

หนังสือรับรองการใช้ประโยชน์ของผลงานวิจัย

ชื่อหน่วยงานที่รับรอง ชมรมผู้สูงอายุ บ้านแม่ก่ง

ที่อยู่หน่วยงานที่รับรอง ชมรมผู้สูงอายุ บ้านแม่ก่ง ต. บ้านเป้า อ. เมือง จ. ลำปาง

วัน เดือน ปีที่ให้การรับรอง 1 พฤศจิกายน 2555

เรื่อง การรับรองการใช้ประโยชน์ของผลงานวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

ข้าพเจ้า.....นายวาท ต๊ะคำวรรณ..... ตำแหน่ง.....ประธานชมรมผู้สูงอายุ บ้านแม่ก่ง.....

ขอรับรองว่าได้มีการนำผลงานวิจัยเรื่อง.....กระบวนการจัดการครอบครัวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

นำไปใช้ประโยชน์ ดังนี้ (กรุณาเลือกโดยการทำเครื่องหมาย ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง และกรุณาให้รายละเอียดการใช้ประโยชน์เพิ่มเติมท้ายข้อความที่เลือก)

- ☐ การนำไปใช้ประโยชน์เชิงสาธารณะ (การใช้งานวิจัยให้เกิดประโยชน์แก่สาธารณชนในเรื่องต่างๆ ที่ทำให้สุขภาพ คุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจของประชาชน/ชุมชนดีขึ้น)
- ☐ การใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย (เช่น การนำผลจากการวิจัยไปประกอบเป็นข้อมูลการประกาศใช้กฎหมาย
- ☒ การใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์/เป้าหมายของงานวิจัย/งานสร้างสรรค์ คือนำผลการวิจัยไปช่วยวางแผนช่วยเหลือครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุใกล้เสียชีวิต เช่นทำความเข้าใจธรรมชาติการตาย ช่วยจัดการการดูแลตามสมควร เป็นต้น..... *ครูทันงานใจ*

ช่วงเวลาในการใช้ประโยชน์

☐ ตั้งแต่..... 1 พฤศจิกายน 2555.....จนถึงปัจจุบัน

โดยการใช้ประโยชน์นั้น ก่อให้เกิดผลดีหรือประโยชน์ ดังนี้

1. มีการวางแผนช่วยเหลือสมาชิกหมู่บ้านอย่างมีความเข้าใจมากขึ้น

ลงชื่อ..... *วาท ต๊ะคำวรรณ*

(ชื่อ-สกุล *นายวาท ต๊ะคำวรรณ*)

ตำแหน่ง..... *ประธานชมรมผู้สูงอายุ บ้านแม่ก่ง*

หมายเหตุ: ท่านสามารถประทับตราของหน่วยงานในเอกสารนี้ได้ (ถ้ามี)

กระบวนการจัดการครอบครัวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน:

กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

จันทร์ธิดา ศรีกระจ่าง และ นิกร กันภัย

บทคัดย่อ

ความตาย เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านในพื้นที่จังหวัดลำปางและกระบวนการจัดการครอบครัวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านในพื้นที่จังหวัดลำปาง วิธีการศึกษาประกอบด้วย การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์ประเด็นเนื้อหาพร้อม (Thematic Analysis) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีประสบการณ์ในด้านการเปลี่ยนแปลงของการผู้ป่วย แบ่งออก 3 ระยะด้วยกัน คือ ระยะทรุด ระยะใกล้ตาย และระยะตาย โดยทั้ง 3 ระยะ มีระยะเวลาที่ไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย กระบวนการจัดการครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายประกอบไปด้วย 1) การจัดการในระยะทรุด ได้แก่ การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน และการดูแลด้านจิตวิญญาณ 2) การจัดการในระยะใกล้ตาย ได้แก่ การยอมรับความตายที่จะมาถึง การสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ การดูแลด้านจิตวิญญาณ การดูแลใกล้ชิดตลอดเวลาและการอยู่กันพร้อมหน้าของสมาชิกครอบครัว และ 3) การจัดการในระยะตาย ได้แก่ การจัดการด้านร่างกาย การจัดการด้านพิธีกรรม และการจัดการด้านทรัพย์สิน กระบวนการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านมีความสอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมและเป็นการดูแลตามวิถีพุทธ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้พบกับการตายที่ดี

