเป็นที่นิยมของชาวต่างชาติ ทั้งยังได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมจากรัฐเพื่อนำรายได้เข้าสู่ประเทศ โดยรัฐบาลกลางอินเดียไม่มีนโยบายสนับสนุนเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยทั้งประเทศไม่ได้รับการสนับสนุนทั้งเรื่องค่าใช้จ่ายและยาเพื่อควบคุมอาการต่าง ๆ อีกทั้งยังขาดแคลนองค์ความรู้ในการจัดการดูแลอาการต่าง ๆ ด้วย

รัฐเกรละ (Kerala) เป็นรัฐตัวอย่างของประเทศอินเดียที่ประสบความสำเร็จอย่างสูงในการพัฒนาระบบการศึกษาและสุขภาพภายในรัฐ^{๑๘} โดยค่าเฉลี่ยและตัวชี้วัดในเรื่องการบริหารจัดการระบบการศึกษาหรือการสาธารณสุขต่าง ๆ ของรัฐนี้จะถูกใช้เป็นมาตรฐานแก่รัฐอื่น ๆ

ระบบการดูแลแบบประคับประคองในรัฐเกรละถือเป็นแม่แบบของระบบการดูแลแบบประคับประคองในอินเดีย นอกจากนั้นยังได้รับการยกย่องจากองค์การอนามัยโลกให้เป็นตัวอย่างของการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนด้วย ที่ผ่านมานโยบายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของรัฐเกรละ แม้ว่าจะได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐเพียงเล็กน้อยและไม่มีการสนับสนุนในเชิงนโยบายอย่างเป็นระบบ แต่เนื่องจากการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดระบบบริการทางการแพทย์จึงทำให้การดูแลแบบประคับประคองในรัฐนี้เข้มแข็ง

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ รัฐเกรละได้กำหนดให้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองเป็นนโยบายระดับรัฐ โดยเน้นการทำงานที่มีชุมชนเป็นฐานและเน้นการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านจึงได้บูรณาการการดูแลแบบประคับประคองไว้ในการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ โดยเน้นการฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพและบุคคลทั่วไปให้มีความรู้ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง รวมทั้งพัฒนาระบบการเข้าถึงยาที่จำเป็นสำหรับการดูแลแบบประคับประคองด้วย โดยกำหนดให้สถานบริการสาธารณสุขที่รัฐรับรองจะต้องสนับสนุนศูนย์ดูแลแบบประคับประคองที่ดำเนินการโดยชุมชนซึ่งกระจายอยู่ในพื้นที่ต่างๆทั่วรัฐ นอกจากนั้นยังกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลแบบประคับประคองด้วย

ปัจจุบันระบบการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนมีอาสาสมัครในชุมชน (Community Volunteer) ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มบุคคลหลากหลายอาชีพที่ทำงานจิตอาสาช่วยดูแลโดยไม่มีค่าตอบแทนเป็นจำนวนมาก ในแต่ละปีจะมีอาสาสมัครรุ่นใหม่ที่จะเข้าร่วมงานกับ Institute of Palliative Medicine (IPM) ของรัฐและเครือข่ายอาสาสมัคร ประมาณ ๘๐๐ คน โดยมีอาสาสมัครที่เลิกทำกิจกรรมจิตอาสาล้นหลาม นอกจากนั้นยังมีปัจจัยที่เอื้อให้เกิดระบบการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนด้วย คือ ลักษณะเฉพาะของสังคมอินเดียที่เป็นครอบครัวขยาย ทำให้ในบ้านมีคนหลายรุ่นรวมอยู่ด้วยกัน ดังนั้น จึงมีผู้ดูแล (carer) หลายคนซึ่งสามารถผลิตเปลี่ยนหมุนเวียนมาดูแลผู้ป่วยได้

^{๑๘} รัฐเกรละเป็นรัฐที่อยู่ใต้สุดของประเทศอินเดียฝั่งตะวันตก มีประชากรประมาณ ๓๓.๓๙ ล้านคน ประชากรในรัฐเกรละมีอัตราการอ่านออกเขียนได้สูงที่สุดในอินเดียและเป็นรัฐที่มีดัชนีการพัฒนามนุษย์ที่สูงที่สุดในประเทศอินเดียด้วย

๒.๒.๒ ได้หวัน

ไต้หวันมีระบบบริการสุขภาพที่นำมาเป็นแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยได้ โดยไต้หวันได้ดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพใน ๔ ประเด็น คือ

(๑) การปฏิรูปเครือข่ายบริการสุขภาพ (medical network reform) โดยการแบ่งเป็น เขตสุขภาพและกระจายอำนาจให้แต่ละเขตมีบทบาททั้งในด้านการผลิตและการกระจายบุคลากรสุขภาพ การจัดตั้งหน่วยบริการและดูแลประชาชนภายในเขต รัฐบาลจัดตั้งกองทุนพัฒนาบริการทางการแพทย์ (Medical care development fund) เพื่อสนับสนุนเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำให้ภาคเอกชนตั้งหน่วยบริการทางการแพทย์ในพื้นที่ชนบท ทำให้การกระจายตัวของแพทย์และหน่วยบริการครอบคลุมทั่วประเทศ

(๒) การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพ (Health insurance reform) โดยได้รวมระบบ หลักประกันสุขภาพทุกระบบด้วยกันเป็นแบบภาคบังคับระบบเดียว (single fund) โดยประชาชนที่มีรายได้ ทุกคนต้องร่วมจ่ายค่าประกันสุขภาพที่มีอัตราแตกต่างกันออกไปตามอาชีพและฐานะทางการเงินโดยการไปใช้ บริการสาธารณสุขในแต่ละระดับก็มีการกำหนดการร่วมจ่าย (co-payment) ทั้งค่าบริการและค่ายา ที่มีราคาถูกลง ผลของการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพคนจนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์มากขึ้น และไม่ต้องล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาล

(๓) การปฏิรูประบบข้อมูลสารสนเทศ (Health information reform) คนไต้หวันทุกคน มีบัตรสุขภาพแบบอิเล็กทรอนิกส์ที่บันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล ผลการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ ที่ผ่านมา เมื่อไปรับบริการที่โรงพยาบาลใดสามารถเรียกดูประวัติการรักษาย้อนหลังได้ทำให้เกิดการรักษา ต่อเนื่อง ไม่ซ้ำซ้อน เป็นประโยชน์ในการประสานงาน การวางแผนและการบริหารจัดการต่าง ๆ ส่งผลให้ เกิดการประหยัดงบประมาณและทรัพยากรเป็นอันมาก

(๔) การพัฒนาแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (family physicians development) เพื่อตอบสนอง ต่อระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงเพราะการแพทย์ปัจจุบันเน้นการรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญ แต่สถานการณ์ของ ภาวะโรคเปลี่ยนไปคือมีโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องการการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยรัฐบาลมีนโยบาย ผลิตแพทย์สาขาดังกล่าวพร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจต่างๆให้แพทย์มาเรียนสาขานี้มากขึ้น

ไต้หวันได้ลำดับที่ ๖ ซึ่งเป็นลำดับที่สูงที่สุดของประเทศในทวีปเอเชีย และได้รับการยกย่อง ให้เป็นแบบอย่างของการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคอง และได้นำ นวัตกรรมในเรื่องการรักษาพยาบาลทางไกล (Telemedicine) มาใช้เป็นประโยชน์ในการดูแล แบบประคับประคองในสถานที่ห่างไกลอีกด้วย

นอกจากนั้นในเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยยังได้ กล่าวถึงมูลนิธิดูใจว่าเป็นต้นแบบของการแพทย์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์และการจัดการงานอาสาสมัคร อย่างเป็นระบบ

ฉือจี้เป็นองค์กรการกุศลที่ใหญ่ที่สุดในไต้หวัน มีมหาวิทยาลัยและวิทยาลัยของตนเอง โดยเป็น โรงพยาบาลที่ได้มาตรฐานระดับนานาชาติ ๖ แห่ง โรงพยาบาลของฉือจี้เป็นแหล่งศึกษาของงานของผู้ที่ต้องการ ศึกษา “การแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์” (humanized health care) ฉือจี้ก่อตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๙ โดยท่านธรรมาจารย์เจิ้งเหยียน เป็นสำนักพุทธศาสนาในไต้หวันมีสถานะเป็นมูลนิธิ มีภารกิจหลัก ๔ ประการ คือ สังคมสงเคราะห์ บริการรักษาพยาบาล จัดการศึกษา และส่งเสริมวัฒนธรรม มูลนิธิดูใจดำเนินงานโดย การอาศัยเงินบริจาคจากสมาชิกซึ่งมีอยู่ราว ๑๐ ล้านคน โดยมีระบบการบริหารจัดการที่โปร่งใสและ

นำเชลล์ฉือจีมีกิจกรรมทางมนุษยธรรมและทางจิตวิญญาณแพร่กระจายไปทั่วไต้หวันและทั่วโลก ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ ฉือจีเข้าร่วมเป็นที่ปรึกษาพิเศษในสภาเศรษฐกิจและสังคมแห่งสหประชาชาติ (NGO in Special Consultative Status with ECOSOC) เนื่องจากมีประสบการณ์ในการบริหารจัดการงานอาสาสมัครในพื้นที่พิบัติภัยต่าง ๆ ทั่วโลก ได้แก่ แผ่นดินไหวในเฮติ ซิลี มณฑลเสฉวนของประเทศจีน ญี่ปุ่น และสึนามิในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

หัวใจสำคัญที่ทำให้ฉือจีประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน คือ การจัดการอาสาสมัครที่เป็นระบบ กล่าวคือ ก่อนที่อาสาสมัครจะเข้าไปช่วยเหลือจะต้องผ่านการอบรมจากฉือจีเสียก่อนโดยมีการจัดหลักสูตรการอบรมที่เหมาะสม

นอกจากนั้นเมื่อพิจารณาระบบกฎหมายของไต้หวันก็เอื้อต่อการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองของไต้หวันด้วย และเป็นมูลเหตุหนึ่งที่ทำให้ไต้หวันได้รับการประเมินให้ได้รับอันดับ ๖ ของโลกในรายงาน The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของไต้หวันเอื้ออำนวยและส่งเสริมการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองโดยมีชุดสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง นอกจากนั้นไต้หวันยังมีกฎหมาย Natural Death Act ซึ่งมีสาระสำคัญในเรื่องการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองและรับรองสิทธิของประชาชนในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Living will or Advance directive) โดยปัจจุบันกฎหมายฉบับนี้มีการแก้ไขแล้ว ๓ ครั้ง โดยเป็นการแก้ไขเพื่อเพิ่มเติมเรื่องการยุติการรักษาพยาบาล (Withhold and Withdraw)

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไต้หวัน

จากการทบทวนวรรณกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเริ่มเติบโตในไต้หวันในปี ค.ศ. ๑๙๘๓ เมื่อมูลนิธิบริการการแพทย์และการศึกษาทางสังคมของคาธอลิก (Sanipax) ได้เริ่มให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย บุคลากรทางการแพทย์และอาสาสมัครที่ผ่านการฝึกอบรมไปที่บ้านของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้บริการดูแล ในปี พ.ศ. ๒๕๓๓ โรงพยาบาลแมคเคย์ สาขาคันซันสึ ได้เปิดหอผู้ป่วยพักฟื้น และเมื่อสิ้นปีได้ก่อตั้งมูลนิธิ Hospice care แห่งไต้หวัน ในปี ค.ศ. ๑๙๙๔ มูลนิธิ Lotus Palliative Care Foundation ได้ก่อตั้งขึ้น อิทธิพลที่รวมกันของมูลนิธิทั้งสามนี้ได้ช่วยก่อตั้งสถาบันการแพทย์แบบประคับประคองไต้หวัน (TAHPM) ในปี พ.ศ. ๒๕๔๒ เพื่อส่งเสริมการขับเคลื่อนให้การดูแลแบบประคับประคองในไต้หวัน ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ เป็นก้าวสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองในไต้หวัน เมื่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติไต้หวันได้ผ่านพระราชบัญญัติการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้าย (Hospice Palliative Care Act) และในปีเดียวกันก็ประกาศการดำเนินการ กฎหมายฉบับใหม่รับรองสิทธิการเสียชีวิตอย่างเป็นธรรมชาติและสง่างามสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไต้หวัน

ในช่วงต้นปี ค.ศ. ๑๙๙๕ กระทรวงสาธารณสุขของไต้หวันได้จัดตั้งทีมส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองที่ hospice ซึ่งมอบหมายให้มูลนิธิ hospice แห่งไต้หวันจัดโครงการฝึกอบรมทีมผู้รักษาดูแลแบบประคับประคอง ในปี พ.ศ. ๒๕๓๙ ได้ประกาศระเบียบว่าด้วยการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระเบียบว่าด้วยการดูแลผู้ป่วยที่ hospice ซึ่งอนุญาตให้นำไปใช้กับโครงการนาร่องการประกันสุขภาพแห่งชาติของไต้หวันที่ hospice เพื่อเติมเต็มช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ สำนักสวัสดิการและสุขภาพกรมอนามัยไต้หวัน ได้เปิดตัวโครงการนาร่องการดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งนำการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเข้าสู่โครงการ

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้หวั่นได้รับรองการรักษาแบบ Hospice อย่างเป็นทางการ

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติของไต้หวันได้ประกาศให้การดูแลผู้ป่วยโรคที่ไม่เป็นมะเร็งสามารถให้การดูแลแบบประคับประคองได้

รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในไต้หวันมีความหลากหลายทั้งการดูแลในหอผู้ป่วยใน Hospice การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลในหอผู้ป่วยระยะพักฟื้น และทีมดูแลสุขภาพแบบประคับประคองในโรงพยาบาล โดยได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล องค์กรพัฒนาเอกชน อุตสาหกรรม และสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ทำให้จำนวนโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการสำรวจสถานการณ์ของการดูแลแบบประคับประคองในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ที่ดำเนินการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของไต้หวัน กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ (MOHW) ของไต้หวัน มีโรงพยาบาล ๖๒ แห่งในไต้หวันที่มีหอผู้ป่วยพักฟื้น ๑๐๑ โรงพยาบาลที่มีโปรแกรมการดูแลที่บ้านแบบ Hospice มีโรงพยาบาลในชุมชน ๒๐๐ แห่ง และมีโรงพยาบาล ๑๔๒ แห่งที่ดำเนินการดูแลแบบประคับประคองแบบรวม อย่างไรก็ตาม เกาเซอร์บอนอก (มณฑลจินเหมิน เฝิงหู และเหลียนเซียง) ไม่ได้ไม่มีระบบการดูแลเต็มรูปแบบ สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ MOHW ได้บันทึกคำขอรับการดูแลแบบประคับประคองจากประชาชน จำนวน ๔๒๓,๙๕๖ ราย

ในด้านของมาตรฐานสากล ตามดัชนีคุณภาพการเสียชีวิตทั่วโลกของ Singaporean Lien Foundation การดูแลแบบประคับประคองของไต้หวันอยู่ในอันดับที่ ๑๔ (จาก ๔๐) ในโลกในปี ค.ศ. ๒๐๑๐ ในปี ค.ศ. ๒๐๑๕ ไต้หวันประสบความสำเร็จในอันดับที่ ๖ (จาก ๘๐) ในทั้งสองครั้ง ไต้หวันถูกจัดให้เป็นหนึ่งในเอเชีย อย่างไรก็ตาม ยังมีงานที่ต้องทำเพื่อส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองบนเกาะห่างไกลของไต้หวัน

จากพระราชบัญญัติการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้าย (Hospice Palliative Care Act) สู่พระราชบัญญัติสิทธิในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย (Patient Right to Autonomy Act)

หลังจากประกาศใช้พระราชบัญญัติการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้ายในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ วันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๕๘ สภานิติบัญญัติแห่งชาติของไต้หวันได้ผ่านร่างพระราชบัญญัติสิทธิในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งเป็นกฎหมายฉบับแรกในเอเชียที่คุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยโดยเฉพาะ และกำหนดแบบของหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขของไต้หวัน รวมถึงขั้นตอนและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการจัดทำและดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาฯ โดยกฎหมายได้กำหนดประเภทของผู้ป่วยที่สามารถทำหนังสือแสดงเจตนาฯ คือ (๑) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (๒) ผู้ป่วยอยู่ในอาการโคม่าที่ไม่สามารถย้อนกลับได้ (๓) ผู้ป่วยอยู่ในสภาพผักถาวร (๔) ผู้ป่วยเป็นโรคมองเสื่อมอย่างรุนแรง และ (๕) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะที่ประกาศโดยหน่วยงานกลางที่มีอำนาจ

ชาวไต้หวันส่วนใหญ่ไม่คุ้นเคยกับพระราชบัญญัติสิทธิในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย และสับสนกับพระราชบัญญัติการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้ายเพื่อช่วยในการเปลี่ยนแปลงกฎหมายเป็นไปอย่างราบรื่น รัฐบาลจึงกำหนดให้พระราชบัญญัติสิทธิในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยมีผลบังคับใช้ภายหลังประกาศแล้ว ๓ ปี และเพื่อให้ประชาชนเข้าใจสาระสำคัญของกฎหมายใหม่นี้ กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการไต้หวันได้มอบหมายให้โรงพยาบาล ๗ แห่ง ในไต้หวัน

ดำเนินการทดลองบังคับใช้ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยเฉพาะเพื่อให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจเนื้อหาของกฎหมาย

การนำพระราชบัญญัติสิทธิในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยมาใช้เป็นก้าวสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในไต้หวัน จากความจำเป็นในการปรับปรุงคุณภาพการรักษาพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขควรรวบรวมความคิดเห็นจากวงการแพทย์ ไม่ใช่เพียงเพื่อสร้างฉันทามติแต่เพื่อส่งเสริมโครงการนำร่องที่เกี่ยวข้อง ในเวลาเดียวกัน เพื่อปรับปรุงความเข้าใจในหมู่บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณชน กระทรวงสาธารณสุขควรจัดโปรแกรมการฝึกอบรมด้านการศึกษากับประชาชน เพื่อขจัดความเข้าใจผิดและสร้างความตระหนักรู้ของสาธารณชนในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง

ในไต้หวันการการุณยฆาตเป็นประเด็นซึ่งผูกไว้กับคุณค่าทางศีลธรรม การแพทย์ และกฎหมาย การตัดสินใจในไต้หวันยังมีหนทางอีกยาวไกลกว่าที่สังคมจะบรรลุฉันทามติต่อเรื่องนี้ เรื่องการุณยฆาตก็ยังเป็นเรื่องที่ถกเถียงในไต้หวัน แต่ปัจจุบันมีข้อเรียกร้องของสังคมต่อการุณยฆาตมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้มีการปรับปรุงพระราชบัญญัติการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้ายและพระราชบัญญัติสิทธิในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยซึ่งเป็นก้าวแรกในการทำให้การุณยฆาตถูกกฎหมาย

๒.๒.๓ ประเทศสิงคโปร์

การเดินหน้า ๖ ขั้นตอนของสิงคโปร์สู่การจัดอันดับใน 'The Quality of Death Index'^{๑๙} (Singapore Takes Six Steps Forward in 'The Quality of Death Index' Rankings)

ในดัชนีคุณภาพการเสียชีวิตปี ค.ศ. ๒๐๑๕ สิงคโปร์สามารถเลื่อนลำดับไปข้างหน้าหกลำดับจากอันดับที่ ๑๘ มาอยู่ที่อันดับที่ ๑๒ ความก้าวหน้านี้ได้มาอย่างยากลำบาก แต่สร้างความภูมิใจให้แก่สิงคโปร์อย่างมาก โดยสิงคโปร์ได้ทำการปรับปรุงระดับการดูแลแบบประคับประคองต่าง ๆ เช่น การสร้างความตระหนักในการบริการแบบประคับประคองแก่ประชาชน การปรับปรุงการดูแล การสร้างระบบประสานงาน และเพิ่มขีดความสามารถที่เพียงพอต่อความต้องการการดูแลในประชากรสูงอายุที่เติบโตอย่างรวดเร็ว แต่สิ่งเหล่านี้ได้มาอย่างยากลำบาก เนื่องจากสังคมสิงคโปร์ก็เช่นสังคมเอเชียทั่วไปที่มีข้อห้ามเกี่ยวกับการสนทนาเรื่องความตายในที่สาธารณะและมีความเชื่อเรื่องโชคลาง แต่ด้วยความพยายามอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายปีในการปรับปรุงมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคอง การออกแบบระบบการดูแล ระบบการศึกษาใหม่ การสร้างความตระหนักรู้ของสาธารณชน และปรับปรุงระบบงบประมาณ ซึ่งรัฐบาลจะยังคงปรับปรุงและทำงานเพื่อบรรลุตัวเลขหลักเดียวในการจัดอันดับดัชนีคุณภาพการตายต่อไป

การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองในสิงคโปร์

แม้สิงคโปร์จะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่โดยธรรมชาติและความเชื่อของสังคมเอเชียทำให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินการ เช่น ข้อห้ามเกี่ยวกับการพูดคุยเรื่องความตายในที่สาธารณะ ดังนั้น จึงต้องมีการกำหนดมาตรการในการดำเนินการที่เข้มข้นเพื่อฝ่าอุปสรรคในเรื่องความเชื่อทางสังคม และวัฒนธรรม

^{๑๙} Stella Seow Lin Goh, Singapore Takes Six Steps Forward in 'The Quality of Death Index' Rankings, สืบค้นเมื่อ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๕, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5763434/>

ในปี พ.ศ. ๒๕๒๘ สิงคโปร์ได้เริ่มเปิดดำเนินการ Hospice โดยกลุ่มแม่ชีคาทอลิกที่บ้านเซนต์โจเซฟ โดยมีจำนวนเตียงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ๑๖ เตียง โดยเรื่องนี้โด่งดังจนได้ขึ้นหน้าหนึ่งของหนังสือ Straits Times เรื่อง “In Singapore, A Place To Die Peacefully”

จากการเยือนของ Dr. Tetsuo Kashiwagi ที่สิงคโปร์ ช่วยผลักดันแนวคิดการจัดตั้ง Hospice ให้ก้าวไปข้างหน้า การมาเยือนของ ดร. คาซิวากิ ผู้สนับสนุนแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองชาวญี่ปุ่นที่มีชื่อเสียงโด่งดัง ทำให้เกิดเสียงตอบรับเชิงบวกจากสาธารณชนชาวสิงคโปร์เป็นจำนวนมาก

แนวคิดของ ดร. คาซิวากิ และความสนใจของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญร่วมกับ Singapore Cancer Society ในปี ๑๙๘๗ ก่อตั้งกลุ่มอาสาสมัครใน Hospice แห่งแรกภายใต้ชื่อ Hospice Care Group การดูแลแบบประคับประคองได้รับการผลักดันไปสู่ระดับการฝึกอบรมพยาบาล แพทย์ และการอบรมอาสาสมัครเพื่อเข้ามาทำงานในเรื่องนี้

ช่วงเวลาระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๑ - ๒๕๓๓ มีความต้องการการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้น มีการบริจาคเงินจำนวน ๑๒๐,๐๐๐ ดอลลาร์สิงคโปร์ ตลอดระยะเวลา ๓ ปี เพื่ออบรมอาสาสมัครจำพยาบาล ส่งบุคลากรไปฝึกอบรมในต่างประเทศ โดยพยาบาลส่วนใหญ่ถูกส่งไปฝึกอบรมที่ประเทศออสเตรเลียเป็นเวลา ๓ เดือน

ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๓๑ บ้านอัสซีซีที่โรงพยาบาลเมานต์อัลเวอร์เนียเริ่มรับผู้ป่วยหนัก ตามมาด้วยการก่อตั้ง Agape Hospice Group ในเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๓๒ Hospice Care Group ได้ก่อตั้ง Hospice Care Association (HCA) ซึ่งเป็นองค์กรอิสระเพื่อให้บริการผู้ป่วยที่บ้านและ nursing home จนถึงปัจจุบัน HCA Hospice Care เป็นผู้ให้บริการดูแล hospice รายใหญ่ที่สุดของสิงคโปร์

ในช่วงต้นทศวรรษ ๑๙๙๐ ผู้สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ ประธานาธิบดี วี คิม วี ดร.อี เฝิง เหลียง (หรือที่รู้จักในชื่อ “บิดาแห่งการกุศลของสิงคโปร์”) และอดีตรัฐมนตรี ดร. ซี ไอ มีพวกเขาเข้าร่วมกับผู้บุกเบิกเช่น Dr. Cynthia Goh ในฐานะผู้สนับสนุน hospice ทรัพยากรหาทุนเพื่อจัดบริการดูแลคนสิงคโปร์ช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตให้ดียิ่งขึ้น

ในปี พ.ศ. ๒๕๓๔ hospice ที่อัสซีซีได้รับการปรับปรุงใหม่เพื่อรองรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน ๓๑ ราย จากนั้นในเดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๓๖ ก็ได้เปิด nursing home แห่งแรก และในปี พ.ศ. ๒๕๓๘ ก็เริ่มบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน ในช่วงเวลานี้ Dover Park Hospice ได้รับการจดทะเบียนเป็นองค์กรการกุศล แต่แผนการสร้างอาคารและสิ่งอำนวยความสะดวกใน Dover Road ใกล้กับ Singapore Polytechnic ถูกคัดค้านจากนักศึกษาและเจ้าหน้าที่ แต่ในที่สุด Dover Park Hospice ก็ถูกสร้างขึ้นที่ตำแหน่งปัจจุบันที่ Jalan Tan Tock Seng Dover Park Hospice และเปิดให้บริการในเดือนกันยายน ๒๕๓๘ เป็น hospice แห่งแรกของสิงคโปร์ที่ให้บริการผู้ป่วยใน HCA Hospice Care ใช้ที่ดินผืนเดียวกัน ซึ่งมีทั้งสำนักงานใหญ่สำหรับการส่งมอบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านและเปิด nursing home แบบ day care ด้วย

ก้าวสำคัญอย่างหนึ่งในความก้าวหน้าของการดูแลแบบประคับประคองเกิดขึ้นเมื่อวันที่ ๕ พฤษภาคม ๑๙๙๕ เมื่อมีการก่อตั้งสภา Hospice แห่งสิงคโปร์ (SHC) วันนี้ทำหน้าที่เป็นศูนย์รวมผู้แทนของทุกองค์กรที่ให้การดูแลแบบประคับประคองในสิงคโปร์ ตั้งแต่ก่อตั้ง SHC ได้ทำหน้าที่ปรับปรุงรูปแบบการทำงาน ประสานงานหน่วยงานต่างๆ เพื่อส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองแก่ประชาชนสิงคโปร์

นอกจากนี้ยังสนับสนุนการฝึกอบรมของแพทย์ พยาบาล Care giver และอาสาสมัคร และช่วยเหลือในการจัดทำมาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติของเรื่องการดูแลแบบประคับประคองในสิงคโปร์

บริการการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลเริ่มขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๓๙ ในแผนกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลตันต็อกเล็ง ในปี พ.ศ. ๒๕๔๒ ศูนย์มะเร็งแห่งชาติสิงคโปร์จัดตั้งแผนกเวชศาสตร์การดูแลแบบประคับประคอง ตั้งแต่นั้นมาบริการการดูแลแบบประคับประคองก็ได้ขยายไปในทุกโรงพยาบาลรัฐทั่วสิงคโปร์ ได้แก่ โรงพยาบาลชางจี เจเนอรัล โรงพยาบาลคูเต็กปวต โรงพยาบาลสตรีและเด็กเคเค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งชาติสิงคโปร์ และโรงพยาบาลหงษ์เอ็งฟง

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๖ โรงพยาบาลชุมชนแห่งแรกของสิงคโปร์ที่ให้การดูแลแบบประคับประคองคือ โรงพยาบาล Bright Vision โดยปัจจุบันมีบริการการดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลชุมชน Ang Mo Kio โรงพยาบาลชุมชน St Andrew โรงพยาบาลชุมชน Yishun และเร็ว ๆ นี้มีแผนจะเปิดบริการการดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลชุมชน St. Luke และ Outram

ด้านการศึกษา สิงคโปร์ได้มีการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนในเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้ายทั้งในหลักสูตรของบุคลากร แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์และเภสัชกร และกลายเป็นหลักสูตรภาคบังคับของหลักสูตรปริญญาตรีทั้งหมด เนื่องจากความต้องการแพทย์และพยาบาล แบบประคับประคองเพิ่มขึ้น

แม้ว่าการดูแลแบบประคับประคองจะถูกนำมาสอนในหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษาของมหาวิทยาลัยแห่งชาติสิงคโปร์ในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ และมีการจัดหลักสูตรเฉพาะทางสำหรับแพทย์ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ การดูแลแบบประคับประคองได้กลายเป็นหลักสูตรบังคับสำหรับแพทย์และพยาบาล โดยมีการจัดหลักสูตรในระดับ postbasic/postregistration และ postgraduate เพื่อฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานในโรงพยาบาลและในชุมชน

หลักสูตรระยะสั้นระดับสูงกว่าปริญญาตรีด้านเวชศาสตร์การประคับประคองสำหรับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๙๐ ต่อมาได้มีการพัฒนาหลักสูตร Graduate Diploma in Palliative Medicine และสำหรับพยาบาล หลักสูตรเบื้องต้น ประกาศนียบัตรประเภท Specialist และ Diploma in Palliative Care Nursing สิงคโปร์ยังได้นำโปรแกรม Consortium การศึกษาการพยาบาล End-of-Life (EOL) มาใช้เพื่อให้การพยาบาลประคับประคองขั้นพื้นฐานในสถาบันอุดมศึกษา เนื้อหาได้รับการแก้ไขเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทและแนวปฏิบัติในท้องถิ่น จนถึงปัจจุบัน สิงคโปร์พัฒนาหลักสูตรพยาบาลฝึกหัดขั้นสูงแบบประคับประคองซึ่งสำเร็จการศึกษาจากทั้งต่างประเทศและจากโปรแกรมการพยาบาลมหาบัณฑิตในท้องถิ่นเพื่อให้บริการโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา Lien Center for Palliative Care (LCPC) ได้พัฒนาหลักสูตรการเรียนรู้แบบผสมผสานในการดูแลแบบประคับประคองสำหรับนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์และสำหรับเภสัชกร นอกจากนี้ได้พัฒนาฐานข้อมูลออนไลน์ที่เหมาะสมกับอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์พกพา เช่น eBook ไอแพด ของ SG Pall ให้ข้อมูลอ้างอิงและเคล็ดลับเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองขั้นพื้นฐานที่ง่ายและรวดเร็ว สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่สะดวกมาเรียนหรือผู้ที่ปฏิบัติงานหน้างาน นอกจากนี้ SHC จัดหลักสูตรระยะสั้นฟรีสำหรับผู้สนใจโดยจัดในช่วงพักกลางวันในทุกเดือนซึ่งครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ สำหรับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองด้วย

การปรับปรุงมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคอง

ในปี ค.ศ. ๒๐๑๐ สิงคโปร์อยู่ในลำดับที่ ๑๘ จาก ๔๐ ประเทศในดัชนี Quality of Death Index ซึ่งจัดทำโดย Economist Intelligence Unit ซึ่งได้รับมอบหมายจาก Lien Foundation

การจัดอันดับยังเปิดเผยว่าสิงคโปร์ไม่มียุทธศาสตร์ระดับชาติในการดูแลแบบประคับประคอง ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุข (MOH) จึงมอบหมายให้ Lien Center for Palliative Care (LCPC) และผู้มีส่วนได้เสียในระบบสุขภาพของสิงคโปร์จัดทำยุทธศาสตร์ระดับชาติสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อกำหนดรูปแบบการดำเนินการ

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ หลังจากมีการพัฒนายุทธศาสตร์แห่งชาติเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง กระทรวงสาธารณสุขได้แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อพัฒนามาตรฐานการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งรวมถึง การกำหนดแนวทางการดำเนินการ การจัดทำตัวชี้วัด และจัดทำเครื่องมือเพื่อประเมินผลในการดูแลแบบประคับประคอง

ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ ประเทศสมาชิกของเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคอง ในเอเชียแปซิฟิกได้จัดประชุมที่สิงคโปร์ เพื่อแบ่งปันประสบการณ์ หำหรือเกี่ยวกับปัญหา ความท้าทาย และข้อกังวลที่มีร่วมกันที่เกี่ยวข้อง และให้การสนับสนุนแก่ประเทศและกลุ่มต่าง ๆ ที่สนใจในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองของประเทศตนเอง

การสร้างจิตสำนึกสาธารณะ เพื่อปรับปรุงภาพลักษณ์ของการดูแลแบบประคับประคอง ในชุมชน สิงคโปร์ได้พัฒนาโปรแกรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) ที่เรียกว่า “Living Matters” มาใช้ในปี ค.ศ. ๒๐๑๑ ซึ่งรวมถึงคำแนะนำแบบทีละขั้นตอนทางออนไลน์เพื่อช่วยสำรวจความเชื่อ ค่านิยม และสถานะการดูแลของบุคคล ซึ่งสามารถแชร์ทางโซเชียลมีเดียหรือแพลตฟอร์มแบบอื่น ๆ กับญาติหรือบุคลากรด้านสุขภาพที่ให้การดูแลได้

Hospice และ Nursing Home ยังได้รับการสนับสนุนจากการลงทุนในโครงการนวัตกรรม และการเป็นหุ้นส่วนเชิงกลยุทธ์เพื่อสร้างความตระหนักรู้ของสาธารณชนเกี่ยวกับ ประเด็นการดูแลในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตและเพื่อสร้างความเข้าใจในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองและเรื่องการตาย ประเทศสิงคโปร์ได้จัดทำสื่อในแคมเปญ “ชุดสุดท้าย” หรือการจัดทำภาพถ่าย การผลิตสื่อ เพื่อสื่อสารทางโซเชียลมีเดียและสังคมทั่วไป โดยมีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นให้สาธารณชนพูดคุยเกี่ยวกับความตาย

ด้านงบประมาณ ในช่วงหลายปีที่ผ่านมารัฐบาลได้สนับสนุนงบประมาณการดูแลแบบประคับประคองทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล ย้อนกลับไปในปี ค.ศ. ๑๙๙๐ เมื่อ HCA Hospice Care เริ่มให้บริการดูแลบ้านพักคนชรา กระทรวงสาธารณสุขได้ให้เงินช่วยเหลือสำหรับการเช่าสถานที่ และตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๙๖ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านแบบประคับประคองได้รับทุนสนับสนุน ร้อยละ ๕๐ ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด และปัจจุบันได้รับเงินอุดหนุนตามวิธีการประเมินคุณภาพการบริการ เมื่อเร็ว ๆ นี้ บริษัทประกันภัยเริ่มมีกรรมธรรม์การดูแลผู้ป่วยในบ้านพักคนชรา

การดูแลที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยใน และ Nursing home ของการดูแลระยะสุดท้าย

ปัจจุบันมีโรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่ได้รับงบประมาณอุดหนุนจากกระทรวงสาธารณสุข ๖ แห่ง ในสิงคโปร์ นอกจากนี้ยังมีบริการบ้านพักคนชราสำหรับผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยคลินิกเคลื่อนที่ เป็นบริการดูแลบ้านให้กับผู้ป่วยจนวาระสุดท้ายของชีวิตด้วย

สิงคโปร์ได้จัดตั้งหอผู้ป่วยใน ๔ แห่ง เพื่อรองรับผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการพยากรณ์โรคว่าจะมีชีวิตอีกไม่เกิน ๓ เดือน ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา มีบริการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น ภาวะสมองเสื่อมและการดูแลเด็ก นอกจากนี้ยังมีการจัดการดูแลทางสังคมอื่น ๆ ด้วย เช่น ศิลปะหรือดนตรีบำบัด สัตว์เลี้ยง

สิงคโปร์ได้มีบริการ Nursing home ทั้งประเภท day care และดูแลตลอด ๒๔ ชั่วโมง โดยมีการอุดหนุนงบประมาณเพื่อการจัดบริการและการพัฒนามาตรฐานในการดำเนินการด้วย

๒.๓ หลักกฎหมายการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในต่างประเทศ : จากหลักกฎหมายสู่แนวทางในการสื่อสาร

จากการศึกษาเอกสารทางวิชาการสรุปได้ว่า แนวคิดเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เกิดมาพร้อมกับการเฟื่องฟูของสิทธิมนุษยชนที่มีแนวคิดที่ว่าบุคคลทุกคนสามารถกำหนดแนวทางหรือวางแผนการในการดำเนินชีวิตตนเองได้ตามความต้องการ^{๒๐} รวมทั้งความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีการประดิษฐ์คิดค้นเทคนิคทางการแพทย์เพื่อยืดชีวิตของผู้ป่วยออกไปได้อย่างไม่จำกัด ดังนั้นจึงเกิดคำถามขึ้นมามีว่าจะหยุดการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ยืดชีวิตนั้นเมื่อใด^{๒๑}

การทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เกิดขึ้นครั้งแรกใน พ.ศ. ๒๕๑๐ โดยนักกฎหมายชาวสหรัฐอเมริกา ที่ชื่อ Luis Kuthur เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแสดงเจตนาล่วงหน้าเพื่อปฏิเสธการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์การแพทย์เพื่อชีวิตตนเอง ขณะเดียวกัน นพ. Walter F. Sackett และนักการเมืองที่ชื่อ Barry keney เห็นด้วยกับแนวคิดนี้ โดยใช้เวลากว่า ๙ ปี เพื่อผลักดันให้เกิดกฎหมายที่รับรองสิทธิของผู้ป่วยในการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ในรัฐแคลิฟอร์เนีย และใช้เวลาอีกถึง ๒๓ ปี จนกระทั่งใน พ.ศ. ๒๕๓๓ ทั้ง ๕๐ รัฐของสหรัฐอเมริกาจึงยอมรับหลักกฎหมายนี้ทั่วประเทศ^{๒๒}

แม้ว่าสหรัฐอเมริกาจะมีหลักกฎหมายรับรองสิทธิในการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ แล้ว แต่ยังมีปัญหาและอุปสรรคในการใช้กฎหมาย ตลอดจนการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มาใช้ในเวชปฏิบัติก็มีปัญหาตามมาอย่างมากเนื่องจากหนังสือแสดงเจตนาฯ เป็นภาษากฎหมายยากแก่การทำความเข้าใจ รวมทั้งผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ไม่มั่นใจว่าความต้องการในขณะที่เขียนหนังสือแสดงเจตนาฯ จะตรงกับเมื่อเวลาที่ต้องใช้หนังสือนั้นหรือไม่ จึงส่งผลให้ไม่มีใครกล้าทำหนังสือแสดงเจตนาฯ หรือถ้ามีการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ก็มักจะระบุคำกว้าง ๆ ไม่ได้ระบุให้จำเพาะเจาะจงเกี่ยวกับความต้องการการรักษาพยาบาลลงไป นอกจากนี้ยังมีปัญหาในทางปฏิบัติที่มักจะเกิดขึ้นเสมอคือเมื่อถึงเวลาที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ไม่รู้สึกตัว

^{๒๐} Daniel E. Herrendorf, Advance directives in the human right code, International Institute of Human Rights Americas Chapter, สืบค้นเมื่อ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕,

<https://www.iidhamerica.org/en/digital-magazine/advance-directives-in-the-human-rights-code:275/>

^{๒๑} Alfred Simon, Historical Review of Advance Directives, Part of the International Library of Ethics, Law, and the New Medicine book series, สืบค้นเมื่อ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-007-7377-6_1

^{๒๒} Hecht MB, Shiel WC Jr. Advance Medical Directives, MedicineNet, สืบค้นเมื่อ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=7814>

ญาติพี่น้องหรือบุคลากรด้านสุขภาพในสถานพยาบาลที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เข้ารักษาตัว มักจะไม่รับรู้ถึงการมีอยู่ของเอกสารนั้น เนื่องจากไม่ต้องการดำเนินการตามความต้องการของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ^{๒๓}

ด้วยข้อจำกัดของการทำและการใช้หนังสือแสดงเจตนาฯ ดังกล่าวจึงมีแนวคิดที่จะมอบอำนาจให้บุคคลอีกคนหนึ่งมาทำหน้าที่เป็นผู้ตัดสินใจแทน (proxy) เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ไม่มีสติสัมปชัญญะ โดยมีการเพิ่มเนื้อหาลงในหนังสือแสดงเจตนาฯ ให้ระบุชื่อผู้แทนตนเองในการตัดสินใจแทนในช่วงที่ตนเองไม่มีสติสัมปชัญญะพอที่จะสื่อสาร โดยในเอกสารวิชาการของต่างประเทศจะมีการเรียกชื่อผู้แทนที่แตกต่างกันไป โดยอาจจะเรียกว่า “durable powers of attorney for health care” หรือ “health care proxy appointment” โดยทั้งสองนี้มีรายละเอียดที่เหมือนกันหมดโดยต่างกันเพียงด้านการตัดสินใจทางการเงินเท่านั้นที่ต่างกัน อย่างไรก็ตามพบปัญหาผู้ตัดสินใจแทนมักไม่กล้าตีความเจตนาผู้ป่วยในการตัดสินใจรับหรือไม่รับการรักษาอย่างเจาะจง การศึกษาหนึ่งพบว่าสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ผู้ตัดสินใจแทนมักจะตีความเจตนาของผู้ป่วยผิดถึงร้อยละ ๗๖^{๒๔}

จากการเรียนรู้ข้อผิดพลาดและประสบการณ์ในการนำหนังสือแสดงเจตนาฯ ทำให้มีการเพิ่มรายละเอียดของผู้ตัดสินใจแทนแล้ว ก็มีการปรับปรุงเนื้อหาของหนังสือแสดงเจตนาฯ ให้เข้าใจง่ายขึ้น โดยใช้ภาษากฎหมายและศัพท์ทางการแพทย์ลดลง ใช้ภาษาที่คนทั่วไปเข้าใจได้ในหนังสือแสดงเจตนามากขึ้น รวมทั้งเพิ่มรายละเอียดความต้องการในทางสังคมของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ลงไปอีก เช่น เพิ่มสถานที่ที่ต้องการดูแลในช่วงวาระท้ายของชีวิต การดูแลในมิติทางจิตวิญญาณ และสามารถให้ทำหนังสือแสดงเจตนาทาง Website ได้ และเมื่อนำหนังสือแสดงเจตนาไปใช้ในเวชปฏิบัติทำให้ได้มีการผสมผสานแนวคิดทั้งการระบุจุดหมายหรือความต้องการในการดูแลของผู้ป่วย การดูแลทางการแพทย์และการดูแลในทางสังคมและจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยต้องการ การกำหนดผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน รวมทั้งควรมีการสื่อสารภายในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ที่ผู้ป่วยยังแข็งแรงอยู่และทุกครั้งที่อาการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหรือการดำเนินโรคและบุคลากรด้านสุขภาพจะต้องตระหนักถึงบทบาทของตนเองต่อผู้ป่วยว่าไม่ใช่ผู้ให้การรักษาทางการแพทย์เท่านั้น แต่เป็นที่ปรึกษาที่เสนอแนะวิธีการดูแลที่ตรงกับเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด^{๒๕,๒๖}

^{๒๓} Charles P Sabatino, The Evolution of Health Care Advance Planning Law and Policy, Milbank Q. 2010 Jun; ๘๘ (2): น. ๒๑๑ – ๒๓๙. สืบค้นเมื่อ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2980344/>

^{๒๔} Hare, J; etal. Agreement between patients and their self-selected surrogates on difficult medical decisions. Archives of Internal Medicine. 1992;152(5).

^{๒๕} Samantha Scotti, Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, National Conference of State Legislatures, สืบค้นเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, <https://www.ncsl.org/research/health/physician-orders-for-life-sustaining-treatment.aspx#:~:text=Currently%2C%2046%20states%20have%20or,or%20remove%20barriers%20to%20implementation.>

^{๒๖} Diane E. Meier and Larry Beresford, POLST Offers Next Stage in Honoring Patient Preferences, Journal of Palliative Medicine Vol. 12, No. 4, สืบค้นเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2009.9648>

โดยในสหรัฐอเมริกามีการพัฒนาเอกสาร POLST (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment) ขึ้นมา เพื่ออุดช่องว่างและแก้ปัญหาในทางปฏิบัติของการทำหนังสือแสดงเจตนาในอดีต^{๒๗}

POLST เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ใช้ในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า POLST เป็นเอกสารที่พกพาสะดวก มีหน้าเดียว สีสันสดใสจึงมองเห็นได้ชัดเจน โดยมีเป้าหมายในการแปลการสนทนาระหว่างผู้ป่วยและ/หรือผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยเป็นคำสั่งทางการแพทย์ โดยจุดเด่นของ POLST คือ ความต่อเนื่องของการนำเอกสารมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยสามารถนำเอกสารนี้ไปใช้ได้ทั้งแพทย์ หน่วยดับเพลิง ตำรวจ หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่ดูแลผู้ป่วย^{๒๘}

POLST ช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพมีแนวทางในการพูดคุย ปรีกษาหารือ และสอบถามถึง ความปรารถนาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) หรือการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ต่าง ๆ เพื่อยื้อชีวิตผู้ป่วย โดยคำถามเหล่านี้มีขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้แสดงความต้องการของตนเองเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อต้องใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการยื้อชีวิตตนเอง

ในทางวิชาการ POLST มีชื่อเรียกต่าง ๆ หลากหลายมากทั้ง MOLST (Medical Orders for Scope of Treatment), MOST (Medical Orders on Scope of Treatment), POST (Physician's Orders on Scope of Treatment) หรือ TPOPP (Transportable Physician Orders for Patient Preferences) โดยเอกสารทั้งหมดนี้เนื้อหาและหลักการแทบจะเหมือนกันทั้งหมด แต่ชื่อเรียกต่างกันในประเทศ (ของสหรัฐอเมริกา) ที่นำเอกสารนี้ไปใช้^{๒๙} โดยสำหรับในยุโรปและเอเชียเริ่มมีการนำเอกสารชนิดนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเช่นกัน

โดยมีข้อสังเกตที่น่าสนใจว่าในสหรัฐอเมริกาได้แยกหนังสือแสดงเจตนาฯ ออกจาก POLST อย่างชัดเจน^{๓๐} โดย POLST ไม่ใช่หนังสือแสดงเจตนาฯ แต่ POLST เป็นแนวทางในการสื่อสารกับผู้ป่วย ถึงความต้องการและแผนการของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองในแต่ละช่วงเวลาของการป่วยจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า พัฒนาการของหนังสือแสดงเจตนาฯ ในสหรัฐเกิดจากการพัฒนาหลักกฎหมายที่ต้องการให้บุคคลแสดงเจตนาเป็นหนังสือไว้ล่วงหน้าเพื่อกำหนดแนวทางในการดูแลตนเอง ในช่วงที่ตนเองให้เสียชีวิต และจากการนำหนังสือแสดงเจตนาฯ นี้ ไปใช้ในทางปฏิบัติพบปัญหาหลายประการ จนเป็นเหตุให้มีการเพิ่มเนื้อหาในเรื่องการกำหนดให้มีบุคคลมาทำหน้าที่ตัดสินใจแทน และสุดท้ายได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบของหนังสือแสดงเจตนาจากเอกสารทางกฎหมายไปสู่แนวทางในการสื่อสารกับผู้ป่วย

^{๒๗} Charles P. Sabatino and Naomi Karp, Improving Advanced Illness Care: The Evolution of State POLST Programs, สืบค้นเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, <https://polst.org/wp-content/uploads/2016/06/POLST-Report-04-11.pdf>

^{๒๘} Ursula K. Braun, Experiences with POLST: Opportunities for Improving Advance Care Planning, Journal of General Internal Medicine, สืบค้นเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-016-3795-y>

^{๒๙} Tech-enhanced Life, POLST & MOLST: Physician Orders, สืบค้นเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, <https://www.techenhancedlife.com/citizen-research/polst-molst-physician-orders>

^{๓๐} National POLST, National POLST: Patient Guide to the POLST Portable Medical Order, สืบค้นเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, <https://polst.org/wp-content/uploads/2022/03/2022.03.16-Patient-POLST-Form-Guide.pdf>

และครอบครัว โดยเพิ่มเนื้อหาในเรื่องการกำหนดเป้าหมาย ความมุ่งหมาย ความคาดหวัง ในการดูแลสุขภาพตนเองในช่วงที่ตนเองเริ่มเจ็บป่วยไปจนใกล้จะเสียชีวิต

กลุ่มประเทศในสหภาพยุโรปนั้นแตกต่างจากในสหรัฐอเมริกา โดยจากการสำรวจพบว่าสถานการณ์ของเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนา ในแต่ละประเทศของสหภาพยุโรปยังคงแตกต่างกันออกไปตามระบบกฎหมายและพัฒนาของสังคม นอกจากนั้นบุคลากรด้านสุขภาพเป็นจำนวนมากก็ยังไม่ทราบถึงกฎหมายนี้ มี ๑๕ ประเทศ จาก ๒๘ ประเทศในสหภาพยุโรปเท่านั้นที่ได้พัฒนากฎหมายเฉพาะเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนา นอกจากนั้นยังมีความกังวลว่าหากมีการนำหนังสือแสดงเจตนา จากประเทศหนึ่งไปใช้ในกลุ่มประเทศในสหภาพยุโรปอื่นจะมีปัญหาทั้งในทางกฎหมายและจริยธรรม ดังนั้น จึงควรมีกฎหมายกลางของสหภาพยุโรปในเรื่องดังกล่าว^{๓๑,๓๒} แต่ในส่วนของการพัฒนาเอกสารที่เป็น POLST ในสหภาพยุโรปนั้นพบว่า ยังไม่มีการนำมาใช้มากนัก และในสหภาพยุโรปนั้นยังมีคำถามเชิงแนวคิดและจริยธรรมที่ทำนายจำนวนมากที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการนำ POLST มาใช้ซึ่งสิ่งเหล่านี้ยังไม่ค่อยได้รับความสนใจจากบุคลากรด้านสุขภาพมากนัก^{๓๓}

แต่ในทางกลับกันสหภาพยุโรปแม้จะไม่มีการพัฒนา POLST กลับมีการพัฒนาเอกสารการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan) ขึ้น โดยการวางแผนการดูแลล่วงหน้าถือเป็นขั้นตอนที่พยายามรวมการตัดสินใจของผู้ป่วยเข้ากับการตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต (End of Life) โดยในตอนแรกสหภาพยุโรปมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาหนังสือแสดงเจตนา และต่อมาสหภาพยุโรปได้เล็งเห็นถึงปัญหาของการใช้หนังสือแสดงเจตนา ที่มีลักษณะเป็นภาษากฎหมายและคำศัพท์ทางการแพทย์ที่เป็นทางการยากแก่การเข้าใจ รวมทั้งขาดความเชื่อมโยงระหว่างหนังสือแสดงเจตนา กับเวชปฏิบัติ และแต่ละประเทศในยุโรปก็มีหลักกฎหมายที่แตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดการพัฒนาแนวทางการวางแผนการดูแลล่วงหน้า^{๓๔} เพื่อเป็นกระบวนการสื่อสารที่เป็นทางการระหว่างผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลมืออาชีพเกี่ยวกับค่านิยมและความชอบในการดูแลของผู้ป่วย สร้างความตระหนักรู้ถึงความจำเป็นในการคาดการณ์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตของสุขภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแสดงความคิดเห็น ค่านิยม และทางเลือกในการรักษาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการดูแลในอนาคตได้อย่างเหมาะสม^{๓๕}

^{๓๑} Pellegrini, Marie-Claire, Advance directives across Europe, University of Malta Msida Campus (main campus), สืบค้นเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, <https://www.um.edu.mt/library/oar/handle/123456789/76883>

^{๓๒} Elena Porcar Rodado, David Peral and Marina Gisbert Grifo, Advance Directives. Comparison of current legislation within the European Union, Spanish Journal of Legal Medicine March ๒๐๒๑ ๔๗(๒), สืบค้นเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

https://www.researchgate.net/publication/350436038_Advance_Directives_Comparison_of_current_legislation_within_the_European_Union

^{๓๓} G Marckmann and J in der Schmitzen, Physician orders for life-sustaining treatment (POLST): unresolved conceptual and ethical questions, สืบค้นเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, <https://spcare.bmj.com/content/2/2/174.2>

^{๓๔} P Simón, Use of advance care planning – a European perspective, BMJ Supportive & Palliative Care, สืบค้นเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, <https://spcare.bmj.com/content/1/1/75.4>

^{๓๕} Pallcare, Advance care planning in oncology in Europe, European Association for Palliative Care, สืบค้นเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, <https://eapcnet.wordpress.com/2016/01/04/advance-care-planning-in-oncology-in-europe/>

๒.๔ นโยบาย กฎหมาย และการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตของประเทศไทย

ตามยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี แผนการปฏิรูปประเทศ และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้กำหนดให้ต้องเตรียมความพร้อมประเทศไทยสำหรับสังคมผู้สูงอายุผ่านนโยบายต่าง ๆ โดยมีสาระสำคัญ คือ การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้ทำงานได้แม้จะเกษียณไปแล้วรวมทั้งพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อรองรับกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น แต่การดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีนอกจากดูแลเรื่องดังกล่าวแล้วยังจำเป็นจะต้องคำนึงถึงเรื่องการดูแลแบบประคับประคองด้วย การดูแลแบบประคับประคองถูกออกแบบมาเพื่อดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้แล้ว ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่สภาพร่างกายและการดำเนินโรคจนกระทั่งผู้นั้นตายตามธรรมชาติ

ข้อเท็จจริงหนึ่งในปัจจุบันที่ทุกคนยอมรับ คือ สังคมไทยเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยแล้ว นอกจากนั้นยังมีประชาชนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่อาจรักษาให้หายได้เพิ่มมากขึ้น โดยธรรมชาติของผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังเมื่ออายุมากขึ้นความเสื่อมของร่างกายจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและเกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้น ในการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยระยะท้ายภาวะของสุขภาพของบุคคลเหล่านี้จะมีแต่ทรงและทรุดไปตามกาลเวลา จนกระทั่งผู้นั้นตาย การตายจึงเป็นที่คาดหมายได้และไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้น หากจะดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีจะต้องคำนึงถึงการดูแลในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตด้วย

ความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองกับสังคมไทย การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นรูปแบบการดูแลที่ผสมผสานการดูแลทางการแพทย์ ทางสังคม ทางจิตใจและทางจิตวิญญาณ เข้าด้วยกันโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ที่ได้รับการดูแลมี “คุณภาพชีวิตที่ดี” เท่าที่สภาพร่างกายและการดำเนินโรคของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้นั้นจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคอง คือ ผู้รับการดูแลจะ “ตายดี” ในทางสากลศาสตร์ของการดูแลแบบประคับประคองถูกพัฒนาขึ้นเพื่อรองรับผู้ป่วยที่ป่วยหรือผู้มีอาการที่ไม่สามารถรักษาให้หายจนเป็นปกติได้แล้ว แต่จะอย่างไรให้บุคคลเหล่านั้นอยู่กับอาการป่วยหรือความเสื่อมของร่างกายอย่างมีคุณภาพได้ ด้วยเหตุนี้จึงมีการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคองขึ้น

สำหรับประเทศไทย ศาสตร์ของการดูแลแบบประคับประคองได้รับความสนใจจากวงการแพทย์เมื่อ ๓๐ กว่าปีที่ผ่านมา เนื่องจากสภาพการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและประชากรศาสตร์ กล่าวคือ จากความจำเป็นทางประชากรศาสตร์ที่สังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและมีประชากรป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่อาจรักษาให้หายเพิ่มขึ้น และจากการที่สังคมไทยพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วทำให้เกิดทัศนคติเกี่ยวกับความตายเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์จนเกินจำเป็นมาเพื่อยื้อความตายของผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังออกไปโดยไม่จำเป็น รวมทั้งมีการย้ายถิ่นฐานของประชากรเข้ามาอยู่ในสังคมเมืองมากขึ้น ประชากรอยู่ในคอนโด หอพัก หากเป็นการดูแลในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตจะทำให้เกิดความต้องการสถานที่สำหรับดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมเมืองมากขึ้น จากมูลเหตุเหล่านี้ทำให้ระบบบริการทางแพทย์และระบบสังคมจะต้องปรับตัวเพื่อรองรับกับปัญหาสุขภาพและปัญหาทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

นโยบายและกฎหมายที่สำคัญของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลแบบประคับประคอง จากการศึกษานโยบายที่สำคัญของประเทศไทยผู้เขียนพบว่า ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี

แผนการปฏิรูปประเทศ และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ เป็นนโยบายระดับชาติ ที่ส่งผลต่อการดำเนินการของส่วนราชการต่าง ๆ ทั้งการกำหนดและการดำเนินนโยบาย การจัดทำแผนปฏิบัติการ หรือแผนงานโครงการ การจัดทำตัวชี้วัด การจัดทำแผนงบประมาณ เนื่องจากนโยบายเหล่านี้มีกฎหมาย กำหนดให้ส่วนราชการจะต้องดำเนินการตาม และเมื่อพิจารณาเฉพาะเรื่องการดูแลผู้สูงอายุและการดูแล แบบประคับประคอง สรุปได้ดังต่อไปนี้

๒.๔.๑ นโยบายและแผนที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของประเทศไทย

ในอดีตการรักษาพยาบาลเป็นเรื่องเฉพาะบุคคลและครอบครัว รัฐจะไม่เข้ามายุ่งเกี่ยว จนกระทั่ง ถึงยุคที่รัฐเห็นความสำคัญของการแพทย์และการสาธารณสุขในการสร้างความมั่นคงและความเข้มแข็งแก่รัฐ ทำให้รัฐเข้ามากำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และการสาธารณสุข ซึ่งในแต่ละยุคแต่ละสมัย รัฐมีนโยบายที่สำคัญ ได้แก่ สมัยรัชกาลที่ ๕ ที่สร้างโรงศิริราชพยาบาล และเริ่มส่งนักเรียนไทยไปศึกษา วิชาการแพทย์และการสาธารณสุขจากต่างประเทศ ในสมัยรัฐบาล จอมพล ป.พิบูลสงคราม มีนโยบายอวดธง ที่สนับสนุนการสร้างโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคหรือชายแดนที่ติดกับ ประเทศเพื่อนบ้านเพื่อแสดงถึง ความเจริญก้าวหน้าของการแพทย์ไทยให้ประชาชนในท้องถิ่นเกิดความเชื่อถือศรัทธาในอำนาจรัฐ ในสมัยรัฐบาลของ ม.ร.ว. คึกฤทธิ์ ปราโมช มีนโยบายสร้างโรงพยาบาลอำเภอทั่วประเทศ

สิ่งสำคัญที่ทำให้เห็นว่ารัฐให้ความสำคัญกับเรื่องการสาธารณสุข คือ การกำหนดเรื่อง การสาธารณสุขไว้ในกฎหมายสูงสุดของประเทศ ในครั้งแรกถูกกำหนดไว้ในหมวดแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๑๑ และจากนั้นมารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ทุกฉบับได้บรรจุเรื่องการแพทย์และการสาธารณสุขไว้ในรัฐธรรมนูญเรื่อยมา

๒.๔.๑.๑ ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี^{๓๖} ได้แก่ การเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัย โดยมีการ พัฒนาศักยภาพตลอดช่วงชีวิต การดำรงชีวิตที่เหมาะสมกับแต่ละช่วงวัยของผู้สูงอายุ การพัฒนาเทคโนโลยี และนวัตกรรมสมัยใหม่เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุให้ดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ การส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเป็นกำลังในการพัฒนาประเทศ

๒.๔.๑.๒ แผนการปฏิรูปประเทศ^{๓๗} เพื่อให้ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี บรรลุผลอย่างเป็นรูปธรรม จึงมีการจัดทำแผนการปฏิรูปประเทศขึ้น เพื่อทำการปฏิรูปประเทศในด้านต่าง ๆ โดยมีแผนการปฏิรูป ประเทศที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้แก่

(๑) แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ต้องการให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยยกระดับการดูแลด้านสุขภาพเป็นภารกิจหลักที่ต้องเร่งปฏิรูปเพื่อรองรับกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น เพิ่มความสามารถในการดูแลตัวเองของผู้สูงอายุ จัดให้มีผู้บริบาลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั้งปริมาณและคุณภาพ สร้างระบบการดูแลรักษาพยาบาลที่บ้านและชุมชนอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต จากทีมแพทย์ครอบครัวเพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดความเหลื่อมล้ำ ในการเข้าถึงบริการ มีการพัฒนาระบบและกลไกการบริหารที่บูรณาการความร่วมมือระดับชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน นอกจากนั้นจะต้องสร้างระบบสารสนเทศ เทคโนโลยีดิจิทัล และกลไก การเงินที่มีประสิทธิภาพเพื่อสนับสนุนการดำเนินการดังกล่าว

^{๓๖} ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ.๒๕๖๑ - ๒๕๘๐, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๕ ตอนที่ ๘๒ ก (๑๓ ตุลาคม ๒๕๖๑).

^{๓๗} แผนการปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง), ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๘ ตอนพิเศษ ๔๔ ง (๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔).

ใบแทรก
รายงานการพิจารณาศึกษา
เรื่อง ข้อเสนอการสร้างเสริมสุขภาพระยะสุดท้ายของชีวิต รongรับสังคมสูงวัย

คณะกรรมการการพัฒนาระบบสุขภาพ และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา ขอแก้ไขเพิ่มเติมบทที่ ๒ หน้าที่ ๓๐ ข้อ ๒.๔.๑ โดยเพิ่มเติมข้อความต่อไปนี้เป็นย่อหน้าที่สาม

“นโยบายของรัฐบาล นายเศรษฐา ทวีสิน นายกรัฐมนตรี

หนึ่งในนโยบายด้านการสร้างคุณภาพชีวิต ซึ่งคณะรัฐมนตรี โดยนายเศรษฐา ทวีสิน นายกรัฐมนตรี ได้แถลงต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๖๖ คือ การสร้างและพัฒนาระบบสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สามารถรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินและโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นในอนาคต โดยได้กำหนดให้มีสถานชีวาภิบาลประจำท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย”

(๒) แผนการปฏิรูปประเทศด้านวัฒนธรรม กีฬา แรงงานและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความมั่นคงในชีวิต มีทักษะการดำรงชีวิตเรียนรู้พัฒนาตลอดชีวิต มีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม สร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่สังคม โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีทักษะอาชีพ มีงานที่เหมาะสมกับศักยภาพ สร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และสนับสนุนหลักประกันทางสังคม ที่สอดคล้องกับความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต

(๓) แผนการปฏิรูปประเทศด้านการศึกษา พัฒนาศักยภาพตลอดช่วงชีวิตตั้งแต่การตั้งครรภ์จนถึงช่วงวัยผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความมั่นคงในชีวิต มีทักษะการดำรงชีวิตเรียนรู้พัฒนาตลอดชีวิต มีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม สร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่สังคมเพิ่มขึ้น

๒.๔.๑.๓ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐^{๓๘}

โดยภาพรวมของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ได้กำหนดเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไว้ ๒ เรื่องหลัก คือ (๑) การสร้างหลักประกันทางสังคมและสร้างสวัสดิการทางสังคมในด้านต่างๆ ให้แก่ผู้สูงอายุ และ (๒) พัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุให้ยังมีศักยภาพและความสามารถในการทำงานรวมทั้งถ่ายทอดประสบการณ์ที่ตนเองมีให้แก่สังคมโดยรวม

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) มีสมมติฐานและการคาดการณ์โครงสร้างประชากรไทยในอนาคตไว้ว่า สังคมไทยเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ จะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุกว่า ๑๑.๖ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๗.๕๗ ของประชากรไทยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดว่าภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ซึ่งเป็นปีเริ่มต้นของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ ไทยจะกลายเป็น สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ที่มีประชากรอายุมากกว่า ๖๐ สูงถึงร้อยละ ๒๐.๑ ของประชากรทั้งหมด สวนทางกับประชากรวัยเรียนและวัยแรงงานที่มีแนวโน้มลดลง

จากการที่ประเทศไทยมีอัตราการเกิดของประชากรน้อยลงส่งผลให้ประชากรวัยเด็กในปัจจุบันต้องรับภาระที่เพิ่มขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อเข้าสู่วัยแรงงาน และการที่โครงสร้างประชากรไทยเป็นสังคมสูงวัยจะส่งผลกระทบต่อทุกภาคส่วนในสังคม มีจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพิงต่อวัยแรงงานสูงขึ้นและมีภาระทางการคลังในด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นโดยจะมีความต้องการงบประมาณเพื่อเป็นสวัสดิการรองรับวัยเกษียณเพิ่มมากขึ้น

แต่ในวิกฤติก็มีโอกาสซึ่งตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ยังคงเห็นโอกาสของประเทศจากการที่สังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ กล่าวคือ การส่งเสริมการพัฒนาการท่องเที่ยวคุณภาพที่มีศักยภาพในการเติบโตสูง ได้แก่ เพื่รองรับกลุ่มลูกค้าที่มีกำลังซื้อสูง เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้เกษียณอายุ พัฒนาบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพรูปแบบใหม่ที่น่าไปสู่การสร้างสังคมสูงวัยที่มีสุขภาวะ อาทิ การให้คำปรึกษาทางไกลด้านสุขภาพ การใช้อาหารบำบัดและการบำบัดทางจิตด้วยการทำสมาธิ พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานให้เป็นอารยสถาปัตย์เพื่อบริการบริการส่งเสริมสุขภาพในระยะยาว การพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับชุมชนสูงวัย การพัฒนาพื้นที่ด้านกีฬาและการออก

^{๓๘} สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐).

กำลังกายเพื่อดึงดูดกลุ่มผู้ใช้บริการให้สามารถรับบริการส่งเสริมสุขภาพได้ยาวนานขึ้น อาทิ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีพหุพิสัย

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ในหมวดหมู่ที่ ๙ ได้กำหนดให้ไทยมีความยากจนข้ามรุ่นลดลง และมีความคุ้มครองทางสังคมที่เพียงพอ เหมาะสม โดยหมวดหมู่นี้กำหนดให้เกิดระบบความคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงวัยเพื่อลดสัดส่วนผู้สูงอายุที่ยากจนลดลง เหลือไม่เกินร้อยละ ๔ เพิ่มสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เข้าถึงบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐ ยกระดับความคุ้มครองทางสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนระบบสวัสดิการทางเลือกที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีการพัฒนาต่าง ๆ ควบคู่กับการบูรณาการข้อมูลด้านสวัสดิการและเงินช่วยเหลือทั้งหมดของผู้สูงอายุ เพิ่มการเข้าถึงบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการเพิ่มศักยภาพของบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่อาศัยในบ้านตนเอง ด้วยการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมควบคู่กับการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีทางเลือกของที่อยู่อาศัยที่หลากหลายอย่างเพียงพอต่อความต้องการ พัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นพลเมืองมีคุณค่าของสังคมให้เป็นพลังของสังคมให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ ภูมิปัญญาที่สั่งสมมาตลอดช่วงชีวิตสู่คนรุ่นหลัง และส่งเสริมและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทำงานตามศักยภาพ พัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม พัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุให้สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขและการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุแก่คนวัยอื่น ๆ รวมทั้งพัฒนานวัตกรรมรองรับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

นอกจากนั้นในหมวดหมู่ที่ ๑๒ ยังกำหนดให้ไทยมีกำลังคนสมรรถนะสูง มุ่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ตอบโจทย์การพัฒนาแห่งอนาคต โดยกำหนดให้รัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาสให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและลดจำนวนผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความยากจนหลายมิติให้ลดลงร้อยละ ๒๐ ต่อปี และจะต้องพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นพลเมืองมีคุณค่าของสังคม โดยพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นพลังของสังคม ให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ ภูมิปัญญาที่สั่งสมมาตลอดช่วงชีวิตสู่คนรุ่นหลัง เพื่อให้เกิดการสืบสานและต่อยอดการพัฒนาสังคม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับคนต่างวัย และส่งเสริมและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทำงานตามศักยภาพ รวมทั้งพัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่ทันสมัย และหลักสูตรระยะสั้นเพื่อพัฒนาความรู้ สมรรถนะทางดิจิทัล ทักษะทางธุรกิจและการใช้ชีวิตที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม และพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุให้สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข และการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุแก่คนวัยอื่น ๆ รวมทั้งพัฒนานวัตกรรมรองรับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

๒.๔.๑.๔ แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว (พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๘๐)^{๓๙}

จากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรที่เป็นสังคมสูงวัยเป็นปรากฏการณ์ทางประชากรที่หลายประเทศได้เผชิญ สำหรับประเทศไทยผลจากภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลง จนต่ำกว่าระดับ

^{๓๙} สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว (พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๘๐).

