

Received: 21 Sep 2020, Revised: 6 Apr 2021

Accepted: 10 Apr 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย “ความจริงกับความหวัง” มุมมองผู้ป่วย ผู้ดูแล
และชุมชนอีสานตอนบนยอดลักษณ์ สัยลังกา¹ บุญมา สุนทรวีรัตน์^{2,*} รัตติกรณ์ มูลเครือคำ³ จิระนันท์ สาวิยะ⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพทั่วไป การดูแล ความเป็นอยู่ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงความคาดหวังของผู้ป่วย ผู้ดูแล/ครอบครัวและชุมชนต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติอนุมาน One Way ANOVA (Tukey HSD) และ Kruskal-Wallis Test สรุปผลการวิจัย เติมเต็มด้วยวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เก็บข้อมูลในระหว่างเดือนตุลาคม 2562 ถึง กันยายน 2563 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 135 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ 1.กลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายเพียงพอ 35 คน 2.กลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายพอมีพอใช้ จำนวน 75 คน และ 3.กลุ่มที่ไม่เพียงพอ/ขาดแคลน จำนวน 25 คน มีระดับความสุขภาพรวมเฉลี่ย 6.671 (SD=0.5681), 5.973 (SD=1.6339) และ 5.180 (SD=1.0516) เมื่อเปรียบเทียบระดับความสุขรวมด้วย ANOVA พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสามกลุ่ม ($F=9.163$, $P\text{-value}<.001$) เปรียบเทียบระดับความสุขมวลรวมผู้ป่วยด้วย Kruskal-Wallis Test พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสามกลุ่ม ($\text{Chi-square}=46.186$, $P\text{-value} < 0.001$) ภาคประชาสังคมมีมุมมองเน้นการดูแลด้านการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน/ครอบครัว การสนับสนุนเวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ การดูแลความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิต และค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คำสำคัญ: ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความจริงกับความหวัง

¹ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลผาขาว

² สาธารณสุขอำเภอหนองหิน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองหิน

³ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลหนองหิน

⁴ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหนองหิน

*Corresponding author: isntisnt@gmail.com

Original Article

The End-Stage Patient “Truth and Hope” by Patient, Caregiver and Community Perspective in Upper Northeast, Thailand

Yodluck Sailungka¹, Boonma Soontaraviratana^{2,*},
Rattikorn Moonkruakam³, Jeeranun Saviya⁴

Abstract

These mixed methodology research were aimed to situation analysis of the general of care, living condition and hope of end-stage patient, care-giver or family and community. The data collected by interview form. The data analysis by descriptive statistic and inferential statistic by One Way ANOVA (Post hoc by Tukey HSD) and Kruskal-Wallis Test. Summarize the findings and complement by qualitative research by indebt-interview and focus group discussion. The data collected from October 2019 to September 2020. The result reveal that 135 sampling in three groups. Group 1 enough to pay = 35 sampling, group 2 sufficiency to pay 75 sampling and group 3 lack to pay 25 sampling. The total happiness mean was 6.671 (SD= 0.5681), 5.973 (SD= 1.6339) and 5.180 (SD= 1.0516). When compare the total happiness by one way ANOVA were different in three groups. (F=9.163, P-value<.001) When compare the gross domestic happiness by Kruskal-Wallis Test were different in three groups. (Chi-square=46.186, P-value<.001). The civil societal perspective was focus on health services at home. Support for medical supplies and medical material. The well-being care, quality of life and cost of living in end stage patients.

Keyword: End stage patient, Truth, Hope

¹ Director, Phakaaw Hospital

² Director, Nong-hin District Health Office

³ Head of Nursing Nong-hin Hospital

⁴ Head of IPD Nong-hin Hospital

*Corresponding author: isntisnt@gmail.com

บทนำ

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End stage patient) หมายถึงผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การทำงานของอวัยวะสำคัญในร่างกายที่เป็นหลักในการดำรงชีวิตจะทรุดลงไปเรื่อยๆ จนกระทั่งร่างกายไม่สามารถกลับเข้าสู่สภาพปกติได้และเสียชีวิตในที่สุด¹

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึงกระบวนการหรือวิธีการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการเจ็บป่วย ที่คุกคามชีวิตรวมถึงการป้องกัน บรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยวิธีการแยกแยะ ประเมิน/การรักษาอาการปวดและปัญหาอื่นๆทั้งทางกาย จิตใจ จิตวิญญาณ¹ ทั้งนี้ กรอบแนวคิดค่านิยมในประเทศไทยให้ความหมาย การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ว่าเป็นการดูแลสำหรับผู้ป่วยทุกเพศทุกวัยที่ป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่คุกคามชีวิต เป็นการดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลแบบองค์รวมโดยมุ่งเน้นการจัดการอาการไม่สบายทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยด้วยสามารถทำร่วมกับการรักษาตัวโรค ซึ่งตอบสนองต่อเป้าหมายการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ โดยมีเป้าหมายหลักคือ ช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้² จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปัจจุบันพบผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End stage Patient) ทั่วโลก ประมาณ 40.0 ล้านคนต้องการการดูแลในระยะท้าย ในจำนวนนี้ ร้อยละ 78.0 อาศัยในกลุ่มประเทศ

รายได้น้อยถึงปานกลาง มีเพียงร้อยละ 14.0 ของผู้ป่วยระยะท้ายทั่วโลกที่สามารถเข้าถึงการบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ส่วนสาเหตุประกอบด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 39.0 โรคมะเร็งร้อยละ 34.0 โรคปอดเรื้อรัง ร้อยละ 10.0 ภาวะการติดเชื้อ HIV/AIDs ร้อยละ 6.0 โรคเบาหวาน ร้อยละ 5.0 หากแบ่งเป็นความต้องการและการเข้าถึงพบว่า ร้อยละ 86 ต้องการการดูแลระยะสุดท้ายแต่ไม่ได้รับ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร้อยละ 83.0 เข้าไม่ถึงการระงับอาการปวด ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เป็นเด็กถึง ร้อยละ 98.0 อาศัยในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง³ อุปสรรคที่พบคือ สังคมไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลระยะสุดท้าย ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมและสังคมและความเชื่อยกตัวอย่างเช่น ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บปวดและความตาย ทักษะและขีดความสามารถบุคลากรสาธารณสุขไม่เพียงพอ การจำกัดการใช้ยากลุ่มยาระงับอาการปวด³ ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก แนะนำให้ประเทศต่างๆทั่วโลกบูรณาการ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าไปในนโยบายสุขภาพของประเทศ ปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย/กฎระเบียบต่าง ๆ รวมทั้งกระบวนการพัฒนาเพื่อบรรเทาทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพิ่มเติมนการดูแลระยะสุดท้ายในหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพสาธารณสุข จัดบริการการดูแลระยะสุดท้ายเพิ่มในการจัดบริการปฐมภูมิและในบ้าน³ กฎหมายหรือกฎระเบียบที่เข้มงวดของแต่ละประเทศ เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงยาบรรเทาอาการปวดของกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งนี้ อุปสรรคสำคัญของการปรับปรุงการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สำคัญคือ

