

“ไม่ยืดชีวิตและไม่เร่งความตาย”: การสร้างทฤษฎีฐานรากจากรูปแบบและกระบวนการจิตอาสา
ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (รพ. เด็ก กรุงเทพมหานคร) *

“Not prolong life and not hasten death of terminally ill patients”: Developing Grounded Theory based
on models and processes of volunteer caring for terminally ill patients at Queen Sirikit
National Institute of Child Health(Children Hospital, Bangkok)

สุวรรณกมล จันทระโน (Sawankamol Chantaramano) **

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อค้นหาความหมายและทักษะของการเป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วย 2) เพื่อศึกษารูปแบบและกระบวนการของจิตอาสาดูแลผู้ป่วย 3) เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วย และ 4) เพื่อสร้างทฤษฎีจากรูปแบบ กระบวนการ ปัญหาและอุปสรรคของจิตอาสาดูแลผู้ป่วย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อหาข้อสรุปเชิงทฤษฎีจากมุมมองและทักษะของจิตอาสาดูแลผู้ป่วย กำหนดตัวอย่างเชิงทฤษฎีด้วยคุณสมบัติ คือ เป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วย ที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (รพ. เด็ก กรุงเทพมหานคร) มาเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 2 ปี ใช้แบบแผนการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงและแบบสโนว์บอล จำนวน 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ระดับลึก การสังเกต จดบันทึกและการศึกษาเอกสาร ในตอนท้ายของบทความ ได้นำเสนอข้อเสนอแนะเชิงทฤษฎี ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติที่ได้จากผลวิจัย ตลอดจนข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยต่อไปในอนาคต

ผลการวิจัยพบว่า 1) จิตอาสาดูแลผู้ป่วย ได้ให้ความหมายและทักษะของการเป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยไว้ดังนี้ ผู้ที่เปี่ยมด้วยความรักและความเห็นอกเห็นใจ ผู้ที่สละความสุขส่วนตน สละเวลาอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่ระลึกถึงหน้าที่ของ “การไม่ยืดชีวิตและไม่เร่งความตาย” ผู้ที่อุทิศตนเพื่อลดทอนความทุกข์และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และ ผู้ที่มีความมั่นใจและตั้งใจว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้ป่วยได้ 2) สามารถจำแนกจิตอาสาดูแลผู้ป่วยออกได้เป็น 2 รูปแบบ คือ จิตอาสาที่มีทักษะเฉพาะตัว เช่น แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการสาธารณสุขและจิตอาสาที่เป็นบุคคลทั่วไป แต่มีลักษณะเด่นคือยึดมั่นในอุดมการณ์ ยึดมั่นในหลักศาสนา จารีตประเพณีหรือยึดมั่นในค่านิยมบางประการ 3) การเป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยจะต้องผ่านกระบวนการต่างๆ ที่สำคัญ ได้แก่ การ

* บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย วิชาระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และทางการจัดการ 2 คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร ปีการศึกษา 2556 โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิทักษ์ ศิริวงศ์ เป็นอาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชา This article is a part of the research work for the course “Research Methodology in Behavioral Science and Management II”, Faculty of Management Science, Silpakorn University, academic year 2013, under the supervision of Associate Professor Dr. Pithak Siriwong.

** นักศึกษาระดับดุษฎีบัณฑิต ปีที่ 1 ปีการศึกษา 2556 คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร ตลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร sawankamol.ch@gmail.com First year student of the Ph.D. program, academic year 2013, Faculty of Management Science, Silpakorn University, Talingchan, Bangkok.

สมัคร การปฐมนิเทศการอบรมสร้างความชำนาญพื้นฐานทั้งทางร่างกายและจิตใจและการลงมือปฏิบัติเยี่ยมเยียนผู้ป่วย
4) จิตอาสาดูแลผู้ป่วยกล่าวถึงปัญหาและอุปสรรคที่พบระหว่างทำกิจกรรม ได้แก่ มุมมองที่ต่างกัน การจัดสรรเวลา กรณีจิตอาสาไม่ได้มาเยี่ยมผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ตอบรับ ความผูกพันที่มากเกินไปและจิตอาสา รู้สึกว่าทำน้อยไป

คำสำคัญ: จิตอาสา, พฤติกรรมการดูแล, เด็กป่วยระยะสุดท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

Abstract

The objectives of this study were 1) to explore the meaning of and attitudes towards volunteer caring for terminally ill patients, 2) to investigate the models and processes of volunteer caring for terminally ill patients, 3) to identify problems and barriers of volunteer caring for terminally ill patients, and 4) to develop a grounded theory based on the models, processes, problems and barriers of volunteer caring for terminally ill patients. This study was a qualitative research to draw theoretical conclusion on volunteers' perspective and attitude. The sample selected in this study consisted of volunteers who care for the terminally ill patients at Queen Sirikit National Institute of Child Health (Children Hospital, Bangkok) for at least 2 years. Purposive and Snowball Sampling were used as the sampling method to collect data from 15 volunteers. Data was collected through in-depth interviews, observation, note-taking, and related documents. The final section of this paper is theoretical and practical suggestions as well as suggestions for further research.

The results of this study were found that 1) the sample gave meanings of and attitudes towards volunteer caring for the terminally ill patients as follows: The volunteer caring for terminally ill patients refers to a person who is kind-hearted and compassionate, a person who sacrifices his/her own happiness and time, a person who recalls the principle of "Not prolong life and not hasten death of terminally ill patients", a person who dedicates himself/herself to alleviate suffering and to meet the needs of terminally ill patients, and a person who is confident and determined to change the attitudes of terminally ill patients, 2) The sample volunteers in this study could be classified into two types namely, first, volunteers with professional skills such as physicians, nurses, public health workers and second, general volunteers who have adherence to a certain ideology, religious tradition, or values. To become volunteers caring for terminally ill patients, they have to pass through various processes, including the application, orientation, basic skills training, both physically and mentally and implementation through hospital visit, 4) The sample volunteers reported problems and barriers during this study including different perspectives, time allocation, absence of volunteers to visit patients, ignorance of patients, over commitment to patients, and volunteers' tendency to underestimate their own roles.

Keywords: volunteer, caring behavior, terminally ill child, palliative care, terminally ill patients

บทนำ

ปัจจุบันมีผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายและจะเสียชีวิตในเวลาไม่นานจำนวนมากขึ้น เช่น โรคมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำหลังหยุดการรักษา โรคเอดส์ โรคหัวใจที่ไม่สามารถรักษาได้ โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น (Watson, J., 1999) จากสถิติของ รพ. เด็ก กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2555 และ 2556 พบว่ามีเด็กป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จำนวน 400 ราย และ 403 ราย เสียชีวิตขณะเข้ารับการรักษากว่า 64 ราย และ 70 ราย ตามลำดับ (วารสารสานรักสานฝัน, 2557) และถึงแม้ว่าเด็กป่วยระยะสุดท้ายจะเสียชีวิตมากขึ้น แต่ปัจจุบันมียารักษาโรคและวิธีการรักษาประคับประคองชีวิตของเด็กป่วยให้ยาวนาน หรืออีกนัยหนึ่ง คือเด็กป่วยจะเสียชีวิตช้าลง ทำให้ช่วงเวลาของการเผชิญความเจ็บป่วย การอยู่โรงพยาบาล และการเตรียมตัวสู่ความตายถูกยืดให้ยาวนานขึ้น (Steinhauser, 2000) สถานการณ์เหล่านี้จะกระทบต่อเด็กทั้งเรื่องความรู้สึก ความเข้าใจ และส่งผลเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกในรูปแบบต่างๆ โดยเด็กจะจัดการกับเรื่องความตายด้วยตนเองตามความเข้าใจแบบเด็ก ซึ่งแปรเปลี่ยนไปตามพัฒนาการแต่ละช่วงวัยและวุฒิภาวะ ขณะเดียวกันบิดา มารดา ก็ต้องจัดการกับความตายของบุตรด้วยความเข้าใจและความแข็งแกร่งทางอารมณ์แบบผู้ใหญ่ (Chandarasiri P., 2007) แต่เด็กมักไม่กลัวความตาย เพราะการรับรู้ความหมายของความตายในแต่ละช่วงอายุย่อมแตกต่างกัน (Pitanupong J., 2005) เช่น เด็กวัยก่อนเรียนเข้าใจว่าความตายเป็นการแยกจากชั่วคราวและจะกลับฟื้นมาใหม่ได้ ในขณะที่เด็กในวัยเรียนเข้าใจว่าความตายเป็นการแยกจากกันอย่างถาวรและมีการสูญเสียการทำงานในร่างกาย โดยเด็กวัยนี้จะกลัวกระบวนการตาย ส่งผลให้เด็กแสดงปฏิกิริยาต่าง ๆ ออกมา เช่น โกรธ ก้าวร้าว วิตกกังวล ดังนั้น การอธิบายถึงความเจ็บป่วย วิธีการรักษา ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ทำให้เด็กเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษามากยิ่งขึ้น (Stawom D., 2007) ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งของการช่วยเหลือให้เด็กป่วยมีกระบวนการตายที่ดี ปราศจากความทุกข์ทรมาน ได้ทำตามความต้องการของตนเอง จากไปอย่างสงบ มีสติ ได้มีโอกาสสั่งเสีย ร่ำลา ขอขมาลาโทษกัน อันเป็นการก้าวข้ามการยึดชีวิตที่ละเอียดมิติดังจิตใจ และจากปรากฏการณ์ดังกล่าว การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) หรือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง (Erikson EH., 1963)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ตายอย่างสงบนั้นมีมานานแล้ว เพียงแต่รูปแบบอาจจะแตกต่างกันไปตามยุคสมัย เช่น ในยุโรปสมัยก่อน ฮอสพิซ (Hospice) เป็นคำเรียกสถานที่พักพิงและดูแลผู้ป่วย มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า Hospes และ Hospitium มีหลายความหมาย อาจหมายถึง เจ้าของบ้าน แยก รวมไปถึงที่พักแรม ซึ่งตั้งขึ้นโดยบรรดาสถาบันสงฆ์และกองกำลังของสำนักสงฆ์ต่างๆ ในคริสต์ศาสนา ในระหว่างสงครามครูเสด (Crusades) (สงครามระหว่างชาวคริสต์กับชาวมุสลิมเพื่อแย่งชิงนครเยรูซาเล็ม ในคริสต์ศตวรรษที่ 11-13) เพื่อดูแลผู้เดินทางไปแสวงบุญยังดินแดนศักดิ์สิทธิ์ (นครเยรูซาเล็ม) คนป่วยจากโรคร้ายต่างๆ และคนยากจน กล่าวโดยรวมคือ เป็นทั้งโรงแรม โรงพยาบาล และวัดไปพร้อมๆ กัน ฮอสพิซแห่งแรกก่อตั้งขึ้นในนครเยรูซาเล็ม โดยคณะอัศวิน Knights Hospitaller ในปี พ.ศ. 1551 (ค.ศ. 1080) ถือกันว่าเป็นต้นแบบของโรงพยาบาลในสมัยต่อมาด้วย และในราวคริสต์ศตวรรษที่ 19 ได้เกิด Hospice อีกลักษณะหนึ่งขึ้นในยุโรป โดยปรากฏขึ้นที่ฝรั่งเศส ไอร์แลนด์ และสหรัฐอเมริกา ขอบเขตการดูแลถูกจำกัดแคบลง เป็นการดูแลเฉพาะผู้ป่วยใกล้ตาย แต่ยังคงดำเนินการโดยบุคลากรในคริสต์ศาสนา ส่วนสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างที่รู้จักกันในปัจจุบัน เพิ่งจะเกิดขึ้นเมื่อไม่กี่สิบปีที่ผ่านมา จากภารกิจเดิมของโรงพยาบาลสมัยแรกที่มีมุ่งดูแลกลุ่มคนยากจนและด้อยโอกาส รวมถึงผู้ป่วยสารพัดโรค กลายมาเป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นหลัก (Watson J., 1985)

ในประเทศไทย แม้จะยังไม่เกิดฮอสพิซอย่างเป็นทางการ แต่สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สัมพันธ์กับมิตินศาสนา เช่น วัด หรือ โบสถ์ มีให้เราเห็นอยู่ นับตั้งแต่การมรณภาพของท่านพุทธทาสภิกขุใน พ.ศ.2536 กระแสความสนใจในเรื่องการ

