

การดูแลระยะท้ายในชุมชนมุสลิม: กรณีศึกษาในบริบทภาคใต้*

กิตติกร นิลมานัต PhD. (Nursing)**

เยาวรัตน์ มัชฌิม PhD. (Nursing)***

จารุวรรณ มานะสุการ PhD. (Nursing)****

วราภรณ์ คงสุวรรณ PhD. (Nursing)****

กรรติมา มีสุนทร พยม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)****

ชูลีพร พรหมพาหกุล MNSc (Adult Nursing)****

บทคัดย่อ: วัตถุประสงค์ของการวิจัย: เพื่อศึกษาลักษณะการดูแลและบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลระยะท้ายในชุมชนมุสลิมในภาคใต้

การออกแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา

วิธีการดำเนินการวิจัย: เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสังเกต และการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 51 คน ประกอบด้วย บุคลากรทางสุขภาพ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา เจ้าหน้าที่องค์การปกครองในท้องถิ่น อสม. ผู้ป่วยและผู้ดูแล ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย: ผลการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปข้อค้นพบที่ได้ออกเป็น 2 ประเด็นได้แก่ ประเด็นที่ 1 การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนมุสลิม แบ่งออกเป็น 3 ระยะได้แก่ 1) ระยะท้าย เน้นการจัดการอาการและการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา 2) ระยะใกล้ตาย เน้นการดูแลด้านจิตวิญญาณ และ 3) ระยะหลังการตาย เน้นการประดับประดาจิตใจของครอบครัว และ ประเด็นที่ 2 บทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน โดยพยาบาล มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ให้ข้อมูลและประสานงาน ส่วนอสม.ทำหน้าที่ในการติดตามเยี่ยมบ้านและช่วยเหลือให้กำลังใจผู้ป่วย และดูแลจิตวิญญาณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเน้นการสนับสนุนด้านทรัพยากร และผู้นำศาสนาเน้นการดูแลด้านจิตวิญญาณ

ข้อเสนอแนะ: ผลการวิจัยครั้งนี้ช่วยให้เข้าใจการดูแลระยะท้ายในชุมชนมุสลิมในภาคใต้มากขึ้น รวมถึงเข้าใจบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบและส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนมุสลิม

วารสารสหการพยาบาล 2559; 31(3) 37-52

คำสำคัญ: กรณีศึกษา ชุมชน การดูแลระยะท้าย มุสลิม

*ได้รับทุนสนับสนุนวิจัยจากเงินรายได้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ E-mail: knilmanat@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายส่วนใหญ่ใช้ชีวิตในช่วงบั้นปลายอยู่ที่บ้าน และมีการเข้ารับบริการทางการแพทย์จากโรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ เมื่อมีการกำเริบของอาการของโรคที่ไม่สามารถจัดการที่บ้านได้ ดังนั้นการดูแลระยะท้ายที่บ้านและในชุมชนจึงมีความสำคัญ อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยระยะท้ายมักมีความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดจากความเจ็บป่วยและมักไม่ได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานอย่างเหมาะสมขณะอยู่ที่บ้าน¹ ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมาการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการบริการแบบประคับประคองที่บ้าน พบว่ากลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการบริการแบบประคับประคองที่บ้านจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าและเข้ามารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกฉุกเฉินในช่วง 6 เดือนน้อยกว่ากลุ่มที่การพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ² แสดงให้เห็นว่าการให้การดูแลระยะท้ายในชุมชนอย่างเหมาะสมจะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น

การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้ายมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้ความสำคัญกับการจัดการอาการและบรรเทาความทุกข์ทรมานอาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ สำหรับกระบวนการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้ายในชุมชนมีทั้งลักษณะการดูแลที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ กระบวนการที่เป็นทางการจะให้บริการโดยโรงพยาบาลหรือหน่วยงานด้านสุขภาพ เน้นการรักษามาตรฐานและการประกันคุณภาพการดูแล การสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและแพทย์เกี่ยวกับการวินิจฉัยและการตัดสินใจ รวมทั้งการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการแจ้งเกี่ยวกับการตาย สำหรับกระบวนการดูแลที่ไม่เป็นทางการเป็น

การให้การช่วยเหลือโดยคนในชุมชน รูปแบบกิจกรรมไม่เน้นเป้าหมาย เช่น กิจกรรมช่วยเหลือ

ผู้ป่วยระยะท้ายด้วยการให้อาหาร ทำแผล ให้ยา หรือทำความสะอาดร่างกาย รวมถึงการพูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์ระยะท้ายระหว่างสมาชิกครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือองค์กรศาสนา³

ในประเทศไทย การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้ายส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในบริบทของโรงพยาบาล⁴⁻⁶ การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลระยะท้ายในชุมชนมีน้อย จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบที่ศึกษาในชุมชน ได้แก่ วริศรา ลูวีระ, เตือนเพ็ญ ศรีชา และศรีเริง ไพโรจน์กุล⁷ ศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนโดยอาสาสมัครในจังหวัดหนึ่งทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าอาสาสมัครมีความสนใจในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อย่างไรก็ตามอาสาสมัครมีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ในการพัฒนาความรู้และทักษะการสื่อสารและการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย นอกจากนี้มีบทความวิชาการของจินตนา อาจสันเทียะ⁸ ซึ่งเสนอแนะเทคนิคการพยาบาลแบบประคับประคองในชุมชนตามวิถีแบบพุทธ อย่างไรก็ตามเนื้อหาของบทความไม่ได้สะท้อนความเชื่อมโยงระหว่างเทคนิคการพยาบาลระยะท้ายในบริบทชุมชนอย่างครอบคลุมและเน้นการดูแลบนพื้นฐานของแนวคิดพุทธศาสนา ซึ่งผลการศึกษาจากงานวิจัยและเนื้อหาจากบทความดังกล่าวอาจไม่สามารถประยุกต์ในบริบทที่มีความแตกต่างทางศาสนาและวัฒนธรรม

จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม มีประชาชนส่วนหนึ่งนับถือศาสนาพุทธ แต่ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ทำให้มีความเชื่อแบบแผนการดูแลสุขภาพและธรรมเนียมการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลในระยะท้าย รวมถึงการปฏิบัติเกี่ยวกับการตาย มีความแตกต่างจากภูมิภาคอื่น ๆ ดังนั้นการเข้าใจถึงการรับรู้ ความเชื่อและการปฏิบัติในการดูแลระยะท้ายในชุมชนจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้บุคลากรสุขภาพสามารถออกแบบการบริการที่มีความสอดคล้อง

กับความเชื่อและความต้องการของผู้อยู่ในระยะท้ายในชุมชนและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม บทความวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายการดูแลระยะท้ายในชุมชนมุสลิม ซึ่งผลการศึกษาค้นนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่บ้านโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน โดยศึกษาในชุมชนหนึ่งในจังหวัดสงขลา

วิธีการดำเนินการวิจัย

สถานที่ศึกษา การศึกษาค้นครั้งนี้เลือกตำบลหนึ่งของอำเภอเทพา จังหวัดสงขลาเป็นพื้นที่ในการดำเนินการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากในปี พ.ศ. 2550 โรงพยาบาลเทพาเคยดำเนินงานด้านการดูแลระยะท้ายด้วยวิถีมุสลิมในพื้นที่นี้เป็นระยะเวลาหนึ่งแต่ขาดความต่อเนื่องทางฝ่ายการพยาบาลจึงมีความสนใจจะพัฒนาระบบการดูแลระยะท้ายในชุมชนให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน จึงประสานงานกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อช่วยเหลือทั้งด้านวิชาการและการวิจัย จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่า อำเภอ