คำสำคัญ: กระบวนการจัดการครอบครัว, คุณภาพชีวิต, การดูแล, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, วิถีพุทธ

Abstract

Dying is a very important and meaningful process for the dying and family members. The objective of this participatory action research was to explore caregivers caring experience of dying patient and family management process of dying care on quality of life in the area of Lampang Province. The study methods were focus group discussion and in-depth interview. The study samples were 20 caregivers who provided caring for their dying relatives, selected by purposive sampling. Thematic analysis was used to analyze the data. The two main themes identified from the study were the caregivers experienced three stages of dying included stage of deterioration, stage of active dying and stage of death. Each stage of symptom was uncertain and had direct impact on caregiver experience. Family members were planned the management process for dying people consisted of 1) management of deterioration stage: daily living caring and spiritual

¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่ 268 ถนนป่าขาม ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000

² สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เลขที่ 331/1 หมู่ 2 ตำบลทุ่งโฮ้ง อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ 54000

caring 2) management of active dying stage: accept for the death, create a peaceful climate, spiritual caring, close caring and all family members staying together and 3) management of death stage: death body preparing, funeral management and heritage management. Family management process of dying patient in the context of home care was accordance with the holistic approach and Buddhist way aimed to help the dying meet a good death.

Keywords: family management process, quality of life, caring , dying patient , Buddhist way

บทนำ

แนวโน้มการเจ็บป่วยของประชากรไทยในปัจจุบันส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคที่เกิดจากพฤติกรรม และเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ส่งผลต่อสุขภาพทำให้เกิดความเจ็บป่วยในระยะยาวและส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลสุขภาพในภาพรวมของประเทศ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกลุ่มโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของสุขภาพคนไทย ประกอบด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมอง และโรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังดังกล่าวจำนวนมากมีภาวะแทรกซ้อนและทำให้ต้องรับการรักษาเป็นเวลานาน การรักษาช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีชีวิตรอดยืนยาวขึ้น ในขณะที่เดียวกันผลกระทบที่เกิดขึ้นคืออัตราการครองเตียงในโรงพยาบาลที่เกิดจากกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐและจากข้อมูลสภาวะการตายของประชากรไทย พบว่า 5 อันดับแรกของโรคที่เป็นสาเหตุการตาย พ.ศ. 2549- 2553 ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคปอดอักเสบและโรคไตวาย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและ โรคมะเร็ง เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เนื่องจากลักษณะการดำเนินของโรคมักเป็นไปในทางที่เลวลงและใช้ระยะเวลาในการรักษา ผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ จำเป็นต้องใช้วิธีการรักษาแบบประคับประคองไปเรื่อยๆ จนกว่าจะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตและเสียชีวิต

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล เป็นการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยให้มากที่สุด ปลดปล่อยภาระงานการตายเกินไปตามธรรมชาติ (Kuebler, 2003) มุ่งเน้นการลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยให้มากที่สุดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ คอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณและให้ความสำคัญกับครอบครัวของผู้ป่วย (ลักขมีย์ ชาญเวชช์, 2548) ในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยและมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแล รวมไปถึงการให้ความเคารพในค่านิยม ความเชื่อและศาสนาของผู้ป่วยและครอบครัวปัจจุบันโรงพยาบาลหลายแห่งมีการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาใช้อย่างกว้างขวาง มีแนวทางการปฏิบัติและการจัดการในด้านระบบบริการที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและเอื้อให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลตามความเชื่อและคอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานและการรับรู้ว่าคุณเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ โดดเดี่ยว กลัว วิตกกังวล หดหู่ เศร้าหมองและขาดที่พึ่งพิง (วรพงษ์ เวชมนะสินนท์, 2551) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่จึงมีความต้องการอยากกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อใช้เวลาที่เหลืออยู่กับ

