

วัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในชุมชน

Cultural care for older persons with end of life in community

อารยา ทิพย์วงศ์* และบำเพ็ญจิต แสงชาติ**

Araya Tipwong* and Bumpenchit Sangchart**

*วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*College of Nursing and Health, Suansunandha Rajabhat University

**Faculty of Nursing, Khon Kaen University

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในชุมชน ในตำบลของจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุระยะท้าย และครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทีมการดูแลแบบประคับประคอง หมอพื้นบ้าน แพทย์ พราหมณ์ พระสงฆ์ ที่อาศัยอยู่ในตำบลของจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 78 คน ที่ได้จากการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เนื้อหาสาระ ผลการวิจัย สะท้อนวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในชุมชนเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) การดูแลให้อยู่ดี 2) การดูแลรักษาดี และ 3) การดูแลให้ตายดี

คำสำคัญ: วัฒนธรรมการดูแล, ผู้สูงอายุระยะท้าย, ชุมชน

Abstract

This qualitative research aimed to describe cultural care for older persons with end of life in the community at Northeastern of Thailand. The informants were those with direct experiences related to care, including older persons with end of life and their family members, community volunteers, local administrative organization officers, physicians, nurses, palliative care team, folk healers, Brahmin and priests. They altogether were 78 people and were selected by purposive sampling. Data were collected by in-depth interview. Data were analyzed by thematic analysis. The findings revealed three patterns of cultural care of older persons with end of life including the care for: 1) being in a good condition, 2) having a good cure, and 3) having a good death.

Keywords: Cultural Care, Older Person with End of Life, Community

บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของคณาจารย์นิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Corresponding Author: bamphenc@kku.ac.th

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรโลก และของประเทศไทย เปลี่ยนแปลงไป จำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้หลายประเทศเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุ คาดประมาณว่าในราวปี พ.ศ. 2574 นี้ ประเทศไทย จะเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super aged society) (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และมหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2558) ปัจจุบัน ผู้สูงอายุในระยะท้ายของชีวิตมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวน ผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข บ่งชี้ว่าผู้สูงอายุในระยะท้ายของชีวิตมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก อุบัติการณ์ของโรคเรื้อรัง และโรคที่คุกคามต่อชีวิต เช่น โรคมะเร็ง และโรคเรื้อรังไม่ติดต่ออื่น ๆ ที่มีจำนวนสูงขึ้นไปด้วย (กระทรวงสาธารณสุข สำนักกระบวนวิชา, 2555) Lynn และ Adamson (2003) พบว่ามีการเสียชีวิตของผู้สูงอายุด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 80-85 และด้วยโรคมะเร็ง ร้อยละ 25 ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจึงมีโอกาสเสียชีวิตและ อยู่ในระยะท้ายของชีวิตที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน ร่างกายและจิตใจจากอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ อีกทั้ง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคเรื้อรัง 2-3 โรคในคนเดียวกัน ก่อให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน ร่วมกับผลกระทบ จากการรักษาที่ได้รับ ส่งผลให้ภาวะเจ็บป่วยมีอาการทรุดหนัก และการฟื้นฟูเป็นไปได้อย่างยากกว่าวัยอื่น (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กับภาวะการเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพไปตามระยะของโรค ถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

สภาพสังคมในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุนั้นต้องปรับตัวให้เข้ากับภาวะสุขภาพและสภาพแวดล้อมตามวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของแต่ละคน (ศรีนวล สกิตวิทยานันท์, 2552) ความเชื่อของสังคมวัฒนธรรมอีสาน ว่าการอยู่ที่บ้านของตนเองนั้นมีความสุขมากที่สุด ญาติพี่น้อง ได้ช่วยเหลือเกื้อกูลกันและต้องการเสียชีวิตที่บ้านของตนเอง ท่ามกลางลูกหลาน และคนที่ตนรัก เช่นเดียวกับในประเทศ

เนเธอร์แลนด์ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง และต้องการที่จะเสียชีวิตที่บ้าน (Thoonssen et al., 2019) ปัจจุบันนโยบายของรัฐเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายสนับสนุนให้มีการดูแลที่บ้าน กล่าวคือ สนับสนุนให้มีการจัดการดูแลที่บ้านหรือสถานพยาบาลที่บ้าน แต่นโยบายดังกล่าว ยังไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากมีความไม่สะดวกหลายประการ เช่น ไม่ได้รับการสนับสนุน และการจัดการที่เป็นรูปธรรม ไม่มีผู้ดูแลหลักโดยเฉพาะในสังคมเมือง จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งต้องอยู่ที่โรงพยาบาลถึงวาระสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้ไม่อาจสนองตอบนโยบายของรัฐบาลแล้ว ยังอาจทำให้มิติของการดูแลเชิงวัฒนธรรม ขาดหายไปได้จากการที่ครอบครัวไม่ได้มีส่วนร่วมหรือ ประกอบกิจกรรมตามความเชื่อหรือทำตามประเพณี