เทพา มีสถานบริการสาธารณสุขได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 11 แห่ง คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว 3 แห่ง คลินิกแพทย์(เอกชน) 2 แห่ง ประชากรร้อยละ 60 นับถือศาสนาอิสลาม และร้อยละ 40 นับถือศาสนาพุทธ มีวัด 21 แห่ง และมีมัสยิด 63 แห่ง⁹ สำหรับตำบลที่ศึกษาเป็นที่ราบชายฝั่งทะเล มีประชากรจำนวน 8,739 คน อาศัยอยู่ใน 1,689 หลังคาเรือน ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพทางการเกษตร การเพาะปลูก ทำนาและทำสวนมะพร้าว รวมทั้งทำประมงขนาดเล็ก¹⁰

ผู้ให้ข้อมูล (informants) คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่องค์กรภาครัฐ และ องค์กรท้องถิ่นที่ทำงานรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพื้นที่ เช่น หน่วยงานสาธารณสุข โรงพยาบาล อบต. ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา เป็นต้น รวมทั้งผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความยินดีให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบดูแลระยะท้าย สำหรับจำนวนผู้ให้ข้อมูลแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนของผู้ให้ข้อมูลตามคุณลักษณะ

คุณลักษณะ	จำนวน (คน)
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล	1
พยาบาล	25
สาธารณสุขอำเภอ	1
เลขานุการเครือข่ายการบริการปฐมภูมิ	1
เลขานุการองค์การบริหารส่วนตำบล	1
ผู้ใหญ่บ้าน	1
ผู้นำศาสนา	1
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	2
ผู้ดูแลผู้ป่วย	3
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	15
รวม	51

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 3 วิธีได้แก่

1. การสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ช่วยให้ผู้วิจัยเกิดความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามมุมมองของผู้ให้ข้อมูล¹¹ ประเด็นหลักในการสอบถามผู้ให้ข้อมูลในทุกกลุ่ม คือ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน บทบาทความรับผิดชอบเกี่ยวกับงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลครั้งละ 30-40 นาที / ครั้ง / คน

2. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสังเกตเป็นเทคนิคที่ใช้เพื่อช่วยให้ผู้วิจัยสามารถบันทึกเหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างลึกซึ้ง ทำให้ผู้วิจัยทราบถึงพฤติกรรมของบุคคลที่ต้องการศึกษาตลอดจนทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของสิ่งต่างๆ ได้ละเอียด¹¹ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสังเกตบริบทที่ศึกษาหรือสภาพแวดล้อมในชุมชน พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้ดูแล พยาบาล และอสม. ขณะดูแลผู้ป่วยและการติดตามเยี่ยมบ้าน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ข้อมูล ร่วมกับการสัมภาษณ์เพิ่มเติมถึงเหตุผลของการแสดงออกในบริบทที่สังเกต เพื่อป้องกันการตีความพฤติกรรมผิดพลาด และตรวจสอบข้อมูลกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์

3. การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) การสนทนากลุ่มเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นใดประเด็นหนึ่งในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลกลุ่มใหญ่ ทำให้ผู้วิจัยได้รับข้อมูลที่มีความหลากหลายและเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้สังเกตกระบวนการการกลุ่ม¹¹ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำสนทนากลุ่มกับ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน 2 ครั้ง ละคราวละ 12 - 13 คนและอาสาสมัครสาธารณสุข 2 ครั้ง ละคราวละ 7-8 คน นานครั้งละ 1 ชั่วโมงโดยประมาณ ประเด็นของการสนทนากลุ่ม

ได้แก่ มุมมองเกี่ยวกับความตาย และการดูแลระยะท้ายในชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คณะผู้วิจัยได้พัฒนาแนวคำถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด และตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลระยะท้าย ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาล 1 ท่าน หลังจากนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบความเข้าใจด้านภาษา ความเป็นไปได้ของวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และปัญหา อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์ และนำมาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ก่อนนำไปใช้จริง

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ได้รับผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หนังสืออนุมัติเลขที่ 606.1/060 ลงวันที่ 16 เมษายน พ.ศ. 2555 ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลโดยอธิบายให้ทราบเกี่ยวกับหัวข้อการทำวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และความเสี่ยงในการให้ข้อมูล ซึ่งความเสี่ยงนี้มีผลกระทบกับผู้ให้ข้อมูลน้อยมาก รวมถึงให้ผู้ให้ข้อมูลลงชื่อในแบบยินยอมเข้าร่วมวิจัยและชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา รวมถึงเปลี่ยนใจไม่ยินยอมให้นำข้อมูลของตนเองไปใช้และเผยแพร่ นอกจากนี้ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าในรายงานผลการวิจัย ชื่อผู้ให้ข้อมูลจะไม่ปรากฏในรายงานผลการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดที่เก็บรวบรวมได้มีการจัดเก็บไว้ในตู้เอกสารที่มิดชิด โดยมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และในระหว่างการให้ข้อมูลหากพบว่า

ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกสะเทือนใจกับเหตุการณ์หรือเรื่องราวที่กำลังเล่า ผู้วิจัยจะเสนอให้หยุดพักการสัมภาษณ์และให้การดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัยบันทึกเทปการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มทุกครั้งโดยขออนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลก่อนทำการบันทึกและถอดเทปคำต่อคำสำหรับผู้ให้ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยบันทึกในสมุดถึงสิ่งที่สังเกตได้สิ่งที่ได้ยิน การแสดงออกทางสีหน้า ท่าทางและการตอบสนองต่อคำถาม สิ้นสุดการเก็บข้อมูลเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัวหรือมีข้อค้นพบที่ซ้ำและไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้น เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม ถึงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2556

ความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล¹¹ โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง รวมทั้งใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้าจากแหล่งข้อมูลหลายแหล่งในประเด็นเดียวกัน และให้ผู้ร่วมวิจัยร่วมตรวจสอบผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นทำควบคู่ไปกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้เพื่อให้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์และค้นพบประเด็นใหม่ๆ หรือข้อมูลที่ต้องการสัมภาษณ์เพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ที่ศึกษาให้มากที่สุด โดยผู้วิจัยกำหนดให้มีการประชุมเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทุก 1 สัปดาห์ การวิเคราะห์ข้อมูลขั้นที่สองเป็นการวิเคราะห์ภาพรวมทั้งหมดโดยการวิเคราะห์เนื้อหา¹² ข้อมูลจากทุกแหล่ง เปรียบเทียบความเหมือนและ/หรือความต่างของข้อมูล โดยการสร้างเป็นตารางในแต่ละแหล่งภายใต้ประเด็นหรือคำสำคัญที่เกิดขึ้นจากข้อมูล จากนั้นเป็นการจัดกลุ่มคำย่อยภายใต้คำสำคัญ เพื่อให้ตอบคำถามการวิจัยข้างต้น

