



# แนวคิดชุมชนกรุณา

## หลักสูตรและเอกสารประกอบการอบรม

หลักสูตรในโครงการชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี  
กลุ่ม Peaceful Death







## สารบัญ

ชุมชนกรุณา ที่มา และแนวคิด	7
ว่าด้วยความกรุณา	13
ความต้องการของผู้สูงอายุ	25
การดูแลความสูญเสีย	33
พัฒนาความกรุณา โดยคำนึงถึงทุกคน ในชุมชน	45
ปฏิบัติการชุมชนกรุณา	53
ชุมชนกรุณา กับการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน	69
ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาชุมชนกรุณา	79
ข้อเสนอกิจกรรมสำหรับจัดอบรมสื่อสารแนวคิด ชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี	101

## บทนำ

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและจากไปอย่างสงบ แม้ดูเหมือนเป็นภารกิจทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่เราไม่อาจฝากภาระการดูแลที่สำคัญเช่นนี้ไว้เฉพาะแต่เพียงบุคลากรสุขภาพเท่านั้น เป็นที่ทราบว่ระบบบริการสุขภาพมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพที่จำกัดทั้งด้านกำลังคน ทรัพยากรการดูแล และความเชี่ยวชาญเฉพาะมิติทางกาย ขณะที่การดูแลด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณนั้นภาคส่วนอื่นๆ ในสังคมและชุมชน สามารถเข้ามามีบทบาทรับผิดชอบ และอาจให้ความช่วยเหลือดูแลได้ดีกว่าบุคลากรทางการแพทย์มากนัก

ถึงที่สุดแล้ว การดูแลชีวิตช่วงท้าย การดูแลการตาย และความสูญเสียเป็นหน้าที่ของทุกคนที่ควรยื่นมือเข้าช่วยเหลือตามศักยภาพและความถนัด ผู้ที่ได้เข้ามามีส่วนในการดูแล ย่อมมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นในช่วงท้ายมากขึ้น ไม่ว่าเขาเหล่านั้นจะเป็นสมาชิกในครอบครัวญาติมิตร หรือกลุ่มสังคมต่างๆ ที่เราสังกัด

ชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี (Compassionate Communities) คือแนวคิดและปฏิบัติการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ให้มีศักยภาพที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โดยการฟื้นคืนความกรุณาในใจคน คุณธรรมนี้จะผลักดันการลงมือช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและจากไปอย่างสงบ การสนับสนุนด้วยความกรุณาทำได้หลายรูปแบบ ทั้งการช่วยเหลือผู้ป่วยหรือครอบครัวทางตรง การสนับสนุนบุคลากรสุขภาพหรือหน่วยงานช่วยเหลือผู้ป่วยให้ทำงานได้ง่ายขึ้นหรือมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งการพัฒนานโยบายสาธารณะในระดับต่างๆ ให้สังคมไทยมีสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการตายดี

แม้การดูแลผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตในชุมชน จะเป็นสิ่งที่ดำรงอยู่ในสังคมไทยมาช้านาน ดังที่เรายังทันเห็นคนรุ่นปู่ย่าตายายยังน้อมรับความตายและเผชิญความสูญเสียอย่างสงบ แต่ด้วยบริบทสังคมปัจจุบันที่ความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชนเบาบาง ต่างคนต่างอยู่มากขึ้น การร่วมกันดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงท้าย และจากไปอย่างสงบ ดูจะเป็นภาพที่หาได้ยากขึ้น คำถามคือ ทำอย่างไรเราทุกคนจึงจะกลับไปมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในชุมชน เห็นอกเห็นใจ เอื้ออาทร

ต่อกัน และปฏิบัติดูแลผู้อื่นอย่างไม่แตกต่างจากตนเอง เพื่อที่สำนักแห่งความกรุณา  
เช่นนี้ จะได้กลับมาเยียวยาเพื่อนมนุษย์และตนเองอีกครั้ง

ในประเทศไทย “ชุมชนกรุณา” ยังเป็นแนวคิดใหม่ เป็นภาพฝันที่ทีม  
Peaceful Death เห็นโอกาสที่จะสร้างสรรค์ขึ้นกลายเป็นความจริง การสร้างสรรค์  
ชุมชนกรุณา จึงต้องดำเนินงานในหลากหลายรูปแบบ ทั้งการจัดการความรู้ การฝึกอบรม  
การพัฒนาพื้นที่ชุมชนเพื่อเป็นตัวอย่าง และการเชิญชวนให้ผู้ที่เชื่อและศรัทธา  
ในความกรุณาและความเป็นมนุษย์ ลุกขึ้นสร้างสรรค์ชุมชนกรุณาในแบบของตนเอง

หลักสูตรอบรมชุมชนกรุณาในเล่มนี้ ประกอบด้วยเนื้อหาที่ทีมงานคิดว่า  
จำเป็นต่อการสร้างสรรค์ชุมชนกรุณา เริ่มจากความเข้าใจที่มาของแนวคิดนี้ ความหมาย  
ของความกรุณา ความต้องการของผู้คนต่างๆ ที่เป็นโอกาสให้เราเข้าไปเชื่อมโยง  
ทั้งผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ผ่านความสูญเสีย การคำนึงถึงผู้คนที่มีความแตกต่าง  
คนชายขอบที่มักถูกหลงลืมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตช่วงท้าย รวมทั้งแนวทาง  
การสร้างความร่วมมือ การฝึกอบรม และแนวทางจัดกิจกรรมตามแนวคิดชุมชนกรุณา  
ทั้งภาคนโยบาย และภาคประชาชนทั่วไป สุดท้าย คือแนวทางการจัดกิจกรรม  
ฝึกอบรมชุมชนกรุณา ตามความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

ทีมงาน Peaceful Death หวังว่า E-Book หลักสูตรฝึกอบรม สร้างความ  
เข้าใจเรื่องชุมชนกรุณาเล่มนี้ จะเป็นประโยชน์แก่ผู้สนใจ แน่แน่นอนว่าเนื้อหาใน  
หลักสูตรฝึกอบรมยังไม่ครบและสมบูรณ์ ทีมงานจึงยินดีเปิดรับฟังข้อคิดเห็น  
และข้อเสนอแนะทุกประการ

ทีมงานขออนุโมทนาทุกท่านที่สนใจสร้างสรรค์ชุมชนกรุณาด้วยกัน หวังว่า  
จะได้พบกัน เป็นสภาพแวดล้อมที่ดีงาม สำหรับชีวิตทั้งช่วงที่ยังอยู่ และช่วงที่  
จากไปของพวกเรา และสรรพชีวิตทั้งมวล

ทีมงาน Peaceful Death

# ชุมชนกรุณา : ที่มา และแนวคิด

เอกภพ สิทธิวรรณธนะ

## ที่มา :

การพัฒนาการแพทย์สมัยใหม่ การพัฒนาภาวะโภชนาการและสุขภาพ ส่งผลให้มนุษย์มีอายุยืนนานขึ้น นอกจากนี้การแพทย์ยังพัฒนาความรู้ด้านการพยุงชีพ รักษาชีวิตให้ยาวนานขึ้นได้อย่างไม่เคยเป็นมาก่อน แม้จะช่วยรักษาชีวิตของผู้คนได้มาก แต่ผลอีกด้านคือ สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่อาจรักษาให้หายจากโรคได้แล้ว กลับถูกยื้อชีวิต ยืดการตายออกไปได้ยาวนาน ได้รับความทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ขณะเดียวกันคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ เช่น สุขภาพใจ การได้รับการรักษาตัวในสถานที่ที่คุ้นเคย การได้อยู่แวดล้อมท่ามกลางคนรัก หรือการเชื่อมโยงกับมิติจิตวิญญาณหรือศาสนา กลับถูกละเลย

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) คือการแพทย์ศาสตร์หนึ่งที่ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ แนวทางการดูแลสำคัญคือ การช่วยสื่อสารวางแผนสุขภาพช่วงท้าย การจัดการความปวดและอาการทางกายที่ลดทอนคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ที่มสุขภาพซึ่งประกอบด้วยบุคลากรอันหลากหลาย ยังสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในมิติทางใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพิ่มเติม

อย่างไรก็ตาม การแพทย์แบบประคับประคอง ยังนับว่าเป็นแนวทางการดูแลที่สังคมยังรับรู้ได้น้อย บุคลากรที่ผลิตขึ้นมารองรับความต้องการยังไม่เพียงพอ และยังคงเป็นกระแสรองของการแพทย์สมัยใหม่ สิ่งที่ทำทลายคือ สังคมไทยซึ่งเป็นสังคมผู้สูงอายุ กำลังจะมีผู้ป่วยเรื้อรังและระยะท้ายจำนวนมาก ซึ่งแนวโน้มที่จะเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพแบบประคับประคองในโรงพยาบาล จะรับมือกับการตายท่ามกลางความไม่พร้อมของระบบสุขภาพได้อย่างไร และเราแต่ละคน จะมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญความสูญเสียกลุ่มนี้อย่างไรได้บ้าง

## ชุมชนกรุณามีความสำคัญอย่างไร :

ชุมชนกรุณา (Compassionate Communities) คือแนวทางการพัฒนาศักยภาพของหน่วยต่างๆ ในชุมชนให้เข้มแข็ง มีศักยภาพในการรับมือกับความสูญเสีย การตาย และการดูแลเพื่อป้องกัน บรรเทา และเยียวยาความทุกข์จากความสูญเสีย ด้วยหัวใจกรุณา



ชุมชนกรุณา เชื่อว่า ประสบการณ์ความสูญเสียเป็นสิ่งที่ใหญ่และสำคัญเกินกว่าจะมอบหมายให้คนใดคนหนึ่ง วิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง หรือคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งรับผิดชอบ หากเป็นสิ่งที่ทุกคนในสังคมต้องมีส่วนรับผิดชอบทั้งสองด้าน ด้านแรกเราแต่ละคนต้องรับผิดชอบต่อความตายของตัวเอง และอีกด้านหนึ่ง เราต้องร่วมรับผิดชอบต่อดูแลความสูญเสียของคนในชุมชนที่เราเป็นสมาชิกอยู่ด้วย

ชุมชนกรุณา เชื่อว่า แม้เราจะมิได้เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ แต่ความรู้ทักษะด้านอื่นๆ ของเราย่อมมีประโยชน์และมีส่วนช่วยประคับประคองสมาชิกในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาแห่งความสูญเสียได้เช่นกัน เช่น การรับฟังความทุกข์ของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล การไปเยี่ยมให้กำลังใจ การช่วยปรับปรุ้งสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยให้น่าอยู่ หรือแม้แต่การแบ่งเบาธุระเล็กๆ น้อยๆ ของผู้ป่วย การสนับสนุนระบบสุขภาพให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการดูแลความสูญเสียให้ดีขึ้น การจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวตายและการเผชิญความสูญเสีย พูดอีกอย่างหนึ่ง ชุมชนกรุณา ก็คือการดูแลแบบประคับประคองภาคสังคมนั่นเอง

ชุมชนกรุณา เชื่อว่า เราทุกคนต่างสามารถช่วยเหลือสมาชิกในชุมชนของเราให้เข้าถึงการตายที่ดี และด้วยการลงมือให้ความช่วยเหลือโดยมีความกรุณาเป็นฐานนี้เอง ที่ทำให้เราตระหนักถึงความไม่แน่นอนของชีวิต เห็นความสำคัญของสัมพันธภาพ และกลับมาดูแลชีวิตให้อยู่ในวิถีที่เอื้อต่อการตายดี ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนี้เองคือการ “มีชีวิตที่ดี”

### **แนวทางปฏิบัติการชุมชนกรุณา :**

การดูแลความสูญเสีย การตาย และความตาย ตามแนวทางชุมชนกรุณา ใช้แนวคิดการป้องกันส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือ มุ่งเน้น 1) ป้องกันก่อนเกิดปัญหา (Prevention) 2) ลดผลกระทบ Harm Reduction) 3) แทรกแซงก่อนที่ปัญหาจะลุกลาม (Early Intervention) ทั้งด้านสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ ที่เกี่ยวข้องกับความตาย การตาย การสูญเสียและการดูแล โดยการป้องกันดังกล่าวควรคำนึงถึง 4) ความยั่งยืน (Sustainability)

แนวคิดชุมชนกรุณาดังกล่าว สามารถแปรเปลี่ยนเป็นแนวทางการทำงานดังนี้

### 1) การสร้างการมีส่วนร่วม

ชุมชนกรุณา ควรสนับสนุนการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคสุขภาพ กับ ชุมชน สถานที่ทำงาน ในลักษณะหุ้นส่วนที่มีความเสมอภาค ไม่ควรมีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง วางตัวเหนือกว่าหรือมีลักษณะสั่งสอน

### 2) การพัฒนาชุมชน

ชุมชนกรุณา ควรทำความเข้าใจความต้องการของกลุ่มที่เผชิญความตาย การตาย ความสูญเสีย และผู้ดูแล เมื่อเข้าใจความต้องการแล้ว ควรแสวงหาแนวทาง ตอบสนองความต้องการที่จำเป็นร่วมกับผู้นำกลุ่มต่างๆ ในชุมชน

### 3) การสร้างความเป็นหุ้นส่วน (Partnership)

ชุมชนกรุณา ควรเรียนรู้ที่จะทำงานร่วมมือกับสถาบันต่างๆ ในชุมชน เช่น โรงเรียน สถานที่ทำงาน วัด โบสถ์ พิพิธภัณฑ์ศิลปะ สื่อมวลชน ธุรกิจ ชมรมกีฬา และ นันทนาการ เราควรตระหนักว่า การดูแลแบบประคับประคองไม่สามารถทำงาน ร่วมกับชุมชนโดยลำพัง หากเป็นเพื่อนร่วมทำงานไปกับองค์กรต่างๆ ในชุมชน

### 4) การให้ความรู้ (Education)

เราคุ้นเคยกับการให้ความรู้หรือสุศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็ง (การทาครีมกันแดด อาหารที่ไม่เสี่ยงต่อมะเร็ง การไม่สูบบุหรี่) สุขภาวะทางเพศ การป้องกันอุบัติเหตุ เหตุใดเล่า เราจะให้สุศึกษาเกี่ยวกับความตาย การตาย ความสูญเสียไม่ได้ การให้ความรู้เหล่านี้ช่วยลดอคติเกี่ยวกับความตายและการปฏิเสธความตาย ช่วยให้เราทำความเข้าใจความต้องการในประเด็นที่เกี่ยวข้อง และสามารถสนับสนุนหรือส่งเสริมสุขภาวะ ด้านการตายดีได้มากขึ้น

### 5) การสนับสนุนสุขภาพในวงกว้าง (Population Health Approach)

ปัจจุบัน การให้ความรู้ด้านการตายดี จำกัดอยู่เฉพาะผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญปัญหา อย่างไรก็ตาม การให้ความรู้เรื่องนี้สามารถเผยแพร่ให้กว้างขวางมากขึ้นในระดับสังคม

## 6) มีมุมมองเชิงนิเวศวิทยา (An Ecological Settings Emphasis)

เราควรเข้าใจระบบนิเวศที่เกี่ยวข้องกับความตายและความสูญเสีย สิ่งแวดล้อมบางอย่างช่วยให้ชุมชนมีสมรรถภาพที่จะเผชิญความสูญเสีย ขณะที่สิ่งแวดล้อมบางประการกลับเป็นอุปสรรค ทำอย่างไรเราจะสนับสนุนเหตุปัจจัยที่ดี และลดอุปสรรคต่อการตายดี การวิเคราะห์หน่วยต่างๆ ในชุมชนอย่างเป็นระบบละเอียด และมองตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง จะช่วยให้การสร้างความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่วงท้ายเป็นไปได้ง่ายขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### สรุป

ชุมชนกรุณา คือแนวทางการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองจากภาคชุมชนหรือสังคม โดยสร้างความร่วมมือระหว่างภาคสุขภาพและภาคสังคมในระยะยาว เพื่อสนับสนุนคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล และสมาชิกทุกคนในชุมชนให้เข้าถึงการตายดี หน้าที่อันสำคัญเช่นนี้ ถือเป็นความรับผิดชอบของสมาชิกทุกคนในชุมชน และความกรุณา คือคุณภาพทางใจที่สนับสนุนการลงมือช่วยเหลือดูแลกันและกัน ร่วมกันเผชิญและก้าวข้ามประสบการณ์ที่สำคัญที่สุด สู่ชีวิตที่ผาสุกและสังคมที่มีสันติภาพ



ว่าด้วยความกรุณา  
สุพรรณนภา คำโร

## ความกรุณา

### ความหมายของคำว่า “กรุณา”

ท่านลามะโซปะ ริมโปเซ ได้กล่าวถึงความกรุณาไว้ว่า “ความกรุณาคือต้นธารของความสุขในชีวิต เป็นเครื่องมือสำคัญที่จะเป็นหลักประกันความสุขของเรา และความสุขของสังคม หากไม่มีความเมตตาและความกรุณาแล้วไซ้ ครอบครั้ว สังคม ประเทศ และโลกย่อมไม่มีความสุข นอกจากนี้ความกรุณายังเป็นบ่อเกิดของจิตใจ และร่างกายที่ดี การบ่มเพาะความกรุณาคือวิธีที่ทรงพลังที่สุดในการเยียวยาตัวเราและชีวิตอื่นๆ”

เช่นเดียวกับข้อความที่ปรากฏในหนังสือ จงมีชีวิตที่เบิกบาน หรือ The Book of Joy ที่เขียนโดยองค์ทะไลลามะ อาร์ชบิชอป เดสมอนด์ ตูตู และดักลาส เอบรัมส์ ที่ว่า “ความกรุณามักจะเป็นผลพวงที่แตกออกมาจากความเมตตาโดยธรรมชาติ แต่การขีดเส้นแบ่งระหว่างสองสิ่งนี้ก็เป็นเรื่องยาก... ความกรุณามีความสำคัญอย่างยิ่งในทุกศาสนาในโลก เพราะเน้นให้เห็นแง่มุมพื้นฐานที่เราทุกคนต้องพึ่งพาอาศัยกัน และจำเป็นต้องมีกันและกัน ความกรุณามีความสำคัญต่อการอยู่รอดของเรายังยิ่ง” และ โรเบิร์ต เฮอร์แมน กล่าวในการบรรยายครั้งหนึ่งว่า “ความกรุณา” คือ “ความใส่ใจในทุกข์ของผู้อื่น และปรารถนาจะให้ผู้อื่นพ้นจากทุกข์นั้น มันใกล้เคียงกับ ความรัก ซึ่งก็คือความปรารถนาที่จะให้ผู้อื่นมีความสุข”

จากคำอธิบายข้างต้น นอกจากคำว่า “กรุณา” แล้ว มักจะมีคำว่า “เมตตา” ติดตามกันมาด้วยเสมอ ซึ่งอาจารย์ประมวล เพ็งจันทร์ ได้อธิบายนิยามของคำทั้งสองไว้ว่า “สิ่งหนึ่งซึ่งเป็นสายธารของความหมายอยู่ในจิต ยังไม่ได้สำแดงออกมาให้ปรากฏเป็นกายกรรม วชิกรรม และมโนกรรม สถานะนั้นคือเมตตาธรรม แล้วทันทีที่ถูกทำให้มีพลัง กลายมาเป็นการกระทำแล้ว เราเรียกว่า กรุณา”

ดังนั้น จึงอาจกล่าวสรุปได้ว่า “กรุณา” หมายถึง ความปรารถนา หรือ การกระทำที่จะช่วยให้ผู้อื่นพ้นจากความทุกข์ ซึ่งมีที่มาจากจิตที่มีความเมตตาเป็นพื้นฐาน

### แนวทางการบ่มเพาะความกรุณา

นักปฏิบัติหลายท่านได้อธิบายแนวทางการปฏิบัติเพื่อบ่มเพาะความกรุณา

ไว้หลากหลายวิธี แตกต่างกันไปตามบริบท ซึ่งวิธีการที่มีความเชื่อมโยงกับบริบทของสังคมไทยและประเด็นที่ว่าด้วยเรื่องชุมชนกรุณา มีดังนี้

1. **ทำสมาธิและฝึกการตระหนักรู้** เพื่อเกิดความรู้สึกตัว มองเห็นความเชื่อมโยงของสรรพสิ่ง โดยไม่แบ่งแยกและตัดสิน การฝึกสมาธิสามารถทำได้หลายวิธีแล้วแต่ความถนัดและความเชื่อของแต่ละคน

2. **ขยายมุมมอง/ทัศนคติที่มีต่อสรรพสิ่ง** มนุษย์หรือสัตว์ทั้งหมดที่อยู่ในโลกใบนี้ ไม่ได้เป็นอื่น ล้วนแล้วมีสายสัมพันธ์เชื่อมโยงซึ่งกันและกัน โดยทำความรู้สึกให้เหมือนทุกสรรพสิ่งต่างเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ทั้งคนที่เรารัก คนที่เรารู้สึกเฉยๆ และรวมถึงคนที่เรามองว่าเป็นศัตรู คนที่เราเกลียด โกรธ ไม่ว่าเขาเหล่านั้นจะเป็นใคร หรือกระทั่งสัตว์ชนิดใด ตามคติธรรมทางพระพุทธศาสนาแล้ว คนเหล่านั้นหรือสิ่งมีชีวิตชนิดนั้น คือ พ่อแม่ หรือญาติของเราในอดีตนั่นเอง

3. **ขยายพื้นที่ความกรุณาในจิตใจ** หลักคิดที่ครูหลายท่านได้เสนอแนะเพื่อการขยายพื้นที่ความกรุณาในจิตใจของเราก็คือ การเทียบเคียงกับความรู้สึกของแม่ที่มีต่อลูก เป็นความรู้สึกที่ปราศจากเหตุผลและเงื่อนไขใดๆ ทั้งปวง แม้กระทั่งการระลึกถึงคนที่เคยทำร้ายเรา หรือคนที่ยากแก่การให้อภัย ประหนึ่งความรู้สึกที่แม่มีต่อลูกเป็นความรักที่ปราศจากเงื่อนไข

4. **สลายนมแดนการแบ่งแยก** เมื่อเรามีมุมมองต่อสรรพสิ่งที่กว้างขึ้น มองเห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยง อันจะนำไปสู่การเปิดกว้างและปราศจากเงื่อนไข เป็นสถานะที่ไม่มีเราและไม่มีผู้อื่น มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เป็นความกรุณาที่ขยายออกไปไม่มีประมาณ ไม่มีการแบ่งแยกระหว่างเรากับผู้อื่น หรือสิ่งอื่น

5. **ลงมือปฏิบัติ** เช่นเดียวกับคุณภาพจิตอื่นๆ ที่เราไม่สามารถนึกคิดแล้วจะเกิดขึ้นเองได้ จำเป็นต้องมีการฝึกฝนและการลงมือปฏิบัติ การพัฒนาจะเกิดขึ้นได้จากประสบการณ์ทางจิตวิญญาณ

## การปฏิบัติเพื่อบ่มเพาะความกรุณา

การช่วยเหลือผู้อื่นเพื่อให้เขาพ้นจากความทุกข์ แม้จะมีวิธีการที่หลากหลาย แต่สิ่งสำคัญที่เราควรตระหนัก คือความต้องการที่แท้จริงของคนที่อยู่ตรงหน้า รวมถึงบริบทชีวิตของเขา ซึ่งแต่ละสถานการณ์ล้วนแล้วมีความเฉพาะเจาะจง ไม่มีสูตรสำเร็จ

ตายตัวทั้งนี้การฝึกสมาธิดังที่ได้กล่าวข้างต้น จะช่วยให้เราสามารถรับรู้รายละเอียดของประสบการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละขณะอย่างแจ่มชัด อีกทั้งยังช่วยให้เราสามารถตั้งสติ รับรู้สภาวะที่เกิดขึ้นภายในตัวเราด้วย โดยเฉพาะกรณีที่เกิดความรู้สึกกลัว โกรธ หวั่นไหว ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ที่เรากำลังช่วยเหลือให้เกิดความไม่มั่นใจ หรือกลางแคลงใจได้

วิธีการในการปฏิบัติเพื่อบ่มเพาะความกรุณา โดยเฉพาะในกรณีที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative Care) รวมถึงการสนับสนุนครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งมีวิธีการดังต่อไปนี้

### **การอยู่กับผู้ป่วยอย่างแท้จริง**

การอยู่กับผู้ป่วยอย่างแท้จริง คือการอยู่กับปัจจุบันขณะ โดยให้ความใส่ใจในคนที่อยู่ตรงหน้า ใส่ใจสีหน้าท่าทาง คำพูด หรือแม้แต่ข้อความที่ผู้ป่วยหรือญาติไม่ได้พูดแต่สะท้อนถึงความต้องการบางอย่าง ทั้งนี้ การอยู่กับปัจจุบันขณะเป็นเรื่องที่ดูเหมือนง่ายไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย แต่เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เนื่องจาก จิตใจของเรามักแส่สายฟุ้งซ่านปรุ่แตกต่างจากปัจจุบันขณะ ซึ่งวิธีที่จะช่วยให้เราอยู่กับคนตรงหน้าได้อย่างแท้จริงคือ การฝึกสมาธิดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นนั่นเอง

### **การรับฟังอย่างใส่ใจ**

เช่นเดียวกับการอยู่กับปัจจุบันขณะ การรับฟังอย่างลึกซึ้ง คือการรับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยหรือญาติอย่างใส่ใจ โดยปราศจากการตัดสิน การสอดแทรกความคิดเห็นส่วนตัว การแนะนำสั่งสอน หรือแม้แต่การเปรียบเทียบกับตัวเองหรือผู้อื่น ซึ่งการกระทำดังกล่าว หากพูดผิดจังหวะ จะกลายเป็นผลเสีย อาจทำให้ผู้ป่วยหรือญาติ รู้สึกถูกตำหนิเกิดความไม่ไว้วางใจหรือความรู้สึกน้อยใจว่าไม่ได้รับความเข้าใจได้

### **คำพูดที่ดี**

สืบเนื่องมาจากการรับฟังอย่างใส่ใจข้างต้น เมื่อผู้ป่วยหรือญาติ เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือถามถึงคำแนะนำจากเรา หรือเมื่อพิจารณาแล้ว ผู้ป่วยหรือญาติ ต้องการการปลอบใจ/การให้กำลังใจ เราสามารถพูดแสดงความคิดเห็นหรือให้กำลังใจ เพื่อทำให้เขารับรู้ว่ามีคนที่รับรู้และเข้าใจสภาวะที่เขา กำลังเผชิญอยู่ หรือบางกรณีอาจเป็นการพูดเพื่อเน้นย้ำให้เขามั่นใจหรือเชื่อมั่นในความสามารถที่จะทำใน



สิ่งที่เป็นไปได้ยากหรือมีความเสี่ยงอยู่บ้าง

อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะเราจะพูดแสดงความคิดเห็นไปในทางใดก็ตาม สิ่งสำคัญคือเราต้องเชื่อในสิ่งที่เราพูดอย่างแท้จริง ไม่ใช่สักแต่ว่าปลอบใจหรือให้กำลังใจ แต่ไม่ตรงกับความรู้สึกภายใน ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยหรือญาติสามารถรับรู้ได้

คำพูดที่ดีอีกอย่างหนึ่ง คือการให้ข้อมูลตามความเหมาะสม การเสนอข้อมูลเพื่อให้เป็นทางเลือก โดยไม่ยึดยึดความคิดเห็นของเราว่าควรเลือกสิ่งนั้นสิ่งนี้ แต่เป็นไปได้เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติได้ตัดสินใจด้วยตัวเอง

## คำถามที่ดี

คำถามที่ดีสามารถช่วยให้ผู้ป่วยหรือญาติที่กำลังสับสนเกิดการถูกคิดได้ หรือสามารถช่วยให้มองหาทางออกหรือความเป็นไปได้ใหม่ๆ ในการแก้ไขปัญหา นอกเหนือจากที่คิดวนอยู่กับเรื่องเดิมๆ นอกจากนี้ คำถามที่ดี ยังช่วยเปิดบทสนทนาในการสร้างพื้นที่ความไว้วางใจกับผู้ป่วยหรือญาติได้

อย่างไรก็ตาม การตั้งคำถามเป็นเรื่องที่ค่อนข้างอ่อนไหว และมีผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ถูกถามพอสมควร การใช้คำถามจึงควรเป็นไปอย่างระมัดระวัง โดยเฉพาะคำถามปลายปิด คำถามทำนองตำหนิหรือตัดสิน อย่างเช่น การใช้คำถามว่า “ทำไม” ทำให้ผู้ต้องอธิบายเหตุผล และส่วนใหญ่มักจะเป็นการถามถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต ซึ่งมักจะไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยหรือญาติ รวมถึงตัวเราเองไม่อยู่กับปัจจุบัน คำตอบที่ได้ก็มักจะเป็นไปในทางปกป้องตัวเอง สิ่งที่ตามมาคือ ผู้ถูกถามรู้สึกถึงการตัดสิน/ตำหนิ และเริ่มปิดกั้นตัวเองจากการช่วยเหลือของเรา

คำถามที่ดีมักจะเป็นคำถามที่เชิญชวนผู้ถูกถามให้ทบทวน ขบคิด และค้นหาคำตอบด้วยตัวเอง โดยที่เราไม่ก้าวก้าวยในการค้นหาคำตอบ ส่วนใหญ่คำถามที่เข้มนักจะเป็น “อย่างไร” เช่น ตอนนี้คุณรู้สึกอย่างไร? เป็นต้น

## การกระทำที่เป็นประโยชน์

บ่อยครั้งที่เรามักจะบอกเพื่อนๆ หรือคนที่กำลังต้องการความช่วยเหลือว่า “มีอะไรให้ช่วย ก็บอกได้เลยนะ” ถึงแม้ว่าเราจะมีเจตนาที่อยากจะช่วยเหลือจริงๆ แต่คำพูดดังกล่าว มักจะทำให้ผู้ฟังรู้สึกลังเลในการที่จะขอความช่วยเหลือ

หากเราใส่ใจและเข้าใจสถานการณ์ของผู้ป่วยหรือญาติดีพอ เราจะสามารถเสนอความช่วยเหลือที่ตรงกับความต้องการของพวกเขา โดยที่พวกเขาจะเป็นคนตัดสินใจเองว่าจะให้เราช่วยเหลือมากน้อยแค่ไหน เช่น ช่วงที่ผู้ป่วยกลับมาพักรักษาตัวที่บ้าน การหียบยื่นความช่วยเหลือในการดูแลความสะอาดบ้าน อาหารการกิน การซ่อมแซมของใช้ที่ชำรุด การช่วยดูแลสัตว์เลี้ยง เป็นต้น หรือแม้แต่การกระทำเล็กๆ น้อยๆ ในขณะที่ผู้ป่วยหรือญาติกำลังเผชิญกับสถานการณ์บางอย่างเช่น การจับมือบีบเบาๆ การนั่งอยู่ข้างๆ เป็นเพื่อน การกอด เป็นต้น

### **การฝึกทงเลน ทองเลน (Tonglen) หรือ การให้-การรับ**

ทงเลน เป็นภาษาทิเบต หมายถึงการให้และการรับ การทำทงเลน เป็นการภาวนาการรับและการให้ที่มีพลังในการเยียวยาสูง ช่วยให้เราอยู่กับปัจจุบันขณะและช่วยเหลือเกื้อกูลผู้ที่กำลังได้รับความทุกข์หรือเผชิญกับความเจ็บป่วยในขณะเดียวกันก็เป็นการบ่มเพาะความกรุณาที่ยิ่งใหญ่ ในการฝึกเราจะรับเอาความทุกข์จากผู้อื่นเข้ามา แล้วมอบความรัก ความเบิกบาน ความกล้าหาญ และความแข็งแรงให้แก่พวกเขา

เราจะภาวนาเพื่อรับเอาความทุกข์และสาเหตุแห่งทุกข์ของสิ่งมีชีวิตอื่นๆ เข้ามาไว้ที่ตัวเรา แล้วใช้มันเพื่อขัดเกลาความเห็นแก่ตัว ขัดเกลาอัตตาตัวตนที่เป็นสาเหตุแห่งปัญหาและความทุกข์ทั้งปวง โดยเชื่อมโยงการภาวนาเข้ากับการหายใจ ขณะที่หายใจเข้า ให้เราสร้างมโนภาพว่า ความทุกข์ของคนที่อยู่ตรงหน้าเรา แปรเปลี่ยนเป็นควันสีดำ ควันสีดำนั่นค่อยๆ ลอยมายังตัวเรา ผ่านรูจมูกเข้ามาสู่ร่างกายของเรา ควันดำเหล่านั้น ได้เข้ามาขัดเกลาตัวตน ทำลายความคิดที่เห็นประโยชน์ส่วนตน อันเป็นสาเหตุของปัญหาและความทุกข์ของเราจนหมดสิ้น

จากนั้นเจริญเมตตาด้วยการคิดว่า “ฉันจะนำความสุขและสาเหตุของความสุข ไปยังพวกเขา” สร้างมโนภาพว่าตัวเราเป็นแก้วที่มีลำแสงสีขาวนวลหรือสีทองส่งลำแสงที่เปี่ยมด้วยความรักความเมตตา ไปให้คนที่อยู่ตรงหน้า หรือคนที่เรากำลังนึกถึง

### **ชุมชนกรุณา**

แนวคิดเรื่องชุมชนกรุณานี้ มีที่มาจาก การขับเคลื่อนแนวคิดด้านสาธารณสุข เพื่อรณรงค์นโยบายเรื่องการดูแลสุขภาพด้วยสมาชิกในชุมชน จนเกิดเป็นเมืองแห่ง