บุคลากรสาธารณสุขขาดการฝึกอบรมและขาดความตระหนักในการเข้ารับการฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย³ ทั้งนี้ในภาพรวมทั่วโลกต้องการการดูแลระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังเรื้อรังและกลุ่มผู้สูงอายุ โดยรวมพบว่าการดูแลแบบประคับประคองแต่เนิ่น ๆ จะลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยไม่จำเป็นได้³ การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End Stage Patient) โดยการจัดการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) โดยบุคลากรสาธารณสุข มีการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ในระดับพื้นที่ โดยมีที่ว่าการอำเภอโดยนายอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์การภาคเอกชนและประชาชน วัด และอื่นๆ ดำเนินการดูแล ทั้งโดยการจัดการบริการสุขภาพที่บ้าน/ครอบครัว การสนับสนุนเวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ การดูแลความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพ ฯลฯ

วัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของจังหวัดเลยมีลักษณะคล้ายวัฒนธรรมของภาคอีสานและภาคเหนือโดยทั่วไป อาจแตกต่างกันรายละเอียดบางประการ โดยปกติประชาชนคนเมืองเลยจะประกอบด้วยสองส่วน คือคนเลยดั้งเดิม และคนเลยที่เป็นกลุ่มคนที่อพยพมาจากพื้นที่อื่นๆทั้งภาคอีสานและภาคอื่นๆของประเทศไทย โดยอำเภอที่มีคนเลยดั้งเดิมเป็นส่วนใหญ่ประกอบด้วย อำเภอเมือง ด่านซ้าย ภูเรือ ท่าลี่ เชียงคาน ปากชม นาแห้ว วังสะพุง นาด้วง ภูหลวง ส่วนอำเภอที่มีคนเลยดั้งเดิมเป็นส่วนน้อยประกอบด้วย อำเภอ

เอราวัณ ผาขาว ภูกระดึง หนองหิน หากแต่การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในภาพรวมก็ไม่ได้แตกต่างกันมากนัก โดยทั่วไปเมื่อเจ็บป่วยก็จะเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลภาครัฐหรือเอกชน หรือซื้อยามารับประทาน เมื่ออาการหนักขึ้น ก็จะไปพบแพทย์ และเมื่อทราบถึงความเป็นไปของโรคโดยละเอียด และเข้าสู่ภาวะผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครอบครัวจะดูแลอย่างเต็มที่ โดยการหันไปพึ่งหมอธรรม หมอยา หมอพื้นบ้าน หรือการสะเดาะเคราะห์ การสูตรขวัญเรียกขวัญ การทำบุญเลี้ยงพระ ทำบุญบ้าน ทำพิธีกรรมต่อชะตา หลังจากนั้นเมื่อผู้ป่วยอาการหนักจนใกล้ระยะสุดท้ายจริงๆในขณะที่ผู้ป่วยยังมีสติ จะทำการขอขมา หรือขอสมมา หรือทำพิธีต่อลมหายใจ⁴ อย่างไรก็ตามโดยปกติวัฒนธรรมของคนอีสานมีความเชื่อว่าการอยู่บ้านตนเองนั้นมีความสุขที่สุด ญาติพี่น้องได้ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ต้องการเสียชีวิตที่บ้านตนเองท่ามกลางลูกหลาน และคนที่ตนรัก⁵

จังหวัดเลย ตั้งอยู่บริเวณภาคอีสานตอนบน โดยมีพื้นที่ทิศตะวันตกติดจังหวัดพิษณุโลกและเพชรบูรณ์ ทิศเหนือ ติดสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ทิศตะวันออกติดจังหวัดหนองคาย และหนองบัวลำภู ทิศใต้ติดจังหวัดขอนแก่น พื้นที่ที่เป็นที่ราบสูงสลับภูเขา มีป่าที่อุดมสมบูรณ์บริเวณอุทยานแห่งชาติภูหลวงและอุทยานแห่งชาติภูกระดึง ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ปลูกข้าว ข้าวโพด ถั่ว มันสำปะหลัง ช่วงสิบปีหลังมียางพาราเข้ามาเป็นพืชเศรษฐกิจของจังหวัดเลย ประชาชนมีวัฒนธรรมคล้ายคนอีสานทั่วไป อาจแตกต่างกันบ้างในบางประเด็นและมีวัฒนธรรมคล้ายคนเหนือเช่นกันเพราะพื้นที่

บางส่วนติดภาคเหนือของประเทศไทย มีภาษาพูดเฉพาะของคนเมืองเลย ซึ่งเป็นเอกลักษณ์คล้ายประชาชนในแขวงไชยบุรีและแขวงหลวงพระบางของสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ทั้งนี้มีการข้ามไปมาหาสู่กันเป็นบ้านพี่เมืองน้องเหมือนดังอดีตที่ผ่านมา⁶ ประชากรของจังหวัดเลยทั้งหมด 641,660 คน แบ่งเป็นชาย 374,861 คน และหญิง 374,981 คน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งสิ้น ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2562 จำนวน 135 คน^{7,8}

มุมมองหรือความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้เสีย (Stake-holder Perspective) เป็นสิ่งที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล หากแต่ความหลากหลายภายใต้กรอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะสามารถช่วยให้การดำเนินงานภาครัฐและภาคประชาชน จะสามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืนในเกือบทุกปัญหา หากมีการดำเนินงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคม ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายอื่นๆในชุมชน จะส่งผลอย่างไร ต่อความจริงกับความหวังของผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะช่วยให้การดำเนินงานช่วยให้สังคมน่าอยู่ยิ่งขึ้น เกื้อกูล เอื้ออาทร แก้ไขปัญหาตรงจุดตรงประเด็น นำมาซึ่งความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ นำมาซึ่งคำถาม แนวทางการดำเนินงานในมุมมองของภาคประชาสังคมเป็นอย่างไร เมื่อได้รับคำตอบจากการวิจัยนี้ นักวิจัยคาดหวังในการวางยุทธศาสตร์ กลยุทธ์และแผนการดำเนินงานในภาพรวม เพื่อการจัดการและการจัดบริการที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความสุข สงบและจากไปอย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ครอบครัว/ผู้ดูแลมีความพร้อมไม่เดือดร้อนจนเกินไป และให้การดูแลผู้ป่วยระยะ

สุดท้ายได้อย่างเหมาะสม ชุมชนสนับสนุนและร่วมดูแล ช่วยเหลือเกื้อกูล สังคมน่าอยู่ ในบทสรุป

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์ สภาพทั่วไป การดูแล ความเป็นอยู่ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร
2. ความคาดหวังของผู้ป่วย ญาติและชุมชน ต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพทั่วไป การดูแล ความเป็นอยู่ ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. เพื่อศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วย ผู้ดูแล/ครอบครัว และชุมชน ต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยผสมผสาน (Mixed Methodology Research) โดย การวิจัยเชิงปริมาณและเติมเต็มด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) การวิเคราะห์สถานการณ์ โดยการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยใช้สถิติพรรณนา เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพทั่วไป การดูแล ความเป็นอยู่ และความสุขมวลรวมของผู้ป่วย (Gloss Domestic Happiness: GDH) และสถิติอนุมาน โดยใช้ One Way ANOVA ยืนยันความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีการของ Tukey's HSD และสถิติ Kruskal-Wallis Test เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และวิเคราะห์ความแตกต่างของกลุ่มซึ่งแบ่งกลุ่มโดยใช้ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มไม่เพียงพอ

