



รายงานการวิจัย

เรื่อง

รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัว

สู่การตายอย่างสงบที่บ้าน

(ระยะที่ 2)

คณะผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิภรณ์ ทรัพย์กรานนท์

อาจารย์กิ่งดาว การะเกด

อาจารย์พรพรรณ ศรีโสภา

นางสาวพวงทอง อินใจ

เริ่มพิมพ์

- 7 พ.ค. 2563

ทุนสนับสนุนงานวิจัย งบประมาณเงินรายได้ (เงินอุดหนุนจากรัฐบาล)

ประจำปีงบประมาณ 2556

๐๐๐๑๗๐๘๗๔

- 7 ม.ค. 2563

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, สิงหาคม 2558

386338

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยเรื่อง รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวผู้การตายอย่างสงบที่บ้านเล่มนี้ เป็นงานวิจัยระยะที่ 2 ของโครงการต่อเนื่อง ปี พ.ศ. 2555-2556 เพื่อการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวผู้การตายอย่างสงบที่บ้าน งานวิจัยครั้งนี้ สำเร็จได้ด้วยทุนสนับสนุนงานวิจัย งบประมาณเงินรายได้ (เงินอุดหนุนจากรัฐบาล) ประจำปีงบประมาณ 2556 คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้

การศึกษาครั้งนี้ จะสำเร็จลงไม่ได้หากขาดความร่วมมือที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูลวิจัยทุกๆ คน ทุก ๆ กลุ่ม ทั้งกลุ่มผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว แกนนำในชุมชน และบุคลากรทีมสุขภาพที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุก ๆ ท่านเป็นอย่างสูง และขอขอบพระคุณสำหรับความช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหมือง จังหวัดชลบุรี ที่เอื้อเฟื้อสถานที่ในการดำเนินกิจกรรม ในขณะที่รวบรวมข้อมูลวิจัย การมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลที่มีประโยชน์ และร่วมในกิจกรรมต่างๆ เพื่อการพัฒนารูปแบบการดูแล และขอขอบคุณบุคคลกรจากเทศบาลแสนสุข ที่อำนวยความสะดวกในการให้ข้อมูลของผู้สูงอายุที่ต้องการทำการศึกษา

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ และทุก ๆ หน่วยงานของมหาวิทยาลัยบูรพา ที่อำนวยความสะดวกให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จได้ในที่สุด

คุณค่า และคุณประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ทุก ๆ ท่านและทุก ๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ศิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ และคณะ

คณะผู้วิจัย

สิงหาคม 2558

ชื่อวิจัย: รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน (ระยะที่ 2)

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตเพื่อให้ได้ตายอย่างสงบ ถือเป็นเป้าหมายสูงสุดของผู้สูงอายุ ในระยะสุดท้ายและสมาชิกในครอบครัว การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อการพัฒนา รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน เก็บข้อมูลโดยวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการ สัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการตอบแบบสอบถาม ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ 8 ราย สมาชิกในครอบครัว 10 ราย พยาบาล 3 ราย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 ราย และแกนนำชุมชน 1 ราย รวมทั้งสิ้น 30 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธี Content analysis และสถิติเชิงพรรณนา

จากการดำเนินการวิจัยพบว่า การพัฒนา รูปแบบการดูแล แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหา จากการสำรวจและสัมภาษณ์ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุระยะสุดท้ายและสมาชิกในครอบครัว ระยะที่ 2 การวางแผนแก้ไขปัญหา โดยการสังเคราะห์จากข้อมูลที่รวบรวมได้เพื่อสร้างรูปแบบ และวางแผนแก้ไขปัญหา ในระยะนี้ มีการจัดกิจกรรมที่สำคัญ 3 กิจกรรม ระยะที่ 3 การลงมือปฏิบัติ โดยการนำรูปแบบไปปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน และระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติและการประเมินผล เป็นทบทวนและการประเมินผลการปฏิบัติจริงเพื่อปรับรูปแบบการดูแลให้เหมาะสม และผลการศึกษายังพบว่า องค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบการดูแลนี้มี 3 ส่วน คือ 1. ผู้สูงอายุที่ต้องการจะเสียชีวิตที่บ้าน 2. ครอบครัวที่คำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุและให้การดูแลด้วยความรักและกตัญญู และ 3. การดูแลเพื่อการตายอย่างสงบที่อาศัยความร่วมมือจากหลายส่วน เช่น เครือญาติ อาสาสมัครสาธารณสุข พระ และพยาบาล การดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ ช่วยให้ญาติยอมรับการจากไปของผู้สูงอายุได้ง่ายขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุได้จากไปอย่างสงบที่บ้านของตนอย่างงดงาม

รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้านนี้ถือเป็น “การดูแลด้วยความรักและความกตัญญู” ผลการศึกษาที่ได้ ควรใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการเตรียมผู้ดูแลเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้ตายอย่างสงบที่บ้าน โดยคำนึงถึงความต้องการของทั้งผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ใช้เวลาในช่วงสุดท้ายที่บ้านและจากไปท่ามกลางความรักและการดูแลของสมาชิกในครอบครัว

**Title: Model of Home-Based on Peaceful Dying Preparation of the Elderly and Family
(Phase 2)**

Abstract

Peaceful dying is normally concerned as a goal of end-of-life persons and their families, and providing a peaceful death for each individual patient is also an ultimate goal of the end-of-life care. The purpose of this participant action research (PAR) was to develop a home-based model of peaceful dying preparation of the elderly and family. Qualitative was performed using in-depth interview, focus group, and participant observation while quantitative data were collected by questionnaire. Participants in this second phase consisted of the groups of 8 elderly people, 10 family members, 8 health volunteers, 1 chief of community, and 3 community nurses. Data were analyzed by content analysis and descriptive statistics.

The model was developed in the 4 steps including 1) assessment phase: interviewing and surveying data related to problems and needs of the dying elderly by the elderly themselves and family members, 2) planning phase: synthesizing the model from interviewed and surveyed data and providing 3 important activates to the participants, 3) action phase: implementing the model with an end-of-life elderly who needed to die at her home, and 4) reflection and evaluation phase: evaluating and revising the model of care. The findings revealed that this model consisted with the important parts which were 1) the elderly needed to die peacefully at home, 2) the family responded to the needs of the elderly and cared them with love and gratitude, and 3) peaceful dying needed support from others such as relatives, health volunteers, monks, and nurses. The families appreciated the care that could help their loved elderly to pass away in peace. As well, they could feel that a peaceful death at home was a wonderful moment.

A home-based model of peaceful dying preparation of the elderly and family is a “care with love and gratitude”. These findings could be used to guide nurses to prepare caregivers to assist the elderly dying peacefully at home. It is noted that, the nursing intervention should focus on responding to the needs of the dying elderly and their families, particularly dying in the love and care of family members.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
กรอบแนวความคิดของการวิจัย	3
การทบทวนวรรณกรรม	4
การดำเนินการวิจัย	29
บริบทในการดำเนินการวิจัย	29
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	30
วิธีดำเนินการวิจัย	31
การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย	33
การวิเคราะห์ข้อมูล	34
ผลการศึกษาและการเรียนรู้.....	35
บรรณานุกรม	46
ภาคผนวก	54

สารบัญภาพ

ภาพที่

หน้าที่

1 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายและครอบครัวเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน

“การดูแลผู้สูงอายุด้วยความรักและกตัญญู” 44

บทที่ 1

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นด้วยสาเหตุหลายประการจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและทางวิทยาการทางการแพทย์ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่อยู่ในวัยที่มีความเสื่อมตามวัยส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และมีโอกาสเกิดความเจ็บป่วยจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตและเสียชีวิตได้ในที่สุด ด้วยจำนวนประชากรวัยสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นนี้ ย่อมส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุและบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายในบั้นปลายของชีวิตมากขึ้น ในกลุ่มของผู้สูงอายุประกอบไปด้วยผู้ที่สามารถดูแลตนเองได้ บางคนต้องพึ่งพาผู้อื่น เมื่อเข้าสู่ความเจ็บป่วยอยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต บุคลากรทางการแพทย์ต้องมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การดูแลทางร่างกาย จิต และจิตวิญญาณ เพื่อช่วยให้ผ่านในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ สบาย และมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยยึดถือตามความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม ของผู้สูงอายุและครอบครัว

การดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้น ผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายควรให้การดูแลเพื่อสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายให้ได้มากที่สุด เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตที่ยาวนาน อาจมีความคิด ความเชื่อ ความต้องการที่แตกต่างจากบุคคลในวัยอื่น ร่วมกับการเป็นผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายเป็นที่มีความเจ็บป่วยทางกายจากโรคและความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายที่เป็นอยู่ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ร่วมกับความรู้สึกสูญเสียและหวาดกลัวต่อความตายที่ตนเองกำลังจะเผชิญ จากการศึกษาเกี่ยวกับความตายในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุต้องการตายดี โดยตายอย่างสงบ ตายตามธรรมชาติ และการตายอย่างหมดห่วง (จินต์จุฑา รอดพาล, 2549) ซึ่งการตายอย่างดีหรือการตายอย่างสงบนี้นับเป็นลักษณะของความตายที่ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายและสมาชิกในครอบครัวต้องการ (Somanusorn, 2010) ทั้งนี้อาจเป็นไปตามความเชื่อทางพุทธศาสนาที่ว่า ผู้ที่ตายดีหรือตายอย่างสงบจะส่งผลให้บุคคลนั้นได้ไปสู่สุคติหรือได้เกิดใหม่ในที่ที่ดี แต่ปัจจุบัน พบว่าผู้ที่ให้การดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความมั่นใจ และทักษะในการดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายได้จากไปอย่างสงบ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายเกิดความรู้สึกเจ็บปวด ทุกข์ทรมานอย่างยาวนานกับความรู้สึกผิดที่ตนเองไม่สามารถให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อช่วยให้ผู้ที่ตนรักและผูกพันได้จากไปอย่างสงบ

แม้ว่าการเกิด เจ็บ แก่ และตายจะเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิตที่ทุกคนไม่สามารถเลี่ยงได้ แต่ความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายและความตายก็เป็นสิ่งที่ยากลำบากสำหรับผู้ดูแลและครอบครัวจะยอมรับได้ (อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัดย์, 2551) ดังนั้น ช่วงเวลาในการดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายจึงเป็นช่วงเวลาที่สำคัญในครอบครัวที่

ทุกคนต้องเตรียมรับมือกับความสูญเสียและการพลัดพรากที่กำลังจะมาถึง โดยทั่วไปการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายนี้กระทำได้ในสถานบริการด้านสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล และที่บ้าน ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ทั้งสภาพความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวที่ดูแล และความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุเองที่บ้าน ซึ่งจากผลการศึกษากลับมาเกี่ยวกับการดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายได้ตายอย่างสงบตามวิถีไทยพุทธ (Somanusorn, 2010) พบว่า สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ต้องการไปให้การดูแลญาติที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายที่บ้าน เนื่องจากผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ต้องการกลับไปปรับการดูแลและเสียชีวิตที่บ้าน และในบางการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุต้องการตายอย่างสงบท่ามกลางลูกหลาน (จินต์จุฑารอดพาล, 2549) แต่บางครอบครัวก็ไม่สามารถให้การดูแลระยะสุดท้ายที่บ้านได้เนื่องจากขาดความรู้และขาดความมั่นใจในการดูแลผู้เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย เป็นเหตุให้ต้องนำผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายเข้ารับการดูแลและเสียชีวิตในโรงพยาบาล ซึ่งการเข้ารับการรักษาระยะสุดท้ายและเสียชีวิตในโรงพยาบาลนี้ส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ทั้งการเพิ่มอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ รวมทั้งค่าใช้จ่ายของครอบครัวในการเดินทางเพื่อการเฝ้าดูแลญาติที่เจ็บป่วยในโรงพยาบาล นอกจากนี้ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอาจเป็นข้อจำกัดทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถกระทำกิจกรรมบางอย่างตามความเชื่อให้แก่ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้าย รวมทั้งไม่สามารถเฝ้าดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายได้ตลอดเวลาจนสิ้นใจ เนื่องจากด้วยข้อกำหนดและระเบียบของแต่ละโรงพยาบาล