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล ทุกกลุ่มสามารถสรุปข้อค้นพบที่ได้ออกเป็น 2 ประเด็นได้แก่ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนมุสลิม และบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลระยะท้าย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และพยาบาลจากโรงพยาบาลชุมชน หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พบว่าการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนที่ศึกษา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะท้าย เป็นช่วงเวลาหลังจากผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย จนกระทั่งมีอาการที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตในไม่ช้า

ระยะใกล้เสียชีวิต เป็นช่วงเวลาที่มีอาการที่บ่งบอกว่าจะเสียชีวิตในไม่ช้า จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต

ระยะหลังเสียชีวิต เป็นช่วงเวลาหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต และเป็นการดูแลครอบครัวหลังการสูญเสียผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละระยะ มีบทบาทและความถี่ของการเข้ามาร่วมในการดูแลแตกต่างกัน ดังนี้

การดูแลระยะท้าย ระยะนี้ผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงไม่ต้องการความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากภายนอก ครอบครัวจะมีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วย จนกระทั่งเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ใช้เวลาส่วนใหญ่บนเตียง พยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือจากรพ.สต.และอสม. จะเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย การดูแลระยะท้ายจะเน้นการบรรเทาอาการโดยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาและตรวจตามนัด

การให้คำปรึกษาเมื่อมีอาการกำเริบ และการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

ผลการติดตามเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว พบว่าผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวตัวเองได้ และใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บนเตียง ครอบครัวจะปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยเพื่อให้มีความคล่องตัวในการดูแลผู้ป่วย เช่น การให้ผู้ปวยนอนบนพื้นและปรับพื้นห้องบริเวณที่ผู้ป่วยนอนให้สามารถรื้อเปิดออก เพื่อทำเป็นที่ซบถ่ายและระบายของเสียสู่ท่อระบายได้โดยไม่ต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องน้ำ

เป็นต้น เมื่อสอบถามผู้ดูแลที่ได้รับการเยี่ยมจากพยาบาลจากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลบอกว่ารู้สึกพึงพอใจกับบริการที่ได้รับจากการติดตามเยี่ยมบ้านของพยาบาล และรับรู้ว่ายพยาบาลให้การดูแลที่ครอบคลุม ไม่ทอดทิ้ง คอยช่วยเหลือและประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

การติดตามเยี่ยมของพยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขรายงานถึงอาการที่พบบ่อยในระยะท้าย และการช่วยเหลือที่ให้แกผู้ป่วย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงอาการที่พบบ่อยในระยะท้ายและการช่วยเหลือโดยพยาบาลและอสม.

อาการ	การช่วยเหลือ
ปากแห้ง	- หยดน้ำใส่ปากให้บ่อย ๆ - ใช้สำลีชุบน้ำเช็ดปากให้บ่อย ๆ - ให้ญาติอยู่ด้วยตลอด
หายใจมีเสียงครืดคราด	- ดูแลให้สุขสบาย
หายใจไม่สม่ำเสมอ	- ให้ออกซิเจน
เพสีย	- แนะนำให้รับประทานครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง
รับประทานอาหารได้น้อยลง	- แนะนำการรักษาความสะอาดช่องปากเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร - นำส่งโรงพยาบาลเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
ปวด	- เบี่ยงเบนความสนใจโดยการให้ฟังเพลง - ให้ญาติคอยบีบนวด - ให้อาแก้ปวดตามเวลา - พุดคุย ดูแลระดับประคองด้านจิตใจ - ให้ประคบเย็น - อ่านอัลกุระอ่าน - ช่วยให้ความรู้รู้สึกสบายทั้งร่างกาย จิตใจ - ดูแลด้วยความนุ่มนวล เบา ๆ
ท้องอืด	- แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีกากมาก ๆ - กระตุ้นการขับถ่ายบนเตียง
ผู้ป่วยถูกทิ้งให้อยู่ลำพัง (ผู้ดูแลต้องทำงาน)	- ช่วยเหลือโดยการหาเครือข่าย เช่น ญาติพี่น้อง คนอื่น เพื่อนบ้าน อยู่เป็นเพื่อน

ตารางที่ 2 แสดงอาการที่พบบ่อยในระยะท้ายและการช่วยเหลือโดยพยาบาลและอสม. (ต่อ)

อาการ	การช่วยเหลือ
ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง	- ประสานงานกับพยาบาล รพ.สต. หรือ อบต. ในการช่วยเหลือผู้ป่วย
เป็นภาระให้ผู้อื่น	- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมมากที่สุดเท่าที่ทำได้
ญาติอยู่ในระยะปฏิเสธ ไม่ยอมรับ	- พุดคุย ให้กำลังใจ
	- ให้ญาติดูแลใกล้ชิด
	- อยู่กับผู้ป่วย และญาติ
	- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย
	- ดูแลด้านจิตใจ
	- ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และครอบครัวไม่สามารถจัดการอาการที่บ้านได้ ครอบครัวส่วนใหญ่ตัดสินใจนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน หรือโรงพยาบาลที่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ พยาบาลจะติดตามเยี่ยม สอบถามอาการ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย รวมทั้งให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ โดยพยาบาลจากหน่วยบริการปฐมภูมิแล้วว่า

“ถ้าคนไข้ที่เราเคยดูแล อาการหนัก ใกล้ตาย ส่วนใหญ่ เขาจะมาบอกว่า ช่วยมาดูแลหน่อยว่า ควรจะพาไปโรงพยาบาลดีไหม ... เราก็ดูตามสถานการณ์ แต่ก็ให้เขาตัดสินใจเองสุดท้าย แต่ส่วนใหญ่เขาเชื่อเรา ...เวลาไปแนะนำคนไข้ ก็จะอิงเรื่องศาสนาด้วย เอาทั้งเรื่องของความรู้ที่เรียนมา บอกว่าภาวะคนไข้ว่าคนไข้อยู่ในระยะไหน ควรอ่านยาขึ้น (อัลกุรอาน) ดีไหม... ก็พยายามบอกเขาว่ามันเป็นอย่างไร ต้องอธิบายให้เขาเข้าใจว่าเหตุผลที่ทำแต่ละขั้นตอนว่าทำอย่างไรบ้าง ขั้นตอนที่โรงพยาบาลไม่ทราบ แต่ที่นี่ (ในชุมชน) จะพยายามให้เขาเข้าใจว่าจะเกิดอะไรขึ้นบ้าง เพราะอะไร...ส่วนใหญ่ก็จะพาไปโรงพยาบาลก่อน แล้วไปขึ้นสุดท้ายที่โน้นคือว่าถ้าหมอบอกว่าไม่ไหว ก็จะพากลับบ้านอีก”

อสม. เห็นว่า คนในชุมชนส่วนใหญ่เลือกที่จะนำผู้ป่วยไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลก่อน โดยหวังว่าแพทย์อาจจะช่วยรักษาอาการผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตาม หากแพทย์เห็นว่าไม่สามารถให้การบำบัดอาการผู้ป่วยได้ และผู้ป่วยจะเสียชีวิตในช่วงเวลาอันใกล้ คนในชุมชนส่วนใหญ่ต้องการให้แพทย์บอกการพยากรณ์โรคกับญาติอย่างตรงไปตรงมา เพื่อให้ครอบครัวนำผู้ป่วยกลับบ้าน ได้ใช้เวลาที่เหลืออยู่กับครอบครัวและศาสนา โดย อสม. ท่านหนึ่งอธิบายว่า