สุขภาพ (Healthy Cities) พัฒนาโดย องค์การอนามัยโลก (World Health Organization – WHO) มีเป้าหมายที่จะออกแบบให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นชุมชนในรูปแบบของสถานที่ทำงาน สถานศึกษา สถานพยาบาล โรงพยาบาล ศาสนสถาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรเพื่อการกุศล

หลักปฏิบัติการถูกออกแบบเพื่อสุขภาพของชุมชนแบบองค์รวม โดยมีแนวคิดที่ย้ำชัดว่า ประสบการณ์ทางสุขภาพของคน ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งและยั่งยืนของสถาบันทางสังคม การมีส่วนร่วมและการหนุนเสริมจากชุมชน การปรับทิศทาง การให้บริการสาธารณสุข และการพัฒนาทักษะของประชาชน บทสรุปสำคัญของกระบวนการสาธารณสุข คือความคิดที่ว่า สุขภาพไม่ใช่เพียงแค่การหายไปของโรค (พยาธิสภาพ) ในทางคู่ขนาน การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ก็ไม่ใช่การทำให้ปัญหาต่างๆ หายไปเท่านั้น

## เกี่ยวกับเมืองสุขภาวะ (Healthy Cities)

จากสถานการณ์การขยายตัวของประชากรตามเมืองใหญ่ทั่วโลกที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ องค์การอนามัยโลกจึงได้เผยแพร่สนธิสัญญาออตตาวา (2529) ที่ประกอบด้วยหลักการสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ 1) การสร้างนโยบายสาธารณสุข 2) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะ 3) การพัฒนาปฏิบัติการระดับชุมชน 4) การพัฒนาทักษะของประชาชน และ 5) ปรับการให้บริการสาธารณสุขอย่างเหมาะสม

## เมืองสุขภาวะคืออะไร?

นักวิชาการจากหลายสำนักได้อธิบายนิยามของเมืองสุขภาวะ (Healthy Cities) โดยระบุคุณลักษณะสำคัญของเมืองสุขภาวะไว้หลายประเด็น ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

- 1) เมืองสุขภาวะควรมีความสะอาด และมีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย
- 2) เมืองฯ ควรมีระบบนิเวศที่มีเสถียรภาพในปัจจุบัน และมีแนวโน้มที่จะยั่งยืนในระยะยาว
- 3) เมืองฯ ควรมีระบบที่เอื้ออำนวยต่อสมาชิก และมีโครงสร้างที่สมาชิกสามารถเข้ามามีส่วนร่วม โดยเฉพาะการตัดสินใจในประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อ

การดำเนินชีวิต

- 4) เมืองฯ ควรมีปัจจัยพื้นฐาน เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย
- 5) เมืองฯ ควรเปิดกว้างให้สมาชิกได้มีประสบการณ์เชิงบวก มีทรัพยากรที่เพียงพอเหมาะสม และมีระบบเศรษฐกิจที่ดี
- 6) เมืองฯ ควรเป็นพื้นที่ที่กระตุ้นให้สมาชิกได้ปฏิสัมพันธ์กัน ผ่านพิธีกรรมทางจิตวิญญาณ วัฒนธรรม ประเพณี
- 7) เมืองฯ ควรมีการให้บริการสาธารณสุขที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้

การกำหนดคุณลักษณะของเมืองสุขภาวะข้างต้น อยู่ภายใต้แนวคิดที่ว่า สุขภาวะ คือ แนวคิดเชิงบวก ที่ไม่เพียงแต่มุ่งทำให้เชื้อโรคหายไปเท่านั้น สุขภาวะยังรวมถึงสุขภาพองค์รวมที่มองว่า การมีสุขภาพที่ดีขึ้นอยู่กับปัจจัยเชิงกายภาพ สังคม การเมือง เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ไม่เพียงแค่การให้บริการสุขภาพทางกายเท่านั้น การคำนึงถึงปัจจัยด้านอื่นๆ ก็เป็นเรื่องจำเป็น นอกจากนี้ เมืองสุขภาวะยังต้องคำนึงถึงความไม่เท่าเทียมของประชากร ในการเข้ารับการรักษาจะต้องมีระบบสาธารณสุขที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม

## เกี่ยวกับชุมชนกรุณา (Compassionate Communities)

คำว่า “กรุณา” ตามที่ได้อธิบายนิยามความหมายข้างต้น เป็นคำที่แสดงถึงคุณภาพของทัศนคติและการกระทำ ซึ่งความกรุณานี้มีความสำคัญและจำเป็นในการดูแลในระบบสุขภาพอย่างยิ่ง ไม่ว่าจะเป็นการดูแลเมื่อมีอาการป่วย ทูพพลภาพ หรือเมื่อเผชิญกับความสูญเสีย โดยเป็นการดูแลแบบองค์รวม ไม่จำเพาะเจาะจงเพียงคนใดคนหนึ่งเท่านั้น แต่ยังรวมถึงบริบทโดยรอบ ไม่ว่าจะเป็นสถานที่ทำงาน ศาสนสถาน ระบบให้บริการต่างๆ และสถานศึกษา

ทั้งนี้ได้มีการกำหนดคุณลักษณะของชุมชนกรุณาไว้ 9 ประการ ซึ่งควรพิจารณาควบคู่ไปกับคุณลักษณะของเมืองสุขภาวะข้างต้น ดังนี้

1. ชุมชนกรุณามีนโยบายสุขภาพในระดับชุมชน ซึ่งให้ความสำคัญกับความกรุณา ในฐานะหลักคุณธรรมที่สำคัญและจำเป็น
2. มีการดูแลกลุ่มที่มีความต้องการพิเศษ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ คนที่มีโรค

## ประจำตัว และกลุ่มผู้สูญเสีย

3. มีข้อตกลงร่วมที่เข้มแข็ง บนพื้นฐานความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรม
4. มีการระบุงroupผู้สูญเสีย ผู้ป่วยระยะท้าย เข้าไว้ในระบบการดูแลโดยชุมชน ทั้งในระดับนโยบาย และแผนปฏิบัติการ
5. มีระบบสนับสนุนสมาชิกในชุมชนให้สามารถเข้าถึงประสบการณ์การสนับสนุนที่หลากหลายช่องทาง
6. ให้การชื่นชมสนับสนุนกลุ่มบุคคลที่สร้างความปรองดองสมานฉันท์ในชุมชน
7. สนับสนุนระบบการให้บริการสำหรับผู้สูญเสียและการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้าถึงได้ง่าย
8. ให้ความสำคัญและมีแผนรองรับกลุ่มบุคคลที่ด้อยโอกาส คนยากจน คนชายขอบ คนพื้นถิ่น และคนไร้บ้าน
9. อนุรักษ์และสนับสนุนวัฒนธรรมประเพณีทางจิตวิญญาณของชุมชน รวมถึงบุคคลผู้ถ่ายทอดเรื่องราวต่างๆ ในชุมชน

อย่างไรก็ตาม หลักการดังกล่าวข้างต้น ไม่ว่าจะเป็เมืองสุภาพะ หรือชุมชนกรรณา มีการให้ความสำคัญในบางประเด็นที่คล้ายคลึงกัน เช่น ระบบบริการสาธารณสุขที่มีความเท่าเทียม ทุกคนสามารถเข้าถึงได้ การจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของสมาชิกในชุมชน แต่ในประเด็นเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายยังเป็นส่วนของการดูแลทางการแพทย์ ไม่มีการระบุว่าเป็นการดูแลโดยชุมชนกรรณาที่ชัดเจน แม้จะสอดคล้องกับหลักการดูแลแบบองค์รวม แต่ในทางปฏิบัติยังเกิดขึ้นได้ยาก ซึ่งมีข้อจำกัดดังต่อไปนี้

**1. นโยบายในการบริหารจัดการชุมชน** การกำหนดนโยบายส่วนใหญ่มักระบุถึงประชากร (Citizen) ซึ่งหมายถึงคนทั่วไปที่มีสุขภาพดี แยกต่างหากกับ (Patient) ดังนั้น นโยบายส่วนใหญ่ของชุมชน จึงมักเป็นไปเพื่อคนทั่วไปที่มีสุขภาพดี

**2. การให้บริการสาธารณสุขที่ไม่สอดคล้องกับทุนทางสังคม** การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความจำเป็นที่จะต้องประสานความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและชุมชนในการก่อดังกองทุนเพื่อดูแลผู้ป่วยและญาติที่ได้รับผลกระทบ โดยชุมชน

เปิดโอกาสให้สมาชิกเข้ามามีส่วนร่วม มีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ การสร้างความน่าเชื่อถือในระบบบริหารจัดการ และมีระบบการดูแลซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นเรื่องที่มีความยากและท้าทาย

**3. ครอบครัวยุคใหม่** การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ไม่ได้หมายถึงการดูแลเพียงผู้ป่วย แต่ยังรวมถึงการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมถึงครอบครัว ญาติ และเพื่อนของผู้ป่วยด้วย อย่างไรก็ตาม ครอบครัวเป็นเพียงส่วนหนึ่งของชุมชน การหลอมรวมของชุมชนที่มีครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย หรือเป็นส่วนหนึ่งที่ควรได้รับการดูแล ยังคงเป็นแต่เพียงแนวคิดที่ไม่สามารถนำไปสู่ปฏิบัติการณ์ได้จริง

**4. การดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวมกับการสาธารณสุขแบบองค์รวม** นิยามความหมายของคำว่าองค์รวมของทั้ง 2 ส่วนค่อนข้างแตกต่างกัน การดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวม ไม่เพียงแต่ดูแลผู้ป่วยด้านกายภาพ แต่ยังรวมถึงการดูแลเชิงสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ ในขณะที่การดูแลแบบองค์รวมของระบบสาธารณสุข หมายถึง การดูแลในเชิงระบบนิเวศ การเมือง ชุมชน การบริการในพื้นที่ และสิ่งแวดล้อมโดยรวม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัจจัยเชิงสังคมและเชิงกายภาพ ความแตกต่างดังกล่าว ส่งผลให้เกิดช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

**5. วิชาชีพกับการสร้างชุมชนที่มีศักยภาพ** การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ให้ความสำคัญกับการสร้างร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพ เพราะกระบวนการตายของคนคนหนึ่ง ไม่ใช่แค่ปรากฏการณ์ทางการแพทย์เท่านั้น แต่เป็นปรากฏการณ์ของความเป็มนุษย์ด้วย ดังนั้น กระบวนการตายของคนคนหนึ่งจึงต้องการการประสานความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ไม่ว่าจะเป็นทีมบุคลากรทางการแพทย์ ทีมทางสังคม ผู้นำทางจิตวิญญาณ และนักจิตวิทยา

**6. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งกับการดูแลระยะท้าย** ในที่สุดผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมาก ก็เข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคอง ในขณะที่ผู้ป่วยเอดส์และผู้ป่วยเกี่ยวกับระบบเส้นประสาทเป็นกลุ่มน้อยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ประชากรอีกกลุ่มหนึ่งที่เข้าสู่การดูแลระยะท้ายของชีวิต คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่สุขภาพอ่อนแอ ระบบต่างๆ ในร่างกายมีความเสื่อมถอย ถือเป็นกลุ่มประชากรที่ชุมชนควรให้ความใส่ใจ ซึ่งถือเป็นโจทย์สำคัญในการดูแลกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวอย่างทั่วถึงและ

มีคุณภาพ

## บทวิจารณ์เกี่ยวกับชุมชนกรุณา

### ชุมชนกรุณา : โครงการยูโทเปีย? (ชุมชนในอุดมคติ?)

คำว่า “ยูโทเปีย” ในที่นี้ หมายถึงประเด็นทางสังคมที่มีการสร้างแนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมและการเมือง เป็นชุดความคิดที่นักคิดทั้งหลายใช้นำเสนอแนวทางใหม่ๆ ที่อาจจะเป็นไปได้ โดยแนวคิดใหม่ๆ ที่ว่านี่มีการเริ่มต้นแบบชุมชนยูโทเปีย โดยเฉพาะระบบการจัดการสังคม สถาบันประชาธิปไตยที่ก่อตั้งเพื่อระบบเศรษฐศาสตร์สังคม

ยูโทเปียเป็นแนวคิดที่จะนำไปสู่แนวโน้มของการเปลี่ยนแปลง โดยการนำภาพในจินตนาการและความจริงมาปรับให้เป็นเนื้อเดียวกัน เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบชุมชนกรุณา ซึ่งหากเรานำเพียงข้อเท็จจริงมาใช้ เราอาจไม่มีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกลมากพอ อย่างไรก็ตาม แนวคิดเรื่องชุมชนกรุณามีแนวโน้มที่จะเป็นชุมชนในอุดมคติมากกว่าที่จะเป็นชุมชนที่มีอยู่จริงในสังคมมนุษย์ อย่างเช่น เมืองฟิลาเดลเฟียในประเทศสหรัฐอเมริกา และเมืองแคนเบอร์ราในประเทศออสเตรเลีย เริ่มสร้างชุมชนตามแบบยูโทเปีย แต่บางส่วนจะมีการประยุกต์ให้เข้ากับยุคสมัยและความจริงมากขึ้น ทั้งนี้หลักการสำคัญของสังคมยูโทเปีย สามารถเทียบเคียงได้กับชุมชนในชนบทนั่นเอง

#### แหล่งข้อมูลอ้างอิง :

ภาษาไทย

คาเรน คิสเซล เวเกลา. ดวงทวยชาติพุทธรูป (แปล). มิตรไมตรีไม่มีประมาณ. กรุงเทพฯ : สวณเงินมีมา; 2547.

ทะไลลามะ, องค์. เดสมอนด์ ตูตู และ ดักลาส เอบรัมส์. ธีรา (แปล). จงมีชีวิตที่เบิกบาน. กรุงเทพฯ : อมรินทร์ธรรมะ อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2560.

ประมวล เพ็งจันทร์. กลับสู่ธรรมชาติแห่งกรุณา. กรุงเทพฯ : กลุ่ม Peaceful Death; 2561.

โรเบิร์ต เฮอร์แมน. ขยายขอบข่ายแห่งกรุณา [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 28 ก.พ. 2562]. [https://www.ted.com/talks/robert\\_thurman\\_on\\_compassion/transcript?language=th](https://www.ted.com/talks/robert_thurman_on_compassion/transcript?language=th)

ลามะโซปะ रिโมโปเซ. ธีรเดช อุทัยวิทยารัตน์ (แปล). พลังแห่งกรุณาคือการเยียวยาสูงสุด. กรุงเทพฯ : มูลนิธิโกมลคีมทอง; 2553.

ภาษาอังกฤษ

Kellehear, Allan. Compassionate Cities: Public health and end-of-life care. New York: Routledge; 2005.





ความต้องการของผู้สูงอายุ

วรพงษ์ เวชมาลีนนท์

การดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สังคมควรตระหนักถึงภาระความรับผิดชอบร่วมกัน ไม่ควรเป็นภาระของใครคนใดคนหนึ่งหรือครอบครัวใดครอบครัวหนึ่ง แต่การดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จำต้องเข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุเสียก่อน เนื่องจากเป็นวัยที่สภาพร่างกาย จิตใจ และสถานภาพทางสังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงและเสื่อมถอยไปตามธรรมชาติ จนนำไปสู่ปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวพันสืบเนื่องไปถึงความต้องการของผู้สูงอายุ ได้แก่

ปัญหาทางด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุจะมีสภาพร่างกายเสื่อมโทรม ทำให้มีโรคภัยต่างๆ มาเบียดเบียน ผู้มีอายุเกิน 65 ปี มักมีการเปลี่ยนแปลงทางสมองคือ โรคสมองเสื่อม โรคหลงลืม โรคซึมเศร้า

ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่มีฐานะไม่ดีและไม่มีลูกหลานดูแล อาจจะมียาได้ไม่เพียงพอสำหรับการดำรงชีพ

ปัญหาทางด้านสังคม ไม่ได้รับการยกย่องหรือให้ความสำคัญจากสังคมเหมือนเดิม เยาวชนและหนุ่มสาวหลายคนมีทัศนคติไม่ดีต่อผู้สูงอายุ เห็นว่าเป็นคนรุ่นเก่า ล้าสมัย พูดยไม่รู้เรื่องและไม่มีประโยชน์

ปัญหาทางด้านจิตใจ ไม่ได้ได้รับความเอาใจใส่และความอบอุ่นจากลูกหลาน ทำให้รู้สึกว้าเหว อ้างว้าง และนำไปสู่ความวิตกกังวลต่างๆ เช่น กลัวจะถูกลูกหลานทอดทิ้ง ความกลัวตาย และการมีอารมณ์เปลี่ยนแปลง ไม่นั่นคง เช่น เศร้า เฉยเมย เอาแต่ใจตนเอง

ปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว ครอบครัวไทยโดยเฉพาะในเขตเมืองส่วนใหญ่จะเป็นครอบครัวเดี่ยว ลูกหลานจะออกไปทำงานแล้วปล่อยพ่อแม่ไว้ที่บ้าน ทำให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาในการปรับตัว เพราะต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไม่ได้รับการดูแลและความอบอุ่นดังเช่นอดีต

ปัญหาค่านิยมที่เปลี่ยนแปลง ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทำให้สภาพสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้สูงอายุกับบุตรหลานเกิดความขัดแย้งทางค่านิยม เยาวชนมีความเคารพพ่อแม่ ครูอาจารย์น้อยลง ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลต้องไปอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

จากปัญหาต่างๆ ดังกล่าวมา ทำให้อาจแบ่งความต้องการของผู้สูงอายุโดยทั่วไปออกได้เป็น 3 ด้าน คือ

**1. ความต้องการทางด้านร่างกาย** ผู้สูงอายุทุกคนย่อมต้องการมีสุขภาพที่สมบูรณ์และแข็งแรง ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ แต่ในความเป็นจริง ผู้สูงอายุมักมีสุขภาพไม่ดีและมีโรคประจำตัวที่เกิดจากความเคยชินที่ดำเนินชีวิตไม่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องจนเป็นนิสัย ผู้สูงอายุบางคนไม่ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพในช่วงที่ร่างกายยังแข็งแรง เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุทำให้สุขภาพแยลงอย่างรวดเร็ว จึงมีความต้องการต่างๆ คือ

- 1.1 ต้องการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์
- 1.2 ต้องการมีผู้ช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด
- 1.3 ต้องการที่อยู่อาศัยที่สะอาด อากาศดี สิ่งแวดล้อมดี
- 1.4 ต้องการอาหารการกินที่ถูกสุขลักษณะตามวัย
- 1.5 ต้องการมีผู้ดูแลช่วยเหลือให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเมื่อยามเจ็บป่วย
- 1.6 ต้องการได้รับการตรวจสุขภาพและการรักษาพยาบาลที่สะดวก รวดเร็ว ทันที
- 1.7 ต้องการได้รับการรักษาพยาบาลแบบให้เปล่าจากรัฐ
- 1.8 ต้องการได้พักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอ
- 1.9 ต้องการการบำรุงรักษาร่างกายและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- 1.10 ต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

**2. ความต้องการทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ** การเปลี่ยนแปลงหลายอย่างของผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นเรื่องหน้าที่การงาน (เกษียณ) สถานะในครอบครัว (จากผู้ให้ความช่วยเหลือกลายเป็นผู้รับความช่วยเหลือ) ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุที่ปรับตัวได้ช้าอาจเกิดความเครียดได้ ผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดของตัวเองโดยที่ไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลง ไม่ยอมรับสิ่งใหม่ๆ มักรู้สึกตัวเองด้อยค่า ถูกลดความสำคัญลง ทำให้ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ จึงเกิดความรู้สึกท้อแท้ น้อยใจ การได้รับความกระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อยอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความฉุนเฉียวได้มากกว่าปกติ ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการทางด้านจิตใจคือ

- 2.1 ต้องการความรักความอบอุ่นจากลูกหลาน
- 2.2 ต้องการได้รับความสำคัญ การดูแลเอาใจใส่

2.3 ต้องการการยอมรับและเคารพยกย่องนับถือ และการแสดงออกถึงความมีคุณค่าของผู้สูงอายุ โดยสมาชิกในครอบครัว สังคมของผู้สูงอายุ

2.4 ต้องการความเห็นอกเห็นใจและการให้อภัย

### **3. ความต้องการทางด้านสังคม - เศรษฐกิจของผู้สูงอายุ**

3.1 ต้องการได้รับความสนใจจากผู้อื่น

3.2 ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคมและหมู่คณะ

3.3 ต้องการช่วยเหลือสังคมและมีบทบาทในสังคมตามความถนัด

3.4 ต้องการการสนับสนุน การช่วยเหลือจากครอบครัว และสังคมทั้งทางด้านความเป็นอยู่รายได้ บริการจากรัฐ

3.5 ต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนและสังคม

3.6 ต้องการช่วยเหลือตนเอง ลดการพึ่งพาคนอื่นให้น้อยลง ไม่ต้องการความเมตตาสงสาร (ที่แสดงออกโดยตรง) เพราะจะทำให้รู้สึกว่าคุณค่าไม่มีคุณค่า

3.7 ต้องการการประกันรายได้ ประกันสังคมประเภทประกันชราภาพ บริการจากทางภาครัฐฯ เช่น การรักษาพยาบาลแบบให้เปล่า สำหรับผู้สูงอายุและสวัสดิการอื่นๆ จะได้เป็นบำนาญเพื่อให้ดำรงชีวิตได้ตามอัตราโดยไม่เป็นภาระแก่ลูกหลาน

อนึ่ง ความต้องการดังกล่าวข้างต้นเป็นลักษณะความต้องการร่วมของผู้สูงอายุโดยทั่วไป แต่ยังมีกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการเฉพาะด้านแตกต่างกันไปตามสภาพของแต่ละบุคคลอีก เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยด้วยโรคต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยอัลไซเมอร์หรือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นต้น

## เวชศาสตร์ผู้สูงอายุกับการดูแลแบบประคับประคอง ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ตามหลักเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย จะประกอบไปด้วยเรื่องสำคัญ 4 เรื่องคือ

1. การสื่อสาร
2. การดูแลอาการทางกาย
3. การดูแลเรื่องทางสังคม จิตใจและจิตวิญญาณ
4. การควบคุมโรคเท่าที่จะทำได้

จากการวิจัยทำแบบสอบถามผู้สูงอายุที่คลินิกผู้สูงอายุศิริราช อายุเฉลี่ย 75 ปี ประมาณ 100 คน ทำให้เราทราบความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายในเรื่องต่างๆ ได้แก่

เรื่องการแจ้งข่าวเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า ถ้าเป็นโรคร้าย ผู้ป่วยต้องการทราบความจริงด้วยตัวเองหรือไม่

ร้อยละ 91 ของผู้สูงอายุ ต้องการทราบความจริงจากปากของหมอ

ร้อยละ 90 ของแพทย์ อยากรบอความจริงกับผู้ป่วยโดยตรง

ส่วนร้อยละ 77 ของญาติ ต้องการบอความจริงกับผู้ป่วย

จะเห็นว่า ผู้ป่วยสูงอายุล้วนต้องการทราบความจริง แต่ในทางปฏิบัติแล้ว ส่วนใหญ่ทีมรักษาจะบอกต่อญาติก่อน แล้วญาติจะบอกกับทีมรักษาว่าอย่าไปบอกผู้ป่วย ซึ่งขัดแย้งกับความต้องการของผู้ป่วย และทำให้การดูแลผู้ป่วยในระยะต่อไปทำได้ยาก

เรื่องการวางแผนและตัดสินใจร่วมกันระหว่างทีมดูแลกับครอบครัว ว่าเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยจะเป็นอย่างไร พบว่า

ร้อยละ 73 ของผู้สูงอายุ ต้องการตัดสินใจในเรื่องการรักษาโรคด้วยตัวเอง

ร้อยละ 23 ของผู้สูงอายุ ขอให้ลูกหลานเป็นคนตัดสินใจ

เรื่องการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติเท่าที่จะทำได้ เมื่อโรคของผู้ป่วยดำเนินมาถึงระยะสุดท้ายแล้ว มี 13 ประเด็นให้ผู้ป่วยสูงอายุเลือก พบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุนะระยะสุดท้ายต้องการมากที่สุดสามอันดับแรก คือ

1. ได้อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอันเป็นที่รัก
2. อยากหยุดการรักษาถ้าเพียงพอเพื่อยุติชีวิต
3. ต้องการทราบความจริงเกี่ยวกับโรคที่เป็น

สอดคล้องกับการสำรวจความคิดเห็นของญาติในเรื่องเดียวกัน พบว่าสามอันดับแรก คือ

1. ได้อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอันเป็นที่รักเช่นกัน
2. ต้องการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่ใช่เพียงรักษาโรค
3. ต้องการให้ผู้ป่วยไปเสียชีวิตที่บ้าน แต่มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 40 ที่เห็นว่าการเสียชีวิตที่บ้านเป็นเรื่องสำคัญ คาดว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในงานวิจัยเป็นคนกรุงเทพฯ จึงอาจรู้สึกว่าการเสียชีวิตที่บ้านไม่ใช่เรื่องง่าย และไม่สะดวก รวมถึงไม่ต้องการเป็นภาระของลูกหลานอีกด้วย

**เรื่องการดูแลจิตวิญญาณ** ที่ไม่จำเป็นต้องเป็นเรื่องศาสนา แต่เป็นเรื่องความเชื่อ ความหวัง หรือสิ่งที่มีความหมายที่ผู้ป่วยต้องการ ได้แก่

1. ความต้องการเกี่ยวกับศาสนา ได้แก่ ต้องการสวดมนต์ขอให้ตนเองเข้มแข็ง ต้องการอ่านคัมภีร์ทางศาสนา ต้องการใช้ศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ต้องการประกอบพิธีทางศาสนา
2. ต้องการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่นๆ ทั้งบุคคลในครอบครัว เพื่อนๆ เด็กๆ บุคคลทั่วไป และความช่วยเหลือจากบุคคลเหล่านั้น
3. ต้องการควบคุมตนเองได้ โดยเลือกหรือตัดสินใจในการดำเนินชีวิตด้วยตนเองได้ ต้องการมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว
4. ต้องการทำหน้าที่ของตนเองให้เสร็จเรียบร้อย ไม่ว่าจะเป็นธุรกิจ มรดก หรือความรู้สึกต่างๆ ที่ผ่านมาในอดีต

5. ต้องการสัมผัสกับธรรมชาติ สามารถออกไปนอกบ้านได้ ชมความสวยงามของธรรมชาติได้

6. ต้องการพบเห็นแต่สิ่งที่ดีๆ การพูดคุย การยิ้มแย้มแจ่มใส การให้กำลังใจ

อย่างไรก็ตาม ความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะท้ายเป็นเรื่องเฉพาะคน ไม่มีสูตรสำเร็จตายตัวว่าทุกคนจะมีความต้องการเหมือนๆ กัน สิ่งสำคัญคือการรับฟังความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะท้าย โดยไม่เอาความคาดหวังหรือความต้องการของผู้ดูแล ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว ญาติมิตร หรือผู้รักษาไปกลบทับเสียงของความต้องการเหล่านั้น

#### แหล่งข้อมูลอ้างอิง :

ความเปลี่ยนแปลงและเตรียมตัวเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ, <http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/health/prepared/topic002.php>

ผู้สูงอายุต้องการอะไร, <https://eldercarenow.net/ผู้สูงอายุต้องการอะไร/>

การวิจัยเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่นโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง, บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง, [http://www.eresearch.library.ssru.ac.th/bitstream/123456789/143/6/ird\\_057\\_54%20\(5\).pdf](http://www.eresearch.library.ssru.ac.th/bitstream/123456789/143/6/ird_057_54%20(5).pdf)

เรียนรู้สู่สังคมสูงวัย กับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย, <https://peacefuldeath.co/เรียนรู้สู่สังคมสูงวัย>

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิต, <http://www.ns.mahidol.ac.th/english/th/document/PR/2557/08//ประชุมวิชาการ%20ผู้สูงอายุ/รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิต%20รศ.สมจินต์%20เพชรพันธุ์ศรี.pdf>

ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ, [http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/Patients-with-end-stage/\\_10.html](http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/Patients-with-end-stage/_10.html)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal care), <https://med.mahidol.ac.th/palliative/article/09may2017-0953>





**การดูแลความสูญเสีย**  
**Bereavement Care**

**ศรินธร รัตน์เจริญขจร**

ความสูญเสียเป็นเรื่องที่ทุกคนต้องเผชิญ ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียสิ่งของ ทรัพย์สิน หรือการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ในทางจิตวิทยาเราจะมีวิธีตอบสนองต่อความสูญเสีย 5 ขั้นตอนด้วยกัน คือ การปฏิเสธ รู้สึกโกรธ เริ่มต่อรอง (ว่าจัดการได้ หรือระวังมากขึ้น) อาการซึมเศร้า และยอมรับความสูญเสีย โดยทั้ง 5 ขั้นตอนนั้น ไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นตามลำดับ และไม่จำเป็นต้องมีทุกขั้นตอนดังกล่าว เพราะการเผชิญความสูญเสียแต่ละครั้ง เราอาจสนองตอบในหลายรูปแบบ บางครั้งเราวนกลับมาที่ขั้นตอนเดิมซ้ำ หรืออยู่ในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งเป็นระยะเวลาสั้น

ตัวอย่างที่จะทำให้เห็นภาพขั้นตอนทั้ง 5 เช่น การทำของหายเล็กๆ น้อยๆ สมมติว่าเป็นการทำคอนแทคเลนส์หาย การตอบสนองต่อความสูญเสียเป็นดังนี้

ปฏิเสธ : “ฉันทำหล่นหายได้อย่างไร ไม่อยากเชื่อ”

โกรธ : “บ้าจริง ฉันน่าจะระวังให้มากกว่านี้”

ต่อรอง : “ฉันสัญญาว่าถ้าคราวนี้หาเจอ ครั้งต่อไปฉันจะระวังให้มากกว่านี้”

ซึมเศร้า : “ฉันเสียใจที่ทำมันหาย คราวนี้ก็ต้องซื้อใหม่”

ยอมรับ : “ไม่เป็นไร ถึงยังไงฉันก็ต้องเสียมันไปสักวัน ฉันจะซื้อคอนแทคเลนส์คู่ใหม่”

กรณีการสูญเสียที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและความสัมพันธ์ เราก็ต้องเผชิญกับการสูญเสียจากการพลัดพราก หรือที่เรียกว่า จากเป็น และการสูญเสียชีวิต ทั้งชีวิตของคนรอบตัวและชีวิตของตัวเอง

ในระบบสุขภาพ มีการพัฒนาการดูแลระยะยาว (Long-term Care) การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) แต่ยังไม่มีความชัดเจนว่าความสูญเสียอย่างเป็นระบบ แม้โรงพยาบาลบางพื้นที่ซึ่งมีภารกิจในการเยี่ยมบ้านจะพยายามให้การดูแลความสูญเสีย โดยเป็นการทำงานเชิงรุกบ้าง ทำงานเชิงรับบ้าง เช่น บุคลากรสุขภาพให้เบอร์โทรศัพท์ที่ไว้กับญาติ เข้าร่วมพิธีศพ เยี่ยมเยียนญาติและครอบครัวของผู้ตาย ส่งการ์ด/เขียนจดหมายเพื่อให้กำลังใจ แต่ด้วยภาระงานจำนวนมาก บุคลากรสุขภาพก็ไม่อาจทำงานได้ในระยะยาว

ในระดับบุคคล สามารถรับมือกับความสูญเสียได้ในหลายรูปแบบ และหลายระดับ ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ในเรื่องวัย ประสบการณ์ และสภาวะพื้นฐานทางจิตใจ

ทว่า การดูแลความสูญเสียมีธรรมชาติของการพึ่งพิงอาศัยกัน ประสิทธิภาพของการดูแลอาจต้องอาศัยเวลา ความใกล้ชิด และความต่อเนื่อง ดังนั้น ในระดับครอบครัว รวมถึงสังคม/ชุมชน ควรได้รับการพัฒนาความเข้าใจและทักษะในการดูแลความสูญเสีย

ในที่นี่ได้ประมวลวิธีการดูแลความสูญเสีย โดยแบ่งเป็นการดูแลตนเอง และการให้การดูแลผู้อื่น ซึ่งเป็นวิธีคิดและตัวอย่างกิจกรรมที่จะช่วยบรรเทาและเยียวยาผู้สูญเสีย

## การดูแลความสูญเสียระดับบุคคล

สำหรับผู้สูญเสีย สามารถดูแลตนเองได้ในหลากหลายวิธี ดังนี้

### เข้าใจความสูญเสีย

ความสูญเสียเป็นการเรียนรู้ชีวิตอีกบทหนึ่ง ทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิตเราเป็นเพียง “ของให้ยืม” เท่านั้น ไม่ว่าจะ เป็น รถ บ้าน เงินทอง การงาน คนที่เรารัก หรือ แม้แต่ชีวิตเราเอง

ส่วนใหญ่เรามักปฏิเสธหรือขัดขืนต่อความสูญเสีย เราไม่ต้องการความสูญเสีย แต่ต้องการครอบครองทุกสิ่งไว้ แม้จะรู้ว่ามันไม่จริง เราควรเรียนรู้และเข้าใจว่าชีวิตคือ ความสูญเสีย ความสูญเสียก็คือชีวิต เราเริ่มต้นชีวิตบนโลกใบนี้ด้วยความสูญเสีย นั่นคือสูญเสียครรภ์อันอบอุ่นของแม่ เราต้องพรากจากครรภ์ที่โอบอุ้มเราอย่างปลอดภัยโดยสมบูรณ์ เมื่อเติบโตขึ้น เราก็ต้องสูญเสียอยู่เสมอ ไม่ว่าจะสูญเสียอ้อมกอดของแม่ เมื่อแม่วางเราลงในโลก เราสูญเสียเพื่อนรักเพื่อนสนิทเมื่อต้องเลื่อนชั้นหรือย้ายโรงเรียน ความสูญเสียเกิดอย่างต่อเนื่องในชีวิตของเรา