กำหนดแนวทางการรักษาหรือดูแลร่างกายโดยเจ้าของร่างกายเอง และความสนใจในเรื่องนี้ก็ขยายตัวมากขึ้น (พระธรรมโมลี ทองอยู่ ญาณวิสุโท, 2550) อีกทั้งส่วนหนึ่งเกิดจากความจำเป็นเร่งด่วนของสังคมไทยที่กำลังจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังตามอย่างประเทศในแถบตะวันตก ซึ่งการตื่นตัวดังกล่าวจะเห็นได้จากในระดับนโยบาย ที่มีการทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะสุดท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556-2559” โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) (สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556) และภาคสังคมก็มีความตื่นตัวที่จะสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้มากขึ้นเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นการเกิดขึ้นของหลักสูตรการอบรมที่เกี่ยวกับการตายอย่างสงบหรือหนังสือที่พูดถึงการตายดีที่มีจำนวนมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (อุมารณณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2555)

หากแต่การเรียนรู้เกี่ยวกับความตายอย่างสงบนั้น ไม่มีอะไรดีไปกว่าการได้มีประสบการณ์สัมผัสกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย พระไพศาล วิสาโล (2549) กล่าวว่า การได้เป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วย นอกจากจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่มีเพื่อนคอยรับฟัง และช่วยเหลือในด้านจิตใจแล้ว ผู้เป็นจิตอาสาเอง จะได้ประโยชน์ไม่น้อยไปกว่าตัวผู้ป่วย เพราะการได้สัมผัสและดูแลผู้ป่วยเหล่านั้นอย่างใกล้ชิด มีพลังพอที่จะกระตุ้นให้จิตอาสาได้เกิดการเรียนรู้และใคร่ครวญชีวิตของตนเองอย่างจริงจัง ซึ่งในสิ่งแวดล้อมหรือชีวิตประจำวันปกติไม่สามารถจะทำได้ การทำงานจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล จึงถือว่าเป็นกิจกรรมจิตอาสาแนวใหม่สำหรับสังคมไทยที่เพิ่งจะริเริ่มขึ้นเมื่อไม่กี่ปีที่ผ่านมา โดยอาจกล่าวได้ว่า เป็นพัฒนาการสืบเนื่องมาจากการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในศาสนสถาน เช่น วัดพระบาทน้ำพุ หรือสันติวนา (คริสต์ศาสนา) และมืองค์กรหลายแห่งที่ทำงานดังกล่าว เช่น มูลนิธิสายธารแห่งความหวัง (Wishing Well) รวมทั้งเครือข่ายพุทธิกา ซึ่งมีภารกิจเพื่อการพัฒนาพระพุทธศาสนาให้เข้มแข็งด้วยการประยุกต์หลักธรรม ให้มีพลังในการแก้ไขปัญหาของสังคมสมัยใหม่ อย่างบูรณาการความเชื่อมโยงระหว่างปัญหาของปัจเจกบุคคลกับปัญหาสังคม โดยเฉพาะการขยายแนวคิดเรื่องการทำบุญ จากเพียงแค่การให้ทานในรูปของวัตถุ มาเป็นการทำบุญในลักษณะอื่นๆ อาทิ การทำประโยชน์ต่อผู้อื่น หรือชวนช่วยช่วยในกิจการที่ชอบ (นายแพทย์วิธาร ฐานะวุฒม์, 2553) โดยเครือข่ายพุทธิกาเริ่มทำความเข้าใจและเผยแพร่แนวคิดเกี่ยวกับตายที่ดีตามแนวทางของพุทธศาสนาตั้งแต่ปี 2544 ผ่านการจัดกิจกรรมเสวนา พิมพ์หนังสือ และการอบรม การเผชิญความตายอย่างสงบ ก่อนจะพัฒนาเป็นโครงการ “อาสาข้างเตียง” และ “ศิลปะเพื่อการเยียวยาผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังและโรคระยะสุดท้าย” เพื่อดำเนินงานในเรื่องจิตอาสาดูแลผู้ป่วยโดยตรง จากการเริ่มต้นโดยร่วมมือกับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปัจจุบันกิจกรรมอาสาข้างเตียงได้ขยายไปยังโรงพยาบาลแห่งอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลเด็ก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า นับเป็นนิมิตหมายอันดีในการทำให้งิจกรรมจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ เป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนเรื่องการตายที่ดี ซึ่งต้องอาศัยกลไกและความรู้ที่หลากหลาย (ทองประทีป, 2547) ซึ่งจิตอาสาที่เข้าร่วมกิจกรรมประกอบด้วยผู้มีจิตอาสาจากหลากหลายอาชีพ หอยยเข้าร่วมเป็นจิตอาสาในโครงการรุ่นละประมาณ 10-20 คน หลังจากได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับทัศนคติ ความรู้ และทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้ว แต่ละคนจะได้รับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 3 เดือน หากไม่มีเหตุให้ต้องเปลี่ยนผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยกลับบ้าน หรือเสียชีวิต (วารสารอาทิตย์อัสดง, 2555)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจกับรูปแบบและกระบวนการจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เพื่อทำงานวิจัยฉบับนี้ ก่อเกิดทฤษฎีและส่งเสริมให้รูปแบบของกิจกรรมจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯที่มีความชัดเจน เป็นรูปธรรม มีส่วนในการขับเคลื่อนงานจิตอาสาที่จากเดิมมีลักษณะ “ทำไป ปรับไป ซ่อมไป” หรือเรียนรู้ผ่านการทำงานจริง ให้สามารถส่งผ่านความร่วมมือไปยังบุคลากรทางการแพทย์ ญาติผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างเพียงพอมากยิ่งขึ้น ในเบื้องต้นผู้วิจัยตรวจสอบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบ ประสบการณ์และกระบวนการจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ มีดังนี้

สุวรรณ แนวจำปา (2555) กล่าวถึง ผลการศึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการว่า ผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต้องมีพรหมวิหารธรรม คือเมตตากรุณาเป็นพื้นฐาน โดยส่วนตนผู้ดูแลเองก็มีความเข้าใจโลกและชีวิต รู้เท่าทันชีวิตและความตาย ทำการดูแลนุวัตตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน ทำงาน ดูแลแบบพหุวิชาชีพเพื่อให้การดูแลทั่วถึงทุกมิติ โดยบริหารองค์ประกอบในการดูแลให้อยู่ในสภาพเอื้ออำนวย

อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2555) กล่าวในการประชุมฟื้นฟูวิชาการ หัวข้อ บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Nurse's Role in End of Life Care) ไว้ว่า การเตรียมความพร้อมที่จะต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยในวาระสุดท้าย บุคคลใดที่มีโอกาสได้เตรียมตัวเผชิญการสูญเสีย การพลัดพราก ตลอดจนการเผชิญกับความตาย เขาน่าจะโชคดีกว่าคนที่ไม่ได้เตรียมตัว เพราะมีโอกาสได้สะสมภารกิจที่ยังค้างคาใจให้ลุล่วงไปด้วยดีก่อนที่จะจากโลกนี้ การใช้ชีวิตอย่างไม่ประมาทโดยมีการเตรียมความพร้อมเผชิญวาระสุดท้ายที่จะมาถึง น่าจะมีส่วนช่วยให้เกิดความสงบก่อนตายและไปสู่สุคติได้มากกว่าคนที่ไม่ได้เตรียมตัว ซึ่งจะมีอาการหวาดกลัว ทุกข์ทรมาน ขอสู้ตายภายใต้การใช้ High Technology ที่ทันสมัยในห้อง ICU และท้ายสุดก็ต้องกลับคืนสู่ธรรมชาติด้วยอาการไม่สงบ

สุคนธ์ กุรัตนและคณะ (2556) กล่าวถึง การประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ว่าต้องประเมินให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งในด้านสังคมจะประกอบด้วยเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยครอบครัวหรือญาติ เพื่อนบ้าน หน่วยงาน หรือองค์กร กลุ่มทางศาสนา จิตอาสา การค้นหาเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว จะทำให้ทราบว่า ผู้ป่วยได้รับความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า และได้รับการยกย่องจากเครือข่ายทางสังคมอย่างไร

จากที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า เมื่อ "รู้เขา" ก็สามารถช่วยเหลือได้ถูกต้องและเหมาะสม โดยปรับใช้วิธีการให้เข้ากับสภาพและภูมิหลังของคนใกล้ตาย โดยเฉพาะในด้านจิตใจและความรู้สึก เช่น เรื่องที่จะทำให้จิตใจสบายของแต่ละคนอาจแตกต่างกัน ก็ต้องเลือกพูดและเลือกทำให้เหมาะสม ในกรณีที่ผู้ใกล้ตายเป็นผู้ปฏิบัติธรรมก็ควรเปิดโอกาสให้ได้เจริญสติโดยไม่ถูกรบกวน และช่วยให้คนใกล้ตายได้ใช้พลังในตัวเขาเองเผชิญกับความตายที่จะมาถึง

สำหรับการ "รู้เรา" คือ การรู้จักความสามารถและสภาพจิตใจของตนเอง ผู้ให้ความช่วยเหลือต้องมีจิตใจหนักแน่น มั่นคงและสติตั้งมั่น ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถฝึกฝนให้เกิดขึ้นได้ และเมื่อเกิดขึ้นแล้ว นอกจากเป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้อื่น ยังเกิดประโยชน์ต่อตนเองด้วย ผู้ที่เคยช่วยเหลือคนใกล้ตายมีประสบการณ์ตรงกันว่าเกิดพลังขึ้นในตนเอง เมื่อการช่วยเหลือนั้นประกอบด้วยเมตตา กรุณา และอุเบกขา ซึ่งจิตอาสาที่สามารถหยิบนั่นเจตนาและการดูแลเหล่านั้นได้ หากแต่ยังไม่เป็นที่แพร่หลายและจำกัดเฉพาะบางกลุ่มคนเท่านั้น ผู้วิจัยจึงมุ่งหวังสร้างทฤษฎีฐานรากจากรูปแบบและกระบวนการจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ รพ. เด็ก กรุงเทพมหานคร เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะเชิงทฤษฎี ข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติ ตลอดจนได้เห็นมุมมองของจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ต้องการสร้างทฤษฎีฐานรากจากมุมมองจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี (รพ.เด็ก กรุงเทพมหานคร) โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อค้นหาความหมายและทัศนะของการเป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ
2. เพื่อศึกษารูปแบบและกระบวนการของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ
3. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ

4. เพื่อสร้างทฤษฎีฐานรากจากรูปแบบ ประสบการณ์และกระบวนการของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

การออกแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีวิทยาการทฤษฎีฐานราก ผู้วิจัยใช้กระบวนการที่ค้นแบบการตีความนิยม (Interpretivism) และการสร้างสรรค์นิยม (Constructivism) ตามแนวทางของ Charmaz (2006) เพื่อค้นหาความหมายหรือทฤษฎีใหม่จากทัศนะของจิตอาสาที่ใกล้ชิดดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 2 ปี ซึ่งเป็นไปตามบริบทชีวิตจริงตามธรรมชาติ นอกจากนี้ การสร้างฐานรากยังเหมาะในการทำความเข้าใจในมุมมองของผู้ให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับเรื่องที่ตนเองมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ มีประสบการณ์ สามารถประยุกต์ข้อมูลเพื่ออนาคตและนำไปสู่การสร้างทฤษฎีจากข้อมูลเหล่านั้นได้ (Strauss and Corbin, 1990)

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา เป็นการทำความเข้าใจถึงงานด้านจิตอาสา คือ 1) เพื่อค้นหาความหมายและทัศนะของการเป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ 2) เพื่อศึกษารูปแบบและกระบวนการของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ 3) เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ และ 4) เพื่อสร้างทฤษฎีจากรูปแบบ ประสบการณ์และกระบวนการของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ เพื่อประโยชน์ในการเปิดโลกทัศน์แห่งการรับรู้ เพิ่มมิติด้านความเชื่อ สร้างมุมมองสู่การตัดสินใจ นำมาซึ่งการช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ มีความเป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในแง่มุมมองต่างๆ รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ขอบเขตด้านพื้นที่ ศึกษาข้อมูลจิตอาสาที่รพ. เด็ก กรุงเทพมหานคร เป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯมาเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 2 ปี ซึ่งสามารถให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ ซึ่งได้แก่ ความหมาย ทัศนะ รูปแบบ กระบวนการ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจริงของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ
3. ขอบเขตด้านระยะเวลา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ คือ เดือนมกราคม 2557–พฤษภาคม 2557