ด้วยความตายเป็นธรรมชาติและเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต และความเจ็บป่วยระยะสุดท้ายเป็นช่วงสำคัญซึ่งพยาบาลและสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแล โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายจะต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุนทางอารมณ์จากพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายและครอบครัวในการดูแลความจนกระทั่งเสียชีวิตอย่างครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายมักแสดงความปรารถนาที่จะขอตายที่บ้าน ท่ามกลางครอบครัวและบุคคลที่รักและผูกพัน ดังนั้น การตอบสนองความต้องการของผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายที่ต้องการไปตายที่บ้านจึงเป็นความรับผิดชอบที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัว ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านจนกระทั่งเสียชีวิต ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุนระยะสุดท้ายที่บ้านนี้ เป็นการดูแลที่ไม่มีหวังที่จะหาย เป็นการดูแลอย่างใกล้ชิดจริงจึงเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุข ทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ตามที่ผู้สูงอายุและครอบครัวต้องการและจากไปอย่างมีความสุขสงบ

ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับ รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน เนื่องจากบุคคลส่วนใหญ่โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุมักต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายและตายอย่างสงบที่บ้านท่ามกลางสภาพแวดล้อมและบุคคลใกล้ชิดที่ตนเองคุ้นเคย ซึ่งคาดว่าผลการศึกษานี้จะมีประโยชน์สำหรับบุคลากรทางสุขภาพและสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายเพื่อให้ตายอย่างสงบที่บ้านได้ต่อไป

7. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงอายุและครอบครัวผู้การตายอย่างสงบที่บ้าน

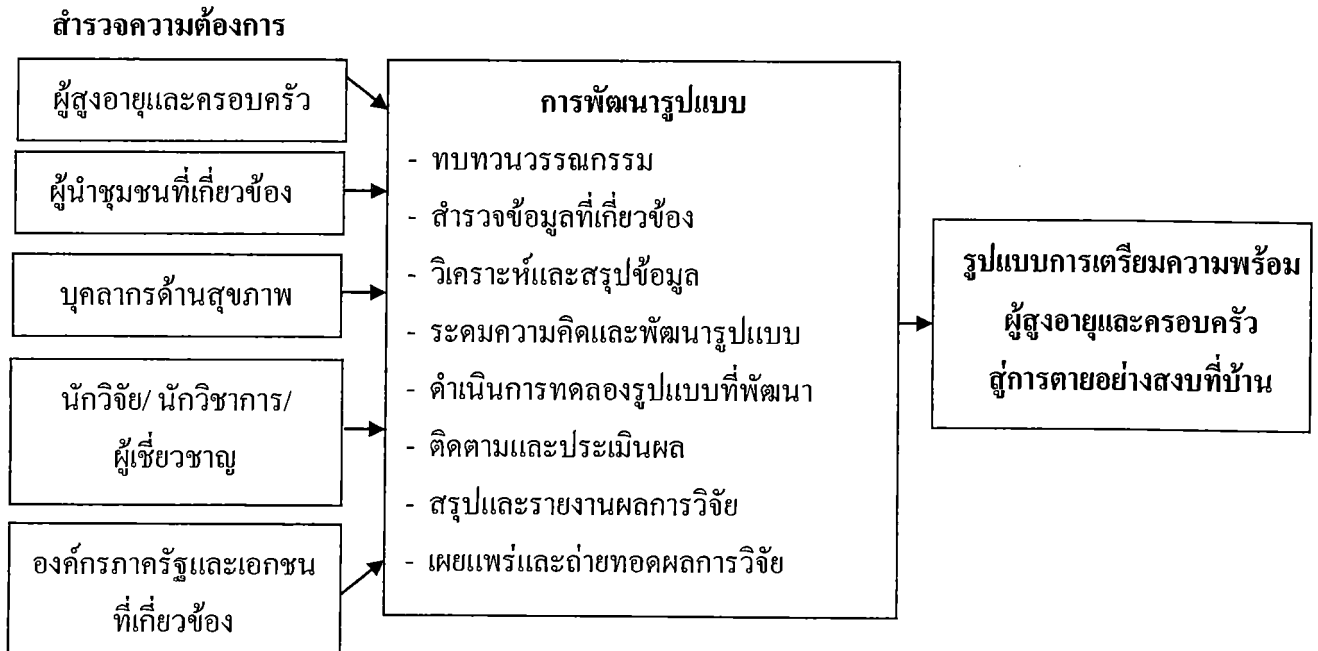
8. ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ของผู้สูงอายุ ครอบครัว และบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวผู้การตายอย่างสงบที่บ้าน โดยศึกษาในพื้นที่เขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย ดำเนินงานวิจัย ระหว่างปี 2555-2556

9. กรอบแนวความคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มุ่งพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงอายุและครอบครัวผู้การตายอย่างสงบที่บ้าน โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลในระยะสุดท้าย และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ด้วยการให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน บุคลากรด้านสุขภาพ และนักวิจัย/ นักวิชาการ/ ผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมในขั้นตอนของการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้าน
2. ความเชื่อเกี่ยวกับการตายของสังคมไทยในครอบครัวผู้สูงอายุ
3. ความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้าน
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย
5. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านและครอบครัวเพื่อช่วยให้ตายอย่างสงบ
6. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

1. ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้าน

ปัจจุบันสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยมีส่วนหนึ่งของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ด้วยสาเหตุหลายประการทั้งจากการพัฒนาทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุขที่มีผลทำให้อัตราตายของประชากรไทยลดลง จากการคาดประมาณอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (life expectancy at birth) ทั้งของชายไทยและหญิงพบว่า อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของชายไทยเพิ่มสูง จาก 69.5 ปี ในปี พ.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 ซึ่งการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราเจริญพันธุ์รวมได้ส่งผลให้สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ในอีก 20 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2573) ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่าตัว อยู่ที่ร้อยละ 25 ซึ่งถือว่าเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” อย่างเต็มตัว ในขณะที่ประชากรวัยแรงงานที่เกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุนั้นลดลง จากปี พ.ศ.2553 มีประชากรแรงงานโดยเฉลี่ย 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 และรู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในทางที่เสื่อมลง ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่างๆ ลดลง ความต้านทานต่อโรคลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดปัญหาสุขภาพได้รุนแรงมากกว่าวัยอื่น และมักมีปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมองตีบ โรคมะเร็ง เป็นต้น ทำให้ชีวิตในวัยผู้สูงอายุจากจุดเริ่มต้นที่ถูกวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต มีช่วงระยะเวลาที่ยาวนาน (สุพิศตรา ศรีวิมลชชา, 2553) อีกทั้ง

การแพทย์สมัยใหม่ที่มองความตายของผู้ป่วยหมายถึงความล้มเหลวทางการแพทย์ จึงทำให้เทคโนโลยีสมัยใหม่ทางการแพทย์ ยา เข้ามามีส่วนช่วยในการชลอและยืดชีวิตของผู้สูงอายุออกไป สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยและคนใกล้ชิดยาวนานเกินความจำเป็น รอเพียงเวลาแห่งความพลัดพรากที่อยู่ไม่ไกล

ในระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต จิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักอ่อนไหวเปราะบาง อ่อนแออย่างถึงที่สุด เกิดความกลัวเช่น ความกลัวตาย กลัวที่จะถูกทอดทิ้ง กลัวที่จะตายอย่างโดดเดี่ยวอ้างว้าง กลัวสิ่งที่รออยู่ข้างหน้าหลังจากสิ้นลม ตลอดจนกลัวความเจ็บปวดที่จะเกิดขึ้น ความกลัวดังกล่าวอาจสร้างความทุกข์ยิ่งกว่าการเจ็บป่วยทางกาย (พระไพศาล วิสาโล, 2552) ในภาวะเช่นนี้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการความรัก ความเข้าใจ ต้องการกำลังใจอย่างยิ่งจากคนใกล้ชิด ที่สามารถวางใจได้อย่างเต็มที่ พลังใจจากคนรอบข้างจะช่วยลดทอนความกลัว หนุนให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ ในช่วงเวลาวิกฤตนี้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการที่พึ่งพิงในสภาพที่มั่นใจได้โดยปราศจากเงื่อนไข ความช่วยเหลือนี้เป็นเสมือนเสาหลักที่มั่นคงให้คนไข้ได้เกาะยึดเพื่อผ่อนคลาย เป็นกำลังใจช่วยนำพาเพื่อนฝ่าวิกฤตและพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความจริงของสังขาร เพื่อก้าวผ่านช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตให้ได้ ซึ่งกระบวนการรักษาทางการแพทย์เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้คลายและบรรเทาจากความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย จากโรคร้ายที่รุมเร้า แต่บทบาทสำคัญอยู่ที่ครอบครัวและคนรอบข้างที่ต้องยอมรับความจริงและเตรียมจิตใจ ในช่วงเวลาของการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ โดยทั่วไปการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายนี้กระทำได้ในสถานบริการด้านสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล และที่บ้าน ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ทั้งสภาพความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวที่ดูแล และความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุเองที่บ้าน ซึ่งจากผลการศึกษากลับมาเกี่ยวกับการดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายได้ตายอย่างสงบตามวิถีไทยพุทธ (Somanusorn, 2010) พบว่า สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ต้องการไปให้การดูแลญาติที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายที่บ้านเนื่องจากผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ต้องการกลับไปรับการดูแลและเสียชีวิตที่บ้าน และในบางการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุต้องการตายอย่างสงบท่ามกลางลูกหลาน(จินต์จุฑา รอดพาล, 2549) แต่บางครอบครัวก็ไม่สามารถให้การดูแลระยะสุดท้ายที่บ้านได้เนื่องจากขาดความรู้และขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย เป็นเหตุให้ต้องนำผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายเข้ารับการดูแลและเสียชีวิตในโรงพยาบาล ซึ่งการเข้ารับการรักษาในระยะสุดท้ายและเสียชีวิตในโรงพยาบาลนี้ส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ทั้งการเพิ่มอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ รวมทั้งค่าใช้จ่ายของครอบครัวในการเดินทางเพื่อการเฝ้าดูแลญาติที่เจ็บป่วยในโรงพยาบาล นอกจากนี้การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอาจเป็นข้อจำกัดทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถกระทำกิจกรรมบางอย่างตามความเชื่อให้แก่ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้าย รวมทั้งไม่สามารถเฝ้าดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายได้ตลอดเวลาจนสิ้นใจ เนื่องด้วยข้อกำหนดและระเบียบของแต่ละโรงพยาบาล

ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานทางสังคมและเป็นศูนย์กลางการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุจึงมักอาศัยอยู่กับครอบครัว บทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับการสนับสนุนจากสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว นอกจากนี้ สังคมไทยยังให้ความสำคัญต่อบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากการแสดงถึงความกตัญญูของบุตรหลานที่มีต่อบุพการีทำให้การเลี้ยงดูมา ดังนั้น การวางแผนเพื่อการดูแล

ผู้สูงอายุควรเน้นครอบครัวเป็นสถาบันแรกที่จะช่วยเกื้อหนุนและดูแลผู้สูงอายุ แต่ในสภาพปัจจุบันที่ครอบครัวขยายมีจำนวนลดลง มีการอพยพเคลื่อนย้ายของสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น ปัจจัยเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากครอบครัว และชุมชน ร่วมกับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน

การที่จะดูแลให้ผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายตายอย่างสงบได้นั้น ผู้ดูแลทุกๆ คน โดยเฉพาะครอบครัวจะต้องร่วมกันช่วยแก้ปัญหา เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความสุขสบายและสงบ (Kongsuwan & Touhy, 2009) เนื่องจากคนในครอบครัวเป็นคนที่ใกล้ชิดและรู้ข้อมูลของผู้สูงอายุมากที่สุด รู้ในความคิด ความเชื่อ ความต้องการของผู้ที่อยู่ระยะสุดท้ายและช่วยจัดหาสิ่งที่ผู้ที่อยู่ระยะสุดท้ายต้องการได้ (พระไพศาล วิสาโล, 2549) นอกจากนี้ การที่สมาชิกในครอบครัวต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล เพราะรับรู้ว่าคุณค่าที่ตนรักและดูแลอยู่นี้กำลังเจ็บป่วยอยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต ต้องการทำให้ดีที่สุดให้กับบุคคลในครอบครัวที่ตนรัก การดูแลนี้เป็นการแสดงออกถึงความรักความผูกพันและความกตัญญูในครอบครัวตามวิถีไทยพุทธด้วย ซึ่งการที่คนในครอบครัวได้อยู่เคียงข้างเพื่อให้ความช่วยเหลือดูแลอย่างเต็มที่ ด้วยความรัก ความเห็นอกเห็นใจ นับเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดความหวาดกลัวและช่วยให้ผู้ที่ใกล้ตายเกิดความมั่นคงทางจิตใจและพร้อมที่จะเผชิญกับความตายอย่างสงบได้

จากการศึกษาของสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ อุไร หัตถกิจ, และกิตติกร นิลมานัต (2554) เกี่ยวกับการดูแลญาติที่อยู่ในระยะสุดท้ายเพื่อช่วยให้ตายอย่างสงบตามแนววิถีไทยพุทธ ผลการศึกษาพบว่า สถานที่ที่ดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายเพื่อให้ตายอย่างสงบ ทำได้ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน โดยการดูแลที่โรงพยาบาล เป็นกรณีกับผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือมีอาการผิดปกติบางอย่างที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลเองที่บ้านได้ จากการขาดอุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างที่เป็นต้องใช้อุปกรณ์และไม่สามารถจัดหาได้ เช่น เครื่องดูดเสมหะ อุปกรณ์ในการให้ออกซิเจน เป็นต้น หรืออาจเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวขาดความรู้ ความมั่นใจในการดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายด้วยตนเอง นอกจากนี้ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะสภาพบ้านขาดความพร้อมบางอย่าง เช่น ความแออัดของบ้านไม่เหมาะสมกับการพำนักของผู้ป่วย สภาพบ้านที่ชำรุดทรุดโทรมเสื่อม เป็นต้น ส่วนการดูแลที่บ้าน มักเป็นเพราะ ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายขอกลับมาอยู่ที่บ้าน เพื่อได้อยู่ท่ามกลางสมาชิกในครอบครัวและคนที่รัก ได้อยู่ในบรรยากาศที่ตนเองคุ้นเคย การดูแลที่บ้านนี้จะมีความเป็นส่วนตัวมากกว่าที่โรงพยาบาล ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายและผู้ดูแลสามารถจัดบรรยากาศของการดูแลได้ตามที่ตนต้องการ การดูแลที่บ้านนี้ เป็นการดูแลที่คนส่วนใหญ่ปรารถนา เพื่อให้ผู้ที่อยู่ระยะสุดท้ายได้อยู่และจากไปที่บ้านท่ามกลางคนที่รัก แต่บางครอบครัวอาจไม่สามารถให้การดูแลที่บ้านได้ ด้วยข้อจำกัด เรื่องสถานที่ อุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการดูแล และผู้ดูแลที่ไม่พร้อม เพราะการดูแลที่บ้านนี้ ผู้ดูแลจะต้องมีเวลา มีความมั่นใจ มีความสามารถที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่อยู่ระยะสุดท้ายได้จนกว่าจะสิ้นลมหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของจิตติมา โพธิศรี (2550) ที่ได้ทำการศึกษาค้นคว้าอิสระเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านและส่งต่อให้ศูนย์ดูแลสุขภาพชุมชน หรือสถานี่

อนามัย ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยต่อการได้รับบริการขณะอยู่โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับน้อยกว่าการบริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน ซึ่งอาจเนื่องจากการดูแลที่บ้านสามารถให้การดูแลในลักษณะองค์รวมได้มากกว่า และจากการศึกษานี้ เสนอแนะข้อคิดเห็นในประเด็นที่สำคัญว่า การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ควรเป็นการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมากกว่าการให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

2. ความเชื่อเกี่ยวกับการตายของสังคมไทยในครอบครัวผู้สูงอายุ

ความตายตามการรับรู้ของคนทั่วไปมีความหมายมากกว่าการสิ้นสุดของชีวิตทางกายภาพ ทุกศาสนาเชื่อว่าการตายไม่ใช่การสิ้นสุดของชีวิต ดังในพุทธศาสนามีทัศนะว่าความตายเป็นการเคลื่อนของจิตดวงสุดท้ายจากภพนี้ แล้วมีการปฏิสนธิจิตมารองรับต่อไป (ว.วชิรเมธี, 2550) ความตายในทางพุทธศาสนาจึงไม่ได้หมายถึงการดับสูญไปหมดสิ้น แต่คนเรายังมีกรรมติดตัว ชีวิตเวียนว่ายตาย เกิดอยู่ในสังสารวัฏตามหลักกิเลส กรรม วิบาก จนกว่าจะถึงนิพพาน ซึ่งเป็นภาวะดับกิเลสโดยสิ้นเชิง ไม่มีการเกิดและการตายอีก ดังนั้นการตายหรือการสิ้นสุดของชีวิตจึงเป็นช่วงขณะที่สำคัญช่วงหนึ่งของมนุษย์ (พระครุฑชิต คุณวโร, 2547) เนื่องจากชีวิตคนมีโอกาที่จะบรรลุนิพพานซึ่งเป็นประโยชน์สูงสุดของชีวิตตลอดเวลาจนถึงวาระสุดท้าย (พระธรรมปิฎก, 2542) โดยพุทธศาสนิกชนมองความตายใน 3 รูปแบบคือ 1) แบบไตรลักษณ์นิยม เชื่อว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดาของสังขาร 2) แบบกรรมนิยม เชื่อว่าความตายเป็นเรื่องกรรมเก่า และ 3) แบบมงคลนิยม เชื่อว่าความตายเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงของชีวิตผู้เกี่ยวข้องทั้งหลาย (เมศดานนุ โท ภิกขุ, 2548)

สำหรับศาสนาอิสลามเชื่อว่า คนตายไม่ใช่การสิ้นสุดของชีวิต แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงมนุษย์ไปสู่อีกสภาพหนึ่งซึ่งเป็นชีวิตนิรันดร (สิวลี ศิริไล, 2548) กล่าวคือความตายเป็นการจากโลกนี้ไปสู่โลกหลังความตายซึ่งเป็นที่ตอบแทนความดี ความชั่วของมนุษย์ที่เขาประกอบไว้ในโลกนี้ และเมื่อโลกนี้และโลกหลังความตายของมนุษย์ทั้งหมดอวสานลง จะเข้าสู่โลกหน้าซึ่งเป็นโลกที่มีอยู่ชั่วนิรันดร (พิเชษฐ กาลามเกษตร, 2548) ขณะที่ศาสนาคริสต์มีทัศนะต่อความตายว่า ความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่พระเจ้าทรงสร้าง (จุลิศร ศรีสุมท, 2548) ซึ่งเป็นผลมาจากบาปกำเนิดของมนุษย์ ความตายจึงเป็นธรรมชาติของชีวิตมนุษย์ที่เกิดจากผลของบาปที่ช่วยให้ชีวิตมนุษย์พ้นจากโลกของวัตถุซึ่งมีความเห็นแก่ตัวและไม่ดีงามประการต่างๆ ปะปน และความตายทำให้มนุษย์ได้มีส่วนร่วมในอาณาจักรของพระเจ้า (สิวลี ศิริไล, 2548)

ในสังคมไทยนั้น คนไทยโดยทั่วไปมักมีทัศนคติในแง่ลบเกี่ยวกับความตาย ถือว่าความตายเป็นเรื่องอัปมงคล เป็นสัญญาณของความสูญเสีย พัดพรากและความเศร้าโศก คนไทยจึงหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวถึงสิ่งทีถือว่่าเป็นลางนำไปสู่ความตาย และสั่งสอนลูกหลานไม่ให้กล่าวหรือกระทำการใดๆ อันสื่อถึงการชักนำความตายให้เกิดขึ้น และด้วยความเจริญทางด้านวัตถุและวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ ทำให้ความตายถูกลดทอนให้เหลือเพียงมิติทางกายภาพ เป็นสภาวะที่แยกขาดจากชีวิต เป็นสิ่งที่เลวร้าย น่ากลัว ทุกข์ทรมาน ซึ่งต้อง

ประวิงเวลาให้มาถึงช้าที่สุด โดยการควบคุมจัดการด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ (พระไพศาล วิสาโล, 2549)

การตายดี

ปัจจุบันทางการแพทย์ได้ให้ความสำคัญกับการตายดี หรือการตายอย่างมีความสุข (good death) มากขึ้น ดังมีการนำเอาช่วยเหลือให้ผู้ป่วยตายดีมาเป็นประเด็นหลักในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพให้ความเห็นเกี่ยวกับการตายดีว่าประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 6 อย่าง ดังนี้

1. ผู้ใกล้ตายปราศจากความทุกข์ทรมาน ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยใกล้ตายนั้นอาจเกิดจากความปวดและอาการอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สบาย การที่ผู้ป่วยจะตายดีได้จึงต้องได้รับการควบคุมความปวดและอาการต่างๆ ได้อย่างดี โดยมีเป้าหมายคือ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ในขณะที่ยังคงมีสติสัมปชัญญะดีพอ
2. ผู้ใกล้ตายได้รับการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นบุคคล โดยผู้ใกล้ตายได้รับการยอมรับในความเป็นบุคคล ให้ความเคารพและดำรงไว้ซึ่งคุณสมบัติความเป็นมนุษย์อย่างครบถ้วน
3. บุคคลที่เกี่ยวข้องในการตายทั้งหมดยอมรับความตายที่เกิดขึ้นได้ ทั้งนี้บุคคลที่เกี่ยวข้องได้แก่ ผู้ใกล้ตาย สมาชิกในครอบครัว รวมทั้งผู้ให้การดูแล มีการรับรู้และตระหนักถึงความตายที่กำลังจะมาถึง รวมทั้งมีความเข้าใจและยอมรับความตาย มีการเตรียมตัวที่จะตาย และปราศจากความทุกข์ทรมานใจ
4. ผู้ใกล้ตายได้ทำตามความต้องการของตนเอง (Smith, 2000; Steinhäuser et al., 2000) โดยผู้ใกล้ตายได้ทำตามที่ต้องการ มีการให้ทางเลือกในการตัดสินใจ เช่น สามารถเลือกได้ว่าจะตายที่ไหน สามารถแสดงเจตจำนงล่วงหน้าและความจำนนนั้น ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น
5. ผู้ใกล้ตายได้เสียชีวิตขณะอยู่ท่ามกลางสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รัก โดยผู้ใกล้ตายได้ใช้เวลาอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งทำให้ผู้ใกล้ตายได้มีโอกาสทบทวนชีวิต ขจัดความขัดแย้งในใจ และได้กล่าวคำอำลา รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รักได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ใกล้ตาย
6. ผู้ใกล้ตายได้รับการประทับประคองทางจิตวิญญาณ การตายดีในทางพุทธศาสนา คือ การตายอย่างมีสติ มีจิตใจดีงาม ผ่องใส เบิกบาน การจะตายดีได้ต้องมีจิตที่ยึดเหนี่ยว เกาะเกี่ยวกับสิ่งที่ดีงาม (พระไพศาล, สุลักษณ์, นิธิ, พรทิพย์, และเจิมศักดิ์, 2546)