ความสูญเสียเป็นประสบการณ์ชีวิต และแน่นอนว่าการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักเนื่องจากความตาย เป็นความสูญเสียยิ่งใหญ่ เป็นความทุกข์ทรมาน และเป็นบทเรียนที่เราต้องฝ่าข้ามไป ความเจ็บปวดที่ต้องแยกจากใครบางคนเป็นเรื่องยากที่ต้องเจอ การไม่มีอยู่ของคนๆ นั้น ทำให้เรารู้สึกคิดถึง อาลัยอาวรณ์ และยังทำให้เศร้า เหนงา และว่างเปล่าอีกด้วย แต่ความสูญเสียจะทำให้เราเติบโต เมื่ออายุมากขึ้น เราจะเข้าใจมากขึ้นว่า บรรดาผู้ทุกข์ทรมานจากความสูญเสีย ที่สุดแล้วจะเข้มแข็งและเติมเต็มชีวิตมากขึ้น

## ใช้เวลาตนเองในการยอมรับและตั้งสติ

ความแน่นอนเพียงข้อเดียวของความสูญเสีย คือ “เวลา” ซึ่งจะช่วยสมานและเยียวยาทุกสิ่ง ที่สำคัญไม่มีใครบอกหรือกำหนดได้ว่าจะใช้เวลายาวนานเพียงใดในการยอมรับความสูญเสีย

ผู้สูญเสียเองจะรับรู้ความสูญเสียเมื่อถึงเวลาที่เหมาะสม และรับรู้ได้ในแนวทางของตนเอง ซึ่งในหลายกรณี เรามักพบว่า ผู้สูญเสียมักไม่แสดงอาการใดเลยไม่ร้องไห้ หรือบางรายไม่พูดคุย แต่เมื่อเวลาผ่านไปและถึงเวลานั้น การรับรู้จะเกิดขึ้นเองหรือบางกรณีอาจมีเหตุการณ์อื่นมากระทบให้เกิดการยอมรับก็เป็นได้ ซึ่งอาจจะใช้เวลาเป็นวัน สัปดาห์ เป็นเดือน เป็นปี หรืออาจกินเวลาหลายปี

## ระบายความรู้สึก

การเปิดเผยความรู้สึกขณะที่เกิดความสูญเสียกับบุคคลที่เราไว้วางใจ จะช่วยถ่ายเทความทุกข์และความเจ็บปวดระบายออกจากใจเราไปบ้างไม่มากก็น้อย ซึ่งเป็นการดีกว่าการตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า และเก็บกด

ในหลายกรณี เราอาจจะกลัวที่จะพูดถึงความรู้สึก หรือพูดถึงบุคคลที่เรารัก หรือแม้แต่เห็นภาพ สิ่งของของพวกเขาก็ชวนให้ระลึกถึง เราอาจปล่อยให้ความกลัวและการปฏิเสธนั้นทำงานไปตามกลไกและเมื่อถึงเวลาความรู้สึกนั้นจะระบายออกมา อาจเป็นการพูดคุยบอกเล่ากับเพื่อนหรือญาติใกล้ชิด หรืออาจเป็นรูปแบบอื่น เช่น ความฝัน เป็นต้น

## คิดมุมบวกจากความสูญเสีย

ในความสูญเสียไม่ได้มีแต่แง่มุมเชิงลบด้านเดียว แต่ผู้สูญเสียสามารถมองมุมบวกต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ เช่น คิดว่าผู้ที่ตายจากไปไม่ต้องทนทุกข์ต่อความเจ็บป่วยที่กำลังเป็นอยู่อีกต่อไป หรือ ความตั้งใจในการสานต่อความฝัน การงาน หรือสิ่งดีๆ ที่คนที่เรารักได้เริ่มต้นไว้

ความสูญเสียย่อมทำให้โศกเศร้า แต่ไม่มีประโยชน์หรือคุณค่าที่จะเศร้าหมองและจมจ่อมกับความทุกข์ การแปลงเปลี่ยนความสูญเสียให้เป็นพลังและเกิดคุณค่าต่อผู้อื่น เราสามารถทำได้ ยกตัวอย่างกรณีของหญิงชาวจีนผู้สูญเสียลูกสาว

“เป็นเรื่องของชาวจีน สาวจีนไปเรียนต่อที่นอร์เวย์ วิชาอนุรักษัธรรมชาติ และพลังงาน เมื่อ 10 ปีที่แล้ว พอเก็บหอมรอมริบได้ก็พาแม่มาเที่ยวนอร์เวย์ ถามแม่ว่าชอบอะไรที่สุด แม่บอกชอบป่า ป่าสวย ทิวไปหมด แม่แต่กรุงออสโล เพราะเขาอนุรักษัธรรมชาติมาก เธอจึงบอกแม่ว่า “งั้นเราจะยกบ้านนอร์เวย์ไปบ้านเกิดของเรา” หลังเรียนจบกลับมาเป็นอาจารย์ไม่กี่ปีก็เป็นมะเร็ง ตายในอายุ 32 แม่เศร้าโศกเสียใจมากที่ลูกตายขณะยังสาว แต่ก็นึกถึงคำพูดว่าจะยกบ้านนอร์เวย์ไปที่บ้านเกิด

“พอนึกอย่างนี้ แม่ก็ตัดสินใจเลยว่าจะทำความฝันของลูกให้เป็นจริง แม่กลับไปบ้านเกิด ชื่อที่หลายร้อยไร่ และซื้อกล้าไม้มาปลูก ภูเขาที่ชื่อมาเป็นเขาหัวโล้น เพราะจีนพัฒนาหนักมาก ต้นไม้ไม่เหลือ แม่ก็ดันดัน ขึ้นเขา ขุดดินปลูกต้นไม้ ซื้อกล้าไม้ที่ทนแล้ง และเป็นไม้ที่คล้ายประเทศนอร์เวย์ ทุกวันก็ขนต้นไม้ไปปลูก ขนน้ำไปรด ทำตั้งแต่ปี 2011 ก็ พ.ศ. 2554

จนถึงวันนี้ (สิงหาคม 2561) ยังไม่หยุด ขยายเป็น 4,000 ไร่ แยกทำแล้วมีความสุข แกมองว่าต้นกล้าแต่ละต้นคือชีวิตของลูกสาว การแผ่ขยายพื้นที่ปลูกต้นไม้ออกไปคือได้เห็นลูกสาวเติบโต ความรักลูกสาวรวมทั้งความเศร้าเสียใจมันแปรเป็นพลัง ทำให้เธอทุ่มเทให้กับการปลูกต้นไม้ ถ้าทำให้ตัวเอง แกไม่ทำ แต่นี้ทำเพื่อลูกสาว บ่อยครั้งที่แกลปลูกต้นไม้คิดถึงลูกสาว ก็คิดว่าลูกกำลังปลูกต้นไม้อยู่ด้วย เรียก ว่า ทำความตายของลูกสาวให้เกิดประโยชน์ ทำความตายของลูกสาวให้คุ้มค่า

ถ้าคนที่เรารักล้มหายตายจากไปแล้วเรามัวเศร้าโศกเสียใจ มันไม่เกิดประโยชน์อะไร คนตายก็ตายไปแล้ว คนอยู่ก็เศร้าทำอะไรไม่ได้ ทำงานไม่ได้ กลายเป็นแม่ ถ้าคนตายรู้ คงเสียใจ มีวิธีที่ดีกว่านั้น ทำให้ความตายของเขามีคุณค่า มีความหมาย เกิดประโยชน์สร้างสรรค์ เช่นแม่ชาวจีนคนนี้ เกิดประโยชน์ต่อชาวบ้าน แถวนั้น เกิดประโยชน์ต่อระบบนิเวศ คนแถวนั้นพอรู้จักเกิดแรงบันดาลใจ มีจิตอาสา มาร่วมปลูก ที่ผ่านมา 7 ปี มีคนมาร่วมปลูกเป็นหมื่น” (พระไพศาล วิสาโล บรรยาย เปลี่ยนความตายให้เป็นความดีงาม)

## ใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง

ความเศร้าจากความสูญเสียส่งผลต่อทั้งจิตใจและร่างกาย ผู้สูญเสียบางราย อาจมีอาการทางกายปรากฏชัด เช่น ปวดหัว อ่อนเพลีย ร่างกายอ่อนล้า นอนไม่หลับ

หายใจติดขัด ความดันผิดปกติ อาหารไม่ย่อย ฯลฯ ดังนั้นผู้สูญเสียควรพยายามปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้เป็นปกติ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ พักผ่อนให้เพียงพอ และงดเว้นการดื่มสุราและสารเสพติดเพื่อปลดปล่อยหรือบรรเทาอารมณ์ความรู้สึก

## จัดการสิ่งของ และภาพถ่าย

สิ่งของเครื่องใช้ของผู้จากไปจำเป็นต้องได้รับการจัดการ ไม่ว่าจะนำไปขาย (เพื่อการกุศล) หรือบริจาค รวมถึงภาพถ่ายร่วมกันของครอบครัว เพื่อนฝูง และเครือญาติ การจัดการเหล่านี้จะทำให้เราระลึกถึงผู้จากไปในภาพที่ดี มีความสุข และยังได้จัดเก็บบ้านให้เป็นระเบียบไปด้วย

## จัดพิธีกรรม และดำเนินการเชิงกฎหมาย

งานศพต้องอาศัยการจัดการ ไม่ว่าจะเป็นสิ่งของจำเป็นสำหรับพิธี การติดต่อวัดหรือศาสนสถาน การต้อนรับแขกเหรื่อและเครือญาติที่มาร่วมงาน ฯลฯ งานศพจะช่วยบรรเทาความเศร้าโศกจากการสูญเสียในระดับหนึ่ง ส่วนความจำเป็นในการดำเนินการเกี่ยวกับร่างของผู้จากไป หากมีการบริจากร่างกายไว้กับโรงพยาบาล ก็ติดต่อโรงพยาบาลนั้นในทันที (สถานที่รับบริจากร่างกายได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ส่วนในต่างจังหวัดบริจาคได้ที่คณะแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัยต่างๆ เช่น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์)

อีกส่วนหนึ่งที่เป็นการดำเนินการสำคัญ ซึ่งผู้สูญเสียหรือญาติมักไม่ทราบ ขั้นตอน หรืออยู่ในอาการโศกเศร้าจนทำอะไรไม่ถูก นั่นคือ การแจ้งตาย

การแจ้งตาย มี 2 กรณี คือ

- กรณีตายในโรงพยาบาล หลังจากที่ผู้ป่วยตาย แพทย์จะออก หนังสือรับรองการตาย (ใบ ท.ร.4/1) ให้แก่ญาติ เพื่อให้ญาตินำไปรวมกับเอกสารอื่น คือ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้แจ้งตาย บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ตาย (ถ้ามี) และสำเนาทะเบียนบ้านที่มีชื่อคนตาย (ถ้ามี) สำหรับนำไปยื่นให้กับนายทะเบียน ณ ที่ทำการปกครองอำเภอหรือท้องถิ่น ภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากตาย เพื่อออกใบมรณบัตร

- กรณีตายที่บ้าน จะต้องแจ้งการตายภายใน 24 ชั่วโมง นับตั้งแต่ตาย หรือพบศพ โดยแจ้งต่อผู้ใหญ่บ้าน หรือสำนักทะเบียนท้องถิ่นเทศบาล เราจะได้ไปรับแจ้งการตาย (ท.ร.4 ตอนหน้า) นำเอกสารดังกล่าว พร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้แจ้งตาย บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ตาย (ถ้ามี) และสำเนาทะเบียนบ้านที่มีชื่อคนตาย (ถ้ามี) ไปยื่นแก่นายทะเบียน เพื่อให้นายทะเบียนออกใบมรณบัตร

## ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ/แพทย์

กรณีที่ไม่สามารถควบคุมอาการทางใจ หรือมีอาการผิดปกติทางกายมาก ผู้สูญเสียควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เช่น นักจิตวิทยา หรือจิตแพทย์

## การดูแลผู้สูญเสีย

กรณีที่เรามีเพื่อน ญาติ หรือคนรู้จักเป็นผู้สูญเสีย และต้องการช่วยเหลือ เยียวยา มีวิธีการที่เราสามารถกระทำ หรือแนะนำ/ชักชวนให้ผู้สูญเสียเข้าร่วมได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมและความสมัครใจของผู้สูญเสียเอง วิธีการ/เครื่องมือสำหรับดูแลผู้สูญเสียมีดังนี้

## อยู่เป็นเพื่อน และรับฟัง

หลายครั้งที่เรามักพบว่าไม่รู้จะพูดหรือหาถ้อยคำใดมาปลอบใจผู้สูญเสีย หรือในบางครั้งผู้สูญเสียกำลังร้องไห้และไม่สามารถสนทนากับใครได้ สิ่งที่ดีที่เราทำได้ คือ อยู่เป็นเพื่อน นั่งอยู่ใกล้ๆ หรือในบริเวณเดียวกับผู้สูญเสีย ให้ผู้สูญเสียเห็นว่ายังมีคนอยู่ด้วย เพราะความเศร้าโศกนั้นเป็นความทุกข์และความอ้างว้าง การอยู่เป็นเพื่อน จะช่วยให้ผู้สูญเสียไม่รู้สึกละโดดเดี่ยวเกินไป เราอาจจับมือหรือสวมกอดได้ในกรณีที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน หากผู้สูญเสียพูดคุย หรือระบายความรู้สึก เราอาจนั่งฟัง และฟังอย่างตั้งใจ โดยที่อาจไม่ต้องโต้ตอบบทสนทนานั้นก็ได้ ยกเว้นผู้สูญเสียตั้งคำถาม หรือร้องขอความช่วยเหลือ

## การบำบัดผ่านกระบวนการกลุ่ม

### วงสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์

เป็นวงสนทนาขนาดเล็กที่เปิดโอกาสให้ทุกคนได้พูด เรื่องเล่าเกี่ยวกับความ

สูญเสียของแต่ละคน มีประสบการณ์ทั้งที่แตกต่างและคล้ายคลึงกัน

เรื่องเล่ามีการคัดเลือก ตัดต่อ และร้อยเรียง เมื่อเกิดการสูญเสียขึ้น ดังนั้น ความทรงจำก็คือ เรื่องเล่า (Narrative) ประเภทหนึ่ง Robert Neimeyer นักวิจัยทางจิตวิทยา กล่าวว่า การโศกเศร้า (Grief) คือการที่เราค่อยๆ หาความหมายบางอย่าง จัดการและปะติดปะต่อความหมายเหล่านั้นเข้าด้วยกัน หัวใจของการโศกเศร้าคือการค่อยๆ ประกอบเรื่องเล่าต่างๆ ขึ้นมาใหม่ (Reconstruction of Narrative) [ในพิธีศพ จึงมีการกล่าวคำอาลัย ซึ่งเป็นเรื่องเล่าความทรงจำถึงผู้จากไป]

การเล่าเรื่องย้อนไปขณะที่สูญเสีย อาจเป็นการเปิดบาดแผลความเจ็บปวด แต่ก็ทำให้ได้กลับมาใคร่ครวญถึงเหตุการณ์นั้น และที่สำคัญได้ระลึกถึงผู้จากไป ส่วนการได้ฟังประสบการณ์การสูญเสียของผู้อื่น ทำให้ตระหนักว่าความสูญเสียเป็นเรื่องปกติ มีเพื่อนมากมายที่ต้องเผชิญความสูญเสียเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ ประสบการณ์ต่างๆ ทั้งของตัวเองและของเพื่อน จะเป็นบทเรียนให้สามารถนำมาใช้ต่อได้ในอนาคต รวมถึงจะเป็นเครื่องมือช่วยเหลือผู้อื่นได้

บทเรียนจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์พบว่า การสูญเสียที่เกิดขึ้น แบ่งออกเป็น

- ก่อนการสูญเสีย ผู้ดูแลมีโอกาสในการดูแลอย่างเต็มที่เต็มกำลังแล้ว แต่ละครอบครัวมีการเตรียมตัวแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับกรณีโอกาสในการพูดคุยเรื่องความตาย และการเตรียมการอย่างไร ซึ่งจะนำไปสู่โอกาสในการสั่งเสีย และอธิษฐานซึ่งกันและกัน ที่สำคัญการให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการของโรคตามความจริง ก็จะเป็นโอกาสในการเตรียมตัวเช่นกัน

- ช่วงขณะของการสูญเสีย ในเวลานั้นเราจะมีโอกาสในการบอกลา ได้ระลึกถึงคุณความดีของผู้จากไป ที่สำคัญเราจะได้รับการสนับสนุนด้วยความเอื้ออาทรจากครอบครัวและชุมชน การสวดมนต์ ภาวนา หรือการสงบจิตใจในวัด ก็เป็นทางเลือกหนึ่งหากต้องการตั้งสติเพื่อยอมรับการสูญเสีย

- เวลาหลังการสูญเสีย เป็นโอกาสที่จะได้จัดการสิ่งต่างๆ ทั้งข้าวของเครื่องใช้ของผู้ตาย และอาจรวมไปถึงการจัดบ้านหรือเปลี่ยนสภาพแวดล้อมใหม่ ช่วงเวลานี้จะเป็นช่วงที่มีสติมากขึ้น ได้ระลึกถึงคุณความดีของผู้จากไป ซึ่งอาจทำให้มีมุมมองใหม่ๆ หรือการผ่นถึง เป็นต้น



## กิจกรรมภาวนา

ธรรมะเป็นเครื่องมือเยียวยาจิตใจและบรรเทาความรู้สึกเศร้าโศกสูญเสีย กลุ่มศิลาธรรม เป็นกลุ่มพระสงฆ์อาสาสมัคร เพื่อช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย และจัดกิจกรรมภาวนาสำหรับผู้สูญเสีย

กิจกรรมนี้มีได้มีเพียงบรรยายเฉพาะธรรม แต่เป็นการผสมผสานเครื่องมือ/วิธีการต่างๆ ในกระบวนการที่จัดกิจกรรมเป็นเวลา 4 วัน 3 คืน ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 1. กระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counselling) 2. การเรียนรู้หลักธรรม และ 3. การปฏิบัติภาวนา เช่น สวดมนต์ เจริญสติ กระบวนการรับรู้และสังเกตสิ่งต่างๆ ผู้เข้าร่วมซึ่งเป็นผู้สูญเสียจำนวนไม่เกิน 25 คนในแต่ละครั้ง จะช่วยสนับสนุนการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ผู้สูญเสียได้รับการเยียวยาความเศร้าหลังเข้าร่วมกิจกรรมและสามารถพัฒนาคุณภาพการดำเนินชีวิตได้หลังการสูญเสีย

วงน้ำชา เป็นกิจกรรมหนึ่งในหลายๆ กิจกรรมที่น่าสนใจ ในกลุ่มย่อยผู้นำวงจะค่อยๆ รินน้ำชาให้คนข้างๆ และรินต่อกันไปรอบวง บทสนทนาต่างๆ ระหว่างจิบน้ำชาทำให้รู้สึกผ่อนคลาย และค่อยๆ สอดแทรกหลักธรรมและการฝึกสติเพิ่มขึ้นในแต่ละวัน ผู้สูญเสียที่เข้าร่วมวงน้ำชาได้เรียนรู้และเข้าใจชีวิตมากขึ้น

## ศิลปะบำบัด

ศิลปะเป็นเครื่องมืออีกชิ้นที่ช่วยเยียวยาความเจ็บปวดจากการสูญเสีย หากต้องได้รับการออกแบบกระบวนการที่เหมาะสม โดยผู้เชี่ยวชาญคือ นักศิลปะบำบัด (Art Therapist) ซึ่งงานศิลปะเพื่อการบำบัดเยียวยาทำได้หลายวิธี ทั้งการวาดภาพ บันทึกลงกระดาษ งานประดิษฐ์ การทำภาพตัดปะ ฯลฯ

กิจกรรมอื่น เช่น การเขียนจดหมาย เกมไพ่ชีวิต

สำหรับผู้สูญเสียที่อาจจะไม่ถนัดการเปิดเผยเรื่องราวส่วนตัวผ่านการเล่าเรื่อง การเขียน น่าจะเป็นวิธีการที่ดี การเขียนจดหมายถึงผู้จากไปหรือการจดบันทึก เป็นการได้ทบทวนชีวิตและระลึกถึงผู้จากไปได้เป็นอย่างดี อีกทั้งสามารถนำกลับมาใคร่ครวญซ้ำได้ง่าย ระหว่างที่เขียนเป็นโอกาสได้ฝึกเจริญสติจากการรู้ทันความทรงจำ หรือการระบายออกถึงความรู้สึกนึกคิดที่มีอยู่ในใจ การเขียนจึงเป็นเครื่องมือหนึ่งในการบรรเทา

ความเศร้าโศกจากการสูญเสีย

เกมไพ่ในชีวิต เป็นเครื่องมือเรียนรู้อีกหนึ่งชิ้นหนึ่งที่จะทำให้เข้าใจชีวิตและความสูญเสีย ระหว่างสนทนาในวงไพ่ ทำให้ได้บทพจนถึงเหตุการณ์หรือเรื่องราวที่เกิดขึ้น บางคำถามจะช่วยบรรเทาความเศร้า หรือบางคำถามจะเป็นโอกาสให้เราได้เตรียมพร้อมรับมือกับความสูญเสีย

## กิจกรรมสาธารณประโยชน์ จิตอาสา

ความรู้สึกเศร้าโศกจากการสูญเสียจะทำให้เราเป็นทุกข์ ยิ่งจมอยู่กับความทุกข์ จะยิ่งทำให้ไม่เกิดประโยชน์ การนึกถึงผู้อื่น หรือสังคมส่วนรวม และออกไปทำกิจกรรมช่วยเหลือต่างๆ จะทำให้เราเริ่มละและวางความเศร้าลงได้ อีกทั้งการทำงานอาสา ยังเปิดโอกาสให้เราได้เรียนรู้ชีวิตผู้อื่นในแง่มุมต่างๆ เราอาจพบว่ามีคนที่เหมาะสมเคราะห์ร้าย เป็นทุกข์ หรือสูญเสียมากกว่าเรา ซึ่งจะช่วยบรรเทาความรู้สึกหนักอึ้งในใจที่เกิดจากความสูญเสียได้บ้าง

ปัจจุบันมีกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์จำนวนมาก ที่ต้องการความช่วยเหลือจากจิตอาสา ซึ่งสามารถหาข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ธนาคารจิตอาสา มูลนิธิกระจกเงา มูลนิธิเครือข่ายพุทธิกา เป็นต้น

## การทำบุญอุทิศส่วนกุศล

เป็นกิจกรรมตามความเชื่อที่แตกต่างกันแต่ละกลุ่มคน แต่ผลที่คาดหวังและประโยชน์ทางอ้อมก็มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ การทำบุญและอุทิศส่วนกุศลไปให้ผู้จากไป นอกจากจะได้ระลึกถึงเพื่อบรรเทาความคิดถึงแล้ว ยังช่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจอย่างค่อยเป็นค่อยไป เช่น หลังพิธีศพ จะมีการทำบุญครบ 7 วัน 50 วัน หรือ 100 วัน ของการตายจากไป และในแต่ละปี ก็จะมีการทำบุญใหญ่ปีละครั้ง เพื่ออุทิศกุศล และยังเป็นกรรวมตัวของเครือญาติเพื่อระลึกถึงและรักษาสายสัมพันธ์ไปด้วย เช่นเดียวกันกับความเชื่ออื่น เช่น ชาวจีน ซึ่งจะมีวันเซ็งเม้ง ให้จัดของกินของใช้เพื่อกราบไหว้บรรพบุรุษผู้ล่วงลับ หรือ คนมุสลิม จะมีวันอีดที่สามารถไปสวดมนต์ให้ผู้ตายที่หลุมศพ (กุโบร์) เพื่อระลึกถึงและเป็นการทำบุญให้ เป็นต้น

### ข้อมูลอ้างอิง:

“จดจำกันไว้ในเวอร์ชันที่ดีที่สุด รับมือการจากไปอย่างไรไม่ให้หัวใจแตกสลาย” <https://thematter.co/pulse/recollecting-the-lost-love-one/68225> เผยแพร่เมื่อ 4 มกราคม 2019

คิปลเลอร์-รอสส์, อลิซาเบธ และเดวิด เคสเลอร์. นุซจรีย์ ซลคุป (แปล).(2561). Life Lessons ชีวิตสอนอะไรเราบ้าง. มูลนิธิโกลด์สตีมทอง (พิมพ์ครั้งที่ 3)

ชนาภัณฑ์ ธรรมรัฐ. “เมื่อคนที่รักมาจากไป จะมีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างไร? วิธีรับมือกับความโศกเศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก” <https://thestandard.co/howto-deal-with-the-sadness-of-losing/> เผยแพร่เมื่อ 12 ตุลาคม 2017

พระไพศาล วิสาโล. “เปลี่ยนความตายให้เป็นความดีงาม” [https://www.youtube.com/watch?v=28S5F-Cwv1I&fbclid=IwAR3MSuucLgh\\_cwaplLd8pBs68DE3R363sA-SdoMlwnYfCJtoCqFRyOnti3U](https://www.youtube.com/watch?v=28S5F-Cwv1I&fbclid=IwAR3MSuucLgh_cwaplLd8pBs68DE3R363sA-SdoMlwnYfCJtoCqFRyOnti3U) เผยแพร่เมื่อ สิงหาคม 2561

พระวิวัฒน์ ธมฺมวฑฺฒโน. (2545). พุทธวิธีคลายโศก. กรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ (พิมพ์ครั้งที่ 10)

วรพงษ์ เวชมาลินนท์. “ภาวนา for love เยียวยาความเศร้าโศกแนวพุทธสู่ชุมชนกรุณา”. <https://peace-fuldeath.co/>

สุวรรณณา คำไร และคณะ. (2559). Bereavement Care คลายโศก: การดูแลหลังการสูญเสีย. โครงการจัดการความรู้ สุขภาวะระยะท้าย Pal2Know สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย THAPS



พัฒนาชุมชนกรรณา  
โดยคำนึงถึงทุกคนในชุมชน  
ศรินธร รัตน์เจริญขจร

นโยบายการพัฒนาในด้านต่างๆ ทั้งระดับนานาชาติ ระดับประเทศ หรือระดับท้องถิ่นชุมชน จำเป็นต้องตระหนักถึงคนทุกกลุ่มในชุมชน/พื้นที่นั้น

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals - SDGs) ซึ่งตั้งเป้าที่จะบรรลุการพัฒนา 17 ข้อ ภายในปี 2573 ได้แก่ 1. ขจัดความยากจน 2. ขจัดความหิวโหย 3. การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี 4. การศึกษาที่เท่าเทียม 5. ความเท่าเทียมทางเพศ 6. การจัดการน้ำและสุขาภิบาล 7. พลังงานสะอาดที่ทุกคนเข้าถึงได้ 8. การจ้างงานที่มีคุณค่าและการเติบโตทางเศรษฐกิจ 9. อุตสาหกรรม นวัตกรรม โครงสร้างพื้นฐาน 10. ลดความเหลื่อมล้ำ 11. เมืองและถิ่นฐาน มนุษย์อย่างยั่งยืน 12. แผนการบริโภคและการผลิตที่ยั่งยืน 13. การรับมือการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ 14. การใช้ประโยชน์จากมหาสมุทรและทรัพยากรทาง ทะเล 15. การใช้ประโยชน์ที่ดินอย่างยั่งยืน 16. สังคมสงบสุข ยุติธรรม ไม่แบ่งแยก 17. ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

แนวทางการพัฒนาเพื่อบรรลุเป้าหมายทั้ง 17 ข้อดังกล่าว รายงานของสหประชาชาติเน้นย้ำให้คำนึงถึงหลักการสำคัญสองประการ คือ คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และตระหนักว่าจะ “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” ซึ่งหมายถึง การพัฒนานโยบายต่างๆ จะต้องให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วม การพัฒนาจะต้องครอบคลุมถึงทุกคนทุกภาคส่วน ในสังคม สำหรับประเทศไทย เป็น 1 ใน 193 ประเทศที่จะปฏิบัติตามเป้าหมายดังกล่าว

สังคมไทยมีประวัติศาสตร์ความเป็นมายาวนานการก่อกำเนิดขึ้นของรัฐชาติ เกิดภายหลังการดำรงอยู่ของกลุ่มคนหลากหลายชาติพันธุ์ เทคโนโลยี ข้อมูล ข่าวสาร รวมทั้งความขัดแย้ง ยังก่อให้เกิดการอพยพย้ายถิ่นรวมถึงการพัฒนาของเมือง ความทันสมัย และการกระจุกตัวของความเจริญ ก็เป็นอีกปัจจัยที่ทำให้ขอบเขตพื้นที่ ของชุมชนประกอบไปด้วยกลุ่มคนมากขึ้นหลายตา

### **ความหลากหลายของกลุ่มคน ความต้องการที่แตกต่างกัน**

การพัฒนาชุมชนชนบท ทั้งในระดับนโยบายและปฏิบัติ ต้องคำนึงถึงกลุ่มคนที่หลากหลายภายในชุมชน เพราะคนแต่ละกลุ่มมีประสบการณ์ชีวิต ทักษะ ความเชื่อ ฯลฯ ที่ต่างกัน และยังมีลักษณะเฉพาะที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่แตกต่างกัน รวมทั้งบางกลุ่มคนอาจเป็นคนส่วนน้อยของสังคม ถูกแบ่งแยก และอาจไม่ถูกนับรวมใน

การพัฒนา ดังนั้น กลุ่มคนต่อไปนี้เป็นตัวอย่างที่พยายามรวบรวมให้ตระหนักถึง หรือเป็นกลุ่มคนที่อาจถูกหลงลืมไป

กลุ่มคนต่างๆ ที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้เป็นกลุ่มคนเป้าหมายที่เราจำเป็นต้องได้รับข้อมูลเพื่อนำมาเป็นแนวทางการทำงานชุมชนกรุณา ทั้งนี้อาจเริ่มต้นจากการสำรวจข้อมูลว่าภายในชุมชนมีกลุ่มคนใดบ้างอาศัยอยู่ในพื้นที่ จัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ รวมถึงข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลครัวเรือน และความต้องการการดูแล อย่างไรก็ตาม การเปิดโอกาสให้กลุ่มคนที่หลากหลายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นพัฒนาชุมชนกรุณา เช่น ช่วยเก็บข้อมูล มีส่วนร่วมกำหนดนโยบาย เป็นอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูล หรือกระทั่งเป็นหนึ่งในคณะทำงานพัฒนาชุมชนกรุณา

## สำรวจผู้คนในชุมชน

ในพื้นที่ชุมชน มีบุคคลหรือกลุ่มคนเหล่านี้หรือไม่ พวกเขามีความสุขอย่างไร เคยผ่านประสบการณ์การสูญเสียมาหรือไม่อย่างไร กลุ่มคนที่เป็นส่วนน้อยในชุมชน หรือมีลักษณะพิเศษ บางกลุ่มนอกจากเข้าไม่ถึงการดูแลแบบประคับประคอง และการตายดี แต่ยังเข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุขพื้นฐาน ชุมชนกรุณาจะต้องพัฒนาโดยไม่ทิ้งพวกเขาไว้ข้างหลัง (การเรียงลำดับ ไม่มีนัยถึงการจัดลำดับความสำคัญ)

### 1. ผู้ป่วย/ผู้พิการในพื้นที่ชนบทห่างไกล

การให้บริการสาธารณสุขในปัจจุบันนับว่าได้กระจายออกไปครอบคลุมทุกพื้นที่ แต่ก็ยังมีปัจจัยเรื่องการเดินทาง ทั้งด้านกำลังทรัพย์และอุปสรรคของเส้นทาง รวมถึงผู้ป่วยที่อาจได้รับการกระทบกระเทือนระหว่างเดินทาง ผู้พิการที่ไม่สามารถเดินทางเพียงลำพัง เป็นต้น อีกทั้งพื้นที่บางแห่งยังเพิ่มอุปสรรคในการเดินทางเข้ารับบริการเฉพาะทาง หรือการเข้าถึงของหน่วยเยี่ยมบ้าน เช่น เกาะ พื้นที่ภูเขาสูง ฯลฯ

### 2. ผู้สูงอายุป่วยติดเตียง

ผู้ป่วยกลุ่มนี้บางรายไม่มีโรคประจำตัว แต่ด้วยความชรา หรือเกิดอุบัติเหตุ หกล้ม ทำให้เดินไม่ได้ จึงเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้มาตรวจติดตามที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการดูแลโดยครอบครัว หรืออาจพักอยู่ในสถานสงเคราะห์และบ้านพักผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีจำนวนมากโดยที่หน่วยงานสาธารณสุขรวบรวมข้อมูลได้ไม่ครอบคลุม

นอกจากนี้ ยังเป็นกลุ่มที่ต้องเผชิญภาวะการณเปลี่ยนแปลง เพราะไม่สามารถ ออกนอกบ้านเพื่อติดต่อสังสรรค์ทางสังคมได้ ชีวิตเชิงสังคมหายไป ดังนั้น จึงเป็นกลุ่ม ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพที่พิเศษทั้งทางกาย ใจ และสังคม ทั้งนี้หากเป็น ผู้ป่วยสูงอายุที่สูญเสีย ก็ยังต้องการการดูแลเฉพาะเพิ่มขึ้น รวมถึงเป็นช่วงเวลา ที่อาจต้องเรียนรู้เรื่องการตายดีร่วมด้วย

