

ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง

ปณิชา บุญสวัสดิ์* Ph.D. (Nursing)

เดือนทิพย์ เขมโสภา** วท.ม. (พยาบาลศาสตร์)

วิไลพร สิงห์นาคกิจ*** พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ลัญจณ์ศักดิ์ อรรถยาการ**** พ.บ.

บทคัดย่อขยาย :

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์ในปี 2565 และคาดว่าจะเป็สังคมสูงวัยระดับสุดยอดในปี 2574 ส่งผลให้ความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น การรอดชีวิตจากมะเร็งขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ โรคประจำตัว พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยภายนอก เช่น การเข้าถึงการรักษา การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ผู้สูงอายุเป็กลุ่มเสี่ยงสูงและต้องการการดูแลต่อเนื่องหลังรอดชีวิต การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็แนวทางสำคัญในการดูแลสุขภาพทั้งกายและใจ โดยเฉพาะในบริบทไทยที่เชื่อมโยงกับวัฒนธรรมและจิตวิญญาณ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ตรงของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งที่ใช้ภูมิปัญญายังมีจำกัด ผู้วิจัยจึงศึกษาประเด็นนี้เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และบริบทไทย โดยมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมและยึดผู้รับบริการเป็ศูนย์กลาง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็งในการใช้ภูมิปัญญาดูแลสุขภาพ การวิจัยนี้เป็การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา เป็การศึกษาที่แสวงหาความจริงทำความเข้าใจปรากฏการณ์ตามธรรมชาติของกลุ่มเป้าหมาย ให้คุณค่ากับทัศนคติ ความนึกคิด ความเชื่อ พฤติกรรมและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ ทำความเข้าใจปรากฏการณ์อย่างเป็องค์รวมภายในบริบทที่ศึกษา (naturalistic inquiry) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาปรากฏการณ์ในบริบทสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติจริงจากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยมะเร็งและรอดชีวิต ณ สถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกและเป็ส่วนตัว เช่น บ้านผู้สูงอายุ สถานเอนมัย สวน และที่โรงพยาบาล โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ และสังเกต เป็หลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุหญิงและชาย มีอายุ 60 ปี ที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง อย่างน้อย 5 ปี ขึ้นไป จำนวน 11 ราย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักความอิ่มตัวของข้อมูล โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 ถึง มกราคม พ.ศ. 2563 เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) มีประสบการณ์ใช้ภูมิปัญญาดูแลตนเองเมื่อป่วยด้วยโรคมะเร็งและหลังป่วย 2) สามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน 3) สามารถถ่ายทอดประสบการณ์ได้ดีและสื่อสารภาษาไทยได้ 4) มีการรู้คิดปกติ 5) ไม่มีภาวะซึมเศร้า

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลพื้นฐานและบริหารการพยาบาล สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

**Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลพื้นฐานและบริหารการพยาบาล สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย, E-mail: duantip.k@stin.ac.th

***อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลพื้นฐานและบริหารการพยาบาล สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

****อาจารย์ นายแพทย์ ศูนย์ชีวภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วันที่รับบทความ 9 กันยายน 2567 วันที่แก้ไขบทความ 20 มกราคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 21 มกราคม 2568

6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก 1) มีการเจ็บป่วยรุนแรงระหว่างการวิจัย ใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและบอกต่อแบบลูกโซ่ เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย นักวิจัยที่มีประสบการณ์ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพและดูแลผู้ป่วยมะเร็ง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แนวทางสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบสังเกตและแบบบันทึกภาคสนาม การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก สังเกตพฤติกรรมและวิธีการดูแลสุขภาพ ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ข้อมูลทำไปพร้อมกันโดยการตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (inductive analysis) ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแก่นสาระ 6 ขั้นตอนของเบรานและคลาร์ก

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 66.54 ปี ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง เป็นมะเร็งเต้านม 5 ราย รองลงมาคือ มะเร็งปากมดลูก 3 ราย กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความรู้ ความเข้าใจแนวคิดและพฤติกรรมที่เรียนรู้สั่งสมจากประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ใช้แก้ปัญหาความทุกข์ในชีวิตประจำวัน ช่วยให้อาการดูแลสุขภาพได้แข็งแรง และยินดีถ่ายทอดประสบการณ์ให้ผู้อื่น เหล่านี้ถือเป็น “ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ” ผลการวิจัยพบ 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ทักษะชีวิตพิชิตโรค ได้แก่ อยู่กับปัจจุบัน สร้างพฤติกรรมสุขภาพ และปลูกทักษะชีวิต 2) แหล่งสนับสนุนสู่หลักชัย ได้แก่ ตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และชุมชน และ 3) หลักธรรมนำเข้าใจชีวิต ได้แก่ มีความมุ่งมั่นแก้ปัญหา รับผิดชอบตนเองและเพียรพยายามอดทน ยอมรับความจริง ปล่อยวาง เรียนรู้โลกภายในตน และสร้างทางสายสมดุผล การศึกษาสะท้อนว่าภูมิปัญญาผู้สูงอายุเป็นเครื่องมือสำคัญในการเผชิญความทุกข์ยากนำไปสู่ความสมดุลของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณอย่างเป็นองค์รวม ดังนั้น การส่งเสริมและบูรณาการองค์ความรู้ด้านภูมิปัญญาเข้ากับแนวทางการดูแลสุขภาพ สามารถเป็นแนวทางสำคัญในการฟื้นฟูและเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง บุคลากรสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพที่บูรณาการภูมิปัญญาเข้ากับการแพทย์แผนปัจจุบัน รวมถึงพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสุขภาพที่คำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ และนำสู่การดูแลแบบองค์รวม

คำสำคัญ : การรอดชีวิตจากโรคมะเร็ง ประสบการณ์ ผู้สูงอายุ ภูมิปัญญา

Experiences in Health Care Using Local Wisdom of Older Cancer Survivors

Panicha Boonsawad Ph.D. (Nursing)*

*Duantip Khasemophas** M.S. (Nursing)*

*Wilaiporn Singhatanadgid***M.N.S. (Adult Nursing)*

*Lanchasak Attayakorn**** M.D.*

Extended Abstract:

Thailand officially became an aged society in 2022 and is expected to reach a super-aged status by 2031. This demographic shift has led to an increased risk of cancer and higher mortality rates. Cancer survival depends on individual factors such as age, underlying health conditions, and health behaviors, as well as external factors such as access to treatment and support from family and the community. Older people are at higher risk and require continuous care after surviving cancer. In the Thai context, local wisdom plays a crucial role in maintaining both physical and mental well-being, as it is deeply connected to culture and spirituality. However, research on the firsthand experiences of cancer survivors who incorporate local wisdom into their care remains limited. Therefore, exploring this issue will be beneficial in developing a care approach that aligns with Thai lifestyles, culture, and context-emphasizing holistic, person-centered care. This study aimed to explore experiences in health care using the local wisdom of older adults who have survived cancer. This study employed a qualitative descriptive research approach, seeking to uncover and understand the natural phenomena experienced by older cancer survivors. It values the attitudes, thoughts, beliefs, behaviors, and cultural aspects of older adults, aiming for a holistic understanding of their experiences within the studied context called “naturalistic inquiry.” In the study, the researchers investigated real-life phenomena within the natural environment of older adults who have survived cancer. Data collection took place in locations convenient and private for participants, such as their homes, community health centers, gardens, and hospitals. The primary data collection methods included interviews and observations.

The study sample consisted of 11 participants, both male and female, aged 60 years or older who had survived cancer for at least five years. The sample size was determined based on data saturation. Data collection took place between June 2019 and January 2020. Inclusion criteria included: 1) having experience using local wisdom for health care during and after cancer, 2) being able to perform daily activities independently, 3) being able to articulate their experiences and

**Assistant Professor, Fundamentals of Nursing and Nursing Administration Department, Faculty of Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing*

***Corresponding Author, Assistant Professor, Fundamentals of Nursing and Nursing Administration Department, Faculty of Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, E-mail: duantip.k@stin.ac.th*

****Instructor, Fundamentals of Nursing and Nursing Administration Department, Faculty of Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing E-mail: wilaiporn.s@stin.ac.th*

*****Lecturer, Physician, Cheewabhibaln Palliative Care Center, King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society
Received September 9, 2024, Revised January 20, 2025, Accepted January 21, 2025*

communicate in Thai clearly, 4) having normal cognitive function, 5) having no signs of depression, and 6) being willing to participate in the study. The exclusion criterion was having experienced severe illness during the study period. The participants were selected through purposive and snowball sampling. A researcher experienced in qualitative research and care of cancer patients was regarded as a research instrument. The data collection instruments included a personal information record form, a semi-structured interview guide, and observation and field note forms. Data collection involved in-depth interviews, observation of behaviors and health care practices, and review of relevant information. Data analysis was conducted simultaneously using inductive analysis, following Braun and Clarke's six-step thematic analysis approach.