ความต้องการตายดีของผู้สูงอายุนั้นเป็นความต้องการที่ผู้สูงอายุนั้นเลือกอยากให้เกิดขึ้นในช่วงสุดท้ายของชีวิต ผลการศึกษาแสดงถึงความต้องการที่เกี่ยวข้องกับความไม่ต้องการทุกข์ทรมานเจ็บปวดจากโรคที่ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต หรือความปรารถนาที่จะอยู่กับครอบครัวและคนที่รักในช่วงลมหายใจสุดท้าย ตลอดจนความกังวลในทรัพย์สินมรดกซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559 ที่กำหนดแนวคิดของการตายดีว่า เป็นการตายที่ก่อนจะเสียชีวิต ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานทางร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอ เหมาะสม ได้รับการดูแลทางจิตวิญญาณตรงกับความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมของตนเอง รวมถึงได้ทำสิ่งที่อยากทำแต่ยังไม่ได้ทำ สามารถแสดงความปรารถนาของตนเองว่าต้องการให้มีการดูแลอย่างไร ในระยะท้ายเพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2560) ดังนั้นทีมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ให้การดูแลจึงต้องทำความเข้าใจและตอบสนองความต้องการให้ครอบคลุม

ทุกมิติ รวมถึงข้อจำกัดในการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายที่มีภาวะต้องพึ่งพาเหล่านี้ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในอนาคต อีกทั้งการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนเชื่อมโยงกับบริบทต่าง ๆ ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละสังคมวัฒนธรรม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำความเข้าใจวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในชุมชน ในตำบลของจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างลึกซึ้งเพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาระบบการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุระยะท้ายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) แบบชาติพันธุ์วรรณาแบบเจาะจง (Focused ethnographic approach)

พื้นที่ศึกษา เป็นตำบลกิ่งชนบทที่ห่างจากตัวอำเภอประมาณ 15 กิโลเมตร มีความหลากหลายของประชากรในระดับการศึกษา และการประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลัก ได้แก่ ทำสวน ทำไร่ ลูกจ้างตามโรงงาน รับจ้างทั่วไป และอุตสาหกรรมในครัวเรือน

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) และผู้ให้ข้อมูลรอง เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ ได้แก่ มีประสบการณ์ตรงที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะท้าย ในบทบาทของผู้ให้การดูแล และผู้ได้รับการดูแล

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้สูงอายุระยะท้าย อายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีระยะของการเจ็บป่วยอยู่ในระยะท้ายของทุกกลุ่มโรคหรือมีภาวะชราภาพ (ภาวะหง่อมจากการชราภาพ) หรือทุพพลภาพจากการชราภาพ จำนวน 24 คน และสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะท้าย จำนวน

18 คน ส่วนผู้ให้ข้อมูลรองเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลจำนวน 36 คน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แพทย์พยาบาลวิชาชีพ ที่มีการดูแลแบบประคับประคอง หมอพื้นบ้าน พราหมณ์ และพระสงฆ์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแนวคำถามหลักปลายเปิดให้ผู้ให้ข้อมูลตอบคำถามได้อย่างอิสระที่ครอบคลุมการศึกษาวรรณกรรมการดูแลของผู้สูงอายุระยะท้าย เช่น การดูแลด้วยตนเอง และการดูแลของครอบครัว การดูแลระยะท้ายโดยบุคลากรด้านสุขภาพ การดูแลโดยผู้ให้การดูแลสุขภาพจากผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นในชุมชน และใช้แนวคำถามเฉพาะ จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมประเด็นมุมมองเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะท้าย ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุระยะท้าย แหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุระยะท้าย ผลลัพธ์จากการดูแล ตลอดจนข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะอื่น ๆ และ 3) ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือหลักในการวิจัยโดยผู้วิจัยมีการเตรียมตัวเพื่อเป็นผู้เก็บข้อมูล โดยเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้และทักษะการเป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน-ตุลาคม พ.ศ. 2560