### 3. กลุ่มชาติพันธุ์

หมายถึงกลุ่มคนกลุ่มต่างๆ ที่อยู่อาศัยกระจุกกระจายกลมกลืนไปกับกลุ่มอื่นๆ แต่อาจยังคงมีความเชื่อ ภาษา วัฒนธรรมที่เป็นของกลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ บนพื้นที่สูง กลุ่มม้ง กลุ่มอาข่า ชาวกะเหรี่ยง ชาวปะกาเกอญอ กลุ่มชาวเล ชาวไทยทรงดำ ไทยพวน กลุ่มเชื้อสายเขมร ชาวมอแกน เป็นต้น

แต่ละชุมชนควรเปิดโอกาสให้กลุ่มชาติพันธุ์ได้ให้ข้อมูลสุขภาพ และความเชื่อ โดยเฉพาะพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับความตายและพิธีศพ ซึ่งอาจมีความต้องการการดูแล ที่แตกต่างออกไป

### 4. ผู้ต้องขังป่วย

ผู้ต้องขังในเรือนจำได้รับบริการการดูแลสุขภาพพื้นฐานอย่างทั่วถึง เรือนจำ จำนวน 143 แห่งทั่วประเทศมีสถานพยาบาลอยู่ในเรือนจำ และมีโรงพยาบาล ใกล้เคียงที่ตั้งเรือนจำให้บริการสุขภาพ สำหรับผู้ต้องขังป่วยหนัก หรือมีโรคร้ายแรง จะได้รับการดูแลที่ทันสมัยสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ กรุงเทพฯ

ผู้ต้องขังคือผู้กระทำผิด ซึ่งมีกฏกละเลยในการให้การดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่อง การเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองและการตายดี โดยเฉพาะการดูแล ด้านจิตใจซึ่งมีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาในการเยี่ยมของญาติ แม้ผู้ป่วยต้องการกลับบ้าน ไปอยู่กับญาติและคนที่รักในวาระสุดท้ายก็ไม่อาจทำได้ ดังนั้น ผู้ต้องขังจะเป็นกลุ่มคน ที่ควรได้รับการตระหนักถึงในการพัฒนาชุมชนกรณาด้วย

### 5. คนไร้บ้าน/ เร่ร่อน/ ขอทาน

กลุ่มคนเหล่านี้มีจำนวนมากในเขตเมืองใหญ่ ประสบปัญหาสุขภาพเพราะ ต้องใช้ชีวิตข้างถนน อดมื้อกินมื้อ ไม่สามารถให้การดูแลได้ต่อเนื่อง เพราะไม่มีที่อยู่



เป็นหลักแหล่ง อย่างไรก็ตาม พวกเขาก็มีสิทธิ์ที่จะเข้าถึงการดูแลสุขภาพและการตายดี

## 6. พระสงฆ์/นักบวช

แม้ว่าจะมีโรงพยาบาลเฉพาะสำหรับการดูแลรักษาพระสงฆ์อาพาธ แต่ก็มีเฉพาะในกรุงเทพฯ ส่วนในต่างจังหวัดอาจจัดบริการเป็นแผนก หรืออาคารเฉพาะตามแต่นโยบายและพื้นที่ที่อำนวย นอกจากนี้การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในโรงพยาบาลยังพบอุปสรรคสำคัญคือผู้ดูแลมักเป็นผู้หญิงทั้งพยาบาลหรือญาติซึ่งอาจเป็นเรื่องไม่เหมาะสมนัก

นอกจากนี้ยังมีพระวินัยที่สงฆ์ต้องปฏิบัติระหว่างรักษากาย เช่น การปลงผมซึ่งจำเป็นต้องมีพระสงฆ์ด้วยกัน หรือลูกศิษย์ลูกหาผู้ชายที่ให้การดูแล อีกทั้งการดูแลด้านจิตใจ ที่ฆราวาสอาจคาดคิดไปเองว่าท่านมีหลักธรรมน้อมนำจิตใจอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแล ซึ่งอาจเป็นความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน พระสงฆ์ที่ต้องเผชิญความตาย อาจต้องการพบญาติโยมที่สนิทเพื่อสั่งเสียล่าช้าก็เป็นได้ ดังนั้น พระสงฆ์เป็นอีกกลุ่มที่ควรสำรวจความต้องการด้านสุขภาพพระยะท้ายของท่าน เพื่อให้การดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม

## 7. คนกลุ่มน้อยต่างศาสนาต่างความเชื่อ

แต่ละชุมชนจะมีกลุ่มคนที่มีความเชื่อ หรือนับถือศาสนาที่ต่างไปจากศาสนาหลัก เช่น ในสังคมไทย ยังมีกลุ่มคนนับถือศาสนาคริสต์ อิสลาม พราหมณ์-ฮินดู ซิกข์ ความเชื่อแบบจีน และความเชื่ออื่นๆ ซึ่งการนับถือศาสนาหรือมีความเชื่อต่างๆ ล้วนส่งผลต่อวิถีคิดในการดูแลสุขภาพและวิถีคิดต่อความตายที่ต่างออกไป

การให้ความสำคัญกับคนต่างศาสนาโดยไม่แบ่งแยก เป็นการดูแลซึ่งกัน ในชุมชนด้วยความกรุณา พิธีกรรมของศาสนาต่างๆ เป็นสิ่งที่ชุมชนควรเรียนรู้ รวมถึงการระลึกถึงผู้ตาย งานบุญ และประเพณีที่เกี่ยวข้อง จะเป็นโอกาสให้ความกรุณาของคนในชุมชนได้ทำงานไปพร้อมกัน

## 8. ผู้อพยพ/ ลี้ภัย

ด้วยสภาพสังคมเศรษฐกิจและการเมืองที่ผันผวน ประกอบกับการเดินทางข้ามประเทศเป็นสิ่งที่ทำได้ง่ายมากขึ้น รวมทั้งการมีนโยบายบางประการที่เอื้อต่อ

การอพยพเพื่อการหางานทำ (เช่น นโยบายเปิดเสรีอาเซียน) ทำให้ในแต่ละชุมชนมีผู้อพยพชาวต่างชาติเข้ามาอยู่อาศัยเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ซึ่งเป็นคนอีกกลุ่มที่ต้องตระหนักถึงในการทำงานพัฒนาชุมชน

คนอีกส่วนหนึ่งในฐานะผู้อพยพเช่นกัน แต่มีความซับซ้อนของปัญหามากกว่าการเข้ามาทำงานหาเลี้ยงชีพ เช่น การลี้ภัยสงคราม ตัวอย่างคือกลุ่มคนชาวโรฮิงญาซึ่งไม่สามารถเดินทางกลับแผ่นดินเกิดได้ พวกเขาจึงเป็นคนอีกกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งเรื่องการตายดีและการสูญเสีย

## 9. คนไร้สัญชาติ

กลุ่มคนนี้ไร้ตัวตนในสังคม เพราะไม่มีสถานะทางกฎหมาย ไม่ว่าจะเกิดความผิดพลาดทางทะเบียน หรือการเกิดที่ไม่ได้แจ้ง ส่วนใหญ่คนกลุ่มนี้ไม่มีบัตรประชาชน ดังนั้นจึงไม่มีสิทธิรับบริการทั้งด้านสาธารณสุขและการศึกษา

หากเราสำรวจข้อมูลโดยใช้ข้อมูลประชากรจากทะเบียนราษฎร์แหล่งเดียวมีความเป็นไปได้ที่จะตกสำรวจคนกลุ่มนี้ แต่พวกเขาเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่ต้องได้รับสิทธิต่างๆ เช่นเดียวกับคนอื่นๆ

## 10. กลุ่มคนรักเพศเดียวกัน

แม้ปัจจุบัน สังคมไทยจะมีแนวโน้มที่เปิดรับกลุ่มคนรักเพศเดียวกันมากขึ้น แต่ต้องยอมรับว่ายังมีคนที่ทัศนคติที่ไม่ดีต่อคนเหล่านี้

การพัฒนาชุมชนกรุณาควรเปิดโอกาสให้ข้อมูลของกลุ่มคนรักเพศเดียวกันได้ถ่ายทอดออกมา พวกเขาจะมีความต้องการเฉพาะเรื่องสุขภาพและการดูแล โดยเฉพาะคนที่ใช้ชีวิตร่วมกันเหมือนคู่รักหญิงชาย ซึ่งต้องการสั่งเสียหรือการจัดการหลังการสูญเสียเฉพาะเจาะจงมากกว่า ซึ่งพบปัญหาว่าหากไม่ได้มีการเตรียมตัวไว้เมื่อคู่รักฝ่ายใดล้มป่วย จนไม่สามารถตัดสินใจหรือสื่อสารได้ คู่รักผู้ดูแลอาจถูกกีดกันออกไปโดยครอบครัว เพราะความไม่เข้าใจและทัศนคติทางลบต่อคนกลุ่มนี้

## 11. ผู้หญิงและเด็ก

กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่จัดว่ามีความอ่อนไหวและเปราะบาง ต้องดึงเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้น เพื่อทราบข้อมูลความต้องการเฉพาะจำเป็น

ผู้หญิง ควรมีสัดส่วนที่เหมาะสมในการเป็นคณะทำงานและผู้ให้ข้อมูล ส่วนเด็กเป็นเป้าหมายของการให้ข้อมูลความต้องการเฉพาะ เด็กที่มีอาการเจ็บป่วย หรืออยู่ในภาวะใกล้ตาย จะได้รับการดูแลที่แตกต่างทั้งด้านกายและจิตใจ กลุ่มเด็ก ยังเป็นการเปิดโอกาสให้เรียนรู้เรื่องสุขภาพ การดูแลประคับประคอง และการตายดี เพื่อเป็นการสืบต่อการทำงานพัฒนาชุมชนกรุณาต่อไปด้วย

#### ข้อมูลอ้างอิง:

กุลภา วจนสาระ และกฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ). ประชากรชายขอบและความเป็นธรรมในสังคมไทย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555.

ปรีตตา เฉลิมเผ่า กอนันทกุล (บรรณาธิการ). ชีวิตชายขอบ: ตัวตนกับความหมาย. ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน) เอกสารวิชาการลำดับที่ 24, ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์.

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย <https://www.un.or.th/globalgoals/th/the-goals/>

พิชญ์ พงษ์สวัสดิ์. “ว่าด้วยการพัฒนา แบบไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” มติชนออนไลน์ 18 ธันวาคม 2561 [https://www.matichon.co.th/columnists/news\\_1278405](https://www.matichon.co.th/columnists/news_1278405)



ปฏิบัติกรชุมนุมกรรณ

สุวรรณนภ ค่ำไร

ในการฝึกปฏิบัติ “ความกรุณา” บางครั้งเป็นการปลีกวิเวก หรือการกระทำในลักษณะของปัจเจก เช่น การฝึกสมาธิ การกำหนดจิตใจ หรือกระทั่งการช่วยเหลือผู้อื่น บางครั้งก็เป็นการปฏิบัติโดยลำพัง ทว่า ใจความสำคัญของการฝึกปฏิบัติเช่นนี้ก็เพื่อการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างสงบสุข การสร้างสภาพแวดล้อมของชุมชนให้เกิดสันติภาพ ดังเช่น องค์ทะไลลามะและอาร์ชบิชอป เดสมอนด์ ตูตู ได้กล่าวไว้ว่า “ความเบิกบานที่แท้จริงนั้นอยู่ในความสัมพันธ์ของเรากับผู้อื่น... จงแสวงหากัลยาณมิตรของตัวเองที่เปี่ยมด้วยความรัก และร่วมกันปฏิบัติ และนำคำสอนแห่งความเบิกบานนี้ไปสู่พวกเขาด้วยหนทางใดก็ตามที่มีคุณค่าต่อตัวคุณและกลุ่มของคุณ อาจจะเป็นกลุ่มธรรมมิตรของคุณ หรือกลุ่มที่ช่วยให้คุณดีขึ้นมา แม้ว่ากลุ่มนั้นอาจเป็นเพื่อนคนหนึ่ง ญาติ หรือเป็นกลุ่มกลุ่มหนึ่ง... คุณจะยิ่งประสบความเบิกบานมากขึ้นกว่าการฝึกด้วยตัวเอง ความสัมพันธ์ คือห้องทดลองทางจิตวิญญาณที่แท้จริง”

เช่นเดียวกับที่คาเรน คิสเซล เวเกลา ได้กล่าวไว้ในหนังสือมิตรไมตรีไม่มีประมาณว่า “เมื่อผู้ให้ความช่วยเหลือไม่เพียงแต่ใส่ใจในรายละเอียดในหน้าที่ของตนเพียงเท่านั้น หากยังสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เปี่ยมด้วยสติและความเบิกบาน เราเรียกสิ่งนี้ว่า **การดูแลเบื้องต้นโดยหมุ่คณะ** การทำงานทั้งภายนอกและภายในจิตใจเช่นนี้จะก่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจซึ่งเอื้อประโยชน์ให้กับทุกคนที่เกี่ยวข้อง...

“การสร้างภาวะแห่งสติและไมตรีสามารถนำมาใช้ได้ในหลายกรณี ฉันทเคยพบคณะให้ความช่วยเหลือนำหลักการดูแลเบื้องต้นมาใช้ในกรณีการคลอดบุตร ดูแลผู้สูงอายุและผู้ได้รับบาดเจ็บ ผู้ป่วยและผู้ใกล้ตาย บางครั้งคณะนี้รวมตัวกันหลวมๆ บางทีก็มีการประสานงานเต็มรูปแบบและมีผู้นำ”

ในการพัฒนาปฏิบัติการชุมชนกรุณาเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีคำถามสำคัญว่า เราจะทำให้ชุมชนกรุณาดังที่กล่าวข้างต้นเป็นจริงขึ้นมาได้อย่างไร ทั้งในระดับปฏิบัติการและระดับนโยบาย? บางคนอาจจะมองว่า จากข้อมูลในประวัติศาสตร์และการวิเคราะห์นโยบายถึงประเด็นช่องว่างในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ทำให้เกิดอีกคำถามว่า ทำอย่างไรเราจึงจะสามารถลดช่องว่างและสร้างความร่วมมือให้เกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง? หรืออีกนัยยะหนึ่ง คือ มีขั้นตอนอะไรบ้างที่จะทำให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาปฏิบัติการ

ของชุมชนกรุณาได้ ซึ่งประเด็นหลังนี้ จะได้อธิบายขยายความในหัวข้อถัดไป

จากการศึกษาทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรม พบว่า คำตอบของคำถามข้างต้นมาในรูปแบบต่างๆ เช่น การพัฒนาชุมชน และการสร้างชุมชนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน/พื้นที่เป้าหมาย จากแนวคิดรูปแบบต่างๆ พอสรุปหลักปฏิบัติการได้เป็น กระบวนการหนุนเสริมปฏิบัติการชุมชน การสร้างเครือข่ายเพื่อนบ้าน และการสร้างความร่วมมือจากกลุ่มงานต่างๆ ของภาครัฐ เพื่อให้คนในชุมชนมีบทบาทในการสร้างสวัสดิการและสุขภาวะด้วยตนเอง ในการพัฒนาชุมชนสุขภาวะ บ่อยครั้งที่เราหยิบยืมหลักการแนวคิดเรื่องการพัฒนาชุมชนเหล่านี้มาประยุกต์ใช้ให้เข้ากับบริบทของตัวเอง เนื่องจาก เงื่อนไขและปัจจัยแวดล้อมของแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน

### **การพัฒนาปฏิบัติการชุมชนกรุณา**

เป้าหมายสำคัญในการพัฒนาปฏิบัติการของชุมชนกรุณา คือ การปรับปรุงคุณภาพชีวิตของสมาชิกในชุมชนให้ดีขึ้นอย่างเป็นองค์รวม ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ สวัสดิการ การศึกษา สถานที่ทำงาน สภาพแวดล้อมในชุมชน และกิจกรรมนันทนาการในชุมชน แนวทางในการพัฒนาชุมชนในมิติต่างๆ ดังกล่าว ไม่ได้เป็นหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐหรือใครคนใดคนหนึ่งเท่านั้น หากแต่เป็นความร่วมมือจากสมาชิกในชุมชนทุกภาคส่วน ภายใต้หลักการสำคัญ คือการเชื่อมโยงคนกับทรัพยากรด้วยกระบวนการใหม่ๆ ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ บางครั้งปัญหา ข้อจำกัด หรือความขาดแคลนในการให้บริการสาธารณสุข ก็อาจจะเป็นแรงผลักดันในการมองหาทางออกใหม่ๆ ที่ดีขึ้น

ยกตัวอย่างเช่น การให้บริการของหน่วยพยาบาลปฐมภูมิที่ไม่ทั่วถึง หรือไม่เพียงพอ ทำให้ต้องหาทางเลือกอื่นๆ เข้ามาสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น การเสริมศักยภาพสถานเอนามัยเดิม ยกกระดับขึ้นเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ รพ.สต. การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ให้สามารถดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากการศึกษาข้อมูลทั้งในและต่างประเทศ พบว่า มีการพัฒนารูปแบบปฏิบัติการชุมชนกรุณาที่แตกต่างหลากหลาย ขึ้นอยู่กับบริบทและต้นทุนทรัพยากรของแต่ละพื้นที่ ซึ่งประมวลได้ดังนี้

## 1. ปฏิบัติการชุมชนกรรณาโดยการรวมตัวของสมาชิกในชุมชน (Community-based Care)

ชุมชนในที่นี้ หมายถึง ชุมชนเชิงกายภาพ ประกอบด้วยพื้นที่หรือบริเวณที่มีคนอยู่รวมกันในพื้นที่ที่ชัดเจน ไม่จำเป็นต้องเป็นพื้นที่ขนาดใหญ่ มีสมาชิกจำนวนหนึ่ง มีผู้นำและคณะกรรมการชุมชนที่ชัดเจน อาจหมายถึงหมู่บ้าน หมู่บ้านจัดสรร ชุมชนในอาคารชุด (คอนโดมิเนียม) หรือชุมชนแออัด

การริเริ่มปฏิบัติการชุมชนกรรณาของชุมชนในบริบทนี้ สามารถเกิดขึ้นได้อย่างหลากหลาย บางแห่งอาจเกิดจากแรงบันดาลใจของสมาชิกคนใดคนหนึ่งหรือกลุ่มหนึ่งในชุมชน แล้วขยายไปยังสมาชิกคนอื่นๆ หรืออาจจะมาจากนโยบายสาธารณสุขส่วนกลางที่ให้มีปฏิบัติการเพื่อดูแลสุขภาพของคนในชุมชน

ยกตัวอย่างเช่น กรณี Bill United มีที่มาจากผู้ชายคนหนึ่งชื่อบิล (Bill) เขาเป็นสมาชิกในชุมชน เขาอาศัยอยู่กับครอบครัวในชุมชนแห่งหนึ่ง เขาทำงานอยู่ในย่านนั้น มีเพื่อนๆ และทำกิจกรรมนันทนาการร่วมกับสมาชิกคนอื่นๆ ในชุมชน วันหนึ่งเขาได้รับการแจ้งข่าวจากแพทย์ว่า เขาป่วยและกำลังจะตาย เขาได้บอกกับครอบครัวว่า ไม่ว่าจะเป็นเพื่อนบ้าน เพื่อนๆ ครูและผู้ปกครองนักเรียนคนอื่นๆ และเพื่อนร่วมงาน สมาชิกในชุมชนที่บิลอยู่ต่างเห็นอกเห็นใจและลงความเห็นร่วมกันว่า พวกเขาจะดูแลบิลและครอบครัวของบิล เพื่อให้บิลได้ใช้ช่วงเวลาสุดท้ายอย่างมีความสุขและมีคุณค่ามากที่สุด พวกเขาจึงตั้งกลุ่มขึ้นมาชื่อว่า “Bill United” ภายในกลุ่มมีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือบิลในทุกๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นการรับฟังความรู้สึกและความต้องการของบิลและครอบครัว ช่วยสนับสนุนภารกิจที่ต้องการความช่วยเหลือ เช่น การรับ-ส่งลูกของบิล การพาไปยังที่ที่บิลอยากไป การทำความสะอาดบ้าน การทำธุรกรรมบางอย่าง การซื้อของที่ห้างสรรพสินค้า เป็นต้น

เมื่อบิลรับรู้และเชื่อมั่นในความช่วยเหลือจากชุมชนดังกล่าว ก็จะทำให้เขาคลายความกังวลหลังจากเสียชีวิตไปแล้ว ครอบครัวเขาจะได้รับการดูแลสนับสนุนจากชุมชน



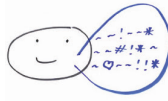


เวลาของบิลเหลืออยู่  
จำกัด

บิลแจ้งข่าวว่าตัวเองไม่  
สบายกับคน ใกล้ตัว



Bill United  
รับฟังบิล



เมื่อเขาต้องการพูด  
สิ่งที่ไม่สบายใจ หรือเป็น  
กังวล



Bill United  
ให้ความช่วยเหลือใน  
สิ่งที่บิลต้องการ



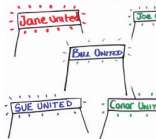
“บิล ยูไนเต็ด”  
ช่วยกันระดมความช่วยเหลือเพื่อบิล



ดังนั้น ในยามที่บิลจากไป  
แม้ทุกคนจะเสียใจ



ส่วน Bill United ละ



ทุกคน  
ต่างตกใจ



แม้ว่าพวกเขาจะไม่ใช่  
หมอหรือผู้เชี่ยวชาญ  
แต่ด้วยความรัก  
พวกเขายินดีช่วยเหลือ  
ในจุดที่ทำได้



“บิล ยูไนเต็ด”  
ช่วยกันระดมความช่วยเหลือเพื่อบิล

เมื่อบิล โกรธ



เมื่อบิลเสียใจ



เพื่อนๆ ของบิลช่วยกัน  
สนับสนุนให้เขาเข้มแข็ง

เวลาของบิลเหลืออยู่  
จำกัด

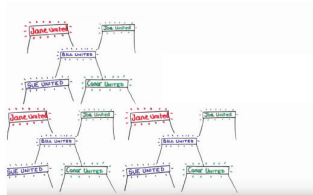


แต่บิลก็จากไป  
ท่ามกลางความรัก



ท่ามกลางคนที่รักเขา

ก็จะยังอยู่ เพื่อช่วยเหลือ  
ผู้ป่วยและครอบครัวอื่นๆ



กรุณา “Bill United”

## 2. ปฏิบัติการชุมชนรณรงค์โดยสถาบันอุดมศึกษา

ประเทศอังกฤษถือได้ว่าเป็นการขับเคลื่อนงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมาเป็นระยะเวลานาน โดยองค์กร/หน่วยงานต่างๆ เข้ามามีบทบาทอย่างแข็งขัน สถาบันอุดมศึกษา เป็นอีกหน่วยงานหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความตาย กระบวนการตาย และการเยียวยาหลังการสูญเสีย เช่น มหาวิทยาลัยบาธ Bath University, The Centre for Death and Society (CDAS)) ที่มีบทบาทในการศึกษาวิจัย ให้การศึกษา/ฝึกอบรม พัฒนานโยบาย ผลิตสื่อ และสร้างการตระหนักรู้ในชุมชน

เช่นเดียวกับสถาบันการศึกษาหลายแห่งในประเทศไทยที่เริ่มต้นตัว ทำการศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เช่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสถาบันการศึกษาที่มีโรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองควบคู่กัน

## 3. ปฏิบัติการชุมชนรณรงค์โดยสถานพยาบาลกึ่งบ้าน หรือ Hospice (บริบทต่างประเทศ)

ฮอสพิซ คือ สถานที่พำนักและให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งมีแพร่หลายในต่างประเทศ อย่างเช่นประเทศอังกฤษที่มีฮอสพิซกระจายทั่วประเทศ โดยฮอสพิซมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ไม่เพียงแต่ภายในสถานพยาบาลเท่านั้น แต่ยังเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในชุมชน และมีทีมสนับสนุนการดูแลของครอบครัวและผู้ดูแล ซึ่งครอบคลุมทั้งมิติทางสังคมและจิตวิญญาณ ทั้งในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่และหลังการสูญเสีย บางแห่งครอบคลุมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้มีทั้งที่ดำเนินการโดยเอกชน (มีค่าบริการ) และรูปแบบของจิตอาสา/การกุศล (ไม่มีค่าบริการ – แล้วแต่จะบริจาค)

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยของฮอสพิซแต่ละพื้นที่ที่มีการปรับให้เข้ากับบริบทของชุมชน กล่าวคือ ฮอสพิซที่ตั้งอยู่ในชุมชนเมือง มีรูปแบบที่แตกต่างจากฮอสพิซที่อยู่นอกเมือง หรือชนบท แต่มีแนวทางหลักในการดูแล ดังนี้

3.1. การดูแลในรูปแบบของผู้ป่วยใน (Inpatient Care) เป็นการรับผู้ป่วยระยะท้ายเข้ามาพักรักษาตัวภายในสถานพยาบาล ภายใต้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ของทีมสหวิชาชีพ

3.2. การดูแลผู้ป่วยแบบ 1 วัน (Day Hospice) เป็นการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชนผ่านการทำกิจกรรม เช่น กิจกรรมบำบัด ศิลปะ กิจกรรมสร้างสรรค์ต่างๆ เพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย มีพื้นที่ที่สมาชิกได้สนทนากัน

3.3. สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยให้เสียชีวิตที่บ้าน (Hospice at Home) โดยทีมจากฮอสพิซเข้ามาสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยของคนครอบครัว และสมาชิกในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยให้เสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบ

#### 4. ปฏิบัติการชุมชนกรุณาโดยกองทุนสนับสนุน

การจัดตั้งกองทุนแต่ละแห่งมีที่มาที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับเหตุปัจจัย ยกตัวอย่างเช่น ชุมชนกรุณาแชมป์เปียน (Compassionate Communities Champions) ที่ได้รับการสนับสนุนโดยกองทุน Murray Hall Community Trust ซึ่งเป็นองค์กรที่สนับสนุนทุนในการพัฒนาชุมชนเพื่อสร้างสุขภาวะให้กับคนในชุมชน อย่างเช่น จีน โจนส์ ที่ได้ความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน ในช่วงที่ต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลสามีที่ป่วยเป็นมะเร็ง เธอกล่าวว่า “เราสามารถพบความกรุณาได้ตามท้องถนน ซึ่งความกรุณานี้ได้เข้ามาโอบอุ้มให้ความช่วยเหลือในช่วงเวลาที่เราต้องการมันมากที่สุด... เพื่อนบ้านคนหนึ่งเข้ามาถามว่า ‘คุณต้องการให้ช่วยอะไรไหม?’ แล้วความช่วยเหลือก็เข้ามาอยู่รอบๆ ในช่วงเวลาที่ฉันตกต่ำถึงที่สุด”

จีนจึงมีความตั้งใจว่าจะตอบแทนชุมชน เธอให้การช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่จะทำได้ เธอกล่าวว่า “เราต่างล้วนมีส่วนรับผิดชอบต่อชุมชน มันเป็นภารกิจของเรา เราจำเป็นต้องรู้จักเพื่อนบ้านของเรา ไม่ใช่เพียงแค่เพื่อกล่าวทักทาย ‘อรุณสวัสดิ์’ กันตามมารยาทเท่านั้น” เธอได้หาทุนมาเพื่อผลิตภาพยนตร์สั้นเกี่ยวกับเรื่องราวประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของเธอและบทสนทนากับพยาบาลในชุมชน เพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยด้วยความกรุณา

เช่นเดียวกับการ์ธ ที่ได้รับแรงบันดาลใจในการ “ตอบแทนสังคม” ด้วยประสบการณ์ความตายของพ่อกับแม่ที่แตกต่างกัน เขาได้รับความช่วยเหลือได้เรียนรู้ทัศนคติเกี่ยวกับความตายที่แตกต่างจากทีมที่ให้การช่วยเหลือ ปัจจุบันการ์ธได้นำประสบการณ์ที่เกิดขึ้นมาใช้ในการเป็นที่ปรึกษาให้กับกลุ่มที่สนับสนุนยุทธศาสตร์การตายดี เขากล่าวว่า “ความกรุณาเกิดขึ้นที่นั่น ผมเคยถึงจุดที่เป็นทางตัน และทุกวันนี้

ถ้าใครบางคนพบกับช่วงเวลาที่เราร้าย เราก็เพียงแต่เคาะประตูบ้านเพื่อช่วยให้เขารู้สึกโอเค”

ปฏิบัติการชุมชนโดยกองทุนในบริบทสังคมไทยยังไม่ปรากฏแพร่หลายนัก แต่ก็เริ่มมีความเคลื่อนไหว โดยเริ่มจากประสบการณ์ส่วนบุคคลแล้วขยายเป็นการระดมทุนหรือความช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การระดมทุนผ่านงานศิลปะเพื่อผู้ป่วยมะเร็งยากไร้ที่ชื่อ “Art for Cancer by Ireal” ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ โดยไอริส ไตรสารศรี ซึ่งมีประสบการณ์เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม รับรู้และเข้าใจความทุกข์ของผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จึงได้ใช้ความสามารถด้านศิลปะในการระดมทุนเพื่อผู้ป่วยมะเร็ง รวมถึงทำกิจกรรมศิลปะเพื่อเป็นการบำบัดและให้กำลังใจผู้ป่วย การเป็นวิทยากรแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย พร้อมกับสร้างชุมชนออนไลน์ที่ชื่อ “กลุ่มมะเร็งพลังบวก” เพื่อเป็นพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

## 5. ปฏิบัติการชุมชนกรุณาด้วยวงสนทนาเพื่อชีวิต (Conversation for Life™)

Conversation for Life™ เป็นโปรแกรมด้านสาธารณสุขที่เปิดโอกาสให้ชุมชนและผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้เข้ามาสนทนาแลกเปลี่ยนและดูแลซึ่งกันและกัน โปรแกรมดังกล่าวมีคอร์สอบรมที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการขับเคลื่อนงานที่เป็นรูปธรรม รวมถึงกระบวนการเพื่อสร้างแรงบันดาลใจจากวงสนทนา เกี่ยวกับการวางแผนการรักษาล่วงหน้า การเสริมศักยภาพการดูแลสุขภาพของทีมงาน และการจัดการชุมชนกรุณา

กระบวนการของวงสนทนาเพื่อชีวิต มีลักษณะเป็นการแลกเปลี่ยนเพื่อวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า เป็นการวางแผนบนพื้นฐานของทรัพยากรที่มีอยู่ไปพร้อมๆ กับการสร้างความร่วมมือของชุมชน โดยนำความร่วมมือด้านต่างๆ ไม่ว่าจะด้านสุขภาพ ฮอสพิซ ภาควิชาสังคม และกลุ่มจิตอาสา เพื่อค้นหาผู้นำ (Key Leader) ที่มีบทบาทสำคัญ เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดยุทธศาสตร์การดูแลผู้ป่วยในชุมชนร่วมกัน โดยคาดหวังว่าจะกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงในระดับท้องถิ่นได้

## 6. ปฏิบัติการชุมชนกรุณาของกลุ่มคนที่มีประสบการณ์ร่วมกัน

ประสบการณ์ความเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วย เป็นประสบการณ์ที่ยาก

จะเข้าใจได้ จนกว่าจะประสบด้วยตัวเอง กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ คล้ายคลึงกันจึงมีความเข้าใจ และเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน การจัดตั้งชุมชน ในลักษณะนี้มีทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ และไม่จำเป็นต้องอยู่ในพื้นที่ทางกายภาพที่ใกล้เคียงกัน หากแต่มีกลไก/เครื่องมือในการติดต่อสื่อสาร/ เชื่อมโยงกันอย่างต่อเนื่อง ยกตัวอย่างเช่น เครือข่ายกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งดอร์เซต (Dorset Cancer Network) ที่เปิดรับสมาชิกที่เป็นทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล เข้ามา มีส่วนร่วมในการพัฒนาและวางแผนการรับบริการเพื่อรักษาโรคมะเร็ง มีส่วนที่เป็น โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โปรแกรมพัฒนาทักษะในการสื่อสาร

เช่นเดียวกับ กลุ่มมาเล็งความสุข กลุ่มเยียวยาหลังความสูญเสีย กลุ่มเยียวยา ด้วยรักและศรัทธา ชุมชนมะเร็งพลังบวก และสมาคมผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม คือ ชุมชนกรุณาที่สมาชิกส่วนใหญ่มีประสบการณ์บางอย่างร่วมกัน เช่น เป็นมะเร็ง หรือเป็นผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม การเข้ามาอยู่ในกลุ่มของคนที่มีประสบการณ์ บางอย่างร่วมกันเป็นพื้นที่ที่สมาชิกได้เปิดเผยความรู้สึกได้โดยไม่มี การตัดสินถูกผิด ช่วยสนับสนุนเป็นกำลังใจให้กัน แลกเปลี่ยนบทเรียน และที่สำคัญ คือ มีคนที่เข้าใจ ความทุกข์ที่เกิดขึ้นคอยให้การรับฟัง

รูปแบบวิธีการเชื่อมโยงสมาชิกในกลุ่ม มีทั้งที่เป็นกลุ่มที่พัฒนามาจาก กลุ่มในสื่อสังคมออนไลน์ จนกระทั่งมีการนัดพบกันตามวาระ การนัดหมายเพื่อ จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้หรือบำบัด และการทำกิจกรรมระดมทุนเพื่อช่วยเหลือผู้ ป่วยที่ขาดแคลน

## 7. ปฏิบัติการชุมชนกรุณาด้วยโรงพยาบาล (Hospital-based Service)

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยด้วยชุมชนกรุณาที่พัฒนาโดยโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ สืบเนื่องมาจากหน่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือ Palliative Care ซึ่งมีนโยบายสาธารณสุขระดับชาติให้ทุกโรงพยาบาลมีหน่วยดังกล่าว หากแต่ ศักยภาพในการขับเคลื่อนงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง แตกต่างกันออกไป