บุคคลใกล้ชิด ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) เพราะทำให้รู้สึกอบอุ่นกว่าการอยู่ในโรงพยาบาล ประเวศ วะสี (อ้างอิงใน ส.ศิริรักษ์, 2544) กล่าวว่าผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบที่บ้าน ในบ้านที่ตนเคยอยู่ท่ามกลางลูกหลานที่ให้ความเคารพนับถือ ย่อมมีเกียรติและศักดิ์ศรีมากกว่าการตายในที่ที่แปลกงกที่ตนเคยอยู่

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน เป็นความรับผิดชอบของบุคคลในครอบครัว มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ เช่น บริบทของครอบครัว สภาพของผู้ป่วยและปัจจัยด้านความพร้อมในการดูแลของครอบครัว ลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว รายได้ และภาระอื่นๆ งานวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาประสบการณ์ของบุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน เพื่อให้ทราบถึงกระบวนการและระบบการดูแลที่เป็นเหมาะสมอันสามารถส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านในพื้นที่จังหวัดลำปาง
2. เพื่อศึกษากระบวนการจัดการของครอบครัวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านในพื้นที่จังหวัดลำปาง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้คณะผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัย 4 ด้านดังนี้ ด้านเนื้อหา คือ ขอบเขตเนื้อหาได้แก่ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ขอบเขตด้านประชากรได้แก่ ผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ด้านพื้นที่ที่ทำการศึกษา ได้แก่ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง และด้านระยะเวลา งานวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาทำการศึกษา 6 เดือน

การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยมีขั้นตอน ดังนี้

1. เตรียมการวางแผนดำเนินการวิจัย โดยดำเนินการประชุมกับทีมนักวิจัย เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน โดยมีฐานคิดด้านแนวทางการจัดการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

2. ทบทวนวรรณกรรมและค้นหาข้อมูลหรือเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

3. พัฒนาเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ ประชุมชี้แจงในทีมวิจัย เพื่อสร้างความเข้าใจให้ตรงกันในการใช้เครื่องมือ

4. ลงพื้นที่เพื่อศึกษาสภาพของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

5. ดำเนินการสำรวจ สันทนากลุ่มย่อย สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย คือ ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

6. ดำเนินการตรวจเทียบเพื่อถอดองค์ความรู้ในการกระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยจากผู้มีประสบการณ์ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์ประเด็นเนื้อหาพร้อม (Thematic Analysis) เพื่อหาข้อสรุปร่วมกันในการรายงานผลการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 49 ปีขึ้นไป อาชีพทำเกษตรและรับจ้างมากที่สุด การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเฉลี่ย 5 เดือนขึ้นไป

2. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

2.1 การรับรู้การเปลี่ยนแปลงของอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้ดูแล พบว่ามีการดำเนินของโรคเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะทรุด เป็นระยะหลังจากได้รับทราบข้อมูลว่าไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายได้ หรือรักษาตามอาการ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นและยากที่จะกลับมาเหมือนเดิม “อาการทรุดลงเรื่อยๆ ร่างกายผอมลงๆ ไม่แข็งแรง เหมือนใบไม้ค่อยๆ แห้ง” ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน “กินข้าวไม่ได้ ต้องกรอกใส่ปาก ร่างกายผอมมาก ถ่ายเองก็ไม่ได้ ต้องสวนกันให้”

ระยะใกล้ตาย เป็นระยะที่มีอาการที่แสดงว่าผู้ป่วยจะสิ้นลมหายใจ สังเกตเห็นได้จากลักษณะอาการที่เปลี่ยนไป ได้แก่ “กระวนกระวาย หน้าซีด เนื้อตัวเย็น แขนขาไม่ขยับ เย็นไปถึงหัวเข่า มือและเท้าซีดเหลือง งอรั้งเข้าหาตัว” มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ “หายใจเป็นเสียงๆ 3 ครั้ง มีเสียงดังครอกๆ ในคอ อ้าปากค้าง”

ระยะตาย เกิดขึ้นอย่างค่อเนื่องจากระยะใกล้ตาย

2.2 ประสบการณ์จากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจนเสียชีวิต

อาการมีแต่ตรงกับทรุด “ทำทุกอย่างแล้วก็ไม่หายซักที เหมือนเดิมทุกอย่าง อาการไม่ดีขึ้น”