The sample had an average age of 66.54 years, and all were identified as Buddhists. Almost all of the participants were female. Breast cancer was the most common diagnosis ($n = 5$), followed by cervical cancer ($n = 3$). All participants possessed knowledge, beliefs, concepts, and behaviors accumulated through both direct and indirect experiences. These experiences were used to cope with life's hardships, maintain their health, and were willingly shared with others—collectively referred to as the "wisdom of older people." Three main findings emerged: 1) Life skills for disease protection: living in the present, establishing healthy behaviors, and cultivating life skills; 2) Main support for success: the older people themselves, family members, health professionals, and communities; and 3) Dharma principles for life understanding: commitment to problem-solving, taking personal responsibility, and demonstrating perseverance and patience, acceptance of reality, letting go, understanding one's inner self, and following the middle path. The findings highlight that the wisdom of older adults serves as a vital tool for overcoming life's adversity, leading to holistic well-being—physically, mentally, socially, and spiritually. Therefore, promoting and integrating this wisdom into healthcare approaches can play a crucial role in the recovery and well-being of older cancer survivors. Healthcare professionals can apply these research findings to develop care models that integrate traditional wisdom with modern medical practices. Additionally, rehabilitation programs should be designed to align with the cultural contexts of older adults in different regions, grounded in holistic traditional wisdom.

Keywords: Cancer survivorship, Experiences, Older people, Wisdom

ความเป็นมาความสำคัญ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) ในปี พ.ศ. 2565 การสำรวจจำนวนประชากรผู้สูงอายุไทย เมื่อกันยายน พ.ศ. 2567 พบมีผู้สูงอายุร้อยละ 20.69¹ และจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดเช่นเดียวกับญี่ปุ่นที่มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 28 ในปีพ.ศ. 2574² จากปัจจัยเสี่ยงด้านอายุ และจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอัตราเสี่ยงเกิดโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น และมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคมะเร็งมากกว่าเมื่อเทียบกับวัยอื่น³ ทั้งนี้โรคมะเร็งในประเทศไทยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งต่อเนื่องมากกว่า 13 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ล่าสุดปีพ.ศ. 2567 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 140,000 คนต่อปี และเสียชีวิตจากมะเร็งประมาณ 84,000 คนต่อปี⁴

อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งแบ่งได้หลายแบบ ตามมุมมองทางคลินิกและการประเมินผลการรักษา โดยทั่วไปจะแบ่งกลุ่มตามระยะของโรค ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ และวิธีการรักษาในการศึกษาครั้งนี้ใช้อัตราการรอดชีวิตรวม 5 ปี โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุที่เพิ่มขึ้นจะมีภูมิคุ้มกันลดลง ตอบสนองต่อการรักษาไม่ดีซึ่งกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มอายุน้อย อัตราการรอดชีวิตลดลงตามอายุที่มากขึ้น และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือดูแลตนเองตามแผนการรักษาจะลดลง ชนิดของมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การกระจายของมะเร็ง ระยะเวลากาบริบทหลังการรักษาการตรวจพบมะเร็งระยะต้นและได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วทำให้โอกาสรอดชีวิตสูงโรคประจำตัว โรคแทรกซ้อน การเจ็บป่วยและสภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยเสี่ยงเพิ่มที่ส่งผลกระทบต่อการรักษาและการดูแล^{5,6} การตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพที่เข้ารับการรักษารวดเร็ว รวมทั้งพฤติกรรมการใช้

ชีวิต อาทิ การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย⁷ ทั้งนี้ผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุเมื่อได้รับการรักษาเสร็จสิ้นแล้ว ควรได้รับการตรวจติดตามอย่างใกล้ชิด⁸ 2) ปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยสนับสนุน เช่น การเข้าถึงการรักษา วิธีการรักษาที่ก้าวหน้า การตรวจค้นพบโรคและรักษาได้เร็วตั้งแต่ระยะแรก การได้รับยาและการบริหารผลข้างเคียง^{6,7} การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนในช่วงที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการรักษามะเร็งจะมีภาวะพึ่งพิง ที่ต้องการดูแลช่วยเหลือ และกำลังใจจากครอบครัว^{5,7}

อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุนอกจากปัจจัยดังกล่าวเบื้องต้นพบว่าผู้ที่ตระหนักและมีการดูแลสุขภาพตนเองดีจะมีความพร้อมรับการรักษามะเร็ง เข้ารับการรักษาระยะเริ่มต้น ลดโอกาสเกิดผลข้างเคียง รักษาครบตามแผนการรักษา มีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น⁷ รวมทั้งวิธีการดูแลชีวิตที่สอดคล้องกับความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืน และถ้ามีครอบครัว ชุมชน เป็นผู้สนับสนุน ประคับประคองให้กำลังใจ จะสามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตได้ดีขึ้น⁸

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นถูกนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นความรู้ที่สั่งสมมาจากประสบการณ์ในอดีต เรียนรู้จนตกผลึกเป็นองค์ความรู้ที่ทรงคุณค่า เกิดผลเชิงประจักษ์ มีการสืบสานถ่ายทอดด้วยรูปแบบวิธีการที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่การดำเนินชีวิตและทรัพยากรของท้องถิ่น^{9,10} ภูมิปัญญาท้องถิ่นถูกนำมาประยุกต์ใช้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อป้องกัน ดูแล รักษา ส่งเสริมด้านสุขภาพกายและจิตใจ สร้างความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณ สร้างความสุขผ่านวัฒนธรรมความเชื่อ อาทิ ภูมิปัญญาด้านอาหาร ด้านสมุนไพร ด้านการออกกำลังกาย ด้านกิจกรรมทางสังคม ด้านศิลปวัฒนธรรม ด้านความเชื่อ และด้านการรักษาโรค เป็นต้น¹¹ ดูแลเอาใจใส่ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ตลอดจนวิธี

ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง

การใช้เป็นหลักปฏิบัติตนในการดำเนินชีวิตด้วยหลักภูมิปัญญา ทั้งในรูปแบบสมุนไพร ตำรายาแผนโบราณ อาหาร กะลาเดินบริหารร่างกาย เป็นต้น ซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่าสามารถนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบันได้เป็นอย่างดีและไม่เกิดผลกระทบด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต¹⁰ และจากการศึกษาผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้มากกว่าห้าปี 1 ราย พบว่า มีการรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดี ยอมรับและเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลง มองโลกแง่บวก มีมุมมองต่อโรคมะเร็งว่าเกิดได้เช่นเดียวกับการเสื่อมของร่างกาย ฝึกระยะและเจริญสติสมาธิเสมอ ตระหนักถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำกิจวัตรประจำด้วยตนเอง ทำงานที่ตนรักด้วยการทำนาปลูกผัก ตักบาตรและปฏิบัติธรรมทุกวันพระร่วมกับเพื่อน ๆ ที่วัด แม้เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง⁸

จากวรรณกรรมดังกล่าวพบว่าการศึกษเกี่ยวกับการใช้ภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากมะเร็งมีการศึกษาจำนวนจำกัด ส่วนใหญ่เป็นการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นนำมาประยุกต์ใช้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มอื่น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์การใช้ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพ ช่วงระหว่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ระยะการรักษาระยะฟื้นฟูและปัจจุบัน ซึ่งการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนาตามสภาพธรรมชาติ ที่ให้ความสำคัญกับบริบทของกลุ่มที่จะทำการศึกษา เป็นแนวทางที่เอื้อให้เข้าใจปรากฏการณ์ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุที่ใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองและมีอัตราการรอดชีวิตจากโรคมะเร็งอย่างน้อยเป็นเวลา 5 ปี เพื่อนำข้อมูลพื้นฐานองค์ความรู้ที่จำเป็นและสอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรมของคนไทย มาใช้วางแผนการดูแลสุขภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและฟื้นกลับสู่การมีสุขภาพดีในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (descriptive qualitative approach) นี้ให้ความสำคัญกับการตีความให้ความหมาย และสังเคราะห์ข้อค้นพบจากประสบการณ์การใช้ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพระหว่างที่ป่วยและรอดชีวิตจากโรคมะเร็ง ซึ่งให้คุณค่ากับทัศนคติ ความนึกคิด ความเชื่อ พฤติกรรม วิถีชีวิต และวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ ใช้หลักการแสวงหาความจริงในสภาพที่เป็นโดยธรรมชาติ ทำความเข้าใจปรากฏการณ์อย่างเป็นองค์รวมในบริบทที่ศึกษา (naturalistic inquiry) ตามแนวคิดลินคอล์นและกوبا¹² โดยผู้วิจัยลงไปศึกษาปรากฏการณ์ตามธรรมชาติของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็งและผู้ดูแลเกี่ยวกับวิถีชีวิตผู้สูงอายุที่นำภูมิปัญญามาใช้ในการดูแลสุขภาพ เช่น สูตรอาหาร วิธีการออกกำลังกาย การสวดมนต์ ทำสมาธิ การร่วมทำกิจกรรมทางสังคม ใช้วิธีการสัมภาษณ์และสังเกตเป็นหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (inductive analysis)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนานี้ให้ความสำคัญกับการตีความ ให้ความหมาย และสังเคราะห์ข้อค้นพบจากประสบการณ์การใช้ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพระหว่างที่ป่วยและรอดชีวิตจากโรคมะเร็ง การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ สังเกต ในสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกและมีความเป็น

ส่วนตัว เช่นที่บ้าน ที่วัด เป็นต้น ซึ่งการกำหนดขนาดกลุ่มผู้ให้ข้อมูล สอดคล้องกับความอึดตัวของข้อมูล¹³