นอกจากผู้ป่วยจะได้รับการดูแลขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลแล้ว หลังจาก ออกจากโรงพยาบาลแล้ว โรงพยาบาลหลายแห่ง มีระบบดูแลแบบต่อเนื่องถึงบ้าน

โดยเฉพาะการดูแลในเชิงกายภาพ ทั้งการดูแลสภาพร่างกายและสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยโดยทีมสหวิชาชีพ

โรงพยาบาลหลายแห่งที่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้วยชุมชนกรุณาที่เป็นรูปธรรม มักมีจุดเริ่มต้นมาจากทีมงานกลุ่มเล็กๆ ที่ทำเป็นส่วนตัวอยู่ก่อนแล้ว และเมื่อมีนโยบายเข้ามารองรับ จึงได้ต่อยอดจากชุดทำงานเดิม ยกตัวอย่าง เช่น

โรงพยาบาล	หน่วยดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
โรงพยาบาลศิริราช	ศูนย์บริรักษ์
โรงพยาบาลรามาธิบดี	ศูนย์รามาธิบดีอภิบาล
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภาภาษาไทย	ศูนย์ชีวาภิบาล
โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณ์ ธัญบุรี	หออภิบาลคุณภาพชีวิต
โรงพยาบาลพุทธชินราช จ.พิษณุโลก	คณะกรรมการพัฒนาการดูแล แบบประคับประคอง
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จ.ขอนแก่น	ศูนย์การุณรักษ์
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จ.สงขลา	ศูนย์ชีวันตาภิบาล
ฯลฯ	

จะเห็นได้ว่า โรงพยาบาลที่กล่าวถึงข้างต้นนั้น ล้วนแล้วแต่เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีพื้นที่รับผิดชอบตามหัวเมืองใหญ่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่ จึงมีแนวโน้มที่จะเป็นคนที่สังคมเมือง การให้การดูแลจึงมักเป็นการดูแลภายในโรงพยาบาลโดยทีมสหวิชาชีพ และมีระบบการส่งต่อเมื่อถึงเวลาที่ต้องจำหน่ายกลับบ้าน โดยเป็นไปได้ยากมากที่จะมีทีมสหวิชาชีพติดตามดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับไป

อยู่บ้าน ยกเว้นการประสานงานให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขภายในชุมชนเข้ามารับช่วง การดูแลต่อ แต่หากเป็นชุมชนในเมืองก็จะมี ความซับซ้อนและข้อจำกัดมากกว่า ผู้ป่วยที่กลับมาอยู่บ้านในชุมชนนอกเมืองหรือชนบท

อย่างไรก็ตาม ยังมีชุมชนกรุณาโดยโรงพยาบาลในบริบทของโรงพยาบาล ชุมชนเป็นการรวมตัวของกลุ่มสหวิชาชีพที่มีขนาดเล็กถึงกลาง แต่มีความหลากหลาย และเข้าถึงได้ง่ายมากขึ้น มีการดูแลผู้ป่วยและให้คำปรึกษากับญาติโดยทีมสหวิชาชีพ ภายในโรงพยาบาล มีระบบการส่งต่อและติดตามเยี่ยมบ้านอย่างใกล้ชิด มีการประสาน งานกับหน่วยงานท้องถิ่น ผู้นำชุมชน หรือผู้นำทางจิตวิญญาณที่สามารถสนับสนุน การตายดีได้ใกล้เคียงหรือตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งเป็นที่น่ายินดี ว่า สังกศไทยมีโรงพยาบาลชุมชนที่มีระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและ ระบบการติดตามเยี่ยมบ้านที่มีประสิทธิภาพหลายแห่ง กระจายอยู่ตามภูมิภาคต่างๆ ทั่วประเทศ

## 8. ปฏิบัติการชุมชนกรุณาโดยศาสนสถาน/ผู้นำทางจิตวิญญาณ (Religion-based Organization)

การดูแลผู้ป่วยในภาวะใกล้เสียชีวิต สมาชิกหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่มีความ สำคัญไม่น้อยไปกว่าทีมแพทย์/พยาบาล คือ ผู้นำทางจิตวิญญาณ ไม่ว่าจะเป็นในบริบท สังกศไทยหรือต่างประเทศ ส่วนใหญ่ผู้นำทางจิตวิญญาณที่มีข้อมูลเป็นที่แพร่หลาย มีอยู่ 3 ศาสนา ได้แก่ ศาสนาคริสต์ ศาสนาอิสลาม และศาสนาพุทธ ซึ่งมีรูปแบบ การดูแลหลักๆ 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) ให้การดูแลทางจิตวิญญาณผู้ป่วยระยะท้าย ที่อยู่ที่โรงพยาบาล โดยการไปเทศน์โปรดข้างเตียง 2) การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านตาม คำเชิญ/นิมนต์ของญาติ หรือตามความตั้งใจของผู้ป่วย และ 3) การเปิดพื้นที่ใน ศาสนสถาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ามาพักหรือสนทนาธรรมในช่วงวาระสุดท้าย

ยกตัวอย่างเช่น อโรคยาศาล วัดคำประมง จ.สกลนคร โดยพระอาจารย์ ปพนพัชร จิรธัมโม เป็นสถานอภิบาลผู้ป่วยด้วยสมุนไพรรักษา ซึ่งส่วนใหญ่ เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย วัดจะมีการดูแลด้วยการแพทย์แบบองค์รวมที่ใช้ สมุนไพร ควบคู่กับการทำสมาธิบำบัดและการแพทย์แผนตะวันออก ปัจจุบันได้รับการ จัดตั้งเป็น “โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานด้านมะเร็ง



สกลนคร อโรคยาศาล วัดคำประมง” ทีมที่ให้การดูแลเป็นทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย พระอาจารย์พยาบาล แพทย์แผนไทย แพทย์ (จิตอาสา) และจิตอาสาที่มีความสามารถที่แตกต่างหลากหลาย

คล้ายคลึงกับวัดพระพุทธรูปหน้าพุ จ.ลพบุรี โดยพระอาจารย์อลงกต ดิกขปัญโญ และบ้านกลารา ลำไทร (คณະนักรบวชพรานชีสกัน) จ.ปทุมธานี ซึ่งทั้ง 2 แห่งนี้ให้การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ที่ถูกทอดทิ้งจนถึงวาระสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยปฏิบัติการของศาสนสถาน มีประเด็นที่เป็นจุดเด่นที่น่าสนใจ ดังนี้

1. ศาสนสถานส่วนใหญ่มีพื้นที่ค่อนข้างกว้างและเงียบสงบ สามารถจัดสรรพื้นที่สำหรับเป็นอาคารที่พักสำหรับผู้ป่วยและญาติได้อย่างพอเพียง

2. ความน่าเชื่อถือจากการเป็นองค์กรทางศาสนา ทำให้มีคนสมัครเข้ามาเป็นจิตอาสา เปิดโอกาสให้มีทีมสหวิชาชีพที่หลากหลาย รวมถึงการบริจาคเงินสนับสนุน (โดยเฉพาะความเชื่อเรื่องการทำบุญทำทานในบริบทสังคมไทย ส่งผลให้ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง) เมื่อมีงบประมาณสนับสนุน ก็สามารถเอื้อต่อผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน ให้สามารถเข้าถึงการรักษาแบบประคับประคองได้

3. ต้นทุนจากผู้นำทางจิตวิญญาณ ทำให้การนำทาง สร้างความมีสมาธิ ความสงบ ให้เกิดขึ้นในผู้ป่วย ญาติ หรือสภาพที่แวดล้อมผู้ป่วย ทำให้เกิดความสงบพร้อมที่จะนำทางให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ หรือลดความกังวลในผู้ป่วยและญาติ

4. การเข้าพักรักษาตัวในศาสนสถาน มีนัยยะว่า ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจการดำเนินของโรค รวมถึงการยอมรับพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นระดับหนึ่ง

อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยโดยศาสนา มีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ทรัพยากรที่ขึ้นอยู่กับการบริจาค ซึ่งมีความเสี่ยงในมิติความมั่นคงทางการเงิน ส่งผลให้อุปกรณ์การแพทย์ และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นมีจำนวนจำกัด ไม่เพียงพอต่อผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ซึ่งไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

นอกจากนั้น ความเชื่อหรือความกลัวของผู้ป่วยหรือญาติ ที่มีต่อศาสนา ในมิติที่เกี่ยวกับความตายที่ว่า การนิมนต์พระ หรือเข้าวัด หมายถึง ระยะใกล้ตาย หากยังไม่สามารถทำใจยอมรับได้ ทำให้ปฏิเสธที่จะเข้ารับการดูแลจากผู้นำทางจิตวิญญาณ/ศาสนาสถาน

## 9. ปฏิบัติการชุมชนกรุณาโดยกลุ่ม/เครือข่ายจิตอาสา

การก่อตั้งชุมชนเพื่อปฏิบัติการโดยกลุ่มคนหรือเครือข่ายจิตอาสา ซึ่งเกิดขึ้นจากการที่กลุ่มคนที่มีความสนใจหรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสีย มีความใส่ใจในประเด็นเรื่องสุขภาพหรือการสูญเสียของคนในสังคม ซึ่งอาจจะเป็นใครก็ได้ไม่จำเป็นต้องเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข ประสบการณ์หรือแรงจูงใจบางอย่างที่ผลักดันให้บุคคลเสนอตัวเข้ามามีส่วนร่วมเป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของชุมชนกรุณา โดยมีความกรุณาของสมาชิกเป็นพื้นฐาน

การเป็นอาสาสมัครค่อนข้างมีอิสรภาพในการออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วย รวมถึงรูปแบบของความสัมพันธ์ของสมาชิกภายในชุมชน และการบริหารจัดการชุมชนเพื่อขับเคลื่อนประเด็นที่มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน ซึ่งอาจจะเป็น 1) การสร้างปฏิบัติการทางเลือกที่ตอบสนองต่อความต้องการของคนในสังคม เป็นการอุดช่องว่างที่ปฏิบัติการในรูปแบบอื่นๆ ไม่สามารถเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยได้ 2) เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยหรือครอบครัวแบบองค์รวมโดยตรง และ 3) เพื่อประสานความร่วมมือกับกลไกการดูแลผู้ป่วยส่วนอื่นๆ ในชุมชน

รูปแบบชุมชนกรุณาของกลุ่มจิตอาสา มีทั้งส่วนที่ดำเนินงานโดยกลุ่มบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐ และกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงผลกำไรอื่นๆ และมีทั้งส่วนที่เป็นจิตอาสาเต็มเวลาและจิตอาสาเฉพาะกิจ

ตัวอย่างกลุ่ม/เครือข่ายจิตอาสาที่ปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เช่น กลุ่ม I See You, กลุ่มชีวิตศึกษา, มูลนิธิเอจี้ และ อาสาข้างเตียง เครือข่ายพุทธิกา นอกจากนั้น ยังมีกลุ่มจิตอาสาที่รวมตัวปฏิบัติการในบริบทอื่น ดังหัวข้อที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ไม่ว่าจะกลุ่มคนที่มีประสบการณ์ร่วมกัน กลุ่มคนที่ปฏิบัติการโดยการสนับสนุนของกองทุน และกลุ่มที่เกิดจากการรวมตัวกันของคนในชุมชน ล้วนแล้วแต่มีจิตอาสาเป็นส่วนหนึ่งในทีมปฏิบัติการ

กลุ่มหรือเครือข่ายดังกล่าว มีรูปแบบและวิธีการในการบริหารจัดการ และปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่แตกต่างกัน สรุปเป็นประเด็นได้ ดังนี้

1. การรวมตัวของสมาชิกของกลุ่ม/เครือข่าย มักเกิดจากความสนใจหรือ

การมีประสบการณ์บางอย่างร่วมกัน

2. มีวัตถุประสงค์/เป้าหมาย/คุณค่า/ความเชื่อในปฏิบัติการร่วมกัน

3. มีรูปแบบปฏิบัติการที่สร้างขึ้นโดยสมาชิกในกลุ่มเช่นการสร้างเงื่อนไขในปฏิบัติการของจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว กระบวนการในการฝึกอบรมให้ความรู้/พัฒนาทักษะสมาชิกของกลุ่ม รวมถึงวัฒนธรรมและกฎกติกาของกลุ่ม เช่น การทำสมาธิภาวนาก่อนเริ่มกิจกรรม การทบทวนบทเรียนที่เกิดจากปฏิบัติการ เป็นต้น

4. รูปแบบความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการ มีความยืดหยุ่นสูง แต่มีเงื่อนไข/ข้อตกลงในการเกาะเกี่ยวสมาชิกเพื่อให้ปฏิบัติการมีประสิทธิภาพระดับหนึ่ง

5. พื้นที่ปฏิบัติการมีทั้งส่วนที่เป็นจิตอาสาในโรงพยาบาล สถานพยาบาล กึ่งบ้าน (Hospice) สถานที่รับดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยไม่แสวงผลกำไร เช่น วัด ศาสนสถาน และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว เป็นการดูแลที่มีความต่อเนื่องและเป็นปฏิบัติการที่มีความละเอียดอ่อน ต้องอาศัยความใส่ใจจากผู้ดูแลค่อนข้างมาก เพื่อให้ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวมทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จำเป็นต้องอาศัยกลุ่มคนที่มีความถนัดที่แตกต่างหลากหลาย ซึ่งต้องใช้ทรัพยากรและงบประมาณจำนวนมาก โอกาสที่ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณจะเข้าถึงการดูแลที่ดีจึงมีน้อย

ทว่านโยบายสาธารณสุขที่ว่าด้วยการขยายพื้นที่การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้ครอบคลุมทั่วประเทศ และกลไกจิตอาสาที่เข้ามามีส่วนในการเติมเต็มช่องว่างในการเข้าถึงบริการของประชาชน ถือเป็นรูปแบบของชุมชนกรุณาเพื่อขับเคลื่อนปฏิบัติการด้วยความกรุณาอย่างแท้จริง

แหล่งข้อมูลอ้างอิง :

ภาษาไทย

คาเรน คิสเซล เวเกลา. ดวงหทัยชาติพุทธรักษา (แปล). มิตรไมตรีไม่มีประมาณ. กรุงเทพฯ : สวณเงินมีมา; 2547.

ทะไลลามะ, องค์. เตสมอนต์ ตูตู และ ดักลาส เอबरรัมส์. ซีรา (แปล). จงมีชีวิตที่เบิกบาน. กรุงเทพฯ : อมรินทร์ธรรมะ อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2560.

ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย. Nursing Journal of the Ministry of Public Health [Internet]. 28 Dec. 2016 [cited 2019 Feb.5]; 26(3):41-. Available from: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/74390>

ภาษาอังกฤษ

Kellehear, Allan. Compassionate Cities: Public health and end-of-life care. New York: Routledge; 2005.

Lloyd, Rebecca. (2011) Bill's Story, [Internet]. [cited 2019 Feb.5]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=mqYmTTY-3gs>

Murray Hall Community Trust. (2013) An Overview of Compassionate Communities in England. [cited 2019 Feb.5]. Available from: [http://www.compassionatecommunities.org.uk/files/PDF/CC\\_Report\\_Final\\_July\\_2013-2.pdf](http://www.compassionatecommunities.org.uk/files/PDF/CC_Report_Final_July_2013-2.pdf)

**ชุมชนกรุณากับการสร้าง  
ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน  
สุวรรณนภา คำไร**

## จุดเริ่มต้น

ในหัวข้อเรื่องปฏิบัติการชุมชนกรุณาได้อธิบายเกี่ยวกับปฏิบัติการชุมชนกรุณาในรูปแบบต่างๆ ซึ่งแต่ละรูปแบบมีจุดเริ่มต้นและแนวปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไป ไม่ว่าจะเป็นการเริ่มต้นจากแรงบันดาลใจของคนเพียงหนึ่งคนที่ได้รับความช่วยเหลือจากคนในชุมชน หรือเริ่มต้นจากกลุ่มคนที่เป็นครอบครัวและเพื่อนบ้านของผู้ป่วย หรือเริ่มต้นจากนโยบายส่วนกลาง ทั้งนี้ สามารถแบ่งได้ 3 รูปแบบหลักๆ ได้แก่

**1) รูปแบบที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ** อาจเกิดจากแรงบันดาลใจของคนเพียงหนึ่งคน หรือกลุ่มคนที่มีความสนใจร่วมกัน ซึ่งอาจจะเป็นนักกิจกรรม ผู้เชี่ยวชาญ หรือกระทั่งผู้ป่วยเอง ทำให้เกิดการรวมตัวขึ้นตามความสมัครใจ แล้วจึงค่อยขยายเป็นรูปแบบที่ชัดเจนมากขึ้น

**2) รูปแบบที่เกิดจากการจัดตั้งอย่างเป็นทางการ** มักเกี่ยวข้องกับนโยบายหรือแผนการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ มีระบบที่ชัดเจน มีการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้เชี่ยวชาญ หน่วยงานราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ส่วนใหญ่เป็นรูปแบบที่มีโครงสร้างการบริหารจัดการอยู่ก่อนแล้วจึงสรรหาบุคลากรเข้าไปรองรับ ทำให้มีความเป็นไปได้สูงที่สมาชิกจะมีความคิดความเข้าใจ หรือมุมมองที่มีต่อชุมชนที่ไม่ตรงกัน และ

**3) รูปแบบที่เกิดจากวิวัฒนาการ** เป็นรูปแบบที่เกิดขึ้นโดยผสมผสานรูปแบบที่ 1 และรูปแบบที่ 2 ตามเหตุปัจจัยที่เหมาะสม มีความยืดหยุ่นและการจัดตั้งระดับหนึ่ง

ทั้งนี้ ไม่ว่าจะจุดเริ่มต้นของ “ชุมชนกรุณา” จะเป็นอย่างไรก็ตาม คำถามสำคัญที่เราควรใส่ใจคือ แนวทางและกิจกรรมของชุมชนควรเป็นอย่างไร

จุดเริ่มต้นในกระบวนการสร้างความร่วมมือที่ดีของชุมชนกรุณาคือ การที่สมาชิกในชุมชนมีจุดมุ่งหมายเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ในขณะเดียวกันก็มีอิสระในการแสดงความคิดเห็น

หลักการสำคัญในการประสานความร่วมมือจากสมาชิกที่แตกต่างหรือทีมสหวิชาชีพ ทั้งจากภายในองค์กรเดียวกัน และจากภาคีเครือข่ายภายนอก นอกจากการที่ทุกฝ่ายมีจุดมุ่งหมายร่วมกันแล้ว ยังควรคำนึงถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับทุกฝ่าย ซึ่งสามารถเป็นได้ทั้งผลประโยชน์ในเชิงกายภาพ เชิงสังคม จิตใจ

และจิตวิญญาณของทุกฝ่าย จึงจะได้รับความร่วมมือจากภาคีสมาชิกได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะได้อธิบายขยายความในหัวข้อถัดไป

## องค์ประกอบในการสร้างความร่วมมือ

เพื่อให้การสร้างความร่วมมือสามารถพัฒนาไปสู่ชุมชนกรุณาที่มีปฏิบัติการที่เอื้อให้สมาชิกในชุมชนสามารถเข้าถึงการดูแลในระยะท้าย จนกระทั่งหลังการสูญเสียอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ชุมชนควรมีองค์ประกอบที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

### 1. มุมมองและวิสัยทัศน์ที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

สมาชิกในชุมชนมองเห็นจุดมุ่งหมาย/เป้าหมายเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สมาชิกสามารถให้ความร่วมมือในการขับเคลื่อนปฏิบัติการของชุมชนอย่างมีพลังและเป็นเอกภาพ รวมถึงการรับรู้ถึงที่มาและเหตุผลในการจัดตั้งหรือรวมกลุ่มของสมาชิกในชุมชน เพื่อสร้างความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาข้อจำกัดที่มีอยู่ให้ดีขึ้น

การสร้างการรับรู้และวิสัยทัศน์ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันนี้ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญในการเริ่มต้นสร้างความร่วมมือ เพื่อให้สมาชิกได้นำศักยภาพที่มีอยู่ออกมาช่วยเหลือชุมชน อีกทั้งยังเป็นการสร้างความเข้าใจ ปรับความคิดที่อาจจะมีความแตกต่างให้กลายเป็นข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์ มีความสร้างสรรค์ แทนที่จะเป็นการสร้างความขัดแย้งจากความแตกต่าง

ดังนั้น ในช่วงเริ่มต้น หรือเมื่อมีสมาชิกใหม่เข้ามา การทำความเข้าใจในมุมมองและวิสัยทัศน์จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ควรใช้เวลาให้การปรับจูนให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

### 2. มีผลประโยชน์ร่วมกัน

ในสังคมไทยคำว่า “ผลประโยชน์” เป็นคำที่ค่อนข้างอ่อนไหว และมักถูกตีความไปในทางที่มีความหมายเชิงลบ ส่วนใหญ่เข้าใจว่าเป็นผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับเงินหรืออำนาจ โดยเฉพาะกับบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความตั้งใจอาสาทำงานเพื่อสังคม มักจะปฏิเสธประเด็นเรื่องผลประโยชน์อย่างแข็งขัน

ทั้งนี้ คำว่า “ผลประโยชน์” ในที่นี้ มีความหมายที่กว้างกว่าผลประโยชน์ทางการเงินหรืออำนาจตามที่เข้าใจกันโดยทั่วไป แต่ยังหมายรวมถึงผลประโยชน์ในมิติเชิงจิตใจและจิตวิญญาณ เช่น ความสุข ความสบายใจ การมีคุณค่า/ความหมาย

ในตัวเอง การยอมรับ ความรัก เป็นต้น ซึ่งแต่ละคนมีความต้องการ/ความคาดหวังที่แตกต่างกัน ผลประโยชน์เป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการตัดสินใจเข้าร่วมชุมชนของสมาชิก เมื่อมองเห็นผลประโยชน์ที่จะได้รับ สมาชิกก็จะทุ่มเทและอยู่ร่วมปฏิบัติการของชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง

### 3. การมีส่วนร่วมของสมาชิก/การสร้างความรู้สึกของการเป็นเจ้าของร่วม

การที่ใครคนหนึ่งตัดสินใจเป็นสมาชิกของชุมชนใดชุมชนหนึ่ง หมายความว่าเขามองเห็นผลประโยชน์ที่จะได้ให้และรับกับชุมชน ผลประโยชน์ขั้นแรกของการเป็นสมาชิกของชุมชน คือ การเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน หรือความรู้สึกของการเป็นเจ้าของร่วม สมาชิกดำรงอยู่ในชุมชนในฐานะหุ้นส่วน (Partner) ของชุมชน เป็นความสัมพันธ์ในแนวราบ คือ ทุกคนมีความเท่าเทียม เป็นความสัมพันธ์ฉันทมิตร นับเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนทางหนึ่ง สมาชิกมีพื้นที่ในการแสดงความคิดเห็นและลงมือปฏิบัติการกิจของชุมชนอย่างเต็มความสามารถ

อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดหรือความยากของการสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของหรือความสัมพันธ์แนวราบ คือ กรอบความคิดของสมาชิก และขอบเขตของอำนาจในการบริหารจัดการชุมชนที่จะทำให้เกิดความเท่าเทียมกัน ซึ่งเกิดขึ้นได้ยากในชุมชนที่เปิดพื้นที่สำหรับความแตกต่างหลากหลาย ถือเป็นความท้าทายของชุมชนและหากทำได้จริงก็จะสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนได้

### 4. การช่วยเหลือเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน

การที่สมาชิกมีศักยภาพที่แตกต่างกัน หรือประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นการดูแลแบบเป็นองค์รวมทั้ง 4 มิติ คือ ด้านกายภาพ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้น ผู้ดูแลจะต้องประกอบด้วยกลุ่มบุคคลที่แตกต่างหลากหลาย เพื่อให้การดูแลครบทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เภสัชกร หรือทีมในชุมชน เช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พระสงฆ์/ผู้นำทางจิตวิญญาณ เป็นต้น รวมถึงผู้ดูแลที่เป็นญาติหรือเพื่อนของผู้ป่วย



ทั้งนี้ การดูแลผู้ป่วยจำเป็นจะต้องอาศัยความร่วมมือและความรู้ความสามารถของสมาชิกทุกฝ่าย ซึ่งแต่ละฝ่ายมีบทบาทหน้าที่ที่มากน้อยแตกต่างกันตามบริบทของผู้ป่วย แต่จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย หากขาดฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไป การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอาจสมบูรณ์ครบองค์ได้ยาก

## 5. กลไกหรือกระบวนการในการสร้างปฏิสัมพันธ์ของสมาชิก

นอกเหนือจากองค์ประกอบที่ได้กล่าวมาข้างต้น การสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกคืออีกหนึ่งปัจจัยที่จะยึดเหนี่ยวสมาชิกเข้าไว้ด้วยกัน โดยรูปแบบของกลไกหรือกระบวนการควรเป็นลักษณะของการแลกเปลี่ยนแบ่งปันมากกว่าที่จะมีผู้ให้หรือผู้รับฝ่ายเดียว ยกตัวอย่างเช่น การทำกิจกรรมร่วมกันเป็นระยะ การสื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ การประชุม/ปรึกษาหารือในวาระต่างๆ เป็นต้น

กิจกรรมที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสร้างปฏิสัมพันธ์ ควรมีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ แบบออนไลน์ (ผ่านสื่อสังคมออนไลน์) และออฟไลน์ (การนัดหมายพบปะกัน) ยกตัวอย่างเช่น การสร้างกลุ่มในสื่อสังคมออนไลน์ รวบรวมสมาชิกที่มีความคิดเห็นในแนวทางเดียวกัน แลกเปลี่ยนความคิด/ประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วยเป็นมะเร็ง จนเกิดความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม นำไปสู่การนัดหมายเพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน โดยกิจกรรมอาจจะเป็นการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การเยียวยาบาดแผลในจิตใจ หรือการทำกิจกรรมการกุศลเพื่อสังคม เป็นต้น

## แนวทางในการสร้างความร่วมมือ

แนวทางในการสร้างความร่วมมือนี้ว่าด้วยเรื่องแนวคิดหรือวิธีการที่ใช้ในการสร้างความร่วมมือ ซึ่งเป็นความร่วมมือด้วยความสมัครใจ มีกระบวนการสนับสนุนและเอื้ออำนวยให้สมาชิกของชุมชนเกื้อกูลกันฉันท์มิตร เนื่องจาก ชุมชนต้องการความร่วมมือของสมาชิกที่มีความแตกต่างหลากหลาย เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร บทเรียน/ประสบการณ์ ทรัพยากร และความช่วยเหลือต่างๆ ที่จะเอื้อประโยชน์ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเป็นไปอย่างราบรื่นและบรรลุเป้าหมายตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด

อย่างไรก็ตาม แนวทางที่ได้นำเสนอในหัวข้อนี้ เป็นเพียงการนำเสนอแนวคิดเพื่อให้ผู้อ่านนำไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทชุมชนของตนเอง

## 1. การประกาศเจตนารมณ์ผ่านสื่อ

สื่อ นับว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างการรับรู้และเปิดประตูสู่การสร้างความร่วมมือได้อย่างกว้างขวางและทรงพลัง ทุกวันนี้ผู้คนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ด้วยตัวเองแบบเรียลไทม์ ผู้ส่งสารสามารถส่งข้อมูลและปฏิสัมพันธ์กับผู้รับสารได้โดยตรง เป็นการสื่อสารแบบ 2 ทาง ดังนั้น การสื่อสารแนวคิดของบุคคลหรือชุมชนจึงสามารถทำได้โดยง่าย และสร้างผลกระทบในวงกว้างได้อย่างรวดเร็ว

สื่อที่ค่อนข้างมีประสิทธิภาพและมีอิทธิพลในชีวิตของคนในยุคนี้ คือ สื่อสังคมออนไลน์ ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของเฟซบุ๊ก ไลน์ อินสตาแกรม ทวิตเตอร์ หรือเว็บไซต์ ซึ่งสามารถสื่อสารประชาสัมพันธ์แนวคิดหรือกิจกรรมที่ส่งตรงถึงผู้รับได้อย่างรวดเร็ว ผู้รับจากทั่วโลกที่สามารถเข้าถึงข้อมูล สามารถพิจารณาและตัดสินใจเข้าร่วมเป็นสมาชิกของชุมชนได้ด้วยตัวเอง

รูปแบบการก่อตั้งชุมชนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ที่ขยายตัวอย่างแพร่หลายมี 2 รูปแบบ คือ กลุ่มเฟซบุ๊กและกลุ่มไลน์ โดยสมาชิกในกลุ่มสามารถอยู่ต่างสถานที่กันได้ สมาชิกสามารถเข้าถึงข้อมูลในเวลาใดก็ได้ และสามารถแสดงความคิดเห็นได้โดยตรง

นอกจากนั้น สื่อสังคมออนไลน์ ยังช่วยในการค้นหาบุคคล/กลุ่มที่มีความสนใจในทิศทางเดียวกัน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แบ่งปันทรัพยากร หรือความช่วยเหลือได้โดยตรง

อย่างไรก็ตาม แม้การสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์จะมีประสิทธิภาพในการขยายพื้นที่การสื่อสารในวงกว้างและรวดเร็ว แต่ยังมีข้อจำกัดบางประการ เช่น เป็นพื้นที่ของชุมชนเสมือนจริง ไม่สามารถสัมผัสจับต้องได้ในทางกายภาพ มีความเสี่ยงให้การที่จะเข้าถึงข้อมูลเท็จ/การล่อลวง และสมาชิกขาดการปฏิสัมพันธ์โดยตรง ทำให้เกิดความผูกพันน้อย จึงจำเป็นต้องมีกระบวนการอื่นๆ เข้ามาเสริม เช่น การนัดหมายเพื่อทำกิจกรรมร่วมกันแบบออฟไลน์ เป็นต้น ซึ่งจะได้กล่าวถึงตัวอย่างกิจกรรมออฟไลน์ในหัวข้อถัดไป

## 2. การสร้างความร่วมมือจากงาน/กิจกรรมที่มีอยู่แล้ว

กิจกรรมที่มีการจัดงานอยู่แล้ว ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่มีลักษณะเป็น

งานประจำปี หรือมีการกำหนดช่วงเวลาจัดงานล่วงหน้าชัดเจน มีเนื้อหา และกิจกรรมที่ออกแบบไว้แล้ว ชุมชนสามารถประสานความร่วมมือกับผู้จัดงาน เพื่อนำเสนอเนื้อหาและกิจกรรมที่สอดคล้องกับแนวทางการจัดงาน เช่น วันระลึก ทหารผ่านศึก วันครอบครัว วันขึ้นปีใหม่ วันครบรอบการเสียชีวิต/มรณภาพ/เสด็จ สวรรคตของบุคคลสำคัญ งานนิทรรศการ เวทีสาธารณะ และเวทีประชุมวิชาการ ประจำปี เป็นต้น โดยเนื้อหาหรือกิจกรรมในการจัดงาน ไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยตรง อาจจะเป็นเนื้อหาที่เกี่ยวกับความปรารถนา ก่อนตาย การเตรียมทำพินัยกรรมชีวิต การดูแลครอบครัวญาติมิตรหลังการสูญเสีย การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

นอกจากนี้ ในบริบทต่างประเทศยังมีกิจกรรมอื่นๆ ที่สามารถใช้เป็นวาระ ในการนำเสนอเนื้อหาดังกล่าวได้ เช่น คืนไร้สาระ (Trivial Pursuit Night) วันรำลึก ทหารผ่านศึก (Annual Veteran's Remembrance Day) ชมรมหนังสือ ('Volumes of Compassion' Book Club) เวทีแลกเปลี่ยนบทเรียน "บ้านพี่เมืองน้อง" (Local 'Sister City' Exchange) เป็นต้น โอกาสต่างๆ เหล่านี้ เป็นเวทีที่จะใช้นำเสนอเรื่องราวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เรื่องราวเกี่ยวกับความตาย/การเตรียมตัวตาย รวมถึง การดูแลเยียวยาความรู้สึกหลังการสูญเสีย เพื่อให้สมาชิกในชุมชน/สังคมได้ตระหนัก ถึงการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะถึงวาระสุดท้าย รวมถึงการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

### 3. การสร้างความร่วมมือจากงาน/กิจกรรมใหม่ๆ

งานหรือกิจกรรมประจำปีที่มีประเด็นเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือ เกี่ยวกับความตายยังไม่ค่อยมีความแพร่หลายในสังคมไทยแม้กระทั่งงานที่เกี่ยวกับการรำลึกถึงการเสียชีวิตของบุคคลสำคัญ หรืองานเวทีสาธารณะต่างๆ ก็ยังมีน้อย ดังนั้น เพื่อให้เกิดงาน/กิจกรรมที่ตรงตามความต้องการของชุมชนมากที่สุด ทั้งในแง่ของเนื้อหา รูปแบบกิจกรรม กลุ่มเป้าหมาย และช่วงเวลา การจัดงานหรือกิจกรรมขึ้นมาเอง จึงตอบโจทย์มากกว่า

อย่างไรก็ตาม การจัดงาน/กิจกรรมขึ้นมาได้นั้น ต้องอาศัยปัจจัยสนับสนุนหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นคณะทำงาน การออกแบบกิจกรรมที่น่าสนใจและตอบ