กลุ่มพอมือไขและกลุ่มเพียงพอ หลังจากนั้นดำเนินการสรุปผลการวิจัยในกลุ่มนักวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย/ญาติสรุปผลเพื่อนำเสนอสารสนเทศที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแลและชุมชน ภาคประชาสังคมเพื่อนำสู่กระบวนการสนทนากลุ่ม ตามแนวคำถามสืบค้นเพื่อศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแลและชุมชน ต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ภายหลังกดำเนินการเสร็จสิ้นนักวิจัยสรุปผลและคืนข้อมูลแก่กลุ่มเป้าหมายเดิมทั้งนี้เพื่อการยืนยันความถูกต้องของข้อมูลและเขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์สถานการณ์

ทบทวนวรรณกรรมโดยกลุ่มนักวิจัย เพื่อกำหนดกรอบในการศึกษา และกำหนดแบบบันทึกข้อมูล เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์โดยรวมของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ภายใตกรอบการจัดบริการและดูแลผู้ป่วยระยะท้ายขององค์การอนามัยโลก 5 ด้านคือ ร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ การรักษาพยาบาลและบรรเทาอาการปวด/ทุกข์ทรมาน¹ การศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคนในจังหวัดเลย รวม 135 คน โดยผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ดูแลเป็นผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ (จากฐานข้อมูล Health Data Centre: HDC ณ วันที่ 30 กันยายน 2562⁸) กรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายในทะเบียนเสียชีวิตก่อนดำเนินการ

สัมภาษณ์ ให้ดำเนินการสุ่มเลือกผู้ป่วยระยะสุดท้ายรายอื่น ๆ เข้ามาแทน โดยการสุ่มแบบกลุ่มหลายขั้นตอน (Stratified Cluster Sampling) โดยการสุ่ม อำเภอ สุ่มตำบล สุ่มหมู่บ้าน และสุ่มรายชื่อในหมู่บ้านนั้น

การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อการสังเคราะห์ความจริงและความหวัง

กลุ่มตัวอย่างในการสังเคราะห์ความจริงและความหวังผู้ป่วยระยะสุดท้าย และครอบครัวดำเนินการสุ่มโดยการแยกผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มตามความพอเพียงของรายได้ของครอบครัว โดยจัดกลุ่มละ 4 คน รวมอำเภอละ 12 คน กลุ่มตัวอย่าง 2 อำเภอ รวม 24 คน ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ส่วนความคาดหวังของชุมชนต่อการจัดบริการผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จำนวน 2 กลุ่ม/ 2 อำเภอ บุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชนที่มีผู้ป่วยระยะท้าย โดยกลุ่มตัวอย่างได้จากเทคนิคการอ้างอิงต่อเนื่องปากต่อปาก (Snowball Sampling Technique) โดยเริ่มจากบุคลากรผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่และเสนอแนะต่อไป ซึ่งในงานวิจัยนี้ประกอบด้วย ตัวแทนผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผู้นำชุมชน ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำด้านจิตวิญญาณ พระ ครู/อาจารย์ ผู้แทนบุคลากรสาธารณสุข บุคคลที่มักคิดต่างจากกลุ่ม โดยกำหนดกลุ่มละ 8-12 คน

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตการวิจัยด้านเนื้อหาและประชากรในการวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะเวลาเฉลี่ยดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ

ดำเนินการศึกษาสถานการณ์ สภาพทั่วไป การดูแล ความเป็นอยู่ ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ภายใต้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ขององค์การอนามัยโลก 5 ด้านคือร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ การรักษาพยาบาลและบรรเทาอาการปวด/ทุกข์ทรมาน¹ โดยมุ่งเน้นเปรียบเทียบกลุ่มที่มีเศรษฐานะที่แตกต่างกัน 3 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีระดับเศรษฐานะดี เพียงพอสมบูรณ์ไม่ขาดตกบกพร่อง กลุ่มปานกลางที่มีเศรษฐานะเพียงพอตามอัตภาพ พอมีพอใช้ และกลุ่มที่มีเศรษฐานะไม่เพียงพอขาดแคลน นำมาเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วย ความทุกข์ทรมานทางกาย ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ จิตวิญญาณ และการดูแลที่ได้รับจากครอบครัว ชุมชน รัฐ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และคุณภาพชีวิตของครอบครัว นำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบ รายกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Analysis of Variance: ANOVA ยืนยันความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีการของ Tukey's HSD และ สถิติ Kruskal-Wallis Test

ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

(1) นำสรุปผลการศึกษาเชิงปริมาณมาใช้เป็นแนวทางการสร้างเครื่องมือ แนวคำถามสืบค้นเพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย บทสนทนาทั่วไป ความเจ็บป่วยที่คุกคามทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในครัวเรือน ในหมู่บ้าน ชุมชน หน่วยบริการ โรงพยาบาลและอื่น ๆ การพัฒนา

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นประโยชน์ต่อระบบบริการสุขภาพจากการลดการใช้บริการผู้ป่วยใน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งทางกายภาพ ความทุกข์ทรมานทางจิตใจและจิตวิญญาณ และการจัดบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหลายรูปแบบ โดยสหสาขาวิชาชีพ และจิตอาสาอื่น ๆ

นำชุดข้อมูลที่วิเคราะห์เป็นสารสนเทศแล้วเสนอต่อผู้มีส่วนได้เสีย/ชุมชน เพื่อศึกษาความคาดหวังของภาคประชาสังคมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Groups Discussion) นำเสนอมุมมองที่เหมาะสมในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและใช้ในการกำหนดยุทธศาสตร์ภาครัฐในการดำเนินงาน ที่เป็นไปอย่างสอดคล้อง สอดรับและมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า

(2) เสนอบทความวิจัยฉบับร่างต่อภาคประชาสังคมเดิมเพื่อคืนข้อมูลและเพื่อการยืนยันความถูกต้องของข้อมูลพร้อมทั้งการเขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โดย ดำเนินการศึกษาระหว่าง ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึง กันยายน พ.ศ. 2563

เครื่องมือวิจัย

การวิจัยผสมผสานนี้ ใช้นักวิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการดำเนินการวิจัย โดยมีเครื่องมือสนับสนุนประกอบไปด้วย

(1) การวิจัยเชิงปริมาณ ใช้แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีทั้งหมด 9 ข้อ เพศ อายุ การประกอบอาชีพ

การอยู่อาศัย โรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในปัจจุบัน ระยะเวลาที่ตั้งแต่ว่าป่วย รายได้ของครอบครัว ต่อปี ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายของ ครอบครัว ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยต่อเดือน

ส่วนที่ 2 ประเด็นในการประเมิน มีทั้งหมด 10 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 – 10 คะแนน 1) ความสุขมวลรวมของผู้ป่วย 2) ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทางกาย 3) ความทุกข์ทางใจ/จิตวิญญาณผู้ป่วย 4) การได้รับการดูแลจากญาติพี่น้อง 5) การได้รับการดูแลจากชุมชน 6) การได้รับการดูแลจากระบบบริการสาธารณสุข รพ.สต./รพ. 7) คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโดยรวม 8) คุณภาพชีวิตของครอบครัว (โดยผู้ป่วย) 9) คุณภาพชีวิตของครอบครัว (โดยญาติ) 10) คุณภาพชีวิตของครอบครัว (โดยจนท./นักวิจัย)

(2) การวิจัยเชิงคุณภาพ แบ่งเครื่องมือเป็น 2 ส่วนคือ

(ก) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อใช้สัมภาษณ์เชิงลึกต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล/ครอบครัว ปรับประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขององค์การอนามัยโลก 5 ด้านคือร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ การรักษาพยาบาลและ บรรเทาอาการปวด/ทุกข์ทรมาน