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เลขที่ HE602079) ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักการสากลของการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้ 1) การเคารพในบุคคล (Respect for person) ผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอคำยินยอม โดยผู้ให้ข้อมูลสามารถตัดสินใจได้เองในการปฏิเสธหรือเข้าร่วมการวิจัย 2) หลักสิทธิประโยชน์ (Beneficence) ให้อิสระกับผู้ให้ข้อมูลในการกำหนด วัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ตามความสะดวก และ 3) หลักยุติธรรม (Justice) ผู้ให้ข้อมูล

สามารถตัดสินใจที่จะยกเลิกการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา และการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและใช้นามสมมติแทนชื่อ-นามสกุลจริง

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ตามแนวคำถามการสัมภาษณ์ที่เตรียมไว้ใช้เวลาคนละ 45-60 นาที ผู้วิจัยได้เริ่มสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้สูงอายุระยะท้ายเป็นกลุ่มแรก จากนั้นจึงเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลรอง สถานที่ในการสัมภาษณ์ และระยะเวลาในการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้นัดหมาย ตามความสะดวกในการให้ข้อมูลกับผู้วิจัยส่วนใหญ่ เป็นที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ผู้วิจัยได้บันทึกเทปการสนทนาและบันทึกภาคสนามเกี่ยวกับสภาพบริบทที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม และกิจกรรมอื่น ๆ ที่สังเกตได้ เพื่อนำมาประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) โดยวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดเวลาที่ดำเนินการวิจัย ภายหลังสัมภาษณ์ได้เขียนเรียบเรียงเนื้อหา ถอดเทป อ่านวิเคราะห์ ทบทวน วิเคราะห์ประเด็นหลัก ตีความข้อมูล นำมาสร้างข้อสรุปเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย และเรียบเรียงเรื่องราวเขียนปรากฏการณ์โดยใช้ภาษาของเจ้าของประสบการณ์ ตรวจสอบซ้ำ และเขียนข้อความรู้ที่ได้ ในระหว่างการตรวจสอบข้อมูลได้พบว่าข้อมูลยังไม่ชัดเจนจึงได้ไปสัมภาษณ์ซ้ำ จำนวน 6 คน และตั้งคำถามเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป จนกระทั่งเสร็จสิ้นเมื่อข้อมูลอิ่มตัว (Saturation of data)

ผลการวิจัย

1. **ผู้ให้ข้อมูลหลัก** เป็นผู้สูงอายุระยะท้าย จำนวน 24 คน ร้อยละ 75 เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 67-89 ปี (อายุเฉลี่ย 78 ปี) เป็นผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 58.3

ติดบ้านร้อยละ 25 และติดเตียงร้อยละ 16.7 ทุกคนมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 95.8 เป็นโรคความดันโลหิตสูง สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะท้าย จำนวน 18 คน มีอายุ 43-79 ปี **ผู้ให้ข้อมูลรอง** ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 23 คน นายกเทศมนตรี เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน กำนันและผู้ใหญ่บ้าน 9 คน แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน หมอพราหมณ์ 1 คน พระสงฆ์ 2 คน และพี่ฟ้า 1 คน

2. ผลการศึกษาวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในชุมชนแห่งหนึ่ง ของจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลที่ได้สะท้อนการดูแลที่ครอบคลุมถึงการดูแลทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณตามความต้องการของผู้สูงอายุระยะท้าย และครอบครัว ประกอบด้วย การดูแล 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) การดูแลให้อยู่ดี 2) การดูแลรักษาดี และ 3) การดูแลให้ตายดี ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 **การดูแลให้อยู่ดี** ผู้สูงอายุระยะท้ายได้รับการดูแลให้มีความเป็นอยู่ที่ดีตามภาวะสุขภาพ และเงื่อนไขความเจ็บป่วยของตน โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพปกติมีภาวะหง่อมจากการเสื่อมถอยของอายุตามวัย กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมถึงกลุ่มที่เจ็บป่วยด้วยโรคระยะท้ายได้รับการดูแลจากหน่วยบริการสุขภาพที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการจัดบริการออกเยี่ยมบ้าน และมีการทำงานร่วมกับบอสม. และทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้สูงอายุระยะท้ายได้รับการดูแลในเรื่องสุขภาพ เช่น การวัดความดันโลหิต การติดตามเยี่ยมบ้าน การไปเยี่ยมให้กำลังใจ และการนัดผ่อนคลาย เป็นต้น

ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลมีดังนี้ “...กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านก็จะมีในเรื่องของการเยี่ยมบ้าน หรือไปเยี่ยมโดยทีมจิตอาสา อสม. แต่ถ้ากลุ่มติดเตียงก็จะดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ คือ จะมีเจ้าหน้าที่ในส่วนของรพ. สต. เข้ามาเยี่ยมกลุ่มนี้ค่อนข้างบ่อยขึ้น แต่ว่าที่เป็น

กลุ่มติดเตียงอาจจะเจอทุกเดือนหรือไม่ก็สองอาทิตย์ครั้ง ค่ะ นอกจากเจ้าหน้าที่ รพ. สต. อสม. ก็จะมีทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยค่ะ...” (พยาบาลวิชาชีพ อายุ 48 ปี) “...ค่ะเจ้ากะมาดูแลมาเบิ่งสุขดิบของเฮอันนั้นอันนี้เนาะ เฮาเป็นอียังนานไปเฮากะแล่นไปหา อสม. ไปวัดความดันไป วัดตรวจเลือด ตรวจหยั่งบ่งสังเก็ยขึ้นเฮาบได้ไปโรงพยาบาล...” (คุณยาย หนา (นามสมมติ) อายุ 76 ปี)

นอกจากนี้ยังมีการดูแลช่วยเหลือกันแบบพึ่งพาอาศัยบ้านใกล้เรือนเคียงโดยการพูดคุย ใต้ตามสารทุกข์สุกดิบ รวมถึงการดูแลจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้ามาร่วมกับทีมสุขภาพภาครัฐ โดยเป็นการจัดการที่เกี่ยวข้องกับการดูแล มาเยี่ยมให้กำลังใจ และการอำนวยความสะดวก สนับสนุนงบประมาณ

ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลมีดังนี้ “...เราก็กังใจเฮา เข้าไปเยี่ยมเฮาเรื่อย ๆ เราก็กังใจเฮาเพราะเป็นลูกบ้านของเรา เราต้องไปเยี่ยมไปถามข่าวประจำ แล้วก็ขอนมไปให้เฮา แล้วก็ให้ความปลอบใจกับลูกสาวเฮา ให้กังใจเฮา เพราะว่าเราเป็นผู้นำหมู่บ้าน เราก็กังใจไปตามประเพณีที่เราเคยทำมานะครับว่า เราจะต้องไปเยี่ยม ถือนม ถือนมอะไรไปฝากเฮา ให้เฮากินบำรุง...” (ผู้ใหญ่บ้าน อายุ 49 ปี)

เนื่องจากการดูแลของคนในชุมชน อยู่อาศัยแบบญาติพี่น้อง เป็นการมาเยี่ยมในลักษณะมานอนเฝ้าไข้ให้กำลังใจกัน หรือทำอาหารมาเยี่ยมไข้ ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้ “...บางทีคนที่ไปเยี่ยมที่ รพ. ไม่ได้ก็ให้มาเยี่ยมยามถามข่าวที่บ้าน หมู่บ้านเรามันเป็นแบบนี้ ถ้าคนเฒ่าคนแก่เจ็บไข้ได้ป่วย มีอาการขึ้นโคมา เขาจะไม่นอนเฝ้ากัน บางทีคนเฒ่าคนแก่เพื่อนกันไปดูกันไม่ได้ ก็กลางคืนไปไม่ได้ก็ไปกลางวันถามข่าวคราว ไปดูแลในหมู่บ้านเขาต้องทำแบบนั้น ไปเฝ้ากันเวลาป่วย...” (พระภิกษุ อายุ 52 ปี) “...ไม่ป่วยก็ไปนอนบ้านใครบ้านมัน ก็คือแค่ส่งอาหารธรรมดา พอป่วยก็มานอนด้วย คนที่อยู่

หมู่ 11 นั้นก็มา เข้าลูกหลานแกมีความอบอุ่นได้ อบอุ่นที่สุดได้ แล้วญาติๆ แกก็เยอะ...” (อสม. อายุ 62 ปี)

2.2 การดูแลรักษา ผู้สูงอายุระยะท้ายในกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังและมีอาการของโรคทรุดลง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ได้รับการดูแลรักษาจากทีมสุขภาพเป็นหลักในการให้การรักษาดตามอาการ โดยเริ่มต้นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่ที่รักษาไม่หายอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมร่างกาย จิตใจ และสังคม การดูแลรักษานั้นเน้นผู้สูงอายุระยะท้าย และครอบครัวเป็นหลัก มีการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว

ตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้ “...เราก็กังใจกาย จิต สังคม เหมือนกันค่ะ เพียงแต่ว่าการดูแล palliative care เนี่ย ก็เหมือนกับการตัดเสื้อก็คือว่า เสื้อสำหรับใคร ใครใส่ เราก็กังใจมาตัดให้เขาใส่ให้สบายให้พอดีตัว แล้วก็ต้องดูว่าเขาจำเป็นในสิ่งไหนบ้างที่เราจะต้องดูแล ที่เขาจะต้องได้รับการดูแล...” (พยาบาลวิชาชีพ อายุ 48 ปี) “...ปัจจุบันเรามองในชุมชนที่เขาเป็นจริง ๆ มันก็พอแล้วมั้ง เขาอยากทำอะไรช่วงสุดท้าย เราก็กังใจเคารพการตัดสินใจของเขา เรามีแค่หน้าที่ช่วยเหลือไม่ใช่ช่วยเรื่องของการตัดสินใจ...” (แพทย์ อายุ 38 ปี)

2.3 การดูแลให้ตายดี ผู้สูงอายุระยะท้ายมีความปรารถนาที่จะตายดีหากอยู่ในวาระท้ายของชีวิต โดยได้มีการเตรียมตัวก่อนตาย เตรียมครอบครัว สังเคราะห์ถึงภายหลังการตายก็มีครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้านมาห้อมล้อมดูแล โดยมีการดูแลแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ การเตรียมให้ตายดี และการดูแลความสูญเสียและการปลดพรางภายหลังการตาย ดังนี้

2.3.1 การเตรียมให้ตายดี วิถีชีวิตของผู้สูงอายุระยะท้ายที่อยู่กับครอบครัวจะได้รับการดูแลตอบสนองความต้องการจนวาระสุดท้าย คือ การดูแลความสุสสบายอย่างครอบคลุมมิติทางกาย จิต สังคมและ

จิตวิญญาณ ได้ตายอย่างสงบสบายไร้กังวล หรือการตายดี ตายท่ามกลางแวดล้อมด้วยญาติพี่น้องโดยตายที่บ้านของตนเองและได้รับการดูแลจากครอบครัวในการจัดการหลังการตาย

1) **การตายที่บ้าน** ผลการศึกษาการตายตามความเชื่อของคนในชุมชนมักต้องการกลับมาตายที่บ้านของตน ดังนั้น ถ้าผู้สูงอายุระยะท้ายอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวก็มักจะขอกลับบ้านในวาระสุดท้าย เพื่อให้สิ้นลมหายใจที่บ้านอยู่ท่ามกลางสมาชิกครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน และคนที่รัก ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้ “...จริง ๆ การดูแลผู้สูงอายุ ถ้าลองคิดว่านี่เป็นผู้สูงอายุ พี่ก็อยากจะกลับไปอยู่ที่บ้านนะ ขอดูแลแบบตามอาการ คือ ขอมีความสุขอยู่ที่บ้าน อยู่กับลูกกับหลาน ดีกว่าที่จะมานอนอยู่ที่โรงพยาบาล ซึ่งพี่คิดว่าคนไข้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยากจะเป็นแบบนี้ อยากจะกลับไปอยู่ที่บ้าน...” (พยาบาลวิชาชีพ 48 ปี)

การกลับมาตายที่บ้าน นอกจากผู้สูงอายุระยะท้ายจะได้ตายท่ามกลางญาติพี่น้อง ครอบครัว และบุคคลอันเป็นที่รักแล้ว ยังเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุระยะท้ายได้สั่งเสียสิ่งที่ค้างคาในใจ เช่น เรื่องทรัพย์สินมรดก หรือเรื่องที่ติดค้างในใจต่าง ๆ ดังตัวอย่างคำบอกเล่า “...เนี่ยจะพูดถึงเรื่องทรัพย์สินมรดก พูดถึงทรัพย์สินของแหมะ ถ้าตาเสียชีวิต ตาจะเป็นห่วงอะไรไหม แหมบอกว่าเป็นห่วง เพราะว่าที่ไรที่นาแบ่งให้ทุกคนแล้ว ...” (อสม. อายุ 62 ปี)

นอกจากนี้การตายที่บ้าน ผู้สูงอายุระยะท้าย และครอบครัวสามารถประกอบพิธีกรรมตามความเชื่ออีกด้วย ในชุมชนที่ศึกษาได้เห็นภาพของการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อทางศาสนา ก่อนตาย เช่น การสวดมนต์ต่ออายุ พิธีขอขมากรรม การกำหนดลมหายใจ ภาวนาพุทโธ เป็นต้น ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้ “...บ้านปลายชีวิต ก็คงต้องการกำลังใจ แต่อย่างหนึ่งที่สำคัญก็คือเรื่องก่อนที่จะตาย ที่นี้เขาจะมีการเรียกว่าการ