นอกจากนั้น ในทางพุทธศาสนามีความเชื่อว่าการตายที่ดีที่สุดนั้น เป็นการตายที่ใจมีความรู้เท่าทันชีวิต จนกระทั่งยอมรับความจริงของความตายหรือความเป็นอนิจจังได้ จิตใจจึงไม่มีความยึดติด เป็นอิสระอย่างแท้จริง (พระธรรมปิฎก, 2542)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การดูแลผู้สูงอายุต้องการการพัฒนาความพร้อมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายสู่การตายอย่างสงบที่บ้านมีคุณภาพมากขึ้น

3. ความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้าน

ความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้าน ขึ้นอยู่กับการทำงานประสานกันของคนในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครชุมชน หรือแม้กระทั่งพยาบาลชุมชนหรือทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขในชีวิต และจากไปอย่างสงบเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึง ซึ่งการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care หรือ Home Care) มีคำที่เรียกแตกต่างกันออกไป เช่น การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพที่บ้าน การดูแลสุขภาพประชาชนที่บ้าน การดูแลสุขภาพในบ้าน การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น ไม่ว่าจะเรียกแตกต่างกันอย่างไรก็ตามก็มีความหมายว่าเป็นไปให้บริการสุขภาพที่บ้าน จะเน้นการให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ควบคุมโรคและให้การดูแลรักษาพยาบาลในรายที่จำเป็น และมีเป้าหมายเดียวกันคือ ให้การดูแลที่ต่อเนื่องแบบองค์รวมเพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดูแลตนเองได้

National Association for Home Care (NAHC) ให้ความหมายว่า เป็นการบริการที่ให้กับคนพักฟื้น คนพิการ หรือคนป่วยเรื้อรัง โดยให้การรักษาและ/หรือ การช่วยให้บุคคลนั้นสามารถทำหน้าที่ได้ภายใต้สิ่งแวดล้อมในบ้าน นอกจากนี้การดูแลที่บ้านยังให้บริการกับผู้สูงอายุ ผู้ใหญ่และเด็กที่ได้รับอันตรายจากการละเมิดหรือการทอดทิ้ง การดูแลที่บ้านเป็นบริการที่เหมาะสมกับคนที่ต้องการความช่วยเหลือแล้วไม่สามารถได้รับความช่วยเหลือนั้นจากครอบครัวหรือเพื่อน การบริการที่ให้เป็น ได้ทั้งระยะเวลาดสั้นหรือระยะเวลายาว

American Medical Association ให้ความหมายว่า เป็นการให้การดูแล การสังคมสงเคราะห์ การบำบัด การฝึกอาชีพ การบริการทางสังคมและการดูแลบ้านทั้งหมด จัดเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการดูแลสุขภาพที่บ้าน การให้บริการจะเป็นการขยายขอบเขตของการดูแลภายใต้ความรับผิดชอบการบำบัดของแพทย์ โดยแพทย์เป็นผู้แสดงความจำนงขอรับบริการให้แก่ผู้ป่วยจากหน่วยงานบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ภายใต้คำสั่งการรักษาของตน จึงเป็นการขยายขอบเขตการบริการภายใต้ความรับผิดชอบการบำบัดรักษาของแพทย์ การดำเนินการมีรูปแบบเป็นทีม ร่วมกันประเมินและวางแผนการให้การดูแลที่บ้าน (Friedman, 1986 อ้างใน จรรยา เสียงเสนาะ, 2547)

วิลาวณิช เสนารัตน์ และประยงค์ ลิมตระกูล (2538) ให้ความหมายว่าเป็นบริการสุขภาพที่จัดให้แก่บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ที่ต้องการพักฟื้นหรือผู้ป่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยบุคลากรในทีมสุขภาพที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของบุคคลและครอบครัวให้ดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีและความเป็นอิสระในการพึ่งตนเอง

จรรยา เสียงเสนาะ (2547) ให้ความหมายว่าเป็นบริการสุขภาพที่มีลักษณะจุดเน้นที่การให้การดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยที่บ้าน เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องต่อเนื่อง รวมทั้งการให้การดูแลบุคคลทั่วไป จัดรูปแบบบริการโดยทีมสุขภาพ จึงเป็นบริการที่ครอบคลุมทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการสนับสนุนช่วยเหลือบุคคลและครอบครัวให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นบริการเชิงรุกที่บ้านแก่ผู้สูงอายุระยะสุดท้ายของชีวิต และครอบครัวให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การช่วยเหลือสนับสนุนให้มีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ดำรงชีวิตด้วยความผาสุกตามสภาพแวดล้อมของตนเอง โดยทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายผู้ดูแล สามารถติดต่อกับเจ้าหน้าที่ตลอดเวลาเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรืออันตรายถึงแก่ชีวิต

การดูแลสุขภาพที่บ้านมีเป้าหมาย คือการให้การส่งเสริมสุขภาพการรักษาสภาพหรือการซ่อมแซมสุขภาพให้บุคคลเกิดการเจ็บป่วยและพิการน้อยที่สุดหากต้องถึงวาระสุดท้ายของชีวิตจะเป็นการเสียชีวิตอย่างสงบ ซึ่งการดูแลสุขภาพที่บ้านมีความสำคัญต่อทั้ง ผู้สูงอายุและครอบครัว และผู้ให้บริการคือ อาสาสมัครชุมชน พยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพ ซึ่งจะสรุปความสำคัญของการดูแลสุขภาพที่บ้านได้ ดังนี้

ความสำคัญต่อผู้สูงอายุ

1. ความเป็นส่วนตัวผู้ใช้บริการมีโอกาสในการพูดคุยซักถามและปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับพยาบาลได้อย่างเต็มที่และเป็นอิสระในบ้านของตนเอง
2. ความต่อเนื่อง ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจนถึงภาวะใกล้ตาย
3. การช่วยเหลือตรงตามความต้องการ สามารถให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล รายครอบครัวที่เหมาะสมตามสภาพปัญหาและปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน ในรายที่เจ็บป่วยเรื้อรังและใกล้ถึงวาระสุดท้าย ครอบครัวจะได้รับการสอนและฝึกหัดให้การดูแลและฟื้นฟูสภาพแก่ผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง
4. เป็นการลดค่าใช้จ่าย เมื่อผู้สูงอายุได้ออกจากโรงพยาบาลโดยเร็ว จะช่วยให้ลดค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุและครอบครัวในรายที่มีความจำกัดของฐานะเศรษฐกิจ
5. ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนในรายที่มีความเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติจะได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องสามารถป้องกันปัญหาโรคแทรกซ้อนได้
6. เกิดแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้ตระหนักถึงความสนใจ ความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ ทำให้สนใจรับฟังคำแนะนำและปฏิบัติตาม ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสนใจดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและดูแลสุขภาพตนเอง
7. สอดคล้องกับค่านิยมของสังคมไทยที่คนเจ็บต้องการอยู่ในแวดวงของญาติที่บ้าน พึงพอใจและมีกำลังใจที่มีผู้ไปเยี่ยมถึงบ้าน

ความสำคัญต่อพยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพ

1. เป็นวิธีการที่จะช่วยให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ และครอบครัวได้ตรงกับความต้องการ เพราะได้สัมผัสกับสภาพของครอบครัวทั้งจากการสังเกตและสัมภาษณ์ด้วยตนเอง เข้าใจปัญหาที่แท้จริงและสามารถนำมาใช้ในการวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้สูงอายุและครอบครัวได้อย่างเหมาะสมและเกิดประสิทธิผลสูงสุด
2. การดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นส่วนหนึ่งที่สนับสนุนให้บรรลุเป้าหมายของการพยาบาลแบบองค์รวมที่สมบูรณ์แบบเบ็ดเสร็จและต่อเนื่อง

3. พยาบาลชุมชนสามารถจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ให้ครอบคลุมทุกมิติทางพยาบาลได้สะดวก ทั้งในด้านป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูและการคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองให้ได้มากที่สุด ไม่เป็นภาระแก่สังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4. เป็นโอกาสที่พยาบาลจะสร้างศรัทธาแห่งวิชาชีพให้แก่ผู้สูงอายุ และครอบครัว โดยจัดบริการให้เป็นที่ยอมรับและเป็นที่ยอมรับแก่ผู้รับบริการ

การดูแลเมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้อย่างต่อเนื่องนั้น ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ (Caregiver) มีบทบาทสำคัญมากเมื่อวาระสุดท้ายของผู้สูงอายุได้มาถึง เพราะครอบครัวจำเป็นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องที่บ้านตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้จะช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมอื่นๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จากบุคคลที่ตนคุ้นเคย และ/หรือ รักใคร่ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ดำรงชีวิตอย่างอบอุ่น มีเพื่อน ไม่อยู่วิงวอนคนเดียว ช่วยลดความตึงเครียดและความวิตกกังวลลงในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุจะช่วยตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ดีกว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพราะมีความใกล้ชิดสนิทสนมผู้ป่วยมากกว่าและรู้ใจผู้ป่วยมากกว่า จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขจิตที่ดีขึ้น ช่วยลดภาระงานของทีมสุขภาพในการดูแล ช่วยลดปัญหาของจำนวนเตียงที่ไม่เพียงพอในการรับผู้ป่วยโรคต่างๆ ของโรงพยาบาล ช่วยลดภาระของรัฐในการจัดบริการเพื่อการดูแลรักษาผู้สูงอายุและช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุและครอบครัวในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (พรทิพย์ เกตุรานนท์, 2547)

ดังนั้นพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ ควรเตรียมความพร้อมเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุควรมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน คือมีความพร้อมในการเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือทางด้านร่างกาย และการดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลอย่างเหมาะสม รวมทั้งตอบสนองความต้องการทางด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุด้วย โดยการเตรียมสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุในการสอน แนะนำ สาธิตและเป็นที่ปรึกษาแก่สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ได้อย่างดีในเรื่องที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

อาหาร : สามารถจัดเตรียมอาหารให้เหมาะสมกับโรคและสภาพของผู้สูงอายุ

การขับถ่าย : เข้าใจความต้องการขับถ่าย รู้จักสังเกตความผิดปกติของอุจจาระ ปัสสาวะรวมทั้งสามารถทำความสะอาดภายหลังการขับถ่าย

การให้ยา : ให้ยาได้ถูกต้องตามชนิด ขนาดและเวลา

การป้องกันภาวะแทรกซ้อน : ป้องกันแผลกดทับโดยการพลิกตัวหรือเปลี่ยนท่านอนทุกๆ 1 ชั่วโมง ป้องกันข้อติด เข่าตก โดยวิธีทำกายภาพบำบัดและใช้หมอนทรายช่วย Support ตามข้อต่างๆ

การดูแลความสะอาดทั่วไป : เช็ดตัว สระผม ทำความสะอาด ปากฟัน เปลี่ยนเสื้อผ้าและเครื่องนอน การสังเกตอาการผิดปกติ : อาการกระสับกระส่าย มีไข้ การหายใจผิดปกติ เป็นต้น

การดูแลช่วยเหลือตามอาการ : การเช็ดตัวลดไข้ การบรรเทาอาการปวด บวม ด้วยการประคบ การนวดเพื่อคลายเครียด เป็นต้น

การสนับสนุนด้านสุนทรียศาสตร์ : การให้ผู้สูงอายุได้ฟังดนตรีที่ชอบ ดูการแสดงจากวีซีดี ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเบนความเจ็บป่วยไปอีกขณะหนึ่งได้เช่นกัน

