

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา  
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131



## รายงานการวิจัย

รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัว  
สู่การตายอย่างสงบที่บ้าน  
(โครงการต่อเนื่องปีที่ 1)

คณะผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริลักษณ์ ไสมานุสรณ์  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิภรณ์ ทรัพย์กรานนท์  
อาจารย์กิ่งดาว การะเกด  
อาจารย์พรพรรณ ศรีโสภา  
นางสาวพวงทอง อินใจ

# BK 0180108

25 ก.ย. 2558

357738

เริ่มบริการ

15 ส.ค. 2559

ทุนสนับสนุนงานวิจัย งบประมาณเงินรายได้ (เงินอุดหนุนจากรัฐบาล)  
ประจำปีงบประมาณ 2555

อภิรักษ์นันทนาการ

## กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยเล่มนี้ เป็นงานวิจัยต่อเนื่อง ปีที่ 1 ของโครงการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างสงบที่บ้าน” เพื่อหาข้อมูลความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุและครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างสงบที่บ้าน ต่อเนื่องในปีที่ 2 งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยทุนสนับสนุนงานวิจัย งบประมาณเงินรายได้ (เงินอุดหนุนจากรัฐบาล) ประจำปีงบประมาณ 2555 คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้

การศึกษาครั้งนี้ จะสำเร็จลงไม่ได้หากขาดความร่วมมือที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูลวิจัยทุก ๆ คน ทุก ๆ กลุ่ม ทั้งกลุ่มผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำในชุมชน ที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง และขอขอบพระคุณสำหรับความช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหมือง ที่เอื้อเฟื้อสถานที่และเครื่องใช้ต่างๆ ในการดำเนินกิจกรรมในขณะรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลที่มีประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณ เทศบาลแสนสุข ที่อำนวยความสะดวกในการให้ข้อมูลของประชากรผู้สูงอายุสำหรับการศึกษานี้

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ และทุก ๆ หน่วยงานของมหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ความสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้การศึกษานี้สำเร็จได้ในที่สุด

คุณค่า และคุณประโยชน์ที่ได้จากการศึกษานี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ทุก ๆ ท่านและทุก ๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้

สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ และคณะ

คณะผู้วิจัย

คณะพยาบาลศาสตร์  
20 กรกฎาคม 2558

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อหาข้อมูลความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุ และครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำชุมชน จำนวน 28 ราย กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ประกอบด้วย กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 200 ราย และสมาชิกในครอบครัว จำนวน 200 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธี Content analysis และสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาจากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ความหมายของผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต มี 2 ความหมาย คือ 1) ผู้ที่เจ็บป่วยที่บ้าน และมีอาการทรุดลง ก่อนเสียชีวิต และ 2) ผู้ที่รักษาที่โรงพยาบาลไม่ได้แล้ว ต้องมาดูแลเพื่อเสียชีวิตที่บ้าน และความหมายของการตายอย่างสงบที่บ้าน ประกอบด้วย 5 ความหมาย ได้แก่ 1) การตายที่หมดอายุขัย และจากไปแบบไม่ทรมาน 2) การตายที่สงบและอบอุ่น ณ บ้านของตนเอง 3) การตายที่ไม่รบกวนลูกหลาน 4) การตายที่มีลูกหลานมาอยู่รอบข้าง และ 5) การตายตามธรรมชาติที่ทำให้ลูกหลานมีความสุข สบายใจ ความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต มี 2 ประเด็น ได้แก่ 1) การได้ทำบุญก่อนจากไป และ 2) การมีโอกาสดั่งเสียงลูกหลาน การดูแลผู้สูงอายุเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน มีทั้งหมด 7 ประเด็น ได้แก่ 1) การที่ลูกหลานอยู่เคียงข้างตลอดเวลา 2) การมีเสียงพูดบอกนำทางก่อนสิ้นใจ 3) การช่วยให้ได้ทำบุญที่บ้าน 4) การที่ลูกหลานช่วยให้หมดความห่วงกังวล 5) การดูแลความสุขสบาย คอยช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน 6) การที่ลูกหลานทำตามที่ได้รับปากไว้ และ 7) การจัดเตรียมสิ่งของตามความเชื่อไว้ให้ก่อนการตาย

ผลการศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้านของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว พบว่า

1. ผู้สูงอายุมีความความต้องการในระดับมากที่สุด มี 2 ด้าน คือ 1) ด้านปัญญา / จิตวิญญาณ ( $\bar{X} = 36.30$ ,  $SD = 6.72$ ) และ 2) ความต้องการทางด้านสังคม/ สิ่งแวดล้อม ( $\bar{X} = 32.97$ ,  $SD = 6.16$ )
2. สมาชิกในครอบครัวมีความความต้องการในระดับมากที่สุด มี 2 ด้าน คือ 1) ความความต้องการทางด้านปัญญา / จิตวิญญาณ ( $\bar{X} = 37.00$ ,  $SD = 5.15$ ) และ 2) ความต้องการทางด้านสังคม/ สิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 33.58$ ,  $SD = 4.40$ )

ผลการศึกษาที่ได้นี้ มีประโยชน์สำหรับพยาบาลและบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถตายอย่างสงบที่บ้านได้ตามความต้องการ

## ABSTRACT

The objective of this research aimed to find out the end-of-life care needs of the elderly and family members for helping the elderly people to reach dying peacefully at home. The participants in qualitative part consisted of 28 persons of the elderly, family members of elderly people, nurses, healthcare volunteers, and chiefs of community. The participants in quantitative part consisted 200 elderly and 200 family members chosen by simple random sampling. The data were obtained by in-depth interview, focus group discussion, and questionnaires. The data were analyzed by content analysis and descriptive statistic.

Findings from the qualitative part, the participants defined the meaning of the dying elderly at home in two meanings; 1) ones who sick and going to die at home, and 2) ones who were discharged from the hospital and had to die at home. And the meanings of peaceful death at home consisted of five characteristics; 1) dying without suffering in the end of life-span, 2) dying in peaceful and warm environment at their home, 3) dying without any bothering their children, 4) dying among their loved children, and 5) dying in naturally way making their children feel pleased. The elderly' needs at the end of life consisted of two meaningful issues including 1) making merit before dying, and 2) having opportunity to say goodbye to their children. The end-of-life care to promote dying peacefully included 7 characteristics of care: 1) their offspring always beside, 2) guiding words for last breathing, 3) making merit at home, 4) their offspring help to release any concerns, 5) comfort care and provide help for daily activities, 6) keeping promise from their offspring, and 7) preparing belongings according to their faith before dying.

Findings from the quantitative part, the elderly and family members revealed their end-of-life care needs for helping the elderly to reach peaceful dying at home as "highest level" in cognitive/spiritual needs ( $\bar{X}_{elderly} = 36.30$ ,  $SD = 6.72$ ;  $\bar{X}_{family} = 37.00$ ,  $SD = 5.15$ ), and social/ environment needs ( $\bar{X}_{elderly} = 32.97$ ,  $SD = 6.16$ ;  $\bar{X}_{family} = 33.58$ ,  $SD = 4.40$ ).

According to the results of this study, nurses and other health care providers should apply these findings to create the interventions for preparing the elderly and family members to help the elderly people to die in peace at their home as their needs.

## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ .....	ก
บทคัดย่อ .....	ข
ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย .....	1
วัตถุประสงค์หลักของโครงการวิจัย .....	2
ขอบเขตของโครงการวิจัย .....	3
กรอบแนวความคิดของโครงการวิจัย .....	3
การทบทวนวรรณกรรม .....	4
การดำเนินการวิจัย .....	43
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	44
การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย .....	46
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	47
ผลการศึกษา .....	48
สรุปและอภิปรายผล .....	76
ข้อเสนอแนะ .....	80
บรรณานุกรม .....	81
ภาคผนวก .....	86

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว ..... 60
2	จำนวน ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว ..... 61
3	จำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลความต้องการการดูแลทางด้านร่างกาย ของผู้สูงอายุระยะสุดท้าย และสมาชิกในครอบครัว ..... 64
4	จำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลความต้องการการดูแลทางด้านจิตใจ ของผู้สูงอายุระยะสุดท้าย และสมาชิกในครอบครัว ..... 67
5	จำนวน และร้อยละจำแนกตามข้อมูลความต้องการการดูแลทางด้านปัญญา/จิตวิญญาณ ของผู้สูงอายุระยะสุดท้าย และสมาชิกในครอบครัว ..... 69
6	จำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลความต้องการการดูแลทางด้านปัญญา/จิตวิญญาณ ของผู้สูงอายุระยะสุดท้าย และสมาชิกในครอบครัว ..... 72
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการ ด้านจิตใจ ความต้องการด้านปัญญา/จิตวิญญาณ และความต้องการด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม ของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว ..... 74

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นด้วยสาเหตุหลายประการจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและทางวิทยาการทางการแพทย์ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่อยู่ในวัยที่มีความเสื่อมตามวัยส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และมีโอกาสเกิดความเจ็บป่วยจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตและเสียชีวิตได้ในที่สุด ซึ่งโดยทั่วไปความตายมักจะเกิดกับบุคคลในวัยสูงอายุมากกว่าวัยอื่น ๆ จากการสำรวจข้อมูลในประเทศอังกฤษ พบว่า ร้อยละ 66.8 ของคนที่เสียชีวิตในปี 2008 เป็นคนที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี และพบมากในกลุ่มคนที่มีอายุระหว่าง 80-89 ปี (National End of Life Care Intelligence Network, 2010) ดังนั้น เมื่อมีจำนวนประชากรวัยสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น บุคลากรทางสุขภาพและบุคคลที่เกี่ยวข้องจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายในบั้นปลายของชีวิต รวมทั้งการดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

การดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้น ผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายควรให้การดูแลเพื่อสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายให้ได้มากที่สุด เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นผู้มีประสบการณ์ชีวิตที่ยาวนาน อาจมีความคิด ความเชื่อ ความต้องการที่แตกต่างจากบุคคลในวัยอื่น ร่วมกับการเป็นผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายเป็นที่มีความเจ็บป่วยทางกายจากโรคและความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายที่เป็นอยู่ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ร่วมกับความรู้สึกสูญเสียและหวาดกลัวต่อความตายที่ตนเองกำลังจะเผชิญ นอกจากนี้ความตายยังก่อให้เกิดความทุกข์ทั้งทางด้านจิตใจและสังคมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับบุคคลที่รัก เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ และเพื่อนที่ใกล้ชิด เพราะความตายเป็นการพลัดพรากและสิ้นสุดของชีวิต (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2550) จากการศึกษาเกี่ยวกับความตายในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุต้องการตายดี โดยตายอย่างสงบ ตายตามธรรมชาติ และการตายอย่างหมดหวัง (จินตจุฑา รอดพาล, 2549) ซึ่งการตายอย่างดีหรือการตายอย่างสงบนี้นับเป็นลักษณะของความตายที่ดีที่อยู่ในระยะสุดท้ายและสมาชิกในครอบครัวต้องการ (Somanusorn, 2010) ทั้งนี้อาจเป็นไปตามความเชื่อทางพุทธศาสนาที่ว่า ผู้ที่ตายดีหรือตายอย่างสงบจะส่งผลให้บุคคลนั้นได้ไปสู่สุคติหรือได้เกิดใหม่ในที่ที่ดี แต่ปัจจุบัน พบว่าผู้ที่ให้การดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความมั่นใจ และทักษะในการดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายได้จากไปอย่างสงบ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายเกิดความรู้สึกเจ็บปวดทุกข์ทรมานอย่างยาวนานกับความรู้สึกผิดที่ตนเองไม่สามารถให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อช่วยให้ผู้ที่ตนรักและผูกพันได้จากไปอย่างสงบ การดูแลในระยะสุดท้ายที่มีคุณภาพนั้น ต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว แต่บางครั้งผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายก็ไม่ได้รับการดูแลตามที่ตนเองต้องการ ดัง

ผลสำรวจข้อมูลจากผู้สูงอายุระยะสุดท้ายในประเทศแถบยุโรป พบว่า สิ่งที่สูงอายุไม่ได้รับตามที่ตนเองต้องการ ได้แก่ การบรรเทาอาการปวด การให้ข้อมูล การสื่อสาร และแหล่งที่ให้การดูแลในระยะสุดท้าย (WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network, 2004) แม้ว่าการเกิดเจ็บ แก่ และตายจะเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิตที่ทุกคนไม่สามารถเลี่ยงได้ แต่ความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายและความตายก็เป็นสิ่งที่ยากสำหรับผู้ดูแลและครอบครัวจะยอมรับได้ (ศิริพันธุ์ ศาสัตย์, 2551) ดังนั้น ช่วงเวลาในการดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายจึงเป็นช่วงเวลาที่สำคัญในครอบครัวที่ทุกคนต้องเตรียมรับมือกับความสูญเสียและการพลัดพรากที่กำลังจะมาถึง โดยทั่วไปการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายนี้กระทำได้ในสถานบริการด้านสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล และที่บ้าน ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ทั้งสภาพความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวที่ดูแล และความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุเองที่บ้าน ซึ่งจากผลการศึกษาก่อนเกี่ยวกับการดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายได้ตายอย่างสงบตามวิถีไทยพุทธ (Somanusorn, 2010) พบว่า สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ต้องการไปให้การดูแลญาติที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายที่บ้านเนื่องจากผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ต้องการกลับไปรับการดูแลและเสียชีวิตที่บ้าน และในบางการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุต้องการตายอย่างสงบท่ามกลางลูกหลาน (จินต์จุฑา รอดพาล, 2549) สอดคล้องกับผลการศึกษา ในประเทศอังกฤษ ที่ผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่บอกว่า บ้านคือสถานที่ที่ต้องการสำหรับใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายและต้องการเสียชีวิตที่บ้าน เพราะบ้านเป็นที่ที่ตนคุ้นเคย รู้สึกสุขสบาย และเป็นที่มีบุคคลที่ตนเองรัก และมีผู้สูงอายุบางส่วนที่บอกว่าไม่อยากจะรบกวนครอบครัวและเพื่อนๆ เพราะการเสียชีวิตที่บ้านอาจจะทำให้คนในครอบครัวกังวลใจกับอาการของตน และครอบครัวต้องลำบากกับการดูแล (Gott, Seymour, Bellamy, Clark, & Ahmedzai, 2004)

การที่บางครอบครัวก็ไม่สามารถให้การดูแลระยะสุดท้ายที่บ้านได้ เนื่องจากขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย เป็นเหตุให้ต้องนำผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายเข้ารับการดูแลและเสียชีวิตในโรงพยาบาล ซึ่งการเข้ารับการรักษาระยะสุดท้ายและเสียชีวิตในโรงพยาบาลนี้ส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ทั้งการเพิ่มอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ รวมทั้งค่าใช้จ่ายของครอบครัวในการเดินทางเพื่อการเฝ้าดูแลญาติที่เจ็บป่วยในโรงพยาบาล นอกจากนี้ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอาจเป็นข้อจำกัดทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถกระทำกิจกรรมบางอย่างตามความเชื่อให้แก่ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้าย รวมทั้งไม่สามารถเฝ้าดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายได้ตลอดเวลางานสิ้นใจ เนื่องด้วยข้อกำหนดและระเบียบของแต่ละโรงพยาบาล

ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับ ความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวด้านการดูแลระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน ในการศึกษา



วิจัย ระยะที่ 2 คณะผู้วิจัยคาดว่าผลการศึกษครั้งนี้ จะมีประโยชน์สำหรับบุคลากรทางสุขภาพและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายเพื่อให้ตายอย่างสงบที่บ้านได้ต่อไป

### วัตถุประสงค์หลักของโครงการวิจัย

เพื่อศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน ในการศึกษาวิจัย ระยะที่ 2

### ขอบเขตของโครงการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาข้อมูลความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุและครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ตายอย่างสงบที่บ้าน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน ทำการเก็บข้อมูลในผู้สูงอายุ ครอบครัว และบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน โดยศึกษาในพื้นที่เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ดำเนินงานวิจัย ในปี พ.ศ. 2555

### กรอบแนวความคิดของโครงการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุ และครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ตายอย่างสงบที่บ้าน ผู้วิจัยนำแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลในระยะสุดท้าย มาใช้เป็นกรอบแนวความคิดของการวิจัย โดยเน้นที่การดูแลในระยะสุดท้ายต้องคำนึงถึงการดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายอย่างครอบคลุมในทุกมิติ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ที่อยู่ระยะสุดท้ายและครอบครัว

## บทที่ 2

### การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุและครอบครัว
2. ความตายและระยะสุดท้ายของชีวิต
3. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
4. ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้าน
5. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านเพื่อช่วยให้ตายอย่างสงบ

#### ผู้สูงอายุและครอบครัว

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ส่งผลให้มีประชากรในวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น และเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ทุกภาคส่วนต้องให้การดูแล การที่ผู้สูงอายุมีจำนวนและมีอายุที่ยืนยาวมากขึ้นนี้ บทบาทของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ ดังนั้น ควรมีการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่าและมีความสุขจนถึงบั้นปลายชีวิต

เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นผู้สูงอายุ บุคคลกลุ่มนี้มักจะป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ หลายโรคประกอบกัน เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต โรคกระดูก และโรคที่เกิดจากความเสื่อมของอวัยวะในวัยชรา เป็นต้น เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลรักษาที่ซับซ้อนมากกว่าบุคคลในวัยอื่นๆ และจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่ยาวนานขึ้นทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน ซึ่งในปัจจุบัน โรงพยาบาลของรัฐบางแห่ง มีการจำกัดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาด เช่น ผู้สูงอายุโรคไต โรคมะเร็ง เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังต้องดำเนินการเพื่อเข้ารับการรักษาและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลบ่อยขึ้น สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ การรักษาต่างๆ ที่ผู้สูงอายุได้รับยังอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยที่ทรุดหนักส่งผลให้การทำหน้าที่ของร่างกาย และการฟื้นฟูของร่างกายเป็นไปได้ยากกว่าวัยอื่น จึงมีผู้สูงอายุเข้าสู่ระยะสุดท้ายมากขึ้น และผู้สูงอายุที่ป่วยในระยะสุดท้ายนี้ จำเป็นต้องมีการดูแลที่ใกล้ชิดและต่อเนื่อง อันเป็นภาระหนักของผู้ดูแลในครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานทางสังคมและเป็นศูนย์กลางการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุจึงมักอาศัยอยู่กับครอบครัว บทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับการสนับสนุนจากสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว นอกจากนี้ สังคมไทยยังให้ความสำคัญต่อบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากการแสดงถึงความกตัญญูของบุตรหลานที่มีต่อบุพการีที่ให้การเลี้ยงดูมา ดังนั้น การวางแผนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุควรเน้นครอบครัวเป็นสถาบันแรกที่จะช่วยเกื้อหนุนและดูแลผู้สูงอายุ แต่

ในสภาพปัจจุบันที่ครอบครัวขยายมีจำนวนลดลง มีการอพยพเคลื่อนย้ายของสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น ปัจจัยเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากครอบครัว และชุมชน ร่วมกับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน

เมื่อบุคคลเจ็บป่วยและเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ส่วนใหญ่จะต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวและต้องการได้รับการดูแลที่บ้านของตนเอง (Sonanusorn, 2010) ทั้งนี้ มีผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นจำนวนมากที่ขอร้องให้ญาตินำกลับบ้านเพื่อได้รับการดูแลจนเสียชีวิตที่บ้าน เนื่องจากบ้านเป็นสถานที่ที่คุ้นเคยและสามารถดำรงชีวิตอย่างอบอุ่นท่ามกลางคนที่รักในครอบครัว ซึ่งจะช่วยลดความเครียดและความหวาดกลัวเมื่อต้องเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตได้ นอกจากนี้ สมาชิกในครอบครัวยังตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ดีกว่าบุคลากรทางการแพทย์ เพราะมีความใกล้ชิด ใจ และให้การดูแลด้วยความรักและผูกพัน ด้วยจิตสำนึกในบุญคุณ ซึ่งการได้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านนี้ยังเป็นหนทางให้บุตรหลานในครอบครัวได้แสดงความกตัญญูต่อผู้สูงอายุตามบริบทวัฒนธรรมไทย อันจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น และช่วยลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว ลดจำนวนการครองเตียงของโรงพยาบาล และช่วยลดงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล (จิตติมา โพธิศรี, 2550) ดังนั้น การเตรียมความพร้อมของสมาชิกครอบครัวเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้านจึงเป็นเรื่องที่ควรให้ความสำคัญ

### ความตายและระยะสุดท้ายของชีวิต

ความตายเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และความตายที่คนส่วนใหญ่ปรารถนา คือ การตายดี หรือการตายอย่างสงบ ที่ตายโดยไม่เจ็บปวด ไม่ทรมานทรมาย ไม่น่าเกลียด ไม่ตายด้วยเหตุที่ไม่สมควร และได้ตายท่ามกลางคนที่รักมีญาติมิตรอยู่พร้อมหน้า ไม่จากไปอย่างโดดเดี่ยวในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย และไม่สร้างความเดือดร้อนให้กับคนที่อยู่ คือตายในสภาวะทางกายและสังคมที่เกื้อกูล (พระไพศาล วิสาโล, 2549)

ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายไทยพุทธส่วนใหญ่ต้องการให้ตนเองได้ตายอย่างสงบและมีสติ (Somanusorn, 2010) เนื่องจากตามความเชื่อของไทยพุทธ การตายอย่างสงบมีสติ และการได้เกิดใหม่ของแต่ละบุคคลนั้น ขึ้นอยู่กับการมีสติ การยอมรับและเข้าใจถึงความจริงของชีวิตในช่วงเวลาสุดท้ายของแต่ละคน (Payutto, 1995) ตามความเชื่อของไทยพุทธที่ว่า ดวงจิตก่อนตายของผู้ใกล้ตาย มีความสำคัญต่อการตายอย่างสงบและการได้ไปสู่สุคติ (พระมโน เมตตทานุ โท, 2548) ถ้ามีจิตที่สงบและคิดถึงแต่สิ่งที่ดีๆ บุคคลนั้นก็มีโอกาสได้ไปเกิดใหม่ในที่ที่ดี ๆ การมีจิตใจที่มีสมาธิ สงบ และสะอาดจะช่วยให้คลายความทุกข์ หรือปัญหาที่เกิดจากการเจ็บ การตายไปได้ (พุทธทาสภิกขุ, 2548) ขวัญตา บาลทิพย์ (2542) ได้ใช้การศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเอดส์ ณ วัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ ผลการศึกษาจากผู้ให้

ข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 12 ราย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลที่ให้ความหมายของความตายว่าเป็นการพ้นทุกข์และเป็น การปิดฉากของชีวิต จะเป็นผู้ที่สามารถปลงและยอมรับความตายได้ ซึ่งจะช่วยให้ตนเองสามารถ ดำรงชีวิตในช่วงท้ายได้อย่างปกติสุขและตายได้อย่างสงบ แต่สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่รับรู้ว่าความตายเป็น สิ่งที่น่ากลัว เป็นความทุกข์ทรมาน จะทำให้ไม่สามารถยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้นได้ ทำให้เกิดความ กลัว วิตกกังวล และไม่พร้อมที่จะตาย จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าสามารถใช้เป็นแนวทางใน การดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์ได้ตายอย่างสงบอย่างที่ต้องการได้ และจากการศึกษาของจินต์จุงา รอดพาล (2549) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการตายดีตามมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ โดยใช้วิธีการสนทนา กลุ่ม ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุไทยพุทธให้ความหมายของการตายดีไว้ใน 3 ประเด็น คือ การตาย อย่างสงบ (จิตไม่ฟุ้งซ่าน ตั้งจิตมั่นมีสิ่งน้อมนำจิตใจ และเหมือนคนนอนหลับ) การตายตาม ธรรมชาติ (ไม่ทรมานด้วยการรังชีวิต ค่อยๆ หดไปตามธรรมชาติ ไม่ป่วยนานเป็นภาระของ ลูกหลาน และลูกหลานห้อมล้อมยอมรับการจากไป) และการตายอย่างหมดห่วง (หมดห่วงแล้ว ได้ เตรียมพร้อมแล้ว เตรียมใจตนเอง เตรียมครอบครัว เตรียมทรัพย์สินสมบัติ และเตรียมทำบุญ) ผล การศึกษานี้ เป็นการให้ความหมายของการตายดีตามความรู้สึกรู้สึกนึกคิด จากประสบการณ์ที่ได้พบเห็น ความตายที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ ข้อมูลเหล่านี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากร พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อเข้าสู่ภาวะสุดท้ายเพื่อช่วยให้ช่วยผู้สูงอายุได้ตายดีและ จากไปอย่างสงบตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ

ระยะสุดท้ายของชีวิต หรือระยะใกล้ตาย (end of life/ dying) เป็นระยะที่กระบวนการของ อวัยวะสำคัญ ๆ ในระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานลดลงหรือถึงขั้นล้มเหลว ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ละ คนมีสาเหตุการตายที่แตกต่างกันจึงมีอาการแสดงที่แตกต่างกันได้ ระยะใกล้ตายนี้อาจใช้เวลาเป็นเดือน หรือ 10 ถึง 14 วัน แต่ในบางรายอาจใช้เวลาเพียง 24 ชม. ซึ่งเป้าหมายสำคัญของพยาบาลในการดูแล ในระยะนี้ คือ การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (ตาย) อย่างสงบหรือที่เรียกว่า การตายดี (good death) นั่น คือตายโดยปราศจากความเจ็บปวด ได้รับการดูแลเพื่อให้เกิดความสุขสบาย ทักษิณี ทองประทีป (2552) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้ตาย ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจ และนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ดังนี้

**ระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular system)** ผู้ใกล้เสียชีวิตส่วนใหญ่จะมีความ ต้องการอาหารและน้ำลดลงเนื่องจากระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานลดลงหรือล้มเหลว ผู้ป่วยอาจมี อาการกลืนลำบากร่วมด้วยจึงทำให้อยู่ในภาวะขาดน้ำ (dehydrate) ซึ่งมีผลทำให้ปริมาณของเลือดลดลง ตามไปด้วย ดังนั้น หัวใจต้องเต้นเร็วขึ้นเพื่อชดเชยปริมาณเลือดในส่วนต่าง ๆ เมื่อร่างกายไม่สามารถ ชดเชยต่อไปได้ อวัยวะสำคัญ ๆ กำลังจะหยุดทำงาน เซลล์ในร่างกายจะขาดเลือดและออกซิเจน (hypoxia) หัวใจจะเต้นช้าลงและความดันโลหิตจะลดลง เลือดที่ไหลเวียนไปที่แขนและขาจะลดลง จะ ทำให้แขนขาเย็นขึ้น (clammy) สีผิวจะเปลี่ยนไป เป็นซีดหรือเขียวคล้ำหรือมีจ้ำเลือดเป็นแห่ง ๆ

โดยเฉพาะบริเวณปลายเท้า กระบวนการเผาผลาญในร่างกายจะลดลง ส่งผลให้อุณหภูมิในร่างกายจะลดลง ผิวกายจะเย็น (ยกเว้นในรายที่มีการติดเชื้อ) การห่มผ้าหนาๆ ไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น แต่กลับทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดเพราะน้ำหนักของผ้าห่ม

**ระบบหายใจ (respiratory system)** เมื่อหัวใจทำงานลดลงจะทำให้การฟอกเลือดที่ปอดลดลงตามไปด้วย จึงมีการคั่งของเลือดและน้ำเหลืองที่ปอด ฟังเสียงปอดผิดปกติ เหมือนมีน้ำคั่ง ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก (dyspnea) อาการนี้จะพบได้ในผู้ป่วยใกล้ตายบ่อยถึง 50-70% ผู้ป่วยต้องใช้ความพยายามมากในการหายใจ (air hunger) มีลักษณะการหายใจแบบซินัสโตรก (Cheyne-Stokes respiration) ใช้กลัมน้ำเพื่อช่วยในการหายใจ นอกจากนี้จะพบว่าผู้ป่วยมีสิ่งคัดหลั่งในปากและทางเดินหายใจเพิ่มมากขึ้น (กิตติกร นิลมานันต์, 2555) ซึ่งพยาบาลควรอยู่กับผู้ป่วยและครอบครัว ดูแลให้ผู้ป่วยนอนตะแคงโดยมีหมอนขวรองหลัง จะช่วยลดเสียงดังครีคราคในลำคอ และไม่ควรดูดเสมหะด้วยเครื่องดูด เนื่องจากไม่ได้แก้ไขที่สาเหตุและทำให้ผู้ป่วยเจ็บและอาเจียนจากท่อที่ล้วงลงไปดูดเสมหะในลำคอ (ดาริน จตุรพร, 2550) นอกจากนี้ให้ข้อมูลถึงภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นเพื่อญาติเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลง ควรประเมินสัญญาณชีพเท่าที่จำเป็นและหลีกเลี่ยงการทำหัตถการหรือปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

**ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (musculoskeletal system)** ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย มีผลทำให้กล้ามเนื้ออ่อนล้าลง รวมทั้งกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืน แม้แต่น้ำก็กลืนลำบากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (IV fluids) ควรให้เท่าที่จำเป็นตามความต้องการของผู้ป่วย เพราะในผู้ป่วยใกล้ตายบางรายการให้สารน้ำจะเป็นภาระแก่ร่างกายในการขจัดของเสียออกมากกว่าจะเป็นผลดี เพราะสารน้ำจะออกจากเซลล์ไปอยู่ในช่องว่างระหว่างเซลล์ (third-spacing) และทำให้มีอาการบวม คลื่นไส้ และมีอาการปวดมากขึ้นนอกจากนี้ในระยะใกล้ตายผู้ป่วยจะรู้สึกหิว แต่การให้สารอาหารพวกแป้งจะไปยับยั้งการสร้างสารกลีโคเจนและทำให้หิวมากขึ้น การดูแลที่ดีที่สุด คือ การรักษานามัยในช่องปาก ดูแลเย็บช่องปากให้ชุ่มชื้นอยู่เสมอ โดยเช็ดปาก เหงือก และลิ้นของผู้ป่วยได้ทุกชั่วโมง หรือผสมน้ำประมาณ 1 ลิตรกับเกลือครึ่งช้อน และผงฟู 1 ช้อน แล้วใช้ผ้ากอซชุบน้ำดังกล่าวเช็ดปาก เหงือกและลิ้นของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจปิดตาไม่สนิททำให้เกิดอาการตาแห้งแสบได้ อาจใช้น้ำตาเทียมหยอดตาให้ผู้ป่วยวันละ 4 ครั้ง

**ระบบการทำงานของไต (renal system)** จากการทำงานของหัวใจทำงานลดลง ก็จะส่งผลให้ไตทำงานลดลง และมีผลต่อการกรองของเสียและมีปริมาณน้ำปัสสาวะลดลง ผู้ป่วยจะมีปัสสาวะออกน้อยหรือไม่ออก ปัสสาวะสีคล้ำ และผู้ป่วยในระยะใกล้ตายกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการขับถ่ายปัสสาวะจะหย่อนตัว (relax) ทำให้ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ อาจมีการติดเชื้อที่ฝีเย็บและการแตกของผิวหนัง พยาบาลควรดูแลผิวหนังให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ

**ระบบประสาท (neurologic system)** เมื่อระบบหัวใจ/หลอดเลือดและปอดทำงานลดลง ย่อมมีผลทำให้เลือดไหลไปเลี้ยงสมองลดลง และมีของเสียคั่งในสมอง จึงทำให้มีอาการแสดงทางระบบประสาทและการรับรู้เปลี่ยนแปลงได้จากหลายสาเหตุ เช่น มีปริมาณเลือดในสมองลดลง (hypoxemia) การเผาผลาญอาหารลดลง (metabolic imbalance) ภาวะเป็นกรดในร่างกาย (acidosis) มีของเสียในเลือดเพิ่มขึ้นจากภาวะที่ตับและไตล้มเหลว หรือเกิดจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ผู้ป่วยจะแสดงออกเป็นอาการสับสน (confusion) วิตกกังวล (anxiety) กระวนกระวาย (agitation) หรือ พักไม่ได้ (restlessness) ซึ่งอาการที่ผู้ป่วยแสดงไม่เป็นเหตุผลหรือไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ปัจจุบันและอาจมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่จะเสียชีวิต สนใจสิ่งแวดล้อมลดลง มักนอนหลับตาเงิบ ๆ ไม่อยากพูดคุยตั้งแต่ก่อน ญาติใกล้ชิดบางคนอาจรู้สึกน้อยใจได้ว่าตนเองนั้นไม่สำคัญสำหรับผู้ป่วยแล้ว การดูแลเน้นการจัดการอาการที่เกี่ยวข้องกับการสับสนและการป้องกันอุบัติเหตุ

### แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

วงจรการเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นและอยู่คู่กับสิ่งมีชีวิต การรับรู้เกี่ยวกับความตาย ความเข้าใจและการยอมรับในธรรมชาติชีวิตนี้ย่อมขึ้นกับสติปัญญาและวุฒิภาวะของแต่ละบุคคล แม้ความตายจะไม่มีใครหนีได้พ้น แต่ก็มักจะไม่มีใครกล่าวถึงมากนัก เพราะทำให้จิตใจหดหู่และหวาดหวั่นต่อการพลัดพรากจากสิ่งที่รักและห่วงแหน (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจึงเป็นอีกบทบาทหนึ่งที่สำคัญมากสำหรับทีมสุขภาพที่จะช่วยทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวก้าวผ่านช่วงเวลาแสนทุกข์ทรมาน บรรเทาอาการปวดและอาการรบกวนอื่นๆ ที่เป็นปัญหา ตลอดจนส่งเสริมและสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

### ความหมายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ปัจจุบันทิศทางการดูแลผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปจากในอดีต กล่าวคือการดูแลแบบเก่าจะเน้นการดูแลรักษาเพื่อยืดชีวิตเป็นหลักให้มากที่สุด นับตั้งแต่เริ่มต้นการวินิจฉัยโรค จนเมื่อไม่สามารถจะทำการรักษาเพื่อยืดชีวิตต่อไปได้ก็จะเริ่มต้นการดูแลวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งแตกต่างจากการดูแลรูปแบบใหม่ที่การดูแลแบบประคับประคองนั้นควรเริ่มต้นตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคและดำเนินควบคู่ไปกับการรักษาหลักไปจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งการรักษาหลักเพื่อยืดชีวิตนั้นต้องหยุดลงเมื่อถึงเวลาที่ร่างกายไม่ตอบสนองต่อการรักษา แต่การดูแลแบบประคับประคองก็ยังคงดำเนินต่อไปครอบคลุมจนถึงหลังผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วเพื่อดูแลภาวะการทุกข์ทรมานจากการพรากจากหรือการสูญเสียของครอบครัวผู้ป่วยอยู่ (ยูเรสมคส์ สิทธิชาญบัญชา, 2554)

สำหรับการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต Oxford Textbook of Palliative Medicine (อ้างถึงในปกรณ์ ทองวิไล, 2553) ได้ให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไว้ดังนี้ เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มี

ลักษณะทั้ง 3 ประการ คือ (1) เป็นโรคที่กำลังมีการดำเนินของโรคและเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ (active, progressive disease) (2) เป็นโรคร้ายแรงที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (life-threatening disease) และ (3) การพยากรณ์โรคจำกัด คือ พอกาตคະນະระยะเวลาที่จะเสียชีวิตได้ (limited prognosis) พยาธิสภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ มักพบได้ในผู้ป่วยมะเร็งชนิดที่ยังรักษาให้หายขาดไม่ได้ ผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี หรือ โรคเอดส์ ผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทประเภทเสื่อมถอยในระยะสุดท้าย จะเห็นได้ว่าจากความหมายดังกล่าวการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงที่ปรากฏของผู้ป่วยมากกว่าการบอกระยะเวลาที่ชัดเจน แต่อย่างไรก็ตามมีผู้ที่กำหนดความหมายโดยระยะเวลาของคำว่า “ระยะสุดท้ายของชีวิต” ดังเช่น General Medical Council's definition of end of life (2011 อ้างใน ทิพาพร วงศ์หังษ์กุล, 2556) ให้ความหมายของระยะสุดท้ายของชีวิต คือ บุคคลระยะสุดท้ายของชีวิตต้องตายภายใน 12 เดือนซึ่งรวมคนที่ใกล้ตาย (ภายในเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน) หรือ คนที่มีภาวะก้าวหน้าไม่สามารถรักษาหายได้ร่วมกับภาวะที่ต้องตายภายใน 12 เดือน มีภาวะที่เสี่ยงต่อใกล้ตายจากภาวะวิกฤตเฉียบพลันเนื่องจากมีเหตุการณ์ที่คุกคามชีวิตเฉียบพลัน เช่นเดียวกับ สมิลตันที่ 3 (อ้างใน กิตติกร นิลมานัต, 2555) ให้นิยามการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตว่าเป็นการดูแลที่สนับสนุนทางการแพทย์และการสนับสนุนอื่นๆ ให้กับผู้ป่วยในช่วง 6 เดือนสุดท้ายของชีวิต

จะเห็นได้ว่าการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (end-of-life care) มีคุณลักษณะของการดูแลร่วมกันแต่มีความแตกต่างกันตรงช่วงเวลาของการเริ่มต้นและระยะเวลาของการให้บริการ กิตติกร นิลมานัต (2555) ได้สรุปการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตไว้อย่างชัดเจน ดังนี้ การดูแลแบบประคับประคองมีความหมายครอบคลุมตั้งแต่การวินิจฉัยความเจ็บป่วยครั้งแรกและสิ้นสุดเมื่อสามารถช่วยเหลือครอบครัวในการปรับตัวหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย ขณะที่การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นการให้การดูแลเมื่อผู้ป่วยมีสุขภาพเสื่อมถอยลงและมีอาการทางคลินิกที่บ่งชี้ว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค โดยการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลแบบประคับประคองเป็นศาสตร์ที่กำหนดทิศทางการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต

### การวินิจฉัยภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต

การวินิจฉัยภาวะการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากการทราบถึงการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรคจะช่วยให้นักการสุขภาพวางแผนการดูแลที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนเอง มีเวลาเตรียมตัวสำหรับการใช้ชีวิตและเลือกตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการชีวิตในช่วงสุดท้ายได้อย่างมีคุณค่าและมีความหมายกับครอบครัว ในทางตรงกันข้ามการไม่ได้รับทราบหรือมีการวินิจฉัยถึงระยะสุดท้ายที่ช้าเกินไป ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตที่ล่าช้า ทุกข์ทรมานกับการรักษาและหัตถการที่ไม่จำเป็นเพื่อการยืดชีวิต และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นซึ่งการวินิจฉัยภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของ

ชีวิตหรือการคาดการณ์ระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่มีความยากลำบาก โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคถุงลมปอดโป่งพอง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ป่วยอาจมีอาการคงที่ได้ไม่นาน ๆ หรือมีช่วงเวลาที่โรคสงบ ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบหรือเสียชีวิตเมื่อใด คิมซ็อบรูนเนอร์ (อ้างใน กิตติกร นิลมานัต, 2555) เสนอเกณฑ์ทั่วไปที่จะใช้พิจารณาถึงการพยากรณ์ของโรคหรือการวินิจฉัยภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้

1. ความก้าวหน้าทางคลินิก หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงทางคลินิกเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่งตามระยะเวลาของการเป็นโรค โดยอาจพิจารณาจากจำนวนครั้งของการใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการเอกซเรย์
2. การลดลงของการทำหน้าที่ เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เช่น ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร และการรู้สึกตัว

3. การลดลงของภาวะทางโภชนาการ คือ ผู้ป่วยมีน้ำหนักลดลงประมาณร้อยละ 10 จากน้ำหนักตัวปกติ ภายในช่วง 6 เดือน ด้วยสาเหตุจากภาวะความเจ็บป่วยและเป็นการลดลงของน้ำหนักโดยไม่ตั้งใจ หรือมีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่า 22 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

จากการวินิจฉัยภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตจะเห็นได้ว่าในแต่ละโรคอาจมีความแตกต่างกัน แต่เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ความทุกข์ทรมานและคุณลักษณะบางประการมีความคล้ายคลึงกัน ดังนั้น การให้การรักษาและดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ ตลอดจนทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมอาสาสมัคร ในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดระยะเวลาที่เหลืออยู่จนกระทั่งการภายหลังการเสียชีวิต

#### หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

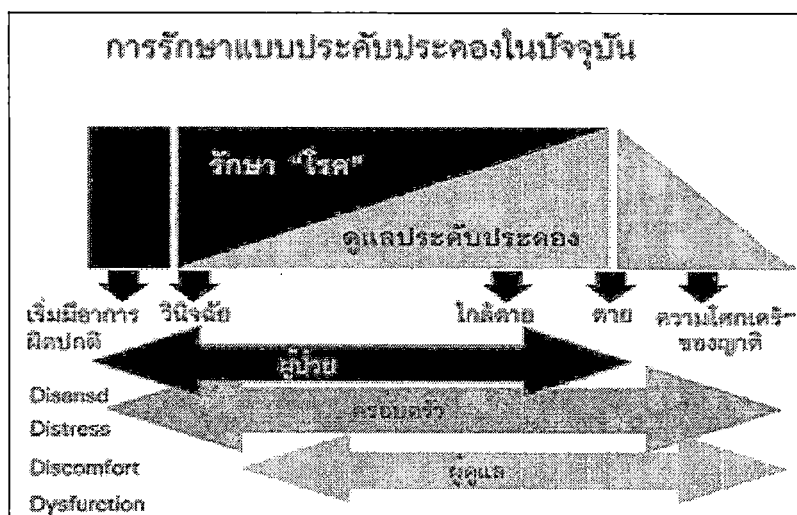
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักเป็นการดูแลที่แพทย์ ผู้ป่วยและญาติ เห็นว่าเป็นทางตันแห่งการรักษา หมดหวังกันทั้งผู้ให้และผู้รับการรักษา การดูแลผู้ป่วยที่หมดหวังต่อการรักษามีไข่มองที่ผู้ป่วยเพียงคนเดียว สายพิณ หัตถ์ธีรตัน (2546) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยที่หมดหวังต่อการรักษาต้องดูแลทั้ง 3 ฝ่ายด้วยกัน ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่ถูกเริ่มวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคที่หมดหวังให้หายขาด
2. ญาติผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
3. ผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น คนที่จ้างมาดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยที่หมดหวังควรเริ่มต้นตั้งแต่แรกที่วินิจฉัยได้ว่าโรคนั้นไม่หายขาด โดยทำควบคู่ไปกับการรักษาเฉพาะโรค ในระยะแรกเน้นการรักษาเฉพาะโรรมากกว่า ต่อเมื่อโรคดำเนินไปตามเวลา แม้ว่าเทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่จะสามารถยืดเวลาให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่นานขึ้น แต่เมื่อโรคดำเนินไปถึงขั้นสุดท้ายการรักษาเฉพาะโรคก็ไม่มีประโยชน์อีกต่อไป แต่ควรเพิ่มการดูแลรักษาที่ลดความทุกข์



ทรมานของผู้ป่วยมากขึ้นจนถึงวาระสุดท้าย และต้องครอบคลุมไปถึงหลังการตายของผู้ป่วยรายละเอียด  
ดังภาพที่ 1



แหล่งที่มา: สายพิน หัตถิรัตน์ (2553)

แนวคิดพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่วางไว้โดยองค์การอนามัยโลก คือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะเชื่อในคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ ดังนั้นจะไม่เร่งให้ผู้ป่วยตายก่อนเวลาอันควรถึงแม้ผู้ป่วยจะต้องทนทุกข์ทรมานก็ตาม ในขณะที่เดียวกันก็มองความตายเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ ดังนั้น เมื่อถึงเวลาที่สมควรจะตาย ก็ไม่ยื้อให้การตายยืดเยื้อออกไป กรณีที่ผู้ป่วยร้องขอให้ช่วยจบชีวิตของตนเอง แสดงว่าผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากการป่วย และยังไม่ได้รับการช่วยเหลือดูแลที่ดีเพียงพอ (ปกรณ์ ทองวิไล, 2553) องค์การการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของประเทศสหรัฐอเมริกาและองค์การอนามัยโรคได้เสนอปรัชญาดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ประกาศโดยสาระสำคัญของแนวคิดการดูแลดังนี้ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)

1. ให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวดและอาการอื่นๆที่เป็นปัญหา
2. ระลึกว่าความตายเป็นเรื่องปกติและเป็นธรรมชาติ
3. ตระหนักว่า ภาวะใกล้ตาย (dying process) เป็นการรับรู้ส่วนบุคคลและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องภายใต้บริบทของครอบครัว
4. ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและให้การดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมด้านร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

5. ใช้รูปแบบการทำงานแบบสหวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลอย่างทั่วถึง ในทุกมิติของ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ และควรให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความทุกข์โศกของญาติภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต
6. ให้การดูแลแบบประคับประคอง เคารพต่อชีวิตที่ดำเนิน ไปแบบธรรมชาติ ไม่ทำให้การตายเกิดขึ้นเร็วหรือชะลอเวลาออกไป
7. เป็นบริการที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต พร้อมกับศึกษา/วิจัย เพื่อค้นหาสาเหตุของโรค
8. ช่วยให้การดูแลแบบประคับประคอง ส่งเสริมและสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

จากปรัชญาดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ไม่ได้มุ่งหวังให้หายจากโรคที่เป็นอยู่ แต่เป็นการช่วยเหลือบรรเทาอาการความไม่สุขสบายต่าง ๆ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวจนกระทั่งภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตซึ่งผู้ป่วย ครอบครัว ซึ่งการบรรลุเป้าหมายการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีคุณภาพจำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบหลายประการ สายพิณ หัตถิรัตน์ (2553) ได้กล่าวถึงหัวใจหรือหลักการของการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้หลัก “4C” ดังนี้

1. Centered at patient and family ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก ความพึงพอใจ ความสบายของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสูงสุด การดูแลรักษา การตรวจวินิจฉัย หัตถการหรือกิจกรรมใดๆ จะกระทำเมื่อเห็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น
2. Comprehensive การให้บริการครอบคลุมความต้องการทุกด้านของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้ความสำคัญต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย เจตคติส่วนตัวทำให้คุณค่าต่อสิ่งต่าง ๆ ความเชื่อ ศรัทธาทางศาสนา การใช้เครื่องช่วยชีวิตเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้าย การเลือกสถานที่เสียชีวิต การร่วมงานศพ และการช่วยเหลือครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว
3. Coordinated คือ การทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ รวมไปถึงคนในครอบครัวของผู้ป่วยและชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของบุคลากรทางการแพทย์หลายสาขาทั้งแพทย์เฉพาะทาง พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา ทำงานประสานกันและเข้าใจบทบาทของกันและกัน ครอบครัว ผู้ดูแล ญาติสนิทมิตรสหาย เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญ ในฐานะผู้ร่วมดูแลและเป็นกำลังใจที่สำคัญของผู้ป่วย รวมไปถึงความช่วยเหลือจากชุมชน ผู้นำทางศาสนา สมาคม และอาสาสมัครต่าง ๆ

4. Continuous มีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะ เป็นเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ที่โรงพยาบาลกลับบ้าน หรือเสียชีวิตแล้ว ต้องมีการประเมินผลเป็นระยะ เพื่อให้ เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยรายนั้น

จะเห็นได้ว่าหลักการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น มุ่งเน้นการ ดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางครอบคลุมแบบองค์รวม ต่อเนื่องจนถึงภายหลังการเสียชีวิต และการ ดูแลไม่สามารถที่จะทำได้ด้วยบุคคลใดหรือวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งเท่านั้น หากต้องการให้การดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายบรรลุเป้าหมายการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพจะมีส่วนสำคัญในการร่วมกัน ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวระยะสุดท้าย

#### บทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัว

การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพเช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ และผู้นำทางศาสนา เป็นต้น ซึ่งแต่ละบุคคลมีบทบาท หน้าที่ที่สำคัญ ดังนี้ (เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์, 2550)

1. บทบาทของแพทย์ ความรับผิดชอบโดยตรงของแพทย์ คือ การวินิจฉัยที่ถูกต้องการให้ ข้อมูลที่ครบถ้วนสามารถเข้าใจได้ง่าย และการดูแลรักษาที่เหมาะสม ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะที่พบได้บ่อย เช่น ความปวด หายใจลำบาก เบื่ออาหาร ปากแห้งและกระหาย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก วิตกกังวล นอนไม่หลับ และต้องให้ความสำคัญกับคำพูดที่ผู้ป่วยบรรยาย ลักษณะท่าทางและ อาการแสดงของผู้ป่วย

2. บทบาทของพยาบาล การปฏิบัติงานของพยาบาลนับเป็นแกนหลักสำคัญของงาน Palliative Care เนื่องจากลักษณะงานที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย และโดยวิชาชีพที่ให้ความสำคัญกับการ ดูแล (care) ที่มีความหมายมากกว่าผลจากการรักษา (cure) ทั้งในด้านการตอบสนองความต้องการทาง ร่างกาย จิตใจและอารมณ์ โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ วางแผนการให้การพยาบาลและติดตามผล อย่างต่อเนื่องเพื่อหยุดยั้งความทุกข์ทรมานและต้องพิจารณาตามลำดับความสำคัญ ความรุนแรงของ อาการ และความต้องการของผู้ป่วย โดยพยาบาลต้องเริ่มจากการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เข้าใจ ปฏิบัติการของผู้ป่วยต่อความเจ็บปวดและความตาย ต้องไวอดทนและสังเกตด้วยความระมัดระวังเป็น ผู้ฟังที่ดี แสดงกิริยาตอบรับตามสมควร เปิด โอกาสและให้คำร่วมมือกับผู้ป่วยใกล้ชิดในครอบครัวของผู้ป่วย ได้แสดงความคิดเห็นและทำกิจกรรมตามความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรมและสังคมได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งช่วยเตรียมผู้ใกล้ชิดในครอบครัวก่อนจะเข้าหาผู้ป่วยในวาระสุดท้าย และให้กำลังใจในการ ดำเนินชีวิตต่อไปแม้หลังผู้ป่วยจากไปแล้ว

3. บทบาทของเภสัชกร มีบทบาทสำคัญในการจัดเตรียมยาที่จำเป็นให้เพียงพอ เช่น ยาระงับ ความปวด ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีความจำเป็นต้องได้รับยาหลายชนิด และมีข้อจำกัดหลายด้าน

ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการบริหารยา ปฏิกริยาของยาต่างๆจากเภสัชกร จะช่วยให้การดูแลของแพทย์มีประสิทธิภาพดีขึ้น

4. บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านการเงิน ทางสังคม โดยให้คำปรึกษานับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อน การประสานงานการเข้าออกจากโรงพยาบาล การเยี่ยมบ้าน การติดต่อประสานงานหรือเป็นแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ หรือองค์กรให้ความช่วยเหลือในภูมิภาคของผู้ป่วย การติดตามญาติพี่น้องหรือเพื่อนฝูงที่ขาดการติดต่อ การปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยก่อนและหลังการเสียชีวิต และการจัดกิจกรรมทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมในสังคมของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. บทบาทของผู้นำทางด้านศาสนาและความเชื่อ รวมถึงผู้มีวิฤติภาวะที่สามารถชี้นำการดำเนินชีวิตของผู้อื่น ได้ด้วยคำสอน หลักธรรมทางศาสนา ความเชื่อ ความศรัทธา ขนบธรรมเนียม ประเพณี หรือวิถีชีวิต อาจจะเป็นพระนักบวช ผู้สูงอายุในชุมชน ครู หรือผู้ที่ผู้ป่วยให้ความเคารพหรือนับถือก็ได้ สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญภาวะวิกฤติของชีวิต ด้วยการให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทางในการดำเนินชีวิต หรือสวดมนต์ให้พร สำหรับผู้ป่วยเองก็จะได้รับการตอบสนองทางจิตวิญญาณ จากการได้ทำบุญหรือร่วมในพิธีกรรมตามความเชื่อ การได้พบพระหรือผู้นำทางศาสนาเพื่อปลดปล่อยความขัดแย้งทางจิตวิญญาณหรือบาปที่ยังฝังใจอยู่ก่อนเสียชีวิต

6. บทบาทของอาสาสมัคร อาสาสมัครที่ปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน มีบทบาทสำคัญในการเติมช่องว่างที่เกิดจากการขาดแคลนผู้ดูแลรักษาหลักอาสาสมัครที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธ์ภาพ ความเป็นเพื่อน การเป็นผู้ฟังที่ดี และความรู้เกี่ยวกับปฏิกริยาของผู้ป่วยต่อความเจ็บปวดและความตาย และสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้โดยการใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วย รับฟังเรื่อง que ผู้ป่วยอยากพูด รับรู้อารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยที่อยากเปิดเผยโดยไม่ตัดสิน หรือให้ความช่วยเหลือเล็กๆน้อยๆ ที่ผู้ป่วยต้องการทั้งนี้ขึ้นกับความสมัครใจของผู้ป่วยเอง จากการศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยอาสาสมัครของ วริสรา ลูวีระ, เตือนเพ็ญ ศรีชา และศรีเวียง ไพโรจน์กุล (2556) ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ของอาสาสมัครต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง การเยี่ยมบ้านเพื่อถามสารทุกข์สุกดิบ ให้กำลังใจ ช่วยดูแลผู้ป่วย และแนะนำข้อมูลในด้านการปฏิบัติตัวและการดูแลผู้ป่วย แต่อาสาสมัครยังต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ในการพัฒนาทั้งด้านองค์ความรู้ ประสบการณ์ ในการสื่อสารและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

7. บทบาทของผู้ใกล้ชิดในครอบครัวและเพื่อนฝูงญาติพี่น้องผู้ใกล้ชิด เพื่อนฝูงที่สนิท เพื่อนบ้าน เพื่อนสมาชิกในกลุ่มหรือชมรมเดียวกันหรือแม้แต่สัตว์เลี้ยงของผู้ป่วยเอง ต่างมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วย ทั้งในเรื่องความช่วยเหลือดูแลเป็นกำลังใจสนับสนุน ชี้นแนะแนวทาง หรือแม้ผลกระทบในด้านลบ ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวควรได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย การรักษาและการพยากรณ์โรคและ

มีโอกาสร่วมตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาให้มากที่สุด โดยเฉพาะประเด็นที่มีทั้งผลดีผลเสียหรืออาจมีความขัดแย้งในอนาคตได้

### ผลกระทบของการเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย

พุทธพจน์ที่ว่า “การไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” เป็นความจริงในทุกยุคสมัย ทุกคนล้วนปรารถนาจะมีสุขภาพดี การเจ็บป่วยก็เป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นได้กับทุกชีวิตเช่นเดียวกับการเกิด การแก่ชรา และการตาย การเจ็บป่วยบางประเภทสามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางประเภทรักษาได้เพียงการประคับประคองอาการเท่านั้น การดำเนินของโรคยังคงมีอยู่ และในที่สุดก็ดำเนินสู่ระยะสุดท้าย ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าหมดหวัง ในการรักษาหรือเป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ทศนีย์ ทองประทีป(2552) ได้กล่าวถึง ผลกระทบของการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายไว้ดังนี้

1. ผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อบุคคล การเผชิญกับโรคร้ายแรงที่รักษาไม่หายเหมือนการถูกต้อนให้จมนม ไม่มีหนทางจะถอยหนีไปทางไหนได้อีก วิธีการบำบัดอาการบางอย่างในระยะสุดท้ายมักทำให้เจ็บปวดทุกข์ทรมานด้วยสายยางหรือท่อช่วยหายใจ ขั้นตอนการวินิจฉัยโรคและกระบวนการรักษาทำให้ต้องเสียเวลาและสิ้นเปลืองเงินทอง มีกิจกรรมหลายอย่างที่ต้องจัดการ ทั้งเรื่อง การมาตรวจรักษา การปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพ และการจัดการกับภารกิจ/การทำงานในหน้าที่รับผิดชอบชีวิตอยู่ต่อไประหว่างกระบวนการตรวจรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความคาดหวังว่า วิทยาศาสตร์การแพทย์มีความก้าวหน้าสูง คงจะช่วยให้การรักษาโรคของตนประสบความสำเร็จด้วยดี และกลัวที่จะรับรู้ว่าการรักษานั้นล้มเหลว ความรู้สึกสูญเสียและสิ้นหวังจะทำให้อารมณ์ผู้ป่วยในระยะนี้เปลี่ยนแปลงง่าย มีความคิดสับสน อาจมีคำถามซ้ำ ๆ บางครั้งคล้ายการรำพึงกับตัวเอง บางคำถามก็ไม่ต้องการคำตอบรู้สึกไร้ค่า เป็นภาระหรือเป็นตัวถ่วงให้กับครอบครัวหรือลูกหลาน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยอยากตายเร็วขึ้น

2. ผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม ผลกระทบที่เกิดขึ้นขึ้นอยู่กับระดับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นกับผู้ป่วย การที่ต้องเผชิญกับการสูญเสียบุคคลที่ตนรัก ย่อมทำให้เกิดอาการตื่นตระหนกอาจแสดงออกด้วยพฤติกรรมและอารมณ์ที่แตกต่างกัน ญาติและมิตรสหายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย มักมีคำถามมากมายเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลสุขภาพของบุคคลที่ตนรัก อาจคาดหวังว่าระหว่างการรักษาที่ดำเนินอยู่นี้จะมีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้นในชีวิต คงจะมียาตัวใหม่ หรือการรักษาด้วยเทคโนโลยีแบบใหม่ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวออกไป ญาติผู้ป่วยจึงมีปฏิกิริยาด้านอารมณ์ไม่แตกต่างไปจากผู้ป่วยมากนัก ทั้งการปฏิเสธ โกรธ ต่อรอง ซึมเศร้า หรือยอมรับ ขั้นตอนการวินิจฉัยโรคและกระบวนการรักษาเพื่อบรรเทาอาการบางอย่างทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียมาก ต้องพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะๆและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย บางรายผู้ดูแลอาจต้องหยุดงานหรือลาออกจากงานทำให้หมดโอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงาน สูญเสียรายได้

## ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้าน

ปัจจุบันสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยมีส่วนส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วด้วยสาเหตุหลายประการทั้งจากการพัฒนาทางด้าน การแพทย์และการสาธารณสุขที่มีผลทำให้อัตราตายของประชากรไทยลดลง จากการคาดประมาณอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (life expectancy at birth) ทั้งของชายไทยและหญิงพบว่า อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของชายไทยเพิ่มสูง จาก 69.5 ปี ในปีพ.ศ.2552 เป็น 79.1 ปีในช่วงปี พ.ศ.2588-2593 สำหรับหญิงไทย อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน จาก 76.3 ปี ในปีพ.ศ.2552 เป็น 81.5 ปี ในปี พ.ศ.2588-2593 ส่งผลให้คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น ประกอบกับอัตราเจริญพันธุ์รวมลดลงเหลือประมาณ 1.6 ซึ่งการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราเจริญพันธุ์รวมได้ส่งผลให้สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ในอีก 20 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2573) ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่าตัว อยู่ที่ร้อยละ 25 ซึ่งถือว่าเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” อย่างเต็มตัว ในขณะที่ประชากรวัยแรงงานที่เกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุนั้นลดลง จากปี พ.ศ.2553 มีประชากรแรงงาน โดยเฉลี่ย 6 คน ต่อการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน จะลดลงเหลือแค่เพียง 2 คนในปี พ.ศ.2573 ซึ่งจะส่งผลให้คนวัยแรงงานมีภาระที่ต้องเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2555)

ผู้สูงอายุที่อายุมาก ๆ จะมีความเปราะบางด้านต่าง ๆ สูง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุจะรับรู้ต่อสุขภาพตนเองว่า ไม่แข็งแรง สุขภาพไม่ดี เนื่องจากมีความจำกัดของการทำหน้าที่ของร่างกาย เกิดความยากลำบากในการดูแลตนเอง จะรู้สึกไม่มีความสุข มีสภาวะอารมณ์และจิตใจทางลบ ได้แก่ คิดมาก/วิตกกังวลใจ หงุดหงิดรำคาญใจ เหนงา ไม่มีความสุข/เศร้าหมอง หมดหวังในชีวิต และรู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่าซึ่งการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในทางที่เสื่อมลง ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่างๆ ลดลงความต้านทานต่อโรคลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดปัญหาสุขภาพได้รุนแรงมากกว่าวัยอื่น และมักมีปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมองตีบ และโรคมะเร็ง เป็นต้น ทำให้ชีวิตในวัยผู้สูงอายุ จากจุดเริ่มต้นที่ถูกวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต มีช่วงระยะเวลาที่ยาวนาน (สุพัตรา ศรีวณิชชา, 2553) อีกทั้งการแพทย์สมัยใหม่ที่มองความตายของผู้ป่วยหมายถึงความล้มเหลวทางการแพทย์ จึงทำให้เทคโนโลยีสมัยใหม่ทางการแพทย์ รวมทั้งยา เข้ามามีส่วนช่วยในการชะลอและยืดชีวิตของผู้สูงอายุออกไป สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยและคนใกล้ชิตยาวนานเกินความจำเป็น รอเพียงเวลาแห่งความพลัดพรากที่อยู่ไม่ไกล

ในระยะสุดท้ายของชีวิต จิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักอ่อนไหวเปราะบาง อ่อนแออย่างถึงที่สุด เกิดความกลัวเช่น ความกลัวตาย กลัวที่จะถูกทอดทิ้ง กลัวที่จะตายอย่างโดดเดี่ยวอ้างว้าง กลัวสิ่งที่รออยู่ข้างหน้าหลังจากสิ้นลม ตลอดจนกลัวความเจ็บปวดที่จะเกิดขึ้น ความกลัวดังกล่าวอาจสร้างความทุกข์ยิ่งกว่าการเจ็บป่วยทางกาย (พระไพศาล วิสาโล, 2552) ในภาวะเช่นนี้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการความรัก ความเข้าใจ ต้องการกำลังใจอย่างยิ่งจากคนใกล้ชิตที่สามารถวางใจได้อย่างเต็มที่ พลังใจจาก

ครอบครัวจะช่วยลดทอนความกลัว หนุนให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ ในช่วงเวลาวิกฤตนี้ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการที่พึ่งพิงในสภาพที่มั่นใจได้โดยปราศจากเงื่อนไข ความช่วยเหลือนี้เป็นเสมือนเสาหลักที่มั่นคงให้คนไข้ได้เกาะยึดเพื่อผ่อนคลาย เป็นกำลังใจช่วยนำพาเพื่อฟันฝ่าวิกฤตและพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความจริงของสังขาร เพื่อก้าวผ่านช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตให้ได้ซึ่งกระบวนการรักษาทางการแพทย์เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้คลายและบรรเทาจากความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย จากโรคภัยที่รุมเร้า แต่บทบาทสำคัญอยู่ที่ครอบครัวและครอบครัวที่ต้องยอมรับความจริงและเตรียมจิตใจ ในช่วงเวลาของการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ

โดยทั่วไปการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายนี้กระทำได้ในสถานบริการด้านสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล และที่บ้าน ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ทั้งสภาพความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวที่ดูแล และความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุเองที่บ้าน จากผลการศึกษา ในประเทศอังกฤษ ผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่บอกว่า บ้านคือสถานที่ที่ต้องการสำหรับใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายและต้องการเสียชีวิตที่บ้าน เพราะบ้านเป็นที่ที่ตนคุ้นเคย รู้สึกสุขสบาย และเป็นที่มีบุคคลที่ตนเองรัก และมีผู้สูงอายุบางส่วนที่บอกว่าไม่ยอมรับการดูแลของครอบครัวและเพื่อนๆ เพราะการเสียชีวิตที่บ้านอาจจะทำให้คนในครอบครัวกังวลใจกับอาการของตน และครอบครัวต้องลำบากกับการดูแล (Gott, Seymour, Bellamy, Clark, & Ahmedzai, 2004) ซึ่งจากผลการศึกษา เกี่ยวกับการดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายได้ตายอย่างสงบตามวิถีไทยพุทธ (Somanusorn, 2010) พบว่า สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ต้องการ ไปให้การดูแลญาติที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายที่บ้านเนื่องจากผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ต้องการกลับไปรับการดูแลและเสียชีวิตที่บ้าน และในบางการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุต้องการตายอย่างสงบท่ามกลางลูกหลาน (จินต์จุฑา รอดพาล, 2549) แต่บางครอบครัวก็ไม่สามารถให้การดูแลระยะสุดท้ายที่บ้านได้เนื่องจากขาดความรู้และขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย เป็นเหตุให้ต้องนำผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายเข้ารับการดูแลและเสียชีวิตในโรงพยาบาล ซึ่งการเข้ารับการรักษาในระยะสุดท้ายและเสียชีวิตในโรงพยาบาลนี้ส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ทั้งการเพิ่มอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ รวมทั้งค่าใช้จ่ายของครอบครัวในการเดินทางเพื่อการเฝ้าดูแลญาติที่เจ็บป่วยในโรงพยาบาล นอกจากนี้การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอาจเป็นข้อจำกัดทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถกระทำกิจกรรมบางอย่างตามความเชื่อให้แก่ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้าย รวมทั้งไม่สามารถเฝ้าดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายได้ตลอดเวลาจนสิ้นใจ เนื่องด้วยข้อกำหนดและระเบียบของแต่ละโรงพยาบาล

จากที่กล่าวมาข้างต้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเริ่มต้นตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเริ่มต้นตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคร้ายที่มีลักษณะดังที่กล่าวมาข้างต้น โดยนำหน้าของการดูแลจะไม่เหมือนกันในแต่ละช่วงของการรักษา ในระยะแรก การดูแลจะเน้นหนักไปที่การรักษาเฉพาะเพื่อให้หายจากโรค การดูแลแบบประคับประคองจะมีบทบาทเพียงเล็กน้อย ต่อเมื่อระยะของโรคมีความรุนแรง

มากขึ้นการรักษาจะมีบทบาทน้อยลง แต่การดูแลแบบประคับประคองจะมีบทบาทมากขึ้นเรื่อย ๆ และต่อเนื่องไปจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และยังคงดูแลต่อไปถึงครอบครัวของผู้ป่วยหลังผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องคำนึงถึงบุคคล 3 ฝ่าย ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ซึ่งแพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนในทุกระดับ รวมถึงบุคคลในครอบครัว อาสาสมัครและจิตอาสาสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ ทั้งในแผนกผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน ตลอดจนถึงชุมชน

### หลักการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การประเมินสภาพของผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการประเมินผู้ป่วยรอบด้านและเป็นองค์รวม เพื่อนำไปสู่การวางแผนการดูแลที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาด้วยวิธีต่างๆมาอย่างยาวนาน ดังนั้นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย จะส่งผลให้เกิดความไว้วางใจนำไปสู่การวินิจฉัยปัญหาที่ชัดเจนและวางแผนแก้ไขปัญหาได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุดซึ่งการบรรลุเป้าหมายการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีคุณภาพจำเป็นต้องอาศัยการสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้การดูแลรักษาทั้งผู้ป่วยและครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ เกี่ยวกับการพยากรณ์โรค เป้าหมายและแผนของการดูแลรักษา ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับการพยากรณ์โรคอย่างชัดเจนและตรงไปตรงมา จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำใจยอมรับว่า ความตายเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และให้ความสำคัญกับคุณค่าและความศรัทธาในการมีชีวิตอยู่ในช่วงสุดท้าย (กิตติกร นิลมานัต, 2555)

การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกทั้งต่อผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิด ดังนั้น การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำเป็นต้องใช้การสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่ส่งเสริมความไว้วางใจกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นศิลปะที่ทีมผู้ให้การดูแลจะต้องเรียนรู้และให้ความสำคัญในทุกครั้งของการสนทนา ทั้งที่ใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูดเช่น การแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง แววตา การสัมผัส ทักษะนี้ ทองประทีป (2552) ได้เสนอหลักการเบื้องต้นของการสื่อสารเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ 3 ประเด็น ดังนี้

1.1 ทักษะความใส่ใจ (attending skills) พยาบาลควรสนใจทั้งเนื้อหาคำพูด น้ำเสียง ท่าทางการแสดงออกของผู้ป่วยและสนทนา การให้ความใส่ใจขณะสนทนาช่วยสร้างความศรัทธาและความไว้วางใจเกิดขึ้น การให้ความสม่ำเสมอ ความซื่อสัตย์ต่อการดูแล และปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเคารพ จะช่วยให้สามารถรับรู้ปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

1.2 ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ (active listening skills) การฟังอย่างตั้งใจเป็นหัวใจสำคัญของการสื่อสาร ซึ่งพยาบาลควรสังเกตกิริยาท่าทาง และน้ำเสียงที่ผู้ป่วยแสดงออก เพื่อช่วยให้เข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยินมากขึ้น และเป็นการให้เกียรติผู้พูด

1.3 ความเข้าอกเข้าใจหรือความเห็นใจ (empathy) ความเข้าอกเข้าใจหรือความเห็นใจนี้



เป็นผลที่เกิดจากการสนทนา ความเห็นใจเป็นความเข้าใจในประสบการณ์ที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถแลกเปลี่ยนความรู้สึกในเรื่องนั้นๆกับผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

การใช้เทคนิคของการสื่อสารจะช่วยให้พยาบาลมีความละเอียดอ่อน ไวต่อความรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทรและความใส่ใจที่จะดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดและช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินอาการของผู้ป่วยได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยผ่านการรับฟังอย่างตั้งใจและการให้ความสนใจกับประสบการณ์อาการของผู้ป่วย ซึ่งวิธีการประเมินอาการของผู้ป่วยสามารถทำได้หลายวิธี (กิตติกร นิลมานัต, 2555) ดังนี้

1. การสัมภาษณ์ พยาบาลจะต้องสอบถามถึงการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นทั้งในด้านความถี่ ความรุนแรง และผลกระทบจากอาการ รวมทั้งวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการบรรเทาอาการเหล่านั้น ความเชื่อหรือการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดอาการ โดยการสัมภาษณ์ควรเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ถ่ายทอดอารมณ์ มุมมอง ความคาดหวังได้อย่างอิสระ

2. การสังเกต การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ พยาบาลควรสังเกตอาการ การแสดงออก หรือภาษาที่ผู้ป่วยสื่อสารออกมา ทั้งท่าทาง แววตา น้ำเสียง อารมณ์ ความสอดคล้องของอารมณ์กับเนื้อหาคำพูด และการตรวจร่างกายในระบบที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นข้อมูลเพิ่มเติมสำหรับการวางแผนการดูแลที่เหมาะสม การตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจพิเศษเพื่อค้นหาสาเหตุของอาการตามความจำเป็น โดยหลีกเลี่ยงการเพิ่มความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย

3. การใช้แบบประเมินอาการทางคลินิก การนำแบบประเมินอาการมาใช้ในคลินิก จะช่วยให้พยาบาลทราบถึงประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นในขณะนั้น และสามารถวางแผนให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม แบบประเมินที่นำมาใช้ควรมีจำนวนอาการไม่มากไม่น้อยเกินไป ใช้ภาษาเข้าใจง่าย ชัดเจน มีมิติของการประเมินที่มีความครอบคลุมประสบการณ์อาการที่เหมาะสม ใช้มาตรวัดที่เหมาะสม และชัดเจนในการให้คะแนนและการแปลค่าในปัจจุบัน ได้มีการพัฒนาแบบประเมินอาการมาใช้ในการประเมินอาการของผู้ป่วย เช่น The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

กล่าวโดยสรุป การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การวินิจฉัย การพยากรณ์โรค และการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งวิธีการประเมินอาการสามารถทำได้หลายวิธี ทั้งการสัมภาษณ์ซึ่งทีมผู้ดูแลต้องใช้เทคนิคของการสื่อสารเป็นพื้นฐานเพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างทีมผู้ดูแลและผู้ป่วย การสังเกต การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการใช้แบบประเมินอาการทางคลินิก เพื่อให้เกิดความครอบคลุมและแม่นยำในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

**การประเมินปัญหาความต้องการ และการพยาบาลด้านร่างกายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย**  
ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีการอาการและความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้น ตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันกิตติกร นิลมานัต (2555) ได้กล่าวถึงอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ ดังนี้

1. ความปวด (Pain) ความปวดเป็นประสบการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างองค์รวมที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจในลักษณะของความวิตกกังวล ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการไม่ยอมรับความตาย ความปวดในระยะสุดท้ายเกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งจากตัวโรค การรักษาหรือสาเหตุอื่นๆ ซึ่งข้อมูลที่มีความสำคัญและมีความจำเป็นในการประเมินความปวด ได้แก่ ความรุนแรง แบบแผนของความปวด ปัจจัยที่ส่งเสริมหรือบรรเทาความปวด รวมทั้งสังเกตการแสดงออกหรือการตอบสนองต่อความปวด เช่น การร้อง โอดครวญ กระสับกระส่าย ซึมเศร้า/การหายใจเร็วขึ้น

การพยาบาลผู้ป่วยในการจัดการกับความเจ็บปวด แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1.1 การจัดการกับความปวดโดยใช้ยา แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ยาระงับปวดที่ไม่ใช่กลุ่มมอร์ฟีน (non opioids) ใช้ในการระงับความปวดในระดับน้อยจนถึงปานกลาง ยาระงับปวดกลุ่มมอร์ฟีนและอนุพันธ์ (opioids) ใช้ในการระงับปวดที่มีความรุนแรงระดับปานกลางและรุนแรง และ ยาเสริมในการระงับความปวดซึ่งขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การใช้และกลไกความปวด เช่น ยาบรรเทาความปวดทางระบบประสาท ยาบรรเทาความปวดจากกระดูก

1.2 การจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การบรรเทาความปวดโดยใช้หลักกลศาสตร์ เช่น การนวด การกดจุด การฝังเข็ม การใช้ความร้อน การใช้ความเย็น การสัมผัส การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า และการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เช่น การจัดกลุ่มให้ความรู้และการสนับสนุน การฝึกการผ่อนคลาย การสร้างจินตภาพ การเบี่ยงเบนความสนใจ

2. อาการหายใจลำบาก (dyspnea) อาการหายใจลำบากหรืออาการหายใจไม่อิ่ม เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะรู้สึกเหมือนหายใจได้น้อยลง หิวอากาศ หายใจไม่ออกเหมือนสำลัก ผู้ป่วยบางรายตอบสนองต่ออาการหายใจลำบากลักษณะหายใจเร็ว ใช้กล้ามเนื้อหน้าอกช่วยในการหายใจ หัวใจเต้นเร็ว วิตกกังวล พักไม่ได้ กระสับกระส่าย หงุดหงิด ซึ่งสาเหตุของอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาจเกิดจากสาเหตุทางร่างกาย เช่น โรคประจำตัวของผู้ป่วย การมีพยาธิสภาพที่ปอด สาเหตุทางด้านจิตใจ เช่น ในผู้ป่วยวิตกกังวลและมีความกลัวจะทำให้มีอาการหายใจลำบากเป็นมากขึ้น

การพยาบาลผู้ป่วยในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

2.1 การจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยใช้ยา ทั้งกลุ่มยาที่มีผลต่อระบบหายใจโดยตรง และกลุ่มยาที่ไม่ได้ออกฤทธิ์โดยตรง แต่เป็นการรักษาเสริมเพื่อลดอาการที่สัมพันธ์กับอาการหายใจลำบาก

2.2 การจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยไม่ใช้ยา เช่น

-การจัดทำ ท่านั่งห้อยขาที่ขอบเตียงและให้แขนทั้งสองข้างวางบนหมอน หรือการนั่งบนเก้าอี้เอนไปข้างหน้า กางขาออกและให้ศอกวางบนเข่า ซึ่งจะช่วยให้ปอดขยายตัวดีขึ้นและเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ

-ฝึกการหายใจโดยการเป่าปาก จะช่วยเพิ่มการขยายตัวของปอด ลดการหดตัวของทางเดินหายใจ และเพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอด

-ฝึกการหายใจโดยใช้ไออะพแฟรมจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลาย เพิ่มความรู้สึกควบคุมเพิ่มการระบายอากาศบริเวณส่วนฐานของปอด และเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่วยให้ออกซิเจนที่ใช้ในการหายใจทำงานได้ดีขึ้น

