



ระบบการดูแลสุขภาพชุมชนสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทอีสาน*

อารียา สอนบุญ พย.ม**

ชนิษฐา นันทบุตร APN, PhD***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา เพื่อศึกษาระบบการดูแลสุขภาพชุมชนสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทอีสาน เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยระยะท้าย 20 ราย ผู้ดูแลและผู้ที่เกี่ยวข้องรวม 64 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและสังเคราะห์ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ การศึกษาประกอบด้วยการศึกษาบริบทชุมชน การวิเคราะห์ข้อมูลและการสังเคราะห์ข้อมูล การศึกษาบริบทชุมชนพบว่า มีมุมมองของการเป็นผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน เกี่ยวข้องกับปัจจัยและเงื่อนไขสังคม วัฒนธรรมและวิถีการดำรงชีวิตที่อธิบายความหมายการเจ็บป่วยของผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนเองเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้ ป่วยหนักไม่รักษาแล้ว ป่วยหนักแต่ยังต้องเข้าออกโรงพยาบาล หรือนอนรอหามตัญญู ซึ่งเป็นความหมายที่สะท้อนมาจากวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน 4 วิธี ได้แก่ อยู่กับลูกหลาน อยู่กับญาติ อยู่กับคู่สามีภรรยาและอยู่คนเดียว ซึ่งทั้ง 4 วิธีมีความเกี่ยวข้องกับผู้ดูแลที่ต่างกัน สะท้อนภาพของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายว่ายังเป็นความรับผิดชอบของครอบครัวและชุมชนที่ต้องดูแลช่วยเหลือกันเอง ผลจากการวิเคราะห์การดูแลพบว่า มีเงื่อนไขในการจัดการ 6 ประเด็น คือ การมีคนดูแล ภาวะสุขภาพ ความสัมพันธ์กับชุมชน สวัสดิการ การเข้าถึงสิทธิประโยชน์และที่อยู่อาศัย ทั้งหมดเป็นปัจจัยแวดล้อมสำคัญที่มีผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ผลสรุปสุดท้ายที่ได้จากงานวิจัย คือ การสร้างข้อเสนอในการจัดระบบการดูแลสุขภาพชุมชนสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนสำหรับหน่วยงานสถานบริการสุขภาพร่วมกับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อสรุปการศึกษานี้สะท้อนช่องว่างระบบการดูแลสุขภาพชุมชนสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายภายใต้พื้นฐานปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนที่นำสู่การรื้อสร้าง การจัดระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะท้ายให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงบริบทสังคม ด้วยการพัฒนาวิธีคิด วิธีการทำงาน พัฒนาเครื่องมือ และสมรรถนะเชิงวิชาชีพให้มีความไวเชิงวัฒนธรรม เพื่อเป็นแนวทางจัดการเชิงนโยบายในแต่ละพื้นที่ และแนวทางสร้างนโยบายที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: ระบบการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยระยะท้าย ชุมชน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการรักษาช่วยให้ผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของสังคมที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น ทำให้ปัจจุบันผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น สุดท้ายของการดำเนินไปของโรคและช่วงวัยเสื่อมในผู้สูงอายุจึงทำให้มีผู้ที่อยู่ในระยะท้ายเพิ่มขึ้นมากโดยเฉพาะเมื่อ

มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย ที่มีค่าใช้จ่ายสูงมากขึ้นเพียงใดในการดูแลผู้ป่วย แต่ผลก็เป็นเพียงการพยายามยืดชีวิตออกไปให้นานที่สุด จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงพบว่าอัตราการตายด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้มีแนวโน้มสูงขึ้น เช่น ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอัตราการเกิดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และตั้งแต่ปี 2002 จนถึงปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มี

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาลัทธิหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



จำนวนเพิ่มมากขึ้นเกือบร้อยละ 50 และในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยระยะท้ายมากถึงร้อยละ 80 ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา เช่นเดียวกับกลุ่มผู้สูงอายุที่พบว่าทุก 1 ใน 4 คนจะมีภาวะทุพพลภาพ ในจำนวนนี้ร้อยละ 19 เป็นทุพพลภาพระยะยาว ภาวะทุพพลภาพรุนแรงถึงรุนแรงมาก และมีภาวะพึ่งพา^{1,2,3}

ปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่มีความซับซ้อนหลายมิติ ทำให้เกิดความต้องการในการดูแลที่ซับซ้อนด้วย เช่น ความต้องการมิติด้านร่างกายเป็นความต้องการที่จะได้รับการช่วยเหลือบรรเทาความทุกข์ทรมาน ความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะท้ายเกือบทุกราย เช่น อาการเหนื่อย หายใจลำบาก หรืออาการปวด เกิดจากการทำงานล้มเหลวของระบบต่างๆ ในร่างกาย อาการเหล่านี้จะปรากฏขึ้นจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต⁴ และบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยไม่มีสิทธิ์ในการเลือกการรักษาด้วยตนเองเพื่อยืดชีวิตตนเอง ไม่ตอบโจทย์ของการดูแลแบบประคับประคองที่คำนึงถึงความ เป็นองค์รวมและความต่อเนื่องในการดูแลวาระสุดท้ายของชีวิต⁵ ดังนั้นการศึกษาเชิงระบบเพื่อปรับระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ความต้องการของผู้ป่วยและญาติในการดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการตาย ส่วนใหญ่ต้องการที่จะอยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว หรือตายที่บ้านของตนเอง หรือตายด้วยความสงบ คงความมีศักดิ์ศรีในตนเอง ตามความหมายของการตายดี^{4,9} หากแต่เท่าที่ผ่านมาสถิติที่เกิดขึ้นมักจะเป็นการตายในโรงพยาบาลที่อยู่ภายใต้การรักษาด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ช่วยยืดความตายออกไป ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและโดดเดี่ยวในโรงพยาบาลที่เป็นบริบทที่แตกต่างจากความต้องการของผู้ป่วย เอง^{5,6} แม้ว่าจะมีการออกกฎหมายเกี่ยวกับการให้สิทธิปฏิเสธการรักษา รวมทั้งหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ยังมีข้อขัดแย้งในการนำไปใช้เกิดขึ้นทั้งในกลุ่มของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งผู้รับและผู้ให้บริการและด้วยลักษณะของการดำเนินโรคช่วงสุดท้ายของชีวิต คืออาการที่ทำให้เกิดความทุกข์ที่เกิดจากการดำเนินไป

