

พัฒนาการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของประเทศไทย

ฐาภรณ์ กาญจนอภาส

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

บทคัดย่อ

การดูแลแบบประคับประคองมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาวะของคนไทยในช่วงท้ายของชีวิต การดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทยมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องจากอดีตถึงปัจจุบัน บทความนี้ได้รวบรวมเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง และศึกษาเพื่อประกอบร่างและวิเคราะห์จุดเปลี่ยนที่สำคัญในพัฒนาการการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย ผ่านการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนผลักดันและขับเคลื่อนการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย และค้นเอกสารเพิ่มเติม แล้วนำมาจัดแบ่งหมวดหมู่เป็นด้านนโยบาย ด้านการศึกษา ด้านการสนับสนุนให้เกิดเชิงปฏิบัติ และด้านการเข้าถึงยา โดยพบว่า การดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย แบ่งได้เป็น 3 ยุค ได้แก่ ยุคที่ 1: รุ่งอรุณแห่ง palliative care (ก่อน พ.ศ. 2547) ยุคที่ 2: สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (พ.ศ. 2547-2555) และ ยุคที่ 3: การพัฒนาอย่างก้าวกระโดด (พ.ศ. 2555-ปัจจุบัน) โดยมีจุดเปลี่ยนที่สำคัญ 2 ช่วงได้แก่ ในปี พ.ศ. 2547 ประกอบด้วยกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการรวมตัวของผู้สนใจมาสร้างองค์ความรู้ร่วมกันเป็นเครือข่าย จากเดิมที่ทำงานการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นเอกเทศ และในช่วงปี พ.ศ. 2555 ที่ประกอบด้วยชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในช่วงท้ายของชีวิต, การจัดตั้งสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย, และการจัดประชุมนานาชาติที่มีประเทศไทยเป็นเจ้าภาพ ทำให้พัฒนาการของประเทศไทยเป็นอย่างก้าวกระโดด ความท้าทายที่ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะทำให้การดูแลแบบประคับประคองมีบทบาทสำคัญมากยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบและกลไกต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้คนไทยเข้าถึงบริการนี้ดียิ่งขึ้น ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง; พัฒนาการ; ประเทศไทย

Development of Palliative Care in Thailand

Thagoon Kanjanopas

Department of Internal Medicine, Hatyai Hospital, Songkhla Province, Thailand

Abstract

Palliative care in Thailand has been developed for over 20 years. The purposes of this study were to put together milestones of palliative care development in Thailand and examine events which were the turning points in level of development. After interviewing key experts in palliative care in Thailand, this study reviews published data on development approaches to palliative care and categorizes into 5 domains: policy, education in healthcare providers, public awareness, implementation, and drug

availability. Development of palliative care in Thailand can be divided into 3 era: (1) dawn of the palliative care (before 2004), (2) triangle that moves the mountain and health (2004–2012), and (3) the great leap forward (2012–present). Two significant events that are the turning points include activities where people across the country were connected to build the knowledge altogether, in 2004, and health promotion at the End of Life Projects and national palliative care association, both of which established in 2012, and an international palliative care conference hosted by Thailand in the same year. Thailand is transitioning to aged society, posing a challenge to the accessibility to palliative care in terms of both quality and quantity.^{nt}

Keywords: palliative care; development; Thailand

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ในประเทศไทยมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องตลอดเกือบ 20 ปี ซึ่งหากพิจารณาตาม World Health Organization's Public Health Strategy for Palliative Care ที่กำหนดกรอบในการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองไว้ 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านนโยบาย (policy) (2) ด้านการศึกษา (education) (3) ด้านการสนับสนุนให้เกิดเชิงปฏิบัติ (implementation) และ (4) ด้านการเข้าถึงยา (drug availability)⁽¹⁾ พบว่าการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยในแต่ละด้านมีพัฒนาการตามบริบทที่แตกต่างกันตามช่วงเวลาและการผลักดันจากภาคส่วนต่างๆ

การศึกษาพัฒนาการทางด้านการดูแลแบบประคับประคองในระดับสากล โดย International Observatory on End of Life Care (IOELC) ศึกษาเชิงเปรียบเทียบ (comparative study) จากข้อมูลพัฒนาการการดูแลแบบประคับประคองของแต่ละประเทศทั่วโลก และได้เสนอขึ้นของการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองของแต่ละประเทศไว้ 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มประเทศที่ยังไม่พบการดูแลแบบประคับประคอง, กลุ่มประเทศที่เตรียมศักยภาพ, กลุ่มประเทศที่มีการดูแลแบบประคับประคองในท้องถิ่น และกลุ่มประเทศที่มีการดูแลแบบประคับประคองในบริการสาธารณสุขกระแสหลัก⁽²⁾

ต่อมา Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) ได้พัฒนาเกณฑ์การแบ่งกลุ่มประเทศและได้จัดกลุ่มประเทศตามพัฒนาการการดูแลแบบประคับประคอง

โดยได้แบ่งกลุ่มย่อยในกลุ่มที่ 3 และ 4 ออกเป็นสองกลุ่มย่อยรวมเป็น 6 กลุ่ม⁽³⁾ ดังตารางที่ 1

ประเทศไทยได้ถูกจัดลำดับการพัฒนาในการดูแลแบบประคับประคอง ตามการศึกษาดังกล่าวไว้ที่กลุ่ม 3a ในปี พ.ศ. 2556 และได้พัฒนาเป็นกลุ่ม 4a ใน ปี พ.ศ. 2560⁽⁴⁾ และนอกจากนี้ประเทศไทยถูกจัดอันดับ คุณภาพของการตาย (Quality of death) เป็นอันดับที่ 44 ของโลก โดย Economist Intelligence Unit⁽⁵⁾ ในปี พ.ศ. 2558

อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังมีพัฒนาการของการดูแลแบบประคับประคองมาอย่างต่อเนื่อง และเป็นที่น่าสังเกตว่า ข้อมูลการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่ถูกบันทึกและจัดเก็บในแหล่งข้อมูลที่หลากหลายและถูกบันทึกในภาษาไทย จึงมีความเป็นไปได้ที่ข้อมูลดังกล่าวอาจไม่ถูกนับรวมในการรวบรวมพัฒนาการการดูแลแบบประคับประคองของการศึกษาที่ผ่านมา บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองที่เกิดขึ้นในประเทศไทย และศึกษาเพื่อประกอบร่างและวิเคราะห์จุดเปลี่ยนที่สำคัญในพัฒนาการการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย

ผู้เขียนได้รวบรวมพัฒนาการของการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย จากการสัมภาษณ์คุณวรรณ จารุสมบุญ ประธานกลุ่ม Peaceful Death ที่อยู่บนเส้นทางการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย และมีบทบาทสำคัญในการสร้างความตระหนักรู้ให้เกิดขึ้นในสังคมไทยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ยุคแรกเริ่มจนถึงปัจจุบัน และรศ. พญ. ศรีเวียงไพโรจน์กุล นายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย

ตารางที่ 1 ลักษณะการดูแลแบบประคับประคองของประเทศตามกลุ่มพัฒนาการตามเกณฑ์ WPCA

เกณฑ์พัฒนาการ	ลักษณะ
กลุ่ม 1	ยังไม่ปรากฏการดูแลแบบประคับประคอง
กลุ่ม 2 เริ่มเตรียมศักยภาพ (Capacity Building Activity)	เริ่มมีผู้นำและปฏิบัติการในระดับบุคคล องค์กร แต่ยังไม่มีการบริการที่ชัดเจน เริ่มมีการจัดประชุมวิชาการ การส่งบุคลากรไปเรียนรู้ในต่างประเทศ เริ่มการผลักดันในระดับนโยบายของรัฐบาล
กลุ่ม 3a การดูแลแบบประคับประคองแบบแยกส่วน (Isolated Palliative Care Provision)	มีการดูแลแบบประคับประคองเกิดขึ้นในหลายพื้นที่ แต่อยู่กระจัดกระจายและไม่ได้มีการสนับสนุนเต็มที่นัก การสนับสนุนด้านการเงินเกิดขึ้นผ่านการบริจาคเป็นหลัก การเข้าถึงยากกลุ่มมอริฟีนมีความจำกัด และมีสัดส่วนการบริการการดูแลแบบประคับประคองหรือออสพิซต่อจำนวนประชากรที่น้อย หรืออยู่ในรูปแบบการดูแลที่บ้าน
กลุ่ม 3b การดูแลแบบประคับประคองทั่วไป (Generalized Palliative Care Provision)	ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลแบบประคับประคอง แหล่งรายได้มีความหลากหลาย การเข้าถึงยากกลุ่มมอริฟีนมากขึ้น เกิดบริการการดูแลแบบประคับประคองหรือออสพิซจำนวนมากและอาจจะไม่ต้องพึ่งพาบริการสุขภาพหลัก
กลุ่ม 4a การดูแลแบบประคับประคองเริ่มเข้าสู่ การรักษาระยะหลัก (Preliminary Integration into Mainstream Service Provision)	การดูแลแบบประคับประคองความหลากหลายของทั้งผู้ให้บริการและชนิดของการให้บริการ มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไป มีการเข้าถึงยากกลุ่มมอริฟีนและยาลดปวดชนิดแรงอื่นๆ มีหลายองค์กรที่สามารถอบรมหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองเองได้ มีการจัดตั้งสมาคมการดูแลแบบประคับประคองระดับประเทศ
กลุ่ม 4b การดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่ง ของการรักษาระยะหลัก (Advanced Integration into Mainstream Service Provision)	ประชาชนเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างทั่วถึง สามารถเข้าถึงยากกลุ่มมอริฟีนและยาแก้ปวดชนิดแรงได้หลายชนิด การดูแลแบบประคับประคองมีผลต่อการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับชาติ มีการจัดตั้งสถาบันการศึกษาและการพัฒนาเชิงวิชาการในระดับมหาวิทยาลัย และมีสมาคมการดูแลแบบประคับประคองระดับประเทศหลัก

และหัวหน้าศูนย์การดูแลรักษา โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้ สร้างบุคลากร และการบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้เกิดเป็นรูปธรรมในประเทศไทย

ผู้เขียนได้เรียบเรียงพัฒนาการของเหตุการณ์สำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์บุคคลทั้งสองท่าน และสืบค้นเอกสารที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม จากนั้นนำมาจัดหมวดหมู่ตามด้านต่างๆ ของ Public Health Strategy for Palliative Care ทั้ง 4 ด้านขององค์การอนามัยโลก โดยแยกพัฒนาการออกเป็น การอบรม/ศึกษาของกลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์ และการรับรู้ของประชาชนทั่วไป รวมเป็นทั้งหมด 5 ด้าน และได้สรุปเหตุการณ์ที่สำคัญตลอดพัฒนาการการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย ดังแสดงในตารางที่ 2

พัฒนาการการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง

จากการรวบรวมข้อมูลเหตุการณ์ที่สำคัญและจัดแบ่งหมวดหมู่ในพัฒนาการแต่ด้านการดูแลแบบประคับประคอง ผู้เขียนพบว่า มีเหตุการณ์ที่เปรียบเสมือนจุดเปลี่ยนที่ทำให้พัฒนาการมีการเปลี่ยนแปลงในอัตราเร่งที่เปลี่ยนไปสองช่วง ทำให้สามารถแบ่งพัฒนาการได้เป็น 3 ยุค และมีรายละเอียดของเหตุการณ์อันเป็นจุดเปลี่ยน ดังนี้

ยุคที่ 1 รุ่งอรุณแห่ง Palliative Care (ก่อน พ.ศ. 2547)

จุดเริ่มต้นสำคัญที่ทำให้ “ความตาย” เป็นเรื่องที่มีการถกกันในสังคมอย่างกว้างขวาง คือ การมรณภาพของพระธรรมโกษาจารย์ พุทธทาสภิกขุ (เงื่อม อิกปัญโญ) ใน พ.ศ. 2536 เหตุการณ์ดังกล่าวทำให้สาธารณชนเริ่มหันมา

ตารางที่ 2 แสดงเหตุการณ์สำคัญในพัฒนาการการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย

พ.ศ.	ก่อน 2547	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553
นโยบาย (Policy)	2542 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย บรรจุในแผนการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์			PC ถูกบรรจุใน HA				พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12
การอบรมเชิงปฏิบัติการทางการแพทย์ (Education in healthcare providers)		Palliative Care: From Principles to Practice in Thailand	กสพท. บรรจุ PC ในหลักสูตรแพทย์				ก่อตั้ง MS-PCARE	
การรับรู้ของประชาชน (Public awareness)	2536 พระธรรมโกษาจารย์ พุทธทาสภิกขุ มรณภาพ	2546 กรณีศึกษา คุณสุภาพร พงศ์พิทักษ์	โครงการอบรม "เผชิญความตายอย่างสงบ"				จดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง	
การสนับสนุนให้เกิดปฏิบัติการ (Implementation)	การจัดตั้งองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เช่น 2533 : ชมรมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย 2535 : โครงการธรรมรักษานิเวศน์ วัดพระบาทนพบุ 2536 : ศูนย์บรรเทาใจ โดยบาทหลวง GioVanni Contarini สำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์			อาสาชังเคียง				ก่อตั้ง ศูนย์การดูแลรักษา
การเข้าถึงยา (Drug availability)	2530 ยามอร์ฟีนออกฤทธิ์เร็วชนิดรับประทานแบบน้ำเชื่อม โรงพยาบาลศิริราช						นำยามอร์ฟีนออกไปใช้ในยารพ.ได้เป็นครั้งแรก	

HA: Healthcare Accreditation, MS PCARE: Medical Schools Palliative Care Network (เครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองในโรงเรียนแพทย์), PC: Palliative Care (การดูแลแบบประคับประคอง) กสพท.: กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย, รพ.: โรงพยาบาล
 * พ.ศ. 2549: การดูแลแบบประคับประคองได้รับการบรรจุในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพเป็นครั้งแรก
 ** มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ให้ความสำคัญกับภูมิปัญญาทางพุทธศาสนา มองความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ รวมถึงการตั้งคำถามสำคัญกับวงการแพทย์ถึงการทำตามการแสดงเจตจำนงในการปฏิเสธการรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดชีวิตเอาไว้เท่านั้น⁽⁶⁾

บุคคลสำคัญอีกท่านหนึ่งที่เป็นกรณีศึกษาและได้สร้างบทเรียนที่สำคัญในเรื่องการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย คือ คุณสุภาพร พงศ์พิทักษ์ เจ้าของ “บ้านถั่วพู” นักฝึกอบรมครูสอนโยคะ นักแปลและนักเขียน ใช้ธรรมะในการดูแลโรคเอดส์เต็มตัวผ่านการปฏิบัติธรรม ทำสมาธิภาวนา และทำอาหารสุขภาพกินเอง และไม่ขอรับการรักษาในโรงพยาบาล⁽⁷⁾ ในช่วงท้ายที่มะเร็งลุกลามมากขึ้น สุภาพรได้อาศัยอยู่ที่บ้านท่ามกลางกัลยาณมิตรที่พลัดเปลี่ยนกันมาดูแลและจัดกิจกรรมในบ้านตลอดทั้งวัน ในขณะเดียวกัน ทีมแพทย์นำโดย นพ.เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี จากคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ก็เข้ามามีบทบาทในการดูแล

จัดการอาการที่บ้าน จนกระทั่งสุภาพรจากไปอย่างสงบ เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ. 2546

กรณีศึกษาคุณสุภาพรในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการตายดีเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นที่บ้านได้ ด้วยการช่วยเหลือและการเรียนรู้กันในครอบครัว เพื่อน และชุมชนในขณะเดียวกัน ทีมแพทย์ได้เรียนรู้ถึงความเป็นไปได้ที่จะออกแบบระบบสุขภาพในการจัดการความทุกข์ทรมานในระยะใกล้เสียชีวิตที่บ้าน และเป็นตัวอย่างของการตัดสินใจร่วมกันระหว่างคนไข้และแพทย์ ถึงแนวทางการรักษาที่ยึดคุณค่าของผู้ป่วยเป็นหลัก⁽⁸⁾ กรณีศึกษาคุณสุภาพร จึงนับว่าเป็นต้นธารของการดูแลแบบประคับประคองในเวลาต่อมาอย่างเป็นรูปธรรม กล่าวคือการตายดีสามารถเกิดขึ้นที่บ้านได้ โดยอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวและต้นทุนทางสังคมในชุมชน ในขณะที่บทบาททางการแพทย์จะต้องไม่ยึดติดกับการบริการที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเท่านั้นแต่เป็นการตัดสินใจร่วมกันของ