โจทย์เป้าหมาย วันเวลา สถานที่จัดงาน และผู้เข้าร่วมงาน ยกตัวอย่างกิจกรรมใหม่ๆ ที่จัดขึ้นมาโดยเฉพาะ เช่น กิจกรรมเดิน-วิ่งเพื่อผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เวทีเสวนา สาธารณะเรื่องความกรุณาและการสูญเสีย (Public Forum on Compassion and Loss) การจัดกิจกรรม/นิทรรศการศิลปะ “ความตายออกแบบได้” หรือการจัดอบรมเรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนตาย เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมหรืองานต่างๆ เหล่านี้เท่ากับเป็นการเปิดพื้นที่ให้กลุ่มเป้าหมายที่มีความสนใจหรือประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องมาเข้าร่วม และสามารถนำไปสู่การสร้างความร่วมมือหรือการรวมตัวเป็นชุมชนที่ขยายใหญ่ขึ้น

#### 4. เวทีประชุมวางแผนงบประมาณประจำปีของหน่วยงานในท้องถิ่น

หน่วยงานในท้องถิ่น โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชนกรุณา ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว โดยก่อนจะสิ้นปีงบประมาณทุกๆ ปี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีวาระการประชุมเพื่อวางแผนการจัดสรรงบประมาณในหมวดต่างๆ ถือเป็นโอกาสที่กลุ่มหรือชุมชนจะได้นำเสนอโครงการที่อยู่ในขอบเขตที่หน่วยงานสามารถให้การสนับสนุนได้ ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนด้านงบประมาณ บุคลากร วัสดุ อุปกรณ์ อาคารสถานที่ หรือยานพาหนะ

#### 5. นโยบายจากหน่วยงานส่วนกลาง

การประกาศนโยบายจากส่วนกลางค่อนข้างมีผลต่อการสร้างความร่วมมือในระดับองค์กร โดยการปฏิบัติงานของชุมชนที่เกี่ยวข้องกัน จะได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานหรือองค์กรที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง เช่น นโยบายเรื่องการผลักดันให้ทุกโรงพยาบาลชุมชนมีหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative Care Unit) อย่างเป็นทางการ โดยมีการเชื่อมต่อความร่วมมือกับหน่วยงานในชุมชนอย่างเป็นระบบ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เมื่อมีการประกาศเป็นนโยบายชัดเจน การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องจะได้รับการสนับสนุนอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น การศึกษา นโยบายจากส่วนกลางที่สนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่ม/ชุมชน ก็จะเอื้อให้การดำเนินงานได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องโดยตรง

อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชนด้วยเงื่อนไขของนโยบายดังกล่าว มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะชะงักงัน ขาดความต่อเนื่อง เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับนโยบาย หรืออีกสาเหตุหนึ่งที่อาจเกิดขึ้นได้คือ ผู้ปฏิบัติงานทำตามหน้าที่ โดยไม่เห็นความสำคัญหรือไม่ได้ทุ่มเททำด้วยความสมัครใจ ซึ่งเป็นองค์ประกอบข้อหนึ่งของการสร้างความร่วมมือให้เกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง

## บทสรุป

การสร้างความร่วมมือระหว่างสมาชิกในชุมชนกรุณาที่มีความแตกต่างหลากหลาย รวมถึงหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง มีความสำคัญและจำเป็นในการขับเคลื่อนงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งก็คือ การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมครบทั้ง 4 มิติจนกระทั่งเสียชีวิตอย่างสงบ มีโอกาสในการเตรียมตัว เตรียมใจ และจัดการสิ่งค้างคา รวมถึงการเตรียมตัวญาติมิตรแวดล้อมให้พร้อมเผชิญการสูญเสีย ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังจากสูญเสีย หรือกระทั่งการเตรียมความพร้อมของบุคคลทั่วไปในการตระหนักถึงความตาย ไม่ประมาทในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเป้าหมายของแต่ละชุมชนจะเน้นหรือครอบคลุมถึงประเด็นใดสิ่งสำคัญในการรวมตัวของบุคคลขึ้นมาเป็นกลุ่มหรือชุมชน คือ การมองเห็นเป้าหมายเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งไม่จำเป็นที่จะต้องมีความผลักดันหรือที่มาของการเข้าร่วมชุมชนที่เหมือนกันก็ได้ แต่ทุกฝ่ายควรมองเห็นเป้าหมายร่วม มองเห็นผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน และมีความรู้สึกถึงการเป็นเจ้าของร่วม นอกจากนี้ การมีกระบวนการเพื่อเปิดพื้นที่ให้สมาชิกในชุมชนได้ปฏิสัมพันธ์หรือลงมือทำกิจกรรมที่สร้างสรรค์ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการมีรูปแบบความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการ มีความเป็นกันเอง หรือมีพื้นที่ปลอดภัย สมาชิกมีพื้นที่ในการใช้ความรู้ความสามารถของตนเองสนับสนุนกิจกรรมของชุมชน ในขณะเดียวกันก็มีโอกาสในการพัฒนาความรู้/ความสามารถ/จิตใจของตนเอง รวมถึงการมีเครื่องมือหรือช่องทางในการสื่อสารที่เข้าถึงได้ง่ายและสอดคล้องกับบริบทชีวิต ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น ถือเป็นปัจจัยภายในเชิงคุณภาพซึ่งมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนชุมชนอย่างมีพลัง

อย่างไรก็ตาม ปัจจัยภายนอกก็เป็นส่วนสำคัญของการดำรงอยู่ของชุมชนด้วยเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นอย่างเพียงพอ ซึ่งหากสมาชิกภายในชุมชนไม่สามารถสนับสนุนปัจจัยเหล่านี้ได้ การประสานความร่วมมือกับบุคคลหรือหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องก็มีความจำเป็น ไม่ว่าจะเป็นการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ หรือองค์กรเอกชน ในลักษณะของภาคีเครือข่ายหรือหุ้นส่วนของชุมชน

ท้ายที่สุดที่ยังไม่มีการกล่าวถึง คือ บทบาทของสมาชิกในชุมชน ซึ่งแม้จะมีการกำหนดรูปแบบความสัมพันธ์ว่าเป็นแบบแนวระนาบ ทุกคนมีสิทธิอำนาจเท่าเทียมกัน แต่ในความเป็นจริง การขับเคลื่อนชุมชนอย่างมีพลวัตได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยการทำงานของบุคคลหรือกลุ่มคนที่เป็นผู้นำ/แกนนำจำนวนหนึ่ง ในการขับเคลื่อนงานของชุมชน โดยเป็นบุคคล/กลุ่มบุคคลที่ได้รับการยอมรับจากสมาชิกให้เป็นตัวแทนในการบริหารจัดการชุมชน รวมถึงเป็นสื่อกลางที่คอยเชื่อมโยงความร่วมมือจากสมาชิกและหน่วยงาน/องค์กรเพื่อให้ชุมชนบรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้

#### แหล่งข้อมูลอ้างอิง :

ภาษาไทย

การสร้างเครือข่าย (Networking). [cited 2019 Feb.5]. Available from:

[http://www.ped.si.mahidol.ac.th/site\\_data/mykku\\_med/701000019/Networking.doc](http://www.ped.si.mahidol.ac.th/site_data/mykku_med/701000019/Networking.doc)

ภาษาอังกฤษ

Kellehear, Allan. Compassionate Cities: Public health and end-of-life care. New York: Routledge; 2005.

Murray Hall Community Trust. (2013) An Overview of Compassionate Communities in England. [cited 2019 Feb.5]. Available from: [http://www.compassionatecommunities.org.uk/files/PDF/CC\\_Report\\_Final\\_July\\_2013-2.pdf](http://www.compassionatecommunities.org.uk/files/PDF/CC_Report_Final_July_2013-2.pdf).

ข้อเสนอเชิงนโยบาย  
เพื่อการพัฒนาชุมชนกรูณา

ศรินธร รัตน์เจริญจร

นโยบายที่จะประกาศใช้สำหรับดำเนินการชุมชนกรุณา ควรให้ความสำคัญกับชุมชนท้องถิ่นในการสำรวจปัญหาและความต้องการจำเป็นของแต่ละชุมชน เพื่อให้ครอบคลุมก่อนเริ่มดำเนินการและเพื่อให้ชุมชนมีความพร้อมที่จะเริ่มเปลี่ยนแปลง

นโยบายชุมชนกรุณาก็เช่นเดียวกับเมืองสุขภาวะ ที่ต้องคำนึงถึงบริบทความเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เป็นพลวัต ซึ่งขึ้นอยู่กับสถานการณ์ความตายและการสูญเสียที่กำลังเกิดขึ้นขณะนั้นด้วย

ในที่นี้จะเสนอนโยบายหลักทั้งหมด 9 ข้อ (และแต่ละข้อจะเสนอนโยบายเชิงปฏิบัติย่อยอย่างเป็นรูปธรรมในหัวข้อถัดไป) ดังนี้

1. นโยบายสุขภาพระดับท้องถิ่นควรตระหนักว่า “ความกรุณา” เป็นพื้นฐานความคิดของชุมชน
2. ค้นหาความต้องการจำเป็นเฉพาะของผู้สูงอายุวัย หรือผู้สูงอายุที่มีชีวิตอยู่หลังการสูญเสีย
3. คำนึงถึงความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรม
4. แผนและนโยบายขององค์กรท้องถิ่นควรเพิ่มเติมประเด็นเรื่องการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลความสูญเสียเข้าไปด้วย
5. สนับสนุนให้ชุมชนมีประสบการณ์ร่วม เข้าถึงกิจกรรมที่แตกต่างหลากหลายในเรื่องความตายและการสูญเสีย
6. ผลักดันให้เกิดความรู้สึกร่วมต่อการสูญเสียในชุมชน และต่างชุมชน
7. จัดให้การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลความสูญเสียสามารถเข้าถึงและรับบริการได้ง่าย
8. ตระหนักถึงคนทุกกลุ่มในชุมชน ให้ครอบคลุมและหลากหลาย ซึ่งรวมถึงคนไร้บ้าน
9. ให้ความสำคัญกับความเชื่อ เรื่องเล่า ประเพณีของชุมชนท้องถิ่น



## ข้อเสนอเชิงปฏิบัติสำหรับนโยบาย

### 1. นโยบายสุขภาพพระดับท้องถิ่นควรตระหนักว่า “ความกรุณา” เป็นพื้นฐานความคิดของชุมชน

1.1. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ความรู้ที่เชื่อมโยงระหว่างสุขภาพและความกรุณา โดยเปิดพื้นที่ให้มีการถกเถียงอภิปรายกันภายในชุมชนว่า สุขภาพคืออะไร ความกรุณาคืออะไร ให้ชุมชนเป็นผู้ให้คุณค่าและความหมายต่อเรื่องเหล่านี้ อาจมีการพูดถึงเรื่องบริการสาธารณสุขในยุคปัจจุบันเพื่อจะได้มีข้อมูลในการพัฒนานโยบาย

ในวงอภิปรายนี้จะสะท้อนเกี่ยวกับความตายและการสูญเสียในชุมชนว่ามีรูปแบบอย่างไร มีการรำลึกอย่างไร พิธีศพเป็นอย่างไร นอกจากนี้อาจจะถกเถียงเรื่องบทบาทความกรุณาที่เป็นอยู่ในชุมชนปัจจุบัน ซึ่งจะช่วยบอกได้ว่าชุมชนต้องการอะไรบ้าง

ประเด็นสำคัญคือการพูดคุยถึงความกรุณาและสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องถึงความตาย การสูญเสีย ในบริบทที่เกี่ยวข้องการเปลี่ยนแปลงของช่วงชีวิต คือตั้งแต่เริ่มจนจบ ซึ่งจะทำให้เรารู้ว่า ชุมชนแบบไหนที่เราอยากอยู่ เราคาดหวังอะไรบ้างเมื่อต้องเผชิญความตายและความสูญเสีย หรือกรณีที่เกิดกับคนที่เรารัก ทั้งหมดนี้จะช่วยให้ออกแบบชุมชนกรุณาได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น

1.2. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ความกรุณาอยู่ในโรงเรียน ที่ทำงาน และพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุ แต่ละพื้นที่ดังกล่าวเป็นพื้นที่นอกเหนือจากบ้าน แต่ละพื้นที่มีศักยภาพและบทบาทในเรื่องความกรุณาที่ต้องร่วมกันกำหนด และแน่นอนว่าแต่ละพื้นที่ก็มีความต้องการเฉพาะ

พื้นที่เหล่านี้ควรมีการฝึกเจ้าหน้าที่เพื่อคอยรับมือสถานการณ์การสูญเสียที่เกิดอย่างกะทันหัน ควรสร้างเครือข่ายความร่วมมือเพื่อรับมือ หรือสร้างระบบเพื่อนคู่คิด (Buddy) โปรแกรมให้ความเห็น หรือการรับมือโดยเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์มาก่อน

ที่สำคัญทางเลือกในการปฏิบัติหรือแนวคิดต่างๆ ที่น่าสนใจของพื้นที่แต่ละแห่งควรได้รับการบันทึกไว้ เพื่อที่จะสามารถปรับได้ ส่งต่อให้คนรุ่นต่อไป

นอกจากนี้ยังทำให้ทุกคนได้แชร์ความคิดเห็นกัน และทุกคนได้เห็นนโยบายที่เป็น  
รูปธรรม

1.3. สนับสนุนการส่งเสริมป้องกันสุขภาพให้สื่อสารเรื่องความตายและการ  
สูญเสีย แม้ว่าเมืองสุขภาพและหลายชุมชนจะไม่ได้ออกแบบเรื่องนี้ไว้ แต่การส่งเสริม  
ป้องกันสุขภาพย่อมตระหนักถึงเรื่องความตายอยู่แล้วเป็นธรรมดา ซึ่งชุมชนจะเข้าใจ  
ทั้งความเจ็บป่วยและความตายที่เกิดขึ้นในชุมชน ชุมชนที่มีความตระหนักในเรื่องนี้  
ก็จะเป็นชุมชนที่ช่วยเหลือซึ่งกัน และแต่ละชุมชนจะเข้าใจความสำคัญของสุขภาพได้  
จากความตายและการสูญเสียสมาชิกในชุมชน

นอกจากนี้ควรสื่อสารความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจาก  
ความตายและการสูญเสีย ทั้งผลกระทบต่อบุคคลและชุมชน ประสบการณ์ของ  
ผู้สูญเสียจะส่งผลเชื่อมโยงไปยังผู้อื่นและชุมชน มันจะช่วยให้เราเรียนรู้เส้นทาง  
การดำเนินชีวิตของแต่ละคน และเรียนรู้ว่าชีวิตมนุษย์นั้นเปราะบาง

สุดท้าย องค์กรท้องถิ่นควรมีนโยบายเกี่ยวกับความตายและการสูญเสีย  
โดยทั่วไปนโยบายท้องถิ่นจะมีเรื่องภัยพิบัติและการรับมือสถานการณ์ฉุกเฉิน  
หรือนโยบายสาธารณสุขอยู่แล้ว ส่วนเรื่องความตายและการสูญเสียก็ควรมีนโยบาย  
ครอบคลุมถึงด้วย ซึ่งเรื่องนี้เรารู้ว่าไม่สามารถควบคุมได้ทุกอย่าง แต่เมื่อเกิดการตายขึ้น  
ประสบการณ์ต่างๆ จะเกี่ยวเนื่องกับเรื่องสุขภาพ ความสามารถในการรับมือ  
และมาตรวัดในการดูแลและฟื้นฟูชุมชน เป็นการพัฒนาที่ดึงทุกภาคส่วนเข้ามา ขึ้นอยู่  
กับกระบวนการจะเข้มข้นและมีความเป็นไปได้ในการพัฒนานโยบายอย่างไร  
ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างไร ท่ามกลางการตายและความสูญเสียที่เกิดขึ้นตลอดเวลา  
ในชุมชน

## **2. ค้นหาความต้องการเฉพาะที่จำเป็นของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุป่วยหนัก และผู้สูงอายุ ที่มีชีวิตอยู่หลังการสูญเสีย**

2.1. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนตระหนักถึงความต้องการเฉพาะ  
ของผู้สูงอายุ โดยชุมชนควรคำนึงถึงความต้องการเชิงสังคม อาจจะต้องทบทวนถึง  
รูปแบบที่พักของผู้สูงอายุโดยให้พวกเขาได้ใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านเป็นปกติได้นานเท่าที่  
พวกเขาต้องการ ให้ความดูแลทางการแพทย์ จัดสรรทางการเงิน และอาจจัดให้มี

การเยี่ยมบ้านโดยกลุ่มเด็กนักเรียนในชุมชน

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย อาจช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือเป็นโรคเรื้อรัง แต่ไม่ควรกำหนดให้เป็นเพียง “คนไข้” แต่ยังคงให้เป็นสมาชิกของชุมชนที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ผู้สูงอายุยังคงมีความสัมพันธ์กับชุมชน มีเพื่อน ครอบครัว สัตว์เลี้ยง ไม่ควรกันผู้สูงอายุออกไปจากชุมชนแต่ควรยืดหยุ่นให้มีการเยี่ยมเยียนกันให้ทำงานที่รัก หรืออยู่กับสัตว์เลี้ยงของพวกเขาได้

นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มผู้สูงอายุเจ็บป่วยที่ดำเนินชีวิตอยู่หลังความสูญเสีย ชุมชนจะตระหนักถึงคนกลุ่มนี้ว่าน่าสงสาร แต่สิ่งสำคัญคือ เราจะได้เรียนรู้ว่าแต่ละวันที่ผ่านเข้ามาในช่วงหลังความสูญเสียมีทั้งเรื่องดีและไม่ดี มีอะไรที่เป็นประโยชน์ และให้ความช่วยเหลือได้บ้างในการช่วยให้ผู้สูงอายุใช้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่า

2.2. มองหาด้านบวกของผู้สูงอายุ ความเจ็บป่วยและการสูญเสีย โดยการค้นหาความต้องการของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือสูญเสียนั้นไม่จำเป็นที่จะมีแต่ด้านลบ ชุมชนจะเห็นว่าการได้เข้าใจและเรียนรู้ความตายและการสูญเสียจะช่วยให้การดูแลเชิงสังคมทำได้

แม้ว่าจะมีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่สุขภาพไม่ดีมีภาวะฟุ้งฟิง แต่ส่วนใหญ่สามารถพึ่งพาตนเองได้ แม้จะเจ็บป่วยแต่ก็ยังมีความคิดความอ่าน มีคุณค่า และมีความสำคัญสำหรับชุมชน ประสบการณ์และความเชี่ยวชาญต่างๆ ของผู้สูงอายุ มีประโยชน์ต่อหลายภาคส่วนในชุมชน

สำหรับผู้ป่วยหนักเอง ก็ต้องเผชิญความเจ็บปวดทรมาน ซึ่งประสบการณ์เหล่านั้น หากนำมาคิดใหม่ก็จะสามารถเป็นบทเรียนให้ผู้อื่นได้เรียนรู้และเข้าใจ ยิ่งคนที่กลัวก็จะได้เรียนรู้มากขึ้น นอกจากนี้ประสบการณ์ต่างๆ อาจนำมาซึ่งนวัตกรรมที่ไม่คาดคิดมาก่อน ความตายที่เกิดขึ้นอาจเป็นโอกาสให้เกิดบทเพลง งานศิลปะ บทกวี หรือเรื่องราวที่เป็นประโยชน์ต่อผู้คน

ความสูญเสียก็เช่นกัน นำมาซึ่งความเศร้าเสียใจ แต่ก็มีผู้คนมากมายที่แปรเปลี่ยนความเศร้าจากการเสียเพื่อนหรือญาติพี่น้อง มาจัดตั้งมูลนิธิ จัดงานการกุศลให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อื่น ซึ่งเป็นหนทางที่เรายังคงระลึกและสัมพันธ์กับผู้ล่วงลับได้ในวิถีทางใหม่ ใช้ความตายเป็นบทเรียนและให้คนตายเป็นแบบอย่างในการใช้ชีวิต

2.3. ส่งเสริมและสนับสนุนบทบาทสื่อมวลชน เนื่องจากความต้องการจำเป็นเฉพาะของผู้สูงอายุและผู้สูญเสีย ควรได้รับการสื่อสารและตอบสนอง โดยชุมชนจะได้รับข้อมูลเหล่านั้นรวมทั้งเข้าใจว่าเป็นข้อมูลที่ค่อนข้างอ่อนไหว แต่เป็นประโยชน์มีคุณค่า ดังนั้นสื่อมวลชนจะต้องมีบทบาทสำคัญในการนำเสนอการไว้อาลัยและการรำลึก

ชุมชนอาจจะเริ่มต้นที่สื่อท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์หรือวิทยุ เพื่อให้มีรายการที่ตระหนักถึงความต้องการของผู้สูงอายุเหล่านั้น รวมถึงตระหนักถึงความเจ็บป่วยและความสูญเสีย โดยสื่ออาจพัฒนาให้มีวันหรือสัปดาห์ที่จะจัดกิจกรรมเพื่อเน้นถึงข้อมูลเหล่านี้ อาจจะเป็นการจัดเทศกาล การใช้โปสเตอร์ หรือสื่อสารแนวคิดเหล่านี้ในการประชุมด้านสาธารณสุขก็ได้

### 3. คำนี้ถึงความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรม

3.1. สนับสนุนให้กฎหมายและนโยบายมีความครอบคลุมไม่เหยียดเชื้อชาติ ทั้งความต่างศาสนา เพศ ชนชั้น ในชุมชนควรมองเห็นความต่างของแต่ละคน เพราะในชุมชนมีทั้งคนที่อยู่อาศัยมาดั้งเดิมและกลุ่มผู้อพยพ การให้บริการสาธารณสุข การดูแลผู้สูงอายุ เจ็บป่วยและสูญเสีย ไม่ควรแตกต่างกัน แม้ว่าพวกเขาจะพูดกันคนละภาษา

บริบทของบริการสาธารณสุขที่เน้นความกรุณา ควรละเว้นความแตกต่างเหล่านี้ แม้ว่าในทางศาสนายังคงกีดกันทางเพศ ทั้งผู้หญิงต่างศาสนา หรือกลุ่มหลากหลายทางเพศ ในที่ทำงานอาจมีการแบ่งชั้นและกีดกันเพศหญิง ซึ่งในทางปฏิบัติประเทศทั่วโลกกำลังดำเนินการไม่ให้มีการแบ่งแยกลักษณะนี้ แต่มันก็ยังคงเกิดขึ้นเป็นธรรมดา ดังนั้นนโยบายชุมชนกรุณาควรคำนึงถึงเรื่องนี้อย่างมาก

ทั้งนี้ การดำเนินนโยบายที่เกี่ยวกับความตายและความสูญเสียควรมีการถกเถียงแลกเปลี่ยนกันถึงความต่างเชิงสังคมที่มีส่วนกำหนดเกี่ยวกับความตายและความสูญเสียในบริบททางสาธารณสุข เพื่อให้เห็นถึงความหลากหลายของความเชื่อ การกระทำที่ต่างกันในแต่ละสังคม วัฒนธรรม

3.2. สนับสนุนสร้างความเข้าใจในความแตกต่างเชิงสังคมวัฒนธรรม และมีหลักสูตรการเรียนการสอน วิธีที่เราตอบสนองต่อความตายและการสูญเสียไม่แยกออก

จากวิธีที่เราเรียนรู้ชีวิตและสังคม ด้วยปัจจัยหลายอย่าง ทั้งความเชื่อทางศาสนา การอพยพย้ายถิ่น การกำหนดชนชั้น หรือแม้แต่สภาพภูมิประเทศที่เราอยู่ ล้วนส่งผลให้เราทำความเข้าใจความตายและการสูญเสียได้แตกต่างกัน อีกนัยหนึ่งตำแหน่งแห่งที่ทางสังคมของเรา มีผลต่อประสบการณ์ ข้อมูลหรือความรู้ของเรา ตัวอย่างเช่น ชุมชนบางแห่งไม่คุ้นเคยกับความตายและการสูญเสีย ขณะที่บางแห่งรู้จักใกล้ชิดเป็นอย่างดี

ทั้งนี้เราไม่อาจเข้าใจความตายและการสูญเสียได้ทั้งหมด แต่ความรู้ในโรงเรียนจะสามารถฉายภาพประสบการณ์ที่แตกต่างให้เราเข้าใจได้ หลักสูตรในโรงเรียนควรสอนเรื่องความแตกต่าง รวมถึงความหลากหลายเชิงประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความตายและการสูญเสีย สำหรับการเรียนด้านสาธารณสุขก็เช่นกัน ควรเรียนรู้ความแตกต่างหลากหลายทางสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับความตายและการสูญเสียในชุมชน

3.3. สนับสนุนให้ตระหนักถึงปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมต่อผู้สูงอายุ ผู้ป่วยและผู้สูญเสีย ในแต่ละกลุ่มที่ต่างกัน แม้ว่าชุมชนกรุณาจะเรียนรู้เรื่องความต่างทางสังคมวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่ม ขณะเดียวกันก็ต้องเรียนรู้ว่าภายในกลุ่มเหล่านั้นก็มีความแตกต่างกันออกไปอีก เช่น พ่อแม่ต่างด้าวย่อมแตกต่างจากลูก เด็กๆ สามารถมีวัฒนธรรมการแสดงออกที่ต่างไปจากรุ่นปู่ย่าของเขา หรือแม้กระทั่งกลุ่มเกย์ก็ไม่จำเป็นต้องเหมือนกันทุกคน

การพัฒนาชุมชนกรุณา จึงต้องมีแนวทางปฏิบัติที่คำนึงถึงความต่างเพื่อให้สามารถเข้าถึงและครอบคลุมทุกคน ข้อสำคัญคือการเรียนรู้วัฒนธรรมที่แตกต่างให้การให้คุณค่าและทัศนคติของคนกลุ่มต่างๆ

3.4. คณะกรรมการจัดทำแผนและนโยบายชุมชนกรุณา ควรมีสมาชิกที่ผสมผสานกัน ทั้งผู้เชี่ยวชาญนักวิชาการ และสมาชิกที่มีความหลากหลายเชิงวัฒนธรรม วิธีที่จะเรียนรู้ผู้อื่น (ซึ่งต่างจากเรา) คือการทำงานร่วมกัน ดังนั้นคณะกรรมการที่จะพัฒนาชุมชนกรุณาควรมาจากสมาชิกที่หลากหลายในชุมชน แม้ว่าบางชุมชนจะมีขนาดใหญ่ ไม่สามารถครอบคลุมสมาชิกที่แตกต่างได้ทุกกลุ่ม แต่ในการพัฒนานโยบายและแนวทางการทำงานเพื่อให้ได้รับการสนับสนุน อาจเลือกที่จะตั้งเป็น

คณะกรรมการเพิ่มเติม เพราะเครือข่ายกลุ่มเกย์และเลสเบี้ยนย่อมมีความต้องการ เฉพาะเรื่องความตายและการสูญเสีย รวมทั้งกลุ่มชาติพันธุ์หรือผู้ใช้แรงงานก็เช่นกัน

#### **4. แผนและนโยบายขององค์กรท้องถิ่นควรเพิ่มเติมเรื่องการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลความสูญเสียเข้าไปด้วย**

4.1. คณะกรรมการในการพัฒนาแผน นโยบาย ควรมีส่วนร่วมที่มาจากหน่วยดูแลแบบประคับประคองและผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากมีประสบการณ์ตรงในการดูแล ซึ่งควรมีทั้งผู้เชี่ยวชาญที่ดูแลผู้ป่วย มีประสบการณ์ดูแลญาติที่สูญเสีย หรือแม้กระทั่งการดูแลกรณีเสียชีวิตกะทันหัน เช่น ฆ่าตัวตาย หรืออุบัติเหตุซึ่งข้อมูลจากประสบการณ์ จะช่วยในวางแผนและกำหนดนโยบาย

นอกจากนี้ อาจมีกรรมการที่มาจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านบริการสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญจากกลุ่มวิชาการ รวมทั้งอาจเพิ่มผู้เชี่ยวชาญด้านอื่นที่เกี่ยวข้องกับความสูญเสีย เช่น มีประสบการณ์มาจากครอบครัวหย่าร้าง เป็นต้น

4.2. คณะกรรมการฯ ควรมีสมาชิกที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วย และผู้สูญเสีย ในที่นี้เป็นกลุ่มผู้ที่มีประสบการณ์ที่ไม่ใช่เครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ หรือกลุ่มบุคลากรสุขภาพ แต่เป็นคนที่มีประสบการณ์จริง ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็นกลุ่มผู้บริโภค ที่ต่างมีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายและการสูญเสียเป็นของตนเอง แตกต่างกันไป

4.3. ให้ความสำคัญกับความตายและการสูญเสียที่เกิดในชุมชนเพื่อพัฒนานโยบายท้องถิ่น ดังที่กล่าวไว้ในข้อ 1.3 ที่การพัฒนานโยบายจะต้องให้ความสำคัญกับความต้องการของชุมชน อาจจะเริ่มต้นด้วยการเก็บข้อมูลชุมชนด้วยการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ เน้นการมีส่วนร่วมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง

เมื่อท้องถิ่นรู้ความต้องการของชุมชนก็จะแบ่งความรับผิดชอบในการทำงานแต่ละส่วนและจัดบริการให้ตรงตามความต้องการ ทั้งนี้ความต้องการของชุมชนในเรื่องอื่น เช่น การศึกษาระดับท้องถิ่น ข้อมูล ทรัพยากรสำคัญ การเงิน ก็ต้องได้รับการค้นหาเพื่อนำมาพัฒนานโยบายเช่นกัน

ข้อสำคัญ การนำข้อมูลประสบการณ์ความตายและการสูญเสียมาพัฒนานโยบาย จะต้องนำมาทั้งด้านบวกและด้านลบ ผู้คนต้องการวิธีดูแลหรือบริการ

เชิงบวกด้วย ข้อมูลและประสบการณ์ด้านดีเกี่ยวกับความตายจึงสำคัญ

## 5. สนับสนุนให้ชุมชนมีประสบการณ์ร่วม และเข้าถึงกิจกรรมที่แตกต่างหลากหลายในเรื่องความตายและการสูญเสีย

5.1. ส่งเสริมให้สื่อมวลชนนำเสนอเรื่องราวความตายและการสูญเสีย โดยเปรียบเทียบให้เห็นภาพ แม้ว่าเรื่องราวผ่านประสบการณ์เหล่านี้จะถูกนำเสนอผ่านสื่อต่างๆ ก็ตาม แต่ยังคงกระจัดกระจาย ไม่ได้ถูกจัดให้เป็นเรื่องราวหรือข่าวที่นำเสนอเป็นประจำ อย่างเช่น ข่าวกีฬา ทั้งที่ความตายก็เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต อาจมีทั้งมุมขบขัน บันดาลใจ ผจญภัย หรือน่าตื่นเต้น

ประเด็นสำคัญคือนำเสนอมุมที่ต่างในประสบการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การฆ่าตัวตายจากการเป็นโรคร้ายที่รักษาไม่ได้ ซึ่งจะมีผลต่อคนที่ยังอยู่ การมีชีวิตอยู่กับโรคเมเร็ง การสูญเสียคนรักจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ เป็นต้น เรื่องราวหรือข่าวที่ชุมชนได้เห็นจะทำให้ความกรุ่นต่อความตายและการสูญเสียกลายเป็นชุดความรู้ที่จะมีผลเชิงความรู้สึกและกระทบเชิงสังคม เพื่อให้การปฏิบัติต่อกัน (ด้วยความกรุ่น) ขยายกว้างออกไป

5.2. สนับสนุนระบบอาสาสมัครเพื่อการดูแล อาสาสมัครเป็นระบบที่เราคุ้นเคยกันดี แต่อาจจะเห็นในงานการกุศลต่างๆ ในที่นี้ควรพัฒนาเป็นเครือข่ายอาสาสมัครที่มีประสบการณ์ร่วมกันเพื่อการดูแลอย่างเข้าใจ อาจเป็นกลุ่มพ่อแม่ที่ลูกถูกละเมิดหรือครอบครัวของคนที่ฆ่าตัวตาย กลุ่มอาการผิดปกติทางจิต เป็นต้น

ศูนย์ดูแลผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมักต้องการอาสาสมัครช่วยและที่สำคัญการเยี่ยมเยียนจากเพื่อนอาสาในชุมชน การนำสัตว์เลี้ยงมาเล่นด้วยจะเป็นผลดีกับผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่ชอบ รวมถึงผู้สูงอายุยังต้องการอาสาสมัครอ่านหนังสือให้ฟัง เพราะสายตาไม่ดีอีกด้วย

ระบบอาสาสมัครจะมีส่วนช่วยสำคัญสำหรับผู้ที่ไม่รู้จะอย่างไรในช่วงสุดท้ายของชีวิต และอาสาสมัครยังมีส่วนสำคัญในระบบส่งเสริมสุขภาพ พวกเขาเป็นที่รู้จักในชุมชน มีส่วนช่วยขับเคลื่อนชุมชน ดังนั้น อาสาสมัครจะเป็นส่วนสำคัญของนโยบายชุมชนกรุ่น

5.3. สนับสนุนให้มีโครงการพิเศษเชิงสังคมกับผู้สูงอายุ อาสาสมัครมีโอกาส

ให้การดูแลผู้สูงอายุ ในทางกลับกันผู้สูงอายุเองก็ยังคงต้องการทำประโยชน์ต่อชุมชน โดยเฉพาะประสบการณ์และความเชี่ยวชาญของผู้สูงอายุนั้นมีประโยชน์