ของโรคทำให้คุณภาพของชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยลดลง ดังนั้นการที่ยังต้องพึ่งการรักษาในโรงพยาบาลจึงคงเป็นสิ่งที่ยังคงอยู่ต่อไป¹⁰ แม้ว่าในประเทศไทยจะเริ่มมีรูปแบบของการจัดสถานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เกิดขึ้น แต่การผลักดันในกรณีดังกล่าวยังไม่เป็นผลและเพียงพอที่จะเป็นพลังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเหมือนกับในต่างประเทศ และที่สำคัญความรู้ในการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายยังคงเป็นองค์ความรู้ที่มีความหลากหลายมิติที่อิงความรู้ตามปรัชญา positivist ที่เป็นการรักษาทางการแพทย์แบบตามกระแสหลักแต่เพียงอย่างเดียว ยังขาดศาสตร์ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรม ดังนั้นในการออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในระยะต่อมาจึงเป็นการผลักดันให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพในชุมชนขึ้น เช่น การสร้างอาสาสมัครในชุมชน หรือการมีผู้นำทางศาสนาหรือชุมชนให้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เช่น การให้การรักษาย่างต่อเนื่อง การจัดการอาการต่างๆตามภูมิปัญญาท้องถิ่น การช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่างๆ การจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือ เป็นต้น จึงยังต้องอาศัยบทบาทและความร่วมมือในการทำงานและผลักดันจากทุกฝ่ายมากขึ้น¹¹

อย่างไรก็ตามกระบวนการในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยระยะท้ายนั้นแม้ว่าครอบครัวจะพยายามที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด ด้วยความหวังที่จะไม่ให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งในระยะใกล้ตายและระยะท้ายของชีวิต แต่ยังคงพบว่าครอบครัวยังมีข้อจำกัดทำให้ไม่สามารถดูแลได้ทั้งหมด ด้วยเงื่อนไขของความรู้ ความสามารถและประสบการณ์การดูแล¹² นอกจากนี้ยังพบว่าในกระบวนการดูแล การตายดีของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลและครอบครัวให้ความสำคัญมากที่สุด หากการตายของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ เช่น การตายในสถานพยาบาล การตายที่ไม่ได้มีการเตรียมตัวล่วงหน้า การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จะส่งผลต่อสภาพจิตใจและกระบวนการปรับตัวหลังการสูญเสียผู้ป่วย¹³

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในปัจจุบันเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่มุ่งให้การดูแลแบบประคับประคองจนสู่ระยะท้าย เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นในระบบสุขภาพปัจจุบันเนื่องจากการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูง



อายุที่เจ็บป่วยและอยู่ในระยะท้ายของชีวิต ร่วมกับ ความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และเทคโนโลยีที่สามารถช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วยได้มากขึ้น จึงไม่อาจที่จะดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้อยู่ในสถานพยาบาลได้ทั้งหมด ด้วยข้อจำกัดด้านการดูแล จำนวนของบุคลากร และโครงสร้างของระบบการบริการทางสุขภาพที่ยังไม่เอื้ออำนวยในการจัดการดูแลต่อเนื่องได้ และการดูแลแบบประคับประคองที่เป็นการดูแลระยะท้ายที่ต้องให้บริการกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งในส่วนนี้แม้ว่าในสถานบริการได้เอื้อให้เกิดการตั้งหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในสถานบริการ หากแต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การดำเนินงานที่ชัดเจนเพื่อให้เกิดการตายตามธรรมชาติ และยังขาดความต่อเนื่องในการให้การดูแลในแต่ละระดับไม่สามารถเชื่อมโยงเข้าถึงระดับครอบครัวหรือชุมชนได้ แต่ในทางกลับกันพบว่าผู้ป่วยจำนวนน้อยที่สามารถอยู่รักษาในโรงพยาบาลระยะนี้ได้ด้วยข้อจำกัดของการให้บริการ หรือข้อจำกัดของค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมากทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่ต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้านและในชุมชน ซึ่งระบบการดูแลยังมีข้อจำกัดในการให้บริการในขอบเขตของชุมชน ยังไม่อาจให้การดูแลเพื่อครอบคลุมปัญหาทางด้านจิตวิญญาณ การจัดการกับความปวด และการให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติได้อย่างต่อเนื่อง^{12,14,15}

ผู้วิจัยเชื่อว่าการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต้องการความรู้ ความเข้าใจในมิติของผู้รับบริการที่ต้องทำการศึกษาเชิงคุณภาพในเชิงระบบจากข้อมูลเชิงลึกจะสะท้อนให้เห็นภาพของระบบการดูแลสุขภาพชุมชนสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนที่ชัดเจนบนฐานข้อมูลความจริงของผู้ที่ให้ข้อมูล เพื่อเกิดการตีแผ่องค์ความรู้เชิงระบบการดูแลสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ ระบบการดูแลในการให้การช่วยเหลือดูแลในชุมชนที่ชัดเจน นำสู่การพัฒนาการดูแลสุขภาพในเชิงนโยบายสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ครอบคลุมต่อไป

วัตถุประสงค์

ศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทชุมชนอีสาน

วิธีดำเนินการวิจัย

กระบวนการวิจัยเชิงชาติพหุวรรณานี้ ดำเนินแสวงหาความรู้ ความจริงจากปรัชญาภายใต้ความเชื่อและมองปรากฏการณ์ผ่านการทำความเข้าใจบริบทสังคมวัฒนธรรมของชุมชน และสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เกิดขึ้นในชุมชนที่ศึกษา

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย เกิดขึ้นจากกระบวนการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างความน่าเชื่อถือในการเข้าถึงข้อมูล โดยเข้าไปอยู่ในภาคสนามในพื้นที่วิจัยต่อเนื่องกันเป็นเวลา 15 เดือน เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่ จนเป็นที่ยอมรับและเข้าใจกับวิถีของผู้คนในพื้นที่โดยศึกษาข้อมูลเบื้องต้นและทำความเข้าใจกับผู้นำชุมชน แกนนำพื้นที่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์วิจัย หลังจากนั้นจึงเริ่มต้นทำความเข้าใจกับพื้นที่ที่ศึกษาและหาบุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อสืบและค้นหากลุ่มเป้าหมายในชุมชนต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีหลายวิธีการ จากหลายแหล่ง และหลายช่วงเวลา จึงต้องมีการตรวจสอบสามเส้ากับผู้ให้ข้อมูลและตรวจสอบความคิดของผู้วิจัยเองกับอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นระยะๆ

กระบวนการวิจัยตลอดโครงการแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์บริบท และสถานการณ์ของชุมชน ด้วยการลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลในเชิงลึกรอบด้านเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะท้ายและบริบทของวิถีการดำรงชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย โดยการเข้าเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้ายภายใต้การนำของ อสม. ในพื้นที่ เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในการทำงานประจำและการออกให้บริการของเจ้าหน้าที่ของภาครัฐ ระยะที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลปัญหา โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการลงพื้นที่มาวิเคราะห์ให้เห็นปัญหาและระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ปรากฏในชุมชน จัดหมวดหมู่ของข้อมูลและนำเสนอไปตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่เป็นระยะๆ ร่วมกับการตรวจสอบกับผู้ทรงคุณวุฒิอาจารย์ที่ปรึกษา ระยะที่ 3 การสังเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้นำมาสร้างเป็นข้อเสนอสู่การพัฒนาในนโยบายพื้นที่การวิจัย เป็นพื้นที่ที่มีความบริบทสังคมวัฒนธรรม



