

## ความอยู่ดีมีสุขและระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน

### WELLBEING AND CARE SYSTEM FOR PALLIATIVE CARE IN A COMMUNITY

วรนุช จันทะบุรณ์\*, บัวพันธ์ พรหมพักพิง

*Woranuch Juntaboon\*, Buapun Promphakping*

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*Faculty of Humanities and Social Sciences, Khon Kaen University.*

\*Corresponding author, e-mail: greensdm@hotmail.com

**Received:** 21 October 2020; **Revised:** 27 May 2021; **Accepted:** 22 June 2021

#### บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความอยู่ดีมีสุขของผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน และระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะท้าย เป็นการศึกษาระดับคุณภาพ โดยใช้กรณีศึกษา เลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง ดังนี้ ผู้ป่วยระยะท้าย 2 คน ครอบครัวของผู้ป่วยระยะท้าย 2 คน ครอบครัวของผู้ป่วยระยะท้ายที่เสียชีวิตไปแล้ว 3 คน ผู้บริหารและกลุ่มงานที่รับผิดชอบเรื่องการดูแลสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพล 3 คน เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเมืองพล 1 คน เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลพล 1 คน เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพล 1 คน พระ 1 รูป ผู้นำชุมชน 2 คน อสม. 2 คน รวมทั้งหมด 18 คน ทำการเก็บข้อมูลในชุมชนแห่งหนึ่งของอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น โดยการสังเกตและการสัมภาษณ์เชิงลึก มีการตรวจสอบข้อมูลร่วมกับผู้ให้ข้อมูลหลัก และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาความอยู่ดีมีสุขของผู้ป่วยระยะท้ายพบว่า ผู้ป่วยต้องการอยู่กับครอบครัวและญาติพร้อมหน้าพร้อมตา ได้รับการบำบัดความเจ็บปวดทรมานให้พอรับได้ ส่วนครอบครัวไม่อยากจะเห็นผู้ป่วยเจ็บปวดทรมาน ต้องการสนับสนุนทั้งด้านความรู้และเครื่องมือที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย โดยการตอบสนองต่อความต้องการเหล่านี้ เกี่ยวข้องกับองค์กรผู้ให้บริการ ได้แก่ องค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาล ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะท้าย แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ระบบการดูแลทางกายของผู้ป่วยระยะท้ายตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยจะได้รับการดูแลอย่างถูกต้องตามหลักการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและเข้าถึงสิทธิต่าง ๆ ที่ควรจะได้รับ 2) การดูแลด้านจิตใจ/จิตวิญญาณ คือ ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการเตรียมตัวจากไปแบบไม่มีความวิตกกังวล และได้ทำพิธีตามความเชื่อของตน 3) บทบาทของครอบครัวและชุมชน คือ ครอบครัวอบอุ่น ได้รับการช่วยเหลือจากชุมชนตามความจำเป็น มีเพื่อนบ้านมาเยี่ยมถามอาการและช่วยเหลือเกื้อกูลกัน สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ดีมีสุขก่อนจากไป

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยระยะท้าย ความอยู่ดีมีสุข ชุมชน

## Abstract

This research aims to investigate the provision of palliative care by family and community, and wellbeing of the end-stage patients. Qualitative research methodology, based on case-based approach, was employed. In-depth interview and observation were applied to collect data from 18 key informants that are involved in providing cares to 2 end-stage patients whose were purposively selected. These key informants are 2 family members of the present end-stage patients, 3 family members of previous end-stage patients (patients passed away), 2 health staffs of local hospital, one promoting health care and one providing care, 1 staff of District Public Health Office, 1 monk, 2 community leaders, and 2 village health volunteers. Research results revealed that end-stage patients prefer and wish to stay together with family and relatives, and they needed therapeutic treatment to reduce suffer. Family did not want to see patient's suffering of pains so that they needed supports about caring knowledge and caring equipment to take care patients. Caring system for the end-stage patients was divided into 3 aspects, including 1) physical care, i.e. the cares in accordance with palliative care standards and pertaining to patient rights as needed. 2) mental/spiritual care; receiving responses on patient's needs, preparing to die without anxiety, and having chance to perform ceremony under patient's beliefs. 3) Roles of family and community; having a warmth family, receiving support from community as needed, having kind neighbors who visited to see patients, and helping each other. These conditions encouraged wellbeing of the end-stage patients and let them rest in peace.

**Keywords:** Palliative Care, Wellbeing, Community

## บทนำ

“ผู้ป่วยระยะท้าย”ในที่นี้ หมายถึง ผู้ที่ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายและรอที่จะเสียชีวิต ระยะเวลาในการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยเหล่านี้ก็จะมีมากน้อยไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับระยะที่เป็นของโรคและการดูแลรักษา ผู้ป่วยระยะท้ายบางคนอาจจะมีชีวิตอยู่ได้เป็นปีหรือบางคนอาจจะมีชีวิตอยู่ได้แค่ไม่กี่เดือนเท่านั้น ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทางการแพทย์จะใช้การดูแลแบบประคับประคอง คือ รักษาไปตามอาการ ไม่เน้นการรักษาเพื่อให้หายจากโรค แต่มุ่งเน้นไปที่การดูแลรักษาเพื่อทุเลาความเจ็บปวดของผู้ป่วย เพื่อให้มีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุดในบั้นปลายสุดท้ายก่อนที่จะเสียชีวิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข [1] ได้นิยามการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะท้ายว่า หมายถึง “วิธีการรักษาที่ช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครัวเรือนของผู้ป่วย ที่เผชิญกับปัญหาอาการป่วยที่คุกคามชีวิต ด้วยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน ด้วยการประนีประนอมอย่างครอบคลุมรอบด้านและการบ่งชี้ถึงการรักษาอาการเจ็บปวดและปัญหาอื่น ๆ ได้แก่ปัญหาสภาพทางจิตและจิตวิญญาณ” [2]

เนื่องจากโรคที่ผู้ป่วย สภาพร่างกาย และเศรษฐกิจสังคม (ครอบครัว ความเชื่อทางศาสนา) ของผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน ดังนั้นวิธีการให้การดูแลผู้ป่วย จึงไม่มีมาตรฐานอันเดียว ที่สำคัญคือ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่ได้อาศัยความรู้ เครื่องมือและวิธีการทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ครอบคลุมถึงการสนับสนุนครัวเรือนให้บรรเทาอาการสิ้นหวังที่จะต้องสูญเสียสมาชิก และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ดังที่ Sawatzky และคณะ [3] ได้เน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการใช้วิธีการแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย โดยเขาพบว่า การผนวกเอาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเข้าไปอยู่ในระบบการให้บริการที่มีอยู่แล้วใน

ปัจจุบัน เป็นเงื่อนไขที่สำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของทีมสหวิชาชีพ เงื่อนไขที่ส่งผลให้ประสบผลสำเร็จ ได้แก่ การสื่อสารที่มีประสิทธิผล ทั้งการสื่อสารภายในและการสื่อสารข้ามทีมสหวิชาชีพ (ซึ่งรวมถึงผู้ที่ไม่ได้ทำงานด้านสุขภาพ) และวิธีการทางด้านคลินิกในการให้บริการ มีความจำเป็นต้องครอบคลุมและผู้ใช้บริการที่มีใจรักทางด้านนี้และมีความเมตตาให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

สำหรับประเทศไทย สถิติของทางราชการพบว่า มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตอยู่ที่โรงพยาบาลกว่าร้อยละ 50 ซึ่งผู้ป่วยระยะท้ายที่เสียชีวิตที่โรงพยาบาลเหล่านี้ ทำให้มีค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพและค่าใช้จ่ายเหล่านี้สามารถที่จะลดลงได้ หากมีการนำเอาระบบการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เหมาะสมมาใช้ในการจัดลำดับโดยใช้ตัวชี้วัดคุณภาพการตาย (Quality of Death Index QOD) ปี ค.ศ. 2015 ซึ่งมีตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ 1) การมีสภาพแวดล้อมของการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะท้ายที่ดี 2) ทรัพยากรมนุษย์ 3) ความสามารถในการให้บริการ 4) คุณภาพของการให้บริการ และ 5) ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งประเทศไทยถูกจัดอันดับไว้ในลำดับที่ 44 มีคะแนน 40.2 (จาก 100 คะแนน) ประเทศที่มีคะแนนสูงสุดคือ สหราชอาณาจักร มีคะแนน 93.9 คะแนน สถิติดังกล่าวนี้ ชี้ให้เห็นว่า ประเทศไทยยังคงต้องการการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอีกมาก [4]