ทดแทน และประชากรไทยที่มีอายุยืนยาวขึ้น ได้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วทางโครงสร้างอายุ ประชากรที่ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานมีจำนวนและสัดส่วนลดลง รวมถึงหากสถานการณ์ด้านสุขภาพ และระบบเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่ยังมีความเปราะบาง ภาระการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย จะเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก ดังนั้น การใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งของรัฐและเอกชน จะก่อให้เกิดประสิทธิภาพทางงบประมาณสูงสุด อีกทั้งความรวดเร็วของการเป็นสังคมสูงวัยและบริบท การพัฒนาที่มีความแตกต่างกันตามแต่ละพื้นที่ ท้องถิ่นจึงควรได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความสามารถ ในการบริหารจัดการการพัฒนาในพื้นที่ รวมทั้งการส่งเสริมระบบสวัสดิการแบบร่วมจ่าย เพื่อลดภาระ การคลังภาครัฐในอนาคต

เมื่อวันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕ คณะรัฐมนตรีเห็นชอบร่างแผนพัฒนาประชากรเพื่อ การพัฒนาประเทศระยะยาว พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๘๐ ตามที่สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ (สศช.) เสนอ เพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนให้เกิดผลเป็นรูปธรรมต่อไป โดยมีกรอบแนวทางการพัฒนา ประชากรให้ความสำคัญกับ ๓ ด้านได้แก่ การเกิดอย่างมีคุณภาพ การอยู่อย่างมีคุณภาพและมีส่วนร่วม ในการพัฒนาประเทศ และการแก่และตายอย่างมีคุณภาพ โดยแผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศ ระยะยาว พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๘๐ โดยภาพรวมมียุทธศาสตร์ กิจกรรมและการดำเนินการที่คล้ายคลึงกับ แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๘๐) แต่จะมีส่วนที่นับว่าเป็นครั้งแรกของ แผนเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย คือ การกล่าวถึงเรื่องการพัฒนาาระบบดูแลทางการแพทย์และการดูแล ทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงวาระท้ายของชีวิต

แผนยุทธศาสตร์นี้เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่มุ่งเสริมสร้างความมั่นคงทางประชากร ตั้งแต่แรกเกิด จนกระทั่งเสียชีวิตโดยแผนนี้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และแผนการพัฒนา ประเทศระดับต่าง ๆ ตั้งแต่ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

เป้าประสงค์ของแผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว มี ๓ ประการ คือ

- (๑) ประชากรไทยได้รับการพัฒนาตามศักยภาพสูงสุด และมีคุณภาพสอดคล้องกับ บริบทการพัฒนาประเทศ บนพื้นฐานของการมีทักษะที่สอดคล้องกับโลกในศตวรรษที่ ๒๑
- (๒) ประชากรไทยมีความมั่นคงทางรายได้และทรัพย์สินเพียงพอตลอดช่วงชีวิต
- (๓) มีระบบคุ้มครองทางสังคมที่สร้างความมั่นคงในชีวิต และไม่ส่งผลกระทบต่อ ความยั่งยืนทางการคลังในระยะยาว

แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาวได้แบ่งยุทธศาสตร์ การพัฒนาออกเป็น ๖ ยุทธศาสตร์หลัก โดยยุทธศาสตร์ที่มีความเชื่อมโยงกับการดูแลผู้สูงอายุมุ่งต่อไปนี้
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การสร้างครอบครัวที่มีคุณภาพ และพัฒนาระบบที่เอื้อต่อการ
 มีและเลี้ยงบุตร โดยสนับสนุนให้หน่วยงานภาครัฐและเอกชนสร้างความสมดุลระหว่าง การทำงานและ การดูแลครอบครัว รวมถึงระบบสนับสนุนครอบครัวหลากหลายรูปแบบ สนับสนุนวันลาเพื่อการดูแล ครอบครัวโดยเพิ่มประเภทของการลาเพื่อดูแลบิดามารดาสูงอายุในกรณีที่เจ็บป่วย นอกเหนือจากการลากิจ หรือลาป่วย

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การพัฒนาระดับผลิตภาพประชากร เพิ่มกำลังแรงงานในตลาดงาน โดยเฉพาะประชากรกลุ่มเปราะบางโดยส่งเสริมการจ้างงานตามสมรรถนะ เพื่อลดข้อจำกัดของกลุ่มคนเปราะบาง และอคติด้านอายุ (Age discrimination) ในกลุ่มแรงงานผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีรูปแบบการทำงานที่หลากหลาย ยืดหยุ่น และสอดคล้องกับความต้องการ

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การยกระดับความมั่นคงทางการเงิน โดยส่งเสริมให้ประชากรมีความมั่นคงทางการเงิน ส่งเสริมการออมและนวัตกรรมทางการเงิน ที่ตอบสนองกับพฤติกรรมและความต้องการของประชากรทุกกลุ่ม ในรูปแบบที่มีความหลากหลาย อาทิ กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการหลักประกันการดำรงชีวิตหลังเกษียณ รวมทั้งออกแบบผลิตภัณฑ์ทางการเงิน ที่ส่งเสริมการออมระยะยาวให้สอดคล้องกับพฤติกรรมการออมของผู้มีรายได้ระดับปานกลางและรายได้น้อย

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การสร้างเสริมสุขภาวะเพื่อลดการตายก่อนวัยอันควร และมีระบบการดูแลระยะยาวและช่วงท้ายของชีวิต โดยพัฒนาระบบการดูแลและคุ้มครองผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่เมืองและชนบท ในกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งผู้สูงอายุที่ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง รวมถึงพัฒนาระบบการดูแลระยะกลางและระยะยาว ตลอดจนการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตที่เชื่อมโยงการบริการทางด้านสังคมและบริการทางการแพทย์ นอกจากนี้ควรสนับสนุนการวางแผนดูแลสุขภาพทั้งกายและใจ ในกลุ่มผู้สูงอายุ รวมถึงผู้สูงอายุไร้ญาติ อยู่บ้านคนเดียว โดยส่งเสริมการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ที่ก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมร่วมกัน ตลอดจนส่งเสริมการประกันสุขภาพแบบไม่ให้ความคุ้มครองทันที แต่จะเริ่มต้นคุ้มครองในวัยเกษียณอายุ (Deferred health insurance) และพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้สูงอายุในช่วงท้ายของชีวิต อาทิ การพัฒนาระบบพิทักษ์ทรัพย์สินผู้สูงอายุ การป้องกันการถูกหลอกลวง การช่วยเหลือทางด้านทรัพย์สินแก่ผู้สูงอายุและการทำพินัยกรรม รวมถึงการแสดงเจตนากรณีในการรับการรักษาพยาบาลช่วงท้ายชีวิต ให้ชัดเจน

ยุทธศาสตร์ ๕ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพกับทุกกลุ่มวัย พัฒนาสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรและเหมาะสมกับคนทุกกลุ่ม โดยพัฒนาสภาพแวดล้อมและออกแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับคนทุกกลุ่มเพื่อสร้างการเข้าถึงอย่างเท่าเทียม โดยเน้นการพัฒนาทางกายของผู้สูงอายุ การสร้างพื้นที่การเรียนรู้ที่หลากหลายเหมาะสมกับบริบทชุมชนและท้องถิ่น รวมถึงการจัดระบบบริการสาธารณะและการออกแบบโครงสร้างพื้นฐาน ที่สนับสนุนการใช้ชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และให้ทุกคนสามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม

โดยจะแบ่งลำดับความสำคัญในการดำเนินการเป็น ๒ ระยะ คือ ระยะเร่งด่วน ที่เน้นการจัดการกับปัญหาที่เป็นผลพวงจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด - ๑๙ มุ่งให้เด็กเรียนรู้ได้อย่างเต็มที่ เยียวยาครอบครัวที่เปราะบางและผู้ว่างงาน และระยะยาวที่มุ่งเน้นการสร้างครอบครัวคุณภาพ ซึ่งจะช่วยพัฒนาประชากรรุ่นถัดไปให้มีคุณภาพและการเสริมความแข็งแกร่งของระบบการดูแลคนรุ่นพ่อแม่เมื่อเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ รวมทั้งพัฒนาระบบการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตที่มีคุณภาพสูง เพื่อให้สามารถสร้างรายได้อย่างมั่นคงต่อเนื่อง ตามแนวคิด “ชุมชนน่าอยู่ สุขภาวะดี มีงานทำ”

๒.๔.๑.๕ นโยบายและแผนของรัฐระดับกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของประเทศไทย

ในระบบสุขภาพของประเทศไทยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนภาคประชาสังคมต่างๆ โดยแต่ละหน่วยงานจะมีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ

ตามอำนาจและหน้าที่ของตนเอง หากพิจารณาเฉพาะหน่วยงานของรัฐ ในแง่ของเรื่องการดูแลแบบประคับประคองมีหน่วยงานที่สำคัญและมีบทบาท คือ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และหน่วยงานรัฐอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงยุติธรรม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

(๑) นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักในระบบบริการสุขภาพของประเทศ เป็นหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุม รักษาโรคภัย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองหลายประการซึ่งมีตั้งแต่แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติไปจนถึงแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในสังกัดกรม โดยกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบการบริการสุขภาพด้านการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิตและการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

นโยบายการจัดระบบบริการสุขภาพ(Service plan) เป็นนโยบายที่นำแนวคิดการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขร่วมกันภายในเขตสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน กล่าวคือ เป็นการบูรณาการการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขร่วมกันภายในเขตบริการสุขภาพเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นธรรมและมีคุณภาพโดยเน้นการส่งต่อ (refer) เพื่อรักษาในสถานบริการที่มีศักยภาพที่สูงกว่าภายในเขตบริการสุขภาพ โดยให้ทุกเขตบริการสุขภาพทั่วประเทศจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ใน ๑๙ สาขา โดยมีเป้าหมาย คือ ลดอัตราการตาย ลดอัตราป่วย ลดระยะเวลารอคอย ลดค่าใช้จ่าย การบริการได้มาตรฐาน โดยเมื่อพิจารณาแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พบว่ามี สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care) และการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) สาขามะเร็งและสาขาบริการปฐมภูมิ พุติยาภิบาล และสุขภาพองค์รวม มีการกล่าวถึงเรื่องการดูแลแบบประคับประคองไว้ในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care) และการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

นโยบายการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care service) มีเป้าหมายให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรมมากขึ้น รวมทั้งสามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลลงได้ ประเทศไทยมีนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เมื่อมีการกำหนดสาระสำคัญในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ มาตรา ๒๕๘ ช (๕) ให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยและกำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ปัจจุบันพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา และมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๒ โดยมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่เกี่ยวข้องกับระบบการบริการสุขภาพด้านการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิตและได้ระบุให้มีการพัฒนาศักยภาพในการให้บริการสุขภาพ

ปฐมนิยามมุ่งหมายดูแลสุขภาพของประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวมตั้งแต่แรก ต่อเนื่องและผสมผสานภายใต้ขอบเขตการให้บริการที่ครอบคลุมทั้งระยะเฉียบพลัน ระยะเรื้อรัง ระยะประคับประคอง และระยะท้ายของชีวิตตามกลุ่มวัยตั้งแต่การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต

นโยบายมุ่งเน้น ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ของกระทรวงสาธารณสุข

นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ให้ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึงส่งเสริมให้สูงวัยอย่างแข็งแรงโดยครอบครัวและชุมชน บูรณาการดูแลผู้สูงอายุทั้งร่างกาย จิตใจ และภาวะสมองเสื่อม ให้ได้รับการคัดกรองสุขภาพ ประเมิน ความเสี่ยงของโรค การป้องกันปัญหาสุขภาพ ตลอดจนการดูแลระยะยาว (Long Term Care) สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น แว่นสายตา ผ้าอ้อม ฟันปลอม สนับสนุนโรงพยาบาล ทุกระดับให้มีคลินิกผู้สูงอายุเพื่อเป็นช่องทางที่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกมากยิ่งขึ้น

นายแพทย์ โอภาส การย์กวินพงศ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เน้นการยกระดับ ระบบบริการรองรับสังคมสูงวัย และลดอัตราการตายโรคสำคัญ โดยสร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบบริการ สุขภาพปฐมนิยาม เพิ่มศักยภาพสามหมอ โดยพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นผู้นำด้านสุขภาพในชุมชน เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เป็นจุดเชื่อมต่อสำคัญของการดูแลสุขภาพชุมชนสู่โรงพยาบาล ใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษา อย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงให้ประชาชนได้รับการดูแลแบบ “ใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” ได้อย่างเป็นรูปธรรม ปรับโฉมโรงพยาบาลทุกแห่งให้เป็น “โรงพยาบาลของประชาชน” มีสถานที่สิ่งแวดล้อม สะอาด สวยงาม ประชาชนเข้ารับบริการได้อย่างสะดวก เข้าถึงง่าย ลดการแออัด ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ใช้เทคโนโลยี ที่เหมาะสม ทันสมัย บริการมีคุณภาพ ใส่ใจดูใจญาติ และบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุด และเพิ่มขีดความสามารถระบบบริการและเครือข่ายไร้รอยต่อโดย “ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” บูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการใช้และแบ่งปันทรัพยากร เพื่อลดการเสียชีวิตจากโรคสำคัญ เร่งดำเนินการในกลุ่มผู้สูงอายุ อุบัติเหตุ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไต มะเร็ง และสุขภาพจิต

(๒) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยงานของรัฐ ที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ มีภารกิจหลักในการบริหารจัดการ เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายใต้หลักการแยกผู้ซื้อบริการสุขภาพ (สปสช.) ที่เป็นผู้จ่ายเงิน ค่าบริการสุขภาพแทนประชาชน ออกจากผู้ให้บริการสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข) ทั้งนี้ เพื่อให้เกิด การตรวจสอบซึ่งกันและกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. โดยจะมีเครื่องมือในการดำเนินงาน คือ นโยบายทางการเงินการคลังในการดำเนินนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ นโยบายทางการเงินของ สปสช. ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ (๑) ขุดสิทธิประโยชน์การดูแล แบบประคับประคอง (๒) กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (๓) กองทุนระบบการดูแล ระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

(๒.๑) ขุดสิทธิประโยชน์การดูแลแบบประคับประคอง^{๔๐}

การบริการแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จัดบริการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านตามกลุ่มโรคที่ สปสช. และกรมการแพทย์ร่วมกันกำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตได้รับบริการแบบประคับประคองที่บ้านอย่างมีคุณภาพตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายที่กรมการแพทย์กำหนด โดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับครอบครัวและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นการจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อรายให้แก่หน่วยบริการที่ลงทะเบียนและให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานของกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุขกำหนดตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้านจนถึงเสียชีวิต โดยในการจ่ายค่าใช้จ่ายค่าบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในระยะเวลา ๖ เดือน ประกอบด้วยการให้ออกซิเจน การดูแลแผล การให้ยา姑息กลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น การให้คำแนะนำในการสังเกตอาการผิดปกติและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งการประเมินอาการผู้ป่วยเมื่อมีการปรับการรักษาตาม Advance care plan ตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้านจนถึงเสียชีวิตในระยะเวลาไม่เกิน ๖ เดือน ดังนี้ (๑) จ่ายในอัตราเดือนละ ๑,๐๐๐ บาท เมื่อมีการรายงานข้อมูลการดูแลที่บ้านและหยุดจ่ายเมื่อครบ ๖ เดือน (๒) จ่าย Fix cost อัตราเดียว ๓,๐๐๐ บาท เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตโดยตรวจสอบกับข้อมูลฐานทะเบียนราษฎร์ กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตที่มีหน่วยบริการส่งข้อมูลบริการมากกว่า ๑ แห่ง ในผู้ป่วยรายเดียวกัน สปสช. จะจ่ายค่า Fix cost ให้หน่วยบริการที่ดูแลล่าสุด

(๒.๒) กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

สามารถนำกองทุนสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่มาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนได้ โดยการดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ดำเนินการนี้สามารถนำมาประยุกต์กับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยระยะท้ายได้

กองทุนหลักประกันสุขภาพ คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาล ระดับปฐมภูมิที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต โดยการมีกรอบใช้งบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยงบประมาณนี้ใช้ได้เฉพาะการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสมรรถภาพและสนับสนุนการรักษาในระดับปฐมภูมิต่างนั้น ไม่ใช่เพื่อการสงเคราะห์ทุกประเภท การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น เป็นการจัดรายชุมชน หมายความว่าคนทุกคน มีส่วนร่วมกิจกรรมได้ เช่น คนพิการทุกคน เยาวชนทุกคน สามารถที่จะได้รับสิทธิอย่างเท่าเทียมกัน ไม่จัดให้เฉพาะบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้น

ทุกโครงการต้องได้รับความเห็นชอบอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพ โดยงบประมาณนี้ไม่สามารถจัดซื้อครุภัณฑ์ที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงและสิ่งก่อสร้างทุกประเภท เช่น รถยนต์ รถจักรยานยนต์ รถจักรยาน สถานที่ ยกเว้นการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพและสวัสดิการชุมชนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยเน้น เรื่องการแพทย์ฉุกเฉิน การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ การดำรงชีวิต ตลอดจนส่งเสริมให้กลุ่มแม่และเด็ก

^{๔๐} สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕, สืบค้นจาก <https://ubon.nhso.go.th>

กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส และกลุ่ม ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในเขตพื้นที่ มีสวัสดิการชุมชนรองรับและ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง โดยการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของบุคคลในพื้นที่

โดยกิจกรรมที่จะของบประมาณสนับสนุนจากกองทุน เมื่อพิจารณาควบคู่กับกลุ่มประชาชนในพื้นที่ สามารถแยกได้ ๗ ประเภท คือ

๑. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดเพื่อยกระดับสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอดและหลังคลอด โดยสร้างการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างเสมอภาคและสนับสนุนให้ได้รับชุดสิทธิประโยชน์หลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า ด้านการส่งเสริม ป้องกัน และเฝ้าระวังอย่างทั่วถึง

๒. กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียนเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้กลุ่มเด็กแรกเกิด เด็กเล็กได้รับบริการชุดสิทธิประโยชน์อย่างครอบคลุม ทั่วถึง และเข้าถึงบริการอย่างเสมอภาค สร้างระบบในการดูแลสุขภาพเด็กแรกเกิดและเด็กเล็กอย่างมีคุณภาพ เพื่อเด็กเจริญเติบโตมีพัฒนาการสมวัยเป็นคนเก่ง คนดี และมีความสุข พัฒนาการเด็กปฐมวัยให้มีการเจริญเติบโตสมองได้รับการเรียนรู้ตามช่วงวัยและมีพัฒนาการสมวัย และสร้างการมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูเด็กอย่างองค์รวมจากครอบครัว ชุมชนและศูนย์เด็กเล็ก

๓. กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน เพื่อให้เด็กวัยเรียนมีพัฒนาการทางด้านร่างกายและจิตใจสมวัย มีส่วนสูงระดับดี และรูปร่างสมส่วน มีความฉลาดทางสติปัญญาและอารมณ์ไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานได้รับวัคซีนในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่ป้องกันได้ตามมาตรฐาน และมีสุขภาวะด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ สังคม มีทักษะชีวิตและพฤติกรรมที่ เหมาะสม ป้องกันและลดปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มเป้าหมายวัยรุ่นและเยาวชนที่อยู่ในระบบการศึกษาและนอกระบบการศึกษา รวมทั้งชนบทห่างไกล ชุมชนแออัด สถานประกอบการ เด็กเร่ร่อน ด้อยโอกาส และเด็กพิเศษ ป้องกันไม่ให้วัยรุ่นและเยาวชนเข้าถึง ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาเสพติดได้ง่าย ให้วัยรุ่นและเยาวชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาด้านสุขภาพกาย จิต และสังคม ได้รับการดูแล ช่วยเหลือ และบริการด้านสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ

๔. กลุ่มวัยทำงานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มวัยทำงาน และการ ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงาน ป้องกันและลดปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้าน เพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และตั้งครรภ์ไม่พร้อม โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน ป้องกันไม่ให้กลุ่มวัยทำงานเข้าถึงยาสูบ เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ยาเสพติดได้ง่าย ให้กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพกาย จิต และสังคม ได้รับการดูแลช่วยเหลือและบริการด้านสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ

๕. กลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และลดการเกิดโรค ในกลุ่มที่มีภาวะอ้วน/น้ำหนักเกิน กลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังและโรคที่เป็นปัญหาในชุมชน ลดภาวะแทรกซ้อนและลดความพิการในกลุ่มผู้ป่วย ส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่พึงประสงค์โดยผสมผสานมาตรฐานการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งสุขภาพกายและจิต สนับสนุนระบบบริการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีคุณภาพด้วยบริการเชิงรุกในชุมชน ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียมกัน และส่งเสริมสนับสนุนครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

๖. กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้คนพิการและทุพพลภาพได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยองค์กรคนพิการมีการพัฒนาศักยภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพและรวมกลุ่มเกิดความเข้มแข็ง สามารถร่วมมือกับสถานบริการท้องถิ่น และมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพและช่วยเหลือคนพิการด้วยกันเอง รวมถึงส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในชุมชนระหว่างสถานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่คนพิการและทุพพลภาพที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู สมรรถภาพ

๗. กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง เพื่อป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยง และส่งเสริมปัจจัยที่ดีที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชนโดยตรง ซึ่งหากไม่ดำเนินการป้องกันหรือแก้ไขปัญหอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของประชาชนในชุมชน ได้แก่ การดำเนินการหรือจัดกิจกรรมต่าง ๆ โดยจำแนกตามสาเหตุและที่มาของปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพ โดยแยกเป็น (๗.๑) พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ การใช้สารเสพติด การสำส่อนทางเพศ การพักผ่อนไม่เพียงพอ การไม่ระวังป้องกันโรคติดต่อ (๗.๒) การบริโภค เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสมที่อาจเกิดความไม่ปลอดภัยหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพ (๗.๓) อุบัติเหตุ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันที่ปลอดภัยทั้งภายในบ้าน ในโรงเรียน ในสถานประกอบการ และในชุมชน รวมถึงอุบัติเหตุจากการเดินทางและจราจร (๗.๔) สิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยต่อสุขภาพ ควบคุมและป้องกันมลพิษในชุมชน ฝักระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในชุมชน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการฝักระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในชุมชน รวมถึงส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์และดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมในชุมชนอย่างยั่งยืน

(๒.๓) กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC)

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย ที่เข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุแบบก้าวกระโดด ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและการประสพภาวะทุพพลภาพเพิ่มสูงขึ้นและความต้องการการดูแลยิ่งทวีเพิ่มสูงขึ้นตาม ในขณะที่ผู้ดูแลในครอบครัวและอัตราการเกื้อหนุนในสังคมมีข้อจำกัดด้านการดูแล จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการเตรียมการรองรับสังคมผู้สูงอายุของประเทศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ได้ลงนามบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) แบบบูรณาการในพื้นที่ เมื่อวันที่ ๓๐ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๘^{๔๑}

ระบบการดูแลระยะยาว คือ การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการ ความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสพอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟูบำบัด

^{๔๑} ศิราณี ศรีหาภาคและคณะ, ข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะ กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC), <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4889?locale-attribute=th>

ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เพื่อให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้โดยอยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์^{๔๒}

หลักการสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ๑) ผู้มีภาวะทุพพลภาพและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียงและติดบ้าน) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวที่ได้รับได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่องโดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่สถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัว ๒) การสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่หรือชุมชน ไม่ไปแย่งชิงบทบาทหน้าที่การดูแลของครอบครัว โดยครอบครัวยังคงเป็นผู้ดูแลหลักและระบบเข้าไปสนับสนุน ยกเว้นในรายที่ไม่มีผู้ดูแล โดยการสนับสนุนเป็นไปตามศักยภาพของครอบครัวในการดูแลและระดับการพึ่งพิง ๓) ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอาศัยบุคลากรที่มีวิชาชีพเป็นหลัก เช่น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยมีบุคลากรด้านวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นผู้สนับสนุนในการจัดระบบการดูแล ๔) ทุกพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร วัด และโรงเรียน เป็นต้น

โดยแนวทางในการดำเนินการในพื้นที่ คือ^{๔๓}

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพของกองทุนสุขภาพท้องถิ่น แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ LTC ในระดับพื้นที่ เพื่อพิจารณาเห็นชอบให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนของตนเอง และให้มีการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตนเอง รวมทั้งกำหนดอัตราการจ่ายค่าบริการ ค่าวัสดุอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วยตามอัตราที่กำหนดในประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๙

จากนั้นคณะอนุกรรมการ LTC ที่จัดตั้งขึ้นมานั้นจะสนับสนุนให้มีการสนับสนุนการจัดบริการเชิงรุกที่บ้าน ในพื้นที่ตนเองโดยทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รวมทั้งการให้บริการการดูแลที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน โดยอาจบูรณาการกิจกรรมกับศูนย์เดิมที่มีอยู่แล้วให้ครอบคลุมการดำเนินการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

นอกจากนั้นอนุกรรมการ LTC ยังสามารถสนับสนุนและร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขอื่น ๆ ในพื้นที่ตนเอง หน่วยงานทางศาสนา องค์กรการศึกษา องค์กรอื่นและประชาชน

^{๔๒} สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๔ สระบุรี, คู่มือแนวทางการดำเนินงานระบบบริการดูแล ระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๙.

^{๔๓} สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สืบค้นเมื่อ ๗ ธันวาคม ๒๕๖๕, <https://apps.hpc.go.th/dl/web/upFile/2021/12-10169-20211202135504/e5e20ad8fa1a725fb1f1cb9792b45126.pdf>

กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวของศูนย์พัฒนาชีวิตผู้สูงอายุ ในชุมชนในระยะยาวอย่างยั่งยืน และสุดท้ายคณะกรรมการ LTC สามารถสนับสนุนให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างเครือข่ายการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง และเป็นศูนย์กลางในการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ในการให้บริการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

(๓) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นหน่วยงานของรัฐ ที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ มีหน้าที่ริเริ่ม ผลักดัน กระตุ้น สนับสนุน และร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ในสังคม ในการขับเคลื่อนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้คนไทยมีสุขภาพดีครบ ๔ ด้าน ได้แก่ กาย จิต ปัญญา สังคม และร่วมสร้างประเทศไทยให้น่าอยู่

เมื่อพิจารณาตามวัตถุประสงค์ของกฎหมาย^{๔๔} พบว่า สสส. มีหน้าที่สนับสนุน งบประมาณในการดำเนินการเรื่องการส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สร้างความตระหนักและลดการบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสารที่ทำลายสุขภาพ ศึกษาวิจัยหรือสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย ฝึกอบรม เกี่ยวกับการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนาความสามารถของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ

ดังนั้น การดำเนินการหลักของ สสส. คือ การให้ทุนสนับสนุนการดำเนินการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของ สสส. จึงไม่มีนโยบายในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองโดยตรง แต่หน่วยงานที่ทำกิจกรรมหรือมีการดำเนินการในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสามารถมาขอรับการสนับสนุนงบประมาณจาก สสส. ได้ สำหรับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองมีโครงการหรือกิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุนจาก สสส. เช่น โครงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพภาวะในระยะท้ายของชีวิตซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โครงการสร้างเสริมสุขภาพภาวะในช่วงท้ายของชีวิต ซึ่งดำเนินการโดยสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย รวมทั้งสนับสนุนการสร้างกระแสการรับรู้ในเรื่องสุขภาพระยะสุดท้ายให้กับหน่วยงานต่าง ๆ โดยเฉพาะภาคประชาสังคม เช่น มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา บริษัท ชีวามิตร วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด และเอ็นเอ็น วิสาหกิจ ให้มีการจัดกิจกรรมสื่อสารสังคมสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ ให้ภาคประชาชน และในปัจจุบัน สสส. มีนโยบายความร่วมมือกับ สช. ในการสื่อสารเผยแพร่ความรู้ที่เกี่ยวกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองและการแสดงเจตนาการรับบริการสาธารณสุข ตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ผ่านสื่อสุขภาพในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Personal health) แต่หน่วยงานที่สนใจจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสามารถมาขอรับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานได้

(๔) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นหน่วยงานของรัฐที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของรัฐบาลและหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ดำเนินงานเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ และดำเนินการเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันในระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานด้านสุขภาพ

^{๔๔} มาตรา ๕ และมาตรา ๙ แห่งพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔

ในส่วนของนโยบายการส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้มีนโยบายในการสานพลังความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม โดยเฉพาะองค์กรด้านสุขภาพทั้งในระดับนโยบายและระดับพื้นที่ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งได้ดำเนินการพัฒนาวิชาการ สร้างองค์ความรู้ จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย รวมทั้งการสื่อสารและเคลื่อนไหวสังคมผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เพื่อหนุนเสริมให้ระบบบริการสุขภาพแบบประคับประคองของประเทศไทยมีคุณภาพมาตรฐาน ในขณะเดียวกันส่งเสริมสร้างการรับรู้ ความเข้าใจให้กับภาคประชาชนให้สามารถเข้าถึงสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพในวาระสุดท้ายของชีวิตได้

๑. การบูรณาการขับเคลื่อนเชิงระบบระดับนโยบายเชื่อมโยงสู่กลไกระดับพื้นที่ โดยสานพลังความร่วมมือกับองค์กรหลักด้านสุขภาพ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สปสช. ในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาวะระยะสุดท้าย โดยดำเนินการสื่อสารนโยบายและทำความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมาย องค์ความรู้ จริยธรรมวิชาชีพ เพื่อสร้างความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข พร้อมผลักดันให้เป็นส่วนหนึ่งในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ของกระทรวงสาธารณสุข

๒. พัฒนาองค์ความรู้และวิชาการ โดยสนับสนุนและสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและองค์กรด้านวิชาการในการพัฒนาองค์ความรู้และการวิจัยเชิงระบบ และการเผยแพร่ความรู้ผ่านการจัดอบรมสัมมนา การจัดการความรู้เพื่อขยายผลการพัฒนาและการพัฒนานโยบายสาธารณะ

๓. การสื่อสารและเคลื่อนไหวสังคม สร้างการรับรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก การยอมรับนำไปปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพอย่างกว้างขวางและครอบคลุม ในรูปแบบต่าง ๆ โดยการผลิตเผยแพร่ สื่อสารผ่านโซเชียลมีเดีย และสนับสนุนสื่อสิ่งพิมพ์ เอกสารวิชาการ และจัดเวทีสร้างความรู้ความเข้าใจกับประชาชน

(๕) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)^{๔๕}

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. จัดตั้งขึ้นตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. ๒๕๕๒ โดยให้ สรพ. ทำหน้าที่กำหนดมาตรฐานและการรับรองคุณภาพในการให้บริการของสถานพยาบาลเพื่อเป็นหลักประกันให้ประชาชนได้รับการบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน และทำหน้าที่ประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อยกระดับมาตรฐานและคุณภาพในการให้บริการของสถานพยาบาล เพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการด้านสาธารณสุขที่ดีและมีคุณภาพ สรพ. ได้พัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล มาเป็นลำดับ โดยฉบับปัจจุบัน คือ ฉบับที่ ๕ ซึ่งได้ประกาศใช้เพื่อเป็นเกณฑ์ในการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

^{๔๕} สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕, สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕, <https://backend.ha.or.th>

เมื่อพิจารณาจากเนื้อหาของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕ ดังกล่าวพบว่ามีส่วนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลแบบประคับประคอง ดังต่อไปนี้

รับรองว่าผู้สูงอายุคือประชากรกลุ่มเปราะบางที่ต้องได้รับการดูแลด้านสุขภาพ เป็นการเฉพาะ (Care for Patients with Specific Needs) มีการรับรองสิทธิของผู้สูงอายุในการเข้ารับบริการสุขภาพ โดยผู้สูงอายุจะต้องมีสิทธิพื้นฐานตามที่รัฐธรรมนูญได้รับรองไว้ ไม่เลือกปฏิบัติ ผู้สูงอายุจะต้องได้รับข้อมูลเพียงพอและชัดเจนในการรับบริการสาธารณสุข นอกจากนั้นยังต้องได้รับการช่วยเหลือทันทีเมื่อเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต นอกจากนั้นผู้สูงอายุยังมีสิทธิทราบชื่อผู้ให้บริการ สามารถขอความเห็นที่สองและขอเปลี่ยนตัวบุคลากรด้านสุขภาพที่ให้บริการได้ ได้รับสิทธิในการปกปิดข้อมูลของตนเองอย่างเคร่งครัด และในการวิจัยด้านสุขภาพผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับข้อมูลในการเข้าร่วมวิจัย

นอกจากนั้นบุคลากรด้านสุขภาพและโรงพยาบาลจะต้องเคารพสิทธิของผู้ป่วยทุกรายที่ต้องการปฏิเสธการรักษาพยาบาลตนเอง ตลอดจนให้การดูแลที่เหมาะสมในผู้ป่วยเหล่านี้ด้วย

และในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative care) นั้น (๑) ทีมดูแลผู้ป่วยต้องมีความตระหนักในความต้องการของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่มีลักษณะเฉพาะโดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน. (๒) ผู้ป่วย/ครอบครัว ได้รับการประเมิน/ประเมินซ้ำ เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การตอบสนองต่อการบำบัดอาการ ความต้องการด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ (๓) ทีมดูแลผู้ป่วยมีการนำผลการประเมินที่ได้ มาวางแผนดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (๔) องค์กรประสานเชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมและระหว่างหน่วยบริการกับการดูแลที่บ้านหรือชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง (๕) องค์กร สถานพยาบาลให้มีการทำแผนดูแลล่วงหน้า (advance care planning) และการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขโดยเป็นไปตามความประสงค์หรือความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และในกรณีที่มีการจัดทำแผนหรือเอกสารดังกล่าวให้มีการสื่อสารให้บุคลากรด้านสุขภาพหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยได้รับทราบด้วย (๖) สถานพยาบาลมีทีมบุคลากรด้านสุขภาพผู้ให้บริการให้การดูแลระยะสุดท้าย (end of life) หรือในช่วงใกล้เสียชีวิต (terminal care) อย่างเหมาะสมทั้งในด้านการบรรเทาอาการ การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ/สังคม/จิตวิญญาณ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

(๖) กระบวนการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

กระบวนการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนาสังคม การสร้างความเป็นธรรมและความเสมอภาคในสังคม การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพและความมั่นคงในชีวิต สถาบันครอบครัว และชุมชน โดยมีกรมกิจการผู้สูงอายุเป็นหน่วยงานในสังกัด ซึ่งมีภารกิจเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพ การจัดสวัสดิการและการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ รวมทั้งการพัฒนาแบบงานด้านสวัสดิการสังคมให้ครอบคลุมและตอบสนองต่อสภาพการณ์ทางสังคม กระแสการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก พันธกรณีและข้อตกลงระหว่างประเทศ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและเสริมสร้างความมั่นคงในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุจะทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ซึ่งปัจจุบันมีการประกาศแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๘๐)

พัฒนาการของแผนผู้สูงอายุของประเทศไทยเกิดขึ้นมาพร้อมกับการให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุในระดับสากล และมีการคลี่กระจายของแผนผู้สูงอายุไปสู่แผนการปฏิบัติในระดับชาติ

โดยมีประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการรองรับสังคมสูงวัยด้วยการกำหนดให้เป็นแผนกลยุทธ์ของประเทศ โดยเริ่มจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๒๕ โดยได้รับอิทธิพลจากการจัดประชุมสมัชชาผู้สูงอายุในระดับโลกเป็นครั้งแรกในปี ๒๕๒๕ โดยมีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๒๕ - ๒๕๔๔) ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๖๕) และปัจจุบันแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๘๐)

เมื่อพิจารณาแผนผู้สูงอายุจากแผนฉบับที่ ๑ ถึงฉบับที่ ๓ พบว่าได้เปลี่ยนมุมมองผู้สูงอายุ จากการ “ตอบแทนผู้สูงอายุที่ทำคุณงามความดีและคุณประโยชน์แก่สังคม” ไปสู่การ “รื้อศักยภาพ ตลอดจนคงศักยภาพและพัฒนาผู้สูงอายุให้สามารถทำงานไปได้เรื่อย ๆ จนกว่าจะหมดสภาพหรือทำงานไม่ไหว แล้วจึงเข้ารับการช่วยเหลือจากครอบครัว สังคมและรัฐ” และ “การให้ครอบครัวและชุมชนเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุให้นานที่สุดก่อนที่จะเข้ามารับการช่วยเหลือของรัฐ” นอกจากนั้นยังเปลี่ยนจากแนวคิดการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในมิติต่าง ๆ จากการแยกส่วนกันทำของส่วนราชการต่าง ๆ (โดยเฉพาะราชการส่วนกลาง) ไปสู่การบูรณาการความร่วมมือของหลายหน่วยงาน และให้ความสำคัญกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาสังคมในการร่วมมือกันทำงานกับราชการส่วนกลางในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ

โดยสามารถสรุปแผนผู้สูงอายุจากแผนฉบับที่ ๑ ถึงฉบับที่ ๓ และแผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว ได้ดังต่อไปนี้

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๒๕ - ๒๕๔๔)^{๔๖}

หน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๒๕ - ๒๕๔๔ คือ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย

ในปี พ.ศ. ๒๕๒๕ นับเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาแผนผู้สูงอายุของโลกและของประเทศไทย ในระดับโลกมีการจัดประชุมสมัชชาผู้สูงอายุในระดับโลกเป็นครั้งแรกที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย โดยการประชุมดังกล่าวสาระสำคัญคือชี้ให้ทุกประเทศเห็นความสำคัญของปัญหาของสังคมสูงวัยในอนาคตและมีการวางแผนปฏิบัตินานาชาติเกี่ยวกับการรองรับสังคมสูงวัยในอนาคตเพื่อให้แต่ละประเทศนำไปประยุกต์ใช้เป็นแผนผู้สูงอายุในประเทศตนเองต่อไป

สำหรับประเทศไทยรัฐบาลได้จัดตั้ง “คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ” ขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. ๒๕๒๕ และกำหนดให้วันที่ ๑๓ เมษายนของทุกปี เป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติ นอกจากนั้น คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้จัดทำแผนผู้สูงอายุระยะยาว พ.ศ. ๒๕๒๕ - ๒๕๔๔ ที่ครอบคลุมการพัฒนาผู้สูงอายุในแง่มุมต่าง ๆ ทั้งในเรื่องการศึกษา สังคมและวัฒนธรรม ด้านสุขภาพอนามัย ด้านความมั่นคงทางรายได้และการทำงาน ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ด้านกฎระเบียบและข้อปฏิบัติต่าง ๆ นอกจากนั้นกระทรวงมหาดไทยยังมีข้อสั่งการไปยังจังหวัดต่าง ๆ ให้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุทุกจังหวัด

ภาพรวมของแผนผู้สูงอายุระยะยาว พ.ศ. ๒๕๒๕ - ๒๕๔๔ ฉบับนี้ จะชี้เพียงภาพกว้าง ๆ ของสภาพปัญหา วัตถุประสงค์ นโยบาย มาตรการและเป้าหมายหลักบางประการเท่านั้น ซึ่งในทางปฏิบัติจะต้องนำแผนฉบับนี้ไปจัดทำเป็นแผนย่อยเพื่อกำหนดรายละเอียดที่เฉพาะเจาะจง

^{๔๖} กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๒๕ - ๒๕๔๔, สืบค้นจาก <https://dl.parliament.go.th>

วัตถุประสงค์หลักของแผนฉบับนี้ คือ เพื่อให้สังคมตระหนักว่าผู้สูงอายุ คือ ส่วนหนึ่งของสังคมตระหนักถึงความรับผิดชอบที่มีต่อผู้สูงอายุ เพื่อให้ทราบแนวโน้มและตระหนักถึง ปัญหาผู้สูงอายุเพื่อให้ทุกฝ่ายเตรียมพร้อมและวางแผนเพื่อรับมือกับปัญหานี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความคุ้มครอง ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพื่อเป็นหลักประกันให้มีการจัดสรรทรัพยากรสำหรับจัดสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุ เคารพในสิทธิหน้าที่และบทบาทของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม และเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีความสามารถมีส่วนร่วมอยู่ในสังคมในฐานะผู้ให้ โดยเฉพาะการถ่ายทอดประสบการณ์และความรู้ต่าง ๆ

โดยจุดเน้นของแผนฉบับนี้ คือ (๑) ผู้สูงอายุควรจะได้อยู่กับครอบครัวอย่างอบอุ่น ได้รับความเคารพนับถือและการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน ลดบทบาทการเป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว (๒) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ หรือไม่ได้รับการคุ้มครองจากครอบครัวจะต้องไปรับการปกป้องดูแลจากสังคม (๓) ผู้สูงอายุควรได้รับข้อมูลข่าวสารในการดูแลตนเองในมิติต่าง ๆ ทั้งสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ และ (๔) ผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีส่วนร่วมกับกิจกรรมของครอบครัว ชุมชนและสังคมตามความสามารถและความถนัดของแต่ละบุคคล เพื่อให้ผู้สูงอายุภูมิใจในตนเองและเห็นคุณค่าของการดำรงชีวิตอยู่

โดยนโยบาย มาตรการและเป้าหมายในแต่ละด้านพอจะสรุปได้ดังต่อไปนี้

(๑) ด้านสุขภาพอนามัย

ด้านนโยบายสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ โดยให้ความสำคัญแก่พื้นที่ชนบทยากจน เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งทางกายและจิต โดยเร่งเผยแพร่ความรู้ในงานสาธารณสุขมูลฐานทั้งในเมืองและชนบท โดยมีมาตรการคือ เผยแพร่ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุผ่านสื่อสารมวลชนในรูปแบบต่างๆ จัดทำแผนงานและแนวปฏิบัติที่ผสมผสานระบบบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับบริการทางสังคม จัดคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลต่าง ๆ และชักชวนให้โรงพยาบาลเอกชนให้ความร่วมมือจัดด้วย

(๒) ด้านการศึกษา

ด้านนโยบายเร่งรัดการจัดการศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยเน้นความสำคัญด้านการศึกษาเพื่อชีวิตในครอบครัวเพื่อเตรียมตัวรับการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงชีวิต พร้อมทั้งสร้างความเข้าใจกับสังคมว่าสุขภาพของผู้สูงอายุจะดีหรือไม่ขึ้นกับการดูแลสุขภาพตั้งแต่วัยเยาว์ ดังนั้น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจะต้องทำกันตั้งแต่อายุน้อย โดยต้องรู้จักป้องกันรักษาสุขภาพ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมอยู่เสมอ รวมทั้งสนับสนุนให้มีระบบและวิธีการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุแก่สังคมเพื่อส่งเสริมบทบาทให้ผู้สูงอายุเป็นที่ยอมรับแก่สังคม โดยมีมาตรการ คือ จัดทำสื่อเพื่อเผยแพร่ข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพจากวัยเด็กจนวัยสูงอายุ จัดกิจกรรมทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ ที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงความสามารถและได้รับการยอมรับจากสังคม

(๓) ด้านความมั่นคงของรายได้และการทำงาน

ด้านนโยบาย ส่งเสริมให้ครอบครัวลดการพึ่งพารายได้จากผู้สูงอายุเพื่อมาจุนเจือครอบครัว เร่งรัดให้มีพระราชบัญญัติประกันสังคมที่ให้ความคุ้มครองผู้สูงอายุในด้านรายได้เพื่อการยังชีพ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทการทำงานตามความสามารถของตนเอง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ถ่ายทอดประสบการณ์ในการทำงานของตนเองแก่ครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยมีมาตรการ คือ จัดตั้งกองทุนอุดหนุนผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ กำหนดตำแหน่งงานที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ปลูกฝังทัศนคติให้สังคม

ตระหนักและยอมรับในการดูแลผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีรายได้เสริม มีมาตรการลดหย่อนภาษีสำหรับผู้สูงอายุ จัดให้มีหน่วยงานภาคเอกชนที่พิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ

(๔) ด้านสังคมและวัฒนธรรม

ด้านนโยบาย ส่งเสริมโครงสร้างครอบครัวแบบขยาย รมรงค์เสริมสร้างและปลูกฝังค่านิยมในด้านการเห็นคุณค่าและความรู้ของผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทและมีส่วนร่วมในครอบครัวและชุมชนตามความถนัดและความสามารถ นอกจากนั้นยังสนับสนุนให้สถาบันศาสนามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีมาตรการคือ พื้นฟูวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ในการเคารพผู้สูงอายุ จัดการเผยแพร่เกียรติคุณผู้สูงอายุ ให้สถาบันทางสังคมต่าง ๆ เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุมีโอกาสใช้ชีวิตอย่างเพลิดเพลินตามสมควร เปิดโอกาสและจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้ถ่ายทอดความรู้ความสามารถ ให้สถาบันศาสนาปรับปรุงบทบาทหน้าที่ของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ

(๕) ด้านสวัสดิการสังคม โดยมีนโยบาย คือ เร่งรัดให้มีการยกย่องพระราชบัญญัติ

ประกันสังคมให้คุ้มครองผู้สูงอายุในด้านสวัสดิการต่าง ๆ ขยายบริการในรูปศูนย์บริการและหน่วยงานสงเคราะห์ผู้สูงอายุเคลื่อนที่ โดยจำกัดจำนวนสถานสงเคราะห์ให้น้อยที่สุด นอกจากนั้นต้องระดมความร่วมมือกับภาคเอกชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการสังคม โดยมีมาตรการ คือ จัดสวัสดิการทางสังคมให้ผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ทั้งสุขภาพทางกายและจิต การจัดหาอาชีพ ที่อยู่อาศัย สถานที่พักผ่อนที่เหมาะสม จัดศูนย์บริการผู้สูงอายุและหน่วยสงเคราะห์เคลื่อนที่ให้เพียงพอและทั่วถึง ให้สิทธิในการลดหย่อนหรือยกเว้นภาษีรายได้แก่ผู้สูงอายุ หรือครอบครัวที่อุปการะผู้สูงอายุ ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการศึกษา ค้นคว้า วิจัยถึงสภาพปัญหาและความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุ

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๖๔)^{๔๗}

หน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๒๕ - ๒๕๔๔ คือ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยแผนผู้สูงอายุฉบับนี้มีการปรับปรุงทั้งสิ้น ๒ ครั้ง คือ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๒ และ ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๓^{๔๘}

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุ (ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปี ขึ้นไป) ของประเทศเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็ว ทำให้โครงสร้างประชากรของประเทศกำลังเคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า ภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population Ageing) ซึ่งเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่า ประเทศไทยใช้เวลาของการดำเนินเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุเร็วกว่าถึง ๓ เท่า คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้จัดทำ “ร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๖๔)” เพื่อเตรียมการรองรับต่อแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ เป็นการเสริมสร้างหลักประกันและคุณภาพผู้สูงอายุ แผนฉบับที่ ๒ เน้นการดำเนินงานเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ ให้ความสำคัญต่อ “วงจรชีวิต” และความสำคัญของทุกคนในสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไม่ว่าทางใดก็ทางหนึ่ง เน้นการส่งเสริมคุณค่าและศักยภาพของผู้สูงอายุมากกว่าการสงเคราะห์ผู้สูงอายุและเป็นแผนลักษณะบูรณาการ โดยทุกหน่วยงาน

^{๔๗} กรมกิจการผู้สูงอายุ, แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๖๔) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๑

พ.ศ. ๒๕๕๒, สืบค้นจาก https://www.dop.go.th/download/laws/law_th_20152309144546_1.pdf

^{๔๘} กรมกิจการผู้สูงอายุ, แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๖๕) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๓, สืบค้นจาก https://www.dop.go.th/download/laws/th1614675775-828_0.pdf

ที่เกี่ยวข้องมีส่วนเป็นเจ้าของและดำเนินการตามแผนนี้ทั้งสิ้น แผนฉบับที่ ๒ มีการแบ่งยุทธศาสตร์เป็น ๕ หมวด ๑๘ มาตรการหลัก และ ๔๔ มาตรการย่อย ซึ่งครอบคลุมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุก ๆ ด้าน คือ ทั้งด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจและสังคม และด้านระบบคุ้มครองทางสังคมทั้งด้านรายได้และหลักประกันสุขภาพ

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ แตกต่างจากแผนฉบับแรก ๔ ประการ ดังนี้

๑. การยกร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่สองได้ใช้ข้อมูลทางสถิติและเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องเป็นจำนวนมาก ซึ่งแตกต่างจากแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับแรกที่เน้นใช้ประสบการณ์ของคณะกรรมการยกร่างเป็นหลักในการกำหนดเนื้อหาของแผน

๒. มุมมองของแผนผู้สูงอายุฉบับแรกเน้นว่าผู้สูงอายุเป็น “บุคคลที่ทำคุณประโยชน์ต่อสังคมและสมควรได้รับการตอบแทน” แต่ในฉบับที่สองเน้นว่าผู้สูงอายุเป็น “บุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมและสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด แต่ในกรณีที่ต้องตกอยู่ในสภาวะต้องพึ่งพิงผู้อื่น ครอบครัวและชุมชนจะต้องให้การเกื้อกูลเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงอยู่ในสังคมอย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผลให้นานที่สุด โดยมีสวัสดิการของรัฐเป็นระบบเสริม”

๓. การจำแนกมาตรการในแผนผู้สูงอายุฉบับแรกมีลักษณะเป็น “การแยกส่วน การดูแลผู้สูงอายุเป็นด้านต่าง ๆ ทั้งด้านสุขภาพ ด้านความมั่นคงทางรายได้และการพึ่งพิง ด้านการศึกษา สังคมและวัฒนธรรม ด้านสวัสดิการสังคม” แต่แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ ๒ มีลักษณะ “เป็นการบูรณาการการทำงานร่วมกันและแบ่งการทำงานออกเป็นตามเป้าหมายทางยุทธศาสตร์”

๔. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับแรก ไม่มีการระบุถึงดัชนีและมาตรการในการประเมินผลการดำเนินการ แต่ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ ๒ ได้กำหนดมาตรการและแนวทางในการประเมินผลไว้

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๖๔) จัดแบ่งเป็น ๕ ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ด้านเตรียมความพร้อม เพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย การประกันด้านรายได้, การให้การศึกษาและเรียนรู้ตลอดชีวิต และการสร้างจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันดูแลตนเองเบื้องต้น ส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ ส่งเสริมด้านการทำงาน และการหารายได้ สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ สนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ปลอดภัย

ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคม ประกอบด้วย การคุ้มครองด้านรายได้ ด้านคุณภาพ ด้านครอบครัว และการคุ้มครองระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ โดยมีการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการ ประกอบด้วย สนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานวิจัยดำเนินการประมวล และพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุที่จำเป็นสำหรับการกำหนดนโยบาย สนับสนุนการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุ การติดตามประเมินผลตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานต่อเนื่อง พัฒนาระบบข้อมูลผู้สูงอายุให้เป็นระบบและทันสมัย

ต่อมาได้มีการปรับปรุงแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๖๔) จำนวน ๒ ครั้ง คือ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๒ และครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๓ เพื่อปรับปรุงแผนนี้ให้เหมาะสมกับสภาพของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีสาระสำคัญในการปรับปรุง คือ

การปรับปรุง ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๒ ยังคงรักษาเค้าโครงแผนผู้สูงอายุฉบับเดิมไว้ แต่ได้เพิ่มเติมรายชื่อของหน่วยงานหลักในระดับกระทรวงที่เป็นแกนหลักในการรับผิดชอบและประสานงานร่วมกับหน่วยงานอื่นในการดำเนินการ

การปรับปรุง ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๓ ปรับปรุงให้แผนสอดคล้องกับแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติในประเด็นการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพะที่ดี การพัฒนาการเรียนรู้ พลังทางสังคม ความเสมอภาคและหลักประกันทางสังคม และการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม และมีการปรับดัชนีชี้วัด ดัชนีภาพรวมโดยปรับเป็นดัชนีที่สามารถวัดได้ง่าย รวมถึงเพิ่มเติมดัชนีด้านสุขภาพ และการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ และดัชนีหลักประกันรายได้เพื่อวัยสูงอายุ นอกจากนั้นยังจัดกลุ่มผู้สูงอายุเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและกลุ่มผู้สูงอายุที่ครอบครัวยากจน และปรับเรื่องการขับเคลื่อนการดำเนินงานควรให้ความสำคัญ ดังนี้ การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุโดยปรับงบประมาณทรัพยากรบางส่วนที่ใช้ในการดูแลพัฒนาเด็กเล็กและเยาวชน มาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ ท้องถิ่น/ชุมชน ทั้งด้านสุขภาพ สวัสดิการ และการเงิน โดยทำงานเป็นเครือข่ายร่วมกันกับภาคราชการ และการส่งเสริมการออม โดยแรงงานในระบบควรส่งเสริมการออมภาคบังคับควบคู่กับภาคสมัครใจ สำหรับแรงงานนอกระบบ

แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๘๐)^{๔๙}

แผนฉบับนี้จัดทำขึ้นโดยความร่วมมือระหว่างกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์กับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในโครงการบูรณาการสหศาสตร์เพื่อรองรับสังคมสูงวัย โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้แผนนี้เป็นกรอบและแนวทางปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุของประเทศอย่างต่อเนื่องจากแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๖๕) รวมทั้งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ อันจะก่อให้เกิดการบูรณาการแผนในทุกระดับ และนำไปสู่การขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุและการรองรับสังคมสูงวัยของหน่วยงานต่าง ๆ อย่างมีบูรณาการ โดยแผนนี้มีวิสัยทัศน์ คือ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดี มีหลักประกันมั่นคง เป็นพลังพัฒนาสังคม

^{๔๙} กรมกิจการผู้สูงอายุ, แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๘๐)

แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ มีวัตถุประสงค์ ๔ ประการที่สำคัญได้แก่

๑. เพื่อให้มีกรอบและแนวทางปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ อันจะก่อให้เกิดการบูรณาการแผนในทุกระดับ และนำไปสู่การขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุและการรองรับสังคมสูงวัยของหน่วยงานต่าง ๆ อย่างมีบูรณาการ

๒. เพื่อเพิ่มคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุด้วยการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เพิ่มพูนศักยภาพของตนเองอย่างเต็มกำลังความสามารถ

๓. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ สภาพแวดล้อม การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีและนวัตกรรมอย่างทั่วถึง เท่าเทียมและเป็นธรรม อันจะทำให้ดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า พึ่งพาตนเองได้ มีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์สังคมและมีหลักประกันที่มั่นคงไปจนบั้นปลายของชีวิต

๔. เพื่อรองรับสังคมสูงวัยเชิงรุก ด้วยการส่งเสริมให้ประชากรที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคต โดยเฉพาะกลุ่มผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๒๕ - ๕๙ ปีในปัจจุบัน ซึ่งจะเป็นผู้สูงอายุในอีก ๑ - ๓๕ ปี ข้างหน้า ตระหนักและเตรียมการให้พร้อมเพื่อให้มีชีวิตที่ดีในยามสูงอายุ พร้อมทั้งจะยอมรับและร่วมมือกับผู้สูงอายุในการเป็นพลังขับเคลื่อนสังคม หรือให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุในยามที่จำเป็น

แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๘๐) แบ่งเป็น ๒ ส่วน คือ

แผนปฏิบัติการระยะเร่งด่วนใน ๕ ปีแรก (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) โดยมีมาตรการและแนวปฏิบัติสำหรับนำไปใช้ในการพัฒนาโครงการหรือกิจกรรม ตัวชี้วัดความสำเร็จของมาตรการในรูปของผลลัพธ์หรือผลกระทบโดยมีการกำหนดเป้าหมายในช่วง ๕ ปีแรก ตลอดกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบในการขับเคลื่อนมาตรการตามแผนฯ เพื่อให้งานบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนด

แผนปฏิบัติการระยะ ๑๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๘๐) เพื่อให้เห็นภาพและทิศทางในระยะยาวของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุและรองรับสังคมสูงวัยของประเทศให้เกิดความต่อเนื่องกับแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๖๕)

โดยแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายुरะยะที่ ๓ มีแผนปฏิบัติการย่อย ๔ เรื่อง คือ

แผนปฏิบัติการย่อยที่ ๑ เตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุในช่วง ๕ ปีแรก (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ส่งเสริมให้ประชากรอายุ ๒๕ - ๕๙ ปี เร่งเตรียมการก่อนยามสูงอายุ ในมิติทางเศรษฐกิจ สร้างเสริมความรู้ความเข้าใจถึง กระบวนการชราภาพ ตระหนักถึงคุณค่า ศักดิ์ศรี และมีความรับผิดชอบต่อผู้สูงอายุ ส่งเสริมการพัฒนาความรู้และศักยภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง รู้เท่าทันและสามารถเลือกใช้ประโยชน์จากสื่อสารสนเทศและเทคโนโลยีดิจิทัล เร่งเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุและเพิ่มโอกาสในการปรับสภาพที่อยู่อาศัย

แผนปฏิบัติการย่อยที่ ๒ ยกกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกมิติอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ในช่วง ๕ ปีแรก (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) จะยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านสภาพแวดล้อม

แผนปฏิบัติการย่อยที่ ๓ ปฏิรูปและบูรณาการระบบบริหารเพื่อรองรับสังคมสูงวัย อย่างมีคุณภาพ ในช่วง ๕ ปีแรก (พ.ศ.๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) โดยเป็นการแปลงแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติ และผลักดันให้ทุกภาคส่วนขับเคลื่อนแผนอย่างมีบูรณาการ ตั้งแต่ระดับชาติสู่ระดับท้องถิ่น ติดตามและ ประเมินผลนโยบายและแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุในแต่ละระดับ ปฏิรูประบบกฎหมายเพื่อรองรับ การดำเนินงานของทุกภาคส่วนในการรองรับสังคมสูงวัยเชิงรุก วางระบบกำลังคนด้านผู้สูงอายุ ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในระดับชาติและระดับพื้นที่ เพิ่มขีดความสามารถในการพัฒนา และการจัดการงานด้านผู้สูงอายุขององค์กรชุมชน/ท้องถิ่น และผู้นำชุมชน พัฒนาระบบการพิทักษ์ และคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง และกลุ่มที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ทั้งในฐานะผู้รับบริการ ผู้รับสวัสดิการหรือผู้บริโภค พัฒนาระบบปกป้องและฟื้นฟูผู้สูงอายุ และครอบครัว ในยามที่เกิดนานาวิฤต ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน ในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

แผนปฏิบัติการย่อยที่ ๔ เพิ่มศักยภาพการวิจัย การพัฒนาเทคโนโลยีและ นวัตกรรมรองรับสังคมสูงวัย ในช่วง ๕ ปีแรก (พ.ศ.๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ส่งเสริมการผลิตงานวิจัยและนวัตกรรม ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเพื่อการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ส่งเสริมการพัฒนาระบบข้อมูล งานวิจัย และนวัตกรรมด้านผู้สูงอายุที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและเป็นประโยชน์ต่อภาครัฐในการดำเนินงาน ด้านผู้สูงอายุ

(๓) กระทรวงยุติธรรม

กระทรวงยุติธรรมมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการกระบวนการ ยุติธรรม เสริมสร้างและอำนวยความสะดวกยุติธรรมในสังคม โดยมีกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพเป็นหน่วยงาน ในสังกัด ซึ่งมีภารกิจเกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพที่ประชาชนพึงได้รับตามกฎหมาย โดยการจัดวางระบบและ ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพตลอดจนการดำเนินการให้พยาน ผู้เสียหาย และจำเลยในคดีอาญา ได้รับการคุ้มครองช่วยเหลือ เยียวยาในเบื้องต้น เพื่อให้ประชาชนได้รับ การคุ้มครองและดูแลจากรัฐอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน

จากการประชุม World Conference on Human Rights ณ กรุงเวียนนา ออสเตรีย เมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๖ ที่ประชุมได้มีการรับรองปฏิญญาเวียนนาและแผนปฏิบัติการ (Vienna Declaration and Programme of Action) ซึ่งเป็นเอกสารสำคัญด้านการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิ มนุษยชน โดยปฏิญญาดังกล่าวได้เสนอแนะให้แต่ละรัฐพิจารณาความจำเป็นในการจัดทำแผนสิทธิมนุษยชน เพื่อกำหนดวิธีการที่จะให้มีการปรับปรุงส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนแก่ประชาชน

ดังนั้น รัฐบาลไทยโดยคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการจัดทํานโยบายและ แผนปฏิบัติการแม่บทด้านสิทธิมนุษยชน จึงได้จัดทำ “ร่างนโยบายและแผนปฏิบัติการแม่บทด้านสิทธิ มนุษยชน” เพื่อเป็นเครื่องมือ กลไก และมาตรการให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำไปใช้ส่งเสริม ปกป้อง คุ้มครองสิทธิมนุษยชนให้กับประชาชน โดยปัจจุบันคณะรัฐมนตรีได้มีมติรับรองแผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำ “แผนปฏิบัติการ” ด้านสิทธิมนุษยชน ของหน่วยงานทุกระดับรวมทั้งให้รายงานผลการปฏิบัติตามแผนฯ เมื่อสิ้นปีงบประมาณปีละครั้ง (ในห้วงเดือน ต.ค. - ธ.ค. ของทุกปี) นอกจากนี้ ให้หน่วยงานภาครัฐ (ระดับกรมหรือเทียบเท่า) บรรจุ “วิชาสิทธิมนุษยชน” ในหลักสูตรฝึกอบรมข้าราชการทุกระดับตามขอบเขตและเนื้อหาที่กระทรวงยุติธรรมกำหนด (อบรมไม่น้อยกว่า ๓ ชั่วโมง) โดยวัตถุประสงค์ของแผนแม่บทด้านสิทธิมนุษยชนดังกล่าว คือ “เป็นกรอบทิศทางของหน่วยงาน

ในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชนในภาพรวมของประเทศ ปกป้อง ค้ำครองสิทธิของประชาชน โดยไม่เลือกปฏิบัติคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สร้างสังคมที่ตระหนักถึงการเคารพสิทธิมนุษยชน”

เมื่อพิจารณาถึงเรื่องการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้สูงอายุพบว่าในแผนได้กำหนดเรื่องดังกล่าวลงในแผนสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข และแผนสิทธิมนุษยชนกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

จากความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขระหว่างประชาชนจากระบบหลักประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้ที่แตกต่างกัน และความเหลื่อมล้ำในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะเรื่องการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตยังเข้าไม่ถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ นอกจากนั้นยังมีความเหลื่อมล้ำในสิทธิการดูแลแบบประคับประคองระหว่างสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับสวัสดิการรักษายาบาลทางราชการและสิทธิประกันสังคม นอกจากนั้นสิทธิในการเลือกบริการสาธารณสุขในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตของประชาชนยังมีความเหลื่อมล้ำ ดังนั้น รัฐจึงควรศึกษาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของการพัฒนากฎหมายและมาตรการต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการเข้าถึงสิทธิในการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลในช่วงวาระท้ายของชีวิตอย่างมีคุณภาพในกลุ่มประชากรทุกกลุ่ม โดยมีการศึกษาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของการพัฒนากฎหมายและมาตรการเพื่อให้เกิดการเข้าถึงสิทธิในการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลในช่วงวาระท้ายของชีวิตอย่างมีคุณภาพในประชากรทุกกลุ่ม

แผนสิทธิมนุษยชนกลุ่มผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงสิทธิที่พึงมีในทุกมิติอย่างมีคุณภาพและมีศักดิ์ศรี โดยสังคมไทยมีความท้าทายในเรื่องผู้สูงอายุ คือ การขาดความพร้อมในการเป็นสังคมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุขาดทักษะความรู้ความเข้าใจในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ผู้สูงอายุขาดเงินออมที่เพียงพอ มีการกระทำความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในมิติต่าง ๆ ดังนั้น ประเทศไทยควรมีมาตรการหรือแนวทางการเตรียมความพร้อมประชากรในการเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยควรส่งเสริมการเรียนรู้เทคโนโลยีสารสนเทศและทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างรู้เท่าทัน (digital literacy) รวมทั้งวางมาตรการการเข้าถึงสวัสดิการรัฐเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ จัดหามาตรการส่งเสริมการออม เพื่อการเกษียณทั้งแบบภาคบังคับและแบบสมัครใจ และรัฐควรกำหนดนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันและคุ้มครองมิให้มีการกระทำความรุนแรงและละเมิดสิทธิของผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม อาทิ การสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงในครอบครัว เพื่อป้องกันหรือลดผลกระทบของปัญหาความรุนแรงด้านร่างกาย จิตใจ หรือทรัพย์สิน

นอกจากนี้ ที่ผ่านมานโยบายรัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการบริการสาธารณสุขและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอย่างทั่วถึงมาอย่างต่อเนื่อง ในการดำเนินการให้มีอาสาสมัครทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยให้หน่วยงานต่าง ๆ มีการบูรณาการทำงานร่วมกัน เช่น

(๑) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. ๒๕๕๔ เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๒๐

(๒) โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับองค์กรปกครองท้องถิ่นและชมรมผู้สูงอายุ เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๖

(๓) โครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านกองทุนระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) เพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจัดให้มีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ในชุมชนของตนเอง ภายใต้ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง กำหนดกิจการที่เป็นผลประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นให้เป็นอำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น^{๕๐}

อย่างไรก็ตาม การจัดระบบการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตยังมีข้อจำกัดในด้านการบริหารจัดการระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพในบางกลุ่ม เช่น การคุ้มครองลูกจ้าง ซึ่งมีสถานะเป็นผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งเมื่อพิจารณาหลักเกณฑ์การจ่ายเงินของกองทุนประกันสังคมพบว่า ไม่มีการกำหนดเกณฑ์การจ่ายเงินในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง รวมทั้งมาตรฐานค่าตอบแทนสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ของบุคลากรภาครัฐของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง เมื่อพิจารณาจากนโยบายของกรมบัญชีกลางในเรื่องที่เกี่ยวกับสวัสดิการการรักษาพยาบาลของทางราชการพบว่า ไม่มีการกำหนดเรื่องการดูแลแบบประคับประคองไว้เป็นการเฉพาะ

๒.๔.๒ กฎหมายที่สำคัญของประเทศไทย หากพิจารณากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบริหารราชการแผ่นดิน การจัดสรรทรัพยากรของรัฐที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลแบบประคับประคองพบว่า มีกฎหมายที่สำคัญ ได้แก่

(๑) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐^{๕๑} ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิตามรัฐธรรมนูญและแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการแพทย์และการสาธารณสุขของประชากร ได้แก่ มาตรา ๔๗ มาตรา ๕๕ และมาตรา ๒๕๘

(๒) กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลแบบประคับประคองในมิติต่าง ๆ ได้แก่ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา, พระราชบัญญัติทะเบียนราษฎร พ.ศ. ๒๕๓๔, พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐, พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕, พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓, พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓, พระราชบัญญัติคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย พ.ศ. ๒๕๕๐, พระราชบัญญัติประกันชีวิต พ.ศ. ๒๕๓๕, พระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐, พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด

^{๕๐} คณะอนุกรรมการติดตามการปฏิรูปด้านสังคม กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย, รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง ระบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในชุมชนของประเทศไทย, ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕.

^{๕๑} รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับราชกิจจานุเบกษา วันที่ ๖ เมษายน ๒๕๖๐.

พ.ศ. ๒๕๖๔, พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕, พระราชบัญญัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๒๘, พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑, และพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕

(๓) สิทธิด้านสุขภาพในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐^{๕๒}

มาตรา ๘ ในการรับบริการสุขภาพ บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับและไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใดจะให้บริการนั้นมิได้ ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการเพราะเหตุที่ผู้รับบริการปกปิดข้อเท็จจริงที่ตนรู้และควรบอกให้แจ้งหรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ผู้ให้บริการไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายหรืออันตรายนั้น เว้นแต่เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับกรณีดังต่อไปนี้

(๑) ผู้รับบริการอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตและมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเป็นการรีบด่วน

(๒) ผู้รับบริการไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้ และไม่อาจแจ้งให้บุคคลซึ่งเป็นทายาทโดยธรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ปกครอง ผู้ปกครองดูแล ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลของผู้รับบริการ แล้วแต่กรณี รับทราบข้อมูลแทนในขณะนั้นได้

มาตรา ๑๒ บุคคลมีสิทธิทำหนังสือเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ

๒.๕ พัฒนาการของการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตในประเทศไทย

๒.๕.๑ จากประเพณีสู่ข้อบัญญัติทางกฎหมาย

ในอดีตคนไทยนิยมให้ผู้ป่วยที่ถึงวาระสุดท้ายของชีวิตได้ตายที่บ้าน เพราะทำให้ผู้ตายได้ “เห็นหน้า” คนที่ตนรักและญาติมิตรก่อนจากไป แม้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อถึงเวลาที่เห็นว่ารักษาไปก็ไม่รอดแล้ว (เช่น เมื่อหมอบอกว่าผู้ป่วยอาจอยู่ได้อีกไม่นาน) ชาวบ้านทั่วไปมักจะพาผู้ป่วยกลับบ้าน การทำเช่นนี้ในแง่หนึ่งก็เหมือนกับการปฏิเสธไม่ขอรับการรักษาต่อไป แต่ในอีกแง่หนึ่งก็คือ การเลือกที่จะให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างมีศักดิ์ศรี อาจเป็นเพราะเห็นว่าถึงรักษาต่อไปก็ไม่หายหรือเพราะยอมรับได้ว่าใกล้จะถึงวาระสุดท้ายของชีวิตแล้ว ถ้าจะตายก็ขอให้ตายที่บ้าน ซึ่งเป็นที่ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยและได้อยู่ใกล้ชิดกับคนในครอบครัว สิ่งที่หลายคนปรารถนา คือ การตายในสภาพที่ไม่อ้าวกว้าง โดดเดี่ยวจากคนที่ตนรัก สำหรับผู้ป่วยที่ถึงวาระสุดท้ายของชีวิตเช่นนั้น ในหลายท้องถิ่นคนในครอบครัวอาจทำพิธีทางศาสนาอย่างใดอย่างหนึ่งให้ เช่น ครอบครัวที่นับถือพุทธศาสนาอาจสวดบทโพชฌังคปริตรหรือนิมนต์พระมาทำพิธีสวดบังสุกุล ครอบครัวที่นับถือศาสนาคริสต์อาจเชิญนักบวชหรือบาทหลวงมาทำพิธีไถ่บาปให้ผู้ป่วยและให้ศีลสุดท้าย (absolution) แก่ผู้ป่วยที่กำลังจะจากไป โดยเชื่อว่าจะเป็นการนำวิญญาณผู้ป่วยที่ใกล้ตายไปสู่อ้อมกอดของพระเจ้า

^{๕๒} สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐.