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงเหตุการณ์สำคัญในพัฒนาการการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย

พ.ศ.	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563
นโยบาย (Policy)	สปสข.สนับสนุนการจัดบริการการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย		PC คู่มือบริการ Service Plan	แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติด้วย การสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้าย ของชีวิต (2557-2559)		ส่งกำหนดให้ทุกโรงพยาบาลมีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	Service Plan PC			
การอบรมเพื่อผู้ให้บริการ (Education in healthcare providers)	1* BCCPN			1* BCCPM	หลักสูตรอบรมโดย THAPS PC for pharmacist, PC in elderly, PC in Oncology			How to set PC program PC in ICU		PC in COVID Era
การรับรู้ของประชาชน (Public awareness)		โครงการความตายที่ดี	Before I Die				Happy Death Day	ตายก่อนตาย	ประชุมวิชาการชุมชนกรูณาเพื่อการอยู่และตายดี ครั้งที่ 1	
การสนับสนุนให้เกิดสิ่งปฏิบัติ (Implementation)	โครงการส่งเสริมบทบาทพระสงฆ์ โรงพยาบาลและชุมชน ในการเยี่ยมเยียนจิตผู้ป่วยระยะท้ายและระยะสุดท้าย ก่อตั้ง THAPS โครงการสร้างเสริมสุขภาพในวัยชราของชีวิต			แนวทางดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดย กรมการแพทย์ การสร้างเครือข่ายโรงพยาบาล PC เครือข่ายเขต 7			สมุดเบาใจ	เครือข่ายทั่วประเทศ 12 เขต พร้อมกันทำ Quality Standard for Palliative Care	เครือข่ายในกรุงเทพฯ	
การเข้าถึงยา (Drug availability)	อย.และอก.ประสานในการจัดการยามอร์ฟิน สปสข.ขอขยายการใช่มอร์ฟินสำหรับผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน							แนวทางการบริหารจัดการระบบยาของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ⁴¹		

สปสข.: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, APHC: Asia Pacific Hospice Palliative Care Conference, BCCPM: Basic Certificate Course in Palliative Medicine, BCCPN: Basic certificate course in palliative care nursing, PC: Palliative Care, THAPS: Thai Palliative Care Society (สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน) ประกาศนโยบายด้านสุขภาพสนับสนุนการจัดตั้งหน่วยงานและจัดสรรบุคลากรดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทั่วประเทศ โดยมีกรมการแพทย์เป็นแกนนำ

*พ.ศ. 2560 Palliative Care ได้ถูกกำหนดเป็นสาขาหนึ่งของเป้าหมายการให้บริการใน Service Plan

“แพทย์” กับ “ผู้ป่วย” และเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านได้

การศึกษา “โครงการทบทวนกระบวนการค้นเรื่องความตายและมิตินุสภาวะ” เป็นจุดเริ่มต้นในการเรียนรู้เรื่องความตายและการจัดการความตายในสังคมไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ⁽⁹⁾ พบว่า มุมมองในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีความไม่ตรงกัน กล่าวคือ แพทย์มองว่าเป็นภาวะที่คุกคามกับชีวิต ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป็นเพียงการให้ยาควบคุมจัดการอาการ และให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับ ในขณะที่บทบาทของครอบครัวและชุมชนเป็นการเยี่ยมให้กำลังใจ เป็นเพื่อนร่วมทุกข์ การขอโทษกรรม การฝากฝัง เรื่องที่ค้างคาใจ ดูแลอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวัน และการประกอบพิธีกรรม ทำให้เกิดช่องว่างทางการสื่อสาร และข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นต่อการตัดสินใจ

องค์กรที่เริ่มมีการดูแลแบบประคับประคองที่เกิดขึ้นในช่วงแรกนี้ กระจายทั่วไปทั้งภาครัฐและเอกชน โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามธิบดี คลินิกมะเร็งปอด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช จังหวัดพระนครศรีอยุธยาภาคเอกชนได้แก่โรงพยาบาลเซนส์หลุยส์, St.Claire's Hospice โครงการธรรมรักษนิเวศน์ ที่ให้บ้านพักผู้ป่วยระยะท้ายที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี เป็นต้น โดยพบว่า ภาคเอกชนส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายโดยเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี (HIV) และผู้ป่วยเอดส์ระยะท้าย

ยุคที่ 2 สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (พ.ศ. 2547-2555)

ในด้านการสร้างองค์ความรู้ทางการแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์เริ่มมีความสนใจในการดูแลประคับประคองและทำงานในพื้นที่ของตนเองตามความสนใจ ในปี พ.ศ. 2547 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จัดการประชุมวิชาการหัวข้อ Palliative Care: From Principles to Practice in Thailand ที่จังหวัดสงขลา ทำให้ผู้สนใจจากทั่วประเทศได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์กันอย่างรอบด้าน และนับเป็นการประชุมวิชาการเฉพาะเจาะจงเรื่องนี้ระดับประเทศเป็นครั้งแรก⁽¹⁰⁾ และหลังจากนั้นได้เกิดการรวมกลุ่มของบุคลากรทางการแพทย์กันจนเป็นเครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์ (Medical Schools-Palliative Care Network, MS-PCARE) ในปี พ.ศ. 2552 ในแผนงานโรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.) และได้รับการสนับสนุนงบประมาณโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยมี นพ.เติมศักดิ์ พึ่งรุศมี เป็นประธานเครือข่ายก่อให้เกิดการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การจัดการเรียนการสอน และการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop) ที่สัญจรการเรียนรู้ไปตามเครือข่ายสถาบันต่างๆ การเรียนรู้ดังกล่าวจึงเป็นโอกาสในการกระตุ้นให้สถาบันเจ้าภาพได้มีการประชาสัมพันธ์งานด้านนี้ไปยังผู้สนใจภายใน ก่อเป็นเครือข่ายการทำงานร่วมกันภายในองค์กร และเครือข่ายที่มาทำงานด้วย เช่น อาสาสมัคร กลุ่มผู้ป่วยเพื่อนช่วยเพื่อน คณะพยาบาลศาสตร์ เป็นต้น⁽¹¹⁾

ตลอด 3 ปีของแผนงานเครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์ ก่อให้เกิดการร่างหลักสูตร Palliative Care ที่บูรณาการเข้ากับหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (พ.บ.) ที่แต่ละสถาบันเครือข่ายทั้ง 18 แห่ง จะนำร่างไปปรับประยุกต์เข้ากับสถาบันของตน⁽¹²⁾ อีกทั้งก่อให้เกิดการผลิตตำราเพื่อสร้างองค์ความรู้การดูแลแบบประคับประคองสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และเอกสารเพื่อเผยแพร่ความรู้การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้สนใจทั่วไป⁽¹³⁻¹⁶⁾ นอกจากนี้ได้เกิดการวิจัยศึกษาความต้องการของประเทศไทยในด้าน Palliative care และสถานการณ์ปัจจุบันในขณะนั้น⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

ในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกัน เครือข่ายพุทธิกา นำโดย

พระไพศาล วิสาโล ร่วมกับเสมสิกขาลัย ได้ร่วมกันพัฒนาหลักสูตรอบรมเชิงปฏิบัติการ “เผชิญความตายอย่างสงบ” เริ่มในปี พ.ศ. 2546 โดยได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีผู้เข้าร่วมอบรมทั้งประชาชนทั่วไป และบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เกิดการรวบรวมองค์ความรู้ทางด้านการดูแลแบบประคับประคองในทุกมิติ กรณีศึกษาในสังคมไทย ควบคู่ไปกับการผลิตสื่อเรียนรู้ การจัดเวทีสาธารณะ พร้อมกับการพัฒนาเครือข่ายแพทย์และพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไปพร้อมกัน⁽²⁰⁾

จึงกล่าวได้ว่า ช่วงเวลา พ.ศ. 2546-2547 เป็นช่วงเวลาจุดเปลี่ยนสำคัญ ที่ทั้งบุคลากรทางการแพทย์และคนในสังคมไทยเริ่มรวมกลุ่มกันเพื่อเรียนรู้การดูแลแบบประคับประคองร่วมกัน จากก่อนหน้านี้ช่วงเวลานั้นที่แต่ละบุคคลหรือองค์กรเรียนรู้และทำงานกันอย่างเอกเทศ เกิดเป็นเครือข่ายการเรียนรู้ร่วมกันทั้งประเทศ

