

# PHPC\_CH15 Health promotion and palliative care

Created: 20240425\_1450

Note Status: #status/capture

Theme: #publichealth #peacefuldeath

Topic index: #PHPC

Input: #input/book

Media name:

Processing:

Link to note: [MOC Public Health Palliative Care](#)

## Group Read 3: PHPC\_CH15 Health promotion and palliative care

### References

Oxford Textbook of Public Health Palliative Care  
PHPC\_CH15 Health promotion and palliative care

Andrea Grindrod\*\*

English summary and Thai translation (with help from AI) by jitti

Thai translation below แปลภาษาไทยดูด้านล่าง

---

### ประเด็นอภิปราย

1. การสร้างเสริมสุขภาพในงานดูแลแบบประคับประคอง ต่างจากงานสร้างเสริมสุขภาพที่ทำอยู่ในปัจจุบันอย่างไร
  2. ท่านมีแนวทางสร้างเสริมสุขภาพการดูแลแบบประคับประคองที่แตกต่างจากในบทความหรือไม่อย่างไร
  3. มีประเด็นใดที่ท่านเห็นแย้ง แตกต่างจากบทความ
- 

### Key take aways

Here are the key points I took from this chapter on health promotion and palliative care:

- Health promotion provides a framework for addressing complex health and social issues like end-of-life care through principles of empowerment, participation, capacity building, and addressing social determinants of health.

- The Ottawa Charter outlines five action areas for health promotion: reorienting health services, building healthy public policy, strengthening community action, creating supportive environments, and developing personal skills.
- Applying these action areas to palliative care includes: clarifying roles of palliative care services, ensuring equity, supporting social networks, building capacity in other sectors, developing health-promoting policies, and partnering across sectors.
- The "compassionate communities" movement aligns with strengthening community action through asset-based community development approaches that mobilize citizen participation around end-of-life issues.
- Healthy public policy on end-of-life care is needed across sectors beyond just health services. Policies should address barriers to quality end-of-life experiences.
- Creating supportive environments means developing settings like cities, workplaces, etc. that enable people to live fully during illness, disability and dying through collaborative, multisectoral approaches.
- Personal skill development around "death literacy" is important but should not be the sole health promotion strategy employed around end-of-life issues.

---

The chapter argues integrating health promotion (HP) principles with palliative care (PC) can improve end-of-life experiences through citizen empowerment and addressing social-structural determinants beyond just healthcare services.

## The Case for Health at the End of Life

- The Ottawa Charter for Health Promotion defines **health as a resource for everyday life, not the object of living. The emphasis is on social and personal resources.**
- Lay people do not see health in the same way as health professionals => assumptions about health are to be avoided.
- If health is equal not dying, then how can we die healthy?
- What is a good death for health system and for citizen?
- Kellehear argued health promotion can promote the social dimensions of palliative care and empower citizens facing life-limiting illness.
- Health promoters stimulate citizen and community-driven participation that creates healthy environments for people to die in, according to their preferences and wishes.

## Health promotion (The How) and Palliative care (The What)

'What would health promotion look like for those whose illness is likely to end in death?'

### Health promotion

- Public health intervention strategy

- Addresses complex health and social issues across the lifespan (but sometime forget end-of-life)
- Enable community participation and citizen and self-determination, encouraging individuals to take control of factors affecting their health
- Enable citizen to organized themselves to improve their overall wellbeing outside of the healthcare setting

## Palliative care

- Illness-focused health service at the end of life,
- Emphasizing signs and symptoms of dying (but needs well being + boarder social dimensions beyond symptoms)
- Patient-centric, organizing care around the needs of the patients *within healthcare systems*
- Organize their patients according to their systems

## Overview: Health Promotion

Definition of Health Promotion (from WHO's Ottawa Charter 1986):

Health = a resource for everyday life, not the object of living. The emphasis is on social and personal resources.

"The process of enabling people to increase control over, and to improve, their health."

Achieving "a state of complete physical, mental and social well-being."

Health is "a resource for everyday life, not the object of living."

Health is a "positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities."