ชาวมุสลิมจะให้ผู้ป่วยเปล่งวาจา “ลาอิลาฮะ อิลลัลลอฮ มุฮัมมะดุรรอ ซุลลุลลอฮ” (ไม่มีพระเจ้าอื่นใด นอกจาก พระอัลลอฮ และ มุฮัมมัดเป็นศาสนทูตของอัลลอฮ) หรืออ่านคัมภีร์อัลกุรอานให้ฟัง โดยเฉพาะบท “ยาซีน” (ซูเราะฮฺ ยาซีน) บางท่านอาจอ่านบท “ซูเราะฮฺ อัลฟะลัก” (บทรุ่งอรุณ) และ “ซูเราะฮฺ ฮ อันนาส” (บท มนุษยชาติ) ด้วย พิธีเหล่านี้ทำเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีใจสงบและน้อมจิตไปในทางที่ดีงาม ขณะเดียวกันผู้ป่วยจะได้มีเวลาสั่งเสียหรือมอบหมายภาระที่ตนยังทำไม่เสร็จให้ผู้ที่ยังอยู่จัดการกันต่อไป บรรยาภาศเช่นนั้น แม้จะเศร้าแต่มีความอบอุ่น ปราศจากความหวงกังวล การจากไปในสภาพเช่นนั้นเชื่อว่าเป็นการ “ไปได้” ปัจจุบันเชื่อว่าการปฏิบัตินี้อาจน้อยลง เพราะคนส่วนมากเวลาเจ็บป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล ดังนั้น การตายที่โรงพยาบาลทุกวันนี้จึงมีจำนวนมากขึ้น การตายที่โรงพยาบาลแม้จะมีข้อดีแต่ก็มีข้อเสีย เนื่องจากในกระบวนการรักษาผู้ป่วยขั้นสุดท้าย ผู้ป่วยมักจะถูกโดดเดี่ยวอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก ขาดการติดต่อกับคนที่ตนรัก และญาติมิตร และการรักษาที่ได้รับมักจะมี “รักษาโรค” มากกว่า “รักษาคน” ในสภาพการรักษาเช่นนั้น สิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยมีโอกาสจะถูกมองข้ามได้ เพราะผู้ป่วยแทบจะไม่มีส่วนในการกำหนดหรือเลือกที่จะรับหรือไม่รับวิธีการรักษา

ทัศนะทางศาสนาจึงส่งผลต่อการปฏิบัติในเรื่องความตายและการตายอย่างมาก ส่วนทัศนะทางการแพทย์ซึ่งเป็นศาสตร์ที่เกิดขึ้นเพื่อต่อสู้กับความตายโดยตรงมีผลอย่างมากต่อความตาย และการตายของผู้คน อย่างน้อยในประเด็นที่ว่าความตายควรจะเกิดขึ้นเมื่อไรและสภาพการตายจะเป็นอย่างไร ทัศนะทางศาสนาเกี่ยวกับความตายอาจจำแนกเป็น ๒ แบบใหญ่ ๆ แบบแรกมองความตายว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงของชีวิตจากสภาวะหนึ่งไปสู่อีกสภาวะหนึ่ง ทัศนะเช่นนี้เป็นความเชื่อที่แพร่หลายในศาสนาฮินดูและศาสนาพุทธ ในมุมมองของพุทธนั้น ชีวิตประกอบด้วยส่วนที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม (เรียกโดยรวมว่า เบญจขันธ์ คือ รูป เวทนา สัญญา สังขาร วิญญาณ) ขณะที่ความตาย คือ การเปลี่ยนแปลงของส่วนประกอบทั้งหมดที่ขึ้นอยู่กับเหตุปัจจัยต่าง ๆ トラบใดที่ยังมีเหตุปัจจัย หรือมี “เชื้อ” อยู่ ชีวิตก็ยังมีอยู่ และเมื่อตายแล้วก็เกิดใหม่ได้ แต่จะเกิดเป็นอะไร อย่างไร นั้นขึ้นอยู่กับเหตุปัจจัยหรือกรรม คือ การกระทำ ซึ่งอาจจะดีหรือไม่ดี ของแต่ละคน ตามหลักแล้วการเกิดใหม่สามารถจะมีได้ไม่รู้จบ トラบเท่าที่ยังมีเหตุปัจจัยให้เป็นเช่นนั้น จะไม่มีการเกิดใหม่อีกก็ต่อเมื่อเหตุปัจจัยดับสิ้นไม่มีเหลือ ซึ่งในทางพุทธ หมายถึง การดับกิเลสทั้งมวล จนบรรลุนิพพานแล้ว ทัศนะอีกแบบหนึ่งมองว่าคนเรามีชีวิตในโลกนี้ได้ครั้งเดียว ตายแล้วก็จบ ไม่มีโอกาสกลับมาเกิดใหม่ในโลกนี้อีก เมื่อตายแล้วต้องรอวันที่พระเจ้าพิพากษาว่าจะได้ไปสวรรค์หรือไปนรก ตามระดับความดีความชั่วที่ตนทำไว้เท่านั้น ในทัศนะดังกล่าวโลกนี้เป็นเรื่องชั่วคราว แต่มีความสำคัญเพราะเป็นสิ่งที่ จะบอกว่าชีวิตในโลกหน้าซึ่งเป็นสิ่งนิรันดร์นั้น จะได้ไปสู่สวรรค์ในดินแดนของพระเจ้าหรือไปนรก ความเชื่อเช่นนี้แพร่หลายอยู่ทั่วไปในกลุ่มศาสนาที่นับถือพระเจ้าองค์เดียว เช่น ศาสนาคริสต์และอิสลาม มุมมองสองแบบนี้มีอิทธิพลต่อทัศนะของคนเกี่ยวกับความตายต่างกัน แบบแรกเอื้อต่อการยอมรับความตายได้ค่อนข้างมาก เพราะเชื่อว่าความตายไม่ใช่จุดจบจริง ๆ ของชีวิต หากจะคิดอย่างที่เราทั่วไปในศาสนาพุทธ และฮินดูเชื่อกันก็คือ ยังมีโอกาสที่จะเกิดมาแก้ตัวใหม่ได้อีก แบบที่สองซึ่งไม่เชื่อในเรื่องการเกิดใหม่ มีแนวโน้มทำให้คนเอาจริงเอาจังกับชีวิตปัจจุบันนี้มาก เพราะมีโอกาสครั้งเดียวเท่านั้น ดังนั้น ความตายจึงเป็นสิ่งที่ต้องต่อสู้และ “ประวิงเวลา” เอาไว้เพื่อให้มีชีวิตอยู่ได้นานที่สุด แม้จะรู้ว่าถึงอย่างไรก็หนีความตายไปไม่พ้นก็ตาม แต่อย่างน้อยจะได้มีโอกาสอยู่ทำความดีเพิ่มขึ้น เพื่อว่าเมื่อตายไปพระเจ้าจะพิพากษาให้ไปสวรรค์ ภายในกรอบทัศนะแบบนี้เองที่การแพทย์สมัยใหม่ (การแพทย์แบบตะวันตก) พัฒนาขึ้นมา กระบวนทัศน์สำคัญที่อยู่เบื้องหลังพัฒนาการของการแพทย์สมัยใหม่ จึงเป็นเรื่องของการต่อสู้กับโรคร้ายไข้เจ็บเพื่อให้คน

มีสุขภาพดีและมีชีวิตอยู่ได้นานที่สุด ซึ่งในความหมาย คือ เพื่อต่อสู้กับความตายนั่นเอง แน่นอนว่าทัศนะเช่นนี้มีคุณูปการอย่างยิ่ง เพราะได้ช่วยให้การแพทย์เจริญก้าวหน้า ทำให้ชาวโลกทั่วไปมีอายุยืนยาวขึ้นที่สำคัญ คือ กระบวนทัศน์การแพทย์สมัยใหม่ตรงกับธรรมชาติของคนทั่วไป คือ การรักชีวิตและกลัวความตาย แม้จะรู้ว่าความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ก็ตาม ดังนั้น การยื้อชีวิตเอาไว้ด้วยกระบวนการรักษาจึงเป็นสิ่งที่วงการแพทย์สมัยใหม่แทบจะไม่ตั้งคำถามถึงผลข้างเคียงเลย ไม่ต้องพูดถึงประชาชน เพราะส่วนมากพร้อมที่จะยอมรับการยื้อชีวิตเอาไว้หรือจำต้องยอมรับอยู่แล้ว แม้จะเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานจากกระบวนการรักษาเพียงใดก็ตาม ทั้งนี้ เพื่อแลกกับความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ต้องยอมรับว่ามุมมองต่อความตายแบบการแพทย์สมัยใหม่นั้น แม้จะมีคุณูปการอย่างมากแต่ก็มีผลต่อ “การตาย” ของคนจำนวนมากในปัจจุบันในด้านหนึ่ง แพทย์ผู้ให้การรักษาามีหน้าที่ต้อง “ทำอย่างเต็มที่” เพื่อรักษาชีวิต ผู้ป่วยตามที่ได้รับการฝึกฝนอบรมมาในวิชาชีพ แต่อีกด้านหนึ่ง ความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติส่วนมากส่งเสริมการ “ทำอย่างเต็มที่” ของแพทย์ด้วยเหมือนกัน เพราะมีธรรมชาติรักชีวิตและกลัวความตายอยู่แล้ว ผลที่ตามมา คือ ในกระบวนการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต แพทย์มักจะใช้เครื่องมือต่าง ๆ สอดใส่เข้าไปในร่างกายของผู้ป่วยซึ่งอยู่ในสภาพย่ำแย่ เพื่อยื้อลมหายใจเอาไว้ ในช่วงเวลาที่อยู่ในสภาพฟื้นก็ไม่ได้ตายก็ไม่ลง ผู้ป่วยจะได้รับความทรมานสาหัส อีกทั้งภาระด้านค่าใช้จ่ายสำหรับครอบครัวจะหนักหนามาก ทั้งนี้ ไม่ต้องกล่าวถึงค่าใช้จ่ายส่วนที่ตกอยู่กับสถานบริการ ซึ่งส่วนใหญ่ในบ้านเราเป็นค่าใช้จ่ายของภาครัฐ มองในแง่นี้การใช้ทรัพยากรส่วนรวมจำนวนมากเพื่อยื้อลมหายใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้นอนเป็นผักอยู่บนเตียงนับปีอาจจะไม่เกิดประโยชน์คุ้มค่าเท่าใด

เมื่อกว่าสองทศวรรษมาแล้ว เริ่มมีการเคลื่อนไหวระดับนานาชาติเรื่องสิทธิของผู้ป่วยหนึ่งในสิทธิผู้ป่วยที่สำคัญ คือ สิทธิที่จะตัดสินใจด้วยตนเองในเรื่องการรักษาพยาบาล โดยถือว่าเป็นสิทธิมนุษยชนอย่างหนึ่งตามปฏิญญาสิทธิมนุษยชนว่าด้วย “สิทธิผู้ป่วย” ค.ศ. ๑๙๘๑ (แก้ไข ค.ศ. ๒๐๐๕) ซึ่งให้การรับรองสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายว่าเป็นสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (Right of Self-Determination) สอดคล้องกับเรื่องการตายอย่างสงบตามธรรมชาติโดยไม่ถูกเหนี่ยวรั้ง ในประเทศไทยความตื่นตัวในเรื่องสิทธิผู้ป่วยและสิทธิในการปฏิเสธบริการสาธารณสุขเริ่มมีมานาน อย่างน้อยตั้งแต่หลังการมรณภาพของท่านพุทธทาสภิกขุเมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๖ (หรืออาจก่อนนั้น) การเคลื่อนไหวเริ่มเข้มข้นขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ เมื่อเริ่มกระบวนการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างเป็นทางการด้วยการจัดทำร่าง “พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.” กระบวนการทางรัฐสภาเพื่อการนี้ใช้เวลาเกือบ ๑๐ ปี “พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐” จึงเกิดขึ้นโดยมีมาตรา ๑๒ ของพระราชบัญญัตินี้เป็นมาตราที่ว่าด้วยเรื่องนี้โดยเฉพาะ^{๕๓}

๒.๕.๒ พัฒนาการของการขับเคลื่อนเรื่องสิทธิด้านสุขภาพในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Advance directive) ตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้รับรองสิทธิของบุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยมีการออกกฎกระทรวงและแนวทางการปฏิบัติตามกฎกระทรวงออกมาเพื่ออธิบายแนวทางในการทำและ

^{๕๓} สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.), รายงานสุขภาพคนไทย ๒๕๕๙, ตายดี วิธีที่เลือกได้, พ.ศ. ๒๕๕๘.

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา รวมทั้งมีคำพิพากษาศาลปกครองสูงสุดที่ พ ๑๑/๒๕๕๘ ที่พิพากษารับรองสิทธิในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

๒.๕.๒.๑ กระบวนการพัฒนามาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ในประเทศไทย

ในประเทศไทยเดิมคนทั่วไปมักใช้คำว่า “พินัยกรรมชีวิต” แทนคำว่า “หนังสือแสดงเจตนาฯ” (โดยในที่นี้จะใช้คำว่าหนังสือแสดงเจตนาฯ ทั้งหมด) แนวคิดของการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เริ่มขึ้นในเมืองไทยเมื่อใดไม่ปรากฏแต่มีเหตุการณ์ทางสังคมที่สำคัญที่ทำให้เรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เป็นประเด็นที่สังคมให้ความสนใจอย่างกว้างขวาง คือ เหตุการณ์พุทธทาสภิกขุมรณภาพ โดยท่านพุทธทาส (พระธรรมโกศาจารย์ (เงื่อม อินทปญโญ)) ได้แสดงธรรมเทศนาต่อหน้าสาธารณะชนหลายครั้งในหลายโอกาสว่า ไม่ต้องการหนีความตายไปไหน ขอมรณภาพที่สวนโมกข์^{๕๔,๕๕,๕๖} แต่เมื่อถึงตอนที่ท่านป่วยหนักจริงกลับมีการนิมนต์ท่านมารักษาที่โรงพยาบาลศิริราชและเมื่อเห็นว่าไม่สามารถรักษาท่านได้แล้วก็นำท่านกลับมรณภาพที่สวนโมกข์^{๕๗} โดยเรื่องนี้ได้เกิดการตั้งข้อสังเกตจากสังคมว่าการนำท่านไปดูแลที่โรงพยาบาลศิริราชนั้นขัดกับเจตนารมณ์และความต้องการของท่านหรือไม่^{๕๘} จึงเป็นที่มาของการพัฒนาหลักกฎหมายที่เกี่ยวกับการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตในประเทศไทย^{๕๙}

ประเทศไทยมีพัฒนาการของกฎหมายที่เกี่ยวกับการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตผ่านพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยสามารถสรุปพัฒนาของกฎหมายดังต่อไปนี้^{๖๐}

ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เผยแพร่รายงาน “ระบบสุขภาพประชาชาติ ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐” ในรายงานดังกล่าว หมวดที่ ๒ สิทธิ หน้าที่ ความเสมอภาค และหลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพของประชาชนได้ระบุคุณลักษณะที่พึงประสงค์ในข้อ ๘ ไว้ว่า “ในบั้นปลายของชีวิต บุคคลพึงมีสิทธิในการตายอย่างมีศักดิ์ศรี และมีคุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์ โดยมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม และไม่เป็นการแสวงหาประโยชน์ ทั้งแก่บุคคลและแก่สังคมโดยรวม”

^{๕๔} ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต.

^{๕๕} นิธิพัฒน์ เจริญกุล, ท่านอาจารย์พุทธทาส คนไข้ที่ผมรู้จัก, ชมรมกัลยาณธรรม, สืบค้นเมื่อ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, https://www.kanlayanatam.com/book/book_198.pdf

^{๕๖} สันต์ หัตถิรัตน์, เพื่อท่านพุทธทาส, หนังสือพิมพ์มติชนรายวัน, ฉบับวันเสาร์ที่ ๑๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๓๖.

^{๕๗} อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ ๑๕.

^{๕๘} สันต์ หัตถิรัตน์, “๘ กรกฎาคม ครบรอบปี มรณกาล ท่านพุทธทาส”, หนังสือพิมพ์มติชนรายวัน ฉบับวันเสาร์ที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๕๓.

^{๕๙} หอจดหมายเหตุ พุทธทาส อินทปญโญ, จากพินัยกรรมพุทธทาสภิกขุ ถึงเรื่องเล่า Palliative Care พุทธทาสภิกขุ ในความทรงจำ ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส, สืบค้นเมื่อ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, https://www.bia.or.th/html_th/index.php/site-content/65-archives/1081-20201025-1081

^{๖๐} สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, กว่าคนไทยจะได้ใช้สิทธินี้ ความเป็นไปเป็นมาของสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ตามมาตรา ๑๒ ของพร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐, สืบค้นเมื่อ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, <https://infocenter.nationalhealth.or.th/Ebook/privilege/book.html>

วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๔๓ มีการประกาศระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพ ลงประกาศในราชกิจจานุเบกษา โดยระเบียบนี้เป็นเจตนาของรัฐบาล (นายชวน หลีกภัย) ที่ต้องการให้มีกลไกระดับชาติขึ้นมาเพื่อทำหน้าที่ขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ โดยวางเป้าหมายไว้ที่การจัดทำกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแม่บทของระบบสุขภาพแห่งชาติ มีคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพ (คปรส.) ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ทำหน้าที่ดูแลการทำงานทั้งหมด มีการตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) ขึ้นเป็นหน่วยงานภายในสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทำหน้าที่เป็นหน่วยเลขานุการ

กุมภาพันธ์ ๒๕๔๔ คปรส. เผยแพร่ร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติสำหรับนำไปเป็นกรอบในการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติต่อไป โดยในเอกสารกรอบความคิดนี้ แบ่งเนื้อหาออกเป็น ๑๓ ระบบย่อย ในระบบที่ ๒ เรื่องสิทธิหน้าที่ ความเสมอภาค และหลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพ ในข้อ ๒.๒.๑๐ ระบุว่า “ในบั้นปลายของชีวิต บุคคลพึงมีสิทธิในการตายอย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์ โดยมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสมและไม่เป็นภาระทางเศรษฐกิจทั้งแก่บุคคลหรือแก่สังคมโดยรวม”

จากนั้นได้จัดเวทีรับฟังความเห็นต่อร่างกรอบความคิดฉบับนี้อย่างกว้างขวางทั่วประเทศ รวม ๕๕๐ เวที มีผู้เข้าร่วมให้ความเห็นประมาณ ๔๐,๐๐๐ คน ประชาชนส่วนใหญ่ต่างสนับสนุนการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติในทิศทางที่เป็นไปตามกรอบความคิดนี้

เดือนกุมภาพันธ์ - เดือนพฤษภาคม ๒๕๔๕ คณะอนุกรรมการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ได้นำข้อคิดเห็นจากประชาชนมาประกอบกับกรอบความคิดดังกล่าว แล้วยกร่างออกมาเป็นร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยในร่างมาตรา ๒๔ กำหนดว่า “บุคคลมีสิทธิแสดงความจำนงเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิตของตนเพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์”

โดยมีการเขียนคำชี้แจงไว้ว่า เพื่อให้บุคคลมีสิทธิเลือกตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในบั้นปลายของชีวิต โดยไม่ถูกยืดชีวิต หรือถูกแทรกแซงการตายเกินความจำเป็น และเพื่อไม่ให้เป็นการละเมิดในทางใด ๆ ด้าน โดยให้มีสิทธิแสดงความจำนงล่วงหน้า (Living Will) ได้

สปรส. สนับสนุนการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในทุกจังหวัดทั่วประเทศ เพื่อให้ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้ให้ความเห็นต่อ ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัดทุกจังหวัด และผ่านการร่วมแสดงความเห็นทางช่องทางอื่นๆ มีผู้ร่วมให้ความเห็นประมาณ ๑๐๐,๐๐๐ คน ซึ่งในการรับฟังความเห็นทุกเวทีทุกครั้ง ประชาชนต่างสนับสนุนการเขียนรับรองสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

วันที่ ๘ - ๙ สิงหาคม ๒๕๔๕ หลังจากการรับฟังความเห็นอย่างกว้างขวางแล้ว คณะอนุกรรมการฯ ได้ปรับปรุงร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เสนอเข้าสู่การพิจารณาของที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่มีผู้เข้าร่วมประมาณ ๔,๐๐๐ คน จากเครือข่ายภาคี ประมาณ ๓,๐๐๐ ภาคี

ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพฯ ได้ให้ความเห็นชอบต่อร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ที่นำเสนอนายกรัฐมนตรี (พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร) โดยคณะอนุกรรมการยกร่างฯ ได้นำข้อเสนอแนะที่สำคัญจากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้มาปรับปรุงร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เป็นฉบับ

ปรับปรุงวันที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๔๕ มีทั้งสิ้น ๙๓ มาตรา โดยในหมวดที่ ๒ สิทธิ หน้าที่ และความมั่นคงด้านสุขภาพ ส่วนที่ ๑ สิทธิด้านสุขภาพ ข้อ ๒๔ ระบุเรื่องนี้ไว้ว่า

“บุคคลมีสิทธิในการแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเอง เพื่อยุติการทรมานอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

การแสดงความจำนงตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง”

โดยมีคำอธิบายร่างกฎหมายมาตรานี้ไว้ว่า “เป็นการกำหนดสิทธิเพื่อให้บุคคลมีสิทธิตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ในบั้นปลายของชีวิต โดยไม่ถูกยืดชีวิตหรือถูกแทรกแซงการตายเกินความจำเป็น และเพื่อไม่ให้เป็นการละเมิดในหลายๆ ด้าน โดยให้สิทธิแสดงความจำนงล่วงหน้าได้ (Living Will) ซึ่งต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการปฏิบัติในภายหลัง เรื่องนี้ไม่ใช่เรื่องการกำหนดสิทธิให้ขอยุติชีวิตของตน”

วันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๔๗ คณะรัฐมนตรีชุดที่มี พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี มีมติเห็นชอบในหลักการของร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ที่เสนอโดย คปรส. และส่งให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจพิจารณาปรับปรุงแก้ไข

เดือนกันยายน ๒๕๔๗ – เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๔๘ คณะกรรมการกฤษฎีกาคณะพิเศษของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาที่มีนายมีชัย ฤชุพันธุ์ เป็นประธาน ได้พิจารณาปรับปรุงร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยมีการเชิญผู้แทนหน่วยงานต่าง ๆ จากนั้นปรับร่างกฎหมายให้กระชับขึ้นเหลือ ๕๒ มาตรา เนื้อหาของเรื่องการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตได้รับการปรับปรุงใหม่เป็น

“มาตรา ๑๐ บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่ง และเมื่อได้ปฏิบัติตามเจตนาดังกล่าวแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ”

วันที่ ๒๓ สิงหาคม ๒๕๔๘ คณะรัฐมนตรีเห็นชอบร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ที่ผ่านการพิจารณาจากสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาเพื่อส่งเข้าสู่ขั้นตอนนิติบัญญัติ

วันที่ ๑๔ ธันวาคม ๒๕๔๘ ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. เข้าสู่การพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร (สมัยนิติบัญญัติ) ชุดที่ ๒๒ ปีที่ ๑ ครั้งที่ ๓๔ โดยมีสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรของพรรคต่าง ๆ และเครือข่ายภาคประชาชน เสนอร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ประกอบร่างของรัฐบาลอีก ๔ ร่าง คือ (๑) ร่างของพรรคประชาธิปัตย์ เสนอโดย นายแพทย์ บุรณชัย สมุทรรักษ์ และคณะ (๒) ร่างของพรรคชาติไทย เสนอโดย นายแพทย์ วินัย วิริยะกิจจา และคณะ (๓) ร่างของพรรคไทยรักไทย เสนอโดย นางลดาวลัย วงศ์ศรีวงศ์ และคณะ (๔) ร่างของภาคประชาชนผู้เข้าชื่อเสนอกฎหมาย เสนอโดย นายแพทย์ พลเดช ปิ่นประทีป และคณะ

ที่ประชุมสภาผู้แทนราษฎรลงมติในวาระที่ ๑ รับหลักการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. เป็นเอกฉันท์ โดยใช้ร่างกฎหมายฉบับที่รัฐบาลเสนอเป็นหลักในการพิจารณา

วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๔๘ - วันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๙ คณะกรรมาธิการฯ พิจารณาร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. รวม ๗ ครั้ง ต่อมาใน วันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๘ นายกรัฐมนตรีประกาศยุบสภา ทำให้การพิจารณาร่างพระราชบัญญัตินี้ต้องยุติลง และเมื่อมีการปฏิรูปการปกครองฯ ทำให้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐ ถูกยกเลิก และการพิจารณากฎหมายที่ค้างอยู่ในรัฐสภาเป็นอันยุติลงทั้งหมด

วันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๔๙ คณะรัฐมนตรี (พลเอก สุรยุทธ์ จุลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี) มีมติเห็นชอบร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. (เป็นร่างเดิมของรัฐบาลชุดก่อนที่เคยเสนอต่อสภาผู้แทนราษฎรไปแล้ว) ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์ มงคล ณ สงขลา) เสนอ เพื่อส่งให้สภานิติบัญญัติแห่งชาติพิจารณา

วันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๔๙ สภานิติบัญญัติแห่งชาติพิจารณาร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ที่รัฐบาลเสนอ มีมติเห็นชอบให้รับหลักการวาระที่ ๑ โดยให้แต่งตั้งคณะกรรมการวิสามัญพิจารณาในวาระที่ ๒ ต่อไป เมื่อคณะกรรมการวิสามัญประชุมพิจารณาแล้วเสร็จทั้งฉบับได้เสนอต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ โดยสาระบัญญัติเรื่องการปฏิเสธรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ถูกปรับเปลี่ยนจากมาตรา ๑๐ ไปเป็นมาตรา ๑๒

วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๕๐ สภานิติบัญญัติแห่งชาติพิจารณาร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ที่คณะกรรมการวิสามัญฯ พิจารณาเสร็จแล้ว มีมติเห็นชอบในวาระ ๒ และ ๓ ให้ประกาศใช้เป็นกฎหมาย

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๒๔ ตอนที่ ๑๖ ก วันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๕๐ มีผลบังคับใช้เป็นกฎหมายตั้งแต่วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๕๐ เป็นต้นมา

๒.๕.๒.๒ พัฒนาการขับเคลื่อน มาตรา ๑๒ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

(๑) ความขัดแย้งในแง่ของข้อกฎหมายภายหลังการมีผลใช้บังคับ

ในระยะเริ่มต้นหลังจากประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ แล้วมีการสื่อสารทางสังคมให้แก่โรงพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพในเรื่องหนังสือแสดงเจตนาฯ อย่างกว้างขวาง ทั้งในเรื่องกฎหมายทั้งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ร่างกฎกระทรวงฯ หลักการในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ แต่ด้วยเรื่องดังกล่าวเป็นสิ่งที่แปลกใหม่ในระบบบริการสุขภาพ และการไม่มีระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) รวมทั้งมีปัญหาทางการเมืองภายในระบบบริการสุขภาพของประเทศ ทำให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติและความขัดแย้งขององค์กรในระบบบริการสุขภาพตามมามากมาย โดยมีบุคลากรด้านสุขภาพบางส่วนที่พยายามต่อต้านหรือสร้างความเข้าใจผิดในกฎหมายนี้

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ เป็นช่วงเวลาของการทำให้กฎกระทรวงมีรูปธรรม การตีความและการนำไปปฏิบัติให้ชัดเจนเพื่อลดความวิตกกังวลของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน มีการกำหนดแนวทางดำเนินงาน และคู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุขว่าด้วยกฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดย สช. มีหนังสือราชการแจ้งไปยังหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อธิบดีกรม เลขาธิการ ผู้ว่าราชการจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในทุกระดับ ถึงกฎกระทรวงและคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

ของกระทรวงสาธารณสุข และในช่วงระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๕๘ สช. ได้แจกจ่ายคู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุขฯ จำนวนกว่า ๙๐,๐๐๐ เล่ม ไปยังโรงพยาบาลทุกแห่งและเผยแพร่แก่ผู้สนใจด้วย ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่านับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ เป็นต้นมา สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้พยายามเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจในแง่ข้อกฎหมายเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

อย่างไรก็ดีในช่วงระยะเวลาอันสำคัญของการขับเคลื่อนนี้ ได้เกิดเหตุการณ์สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อกระแสการขับเคลื่อนดังกล่าว ได้แก่ การที่มีบุคลากรด้านสุขภาพกลุ่มหนึ่งยื่นฟ้องต่อศาลปกครองสูงสุดเพื่อขอให้ยกเลิกกฎกระทรวงตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เมื่อวันที่ ๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๔ โดยมีประเด็นสำคัญของการฟ้องคดี คือ

๑. ประชาชนไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองได้ เพราะไม่มีความรู้ความสามารถทางการแพทย์

๒. มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และกฎกระทรวงเป็นการทำการุณยฆาต (Euthanasia หรือ Mercy Killing)

๓. การปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาฯ ของผู้ป่วยเป็นการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยที่แพทย์ไม่ได้ให้การรักษาหรือใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์

๔. กฎกระทรวงไม่ได้คุ้มครองผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขจากการถูกฟ้องร้องหากผู้ประกอบการวิชาชีพดังกล่าวปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาฯ ของผู้ป่วย

โดยเหตุการณ์การฟ้องคดีต่อศาลปกครองสูงสุดถือเป็นมูลเหตุสำคัญที่ทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีหนังสือราชการแจ้งไปยังอธิบดี เลขาธิการ ผู้ว่าราชการจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วประเทศเพื่อขอระบับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข

(๒) การขับเคลื่อนการดำเนินการตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ภายใต้ความขัดแย้งทางกฎหมาย

แม้ว่าจะมีความขัดแย้งในแง่ของข้อกฎหมาย แต่มีโรงพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพทั่วประเทศที่สนใจหรือมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองนำเอาหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ไปใช้ในเวชปฏิบัติ

โดยในช่วงระหว่างเกิดความขัดแย้งในทางกฎหมาย สช. ได้สนับสนุนงบประมาณให้แก่ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในการจัดอบรมเพื่อเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจในเรื่องมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยผลของโครงการดังกล่าวนอกจากจะเป็นการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดำเนินการตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ แล้ว ยังทำให้เกิดการเสาะแสวงหาและสร้างเครือข่ายบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความสนใจในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง รวมทั้งเป็นการสร้างความตระหนักรู้ในความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองและการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ด้วย

(๓) ความชัดเจนทางกฎหมายของเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

ความชัดเจนของข้อกฎหมายของการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเกิดขึ้นเมื่อวันที่ศาลปกครองสูงสุดได้มีคำพิพากษายกฟ้องนายรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในคดีที่มีการฟ้องคดีเพื่อขอให้ยกเลิกกฎกระทรวงตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยศาลปกครองสูงสุดได้พิจารณาความชอบด้วยกฎหมายและเนื้อหาและกระบวนการในการร่างกฎกระทรวงโดยมีรายละเอียดของคำพิพากษาดังต่อไปนี้

ความชอบด้วยกฎหมายของกระบวนการในการร่างกฎกระทรวง

๑. สิทธิในการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เป็นสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายที่บุคคลพึงมี ซึ่งสิทธิในชีวิตและร่างกายนี้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยให้การรับรองไว้ การออกกฎที่อาจมีผลกระทบต่อส่วนได้เสียของประชาชนนั้น รัฐมีหน้าที่จัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นอย่างทั่วถึงก่อนการดำเนินการตามมาตรา ๕๗ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐

๒. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ดำเนินการจัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากภาคส่วนต่าง ๆ เช่น จัดประชุมเพื่อเป็นแนวทางในการร่างกฎกระทรวง จัดประชุมรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ เปิดเวทีรับฟังความคิดเห็น ๔ ภาค แพทยสภาได้จัดประชุมรับฟังความคิดเห็น และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติร่วมกับกรมการแพทย์จัดประชุมวิชาการในหัวข้อเกี่ยวกับการหนังสือแสดงเจตนาฯ

๓. ร่างกฎกระทรวงดังกล่าวผ่านกระบวนการในการพิจารณาตามที่กฎหมายกำหนด กล่าวคือ ผ่านการพิจารณาและให้ความเห็นชอบให้เสนอต่อคณะรัฐมนตรี โดยคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา รวมทั้งลงนามโดยผู้มีอำนาจและประกาศลงราชกิจจานุเบกษา ซึ่งกระบวนการดังกล่าวถูกต้องตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยการเสนอเรื่องและการประชุมคณะรัฐมนตรี พ.ศ. ๒๕๔๘ และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

ความชอบด้วยกฎหมายของเนื้อหา

๑. การที่บุคคลแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ มีผลทำให้แพทย์ต้องเคารพการตัดสินใจดังกล่าว ในกรณีนี้ไม่ใช่สิทธิเลือกที่จะไม่มีชีวิตอยู่แต่เป็นสิทธิในการเลือกที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะได้ตายตามธรรมชาติ

๒. การที่บุคคลทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เป็นการแสดงสิทธิในชีวิตและร่างกาย โดยเป็นการยืนยันความประสงค์ไว้ล่วงหน้าเพื่อประกาศให้สาธารณชนทราบความประสงค์ของตนว่าจะใช้สิทธิเช่นใด จึงไม่ใช่การกระทำที่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน

๓. กฎกระทรวงฯ กำหนดองค์ประกอบในการแสดงสิทธิไว้คือ

- ก. หากมีผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาหนังสือแสดงเจตนาต้องครบถ้วนบริบูรณ์ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกฎกระทรวง
- ข. แพทย์ไม่มีหน้าที่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาถึงแก่ความตายโดยวิธีการใด ๆ
- ค. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ยังคงได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
- ง. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาจะต้องมีภาวะตามที่กฎกระทรวงกำหนด

จ. แพทย์มีหน้าที่รับผิดชอบการรักษาที่มีอำนาจหน้าที่ในการวินิจฉัยพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์

ฉ. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาต้องการตายตามธรรมชาติ

๔. กฎกระทรวงไม่ใช้การปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยดเว้นไม่ให้การรักษาหรือการใช้ยาหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์บางอย่างเพื่อยุติชีวิต

๕. หากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาจะระบุในหนังสือแสดงเจตนาให้งดเว้นการรักษาหรือใช้ยาและเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์บางอย่างเพื่อยุติชีวิตที่ไม่ใช่วาระสุดท้าย (เร่งการตาย) แพทย์ก็ไม่สามารถปฏิบัติตามได้ หากปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว แพทย์จะใช้มาตรา ๑๒ วรรค ๓ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มากวนความผิดของตนเองไม่ได้

๖. การปฏิบัติตามกฎกระทรวงมิได้เป็นการทอดทิ้งผู้ป่วยที่พึ่งตนเองไม่ได้ เนื่องจากแพทย์ยังให้การดูแลแบบประคับประคอง ดังนั้นจึงไม่มีความผิดฐานทอดทิ้งผู้ป่วยตามประมวลกฎหมายอาญา

๗. การที่นายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงฯ โดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในเรื่องการจัดการงานด้านสุขภาพของประเทศ มิใช่เป็นการไปกำหนดมาตรฐานในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมแต่อย่างใด

๘. กฎกระทรวงฯ เป็นการอธิบายความและกำหนดขั้นตอนและวิธีการในการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เท่านั้น

๙. กฎกระทรวงฯ ไม่ได้เป็นการกำหนดหลักเกณฑ์และองค์ประกอบในการปล่อยให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเสียชีวิตโดยไม่ได้รับการรักษา หรือการใช้ยาและเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อยุติชีวิต แต่กฎกระทรวงกำหนดการรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ตายตามธรรมชาติเพื่อมิให้ยื้อความตายโดยสิ้นหวังหรือทำให้ผู้นั้นต้องทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้ง ๆ ที่หากไม่มีบริการสาธารณสุขผู้นั้นควรจะตายตามธรรมชาติแล้ว

ซึ่งจากเนื้อหาของคำพิพากษาดังกล่าวช่วยยืนยันว่าการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ไม่ใช่เรื่องการทำการุณยฆาต และหนังสือแสดงเจตนานี้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง

(๔) การเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพจากการขับเคลื่อน มาตรา ๑๒

แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ทั้งบุคลากรด้านสุขภาพ เครือข่าย Palliative care ในโรงเรียนแพทย์ (ซึ่งภายหลังพัฒนามาเป็นสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายแห่งประเทศไทย) กลุ่มบุคคลหรือองค์กร ประชาชน หรือองค์กรทางศาสนา ที่สนใจในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ได้ช่วยกันเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองและเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์ให้บุคลากรด้านสุขภาพต่าง ๆ รวมทั้งสังคมโดยรวมมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางนโยบายในระดับประเทศที่สำคัญ ดังนี้

(๔.๑) การขับเคลื่อนในเชิงนโยบาย โดยกำหนดแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๕๙ นอกจากนี้อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ศาสตราจารย์ นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน ได้กำหนดให้มีโครงการจัดตั้งหน่วยประคับประคอง

ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิตในโรงพยาบาลของกรม โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง โดยให้มี พยาบาลที่ผ่านการอบรม อย่างน้อย ๑ คน ปฏิบัติงานเต็มเวลา^{๖๑} และต่อมากระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายกำหนดให้มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ในทุกสาขาของการรักษาพยาบาล เพื่อเป็นนโยบายระดับกระทรวง โดยให้โรงพยาบาลในเขตสุขภาพทั่วประเทศดำเนินการ โดยสาขาการดูแล แบบประคับประคองเริ่มดำเนินการมาเมื่อประมาณปี ๒๕๕๘-๒๕๕๙ ปัจจุบันแม้โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมี หน่วยงานหรือบุคลากรที่ให้บริการด้านการดูแลแบบประคับประคอง (อาจจะแยกเป็นหน่วยเฉพาะหรือรวมกับ หน่วยอื่น) แต่อัตรากำลังก็ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน

(๔.๒) เกิดนโยบายการเงินการคลังด้านสุขภาพในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในเรื่องการดูแล แบบประคับประคองสำหรับประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยเป็นการจัดบริการสุขภาพ ให้แก่ผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาล ในชุมชนและที่บ้าน

(๔.๓) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ทำหน้าที่ให้งบประมาณ สนับสนุนแก่เครือข่ายภาคประชาสังคมหรือบุคลากรด้านสุขภาพในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง

(๔.๔) องค์การทางศาสนา ได้แก่ เครือข่ายพุทธิกา โดยพระอาจารย์ไพศาล วิสาโร ได้เผยแพร่ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการเผชิญความตายอย่างสงบ และความรู้ในเรื่องการดูแล แบบประคับประคองแก่บุคลากรด้านสุขภาพและประชาชนทั่วไป และมหาเถรสมาคมยังได้ขับเคลื่อน ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ ซึ่งในธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์นั้นจะมีการนำเรื่องการดูแล สุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตของประชาชนเป็นส่วนหนึ่งของภารกิจในการปฏิรูปคณะสงฆ์ด้วย

(๔.๕) เกิดเครือข่ายภาคประชาสังคมและเอกชนขับเคลื่อนเรื่องการตายดีและการทำ หนังสือแสดงเจตนาฯ ตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐

โดยปัจจุบันประเทศไทยมีกิจการเพื่อสังคมที่มีการจดทะเบียนตามกฎหมาย ที่จัดกิจกรรมในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองและการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการ สาธารณสุขฯ เช่น

บริษัท ชีวามิตร วิสาหกิจเพื่อสังคม ก่อตั้งขึ้นโดย คุณหญิงจันทรี หาญเจนลักษณ์ และศาสตราจารย์พิเศษ กิติพงศ์ อรุณพิพัฒน์พงศ์ จดทะเบียนในฐานะวิสาหกิจเพื่อสังคม ดำเนินงาน โดยเป็นศูนย์กลางข้อมูล และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านการดูแลคุณภาพชีวิตระยะท้ายใน ๕ มิติสำคัญ ได้แก่ การแพทย์ จิตใจ การสื่อสาร/สังคม เศรษฐกิจ และกฎหมาย ให้ประชาชนเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม รวมทั้งจัดทำกิจกรรมสร้างสรรค์ต่าง ๆ อาทิ การจัดอบรม สัมมนา เสวนาแลกเปลี่ยนความรู้ นิทรรศการ การรับบริจาค ระดมทุน ส่งเสริมการพัฒนาองค์ความรู้ งานวิจัยทางสังคม และการสร้างนวัตกรรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยประสานความร่วมมือกับองค์กร ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน เพื่อสนับสนุนและผลักดันการบริการสาธารณสุข

^{๖๑} ปิยะวรรณ โภคพลากรณ, รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย, วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, สืบค้นเมื่อ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๖,

ในการดูแลสุขภาพของคนไทย ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตั้งแต่เกิดจนลมหายใจสุดท้าย จนนำไปสู่การตายดีที่เป็นจริงได้ในสังคม^{๖๒}

บริษัท เยือนเย็น วิสาหกิจเพื่อสังคม ก่อตั้งขึ้นโดย ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์อิสรพงศ์ นุชประยูร ศาสตราจารย์ของภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเป็นอีกทางเลือกสำหรับทั้งผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว ให้ได้เลือกคุณภาพชีวิตในช่วงเวลาสุดท้ายที่ดีที่สุด โดยวัตถุประสงค์หลักของ “เยือนเย็น” คือ การให้คำปรึกษากับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้ใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ บำบัดความเจ็บปวดและอาการรบกวน รวมถึงให้พลังและความมั่นใจแก่ครอบครัวและผู้ป่วย ทั้งในด้านกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ^{๖๓,๖๔}

บริษัท Art of Life วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด ก่อตั้งขึ้นโดย ไอรัด ไตรสารศรี โดยวิสาหกิจเพื่อสังคมนี้เป็นธุรกิจเพื่อสังคมที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย โดยนำเสนอผ่านรูปแบบของสินค้า บริการ กิจกรรมและโครงการต่าง ๆ โดยใช้ศิลปะและความคิดสร้างสรรค์เป็นสื่อกลาง โดยมี บริษัท อาร์ต ออฟไลฟ์ จำกัด คือ บริษัทที่ดำเนินธุรกิจวิสาหกิจเพื่อสังคมในด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยใช้ศิลปะและความคิดสร้างสรรค์เป็นสื่อกลางในการบำบัด สร้างแรงบันดาลใจสร้างพลังกายและพลังใจในการเผชิญหน้ากับโรคมะเร็ง รวมไปถึงการสร้างรายได้เพื่อรวบรวมเป็นกองทุนสำหรับช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ยากไร้ต่อไป^{๖๕,๖๖}

(๔.๖) เกิดมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้า(Advance care plan) สำหรับประเทศไทย โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนให้เกิดกระบวนการพัฒนา มาตรฐานแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นไปบนพื้นฐานทางวิชาการที่อ้างอิงแนวคิดของประเทศไทยและ มาตรฐานสากล แนวทางปฏิบัติและประกาศของกระทรวงสาธารณสุข องค์ความรู้จากองค์กรด้านวิชาการ และหน่วยบริการในเขตสุขภาพ และการมีส่วนร่วมกับภาคส่วนต่าง ๆ ได้แก่ กรมการแพทย์ในฐานะ หน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการดูแล แบบประคับประคอง กรมอนามัยในฐานะหน่วยงานที่รับผิดชอบระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน สมาคมบริหารผู้ป่วยระยะท้ายในฐานะองค์กรวิชาการที่มีความรู้ความเข้าใจ

^{๖๒} Carenation, ชีวามิตร วิสาหกิจเพื่อสังคม, สืบค้นเมื่อ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕,

<https://care-nation.com/foundation/cvm/>

^{๖๓} ธนรัตน์ เขียวลายเลิศ, “เยือนเย็น วิสาหกิจเพื่อสังคม” ธุรกิจที่มุ่งขับเคลื่อน “การตายดี” กว่า ๔ ปี ที่ดำเนินกิจการ ลดค่ารักษา ในระบบแล้ว ๑๓.๒ ล้านบาท, สืบค้นเมื่อ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, <https://www.thecoverage.info/news/content/3615>

^{๖๔} ทลปร ปัญญารินทร์, “เยือนเย็น” วิสาหกิจเพื่อสังคมที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ทลปร ปัญญารินทร์. “เยือนเย็น” วิสาหกิจเพื่อสังคมที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

ด้วยหลักการ “อยู่สบาย ตายสงบ” | SE STORIES ตอนที่ ๓, สืบค้นเมื่อ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕,

<https://www.sethailand.org/resource/yuenyen/>

^{๖๕} The Practical, ศิลปะเพื่อผู้ป่วยมะเร็ง กับ บริษัท Art of Life วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด,

สืบค้นเมื่อ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕,

<https://thepractical.co/%E0%B8%A8%E0%B8%B4%E0%B8%A5%E0%B8%9B%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%9E%E0%B8%B7%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%9B%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B8%A2%E0%B8%A1%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%A3%E0%B9%87/>

^{๖๖} ART for CANCER Brand Story, สืบค้นเมื่อ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, <https://artforcancerbyireal.com/about/>

ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองและการจัดอบรมเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวกับบุคลากรสุขภาพทั่วประเทศ และกลุ่ม Peaceful Death ในฐานะเครือข่ายภาคประชาสังคมที่ทำหน้าที่เผยแพร่ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองแก่ประชาชนและบุคลากรด้านสุขภาพ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิในด้านการดูแลแบบประคับประคอง โดยมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย (Thai standards for advance care planning) ทำให้เกิดองค์ความรู้และมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับจากทุกหน่วยงานสามารถนำไปปฏิบัติได้สอดคล้องกับบริบทของระบบบริการสุขภาพในด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ของประเทศไทย

๒.๖ องค์การภาคีเครือข่ายที่ขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตในสังคมไทย

สำหรับประเทศไทยมีการพัฒนาและขับเคลื่อนการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งระดับนโยบายและระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ผ่านการดำเนินงานสิทธิด้านสุขภาพ ตามมาตรา ๑๒ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ตลอดระยะเวลา ๑๕ ปี ที่ผ่านมา และในปัจจุบันมีการตื่นตัวในเรื่องนี้มากขึ้น สืบเนื่องมาจากสถานการณ์ในระบบสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งมีหน่วยงานภาคีเครือข่ายในทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม ที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิตที่เกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนาและขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตในมิติต่าง ๆ ดังนี้

๒.๖.๑ องค์การภาคีเครือข่ายภาครัฐ มีบทบาทในการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต รวมถึงการดำเนินงานในระดับพื้นที่ที่สำคัญ ได้แก่

การพัฒนาบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) และการพัฒนาสุขภาพปฐมนุญ เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยกระทรวงสาธารณสุข

การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมและพัฒนาระบบสุขภาพ โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ประสานและสนับสนุนเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันในระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานด้านสุขภาพ ในส่วนของนโยบายการส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้าย ตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

การรับรองคุณภาพมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลในด้านการดูแลแบบประคับประคอง โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด โดยกระทรวงมหาดไทย

การบูรณาการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยโดยจัดทำแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๘๐) โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

การจัดทำแผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว (พ.ศ.๒๕๖๕ - ๒๕๘๐) กำหนดยุทธศาสตร์ที่มีความเชื่อมโยงกับการดูแลผู้สูงอายุในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาวะเพื่อลดการตายก่อนวัยอันควร

และมีระบบการดูแลระยะยาวและช่วงท้ายของชีวิต โดยพัฒนาระบบการดูแลและคุ้มครองผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่เมืองและชนบท ในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งผู้สูงอายุที่ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง รวมถึงพัฒนาระบบการดูแลระยะกลางและระยะยาว ตลอดจนการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตที่เชื่อมโยงการบริการทางด้านสังคมและบริการทางการแพทย์ และพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้สูงอายุในช่วงท้ายของชีวิต อาทิ การพัฒนาระบบพิทักษ์ทรัพย์สินผู้สูงอายุ การป้องกันการถูกหลอกลวง การช่วยเหลือทางด้านทรัพย์สินแก่ผู้สูงอายุและการทำพินัยกรรม รวมถึงการแสดงเจตนากรณีในการรับการรักษาพยาบาลช่วงท้ายชีวิตให้ชัดเจน โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

การจัดทำนโยบายและแผนปฏิบัติการแม่บทด้านสิทธิมนุษยชน เพื่อเป็นเครื่องมือ กลไก และมาตรการให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำไปใช้ส่งเสริม ปกป้อง คุ้มครองสิทธิมนุษยชนให้กับประชาชน มีการกำหนดเรื่องการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีคุณภาพ โดยกระทรวงยุติธรรม

๒.๖.๒ องค์การภาคีเครือข่ายภาควิชาการ มีบทบาทในการพัฒนาองค์ความรู้ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองในวิชาชีพและศาสนาต่าง ๆ ทั้งในรูปของแนวปฏิบัติ Model Development การจัดอบรมสัมมนา การพัฒนางานวิจัยต่าง ๆ ตลอดจนสร้างบุคลากรด้านสาธารณสุขทั้งในส่วนก่อนปริญญาและหลังปริญญาให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองที่สำคัญ ได้แก่

ผลิตและพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพและพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนรายวิชาการดูแลแบบประคับประคอง โดยคณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะที่เกี่ยวข้องกับสหวิชาชีพด้านสุขภาพในมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ภาครัฐและเอกชน สมาคมบริหารผู้ป่วยระยะท้ายแห่งประเทศไทย

การศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ในเรื่องระบบและการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิตมีหลายหน่วยงานศึกษา วิจัยและพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาวะในช่วงท้ายของชีวิต เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มีบทบาทในการสนับสนุนการศึกษาวิจัย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ให้ทุนสนับสนุนการศึกษาวิจัยสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์สภา สภาการพยาบาล เป็นต้น ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล การจัดการเรียนการสอนในวิชาชีพและความตายกับวิชาจิตตาวาณาและการเยียวยารักษาจิตใจ การจัดอบรมและงานสื่อสารสาธารณะในประเด็นการเตรียมจิตใจในช่วงท้ายของชีวิต สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ได้วิจัยเชิงนโยบายสาธารณะในด้านการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย พัฒนาองค์ความรู้ พัฒนาศักยภาพและเผยแพร่ในเรื่องการตายดีตามแนวพระพุทธศาสนา

๒.๖.๓ องค์การภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคม มีบทบาทในการสร้างกระแสความตระหนักให้กับสังคมผ่านทางการจัดนิทรรศการ ฝึกอบรม เผยแพร่ความรู้ทางสื่อในช่องทางต่าง ๆ และร่วมกับบุคลากรด้านสาธารณสุขในการพัฒนาองค์ความรู้ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง และมีส่วนร่วมกับการบุคลากรด้านสาธารณสุขในการดูแลและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติที่สำคัญ ได้แก่

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนอกระบบบริการสุขภาพ เช่น วัดที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ วัดคำประมง วัดพระบาทน้ำพุ วัดป่าโนนสะอาด ศูนย์พุทธวิจิตรดูแลพระสงฆ์อาพาธและผู้ป่วยระยะสุดท้าย สถานพนักภิกษุอาพาธระยะท้าย ได้แก่ สันติภาวัน จังหวัดจันทบุรี เป็นต้น

การดูแลและให้คำแนะนำผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้อยู่สบายตายสงบที่บ้าน ได้แก่ เยือนเย็น วิสาหกิจเพื่อสังคม

การสนับสนุนให้บริการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวนอกสถานบริการ เช่น โครงการเพื่อผู้สูงอายุ for Oldy กองทุนบ้านปันรักเพื่อผู้ป่วยโรคมะเร็ง ชมรมจิตอาสา จิตสงบ ใจสว่าง ชมรมชายผ้าเหลือง “เพื่อเพื่อนผู้ป่วยระยะท้าย” วัดห้วยยอด จังหวัดตรัง กลุ่ม I SEE U เป็นต้น

การให้คำปรึกษา (Counselling) เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยสບทุกข์ใจจากความเจ็บไข้ของตนเองและญาติมิตร รวมทั้งความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก โดยได้รับการสนับสนุนคำปรึกษาจากพระสงฆ์ แพทย์และพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลภาคี ผ่านช่องทางโทรศัพท์ เฟสบุ๊ก ไลน์ และการเยี่ยมบ้าน เช่น เสถียรธรรมสถาน ชีวามิตร วิสาหกิจเพื่อสังคม สวณโมกข์กรุงเทพฯ เครือข่ายพุทธิกา กลุ่ม Peaceful Death ชุมชนกรุณา ๒๘ ชุมชน We Oneness โครงการพระคิลาณุปัฏฐาก พระคิลาณธรรม มูลนิธิธื้อจี วัดวิรวงศาaram มูลนิธิพันดารา เป็นต้น

๒.๗ รูปธรรมของการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐

การขับเคลื่อนมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ที่ผ่านมา ๑๕ ปี ยังไม่มีผลการประเมินที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงผลลัพธ์หรือผลกระทบตอสังคมไทย แต่มีสิ่งทีสะท้อนถึงรูปธรรมของการขับเคลื่อนเรื่องนี้ผ่านกระบวนการทำงานของหน่วยงานองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน รวมทั้งทัศนคติ ความรู้สึก ของบุคคลต่างๆ

๒.๗.๑ กรณีศึกษา

โรงพยาบาลสุรินทร์
ศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

เริ่มจากนโยบาย สู่งานดูแลผู้ป่วยอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขากการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในปี พ.ศ.๒๕๕๗ และได้ประกาศ “โครงการจัดตั้งหน่วยงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป” เป็นโครงการของขวัญสำหรับประชาชนในปี พ.ศ.๒๕๕๘

หลังจากได้รับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขโรงพยาบาลสุรินทร์จึงจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๕๗ โดยได้รับเลือกจากเขตสุขภาพให้เป็นประธานการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้าย เขตสุขภาพที่ ๙ (นครชัยบุรีรินทร์) ประกอบด้วย ๔ จังหวัด คือ นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ เพื่อดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในทีมสุขภาพ ทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่าย แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ในเขตบริการสุขภาพที่ ๙ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแล ลดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย โดยผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ มีส่วนร่วมในการวางแผนล่วงหน้า (Advanced care plan) ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้ชีวิตร่วมกันได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีเหมาะสมที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ มีความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ จากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

จากจำนวนผู้ป่วยในปีแรก พ.ศ. ๒๕๕๗ มีผู้ป่วยรับการรักษาแบบประคับประคองจำนวน ๒๒๕ ราย ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นถึง ๓,๓๐๐ ราย โดยในระยะแรกมีเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็ง ปัจจุบันมีทั้งผู้ป่วยโรคมะเร็ง และโรคอื่น ๆ



ก้าวข้ามข้อจำกัด ทำทลายศักยภาพบุคลากร

การพัฒนางานสาขาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะแรกของโรงพยาบาลสุรินทร์ มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ต่อบรรณโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อบ่มงู่การเป็นโรงพยาบาลต้นแบบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยวางเป้าหมายให้ผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ ส่งเสริมให้บุคลากรด้านสุขภาพมีความรู้และมีศักยภาพในการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ในระยะเริ่มต้นของการดำเนินงานภายใต้ศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีข้อจำกัดและความท้าทายหลายอย่าง ทั้งในด้านจำนวนบุคลากรด้านสุขภาพที่ทำหน้าที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีจำกัดเพียง ๒ คน คือ แพทย์หัวหน้าศูนย์จำนวน ๑ คน และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางปฏิบัติงานเต็มเวลาจำนวน ๑ คน รวมถึงข้อจำกัดในเรื่ององค์ความรู้ ความเข้าใจ และการรับรู้ในเรื่องการดูแลประคับประคองของบุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงาน

จากข้อจำกัดและความท้าทายนี้เอง ศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลสุรินทร์ จึงเร่งพัฒนาองค์ความรู้ให้แก่บุคลากรด้านสุขภาพทั้งในระดับจังหวัดและในระดับเขตสุขภาพ โดยเริ่มต้นที่จังหวัดสุรินทร์แล้วขยายผลไปในระดับเขตสุขภาพ ซึ่งได้มีการประสานความร่วมมือและรับการสนับสนุนจากหลายองค์กร ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เขตสุขภาพที่ ๙ สสส. สปสช. สช. ศูนย์การุณรักษ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และเครือข่ายพุทธิกา

ในการสนับสนุนองค์ความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคอง โดยพัฒนาศักยภาพให้ความรู้เฉพาะทางแก่บุคลากร รวมไปถึงการสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ภาคประชาชน ทั้งในระดับจังหวัดและในระดับเขตสุขภาพ

ในการพัฒนาศักยภาพความรู้เฉพาะทางแก่บุคลากรเพื่อให้เกิดทักษะในการปฏิบัติให้การดูแลรักษาผู้ป่วยและการทำงานเป็นทีมร่วมกันในทีมสุขภาพ ทั้งแพทย์ เภสัชกร พยาบาลเฉพาะทางนั้น ศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลสุรินทร์ เป็นครู ก ในการเปิดอบรมระยะสั้น ๑ เดือน หลักสูตร Palliative Care และเป็นศูนย์ฝึกปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบประคับประคองแก่บุคลากรทีมสุขภาพทั้งในระดับจังหวัดและในเขตสุขภาพที่ ๙ รวมถึงจังหวัดอื่น ๆ ทั่วประเทศ รวมทั้งได้มีการดำเนินงานสร้างความรู้ความเข้าใจขยายไปยังกลุ่มภาคประชาชน

ปัจจุบันศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลสุรินทร์ มีการพัฒนาระบบบริการและกำลังคนเพิ่มมากขึ้น โดยมีบุคลากรในศูนย์ทั้งหมดจำนวน ๘ คน ได้แก่ แพทย์หัวหน้าศูนย์ ๑ คน แพทย์ Part time ๑ คน พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทาง ๕ คน และพนักงานผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ๑ คน ซึ่งมีการพัฒนาศักยภาพในการให้บริการดูแลผู้ป่วย ทำให้ทุกคนสามารถวางแผนการทำงาน บริหารจัดการงานในขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้เหมาะสมกับสถานการณ์และสามารถประเมินผลการปฏิบัติงาน แบ่งปันความรู้ความสามารถและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ร่วมกันวางแผนปรับปรุงและพัฒนางาน ร่วมกันคิดและร่วมกันตัดสินใจแก้ไขปัญหา ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และนิเทศซึ่งกันและกันอย่างอิสระโดยไม่จำเป็นต้องได้รับการนิเทศอย่างใกล้ชิดหรือควบคุมงานจากหัวหน้าหรือผู้ป่วย ได้รับอำนาจและมีอิสระในการตัดสินใจ มีการทำงานเชื่อมกับกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

หลังวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลสุรินทร์มี Flow of Palliative Care to Home and Community มีการพัฒนาระบบไอดี และระบบส่งต่อผู้ป่วยด้วยโปรแกรม Thai COC (Thai Continuing to Care ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง) ที่เชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่โรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยมีกระบวนการดูแลตั้งแต่การวางแผนจำหน่ายระหว่างที่อยู่โรงพยาบาล การส่งต่อสื่อสารข้อมูลอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และการเยี่ยมดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพและชุมชนเพื่อรองรับงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้ มีการประสานช่วยเหลือส่งต่อผู้ป่วย Palliative Care ทั่วประเทศผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line)

ไม่ใช่แค่รักษา แต่ดูแลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

ความสำเร็จและสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นจากการก่อเกิดศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สิ่งแรก คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ แพทย์แผนไทย เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาลเฉพาะทางที่มีความพร้อมของระบบการให้บริการแบบประคับประคองที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างต่อเนื่อง ทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พร้อมทั้งส่งเสริมสนับสนุนการดูแลในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

ดังเช่นกรณีของผู้ป่วยหญิงไทยโรคเส้นเลือดในสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัดรักษาในโรงพยาบาล



ระยะหนึ่งแล้ว แพทย์อนุญาตให้กลับไปพักที่บ้านได้ แต่เนื่องจากสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านผู้ป่วย ไม่เหมาะสมในการพักฟื้น โรงพยาบาลจึงเป็นตัวแทนประสานให้มีการประชุมเพื่อหาความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ซึ่งที่ประชุมมีข้อตกลงร่วมกันที่จะมีการปรับปรุงศาลาประจำหมู่บ้านบ้านระกา เป็นที่พักพิงชั่วคราว และได้จัดตั้ง “กองทุนดูแลผู้ป่วยระยะยาวและระยะสุดท้าย” เพื่อระดมทุนช่วยเหลือผู้ป่วยรายนี้

อีกกรณีของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายที่เป็นภาพประทับใจของทีมดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลสุรินทร์ เป็นผู้ป่วยชายไทยอายุ ๔๘ ปี อาชีพรับราชการ เริ่มป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ (CA colon) ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ตลอดสุขภาพแข็งแรง จากนั้นปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ผ่าตัดต่อลำไส้ (Colostomy) และรักษาโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัดและการฉายแสง แต่อาการไม่ดีขึ้น แพทย์เจ้าของไข้จึงได้ส่งปรึกษาทีมประคับประคองในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ในช่วงที่รับคำปรึกษาครั้งแรกผู้ป่วยยังไม่ยอมรับการดำเนินของโรค ต้องการรักษาให้หายจากโรคและมีความหวังว่าจะกลับไปทำงานรับราชการต่อ ทีมประคับประคองได้ร่วมกับทีมแพทย์เจ้าของไข้จัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) เพื่อสื่อสารให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจในเรื่องตัวโรค การดำเนินของโรค และแผนการรักษาอย่างชัดเจน การเตรียมความพร้อมทางร่างกายและจิตใจในการเผชิญกับโรคในระยะท้าย ให้ผู้ป่วยเลือกการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยต้องการและเหมาะสมกับผู้ป่วย และผู้ป่วยได้มีการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาในระยะท้ายของชีวิต (Advance Directive) โดยผู้ป่วยได้เลือกการข้ามรอยต่อชีวิตอย่างสุขสบายที่บ้าน และขอให้ทีมประคับประคองโรงพยาบาลติดตามดูแลที่บ้าน มีการติดต่อผ่านทางโทรศัพท์ตลอด ๒๔ ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเข้าใจและยอมรับ จนผู้ป่วยจากลาที่บ้านกับครอบครัวผู้ป่วยอย่างสมศักดิ์ศรี เกิดสุขภาวะที่แท้จริงในระยะท้ายของชีวิตในวันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

คลินิกเบาใจ วางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อระยะสุดท้ายของชีวิต

ในวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ โรงพยาบาลสุรินทร์ เปิดตัวคลินิกที่ให้คำปรึกษาเพื่อการวางแผนการดูแลรักษาสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยประคับประคอง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้ชื่อว่า “คลินิกเบาใจ” อย่างเป็นทางการ ณ ชั้น ๑ ตึกโอพีดีหลังเก่า โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยคลินิกแห่งนี้ให้บริการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า ผ่านกระบวนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล และเป็นตัวแทนทีมสุขภาพที่จะช่วยทำความเข้าใจ ทบทวน วางแผนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในอนาคตสำหรับผู้ที่ควรวางแผนสุขภาพล่วงหน้า เป็นแนวทางแก่บุคลากรทางการแพทย์และญาติผู้ดูแล ทั้งผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยประคับประคอง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ที่สนใจการตายดี ให้ได้มีแนวทางในการตัดสินใจเพื่อที่จะดูแลและรักษาสุขภาพในอนาคต

คลินิกเบาใจ จะทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ได้รับรู้แผนการดูแลสุขภาพที่เป็นความต้องการของตัวเอง ได้สื่อสารให้คนในครอบครัว คนรอบตัว และทีมสุขภาพ รับรู้ เข้าใจ และปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกันได้อย่างราบรื่น ตามความต้องการของผู้ป่วย รวมไปถึงความประสงค์ที่จะไม่รับการพองพืดด้วยเครื่องช่วยหายใจในวาระสุดท้ายของชีวิต แม้จะได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์แล้วก็ตาม



คลินิกนี้จะช่วยให้คำปรึกษาและจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ตามความต้องการอย่างถูกต้องตามมาตรฐานในวาระสุดท้าย

ร่วมดูแลแบบเครือข่าย ลดรายจ่ายสุขภาพ

นอกจากเครือข่ายในระบบสาธารณสุขที่ร่วมสนับสนุนการทำงานของศูนย์ดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลสุรินทร์แล้ว ยังเกิดความร่วมมือของเครือข่ายภาคประชาสังคมและภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการในชุมชนด้วย โดยมีทีมสนับสนุนจากจิตอาสาและองค์กรเอกชนจัดบริการดูแลผู้ป่วย เช่น จัดหารถยนต์ช่วยส่งผู้ป่วยระยะท้ายกลับบ้านฟรีไม่คิดค่าใช้จ่าย มีทีมจิตอาสาร่วมเยี่ยมผู้ป่วยทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน มีทีมจิตอาสาพระสงฆ์ร่วมเยี่ยมในกรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวร้องขอ มีโครงการจิตอาสาพระสงฆ์ร่วมกันดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบพุทธวิธี ซึ่งโรงพยาบาลสุรินทร์ จัดทำร่วมกับเครือข่ายพุทธิกา

ในแง่มุมมองของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพนั้น การที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการในวาระสุดท้ายของชีวิต นอกจากจะช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของโรงพยาบาลด้วย เนื่องจากการดูแลรักษาแบบประคับประคองช่วยลดการนอนโรงพยาบาลและการรักษาที่ต้องมีค่าใช้จ่ายสูงแบบการพุงซีพีที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ โดยเปลี่ยนเป็นการดูแลแบบประคับประคองแทน มีระบบการทำงานที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายภาคประชาชน และสร้างความเข้าใจในการเรียนรู้ชีวิต สร้างความตระหนักในการเข้าถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในกลุ่มประชาชนเพื่อรองรับสังคมสูงวัยที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบัน

การสร้างการมีส่วนร่วมกับเครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่ ทำให้เกิดระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นระบบเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลและชุมชน ซึ่งจะช่วยลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดนครพนม

“ไม่ใช่บ้านอนาถา แต่คือการเคารพและจัดหาความสุขระยะสุดท้าย”

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดนครพนม (ศพส.นพ.) หรือบ้านผู้สูงอายุนครพนม เป็นหนึ่งใน ๑๒ สถานสงเคราะห์สังกัดกองส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) มีพื้นที่ดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุถึง ๗ จังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ^{๖๗} จุดเปลี่ยนสำคัญของการทำงานดูแลผู้สูงอายุระดับนโยบายชาติเกิดขึ้นในปี พ.ศ.๒๕๖๒ จากวิสัยทัศน์ของกรมกิจการผู้สูงอายุที่ต้องการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต จึงได้ร่วมมือกับภาคีเครือข่ายอย่าง Peaceful Death ในการพัฒนาทักษะการสื่อสาร การวางแผนชีวิตช่วงท้ายให้แก่คนทำงานในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน

^{๖๗} ได้แก่ นครพนม ยโสธร อุบลราชธานี อำนาจเจริญ ร้อยเอ็ด มุกดาหาร สกลนคร

เจ้าหน้าที่ของบ้านผู้สูงอายุนครพนมเข้าร่วมเรียนรู้กับ Peaceful Death เช่นกัน ทว่าเมื่อกลับมา ยังมีความไม่แน่ใจว่าจะสื่อสารเรื่องนี้ทั้งกับเพื่อนร่วมงานและผู้สูงอายุที่พักที่ศูนย์ได้อย่างไร ทั้งนี้ เพราะความเชื่อฝังแน่นในสังคมว่า การพูดเรื่องตายก่อนล่วงหน้า เปรียบเสมือนกับการแข่งให้ตายเร็วขึ้น

จนกระทั่งมีเหตุการณ์หนึ่งที่เป็นจุดเปลี่ยนของการทำงานส่งเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้สูงอายุของบ้านผู้สูงอายุนครพนม คือ มีผู้สูงอายุท่านหนึ่งเคยแจ้งความประสงค์ไว้เมื่อครั้งยังมีชีวิตว่า ถ้าถึงวันที่ความตายมาหา จะขอตายที่บ้านผู้สูงอายุนครพนม อยากอยู่ในวันสุดท้ายร่วมกับทุกคน เพราะไม่มีญาติพี่น้อง นี่คือนิสัยของผู้สูงอายุได้แจ้งไว้ แต่ไม่มีการบันทึกเป็นหลักฐานใด ๆ เมื่อวันที่ป่วยหนักและไม่สามารถสื่อสารได้ แม้ทีมบ้านผู้สูงอายุนครพนมทราบมาโดยตลอดถึงความต้องการของผู้สูงอายุ แต่ก็ไม่สามารถที่จะปล่อยไว้เช่นนั้นได้ เพราะหากยังมีโอกาสที่จะรอดชีวิตถ้าได้พบแพทย์จะเป็นการทำร้ายผู้สูงอายุ โดยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์และอาจผิดกฎหมายได้ สุดท้ายจึงต้องส่งไปโรงพยาบาลและท่านก็เสียชีวิตที่นั่น โดยไม่มีทีมบ้านผู้สูงอายุนครพนมอยู่ด้วยในวันสุดท้ายของลมหายใจที่หมดไป ทำให้ทีมบ้านผู้สูงอายุนครพนมมีความเสียใจที่ไม่สามารถทำตามความต้องการสุดท้ายนั้นได้ จากเหตุการณ์นั้นจึงทำให้ทีมบ้านผู้สูงอายุนครพนมกลับมาทบทวนการทำงานอีกครั้งว่า ความสุขที่สุดของผู้สูงอายุคืออะไร ใช้เพียงปัจจัยพื้นฐานที่จัดให้ตามสมควรหรือไม่ สิทธิในการตายดีคืออะไร การมีชีวิตอยู่ในแต่ละวันของผู้สูงอายุจะสนองคุณค่าและความหมายของชีวิตได้อย่างไร

ในที่สุดจึงได้ปรับวิธีการทำงานใหม่ โดยออกแบบโครงการส่งเสริมการอยู่ดี - ตายดีในผู้สูงอายุ ภายใต้ชื่อโครงการ “สร้างสุขจนสุดปลายทาง” เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่ “ปรับจูน” ให้บุคลากรมองเป้าหมายงานไปในทิศทางเดียวกัน ใช้การพูดคุยผ่านสื่อของ Peaceful Death และชีวมิตร เพื่อให้คนในหน่วยงานมีความคิดความเชื่อตรงตามวิสัยทัศน์ของหน่วยงานที่ว่า “ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีหลักประกัน เป็นพลังของสังคม” อันเป็นการมองผู้สูงอายุใหม่ จากเดิมที่มองเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ให้เป็นพลังของสังคม นอกจากนี้ วิสัยทัศน์ยังเน้นการมีคุณภาพชีวิตที่ดีระหว่างมีชีวิตอยู่และมีหลักประกันชีวิตที่เป็นรูปธรรม (เช่น การมีสมุดเบาใจ) คือ การอยู่ดีและตายดี ตามชื่อโครงการที่ดูแลไปจนสุดปลายทาง

บ้านผู้สูงอายุนครพนมยังได้ขอความร่วมมือไปยัง Peaceful Death ให้มาช่วยอบรมทักษะการสื่อสารที่จำเป็นในการส่งเสริมการอยู่ดี-ตายดี ให้เจ้าหน้าที่เพิ่มเติม เช่น ทักษะการฟังด้วยหัวใจ การสื่อสารเรื่องชีวิตและความตายผ่านเกมไพ่ชีวิต การค้นหาความต้องการวาระท้ายของชีวิตผ่านการด์แชร์กัน และการทำหนังสือแสดงเจตนาารมณการดูแลสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตด้วยสมุดเบาใจ เป็นต้น

หลังจากนั้นจึงเริ่มดำเนินงานโดยแบ่งงานกันทำ ดังนี้

๑. ผู้อำนวยการบ้านผู้สูงอายุนครพนมทำกิจกรรมชวนคิดชวนคุยให้ความรู้และสื่อสารกับผู้สูงอายุถึงเรื่องชีวิตและความตาย คุณค่าและความหมายของชีวิต

๒. ทีมนักสังคมสงเคราะห์ใช้เครื่องมือเกมไพ่ชีวิตในการชวนคุย สร้างความตระหนักในเรื่องชีวิตและความตายแก่ผู้สูงอายุ สิ่งที่เป็นตะกอนในชีวิตที่อยากทำก่อนวันสุดท้ายของชีวิต

๓. ทีมงานพี่เลี้ยงใช้เครื่องมือการด์แชร์กันในการชวนคุยเรื่องการอยู่ดี-ตายดี เมื่อยังมีชีวิตอยู่ผู้สูงอายุมีความสนใจทำอะไรเป็นงานอดิเรก หรืออยากให้จัดการศพแบบไหน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากผู้สูงอายุมาวางแผนการดูแลสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต และบันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาารมณการดูแลสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต (สมุดเบาใจ) และให้ผู้สูงอายุลงชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลว่าเป็นไปตามที่ตนต้องการจริง

๔. งานพยาบาลเป็นผู้ตรวจความถูกต้องและจัดทำสำเนาสมุดเบาใจประสานส่งโรงพยาบาล เพื่อเก็บไว้ในทะเบียนประวัติผู้ป่วยของโรงพยาบาล และจัดแผนการตอบสนองความต้องการในสิ่งที่ค้างคาใจของผู้สูงอายุที่ต้องการทำก่อนตาย โดยประสานการดำเนินงานร่วมกับครอบครัวของผู้สูงอายุ เครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ความสำเร็จของกิจกรรมส่งเสริมการอยู่ดี-ตายดี

โครงการ “สร้างสุขจนสุดปลายทาง” บ้านผู้สูงอายุนครพนม ก่อให้เกิดกิจกรรมดี ๆ ที่สร้างคุณค่าและความหมายของการมีชีวิตมากมาย ดังต่อไปนี้