นอกจากโอกาสพิเศษต่างๆ ที่จะเชิญผู้สูงอายุมาให้ความรู้แล้ว ในสถานที่ทำงานหรือในโรงเรียนก็สามารถจัดบริการแบบนี้ได้ โดยอาจจัดทำเป็นโครงการ เช่น โรงเรียนหรือบริษัทที่เชิญผู้สูงอายุไปจัดให้มีรถมาบริการรับส่ง เป็นต้น นอกจากนี้ความรู้ ข้อมูล เกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือโรคภัยแล้ว ผู้สูงอายุยังมีประสบการณ์อื่นในชีวิต ที่ควรได้รับการถ่ายทอด ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อคนรุ่นอื่นทั้งวัยทำงานและวัยเรียน รวมทั้งเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุเองคือทำให้ตนเองยังมีคุณค่าและยังมีความสัมพันธ์กับสังคม มีกิจกรรมร่วมในชุมชน

## 6. ผลักดันและสนับสนุนให้เกิดความรู้สึกร่วมต่อการสูญเสียในชุมชน และต่างชุมชน

6.1. สนับสนุนให้เกิดความรู้สึกร่วมและความสามัคคีไว้ในนโยบายทั้งระดับชาติและท้องถิ่น ในสังคมอุตสาหกรรมสมัยใหม่ มักมีประสบการณ์ต้องผ่านการต่อสู้ และสูญเสีย เช่น ออสเตรเลีย อเมริกา แคนาดา ญี่ปุ่น ออฟริกา และมาเลเซีย ซึ่งในบางประเทศมีนโยบายนี้เพื่อเยียวยาบาดแผลที่พวกเขาสร้างกันขึ้นมาเอง

อย่างไรก็ดี รัฐบาลกลางออสเตรเลียไม่ได้ยอมรับให้มีวันให้อภัยแห่งชาติ เพราะมองว่าชุมชนเล็กๆ หลายแห่งในชนบทยังคงมีปัญหาสังคมของแต่ละชุมชนเอง ในอเมริกาก็เช่นเดียวกันที่จำนวนของคนพื้นเมืองที่สูญเสียชีวิตถูกบันทึกไว้ แต่การบันทึกนั้นก็แสดงให้เห็นถึงสภาวะสุขภาพที่แย่มาก อัตราการมีอายุยืนต่ำ รวมทั้งการจ้างงานที่ย่ำแย่และอัตราการเกิดอาชญากรรมด้วย

ข้อสำคัญคือ การไม่ตระหนักถึงชุมชนท้องถิ่นก็เท่ากับการปฏิเสธความสูญเสียที่เกิดในระดับชาติ ขณะทำงานวิจัยสะท้อนว่าการให้คุณค่ากับความสูญเสียไม่สำคัญเท่า การที่เราต้องปฏิสัมพันธ์กับชาวต่างชาติต่างถิ่นในทุกวัน ชุมชนกรรณาเองควรกำหนดจำนวนคนท้องถิ่นให้เข้าร่วมพัฒนานโยบายร่วมกับคนอื่น ๆ ในชุมชน โดยค่อยๆ เริ่มอย่างเป็นขั้นตอนซ้ำๆ

6.2. สนับสนุนให้จัดวันหรือเทศกาลรำลึกถึงผู้เสียชีวิต โดยรวมสมาชิกทุกภาคส่วนเข้าร่วม



ในอดีตการจัดวันรำลึกจะเป็นการฉลองชัยชนะจากสงคราม หรือบางครั้งเป็นวันประกาศอิสรภาพ และถือเป็นวันที่เริ่มต้นการปกครองของชาติ ในบางประเทศจึงเรียกเป็นวันชาติด้วย

สำหรับชุมชนกรุณาจะจัดเป็นวันรำลึกถึงผู้ตาย โดยทุกคนในชุมชนเข้าร่วม ไม่ว่าจะเขาจะเป็นผู้สู้รบในสงครามหรือผู้สูญเสียจากสงครามหรือไม่ก็ได้ เป็นทุกคนในชุมชน ทั้งเด็ก ผู้ใหญ่ทั้งชายหญิง ผู้พิการ อดิษฐ์ต้องขัง เยื่อข่มขืน ฯลฯ

จริงๆ แล้วในวันรำลึกทำให้เห็นว่าทุกฝ่ายย่อมสูญเสีย คนที่มาพร้อมล้วนเป็นผู้สูญเสียรวมถึงศัตรูฝ่ายตรงข้ามด้วย สำหรับวันรำลึกของชาติอาจช่วยเยียวยาแต่ก็แบ่งฝ่าย สำหรับชุมชนกรุณาจะเป็นอีกด้าน คือช่วยเยียวยาและรวมเป็นหนึ่งเดียวกัน วันรำลึกจะมีความสำคัญในการช่วยเยียวยาทุกๆ คนในชุมชน ในวันที่ระลึกถึงผู้จากไปและเชื่อมร้อยผู้คนให้ใกล้ชิดกันมากขึ้น

6.3. สนับสนุนให้มีงานวันรำลึกถึงความตายและการสูญเสียประจำปี งานวันรำลึกประจำปีของประเทศมักเป็นวันสำคัญไม่กัวันที่ได้ระลึกถึงความตายและการสูญเสีย แต่วันเหล่านั้นก็มักผูกติดไปกับเรื่องการเมือง ความเป็นชาติ และความสมานฉันท์ ขณะที่ชุมชนกรุณาอยากให้มีอีกวันเฉพาะที่จะระลึกถึงความตายและการสูญเสียอย่างสงบกำหนดไว้ในนโยบาย วันที่ทุกคนในชุมชนเข้าร่วม คนที่ดูแลทุกด้าน ทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแลแบบประคับประคอง ผู้ดูแลการสูญเสีย

ในวันดังกล่าว ทุกคนที่เคยสูญเสียจะอยู่ในบรรยากาศที่สงบ เพื่อระลึกถึงความสูญเสีย ทั้งการสูญเสียเพื่อนมนุษย์ สรรพสัตว์ การสูญเสียดินแดนหรือวัฒนธรรม และการสูญเสียอื่นๆ ที่ทำให้เกิดความเศร้าและบาดแผลกับชุมชนโดยรวม

กระบวนการแห่งความกรุณาจะใช้วิธีทำให้เกิดแนวคิดว่าความตายและการสูญเสียเป็นประสบการณ์ร่วมสากลที่เกิดได้กับสมาชิกชุมชนทุกคน ดังนั้นนโยบายเชิงสุขภาพและสังคม สิ่งสำคัญของวันรำลึกนี้ไม่ว่าระดับชาติหรือท้องถิ่นจะช่วยให้เราได้ร่วมกันแบ่งปันความโศกเศร้า และเรื่องราวเหล่านั้นก็จะช่วยเยียวยาเราด้วยช่วยให้เราเห็นตนเองในเรื่องราวของผู้คนร่วมชุมชน

## 7. จัดให้การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลความสูญเสียสามารถเข้าถึงและรับบริการได้ง่าย

7.1. สนับสนุนให้มีเบอร์โทรศัพท์สำหรับบริการดูแลแบบประคับประคองเบอร์เดียว เพื่อให้การเข้าถึงบริการเป็นไปได้ง่าย นโยบายควรกำหนดเบอร์โทรศัพท์เป็นเบอร์เดียวเฉพาะสำหรับให้บริการการดูแลแบบประคับประคอง และดูแลการสูญเสียและอาณัติเว็บไซต์ให้บริการด้วย โดยประชาสัมพันธ์เบอร์และเว็บไซต์นั้นในทุกสถานที่ไม่ว่าจะเป็นโรงเรียน วัด ที่ทำงาน สถานีตำรวจ รวมทั้งในที่สาธารณะใหญ่ๆ เช่น สวนสาธารณะ ห้างสรรพสินค้า ร้านค้าต่างๆ

ที่สำคัญคือการพัฒนาบริการที่เข้าถึงได้นี้ให้กว้างขึ้นตามความต้องการของชุมชน เช่น สถานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้บริการเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งไขหรือไม่ว่าและชุมชนมีความต้องการมากกว่านี้หรือไม่ เป็นต้น โดยพิจารณาบริการที่มีอยู่ว่าแคบไปหรือไม่ ควรพัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนอย่างไร เพื่อให้คนในชุมชนรับรู้ว่ามีบริการเหล่านี้สำหรับพวกเขา

7.2. ประชาสัมพันธ์การดูแลแบบประคับประคองในโรงเรียนและสถานที่ทำงาน แม้ว่าบริการการดูแลแบบประคับประคอง เรื่องความตายและการสูญเสียจะเป็นเรื่องที่ไม่ปกติที่เกิดในชุมชน แต่ก็ควรเป็นบริการที่จำเป็นต้องเข้าไปให้ถึงในโรงเรียนและสถานที่ทำงาน โดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งในโรงเรียนและที่ทำงานให้สามารถรับมือกับความเจ็บป่วย ความตายและการสูญเสียที่เกิดขึ้นในสถานที่เหล่านี้ได้ ซึ่งจะเป็นการมีหุ้นส่วนการทำงานร่วมกันระหว่างภาคสาธารณสุขกับส่วนอื่น

### 7.3. ประชาสัมพันธ์ในวงกว้างมากขึ้น

โรงเรียนและที่ทำงานไม่ใช่สถานที่สาธารณะส่วนเดียวที่ต้องรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลประคับประคอง ความตาย และการสูญเสีย ซึ่งเป็นเรื่องธรรมชาติและมีความสำคัญให้บริการ แต่ควรประชาสัมพันธ์ให้กว้างขวางไปยังสมาชิกทุกคนในชุมชน ยกตัวอย่างเช่น เป็นผู้สนับสนุนการจัดงานคอนเสิร์ตในชุมชน โดยไม่จำเป็นต้องสนับสนุนเป็นเงิน แต่ให้เป็นความรู้และข้อมูล คนจัดคอนเสิร์ตเหล่านี้ต้องการสนับสนุนอยู่แล้วเพราะเป็นสวัสดิการของชุมชนเป็นสิทธิของชุมชนเอง

ในบริบทอื่น ก็สามารถประชาสัมพันธ์ได้ เช่น งานการกุศล ที่ศูนย์ข้อมูล

ของชุมชน ในโรงเรียนที่มีจัดงานพิเศษ หรือสมาคมสังสรรค์ต่างๆ ซึ่งการให้ข้อมูลเหล่านี้สามารถปรับให้สนุก มีอารมณ์ขันบ้างก็ได้เพื่อให้สามารถเข้าถึงทั่วทุกคน นโยบายควรจระมองหาคาศีใหม่ๆ ที่ทำทั้งกิจกรรมสังคมและภาคธุรกิจในส่วนองกิจกรรมนอกเหนืองาน

7.4. นำข้อมูลจากการให้บริการมาสื่อสารให้เข้าใจง่าย โดยบริการต่างๆ ทั้งการดูแลแบบประคับประคอง ดูแลความสูญเสีย หรือเรื่องความตาย เป็นเรื่องที่พูดคุยกันได้สบายๆ อาจจัดในรายการวิทยุของชุมชนก็ได้ ให้ความรู้ในกรณีต่างๆ เช่น ในโรงเรียน หากมีเพื่อนร่วมชั้นเสียชีวิตกะทันหัน ควรจะทําอย่างไร หรือ เราควรปล่อยให้เพื่อนบ้านสูงอายุยังคงอยู่ในบ้านตนเองได้นานเท่าที่พวกเขาต้องการได้หรือไม่ ควรทำอย่างไร ถ้อยคำหรือประโยค และเนื้อความแบบไหนที่เราควรสื่อสาร

ทักษะเหล่านี้เราจะได้ข้อมูลมาจากการให้บริการดูแลต่างๆ ในสถานพยาบาล นำข้อมูลเหล่านั้นมาพัฒนาความสามารถให้คนในชุมชน เป็นทักษะเชิงสังคมที่ชุมชนกรุณาควรกำหนดเป็นนโยบาย เพราะการให้บริการทางการแพทย์หรือจากบุคลากรสุขภาพอย่างเดียวไม่เพียงพออีกต่อไป

## 8. ตระหนักถึงคนทุกกลุ่มในชุมชน ให้ครอบคลุมและหลากหลาย ซึ่งรวมถึงคนไร้บ้าน

8.1. ศึกษาวิจัยเพื่อทำความเข้าใจความคิดเชิงสุขภาพของชุมชน สำหรับการกำหนดนโยบายชุมชนกรุณาในระดับท้องถิ่น ควรทำการเก็บข้อมูลวิจัยเกี่ยวกับทักษะหรือมุมมองต่อความตายและการสูญเสียในชุมชนนั้น เช่น ผลกระทบจากเอดส์ ผลจากโรคหัวใจและมะเร็ง ทั้งในทางการแพทย์และเชิงสังคม โดยเราอาจต้องรวบรวมข้อมูลที่เป็นข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเฉพาะของท้องถิ่นนั้นร่วมด้วย ทั้งนี้ข้อมูลอาจถูกกำหนดลงในนโยบายโดยตรงหรือไม่ก็ได้

ช่องว่างข้อมูลที่ค้นพบจะเป็นส่วนสำคัญของการพัฒนานโยบาย ในขณะที่เดียวกันก็เป็นการพัฒนาการศึกษาวิจัยไปด้วย โดยการพัฒนานโยบายที่พุ่งเป้าไปยังความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริงก็จะสามารถจัดสรรทรัพยากรให้กับผู้วิจัยหรือสถาบันวิจัยในท้องถิ่นร่วมด้วย

8.2. วางแผนโดยคำนึงถึงคนกลุ่มน้อยในชุมชน กลุ่มคนชายขอบหรือชนกลุ่ม

น้อยในชุมชนอาจจะมีความต้องการเฉพาะที่ควรได้รับความใส่ใจ เพราะความตายและการสูญเสียไม่ใช่ประสบการณ์ชีวิตที่จะเกิดขึ้นเหมือนกันในทุกที่ เช่น ระหว่างชุมชนเมืองกับชนบทก็ต่างกัน หรือบ่อยครั้งที่เราพบว่าบางชุมชนต้องได้รับการหรือทรัพยากรอันจำกัด หรือขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งประเด็นนี้จะต้องตระหนักถึงในการพัฒนานโยบาย

คนพื้นเมืองท้องถิ่น หรือแม้แต่คนไร้บ้านก็เช่นกัน เป็นกลุ่มคนที่ต้องนึกถึง แม้ว่ารัฐจะช่วยเหลือในแบบการกุศล หรือในบางพื้นที่จะมีสถานดูแลเฉพาะสำหรับคนไร้บ้าน แต่การพัฒนานโยบายชุมชนกรุณาในภาพรวม ก็ต้องไม่ลืมคนกลุ่มนี้ทั้งหมด

### 8.3. สนับสนุนให้การดูแลระดับประคองบริการเข้าถึงคนกลุ่มน้อย (ในข้อ 8.2)

นอกจากการสนับสนุนให้บริการนี้เข้าถึงโรงเรียน สถานที่ทำงาน หรือศาสนสถานแล้ว ก็ต้องพยายามหาช่องทางให้บริการนี้ไปถึงคนกลุ่มน้อยในชุมชนด้วยการวางแผนพัฒนานโยบายชุมชนกรุณาอาจต้องตั้งคำถามให้มากขึ้น เช่น มีการดูแลแบบประคองประคองสำหรับคนไร้บ้านหรือไม่ และสำหรับคนพื้นเมืองมีบริการนี้หรือไม่ ความช่วยเหลือ การมีส่วนร่วม หรือการสนับสนุนรูปแบบใดที่จะสามารถทำให้คนกลุ่มน้อยเข้าถึงบริการสุขภาพนี้

### 8.4. คณะกรรมการพัฒนานโยบายครอบคลุมไปถึงนอกภาคสาธารณสุข

ในขณะที่กลุ่มเป้าหมายครอบคลุม กลุ่มคนที่จะร่วมพัฒนานโยบายชุมชนกรุณาก็ต้องครอบคลุมไปยังภาคส่วนอื่น นอกภาคสาธารณสุขและสุขภาพด้วย ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มตำรวจ กลุ่มคนทำงานด้านกัญชาหรืออุกฉิน กลุ่มคนในภาคธุรกิจเอกชน ศาสนสถานอย่างโบสถ์และวัด ที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมวางแผนและกำหนดนโยบาย เพื่อให้นโยบายเป็นเรื่องของคนในท้องถิ่นชุมชนเองและเพื่อความยั่งยืน

ธุรกิจเอกชน สมาคมท้องถิ่น สมาคมการกุศล มหาวิทยาลัย รวมไปถึงรัฐบาลกลาง จะเป็นส่วนสำคัญที่ต้องดึงเข้ามามีส่วนร่วมด้วย เพราะกลุ่มดังกล่าวจะช่วยสนับสนุนทรัพยากรและการเงินซึ่งการพัฒนานโยบายจำเป็นต้องใช้ดำเนินการ การมีเครือข่ายที่กว้างขวางจึงเป็นประโยชน์ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุและสมาชิกกิตติมศักดิ์ในชุมชน ยังเป็นอีกส่วนหนึ่งที่จะช่วยสนับสนุนด้านการเงินได้

## 9. ให้ความสำคัญกับความเชื่อ เรื่องเล่า ประเพณี ของชุมชนท้องถิ่น

9.1. เรื่องเล่าประจำถิ่นในแต่ละชุมชนช่วยสะท้อนและอธิบายความหมายของความตายและการสูญเสียได้ดี ดังนั้นจึงควรสนับสนุนความเชื่อทางศาสนาและลัทธิความเชื่อแบบอื่นในชุมชน โดยส่งเสริมงานฉลองหรือเทศกาลตามความเชื่อที่จัดขึ้น การสนับสนุนนี้จะมีส่วนช่วยพัฒนานโยบายชุมชนกรรณาจากสมาชิกในชุมชนผู้อาวุโสหรือปราชญ์ชาวบ้าน (ตามความเชื่อแต่ละศาสนา) ควรได้รับเชิญเข้าร่วมเป็นสมาชิกในคณะกรรมการพัฒนานโยบาย หรืออาจจะตั้งเป็นคณะอนุกรรมการเพื่อช่วยให้ข้อคิดเห็น ที่สำคัญต้องตระหนักถึงรูปแบบต่างๆ ของความเชื่อที่มีหลากหลายในชุมชน ไม่ควรโน้มน้าวให้ผู้อื่นเปลี่ยนความเชื่อตาม โดยเฉพาะศาสนาหลักหรือศาสนาที่มีคนนับถือมากไม่ควรโน้มน้าวชนพื้นเมืองที่มีความเชื่อดั้งเดิมของตนเอง

9.2. สนับสนุนเรื่องราว/เนื้อหาคำสอนของความเชื่อทั้งเก่าและใหม่ ผู้คนมากมายใช้พิธีกรรมความเชื่อซึ่งอาจมีเรื่องโศกศาสตร์ปะปน เพื่อบรรเทาความทุกข์หรือความเจ็บปวดมาเป็นเวลานาน ซึ่งความเชื่อดั้งเดิมเหล่านี้เองก็เป็นส่วนหนึ่งของการเกิดศาสนา ความเชื่อเหล่านี้ปรากฏเป็นตำนานเรื่องเล่าต่างๆ ที่มีความหมายและควรเรียนรู้

การจัดเทศกาลเชิงจิตวิญญาณความเชื่อ ช่วยหล่อหลอมผู้คนในชุมชน พวกเขาจะได้รู้จักชุมชนตนเอง เรียนรู้พิธีกรรม และศาสตร์แขนงต่างๆ ที่มีความหมายและให้แง่คิดเกี่ยวกับความตายและการสูญเสีย โดยเฉพาะประเพณีดั้งเดิมของชุมชนที่ยังคงอยู่ จึงควรสนับสนุนกิจกรรมนี้ในการพัฒนานโยบาย

9.3. สนับสนุนบาทหลวง พระสงฆ์ในชุมชนให้มีบทบาทในการดูแลช่วงท้ายของชีวิต การเรียนการสอนในมหาวิทยาลัยมีการพัฒนาหลักสูตรการดูแล โดยให้บาทบาทกับนักบวชในการใช้ความเชื่อในการดูแลสุขภาพ ส่วนในการพัฒนานโยบายชุมชนกรรณาควรสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในหลักสูตร ด้วยการเป็นพื้นที่เรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะการใช้ความเชื่อ พิธีกรรม และการดูแลทางจิตวิญญาณในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้าย

9.4. ให้คุณค่าและให้ความสำคัญกับความเชื่อรูปแบบต่างๆ บทบาทของศาสนามีความสำคัญต่อสุขภาพ บางศาสนาสามารถสนับสนุนวิถีชีวิตเชิงสุขภาพ

ที่ดีได้ นอกจากนี้ศาสนายังมีผลทางความรู้สึก ช่วยบรรเทาความเครียด ด้วยการสวดมนต์และการปฏิบัติธรรม ศาสนายังสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม ด้วยการพาเราไปพบสังคม สร้างสัมพันธ์ และบรรเทาวิกฤตชีวิตด้วยการเข้าร่วมพิธีกรรม ศาสนามีส่วนสำคัญที่จะช่วยเมื่อต้องเผชิญความตายและสูญเสียคนรัก

นโยบายชุมชนกรุณาจึงไม่ควรละเลยทั้งความเชื่อทางศาสนาใหม่และความเชื่อดั้งเดิมในแต่ละชุมชน แต่ควรเรียนรู้และส่งเสริมความเชื่อที่น่าสนใจ เพื่อใช้ฝึกความกรุณา ให้กรุณาต่อสุขภาพ กรุณาต่อตนเอง ต่อสังคม และต่อจิตวิญญาณ รวมถึงภาคสาธารณสุขและการดูแลแบบประคับประคอง ก็ควรใช้ความเชื่อทางศาสนาเหล่านี้เพื่อเรียนรู้ความเสมอภาค การมีส่วนร่วม ความเป็นพลเมือง และความอดทนต่อความแตกต่าง นโยบายชุมชนกรุณาจึงต้องพยายามหลอมรวมความเชื่อในส่วนต่างๆ นำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินการ

### **ยุทธวิธีและกิจกรรมแนะนำสำหรับพัฒนาชุมชนกรุณา**

ทั้งนี้ชุมชนที่สนใจพัฒนาชุมชนในแนวทางกรุณาควรพิจารณาบริบทแวดล้อมของแต่ละชุมชนร่วมด้วย โดยเน้นการมีส่วนร่วม เปิดรับความคิดเห็นอื่นๆ ในที่นี้นำเสนอไว้ 25 ข้อ ดังนี้

1. ป้ายโฆษณาณรงค์ เพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ หรือข้อควรปฏิบัติ สำหรับการดูแลความเศร้าจากการสูญเสีย เช่น วิธีปลอบใจ การรับฟัง และการดูแลเล็กๆ น้อยๆ โดยป้ายเหล่านี้สามารถนำไปติดที่โรงเรียน สถานที่ทำงาน สโมสร ฯลฯ หรือพื้นที่สาธารณะอื่นในชุมชน
2. งานสร้างสรรค์ขนาดเล็กยามค่ำ เป็นงานที่ท้องถิ่นสามารถจัดเองได้ จัดที่โรงเรียนหรือสโมสร เป็นงานสนุกที่สอดแทรกสาระการพูดคุยในประเด็นที่หยิบยกขึ้นมา เช่น อาจจะยกตัวอย่างพิธีต่างๆ และให้ลองนึกถึงคำที่เราใช้ปลอบใจผู้อื่น เป็นต้น
3. นิทรรศการศิลปะ อาจชวนเด็กนักเรียน หรือคนพื้นเมืองในชุมชน มาร่วมทำงานศิลปะที่แสดงออกถึงความเศร้าเชิงบวก งานศิลปะจะช่วยให้เราแสดงความรู้สึกอารมณ์ และสะท้อนสภาพจิตใจได้ดี ผู้ชมงานศิลปะก็จะได้เข้าใจประสบการณ์การสูญเสียมากขึ้น
4. งานประชุมโต๊ะกลมประจำปีของกลุ่มอาชีพที่ทำงานเกี่ยวข้องกับความเป็น

ความตายได้แก่เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ดับเพลิง หน่วยกู้ชีพกู้ภัยในชุมชน ซึ่งจะต้องพบความเครียด ความกดดันในการทำงาน การจัดให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนสถานการณ์ปัญหาของแต่ละงาน จะช่วยให้ชุมชนรู้ว่าควรสนับสนุนงานเหล่านี้อย่างไร

5. เวทีเสวนาสาธารณะเรื่องความทุกข์และความสูญเสีย เวทีนี้อาจจะถกเถียงเรื่องนิยามหรือลักษณะสำคัญของเมืองสุขภาวะ โดยเชิญทั้งนักวิชาการและนักกิจกรรม รวมทั้งอาจเปิดให้ผู้สนใจทั่วไปเข้าร่วมด้วย เพื่อให้ได้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำที่ดีในการพัฒนาชุมชนทุกข์ หากชุมชนยังไม่ต้องการจัดเวทีนี้ อาจเริ่มจัดในหน่วยงานสุขภาพก่อนได้

6. ทบทวนแผนและนโยบายเดิม นโยบายภาครัฐระดับท้องถิ่นจะมีเรื่องของสาธารณสุข ภัยพิบัติ และสวัสดิการชุมชนที่เกี่ยวข้อง ควรนำมาเปิดและทบทวนว่ามีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการเจ็บป่วยระยะท้าย ความสูญเสีย ความเศร้าโศก และความตายหรือไม่อย่างไร และเป็นโอกาสที่จะได้รับฟังความคิดเห็นสาธารณะในการจัดทำนโยบายที่เกี่ยวข้องหากทบทวนแล้วพบว่ายังไม่มี

7. ประกวดเรื่องสั้นประจำปี การเขียนเรื่องสั้นเป็นวิธีที่ดีที่จะช่วยให้ผู้สูญเสียได้ระบายความรู้สึกและแบ่งปันประสบการณ์ที่พวกเขาพบ การจัดประกวดจะทำให้คนอื่นเข้าใจความสูญเสียและความเศร้ามากขึ้นจากประสบการณ์จริง เรื่องสั้นที่ชนะการประกวด และเรื่องอื่นๆ อีกประมาณ 10 กว่าเรื่องควรตีพิมพ์ในหนังสือพิมพ์เพื่อเผยแพร่

8. วันแห่งสติประจำปี ในวันนี้จะเป็นการเดินทางหาหนทางอย่างสงบสำหรับผู้สูญเสียทุกคน พวกเขาอาจจะเดินถือภาพของผู้จากไป ผู้หญิงที่เสียลูกของเธอระหว่างคลอด หลายคนสูญเสียคนรักในอุบัติเหตุ คนพื้นเมืองที่สูญเสียพื้นที่ทำกิน ฯลฯ ทุกคนสามารถเข้าร่วมเดินทางหาหนทางเพื่อระลึกถึงผู้จากไป ที่สำคัญคือได้รำลึกถึงความตาย การสูญเสีย ผู้คนในชุมชนจะได้รับรู้และเรียนรู้เรื่องราวการสูญเสียและความตายไปพร้อมกัน ที่สำคัญยิ่งกว่าคือ ชุมชนสามารถโอบกอดปลอบประโลมความเศร้าสูญเสียที่เกิดขึ้นและเป็นข้อมูลให้สามารถป้องกันความสูญเสียได้อีกด้วย

9. จัดสัปดาห์ “ก้าวไปด้วยกัน” ในแต่ละปีจัดให้ระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์สนับสนุนให้คนเรียนรู้และเข้าใจเรื่องราวระของผู้อื่น ทั้งการดูแลผู้สูงอายุ ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หรือการดูแลชีวิตที่ต้องอยู่กับความสูญเสีย คนทำงานกู้ภัยและผู้ดูแล

ผู้ป่วยระยะท้ายจะได้รับเชิญให้เป็นวิทยากร ในสถานที่ทำงานอาจจัดสรรช่วงเวลาพักกลางวันได้พูดคุยกันของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย และในช่วงสัปดาห์เดียวกันนี้หนังสือพิมพ์ควรนำเสนอเรื่องราวเหล่านี้เป็นประเด็นพิเศษตลอดทั้งสัปดาห์

10. รวมตัวเป็นเครือข่ายเผชิญความตายจากการที่วิทยากรมาให้ความรู้ในสัปดาห์ก้าวไปด้วยกัน วิทยากรผู้เชี่ยวชาญนั้นก็จะเป็นเครือข่ายที่ไปให้ความรู้ตามโรงเรียน ที่ทำงาน สโมสร ฯลฯ ในชุมชน พวกเขาจะได้แบ่งปันข้อมูล ความรู้ และประสบการณ์ต่างๆ ให้กับคนทั่วไป เพราะเรื่องความตายและการสูญเสียซึ่งเป็นเรื่องปกติธรรมดา แต่คนส่วนใหญ่มักไม่สนใจ ผลักให้เป็นเรื่องของวิชาชีพและผู้เชี่ยวชาญ แต่ทุกคนมีส่วนร่วมได้และทุกคนต้องเผชิญ ดังนั้นเครือข่ายนี้ก็จะครอบคลุมถึงคนทั่วไปเข้าร่วมด้วย

11. ป้องกันการฆ่าตัวตาย มีโครงการทำงานเชิงป้องกันการฆ่าตัวตาย ซึ่งจะเน้นศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และความรู้สึกเฉพาะที่เกิดกับคนที่คิดฆ่าตัวตายแต่จริงๆ แล้วเราควรทำงานเชิงสังคมกับครอบครัวและเพื่อนของคนที่ฆ่าตัวตาย พวกเขาไม่รู้สึกลบและโดดเดี่ยวภายหลังเหตุการณ์ผ่านไป ซึ่งสิ่งเหล่านี้ชุมชนควรได้ตระหนักและเรียนรู้ แม้ว่าจะมีบางส่วนที่มองว่าไม่ควรหยิบยกเรื่องฆ่าตัวตายมาพูดคุยกัน เพราะอาจทำให้มีกรณีเพิ่มขึ้น แต่ก็ไม่พบหลักฐานที่ชัดเจน ดังนั้นการพูดคุยกับครอบครัวหรือเพื่อนนั้นจึงไม่ใช่การพูดถึงโดยเน้นเรื่องฆ่าตัวตาย แต่ต้องคุยเรื่องอื่นๆ ให้สมดุลกัน ไม่เน้นย้ำให้อับอาย แต่ถ่ายทอดเชิงประสบการณ์ให้ชุมชนไม่เพิกเฉยต่อกรณีการฆ่าตัวตาย ประเด็นนี้อาจผนวกไปกับกิจกรรม “สัปดาห์ก้าวไปด้วยกัน” หรือกิจกรรม “วันแห่งสติประจำปี” ได้

12. หน่วยข้อมูลความตายเคลื่อนที่ ความรู้ความเข้าใจเรื่องความตายอาจจำกัดอยู่ในคนเฉพาะกลุ่ม กลุ่มเป้าหมายสำคัญคือนักเรียนนักศึกษา เมื่อยังไม่สามารถให้เนื้อหาสาระบรรจุในหลักสูตรการเรียนการสอนได้ อาจจัดให้มีหน่วยความรู้ อาจเป็นรถบ้านหรือรถบรรทุกเคลื่อนที่ไปตามโรงเรียนหรือโรงงานต่างๆ โดยจัดข้อมูลความตายและการสูญเสียไว้อย่างง่ายและชัดเจน มีเจ้าหน้าที่แนะนำความรู้ 1-2 คน ความรู้ต่างๆ อาจเป็นในรูปแบบของโปสเตอร์ ภาพถ่าย งานวิจัย หรืออาจจะเป็นสารคดี ภาพยนตร์ที่สะท้อนเรื่องความตาย ชีวิตระยะท้าย หรืออาจจัดเป็นเกม จัดกิจกรรมเรียนรู้ร่วมกันอื่นๆ



13. โครงการฝากการดูแลไว้กับเพื่อนบ้าน กิจกรรมนี้ได้ผลดีในเชิงลดคดีอาชญากรรม เพราะเพื่อนบ้านจะช่วยดูแลสอดส่องเมื่อมีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้น พวกเขาสามารถแจ้งตำรวจได้รวดเร็วและทันการ เป็นการป้องกันอาชญากรรม และทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ปลอดภัย มีสุขภาพดี แนวคิดนำการดูแลสอดส่องมาใช้ในการดูแลกันของเพื่อนบ้านในเชิงสุขภาพ อาจจะช่วยดูแลคนป่วยคนแก่ข้างบ้าน หรือช่วยดูแลสัตว์เลี้ยงของเพื่อนบ้าน ซึ่งนั่นเป็นแนวคิดที่ดีสำหรับการพัฒนาชุมชนกรรมา แต่ก็เป็นแนวคิดที่อาจจะเกียจคร้าน เพราะแต่ละบ้านต่างก็ยุ่งทั้งงานและครอบครัวตนเอง แต่อาจเริ่มต้นด้วยการทำทะเบียนรายชื่อสมาชิกเพื่อนบ้านก่อนที่จะทำโครงการนี้ได้

14. วันรำลึกทหารผ่านศึกประจำปี ความกรุณาและความเห็นอกเห็นใจกันจะเกิดขึ้นง่ายเมื่อเรื่องเศร้า/สูญเสียเป็นเรื่องของสมาชิกในชุมชน ขณะที่ความสนใจเข้าใจและกรุณาต่อผู้อื่นโดยเฉพาะฝ่ายตรงข้าม อาจเกิดขึ้นได้จำกัด ในการจัดงานเพื่อรำลึกนี้จะช่วยสมานรอยบาดแผลจากสงคราม เพราะต่างฝ่ายต่างสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักเหมือนกัน เราควรชี้ให้เห็นถึงจุดนี้เพื่อสร้างความกรุณาและยังเป็นการป้องกันสงครามในอนาคต