“ตอนนี้ส่วนใหญ่ชาวบ้านจะเข้าใจแล้วว่า ถ้าเราพาพี่น้องไปโรงพยาบาล เขามอบหมายหน้าที่ให้หมอ คือว่าให้รักษาเต็มที่ สุดแล้วแต่หมอว่าอย่างไร หมอบอกว่าพากลับบ้านได้ (ไม่หาย) เขาก็โอเคนะ ก็พากลับ ขอให้หมอบอก”

ผู้ให้ข้อมูลทั้งพยาบาล และอสม. แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุผลของการให้ผู้ป่วยระยะท้ายเสียชีวิตที่บ้านว่าเป็นการให้ผู้ป่วยได้อยู่ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก รวมทั้งครอบครัวสามารถปฏิบัติศาสนกิจได้อย่างสะดวก ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงองค์อัลเลาะห์ พระศาสดาได้มากกว่า

“...คิดว่านะ เขาคงอบอุ่นใจมากกว่า เหมือนกับว่าเราไปไหน เราก็ออยากกลับบ้าน พออยู่บ้านมันก็เป็นตัวของตัวเอง น่าจะเป็นแบบนี้ และอีกอย่างคือถึงอัลเลาะห์ด้วย ถึงอัลเลาะห์ถึงพระเจ้า เขาอ่านหนังสือกัน เราอ่านตามกัน (คนไข้จาก)ไปแบบนั้น ไปแบบสบายๆ ไม่คิดอะไรมาก ยึดอัลเลาะห์องค์เดียว พี่น้องเขาจะไม่คิดแล้วว่า ตอนนี้อีกเป็นแบบนี้แบบนี้ ไม่คิดแล้ว เขาจะปล่อยวาง”

ผู้ให้ข้อมูลทั้ง อสม. และญาติผู้ป่วยระยะท้าย เห็นว่าการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจะเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานที่เกิดจากการบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งหากทราบว่าผู้ป่วยไม่สามารถรักษาได้อีกต่อไป ครอบครัวจะเลือกที่จะนำผู้ป่วยกลับไปดูแลและเสียชีวิตที่บ้าน

“คนที่อยู่โรงพยาบาลเขาก็จะขอลากลับบ้านอย่างเดียว บางคนก็กลัวที่จะใส่สายยาง เขาไม่อยากรับ กลัวเจ็บ รักษาไปก็ไม่หายแล้ว ความคิดของคนแต่ละคนนั้น เพราะเขาก็อายุมากแล้ว ถึงทำไปมันก็ไม่มีความดีขึ้น ขอลากลับบ้านดีกว่า (นอน)เจ็บอยู่ (โรงพยาบาลแล้ว)ทรมาน”

นอกจากนี้ ด้วยชุมชนที่ศึกษา ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งตามหลักคำสอนของศาสนา การเยี่ยมผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้าย ถือเป็นฟัรฎู หรือข้อบังคับสำหรับสังคมให้มุสลิมทุกคนต้องกระทำกับผู้ป่วยที่กำลังจะตายโดยไม่แยกฐานะ สภาพและศาสนา^{13,14} อย่างไรก็ตามด้วยกฎระเบียบการเยี่ยมของโรงพยาบาล ทำให้ครอบครัวและเพื่อนบ้านที่มาเยี่ยมไม่ได้รับความสะดวก รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายขณะอยู่โรงพยาบาล ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ จากการหยุดงานมาเฝ้าผู้ป่วย ซึ่งประชาชนในชุมชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพประมง หรือทำสวนยางพารา

“หากว่าไปอยู่โรงพยาบาลแล้ว ปัญหาคือการเยี่ยม การไปมาอะไรแบบนี้มันลำบาก ถึงมันเป็นเรื่องเศรษฐกิจของแต่ละหมู่บ้านใน ความยากจนอะไรแบบนี้ มันไม่สะดวก”

การดูแลระยะใกล้ตาย

ภายหลังได้รับการยืนยันจากแพทย์ว่าผู้ป่วยอาจเสียชีวิตในไม่ช้า ครอบครัวจะนำผู้ป่วยกลับบ้าน การดูแลระยะนี้ เน้นการดูแลให้ตายสงบหรือตายดีตามวิถีมุสลิม ครอบครัวจะให้ความสำคัญกับการให้ผู้ป่วยได้อยู่กับพระเจ้า โดยการสลับหมุนเวียนกันอ่านหนังสือ ศาสนาให้ผู้ป่วยได้ฟังอย่างต่อเนื่อง บางครอบครัวอาจเชิญผู้นำทางศาสนา โต๊ะอิหม่าม โดยส่วนใหญ่เชื่อว่าการได้อยู่กับคำสอนของศาสนาและพระเจ้า จะช่วยให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ ในช่วงเวลานี้ครอบครัวญาติมิตร และเพื่อนบ้านจะอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา จนกระทั่งผู้ป่วยสิ้นลมหายใจ

การสอบถามผู้ให้ข้อมูลทั้งพยาบาลและ อสม. ถึงความหมายของการตายดีหรือการตายอย่างสงบนั้น ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการที่ผู้ที่กำลังจะเสียชีวิตจิตใจจดจ่ออยู่กับพระเจ้าจนลมหายใจสุดท้าย

“คือว่าให้เขามุจำฟ (ปฏิญาณตนและระลึกถึงพระอัลเลาะห์)ได้อ่านยาซีน ได้อ่านอัลกุรอาน คือ จะได้อยู่แบบสงบๆ และไปแบบสงบๆ ด้วย”

นอกจากนี้การตายไม่ดีหรือการตายอย่างไม่สงบ หมายถึงการตายที่ผู้ตายแสดงออกถึงความทุกข์ทรมาน ดังคำกล่าวของ อสม. ที่ว่า “ตายไม่สงบ คือ ตายแบบทุรนทุราย ทรมานนั้น” และ “มุสลิมส่วนใหญ่ไม่ใส่ท่อหายใจ หลายคนเขากลัวมาก เขาบอกว่าเขาขอตายอย่างสงบ การใส่ท่อทำให้เขารู้สึกว่าเขาทรมานมาก” รวมทั้งเห็นว่าผู้ป่วยที่ถูกทอดทิ้ง ทำให้จิตใจหดหู่ และอาจจะให้ตายไม่สงบ “คนไม่มีญาติ ไม่มีคนดูแล สภาพจิตใจเขาไม่ค่อยดี”

ระยะใกล้เสียชีวิต อสม. ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ มักแวะเยี่ยมทุกวัน ช่วยเหลือและให้การสนับสนุนทาง ด้านจิตวิญญาณ และหากพบว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น มีแผล หรือหายใจลำบาก รับประทานอาหารไม่ได้ และเห็นว่าผู้ป่วยต้องการการดูแลจากพยาบาล อสม. จะรายงานอาการเยี่ยมแก่พยาบาลประจำหน่วยบริการ ปฐมภูมิหรือ รพ.สต.ต่อไป

