

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนโดยอาสาสมัคร : การรับรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น

วาริสรา ลูวีระ¹, เคือนเพ็ญ ศรีวิชา², ศรีเวียง ไพโรจน์กุล³

¹ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²หน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม แผนกการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์

³ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Community - Based Palliative Care by Volunteers : Perceptions of Village Health Volunteers in a Community of Khon Kaen Province

Varisara Luvira¹, Deunphen Srikha², Srivieng Pairojkul³

¹Department of Community Medicine, Faculty of medicine, Khon kaen University

²Samleam Primary Care Unit, Family Practice Department, Division of Nursing, Srinagarind Hospital

³Department of Pediatrics, Faculty of medicine, Khon kaen University

หลักการและวัตถุประสงค์: การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านเป็นภาระหนัก สมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอาจเกิดภาวะเหนื่อยล้าจนไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป อาสาสมัครในชุมชน จึงเป็นอีกทางเลือกที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนโดยอาสาสมัคร

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพใน อสม. ของชุมชนสามเหลี่ยม 1 จังหวัดขอนแก่น จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 27 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับการรับรู้ อสม. ต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนโดยอาสาสมัคร ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2555 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา: พบว่าการรับรู้ของ อสม. ต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนโดยอาสาสมัคร แบ่งเป็น 3 ประเด็น 1) มุมมอง หมายถึงการเยี่ยมบ้านเพื่อถามสารทุกข์สุขดิบให้กำลังใจ ช่วยดูแลผู้ป่วยและแนะนำข้อมูลในด้านการปฏิบัติตัวและการดูแลผู้ป่วย 2) อุปสรรค ได้แก่ ไม่มีความรู้ผู้ป่วยไม่เชื่อถือ ผู้ป่วยหรือญาติแสดงความไม่พอใจเมื่อ อสม. เยี่ยมบ้าน และ อสม. ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 3) ความต้องการเพิ่มเติม ได้แก่ ต้องการให้ อสม. มีความรู้ในการดูแล

Background and objective: Caring for palliative patients at home is a hard work. Relative caregiver sometimes become burnout. Community volunteers play an alternative role in community - based palliative care. The aim of this study was to explore the perceptions from village health volunteers in a community of Khon Kaen Province about community - based palliative care by volunteers.

Methods: This was a qualitative research among the village health volunteers in Samleam 1 community of Khon Kaen Province. The total number was 27. For processing of data collection, the in-depth interview and focus group discussion were performed to elicit village health volunteer's perceptions about community - based palliative care. The data was collected between March 2012 and May 2012. Content analysis was done.

Results: This study revealed that their perceptions about community - based palliative care were divided into three issues. 1) View point of village health volunteers about community - based palliative care were home visits for canvass, encourage, patients' care and advise. 2) Barriers include knowledge incompetence, lack of patients' trust, patient or their relative expressed dissatisfaction with the village health volunteers' home visit and village health volunteers did not have time enough to care palliative patients at home. 3) Explicit needs include knowledge and

ผู้ป่วยและต้องการให้บุคลากรทางสาธารณสุขเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม.

สรุป: อสม. มีความสนใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนโดยอาสาสมัคร แต่ยังต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ในการพัฒนาทั้งด้านองค์ความรู้และด้านประสบการณ์ ในการสื่อสารและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คำสำคัญ: การรับรู้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ชุมชน

home visits with health care workers

Conclusion: Village health volunteers interest in community-based palliative care but still need assistance from health care workers for the development of both knowledge and experience in communication and palliative care.

Keywords: perceptions, village health volunteers, community - based palliative care, community

ศรีนครินทร์เวชสาร 2556; 28(2): 199-204 • Srinagarind Med J 2013; 28(2): 199-204

บทนำ

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถหายขาดจากโรคด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน และโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตในเวลาที่เกิดการณได้ เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง¹ ข้อมูลจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2545-2552 มะเร็งทุกชนิดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทย² และ ข้อมูลจากสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าในปี พ.ศ. 2553 มะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทยเช่นกัน³ การดูแลแบบประคับประคองสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกสถานที่ไม่จำกัดอยู่เฉพาะแต่ในสถานพยาบาลโดยธรรมชาติแล้วผู้ป่วยระยะประคับประคองได้รับการดูแลที่บ้านเป็นส่วนใหญ่⁴ ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน⁵ อันเป็นผลดีทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัวในด้านการตายอย่างมีคุณภาพ (ตายอย่างมีสติ และอยู่ท่ามกลางญาติมิตร) และประหยัด⁶

ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเป็นสมาชิกในครอบครัว แต่เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายถือเป็นการดูแลที่ค่อนข้างหนักทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแล (caregiver burden) มากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้จนเกิดความเจ็บป่วยของผู้ดูแลตามมา เช่น เครียดเรื้อรัง ซึมเศร้า ขาดการดูแลโรคประจำตัวของตนเอง นานไปอาจสะสมจนล้าเกินกำลังและไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป (caregiver burn out)⁷ อาสาสมัครในชุมชน ซึ่งเป็นจิตอาสาจึงเป็นอีกทางเลือกที่สำคัญที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวของผู้ป่วย ในประเทศไทยเริ่มมีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยจิตอาสาในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาแต่ยังมีจำนวนของจิตอาสาไม่มากนัก⁸

ในประเทศไทยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นกลุ่มที่ทำงานจิตอาสา มีบทบาทในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของชุมชนที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชน จึงมี อสม. บางรายที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยอาสาสมัครในชุมชนพบว่าทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น^{9,10} แต่ยังไม่พบการศึกษาในด้านความรู้ของกลุ่มอาสาสมัครเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ของ อสม. ในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่นต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนโดยอาสาสมัคร โดยมีคำถามการวิจัยว่า อสม. ในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่นมีการรับรู้ต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนโดยอาสาสมัครอย่างไร เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนโดยอาสาสมัครให้มีความเหมาะสม รวมทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปใช้ในการวิจัยต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และขอความร่วมมือจากผู้ให้ข้อมูล เมื่อยินดีเข้าร่วมโครงการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเป็น อสม. ของชุมชนสามเหลี่ยม 1 จังหวัดขอนแก่น จำนวนทั้งหมด 31 ราย จำนวนผู้ให้ข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับการอ้อมตัวของข้อมูล กล่าวคือ ไม่พบประเด็นอื่นที่แตกต่างหรือเพิ่มเติมจากการรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูลอีก¹¹ ในการศึกษาครั้งนี้เริ่มต้นจากการติดต่อหัวหน้า อสม. เพื่อประชาสัมพันธ์ให้อสม. ทุกคนในชุมชนทราบข้อมูลการศึกษา

แล้วสุ่มเลือกสัมภาษณ์ตามความสะดวกในด้านเวลาของผู้ให้ข้อมูล จนข้อมูลอิ่มตัวที่จำนวนของผู้ให้ข้อมูล 27 ราย

เครื่องมือในการศึกษา คือ แบบสัมภาษณ์แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสัมภาษณ์แนวทางการสนทนากลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน เพื่อศึกษาในด้านการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนโดยอาสาสมัคร การเก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์โดยตรง การเขียนบันทึก (memo) และการบันทึกเทปเสียงประกอบการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (triangulation) ด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูลและการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลมี ดังนี้

- ถอดเทปออกมาเป็นบทสนทนาอย่างละเอียดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน
- อ่านบทสนทนาข้อมูลจากการสัมภาษณ์เพื่อทำความเข้าใจทั้งหมด
- แยกหน่วยของข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนโดยอาสาสมัคร โดยพิจารณาจากกลุ่มคำ ข้อความ หรือประโยคที่บอกถึงการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล
- นำกลุ่มคำ ข้อความ หรือประโยคที่ได้มาตีความหรือให้ความหมาย
- นำข้อมูลที่ได้ซ้ำ ๆ มาจำแนกเป็นหัวข้อย่อย โดยพิจารณาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และคำถามการวิจัย

ผลการศึกษา

จากจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 27 ราย เพศหญิง 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.2 และชาย 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.8 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ มีอายุระหว่าง 20-40 ปี จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.7 ระหว่าง 40-60 ปี จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.6 และมากกว่า 60 ปี จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.7

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยสามารถจัดกลุ่มประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการรับรู้ของ อสม. ต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยอาสาสมัครได้เป็น 3 ประเด็น ได้แก่ มุมมองอุปสรรคและความต้องการเพิ่มเติม