๑) เกมไพ่ไขชีวิต นำไปสู่การจัดการเรื่องค้างคาใจและต้องการทำก่อนตาย

คุณตาท่านหนึ่งมีความปรารถนาที่อยากจะไปกราบพ่อซึ่งผ่านมากกว่า ๔๓ ปี ที่คุณตาไม่ได้เจอพ่อ เพราะคุณตาหนีออกจากบ้านด้วยความเกรในวัยรุ่น คุณตาทราบข้อมูลเพียงว่าพ่อไปบวชเป็นพระอยู่วัดแห่งหนึ่ง ที่อำนาจเจริญ

นักสังคมสงเคราะห์ได้สืบหาข้อมูลจนพบว่า มีพระรูปนี้และวัดแห่งนี้จริง แต่ท่านมรณภาพไปตั้งแต่ปี

พ.ศ.๒๕๖๒ สอบถามจากเจ้าอาวาสรูปปัจจุบันทำให้ทราบว่า ท่านได้เก็บอัฐิไว้เพราะหลวงพ่ของคุณตา คือ เจ้าอาวาสรูปแรกที่สร้างและบุกเบิกวัดแห่งนี้ เมื่อทราบข้อมูลแล้ว บ้านผู้สูงอายุนครพนมจึงได้พาคุณตาไปกราบหลวงพ่ที่วัดนั้น



เมื่อไปถึงวัด เจ้าอาวาสแจ้งว่ามีสิ่งหนึ่งที่หลวงพ่ทิ้งไว้ให้และได้สั่งให้เจ้าอาวาสคนปัจจุบัน (ซึ่งขณะนั้นเป็นเณร) เก็บจากเถากระดุก คือ “กระดุกฟืนของหลวงพ่” โดยหลวงพ่บอกไว้ว่า วันหนึ่งจะมีคนมาหาหลวงพ่ ให้เอาสิ่งนี้ให้กับเขาผู้นั้น เป็นเสมือนตัวแทนของหลวงพ่

ในที่สุด คน ๆ นั้น ที่หลวงพ่บอก คือ คุณตา ก็มาจริง ๆ แม้คุณตาดวงตาบอดทั้งสองข้าง แต่ใช้การสัมผัสและรับรู้ผ่านหัวใจว่าหลวงพ่รับรู้ถึงการมาของลูกชายแล้ว

ผู้อำนวยการบ้านผู้สูงอายุนครพนม กล่าวว่า เมื่อได้เคลียร์สิ่งค้างคาใจไปแล้ว พฤติกรรมของคุณตาเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัด จากเดิมที่อารมณ์ฉุนเฉียว คิดลบ ไม่พอใจเจ้าหน้าที่บ่อย ๆ ก็กลายเป็นคุณตาที่ใจเย็น รับฟังผู้อื่นมากขึ้น

๒) “ของขวัญชิ้นสุดท้ายในวันจากลา” สิทธิในการร่วมออกแบบงานศพของตนเอง

ที่ผ่านมารูปในงานศพของผู้สูงอายุที่ใช้ตั้งในงานศพจะเป็นรูปที่เจ้าหน้าที่เลือกกันเอง ส่วนใหญ่เป็นรูปในวันแรกรับเข้าอุปการะบ้าง เป็นรูปจากบัตรประจำตัวประชาชนบ้าง เมื่อนำมาขยายจนรูปแตกและไม่ชัดเจน เป็นภาพที่ไม่งดงามเท่าใดนัก ทีมบ้านผู้สูงอายุนครพนมตระหนักเรื่องสิทธิในการเลือกใช้ภาพสุดท้ายที่ใช้ในงานศพว่า ควรต้องเป็นรูปที่ผู้สูงอายุเลือกด้วยตนเองว่าเหมาะสมดีแล้ว เพราะทุกคนที่อยากตายดี ล้วนอยากให้มามีภาพจำสุดท้ายที่ดี

บ้านผู้สูงอายุนครพนมจึงอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในการถ่ายภาพผู้สูงอายุที่ใช้ในงานศพ โดยมีทีม Art Care^{๖๘} สนับสนุนวิทยากรและการผลิตภาพถ่ายเพื่อเป็นของขวัญชิ้นสุดท้ายให้แก่ผู้สูงอายุทุกคน และจัดกิจกรรม “ของขวัญชิ้นสุดท้ายในวันจากลา” เพื่อเป็นการเคารพสิทธิผู้สูงอายุในการเลือกใช้ภาพสุดท้ายที่งดงาม โดยมีทีมบ้านผู้สูงอายุนครพนมเป็นผู้ถ่ายภาพให้บนพื้นฐานการเคารพสิทธิความเป็นมนุษย์

มีหลายงานศพที่ญาติได้เห็นภาพถ่ายงานศพแล้วมาเล่าให้เจ้าหน้าที่ฟังว่า ภาพนี้ทำให้ระลึกได้ถึง ความทรงจำที่ดีต่อญาติที่เสียชีวิตไปแล้ว เพราะสิ่งที่เขาเคารพรักสะท้อนออกมาในชุดที่เขาเลือกสวมใส่ ในวันถ่ายภาพหรืออีกหนึ่งวัน ลูกชายประทับใจภาพถ่ายสุดท้ายของคุณแม่และบอกว่า ไม่เคยเห็นรอยยิ้ม แบบนี้จากคุณแม่ตอนที่ท่านยังอยู่บ้านเดิม ทราบข้อมูลต่อมาว่า คุณแม่ได้รับความทุกข์มากจากการอยู่บ้านนั้น จนลูกชายต้องพามาพักที่นี่และตัวเขาไปบวชเป็นพระสงฆ์อยู่จนถึงปัจจุบัน

๓) “สัปเหร่อบ้านผู้สูงอายุนครพนม”
การทำงานด้วยหัวใจกรุณาการจัดงานศพ ให้ผู้สูงอายุตามประเพณีที่ผ่านมาได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเจ้าอาวาสวัดป่าโพธิ์ศรี แต่เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุบ้านผู้สูงอายุที่เสียชีวิตมีจำนวนมากกว่า ๑๕ รายต่อปี ทีมบ้านผู้สูงอายุ นครพนมจึงไม่ต้องการรบกวนวัด และใช้วิธีช่วยลดค่าใช้จ่ายโดยเจ้าหน้าที่อาสาทำหน้าที่ทุกอย่าง แทนการจ้างสัปเหร่อ

กรณีเป็นร่างผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติจะมีเจ้าภาพช่วยสนับสนุนค่าใช้จ่ายทั้งหมด และให้เกียรติมาเป็นประธานในพิธีฌาปนกิจศพ ทีมบ้านผู้สูงอายุ นครพนมจะมาจัดสถานที่ จัดที่นั่ง จัดดอกไม้จันทน์ที่ได้รับจากโรงเรียนผู้สูงอายุ นครพนม ๑๙ และกลุ่มชุมชนกุฎกาเทศบาลตำบลท่าอุเทน (จิตอาสาช่วยงานศพ) ซึ่งช่วยกันทำ จัดผ้าบังสุกุล และสิ่งต่าง ๆ ให้ครบตามความต้องการที่ผู้สูงอายุเคยแจ้งไว้เมื่อครั้งยังมีชีวิต ดำเนินการเผาศพ จนถึงเก็บอัฐิไปลอยอังคาร

๔) สร้างภาพลักษณ์ใหม่บ้านผู้สูงอายุ ผ่านช่องทางสื่อต่าง ๆ จนเกิดเป็น “ชุมชนกุฎกาบ้านผู้สูงอายุ นครพนม”

ด้วยที่ตั้งของหน่วยงานไม่ได้อยู่ในตัวอำเภอเมืองแต่อยู่ห่างไกลออกมา ส่งผลให้การทำงานไม่เป็นที่รับรู้มากนัก และคนทั่วไปมักสืมนึกถึงบ้านผู้สูงอายุ นครพนมเมื่อต้องการช่วยเหลือสังคม การประชาสัมพันธ์การทำงานจึงเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้ ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่มีแนวคิดร่วมกันว่า ต้องการให้สาธารณชนมองเห็นงานบริการในบ้านผู้สูงอายุ นครพนม “ไม่ใช่เรื่องของการทำงานกับคนอนาถา แต่เป็นสถานที่ที่ช่วยให้



สร้างสุขจนสุดปลายทาง

สัปเหร่อบ้านผู้สูงอายุ นครพนม”

หน้าที่ที่ทำได้ด้วยหัวใจแห่งความกรุณาเพื่อความสุขสุดท้ายของตา - ยาย



ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม
กรมกิจการผู้สูงอายุ

^{๖๘} กลุ่มคนที่มีความรู้ ประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญในการถ่ายภาพและงานศิลปะต่าง ๆ เพื่อการเยียวยาจิตใจผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

ผู้สูงอายุมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยากให้คนทั่วไปได้เห็นว่ที่นี่กำลังพัฒนาอะไรเพื่อผู้พักพิง เขาจะได้เข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนต่อเนื่อง ไม่ใช่มาครั้งเดียวแล้วหายไป”

ด้วยเหตุนี้ จึงได้สร้างช่องทางสื่อสารกับคนในสังคมมากยิ่งขึ้นผ่านเรื่องเล่าชีวิตในเฟซบุ๊ก “ศูนย์ฯ ผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม” และช่อง YouTube อรอิน อันเป็นช่องยูทูปส่วนตัวของผู้อำนวยการบ้านผู้สูงอายุ นครพนม ที่เล่าเรื่องของคุณตาคุณยายบางท่านหลังจากบ้านผู้สูงอายุ นครพนม ได้ดำเนินโครงการ “สร้างสุข จนสุดปลายทาง” การสื่อสารในลักษณะนี้ส่งผลให้ผู้คนจำนวนมาก “มองเห็น” และเข้ามาสนับสนุนการทำงาน จนในที่สุดค่อย ๆ เกิดเป็น “ชุมชนกรุณาบ้านผู้สูงอายุ นครพนม” เช่น การที่สมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุต่าง ๆ ในจังหวัดนครพนมและจังหวัดใกล้เคียงชักชวนกันมาเป็นอาสาสมัครดูแลและใช้เวลากับผู้สูงอายุที่บ้าน ผู้สูงอายุ นครพนม มาเป็นเจ้าภาพและเป็นอาสาสมัครมาช่วยจัดการศพให้ผู้สูงอายุที่เสียชีวิต หรือการที่ผู้ฟัง ผู้ชมสื่อประชาสัมพันธ์ขอเข้าร่วมโครงการ “สุขแลกสุข^{๒๔}” กิจกรรมแลกเปลี่ยนพืชผลทางการเกษตรที่ ผู้สูงอายุมีส่วนในการเพาะปลูกดูแลเก็บสิ่งของจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ถือเป็นการแลกเปลี่ยนอย่างมีศักดิ์ศรี เท่าเทียม เพราะไม่ใช่การขอรับบริจาคเดิม ๆ จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนต่าง ๆ ที่กล่าวไปข้างต้น ตั้งอยู่บน พื้นฐานความกรุณาและการเคารพซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ต่อกัน ทั้งยังส่งเสริมภาพลักษณ์ที่ดีให้แก่ บ้านผู้สูงอายุ นครพนมว่า ไม่ใช่บ้านอนาถา แต่มีงานพัฒนารูปแบบต่าง ๆ เพื่อการอยู่ดี-ตายดีของผู้มาพักพิง

ความท้าทาย

การโยกย้ายและลาออก : ส่วนหนึ่งของการขยายงานและความก้าวหน้าในงานส่งเสริมสุขภาวะระยะท้าย ของบ้านผู้สูงอายุ นครพนมเกิดจากตัวผู้อำนวยการมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการอยู่ดี-ตายดี เนื่องจากตัวท่าน จบด้านจิตวิทยาชีวิตและความตายจากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และยังคงหาความรู้ และเข้ารับการอบรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ ทั้งยังการสนับสนุนให้ทีมงานไปด้วยกัน จึงส่งเสริมให้ เจ้าหน้าที่บ้านผู้สูงอายุ นครพนมเข้าอบรมหลักสูตรต่าง ๆ มีการกำกับติดตามงานอย่างต่อเนื่องและประชุมทีม อย่างสม่ำเสมอ ทำให้ทีมงานทุกคนเห็นภาพรวมและมีเป้าหมายตรงกัน อย่างไรก็ตาม ความท้าทาย คือ เรื่องการโยกย้ายตามวาระของผู้อำนวยการหรือการลาออกของเจ้าหน้าที่

ในส่วนนี้ ผู้อำนวยการบ้านผู้สูงอายุ นครพนมตระหนักดี และกำลังเตรียมบูรณาการงานทุกด้าน ในเรื่องอยู่ดี-ตายดีให้เป็นงานประจำที่ต้องทำเป็นปกติ อีกทั้งมีความมั่นใจว่าเจ้าหน้าที่จะมีแรงจูงใจทำงาน โครงการ “สร้างสุขจนสุดปลายทาง” ต่อไป ไม่ว่าจะเป็นการใช้เกมไพ่ชีวิต การถ่ายภาพที่จะเป็นของขวัญ วันจากลา การช่วยกันดูแลร่างผู้เสียชีวิต จัดงานศพจนถึงเก็บเถ้ากระดูกและลอยอังคาร การสื่อสารเรื่องเล่าชีวิต ผ่านสื่อ ตลอดจนโครงการ “สุขแลกสุข” เนื่องจากเจ้าหน้าที่ทุกคนได้ประจักษ์แจ้งด้วยตนเองถึงความสุข จากกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีต่อผู้สูงอายุและญาติ เจ้าหน้าที่ก็ได้รับความอึดอัดใจจากการทำบทบาทหน้าที่ ดังกล่าวด้วย

^{๒๔} ข้อมูลจากรายการผลการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ระบุว่าบ้านผู้สูงอายุ นครพนมมีเนื้อที่ทั้งหมด ๑๙ ไร่ ๔๑.๓๐ ตารางวา

ผู้อำนวยการให้ข้อมูลว่า มีการแบ่งพื้นที่ประมาณ ๓ ไร่ทำการผลิตตามโคก หนอง นา โมเดล

เช่น ปลูกลิ้นจี่ และโครงการ “สุขแลกสุข” เป็นการนำผลผลิตของบ้านผู้สูงอายุ นครพนมไปแลกเปลี่ยนสิ่งของ ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ผ้าอ้อม แผ่นรองกันซึม เป็นต้น

ก้าวต่อไปของงานอยู่ดี-ตายดีของบ้านผู้สูงอายุนครพนม

๑. ผู้อำนวยการบ้านผู้สูงอายุนครพนมได้เรียนรู้ว่า การมีเครือข่ายภาคีในการทำงานจะช่วยให้งานก้าวหน้าและเบาแรงลง ดังเช่นการได้ทีมงาน Peaceful Death มาช่วยฝึกฝนทักษะและเครื่องมือต่าง ๆ ก้าวต่อไปที่จะทำให้ขยายออกไป คือ การดึงภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาสังคม โดยเฉพาะที่อยู่ในพื้นที่ได้เข้ามาหนุนเสริมกิจกรรมต่าง ๆ ในรูปแบบ “ชุมชนกรุณาบ้านผู้สูงอายุนครพนม” ที่มองไว้ขณะนี้ ได้แก่ สภาเด็กและเยาวชนนครพนม

๒. เสริมแรงการทำงานและสนับสนุนคนในหน่วยงานเต็มที่ หากเป็นไปได้ คนในหน่วยงานมีโอกาสได้ใช้ความคิดสร้างสรรค์พัฒนารูปแบบของงานออกไปอีก เช่น การสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้มีภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น

๓. พัฒนาเทคโนโลยีและช่องทางในการสื่อสารเพิ่มเพื่อการเข้าถึงของงานสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต ให้เกิดการขยายเครือข่ายในการทำงาน และทำเวทีแชร์ประสบการณ์คนทำงานด้านนี้ หรือผู้มีประสบการณ์จริงที่มีเรื่องเล่าดี ๆ ที่ต้องการแบ่งปัน ให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อสร้างเครือข่ายแห่งการเรียนรู้ในการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต

วัดคำประมง

‘อยู่สบาย ตายสงบ งบไม่เสีย’
วาระสุดท้ายของชีวิต ณ อโรคยศาล วัดคำประมง

“จะทำอย่างไรให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ทรมาน ได้อยู่กับคนรัก หากมีชีวิตได้นาน ๆ
ก็นับเป็นโชคดี เมื่อถึงวาระสุดท้ายก็ได้จากไปอย่างสงบ ไม่ทรมาน และไม่โดดเดี่ยว”

หลวงตาปพนพัชร จิรธัมโม เจ้าอาวาสวัดคำประมง

รักษาแบบองค์รวม ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

อโรคยศาล วัดคำประมง อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร เป็นโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย ที่รักษาผู้ป่วยเฉพาะทางด้านมะเร็งแห่งแรกของประเทศไทย เปิดทำการตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๗ ถึงปัจจุบัน มีอัตราการรอดชีวิตประมาณ ๑๒ เปอร์เซ็นต์ วัดแห่งนี้เป็นที่รู้จักกันดีในหมู่ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มุ่งเน้นการรักษาแบบองค์รวม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่หมดหวังจากวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน

ผู้ป่วยที่หลั่งไหลเข้ามาที่นี่ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สิ้นหวัง สิ้นหนทางในการรักษา เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายถึงร้อยละ ๙๐ บางคนไม่มีเงินติดตัวมาแม้แต่บาทเดียว บางคนไม่มีแม้กระทั่งบัตรประชาชน บางคนถูกพามาทิ้งไว้ที่หน้าวัด

ที่นี่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยรักษาตามแนวทางการแพทย์แบบองค์รวมด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ เน้นการใชยาสมุนไพรควบคู่กับการทำสมาธิและธรรมชาติบำบัด ภายใต้แนวคิด “อยู่สบาย ตายสงบ งบไม่เสีย” โดยมีอาสาสมัครจำนวนมากหลากหลายอาชีพจากเครือข่ายทั่วประเทศมาช่วยงาน ทั้งหมอ พยาบาล วิศวกร สถาปนิก แม่บ้าน นักดนตรี ครูบาอาจารย์ นักศึกษา ฯลฯ

หลวงตาปพนพัชร จิรธัมโม ผู้ก่อตั้งอโรคยศาล วัดคำประมง ปัจจุบันอายุ ๖๙ ปี เป็นอดีตวิศวกรกรมชลประทาน ในภาคอีสาน เมื่อ ๔๐ กว่าปีก่อน ท่านได้ฟังธรรมจาก **หลวงปู่สิม พุทธาจาโร** เกิดความเลื่อมใสศรัทธา จึงลาออกจากราชการไปบวชเป็นพระที่วัดสันติสังฆาราม อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร และต่อมาภายหลังได้เป็นเจ้าอาวาสวัดคำประมง

พ.ศ. ๒๕๓๙ หลวงตาปพนพัชรอาพาธด้วยโรคมะเร็งโพรงจมูก ต้องเข้ารับการรักษาดูแลด้วยการฉายแสงและทำคีโมเป็นเวลากว่าครึ่งปี วันแรกที่กลับถึงวัด ท่านเจ็บปวดทรมานมาก หายใจลำบาก อาการหนักขนาดมีเลือดออกทางจมูก ท่านจึงตัดสินใจนั่งสมาธิทั้งคืนจนจิตนิ่ง และศึกษาดาราสุมไพรโบราณที่มีอยู่เล่มเดียวในวัด จนสามารถคิดสูตรยาสมุนไพรใช้ตำตำรักษาตัวเองได้ ภายหลังท่านไปตรวจที่โรงพยาบาล โดยสแกนคอมพิวเตอร์ไม่พบค่ามะเร็ง ก่อนเนื้อในโพรงจมูกก็หายไป เมื่อท่านหายจากอาการอาพาธ ชาวบ้านที่ป่วยเป็นมะเร็งได้ทราบข่าวก็พากันมาขอให้ท่านช่วยเหลือ จึงเกิด “อโรคยศาล วัดคำประมง” ขึ้น

ผู้ป่วยที่เข้ามาที่วัดจะได้รับการรักษาฟรี แต่มีข้อแม้ว่าต้องมีญาติมาดูแลเพื่อสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้ป่วยจะได้ไม่รู้สึกเดียวดาย ส่วนใหญ่จะรักษาตัวที่วัดประมาณ ๒ สัปดาห์ อาการจะดีขึ้นและกลับไปรักษาต่อบ้าน โดยโรงพยาบาลจัดส่งสมุนไพรไปให้ผู้ป่วยเป็นประจำเพื่อให้ตำตำรักษาด้วยตนเอง

นอกจากนี้ อโรคยศาลยังนำวิทยาการสมัยใหม่บางอย่าง เช่น Dark-field Microscope มาใช้ตรวจสอบเลือดสด ๆ (Live Blood Analysis) ของผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางวิเคราะห์และติดตามความก้าวหน้าในการรักษาโรคได้ดียิ่งขึ้น โดยการแนะนำของกองการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดำเนินการถอดบทเรียนองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้วยแนวทางของอโรคยศาล วัดคำประมง เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแก่โรงพยาบาลอื่นต่อไป

สมุนไพรหายมือ ส่งถึงบ้าน ไม่จดลิขสิทธิ์

สูตรตำรายาสมุนไพรที่หลวงตาปพนพัชรค้นพบไม่เคยจดลิขสิทธิ์ ท่านแจกจ่ายให้ทุกคน ไม่เคยหวงวิชา ท่านบอกว่ายิงแพร่หลาย ยิ่งช่วยชีวิตคนได้มากขึ้น ปัจจุบันทางวัดยังต้องจัดส่งสมุนไพรให้คนป่วยนำไปทานเดือนละกว่า ๒,๐๐๐ ชุด นั้นแสดงว่ายังมีคนมีชีวิตรอดอีกกว่า ๒,๐๐๐ คน

ตำรับยารักษา มะเร็งสูตรวัดคำประมง มีทั้งหมด ๒ สูตร คือ สูตรยอดยาแก้มะเร็งทุกชนิด และสูตรยาสมุนไพรสมานฉันท์ สำหรับสูตรยอดยาแก้มะเร็งทุกชนิด ประกอบด้วยพืชสมุนไพรหลากหลายที่มีคุณสมบัติต้านอนุมูลอิสระและมะเร็งหลายชนิด เช่น ทองพันชั่ง เหงือกปลาหมอ ข้าวเย็นใต้ ข้าวเย็นเหนือ และสมุนไพรอื่น ๆ โดยเฉพาะหัวร้อยรูหรือว่านหัวร้อยรู พืชที่มีสรรพคุณทางยาสูงมาก ถือเป็นยาของยาสมุนไพรสำคัญในการรักษาโรค มะเร็ง

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติได้สนับสนุนทุนวิจัยให้คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศึกษาวิจัยและพัฒนาสูตรตำรับยาต้านมะเร็งวัดคำประมง ซึ่งเป็นตำรับยาสูตรที่ ๑ (สูตรยอดยาแก้มะเร็งทุกชนิด) พบว่า สารสกัดยาต้านมะเร็งสูตรนี้สามารถยับยั้ง



การเจริญของเซลล์มะเร็งหลายชนิด ได้แก่ เซลล์มะเร็งเต้านม เซลล์มะเร็งไขข้อ เซลล์มะเร็งตับ เซลล์มะเร็งปอด และเซลล์มะเร็งปอด

ผู้ป่วยชายไทยท่านหนึ่งเป็นมะเร็งตับระยะสุดท้าย หมอบอกว่าจะมีชีวิตรอดได้อีกแค่ ๓๐ วัน เท่านั้น ตอนนั้นมีแต่ความหดหู่หมดอาลัย จึงตัดสินใจลองมารักษาตัวที่อโรคยศาลเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๔๙ จนแข็งแรงและกลับไปอยู่บ้าน จากนั้นได้จดหมายมาขอรับยาที่วัดส่งให้อย่างสม่ำเสมอโดยวัดไม่คิดค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยดื่มยาต้มพร้อมกับฝึกธรรมะตามที่หลวงตาเคยพร่ำสอนเข้าเย็น ปฏิบัติธรรมนั่งสมาธิอย่างสม่ำเสมอ แม้มะเร็งไม่หายแต่วันนี้เขายังมีชีวิตรอดทำงานได้ไม่ต่างจากคนปกติ

“กินยาหลวงตาตลอดเวลาดังแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๙ มะเร็งไม่หายแต่มันนิ่ง ยาที่ผมกินมาหลายหม้อ หลายขนานที่โฆษณาหม้อละ ๓,๐๐๐ - ๔,๐๐๐ บาท ผมกินมาแล้วทุกอย่าง สูญหาหลวงตาที่ไม่มีกำหนดราคาไม่ได้ คนจน ๆ อย่างผมนี้ยังอยู่ได้ ไม่ต้องกินยาที่ราคาสูง กินรากไม้ กินหญ้าเหมือนวัวเหมือนควายก็อยู่ได้ ยาที่ไม่มียาราคากลับมีค่า เราไม่ต้องคิดอะไรมาก คิดว่ากินยาต้องหาย”

ทุกวันนี้อโรคยศาลเป็นเสมือนโรงเรียนที่ให้ความรู้แก่บุคคลทั่วไป เป็นแหล่งศึกษาและวิจัยเพื่อพัฒนา การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นสถานที่ดูงานของการแพทย์ไทยแผนโบราณ ทั้งในและต่างประเทศจำนวนมาก นักวิทยาศาสตร์หลายสถาบันมาทำงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง พบว่าตัวยามีผล ในการยับยั้งเชื้อมะเร็งและรักษาโรคแทรกซ้อนได้จริง

รักษาใจเป็นหลัก ปรับวิธีคิด เปลี่ยนพฤติกรรม

วิธีการรักษาของหลวงตาปพนพัชรไม่ได้เน้นการให้ ยาสมุนไพรอย่างเดียว เพราะเชื่อว่าการรักษาจะได้ผล ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะจิตใจที่เครียด โดยให้ผู้ป่วยสัมผัสธรรมชาติดูตลอดเวลา สร้าง สิ่งแวดล้อมที่ดี เพราะท่านเชื่อว่ายิ่งใกล้ชิดธรรมชาติ ธรรมชาติก็จะช่วยเยียวยา

ท่านบอกว่า เป้าหมายของการรักษาไม่ได้อยู่ที่ จะรักษาโรคให้หายหรือทุเลาเบาบางลงไปแต่เพียง อย่างเดียว ท่านรักษาใจผู้ป่วยเป็นหลักก่อน มีไข้ตัวโรค บรรเทาอาการเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานด้วยยาสมุนไพร

ดูแลจิตวิญญาณผู้ป่วยที่ต้องการความเข้าใจชีวิตและมีความสุขในช่วงที่เจ็บป่วย

ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นจนวาระสุดท้าย

ดูแลผู้ใกล้ชิดในครอบครัวผู้ป่วย

ถ้าหากว่าจะต้องเสียชีวิตก็เสียชีวิตไปอย่างสุขสงบ ตายแบบยิ้มได้ ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของการปฏิบัติ ตามแนวทางศาสนาและวิทยาศาสตร์การแพทย์

ญาติของผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์จากการช่วยดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อการปรับทัศนคติในการดำเนินชีวิต อย่างมีความสุข อีกทั้งเป็นการสร้างความเข้าใจและดูแลตนเองไม่ให้ป่วยเป็นมะเร็งต่อไป

หลวงตาได้สร้างพลังใจ (Empowerment) ปรับวิธีคิดและทัศนคติใหม่ (Change Paradigm and Attitude) โดยน้อมนำวิถีพุทธเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการบำบัดรักษา ให้ปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองโดยการ



ทำสมาธิ (Meditation) การเจริญสมาธิจะทำให้ผู้ป่วยสงบ ผ่อนคลาย และได้ย้อนกลับมามองตนเอง พิจารณาตนเองให้มากขึ้น และปรับอาหาร (Food) เป็นอาหารที่มีเส้นใยสูง โปรตีนจากพืชแทนโปรตีนจากสัตว์ หันกลับเข้าสู่อาหารธรรมชาติ ใช้ผลิตภัณฑ์ที่ปลูกเองจะปลอดภัยที่สุด มีสมุนไพร (Herb) ที่เป็นสูตรสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง

นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมบำบัด (Activity Therapy) เช่น หัวเราะบำบัด ศิลปะบำบัด ร้องเพลงบำบัด สัมผัสบำบัด (Touch Therapy) การออกกำลังกาย (Exercise) ที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย เช่น การทำชีดนามิก (Chi dynamic) โยคะ ฤาษีดัดตน ซึ่งเป็นการฝึกและเพิ่มประสิทธิภาพของปอดผนวกกับการทำสมาธิ

แต่ละคืนผู้ป่วยและญาติจะมารวมตัวกันที่บริเวณระเบียงด้านหน้าอโรควาศาล เพื่อร่วมกันสวดมนต์ ร้องเพลง ออกกำลังกาย ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และนั่งสมาธิ โดยมีหลวงตามาร่วมกิจกรรมด้วย

ท่านทำให้ผู้ป่วยมีเสียงหัวเราะ ได้ปลดปล่อยความรู้สึกเก็บกดที่ค้างคาภายในจิตใจด้วยการจัดปาร์ตี้ ดาวรุ่งพุ่งเมรุ หรือจัดงานแฟนซีให้ผู้ป่วยแต่งตัวเป็นผี ท่ามกลางบรรยากาศครื้นเครง เสียงหัวเราะ และเป็นการปลงอนิจจังไปในตัว บรรยากาศที่เต็มไปด้วยรอยยิ้มและเสียงหัวเราะ เป็นบรรยากาศที่ท่านพยายามสร้างขึ้นตลอดเวลาในวัดแห่งนี้ เพราะเป็นเพศฆาตทำลายความเครียดและทำลายศัตรูตัวร้ายอย่างมะเร็งได้เป็นอย่างดี

กิจกรรมเหล่านี้มีเป้าหมายเพื่อให้จิตใจได้ผ่อนคลาย กายแข็งแรง มีสังคมที่รอบไปด้วยกัลยาณมิตร และสร้างจิตวิญญาณให้เข้มแข็ง แม้ไม่หายจากโรค ก็สามารถเผชิญความตายได้อย่างกล้าหาญ ก้าวสู่ภพภูมิใหม่ที่ดียิ่งอย่างภาคภูมิใจ

“สิ่งที่ผู้ป่วยจะได้รับจากที่นี่ก็คือ จิตวิญญาณของความเป็นพุทธะ จิตวิญญาณของความเป็นผู้รู้ ผู้ตื่น ผู้เบิกบาน ที่จะเข้าใจชีวิตมากกว่าที่เคยเป็น”

ณ ที่แห่งนี้ เป็นสถานที่เยียวยาร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยบางรายที่สามารถมีชีวิตรอดอยู่ได้มากกว่าที่คาดคิดไว้ เหมือนกับการได้เกิดใหม่ เป็นโอกาสทองของชีวิต และเป็นสัจธรรมที่สอนในการใช้ชีวิต ไม่ให้ประมาทต่อความตาย เป็นการเตรียมความพร้อมที่จะต้อนรับความตายที่จะมาถึงอย่างสงบ ด้วยสติ และอยู่กับปัจจุบันขณะ หรือบางรายที่เข้าสู่ระยะ End Stage ก็พร้อมที่จะไปสู่ภพภูมิใหม่อย่างสงบ เป็นการละสังขารที่อ่อนแรงเพื่อเปลี่ยนผ่านไปสู่ดินแดนใหม่ ผู้ป่วยจึงไม่ได้กลัวที่จะเผชิญกับความตาย แต่พร้อมที่จะยอมรับอย่างกล้าหาญ เพื่อความพร้อมเพื่อที่จะก้าวไปสู่ชีวิตใหม่ต่างหาก (Preparing to New Life) มากกว่าที่จะเรียกว่า End of Life

ผู้ป่วยชายไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งตับระยะสุดท้ายที่เข้ารับรักษาที่หลวงตา บอกว่า

“ยาหลวงตา คือ หนึ่งยาทางใจมันอยู่ที่ใจด้วยการปฏิบัติธรรมด้วย หลวงตาบอกกับผมว่าไม่ต้องคิดมาก เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นของธรรมดา ขึ้นอยู่ที่ใจเรา จิตใจเราต้อง ๑๐๐ % ถ้าตายก็ต้องตาย ที่อยู่ได้มันอยู่ด้วยกำลังใจเรา เรื่องทางกายผมจะไม่คิด คิดแต่อยากจะช่วยเหลือคนอื่น เราหายแล้วก็อยากให้คนอื่นหายบ้าง ถ้าผมจะตายก็ไม่เสียดายแล้ว ผมชนะแล้ว”

Peaceful Death “ชุมชนกรุณา” เพื่อการอยู่และตายดี

“หน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการตายดี เป็นความรับผิดชอบของทุกคน
แม้จะไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ แต่เราทุกคนสามารถมีส่วนช่วยเหลือได้
ตามศักยภาพ ความสามารถ และบทบาทหน้าที่ที่เป็นอยู่
ขอเพียงมีความกรุณา การช่วยเหลือเพียงเล็กน้อยอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก”

คุณวรรณ จารุสมบัติ ประธานกลุ่ม Peaceful Death

ชุมชนกรุณาต่อยอดงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

กลุ่ม Peaceful Death ทำงานรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมตัวตาย และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลังจากรณรงค์เรื่องการเผชิญความตายอย่างสงบตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๖ ในนามเครือข่ายพุทธิกา จนถึงปี พ.ศ. ๒๕๖๑ กลุ่ม Peaceful Death ก่อตั้งองค์กรไม่แสวงหากำไร พัฒนาโครงการชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี โดยได้รับการสนับสนุนทุนการดำเนินงานจาก สสส. จนกระทั่งในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ จึงได้จดทะเบียนมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา (มสชก.) เพื่อทำงานวิชาการและขับเคลื่อนนโยบาย

ชุมชนกรุณา (Compassionate Communities) คือแนวคิดและปฏิบัติการส่งเสริมป้องกัน สนับสนุน ให้บุคคลและชุมชนมีความพร้อมและความสามารถรับมือความทุกข์จากความเจ็บป่วย การตาย การบริหาร และการโศกเศร้าสูญเสีย บนพื้นฐานของกรุณา การมีส่วนร่วม การคำนึงถึงนิเวศชุมชน และความเป็นธรรมทางสังคม

ชุมชนกรุณาเป็นกระแสน้อยอดงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่แต่เดิมอยู่ในความสนใจและบริการทางการแพทย์ ไปสู่ความรับผิดชอบและหน้าที่ของคนทุกคน แนวคิดนี้ได้รับการนำเสนอโดยกลุ่มนักวิชาการ Public Health Palliative Care International (www.phpci.org) ซึ่งกลุ่ม Peaceful Death เห็นด้วย ในแนวคิดนี้ เห็นโอกาสและความเป็นไปได้ จึงนำแนวคิดดังกล่าวมาปฏิบัติในสังคมไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ เป็นต้นมา

หนึ่งในอาสาสมัครชุมชนกรุณา จังหวัดลำปาง เล่าถึงประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้ฟังว่า

“เคยมาแล้วครั้งหนึ่ง พอครั้งนี้กลับมาเรากลับมาเจอเคสเดิมซึ่งเราไม่ได้คาดคิดว่าเราจะได้กลับมาเจอเขาอีก เพราะน้องเขาค่อนข้างป่วยมาก แล้วตัวของผู้นดูแลผู้ป่วยก็จิตใจยำแย่มาก พอเรามาเจอเขาครั้งนี้ เราพบว่าอาการเขาดีขึ้นมาก เขาสู้อย่างดีด้วยกำลังใจของเขาเอง และเขาสู้อย่างดีด้วยการที่มีคนรับฟังเขา มีคนเข้าใจเขา เป็นตัวคอย support

คือคนที่ไม่ได้เป็นบุคลากรทางการแพทย์ หรือว่าไม่ได้มีความรู้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยเลย โดยส่วนตัวเราก็เป็นแบบนั้น เรามีความรู้สึกตอนแรกก็คิดว่าจะช่วยไม่ได้ แต่เอาเข้าจริงเราช่วยได้เยอะนะ เราเหมือนช่วย support บุคลากรทางการแพทย์ในหน้าที่ที่เขาไม่มีเวลาที่จะทำ ก็คือการเติมเต็มกำลังใจ การพูดคุยกัน เรามีความรู้สึกว่ามันไม่จำเป็นที่จะต้องเรียนมาในด้านบุคลากรทางการแพทย์ซะทีเดียว คือ เป็นคนธรรมดาทั่ว ๆ ไป ก็สามารถเข้ามาช่วย support เรื่องนี้ได้”

กิจกรรมพัฒนาสู่ “ชุมชนกรุณา”

ที่ผ่านมาโครงการชุมชนกรุณา และ Peaceful Death ดำเนินการพัฒนาชุมชนกรุณาในพื้นที่ชุมชนหลายจังหวัดด้วยกัน โดยครอบคลุมทุกภูมิภาคของประเทศไทย ผ่านกิจกรรมดังนี้

๑. พัฒนาเนื้อหา สื่อ เครื่องมือการเรียนรู้เรื่องการเตรียมตัวตาย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ดูแล การดูแลความสูญเสีย ที่ประชาชนเข้าถึงได้ และสามารถศึกษาสื่อออนไลน์ได้ฟรีที่ www.peacefuldeath.co/publication

๒. ผลิตรายการและกระบวนการเรียนรู้เรื่องการเตรียมตัวตายและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งหลักสูตรสำคัญมี ๒ ประเภท คือ

๑) มรณศึกษา การดูแลแบบประคับประคอง การวางแผนดูแลล่วงหน้า

๒) การดูแลจิตใจผู้ป่วย ผู้ดูแล และการดูแลตนเอง

๓. จัดอบรมกระบวนการชุมชน นักจัดกระบวนการเรียนรู้ วิทยากรชุมชน ให้สามารถอำนวยความสะดวกการเรียนรู้เรื่องการดูแลการตายและความสูญเสีย โดยหลักสูตรอบรมจะออกแบบให้เป็นไปตามความต้องการ ความจำเป็นในการทำงาน และบริบทการทำงาน เพื่อให้กระบวนการชุมชนสามารถเรียนรู้เนื้อหาที่จำเป็นและนำความรู้ สื่อและเครื่องมือการเรียนรู้ พร้อมทั้งประสบการณ์ไปแบ่งปันให้สมาชิกในชุมชนได้ง่าย เกิดเครือข่ายกระบวนการชุมชนกว่า ๕๐๐ คน ทั่วประเทศ จากการอบรมกระบวนการชุมชนที่ต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ จนถึงปัจจุบัน



๔. สร้างและพัฒนาเครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลงระบบชุมชนและสังคม สร้างสรรค์วัฒนธรรมที่สังคมสามารถพูดคุยเรื่องความตายได้อย่างเป็นธรรมดาในชีวิตประจำวัน เครือข่ายผู้ผลิตและพัฒนานโยบายสาธารณะที่สนับสนุนการอยู่และตายดี เครือข่ายนักสื่อสารมวลชนและนักสร้างสรรค์เนื้อหา (Content Creators)

๕. สร้างโมเดลต้นแบบชุมชนกรุณา เพื่อเป็นพื้นที่ศึกษา เรียนรู้ สร้างประสบการณ์การทำงานชุมชนกรุณา เพื่อผลิตบุคลากรที่มีความรู้จากประสบการณ์จริง ปัจจุบันพื้นที่ชุมชนกรุณา มีทั้งพื้นที่ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สสส. และพื้นที่ที่สามารถใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นมาสร้างสรรค์งานชุมชนกรุณา เกิดพื้นที่ปฏิบัติการชุมชนกรุณา กว่า ๒๐ แห่งทั่วประเทศ โดยมีประเด็นการทำงานดังต่อไปนี้

- การส่งเสริมการพูดคุยเรื่องชีวิตและความตาย และการวางแผนดูแลล่วงหน้าในชุมชน (Advance Care Planning in Communities)
- การดูแลจิตใจผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ
- การเชื่อมโยงทรัพยากร การพัฒนากลไกการดูแลที่บริเวณรอยต่อการดูแลระหว่างระบบบริการสุขภาพกับชุมชน
- การพัฒนามรณศึกษา (Death education) ในระบบการศึกษา

๖. จัดการความรู้เครือข่ายกระบวนกรชุมชน ผ่านการจัดประชุมถอดบทเรียน การสัมภาษณ์และจัดทำรายการ CoCoFa CoCoFriend จัดประชุมเรียนรู้และเทศกาลชุมชนกรุณา เป็นต้น

สมุดเบาใจช่วยวางแผนให้จากไปได้อย่างสงบ

สมุดเบาใจ หนึ่งในกิจกรรมที่ Peaceful Death จัดขึ้นอย่างต่อเนื่องในชุมชนต่าง ๆ ทั่วประเทศ โดยจัดพิมพ์และกระจายสมุดเบาใจ กว่า ๒๐๐,๐๐๐ เล่ม ให้ประชาชนทั่วประเทศได้ฝึกฝน เพื่อให้มีทักษะการวางแผนดูแลล่วงหน้า ช่วยให้ผู้คนบางส่วนที่เผชิญความเจ็บป่วยและตาย สามารถนำแนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้า และการสื่อสารการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้แนะนำไว้ในสมุดเบาใจ และสื่อการเรียนรู้ของ Peaceful Death ไปใช้ในการดูแลตนเองและสมาชิกที่เจ็บป่วย จนสามารถจากไปได้อย่างสงบ



มีหลายครอบครัวจัดแสดงนิทรรศการเจตนาการดูแลที่ได้เขียนไว้ในสมุดเบาใจในงานศพ เช่น คลิปวิดีโอความตายออกแบบได้ <https://youtu.be/oAstqQNX3LQ>

จากการติดตามผลการใช้งานสมุดเบาใจ ทั้งการวางแผนเพื่อตัวเอง ลูกหลานวางแผนให้พ่อแม่ที่สูงอายุหรือเผชิญความเจ็บป่วย และการวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยบุคลากรสุขภาพ พบว่า สมุดเบาใจเป็นเครื่องมือช่วยในการพูดคุยเรื่องความตายที่ครอบคลุม แต่จังหวะและโอกาสการสื่อสารของแต่ละครอบครัวไม่เหมือนกัน

งานวิจัย เรื่อง การศึกษาประสบการณ์ใช้สมุดเบาใจของผู้ใช้งานด้วยตนเอง ผู้ดูแลผู้ป่วย และบุคลากรสุขภาพ โดย ถิรนนท์ ถิรสิริสิน (๒๕๖๕) พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการสื่อสารพูดคุยเรื่องความตาย และทำแผนดูแลล่วงหน้าในครอบครัวได้รับการดูแลคุณภาพชีวิตช่วงท้ายที่ดี สามารถเติมเต็มความต้องการดูแลระยะท้ายจนผู้ป่วยสามารถเผชิญความตายอย่างสงบ จากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เกิดความประทับใจในกระบวนการเตรียมตัว จนหลายคนส่งต่อประสบการณ์การทำสมุดเบาใจให้ผู้มาร่วมงานศพได้รับรู้

คุณวิษญา โมฬีชาติ (เบนซ์) ชุมชนกรุณาฯ ใจในพื้นที่เชียงใหม่ และนักจิตวิทยาคลินิก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ พูดถึงการเขียนสมุดเบาใจว่า “สมุดเบาใจ เขาไม่จำเป็นต้องเขียนเสร็จ แต่ถ้าเขาเข้าใจเรื่องความสัมพันธ์ เรื่อง การดูแลกันและกัน นั้นดียิ่งกว่า”

ความตายเป็นเรื่องพูดได้

ในบางพื้นที่ที่ชุมชนเข้มแข็งสามารถเชื่อมโยงการดูแลกับระบบบริการสุขภาพได้ เช่น ตำบลพะตง อำเภอลาดใหญ่ จังหวัดสงขลา, ตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช, ตำบลแม่พริก อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย, อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง พบว่า การทำงานชุมชนกรุณาช่วยเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมที่ความตายเป็นเรื่องพูดได้ เพิ่มการเข้าถึงการบรรเทาปวดและอาการรบกวน ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับคำปรึกษาที่เหมาะสมและทันทั่วถึงที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการตายดี

คุณเกื้อจิตร แพร่มย์ ข้าราชการบำนาญ อดีตพยาบาล บอกเล่าประสบการณ์ด้านนี้ว่า

“ตัวเองเคยเป็นพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ฯ จากที่ไม่รู้จักงาน Palliative Care มาก่อน เริ่มจากไปอบรมสมาธิบำบัดแล้วเอามาใช้ในโรงพยาบาล เอาไปใช้ข้างเตียง ทำให้ได้เห็นความทุกข์ของผู้ป่วยและญาติ ทำให้เริ่มเกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้คนในโรงพยาบาล ญาติ คนไข้ ร้องขอการดูแล

การดูแลด้วยใจ กับ การดูแลด้วยหน้าที่ มีความต่างกัน ทั้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและจิตอาสา ทำให้เราเห็น Idol เห็นตัวอย่างของคนที่ตั้งใจและทำจริง ๆ ทำให้มีแรงพลังในการทำงาน การทำงานของเราต้องมาจากความอยากได้ของผู้ป่วยและญาติ ผ่านการรับฟัง สอบถามความต้องการเขา ให้น้ำหนักและความสำคัญกับทุกคน ทุกมิติในชุมชน ให้เกียรติ เป็นมิตร เข้าไปอย่างเป็นลูกเป็นหลาน”

ปัจจัยสำคัญของการพัฒนาชุมชนกรุณา ได้แก่ ภาวะผู้นำ ความรู้ความเข้าใจของผู้นำและทีม เครือข่ายชุมชนปฏิบัติ กลุ่มสนับสนุนการทำงาน การทำงานด้วยแนวทางเรียนรู้เชิงปฏิบัติ การมีเครื่องมือและสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมในการเสริมศักยภาพในการดูแลการตายและความสูญเสีย

อีกหนึ่งสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นในการทำงานของกลุ่ม Peaceful Death คือ การมีส่วนร่วมสนับสนุนกฎหมายพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๒ ให้ประชาชนรับรู้ ตอรับ และนำไปใช้ในวงกว้าง มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลที่ดี ตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ศูนย์พุทธวิธิดูแลผู้ป่วยระยะท้าย วัดป่าโนนสะอาด จังหวัดนครราชสีมา

จุดเริ่มของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้ตายดี

เริ่มจากพระอาจารย์แสนปราชนู ปญญาโคโม ศึกษาปฏิบัติกรรมฐาน ตามแนวสติปัฏฐาน ๔ เกิดเป็นผลงานวิทยานิพนธ์ดีเด่น อันดับ ๑ เรื่องการศึกษาเชิงวิเคราะห์สติปัฏฐานกถาในคัมภีร์ปฏิสัมภิทามรรคของพระอาจารย์แสนปราชนู ปญญาโคโม มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย ต่อยอดสู่งานวิจัยศึกษาผลการฝึกสติต่อการตายดี พบว่า สามารถตอบโจทย์ผู้ป่วยระยะท้ายที่นอนรอความตายอย่างไร้ค่า จากนั้นในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ พระอาจารย์เริ่มได้รับนิมนต์ให้ดูแลผู้ป่วยแบบผิวนิพนธ์ ทำตามความเชื่อเดิม ๆ เช่น ให้ผู้ป่วยถวายสังฆทาน อุทิศบุญ ขอขมาลาโทษ สวดมนต์ แผ่เมตตา การนมน้ำผู้ป่วยให้ฟังธรรมะ เป็นต้น การดูแลแบบนี้บางเรื่องเหมือนซ้ำเกินกว่าความต้องการหรือขาดการฝึกฝน และศรัทธา ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นเรื่องที่ละเอียดลึกซึ้ง

ต่อจากนั้นพระอาจารย์ได้เริ่มก่อตั้งศูนย์พุทธวิธีเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เริ่มจากได้รับการถวายที่ดินที่อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา ดำเนินการได้สักระยะจำเป็นต้องหยุดการดำเนินงาน จากนั้นในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ได้รับการถวายที่ดิน จำนวน ๑๕ ไร่ (ที่ตั้งปัจจุบัน) ในเขตอำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ได้ดำเนินการมาสักระยะและมีการหยุดการดำเนินการช่วงการระบาดของ โควิด - ๑๙ ในช่วงแรก ต่อมาได้ดำเนินการได้ดังเดิม ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่พักค้างในศูนย์ประมาณ ๕๐ ราย

ป่วยกาย แก่ที่จิต

พระอาจารย์แสนปราชญ์ได้เล่าให้ฟังต่อว่า ศูนย์พุทธวิธีดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่ได้ทำการรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แต่เน้น “การดูแลจิตวิญญาณเชิงลึกแบบเฉพาะทาง” โดยอาศัยหลักทางพระพุทธศาสนา มาเป็นเข็มทิศนำทาง ด้วยความเชื่อ “โลกหน้ามีจริง” สำหรับการฝึกจิตนั้นได้รับการบอกเล่าจากผู้ป่วยที่เล่าให้ฟัง เริ่มจากผู้ป่วยที่สามารถเดินได้มีกิจกรรมเดินจงกรม ๓ เวลา การสวดมนต์ การฟังธรรมะจากเสียงบรรยายธรรม ที่บันทึกไว้ในเครื่องบันทึกเสียง เป็นต้น

จากการสอบถามพูดคุยกับผู้ป่วยรายหนึ่งที่นอนติดเตียง มีน้ำเสียงและจิตใจดี ฟังธรรมอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีกำลังใจ พร้อมกับการตายดีไปสู่โลกหน้าตามที่พระอาจารย์ได้บรรยาย ธรรมให้ฟัง

นอกจากนี้ พระอาจารย์ยังได้ริเริ่มให้ผู้ป่วยได้มีโอกาส บอกเล่าประสบการณ์ของตนแก่ผู้ป่วยและบุคคลทั่วไป ในรูปแบบของ “อาจารย์ใหญ่ทางจิตวิญญาณ” เพื่อถ่ายทอด ประสบการณ์และแนวทางการใช้ชีวิตและการตายดีแก่บุคคลทั่วไป โดยทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายที่นอนรอความตายอย่างไร้ค่า เป็นผู้ป่วยที่มีคุณค่ามีประโยชน์ในฐานะ “อาจารย์ใหญ่ทางจิตวิญญาณ” ได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยใช้รูปแบบการฝึกสติ ทั้งทางโลกและทางธรรมอย่างสมดุลโดยฝึกสติปฏิบัติธรรม ๓ เวลา ส่วนผู้ป่วยติดเตียงฝึกสติด้วยการฟังธรรมะ และมีการ ติดตามผลอย่างใกล้ชิด



โดยมีกรณีศึกษาท่านแรก คือ “ผักกาด” (ชื่อสมมติ) อายุ ๒๕ ปี เป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองระยะสุดท้ายและตาบอด ผักกาดได้ฝึกสติทั้งทางโลกและทางธรรม บอกเล่าประสบการณ์ผ่านทางรายการวิทยุต่าง ๆ ในหลายโอกาส บางช่วงบางตอนผักกาดเล่าว่า “ถ้าเวลาหนูลาโลกไปแล้วเนี่ย แล้วทุกคนได้นั่งฟัง นั่งดู จากสื่อที่พระอาจารย์ทำให้หนู น่าจะเป็นสิ่งที่หนูรู้สึกว่ามันที่สุด หนูภูมิใจสุด มันเป็นที่หนูว่าเป็นประโยชน์ที่สุด” เมื่อผักกาดมีอาการทรุดหนัก จนแม่ทนเห็นลูกทรมานไม่ได้จึงนำส่งโรงพยาบาล กระบวนการรักษาแบบฉุฉุนจึงเกิดขึ้น ผักกาดถูกมัดมือ มัดเท้า พร้อมสอดท่อหายใจจากปากถึงปอด เสื่อมีคราบเลือดกระจายเป็นจุดจุดซึ่งเกิดจากการดึงสายน้ำเกลือออก

ต่อมาพระอาจารย์ได้ไปเยี่ยมผักกาดและถามว่า “พร้อมหรือยัง” ผักกาดพยักหน้า พร้อมแววตา แสดงความมั่นใจ และเมื่อวันสุดท้ายมาถึง ผักกาดพยายามขอร้องไห้ไม่ให้ยื้อชีวิต แต่สื่อสารด้วยปากไม่ได้ จึงเขียนข้อความว่า “พอแล้ว เาออก ไม่มีประโยชน์ ขอไปตายกับพระอาจารย์” แม่จึงตามใจลูกเป็นครั้งสุดท้าย ในวันนั้นมีลูกศิษย์พระอาจารย์ไปรับผักกาดจากโรงพยาบาลมาที่ศูนย์ฯ “ผักกาดมีสติมาก ตอนขึ้นรถ ขณะนั่งรถบอกว่ากำลังขับถ่ายอยู่ แม่บอกไม่เป็นไรมีแพมเพิส จากนั้นทุกคนชวนกันสวดมนต์ สวดไม่ถึง ๑๐ นาที ผักกาดก็หลับไปกับเสียงสวดมนต์”

คุณแม่อุมา (นามสมมุติ) ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ระยะลุกลาม ข้อมือข้อเท้าหักงอเสียรูปทรง ระดับความปวดสเกลเต็มสิบ แต่สามารถที่จะฝึกจิตจนเป็นสมาธิขั้นสูง (เข้าฌาน) จัดการกับอาการปวดด้วยตนเองโดยไม่ต้องใช้ยาแก้ปวด ทำให้รายการทีวี “คนค้นคน” มาถ่ายทำ และออกทางสถานีวิทยุอีกเกือบ ๑๐ แห่ง จนเกิดพลังศรัทธา ประชาชนได้บริจาคเงินและสิ่งของอุปกรณ์ทางการแพทย์มากมาย ทำให้ศูนย์ฯ ฟังตนเองได้โดยไม่ต้องอาศัย

งบประมาณจากภาครัฐและสามารถเป็นศูนย์ให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เตียง ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน ฯลฯ อีกทั้ง ได้รับความสนใจศึกษาดูงานทั้งในและต่างประเทศ ที่ผ่านมามีนักศึกษาพยาบาลจากประเทศญี่ปุ่นและเบลเยียมมาดูงาน

อีกกรณีแม่ชีสมใจ (นามสมมุติ) ผู้ป่วยลิ้นหัวใจชำรุดสามลิ้น กับลูกสาวที่ป่วยเป็นเบาหวานแต่กำเนิด ตาบอดเมื่ออายุ ๒๕ ปี ไตเสื่อมต้องใส่ท่อปัสสาวะตลอดเวลา ก่อนมาอยู่ที่ศูนย์ฯ ชีวิตทางโลกลำบากมาก แม่ต้องออกไปขายขนมที่ตลาดแล้วปิดล็อกกุญแจบ้านซึ่งลูกสาวที่ตาบอดไว้ พอขายของได้ค่าเช่าต้องรีบกลับมาดูแลลูกสาว เพราะค่าน้ำตาลของลูกบางทีสูงถึง ๔๐๐ บางทีต่ำกว่า ๓๐ สภาพของสองแม่ลูกไม่รู้ว่าจะใครจะตายก่อนกัน เมื่อได้เข้ามาอยู่ที่ศูนย์ฯ ได้ฝึกสติทั้งทางโลกทางธรรมอย่างสมดุล อาการป่วยทั้งสองดีขึ้น โดยเฉพาะแม่ชีอาการดีขึ้นจนคุณหมอประหลาดใจ บอกว่าทุกอย่างปกติดี และบอกแม่ชีว่า “หมอเลิกนัดตรวจแล้วนะ ทุกอย่างปกติ คงเป็นที่จิตนะแม่ชี”

การพัฒนางานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง จนได้มีโอกาสร่วมงานกับ นพ. เฉลียว สัตตมัย ประธานคณะกรรมการ Palliative Care เขต ๙ ได้เรียนรู้การฝึกสติในทางการแพทย์ตะวันตกกับสติทางพุทธธรรม พบว่า แตกต่างกัน คือ ในทางการแพทย์ตะวันตก โดย John Kobat Zinn (JKZ) ผู้ออกแบบการฝึกสติแบบ MBSR (mindfulness based stress reduction) อธิบายว่า สติกับสมาธิคืออันเดียวกัน แต่ทางพุทธธรรม “สติกับสมาธิต่างกัน” โดยพุทธธรรมอธิบายนิยามของสมาธิ คือ ทำให้จิตสงบตั้งมั่น สมาธิทำได้ทั้งความดีและความชั่ว ถ้าทำดีก็ดีที่สุด ๆ ถ้าทำชั่วก็ชั่วสุด ๆ เช่นกัน ยกตัวอย่างมือปืนต้องมีสมาธิสูงมาก ๆ ถึงจะฆ่าคนได้ แต่สติ คือ การระลึกได้จะไม่ฆ่าใคร แยกดีชั่วได้ ไม่ทำชั่วแต่จะทำความดี มีเมตตา กรุณา ปัญญา เป็นต้น ต่อมาได้ร่วมกันทำวิจัยศึกษาผลการฝึกสติต่อการตายดี (Effects of Mindfulness Practice on Good Death) โดยมี นพ.สันต์ ใจยอดศิลป์ อดีตคณบดีศูนย์การศึกษาดูใจอเมริกัน (AHA) เป็นวิทยากร บรรยายการทำวิจัย นพ.สันต์ แสดงความเห็น “มีผลวิจัยทางการแพทย์มากกว่า ๔๐๐ ชิ้น พบว่า การฝึกสติรักษาโรคได้ แต่ส่วนใหญ่เป็นของฝั่งตะวันตก งานวิจัยนี้จะเป็นงานวิจัยแรกของโลกที่ทำโดยพระสงฆ์ไทย” โดยเชื่อว่างานวิจัยศึกษาผลการฝึกสติต่อการตายดีจะตอบโจทย์สุขภาวะระยะท้ายในประเทศไทย และในระดับโลกได้

ที่พึ่งสุดท้ายของพระอาพาธ

ใครเลยจะรู้ว่า ยามเมื่อพระสงฆ์อาพาธนั้น ญาติโยมรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จะมีวิธีการดูแลพระสงฆ์อย่างไรไม่ให้ผิดพระศีล ส่วนใหญ่ที่ทำกันมา คือ การให้พระสงฆ์ที่อาพาธสีกจากพระก่อน แล้วโยมจึงดูแลรักษาแบบฆราวาสทั่วไป ปัญหานี้อยู่ในความคิดที่จะแก้ไขของพระอาจารย์แสนปราษฎ์ ท่านจึงโปรดให้รับพระสงฆ์ที่อาพาธมารักษาตัวปฏิบัติจิตเช่นเดียวกับญาติโยม และจัดกุฏิให้เป็นสัดส่วน แบ่งการจัดการให้แม่ชีและผู้รับผิดชอบดูแลให้เหมาะสม

ผู้ป่วยที่รับมาที่ศูนย์ไม่ต้องจ่ายใดใดทั้งสิ้น

ด้วยความมุ่งมั่นของพระอาจารย์แสนปราษฎ์ที่ต้องการให้ผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงผู้ป่วยที่ต้องอาศัยการประคับประคองให้ “ตายดี” ปราศจากความกังวลใดใด ท่านจึงรับผู้ป่วยมาอยู่ที่ศูนย์โดยไม่เก็บค่าใช้จ่ายใดใดทั้งสิ้น พระอาจารย์ได้บริหารจัดการเงินทำบุญบริจาคต่าง ๆ จัดสรรให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งจากผลงานเป็นที่ประจักษ์ ก็มีญาติโยมหลังไหลเข้ามาบริจาคทำบุญอย่างต่อเนื่องไม่ขาดสาย

ด้วยความมุ่งมั่นที่จะให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยในศูนย์ฯ อย่างเต็มที่ กำลัง พระอาจารย์มีนโยบายไม่รับกิจนิมนต์ใดใด แต่ยังคงบิณฑบาตทุกวันเพื่อรักษาพระวินัยอย่างเคร่งครัด และท่านจะออกเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยังคงเทศนาธรรมเพื่อการตายดี สำหรับญาติโยมที่เข้ามาที่ศูนย์ฯ และเทศนาธรรมผ่านรายการวิทยุ รวมถึงสื่อต่าง ๆ ที่สัมภาษณ์เพื่อเผยแพร่ต่อไป

ก้าวต่อไปของการพัฒนาศูนย์พุทธวิถีดุแลผู้ป่วยระยะท้าย วัดป่าโนนสะอาด คือ การก่อตั้งมูลนิธิพุทธวิถีดุแลพระสงฆ์อาพาธและผู้ป่วยยากไร้ระยะท้าย เพื่อสร้างบุคลากรและบริหารจัดการดูแลศูนย์ฯ ให้เกิดความยั่งยืน ทำหลักสูตรฝึกอบรม วิจัยและพัฒนาศูนย์ฯ ต่อไป

วิสาหกิจชุมชน เยือนเย็น : ไปเยือน เพื่อให้ร่มเย็น

ปี พ.ศ.๒๕๖๐ “เยือนเย็น” เริ่มต้นด้วยแพทย์ ๑ คน และเจ้าหน้าที่ ๑ คน ให้คำปรึกษาและให้การดูแลผู้ป่วยโรคที่รักษาไม่ได้ที่เลือกอยู่บ้านและใช้ชีวิตเต็มที่ เมื่อดำเนินงานมาครบ ๑ ปี เพื่อให้งานนี้เกิดความยั่งยืน จึงได้จดทะเบียนเป็นวิสาหกิจเพื่อสังคมกับสำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม (สวส.)