เมื่อพยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพ ติดตามเยี่ยมบ้าน และ/หรือ ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ผู้สูงอายุระยะสุดท้ายของชีวิต สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุที่บ้านจะเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุ โดยพยาบาลและทีมสหวิชาชีพจะใช้ข้อมูลจากการซักถามสมาชิกในครอบครัวประกอบการสังเกตเพื่อวินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนให้การดูแลผู้สูงอายุต่อไป

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายสู่การตายที่สงบที่บ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบว่ามีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย โดยตรง แต่มีเพียงการศึกษาเชิงคุณภาพของ อรพรรณ ไชยเพชร, (2551) เกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาล ไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมี 7 ปัจจัย คือ 1) ประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด 2) ความรู้เกี่ยวกับความเชื่อเรื่องความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย 3) ทักษะในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย 4) รูปแบบการทำงานที่มุ่งช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรอดชีวิต 5) การบริหารเวลาในการทำงาน 6) รูปแบบการสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้การดูแล และ 7) นโยบายและการบริหารจัดการ ผลการศึกษาของงานวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าพยาบาล ไอซียูให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและญาติอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยมีการตายที่ดีหรือตายอย่างสงบมากที่สุด โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องในหลายด้านซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

สำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายสู่การตายอย่างสงบที่บ้านอย่างเป็นองค์รวมนั้น ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและพบว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อให้ได้รับความรัก ความพึงพอใจ และการดูแลช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ การช่วยเหลือด้านอารมณ์ ข้อมูล คำแนะนำในการแก้ปัญหา สิ่งของ หรือเงินทอง ได้รับรู้ถึงความรักใคร่ผูกพัน รับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้มีขวัญกำลังใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นมโนทัศน์ที่พยาบาล และบุคลากรทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพให้ความสนใจเป็นอย่างมาก จากอิทธิพลที่มีต่อการบริการสุขภาพ พฤติกรรมด้านสุขภาพและภาวะสุขภาพของบุคคล (ยาวภา บุญเที่ยง, 2546) การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่ได้รับความสนใจในการศึกษาวิจัยตั้งแต่ประมาณปี ค.ศ. 1970 เป็นต้นมา ด้วยเหตุผลที่การสนับสนุนทางสังคมมีผลหรือมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิตของมนุษย์ (สมใจ โชติชนพันธุ์, 2550) จากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยและตำราที่เกี่ยวข้อง พอจะแสดงให้เห็นแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการที่บุคคลได้รับการตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐาน

3. การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นเหนือระบบ (Suprasystem) เป็นความสัมพันธ์หรือการพึ่งพาระหว่างผู้สูงอายุกับระบบแรงสนับสนุนทางสังคม ในบริบทของชุมชนขนาดใหญ่ ได้แก่ หน่วยงานบริการทางสังคม หรือ โครงการให้บริการในชุมชน เป็นต้น

ความสัมพันธ์ดังกล่าวข้างต้นมีลักษณะของการสนับสนุนทางสังคมอยู่สองลักษณะ คือ การสนับสนุนแบบเป็นทางการ (Formal Support) เป็นการสนับสนุนจากองค์กร หน่วยงาน หรือสถาบันที่ให้การช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุทั้งของรัฐบาลและเอกชน และการสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการ (Informal Support) เป็นการสนับสนุนที่เกิดจากความผูกพันเกี่ยวข้อง ความรักใคร่ระหว่างบุคคลซึ่งไม่เป็นระบบ และไม่ต้องใช้เงินเป็นการแลกเปลี่ยน เป็นการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน และมิตรสหาย แต่ส่วนใหญ่บุคคลจะมีความพึงพอใจและต้องการแหล่งสนับสนุนทางสังคมแบบไม่เป็นทางการมากกว่าแบบเป็นทางการ เนื่องจากมีความใกล้ชิดทางด้านอารมณ์มากที่สุด ครอบครัวจัดเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับในระดับระบบ (System) มีลักษณะไม่เป็นทางการ เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกลุ่มบุคคลที่อยู่ในสังคมเดียวกัน หรือระหว่างบุคคลกับองค์กรต่าง ๆ ที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ

นอกจากนี้ครอบครัวยังเป็นสถาบันแรก และเป็นหน่วยเล็กที่สุดของสังคมที่มีบทบาทสำคัญต่อสมาชิกในครอบครัวทุกวัย เพราะหน้าที่สำคัญที่สุดของครอบครัวนอกจากการอบรมเลี้ยงดูบุตรเพื่อให้บุตรได้พัฒนาเป็นบุคคลที่มีความสมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ยังมีหน้าที่ให้ความรักและความอบอุ่น ซึ่งครอบครัวเป็นแหล่งให้ความรักต่อกันได้เสมอ หากเกิดอุปสรรคหรือความผิดหวังครอบครัวจะเป็นแหล่งให้กำลังใจและปลอบใจ ให้สามารถจัดการกับอุปสรรคต่าง ๆ ให้ผ่านพ้นไปได้ จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีผู้ให้ความหมายของครอบครัวพอจะสรุปได้หมายถึง กลุ่มคนซึ่งประกอบด้วยบุคคล 2 คน หรือมากกว่า 2 คนขึ้นไป มีความเกี่ยวข้องผูกพันกันทางสายโลหิต การสมรสหรือการรับเอาไว้ (เช่น บุตรบุญธรรม คนใช้ คนสวน) และอาศัยอยู่ด้วยกันเป็นครัวเรือน ครอบครัวอาจแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ ครอบครัวเดียวกับครอบครัวขยาย (NIMHE, 2003)

จากความหมายและความสำคัญในครอบครัว จะเห็นว่าครอบครัวเป็นกลุ่มสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (NIMHE, 2003) มีรายงานการศึกษาในด้านสุขภาพและสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ว่าความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุด ครอบครัวจึงเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มญาติพี่น้องและเพื่อน ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวจึงเป็นสิ่งที่สำคัญด้านหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสมาชิกในครอบครัว เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพทั้งเจ็บป่วยและเรื้อรัง (Kane, 1988) สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องครอบครัวของ ฟรีดแมน (Friedman, 1986) กล่าวว่าครอบครัวมีหลักคือ การให้ความรักและความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัวอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ แบรินด์ และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1985) โดยมุ่งเน้นการสนับสนุนทางสังคมที่ได้จากสมาชิกครอบครัวของผู้สูงอายุระยะสุดท้ายดังนี้

1. ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน (Attachment) เป็นสัมพันธภาพแห่งความใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าของคนเป็นที่รักและได้รับการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักได้รับจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุระยะสุดท้ายมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ เนื่องจากการเจ็บป่วยอยู่ก่อนแล้ว ประกอบกับในวัยนี้มีการสูญเสียคู่สมรส ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีชีวิตที่โดดเดี่ยว ขาดคู่คิด ซึมเศร้า มีอารมณ์ที่ไม่มั่นคงหว้าวเหว (สมใจ โชติชนพันธุ์, 2550) เปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์นี้ก่อให้เกิดสุขภาพจิตเลวลง ผู้สูงอายุจะซึมเศร้า เบื่อหน่ายที่จะสนใจดูแลตนเอง การที่ผู้สูงอายุระยะสุดท้ายได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ที่เพียงพอ จะทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถปรับทุกข์หรือคับข้องใจต่าง ๆ มีที่พึ่งพาและรู้สึกปลอดภัย ความรู้สึกนี้ทำให้ผู้สูงอายุระยะสุดท้ายมีกำลังใจเกิดแรงจูงใจให้ปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องและเหมาะสมซึ่งมีผลดีต่อการเตรียมตัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน

2. การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) เป็นการที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมของคนที่มีสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน การปฏิสัมพันธ์กัน ทำให้มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์และความคิด ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกแยกจากสังคม และมีชีวิตที่น่าเบื่อหน่าย (Boring) การแลกเปลี่ยนให้ข้อมูลหรือคำแนะนำซึ่งจะช่วยให้อุบัติการณ์สามารถแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ ผู้สูงอายุระยะสุดท้าย จึงควรมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง มีการพบปะแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับกลุ่มผู้สูงอายุนานาชาติด้วยกัน เพื่อเป็นแนวทางในการเตรียมตัวสู่การตายอย่างสงบ ทั้งนี้บุคคลในครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญที่จะสนับสนุนให้การช่วยเหลือในการให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสเข้ากลุ่มเพื่อเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

3. การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น (Opportunity of Nurturance) เป็นการแบ่งปันแหล่งประโยชน์กับบุคคลอื่น รวมถึงสามารถรับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ แล้วทำให้ตัวเองรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นและผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าชีวิตนี้ไร้ความหมาย (Meaningless of Life) จากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 1000 คน โดยการสุ่มสำรวจจากทุกภาคของประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน โดยผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือการทำงานของครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง บุตรหลานให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข อบอุ่น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว (บัณฑิต เคียงชน สมบัติ, 2547)

4. การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า (Reassurance of Worth) เป็นการที่บุคคลได้รับการเคารพ ยกย่อง ชื่นชม และยอมรับจากบุคคลในครอบครัวและสังคม ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกขาดความเชื่อมั่นหรือไร้ประโยชน์ (Uselessness) ผู้สูงอายุที่ได้รับการยกย่องจากสมาชิกในครอบครัว เช่น การได้รับการขอคำปรึกษาจากบุตรหลาน เป็นต้น

5. การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านข้อมูล อารมณ์ และสิ่งของ เช่น การให้ข้อมูลและคำแนะนำ การดูแลรวมถึงค่าใช้จ่ายต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุระยะสุดท้ายทั้งการรักษาและฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการให้ความรัก ความห่วงใย ทำให้เกิดความใกล้ชิดไว้วางใจ ซึ่งผู้รับรู้สีก

ปลอดภัย ทำให้ผู้สูงอายุระยะสุดท้ายมีกำลังใจ เกิดแรงจูงใจให้ปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องและเหมาะสมกับตนเอง เพื่อเตรียมตัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวผู้สูงอายุระยะสุดท้าย เป็นการรับรู้ถึงความช่วยเหลือในด้านความใกล้ชิดและความรักใคร่ผูกพัน การมีส่วนร่วมหรือส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสนี้ประโยชน์ต่อผู้อื่น การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่า ความช่วยเหลือในด้านต่างๆจากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร ญาติ หรือบุคคลที่อยู่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน

5. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านและครอบครัว

การที่ผู้ป่วยทราบว่าตนเองกำลังจะเสียชีวิตเป็นสถานการณ์ที่มนุษย์ปรับตัวได้ยากยิ่ง ซึ่งจะมากหรือน้อยมีความแตกต่างกันไปในแต่ละคนขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ขณะเดียวกันความรู้สึกเช่นนี้ก็เกิดขึ้นกับญาติและผู้ดูแล รวมทั้งแพทย์ พยาบาล ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองสามารถเกิดได้ในทุกสถานที่ไม่จำกัดอยู่เฉพาะแต่ในสถานพยาบาล โดยธรรมชาติแล้วผู้ป่วยระยะประคับประคองได้รับการดูแลที่บ้านเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน (วริศรา ลูวิระ, เดือนเพ็ญ ศรีษา และศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2556) จากการสำรวจการเข้าถึงสถานพยาบาล และรายจ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างปี พ.ศ.2548-2549 พบว่าผู้ป่วยกลุ่ม โรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง ได้แก่ โรคมะเร็งและโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ตายครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุและส่วนใหญ่ตายที่บ้าน รองลงมาคือโรงพยาบาลของรัฐ (ชุตินา อรรถสิทธิ์, 2550) ดังนั้นการดูแลที่บ้านจึงมีความสำคัญที่จะช่วยลดช่องว่างของการดูแล เพิ่มการเข้าถึงบริการเชิงรุกแบบองค์รวมร่วมกับผู้ดูแล ญาติ และครอบครัวผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและอบอุ่นสอดคล้องใกล้เคียงกับวิถีชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยและลดการใช้ทรัพยากรหรือเป็นทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (แผนกเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำพูน, 2553)