(ข) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แนวทางการสรุปผลการวิจัย รวมถึงวัสดุอุปกรณ์เสริม อื่นๆเช่น กล้องถ่ายรูป เครื่องบันทึกเสียง นำมาอธิบายและเสนอมุมมองร่วมกัน และนักวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนามโดยมุ่งเน้นปรากฏ การทางสังคมที่ปรากฏต่อหน้านักวิจัย ปราศจาก แนวคิดทฤษฎีภายนอก คล้ายทฤษฎีฐานราก (Grounded Theory) หากแต่ไม่นำเสนอหรือไม่มี

ความพยายามในการสร้างทฤษฎีใหม่จาก ปรากฏการณ์⁹

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเชิงปริมาณ ดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย/ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ทุกคนใน 14 อำเภอของจังหวัดเลย รวม 135 คน โดยผู้ที่ เสียชีวิตไปก่อนให้ดำเนินการหาผู้ป่วยระยะ สุดท้ายที่ขึ้นทะเบียนรายใหม่มาทดแทน จนครบ ตามจำนวน

การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้แนวทางการ สัมภาษณ์เชิงลึก/แนวทางการสนทนากลุ่ม โดยใช้ คำถามสืบค้น เพื่อศึกษา ความหวัง/ภาพฝัน หรือ สถานการณ์ที่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแล/ชุมชน ต้องการให้มีให้ปรากฏในทางปฏิบัติในการ จัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า เป็นหญิงร้อยละ 51.85 อายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อย ละ 37.04 อาชีพเดิมเกษตรกรกรรม ร้อยละ 65.93 อาศัยกับคู่สมรส ร้อยละ 43.70 อาศัยอยู่กับบุตร 41.48 การวินิจฉัยโรคสาเหตุของการป่วยคือ มะเร็ง 33.33 และไตวาย ร้อยละ 24.44 ส่วนใหญ่ ป่วยมานานกว่า 12 เดือน ร้อยละ 33.33 และ ระหว่าง 6-12 เดือนร้อยละ 24.44 รายได้ ครึ่งเรือนมากกว่า 100,000 บาท/ปี ร้อยละ 44.44 รายได้ต่อการดำเนินชีวิตในระดับพอมี พอใช้ ร้อยละ 55.56 รายจ่ายสำหรับผู้ป่วยต่อ

เดือน ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 44.44 ดังตารางที่ 1

การเปรียบเทียบค่าคะแนนคุณภาพชีวิต
โดยรวมเฉลี่ย แบ่งกลุ่มตามความพอเพียงของ
ค่าใช้จ่ายในครอบครัว พบว่าค่าคะแนนกลุ่มที่มี

เพียงพอคะแนนรวมเฉลี่ยสูงสุด 6.671 รองลงมา
คือกลุ่มพอมีพอใช้ 5.973 และต่ำสุดคือกลุ่มไม่
เพียงพอ 5.180 โดยค่าคะแนนต่ำสุดของทุกกลุ่ม
อยู่ในประเด็นทางทุกข์ทรมานทางจิตใจและความ
ทุกข์ทรมานทางกาย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มค่าใช้จ่ายเพียงพอ		กลุ่มพอมีพอใช้		กลุ่มขาดแคลน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	15	42.9	35	46.7	15	60.0
หญิง	20	57.1	40	53.3	10	40.0
อายุ						
<60 ปี	10	2.9	25	33.3	15	60.0
61-70 ปี	5	35.4	20	26.7	10	40.0
71-80 ปี	10	20.0	15	20.0	0	0
81-90 ปี	10	31.8	5	6.7	0	0
>90 ปี	0	0	10	1.8	0	0
อาชีพ						
เกษตรกร	30	85.7	45	60.0	14	56.0
ค้าขาย	5	14.3	25	33.3	7	28.0
อื่นๆ	0	0	5	6.7	4	16.0
อาศัยร่วมกับบุคคลในบ้าน						
บิดามารดา	5	14.3	10	7.34	5	20.0
บุตร	21	60.0	25	33.3	10	40.0
ภรรยา/สามี	9	25.7	40	53.3	10	40.0
การวินิจฉัย						
มะเร็ง	15	35.4	15	20.0	15	40.0
ไตวาย	3	8.6	25	33.3	5	60.0
อัมพฤกษ์/อัมพาต	10	28.6	20	26.7	0	20.0
โรคเรื้อรัง	10	17.2	5	6.7	5	20.0
หลอดเลือดสมอง	0	0	15	20.0	0	0
อุบัติเหตุ	1	2.9	0	0	0	0

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มค่าใช้จ่ายเพียงพอ		กลุ่มพอมีพอใช้		กลุ่มขาดแคลน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาอาศัยร่วมกับบุคคลในบ้าน						
<3 เดือน	5	14.3	15	20.0	4	16.0
3-6 เดือน	5	14.3	15	20.0	8	32.0
>6-12 เดือน	11	31.4	25	26.7	2	8.0
>12 เดือน	14	40.0	15	33.3	6	24.0
รายได้/ปี						
<50,000	0	0	15	20.0	4	16.0
50,000-100,00	8	22.9	34	45.3	14	56.0
>100,000	27	77.2	26	34.7	7	28.0
สถานะทางการเงิน						
ไม่เพียงพอต่อ	0	0	0	0	25	100
ค่าใช้จ่าย						
พอมีพอใช้	0	0	75	100	0	0
เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย	35	100	0	0	0	0
ค่าใช้จ่ายต่อเดือน						
<5,000	9	25.7	18	24.0	11	44.0
5,000-10,00	11	31.4	43	57.3	6	24.0
>10,000	15	42.9	14	18.7	8	32.0

ตารางที่ 2 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ประเด็นการประเมิน	กลุ่มค่าใช้จ่าย		กลุ่มพอมีพอใช้		กลุ่มขาดแคลน	
	เพียงพอ					
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
1) ความสุขมวลรวมของผู้ป่วย	7.43	1.614	6.53	1.905	3.40	2.102
2) ความทุกข์ทรมานทางกายและ ความเจ็บปวด	3.71	2.468	3.00	1.910	6.00	3.201
3) ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ	2.29	1.506	3.00	2.013	5.60	2.858
4) การได้รับการดูแลจากญาติพี่น้อง	7.00	1.627	6.60	2.795	6.40	1.384

ประเด็นการประเมิน	กลุ่มค่าใช้จ่าย เพียงพอ		กลุ่มพอมีพอใช้		กลุ่มขาดแคลน	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
5) การได้รับการดูแลจากชุมชน	7.00	2.657	5.93	2.585	3.80	2.363
6) การได้รับการดูแลจากระบบ บริการภาครัฐ	8.43	0.739	7.00	1.838	7.20	2.082
7) คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย	7.43	1.195	7.00	1.910	4.60	1.384
8) คุณภาพชีวิตของครอบครัว (ประเมินโดยผู้ป่วย)	8.14	0.648	6.93	1.742	5.20	1.633
9) คุณภาพชีวิตของครอบครัว (ประเมินโดยญาติ)	7.43	1.614	6.80	1.771	4.80	1.000
10) คุณภาพชีวิตของครอบครัว (ประเมินโดยนักวิจัย)	7.86	1.375	6.93	1.818	4.80	1.000
รวม	6.671	0.5681	5.973	1.6339	5.180	1.0516