ผู้ให้ข้อมูลหลักและการเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎี

การเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก บุคคล และพื้นที่ในการวิจัย เพื่อศึกษาการให้ความหมายของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ ผู้วิจัยได้เลือกสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (รพ.เด็ก กรุงเทพมหานคร) เป็นสถานที่ทำวิจัย และเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎี (Theoretical Sampling) ภายใต้หลักการสำคัญ คือ ผู้ให้ข้อมูลมีความสอดคล้องและตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่ จิตอาสาที่มีประสบการณ์การเป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ ที่รพ. เด็ก กรุงเทพมหานคร มาเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 2 ปี เป็นกลุ่มตัวอย่างเชิงทฤษฎี เนื่องจากบุคคลเหล่านี้สามารถให้สัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึก (In-depth Interview) และแสดงการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานและกระบวนการต่าง ๆ ของจิตอาสา (Participant) ได้อย่างชัดเจน เพื่อใช้ในการสร้างทฤษฎีที่ต้องการศึกษา (Patton, 1990)

ผู้ให้ข้อมูลหลักและกลุ่มตัวอย่างเชิงทฤษฎี คือจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ ที่รพ. เด็ก กรุงเทพมหานคร เป็นผู้ที่ใกล้ชิดดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 2 ปี ผู้วิจัยใช้แบบแผนการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ร่วมกับการเลือกตัวอย่างแบบสโนว์บอล (Snowball Sampling) (ประสพชัย พสุนนท์, 2555) กล่าวคือ ผู้วิจัยมีความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นจิตอาสาที่มีความรู้ ความเข้าใจและความเชี่ยวชาญในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นอย่างดี

ดี ทราบถึงปัญหาการสร้างความสำเร็จ การเข้ารับการอบรม การลงมือปฏิบัติตามกระบวนการที่เคร่งครัด การเข้าถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย และได้ขอความร่วมมือในการประสานงานเพื่อเข้าไปเก็บข้อมูลการวิจัย ภายหลังจากผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่างบางท่านได้แนะนำและประสานงานให้สัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างคนอื่นๆ โดยได้เก็บข้อมูลจากจิตอาสา 15 คน ที่เป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยๆ ที่รพ. เด็ก กรุงเทพมหานคร มาเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 2 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่สำคัญในการวิจัย คือ ตัวผู้วิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดและครบถ้วน ดังนั้น ผู้วิจัยต้องมีความไวต่อทฤษฎี (Theoretical Sensitivity) โดยผู้วิจัยได้เตรียมตัวในส่วนของการความรู้ ด้วยการศึกษารายละเอียดและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของจิตอาสาในรูปแบบต่าง ๆ และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยได้เตรียมแนวคำถาม ในการวิจัย ที่สร้างจากกรอบแนวคิดและทฤษฎีโดยใช้คำถามปลายเปิด รวมไปถึงการเข้าร่วมสังเกตในการดำเนินกระบวนการของจิตอาสา และพูดคุยกับผู้ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้เตรียมเครื่องบันทึกเสียง เครื่องบันทึกเสียงขนาดเล็ก สมุดจด ปากกา สำหรับการทบทวนภาคสนาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการวิจัยและเก็บข้อมูล 3 วิธีการ คือ

1. การสัมภาษณ์ระดับลึก (In-depth Interview) กับผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 15 คน เพื่อนำข้อมูลไปสร้างทฤษฎีฐานราก (Creswel, 1998) โดยผู้วิจัยเป็นผู้มีบทบาทหลักในการเก็บข้อมูล ด้วยแนวคำถามการสัมภาษณ์ (Interview Guide)
2. การสังเกตและจดบันทึก (Observation and Field-note) ผู้วิจัยเข้าไปศึกษาข้อมูลด้วยการสังเกต โดยเลือกใช้วิธีการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยได้รับการอนุญาตให้บันทึกเสียงการสนทนาด้วยเครื่องบันทึกเสียงขนาดเล็กทุกครั้ง โดยให้ความสำคัญกับน้ำเสียงและคำพูดประกอบการสังเกตท่าทางตลอดจนมีการจดบันทึกในประเด็นสำคัญระหว่าง การสัมภาษณ์ที่จำเป็นต่อการสร้างทฤษฎี โดยพยายามจัดการข้อมูลในรูปแบบแนวคิดและโครงสร้างต่างๆ
3. การศึกษาเอกสาร (Document Analysis) เป็นการเตรียมตัวทั้งก่อนและระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงภายหลังที่เก็บข้อมูลแล้ว เป็นการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยจากหลายแหล่ง (Theoretical Triangulation) และบางครั้งกลุ่มตัวอย่างเชิงทฤษฎีซึ่งเป็นแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และบุคลากรทางการสาธารณสุข ได้มอบเอกสารที่เกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์ต่อการการวิจัยเป็นอย่างมาก

จริยธรรมในการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่ต้องการศึกษารูปแบบและกระบวนการจิตอาสาดูแลผู้ป่วยๆ รพ. เด็ก กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยตระหนักถึงความอ่อนไหวและจริยธรรม จึงให้ความสำคัญต่อขั้นตอนและกระบวนการวิจัย โดยได้ขออนุญาตต่อผู้ให้ข้อมูลหลักและกลุ่มตัวอย่างเชิงทฤษฎีและแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งได้มีการนัดหมายวันเวลาก่อนสัมภาษณ์ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลหลักและกลุ่มตัวอย่างเชิงทฤษฎีบางส่วนเป็นแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักศึกษาแพทย์ ตลอดจนบุคลากรทางการสาธารณสุข อาจได้รับผลกระทบจากการให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงไม่เปิดเผยรายนามและภาพถ่ายของผู้ให้ข้อมูลหลักและกลุ่มตัวอย่างเชิงทฤษฎี

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยไม่กดดันผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยพยายามสัมภาษณ์อย่างผ่อนคลายและพร้อมสัมภาษณ์ใหม่เพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลหลักติดภารกิจ หรือ เกิดอาการสับสนเนื่องจากเครียดในการดูแลผู้ป่วย การสัมภาษณ์จึงเป็นไปในรูปแบบการถามความเห็นเชิงวิชาการ มีการอภิปราย สอดแทรกการแสดงความคิดเห็น โดยหลีกเลี่ยงประเด็นที่เกี่ยวกับค่าตอบแทน การเปรียบเทียบกับจิตอาสาประเภทอื่น การพาดพิงถึงบุคคลอื่น ความเหลื่อมล้ำทางวิชาชีพและฐานะสังคม ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ ผู้วิจัยเคร่งครัดต่อหลักการ 5 ประการ ตามแนวทางของเจษฎา นกน้อย (2554) คือ 1) เคารพความเป็นส่วนตัว 2) รักษาความลับ 3) ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4) การอธิบายโครงการวิจัยต่อผู้ให้ข้อมูล และ 5) ผลประโยชน์ การแลกเปลี่ยน และการแบ่งปัน

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของการวิจัย

ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) เพื่อยืนยันว่าข้อมูลที่ได้มานั้นถูกต้องหรือไม่ โดยพิจารณาจากช่วงเวลา สถานที่ และบุคคลที่แตกต่างกัน และใช้การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator Triangulation) โดยมีผู้ช่วยวิจัยเพื่อเปรียบเทียบข้อมูลให้แน่ใจว่าเหมือนหรือต่างกันหรือไม่ นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังให้ความสำคัญกับการตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (Theoretical Triangulation) โดยการตรวจสอบข้อมูลเรื่องเดียวกันจากแหล่งข้อมูลหลายแหล่ง จากนั้นพยายามสร้างโน้ตค้น (Concept) ที่แตกต่างไปจากข้อมูลที่ได้มาแล้ว (Negative Case) จนกระทั่งข้อมูลไม่มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติม หรือจะเรียกได้ว่าข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้นั้นถึงจุดอิ่มตัว (Theoretical Saturation) และได้ข้อสรุปเชิงทฤษฎี

การใช้วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือแบบสามเส้า ช่วยลดความผิดพลาดในการตีความ โดยใช้มุมมองที่หลากหลายในการยืนยันความหมายที่ชัดเจนและถูกต้อง (Denzin and Lincoln, 2008) อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยมีความเข้าใจดีต่อการวิจัยเชิงคุณภาพ จึงได้พยายามตัดความคิดและความรู้สึกที่ติดตัวมาออก เพื่อวางท่าทางให้เป็นส่วนหนึ่งของการสัมภาษณ์ การสนทนาและร่วมกันค้นหาทฤษฎีฐานรากจากรูปแบบ ประสบการณ์และกระบวนการจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (ร.พ.เด็ก กรุงเทพมหานคร) (Maykut and Morehouse, 1994)

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การจัดกระทำกับข้อมูลในการวิจัย เริ่มต้นด้วยคำถามในการสัมภาษณ์ ซึ่งได้ถูกพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากประสบการณ์ตรงของผู้วิจัยที่ได้มาจากการสังเกตในขณะที่มีการสร้างสัมพันธ์ภาพกับจิตอาสาผู้ป่วย แพทย์พยาบาล และญาติผู้ป่วย จากการตรวจสอบรายงานการสนทนาและการสร้างสัมพันธ์ภาพ และคำถามที่เกิดขึ้นในขณะที่มีการสัมภาษณ์ ขณะสัมภาษณ์จะมีการบันทึกเทปและมีการถอดคำต่อคำเพื่อนำไปวิเคราะห์

2. การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะถูกนำมาวิเคราะห์ตามแนวคิดทฤษฎีฐานราก หรือ Grounded Theory (Charmaz, 2006) ดังนั้น ข้อมูลจากบันทึกการสัมภาษณ์ที่ถูกถอดคำต่อคำ แบบบันทึกการสังเกต และรายงานการสนทนาและการสร้างสัมพันธ์ภาพจะถูกวิเคราะห์โดยการให้รหัสหรือตรรกะ แล้วนำมาจัดหมวดหมู่โดยผ่านการตีความ หาความเชื่อมโยงของข้อมูล และนำข้อมูลไปสร้างเป็นข้อสรุป สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล พร้อมทั้งจะใช้แนวทางของ Strauss and Corbin (1990) ร่วมกับการแสดงข้อค้นพบในรูปแบบตาราง (Miles and Huberman, 1994) และมีข้อความบรรยายประกอบเพื่อความชัดเจนมากขึ้น

ผลการวิจัย

ข้อสรุปเชิงทฤษฎีของการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบไปด้วยความหมาย/ทัศนะ รูปแบบ กระบวนการ ปัญหาและอุปสรรคของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ แสดงดังตารางที่ 1 กล่าวคือ การแสดงถึงนิยามความหมายเฉพาะของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ รูปแบบที่มา กระบวนการฝึกอบรมสร้างความชำนาญพื้นฐานทั้งทางร่างกายและจิตใจตลอดจนปัญหาและอุปสรรคที่จิตอาสาประเภทนี้จะต้องเผชิญเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ข้อสรุปเชิงทฤษฎีจากผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ

ความหมาย/ทัศนะ	รูปแบบ	กระบวนการ	ปัญหาและอุปสรรค
1. ผู้ที่เปี่ยมด้วยความรักและความเห็นอกเห็นใจ	1. จิตอาสาที่มีทักษะเฉพาะตัว	1. การสมัคร	1. มุมมองที่ต่างกัน
2. ผู้ที่สละความสุขส่วนตนสละเวลาอย่างต่อเนื่อง	2. จิตอาสาที่เป็นบุคคลทั่วไป 2.1 ความยึดมั่นในอุดมการณ์ 2.2 ความยึดมั่นในหลักศาสนา จารีต ประเพณี 2.3 ความยึดมั่นในค่านิยมบางประการ 2.3.1 การเสียสละ 2.3.2 ความมั่นคงทางจิตใจ 2.3.3 ความต้องการรักษาสมดุล	2. การปฐมนิเทศ	2. การจัดสรรเวลา กรณี จิตอาสาไม่ได้มาเยี่ยมผู้ป่วย
3. ผู้ที่ระลึกถึงหน้าที่ของ “การไม่ยี่ดชีวิตและไม่เร่งความตาย”		3. การอบรม	3. ผู้ป่วยไม่ตอบรับ
4. ผู้ที่อุทิศตนเพื่อลดทอนความทุกข์และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย		4. การลงมือปฏิบัติ เยี่ยมเยียนผู้ป่วย	4. ความผูกพันที่มากเกินไป
5. ผู้ที่มีความมั่นใจและตั้งใจว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้ป่วย			5. จิตอาสา รู้สึกว่าทำน้อยไป