จิตใจที่มีโอกาสดูแลและได้ทำตามความต้องการของผู้ป่วย “จิตใจที่ได้ดูแลเองจน

แม่ตาย พูดตลอดว่าอยากกลับบ้าน อยากมาตายที่บ้าน ดายบ้านมันอบอุ่นกว่า อยู่ใกล้ลูกใกล้หลาน ใกล้ญาติพี่น้อง” “หมอบอกว่ารักษาไม่ได้แล้ว ยาแก้ก็ไม่ยอมกิน บอกแต่ว่าจะกลับบ้าน”

เหนื่อยแต่รู้ว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องทำ “บางคน ไม่ได้ยินเลย พอบอกปวด ก็นั่งข้างๆ นวดให้ทั้งคืน” “เราเป็นลูก ยังไงก็เป็นหน้าที่ของเรา”

เตรียมใจรับการจากไป “เตรียมใจไว้แล้ว พื่อต้องการกลับบ้าน ก็รู้แล้วว่าพ่อคงอยู่อีกไม่นาน”

ภาระค่าใช้จ่าย กลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมานานถึง 2 ปี ทำให้ต้องหยุดทำงานและไม่มีรายได้ในช่วงที่ต้องดูแลผู้ป่วย แต่เนื่องจากเป็นลูกสาวคนเดียวและยังไม่แต่งงาน จึงต้องรับหน้าที่ในการดูแล “ปกติทำงานรับจ้างโรงถั่วได้ค่าแรงวันละ 180 บาท 2 ปีมานี้ไม่ได้ทำ พี่เขาให้เป็นเดือน บางครั้งก็ไม่พอ ก็ใช้เงินเก็บของตัวเอง”

3. กระบวนการจัดการของครอบครัวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการจัดการของครอบครัวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านประกอบด้วย 3 ประเด็น ดังนี้

3.1 การจัดการในระยะทรุด

การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การเตรียมสถานที่เพื่อให้สามารถดูแลได้สะดวก ทุกเวลา “ย้ายออกมานอนข้างนอก ให้โล่งๆ ไปห้องน้ำก็สะดวก” การดูแลเรื่องอาหารและการขับถ่าย “กินข้าว

ไม่ได้ ต้องกรอกใส่ปาก ร่างกายผอมมาก ถ่ายเองก็ไม่ได้ ต้องสวนกันให้” การปรับตัวของผู้ทำหน้าที่ดูแล “หยุดทำงาน เฝ้ามองอย่างเดียว”

การดูแลด้านจิตวิญญาณ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการปรึกษาหารือกับสมาชิกครอบครัว และจัดหา เตรียมการทำพิธีการต่างๆ ตามความเชื่อที่ปฏิบัติต่อกันมา โดยมีความหวังว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาการดีขึ้น “ปรึกษาศาสนิกชน นมอดู ว่าทำอย่างไรจะหาย ก็บอกให้ไปทำบุญ สวดเคราะห์ ทานสังฆทาน ทำบุญให้เจ้ากรรมนายเวร ทำบุญสืบชะตา” “ทานรูปเทียน ข้าว ทุกอย่างทำเอาบุญ” “ก็เชื่อว่าจะต้องเอื้อไปอีก สวดเคราะห์ก็จะได้พ้นเคราะห์”

3.2 การจัดการในระยะใกล้ตาย

ยอมรับความตายที่จะมาถึง เมื่อความพยายามในการทำสิ่งที่เชื่อว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นไม่ เป็นไปตามที่คิด “ทำทุกอย่างแล้วก็ไม่หายซักที เหมือนเดิมทุกอย่าง อาการ ไม่ดีขึ้น”

สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ “นิมนต์พระมาบ้าน ถ้าคนใกล้ตายเห็นพระแล้วจะได้ไปดี ใจ สงบ หมดห้วง หมดก่วงล ใจจะเป็นสุขก่อนตาย”

การดูแลด้านจิตวิญญาณ “วันที่แก่จะตาย ญาติพี่น้องแก่ก็มาขอขมา เอาข้าวดอกดอกไม้มาขอ โทษที่ได้เคยล่วงเกิน สัก 4 โมงแก่ก็ไป” “อาบอกให้เดือนสติ ก็บอกพุทธโธ แก่หายใจเอือก 3 ครั้งก็หยุด”

ดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา “อยู่กันตลอด บอกกันว่าอย่าหลับ ให้คอยดูใจ ให้เปลี่ยนกันหลับ” “กลัวเวลาแก่ไปจะ ไม่มีคนรู้ อย่าหลับลึก จะได้เห็นว่าแก่ไปทางไหน” “คนที่มาเยี่ยม ก็นั่งเฝ้าข้าง เกรียมของสืบ ชะตาบ้าง คนก็นั่งเฝ้าอยู่รอบๆกัน” การอยู่กันพร้อมหน้าของสมาชิกครอบครัว “อยู่กันหมดทุกคน ไม่มีใครไป ไหน เพราะรู้ว่าพ่อจะ ไปแล้ว”

3.3 การจัดการในระยะตาย

การจัดการด้านร่างกาย “อาอาบนน้ำใส่เสื้อผ้าใหม่ให้ เอาเงินใส่มือ 200 ก็บอกแก่ว่า อย่าไม่ต้อง ห่วงนะ” “ห้ามร้องไห้ให้น้ำตาตกใส่ตัวแก่ แก่จะกังวล”

การจัดการด้านพิธีกรรม “ก็จัดตามที่เรทำกันมา ตายบ้านก็เอาไว้บ้าน เข้าวันที่จะเผาค่อยไป วัด” “สวด 5 คีน หลานชาย 2 คนก็บวชให้”

การจัดการด้านทรัพย์สิน “ก็อยู่บ้านนี้คือ พี่ๆเขาแยกบ้านไปหมดแล้ว แม่แบ่งไว้ให้แล้วก็ ตามนั้น ไม่มีปัญหา” “ที่นา 3 ไร่ พ่อสั่งไว้ยกให้น้องกับเมียเขา”

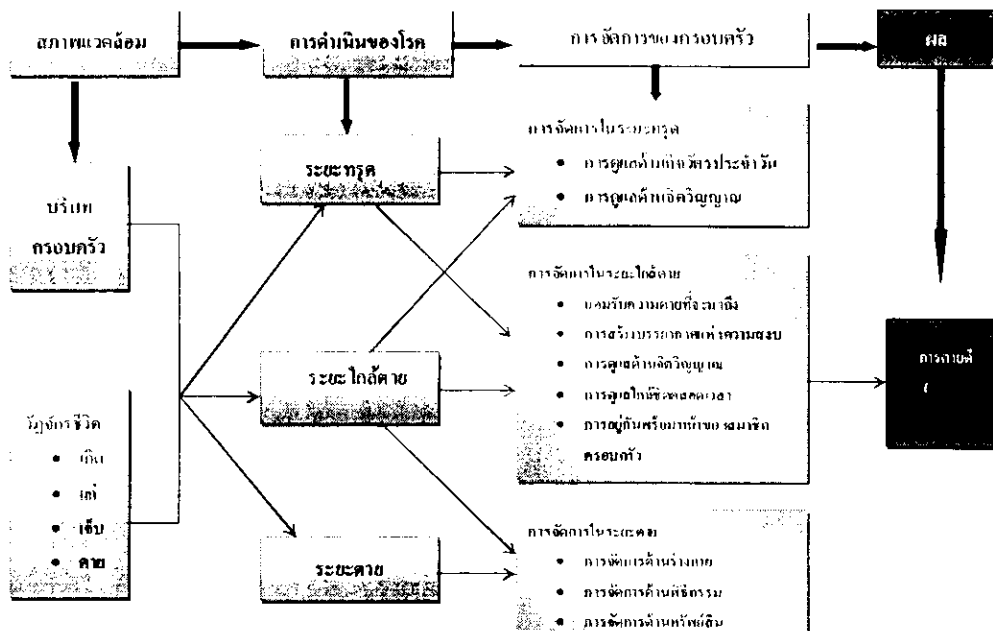
สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

การศึกษาระบบการจัดการครอบครัวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านในพื้นที่ อำเภอมือง จังหวัดลำปาง ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีประสบการณ์ในด้านการเปลี่ยนแปลงของ อาการผู้ป่วยแบ่งออก 3 ระยะด้วยกัน คือ ระยะทรุด ระยะใกล้ตายและระยะตาย โดยทั้ง 3 ระยะ มีระยะเวลาที่ไม่ แน่นนอนขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวคิดในเรื่องระยะใกล้ตาย (Active dying) ที่ผู้ป่วยจะมี อาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายหลายประการ แตกต่างกันไปตามสาเหตุและความล้มเหลวของระบบการทำงานของร่างกาย อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่จะเกิดขึ้นในระยะก่อนเสียชีวิตคือ อ่อนเพลีย ไม่มี แรง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ มีจั้งเกิด ต้องได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การ รับรู้ลดลง ร่างกายไม่สามารถดูดซึมอาหารและน้ำได้อีก ระบบการกินและการดูดกลืนทำงานลดลง (Berry et al.

2002) อาการของผู้ป่วยจะมีการดำเนินต่อไปจนถึงระยะที่แสดงว่าผู้ป่วยจะสิ้นลมหายใจที่ผู้ดูแลสามารถสังเกตเห็นได้ในทางการแพทย์มักถือว่าระยะใกล้ตายคือ 48 ชั่วโมงสุดท้าย (Pittorak, 2003) และเข้าสู่ระยะตายในที่สุด

การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้ง 3 ระยะ ส่งผลต่อการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การรับรู้ว่าการของผู้ป่วยมีแต่ทรงกับทรุด รู้สึกดีใจที่ได้มีโอกาสดูแลจนผู้ป่วยจากไปและได้ทำตามความต้องการของผู้ป่วย รู้สึกเหนื่อยแต่รู้ว่าเป็นสิ่งที่ต้องทำ ต้องเตรียมใจรับการจากไป แม้ว่าจะพยายามทำทุกอย่างและภาระค่าใช้จ่าย การที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสแสดงถึงความรัก ความเคารพต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจนวาระสุดท้ายของชีวิตที่เป็นไปตามความต้องการของตนเอง (Trough et al, 2008) ความบทบาทหน้าที่ในครอบครัวที่พึงกระทำ สอดคล้องกับการศึกษาของ เนลสัน และคณะ (Nelson et al, 2010) ที่พบว่า บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความต้องการที่จะได้มีโอกาสในการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้สามารถดำเนินชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

กระบวนการจัดการของครอบครัวประกอบไปด้วยการจัดการในระยะทรุด ได้แก่ การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน และการดูแลด้านจิตวิญญาณ เป็นการจัดการขั้นพื้นฐานในเวลาที่บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย โดยการจัดการในด้านคน เงิน สถานที่ ด้านอาหาร การอำนวยความสะดวก การปรับตัวของผู้ดูแล การสร้างความคาดหวัง แรงจูงใจในครอบครัว ในสถานการณ์วิกฤต รวมถึงการวางแผนที่ดีสำหรับผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นการจัดการบนพื้นฐานความผูกพันในการดำเนินชีวิตร่วมกัน เกี่ยวข้องกับการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ทางกฎหมาย รวมทั้งด้านจิตใจและอารมณ์ (นิสิต จันทร์สมวงศ์, 2553; Hendrich, 2010)การจัดการในระยะใกล้ตายได้แก่ การยอมรับความตายที่จะมาถึง การสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ การดูแลด้านจิตวิญญาณ การดูแลใกล้ชิดตลอดเวลาและการอยู่กันพร้อมหน้าของสมาชิกครอบครัวในระยะสุดท้ายของชีวิตและการจัดการในระยะตาย ได้แก่ การจัดการด้านร่างกาย การจัดการด้านพิธีกรรม และการจัดการด้านทรัพย์สิน เป็นกระบวนการจัดการครอบครัวที่สอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม (holistic care) ที่ครอบคลุมทุกมิติคือ กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ และเป็นการดูแลตามวิถีพุทธ (Buddhist way) ในการช่วยเหลือประคับประคองให้ผู้ป่วยมาถึงวาระสุดท้ายของชีวิตได้อย่างสงบ เป็นกุศลกรรมที่มนุษย์พึงกระทำต่อมนุษย์ด้วยกัน โดยการให้ความรักความเมตตาแก่ผู้ป่วย ชักชวนให้ผู้ป่วยนึกถึงแต่สิ่งดีงาม การช่วยเหลือสารให้ผู้ป่วยปล่อยวางความกังวลหรือปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ และสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต การประกอบพิธีกรรมต่างๆตามความเชื่อที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา เป็นสิ่งที่ครอบครัวกระทำด้วยความหวังว่าอาจช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้ การจัดการในระยะใกล้ตาย มุ่งเน้นไปที่การเตรียมการต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไปสู่การตายที่ดี (Reoch, 1997; Smith, 2000) ดูแลโดยคำนึงถึงมิติด้านจิตวิญญาณ ที่สอดคล้องกับความเชื่อ วัฒนธรรมและการปฏิบัติของครอบครัว (Sankar, 1999) โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยได้พบกับความตายที่ดี(good death) อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ผลการวิจัยสรุปเป็นแนวคิดการจัดการครอบครัวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังภาพที่ 1