การดูแลหลังการเสียชีวิต พื้นที่ที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ที่บ้าน ครอบครัวจะติดต่อกับพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน หรือรพ.สต.เพื่อมาตรวจสอบการเสียชีวิต และการแจ้งการเสียชีวิตตามขั้นตอน รวมทั้งแจ้งโศกนาฏกรรม จากนั้นนำร่างของผู้เสียชีวิตไปมัสยิดเพื่อดำเนินการ ด้วยพิธีทางศาสนา ซึ่งตามหลักศาสนาอิสลาม จะต้อง ทำการฝังศพภายใน 24 ชั่วโมงเพื่อไม่ให้เป็นการ แก่ครอบครัว สำหรับการดูแลครอบครัวหลังจากผู้ป่วย เสียชีวิตเป็นบทบาทของเครือญาติของผู้ป่วยและผู้นำ ทางศาสนาในการให้การสนับสนุนทางจิตใจ อารมณ์ สังคม การเงินและจิตวิญญาณแก่ครอบครัวผู้ตาย ขณะที่โรงพยาบาลยังไม่มีรูปแบบการให้บริการที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มักจะเข้าร่วมแสดงความเสียใจและทำบุญกับครอบครัว พยาบาลโรงพยาบาล รพ. สต.แล้วว่า

“ยังไม่มีบริการติดตามเยี่ยมครอบครัวหลัง การตาย ส่วนใหญ่ญาติจะโทรแจ้ง แล้วเราก็ตาม ไปที่งาน พยายามหาเวลาไป แสดงความเสียใจ”

บทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการมีส่วนร่วม ในการดูแลระยะสุดท้ายในชุมชน

พยาบาล

พยาบาลจากโรงพยาบาลชุมชนมีบทบาททั้ง ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัว อยู่ในโรงพยาบาล ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยและ

การดูแล ประสานงานกับแพทย์ในการบอกความจริง ประสานงานกับสำนักงานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และพยาบาลโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพเพื่อส่งต่อ ผู้ป่วยไปยังชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ และ/หรือประสานงาน กับหน่วยงานอื่นเพื่อติดต่อขอเยี่ยมอุปกรณ์ รวมทั้งมี บทบาทในการนิเทศแก่พยาบาล ประจำ รพ.สต. ใน เรื่องงานเยี่ยมบ้าน ขณะที่ พยาบาลประจำรพ.สต. มี รับผิดชอบในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับ อสม. ใน ครั้งแรกและวางแผนการเยี่ยมครั้งต่อไป ให้คำปรึกษา แก่ อสม. ในการเยี่ยมผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน รวมทั้ง ส่งรายงานการติดตามเยี่ยมบ้านกลับไปยังโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อย่างไรก็ตามพบว่า พยาบาลประจำรพ.สต.ไม่สามารถปลีกเวลาในการ เยี่ยมผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านได้ตามแผนการเยี่ยม อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากภารกิจของพยาบาลประจำ รพ.สต. ที่มีหลายมิติ

“คนไข้ที่เยี่ยมมี 2 ประเภท คือกลุ่มที่กลับจาก โรงพยาบาล กับกลุ่มที่นอนป่วยที่บ้าน ส่วนใหญ่ จะไปเยี่ยมดูในครั้งแรก เราไปประเมินว่าต้อง เยี่ยมทุกเท่าไร แล้วให้อสม. ติดตาม โดยการ เยี่ยมดูจะเป็นการบอกไปในตัวว่าต้องดูแล อะไรบ้าง เราอาจจะโทรติดตามหรือเวลาประชุม อสม.”

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ/สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ

ชุมชนที่ศึกษา มีนักวิชาการสาธารณสุขระดับ ชำนาญการ รับผิดชอบเป็นเลขานุการเครือข่ายหน่วย บริการสุขภาพปฐมภูมิ (ดับ) โดยทำหน้าที่ในเรื่อง การสนับสนุนการทำงานงานของหน่วยบริการสุขภาพ ปฐมภูมิในอำเภอ และงานประกันคุณภาพ งานด้าน

กองทุนและรับเรื่องราวร้องทุกข์ นอกจากนี้ยังทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการของการเยี่ยมบ้านทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับอำเภอ โดยเป็นผู้ประสานงานด้านข้อมูลการเยี่ยมบ้านกับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในเครือข่าย โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ทางหอผู้ป่วยจะส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านที่สำนักงานเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จากนั้นสำนักงานจะส่งข้อมูลออนไลน์ (online) ไปยังเครือข่ายตามเขตที่ผู้ป่วยพักอาศัย สำหรับหลักฐานเอกสารจะตามไปหลังจากนั้น ขณะที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทำหน้าที่ในการติดตามประเมินผล และควบคุมคุณภาพงานติดตามเยี่ยมบ้าน

“การนำคัมเข้ามามีงานเยี่ยมบ้าน ทำให้การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต.มีความคล่องตัวในการบริหารจัดการได้เร็วขึ้น เพราะเป็นผู้ประสานงานและช่วยเหลือได้มากขึ้น และสามารถคุยกับทาง สสอ. ได้เร็วขึ้น เพราะสามารถดูแลให้ทั่วถึงขึ้น”

อสม.

อสม. เป็นคนในชุมชนที่สามารถเข้าถึงประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนมากที่สุด โดยอสม. 1 คนรับผิดชอบในการดูแลลูกบ้านในละแวกใกล้เคียง 12 – 15 ครัวเรือน โดยอสม. มีบทบาทช่วยเหลือพยาบาลประจำรพ.สต. ในกิจกรรมด้านการป้องกันโรค เช่น ตรวจหาแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และวัดความดันโลหิต ให้ข้อมูลสุขภาพ รวมทั้ง การติดตามเยี่ยมบ้าน เมื่อมีผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่รับผิดชอบ อสม.จะแวะเข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยเกือบทุกวัน การช่วยเหลือส่วนใหญ่เป็นการให้กำลังใจกับผู้ป่วยและญาติ หากไม่มีญาติ อสม. จะช่วยเหลือเช็ดตัว ทำแผล ป้อนข้าวให้

รวมทั้งการอ่านยาขึ้น หรือสวดดูอาร์ (ขอพร) รวมทั้งการอ่านหนังสือศาสนาให้ผู้ป่วยฟัง เพื่อให้ผู้ป่วยได้จดจำระลึกถึงพระเจ้า หากพบว่าครอบครัวของผู้ป่วยมีปัญหาทางการเงิน อสม. อาจจะติดต่อประสานงานกับพยาบาล รพ.สต. หรือ อบต. เพื่อหาทุนสนับสนุนครอบครัวต่อไป

“ระยะนี้เราเองก็ไม่รู้ว่าเขาจะไปวันไหน เวลาไหนก็ต้องรอ เหมือนความสะอาดเราก็ไปช่วยดู แนะนำให้ดูแลความสะอาด แล้วก็ส่วนมากคนแถวนี้ถ้าเขาไม่สบายกัน เขาก็จะมากันเยอะเลย ที่เป็นก็เพราะว่าเป็นคำสอนของศาสนา แล้วถ้าสมมติว่าเขาไม่รอด คนนี้ก็จะอ่านหนังสือก็ช่วย ๆ กัน ก็คือว่าคนจะไม่ขาด ก็คือส่วนมากเขาจะไม่ทิ้งระยะสุดท้าย ก็จะอยู่กันตลอด ว่าจะหมดลมตอนไหนเขาจะได้รู้ใจ เขาจะไม่ทิ้ง”

องค์การบริหารส่วนตำบล

องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ยังไม่มีบทบาทด้านการดูแลสุขภาพมากนัก อย่างไรก็ตามในช่วงปี 2556 ได้มีการเพิ่มความรับผิดชอบในเรื่องการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนมากขึ้น โดยการจัดสรรงบประมาณในการซื้ออุปกรณ์ เตียงผู้ป่วยให้ประชาชนยืมใช้และกระเป๋ายี่ยมบ้านสำหรับ อสม. และยินดีให้ความร่วมมือในการพัฒนาระบบการดูแลระยะท้ายที่บ้าน

“เมื่อก่อน อบต. ยังไม่มีโครงสร้างการทำงานด้านสุขภาพที่ชัดเจน แต่ ปี 56 ได้เริ่มให้มีเจ้าหน้าที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชน และมีการจัดหางานรวมทั้งสนับสนุนแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน เช่น การจัดซื้อเตียงผู้ป่วย การจัดกระเป๋ายาเยี่ยมบ้านกับอสม.