การอบรมการเผชิญความตายอย่างสงบดำเนินมาอย่างต่อเนื่อง มีผู้ที่สนใจที่ผ่านการอบรมและต้องการทำงานต่อในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แต่ยังขาดพื้นที่ในการฝึกปฏิบัติการ เครือข่ายพุทธิกาจึงได้โครงการ “อาสาข้างเตียง” ในปี พ.ศ. 2549 โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อเป็นการเพิ่มพื้นที่ปฏิบัติการให้กับอาสาสมัครมีบทบาทในการดูแลสภาวะทางใจและประสานกับทีมแพทย์พยาบาลถึงข้อมูลเชิงลึกและประสานความเข้าใจให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว⁽²¹⁾

ในปี พ.ศ. 2552 เครือข่ายพุทธิกาได้มีการจัดทำ “จดหมายข่าววาทิตยอัสดง” เพื่อเป็นสื่อกลางในการรวบรวมความรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ประชาสัมพันธ์กิจกรรม และการสื่อสารเรื่องการดูแลแบบประคับประคองให้กับบุคคลทั่วไป โดยจัดพิมพ์อย่างต่อเนื่องราย 3 เดือนและได้ปิดตัวลงในปี พ.ศ. 2559⁽²²⁾

หลังจากที่กิจกรรม “เผชิญความตายอย่างสงบ” ดำเนินมาได้ 5 ปี การสำรวจผู้ที่ผ่านการอบรมโครงการเผชิญความตายอย่างสงบ โดยเครือข่ายพุทธิกา พบว่า กว่าครึ่งหนึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ และในทางปฏิบัติ บุคลากรเหล่านี้ยังไม่ได้มีโอกาสนำความรู้หรือประสบการณ์ไปใช้ในการทำงานดูแลผู้ป่วยประคับประคองมากนัก ด้วยเหตุผลว่า (1) ไม่มีเวลา

ในการทำ เพราะว่ามีภารกิจหลักที่ต้องทำงานดูแลแบบประคับประคองยังไม่อยู่ในระบบการดูแลในโรงพยาบาล (2) ผู้ร่วมงานไม่เข้าใจกระบวนการดูแลแบบประคับประคองที่ประกอบด้วยทั้งศาสตร์และศิลป์ (3) ผู้นำในองค์กรไม่สนับสนุนและ (4) ไม่มีความมั่นใจในการนำองค์ความรู้และประสบการณ์ไปใช้

ในการแก้ปัญหาดังกล่าว วรรณา จารุสมบุญ ผู้จัดการโครงการเผชิญความตายอย่างสงบ เครือข่ายพุทธิกาในขณะนั้น เล็งเห็นว่า มีความจำเป็นที่จะต้องหาตัวช่วยให้กับระบบโรงพยาบาล เพราะภาระงานของบุคลากรโรงพยาบาลนั้นมีมากและไม่สามารถดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติได้ โดยเฉพาะมิติด้านจิตวิญญาณ ในขณะเดียวกัน สังคมไทยมีต้นทุนในชุมชนที่มีศักยภาพที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ อาทิ พระสงฆ์ นักบวช แม่ชี อาสาสมัครหรือจิตอาสา เป็นต้น ซึ่งจะเป็นตัวช่วยสำคัญให้กับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลได้อย่างดี เพียงแต่ยังขาดระบบที่จะเชื่อมการทำงานร่วมกันระหว่างชุมชนและโรงพยาบาล

ในปี พ.ศ. 2554 เครือข่ายพุทธิกา จึงได้จัด “โครงการส่งเสริมบทบาทพระสงฆ์ โรงพยาบาล และชุมชน ในการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้าย” เพื่อเป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เปิดพื้นที่ให้ชุมชนหรือภาคส่วนอื่น ๆ ในสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมหรือมีบทบาทในการดูแลเพิ่มขึ้น วิทยาการหลักผู้ริเริ่มโครงการ คือ พระครุชิต อภิภูจน เจ้าอาวาสวัดวิเวการาม อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ⁽²³⁾ และดำเนินการต่อในระลอกที่สอง ในปี พ.ศ. 2557 ภายใต้ชื่อโครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาพทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย⁽²⁴⁾

กล่าวโดยภาพรวม บุคลากรทางการแพทย์เริ่มเกิดการเรียนรู้การดูแลแบบประคับประคอง ทั้งจากการไปเรียนหลักสูตรที่ต่างประเทศ การเชิญวิทยากรจากต่างประเทศ มาอบรมผ่านการจัดประชุมวิชาการ และการร่วมกันดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จนเกิดการรวมกลุ่มเป็นเครือข่ายเพื่อเรียนรู้การดูแลแบบประคับประคองในบริบทของประเทศไทยเอง พร้อมกันนั้นก็เริ่มมีการขับเคลื่อนและสร้างความตระหนักรู้เรื่องความตายให้กับประชาชนทั่วไป นโยบายในระดับประเทศที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองในช่วงแรกยังไม่ได้มีบทบาทนัก หน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการผลักดันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ได้แก่ **สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)** ที่ทำหน้าที่ประเมินมาตรฐาน คุณภาพของสถาบันบริการสุขภาพของทุกโรงพยาบาลในประเทศไทย ก็ได้นำเอาการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) มาเป็นหนึ่งใน “มาตรฐาน” ทำให้เกิดการเคลื่อนไหว และการตื่นตัวของการดูแลแบบประคับประคองเกิดขึ้นทั่วประเทศ โดยเริ่มมีการกล่าวถึงการดูแลแบบประคับประคองในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติ ฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี⁽²⁵⁾ ในปี พ.ศ. 2549 ซึ่ง ณ ขณะนั้นยังมีบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคองยังไม่มากนัก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีโครงการพัฒนาการดูแลคนไข้ระยะท้าย การส่งเสริมกิจกรรมมิตรภาพบำบัด เพื่อนช่วยเพื่อน และจิตอาสาเพื่อช่วยเหลือสังคม ในปี พ.ศ. 2549 และได้กำหนดให้ทุกสำนักงานเขตให้การสนับสนุนโรงพยาบาลในแต่ละพื้นที่ ดำเนินโครงการนำร่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในปี พ.ศ. 2553⁽²⁶⁾

ประกาศพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้เป็นพระราชบัญญัติแม่บทลงในราชกิจจานุเบกษา ที่มีเนื้อหาสนับสนุนเรื่องการดูแลแบบประคับประคองอย่างชัดเจน อาทิ มาตรา 12 ที่ว่าด้วยการเปิดโอกาสให้คนใช้สามารถปฏิเสธการรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อการยื้อชีวิตได้⁽²⁷⁾ ซึ่งในขณะนั้นยังมีอุปสรรคในการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ เนื่องจากความตระหนักรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายยังไม่เป็นที่แพร่หลายนักทั้งในวงการแพทย์และภาคประชาชน รวมไปถึงการเข้าถึงระบบการบริการดูแลแบบประคับประคอง ที่จำเป็นจะต้องมารองรับการดูแลในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่เป็นไปเพื่อยื้อชีวิต แต่เป็นไปเพื่อประคับประคองแทน

จึงกล่าวได้ว่า การขับเคลื่อนการดูแลแบบประคับประคองในยุคนี้ มีพื้นฐานจากทฤษฎี “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” เสนอโดย ศ. นพ.ประเวศ วะสี ที่กล่าวว่ากลยุทธ์การขับเคลื่อนสิ่งที่เป็นไปได้ยากในระดับประเทศ ประกอบด้วย การสร้างความรู้ การเคลื่อนไหวทางสังคม และการเชื่อมต่อกับอำนาจรัฐหรือการดำเนินการทางการเมือง⁽²⁸⁾ โดยมีโครงการเครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์ เป็นผู้ขับเคลื่อนภูเขาแห่งองค์ความรู้ เครือข่ายพุทธิกา นำโดย พระไพศาล วิสาโล ขับเคลื่อนภูเขาแห่งภาคประชาชน ผ่าน