ความหมายของการตายอย่างสงบ

ความตาย เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญต่อทั้งผู้ที่ใกล้ตายและครอบครัว เป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่มนุษย์ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ความตายจึงเป็นวิกฤตการณ์สุดท้ายของชีวิตมนุษย์ที่เป็นการสูญเสียลักษณะของการมีชีวิตโดยสิ้นเชิง สำหรับคนทั่วไปแล้วย่อมเห็นว่าความตายเป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์และเป็นประสบการณ์การสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ เมื่อวาระสุดท้ายแห่งชีวิตมาถึง มนุษย์ทุกคนต้องการตายอย่างสงบ ปราศจากความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ปราบดาจะตายท่ามกลางคนที่ตนรักและมีสติสมบูรณ์ที่จะพิจารณาคำสอนตามหลักศาสนา

คนเรามากไม่ค่อนนึกถึงความตายของตนเท่าใดนัก แต่เมื่อใดที่นึกถึง ก็อยากให้ตัวเอง “ตายดี” ซึ่งส่วนใหญ่หมายถึง ตายโดยไม่เจ็บปวด ไม่ทรมาน ไม่น่าเกลียด ไม่มีใครมาทำให้ตายหรือตายเพราะอุบัติเหตุ ความตายที่พึงปรารถนายังรวมถึง ความตายท่ามกลางคนรัก ญาติมิตรอยู่พร้อมหน้า ไม่จากไปอย่างโดดเดี่ยวอ้างว้างในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย และไม่สร้างความเดือดร้อนแก่คนที่ยังอยู่ กล่าวอีกนัยหนึ่ง

คือตายในสภาวะทางกายและทางสังคมที่เกื้อกูล (พระไพศาล วิสาโล, 2552) จากการศึกษาความหมายการตายดีที่มาจากมุมมองของผู้สูงอายุของ จินต์จุฑา รอดพาล (2549) พบว่า การตายดีเป็นการ “ตายอย่างสงบ” เป็นการจากไปอย่างสงบเหมือนคนนอนหลับ จิตไม่ฟุ้งซ่าน รักษาใจให้เป็นปกติสามารถน้อมนำจิตใจให้สงบโดยการระลึกถึงสิ่งที่เป็นบุญกุศลที่ได้สร้างมา “ตายอย่างเป็นธรรมชาติ” เป็นการตายตามอายุขัยหมดสภาพของสังขารร่างกายค่อยๆ หมดไปตามธรรมชาติ “ไม่ป่วยนานเป็นภาระให้ลูกหลานต้องดูแล ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานด้วยการรังชีวิต ในยามที่จะจากไปมีลูกหลานห้อมล้อมเกิดการยอมรับจากการจากไป “ตายอย่างหมดห่วง” เป็นการตายที่หมดห่วงหลังจากได้มีการเตรียมพร้อมในด้านต่างๆ ไว้แล้ว ทั้งในด้านเตรียมใจตนเอง เตรียมครอบครัว เตรียมทรัพย์สินสมบัติ และการเตรียมทำบุญสะสมบุญสะสมความดี นอกจากนี้คำว่าตายดี ไม่ใช่เฉพาะตายแล้วไปสู่สุคติเท่านั้น แต่ขณะที่ตายก็เป็นจุดสำคัญที่ว่าต้องมีจิตใจที่ดี คือ มีสติ ไม่หลงตาย คือ มีจิตใจไม่ฟุ้งเฟ้อ ไม่เศร้าหมอง ไม่ขุ่นมัว จิตใจดีงาม ผ่องใส เบิกบาน แล้วก็ขยายความไปถึงการที่ว่าจิตใจนึกถึงหรือเกาะเกี่ยวอยู่กับสิ่งที่ดี (พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต), 2552)

ในทางตรงกันข้าม “การตายแบบไม่รู้ตัว” เช่น ตายในขณะที่หลับ หรือหมดสติและตายไปอย่างกะทันหัน แม้จะเป็นการตายที่ไม่เจ็บปวดหรือทรมานแต่จะเรียกว่าตายดีไม่ได้หากวาระสุดท้ายของผู้ตายอยู่ในอารมณ์ที่หม่นหมอง เนื่องจากกำลังฝันร้ายหรือครุ่นคิดในเรื่องที่เป็นอกุศล เช่น โทสะ พยาบาท หรือเศร้าโศก ในทำนองเดียวกันแม้จะอยู่ท่ามกลางญาติมิตร แต่หากตายไปในขณะที่ยังห่วงกังวลลูกหลานวิตกกังวลที่ยังไม่แล้วเสร็จ หรือมีเรื่องค้างคาใจกับใครบางคนอยู่ ก็ยังไม่เรียกว่าผู้นั้นตายดี เพราะเป็นการตายที่ยังมีความทุกข์อยู่ และหากเชื่อในเรื่องภพภูมิหลังตาย การตายในสภาวะจิตเช่นนั้นย่อมมีทุกขเป็นเบื้องหน้า จะนานเพียงใดก็ขึ้นอยู่กับความดีหรือความชั่วที่ได้กระทำไว้ในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ (พระไพศาล วิสาโล, 2552)

จะเห็นได้ว่าความตายเป็นความจริงอย่างหนึ่งที่มีมนุษย์ทุกคนต้องเผชิญ ไม่มีใครสามารถหนีความตายได้พ้น แม้ในวาระสุดท้ายของชีวิต มนุษย์ทุกคนปรารถนาที่จะตายดี ตายอย่างสงบ เป็นธรรมชาติและหมดห่วงกังวล ดังนั้นการเผชิญกับความตายด้วยวิธีการที่ถูกต้องจะช่วยเบนจากความรู้สึกหดหู่และหวาดกลัวที่เป็นโทษไปสู่ความรู้สึกที่ดีงามและเป็นประโยชน์

ในวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายมักแสดงความปรารถนาที่จะขอตายที่บ้าน ท่ามกลางครอบครัวและบุคคลที่รักและผูกพัน ดังนั้น การตอบสนองความต้องการของผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายที่ต้องการไปตายที่บ้านจึงเป็นความรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัว ที่สำคัญคือผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน จนกระทั่งเสียชีวิต ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุนั้นเป็นการดูแลร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทีมสุขภาพในชุมชน อาสาสมัคร เพื่อนบ้าน รวมทั้งบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและครอบครัว

หลักการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน เป็นการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ที่จัดการดูแลผู้ที่อยู่ในระยะพัฒนาการขั้นสุดท้ายของชีวิตไม่สามารถรักษาหรือควบคุมการดำเนินของโรคได้อีก ให้ได้ใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายที่บ้านในสถานที่หรือชุมชนที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการ ตามความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรมของตนเอง

โดยมีเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพที่มีความรู้และทักษะติดตามสนับสนุนการดูแลและให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตาม การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการจัดระบบส่งต่อเป็นเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ ใช้แหล่ง ประโยชน์ในชุมชนสนับสนุนและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นองค์รวมสอดคล้อง กับความต้องการและมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรี ของความเป็นมนุษย์และไม่ เกิดภาวะที่ไม่พึงประสงค์ ปัทมา วาจามัน (2552) ได้กล่าวถึง หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ดังนี้

1. มีระบบการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสุขภาพสหสาขาวิชาชีพ
2. มีการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะ ใกล้ตายและมีการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง
3. มีระบบการส่งต่อปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ
4. การจัดระบบสนับสนุนที่เหมาะสมโดยใช้ประโยชน์สูงสุดจากแหล่งทรัพยากรในชุมชน
5. มีการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องทุกระยะ
6. มีระบบการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาวิกฤตฉุกเฉินต่าง ๆ
7. มีระบบการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล
8. ให้การดูแลตอบสนองความต้องการแบบผสมผสานเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม

และจิตวิญญาณ

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านมุ่งเน้นการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็น ศูนย์กลางของการดูแล โดยตอบสนองความต้องการอย่างเป็นองค์รวม ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจึงต้องมึ ความสามารถพื้นฐานที่สำคัญ 9 ประการ (9C) (คาร์รงค์ แวอาลี, 2552) ดังนี้

1. Competence คือ ผู้ดูแลต้องมีความรู้ ความสามารถในการดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ มี ประสบการณ์เพียงพอในการจัดการกับอาการปวด และอาการอื่นๆที่มักพบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. Concern หมายถึง มีความห่วงใย ผูกพัน เอาใจเขามาใส่ใจเรา เปรียบเสมือนมีความรู้สึกหรือมี อารมณ์ร่วมในความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยมี ซึ่ง ไม่ได้แสดงออกด้วยคำพูดเพียงอย่างเดียว แต่แววดา
3. Comfort หมายถึง ให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบาย ทั้งทางร่างกาย สังคม จิตใจ โดยเฉพาะเรื่อง ความปวด ผู้ดูแลต้องจัดการให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดน้อยที่สุด
4. Communication เปิด โอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุย เน้นการสื่อสารสองทาง ผู้ดูแลควรเป็นผู้รับฟังที่ดี เพื่อจะได้ทราบว่าผู้ป่วยต้องการอะไร
5. Children and relative คือ จัดให้ลูกหลานมาเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อเป็นกำลังใจให้แก่ผู้ป่วย โดยจัดหา ช่วงเวลาที่เหมาะสม
6. Cohesion เป็นการเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ให้บุคคลเหล่านี้ ได้มาช่วยประคับประคองจิตใจ ลดความวิตกกังวล และยังช่วยให้ญาติสามารถปรับตัวกับความรู้สึที่ที่จะต้อง สูญเสียบุคคลที่รักไปได้

7. Cheerfulness หมายถึง การมีอารมณ์ขันที่เหมาะสมกับสถานการณ์ อาจช่วยให้ผู้ป่วยยิ้มแย้มแจ่มใส มีจิตใจที่สบายขึ้น สีหน้าท่าทางของผู้ดูแลไม่ควรแสดงความวิตกกังวลเกินกว่าเหตุหรือแสดงความเบื่อหน่าย ท้อแท้ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยหดหู่มากขึ้น

8. Consistency ควรมีความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง คงเส้นคงวาเพราะผู้ป่วยเหล่านี้มีความกลัวที่จะถูกทอดทิ้ง การที่แพทย์ หรือผู้ดูแลมาตรวจเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยทำให้ผู้ป่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลได้มาก

9. Calmness of mind แพทย์หรือพยาบาลผู้ดูแลควรมีจิตใจที่มั่นคง สงบ สามารถเผชิญกับผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างเหมาะสม ไม่รู้สึกหวาดหวั่นเกินเหตุ หรือแสดงอาการเฉยเมยต่อผู้ป่วยและญาติ

การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่บ้านเพื่อช่วยให้ตายอย่างสงบ

ระยะของการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเพื่อช่วยให้ตายอย่างสงบ สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ คือ 1) การดูแลระยะสุดท้ายแบบทั่วไป 2) การดูแลในช่วงใกล้ตายและขณะตาย และ 3) การดูแลหลังการตาย (สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, อุไร หักกิต, และกิตติกร นิลมานันต์, 2554) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การดูแลระยะสุดท้ายแบบทั่วไป