1. **มุมมอง** ผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนว่าเป็นการเยี่ยมบ้าน โดยมีวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน 4 ลักษณะ สะท้อนได้จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1.1 เพื่อถามสารทุกข์สุกดิบ

“คนที่ป่วยถ้ามีคนไปเยี่ยมหรือว่าคนแก่รุ่นเดียวกัน ไปดูแล ไปถามทุกข์สุข หรือว่ามีเงินมีอิหยัง (อะไร) ก็เอาไป ถ้าเค้าบอ (ไม่) สมบูรณ์ ครอบครัวก็บอสมบูรณ์ก็มีคนเอาของไปให้ไปดูแล เค้าก็จะมีกำลังใจขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ไปเยี่ยมยามถามข่าว แล้วก็ไปถามทุกข์สุขว่าเป็นยังไงอะไรอย่างเงี้ยแหละ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

1.2 เพื่อให้กำลังใจ

“ไปให้กำลังใจกันครั้งสุดท้าย ทุกคนป่วยทั้งญาติ ผู้ดูแล คือเป็นกำลังใจกัน เวลาผู้ดูแลป่วยมักสิ (จะ) บอกกัน แม่คนนั้นเราป่วยหนักแล้วเด้อ (นะ) เบ็ง (ดู) เราเหนื่อยเด้อ มักสิบอกต่อ ๆ กันไป ก็ไปเยี่ยมกัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ไปให้กำลังใจ พุดคุยกับคนที่ป่วยที่ว่างคงไม่มีโอกาสหาย ไปคุย ไปปลอบใจในทำนองที่ว่า เออ คนเราเกิดขึ้นมาก็ต้องดับไม่ว่าจะเป็นป่วยด้วยโรคอะไรก็แล้วแต่ทุกคนที่เกิดมาก็ไปในจุดเดียวกัน คืออยากจะพูดให้เขาสบายใจมั่งถึงแม้จะไม่มาก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 25)

1.3 เพื่อช่วยดูแลผู้ป่วย ทั้งในด้านการดูแลทั่วไป และช่วงใกล้จะเสียชีวิต

“ป่วยมากแล้วก็ไปดูแล เค้าจะต้องการอะไรก็ช่วยหยิบจับให้เค้า” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ไปดูแลตอนเค้าจะหมดลมหายใจ ไปดูแล ไปถามเค้าดูว่า ถ้าเค้าพูดได้ เค้าจะสั่งอะไร” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

1.4 เพื่อแนะนำข้อมูล

“อยากไปให้เค้าดูแลความสะอาดแล้วก็เรื่องอาหาร ก็อยากไปแนะนำแบบนั้น ทำความสะอาดบ้าน ทำความสะอาดในที่อยู่ของคนป่วย ให้สะอาด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ก็บอกเค้าให้พบหมอ ไปพบแพทย์ เวลาไม่สบายมากก็ถ้าไม่มีรถตัวเอง แม่ก็บอกให้เรียกรถพยาบาล ไม่งั้นก็มาที่อนามัยเราก็ตี” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

2. อุปสรรค ผู้ให้ข้อมูลมีอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน แบ่งเป็น 4 ลักษณะ สะท้อนจากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

2.1 ไม่มีความรู้ ทั้งด้านการดูแลและข้อมูลผู้ป่วย

“ก็แค่ อสม. เนาะ เราไม่มีความรู้อะไรมากมาย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13)

“อย่างสมมติว่าเค้ามีแผลนะ แต่มันยังง้อะ มันทำไม่ค่อยได้เท่าไร” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ไม่รู้ว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายมั๊ย จะอยู่ได้กี่เดือนก็ปี เป็นโรคอะไรก็ไม่รู้ เป็นโรคอะไรก็ไม่มีรู้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

2.2 ผู้ป่วยไม่เชื่อถือ

“อสม. ความรู้ก็ไม่ถึงกับคุณหมอเนาะ ไปแนะนำบางที่เค้าก็เชื่อบางที่เค้าก็ไม่เชื่อ เค้าเชื่อเป็นบางอย่าง เค้าก็เชื่อหมอมากกว่า” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ผู้ป่วยเค้าก็ไม่สนใจ อสม. จะมีอะไร(อะไร) บางคนเนาะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“มีแต่ไปแนะนำ แนะนำเค้าก็ไม่ฟัง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