เปรียบเทียบระดับความสุข ในภาพรวม พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <.001) และเมื่อยืนยันความแตกต่างรายคู่ (Post Hoc Tests) ด้วยวิธีการ Tukey HSD พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกคู่ โดยคู่ระหว่างกลุ่มมีเพียงพอกับกลุ่มพอมีพอใช้ (p -value <.001) ส่วนคู่ระหว่างมีเพียงพอกับกลุ่มไม่เพียงพอ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = <.001) และระหว่างกลุ่มพอมีพอใช้กับกลุ่มไม่เพียงพอ มี

ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = <.001) ดังตารางที่ 3

เปรียบเทียบความสุขมวลรวมผู้ป่วย ระยะสุดท้ายตามกลุ่มเศรษฐกิจ ความแตกต่างของกลุ่ม 3 กลุ่มอายุด้วยสถิติ Kruskal Wallis Test พบ Chi-square = 46.186 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <.001) โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ กลุ่มมีเพียงพอ กลุ่มพอมีพอใช้ และกลุ่มไม่เพียงพอ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความสุขมวลรวมของผู้ป่วยแยกตามกลุ่มเศรษฐกิจ โดยสถิติ One Way ANOVA

ความเพียงพอต่อค่าใช้จ่าย	ds	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	2	3,263.45	1,631.73	9.163	<.001
ภายในกลุ่ม	133	23,505.81	178.07		
รวม	135	26,769.26			

ตารางที่ 4 วิเคราะห์เปรียบเทียบความสุ่มรวมผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามกลุ่มเศรษฐกิจ ด้วยสถิติ
Kruskal Wallis Test

กลุ่มตามความเพียงพอต่อค่าใช้จ่าย	df	Chi-square	p-value
ความสุ่มรวม	2	46.186	<.001
รวม	134		

ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

นำสรุปผลการศึกษาเชิงปริมาณมาใช้เป็น
แนวทางการสร้างเครื่องมือ แนวคำถามสืบค้นเพื่อ
การสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยและครอบครัว
ประกอบด้วย

1) บทสนทนาทั่วไป “เยี่ยมยามถามไถ่”
นักวิจัยและทีมงานเป็นแพทย์และผู้บริหาร
สาธารณสุขในอำเภอที่ดำเนินการวิจัยจึงเป็นข้อ
ได้เปรียบเนื่องจากส่วนใหญ่จะคุ้นเคยและเคย
ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายมา การมา
เยี่ยมผู้ป่วยถึงบ้าน (เพื่อเก็บข้อมูลการวิจัย) จึง
เป็นเรื่องที่ดี โดยที่ผู้ป่วยและญาติประทับใจและ
พร้อมให้ข้อมูล

2) ความเจ็บป่วยที่คุกคามทั้งผู้ป่วยและ
ครอบครัว

“สาเหตุแห่งการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายเกิด
จากอะไร”

เป็นการนำเข้าสู่การสนทนา เนื่องจาก
ก่อนการออกเยี่ยมเก็บข้อมูล นักวิจัยและทีมงานมี
ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคน
จากการให้บริการรักษาพยาบาลและทะเบียน
ประวัติเวชระเบียน

“ความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานในปัจจุบัน
เป็นอย่างไร”

ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมักขึ้นอยู่กับ
โรคที่กำลังประสบอยู่ เนื่องจากโรคแต่ละโรค

พยาธิสภาพของโรคไม่เหมือนกันและความทุกข์
ทรมานก็แตกต่างกัน กลุ่มที่มีความทุกข์ทรมาน
ทางกายในระดับสูงเช่นกลุ่มไตวายระยะท้ายและ
กลุ่มมะเร็ง แต่ทุกคนที่มีความจำเป็นจะได้รับยา
และเวชภัณฑ์กลุ่มต้านอาการปวด (Opioid) “พอ
อยู่ได้หมอ ถ้ามันบ่ไหวกะกิน คั่นไหวกะอดเอา”
ภาษาเลย (ก็พออยู่ได้หมอ ถ้ามันไม่ไหว(ปวดมาก)
ก็กิน พอทนได้ก็ทนเอา)

“ครอบครัวได้รับผลกระทบอย่างไรจากการ
เจ็บป่วยนี้”

ส่วนใหญ่ผลกระทบจะเกิดกับสภาพ
เศรษฐกิจของครอบครัว เพราะต้องมีคนคอยดูแล
เป็นส่วนใหญ่ และไม่ได้ไปประกอบอาชีพ บาง
ครอบครัวที่ประกอบอาชีพในบ้านเช่นขายของชำ
ก็ไม่กระทบมากนัก แต่โดยรวมจะได้รับผลกระทบ
ทางเศรษฐกิจโดยเฉพาะครอบครัวที่มีรายรับไม่
เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ก็จะกระทบมากขึ้น “เฮ็ดจั่ง
ได้ได้ มันต้องเบ้งกันจนตายนั้นละ อีเบ็ดหยังกะ
ต้องเบ็ด” ภาษาเลย (จะทำยังงี้ได้ ต้องดูแลกันจน
ตายนั้นแหละ จะหมดอะไรก็ต้องหมด)

3) การจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใน
ครัวเรือน ในหมู่บ้าน ชุมชน หน่วยบริการ
โรงพยาบาลและอื่น ๆ

“การดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันเป็นอย่างไร”
“มีองค์กรภาครัฐ เอกชน ชุมชน ให้การสนับสนุน
ดูแลอย่างไร”

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากครอบครัว และได้รับบริการทางการแพทย์จากบริการภาครัฐ ทั้งบริการในสถานบริการ รวมถึงการจัดบริการทางการแพทย์ที่บ้าน ตามความจำเป็นทางสุขภาพ “หมอแะมาเบ้งเรื่อย ๆ เอายามาให้ มาเปลี่ยนสายสวนให้” “อบต.เพื่อนะมาเบ้งอยู่ โดน ๆ เลื่อ นายอำเภอเอาของมาให้” ภาษาเลย (หมอแะมาดูเรื่อย ๆ เอายามาให้ มาเปลี่ยนสายสวนให้) (อบต.ก็มาเยี่ยมบ้าง นาน ๆ ครั้ง นายอำเภอเอาของมาให้ด้วย)

4) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว

“คุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัวในปัจจุบันเป็นอย่างไร” “ต้องการการสนับสนุนสิ่งของ อื่นๆหรือไม่ อย่างไร”

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวส่วนใหญ่โดยรวมจากการพูดคุยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงจากสถานการณ์ปกติ ในตอนที่ยังไม่ป่วย คุณภาพชีวิตจะลดลงมากในครอบครัวที่มีรายได้ไม่เพียงพอตลอดจนครอบครัวที่ไม่มีรายได้ ความต้องการการสนับสนุนส่วนใหญ่ต้องการบริการทางการแพทย์ วัสดุการแพทย์ที่จำเป็น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป แต่บางครอบครัวขาดแคลนมากถึงขนาดต้องการค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม รวมทั้งอาหาร

5) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นประโยชน์ต่อระบบบริการสุขภาพจากการลดการใช้บริการผู้ป่วยใน

“การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในครัวเรือน ช่วยสร้างคุณภาพบริการสุขภาพภาครัฐหรือไม่อย่างไร”

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวมีความต้องการการจัดบริการทางการแพทย์ที่บ้าน ส่วน