ในการดูแลสุขภาพที่มีความแตกต่าง หลากหลายของวิถีชีวิตตามบริบทของสังคมวัฒนธรรมและการดำเนินชีวิตทุกช่วงอายุและทุกช่วงวัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล งานวิจัยนี้ใช้นักวิจัยเป็นเครื่องมือหลักโดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือ ให้ความสำคัญกับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิง และการสนทนากลุ่ม ซึ่งในงานวิจัยนี้การอ้อมตัวของข้อมูลได้มาจากผู้ให้ข้อมูลในชุมชน ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลหลักคือ ผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 20 ราย ผู้ให้ข้อมูลรอง ได้แก่ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยตรงทุกราย เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยบริการที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและ รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้นจำนวน 64 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสังเคราะห์ข้อมูลเทียบเคียงกับข้อความจริงที่มีอยู่เพื่อสร้างข้อสรุป โดยให้ยึดข้อมูลในพื้นที่เป็นสำคัญ วิเคราะห์เรื่องราวจำแนกข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ วิเคราะห์หาความเหมือนและความต่างของข้อมูล เปรียบเทียบกับระบบการจัดการทั้งในส่วนที่มีอยู่เดิมในสังคมและจากการทบทวนวรรณกรรมทางทฤษฎีและเปรียบเทียบจากการเรียนรู้ประสบการณ์ข้ามพื้นที่ นำมาวิเคราะห์เมตริกซ์แล้วสร้างข้อสรุปเป็นผลของการศึกษา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยยึดหลักตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี และได้รับอนุญาตจากเจ้าของพื้นที่ในการเข้าศึกษาในพื้นที่

ผลการวิจัย

1. ความหมายการเจ็บป่วยระยะท้ายของชุมชน การให้ความหมายของผู้ป่วยระยะท้ายโดยชุมชนมีความหมายที่มากกว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้าน

ร่างกายที่บอกถึงความพร้อมของการทำงานของอวัยวะหรือระบบต่างๆ ในร่างกายตามความหมายของชีวการแพทย์ที่ จากการศึกษาในพื้นที่ที่สามารถแยกประเภทของผู้ป่วยระยะท้ายออกมาเป็นกลุ่มต่างๆ ที่จำแนกตามลักษณะของความต้องการในการจัดการเพื่อให้การเป็นผู้ป่วยระยะท้ายออกเป็นกลุ่มต่างๆ 4 กลุ่ม ดังนี้

1.1 อาการหนักไม่มีทางรักษาหาย เป็นการให้ความหมายของผู้ป่วยที่เป็นโรคร้ายแรง หมดหนทางในการรักษาให้หายด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน กลุ่มนี้เมื่อการรักษาได้สักระยะหนึ่งแล้วแพทย์ให้กลับบ้านเพื่อรักษาต่อหรือดูแลกันเอง เมื่ออยู่ในชุมชนมีทั้งกลุ่มที่ยอมรับการเจ็บป่วยแล้วดูแลกันเองในชุมชนกับอีกบางกลุ่มที่ยังมีการแสวงหาทางเลือกอื่นๆ ในการดูแลกันเอง เพียงเพื่อให้มีความหวังกับครอบครัวว่าผู้ป่วยจะยังมีชีวิตอยู่กับตนเองต่อไปได้ ดังนั้นบางส่วนคือการแสวงหาการรักษาแบบทางเลือก ถึงแม้ว่าเป็นกลุ่มที่แพทย์วินิจฉัยว่าหมดหนทางในการรักษาด้วยศาสตร์ของการแพทย์กระแสหลักแล้วซึ่งในกลุ่มนี้จะมีทั้งที่ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรังและเจ็บป่วยเฉียบพลัน

1.2 กลุ่มเข้าๆ ออกๆ โรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่ยังคงต้องเข้าออกโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาในการบรรเทาอาการเพื่อที่จะให้ผู้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้โดยไม่มี ความทุกข์ทรมาน หรือเป็นภาระของผู้ดูแล และในช่วงของการเจ็บป่วยระยะท้ายที่ยังได้รับการดูแลต่อเนื่องและเป็นการติดตามเยี่ยมดูอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขมีจากหลายสาเหตุ เช่น 1) ไม่รู้จะทำอย่างไร เอาไว้ได้หนักก็ต้องทำ 2) การไม่มีคนดูแลและช่วยเหลือ 3) ความรู้สึกผิดที่จะปล่อยให้เสียชีวิตโดยที่ไม่สามารถช่วยเหลือไม่ได้

1.3 กลุ่มที่แพทย์ไม่รักษาและญาติไม่แสวงหาการรักษาต่อไปแล้ว ในกลุ่มนี้เมื่อแพทย์ให้การดูแลได้ระยะหนึ่งการรักษาที่ไม่เป็นผลไม่ทำให้ผู้ป่วยหายจากการเป็นโรคหรือหายจากการเจ็บป่วยได้ การแนะนำให้พาผู้ป่วยกลับบ้านจึงเป็นทางออกสำหรับญาติหรือในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีอาการหนักที่ญาติลงความเห็นว่าไม่น่าจะยังมีชีวิตอยู่นาน การตัดสินใจของญาติที่เข้าใจแล้วและการนำผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถอยู่ในบ้านได้จนวาระสุดท้าย

1.4 กลุ่มที่นอนอยู่บ้าน



นอนหรือให้หมดบุญ เฒ่าแล้วแก่ห่อหมแล้ว ส่วนใหญ่กลุ่มนี้เป็นผู้สูงอายุมากแล้ว รอให้หมดอายุขัยไปเอง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือแก่ห่อหม รอหล่นจากข้าว ซึ่งเป็นกลุ่มของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เจ็บป่วยหรือเป็นกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนที่ยังแสวงหาการดูแลแบบช่วยเหลือประคับประคองไปเรื่อยๆ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จะมีคามผิดปกติของการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว ข้อติดหรือสมองเสื่อม เกิดจากการที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังร่วมด้วยหรือมีความเสื่อม ความพิการร่วมด้วยหรือเป็นกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยที่ยาวนาน จนญาติทำใจยอมรับได้แล้วในการที่จะให้การดูแลไปเรื่อยๆ ตามอาการที่เป็นอยู่จนถึงเวลาสิ้นอายุขัย

2. วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน มีการจัดการดูแลใน 3 ระดับ 1) **วิธีการดูแลโดยครอบครัว** คือ มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม สังคมและการหล่อหลอมมาของแต่ละครอบครัว ซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าลูกหลานไม่ว่างต้องทำงานในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายที่อยู่ในชุมชนมากขึ้น ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาในการหาผู้ดูแลเป็นสำคัญ เพราะต้องการทั้งผู้ดูแลที่ไม่ใช่คนในครอบครัวที่ควรต้องมีการเตรียมการในเชิงนโยบายและเชิงระบบในการเอื้อให้มีการสร้างผู้ดูแลในชุมชนเพิ่มขึ้นเพื่อให้เข้ามาช่วยเหลือทดแทนหรือลดภาระในการดูแลของครอบครัวได้ 2) **วิธีการดูแลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรืออสม.** ที่เป็นกลุ่มของภาคประชาชนที่ทำงานในชุมชนในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพของประชากรในพื้นที่ที่ตนรับผิดชอบ ลักษณะของการทำงานเป็นไปตามนโยบายที่ภาครัฐกำหนด มีภาระงานหนัก การดูแลกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายคือการเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว ยังต้องการการพัฒนาทักษะในการช่วยดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

3) วิธีการดูแลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นการให้การดูแลตามความรู้ความสามารถในเชิงวิชาชีพ โดยมีเครื่องมือ คือ การเยี่ยมบ้านเป็นการตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มีข้อมูลอยู่ในฐานข้อมูลที่ได้รับการส่งต่อการเข้ารับบริการสุขภาพจากสถานพยาบาล เป็นงานเชิงนโยบายที่นำมาสู่การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายยังต้องการการพัฒนาให้มีการนำใช้ทักษะเชิงวัฒนธรรมในการประเมินและให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

3. วิธีของความเป็นอยู่ของผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน สะท้อนภาพที่การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับว่ามีผู้ดูแลเป็นสำคัญ เป็นวิถีของความเป็นอยู่ 4 วิธี ได้แก่ 1) การอยู่กับลูกหลาน 2) การอยู่กับญาติ 3) การอยู่กับคู่สามีภรรยา และ 4) การอยู่คนเดียว แต่ละวิถีมีความเกี่ยวข้องกับผู้ดูแลที่ต่างกัน สะท้อนภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายว่ายังเป็นความรับผิดชอบของครอบครัวและชุมชนที่ต้องดูแลช่วยเหลือกันเองซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นยังเชื่อมโยงไปที่ปัญหาของผู้ดูแลเช่นกัน

4. ปัจจัยเงื่อนไขในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ผลการศึกษาสะท้อนวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับเงื่อนไขที่เป็นมิติทางสังคมวัฒนธรรมของชุมชน 6 เงื่อนไข ดังนี้

1) เงื่อนไขของภาวะสุขภาพในการเป็นผู้ป่วยระยะท้าย ที่เป็นประเด็นเปราะบาง ทำให้การเข้าถึงจำกัดด้วยมีความซับซ้อนหลายมิติ การแปลความหมายที่ต่างกันระหว่างชุมชนและผู้ให้บริการทำให้การเข้าถึงและการช่วยเหลือไม่สอดคล้องหรือไม่ไปด้วยกัน ผู้ป่วยระยะท้ายจึงถูกละเลยในการจัดการกับจุดสำคัญในการให้การดูแลวิถีชีวิตด้วยระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน การจัดการได้ไม่ทั่วถึง จึงเป็นภาระที่ครอบครัวแบกรับและจัดการด้วยตนเอง 2) **เงื่อนไขของผู้ดูแล** ผู้ดูแลเป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายเพราะต้องจัดการกับทุกเรื่องของผู้ป่วยระยะท้าย เงื่อนไขชีวิตของผู้ดูแล เช่น เงื่อนไขในการเลือกที่ทำงาน เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ การมีรายได้ของครอบครัวที่พอเพียง การมีงานทำที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยร่วมกับความรับผิดชอบต่อการดำเนินชีวิตของตนเองในสังคมยังต้องดำเนินต่อไป ตลอดจนการที่ไม่มีผู้ดูแลในชุมชน จึงเป็นเงื่อนไขทางสังคมที่สำคัญและเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีอยู่ ผู้ดูแลจึงเป็นเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อการตัดสินใจในการจัดการดูแลสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ปัจจุบันสังคมที่เปลี่ยนแปลงทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีผู้ดูแลน้อยลง หรือ มีแต่ไม่สามารถดูแลได้เองทั้งหมด

3) สวัสดิการ สวัสดิการของรัฐที่มีอยู่ มาจากนโยบายที่มีข้อจำกัดในการส่งต่อและสวัสดิการสำหรับกลุ่ม



ผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุที่จะเข้ามาสู่การเป็นผู้ป่วยระยะท้าย ที่ให้ความสำคัญกับการสวัสดิการทางสังคม แต่ในกลุ่มของผู้ป่วยระยะท้ายยังต้องการการดูแลแบบทางเลือกที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพและมีขอบเขตของการให้บริการในพื้นที่ ทำให้ความหวังในการมีชีวิตอยู่ตามวิถีเดิมตามสวัสดิการด้านสุขภาพที่มีอยู่สิ้นสุดลงเมื่อผู้ป่วยเข้าไปอยู่ในชุมชน และไม่สามารถเข้าไปรับบริการในสถานบริการสุขภาพที่กำหนดได้ ทั้งนี้ยังไม่รวมถึงสวัสดิการรัฐทางอ้อมที่จะเอื้อต่อผู้ดูแลให้สามารถมีสวัสดิการการช่วยเหลือต่างๆ ที่อาชีพในชุมชน เพื่อช่วยเหลือเพิ่มรายได้ ลดภาระรายจ่ายในการดูแล 4) **บริบทวิถีชีวิตด้านการอยู่ในชุมชนของผู้ป่วยระยะท้ายหรือความสัมพันธ์กับชุมชน** การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในขณะที่อยู่ในบริบทสังคมวัฒนธรรมของคนเองที่คุ้นเคยกัน มีความสัมพันธ์กันในสังคม มีความแตกต่างกับการเจ็บป่วยที่อยู่ท่ามกลางคนแปลกหน้าที่ไม่รู้จักกัน การช่วยเหลือเกื้อกูลกันจะเป็นไปได้ยากโดยเฉพาะในพื้นที่ชุมชนเมืองที่ผู้ดูแลต้องรับภาระหนักเพียงลำพัง การสิ้นเปลืองทางวัฒนธรรมและข้อมูลต้นนโยบายสุขภาพที่มีอยู่มีข้อจำกัดในการจัดการเชื่อมโยงและการส่งต่อข้อมูลการดูแล ทำให้กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล ไม่มีชื่ออยู่ในเขตพื้นที่เข้าไม่ถึงการรับบริการทางสุขภาพ รวมถึงกลุ่มประชากรแฝง กลุ่มคนเร่ร่อน ต่างด้าวเป็นต้น แม้ว่าจะเริ่มมีการปรับในกลุ่มผู้ป่วยอื่นที่ทำได้ดี เช่น กลุ่มผู้ป่วยติดเชื่อเอดส์ แต่ในกลุ่มของผู้ป่วยระยะท้ายที่มีฐานข้อมูลเดิมแล้ว เช่น มะเร็ง หรือโรคไตวายเรื้อรังนโยบายสาธารณะที่มีอยู่ในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดในการนำใช้ข้อมูลร่วมกัน 5) **วิถีของการมีบ้านหรือที่อยู่อาศัย** ในพื้นที่ที่ทำการศึกษามีประชากรที่ต่างภูมิลำเนาเข้ามาอาศัยอยู่มากขึ้นและมีความเป็นสังคมเมืองมากขึ้น เมื่อเกิดความเจ็บป่วยจนเข้าสู่ระยะท้ายทำให้ได้รับผลกระทบไปด้วยและทำให้เกิดปัญหาในการเข้าถึงเพื่อเข้าไปให้การช่วยเหลือเป็นไปด้วยความยากลำบาก นโยบายสุขภาพที่มีโดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยระยะท้ายมุ่งเน้นที่การจัดให้บริการในสถานพยาบาลเป็นหลัก แต่ไม่สามารถรองรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้ การกลับเข้าสู่ชุมชนจึงเป็นหน้าที่หลักของครอบครัวในการรับผิดชอบเช่นเดิม ส่วนนโยบายระดับพื้นที่ที่ยังขาด