การที่จะให้ผู้ป่วยระยะท้าย บรรลุถึงความอยู่ดีมีสุขนั้น กลับมีข้อจำกัดประกอบทางด้านการแพทย์หรือการรักษาเพียงอย่างเดียว ต้องอาศัยองค์ประกอบหลายอย่าง ความร่วมมือจากหลายภาคส่วนเพื่อดูแลให้บั้นปลายชีวิตของคนหนึ่งคนนั้น เป็นไปอย่างดีที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ เพื่อให้ช่วงวินาทีสุดท้ายนั้นผู้ป่วยได้ตายดี และให้ช่วงเวลาก่อนสุดท้ายของชีวิตได้บรรลุถึงความอยู่ดีมีสุข ในระยะท้าย เท่าที่จะสามารถเป็นไปได้ การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เป็นบริการทางด้านสุขภาพ ที่จะช่วยให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวนี้ โดยบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีลักษณะที่สำคัญ คือ 1) เป็นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยที่กำลังถูกคุกคามชีวิต (ระยะท้าย) 2) บริการสามารถจัดได้ที่บ้าน โรงพยาบาล สถานบริการทางด้านพยาบาลอื่น 3) บริการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย สามารถลดภาระค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพหลัก คือโรงพยาบาลได้ 4) มีได้เน้นไปที่การรักษาสุขภาพกาย แต่เน้นการปรับปรุงคุณภาพชีวิต 5) ช่วยในการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ และ 6) เป็นบริการที่สามารถดำเนินการได้ ด้วยบุคลากรทางการแพทย์ที่หลากหลาย และอาสาสมัคร [5]

ด้วยความตระหนักเช่นนี้ ได้ทำให้ประเทศไทย มีความพยายามในการนำระบบบริการผู้ป่วยระยะท้ายเข้ามาใช้ โดยเริ่มต้นเมื่อ พ.ศ. 2543 ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดให้สิทธิของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปฏิเสธการรักษาที่ไร้ผล เพียงเพื่อยืดระยะเวลาการตายตามธรรมชาติหรือเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด โดยการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร ต่อมาในปี พ.ศ. 2557 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ [6] ได้ให้การรับรองแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2557- 2559 เพื่อบรรณงค์สนับสนุน “การตายดี” ในปัจจุบันบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้เข้าไปอยู่ในแผนการดำเนินงานในระดับกระทรวงสาธารณสุขแล้ว

ดังได้กล่าวแล้วว่า การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว แนวคิดในเรื่องคุณภาพชีวิต เป็นที่แพร่หลายทั้งในวงวิชาการด้านสุขภาพและวงวิชาการสังคมศาสตร์มานานแล้ว วงวิชาการสังคมศาสตร์มองว่า คุณภาพชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของความอยู่ดีมีสุข โดย บั้วพันธ์ พรหมพักพิง [7] ได้จำแนก ความอยู่ดีมีสุขออกเป็น 2 ด้าน คือ ความอยู่ดีมีสุขด้านภาวะวิสัย (Objective Wellbeing) เป็นความอยู่ดีมีสุขที่เป็นเงื่อนไขด้านเศรษฐกิจ สังคม และด้านอื่น ๆ ที่เป็นรูปธรรม สามารถใช้แบบประเมินเป็นตัวชี้วัดได้ อีกด้านคือ ความอยู่ดีมีสุขด้านอัตวิสัย (Subjective Wellbeing) เป็นเรื่องของคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกนึกคิด ความสุข ซึ่งมักจะเป็นเรื่องของนามธรรม และยังมีข้อถกเถียงในเรื่องนี้ เนื่องจากไม่สามารถวัดเป็นรูปธรรมได้ ซึ่งข้อถกเถียงดังกล่าวได้รับข้อเสนอแนวคิดจากอมตยา เช่น [8] ที่ชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างความสุขหรือความพึงพอใจในการได้รับการตอบสนองว่า โดยทั่วไปคนเรามักจะมองว่า คนที่ทุกข์ยากไม่ว่าจะขาดแคลนอาหาร ยาจน หรือมีอาการเจ็บป่วย มักจะไม่มีคุณภาพชีวิตดีมีสุข แต่ในความเป็นจริงคนเหล่านั้น อาจจะมี

ความอยู่ดีมีสุขในด้านอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เฉพาะด้านวัตถุ แต่เป็นด้านที่เขามองเห็นว่ามีคุณค่า และเขาสามารถทำให้ตนเองบรรลุถึงคุณค่าและเป้าหมายของการดำรงชีพได้ตามความพึงพอใจ

ในแวดวงวิชาการที่ผ่านมา การศึกษาเรื่องความอยู่ดีมีสุขได้กลายเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจอย่างมาก เช่น การศึกษาในเรื่องของความอยู่ดีมีสุขของพนักงานในโรงงานของชวาลา ละวาทิน [9] การศึกษาเรื่องความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยวิกฤตของรุ่งรัตน์ สุชะเตชะและดารุณี จงอุดมการณ์ [10] การศึกษาเรื่องความอยู่ดีมีสุขของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของพรเพ็ญ โสมาบุตร [11] จะเห็นได้ว่า การศึกษาความอยู่ดีมีสุขนั้นค่อนข้างมีเฉพาะของแต่ละกลุ่ม ทำให้ถึงแม้ว่าจะศึกษาความอยู่ดีมีสุขเหมือนกัน แต่ก็ยังมีปัจจัยหรือองค์ประกอบบางอย่างที่มีทั้งเหมือนและแตกต่างกันไป

อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นว่าส่วนใหญ่ให้ความสนใจความอยู่ดีมีสุขของผู้คนที่อยู่ในภาวะปกติ ซึ่งต่างก็มีตัวชี้วัดความอยู่ดีมีสุข [12] ที่แตกต่างกันไปตามสภาวะการดำเนินชีวิต แต่การศึกษาครั้งนี้มุ่งให้ความสนใจชีวิตของคนที่อยู่ในภาวะไม่ปกติ คือ “ผู้ป่วยระยะท้าย” ซึ่งผู้วิจัยมองว่า เป็นกลุ่มคนที่ถูกมองว่า ชีวิตอยู่ในช่วงเวลาวิกฤต คงไม่สามารถที่จะมีความสุขหรือต้องการความอยู่ดีมีสุขเช่นคนปกติทั่วไปอย่างแน่นอน

จากความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษามีความสนใจ ที่จะศึกษาความอยู่ดีมีสุขและการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน เนื่องจากจะทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อีกทั้งคลายความกังวลได้ว่า ผู้ป่วยระยะท้ายเองสามารถที่จะบรรลุถึงความอยู่ดีมีสุขได้ หากทุกฝ่ายร่วมมือกัน เพื่อให้เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาและการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความอยู่ดีมีสุขของผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนและครอบครัว
2. เพื่อศึกษาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน

## วิธีดำเนินการวิจัย

### พื้นที่ในการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่ในการศึกษา คือ พื้นที่ในความดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากเป็นพื้นที่ต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

### ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ป่วยระยะท้าย 2 คน ครอบครัวของผู้ป่วยระยะท้าย 2 คน ครอบครัวของผู้ป่วยระยะท้ายที่เสียชีวิตไปแล้ว 3 คน ผู้บริหารและกลุ่มงานที่รับผิดชอบเรื่องการดูแลสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพล 3 คน เจ้าหน้าที่จาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเมืองพล 1 คน เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลพล 1 คน เจ้าหน้าที่จาก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพล 1 คน พระ 1 รูป ผู้นำชุมชน 2 คน อสม. 2 คน รวมทั้งหมด 18 คน โดยวิธีการได้มาของกลุ่มเป้าหมายนี้ ดังนี้ ผู้ป่วยระยะท้าย เนื่องจากในขณะที่ทำการศึกษา มีผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่ 2 คน จึงได้เลือกทั้ง 2 คน รวมถึงครอบครัวของผู้ป่วยระยะท้ายทั้ง 2 ครอบครัวด้วย ส่วนของครอบครัวของผู้ป่วยระยะท้ายที่เสียชีวิตนั้น พยาบาลชุมชนซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานด้านนี้โดยตรงในพื้นที่เป็นผู้คัดเลือกให้ โดยคัดเลือกจากครอบครัวของผู้ป่วยระยะท้ายที่เสียชีวิตมาแล้วไม่เกิน 2 ปี โดยในส่วนของภาคีเครือข่ายสุขภาพและเจ้าหน้าที่จาก อบต.พล นั้น คัดเลือกโดยเลือกเจ้าหน้าที่ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ส่วนของพระนั้นเลือกจากพระที่ทำหน้าที่ดูแลด้านจิตวิญญาณให้ผู้ป่วยระยะท้าย