-การออกกำลังกายเท่าที่ผู้ป่วยจะสามารถทนได้ เช่น การยกน้ำหนัก การขึ้นบันไดการยืดเหยียดส่วนต่างๆของร่างกาย

-การสงวนพลังงานและการจัดลำดับกิจกรรม เพื่อรักษาความสมดุลระหว่างการพักและการทำกิจกรรม ควรวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความเร่งรีบในการทำกิจกรรม

-การจัดสิ่งแวดล้อมโดยจัดให้พักในห้องที่มีอากาศเพียงพอ มีการระบายอากาศที่ดี มีอุณหภูมิที่เหมาะสมไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป

-ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมือหนักและการรับประทานอาหารที่มีปริมาณมากในแต่ละมื้อ ควรจัดอาหารย่อยง่ายมีแคลอรีและสารอาหารเพียงพอ ควรเลือกอาหารที่มีไขมันสูงเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือด และภาวะหายใจเร็วกว่าปกติ

-การใช้การบำบัดร่วมอื่น เช่น ดนตรีบำบัด การสร้างจินตภาพ การฝึกสมาธิ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลและอาการหายใจลำบากดีขึ้น

3. อาการสับสน (delirium) อาการสับสนเป็นตัวทำนายโอกาสการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้โดยผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีอาการสับสนนี้ สามารถแก้ไขได้ จะมีระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่อีกประมาณ  $39.7 \pm 69.8$  วันจึงเสียชีวิต ผู้ป่วยที่มีอาการสับสนจะมีอาการและอาการแสดง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความสนใจในสิ่งแวดล้อมลดลงและมีความจำบกพร่อง โดยเฉพาะความจำปัจจุบัน ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล มีการรับรู้บิดเบือน เห็นภาพหลอน หรือมีความคิดหลอน วงจรการนอนหลับผิดปกติ อาจพบความแปรปรวนของอารมณ์ อาการสับสนเกิดจากปัจจัยชักนำหลายประการ ทั้งจาก คุณลักษณะส่วนบุคคล วิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว ความเจ็บป่วยเรื้อรัง การพยาบาลผู้ป่วยในการจัดการกับอาการสับสน

3.1 การติดตามประเมินอาการและปัจจัยเสี่ยงที่อาจเป็นสาเหตุของอาการสับสน จะช่วยให้สามารถป้องกันอาการสับสนได้ แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการสับสน มีดังนี้

- การลดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม หลีกเลี่ยงการรบกวนผู้ป่วยเช่น เสียงโทรทัศน์ เสียงเดิน

- การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ ตารางในการดูแลหรือการทำกิจกรรมกับผู้ป่วย

- จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อม บุคคล ที่คุ้นเคย

- ทบทวนวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับผู้ป่วย
- จัดกิจกรรมที่กระตุ้นการรู้คิด เช่น การพูดคุย การอภิปรายเกี่ยวกับเหตุการณ์

ประจำวัน / อคติ การเล่นเกมส์

3.2 การใช้ยา แบ่งตามเป้าหมายของการจัดการอาการได้แก่ เพื่อลดความรุนแรงควบคุมอาการทางจิตและความบกพร่องทางการรู้คิด การใช้ยาเพื่อการแก้ไขสาเหตุของอาการสับสน เช่น การให้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อและการทบทวนกรใช้ยา เพื่อปรับการใช้ยาและจำกัดจำนวนยาให้เหลือน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

4. อาการคลื่นไส้ และ/หรือ อาเจียน(nausea and/or vomiting) เป็นอาการที่พบบ่อยกว่าครึ่งหนึ่ง ในผู้ป่วย อาการคลื่นไส้ ขย้อน อาเจียน เป็นอาการที่แยกออกจากกันชัดเจน ผู้ป่วยอาจมีอาการใดอาการหนึ่งหรือหลายอาการ อาการคลื่นไส้เป็นการรับรู้ถึงความไม่สุขสบายในระบบทางเดินอาหารบริเวณคอและกระเพาะอาหาร อาการขย้อน เป็นการเคลื่อนไหวของการหายใจแบบหดเกร็งอย่างเป็นจังหวะของกล้ามเนื้อซี่โครง กล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อกระบังลมพร้อมกัน ทำให้ความดันในช่องอกลดลง แต่ความดันในช่องท้องสูงขึ้น จึงมีลมออกทางปาก อาการอาเจียน เป็นกระบวนการป้องกันตนเองของร่างกายในการขับเอาน้ำย่อยออกมาจากกระเพาะอาหารที่เกิดขึ้นทันทีทันใดและถ้าได้เล็กน้อย การพยาบาลผู้ป่วยในการจัดการกับอาการคลื่นไส้ และ/หรือ อาเจียน

4.1 การจัดการกับอาการคลื่นไส้ และ/หรือ อาเจียน โดยการใช้ยา เช่น

- การจัดสิ่งแวดล้อม โดยให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องที่ปราศจากกลิ่นหรือสิ่งกระตุ้น
- การจัดอาหารและการรับประทานอาหาร โดยจัดอาหารตามความต้องการของผู้ป่วยโดยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีกลิ่นฉุน ผลัดกันจากนม กาแฟ เนื้อสัตว์ที่มีสีแดง อาหารทอดหรือมัน อาหารที่มีรสจัด

- การทำความสะอาดปากและฟันอย่างสม่ำเสมอหลังการอาเจียนทุกครั้ง

- การจัดท่า ควรจัดทำให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรงหรือศีรษะสูงเล็กน้อย และไม่ควรให้ผู้ป่วยนอนราบภายหลังการรับประทานอาหาร

- การใช้การบำบัดร่วม เช่น การกดจุด ดนตรีบำบัด การสร้างจินตภาพ เป็นต้นเพื่อช่วยในการผ่อนคลาย เบี่ยงเบนความสนใจจากสิ่งกระตุ้น รวมทั้งเพิ่มความรู้สึกในการควบคุมตนเอง และลดความรู้สึกหมกหมองทางช่วยเหลือในผู้ป่วยได้

4.2 การจัดการกับอาการคลื่นไส้ และ/หรือ อาเจียน โดยการใช้ยาประกอบด้วยยาที่รักษาบรรเทาอาการ และยาที่แก้ไขสาเหตุของอาการเช่น ยาในกลุ่มยับยั้งโดปามีน กลุ่มยับยั้งโคลิเนอร์จิก กลุ่มยับยั้งซีโรโทนิน กลุ่มโพรไคนีติก เป็นต้น

5. อาการเบื่ออาหาร (anorexia) และน้ำหนักลด (weight loss) อาการเบื่ออาหารเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความรู้สึกสูญเสียความอยากอาหาร การรับประทานอาหารลดลงโดยไม่ตั้งใจเมื่อเปรียบเทียบกับ

กับภาวะปกติของบุคคลนั้น อาการเบื่ออาหารและน้ำหนักลดเรื้อรังทำให้การทำหน้าที่ของภูมิคุ้มกันลดลง ขาดพลังงานสำรอง ไม่มีแรง ช่วยเหลือตนเองได้ลดลงขาดแคลอรีและสารอาหาร เกิดภาวะทุพโภชนาการ สำหรับน้ำหนักลดเป็นการลดลงของน้ำหนักตัวอย่างน้อยร้อยละ 10 เมื่อเปรียบเทียบกับความเจ็บป่วย การพยาบาลผู้ป่วยในการจัดการกับอาการเบื่ออาหาร และน้ำหนักลด

5.1 การจัดการกับอาการเบื่ออาหาร และน้ำหนักลด โดยการไม่ใช่ยา มุ่งเน้นการเพิ่มการรับประทานอาหาร เพื่อช่วยเพิ่มแคลอรีและโปรตีนในการรับประทานอาหาร ซึ่งวิธีการจัดการกับอาการเบื่ออาหาร มีดังนี้

5.2 การจัดการอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นฉุน อาหารมัน หรืออาหารที่มีรสจัด เน้นการปรุงรสที่ผู้ป่วยชอบ ควรจัดอาหารอ่อนย่อยง่ายและมีคุณค่าทางโภชนาการสูง ควรจัดวางอาหารให้ดูน่ารับประทาน ไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป และจัดครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง และจัดให้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารระหว่างมื้อ ตามสภาพผู้ป่วย

5.3 การจัดสิ่งแวดล้อม ควรทำความสะอาดปากก่อนรับประทานอาหารและควรดื่มน้ำก่อนอาหาร สร้างบรรยากาศในการรับประทานอาหาร เช่น จัดให้รับประทานอาหารในห้องที่มีอากาศถ่ายเทดี มีแสงสว่างเพียงพอ

5.4 เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการเบื่ออาหารของผู้ป่วย และควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุยร่วมกันถึงความต้องการเรื่องการรับประทานอาหาร คุณค่าของอาหารที่รับประทาน และร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปรุงอาหารในครอบครัว

5.5 ลดการใช้พลังงานหรือลดปัจจัยที่มีผลทางลบกับการรักษาสมดุลของการใช้พลังงาน และเพิ่มการรับประทานอาหารมากขึ้น

5.6 การจัดการกับอาการเบื่ออาหาร และน้ำหนักลด โดยการใช้ยา ประกอบด้วยยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการเบื่ออาหาร ยาที่ใช้สำหรับแก้ไขสาเหตุของอาการเบื่ออาหาร และการให้สารอาหารหรือสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือด

6. ท้องผูก (constipation) อาการท้องผูก เป็นการขับถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีความยากลำบากในการขับถ่ายและความถี่ในการขับถ่ายลดลง ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยอย่างองครวม เกิดความทุกข์ทรมานด้านร่างกายจากความเจ็บปวดที่รุนแรง ความยากลำบากในการขับถ่ายอุจจาระ ความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกหงุดหงิด หมดหนทางช่วยเหลือ และกลัวตาย หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพอาจเป็นสาเหตุของอาการอื่นๆตามมา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน สับสน กระวนกระวาย ท้องเสียเป็นครั้งคราว และหากมีอาการท้องผูกเป็นอยู่นานอาจทำให้เกิดการอุดตันของทางเดินอาหารจากอุจจาระที่แข็ง

การพยาบาลผู้ป่วยในการจัดการกับอาการท้องผูก

6.1 การป้องกันอาการท้องผูก เน้นการปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิต ประกอบด้วย

362.175

๙ ๙325

๓.4

357738

-การกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการบริหารหมุนข้อต่างๆและการเคลื่อนไหวของข้อ และการออกกำลังกายแบบ ไอโซเมตริก รวมทั้งกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายของหน้าท้องและอุ้งเชิงกราน

-การดื่มน้ำ ควรจัดให้ดื่มน้ำอุ่น โดยควรแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอุ่นก่อนการขยับถ่าย ประมาณ 20 นาทีและควรให้ดื่มน้ำประมาณ 1.5 ลิตรต่อวัน

-การนวดท้อง การนวดท้องช่วยให้เกิดการผ่อนคลายและกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้

6.2 การจัดอาหาร ควรรับประทานอาหารที่มีกากใยเพื่อเพิ่มเนื้ออุจจาระและเพิ่มเวลาของการผ่านกากอาหารในลำไส้ใหญ่ อย่างไรก็ตามการเพิ่มกากใยในอาหารอาจจะเป็นอันตราย ทำให้การดูดกัันระบบทางเดินอาหารมากขึ้น ดังนั้นจึงต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ

6.3 การปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการขยับถ่าย เช่น ความเป็นส่วนตัวขณะขยับถ่าย การจัดทำที่เหมาะสมในการขยับถ่ายเพื่อเพิ่มแรงดันช่องท้องในขณะที่ขยับถ่ายอุจจาระ

6.4 การจัดการกับอาการท้องผูก โดยการให้ยาาระบายซึ่งการเลือกใช้ขึ้นอยู่กับลักษณะของอุจจาระและสาเหตุของอาการท้องผูก ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ยาาระบายเพื่อเพิ่มปริมาณเนื้ออุจจาระ ยาาระบายชนิดคุดน้ำ ยาาระบายชนิดทำให้อุจจาระอ่อนตัว และยาาระบายชนิดกระตุ้นหรือทำให้ระคายเคือง

6.5 การจัดการกับอาการท้องผูก โดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การสวนอุจจาระจะช่วยทำให้อุจจาระอ่อนตัวและลำไส้มีการเคลื่อนไหว จะใช้ได้ผลดีในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมกล้ามเนื้อหูรูดที่ทวารหนักได้ดี และการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะท้องผูก เช่น ขนบปัง จมูกข้าว และวุ้นหางจระเข้ เป็นต้น

7. แผลกดทับ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยวัยสูงอายุและผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังเมื่ออายุมากขึ้น ได้แก่ สูญเสียมวลกล้ามเนื้อ ระดับอัลบูมินในเลือดลดลง ผิวหนังจะเริ่มบางลง เนื้อเยื่อสูญเสียความยืดหยุ่น เนื่องจากการสร้างคอลลาเจนในผิวหนังแท้ลดลง ทั้งปริมาณและคุณภาพ ซึ่งคอลลาเจนเปรียบเสมือนตัวปกป้องการฉีกขาดของเนื้อเยื่อและหลอดเลือด ซึ่งเมื่อมีแผลแล้วจะทำให้แผลหายช้า และมีการลดแรงเกาะ (cohesion) ระหว่างผิวหนังชั้นหนังกำพร้าและหนังแท้ ทำให้ความสามารถในการกระจายแรงกดทับ รวมทั้งการไหลเวียนเลือดของเนื้อเยื่อบกพร่อง โดยหลอดเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงใต้ผิวหนังจะมีปริมาณไขมันลดลง ทำให้ผิวหนังบางลง เกิดรอยขีดตามร่างกายได้ง่าย การรับความรู้สึกที่ผิวหนังลดลงจากความเสื่อมของปลายประสาทที่เพิ่มขึ้นตามอายุจึงทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดแผลกดทับมากกว่าผู้ป่วยในวัยอื่น (ฉิมพิชญ์ชา มะมม, 2555)

การพยาบาลผู้ป่วยในการจัดการกับแผลกดทับการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผื่นผิวหนัง และการแตกของผิวหนังเป็นสิ่งสำคัญ บริเวณที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมากที่สุด คือ ส่วนที่สัมผัสกับที่นอนตลอดเวลา เช่น ส้นเท้า กระดูกสะโพก เข่า และข้อศอก

7.1 การประเมินลักษณะผิวหนัง ซึ่งลักษณะเฉพาะของผิวหนังที่ต้องคำนึงถึงการเกิดแผลกดทับได้แก่ การมีรอยแดงที่ไม่หาย แม้ว่าจะลดแรงกดไปแล้ว การเกิดตุ่มพอง ตุ่มน้ำใส ผื่นชนิด อุน ร้อนบวม ลักษณะเป็นไตแข็ง

7.2 การจัดทำผู้ป่วย (positioning) ควรพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมงและควรมีการบันทึกลักษณะผิวหนังอย่างต่อเนื่องในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ควรใช้อุปกรณ์รองตัวผู้ป่วย เช่น ผ้ารองตามยาวของลำตัวผู้ป่วย เพื่อลดการเกิดแผลจากการเสียดสี

7.3 การใช้อุปกรณ์ช่วยกระจายแรงกดผลิตภัณฑ์นั้นต้องสามารถรับน้ำหนักและกระจายแรงกดทับบนตัวผู้ป่วยได้ทุกอิริยาบถ ซึ่งอุปกรณ์ที่ช่วยกระจายแรงกดทับจำแนกได้ 2 แบบ ได้แก่ อุปกรณ์ช่วยกระจายแรงกดชนิดอยู่กับที่ (static pressure) เช่น ที่นอนที่ทำจากเส้นใย เจล ลม และน้ำ หรือหมอนการทำงานจะเป็นลักษณะกระจายแรงกดเฉพาะที่พื้นผิวสัมผัสร่างกายและอุปกรณ์ช่วยกระจายแรงกดทับชนิดเคลื่อนที่ได้หรือสลับไปมา (alternating pressure) เช่น ที่นอนลม

7.4 การทำความสะอาดร่างกายควรหลีกเลี่ยงการใช้น้ำอุ่นและสบู่ในการทำความสะอาดร่างกาย หากจำเป็นต้องใช้สบู่ควรใช้สบู่อ่อน เพื่อป้องกันการระคายเคืองของผิวหนังที่แห้งและบอบบาง การทำความสะอาดควรเช็ดอย่างเบามือและซับให้แห้งด้วยผ้าที่อ่อนนุ่ม จากนั้นทาแป้งให้ผิวลื่น ยกเว้นบริเวณที่มีแผล หลีกเลี่ยงการใช้แอลกอฮอล์นวดหลังในผู้ป่วยที่ผิวหนังแห้งซึ่งจะทำให้ผิวหนังแตกง่าย ในผู้ป่วยที่มีผิวแห้งควรทาโลชั่น 3-4 ครั้ง/วัน ถ้าเป็นครีมทา 2-3 ครั้ง/วัน และถ้าเป็นขี้ผึ้ง (ointment) ทา 1-2 ครั้ง/วัน

#### การประเมินปัญหา ความต้องการ และการพยาบาลด้านจิตสังคมของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การประเมินด้านจิตสังคมในผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลซึ่งได้มาจากวิธีการพูดคุย การสังเกตเป็นหลัก โดยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้จากผู้ป่วย ผู้ใกล้ชิด และครอบครัว ในประเด็นต่างๆเช่น ข้อมูลส่วนบุคคล แบบแผนการดำเนินชีวิต การจัดการกับความเครียด ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ตลอดจนแหล่งสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้การใช้แบบประเมินทางด้านสุขภาพเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะช่วยคัดกรองสถานะทางด้านจิตใจของผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เช่น แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การทราบถึงปฏิกิริยาทางจิตใจในผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะสามารถทำให้นุเคราะห์ทางสุขภาพมีความเข้าใจและมีแนวทางในการดูแลชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลต่อการตายและความตาย ของ คลูนเบอร์ รอสส์ (Kubler-Ross) แบ่งออกเป็น 5 ระยะ ได้แก่

**ระยะที่ 1 ปฏิเสธ (Denial)** เป็นระยะที่ผู้ป่วยรู้สึกช็อก เมื่อบุคคลรู้ตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่ได้ บุคคลมักจะไม่นยอมรับและมีปฏิกิริยาปฏิเสธความจริง เช่น พูดว่า “มันไม่ใช่ความจริง” “เป็นไปได้ โรคนี้นั้นจะเกิดขึ้นกับผมได้ยังไง” ผู้ป่วยจะแสวงหาการรักษาจากที่ต่าง ๆ เพื่อพิสูจน์ความจริง ในระยะนี้ผู้ป่วยจะพูดถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองเพียงสั้นๆ และเปลี่ยนไปคุยในเรื่องอื่นๆ

การดูแลในระยะนี้คือการให้เวลา ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยด้วยความจริงใจหากผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะพูดถึงความเจ็บป่วยของตน บุคลากรทางสุขภาพไม่ควรเร่งรัดหรือให้ข้อมูลที่มากเกินไป ควรคำนึงถึงความพร้อมของผู้ป่วยในการสนทนา

**ระยะที่ 2 โกรธ (Anger)** เมื่อระยะปฏิเสธสิ้นสุดลง ผู้ป่วยจะมีอารมณ์รุนแรง หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย ผู้ป่วยจะรู้สึกโกรธในทุกสิ่งและทุกเรื่องแม้เป็นเรื่องเล็กน้อย มักตั้งคำถามในลักษณะ“ทำไมต้องเป็นฉัน”

การดูแลในระยะนี้คือ บุคลากรทางสุขภาพต้องมีความอดทน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกยอมรับพฤติกรรมและให้ความเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

**ระยะที่ 3 การต่อรอง (Bargaining)** มักเกิดในช่วงสั้นๆ ผู้ป่วยจะต่อรองหรือตกลงสัญญาบางอย่างกับพระเจ้าเบื้องบนหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยนับถือ เพื่อขอให้ความตายเลื่อนออกไปมีการให้สัญญาที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองโดยการปฏิบัติตนให้ดีขึ้นเพื่อขอให้ตนเองมีชีวิตอยู่ต่อไป การดูแลในระยะนี้คือบุคลากรทางสุขภาพต้องไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ค้นหาความจริงในสิ่งที่ผู้ป่วยรู้สึกผิด และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อแก้ไขความรู้สึกผิดนั้น

**ระยะที่ 4 ซึมเศร้า (Depression)** เป็นระยะที่บุคคลจะเริ่มเข้าใจอย่างชัดเจนว่าไม่สามารถปฏิเสธความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดำเนินของโรค ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียทุกอย่าง เศร้า หดหวัง ผู้ป่วยจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการนอน เพื่อลืมความทุกข์ใจ

การดูแลในระยะนี้คือ บุคลากรทางสุขภาพควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความโศกเศร้า ใช้การสัมผัสเพื่อสื่อความรู้สึกห่วงใย ความจริงใจของพยาบาล พร้อมรับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ ควรหลีกเลี่ยงการเล่าเรื่องตลกขบขันเพื่อทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย

**ระยะที่ 5 การยอมรับความตาย (Acceptance)** เมื่อผู้ป่วยจัดการกับความรู้สึกโศกเศร้าได้ ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะยอมรับ และเตรียมตัวสำหรับความตาย ในระยะนี้ผู้ป่วยจะเล่าถึงประสบการณ์และความรู้สึกในช่วงเวลาที่ผ่านมามีความสนใจกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวลดลง

การดูแลในระยะนี้ คือ บุคลากรทางสุขภาพควรให้การดูแลเพื่อเพิ่มความรู้สึกสุขสบายให้กับผู้ป่วย บรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ และเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย



จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ไม่เพียงแต่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานเท่านั้น แต่ส่งผลต่อทางด้านจิตใจ หากผู้ป่วยไม่สามารถใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพอาจส่งผลให้เกิดการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดภาวะการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจตามมา เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และภาวะหมกหมนทางช่วยเหลือ ดังนั้นการดูแลทางด้านจิตสังคมจึงมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความต้องการด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการด้านจิตสังคม ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะความเจ็บป่วย ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม คุณภาพชีวิต และความสามารถในการปรับตัว กิตติกร นิลมานัต (2555) ได้กล่าวถึงความต้องการทางจิตสังคมในผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ดังนี้

1. ความต้องการการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพเพื่อช่วยเหลือในการปรับตัวกับความเจ็บป่วย ความต้องการด้านนี้ประกอบด้วย ต้องการมีความเชื่อมั่นในบุคลากรสุขภาพที่ให้การดูแลรักษา และวางใจว่าบุคลากรสุขภาพเฝ้าดูผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยต้องการให้บุคลากรสุขภาพเริ่มการสนทนาหรือสอบถามความกังวลจากผู้ป่วย มีเวลาในการอภิปรายเกี่ยวกับประเด็นที่สงสัย รับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยเล่า และได้รับการบอกข้อมูลอย่างซื่อตรงและด้วยความละเอียดอ่อน รวมทั้งปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเคารพ นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องการที่จะสามารถเข้าถึงแพทย์และบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ ได้อย่างรวดเร็ว และต้องการให้บุคลากรสุขภาพช่วยจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น

2. ความต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการความช่วยเหลือในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างความเจ็บป่วย ซึ่งการระบายความรู้สึกและการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ความต้องการในด้านนี้ ประกอบด้วย ต้องการความหวังสำหรับอนาคต ต้องการการช่วยเหลือในการรับมือกับอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้แก่ ความกลัว หรือความไม่แน่นอนในอนาคตที่ไม่สามารถทำนายได้ ความรู้สึกเศร้า ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความโกรธ การสูญเสียความรู้สึกสามารถควบคุมในเหตุการณ์ หรือความรู้สึกผิด นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการรับมือกับความรู้สึกของผู้อื่นที่มีต่อตนเองและมีโอกาสพบปะพูดคุยกับผู้ป่วยอื่นในสถานการณ์เดียวกัน รวมทั้งต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับความต้องการทางเพศ

3. ความต้องการการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม ครอบครัว เพื่อนและเพื่อนบ้าน รวมทั้งบุคลากรสุขภาพเป็นเครือข่ายและแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการปรับตัว พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการสนับสนุนและได้รับกำลังใจจากครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน เพื่อให้มีความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยผู้ป่วยต้องการอยู่กับคนในครอบครัว เพื่อน และคนรู้จัก และต้องการคนพูดคุยและรับฟังความทุกข์ใจ รวมทั้งต้องการความช่วยเหลือในเรื่องการ

เดินทางออกสังคม งานบ้านและการเลี้ยงดูเด็ก และต้องการความช่วยเหลือด้านการเงินและการกรอกเอกสาร

4. ความต้องการข้อมูล ในภาวะความเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยจะพยายามปะติดปะต่อข้อมูลที่ได้มาจากหลายแหล่งเข้าด้วยกัน การรู้ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยก้าวผ่านสถานการณ์ที่วิกฤตไปได้ ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอมีแนวโน้มที่จะปฏิเสธการรักษา โดยผู้ป่วยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา สิ่งที่จะควรระวัง ข้อมูลเกี่ยวกับยาและผลข้างเคียง คำแนะนำเกี่ยวกับอาหาร การรับประทานอาหารและการดูแลตนเอง คำแนะนำเกี่ยวกับบริการและความช่วยเหลือที่มีจากหน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้งต้องการทราบถึงแหล่งข้อมูลอื่น ๆ รวมทั้งต้องการทราบถึงแหล่งข้อมูลอื่น ๆ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจในสถานการณ์ได้ชัดเจนขึ้น

5. ความต้องการด้านอัตลักษณ์ เป็นความต้องการเพื่อคงไว้ซึ่งความเป็นบุคคลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการความช่วยเหลือในการคงไว้ซึ่งความเป็นอิสระในช่วงที่เจ็บป่วยและคงไว้ซึ่งความรู้สึกสามารถควบคุมเหตุการณ์ในชีวิต รวมทั้งต้องการการสนับสนุนในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงร่างกาย ภาพลักษณ์และสิ่งที่เป็นอุปสรรคขวางกั้นผู้ป่วย

#### การดูแลด้านจิตสังคมในระยะสุดท้ายของชีวิต

การดูแลด้านจิตสังคมมีความแตกต่างจากการดูแลและจัดการกับอาการทางกาย เนื่องจากการดูแลด้านจิตสังคมอาจไม่มีสูตรการบำบัดรักษาที่แน่นอนตายตัวผู้ป่วยแต่ละคนมีภูมิหลัง ความทุกข์ใจ กังวลใจและความต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน พยาบาลจะต้องใช้ตัวเองเพื่อการบำบัด (therapeutic use of self) หรือเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการรับฟัง ค้นหาสาเหตุและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและความตึงเครียดทางจิตสังคม ส่งเสริมการปรับตัวให้ผู้ป่วยยอมรับกับความเจ็บป่วยและการตาย และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิตสิ่งสำคัญพื้นฐานสำหรับการดูแลด้านจิตสังคมคือสัมพันธภาพที่ดีและความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล พยาบาลควรมีทักษะการสนทนาแบบเอื้ออาทร (caring conversation) โดยแสดงความเห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่ต่อความปรารถนาของผู้ป่วย ให้กำลังใจ และให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย กิตติกร นิลมานัต (2555) ได้กล่าวถึงแนวทางการดูแลด้านจิตสังคมประกอบด้วย

1. การส่งเสริมความผาสุกด้านจิตสังคมแก่ผู้ป่วย พยาบาลสามารถส่งเสริมความผาสุกด้านจิตสังคมโดยส่งเสริมการสนทนาอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการวางแผนเกี่ยวกับอนาคตและการเตรียมตัวสำหรับความตายสอบถามถึงความต้องการทางจิตสังคมและค้นหาภารกิจที่ยังไม่บรรลุ (unfinished business) สนับสนุนการใช้วิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม เช่น การให้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจ ให้กำลังใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เอื้อให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเหมาะสม เปิดโอกาสให้ครอบครัวและ

บุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพทางสังคมและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแก่ผู้ป่วยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ จน วาระสุดท้ายของชีวิต

2. บรรเทาความทุกข์ทรมานด้านจิตสังคมที่เกิดขึ้น เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าและการมีเป้าหมายในชีวิตของผู้ป่วย สนับสนุนการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยโดยการยอมรับและการเคารพของผู้ป่วย ฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ รับฟังความทุกข์ใจของผู้ป่วย โดยแสดงออกถึงความเอาใจใส่ และใช้การสัมผัสเพื่อปลอบประโลมใจ รวมถึงการให้ความรู้และการฝึกทักษะจัดการปัญหา การจัดสิ่งแวดล้อมให้สุขสบาย ซึ่งเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความรู้สึกไม่แน่นอนที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวล และการใช้การปฏิบัติทางศาสนาช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น

3. ป้องกันและช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะหมดหนทางช่วยเหลือ โดยเน้นการให้ข้อมูลเพื่อปรับเปลี่ยนมุมมอง การตัดสินใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับผู้ป่วยอื่นที่มีภาวะเจ็บป่วยเช่นเดียวกับผู้ป่วยและสามารถปรับตัวกับเหตุการณ์ได้สำเร็จเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเกิดขึ้นกับผู้อื่นด้วยเช่นกัน ส่งเสริมความสามารถในการควบคุมตนเอง โดยเปลี่ยนความคาดหวังที่คิดว่าทำไม่ได้ ควบคุมไม่ได้ เป็นความรู้สึกว่าทำได้และสามารถควบคุมได้ผ่านการพยายามตั้งใจทำที่บ่อยขึ้น รวมทั้งช่วยผู้ป่วยให้ได้มีโอกาสทำในเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้สำเร็จ เพื่อเป็นแรงเสริมทางบวกแก่ผู้ป่วย ปรับเปลี่ยนมุมมองต่อเหตุการณ์โดยเปลี่ยนการรับรู้ในลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีสาเหตุจากตนเอง เปลี่ยนแปลงไม่ได้และส่งผลกระทบต่อชีวิตทั้งหมด เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอก สามารถเปลี่ยนแปลงได้

4. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงซึ่งยาที่ใช้ในการบรรเทาภาวะตั้งเครียดทางจิตใจ เช่น ยาคลายความวิตกกังวลยาต้านภาวะซึมเศร้า

#### การประเมินปัญหาและความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นภาวะที่บุคคลมีการหยั่งรู้ เข้าใจความจริงของชีวิต เข้าใจในตนเอง มีเป้าหมายของชีวิต มีพลังใจภายในที่มีอำนาจ สร้างสรรค์และเข้มแข็ง มีความศรัทธา ความหวังในชีวิตและเป็นภาวะที่บุคคลมีความเข้าใจใจธรรมชาติ และมีดุลยภาพในความสัมพันธ์ภายในตัวเอง ผู้อื่น สิ่งแวดล้อมหรือพลังเหนือธรรมชาติ นอกจากนี้ความผาสุกทางจิตวิญญาณหรือสุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นสภาวะที่จิตสงบ หลุดพ้น เป็นสภาวะแห่งปัญญา ที่บ่งบอกถึงจิตที่ยกระดับและมีคุณธรรมจริยธรรม และสภาวะของความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ จิตวิญญาณมีบทบาทสำคัญในการปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณจะแสดงออกถึงความสงบและกลมกลืน มีความหวังและเป้าหมายในชีวิต มีความทะเยอทะยาน รู้สึกมีศักดิ์ศรีและมีเอกลักษณ์หรือคุณค่า

ลักษณะเฉพาะ รู้สึกมีคุณค่า สามารถเผชิญกับปัญหาและแบ่งปันความรู้ให้กับผู้อื่น สามารถค้นพบ ความหมายและเป้าหมายใหม่ในชีวิต และสามารถสื่อสารด้วยความจริงและความซื่อสัตย์ รวมทั้ง สามารถปฏิบัติศาสนกิจและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพทางสังคม (กิตติกร นิลมานัต, 2555)

### ความต้องการทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ความต้องการทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยทั่วไปความต้องการทางจิตวิญญาณ มักจะแสดงออกมาเมื่อบุคคลมีความทุกข์ โดยผู้ป่วยจะแสดงออกถึงความต้องการทางจิตวิญญาณใน ลักษณะของความยุ่งยากใจ กลัว ปวดร้าว งุนงง หรือสิ้นหวัง รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า ไร้ประโยชน์ รู้สึกถูกแยกและขาดการสนับสนุนจากสังคม ขาดความเชื่อมั่น มีปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพ สูญเสีย ความรู้สึกควบคุมในเหตุการณ์ กิตติกร นิลมานัต (2555) ได้กล่าวถึงความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไว้ดังนี้

1. ความต้องการความรักและการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการยอมรับและต้องการความรักอย่างไม่มีเงื่อนไขทั้งจากตัวเอง ผู้อื่น และพระเจ้า ซึ่งเป็นความรักในสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นโดยไม่สนใจในสิ่งไม่คิดต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเคยกระทำ ผู้ป่วยต้องการ ความเคารพนับถือ ความเอื้ออาทร และกำลังใจจากญาติและบุคคลรอบข้าง และต้องการได้รับยืนยัน ถึงความดีที่ผู้ป่วยได้เคยทำไว้ก่อนเสียชีวิต และได้รับการปฏิบัติอย่างผู้ที่มีคุณค่าจากครอบครัวหรือคนที่รัก นอกจากนี้ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการให้ความรักกับผู้อื่น โดยแสดงออกในลักษณะของการตอบแทนความกรุณาของผู้อื่น การปกป้องครอบครัวจากการเห็นความทุกข์ทรมานของตัวเอง การพยายาม ช่วยผู้อื่นและทำสิ่งที่ถูกต้องแก่ผู้อื่น การยอมรับการดูแลจากผู้อื่น การชื่นชมผู้อื่น การทำตัวให้ไม่เป็น ภาระกับผู้อื่นและการได้ทำหน้าที่ตามที่ผู้อื่นคาดหวัง นอกจากนี้ การให้อภัยและการได้รับการให้อภัย จากบุคคลรอบข้างและพระเจ้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ รวมถึง การได้อยู่กับครอบครัว ลูกหลานและเพื่อนฝูง รวมทั้งได้พูดคุย ช่วยเหลือและอยู่ร่วมกับผู้อื่นที่คิดว่า เป็นครอบครัว และต้องการจากไปอย่างสงบท่ามกลางบุคคลที่รัก

หากความต้องการทางจิตวิญญาณด้านนี้ได้รับการตอบสนอง ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณค่าได้รับการยอมรับ มีคุณค่า ปลอดภัย เป็นเจ้าของ มีความหวังและกล้าหาญ เพลิดเพลินใจ ปลื้มปิติและสุขสงบ ในทางตรงกันข้ามหากความต้องการด้านนี้ไม่ได้รับการตอบสนอง ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวเองน่าสมเพช ไม่ ปลอดภัย หวาดกลัว ซึมเศร้าและแยกตัว

2. ความต้องการความหวังความหวังมีความสำคัญสำหรับการมีชีวิตอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากความหวังเป็นแรงจูงใจในการสร้างทัศนคติทางบวกต่อการเลือกวิธีการจัดการความเครียดแบบ ใหม่ ๆ ที่จะช่วยผู้ป่วยในการปรับตัวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าจะ หมดอายุขัยได้ ผู้ป่วยหวังที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป แต่เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ความหวังของผู้ป่วย

อาจเปลี่ยนแปลงเป็นการหวังถึงการตายที่ดีและหวังว่าจะสามารถค้นพบความหมายและเป้าหมายใหม่  
ของชีวิตที่กำลังจะสิ้นสุดลง

3. ความต้องการมีส่วนร่วมและการควบคุมสถานการณ์โดยทั่วไปการมีชีวิตอยู่ในระยะสุดท้าย  
ผู้ป่วยมักสูญเสียการควบคุมเมื่อเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เช่นสูญเสียอิสรภาพ ความเป็นอิสระใน  
การตัดสินใจ หากสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรู้สึกที่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้ จะทำให้ความรู้สึก  
ตระหนัก คับข้องใจ และไม่มั่นคงปลอดภัยลดลงหรือหมดไป และคงไว้ถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

4. ความต้องการมองโลกในแง่ดีและคงไว้ซึ่งชีวิตในด้านบวกการมีสิ่งเล็กๆน้อยๆที่ช่วยเติมเต็ม  
ให้ชีวิตมีความหมาย เช่น การได้เห็นรอยยิ้มของผู้อื่น การได้หัวเราะ และคิดถึงเรื่องที่มีความสุข การได้  
ออกไปเดินนอกห้องพัก รวมทั้งต้องการได้รับคำอวยพร บอกล่าถึงสิ่งดีๆในชีวิตแก่ผู้อื่น จะช่วย  
เบี่ยงเบนความสนใจจากภาวะสุขภาพที่ค่อยๆทรุดโทรมลง คงไว้ซึ่งชีวิตด้านบวกและเป็นส่วนหนึ่งที่  
สะท้อนถึงความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่

5. ความต้องการปฏิบัติตามความเชื่อและความศรัทธาจะเป็นแหล่งประโยชน์ในการเยียวยาที่  
สำคัญ เมื่อบุคคลมีความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจะไว้วางใจในพระเจ้ามอบชีวิตให้อยู่ในพระ  
หัตถ์ของพระเจ้า โดยเชื่อว่าพระองค์จะดูแลผู้ป่วยให้ผ่านช่วงวิกฤตของชีวิตไปได้ การได้ใกล้ชิดพระเจ้า  
ในช่วงใกล้เสียชีวิต ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจและมั่นคงถึงสถานที่สงบที่ดวงวิญญาณจะไปอยู่ในโลกหน้า  
นอกจากนี้ความเชื่อและความศรัทธาในศาสนาช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายรับมือกับความเจ็บป่วยและ  
สร้างความหมายกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ รวมทั้งยังให้ความสุขสบายและความหวังเกี่ยวกับ  
ชีวิตหลังความตายแก่ผู้ป่วยความต้องการปฏิบัติตามความเชื่อและความศรัทธา เช่น สวดมนต์หรือสวด  
ภาวนา/ขอพร ต้องการอ่านหนังสือศาสนา ต้องการมีหนังสือหรือสื่ออุปกรณ์สร้างสรรค์ที่แข็งแรง  
บันเทิงใจ ต้องการได้ฟังรายการหรือเพลงเกี่ยวกับศาสนา ต้องการเข้าร่วมพิธีทางศาสนาที่วัด/มัสยิด  
หรือโบสถ์ รวมทั้งต้องการมีเวลาหรืออยู่ในสถานที่สงบเงียบเพื่อสะท้อนความคิดหรือทำสมาธิ  
สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่นับถือศาสนาพุทธ พบว่าผู้ป่วยต้องการทำบุญเพราะเชื่อว่าบุญกุศลจะส่งผล  
ให้ได้รับสิ่งที่ดี ต้องการทำจิตใจให้สงบ