**\*\*Central Themes:\*\***

Enabling people to increase control over their health and wellbeing

Enabling people to identify and meet their own aspirations and needs

Helping people change or cope with their environment

Health is a resource for living, not just the end goal

Emphasis on personal, social resources in addition to physical health

Health is not solely the responsibility of the health sector

### Key Points:

- Health and wellbeing are created outside the health system - where people live, work, learn and age
- Health is viewed as both a resource for, and outcome of, social circumstances
- Healthcare provides services to restore health when problems arise
- Palliative care provides pain/symptom relief and comfort when health can't be restored

### Value-Driven Principles:

- Civic participation
- Citizen and community-driven solutions
- Capacity and capability development
- Inclusivity and social inclusion
- Social equity and equality
- Privileging voices of diversity and disadvantage

### **Core Strategies:**

1. Enable others to lead and participate
2. Mediate between citizens and stakeholders
3. Foster self-advocacy skills and advocate for vulnerable groups  
By addressing both upstream (system level: policy, funding, and legislation,) and downstream (community and individual) determinants

Individuals are not solely responsible for their health status. Addressing health in poverty requires considering broader social and environmental factors which fall outside individual control. Effective solutions demand systemic changes, not just individual health education.

Identify the source of problem is important and it will determine the type and location of intervention. Because public health issues are far too complex to be understood through any single theoretical or practice-based lens => integrate multiple theories, principles, disciplines, levels, and practices

## **==5 areas of action of Ottawa Charter for health promotion**

1. Reorienting health services
2. Healthy public policy (Health in all policies)
3. Strengthening community action
4. Creating supportive environments
5. Individual skill development  
An effective health promotion approach requires integrating strategies across all five action areas for population-level impact, rather than focusing only on individual behavior change. The strength is drawing upon multiple theories and strategies to address complex public health issues.

## **Kellehear's Health-Promoting Palliative Care**

**Social Model of dying:** dying is not solely a medical issue and dying people still deserve health promotion intervention.

Integrating health promotion principles like community participation, equity, and supportive environments can improve end-of-life experiences when combined with quality palliative

care services. Specific ways palliative care services can become more health-promoting include:

1. The provision of education and information for health, dying, and death.
2. The provision of social supports, both personal and community.
3. The encouragement of interpersonal reorientation.
4. The reorientation of palliative care services.
5. The combating of death-denying health policies and attitudes.

## **End of life in health promotion framework**

This section outlines a health promotion approach to living with life-limiting illness and disability, the end of life, dying and bereavement and palliative care within 5 areas of action of the Ottawa Charter for health promotion:

1. Reorient health services = Health-promoting palliative care services
2. Healthy public policy (Health in all policies) = Healthy end of life policy
3. Strengthen community action = Compassionate communities
4. Create supportive environments = in which people can die well
5. Individual skill development = Death and end of life literacy, death education

### **1. Health-promoting palliative care services**

6 main areas of HP action for PC

- 1.1. Clarifying expectations about unmet care needs.
- 1.2. Ensuring services reach disadvantaged populations.
- 1.3. Promoting social network enhancement strategies.
- 1.4. Building capacity in other sectors, not just educating about palliative care.
- 1.5. Developing and implementing health promotion policies within PC services.
- 1.6. Partnering with community and other sectors for an integrated approach.

1.1. Clarifying PC service scope: inform patients, families, and carers what PC can and cannot provide to avoid an unhelpful assumption that PC service will coordinate everything. This signals to patients that citizen involvement and informal care networks are essential for optimal end-of-life care. Specific messaging should:

- Set realistic expectations upfront
- Acknowledge informal caregivers as integral part of the team
- Emphasize preparing social supports is as important as medical support
- Position palliative care as one part of the overall care network
- Promote citizen-driven participation in identifying and meeting needs
- Highlight the importance of enhancing social networks, make referral to local community organization

#### **1.2. Ensuring equity of PC services reach those most in need.**

A central HP principle is ensuring services reach disadvantaged and excluded populations

facing barriers like low socioeconomic status, ethnic minorities, disabilities, etc. PC should attend to the social determinants of health through strategic planning and partnerships with local government/social services supporting vulnerable citizens.