การศึกษานี้ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้สูงอายุจำนวน 11 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) อายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีชีวิตรอดจากโรคมะเร็งได้ 5 ปี 2) มีประสบการณ์ใช้ภูมิปัญญาดูแลตนเองเมื่อป่วยด้วยโรคมะเร็งจนปัจจุบัน 3) มีความสามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ประเมินด้วยดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living [BADLs]) มีผลรวมตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป 4) สามารถถ่ายทอดประสบการณ์ได้ สื่อสารด้วยภาษาไทย มีการรับรู้ปกติ โดยแบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 2002 (Mini-Mental State Examination-Thai Version 2002 [MMSE-Thai]) ซึ่งผู้สูงอายุไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนมากกว่า 14 ผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา คะแนนสูงกว่า 22 และ 5) ไม่มีภาวะซึมเศร้า ประเมินด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale [TGDS]) มีผลรวมคะแนนระหว่าง 0-5 คะแนน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และแบบลูกโซ่ (snowball sampling) และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 6 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นสมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) บทบาทเป็นผู้ดูแล 3) มีประสบการณ์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ได้แก่ 1) ไม่สามารถถ่ายทอดข้อมูลสะท้อนภูมิปัญญาที่ใช้ได้ 2) มีการเจ็บป่วยโรคประจำตัวรุนแรงระหว่างดำเนินการวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562-มกราคม พ.ศ. 2563

เครื่องมือวิจัย

1) ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มีประสบการณ์ตรงด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผ่านการอบรมการวิจัยเชิงคุณภาพในประเทศและต่างประเทศ ทำวิจัยเชิงคุณภาพมากกว่า 5 ปี และมีประสบการณ์และการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยเรื้อรังและระยะท้ายมากกว่า 20 ปี

2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค และผู้ให้การดูแล

3) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview) สำหรับผู้ให้ข้อมูลหลัก มีแนวคำถาม เช่น ผู้สูงอายุมีวิธีคิดและดูแลตนเองอย่างไรเมื่อทราบว่าตนเป็นมะเร็ง ขณะรับการรักษา ระยะฟื้นฟู และการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี ท่านคิดหรือมองว่าตนเองมีภาวะสุขภาพเป็นอย่างไร เพราะเหตุใด ใครบ้างที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษา ยธิบายขณะที่ท่านป่วย และในปัจจุบัน ท่านมีหลักคิด หลักทำ หรือเคล็ดลับการดูแลสุขภาพกาย จิตใจ การมีความสัมพันธ์กับคนอื่น และความสงบเย็นอย่างไร การดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของท่านเป็นอย่างไร ท่านวางแผนชีวิตตนเองอย่างไร ในวันข้างหน้า เป็นต้น

4) แบบสังเกตใช้ในการลงพื้นที่สังเกตภูมิปัญญาที่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลใช้ในการดูแลตนเอง เช่น อาหารการออกกำลังกาย การสวดมนต์ การดำรงชีวิตของผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ดูแล

5) แบบบันทึกภาคสนาม

6) อุปกรณ์ที่ใช้ในการบันทึกเสียง

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง 3) แบบสังเกต 4) แบบบันทึกภาคสนาม ตรวจสอบความตรง (content validity) ของแบบประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คนในสาขาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาลชุมชน อาจารย์พยาบาล เพื่อประเมินว่าเครื่องมือการเก็บข้อมูล มีความเหมาะสมและครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษาหรือไม่ แล้วปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย หลังจากปรับข้อคำถามนำไป

ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง

ทดลองใช้เพื่อความสั่นไหวในการสัมภาษณ์ตามแนวทางที่วางไว้มีความเหมาะสมหรือเป็นแนวทางที่จะได้คำตอบหรือไม่

สำหรับตัวผู้วิจัย เพื่อมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้ปราศจากความคิดของนักวิจัย ผู้วิจัยมีการเตรียมตัวเองด้วยการทบทวนทำความเข้าใจวัตถุประสงค์การวิจัย ทดลองเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมวิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิงานวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติมจากประสบการณ์เดิมเพื่อพัฒนาสมรรถนะนักวิจัยเชิงคุณภาพ รวมทั้งมีการเตรียมผู้ร่วมทีมวิจัยให้ผ่านการอบรมวิจัยเชิงคุณภาพ การลงภาคสนาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การจดบันทึกภาคสนาม

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เลขที่ IRB-STIN 2561/03.02.03 วันที่ 24 พฤษภาคม 2562 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดทุกขั้นตอน การรักษาความลับด้วยการทำลายเทปบันทึกเสียงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การเสนอข้อมูลในภาพรวมเชิงวิชาการ

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนหลังการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ดูแลโดยขอความร่วมมือจากหัวหน้าหน่วย พยาบาล เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ผู้ประสานงานเครือข่ายเพื่อนมะเร็งหรือผู้ดูแลกลุ่มเครือข่ายเพื่อนมะเร็งจากนั้นผู้วิจัยเลือกผู้ประสานงาน (gate keeper) ให้ทำหน้าที่คัดกรองผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ ติดต่อผู้ให้ข้อมูลสอบถามความสมัครใจและขออนุญาตให้ผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูลโดยตรง จากนั้นผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย เพื่อแนะนำตัว และคัดกรองคุณสมบัติตามเกณฑ์ตามบริบทและสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดการวิจัย ขอความยินยอม ขออนุญาตบันทึกเสียงและสังเกต จากนั้นเริ่มการสัมภาษณ์ในสถานที่

ที่สะดวกและเป็นส่วนตัวสำหรับผู้ให้ข้อมูลโดยใช้เวลารายละ 60-90 นาทีต่อครั้ง คนละ 1-2 ครั้ง

การเก็บข้อมูล ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักคือ ผู้สูงอายุและผู้ดูแล ซึ่งคัดเลือกได้จากคำแนะนำของผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล มีการเก็บข้อมูลพร้อมกันซึ่งทั้งสองกลุ่มให้ข้อมูลเป็นในทิศทางเดียวกันโดยพิจารณาทบทวนข้อมูลจากทั้งสองกลุ่มจนข้อมูลหนึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นทำตั้งแต่ผู้สูงอายุรายแรกและวิเคราะห์ต่อเนื่อง เมื่อเก็บข้อมูลไปถึงรายที่ 6 พบข้อมูลซ้ำ ๆ ไม่มีข้อมูลใหม่ แต่ผู้วิจัยสัมผัสว่าข้อมูลยังไม่ถึงจุดอิ่มตัว จึงนำข้อมูลและผลการวิเคราะห์ไปปรึกษาแลกเปลี่ยนกับผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญด้านงานวิจัยเชิงคุณภาพ และเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างรายที่ 11 เพิ่มจนได้ข้อมูลอิ่มตัว และยุติการเก็บข้อมูลเมื่อมกราคม 2563 ทั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่คัดออกระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล 5 ราย เนื่องจากไม่สามารถถ่ายทอดข้อมูลสะท้อนภูมิปัญญาที่ใช้ได้ 3 ราย และการเจ็บป่วยโรคประจำตัวรุนแรงระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) ของ เบรานน์ และคลาร์ก¹⁴ และการวิเคราะห์ข้อมูลในเอกสาร (document analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลกระทำไปในขณะเดียวกันกับการเก็บข้อมูล มีหลักดังนี้ 1) ทำความคุ้นเคยกับข้อมูลโดยจมอยู่กับข้อมูล (immerse in the data) อ่านข้อมูลจากการสัมภาษณ์และบันทึกสังเกตภาคสนามอย่างละเอียด ซ้ำ ๆ หลายครั้งจนคุ้นเคยกับเนื้อหา จับใจความสำคัญ 2) สร้างรหัสเริ่มต้น (initial codes) ชีตเส้นใต้หรือระบุคำสำคัญที่ตอบคำถามการวิจัย ใส่รหัส (coding) 3) ค้นหาธีม (themes) โดยรวมโค้ด จัดหมวดหมู่ (categorizing) ดูความแตกต่างและความเหมือน นำหมวดหมู่มาจัดประเด็นย่อย (subthemes) และประเด็นใหญ่ (themes) 4) ทบทวนประเด็น (reviewing themes) ดูว่าประเด็น

มีความชัดเจนและสะท้อนข้อมูล แล้วปรับแต่งประเด็นให้ชัดเจน 5) ขั้นตอนกำหนดและตั้งชื่อประเด็น (defining and naming themes) และ 6) เขียนอธิบายประเด็นและยกตัวอย่างจากข้อมูล (producing the report)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) 4 หลัก ของ ลินคอนและกูปา¹² ดังนี้ 1) ความน่าเชื่อถือ (credibility) คือ ความน่าเชื่อถือของผู้วิจัย (researcher credibility) การพบกลุ่มตัวอย่างครั้งแรกผู้วิจัยให้ผู้ประสานงานแนะนำผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและญาติรู้จักจากนั้นผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อเกิดความไว้วางใจและยินยอมให้ข้อมูลด้วยความเต็มใจ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก สร้างบรรยากาศเป็นกันเองเป็นธรรมชาติ ตามที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกและสบายใจ ไม่เร่งรัด เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ ผู้วิจัยนำเทคนิคต่าง ๆ เช่น การถามซ้ำ การทวนคำตอบ การยกตัวอย่างประกอบเข้ามาช่วยในการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้อง 2) การเชื่อมโยงผลการวิจัย (transferability) ไปยังสภาพการณ์ในบริบทที่คล้ายคลึงกัน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive selection) ซึ่งการหาข้อมูลเอกสารทุก ๆ ด้าน จะทำให้เกิดการถ่ายโอนผลวิจัยไปสู่บริบทอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกันได้ และการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล (member checking) ทำการตรวจสอบโดยผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกตที่ได้บันทึกมา สรุปย่อแล้วนำข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็นยืนยันว่าข้อมูลสรุปถูกต้องและเป็นจริงตรงกับความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล 3) ความคงที่ของข้อมูล (dependability) ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปตรวจสอบกับทีมและผู้เชี่ยวชาญงานวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อเป็นการยืนยันความตรงของข้อมูลในประเด็นที่ทำการศึกษา (consistency) และ 4) การยืนยันความถูกต้อง (confirmability) ในการวิจัยนี้ ทุกขั้นตอนของการ

รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล มีหลักฐานที่ยืนยันแน่ชัด และสามารถตรวจสอบได้ เช่น เอกสารบันทึกภาคสนามแบบสังเกตแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เอกสารบันทึกข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป

การตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยผู้ร่วมวิจัย (peer debriefing) และการสะท้อนคิดการเก็บข้อมูลภาคสนามและการวิเคราะห์ข้อมูล (reflexive journal) โดยผู้วิจัยจดบันทึกความรู้สึก ความคิดและการตีความของตนที่มีผลต่อข้อมูลและเทคนิคสามเส้า (triangulation) ตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) โดยเก็บข้อมูลเรื่องเดียวกันจากสองกลุ่มตัวอย่าง (ผู้สูงอายุและผู้ดูแล) และตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยการสัมภาษณ์ สังเกต และศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้การสิ้นสุดการเก็บข้อมูลเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว โดยพิจารณาจากข้อมูลที่ได้มีความซ้ำ ๆ กันหรือไม่มีข้อมูลใหม่ใหม่เพิ่มขึ้นจากเดิม

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก 11 ราย ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.90) อายุเฉลี่ย 66.54 ปี ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเต้านม 5 ราย (ร้อยละ 45.45) รองลงมา มะเร็งปากมดลูก 3 ราย (ร้อยละ 45.45) มะเร็งตับ มะเร็งหลังโพรงจมูก มะเร็งไทรอยด์ มะเร็งลำไส้ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และ มะเร็งต่อมน้ำลาย มีกลุ่มตัวอย่าง 4 รายที่เป็นมะเร็งมากกว่า 1 ชนิด กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ตามนิยามของการวิจัยครั้งนี้ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทุกรายให้ข้อมูลว่า “รู้สึก คิดหรือรับรู้ได้ว่าตนมีสุขภาพกาย-จิต มีปฏิสัมพันธ์ มีส่วนร่วมสังคม มีสุขภาพจิตดี มีความดี เลือกดำเนินชีวิตให้เป็นสุขตามต้องการและวางแผนชีวิตอนาคตตนเองได้” นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความรู้ ความเชื่อ แนวคิด และพฤติกรรมที่เรียนรู้สั่งสมจากประสบการณ์ทั้งทางตรง

ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง

และจากได้ยินได้ฟังได้เห็น นำมาทดลองใช้ ลองผิดลองถูก ปรับเปลี่ยนให้เข้ากับตนในเวลามากกว่า 5 ปี สามารถใช้แก้ปัญหาความทุกข์ยากจนเกิดความสำเร็จ และยังปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ทำให้มีสุขภาพแข็งแรง สมดุล และยินดีถ่ายทอดประสบการณ์ให้ผู้อื่น เหล่านี้ถือเป็น “ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ”

ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง มีข้อค้นพบ 3 ด้านหลักคือ ทักษะชีวิตพิชิตโรค แหล่งสนับสนุนสู่หลักชัย หลักธรรมนำเข้าใจชีวิต ดังนี้

ประเด็นที่ 1 : ทักษะชีวิตพิชิตโรค เป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุใช้เผชิญปัญหาหรือความทุกข์จากการเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงตามวัย ช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิต มีองค์ประกอบ 3 ข้อคือการอยู่กับปัจจุบัน การสร้างพฤติกรรมสุขภาพ และการปลูกทักษะชีวิต ดังนี้

1.1 การอยู่กับปัจจุบัน ผู้สูงอายุเรียนรู้อยู่กับปัจจุบันด้วยหลักการแสวงหาความจริงในสิ่งที่เกิดขึ้น จึงเข้าใจการเปลี่ยนแปลงจากตัวโรค ผลการรักษาและความเสื่อมตามวัย ทำให้ยอมรับ มีความสุขอยู่กับสิ่งที่เป็นในปัจจุบันได้ และดำเนินชีวิตตามที่ต้องการ อาทิ ในระยะวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยต้องตั้งสติให้อยู่กับปัจจุบัน รับรู้ เข้าใจ และจัดการด้วยเหตุผล ดังตัวอย่าง “พอหมอบอกว่าเป็นมะเร็งตับ ...ตอนนั้นน้ำตาตก แต่ก็ไม่นาน .. คิดว่าถ้าตายก็ตาย ถ้าอยู่ก็อยู่” (รายที่ 6) “... คือตอนนั้นรู้สึกว้า...มะเร็งนี้ถ้ามีให้อาหมั่นออกไปก่อน อย่างอื่นค่อยว่ากัน” (รายที่ 9)

ระหว่างการรักษา ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา เมื่อผ่านเข้าสู่ภาวะปกติจนถึงปัจจุบัน ผู้ป่วยลิ้มเหตุการณ์ช่วงนั้นและเรียนรู้อยู่กับปัจจุบันอย่างพอใจ ดังตัวอย่าง “สิ่งต่างๆ ที่เกิดระหว่างได้ยาและฉายแสงที่มันไม่สบาย บางอย่างก็ลืมไปหมดแล้ว... ถ้าความกลัวมันไม่มี ...คิดได้...ความกลัว มันก็ค่อยๆ หายไป มันก็ดีขึ้น... ก่อนเจ็บป่วยถามว่ามีไหม

ความกลัว ความวิตกกังวลก็มี แต่ทุกวันนี้พอหายแล้ว... ความทุกข์ที่ฝังลึกตรึงนั้นไม่มี” (รายที่ 8) “ตอนนี้ก็พอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ ไม่เบื่อหน่าย ไม่มีกังวลใจ ...” (รายที่ 1)

1.2 การสร้างพฤติกรรมสุขภาพะ เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและฟื้นฟูสุขภาพ สร้างสมดุลทั้งกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ประกอบด้วย 301ส ดังนี้

อ1 : อาหาร แบบแผนจากครอบครัว ความเจ็บป่วยทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพะด้านอาหาร ได้แก่ รับประทานอาหาร ประสุก สะอาด ปลอดภัยให้โปรตีน และหลีกเลี่ยงอาหารแสลงหรืออาหารที่กระตุ้นการเกิดโรคมะเร็ง ดังตัวอย่าง “โชคดีที่แม่เป็นคนพิถีพิถันในเรื่องอาหาร... ประสุกอาหารทานเอง... ต้องขอบคุณแม่เนี่ยที่ทำให้พี่เป็นแบบนี้... ทำอาหารทานเอง... ทำให้พวกเราสบายใจสุขภาพมาแต่ดั้งเดิม” (รายที่ 9) “ช่วงเช้าเป็นกาแฟไม่ใส่น้ำตาลและขนม มื้อกลางวันจะเป็นมื้อใหญ่ มื้อเย็นจะทานอาหารน้อย...อาหารแสลง หน่อไม้ต้องจะไม่ทาน (มะเร็งลำไส้)” (รายที่ 1) “พอรู้ว่าเป็น(มะเร็งตับ) ก็เลิกกินเหล้าเด็ดขาด เลิกกินของสุก ๆ ดิบ ๆ... พวกเนื้อแทบจะไม่กินหรือกินน้อย...จะกินของย่อยง่าย ปลา ผักที่ย่อยง่าย...ภรรยาทำอาหารให้ทาน...อาหารที่แสลงที่เลิกๆ ไปคือของหมักดอง...ปลาร้า ปลาจ่อม” (รายที่ 2)

กลุ่มตัวอย่างบางรายเผชิญกับภาวะเม็ดเลือดต่ำ มีภาวะโปรตีนในร่างกายต่ำ จนไม่สามารถรับยาเคมีบำบัดได้ตามแผนการรักษา จึงพยายามค้นหาทดลองวิธีต่าง ๆ เพื่อเพิ่มจำนวนเม็ดเลือด จนพบแหล่งประโยชน์โปรตีนจากไข่ ดังตัวอย่าง “ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดเป็นจุดเปลี่ยนที่ลำบากที่สุดคือ...ช่วงที่เม็ดเลือดต่ำ ให้ยาเคมีบำบัดไม่ได้ รอมหาหลายอาทิตย์...พอดีมาเจอคุณพยาบาล...แนะนำให้ทานไข่ขาว ให้ต้มไข่ทานแต่ไข่ขาว...มื้อละ 3 ฟอง วันละ 9 ฟอง เราก็กินแต่ไข่ขาว ได้ผล เม็ดเลือดขึ้นและให้ยาจนครบ(มะเร็งเต้านม)” (รายที่ 11) “ช่วงได้รับยาเคมีบำบัด...ดูแลให้เม็ดเลือดปกติสามารถให้ยาจนครบ ...เน้นกินผักผลไม้ปลา... ไข่ก็กินบ้าง...น้ำเต้าหู้...ผักปั่น” (รายที่ 9)