2.3 ผู้ป่วยหรือญาติแสดงความไม่พอใจ

“เค้าไม่ยอมมาให้ อสม. ไปรูนวาย ไปจูนจ้าน อสม. ไม่ใช่หมอ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 16)

“คนป่วยเค้ารำคาญ ญาติเค้าก็รำคาญ เราเป็นคนอื่น ไปยุ่งมากหน่อยก็ไม่ได้ ถ้านาน ๆ ที่ไปก็ไม่เป็นไร” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 17)

2.4 ไม่มีเวลา เนื่องจากทำงานหรือดูแลครอบครัว

“มันคนละครึ่งเรือนเนาะ จะไปดูบ่อย ๆ ก็ไม่ได้ เรามีปัญหาของครอบครัวเรา เรามีการมีงานทำ มีภาระที่บ้านเนาะ แล้วจะไปมั่วดูคนอื่นมันก็ได้หรือ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 17)

“แม่ไปทำงาน ก็ไม่ค่อยมีเวลาเท่าไร” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 23)

3. ความต้องการเพิ่มเติม

ผู้ให้ข้อมูลมีความต้องการเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน แบ่งเป็น 2 หัวข้อ จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

3.1 ต้องการความรู้เพิ่มเติม ในหลาย ๆ ด้านที่ อสม. สามารถทำได้ รวมทั้งอยากให้มีการจัดการอบรมในชุมชน โดยจะนำความรู้ที่ได้ไปใช้ดูแลผู้ป่วย ครอบครัวตนเองหรือตนเองในอนาคต

“ถ้าอยากให้คนไข้ไปสบาย เราควรจะทำยังไง ในวิชาการที่จะเอามาใช้ได้จริง ๆ ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 20)

“เวลาจะสิ้นใจอย่างนี้ อยากให้หมอแนะนำว่าต้องให้ทำยังไง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“อยากได้ความรู้ จะได้มาดูแลตัวเองมั่ง แล้วก็ให้คำแนะนำเค้าได้มั่ง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15)

“อยากอบรม เราจะได้ช่วยพ่อแม่เรา ญาติพี่น้องที่ป่วย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 16)

“ก็อยากอบรมอีก เพราะว่ามันนานมันก็ลืม ๆ มันไป” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“จะให้ไปอบรมที่โรงพยาบาลก็คงไปลำบาก เพราะการเดินทาง เราก็อายุมากแล้ว แต่ถ้าเป็นตรงนี้ซึ่งเราไปมาง่าย ก็จะได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 20)

“เมื่อให้ความรู้มาแล้ว อสม. ทำได้มัย ถ้าให้มาแล้วไม่มีความสามารถที่จะทำได้ก็ไม่เกิดประโยชน์” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 21)

3.2 ต้องการให้บุคลากรทางสาธารณสุขเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. เนื่องจากไม่มีความรู้และอยากให้ผู้ป่วยมั่นใจ

“อยากให้พยาบาลไปดูด้วย เพราะผมก็ไม่รู้ไม่ได้เรียนระยะสุดท้าย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

“ถ้าหากไปเยี่ยมกับทีมของคุณหมอ (หมายถึงบุคลากรทางการแพทย์) พอคุณหมอเค้าพูดอย่างโน้นอย่างนี้เราก็จำเอาไว้ เพื่อได้ไปพูดไปถามอะไรแบบนี้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ก็อยากให้คุณหมอไปด้วยนะแหละ เวลาไปเยี่ยมคนป่วยตามบ้าน เค้าก็จะดีใจ ถ้าฟัง อสม. เค้าก็เฉย ๆ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12)

วิจารณ์

จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ของบุคคลเหล่านี้มีทั้งมุมมอง อุปสรรคและความต้องการเพิ่มเติม