> Health service that don't include strategic planning and policies for deprived population are not practicing evidence-based health promotion.

**1.3. Supporting social networks** for patients, their families, and their carers.

PC services should include social support network and help patients access community support and resources, enabling sustained care in community settings.

**1.4. Building capacity in other setting rather than PC**, based on their role and strengths.

PC sector should act as 'capacity builders', sharing their expertise beyond the health system and tailoring it to the needs of various settings. It is more than just providing education! But to use HP approach to build sustainable capacity using existing strength and assets in that sector/community.

What strength exist, what type of capacity need to be build, for whom, for what purpose, and how might this be sustained? Education has to be contextualized as well.

**1.5. Developing and implementing health promotion policies in palliative care services.**

Health-promoting palliative care policies should integrate health promotion strategies into service structures and practices, removing barriers that prevent citizens from dying as they wish. However, these policies often retain a health service perspective, which can limit their application in non-health sectors.

**1.6 Cross-sector partnering**

HP practitioners have skills distinct from clinicians and should be involved in palliative care to strengthen multisectoral partnerships and provide access to areas outside traditional health services. Collaboration between PC organization with HP and community development organizations are recommended for an integrated approach.

## **2. Healthy end of life policy**

The Ottawa Charter emphasizes building **healthy public policies across all sectors** to address obstacles to health and make healthy choices easier. Most policies that effect health are NOT in health agencies but in welfare, education and work settings.

In the context of end-of-life care:

- Identifying and removing barriers through policy that contribute to dying well and poor end-of-life outcomes.
- Policies are most effective when they redirect a course of action that produces poor outcomes, or when they disrupt existing barriers to quality end of life care. Thus, advocating for policy and legislative change to protect disadvantaged citizens from experiencing a disadvantaged death is the most effective and appropriate strategy.

Most existing end-of-life policy is situated within the PC and health sector, focused on involving communities in palliative care delivery. However, a public health perspective requires healthy end-of-life policies to also reside in sectors outside healthcare like welfare and disability, social service, education, workplace settings, aging services, etc.

While palliative care policies reference "community" involvement, they often overlook the diverse social structures and forms of civic participation across society. Just recently we see "underserved population" emerge in PC policy. Policy that explicitly addressing barriers to equitable access and social inequalities in palliative care is needed to reach disadvantaged populations, rather than just privileged communities.

A central challenge is that end-of-life matters are predominantly funded by government through PC programs tied to the healthcare system, creating a narrow policy context. Other sectors like welfare, workplace and education lack funding directives related to end-of-life, making it difficult to embed such policies beyond minimal provisions like bereavement leave.

As a result, end-of-life policy is rarely present in non-healthcare settings. When it does exist, it tends to focus on engaging PC services in that setting rather than acknowledging the valuable roles and assets those sectors themselves could contribute to improving end-of-life outcomes, contrary to the notion that end-of-life should be "everybody's business."

Summary: Effective healthy end-of-life policies need to extend across sectors, move beyond healthcare system limits, address social inequities, and tap into the expertise of diverse community settings to improve population-level end-of-life experiences.

### **3. Strengthening community action and compassionate communities**

"Strengthening community action" in the Ottawa Charter refer to activities that increase the ability of communities to achieve change in their physical and social environments through collective organization and action.

In the context of end-of-life care, community development approaches referred to as "compassionate communities" initiatives which has grown significantly in practice, research and policy over the last decade.

Just as health promotion provides an implementation framework for public health, community development is the practice applied to achieve health promotion outcomes related to community empowerment and action.

The core principles of community development include:

- Stimulate, enable and support citizens to create change in their own communities
- Identifying, valuing and unlocking the existing knowledge, skills and wisdom within communities to generate local solution for local problem.
- Communities developing themselves, with outside support acting as a catalyst

- Using needs-based approaches (e.g. consensual community development or conflict-based social action or the mix of both)
- Using Asset-based approaches that identify and mobilize a community's strengths (as compare to deficit model that focus on problem)
- Asset-based approach is useful for stigmatized and deprived groups, assume that all people have strength, asset and capability for civic participation. It can be use to enhance or confront conditions influencing local community life.