เป็นประจำ ผู้นำชุมชน คัดเลือกจากชุมชนที่เคยมีผู้ป่วยระยะท้ายและชุมชนที่ในตอนนี้มีผู้ป่วยระยะท้าย ส่วนของ อสม. นั้น คัดเลือกจากผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะท้าย

### **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้ศึกษาทำการเก็บข้อมูลด้วยการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลในประเด็นปัญหาที่ต้องการเจาะจงและได้ข้อมูลที่ละเอียดตามประเด็นคำถามที่ตั้งไว้ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และอธิบายถึงปรากฏการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างละเอียด

สำหรับวิธีการวัดความอยู่ดีมีสุขนั้น ในปัจจุบันมีแนวคิดเรื่องเครื่องมือที่ใช้ในการวัดที่แตกต่างกันออกไป กลุ่มวิจัยความอยู่ดีมีสุขและการพัฒนาอย่างยั่งยืน ซึ่งได้พัฒนาแนวคิดมาจากโครงการวิจัยความอยู่ดีมีสุขของประเทศกำลังพัฒนา ได้พัฒนาวิธีการวัดที่เรียกว่า WeDQoL [7] มีการปรับและนำมาใช้ในการศึกษาความอยู่ดีมีสุขของกลุ่มประชากรต่าง ๆ ในประเทศไทยแล้วหลายครั้ง [13] อย่างไรก็ตาม เนื่องจากว่ากลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้รับความทุกข์ทรมานด้านร่างกายอยู่แล้ว การวัดความอยู่ดีมีสุขของจึงอาจจะต้องมีวิธีการและมีมาตรวัดที่แตกต่างออกไปจากวิธีการที่ใช้กับคนทั่วไป โดยในการศึกษาครั้งนี้ ความอยู่ดีมีสุขของผู้ป่วยระยะสุดท้าย น่าจะจำแนกได้ออกไปสองด้าน ด้านแรกเราจะประเมินว่าผู้ป่วยมี “ความจำเป็น” หรือ needs อะไรบ้าง และอีกด้านหนึ่งเราจะพิจารณาว่า มีเงื่อนไขหรือปัจจัยใดบ้างที่จะทำให้ความจำเป็นได้รับการตอบสนองหรือได้รับการบำบัด (Need Satisfiers) การมองแบบนี้ได้อาศัยและประยุกต์แนวคิดของ Doyal and Gough [14] และเนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ ยังไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะสร้าง index ขึ้นมาสำหรับจำแนกหรือวัดความอยู่ดีมีสุขของผู้ป่วยระยะท้าย ดังนั้น เราจะอาศัยการพรรณนา เพื่อจะเป็นประโยชน์ในการศึกษาและสร้างเครื่องมือสำหรับประเมินความอยู่ดีมีสุขของผู้ป่วยระยะท้ายภายหลัง

### **ตัวอย่างแนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย**

1. วางแผนการดูแลรักษาของตนเองไว้อย่างไร
2. เพราะเหตุใดจึงต้องการกลับมารักษาตัวที่บ้าน
3. การดูแลตัวเองที่บ้าน กับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล มีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
4. อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นมีเพียงพอหรือไม่
5. ต้องการอะไรเพิ่มเติมหรือไม่อย่างไร
6. ตอนนี้มีเรื่องที่วิตกกังวลหรือไม่อย่างไร
7. ต้องการให้ชุมชน/ผู้นำชุมชน/หน่วยงานต่าง ๆ เข้ามาช่วยเหลือในเรื่องใดหรือไม่ อย่างไร

### **ตัวอย่างแนวคำถามในการสัมภาษณ์ครอบครัวของผู้ป่วย**

1. วางแผนการดูแลผู้ป่วยไว้อย่างไร มาอยู่ที่บ้านแล้วเป็นอย่างไรบ้าง (การดูแลทางร่างกาย การดูแลทางจิตใจ)

2. ตอนนี้มีเรื่องที่วิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร
3. ครอบครัวตอบสนองต่อความต้องการ หรือข้อเรียกร้องของผู้ป่วยได้ครบถ้วนหรือไม่ อย่างไร
4. หากมีปัญหาเรื่องการดูแลผู้ป่วย ท่านจะขอคำแนะนำ หรือความช่วยเหลือได้จากใคร
5. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เข้ามาให้ความช่วยเหลือ หรือสนับสนุนในเรื่องใดบ้าง

### **ตัวอย่างแนวคำถามในการสัมภาษณ์ตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลและภาคีเครือข่าย**

#### **สุขภาพ**

1. สถานการณ์ของผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่เป็นอย่างไรบ้าง
2. หน่วยงานของท่านดำเนินการในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างไรบ้าง

3. ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่ มีอะไรบ้าง
4. กลไก ที่มีอยู่แล้วเพียงพอหรือไม่อย่างไร
5. แนวทางการดำเนินการเรื่องผู้ป่วยระยะท้ายในอนาคต จะเป็นอย่างไร

#### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล 2 แบบ คือ 1) การศึกษาค้นคว้าจากข้อมูลทุติยภูมิ โดยศึกษาจากเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และ 2) การศึกษาข้อมูลปฐมภูมิ โดยการสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ส่วนของการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มนี้ ผู้วิจัยได้เชิญผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย ช่วยตรวจสอบแนวคำถามในการสัมภาษณ์

#### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. **การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น** ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นระหว่างการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. **การตรวจสอบข้อมูลที่ค้นพบ** หลังจากทำการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนมาเขียนลงในบันทึกสนาม (Field Note) ซึ่งการเขียนบันทึกสนามในแต่ละครั้งผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลว่าได้ประเด็นมาครบตามกรอบของการวิจัยที่ได้กำหนดไว้หรือไม่ แล้ววิเคราะห์เนื้อหาที่ได้มาในเบื้องต้น

3. **การแยกประเภทและจัดหมวดหมู่ข้อมูล** โดยจะมีการแยกประเภทของข้อมูลจากเนื้อหาของผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม

4. **การตีความหมาย** เมื่อแยกประเภทและจัดหมวดหมู่ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยตีความหมายของข้อมูล โดยเชื่อมโยงเนื้อหาในแต่ละประเด็นว่ามีความสัมพันธ์และแตกต่างกันอย่างไร แล้วเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของเนื้อหาาระหว่างประเด็นต่าง ๆ ว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไรบ้าง เพื่อที่จะสามารถนำไปสู่การอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างเป็นกระบวนการ

5. **การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา** ผู้วิจัยอ่านข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งฟังเสียงจากการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มที่บันทึกมา เพื่อให้เห็นรายละเอียดทั้งหมด เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถหาสาระหลักและหยิบยกขึ้นมาเป็นประเด็นข้อความรู้หลัก (theme) และประเด็นรองที่ได้จากการประมวลผลข้อมูลตั้งที่กล่าวถึง

6. **ความน่าเชื่อถือของข้อมูล** เมื่อผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูล และนำมาวิเคราะห์แล้ว มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยให้พยาบาลชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพล ซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้องโดยตรง และเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก ทำงานในพื้นที่ เป็นผู้ร่วมตรวจสอบข้อมูลดังกล่าวว่ามีความถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์หรือไม่ นอกจากนี้ เมื่อผ่านการตรวจสอบข้อมูลจาก พยาบาลชุมชนในพื้นที่แล้ว มีการตรวจสอบข้อมูลชั้นที่ 2 คือ ให้ผู้ร่วมวิจัยซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาของผู้วิจัยหลัก เป็นผู้ตรวจสอบข้อมูล ซึ่งทั้ง 2 ท่านนี้จะทราบและอยู่ในกระบวนการทำงานตั้งแต่เริ่มโครงการ ช่วยตรวจสอบและมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นจนจบโครงการ จึงเชื่อมั่นได้ว่าผลการวิจัยนี้เชื่อถือได้