6. ความต้องการค้นพบความหมายและเป้าหมายในชีวิตและสะสางภารกิจที่ค้างค้างผู้ป่วยระยะ  
สุดท้ายต้องการสะสางภารกิจโดยการทบทวนชีวิตและทำงานของชีวิตให้สำเร็จ ต้องการยอมรับกับ  
สถานการณ์และความตายที่กำลังจะเกิดขึ้น ต้องการแก้ไขความรู้สึกขมขื่นและปล่อยวาง ต้องการ  
ตระหนักถึงมิติทางด้านบวกที่มาพร้อมกับความเจ็บป่วย รวมทั้งต้องการอภิปรายเกี่ยวกับความตายกับผู้  
ใกล้ชิด

### การดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต

ผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ จะมีอาการทั้งทางกาย จิตใจ จิตสังคม และจิต  
วิญญาณ เกิดภาวะวิกฤตศรัทธา มีชีวิตอยู่อย่างไร้ความหมาย ปวดร้าวใจ รู้สึกชีวิตมีดมน ดำหนินตนเอง

รู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง โดดเดี่ยวหรือหมดหวัง ผู้ป่วยบางรายอาจแสดงออกถึงความปรารถนาที่จะตายหรือเร่งรัดความตาย หากได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยจะสามารถยอมรับและปรับตัวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ กิตติกร นิลมานันต์ (2555) ได้กล่าวถึงการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีภาวะทุกข์ทรมานหรือบิบบันทางจิตวิญญาณ เน้นการช่วยเหลือหลาย ๆ วิธีร่วมกันมากกว่าการใช้วิธีใดวิธีหนึ่งเพียงวิธีเดียว พยาบาลสามารถให้การดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพและพัฒนาความไว้วางใจ โดยแนะนำตัวเองกับผู้ป่วย แวะหยุดพักทักทายพูดคุยกับผู้ป่วยในเรื่องทั่วไปอย่างสม่ำเสมอ แสดงออกถึงความเข้าใจและเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย รวมทั้งแสดงออกถึงความเอาใจใส่ เอื้ออาทรและห่วงใยผู้ป่วย ในขณะเดียวกันพยาบาลจะต้องมีบุคลิกภาพน่าเชื่อถือ รักษาความลับและสัญญาที่ให้กับผู้ป่วย และปฏิบัติตามแผนการดูแลที่ตกลงร่วมกับผู้ป่วยเพื่อสร้างความไว้วางใจกับผู้ป่วยและครอบครัว

2. อยู่กับผู้ป่วยและแสดงให้ผู้ป่วยรับทราบว่าพยาบาลพร้อมที่จะอยู่กับผู้ป่วยในเวลาที่ผู้ป่วยทุกข์ใจ หรือเมื่อผู้ป่วยต้องการ ใช้เวลาอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและเอาใจใส่ จะช่วยลดความรู้สึกแปลกแยกและส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลและบุคลากรสุขภาพควรให้ความสนใจในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยมากกว่าตัวเลขหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3. รับฟังอย่างตั้งใจ พยาบาลควรรับฟังอย่างตั้งใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าเรื่องราวต่างๆ ในชีวิต ความกังวล ความกลัว และควรแสดงออกถึงความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งจะช่วยในการค้นหาความหมายของชีวิตและส่งเสริมความรู้สึกปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

4. ส่งเสริมความรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมในสถานการณ์ได้ให้แก่ผู้ป่วยโดยการให้ข้อมูลและทางเลือกที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับตนเองละเคารพในความเป็นบุคคลและการตัดสินใจของผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ตามภาวะสุขภาพ

5. ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความต้องการความรัก ความเอื้ออาทร และกำลังใจจากญาติผู้ดูแลในระดับสูง พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

6. ส่งเสริมความหวังให้กับผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้แสดงความสามารถ ความดีและพรสวรรค์อย่างเต็มที่ เพื่อให้มีความหวัง ความเข้มแข็งและมีความทรงจำที่ดีในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ตลอดจนให้ข้อมูลถึงสิ่งที่คาดหวังและกำหนดระยะเวลาของสิ่งที่คาดหวังส่งเสริมความเชื่อมั่นในตัวเอง ความเข้มแข็งทางสังคม และการสนับสนุนความเชื่อทางศาสนา อีกทั้งช่วยเหลือจัดการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกายโดยการติดตามประเมินอาการอย่างต่อเนื่องและบำบัดอาการ โดยการใช้

หลักฐานเชิงประจักษ์ และเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา

7. ช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบความหมายในชีวิตและทำความเข้าใจเกี่ยวกับคุณค่าในชีวิต โดยการทบทวนชีวิตและการระลึกถึงอดีต การให้และการรับความรักในสัมพันธ์ภาพและการเชื่อมต่อ และการใช้เรื่องข้างขึ้น

8. ดูแลความสุขสบายและควบคุมบรรเทาอาการ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และการดูแลแบบองค์รวมช่วยส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งการจัดการควบคุม/บรรเทาอาการช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการเป็นอิสระ และเป็นการตัดทอนกระบวนการเกิดภาวะเสียชีวิตหมดกำลังใจ รวมทั้งช่วยส่งเสริมความหวังให้กับผู้ป่วย

9. จัดสิ่งแวดล้อมที่มีบรรยากาศของความเมตตาและความรัก จะช่วยส่งเสริมความหวัง ความหมายในชีวิต ความเข้มแข็งทัศนคติทางบวก การเยียวยาและการเติบโตทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย พยาบาลควรจัดช่วงเวลาและสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ เพื่อส่งเสริมการสะท้อนคิดในตัวเองของผู้ป่วย และช่วยสร้างบรรยากาศการเยียวยาทางจิตวิญญาณผ่านการเขียนหรือวาดภาพ หรือจัดสิ่งแวดล้อมให้ใกล้เคียงกับบ้านหรือสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยคุ้นเคย เช่น จัดดอกไม้ นำรูปครอบครัวไว้ที่โต๊ะข้างเตียง ผู้ป่วย ชวนผู้ป่วยเดินหรือนั่งเล่นนอกห้องพักและพูดคุยกับผู้ป่วยในเรื่องทั่วไปแทนการสอบถามเรื่องอาการ เป็นต้น

10. ส่งเสริมกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา การเปิดโอกาสผู้ป่วยได้ปฏิบัติศาสนากิจตามความเชื่อ เช่น การทำสมาธิ การสวดภาวนา หรือการปฏิบัติอื่น ๆ ช่วยส่งเสริมความผาสุกแก่ผู้ป่วยที่มีความศรัทธาในศาสนา และเอื้อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการทางศาสนา รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ /หนังสือที่ส่งเสริมการสะท้อนคิดและการเติบโตทางจิตวิญญาณ

### การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อช่วยให้ตายอย่างสงบที่บ้าน

การที่ผู้ป่วยทราบว่าตนเองกำลังจะเสียชีวิตเป็นสถานการณ์ที่มนุษย์ปรับตัวได้ยากยิ่ง ซึ่งจะมากหรือน้อยมีความแตกต่างกันไปในแต่ละคนขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ขณะเดียวกันความรู้สึกเช่นนี้ก็เกิดขึ้นกับญาติและผู้ดูแล รวมทั้งแพทย์ พยาบาล ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองสามารถเกิดได้ในทุกสถานที่ไม่จำกัดอยู่เฉพาะแต่ในสถานพยาบาล โดยธรรมชาติแล้วผู้ป่วยระยะประคับประคองต้องการได้รับการดูแลที่บ้านเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน (วิสุธา ลูวิระ, เดือนเพ็ญ ศรีษา และศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2556) จากการสำรวจการเข้าถึงสถานพยาบาลและรายจ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างปี พ.ศ.2548-2549 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ที่เสียชีวิตครั้งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุและส่วนใหญ่ตายที่บ้าน รองลงมา คือ

โรงพยาบาลของรัฐ (ชุตินา อรรถสิทธิ์, 2550) ดังนั้น การดูแลเพื่อการเสียชีวิตที่บ้านจึงมีความสำคัญที่จะช่วยลดช่องว่างของการดูแล เพิ่มการเข้าถึงบริการเชิงรุกแบบองค์รวมร่วมกับผู้ดูแล ญาติ และครอบครัวผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและอบอุ่นสอดคล้องใกล้เคียงกับวิถีชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยและลดการใช้ทรัพยากรหรือเป็นทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (แผนกเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำพูน, 2553)

### ความหมายของการตายอย่างสงบ

บุคคลส่วนใหญ่ปรารถนาที่จะเสียชีวิตแบบ “ตายดี” ซึ่งหมายถึง ตายโดยไม่เจ็บปวด ไม่ทรมาน ไม่น่าเกลียด ไม่มีใครมาทำให้ตายหรือตายเพราะอุบัติเหตุ ความตายที่พึงปรารถนารวมถึง ความตายท่ามกลางคนรัก ญาติมิตรอยู่พร้อมหน้า ไม่จากไปอย่างโดดเดี่ยวอ้างว้างในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย และไม่สร้างความเดือดร้อนแก่คนที่ยังอยู่ กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ ตายในสภาวะทางกายและทางสังคมที่เกื้อกูล (พระไพศาล วิสาโล, 2552) จากการศึกษา ความหมายการตายดีจากมุมมองของผู้สูงอายุของ จินต์จุฑา รอดพาล (2549) พบว่า การตายดี เป็นการ “ตายอย่างสงบ” เป็นการจากไปอย่างสงบเหมือนคนนอนหลับ จิตไม่ฟุ้งซ่าน รักษาใจให้เป็นปกติสามารถน้อมนำจิตใจให้สงบโดยการระลึกถึงสิ่งที่เป็นบุญกุศลที่ได้สร้างมา “ตายอย่างเป็นธรรมชาติ” เป็นการตายตามอายุขัยหมดสภาพของสังขารร่างกายค่อยๆ หมดไปตามธรรมชาติ ไม่ป่วยนานเป็นภาระให้ลูกหลานต้องดูแล ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานด้วยการรังชีวิต ในยามที่จะจากไปมีลูกหลานห้อมล้อมเกิดการยอมรับจากการจากไป “ตายอย่างหมดห่วง” เป็นการตายที่หมดห่วงหลังจากได้มีการเตรียมพร้อมในด้านต่างๆ ไว้แล้ว ทั้งในด้านเตรียมใจตนเอง เตรียมครอบครัว เตรียมทรัพย์สินสมบัติ และการเตรียมทำบุญสะสมบุญสะสมความดีนอกจากนี้คำว่าตายดี ไม่ใช่เฉพาะตายแล้วไปสู่สุคติเท่านั้น แต่ขณะที่ตายก็เป็นจุดสำคัญที่ว่าต้องมีจิตใจที่ดี คือ มีสติ ไม่หลงตาย คือ มีจิตใจไม่ฟุ้งเฟ้อ ไม่เศร้าหมอง ไม่ขุ่นมัว จิตใจดีงาม ผ่องใส เมื่อกับแล้วก็จะขยายความไปถึงการที่จิตใจนึกถึงหรือเกาะเกี่ยวอยู่กับสิ่งที่ดี (พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต), 2552) ในทางตรงกันข้าม “การตายแบบไม่รู้ตัว” เช่น ตายในขณะหลับ หรือหมดสติและตายไปอย่างกะทันหัน แม้จะเป็นการตายที่ไม่เจ็บปวดหรือทรมานแต่จะเรียกว่าตายดีไม่ได้หากวาระสุดท้ายของผู้ตายอยู่ในอารมณ์ที่หม่นหมอง เนื่องจากกำลังฝันร้ายหรือครุ่นคิดในเรื่องที่เป็นอกุศล เช่น โทสะ พยาบาท หรือเศร้าโศก ในทำนองเดียวกันแม้จะอยู่ท่ามกลางญาติมิตร แต่หากตายไปในขณะที่ยังห่วงกังวลลูกหลาน วิตกกังวลภาระที่ยังไม่แล้วเสร็จ หรือมีเรื่องค้างคาใจกับใครบางคนอยู่ ก็ยังไม่เรียกว่าผู้นั้นตายดี เพราะเป็นการตายที่ยังมีความทุกข์อยู่ และหากเชื่อในเรื่องภพภูมิหลังตาย การตายในสภาวะจิตเช่นนั้นย่อมมีทุกข์เป็นเบื้องหน้า จะนานเพียงใดก็ขึ้นอยู่กับความดีหรือความชั่วที่ได้กระทำไว้ในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ (พระไพศาล วิสาโล, 2552)

จะเห็นได้ว่าความตายเป็นความจริงอย่างหนึ่งที่มีมนุษย์ทุกคนต้องเผชิญ ไม่มีใครสามารถหนีความตายได้พ้น แม้ในวาระสุดท้ายของชีวิต มนุษย์ทุกคนปรารถนาที่จะตายดี ตายอย่างสงบ เป็น



ธรรมชาติและหมดหวังกังวล ดังนั้น การเผชิญกับความตายด้วยวิธีการที่ถูกต้องจะช่วยเปลี่ยนจากความรู้สึกหดหู่และหวาดกลัวไปสู่ความรู้สึกที่คิงามและเป็นประโยชน์

### หลักการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน หมายถึง การจัดการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพัฒนาการขั้นสุดท้ายของชีวิตไม่สามารถรักษาหรือควบคุมการดำเนินของโรคได้อีก ให้ได้ใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายที่บ้าน ในสถานที่หรือชุมชนที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการ ตามความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรมของตนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่มีความรู้และทักษะติดตามสนับสนุนการดูแลและให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการจัดระบบส่งต่อเป็นเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ ใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนสนับสนุนและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นองค์รวมสอดคล้องกับความต้องการและมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ สัมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และไม่เกิดภาวะที่ไม่พึงประสงค์ ปีทมา วาจามัน (2552) ได้กล่าวถึงหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ดังนี้

1. มีระบบการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสุขภาพ สหสาขาวิชาชีพ
2. มีการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตายและมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง
3. มีระบบการส่งต่อปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ
4. การจัดระบบสนับสนุนที่เหมาะสมโดยใช้ประโยชน์สูงสุดจากแหล่งทรัพยากรในชุมชน
5. มีการติดตามเชื่อมโยงอย่างต่อเนื่องทุกระยะ
6. มีระบบการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาวิกฤตฉุกเฉินต่าง ๆ
7. มีระบบการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล
8. ให้การดูแลตอบสนองความต้องการแบบผสมผสานเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านมุ่งเน้นการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล โดยตอบสนองความต้องการอย่างเป็นองค์รวม ดังนั้นบุคคลากรทางสุขภาพจึงต้องมีความสามารถพื้นฐานที่สำคัญ 9 ประการ (9C) (ดาร์รงค์ แวอาลี, 2552) ดังนี้

1. Competence คือ ผู้ดูแลต้องมีความรู้ ความสามารถในการดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ มีประสบการณ์เพียงพอในการจัดการกับอาการปวด และอาการอื่นๆที่มักพบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. Concern หมายถึง มีความห่วงใย ผูกพัน เอาใจเขามาใส่ใจเรา เปรียบเสมือนมีความรู้สึกหรือมีอารมณ์ร่วมในความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยมี ซึ่งไม่ได้แสดงออกด้วยคำพูดเพียงอย่างเดียว แต่แววตา
3. Comfort หมายถึง ให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบาย ทั้งทางร่างกาย สังคม จิตใจ โดยเฉพาะเรื่องความปวด ผู้ดูแลต้องจัดการให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดน้อยที่สุด

4. Communication เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุย เน้นการสื่อสารสองทาง ผู้ดูแลควรเป็นผู้รับฟังที่ดี เพื่อจะได้ทราบว่าผู้ป่วยต้องการอะไร

5. Children and relative คือ จัดให้ลูกหลานมาเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อเป็นกำลังใจให้แก่ผู้ป่วย โดยจัดหาช่วงเวลาที่เหมาะสม

6. Cohesion เป็นการเชื่อมความสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ให้นุคคลเหล่านี้ได้มาช่วยประคับประคองจิตใจ ลดความวิตกกังวล และยังช่วยให้ญาติสามารถปรับตัวกับความรู้สึกที่จะต้องสูญเสียบุคคลที่รักไปได้

7. Cheerfulness หมายถึง การมีอารมณ์ขันที่เหมาะสมกับสถานการณ์ อาจช่วยให้ผู้ป่วยยิ้มแย้มแจ่มใส มีจิตใจที่สบายขึ้น สีน้าท่าทางของผู้ดูแลไม่ควรแสดงความวิตกกังวลเกินกว่าเหตุหรือแสดงความเบื่อหน่าย ท้อแท้ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยหดหู่มากขึ้น

8. Consistency ควรมีความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง คงเส้นคงวาเพราะผู้ป่วยเหล่านี้มีความกลัวที่จะถูกทอดทิ้ง การที่แพทย์หรือผู้ดูแลมาตรวจเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยทำให้ผู้ป่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลได้มาก

9. Calmness of mind แพทย์หรือพยาบาลผู้ดูแลควรมีจิตใจที่มั่นคง สงบ สามารถเผชิญกับผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างเหมาะสม ไม่รู้สึกหวาดหวั่นเกินเหตุ หรือแสดงอาการเฉยเมยต่อผู้ป่วยและญาติ

**ระยะของการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเพื่อช่วยให้ตายอย่างสงบ**

ระยะของการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเพื่อช่วยให้ตายอย่างสงบ สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ คือ 1) การดูแลระยะสุดท้ายแบบทั่วไป 2) การดูแลในช่วงใกล้ตายและขณะตาย และ 3) การดูแลหลังการตาย (สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, อุไร หัตถกิจ, และกิตติกร นิลมานัต, 2554)

### **1. การดูแลระยะสุดท้ายแบบทั่วไป**

การดูแลในระยะนี้ เป็นการดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายที่สมาชิกในครอบครัวกระทำโดยทั่วไป ตั้งแต่ที่ครอบครัวรับทราบว่าญาติผู้รับการดูแลอยู่เป็นผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้าย มีทั้งการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์และการดูแลแบบผสมผสานเพื่อมุ่งเน้นการดูแลตามอาการและปัญหาที่พบเพื่อตอบสนองความต้องการ ลดความทุกข์ทรมาน ความไม่สุขสบาย ส่งเสริมความเชื่อและความศรัทธาของผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายทุกๆ ด้าน เตรียมความพร้อมทั้งตัวผู้ดูแลและผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายให้นำไปสู่การตายดี ซึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อ ความศรัทธา ต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ตามที่ผู้ป่วยและครอบครัวนับถือ ในแง่มุมของพระพุทธศาสนาเป็นการตายที่มีความรู้ หมายถึงรู้เท่าทันชีวิต จนกระทั่งยอมรับความจริงของความตายและความเป็นอนิจจัง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักระลึกถึงและพิจารณาความตายให้เกิดผลดี เรียกว่า “มรณสติ” ซึ่งมีแนวทางและผลปฏิบัติโดยสรุป ดังนี้ (พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต), 2552)

**ขั้นที่หนึ่ง** เน้นความเชื่อมโยงระหว่างความจริงของธรรมชาติกับความต้องการของมนุษย์

1. ส่งเสริมมุมมองในความเป็นจริงว่า ชีวิตของมนุษย์นั้น นอกจากจะสั้น ไม่ยืนยาวแล้ว ยังไม่มีกำหนดแน่นอน จะตายวันตายพรุ่งไม่รู้ที่ จะช่วยทำให้เห็นคุณค่าของเวลาแล้วเกิดความไม่ประมาท กระตือรือร้นเร่งทำกิจหน้าที่บำเพ็ญคุณความดีตลอดชีวิตที่เหลืออยู่

2. ให้รู้เท่าทันความจริงว่าทรัพย์เงินทอง โภคสมบัติ ตลอดจนบุคคลที่รักใคร่ยึดถือ ครอบครองอยู่นั้น หากใช่เป็นของตนแท้จริงไม่ ไม่สามารถป้องกันความตายได้และตายแล้วก็ตามไปไม่ได้ มีไว้สำหรับใช้บริโภครหรือสัมพันธ์กันในโลกนี้เท่านั้น

3. ในด้านทรัพย์เงินทอง สมบัติพิสดาน จะได้ไม่โลภและสั่งสมจนเกินเหตุ หรือหวงแหนตระหนี่ไว้ให้เป็นเสมือนของสูญเปล่า แต่จะรู้จักจัดสรรใช้สอยให้เกิดคุณประโยชน์แก่ชีวิตของตน ญาติมิตร และเพื่อนมนุษย์

4. ในด้านบุคคลที่รัก และคนในดูแลรับผิดชอบ จะได้ไม่ยึดติดถือมั่นและหวงหวงจนเกินไป จนทำให้เกิดทุกข์จนเกิดเหตุและทำจิตใจไม่สงบ กระสับกระส่าย ทูรนทुरาย นอกจากนั้นยังตระหนักรู้ว่าตนจะไม่อยู่กับเขาตลอดไป

5. ในด้านเพื่อนบ้านและคนอื่นทั่วไป จะได้เห็นอกเห็นใจช่วยเหลือสงเคราะห์กัน ถึงแม้มีเรื่องทะเลาะกันหรือโกรธเคืองเคืองงุ่นก็อาจระงับได้

6. ให้ตระหนักรู้ในหลักความจริงว่า ทุกคนมีกรรมเป็นของตนเป็นสมบัติตัวตนที่แท้จริง ซึ่งจะตามตนไปและตนจะต้องไปตามกรรม การทำความตระหนักในหลักการนี้เมื่อถึงคราวที่เผชิญกับความตายจะอำนวยผลให้เกิด

(ก) เมื่อเผชิญหน้ากับความตายของตนเอง การระลึกถึงกรรมดีที่ทำไว้และไม่เห็นกรรมชั่วในตนเองจะเกิดปีติ โสมนัส เผชิญความตายด้วยความสุขสงบ และความมีสติ แม้เมื่อยังไม่ถึงเวลาตายก็จะดำเนินชีวิตด้วยความมั่นใจ ไม่หวาดหวั่นกลัวภัย และไม่กลัวต่อความตาย

(ข) เมื่อเกิดเหตุพลัดพรากมีผู้ตายจากไป ก็จะทำใจได้ทันเวลา ทุกคนมีกรรมเป็นของตนเขาไปตามทางของเขาตามที่กรรมจะนำไป การร้องไห้เศร้าโศกเสียใจของเราช่วยเขาไม่ได้

7. ให้ระลึกถึงหลักแห่งธรรมดาที่ว่า ทุกคนหวาดหวั่นต่อการทำร้าย ทุกคนกลัวต่อความตาย ชีวิตเป็นที่รักของทุกคน การระลึกได้เช่นนี้จะทำให้เห็นอกเห็นใจกัน ไม่เบียดเบียนกัน อยู่ร่วมกันและปฏิบัติต่อกันด้วยดี

**ขั้นที่สอง** เป็นการรู้เท่าทันตามคติธรรมดาว่า “ชีวิตนี้ตกอยู่ในอำนาจของกฎธรรมชาติมีความเป็นไปตามธรรมดาว่า ได้เริ่มต้นขึ้นด้วยการเกิดเมื่อมีการเริ่มต้นขึ้นแล้วก็ต้องมีการสิ้นสุดคือการตาย” นี่คือนิยามแห่งความเป็นอนิจจัง จึงไม่สมควรและไม่มีเหตุผลใดๆ ที่จะต้องเศร้าโศกเสียใจ หรือถ้าทุกข์เกิดขึ้นแล้วก็จะบรรเทาหรือขจัดปิดเป่าไปได้ในเวลาอันรวดเร็ว

การดูแลผู้ป่วยในระยะทั่วไปนี้ผู้ดูแลมักจะ ช่วยเหลือโดยการให้ในสิ่งที่ต้องการทุก ๆ ด้านเท่าที่สามารถทำได้ ทั้งการให้กำลังใจ การอยู่เคียงข้าง และให้สิ่งของที่ต้องการ ครอบครัวยุติ

ศาสนาพุทธ และมีความเชื่อเรื่องบุญและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ ทำให้มีการใช้บุญ ซึ่งอาจเป็นบุญของผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้าย หรือบุญของผู้ดูแลเข้ามาช่วยในการดูแล โดยการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาต่างๆ ที่เชื่อว่าอาจจะส่งผลดีให้กับผู้ที่อยู่ระยะสุดท้าย ดังเช่นการศึกษาของ นิลมานัตและสตรีท (Nilmanat & Street, 2007) ที่พบว่า สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ติดเชื่อเอเดส์ระยะสุดท้ายเชื่อว่า บุญที่ตนเองได้ทำอยู่นี้ อาจช่วยให้ญาติที่เจ็บป่วยมีอาการดีขึ้น ช่วยให้ญาติทาใจให้สงบ ได้ดีขึ้น และเมื่อถึงเวลาสิ้นใจ ผลบุญนี้อาจช่วยให้ญาติที่ใกล้ตายนี้ตายอย่างสงบและไปสู่สุคติได้ ด้วยความเชื่อเรื่องบุญ

### 3.2 การดูแลในช่วงใกล้ตายและขณะตาย

เมื่อบุคคลใกล้จะสิ้นลมหายใจ ระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยจะเปลี่ยนไป ปลุกตื่นบ้างเป็นครั้งคราว ไม่ควรปลุกผู้ป่วยบ่อยเกินไป หายใจมีเสียงคราง มีการเขียวตามปลายมือและเท้า กล้ามเนื้อที่ข้อมือไม่ได้การดูแลในระยะที่สองนี้ เป็นการดูแลในช่วงที่ผู้ที่อยู่ระยะสุดท้าย แสดงอาการเปลี่ยนแปลงให้เห็นว่าใกล้ที่จะเสียชีวิตแล้ว เช่น นอนมากขึ้น ความสนใจในเรื่องต่างๆ ลดลง การหายใจช้าลง หรือหายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น ระยะนี้ มักให้การดูแลในช่วงวันหรือสองวันก่อนเสียชีวิต ซึ่งคนในครอบครัวอาจสังเกตได้เอง หรือทราบจากบุคลากรที่ดูแล การดูแลช่วงนี้มุ่งช่วยให้ญาติตายอย่างสงบ บางกิจกรรมก็ทำต่อเนื่องมาจากการดูแลในช่วงก่อนหน้านี้ เช่น การอยู่เคียงข้าง การอธิษฐาน การบอกให้หมดห่วงกังวล การทำพิธีทางศาสนา การทานบุญ การสวดมนต์ เป็นต้น เนื่องจากกิจกรรมเหล่านี้ ผู้ดูแลจำเป็นต้องกระทำให้กับผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายบ่อยๆ เพื่อสร้างความเคยชิน เป็นการเตรียมสติ เตรียมใจให้ผู้ที่อยู่ระยะสุดท้ายสามารถยอมรับความตาย การปลัดพรากได้ตั้งแต่ก่อนที่จะถึงช่วงที่ใกล้เสียชีวิตจริง ๆ

พระไพศาล วิสาโล (2552) ได้กล่าวถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธดังนี้ ความทุกข์ทางกายและสภาพจิตที่ประสาบมักทำให้ผู้ป่วยแสดงความหงุดหงิด กราดเกรี้ยวออกมาได้ง่าย สิ่งหนึ่งที่ญาติมิตรขาดไม่ได้คือ “มีสติอยู่เสมอ” สติช่วยให้ไม่ลืมตัว และประคองใจให้มีความเมตตา ความรัก และความอดกลั้นอย่างเต็มเปี่ยม ไม่แสดงความขุ่นเคืองจนเฉียวตอบโต้กลับไปพยายามให้อภัยและเห็นอกเห็นใจเขา ความสงบและความอ่อนโยนของเราจะช่วยให้ผู้ป่วยสงบนิ่งลงได้เร็วขึ้น เพียงแค่การใช้มือสัมผัสผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยนก็ช่วยให้เขารับรู้ถึงความรักจากเราได้ เราอาจจับมือจับแขนขา บีบเบา ๆ กอดเขาไว้ หรือใช้มือทั้งสองสัมผัสบริเวณหน้าผากและหน้าท้อง พร้อมกับแผ่ความปรารถนาดีให้แก่เขา สำหรับผู้ที่เคยทำสมาธิภาวนา ขณะที่สัมผัสตัวเขา ให้น้อมจิตอยู่ในความสงบ เมตตาจากจิตที่สงบ และเป็นสมาธิจะมีพลังจนผู้ป่วยสามารถสัมผัสได้ “ช่วยให้อึดใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม” การนึกถึงสิ่งดีงามช่วยให้อึดใจเป็นกุศลและบังเกิดความสงบ ทำให้ความกลัวคุกคามจิตได้น้อยลง และสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้น การน้อมนำให้ผู้ป่วยนึกถึงสิ่งดีงามได้หลายวิธี เช่น นำเอาพระพุทธรูปหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ตลอดจนภาพครูบาอาจารย์ที่ผู้ป่วยเคารพนับถือมาติดตั้งไว้ในห้องเพื่อเป็นเครื่องระลึกนึกถึง หรือชักชวนให้ผู้ป่วยทำวัตรสวดมนต์ร่วมกัน การอ่านหนังสือ

ธรรมะให้ฟัง การเปิดเทพธรรมบรรยายหรือบทสวดมนต์เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยน้อมจิตของผู้ป่วยให้บังเกิดความสงบและความสว่าง การนิมนต์พระมาเยี่ยมและแนะนำการเตรียมใจ ยิ่งเป็นพระที่ผู้ป่วยเคารพนับถือจะช่วยให้กำลังใจแก่เขาได้มาก อย่างไรก็ตาม ควรคำนึงถึงวัฒนธรรมและความคุ้นเคยของผู้ป่วย นอกจากนั้นยังสามารถน้อมใจผู้ป่วยให้เกิดกุศลด้วยการชักชวนให้ทำบุญถวายสังฆทาน บริจาคทรัพย์เพื่อการกุศล *และที่ขาดไม่ได้ก็คือ ชวนให้ผู้ป่วยระลึกถึงความดีที่ตนเองได้บำเพ็ญในอดีต* ซึ่งไม่จำเป็นต้องหมายถึงการทำบุญกับพระหรือศาสนาเท่านั้น แม้แต่การเลี้ยงดูลูก ๆ ให้เป็นคนดี เสียสละดูแลพ่อแม่ด้วยความรัก ซื่อตรงต่อครูครอง เอื้อเฟื้อต่อมิตรสหาย หรือสอนศิษย์อย่างไม่เห็นแก่ความเหนื่อยยาก เหล่านี้ล้วนเป็นบุญกุศลหรือความดีที่ช่วยให้เกิดความปีติปลาบปลื้มแก่ผู้ป่วย และบังเกิดความมั่นใจว่าตนจะ*ได้*ไปสู่อุคติ *ความภูมิใจในความดีที่ตนกระทำ และมั่นใจในอนิสงส์แห่งความดี* เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วย ในยามที่ตระหนักชัดว่าทรัพย์สินเงินทองต่าง ๆ ที่สะสมมานั้น ตนไม่สามารถจะเอาไปได้ มีแต่บุญกุศลเท่านั้นที่จะพึ่งพาได้ในภาพหน้า *“ช่วยปลดเปลื้องถึงค้ำคาใจ”* เมื่อผู้ป่วยรู้วาระสุดท้ายของชีวิตใกล้มาแล้ว สิ่งหนึ่งซึ่งจะทำความทุกข์แก่จิตใจ และทำให้ไม่อาจตายอย่างสงบ (หรือ “ตายตาหลับ”) ได้ ก็คือ ความรู้สึกค้ำคาใจในบางสิ่งบางอย่าง สิ่งนั้นอาจได้แก่ภารกิจงานที่ยังค้างค้าง ทรัพย์สินที่ยังแบ่งสรรไม่แล้วเสร็จ ความน้อยเนื้อต่ำใจในคนใกล้ชิด ความโกรธแค้นใครบางคน หรือความรู้สึกผิดบางอย่างที่เกาะกุมจิตใจมานาน ความปรารถนาที่จะพบคนบางคนเป็นครั้งสุดท้าย โดยเฉพาะคนที่ตนรัก หรือคนที่ตนปรารถนาจะขอโหสิกรรม ความห่วงกังวล หรือความรู้สึกไม่ดีที่ค้ำคาใจเป็นสิ่งที่สมควรได้รับการปลดเปลื้องอย่างเร่งด่วน หากไม่แล้วจะทำให้ผู้ป่วยทรมานทรมาย หนักอกหนักใจ พยายามปฏิเสธผลักไสความตายและตายอย่างไม่สงบ ซึ่งนอกจากจะหมายถึงความทุกข์อย่างมากแล้ว ในทางพุทธศาสนาเชื่อว่าจะส่งผลให้ผู้ตายไปสู่ทุกคติด้วยแทนที่จะเป็นสุคติ

ลูกหลานญาติมิตรควรใส่ใจและฉับไวกับเรื่องของผู้ป่วย บางครั้งผู้ป่วยไม่พูดตรง ๆ ผู้ที่อยู่รอบข้างควรมีความละเอียดอ่อน และสอบถามด้วยความใส่ใจและมีเมตตา *ไม่รู้สึกรำคาญ* ในกรณีที่เป็นภารกิจที่ยังค้างค้าง ควรหาทางช่วยเหลือให้ภารกิจนั้นเสร็จสิ้น หากเขาปรารถนาพบใคร ควรรีบตามหา มาพบ หากฝังใจโกรธแค้นใครบางคน ควรแนะนำให้เขาให้อภัย *ไม่ถือโทษโกรธเคืองอีกต่อไป* ในกรณีที่เป็นการรู้สึกผิดที่ค้ำคาใจเนื่องจากทำสิ่งที่ไม่สมควร ในยามนี้ไม่ใช่เวลาที่จะประณามหรือตัดสินเขา หากควรช่วยให้เขาปลดเปลื้องความรู้สึกผิดออกไป อาทิเช่น ช่วยให้เขาเปิดใจ และรู้สึกปลดปล่อยที่จะขอโทษหรือขอโหสิกรรมกับใครบางคน ขณะเดียวกันการแนะนำให้ฝ่ายหลังยอมรับคำขอโทษ และให้อภัยผู้ป่วย ก็เป็นสิ่งสำคัญที่คนรอบข้างสามารถช่วยได้ *“ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ”* ความรู้สึกผิดคืออย่างแน่นอนหานี้สามารถเกิดขึ้นได้แม้กับคนที่มิได้มีความรู้สึกผิดค้ำคาใจ เมื่อเกิดขึ้นแล้วย่อมทำให้เกิดความกังวล ควบคู่กับความกลัวที่จะต้องพลัดพรากสิ่งอันเป็นที่รักเหล่านั้น ญาติมิตร ตลอดจนแพทย์และพยาบาลควรช่วยให้เขาปล่อยวางให้มากที่สุด เช่น ให้ความมั่นใจแก่เขา

ว่า ลูกหลานสามารถดูแลตนเองได้ หรือพ่อแม่ของเขาจะได้รับการดูแลด้วยดี หรือเตือนสติแก่เขาว่า ทรัพย์สมบัตินั้นเป็นของเราเพียงชั่วคราว เมื่อถึงเวลาที่ต้องให้คนอื่นดูแลต่อไป “สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ” ความสงบใจและการปล่อยวางสิ่งค้างคายึดติดในใจผู้ป่วยนั้น จะเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง จำต้องมีบรรยากาศรอบตัวเอื้ออำนวยด้วย โดยงดเว้นการพูดคุยเรื่องที่รบกวนผู้ป่วย งดการถกเถียงในหมู่ญาติพี่น้อง หรือร้องไห้ร้องไห้ ซึ่งมีแต่จะเพิ่มความวิตกกังวลและความขุ่นเคืองใจแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ลูกหลานญาติมิตร ยังสามารถสร้างบรรยากาศแห่งความสงบได้ ด้วยการชักชวนผู้ป่วย ร่วมกันทำสมาธิภาวนา อาทิจานาปาสนสติ หรือการเจริญสติด้วยการกำหนดลมหายใจ หายใจเข้า นึกในใจว่า “พุทฺธ” หายใจออก นึกในใจว่า “โธ” หรือนับทุกครั้งที่ยังใจออกจาก 1 ไปถึง 10 แล้ว เริ่มต้นใหม่ จะน้อมจิตของผู้ป่วยในทางที่เป็นกุศลได้ แม้แต่การเปิดเพลงบรรเลงเบา ๆ ก็มีประโยชน์ ในทางจิตใจต่อผู้ป่วยด้วยเช่นกัน “กล่าวคำอ้อลา” ขณะที่ผู้ป่วยกำลังจากไป และสัญญาณชีพออ่อนลงเป็นลำดับ หากลูกหลานญาติมิตรปรารถนาจะกล่าวคำอ้อลา ขอให้ตั้งสติ ระงับความโศกเศร้า จากนั้นให้ กระซิบที่ข้างหู พูดถึงความรู้สึกดี ๆ ที่มีต่อเขา ชื่นชมและขอบคุณในคุณงามความดีของเขาที่ได้กระทำ พร้อมทั้งขอขมาในกรรมใด ๆ ที่ล่วงเกิน จากนั้นก็น้อมนำจิตผู้ป่วยให้เป็นกุศลยิ่งขึ้น โดยแนะนำให้เขา ปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ ทั้งหลายลงเสีย อย่าได้มีความเป็นห่วงกังวลใด ๆ อีกเลย แล้วให้ระลึกถึงพระรัตนตรัยหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เขานับถือ หากผู้ป่วยมีพื้นฐานทางด้านธรรมะ ก็ขอให้เขาปล่อยวาง ความสำคัญมั่นหมายในตัวตนและสังขารทั้งปวง น้อมจิตไปสู่ “ความดับไม่เหลือ” ตั้งจิตจดจ่อในพระนิพพาน จากนั้นก็กล่าวคำอ้อลาเพื่อนำทางไปสู่สุคติ