1. ความหมาย/ทัศนะของจิตอาสาและผู้ป่วยฯ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ระดับลึก ถึงการให้ความหมาย/ทัศนะของจิตอาสาและผู้ป่วยฯ เป็นการตีความในแง่ผลลัพธ์ (Output) จากสิ่งที่เกิดขึ้นจริง โดยพบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักได้ให้ความหมายของจิตอาสาและผู้ป่วยฯ 5 ความหมาย ดังนี้

1. ผู้ที่เปี่ยมด้วยความรักและความเห็นอกเห็นใจ เหตุเพราะผู้ป่วยได้กระยะสุดท้ายมีสภาพจิตใจที่เปราะบาง อ่อนแอมาก ผู้ป่วยต้องการใครสักคนที่พร้อมจะให้ความรักแก่เขาได้อย่างเต็มเปี่ยมหรืออย่างไม่มีเงื่อนไข และเพราะจากสภาพจิตใจที่เปราะบาง ผู้ป่วยได้กระยะสุดท้ายมักแสดงความหงุดหงิด เกรี้ยวกราดออกมาได้ง่าย จิตอาสาสามารถช่วยได้ด้วยความอดทนอดกลั้น พยายามให้อภัยและเห็นอกเห็นใจเขา

2. ผู้ที่สละความสุขส่วนตัว สละเวลาได้อย่างต่อเนื่อง เพราะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำเป็นต้องผ่านการอบรมและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ จนกระทั่งเข้าใจถึงการให้บริการดูแลผู้ป่วยโดยสหวิชาชีพ เพื่อควบคุมและบรรเทาอาการปวดหรืออาการอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ประคับประคองด้านจิตใจ/อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ให้สามารถอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีและตายจากไปด้วยความสุขสงบ โดยครอบคลุมการดูแลญาติและติดตามช่วยเหลือญาติที่มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย

3. ผู้ที่ระลึกถึงหน้าที่ของ “การไม่ยืดชีวิตและไม่เร่งความตาย” กล่าวคือ ไม่ยืดชีวิตไว้ด้วยวิธีการหรือเครื่องมือช่วยชีวิตแบบต่างๆ เมื่อไม่มีโอกาสรอดชีวิต หรือเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างผิดธรรมชาติด้วยวิธีการต่างๆ แต่จะทำให้ผู้ป่วยพบกับการตายที่ดี

4. ผู้ที่อุทิศตนเพื่อลดทอนความทุกข์และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในทุกด้านเท่าที่จะทำได้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องกาย ความสัมพันธ์ จิตใจ หรือแม้แต่ความต้องการทางจิตวิญญาณ การสร้างความรู้สึกให้ผู้ป่วยได้ตายราบรื่นอยู่ในเรือนตายของตน

5. ผู้ที่มีความมั่นใจและตั้งใจว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้ป่วยให้ปล่อยวาง ไม่กลัวตายและเตรียมตัวตายอย่างสงบ

จากที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า เริ่มมีการมองเห็นและเข้าใจว่าวิถีการสู่ความตายอย่างสงบมีได้ก่อนประโยชน์แก่ผู้ใกล้ตายเท่านั้น แต่ยังมีผลในวงกว้างกับผู้ป่วยทั่วไปและผู้ไม่ป่วย ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา จะได้รับประโยชน์จากการแพทย์ที่เห็นคุณค่าของการตายอย่างสงบ อีกส่วนคือ ผู้คนที่มีสุขภาพดี เมื่อตระหนักถึงมรณานสติ จะไม่เพียงนึกถึงการตายดีเท่านั้นแต่ยังนึกถึงการมีชีวิตที่ดี คำนึงถึงการทำความดี ช่วยเหลือเกื้อกูลผู้อื่น เรียนรู้เรื่องการปล่อยวาง อีกทั้งเป็นการทวนกระแสสังคมมุ่งบริโภคนิยม ซึ่งสอดคล้องกับ Yeung, A. B. (2004) กล่าวว่า ผู้อุทิศตนเป็นจิตอาสา จิตวิญญาณจิตอาสาคือการมีจิตใจที่เสียสละ ทำงานด้วยความสมัครใจ เพื่อเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น ประชาชนและสังคม โดยไม่หวังผลตอบแทนที่เป็นเงินหรือวัตถุ และดำเนินชีวิตในรูปแบบที่แตกต่างไปจากกระแสหลัก คือกระแสเศรษฐกิจบริโภคนิยมที่มุ่งเน้นเรื่องการสร้างรายได้เป็นหลัก จะมีแรงผลักดันภายในตนเองที่ทำให้เลือกใช้ชีวิตที่อุทิศตนทำงานให้โดยไม่มีผลตอบแทน หรือได้ผลตอบแทนน้อย และไม่อาจนับรวมเข้ากับมาตรฐานของการตีค่าแรงงานเป็นเงินได้ตามแบบของสังคมแรงงานที่กำหนดกันอยู่ในปัจจุบัน

สรุปได้ว่าการทำงานจิตอาสาหรือจิตอาสา เป็นการทำงานเพราะมีความรัก มีความสุขในงาน ได้มีโอกาสสร้างสรรค์งานอย่างที่ต้องการ หากจะมีการยอมรับในผลงานก็นับว่ามีเกียรติ แต่เมื่อไม่มาหรือไม่มาก็อย่าคิดถึง

ความต้องการทั้งหมดอยู่ที่ตัวงาน ทุกคนที่ได้ทำงานจะต้องเรียนรู้ถึงศิลปะ ความรักในงานที่ทำ มีความสุขในงานโดยไม่ต้องมีการยอมรับนับถือ

2.รูปแบบของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ

การมีจิตอาสาเป็นสิ่งที่เกิดตามวิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล สภาพแวดล้อมต่างๆ ตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน มีผลต่อการพัฒนาคุณธรรม จริยธรรมของบุคคล จิตสำนึกสาธารณะ หรือจิตสำนึกทางสังคม อยู่ภายใต้อิทธิพลของปัจจัยแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก หากแต่ไม่สามารถสรุปแยกแยะได้ว่าเกิดจากปัจจัยภายในหรือภายนอกเพียงอย่างเดียว เพราะทุกสรรพสิ่งมีความสัมพันธ์เกี่ยวของกัน จิตสำนึกที่มาจากภายนอกเป็นการเข้ามาโดยธรรมชาติ กระทบต่อความรู้สึกของบุคคล แลวกกลายเป็นจิตสำนึกโดยธรรมชาติ และมักไม่รู้ตัว แต่จิตสำนึกที่เกิดจากปัจจัยภายในเป็นความตั้งใจเลือกสรร บุคคลละลือกรุ่นเองเป็นอย่างดี เป็นสำนึกที่สร้างขึ้นเอง ระหว่างปัจจัยภายในและภายนอก เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีความต่อเนื่องกัน (Heather Boswell, 2011)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ระดับลึกถึงการกำหนดรูปแบบของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ เป็นการตีความในแง่ผลลัพธ์ (Output) จากสิ่งที่เกิดขึ้นจริง โดยพบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักได้เพิ่มเติมการกล่าวถึงรูปแบบของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ 2 รูปแบบ ดังนี้

1. จิตอาสาที่มีทักษะเฉพาะตัว ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักศึกษาสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง บุคคลเหล่านี้เข้าใจในความเป็นจริงที่ว่า แม้เทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถผลิตยาขนานต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพสูงในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย กระนั้นยังคงมีข้อจำกัด โดยจากตัวผู้ป่วยเองซึ่งไม่สามารถทนต่อความทรมานที่เกิดจากการรักษา หรือเมื่อความเจ็บป่วยที่เกิดจากการเป็นมะเร็งรบกวนจนถึงระยะสุดท้าย อันเป็นสัญญาณบ่งชี้ว่า ผู้ป่วยหมดทางรักษาและจิตใจเริ่ม คำนึงถึงความตาย สิ่งเหล่านี้ชี้ชัดว่าผู้ป่วยต้องเผชิญความทุกข์ทั้งร่างกายและจิต ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม มีความสำคัญเทียบเท่ากับความต้องการที่จะเน้นหนักเรื่องการกลับคืนสู่สภาพปกติ ทั้งการดูแลกายและใจ การปรับความคิด เข้าใจสภาวะความเป็นจริงถึงความไม่เที่ยงของชีวิต การใช้ชีวิตที่เหลืออยู่แม้จะไม่เต็มร้อย ให้มีคุณค่าทั้งตัวเองและผู้อื่น การฝึกเตรียมพร้อมรับมือกับสภาพเจ็บปวดทรมานทางกาย และยอมรับความตายที่เกิดขึ้น จึงถือว่าเป็นศิลปะอันงดงามที่ผู้ป่วยและผู้ไม่ป่วยควรได้เรียนรู้ฝึกฝน และตั้งต้นในความไม่ประมาท

2. จิตอาสาที่เป็นบุคคลทั่วไป มีตั้งแต่นักศึกษาจนถึงวัยเกษียณ อายุระหว่าง 20-60 ปี ทุกสาขาอาชีพตั้งแต่รับราชการ รัฐวิสาหกิจพนักงานบริษัท เจ้าของกิจการ รับจ้างอิสระ ข้าราชการบำนาญ และแม่บ้าน แต่จะต้องผ่านการคัดเลือกและอบรมโครงการจิตอาสาดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้าย และจากผลการสัมภาษณ์ระดับลึกผนวกกับการวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้ได้ทราบถึงแนวคิดหลัก ๆ ของจิตอาสาที่เป็นบุคคลทั่วไป ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ 3 ประการ คือ

2.1 ความยึดมั่นในอุดมการณ์ กล่าวคือ มีสำนึกถึงความรับผิดชอบต่อน้ำที่ของตนเองและสังคม ต้องการเห็นสังคมมีการปฏิบัติต่อกันอย่างเท่าเทียม มีการเอารัดเอาเปรียบต่อกันน้อยที่สุด เชื่อว่าสังคมจะเป็นเช่นนั้นได้ จะต้องอาศัยกระบวนการจัดการทรัพยากรอย่างเป็นธรรมและแพร่กระจายไปยังคนทุกชั้น ทุกกลุ่มทางสังคมให้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ ล่วงเลยไปถึงความไม่พอใจที่เห็นความไม่ยุติธรรมหรือการเอารัดเอาเปรียบ ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นในสังคมไทยนั้น

คือการใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่มุ่งเน้นการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ สนับสนุนและส่งเสริมแนวคิดบริโภคนิยม

2.2 ความยึดมั่นในหลักศาสนา จารีตประเพณี กล่าวคือ ยึดมั่นในหลักศาสนา และต้องการทำงานเพื่อละตัวตน หรือเข้าถึงการปล่อยวางทางวัตถุ สิ่งของ เงินทอง ข้าวของเครื่องใช้ต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ เพื่อให้สามารถเข้าถึงความสุขที่ลึกซึ้งกว่า จิตอาสาเหล่านี้จะมุ่งอุทิศร่างกายและทรัพย์สิน เพื่อเป็นการบริจาคทาน คือมีน้ำใจเสียสละความสุขส่วนตัวเพื่อประโยชน์ของผู้อื่น จิตอาสาที่ได้ศึกษาและเข้าใจในหลักธรรมคำสั่งสอนของศาสนา จะหาหลักธรรมประจำใจเพื่อเป็นเป้าหมาย หรือเครื่องมือในการเดินทางไปสู่บั้นปลายชีวิต และพยายามหาหนทางที่จะอุทิศตน ถวายทอดความรู้ ความสามารถให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นที่เจ็บป่วยและยากไร้ด้วยโอกาสกว่าตน

2.3 ความยึดมั่นในค่านิยมบางประการ กล่าวคือ สิ่งที่อยู่ภายในความรู้สึกนึกคิดของคนๆ นั้น เป็นค่านิยมที่ได้รับการพัฒนามาจากการหล่อหลอมของครอบครัวหรืออาจหมายถึงความจำเริญทางครอบครัว จากสถาบันการศึกษาจากการเฝ้าสังเกตและตั้งคำถามกับความเป็นไปในสังคมปัจจุบัน หรือการได้อ่านประวัติชีวิตของนักพัฒนาหรือบุคคลที่เป็นแบบอย่างในใจ ค่านิยมดังกล่าวได้แก่