อ2 : ออกกำลังกาย การออกกำลังกายและการพักผ่อนหย่อนใจ ช่วยรักษาสมดุล ชะลอความเสื่อมของร่างกาย ช่วยคลายเครียด สร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น จนกลายเป็นพฤติกรรมสุขภาพหรือนิสัยที่ทำต่อเนื่องเป็นประจำ ดังตัวอย่าง “หลังป่วยจะออกกำลังกายสม่ำเสมอ ...ตอนนี้ทำได้ทุกวัน...ช่วยให้เราฟื้นตัวเร็ว...เดินเร็ว ๆ บริหารร่างกายบ้าง.. เพื่อออกประมาณวันละ 1-2 ชั่วโมง.....เดินให้ได้วันละ 1 หมื่นก้าว” (รายที่ 9) “เราสนุกสานกับการออกกำลังกาย...ช่วยลดความเครียด...มีสังคมใหม่...พื้่นาเดินแอโรบิค 3 วันต่อสัปดาห์และโยคะ...และกิจกรรมที่ทำเกือบทุกวัน คือทำไร่ปลูกผัก” (รายที่ 4) “สาเหตุการป่วยหนึ่งอย่าง พี่คิดว่าไม่ได้ออกกำลังกาย...ปัจจุบันพี่ออกกำลังกาย เดินในหมู่บ้านทุกวัน และ ได้หักทนายเพื่อนบ้าน... เมื่อก่อนพี่ไม่ได้คุยกับเพื่อนบ้าน...ช่วงที่ไม่ได้ไปเดินเพื่อน ก็ไลน์มาหากัน” (รายที่ 11)

อ3 : อารมณ์ การดูแลอารมณ์ผ่านวิธีการทางศาสนา การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว เพื่อน สร้างอารมณ์ขันและปล่อยวาง เป็นการปรับตัวลดอารมณ์เชิงลบเพื่อสร้างสมดุลตนเอง ดังตัวอย่าง “...ด้านจิตใจ พี่ทำสมาธิ...ทำให้สม่ำเสมอ... ปฏิบัติธรรมเป็นครั้งคราวนี้ช่วยด้านจิต สังคมและจิตวิญญาณดี ด้านสังคมนี้ก็ยังมีการพบปะกับเพื่อนฝูง สม่่าเสมอ” (รายที่ 9) “ช่วงเจ็บป่วย ผู้สูงอายุมีสู้บ้าง ถอยบ้าง ซึมเศร้าบ้าง...เราดูแลใกล้ชิด คือพอเจอปุ๊บเราก็เข้าไปคุย...วางแผนให้กำลังใจ ...คุยสังสรรค์ของชีวิต...เขาได้ตอบเรา ทำให้เขา release tension” (รายที่ 8) “เราไม่เอาเรื่องเครียดจากที่ทำงานกลับมาที่บ้าน...ใช้วิธีฝึกตนเองปล่อยวางอะไรจะเกิดมันก็เกิด ไม่เก็บมาคิดต่อเนื่อง...หัดให้เป็นคนไม่ซีไม่โท ไม่ซีหุจดหิด อย่าไปคิดอะไรที่มันฟุ้งซ่าน ประดัง... หาอะไรที่ทำแล้วมันสบายใจมีความสุข หัวเราะ” (รายที่ 11)

1 ส : มีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การใช้ชีวิตมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น พัฒนาทักษะการติดต่อ

สื่อสาร ดำรงบทบาททางสังคม เพิ่มมิติบวกด้านจิตสังคม ดังตัวอย่าง “ช่วงที่เจ็บป่วย... หลาย ๆ เรื่องที่ได้ช่วยคน... สบายใจ ได้ช่วยคนที่เขาเดือดร้อน... การช่วยคนนี้ไม่จำเป็นต้องให้เขาร้องขอ...เมื่อก่อนใครมาหาที่พูดกับเขาไม่เป็น...ไม่รู้จะพูดอะไร...เดี๋ยวนี้ไปหาหมอสงสัยอะไรก็จดไว้เอาไปถามหมอเอง...ไม่ต้องให้น้องสาวถามให้ ...ใครมาเยี่ยมที่บ้านพี่ก็อวยพรให้เขาโชคดี...เป็นพัฒนาการด้านสังคม (growth development)” (รายที่ 8) “โรงพยาบาลชวนจิตอาสาให้ช่วยงาน พี่ทำตั้งแต่ออกจากงาน ตอนนั้นพี่ทำไม่มีค่าตอบแทน ...เดี๋ยวนี้มีค่าตอบแทน...พอมิทำบุญอะไรเขาก็เรียกพี่ไปช่วย อาชีพเรามาปลูกได้ทุกที่ เข้าได้กับทุกคน” (รายที่ 7) “ปัจจุบันพี่ หน้าตายิ้มแย้ม แจ่มใส อารมณ์ดี คุยสนุก...ตอนนั้นไม่เป็น (ก่อนป่วย) ยิ้มแต่ไม่พูดกับใคร เก็บตัว ...หลังป่วยพยายามปรับตัว... ตอนหลัง ๆ ก็เป็นแก๊งเพื่อนกัน... ไปหาที่บ้าน” (รายที่ 11)

1.3 ปลูกทักษะชีวิต กลุ่มตัวอย่างมีเครื่องมือในการเผชิญและแก้ปัญหา ทำให้สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม เป็นทักษะที่เกิดขึ้นช่วงเป็นมะเร็งและได้รับการรักษา และได้นำมาใช้ในการดำเนินชีวิตปัจจุบัน ได้แก่ “ความกล้าหาญ” “ความอดทน” และรับผิดชอบดูแลตนเอง ดังตัวอย่าง “กล้าหาญในการเผชิญความไม่แน่นอน... ด้วยการรักษา จิตนิ่ง ไม่กลัว ไม่ทุกข์กับสิ่งที่เกิดขึ้น เราตั้งใจในจิต...ไม่ให้นั่นตกใจ ไม่มีความกลัวตายก็ตาย ช่างมัน...เฉย ๆ ไม่ทุกข์ร้อน” (รายที่ 8) “ตอนฉายรังสี หมอบอกว่าฉายเพิ่มอีกให้หายเลยจาก 33 เป็น 35 ครั้ง... ปากเลือดออกเต็มไปหมด... ทรมานที่สุดเลย แต่พี่ก็อดทน... ไม่กลัว...เลือดออกก็กลืนอาหารพร้อมเลือด...พี่คิดนะถ้ากินอาหารไม่ได้ มันไม่ดีตายแน่” (รายที่ 8) “คนจะหายมันเกิดขึ้นจากสามส่วนหนึ่งตัวเอง ต้องดูแลตนเองให้ดี... สอง ต้องได้หมอที่เอาใจใส่ สาม คือคนดูแล มีส่วนช่วยมาก... และสำคัญคือตัวเอง ถ้าไม่รู้จักดูแลตัวเอง มันก็ไม่ได้ดีหรอก” (รายที่ 8)

ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง

ประเด็นที่ 2 : แหล่งสนับสนุนสู่หลักชัย คือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่กลุ่มตัวอย่างใช้เผชิญความยากลำบากจากโรค การรักษา การดำเนินชีวิตประจำวัน จนกลับสู่ภาวะที่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ และดำเนินชีวิตได้ตามความต้องการ ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 4 ด้านได้แก่ ตนเอง ครอบครัว ทีมสุขภาพ และชุมชน ดังนี้

2.1 ตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้คุณค่าตนเองและเชื่อว่าตนเป็นหลักในการทำให้อาการผ่านอุปสรรคและนำสู่การมีสุขภาพดีอย่างเป็นองค์รวม ดังตัวอย่าง “พี่เป็นคนไข้ที่ดูแลตนเอง...เป็นคนใฝ่รู้ใฝ่เรียน... มีวินัยในตนเองสูงมาก...คนไข้ที่ขาดวินัยหลาย ๆ คน มันจะทำให้การดูแลตนเองหรือการเจ็บป่วยตนเองไม่ดี” (รายที่ 8) “ต้นทุนเรตี้ย่อมลดปัจจัยเสี่ยงลงไป... ออกกำลังกายมาตลอด 25 ปี ...ความเครียดหลุดหายไป ...ทำแล้วสนุก เป็นผู้นำเต้นแอโรบิค โยคะ ...ทำทุกวันเป็นความสุขของเรา...ปลูกผักและกินผัก” (รายที่ 4) “พอรู้ว่าเป็น(มะเร็ง) ก็เริ่มดูแลตนเอง ...อันดับแรกเราต้องรู้ตัวเราก่อน... เราต้องทำอะไร ปฏิบัติตัวอย่างไร เรารู้ ...แรงบันดาลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม...คือตัวเราเอง” (รายที่ 2)

2.2 ครอบครัว เป็นเสาหลัก ระยะที่กลุ่มตัวอย่างยังตั้งตัวเตรียมใจไม่ได้ ช่วงรู้ว่าเป็นโรคช่วงรักษา ครอบครัวเป็นหลักสำคัญที่ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน ดูแล ปลูกชีวิต ให้แนวทาง และเดินเคียงข้างกลุ่มตัวอย่างกลับมาสู่ความเป็นองค์รวม ดังตัวอย่าง “คนที่เข้ามามีส่วนตัดสินใจในการดูแลรักษา... ร้อยเปอร์เซ็นต์คือเมีย เพราะเขามีอาชีพทางพยาบาล เขาจะช่วยเราในการดูแลตนเอง ในการกิน การอยู่การใช้ชีวิตประจำวัน” (รายที่ 2) “ระหว่างการรักษา ...ไปสถานที่ใหม่ ไม่คุ้นเคย ไม่เคยเข้ากรุงเทพ...สามีคอยอยู่เคียงข้างเพราะลูกมีหลานเล็ก ๆ ต้องดูแล” (case 6) “ครอบครัวเป็นหลักในการดูแล... น้องสาว หลานสาว ...ตอนทานอะไรไม่ได้ พี่ชายหาน้ำข้าวกล้องงอกมาให้ทาน...น้องชายเป็นหมอ