### 3.3 การดูแลหลังการตาย

การดูแลนี้ เป็นการดูแลช่วงสุดท้ายหลังจากผู้ที่อยู่ระยะสุดท้ายได้เสียชีวิตแล้ว เป็นการดูแลที่ เป้าหมายหลัก คือ เพื่อส่งให้ดวงวิญญาณของผู้ที่ตายอย่างสงบได้ไปสู่สุคติตามความเชื่อของชาวไทย พุทธ การดูแลที่ให้มีทั้งการประเพณีและการดูแลศพหลังการเสียชีวิต และการช่วยส่งต่อดวงวิญญาณของผู้ตายให้ไปที่ดี ๆ การจัดงานศพและทานบุญอุทิศส่วนกุศลให้กับดวงวิญญาณของผู้ตายอย่างต่อเนื่อง การที่จะให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบได้นั้น ผู้ดูแลทุกๆ คน จะต้องร่วมกันช่วยแก้ปัญหา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิด ความสุขสบายและสงบ (Kongsuwan & Touby, 2009) เนื่องจากคนในครอบครัวเป็นคนที่ไม่ใกล้ชิดและรู้ ข้อมูลของผู้ป่วยมากที่สุด รู้ในความคิด ความเชื่อ ความต้องการของผู้ที่อยู่ระยะสุดท้ายและช่วยจัดหาสิ่ง ที่ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายต้องการได้ (พระไพศาล วิสาโล, 2549) นอกจากนี้ การที่สมาชิกในครอบครัว ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล เพราะรับรู้ว่าคุณค่าที่ตนรักและดูแลอยู่ก็กำลังเจ็บป่วยอยู่ในช่วงสุดท้าย ของชีวิต ต้องการทำสิ่งที่ดีที่สุดในกับบุคคลในครอบครัวที่ตนรัก การดูแลนี้เป็นการแสดงออกถึงความ รักความผูกพันและความกตัญญูในครอบครัวตามวิถีไทยพุทธด้วย ซึ่งการที่คนในครอบครัวได้อยู่เคียงข้าง เพื่อให้ความช่วยเหลือดูแลอย่างเต็มที่ ด้วยความรัก ความเห็นอกเห็นใจนับเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลด

ความหวาดกลัวและช่วยให้ผู้ที่ใกล้ตายเกิดความมั่นคงทางจิตใจและพร้อมที่จะเผชิญกับความตายอย่างสงบได้ (พระไพศาล วิสาโล, 2549)

### การดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายเพื่อช่วยให้ตายอย่างสงบตามแนววิถีพุทธ

การตายอย่างสงบในทางพุทธศาสนาเป็นสิ่งที่ทุกคนมีโอกาสประสบได้ สิ่งสำคัญที่ช่วยให้บุคคลตายอย่างสงบได้ คือ การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และที่สำคัญอีกประการ คือ การฝึกฝนพัฒนาตน จากการดำเนินชีวิตอย่างถูกต้องและการหมั่นสร้างคุณธรรม มีการอบรมจิตด้วยการทำสมาธิ เพื่อให้ประจักษ์ใจให้มีสติอย่างต่อเนื่อง พร้อมเผชิญกับทิวทัศน์และอาการต่างๆ ที่มากระทบอย่างรู้เท่าทัน ทั้งทุกขเวทนาทางกาย และการต้องพลัดพรากจากของรัก (พระไพศาล วิสาโล, 2549) การดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายเพื่อช่วยให้ตายอย่างสงบตามแนววิถีพุทธ ประกอบด้วย การดูแล 4 ประเด็นหลัก คือ 1) การใช้บุญหนุนนำเพื่อการตายดีและได้ไปสู่สุคติ 2) การดูแลตามความเชื่อเรื่องกรรม 3) การดูแลให้ผู้ในระยะสุดท้ายสงบมีสติเพื่อพร้อมยอมรับต่อการตาย และ 4) การดูแลที่ยึดผู้ในระยะสุดท้ายเป็นศูนย์กลางและให้ญาติร่วมดูแล (สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, อุไร ทัศนิต, และกิตติกร นิลมานัต, 2554)

การดูแลให้ผู้ในระยะสุดท้ายสงบมีสติเพื่อเผชิญกับความตายที่กำลังจะมาถึงนี้ ส่วนหนึ่งเป็นความต้องการของผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายที่ต้องการตายอย่างมีสติ และสมาชิกในครอบครัวได้ช่วยให้ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายได้ตายอย่างสงบและมีสติตามที่ต้องการ เนื่องจากการตายอย่างสงบและการได้เกิดใหม่ของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ การมีสติ การยอมรับและเข้าใจถึงความจริงของชีวิตในช่วงเวลาสุดท้ายของแต่ละคน (Payutto, 1995) ตามความเชื่อของไทยพุทธที่ว่า ดวงจิตก่อนตายของผู้ใกล้ตาย มีความสำคัญต่อการตายอย่างสงบและการได้ไปสู่สุคติ (พระมโน เมตตทานุ โท, 2548) ถ้ามีจิตที่สงบและคิดถึงแต่สิ่งที่ดีๆ บุคคลนั้นก็มีโอกาสได้ไปเกิดใหม่ในที่ที่ดีๆ การมีจิตใจที่มีสมาธิ สงบ และสะอาดจะช่วยไล่ความทุกข์ หรือปัญหาที่เกิดจากการเจ็บ การตายไปได้ (พุทธทาสภิกขุ, 2548)

การที่จะให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบได้นั้น ผู้ดูแลทุกๆ คน จะต้องร่วมกันช่วยแก้ปัญหา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายและสงบ (Kongsuwan & Touhy, 2009) เนื่องจากคนในครอบครัวเป็นคนใกล้ชิดซึ้งและรู้ข้อมูลของผู้ป่วยมากที่สุด รู้ในความคิด ความเชื่อ ความต้องการของผู้ในระยะสุดท้ายและช่วยจัดหาสิ่งที่ผู้ในระยะสุดท้ายต้องการได้ (พระไพศาล วิสาโล, 2549) นอกจากนี้ การที่สมาชิกในครอบครัวต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล เพราะรับรู้ว่าคุณค่าที่ตนรักและดูแลอยู่นี้กำลังเจ็บป่วยอยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต ต้องการทำสิ่งที่ดีที่สุดในกับบุคคลในครอบครัวที่ตนรัก การดูแลนี้เป็นการแสดงออกถึงความรักความผูกพันและความกตัญญูในครอบครัวตามวิถีไทยพุทธด้วย ซึ่งการที่คนในครอบครัวได้อยู่เคียงข้างเพื่อให้ความช่วยเหลือดูแลอย่างเต็มที่ ด้วยความรัก ความเห็นอกเห็นใจนับเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดความหวาดกลัวและช่วยให้ผู้ที่ใกล้ตายเกิดความมั่นคงทางจิตใจและพร้อมที่จะเผชิญกับความตายอย่างสงบได้ (พระไพศาล วิสาโล, 2549)

ด้วยเหตุนี้ การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน จึงมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อให้ช่วยให้ผู้สูงอายุมีช่วงเวลาในระยะสุดท้ายของชีวิต และความตายที่สงบอย่างที่ต้องการ

จากการศึกษาของสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ อุไร หัดกิต, และกิตติกร นิลมานัต (2554) เกี่ยวกับการดูแลญาติที่อยู่ในระยะสุดท้ายเพื่อช่วยให้ตายอย่างสงบตามแนววิถีไทยพุทธ ผลการศึกษาพบว่า สถานที่ที่ดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายเพื่อให้ตายอย่างสงบ ทำได้ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน โดยการดูแลที่โรงพยาบาล เป็นกรณีกับผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือมีอาการผิดปกติบางอย่างที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลเองที่บ้านได้ จากการขาดอุปกรณ์ทางการแพทย์บางอย่างที่จำเป็นต้องใช้และไม่สามารถจัดหาได้ เช่น เครื่องดูดเสมหะ อุปกรณ์ในการให้ออกซิเจน เป็นต้น หรืออาจเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวขาดความรู้ ความมั่นใจในการดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายด้วยตนเอง นอกจากนี้ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะสภาพบ้านขาดความพร้อมบางอย่าง เช่น ความแออัดของบ้านไม่เหมาะกับการพำนักของผู้ป่วย สภาพบ้านที่ชำรุดรอการซ่อมแซม เป็นต้น

ส่วนการดูแลที่บ้าน มักเป็นเพราะ ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายขอกลับมาอยู่ที่บ้าน เพื่อได้อยู่ท่ามกลางสมาชิกในครอบครัวและคนที่รัก ได้อยู่ในบรรยากาศที่ตนเองคุ้นเคย การดูแลที่บ้านนี้จะมี ความเป็นส่วนตัวมากกว่าที่โรงพยาบาล ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายและผู้ดูแลสามารถจัดบรรยากาศของการดูแลได้ตามที่ตนต้องการ การดูแลที่บ้านนี้ เป็นการดูแลที่คนส่วนใหญ่ปรารถนา เพื่อให้ผู้ที่อยู่ระยะสุดท้ายได้อยู่และจากไปที่บ้านท่ามกลางคนที่รัก แต่บางครอบครัวอาจไม่สามารถให้การดูแลที่บ้านได้ ด้วยข้อจำกัด เรื่องสถานที่ อุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการดูแล และผู้ดูแลที่ไม่พร้อม เพราะการดูแลที่บ้านนี้ ผู้ดูแลจะต้องมีเวลา มีความมั่นใจ มีความสามารถที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่อยู่ระยะสุดท้ายได้ จนกว่าจะสิ้นลมหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ จูติมา โพธิศรี (2550) ที่ได้ทำการศึกษาค้นคว้า อีสาระเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายกลับและส่งต่อให้ศูนย์ดูแลสุขภาพชุมชน หรือสถานีนอนามัย ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยต่อการได้รับบริการขณะอยู่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ จะอยู่ในระดับน้อยกว่าการบริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน ซึ่งอาจเนื่องจากการดูแลที่บ้านสามารถให้การดูแลในลักษณะองค์รวมได้มากกว่า และจากการศึกษานี้ เสนอแนะข้อคิดเห็นในประเด็นที่สำคัญว่า การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ควรเป็นการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมากกว่าการให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

โดยสรุปจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยข้างต้น จะเห็นได้ว่า การดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้านเป็นเรื่องที่สำคัญ โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุซึ่งส่วนใหญ่ต้องการที่จะเสียชีวิตที่บ้านของตนเอง เพื่อได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุตรหลาน



### บทที่ 3

#### การดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยในระยะที่ 1 ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบการมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาถึงความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวด้านการดูแลระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน ในการศึกษาวิจัย ระยะที่ 2

#### สถานที่วิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาในบริบทของชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ในเขตตำบลเหมือง อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วยผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ แกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้อง และบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องในเขตตำบลเหมือง อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มตัวอย่างของข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วยผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ ในชุมชนในเขตตำบลเหมือง อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการเปิดตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan) ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 200 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 200 ราย และกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัว 200 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling)

2) กลุ่มตัวอย่างของข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเลือก ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว พยาบาลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแกนนำชุมชน โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง จำนวนกลุ่มตัวอย่างมาจากการรวบรวมข้อมูลจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว (saturation) ได้จำนวนทั้งสิ้น 28 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้สูงอายุ จำนวน 9 ราย และสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ 9 ราย รวมเป็น 18 ราย

2. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลรอง ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 3 คน ประธานชุมชน จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหมือง จำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้น 10 คน

## การเก็บข้อมูล

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คณะผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อแจกแบบสอบถามสำรวจความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุและครอบครัว เป็นรายบุคคล จากรายชื่อกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัวที่สุ่มมาได้ จำนวนกลุ่มละ 200 คน รวมเป็น 400 คน

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อการดูแลระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบ และการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน ด้วยวิธีการดังต่อไปนี้

(1) การสัมภาษณ์เจาะลึก เป็นรายบุคคล ใช้เวลาคนละ 15-20 นาที

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ รวบรวมข้อมูลจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว (saturation) ได้จำนวนผู้สูงอายุ 9 ราย และสมาชิกในครอบครัว 9 ราย

2. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลรอง ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 3 คน ประธานชุมชน จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหมือง จำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้น 10 คน

(2) การจัดสนทนากลุ่ม ดำเนินการ 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60-90 นาที ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหมือง เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ให้ข้อมูลรอง จำนวนผู้เข้าร่วมแต่ละครั้งอยู่ระหว่าง 15-20 คน กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกคน เนื่องจากบางคนติดภารกิจในวันนั้นัดหมาย ก่อนการดำเนินการผู้วิจัยได้โทรศัพท์นัดหมายและประสานกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้มีตัวแทนจากทุก ๆ กลุ่ม เข้ามาร่วมให้ข้อมูลในการสนทนากลุ่ม

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### การพัฒนาเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้จากการดัดแปลงเครื่องมือวิจัย ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ภูมิลำเนาในอดีต การร่วมกิจกรรมทางศาสนา การปฏิบัติธรรม ระดับการศึกษา ความสามารถในการอ่านเขียน การประกอบอาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ภาวะสุขภาพ ผู้ดูแล การเจ็บป่วยเข้าอนรับการรักษาในโรงพยาบาล การเสียชีวิตของคนในครอบครัว / คนใกล้ชิด / คนที่รักผูกพัน และการเคยเห็นผู้สูงอายุ หรือคนอื่น ๆ เจ็บป่วยและเสียชีวิตอยู่ที่บ้าน

2. แบบประเมิน “ความต้องการการดูแลระยะสุดท้ายที่บ้าน” ผู้วิจัย นางสาวสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ ได้ดัดแปลงจากแบบประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการดูแลสุขภาพ

องค์รวมตามแนววิถีพุทธในบริบทวัฒนธรรม ของ สรัญญา กุมพล (2555) จำนวน 40 ข้อ ที่ครอบคลุม การดูแลแบบองค์รวมทั้ง ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านปัญญา/ จิตวิญญาณ และด้านสังคมสิ่งแวดล้อม แบ่งเป็นข้อคำถามด้านร่างกาย 11 ข้อ ด้านจิตใจ 12 ข้อ ด้านปัญญา/ จิตวิญญาณ 11 ข้อ และด้านสังคม สิ่งแวดล้อม 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แบบประเมินนี้ มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Valid) โดยให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงตามข้อเสนอก่อนนำไป ทดลองใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้ค่าความ เทียง เท่ากับ .89

ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมิน โดยตัดข้อคำถามเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายออก ได้แก่ ข้อที่ 4 5 6 7 8 12 13 14 15 16 17 19 และ 20 และมีการปรับข้อคำถามเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย ระยะสุดท้าย โดยตัดข้อความบางส่วนของเนื้อหาในบริบทวัฒนธรรมอีสาน ปรับรวมข้อคำถามและเพิ่มข้อ คำถามบางข้อ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับเรื่องที่ทำการศึกษาตามที่ผู้วิจัยทบทวน วรรณกรรมเพิ่มเติม ได้ข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 37 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านร่างกาย 10 ข้อ ด้านจิตใจ 10 ข้อ ด้านปัญญา/ จิตวิญญาณ 9 ข้อ และด้านสังคมสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับน้อยที่สุด

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนของระดับความคิดเห็น ดังนี้

ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

ระดับมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

ระดับน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

3. แบบประเมิน“ความต้องการของครอบครัวเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายที่บ้าน” ผู้วิจัยปรับจากแบบประเมิน “ความต้องการการดูแลระยะสุดท้ายที่บ้าน” ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยเปลี่ยน ข้อคำถามที่เน้นความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุ มาเป็นความต้องการของครอบครัว เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้าย จำนวน 37 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านร่างกาย 10 ข้อ ด้าน

จิตใจ 10 ข้อ ด้านปัญญา/ จิตวิญญาณ 9 ข้อ และด้านสังคมสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับน้อยที่สุด

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนของระดับความคิดเห็น ดังนี้

ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

ระดับมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

ระดับน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความต้องการการดูแลระยะสุดท้ายที่บ้าน และแบบประเมินความต้องการของครอบครัวเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายที่บ้าน ไปตรวจสอบหาคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Valid) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลด้านจิตวิญญาณและการดูแลระยะสุดท้าย 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลครอบครัว 1 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แบบประเมินทั้ง 2 ชุด ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .95 ผู้วิจัยมีการปรับส่วนของภาษาที่ใช้ในข้อคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้กระชับและชัดเจนยิ่งขึ้น

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินทั้ง 2 ชุด ที่ปรับปรุงตามข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ และผู้ที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุในครอบครัว ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลแสนสุข ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มละ 30 คน วิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ 2 ชุด ได้ค่าความเที่ยง ดังนี้ 1) แบบประเมินความต้องการการดูแลระยะสุดท้ายที่บ้าน ได้ค่าความเที่ยง .95 และ 2) แบบประเมินความต้องการของครอบครัวเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายที่บ้าน ได้ค่าความเที่ยง .923

### การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลแก่ผู้ร่วมวิจัยทุกๆ กลุ่ม โดยอธิบายเกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้อย่างคร่าวๆ รวมทั้งวัตถุประสงค์เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการอธิบายรูปแบบการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยหรือกลุ่มตัวอย่างได้รับการสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลในเรื่องของอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการสอบถามเกี่ยวกับความต้องการการดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน

การสอบถามข้อมูลได้ดำเนินในพื้นที่ตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ที่บ้าน รพ.สต. เหมือง ซึ่งผู้วิจัยใช้เวลาในการสอบถามรายละเอียดประมาณ 15-12 นาที โดยระหว่างการสอบถาม ผู้วิจัยได้ขอจดบันทึกข้อมูลด้วย

การศึกษาครั้งนี้ ไม่มีการใช้ยา หรือเครื่องมือที่เป็นอันตรายต่อร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ระมัดระวังการใช้คำถาม คำพูดในระหว่างการเก็บข้อมูล และสังเกตอาการแสดงของผู้ให้ข้อมูลอยู่เสมอ หากพบ กลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจกับข้อคำถาม หรือการให้ข้อมูลใดๆ ผู้วิจัยได้หยุดพัก และสอบถามความพร้อมในการให้ข้อมูลและหากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกในการให้ข้อมูลต่อไปสามารถขอยุติการให้ข้อมูลได้ จากการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทุกรายสามารถให้ข้อมูลได้ด้วยดี ไม่พบปัญหาหรืออาการผิดปกติใดจากกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุและครอบครัว ใช้ประกอบการอธิบายผลการศึกษากับรูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน ในรายงานวิจัย ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อจริง ข้อมูลที่ได้ถูกนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น

กลุ่มตัวอย่างได้รับการแนะนำเกี่ยวกับอิสระในการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลเสียใด ๆ ตามมา กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ โดยแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยตามเอกสาร ใบยินยอมให้ทำการศึกษา หรือให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทางวาจา

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในข้อมูลด้านความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุ ปัญหาและความต้องการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ตายอย่างสงบที่บ้าน

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การศึกษาข้อมูลความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของและความต้องการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ตายอย่างสงบที่บ้าน ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งแบบการทำวิจัยเชิงคุณภาพและการทำวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งผลการศึกษา มีดังนี้

#### ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งจะใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในดำเนินการในขั้นตอนอื่นๆ เพื่อการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้านต่อไป

การศึกษาคั้งนี้ เก็บข้อมูลในเขตพื้นที่ตำบลเหมือง อ.เมือง จ.ชลบุรี ผลการศึกษาจากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการดูแลระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบ และการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน จากการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 18 คน และผู้ให้ข้อมูลรอง จำนวนทั้งสิ้น 10 คน ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 3 คน ประธานชุมชน จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหมือง จำนวน 3 คน

#### ข้อมูลจากผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูลทุกราย เป็นผู้ที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้านของตนเอง ร่วมกับมีประสบการณ์เคยพบเห็นผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต และเคยมีสมาชิกในครอบครัวเสียชีวิตที่บ้าน โดยข้อมูลของผู้สูงอายุ ทั้ง 9 ราย มีดังนี้

รายที่ 1 ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 72 ปี สถานภาพสมรสโสด นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาถึงระดับประถมปีที่ 3 อาชีพแม่บ้าน เคยเจ็บป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยรับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ และผ่าตัดต่อกระจก และผ่าตัดต่อหีน

รายที่ 2 ผู้สูงอายุเพศชาย อายุ 76 ปี สถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษา ระดับประถม 4 อาชีพในอดีต คือ ทำนา ทำไร่ ปัจจุบัน เลี้ยงหลานอยู่ที่บ้าน เคยเจ็บป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 2 ครั้ง จากการป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่ และปวดท้อง

รายที่ 3 ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 60 ปี สถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ จบการการศึกษา ระดับ ประถม 4 อาชีพแม่บ้าน เคยเจ็บป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 ครั้ง จากการคลอดบุตร 2 ครั้ง และประสบอุบัติเหตุ 1 ครั้ง

รายที่ 4 ผู้สูงอายุเพศชาย อายุ 79 ปี สถานภาพสมรสหม้าย นับถือศาสนาพุทธ ศึกษาถึงชั้น ประถมปีที่ 2 สามารถอ่านออกเขียนได้ ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ เคยเจ็บป่วย นอนโรงพยาบาล จำนวน 4 ครั้ง

รายที่ 5 ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 65 ปี สถานภาพสมรสหม้าย นับถือศาสนาพุทธ ศึกษาถึงชั้น ประถมปีที่ 3 อาชีพแม่บ้าน ผู้สูงอายุเคยเจ็บป่วย นอนโรงพยาบาล จำนวน 2 ครั้ง

รายที่ 6 ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 77 ปี สถานภาพสมรสหม้าย นับถือศาสนาพุทธ รับการศึกษา ในระดับประถมปีที่ 1 อ่านหนังสือไม่ออก เขียนชื่อนามสกุลตนเองได้ อาชีพแม่บ้าน เคยเจ็บป่วย นอน รักษาตัวในโรงพยาบาล 1 ครั้ง จากปัญหาที่องเสียเหนื่ออ่อนเพลีย

รายที่ 7 ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 62 ปี สถานภาพสมรสหม้าย สามีเสียชีวิตได้ประมาณ 20 ปี นับ ถือศาสนาพุทธ สำเร็จการศึกษาในระดับประถมปีที่ 4 อาชีพรับจ้างทั่วไป ทำงานร่วมกับบุตรชาย โดย ให้เช่าเครื่องเสียง ไม่เคยเจ็บป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล อาศัยอยู่กับ บุตรชาย บุตรสาว และ หลาน

รายที่ 8 ผู้สูงอายุเพศชาย อายุ 77 ปี สถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษา ระดับประถมปีที่ 4 สามารถอ่านออกเขียนได้ ในอดีตเป็นพนักงานขับรถ ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ เคยเจ็บป่วย นอนโรงพยาบาล จำนวน 4 ครั้ง โดยต้องรับการผ่าตัด 3 ครั้ง

รายที่ 9 ผู้สูงอายุเพศชาย อายุ 71 ปี สถานภาพสมรสหม้าย ภรรยาเสียชีวิต อาศัยกับบุตร 2 คน หลาน 1 คน นับถือศาสนาพุทธ สำเร็จการศึกษาระดับประถมปีที่ 4 สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่เคย เจ็บป่วยนอนโรงพยาบาล

การรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุ ทั้ง 9 รายนี้ ผู้วิจัยสรุปผลการศึกษา แบ่งออกเป็น 4 ประเด็น คือ

- 1) ความหมายของผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต
- 2) ความหมายของการตายอย่างสงบที่บ้าน
- 3) ความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต
- 4) การดูแลผู้สูงอายุเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

#### 1. ความหมายของผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

ผู้สูงอายุให้ความหมายของการเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ไว้ดังนี้

##### 1.1 ผู้ที่เจ็บป่วยที่บ้าน และมีอาการทรุดลง ก่อนเสียชีวิต

ตามข้อมูลที่ผู้สูงอายุ สะท้อนไว้ ดังนี้

“ ... จากที่เห็นพ่อ แม่ ป่วยก่อน แล้วกินอาหารไม่ได้ แล้วก็ตาย ใช้เวลาเป็นปี ไม่ได้ตาย ฟู่ปีปี คนแก่จะไม่ใช่คนหนุ่มๆ... มีการเจ็บป่วยออกๆ แอดๆ กินอะไรไม่ได้ ไม่กลืน

อาหาร น้ำไม่กิน จะมีการปะทัง กิน ได้บ้าง ไม่ได้บ้าง แล้วก็ทรุดลง แล้วก็กลับบ้านเก่า ...  
.” (รายที่ 2)

“.... มันก็เพลีย เป็นโรค ทำกินไม่ไหว ไขมันจับ ไม่สบาย .... มันหมดแล้ว มันไปไม่รอด  
ทำกินอะไรก็ได้ กินนอนเมื่อบๆ .... คนใกล้ตาย ทุรนทุราย จะไปแล้ว ไม่ไหวแล้ว ใกล้ตาย  
หายใจเพลียไปเรื่อยๆ ... ตอนผัวฉันตาย เคี้ยวข้าวแล้ว แล้วก็กลับไปเฉยๆ ... แม่ฉัน ไขว่คว้า  
ซื้อๆ แล้วก็กลับไป” (รายที่ 6)

“... แม่เค้าไม่ไหว ไม่กินอะไร ... คนแก่ (อายุเกือบหนึ่งร้อยปี) เป็นอยู่ 7 วัน เคี้ยวข้าว ไม่  
เอา ไม่กิน อยากจะนอนเฉยๆ เอาข้าวเหลวๆ ให้อาหารเค้าก็ไม่เอา เคี้ยวหมดลมของเค้าเอง...  
มันอึด ไม่อยากกิน ไม่อยากอะไร เอานมค่อยๆ หยอด ... เครื่องดูดเลือด ก็ดูดเอาไว้ ให้เค้า  
หายใจสบาย ... ลูกบอกแม่ว่าอยู่ไปอีกจนร้อยกว่าปี อยู่ด้วยกัน ... แม่ก็ว่า น่าจะอยู่ไม่ได้  
มันป่วยเปื่อยแล้ว”

(รายที่ 8)

## 1.2 ผู้ที่รักษาที่โรงพยาบาลไม่ได้แล้ว ต้องมาดูแลเพื่อเสียชีวิตที่บ้าน

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นผู้ที่ผู้รักษาที่  
โรงพยาบาลไม่ได้แล้ว ต้องมาดูแลเพื่อเสียชีวิตที่บ้าน ดังคำกล่าว

“ .... ถ้าเจ็บป่วยเราไปโรงพยาบาล โดยลูกหลานพาไป แต่ถ้าหมอบอกว่ารักษาไม่ได้แล้ว  
ก็จะถามญาติว่าจะเอากลับบ้านหรือไม่เอา กลับ ลูกหลานต้องการเอากลับบ้านแน่นอนเพราะตายที่  
บ้านสบายกว่ากัน ...” (รายที่ 2)

“ .... แม้จะเจ็บป่วย แล้วเอาไปโรงพยาบาล แต่ก็ต้องเอามารักษาที่บ้านต่อ แล้วก็ตาย  
หมดอายุขัยที่บ้าน” (รายที่ 3)

“ .... คนที่นอนรอความตายที่บ้าน เพราะหมอรักษาไม่ได้แล้ว เราก็ต้องอยู่บ้าน” (รายที่  
5)

“ .... ถ้าจะสิ้นลม ... เดี่ยวนี้อยู่โรงพยาบาล ถ้าไม่ไหวแล้ว เค้าก็ให้เอากลับบ้านนอนที่บ้าน  
ลูกหลานก็ดูไป ... มาสิ้นลมด้วยกัน ลูกหลานก็ดูต่อที่บ้านได้ ” (รายที่ 7)

## 2. ความหมายของการตายอย่างสงบที่บ้าน

การตายอย่างสงบที่บ้าน ผู้สูงอายุได้ให้ความหมายว่าเป็นการตายที่บ้านที่ตนเองผูกพัน  
ตายแบบไม่ทรมาน และ ไม่รบกวนลูกหลานจากการที่ต้องไปดูแลที่โรงพยาบาล ดังข้อมูลต่อไปนี้

### 2.1 การตายที่หมดอายุขัยบ้าน จากไปแบบไม่ทรมาน

“ .... คนที่ไปอย่างสงบ ไม่มีอาการทรมานนาน ไม่ทรมาน ลูกหลาน ... ป้าไม่มีลูกก็กลัว  
ว่าจะทรมานหลาน ... อยากไปอย่างสงบที่สุด ... ” (รายที่ 1)



“ .... การหมดอายุขัยไปเอง โดยไม่ต้องเจ็บป่วย ... ก่อนสิ้นลมให้ไปเลย ไม่ต้องทรมาน ไม่ต้องเจ็บไม่ต้องปวด ให้หลับไปเฉยๆ อย่างสงบ ... ตามพระท่านเทศน์ที่ป่าเคยได้ยินมา ... เวลาตายไม่รู้วันตาย ไม่รู้สถานที่ตาย ตายแล้วไปไหนก็ไม่รู้ ดังนั้นจึงกำหนดไม่ได้ ... ถึงการตายกำหนดไม่ได้แต่ใจเราอยากอยู่บ้าน อยากตายที่บ้าน แม่ป้าไปอย่างสงบโดยอายุขัยของตนเอง ” (รายที่ 3)

“ ....การตายอย่างสงบที่บ้าน ... ตายเรียบร้อย ไม่ทรมานทรมาย นอนหลับเฉยๆ เหมือนคนนอนหลับ บางครั้งเค้าเสียไปเราก็มารู้ค่อยๆ ไปเค้าก็เจ็บไปเลย เค้าไม่ทรมานทรมาย ... สิ้นใจที่บ้าน ตายอยู่ที่บ้าน ลูกหลานดูแล ล้อมรอบ ... สะอึก 3 ทีก็ไปได้เหมือนคนนอนหลับ ไม่ซีดเซียว ไม่เหมือนคนตรอมใจเยอะ .... ” (รายที่ 7)

“ .... เคยเห็นแม่เค้าไป เค้าตายที่บ้าน ... เค้าหมดอายุขัยแล้ว (อายุเกือบหนึ่งร้อยปี) แบบนี้ถือว่าเค้าเสียชีวิตของตัวเอง ... เค้าไปสบาย มีสติ ค่อยๆ หายใจ ทีละน้อย มองดูจนกระทั่งหมดลม เหมือนคนนอนหลับ ....เค้าก็หายใจนิดๆ เบาๆ เค้าก็ไปเลย ... ถือว่าเค้ามีบุญ เค้าคงทำกรรมเค้ามาดี เค้าถึงไปแบบไม่เจ็บปวด ..แล้วเค้ามาตายที่บ้าน ไม่ต้องไปตายที่อื่น ตายที่บ้านของเค้า หายากแบบนี้ เค้าปรารถนาจะอยู่ที่บ้าน ... ” (รายที่ 8)

## 2.2 การตายที่สงบและอบอุ่น ณ บ้านของตนเอง

“...ถึงแม้จะป่วยอยู่ที่โรงพยาบาล ก็ต้องการจะกลับมาตายที่บ้าน เพราะเราอาศัยอยู่ที่บ้านตลอด เราก็มักพัวพันกับบ้านของตัวเอง .. มีความปลื้มใจ ลูกหลานจะได้จัดงานอย่างสมเกียรติที่บ้าน ที่บ้านเคยมีคนตายสองคน คือ ป้ากับพี่สาว เรายังจัดงานให้ขานุญาติเขา เลี้ยงเรามาอยู่กับป้าตั้งแต่เล็ก ... ถึงเวลาของเราบ้างเราก็อยากให้ลูกหลานจัดให้เรา เหมือนกับที่เรাজัดให้ป้า ถึงแม้เราจะเศร้าเราก็มุจมิใจที่ได้จัดงานให้” (รายที่ 1)

“ .... บ้านของเรา เราก็ต้องการตายที่บ้าน ... จะได้สงบสติ ไม่หวั่งกังวลใคร .. ” (รายที่ 2)

“ .... ตายที่บ้านจะได้อยู่บ้านของเรา .. เมื่อตอนแม่ของป้าป่วย ก็อยากอยู่บ้าน พาไปหาหมอก็ก็นอนไป อยากจะอยู่บ้านอย่างเดียว ถึงแก่จะตัววมอย่างไรก็อยากอยู่บ้านไม่ต้องการไปโรงพยาบาล เพราะห่วงบ้าน ชวนไปไหนก็ไม่ไป เพราะต้องการอยู่บ้าน เพราะว่าถึงแม่จะเจ็บป่วยแล้วเอาไป รพ.แต่ ก็ต้องเอามารักษาที่บ้านต่อ แล้วก็ตายหมดอายุขัยที่บ้าน” (รายที่ 3)

“ .... การตายอยู่บ้านเรา บ้านก็บ้านเราเอง... มันดี เพราะเป็นบ้านของเรา สร้างมากันเอง สิ้นลมไปก็ได้ทำพิธีที่บ้าน ได้เห็นหน้าลูกหลาน .... ” (รายที่ 5)

“..... การตายสงบที่บ้าน ... มันดี สบาย เจ็บ ... เราเห็นอะไร ก็นี่บ้านของเรา ไม่ต้องไปอยู่บ้านใคร บ้านของเรา ... อย่าไปเลยโรงหมอ มองไปโน่นก็หมอ นี้อีกหมอ ... ” (รายที่ 6)

“.... อยากตายที่บ้าน เพราะ ไม่ต้องไปอยู่ที่อื่น อยู่บ้านของเราเอง ก็ตายที่บ้านเรา มันอบอุ่นดี ถือว่าเป็นบุญกุศลของเรา เราก็คิดที่บ้าน ตายก็ตายที่บ้าน ... บางคนก็ไปตายกลางถนนก็มี ก็คิดดูสิเวรกรรม กรรมก็คือการกระทำของเราเอง ... อยากไปตายที่บ้านบางพระ หรือตายที่บ้านนี้ก็ได้ แต่ที่สูบ้านบางพระ ไม่ได้ มันเป็นบ้านเกิด บ้านที่เราซื้อ สร้างมาของเราเอง ... บ้านนี้เป็นบ้านของแฟนลุง ... ” (รายที่ 8)

### 2.3 การตายที่ไม่รบกวนลูกหลาน

“ .... ต้องการมาเสียชีวิตที่บ้าน เพราะสบายกว่า โรงพยาบาล ถ้าเสียชีวิตอยู่ที่โรงพยาบาล ต้องเสียเงินทำเรื่องการย้ายศพออกจากโรงพยาบาล ลูกหลานก็จะลำบาก...” (รายที่ 2)

“.... การไปเลยโดยไม่ต้องการให้ใครมาเป็นห่วงเรา ... ไปเมื่อถึงเวลา เนื่องจากทำใจไว้แล้ว เมื่อถึงเวลาต้องไป .... ตายที่บ้าน ให้ดูแลที่บ้านไม่ต้องไปลำบากที่อื่น เช่น ถ้าไปโรงพยาบาลก็ต้องขึ้นรถไปไกล ก็จะเกิดความลำบาก เรื่องที่จอดรถ การเคลื่อนย้าย จะลำบากหลายอย่าง ... ที่บ้านจะสะดวกสบายในทุกเรื่อง ” (รายที่ 3)

“ .... ตายที่บ้านเราดี ลูกๆ ก็ไม่เสียอะไรหนักหนา สิ้นแล้วก็ไปวัด ... ย้ายไปวัดได้เลย สะดวก ... ลูกหลานไม่ลำบาก ... ที่บ้าน มันสะดวก ... อยู่โรงหมอ หมอดีเค้าก็ทำให้ คนไม่ดีก็ไม่ทำ ... นี่มันสะดวก เราไม่มี เค้าจะมาดูแลอะไรหนักหนา ... อยู่บ้าน ลูกเราก็มารทำให้สบาย ... ไปโรงหมอ ลำบาก ลูกเค้าไม่มีรถ ทำไงหะ เค้าจะลำบาก ” (รายที่ 6)

“...แม่มีบุญ การตายของเค้าสงบ และอายุเค้ายืน ยืนแบบมีคุณค่า ไม่ได้ทำให้ลูกลำบากลำบากอะไรเลย ... เราเตรียมว่า แม่ต้องเสียแน่ ตายปั๊บ จองศาลาเลย อีกชุดไปซื้อโลง นื่องมาก็เอารถของเราอาสาพแม่ไปตั้งที่วัดเลย .. เราเตรียมพร้อม แบ่งงานกันไว้หมดแล้ว แบบนี้เรียกว่าพร้อม ... เราพร้อมแล้ว ไม่ยุ่งยาก แม้กระทั่ง เงินทอง รรธา... ” (รายที่ 8)

### 2.4 การตายที่ลูกหลานมาอยู่รอบข้าง เพื่อให้กำลังใจ

“ .... ลูกหลานห้อมล้อม ลูกๆ หลานๆ อยู่กันครบ ตายตาหลับ ถ้าโรงพยาบาลก็จะเป็นห่วงลูกหลาน ... คนที่จะตายจะให้ไปตามลูกหลานมาให้พร้อมกันทุกคน แล้วก็บอกคนที่จะตายว่า ไม่ต้องห่วง ลูกหลานมากันครบแล้ว...” (รายที่ 2)

“ .... ลูกหลานให้กำลังใจ ขอให้เราได้เห็นหน้าเขา อยู่กันพร้อมหน้าพร้อมตา ลูกหลานเยอะมีกำลังใจ จะตายก็ไม่จำ เมื่อถึงเวลาแล้วก็ต้องไป .... ” (รายที่ 4)

### 2.5 การตายตามธรรมชาติที่ทำให้ลูกหลานมีความสุข สบายใจ

“ .... การทำให้ลูกหลานสบายใจ เพราะว่า เมื่อตายแล้วศพอยู่ที่บ้าน ก็จะทำให้ลูกหลานสบายใจ ตรงความเป็นผู้ใหญ่ทำให้ลูกหลานรู้สึกอบอุ่น ที่ญาติผู้ใหญ่เสียชีวิตอยู่ที่บ้าน เหมือนอยู่กับเราตลอดเวลา แต่ถ้ามองในเรื่องของการจัดงาน ก็สุดแล้วแต่ลูกหลาน เพราะเราตายไปแล้วเราไม่รู้ ... ” (รายที่ 1)

“ .... สบายใจ ชื่นใจ ... พ่อแม่ดับไปที่บ้าน ลูกๆ ก็ชื่นใจ ดีใจ ... ถ้าตายที่โรงพยาบาล ลูกๆ ก็ไม่รู้ว่าจะจากไปเมื่อใด ... และก็ไม่ได้ทำตามธรรมชาติที่พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย เขาทำตามกันมา อย่างขึ้นธรรมชาติ ... ” (รายที่ 2)