Diversity in compassionate community development practice => Any community- led initiatives that brings people together around matter of living with illness, dying, death and bereavement are valuable.

Example

- Linking communities and neighbourhoods with palliative and hospice care,
- using the arts to facilitate community involvement,
- leveraging the role of palliative care volunteers in compassionate communities,
- applying social network enhancement strategies in communities,
- involving First Nations people in community- based end of life care,
- building EOL care into existing community networks such as hobby clubs and community hubs, linking primary care with community development organizations,
- creating community bereavement spaces.

However, most CC are facilitated from PC sector, which might not be able to build genuinely citizen-driven and sustainable initiatives compared to those originating from communities themselves.

Effective community development requires specific skills and strategic actions, not just community events or social marketing. It highlights an evidence-based health promotion and asset-based community development framework ("LEADERS") from Australia:

- Leading from behind (increase community capacity and capability).
- Ensuring broad community participation (inclusive practice of diverse citizens).
- Asset- based approach (identify, map, and unlock community strengths and assets).
- Designing yourself out of a job (stimulate community action and facilitate citizen- led decisions).
- Exit strategy (foster community control by planning an exit strategy from the outset).
- Recognizing community as the expert (identify and promote their expertise and valuable local contribution).
- Sustainability (only start, and invest in, strategies that the community can sustain).

The overall goal is to resource communities by ensuring community investment lead to outcome that community want, sustain participation and active engagement to support compassionate end-of-life care at the local level.



## 4. Creating Supportive Environments in Which People Can Die Well:

- This aligns with the Ottawa Charter's call to develop environments that allow people to realize their full potential for health.
- For end-of-life, it means creating environments where people can live to their fullest even with illness, disability, dying and grief.
- It builds on the "healthy settings" approach that focuses on the role of physical and social environments in creating health, rather than individual behaviors.
- Supportive environments become the intervention itself, allowing people with life-limiting illness to have opportunities to live remaining life to the fullest potential.
- Core values include preserving self-determination, supporting care networks, nurturing compassion, and challenging constraints on autonomy => supporting civic participation
- It requires collaborative multi-sectoral approaches, combining top-down and bottom-up strategies to engage stakeholders, change cultures, plan well-being activities, understand environmental interconnections, and ensure equitable access to end-of-life support services.

## 5. Individual Skill Development (Death and End-of-Life Literacy):

- Recognizes the role of individual behaviors in promoting health, including healthy end-of-life choices.
- Calls for developing skills to navigate palliative/end-of-life services, access support, and understand citizen/community roles in end-of-life care practices.
- Referred to as "death literacy" - the practical knowledge and capabilities for caring for someone at the end of life (see chapter 13)
- Personal skill development and public education are important features, but health professional over emphasize this too much and exclude other areas of action.
- Over-emphasis on individualistic behavior change neglects the structural and social determinants that disadvantaged groups cannot overcome through personal resources alone.
- The health promotion framework guides PC to **move beyond just "psychosocial care"** to address structural aspects of health promotion such as environments and policies that enable equitable end-of-life experiences for all.

This is an example of health promotion being misunderstood, viewed narrowly as a behavioural approach for educating individuals to eat well and exercise, and to avoid known threats to health such as smoking, intended to delay illness and death. Targeted health promotion strategies to encourage individuals to change their behaviours include health education and social marketing campaigns to promote the uptake of a healthy lifestyle. Those with sufficient personal resources might respond to these types of health promotion strategies, but those without, such as disadvantaged citizens, are unlikely to, given the behaviours are structurally and socially determined in the first place.

## Conclusion

When community and social supports are effectively integrated with health and palliative care services, it will allow people to receive end of life care in their preferred setting. This requires broad civic participation in addressing the social dimensions of end-of-life care, linking to the clinical dimensions. => end-of-life care is a concern and responsibility for everyone in society.

Health promotion provides an intervention framework to translate this aspiration into practical guidance across multiple sectors and settings in a sustainable way.