ผู้นำศาสนา

ผลการสัมภาษณ์กรรมการมัสยิดเกี่ยวกับบทบาทขององค์การศาสนากับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายพบว่า ทางมัสยิดให้ความสำคัญกับการถ่ายทอดคำสอนทางศาสนาให้กับประชาชนชาวมุสลิม เน้นการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องและยึดหลักคำสอนของพระอัลเลาะห์ การละหมาดตามเวลา การถือศีลอด และร่วมกิจกรรมทางศาสนา ผู้นำศาสนาและ/หรือกรรมการมัสยิดจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะใกล้เสียชีวิตในการสวด หรืออ่านหนังสือคำภีร์อัลกุรอาน เพื่อให้ผู้ใกล้ตายจิตใจจดจ่อกับพระเจ้า และจัดพิธีกรรมทางศาสนาหลังการเสียชีวิต นอกจากนี้ทางกรรมการมัสยิดอาจช่วยเหลือทางการเงินและอำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายศพ

“ส่วนมากผู้นำศาสนาก็ช่วยอ่านหนังสือให้เวลา คนเสียแล้ว เขาจะมาทำหน้าที่เขาเลย หรือว่าไปโรงพยาบาล กลับจากโรงพยาบาลเขาก็ช่วยหารถทางฝ่ายญาติของเขามีกี่ไม่เป็นไร มีรถ การเดินทางก็สะดวก พวกผู้ช่วยเขาก็จะช่วยหารถ ค่าใช้จ่ายเขาก็ช่วยออกก่อนเหอะ เขาก็ช่วยออกก่อน ... ส่วนคนที่อยู่ที่บ้านเขาก็จะช่วยกันเคลียร์ ช่วยกันจัด(สถานที่)”

ประชาชนในชุมชน

ประชาชนส่วนใหญ่ยอมรับเรื่องความตายมากขึ้นโดยมองว่าเป็นเรื่องธรรมชาติและการได้เรียนศาสนาทำให้เห็นว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า ศาสนาช่วยให้คนเปิดใจพูดคุยเรื่องความตายได้อย่างเปิดเผยมากขึ้น เพราะคนในชุมชนซึมซับเรื่องศาสนาเข้าสู่วิถีชีวิตประจำวันมากขึ้น นอกจากนี้เห็นว่าปัจจุบันความตายเกิดขึ้นกับทุกวัย แตกต่างจากสมัยก่อนที่การตายจะเกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของวิถีการรับประทาน

อาหาร ทำให้คนเสี่ยงจะเป็นโรคมะเร็ง และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้เห็นว่าประชาชนมุสลิมส่วนใหญ่มีความศรัทธาและปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา ทำให้เรียนรู้ที่จะปล่อยวาง ไม่กังวลถึงความตายที่จะเกิดขึ้น

“ปกติแล้วอายุน้อย ๆ ก็ตายกันเยอะแล้ว ก็เดี๋ยวนี้ส่วนมากศาสนามันก็จะซึมซับ เมื่อก่อนศาสนามันไม่ค่อยซึมเท่าไรอะ เดี๋ยวนี้ส่วนมากมันจะซึมซับ เดี๋ยวนี้คนรู้ศาสนามากขึ้น ไปเรียนศาสนามากขึ้น ทำให้ซึมซับ ปล่อยวาง”

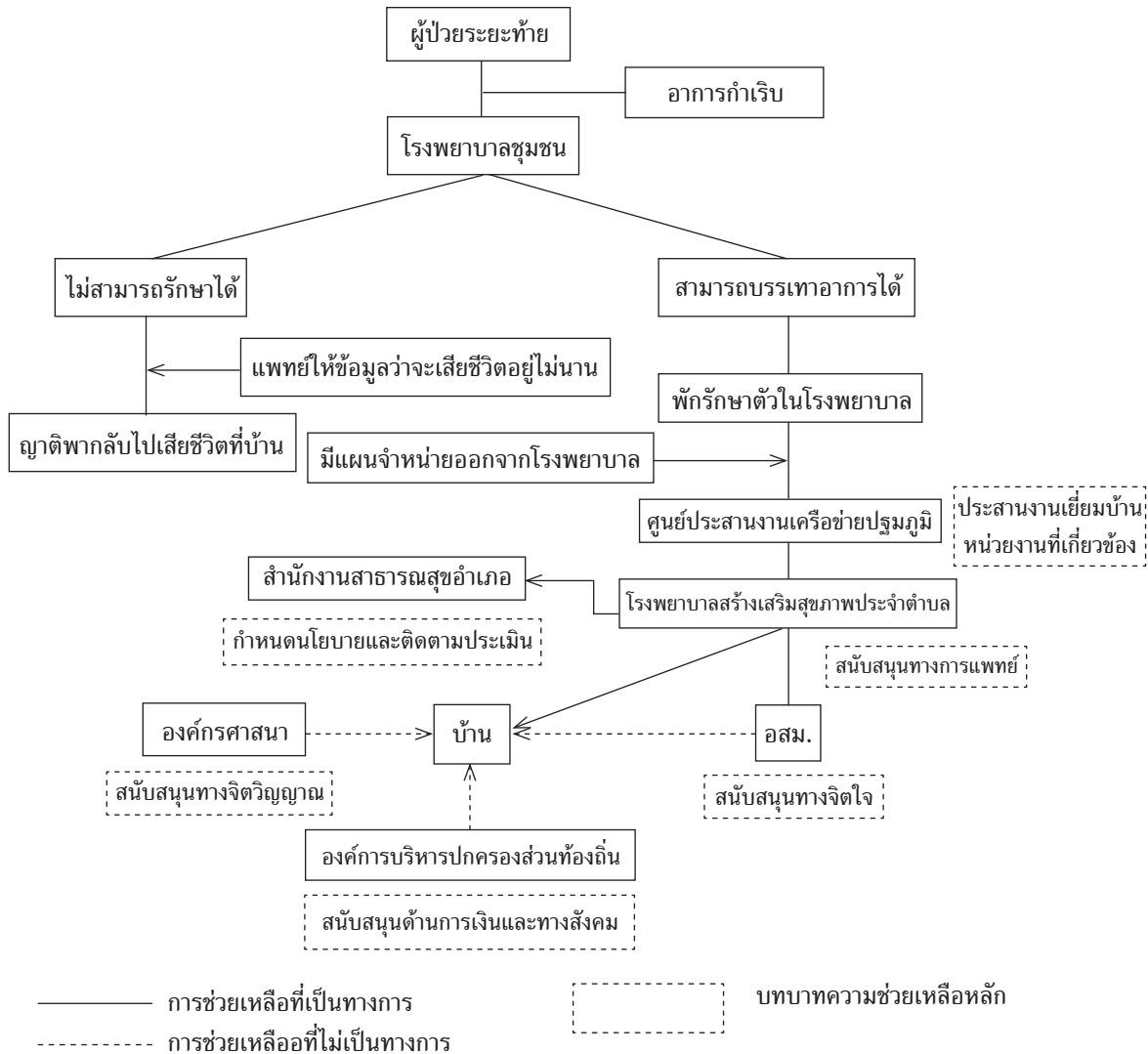
“แต่ส่วนมากนะ คนจะตาย เขาจะบอกเองนะ ว่าฉันนั้นอยู่ไม่นานแล้วนะ เราก็บอกว่า เออไม่เป็นไรนะ เราก็กาลังใจเขา เดี๋ยวนี้พูดได้ 20, 50 ก็พูดได้”