15. วางแผนสำหรับความตายสำหรับโรงเรียนและสถานที่ทำงาน กรณีที่เกิดการตายกะทันหันของเพื่อนร่วมชั้นหรือเพื่อนร่วมงาน ควรจะมีการช่วยกันคิดวางแผนในการรับมือและให้คำปรึกษาทั้งเรื่องผลประโยชน์ (กรณีมีประกันหรือมรดก) และการดูแลสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยแผนนี้ควรริเริ่มในชุมชน อภิปรายพูดคุยถึงความต้องการต่างๆ และเขียนออกมาอย่างชัดเจน ทั้งนี้องค์กรรัฐท้องถิ่นอาจเป็นผู้นำในการจัดทำแผนนี้ โดยดึงหน่วยดูแลระดับระบอบ วัด โบสถ์ เข้ามามีส่วนร่วมและสนับสนุนให้มีแผนดังกล่าวในโรงเรียนและที่ทำงาน ข้อสำคัญคือต้องคำนึงว่าความกรุณา ไม่ใช่เพียงการกระทำที่เกิดทันทีเมื่อจำเป็น แต่หมายรวมถึงการป้องกันและการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ จากกรณีที่เกิดขึ้นต่างๆ ด้วย

16. สืบหาข้อมูลหาความเชื่อมโยงของอาชญากรรมและการสูญเสีย ไม่ว่าจะป็นทรัพย์สินหรือชีวิต เมื่อเกิดความสูญเสียจะเป็นกรณีที่เกิดจากความรุนแรงจึงจะเป็นคดี แต่ในเชิงบุคคล การสูญเสียก็ควรเป็นข้อมูลที่สัมพันธ์กับตำรวจท้องถิ่น หรือระบบยุติธรรมซึ่งควรเชื่อมโยงข้อมูลกัน เพื่อให้มีอาชีพเข้ามาดูแลการสูญเสียที่เกิดขึ้นรวมทั้งผู้กระทำผิดโดยเฉพาะผู้ที่ทำครั้งแรก นอกจากนั้นการเชื่อมข้อมูลนี้ควรทำ

เป็นโครงการ ที่ต้องได้รับข้อมูลจากชุมชนและอาศัยการพูดคุย พัฒนาความรับผิดชอบ ในการดูแลข้อมูลและเหตุ โดยอาจเชื่อมการทำงานกับการประชุมของกลุ่มทำงานกู้ภัย ในชุมชนร่วมด้วย

17. โครงการเรียนรู้ข้ามกลุ่ม ในแต่ละปีอาจจัดขึ้น 2-3 ครั้ง โดยให้มีคน กลุ่มเล็ก 8 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม อาจแยกเป็นเพศ แยกเป็นผู้ป่วย ผู้ดูแล หรืออาจแยก ศาสนา เช่น ให้ผู้ป่วยมะเร็งชายกลุ่มหนึ่ง ผู้ป่วยมะเร็งหญิงกลุ่มหนึ่ง มาแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ของตนเอง เป็นการเล่าเรื่องในมุมมองของตนเอง ไม่ใช่การถกเถียง ให้เห็น ภาพสองด้าน ซึ่งมีความแตกต่างกัน และอาจมีบางมุมที่คล้ายกัน ทั้งสองกลุ่มจะได้ เรียนรู้ซึ่งกัน โดยคนในชุมชนอื่นๆ อาจเข้าร่วมเพื่อเรียนรู้ได้ โครงการนี้อาจจัดโดย โรงเรียนสำหรับนักเรียนตนเองก็ได้ หรือหน่วยดูแลสุขภาพจะจัดเจ้าหน้าที่สองกลุ่มก็ได้ สามารถจัดให้กลุ่มเดิมซ้ำ หรือจัดให้มีผู้เข้าร่วมใหม่ในแต่ละครั้งก็ได้ การเรียนรู้ความ ต่างจากประสบการณ์ของคนสองกลุ่มจะทำให้เราเห็นภาพและทำความเข้าใจได้ง่าย รวมทั้งเข้าใจความหลากหลายภายในชุมชน ทั้งนี้อาจจะจัดออกไปนอกหน่วยงาน หรือชุมชน เพื่อสร้างความเข้าใจข้ามกลุ่มที่กว้างขวาง และยังเป็นการสร้างเครือข่าย ในการเรียนรู้ด้วย

18. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้การดูแลระดับประคองเบื้องต้น เป็นการจัดประชุม 1-2 วันให้กับคนในชุมชนที่อาจไม่มีประสบการณ์หรือ มีประสบการณ์บ้าง ในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุ โดยครอบคลุมการดูแลสุขภาพ ทุกด้านทั้งกาย ใจ และสังคม

19. ชมรมเพื่อนหนังสือ “กรุณาที่เล่มแรก” เป็นการจัดชมรมง่ายๆ จาก เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมชั้น 3-4 คน หยิบหนังสือมาอ่านร่วมกันสักเล่ม และมานั่งคุย แลกเปลี่ยนถึงสาระที่ได้จากหนังสือนั้น จากกลุ่มเพื่อนก็กระจายชวนไปยังเพื่อน ของเพื่อน ให้กลุ่มขยายใหญ่ขึ้น โดยหนังสือนั้นจะเป็นหนังสือที่กว้างมีประเด็น เรื่องความตาย การสูญเสีย ความเศร้า การทำร้าย หรือจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับพลังใจ ความรัก มนุษยศาสตร์ ศาสนา ฯลฯ ตามแต่ที่กลุ่มจะเลือก และอาจจะเป็น วรรณกรรม หนังสือบทกวี นิยาย หรือหนังสือศิลปะก็ได้ กิจกรรมนี้อาจจะเหมาะกับ คนที่ไม่มีเวลาพอที่จะเข้าร่วมประชุม เสวนา เทศกาล การแข่งขัน หรือกิจกรรมอื่น พวกเขาอาจจะชอบความเป็นส่วนตัวแต่ก็ยังมีกิจกรรมเล็กๆที่ได้มาพูดคุยถึง

หนังสือ และเรียนรู้ประเด็นเรื่องความกรุณา

20. ศึกษาและจัดทำประวัติศาสตร์ท้องถิ่นโดยองค์กรท้องถิ่นนักประวัติศาสตร์ท้องถิ่น และสมาชิกในชุมชนร่วมกันศึกษาโดยใช้เรื่องความสูญเสียเป็นประเด็นหลัก เพราะความสูญเสียเป็นประเด็นที่ทุกคนต้องเผชิญ ประวัติศาสตร์บางเรื่องก็ละเลย บางคนหรือบางส่วนไป เช่น ประวัติศาสตร์สงครามอาจจะละเลยบทบาทของผู้หญิง เป็นต้น แต่การศึกษานี้จะทำให้ชุมชนได้ทบทวนและรู้จักตัวตนของชุมชนเอง

21. การออกแบบที่อยู่อาศัยให้เหมาะกับผู้สูงอายุหรือผู้พิการเพราะบ้านสมัยใหม่ ออกแบบสำหรับครอบครัวขนาดเล็กที่มีพ่อแม่ หรือออกแบบห้องครัว ห้องน้ำที่ไม่เหมาะกับผู้สูงอายุ ซึ่งทุกคนอาจลืมนึกไปว่าวันหนึ่งก็ต้องแก่ อายุมากขึ้น ดังนั้น ไม่ว่าบ้าน สถานดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาล ควรออกแบบตั้งแต่เริ่มสร้างให้เหมาะกับทุกคน

22. ให้ทุนศึกษาวิจัยประเด็นความตาย การสูญเสีย โดยองค์กรรัฐท้องถิ่น หรือหน่วยดูแลแบบประคับประคองอาจสนับสนุนทุนในการศึกษาวิจัยในพื้นที่ชุมชน เพื่อให้นักศึกษาทำความเข้าใจประเด็นความตาย และเข้าใจชุมชนเชิงโครงสร้างไปพร้อมกัน ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาชุมชนกรุณา

23. ทำงานร่วมกับชุมชนใกล้เคียง ในบางชุมชนอาจมีคนที่สนใจร่วมพัฒนา จำนวนน้อย หรืออาจเป็นชุมชนขนาดเล็ก มีสมาชิกไม่เพียงพอ จึงต้องทำงานร่วมกับชุมชนใกล้ๆ มีความคล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน

24. สร้างความเข้าใจเรื่องความตายและการสูญเสียให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยสมาชิก 3-4 คนในคณะกรรมการพัฒนานโยบายชุมชนกรุณา คอยตรวจสอบเนื้อหาในสื่อทุกประเภทในการนำเสนอความเข้าใจเรื่องความตายและการสูญเสียไม่ให้คลาดเคลื่อน เช่น อาจมีข่าวที่ให้ความสำคัญกับผู้ชายในภาวะสงครามมากกว่าผู้หญิงที่ถูกข่มขืนในช่วงสงคราม เป็นต้น ประเด็นสำคัญคือ ต้องทำความเข้าใจชัดเจนว่าเรื่องความตายและการสูญเสียแต่ละกรณีไม่เหมือนกัน แต่ทุกกรณีเป็นเรื่องธรรมชาติเหมือนกัน ทั้งนี้การนำเสนอเนื้อหาของสื่อก็ควรให้น้ำหนักเรื่องความตาย การสูญเสีย คนตายให้เท่าๆ กัน (ไม่นำเสนอเน้นเรื่องใดเรื่องหนึ่ง) รวมทั้งต้องคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวของครอบครัวและชุมชนร่วมด้วย

25. ตลาดนัดจิตวิญญาณ จัดปีละครั้ง ให้แต่ละศาสนานำเสนอคำสอน วิธีปฏิบัติ การใช้ชีวิต เพื่อให้ชุมชนได้เรียนรู้ว่าแต่ละศาสนามีวิธีการอย่างไรต่อความตาย ชีวิต หรือความสูญเสีย ทั้งนี้ นอกจากศาสนาหลักใหญ่ๆ ที่ทั่วโลกรู้จักแล้ว ก็ควร เปิดโอกาสให้กับศาสนาอื่น ลัทธิหรือความเชื่ออื่นร่วมกิจกรรมด้วย

ข้อเสนอกิจกรรมสำหรับ  
จัดอบรมสื่อสารแนวคิด  
ชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี

เอกภพ สิทธิวรรณธนะ

จากข้อสังเกตการจัดกิจกรรมสื่อสารแนวคิดชุมชนกรุณาที่ผ่านมาพบว่าการอบรมสื่อสารชุมชนกรุณา ขึ้นอยู่กับว่ากลุ่มเป้าหมายผู้ฟังเป็นใคร เช่น บุคลากรสุขภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วย ประชาชนทั่วไป บริบทการอบรม เช่น การแนะนำแนวคิดในกิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินการอยู่ การแนะนำแนวคิดเพื่อสร้างความร่วมมือกับผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติงานสุขภาพ รวมทั้งเวลาที่มีในการบรรยาย ดังนั้น การสื่อสารแนวคิดชุมชนกรุณา จึงต้องมีความหลากหลาย ตอบสนองกับเงื่อนไขและบริบทที่เกี่ยวข้อง และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายผู้รับสาร

เนื่องจากการสื่อสารแนวคิดชุมชนกรุณา มีความเป็นนามธรรม มีเนื้อหาที่กว้าง การสื่อสารแนวคิด จึงควรมีรูปธรรม หรือเรื่องเล่ารองรับ นอกจากนี้ยังควรสร้างกิจกรรมที่ผู้อบรมได้มีส่วนร่วมใคร่ครวญ โดยนำเอาประสบการณ์ตรง มาร่วมปะทะสังสรรค์กับแนวคิดชุมชนกรุณา เพื่อเลือกรับและเกิดบทสนทนาที่ทำให้ผู้อบรมเข้าใจ และรับเอาแนวคิดดังกล่าวไปใช้ปฏิบัติ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัว หรือสนับสนุนกิจกรรมของหน่วยงานให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามกำลังความสามารถ และเหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ของผู้เข้าร่วมอบรมแต่ละคน

กิจกรรมที่ทีมงานชุมชนกรุณาเสนอ มีหลากหลาย โดยแต่ละกิจกรรมมีวัตถุประสงค์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

1. เกิดความเข้าใจแนวคิดชุมชนกรุณา มีแรงบันดาลใจในการนำเอาไปปฏิบัติ ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัว หรือสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานขับเคลื่อนคุณภาพช่วงท้ายของชีวิตและการตายดี

2. เกิดความเห็นอกเห็นใจผู้เผชิญความสูญเสีย ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยที่กำลังเผชิญความตาย ครอบครัว และผู้ดูแล นำไปสู่การลงมือช่วยเหลือด้วยหัวใจกรุณา

3. มีทักษะในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งการช่วยเหลือทางตรง การสร้างความร่วมมือเพื่อให้ความช่วยเหลือระหว่างภาคสังคมและภาคสุขภาพ

## กิจกรรมที่ 1 เล่าเรื่องของ Bill

เล่าเรื่องของ Bill (หรือ Bill's story) โดยมีภาพประกอบ เพื่ออธิบายแนวคิดชุมชนกรุณา ภายในระยะเวลา 10 นาที จากนั้นสรุปแนวคิดชุมชนกรุณาผ่าน Presentation เรื่องเล่าของ Bill มีดังนี้

บิลเป็นสมาชิกในชุมชนหลายกลุ่ม เขามีครอบครัว มีเพื่อนบ้าน เป็นสมาชิกของเครือข่ายผู้ปกครอง มีก๊วนฟุตบอล และเพื่อนที่ทำงาน

วันหนึ่งบิลไปหาหมอเพราะไม่สบาย หมอวินิจฉัยว่าผลการตรวจไม่ดีเลย บิลป่วยเป็นโรคร้ายแรงและรักษาไม่หาย เขาเหลือเวลาอีกไม่นาน

บิลเสียใจ และครอบครัวก็เสียใจ

ดังนั้น บิลแจ้งข่าวว่าตนเองไม่สบายกับเพื่อนกลุ่มต่างๆ ทุกคนต่างตกใจ แต่ก็พร้อมที่จะช่วยเหลือบิล แม้ว่าพวกเขาจะไม่ใช่มิตรชิดชวชาญ แต่ด้วยความรัก พวกเขายินดีช่วยเหลือในบทบาทที่ทำได้ นี่คืจุดเริ่มต้นของกลุ่มสนับสนุนของบิล (Bill United) ทั้งการช่วยคิด การสนับสนุน การดูแล การแสดงความรัก การอยู่เคียงข้าง

สิ่งสำคัญคือ บิลยูไนเต็ได้รับฟังบิล ไม่ว่าเขาจะแสดงความไม่สบายใจหรือกังวลเมื่อโอรธ เมื่อเสียใจ

เพื่อนของบิลสนับสนุนให้บิลเข้มแข็ง ให้ความช่วยเหลือในสิ่งที่บิลต้องการ โดยเฉพาะเรื่องเล็กๆ น้อยๆ เช่น ไปซื้อของให้ ไปรับส่งลูกในวันที่บิลไปหาหมอ หรือส่งบิล ไปธุระเป็นเพื่อนบิล ช่วยทำความสะอาดบ้าน ทำกับข้าวให้ ทุกคนช่วยให้บิลมีชีวิตอยู่อย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

บิลจึงรู้ว่า แม้เขาจะจากไป แต่เพื่อนๆ ขอบบิลก็ยังสนับสนุนครอบครัวของเขา ดังนั้น เมื่อบิลจากไป แม้ทุกคนจะเสียใจ แต่บิลก็จากไปท่ามกลางความรัก

ส่วนบิลยูไนเต็ ยังคงมีศักยภาพที่จะช่วยเหลือครอบครัวอื่นๆ ต่อไป เพราะการดูแลบิลช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีความรู้ ความเข้าใจ มีศักยภาพในการดูแลมากขึ้น บิลยูไนเต็จึงเป็นชุมชนที่ช่วยดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผ่านการช่วยเหลือและสนับสนุนด้วยความรัก รวมทั้งคนที่เผชิญความสูญเสียและโศกเศร้า บิลยูไนเต็ คือการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยระยะท้ายโดยชุมชน และคือชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี

## กิจกรรมที่ 2 ค้นหาความต้องการของผู้เผชิญความสูญเสีย

กิจกรรมนี้เน้นการสร้างความเข้าใจผู้กำลังเผชิญปัญหา ผ่านเรื่องเล่าที่เกี่ยวข้องกับความสูญเสีย

วิธีการ :

ให้ผู้เข้าร่วมอบรมจับคู่ให้โจทยผู้เข้าร่วมได้เล่าถึงเหตุการณ์ในช่วงของการเผชิญความสูญเสีย ผู้ฟังทำหน้าที่ฟังเฉยๆ แล้วใช้ไฟ่ความรู้สึก - ความต้องการ (มีจำหน่ายที่เสมสิกขาลัย) เป็นเครื่องมือช่วยเดาความรู้สึกและความต้องการ การเดาให้เดาเป็นลำดับขั้น คือ เดาความรู้สึกก่อน แล้วให้ผู้พูดเฉลย จากนั้นให้ผู้ฟังเดาความต้องการ แล้วให้ผู้พูดเฉลย หากมีเวลาให้สลับคู่

อุปกรณ์ : ไฟ่ความรู้สึก - ความต้องการ

แนวทางการสรุป

- สิ่งสำคัญในการให้ความช่วยเหลือคือ เข้าใจความต้องการของผู้กำลังเผชิญความสูญเสีย การค้นหาความต้องการและการเสนอความช่วยเหลือเป็นศิลปะ เราจะทำอย่างไรให้การช่วยเหลือของเราไม่เป็นการลดเกียรติศักดิ์ศรี และทำให้การช่วยเหลือของเราเป็นประโยชน์อย่างแท้จริง

- โดยทั่วไป สิ่งที่เราสามารถให้ความช่วยเหลือแก่ผู้เผชิญความสูญเสียได้คือการให้เกียรติ การให้ความเข้าใจ การให้การรับฟัง การให้มิตรภาพ ก่อนที่จะให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม เช่น การลงมือลงแรง การให้ทรัพย์สินหรือสิ่งของ หรือการให้ความรู้ เป็นต้น

## กิจกรรมที่ 3 ค้นหาความต้องการของผู้เผชิญความสูญเสียในชุมชน

กิจกรรมนี้ให้ผู้เข้าร่วมอบรมสำรวจความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่มีความชัดเจน เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ผู้เข้าร่วมต้องทำงานช่วยเหลือสนับสนุนอยู่แล้ว

วิธีการ :

ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมระดมสมอง โดยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคิดถึงกลุ่มเป้าหมายที่ตนกำลังทำงานอยู่ หรือต้องการให้ความช่วยเหลือ จากนั้น



เขียนคำตอบลงในกระดาษโพสต์อิท ตามประเด็นดังต่อไปนี้

- กลุ่มเป้าหมายคือใคร ระบุให้ชัดเจน เช่น อายุ เพศ การศึกษา สมาชิกในครอบครัว Life Style
- กลุ่มเป้าหมายข้างต้น มีความทุกข์อย่างไรบ้าง
- กลุ่มเป้าหมายข้างต้น ต้องการความช่วยเหลืออะไร
- ความช่วยเหลือแบบใด ที่กลุ่มเป้าหมายข้างต้นไม่ต้องการ (แต่คนมักเข้าใจผิด)
- บริบทการให้ความช่วยเหลือที่กลุ่มเป้าหมายข้างต้นต้องการ เช่น กาลเทศะ ความถี่ จำนวน เป็นต้น เพื่อให้การช่วยเหลือนี้มีลักษณะเฉพาะเจาะจง และเพื่อให้การช่วยเหลือดังกล่าวเป็นไปได้จริง

เมื่อระดมสมองเสร็จแล้ว ให้ผู้อบรมแลกเปลี่ยนว่า การช่วยเหลือใดที่มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นจริง และใครสนใจที่จะให้ความช่วยเหลือดังกล่าว จากนั้นอภิปรายถึงการจัดสรรความช่วยเหลือให้เกิดขึ้นจริง

ระยะเวลากิจกรรม 20 นาที - 1 ชม.

#### กิจกรรมที่ 4 ความช่วยเหลือเล็กๆ น้อยๆ

กิจกรรมนี้ กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมตระหนักถึงความต้องการความช่วยเหลือเล็กๆ น้อยๆ เมื่อเผชิญความสูญเสียของตัวเอง ขณะเดียวกันก็เข้าใจผู้อื่นว่า แต่ละคนต่างก็ต้องการได้รับความช่วยเหลือเล็กๆ น้อยๆ ซึ่งอาจช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมากเช่นเดียวกัน

วิธีการ :

ให้จินตนาการถึงชีวิตในพรุ่งนี้ หากเราไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ต้องอยู่บนเตียง การเคลื่อนไหวต้องใช้รถเข็น ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างเดิม จินตนาการถึงคนที่มาช่วยเราเคลื่อนไหว เข้าห้องน้ำ พาไปนั่งรถเข็น ทำในสิ่งที่เราชอบ คนๆ นั้นคือใคร

นึกถึงสิ่งที่เราเคยทำได้เอง แต่บัดนี้ไม่สามารถทำได้เอง การทำกับข้าว การซักผ้า

การอาบน้ำ แปร่งฟัน กิจกรรมประจำวันที่เราทำหลังตื่นนอน ตอนเช้า กลางวัน ตอนบ่าย ตอนเย็น การเดินทางไปทำธุระข้างนอก การจัดการเอกสารสำคัญ การสังสรรค์กับเพื่อน การดูแลญาติพี่น้อง หรือคนที่ต้องพึ่งพาอาศัยเร่อีกต่อหนึ่ง

นอกเหนือจากกิจกรรมที่ต้องอาศัยคนใกล้ชิด หรือผู้ดูแลรับจ้าง เช่น การกินอาหาร การขับถ่าย ยังมีสิ่งใดบ้าง ที่คุณต้องการความช่วยเหลือเล็กๆ น้อยๆ จากเพื่อนบ้าน จากเพื่อนที่อยู่ไกลออกไป สิ่งซึ่งขอให้ใครบางคนทำด้วยความยินดี และไม่ได้สร้างภาระให้พวกเขามากนัก หากคุณมีสิ่งเล็กๆ น้อยๆ เหล่านั้นที่ขอให้พวกเขาทำได้ สิ่งนั้นคืออะไร

ให้บันทึก และแลกเปลี่ยนว่าแต่ละคนมีสิ่งเล็กๆ น้อยๆ สิ่งใดที่ต้องการความช่วยเหลือจากคนอื่น

จับคู่แลกเปลี่ยนว่า สิ่งเล็กๆ น้อยๆ ที่แต่ละคนต้องการความช่วยเหลือคืออะไร และหากขอให้คนตรงหน้าช่วย คุณยินดีที่จะทำให้ได้หรือไม่ นอกจากนี้ยังเสนอข้อความว่า “ไม่เป็นไรที่จะบอกกับคู่ของเราว่า เราไม่สะดวกที่จะทำได้”

## กิจกรรมที่ 5 แบบฝึกหัดบางประการที่ช่วยบ่มเพาะความกรุณา

### 1. ทงเลน

ผู้เข้าร่วมอบรมฝึกทักษะการเจริญเมตตาภาวนา ด้วยเทคนิคการรับเอาความทุกข์มาไว้ในใจของผู้เฒ่า และมอบความรักความปรารถนาดีให้ผู้ได้รับการเฒ่า

### 2. การรับฟังอย่างลึกซึ้ง

ผู้เข้าร่วมอบรมฝึกทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง เพื่อรับรู้ความรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล การรับฟังคือกิจกรรมแห่งความกรุณา

### 3. ศิลปะการเสนอความช่วยเหลือ

หลังจากฝึกการรับฟังอย่างลึกซึ้ง ผู้เข้าร่วมอบรมฝึกทักษะการเสนอความช่วยเหลืออย่างให้เกียรติผู้เผชิญความสูญเสีย การเว้นที่ว่างให้ผู้เผชิญความทุกข์ มีโอกาสตัดสินใจรับหรือปฏิเสธการช่วยเหลือ ทักษะการดูแลตนเองขณะให้ความช่วยเหลือ เป็นต้น

#### 4. Role Play การเยี่ยมผู้ป่วย

ฝึกทักษะการเยี่ยมยาความสูญเสียผ่านการแสดงบทบาทสมมติ โดยให้ผู้เข้าร่วมอบรมจับคู่ให้คนหนึ่งเป็นผู้เผชิญความสูญเสีย อีกคนเป็นเพื่อนที่มาเยี่ยมและเสนอความช่วยเหลือ โจทย์การเยี่ยมเปลี่ยนไปตามลักษณะเฉพาะของกลุ่มเป้าหมาย

#### 5. เยี่ยมผู้ป่วยในสถานที่จริง

หากมีเวลา มีโอกาส ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถไปเยี่ยมผู้ป่วย ผู้เผชิญความสูญเสีย ผู้ดูแล และกลับมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ การไปเยี่ยมแบ่งกลุ่มให้มีขนาดและจำนวนเหมาะสม เช่น กลุ่มละ 3-5 คน โดยมีเจ้าของชุมชนเป็นผู้ประสานงานการเยี่ยม การเยี่ยมควรมีลักษณะเป็นประโยชน์ทั้งสองฝ่าย คือฝ่ายที่เป็นผู้เยี่ยมได้เรียนรู้ ส่วนฝ่ายที่ได้รับการเยี่ยมได้กำลังใจจากการเยี่ยม

### กิจกรรมที่ 6 ตลาดกิจกรรมชุมชนกรุณา

เสนอกิจกรรมชุมชนกรุณา ตามรูปธรรมของชุมชนกรุณาในหนังสือ Compassionate Cities แล้วให้แบ่งกลุ่มแยกตามกิจกรรมที่สนใจ จากนั้นหาหรือความเป็นไปได้ที่จะรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมตามความถนัดหรือความสนใจ รวมทั้งแผนการทำงานเพื่อให้เกิดกิจกรรมขึ้นจริง

รูปธรรมกิจกรรมชุมชนกรุณา เช่น

- บัณฑิตรณรงค์ให้ความรู้การดูแลความสูญเสีย
- การจัดงานสังสรรค์สำหรับบุคลากรดูแลสุขภาพช่วงท้าย
- การจัดกิจกรรมนิทรรศการที่เกี่ยวกับการตาย ความตาย การดูแลความโศกเศร้า
- การจัดประชุมเยียวยาความสูญเสียบุคลากรที่มีอาชีพเกี่ยวข้องกับการตาย เช่น เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่กู้ภัย แพทย์ พยาบาล
- การจัดเวทีสาธารณะเกี่ยวข้องกับความกรุณาและการสูญเสีย
- การทบทวนแผนและนโยบายท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับการตาย การดูแลความสูญเสีย การดูแลผู้ดูแล
- การจัดประกวดเรื่องสั้นหรือกวีเพื่อแบ่งปันความรู้สึกและประสบการณ์

- การรวมตัวเครือข่ายเผชิญความตาย
- การป้องกันการฆ่าตัวตาย
- โครงการฝากการดูแลไว้กับเพื่อนบ้าน
- การดูแลความสูญเสียครั้งสำคัญของชุมชน
- การศึกษาดูงานเพื่อการดูแลความสูญเสียข้ามกลุ่ม
- การจัดชมรมอ่านหนังสือที่เกี่ยวกับความกรุณาและการตาย
- ศึกษาประวัติศาสตร์ท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับความสูญเสีย
- การออกแบบที่อยู่อาศัยให้เหมาะกับผู้สูงอายุ
- การตั้งกลุ่มศึกษาวิจัยเรื่องการตายและการสูญเสีย
- การทำตลาดนัดทางจิตวิญญาณเพื่อการดูแลการตายและความสูญเสีย

## กิจกรรมที่ 7 การสร้างความร่วมมือระหว่างภาคสุขภาพและภาคสังคม

การสร้างความร่วมมือระหว่างภาคสุขภาพและภาคสังคมจะเป็นเรื่องที่ยิ่งนำยินดีและเป็นความท้าทาย ความร่วมมือจะเกิดขึ้นได้ด้วยปัจจัยต่างๆ ที่เกื้อหนุนพอดี ทั้งนี้จำเป็นต้องมีองค์ประกอบเช่น ภาวะผู้นำ การมีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนระหว่างกลุ่มคนที่ร่วมมือกัน ทรัพยากรที่เพียงพอต่อความร่วมมือ ความสัมพันธ์ที่ดี รวมทั้งกาลเทศะในการทำงานร่วมมือ

ในการอบรมชุมชนกรุณา การเอื้ออำนวยโอกาสให้เกิดการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน จำเป็นต้องให้ทุกภาคส่วนมองเห็นประโยชน์ของการสร้างความร่วมมือ มีทักษะในการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีกลยุทธ์ในการเลือกกลุ่มเป้าหมายที่จะขอความร่วมมือ การจัดสรรเวลาในการทำงานร่วมกัน และมีทักษะในการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อผลักดันกิจกรรมที่จำเป็น และเกิดความร่วมมือในที่สุด

กิจกรรมการสร้างความร่วมมือ จึงประกอบไปด้วย

- การระบุปัญหาของผู้เข้าร่วมอบรม ซึ่งแก้ไขได้ด้วยการสร้างความร่วมมือ
- การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อแก้ปัญหาหรือพัฒนาสิ่งที่เป็นอยู่ เช่น ใครมีส่วนได้ส่วนเสียบ้าง สิ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มต้องการคืออะไร และมองอย่างไรต่อปัญหาที่เกิดขึ้นนี้ หากปัญหานี้ถูกแก้ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มจะได้

ประโยชน์อะไร หากไม่แก้ก็จะเกิดประโยชน์อะไร เพื่อเลือกภาคีที่จะได้รับผลประโยชน์ ร่วมกันในการแก้ปัญหาและนำไปสู่การสร้างข้อเสนอเพื่อสร้างความร่วมมือ

- สร้างข้อเสนอเพื่อสร้างความร่วมมือ โดยระบุสิ่งที่เราต้องการ กิจกรรมหรือ สิ่งที่เราต้องการจากภาคี ทรัพยากรที่เราเตรียมไว้ให้สำหรับภาคี รวมทั้งรูปแบบการทำงาน ขอบเขตการทำงาน การวัดผลลัพธ์จากการทำงาน

## **กิจกรรมที่ 8 กิจกรรมเสริมพลังภาคีส่วนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับชุมชนกรุณา**

กิจกรรมนี้เหมาะสำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่ทำงานในประเด็นที่เกี่ยวข้อง กับชุมชนกรุณา ให้ออกาสผู้เข้าร่วมที่ทำงานสอดคล้องกับแนวคิดชุมชนกรุณานำเสนอ กิจกรรมที่ตนทำ รวมทั้งการสนับสนุนที่ต้องการ เช่น การรับสมัครสมาชิก การรับทุน สนับสนุนหรือทรัพยากรอื่นๆ การติดตามข่าวสาร จากนั้นให้ผู้ร่วมอบรมแสดงความ ชื่นชม หรือให้ออกาสในการสมัครสมาชิก หรือการเสนอทรัพยากรเพื่อช่วยเหลือ

## **กิจกรรมที่ 9 Reflection หากเผชิญความสูญเสีย เราต้องการความช่วยเหลือแบบไหน**

กิจกรรมนี้ให้ผู้เข้าร่วมจินตนาการถึงประสบการณ์การสูญเสียของตน แล้วเสนอคำถามว่า การช่วยเหลือแบบใดที่ต้องการ และความช่วยเหลือแบบใด ที่ไม่ต้องการ เพื่อระดมแนวทางการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมและเข้าอกเข้าใจ ผู้ที่ได้รับความช่วยเหลือ การเท่าทันกิเลสหรืออัตตาที่เกิดจากการให้ความช่วยเหลือ เพื่อลดผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้นในขณะที่ให้ความช่วยเหลือ

## **การผสมผสานกิจกรรม**

แนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อสื่อสารแนวคิดชุมชนกรุณา

ก่อนจะจัดกิจกรรมสื่อสารแนวคิดชุมชนกรุณา ผู้บรรยายวิเคราะห์กลุ่ม เป้าหมายว่าเป็นคนกลุ่มใด เนื้อหาใดที่จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ฟังและก่อให้เกิดความ ร่วมมือหรือการลงมือช่วยเหลือ หรือมีทักษะเพิ่มเติมเพื่อเสริมศักยภาพการให้ ความช่วยเหลือตามบทบาทหน้าที่ที่มีอยู่ก่อนแล้ว

กิจกรรมที่แนะนำในการอธิบายแนวคิด ชุมชนกรุณา

กิจกรรมที่ 1. เรื่องของ Bill และบรรยายสรุปแนวคิดชุมชนกรุณา

กิจกรรมที่ช่วยให้เกิดความเห็นอกเห็นใจผู้เผชิญความสูญเสียในชุมชน  
กิจกรรม 3 และ 4

กิจกรรมที่กระตุ้นความร่วมมือการให้ความช่วยเหลือในชุมชน  
กิจกรรม 6, 7 และ 8

กิจกรรมเสริมทักษะในการให้ความช่วยเหลือผู้สูญเสีย  
กิจกรรม 2, 5 และ 9

ทั้งนี้ ผู้บรรยายจัดสรรเวลาและกิจกรรมตามความเหมาะสม แต่ควรจะสื่อสาร  
แนวคิดชุมชนกรุณาในทุกครั้งที่ดำเนินกิจกรรม

**แนวคิดชุมชนกรุณาหลักสูตร  
และเอกสารประกอบการอบรม**

**ทีมงานพัฒนาหลักสูตร**

เอกภพ สีทธีวรรณธนะ  
ศรินทร รัตน์เจริญขจร  
สุวรรณา คำไร  
วรพงษ์ เวชมาลีนนท์  
ฐนิตา อภิชนะกุลชัย

**สนับสนุนการพัฒนาหลักสูตรโดย**

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

พฤษภาคม 2562

**รูปเล่ม**

ธิปก สุวรรณมณี

**จัดทำโดย**

โครงการชุมชนกรุณา เพื่อการอยู่และตายดี

**กลุ่ม Peaceful Death**

45/4 ซ.อรุณอมรินทร์ 39 แขวงอรุณอมรินทร์  
เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

Facebook Fanpage: Peaceful Death

**สนับสนุนโดย**

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