การอบรม “เผชิญความตายอย่างสงบ” ในขณะที่ภูเขาของการเคลื่อนไหวทางการเมืองและนโยบายระดับชาติ ยังไม่ได้มีบทบาทที่สำคัญนักแต่เป็นรากฐานที่นำไปสู่การขับเคลื่อนในยุคถัดไปได้แก่ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ที่ว่าด้วยหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับการรักษาที่เป็นไปเพื่อการยื้อชีวิต

ยุคที่ 3 การพัฒนาอย่างก้าวกระโดด (พ.ศ. 2555-ปัจจุบัน)

เหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างรวดเร็วในเวลาต่อมา คือ ประเทศไทยได้รับการเสนอเป็นเจ้าภาพจัดงานประชุม Asia Pacific Hospice Conference (APHC) ในปี พ.ศ. 2556 ซึ่งถือว่าเป็นการประชุมระดับนานาชาติที่มีความสำคัญ คือ หลายประเทศในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกได้ใช้โอกาสในการจัดประชุมดังกล่าวผลักดันให้เกิดระบบการดูแลแบบประคับประคองในประเทศนั้นๆ อย่างก้าวกระโดด อาทิเช่น ประเทศญี่ปุ่น ประเทศเกาหลีใต้ และประเทศฟิลิปปินส์⁽²⁸⁾

เครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์ (MS-PCARE) ได้จดทะเบียนเป็น สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (Thai Palliative Care Society, THAPS) ในปี พ.ศ. 2555 เพื่อรองรับการจัดประชุม APHC ในปีถัดไป การที่ประเทศไทยได้มีโอกาสเป็นเจ้าภาพจัดการประชุมนานาชาติดังกล่าว ทำให้เกิดการตื่นตัวและการผลักดันระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในเวลาต่อมาโดยสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (THAPS) ได้ดำเนินการโครงการสร้างเสริมสุขภาพในช่วงท้ายของชีวิต⁽²⁹⁾ ภายใต้การสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งเป็นชุดโครงการขนาดใหญ่ ประกอบด้วย (1) โครงการสร้างความตระหนักเรื่องวิถีสู่การตายอย่างสงบ (ความตาย พุดได้) (2) โครงการสร้างและจัดการความรู้ระบบบริการสาธารณสุขที่สร้างเสริมสุขภาพ (3) โครงการศึกษาพัฒนาระบบสาธารณสุขในการบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและการศึกษาทางระบาดวิทยา (4.1) โครงการสานต่อกิจกรรมเครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์ (4.2) โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และเภสัชกร (4.3) โครงการฝึกพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาลด้านการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย และ (4.4) โครงการพัฒนาศักยภาพจิตอาสาและผู้ดูแลผู้ป่วย

โครงการเผชิญความตายอย่างสงบและโครงการพัฒนาอาสาสมัครในยุคที่ผ่านมา ทำให้การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและความตายเกิดขึ้นในประชาชนจำนวนหนึ่ง แต่พบว่ายังอยู่ในวงแคบ เพราะการประชาสัมพันธ์ยังอยู่ในวงจำกัด และเข้าถึงเฉพาะผู้ที่มีความสนใจหรือทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะท้ายอยู่แล้วเท่านั้น โครงการสร้างความตระหนักเรื่องวิถีสู่การตายอย่างสงบ (ความตาย พุดได้) ดำเนินการโดยเครือข่ายพุทธิกาได้พยายามสื่อสารให้ความตายเป็นสิ่งที่คนในสังคมสามารถพูดคุยกันได้โดยเปลี่ยนภาพลักษณ์ของความตายให้เป็นเรื่องที่จับต้องได้ ไม่น่ากลัวและยึดโยงกับศาสนาเพียงอย่างเดียว และปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานที่มีการทำงานร่วมกับนักโฆษณาและคนทำสื่อเพื่อสร้างสื่อที่มีความหลากหลายมากขึ้น อาทิเช่น บทเพลงคลิป์วิดีโอ การสื่อสารบนสังคมออนไลน์ พัฒนาเครื่องมือที่ช่วยในการพูดคุยเรื่องความตาย เช่น เกมไฟโซชีวิต สมุดเบาใจ เป็นต้น⁽³⁰⁾

ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 เครือข่ายพุทธิกาและ THAPS ภายใต้การสนับสนุนจากภาคีสุขภาพได้จัดกิจกรรม “Before I Die พร้อมก่อนตาย”⁽³¹⁾ ขึ้นที่ห้างสรรพสินค้า เซนทรัลเวิลด์ ซึ่งเป็นกิจกรรมคู่ขนานไปกับการจัดประชุมวิชาการ APHC กิจกรรมในครั้งนี้ พบว่า มีผู้คนให้ความสนใจจำนวนมาก และมีผู้คนเข้าร่วมกิจกรรมที่ห้างสรรพสินค้าหลายร้อยคน แสดงให้เห็นว่าความตายเริ่มเป็นที่สนใจในหมู่นักรุ่นใหม่และผู้ที่ไม่ได้เคยเกี่ยวข้องกับการทำงานเรื่องความตายหรือผู้ป่วยระยะท้ายเพียงอย่างเดียว

ต่อมา โครงการความตาย พุดได้ โดยเครือข่ายพุทธิกาได้ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่ทำงานด้านการเรียนรู้เรื่องชีวิตและความตายจำนวน 18 องค์กร ร่วมกันจัดงาน Happy Deathday ที่ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ วันที่ 10-11 มิถุนายน พ.ศ. 2560⁽³²⁾ ซึ่งมีคนรุ่นใหม่จำนวนมากที่เข้ามามีส่วนร่วมและสนใจในกิจกรรม การมีส่วนร่วมขององค์กรทั้ง 18 องค์กรที่ประกอบด้วยกลุ่มคนที่ทำงานจากทั้งหน่วยงานรัฐ และเอกชนนั้นได้แสดงให้เห็นว่าการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสามารถดำเนินต่อไปได้ตามบริบทของตน ซึ่งวรรณ จารุสมบุญ ประธานกลุ่ม Peaceful Death และประธานการจัดงาน Happy Deathday ได้ให้ความเห็นว่าการจัดงานดังกล่าวเป็นหมุดหมายที่ทำให้สังคมไทยเกิดความตระหนักเรื่องการเตรียมตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ⁽³³⁾

ความสำเร็จครั้งยิ่งใหญ่จากงาน “Happy Deathday” ทำให้ ในปี พ.ศ. 2561 โครงการความตาย พุดได้ ได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายพุทธิกา ให้ดำเนินงานเป็นกลุ่มอิสระในชื่อ Peaceful Death และ ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานโครงการ ชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการตายดีโดยมีแนวคิดว่าประสบการณ์การสูญเสียเป็นความรับผิดชอบของทุกคนในสังคม อาศัยความรู้และทักษะของทุกคนในชุมชนร่วมกับการสนับสนุนของระบบสุขภาพให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทำให้ “ชุมชนกรุณา” มีบทบาทในการดูแลแบบประคับประคองภาคประชาสังคม ที่บริบทในปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากยิ่งขึ้น ในขณะที่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในปัจจุบัน ยังไม่ทั่วถึงและบุคลากรทางการแพทย์ยังมีไม่เพียงพอต่อความจำเป็นนัก⁽³⁴⁾

ในด้านบุคลากรทางการแพทย์ “โครงการสร้างและจัดการความรู้ระบบบริการสาธารณสุขที่สร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายตามบริบทประเทศไทย” มีผู้รับผิดชอบหลักคือ นพ.เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยโครงการดังกล่าวประกอบด้วย 3 โครงการย่อย⁽³⁵⁾ ได้แก่ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้, จัดตั้งชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice, CoP) บนสังคมออนไลน์ Facebook และ GotoKnow และ การรวบรวมและสังเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยวิทยานิพนธ์ สื่อและสิ่งพิมพ์ที่เกี่ยวข้อง และจัดทำฐานข้อมูลจนได้รวบรวมเป็น “วิทยานิพนธ์ก่อนตาย” ซึ่งเป็นการรวบรวมเฉพาะสารนิพนธ์หรือวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของประเทศไทยตั้งแต่พ.ศ. 2523 จนถึงพ.ศ. 2559 จำนวน 169 รายการ มีการเรียบเรียงตามหัวข้อและเชิงอรรถบรรยายสรุปใจความสำคัญของวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้อง⁽³⁶⁾