มาดูแลและประสานการรักษาระหว่างโรงพยาบาล” (case 4) “ลูกชายจบปริญญาตรี..ลาออกจากงาน...มาคอยขับรถพาไปศิริราช...แฟนพี่ก็ลา พาไปหาหมอทุกครั้ง...เข้าคิวเจาะเลือด ไม่มีแรงยืน...แฟนไปยืนต่อแถวแทน...ทุกคนดูแลเป็นอย่างดี” (case 10)

2.3 ทีมสุขภาพ จะเป็นผู้ดูแลรักษา แก้ไขใกล้ชิด สื่อสารด้วยใจ สร้างความเชื่อมั่น อบอุ่นและปลอดภัย ดังตัวอย่าง “เคสของพี่นี่รู้ไว้...เป็นระยะต้นสามารถรักษาได้ หมอบอกว่ามะเร็ง สมัยนี้ถ้ารู้ไว ไม่ปล่อยให้เป็นระยะสุดท้ายก็สามารถรักษาได้...เราก็มักกำลังใจขึ้นมา” (รายที่ 2) “มันใจว่าจะไม่เกิดภาวะติดเชื้อ... การจำกัดการเข้าเยี่ยม ความอบอุ่นใจระหว่างรักษา ใกล้หมอ อุปกรณ์เครื่องมือดี การดูแลดี ... เชื่อมั่นว่า โรงพยาบาลมีระบบความปลอดภัย” (รายที่ 4) “คนไข้จะหายดี...ต้องได้หมอที่เอาใจใส่...หมอที่เก่งไม่ได้รักษาจากตำราอย่างเดียวหรอก แต่เขาต้องมีประสบการณ์ แต่ที่สำคัญ...เขาต้องเรียนรู้จากคนไข้...รู้จักฟังคนไข้แล้วเอาไปปรับ” (รายที่ 8) “หลังผ่าตัดยังอยู่ในระยะพักฟื้น...เราไม่มีอาการทำไม่ต้องมาเป็นกับพี่ ไม่ยอมรับตัวเองที่ทำใจไม่ได้... มีแต่พยาบาลห้องนั้น ... เขาโทรมาหาพี่มาให้กำลังใจ...เป็นพยาบาลดีมากเลยแหละ” (รายที่ 10)

2.4 ชุมชน คือเพื่อนที่ทำงาน คนอยู่บ้านใกล้เคียง คนในหมู่บ้าน มีการช่วยเหลือ แบ่งปันเกื้อกูล ทำให้การเผชิญปัญหาผ่านไปได้ดีขึ้น ดังตัวอย่าง “ตอนให้คีโมรู้สึกไม่สบายมาก เป็นไข้ทั้งเดือน ถ่ายก็ไม่ได้ร้อนไปหมดทั้งตัว...ที่ทำให้ผ่านช่วงนั้นไปได้...มันอยู่หมู่บ้านเดียวกัน เอาหญ้าปักกิ่งมาต้มให้กินเหมือนน้ำชา... เขาเคยเป็น(มะเร็ง)มีอาการเหมือนกัน... พี่กินแล้วดีขึ้น” (รายที่ 1) “ระหว่างรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและกลับมาทำงาน...ได้รับการดูแลจากน้อง ๆ ที่ทำงาน และคนที่เกี่ยวข้องทุกคนอย่างดี ...จัดห้องพัก ดูแลอาหารขอให้ทำงานลดลง...ทำให้เราอบอุ่น” (รายที่ 4) “ระหว่างรักษาที่ต้องเดินทางไปกลับกรุงเทพเพชรบูรณ์

อาทิตย์ละสองครั้ง ...การทำงานเป็นงานภาคสนาม เราบริหารจัดการ ไม่ต้องลงพื้นที่...งานหนักทั้งหลาย ลูกน้องช่วยทำและบางครั้งเขาก็ช่วยมาดูแล” (รายที่ 2)

ประเด็นที่ 3 : หลักธรรมนำเข้าใจชีวิต คือการใช้หลักธรรมเป็นหลักคิดหลักปฏิบัติ ช่วยชี้นำให้กลุ่มตัวอย่าง เข้าใจความจริงและการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เกิดขึ้น ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 ด้าน ดังนี้

3.1 ความมุ่งมั่นแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง มีความเพียรพยายามอดทน จดจ่อรับผิดชอบ และทบทวนผลลัพธ์ปรับแก้ไข เพื่อให้การรักษาเป็นดังเป้าหมายที่ตั้ง ดังตัวอย่าง “ตอนให้เคมีบำบัดเข็มที่สอง เม็ดเลือดต่ำ ไม่สามารถให้ยาต่อจนครบ 12 เข็ม ...เลื่อนการให้ยาหลายครั้ง..หมอ.ก็หาวิธีช่วยจนไม่รู้จะทำอย่างไร หมอบอกมีวิธีเดียวคือ ฉีดยาเข้าไขกระดูก... ต้องใช้เงิน เจ็บตัว... ก็ไม่ไหวนะ... ค่ายาดีไม่มีอีก... เราคิดว่าต้องมีหนทาง ..เราก็ค้นหาทางแก้...จนกระทั่งทราบจากพยาบาล พยาบาลแนะนำให้ทานไข่ขาว... เรากินวันละ 9 ฟอง ได้ผลเม็ดเลือดขึ้น ...ตั้งแต่นั้นให้ยาจนครบเข็มสุดท้าย” (รายที่ 11) “ตอนฉายแสงแผลเต็มปาก ทรมานที่สุด กลืนอาหารพร้อมเลือด ฟืนเอา ออดทน...คิดว่าถ้ากินไม่ได้ ต้องไม่ตื่น ๗... อาหารโรงพยาบาลกินไม่ได้ คิดสูตรอาหารเองให้ที่บ้านทำอาหารปั่น ค่อยๆปรับจนกินได้ดี” (รายที่ 8) “ทุนเดิมพี่เขาคือ สวดมนต์ไหว้พระมาก่อน ผ่านทุกขเวทนาหลายครั้ง...เขาเป็นคนที่มียศสูง เขากลับไปแก้ไขในชีวิตประจำวันที่เขาคิดว่าเป็นสาเหตุปัญหาสุขภาพ เช่น ความดันสูง ต้องปรับตัวอย่างไร” เขาใช้หลักธรรมในชีวิต...เขามีหลักการของเขา(ผู้ดูแลรายที่ 8)

3.2 การยอมรับความจริงเป็นการยอมรับว่าสิ่งที่เกิดและเข้ารับการรักษา ดังตัวอย่าง “อาทิตย์หนึ่งก็ไปฟังผล เขาบอกว่าเป็นเนื้อร้ายนะครับ... หมอบอกป้าเถอะว่าเป็นมะเร็ง ป้าไม่กลัวหรอกอะไรมันจะเกิดก็ต้องยอมรับตัวเอง อะไรก็อยู่ที่ใจเรา” (รายที่ 7) “ตอนจะมาตรวจ ก็รู้สึกกลัวนะ....แต่เพราะคุณแม่

บอกว่า อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด อย่าปล่อย เป็นเยอะมันยิ่งลำบาก... หมอบอกว่า เป็นระยะ 2 ขั้นปลาย ๆ ...วันนั้นจำได้แม่นเลย...จำทางกลับบ้านไม่ได้ ซ็อค บอกไม่ถูก ตาตาย ...กลับบ้าน...คุณแม่สอนว่า อะไรจะเกิดเราก็คือรักษา จึงตัดสินใจมารักษา” (รายที่ 11) “วันที่พี่ไปฟังผลชิ้นเนื้อ พี่ต้องยอมรับ ผลยืนยันออกมาแล้ว...พี่ก็นึกถึงที่พี่พาคนที่ เป็นหลายรายไปรักษา ทำไมเราเป็นเราจะไม่รักษาละ เราแนะนำคนไข้ พูดอย่างนั้นอย่างนี้ได้ ตัวเราก็ต้องไป” (รายที่ 10)

3.3 การปล่อยวาง เป็นการรับรู้ เข้าใจธรรมชาติที่เผชิญ หาแนวทางแก้ไขปัญหา สิ่งไหนไม่สามารถทำได้ ก็รับรู้ เข้าใจ ปล่อยวาง ใจจึงคลายจากทุกข์และดูแลตนเองให้เกิดสมดุลชีวิต ดังตัวอย่าง “ไม่เอาเรื่องเครียดที่ทำงานกลับมาที่บ้าน... เริ่มทำใจปล่อยวาง... อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด... เช่นห้วงหลานกลับบ้านมืด เราจินตนาการ กังวลไป ทำให้เราเกิดทุกข์... พอเราฝึกปล่อยวาง... เราก็จะค่อยๆ ปรับใจได้” (case 11) “ก่อนป่วย...พี่ไม่มีเวลาไปวัด ไม่สนใจตนเอง บ้างงาน คนในครอบครัวก็ไม่ได้ดูแล... พอมาเป็นแบบนี้ ปล่อยวางไปเลย...จุดเปลี่ยนเริ่มที่พี่งมงาย ใจเป็นนาย กายเป็นบ่าว ใจต้องเข้มแข็ง” (case 10)