ข้อมูลของผู้ป่วยกลุ่มนี้และยังไม่มีฐานข้อมูลชุมชนที่สามารถเชื่อมโยงให้กลุ่มของเจ้าหน้าที่เข้าไปดูแลให้การช่วยเหลือได้ ผู้ป่วยระยะท้ายจากต่างถิ่นจึงเข้าไม่ถึงการให้บริการและการช่วยเหลือถึงแม้ว่าหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จะมีการเริ่มดำเนินงานในส่วนนี้บ้างแล้วก็ตาม รวมทั้งการจัดให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแล เช่น การมีศูนย์ข้อมูลเพื่อให้ขอความช่วยเหลือที่ชัดเจน การมีศูนย์ประสานงานเกี่ยวกับเครื่องมือ การให้คำปรึกษากับผู้ดูแล การมีระบบการสื่อสารที่ทันสมัยหรือการจัดให้มีศูนย์ช่วยเหลือที่ชัดเจนและมีรูปแบบของการทำงานร่วมกันกับองค์กรต่างๆ ในพื้นที่ชุมชนเพื่อให้สะดวกกับชุมชนที่ตั้งอยู่ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่ได้อยู่ที่บ้าน หรือกลุ่มมีที่อยู่อาศัยไม่เอื้อต่อการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เป็นต้น 6) **การเข้าถึงสิทธิประโยชน์** นโยบายการบริการสุขภาพในระดับพื้นที่เพื่อให้บริการตามการแปลความหมายของการเป็นผู้ป่วยระยะท้ายตามศาสตร์ของแต่ละวิชาชีพของบุคลากรทางด้านสุขภาพ สิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่มีจะได้รับเมื่ออยู่ในสถานบริการสุขภาพ ไม่ได้ส่งต่อเนื่องเข้ามาถึงชุมชนได้ ด้วยข้อจำกัดทางนโยบายดังกล่าว เช่น ยาแก้ปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ยังไม่มีการจัดการให้บริการนอกสถานบริการทางสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

5. ข้อเสนอการศึกษานี้ คือ สังเคราะห์ข้อเสนอระบบการดูแลสุขภาพชุมชนสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ดังนี้

5.1. ข้อเสนอแนะต่อหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ การออกแบบบริการที่มุ่งเน้นปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลักภายใต้การดำเนินงานตามนโยบาย เพื่อให้สามารถเข้าถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชนได้ ผลของการศึกษาสะท้อนภาพของการดำเนินงานในพื้นที่ แม้ว่าจะมีการนำขึ้นนโยบายในการดำเนินงาน แต่การบริการสุขภาพของผู้ป่วยระยะท้ายยังคงเข้าไม่ถึงปัญหาที่แท้จริง การให้บริการจึงยังคงไม่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ อีกทั้งยังไม่ครอบคลุมในการดำเนินงานเพื่อให้การช่วยเหลือดูแล อาจเนื่องมาจากการขาดการทำความเข้าใจกับบริบทเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นมุมมองของครอบครัวและชุมชนจริงๆ ยังมีปัญหา



ในทางปฏิบัติ เช่น 1) การจัดการกับความปวด การใช้ยาแก้ปวด 2) การพัฒนาศักยภาพให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 3) การติดตามประเมินผลการให้การช่วยเหลือ 4) การส่งต่อข้อมูลภาวะสุขภาพของประชากรระหว่างชุมชนและสถานให้บริการด้านสุขภาพ หรือ 5) การประเมินความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายภายใต้เงื่อนไขบริบทของสังคมวัฒนธรรม ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องมีการออกแบบบริการที่ให้ความสำคัญกับบริบทที่เป็นภูมิหลังในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างแท้จริง จึงจะนำมาซึ่งการบริการที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน

การพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพให้มีความไวเชิงวัฒนธรรม ที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องมีการพัฒนาตนเองใน 2 ด้าน คือ 1) การพัฒนาสมรรถนะในเชิงวิชาชีพเฉพาะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะท้าย และ 2) การพัฒนาให้เป็นผู้ที่มีสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม เพื่อที่จะทำให้เป็นผู้ให้บริการเข้าถึงข้อมูลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตภายใต้บริบทของสังคมวัฒนธรรม เพื่อให้สามารถช่วยเหลือและจัดการให้ผู้ป่วยระยะท้ายตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด

การพัฒนาเครื่องมือในการทำงานของผู้ให้บริการ ซึ่งเครื่องมือในการทำงานในชุมชนที่มีอยู่เดิมสามารถนำมาพัฒนาให้มีประสิทธิภาพในการทำงานมากขึ้น ดังนี้ 1) พัฒนาระบบข้อมูลให้มีระบบการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง 2) พัฒนาระบบผู้ดูแลในชุมชนหรือแนวทางในการพัฒนาศักยภาพภาพของผู้ดูแล 3) การสร้างมาตรฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมวัฒนธรรม รวมทั้งมี 4) พัฒนารูปแบบในการทำงานหรือสร้างเครื่องมือ เช่น รูปแบบการเยี่ยมบ้าน การจัดบริการสุขภาพเชิงรุกในการสนับสนุนและส่งเสริมให้ได้มีการพัฒนาวิธีการคิดและการแสวงหาความรู้ของผู้จัดบริการด้านสุขภาพที่มีการนำวิธีการแสวงหาความรู้ที่หลากหลายมุมมองทางด้านวัฒนธรรม ภายใต้บริบทและวิถีชีวิตจริงของผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน

5.2 ข้อเสนอแนะกับองค์กรที่เป็นกลไกสร้างการจัดการระดับนโยบาย ควรเป็นการจัดตั้งให้

มีองค์กรรับผิดชอบหรือศูนย์ประสานงานในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่ให้มีรูปแบบที่ชัดเจน เป็นที่รู้จักและยอมรับของชุมชน ซึ่งจะช่วยให้การรับเรื่องราวร้องทุกข์และให้การช่วยเหลือ ให้คำแนะนำได้สำหรับผู้ดูแล ที่มีทั้งศูนย์บริการข่าวสาร ร้องทุกข์ ศูนย์การช่วยเหลือดูแลกรณีที่บ้าน กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ศูนย์บริการจัดส่งแอดลัมที่เอื้อต่อการส่งต่อ มีโครงสร้างทางกายภาพที่ชัดเจน มีศูนย์บรรเทาทุกข์สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล การจัดการให้มีสวัสดิการในผู้ดูแลและผู้ป่วยในการได้รับการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ดูแลมีรายได้ หรือลดค่าใช้จ่ายในช่วงที่ต้องดูแลผู้ป่วยเองที่บ้าน

การอภิปรายผล

การอธิบายความสัมพันธ์ของสังคมผู้ป่วยระยะท้ายด้วยทฤษฎีระบบ เพื่อให้มองเห็นภาพของลักษณะของวิถีชีวิตของคนในสังคมไทยเป็นสังคมที่อยู่กันด้วยลักษณะของบริบทของสังคมและวัฒนธรรมที่มีการดูแลกันเองในสังคมที่เป็นอยู่ในขณะนั้นๆ เกี่ยวเนื่องกันตลอดการดำเนินไปตามวงจรชีวิตตั้งแต่การเกิดแก่ เจ็บ จนถึง การตาย การช่วยเหลือดูแลกันในสังคมจึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ เกิดจากสายใยสัมพันธ์ในความเอื้ออาทรต่อกัน การมีจิตสำนึกในการช่วยเหลือกันเองในชุมชนเพื่อบรรเทาความขัดข้องของผู้ป่วยและครอบครัว การดำเนินงานในส่วนนี้ยังต้องอาศัยความช่วยเหลือจากกลุ่มต่างๆ ที่มีในชุมชนเพื่อให้เกิดการช่วยเหลือดูแลกัน เช่น กลุ่มอาสาสมัครที่ช่วยเหลือดูแลกันเองทั้งที่เป็นอาสาสมัครที่จัดตั้งมาโดยโครงสร้างของภาครัฐและอาสาสมัครที่เกิดโดยธรรมชาติ หรือกลุ่มองค์กรต่างๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อช่วยเหลือกันเองในชุมชน เช่น กลุ่มมิตรภาพบำบัด กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและผู้ที่เชื่อมโยงและเอื้อหรือสนับสนุนการทำงานในชุมชนคือ แกนนำชุมชน ที่ทำงานร่วมกับภาครัฐ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรทางสุขภาพที่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด คือ ในโรงพยาบาลชุมชน และที่สำคัญคือ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่โครงสร้างทางสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากการให้มีการกระจายอำนาจสู่การปกครองส่วนท้องถิ่นทำให้อีกภารกิจหนึ่งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้แก่ การ



ดูแลความเป็นอยู่ของประชาชนเป็นหน้าที่รับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยตรง ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยระยะท้ายเข้าไปอยู่ในชุมชน จึงเป็นหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต้องมีแนวทางในการที่ต้องช่วยเหลือ สนับสนุนปัจจัยเอื้อต่างๆ ในการดูแลในภาพรวม จึงพบว่าในบางชุมชนเริ่มมีการจัดการเพื่อให้มีระบบของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนเกิดขึ้นได้ ทั้งที่เป็นการจัดการงานโดยตรง เช่น การให้บริการการดูแล การจัดหาคนดูแล หรือ การมีรูปแบบการดูแลในชุมชนโดยสถานบริการทางการแพทย์ เชีงรุก หรือ การจัดการโดยอ้อม เช่น การจัดสวัสดิการ การตั้งกองทุนช่วยเหลือกันในชุมชน การสร้างเครือข่ายในชุมชนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ร่วมกันทุกภาคส่วน¹⁶ เป็นต้น

ระบบการดูแลสุขภาพของไทยในปัจจุบัน มีการดำเนินงานด้วย 2 ภาคส่วน คือ ส่วนของวิชาชีพ (professional sector) และส่วนของประชาชน (popular sector) ในส่วนของการดูแลด้วยกลุ่มวิชาชีพในระบบสุขภาพส่วนใหญ่เกิดขึ้นในสถานบริการสุขภาพมีความแตกต่างกันตามมุมมองที่เป็นพื้นฐานชั้นความรู้ กล่าวคือ การดูแลโดยภาคส่วนของวิชาชีพที่ให้ความหมายของการดูแลในมุมมองเฉพาะเป็นการเน้นการนำใช้เทคโนโลยีในการดูแล ในด้านของบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการให้การดูแลเฉพาะด้านที่ใช้ศาสตร์ขององค์ความรู้เดิมยังไม่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวมหรือเข้าถึงการดูแลในมิติของจิตวิญญาณ หรือปัญหาและความต้องการการดูแลที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต สังคมและวัฒนธรรมได้อย่างชัดเจน จึงมีข้อจำกัด คือ ความสามารถในการให้การดูแลได้ครอบคลุมความต้องการทั้งหมดโดยเฉพาะประเด็นของการดูแลด้านจิตวิญญาณ และประเด็นทางด้านจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ตลอดจนความสามารถในการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องในระบบบริการสุขภาพ^{12,16} ส่วนการดูแลแบบพื้นบ้าน เป็นการนำภูมิปัญญาพื้นบ้านมาใช้ในการดูแลตามการแปลความหมายของผู้ที่เป็นเจ้าของ ในบริบทสังคมที่หล่อหลอมความคิด ความเชื่อ พฤติกรรมของบุคคลและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการดูแลของผู้ป่วยกลุ่มนี้ในชุมชนจึงเป็นการดูแลที่มีการผสมผสานทั้งสองส่วนเข้าด้วยกัน