### 3. ความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

ผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูล ได้บอกเล่าถึงความต้องการของตนเองหากต้องอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ดังข้อมูลต่อไปนี้

#### 3.1 การได้ทำบุญก่อนจากไป

“ ... ต้องการทำบุญ ... ป้าไม่มีลูก ไม่แน่ใจว่าหลานจะทำให้เราหรือไม่ เราก็เลยอยากทำด้วยตัวเองก่อนตาย ... ” (รายที่ 1)

“ .... ต้องการทำบุญ เนื่องจาก จะ ได้มีบุญติดตัวไป.... ” (รายที่ 3)

“..... ต้องการหาพระมาทำบุญต่อชะตา จะได้ทำบุญงวดสุดท้าย ... มันสำคัญสำหรับเรา เราต้องทำบุญนะ .... สิ้นสุดกันสักที ... บุญจะได้ช่วยเราบ้าง ไปข้างหน้าจะได้มีกินมีใช้ ข้างหน้าจะได้มีกับเค้ามั่ง ได้มีที่มืทางกับเค้า เหมือนว่าโง่แล้วจะได้ฉลาด ไม่งั้นมันโง่นะ .... อยากให้พระมาสวด ทำบุญต่อชะตา ... หวังผลให้ชาติหน้า ลำบากแล้ว ให้ได้สบายมั่ง ” (รายที่ 6)

#### 3.2 การมีโอกาสได้สั่งเสียลูกหลาน

“ ... ต้องการสั่งลูกหลาน ... บอกลูกหลานอยู่กันดีๆ ไม่ต้องทะเลาะกัน ให้รู้จักพี่จ๊กน้องคนไหนเป็นที่ก็ให้เขาเป็นโตไปแทนพ่อแทนแม่ .... ” (รายที่ 2)

“ ....การได้สั่งเสีย ให้ลูกหลานอยู่กันดี ๆ ไม่ทะเลาะกัน ... กลัวในอนาคตเมื่อป้าไม่อยู่แล้ว เขาจะทะเลาะกัน แต่โดยปกติ ไม่ทะเลาะกัน สามัคคีกันดี .... ” (รายที่ 5)

“ ... สิ่งสำคัญ ก็ได้สั่งเสียลูกหลานแหละ (หัวเราะ) มันเป็นอะไรไปไม่ได้ นอกจากลูกหลาน จะหมดหวัง หายหวังก็ลูกหลาน .. รับรู้ว่า ยายจะไปแล้วนะ แม่จะไปแล้วนะ ให้ปรองดองกัน ... เราก็คงไปอย่างสงบ ถ้าหวังคน โน้น คนนี้ ก็ตายตาค้าง นอนตายตาไม่หลับ ... ที่สำคัญที่สุด คือ การหมดหวังกับลูกหลาน ... ” (รายที่ 7)

### 4. การดูแลผู้สูงอายุเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน

ผู้สูงอายุทุกราย บอกว่า เมื่อถึงระยะสุดท้ายก็อยากที่จะได้รับการดูแลที่บ้าน เนื่องจากสะดวกกับผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแล ไม่ลำบากลูกหลานในการไปดูแลที่โรงพยาบาล และเพื่อที่จะได้เสียชีวิตอยู่ที่บ้านของตนเอง ดังข้อมูล ต่อไปนี้

“... อยากให้ดูแลที่บ้าน เพราะเมื่อตายแล้วจะต้องเอาศพไว้ที่บ้าน พร้อมหน้าพร้อมตาลูกหลานญาติ... มาตายที่บ้านจะอยู่พร้อมหน้าพร้อมตาลูกหลาน และเพื่อให้เกิดความอบอุ่น” (รายที่ 1)

“...อยากให้ดูแลที่บ้าน เพราะเป็นห่วงบ้าน ห่วงลูก ห่วงหลาน จะได้สบายโดยไม่มี ความทุกข์ ... เคยเกิดที่บ้าน เคยชินกับที่บ้าน เป็นห่วงบ้าน ก็เลยอยากสืบลมที่บ้าน ... กินอยู่ที่บ้านเราก็น้อยกว่า ” (รายที่ 2)

“..... อยู่ที่บ้านไม่เหงา คนพลุกพล่าน ช่วยเหลือกัน ไปตายที่โรงพยาบาล ก็เข้าวัดอย่าง เดียว ไม่เอามาร้านอีก ... อยู่บ้านก็มาปรึกษากันว่าไว้วัด หรืออยู่บ้านดี ..... อยากให้ดูแลที่ บ้าน อยู่โรงพยาบาลก็มาพยาบาลอย่างเดียว ... คนป่วยอยากให้ลูกหลานดูแล แต่ความคิด ลูกหลานก็ว่าอยู่โรงพยาบาล หมอได้ดูแล เอามาร้านไม่รู้จะทำอะไรให้ ก็มานั่งมอง ... ใจ เราอยากอยู่บ้าน คนป่วยทุกคนแหละ อยากอยู่บ้าน ไม่มีใครอยากอยู่โรงพยาบาลหรอก แต่ ถ้ามันจำเป็นก็ต้องไป” (รายที่ 7)

“..... ลุงอยากเสียอยู่ที่บ้าน ถ้าไม่จำเป็น ถ้าไม่ปวดมากพอทนไหว อยู่ที่บ้านมันก็ดี ไป โรงพยาบาลภาระเยอะ คนทางบ้านต้องคอย ไปดูแล อยู่ห้องพิเศษคนก็ขาดไม่ได้ อยู่ห้อง อนาคตก็ต้องไปดูแลเหมือนกันต้องไปเป็นเวลา แยกกับคนทางบ้าน ต้องขับรถไปมา หาที่ จอดรถก็ยาก ลุง ไปอยู่มาสี่ครั้ง ... อยู่บ้านมันดี ทำอะไรอิสระ อยู่โรงพยาบาล มันต้องอยู่ใน กฎระเบียบ แต่ถ้าจำเป็นก็ต้องอยู่..... อยากให้ดูแลที่บ้านดีกว่า คือว่ามันอิสระ เราจะทำ อะไรก็ไม่ต้องเกรงใจ ไม่ต้องกลัวใครมารู้มาเห็นกับเรา ไม่ต้องเป็นภาระกับทางบ้านมาก ต้องคอยไปดูแล ถึงเวลากลับก็ต้องกลับ ... คนดูแลเสียเวลาไปเวลามา” (รายที่ 8)

โดยการดูแลผู้สูงอายุเพื่อช่วยให้ได้ใช้ชีวิตที่บ้านอย่างสงบตามที่ปรารถนา มีลักษณะที่สำคัญ ดังนี้

#### 4.1 การที่ลูกหลานอยู่เคียงข้างตลอดเวลา

“ ... หลานตัวเองพึ่งไม่ได้ อยากให้หลานสะใภ้มาดูแลตลอด เพราะจะได้รู้สึกว่ามีคนดูแล เมื่อเรา ไปจะมีคนดูแลเราอยู่ตลอด... ” (รายที่ 1)

“.... อยากให้ลูกหลานมาอยู่ดูแลตอนเราจะตาย ... ได้เห็นหน้าญาติ ลูกหลาน เขาเห็นหน้า เรา เราเห็นหน้าเขาก็สบายใจ แล้วแต่เขาจะปลอบใจเราหรือไม่ ก็แล้วแต่เขา ได้เห็นหน้า เขาก็ดีใจ พ่อแม่ก็อยากเห็นหน้าลูกหลาน ... แล้วแต่อาการในขั้นสุดท้ายว่าจะได้คุยกัน หรือไม่ ให้ได้เห็นหน้ากันก็สบายใจแล้ว” (รายที่ 4)

“..... อยากให้มาช่วย มาอยู่ใกล้ๆ ให้ฟื้นขึ้นได้ นั่งคุยได้ แต่ถ้าเป็นมาก (อาการหนัก) ก็คง ช่วยไม่ได้ ... แต่กำลังใจเราก็ดี .... พี่ๆ น้องๆ มาให้กำลังใจ คนโน้นมา คนนี้มา มาเอาใจ ช่วย อย่าสิ้นใจนะ มาคุยกันเถอะ กำลังใจจะได้ดี ... มาให้กำลังใจเรา มาดูแลให้ใจเราขึ้น ขึ้นมา คือว่า ใจเราจะดี ยิ้มแย้ม แจ่มใส ชื่นบานบ้าง ... ตามให้ทีสิ เราจะสิ้นใจแล้ว ตาม พี่ๆ น้องๆ มาพูดให้เห็นกัน ก็ปลื้มใจ จะไปแล้วได้เห็นกัน .... ” (รายที่ 6)

#### 4.2 การมีเสียงพูดบอกนำทางก่อนสิ้นใจ

“ ... ให้ลูกหลานบอกให้นึกถึงพระ ให้พูดพุทธโศ เพราะคนใกล้ตาย บางทีนึกไม่ค่อยจะได้ ก็ต้องมีคนบอก ถ้ามีหนังสือธรรมะก็ให้ลูกหลานอ่านให้ฟัง ... มีเสียงหลานพูดอยู่ข้างๆ โดยให้นึกถึงพระ พุทธโศ .... หายใจและสวดมนต์พุทธโศๆๆ ไปด้วยตลอด นึกถึงพระและท่องพุทธโศ เพื่อจะทำให้หมดห่วง และไปอย่างสงบ ” (รายชื่อ 1)

“ .... ตายที่บ้านอยู่ใกล้ลูกหลาน ได้บอกหนทางไปพบพระอรหันต์ คนตายเขาต้องการไปอย่างนั้น ” (รายชื่อ 5)

“ .... มาบอกทาง พุทธโศ นึกถึงพระนะ ท่องพุทธโศนะ พระอรหันต์ .. คนป่วยเค้าก็ทำตาม ... ลูกหลานก็ล้อมรอบ คนป่วยนอนท่อง ที่บอก นี้นะ พุทธโศ ท่องไปจนเสือกสุดท้าย ... ” (รายชื่อ 7)

“ .... คอยพูดให้กำลังใจเค้า คนป่วยพูดไม่ได้ เค้าก็อาจจะฟังรู้เหมือนมาแนะนำ ระหว่างหัวเลี้ยวหัวต่อของคนที่จะหมดลม บางคนปากหุบหิมิบ เหมือนจะตอบเรา... แนะนำที่ดี ยิ่งทางธรรมยิ่งดี พูดสิ่งที่ดีๆ ใจจะได้ฟังสิ่งที่ดีๆ จะได้ไม่คิดมาก ... นึกถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ นะ พูดกรอกใส่หู ให้เค้าปลงได้ ไม่เครียด มันก็เป็นบุญ คนไข้มักมีกิเลสอยู่ เครียดก็ไม่ดี ถ้าเค้าสบายใจก็เป็นบุญของเค้า ใจเบิกบาน ตายไปก็ไปที่ดี ... คนเจ็บถ้าปวดร้องโอยๆ จะให้ไปดีได้ยังไง ตายแบบธรรมดา ... จะไปเกิด ก็เกิดไม่ดีหรอก ถ้าไปสงบปลงได้ ก็ไปเกิดที่ดี ไปดีของเค้า ... ” (รายชื่อ 8)

#### 4.3 การช่วยให้ได้ทำบุญที่บ้าน

“ ..ให้ลูกหลานนิมนต์พระมาให้ได้ถวายสังฆทาน จะทำให้เราไปอย่างสงบและสบายใจ. ” (รายชื่อ 1)

“... การให้ได้ทำบุญต่อชะตากับพระ เป็นการสวด พระก็สวดไป เราก็นอน มีดอกไม้ ดอกไร่ ก็ให้พระ ... บางทีทำแล้ว เราอยู่ที่บ้าน ที่ใกล้ตาย ก็ยังไม่ตาย ... หลังสวด บางทีก็อยู่ได้อีกหลายวัน เหมือนอายุขัยมันคืนมา แต่คืนมาแล้วก็ไม่อยู่หรอก ถึงเวลาเค้าก็เอาไปอีก มันถึงเวลาแล้ว หมดอายุขัย ... ” (รายชื่อ 6)

#### 4.4 การที่ลูกหลานช่วยให้หมดความห่วงกังวล

“...ถ้ามีแต่ห่วงลูกหลานอยู่ ก็จะไปแบบไม่สงบ เพราะว่ามีแต่ห่วงๆๆ ควรนึกถึงตัวเราก่อน เพื่อให้ไปอย่างสงบที่สุด ... ” (รายชื่อ 1)

“ .... ต้องการกำลังใจ มานั่งคุยบ้าง ให้กำลังใจบ้าง ปลอบบ้าง ... แบบให้เราไม่ต้องห่วงไป ไม่ต้องห่วงคนโน้นคนนี้ เป็นแบบนี้ทุกคน ห่วงลูกคนนี้ยังไม่มา อยากเห็นเค้ามารวมกัน ประองคองกัน จะดีจะ โกรธกัน ตอนที่แม่ตาย มาพูดบอกประองคองกันนะ อย่าทะเลาะกันนะ หมดแม่แล้ว ... ก็จะไม่ห่วง เออ เราสิ้นลม ไปแล้ว เค้าก็ทำมาหากินได้ ไม่ต้องทะเลาะกัน .. ลูกหลานดีกันก็มี ไม่ดีกันจนตายจากกันก็มี ก็แล้วแต่.. มาให้กำลังใจ ว่าลูกหลาน

“ไม่เป็นแบบนี้แล้ว ถึงคราวก็ไปแบบสุคติมาให้กำลังใจ ... ไม่ต้องห่วงลูกหลาน ... มาชวนคุยให้เพลินๆ ไปวันๆ ได้หายเจ็บหายปวด ... ” (รายที่ 7)

#### 4.5 การดูแลความสุขสบาย คอยช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน

“ ... ให้เค้าปรนนิบัติดี ๆ ในเรื่องอาหาร การเช็ดตัว คอยพูดคุย ... ” (รายที่ 1)

“ ... ให้อยู่ใกล้ ๆ ลูกทั้งห้าคน .. ลูกหลานหาข้าวหาน้ำให้กิน หายาให้กิน อยากให้ลูกมาดูแลเช็ดตัว อาบน้ำ ... อบอุ่น ลูกหลานมาเอาใจใส่ ..... ” (รายที่ 5)

“..... ให้เค้ามาอาบน้ำ อาบทำ ป้อนข้าวป้อนปลา เรากินเองไม่ได้ ... มาทำความสะอาด ... เค้าถามต้องไปโรงหมอ ถ้าเป็นน้อยก็ไม่ต้องไป ... เราตายที่บ้านก็ได้ ” (รายที่ 6)

“..... อยากให้ดูแลอย่าให้ขาด แบบว่า ถ้าเจ็บป่วยก็รักษา หรือถ้าเค้าไม่เจ็บป่วย ถึงเวลาจะทำอะไร ก็ให้เค้ากินข้าว อาบน้ำ อาบน้ำไม่ได้ก็เช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า ... ” (รายที่ 8)

#### 4.6 การที่ลูกหลานทำให้ตามที่รับปากไว้

“ .... ก่อนตายเมื่อลูกหลานมาครบแล้ว ให้ปฏิบัติตามขั้นตอนที่พ่อแม่บอกไว้ และปรนนิบัติตามธรรมชาติ เคยทำแบบไหนก็เป็นแบบนี้ ไม่ต้องมากเกินไปจนสิ้นเปลือง ขอแค่ลูกหลานอยู่ใกล้ และทำตามทีบอกก็พอแล้ว หหมดห่วงแล้ว .... ” (รายที่ 2)

#### 4.7 การจัดเตรียมสิ่งของตามความเชื่อไว้ก่อนการตาย

“ ... ก่อนตายลูกหลานจะเอาเงินใส่ซอง ใส่มือ แล้วเตรียมเสื้อผ้ามาพับไว้ข้างๆ จะต้องเป็นเสื้อผ้าที่เขาชอบ... ” (รายที่ 2)

“ .... อยากมาตายที่บ้าน ลูกหลานดูแลให้เงิน อยากให้ลูกหลานนำเงินมาทำอะไรก็ได้.. เอามาให้เมื่อขณะที่เรากำลังสิ้นลม จากไปภพหน้าจะได้มีชื่อของกิน .... ” (รายที่ 5)

### ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวเพื่อการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้าน

ผลการศึกษา พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีความต้องการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายได้ตายอย่างสงบที่บ้าน ดังนี้

#### 1.การจัดอบรมเกี่ยวกับการเตรียมตัวตาย

เพื่อให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งผู้ดูแลในชุมชน ได้รู้พูดคุยเกี่ยวกับความตายกันมากขึ้น

“กว่าอาม่าจะยอมรับ อาม่าก็ทรมาณมาเยอะ อาม่าบอกว่าจะไม่ไปโรงพยาบาลเวลาป่วยแก็ จะบอกเลยว่า จะอยู่ได้อีกไม่นานแล้วนะ เขาเตรียมตัวตามทุกวัน

เตรียมตัวตายมันเป็นเรื่องน่าเศร้า ไม่มีหน่วยงานมาดูแลให้จิตใจเขาได้รู้สึกสบาย ผ่อนคลาย ไม่เครียด อยากให้เขามีความสุขก่อนตาย ... ถ้ามีการอบรม ได้พูดคุยกันเรื่องความตาย ก็น่าจะช่วยให้ยอมรับได้ง่ายขึ้น”

## 2. ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ

สมาชิกในครอบครัวที่ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ มีความต้องการความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้ ดังนี้

“จะได้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้เอง ... ให้สอนเรื่องการท่าแผลกดทับ การป้องกันแผลกดทับ การเช็ดตัวลดไข้ แล้วก็อยากรู้วิธีการดูแลจิตใจคนที่ซึมเศร้า ผู้สูงอายุป่วยถูกหลานก็กังวลใจ จะดูแลไม่ถูกดูแลเองที่บ้านไม่ได้ ก็จะต้องพาไปโรงพยาบาล ผู้สูงอายุเขาก็ไม่อยากไปโรงพยาบาล”

“... ต้องการรู้เรื่องอาการช่วงผู้สูงอายุยังไหว และช่วงที่ผู้สูงอายุจะไป(เสียชีวิต) จัดอบรมให้ทั้งญาติที่เขาอยากรู้และก็ อสม. เขาจะได้เข้าใจไม่กลัว ที่เคยสังเกตเอง คนใกล้ตายตาจะเป็นผิขาว-ชุน วันสองวันที่เป็นแบบนี้จะไม่รอด เข้าใกล้จะสิ้นลมแล้ว มันก็มีอาการอื่นๆที่เราอยากรู้เอาไว้สังเกต”

## 3. จิตอาสาดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

“ในสมัยนี้สังคมมันเปลี่ยนไปแล้ว มันเป็นสังคมเร็ว จะขอให้คนข้างบ้านช่วยก็เกรงใจเขา คนไม่ค่อยเข้าบ้านกัน แต่ละบ้านมีรั้วกันหมด ลูกหลานก็มีเรียน บางคนก็ทำงานอยากให้หน่วยงานเคลื่อนที่เร็ว พวกอาสาสมัคร มีอนามัยเป็นแกนกลางช่วยประสานงาน จัดเวรกันเวลาที่ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือ เช่น ช่วยเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุไปอาบน้ำยกประคองไม้ไหว เพราะมันต้องเป็นผู้ชายถึงจะยกไหวจะไปเรียกคนข้างบ้านทุกวันก็เกรงใจ มีปัญหาตอนพาลูก พาขึ้นรถไปตรวจที่โรงพยาบาลจะทำให้ลำบาก ถ้ามีคนมาช่วยยกจะดีมาก”

## 4. อุปกรณ์เครื่องใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ

“... ดูแลที่บ้านเครื่องใช้ไม่พร้อม ไม่รู้ว่าจะต้องมีอุปกรณ์อะไรบ้าง อยากให้มีการจัดหาอุปกรณ์ในการดูแล เช่น เครื่องดูดเสมหะ เครื่องให้ออกซิเจน ถ้าอนามัยมีให้ยืมใช้ก็จะดี การที่เราดูแลแม่ต้องซื้อเครื่องดูดเสมหะไว้ไม่ให้เขาสำลักเสมหะเพราะเสมหะนี้มันอันตราย ทำให้คนตายได้เลยละ เพราะหายใจไม่ออก.... ”

## ผลการศึกษาจากการสนทนากลุ่ม (Focus group)

### การสนทนากลุ่ม ครั้งที่ 1

มีผู้เข้าร่วมการสนทนาทั้งหมด 17 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ จำนวน 8 คน ผู้ดูแล (บุตรและภรรยา) จำนวน 4 คน อสม. จำนวน 3 คน ผู้นำชุมชน (ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน) จำนวน 1 คน และพยาบาล จำนวน 1 คน

### กิจกรรม:

1. การ Confirm ผลการศึกษาที่ได้จากการสัมภาษณ์

- ผู้เข้าร่วม รับรู้และเห็นด้วยกับผลการศึกษาที่น่าเสนอ
- 2. แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเจ็บป่วย/ การดูแลในระยะสุดท้ายที่บ้าน
- 3. สอบถามถึงความต้องการในการดูแลเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน
  - สรุปประเด็นที่ต้องการ มี 5 ประเด็น ได้แก่
    1. ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุ ในบางกิจกรรม เช่น การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ เป็นต้น
    2. การทราบถึงอาการและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต
    3. ความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้าน
    4. ข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์สำคัญในการดูแลที่บ้าน เช่น เครื่องดูดเสมหะ เครื่องให้ออกซิเจน เป็นต้น
    5. ให้ผู้สูงอายุได้มี “การเตรียมพร้อมก่อนวาระสุดท้าย” ... การเตรียมตัวตาย การยอมรับความตาย

## การสนทนากลุ่ม ครั้งที่ 2

ผู้เข้าร่วม: อสม. จำนวน 3 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน (เน้นผู้ดูแล/ อาสาสมัครในชุมชนและผู้มีส่วนร่วม) (พยายามไม่ได้เข้าร่วม เนื่องจากติดภารกิจด่วน แต่ได้ให้ข้อคิดเห็นไว้แล้ว)

### กิจกรรม:

1. การ Confirm ผลการศึกษา การการ Focus group ครั้งที่ 1
    - ผู้เข้าร่วมเห็นด้วย และยอมรับ ผลที่ได้จากการประชุมกลุ่ม
  2. ปรีกษาถึงแนวทางในการจัดกิจกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการต่างๆ ที่ได้จากการFocus group
  3. สรุปการจัดกิจกรรม เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน มีดังนี้
    - 3.1 จัดการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว และ อสม. โดยการให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้
      - 1) ระยะเริ่มป่วย
      - 2) ระยะติดเตียง
      - 3) ระยะก่อนสิ้นลม
- หัวข้อในการจัดอบรม ได้แก่
- การบรรยาย เรื่อง อาการและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยจนถึงระยะสุดท้ายของ



- การอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในหัวข้อ การเคลื่อนย้าย การเช็ดตัว ลดไข้ การป้องกันแผลกดทับ การทำแผล (แผลกดทับ) การดูแลเสมหะ

- การสื่อสารกับผู้ป่วย การดูแลด้านจิตใจเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และการดูแลร่างกายผู้ที่ เสี่ยงชีวิตและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

3.2 การประชุมทำประชาพิจารณ์ เพื่อสร้างทีมอาสาสมัคร/หน่วยเคลื่อนที่เร็ว สำหรับช่วยเหลือ ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยมี วัตถุประสงค์.เหมือน เป็นศูนย์กลางในการดำเนินงานและการประสานงาน

เป้าหมายของการประชุม: ชี้แจงความปัญหาและความต้องการในการช่วยดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และสำรวจหาผู้ที่สนใจเป็นอาสาสมัคร จัดทำรายชื่ออาสาสมัคร จัดเวรผู้ที่ทำหน้าที่ในแต่ละวัน โดยมี รายชื่อผู้ที่ทำหน้าที่หลักและสำรอง

### ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการเตรียมความพร้อมให้กับ ผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอด้วยตาราง ประกอบการบรรยาย โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความต้องการการดูแลทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านปัญญา/ จิตวิญญาณ และด้านสังคม /สิ่งแวดล้อม ของผู้สูงอายุระยะสุดท้าย และสมาชิกในครอบครัว

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติ ทาง สังคมศาสตร์ (Statistical Package for the Social Sciences) ได้ผลการวิเคราะห์ซึ่งสามารถอธิบายใน รายละเอียด ดังต่อไปนี้

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนาในอดีต การร่วมกิจกรรมทางศาสนา ที่วัด หรือ ณ สถานที่ทางศาสนา การศึกษาธรรมะด้วยตนเองที่บ้าน หรือการปฏิบัติธรรม ณ สถานปฏิบัติธรรม ระดับการศึกษา ความสามารถในการอ่านเขียน อาชีพในอดีต อาชีพในปัจจุบัน รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ภาวะสุขภาพ ผู้ดูแลในยามเจ็บป่วย การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเสียชีวิตของคนใน ครอบครัว คนใกล้ชิด หรือคนที่รักและผูกพัน การเคยเห็นผู้สูงอายุ หรือคนอื่นๆ เจ็บป่วยและเสียชีวิต อยู่ที่บ้าน วิเคราะห์โดยค่าจำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัว (n = 200)

ลักษณะ		ผู้สูงอายุ		สมาชิกในครอบครัว	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	132	66.0	134	67.0
	ชาย	67	33.5	64	32.0
อายุผู้สูงอายุ ( $\bar{X}$ = 70.24, SD = 7.94)	น้อยกว่า 70 ปี (ผู้สูงอายุตอนต้น)	103	51.5	-	-
	70 ปีขึ้นไป (ผู้สูงอายุตอนปลาย)	97	48.5	-	-
อายุสมาชิกในครอบครัว ( $\bar{X}$ = 43.70, SD = 12.15)	น้อยกว่า 20 ปี (วัยรุ่น)	-	-	12	6.0
	น้อยกว่า 40 ปี (ผู้ใหญ่ตอนต้น)	-	-	59	29.5
	40 ปีขึ้นไป (ผู้ใหญ่ตอนปลาย)	-	-	129	64.5
สถานภาพสมรส	คู่ / สมรส	126	63.0	125	62.5
	โสด	21	10.5	53	26.5
	หม้าย	39	19.5	6	3.0
	หย่า	7	3.5	5	2.5
	แยกกันอยู่	5	2.5	10	5.0
ศาสนา	พุทธ	199	99.5	197	98.5
	คริสต์	1	.5	3	1.5
ภูมิลำเนาในอดีต	ตะวันออก	190	95.0	171	85.5
	กลาง	7	3.5	11	5.5
	อีสาน	1	.5	11	5.5
	เหนือ	1	.5	4	2.0
	ใต้	-	-	1	.5
	ตะวันตก	-	-	2	1.0

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.0 มีอายุอยู่ในช่วง น้อยกว่า 70 ปี (ผู้สูงอายุตอนต้น) ร้อยละ 51.5 โดยมีอายุเฉลี่ย 70.24 ส่วนมากมีสถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 63.0 นับถือศาสนาพุทธเกือบทั้งหมด ร้อยละ 99.5 มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออก ร้อยละ 95.0 สำหรับสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.0 มีอายุอยู่ในช่วง 40 ปีขึ้นไป (ผู้ใหญ่ตอนปลาย) ร้อยละ 64.5 โดยมีอายุเฉลี่ย 43.7 ส่วนมากมีสถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 62.5 นับถือศาสนาพุทธเกือบทั้งหมด ร้อยละ 98.5 มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออก ร้อยละ 85.5

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว  
(n = 200)

ลักษณะ		ผู้สูงอายุ		สมาชิกในครอบครัว	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การร่วมกิจกรรมทาง ศาสนา	เคย	188	94.0	189	94.5
	ไม่เคย	12	6.0	11	5.5
การศึกษาธรรมชาติ ตนเองที่บ้าน	เคย	118	59.0	142	71.0
	ไม่เคย	81	40.5	57	28.5
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 4 / ต่ำกว่า	160	80.0	82	41.0
	ไม่ได้เรียนหนังสือ	28	14.0	4	2.0
	ประถมศึกษาปีที่ 6 หรือ 7	5	2.5	30	15.0
	มัธยมศึกษาตอนต้น	3	1.5	18	9.0
	อื่นๆ	2	1.0	5	2.5
	ปริญญาตรี	1	.5	22	11.0
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	-	-	25	12.5
ความสามารถในการอ่าน เขียน	อ่านออก เขียนได้	124	62.0	185	92.5
	อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้	54	27.0	11	5.5
	อ่านออก เขียนไม่ได้	22	11.0	4	2.0

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เคยร่วมกิจกรรมทางศาสนา ร้อยละ 94.0 เคยศึกษาธรรมชาติตนเองที่บ้าน ร้อยละ 59.0 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 / ต่ำกว่า ร้อยละ 80.0 มีความสามารถอ่านในการอ่านเขียนอยู่ในระดับอ่านออกเขียนได้ ร้อยละ 62.0

สำหรับสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ร่วมกิจกรรมทางศาสนา ร้อยละ 94.5 เคยศึกษาธรรมชาติตนเองที่บ้าน ร้อยละ 71.0 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 / ต่ำกว่า รองลงมา คือ ประถมศึกษาปีที่ 6 หรือ 7 คิดเป็นร้อยละ 41.0 และ 15.0 ตามลำดับ มีความสามารถอ่านในการอ่านเขียนอยู่ในระดับอ่านออกเขียนได้ ร้อยละ 92.5

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะ		ผู้สูงอายุ		สมาชิกในครอบครัว	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพในอดีต	เกษตรกร	86	43.0	28	14.0
	รับจ้างทั่วไป	54	27.0	77	38.5
	ค้าขาย	34	17.0	47	23.5
	อื่นๆ	14	7.0	30	15.0
	ทำงานบ้านไม่ได้ค่าตอบแทน	6	3.0	6	3.0
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	1.5	9	4.5
	ข้าราชการบำนาญ	2	1.0	3	1.5
อาชีพในปัจจุบัน	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	66	33.0	36	18.0
	ค้าขาย	37	18.5	53	26.5
	ทำงานบ้านไม่ได้ค่าตอบแทน	36	18.0	18	9.0
	รับจ้างทั่วไป	25	12.5	60	30.0
	อื่นๆ	21	10.5	37	18.5
	เกษตรกร	11	5.5	4	2.0
	ข้าราชการบำนาญ	1	.5	5	2.5
รายได้	เพียงพอ	112	56.0	120	60.0
	ไม่พอเพียง	65	32.5	46	23.0
	เพียงพอ เหลือเก็บ	22	11.0	22	11.0

จากตารางที่ 2 ข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบอาชีพในอดีตเป็นเกษตรกร รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 43.0 และ 27.0 ตามลำดับ ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาคือค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 33.0 และ 18.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่รายมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 56.0

สำหรับสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ประกอบอาชีพในอดีตรับจ้างทั่วไป รองลงมาคือค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 43.0 และ 27.0 ตามลำดับ ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาคือค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 38.5 และ 23.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่รายมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 60.0

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะ		ผู้สูงอายุ		สมาชิกในครอบครัว	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	น้อยกว่าหรือเท่ากับสี่คน	117	58.5	117	58.5
	มากกว่าสี่คน	83	41.5	83	41.5
ภาวะสุขภาพ	มีโรคประจำตัว	149	74.5	92	46.0
	ไม่มีโรคประจำตัว	49	24.5	108	54.0
ผู้ดูแลในยามเจ็บป่วย	ได้รับการดูแลจากคนในครอบครัว	182	91.0	181	90.5
	อยู่ลำพัง ขาดผู้ดูแล	14	7.0	10	5.0
	ได้รับการดูแลจากเพื่อนหรือคนรู้จัก	2	1.0	5	2.5
การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	ไม่เคยรับการรักษาใน รพ	156	78.0	122	61.0
	เคยรับการรักษาใน รพ	43	21.5	78	39.0
	เคยนอนรักษาในรพ	132	66.0	79	39.5
	ไม่เคยนอนรักษาในรพ	67	33.5	121	60.5
	ไม่เคยการตรวจสุขภาพประจำปี	148	74.0	163	81.5
	เคยการตรวจสุขภาพประจำปี	50	25.0	37	18.5
	ไม่เคยเจ็บป่วยแบบไม่นอนรักษา	166	83.0	161	80.5
	เคยเจ็บป่วยแบบไม่นอนรักษา	33	16.5	39	19.5
การเสียชีวิตของคนในครอบครัว	มี	128	64.0	113	56.5
	ไม่มี	85	42.5	85	42.5
การเคยเห็นผู้สูงอายุอื่นเสียชีวิตที่บ้าน	เคย	129	64.5	113	56.5
	ไม่เคย	70	35.0	85	42.5

จากตารางที่ 2 ข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว น้อยกว่าหรือเท่ากับสี่คน ร้อยละ 58.5 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.0 ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากคนในครอบครัว ร้อยละ 90.5 ไม่เคยรับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 61.0 มีคนในครอบครัวเสียชีวิต ร้อยละ 56.5 และเคยเห็นผู้สูงอายุอื่นเสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 56.5

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความต้องการการดูแลทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านปัญญา/ จิตวิญญาณ และด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม ของผู้สูงอายุระยะสุดท้าย และสมาชิกในครอบครัว วิเคราะห์โดยสถิติพื้นฐาน แสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลความต้องการการดูแลทางด้านร่างกาย ของผู้สูงอายุระยะสุดท้าย และสมาชิกในครอบครัว

ความต้องการ	ผู้สูงอายุ					สมาชิกในครอบครัว				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ
การให้ช่วยดูแลความสะอาดของร่างกาย เช่น เช็ดตัว อาบน้ำ สระผม	62	76	26	19	16	66	80	38	14	1
การให้ช่วยดูแลเรื่องการรับประทานอาหารและน้ำที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เช่น การจัดเตรียมอาหารและน้ำ การป้อนอาหารและน้ำ	57	71	32	22	17	77	76	35	10	1
การให้ช่วยดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ / อุจจาระ เช่น การสวนปัสสาวะ / อุจจาระ	71	63	26	16	23	66	66	46	15	6
การให้ช่วยดูแลเรื่องการพักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอ เช่น ระวังการรบกวนการนอน	57	70	36	15	16	77	84	30	7	1
การการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ เช่น พลิกตะแคงตัวทุก / 2 ชั่วโมง ใช้ที่นอนลม	28.5	35.0	18.0	7.5	10.5	38.5	42.0	15.0	3.5	.5
การลดความทุกข์ทรมาน	65	71	27	16	20	87	59	36	14	3
	32.5	35.5	13.5	8.0	10.0	43.5	29.5	18.0	7.0	1.5
	52	61	39	23	24	72	80	30	14	4

ความต้องการ	ผู้สูงอายุ		สมาชิกในครอบครัว							
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
จากความเจ็บปวดที่อาจ เกิดขึ้น ด้วยการนวด การ ประคบ การรับประทานยาแก้ปวด	26.0	30.5	19.5	11.5	12.0	36.0	40.0	15.0	7.0	2.0
การดูแลให้หายใจได้ สะดวกขึ้น เช่น การจัดท่านอน การให้ ออกซิเจน	52	67	39	21	20	56	84	34	20	6
การเฝ้าระวัง สังเกตอาการ ผิดปกติ ของร่างกายให้ อย่างต่อเนื่อง	26.0	33.5	19.5	10.5	10.0	28.0	42.0	17.0	10.0	3.0
การให้ยาบรรเทาความเจ็บป่วย อาการผิดปกติ ตามความ เชื่อ เช่น สมุนไพร	36	36	50	42	35	29	47	61	39	24
การให้นำท่านไปรับการ รักษา ที่โรงพยาบาล หากมี อาการทรุดหนักมากขึ้น	18.0	18.0	25.0	21.0	17.5	14.5	23.5	30.5	19.5	12.0
	96	44	23	16	19	130	48	13	6	2
	48.0	22.0	11.5	8.0	9.5	65.0	24.0	6.5	3.0	1.0

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความต้องการให้ช่วยเหลือดูแลความสะอาดของร่างกาย เช่น เช็ดตัว อาบน้ำ สระผม อยู่ในระดับมาก รองลงมามากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 38.0 และ 31.0 ตามลำดับ เช่นเดียวกับสมาชิกในครอบครัวที่พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมาก รองลงมาในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.0 และ 31.0 ตามลำดับ

ความต้องการให้ช่วยเหลือเรื่องการรับประทานอาหารและน้ำที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เช่น การจัดเตรียมอาหารและน้ำ การป้อนอาหารและน้ำ อยู่ในระดับมาก รองลงมาในระดับมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 35.5 และ 28.5 ตามลำดับ แตกต่างกับสมาชิกในครอบครัวที่พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 38.5 และ 38.0 ตามลำดับ

ความต้องการให้ช่วยดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ / อุจจาระ เช่น การสวนปัสสาวะ / อุจจาระ อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 35.5 และ 31.5 ตามลำดับ ส่วนสมาชิกในครอบครัว พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด และในระดับมาก มีคะแนนเท่าเทียมกัน โดยคิดเป็นร้อยละ 33.0 ทั้งคู่

ความต้องการให้ช่วยดูแลเรื่องการพักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอ เช่น ระวังการรบกวนการนอนอยู่ในระดับมาก รองลงมามากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 35.0 และ 28.5 ตามลำดับเช่นเดียวกันกับสมาชิกในครอบครัว พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมาก รองลงมาในระดับมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 38.0 และ 31.0 ตามลำดับ

ความต้องการการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ เช่น พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ใช้ที่นอนลม อยู่ในระดับมาก รองลงมามากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 35.5 และ 32.5 ตามลำดับ แตกต่างกับสมาชิกในครอบครัว พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 43.5 และ 29.5 ตามลำดับ

ความต้องการลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดที่อาจเกิดขึ้น ด้วยการนวด การประคบ การรับประทานยาแก้ปวด อยู่ในระดับมาก รองลงมาในระดับมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 30.5 และ 26.0 ตามลำดับ เช่นเดียวกันกับสมาชิกในครอบครัวที่ พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมาก รองลงมาในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0 และ 36.0 ตามลำดับ

ความต้องการการดูแลให้หายใจได้สะดวกขึ้น เช่น การจัดท่านอน การให้ออกซิเจน อยู่ในระดับมาก รองลงมามากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 33.5 และ 26.0 ตามลำดับ เช่นเดียวกันกับสมาชิกในครอบครัวที่ พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมาก รองลงมาในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.0 และ 28.0 ตามลำดับ