However, most public health palliative care initiatives are still facilitated by the palliative care sector, categorized under the "community action/compassionate communities" pillar of the Ottawa Charter. Creating compassionate communities alone does not lead to societal transformation. Vulnerable and marginalized populations at high risk of poor end-of-life outcomes must be strategically and intentionally included in initiatives, as their involvement is crucial.

To achieve population impact, public health palliative care interventions should expand across all five action areas of the Ottawa Charter. Additionally, strengthening evidence-based health promotion practices within this field will enhance the penetration and sustainability of public health palliative care approaches.

# PHPC\_CH15 Health promotion and palliative care Thai

Created: 20240425\_1450

Note Status: #status/capture

Theme: #publichealth #peacefuldeath

Topic index: #PHPC

Input: #input/book

Media name:

Processing:

Link to note: [MOC Public Health Palliative Care](#)

## Group Read ครั้งที่ 3: การสร้างเสริมสุขภาพในงานดูแลแบบประคับประคอง

### References

Oxford Textbook of Public Health Palliative Care

\*\*Chapter 15 Health promotion and palliative care (Andrea Grindrod)

สรุปและแปลโดย จิตติพร

### เนื้อหาหลัก

- การบูรณาการหลักการส่งเสริมสุขภาพเข้ากับการดูแลประคับประคองสามารถปรับปรุงประสบการณ์ช่วงท้ายของชีวิตได้โดยการเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วม เสริมสร้างพลังแก่พลเมือง และแก้ไขปัจจัยกำหนดด้านสังคมและโครงสร้างอื่นๆ นอกเหนือจากบริการด้านสุขภาพเท่านั้น
- การส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมการดำเนินการที่ครอบคลุมด้วยพื้นที่ปฏิบัติการหลัก 5 ด้าน (การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการพัฒนาทักษะของบุคคล) เพื่อแก้ไขประเด็นสาธารณสุขที่ซับซ้อนอย่างการดูแลในช่วงท้ายของชีวิตอย่างองค์รวมข้ามหลายภาคส่วน
- ในขณะที่ริเริ่มสร้างชุมชนแห่งความเมตตาสอดคล้องกับการ "เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน" แต่การดำเนินการด้านนี้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงสังคมอย่างรอบด้าน การดูแลประคับประคองสาธารณสุขที่มีประสิทธิผลจำเป็นต้องบูรณาการกลยุทธ์ข้ามพื้นที่ปฏิบัติการทั้ง 5 ด้าน ไม่ใช่เพียงการมีส่วนร่วมของชุมชนเท่านั้น
- จำเป็นต้องรวมกลุ่มประชากรที่เปราะบางและด้อยโอกาสซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อผลลัพธ์ที่ไม่ดีในช่วงท้ายของชีวิตอย่างเป็นกลยุทธ์และมุ่งมั่นในริเริ่มต่างๆ เนื่องจากการมีส่วนร่วมของกลุ่มเหล่านี้มีความสำคัญต่อการบรรลุผลกระทบที่เท่าเทียมกัน

- การเสริมสร้างแนวปฏิบัติด้านการส่งเสริมสุขภาพที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลระดับประคองสาธารณสุขจะยกระดับการเข้าถึง ความยั่งยืน และผลกระทบในระดับประชากรของแนวทางเหล่านี้ โดยการแก้ไขปัจจัยกำหนดในระดับต้นน้ำ (นโยบาย ระบบ) และปลายน้ำ (ชุมชน บุคคล)

บทนี้กล่าวถึงการบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) เข้ากับการดูแลระดับประคอง (palliative care) ว่าสามารถปรับปรุงประสบการณ์ในช่วงท้ายของชีวิตผ่านการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่พลเมืองและการแก้ไขปัจจัยกำหนดด้านสังคมและโครงสร้างที่มากกว่าเรื่องการบริการสุขภาพ

## งานสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตมีหน้าตาเป็นอย่างไร

### งานสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) = ทำอย่างไร

- กลยุทธ์การแทรกแซงด้านสาธารณสุข
- แก้ไขประเด็นสุขภาพและสังคมที่ซับซ้อนตลอดช่วงชีวิต (แต่บางครั้งลืมเรื่องช่วงท้ายของชีวิต)
- เปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมและให้พลเมืองตัดสินใจด้วยตนเอง โดยสนับสนุนให้บุคคลควบคุมปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของตน
- เปิดโอกาสให้พลเมืองจัดการตนเองเพื่อปรับปรุงสุขภาพโดยรวม ทำงานนอกระบบบริการสุขภาพ