3.4 การเรียนรู้โลกภายในตน การเจ็บป่วยทำให้มีโอกาสดึกซึ้งธรรม (เรียนรู้โลกภายใน) พัฒนาจิตใจให้เข้มแข็ง ดังตัวอย่าง “ช่วงรักษาโรคมะเร็ง พี่ไม่ให้ใครเยี่ยม เก็บตัวเอง เป็นปีเลยนะ อายากอยู่กับตัวเอง เห็นตน ตอนอยู่กับตัวเอง จุดเปลี่ยนที่ทำให้สนใจศึกษาโลกภายในตน คือ เริ่มฟังธรรมะ...เข้าใจ การเจ็บป่วยว่าเป็นเรื่องธรรมดา อยู่กับปัจจุบัน ทำใจให้สบายใจเป็นใหญ่” (รายที่ 10) “การผ่านวิกฤติสองสามครั้งใหญ่ในชีวิต ก่อนเป็นมะเร็ง เกิดทุกขเวทนา...หลังจากนั้นเขาใช้เวลาส่วนใหญ่สวดมนต์ไหว้พระ ใช้เวลาอยู่กับตนเอง ...วันหนึ่งสวดมนต์ 6-8 ชั่วโมง ทำให้จิตใจเข้มแข็ง ออดทน ทุกวันนี้เขาแข็งแรงกว่าตอนก่อนป่วย” (ผู้ดูแล รายที่ 8)

ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง

3.5 สร้างทางสายสมดุลเป็นแนวทางลดความสุดโต่งสู่การปรับชีวิตให้สมดุลในมิติการทำงาน ความเครียดสัมพันธ์สภาพกับคนอื่น ดังตัวอย่าง “ความเจ็บป่วย...เกิดจากเครียดอย่างเดียวเลย...เราไม่จัดการ เราไม่สนใจความเครียด เราสนใจแต่งงาน เครียดก็เครียดไป...เพิ่งจะมาแบ่งเวลาจริงจังตอนที่ไม่ได้ทำงานแล้ว... เพื่อเราจะได้มีเวลา ไปปฏิบัติธรรม สวดมนต์ ทำสมาธิ เรียนรู้ธรรม ไปเข้าคอร์สปฏิบัติธรรมที่เพื่อนชวน...ดูแลตัวเองจริง ๆ ทั้งอาหารการกิน การออกกำลังกาย เป็นเรื่องเป็นราว” (รายที่ 9) “ก่อนป่วย...พี่ไม่สนใจตนเอง พี่ทำงาน คนในครอบครัวพี่ก็ไม่ได้ดูแล...ขณะป่วยฟังธรรม... พี่ใจเย็นขึ้น อะไรที่เคยเปะก็ปล่อย ๆ ลดลง ... อยู่กับปัจจุบัน ทำใจให้สบายใจเป็นใหญ่” (รายที่ 10) “ต้องมีผักผลไม้กิน อาหารทำเอง ไปเดินที่พวกปลาเป็นผู้นำออกกำลังกาย...การออกกำลังกายช่วยคลายเครียดจากการทำงาน...การปฏิบัติธรรมช่วยให้เข้าใจตนเองและมีเวลาพิจารณาตนเอง” (รายที่ 4)

อภิปรายผล

จากการศึกษาประสบการณ์ในการใช้ภูมิปัญญาดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็งพบว่าประเด็นที่หนึ่ง ทักษะชีวิตพิชิตโรคที่ผู้สูงอายุใช้ปรับตัวด้านสุขภาพ ได้แก่ การอยู่กับปัจจุบัน การสร้างพฤติกรรมสุขภาพและการปลูกทักษะชีวิต ซึ่งการอยู่กับปัจจุบันเป็นการปรับกระบวนการคิดต่อการเผชิญสิ่งที่ไม่คาดคิด ด้วยการดึงสติกลับมา และอดทนเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นจนเกิด “ทักษะการอยู่กับปัจจุบัน” เห็นได้จากผู้สูงอายุบางท่านลืมความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นในช่วงที่รับการรักษา ทั้งนี้การเรียนรู้อยู่กับปัจจุบันช่วยให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสมกับตนเอง และสร้างสุขภาวะในชีวิตประจำวัน การสร้างพฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่สร้างสมดุลชีวิตของผู้สูงอายุด้วย 3อ 1ส คือ อาหาร ออกกำลังกายและการพักผ่อน

การจัดการอารมณ์และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และการรักษาโรคเป็นตัวกระตุ้นให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งมิติกาย จิต สังคม จิตวิญญาณและการมีส่วนร่วมในสังคม ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกแปลกแยกจากสังคมและคุณค่าชีวิตเพิ่มส่วนการปลูกทักษะชีวิต เป็นการตื่นรู้หรือพลิกฟื้นสุขภาพให้กลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณค่าด้วย “ความกล้าหาญ” “ความอดทน” และรับผิดชอบดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าระหว่างรับการรักษาโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาส่งผลต่ออารมณ์และจิตใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องได้รับการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมานและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย^{15,16}

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่อาจมีความรู้สึกสูญเสีย กลัวสับสน การได้รับความรักความเอาใจใส่จากครอบครัว การเยี่ยมให้กำลังใจจะทำให้รับรู้ถึงความรักและช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้มิติด้านจิตวิญญาณเป็นสิ่งสำคัญมากในช่วงบั้นปลายชีวิต จิตวิญญาณที่เป็นทุกข์จะทำให้ขาดเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้ปรับตัวต่อการเจ็บป่วยไม่ได้ การปฏิบัติกิจกรรมตามหลักธรรมคำสอนทางศาสนาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จะช่วยทำให้เกิดความเข้มแข็งของจิตใจ¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าผู้สูงอายุสร้างสุขภาวะทางจิตใจและจัดการอารมณ์ด้วยการสวดมนต์ ทำสมาธิปฏิบัติ ซึ่งการใช้วิธีทางศาสนาหรือใช้หลักสติ เช่น การทำสมาธิ การผ่อนคลาย การควบคุมอารมณ์ วิธีการเหล่านี้จะเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา ลดความกลัวในการกลับเป็นซ้ำของโรคและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งได้^{5,7,18} การศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุบางคนใช้วิธีการสร้างเสียงหัวเราะหรืออารมณ์ขันเข้ามาปรับสมดุลตัวเอง สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมหัวเราะบำบัดต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าการหัวเราะมีผลทางบวกต่ออารมณ์ สุขและ ความพึงพอใจในชีวิต จากการกระตุ้นให้หลั่งสารสุข (endorphins) เพิ่มการสร้างภูมิคุ้มกัน

และซัสสาร nitric oxide ซึ่งมีผลต่อความเครียด¹⁹

ทักษะชีวิตพิชิตโรคจึงสะท้อนถึงความยืดหยุ่น ความเข้มแข็งหรือพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (resilience quotient: RQ) ที่เรียนรู้อยู่กับปัจจุบัน ไม่เก็บความทุกข์ในอดีต ไม่คาดหวังสิ่งที่จะเกิดในอนาคต เผชิญปัญหาด้วยความอดทน กล้าหาญ ตระหนักรู้ ในตนเอง สร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุว่าเป็นความสามารถทางอารมณ์และจิตใจของบุคคลในการปรับตัว และฟื้นตัวหลังเผชิญกับสถานการณ์ความทุกข์ยากหรือวิกฤติ แม้จะมีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุยังรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดี เนื่องจากเป็นวัยที่มีประสบการณ์ ภูมิปัญญา สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ดี ทำประโยชน์ให้กับ ครอบครัว ชุมชน สังคมได้²⁰

ประเด็นที่สอง แหล่งสนับสนุนสู่หลักชัย มีปัจจัยหลักคือตัวผู้สูงอายุ ที่คิดว่า การดูแลสุขภาพเป็นความรับผิดชอบของตนเองเป็นหลัก จึงมีการเรียนรู้ปรับตัว ด้าน กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ เช่น จัดการความคิด อารมณ์ด้านลบด้วยการปล่อยวาง มีสติกับสิ่งที่เกิดขึ้น ปัจจุบัน นำหลักธรรมคำสอนมาปฏิบัติ ฝึกจิตเป็นใหญ่ เหนือกายที่เปลี่ยนแปลง ปฏิบัติหน้าที่ตนในชีวิตประจำวันได้ เห็นความสุขและคุณค่าการมีชีวิตปัจจุบันและวางแผนชีวิตวันข้างหน้าตามที่ตนต้องการ ซึ่งสะท้อนการมีชีวิตด้วยความหวัง และมีชีวิตชีวา ประกอบกับมีครอบครัวให้ความรัก ใส่ใจให้กำลังใจ เป็นปัจจัยทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง บุคลากรด้านสุขภาพให้การดูแลอย่างเหมาะสม ด้วยความเอื้ออาทร พุดคุยให้กำลังใจ สร้างสิ่งแวดล้อมที่ผ่อนคลาย รวมทั้งชุมชน เปิดใจรับสนับสนุนสร้างโอกาสในการมีส่วนร่วม กิจกรรมทางสังคม วัฒนธรรม หรือทำงานจิตอาสา การบูรณาการแหล่งสนับสนุนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญ ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถบรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพและพฤติกรรม²¹ สอดคล้องกับที่องค์การอนามัยโลก²² ให้คำจำกัดความ “Healthy Ageing” ว่าเป็น

กระบวนการของการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถ ในการปฏิบัติหน้าที่ (functional ability) นำสู่การเกิดสุขภาวะ (wellbeing) ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ คือภาวะที่ผู้สูงอายุมีความสามารถภายในตน (intrinsic capability) ประกอบด้วยความสามารถทางด้านร่างกาย และจิตใจโดยมีบุคคลและสิ่งแวดล้อม ครอบครัว ชุมชน และสังคมเข้ามาเกี่ยวข้อง