สถาบันที่มีบทบาทโดดเด่นในการจัดบริการผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างครบวงจร และมีบทบาทอย่างมากในการจัดฝึกอบรมให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ในเวลาต่อมา คือ ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งได้ก่อตั้งเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 โดย รศ. พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล เป็นหัวหน้าศูนย์ และเป็นนายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย

(Thai Palliative Care Society, THAPS) เช่นเดียวกัน

การดำเนินงานของศูนย์การุณรักษ์ในระยะแรกประกอบด้วย การสร้างให้เกิดระบบการให้บริการที่ครบวงจร (service) โดยเป็นสถาบันที่เป็นต้นแบบในการนำยากลุ่ม opioid ออกไปใช้นอกโรงพยาบาลได้เป็นแห่งแรก ทำให้สามารถเปิดการบริการการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างครบวงจร

ในปี พ.ศ. 2556-2557 ศูนย์การุณรักษ์ได้รับทุนสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขตสุขภาพที่ 7 และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ให้อบรมแพทย์และพยาบาล จนเกิดเป็นเครือข่ายที่แข็งแกร่งเริ่มจากเขตสุขภาพที่ 7 ขยายไปครอบคลุมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยหลักสูตรอบรมพยาบาล Clinical Palliative Care for Community Nurses (CPCN) ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยระยะท้ายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความครอบคลุมในทุกพื้นที่ สามารถส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์และมีแนวทางการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน เกิดเป็นระบบการดูแลผู้ป่วยได้อย่างไร้รอยต่ออันเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและสามารถดูแลผู้ป่วยให้เสียชีวิตที่บ้านตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้

จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2561 การขยายเครือข่ายด้วยหลักสูตรอบรมพยาบาลทีมประคับประคอง 4 สัปดาห์ได้ขยายผลไปครอบคลุมโรงพยาบาลในจังหวัดทางภาคเหนือและภาคใต้ รวมถึงหลักสูตร How to set PC program in your hospital ที่เป็นการวางรากฐานระบบการจัดตั้งการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล จากเครือข่ายในระดับภาคอีสานขยายสู่ระดับประเทศ ซึ่งดำเนินการโดยศูนย์การุณรักษ์

การดำเนินงานที่ควบคู่กันไปทั้งการบริการที่ครบวงจรและการมีเครือข่ายที่เข้มแข็ง ทำให้ศูนย์การุณรักษ์มีระบบการดูแลแบบประคับประคองที่สมบูรณ์ และเหมาะในการใช้เป็นพื้นที่ต้นแบบในการจัดฝึกอบรมให้กับบุคลากรทางการแพทย์ โดยศูนย์การุณรักษ์ได้เริ่มจัดฝึกอบรมหลักสูตรสำหรับพยาบาลระยะยาว 6 สัปดาห์ Basic Certificate Course in Palliative Nursing (BCCPN) เริ่มในปี พ.ศ. 2554 ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน รศ. พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล พบว่า พยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมระยะยาวนี้ ได้มีบทบาท

สำคัญในการเป็นผู้ผลักดันการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั่วประเทศรวมถึงโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์หลายแห่ง อย่างไรก็ตามด้วยบทบาทและอำนาจหน้าที่อย่างจำกัดของพยาบาลทำให้การผลักดันศูนย์ดูแลประคับประคองต้องอาศัยแพทย์ ในการสั่งการรักษาด้วยยาในการจัดการอาการ รวมถึงการเชื่อมโยงกับการดูแลเฉพาะทางในสาขาอื่นๆ ซึ่งต้องอาศัยบทบาทของแพทย์ในการทำงานเชิงรุก ศูนย์การดูแลจึงได้พัฒนาหลักสูตรสำหรับแพทย์ระยะยาว 8 สัปดาห์ Basic Certificate Course in Palliative Medicine (BCCPM) ในปี พ.ศ. 2557 ทำให้แพทย์และพยาบาลที่ผ่านการอบรมดังกล่าว ได้กลายเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงและบริหารงานบริการดูแลแบบประคับประคองตามโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 การจัดอบรมบุคลากรทางการแพทย์มีจำนวนมากขึ้น เพื่อรองรับการเพิ่มจำนวนบุคลากรให้เพียงพอต่อการดูแลแบบประคับประคอง สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายได้สนับสนุนทุนให้เกิดการจัดอบรมหลักสูตรเพิ่มเติมในหัวข้อที่หลากหลาย⁽³⁷⁾ ทำให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นที่รู้จักในวงการแพทย์ในสาขาเฉพาะทางสาขาอื่นๆ มากยิ่งขึ้น

หลักสูตรสำหรับแพทย์เฉพาะทางด้าน การดูแลแบบประคับประคอง ได้เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2562 โดยมีลักษณะเป็นหลักสูตรประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคอง โดยความรับผิดชอบราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ระยะเวลาหลักสูตร 1 ปี⁽³⁸⁾ โดยมีสถาบันที่เปิดหลักสูตรในปัจจุบัน 5 สถาบัน ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การผลักดันในระดับนโยบายระดับประเทศหลังการจัดประชุม APHC ในปี พ.ศ. 2546 ประกอบด้วยแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559 โดยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นเครื่องมือเชิงระบบที่นำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพ

ระยะท้ายของชีวิต⁽³⁹⁾ และในปี พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลมีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และกำหนดเป็น Service Plan Palliative Care ในปี พ.ศ. 2560⁽⁴⁰⁾ ซึ่งสอดคล้องกันดีกับการเร่งพัฒนาบุคลากรแพทย์และพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองผ่านการจับอบรมที่ผ่านมาอย่างต่อเนื่องโดยสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (THAPS)

แม้การดูแลประคับประคองจะเข้าสู่ระบบ service plan ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งส่งผลให้เกิดศูนย์ดูแลประคับประคองในทุกโรงพยาบาล แต่คุณภาพการให้บริการยังเป็นเรื่องที่ต้องมีการประเมินและการพัฒนา ศ. พญ.ศรีเวียงไพโรจน์กุล และเครือข่ายดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแห่งประเทศไทยได้ร่วมกันจัดทำ Quality Standard for Palliative Care พร้อมสมุดคู่มือประเมินตนเองขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2561 เพื่อใช้ในการประเมินและพัฒนาคุณภาพของศูนย์ดูแลประคับประคอง กรมการแพทย์ได้แจกจ่ายให้ศูนย์ดูแลประคับประคองทั่วประเทศเพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการดำเนินงาน เพื่อประเมินช่องว่างในการพัฒนาและนำไปสู่คุณภาพให้ได้มาตรฐานขึ้น⁽⁴¹⁾

จากฐานข้อมูลระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center) ปีงบประมาณ 2564 เทียบกับปีงบประมาณ 2562 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 14.88 จากร้อยละ 9.40 ตามลำดับ ผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงาน ร้อยละ 34.03 จากร้อยละ 33.65 ตามลำดับ และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 28.38 จากร้อยละ 25.56 ตามลำดับ⁽⁴²⁾ และจากการศึกษา point prevalence ใน 14 โรงพยาบาลทั่วประเทศ โดยเครือข่ายดูแลแบบประคับประคองแห่งประเทศไทย พบความชุกของผู้ป่วยระยะท้าย ร้อยละ 18.72 แยกเป็นกลุ่มโรคมะเร็ง ร้อยละ 55.66 และโรคเรื้อรังอื่นที่ไม่ใช่ มะเร็ง ร้อยละ 44.44⁽⁴¹⁾

ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการปรึกษาและอยู่ในการดูแลของศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพียง ร้อยละ 6-17%^(41, 42) กลุ่มที่ได้รับการดูแลจากศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง พบมีการวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้า ร้อยละ 88.7 เทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในการดูแลทีมดูแลประคับประคอง ร้อยละ 15.7 ในขณะที่ในภาพรวมระดับประเทศ จากข้อมูลระบบสุขภาพของกระทรวง

สาธารณสุข (Health Data Center) ปีงบประมาณ 2564 พบว่า ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีกิจกรรม family meeting และมีการทำการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า (advance care planning) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว มีเพียงร้อยละ 50.5 เท่านั้น⁽⁴³⁾