ภาพ 1 กระบวนการจัดการครอบครัวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาและสนับสนุนระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว มีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับระบบการดูแลของโรงพยาบาลและสถานบริการ
2. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ในประเด็นคุณภาพการดูแลและความต้องการการสนับสนุนของครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เอกสารอ้างอิง

- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2551). พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Nurse: Being With The Dying). (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิสิต จันทร์สมวงศ์. (2553). การบริหารจัดการครอบครัวจากงานแบบบูรณาการ: ชี้นำชีวิต จัดทำเข้มทิศชีวิต บริหารจัดการชีวิตและดูแลชีวิต. ข้อมูลศูนย์สารสนเทศเพื่อการพัฒนาชุมชน กรมการพัฒนาชุมชน กรกฎาคม 2553. เอกสารอัดสำเนา.
- พระไพศาล วิสาโล. (2552). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมุมมองด้วยวิถีแบบพุทธ ในแสงบุญ เจริญวิภาส และไพศาล ลิ้มสถิต (บรรณาธิการ). ก่อนวันผัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวันวาระสุดท้าย. กรุงเทพฯ: เดือนตุลา.
- ลักขณ์ ชาญเวทย์. (2548). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ส.ศิริรักษ์. (2544). เตรียมตัวตายอย่างมีสติ (ฉบับขยายความ). (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัทส่องสยาม จำกัด.

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน
จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2549- 2553, 15 กรกฎาคม 2555. [http://bps.ops.moph.go.th/
Healthinformation/2.3.6_53.pdf](http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/2.3.6_53.pdf)

สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
พ.ศ. 2553. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, ปีที่ 43, ฉบับที่ 17 : 4 พฤษภาคม
2555, 257-264.

Berry, P.H., Kuebler, K.K., & Heidrich, D.E. (2002). **End of life care clinical practices guidelines**.
Philadelphia: W.B. Saunders.

Hendrich, B.J. (2010). Family Management, Family Ownership, and Downsizing: Evidence from S&P
500 Firms. **Family Business Review**, 23, 109-130.

Kuebler, K.K. (2003). The palliative care advanced practice nurse. **Journal of Palliative Medicine**, 6,
707-714.

Nelson, J.E., Puntillo, K.A., Pronovost, P.J., Walker, A.S., McAdam, J.L., Hsiao, D., et al. (2010).
In their own words: patients and families define high-quality palliative care in the intensive
care unit. **Critical care medicine**, 38(3), 808-818.

Pitorak E.F. (2003). Care at the time of death. **American Journal of Nursing**, 103, 42-51.

Reoch R. (1997). **Dying well: a holistic guide for the dying and their carers**. Stroud . Rydalmerc:
Hodder & Stoughton.

Smith R. (2000). A good death : An important aim for health services and for us all . **British Medical
Journal**, 320, 129-130.

Sankar A. (1999). **Dying at home : A Family Guide for Caregiving**. London : The John Hopkins
University Press.

Troug, R.D., Campbell, M.L., Curtis, J.R., Hass, C.E., Luce, J.M., Rubenfeld, G.D., et al. (2008).
Recommendation for end of life care in the intensive care unit: A consensus statement by the
American Academy of Critical Care Medicine. **Critical Care Medicine**, 36(3), 953-963.