### การดูแลระดับประคอง (palliative care) = ทำอะไร

- บริการสุขภาพที่มุ่งเน้นโรคในช่วงท้ายของชีวิต
- เน้นอาการและสัญญาณของการสิ้นชีวิต (แต่ต้องการสุขภาพและมิติทางสังคมที่กว้างขวางนอกเหนือจากอาการ)
- มุ่งเน้นที่ผู้ป่วย โดยจัดระบบการดูแลรอบตัวผู้ป่วยภายในระบบบริการสุขภาพ
- จัดการผู้ป่วยตามระบบของตน

## ภาพรวมของงานสร้างเสริมสุขภาพ

คำนิยามการสร้างเสริมสุขภาพ (จากธรรมนูญออตตาวาขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2529):

สุขภาพ = ทรัพยากรสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่ใช่เป้าหมาย เน้นทรัพยากรด้านสังคมและส่วนบุคคล

- สุขภาพและสุขภาพจะถูกสร้างขึ้นนอกระบบสุขภาพ - ที่ซึ่งผู้คนใช้ชีวิต ทำงาน เรียนรู้ และแก่ชรา
- สุขภาพถูกมองว่าเป็นทรัพยากรและผลลัพธ์ของสภาพแวดล้อมทางสังคม
- ระบบสุขภาพให้บริการเพื่อฟื้นฟูสุขภาพเมื่อเกิดปัญหาขึ้น
- การดูแลระดับประคองให้การบรรเทาปวดและอาการ รวมถึงความสบายเมื่อไม่สามารถฟื้นฟูสุขภาพได้

กลยุทธ์หลัก:

1. เปิดโอกาสให้ผู้อื่นนำและมีส่วนร่วม
2. เป็นสื่อกลางระหว่างพลเมืองและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
3. ส่งเสริมทักษะการให้ความช่วยเหลือตนเองและแรงจูงใจเพื่อกลุ่มเปราะบาง โดยแก้ไขปัจจัยกำหนดทั้งในระดับต้นน้ำ (ระดับระบบ: นโยบาย งบประมาณ และกฎหมาย) และปลายน้ำ (ชุมชนและบุคคล)

บุคคลไม่ได้รับผิดชอบต่อสถานะสุขภาพของตนเองแต่เพียงผู้เดียว การสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ยากไร้ต้องพิจารณาปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของปัจเจกบุคคล การแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงระบบ ไม่ใช่เพียงการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่บุคคล

## การดูแลช่วงท้ายชีวิตภายใต้กรอบงานสร้างเสริมสุขภาพ

แนวทางการดำเนินงานตามหลักการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อใช้ชีวิตอยู่กับโรคร้ายแรง ความพิการ ช่วงท้ายของชีวิต การเสียชีวิต ความเศร้าโศกเสียใจและการดูแลระดับประคอง โดยครอบคลุม 5 พื้นที่ปฏิบัติการ (areas of action) ตามธรรมนูญออตตาวาฯ

## 5 area of action for health promotion => palliative care

1. การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ => บริการดูแลระดับประคองเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ
2. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ => นโยบายสุขภาพสำหรับช่วงท้ายของชีวิต
3. การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน => ชุมชนกรุณา
4. การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ => เพื่อให้ผู้คนสามารถสิ้นชีวิตอย่างสงบ
5. การพัฒนาทักษะของบุคคล => ความรู้เรื่องความตายและช่วงท้ายของชีวิต

## 1. บริการดูแลระดับประคองเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

- ชี้แจงความคาดหวังเกี่ยวกับการดูแลที่สมจริง
- ตรวจสอบให้แน่ใจว่าประชากรด้อยโอกาสเข้าถึงบริการ
- ส่งเสริมกลยุทธ์เพื่อเสริมสร้างเครือข่ายทางสังคม
- สร้างขีดความสามารถในภาคส่วนอื่น ๆ นอกเหนือจากการให้การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลระดับประคอง
- พัฒนาและนำนโยบายสร้างเสริมสุขภาพมาใช้ในบริการดูแลระดับประคอง
- ร่วมมือกับชุมชนและภาคส่วนอื่น ๆ เพื่อใช้แนวทางแบบบูรณาการ

บริการสาธารณสุขที่ไม่มีการวางแผนกลยุทธ์และนโยบายสำหรับกลุ่มเปราะบางถือว่าไม่ได้ปฏิบัติตามหลักการส่งเสริมสุขภาพตามหลักฐานเชิงประจักษ์

จุดแข็งที่มีอยู่คืออะไร ต้องสร้างขีดความสามารถประเภทใด สำหรับใคร เพื่อวัตถุประสงค์ใด และจะรักษาไว้ได้อย่างไร การให้ความรู้ก็ต้องดูบริบทด้วย

## 2. นโยบายสุขภาพสำหรับช่วงท้ายของชีวิต

เน้นการรณรงค์ผลักดันนโยบายข้ามภาคส่วนต่างๆ ไม่ใช่เฉพาะภาคสุขภาพ เพื่อจัดอุปสรรคและช่วยให้ประชาชนสามารถมีประสบการณ์ช่วงท้ายชีวิตที่มีคุณภาพและเท่าเทียมกัน นโยบายที่มีอยู่ในปัจจุบันมัก

จำกัดอยู่แค่ภาคสุขภาพเท่านั้น ละเลยการพิจารณาปัจจัยกำหนดสุขภาพและกลุ่มเปราะบาง เอาความเชี่ยวชาญจากชุมชนที่หลากหลายมาใช้เพื่อปรับปรุงประสบการณ์ช่วงท้ายของชีวิตในระดับประชากร => ช่วงท้ายของชีวิตควรเป็นกิจวัตรของทุกคน

### 3. การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและชุมชนแห่งความเมตตา

เพิ่มขีดความสามารถของชุมชนในการดำเนินการร่วมกันเพื่อปรับปรุงประสบการณ์ช่วงท้ายของชีวิต โดยใช้แนวทางอย่างชุมชนกรุณา หลักการสำคัญประกอบด้วย การเปิดโอกาสให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ขับเคลื่อนโดยพลเมือง มองหาและนำจุดแข็ง/ทรัพยากรในชุมชนมาใช้ประโยชน์ และหาวิธีการแก้ปัญหา ระดับท้องถิ่นอย่างยั่งยืน โดยมีกรอบปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นแนวทางในการพัฒนาชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

การพัฒนาชุมชนที่มีประสิทธิผลต้องการทักษะเฉพาะและการดำเนินการเชิงกลยุทธ์ ไม่ใช่แค่กิจกรรมชุมชนหรือการทำการตลาดทางสังคม ตัวอย่างเช่น **กรอบการส่งเสริมสุขภาพตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และการพัฒนาชุมชนแบบอิงทรัพยากร ("LEADERS") จากประเทศออสเตรเลีย:**

- Leading from behind การนำจากข้างหลัง (เพิ่มขีดความสามารถและศักยภาพของชุมชน)
- Ensuring broad community participation ให้มีการมีส่วนร่วมจากชุมชนอย่างกว้างขวาง (การปฏิบัติอย่างครอบคลุมกับพลเมืองที่หลากหลาย)
- Asset-based approach (หา ชี้นำและปลดปล่อยจุดแข็งและทรัพยากรของชุมชน)
- Designing yourself out of a job วางแผนให้เรตดงาน (กระตุ้นการดำเนินการของชุมชนและสร้างการตัดสินใจที่นำโดยพลเมือง)
- Exit strategy กลยุทธ์การออก (ส่งเสริมให้ชุมชนดูแลกันเอง วางแผนออกจากระบบตั้งแต่เริ่มต้น)
- Recognizing community as the expert ชุมชนเป็นผู้เชี่ยวชาญ (ค้นหาและส่งเสริมความเชี่ยวชาญและการมีส่วนร่วมที่มีคุณค่าในท้องถิ่นของพวกเขา)
- Sustainability ความยั่งยืน (เริ่มต้นและลงทุนในกลยุทธ์ที่ชุมชนสามารถทำต่อไปได้เท่านั้น)