แรกเริ่มเดิมที ศ.นพ.อิศรางค์ นุชประยูร กุมารเวชศาสตร์ โรคเลือดโรคมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้ก่อตั้ง “เยือนเย็น” เป็นหมอดูแลโรคมะเร็งในเด็กมาก่อน จากการใส่ใจผู้ป่วยโรคมะเร็งในเด็กที่รักษาไม่หาย ทำให้เห็นถึงการเติมเต็มชีวิตให้แก่ผู้ป่วยเด็กเพื่อให้ได้ใช้ชีวิตเต็มที่ มูลนิธิสายธารแห่งความหวังจึงถูกจัดตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ เพื่อสานฝันความต้องการของเด็กป่วยมะเร็ง เช่น การจัดค่ายมะเร็งเด็ก เพื่อพาเด็กและครอบครัวไปเที่ยวทะเลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและเรียนรู้การอยู่กับมะเร็งอย่างสันติ จากนั้นจึงขยายมาสนใจการทำงานกับผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นผู้ใหญ่ซึ่งมีจำนวนมากกว่า เมื่อได้พูดคุยพบข้อเท็จจริงหลายอย่าง เช่น ผู้ป่วยโรคร้ายที่รักษาไม่หายส่วนใหญ่ต้องการที่จะอยู่ที่บ้าน และหากมีอาการมากส่งผลให้เดินทางไปโรงพยาบาลลำบาก ถ้าหมอเดินทางไปหาเขาน่าจะง่ายกว่า นอกจากนี้ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเข้าใจสัจธรรมชีวิต รับรู้ถึงธรรมชาติว่าต้องตาย แต่สิ่งที่ต้องการ คือ ไม่ทรมาน ต้องการมีทางเลือกในการรักษาที่ไม่ใช่การยื้อชีวิต เมื่อพบเช่นนี้ หลักการทำงานสำคัญของชุมชนคือหมอมองเป็นเรื่องการเคารพความต้องการของเจ้าของชีวิตที่ต้องการ “อยู่สบาย ตายสงบ”

หลักการ: มิติจิตวิญญาณ เต็มที่ ดูแลตั้งแต่ต้น

“หากเจ้าตัวไม่ยอมทำ เราก็ต้องเคารพเขา อะไรคือสิ่งสำคัญในชีวิตเขา เราก็จะเติมเต็มสิ่งนั้น เรื่องสำคัญ คือ เราค้นหาประเด็นทางจิตวิญญาณของเขา ความสุขของเขา แล้วเราก็เติมเต็มตรงนี้ก่อน นี่แหละเราถึงอยากเจอคนเป็นมะเร็งลูกหลานตั้งแต่แรก เพื่อให้เขาได้ทำสิ่งที่เขาอยากจะทำ จิตวิญญาณคืออะไรก็ตามที่มีความหมาย แต่ละคนไม่เหมือนกัน บางคน คือ หมา อยู่กับหมาแล้วมีความสุข ตายบนเตียงมีหมานอนใกล้ ๆ บางคน คือ แมว บางคน คือ การไปเที่ยว บางคน คือ ศาสนา เราค้นหาให้เจอแล้วเราก็เติมเต็มเรื่องนี้สำคัญเพราะมันมีความหมายต่อเขา เป็นจิตวิญญาณของเขา”

นอกจากนี้ การดูแลของเยือนเย็นเน้นทำเต็มที่และมุ่งดูแลตั้งแต่เริ่มแรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่ารักษาไม่หาย ไม่ใช่การปล่อยหรือยอมแพ้หรือหยุดรักษา แต่เป็นทางเลือกที่เจ้าของชีวิตอยากเลือกและเคารพในสิ่งที่เขาต้องการ

“ในมุมมองของผม Palliative Care ... คือการดูแลเต็มที่ ที่เขาบอกว่าไม่ดูแลมันไม่จริง มันดูแลเต็มที่ต่างหาก เต็มที่กับชีวิต เต็มที่กับการบำบัดความปวด ถ้าเราเต็มเต็มชีวิต ความปวดอะไรก็ไม่มี ถูกเบนออกไปหมดได้ไปนั่งกลางทะเล ถ้าจะปวดก็จะปวดน้อยกว่าที่จะเป็น

นอกจากนี้ ยังเริ่มตั้งแต่แรกเลย เราเน้นดูแลคุณภาพชีวิต แต่การรักษาที่ไม่ถึงนะ แต่เขาเลือกที่จะไม่เอานะ ก็อยู่กับมะเร็งอย่างสันติ ถ้าเริ่มต้นตั้งแต่แรก คนป่วยก็จะมีเวลาใช้ชีวิต ถ้าคนเราใช้ชีวิตเต็มที่ สิ่งที่ยากทำไม่มีแล้ว เพราะได้ทำแล้ว เขาก็พร้อม ที่นี้จะอะไรจะเกิดก็เกิด

การทำ Palliative Care อาจทำในเวลาเดียวกันกับการรักษา ไม่ได้หยุดรักษา อะไรที่จะทำให้ตัวโรคช้าลง เช่น กินยาบางอย่าง และใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ ก็จะทำไปพร้อม ๆ กัน”

ความโดดเด่นและความสำเร็จ

๑. ทีมงานวางใจได้ เข้าถึงง่าย

เนื่องจากทีมงานของเยื่อนเย็นเป็นบุคลากรทางการแพทย์ สามารถให้บริการหัตถการต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยถึงที่บ้านได้ ประกอบกับเข้าถึงได้ง่าย ช่วยให้เกิดทั้งความสะดวกและความสบายใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยเกิดความวางใจได้ง่าย ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงเยื่อนเย็นโดยการติดต่อขอคำปรึกษาและรับบริการได้โดยตรง ไม่ต้องผ่านโรงพยาบาลใด ๆ เมื่อเยื่อนเย็นได้ไปเยี่ยมบ้านและทำการประชุมครอบครัว (family meeting) แล้ว เยื่อนเย็นจะให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวที่ประสงค์ดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องทางไลน์กลุ่ม และเยี่ยมบ้านอีกตามความจำเป็น ให้บริการทางการแพทย์ที่ทำได้ที่บ้าน รวมถึงการเจาะตรวจเลือดที่บ้าน ใส่หรือเปลี่ยนสายอาหาร ใส่หรือเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ สอนผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลทำแผลกดทับ ในรายที่มีความต้องการจำเพาะ ให้คำแนะนำในการหาผู้ช่วยดูแลและนักกายภาพบำบัดที่บ้านตามความจำเป็น ให้คำแนะนำและเอกสารที่จำเป็นสำหรับการเสียชีวิตที่บ้าน จนกระทั่งเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน

ดังข้อเขียนของลูกสาวของผู้ป่วยรายหนึ่งที่เขียนไว้เมื่อพฤษภาคม ๒๕๖๕ ถึงการที่ครอบครัวเธอเลือกใช้บริการเยื่อนเย็นเป็นระยะเวลา ๔ เดือน ก่อนผู้ป่วยจะจากไป

“ตั้งแต่วันนั้นมา พ่อไม่ต้องเข้าโรงพยาบาลอีกเลยจนถึงวันสุดท้าย แม้แต่การเปลี่ยนสายปัสสาวะ เคยต้องไปทำโรงพยาบาลทุกเดือน ทางเยื่อนเย็นก็ส่งทีมงานมาบริการถึงบ้าน การเจาะหรือเก็บเชื้อเมื่อเกิดอาการต่าง ๆ ก็ทำที่บ้านและส่งให้แล็บที่ รพ. จุฬา ตรวจสอบให้ เวลามีอาการแปลกไปจากเดิม คุณหมอให้ถ่ายวิดีโอส่งให้ดูทางไลน์หรือแวะมาดูให้เองที่บ้าน ช่วงไหนเราไม่ได้รายงานอะไร คุณหมอก็ไลน์มาสอบถามว่าทุกอย่างปกติดีไหม เมื่ออาการของพ่อมาถึงช่วงสุดท้าย คุณหมอขอพบเพื่อแจ้งให้ครอบครัวทำใจว่าพ่อกำลังจะจากไปในวันที่ระบบต่าง ๆ ของพ่อค่อย ๆ หยุดทำงาน คุณหมอย่อยส่งคลิปและข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่อาจจะพบเพื่อให้พวกเราเตรียมใจรับมือในแต่ละสัปดาห์... สำหรับพ่อและสำหรับทุกคนในครอบครัวเรา นี่คือการขวัญที่ดีที่สุดในการจากลา”

๒. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

ทีมงานเยี่ยมเยียนสามารถให้เวลากับผู้ป่วยและครอบครัว ในการทำความเข้าใจทั้งชีวิตในภาพรวมและในรายละเอียด การวางแผนการดูแล (set goal of care) เป้าหมายของชีวิต และวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) การดูแลที่บ้านแต่เนิ่น ๆ นั้น เจ้าของชีวิตมักจะยังสื่อสารได้ จึงสามารถบอกความต้องการของตนเองให้ลูกหลานฟังโดยตรง ก่อนที่จะป่วยหนัก จึงลดปัญหาความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง เมื่อเจ้าของชีวิตสื่อสารไม่ได้แล้ว



หากทีมงานตระหนักว่า ลูกหลานบางคนอาจไม่เห็นด้วยกับ เจ้าของชีวิตจะนำเสนอการเขียนความประสงค์ในการดูแลสุขภาพให้เป็นลายลักษณ์อักษร (Living will) เพื่อสามารถใช้งานเมื่อป่วยหนัก เพื่อแพทย์ผู้ดูแลจะได้ไม่ต้องยึดชีวิตตามประสงค์ของลูกหลาน เพราะเจ้าของชีวิตได้สั่งไว้แล้วได้

ผู้ใช้บริการเยี่ยมเยียนอีกรายเป็นผู้ป่วยมะเร็งอายุ ๖๗ ปี ตัดสินใจหยุดการรักษาด้วยคีโมซึ่งทำไป ทุกเดือน เดือนละ ๒ ครั้ง แต่อาการไม่ดีขึ้น ประกอบกับมีผลกระทบเกิดขึ้นมากมายตั้งแต่อาเจียน ท้องเสีย รุนแรง มีบาดแผลที่เท้า มือ ลื่น จนบอกกับลูกสาวว่า แม่คิดว่าเป็นมะเร็งตายดีกว่า เป็นมะเร็งอาจไม่ทรมาน เท่าการคีโมก็ได้ จึงตัดสินใจหยุดคีโมและใช้บริการเยี่ยมเยียน เมื่อเยี่ยมเยียนมาที่บ้านได้เรียกทุกคนมาพบ พร้อมสอบถามคนไข้ว่าอยากทำอะไร ต้องการอะไร อยากไปไหน เมื่อทราบความต้องการแล้ว คุณหมอ สนับสนุนให้ทำเลย โดยให้ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อดูแลอาการ

“คุณแม่อยากไปไหว้พระพุทธรูปชินราชที่พิษณุโลกที่บ้านเกิด และอยากทำบุญต่อแบบที่ท่านชอบทำ คุณหมอก็บอกให้ทำได้เลยนะ พอคุณแม่เริ่มฟื้นจากอาการแพ้ เราก็กินทางไปกันได้ โดยคุณหมอให้ข้อมูลมาก่อน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องถึงออกซิเจนที่ต้องมีสำหรับอาการเหนื่อย... มีครั้งหนึ่งเวลาสามทุ่มกว่าเกิดเหตุการณ์นี้ขึ้น ซึ่งถ้าเป็นโรงพยาบาลปกติคงติดต่อใครไม่ได้แล้ว แต่เราโทรไป คุณหมอตานยินดีคุยกับคุณแม่เดี๋ยวนั้นเลย... พอคุณแม่ได้คุยกับคุณหมอ อาการคลายลงเลยคะ เราก็จัดยาตามที่คุณหมอบอก ไม่ยากลำบากเท่าที่ลูกคนหนึ่ง จะทำได้”

ลูกสาวของผู้ใช้บริการเยี่ยมเยียนรายนี้ กล่าวว่า แนวทางการดูแลนี้ช่วยให้คุณแม่อยู่ได้ “เหมือนบุญหล่อเลี้ยงท่าน จนท่านอยู่ได้ เพิ่มขึ้น เวลาเพิ่มขึ้น” จากวันที่ถูกวินิจฉัยว่า เป็นมะเร็งและจะมีชีวิตอยู่ได้เพียง ๗ เดือน กลับสามารถดำเนินชีวิตช่วงท้ายอย่างสงบที่บ้าน และทำตามปรารถนาจนมีชีวิตได้เกือบสองปี

“ผู้ป่วยในระยะนี้ต้องการมากที่สุด คือ ความสุขใจ สิ่งใดที่คิดว่ามีความสุขที่สุด ต้องรีบทำให้ แล้วให้ท่านกอบโกยตรงนี้ให้มากที่สุด ไม่ว่าจะเป็นการทำบุญ ความสุขที่ได้จากคนรอบข้าง



ท่านชอบสิ่งไหน แล้วได้พบสัมผัสกับสิ่งนั้นมาก ๆ ประจำในช่วงนั้น มีส่วนมากที่จะยืดเวลาท่านได้หรือบำบัดความทรมานได้”

คุณหมออิศรางค์ยกตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุหลายรายที่เมื่อให้การดูแลแบบ Palliative Care แล้วผู้ป่วยสามารถกินข้าวได้มากเป็นพิเศษ นี่คือผลดีของการตอบสนองทางจิตวิญญาณที่เห็นได้ชัดเจน ส่วนการคุมอาหารตามข้อห้ามของแต่ละโรคให้ทำกันไปตามความจำเป็น

“นี่แหละ Palliative Care เราไม่ต้องพูดอะไรมากถึงเรื่องตาย เรื่องตายมันแค่วินาทีเดียวที่มันเกิดขึ้น แต่เราจะพูดถึงการเติมเต็มคุณภาพชีวิตคนป่วยได้อย่างไร Palliative Care is about living ไม่ได้เกี่ยวกับความตายเท่าไรเลย ในงานที่ทำมันมีแต่เรื่องดี ๆ เรื่องที่เราจะเติมเต็มคุณภาพชีวิตกัน”

๓. มุมคนทำงาน : งานที่มีความหมาย มีความสุข

สำหรับเยอนเยอนและตัวคุณหมออิศรางค์เห็นว่า การดูแลแนวทางนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุข สิ่งนี้เองที่ทำให้ตัวคนทำงานเองพลอยมีความสุขไปด้วย

“ในแง่ของการดูแลผู้ป่วยซึ่งในที่สุดจบลงด้วยความตาย แต่เราก็สามารถทำให้มันเป็นความทรงจำที่ดีได้ ผมเลยมองว่างาน Palliative Care เป็นงานที่น่ามีความสุขนะ ไม่ใช่งานที่น่าเศร้าหรือเสียใจซะหน่อย และเราก็ทำหน้าที่ हमจริง ๆ คือ relief suffering ใจ นำคนออกจากทุกข์ ให้ญาติ ๆ ได้เติมความสุขให้ผู้ป่วย โดยที่เราเป็นผู้ให้ความมั่นใจ”

๔. ฟังร้อยเปอร์เซ็นต์ : เพื่อค้นหาความต้องการของเจ้าของชีวิตและวางแผนการดูแลชีวิต (advanced care plan)

ผู้ป่วยที่เยอนเยอนทำงานด้วยเป็นบุคคลสำคัญมากลำดับแรก สังเกตได้จากการเน้นโดยการใช้คำว่า “เจ้าของชีวิต” ขณะเดียวกัน คนใกล้ชิดผู้ป่วยก็สำคัญเช่นกัน จึงจำเป็นเช่นกันที่จะต้องมีการคุยกับสมาชิกในครอบครัวรวมถึงบุคคลที่มีความหมายสำหรับผู้ป่วยร่วมกัน

“เราต้องไปคุยกับผู้ป่วยในครั้งแรก ต้องใช้เวลามากพอที่เราจะเข้าใจชีวิตเขา เข้าใจว่าเขาอยากจะได้อะไร เขากลัวอะไร อะไรที่ไม่อยากเจอ และคุยกับลูกหลานที่มีความหมายต่อเขาพร้อมหน้า เพื่อให้ฟังว่าเจ้าของชีวิตต้องการอะไร และเราที่เป็นคนที่ไม่รู้จักเขามาก่อน จะได้ถามเขาได้ แล้วถามคนอื่น ๆ ว่าแต่ละคนคิดยังไง เขาจะได้เล่าสิ่งที่เขาคิดออกมา เห็นด้วยไม่เห็นด้วยก็บอกมา แล้วจึงค่อยหาข้อสรุปด้วยกันว่าอะไรดีที่สุดสำหรับการดูแลผู้ป่วย”

“สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ สิ่งสำคัญที่สุดเลย คือ เราจงฟังผู้ป่วยว่าเขาคิดยังไง เขาเข้าใจว่าไง เราต้องฟังเขาร้อยเปอร์เซ็นต์ ห้ามวิจารณ์ด้วย เขาเลือกอย่างนี้ก็ต้องว่าตามนี้ เพราะเขาคือเจ้าของชีวิต เราต้องเคารพในสิ่งที่เขาคิดของเขา ภาษาจริยศาสตร์ เรียก autonomy เคารพ autonomy (อัตตาณัติ) ของเขา เราก็แค่ฟังเขา ฟังเขาร้อยเปอร์เซ็นต์ ดูซิว่าเขาอยากได้อะไร ว่าตามจริงมันก็เป็นวิธีฝึกปฏิบัติธรรมอย่างหนึ่งแหละ เป็นธรรมชาติ ความตายก็เป็นธรรมชาติอย่างหนึ่ง”

๕. ลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่ายของระบบสาธารณสุขได้เป็นอย่างมาก

การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่บ้านไม่ต้องเข้าโรงพยาบาลอีกเลย ทำให้ครอบครัวใช้ชีวิตได้มีคุณภาพขึ้นมาก และลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของครอบครัว งานศึกษาวิจัยในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ตีพิมพ์ใน The Economist ฉบับที่ทำเรื่อง The 2015 Quality of Death Index พบว่า หากนำ Palliative Care มาใช้ตั้งแต่สองวันแรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจะลดลงถึงร้อยละ ๒๔

ผลพลอยได้อีกอย่างได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคที่รักษาไม่หายของระบบสาธารณสุขก็จะลงได้อย่างมาก ลดการนอนโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายในระบบมากกว่า ๖ ล้านบาท ในส่วนของเยื่อนเย็นหลังจัดตั้งเป็นวิสาหกิจชุมชนทำให้สามารถช่วยเรื่องค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ได้อย่างมากมาย

บทเรียนสำคัญที่เกิดขึ้น

อุปสรรคที่สำคัญ คือ การประชาสัมพันธ์ที่ยังไม่เพียงพอ ทุกคนที่เข้าใจสัจธรรมเรื่องความตายยังเข้าใจไม่ถึง เพราะไม่ทราบว่ามีแนวทางการดูแลแบบเยื่อนเย็น

คนไทยจำนวนมากหรือส่วนใหญ่อยากได้และขอเลือกการดูแลประคับประคอง ถ้าทราบว่า มีทางเลือกนี้ ดังนั้น การสื่อสารสร้างการรับรู้และส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในกลุ่มประชาชนจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ

ก้าวต่อไป : สนับสนุนการวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้า (advance care plan)

“เยื่อนเย็นจะจัดบริการสุขภาพ โดยมุ่งเน้นความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ และส่งเสริมการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้านด้วยการรักษาแบบประคับประคอง”

ผู้สูงอายุทุกคนพึงได้รับการสนทนาเพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้า หากคุยแล้วพบว่า เจ้าของชีวิตนั้นใช้ชีวิตสมบูรณ์แล้ว ไม่กลัวตาย แสดงว่าต้องการการดูแลประคับประคองแต่เนิ่น ๆ เยื่อนเย็นสามารถจัดบริการสุขภาพให้เป็นไปตามประสงค์ ไม่ต้องพึ่งพาโรงพยาบาล เป็นโรคเล็กน้อย เช่น ติดเชื้อแทรกซ้อน รักษาที่บ้านได้ เป็นโรคที่อาจถึงแก่ชีวิต เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ปอดบวม ติดเชื้อในกระแสเลือด หรือมะเร็ง ก็สามารถดูแลให้อยู่สบายตายสงบที่บ้านได้ด้วยการรักษาแบบประคับประคอง

มูลนิธิเครือข่ายพุทธิกาทำงานชีวิตและความตาย

มูลนิธิเครือข่ายพุทธิกาจดทะเบียนเป็นมูลนิธิอย่างเป็นทางการเมื่อพฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๑ แต่จุดเริ่มต้นสืบย้อนหลังไปตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๒ ด้วยวัตถุประสงค์เริ่มแรก คือ การนำพุทธธรรมมาใช้ในชีวิตและพัฒนาสังคม ด้วยเหตุที่การสร้างความรู้ความเข้าใจและรักษาศาสนาให้ยั่งยืนไม่ใช่เพียงหน้าที่ของพระสงฆ์เท่านั้น ส่งผลให้เมื่อเริ่มก่อตั้งจึงได้ประสานกับองค์กรภาคประชาชน ๙ องค์กร^{๗๐} และทำงานร่วมกันเป็นเครือข่าย

ช่วงปีแรก ๆ ของพุทธิกาเน้นทำงานปรับเปลี่ยนทัศนคติในสังคม นอกจากการพิมพ์หนังสือต่าง ๆ ของพระอาจารย์ไพศาล วิสาโลแล้ว ยังจัดเสวนาและเวทีสาธารณะ สองโครงการหลัก ๆ ที่โดดเด่นในช่วงแรก ได้แก่ (๑) งานสื่อสารรณรงค์เรื่องการทำบุญที่ถูกต้อง ภายใต้ชื่อโครงการ “ฉลาดทำบุญ” (เริ่มในปี พ.ศ. ๒๕๔๔) เพื่อให้คนในสังคมไทยรับรู้ความหมายของการทำบุญให้มากกว่าการบริจาคเงินหรือสิ่งของ แต่ยังหมายถึง การลงแรง การสละเวลาด้วยจิตที่เป็นสุขที่ได้ช่วยผู้อื่น ทั้งยังเป็นประโยชน์

^{๗๐} ได้แก่ มูลนิธิโกมลคีมทอง มูลนิธิเด็ก มูลนิธิพุทธธรรม มูลนิธิสุขภาพไทย มูลนิธิसानแสงอรุณ มูลนิธิสายใยแผ่นดิน เสมสิกขาลัย มูลนิธิเมตตาธรรมรักษ์ และกลุ่มเสขิยธรรม

ต่อตนเองในแง่ที่ทำให้เกิดปัญญาจนปล่อยวางได้ง่ายและเกิดความกรุณา และ (๒) ร่วมกับเสมสิกขาลัย จัดทำหลักสูตรและการจัดอบรม “เผชิญความตายอย่างสงบ” (เริ่มในปี พ.ศ. ๒๕๔๖) ซึ่งได้รับความสนใจอย่างมากจากโรงพยาบาลต่าง ๆ จึงมีการจัดการอบรมให้บุคลากรด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะ โดยเน้นเนื้อหา เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มากขึ้น จากการประมวลผลการสำรวจข้อมูลผู้ผ่านเข้าอบรม ผ่านแบบสอบถามในปี พ.ศ. ๒๕๕๕^{๗๑} พบว่า ผู้เข้าร่วมอบรมเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขจำนวนมากถึงร้อยละ ๖๖ ส่วนอีกร้อยละ ๓๔ เป็นบุคคลทั่วไปที่สนใจ อย่างไรก็ตาม แม้มีคนจำนวนมากผ่านการเรียนรู้เรื่องนี้จำนวนมาก แต่ยังไม่สามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทจริงแม้กระทั่งในโรงพยาบาล

รูปธรรมของการสร้างความตระหนักต่อเนื้อเรื่องการตายดี

ผ่านมาหลายปี ผู้ผ่านการอบรม “เผชิญความตายอย่างสงบ” จำนวนหนึ่งได้รวมตัวกันเป็นเครือข่าย แพทย์และพยาบาลที่ทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) เพื่อขับเคลื่อนงาน ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและระยะสุดท้ายและรองรับกระบวนการเตรียมตัวตายอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ พุทธิกิริเริ่มโครงการใหม่อันเป็นผลจากการผสมผสานสองโครงการข้างต้นเข้าหากันที่มองว่ามีวิธีการ ทำบุญหลายรูปแบบ เป็นการนำเรื่องจิตอาสาเกี่ยวกับเรื่องชีวิตและความตายผนวกรวมเข้าด้วยกันโดยไม่แบ่งแยกศาสนา เพราะความตายเป็นประสบการณ์สากลที่ทุกคนต้องพบเจอ ในที่สุดออกมาเป็นกิจกรรม “อาสาข้างเตียง” ได้แก่ การจัดอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมแล้วเข้าไปในโรงพยาบาล เพื่อดูแลจิตใจผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วย ระยะสุดท้ายเป็นระยะเวลาต่อเนื่อง ๓ เดือน ทั้งในรูปของการรับฟัง เป็นเพื่อนข้างเตียง การชวนทำกิจกรรม ผ่อนคลาย หรือการชวนผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายทำศิลปะ

คุณวรรณ จารุสมบุญ อดีตรองผู้จัดการโครงการเผชิญความตายอย่างสงบ ได้ให้ข้อมูลดังนี้

“อาสาข้างเตียงเหมือนปฏิบัติการหนึ่งสำหรับคนที่อยากเตรียมตัวตายด้วยการมาทำงานอาสา อย่างน้อยให้เขามีโอกาสเข้าใจความเจ็บป่วยและความตาย ทำให้เขามีความตระหนักมากขึ้น เป็นการ รองรับคนที่ต้องการเตรียมตัวตายอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่ไปอบรมแล้วจบ มีคนจำนวนหนึ่งที่รู้สึกดีกับการมา ทำงานอาสาต่อเนื่อง”

ที่สำคัญ คือ กิจกรรม “อาสาข้างเตียง” เป็นพื้นที่ที่นำแนวคิดเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง เข้าไปในโรงพยาบาลและโรงเรียนแพทย์ด้วย เช่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่เข้าร่วมโครงการช่วงแรกและ ระบุให้นักศึกษาแพทย์เข้าร่วมในฐานะส่วนหนึ่งของการเรียนรู้เรื่องชีวิตและความตาย ทั้งนี้ เพื่อเปลี่ยน ทักษะคติของผู้ที่จะเติบโตไปเป็นบุคลากรสุขภาพในอนาคตว่า “การตาย (ของผู้ป่วย) ไม่เท่ากับ ความล้มเหลว ของหมอ” ตามที่เคยเข้าใจกันเป็นส่วนใหญ่

“เรามองว่าต้องเปลี่ยนทัศนคติของบุคลากรสุขภาพด้วย ทำยังไงให้แพทย์ พยาบาลหรือคนใน โรงพยาบาลเข้าใจว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ตายดีเป็นเป้าหมายของการเยียวยารักษาด้วยเช่นกัน ไม่ใช่แค่ รักษาแล้วต้องหาย พอตาย คือ ล้มเหลว การทำอาสาข้างเตียงเพื่อให้เกิดแรงกระเพื่อมของกลุ่มคนเล็ก ๆ ให้เห็นว่า แม้ว่าจะอยู่ในระยะท้าย ตัวโรครักษาไม่ได้แล้วก็ตาม แต่เรายังสามารถประคับประคองจิตใจให้เขา มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ นอกจากนี้ เรารู้ว่าหมอ พยาบาลภาระงานเยอะ การมีอาสาสมัครร่วมสนับสนุนเพื่อดูแล จิตใจผู้ป่วยน่าจะเป็นทางเลือกหนึ่ง”

^{๗๑} เอกภพ สิทธิวรรณธนะ และณพร นัยสันทด, “เหลียวหลังแลหน้า การอบรมการเผชิญความตายอย่างสงบ”, จดหมายข่าวอาทิตย์ อัสดง, ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๑๒ (เมษายน – มิถุนายน ๒๕๕๕), สืบค้นเมื่อ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๖, <http://budnet.org/sunset/node/81>

ด้วยเหตุที่กิจกรรม “อาสาข้างเตียง” ไม่ได้เน้นเฉพาะผลลัพธ์ในการดูแลจิตใจผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้ภายในของจิตอาสาด้วย เรียนรู้ทั้งเรื่องการจากพรากด้วยความตายและเรียนรู้จักตนเองเรื่องชีวิต เช่น บางครั้งอาสาข้างเตียงอาจรู้สึกเหมือนตนเองไร้ประโยชน์บางช่วงขณะเมื่อพบว่าตนเองเป็นส่วนเกินของญาติหรือไม่ได้รับการตอบสนองจากผู้ป่วย ความรู้สึกดังกล่าวอาจบั่นทอนกำลังใจในการดูแล แต่สำหรับบางคนเกิดการเรียนรู้จักตนเองมากขึ้น สำหรับพุทธิกาทุกความรู้สึกนึกคิดที่เกิดขึ้นจากกระบวนการดูแลล้วนเป็นเมล็ดพันธุ์แห่งการเติบโต หากสามารถเก็บเกี่ยวประสบการณ์ความรู้สึกนึกคิดนั้นมาเป็นวัตถุดิบในการเรียนรู้^{๗๒} ดังที่พระอาจารย์ไพศาลกล่าวว่า หากเราเรียนรู้เรื่องการตายและความไม่แน่นอนของชีวิต เราจะไม่ประมาทและเห็นคุณค่าของเวลาและชีวิตที่เหลืออยู่ เร่งใช้เกิดความสุขเพียรในการทำหน้าที่ของตนของครบถ้วน ไม่ผัดวันประกันพรุ่ง

“ข้าพเจ้าไปเยี่ยมน้องเขาที่ไอซียูทุกวันจนกระทั่งเขาจากไปอย่างไม่มีวันกลับ ระหว่างนั้นได้เรียนรู้ถึงสภาวะจิตใจของคนที่กำลังจะพบกับความสูญเสีย ความทุกข์ใจของผู้เป็นพ่อ ปู่ ย่า ความไม่แน่นอนของชีวิต ช่วงนั้นข้าพเจ้าเศร้ามาก ๆ พอมีโอกาสเข้าร่วมฟังการสัมมนาที่โรงพยาบาลจัดขึ้น คุณหมอตำนานหนึ่งพูดได้ประทับใจมากกว่า “เราก็เหมือนห้องรับแขก มีแขกมากี่ต้อนรับให้ดี” ประโยคนี้เหมือนจุดข้าพเจ้าขึ้นจากภวังค์ว่า มันยึดอะไรไม่ได้ ใจมันคลายออกเลย” ^{๗๓}

กิจกรรม “อาสาข้างเตียง” ได้อบรมและพาอาสาสมัครเข้าไปเป็นเพื่อนข้างเตียงผู้ป่วยดำเนินไปหลายปี จนกระทั่งโรงพยาบาลส่วนหนึ่งที่เข้าร่วมโครงการสามารถจัดการอบรมและมีระบบรับอาสาสมัครของตนเอง พุทธิกาจึงถอยออกมา ขณะที่โรงพยาบาลอีกส่วนหนึ่งติดขัดที่เงื่อนไขของการเป็นอาสาข้างเตียงเป็นระยะเวลาสามเดือน เช่น นักศึกษาแพทย์ที่จะมาเข้าร่วมโครงการติดภาระการเรียน นโยบายของโรงพยาบาลที่ให้ผู้ป่วยกลับบ้านมากกว่านอนโรงพยาบาลต่อเนื่องยาวนาน ประกอบกับความอ่อนไหวของการทำงานกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ เป็นการทำงานลงลึกที่ต้องอาศัยความไว้วางใจและการทำงานอย่างต่อเนื่อง หรือเมื่อผู้ป่วยหนักเสียชีวิต ส่งผลต่อสภาพจิตใจของอาสา ทำให้ทีมงานพุทธิกากลับมาถอดบทเรียนกิจกรรม “อาสาข้างเตียง” พร้อมปรับลักษณะงานอาสาในโรงพยาบาลจนกลายมาเป็น “อาสาอำนวยความสะดวก” ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ถึงปัจจุบัน ที่เน้นดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยนอก (OPD) ที่มาติดต่อโรงพยาบาลในช่วงเช้าและลดระยะเวลาทำงานอาสาเหลือเพียง ๑ เดือน

เมื่อได้ปรับลักษณะงานอาสาในโรงพยาบาลใหม่ ปรากฏว่ามีผู้สนใจทำงานอาสาเช่นนี้มากขึ้น เพราะลักษณะงานที่ไม่ลงลึกไปในรายละเอียดชีวิตผู้ป่วยถือว่าตอบโจทย์อาสารุ่นใหม่ ๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กนักเรียนระดับมัธยมปลาย รองลงมา คือ ผู้ใหญ่วัยเกษียณ

^{๗๒} เพ็ชรลดา ช้างจิตศิริโรจน์, “บททวนประสบการณ์อาสาข้างเตียง”, จดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง,

ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๑๐ (ตุลาคม- ธันวาคม ๒๕๕๔), สืบค้นเมื่อ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๖, <http://budnet.org/sunset/node/37>

^{๗๓} บุศรา ศรีคุโมโร, “บันทึกอาสาข้างเตียง เรียนรู้เขาเพื่อเรียนรู้ตัวเอง”, จดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง,

ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๖ (ตุลาคม- ธันวาคม ๒๕๕๓), สืบค้นเมื่อ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๖,

<http://http://www.budnet.org/sunset/node/92>

พระสงฆ์และชุมชน : ดึงทุนทางวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เรื่องของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มิใช่เป็นเพียงเรื่องของครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น พุทธิกาตระหนักดีว่า การจะช่วยบรรเทาทุกข์ให้ผู้ป่วยและจากไปอย่างสงบน่าจะต้องมีกำลังเสริมช่วยบุคลากรในโรงพยาบาลทุนมนุษย์อย่างคนในชุมชนและผู้นำทางจิตวิญญาณอย่างพระสงฆ์ นักบวช แม่ชี ซึ่งสอดคล้องกับวัฒนธรรมไทยมีบทบาทสำคัญยิ่งในการดูแลจิตใจผู้ป่วยและครอบครัว หลังจากอบรมการเผชิญความตายมาได้ ๘ ปี เห็นว่าต้อง “เติมคน” เข้าไปช่วย โครงการส่งเสริมบทบาทพระสงฆ์โรงพยาบาล และชุมชนในการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้ายจึงถือกำเนิดขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ คุณวรรณเล่าถึงโครงการนี้ว่า



“เราพัฒนาพระสงฆ์ที่เป็น *spiritual leader* ทำให้ชุมชนมีศักยภาพในการดูแลจิตใจ มีจิตอาสาที่มีความรู้ *palliative care* ลงไปเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ ก็จะช่วยแบ่งเบาภาระเจ้าหน้าที่ ปีแรกอบรมเสร็จก็ไม่ขยับอีก มาทบทวนก็ได้เรียนรู้ว่า ถ้าไม่เป็นทีม มันจะไม่เคลื่อน พระบอกโรงพยาบาลไม่นิมนต์ อาตมาก็ไปไม่ได้ ไม่รู้เคล้อยู่ไหน จิตอาสาบอกไปเยี่ยมมาแล้ว รู้ว่าคนไข้ทรมาณ แต่ได้ข้อมูลมาก็ไม่รู้จะไปบอกใครเหมือนต่างคนต่างทำ

พอขึ้นปีที่สองและสาม เลยกำหนดให้สมัครมาอบรมเป็นทีม เราเรียนรู้ว่าเราต้องพัฒนาศักยภาพทั้งทีม ไม่ใช่แค่รายคน รวมถึงเรียนรู้ว่า บางทีพระผู้ใหญ่มาแต่กิจนิมนต์เยอะ หรือ อสม.ที่มีหมวกหลายใบ งานเยอะ ไม่มีเวลาเยี่ยมคนไข้เลย ปีที่สอง เราเลยขอคนที่มีความพร้อม พระสงฆ์ที่สนใจอยากทำงานเยี่ยมเยียนผู้ป่วยและไม่มีกิจนิมนต์เยอะ คนในชุมชนอาจไม่ต้องเป็น อสม.ก็ได้ แต่จิตอาสาอาจเป็นภรรยาผู้ป่วยที่ภรรยาเสียชีวิต หรือมีประสบการณ์ดูแลพ่อแม่ในระยะท้ายก็เริ่มได้ตัวจริงมาทำงาน

ปีที่สองและสามของโครงการ หลายโรงพยาบาลไปได้ดีมาก เกิดเป็นทีม เช่น โรงพยาบาลสงฆ์ไปรับพระบ้าง พระเองก็ให้นำของถวายที่วัดไปโรงพยาบาล ให้ญาติหรือคนไข้ได้นำไปทำบุญ เพราะบางทีเขาไม่มีเงินซื้อ ใครอยากทำบุญ แต่ละวัดก็จัดให้ ดิตรงเกิดการร่วมมือกันและเป็นประโยชน์

แล้วก็ดีกับพระด้วย หลายคนบวชแล้วเหมือนไม่มีอะไรทำ เน้นสวดมนต์ พระผู้ใหญ่บางวัดก็สอนกรรมฐานไม่เป็น พอมาทำจิตอาสาแบบนี้ก็เห็นคุณค่าของความเป็นพระ ได้เห็นว่าผ้าเหลืองมีประโยชน์นะ เวลาลงชุมชน ขอแค่เป็นผ้าเหลือง ชาวบ้านก็ต้อนรับ เราได้พระดี ๆ ขึ้นมาเยอะเลย โดยเฉพาะทางภาคอีสาน”

ความโดดเด่นและความสำเร็จ

๑. ขยายความความหมายใหม่ของคำว่า “การทำบุญ” ในสังคมไทยให้ครอบคลุมงานอาสาต่าง ๆ โดยเฉพาะการดูแลจิตใจผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อช่วยให้คลายความกังวลใจ (ต่อมาปรับเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยทั่วไป) ผลพลอยได้ที่ตามมาอีกอย่าง คือ ทำให้พื้นที่ในโรงพยาบาลที่เดิมเต็มไปด้วยภาษาแห่งพยาธิสภาพ ไร้ชีวิตชีวา เติมไปด้วยความทุกข์ ได้รับการเติมเต็มความเป็นมนุษย์มากขึ้นผ่านการสื่อสารพูดคุย การเกื้อกูลต่อกัน และการแสดงความกรุณาต่อกัน

๒. พุทธิกาเป็นผู้บุกเบิกในการเปิดพื้นที่ให้คนเป็นมิตรกับความตาย และสร้างความเข้าใจใหม่ให้สังคมว่าสามารถพูดเรื่องความตายได้อย่างเป็นเรื่องธรรมชาติ เนื่องจากคนส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าการคุยเรื่องความตายไม่เป็นมงคล เหมือนเป็นการแข่งล่วงหน้า นอกจากนี้ ยังเปิดพื้นที่ให้เรียนรู้อย่างเป็นรูปธรรมผ่านกิจกรรม “อาสาข้างเตียง” ให้ตระหนักเรื่องความตายอย่างต่อเนื่อง และการตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

๓. การหมั่นทบทวนถอดบทเรียนของพุทธิกาและภาคีเครือข่าย ก่อให้เกิดกิจกรรมต่อยอดมากมาย ที่ช่วยเสริมความเข้มแข็งในการขับเคลื่อนเรื่องการตายดี และภาคีเครือข่ายสามารถทำงานต่อไปและเติบโตเองได้อย่างดีโดยไม่ต้องอิงกับพุทธิกา ซึ่งสามารถถือว่าเป็นความสำเร็จของพุทธิกาในการผลักดันให้เกิดสิ่งใหม่ ๆ คนใหม่ ๆ ในการทำงานแตกยอดออกไป

๓.๑ เมื่อเห็นว่าแค่อบรมให้ความรู้เรื่องการเผชิญความตายอย่างสงบเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ เนื่องจากตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ยังขาดแพทย์ที่เข้าใจเรื่อง Palliative Care ทำให้เกิดความคิดที่ต้องการผลักดันให้องค์ความรู้เรื่องนี้เข้าไปในโรงเรียนแพทย์ และสร้างแรงจูงใจให้ พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ทำหลักสูตรอบรมเรื่องนี้ให้บุคลากรสาธารณสุขอย่างจริงจัง จนกระทั่งขยายวงกว้างไปทั่วประเทศ คุณวรรณให้ภาพดังนี้

“พยาบาลที่เคยมาอบรม พบว่ากลับไปโรงพยาบาลก็ยังทำงานยาก เช่น ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความปวด ไม่มีใครสามารถจัดการได้ เพราะพยาบาลไม่อยู่ในวิสัยที่จะทำด้วยตนเอง ต้องทำภายใต้หมอ เมื่อพบว่ายังขาดแคลนหมอที่มีความรู้เรื่อง Palliative Care นี่เป็นเหตุให้เครือข่ายที่ขับเคลื่อนเรื่องนี้แต่ต้นคิดว่าต้องผลักดันเข้าหลักสูตรในโรงเรียนแพทย์และอาจารย์ศรีเวียง จัดอบรมเยอะเพื่อให้หมอ เข้าใจเรื่อง Palliative Care มีหลักสูตร Basic Certificate Course in Palliative Medicine (BCCPM) และหลักสูตร BCCPN (Basic Certificate Course in Palliative Nursing) ให้หมอและพยาบาล โดยของพยาบาลเป็นหลักสูตร ๖ อาทิตย์ เอามาจากอินเดียที่อาจารย์ Suresh มา ส่วนของหมอ ๘ อาทิตย์ ตอนแรกไม่ค่อยมีหมอสมัครเรียนที่สมัครเยอะจะเป็นพยาบาล แต่อาจารย์ก็ไม่ท้อ จนถึงตอนนี้คนสมัครเรียนเยอะขึ้น เริ่มเห็นหมอที่เข้าใจเรื่อง Palliative Care สามารถจัดการอาการผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ ที่นี้พยาบาลด้าน Palliative Care ที่อาจารย์ศรีเวียงสร้างมาก่อนหน้า พอมีหมอที่เข้าใจตรงนี้ไปทำงานด้วย งานเลยไปได้ไกล”

๓.๒ เมื่อเห็นว่าบุคลากรในโรงพยาบาลมีภาระงานมาก ไม่สามารถให้เวลากับการดูแลจิตใจผู้ป่วยได้ ก็คิดเรื่องการให้ทุนทางวัฒนธรรมสร้างกำลังคนเสริมเข้าไป โดยการจัดอบรมเป็นทีม (ประกอบด้วย นักบวช คนจากโรงพยาบาลและชุมชน) ให้เข้าใจเรื่อง Palliative Care และหลังจากประสบความสำเร็จได้พัฒนาวิธีการจัดการอาสาสมัครออกไปอีก

“ที่ทำกับพระอาจารย์ครรชิต ประสบความสำเร็จมากเลย จนกระทั่งท่านสามารถทำโครงการได้เองโดยไม่ต้องขอทุน สสส. เพราะมีญาติโยมเห็นประโยชน์และสนับสนุน ด้วยรูปธรรมที่ท่านดูแลผู้ป่วยที่ดี สอนสนุกด้วย เลยมีการจัดตั้งกองทุน ชื่อที่นอนลม มีการรวมกลุ่มญาติ ท่านก็ไปอบรมทั่วประเทศเลยหลัง”

๓.๓ จากการสำรวจผู้ที่เคยผ่านการอบรมเผชิญความตายฯ มีคำถามเมื่อไหร่จึงจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อเรื่องความตายในวงกว้าง จึงมีทีมงานส่วนหนึ่งเห็นว่า ไม่ได้...เราต้องทำงานเรื่องการสื่อสารสาธารณะ สร้างความตระหนักสู่สังคมวงกว้าง ทิศทางการทำงานจึงเปลี่ยน เกิดเป็นโครงการ “ความตายพูดได้” ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ และกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่คนอายุ ๓๕ - ๕๕ ปี ในที่สุดก็เกิดเป็น

ทีมงานใหม่ ซึ่งภายหลังได้ขอแยกตัวอิสระไปเป็น Peaceful Death ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ และทำงานลงลึกในเรื่องการสื่อสารสาธารณะเรื่องความตายเพื่อสร้างแรงกระเพื่อมในสังคม

ในส่วนของผู้ที่ยังคงดำเนินงานในสิ่งที่ตนเองเชี่ยวชาญ ได้แก่ การอบรมเผชิญหน้ากับความตายด้วยใจสงบ

๔. ในแต่ละโครงการที่ทำงานถอดบทเรียน ผู้ทักจะเน้นการทบทวนที่ประสบการณ์ทำงานและบทเรียนในรูปแบบต่าง ๆ ทุกครั้ง (วิดิทัศน์ จดหมายข่าว คู่มือ ฯลฯ) ซึ่งทำให้การขยายงานต่อไปถูกพัฒนาต่อไปไม่เกิดความผิดพลาดซ้ำรอยเดิม ดังเช่นเมื่อจะขยายพื้นที่การทำงานระหว่างโรงพยาบาลใหม่ ๆ กับพระสงฆ์และชุมชนในเฟสสอง จึงได้นำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการถอดบทเรียนพัฒนาคู่มือและเพิ่มหลักสูตรที่ ๓ ในเรื่องการดูแลทีมงานลงไปด้วย จากเดิมที่หลักสูตรเดิมมีเพียง (๑) ทักษะพื้นฐานการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้าย (๒) แนวทางและทักษะการดูแลด้านจิตวิญญาณ/ปัญญา จึงเพิ่มอีกหลักสูตร คือ กระบวนการดูแลเยียวยาทีมงาน (healing the healer)^{๗๔}

“เรามีพื้นที่ต้นแบบที่เป็น *best practice* ...แต่ไม่มีวิธีปรุง ปีสุดท้ายเราเลยทำเป็นคู่มือการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดทีมพระ โรงพยาบาล ชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและระยะท้ายขึ้นมา เราพบว่า มันต้องบริหารทีมให้เป็น ต้องมีการถอดบทเรียนถึงจะทำให้ทีมไปต่อได้ จะเห็นว่าไม่ใช่แค่ *Palliative Care* ในเชิงเทคนิค ต้องมีเรื่องการทำงานร่วมกันและไปตลอดรอดฝั่ง การเคารพกัน การให้เกียรติกัน การดูแลกันและกัน ซึ่งตรงนี้ช่วยเปลี่ยนมุมมองในการทำงานไปเยอะ อย่างบางโรงพยาบาลมองจิตอาสาเป็น *partner* ที่เท่าเทียมกันมากขึ้น แต่ก่อนจิตอาสาถูกส่งให้ไปทำนั่นนี่ จิตอาสา อสม. คนชุมชนรู้สึกเหมือนถูกกดทำให้ไม่เห็นคุณค่าตัวเองเท่าไร พอปรับวิธีการทำงาน เขารู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของทีมมากขึ้น เราพบว่า หลายที่ที่รอดทำสำเร็จ เราพบว่าเพราะมีแกนในการบริหารจัดการทีมได้ดี บางทีตัวแกนเป็นพระ บางทีเป็นเจ้าหน้าที่ บางทีเป็นจิตอาสาหรือผู้นำชุมชน มันเป็นไปได้หลายแบบมากเลย”

๒.๗.๒ มุมมองและทักษะต่อการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตของบุคคลต่าง ๆ ในสังคมไทย



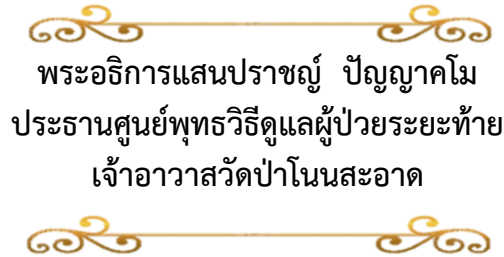
พระอธิการไพศาล วิสาโล



“การที่เราวางแผนไว้ล่วงหน้ายังสอดคล้องกับหลักทางพุทธศาสนา คือ การแสดงความไม่ประมาทกับชีวิต แม้ตอนนี้เราอาจยังสุขภาพดี อายุยังน้อย หากแต่ชีวิตเป็นสิ่งไม่เที่ยง และความตายก็เป็นสิ่งที่ไม่สามารถทราบได้ว่าจะเกิดกับเราเมื่อไร ฉะนั้น ในขณะที่เรายังสุขภาพดีก็อย่าประมาทกับชีวิต และวางแผนเอาไว้เนิ่น ๆ ว่าหากถึงวันที่เกิดอะไรขึ้นแล้ว เราจะมีคำสั่งเสียอะไรไว้ล่วงหน้า เพราะความตายไม่ใช่เรื่องน่ากลัว หากแต่การเตรียมความพร้อมในลักษณะนี้ไว้ จะเป็นส่วนทำให้เราตายดี ไปอย่างสงบได้

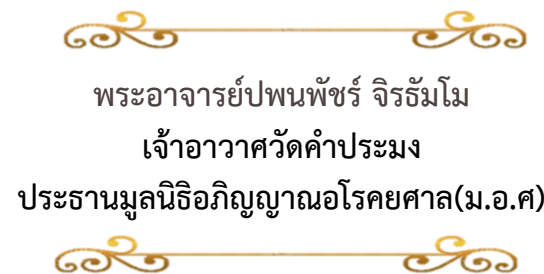
^{๗๔} โครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย”, สืบค้นเมื่อ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๖,

การที่ครอบครัว ญาติ ลูกหลาน ช่วยให้พ่อแม่หรือสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตได้จากไปอย่างสงบ หลังจากที่ได้อุทิศแบบประคับประคองอาการไปแล้ว จึงไม่ใช้การทรมาน และห่างไกลจากคำว่า “ลูกหลานไม่ดูแล ไม่ยื้อชีวิต” เพราะหากตายก็คือการตายเพราะโรคภัย แต่ไม่ใช่ลูกหลานที่ไปเร่งการตาย”



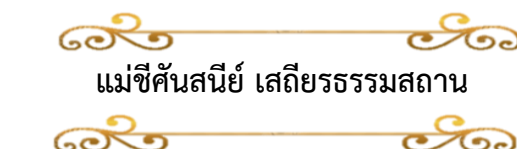
พระอธิการแสนปราษฎ์ ปัญญาโคโม
ประธานศูนย์พุทธวิธีดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
เจ้าอาวาสวัดป่าโนนสะอาด

“วัดป่ากรรมฐานบ้านโนนสะอาด เป็น Buddhist Hospice Care Center แห่งแรกของประเทศไทย พร้อมให้ญาติโยมได้เป็นอาจารย์ใหญ่ทางจิตวิญญาณด้วยตนเอง ด้วยการนำธรรมะเป็นที่พึ่งในระยะท้าย และใช้ช่วงท้ายของชีวิตอย่างมีคุณค่าเพื่อเตรียมพร้อมที่จะจากไปอย่างสง่างามและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ อาตมาพร้อมเปิดวัดให้พระสงฆ์ที่อาพาธได้มาพักรักษา ให้ญาติโยมที่อยู่ในระยะท้ายได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้การข้ามภพข้ามชาติเป็นไปอย่างสงบและงดงาม”



พระอาจารย์ปพนพัชร จิรธัมโม
เจ้าอาวาสวัดคำประมง
ประธานมูลนิธิอภิญญาอโรคยศาล(ม.อ.ศ)

“อยู่สบาย ตายสงบ งบไม่เสีย” เป้าหมายของการรักษาไม่ได้อยู่ที่รักษาโรคให้หายหรือทุเลาเบาบางลงไปแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่อยู่ที่สามารถตอบสนองความต้องการตามธรรมชาติของผู้ป่วย ที่ต้องการความเข้าใจชีวิตและมีความสุขในช่วงที่เจ็บป่วย ถ้าหากว่าจะต้องเสียชีวิตก็เสียชีวิตไปอย่างสุขสงบ (ตายแบบยิ้มได้) ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของการปฏิบัติตามแนวทางศาสนาและวิทยาศาสตร์การแพทย์ ญาติและผู้ป่วยก็จะได้รับประโยชน์จากการช่วยดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะมีผลในการปรับทัศนคติในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข และสามารถเข้าใจและดูแลตนเองไม่ให้ป่วยเป็นมะเร็งต่อไป



แม่ชีคันสนีย์ เสถียรธรรมสถาน

“เรามองใบไม้หนึ่งใบ เราเห็นใบไม้ร่วงใช่ไหม และใบไม้ที่ร่วงมันมาตั้งแต่แรก คือ ใบไม้ที่ผลิใบในการผลิใบของใบไม้หนึ่งใบมันมีการร่วงอยู่แล้วด้วย การเกิดและตายจึงเป็นแพ็กเกจเดียวกัน แต่มนุษย์ชอบการเกิด แล้วเรามักจะลืมความตาย...การเตรียมตัวตายที่ดี คือ อยู่อย่างสงบเย็นแล้วเป็นประโยชน์...”

คุณหญิงจันทรี หาญเจนลักษณ์

“เราสนใจความตายมาตั้งแต่เด็ก รู้สึกว่าความตายมันอยู่กับเรา มันอยู่กับชีวิต ทำเรื่องความตายมาสิบกว่าปี ตั้งชีวมิตร วิสาหกิจเพื่อสังคม ตั้งเยื่อนเย็น วิสาหกิจเพื่อสังคม เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้การเจ็บป่วยระยะท้ายและความตาย มีเรื่องเทคโนโลยีทางการแพทย์ บางช่วงเทคโนโลยีนี้อาจจะเหมาะ บางช่วงเทคโนโลยีนี้อาจเป็นความทรมาน

เรื่องความตาย มันต้องทำ เพราะทุกคนมันตาย แล้วการตายระยะท้ายที่ยืดเยื้ออย่างทรมาน ความตายที่มีห้วง มีความกังวล ความตายที่ยังเจ็บปวดกับอดีต เป็นเรื่องสำคัญ คนจำนวนมากไม่อยากตายใน ICU หลายคนอยากตายอยู่ที่บ้าน แวดล้อมในสิ่งที่ตัวเองคุ้นเคย ก็ได้ไปช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้อยู่ที่บ้านอย่างสบาย ดูแลด้านการแพทย์ ด้านจิตใจ เราต้องการเห็นผู้ป่วยตายตามที่ตัวเองต้องการ มีเรื่องกฎหมายเข้ามาเกี่ยวข้อง การตายที่บ้านมีเรื่องมรณบัตร มันจะยังงัย เราทุกคนที่อายุมาก ไม่ว่าจะอยากตาย โรงพยาบาลหรืออยากตายบ้าน เข้าไปศึกษากฎหมายด้วยก็ดี โดยเฉพาะเกี่ยวกับ Advance Care Plan

สิ่งที่อยากฝาก คือ หนึ่ง เป็นตัวของตัวเอง ณ ปัจจุบันมีค่าที่สุด สอง สติ สมานธิ ถ้าฝึกไว้ให้ดี เขาจะมาโดยอัตโนมัติ ไม่ว่าจะเจ็บหรือกำลังจะตาย ขาหักทั้งหลาย เขาจะมาช่วยเราในตอนที่เราไม่ได้ตั้งใจด้วยซ้ำ สาม เมตตา เมตตากับตัวเอง เมตตากับทุกสิ่งทุกอย่าง สิ่งแวดล้อม และคนที่แวดล้อม อันนี้สำคัญมากที่สุด”

คุณหญิงชญา วัฒนศิริธรรม

“หนังสือแสดงเจตนามีประโยชน์กับทุกฝ่าย มีประโยชน์กับผู้ตายในแง่การเตรียมตัว มีประโยชน์กับครอบครัวในการทำความเข้าใจว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไร มีประโยชน์กับแพทย์พยาบาลในการวางแผนดูแลรักษา แต่การเตรียมตัวเพื่อลาจากแค่แสดงเจตนาไม่พอ ต้องทำให้ครบถ้วน”

คุณวรรณ จารุสมบุญ - สถาบันชุมชนกฐณา

“เพราะการเผชิญความสูญเสียเป็นประสบการณ์ครั้งสำคัญของชีวิต หน้าที่การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และการตายดี จึงไม่อาจจำกัดเพียงครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข เท่านั้น หากเป็นความรับผิดชอบของทุกคน แม้จะไม่ใช่ว่าผู้เชี่ยวชาญ แต่เราทุกคนสามารถมีส่วนช่วยเหลือได้ตามความศักยภาพ ความสามารถ และบทบาทหน้าที่ที่เป็นอยู่ ขอเพียงมีความกรุณา เห็นอกเห็นใจผู้ที่กำลังเผชิญความสูญเสีย แม้การช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก

น.ต.นิติชัย เครือวัลย์ (คุณพ่อน้องน้ำแข็ง)

“สิ่งที่ทำให้ตัดสินใจบอกความจริงกับลูกเพราะเราเคารพสิทธิในตัวเขา เราจะไม่ทำอะไรก็ตามที่เป็นการปกปิด เพราะเมื่อเริ่มโกหกต้องมีครั้งต่อไป ถ้าต้องสร้างเรื่องโกหกจะเป็นการทำร้ายจิตใจลูก ลูกจะรู้สึกอย่างไรถ้าเราแอบไปคุยกับหมอ เขาต้องสงสัยว่าทำไมหมอถึงเรียกพ่อไปคุย ทำไมหมอถึงไม่บอกหนู? แล้วการที่หมอมาเจาะเลือดเพื่ออะไร?”

เมื่อไหร่ก็ตามที่เริ่มโกหกจะเกิดความไม่ไว้วางใจกัน ผมคิดว่าการพูดความจริง ไม่ว่าจะรักษาหรือทำใจยากแค่ไหน การเข้าใจกันของผู้ป่วย ญาติ และหมอ จะทำให้การรักษาเป็นไปได้ด้วยดี ซึ่งการได้พูดความจริงทำให้ใจเบา และรู้สึกว่สิ่งที่กำลังแบกทุเลาลง เพราะแบกรับเฉพาะเรื่องโรคไว้เพียงเรื่องเดียว แต่ในแง่ความรู้สึกและความสัมพันธ์ของเราดีขึ้น

สิ่งสำคัญของการตัดสินใจของคนไข้และครอบครัว คือ ต้องรู้จริง ๆ ว่าเป็นอย่างไร เพื่อตัดสินใจได้ตรงกับความต้องการจริง ๆ

นายที้ เอกวิจิตร “อู๋ บุดดาเบลส”

ได้อัดคลิปวิดีโอพินัยกรรมไว้เปิดตอนตาย เพื่อให้ครอบครัวจัดงานศพในแบบที่ตนเองตั้งใจไว้ ซึ่งเป็นหนึ่งในโครงการ Happy Deathday : งานที่จะเปลี่ยนวันตายให้กลายเป็นวันสุข

“ถ้าได้ดูวิดีโอนี้ก็คงตายไปแล้ว ก็ฝากปากกับคุณแม่ด้วยนะ พี่เอ็กเป็นธุระจัดการให้ทีนะ อย่างที่คุย ๆ กันไว้ว่าอยากได้ใส ๆ ครอบตัวเอาไว้ สภาพศพ อวัยวะที่พอจะบริจาคได้ก็เอาไว้ก่อน หลังจากนั้นอวัยวะที่เหลือเอาไว้ให้คนพิจารณาซากศพ ก็หาโลงแก้ว ตูปลาก็ได้ ไปสั่งตัดไม้เท้าไม้ห่อหอก ติดต่อสวมนมอกซ์ก็ได้ว่าจะไปแสดงที่ไหน ให้คนพิจารณาสังขารเรา ปากกับคุณแม่อย่าคิดว่าทำอะไรพิเรนทร์นะ เคยคุยกันแล้วว่าน่าจะเข้าใจเจตนาดี แล้วอันนี้เป็นบุญกุศลสูงสุด ที่ได้แสดงธรรมให้คนอื่นดูในวาระสุดท้าย ถ้ามันวุ่นวายหรือติดข้อกฎหมายอะไรก็แล้วแต่ ถ้าไม่ได้ใช้เผาเชิงตะกอนก็ได้ คือ วางศพบนแคร่ไม้ แล้วก็เผาให้คนพิจารณา ก็ขอรับรองถ้าทำได้ ช่วยทำให้ด้วย เป็นคำขอครั้งสุดท้าย หวังว่าไม่เป็นการรบกวนกันเกินไป ถือว่าทำบุญร่วมกันเป็นครั้งสุดท้าย ก็ฝากด้วยนะ”



นายอาทิตย์ราห์ คงมาลัย ตูณ bodyslam



ประพันธ์เนื้อร้องและแต่งทำนองเพลง “เตรียมตัวตาย”

“คนคนหนึ่ง ชีวิตได้ทำเรื่องสวยงาม ไม่เสียใจ เตรียมตัวตายแม้ชีวิตบทสุดท้ายเมื่อไร วันนี้ไม่กลัว... ความสุขที่ยิ่งใหญ่ได้มีชีวิตเพื่อใคร”



นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช



“ยิ่งอายุเยอะ ผมยิ่งไม่กลัวตาย เพราะผมได้ทำพินัยกรรมไว้หมดแล้ว ได้บอกลูกหลานไว้แล้วว่า ในวันที่ผมไม่ไหว ไม่ต้องมาช่วยต่อชีวิต”

“ผมคิดว่าสังคมผู้สูงอายุ เป็นเรื่องที่ต้องเตรียมตัวเอง หรือตนเป็นที่พึ่งแห่งตน อย่าไปหวังพึ่งคนอื่นมาช่วย อย่าไปหวังพึ่งรัฐบาล และอย่าอ้างว่าตัวเองขณะนี้ปากกัดตีนถีบ เงินต่อเดือนไม่พอ เตรียมตัวไม่ได้ เพราะเรื่องนี้สามารถเตรียมตัวได้ตั้งแต่แรกเกิด”



นายแพทย์มงคล ณ สงขลา



“มีมากกว่านี้ ก็ไม่ได้ทำให้มีความสุขไปกว่านี้” “ให้ศพของผม ได้ใช้ประโยชน์”

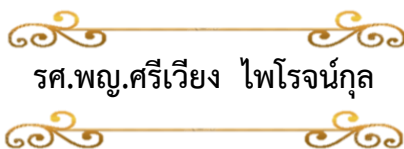
“หากวันเวลาใดที่ข้าพเจ้าเจ็บป่วยถึงจุดที่หมอวินิจฉัยตามมาตรฐานวิชาชีพแล้วเห็นว่าเสียชีวิตอย่างแน่นอน ไม่มีทางที่จะรักษาให้กลับมามีชีวิตได้อีก ข้าพเจ้าไม่ต้องการรับการรักษาใด ๆ และถือว่าหมอได้ทำบุญคุณต่อข้าพเจ้าที่ถือปฏิบัติตามนี้”



ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา



“ประเทศไทยพัฒนาไปได้ดี คือ การให้มีการทำ Living will อย่าลืมนึกว่าคนไข้ทุกคนเป็นเจ้าของชีวิตตนเอง แพทย์ไม่ได้เป็นเจ้าของชีวิตเขา หากเขารู้ถึงการเจ็บปวดของตัวเอง แพทย์ไม่ได้เป็นเจ้าของชีวิตเขา หากเขารู้ถึงการเจ็บปวดของตัวเอง เขาจะตัดสินใจเลือกการรักษาของเขาเองว่าพร้อมจะไปแล้ว คนไข้ต้องได้รับรู้สภาพของโรคตามความเป็นจริง ไม่ใช่การเข้าใจผิดหรือไม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องทั้งหมด”

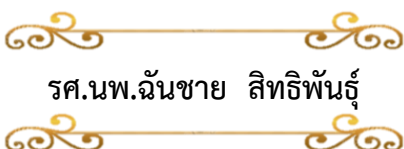


รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล



“หมอส่วนใหญ่ถูกฝึกให้เป็นคนเก่ง รักษาโรคได้ดีเยี่ยม ดังนั้น เมื่อไหร่ที่คนไข้ตายเหมือนเขาล้มเหลว ซึ่งหมอส่วนใหญ่ไม่ยอมรับการล้มเหลว ทำให้หมอกำทุกอย่างที่ทำได้ ซึ่งคนไข้จะทุกข์ทรมาน เนื่องจากในหลักสูตรแพทย์ไม่มีการฝึกอบรมเรื่อง Palliative มากพอเพื่อให้ตระหนักว่า ถ้าคนไข้ไม่สามารถไปต่อได้แล้ว เราควรประคองชีวิตที่เหลืออยู่อย่างไม่ทุกข์ทรมาน

หมอส่วนใหญ่ยังไม่ตระหนักว่าหมอ Palliative มาช่วยอะไรได้บ้าง ในหลักสูตรแพทย์ควรให้หมอทุกคนต้องเรียน Basic Palliative Care เรียนรู้วิธีการจัดการอาการ การสื่อสาร และอาจต้องมีหมอผู้เชี่ยวชาญเฉพาะมาดูแลเคสที่ซับซ้อนยุ่งยาก ดังนั้น ต้องปรับหลักสูตรให้แพทย์ได้รับการพัฒนาทักษะเรื่อง Palliative Care และทำให้ภาคประชาชนตระหนักว่า ถ้าโรคไปต่อยากแล้วมีการดูแลแบบประคับประคองเป็นทางเลือกที่ดีกว่า และเขาก็ยังได้รับการรักษาตามแนวทางของการดูแลแบบประคับประคอง ไม่ได้ถูกทอดทิ้ง”



รศ.นพ.ฉันทชาย สิทธิพันธุ์



“หัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในฐานะบุคลากรทางการแพทย์ คือ ควรให้การรักษาที่ได้ประโยชน์ แต่หยุดการรักษาที่ไม่ได้ก่อให้เกิดประโยชน์ ซึ่งสิ่งนี้เองจะเป็นส่วนสำคัญต่อการขับเคลื่อนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) หรือ ACP รวมถึงการทำหนังสือแสดงเจตนาการดูแลตนเองในระยะสุดท้าย หรือ Living will ในประเทศไทย

หลักการสำคัญที่จะบอกว่าการรักษาเป็นประโยชน์หรือไม่ คือ การประเมินว่าการรักษานั้นตอบสนองต่อเป้าประสงค์ของเราหรือไม่ ซึ่งเป้าประสงค์นี้อาจแปรเปลี่ยนไปตามระยะของโรค เช่น หากเป็นโรคในระยะที่สามารถรักษาให้กลับมาใช้ชีวิตตามปกติได้ เป้าหมายก็คือการทำให้หายจากโรคโดยเร็ว แต่เมื่อเป็นโรคในระยะท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เป้าหมายสูงสุดอาจเป็นการทำให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดช่วงที่จะต้องอยู่อย่างทุกข์ทรมานลงให้น้อยที่สุด

หากเราช่วยให้คนไข้อยู่ได้นานขึ้น แต่เขาต้องทนอยู่อย่างทรมาน ไม่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ก็ถือว่าการรักษานั้นไม่มีประโยชน์ แต่หากการยื้อชีวิตออกไปอีกไม่กี่วันนั้น เป็นไปเพื่อให้ลูกหลานสามารถเดินทางมาพบหน้าได้ทัน อันนั้นอาจถือว่าเป็นประโยชน์ เพราะสามารถตอบวัตถุประสงค์ได้ ฉะนั้น ในบริบทจึงต้องถามเสมอว่าจุดประสงค์ของการรักษานั้นทำไปเพื่ออะไร และอีกสิ่งที่ต้องคำนึง คือ ต้องเป็นประโยชน์ของคนไข้ ไม่ใช่เป็นประโยชน์ของญาติหรือของใคร”

ศ.ดร.นพ.อิศรางค์ นุชประยูร

“กรณีผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับโรคมะเร็งลุกลาม หากเลือกเข้ากระบวนการรักษา เจอแพทย์ รับเคมีบำบัด ให้การรักษาตามมาตรฐาน สุดท้ายหากมะเร็งไม่หายและกลับมาใหม่เรื่อย ๆ ก็อาจต้องตายด้วยความผิดหวัง หรือบางรายหนีไปลองการแพทย์ทางเลือก ก็อาจตายอย่างทรมานโดยที่สุดท้ายไม่หายเหมือนกัน แต่หากเรามาเจอกับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ก็อาจตายดีแบบมีศักดิ์ศรีได้

มะเร็งไม่มีอะไรน่ากลัว มันมีทั้งชนิดที่รักษาได้ คือ มีโอกาสหายขาดได้ แต่ก็ไม่ได้แปลว่าหายขาดชั่วนิรันดร์กับชนิดที่รักษายาก ที่แปลว่าจะรักษาหรือไม่ โอกาสหายก็แทบไม่มีเหมือนกัน ฉะนั้น หากเราไม่ได้กลัวความตาย แต่กลัวทรมาน การดูแลแบบประคับประคองนี้จะให้ความมั่นใจได้ว่าคุณจะไม่ต้องเจอกับความทรมาน จะได้อยู่บ้าน ใช้ชีวิตอย่างเต็มที่ และตายได้อย่างมีความสุขได้”

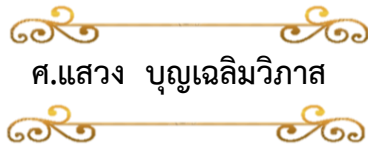
นาวาเอก นายแพทย์พรศักดิ์ ผลเจริญสมบูรณ์

“คนทั่วไปมักไม่รู้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับกระบวนการตายและความทุกข์ทรมานทางร่างกายของผู้ป่วยระยะท้าย เราจึงเข้าไปแทรกแซงกระบวนการตายตามธรรมชาติด้วยการรักษาอาการหรือการยื้อต่าง ๆ ทางฝ่ายลูกหลานมักต้องการยืดกระบวนการตายของพ่อแม่ให้ยาวนาน เพราะความรู้สึกผิดหรือความกตัญญู ในขณะที่ผู้ป่วยระยะท้ายหลายคนอาจจะยังทนฝืนอยู่ไปเพราะเกรงใจลูกหลาน ยังรักยังห่วง จึงอยู่ต่อไปเพื่อจะได้เป็นร่มโพธิ์ร่มไทร นั่นเท่ากับเป็นการยืดกระบวนการตายให้ยาวนานขึ้น และทำให้เกิดความเจ็บปวดทรมานเพิ่มมากขึ้น แทนที่จะปล่อยให้ไปตามธรรมชาติซึ่งสั้นกว่าและเจ็บปวดทรมานน้อยกว่า

เราสามารถแก้ไขปัญหานี้ได้ด้วยการให้ผู้ป่วยและญาติได้รู้ข้อเท็จจริง และในท้ายที่สุดต้องให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกด้วยตัวเอง หมอรู้ถึงความทุกข์ทรมาน จึงแนะนำให้เราไม่ต้องยื้อความตายไว้นานเกินไป ในขณะที่คนทั่วไปอาจจะมองว่าเป็นความใจร้าย แต่ถ้าเราเอาความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก และถ้าเขาพูดได้ บอกได้ และตัดสินใจเลือกเองได้ หมอมั่นใจว่าเขาจะบอกว่าวิถีทางตามธรรมชาตินั้นดีที่สุด”

พว.พรวรินทร์ นุตราชวงศ์

“ในช่วงเวลาที่วาระสุดท้ายของชีวิตใกล้เข้ามา ในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วย หากสามารถตอบสนองความต้องการหรือช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อทำในสิ่งสุดท้ายที่เขาต้องการหรือทำเรื่องที่ยังค้างคาใจของผู้ป่วยให้จบก่อนที่เขาจะจากไป ก็ถือเป็นบุญกุศลมหาศาล เพราะมนุษย์ทุกคนล้วนแล้วแต่มีเรื่องที่ยังค้างคาอยู่ในใจ การช่วยจัดการเงื่อนไขที่ยังค้างคาอยู่ในใจของผู้ป่วยและจะทำให้เขาจากไปอย่างสงบ”



ศ.แสง บุญเฉลิมวิภาส



“ในทางปฏิบัติผู้ป่วยที่ใกล้ตาย ไม่อยู่ในฐานะที่จะแสดงเจตนาเช่นนั้นได้ เพราะส่วนใหญ่อยู่ในภาวะที่ไม่รู้สึกตัว การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจึงเป็นเรื่องของแพทย์กับญาติ จุดนี้เองก็ให้เกิดปัญหาอย่างมาก

ปัญหาดังกล่าวนำมาสู่แนวคิดในเรื่องหนังสือแสดงเจตนา (Living Will) คือ ให้มีการแสดงความจำนงไว้ล่วงหน้าได้ หรือบางครั้งเรียกว่า Advanced Directives คือ การระบุแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ไว้ล่วงหน้า ซึ่งในหลายประเทศมีกฎหมายรับรองในเรื่องนี้”



นพ. อัมพล จินดาวัฒนะ



“มาตรา ๑๒ ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่กำหนดสิทธิให้บุคคลปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตได้นั้น

เป็นการบรรจบกันของ ๔ เรื่อง คือ หนึ่ง ความเป็นธรรมชาติของชีวิต ความเชื่อ และศาสนา สอง การพัฒนาระบบการรักษาพยาบาล สาม เรื่องสิทธิของบุคคล และ สี่ เรื่องค่าใช้จ่าย

เป็นหมายเหตุสำคัญต่อเรื่อง “สุขภาวะในวาระสุดท้ายของชีวิต” ซึ่งควรมีการเรียนรู้ร่วมกันและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ให้สอดคล้องกับสังคมที่เปลี่ยนไปตลอดเวลา”

บทที่ ๓

ผลการศึกษา

๓.๑ มิติระบบบริการสุขภาพ

๓.๑.๑ ความสามารถของระบบบริการดูแลแบบประคับประคอง

จากการรายงานข้อมูลในระบบ HDC ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๖

๑. โรงพยาบาล (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ ๑๒ เขต จำนวนทั้งสิ้น ๘๙๙ แห่ง มีบริการการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ร้อยละ ๑๐๐

๒. โรงพยาบาล (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ ๑๒ เขต มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ร้อยละ ๕๖.๑๔

๓. โรงพยาบาล (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ ๑๒ เขต มีผู้ป่วยประคับประคองที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ร้อยละ ๓๕.๘๐

๔. โรงพยาบาล (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ ๑๒ เขต มีการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วยประคับประคอง และได้รับการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ ๔๑.๓๒

๕. โรงพยาบาล (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ ๑๒ เขต มีการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพในโรงพยาบาล (Work Load) ปึงประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ร้อยละ ๓๓.๗๔

๖. โรงพยาบาล (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ ๑๒ เขต มีการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ปึงประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ร้อยละ ๓๐.๔๗

จะเห็นว่าแม้ว่าประเทศไทยจะมีจำนวนโรงพยาบาลภาครัฐทุกระดับทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในเขตสุขภาพทั้ง ๑๒ เขต มีการจัดบริการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ครอบคลุมร้อยละ ๑๐๐ แต่ในเชิงคุณภาพยังพบว่าระบบบริการยังมีการดำเนินงานที่ยังต้องพัฒนาให้ได้ตามเป้าหมายในด้านคุณภาพ โดยเฉพาะการเข้าถึงยาแก้ปวดที่จำเป็น การส่งเสริมระบบบริการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองมีการจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้าและการแสดงเจตนาในระยะสุดท้ายของชีวิตตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ได้อย่างครอบคลุม

๓.๑.๒ มาตรฐานการรับรองคุณภาพของระบบบริการแบบประคับประคอง

จากการที่อุบัติการณ์ของผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง โรคร้ายแรงและโรคที่คุกคามต่อชีวิต มีจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ความต้องการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตทวีความสำคัญมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งในทางการแพทย์การดูแลแบบประคับประคองถูกออกแบบมาเพื่อการดูแลประชากรในกลุ่มดังกล่าว เนื่องมาจากการดูแลแบบประคับประคองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาอาการให้หายขาดได้แล้ว

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้ระบบบริการสุขภาพต้องบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาตลอดช่วงชีวิต มีความพยายามจัดรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชนหลากหลายรูปแบบ โดยสามารถสรุปรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยได้ ๔ รูปแบบ คือ (๑) การดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนา (๒) การดูแลที่บ้าน/การดูแลโดยชุมชน (๓) การดูแลในโรงพยาบาล และ (๔) การดูแลโดยสถานพยาบาลที่บ้าน^{๗๕}

สำหรับรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล ปัจจุบันประเทศไทยมี**สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)** ทำหน้าที่รับผิดชอบในการจัดทำเกณฑ์การประเมินคุณภาพโรงพยาบาล โดยมีการออกมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕^{๗๖} โดยเกณฑ์ดังกล่าวได้กำหนดมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคองไว้ว่า

๑. ทีมดูแลผู้ป่วย มีความตระหนักในความต้องการของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่มีลักษณะเฉพาะโดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

๒. ผู้ป่วย/ครอบครัว ได้รับการประเมิน/ประเมินซ้ำ เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การตอบสนองต่อการบำบัดอาการ ความต้องการด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ

๓. ทีมดูแลผู้ป่วยมีการนำผลการประเมินที่ได้ มาวางแผนดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

๔. องค์กรประสานเชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมและระหว่างหน่วยบริการกับการดูแลที่บ้านหรือชุมชนเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

๕. องค์กรให้มีการทำแผนดูแลล่วงหน้า (advance care planning) และการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข โดยเป็นไปตามความประสงค์/ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และในกรณีที่มีการจัดทำ ให้มีการสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยได้รับทราบ

๖. ทีมผู้ให้บริการให้การดูแลระยะสุดท้าย (end of life) หรือในช่วงใกล้เสียชีวิต (terminal care) อย่างเหมาะสมทั้งในด้านการบรรเทาอาการ ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

นอกจากนี้ยังมี**องค์กร Joint Commission International (JCI)**^{๗๗} เป็นองค์กรสากลจากประเทศสหรัฐอเมริกาที่ตรวจสอบมาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัย เพื่อให้การรับรองคุณภาพแก่โรงพยาบาลต่าง ๆ เป้าหมายสำคัญขององค์กร คือ การปรับปรุงการดูแลรักษาสุขภาพของโรงพยาบาลทั่วโลก และให้การสนับสนุนการรักษาและการบริการทางการแพทย์ให้ปลอดภัยและมีความทันสมัยมากยิ่งขึ้น โรงพยาบาลที่ได้รับมาตรฐาน JCI คือ โรงพยาบาลที่มีความเป็นเลิศในทุกมาตรฐาน ซึ่งรวมถึงความมุ่งมั่นในการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น โดย JCI ถูกก่อตั้งโดยองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร โดยได้ให้การรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลมากกว่า ๔๐๐ แห่งทั่วโลก ทุกโรงพยาบาลจะต้องได้รับการตรวจสอบจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สุขภาพขององค์กร JCI และพนักงานทุกคนของทางโรงพยาบาลจะต้อง

^{๗๕} อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ ๖๑

^{๗๖} อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ ๔๕

^{๗๗} Health care expert group Thailand, มาตรฐานการรับรอง JCI สำหรับโรงพยาบาล ฉบับที่ ๖ มีผลบังคับใช้ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐

ผ่านการตรวจสอบมาตรฐานจากทางองค์กร โดยมีเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วยและครอบครัว ในการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต ดังนี้

๑. โรงพยาบาลมีส่วนรับผิดชอบในการจัดสรรกระบวนการที่ส่งเสริมสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในระหว่างการรักษา

๑.๑ โรงพยาบาลพยายามลดข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ภาษา วัฒนธรรม และข้อจำกัดต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงและการส่งมอบบริการให้แก่ผู้ป่วย

๑.๒ โรงพยาบาลให้บริการด้านการรักษาที่ส่งเสริมเกียรติของผู้ป่วย เคารพในค่านิยมและความเชื่อ รวมถึงสนองตอบความต้องการในด้านจิตวิญญาณและพิธีกรรมทางศาสนา

๑.๓ เคารพในสิทธิของผู้ป่วยในด้านความเป็นส่วนตัวและข้อมูลสุขภาพที่ผู้ป่วยต้องได้รับการปกปิด

๑.๔ โรงพยาบาลกำหนดมาตรการในการป้องกันทรัพย์สินของผู้ป่วยสูญหายหรือถูกโจรกรรม

๑.๕ ผู้ป่วยได้รับการป้องกันจากการถูกทำร้ายร่างกาย และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับการบ่งชี้เพื่อป้องกันภาวะคุกคามอื่น ๆ เนื่องจากไม่สามารถป้องกันตนเองได้

๒. ผู้ป่วยได้รับข้อมูลในทุกแง่มุมของการบำบัดรักษา มีส่วนร่วมในกิจกรรมและการตัดสินใจในกระบวนการ ดังกล่าว

๒.๑ โรงพยาบาลให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องสิทธิและความรับผิดชอบในการปฏิเสธหรือยุติการบำบัดรักษา การระงับบริการฟื้นฟูชีพหรือการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต

๒.๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสิทธิของผู้ป่วยเพื่อประเมินและจัดการกับความเจ็บปวดรวมถึงตระหนักในการบำบัดรักษาต่อผู้ป่วยในระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทร

๓. โรงพยาบาลให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เรื่อง แนวทางรับเรื่องร้องเรียนและแนวทางปฏิบัติหลังจากที่โรงพยาบาลได้รับคำร้องเรียน ข้อขัดแย้ง หรือความคิดเห็นที่แตกต่างกันในแนวทางการบำบัดรักษา และสิทธิผู้ป่วยที่จะมีส่วนร่วมในกระบวนการที่กล่าวมาข้างต้น

๔. ผู้ป่วยทุกรายได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสิทธิและความรับผิดชอบของตนเองด้วยวิธีการและภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ การขอคำยินยอมทั่วไป

๕. การให้คำยินยอมทั่วไปเพื่อการบำบัดรักษา ทั้งกรณีรับไว้เป็นผู้ป่วยในหรือเมื่อได้รับลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยนอกครั้งแรก ควรมีความชัดเจนในขอบเขตของการบำบัดรักษารวมถึงข้อจำกัดการขอคำยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว

๕.๑ ผู้ป่วยให้คำยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวผ่านกระบวนการซึ่งถูกกำหนดโดยโรงพยาบาลและถูกดำเนินการโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมด้วยวิธีการและภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้

๕.๒ มีการขอคำยินยอมก่อนกระบวนการผ่าตัด การระงับความรู้สึก การระงับประสาทเพื่อทำหัตถการ การให้เลือด และส่วนประกอบของเลือดรวมถึงหัตถการเสี่ยงสูงต่าง ๆ

๕.๓ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอถึงสภาวะหรืออาการของผู้ป่วย แนวทางการบำบัดรักษาหรือหัตถการที่จะเกิดขึ้น บุคลากรที่เป็นผู้ให้การบำบัดรักษา เพื่อให้ความยินยอมหรือตัดสินใจดำเนิน กิจกรรมบำบัดรักษา

๕.๔ โรงพยาบาลได้กำหนดกระบวนการระบุผู้ที่สามารถให้คำยินยอมแทนผู้ป่วยสอดคล้องตามระเบียบข้อบังคับทางกฎหมาย วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียม

นอกจากนั้นศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ยังได้จัดทำมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Quality Standards for Palliative Care^{๗๘} เพื่อให้ศูนย์การดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้ประเมินตนเองว่ามีความพร้อมในการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองในระดับใด โดยมีมาตรฐานคุณภาพ ๑๑ มาตรฐาน ได้แก่ โครงสร้างศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง บุคลากรและเครื่องมือ ลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคอง การเชื่อมประสานและการส่งต่อ การประเมินแบบองค์รวมและการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต การสนับสนุนผู้ดูแล การดูแลภาวะสูญเสีย การเข้าถึงและการใช้ยากลุ่ม Opioids และการพัฒนาคุณภาพ

ในส่วนของมาตรฐานระดับสากล ประเทศไทยได้ถูกจัดอันดับในระดับโลก (Global Ranking) ให้มีคุณภาพการตายอยู่ในลำดับที่ ๓๖ จาก ๘๑ ลำดับ หากเป็นในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ประเทศไทยอยู่ในลำดับที่ ๙ จาก ๑๕ ลำดับ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ Lien Center for Palliative Care ที่ Duke-NUS Medical School ซึ่งได้รับมอบหมายจาก Lien Foundation ได้จัดทำ Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021 ขึ้นมา เพื่อจัดลำดับดัชนีชี้วัดคุณภาพการตายของ ๗๙ ประเทศ (รวมฮ่องกงและไต้หวัน) โดยทั้ง ๗๙ ประเทศ มีประชากรรวมกันกว่าร้อยละ ๘๑ ของประชากรทั่วโลก การจัดอันดับและเกรตอ้างอิงจากตัวบ่งชี้หลัก ๑๓ ตัว ที่พัฒนาขึ้นผ่านการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์ของผู้เชี่ยวชาญ และจากแบบสอบถามจากกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย แล้วนำมาคำนวณทางสถิติ^{๗๙}

ซึ่งตามเกณฑ์ Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021 ได้จัดอันดับประเทศไทยว่าได้เกรด C และได้ประเมินประเทศไทยว่าในระดับโลก (Global Ranking) มีคุณภาพการตายอยู่ในลำดับที่ ๓๖ จาก ๘๑ ลำดับ หากเป็นในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ประเทศไทยอยู่ในลำดับที่ ๙ จาก ๑๕ ลำดับ

โดยเกณฑ์ดังกล่าวได้กำหนดให้มีตัวชี้วัด ๑๓ ตัวชี้วัด ที่ใช้ในการประเมินประเทศต่าง ๆ ได้แก่

๑. ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพให้ข้อมูลที่ชัดเจนและทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษาพยาบาลตนเองอย่างทันท่วงที
๒. หากเป็นไปได้ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมักจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยติดต่อกับเพื่อนและครอบครัว เพื่อให้มีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล
๓. ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพสนับสนุนความต้องการทางจิตวิญญาณในมิติต่าง ๆ ของผู้ป่วย
๔. ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความกรุณาและเห็นอกเห็นใจ
๕. ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพถามคำถามมากพอที่จะเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย

^{๗๘} ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นและเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง, มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Quality Standards for Palliative Care, ๒๕๖๔.