#### **จริยธรรมการวิจัย**

งานวิจัยได้ดำเนินการเพื่อให้สอดคล้องกับหลักการวิจัยในมนุษย์ ผู้ศึกษาได้ผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น และการศึกษาดังกล่าว ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2560 เลขที่ HE603007

#### **ผลการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความอยู่ดีมีสุขของผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนและครอบครัว และระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ผลจากการวิจัยมีดังนี้

### 1. ความอยู่ดีมีสุขของผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนและครอบครัว

ความอยู่ดีมีสุขของผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนและครอบครัวนั้น จำแนกออกเป็นสองส่วนคือความจำเป็นและปัจจัยหรือเงื่อนไขที่นำไปสู่การตอบสนองหรือการสนองตอบความจำเป็น (Need Satisfiers) จากการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยระยะท้าย และสมาชิกของครอบครัวญาติพี่น้อง สามารถประมวลให้เห็นความอยู่ดีมีสุขของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้ ดังตารางข้างล่างนี้

ตารางที่ 1 ความอยู่ดีมีสุขของผู้ป่วยและครอบครัว

| ระดับ           | ความจำเป็น  | ปัจจัยหรือเงื่อนไขที่ตอบสนองต่อความจำเป็น Need satisfiers   |
|-----------------|---|---|
| <b>ผู้ป่วย</b>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อยู่พร้อมหน้าพร้อมตาครอบครัวญาติพี่น้อง</li> <li>2. อยากให้ลูกหลานที่อยู่ห่างไกลมาอยู่ด้วยหรือมาเยี่ยมบ่อยๆ</li> <li>3. ใช้ชีวิตสงบสุข ไม่วุ่นวาย</li> <li>4. ไม่เจ็บปวดมากจากอาการของโรค</li> <li>5. ทำในสิ่งที่อยากทำ/กินอะไรที่อยากกิน/ไปในที่ที่อยากไป</li> <li>6. ได้รับการดูแลที่ดี ทั้งจากครอบครัวและบุคลากรด้านสุขภาพ</li> <li>7. มีเพื่อนมาเยี่ยมและถามข่าว ได้พูดคุยกับเพื่อนบ้านคนรู้จัก</li> <li>8. ครอบครัวรักใคร่กลมเกลียว ช่วยเหลือไม่ทอดทิ้งกัน</li> <li>9. หากตนเองเสียชีวิต จัดงานเรียบง่าย ไม่เปลืองค่าใช้จ่าย ไม่ต้องการให้ครอบครัวยุ่งยาก ลำบาก</li> <li>10. หากตนเสียชีวิต มีคนดูแลลูก ภรรยา สามี อยากให้ลูกมีอนาคตที่ดี ครอบครัวไม่ยากลำบาก</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อุปกรณ์ทางการแพทย์และยาที่จำเป็น</li> <li>2. การดูแลแบบองค์รวม จากทีมที่มีความรู้และมีทักษะรอบ (หลาย) ด้าน</li> <li>3. การดูแลด้านจิตใจ/จิตวิญญาณ</li> </ol>  |
| <b>ครอบครัว</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไม่อยากให้ผู้ป่วยเจ็บปวดมาก</li> <li>2. อยากให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ไม่เครียด</li> <li>3. อยากให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้ยาวนาน</li> <li>4. อยากมีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยในเบื้องต้น</li> <li>5. อยากให้หมอมาช่วยดูอาการบ่อย ๆ จะได้เบาใจ</li> </ol>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความรู้/ทักษะเรื่องการดูแลผู้ป่วย</li> <li>2. การดูแลเรื่องจิตใจของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ทั้งในระหว่างที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตและเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว</li> <li>3. การสนับสนุนในด้านอื่น ๆ ภายหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต ใช้ชีวิตได้อย่างปกติในเร็ววัน</li> </ol> |
| <b>ระดับ</b>    | <b>ความจำเป็น</b>   | <b>ปัจจัยหรือเงื่อนไขที่ตอบสนองต่อความจำเป็น Need satisfiers</b>  |
|                 | <ol style="list-style-type: none"> <li>6. หากผู้ป่วยเสียชีวิต อยากให้ตายดี ไม่ต้องมีความวิตกกังวล</li> <li>7. อยากพักผ่อนหรือผ่อนคลายบ้าง เมื่อเกิดความเครียดหรือเหนื่อยจากการดูแลผู้ป่วย</li> </ol>  |   |

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่า การจำแนกระหว่าง “ความจำเป็น” และ “ปัจจัยหรือเงื่อนไขที่จะนำไปสู่การตอบสนองต่อความจำเป็น” แยกจากกันได้ไม่ชัดเจน ความจำเป็นหรือ Needs ที่นำเสนอไว้ มีลักษณะก้ำกึ่งระหว่างการเป็น Needs และ การเป็น Need Satisfiers (อย่างเช่นการมีญาติมาเยี่ยมให้กำลังใจ) ภาวะเช่นนี้ เกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยในระยะท้าย เพราะ Needs เป็นทั้งเป้าหมายในตัวเอง และเป็นเครื่องมือ (Instruments) ที่จะนำไปสู่เป้าหมาย เพราะว่าเป้าหมายจะไม่มีที่แน่นอน และอาจจะไม่สามารถคาดหวังว่าจะมีเวลาอยู่นาน เพื่อให้ได้ภาพเหล่านี้ชัดเจนขึ้น เราอธิบายให้เห็นรายละเอียดกระบวนการบางด้านที่เกี่ยวข้อง ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และความอยู่ดีมีสุขของผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนและครอบครัว ได้แก่ ระบบการบริการผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลเรื่องจิตวิญญาณ และบทบาทของครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ดังจะได้นำเสนอในรายละเอียดต่อไป

## 2. ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ถูกส่งกลับเข้ามาในชุมชนโดยผ่านโรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลพล) และถูกจัดอยู่ในกลุ่มของผู้ป่วยระยะท้าย จะได้รับการดูแลอย่างถูกต้องตามหลักของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยจะเริ่มตั้งแต่การเตรียมสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแล เมื่อโรงพยาบาลแม่ข่ายส่งข้อมูลมาว่า จะมีผู้ป่วยกลับมาที่ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนตำบลเมืองพล และอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) รวมถึงอาสาสมัคร (ชาวบ้านคนอื่นไม่มีหน้าที่แต่สมัครใจอยากไปช่วย) จะลงพื้นที่ไปเตรียมบ้านของผู้ป่วย ปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ทำความสะอาดบ้าน หามุมที่ปลอดโปร่ง แสงสว่างเพียงพอ เพื่อจัดวางเตียงและเครื่องช่วยหายใจออกซิเจน หรือปรับปรุงสภาพห้องน้ำให้เหมาะกับการใช้งาน โดยการปรับปรุงสภาพห้องน้ำ อนาคตจะเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ เมื่อสถานที่พร้อมแล้วก็จะแจ้งไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ให้ผู้ป่วยกลับมาที่บ้าน หากครอบครัวไม่มีรถไปรับ ญาติหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนตำบลเมืองพล จะติดต่อไปยังรถกู้ชีพขององค์การบริหารส่วนตำบล ให้ไปรับผู้ป่วยโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ในส่วนของญาตินั้นก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกส่งตัวกลับมาที่บ้าน ญาติจะต้องได้รับการอบรมทักษะพื้นฐานที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาล ยกตัวอย่างเช่น ความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วย การเช็ดตัว การดูแลด้านอาหารการกิน การป้อนอาหารทางสายยาง การพลิกตัวผู้ป่วย การดูแลเมื่อผู้ป่วยอาการกำเริบ หรือช่องทางติดต่อในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน ซึ่งทักษะเหล่านี้ หากไม่ได้ถูกอบรมจากโรงพยาบาลแม่ข่าย เมื่อกลับมาที่บ้านแล้ว พยาบาลชุมชนจาก รพ.สต.จะเป็นผู้สอนให้

เมื่อกลับมาอยู่บ้านแล้ว ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการบริการการเยี่ยมบ้าน ทั้งทีมสุขภาพและทีมขององค์การบริหารส่วนตำบลอย่างสม่ำเสมอ ในส่วนของการดูแลสุขภาพ เน้นที่การบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วย โดยยาบางตัวจะเป็นยาเฉพาะที่ต้องถูกประเมินว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้ายเท่านั้น ถึงจะสามารถเบิกจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมาใช้ได้ อาทิ มอร์ฟีน เพื่อบรรเทาอาการปวด