ความต้องการการเฝ้าระวัง สังเกตอาการผิดปกติ ของร่างกายให้อย่างต่อเนื่อง อยู่ในระดับมาก รองลงมามากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 38.0 และ 30.5 ตามลำดับ เช่นเดียวกันกับสมาชิกในครอบครัว พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมาก รองลงมาในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.5 และ 29.5 ตามลำดับ

ความต้องการให้บำบัดความเจ็บป่วย อาการผิดปกติ ตามความเชื่อ เช่น สมุนไพร อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาน้อย และระดับมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 25.0 21.0 และ 18.0 ตามลำดับ แตกต่างกับสมาชิกในครอบครัวที่พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.5 และ 23.5 ตามลำดับ

ความต้องการให้นำผู้สูงอายุไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล หากมีอาการทรุดหนักมากขึ้น อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 35.5 และ 32.5 ตามลำดับ เช่นเดียวกันกับสมาชิกในครอบครัวที่ พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.0 และ 24.0 ตามลำดับ



ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลความต้องการการดูแลทางด้านจิตใจ ของผู้สูงอายุ  
ระยะสุดท้าย และสมาชิกในครอบครัว

ความต้องการ	ผู้สูงอายุ					สมาชิกในครอบครัว				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ
การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยที่ตนเองเป็นอยู่	91	60	32	12	5	79	87	25	8	-
การได้ระบายความรู้สึกโกรธ หงุดหงิดที่อาจเกิดขึ้น	34	48	64	30	24	41	68	55	23	13
การให้ความช่วยเหลือผ่อนคลายความรู้สึกโกรธ หงุดหงิดให้กับท่าน	39	58	50	30	22	55	70	49	22	2
การให้ความเข้าใจและยอมรับจากครอบครัว เมื่อท่านร้องขอ ต่อรอง หรือถกเถียงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่	66	78	35	14	7	77	87	30	6	-
การคนที่ไว้ใจได้อยู่เป็นเพื่อน และรับฟังการระบายความทุกข์ หรือเรื่องราวในอดีต	76	70	34	9	11	79	83	28	8	2
การลดความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย หรือไร้คุณค่า ที่อาจเกิดขึ้น	43	81	37	21	18	61	91	37	7	4
การคำแนะนำเพื่อการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และยอมรับกับการเข้าสู่สภาวะใหม่/ ความตาย	51	78	38	21	10	56	103	33	4	4
	25.5	39.0	19.0	10.5	5.0	28.0	51.5	16.5	2.0	2.0

ความต้องการ	ผู้สูงอายุ					สมาชิกในครอบครัว				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ
การได้อยู่เงียบๆ คนเดียว	44	58	35	22	41	34	48	50	41	27
เพื่อความสงบของจิตใจ	22.0	29.0	17.5	11.0	20.5	17.0	24.0	25.0	20.5	13.5
การให้คนที่ท่านรักอยู่เคียงข้าง	98	66	22	8	5	96	82	18	3	1
ข้าง คอยพูดคุย ดูแลด้วย	49.0	33.0	11.0	4.0	2.5	48.0	41.0	9.0	1.5	.5
ความรักและความห่วงใย										

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความต้องการการยอมรับสภาพความเจ็บป่วยที่ตนเองเป็นอยู่ อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาอยู่ในระดับมาก โดยคิดเป็นร้อยละ 45.5 และ 30.0 ตามลำดับ แตกต่างกับสมาชิกในครอบครัวที่ พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมาก รองลงมาในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.5 และ 39.5 ตามลำดับ

ความต้องการได้ระบายความรู้สึก โกรธ หงุดหงิด ที่อาจเกิดขึ้น อยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง โดยคิดเป็นร้อยละ 32.0 และ 24.0 ตามลำดับ แตกต่างกับสมาชิกในครอบครัวที่ พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมาก รองลงมาในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.0 และ 27.5 ตามลำดับ

ความต้องการให้ช่วยผ่อนคลายความรู้สึก โกรธ หงุดหงิดให้กับผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 29.0 และ 25.0 ตามลำดับ แตกต่างกับสมาชิกในครอบครัวที่ พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมาก รองลงมาในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.0 และ 27.5 ตามลำดับ

ความต้องการความเข้าใจและยอมรับจากครอบครัว เมื่อผู้สูงอายุร้องขอ ต่อรอง หรือถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ อยู่ในระดับมาก รองลงมามากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 39.0 และ 33.0 ตามลำดับ เช่นเดียวกับสมาชิกในครอบครัวที่ พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมาก รองลงมาในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.5 และ 38.5 ตามลำดับ

ความต้องการคนที่ไว้ใจได้อยู่เป็นเพื่อน และรับฟังการระบายความทุกข์ หรือเรื่องราวในอดีต อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาอยู่ในระดับมาก โดยคิดเป็นร้อยละ 38.0 และ 35.0 ตามลำดับ แตกต่างกับสมาชิกในครอบครัวที่ พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมาก รองลงมาในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.5 และ 39.5 ตามลำดับ

ความต้องการลดความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย หรือไร้คุณค่า ที่อาจเกิดขึ้น อยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 38.0 และ 35.0 ตามลำดับ เช่นเดียวกับสมาชิกใน

ครอบครัวที่พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมาก รองลงมาในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.5 และ 30.5 ตามลำดับ

ความต้องการให้ครอบครัวยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของท่าน และไม่โศกเศร้าเสียใจ หากท่านจากไป อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาอยู่ในระดับมาก โดยคิดเป็นร้อยละ 39.5 และ 28.5 ตามลำดับ เช่นเดียวกับสมาชิกในครอบครัวที่พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 44.5 และ 40.5 ตามลำดับ

ความต้องการคำแนะนำเพื่อการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และยอมรับกับการเข้าสู่สภาวะใหม่/ ความตาย อยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 39.0 และ 25.5 ตามลำดับ เช่นเดียวกันกับสมาชิกในครอบครัวที่พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมาก รองลงมาในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.5 และ 28.0 ตามลำดับ

ความต้องการได้อยู่เงียบ ๆ คนเดียว เพื่อความสงบของจิตใจ อยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 29.0 และ 22.0 ตามลำดับ แตกต่างกับสมาชิกในครอบครัวที่พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 25.0 และ 24.0 ตามลำดับ

ความต้องการให้คนที่ท่านรักอยู่เคียงข้าง คอยพูดคุย ดูแลด้วยความรักและความห่วงใย อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาอยู่ในระดับมาก โดยคิดเป็นร้อยละ 49.0 และ 33.0 ตามลำดับ เช่นเดียวกับสมาชิกในครอบครัวที่พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 48.0 และ 41.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลความต้องการการดูแลทางด้านปัญญา/ จิตวิญญาณ ของ ผู้สูงอายุระยะสุดท้าย และสมาชิกในครอบครัว

ความต้องการ	ผู้สูงอายุ					สมาชิกในครอบครัว				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ
การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยที่ตนเองเป็นอยู่	91	60	32	12	5	79	87	25	8	-
	45.5	30.0	16.0	6.0	2.5	39.5	43.5	12.5	4.0	-
การส่งสารภารกิจที่ค้างค้างและได้ทำสิ่งที่อยากทำให้สำเร็จ	63	68	40	17	12	62	98	29	8	3
	31.5	34.0	20.0	8.5	6.0	31.0	49.0	14.5	4.0	1.5
การให้อภัยผู้อื่นทุกๆ คนที่	92	65	24	13	6	107	73	15	4	-

ความต้องการ	ผู้สูงอายุ		สมาชิกในครอบครัว							
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
เคยล่วงเกิน และขอบุคคลคน ที่มีบุญคุณต่อท่าน	46.0	32.5	12.0	6.5	3.0	53.5	36.5	7.5	2.0	-
การขอโทษขอโหสิกรรม ผู้อื่น ญาติพี่น้อง เจ้ากรรม นายเวรที่ท่านเคยล่วงเกิน	116	55	21	5	3	108	75	11	5	1
การทำพิธีตัดกรรม สะเดาะ เคราะห์ เพื่อช่วยให้หมด กรรม และมีพลังชีวิต	58.0	27.5	10.5	2.5	1.5	54.0	5.5	2.5	2.5	.5
การได้พบและกล่าวคำอ้อลา กับคนที่ท่านรักและผูกพัน เช่น คนในครอบครัว ญาติ เพื่อนสนิท	47	49	35	26	43	44	61	52	24	19
การทำพิธีกรรมตามความ เชื่อ เช่น พิธีบายศรีสู่ขวัญ การต่ออายุ สะเดาะเคราะห์	23.5	24.5	17.5	13.0	21.5	22.0	30.5	26.0	12.0	9.5
การขอให้บุญกุศล ที่ท่าน ได้ ทำไว้ และคุณพระศรี รัตนตรัย ช่วยให้ท่านพ้น จากความทุกข์ทรมานและมี ความสุข	75	71	32	8	13	84	71	27	11	5
การบรรลุป่าหมายสูงสุด ของชีวิตคือ นิพพาน หรือ หลุดพ้นเวียนว่ายตายเกิด	37.5	35.5	16.0	4.0	6.5	42.0	35.5	13.5	5.5	2.5
การให้พระสงฆ์ หรือผู้นำ ศาสนา มาให้ธรรมะ เพื่อ ช่วยให้พบทางสว่างหรือนำ ทางชีวิต	40	53	40	24	43	45	54	56	27	18
	20.0	26.5	20.0	12.0	21.5	22.5	27.0	28.0	13.5	9.0
	98	67	24	3	8	104	71	21	4	-
	49.0	33.5	12.0	1.5	4.0	52.0	35.5	10.5	2.0	-
	67	70	30	20	12	82	68	32	16	2
	33.5	35.0	15.0	10.0	6.0	41.0	34.0	16.0	8.0	1.0
	65	69	33	13	19	92	61	26	17	4
	32.5	34.5	16.5	6.5	9.5	46.0	30.5	13.0	8.5	2.0

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความต้องการสะสางภารกิจที่ค้างค้างและได้  
ทำสิ่งที่อยากทำให้สำเร็จ อยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 34.0 และ

31.5 ตามลำดับ เช่นเดียวกันกับสมาชิกในครอบครัวที่พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมาก รองลงมา ระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.0 และ 31.0 ตามลำดับ

ความต้องการให้อภัยผู้อื่นทุกๆ คนที่เคยล่วงเกินท่าน และขอบคุณคนที่มิบุญคุณต่อท่าน อยู่ใน ระดับมากที่สุด รองลงมาอยู่ในระดับมาก โดยคิดเป็นร้อยละ 46.0 และ 32.5 ตามลำดับ เช่นเดียวกันกับ สมาชิกในครอบครัวที่พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.5

ความต้องการขอโทษ ขอโทษกรรมผู้อื่น ญาติพี่น้อง เจ้ากรรมนายเวร ที่ท่านเคยล่วงเกิน อยู่ใน ระดับมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 58.0 เช่นเดียวกันกับสมาชิกในครอบครัวที่พบว่า ความต้องการอยู่ใน ระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.0

ความต้องการทำพิธีตัดกรรม สะเดาะเคราะห์ เพื่อช่วยให้หมดกรรม และมีพลังชีวิต อยู่ในระดับ มาก รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด และน้อยที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 24.5 23.5 และ 21.5ตามลำดับ แตกต่างกับสมาชิกในครอบครัวที่พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมาก รองลงมาระดับปานกลาง คิด เป็นร้อยละ 30.5 และ 26.0 ตามลำดับ

ความต้องการได้พบและกล่าวคำอำลาให้กับคนที่ท่านรักและผูกพัน เช่น คนในครอบครัว ญาติ เพื่อนสนิท อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาอยู่ในระดับมาก โดยคิดเป็นร้อยละ 37.5 และ 35.5ตามลำดับ เช่นเดียวกันกับสมาชิกในครอบครัวที่พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาระดับมาก คิด เป็นร้อยละ 42.0 และ 35.5 ตามลำดับ

ความต้องการทำพิธีกรรมตามความเชื่อ เช่น พิธีบายศรีสู่ขวัญ การต่ออายุ การสะเดาะเคราะห์ เพื่อให้มีขวัญและกำลังใจ อยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด และระดับปานกลาง โดยคิด เป็นร้อยละ 26.5 20.0 และ 20.0 ตามลำดับ แตกต่างกับสมาชิกในครอบครัวที่พบว่า ความต้องการ อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาระดับมาก และระดับระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.0 27.0 และ 22.5 ตามลำดับ

ความต้องการขอให้บุญกุศล ที่ท่านได้ทำไว้ และคุณพระศรีรัตนตรัย ช่วยให้คุณพ้นจากความทุกข์ทรมานและมีความสุข อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาอยู่ในระดับมาก โดยคิดเป็นร้อยละ 49.0 และ 33.5 ตามลำดับ เช่นเดียวกันกับสมาชิกในครอบครัวที่พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด คิด เป็นร้อยละ 52.0

ความต้องการบรรลุเป้าหมายสูงสุดของชีวิต คือ นิพพาน หรือหลุดพ้นจากการเวียนว่ายตายเกิด อยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 35.0 และ 33.5 ตามลำดับ แตกต่างกับ กับสมาชิกในครอบครัวที่พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 41.0 และ 34.0 ตามลำดับ

ความต้องการให้พระสงฆ์ หรือผู้นำศาสนา มาให้ธรรมะ เพื่อช่วยให้พบทางสว่างหรือนำทาง ชีวิต อยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 34.5 และ 32.5ตามลำดับ

แตกต่างกันกับสมาชิกในครอบครัวที่พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 46.0 และ 30.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลความต้องการการดูแลทางด้านปัญญา/ จิตวิญญาณ ของผู้สูงอายุระยะสุดท้าย และสมาชิกในครอบครัว

ความต้องการ	ผู้สูงอายุ					สมาชิกในครอบครัว				
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
การใช้ชีวิตช่วงสุดท้าย ใน สถานที่ที่คุ้นเคยสงบ และ ปลอดภัย เช่น ที่บ้าน	138 69.0	42 21.0	10 5.0	7 3.5	2 1.0	125 62.5	61 30.5	10 5.0	2 1.0	2 1.0
การอุปกรณ์ช่วยในการ ดูแลที่บ้าน เช่น เตียงผู้ป่วย เครื่องดูดเสมหะ รถเข็นนั่ง	42 21.0	59 29.5	35 17.5	28 14.0	36 18.0	72 36.0	70 35.0	31 15.5	19 9.5	8 4.0
การอุปกรณ์สำหรับศึกษา ธรรมะ เช่น ซีดีธรรมะ ซีดี สวดมนต์ หนังสือธรรมะ หนังสือสวดมนต์	50 25.0	55 27.5	37 18.5	28 14.0	30 15.0	63 31.5	71 35.5	42 21.0	19 9.5	5 2.5
การความช่วยเหลือจาก สังคม ด้านสวัสดิการทาง สังคม เช่น เงินสงเคราะห์ การดูแลบ้านที่อยู่อาศัย อาชีพเสริมของครอบครัว	96 48.0	60 30.0	26 13.0	13 6.5	5 2.5	101 50.5	63 31.5	24 12.0	10 5.0	2 1.0
การให้มีการจัดเวร เพื่อมา เยี่ยมเยียนท่านอย่าง สม่ำเสมอ	57 28.5	60 30.0	40 20.0	18 9.0	25 12.5	59 29.5	83 41.5	37 18.5	17 8.5	4 2.0
การให้จิตอาสาทำบุญเป็น เพื่อน ในช่วงที่สมาชิก ครอบครัวหรือผู้ดูแล คิด ภารกิจ/ ไม่ว่าง	48 24.0	65 32.5	31 15.5	26 13.0	30 15.0	61 30.5	76 38.0	33 16.5	26 13.0	4 2.0

ความต้องการ	ผู้สูงอายุ					สมาชิกในครอบครัว				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ
การให้มีบุคลากรทาง	77	57	26	19	21	89	73	20	17	1
การแพทย์ เช่น พยาบาล มาเยี่ยมดูแลความเจ็บป่วย อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง	38.5	28.5	13.0	9.5	10.5	44.5	36.5	10.0	8.5	.5
การจากไปอย่างสงบ	143	44	8	2	3	140	46	9	3	2
ท่ามกลางคนใกล้ชิด คนที่ รัก ที่บ้านของท่าน	71.5	22.0	4.0	1.0	1.5	70.0	23.0	4.5	1.5	1.0
การใช้ชีวิตช่วงสุดท้าย ใน สถานที่ที่คุ้นเคย สงบ และ ปลอดภัย เช่น ที่บ้าน	138	42	10	7	2	125	61	10	2	2
	69.0	21.0	5.0	3.5	1.0	62.5	30.5	5.0	1.0	1.0

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความต้องการใช้ชีวิตช่วงสุดท้าย ในสถานที่ที่คุ้นเคย สงบ และปลอดภัย เช่น ที่บ้าน อยู่ในระดับมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 69.0 เช่นเดียวกันกับสมาชิกในครอบครัวที่พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.5

ความต้องการอุปกรณ์ช่วยในการดูแลที่บ้าน เช่น เตียงผู้ป่วย เครื่องดูดเสมหะ รถเข็นนั่ง อยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 29.5 และ 21.0 ตามลำดับ แตกต่างกับสมาชิกในครอบครัวที่พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 36.0 และ 35.0 ตามลำดับ

ความต้องการอุปกรณ์สำหรับศึกษาธรรมะ เช่น ซีดีธรรมะ ซีดีสวดมนต์ หนังสือธรรมะ หนังสือสวดมนต์ อยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 27.5 และ 25.0 ตามลำดับ เช่นเดียวกันกับสมาชิกในครอบครัวที่พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมาก รองลงมาในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.5 และ 31.5 ตามลำดับ

ความต้องการความช่วยเหลือจากสังคม ด้านสวัสดิการทางสังคม เช่น เงินสงเคราะห์ การดูแลบ้านที่อยู่อาศัย อาชีพเสริมของครอบครัว อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาอยู่ในระดับมาก โดยคิดเป็นร้อยละ 48.0 และ 30.0 ตามลำดับ เช่นเดียวกันกับสมาชิกในครอบครัวที่พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.5

ความต้องการให้มีการจัดเวร เพื่อมาเยี่ยมเยียนท่านอย่างสม่ำเสมอ อยู่ในระดับมาก รองลงมา อยู่ในระดับมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 30.0 และ 28.5 ตามลำดับ เช่นเดียวกันกับสมาชิกในครอบครัว ที่พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมาก รองลงมาในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.5 และ 29.5 ตามลำดับ

ความต้องการให้จิตอาสาอยู่เป็นเพื่อน ในช่วงที่สมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแล ตติหารกิจ/ไม่ว่างอยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 32.5 และ 24.0ตามลำดับ เช่นเดียวกันกับสมาชิกในครอบครัวที่พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมาก รองลงมาในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.0 และ 30.5 ตามลำดับ

ความต้องการให้มีบุคลากรทางการแพทย์ เช่น พยาบาล มาเยี่ยมดูแลความเจ็บป่วยอย่างน้อย สัปดาห์ละครั้ง อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาอยู่ในระดับมาก โดยคิดเป็นร้อยละ 38.5 และ 28.5 ตามลำดับ เช่นเดียวกันกับสมาชิกในครอบครัวที่พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 44.5 และ 36.5 ตามลำดับ

ความต้องการจากไปอย่างสงบ ท่ามกลางคนใกล้ชิด คนที่รัก ที่บ้านของท่าน อยู่ในระดับมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 71.5 เช่นเดียวกันกับสมาชิกในครอบครัวที่พบว่า ความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.0

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการด้านจิตใจ ความต้องการด้านปัญญา/จิตวิญญาณ และความต้องการด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม ของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว

คะแนนรวมรายด้าน	Min-Max		$\bar{X}$ (SD)		ระดับ	
	ผู้สูงอายุ	สมาชิกในครอบครัว	ผู้สูงอายุ	สมาชิกในครอบครัว	ผู้สูงอายุ	สมาชิกในครอบครัว
ด้านร่างกาย	10 - 50	19 - 50	39.46 (9.17)	36.97 (6.56)	มาก	มาก
ด้านจิตใจ	14 - 50	27 - 50	39.45 (7.57)	40.13 (4.92)	มาก	มาก
ด้านปัญญา/จิตวิญญาณ	9 - 45	21 - 45	36.30 (6.72)	37.00 (5.15)	มากที่สุด	มากที่สุด
ด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม	11 - 40	21 - 40	32.97 (6.16)	33.58 (4.40)	มากที่สุด	มากที่สุด

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้สูงอายุมีความความต้องการทางด้านปัญญา/จิตวิญญาณ และความต้องการทางด้านสังคม/สิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}$ =36.30, SD = 6.72 และ  $\bar{X}$ =32.97, SD =



6.16 ตามลำดับ) ส่วนความต้องการทางด้านร่างกายและความต้องการทางด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 39.46, SD = 9.17$  และ  $\bar{X} = 39.45, SD = 7.57$  ตามลำดับ)

โดยภาพรวมความต้องการด้านต่างๆ ของสมาชิกในครอบครัว พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีความความต้องการทางด้านปัญญา / จิตวิญญาณ และความต้องการทางด้านสังคม/ สิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 37.00, SD = 5.15$  และ  $\bar{X} = 33.58, SD = 4.40$  ตามลำดับ) ส่วนความต้องการทางด้านร่างกายและความต้องการทางด้านจิตใจ พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีความต้องการอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 36.97, SD = 6.56$  และ  $\bar{X} = 40.13, SD = 4.92$  ตามลำดับ)

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาข้อมูลด้านความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุ และปัญหาและความต้องการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ตายอย่างสงบที่บ้าน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน ทำการเก็บข้อมูลในผู้สูงอายุ ครอบครัว และบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน โดยศึกษาในพื้นที่เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

**สรุปผลการศึกษา** จากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้ข้อมูล ดังนี้

1. ความหมายของผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต มี 2 ความหมาย คือ
  - 1.1 ผู้ที่เจ็บป่วยที่บ้าน และมีอาการทรุดลง ก่อนเสียชีวิต
  - 1.2 ผู้ที่รักษาที่โรงพยาบาลไม่ได้แล้ว ต้องมาดูแลเพื่อเสียชีวิตที่บ้าน
2. ความหมายของการตายอย่างสงบที่บ้าน ประกอบด้วย 5 ความหมาย ได้แก่
  - 2.1 การตายที่หมดอายุขัย และจากไปแบบไม่ทรมาน
  - 2.2 การตายที่สงบและอบอุ่น ณ บ้านของตนเอง
  - 2.3 การตายที่ไม่รบกวนลูกหลาน
  - 2.4 การตายที่มีลูกหลานมาอยู่รอบข้าง
  - 2.5 การตายตามธรรมชาติที่ทำให้ลูกหลานมีความสุข สบายใจ
3. ความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต มี 2 ประเด็น ได้แก่
  - 3.1 การได้ทำบุญก่อนจากไป
  - 3.2 การมีโอกาสได้สั่งเสียลูกหลาน
4. การดูแลผู้สูงอายุเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน มีทั้งหมด 7 ประเด็น ได้แก่
  - 4.1 การที่ลูกหลานอยู่เคียงข้างตลอดเวลา
  - 4.2 การมีเสียงพูดบอกนำทางก่อนสิ้นใจ
  - 4.3 การช่วยให้ได้ทำบุญที่บ้าน
  - 4.4 การที่ลูกหลานช่วยให้หมดความห่วงกังวล
  - 4.5 การดูแลความสุขสบาย คอยช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน
  - 4.6 การที่ลูกหลานทำให้ตามที่รับปากไว้
  - 4.7 การจัดเตรียมสิ่งของตามความเชื่อไว้ให้ก่อนการตาย

สรุปผลการศึกษาเชิงปริมาณ เกี่ยวกับความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้านของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว พบว่า

1. ผู้สูงอายุมีความความต้องการ ในระดับมากที่สุด มี 2 ด้าน คือ 1) ด้านปัญญา / จิตวิญญาณ ( $\bar{X}=36.30, SD = 6.72$ ) และ 2) ความต้องการทางด้านสังคม/ สิ่งแวดล้อม ( $\bar{X}=32.97, SD = 6.16$ ) ส่วนความต้องการในระดับมาก มี 2 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย ( $\bar{X}=39.46, SD = 9.17$ ) และ 2) ความต้องการทางด้านจิตใจ ( $\bar{X}=39.45, SD = 7.57$ )

2. สมาชิกในครอบครัวมีความความต้องการ ในระดับมากที่สุด มี 2 ด้าน คือ 1) ความต้องการทางด้านปัญญา / จิตวิญญาณ ( $\bar{X}=37.00, SD = 5.15$ ) และ 2) ความต้องการทางด้านสังคม/ สิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=33.58, SD = 4.40$ ) ส่วนความต้องการในระดับมาก มี 2 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ( $\bar{X}=36.97, SD = 6.56$ ) และ 2) ความต้องการทางด้านจิตใจ ( $\bar{X}=40.13, SD = 4.92$ )

## อภิปรายผลการศึกษา

ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษา ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ที่ศึกษาถึงความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน ดังรายละเอียด ดังนี้

### 1) ความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูล มีความต้องการในระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิต อยู่ 2 ประเด็น คือ 1) การได้ทำบุญก่อนจากไป และ 2) การมีโอกาสได้สั่งเสียลูกหลาน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะ ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 99.5 นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งตามความเชื่อของพุทธศาสนานั้น เชื่อว่าการที่บุคคลได้ทำบุญและได้ประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อทางศาสนา เช่น การทำบุญสังฆทาน หรือทำบุญต่ออายุ เป็นต้น จะช่วยให้บุคคลนั้นเกิดกำลังใจ มีความเข้มแข็ง และกล้าหาญที่จะเผชิญกับความตายและการพลัดพรากที่กำลังจะมาถึง (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2553) นอกจากนี้ ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายและสมาชิกในครอบครัว ยังเชื่อว่าบุญกุศลหรือความดีนี้ จะช่วยให้ผู้ที่ใกล้เสียชีวิตเกิดความปีติปลาบปลื้มใจ และเชื่อว่าบุญที่เคยสะสมมานี้จะนำไปสู่สุคติได้ (Somanusorn, 2010)

การที่ผู้สูงอายุต้องการได้สั่งเสียลูกหลานของตนเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้อาจเนื่องจากการสั่งเสียของผู้ที่ใกล้จะเสียชีวิต เป็นประเพณีทางพุทธศาสนาที่มีมาแต่โบราณ ซึ่งสาระของการสั่งเสียนั้น ไม่ใช่เพียงการกล่าวถ้อยคำของผู้ที่กำลังจะเสียชีวิต แต่นับเป็นการมอบมรดกธรรมคือ ความดีที่ตนเองได้สร้างมาตลอดชีวิตให้กับบุตรหลานของตนเพื่อไปสร้างชีวิตที่ดีต่อไป และการสั่งเสียมักจะร่วมด้วยการขอโทษกรรมต่อกัน เป็นการแสดงน้ำใจและความปรารถนาดีต่อกันก่อนที่จะจากกันไป (พระมโน เมตตานนโท, 2548) ตามรูปแบบการดำเนินชีวิตของครอบครัวไทย บิดามารดา บุตรธิดา และคนในครอบครัวต้องมีการสงเคราะห์ดูแลกัน และเมื่อมีผู้ที่เจ็บป่วย หรือผู้ใกล้จะเสียชีวิต จะต้อง

เปิดโอกาสให้ญาติพี่น้องและมิตรสหาย ได้รำลึกกันเพื่อสร้างความเป็นมงคลให้กับผู้ที่ใกล้ตายและญาติ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2553) การที่ผู้สูงอายุได้สังเสียดกับลูกหลานก่อนการเสียชีวิต ถือเป็นหนทางหนึ่งที่ช่วยปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาใจ ซึ่งการมีสิ่งที่ค้างคา รบกวนจิตใจ อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตายอย่างสงบหรือตายดีในวาระสุดท้ายของชีวิต ความรู้สึกไม่ดี ความรู้สึกห่วงกังวลที่ไม่ได้รับการปลดเปลื้องนี้อาจจะทำให้ผู้นั้นทรมานทรมาย ไม่ยอมรับ และผลกัไสความตายได้ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2550)

ส่วนการศึกษาเชิงปริมาณ โดยใช้แบบประเมินความต้องการการดูแลระยะสุดท้ายที่บ้าน ผลการศึกษา พบว่า สิ่งที่ผู้สูงอายุผู้สูงอายุมีความความต้องการในระดับมากที่สุด มี 2 ด้าน คือ 1) ด้านปัญญา/จิตวิญญาณ ( $\bar{X}=36.30$ ,  $SD=6.72$ ) และ 2) ความต้องการทางด้านสังคม/ สิ่งแวดล้อม ( $\bar{X}=32.97$ ,  $SD=6.16$ )

เหตุที่ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างต้องการการสนับสนุนด้านปัญญา/ จิตวิญญาณ ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตนับเป็นผู้ที่กำลังประสบกับภาวะวิกฤติของชีวิต จึงต้องการสิ่งที่ช่วยเสริมพลังในการตอบรับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ (เจดชัย เลิศจิตรเลขา, 2547) และมิติด้านจิตวิญญาณนี้ นับเป็นสิ่งสำคัญกับชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะจิตวิญญาณมีความเกี่ยวข้องกับเป้าหมายของชีวิต หรือสิ่งที่มีค่าสูงทางด้านจิตใจ โดยอาจแสดงออกด้วยการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่ตนเองนับถือ รวมถึงการคงไว้ซึ่งความผูกพันกับสิ่งที่ยึดเหนี่ยวของแต่ละบุคคล เพื่อให้ตนเองรู้สึกปลอดภัย ได้รับการให้อภัย ได้รับการรัก ความหวัง ความไว้วางใจ มีความหมายและเป้าหมายในการดำเนินชีวิต (สุวคนธ์ กุรัตน, พัชร ภาระโย และสุวิริยา สุวรรณโคตร, 2556) ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุใกล้จะเสียชีวิตหรือต้องเผชิญกับความตายซึ่งถือเป็นสิ่งสุดท้ายที่ทุก ๆ คนต้องเผชิญ จึงต้องการการดูแลในมิติทางด้านจิตวิญญาณ โดยอาจมีการทำพิธีกรรมต่างๆ ตามความเชื่อของแต่ละบุคคลรวมทั้งครอบครัว ซึ่งพิธีกรรมตามความเชื่อนี้ มักสอดคล้องกับรากฐานทางศาสนาของแต่ละบุคคล เพื่อช่วยปลดปล่อยและเสริมกำลังใจให้กับผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายในการเผชิญกับความตายที่กำลังจะมาถึง และการดูแลด้านจิตวิญญาณตามความเชื่อนี้ ยังช่วยสร้างขวัญและกำลังใจให้กับญาติ คนในครอบครัว และชุมชนด้วย (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2550)

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีความต้องการทางด้านสังคม/ สิ่งแวดล้อม ในระดับมากที่สุดเช่นกัน อาจเป็นเพราะ การที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายเจ็บป่วยอยู่ที่บ้าน เป็นการเพิ่มโอกาสในการสานสัมพันธ์ทางด้านสังคม ทำให้ผู้สูงอายุได้พบปะกับญาติพี่น้องได้มากขึ้น คนที่รักและห่วงใยผู้สูงอายุสามารถเข้าพบเพื่อเยี่ยมเยียนและสังเสียดกันได้สะดวกขึ้น ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายส่วนใหญ่จะมีปัญหาที่ต้องเผชิญกับ โรคและความเจ็บป่วยที่มีอยู่ รวมทั้งความตายที่กำลังจะมาถึง ดังนั้น การได้รับการสนับสนุนและได้รับกำลังใจจากครอบครัว ญาติ เพื่อน และเพื่อนบ้าน เพื่อให้ตนเองมีความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัย รวมทั้งการได้ใช้เวลาช่วงท้ายของชีวิตอยู่ที่บ้านและในชุมชนที่คุ้นเคย ร่วมกับคนใน

ครอบครัว เพื่อน คนรู้จัก และเพื่อนบ้าน จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายได้มีคนมาเยี่ยมเยียน พุดคุยและรับฟังความทุกข์ใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ สรรณูญา กุมพล (2555) ที่พบว่า การดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนนั้น บรรยากาศภายในครอบครัวและชุมชนที่มีความเอื้ออาทร อยู่ท่ามกลาง สิ่งแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติ เป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความผาสุก ทางจิตวิญญาณ และพบกับการตายอย่างสงบ ดังนั้น การได้รับการดูแลในด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมจึง เป็นสิ่งหนึ่งที่ผู้สูงอายุต้องการเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายในระดับมากที่สุด

บรรยากาศและสภาพสิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับการดูแลในระยะสุดท้ายที่บ้าน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการได้อยู่ท่ามกลางสมาชิกในครอบครัวและคนที่รักและได้อยู่ในบรรยากาศที่ตนเองคุ้นเคย จะทำให้เกิดความรู้สึกสุขสงบและปลอดภัย การได้อยู่ในบรรยากาศที่เอื้อต่อความสงบจะช่วยให้ ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายเกิดความสงบและปล่อยวางสิ่งที่ค้างคาใจ ซึ่งบรรยากาศหรือสภาพแวดล้อมนี้ควร เป็นบรรยากาศที่สงบ อบอุ่น อบอุ่นด้วยความรักและมิตรภาพ เพื่อช่วยให้บรรยากาศไม่ตึงเครียดและ เศร้าสลดเกินไป และการเสียชีวิตที่บ้าน ควรจัดบรรยากาศของบ้านให้สงบ และญาติ ผู้ดูแลไม่ควร ทะเลาะกันต่อหน้าผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้าย (พระไพศาล วิสาโล, 2549) ซึ่งการสร้างบรรยากาศแห่งความ สงบ ทำได้โดยการจัดห้องที่สงบและดูศักดิ์สิทธิ์ เช่น มีพระพุทธรูปที่เคารพนับถือติดอยู่ในห้อง เป็น การสร้างบรรยากาศแห่งความสงบที่สำคัญสำหรับชาวพุทธ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2550)

## 2) ความต้องการของครอบครัวเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

ผลการศึกษาพบว่า สิ่งที่ครอบครัวต้องการในระดับมากที่สุด มี 2 ด้าน คือ 1) ความความต้องการทางด้านปัญญา / จิตวิญญาณ ( $\bar{X}=37.00$ ,  $SD = 5.15$ ) และ 2) ความต้องการทางด้านสังคม/ สิ่งแวดล้อม ( $\bar{X}=33.58$ ,  $SD = 4.40$ )

เหตุที่สมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้านมีความต้องการ ทางด้านปัญญา / จิตวิญญาณมากที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่อยู่ใน ระยะสุดท้ายของชีวิต ต้องเป็นผู้ที่มีความเสียสละ มีความสามารถในการดูแล และเข้าใจถึงความต้องการ ของผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้าย โดยเฉพาะความต้องการด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญที่ช่วยให้ดูแลผู้ที่ อยู่ในระยะสุดท้ายได้อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม ด้วยเหตุนี้ มิติด้านปัญญา/ จิตวิญญาณจึงเป็นสิ่งที่ สมาชิกในครอบครัวต้องการมากที่สุด นอกจากนี้ การเป็นผู้ที่มีจิตวิญญาณที่หนักแน่น จะช่วยให้ตนเอง สามารถช่วยเหลือดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายให้มีความหนักแน่นมั่นคงได้เช่นกัน การมีจิตวิญญาณที่ มั่นคงและยึดมั่นต่อคุณค่าต่าง ๆ ที่ให้ความหมายต่อชีวิตและความตาย จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวที่ เป็นผู้ดูแลและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถอยู่เคียงข้างกันและร่วมกันเผชิญกับสถานการณ์ที่มาคุกคามได้ (เชิด ชัย เลิศจิตรเลขา, 2547)

นอกจากนี้ สมาชิกในครอบครัวก็มีความต้องการทางด้านสังคม/ สิ่งแวดล้อม เพื่อให้การ ดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการ

ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ผู้ดูแลกับผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายจำเป็นต้องมีการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง เพราะต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา การดูแลที่บ้านนี้ เป็นการดูแลเพื่อให้ผู้ที่อยู่ระยะสุดท้ายได้อยู่และจากไปที่บ้านท่ามกลางคนที่รัก แต่บางครั้งอาจไม่สามารถให้การดูแลที่บ้านได้ ด้วยข้อจำกัด เรื่องสถานที่ อุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการดูแล และผู้ดูแลที่ไม่พร้อม เพราะการดูแลที่บ้านนี้ ผู้ดูแลจะต้องมีเวลา มีความมั่นใจ มีความสามารถที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่อยู่ระยะสุดท้ายได้จนกว่าจะสิ้นลมหายใจ (สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ อุไร หัดกิต และกิตติกร นิลมานัต, 2554)

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาที่ได้นี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายुरะยะสุดท้ายได้ตายอย่างสงบที่บ้าน ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายและสมาชิกในครอบครัวแต่ละรายมีความต้องการที่แตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลควรค้นหาความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถให้ความช่วยเหลือได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการมากที่สุด
2. ควรส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายที่บ้าน โดยการส่งเสริมและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุการได้ทำบุญ และให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสดำเนินชีวิตก่อนการเสียชีวิต เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีจิตใจที่เป็นกุศล และสุขสงบ และเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านได้ตามที่ต้องการ
3. พยาบาลและสมาชิกในครอบครัวควรให้การดูแลที่คำนึงถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่สงบ และผ่อนคลาย
4. ควรมีการนำผลการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวที่ได้นี้ไปเป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อการช่วยให้ผู้สูงอายุได้ตายอย่างสงบที่บ้านต่อไป

## บรรณานุกรม

- กิตติกร นิลมานัต. (2555). การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต. สงขลา: ออเรนจ์ มีเดีย.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (บรรณาธิการ). (2550). วัฒนธรรม ความตาย กับวาระสุดท้ายของชีวิต: คู่มือเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: หนังสือดีวัน.
- ขวัญตา บาลทิพย์. (2542). ประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเอดส์ ณ วัดแห่งหนึ่งในภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จินพิชญ์ชา มะมม. (2555). บทบาทพยาบาลกับแผลกดทับ : ความท้าทายในการป้องกันและการดูแล. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 20(5):478-490.
- จินต์จุฑา รอดพาล. (2549). การตายดี: มุมมองจากผู้สูงอายุไทยพุทธ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ชุติมา อรรถสิทธิ์พันธุ์. (2548). รายงานวิจัยการสำรวจการเข้าถึงสถานพยาบาลและรายจ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เสียชีวิต พ.ศ. 2548 (บทคัดย่อ) (ออนไลน์). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2550. (สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2555) Available from: <http://library.hsri.or.th/abs/res/hs1355t.doc>
- เชิดชัย เลิศจิตรเลขา. (2547). ความต้องการและการอภิบาลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยใกล้ตาย. ใน ภัคกร ช่วยคุณูปการ (บรรณาธิการ). รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (หน้า 30-51). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ฐิติมา โปธิศรี. (2550). การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต: จากโรงพยาบาลสู่บ้าน. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์. (2552). การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว และฉันทชาย สิทธิพันธุ์ (บรรณาธิการ). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (หน้า 1-23) (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์ จำกัด.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปัทมา วาจามั่น. (2552). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว และฉันทชาย สิทธิพันธุ์ (บรรณาธิการ). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (หน้า 109-113) (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์ จำกัด.