ส่งต่ออายุ ส่งต่ออายุหมายความว่าให้อายุยืน แต่สุดท้ายยังงี้ก็ไม่รอด ก็มันจะตายแล้วนะ แต่ทำให้เป็นกำลังใจตามธรรมเนียมประเพณี เวลาจะตายก็ให้นึกถึงบุญกุศล พระก็ช่วยได้แค่นั้นนะโยม จะเข้าไปดูแลปฏิบัติแบบอย่างนั้นก็ได้ ก็ไปให้กำลังใจเขา...” (พระภิกษุ อายุ 52 ปี) “...การดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต ที่นี้จะจัดให้มีพิธีขอขมา เมื่อเห็นว่าผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิตก็จะเรียกญาติพี่น้องมาทำพิธี เพื่อเปิดโอกาสให้รำลึกกัน จัดให้ผู้ป่วยสวดมนต์ สิ่งเหล่านี้เป็นความสุขทางใจ คนที่ไปก็ไปอย่างมีความสุข ได้เสียชีวิตในอ้อมอกของคนที่เป็นญาติโดยตรง ได้จากไปอย่างสงบ...” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล อายุ 56 ปี)

2) **คนช่วยจัดการงานศพ** สำหรับผู้สูงอายุระยะท้ายที่เข้าสู่วาระสุดท้ายจนกระทั่งเสียชีวิตนั้น คนในครอบครัว และเพื่อนบ้านจะมีการเตรียมการปรึกษาหารือกันในการจัดการต่าง ๆ มีการมอบหมายหน้าที่ โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยที่ยังมีอุปสรรคทางการแพทย์ เช่น สายยางให้อาหาร อุปกรณ์การให้ออกซิเจน เป็นต้น และการจัดการศพเมื่อเสียชีวิตแล้ว

ดังตัวอย่างคำพูดว่า “...เรื่องการจัดงานศพ อาบน้ำแต่งตัวให้ จะทำอย่างไร ใส่เสื้อผ้าอย่างไร ที่นี้จนถึงเคลื่อนศพไปเผา ก็ต้องดูแลว่าเราจะทำอย่างไร เรื่องการฃาปนกิจศพจะเอาอย่างไร จะให้พระสวดอภิธรรม จะดูแลจะต้องอยู่เป็นเพื่อน ได้คุย เป็นที่ปรึกษาของเขานั่นแหละ ถึงเราจะไม่ใช่ลูกหลาน เราไม่ใช่เป็นคนออกทุนอะไรให้ แต่เราออกหัวคิดให้ได้ เขาก็อุ่นใจ ...” (คุณยายสอง (นามสมมติ) อายุ 67 ปี)

2.3.2 **การดูแลความสูญเสีย และการพลัดพรากภายหลังการตาย** เป็นการดูแลในลักษณะช่วยดูแลกันเหมือนญาติพี่น้อง และการเข้ามาช่วยงานเป็นลักษณะของการมาช่วยทำบุญ นอกจากนี้ในการดูแลหลังตายจากทีมสุขภาพ ได้มีการให้การดูแลครอบครัว ส่วนภาคสังคมท้องถิ่นก็จะเข้ามาดูแลในเรื่องการสนับสนุน

อุปกรณ์และอำนวยความสะดวกสถานที่ในการจัดงาน รวมถึงกองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์สวัสดิการช่วยเหลือต่าง ๆ