มุมมอง ผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้เกี่ยวกับมุมมองต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนว่าเป็นการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยอาสาสมัครของรัฐสภา ประเทศอินเดีย ซึ่งได้รับการยกย่องจากองค์การอนามัยโลกให้เป็นต้นแบบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเอเชีย ที่มีอาสาสมัครในชุมชนเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์^{12,13} ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองว่าการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีวัตถุประสงค์หลัก 4 ลักษณะ ได้แก่ เพื่อถามสารทุกข์สุกดิบ เพื่อให้กำลังใจ เพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยและเพื่อแนะนำข้อมูล โดยส่วนใหญ่มีมุมมองไปในทางการเยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจและแนะนำข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติตามความรู้ที่ตนเองมี มีเพียงส่วนน้อยที่ช่วยดูแลผู้ป่วยซึ่งพบในกรณีที่อาสาสมัครมีความสนิทสนมกับผู้ป่วยและการดูแลมักเป็นลักษณะการช่วยเหลือของคนที่อยู่ใกล้กัน ไม่ได้ใช้ทักษะที่ต้องฝึก เช่น ช่วยหยิบของ ถามความต้องการของผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต ซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลของประเทศแคนาดาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนโดยอาสาสมัครว่ามีบทบาทในการให้กำลังใจผู้ดูแลผู้ป่วยและให้ความช่วยเหลือกับผู้ป่วยและครอบครัวเช่นการเตรียมอาหารการไปทำธุระให้¹⁴

อุปสรรค ผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน แบ่งเป็น 4 ลักษณะ ได้แก่ ไม่มีความรู้ ผู้ป่วยไม่เชื่อถือ ผู้ป่วยหรือญาติแสดงความ

ไม่พอใจและไม่มีเวลา โดยผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้ว่าตนเองไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ จึงไม่มีความรู้ เพราะความรู้จะมีเฉพาะในคนที่เรียนมาเท่านั้น ส่วนตนเองจะมีความรู้เฉพาะในสิ่งที่เคยปฏิบัติต่อ ๆ กันมาตามวิถีชาวบ้าน จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลายคนไม่มีความมั่นใจในการให้คำแนะนำบางอย่าง การดูแลผู้ป่วยที่ต้องอาศัยการฝึกปฏิบัติ เพราะกลัวว่าจะให้คำแนะนำหรือปฏิบัติผิดแล้วจะถูกตำหนิจากผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลบางคนไม่ทราบว่าโรคที่ผู้ป่วยเป็นนั้นเป็นระยะสุดท้ายหรือไม่ สอดคล้องกับข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนโดยอาสาสมัครที่รัฐเกราลา ประเทศอินเดีย ซึ่งต้องมีการอบรมอาสาสมัครก่อนการดูแลผู้ป่วยที่สถาบันแพทยศาสตร์ฯ เป็นเวลา 16 ชั่วโมง เพื่อเรียนรู้การพยาบาล การให้คำปรึกษา การสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ การจัดการคลินิกและการทำแผนงานกระตุ้นจิตสำนึก¹³

ในบางครั้งผู้ให้ข้อมูลพบว่าผู้ป่วยไม่ให้ความเชื่อถือเนื่องจากผู้ป่วยคิดว่า อสม. ไม่มีความรู้จะมาดูแลตนเองเหมือนบุคลากรทางการแพทย์ และบางครั้งญาติหรือผู้ป่วยแสดงความไม่พอใจให้เห็น ด้วยเหตุผลไม่เชื่อถือ อสม. หรือรำคาญที่ อสม. เยี่ยมบ้านบ่อยเกินไป ญาติและผู้ป่วยอยากอยู่กับครอบครัวของตนเองมากกว่า โดยเฉพาะในคนที่ไม่ได้สนิทสนมกับ อสม. หรือมีความรู้สูง อาจเป็นผลมาจากการศึกษาในครั้งนีศึกษามุมมองซึ่งคนในชุมชนไม่ได้มีความสนิทสนมใกล้ชิดกันมากนัก ดังที่อภิศักดิ์ ไผ่ทองคำ ได้ให้ความหมายของชุมชนเมืองในแง่ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนว่าเป็นความสัมพันธ์แบบทุติยภูมิ คือ ขาดความใกล้ชิด ความเป็นกันเอง การพบปะขึ้นกับผลประโยชน์ยิ่งกว่าความใกล้ชิดเป็นส่วนตัว¹⁵ ทำให้บางครอบครัวไม่ต้องการให้อสม. เข้ามาดูแล รวมถึงในประเทศไทยมีการใช้ อสม. เพื่อตอบสนองความต้องการของส่วนกลางมากกว่าของชุมชนเอง ไม่ได้ใช้ศักยภาพในความใกล้ชิดชุมชน รู้จักชุมชนของ อสม. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ¹² จึงอาจทำให้คนในชุมชนไม่คุ้นเคยกับการเยี่ยมบ้านของ อสม.