นอกจากนั้นยังมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environmental) ได้แก่ ที่อยู่อาศัย ชุมชนสังคมและสัมพันธภาพของบุคคลในชุมชน ทักษะคิด ค่านิยมที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่และดำรงไว้ซึ่งความสามารถภายในตนในการปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญทำให้เกิดสุขภาวะของความสุขวัย สอดคล้องกับนิยาม “พฤติกรรมผู้สูงอายุ” (active ageing) หรือการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในบริบทวัฒนธรรมไทย คือการใช้ชีวิตเรียบง่ายและพอประมาณ มีการจัดการความเครียด มีสัมพันธภาพที่ดีและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อนบ้าน ตระหนักรู้และดูแลตนเอง ไม่อยู่นิ่งเฉย บริหารความคิด มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและยอมรับการสูงวัย²³ และการศึกษาเรื่องการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านไทยภาคกลางพบว่า ผู้สูงอายุสุขภาพดีเกิดจากการมีพฤติกรรมทำให้สุขภาพกายแข็งแรงตามวิถีพื้นบ้านและสุขภาพจิตแข็งแรงตามหลักคำสอนทางศาสนา การอุทิศตนเพื่อสังคม บุญ ได้แก่ การทำงานอาสาเพื่อสาธารณะและการบริจาค เพื่อสร้างบุญ การตระหนักถึงความตายและเตรียมพร้อมเผชิญความตายอย่างสงบ⁶ กษุกร ห่วงนุ่ม ศึกษาพบว่า การดูแลด้านจิตใจเพื่อเกิดองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุโรคเมเร็ง การได้รับความรักความเอาใจใส่จากครอบครัว การเยี่ยมให้กำลังใจจากบุคคลรอบข้าง จะทำให้รับรู้ถึงความรักและช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การให้การพยาบาลตามปกติร่วมกับการมีบุคลากรทีมสุขภาพเข้าไปพุดคุย และจัดสิ่งแวดล้อมที่ผ่อนคลาย ผู้ป่วยมีแรงสะท้อนความรู้สึกว่าตอนที่มีคนเข้ามา

ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง

พูดคุย เอาใจใส่ ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ความปวดและความทุกข์ทรมานเบาลง²⁴

ประเด็นที่สาม หลักธรรมนำเข้าใจชีวิต ผู้สูงอายุทุกคนนับถือศาสนาพุทธ และรับรู้ว่าตนสุขภาพดีมีหลักธรรมช่วยชี้นำให้เข้าใจธรรมหรือความจริงของชีวิต สามารถใช้ปัญญาแก้ไขปัญหาพัฒนาความคิดและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยหลัก 5 อย่างคือ มุ่งมั่นในดูแลแก้ปัญหาด้วยตนเองด้วยความเพียรพยายาม ยอมรับความจริง ปลอ่ยวาง เรียนรู้โลกภายในตน และฝึกฝนทางสายสมดุลง ซึ่งสะท้อนถึงภูมิปัญญา (wisdom) ของผู้สูงอายุที่เรียนรู้จากประสบการณ์ชีวิตโดยตรง ก่อให้เกิดองค์ความรู้จากการปฏิบัติที่ช่วยในการแก้ปัญหา การจัดการและการปรับตัว สอดคล้องกับพรรณภัทรร อินทฤทธิ์²⁵ ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ฝึกจิตด้วยสมาธิ เช่น สวดมนต์ เดินจงกรม นั่งสมาธิ จะมีความเครียดลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น รวมทั้งการพิจารณาการสุดท้ายของชีวิต ช่วยให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตด้วยความไม่ประมาท ปลอ่ยวาง เห็นคุณค่าในชีวิตตนเองทั้งนี้การสวดมนต์เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมช่วยเสริมผลการรักษาและลดอาการข้างเคียง ส่งเสริมการนอนหลับ ทำให้จิตใจสงบ เป็นสมาธิ ทำให้คิดดี คิดทางบวก และทำให้ชีวิตมีพลัง ไม่ท้อแท้²⁶ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาช่วยทำให้เกิดความเข้มแข็งของจิตใจในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง²⁷

ข้อเสนอแนะและแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ภูมิปัญญาในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็งสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางการป้องกัน ฟันฟูหรือเพิ่มพลัง อึด อึด สู้ (resilience quotient) ช่วยเพิ่มคุณค่าและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุซึ่งบุคลากรด้านสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน ควรนำมาบูรณาการในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็ง

2. การทำวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มเติมการศึกษาภูมิปัญญาในผู้สูงอายุและช่วงวัยต่าง ๆ ให้ครอบคลุม

โรคมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนารูปแบบการดูแลโรคมะเร็งได้เป็นองค์รวมมากขึ้น

3. การทำวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาอัตราการรอดชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง โดยการนำภูมิปัญญามาประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. สายพิณ เกษมกิจวัฒนา ที่ปรึกษาและผู้ผลักดันโครงการวิจัยและกองทุนเพื่อการวิจัยและการพัฒนาของสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทยที่สนับสนุนทุน

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Older Persons (ThaiHealth). Statistic of ageing in September 2024; 2024. [cited 2024 December 6]. Available from: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2559 (in Thai)
2. Thai Health Promotion Foundation (ThaiHealth). "Facing the 'aging society', the challenge of increasing costs. " 2021 [cited 2021 December 24]. Available from: <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/article> (in Thai)
3. Asantachai P. Principles and essence of primary care for the elderly. In: Muangpaisan W, editors. Gerontology and geriatrics for primary care practice. Bangkok: Thai Society of Phytopathology and Gerontology; 2017. p. 3-20. (in Thai)
4. Hfocus. Thailand has 140,000 new cancer patients annually. The Ministry of Public Health emphasizes that palliative care can help improve their quality of life; 2024. [cited 2024 December 6]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2024/10/31995> (in Thai)
5. Chantape W. Survival rate and prognostic factors of endometrial cancer patients treated in Ratchaburi Hospital. Region 4-5 Medical Journal. 2021;39(2):164-77. (in Thai)

6. Autkittanon P. Factors associated with survival of the elderly patients with advanced non-small cell lung cancer in Saraburi hospital: a retrospective cohort study of survival analysis between 2010 and 2014. *The Bulletin of the Department of Medical Sciences*. 2021;63(2):275-68. (in Thai)
7. Putthanachote N, Kovitangkoon K, Sangsa N, Tomuen C, Kudwongsa W, Sarakran P. Survival rate and factors effecting to survival of colon cancer after surgical treatment. *Region 11 Medical Journal*. 2017;31(2): 243-55. (in Thai)
8. Boonsawad P. Maintaining elderly health by using central Thai local wisdom [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2015. (in Thai)
9. Adthasit R, Suvandech K. The handbook of folk medicine usage in healthcare for the elderly. Nonthaburi: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand; 2015. (in Thai)
10. Khanthapok P, Theerapuncharoen N, Chaikan A, Rattanasena P, Sulukananuruk C, Tasing O, et al. Using local wisdom for health promotion and healing the elderly in Rural Ayutthaya Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2022;9 (2):220-34. (in Thai)
11. Thakrairat P. Taking care of the older persons with local wisdom. *Journal of MCU Social Science Review*. 2016;5(3):219-32. (in Thai)
12. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Thousand Oaks, CA: SAGE; 1985.
13. Nastasi BK, Schensul SL. Contributions of qualitative research to the validity of intervention research. *J Sch Psychol*. 2005;43(3):177-95.
14. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101.
15. Nilmanat K. *Caring for patients at the end of life*. Songkhla: Chanburana Printing; 2012. (in Thai)
16. Lertpanich P, Namwongprom A, Phakdiwong N. Symptom experiences and quality of life of patients with advanced cancer receiving chemotherapy. *Association of Higher Education Institutions Private Sector of Thailand*. 2017;6(1):45-50. (in Thai)
17. Wangnum K. Nursing care of older adult with cancer undergoing chemotherapy. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*. 2016;3(1):51-63. (in Thai)
18. Bannaasan B, Pothiban L. Fear of cancer recurrence. *Thai Journal of Nursing Council*. 2016;31(3):16-23. (in Thai)
19. Ruamwong N, Namwong T, Khinkaw C. The effect of a laughter therapy program on self-esteem among chronic disease patients. *Journal of Phrapokklao Nursing College*. 2018;29(1):92-100. (in Thai)
20. Boonsawad P, Petchlorlian A, Tongboonchoo C, Rattanavicha W, Duangduen Y. Resilience in older adults at wellness center. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2020;21(3):481-90. (in Thai)
21. Suwan P, Therawiwat M. From “Active Ageing” to “Health Ageing”. *Thai Journal of Health Education*. 2021;44(1):12-29 (in Thai)
22. World Health Organization. Healthy ageing and functional ability; 2020. [cited 2021 December 24]. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability#>
23. Wongsawat S. A developing of aging people to become active aging. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2016;24(3):202-7. (in Thai)
24. Boonsawad P, Pumduang A, Auswapinyokit N, Tongboonchoo C. The effect of complementary and integrative therapy on pain and pain distress in patients with cancer. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 2020;13 (2):257-70. (in Thai)
25. Intarit P. Elderly health care with Thai traditional medicine. *Journal of Traditional Thai Medical Research*. 2017;3 (2):35-42. (in Thai)
26. Matchim Y, Kongsuwan W, Nilmanat K. Prayer experience in cancer patients: a phenomenology study. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2016;36(3):23-35. (in Thai)
27. Sinthuvongsanon D. The integration of caring for the end-of-life stage cancer patients by the application of Buddhadhamma in Theravada Buddhasasan. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*. 2015;21(1):54-64. (in Thai)