ตัวอย่างคำบอกเล่ามีดังนี้ “...บัดอันญาติพี่น้องตาย คนในบ้านตาย เฮากะชวยเขา เฮากะมีเงินมีคำ เฮากะไปหาเขา ไปชวยเขา ไปกินไปทานนำเขา...” (คุณยายสา (นามสมมติ) อายุ 78 ปี) “...เวลาที่พี่น้าเสีย เขามีเงินมาปนกิจอยู่ครับ คือ ญาติเขานั่นแหละประสานไว้ กับเงินที่สงเคราะห์ประชาชน เขาก็จัดตั้งขึ้น คนไหนยากจน ไม่มีเงิน อันนี้เขาเรียกว่ากองทุนใจประสานใจ หรือ สงเคราะห์ประชาชน ส่วนเงินมาปนกิจบ้านเราจะเก็บหลังละ 200 บาท แล้วก็มาทำบุญอีกทางหนึ่งก็ ถือว่าได้ช่วยเหลือกันครับ...” (ผู้ใหญ่บ้าน อายุ 46 ปี) “...ชาวบ้าน เขาก็จะตั้งคนมาช่วยกันจัดการศพ แทนสัปเหร่อ เขาก็ตกลงกัน สมมติว่าวันนี้ไม่มีสัปเหร่อ จะเอาใคร ก็ขึ้นอยู่ กับเจ้าอาวาสกับชาวบ้าน ชาวบ้านเขาก็จะตกลงกันว่า เอาคนนี้นะ ชาวบ้านพอใจก็เอาคนนี้เลย...” (พระภิกษุ อายุ 53 ปี)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยนี้สะท้อนการดูแลที่ครอบคลุมการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณตามความต้องการของผู้สูงอายุระยะท้าย และครอบครัว โดยการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายที่ได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพเป็นการดูแลในมิติเชิงชีวการแพทย์ ซึ่งเป็นระบบการจัดการที่เป็นระบบบริการสุขภาพโดยมีเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นหลักในการจัดการ และมีลักษณะการช่วยเหลือเป็นการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากภาวะการเจ็บป่วย และให้เกิดการตายดีซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการจัดบริการการดูแลสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตแบบประคับประคอง (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2557) ส่วนการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายจากครอบครัว เพื่อนบ้าน คนในชุมชนและองค์กรส่วนท้องถิ่นเป็นการให้การดูแลในมิติเชิงสังคม จิตวิญญาณ และความเชื่อ เป็นระบบการจัดการเชิงสังคมโดยชุมชน

จัดการช่วยเหลือกันเอง และมีลักษณะการช่วยเหลือเป็นลักษณะของสวัสดิการ และการดูแลเยียวยาทางจิตใจตามความเชื่อของคนในสังคม จึงมีความสัมพันธ์ และมีความเชื่อมโยงกัน ตลอดจนการดูแลเยียวยาทางด้านจิตใจโดยมีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้สูงอายุระยะท้ายได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งมิติเชิงชีวการแพทย์ มิติเชิงสังคม มิติจิตวิญญาณ และความเชื่อ ผลการวิจัยนี้ปรากฏให้เห็นถึงวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายที่เป็นการดูแลร่วมกันที่เกิดจากการทำงานของหลายภาคส่วน เมื่อเทียบเคียงกับระบบการดูแลสุขภาพชุมชนเกี่ยวข้องกับระบบการดูแล 3 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบการแพทย์ภาควิชาชีพ ระบบการรักษาแบบพื้นบ้าน และระบบการดูแลภาคประชาชน (Klienman, 1980) ตามแนวคิดของ Klienman (1980) ได้เสนอให้ระบบการดูแลสุขภาพเป็นระบบวัฒนธรรมย่อยอย่างหนึ่งในสังคม อาจเรียกว่าระบบการดูแลสุขภาพชุมชน เนื่องจากปรากฏการณ์ของโรคภัยไข้เจ็บเกิดขึ้นในทุกสังคม การตอบสนองของชุมชนต่อโรคภัยไข้เจ็บมีความแตกต่างกันตามสังคมวัฒนธรรม แบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุ นั้น ๆ ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย ระบบย่อย 3 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบการดูแลสุขภาพแบบสามัญชนหรือภาคประชาชน (Popular health sector) เป็นระบบใหญ่ที่สุด ซึ่งเป็นการดูแลที่ได้รับการจัดการจากตัวผู้ป่วยเอง จากครอบครัว จากเครือข่ายสังคมหรือจากสังคมโดยพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อการเจ็บป่วย และการใช้บริการสุขภาพ เป็นบทบาทของคนป่วย และสมาชิกในเครือข่ายสังคมของผู้ป่วย 2) ระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้าน (Folk care sector) เป็นรูปแบบการดูแลที่ไม่ใช่รูปแบบวิชาชีพ ไม่มีการจัดองค์กร เป็นรูปแบบการดูแลที่เกิดขึ้นจากวัฒนธรรมท้องถิ่น และ 3) ระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ (Professional health sector) เป็นรูปแบบการดูแลของวิชาชีพ ที่มีการจัดองค์กรที่เป็นทางการ ข้อค้นพบจากการวิจัยนี้สอดคล้องกับขนิษฐา นันทบุตร (2550) ที่กล่าวว่าในประเทศไทยการดูแลสุขภาพของประชาชนใน