### 4. การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

สอดคล้องกับแนวทางการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ มุ่งสร้างสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและสังคมที่ช่วยให้ผู้คนสามารถดำเนินชีวิตอย่างเต็มที่แม้จะป่วยเรื้อรัง พิกัด การเสียชีวิต และความเศร้าโศกเสียใจ จำเป็นต้องมีความร่วมมือจากหลากหลายภาคส่วนในการทำงานร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เปลี่ยนวัฒนธรรม วางแผนกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ทำความเข้าใจถึงความเชื่อมโยงของสภาพแวดล้อมและให้มีการเข้าถึงบริการสนับสนุนอย่างเท่าเทียมกัน

### 5. การพัฒนาทักษะระดับบุคคล (ความรู้ด้านการตาย/ช่วงท้ายของชีวิต)

ความรู้เป็นสิ่งสำคัญ แต่ไม่ควรเน้นการพัฒนาทักษะมากเกินไป จนมองข้ามปัจจัยกำหนดทางโครงสร้าง "ความรู้ด้านการตาย" หมายถึงการสร้างความรู้และความสามารถเชิงปฏิบัติสำหรับการดูแลช่วงท้ายของชีวิต แต่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของปัจเจกบุคคลเพียงอย่างเดียวไม่สามารถเอาก้าวข้ามความด้อยโอกาส หากขาดนโยบายและสภาพแวดล้อมที่สนับสนุน เราต้องไปไกลกว่าเพียงแค่ "การดูแลด้านจิตสังคม"

## สรุป

- การบูรณาการการสนับสนุนจากชุมชน/สังคมเข้ากับบริการด้านสุขภาพ/การดูแลระดับประคอง ทำให้ผู้คนสามารถได้รับการดูแลในช่วงท้ายของชีวิตในสถานที่ที่ตนเองต้องการ
  - ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของพลเมืองอย่างกว้างขวางในการแก้ไขมิติทางสังคมของการดูแลในช่วงท้ายชีวิต ควบคู่ไปกับมิติทางคลินิก
  - การดูแลในช่วงท้ายชีวิตเป็นความห่วงใยและความรับผิดชอบของสังคม
  - การส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมแนวทางในการนำไปสู่การปฏิบัติอย่างยั่งยืนข้ามหลายภาคส่วน
  - ริเริ่มส่วนใหญ่ในปัจจุบันได้รับการอำนวยความสะดวกจากภาคการดูแลระดับประคอง โดยมุ่งเน้นไปที่ "ชุมชนแห่งความเมตตา"
  - การสร้างชุมชนแห่งความเมตตาเพียงอย่างเดียวไม่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในระดับสังคม
  - จำเป็นต้องรวมกลุ่มประชากรที่เปราะบางและด้อยโอกาสอย่างเป็นเป้าหมาย เนื่องจากการมีส่วนร่วมของกลุ่มเหล่านี้มีความสำคัญ
  - เพื่อให้เกิดผลกระทบในระดับประชากร จำเป็นต้องขยายไปยังพื้นที่ปฏิบัติการทั้ง 5 ด้านตามธรรมนูญออตตาวา ไม่ใช่เพียงแค่การมีส่วนร่วมของชุมชน
  - การเสริมสร้างแนวปฏิบัติด้านการส่งเสริมสุขภาพที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงและความยั่งยืน
- 

## ประเด็นอภิปราย

1. การสร้างเสริมสุขภาพในงานดูแลแบบประคองแตกต่างจากงานสร้างเสริมสุขภาพที่ทำอยู่ในปัจจุบันอย่างไร
2. ท่านมีแนวทางสร้างเสริมสุขภาพการดูแลแบบประคองที่แตกต่างจากในบทความหรือไม่อย่างไร
3. มีประเด็นใดที่ท่านเห็นแย้ง แตกต่างจากบทความ