^{๗๙} Duke-NUS Medical School, Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021, สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕, <https://www.duke-nus.edu.sg/lcpc/quality-of-death/country-reports/THA>

๖. โดยทั่วไปผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจะให้การรักษาแบบยืดอายุ (Quality of Life Extending Treatments) ในระดับที่เหมาะสมและคุณภาพชีวิต

๗. ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพควบคุมความเจ็บปวดและความรู้สึกไม่สบายให้อยู่ในระดับที่ผู้ป่วยต้องการได้

๘. ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยรับมือกับอารมณ์และความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงไปตามแต่ละช่วงของอาการได้

๙. สถานที่ที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพให้การดูแลผู้ป่วยมีความสะอาด ปลอดภัย และสะดวกสบาย

๑๐. ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพสาขาต่าง ๆ จะประสานความร่วมมือการทำงานกันอย่างดี

๑๑. ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมักให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องที่ไม่เกี่ยวกับเรื่องการแพทย์

๑๒. ผู้ป่วยสามารถรักษาและเสียชีวิตในสถานที่ที่เลือกได้

๑๓. ค่าใช้จ่ายในการดูแลไม่เป็นอุปสรรคต่อผู้ป่วยในการเข้าถึงบริการการดูแลที่เหมาะสม

โดยสรุปแล้วเกณฑ์การประเมินคุณภาพมีหลายมาตรฐานที่แตกต่างกัน สถานพยาบาลมีทางเลือกในการขอรับการประเมินให้สอดคล้องกับบริบทการทำงาน แต่ระบบการประเมินและการควบคุมกำกับคุณภาพมาตรฐานทั้งในเชิงโครงสร้างและการจัดระบบบริการมีลักษณะเป็นการรวมศูนย์ไว้ที่ส่วนกลางแต่ยังไม่ได้มีการกระจายอำนาจในการประเมินและควบคุมกำกับคุณภาพไปยังระดับท้องถิ่น

๓.๑.๓ ระบบการเข้าถึงยาที่จำเป็นสำหรับใช้ใน (Palliative Care) โดยเฉพาะยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids

การควบคุมความปวดเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง หากไม่สามารถควบคุมความปวดได้แล้วจะไม่สามารถเริ่มกระบวนการในการดูแลในมิติอื่นได้เลย เนื่องจากความทุกข์ทรมานจากความปวดจะรบกวนการทํากิจวัตรประจำวันและการใช้ชีวิตอย่างมาก เมื่อร่างกายยังมีความทุกข์ทรมานอยู่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามมา ในการดูแลแบบประคับประคองยากกลุ่ม Opioids เป็นยาแก้ปวดที่มีประสิทธิภาพมากในการระงับความปวด องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แนะนำขั้นตอนการดูแลความปวด (WHO Analgesic Ladder) ซึ่งสรุปได้ว่า การดูแลความปวดไม่มากให้ใช้ยากกลุ่ม non-opioids เมื่อความปวดรุนแรงขึ้นให้ใช้ยากกลุ่ม weak opioids เมื่อผู้ป่วยปวดมากขึ้นอีกให้เปลี่ยนมาใช้ strong opioids

ในการดูแลและจัดการความปวดในทางการแพทย์จะใช้ยากกลุ่ม Opioids ในการจัดการความปวด ซึ่งหากพิจารณาจากประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๕^{๘๐} ได้กำหนดรายการยาที่มีกลุ่ม Opioids ประเภทของยาตามกฎหมายและลักษณะบรรจุ โดยมีรายละเอียดตามตารางต่อไปนี้

^{๘๐} ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๓๙ ตอนพิเศษ ๑๘๒ ง วันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๖๕

ลำดับ	ชื่อยา	ประเภทของยา	ลักษณะบรรจุ
๑	Buprenorphine hydrochloride	วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท ๒	sublingual tab, sterile sol
๒	Codeine phosphate	ยาเสพติดให้โทษประเภท ๒	tab
๓	Fentanyl เงื่อนไข ใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความเจ็บปวดรุนแรง	ยาเสพติดให้โทษประเภท ๒	sterile sol (as citrate) transdermal therapeutic system (as base)
๔	Methadone hydrochloride	ยาเสพติดให้โทษประเภท ๒	tab, oral sol
๕	Morphine sulfate	ยาเสพติดให้โทษประเภท ๒	cap, tab, SR cap, SR tab, oral sol, sterile sol
๖	Nalbuphine hydrochloride		sterile sol
๗	Pethidine hydrochloride	ยาเสพติดให้โทษประเภท ๒	sterile sol
๘	Tramadol hydrochloride		cap, tab, SR cap, SR tab, sterile sol

ซึ่งจากตารางดังกล่าวสรุปได้ว่ายาในกลุ่ม opioids ส่วนใหญ่เป็นยาที่อยู่ภายใต้การควบคุมตามประมวลกฎหมายยาเสพติด (ยกเว้นยา Nalbuphine hydrochloride และยา Tramadol hydrochloride ซึ่งเป็นยาอันตรายตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐) ซึ่งตามกฎหมายได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการควบคุมการใช้ประโยชน์ไว้อย่างเข้มงวด และจากการศึกษาเอกสารทางวิชาการในประเทศไทยสามารถสรุปปัญหาเกี่ยวกับการเข้าถึงยาในกลุ่ม Opioids ได้ดังนี้

(๑) มีกฎหมายเป็นอุปสรรคในการบริหารยา กล่าวคือ กฎหมายห้ามการยืมยาในกลุ่ม Opioids ระหว่างโรงพยาบาล เนื่องจากกฎหมายกำหนดหลักการว่า ห้ามจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ นอกจากสถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาต และกำหนดนิยามของคำว่า “จำหน่าย” ให้หมายถึง การยืมด้วย จากข้อกฎหมายดังกล่าวทำให้ในทางกฎหมายโรงพยาบาลไม่สามารถยืมยาระหว่างโรงพยาบาลได้ แต่ในทางปฏิบัติมีการยืมยากันอย่างแพร่หลาย เพราะยาในกลุ่ม Opioids มีข้อกฎหมายที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากในการจัดเก็บประกอบกับอายุการใช้งานของยาสั้นทำให้โรงพยาบาลขนาดเล็กจะไม่สำรองยาในคลังยาแต่จะใช้วิธีการบริหารยาเป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลโดยให้โรงพยาบาลแม่ข่ายที่เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่สำรองยาและแจกจ่ายยาไปยังโรงพยาบาลขนาดเล็ก

(๒) บุคลากรด้านสุขภาพกังวลกับข้อกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมการใช้ยาและมีทัศนคติที่ไม่ดีกับการใช้ยาในกลุ่ม Opioids เนื่องจากประมวลกฎหมายยาเสพติดได้กำหนดวิธีการและเงื่อนไขการใช้เก็บรักษา ทำลายที่เข้มงวดมาก หากทำผิดเงื่อนไขและขั้นตอนที่กำหนดอาจมีความผิดตามกฎหมายได้ นอกจากนั้นโรงพยาบาลหลายแห่งยังออกแนวทางการปฏิบัติภายในที่เกินจากที่กฎหมายกำหนด เช่น ห้ามนำยาออกนอกโรงพยาบาล นอกจากนั้นบุคลากรด้านสุขภาพมีทัศนคติที่ว่าผู้ป่วยไม่ควรใช้ยาในกลุ่ม Opioids มากเกินไป เพราะกลัวว่าผู้ป่วยจะติดยาทั้งที่ในหลายกรณีผู้ที่ใช้ยาในกลุ่ม Opioids เหล่านี้เป็นผู้ที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตแล้ว และในทางวิชาการมีเทคนิคและองค์ความรู้มากมายในการใช้ยาในกลุ่ม Opioids ให้เหมาะสมกับความปวดของผู้ป่วย ปัจจัยเหล่านี้เป็นเหตุทำให้บุคลากรด้านสุขภาพมีแรงจูงใจที่จะไม่จ่ายยาให้ผู้ป่วย

ดังนั้น ในเรื่องดังกล่าวจึงควรแก้ไขเพิ่มเติมหรือออกกฎหมายลำดับรองที่ออกตามประมวลกฎหมายยาเสพติดให้โรงพยาบาลเฝ้าระวังระหว่างโรงพยาบาลได้ รวมทั้งสร้างระบบการบริหารจัดการยา โดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการควบคุมยาในกลุ่ม Opioids และสื่อสารองค์ความรู้ในเรื่องการใช้ยาในกลุ่ม Opioids แก่บุคลากรด้านสุขภาพทั่วประเทศ

๓.๑.๔ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะสุดท้าย

สถานการณ์สภาวะด้านสุขภาพของประชากรไทย พบว่า แนวโน้มการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของไทยและมีแนวโน้มสูงขึ้น ๘ เท่า จาก ๑๒.๖ ในปี พ.ศ. ๒๕๑๐ เป็น ๔๓.๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ และ ๔๘.๕ ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก ๒๕.๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ เป็น ๓๑.๗ ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ ความชุกของประชาชนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์อัมพาต เพิ่มจากร้อยละ ๐.๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ เป็น ๑.๖ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ สะท้อนถึงความต้องการการบริการการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น ประเมินการว่าในระยะ ๑๐ ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ^{๔๑}

จากสถานการณ์สภาวะสุขภาพของประชากรไทยมีแนวโน้มการเจ็บป่วยทั้งเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังและไม่เรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีความต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น และในทางเศรษฐศาสตร์พบว่า ค่าใช้จ่ายของบุคคลในช่วงหกเดือนสุดท้ายของชีวิตมีมูลค่าสูงกว่าช่วงใด ๆ ของชีวิตคิดเป็นร้อยละ ๘ - ๑๑ ต่อปีของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเป็นร้อยละ ๑๐ - ๒๙ ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตอย่างเป็นองค์รวมที่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบและมีคุณภาพ โดยเฉพาะการจัดการดูแลที่บ้านหรือสถานพยาบาลกึ่งบ้าน (Hospice) จะเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล รวมถึงการลดภาระงานและกำลังคนได้อย่างมาก^{๔๒}

สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งแต่ละปีมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตประมาณสี่แสนคน และในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุราวสามแสนคนและจะมีจำนวนเพิ่มขึ้น จากการวิจัย “พร้อมรับสังคมสูงวัย: วางระบบดูแลผู้ป่วยระยะยาวกับทางเลือกระยะท้ายของชีวิต” งานวิจัยเลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็นสาเหตุหลักการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ ประมาณปีละกว่าสี่หมื่นคนและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาโดยตลอด ปัจจุบันมีผู้ป่วยมะเร็งกว่าหกแสนคนและจะเพิ่มขึ้น งานวิจัยได้ทำการสำรวจค่าใช้จ่าย ๒ กรณี คือ กรณีผู้ป่วยมะเร็งภายใต้โครงการ UC มีค่ารักษาพยาบาลเดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตเฉลี่ยราว ๔๕,๐๐๐ บาท โดยมีค่าใช้จ่ายสูงสุดกว่า ๓.๔ แสนบาท ในเดือนสุดท้ายของชีวิต แต่หากเป็นการดูแลในเดือนสุดท้ายที่บ้านอย่างมีมาตรฐานที่ผู้ป่วยมั่นใจได้ทั้งเรื่องอุปกรณ์ที่จำเป็น วัสดุสิ้นเปลือง ค่าตอบแทนและการเดินทางของบุคลากรและผู้ดูแล จะมีค่าใช้จ่ายประมาณ ๒๗,๐๐๐ บาท

ขณะที่ค่าใช้จ่ายในการดูแลในส่วนที่นอกเหนือจากระบบที่ภาครัฐให้การดูแล (ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) คือ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้ว อาทิ ค่าอุปกรณ์ วัสดุสิ้นเปลืองและค่าเดินทางผู้จัดการการดูแล ค่าผู้ดูแลและค่าเดินทางผู้ดูแล รวมเกือบหมื่นล้านบาท

^{๔๑} ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, มติชนออนไลน์, สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕, https://www.matichon.co.th/columnists/news_750576

^{๔๒} อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ ๓

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ และในปี พ.ศ. ๒๕๘๐ หรืออีก ๒๐ ปีข้างหน้า ค่าใช้จ่ายในการดูแลสูงอายุดิตบ้านหรือติดเตียงจะเพิ่มขึ้นเป็นเกือบสองแสนล้านบาท^{๘๓}

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นจะต้องพัฒนาและจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นโดยใช้พื้นฐานจากการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อเป็นแนวทางในการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐและของครัวเรือน รวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะท้าย อย่างไรก็ตาม ในเรื่องความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการดูแลแบบประคับประคองของประชาชนเป็นความท้าทาย โดยจากการสำรวจผู้ป่วยที่เข้ารับบริการรักษาในโรงพยาบาลในทุกภาคของประเทศไทย จำนวน ๑๔ โรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ (Tertiary care) พบว่า อุบัติการณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน ๑ ใน ๕ (ร้อยละ ๑๘.๗) ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด ในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ ๑๗.๓ ที่เข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง และมีเพียง ๑ ใน ๓ (ร้อยละ ๒๘) เท่านั้น ที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning; ACP) และหนึ่งในสี่ของผู้ป่วยที่มีอาการปวดไม่ได้รับยาแก้ปวด^{๘๔}

๓.๒ มิติสังคม

๓.๒.๑ สถานการณ์ของสังคมสูงวัยในสังคมไทยและการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

โครงสร้างทางประชากรของหลายประเทศทั่วโลกได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และกำลังจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) อันเนื่องมาจากอัตราเกิดที่ลดลงและผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ ๓ ต่อปี โดยในปี ค.ศ. ๒๐๓๐ จะมีจำนวนประชากรสูงอายุมากถึง ๑.๔ พันล้านคน และจะเพิ่มขึ้นถึง ๒ พันล้านคน ในปี ค.ศ. ๒๐๕๐^{๘๕} การสำรวจข้อมูลในปี ค.ศ. ๒๐๒๐ พบว่า ประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ ญี่ปุ่น (ร้อยละ ๓๔) อิตาลี (ร้อยละ ๓๐) และโปรตุเกส ฟินแลนด์ กรีซ (ร้อยละ ๒๙) ในขณะที่ประเทศสมาชิกอาเซียน ปัจจุบันได้เข้าสู่สังคมสูงวัยแล้วจำนวน ๖ ประเทศ ได้แก่ สิงคโปร์ ไทย เวียดนาม มาเลเซีย อินโดนีเซีย และเมียนมา^{๘๖}

^{๘๓} เจาะลึกระบบสุขภาพ, แนะนำส่งเสริมให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านรับมือสังคมสูงวัย, สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕, <https://www.hfocus.org/content/2016/10/12829>

^{๘๔} Pairajkul S, Thongkhamcharoen R, Raksasataya A, Sorasit C, Nakawiro P, Sudsa S, et al. Integration of Specialist Palliative Care into Tertiary Hospitals: A Multicenter Point Prevalence Survey from Thailand. Palliat Med Reports. 2021 ;2(1):272–9.

^{๘๕} กรมสุขภาพจิต, ก้าวของประเทศไทยสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ, สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๕, <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476>

^{๘๖} มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, “รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี ๒๕๖๓, สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๕, <https://thaitgri.org/?cat=12>

สำหรับประเทศไทย ข้อมูลของกรมกิจการผู้สูงอายุ พบว่า ประเทศไทยมีอัตราส่วนของประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป สูงขึ้นถึงร้อยละ ๑๐ ซึ่งถือเป็นการก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๘^{๘๗} และในปัจจุบัน ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ (Aged society) โดยมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งประเทศ และมีการคาดการณ์ว่าในอีก ๙ ปีข้างหน้า หรือในปี พ.ศ. ๒๕๗๔ ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society) หรือมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ ๒๘ ของประชากรทั้งประเทศ^{๘๘}

จากสถานการณ์สังคมสูงวัยที่ประเทศกำลังเผชิญ หนึ่งในประเด็นสำคัญที่ต้องเตรียมการเพื่อรองรับการก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์และสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดในอนาคต คือ ความต้องการบริการสุขภาพที่เปลี่ยนไป ซึ่งรูปแบบของการเสียชีวิตของประชากรเปลี่ยนแปลงจากการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อ โรคระบาด เป็นการเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากความเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต และโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ เป็นต้น โดยพบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประเทศไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๑ ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน^{๘๙} ซึ่งในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งจะมีความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ที่เป็นรูปแบบการดูแลที่ให้ความสำคัญในการจัดการกับอาการเจ็บปวดของโรคและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต^{๙๐}

จากสถานการณ์ที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัย ทำให้มีจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลมากขึ้น ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุไทยมีปัญหาคือ การขาดแคลนผู้ดูแล สถานการณ์ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยน่าเป็นห่วงอย่างมาก จากรายงานศึกษาของคณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการติดตามการปฏิรูปด้านสังคม กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย ได้นำเสนอสถานการณ์จุดแข็ง จุดอ่อน และสภาพปัญหาของระบบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้^{๙๑}

(๑) การดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในชุมชนด้วยการให้บริการกันเองในชุมชน โดย

ผู้ให้การดูแล (Care Giver : CG) พบว่า ปัจจุบันการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดย CG ในชุมชนยังไม่ครอบคลุมทุกตำบล และผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลจากผู้ดูแลในสัดส่วนที่สูง จากข้อมูลผู้สูงอายุในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ถึง ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยคำนวณสัดส่วนของ CG ในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ๑ : ๕ จะต้องการจำนวนผู้ดูแล CG จำนวน ๑๘๕,๖๘๐ คน ซึ่งในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ มี CG เพียง ๙๑,๘๖๔ คน เท่านั้น ทำให้การจัดบริการ LTC ของประเทศขาดความเข้มแข็ง เพราะยังไม่มีหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีภาวะ

^{๘๗} กรมกิจการผู้สูงอายุ, “สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย ๗๗ จังหวัด”, สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๕, <https://www.dop.go.th/th/known/side/1/1/1099>

^{๘๘} ภูษิต ประครองสาย, สสส.เสวนาถกปัญหารับมือชีวิตบั้นปลาย ห่วงผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มขึ้น หนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมมือขับเคลื่อน, สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๕, <https://www.tnnthailand.com/news/health/103902/>

^{๘๙} สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, “รวมพลังชุมชนต้านมะเร็ง”, สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๕, <https://www.nationalhealth.or.th/en/node/2208>

^{๙๐} วรารณ ขาญด้วยวิทย์ และคณะ, “เศรษฐศาสตร์ว่าด้วยสังคมอายุยืน”, สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, ๒๕๖๓, สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕, <https://tdri.or.th/wp-content/uploads/2020/10/LongevityEconomics.pdf>

^{๙๑} อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ ๕๐.

ฟังฟังจะได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และขึ้นกับการกำกับดูแลของ Care Manager ซึ่งบางพื้นที่พบว่า การดำเนินการอยู่ในระยะเริ่มต้น ยังไม่มีกระบวนการสร้างการเรียนรู้ร่วมกันในชุมชน

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น มีจำนวน ๑๓,๓๘๗ คน ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๖,๘๓๐ แห่ง ซึ่งยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ตำบลทั่วประเทศ (จำนวน ๗,๗๗๔ ตำบล) โดยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้จำนวน ๕๖,๐๔๔ คน รวมทั้งค่าตอบแทนที่ได้รับไม่สอดคล้องกับระยะเวลาการปฏิบัติงาน และบางครัวเรือน มอบหมายภารกิจหน้าที่ที่ไม่เหมาะสม ทำให้อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นมีความจำเป็นต้องหยุดปฏิบัติหน้าที่ไปบางส่วน ส่งผลให้จำนวนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

อาสาสมัครอื่น ได้แก่ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) และอาสาสมัครสาธารณสุข เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการทำงาน คือ การขาดเงินสนับสนุนค่าใช้จ่ายปฏิบัติงาน สำหรับ อสม. ปัจจุบันมีจำนวน ๑.๐๔ ล้านคน ทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้ และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพและป้องกันโรค แต่ อสม. ทำงานในพื้นที่ที่ทั้งเชิงรับและเชิงรุกเป็นอย่างมาก มีบทบาทหน้าที่ไม่ใช่เฉพาะการดูแลผู้สูงอายุ และส่วนใหญ่ขาดการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนและไม่มีเวลาทำงานเพื่อผู้สูงอายุ

รูปแบบอื่นที่เป็นนวัตกรรมบริการสุขภาพ เช่น นวัตกรรมบริการสุขภาพเชิงรุก ของโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) ซึ่งเป็นการออกเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ ร่วมกับท้องถิ่นและชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล และรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เช่น นวัตกรรมของโรงพยาบาลสารภีบรรพตพัฒนา อำเภอสารภี จังหวัด เชียงใหม่ กรณีเทศบาลตำบลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน นำร่องโครงการดูแลผู้สูงอายุด้วยระบบ Service to Care (STC) การดำเนินงานดังกล่าวยังคงขาดแคลนอัตรากำลังสหวิชาชีพ แต่การทำงานมีความร่วมมือ อย่างเป็นระบบกับหน่วยงานและอาสาสมัครในพื้นที่

(๒) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยการให้บริการในลักษณะสถาบันของภาครัฐ
(Public Institutional Care) โดย

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (ศพส.) ภายใต้สังกัดกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยให้บริการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบการสงเคราะห์แก่ ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้อุปการะหรือผู้ดูแล ซึ่งเป็นการให้บริการแบบมีที่พักอาศัย โดยมีผู้สูงอายุต้องการเข้ารับบริการจำนวนมาก ทำให้ไม่มีที่ว่างเพียงพอ บุคลากรไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้สูงอายุ ไม่มีแพทย์และพยาบาลประจำ โดยแต่ละแห่งมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน ทำให้มีข้อจำกัด ในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่การดูแลของ ศพส. มีความใกล้ชิดระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

สถานสงเคราะห์คนชราขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ให้บริการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบ การสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้อุปการะหรือผู้ดูแล ซึ่งเป็นการให้บริการแบบมีที่พัก อาศัย บางแห่งไม่รับผู้สูงอายุข้ามพื้นที่จังหวัด และมีผู้รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน การจัดบริการของสถานสงเคราะห์คนชรา บุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชราขาดองค์ความรู้ทักษะและ วิทยาการสมัยใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยแต่ละแห่งมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน แต่มีการให้บริการดูแลที่มีความสะดวก มั่นคงและปลอดภัย ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ อีกทั้งองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นมีความใกล้ชิดกับชุมชนมากกว่าหน่วยงานสังกัดส่วนกลาง

กรุงเทพมหานคร (โรงพยาบาลราชพิพัฒน์) เป็นโรงพยาบาลภายใต้สำนักงานการแพทย์ จัดให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีความโดดเด่นในด้านการดูแล สร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ แบบครบวงจรในรูปแบบ One Stop Service ภายใต้ “คลินิกสุขใจ สูงวัยประทับใจ” มีหอผู้ป่วยชีวิภิบาล เพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งโรงพยาบาลจะมีการทำพินัยกรรมชีวิต (Living Will) เป็นการตัดสินใจ โดยผู้ป่วย โดยญาติผู้ป่วยทุกคนที่มาร่วมประชุมกันวางแผนให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุระยะสุดท้าย มีคุณภาพชีวิตที่ดี และใช้เทคโนโลยีหุ่นยนต์มินิไดโนเสาร์ดูแลผู้สูงอายุ ๒๔ ชั่วโมง และรายงานไปยังญาติ แพทย์ และพยาบาล แต่ที่นี้ผู้สูงอายุต้องการเข้ารับบริการมากทำให้จำนวนเตียงไม่เพียงพอและเป็นการดูแล ในโรงพยาบาลซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการดูแลที่บ้านและที่ชุมชน

สภากาชาดไทย ได้แก่ ศูนย์ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุสภากาชาดไทย ในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี มีหน่วยบริการผู้สูงอายุซึ่งรับดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่ช่วยเหลือตนเองได้และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รวมทั้งรับดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะติดเชื้อ หรือภาวะสมองเสื่อมที่ไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ โดยให้บริการแบบรายวัน (ไป-กลับ) และพักค้างคืน ๒๔ ชั่วโมง ทั้งระยะสั้นและระยะยาว นอกจากนี้ สภากาชาดไทยมีโครงการสวาทศนิเวศ โดยให้บริการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีฐานะระดับกลางและมีสุขภาพดี ซึ่งผู้สูงอายุจะได้รับบริการที่ดี มีห้องส่วนตัว มีบริการจัดกิจกรรม เพื่อสุขภาพโดยทีมผู้เชี่ยวชาญ ให้บริการที่มีคุณภาพแต่มีค่าบริการที่สูง

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ภาครัฐ เช่น ศูนย์ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุแบบครบวงจร (Senior Complex) ภายใต้ความร่วมมือระหว่างกรมธนารักษ์ กระทรวงการคลัง บริษัท ธนารักษ์พัฒนาสินทรัพย์ จำกัด และคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นต้นแบบโครงการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ออกแบบภายใต้หลักสถาปัตยกรรมเพื่อทุกคน มีบุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลอย่างถูกต้อง และบริการส่งต่อการรักษาตามสิทธิของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นรูปแบบสิทธิการเข้าถึงครองระยะยาว ๓๐ ปี เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีฐานะทางการเงินสามารถจ่ายค่าบริการได้เท่านั้น และการบริการรักษาพยาบาลเป็นไปตามสิทธิการรักษาของผู้เข้าพัก

(๓) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยการให้บริการในลักษณะสถาบันของภาคเอกชน (Private Institutional Care) ให้บริการโดยภาคธุรกิจ องค์กรสาธารณะประโยชน์ มูลนิธิ เช่น สถาบันผู้สูงอายุแมคเคน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ และวิสาหกิจเพื่อสังคม เช่น บริษัท บัณฑิตโฮมแคร์ วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด ซึ่งมีการดำเนินงานให้บริการหลากหลายแบบโดยให้การดูแลสุขภาพและกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุ แต่ทั้งนี้ มีข้อจำกัดในการจัดบริการดูแลทั้งด้านงบประมาณและบุคลากรการดำเนินงาน การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด และการสนับสนุนจากภาครัฐในการพัฒนาองค์กรและผู้ป่วยที่เข้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลผู้สูงอายุไม่สามารถใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการได้

จากข้อมูลข้างต้นพบว่า ระบบบริการการดูแลแบบประคับประคองยังคงมีข้อจำกัดและความท้าทาย ทั้งปัจจัยทางด้านสังคม ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และระบบสาธารณสุข เนื่องจากสังคมไทยค่อนข้างขาดความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้และทัศนคติต่อการดูแลแบบประคับประคองที่มีข้อจำกัดจากวัฒนธรรมประเพณี ความเชื่อ ข้อจำกัดของผู้รับบริการหรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้านข้อมูลที่ทำให้ขาดโอกาสในการร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับบริการ ข้อจำกัดในการเข้าถึงยา opioids (ยาแก้ปวดที่มีสารเสพติด เช่น Morphine) ซึ่งเป็นยาสำคัญในการจัดการอาการปวดและทรมานของผู้ป่วยระยะท้าย ข้อจำกัดของสวัสดิการที่ไม่ครอบคลุมการดูแลที่บ้าน การให้บริการแก่ผู้ป่วยระยะท้ายจึงมักเป็นบริการ

ที่ให้ในโรงพยาบาล และตามข้อจำกัดของงบประมาณและทรัพยากรทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อการให้บริการ^{๙๒} จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาในประเด็นข้างต้น เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย ระบบการส่งเสริมสุขภาพระยะสุดท้ายรองรับสังคมสูงวัยต่อไป

๓.๒.๒ ค่านิยม การรับรู้ และทัศนคติ เรื่องสุขภาพระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง ของสังคมไทย

ค่านิยม การรับรู้ และทัศนคติเรื่องสุขภาพระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยทำความเข้าใจต่อความคาดหวังและความต้องการการดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะสุดท้าย ของชีวิต ทั้งนี้ การศึกษาเรื่องค่านิยม การรับรู้ ทัศนคติ ตลอดจนการศึกษาเรื่องความต้องการ ความคาดหวัง และสถานการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของประเทศไทยยังมีข้อจำกัด และการศึกษาจำกัดในบางพื้นที่ เท่านั้น^{๙๓} ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้น พบว่า ที่ผ่านมามีการศึกษาเรื่องค่านิยม การรับรู้ ทัศนคติ เรื่องสุขภาพระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง จำแนกตามกลุ่มเป้าหมายได้เป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วย ญาติและครอบครัวผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นต้น และ กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรด้านสุขภาพที่ทำงานสถานพยาบาล หน่วยบริการสุขภาพ รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน เป็นต้น โดยมีข้อมูลสำคัญพอสังเขป ดังนี้

๓.๒.๒.๑ การศึกษาเรื่องค่านิยม การรับรู้ ทัศนคติเรื่องสุขภาพระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วย ญาติและครอบครัวผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นต้น โดยพบว่ามีการศึกษาที่สำคัญที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย ๓ เรื่อง ได้แก่

๑. โครงการสำรวจความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อประเมินความต้องการการบริการการดูแลระยะท้ายในประเทศไทย”

๒. การศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับความตาย การดูแลระยะท้าย และการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐”

๓. ค่านิยม การรับรู้ และทัศนคติ เรื่องสุขภาพระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคองของผู้เข้าร่วมประชุมสร้างสุขที่ปลายทาง ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๖๕

โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

(๑) โครงการสำรวจความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อประเมินความต้องการการบริการการดูแลระยะท้ายในประเทศไทย ดำเนินการโดย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย โดยความร่วมมือจากสำนักงานสถิติแห่งชาติในการกำหนดขนาดตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ตัวอย่างสามารถเป็นตัวแทนของประชากรในประเทศตามภาคและเขตการปกครอง ประชากรตัวอย่าง คือ ประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ ๒๐ - ๘๐ ปี จำนวน ๒,๓๙๔ ราย ทำการศึกษาในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ มีโดยผลการศึกษาและข้อเสนอแนะที่สำคัญ ดังนี้

ก. ทัศนคติเกี่ยวกับระยะท้ายของชีวิต ผลการสำรวจทัศนคติเกี่ยวกับระยะท้ายของชีวิต พบว่า คนไทยส่วนใหญ่ โดยเฉพาะคนที่มีอายุน้อยไม่เคยคิดเรื่องระยะท้ายของชีวิต โดยการคิดถึง

^{๙๒} อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ ๙๐.

^{๙๓} เพิ่งอ้าง.

ระยะท้ายของชีวิตจะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น เริ่มก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ หรือมีปัญหาสุขภาพ ซึ่งคนที่คิดถึงช่วงระยะท้ายของตนเองส่วนใหญ่เลือกที่จะพูดคุยและบอกถึงความต้องการของตนกับคนในครอบครัวเป็นหลัก

การพูดคุยถึงเรื่องช่วงท้ายของชีวิตและความตายเป็นประเด็นการสนทนาที่คนไทยไม่ยอมรับกันมากนัก เนื่องจากทัศนคติและวัฒนธรรมที่ดีกรอบว่าการพูดคุยถึงความตายเป็นเรื่องไม่เป็นมงคลต่อชีวิตและครอบครัว การพูดคุยเรื่องความตายถูกตีความว่าเป็นการสาปแช่ง ทำให้เป็นเรื่องยากในการที่จะการเริ่มต้นพูดคุยเรื่องความตาย โดยบางส่วนมองว่าความตายเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้และไม่รู้จะเกิดขึ้นเมื่อไหร่ ไม่สามารถเตรียมการได้ซึ่งแตกต่างไปจากการให้กำเนิดเด็กที่กำหนดวันได้ จึงเลือกปล่อยให้เป็นเรื่องของเวรกรรมและไม่มีความจำเป็นต้องเตรียมการใด ๆ

ทัศนคติต่อเรื่องระยะท้ายของชีวิตหรือความตายเป็นความท้าทายที่สำคัญในการสนทนา คนไทยส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าควรจะเริ่มเปิดประเด็นการสนทนาหัวข้อดังกล่าวอย่างไร แต่หากมีผู้อื่นเปิดประเด็นสนทนาเรื่องดังกล่าวก่อน คนส่วนใหญ่ก็มีแนวโน้มที่จะเปิดทัศนคติและเริ่มพูดคุยมากขึ้น มีเพียงส่วนน้อยที่ไม่เปิดรับการสนทนาในหัวข้อดังกล่าว

เมื่อเข้าสู่ช่วงท้ายของชีวิตมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ต้องการรับบริการการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน แต่เมื่อเหตุการณ์ระยะท้ายของชีวิตมาถึงจริงกลับกลายเป็นว่ามีเหตุให้ต้องส่งตัวผู้ป่วยไปโรงพยาบาลและเสียชีวิตที่โรงพยาบาล สาเหตุที่ทำให้เกิดการตัดสินใจส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลคือ ทำตามคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทำตามความต้องการของสมาชิกในครอบครัวให้ส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล นอกจากนี้ เหตุผลถัดมาที่ส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเชื่อว่าแพทย์และพยาบาลสามารถจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้ดีกว่า

ข. ความเข้าใจและความคาดหวังต่อบริการการดูแลแบบประคับประคอง การดูแลแบบประคับประคองถือเป็นเรื่องใหม่สำหรับคนไทย ส่วนใหญ่ของผู้ที่รู้จักการดูแลแบบประคับประคองคือ ผู้สูงอายุหรือผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมาก่อน โดยเมื่อสอบถามว่าแหล่งข้อมูลด้านการดูแลแบบประคับประคองของคนไทยว่าควรมาจากที่ใด คนส่วนใหญ่คิดว่าควรได้ข้อมูลจากการสอบถามจากแพทย์ รองมา คือ ข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) หรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) และครอบครัว และเห็นว่าการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับการบริการการดูแลแบบประคับประคองมีความสำคัญในทุกช่วงอายุประชากร และควรมีแนวทางการประชาสัมพันธ์เฉพาะสำหรับกลุ่มคนอายุน้อยและผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้วย เพื่อเป็นการเพิ่มการรับรู้ของประชาชนมากยิ่งขึ้น

ข้อมูลจากการสำรวจ พบว่า คนไทยส่วนใหญ่เข้าใจว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นบริการที่จัดในโรงพยาบาลเป็นหลัก มีส่วนน้อยที่เข้าใจว่าผู้ป่วยสามารถรับบริการที่บ้านได้ และส่วนใหญ่มีความคาดหวังว่าบริการการดูแลแบบประคับประคองเป็นบริการที่เน้นบริการทางการแพทย์เป็นหลัก เช่น บริการด้านการให้ยาเพื่อระงับอาการปวดและจัดการกับอาการต่าง ๆ ของโรค รองมา คือ ความคาดหวังด้านบริการให้ยามีอุปกรณ์ทางการแพทย์ มีเพียงส่วนน้อยที่คาดหวังบริการด้านจิตใจและสังคม เช่น การดูแลด้านจิตวิญญาณ/ความเชื่อ และการช่วยเหลืองานบ้าน

นอกจากนี้ คนไทยส่วนใหญ่คาดหวังให้การดูแลแบบประคับประคองบูรณาการร่วมกับบริการด้านอื่น ๆ ของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยต้องการให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดความตึงเครียดและภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพ

ที่รัฐและครอบครัวต้องแบกรับ โดยคนไทยส่วนใหญ่คาดหวังให้ภาครัฐจัดให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นบริการภายใต้สิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพ

ค. การวางแผนสำหรับช่วงท้ายของชีวิต การวางแผนการดูแลล่วงหน้าก่อนเสียชีวิต (Advance Care Planning) เป็นกระบวนการสะท้อนและสื่อสารถึงความปรารถนาเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้ผู้อื่นทราบความต้องการของผู้ป่วยในกรณีที่ไม่สามารถแสดงเจตนารมณ์ในการรับหรือปฏิเสธการรักษา การวางแผนล่วงหน้าช่วยลดความขัดแย้งในครอบครัวเมื่อสมาชิกในครอบครัวมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน แม้กฎหมายไทยได้รับรองและให้สิทธิประชาชนเลือกรับหรือปฏิเสธบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต ตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ แต่ประเด็นการจัดทำหนังสือแสดงเจตนารมณ์ยังมีข้อถกเถียงกันอยู่ คนไทยส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๙๒) มีความรู้และเข้าใจประเด็นทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำหนังสือแสดงเจตนารมณ์ อย่างไรก็ตาม คนส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๗๙) กลับไม่เคยได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าก่อนเสียชีวิตมาก่อน มีเพียงร้อยละ ๑๔ เท่านั้น ที่ได้จัดทำแผนการดูแลล่วงหน้าก่อนเสียชีวิตไว้แล้ว และคนไทยร้อยละ ๗๒ มีแนวโน้มที่จะจัดทำหนังสือแสดงเจตนารมณ์ ภายหลังจากที่ได้รับข้อมูลรายละเอียดและเห็นถึงความสำคัญของการวางแผนการดูแลก่อนเสียชีวิต ร้อยละ ๑๓ ของคนไทย ยังยืนยันที่จะไม่จัดทำแผนล่วงหน้าก่อนเสียชีวิต

ง. บทสรุปและข้อเสนอแนะสำคัญของงานวิจัย แม้กฎหมายไทยจะรับรองและให้สิทธิประชาชนในการเลือกตายอย่างธรรมชาติภายใต้มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ด้วยการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อให้แนวทางการรักษาเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย และช่วยลดความขัดแย้งของครอบครัวของผู้ป่วยเมื่อมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน แต่สถานการณ์ปัจจุบัน คือ คนไทยมีทัศนคติที่ปิดกั้นเรื่องของ “ความตายและช่วงท้ายของชีวิต” ส่งผลให้ขาดการเตรียมการและวางแผนสำหรับช่วงท้ายของชีวิตที่เหมาะสม และตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ทั้งที่ช่วงวาระท้ายก่อนตายที่ต้องอาศัยการดูแลแบบประคับประคองเป็นช่วงสำคัญที่ผู้ป่วย ญาติ และแพทย์ต้องตัดสินใจร่วมกันถึงแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะเลือกรักษาต่อหรือยุติการรักษา ซึ่งส่งผลกระทบต่อระยะเวลา ความทรมาณกับอาการ และค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ การสนทนาหรือหยาบยกประเด็นนี้ขึ้นมาพูดคุยและวางแผนเตรียมการล่วงหน้า จึงเป็นเรื่องสำคัญไม่ต่างจากการวางแผนชีวิตในช่วงอื่น ๆ และมีข้อเสนอแนะในการพัฒนาให้เกิดความก้าวหน้าในการดูแลระยะท้ายของชีวิต คือ การสร้างทัศนคติที่ดีหรือปรับมุมมองเรื่องของความตายให้เป็นส่วนประกอบหนึ่งของมนุษย์ ที่คู่กับการเกิดและเป็นเหตุการณ์ทางธรรมชาติที่มีวัฏจักรของทุกสิ่ง การสร้างความตระหนักถึงความสำคัญในการเตรียมการและสิทธิของการตายดีโดยการประชาสัมพันธ์และสอดแทรกองค์ความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองในช่องทางต่าง ๆ อาทิ การประชาสัมพันธ์โดยแพทย์และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล การสอดแทรกความรู้ในหลักสูตรการเรียนการสอน และสื่อสาธารณะต่าง ๆ รวมถึงเพิ่มการสนทนาในสังคมวงกว้างที่บ่อยขึ้นอาจช่วยให้เกิดความคุ้นเคยและยอมรับมากขึ้นได้ รวมถึงควรส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การพัฒนาการบริการดูแลที่บ้านเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่มีระบบการเชื่อมโยงอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างการดูแลที่โรงพยาบาลและบ้าน และการสร้างระบบการให้บริการและสนับสนุนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านอย่างครอบคลุมและเหมาะสม เพื่อให้ประชาชนเกิดความมั่นใจได้แม้จะเลือกรับการบริการที่บ้าน และช่วยให้การบริหารจัดการทรัพยากรในโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๓.๒.๒.๒ การศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับความตาย การดูแลระยะสุดท้าย และการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ตามบทบัญญัติมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งดำเนินการโดยกลุ่มงานพัฒนาและขับเคลื่อนสิทธิด้านสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ โดยความร่วมมือกับ ศ.ดร.นพ.อิศรางค์ นุชประยูร ได้สำรวจข้อมูลเชิงปริมาณผ่านระบบออนไลน์ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ กลุ่มเป้าหมายเป็นประชาชนทั่วไป ซึ่งมีผู้สนใจร่วมตอบแบบสอบถามจำนวน ๗,๕๔๓ คน จาก ๗๗ จังหวัดทั่วประเทศ รวมถึงทำการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus Group) เกี่ยวกับทัศนคติและปัจจัยที่ส่งผลต่อทัศนคติของประชาชนทั่วไป และกลุ่มผู้ที่มีความสนใจและ/หรือมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง การดูแลระยะสุดท้าย และความตาย ๓ ช่วงวัย ได้แก่ กลุ่มผู้มีอายุต่ำกว่า ๓๐ ปี กลุ่มผู้มีอายุ ๓๑ - ๖๐ ปี และกลุ่มผู้มีอายุ ๖๑ ปีขึ้นไป มีโดยผลการศึกษาและข้อเสนอแนะที่สำคัญ ดังนี้

ก. ทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการรักษาโรคมะเร็ง กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๗๘.๘๕) มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งมีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งเคยเป็นมะเร็งหรือกำลังรักษาอยู่ เคยดูแลหรือกำลังดูแลคนใกล้ชิดที่เป็นมะเร็ง และมีคนรู้จักที่เป็นมะเร็ง โดยพบว่าช่วงอายุมีความสัมพันธ์ต่อการมีประสบการณ์เกี่ยวกับมะเร็งและความคิดเห็นต่อโรคมะเร็ง ในช่วงวัยที่เพิ่มขึ้นจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งมากขึ้นและมีความเห็นต่อโรคมะเร็งว่าเป็นเรื่องธรรมดา เป็นได้ก็รักษาได้ และไม่กลัวเพราะมองว่าเป็นเรื่องธรรมดาตราบเท่าที่ช่วงวัยที่มีอายุน้อยกว่า

ช่วงวัยมีผลต่อความกลัวว่าอาจจะเป็นโรคมะเร็งในอนาคตและการเปิดรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง โดยช่วงวัยที่มีอายุน้อยกว่าจะมีความกลัวมากกว่าและมีแนวโน้มเปิดรับข้อมูลมากกว่า ขณะที่ช่วงวัยที่มีอายุมากขึ้นจะมีความกลัวลดลงแต่มีแนวโน้มเปิดรับข้อมูลลดลงด้วยเช่นกัน ในส่วนความคิดเห็นต่อการรักษาโรคมะเร็ง กลุ่มวัยที่อายุน้อยกว่า ๔๐ ปี มีแนวโน้มที่จะเลือกการรักษาเต็มที่หากเป็นโรคมะเร็ง รวมถึงยินดีจ่ายค่ารักษา ถึงแม้หายแต่ได้ยืดเวลาในการมีชีวิตอยู่ ขณะที่กลุ่มวัยที่อายุมากกว่า ๔๐ ปี มีแนวโน้มความเห็นว่ ถ้ายังไม่หาย ขออยู่สบาย ๆ ดีกว่า หรือหากต้องทรมานจากการรักษาขอไม่รับการรักษาและเลือกวิธีอื่น ๆ เช่น สมุนไพร ยาจีน อาหารเสริม หรือขออยู่สบาย ๆ

ความคิดเห็นในกรณีคนใกล้ชิดเป็นโรคมะเร็งร้ายแรงที่รักษาไม่หาย พบว่า กลุ่มวัยที่อายุน้อยกว่าแสดงความเห็นว่าจะสนับสนุนให้คนใกล้ชิดรักษาเต็มที่มากที่สุด ขณะที่กลุ่มวัยที่มากกว่า มีแนวโน้มจะเห็นการพบความเห็นของผู้ป่วย รวมถึงแสดงความเห็นว่หากต้องทรมานจากการรักษาอาจเลือกที่จะไม่รักษา ทั้งนี้ ประเด็นนี้เป็นประเด็นที่มีผู้แสดงความคิดเห็นระบว่ไม่รู้จะตอบอย่างไรมากที่สุด (คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๘๒ ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด)

ประเด็นความคิดเห็นต่อการจ่ายค่ารักษาหากตรวจพบว่าเป็นโรคมะเร็ง พบว่า แต่ละกลุ่มวัยมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน กล่าวคือ กลุ่มวัยที่อายุน้อยกว่า ๓๐ ปี มีแนวโน้มทัศนคติที่เห็นว่ถึงไม่หายก็ยินดีจ่ายมากที่สุด ขณะที่ช่วงวัย ๓๑ - ๖๐ ปี มีแนวโน้มที่จะเลือกการจ่ายค่ารักษาตามสิทธิข้าราชการ บัตรทอง หรือประกันสังคมเท่านั้นมากที่สุด โดยหนึ่งในสี่ของผู้ตอบแบบสอบถามทุกช่วงวัยแสดงความเห็นว่ถ้าจ่ายแล้วหายแน่ ยินดีจ่ายส่วนเกินสิทธิ และผู้ตอบแบบสอบถามประมาณร้อยละ ๑๕ ของทุกช่วงวัยระบว่จะจ่ายค่ารักษาตามสิทธิและเบิกเพิ่มจากที่ทำประกันไว้แล้วเท่านั้น

ข. ทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับการดูแลระยะท้ายและความตาย ผลการศึกษาพบว่า ถ้าโรคมะเร็งที่รักษาไม่หาย กลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า ๔๐ ปี มีแนวโน้มจะกลัวความตายและยังไม่พร้อมจะตายมากที่สุด ขณะที่กลุ่มที่มีอายุ ๔๑ ปีขึ้นไป ระบว่ไม่กลัวตายแต่กลัวทรมานมากกว่า โดยช่วงวัย

ที่อายุน้อยกว่าจะระบุว่าจะไม่พร้อมให้ความเห็นเกี่ยวกับการดูแลระยะท้าย โดยให้เหตุผลว่ายังไม่ถึงเวลา และมีแนวโน้มที่จะเลือกให้คนใกล้ชิดเป็นผู้ตัดสินใจแทนในเรื่องแนวทางการรักษา ขณะที่ช่วงวัยที่มีอายุมากกว่ามีแนวโน้มที่ตัดสินใจด้วยตัวเอง โดยเลือกที่จะรับการรักษาด้วยตัวเอง โดยแบบไม่ยื้อชีวิตและขอตายอย่างสงบมากกว่า

นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มวัยที่มีอายุมากกว่ามีแนวโน้มที่จะเตรียมการในเรื่องการจากไปอย่างสงบโดยการเขียนหนังสือแสดงเจตนา หรือคิดจะทำหนังสือแสดงเจตนาฯ แต่ยังไม่ได้ทำ ขณะที่ช่วงวัยที่มีอายุมากกว่ามีแนวโน้มที่จะเปิดรับข่าวสารและเปิดการรับรู้เรื่องความตายและการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มากกว่า

ง. ข้อสรุปและข้อเสนอแนะสำคัญของงานศึกษา แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๗๘.๘๕ ของกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ) จะมีการรับรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับโรคที่รุกรานชีวิต หรือความตาย แต่ส่วนใหญ่ไม่รู้จักสิทธิการตายดีหรือสิทธิการตายตามธรรมชาติ และไม่รู้ว่ประเทศไทย มีกฎหมายรับรองสิทธิในการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และแม้ว่าทั้ง ๓ กลุ่มวัยจะมีทัศนคติที่ดีต่อการตายดีหรือการตายตามธรรมชาติ และเห็นว่า หนังสือแสดงเจตนาฯ เป็นเครื่องมือที่ดีในการสื่อสารความต้องการหรือเจตนาของผู้ป่วย ทำให้เกิดการหารือ ร่วมกันระหว่างญาติ ช่วยลดความขัดแย้งหรือข้อครหาต่าง ๆ แต่อุปสรรคสำคัญต่อการสื่อสารเรื่องความตาย และการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ กับครอบครัวหรือคนที่รัก คือ มายาคติต่อความตายในสังคมไทย ความเชื่อว่าการพูดถึงความตายเป็นเรื่องอัปมงคล เป็นการแช่ง เป็นสิ่งไม่ดี ไม่ควรพูดถึง ซึ่งเป็นอุปสรรคที่สำคัญที่สุด รวมถึงสถานะของผู้ที่ต้องการให้คำแนะนำที่เป็นลูกหรือหลาน ซึ่งเป็นผู้มีอายุน้อยกว่าหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิง และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ซึ่งมีความแตกต่างตามบริบทและภูมิหลังของแต่ละครอบครัว รวมถึงไม่แน่ใจว่าหนังสือแสดงเจตนาฯ จะมีผลตามกฎหมายหรือได้รับการปฏิบัติตามที่แสดงเจตนาฯ ไว้ โดยมีข้อเสนอให้ทำความเข้าใจกับบุคลากรทางการแพทย์ และสถานพยาบาลควรให้คำแนะนำประชาชน ในการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาฯ การจัดให้มีระบบที่ชัดเจน ที่ง่ายและเอื้อต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ของประชาชน การสร้างการรับรู้กับสาธารณชนในวงกว้างในรูปแบบการสร้างกระแสสังคมหรือจัดทำ เป็นรายวิชา หลักสูตร หรือกิจกรรมในสถาบันการศึกษา การจัดทำสื่อและประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างการรับรู้ ให้กับประชาชนทุกช่วงวัย รวมถึงการขยายการทำงานร่วมกับภาคีภาครัฐและเอกชนที่มีศักยภาพในการสร้าง การรับรู้กับประชาชนในวงกว้าง เช่น สหกรณ์ออมทรัพย์ครู สำนักงานข้าราชการพลเรือน กองทุนบำเหน็จ บำนาญข้าราชการ บริษัทประกันภัย ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย เป็นต้น

นอกเหนือจากงานศึกษาวิจัยทั้ง ๒ เรื่องข้างต้นแล้ว พบว่ามีการศึกษาเรื่องกระบวนการตัดสินใจ การรับรู้ความต้องการ ทัศนคติ และการสร้างการยอมรับเรื่องสภาวะระยะสุดท้ายและการดูแล ประคับประคองในกลุ่มผู้รับบริการ ในรูปแบบการศึกษาในบางพื้นที่ บางกลุ่มเป้าหมาย และบางกลุ่มโรค เช่น การตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต ซึ่งทำการศึกษาในโรงพยาบาล ๓ แห่ง ในจังหวัดชลบุรี^{๔๔}, การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการยอมรับการทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อการรักษา

^{๔๔} วัลภา คุณทรงเกียรติ, “การตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต”, วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ปีที่ ๒๔ ฉบับที่ ๔ (ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๕๙), สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕, <http://dspace.lib.buu.ac.th/xmlui/bitstream/handle/1234567890/3410/nus24n4p89-100.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ทางการแพทย์ในผู้สูงอายุไทยโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน^{๙๕} ซึ่งศึกษาในตำบลพลับพลาไชย อำเภอกู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี, การรับรู้ความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยและญาติในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : การศึกษาเชิงปรากฏการณ์^{๙๖}, ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้^{๙๗}, ทศนคติและความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า^{๙๘}, ทศนคติต่อการทำพินัยกรรมชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยโรงพยาบาลบรบือ^{๙๙} เป็นต้น ซึ่งมีข้อค้นพบที่น่าสนใจ เช่น ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังไม่มีข้อมูลเรื่องการดูแลแบบประคับประคองและการตายดี และมีความต้องการข้อมูลดังกล่าวเพื่อประกอบการการตัดสินใจ รวมถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การรักษา^{๑๐๐} ญาติ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เข้าใจหลักการดูแลแบบประคับประคอง และต้องการเรียนรู้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงมีการพัฒนาทักษะในการดูแลแบบประคับประคองให้กับญาติและผู้ดูแล^{๑๐๑} เป็นต้น

๓.๒.๒.๓ ค่านิยม การรับรู้ และทัศนคติเรื่องสุขภาวะระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคองของผู้เข้าร่วมประชุมสร้างสุขที่ปลายทาง ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๖๕

การประชุม “สร้างสุขที่ปลายทาง ครั้งที่ ๔ ” ขึ้น ในระหว่างวันที่ ๑๕-๑๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕ ณ โรงแรมแกรนด์ริชมอนด์ ภายใต้แนวคิดการจัดงาน “วางแผนและเตรียมความพร้อมของชีวิตเพื่อสุขที่ปลายทาง” โดยกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชนทั่วไป เข้าร่วมประชุม onsite จำนวนกว่า ๓๐๐ คน และเข้าร่วมประชุม online จำนวน ๑,๖๐๐ คน ผลการสำรวจความคิดเห็นผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน ๓๙๖ คน พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีการรับรู้และเข้าใจเรื่องการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าและสิทธิการขอตายโดยธรรมชาติตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

^{๙๕} จอนพะจง เฟิงจาด และคณะ, “การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการยอมรับการทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อการรักษาทางการแพทย์ในผู้สูงอายุไทยโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน”, สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย (สิงหาคม ๒๕๖๔), สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕.

<https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5429/hs2719.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

^{๙๖} กุลพิชญ์ วัชรรัตน์ และคณะ, “การรับรู้ความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยและญาติ ในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : การศึกษาเชิงปรากฏการณ์”, วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน ๒๕๖๔), สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕, <http://jhbm.slc.ac.th/wp-content/uploads/2021/07/V7N01-At5.pdf>

^{๙๗} ลักษณะ สุวรรณนิล, “ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย”, หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, ๒๕๕๕, สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕, <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010/8647/1/361235.pdf>

^{๙๘} พญ.ธิดาวรรณ สาสีผล และ ผศ.พ.ท.พญ.พัฒนศิริ ศรีสุวรรณ, “ทัศนคติและความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า”, Journal of Primary Care And Family Care, Volume 2 No.3 September – December 2019, สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕, <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/PCFM/issue/view/13714/3933>

^{๙๙} พศิน ภูริธรรมโชติ, “ทัศนคติต่อการทำพินัยกรรมชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยโรงพยาบาลบรบือ”, วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑ (ตุลาคม ๒๕๕๕ – ๑ มีนาคม ๒๕๖๐), สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕, <https://www.thaidj.org/index.php/AJMP>

^{๑๐๐} เฟิงอ้าง.

^{๑๐๑} อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ ๙๖.

พ.ศ. ๒๕๕๐ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ ๖๗.๔๒ ซึ่งมีการรับรู้และเข้าใจเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ ๗๑.๔๖ และมีการรับรู้และเข้าใจเรื่องการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ ๗๒.๗๓ โดยจะทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตฯ ตามมาตรา ๑๒ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ ๗๐.๔๕ และได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตฯ ไว้แล้ว อยู่ในระดับปานกลางถึงมากร้อยละ ๔๘.๗๔ และจะไปแนะนำและสื่อสารให้บุคคลในครอบครัวทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตฯ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ ๗๓.๗๔ เป็นข้อสังเกตว่ากลุ่มที่เข้าร่วมการจัดกิจกรรมจะเป็นผู้ที่มีความสนใจเรื่องความตายอยู่แล้ว ทำให้การรับรู้และทัศนคติต่อเรื่องความตายอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ การได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตฯ ไว้แล้วอยู่ในที่ไม่สูงมากนัก แสดงให้เห็นว่ามีการรับรู้และมีทัศนคติที่ดีแต่ในการปฏิบัติยังมีข้อจำกัดบางประการในการตัดสินใจและการวางแผนชีวิตล่วงหน้า

๓.๒.๓ การศึกษาเรื่องค่านิยม การรับรู้ ทัศนคติเรื่องสุขภาวะระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรด้านสุขภาพที่ทำงานสถานพยาบาล หน่วยบริการสุขภาพ รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) เป็นต้น ในประเทศไทยได้มีการรายงานการสำรวจจำนวนหนึ่ง เช่น ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าสำหรับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตของแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง^{๑๐๒}, แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของไทยเผชิญกับความท้าทายอะไรบ้าง เมื่อพูดคุยเรื่องการวางแผนดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัว: การวิจัยเชิงคุณภาพ^{๑๐๓}, บทบาทของพยาบาลชุมชนในการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าเพื่อการตายดีของผู้สูงอายุ^{๑๐๔}, ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน^{๑๐๕}, สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และระยะท้าย โรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่^{๑๐๖}, ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของนักเรียน

^{๑๐๒} พิชรา บุสชา และคณะ, “ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าสำหรับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตของแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง”, พยาบาลสาร ปีที่ ๔๖ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม-กันยายน พ.ศ.๒๕๖๒), สืบค้นเมื่อ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๕, <https://he02.tci-thaijo.org/article/download>

^{๑๐๓} พิมอรณีย์ เสียมไหม และคณะ, “แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของไทยเผชิญกับความท้าทายอะไรบ้าง เมื่อพูดคุยเรื่องการวางแผนดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัว: การวิจัยเชิงคุณภาพ”, วารสารกรมการแพทย์ ปีที่ ๔๗ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-มีนาคม ๒๕๖๕), สืบค้นเมื่อ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๕, <https://he02.tci-thaijo.org/article/download>

^{๑๐๔} วรัญญา จิตรบรรทัด, “บทบาทของพยาบาลชุมชนในการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าเพื่อการตายดีของผู้สูงอายุ”, วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-เมษายน ๒๕๖๕), สืบค้นเมื่อ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๕, <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JHSP/article/view/254613>

^{๑๐๕} แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล และคณะ, “ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน”, Songklanagarind Journal of Nursing, Volume 38 No. 1 January – March ๒๐๑๘: ๗๗-๘๔, สืบค้นเมื่อ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๕.

<http://203.131.209.179/researchcenter/app/uploads/185/95a581ca1220e4df5bc69cec4c72ef8f.pdf>

^{๑๐๖} อัญชนะ ศรี, “สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และระยะท้าย โรงพยาบาลแม่แตง

พยาบาลทหาร สังกัดกระทรวงกลาโหม ชั้นปีที่ ๔^{๑๐๗} เป็นต้น ซึ่งมีข้อค้นพบที่สำคัญ อาทิ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ความรู้ในการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ หรือการผ่านการอบรมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมาก่อน มีผลให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ^{๑๐๘} การมีความรู้ที่ไม่เพียงพอและไม่เฉพาะเจาะจง ยังคงเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงานของ อสม. ต่อการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายหรือแม้แต่พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในส่วนของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หรือนักเรียนพยาบาลเองก็ยังมีความเข้าใจในเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นส่วนน้อยอยู่^{๑๐๙} ความรู้ ทัศนคติ ความสามารถและทักษะในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ กระบวนการพยาบาลตลอดจนนำแนวปฏิบัติมาใช้ ประเมินผล เป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพ ควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้ายของพยาบาลทุกระดับ ให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{๑๑๐} เป็นต้น

จากการศึกษาข้างต้น จะเห็นว่าค่านิยม การรับรู้ และทัศนคติเรื่องสุขภาวะระยะสุดท้ายและการดูแลประคับประคอง ตลอดจนการศึกษาเรื่องความต้องการ ความคาดหวังและสถานการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของประเทศไทย เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยทำความเข้าใจต่อความคาดหวังและความต้องการการดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้นพบปัญหาร่วมสำคัญที่พบทั้งในภาคส่วนผู้ให้บริการและผู้รับบริการ คือ

๑. ทัศนคติเกี่ยวกับความตายของสังคมไทยที่มีความเชื่อว่าความตายเป็นเรื่องอัปมงคล ไม่ควรพูดถึง หรือความตายเป็นสิ่งไม่แน่นอนกำหนดไม่ได้ จึงไม่ได้มีการเตรียมการวางแผนล่วงหน้า ทั้งที่เป็นการตัดสินใจที่สำคัญไม่แพ้การตัดสินใจในช่วงระยะเวลาอื่นของชีวิต

๒. การขาดความรู้ ความเข้าใจ เรื่อง สิทธิการตายตามธรรมชาติ สิทธิการตายดี และการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เพื่อเข้าถึงสิทธิการตายดี สิทธิการตายดี ตามเจตนารมณ์มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และความไม่มั่นใจว่าจะได้รับการปฏิบัติตามที่ได้แสดงเจตนาฯ ไว้

นอกจากนี้มีประเด็นอื่นที่ควรให้ความสำคัญ ได้แก่ การได้รับข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับภาวะโรคของผู้ป่วยและแนวทางการรักษา ซึ่งจะมีผลให้ผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วย ญาติและครอบครัว และผู้ดูแล มีทัศนคติที่ดี และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษาหรือการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ การให้ความรู้ ความเข้าใจ เสริมศักยภาพและการอบรมดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงการพัฒนาระบบการทำงานที่ชัดเจนในสถานพยาบาล จะส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดีของผู้ให้บริการ (บุคลากรทางการแพทย์/อสม. ฯลฯ) ต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ อันจะมีส่วนช่วยในการพัฒนาคุณภาพในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จังหวัดเชียงใหม่”, สืบค้นเมื่อ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๕,

https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/220310164688246541.pdf

^{๑๐๗} อิศริยา รักเสนาะ และคณะ, “ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ของนักเรียนพยาบาลทหาร สังกัดกระทรวงกลาโหม ชั้นปีที่ ๔”, วารสารพยาบาลทหารบก ปีที่ ๑๙ ฉบับพิเศษ (มกราคม - เมษายน ๒๕๖๑),

สืบค้นเมื่อ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๕, [https://he01.tci-thaijo.org > article > download](https://he01.tci-thaijo.org/article/download)

^{๑๐๘} อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ ๑๐๒.

^{๑๐๙} อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ ๑๐๕.

^{๑๑๐} อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ ๑๐๖.

ซึ่งเป็นอีกหนึ่งประเด็นสำคัญเพื่อการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายระบบการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้าย รองรับสังคมสูงวัยต่อไป

๓.๒.๔ การมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ความพร้อมของอาสาสมัครต่อการดูแลแบบประคับประคอง

จากภาวะสังคมสูงวัยและสถานการณ์โควิดของทั้งโลกและประเทศไทย การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและสิทธิประโยชน์ที่คนไทยได้รับเพิ่มมากขึ้น ทำให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงการดูแลระยะท้ายในระบบสาธารณสุขมากขึ้น ทั้งการใช้บริการในระบบสาธารณสุข และการดูแลระยะท้ายที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน รวมถึงวัดที่ให้การสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายครบทุกมิติอย่างแท้จริง ทั้งมิติสุขภาวะทางกาย ทางจิตใจ สังคม และสุขภาวะทางปัญญา และความเข้าใจและการรับรู้เรื่องการเตรียมตัวตาย การตายดีที่บ้าน การวางแผนการดูแลตัวเองระยะท้ายเพิ่มมากขึ้นด้วย

การดูแลแบบประคับประคอง การวางแผนการดูแลตัวเองระยะสุดท้ายของชีวิตถูกพูดถึงเพิ่มมากขึ้นทั้งในกระแสสังคม ในชุมชน ในครอบครัว และประชาชนทั่วไปที่ต้องดูแลผู้สูงอายุระยะท้าย และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะสูงวัย การเตรียมความพร้อมทั้งในระบบสุขภาพ ระบบสังคม ชุมชน และระดับครอบครัว โดยมีปรากฏการณ์ สถานการณ์ หรือ evidence base ที่สำคัญ ดังนี้

- การเพิ่มขึ้นของสถานพยาบาล/บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ ไปจนถึงระบบโรงพยาบาล Palliative Care ที่ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะท้ายเฉพาะ

- การเชื่อมต่อบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาลสุขภาพชุมชน

- การพัฒนาทักษะการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในบ้าน ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเรียนการสอน การฝึกปฏิบัติ การพัฒนาหลักสูตรระยะสั้นและระยะยาว เพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุทุกประเภท

- การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์จากหลักประกันด้านสุขภาพทุกกองทุน เพื่อให้การดูแลสุขภาวะระยะท้ายเป็นไปเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคได้มากขึ้น เช่น การกำหนดยากลุ่ม Opioids เป็นยาหลักในระบบการเบิกจ่าย การสนับสนุนแพมเพิสและอุปกรณ์จำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย เป็นต้น

- การเพิ่มขึ้นของภาคประชาสังคม วิชาชีพเพื่อสังคม ที่มีเป้าหมายในการดูแลสุขภาวะทางปัญญา (Spiritual Health) ให้แก่ประชาชนทุกคน ไม่เฉพาะผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยระยะท้ายเท่านั้น แต่มุ่งให้ประชาชนได้มีการเตรียมตัวรับมือกับความตายด้วยจิตใจที่สงบ มีสมาธิ เข้าถึงปรัชญาหรือแก่นแท้ที่ตนเองศรัทธาได้อย่างแท้จริง ซึ่งถือได้ว่าเป็นความเสียสละที่เห็นแก่ประโยชน์ของคนอื่น เห็นประโยชน์แก่สังคม ชุมชน จนเกิดเป็นชุมชนกรุณา เป็นสังคมแห่งปัญญา เป็นชุมชนที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ ให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ด้วยหัวใจแห่งการให้ หัวใจแห่งความเมตตา ความกรุณา เพราะรู้และเข้าใจความจริงของธรรมชาติของมนุษย์ที่ล้วนต้องการความรัก ความสุขกายสบายใจ อยู่ในชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้จิตวิญญาณรู้ตัวตื่นรู้มีสติและเข้าถึงแก่นแท้ของศรัทธาที่ยึดถืออย่างสงบสุข

- การมีกิจกรรมที่หลากหลายของภาคประชาสังคม เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนในกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายได้ความจริงที่เป็นแก่นแท้ของชีวิต การสร้างความตระหนักรู้ ความตื่นรู้ การพัฒนาสติ ในการเอาชนะความกลัว ความไม่รู้ต่อความตาย ทำให้มีการวางแผนและเตรียมตัวเพิ่มมากขึ้น

- ความต้องการพยาบาลประจำประคอง ผู้ดูแล ผู้ช่วยพยาบาล ที่สามารถมาดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน แทนการไปรักษาที่โรงพยาบาลอย่างเดียว จนทำให้เกิดระบบธุรกิจเครือข่ายผู้ดูแลนอกระบบจำนวนมาก ซึ่งแม้มีค่าใช้จ่ายสูงครอบครัวก็มักจะยอมจ่ายเพื่อความสะดวกสบายของทั้งคนไข้และญาติพี่น้อง

- การพัฒนาทักษะการพยาบาล การแสวงหา/การสืบค้นองค์ความรู้ ความรู้ ทักษะ และการพัฒนาทักษะต่าง ๆ เพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในครอบครัว

- ความต้องการผู้ดูแล (Care Giver) ภายในชุมชนหรือองค์กรบริหารส่วนตำบล จนกำหนดเป็นอัตรากำลังด้านนี้โดยเฉพาะ ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณค่าตอบแทน จากทั้งกรมพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย ในบางระยะเวลา จากการพัฒนาทักษะให้ อสม.มีความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุ

๓.๒.๕ ระบบการศึกษาที่สนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนเรื่องการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้าย

การศึกษาสุขภาวะระยะสุดท้ายในประเทศไทยยังไม่ชัดเจนมากนัก แม้ว่าในระบบการเรียนการสอนของแพทย์จะมีในวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งเป็นสาขาเฉพาะทางการแพทย์สาขาหนึ่งที่มีการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๒ มีแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวนหนึ่งที้ออกไปในชุมชนให้การดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่ระยะก่อนครม.มารดาสู่ระยะก่อนเชิงตะกอนซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของชีวิต และในปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางด้านการบริบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ชัดเจน และแม้ว่ารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ หมวดการปฏิรูปประเทศมาตรา ๒๕๘ ข (ด้านอื่น ๆ) โดยระบุในข้อ ๕ ว่า “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” จึงมีการยกระดับคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองในชุมชน โดยการจัดฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์สาขาอื่นที่สนใจให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งจะทำให้สามารถพัฒนาการบริการผู้ป่วยระยะประคับประคองของประเทศไทยให้มีมาตรฐาน ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ในอนาคตสถานการณ์แพทย์ได้พัฒนาหลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรม เพื่อประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรม ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคอง พ.ศ. ๒๕๖๑^{๑๑๑} ขึ้น และหลักสูตรการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์และพยาบาล โดยแพทยสภาในรายวิชา เช่น การพยาบาลแบบประคับประคอง และรายวิชาต่าง ๆ ดังนี้

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ นอกจากการเรียนการสอนในมหาวิทยาลัยในระบบปกติ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ได้ยกระดับงาน Palliative Care ไปจนมีการจัดประชุมวิชาการ Suandok Palliative Care Day อย่างต่อเนื่องมาจนถึงครั้งที่ ๑๒ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งจัดงานไปเมื่อ ๑๕ - ๑๖ กันยายน ที่ผ่านมา โดย Comprehensive Palliative Care Center (CPCC) ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และสมาคมการอภิบาลผู้ป่วยระยะท้ายแห่งประเทศไทย มีการจัดประชุมวิชาการนานาชาติ และได้จัดตั้งศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

^{๑๑๑} คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, การสัมมนาบูรณาการ Palliative Care เข้ากับหลักสูตรแพทยศาสตร์ศึกษา, ๒๕๕๘.