2.3.1 การเสียสละ ที่ผ่านกระบวนการของการบังคับจิตใจให้ลด ละ สละ เลิก วิถีความสุขส่วนตัว การบริจาคทรัพย์สิน เงินทอง เวลาและบางครั้งรวมถึงความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว เพื่ออุทิศตนมาทำงานจิตอาสา

2.3.2 ความมั่นคงทางจิตใจ จะต้องมีความหนักแน่น อดทน และความมั่นคงอย่างสูงทางจิตใจ ถึงจะสามารถเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ได้ โดยเฉพาะการทำงานที่เปลี่ยนเป้าหมายจากการรับเป็นตัวแทน เป็นการบำรุงความเชื่อและความยึดถือในอุดมการณ์

2.3.3 ความสามารถในการรักษาสมดุล ระหว่างความต้องการเชิงเศรษฐกิจที่สนองรับต่อความต้องการทางกายและความต้องการที่จะบรรลุอุดมการณ์ซึ่งเป็นความต้องการภายใน

ซึ่งสอดคล้องบางส่วนกับงานวิจัย ฉัตรวิทย์ องค์กร (2550) ที่กล่าวว่า ผู้อุทิศตนเป็นจิตอาสา มีความต้องการการยอมรับจากสังคมและคนรอบข้างในระดับหนึ่ง การยอมรับนี้สามารถสะท้อนได้จากการได้รับรางวัลในรูปของวัตถุ สิ่งของ โลหะประกาศเกียรติคุณ หรือการได้รับการยกย่อง ชมเชย การยอมรับในความสามารถของตนเอง แต่อย่างไรก็ตาม การได้รับการยอมรับนี้มีแนวคิดว่าเป็นการสร้างตัวตนให้กับมนุษย์ แทนที่จะให้การอุทิศตนเป็นแนวทางของการบรรลุถึงความสุขในขั้นที่แตกต่างจากทรัพย์สิน เงินทอง และความต้องการอันเป็นแรงขับจากภายใน ที่ทำให้เลือกใช้ชีวิตที่อุทิศตนทำงานให้โดยไม่มีผลตอบแทน หรือได้ผลตอบแทนน้อย และไม่อาจนับรวมเข้ากับมาตรฐานของการตีค่าแรงงานเป็นเงินได้ตามแบบของสังคมแรงงานที่กำหนด

จะเห็นได้ว่า อุดมการณ์อาสาสมัครไม่จำเป็นว่าตอบโจทย์การดำรงชีวิตหรือไม่ หากแต่สะท้อนถึงความร่วมมือ ร่วมใจ เสียสละ เปิดใจเรียนรู้และการหลอมรวมความหลากหลาย ทั้งอาชีพ เพศ วัย ตลอดจนวัตถุดิบประสงค์ ก่อให้เกิดกิจกรรมด้านบวกทางสังคม หากแต่การหลอมรวมดังกล่าวดังกล่าวจะต้องยืนอยู่บนความเข้าใจในโลก ความเป็นไปในชีวิตอย่างมีเหตุมีผล และกระบวนการที่จะเข้าใจความเป็นไปของสังคม นั่นคือการเข้าใจในหลักธรรมคำสั่งสอนของศาสนาที่นับถืออยู่ให้แตกฉาน ต้องมีความเข้าใจในประวัติศาสตร์และวิวัฒนาการของโลก มีความเข้าใจเป็นพื้นฐานของการเคลื่อนไหว การแปรเปลี่ยน และอุดมการณ์ที่ดีจำเป็นต้องอาศัยการบ่มเพาะ ซึ่งจะก่อให้เกิดและเติบโตเองไม่ได้ ข้อสำคัญคืออุดมการณ์อาสาสมัครไม่ใช่ความดีอันยิ่งใหญ่แต่เป็นพันธกิจทางใจที่จะต้องกระทำ

3. กระบวนการของจิตอาสาดูแลผู้ป่วย

โครงการจิตอาสาดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้าย ในระยะแรกเป็นการทำงานสืบเนื่องจากการอบรมการเผชิญความตายอย่างสงบ ผู้เข้าอบรมบางคนมีความสนใจที่จะนำทักษะของการตายสงบเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วย และงานจิตอาสาที่เป็นกิจกรรมหลักที่เปิดโอกาสในการนำความรู้ในเชิงทฤษฎีมาใช้อย่างจริงจัง (Raymond C., 2010) ผู้สนใจเข้าร่วมโครงการจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้าย มีตั้งแต่ นักศึกษาจนถึงวัยเกษียณ อายุระหว่าง 20-60 ปี ประกอบอาชีพทุกสาข ตั้งแต่ รับราชการ รัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท เจ้าของกิจการ รับจ้างอิสระ ข้าราชการบำนาญ และแม่บ้าน นอกจากนี้ยังมีบุคลากรสาธารณสุขได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร รวมทั้งอาจารย์สอนนักศึกษาแพทย์ ส่วนใหญ่เข้ามาเป็นจิตอาสาเพราะต้องการเป็นเพื่อนพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย ให้รู้สึกสบายใจ คลายความทุกข์ ต้องการเข้าใจสภาวะของโรคและดำรงอยู่กับโรคได้อย่างปกติสุขและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ถูกต้อง เพื่อปรับใช้กับตนเองและครอบครัว รวมทั้งเพื่อเข้าใจชีวิต เรียนรู้สัจธรรมและการปล่อยวาง รวมทั้งเพื่อเตรียมตัวตายอย่างมีสติให้กับตนเองและครอบครัว (วารสารอาทิตย์อัสดง, 2555)

ขั้นตอนที่ 1 การสมัคร

ข้อมูลจากจดหมายแนะนำตัว พบว่าทุกคนมีความตั้งใจดี แต่จะพบว่ามีความเป็นไปได้ในการเข้าร่วมน้อยมาก ไม่ทำงานประจำจนไม่น่าจะมีเวลา หรือสถานที่อยู่ห่างไกลโรงพยาบาลมาก ทางโครงการจึงต้องมีการโทรศัพท์กลับไปเพื่อตรวจสอบว่าสามารถจัดสรรเวลาในการปฐมนิเทศ อบรม และเยี่ยมผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องได้หรือไม่ ด้วยเหตุนี้จึงมีการกำหนดให้มีการนัดเจออีกครั้ง ซึ่งอาจใช้รูปแบบการปฐมนิเทศ หรือสัมภาษณ์ก็จะทำให้เกิดความเข้าใจได้ยิ่งขึ้น ด้วยเหตุนี้สิ่งสำคัญในการจัดหาจิตอาสาจึงอยู่ที่การจัดระบบรองรับจิตอาสาที่ชัดเจน และสอดคล้องกับสัดส่วนของผู้ป่วยที่ต้องการดูแล ซึ่งจะทำให้ไม่จำเป็นต้องรับจิตอาสาจำนวนมากและไม่เป็นภาระกับคนทำงานจนเกินไป อีกทั้งจะต้องยอมรับเงื่อนไขว่าจะต้องผ่านการอบรม 2 วัน (ไป-กลับ) เข้าใจรูปแบบการเยี่ยม ว่าเป็นเพื่อนให้กำลังใจผู้ป่วยเด็กและญาติ โดยมีอาสา 1 คน ต่อคนไข้ 1 คน ระยะเวลาเยี่ยมผู้ป่วย ในเวลา 3 เดือน เยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง สรุปรายการเรียนรู้ เดือนละครั้ง รวม 3 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 2 การปฐมนิเทศ

สิ่งสำคัญของการปฐมนิเทศ คือเป็นการเปิดโอกาสให้จิตอาสาได้รับข้อมูลและภาพรวมทั้งหมด เพื่อกลับไปขังใจตนเองอีกครั้ง ว่าเหมาะสมกับการกิจนี้หรือไม่ โดยมีกรชี้แจงรายละเอียด ดังนี้

- ที่มาและวัตถุประสงค์ของโครงการที่คาดหวังให้จิตอาสาได้เยี่ยมเยียน เป็นเพื่อนให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว และยังเป็นภาระแก่พยาบาล รวมทั้งเพื่อให้จิตอาสาเกิดการเรียนรู้
- ขั้นตอนในการเป็นจิตอาสา กำหนดวันเวลาในการพบปะต่างๆ ได้แก่ การอบรม เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสรุปโครงการ เพราะจิตอาสาส่วนใหญ่เพ่งความสนใจเฉพาะการเยี่ยมผู้ป่วยและญาติ แต่ไม่เห็นความสำคัญของการอบรม การสร้างสัมพันธ์ภาพร่วมกัน หรือการแลกเปลี่ยนประสบการณ์
- ลักษณะกิจกรรมที่เน้นการฟังอย่างลึกซึ้ง เน้นการให้และรับและการทำงานเป็นทีมมีการตัดสินใจร่วมกัน สภาพในโรงพยาบาลที่ภาระงานล้นมือของพยาบาลจนอาจไม่ได้ใส่ใจจิตอาสาเท่าที่ควร

- สภาพของผู้ป่วยที่มีความเป็นไปได้ว่าอาจเสียชีวิตกลางคืน ซึ่งประเด็นนี้อาจชักถามจิตอาสาที่อายุน้อยว่าสามารถรับได้หรือไม่

การปฐมนิเทศจึงเป็นเสมือนการดูตัวระหว่างโครงการฯ และจิตอาสา อีกทั้งยังเป็นด้านหน้าช่วยสร้างความเข้าใจซึ่งกันและกัน อีกทั้งช่วยลดปัญหาจิตอาสาหยุดทำงานกลางคืนได้

ขั้นตอนที่ 3 การอบรม

การอบรมเป็นการจำลองประสบการณ์เพื่อนำไปประยุกต์กับการปฏิบัติงานได้เพราะที่สำคัญจิตอาสาที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วยในครั้งนี้ไม่ได้เข้าเยี่ยมเป็นกลุ่มและมาเป็นครั้งคราว หากปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติในลักษณะเป็นรายบุคคลและดูแลอย่างต่อเนื่องถึง 3 เดือน ทักษะและการทำความเข้าใจการดูแลผู้ป่วยจึงต้องละเอียดและให้เวลามากกว่า การอบรมดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้ายกำหนดให้จิตอาสาเข้าร่วมเป็นเวลา 2 วัน ซึ่งกระบวนการร้อยเรียงในการอบรมผู้สนใจสามารถนำไปประยุกต์ได้ตามความเหมาะสม

กิจกรรมวันแรก ได้แก่

- แนะนำโครงการ / ทำความรู้จักกัน
- แนะนำแนวทางการเยี่ยมญาติใจดี มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เข้าใจความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย ความรู้สึกของตนเองเพื่อเชื่อมโยงถึงผู้ป่วย และ เพื่อให้จิตอาสาเกิดความเชื่อมั่นว่าทุกคนสามารถเยี่ยมญาติทางด้านจิตใจได้ ไม่ยากผ่านการแสดงบทบาทสมมติของจิตอาสา

กิจกรรมวันที่สอง ได้แก่

- กิจกรรมสนทนากลุ่ม การแสดงบทบาทสมมติ เพื่อนำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลทางด้านจิตใจผู้ป่วย เพื่อเรียนรู้วิธีเข้าหาและพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อเข้าใจบทบาทจิตอาสาเป็นส่วนหนึ่งของทีม และเพื่อเปิดใจยอมรับความแตกต่างหลากหลาย
- ทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง เพื่อเรียนรู้ว่าเมื่อรับฟังอย่างลึกซึ้งแล้วเกิดประโยชน์อย่างไรกับตนเองและผู้ป่วย
- ความเข้าใจผู้ป่วยและระบบในโรงพยาบาลโดยแพทย์หรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการทำความเข้าใจผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้าย หัวข้อการทำความเข้าใจผู้ป่วยนี้ อาจมอบให้แพทย์หรือพยาบาลจากโรงพยาบาลในการให้ข้อมูลจิตอาสาเกี่ยวกับผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้ายในผู้ใหญ่และเด็ก เน้นเนื้อหาเกี่ยวกับสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังรับรู้ข่าวร้าย หรือความตาย
- ชี้ให้เห็นถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังต่อเด็กในวัยต่างๆ ตั้งแต่วัยทารกวัยอนุบาล วัยเรียน และวัยรุ่น นอกจากนี้นำเสนอสภาพเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะต้องเผชิญกับผลกระทบต่างๆ ทั้งต่อตนเองที่อาจส่งผลให้เด็กเกิดอาการซึมเศร้า หวาดกลัว แยกตัว ต่อต้าน ก้าวร้าวไม่ร่วมมือในการรักษา รวมถึงมีพัฒนาการถดถอยทั้งร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อครอบครัวจนเกิดเป็นปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว

การอบรมช่วยให้จิตอาสาเกิดทักษะในการเยี่ยมญาติใจดีให้ผู้ป่วย แต่สำคัญกว่านั้น คือ ต้องการให้เกิดความเชื่อมั่นซึ่งมาจากภายในตนเองไม่ยึดติดกับความรู้หรือมีสูตรสำเร็จตายตัว แต่อยู่กับผู้ป่วยตรงหน้าอย่างซื่อสัตย์และเข้าใจ

ขั้นตอนที่ 4 ลงมือปฏิบัติ เยี่ยมเยียนผู้ป่วย

ทางโครงการฯ กำหนดให้จิตอาสาเข้าเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งๆ แต่ครั้งอาจเยี่ยมผู้ป่วยเพียงไม่กี่นาที่บางครั้งหลายชั่วโมง ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ความพร้อมของผู้ป่วยและความสนิทสนมที่อาจทวีคูณมากขึ้นตามลำดับ ส่วนใหญ่โรงพยาบาลสะดวกให้จิตอาสาเยี่ยมในช่วงบ่าย เพราะช่วงเช้าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาต่างๆ แม้จิตอาสาหลายคนในช่วงแรกยังมีความกลัวและไม่แน่ใจอยู่บ้างในการเยี่ยมผู้ป่วย แต่จากการเตรียมพร้อมระบบรองรับ การสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับจิตอาสา การให้ข้อมูลภาพรวม ทำให้จิตอาสาบางคนรู้สึกมั่นใจที่จะนำความรู้และประสบการณ์ต่างๆ จากการอบรมไปใช้ในการเยี่ยมผู้ป่วยได้

จะเห็นได้ว่า จิตอาสาไม่ได้เกิดขึ้นอย่างง่ายตายเพียงใครสักคนต้องการเป็นจิตอาสาแล้วสามารถเข้าไปดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้ในทันที แต่จิตอาสาดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ “เวลาอุทิศ” และ “ใจเรียนรู้” คือคุณสมบัติพื้นฐานของจิตอาสา ที่ควรจะต้องจัดสรรเวลาในการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยเป็นประจำ เพราะจะทำให้สามารถพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างอาสาและผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ในขณะเดียวกัน ก็ต้องเรียนรู้ที่จะเปิดใจรับประสบการณ์แปลกใหม่ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดูแล ทั้งความเศร้า เสียใจ สะเทือนใจ แม้แต่ความปลื้มปิติ และความสุขที่เกิดขึ้น จากช่วงเวลาที่ได้อยู่ร่วมกับผู้ป่วย ญาติ และตนเอง หรือจะกล่าวได้ว่า จิตอาสาดูแลผู้ป่วยจะไม่เน้นเฉพาะผลลัพธ์จากการทำงาน แต่ให้ความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้ภายในของจิตอาสาไปด้วย

4. ปัญหาและอุปสรรคของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ

แม้มีหลักปฏิบัติในการรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ ในการเยี่ยมผู้ป่วย จากจิตอาสารุ่นก่อนจะทำหน้าที่แบ่งปันประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมามาซึ่งสิ่งที่อาจเกิดขึ้นในช่วงเยี่ยมผู้ป่วยที่จิตอาสาต้องเผชิญและแนวทางการแก้ไข แต่ในความเป็นจริงจิตอาสาอาจต้องเจอกับสิ่งที่คาดไม่ถึง (จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย, 2550)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ระดับลึกถึงปัญหาและอุปสรรคของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ ของจิตอาสาเป็นการตีความในแง่ผลลัพธ์ (Output) จากสิ่งที่เกิดขึ้นจริง 5 ข้อ พร้อมทั้งจิตอาสาได้เสนอวิธีการบรรเทาปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ดังนี้

1. มุมมองที่ต่างกัน

ส่วนใหญ่จิตอาสาเตรียมพร้อมที่จะเผชิญปัญหาความอึดอัดคับข้องใจจากผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นความทุกข์จากความเจ็บป่วยทางกายและใจ และความเครียดกดดันต่าง ๆ แต่ส่วนใหญ่ลืมเตรียมใจที่จะเผชิญกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล พยาบาลบางคนอาจมีทัศนคติที่มองว่าการดูแลงานจิตอาสาเป็นงานเพิ่ม ทั้งที่ภาระงานจากคนไข้และงานเอกสารก็ล้นมืออยู่มากพอแล้ว ประกอบกับความไม่ไว้วางใจในตัวจิตอาสาเกรงว่าอาจเกิดความเสียหายกับคนไข้ และทำให้พยาบาลต้องรับผิดชอบผลที่เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นจึงควรเปิดพื้นที่รับฟังทั้งสองฝ่าย โดยไม่เข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมากเกินไป และอาจใช้พื้นที่พูดคุยส่วนตัวไม่ผ่านการประชุม เพื่อให้จิตอาสาหรือพยาบาลกล้าพูดตรงไปตรงมารวมทั้งช่วยประสานความรู้สึกดีต่อกัน ทั้งนี้พบว่า การเริ่มต้นสิ่งใหม่ๆ เป็นสิ่งยากที่จะทำให้เกิดการยอมรับได้ หากใช้ความอดทนและรอคอย หลายครั้งพบว่าต่างฝ่ายจะเข้าใจกันเองโดยอัตโนมัติ เมื่อเวลาผ่านไปจิตอาสาเห็นภาระงานของพยาบาลที่มากมายจนเกิดความเข้าใจ และพยาบาลเห็นความทุ่มเทจริงจังของจิตอาสาที่มาอย่างสม่ำเสมอและทำด้วยใจจนเกิดความชื่นชม

2. การจัดสรรเวลา กรณีจิตอาสาไม่ได้มาเยี่ยมผู้ป่วย

กรณีจิตอาสาหยุดการมาเยี่ยมผู้ป่วยมาจากสาเหตุต่างๆ เช่น 1) ภารกิจ หน้าที่การทำงานที่ไม่แน่นอน โดยเฉพาะคนทำงานประเภทฟรีแลนซ์ ส่วนใหญ่จะไม่สามารถกำหนดขอบเขตงานได้อย่างชัดเจน 2) ช่วงเริ่มต้นของการมาเยี่ยมผู้ป่วย รู้สึกมีอุปสรรคไม่ว่าผู้ป่วยไม่พูดคุย พยาบาลไม่ค่อยต้อนรับ เกิดความท้อแท้ 3) ผู้ป่วยกลับบ้านหรือเสียชีวิต ต้องมีการเปลี่ยนเคส ทำให้จิตอาสาเกิดความหดหู่เสียใจ

หากเกิดกรณีเช่นนี้ ส่วนใหญ่จิตอาสาที่มีความเป็นไปไม่ได้ที่จะไม่แจ้งผู้ประสานงาน แต่หากมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และทำความเข้าใจล่วงหน้าว่าการหายไปไม่ใช่เรื่องผิด อย่างน้อยควรชี้แจงเพื่อจะได้ปรับเวลาการเยี่ยมผู้ป่วย หรือปรับปรุงกระบวนการกับจิตอาสาเพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. ผู้ป่วยไม่ตอบรับ

แม้จะมีการขออนุญาตผู้ป่วยว่าจะมีจิตอาสาเข้าเยี่ยมก่อนแล้ว แต่เมื่อจิตอาสาไปเยี่ยมผู้ป่วยจริง ผู้ป่วยเด็กอาจไม่ต้อนรับด้วยการหันหน้าไปอีกทาง หรือนอนหลับ ทั้งนี้อาจเกิดจากผู้ป่วยเกิดความไม่สบายใจ หรือไม่สบายกายจากการหัดการต่างๆ หรือเหตุผลต่างๆ ที่ไม่สามารถอธิบายได้ และแม้มีการเน้นย้ำกับจิตอาสาว่าอาจเกิดเหตุการณ์เช่นนี้แล้วก็ตาม เมื่อเจอเหตุการณ์จริง จิตอาสาไม่อาจยอมรับได้หากสอบถามที่มาและพบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยเจ็บบ้างมาจากตัวผู้ป่วยเอง ไม่ใช่จิตอาสา แต่เพราะจิตอาสา รู้สึกอึดอัดทำอะไรไม่ถูก อาจเน้นย้ำว่าหากตลอด 3 เดือน หากผู้ป่วยปิดตัวเอง ก็ไม่ถือว่าจิตอาสาทำงานผิดพลาด เพราะสิ่งสำคัญคือการเรียนรู้ ดังนั้นให้ถือว่าเหตุการณ์นี้เป็นโอกาสให้ใคร่ครวญจิตใจตนเอง หรือแก้ไขด้วยการเสนอพี่เลี้ยงช่วยเหลือ เป็นต้น

4. ความผูกพันที่มากเกินไป

เมื่อจิตอาสาผ่านการปรับตัวช่วงแรกกับผู้ป่วยและญาติได้แล้ว สิ่งตามมา คือ เริ่มรู้สึกผูกพัน ยิ่งถ้าผู้ป่วยเด็ก ค่อยๆ ค่อยๆ ให้อาหารบดๆ ยังไม่กล้าปฏิเสธ ส่วนใหญ่มักจะเกิดกับจิตอาสาอายุน้อยๆ เพราะยังวางตัวและวางใจไม่ถูก จิตอาสาควรพูดตรงๆ กับผู้ป่วย ว่าสามารถทำได้กี่วันและให้มองว่าจิตอาสาเป็นเพียงส่วนหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดี แต่ผ่านเข้ามาในชีวิตเขาเพียงชั่วคราว แต่หากต้องการช่วยเหลือมากกว่านี้สามารถประสานความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับครอบครัวของผู้ป่วย ก็จะทำให้ช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืนกว่า

5. จิตอาสา รู้สึกว่าทำน้อยไป

จิตอาสาบางคนอาจผ่านช่วงเวลาที่ปรับตัวกับผู้ป่วยและสิ่งรอบข้างได้ยาก แต่บางคนอาจเจอผู้ป่วยยิ้มแย้มและเป็นคนชวนจิตอาสาพูดคุยด้วยความร่าเริงไม่ทุลักทุเล ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยอาจให้กำลังใจกลับด้วย จิตอาสาส่วนใหญ่แทนที่จะดีใจกลับรู้สึกไม่ดี รู้สึกไม่มีคุณค่าเพราะไม่ได้ทำอะไรเพื่อผู้ป่วยเลยแค่มานั่งฟังเฉยๆ ทั้งที่มีการเน้นย้ำว่าการมาครั้งนี้เพื่อการเรียนรู้ก็ตาม อีกทั้งมีความเป็นไปไม่ได้ที่ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องการให้ใครเห็นตนเองเศร้า เพราะไม่อยากให้สงสาร มีหลายครั้งพบว่าผู้ป่วยและญาติลักษณะนี้หลายคนแอบร้องไห้ในที่ลับตาคน หรืออาจเป็นเพราะยังไม่รู้สึกคุ้นเคยมากพอ จิตอาสาควรใจเย็นพูดคุยจนเกิดความสนิทสนมก่อน

ในการทำงานในโรงพยาบาล จิตอาสาส่วนใหญ่เตรียมพร้อมเปิดใจให้กับผู้ป่วยและญาติ จนลืมนึกถึงบุคคลอื่นรอบข้างไป แต่เมื่อจิตอาสาตระหนักได้ถึงสิ่งเหล่านี้ ทุกสิ่งก็เป็นการเรียนรู้ และส่งผลสะท้อนกลับถึงบุคลากรในโรงพยาบาลที่ต้องเปลี่ยนมุมมองของตนเองต่อจิตอาสาและเรื่องราวรอบข้างเช่นกัน