ชุมชน ประกอบด้วย อย่างน้อย 5 ขั้นตอนของการดูแลที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ได้แก่ 1) การดูแลตนเองของผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง หรือผู้ได้รับผลกระทบ 2) การดูแลโดยครอบครัว และเครือข่าย 3) การดูแลโดยเพื่อนบ้าน กลุ่มช่วยเหลือกัน องค์กรในชุมชน เช่น อสม. อาสาสมัครช่วยเหลือดูแล เครือข่ายต่าง ๆ 4) การดูแลโดยชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 5) การดูแลโดยภาควิชาชีพจากหน่วยบริการสุขภาพ

ผลการวิจัยยังสะท้อนให้เห็นว่าถึงแม้แบบแผนการดำเนินชีวิตได้มีการเปลี่ยนแปลงจากสังคมชนบทเปลี่ยนเป็นสังคมเมือง แต่ในประเด็นความเชื่อยังพบความเชื่อดั้งเดิมที่ยังดำรงอยู่ถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นเกี่ยวกับการนับถือผี นับถือพุทธ พราหมณ์ ของคนอีสานนี้ โดยวิถีชีวิตของคนมักจะผูกพันกับศาสนาและความเชื่อท้องถิ่น ซึ่งสามารถเห็นได้จากการจัดงานประเพณีและมีพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อในวาระต่าง ๆ (สมชัย ใจดี และยรรยง ศรีวิริยาภรณ์, 2553) ในส่วนการดูแลหลังตายซึ่งเป็นการดูแลในลักษณะช่วยดูแลกันเหมือนญาติพี่น้อง และการเข้ามาช่วยงานเป็นลักษณะของการมาช่วยทำบุญ นอกจากนี้

ในการดูแลหลังตายจากทีมสุขภาพจะให้การดูแลครอบครัว ส่วนภาคสังคมท้องถิ่นจะเข้ามาดูแลในเรื่องการสนับสนุนอุปกรณ์และอำนวยความสะดวก สถานที่ในการจัดงาน รวมถึงกองทุนสวัสดิการช่วยเหลือต่าง ๆ สอดคล้องกับที่ จิวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข, และศุภรีใจ เจริญสุข (2556) กล่าวว่า แหล่งสนับสนุนครอบครัวและสังคม การได้รับกำลังใจและการดูแลจากบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะบุคคลสำคัญที่มีความผูกพันต่อกัน หรือการช่วยเหลือจากเพื่อน หรือแม้แต่สวัสดิการต่าง ๆ จากสังคม จะช่วยให้บุคคลที่สูญเสียสามารถปรับตัวได้เร็วขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสานควรคำนึงถึงบริบทพื้นที่ที่มีความใกล้เคียงกันทางสังคมและวัฒนธรรมซึ่งควรตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุระยะท้ายและครอบครัวในแง่วิถีความเป็นอยู่ และการดำเนินชีวิต รวมถึงความเชื่อของผู้สูงอายุระยะท้าย และควรมีการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสถิติวิทยา. (2555). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ.2555. สืบค้นเมื่อ 14 ตุลาคม 2560, จาก www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2013/wesr_2556.
- ชนิษฐา นันทบุตร. (2550). สุขภาพชุมชน: จากแนวคิดสู่ปฏิบัติการ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช).
- จิวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข, และศุภรีใจ เจริญสุข. (2556). การพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 1. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2557). ความผาสุกทางจิตวิญญาณและการตายดี. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 37(1), 147-56.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย (บ.ก.). (2552). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยนครีเอชั่น.

- มูลนิธิสถาบันวิจัย และพัฒนาผู้สูงอายุไทย และมหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ศรีนวล สถิตวิทยานันท์. (2552). *การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สมชัย ใจดี และยรรยง ศรีวิริยาภรณ์. (2553). *ประเพณีและวัฒนธรรมไทย*. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559*. สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2561, จาก <http://www.healthstation.in.th/action/viewvideo/2367/>
- Kleiman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Lynn, J., & Adamson, D. M. (2003). *Living well at the end of life: Adapting health care to serious chronic illness in old age*. Santa Monica, CA: RAND.
- Thoonsen, B., Gerritzen, S. H. M., Vissers, K. C. P., Verhagen, S., van Weel, C., Groot, M., & Engels, Y. (2019). Training general practitioners contributes to the identification of palliative patients and to multidimensional care provision: Secondary outcomes of an RCT. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 9(1), 1-8. doi:10.1136/bmjspcare-2015-001031.