- คาริน จตุรพร. (2550). การดูแลเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต(ข้อมูลสำหรับญาติและผู้ดูแล). (ออนไลน์). (สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2555) Available from:  
[http://thaifp.com/palliative/download/pt\\_ed/brochure%20last%20hour.pdf](http://thaifp.com/palliative/download/pt_ed/brochure%20last%20hour.pdf)
- คำรงค์ แวงอาลี. (2552). องค์รวมแห่งชีวิตและสุขภาพแนวความคิดศาสนาอิสลาม และทัศนคติในเรื่องความตาย. ใน ภัคกร ช่วยคุณูปการ (บรรณาธิการ). รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (หน้า 52-73) (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: กองการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- ทิพาพร วงศ์หังษ์กุล. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม.(ออนไลน์). คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2555) Available from:  
<http://www.lpch.go.th/attachment/files/20130704030412.pdf>
- ปกรณ์ ทองวิไล. (2553). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย(ทางการแพทย์) “ช่วยให้เกิดการตายอย่างมีศักดิ์ศรี เมื่อวาระสุดท้ายมาถึง”. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 2(5),12-16.
- ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และฉันทชาย สิทธิพันธ์. (2550). การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- เปรมใจ วังศิริไพศาล. ( 2545 ). ความตายและทัศนคติในการตายของผู้สูงอายุ:กรณีศึกษาชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวัฒนธรรมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- พุทธทาสภิกขุ. (2548). ธรรมะสำหรับคนเจ็บไข้ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สุขภาพใจ.
- พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต). (2538). พุทธธรรม: ฉบับปรับปรุงและขยายความ (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต). (2552). นานาทัศนะเกี่ยวกับความตาย: ช่วยให้ตายเร็วหรือช่วยให้ตายดี. ใน ภัคกร ช่วยคุณูปการ (บรรณาธิการ). รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (หน้า 11-29) (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: กองการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- พระไพศาล วิสาโล. (2549). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ. กรุงเทพฯ: เครือข่ายพุทธิกา.
- พระไพศาล วิสาโล. (2552). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิถีพุทธ. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว และฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (หน้า 239-257) (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์ จำกัด.
- พระมน เมตตานนุโท. (2548). ธรรมะในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย. ใน ชมรมชีวิตนิตารักษ์ และ เมตตานนุโท ภิกขุ (บรรณาธิการ). ธรรมะ 4 ศาสนา ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย



(หน้า 11-107). กรุงเทพฯ: ที.เอ็น.พี พรินติ้ง จำกัด.

แผนกเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำพูน. (2553). การดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังปอดระยะสุดท้ายที่บ้าน.

**วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 2(5): 43-54.**

ยุวเรศมคฺฐ์ สิริวิชาญบัญชา. (2554). การดูแลรักษาแบบประคับประคอง และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ห้องฉุกเฉิน ใน ยุวเรศมคฺฐ์ สิริวิชาญบัญชา, อุมารณณ์ ไพศาลสุทธิเดช และสากุน ปวีณรัตน์ (บรรณาธิการ). **การประชุมระดับชาติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เรื่อง ความเชื่อมโยงของการศึกษาไปสู่การปฏิบัติ** (หน้า 133-148). กรุงเทพฯ: ออฟเซ็ทครีเอชั่น.

วริศรา ลูวีระ, เดือนเพ็ญ ศรีชา และศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2556). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยอาสาสมัคร: การรับรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. **วารสารศรีนครินทร์เวชสาร, 28(2), 199-204.**

ลักขมี ชาญเวชช์. (2549). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: การดูแลแบบองค์รวมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิต**. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). **การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล** (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: แอคทีฟพรินท์ จำกัด.

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2555). **รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555**. กรุงเทพฯ: ที คิว พี จำกัด.

สร้อยญา กุมพล. (2555). การดูแลสุขภาพของครอบครัวในผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบมีส่วนร่วมตามแนววิถีพุทธในบริบทวัฒนธรรมอีสาน: กรณีศึกษาพื้นที่เขตเมือง ในจังหวัดขอนแก่น. **วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 31(6), 179-201.**

สายพิน หัตถิรัตน์. (2546). หลักการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง อย่างมีความหวัง. ใน สมบัติ ตรีประเสริฐสุข (บรรณาธิการ). **ศาสตร์และศิลป์แห่งการดูแลผู้ป่วยเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิต**. (หน้า 57-66). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, อุไร หัตถิกร, และกิตติกร นิลมานันต์. (2554). การดูแลญาติที่อยู่ในระยะสุดท้าย เพื่อช่วยให้ตายอย่างสงบตามแนววิถีไทยพุทธ. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 9 (2), 28-41.**

สุพัตรา ศรีวณิชชา. (2553). การดูแลและเยียวยาด้วยหัวใจและศรัทธา. **วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 2(5): 4-6.**

สุมาลี นิมนานนิตย์. (2547). **End of Life**. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการโครงการดูแลประคับประคองอาการของผู้ป่วยระยะเรื้อรังที่บ้าน. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

- สุวรรณค์ กุรัตน, พัชรี ภาระโฆ และสุวิริยา สุวรรณ โคตร. (2556). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: มิหนี่งที่  
ทำท่ายบทหายของพยายาล. มหาสารคาม: วิทยาลัยพยายาลศรีมหาสารคาม.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2551). วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และ  
สังคมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สามลดดา.
- อากรณั์ เชื้อประไพศิลปี. (2541). เอกสารประกอบการอบรมเรื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, วันที่ 2-4  
กันยายน 25542 ณ คณะพยายาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- Bernard, H. R. (2006). **Research method in anthropology: Qualitative and quantitative  
approaches** (4<sup>th</sup> ed.). Lanham: Rowman & little field publishers.
- Crawley, L. M., Marshall, P. A., Lo, B., & Koenig, B. A. (2002). Strategies for culturally effective  
end-of-life care. **Annals of Internal Medicine**, 136, 673-679.
- Gott, M., Seymour, J., Bellamy, J., Clark, D., & Ahmedzai, S. (2004). Older people's views about  
home as a place of care at the end of life. **Palliative Medicine**, 18(5), 460-467.
- Henson, M. J., Enright, R. D., Baskin, T. W., & Klatt, J. (2009). A palliative care intervention in  
forgiveness therapy for elderly terminally ill cancer patients. **Journal of Palliative Care**, 25  
(1), 51-60.
- Kahn, D. L., & Steeves, R. H. (2001). **Narratives of dying aimed at understanding a "Good  
Death": A spouse's story**. In B. R. Ferrell & N. Coyle (Eds.), *Text book of palliative nursing*  
(pp. 811-816). Oxford: Oxford University Press.
- Kongsuwan, W., & Touhy, T. (2009). Promoting peaceful death for Thai Buddhists: Implications for  
holistic end-of-life care. **Holistic Nursing Practice**, 23(5), 289-296.
- National End of Life Care Intelligence Network. (2010). **Deaths in Older Adults in England**.  
Retrieved August 24, 2012, from file:///C:/Users/admin/AppData/Local/Microsoft/  
Windows/Temporary%20Internet%20Files/Low/Content.IE5/EU2ZP7C3/Deaths\_in\_Older\_  
Adults\_in\_England\_FINAL\_REPORT2%5B1%5D.pdf
- Nilmanat, K., & Street, F. A. (2007). Karmic quest: Thai family caregivers promoting a peaceful  
death for people with AIDS. **Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing  
Profession**, 27, 94-103.
- Payutto, P. P. (1995). **Buddhadhamma: Natural laws and values for life**. New York: State  
University of New York Press.
- Rinpoche, S. (1992). **The Tibetan book of living and dying**. London: Rider.

- Somanusorn, S. (2010). **End-of-Life Care for Dying Peacefully in the Thai Buddhist Culture: Family Members' and Nurses' Perspectives**. Doctor's thesis, Prince of Songkla University, Songkhla.
- Walters, G. (2004). Is there such a thing as a good death? **Palliative Medicine**, 18, 404-408.
- WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network. (2004). **What are the palliative care needs of older people and how might they be met?** Retrieved August 24, 2012, from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/74688/E83747.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/74688/E83747.pdf)

**ภาคผนวก**



# สำเนา บันทึกข้อความ

ส่วนงาน กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. ๒๘๕๐  
ที่ ศธ ๖๖๐๗/พิเศษ วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๖  
เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยฯ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ด้วยดิฉัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ อาจารย์สังกัดกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะฯ ได้ทำการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน” ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากมหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ในการนี้ ผู้วิจัยได้พิจารณาแล้วเห็นว่า ผศ.ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ และรศ.ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยฯ ดังกล่าว โดยมีเอกสารที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑. โครงการวิจัยฯ ฉบับย่อ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบประเมินความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายที่บ้าน จำนวน ๑ ชุด
๔. แบบประเมินความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายที่บ้าน สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๑ ชุด
๕. แบบประเมินความต้องการของครอบครัวเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายที่บ้าน จำนวน ๑ ชุด
๖. แบบประเมินความต้องการของครอบครัวเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายที่บ้าน สำหรับ

ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๑ ชุด

รายละเอียดตั้งเอกสารแนบ

ดังนั้นจึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้เกียรติเป็นผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

*สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์)

หัวหน้าโครงการวิจัยฯ

# สำเนา



ที่ ศธ ๖๖๐๗/พ ๗๕๕

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

พฤศจิกายน ๒๕๕๖

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือเพื่อการวิจัยฯ

เรียน ดร.รวิวรรณ เผ่ากัณหา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. โครงการวิจัยฯ ฉบับย่อ จำนวน ๑ ฉบับ
  ๒. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว จำนวน ๑ ชุด
  ๓. แบบประเมินความต้องการการดูแลในระยยะสุดท้ายที่บ้าน จำนวน ๑ ชุด
  ๔. แบบประเมินความต้องการการดูแลในระยยะสุดท้ายที่บ้าน สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๑ ชุด
  ๕. แบบประเมินความต้องการของครอบครัวเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยยะสุดท้ายที่บ้าน จำนวน ๑ ชุด
  ๖. แบบประเมินความต้องการของครอบครัวเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยยะสุดท้ายที่บ้าน สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยดิฉัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ อาจารย์สังกัดกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะฯ ได้ทำการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน” ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากมหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ในการนี้ ผู้วิจัยได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยฯ ดังกล่าว รายละเอียดดังเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย

ดังนั้นจึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้เกียรติเป็นผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์)

หัวหน้าโครงการวิจัยฯ

สำนักงานกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๒๒๒๒ ต่อ ๒๘๕๐

โทรสาร (๐๓๘) ๗๔๕๗๗๐

ภาคผนวก ค  
เอกสารที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล
2. เอกสารคำชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยสำหรับผู้ให้ข้อมูล
3. หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
5. หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

### โครงการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัว

#### สู่การตายอย่างสงบที่บ้าน”

#### ก. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

##### ส่วนที่ 1 ข้อคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก

แบ่งออกเป็น 3 ชุด ดังนี้

##### 1) ข้อคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก “สำหรับผู้สูงอายุ”

**คำชี้แจง :** สิ่งที่ถูกถามนี้ เป็นการถามความคิดเห็น “การรับรู้ต่อการเป็นผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิต และการตายอย่างสงบที่บ้าน” .... สมมติว่าเมื่อถึงเวลานั้น เวลาที่คุณปู่/ คุณลุง ...จะต้องจากไป... เพราะ เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นธรรมดาของชีวิต ... ความตายไม่มีใครหนีได้พ้น ... เวลาที่อาการหนัก และเมื่อถึงเวลานั้น ท่าน / คุณปู่ คุณยาย คุณลุงคุณตา \*\*\* มีความคิดเห็นกับสิ่งที่จะถามนี้อย่างไร .... ควรได้คิด ได้คุยกัน จะได้ว่าเราต้องการอย่างไร เมื่อถึงเวลานั้นของชีวิต .... ไม่มีใครหลีกเลี่ยงพ้น

**ข้อมูล:** ผู้สูงอายุ ..... เบอร์โทร ..... สถานภาพสมรส .....

ศาสนา..... ระดับการศึกษา ..... อาชีพ .....

การเคยเจ็บป่วย นอนรักษาในโรงพยาบาล ไม่เคย ..... เคย ..... จำนวน ..... ครั้ง  
สถานที่ที่สัมภาษณ์ ..... วันที่ ..... เวลา เริ่ม..... สิ้นสุด.....

#### ข้อคำถาม

##### ก. การรับรู้ต่อการเป็นผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิตและการตายอย่างสงบที่บ้าน

1. ท่านคิดว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต หมายถึงอะไร (... ช่วงที่ก่อนสิ้นลม ประมาณเดือน สัปดาห์ วัน-สองวัน.... \*\*\*\* ไม่ต้องอธิบายเพิ่ม เพื่อให้ผู้สูงอายุท่านได้บอกเอง ตามที่ท่านเข้าใจ)

หมายถึง (จดตามคำบอกเล่า เป็นภาษาพูดของคนให้ข้อมูล)

2. ท่านคิดว่า การสิ้นใจ/ จากไป (ตาย) อย่างสงบที่บ้าน หมายถึงอะไร

หมายถึง (จดตามคำบอกเล่า เป็นภาษาพูดของคนให้ข้อมูล)

3. ท่านคิดว่า การสิ้นลม/ จากไป (ตาย) อย่างสงบที่บ้านสำคัญ หรือไม่ อย่างไร

สำคัญ  ไม่สำคัญ

เพราะ/ เนื่องจาก .....

(. \*\*\* อาจมีความคิด ความเชื่อ เรื่องเล่า ประสบการณ์ในอดีต สนับสนุนความเห็น )

ข. ความต้องการการดูแลเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน



2.1 เมื่อระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตมาถึง ท่านต้องการการดูแลในระยะเวลาสุดท้ายที่บ้านหรือที่ใด เพราะเหตุใด

\*\*\* สมมติว่า หากถึงวาระสุดท้าย ที่ผู้สูงอายุ (คุณป้า คุณยาย คุณลุง คุณตา) ก่อนหมดอายุขัย หรือเจ็บป่วยรักษาผู้สูงอายุไม่ได้แล้ว \*\*\* และผู้สูงอายุ ต้องการจะใช้เวลาช่วงสุดท้ายของตนเองที่ไหน ที่บ้านหรือที่ใด

อยากให้คุณเล่าที่ .....

เพราะ/ เนื่องจาก .....

2.2 เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดา ไม่มีใครหนีความตายได้ .... เมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึง ... และเมื่อถึงเวลานั้น ท่านต้องการสิ้นลม (เสียชีวิต) ที่บ้านหรือที่ใด เพราะเหตุใด

.....  
สถานที่ ที่ต้องการสิ้นลม อยู่เมื่อจากไป .....

เพราะ/ เนื่องจาก .....

2.3 ท่านคิดว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต ต้องการอะไร มากที่สุด ต้องการ .....

เนื่องจาก .....

2.4 เมื่อระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตมาถึง ท่านต้องการได้รับการดูแลเพื่อการจากไป (ตาย) อย่างสงบที่บ้านหรือไม่ เพราะเหตุใด

ต้องการ การดูแล  ไม่ต้องการ การดูแล

เพราะ/ เนื่องจาก (จดเป็นคำพูดบอกเล่า) .....

ค. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน

3.1 ลักษณะ/ รูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้านที่ท่านต้องการเป็นอย่างไร

.....  
3.2 สิ่งที่สำคัญ/ สำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุเพื่อการได้จากไป (ตาย) อย่างสงบที่บ้านคืออะไร

อย่างไร

สิ่งสำคัญ / สำคัญ คือ .....

เนื่องจาก .....

2) ข้อคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก “สำหรับสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ”

ข้อมูล: ผู้ให้ข้อมูล ..... เบอร์โทร..... อายุ ..... ศาสนา.....

สถานภาพสมรส..... อาชีพ ..... ระดับการศึกษา..... ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ .....

สถานที่ที่สัมภาษณ์ ..... วันที่ ..... เวลา เริ่ม..... สิ้นสุด.....

\*\*\* ผู้สูงอายุ อาจเป็น พ่อ แม่ ปู่ย่า ตายาย ลุง ป้า .... เป็นคนที่ท่านรัก ที่ท่านดูแล หรือเป็นคนในครอบครัวเดียวกับท่าน .... คิด/ สมมติว่า หากถึงวาระสุดท้าย ที่ผู้สูงอายุหมดอายุขัย หรือเจ็บป่วยรักษาผู้สูงอายุไม่ได้แล้ว \*\*\* และผู้สูงอายุ ต้องการให้ครอบครัวดูแลที่บ้าน ไม่ต้องการไปเสียชีวิตที่โรงพยาบาล

\*\*\*\*\*

1. การรับรู้ต่อการดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน

1.1 ผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิต หมายถึงอะไร?

หมายถึง (จดตามคำบอกเล่า เป็นภาษาพูดของคนให้ข้อมูล)

.....

1.2 ท่านคิดเห็นอย่างไรต่อ การดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน (ดี ไม่ดี เป็นไป  
ได้ ยาก ไม่ยาก ... อย่างไร ... จดเป็นคำพูดที่บอกเล่ามา)

การดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้าน เป็น (หมายถึง) .....

1.3 ท่านคิดว่าท่านสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้านได้หรือไม่?  
เพราะอะไร? อย่างไร?

ได้                       ไม่ได้

เนื่องจาก .....

การดูแลของท่าน .....

2. ความต้องการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิต

2.1 ท่านคิดว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตต้องการอะไรมากที่สุด? เพราะอะไร?  
ต้องการ .....

เนื่องจาก (จดเป็นคำพูดบอกเล่า) .....

2.2 ท่านต้องการให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นอย่างไร (จดเป็นคำพูดบอกเล่า)  
ผู้สูงอายุ (ที่ท่านรัก) \*\*\* ก่อนจากไป/ สิ้นลม (ตาย) (ช่วงวัน สองวัน และช่วงไม่กี่ชั่วโมงก่อนจากไป)  
อยากให้ อยู่ท่านในลักษณะ .....

2.3 (ความตาย เป็นสิ่งที่ไม่มีใครหนีพ้น และเมื่อถึงเวลานั้น) ท่านต้องการให้ผู้สูงอายุได้  
เสียชีวิตที่บ้านอย่างไร \*\*\* ให้ผู้สูงอายุได้ จากไป (เสียชีวิต) ที่บ้าน \*\*\*แบบ (สภาพก่อนสิ้นลม)

.....

เนื่องจาก .....

2.4 ท่านต้องการสิ่งใดเพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน อย่างไร  
\*\*\* หากเป็นไปได้ คิดว่า ควรมี (สิ่งของ บุคคล ... อะไรที่จะช่วย/ จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน)

.....

### 3. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน

3.1 ลักษณะ/ รูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้านที่ท่านต้องการเป็นอย่างไร

.....

3.2 สิ่งที่เป็น/ สำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุเพื่อการเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านคืออะไร อย่างไร

.....

เนื่องจาก .....

3.3 ท่านสามารถให้การดูแลเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้จากไป (เสียชีวิต) อย่างสงบที่บ้าน ด้วยวิธีการอย่างไรบ้าง.....

#### 3) ข้อคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก “สำหรับบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในชุมชน (แกนนำ บุคลากร)”

ข้อมูล: ผู้ให้ข้อมูล ..... เบอร์โทร ..... ตำแหน่ง / หน้าที่ในชุมชน .....

ระดับการศึกษา ..... อาชีพ ..... อายุ ..... ศาสนา.....

การมีผู้สูงอายุในครอบครัว ..... ได้แก่.....

สถานที่ที่สัมภาษณ์ ..... วันที่ ..... เวลา เริ่ม..... สิ้นสุด.....

\*\*\* ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุ ที่อยู่ในชุมชนของท่าน ซึ่งอาจเป็น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตายาย ลุง ป้า ... เป็นคนที่ท่านรู้จัก คนที่ท่านรัก ที่ท่านดูแล หรือเป็นคนในครอบครัวเดียวกับท่าน .... คิด/ สมมติว่า หากถึงวาระสุดท้าย ที่ผู้สูงอายุต้องหมดอายุขัย หรือเจ็บป่วยรักษาผู้สูงอายุไม่ได้แล้ว \*\*\* และผู้สูงอายุ ต้องการให้ครอบครัวดูแลที่บ้าน ต้องการจากไปที่บ้าน ไม่ต้องการไปเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ... ท่านจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องนี้อย่างไร

1. ท่านมีความคิดเห็นต่อการที่ผู้สูงอายุได้จากไป (เสียชีวิต) อย่างสงบที่บ้าน ของผู้สูงอายุ/ ในชุมชน อย่างไร

การที่ผู้สูงอายุได้เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน เป็น .....

เนื่องจาก .....

๒. ลักษณะ/ รูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้านที่ท่านต้องการ/ อยากให้เป็น เป็นอย่างไร/ แบบใด.....

๑. สิ่งที่เป็น/ สำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุเพื่อการจากไป (เสียชีวิต) อย่างสงบที่บ้านคืออะไร อย่างไร.....

เนื่องจาก .....

๔. ท่านและชุมชนสามารถช่วยผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตได้เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านอย่างไร

\*\*\* ช่วยโดยการ .....

## ส่วนที่ 2 ข้อคำถามในการสนทนากลุ่ม

### ข้อมูลผู้ให้ข้อมูล

รหัสผู้ให้ข้อมูล: ..... อายุ ..... ศาสนา.....ระดับการศึกษา.....

ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ .....สถานที่ที่สัมภาษณ์ .....วันที่ ..... เวลา .....

ข้อคำถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

### ส่วนที่ 1 ข้อคำถามสำหรับผู้สูงอายุ

1. การรับรู้ต่อการเป็นผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิตและการตายอย่างสงบที่บ้าน
  - 1.1 ท่านคิดว่า ผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิตหมายถึงอะไร
  - 1.2 ท่านคิดว่าการตายอย่างสงบที่บ้านหมายถึงอะไร
  - 1.3 ท่านคิดว่าการตายอย่างสงบที่บ้านสำคัญหรือไม่ อย่างไร
2. ความต้องการการดูแลเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน
  - 2.1 เมื่อระยะสุดท้ายของชีวิตมาถึง ท่านต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายที่บ้านหรือที่ใด เพราะเหตุใด
  - 2.2 เมื่อระยะสุดท้ายของชีวิตมาถึง ท่านต้องการเสียชีวิตที่บ้านหรือที่ใด เพราะเหตุใด
  - 2.3 ท่านคิดว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตต้องการอะไรมากที่สุด
  - 2.4 เมื่อระยะสุดท้ายของชีวิตมาถึง ท่านต้องการได้รับการดูแลเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้านหรือไม่ เพราะเหตุใด และอย่างไร
3. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน
  - 3.1 การดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน ควรเป็นอย่างไร
  - 3.2 ท่านคิดเห็นอย่างไรต่อการที่ผู้สูงอายุนับการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน
  - 3.3 ลักษณะ/ รูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้านที่ท่านต้องการเป็นอย่างไร
  - 3.4 สิ่งที่สำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้านคืออะไร อย่างไร

### ส่วนที่ 2 ข้อคำถามสำหรับสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล

1. การรับรู้ต่อการดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน
  - 1.1 ผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิต หมายถึงอะไร?
  - 1.2 ท่านคิดเห็นอย่างไรต่อการดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน
  - 1.3 ท่านคิดว่าท่านสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้านได้หรือไม่? เพราะอะไร? อย่างไร?
2. ความต้องการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิต
  - 2.1 ท่านคิดว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตต้องการอะไรมากที่สุด

- 2.2 ท่านต้องการให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นอย่างไร
- 2.3 ท่านต้องการให้ผู้สูงอายุได้เสียชีวิตที่บ้านอย่างไร
- 2.4 ท่านต้องการสิ่งใดเพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน อย่างไร
3. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน
  - 3.1 ท่านมีความคิดเห็นต่อการที่ผู้สูงอายุได้เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านอย่างไร
  - 3.2 การดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน ควรเป็นอย่างไร
  - 3.3 ลักษณะ/ รูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้านที่ท่านต้องการเป็นอย่างไร
  - 3.4 สิ่งที่เป็น/ สำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุเพื่อการเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านคืออะไร อย่างไร
  - 3.5 ท่านสามารถให้การดูแลเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน ด้วยวิธีการอย่างไรบ้าง

**ส่วนที่ 3** ข้อคำถามสำหรับบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในชุมชน

1. ท่านมีความคิดเห็นต่อการที่ผู้สูงอายุได้เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านอย่างไร
2. ลักษณะ/ รูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุเพื่อการเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านที่ท่านต้องการเป็นอย่างไร
3. สิ่งที่เป็น/ สำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุเพื่อการเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านคืออะไร อย่างไร
4. ท่านและชุมชนสามารถช่วยผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตได้เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านอย่างไร

## ข. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ประกอบด้วยแบบประเมิน 2 ส่วน ดังนี้

### ส่วนที่ 1 แบบประเมินความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายที่บ้าน (สำหรับผู้สูงอายุ)

คำชี้แจง แบบสอบถามต่อไปนี้ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ “ความต้องการการดูแลใน

ระยะสุดท้ายที่บ้าน” แบบองค์รวมทั้ง ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านปัญญา/

จิตวิญญาณ และด้านสังคมสิ่งแวดล้อม จำนวน 4 หน้า ทั้งหมด 37 ข้อ

การตอบแบบสอบถาม โปรดพิจารณา โดยสมมติว่า เมื่อท่านอยู่ในวัยชราที่ใกล้จะหมดอายุขัย หรือเจ็บป่วยจนอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นความปกติที่ทุกคนต้องประสบ ท่านต้องการการดูแลในด้านต่างๆ ตามการรับรู้ของท่านมากที่สุดเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับระดับความต้องการของท่านมากที่สุด ตามเกณฑ์ ดังนี้

**มากที่สุด** หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับมากที่สุด

**มาก** หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับมาก

**ปานกลาง** หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับปานกลาง

**น้อย** หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับน้อย

**น้อยที่สุด** หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับน้อยที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความต้องการ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1	ท่านต้องการให้ช่วยดูแลความสะดวกของร่างกาย เช่น เช็ดตัว อาบน้ำ สระผม					
2	ท่านต้องการให้ช่วยดูแลเรื่องการรับประทานอาหารและน้ำที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เช่น การจัดเตรียมอาหารและน้ำ การป้อนอาหารและน้ำ					
5	ท่านต้องการการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ เช่น พลิกตะแคงตัวทุก ๒ ชั่วโมง ใช้ที่นอนลม					

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความต้องการ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
6	ท่านต้องการลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดที่อาจเกิดขึ้น ด้วยการนวด การประคบ การรับประทานยาแก้ปวด					
7	ท่านต้องการการดูแลให้หายใจได้สะดวกขึ้น เช่น การจัดท่านอน การให้ออกซิเจน					
12	ท่านต้องการได้ระบายความรู้สึกโกรธ หงุดหงิด ที่อาจเกิดขึ้น					
13	ท่านต้องการให้ช่วยผ่อนคลายความรู้สึกโกรธ หงุดหงิด ให้กับท่าน					
36	ท่านต้องการให้มีบุคลากรทางการแพทย์ เช่น พยาบาล มาเยี่ยมดูแลความเจ็บป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง					
37	ท่านต้องการจากไปอย่างสงบ ท่ามกลางคนใกล้ชิด คนที่รัก ที่บ้านของท่าน					

**ส่วนที่ 2 แบบประเมินความต้องการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่อยู่ในระยะสุดท้าย  
ที่บ้าน (สำหรับสมาชิกในครอบครัว)**

**คำชี้แจง** แบบสอบถามต่อไปนี้ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ “ความต้องการเพื่อการดูแล  
ผู้สูงอายุในครอบครัวที่อยู่ในระยะสุดท้ายที่บ้าน” แบบองค์รวมทั้ง ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ  
ด้านปัญญา/ จิตวิญญาณ และด้านสังคมสิ่งแวดล้อม จำนวน ๔ หน้า ทั้งหมด ๓๗ ข้อ

**การตอบแบบสอบถาม** โปรดพิจารณา โดยสมมติว่า เมื่อท่านต้องได้ดูแลผู้สูงอายุใน  
ครอบครัวที่อยู่ในวัยชราที่ใกล้จะหมดอายุขัย หรือเจ็บป่วยจนอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตที่  
บ้าน ท่านจะต้องการให้การดูแลผู้สูงอายุท่านนี้ ตามการรับรู้ของท่านมากน้อยเพียงใด  
โดยทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับระดับความต้องการของท่านมากที่สุด ตาม  
เกณฑ์ ดังนี้

**มากที่สุด** หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับมากที่สุด

**มาก** หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับมาก

**ปานกลาง** หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับปานกลาง

**น้อย** หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับน้อย

**น้อยที่สุด** หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับน้อยที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความต้องการ				
		มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
๑	ท่านต้องการช่วยดูแลเรื่องความสะอาดของร่างกาย เช่น เช็ดตัว อาบน้ำ สระผม					
๒	ท่านต้องการช่วยดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร และน้ำ เช่น การจัดเตรียมอาหาร การป้อนอาหาร และน้ำ					
๕	ท่านต้องการช่วยดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ เช่น พลิกตะแคงตัวทุก ๒ ชั่วโมง ใช้ที่นอนลม ทำแผล กดทับ					



ลำดับ	ข้อความ	ระดับความต้องการ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
๖	ท่านต้องการช่วยเหลือเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด เช่น การนวด การรับประทานยาแก้ปวด					
๗	ท่านต้องการช่วยเหลือให้หายใจได้อย่างสะดวก เช่น การจัดท่านอน การให้ออกซิเจน					
๓๖	ท่านต้องการให้มีบุคลากรทางการแพทย์ เช่น พยาบาล มาเยี่ยมดูแลปัญหาสุขภาพ และความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ เป็นครั้งคราว					
๓๗	ท่านต้องการให้ผู้สูงอายุสิ้นชีวิต / จากไปอย่างสงบ ท่ามกลางคนใกล้ชิด คนที่รัก ที่บ้าน					

**คำชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยสำหรับผู้ให้ข้อมูล**  
**เรื่อง ความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายที่บ้าน**  
**โครงการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัว**  
**สู่การตายอย่างสงบที่บ้าน”**

**แนะนำตัว**

ดิฉันเป็นอาจารย์ ในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ / พยาบาล ในสังกัดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีความสนใจเกี่ยวกับเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน ซึ่งผลจากการศึกษาจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ได้เสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบตามที่ตนเองต้องการ

**ขั้นตอนการศึกษา**

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสมาชิกในครอบครัว อาจจะเป็นผู้ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้สูงอายุหรือไม่ก็ได้ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการอธิบายรูปแบบการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลจะได้รับการสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลในเรื่องของอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อท่านให้ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะทำการสอบถามเกี่ยวกับความต้องการการดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน

การสอบถามข้อมูลจะดำเนินในสถานที่ที่ท่านสะดวก ซึ่งผู้วิจัยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที โดยระหว่างการสอบถาม ผู้วิจัยจะขอจดบันทึกข้อมูลด้วย

**อาการไม่พึงประสงค์**

- การศึกษาครั้งนี้ ไม่มีการใช้ยา หรือเครื่องมือที่เป็นอันตรายต่อร่างกายของท่าน ระหว่างการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะระมัดระวังการใช้คำถาม คำพูดในระหว่างการเก็บข้อมูล และสังเกตอาการแสดงของผู้ให้ข้อมูลอยู่เสมอ หากท่านรู้สึกไม่สบายใจกับข้อคำถาม หรือการ

ให้ข้อมูลใดๆ ผู้วิจัยจะหยุดพัก และสอบถามความพร้อมในการให้ข้อมูลจากท่าน และหากท่านไม่สะดวกในการให้ข้อมูลต่อไป ท่านสามารถขอยุติการให้ข้อมูลได้

### **การปกป้องรักษาความลับ**

ในรายงานวิจัย ข้อมูลของท่านที่เกี่ยวข้องในการศึกษารั้งนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ จะไม่มีการระบุชื่อจริง ท่านสามารถที่เลือกตอบคำถามหรือไม่ตอบคำถามก็ได้ และสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลใดๆตามมา ข้อมูลที่ได้จะถูกนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น

### **การนำข้อมูลจากการศึกษารั้งนี้ไปใช้**

ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุและครอบครัว จะใช้ประกอบการอธิบายผลการศึกษากับรูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน

### **การยินยอมเข้าร่วมการวิจัย**

ผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจในข้อความดังกล่าวข้างต้นและพอใจในการตอบคำถามของผู้วิจัยเกี่ยวกับขั้นตอนการศึกษาและอื่นๆที่มีความเป็นห่วงกังวลอยู่

ท่านได้รับการแนะนำเกี่ยวกับอิสระในการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลเสียใดๆตามมา และไม่สูญเสียสิทธิทางกฎหมายใดๆจากการเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา ท่านจึงยินยอมเข้าร่วมในการศึกษารั้งนี้ โดยแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยตามเอกสารใบยินยอมให้ทำการศึกษา หรืออาจให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทางวาจา

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์

(หัวหน้าโครงการวิจัยฯ)

หมายเหตุ: หากผู้ให้ข้อมูลมีคำถามเกี่ยวกับการศึกษานี้ ท่านสามารถติดต่อหัวหน้า

โครงการวิจัยฯ คือ นางสาวสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ ได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ : 089-4687XXX

**หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย**  
เรื่อง รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวผู้การตายอย่างสงบที่บ้าน

วันที่ให้ความยินยอม วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี

ก่อนที่จะลงนามในใบแสดงยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้ฟังคำอธิบายจากผู้วิจัย เกี่ยวกับความสำคัญของการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา ระยะเวลาที่ต้องเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ตลอดจนสิทธิในการเข้าร่วมและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวข้าพเจ้า นอกจากนี้ ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของข้าพเจ้าโดยการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อจริงในรายงานการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะถูกนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น

ข้าพเจ้านุญาตให้ผู้วิจัยเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าตามที่ผู้วิจัยได้แจ้งให้ข้าพเจ้าทราบแล้ว ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการฯ นี้ โดยความสมัครใจ และมีสิทธิ์บอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้

ข้าพเจ้าได้อ่านคำชี้แจง/ แจ้งให้ทราบ และมีความเข้าใจตามคำอธิบายข้างต้นแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมเพื่อเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ .....

(.....)

ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ .....

(.....)

พยาน

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงร่างวิจัย  
เรื่อง รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน

หัวหน้าโครงการวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์  
หน่วยงานที่สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า  
โครงร่างวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรี  
ในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่าง  
และผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงร่างวิจัยที่เสนอได้ ตั้งแต่วันที่ออกเอกสาร  
รับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฉบับนี้จนถึงวันที่ ๓๑ เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖

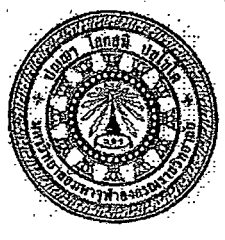
ออกให้ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๖

ลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมถวิล จิตศวรร)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ ศธ ๖๑๒๑/๒๕๕



มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย  
วิทยาเขตขอนแก่น ๓๐ หมู่ ๑ ตำบลโคกสี  
อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ๔๐๐๐๐  
โทรศัพท์. ๐-๔๓๒๘-๓๕๕๗  
โทรสาร. ๐-๔๓๒๘-๓๓๘๙

๑๑ ธันวาคม ๒๕๕๖

ผศ.ดร.สิริลักษณ์  
งานวิจัย

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เจริญพร คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๖๖๐๗/๒๑๒๕ ลงวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๖

ตามหนังสือที่อ้างถึง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ สังกัดกลุ่มวิชาการ  
พยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งอยู่ในระหว่างการทำวิจัย เรื่อง รูปแบบการ  
เตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน มีความประสงค์ขออนุญาตใช้  
เครื่องมือการวิจัยในงานชุมชนนิพนธ์ เรื่อง การดูแลสุขภาพองค์รวมในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบมีส่วนร่วมตาม  
แนววิถีพุทธในบริบทวัฒนธรรมอีสาน : กรณีศึกษาพื้นที่เขตเมืองในจังหวัดขอนแก่น ตามที่ทราบแล้วนั้น

ดังนั้น มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น ไม่ขัดข้องและยินดี  
อนุญาตให้ใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัยได้

จึงเจริญพรมมาเพื่อทราบและได้ดำเนินการต่อไป

เจริญพร

(พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต)

รองอธิการบดีวิทยาเขตขอนแก่น ปฏิบัติหน้าที่แทน  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย  
บริเวณ คมพลดี

สำนักงานวิทยาเขตขอนแก่น  
โทร.๐-๔๓๒๘-๓๕๕๖-๗  
โทรสาร.๐-๔๓๒๘-๓๓๘๙

ต่อ ผ.ม.มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น  
โดย ผอ.นิตยา ไชยสิทธิ์ สังกัดงานวิจัยในงานชุมชนนิพนธ์  
เพื่อทำมาประกอบการศึกษาวิจัย มาเพื่อทราบ  
จึงแจ้งมาเพื่อ

ผศ.ดร.สิริลักษณ์  
งานวิจัย

๑. โปรดทราบ  
๒. ท่านควรนำเอกสาร ผศ.ดร.สิริลักษณ์  
หลักงานวิจัยทราบ