ชุมชนมุสลิมที่ศึกษามีความเป็นอยู่ในลักษณะสังคมเครือญาติ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจะเน้นการไปเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ และให้ผู้ใกล้ตายระลึกถึงพระเจ้า และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัวเต็มความสามารถ ทั้งนี้เนื่องจากเป็นหลักคำสอนของศาสนาในการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยหรือด้อยโอกาส

“มันก็เหมือนเป็นการบังคับอยู่แล้ว ให้ไปดูแลคนป่วย ให้ไปเยี่ยมเยียน มันปลูกฝังเชิงบังคับอยู่แล้ว มันก็เลยอยู่ในจิตใต้สำนึกอยู่แล้ว เหมือนถ้าไทยพุทธ เขาจะสอนให้เขาวัด ของเราจะสอนในหลักศาสนาเหมือนกับเป็นกฎ คนมีก็ช่วยคนที่ด้อยกว่า”

“คนที่นี้เขารู้เรื่องศาสนาเยอะ เขาทำทุกอย่างเท่าที่เขาทำได้”

สรุปการดูแลระยะท้ายในชุมชนดังกล่าว



อภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า การดูแลระยะท้ายในชุมชน แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะท้าย ระยะใกล้เสียชีวิต และระยะหลังเสียชีวิต โดยในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยและครอบครัวจะเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพที่เป็นรูปแบบการดูแลที่เป็นทางการ ในลักษณะของการมาตรวจตามนัดหรือมาแผนกฉุกเฉินเมื่อไม่สามารถควบคุม

อาการที่บ้านได้ ครอบครัวส่วนใหญ่ยังมีความหวังถึงการฟื้นหายจากความเจ็บป่วย จึงมักจะนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเพื่อการรักษาก่อน อย่างไรก็ตาม หากแพทย์ตรวจวินิจฉัยแล้วว่าผู้ป่วยไม่สามารถรักษาได้ คนมุสลิมส่วนใหญ่ต้องการให้แพทย์ผู้รักษายกยอถึงพยากรณ์ของโรค ว่าผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิตในอีกไม่ช้า โดยครอบครัวต้องการนำผู้ป่วยกลับบ้าน เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต ซึ่งในระยะนี้ครอบครัวจะให้ความสำคัญกับการ

ส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณและให้ผู้ป่วยได้จดจำระลึกถึงพระเจ้าอยู่ตลอดเวลา¹⁴ โดยการสวดขอพร การขอมหาอาฟ (ขออภัย) และอ่านหนังสือศาสนาซูเราะห์ยาซีน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เกิดการตายดีและการตายอย่างสงบตามความเชื่อของชาวมุสลิม¹⁵ นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า การตายดีและตายอย่างสงบหมายถึงการที่ผู้ที่กำลังเสียชีวิตไม่แสดงออกถึงความทุกข์ทรมาน ดังนั้นคนมุสลิมเมื่อรับรู้จากแพทย์ว่าผู้ป่วยไม่สามารถรักษาได้แล้ว จึงปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ เพราะเห็นว่าการรักษาทางการแพทย์ด้วยการสอดใส่ท่อต่าง ๆ เข้าร่างกายในผู้ใกล้เสียชีวิตจะเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและอาจทำให้ตายไม่สงบ รวมทั้งการตายดีหมายถึงการได้อยู่ท่ามกลางบุคคลที่รักและญาติมิตรตลอดคล้อยกับการศึกษาที่ผ่านมา^{6,16} ภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย เครือญาติ ผู้นำศาสนา และคนในชุมชน ในการช่วยประคับประคองจิตใจครอบครัวเพื่อช่วยเหลือในการปรับตัวเพื่อดำรงชีวิตต่อไป¹⁷ ขณะที่การบริการหลังการตายจากหน่วยบริการสาธารณสุขที่เป็นรูปแบบอย่างเป็นทางการยังไม่ชัดเจน

ผลการศึกษาพบว่า มีผู้มีส่วนร่วมในการดูแลระยะท้ายในชุมชนหลายกลุ่มทั้งนักวิชาชีพสุขภาพและบุคลากรจากหน่วยงานของรัฐ ภาคประชาชน ผู้นำทางศาสนา และประชาชนทั่วไปที่เป็นเพื่อนบ้านของผู้ป่วยระยะท้าย รูปแบบการดูแลมีทั้งการดูแลที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ³ โดยรูปแบบการดูแลที่เป็นทางการ เป็นการให้บริการการดูแลโดยบุคลากรทางสาธารณสุข และเน้นการสนับสนุนทางการแพทย์เพื่อช่วยเหลือบรรเทาอาการทางกาย สำหรับรูปแบบการดูแลที่ไม่เป็นทางการ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายโดยคนในชุมชนและการส่งเสริมและสนับสนุนความเข้มแข็งทางจิตใจและจิตวิญญาณในขณะที่ต้องการ

ปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทให้การสนับสนุนการดูแลระยะท้ายในลักษณะชั่วคราวและให้ความช่วยเหลือเป็นรายกรณีเมื่อได้รับการติดต่อขอความช่วยเหลือผ่านทางหน่วยงานสาธารณสุขหรือจากอสม. อย่างไรก็ตามพบว่า พยาบาลชุมชนมีบทบาทที่สำคัญในการเชื่อมประสานเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ซึ่งคุณลักษณะสำคัญของพยาบาลชุมชนคือเป็นบุคคลที่อยู่ในพื้นที่ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกปลอดภัยและสะดวกใจในการพูดคุยกับพยาบาลเนื่องจากมีความใกล้ชิดจึงกล้าจะซักถามข้อสงสัย ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสัมพันธภาพของพยาบาลและผู้ป่วยเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน และคุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลที่ให้การดูแลที่บ้านกับผู้ป่วยมีผลต่อคุณภาพการดูแล¹⁸ นอกจากนี้ อสม. ในชุมชนเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่สำคัญในการช่วยเหลือสนับสนุนงานของพยาบาลทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านดูแลความสุขสบาย สอนญาติในการดูแลพื้นฐาน และรายงานอาการที่เกิดขึ้นแก่พยาบาล รวมทั้งการค้นหาผู้ป่วยระยะท้ายที่อยู่ในชุมชนในกลุ่มที่ยังไม่เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากอสม. มักมีความข้องเกี่ยวกับคนในชุมชนในลักษณะเครือญาติ ทำให้สามารถเข้าถึงคนในชุมชนและผู้ป่วยระยะท้ายได้ง่ายกว่าบุคลากรสุขภาพอื่นๆ ขณะเดียวกัน อสม. ให้ความช่วยเหลือในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ ในลักษณะของการสนับสนุนทางจิตใจ ให้กำลังใจ ประสานงานกับองค์กรของรัฐในการสนับสนุนทางการเงินและสังคมตลอดคล้อยกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า อสม. เยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อถามสารทุกข์สุกดิบ ให้กำลังใจช่วยดูแลผู้ป่วยและแนะนำข้อมูลในด้านการปฏิบัติตัวและการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย⁷