ในด้านบุคลากรทางการแพทย์ จากการศึกษาในปี พ.ศ. 2555⁽¹⁸⁾ พบว่า มีแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร การดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 1 ปี จำนวน 12 คน มากกว่า 1 เดือนจำนวน 6 คน โดยมีจำนวนแพทย์ที่ผ่านการอบรมการดูแลแบบประคับประคองทั้งประเทศ จำนวนรวม 147 คนภายหลังการจัดตั้งศูนย์การดูแลและมีการอบรมบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ตลอดช่วง พ.ศ. 2553-2562 มีแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร ระยะกลาง-ระยะยาว อีกจำนวน 189 คน โดยแบ่งเป็นแพทย์ที่ผ่านการอบรม mid-career training หลักสูตร 1 ปี จำนวน 29 คน และหลักสูตร BCCPM 8 สัปดาห์จำนวน 160 คน⁽⁴⁴⁾

ในขณะที่จำนวนพยาบาลจากการสำรวจบุคลากรทางการแพทย์ในปี พ.ศ. 2555 พบมีจำนวนพยาบาลทั้งสิ้น 1,680 คน ซึ่งมีเพียง 49 คน ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระยะเวลามากกว่า 1 เดือน คิดเป็นร้อยละ 3 ต่อมาในช่วง พ.ศ. 2553-2562 ศูนย์การดูแลและได้อบรมหลักสูตรสำหรับพยาบาลเพิ่มอีก 927 คน แบ่งเป็น mid-career training หลักสูตร 1 ปีจำนวน 6 คน หลักสูตร BCCPN 6 สัปดาห์จำนวน 174 คน⁽⁴⁴⁾

การศึกษาโดย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (Thailand Development Research Institute, TDRI) ในปี พ.ศ. 2563⁽⁴⁵⁾ ที่ศึกษาการตระหนักรู้สาธารณะ (public awareness) และทัศนคติของคนไทยอายุ 20-80 ปี จำนวน 2,394 คน ต่อการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า มีเพียงร้อยละ 43 ที่ตระหนักเกี่ยวกับการดูแลในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุหรือมีโรคเรื้อรังอยู่แล้ว มีเพียงร้อยละ 24 ที่รู้จักการดูแลแบบประคับประคอง และพบว่ามีเพียงร้อยละ 92 ที่รู้จักพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ที่ว่าด้วยสิทธิในการปฏิเสธการรักษาที่เป็นไปเพื่อการยืดชีวิตแต่มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่เคยทำพิธีกรรมชีวิตหรือวางแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้าไว้แล้ว ทำให้เห็นว่ายังมีช่องว่างในการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับประชาชนในภาพรวม

วิธีการศึกษา

พัฒนาการการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย ตลอด 20 ปีที่ผ่านมา อาจแบ่งได้เป็น 3 ยุค ได้แก่ ยุคที่ 1: รุ่งอรุณแห่ง palliative care (ก่อน พ.ศ. 2547), ยุคที่ 2: สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (พ.ศ. 2547-2555) และ ยุคที่ 3: การพัฒนาอย่างก้าวกระโดด (พ.ศ. 2555-ปัจจุบัน) โดยมีจุดเปลี่ยนที่สำคัญ คือ การจัดประชุมวิชาการด้านการดูแลแบบประคับประคอง และโครงการ “เผชิญความตายอย่างสงบ” จนเกิดการรวมตัวของบุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนเป็นเครือข่ายได้มาร่วมกันสร้างองค์ความรู้ และพื้นที่ปฏิบัติงานจากเดิมที่ทำกันอย่างแยกส่วน และจุดเปลี่ยนที่สองที่ทำให้การดูแลแบบประคับประคอง มีพัฒนาการอย่างก้าวกระโดดในยุคที่สาม คือ ชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาพในช่วงท้ายของชีวิต การจัดตั้งสมาคมบริหารผู้ป่วยระยะท้าย และการจัดประชุม APHC ที่ประเทศไทยเป็นเจ้าภาพทั้งสามเหตุการณ์เหล่านี้เป็นเหตุที่สำคัญที่เร่งให้เกิดการเรียนรู้และการดูแลแบบประคับประคองในทุกมิติ

จากการรวบรวมประวัติศาสตร์ของการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย ผู้เขียนพบว่าการสัมภาษณ์ ผู้รู้ที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลแบบประคับประคองทั้งสองท่าน ทำให้ผู้เขียนมองเห็นภาพรวมและความต่อเนื่องของเหตุการณ์ที่สำคัญที่ส่งผลต่อกันและกัน และข้อมูลเชิงความสัมพันธ์เหล่านี้ไม่ได้ถูกบันทึกที่ใดมาก่อน ในกระบวนการสืบค้นเอกสารที่เกี่ยวข้องจากเรื่องราวที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้เขียนพบว่าแหล่งข้อมูลมีการกระจายและข้อมูลจำนวนหนึ่งถูกบันทึกโดยผู้ปฏิบัติงานในรูปแบบบันทึกส่วนตัวเป็นภาษาไทยในอินเทอร์เน็ต โดยข้อมูลการขับเคลื่อนด้านการรับรู้ของประชาชนมีการรวบรวมไว้อย่างครบถ้วนในเว็บไซต์ของเครือข่ายพุทธิกา ทำให้เห็นการขับเคลื่อนที่มีความต่อเนื่องตั้งแต่ “เผชิญความตายอย่างสงบ” เรื่อยมาจนถึง “ชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี” โดย Peaceful Death แหล่งข้อมูลที่เป็นข้อมูลในเชิงนโยบายและหนังสือราชการ ผู้เขียนสามารถสืบค้นได้อย่างจำกัด อาจจะทำให้ข้อมูลพัฒนาการการดูแลแบบประคับประคองในมิติด้านนโยบายยังไม่สมบูรณ์มากนัก สังคมไทยที่กำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุใน

ปัจจุบัน และโครงสร้างสังคมที่มีลักษณะเป็นสังคมเมืองมากขึ้น สร้างความท้าทายให้กับทิศทางของการดูแลแบบประคับประคองในอนาคต ลักษณะของการ “ตายดี” ในบริบทของคนยุคใหม่ อาจไม่เหมือนกับชุดความเชื่อเดิมที่เราเคยคุ้นชิน

จากข้อมูลเชิงสถิติถึงสถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองในปัจจุบันเทียบกับอดีต ดังที่ได้กล่าวไปข้างต้น ช่องว่างของการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย คงจะประกอบด้วย (1) การเพิ่มการเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองให้มากขึ้น (2) การเพิ่มการรับรู้ของแพทย์สาขาต่างๆ ถึงบทบาทของการดูแลแบบประคับประคอง (3) การจัดระบบโครงสร้างให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นหน่วยงานเทียบเท่าการดูแลเฉพาะทางสาขาอื่นๆ (4) กำหนดบทบาทให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถจัดบริการได้อย่างเต็มเวลาและมีเส้นทางอาชีพที่ชัดเจน (5) การเพิ่มบทบาทของภาคเอกชน ภาคประชาสังคมและภาคประชาชน ในด้านการดูแลแบบประคับประคอง (6) การศึกษาด้านประสิทธิภาพและประสิทธิภาพของการดูแลแบบประคับประคองในปัจจุบัน (7) การศึกษาวิจัยเรื่อง การแพทย์ทางเลือกที่มีศักยภาพในการนำมาใช้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ประชาชนสามารถ

เข้าถึงได้ เช่น กัญชาทางการแพทย์ ทั้งหมดนี้จะเป็นปัจจัยที่จะช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการดังกล่าวของผู้ป่วยอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพได้

เมื่อความเป็นอยู่และความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต และความรับผิดชอบร่วมกันของประชาชน อนาคตการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทยจึงถูกกำหนดโดยคนไทยทุกคนเช่นกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณ คุณวรรณภา จารุสมบุญ และ รศ. พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล อย่างสุดซึ้ง ในการให้สัมภาษณ์และเล่าเส้นทางของการดูแลแบบประคับประคองอย่างทรงพลังประสบการณ์การรวบรวมเหตุการณ์ตามแหล่งข้อมูลต่างๆ ทำให้ผู้เขียนตระหนักว่ามีผู้คนอีกจำนวนมากที่มีส่วนร่วมในการสร้างให้เกิดการดูแลแบบประคับประคองขึ้นในประเทศไทย ที่ผู้เขียนไม่สามารถรวบรวมมาได้ทั้งหมดในที่นี้ การดูแลเพื่อนมนุษย์คนหนึ่งให้จากไปอย่างสงบ เป็นสิ่งที่มีคุณค่าและสร้างความหมายที่ดีให้กับบุคคลนั้นเอง และกับคนรอบข้างที่ยังมีชีวิตอยู่ ผู้เขียนจึงขอคารวะทุกๆ ท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้นกับการดูแลแบบประคับประคองทั้งที่ได้เอ่ยนามและไม่ได้เอ่ยนาม