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้จัดการและบูรณาการแนวคิดและการปฏิบัติตามหลัก Palliative Care เข้าในการจัดการเรียนการสอนและกิจกรรมรูปแบบต่าง ๆ ทั้งในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต และหลักสูตรหลังปริญญาตั้งแต่ปีการศึกษา พ.ศ. ๒๕๔๖ เป็นต้นมา^{๑๑๒} ขณะนี้พัฒนาเป็นหน่วยชีวิตาภิบาล (Palliative Care Unit)

คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล เริ่มดำเนินการกับอาจารย์แพทย์ก่อน ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๔ เพื่อให้อาจารย์ขยายผลไปยัง Resident และพยาบาล ปัจจุบันศิริราช ได้จัดตั้งเป็นศูนย์บริรักษ์โรงพยาบาลศิริราช โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พัฒนาเป็นศูนย์ความเป็นเลิศด้านการดูแลแบบประคับประคอง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งเป็นคลินิกศูนย์ชีวาภิบาล

นอกจากแวดวงระบบแพทย์ พยาบาล และระบบสาธารณสุขแล้ว ในระบบการเรียนการสอนของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีหลักสูตรชีวิตและความตายของมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย (มจร.) และรายวิชา Death and Dying ในหลายคณะของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ เช่น คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ ฯลฯ

อย่างไรก็ดีแล้วแต่ แม้จะมีการเรียนการสอนในระบบบัณฑิตศึกษาในวิชาชีพด้านสาธารณสุข วิชาชีพและการศึกษาในมหาวิทยาลัยต่าง ๆ แต่การเรียนการสอน การเรียนรู้ของเด็ก เยาวชน ครอบครัว และชุมชนยังไม่พบที่เป็นรูปธรรมชัดเจนนัก เป็นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของครอบครัว ผ่านความเชื่อ ศิลปวัฒนธรรมของชุมชน ผ่านการสื่อสารของสังคม แต่สังคมและกลุ่มเป้าหมายในแต่ละกลุ่มยังต้องการการพัฒนาให้มีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อที่ดูแลตัวเองและครอบครัวในระยะสุดท้ายได้อย่างมีสุขภาวะเป็นอย่างมาก การสื่อสารสังคมด้วยเรื่องราวและความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง จึงเป็น critical point ที่สำคัญประเด็นหนึ่ง

๓.๒.๖ ความพร้อมของระบบบริการสุขภาพในการสนับสนุนด้านจิตใจและสังคมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้ายของชีวิต

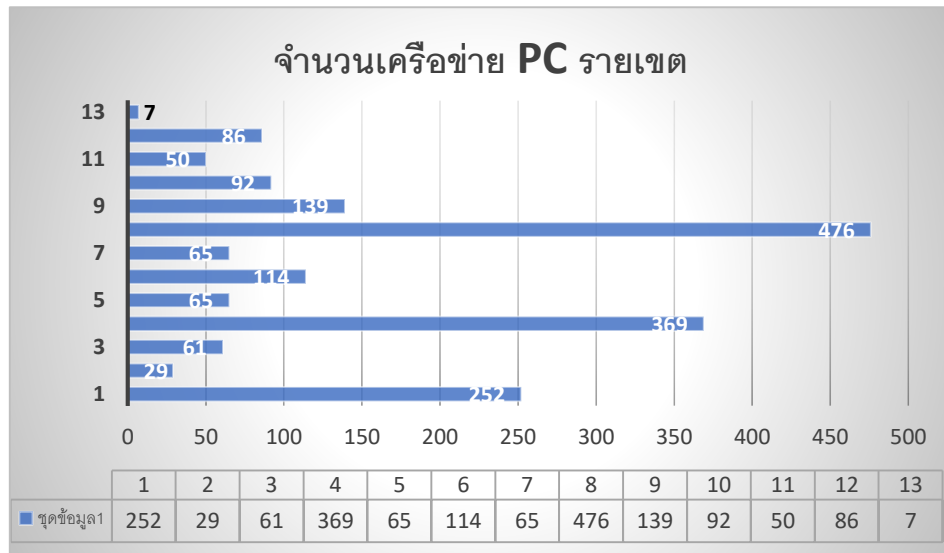
๑. การพัฒนาระบบเครือข่าย PCN และ Service Plan สาขา Palliative Care ในเขตสุขภาพต่าง ๆ ที่สามารถดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาล รพ.สต. ชุมชน ครอบครัว และผู้ป่วยระยะท้าย^{๑๑๓} ในภาพรวมปี พ.ศ. ๒๕๖๓ มีรายชื่อและทะเบียนเครือข่ายหน่วยงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน ๑,๘๐๕ คน สามารถสรุปเป็นรายเขตสุขภาพและรายจังหวัดได้ดังแสดงในตารางที่ ๑ – ๓ ดังนี้

^{๑๑๒} เฟิงอ้าง.

^{๑๑๓} เครือข่ายหน่วยงานด้านการดูแลแบบประคับประคองสำหรับเผยแพร่ กรมการแพทย์ ๒๕๖๓.

ตารางที่ ๑ จำนวนเครือข่ายบุคลากรด้านการดูแลแบบประคับประคองรายเขต

เขตที่	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	๑๓
จำนวน	๒๕๒	๒๙	๖๑	๓๖๙	๖๕	๑๑๔	๖๕	๔๗๖	๑๓๙	๙๒	๕๐	๘๖	๗
รวม	๑,๘๐๕ คน												



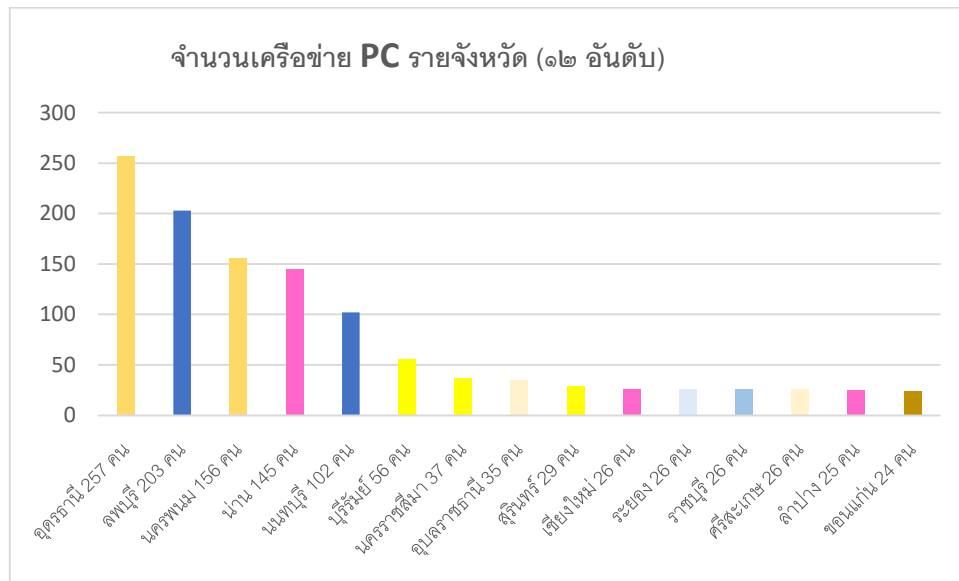
ตารางที่ ๒ จำนวนเครือข่ายบุคลากรด้านการดูแลแบบประคับประคองรายจังหวัด

เขต	จำนวน (คน)	จำนวน PC รายจังหวัด	รพ.ประธาน/เลขานุการ	หมายเหตุ
๑	๒๕๒	เชียงใหม่ ๒๒ คน น่าน ๑๔๕ คน เชียงใหม่ ๒๖ คน ลำพูน ๑๙ คน พะเยา ๑ คน แม่ฮ่องสอน ๑๔ คน ลำปาง ๒๕ คน	รพ.พะเยา	* เขต ๑ มีจำนวนบุคลากร PC รวมสูงสุดเป็นอันดับ ๓ * จ.น่าน มีบุคลากร PC สูงสุดเป็นอันดับ ๔ ของประเทศ โดยกระจายอยู่ใน รพช. และ รพ.สต.ทุกอำเภอ
๒	๒๙	สุโขทัย ๑ คน พิษณุโลก ๑๐ คน อุตรดิตถ์ ๙ คน ตาก ๙ คน	*รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก (ประธาน) *รพ.อุตรดิตถ์ (เลขานุการ)	
๓	๖๑	พิจิตร ๑๒ คน นครสวรรค์ ๑๙ คน กำแพงเพชร ๑๓ คน	โรงพยาบาลอุทัยธานี	

เขต	จำนวน (คน)	จำนวน PC รายจังหวัด	รพ.ประธาน/เลขานุการ	หมายเหตุ
		ชัยนาท ๙ คน อุทัยธานี ๘ คน		
๔	๓๖๙	สระบุรี ๑๒ คน นครนายก ๔ คน อ่างทอง ๙ คน ปทุมธานี ๑๐ คน ลพบุรี ๒๐๓ คน พระนครศรีอยุธยา ๒๒ คน นนทบุรี ๑๐๒ คน สิงห์บุรี ๗ คน	*โรงพยาบาลบ้านนา/ สสจ.นครนายก (ประธาน) *สสจ.นครนายก (เลขานุการ)	* เขต ๔ มีจำนวนบุคลากร PC รวม สูงสุดเป็นอันดับ ๒ * จ.ลพบุรี มีบุคลากร PC สูงสุด เป็นอันดับ ๒ ของประเทศ โดยกระจายอยู่ใน รพท. รพช. สสอ. รพ.สต.ทุกอำเภอ รวมถึง รพ.สังกัดกลาโหม และวัด *จ.นนทบุรี มีบุคลากร PC สูง สุดเป็นอันดับ ๕ ของประเทศ
๕	๖๓	เพชรบุรี ๘ คน สมุทรสงคราม ๓ คน สมุทรสาคร ๓ คน กาญจนบุรี ๑๓ คน นครปฐม ๙ คน ราชบุรี ๒๖ คน ประจวบคีรีขันธ์ ๑ คน สุพรรณบุรี ๒ คน	*รพ.หลวงพ่อเป็น (ประธาน) *รพ.นครปฐม (เลขานุการ)	* จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับเขต ๕ และรพ.พระจอม เกล้า พบว่ามีเครือข่ายหมอ พยาบาล ที่พร้อมจะขึ้น ทะเบียนเครือข่ายหน่วยงาน PC อีกเป็นจำนวนมาก
๖	๑๑๔	ชลบุรี ๒๑ คน สมุทรปราการ ๑๒ คน ระยอง ๒๖ คน ตราด ๘ คน ปราจีนบุรี ๙ คน สระแก้ว ๑๔ คน ฉะเชิงเทรา ๑๒ คน จันทบุรี ๑๒ คน	รพ.พระปกเกล้า จันทบุรี	* จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับเขต ๖ และ รพ.พระปกเกล้า พบว่า มีเครือข่ายหมอ พยาบาล ที่พร้อมจะขึ้นทะเบียนเครือข่าย หน่วยงาน PC อีกเป็นจำนวน มาก
๗	๖๕	ร้อยเอ็ด ๒๑ คน ขอนแก่น ๒๔ คน มหาสารคาม ๑๒ คน กาฬสินธุ์ ๘ คน	โรงพยาบาลขอนแก่น	* จากการประชุมวิชาการของ รพ.ศรีนครินทร์ มข. พบว่า น่าจะมีเครือข่ายหมอ พยาบาล ที่พร้อมจะขึ้นทะเบียนเครือข่าย หน่วยงาน PC อีกเป็นจำนวน มาก
๘	๔๗๖	หนองบัวลำภู ๙ คน นครพนม ๑๕๖ คน สกลนคร ๒๐ คน	รพ.อุดรธานี	**เขต ๘ มีจำนวนบุคลากร PC รวม สูงสุดเป็นอันดับ ๑

เขต	จำนวน (คน)	จำนวน PC รายจังหวัด	รพ.ประธาน/เลขานุการ	หมายเหตุ
		หนองคาย ๑๑ คน บึงกาฬ ๘ คน เลย ๑๕ คน อุดรธานี ๒๕๗ คน		**จ.อุดรธานี มีบุคลากร PC สูงสุดเป็นอันดับ ๑ ของประเทศ โดยกระจายอยู่ใน รพศ., รพท., รพช., ศูนย์สุขภาพชุมชน, รพ.สต., รพ.สังกัดอื่น, รพ.เฉพาะทาง *จ.นครพนมมีบุคลากร PC สูงสุดเป็นอันดับ ๒ ของประเทศ
๙	๑๓๙	ชัยภูมิ ๑๗ คน นครราชสีมา ๓๗ คน บุรีรัมย์ ๕๖ คน สุรินทร์ ๒๙ คน	โรงพยาบาลสุรินทร์	* จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับเขต ๙ และ รพ.สุรินทร์ พบว่า มีเครือข่ายหมอ พยาบาล ที่พร้อมจะขึ้นทะเบียนเครือข่าย หน่วยงาน PC อีกเป็นจำนวน มาก
๑๐	๙๒	อุบลราชธานี ๓๕ คน ศรีสะเกษ ๒๖ คน ยโสธร ๑๕ คน อำนาจเจริญ ๙ คน มุกดาหาร ๗ คน	รพ.สรรพสิทธิประสงค์	
๑๑	๕๐	นครศรีธรรมราช ๖ คน ภูเก็ต ๓ คน กระบี่ ๗ คน ชุมพร ๑๒ คน สุราษฎร์ธานี ๒๒ คน	สสจ กระบี่	
๑๒	๘๖	ยะลา ๘ คน ปัตตานี ๘ คน สตูล ๘ คน พัทลุง ๑๑ คน ตรัง ๑๔ คน นราธิวาส ๑๖ คน สงขลา ๒๑ คน	โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา	
๑๓	๗	กทม. ๗ คน (๗ รพ.)		*ข้อมูลจากทะเบียนเครือข่ายฯ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ อาจไม่ ครอบคลุมรพ.ในกทม.ทั้งหมด หรืออาจแยกจากทะเบียน เครือข่ายฯ นี้
รวม	เขตที่ ๑ - ๑๓	๑,๘๐๕ คน		

ตารางที่ ๓ จำนวนบุคลากรด้าน Palliative Care รายจังหวัด (จำนวน ๑๒ อันดับ)



แม้ว่าการจะมีเครือข่าย PCN และ Service Plan สาขา Palliative Care มากกว่า ๑,๘๐๐ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ มีการขยายเครือข่าย PCN และ Service Plan สาขา Palliative Care ไปในเขตสุขภาพ ทั้ง ๑๓ เขต และมีการสร้างความเข้มแข็งในภาควิชาการและการเรียนรู้ในการประชุมวิชาการของโรงเรียนแพทย์ในหลายสถาบันแล้วก็ตาม แต่เครือข่าย Service Plan สาขา Palliative Care ที่มีในระบบเป็นเพียงส่วนน้อยนิดเมื่อเทียบกับระบบบริการระบบใหญ่ทั้งระบบ และแม้จะมีเครือข่ายเพียงน้อยนิดแต่การสร้างขวัญ สร้างกำลังใจ สร้างเข้มแข็ง และการสอดแทรกการดูแลแบบประคับประคองไปให้หมอและพยาบาลในเวิร์ดต่าง ๆ ได้มีความรู้ความเข้าใจ สามารถนำพาญาติและผู้ป่วยได้เลือกการดูแลแบบประคับประคองแทนการยื้อชีวิต หรือการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ก็ยังคงเป็นความพยายามและความท้าทายที่ต้องได้รับการเสริมสร้างกำลังใจ และการติดตามแบบเสริมกำลังใจอย่างต่อเนื่อง

ตัวอย่างการทำงานของระบบสาธารณสุขกับภาคส่วนอื่น ๆ ที่ขยายวงกว้างออกไปในหลากหลาย เช่น

- โครงการเผชิญความตายอย่างสงบในโรงพยาบาลสมุทรปราการโดยบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาล
- โครงการเผชิญความตายอย่างสงบของพระอาจารย์ครรชิต อภิญาโน
- โครงการอาสาชั่งตวงของเครือข่ายพุทธิกานในโรงพยาบาลต่าง ๆ
- โครงการอาสาชั่งตวงของกลุ่ม ICU ในโรงพยาบาล
- โครงการอยู่ดีเพื่อตายดีของชีวามิตร วิสาหกิจเพื่อชุมชน
- โครงการเยี่ยมบ้านและรักษาผู้ป่วยระยะท้ายตามอาการและจากไปอย่างสงบที่บ้านของเย็น วิสาหกิจเพื่อชุมชน
- โครงการดูแลพระสงฆ์อาพาธและผู้ป่วยระยะท้ายของพระอาจารย์แสนปราษฎณ์ วัดป่าโนนสะอาด จังหวัดนครราชสีมา
- โครงการดูแลผู้ป่วยเอดส์ วัดคำประมง

- โครงการจิตอาสาศีลธรรมเพื่อการตายดี – วิทยาลัยสงฆ์ศรีสะเกษ

แม้ว่าการทำงานของระบบสุขภาพกับภาคส่วนประชาสังคมและมามากมายและหลากหลายมากขึ้นตามบริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป แต่การทำงานเพื่อการสื่อสารสังคมด้วยความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง การตายดีที่บ้าน การเผชิญความตายอย่างสงบ การวางแผนการเตรียมตัวระยะท้ายของชีวิต และหรือการดูแลรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ การยื้อหรือไม่ยื้อชีวิต หรือการทำให้การพูดคุยเรื่องความตาย การดูแลอาการเจ็บป่วยที่เกิดหรือไม่เกิดประโยชน์ สิทธิด้านสุขภาพ สิทธิของการทำหนังสือแสดงเจตนาด้านสุขภาพของตนเอง การเคารพการตัดสินใจของผู้อื่น ๆ ไม่ว่าเราจะรัก ห่วงใย และดูแลเขาได้อย่างไร แต่หัวใจ คือ การเคารพการตัดสินใจของผู้อื่น การลดความทุกข์ทรมานจากการได้มีลมหายใจบนความเจ็บปวดทรมานของร่างกายที่ทนไม่ไหว ฯลฯ ล้วนแล้วแต่ต้องการการสื่อสารให้สังคมและผู้คนทุกคนเข้าใจถึงความรู้และความจริงที่ถูกต้อง โดยปราศจากความเชื่อ ค่านิยม และผลประโยชน์ที่ไม่ถูกต้อง

๓.๒.๖ ศาสนากับสุขภาวะระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคองของสังคมไทย

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิตซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด รวมทั้งการให้คำแนะนำต่อญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยในการเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น การเตรียมความพร้อมให้กับตนเองในการจัดการภารกิจที่ค้างค้างในจิตใจ มีโอกาสทำความเข้าใจจนเกิดการปลงใจทำจิตใจให้เป็นกุศล ไม่กลัวความตายเพราะเป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีที่สุดในขณะที่ทำได้ในเวลาที่เหลืออยู่จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และเสียชีวิตอย่างสงบท่ามกลางญาติอันเป็นที่รัก

จากหลักการดังกล่าวทำให้การดูแลแบบประคับประคอง หรือการตายตามธรรมชาติ สอดคล้องกับหลักปฏิบัติของทุกศาสนา เนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองโดยเนื้อแท้คือการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ใกล้ตายให้จากไปอย่างสงบ จากไปอย่างเข้าถึงแก่นความเชื่อและความศรัทธาที่มีหลักยึด ซึ่งแสดงถึงความเมตตา กรุณาที่มีอยู่ในจิตใจมนุษย์ การเคารพศักดิ์ศรีของเพื่อนมนุษย์ การมีสุขภาพทางปัญญาที่พร้อมและเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น

ในทางศาสนาพุทธ

ศาสนาพุทธมีคำสอนให้ละความชั่วทั้งปวง ทำความดีให้ถึงพร้อม และทำจิตใจให้บริสุทธิ์ผ่องใส มีจุดมุ่งหมายสูงสุด คือ การดับทุกข์หรือพ้นทุกข์ก่อนจะสิ้นชีวิตให้มีสติ ไม่หลงตายนึกถึงความตึงต่าง ๆ เพื่อให้ใจผ่องใสเป็นกุศลและให้ญาติพี่น้อง ลูกหลาน เพื่อนฝูงท่องเที่ยวบวชบวชมนต์หรือเปิดเทปธรรมให้ฟังเพื่อให้ผู้ป่วยสงบและไม่รู้สึกโดดเดี่ยว การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีพุทธ ควรช่วยปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ เพื่อให้ผู้ป่วยปล่อยวางในสิ่งต่าง ๆ สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ ญาติและบุคลากรด้านสุขภาพต้องช่วยน้อมจิตให้มีศรัทธาในพระรัตนตรัย และความมั่นใจในศีลหรือความดีที่ได้บำเพ็ญมา การละความห่วงใยและปล่อยวางในสิ่งทั้งปวง รวมทั้งต้องดูแลเหนี่ยวนำจิตใจให้ผ่อนคลาย สงบผ่านความรัก ความเมตตา ความปรารถนาดี ผ่านการสัมผัสและการบอกให้อยู่กับปัจจุบัน ให้ความมั่นใจ อยู่เป็นเพื่อน อีกทั้งญาติต้องอยู่ใกล้เพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลและความกลัว อธิษฐานจิต ระลึกถึงคุณความดีที่เคยกระทำมา

การขอโหลิกรรมต่อเจ้ากรรมนายเวร การกล่าวการปล่อยวางสิ่งยึดเหนี่ยวต่าง ๆ ทั้งความห่วงใยบุคคลที่อยู่ข้างหลัง

ตัวอย่างการตายดีในศาสนาพุทธ เช่น คำสอนและการแสดงเจตนาของท่านพุทธทาสภิกขุ การบริจาคร่างกายของหลวงพ่อกุณ คำสอนและการจัดพิธีปลงสังขารของหลวงพ่อดำเขียน

ในทางศาสนาคริสต์

ในทฤษฎีคริสต์ศาสนาโรมันคาทอลิกผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย พระเจ้ามิได้สร้างความตายขึ้น และมีไยดีต่อการสูญเสียสิ่งมีชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งชีวิตมนุษย์ แต่ด้วยผลของบาปกำเนิดทำให้มนุษย์ต้องประสบกับความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานและความตาย อย่างไรก็ตาม สิ่งเหล่านี้เป็นแผนการของพระองค์กำหนดไว้ตั้งแต่การสร้างโลกแล้ว การที่มนุษย์ต้องเผชิญความตายถือว่ามีส่วนร่วมในพระมหาทรมาน และการไถ่กู้กับพระเยซูคริสต์ซึ่งจะนำไปสู่ชีวิตนิรันดร์ ความตายจึงไม่ใช่สิ่งสุดท้าย ความตายเป็นเพียงการจบชีวิตบนโลกเท่านั้น ศาสนาคริสต์เชื่อว่ายังมีชีวิตหลังความตายอีก ดังนั้น คริสต์ศาสนาโรมันคาทอลิกจึงสอนให้มนุษย์เผชิญหน้ากับความตายด้วยตนเอง ต้องไม่กลัวตายเพราะความตายถือได้ว่าเป็นเป้าหมายของมนุษย์ทุกคน นอกจากนั้นควรมีส่วนร่วมในการตายของผู้อื่นด้วย โดยให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ให้ความตายอย่างสงบไปสู่ชีวิตนิรันดร์โดยนำคำสอนทางศาสนาเป็นพื้นฐานในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตาย สามารถมีวิธีไปสู่ความสงบได้คริสต์ศาสนา ยังมีส่วนช่วยให้ผู้อื่นเผชิญหน้ากับความตาย โดยการนำการอภิบาลเข้ามาเกี่ยวข้องและความรักที่ยิ่งใหญ่ที่มีต่อศาสนา โดยเชื่อว่าพระเจ้าจะตอบแทนความดีแก่ผู้ที่ทำความดีกับผู้อื่น ส่วนในการเตรียมเผชิญความตายนั้นสามารถนำหลักคำสอนและพิธีกรรมทางศาสนามาช่วยผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายให้เตรียมตัวอย่างสงบเพื่อเดินทางไปหาพระเจ้าสู่ชีวิตนิรันดร์ได้

ตัวอย่างการตายดีในศาสนาคริสต์ เช่น สิทธิที่ตายอย่างสงบ (die peacefully) อย่างมีศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์และของชาวคริสเตียนที่แม้ในขณะที่กำลังจะตายก็มีให้ใช้เทคโนโลยีในทางที่มีขอบ ซึ่งถือเป็น การคุกคามการสวรรคตของสมเด็จพระราชินีนาถเอลิซาเบธที่ ๒ ที่บ้านของท่าน (ปราสาทบัลมอรัลใน สก็อตแลนด์)

ในทางศาสนาอิสลาม

ศาสนาอิสลามเชื่อว่าพระเจ้าเป็นผู้สร้างมนุษย์ขึ้นมา มีการกำหนดเวลาเกิดและเวลาตายไว้แล้ว ความตายไม่ใช่การสิ้นสุดชีวิตแต่เป็นการย้ายชีวิตเพื่อไปอยู่กับพระเจ้า โดยมีคำสอนทางศาสนากล่าวถึงเรื่องความตายและการดูแลผู้ใกล้ตายไว้ว่า

ท่านอับนุ อับบาส กล่าวว่าไว้ว่า “เมื่อท่านได้พบเห็นผู้ที่กำลังใกล้เสียชีวิต ก็จงบอกข่าวดีแก่เขาว่าเขาอาจจะได้พบกับอัลลอฮ์และเขาต้องนึกคิดต่อพระองค์ในทางที่ดี”

ในทัศนะศาสนาอิสลามยอมรับความตายว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต โดยมีคำกล่าวว่า อัลลอฮ์ทรงกล่าวไว้ในคัมภีร์อัลกุรอานว่า “แต่ละชีวิตนั้นจะได้ลิ้มรสแห่งความตายและแท้จริงที่พวกเขาจะได้รับรางวัลของพวกเขาโดยครบถ้วนนั้น คือวันปรโลก แล้วผู้ใดที่ถูกให้ห่างจากไฟนรกและถูกให้เข้าสวรรค์แล้วไซ้แน่นอนเขาก็จะชนะแล้วและชีวิตความเป็นอยู่แห่งโลกนี้นั้น มิใช่อะไรอื่นนอกจากสิ่งอำนวยความสะดวกแห่งการหลอกลวงเท่านั้น”

ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายหลักปฏิบัติทางศาสนา ควรให้ผู้ป่วยนึกถึงพระเจ้าและกล่าวคำว่า “ลาอิลลา ฮาอิล ลาลลอฮ์” มีความหมายว่า “ไม่มีพระเจ้าอื่นใดที่ฉันเคารพนับถือนอกจากอัลลอฮ์” และจัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคงขวาหรือนอนหงายหันหน้าไปทาง “กิบลัต” ทิศตะวันตกเฉียงไปทางเหนือเล็กน้อย

ซึ่งเป็นที่ตั้งของนครมักกะฮ์และให้ญาติอ่านคัมภีร์อัลกุรอานบท “ญาชิน” ให้ผู้ป่วยฟังเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขทางจิตใจ

ตัวอย่างการตายดีในศาสนาอิสลาม เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน และการฝังศพทันทีภายใน ๒๔ ชั่วโมง

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รับรู้ว่าการตายกำลังใกล้เข้ามา ส่วนใหญ่จะต้องการกลับไปเยี่ยมเยียนสิ่งลา ได้พบและอยู่กับบุคคลที่ตนรักและสิ่งที่รู้สึกผูกพัน รวมถึงได้ปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่ตนเองนับถือ และสวดมนต์ภาวนาเพื่อให้จิตใจสงบ ซึ่งศาสนามีความหมายต่อจิตวิญญาณ และความเข้าใจชีวิตตามความเชื่อทางศาสนาจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีกำลังใจแข็งแกร่งพอที่จะเผชิญกับความทุกข์ทรมานและความตายที่กำลังใกล้เข้ามา สามารถยอมรับความตายที่จะมาถึงและไม่ยึดชีวิตของผู้ป่วยให้อยู่อย่างทุกข์ทรมาน และช่วยนำผู้ป่วยนำเข้าสู่ช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตเพื่อการจากไปอย่างสงบและสง่างาม^{๑๑๔} ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้น พบว่า ศาสนาทุกศาสนาให้ความสำคัญการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย ไม่ว่าจะเป็นศาสนาพุทธ คริสต์ หรืออิสลาม ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ จรัสแสง ผิวอ่อน^{๑๑๕} เรื่องการจัดการเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม กรณีศึกษา วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร พบว่ามีการใช้หลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวมทั้งทางร่างกาย จิตอารมณ์ จิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยผ่านกิจกรรมต่างๆ ตามสภาพพื้นฐานของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย อาทิ การใช้ดนตรีบำบัด พิธีกรรมตัมยาสมุนไพโร การฝึกกรรมฐานสติ การเรียนรู้ความจริงเชิงประจักษ์ผ่านการร่วมสวดมนต์ให้กับคนไข้หนักที่ใกล้เสียชีวิตเพื่อให้เห็นสัจธรรมของชีวิตและเกิดความปล่อยวาง เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตที่เหลือของตนเองอย่างมีความสุข ซึ่งก่อให้เกิดผลลัพธ์ต่อสุขภาพทางกายและใจในทางที่ดีขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้น หน้าตายิ้มแย้ม ร่างกายสดชื่น ความทุกข์ทางใจน้อยลง เกิดความปล่อยวาง มีความตั้งใจที่จะต่อสู้กับโรคร้าย แต่ในขณะเดียวกันถ้ามีอาการลุกลามมากขึ้นสามารถยอมรับและพร้อมที่จะจากไปอย่างสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพระชาย อภินนโท (ปริสฺสญฺญตานนท์)^{๑๑๖} เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนตายของผู้สูงอายุในชมรมปฏิบัติธรรม ๒๔ น. จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า ระดับพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนตายของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพ การที่ผู้สูงอายุที่ได้มาร่วมกิจกรรมปฏิบัติธรรมทำให้มาแนวโน้มพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนตายไปในทางบวก ดังนั้นบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุจึงควรให้การสนับสนุนปัจจัยการเตรียมตัวก่อนตายทั้งสามด้านให้มากยิ่งขึ้น

^{๑๑๔} พัทธธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์, “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามความเชื่อทางศาสนาและความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต” Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University, Volume 3 Number 6 November – December 2016, สืบค้นเมื่อ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๕,

<https://ph01.tci-thaijo.org/index.php/VESTSU/article/view/75844/61038>

^{๑๑๕} จรัสแสง ผิวอ่อน, “การจัดการเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม กรณีศึกษา วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร”, หลักสูตรปริญญาพุทธศาสนมหาบัณฑิต สาขาพุทธศาสตร์และศิลปะแห่งชีวิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๔, สืบค้นเมื่อ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๕, <http://www.khampramong.org/images/Article2020/pdf/charatsang.pdf>

^{๑๑๖} พระชาย อภินนโท (ปริสฺสญฺญตานนท์), “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนตายของผู้สูงอายุในชมรมปฏิบัติธรรม ๒๔ น. จังหวัดปราจีนบุรี” หลักสูตรปริญญาพุทธศาสนมหาบัณฑิต สาขาวิชาพุทธจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๖๑, สืบค้นเมื่อ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๕, <http://mcupress.mcu.ac.th>

สุมาลี แซ่เตีย^{๑๑๗} ศึกษาบทบาทหน้าที่ของอนุศาสนิกในการดูแลจิตวิญญาณผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ศึกษาจากการใช้แบบจำลองการประเมินความต้องการและการเยียวยาจิตวิญญาณ Spiritual AIM พบว่า คริสเตียนไม่ยอมรับการทำการุณยฆาต แต่ยอมรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เนื่องจากสอดคล้องต่อทศบัญญัติของพระเจ้าเรื่องความรักและการให้คุณค่ากับชีวิตมนุษย์ซึ่งถูกสร้างตามพระฉายาของพระเจ้า การยอมให้ผู้ป่วยจากไปตามธรรมชาติโดยไม่ยืดชีวิตด้วยเครื่องมือหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ไม่ใช่วิธีการเร่งความตายจึงไม่ใช่การฆาตกรรม ซึ่งเป็นความบาปในสหรัฐอเมริกา Spiritual AIM เป็นหนึ่งในเครื่องมือที่น่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับจากสหวิชาชีพในโรงพยาบาลที่อนุศาสนิกใช้ประเมินความต้องการและเยียวยาจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้าย โดยอนุศาสนิกที่ได้รับใบประกอบวิชาชีพถือเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและสถานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีหน้าที่ประเมินความต้องการและเยียวยาจิตวิญญาณของผู้ป่วยเพื่อช่วยในการค้นพบและบรรลุความต้องการด้านจิตวิญญาณก่อนที่จะจากโลกนี้ไป

กิตติกร นิลมานันต์^{๑๑๘} ศึกษาการดูแลระยะท้ายในชุมชนมุสลิม: กรณีศึกษาในบริบทภาคใต้ พบว่า หากแพทย์ตรวจวินิจฉัยว่าผู้ป่วยไม่สามารถรักษาได้ คนมุสลิมส่วนใหญ่ต้องการให้แพทย์ผู้รักษายกมือสละชีวิตของโรคว่าผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิตในอีกไม่กี่ชั่วโมงโดยครอบครัวต้องการนำผู้ป่วยกลับบ้าน และเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิตครอบครัวจะให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณและให้ผู้ป่วยได้จดจำระลึกถึงพระเจ้าอยู่ตลอดเวลาโดยการสวด ขอมพร การขอมอาอาฟ (ขอมภัย) และอ่านหนังสือศาสนา ซูเราะห์ยาซีน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เกิดการตายดีและการตายอย่างสงบตามความเชื่อของชาวมุสลิม ซึ่งการตายดีและตายอย่างสงบในมุมมองของชาวมุสลิมหมายถึงการได้อยู่ท่ามกลางบุคคลที่รักและญาติมิตร โดยผู้ที่กำลังเสียชีวิตไม่แสดงออกถึงความทุกข์ทรมาน ดังนั้นคนมุสลิมเมื่อรับรู้จากแพทย์ว่าผู้ป่วยไม่สามารถรักษาได้แล้วจึงปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ เพราะเห็นว่าการรักษาทางการแพทย์ด้วยการสอดใส่ท่อต่าง ๆ เข้าร่างกายในผู้ใกล้เสียชีวิตจะเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและอาจทำให้ตายไม่สงบ โดยภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ผู้นำศาสนา และคนในชุมชนจะมีบทบาทสำคัญในการช่วยประคับประคองจิตใจครอบครัวเพื่อช่วยเหลือในการปรับตัวเพื่อดำรงชีวิตอยู่ต่อไป ขณะที่อนงค์ ภิบาล^{๑๑๙} ศึกษาประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล พบว่า การให้ความหมายและประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล คือ ๑) ความภาคภูมิใจ ๒) เป็นหน้าที่รับผิดชอบ ๓) การดูแลด้วยศรัทธาความเป็นมนุษย์

จากความสำคัญของศาสนากับสภาวะระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคองดังกล่าวมาข้างต้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนารูปแบบการประยุกต์ใช้หลักศาสนาเพื่อการเสริมสร้างสภาวะระยะสุดท้ายด้านจิตวิญญาณให้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่สอดคล้องกับความเชื่อทางศาสนา

^{๑๑๗} สุมาลี แซ่เตีย, “บทบาทหน้าที่ของอนุศาสนิกในการดูแลจิตวิญญาณผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ศึกษาจากการใช้แบบจำลองการประเมินความต้องการและการเยียวยาจิตวิญญาณ Spiritual AIM”, วิทยาลัยพระคริสต์ธรรมแมคกิลวารี มหาวิทยาลัยพายัพ, ๒๕๖๒, สืบค้นเมื่อ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๕, <https://library.ichurch.cc/ttac/30685>

^{๑๑๘} กิตติกร นิลมานันต์, “การดูแลระยะท้ายในชุมชนมุสลิม: กรณีศึกษาในบริบทภาคใต้”, วารสารสภาการพยาบาล ปีที่ ๓๑ ฉบับที่ ๓ เดือน กรกฎาคม - กันยายน ๒๕๕๙, หน้า ๓๗ – ๕๒.

^{๑๑๙} อนงค์ ภิบาล, “ประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล” สนับสนุนโดย สำนักงานบริหารการส่งเสริมการวิจัยในอุดมศึกษาและการพัฒนามหาวิทยาลัยวิจัยแห่งชาติ, ๒๕๕๙, สืบค้นเมื่อ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๕, http://rms.pnu.ac.th/rdbms/fulltext/061117_123058f.pdf

ขนบธรรมเนียม และวัฒนธรรม รวมถึงพัฒนารูปแบบระบบบริการที่เหมาะสมกับการเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเพื่อเยียวยาบรรเทาความโศกเศร้าหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของญาติและครอบครัวต่อไป

๓.๒.๘ การสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ในการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้าย

กระทรวงสาธารณสุขมีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อเป็นนโยบายระดับกระทรวง โดยให้โรงพยาบาลในเขตสุขภาพทั่วประเทศดำเนินการ แต่เนื่องจากสาขาการดูแลแบบประคับประคองเพิ่งเริ่มดำเนินการมาเมื่อประมาณปี พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙ ปัจจุบันแม้โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมีหน่วยงานหรือบุคลากรที่ให้บริการด้านการดูแลแบบประคับประคอง (อาจจะแยกเป็นหน่วยเฉพาะหรือรวมกับหน่วยอื่น) แต่อัตรากำลังยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน

กรมการแพทย์ สร้างและพัฒนาเครือข่าย PCN โดยการรวบรวมและจัดทำทะเบียนเครือข่ายหน่วยงานด้านการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๓

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พัฒนานโยบายด้านการเงินและพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสำหรับประชาชนที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเป็นการจัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาล ในชุมชนและที่บ้าน

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) กำหนดถึงสิทธิด้านสุขภาพที่ทุกคนพึงมีทั้งในส่วนของการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในการยืดชีวิตระยะท้าย (มาตรา ๑๒) ซึ่งเป็นเครื่องมือในการสื่อสารในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าซึ่งเป็นองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคอง สิทธิด้านการคุ้มครองข้อมูลสุขภาพซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคล ไม่สามารถละเมิดได้ (มาตรา ๗) สิทธิในการได้รับรู้ข้อมูลในการรักษาจากผู้ให้บริการ (มาตรา ๘)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนคนไทยทุกคนบนพื้นแผ่นดินไทยให้มีสุขภาวะที่ดีในทุกมิติ สนับสนุนและส่งเสริมระบบบริการสาธารณสุขและบุคลากรด้านสุขภาพในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง สนับสนุนเครือข่ายภาคประชาสังคมในการส่งเสริมให้มีจิตสุภาพทางปัญญาในเครือข่ายการตายดี เครือข่ายสุขภาวะทางปัญญา จิตอาสา และชุมชนกรุณา

องค์กรทางศาสนา ได้แก่ มหาเถรสมาคมพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมานุสุภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยกำหนดเรื่องการดูแลสุภาพะในระยะท้ายของชีวิตของทั้งพระสงฆ์และประชาชน เป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนธรรมานุสุภาพและเป็นภารกิจหนึ่งในการปฏิรูปคณะสงฆ์ด้วย

นอกจากนี้มีการรวมกลุ่มของบุคลากรด้านสุขภาพ บุคลากรด้านศาสนา วิสาหกิจเพื่อสังคมหรือกลุ่มภาคประชาชนในการพัฒนาองค์ความรู้ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองตามความเชี่ยวชาญของตนเอง และดำเนินการในระดับพื้นที่ปฏิบัติการทั้งระดับครอบครัว ผู้ป่วยและญาติ ระดับชุมชน และการสื่อสารสังคม เช่น

๑. เครือข่ายพุทธิกา เริ่มนำหลักธรรมทางพระพุทธศาสนามาประยุกต์ใช้กับบุคคลและสังคม ตั้งแต่เมื่อ ๒๐ ปีที่แล้ว ผ่านแนวคิด “ทำกิจ ทำจิต” หรือทำกิจการงานต่าง ๆ พร้อมกับการพัฒนาจิตใจ เพื่อให้งานคือการปฏิบัติธรรม และปฏิบัติธรรมผ่านการทำงาน (แนวคิดเดียวกับคำสอนของท่านพุทธทาส) โดยเริ่มจากโครงการฉลาดทำบุญด้วยจิตอาสา ปันศรัทธาและอาหาร จิตอาสาในโรงพยาบาล (อาสาข้างเตียง

อาสาสมัครเด็กป่วย จิตอาสาในสถาบันประสาทวิทยา) จิตอาสาในวัด โครงการปันกันอ้อม (การทำทานรูปแบบใหม่) ครัวกลางปันกันอ้อม โครงการปลูกสตอออนไลน์ รวมถึงโครงการเผชิญความตายอย่างสงบที่ขยายผลไปยังกลุ่ม Peaceful Death และเครือข่ายชุมชนกรุณาในระยะต่อมา

๒. กลุ่ม Peaceful Death มูลนิธิสถาบันวิจัยและชุมชนกรุณา สร้างและสานพลังเครือข่ายชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี มากกว่า ๒๕ เครือข่าย กระจายอยู่ทั่วประเทศ พร้อมกับการสร้างสรรค์กิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ความตายเป็นเรื่องปกติที่ทุกคนต้องเผชิญ ความตายเป็นเรื่องที่ควรพูดคุยและสื่อสารได้อย่างปกติ และสามารถใช้เป็นมรณานุสติเพื่อความไม่ประมาทด้วย โครงการความตายพูดได้ เกมไพ่ชีวิต สมุดเบาใจ ห้องเรียน Palliative Care การพัฒนากระบวนการเพื่อจัดทำสมุดเบาใจและวางแผนสุขภาพล่วงหน้ากับผู้ป่วยในโรงพยาบาล ในชุมชน และในโรงเรียนผู้สูงอายุ

๓. ชีวามิตร วิสาหกิจเพื่อสังคม หน่วยงานที่มีความเชื่อว่า “ทุกคนมีสิทธิ์ที่จะมีคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่ดี สามารถอยู่อย่างมีความหมายและจากไปอย่างมีความสุข” มีวิสัยทัศน์เพื่อเป็นผู้นำการให้องค์ความรู้ สร้างความตระหนักรู้แก่ประชาชน เพื่อการวางแผนและเตรียมพร้อมสำหรับคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่ดีในทุกมิติ ทั้งทางด้านการแพทย์ สังคม การสื่อสาร จิตวิญญาณ และกฎหมาย เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองได้ถ้วนหน้า จึงรวบรวมองค์ความรู้ และพัฒนากิจกรรมและโครงการต่างๆ มากมาย เช่น Workshop “การเตรียมตัวตายอย่างสงบ อย่างมีคุณภาพชีวิต” การอบรมเตรียมตัวตาย การขยายเรื่องตายดีผ่านสื่อออนไลน์ ผ่านหนังสือ งานนิทรรศการและการเสวนา โครงการห้องเรียนชีวิต การจัดทำ E-Living Will ฯลฯ

๔. เยือนเย็น วิสาหกิจเพื่อสังคม การแพทย์ทางเลือกสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดจากโรคร้ายได้แล้ว โดยมีหัวใจสำคัญของการรักษาอยู่ที่ “การสนับสนุนคุณภาพชีวิต” ที่ดีของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย เปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยได้สื่อสารถึงความต้องการของตนเอง รับฟังความต้องการของญาติ ขณะเดียวกันแพทย์และทีมงานก็ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค มะเร็งและโรคร้ายต่างๆ รวมถึงให้คำแนะนำเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างไม่กลัวและตระหนักถึงภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย

ในอนาคตเพื่อให้การวางแผนการดูแลตัวเองล่วงหน้าในระยะสุดท้าย ครอบคลุมไปถึงการใช้ร่างกายและอวัยวะให้เกิดประโยชน์สูงสุดของการเกิดเป็นมนุษย์ จะได้มีการทำงานร่วมกับสภาวิชาชีพ และการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่มีผู้สูงอายุ หรือกลุ่มเปราะบางต่าง ๆ ที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ทั่วประเทศ โดยดำเนินการร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ต่อไป

๓.๓ มิติระบบบริหารจัดการ

๓.๓.๑ นโยบาย ยุทธศาสตร์ กฎหมาย และแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติในเรื่องสุขภาวะระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง

ประเทศไทยมีนโยบาย ยุทธศาสตร์และกฎหมายระดับชาติที่เอื้อต่อสิทธิการดูแลระยะสุดท้าย การส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน ตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ซึ่งเป็นสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งมิติกาย จิต สังคมและปัญญา ทั้งการได้รับบริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข และคุ้มครองสุขภาพที่เป็นผลกระทบจากปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งนโยบาย ยุทธศาสตร์และกฎหมายที่สำคัญของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี แผนการปฏิรูปประเทศ และแผนพัฒนาเศรษฐกิจ

และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ เป็นนโยบายระดับชาติที่ส่งผลต่อการดำเนินการของส่วนราชการต่าง ๆ ในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลแบบประคับประคอง และกฎหมายที่สำคัญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิตามรัฐธรรมนูญและ แผนนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และการสาธารณสุขของประชากร ได้แก่ มาตรา ๔๗ มาตรา ๕๕ และมาตรา ๒๕๘ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลแบบประคับประคอง ในมิติต่าง ๆ เช่น พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ เป็นต้น ที่สำคัญ คือ สิทธิด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง ในส่วนของการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยของประชาชนได้ถูกบัญญัติไว้ในกฎหมายฉบับเดียวของประเทศไทย คือ มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

๓.๓.๒ ความชัดเจนของนโยบาย (Palliative Care) และ (Living Will) สามารถนำไปสู่การปฏิบัติในระดับเขตสุขภาพ

นโยบายการขับเคลื่อนระบบการดูแลแบบประคับประคอง และมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีความชัดเจนสามารถนำไปสู่การปฏิบัติในระดับเขตสุขภาพ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัยตั้งแต่เกิดจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิตให้มีสุขภาพที่แข็งแรงและมีความมั่นคงทางสุขภาพ คนไทยทุกช่วงวัยจะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพตั้งแต่เกิดจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งในการจัดการดูแลระยะยาวเพื่อรองรับสังคมสูงวัยและสถานการณ์แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายนั้น ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) การวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance care plan) และหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเพื่อยืดการตาย (Living Will) เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลในระยะสุดท้ายเนื่องจากการเป็นดูแลแบบองค์รวมโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแลทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน การสนับสนุนให้เกิดวัฒนธรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย สามารถลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลให้แก่ครอบครัวได้ด้วย โดยปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ระบบบริการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อเป็นกรอบและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการดูแลในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตของประชาชนชาวไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสนับสนุนเรื่องการดูแลแบบประคับประคองผ่าน Service plan สาขาการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) โดยมีกรมการแพทย์เป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน Service Plan สาขานี้ ซึ่งปัจจุบันสามารถขยายงานไปยังเขตสุขภาพทั้ง ๑๒ เขตทั่วประเทศ และแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนกฎกระทรวงตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เมื่อวันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๒ และคณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เมื่อวันที่ ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๒ และได้จัดทำแนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๕๓

เพื่อให้เกิดความชัดเจนในทางปฏิบัติและทำให้เกิดการดำเนินการมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่สุขภาวะในวาระสุดท้ายของชีวิตประชาชน สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการขับเคลื่อนมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เข้าสู่แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในเขตสุขภาพ ๑๒ เขต และได้จัดประชุมขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงาน : การสร้างสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิต ด้วย Palliative Care และ Living Will สำหรับผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานเขตสุขภาพด้วยระบบประชุมทางไกลผ่านจอภาพ (Video Conference) ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อมอบนโยบายการดำเนินงาน : การสร้างสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิต ด้วย Palliative Care และ Living Will การสื่อสารนโยบายและสร้างความเข้าใจในการเตรียมการจัดประชุมขับเคลื่อน Palliative Care และ Living Will สำหรับผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๗๗ จังหวัด และสำนักงานเขตสุขภาพ ๑๒ เขต ต่อไป

จากการรายงานผลการประเมินการจัดเวทีจัดประชุมขับเคลื่อนการดำเนินการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข เพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตฯ ตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ จำนวน ๖ เขตสุขภาพ โดยสรุปผลการประเมินความคิดเห็นของบุคลากรด้านสาธารณสุขระดับผู้บริหาร บุคลากรด้านสาธารณสุขระดับปฏิบัติการในเรื่องความชัดเจนของนโยบายการขับเคลื่อนระบบการดูแลแบบประคับประคองสามารถนำไปสู่การปฏิบัติในระดับภูมิภาคและความชัดเจนของนโยบายการขับเคลื่อนสิทธิด้านสุขภาพตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ สามารถนำไปสู่การปฏิบัติในระดับภูมิภาค โดยระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ ๘๐ - ๙๕^{๑๒๐}

ทั้งนี้ นโยบายจากส่วนกลางมีความชัดเจนและมีกลไกที่เชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ แต่นโยบายการปฏิบัติงานในพื้นที่ยังเป็นข้อจำกัดและมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่

๓.๓.๓ การพัฒนาองค์ความรู้

องค์ความรู้ในด้านการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายนั้น มีสถาบันวิชาการต่าง ๆ ได้แก่คณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยต่างๆ พัฒนางค์ความรู้ในด้านการดูแลแบบประคับประคองทางการแพทย์เป็นหลัก และมีหลักสูตรการเรียนการสอนให้กับบุคลากรด้านสาธารณสุข เพื่อให้มีศักยภาพในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ ในส่วนองค์ความรู้ที่จะต้องพัฒนาเพื่อใช้เป็นแนวทางหรือมาตรฐานกลางของประเทศไทยนั้น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนได้ร่วมกันพัฒนามาตรฐานที่สำคัญ ได้แก่

๑. นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๓ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

๒. มาตรฐานแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan) ของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๕

^{๑๒๐} สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, รายงานการประเมินผลการขับเคลื่อนมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ในเขตสุขภาพ ๒๕๖๔.

๓. การถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care & Living Will)

๔. การพัฒนาหลักสูตร E-learning เรื่อง Living Will Advance Care Plan และ Palliative Care สำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุข

โดยองค์ความรู้ในหน่วยงานต่าง ๆ ได้มีการนำไปใช้อ้างอิงทางวิชาการและการบริหารจัดการในระบบสุขภาพด้านการดูแลแบบประคับประคอง และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข

อย่างไรก็ตาม องค์ความรู้ในเชิงระบบ เช่น ด้านการพัฒนากระบวนการ กลไกและรูปแบบของการสร้างเสริมสุขภาวะในชุมชน ด้านกลไกทางการเงินการคลังของระบบการดูแลระยะสุดท้าย ด้านคุณค่าทางสังคมของระบบการดูแลระยะสุดท้าย เป็นต้น ยังมีปรากฏไม่มาก เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาและความท้าทายในเชิงระบบต่อไป

๓.๓.๔ การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข

บุคลากรสาธารณสุขมีความสำคัญอย่างมากในการจัดการให้เกิดการบริการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพและเหมาะสมกับการดูแลระยะสุดท้าย บุคลากรต้องมีเจตคติที่ดีรวมทั้งมีทักษะความรู้ความชำนาญที่เพียงพอ ในด้านการพัฒนาศักยภาพการดูแลระยะสุดท้ายของบุคลากรสาธารณสุข มีกรมการแพทย์เป็นหน่วยงานหลักในการกำหนดนโยบายและมาตรฐาน

จากรายงานการประเมินผลการขับเคลื่อนสิทธิด้านสุขภาพ ตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติ พ.ศ. ๒๕๕๐^{๑๒} พบว่า ทีมบุคลากรด้านการดูแลแบบประคับประคองในเขตสุขภาพ เมื่อพิจารณาในประเด็นที่ว่าโรงพยาบาลจะต้องมีการจัดระบบบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างมีคุณภาพนั้น ถึงแม้ว่าในหลายโรงพยาบาลจะมีโครงสร้างและสายงานที่ชัดเจนและทำงานแบบเต็มเวลา แต่มีหลายโรงพยาบาลที่ยังไม่มีโครงสร้างที่ชัดเจนแบบ Fulltime เป็นการทำงานแบบบูรณาการแต่ละแผนกผลิตเปลี่ยนหมุนเวียนไม่เพียงพอต่อภาระงาน อีกทั้งมีข้อจำกัดด้านศักยภาพทักษะที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับนโยบายในแต่ละพื้นที่ และในด้านการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการจัดระบบบริการการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) และการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Living Will) ตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ การพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพจะเป็นการอบรมระยะสั้นและระยะยาว โดยเน้นเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย บุคลากรได้รับการอบรม ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาล การเข้าร่วมประชุมวิชาการมีการจัดอบรมภายในหน่วยงานหรือการเข้าร่วมประชุมกับในโรงพยาบาลเครือข่าย การเข้าร่วมปฏิบัติงานร่วมกับที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญ ได้เรียนรู้สถานการณ์จริง แต่ภาพรวมยังขาดความรู้ความเข้าใจทักษะในเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Living Will) ตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ การพัฒนาผู้ดูแลในชุมชน มีการจัดอบรมผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน

^{๑๒} จุฑามาศ โมหี และคณะ, การประเมินผลการขับเคลื่อนสิทธิด้านสุขภาพ ตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐, ๒๕๖๔.

๓.๓.๕ ชุดสิทธิประโยชน์การดูแลแบบประคับประคองกับสิทธิการรักษาพยาบาล ๓ กองทุน

หากพิจารณาสิทธิการรักษาพยาบาล ๓ กองทุน ที่รัฐจัดให้แก่ประชาชน ได้แก่ สิทธิสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ทั้ง ๓ กองทุนได้กล่าวถึงสิทธิในการดูแลแบบประคับประคองที่แตกต่างกัน โดยสามารถสรุปได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ ๔ การเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองใน ๓ กองทุน			
	สิทธิราชการ	สิทธิประกันสังคม	สิทธิหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า
กฎหมายกำหนดสิทธิให้แก่ประชาชน	พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓	พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. ๒๕๓๗	พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕
บุคคลผู้ได้รับสิทธิ	ข้าราชการและครอบครัวกว่า ๔.๙ ล้านคน	สมาชิกกองทุนประกันสังคมกว่า ๑๑ ล้านคน	ประชาชนไทยที่ไม่มีสิทธิการรักษาใด ๆ จำนวนกว่า ๔๗ ล้านคน
การดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล	มี	มี	มี
การดูแลแบบประคับประคองนอกโรงพยาบาล	ไม่มี	ไม่มี	๑. การดูแลในชุมชนผ่านกองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมุ่งเน้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการบริหารจัดการกองทุน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกในพื้นที่ ๒. การดูแลที่บ้านผ่านหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยครอบคลุมผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามเกณฑ์ที่

ตารางที่ ๔ การเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองใน ๓ กองทุน			
	สิทธิราชการ	สิทธิประกันสังคม	สิทธิหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า
			กรมการแพทย์กำหนด ในลักษณะของการเหมาจ่าย ต่อรายตามระยะเวลา ที่ได้รับการดูแลที่บ้าน โดยประมวลผลจากวันที่เริ่ม ให้บริการที่บ้านครั้งแรก จนถึงวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยเป็นการจ่ายแบบ เหมาจ่ายตามอัตราและ ระยะเวลาการให้บริการ ที่ สปสช.กำหนด

จากตารางดังกล่าวสรุปได้ว่าสิทธิการดูแลแบบประคับประคองของทั้ง ๓ กองทุน มีความเหลื่อมล้ำกันมาก เนื่องจากสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของทางราชการและสิทธิประกันสังคมไม่มีชุดสิทธิประโยชน์การดูแลแบบประคับประคองนอกโรงพยาบาล

จากความเหลื่อมล้ำของสิทธิการรักษาพยาบาลดังกล่าวส่งผลให้เกิดปัญหาคุณภาพและรูปแบบการดูแล กล่าวคือ ในกรณีผู้ป่วยที่มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของทางราชการหรือประกันสังคมจะได้รับดูแลแบบประคับประคองเฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น และในกรณีสิทธิประกันสังคมจะต้องนำเงื่อนไขการเบิกจ่ายเงินตามกองทุนประกันสังคมที่มีเพื่อ (๑) ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยรวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (๒) ประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร (๓) ประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ (๔) ประโยชน์ทดแทนในกรณีตาย (๕) ประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตร (๖) ประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพ และ (๗) ประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงาน ยกเว้นผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๙ มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเงื่อนไขการเบิกจ่ายเงินเช่นนี้ แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะได้รับสิทธิการดูแลแบบประคับประคองทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน ถ้าเป็นเช่นนี้เท่ากับว่าคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดีกว่าสิทธิราชการ และสิทธิราชการดีกว่าสิทธิประกันสังคม

เปรียบเทียบความเหลื่อมล้ำของชุดสิทธิประโยชน์ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ > สิทธิราชการ > สิทธิประกันสังคม

ดังนั้น เมื่อสถานการณ์ในเรื่องสิทธิการดูแลเป็นเช่นนี้ จึงเป็นที่มาของความจำเป็นในการสร้างระบบการดูแลแบบประคับประคองในภาคเอกชนผ่านระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจขึ้น ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นการอุดช่องว่างสิทธิการรักษาของภาครัฐ และเป็นทางเลือกกับผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนการดูแลตนเอง

๓.๓.๖ การสื่อสารสังคม

การสื่อสารสังคมเพื่อสร้างกระแสการรับรู้ของสังคมในวงกว้าง และการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เพื่อการต่อยอดความเข้าใจอย่างต่อเนื่อง เป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญเพื่อการเสริมสร้างสุขภาวะระยะสุดท้ายรองรับสังคมสูงวัยของประเทศ ซึ่งจากการทบทวนเอกสารและบทบาการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ผ่านมา พบว่ามีการทำงานสื่อสารสังคมในประเด็นสืบเนื่อง ทั้งในเรื่องการตายดี การตายตามธรรมชาติ การทำหนังสือแสดงเจตนาฯ การดูแลแบบประคับประคอง การวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยพบการสื่อสารใน ๓ รูปแบบหลัก ๆ ได้แก่

๑. การสื่อสารนโยบาย ที่มุ่งสร้างความเข้าใจเชิงสั่งการให้เกิดการปฏิบัติตามไปยังหน่วยงานปฏิบัติการในระดับภูมิภาค โดยมีรูปแบบเป็นการสื่อสารประกาศ คำสั่ง แนวปฏิบัติ ที่มีขั้นตอนและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยเป็นการดำเนินงานร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย อาทิ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น ในรูปแบบการจัดประชุม การแถลงข่าว การจัดทำสื่อสนับสนุนการสื่อสารนโยบาย ซึ่งปัจจุบันอยู่ระหว่างการขยายความร่วมมือการทำงานไปยังหน่วยงานนอกภาคส่วนสาธารณสุข เช่น กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น

๒. การสื่อสารเชิงวิชาการ เพื่อสร้างความเข้าใจและความเชื่อมั่นให้กับผู้ปฏิบัติงาน ทั้งในและนอกภาคส่วนสาธารณสุข ว่าการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เป็นสิ่งที่ทำได้ ไม่ผิดกฎหมาย ไม่ขัดกับหลักจรรยาวิชาชีพ โดยมีการทำงานร่วมกับภาควิชาการ เพื่อสกัดข้อมูลกฎหมายและนโยบายให้เป็นข้อมูลเพื่อการสื่อสาร มีการยกตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมเพื่อประกอบการสร้างความเข้าใจให้กลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม โดยเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อสื่อสารไปยังกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม เช่น กระทรวงสาธารณสุขและสภาวิชาชีพด้านสุขภาพ (แพทย์/พยาบาล/หน่วยงานในสังกัด สธ./คณะแพทยศาสตร์/คณะพยาบาลศาสตร์) หน่วยงานด้านกฎหมายและเกี่ยวเนื่อง (ผู้พิพากษา/อัยการ/สหภาพทนายความ/ตำรวจ) สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแห่งประเทศไทย เป็นต้น โดยมีการทำงานในรูปแบบต่างๆ เช่น การประชุม เสวนา สัมมนา การฝึกอบรม ตลอดจนการจัดทำสื่อสนับสนุนการสื่อสารเชิงวิชาการ เป็นต้น

๓. การสื่อสารประชาสัมพันธ์ โดยมุ่งเน้นสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ การเปิดประเด็นพูดคุยในสังคม การสร้างกระแสสังคม โดยทำงานร่วมกับหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ/วิชาชีพ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน อาทิ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กลุ่มพุทธิกา กลุ่ม Peaceful Death ชีวามิตรวิสาหกิจเพื่อสังคม เยือนเย็นวิสาหกิจเพื่อสังคม รวมถึงการจัดงานสร้างสุขที่ปลายทาง ครั้งที่ ๑ - ๔ เพื่อสื่อสารสังคมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ จนถึงปัจจุบัน

อย่างไรก็ดี แม้จะมีความพยายามที่จะสื่อสารสังคมตลอดช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา แต่จากการทบทวนค่านิยม การรับรู้ และทัศนคติเรื่องสุขภาวะระยะสุดท้ายและการดูแลประคับประคอง ตลอดจนการศึกษาเรื่องความต้องการ ความคาดหวังและสถานการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของประเทศไทย พบปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อการสื่อสารสังคมเพื่อการเสริมสร้างสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตของประชาชนคนไทย ดังนี้

๑. ทศนคติเกี่ยวกับความตายของสังคมไทยที่มีความเชื่อว่าความตายเป็นเรื่องอัปมงคล ไม่ควรพูดถึง หรือความตายเป็นสิ่งไม่แน่นอน กำหนดไม่ได้ จึงไม่ได้มีการเตรียมการวางแผนล่วงหน้า แต่จากสถานการณ์การระบาดของโควิด ๑๙ ที่เกิดขึ้นในช่วงกว่า ๓ ปีที่ผ่านมา ส่งผลให้คนไทยส่วนหนึ่ง ตระหนักว่าความตายเป็นเรื่องใกล้ตัวมากขึ้น

๒. ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจ เรื่อง สิทธิการตายตามธรรมชาติ สิทธิการตายดี และการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เพื่อเข้าถึงสิทธิการตายดี สิทธิการตายดีตามเจตนารมณ์มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ รวมทั้งขาดความมั่นใจในการได้รับการปฏิบัติตามที่ได้แสดงเจตนาฯ ไว้^{๑๒๒}

๓. บุคลากรสาธารณสุขขาดความรู้ ความเข้าใจ ขาดทักษะด้านการสื่อสารการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย และหน่วยบริการสาธารณสุขขาดการประชาสัมพันธ์ไปยังกลุ่มประชาชนให้เกิดการรับรู้มากขึ้น^{๑๒๓}

๔. ข้อจำกัดของการพัฒนารูปแบบ วิธีการสื่อสารรูปแบบใหม่ เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึง ได้ครอบคลุม และการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพกับระบบบริการ

^{๑๒๒} สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, “การศึกษาทศนคติเกี่ยวกับความตาย การดูแลระยะท้าย และการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ตามมาตรา ๑๒ แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐”, ๒๕๖๓.

^{๑๒๓} เพิ่งอ้าง.