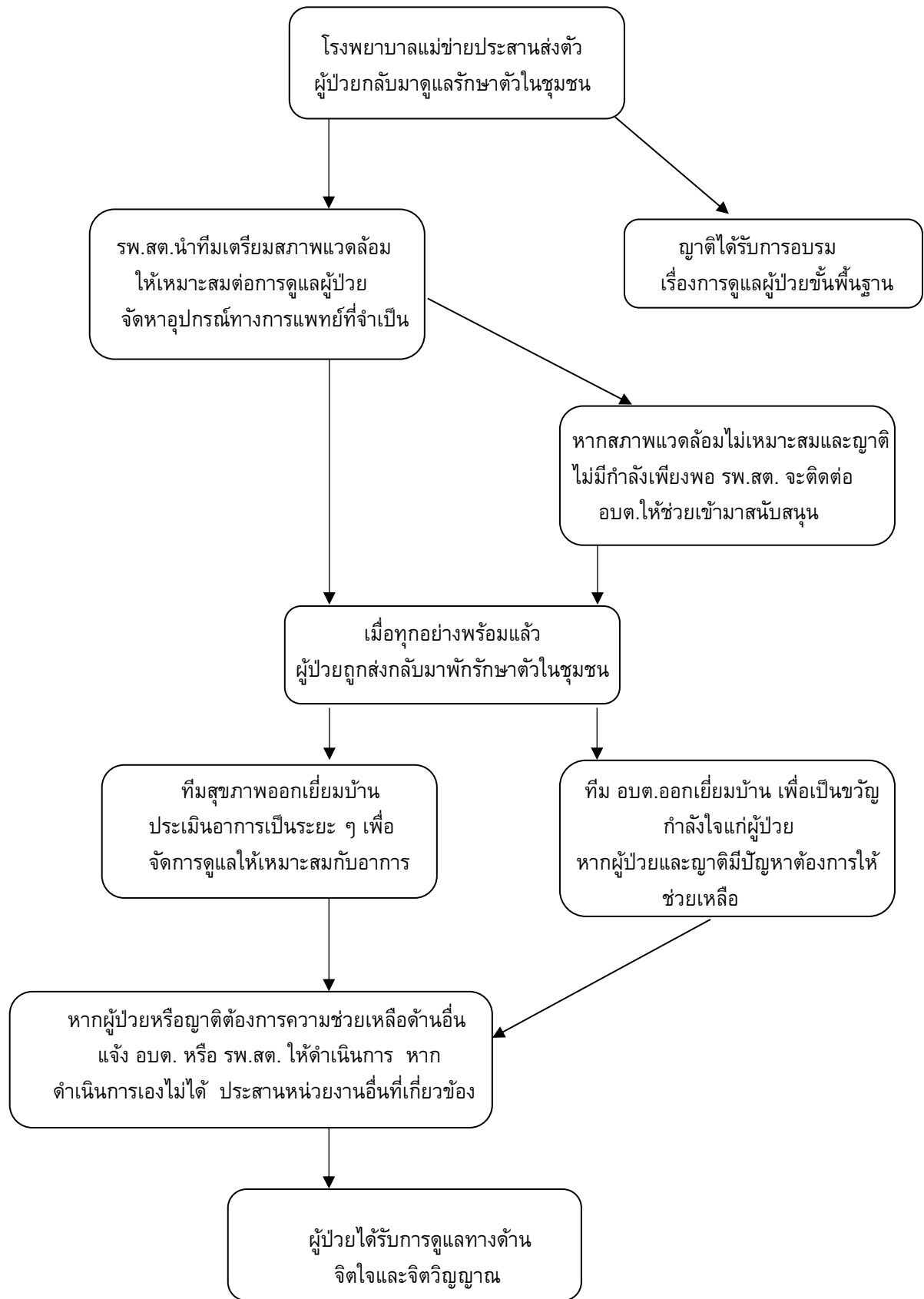
การจัดการอาการปวดของผู้ป่วยระยะท้ายนั้นมีความสำคัญมากสำหรับการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไม่สบายตัวจากอาการปวดอยู่ตลอดเวลา เจ้าหน้าที่ต้องจัดยาให้ในปริมาณที่เหมาะสม โดยหากผู้ป่วยมีอาการทรุดหนัก ญาติจะแจ้งไปที่ รพ.สต. และพยาบาลชุมชนจะเป็นผู้มาเยี่ยมดูอาการอาจจะต้องทำการประเมินอาการวันต่อวัน หรือชั่วโมงต่อชั่วโมง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด

ดังที่ได้แสดงไว้ในตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่า เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นสิ่งที่ช่วยบรรเทาความจำเป็นของผู้ป่วยและมีความสำคัญมาก จากการสัมภาษณ์พบว่าญาติหรือผู้ป่วยมีความกังวลกับความพร้อมของเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ว่าจะต้องเอามาจากไหน ซื้อเองหรือไม่อย่างไร กรณีของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์พื้นฐานหลายรายการ ญาติหรือผู้ป่วยสามารถทำเรื่องยืมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนตำบลเมืองพล มาใช้ได้ตั้งแต่วันที่กลับมาที่บ้าน จนถึงวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งอุปกรณ์ทางการแพทย์หลัก ๆ ที่ต้องใช้ ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนตำบลเมืองพล มีให้ยืม เช่น เครื่อง



ออกซิเจน เตียงผู้ป่วย เครื่องดูดเสมหะ ภายอุปกรณ์อื่น ๆ ดังคำสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยรายหนึ่งที่ว่า “ตอนที่ขอลับบ้านคือคนป่วยเขายากมาเอง บอกว่ายากมาตายที่บ้าน ตอนนั้นคือคิดว่าไม่รอดแล้ว แต่บ้านเรามันทุกข์ (ยากจน, ผู้วิจัย) ไม่มีอะไรเลย ก็ยังคิดว่าจะมาดูแลกันยังไง มาทำยังไง แต่หมอบอกว่าไม่ต้องเป็นห่วง เตียงนี่อยู่บ้านก็เหมือนอยู่โรงพยาบาล มีเครื่องมือมีอะไรเหมือนกัน ก่อนเอาคนป่วยกลับมา ทาง อสม. คำก็มาดูแลจัดแจง เตียงจะวางตรงไหน ออกซิเจนวางตรงไหน ไม่มีพัดลม เขาก็ไปยืมพัดมาให้ พอคนป่วยกลับมาทุกอย่างก็เตรียมไว้หมดแล้ว หมอบอกมาเยี่ยมตลอด คนป่วยเองก็มีกำลังใจ มาอยู่บ้านได้อยู่กับลูกก็ดีขึ้น ตอนนั้นแทนที่จะสิ้น อากการกลับดีขึ้น”

ปัจจัยสำคัญอีกประการด้านการรักษาผู้ป่วยระยะท้ายคือ การเข้าถึงสิทธิการรักษาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยพึงได้รับ ซึ่งในพื้นที่ที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษานี้ สามารถแบ่งสิทธิการรักษาของผู้ป่วยระยะท้ายได้เป็น 3 ประเภทคือ สิทธิบัตรทอง สิทธิประกันสังคม และสิทธิของข้าราชการ ซึ่งเป็นเรื่องที่น่ายินดีว่า ผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ามาในชุมชนทุกรายเข้าถึงสิทธิการรักษาของตน ทำให้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวเป็นจำนวนเงินที่สูงเมื่อเทียบกับการรักษาที่ได้รับ ญาติเองก็เข้าถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการดูแล โดยมีองค์การบริหารส่วนตำบล เมืองพล และภาคีเครือข่ายสุขภาพ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนตำบลเมืองพล โรงพยาบาลพล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพล) เป็นผู้สนับสนุนและคอยอำนวยความสะดวกให้ ดังที่ พยาบาลชุมชนผู้มีหน้าที่ดูแลงานด้านผู้ป่วยระยะท้ายของ รพ.สต. ได้ให้สัมภาษณ์กับผู้วิจัยว่า “รพ.สต. มีหน้าที่ดูแลสุขภาพเบื้องต้นให้กับชาวบ้านกับเป็นหน่วยประสานเรื่องสุขภาพ มีอะไรที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ข้างบนเขาก็ประสานมาที่เรา แต่บางครั้งมีแผนนโยบายไม่มีงบประมาณ เราเองก็ต้องพยายามที่จะหางบมาทำงานตรงนี้ให้ได้ โดยเฉพาะงานผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งเป็นเรื่องของชีวิตคน คนป่วย คนกำลังจะตาย บางที่เราเห็นแล้วก็เกิดความสงสาร อยากช่วยให้ได้มากที่สุด แต่เมื่อมันไม่เอื้ออำนวย เราทำทุกอย่างที่คิดไม่ได้ ก็ต้องให้คนอื่นมาช่วย เราก็คูยหมด ตั้งแต่ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน อบต. โรงพยาบาลใหญ่ ภาครัฐ เราต้องทำทุกอย่างเพื่อให้ชาวบ้านเขาได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด โดยเฉพาะ อสม. ที่มาช่วยเราได้มาก เรื่องงานในหมู่บ้าน”