เอกสารอ้างอิง

1. Foley KM, Ferris FD, Stjernswärd J. The public health strategy for palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management* 2007;33(5):486-93.
2. Wright M, Wood J, Lynch T, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global view. *Journal of Pain and Symptom Management* 2008;35:469-85.
3. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2013;45:1094-106.
4. Clark D, Baur N, Clelland D, Garralda E, López-Fidalgo J, Connor S, et al. Mapping levels of palliative care development in 198 Countries: the situation in 2017. *Journal of Pain and Symptom Management* 2020;59(4):794-807.
5. The Economist Intelligence Unit. The 2015 quality of death index: ranking palliative care across the world [Internet]. the Economist; 2015 [cited 2021 Mar 1]. Available from: <https://perspectives.eiu.com/healthcare/2015-quality-death-index/white-paper/2015-quality-death-index>
6. พระเดชฐิติ เมธังกุโร, สันต์ หัตถิรัตน์, เอกวิทย์ ณ ถลาง, นิธิพัฒน์ เจียรกุล, สุวรรณ สภาอานันท์, ประชา หุตานุวัตร. ความตายในทัศนะของพุทธศาสนิกชน. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายชาวพุทธเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคมไทย; 2544.
7. พระไพศาล วิสาโล. สุภาพร พงศ์พฤกษ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2546 [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.visalo.org/article/person23Supaporn.htm>
8. พรวิไล คาร์. สร้างสุขที่ปลายทาง. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.); 2560.

9. ธนา นิลชัยโกวิท, วรวิสา กริชไกรวรรณ, วรณมา จารุสมบุญ, พรเลิศ ฉัตรแก้ว. การทบทวนกระบวนการทบทวนทัศนเรื่องความตายกับมิติแห่งสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2546.
10. เต็มศักดิ์ ฟังรัศมี. ลำดับเหตุการณ์สำคัญของเรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในประเทศไทย. ใน: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2560. หน้า 51-5.
11. เต็มศักดิ์ ฟังรัศมี. บันทึกคนสานเครือข่าย MS-PCARE 3: เครือข่ายภายนอก ภายใน [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.gotoknow.org/posts/266859>
12. สกล สิงหะ. จิตตปัญญาเวชศึกษา 124: MS-PCARE ตอน 1 กลุ่ม palliative care รร.แพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.gotoknow.org/posts/348767>
13. พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ภูษงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, วิมลล จันทรัตน์. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: pain education: gateway to palliative care เล่มที่ 1. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย; 2553.
14. พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ภูษงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, วิมลล จันทรัตน์. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: non-cancer palliative care เล่มที่ 2. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย; 2553.
15. พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ภูษงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, วิมลล จันทรัตน์. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: ethics & law: palliative care เล่มที่ 3. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย; 2554.
16. ดารินทร์ จตุรภัทรพร. สุข รัก เข้าใจ ในช่วงท้ายของชีวิต. กรุงเทพมหานคร: เครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์; 2554.
17. Phunggrassami T, Atthakul N, Thongkhamcharoen R. Palliative care and essential drug availability: Thailand national survey 2012. Journal of Palliative Medicine 2003;16(5):546-50.
18. Phunggrassami T, Thongkhamcharoen R, Atthakul N. Palliative care personnel and services: a national survey in Thailand 2012. Journal of Palliative Care 2013;29(3):133-9.
19. Suvarnabhumi K, Sowanna N, Jiraniramai S, Jaturapatporn D, Kanitsap N, Soorapanth C, et al. Situational analysis of palliative care education in Thai medical schools. BMC Palliative Care 2013;7:25-9.
20. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรอบรมและกระบวนการด้านจิตตปัญญาศึกษา. ชุดความรู้การอบรมกระบวนการแนวจิตตปัญญาศึกษา เล่ม 8 การเผชิญความตายอย่างสงบ. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาพลังแผ่นดินเชิงคุณธรรม สำนักงานบริหารและพัฒนาองค์ความรู้; 2551.
21. เพ็ชรลดา ซึ่งจิตศิริโรจน์. การพัฒนาระบบอาสาสมัครในโรงพยาบาล กรณีศึกษาโครงการอาสาข้างเตียง. กรุงเทพมหานคร: โครงการส่งเสริมบทบาทพระสงฆ์ โรงพยาบาลและชุมชน ในการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้าย เครือข่ายพุทธิกา; 2556.
22. วรพงษ์ เวชมาสินนท์. จดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://www.budnet.org/sunset/node/10>
23. ครินทร์ รัตนเจริญขจร. โครงการส่งเสริมบทบาทพระสงฆ์ โรงพยาบาล และชุมชน ในการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้าย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://www.budnet.org/sunset/node/366>
24. ครินทร์ รัตนเจริญขจร. พระสงฆ์ สุขภาวะทางปัญญากับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://peacefuldeath.co/พระสงฆ์-สุขภาวะทางปัญญา/>
25. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี [อินเทอร์เน็ต]. 2549 [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://203.157.80.2/replyImages/20131220145426464.pdf>
26. สกล สิงหะ. นีราชิตินัย 46: ปัจฉิมบทแห่งปฐมกาล [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.gotoknow.org/posts/361246>
27. แสง บุญเฉลิมวิภาส. หลักการมาตรา 12 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ คือสิทธิที่จะขอตายตามธรรมชาติ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://www.lpch.go.th/lpch/uploads/20160711083642427762.pdf>
28. เต็มศักดิ์ ฟังรัศมี. บันทึกคนสานเครือข่าย MS-PCARE 14: อีกหนึ่งก้าวสำคัญ [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.gotoknow.org/posts/354082>
29. สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (THAPS). โครงการสร้างเสริมสุขภาวะในช่วงท้ายของชีวิต [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thaps.or.th/supplements-climate-project-the-end-of-life/>

30. กองสารนิยกร. ความตายพูดได้ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://peacefuldeath.co/ความตายพูดได้>
31. เอกภพ สิทธิวรรณธนะ, นงลักษณ์ สุขใจเจริญกิจ. พร้อมก่อนตาย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://peacefuldeath.co/พร้อมก่อนตาย>
32. วรณา จารุสมบุญ. HAPPY: DEATH DAY ตาย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: https://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/Happy_DD_1.pdf
33. Peaceful Death. About us [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://peacefuldeath.co/about-us/>
34. กองบรรณาธิการ. ชุมชนกรุณา นวัตกรรมของสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2562.
35. โครงการจัดการความรู้สู่สุขภาพระยะท้าย. Pal2Know รายละเอียดโครงการ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.gotoknow.org/posts/555525>
36. เต็มศักดิ์ ฟังรัมย์. วิทยานิพนธ์ก่อนตาย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2559.
37. สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย. ข่าวประชาสัมพันธ์ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 27 ก.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thaps.or.th/category/news/conference/>
38. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรม ประกาศนียบัตรประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริหารแบบประคับประคอง [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 27 ก.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://thaifammed.org/wp-content/uploads/2018/12/หลักสูตร-FMPC-with-Cover-1.pdf>
39. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ.2557-2559 นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2557.
40. กองบริหารการสาธารณสุข. 6th Service Plan Sharing ก้าวเปลี่ยนสู่ความยั่งยืนของระบบสุขภาพไทย. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2562.
41. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. บทที่ 2 การดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย: การมุ่งสู่คุณภาพ. ใน: คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563. หน้า 7-16.
42. Natprayut N. Access to palliative care in a tertiary care hospital in Thailand. The Clinical Academia 2019;43:220-8.
43. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา Intermediate & Palliative Care [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 22 ส.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b08560518ca0ebcaf2016dab69fb38b5
44. Pairojkul S. Network of primary palliative care in Thailand: a prototype driven by education. In: Silbermann M, editor. Palliative care for chronic cancer patients in the community. Basel, Switzerland: Springer International Publishing; 2021. p. 521-31
45. Kunakornvong W, Ngaosri K. Public awareness and attitude toward palliative care in Thailand. Siriraj Medical Journal 2020;72:424-30.