บทที่ ๔

ข้อค้นพบสำคัญและข้อเสนอแนะ

๔.๑ ข้อค้นพบสำคัญ

๔.๑.๑ ในระดับสากล

มีการสร้างเสริมสุขภาพระยะสุดท้ายของชีวิตมายาวนานหลายสิบปี ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนามาตรฐานสากลเกี่ยวกับคุณภาพการตาย (Quality of Death Index) มีทั้งกฎบัตรปรากฏที่ให้ความสำคัญกับการยอมรับเรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคอง การเข้าถึงยากลุ่มที่จำเป็นในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ มีการจัดอันดับประเทศตามดัชนีวัดคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง

ในขณะเดียวกันองค์การอนามัยโลกมีการพัฒนายุทธศาสตร์การขับเคลื่อนงานด้านการรักษาแบบประคับประคอง มี ๔ ยุทธศาสตร์หลัก คือ (๑) การมีนโยบายและยุทธศาสตร์ของประเทศ (๒) การเข้าถึงยาจำเป็น (๓) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพ และ (๔) การบูรณาการการทำงานของทุกภาคส่วน

สำหรับแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองโดยระบบบริการสุขภาพ มี ๕ รูปแบบ คือ (๑) การดูแลแบบผู้ป่วยใน (๒) การดูแลแบบผู้ป่วยนอก (๓) การดูแลที่บ้าน (๔) การดูแลแบบ Day Care Support และ (๕) การดูแลโดยทีมดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้มีการดูแลทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณหรือปัญญา (Spiritual) และด้านสังคมที่เชื่อมโยงให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมควบคู่กับการพัฒนาระบบและมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคอง มีการพัฒนาด้านสิทธิผู้ป่วยหรือสิทธิของบุคคลในการเลือกที่จะสิ้นชีวิตไปอย่างมีคุณภาพ เป็นไปตามธรรมชาติ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าบนหลักสิทธิมนุษยชน (Advance Directives หรือ Living Will) เนื่องจากเมื่อวิทยาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์เจริญก้าวหน้ามากขึ้นตามลำดับ ซึ่งมีผลดีต่อการดูแลบำบัดรักษาโรคร้ายไข้เจ็บได้มาก แต่ขณะเดียวกันก็มีโอกาสเข้าแทรกแซงการสิ้นชีวิตที่ควรเป็นไปตามธรรมชาติได้ ซึ่งนอกจากมีผลกระทบต่อ “สิทธิการตายดี” (Good Death) แล้ว ยังมีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นของครอบครัวและระบบสุขภาพโดยรวมอีกด้วย

ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยพบว่า ค่าใช้จ่ายของบุคคลในการรักษาพยาบาลช่วง ๖ เดือนสุดท้ายของชีวิต มีมูลค่าสูงมากกว่าช่วงใด ๆ ของชีวิต โดยการดูแลรักษาในโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการดูแลโดยฐานครอบครัวและชุมชน และเมื่อสังคมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมากขึ้น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นและมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายทวีจำนวนมากขึ้น ก็กระทบกับค่าใช้จ่ายทั้งของบุคคล ครอบครัว และสังคมโดยรวมเพิ่มขึ้นด้วย

การผลักดันให้มีการเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับการรักษาพยาบาลด้วยเครื่องมือและอุปกรณ์เพื่อชีวิตตนเอง เกิดขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. ๒๕๑๐ ในประเทศสหรัฐอเมริกากระทั่งมีการออกกฎหมายรับรองสิทธิของบุคคลในเรื่องนี้ในรัฐแคลิฟอร์เนีย และใช้เวลาอีก ๒๓ ปี จนถึงปี พ.ศ. ๒๕๓๓ จึงมีกฎหมายรับรองสิทธินี้ครบทุกรัฐ ซึ่งต่อมามีการพัฒนาการทำเอกสารที่เรียกว่า POLST (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการสื่อสารสร้างความเข้าใจกันระหว่างผู้ดูแลรักษากับผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มเติมขึ้นมาอีกด้วย

สำหรับประเทศแถบยุโรป นอกจากการพัฒนากฎหมายรับรองสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งมีใน ๑๕ จาก ๒๘ ประเทศแล้ว ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการดูแล

แบบประคับประคอง (Palliative Care) โดยเน้นที่การพัฒนาเอกสารการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning : ACP) เพื่อวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมพิจารณาและร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการดูแลเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต (End of Life) ซึ่งไม่ใช่การให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามตัวหนังสือที่แสดงเจตนาตามกฎหมายอย่างเดียว

สำหรับพัฒนาการในทวีปเอเชีย รายงานนี้ได้ศึกษาเป็นการเฉพาะสำหรับ (๑) รัฐเกรละ ประเทศอินเดีย (๒) ไต้หวัน และ (๓) ประเทศสิงคโปร์ พบว่ามีพัฒนาการที่แตกต่างกันไป (รายละเอียดปรากฏในรายงานข้อ ๒.๒ ในบทที่ ๒) ซึ่งกล่าวได้ว่า ไต้หวันมีพัฒนาการเรื่องนี้มาก ระบบสุขภาพของไต้หวันเชื่อมโยงอยู่กับแนวทางการบริการที่ให้ความสำคัญกับมิติของความเป็นมนุษย์ ส่วนหนึ่งมีอิทธิพลจากเครือข่ายบริการสุขภาพของมูลนิธิพุทธฉือจี้ที่ให้ความสำคัญกับการแพทย์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) ไต้หวันมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ๔ ประเด็น คือ (๑) การปฏิรูปเครือข่ายบริการสุขภาพ (๒) การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพ (๓) การปฏิรูประบบข้อมูลสารสนเทศ และ (๔) การพัฒนาแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว

ไต้หวันได้รับการจัดอันดับที่ ๖ (เป็นที่ ๑ ของทวีปเอเชีย) ที่เป็นแบบอย่างการจัดระบบการดูแลแบบประคับประคองที่นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมและนำนวัตกรรมการรักษาพยาบาลทางไกลเข้ามาใช้

ไต้หวันให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งมิติด้านการแพทย์ ด้านจิตวิญญาณ ด้านสังคมและด้านอื่น ๆ อย่างเป็นองค์รวม ในขณะเดียวกันได้พัฒนากฎหมายรองรับ ได้แก่ พระราชบัญญัติการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้าย พ.ศ. ๒๕๔๓ (Hospice Palliative Care Act) และพระราชบัญญัติสิทธิในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย พ.ศ. ๒๕๕๘ (Patient Right to Autonomy Act)

สำหรับประเทศสิงคโปร์ ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย มียุทธศาสตร์แห่งชาติเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง พัฒนามาตรฐานบริการ พัฒนาบุคลากรสุขภาพ พัฒนาโปรแกรมการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) มีการส่งเสริมระบบที่พักผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice) การดูแลด้วยระบบ Nursing Home ซึ่งรวมไปถึงการดูแลที่เชื่อมโยงกับบ้านและชุมชนด้วย

๔.๑.๒ ในประเทศไทย

๔.๑.๒.๑ สิทธิการตายดี

ในอดีต เรื่องเกิด แก่ เจ็บ ตาย สัมพันธ์แนบแน่นอยู่ตามความเชื่อ วิถีชีวิต และหลักทางศาสนาโดยตลอด ซึ่งในทุกวันนี้ยังสัมพันธ์อยู่เช่นนั้น ในขณะที่เรื่องการเจ็บและการตายได้เข้าไปสัมพันธ์กับเรื่องการดูแลรักษาพยาบาลที่พัฒนาก้าวหน้าเป็นอย่างมากในช่วงนับร้อยปีที่ผ่านมา

เกิดแนวคิดการรักษาพยาบาลเพื่อยื้อชีวิตให้ถึงที่สุด ซึ่งมีคำถามตามมาว่า เป็นการแทรกแซงการตายที่ควรเป็นไปตามธรรมชาติที่บุคคลควรได้ตายอย่างสงบ “สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์” หรือไม่ และมีประเด็นเรื่องค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นว่าจำเป็นมากน้อยเพียงใด ซึ่งกระทบกับทั้งบุคคล ครอบครัว และสังคมโดยรวมด้วย

ในช่วงกว่า ๒๐ ปีที่ผ่านมา จึงมีกระแสความคิดของการมองความตายว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เป็นเรื่องธรรมชาติ ปกติธรรมดา จึงไม่ควร “ยื้อการตาย” ทานพุทธทาสภิกขุเป็นท่านหนึ่งซึ่งแสดงธรรมเทศนาไว้ในหลายโอกาสว่า “คนเราไม่ควรหอบสังขารหนีความตาย”

ปี พ.ศ. ๒๕๔๓ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เผยแพร่รายงาน “ระบบสุขภาพประชาชาติ ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๔๐” มีการระบุข้อความว่า

“ในบั้นปลายชีวิต บุคคลพึงมีสิทธิในการตายอย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์ โดยมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสมและไม่เป็นภาระทางเศรษฐกิจ ทั้งแก่บุคคลและแก่สังคมโดยรวม”

สืบต่อจากรายงานดังกล่าว รัฐบาลในยุคต่อ ๆ มาได้นำสาระสำคัญต่าง ๆ มาผลักดันกระทั่งมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ขึ้น ซึ่งในกฎหมายฉบับดังกล่าวมีการระบุในมาตรา ๑๒ ไว้ว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่ากระทำความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ”

ซึ่งเป็นหมุดทางกฎหมายที่ประกาศรับรองสิทธิบุคคลในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิตไว้เป็นการล่วงหน้า (Advance Directives หรือ Living Will)

การปฏิเสธการรักษาพยาบาลเช่นนี้ มิได้หมายความว่าแพทย์และบุคลากรสุขภาพจะปล่อยทิ้งให้ผู้ป่วยได้รับทุกข์ทรมานและจากไปโดยไม่ดูแลใด ๆ แต่ตรงกันข้าม บุคลากรจะต้องให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ที่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบเป็นธรรมชาติและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และไม่ใช้เรื่องการอนุญาตให้ทำการุณยฆาต (Mercy Killing)

๔.๑.๒.๒ การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง

ในวงการแพทย์และระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองมานานมากกว่า ๓๐ ปี โดยมีความพยายามพัฒนาที่ก้าวหน้ามากในช่วง ๒๐ ปีหลังนี้ ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการมีมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ อีกส่วนหนึ่งเป็นความพยายามปรับระบบบริการสุขภาพรองรับสังคมที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้น และมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น ระบบบริการสุขภาพจึงต้องปรับระบบการดูแลในทุกด้านให้เท่าทันกับสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป

ในระบบบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนได้พัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย พัฒนามาตรฐานการดูแล พัฒนาบุคลากร ศึกษาวิจัย สร้างองค์ความรู้ และพัฒนาระบบบริการเพื่อสนองความต้องการของประชาชนที่เพิ่มมากขึ้น และตอบสนองกับความท้าทายและข้อจำกัดต่าง ๆ โดยองค์กรวิชาชีพทั้งแพทยสภา สมาคมพยาบาล สถาบันการผลิตบุคลากรสุขภาพได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนางานและพัฒนาบุคลากรด้านนี้เพิ่มมากขึ้นตามลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการพัฒนาระบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ที่เป็นหัวใจสำคัญของระบบการดูแลแบบประคับประคอง ตัวอย่างเช่น

ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยให้จัดตั้งหน่วยงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้าย (ปรากฏตามกรณีศึกษาโรงพยาบาลสุรินทร์ ข้อ ๒.๗ ในบทที่ ๒)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ซึ่งมีหน้าที่จัดทำเกณฑ์การประเมินคุณภาพโรงพยาบาล โดยได้จัดทำเกณฑ์มาตรฐานการดูแลแบบประคับประคองไว้ ๖ ประการ ประกอบด้วย

๑. ทีมดูแลผู้ป่วยมีความตระหนักในความต้องการของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่มีลักษณะเฉพาะโดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน
๒. ผู้ป่วย/ครอบครัว ได้รับการประเมิน/ประเมินซ้ำเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การตอบสนองต่อการบำบัดอาการ ความต้องการด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ
๓. ทีมดูแลผู้ป่วยมีการนำผลการประเมินที่ได้ มาวางแผนดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
๔. องค์กรประสานเชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมและระหว่างหน่วยบริการกับการดูแลที่บ้านหรือชุมชนเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง
๕. องค์กรให้มีการทำแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) และการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข โดยเป็นไปตามความประสงค์/ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และในกรณีที่มีการจัดทำ ให้มีการสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยได้รับทราบ
๖. ทีมผู้ให้บริการให้การดูแลระยะสุดท้าย (End of Life) หรือในช่วงใกล้เสียชีวิต (Terminal Care) อย่างเหมาะสมทั้งในด้านการบรรเทาอาการ ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จัดทำมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Quality Standards for Palliative Care) เพื่อให้ศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลต่าง ๆ ใช้ประเมินตนเอง จำนวน ๑๑ มาตรฐาน

การดูแลแบบประคับประคองไม่ได้เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพหรือเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลเท่านั้น ปัจจุบันมีการแบ่งงานการดูแลแบบประคับประคองเป็น ๔ รูปแบบ คือ (๑) ดูแลโดยองค์กรทางศาสนา (๒) ดูแลที่บ้านและชุมชน รวมถึงองค์กรภาคประชาสังคม เช่น วิชาชีพเพื่อสังคม เป็นต้น (๓) ดูแลในโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพอื่น ๆ และ (๔) ดูแลโดยสถานพยาบาลที่บ้านหรือแบบผสมผสาน

ในประเทศไทยได้พัฒนาการดูแลแบบประคับประคองทั้ง ๔ รูปแบบ ซึ่งส่วนหนึ่งได้นำเสนอไว้เป็นกรณีศึกษาในรายงานฉบับนี้ ได้แก่ โรงพยาบาลสุรินทร์ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม อโรคยาศาลแห่งวัดคำประมง จังหวัดสกลนคร ชุมชนกรุณา กลุ่ม Peaceful Death ศูนย์พุทธวิธีดูแลพระสงฆ์อาพาธและผู้ป่วยระยะท้ายแห่งวัดป่าโนนสะอาด จังหวัดนครราชสีมา เยือนเย็น วิชาชีพเพื่อสังคม และมูลนิธิเครือข่ายพุทธิกา เป็นต้น

นอกจากนี้ก็ยังมีความหน่วยงานองค์กรที่สนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตอีกมากทั้งภาครัฐและนอกภาครัฐ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงยุติธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สภาวิชาชีพด้านสุขภาพ สถาบันการผลิตบุคลากรสุขภาพ โรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแห่งประเทศไทย ชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยและองค์กรภาคประชาสังคมอีกเป็นจำนวนมาก

๔.๑.๒.๓ ความเชื่อมโยงด้านนโยบายและแผน

จากการสังเคราะห์ความเชื่อมโยงและการสนับสนุนทางนโยบายต่อการส่งเสริมสุขภาพระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นเรื่องที่กว้างกว่าเรื่องการปฏิเสธการรักษาพยาบาลและเรื่องระบบการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่า ประเทศไทยมีนโยบายและจุดยึดโยงต่าง ๆ ที่สำคัญสรุปได้ดังนี้

(๑) ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ให้มีการเตรียมความพร้อมรับมือสังคมสูงวัย พัฒนาศักยภาพตลอดช่วงชีวิต และการดำรงชีวิตที่เหมาะสมแต่ละช่วงวัยของผู้สูงอายุ

(๒) แผนการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข มีการระบุถึงการทำให้มีผู้บริบาลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั้งปริมาณและคุณภาพ สร้างระบบการดูแลรักษาพยาบาลที่บ้านและชุมชนอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ด้านวัฒนธรรม กีฬา แรงงาน และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้านการศึกษา เพื่อพัฒนาศักยภาพตลอดช่วงชีวิต

(๓) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) หมายเหตุที่ ๑๒ พัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุให้สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุแก่คนวัยอื่น ๆ

(๔) แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว (พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๘๐) ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนทุกช่วงวัยบนหลักคิดการเกิดอย่างมีคุณภาพ การอยู่อย่างมีคุณภาพ และมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศ และการแก่และตายอย่างมีคุณภาพ โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการดูแลในระยะยาวและช่วงสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งการแสดงเจตนาารมณ์ในการรับการรักษาพยาบาลในช่วงสุดท้ายของชีวิต (Living Will) ด้วย

(๕) นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ให้มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care) และการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

(๖) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ใช้เครื่องมือนโยบาย คือ การเงินกองทุนสนับสนุนการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ (๑) ชุดสิทธิประโยชน์การดูแลแบบประคับประคองลงลึกถึงระดับการทำแผนการดูแล (Advance Care Planning) รวมถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน (๒) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ และ (๓) กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

(๗) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีการสนับสนุนหน่วยงานอื่น ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การสร้างเสริม

สุขภาพในระยะสุดท้ายของชีวิต สนับสนุนการพัฒนาของสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สนับสนุนการพัฒนางานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขององค์กรภาคประชาสังคมต่าง ๆ ได้แก่ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา บริษัท ชีวามิตร วิสาหกิจเพื่อสังคม เยือนเย็นวิสาหกิจเพื่อสังคม เป็นต้น รวมทั้งการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการรักษาแบบประคับประคองและการแสดงเจตนารมณ์ตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ด้วย

(๘) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ขับเคลื่อนงานเกี่ยวกับสิทธิด้านสุขภาพที่ปรากฏอยู่ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ประสานส่งเสริมการพัฒนาสิทธิตามมาตรา ๑๒ และการพัฒนางานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพในระยะสุดท้ายของชีวิต

(๙) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) พัฒนามาตรฐานการบริการสุขภาพทุกด้าน รวมถึงมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต (ดังที่กล่าวไปแล้วในหัวข้อ ๔.๑.๒.๒)

(๑๐) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ประกาศแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ตั้งแต่แผนระยะที่ ๑ - ๒ มาจนถึง ระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๘๐) เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและเสริมสร้างความมั่นคงในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ

(๑๑) กระทรวงยุติธรรม สนับสนุนการจัดทำนโยบายและแผนปฏิบัติการแม่บทด้านสิทธิมนุษยชน มีการระบุถึงเรื่องการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้สูงอายุไว้ในแผนสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข และแผนสิทธิมนุษยชนกลุ่มผู้สูงอายุด้วย

(๑๒) มหาเถรสมาคม ได้พัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยได้กำหนดให้เรื่องการดูแลสุขภาพในระยะท้ายของชีวิตทั้งของพระสงฆ์และประชาชนเป็นส่วนหนึ่งของภารกิจการปฏิรูปคณะสงฆ์ด้วย

๔.๑.๒.๔ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

นอกจากที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ ได้กำหนดเรื่องสิทธิและแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐไว้แล้ว ยังมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องหลายฉบับ ได้แก่ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. ๒๕๓๔ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ พระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๔ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕ พระราชบัญญัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๒๘ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ เป็นต้น

๔.๑.๒.๕ การส่งเสริมสนับสนุน

สรุปข้อค้นพบได้ ๘ ประเด็น ดังนี้ (รายละเอียดปรากฏในผลการศึกษาในบทที่ ๓)

(๑) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพระยะสุดท้ายของชีวิต

ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันทางการแพทย์มีนโยบายและเจตจำนงในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้ายของชีวิตและให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพที่ได้มาตรฐานและเคารพในสิทธิของผู้ป่วย โดยมีความก้าวหน้ามาตามลำดับ

โรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนมีการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้ายของชีวิต และระบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) โรงพยาบาลบางแห่งมีระบบงานด้านนี้ที่โดดเด่น แต่ในภาพรวมยังไม่ดีนัก เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านบุคลากร งบประมาณ และลำดับความสำคัญเร่งด่วนของการพัฒนาที่ผ่านมา

สถาบันทางการแพทย์และสาธารณสุขให้ความสำคัญเพิ่มขึ้นในการผลิตบุคลากรสุขภาพเพื่อรองรับงานการดูแลแบบประคับประคองแต่ก็ยังมีจำกัด ปัจจุบันมีแพทย์ พยาบาลและบุคลากรสุขภาพที่ทำงานด้านนี้เป็นจำนวนน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณงานที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมสูงวัย (รายละเอียดตามข้อ ๓.๒.๖ ในบทที่ ๓)

ในด้านมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคองมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับสถาบันการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และโรงพยาบาลต่าง ๆ รวมถึงมีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ด้วย ซึ่งนับว่าเป็นเรื่องที่ดีและเป็นไปตามสากลที่มีผลต่อการพัฒนาระบบการดูแลด้านนี้ในโรงพยาบาลต่าง ๆ มาตามลำดับ

นอกจากนี้ องค์การ Joint Commission International (JCI) ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นองค์กรไม่แสวงหากำไรที่มีความมุ่งมั่นพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลทั่วโลก ยังได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลที่เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลระยะสุดท้ายไว้รวม ๕ ข้อ (ข้อย่อย ๑๑ ข้อ) (รายละเอียดตามข้อ ๓.๑.๒ ในบทที่ ๓)

ทั้งนี้ ประเทศไทยได้รับการจัดอันดับคุณภาพการตายดีอยู่ที่ ๓๖ จาก ๘๑ ประเทศ (ที่ ๙ จาก ๑๕ อันดับ ในประเทศภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้) มีตัวชี้วัด ๑๓ ตัว ตามเกณฑ์ Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021 โดย Lien Foundation ซึ่งหากยอมรับการจัดอันดับนี้ ประเทศไทยก็ยังคงต้องพัฒนางานเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตกันอีกไม่น้อย

(๒) บทบาทขององค์กรทางศาสนา องค์กรภาคประชาสังคมและท้องถิ่น

ระบบการดูแลแบบประคับประคองเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตไม่ใช่มีเพียงในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ เท่านั้น ในความเป็นจริงพบว่า องค์กรทางศาสนาทุกศาสนา ทั้งพุทธ คริสต์ อิสลาม เป็นต้น ล้วนมีบทบาทสำคัญในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอยู่แล้ว เนื่องจากการสิ้นของชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของวิถีธรรมชาติเกี่ยวเนื่องกับมิติด้านจิตใจ ความเชื่อ วัฒนธรรมและหลักทางศาสนาอยู่มาก

ในขณะเดียวกันก็มีการพัฒนาบทบาทขององค์กรภาคประชาสังคมทั้งที่เป็นกลุ่มเครือข่าย ชมรม สมาคม มูลนิธิ ไปจนถึงการเป็นวิสาหกิจเพื่อสังคมตามพระราชบัญญัติส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม พ.ศ. ๒๕๖๒ เพื่อเข้ามาดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้นตามลำดับ ได้แก่ องค์กรต่าง ๆ ดังได้กล่าวถึงไปข้างต้นบ้างแล้ว

โดยการดำเนินงานของทั้งองค์กรศาสนาและองค์กรภาคประชาสังคมมีทั้งรูปแบบที่ดำเนินการอย่างเป็นเอกเทศ และที่ดำเนินงานเชื่อมกับระบบการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล มีทั้งบุคลากรด้านสุขภาพและบุคลากรอื่นสามารถรองรับการขยายงานดูแลแบบประคับประคองได้เป็นอย่างดี เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการดูแลด้วยระบบของโรงพยาบาล อีกทั้งมีข้อดีในด้านการดูแลทางจิตใจ จิตวิญญาณ และด้านอื่น ๆ ทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวไปพร้อม ๆ กันได้ด้วย

นอกจากนี้ เริ่มมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งขยายบทบาทเข้าร่วมบริหารจัดการระบบการดูแลแบบประคับประคองบ้างแล้ว เช่น กรุงเทพมหานคร ดำเนินการโดยโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ โดยให้การดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ภายใต้หลัก “คลินิกสุขใจ สูงวัยประคับประคอง”

(๓) ค่านิยม ทศนคติทางสังคม การรับรู้และการมีส่วนร่วมทางสังคม

การศึกษานี้ได้ศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับค่านิยม ทศนคติ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง ๓ เรื่อง ได้แก่ (๑) โครงการสำรวจความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อประเมินความต้องการการบริการดูแลระยะสุดท้ายในประเทศไทย (๒) การศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับความตาย การดูแลระยะสุดท้าย และการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และ (๓) การประเมินค่านิยม การรับรู้และทัศนคติเรื่องสุขภาวะระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคองของผู้เข้าร่วมประชุมสร้างสุขที่ปลายทาง ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๖๕ (รายละเอียดตามข้อ ๓.๒.๒ ในบทที่ ๓) ซึ่งสามารถนำมาพัฒนาแนวทางการสื่อสารทางสังคมได้เป็นอย่างดี

(๔) การพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพและบุคลากรอื่นที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลแบบประคับประคองทั้งแพทย์ พยาบาล บุคลากรสุขภาพอื่น ผู้อภิบาลผู้สูงอายุ (Care Giver) ผู้ให้คำแนะนำปรึกษา ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และอาสาสมัครต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีความจำเป็นต่อการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองทั้งในและนอกสถานพยาบาล พบว่า ยังมีจำนวนจำกัดทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ซึ่งจำเป็นต้องมีการวางแผนการพัฒนาให้ชัดเจนต่อไป

(๕) การเข้าถึงยาจำเป็น

การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ไม่มุ่งเน้นที่การรักษาเพื่อเอาชนะโรคที่ไม่มีทางรักษาได้แล้ว ไม่เน้นการรักษาเพื่อเอาชนะสังขารที่ร่วงโรยจนเกินกว่าจะทำให้กลับคืนมาเป็นปกติได้แล้ว

แต่เป็นการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากโรคหรือสภาวะของสังขารที่เสื่อมโทรม ซึ่งมักจะต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ความไม่สบายกาย และปัญหาทางสุขภาพจิต รวมถึงความห่วงใยเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับครอบครัว ชีวิตและเรื่องภายนอกอื่น ๆ

การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวด จำเป็นต้องได้รับยากลุ่ม Opioids ซึ่งมีประสิทธิภาพสูงในการระงับความปวด ซึ่งองค์การอนามัยโลกมีคำแนะนำขั้นตอนการดูแลความปวดด้วยการใช้ยาอ่อนไปแก่ (WHO Analgesic Ladder)

เนื่องจากยาเหล่านี้ บางชนิดจัดอยู่ในประเภทยาเสพติดให้โทษประเภท ๒ บางชนิดจัดอยู่ในกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท ๒ (รายละเอียดตามข้อ ๓.๑.๓ ในบทที่ ๓) จึงเกิดข้อจำกัดการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีการส่งต่อจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ไปดูแลที่โรงพยาบาลขนาดเล็ก และที่ส่งไปดูแลรักษาที่บ้านหรือชุมชน แม้กระทั่งการยืมยาจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ไปยังโรงพยาบาลขนาดเล็กก็ทำไม่ได้ เนื่องจากกฎหมายกำหนดว่าการยืมยาถือว่าเป็นการจำหน่ายด้วย ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดเล็กไม่สามารถสำรองยาเหล่านี้ไว้ได้ เนื่องจากยาอายุการใช้งานที่สั้น แต่ก็ไม่สามารถยืมยาจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ได้ ความเข้มงวดของกฎหมายเหล่านี้เกิดเป็นทัศนคติที่ไม่ดีสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ จึงไม่มีแรงจูงใจจ่ายยาเหล่านี้ให้กับผู้ป่วย แม้ว่าจะมีความจำเป็นก็ตาม

(๖) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

มีการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยด้วยโรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ได้แก่ มะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง และอัมพฤกษ์อัมพาต ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก และประมาณการว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องการการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิตเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน อีกทั้งพบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะ ๖ เดือนสุดท้ายของชีวิตสูงกว่าค่าใช้จ่ายในช่วงใด ๆ ของชีวิต ซึ่งระบบการดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้ายจะช่วยลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นลงได้โดยไม่ลดคุณภาพและมาตรฐานการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลนอกโรงพยาบาลด้วยองค์ประกอบส่วนต่าง ๆ และการดูแลที่บ้านที่ชุมชนมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการดูแลในโรงพยาบาล แต่ระบบการจ่ายเงินด้านการรักษาพยาบาลยังไม่เอื้อทั้งสิทธิราชการ (พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓) สิทธิประกันสังคม (พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ และพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. ๒๕๓๗) และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕) ซึ่งส่วนใหญ่จ่ายให้เฉพาะการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล มีเพียงระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้นที่พยายามพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านและชุมชนมากขึ้น

(๗) การสื่อสาร

ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้าย การดูแลแบบประคับประคอง การทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มีการสื่อสาร ๓ รูปแบบหลัก ๆ ได้แก่ (๑) การสื่อสารนโยบาย (๒) การสื่อสารเชิงวิชาการ และ (๓) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งทั้ง ๓ รูปแบบนี้มีอยู่บ้างแล้ว แต่ยังต้องได้รับการพัฒนาอีกมาก

(๘) นโยบายและกฎหมาย

จากการศึกษาพบว่า ประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้าย การดูแลแบบประคับประคอง และการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขอยู่แล้ว แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของการพัฒนาระเบียบกฎเกณฑ์ระดับรอง ๆ เพื่อส่งเสริมการพัฒนางานด้านนี้ให้ก้าวหน้าต่อไป

ในด้านนโยบาย จากการศึกษาพบว่า ประเทศไทยมีนโยบายเกี่ยวกับเรื่องนี้กระจายอยู่ทั้งในระดับชาติ ระดับยุทธศาสตร์ ระดับแผน และระดับองค์กร แต่การขับเคลื่อนงานให้เป็นไปตามนโยบายและแผนต่าง ๆ เหล่านั้น ยังต้องได้รับการส่งเสริมสนับสนุนเพื่อแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้เข้มข้นมากขึ้นต่อไป แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ระดับชาติเฉพาะสำหรับเรื่องนี้

๔.๒ ข้อเสนอแนะ

๔.๒.๑ ข้อเสนอทิศทางการพัฒนาและนโยบาย

หน่วยงานหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ สภาวิชาชีพด้านสุขภาพ สถาบันวิชาการวิชาชีพด้านสุขภาพและสังคม หน่วยงานและองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการดังต่อไปนี้

(๑) กำหนดทิศทางการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองและการแสดงเจตนาไม่รับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตสำหรับประเทศไทย โดยใช้การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล (Hospital - Based) เป็นฐานการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดระบบการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน (Community - Based) โดยส่งเสริมให้หน่วยงาน องค์กรภาคประชาสังคม องค์กรทางศาสนา และอื่น ๆ รวมทั้งชุมชนและท้องถิ่นพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองได้เอง โดยสร้างความเชื่อมโยง การส่งต่อ การส่งเสริม การพัฒนามาตรฐาน การพัฒนาบุคลากรและอื่น ๆ ในรูปของเครือข่ายสหสาขา เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานทั้งมิติด้านการแพทย์ ด้านจิตใจ จิตวิญญาณและสังคมอย่างเป็นองค์รวม

(๒) จัดทำนโยบายแห่งชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งแผนมาตรการ และแนวทางการพัฒนาคอบคลุมทุกมิติให้ชัดเจนและเป็นระบบ เพื่อให้หน่วยงานและองค์กรภาคีทุกภาคส่วนใช้เป็นเครื่องมือพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตร่วมกัน

๔.๒.๒ การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล (Hospital - Based Palliative Care)

หน่วยงานหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงมหาดไทยโดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น โรงพยาบาลในสังกัดหน่วยงานอื่น ๆ สมาคมโรงพยาบาลเอกชน หน่วยงานและองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการดังต่อไปนี้

(๑) สนับสนุนการนำนโยบายและแผนไปสู่การปฏิบัติในการจัดให้มีระบบการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลทุกสังกัด ให้มีการจัดตั้งหน่วยบริการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Unit) มีทีมดูแลแบบสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และนักโภชนาการ มีระบบการสื่อสารสองทางและการพัฒนาระบบการส่งต่อ บริการเชื่อมโยงไปยังชุมชนและองค์กรอื่นที่มีการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน โดยมีการพัฒนา มาตรฐานงาน พัฒนาศักยภาพ พัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง

(๒) ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้บริการการแพทย์และสาธารณสุขในชุมชนอย่างเป็นองค์รวม โดยพัฒนาบทบาทการเป็นหน่วยเชื่อมประสานการดูแลแบบประคับประคองระหว่างโรงพยาบาลระดับสูงกว่ากับองค์กรภาคส่วนอื่นที่ทำงานดูแลแบบประคับประคองในชุมชน ทั้งที่เป็นเครือข่ายและที่เป็นเอกเทศ ตลอดจนการพัฒนาบทบาทการเป็นผู้สื่อสารสร้างการรับรู้ และสร้างการมีส่วนร่วมของสังคม และบทบาทการจัดการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมด้วย

๔.๒.๓ ปลดล็อกข้อจำกัดการเข้าถึงยาจำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

หน่วยงานหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมการแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการดังต่อไปนี้

พัฒนากฎหมายลำดับรองที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าถึงยาจำเป็นในการลดความทุกข์ทรมาน ยึดหยุ่นให้มีการยืมยาเหล่านี้นระหว่างโรงพยาบาลและสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ได้สะดวก โดยนำระบบและเทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสมมาใช้ในการจัดการยาเหล่านี้อย่างเป็นระบบ รวมทั้งสร้างทัศนคติที่ถูกต้องต่อการใช้อยากกลุ่ม Opioids ของทั้งบุคลากรด้านสุขภาพและประชาชน

๔.๒.๔ การพัฒนารูปแบบการบริหารด้านการเงินรองรับการดูแลแบบประคับประคอง

หน่วยงานหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หน่วยงานและองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการดังต่อไปนี้

ศึกษาวิเคราะห์และพัฒนารูปแบบการบริหารด้านการเงินและชุดสิทธิประโยชน์ให้ผู้ที่อยู่ในระบบหลักประกันต่าง ๆ ได้เข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล รวมทั้งการเข้ารับบริการในชุมชน ซึ่งจัดบริการดูแลแบบประคับประคองโดยองค์กรภาคประชาสังคม องค์กรด้านศาสนาและองค์กรอื่น ๆ ทั้งที่เป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาล และที่จัดเป็นเอกเทศด้วย เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการบริการดูแลแบบประคับประคองที่ใกล้บ้านใกล้ใจในราคาที่ประหยัดกว่าการรับบริการในโรงพยาบาล

๔.๒.๕ การพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพและบุคลากรอื่น การพัฒนามาตรฐานงานและการพัฒนาวิชาการที่เกี่ยวข้อง

หน่วยงานหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และกรมอนามัย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่เกี่ยวข้อง สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) สถาบันผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายแห่งประเทศไทย ชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง หน่วยงานและองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการดังต่อไปนี้

(๑) พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพทุกสาขาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองในเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการแสดงเจตนาในวาระสุดท้ายของชีวิต ชีตความสามารถในการดูแลแบบประคับประคองที่ได้มาตรฐาน รวมถึงการพัฒนาเส้นทางความก้าวหน้าในการทำงานและการสร้างเสริมขวัญกำลังใจที่เหมาะสมด้วย

(๒) ผลักดันให้สถานศึกษาด้านสุขภาพทุกระดับจัดให้มีการเรียนการสอนในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพระยะสุดท้ายของชีวิตทั้งก่อนและหลังการศึกษาในระดับอุดมศึกษา

(๓) พัฒนาองค์ความรู้เชิงระบบที่เป็นนวัตกรรม เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย

(๔) พัฒนามาตรฐานการดูแลแบบประคับประคองและการรักษาสิทธิผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิตให้สอดคล้องกับหลักสากลอย่างต่อเนื่อง

(๕) พัฒนาระบบบริหารจัดการสารสนเทศข้อมูลด้านสุขภาพ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการดำเนินการตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ แบบอิเล็กทรอนิกส์ให้เป็นระบบที่เชื่อมโยงกันทั่วประเทศ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ตามเจตนาที่ได้แสดงไว้

(๖) ส่งเสริมการวิจัยเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การดำเนินการตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และการสร้างเสริมสุขภาพระยะสุดท้ายของชีวิต รวมถึงการวิจัยและพัฒนาระบบบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

(๓) ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรที่ไม่ใช่บุคลากรด้านสุขภาพที่ทำงานเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในสถานรับดูแลต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้อภิบาลผู้สูงอายุ ผู้ให้คำแนะนำปรึกษา อาสาสมัครต่าง ๆ และบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการสนับสนุนการพัฒนาเส้นทางความก้าวหน้าในการทำงาน การจัดสวัสดิการที่เหมาะสม การสร้างเสริมขวัญกำลังใจ และการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีแก่สังคมด้วย

๔.๒.๖ การส่งเสริมองค์กรนอกภาคสุขภาพจัดบริการดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้ายของชีวิตในชุมชน

หน่วยงานหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและกรมอนามัย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ หน่วยงานและองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการดังต่อไปนี้

(๑) ภาครัฐควรมีนโยบายที่ชัดเจนในการส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรภาคประชาสังคม องค์กรทางศาสนา และองค์กรอื่น ๆ เข้ามาร่วมจัดบริการดูแลแบบประคับประคองในรูปแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสม ทั้งที่เป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาล หรือที่เป็นการจัดบริการดูแลแบบเบ็ดเสร็จที่บ้าน (Comprehensive Holistic One - Stop Service) หรือที่เป็นหน่วย Hospice Centre ในชุมชน เพื่อเป็นศูนย์กลางเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน เป็นต้น โดยการส่งเสริมการต่อยอดและขยายผลจากที่มีอยู่บ้างแล้ว

(๒) ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนามาตรฐาน การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุให้สามารถใช้บริการขององค์กรนอกภาครัฐเหล่านี้ได้ รวมถึงการพัฒนาระบบสนับสนุนอื่น และการกำกับดูแลเพื่อให้บริการมีคุณภาพได้มาตรฐาน

๔.๒.๗ การพัฒนาการสื่อสาร การรับรู้ การเรียนรู้และสร้างความร่วมมือทางสังคม

หน่วยงานหลัก ได้แก่ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ สถาบันวิชาชีพและวิชาการด้านการสื่อสาร สถาบันทางการแพทย์และสุขภาพต่าง ๆ หน่วยงานและองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการดังต่อไปนี้

(๑) ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนากการสื่อสาร เพื่อสร้างการรับรู้ และการเรียนรู้ร่วมกันในสังคมในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การแสดงเจตนาตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต หลักคิดด้านสิทธิ ด้านชีวิตและธรรมชาติ หลักคิดด้านศาสนาความเชื่อและวัฒนธรรม รวมถึงสภาพการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมสูงวัย เพื่อความตระหนักรู้และสร้างความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต

(๒) ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือและยุทธศาสตร์การสื่อสารสมัยใหม่ นำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาช่วยสร้างการสื่อสารทางสังคมอย่างหลากหลายและให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

๔.๒.๘ สานพลังขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตที่เป็นองค์รวม

หน่วยงานหลัก ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์และกรมอนามัย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น หน่วยงานและองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการดังต่อไปนี้

(๑) ประสานงานเพื่อส่งเสริมสนับสนุนการวิจัยและพัฒนา รูปแบบการจัดบริการดูแลแบบประคับประคอง การดำเนินการตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ การสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตด้วย (Model Development) และการสื่อสารเรียนรู้ร่วมกันในสังคม เพื่อการต่อยอดและขยายผลอย่างต่อเนื่อง

(๒) ประสานและส่งเสริมการพัฒนาสิทธิด้านสุขภาพตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ควบคู่ไปกับการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองในรูปแบบต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง

(๓) ประสาน ส่งเสริม และสนับสนุนกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของทุกภาคส่วนในสังคม เพื่อสานพลังขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต รองรับสังคมสูงวัยอย่างต่อเนื่อง

(๔) ส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อยกระดับการทำงานสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างต่อเนื่อง

(๕) ติดตาม ประสาน และสนับสนุน หน่วยงาน องค์กรและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่ทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง และงานสิทธิตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

๔.๒.๙ การสนับสนุนการพัฒนาอื่น ๆ

(๑) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ หน่วยงานและองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการให้ความสำคัญต่อการพัฒนาระบบการดูแลเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตไว้ในงานด้านกิจการผู้สูงอายุ และการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ แผนงานและโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

(๒) สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน กระทรวงแรงงาน สถาบันอุดมศึกษา สถาบันทางวิชาการ หน่วยงานและองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการศึกษาแนวทางการพัฒนาสิทธิการลาของข้าราชการ พนักงานและลูกจ้างที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานของรัฐ และลูกจ้างตามกฎหมายแรงงาน เพื่อการดูแลบุพการีหรือบุคคลในครอบครัวในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต หรือศึกษาแนวทางการให้สิทธิสะสมวันลาพักผ่อนที่ยังมีได้ลาในแต่ละปีรวมเป็นวันลาพักผ่อนสะสมสำหรับการดูแลบุพการีหรือบุคคลในครอบครัวในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต หรือส่งเสริมสนับสนุนให้มีระบบปฏิบัติงานที่บ้านสำหรับดูแลบุพการีหรือบุคคลในครอบครัวในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อที่จะสามารถทำงานไปได้พร้อมกับดูแลบุพการีหรือบุคคลในครอบครัวในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตได้

(๓) สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) จัดทำกรมธรรม์การดูแลแบบประคับประคอง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการแสดงเจตนาในระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อเป็นทางเลือกและเสริมสิทธิการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตจากสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิประกันสังคม และสิทธิข้าราชการ

บรรณานุกรม

หนังสือ

กรมกิจการผู้สูงอายุ. แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๘๐)

กองแผนงานและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, สถิติสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๔.

กิตติกร นิลมานันต์. “การดูแลระยะท้ายในชุมชนมุสลิม: กรณีศึกษาในบริบทภาคใต้”.

วารสารสภาการพยาบาล ปีที่ ๓๑ ฉบับที่ ๓ เดือน กรกฎาคม - กันยายน ๒๕๕๙.

คณะอนุกรรมการติดตามการปฏิรูปด้านสังคม กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย ในคณะกรรมการ การพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา. รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง ระบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในชุมชนของประเทศไทย. ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕.

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. การสัมมนาบูรณาการ Palliative Care เข้ากับหลักสูตร แพทยศาสตรศึกษา. ๒๕๕๘.

เครือข่ายหน่วยงานด้านการดูแลแบบประคับประคองสำหรับเผยแพร่ กรมการแพทย์ ๒๕๖๓.

จุฬามาต โมฬี และคณะ. การประเมินผลการขับเคลื่อนสิทธิด้านสุขภาพ ตามมาตรา ๑๒

แห่งพระราชบัญญัติ พ.ศ.๒๕๕๐. ๒๕๖๔.

ประเวศ วะสี. บนเส้นทางชีวิต.

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นและเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย ระยะท้ายแบบประคับประคอง. มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Quality Standards for Palliative Care. ๒๕๖๔.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.). รายงานสุขภาพคนไทย ๒๕๕๙.

ตายดี วิธีที่เลือกได้. พ.ศ. ๒๕๕๘.

สุนีย์ สุขสว่าง บรรณาธิการ. ศัพท์ใช้บ่อยในแวดวงปฏิรูปสุขภาพ. ๒๕๖๐.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๔ สระบุรี. คู่มือแนวทางการดำเนินงานระบบบริการดูแล ระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ๒๕๕๙.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. “การศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับความตาย การดูแลระยะท้าย และการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ตามมาตรา ๑๒ แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐”. ๒๕๖๓.

สันต์ หัตถิรัตน์. “เพื่อท่านพุทธทาส”. หนังสือพิมพ์มติชนรายวัน. ฉบับวันเสาร์ที่ ๑๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๓๖.

สันต์ หัตถิรัตน์. “๘ กรกฎาคม ครบรอบปี มรณกาล ท่านพุทธทาส”. หนังสือพิมพ์มติชนรายวัน ฉบับวันเสาร์ที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๔๓.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการประเมินผลการขับเคลื่อนมาตรา ๑๒

แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ในเขตสุขภาพ ๒๕๖๔.

Health care expert group Thailand. มาตรฐานการรับรอง JCI สำหรับโรงพยาบาล ฉบับที่ ๖
มีผลบังคับใช้ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐

Pairojkul S, Thongkhamcharoen R, Raksasataya A, Sorasit C, Nakawiro P, Sudsa S, et al.

Integration of Specialist Palliative Care into Tertiary Hospitals: A Multicenter Point
Prevalence Survey from Thailand. Palliat Med Reports. 2021.

กฎหมาย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔

กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการ
สาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมาน
จากการเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๕๓

ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๕

เอกสารอื่น

ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ.๒๕๖๑ - ๒๕๘๐, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๕ ตอนที่ ๘๒ ก (๑๓ ตุลาคม ๒๕๖๑).
แผนการปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๘ ตอนพิเศษ ๔๔ ง (๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔).
แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว (พ.ศ.๒๕๖๕ - ๒๕๘๐). สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจ
และสังคมแห่งชาติ.

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐). สำนักงานสภาพัฒนา
การเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๘๔,
จาก <https://dl.parliament.go.th>

กรมกิจการผู้สูงอายุ. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๖๔) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๑
พ.ศ. ๒๕๕๒, จาก https://www.dop.go.th/download/laws/law_th_20152309144546_1.pdf
กรมกิจการผู้สูงอายุ. แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๖๕) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ ๒
พ.ศ. ๒๕๖๓, จาก https://www.dop.go.th/download/laws/th1614675775-828_0.pdf

กรมกิจการผู้สูงอายุ. “สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย ๗๗ จังหวัด”. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๕.

จาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1099>

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โครงการทบทวนสถานการณ์และผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๒. สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕,

จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1036320200810073233.pdf>

กรมสุขภาพจิต. ก้าวอย่างของประเทศไทยสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๕, จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476>

กุลพิชญ์ เวชรัตน์พิมล และคณะ. “การรับรู้ความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยและญาติ ในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : การศึกษาเชิงปรากฏการณ์”. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน ๒๕๖๔). สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕,

จาก <http://jhbm.slc.ac.th/wp-content/uploads/2021/07/V7N01-At5.pdf>

โครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. สืบค้นเมื่อ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๖,

จาก <http://budnet.org/sunset/node/308>

โครงการเผชิญความตายอย่างสงบ เครือข่ายพุทธิกา,

จาก <https://budnet.org/project/peaceful-death/>

จรัสแสง ผิวอ่อน. “การจัดการเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม กรณีศึกษาวัดคำประมง จังหวัดสกลนคร”. หลักสูตรปริญญาพุทธศาสนมหาบัณฑิต สาขาพุทธศาสตร์และศิลปะแห่งชีวิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. ๒๕๕๔. สืบค้นเมื่อ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๕, จาก <http://www.khampramong.org/images/Article2020/pdf/charatsang.pdf>

จอนณะจง เพ็งจาด และคณะ. “การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการยอมรับการทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อการรักษาทางการแพทย์ในผู้สูงอายุไทยโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน”. สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย (สิงหาคม ๒๕๖๔). สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕,

จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5429/hs2719.pdf?sequence=1&isAllowed=>

เจาะลิกระบบสุขภาพ. “แนะส่งเสริมให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านรับมือสังคมสูงวัย”.

สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕, จาก <https://www.hfocus.org/content/2016/10/12829>

พระชาย อภินันโท (ปริสญญตานนท์). “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนตายของผู้สูงอายุในชมรมปฏิบัติธรรม ๒๔ น. จังหวัดปราจีนบุรี” หลักสูตรปริญญาพุทธศาสนมหาบัณฑิต สาขาวิชาพุทธจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. ๒๕๖๑.

สืบค้นเมื่อ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๕, จาก <http://mcupress.mcu.ac.th>

ธนรัตน์ เขียวลายเลิศ. “เยื้อนเย็น วิสาหกิจเพื่อสังคม” ธุรกิจที่มุ่งขับเคลื่อน “การตายดี” กว่า ๔ ปี ที่ดำเนินกิจการ ลดค่ารักษาในระบบแล้ว ๑๗.๒ ล้านบาท. สืบค้นเมื่อ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕,

จาก <https://www.thecoverage.info/news/content/3615>

ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. การทบทวนกระบวนการทัศน์เรื่องความตายกับมิติแห่งสุขภาวะ. ๒๕๔๖.

สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕, <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1494?locale-attribute=th>

พญ.ธิดาวรรณ สาสิทธิ์ และ ผศ.พ.ท.พญ.พัฒนศิริ ศรีสุวรรณ. “ทัศนคติและความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังแบบประคับประคอง ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า”. Journal of Primary Care And Family Care. Volume 2 No.3 September – December 2019. สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕, จาก <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/PCFM/issue/view/13714/3933>

นิธิพัฒน์ เจียรกุล. ท่านอาจารย์พุทธทาส คนไข้ที่ผมรู้จัก. ชมรมกัลยาณธรรม.

สืบค้นเมื่อ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, จาก https://www.kanlayanatam.com/book/book_198.pdf

ทลปกร ปัญโยรินทร์. “เยื้อนเย็น” วิสาหกิจเพื่อสังคมที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้วยหลักการ “อยู่สบาย ตายสงบ” | SE STORIES ตอนที่ ๓. สืบค้นเมื่อ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, จาก <https://www.sethailand.org/resource/yuenyen/>

บุศรา ศรีสุโมโร. “บันทึกอาสาข้างเตียง เรียนรู้เขาเพื่อเรียนรู้ตัวเอง”. จดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๖ (ตุลาคม- ธันวาคม ๒๕๕๓). สืบค้นเมื่อ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๖, จาก <http://www.budnet.org/sunset/node/92>

ปิยะวรรณ โภคพรากรณ์. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๖, จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/download/74390/59965/176802>

พงศธร พอกเพิ่มดี. เรียนรู้การปฏิรูประบบสุขภาพของไต้หวัน. ผู้จัดการออนไลน์ ๑๑ มกราคม ๒๕๕๔.

สืบค้นเมื่อ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๕, จาก <https://mgronline.com/qol/detail/9540000003197>

พศิน ภูริธรรมโชติ. “ทัศนคติต่อการทำพิธีกรรมชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพิธีกรรมชีวิตของผู้ป่วยโรงพยาบาลบรบือ”. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑ (ตุลาคม ๒๕๕๙ – ๑ มีนาคม ๒๕๖๐). สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕, จาก <https://www.thaidj.org/index.php/AJMP>

พิชรา บุสชา และคณะ. “ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าสำหรับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตของแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง”. พยาบาลสาร ปีที่ ๔๖ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน พ.ศ.๒๕๖๒). สืบค้นเมื่อ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๕, จาก <https://he02.tci-thaijo.org/article/download>

พิมอาภรณ์ เสียมไหม และคณะ. “แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของไทยเผชิญกับความท้าทายอะไรบ้าง เมื่อพูดคุยเรื่องการวางแผนดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัว: การวิจัยเชิงคุณภาพ”. วารสารกรมการแพทย์ ปีที่ ๔๗ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-มีนาคม ๒๕๖๕). สืบค้นเมื่อ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๕, จาก <https://he02.tci-thaijo.org/article/download>

- เพ็ชรลดา ชั่งจิตสิริโรจน์. “ทบทวนประสบการณ์อาสาข้างเตียง”. จดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง. ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๑๐ (ตุลาคม- ธันวาคม ๒๕๕๔), สืบค้นเมื่อ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๖, จาก <http://budnet.org/sunset/node/37>
- พัทธธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์. “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามความเชื่อทางศาสนาและความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต”. Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University. Volume 3 Number 6 November – December 2016. สืบค้นเมื่อ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๕, จาก <https://ph01.tci-thaijo.org/index.php/VESTSU/article/view/75844/61038>
- ภูษิต ประคองสาย. สสส.เสวนาแก้ปัญหารับมือชีวิตบั้นปลาย ห่วงผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มขึ้น หนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมมือขับเคลื่อน. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๕, จาก <https://www.tnnthailand.com/news/health/103902/>
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. “สังคมผู้สูงอายุ : นัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ”. สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕, จาก <https://www.stou.ac.th/stouonline/lom/data/sec/Lom12/05-01.html>
- มูลนิธิฉือจี้, จาก <https://tzuchithailand.org/th/>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. “รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี ๒๕๖๓. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๕, จาก [https:// thaitgri.org/?cat=12](https://thaitgri.org/?cat=12)
- ลักขณา สุวรรณนิล. “ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย”. หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ๒๕๕๕, สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕, จาก <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010/8647/1/361235.pdf>
- วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ. “เศรษฐศาสตร์ว่าด้วยสังคมอายุยืน”. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. ๒๕๖๓. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕, จาก <https://tdri.or.th/wp-content/uploads/2020/10/LongevityEconomics.pdf>
- วรัญญา จิตรบรรทัด. “บทบาทของพยาบาลชุมชนในการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าเพื่อการตายดีของผู้สูงอายุ”. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-เมษายน ๒๕๖๕). สืบค้นเมื่อ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๕, จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JHSP/article/view/254613>
- วัลภา คุณทรงเกียรติ. “การตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต”. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ปีที่ ๒๔ ฉบับที่ ๔ (ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๕๙), สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕, จาก <http://dspace.lib.buu.ac.th/xmlui/bitstream/handle/1234567890/3410/nus24n4p89-100.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- ศิริภาณี ศรีหาภาคและคณะ. ข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะ กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC), จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4889?locale-attribute=th>
- ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. มติชนออนไลน์. สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕, จาก https://www.matichon.co.th/columnists/news_750576

- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕, สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕, จาก <https://backend.ha.or.th>
- สุมาลี แซ่เตีย. “บทบาทหน้าที่ของอนุศาสนิกในการดูแลจิตวิญญาณผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ศึกษาจากการใช้แบบจำลองการประเมินความต้องการและการเยียวยาจิตวิญญาณ Spiritual AIM”. วิทยาลัยพระคริสต์ธรรมแมคกิลวารี มหาวิทยาลัยพายัพ. ๒๕๖๒. สืบค้นเมื่อ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๕, จาก <https://library.ichurch.cc/ttac/30685>
- แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล และคณะ. “ความรู้ ทักษะคิด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน”. Songkhlanagarind Journal of Nursing, Volume 38 No. 1 January – March 2018. สืบค้นเมื่อ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๕, จาก <http://203.131.209.179/researchcenter/app/uploads/185/95a581ca1220e4df5bc69cec4c72ef8f.pdf>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. เผยสถิติคนไทยติดเค็ม ป่วยโรคไตเรื้อรังกว่า ๘ ล้านคน. ๒๕๖๓. สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕, จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/51283-เผยสถิติคนไทยติดเค็ม%20ป่วยโรคไตเรื้อรังกว่า99%20.html>
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. กว่าคนไทยจะได้ใช้สิทธินี้ ความเป็นไปเป็นมาของสิทธิปฏิเสศการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ตามมาตรา ๑๒ ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐. สืบค้นเมื่อ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, จาก <https://infocenter.nationalhealth.or.th/Ebook/privilege/book.html>
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. “รวมพลังชุมชนต้านมะเร็ง”. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๕, จาก <https://www.nationalhealth.or.th/en/node/2208>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปิงปิงประมาณ ๒๕๖๕. สืบค้นจาก <https://ubon.nhso.go.th>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สืบค้นเมื่อ ๗ ธันวาคม ๒๕๖๕, จาก <https://apps.hpc.go.th/dl/web/upFile/2021/12-10169-20211202135504/e5e20ad8fa1a725fb1f1cb9792b45126.pdf>
- หอจดหมายเหตุ พุทธทาส อินทปัญโญ. จากพินัยกรรมพุทธทาสภิกขุ ถึงเรื่องเล่า Palliative Care พุทธทาสภิกขุ ในความทรงจำ ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส. สืบค้นเมื่อ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, จาก https://www.bia.or.th/html_th/index.php/site-content/65-archives/1081-20201025-1081
- อนงค์ ภิบาล. “ประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล” สนับสนุนโดยสำนักงานบริหารการส่งเสริมการวิจัยในอุดมศึกษาและการพัฒนามหาวิทยาลัยวิจัยแห่งชาติ. ๒๕๕๙. สืบค้นเมื่อ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๕, จาก http://rms.pnu.ac.th/rdbms/fulltext/061117_123058f.pdf

อิสริยา รักเสนาะ และคณะ. “ความรู้ ทักษะ และ การรับรู้ สมรรถนะ แห่ง ตน ในการ ดูแล ผู้ป่วย ระยะ ท้าย ของ นักเรียน พยาบาล ทหาร สังกัด กระทรวง กลาโหม ชั้น ปีที่ ๔”. วารสาร พยาบาล ทหาร บก ปีที่ ๑๙ ฉบับ พิเศษ (มกราคม - เมษายน ๒๕๖๑). สืบค้น เมื่อ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๕,

จาก [https://he01.tci-thaijo.org > article > download](https://he01.tci-thaijo.org/article/download)

อัญชนะนี้ ศิริ. “สมรรถนะ พยาบาล วิชาชีพ ในการ ดูแล ผู้ป่วย แบบ ประคับ ประคอง และ ระยะ ท้าย โรงพยาบาล แม่แตง จังหวัด เชียงใหม่”. สืบค้น เมื่อ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๕,

จาก https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/220310164688246541.pdf

เอกภพ สิทธิวรรณธนะ และ ณพร นัยสันต์. “เหลียวหลัง แลหน้า การอบรม การเผชิญ ความตาย อย่าง สงบ”. จดหมาย ข่าว อาทิตย อัสตง, ปีที่ ๔ ฉบับ ที่ ๑๒ (เมษายน - มิถุนายน ๒๕๕๕).

สืบค้น เมื่อ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๖, จาก <http://budnet.org/sunset/node/81>

Alfred Simon. Historical Review of Advance Directives, Part of the International Library of Ethics, Law, and the New Medicine book series. สืบค้น เมื่อ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕,

จาก https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-007-7377-6_1

ART for CANCER Brand Story. สืบค้น เมื่อ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕,

จาก <https://artforcancerbyireal.com/about/>

Carenation. ชีวามิตร วิสาหกิจ เพื่อ สังคม. สืบค้น เมื่อ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕,

จาก <https://care-nation.com/foundation/cvm/>

Charles P Sabatino. The Evolution of Health Care Advance Planning Law and Policy.

Milbank Q. 2010 Jun; 88(2): น. ๒๑๑ - ๒๓๙. สืบค้น เมื่อ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕,

จาก <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2980344/>

Charles P. Sabatino and Naomi Karp, Improving Advanced Illness Care: The Evolution of State POLST Programs, สืบค้น เมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, <https://polst.org/wp-content/uploads/2016/06/POLST-Report-04-11.pdf>

Daniel E. Herrendorf. Advance directives in the human right code, International Institute of Human Rights Americas Chapter. สืบค้น เมื่อ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕,

จาก <https://www.iidhamerica.org/en/digital-magazine/advance-directives-in-the-human-rights-code:275/>

Diane E. Meier and Larry Beresford. POLST Offers Next Stage in Honoring Patient

Preferences, Journal of Palliative Medicine Vol. 12, No. 4. สืบค้น เมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, จาก <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2009.9648>

Duke-NUS Medical School. Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021. สืบค้น เมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕,

จาก <https://www.duke-nus.edu.sg/lcpc/quality-of-death/country-reports/THA>

- Elena Porcar Rodado. David Peral and Marina Gisbert Grifo, Advance Directives. Comparison of current legislation within the European Union. Spanish Journal of Legal Medicine. March 2021 47(2). สืบค้นเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, จาก https://www.researchgate.net/publication/350436038_Advance_Directives_Comparison_of_current_legislation_within_the_European_Union
- G Marckmann and J in der Schmitten, Physician orders for life-sustaining treatment (POLST): unresolved conceptual and ethical questions. สืบค้นเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, จาก <https://spcare.bmj.com/content/2/2/174.2>
- Hare, J; etal. Agreement between patients and their self-selected surrogates on difficult medical decisions. Archives of Internal Medicine. ๑๙๙๒;๑๕๒(๕):๑๐๔๙-๕๔.
- Hecht MB. Shiel WC Jr. Advance Medical Directives MedicineNet. สืบค้นเมื่อ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, จาก <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=7814>
- Lukas Radbruch and author. The Prague Charter: Urging governments to relieve suffering and ensure the right to palliative care. (๒๐๑๒).Palliative Medicine. สืบค้นเมื่อ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๕, จาก <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0269216312473058>
- National POLST. National POLST: Patient Guide to the POLST Portable Medical Order. สืบค้นเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, จาก <https://polst.org/wp-content/uploads/2022/03/2022.03.16-Patient-POLST-Form-Guide.pdf>
- P Simón. Use of advance care planning – a European perspective. BMJ Supportive & Palliative Care สืบค้นเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, จาก <https://spcare.bmj.com/content/1/1/75.4>
- Pallcare. Advance care planning in oncology in Europe. European Association for Palliative Care. สืบค้นเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, จาก <https://eapcnet.wordpress.com/2016/01/04/advance-care-planning-in-oncology-in-europe/>
- Pellegrini. Marie-Claire, Advance directives across Europe. University of Malta Msida Campus (main campus). สืบค้นเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, จาก <https://www.um.edu.mt/library/oar/handle/123456789/76883>
- Recommendations from the European Association for Palliative Care. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. European journal of palliative care, 2009; 16(6), [18 Sep 2019], สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕, จาก <https://www.eapcnet.eu/Portals/0/adam/Content/LmgAajW9MoOs7VYZsoZXCQ/Text/White%20Paper%20on%20standards%20and%20norms%20for%20hospice%20>

and%20palliative%20care%20in%20Europe.pdf

Samantha Scotti. Physician Orders for Life-Sustaining Treatment. National Conference of State Legislatures. สืบค้นเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕,
จาก <https://www.ncsl.org/research/health/physician-orders-for-life-sustaining-treatment.aspx#:~:text=Currently%2C%2046%20states%20have%20or,or%20remove%20barriers%20to%20implementation.>

Stella Seow Lin Goh. Singapore Takes Six Steps Forward in “The Quality of Death Index” Rankings. สืบค้นเมื่อ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๕,
จาก <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5763434/>

Tech-enhanced Life. POLST & MOLST: Physician Orders. สืบค้นเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕,
จาก <https://www.techenhancedlife.com/citizen-research/polst-molst-physician-orders>

The Economist. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world. (18 Sep 2019). สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕, จาก <https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>

The Practical. ศิลปะเพื่อผู้ป่วยระยะเรื้อรัง กับ บริษัท Art of Life วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด. สืบค้นเมื่อ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, จาก <https://thepractical.co/%E0%B8%A8%E0%B8%B4%E0%B8%A5%E0%B8%9B%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%9E%E0%B8%B7%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%9B%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B8%A2%E0%B8%A1%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%A3%E0%B9%87/>

Ursula K. Braun. Experiences with POLST: Opportunities for Improving Advance Care Planning. Journal of General Internal Medicine. สืบค้นเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕,
จาก <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-016-3795-y>

World Health Organization. จาก <https://www.who.int/>

World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. [30 Dec 2012]. สืบค้นเมื่อ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕, จาก <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาศึกษาข้อเสนอ
การสร้างเสริมสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิต



คำสั่ง

คณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี

ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส

วุฒิสภา

ที่ ๘/๒๕๖๕

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพิจารณาศึกษาข้อเสนอการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิต

ด้วยคณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส ซึ่งมีหน้าที่และอำนาจตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ในการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทำกิจการ พิจารณาสอบหาข้อเท็จจริง หรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส รวมทั้งพิจารณา ศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ ทั้งนี้ คณะกรรมการได้มีมติแต่งตั้งคณะอนุกรรมการติดตามการปฏิรูป ด้านสังคม กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัยขึ้น โดยคณะอนุกรรมการได้มีข้อเสนอให้มีการตั้ง คณะทำงานขึ้นภายใต้คณะอนุกรรมการติดตามการปฏิรูปด้านสังคม กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย ซึ่งที่ประชุมคณะกรรมการ เมื่อวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๕ จึงได้มีมติแต่งตั้งคณะทำงานพิจารณา ศึกษาข้อเสนอการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิต

คณะทำงานชุดนี้ ประกอบด้วย

๑. นายอำพล จินดาวัฒนะ

ประธานคณะทำงาน

๒. นายสุทธิพงษ์ วสุโสภณพล

คณะทำงาน

รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๓. ศาสตราจารย์เกียรติคุณธรรมศักดิ์ พงศ์พิชญามาศย์

คณะทำงาน

๔. พลเอก บุญลือ วงษ์ท้าว

คณะทำงาน

๕. นางกรรณิการ์ บรรเทิงจิตร

คณะทำงาน

๖. นางจุฑามาศ โมฬี

เลขานุการคณะทำงาน

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๗. นายพิสิษฐ์ ศรีอัครโกสิน

ผู้ช่วยเลขานุการคณะทำงาน

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

โดยมีหน้าที่และอำนาจดังต่อไปนี้

๑. พิจารณาศึกษาและจัดทำรายงานเกี่ยวกับการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะ
ในระยะสุดท้ายของชีวิต ตลอดจนปัญหาและอุปสรรค รวมทั้งข้อเสนอแนะด้านต่าง ๆ

๒. รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการติดตามการปฏิรูปด้านสังคม
กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย เพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก
เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา

๓. ดำเนินการอื่นใดตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(นายวัลลภ ตังคณานุก์รัช)

ประธานคณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน
สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา

ภาคผนวก ข.

- รายนามคณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา
- รายนามที่ปรึกษา ผู้ชำนาญการ นักวิชาการและเลขานุการ ประจำคณะกรรมการ
- รายนามคณะอนุกรรมการ

**รายชื่อคณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ
คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา**

๑. นายวัลลภ ตังคณานุก์	ประธานคณะกรรมการ
๒. พลตรี ไอสถ ภาวิไล	รองประธานคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง
๓. นางเพ็ญพักตร์ ศรีทอง	รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง
๔. นายกิตติศักดิ์ รัตนวราหะ	รองประธานคณะกรรมการ คนที่สาม
๕. นางทัศนียา ทยานนท์	เลขาธิการคณะกรรมการ
๖. พลเอก ไพชยนต์ คำตันเจริญ	โฆษกคณะกรรมการ
๗. นางผาณิต นิติทัณฑ์ประภาศ	ประธานที่ปรึกษาคณะกรรมการ
๘. นายเนาวรัตน์ พงษ์ไพบูลย์	ที่ปรึกษาคณะกรรมการ
๙. หม่อมหลวงปนัดดา ดิศกุล	ที่ปรึกษาคณะกรรมการ
๑๐. นายพีระศักดิ์ พอจิต	ที่ปรึกษาคณะกรรมการ
๑๑. นายปรีชา บัววิรัตน์เลิศ	กรรมการ
๑๒. นายมณฑิร บัญญัติ	กรรมการ
๑๓. นายยุทธนา ทัพเจริญ	กรรมการ
๑๔. พลเอก วลีต โรจน์ภักดี	กรรมการ
๑๕. นายอำพล จินดาวัฒนะ	กรรมการ
ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์	
- นายอนุพร อรุณรัตน์	ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์

รายชื่อที่ปรึกษา ผู้ชำนาญการ นักวิชาการ
และเลขานุการประจำคณะกรรมการ

๑. นางจิราภรณ์ เล้าเจริญ	ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการ
๒. นางณัฐนิภรณ์ จันทน์ไธย	ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ
๓. นายวงศ์พันธ์ ฌณัยพัต	ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ
๔. นายศุภชัย สติรศิลป์	ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ
๕. นางอุบล หลิมสกุล	ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ
๖. นายเอกกมล แพทยานันท์	ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ
๗. นายอัศวเดช สุพรรณฝ้าย	ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ
๘. นายสุวัช สิงห์พันธุ์	ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ
๙. นางงามจิต แต่สุวรรณ	นักวิชาการประจำคณะกรรมการ
๑๐. นางสาวบุญชिरา ภูชนะจิต	นักวิชาการประจำคณะกรรมการ
๑๑. พลเอก ศุภเกษม องค์กรศิลป์	นักวิชาการประจำคณะกรรมการ
๑๒. นางนฤมล ล้อมทอง	นักวิชาการประจำคณะกรรมการ
๑๓. นายเอกพิทยา เอี่ยมคงเอก	นักวิชาการประจำคณะกรรมการ
๑๔. พันเอก หลิง เรืองพรรษา ขึ้นเนียมธรรม	นักวิชาการประจำคณะกรรมการ
๑๕. นางณัฐภัก อติเชษฐนิศ	นักวิชาการประจำคณะกรรมการ
๑๖. นายนิติ ถาวรวัชร	นักวิชาการประจำคณะกรรมการ
๑๗. นางอาทิตยา นรารวัชร	นักวิชาการประจำคณะกรรมการ
๑๘. นางสาวบุษยรัตน์ กาญจนดิษฐ์	นักวิชาการประจำคณะกรรมการ
๑๙. นางสาวผุสดี รุ่งเรืองผดุง	นักวิชาการประจำคณะกรรมการ
๒๐. นางณัฐนันท์ สว่างวงศ์	นักวิชาการประจำคณะกรรมการ
๒๑. นางสาวมาลัย สาแก้ว	นักวิชาการประจำคณะกรรมการ
๒๒. พันเอก ธนัญชัย พยัคตพงษ์	เลขานุการประจำคณะกรรมการ
๒๓. นายวิกร ภูวพัชร	เลขานุการประจำคณะกรรมการ
๒๔. นางสาวสุภาพิชญ์ ไชยดิษฐ์	เลขานุการประจำคณะกรรมการ
๒๕. นายสถาวร จันทร์ผ่องศรี	เลขานุการประจำคณะกรรมการ
๒๖. นายสำราญ อรุณธาดา	เลขานุการประจำคณะกรรมการ

**รายชื่อคณะกรรมการ
คณะกรรมการกิจการเด็ก เยาวชน และผู้ด้อยโอกาส**

๑. นายวัลลภ ตังคณานุรักษ์	ประธานคณะกรรมการ
๒. พลเอก ไพบยน์ คำตันเจริญ	รองประธานคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง
๓. นางจิราภรณ์ เล้าเจริญ	รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง
๔. นางงามจิต แต่สุวรรณ	อนุกรรมการ
๕. นายศุภชัย สติรศิลป์	อนุกรรมการ
๖. นายสำราญ อรุณธาดา	อนุกรรมการ
๗. นางสาวบุญชีรา ภูชนะจิต	อนุกรรมการ
๘. นายธนรัตน์ ธาราภรณ์	อนุกรรมการ
๙. นายอัครเดช สุพรรณฝ้าย	อนุกรรมการ
๑๐. นายศุภากร ปทุมรัตนธาร	อนุกรรมการ
๑๑. นางณัฐนันท์ สว่างวงศ์	อนุกรรมการและเลขานุการ
๑๒. นางเพชรรัตน์ มหาสิงห์	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
ที่ปรึกษาคณะกรรมการ ประกอบด้วย	
๑. นางทัศนียา ยวนนนท์	ประธานที่ปรึกษาคณะกรรมการ
๒. นายปรีชา บัววิรัตน์เลิศ	ที่ปรึกษาคณะกรรมการ

**รายชื่อคณะกรรมการ
คณะกรรมการกิจการสตรี และผู้มีความหลากหลายทางเพศ**

๑. นายวัลลภ ตังคณานุก์รัช	ประธานที่ปรึกษาคณะกรรมการ และอนุกรรมการ
๒. พลเอก พหล สง่าเนตร	ที่ปรึกษาคณะกรรมการ และอนุกรรมการ
๓. นางทัศนียา ยะวานนท์	ประธานคณะกรรมการ
๔. นายกิตติศักดิ์ รัตนวราหะ	รองประธานคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง
๕. นางจิราภรณ์ เล้าเจริญ	รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง
๖. นางงามจิต แต่สุวรรณ	อนุกรรมการ
๗. นางณัฐนันท์ สว่างวงศ์	อนุกรรมการ
๘. นายธีรภูมิ กลิ่นกุสม	อนุกรรมการ
๙. นางสาวพัชรา พอจิต	อนุกรรมการ
๑๐. นางสาวอังคณา ใจกิจสุวรรณ	อนุกรรมการ
๑๑. นางสาวอุไร เล็กน้อย	อนุกรรมการ
๑๒. นางสาวฉัตรสุดา ศิริวงศ์	อนุกรรมการและเลขานุการ
ที่ปรึกษาคณะกรรมการ	
- นายอนุพร อรุณรัตน์	ที่ปรึกษาคณะกรรมการ

รายชื่อคณะอนุกรรมการ คณะอนุกรรมการกิจการคนพิการ

๑. นายมณเฑียร บุญตัน	ประธานคณะอนุกรรมการ
๒. นายกิตติศักดิ์ รัตนวราหะ	รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่หนึ่ง
๓. ศาสตราจารย์วิริยะ นามศิริพงศ์พันธุ์	รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่สอง
๔. นางสาวเครือวัลย์ เทียงธรรม	อนุกรรมการ
๕. นางสาววิจิตา รชตะนันท์กุล	อนุกรรมการ
๖. นางสาววันทนี พันธ์ชาติ	อนุกรรมการ
๗. นายวิฑูต บุณนา	อนุกรรมการ
๘. นายสุชาติ โอวาทวรรณสกุล	อนุกรรมการ
๙. นางอาทิตยา นรารวัชร	อนุกรรมการ
๑๐. นายสว่าง ศรีสม	อนุกรรมการ
๑๑. นายรัตน์ กิจธรรม	อนุกรรมการและเลขานุการ
๑๒. นางสาวพิมพ์ปญา อติสิริวัชร	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ ประกอบด้วย

๑. พลตรี โอสถ ภาวิไล	ประธานที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๒. นายชูศักดิ์ จันทยานนท์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๓. นายธีรยุทธ สุนทรวิท	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๔. นางนุชจारी คล้ายสุวรรณ	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๕. นางพวงแก้ว กิจธรรม	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๖. นางวัชราร ธีวโพบูลย์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๗. นายศุภชีพ ดิษเทศ	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๘. นางสาวสรณภักดิ์ อนุมติราชกิจ	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๙. นายสุพล บริสุทธิ์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๐. นายสุภรธรรม มงคลสวัสดิ์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๑. นายเอกกมล แพทยานันท์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๒. รองศาสตราจารย์ณัฐนิชา ไตรรักษา	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ

**รายชื่อคณะกรรมการ
คณะกรรมการปฏิรูปด้านสังคม กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย**

๑. นางเพ็ญพักตร์ ศรีทอง	อนุกรรมการและที่ปรึกษา
๒. นายอำพล จินดาวัฒนะ	ประธานคณะกรรมการ
๓. นายยุทธนา ทัพเจริญ	รองประธานคณะกรรมการ
	คนที่หนึ่ง
๔. นางจารุพันธ์ อึ้งภากรณ์	รองประธานคณะกรรมการ
	คนที่สอง
๕. นายณัฐเมศวร์ เรืองพิชัยพร	อนุกรรมการ
๖. นายดนัย อินสว่าง	อนุกรรมการ
๗. ศาสตราจารย์เกียรติคุณธรรมศักดิ์ พงษ์พิชญาภัตย	อนุกรรมการ
๘. พลเอก บุญลือ วงษ์ท้าว	อนุกรรมการ
๙. นายประกาศิต กายะสิทธิ์	อนุกรรมการ
๑๐. นางสาววรัญญา เตียวกุล	อนุกรรมการ
๑๑. นางกรรณิการ์ บรรเทงจิตร	อนุกรรมการและเลขานุการ
๑๒. นางสาวบุษยรัตน์ กาญจนดิษฐ์	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
ที่ปรึกษาคณะกรรมการ ประกอบด้วย	
๑. แพทย์หญิงพรรณพิมล วิปุลากร	ที่ปรึกษาคณะกรรมการ
๒. นายพลากร วงศ์ทองแก้ว	ที่ปรึกษาคณะกรรมการ

รายชื่อฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการจัดการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน
สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส
วุฒิสภา

๑. นางสาวภิรมย์ นิลทัพ	ผู้บังคับบัญชากลุ่มงานคณะกรรมการ การพัฒนาสังคมและกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส
๒. นางธนยา สิงห์มณี	นิติกรชำนาญการ
๓. นางสาวพิมพ์ปญา อติสิริวัชร	นิติกรชำนาญการ
๔. นางสาวธรรมรัตน์ ศรีทองกุล	นิติกรชำนาญการ
๕. นางเพชรรัตน์ มหาสิงห์	วิทยากรชำนาญการ
๖. นางจิตตินันท์ ศรีอังกานนท์	วิทยากรชำนาญการ
๗. นางสาวฉัตรสุตา ศิริวงศ์	นิติกรปฏิบัติการ
๘. นางสาวจิตรลดา องอาจ	เจ้าพนักงานธุรการอาวุโส
๙. นางสาวสุธาทิพย์ สมัครงการ	เจ้าพนักงานธุรการอาวุโส
๑๐. นายรุ่งเพชร งามพร้อม	เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน
๑๑. นายปิยะพงษ์ น้อยเจริญ	นักวิชาการสนับสนุนงานวิชาการ
๑๒. นางสาวนิตดา ศรีอุตะ	พนักงานสนับสนุนการประชุม
๑๓. นางสาวศกฉวรรณ พึ่งน้ำ	พนักงานสนับสนุนการประชุม

กลุ่มงานคณะกรรมการจัดการพัฒนาสังคมและกิจการเด็ก
เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส สำนักกรรมการ ๓ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๒๕ - ๖ โทรสาร ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๒๖