5. สรุปผลการวิจัย

สำหรับข้อสรุปเชิงทฤษฎีของการวิจัย มีดังนี้

1. วิธีการสู่ความตายอย่างสงบมีได้ก่อนประโยชน์แก่ผู้ใกล้ตายเท่านั้น แต่ยังมีผลในวงกว้างกับผู้ป่วยทั่วไปและผู้ไม่ป่วย ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาก็ได้รับประโยชน์จากการแพทย์ที่เห็นคุณค่าของการตายอย่างสงบ อีกส่วนคือ ผู้คนที่มีสุขภาพดี เมื่อตระหนักถึงมรณานุสติ จะไม่เพียงนึกถึงการตายดีเท่านั้นแต่ยังนึกถึงการมีชีวิตที่ดี คำนึงถึงการทำความดีช่วยเหลือเกื้อกูลผู้อื่น เรียนรู้เรื่องการปล่อยวาง อีกทั้งเป็นการทวนกระแสสังคมมุ่งบริโภคนิยมอีกด้วย อันจะเห็นได้จากการถ่ายทอดความหมายของจิตอาสาแด่ผู้ป่วยๆ กล่าวคือ ผู้ที่เปี่ยมด้วยความรักและความเห็นอกเห็นใจ ผู้ที่สละความสุขส่วนตนสละเวลาอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่ระลึกถึงหน้าที่ของ “การไม่ยึดชีวิตและไม่เร่งความตาย” ผู้ที่อุทิศตนเพื่อลดทอนความทุกข์และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และ ผู้ที่มีความมั่นใจและตั้งใจว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้ป่วยได้

2. เนื่องจากผู้ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายและอยู่ในระยะสุดท้าย จะต้องเผชิญกับภาวะทางจิตใจต่างๆ อีกทั้งสมรรถนะของร่างกายจะถดถอยลงร่วมด้วย จวบจนอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงต้องมีผู้ดูแลช่วยในกิจวัตรประจำวันต่างๆ ดังนั้นผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงจำเป็นต้องพึ่งพิงบุคคลใกล้ชิดที่หมายรวมถึงจิตอาสา ที่มีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้สุขสบายทั้งกายและใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถจากไปอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน ซึ่งจิตอาสาแด่ผู้ป่วยๆ ซึ่งถือได้ว่าเป็นปัจจัยนำเข้า (Input) แบ่งออกได้เป็น 2 รูปแบบ คือ จิตอาสาที่มีทักษะเฉพาะตัว เช่น แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์และจิตอาสาที่เป็นบุคคลทั่วไป แต่มีลักษณะเด่นคือยึดมั่นในอุดมการณ์ ยึดมั่นในหลักศาสนา จารีตประเพณี หรือยึดมั่นในค่านิยมบางประการ โดยทุกคนจะต้องผ่านการอบรมให้มีความรู้ความเข้าใจด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเข้าใจถึงความตาย จึงจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ อีกทั้งจำเป็นต้องมีจิตใจที่อยากช่วยเหลือ ซึ่งจิตใจที่อยากช่วยเหลือนี้เป็นคุณสมบัติอย่างแรกที่จิตอาสาควรต้องมี เพราะจิตเจ้านั้นจะแสดงออกทางกาย วาจา ที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถสัมผัสและรับรู้ได้ เอื้อให้สิ่งที่จะทำเพื่อช่วยเหลือต่อไปได้ผลดี

3. เมื่อเด็กโตขึ้นเรื่อยๆ การรับรู้ตามระดับพัฒนาการจะใกล้เคียงผู้ใหญ่มากขึ้น เข้าใจลึกซึ้งเรื่องชีวิตและความตาย รู้จักตัวตนของตนเองมากขึ้น การเผชิญความตายของเด็กน่าจะมีความหมายกับเด็กแต่ละคน ดังนั้นจิตอาสาที่ทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรตระหนัก ใส่ใจให้ความสำคัญ เข้าใจพัฒนาการและวุฒิภาวะทางอารมณ์ของเด็กแต่ละคน ซึ่งจิตอาสาทุกคนจะต้องผ่านการอบรม ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยกระบวนการ (Process) ที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จของกิจกรรมนี้ ได้แก่ การสมัคร การปฐมนิเทศ การอบรมสร้างความชำนาญพื้นฐานทั้งทางร่างกายและจิตใจ และการลงมือปฏิบัติ เยี่ยมเยียนผู้ป่วย เพื่อที่จิตอาสาจะได้นำความรู้และประสบการณ์ที่ได้จากการอบรมมาช่วยในการเตรียมและช่วยให้เด็กก้าวสู่ภาวะใกล้ตายและความตายได้อย่างสงบ

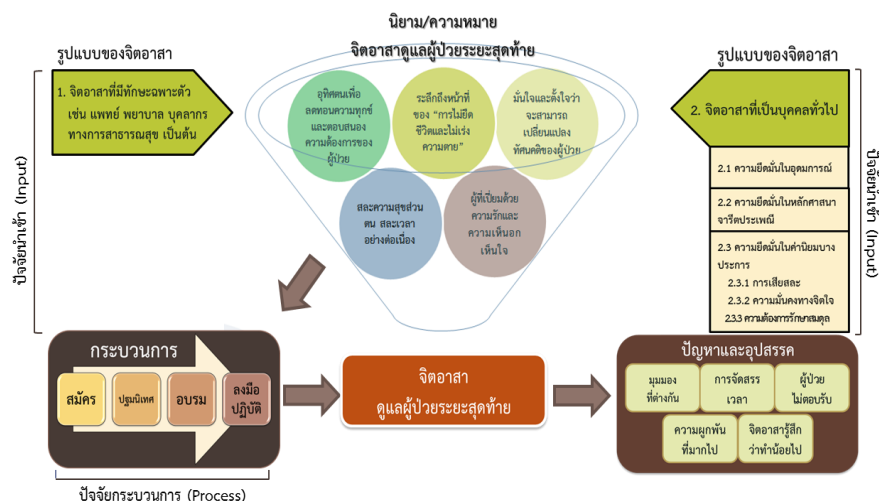
4. ความสำเร็จในการดำเนินกิจกรรมจิตอาสาแด่ผู้ป่วยๆ คือ การผสมผสานกันระหว่าง ปัจจัยนำเข้าและปัจจัยกระบวนการ เมื่อใดก็ตามที่มีองค์ประกอบทั้ง 2 ปัจจัย เมื่อนั้นจิตอาสาแด่ผู้ป่วยๆ จะเกิดความพร้อมที่จะเป็นเพื่อนพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย ให้รู้สึกสบายใจ คลายความทุกข์ สามารถแนะนำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจสภาวะของโรคและดำรงอยู่กับโรคได้อย่างปกติสุข และจากความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ถูกต้องนี้เอง จิตอาสาสามารถนำมาปรับใช้กับตนเองและครอบครัวข้าง รวมทั้งเพื่อเข้าใจชีวิต เรียนรู้สัจธรรมและการปล่อยวาง รวมทั้งเพื่อเตรียมตัวตายอย่างมีสติให้กับตนเองและครอบครัวได้อีกด้วย

5. จากปัจจัยกระบวนการ (Process) ที่เน้นการถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์และการลงมือปฏิบัติจากการจำลองสถานการณ์ เพื่อให้จิตอาสาหาวิธีการมาประยุกต์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ให้จิตอาสาสามารถส่งมอบความรักและความเห็นอกเห็นใจอย่างเหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม ช่วยปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ และกล่าวคำอำลา ซึ่งแม้ในการอบรมที่จัดขึ้นจะมีการแนะนำวิธีการสื่อสาร การเข้าถึงความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเหมาะสม หากแต่ในการดำเนินกิจกรรมลงเยี่ยมผู้ป่วยสถานการณ์จริง ก็ยังคงพบปัญหาและอุปสรรคระหว่างดำเนินกิจกรรม เช่น มุมมองที่ต่างกัน การจัดสรรเวลากรณีจิตอาสาไม่ได้มาเยี่ยมผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ตอบรับ ความผูกพันที่มากเกินไปและจิตอาสาารู้สึกว่าทำน้อยไป ทั้งนี้ขึ้นกับระดับพัฒนาการของเด็กแต่ละคน สภาพแวดล้อมโดยรวม ตลอดจนภาวะความแข็งแรงทางจิตใจของจิตอาสาด้วย

6. แนวทางปฏิบัติในวันสุดท้ายของชีวิต (care of the last breath) เป็นการยากที่จะบอกว่า เมื่อใด เวลาใด อย่างไร ไม่มีใครกำหนด หรือบอกได้ กระทั่งวันและเวลานั้นมาถึง อาจกล่าวได้ว่าความตายไม่ใช่ความล้มเหลวทางการแพทย์ แต่การล้มเหลวทางการแพทย์คือการไม่ได้ช่วยให้เขาเสียชีวิตหรือจากไปอย่างสงบต่างหาก ผู้ดูแลตลอดจนจิตอาสา ควรเข้าใจในประเด็นต่างๆ เหล่านี้ให้ถ่องแท้ ไม่ควรติดขัดกับเครื่องมือ เทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อจะชะลอระยะเวลาการตายยืดยาวขึ้น อีกทั้งไม่ควรละเลยการตอบสนองความต้องการวาระสุดท้ายของผู้ป่วยเพราะเป็นการส่งผู้ป่วยให้จากไปอย่างสมเกียรติภูมิของความเป็นมนุษย์ เช่น ได้รับ “การดูใจ” หรือ “บอกทาง” จากบุคคลที่ผูกพัน ได้อย่างสงบ ปราศจากสิ่งรบกวนใดๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ไม่ใช่ตามความเห็นของผู้อื่น

ข้อสรุปที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ คือ 1) จิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ ได้ให้ความหมายและทัศนะของการเป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ ไว้ดังนี้ ผู้ที่เปี่ยมด้วยความรักและความเห็นอกเห็นใจ ผู้ที่สละความสุขส่วนตน สละเวลาอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่ระลึกถึงหน้าที่ของ “การไม่ยืดชีวิตและไม่เร่งความตาย” ผู้ที่อุทิศตนเพื่อลดทอนความทุกข์และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และ ผู้ที่มีความมั่นใจและตั้งใจว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้ป่วยได้ 2) สามารถจำแนกจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ ออกได้เป็น 2 รูปแบบ คือ จิตอาสาที่มีทักษะเฉพาะตัว เช่น แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการสาธารณสุขและจิตอาสาที่เป็นบุคคลทั่วไป แต่มีลักษณะเด่นคือยึดมั่นในอุดมการณ์ ยึดมั่นในหลักศาสนา จารีตประเพณี หรือยึดมั่นในค่านิยมบางประการ ซึ่งการเป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ จะต้องผ่านกระบวนการต่าง ๆ ที่สำคัญ ได้แก่ การสมัคร การปฐมนิเทศ การอบรมสร้างความชำนาญ พื้นฐานทั้งทางร่างกายและจิตใจ และการลงมือปฏิบัติ เยี่ยมเยียนผู้ป่วย 4) จิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ กล่าวถึงปัญหาและอุปสรรคที่พบระหว่างทำกิจกรรม ได้แก่ มุมมองที่ต่างกัน การจัดสรรเวลา กรณีจิตอาสาไม่ได้มาเยี่ยมผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ตอบรับ ความผูกพันที่มากเกินไปและจิตอาสาารู้สึกว่าทำน้อยไป

สามารถสรุปเป็นแผนภาพได้ดังรูปที่ 1 กล่าวคือ จิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ จิตอาสาที่มีลักษณะเฉพาะตัวและจิตอาสาที่เป็นบุคคลทั่วไป ซึ่งทั้งสองรูปแบบนี้จะต้องเป็นผู้ที่เป็นไปตามความหมาย/ทัศนะของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ ตลอดจนได้ผ่านกระบวนการอบรม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทดสอบความพร้อมทั้งกายและจิต จนกระทั่งมีความพร้อมในการลงเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งจะพบกับปัญหาและอุปสรรคที่อาจคล้ายหรือแตกต่างจากที่รับการถ่ายทอดมาจากการอบรม



รูปที่ 1 ความสัมพันธ์ของความหมาย รูปแบบ กระบวนการ ปัญหาและอุปสรรคของจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงทฤษฎี

1. ในการดำเนินกิจกรรมจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ ควรมุ่งสร้างความสัมพันธ์แนวนราบ หรือ สมดุลของพลังอำนาจ (equalized power) ระหว่างบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีสถานภาพแตกต่างกัน ว่าสามารถเข้ามาเติมเต็มงานที่ทำอยู่ได้อย่างไร จนเกิดความรู้สึกมั่นใจและไว้วางใจว่า สมาชิกในทีมทุกคน คือหุ้นส่วนในการทำงาน และ “เรา” คือส่วนหนึ่งของทีม ที่ต้องคิดวางแผน ลงมือทำ และรับผลของสิ่งที่เกิดขึ้นร่วมกัน การมองเห็นศักยภาพดังกล่าว จะทำให้เกิดความชื่นชมและเคารพความแตกต่างของกันและกัน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการทำงานเป็นทีม การมีทัศนคติเช่นนี้ ทำให้เกิดความรู้สึกชื่นชมและเคารพในความแตกต่างหลากหลายของเพื่อนร่วมทีม