การดูแลในระยะนี้ เป็นการดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายที่สมาชิกในครอบครัวกระทำโดยทั่วไป ตั้งแต่ที่ครอบครัวรับทราบว่าคุณาติผู้รับการดูแลอยู่เป็นผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้าย มีทั้งการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์และการดูแลแบบผสมผสานเพื่อมุ่งเน้นการดูแลตามอาการและปัญหาที่พบ เพื่อตอบสนองความต้องการ ลดความทุกข์ทรมาน ความไม่สุขสบาย ส่งเสริมความเชื่อและความศรัทธาของผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายทุกๆ ด้าน เตรียมความพร้อมทั้งตัวผู้ดูแลและผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายให้นำไปสู่การตายดี ซึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อ ความศรัทธา ต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ตามที่ผู้ป่วยและครอบครัวนับถือ ในแง่มุมของพระพุทธศาสนาเป็นการตายที่มีความรู้ หมายถึงรู้เท่าทันชีวิต จนกระทั่งยอมรับความจริงของความตายและความเป็นอนิจจัง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักระลึกถึงและพิจารณาความตายให้เกิดผลดี เรียกว่า “มรณสติ” ซึ่งมีแนววิธีและผลปฏิบัติโดยสรุป (พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), 2552) ดังนี้

ขั้นที่หนึ่ง เน้นความเชื่อมโยงระหว่างความจริงของธรรมชาติกับความต้องการของมนุษย์

(1) ส่งเสริมมุมมองในความเป็นจริงว่า ชีวิตของมนุษย์นั้น นอกจากจะสั้น ไม่ยืนยาวแล้ว ยังไม่มีกำหนดแน่นอน จะตายวันตายพรุ่งไม่รู้ที่ จะช่วยทำให้เห็นคุณค่าของเวลาแล้วเกิดความไม่ประมาท กระตือรือร้นเร่งทำกิจหน้าที่บำเพ็ญคุณความดีตลอดชีวิตที่เหลืออยู่

(2) ให้รู้เท่าทันความจริงว่าทรัพย์สินเงินทอง โภคสมบัติ ตลอดจนบุคคลที่รักใคร่ยึดถือครอบครองอยู่นั้น หากเป็นของตนแท้จริงไม่ สามารถป้องกันความตายได้และตายแล้วก็ตามไปไม่ได้ มีไว้สำหรับใช้บริโภคหรือสัมพันธ์กันในโลกนี้เท่านั้น

2.1 ในด้านทรัพย์สิน เงินทอง สมบัติพัสถาน จะได้ไม่โลกและสังสมจนเกินเหตุ หรือหวงแหนตระหนี่ไว้ให้เป็นเสมือนของสูญเปล่า แต่จะรู้จักจัดสรรใช้สอยให้เกิดคุณประโยชน์แก่ชีวิตของตน ญาติมิตร และเพื่อนมนุษย์

2.2 ในด้านบุคคลที่รัก และคนในดูแลรับผิดชอบ จะได้ไม่ยึดติดถือมั่นและห่วงหวงจนเกินไป จนทำให้เกิดทุกข์จนเกิดเหตุและทำจิตใจไม่สงบ กระสับกระส่าย ทูรันทูราย นอกจากนั้นยังตระหนักรู้ว่าตน จะไม่อยู่กับเขาตลอดไป

2.3 ในด้านเพื่อนบ้านและคนอื่นทั่วไป จะได้เห็นอกเห็นใจช่วยเหลือสงเคราะห์กัน ถึงแม้มีเรื่อง ทะเลาะกันหรือโกรธเคืองกันก็อาจระงับได้

(3) ให้ตระหนักรู้ในหลักความจริงว่า ทุกคนมีกรรมเป็นของตนเป็นสมบัติตัวตนที่แท้จริง ซึ่งจะตามตนไปและตนจะต้องไปตามกรรม การทำความตระหนักในหลักการนี้เมื่อถึงคราวที่เผชิญกับความตาย จะอำนวยความสะดวกให้เกิด

3.1 เมื่อเผชิญหน้ากับความตายของตนเอง การระลึกถึงกรรมดีที่ทำไว้และไม่เห็นกรรมชั่วในตนเองจะเกิดปีติ โสมนัส เผชิญความตายด้วยความสุขสงบ และความมีสติ แม้เมื่อยังไม่ถึงเวลาตายก็จะดำเนินชีวิตด้วยความมั่นใจ ไม่หวาดหวั่นกลัวภัย และไม่กลัวต่อความตาย

3.2 เมื่อเกิดเหตุพลัดพรากมีผู้ตายจากไป ก็จะทำให้ใจได้ทันเวลา ทุกคนมีกรรมเป็นของตนเองไป ตามทางของเขาตามที่กรรมจะนำพาไป การร้องไห้เศร้าโศกเสียใจของเราช่วยเขาไม่ได้

(4) ให้ระลึกถึงหลักแห่งธรรมคทาที่ว่า ทุกคนหวาดหวั่นต่อการทำร้าย ทุกคนกลัวต่อความตาย ชีวิตเป็นที่รักของทุกคน การระลึกได้อย่างนี้จะทำให้เห็นอกเห็นใจกัน ไม่เบียดเบียนกัน อยู่ร่วมกันและปฏิบัติต่อกันด้วยดี

ขั้นที่สอง เป็นการรู้เท่าทันตามคติธรรมคทาว่า “ชีวิตนี้ตกอยู่ในอำนาจของกฎธรรมชาติมีความ เป็นไปตามธรรมคทาว่า ได้เริ่มต้นขึ้นด้วยการเกิดเมื่อมีการเริ่มต้นขึ้นแล้วก็ต้องมีการสิ้นสุด คือ “การตาย ” นี่คือ ลักษณะแห่งความเป็นอนิจจัง จึงไม่สมควรและไม่มีเหตุผลใดๆที่จะต้องเศร้าโศกเสียใจ หรือถ้าทุกข์ เกิดขึ้นแล้วก็จะบรรเทาหรือขจัดปัดเป่าไปได้ในเวลาอันรวดเร็ว

ซึ่งการดูแลผู้ป่วยในระยะทั่วไปนี้ผู้ดูแลมักช่วยเหลือโดยการให้ในสิ่งที่ต้องการต่างๆ ด้าน เท่าที่สามารถทำให้ได้ ทั้งการให้กำลังใจ การอยู่เคียงข้าง และให้สิ่งของที่ต้องการ ครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ และมีความเชื่อเรื่องบุญและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ ทำให้มีการใช้บุญ ซึ่งอาจเป็นบุญของผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้าย หรือบุญของผู้ดูแลเข้ามาช่วยในการดูแล โดยการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาต่างๆ ที่เชื่อว่าอาจจะส่งผลดี ให้กับผู้ที่อยู่ระยะสุดท้าย ดังเช่นการศึกษาของ นิลมานัตและสตรีท (Nilmanat & Street, 2007) ที่พบว่า สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะสุดท้ายเชื่อว่า บุญที่ตนเองได้ทำอยู่นี้ อาจช่วยให้ญาติที่เจ็บป่วยมีอาการดีขึ้น ช่วยให้ญาติหาใจให้สงบได้ดีขึ้น และเมื่อถึงเวลาสิ้นใจ ผลบุญนี้อาจช่วยให้ญาติที่ใกล้ตายนี้ตายอย่างสงบและไปสู่สุคติได้ ด้วยความเชื่อเรื่องบุญ

2. การดูแลในช่วงใกล้ตายและขณะตาย

ภาวะใกล้ตาย (active dying) เป็นกระบวนการที่เกิดจากอวัยวะสำคัญ ๆ ในระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานลดลงหรือถึงขั้นล้มเหลว ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ละคนมีสาเหตุการตายที่แตกต่างกันจึงมี อาการแสดงที่แตกต่างกันได้ กระบวนการใกล้ตายนี้อาจใช้เวลา 10 ถึง 14 วัน แต่ในบางรายอาจใช้เวลาเพียง

24 ชม. ซึ่งเป้าหมายสำคัญของพยาบาลในการดูแลในขณะนี้ คือ การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (ตาย) อย่างสงบหรือที่เรียกว่า การตายดี (good death) นั่นคือตายโดยปราศจากความเจ็บปวด ได้รับการดูแลเพื่อให้มีความสุขสบาย ทศนีย์ ทองประทีป (2552) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้ตาย ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจและนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ดังนี้

ระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular system) ผู้ใกล้เสียชีวิตส่วนใหญ่จะมีความต้องการอาหารและน้ำลดลงเนื่องจากระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานลดลงหรือล้มเหลว ผู้ป่วยอาจมีอาการกลืนลำบากร่วมด้วยจึงทำให้อยู่ในภาวะขาดน้ำ (dehydrate) ซึ่งมีผลทำให้ปริมาณของเลือดลดลงตามไปด้วย ดังนั้น หัวใจต้องเต้นเร็วขึ้นเพื่อชดเชยปริมาณเลือดในส่วนต่าง ๆ เมื่อร่างกายไม่สามารถชดเชยต่อไปได้อวัยวะสำคัญ ๆ กำลังจะหยุดทำงาน เซลล์ในร่างกายจะขาดเลือดและออกซิเจน (hypoxia) หัวใจจะเต้นช้าลงและความดันโลหิตจะลดลง เลือดที่ไหลเวียนไปที่แขนและขาจะลดลง จะทำให้แขนขาเย็นขึ้น (clammy) สีผิวจะเปลี่ยนไป เป็นซีดหรือเขียวคล้ำหรือมีจ้ำเลือดเป็นแห่ง ๆ โดยเฉพาะบริเวณปลายเท้า กระบวนการเผาผลาญในร่างกายจะลดลง ส่งผลให้อุณหภูมิในร่างกายจะลดลง ผิวกายจะเย็น (ยกเว้นในรายที่มีการติดเชื้อ) การห่มผ้าหนาๆ ไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้นแต่กลับทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดเพราะน้ำหนักของผ้าห่ม

ระบบหายใจ (respiratory system) เมื่อหัวใจทำงานลดลงจะทำให้การฟอกเลือดที่ปอดลดลงตามไปด้วย จึงมีการคั่งของเลือดและน้ำเหลืองที่ปอด ฟังเสียงปอดผิดปกติ เหมือนมีน้ำคั่ง ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก (dyspnea) อาการนี้จะพบได้ในผู้ป่วยใกล้ตายบ่อยถึง 50-70% ผู้ป่วยต้องใช้ความพยายามมากในการหายใจ (air hunger) มีลักษณะการหายใจแบบซินสโตรก (cheynes-stokes respiration) ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ นอกจากนี้จะพบว่าผู้ป่วยมีสิ่งคัดหลั่งในปากและทางเดินหายใจเพิ่มมากขึ้น (กิตติกร นิลมานัต, 2555) ซึ่งพยาบาลควรอยู่กับผู้ป่วยและครอบครัว ดูแลให้ผู้ป่วยนอนตะแคงโดยมีหมอนยาวรองหลังจะช่วยลดเสียงดังครีคราคในลำคอ และไม่ควรดูดเสมหะด้วยเครื่องดูด เนื่องจากไม่ได้แก้ไขที่สาเหตุและทำให้ผู้ป่วยเจ็บและอาเจียนจากท่อที่ล้วงลงไปดูดเสมหะในลำคอ (คาริน จตุรพร, 2550) นอกจากนี้ให้ข้อมูลถึงภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นเพื่อญาติเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลง ควรประเมินสัญญาณชีพเท่าที่จำเป็นและหลีกเลี่ยงการทำหัตถการหรือปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (musculoskeletal system) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย มีผลทำให้กล้ามเนื้ออ่อนล้าลง รวมทั้งกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืน แม้แต่น้ำก็กลืนลำบาก การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (IV fluids) ควรให้เท่าที่จำเป็นตามความต้องการของผู้ป่วย เพราะในผู้ป่วยใกล้ตายบางรายการให้สารน้ำจะเป็นภาระแก่ร่างกายในการขจัดของเสียออกมากกว่าจะเป็นผลดี เพราะสารน้ำจะออกจากเซลล์ไปอยู่ในช่องว่างระหว่างเซลล์ (third-spacing) และทำให้มีอาการบวม คลื่นไส้ และมีอาการปวดมากขึ้น นอกจากนี้ในระยะใกล้ตายผู้ป่วยจะรู้สึกหิว แต่การให้สารอาหารพวกแป้งจะไปยับยั้งการสร้างสารคีโตนและทำให้หิวมากขึ้น การดูแลที่ดีที่สุดคือ การรักษาอนามัยในช่องปาก ดูแลเยื่อช่องปากให้ชุ่มชื้นอยู่เสมอโดยเช็ดปาก เหงือก และลิ้นของผู้ป่วยได้ทุกชั่วโมง หรือผสมน้ำประมาณ 1 ลิตร กับเกลือครึ่งช้อน และผงฟู