ใหญ่ไม่ต้องการนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาลหากไม่จำเป็น อาจมีบางรายที่ต้องการให้ผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลเท่านั้น เพราะถ้าให้บริการที่บ้าน ญาติผู้ป่วยเกรงเรื่องการติดเชื้อ แต่มีจำนวนน้อยราย

6) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในครัวเรือน ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งทางกายภาพทางจิตใจและจิตวิญญาณ

“การดูแลผู้ป่วยในครัวเรือน ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งทางกายภาพ ทางจิตใจและจิตวิญญาณ”

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ไม่ต้องการเดินทาง เพราะไม่สะดวก ขาดพาหนะ ไม่มีค่าใช้จ่าย รวมทั้งความเจ็บปวดจากการเคลื่อนไหว การจัดบริการและการดูแลจากชุมชนจากบุคลากรทางการแพทย์ภาครัฐในครัวเรือนจึงช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกๆ ด้านทั้งกายภาพ จิตใจและจิตวิญญาณ

7) ความหวังในชีวิตและจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นอย่างไร

“ความหวังของชีวิตในปัจจุบันคืออะไร”

ความหวังของผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ มักเกี่ยวเนื่องกับความเป็นอยู่ของครอบครัวและคนที่อยู่ข้างหลัง แฝงไว้ในเรื่องความหวัง โดยเฉพาะในรายที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคู่ชีวิตหรือบุตรที่กำลังป่วยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

ความหวังที่จะได้จะไม่เจ็บปวดทรมานจากพยาธิสภาพของโรค เช่น ภาวะปวด หอบเหนื่อย วิงเวียนอาเจียน คัน

ความหวังในการได้รับความสุขสงบทางใจ หรือการได้พบปะผู้คน ญาติมิตร หรือแม้แต่การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา

ความหวังที่จะหายเป็นปกติ หรือดีขึ้นจากความเจ็บป่วยที่ประสบอยู่ ซึ่งมีจำนวนไม่มากนัก แต่ในบางกรณีผู้ป่วยไม่ทราบถึงความเจ็บป่วยที่ประสบอยู่ หรือไม่เข้าใจในพยาธิสภาพของโรค

“สาเหตุหรือรากเหง้าว่าทำไมมีความหวังดังกล่าว”

ส่วนใหญ่เป็นการปลอบประโลมจิตวิญญาณ ให้มีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคหรือกำลังใจจากคนรอบข้าง มีทั้งกรณีที่ไม่รู้ในข้อเท็จจริงจึงยังมีความหวัง และรู้ข้อเท็จจริงแต่ก็หวังให้เกิดปาฏิหาริย์

“ในความหวังนั้นเป็นจริงได้หรือไม่”

ความหวังที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรคและความทุกข์ทรมานจากโรค ส่วนใหญ่จะได้รับแก้ไขแบบประคับประครอง ดูแลตามสภาพจากครอบครัวและบริการทางการแพทย์ภาครัฐ

ความหวังเกี่ยวกับความเจ็บป่วยให้เป็นปกติในทุกรายจะไม่สามารถกลับมาเป็นปกติได้เลย

ความหวังความสงบทางจิตวิญญาณ มักได้รับการตอบสนอง โดยเฉพาะครอบครัวที่มีศรัทธา เช่น การพบปะญาติสนิทมิตรสหาย การไปวัด การรักษาอื่นๆ เพื่อความสบายใจ เช่น การรักษาจากสมุนไพร รักษาจากไสยเวทย์ ฯลฯ

“ความต้องการครั้งสุดท้ายคืออะไร สามารถเติมเต็มได้หรือไม่ อย่างไร ”

ความต้องการครั้งสุดท้ายของผู้ป่วยมักเป็นไปตามความต้องการผู้ป่วยแตกต่างกันออกไป เช่น ต้องการกินอาหารที่ชอบ ต้องการไปวัดเพื่อสักการะสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อขอพร บางรายต้องการเห็นหน้าลูกซึ่งไม่เคยพบเจอกันเลย ต้องการให้เกิด

ปาฏิหาริย์ หรือแม้แต่ต้องการให้ลูกๆ เลิกทะเลาะกัน

การเติมเต็มความหวังในชีวิตครั้งสุดท้ายมักจะไม่สามารถเติมเต็มได้ อาจเติมเต็มได้ในบางกรณี เช่น อาหาร หรือการเดินทางไปสักการะสิ่งศักดิ์สิทธิ์ แต่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่จะเดินทางลำบาก จึงมักไม่เกิดขึ้น สิ่งที่หวังและได้รับการตอบสนองมากที่สุดมักเป็นการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรค เช่น การได้รับ Opioid การได้รับออกซิเจน ช่วยบรรเทาความเหนื่อยหอบ การได้รับยาและเวชภัณฑ์เพื่อบรรเทาอาการต่าง รวมถึงกลุ่มยาแก้ปวดประสาท

นำชุดข้อมูลที่วิเคราะห์เป็นสารสนเทศแล้วเสนอต่อผู้มีส่วนได้เสียเพื่อศึกษาความคาดหวังของภาคประชาสังคมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Groups Discussion) นำเสนอมุมมองที่เหมาะสมในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและใช้ในการกำหนดยุทธศาสตร์ภาครัฐในการดำเนินงาน ที่เป็นไปอย่างสอดคล้อง สอดรับและมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ผลของการสนทนากลุ่ม ดังนี้

ความคาดหวังของภาคประชาสังคมมุ่งเน้นประเด็นสำคัญดังนี้

(ก) การจัดบริการสุขภาพที่บ้าน/ครอบครัว

ภาคประชาสังคมมุ่งเน้นการจัดบริการในระดับครอบครัว โดยให้เหตุผลเรื่องความประหยัดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว ไม่ต้องเดินทาง ไม่ต้องมีค่าใช้จ่ายในการไปนอนเฝ้าที่โรงพยาบาล โดยองค์กรที่ให้การสนับสนุนในการดำเนินการจัดบริการได้คือกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล ในรูปแบบการจัดหายาและเวชภัณฑ์ วัสดุการแพทย์รวมถึงสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิตหรือส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เป็นต้น

“ที่เป็นอยู่ก็ยากลำบากอยู่แล้ว ถ้าต้องเดินทางบ่อยๆคงลำบาก ยิ่งงี้ก็ทำได้แค่ประทับประครองกันไป”

(ข) การสนับสนุนเวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์

เป็นบทบาทที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมุมมองของภาคประชาสังคม เนื่องจากมีความสำคัญและจำเป็นโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยที่มีภาวะทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรค มีอาการปวด เหนื่อย หอบ อาการคัน อาการวิงเวียน และอาการที่ทุกข์ทรมานอื่นๆของผู้ป่วย การมียาและเวชภัณฑ์บรรเทาอาการเหล่านั้นนับเป็นความจำเป็น และต้องมีการจัดหาสนับสนุนอย่างเพียงพอ “มอร์ฟิน ออกซิเจน จำเป็นมาก ถ้าไม่มีผู้ป่วยคงอยู่ไม่ได้ ตอนนี้สะดวกเพราะมีเครื่องทำออกซิเจนแล้ว แต่ก่อนลำบากมาก ต้องคอยไปเติมออกซิเจน มันก็ลำบาก อีกอย่างค่าใช้จ่ายสูงด้วย ทั้งค่าน้ำมันค่าออกซิเจน”

(ค) การดูแลความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิต
ค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพ

ภาคประชาสังคมมุ่งเน้นกลุ่มผู้ยากไร้ และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีคนดูแลเนื่องจากหากครอบครัวมีผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะเป็นภาระแก่ครอบครัว และส่วนใหญ่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เพราะมีภาระ ต้องประกอบอาชีพ ไม่มีทุนทรัพย์ในการดูแล คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวมีแนวโน้มลดลง ดังนั้น ภาคประชาสังคมจึงมุ่งเน้นพิเศษในกลุ่มนี้ โดยไปสอดคล้อง

กับการดำเนินงานตามนโยบายรัฐบาลประเด็นพระราชบัญญัติคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ซึ่งดำเนินการประเด็นปัญหาของแต่ละอำเภอ แต่เนื่องจากหลายอำเภอในจังหวัดเลย ดำเนินงานประเด็น “คนเมืองเลยไม่ทอดทิ้งกัน” ซึ่งมีการจัดบริการ ดูแล ช่วยเหลือผู้ยากไร้ในจังหวัดอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งด้านความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิต

การเยี่ยมเยียนโดยองค์กร หรือกลุ่มบุคคลในชุมชน/ท้องถิ่น ที่นอกเหนือจากบริการทางการแพทย์ เพื่อให้กำลังใจ เพื่อสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ค่าใช้จ่ายและอื่น ๆ รวมถึงการบำรุงขวัญกำลังใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว โดยพระหรือผู้นำด้านจิตวิญญาณ เช่นหมอธรรม หมอยาพื้นบ้าน และอื่นๆ

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ

สาเหตุการป่วยยังคงเป็นกลุ่มมะเร็งและผลจากโรคไร้เชื้อเรื้อรังคือกลุ่มไตวายระยะสุดท้าย¹⁰ โดยอาศัยกับคู่สมรสหรืออาศัยอยู่กับบุตร ตามบริบทคนอีสานทั่วไปที่มีมักอยู่อาศัยในลักษณะครอบครัวขยาย¹¹ มีพ่อแม่ ลูกและหลาน โดยมีคนข้ามรุ่นอาศัยในบ้านเดียวกัน เช่น ปู่ย่า ตายาย พ่อแม่ ลูก ๆ และหลาน ดังนั้นจะมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนไม่มากนักที่อาศัยโดยลำพังหรือ ไม่มีคนดูแล ระดับรายได้และรายจ่ายของครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะแตกต่างกันออกไป ดังนั้นระดับรายได้เป็นเพียงข้อมูลประกอบการพิจารณาของนักวิจัยเท่านั้น แต่จะวัดความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายว่าเพียงพอหรือไม่

บางครอบครัวมีรายรับมากและจ่ายมาก และไม่เพียงพอ แต่บางครอบครัวมีรายรับน้อย แต่ก็มีรายจ่ายน้อยกว่าและพบว่ามีความเพียงพอต่อการดำรงชีพในชุมชน เป็นต้น ในภาพรวมของการวิจัยนี้ พบว่าครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีรายได้เพียงพอต่อรายจ่ายและครอบครัวที่พอมีพอใช้รวมกันถึงร้อยละ 81.48 และครอบครัวที่ขาดแคลนเพียงร้อยละ 18.52

ภาพรวมของคะแนนการประเมินคุณภาพชีวิตและระดับความสุขมวลรวม ในแต่ละกลุ่มมีคุณภาพชีวิตและระดับความสุขมวลรวมที่แตกต่างกัน จะเห็นได้ว่าความเพียงพอของค่าใช้จ่ายในครัวเรือนเชื่อมโยงกับทั้งระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและเชื่อมโยงกับความสุขมวลรวมของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแน่นอนที่สุดว่าความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นทั้งท่ายกายและจิตใจ เป็นกลุ่มที่มีระดับคะแนนต่ำสุด โดยประเด็นความทุกข์ทรมานด้านจิตใจค่าคะแนนเฉลี่ยเพียง 3.62 คะแนน และความทุกข์ทรมานด้านร่างกายมีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.24 คะแนน อย่างไรก็ตามหากพิจารณาค่าคะแนนต่ำสุดในแต่ละกลุ่มพบว่า กลุ่มที่มีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย มีค่าคะแนนต่ำสุดประเด็นความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ (2.29 คะแนน) กลุ่มที่มีรายได้พอมีพอใช้ มีค่าคะแนนต่ำสุดประเด็นความทุกข์ทรมานด้านจิตใจและความทุกข์ทรมานทางร่างกายเท่ากัน (3.00 คะแนน) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ขาดแคลน มีค่าคะแนนต่ำสุดประเด็นความสุขมวลรวม (3.40 คะแนน) และการดูแลจากชุมชน/สังคม (3.80 คะแนน) ในขณะที่ค่าคะแนนสูงสุดทั้ง 3 กลุ่มคือประเด็นการได้รับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่บ้าน (7.54 คะแนน) ซึ่งผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่าอาจต้อง

ระมัดระวังประเด็นดังกล่าว เพราะอาจเกิดจากอคติในการเก็บข้อมูลโดยบุคลากรสาธารณสุข ทำให้เกิดการเกรงอกเกรงใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการตอบคำถามการสัมภาษณ์ อย่างไรก็ตามการจัดบริการทางการแพทย์ที่บ้านโดยบุคลากรสาธารณสุข ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลในแผนกผู้ป่วยในสามารถลดค่าใช้จ่ายภาครัฐในการจัดบริการผู้ป่วยระยะท้าย

ส่วนที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

ปรากฏการณ์ทางสังคม จากการสังเกตการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) และนำมาใช้เป็นแนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Groups Discussion) พบว่าประเด็นที่ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ให้ความสำคัญประกอบด้วย

“ความจริง” หรือสภาพแห่งความเป็นจริงที่ปรากฏ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความเป็นอยู่ที่แตกต่างกัน ทั้งในความเป็นอยู่และระดับความสุข ทั้งนี้สาเหตุการป่วยก็เป็นประเด็นสำคัญที่เชื่อมโยงทั้งระดับความสุขและความเป็นอยู่ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการป่วย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัวโดยตรง โดยเฉพาะครอบครัวที่ไม่พร้อมเรื่องการเงินและความพร้อมด้านจิตใจและอารมณ์ของคนในครอบครัว ซึ่งระดับความทุกข์ทรมานด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก็เชื่อมโยงความพร้อมดังกล่าวด้วย โดยปกติภาครัฐที่ดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นก็ประกอบด้วย บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฝ่ายปกครอง และเหล่ากาชาดจังหวัด ซึ่งต้องประสานการเยี่ยมเป็นราย ๆ ไป จากหน่วยบริการ