หากแต่การดูแลผู้ป่วยเหล่านั้นในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดเนื่องจากขาดการเชื่อมสานต่อในบางส่วน เช่น การส่งต่อผู้ป่วยระยะท้ายให้กลับเข้าไปใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนที่เกิดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการที่มีความแตกต่างกันในการให้การรักษา หรือการติดตามช่วยเหลือ การส่งต่อเพื่อให้ได้รับการดูแลที่ต้องการความต่อเนื่องทั้งในส่วนของการให้บริการสุขภาพของภาครัฐและการช่วยเหลือดูแลกันเองของภาคประชาชนซึ่งการดูแลในส่วนนี้จะรวมถึงการดูแลครอบครัวทั้งก่อนและหลังตายตามความหมายขององค์การอนามัยโลก⁹ ซึ่งในบางพื้นที่ของประเทศไทยสามารถนำเอาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมาทำงานร่วมกันและมีการเชื่อมระบบการดูแลแบบบูรณาการระหว่างภาครัฐ ภาคประชาชนสถานบริการสุขภาพ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน การจัดระบบการส่งต่อของชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นต้น ซึ่งการจัดการเหล่านี้ได้ทำให้เกิดการขับเคลื่อนในเชิงระบบเพื่อเริ่มต้นในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในสังคมไทยมากขึ้น หากแต่ยังต้องการตีแผ่วิธีการจัดการในเชิงระบบ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน^{13,14,16}

ระบบการดูแลสุขภาพชุมชนในสังคมไทยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป็นการทำงานที่ใช้ประสบการณ์สำคัญของผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ทั้งในส่วนขององค์กรภาคประชาชน ภาครัฐที่เป็นผู้ให้บริการสุขภาพ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น งานดูแลสุขภาพชุมชนจึงเป็นงานที่นำเอาปัญหาสุขภาพและความต้องการของชุมชนมาเป็นตัวตั้ง โดยมีการนำใช้ทุนเดิมเป็นหลัก มีกระบวนการนำใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชนให้มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาของชุมชนเอง ดังนั้นกระบวนการทำงานของระบบดูแลสุขภาพชุมชนจึงมีหลายเจ้าภาพ มีวิธีการทำงานที่แตกต่างและหลากหลาย ทำให้ต้องการการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนอย่างจริงจัง และเป็นงานที่สามารถเรียนรู้ข้ามพื้นที่ได้¹⁶

ในส่วนของระบบการให้บริการสุขภาพในชุมชน แม้ว่าจะมีการพัฒนาให้สถานพยาบาลที่อาจจะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ ในระดับของชุมชนอาจจะประกอบไปด้วยทีมเยี่ยมบ้านของหน่วย



บริการสุขภาพในชุมชน หน่วยงานภาคประชาชนหรือองค์กรอิสระต่างๆ ที่ทำงานดูแลผู้ป่วยการดูแลรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย ตลอดจนแหล่งทรัพยากรสุขภาพในชุมชน ที่สามารถเข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในมิติต่างๆ ของการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะท้าย เช่น วัด ชุมชน หรือองค์กร หน่วยงานต่างๆ เป็นต้น ที่สำคัญคือ ในแต่ละส่วนของการดูแล ทั้งในสถานพยาบาลหรือในชุมชน ควรมีการประสานงานร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก มีการดูแลแบบเป็นองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ และมีความต่อเนื่องในการดูแล ทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาล¹⁶

การเตรียมการด้านบุคลากรผู้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายนอกจากปัญหาของการขาดแคลนบุคลากรทางสุขภาพแล้ว ยังพบว่าบุคลากรที่มีอยู่ยังต้องการพัฒนาความรู้ความสามารถในการจัดการและการดูแล หรือมีแนวคิด สมรรถนะในการทำงาน หรือทักษะในการเชื่อมโยงการทำงานร่วมกับองค์กรอื่นเพื่อให้เกิดการทำงานที่ต่อเนื่องเป็นการบูรณาการในสาขาวิชาชีพให้มีสมรรถนะทางสังคมและวัฒนธรรมที่สามารถตอบสนองการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมและมีความไวทางวัฒนธรรมในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีความซับซ้อนเกี่ยวข้องกับทุกมิติของการดูแล ที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายสาขาวิชาชีพ หลายภาคส่วนมาทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ยังต้องการพยาบาลที่มีความสามารถเฉพาะ และมีความหลากหลายสมรรถนะเพื่อให้สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ครบถ้วน และมีความต่อเนื่อง^{17,18} แต่ทั้งนี้ยังพบว่าในส่วนของความรู้ความสามารถของพยาบาล รวมไปถึงความเข้าใจและความสามารถของผู้ดูแล บุคลากรทางการแพทย์หรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนเองจะยังต้องการการปรับเปลี่ยนให้มีสมรรถนะเฉพาะและมีความไวเชิงวัฒนธรรมมากขึ้น เช่น พยาบาลเวชปฏิบัติที่เพิ่มขึ้นในชุมชน หากแต่เป็นไปเพื่อการรักษาโรคเบื้องต้นมากกว่าการให้การดูแลเฉพาะด้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะท้ายของทุกโรคที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อนและจำเพาะเจาะจงเป็นต้น^{3,5,6,14,16} ผลดังกล่าวสะท้อนเงื่อนไขปัญหาในการ

ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหลายประเด็นที่ก่อให้เกิดความแตกต่างในการดูแล จากการตีความหมายของการเจ็บป่วยของผู้ให้การดูแลบนฐานคิดทางชีวการแพทย์ที่แนวทางในการให้การดูแลจึงอยู่บนฐานคิดเดียวกัน ที่ทำให้ผู้ป่วยเองถูกชี้นำด้านความคิด การตีความหมายของการรักษาในชีวิตตนจนอาจขาดสิทธิในการตัดสินใจ รวมถึงปัญหาการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือปัญหาบุคลากรทางสุขภาพไม่เพียงพอ การขาดผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในการดูแล และยังมีความแตกต่างของการนำไปใช้ขององค์ความรู้ที่แตกต่างกัน การขาดระบบการส่งเสริมช่วยเหลือในมิติอื่นๆ ที่มีผลต่อการดูแลในชุมชน ที่ทำให้ขาดการช่วยเหลือที่ต่อเนื่องและระบบการดูแลที่ขาดการส่งต่อ หรือการเข้าถึงการช่วยเหลือด้านสุขภาพ การช่วยเหลือญาติผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับตัวอยู่ต่อหลังการตายที่กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ช่วยเหลือไม่ได้ ทั้งนี้หากได้รับการส่งเสริมให้สามารถช่วยเหลือดูแลกันได้ เช่น การรวมกลุ่มกันในการช่วยเหลือครอบครัวด้วยการทำมาปณิกกิจสงเคราะห์ การเยี่ยม การหาคนดูแล การให้การช่วยเหลือผู้ที่เฝ้าไข้ การจัดหารถรับส่ง การช่วยเหลือครอบครัวในการทำศพของชุมชน การช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการจัดงานศพ หรือ การช่วยเหลือในมิติอื่นๆ เช่น การขนส่ง การสื่อสารกันในชุมชน จะทำให้เกิดการช่วยเหลือกันในสังคมหรือชุมชนนั้นๆ เป็นระบบการดูแลชุมชนสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้มแข็งได้เช่นกัน^{14,16}