2. ที่ผ่านมามีการตายอย่างสงบเป็นทางเลือกของคนจำนวนน้อยที่มีโอกาสพิเศษ ปัจจุบันเส้นทางนี้ค่อนข้างแคบสำหรับสังคมไทย เพราะผู้คนส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 90 จบชีวิตลงด้วยความทุกข์ทรมานที่โรงพยาบาล ดังนั้นการขยายเส้นทาง การตายสงบ จำเป็นต้องสร้างปัจจัย 4 ประการ คือ 1. สถานที่: โรงพยาบาลฮอสพิซต้องเปิดกว้าง 2. บุคลากร: ต้องมีความรู้ ไม่ใช่เพียงแพทย์ พยาบาลที่ต้องมีความรู้ช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ รวมถึงการแพทย์ประคับประคอง อีกด้านหนึ่งต้องมีบุคลากรซึ่งมีความรู้เรื่องการพยาบาลพื้นฐาน ผู้ช่วยเหลียวทางจิตวิญญาณ เช่น พระสงฆ์ นักบวช ฆราวาส 3. ความรู้: ในการช่วยให้คนจากไปอย่างสงบ 4. กฎหมาย: ที่เอื้อให้คนเสียชีวิตที่บ้าน ที่ผ่านมากฎหมายส่งเสริมให้คนไปตายที่โรงพยาบาล เช่น กฎหมายมรณบัตร ประกันชีวิต ประกันภัย เป็นต้น

3. ประเทศไทยจำเป็นต้องมี Palliative Care อย่างเป็นทางการและมีมาตรฐานรองรับ เพราะอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2552-2555 นั้น เกินกว่าครึ่งอายุมากกว่า 60 ปี สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นโรคร้ายแรง (โรคไม่ติดต่อ) แต่ประเทศไทยไม่มีระบบรองรับให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ และไม่เจ็บปวด อีกทั้ง มีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก บางครอบครัวเกือบล้มละลายจากการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนั้นควรต้องผลักดันให้ Palliative Care อยู่ในระบบประกันสุขภาพ เพื่อสนับสนุนผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่งเสริมให้ยืมอุปกรณ์นำกลับไปใช้ที่บ้านได้ รดส่งคนไข้กลับบ้าน เพื่อลดค่าใช้จ่าย หรือให้ยาเพียงพอ

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

1. ควรจัดกิจกรรมให้บุคคลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายประกอบด้วย แพทย์ ที่มีความสนใจและแรงบันดาลใจในเรื่องนี้จริงๆ บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ รวมทั้งนักสังคมสงเคราะห์ กลุ่มญาติของผู้ป่วยแต่ละคนที่มีพลังซ่อนอยู่ พระหรือผู้นำทางศาสนาที่จะช่วยเหลือด้านจิตใจจิตวิญญาณ กลุ่มญาติผู้ป่วยแต่ละคนที่มีรู้จักกันที่โรงพยาบาลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข้อคิด ข้อเสนอแนะ ตลอดจนปัญหาที่แต่ละสถานภาพได้พบจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้เกิดการเกาะเกี่ยวกันเป็นเครือข่ายก่อเกิดประโยชน์ มีการรวบรวมและถ่ายทอดองค์ความรู้โดยผ่านเวทีกลางหรือตัวเชื่อมประสาน มีเนื้อหา/หัวข้อ ประเด็นองค์ความรู้ที่ต้องการให้จัดเสวนาที่ประชุมได้อภิปรายอย่างกว้างขวางถึงประเด็นหัวข้อต่างๆ ที่สนใจให้มีการเสวนา โดยสรุปเป็น 2 หัวข้อหลักคือเรื่องการดูแลผู้ป่วย และเรื่องกระบวนการทัศน /แนวคิดพื้นฐานเรื่องความตาย

2. ส่งเสริมให้เกิดการสนับสนุนจากผู้บริหาร และสร้างนโยบายที่สนับสนุนในเรื่องนี้เป็นรูปธรรม วิธีการหนึ่งที่ทำได้ คือทำในรูปแบบของ model ทดลองคู่ขนานไปกับกิจกรรมเสวนา 2 เดือนครึ่ง ในลักษณะเชิงวิจัยปฏิบัติการ ซึ่งเมื่อประสบผลสำเร็จก็สามารถใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงในการขอรับการสนับสนุนที่จะขยายผลในวงกว้างต่อผู้กำหนดนโยบายต่อไปได้ นอกจากนี้อาจจะนำประเด็นกำหนดไว้ในการประชุมคณะกรรมการดำเนินงานของโรงพยาบาลในด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3. เสริมสร้างปัจจัยด้านองค์ความรู้ เนื่องจากมีความสำคัญอย่างมากต่อการทำงานของเครือข่าย ถึงแม้จะมีคู่มือของต่างประเทศ แต่ในประเทศไทยยังเพิ่งเริ่มต้น และยังคงต้องปรับให้สอดคล้องกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมของไทยด้วย นอกจากนี้ในกลุ่มญาติและผู้ป่วยยังต้องการได้รับการสนับสนุนในการดูแลทั้งกายและจิตใจซึ่งการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกลุ่มแพทย์กับกลุ่มผู้นำศาสนาที่จะทำให้การดูแลเป็นแบบองค์รวม ซึ่งอาจจำเป็นต้องมีการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในเครือข่ายเอง

4. สร้างแนวปฏิบัติที่ดี (Best practice) จากกระบวนการของจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและนำไปจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการ (Implementation Plan) สำหรับจิตอาสาประเภทต่าง ๆ จะได้นำไปประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ใช้ทฤษฎีฐานรากเพื่อศึกษาความหมายของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ รูปแบบ กระบวนการ ขั้นตอน ตลอดจนปัญหาและอุปสรรค ที่เกิดขึ้นกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จากมุมมองของกลุ่มตัวอย่างเชิงทฤษฎีอื่นๆ เช่น ผู้ป่วย ญาติ ตัวแทนทางศาสนา ผู้นำองค์กรด้านการขับเคลื่อนกิจกรรมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการยอมรับ เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาเพื่อประเมินผลในระยะยาว เกี่ยวกับการใช้แนวทางการบริหารจัดการกิจกรรมจิตอาสาดูแลผู้ป่วยหรือผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับมุมมอง แนวคิด ทัศนะ ของบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้างผู้ป่วยกลุ่มนี้ หรือศึกษาเกี่ยวกับวัฒนธรรม ความเชื่อ ประเพณี เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของแต่ละศาสนาร่วมด้วย เพื่อให้จิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ เป็นกิจกรรมทางสังคมที่มีความครอบคลุมและยั่งยืน

3. ควรมีการทำวิจัยเชิงสำรวจกับกลุ่มตัวอย่างเชิงทฤษฎี ซึ่งเป็นผู้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง อาทิเช่น "ประสบการณ์ของแพทย์ พยาบาล จิตอาสาและญาติ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย" เพื่อนำองค์ความรู้อันเกิดจากประสบการณ์ของท่านเหล่านี้ มาประมวลเข้าด้วยกันแล้ววิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อยและสรุปเป็นแนวทางเสริมจุดเด่นและแก้ไขจุดด้อยต่อไป พร้อมกันนี้ควรให้ความสำคัญกับ "คุณภาพชีวิตของแพทย์ พยาบาล จิตอาสาและญาติ ผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

ระยะสุดท้าย" เพื่อนำเสนอหลักการและวิธีการดำเนินชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์ และญาติเหล่านี้ ที่คลุกคลีอยู่กับสถานการณ์ที่ดูเหมือนจะมีความกดดัน ซึ่งจะเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิตของทั่วไปและคนที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่ไม่มีประสบการณ์หรือประสบปัญหาในการทำงานร่วมด้วย

4. ตรวจสอบความถูกต้อง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ของทฤษฎีที่สร้างขึ้นจากการวิจัยนี้ ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อยืนยันทฤษฎีด้วยวิธีวิทยาต่างๆ เช่น การวิเคราะห์ปัจจัย (Factor Analysis) การวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลแวดล้อม (Data Envelopment Analysis) การวิเคราะห์อภิมาน (Meta Analysis) เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- เจษฎา นกน้อย. (2554) การจัดการความหลากหลายในองค์กร: ตัวแบบทางด้านทรัพยากรมนุษย์เพื่อความเท่าเทียมกันของผู้มีอัตลักษณ์1หลากหลายทางเพศ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. (2550) การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย และคณะ บรรณาธิการ, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life care: improve care of the dying.(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- ทองประทีป. (2547) เสียงสะท้อนจากพยาบาลในการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ประสพชัย พสุนนท์. (2555) การวิจัยการตลาด. กรุงเทพฯ: บริษัท สำนักพิมพ์ท็อป จำกัด.
- พระธรรมโมลี (ทองอยู่ ญาณวิสุโท). (2550) “การศึกษาเปรียบเทียบแนวคิดเรื่องสุขภาวะแบบองค์รวมในพระพุทธศาสนาเถรวาทกับแนวคิดตะวันตก”. สารนิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พระไพศาล วิสาโล. (2549) การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ. กรุงเทพฯ : เครือข่าย พุทธิกา. พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พระไพศาล วิสาโล. (2550) การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ. ใน ประเสริฐ เลิศสงวน สินชัย และคณะ , บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life care: improve care of the dying.(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- ลักขมี ชาญเวชช์. (2548) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วิธาร ฐานะวุฒฑ์. (2553) หยดน้ำแห่งจินตนาการ. กรุงเทพมหานคร : บริษัท อักษร สัมพันธ์ (1987) จำกัด.
- สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556) การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553–2583. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- สุวคนธ์ กุรัตน และคณะ. (2555) ชื่อเรื่อง การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม.
- สุวภรณ์ แนวจำปา. (2551) “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในคัมภีร์พระพุทธศาสนา” สารนิพนธ์.
- อาทิตย์อัสดง จดหมายข่าวการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปีที่ 4 ฉบับที่ 11 ประจำเดือนมกราคม-มีนาคม 2555
- อิศรางค์ นุชประยูร. (2550) การดูแลรักษาเด็กป่วยระยะสุดท้าย End of life care: improve care of the dying. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.

อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2555) ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติ
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล รามาธิบดีพยาบาลสาร.

ภาษาต่างประเทศ

- Chandarasiri P. (2007) Perspective of pediatric with death. In: Lertsanguansinchai P, Nuchprayoon I, Chatrkaw P, et al, editors. End of life care: improving care of the dying. 2nd ed. Bangkok: Agsornsampan; p.367.
- Creswell, J. (1998) Qualitative Inquiry and Research Design Choosing Among Five Tradition. London:Sage Publication.
- Denzin, N. K. and Lincoln, Y. (2008) Strategies of Qualitative Inquiry. 3 rd ed. California: Sage Publication.
- Erikson EH. (1963) Childhood and society. New York: Norton.
- Heather Boswell. (2012) “Motivations for Giving and Serving”, in <http://learningtogive.org/papers/conceptd/motivation.html> (19 มี.ย. 2557).
- Maykut, p. and Morehouse, R. (1994) Beginning Qualitative Research A Philosophic and Practical Guide. London: The Falmer Press.
- Miles, M. B. and Huberman, A. M. (1994) Qualitative Data Analysis. 2 nd ed. London: Sage Publication.
- Nuchprayoon I. (2007) End of life care in children End of life care: improving care of the dying. 2nd ed. Bangkok: Agsornsampan.
- Patton, M. Q. (1990) Qualitative Evaluation and Research Methods. 3 rd ed. California: Sage Publication.
- Raymond C.,Joan W. (2010) End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying (Review) The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
- Staworn D. Holistic. (2007) approach at the end-of- life for children. In: Staworn D, Pancharoen C, Thisyakorn U, editors. Critical advance in pediatrics. Bangkok: Beyond Enterprise.
- Steinhauser (2000) In search of a Good Death:Observations of Patients, Families, and Providers..Annals of Int Med.
- Strauss, A. L. and Corbin, J. M. (1990) Basic of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. 2 nd ed. California: Sage Publication.
- Watson, J. (1985) Nursing: The philosophy and science of caring. Niwot, CO: University Press of Colorado.
- Watson, J. (1999) Postmodern nursing and beyond. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Zaentz, S., Douglas, M. (Producers), & Forman, M. (Director). (1975) One flew over the cuckoo’s nest [Motion picture]. Burbank, CA: Time Warner Entertainment Company.