สาธารณสุขระดับพื้นที่ ซึ่งทำหน้าที่ดูแลทางการแพทย์ และสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงวัสดุอุปกรณ์ที่เพิ่มเติมจากการเจ็บป่วย เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป โดยที่การจัดบริการทางการแพทย์ในระดับครอบครัว นับเป็นความจำเป็นทางสุขภาพอย่างยิ่งเพราะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ลดภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือน ในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นๆ อีกทั้งยังลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากการเคลื่อนย้ายการเดินทาง ซึ่งโดยรวมภาพแห่งความเป็นจริงของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใกล้เคียงกับนิยาม Hospice Care ที่ให้ความหมายว่า เป็นการให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) แก่ผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ในสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่มีการจัดไว้อย่างเหมาะสม ด้วยจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและสร้างเสริมคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมช่วงระยะท้ายของชีวิต (Terminal phase) รวมถึงในช่วงเวลาระยะแรกภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Bereavement phase)¹² “ความหวัง” ความหวังในชีวิตผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเกี่ยวเนื่องกับความเป็นอยู่ของครอบครัวและคนที่อยู่ข้างหลัง แฝงไว้ในเรื่องความหวังใ โดยเฉพาะในรายที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคู่ชีวิตหรือบุตรที่กำลังป่วยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หวังในความสงบสุข ผ่อนคลาย สบายใจและลดความเจ็บปวด ความหวังที่จะไม่เจ็บปวดทรมานจากพยาธิสภาพของโรค ได้รับความสุขสงบทางใจ ได้พบปะผู้คนญาติมิตร การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา บางรายยังพบความหวังที่จะหายเป็นปกติ หรือดีขึ้นจากความเจ็บป่วยที่ประสบอยู่ โดยที่ผู้ป่วยไม่

ทราบถึงความเจ็บป่วยที่ประสบอยู่ ความหวังส่วนใหญ่มักเป็นการปลอบประโลมจิตวิญญาณ ให้มีกำลังใจในการต่อสู้กับโรค หวังให้เกิดปาฏิหาริย์ ความหวังที่เป็นไปได้ส่วนใหญ่ มักได้รับการตอบสนอง โดยเฉพาะครอบครัวที่มีศรัทธา เช่น การพบปะญาติสนิทมิตรสหาย การไปวัดทำบุญ การรักษาอื่นๆ เพื่อความสบายใจเช่น การรักษาจากสมุนไพร รักษาจากไสยเวทย์ ความหวังที่มักได้รับการตอบสนองคือ ความหวังในการได้กินอาหารที่ชอบ ความหวังที่มักได้รับการตอบสนองมากที่สุดมักเป็นการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรค เช่น การได้รับ Opioid การได้รับออกซิเจน ช่วยบรรเทาความเหนื่อยหอบ การได้รับยาและเวชภัณฑ์เพื่อบรรเทาอาการต่างๆ รวมถึงกลุ่มยาแก้ปวดประสาทจากบริการทางการแพทย์ในระดับพื้นที่ ในแง่มุมมองความคิดของคนในชุมชนที่สะท้อนถึงการดิ้นรนที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดให้ยาวนานที่สุดแม้จะได้รับการลงความเห็นจากแพทย์แล้วว่าไม่สามารถรักษาให้หายขาดแล้วก็ตาม อาจมีเรื่องพิธีกรรม ความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรมที่สืบทอดกันมาโดยมีความคาดหวังกับพิธีกรรมดังกล่าวว่าจะช่วยรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้หายจากโรคได้ แม้ไม่หายขาดก็อาจช่วยบรรเทาอาการที่เป็นอยู่ให้เบาบางลงได้ ทำให้ได้สัมผัสถึงความเอื้ออาทรของญาติพี่น้องและคนในชุมชนที่ไม่ได้ปล่อยให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องสู้ต่อโดยลำพังทั้งนี้ทุกคนต่างหวังที่อยากเห็นผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่และกลับมาใช้ชีวิตปกติสุขอีกครั้ง¹³

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. การจัดบริการทางการแพทย์ในครัวเรือนมีความจำเป็นและสำคัญสำหรับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ควรมีกระบวนการพัฒนาระบบการจัดบริการทางการแพทย์ในครัวเรือนผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. ภาครัฐ เอกชนและภาคประชาสังคมควรมีระบบการประสานความร่วมมือเพื่อการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายในครอบครัวที่ยากไร้และครอบครัวที่มีคุณภาพชีวิตต่ำ ซึ่งสามารถดำเนินการได้ในรูปแบบกองทุนช่วยเหลือผู้ยากไร้ในระดับอำเภอ โดยการระดมทุนและจัดบริการออกเยี่ยมผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ปัญหา/ข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรค

การศึกษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตั้งอยู่บนพื้นฐานของ “การเยี่ยมยามถามไถ่” ไม่สามารถดำเนินการพูดคุยอย่างตรงไปตรงมาเหมือนคนปกติทั่วไป ข้อมูลส่วนใหญ่มีความละเอียดอ่อนด้านจิตใจและความละเอียดอ่อนด้านสังคม ดังนั้นจึงเป็นความยากในการสื่อความหมาย การตีความ การเข้าถึงทัศนคติใน รวมถึงเวลาที่ใช้ในการวิจัยในผู้ป่วยแต่ละรายมีระยะเวลาไม่มากนัก เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อาจเสียชีวิตในเวลาอันสั้น ดังนั้น การประเมินผู้ป่วยและความถี่ในการเยี่ยมจึงเป็นอุปสรรคสำคัญในการได้มาซึ่งข้อมูลการวิจัย ทักษะในการวิจัยเชิงคุณภาพของนักวิจัยจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องมีและต้องเรียนรู้เพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายนักวิจัย บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ภาคประชาสังคม รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย รวมถึงแพทย์ทั้งในและนอกพื้นที่การวิจัย ที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะอื่นๆ นักวิจัยจึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization: WHO. Integrating Palliative Care and Symptom relief into Primary Health Care: A WHO Guide for Planners, Implementer and Managers. [internet]. [2020]; Retrieved 20 April 2020, from: <https://www.apps.who.int/iris/bitstream.handle>.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. แนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง จังหวัดเลย. เลย. รุ่งแสงธุรกิจการพิมพ์; 2563.
3. World Health Organization: WHO. 2019. Achieve from: <https://www.who.int> in 15/05/2019
4. สะอาด มุ่งสิน และจรรยาศรี มีหนองหว้า. 2558. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามวิถีชุมชนในสังคมวัฒนธรรมอีสาน: กรณีศึกษาตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2558; 6(1), 89-104.

5. อารยา ทิพย์วงศ์ และบำเพ็ญจิต แสงชาติ. วัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในชุมชน. วารสารพยาบาล. 2562; 68(1), 11-19.
6. กระทรวงสาธารณสุข. คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center. 2562. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 กันยายน 2562] สืบค้นจาก: <http://www.moph.go.th/hdc/>
7. จังหวัดเลย. เอกสารแนะนำการท่องเที่ยว จังหวัดเลย. เลย; 2560.
8. กระทรวงสาธารณสุข. ฐานข้อมูล Health Data Center: HDC. 2562. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 27 พฤษภาคม 2562] สืบค้นจาก www.hdcservice.moph.go.th
9. ชาย โพธิสิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง; 2552.
10. ปาณบดี เอกะจัมปะกะ, พูลสิน ศรีประยูร และศุภราภรณ์ ธรรมชาติ. Regional Health Profile รายงานสุขภาพคนไทย ระดับเขต. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. ชินอักษรการพิมพ์. นนทบุรี; 2561.
11. วณิชชา ฌรงค์ชัย และดุษฎิ์ आयวัฒน์. 2011. รูปแบบการอยู่อาศัยร่วมกันของคนข้ามรุ่นในครอบครัวผู้ย้ายถิ่นอีสาน. วารสารวิจัย มข. 2011; 11(3). 101-109.
12. ภูซังค์ ฉิมพิบูลย์ และพรพรรณ แก่นอำพรพันธ์. ดนตรีบำบัดสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2560; 15(3).
13. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ. แนวทางการพัฒนา Hospice care ในประเทศไทย: ทางเลือกของการดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (TRC-HS) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.