ภาพที่ 1 ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน

### 3. การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

ผู้ป่วยระยะท้าย เป็นผู้ที่ต้องการการดูแลทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณมากกว่าบุคคลทั่วไป เนื่องจากเมื่อสภาพร่างกายอยู่ในสภาวะเจ็บป่วย สิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยต่อสู้กับโรคร้ายที่เป็นได้คือจิตใจที่เข้มแข็ง จากการศึกษาพบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งด้านจิตใจของผู้ป่วยระยะท้าย คือ

1) ครอบครัว เนื่องจากครอบครัวจะเป็นผู้ที่อยู่เคียงข้างคอยดูแลอย่างใกล้ชิด การได้อยู่พร้อมหน้าพร้อมตากับครอบครัวญาติพี่น้องในวาระสุดท้ายของชีวิต จึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากเช่นเดียวกับการรักษาทางการแพทย์ อีกประการหนึ่งที่สำคัญคือ การที่ครอบครัวสามารถตอบสนองในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการได้ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุข เช่น หากผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่ต้องการหรือญาติพี่น้องที่ต้องการให้ ผู้ป่วยบางรายทำงานหนักมาตลอดชีวิต ไม่เคยใช้จ่ายฟุ่มเฟือย เมื่อถึงระยะท้ายของชีวิต มีความต้องการที่จะใส่ทอง ญาติจึงได้ซื้อสร้อยคอทองคำมาให้ใส่ เมื่อได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการ ผู้ป่วยจะรู้สึกถึงการได้รับการเอาใจใส่ รู้สึกถึงการเป็นบุคคลสำคัญ และรู้สึกมีความสุขถึงแม้จะอยู่ในอาการป่วย

2) การดูแลด้านจิตใจคือ การดูแลเอาใจใส่จากหมอที่ลงเยี่ยม จากการศึกษาพบว่า นอกจากครอบครัวญาติพี่น้องแล้ว บุคคลสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้น คือบุคลากรทางการแพทย์หรือหมอที่ลงมาเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้นมาก รู้สึกว่าเป็นคนสำคัญ บางรายอาการดีขึ้น สามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้นเมื่อมีหมอหรือทีมจากองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพลมาเยี่ยม อีกทั้งการที่หมอหรือองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพล ให้การตอบสนองในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหรือให้การช่วยเหลือครอบครัว จะทำให้ผู้ป่วยมีความตื่นตัวใจ ว่าได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างดีจากหน่วยงานภาครัฐ ทำให้สภาพจิตใจนั้นดีขึ้น อีกทั้งเมื่อได้รับคำแนะนำจากหมอหรือผู้มาเยี่ยม เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับได้ในตัวโรคที่เป็น ลดความวิตกกังวลจากอาการป่วย ยอมรับการรักษาแบบประคับประคอง และใช้เวลาในห้วงสุดท้ายของตัวเองได้อย่างมีความสุข ดังที่ผู้ป่วยรายหนึ่ง กล่าวว่า “ที่ขอลกลับมาบ้าน เพราะอยากกลับมาตายที่บ้าน อยากอยู่กับลูก ถึงจะตายอย่างน้อยก็อยู่พร้อมหน้าพร้อมตา ได้เห็นหน้าลูกก็มีกำลังใจ ญาติ ๆ ก็อยู่ใกล้ ๆ กัน อยากมาเยี่ยมก็มาได้ตลอด คิดถึงตอนไหนก็มา อยู่โรงพยาบาลก็ไม่สะดวก พอมาอยู่บ้าน จากที่จะตายแล้ว อ้าว อาการดีขึ้น (หัวเราะ) คงเพราะได้เห็นหน้าลูก เราเองก็ทำใจ พอทำใจมันก็ไม่คิดมากแล้ว คิดแต่ว่าอยากใช้เวลากับลูกเมียให้นานที่สุด อยู่บ้านก็ดี หมอแดงก็มาบ่อย เอนันต์เอานี้มาให้ อสม.อะไรก็ตามดู เราเห็นหมอเห็นคนมาเยี่ยมก็มีกำลังใจ”

3) การดูแลทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นบทบาทของผู้นำทางด้านจิตวิญญาณหรือพระสงฆ์ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยกลับมาเข้ารับรักษาตัวที่ชุมชน อย่างหนึ่งที่ถูกศึกษาค้นพบคือ จะต้องมีการทำพิธีกรรมทางความเชื่อ ทั้งในเรื่องของการต่อชะตา การทำบุญรูปแบบอื่น ๆ หรือแม้แต่การนิมนต์พระมาให้พร จะทำให้ผู้ป่วยนั้นเกิดความสบายใจมากขึ้น เมื่ออยู่ในระยะท้ายผู้ป่วยบางคนจะมีความวิตกกังวลถึงเรื่องที่เคยกระทำมาในอดีต ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจและอาการทรุดหนัก หรือเกิดอาการเพ้อเมื่อไม่มีสติ มีความเจ็บป่วยทางใจ การดูแลด้านจิตวิญญาณของพระสงฆ์ จะช่วยให้ผู้ป่วยคลายความกังวลใจ จากการศึกษาทำให้เห็นว่า เมื่อใกล้ถึงเวลาที่จะเสียชีวิต ผู้ป่วยบางรายจะขอให้พระสงฆ์มาอ่านสวดมนต์ให้ เป็นเสมือนผู้นำทางพาผู้ป่วยไปยังอีกโลกหนึ่ง พระสงฆ์จะจับมือผู้ป่วยนำสวดมนต์ จนเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว จะสวดมนต์ต่อไปอีก 20 นาที จึงจะหยุดสวด และในระหว่างนั้นญาติจะต้องไม่แสดงอาการเศร้าโศกเสียใจหรือร้องไห้ฟูมฟาย เพราะในทางการแพทย์เชื่อว่า ถึงแม้จะหมดลมหายใจไปแล้ว แต่ในช่วง 20 นาทีแรก จิตจะยังรับรู้ได้อยู่ การให้พระสงฆ์พาสวดมนต์จะเป็นการช่วยนำทางให้ไปสู่ภพภูมิที่ดี ผู้ป่วยจะสิ้นลมอย่างสงบโดยไม่มีอาการทรมานทุรกายเจ็บปวดหรือที่เรียกกันว่าตายดี แต่ถ้าญาติร้องไห้ฟูมฟาย จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเกิดความกังวลอาจทำให้จิตมีความวิตกเกิดความเป็นห่วงแม้จะเสียชีวิตไปแล้ว ซึ่งพระสงฆ์ที่เคยเป็นผู้ทำพิธีให้ผู้ป่วยที่ใกล้จะเสียชีวิต กล่าวไว้ว่า “มันเป็นเรื่องของความเชื่อ พระเป็นเพียงผู้นำทางไปเท่านั้น อาตมาตอบไม่ได้ว่าทำแบบนี้โยมจะได้ขึ้นสวรรค์หรือเปล่า แต่อย่างหนึ่งที่มีแน่นอนก็คือ หากเรามีจิตแน่วแน่ถึง

คุณงามความดี ในช่วงดวงจิตสุดท้าย เราก็จะประสบพบความดี การมีพระเป็นผู้นำทางจะทำให้จิตดีของโยมนั้น แข็งแกร่งขึ้น เหมือนการที่เราจะเดินป่า ต้องมีพรานป่านำทาง ถึงจะไปถูก ในเรื่องนี้ก็เช่นกัน พระจะช่วยนำทาง โยมไปสู่หนทางที่ดีแต่โยมเองต้องมีจิตดีด้วย เมื่อจิตดีก็จะเป็นกุศล สุดท้ายก็จะมีหวังอะไร ก็ตายดี ส่วนเรื่องนรก สวรรค์ที่เขาจะไปหลังจากตาย ก็ขึ้นอยู่กับคุณงามความดีที่เขาเคยทำมา”