สรุปและข้อเสนอแนะ

ชุมชนมุสลิมในเขตชนบท มีลักษณะของสังคมเครือญาติ โดยมีความเชื่อและความศรัทธาในศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวให้เกิดความเหนียวแน่นในสัมพันธภาพและเครือข่ายทางสังคม ซึ่งสัมพันธภาพและเครือข่ายทางสังคมมีความสำคัญในการพัฒนาและคงไว้ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย¹⁹ ดังนั้นการเสริมความเข้มแข็งเครือข่ายทางสังคมในชุมชนที่จะเป็นทุนทางสังคมสำหรับการดูแลระยะท้ายมีความสำคัญ โดยการสร้างความเข้าใจมิติทางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ การพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐและประชาชน และ รวมทั้งการเชื่อมประสานระหว่างระบบการดูแลที่เป็นทางการโดยบุคลากรสุขภาพซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสื่อสารการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการบรรเทาอาการทางกายกับระบบการดูแลที่ไม่เป็นทางการจากครอบครัวเพื่อนบ้าน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนความผาสุกทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ จะช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายสามารถใช้ในบั้นปลายของชีวิตที่บ้านมีความสุข

เอกสารอ้างอิง

1. Nilmanat K, Chailungka P, Phunggrassami T, Promnoi C, Tulathamkit K, Noo-urai P, et al. Living with suffering as voiced by Thai patients with terminal advanced cancer. *Int J Pallia Nurs* 2010;16:393-9.
2. Kim SH, Chung BY, Xu Y. Evaluation of a home-based hospice and palliative care program in a community health center in Korea. *Asian Nurs Res* 2009;3:24-30.
3. Byock I, Norris K, Curtis R, Patrick DL. Improving end-of-life experience and care in the community: a conceptual framework. *J Pain Symptom Manage* 2001;22:759-72.
4. Sastranuruk S, Pattrapakdikul U. Palliative care for terminally ill patients among nurses and caregivers in Songklanagarind hospital. *Songklanagarind Med J* 2013;31:235-44.
5. Sukcharoen P, Wisesrith W. Nursing service system for palliative care in tertiary hospitals. *Kuakarun J Nurs* 2014;21(supplement):155-67.
6. Tongdam R, Kongsuwan W, Nilmanat K. Thai Muslim nurses' perspective of a peaceful death. *Songklanagarind J Nurs* 2015;35:21-34.
7. Luvira V, Srikha D, Pairojkul S. Community - based palliative care by volunteers: perceptions of village health volunteers in a community of Khon Kaen province. *Srinagarind Med J* 2013;28:199-204.
8. Artsanthia J. Palliative care in community with the Buddhism traditions. *J Royal Thai Army Nurs* 2013; 14:9-16.
9. National Statistical Office. Provincial statistic report [database on the Internet]. 2016 [cited 2016 April 1]. Available from: http://songkhla.old.nso.go.th/nso/project/search/index.jsp?province_id=93.
10. Tae Pa District [database on the Internet]. 2016 [cited 2016 April 31]. Available from: <http://thailand.kapook.com/>.
11. Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publication; 2008.
12. Elo S, Kynga's H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2007; 62:107-15
13. Kalamkasat P. Islamic concept of death and care for patients in dying phase. In: Mattanonto(monk), editor. Dhramma in 4 religions to care for patient at the end of life. Bangkok: TNP Printing company; 2005. p. 125-58.

14. Gatrad AR, Sheikh A. Palliative care for Muslim and issues before death. *Int J Palliat Nurs* 2002; 8:526-31.
15. Tayeb MA, AlZamel E, Fareed MM, Abouellail HA. A “good death”: perspectives of Muslim patients and health care providers. *Ann Saudi Med* 2010; 30:215-21.
16. Joarder T, Cooper A, Zaman S. Meaning of death: an exploration of perception of elderly in a Bangladeshi village. *J Cross Cult Gerontol* 2014;29:299-314.
17. al Shahri MZ, al-Khenaizan A. palliative care for Muslim patients. *J Support Oncol* 2005;3:432-6.
18. Walshe C, Luker KA. District nurses 'role in palliative care provision: a realist review. *Int J Nurs Stud* 2010; 47:1167-83.
19. Lewis JM, DiGiacomo M, Luckett T, Davidson PM, Currow DC. A social capital framework for palliative care: supporting health and well-being for people with life-limiting illness and their carers through social relations and networks. *J Pain Symptom Manage* 2013;45:92-03.

Terminal Patient Care in a Muslim Community: A Case Study in a Southern-Thai Context*

Kittikorn Nilmanat PhD. (Nursing)**

Yaowarat Matchim PhD. (Nursing)***

Jaruwan Manasurakarn PhD. (Nursing)****

Waraporn Kongsuwan PhD. (Nursing)****

Kantima Meesunthorn MNSc. (Adult Nursing)****

Chuleeporn Prompahakul MNSc. (Adult Nursing)****

Abstract: Objective: To examine stakeholders' caretaking methods and roles in caring for terminal patients in Muslim communities in Southern Thailand.

Design: Qualitative case study.

Procedure: Data were collected by means of interviews, observation, and group discussions, from January to October 2013. In total, 51 informants participated in the study, consisting of healthcare personnel, community leaders, religious leaders, local administrative officials, volunteers, patients, and caretakers. Qualitative content analysis method was used to analyse the data.

Results: The study produced two major findings. First, caring procedure for terminal patients in the Muslim communities studied was conducted in three stages. The terminal stage mainly involved symptomatic management and treatment-related decisions. The dying stage involved spiritual care. The after-death stage focused on providing the deceased's family members with psychological encouragement. Second, the stakeholders who played significant caretaking roles were nurses, volunteers, local administrative officials, and religious leaders. Nurses' major responsibility was to take care of the patients and their families. Volunteers visited the patients at their homes to give moral support and spiritual care. Local administrative officials provided necessary resources. Religious leaders concentrated on caring for the patients' spiritual conditions.

Recommendations: This study has led to a better understanding of caretaking methods for terminal patients in Southern Thai Muslim communities. It has also revealed the roles of caretaking stakeholders in those communities. The results of this study could be applied to developing a caretaking model to improve the quality of terminal care for patients in Muslim communities.

Thai Journal of Nursing Council 2016; 31(3) 37-52

Keywords: case study; communities; terminal care; Muslim

* Research Grant by Prince of Songkla University.

** Corresponding Author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkhla University, E-mail: knilmanat@gmail.com

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University.

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkhla University.