ในด้าน อสม. ไม่มีเวลาไปดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านเกิดจากสาเหตุหลัก ๆ 2 ประการ ได้แก่ ต้องทำงานประจำ และต้องดูแลครอบครัวของตนเอง เมื่อพิจารณาจากอายุของ อสม. จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 33.3 ที่อยู่ในวัยทำงาน โดยบางส่วนยังต้องทำงานประจำ ส่วน อสม. ที่ไม่ได้ทำงานประจำ บางคนต้องดูแลญาติของตนเองที่ป่วยและงานในบ้านต่าง ๆ รวมทั้งงานของ อสม. เองมีหลายอย่าง เช่น สัมภาษณ์ น้ำยุงลาย อนามัยแม่และเด็ก เป็นต้น จึงทำให้ อสม. บางคนมีการรับรู้ว่าการไม่มีเวลาเป็นอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

ความต้องการเพิ่มเติม ผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้เกี่ยวกับความต้องการเพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยแบ่งเป็น 2 หัวข้อ ได้แก่ ต้องการความรู้เพิ่มเติมและต้องการให้บุคลากรทางสาธารณสุขเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. ในด้านต้องการความรู้เพิ่มเติมพบว่ามีความเชื่อมโยงกับการรับรู้ด้านอุปสรรคที่ว่าไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการได้รับความรู้เพิ่มเติม สอดคล้องกับการจัดการอบรมให้อาสาสมัครก่อนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รัฐเกราลา ประเทศอินเดีย¹³ ผู้ให้ข้อมูลอยากให้มีการจัดอบรมในชุมชนในหัวข้อที่ อสม. สามารถทำได้ โดยเฉพาะการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตซึ่งผู้ให้ข้อมูลไม่แน่ใจว่าควรจัดการกับสถานการณ์อย่างไร ผู้ให้ข้อมูลไม่ยอมให้จัดการอบรมที่โรงพยาบาลเนื่องจากลำบากเรื่องการเดินทาง และไม่คอยรู้จักสถานที่ จึงทำให้ที่ผ่านมามี อสม. หลายคนที่สนใจการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนแต่ไม่ได้เข้ารับการอบรม ในผู้ที่เคยรับการอบรมรับรู้ว่าความรู้ที่ได้รับจากการอบรมสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง แต่ไม่สามารถทำได้ทั้งหมด โดยให้เหตุผลว่าอายุมากแล้วทำให้ลืมนง่าย จึงอยากเข้ารับการอบรมอีกเพื่อทบทวนความรู้ สอดคล้องกับอายุของกลุ่มที่ทำการศึกษานี้ ซึ่งเป็นส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 66.7 และเหมือนกับการอบรมในด้านอื่น ๆ ของ อสม. ที่ต้องมีการอบรมฟื้นฟูความรู้ เช่น ในปี พ.ศ.2552 มีการอบรมฟื้นฟูความรู้กับ อสม. 4 เรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญและจำเป็นต้องทำเร่งด่วน¹⁶ นอกจากนี้พบว่าอีกปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลอยากได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคืออยากรู้เพื่อดูแลตัวเองและญาติพี่น้องในอนาคต

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ามีความต้องการเยี่ยมบ้านร่วมกับบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อเรียนรู้การดูแลผู้ป่วย รู้สึกอุ่นใจและทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความเชื่อถือมากขึ้น เพราะคิดว่าผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในชุมชนมีความไว้วางใจในการดูแลของบุคลากรทางการแพทย์มากกว่า อสม. สอดคล้องกับทฤษฎีว่าความไว้วางใจคือความเชื่อมั่นในคุณสมบัติของบุคคลหรือสิ่งต่าง ๆ ในด้านความจริง¹⁷ ทำให้คนในชุมชนรวมทั้งผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็น อสม. มีความไว้วางใจในบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเรียนและทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยโดยตรง

สรุป

อสม. มีความสนใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนโดยอาสาสมัคร โดยมีการรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนโดยอาสาสมัครคือการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ยังมีอุปสรรคที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากร

ทางการแพทย์ในการพัฒนาทั้งด้านองค์ความรู้และด้านประสบการณ์ในการสื่อสารและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มของ อสม. ในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ดังนั้นข้อค้นพบต่างๆ จึงมุ่งเน้นการทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในปรากฏการณ์ที่ศึกษา แต่ไม่ได้มุ่งเน้นการนำผลการศึกษาที่ได้ไปประยุกต์ใช้หรืออธิบายปรากฏการณ์ในกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่บริบทของการศึกษานี้ จากการศึกษาในครั้งนี้จึงอธิบายได้เฉพาะการรับรู้ของ อสม. ต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนโดยอาสาสมัครที่อาศัยในชุมชนที่คณะผู้วิจัยทำการศึกษาเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนโดยอาสาสมัครที่คณะผู้วิจัยทำการศึกษาได้ และยังเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนโดยอาสาสมัคร เช่น ในด้านศักยภาพ ความรู้ความเข้าใจและความสำคัญของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยมและหน่วยการดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ที่ให้ความช่วยเหลือในการเตรียมการและการเก็บข้อมูลวิจัย รวมถึงอาสาสมัครทุกคนที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษา การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เลขที่โครงการ I 55135)

เอกสารอ้างอิง

1. Turk DC, Feldman CS. Noninvasive approaches to pain control in terminal illness: The contribution of psychological variables. Hosp J 1992; 8:1-2.
2. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. อัตราการตายต่อประชากร (100,000 คน) จำแนกตามสาเหตุการตาย และเพศ ทวีธาภิเศก พ.ศ. 2545-2552. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, มปป. 2553.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2553: Public health Statistic 2010. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2553.

4. วิรัช วุฒิมูมิ, เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์, สิริจันทร์ ศาสตราวุธรักษ์. Palliative care วิถีแห่งการคลายทุกข์. ใน เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ บรรณาธิการ. Palliative care : การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิถีแห่งการคลายทุกข์. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดีจำกัด, 2542.
5. Miccinesi G, Bianchi E, Brunelli C and Borreani C. End-of-life preferences in advanced cancer patients willing to discuss issues surrounding their terminal condition. Eur J Cancer Care 2012; 21:623-33.
6. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. "บทบรรณาธิการ : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย". คลินิก 2549; 22:807-8.
7. วัจนาลีละพัฒนะ, สายพิน หัตถ์รัตน. "เมื่อผู้ดูแลทำอะไรไม่ไหวแล้ว" ใน: สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลสุขภาพครอบครัว. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน 2553; 211-20.
8. กองสารณีย์กร. "เพ่งพินิศชีวิตและความตาย : จิตอาสาดูแลผู้ป่วยในสังคมไทย" อาทิตยอัสดง จดหมายข่าวการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2553; 2:6-17.
9. Fernandes R, Braun KL, Ozawa J, Compton M, Guzman C, Somogyi-Zalud E. Home-based palliative care services for underserved populations. J Palliat Med 2010; 13:413-9.
10. Bollinia P, Venkateswaranb C, Sureshkumarb K. Palliative care in Kerala, India: A model for resource-poor settings. Onkologie 2004; 27:138-42.
11. Morse JM. Qualitative research methods for health professionals, 2nd ed. London: Sage; 1995.
12. กองสารณีย์กร. "เพ่งพินิศชีวิตและความตาย : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยชุมชน ความท้าทายของสังคมไทย" อาทิตยอัสดง จดหมายข่าวการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2554; 3:6-14.
13. นภนาท อนุพงศ์พัฒน์. "มองรอบทิศ : หมอเท้าเปล่า ผู้ดูแลสุขภาพในรัฐเกราลา" อาทิตยอัสดง จดหมายข่าวการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2554; 3:25-31.
14. Gibson B. Volunteer, doctor take palliative care into the community. CMAJ 1995; 153:331-3.
15. อภิศักดิ์ ไพฑาคำ. หลักการพัฒนาชุมชน. ขอนแก่น : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2538.
16. กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือหลักสูตรการอบรมฟื้นฟูความรู้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช 2552. กรุงเทพฯ : บริษัท เติเอชเอ็น จำกัด, 2551.
17. เกศินี มั่นปาน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความไว้วางใจในผู้บังคับบัญชาและผู้บังคับบัญชา: กรณีศึกษาเทศบาลตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย. รายงานการศึกษาระดับปริญญาตรี วิชาเศรษฐศาสตร์มหาบัณฑิต. วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.