การวางแผนและเตรียมพร้อมยอมรับความตายเป็นเรื่องสำคัญมาก เพราะหากไม่มีการวางแผน เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว จะทำให้การจัดการนั้นมีความซุลมุนวุ่นวาย แต่ถ้าก่อนจะเสียชีวิต ญาติหรือผู้ป่วยได้ วางแผนไว้แล้ว จะช่วยให้เหตุการณ์หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตผ่านไปด้วยดี จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยระยะท้ายที่ เข้ามาในชุมชนมักจะมีแผนคร่าว ๆ เอาไว้แล้ว เนื่องจากทำใจแล้วว่าโรคของตนนั้นจะรักษาไม่หาย การขอกลับมา รักษาตัวที่บ้านจึงเป็นหนทางที่จะก่อให้เกิดความสุขในช่วงเวลาสุดท้าย เพราะจะได้อยู่กับครอบครัว ผู้ป่วยทั้งหมด จึงมักมีความพร้อมในการวางแผนชีวิตของตนหรือครอบครัวไว้ อันได้แก่ การพูดคุยกับครอบครัวเรื่องการจัดงานศพ หรือการสั่งเสียเรื่องราวต่าง ๆ แก่ญาติหรือผู้ดูแล หรือแม้แต่การทำพินัยกรรมจัดแจงเรื่องทรัพย์สินต่าง ๆ โดยมักจะมีรับทำเมื่อทราบว่าตนอยู่ในระยะท้าย เพราะไม่อยากจะลูกหลานลำบากเมื่อเสียชีวิตไปแล้ว การวางแผน เช่นนี้ ทำให้ผู้ป่วยลดความห่วงหรือวิตกกังวลลงไปได้บ้าง ว่าเมื่อตนเสียชีวิตไปแล้วครอบครัวจะเป็นอย่างไรต่อไป บางคนจะสั่งเสียว่า หากตนไม่มีสติและใกล้จะสิ้นลมขอให้ไม่ต้องยื้อชีวิต เพราะในบางกรณีถึงแม้จะกลับมาเตรียม สิ้นลมที่บ้าน แต่บางครั้งครอบครัวจะทำใจไม่ได้และขอให้กู้ชีพผู้ป่วยขึ้นมาครั้งแล้วครั้งเล่า แม้ชีพจรของผู้ป่วยจะ กลับมาแต่ก็จะไม่มีสติรับรู้ แทนที่จะตายดีกลับกลายเป็นว่าต้องเสียชีวิตอย่างทุกข์ทรมานท่ามกลาง อุปกรณ์กู้ชีพ ระโยงระยางรอบกาย การวางแผนหรือสั่งเสียไว้จะทำให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดวาระสุดท้ายของชีวิตตัวเองได้ใน ระดับหนึ่ง แต่ทั้งนี้ครอบครัวก็เป็นส่วนสำคัญที่จะต้องยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วยด้วย

#### 4. บทบาทของครอบครัวและชุมชน

จากการศึกษาพบว่าเหตุผลหลักที่ผู้ป่วยเลือกที่จะกลับมารักษาตัวที่บ้าน คือ อยากอยู่พร้อมหน้า พร้อมตาครอบครัว ท่ามกลางลูกหลานญาติพี่น้อง ในวาระสุดท้ายของชีวิต ครอบครัวจึงเป็นปัจจัยหลักที่มีความสำคัญ อย่างมากต่อผู้ป่วยระยะท้าย เนื่องจากครอบครัวจะเป็นผู้ดูแล ผู้ตัดสินใจ ผู้อยู่เคียงข้างและให้กำลังใจ ผู้ป่วย ครอบครัวที่มีความอบอุ่น อยู่กันพร้อมหน้า มีความเป็นเครือญาติสูง มีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะตายดี มากกว่า ครอบครัวที่มีปัญหาความขัดแย้งภายในหรือไม่ลงรอยกัน เพราะในครอบครัวที่มีความขัดแย้ง ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวลและยังมีห่วง ซึ่งจะมีผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยไปถึงตอนที่เสียชีวิต แต่สำหรับผู้ป่วยที่ครอบครัวมีความ อบอุ่นรักใคร่กลมเกลียว ไปมาหาสู่ มาเยี่ยมอยู่เสมอ จะทำให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่ดี ไม่มีภาวะวิตกกังวลว่าเมื่อตน เสียชีวิตไปแล้วคนอยู่ข้างหลังจะเป็นอย่างไร ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและครอบครัวจึงมีผลอย่างมากต่อความอยู่ดี มีสุขของผู้ป่วยระยะท้าย อีกข้อหนึ่งที่ถูกศึกษาค้นพบคือในเรื่องของการทำความเข้าใจกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว จะทำให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น หากก่อนหน้านี้ผู้ป่วยมีปัญหาไม่เข้าใจกับลูกหลานคนในครอบครัว การปรับความ เข้าใจกันจะทำให้ผู้ป่วยไม่ค้างคาใจ และจากไปแบบสงบ ครอบครัวเป็นคนที่สำคัญที่จะดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย ทั้งเรื่องของความอบอุ่นในครอบครัว การดูแล การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย รวมไปถึงบทบาทของผู้ ประสาน โดยญาติต้องทราบว่าหากต้องการความช่วยเหลือจะต้องติดต่อกับใครบ้าง ทั้ง อสม. ประจำคุ้ม ผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน

ในส่วนของญาติหรือครอบครัวเองจะได้รับการเยียวยาสภาพจิตใจหลังการสูญเสียโดยเจ้าหน้าที่ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จะเป็นผู้ประเมินภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น หากพบว่าญาติ หรือครอบครัวมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง จะประสานไปยังนักจิตวิทยาจากโรงพยาบาลพลให้ช่วยลงมาประเมิน และหาทางแก้ไขอีกทางหนึ่ง นอกจากนี้หากญาติหรือครอบครัวต้องการความช่วยเหลือในเรื่องอื่น ๆ ก็สามารถ แจ้งความประสงค์กับ รพ.สต. หรือ อบต. ได้ เช่น ครอบครัวยากจนไม่มีปัจจัยเพียงพอที่จะซื้อโลงศพ อบต.

ก็จะช่วยเหลือนมอโบลองศพให้ หรือผู้ดูแลตงานจากการลาออกจากงานมาดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วอยากกลับไปทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ ก็จะประสาน อบต. เพื่อทำการช่วยเหลือต่อไป

สุดท้ายคือ ในเรื่องของ การดูแล ช่วยเหลือจากชุมชน จากการศึกษาพบว่า ในชุมชนที่มีการช่วยเหลือเกื้อกูล จะเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนเป็นอย่างมาก ชุมชนจะเป็นผู้สนับสนุนที่สำคัญทั้งในเรื่องของการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยหากได้รับการร้องขอ และเรื่องของการให้กำลังใจ รวมไปถึงช่วยดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราวในกรณีที่ยาตีหรือครอบครัวผู้ป่วยนั้นไม่สะดวก ผู้นำชุมชนและ อสม. ประจำคุ้มจะเป็นกลไกสำคัญที่จะเชื่อมต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน โดยต้องเป็นผู้ที่มีจิตอาสา มีความเอื้ออาทรต่อเพื่อนมนุษย์ ไม่เพิกเฉยกับความเดือดร้อนของลูกบ้าน มองว่าการช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยถือเป็นหนึ่งในภาระงานของตนในฐานะผู้นำชุมชน ส่วนของ อสม. ประจำคุ้มและเพื่อนบ้าน ก็เป็นผู้ที่มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีแนวคิดว่าเป็นการดูแลกันครั้งสุดท้าย ดังที่จิตอาสาท่านหนึ่ง ซึ่งเป็น อสม. ให้สัมภาษณ์กับผู้วิจัยว่า “เราเป็น อสม. มีหน้าที่ดูแลสุขภาพของชาวบ้านอยู่แล้ว ที่ผ่านมาก็ทำอะไรทั่ว ๆ ไป แต่พอมีโครงการเราก็ไปอบรม เรื่องการดูแลผู้ป่วยดูแลผู้สูงอายุ กลับมาก็ช่วยหมอดูได้มากขึ้น ดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น มันก็ช่วย ๆ กันไป คนแก่หรือผู้ป่วยบางคนน่าสงสารมาก ไม่มีคนดูแล ไม่มีแม่แต่ข้าวกิน เราก็ไปช่วยดู บางทีก็กระจ่ายข้าวไปในหมู่บ้านว่าบ้านนี้เดือดร้อนยังไง เพื่อให้ชาวบ้านเขาช่วยกันมาดูแล มันก็เป็นอีกวิธีหนึ่ง พี่ว่าตอนนี้หน้าที่หมอย่างเดียวไม่ได้แล้วละ ทุกคนต้องมาช่วยกัน ช่วยคนก็ได้บุญ พอเราเป็นบ้างจะได้มีคนมาช่วยเรา”

### สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เพื่อให้ทราบถึงความอยู่ดีมีสุขของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะท้ายเป็นอย่างไร โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะท้ายที่กลับมาพักรักษาตัวในชุมชน หากวิเคราะห์ตามทฤษฎีความอยู่ดีมีสุขแล้ว พบว่าจะมุ่งเน้นไปที่ความอยู่ดีมีสุขเชิงอัตวิสัยเป็นสำคัญ เนื่องจากเป็นลักษณะของนามธรรมสะท้อนผ่านความพึงพอใจ ความสุข ความเข้าใจกันและกันของผู้ป่วยและญาติ การได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการทำให้รู้สึกเป็นสุข หากแต่ในด้านของภาวะวิสัยนั้นก็มิได้ด้อยไปกว่ากัน เนื่องจากมองในเรื่องของความจำเป็นที่จะตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นอุปกรณ์การแพทย์ต่าง ๆ สภาพแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะซึ่งพบว่า ผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเป็นผู้ที่ “อยู่ดีมีสุขได้” สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งรัตน์ สุขะเดชะ และดารุณี จงอุดมการณ์ [10] ที่ศึกษาเรื่องความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยวิกฤต ที่สรุปผลได้ว่า องค์ประกอบของความอยู่ดีมีสุขของครอบครัว ประกอบด้วย “การดูแลสุขภาพที่ดี” “การปรับตัวภายในครอบครัว” “ปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว” “ปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม” และ “แหล่งประโยชน์ภายนอกครอบครัว” จะเห็นได้ว่าสอดคล้องกับอภิปรายผลของการศึกษาของชวาลา ละวาทีน [9] ที่ศึกษาในเรื่องของความอยู่ดีมีสุขของพนักงานในโรงงาน พบว่า พนักงานมีความอยู่ดีมีสุขด้านการมีครอบครัวในระดับสูง เพราะลักษณะเด่นของคนไทยที่ให้ความสำคัญกับครอบครัวเป็นหลัก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองและความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายของกนิษฐา จันทรคณา และฉวีวิทย์ สิทธิศิริอรอด [15] ที่ว่า การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายระยะเรื้อรัง ซึ่งจะเห็นได้ว่า จากการศึกษาทั้ง 3 เรื่องที่ยกมาข้างต้นนั้น ศึกษาเรื่องของความอยู่ดีมีสุขและความสุข ในมิติที่แตกต่างกัน แต่มีความสอดคล้องกันในเรื่องของปัจจัยที่มีผลต่อความอยู่ดีมีสุข คือ ปัจจัยเรื่องของครอบครัว สภาพแวดล้อม และปัจจัยแวดล้อม และมีความสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่สรุปผลการศึกษาเกี่ยวกับความอยู่ดีมีสุขของผู้ป่วยระยะท้ายออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย คือ ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องตามหลักการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง สภาพแวดล้อมมีความเหมาะสมในการพักรักษาตัว มีเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ครบถ้วน และสามารถเข้าถึงสิทธิการรักษาที่พึงได้รับ

2. การดูแลด้านจิตใจ/จิตวิญญาณ คือ เมื่อร่างกายอยู่ในสภาวะของการเจ็บป่วยสิ่งสำคัญที่จะทำให้จิตใจเข้มแข็งคือ ครอบครัว ผู้ป่วยระยะท้ายต้องการอยู่กับครอบครัวในวาระสุดท้าย รวมถึงการได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการ ได้ทำพิธีตามความเชื่อ ได้เตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิต และได้รับความเอาใจใส่จากหมอหรือเจ้าหน้าที่ที่มาเยี่ยมเยียน

3. การสนับสนุนจากครอบครัว/ชุมชน คือ ได้อยู่พร้อมหน้าสมาชิกครอบครัว หรือครอบครัวมีความอบอุ่นคนในครอบครัวไม่มีความขัดแย้งทะเลาะเบาะแว้งกัน ครอบครัวมีความเป็นเครือญาติสูง การได้รับความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยกับคนในครอบครัว ในเรื่องที่เคยขัดแย้งบาดหมางใจกัน คนในครอบครัวมีการเตรียมพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วย คนในครอบครัวได้รับการดูแล สนับสนุนทางด้านจิตใจและด้านอื่น ๆ ที่จำเป็นเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ส่วนในเรื่องของชุมชนนั้น ชุมชนที่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันสูงจะเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย เป็นปัจจัยให้ผู้ป่วยบรรลุถึงความอยู่ดีมีสุขได้ในระยะท้ายของชีวิต

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาในครั้งนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนการเก็บข้อมูลจากกลุ่มวิจัยความอยู่ดีมีสุขและการพัฒนาอย่างยั่งยืน คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

### เอกสารอ้างอิง

- [1] กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2557*. สืบค้นเมื่อ 6 ตุลาคม 2562, จาก <http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.pdf>
- [2] Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, and Ullrich A. (2002). Palliative care: The World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*, 24(2), 91-96.
- [3] Sawatzky R, Porterfield P, Roberts D, Lee J, Liang L, Reimer-Kirkham S, Pesut B, Schalkwyk T, Stajduhar K, Tayler C, Baumbusch J, and Thorne S. (2017). Embedding a palliative approach in nursingcare delivery: an integrated knowledge synthesis. *Advances in Nursing Science*, 40(3), 261-277.
- [4] Chaiviboontham, S. (2016). *Palliative Care Model in Thailand*. Retrieved May 1, 2019, from [https://med.mahidol.ac.th/nursing/Chronic/Document/Feb13/Feb13\\_PalliativeCare.pdf](https://med.mahidol.ac.th/nursing/Chronic/Document/Feb13/Feb13_PalliativeCare.pdf)
- [5] World Health Organization (WHO). (2018). *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: A WHO guide for planners, implementers and managers*. Geneva: Switzerland.
- [6] สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2557). *แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการเสริมสร้างสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559*. พิมพ์ครั้งที่ 1. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- [7] บัวพันธ์ พรหมพักพิง. (2556). *แนวคิดและทฤษฎีการพัฒนา : จากความมั่งคั่งทางวัตถุสู่ความอยู่ดีมีสุขประชาชาติ*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- [8] Sen, A. (1985). Well-being, agency and freedom: The Dewey Lectures 1984. *The Journal of Philosophy*, 82(4), 169-221.

- [9] ชวาลา ละวาทิน. (2561). ความต้องการและความอยู่ดีมีสุขของพนักงานโรงงาน. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, 12(1), 38-49.
- [10] รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ, และดารุณี จงอุดมการณ์. (2560). ความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยวิกฤต : การวิจัยเชิงคุณภาพ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 40(2), 22-31.
- [11] พรเพ็ญ โสมาบุตร. (2560). ความอยู่ดีมีสุขของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต (สาขาวิชาพัฒนศาสตร์บัณฑิต) มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- [12] ภัทรพร วีระนาคินทร์, และบัวพันธ์ พรหมพักพิง. (2561). การพัฒนาตัวชี้วัดความอยู่ดีมีสุขของชุมชนชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย : กรณีศึกษา ชุมชนชนบทในจังหวัดขอนแก่น. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา, 13(3), 463-472.
- [13] บัวพันธ์ พรหมพักพิง, นิลวดี พรหมพักพิง, พรเพ็ญ โสมาบุตร, ภัทรพร วีระนาคินทร์, และนพรัตน์ รัตนประทุม. (2561). การเปลี่ยนแปลงความอยู่ดีมีสุขของชนบทอีสานในรอบ 10 ปี พ.ศ. 2548-2559. ขอนแก่น: กลุ่มวิจัยความอยู่ดีมีสุขและการพัฒนาอย่างยั่งยืน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- [14] Doyal, L., and Gough, I. (1991). *A Theory of Human Need*. Basingstoke and London: Macmillan.
- [15] กนิษฐา จันทรคณา, และฉัฐวิทย์ สิทธิศิริอรุณ. (2560). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองและความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย. วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), 9(17), 1-12.