ข้อเสนอแนะ

1. การนำข้อความรู้ไปพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและขยายแนวคิดสู่พื้นที่อื่น โดยการทำความเข้าใจกับวิถีการดำเนินชีวิตของเจ้าของประสบการณ์และบริบทสิ่งแวดล้อมให้มีระบบการดูแลในชุมชนที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่
2. การบูรณาการงานและการวางแผนพัฒนางานในเชิงระบบอย่างต่อเนื่อง ระหว่างองค์กรภาครัฐ หน่วยงานในพื้นที่และสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพชุมชน ด้วยการเปลี่ยนแปลงวิถีคิดจะนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานเป็นเชิงรุก



3. พัฒนาศักยภาพความรู้ทางการพยาบาลในด้านการดูแลและการจัดชุดบริการต่างๆ เช่น พัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ด้วยการทำความเข้าใจกับข้อความรู้ในมุมมองของระบบการคิด การให้คุณค่าและความหมายต่อการเจ็บป่วยจากความหมายของคนใน (emic view) ที่ก้าวข้ามมาจัดบริการสุขภาพในเชิงรุก และเป็นงานบูรณาการเพื่อศึกษาวิธีการดำเนินชีวิตของผู้ที่เจ็บป่วยให้สามารถดำรงตนอยู่ได้ตามวิถีชีวิตดั้งเดิมจนวาระสุดท้ายไม่ให้อึดอัด หรือถูกทอดทิ้ง แต่ให้มีความเท่าเทียมในการช่วยเหลือดูแลเช่นเดียวกับการช่วยเหลือดูแลในกลุ่มของภาวะสุขภาพอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ให้ข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้

References

1. Aekplakorn W, Porapaktham Y, Taneepanichskul S, ed al. National health examination survey 4th year 2008-2009. Thailand national health survey; Thailand National Health Survey; College of Health Sciences Chulalongkorn University; 2010. (in Thai).
2. Chanvech L. Palliative care. 2nd ed, Songkhla: Chanmoung Printing. 1995. (in Thai).
3. Thailand Health Insurance System Research Office. Thailand's health problems and health systems. 2011. [cited 2014 Aug 1]. Available from: <http://www.hisro.or.th/main/?name=knowledge&file=readknowledge&id=19>. (in Thai)
4. Jompaeng Y, Sangchart B. Nurse's perspection of a good death: A phenomenology study. Journal of nursing science and health 2013; 36(3): 49-59. (in Thai).
5. Kunsongkeit W. Good death as perceived by the patients. The Journal of Faculty of Burapha University 2010; 19(2): 1-12. (in Thai).
6. Kunsongkeit W. Good death as perceived by the patients family member. The Journal of Faculty of Burapha University 2015; 23(3): 41-55. (in Thai).
7. Sangchart B. Spiritual well-being and good death. Journal of nursing science and health 2014; 37(1): 147-156. (in Thai).
8. Trankle SA. Is a good death possible in Australian critical and acute settings? : physician experiences with end-of-life care. BMC Palliat Care 2014; 13-41.
9. WHO. Definition of palliative care [database on the Internet]. World Health Organization. 2012 [cited 2013 May 24]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
10. Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. BMJ 2006; 4:332(7540): 515-21.
11. Srikumnerd S. Caring for terminal-stage cancer patients in community. Nursing Science Thesis community nursing practice graduate school. Huachiew Chalermprakiet University; 2008. (in Thai).
12. Tangvoraphongchai J. Cultural and of life care for leukemic children in hospital. Journal of nursing science and health 1998; 31(4): 1-16.
13. Chan MF, Chung LYF, Lee ASC, Wong WK, Lee GSC, Lau CY, et al. Investigating spiritual care perceptions and practice patterns in Hong Kong nurses: results of a cluster analysis. Nurse Education Today 2006; 26(2): 139-150.
14. Nuntaboot K. Bunsawawasdikulchai P, Shokbumroong K. et al. A synthesis of innovations for community health care system strengthening. Uas Printings Bangkok; 2007. (in Thai)
15. Piyawattanapong S. Family care management of persons with terminally Ill cancer in hospital. Journal of nurses association of Thailand, north-eastern devision 2009; 27(2): 21-32.
16. Nuntaboot K. A textbook for community - based teaching and learning in health. Khon Kaen : Khon Kaen University. 12th ed; c2001. (in Thai).
17. Ferrell, BR. Coyle, N. Palliative nursing. New York: Oxford university press; 2010.
18. Goldsmith J, Ferrell B, Wittenberg-Lyle E, Ragan SL. Palliative care communication in oncology nursing. Clin J Oncol Nurs 2013; 17(2): 163-167.



Community Care System for Terminally Ill Patients in Esaan Context*

Ariya Sornboon M.Sc**

Khanitta Nuntaboot APN, Ph.D ***

Abstract

This ethnographic research, which was aimed to study the community healthcare system for terminally ill patients in the Esaan region, was based on data from 20 terminally ill patients, 20 care giver and 24 related people: neighbors, public health officers, community leaders and volunteers. The data were analyzed using content analysis and comparative synthesis. The study involved studies on the environment within the community, data analysis and data synthesis, as follows;

Results revealed that the meaning of being an end-stage patients from the community is different than that of bio-medical, with factors and conditions being related to the society, culture and way of life. It was found that there were three meanings of these patients, naming the patients that have chronic illness, but chose not to receive medications; those that still visit the hospitals; and those that wait for their death. These meanings reflected four types of terminally ill patients, naming those living with their children or grandchildren, those living with their relatives, those living with their life partners, and those living alone. All four types of terminally ill patients relate in a way that they have different caregivers, which reflect that their responsibilities fall under their families and community. Moreover, it was found that there are six factors that are also important to taking care of the terminally ill patients, naming having caretakers, good health, relationship with the community, welfare, and accessibility to benefits and housing are also important factors to the terminally ill patients. Finally, this research pushed for an organization of the community healthcare system for terminally ill patients towards the health services, as well as the creation of suitable environment for terminally ill patients towards the local administrative organization.

The results of the study reflect to the problems and needs of the terminally ill patients and their families within the community, which would lead to demolition and building health services in order to meet the changing social context. This may be done through developing the thinking process, the working process, the tools, performance-oriented professional with cultural sensitivity in order to develop the policies in each area as well as using to develop guidelines that are conducive to caring the terminally ill patients.

Keywords: healthcare system, terminally ill patients, community

*Doctor of Philosophy Thesis in Nursing, Khon Kaen University

**Ph.D. Candidate, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University