1 ซ้อน แล้วใช้ผ้าก๊อซชุบน้ำดังกล่าวเช็ดปาก เหงือกและลิ้นของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจปิดตาไม่สนิททำให้เกิดอาการตาแห้งแสบได้ อาจใช้น้ำตาเทียมหยอดตาให้ผู้ป่วยวันละ 4 ครั้ง

ระบบการทำงานของไต (renal system) จากการทำงานที่หัวใจทำงานลดลง ก็จะส่งผลให้ไตทำงานลดลง และมีผลต่อการกรองของเสียและมีปริมาณน้ำปัสสาวะลดลง ผู้ป่วยจะมีปัสสาวะออกน้อยหรือไม่ออก ปัสสาวะสีคล้ำ และผู้ป่วยในระยะใกล้ตายกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการขับถ่ายปัสสาวะจะหย่อนตัว (relax) ทำให้ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ อาจมีการติดเชื้อที่ฝึบและการแตกของผิวหนัง พยาบาลควรดูแลผิวหนังให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ

ระบบประสาท (neurologic system) เมื่อระบบหัวใจ/หลอดเลือดและปอดทำงานลดลง ย่อมมีผลทำให้เลือดไหล ไปเลี้ยงสมองลดลง และมีของเสียคั่งในสมอง จึงทำให้มีอาการแสดงทางระบบประสาทและการรับรู้เปลี่ยนแปลงได้จากหลายสาเหตุ เช่น มีปริมาณเลือดในสมองลดลง (hypoxemia) การเผาผลาญอาหารลดลง (metabolic imbalance) ภาวะเป็นกรดในร่างกาย (acidosis) มีของเสียในเลือดเพิ่มขึ้นจากภาวะที่ตับและไตล้มเหลว หรือเกิดจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ผู้ป่วยจะแสดงออกเป็นอาการสับสน (confusion) วิตกกังวล (anxiety) กระวนกระวาย (agitation) หรือ พักไม่ได้ (restlessness) ซึ่งอาการที่ผู้ป่วยแสดงไม่เป็นเหตุผลหรือไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ปัจจุบัน และอาจมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่จะเจ็บลง สนใจสิ่งแวดล้อมลดลง มักนอนหลับตาเงิบ ๆ ไม่อยากพูดคุยตั้งแต่ก่อน ญาติใกล้ชิดบางคนอาจรู้สึกน้อยใจได้ว่าตนเองนั้น ไม่สำคัญสำหรับผู้ป่วยแล้ว การดูแลเน้นการจัดการอาการที่เกี่ยวข้องกับการสับสนและการป้องกันอุบัติเหตุ

โดยสรุปแล้วเมื่อใกล้จะสิ้นลมหายใจ ระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยจะเปลี่ยนไป ปลูกต้นบ้างเป็นครั้งคราว ไม่ควรปลูกผู้ป่วยบ่อยเกินไป หายใจมีเสียงคราง มีการเขียวตามปลายมือและเท้า คลำชีพจรที่ข้อมือไม่ได้ การดูแลในระยะที่สองนี้ เป็นการดูแลในช่วงที่ผู้ที่อยู่ระยะสุดท้าย แสดงอาการเปลี่ยนแปลงให้เห็นว่าใกล้ที่จะเสียชีวิตแล้ว เช่น นอนมากขึ้น ความสนใจในเรื่องต่างๆ ลดลง การหายใจช้าลง หรือหายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น ระยะนี้ มักให้การดูแลในช่วงวันหรือสองวันก่อนเสียชีวิต ซึ่งคนในครอบครัวอาจสังเกตได้เอง หรือทราบจากบุคลากรที่ดูแล การดูแลช่วงนี้มุ่งช่วยให้ญาติตายอย่างสงบ บางกิจกรรมก็ทำต่อเนื่องมาจากการดูแลในช่วงก่อนหน้านี้นี้ เช่น การอยู่เคียงข้าง การอธิษฐาน การบอกให้หมดห่วงกังวล การทำพิธีทางศาสนา การทำบุญ การสวดมนต์ เป็นต้น เนื่องจากกิจกรรมเหล่านี้ ผู้ดูแลจำเป็นต้องกระทำให้กับผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายบ่อยๆ เพื่อสร้างความเคยชิน เป็นการเตรียมสติ เตรียมใจให้ผู้ที่อยู่ระยะสุดท้ายสามารถยอมรับความตาย การพลัดพรากได้ตั้งแต่ก่อนที่จะถึงช่วงที่ใกล้เสียชีวิตจริงๆ พระไพศาล วิสาโล (2552) ได้กล่าวถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ ดังนี้ ความทุกข์ทางกายและสภาพจิตใจที่เปราะบางมักทำให้ผู้ป่วยแสดงความหงุดหงิด กรวดกริ้ววอกออกมาได้ง่าย สิ่งหนึ่งที่ญาติมิตรขาดไม่ได้คือ “มีสติอยู่เสมอ” สติช่วยให้ไม่ลืมตัว และประคองใจให้มีความเมตตา ความรัก และความอดกลั้นอย่างเต็มเปี่ยม ไม่แสดงความขุ่นเคืองฉุนเฉียวตอบโต้กลับไปพยายามให้อภัยและเห็นอกเห็นใจเขา ความสงบและความอ่อนโยนของเรา จะช่วยให้ผู้ป่วยสงบนิ่งลงได้เร็วขึ้น เพียงแค่การใช้มือสัมผัสผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยนก็ช่วยให้เขารับรู้ถึง

ความรักจากเราได้ เราอาจจับมือจับแขนขา บีบเบาๆ กอดเขาไว้ หรือใช้มือทั้งสองสัมผัสบริเวณหน้าผาก และหน้าท้อง พร้อมกับแผ่ความปรารถนาดีให้แก่เขา สำหรับผู้ที่เคยทำสมาธิภาวนา ขณะที่สัมผัสตัวเขา ให้น้อมจิตอยู่ในความสงบ เมตตาจากจิตที่สงบ และเป็นสมาธิจะมีพลังจนผู้ป่วยสามารถสัมผัสได้ “ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม” การนึกถึงสิ่งดีงามช่วยให้จิตใจเป็นกุศลและบังเกิดความสุข ทำให้ความกลัว ความวิตกกังวลได้น้อยลง และสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้น การน้อมนำให้ผู้ป่วยนึกถึงสิ่งดีงามได้หลายวิธี เช่น นำเอาพระพุทธรูปหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ตลอดจนภาพครูบาอาจารย์ที่ผู้ป่วยเคารพนับถือมาติดตั้งไว้ในห้องเพื่อเป็นเครื่องระลึกนึกถึง หรือชักชวนให้ผู้ป่วยทำวัตรสวดมนต์ร่วมกัน การอ่านหนังสือธรรมะให้ฟัง การเปิดเทปธรรมบรรยายหรือบทสวดมนต์เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยน้อมจิตของผู้ป่วยให้บังเกิดความสุขและความสว่าง การนิมนต์พระมาเยี่ยมและแนะนำการเตรียมใจ ยิ่งเป็นพระที่ผู้ป่วยเคารพนับถือจะช่วยให้กำลังใจแก่เขาได้มาก

อย่างไรก็ตามพึงคำนึงถึงวัฒนธรรมและความคุ้นเคยของผู้ป่วย นอกจากนั้นยังสามารถน้อมใจผู้ป่วยให้เกิดกุศลด้วยการชักชวนให้ทำบุญถวายสังฆทาน บริจาคทรัพย์เพื่อการกุศล **และที่ขาดไม่ได้ก็คือชวนให้ผู้ป่วยระลึกถึงความดีที่ตนเองได้บำเพ็ญในอดีต** ซึ่งไม่จำเป็นต้องหมายถึงการทำบุญกับพระหรือศาสนาเท่านั้น แม้แต่การเลี้ยงดูลูกๆ ให้เป็นคนดี เสียสละ ดูแลพ่อแม่ด้วยความรัก ซื่อตรงต่อคู่ครอง เอื้อเฟื้อต่อมิตรสหาย หรือสอนศิษย์อย่างไม่เห็นแก่ความเหนื่อยยาก เหล่านี้ล้วนเป็นบุญกุศลหรือความดีที่ช่วยให้เกิดความปีติปลาบปลื้มแก่ผู้ป่วย และบังเกิดความมั่นใจว่าตนจะได้อะไรไปสุดดี **ความภูมิใจในความดีที่ตนกระทำ และมั่นใจในอนิสงส์แห่งความดี** เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วย ในยามที่ตระหนักชัดว่าทรัพย์สินเงินทองต่างๆ ที่สะสมมานั้น ตนไม่สามารถจะเอาไปได้ มีแต่บุญกุศลเท่านั้นที่จะพึ่งพาได้ในภาพหน้า **“ช่วยปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ”** เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้มาแล้ว สิ่งหนึ่งซึ่งจะทำความทุกข์แก่จิตใจ และทำให้ไม่อาจตายอย่างสงบ (หรือ “ตายตาหลับ”) ได้ ก็คือ ความรู้สึกค้างคาใจในบางสิ่งบางอย่าง สิ่งนั้นอาจได้แก่ภารกิจงานที่ยังค้างค้าง ทรัพย์สินที่ยังแบ่งสรรไม่แล้วเสร็จ ความน้อยเนื้อต่ำใจในคนใกล้ชิด ความโกรธแค้นใครบางคน หรือความรู้สึกผิดบางอย่างที่เกาะกุมจิตใจมานาน ความปรารถนาที่จะพบคนบางคนเป็นครั้งสุดท้าย โดยเฉพาะคนที่ตนรัก หรือคนที่ตนปรารถนาจะขอโทษกรรม ความห่วงกังวลหรือความรู้สึกไม่ดีที่ค้างคาใจเป็นสิ่งที่สมควรได้รับการปลดเปลื้องอย่างเร่งด่วน หากไม่แล้วจะทำให้ผู้ป่วยทรมานทรมาย หนักอกหนักใจ พยายามปฏิเสธผลกไสความตายและตายอย่างไม่สงบ ซึ่งนอกจากจะหมายถึงความทุกข์อย่างมากแล้ว ในทางพุทธศาสนาเชื่อว่าจะส่งผลให้ผู้ตายไปสู่ทุคติด้วยแทนที่จะเป็นสุคติ ลูกหลานญาติมิตร ควรใส่ใจและจับใจกับเรื่องดังกล่าว บางครั้งผู้ป่วยไม่พูดตรงๆ ผู้ที่อยู่รอบข้างควรมีความละเอียดอ่อน และสอบถามด้วยความใส่ใจและมีเมตตา ไม่รู้สึกรำคาญ ในกรณีที่เป็นภารกิจที่ยังค้างค้าง ควรหาทางช่วยเหลือให้ภารกิจนั้นเสร็จสิ้น หากเขาปรารถนาพบใคร ควรรับตามหามาพบ หากฝังใจโกรธแค้นใครบางคน ควรแนะนำให้เขาให้อภัย ไม่ถือโทษโกรธเคืองอีกต่อไป ในกรณีที่เป็นความรู้สึกผิดที่ค้างคาใจเนื่องจากทำสิ่งที่ไม่สมควร ในยามนี้ไม่ใช่เวลาที่จะประณามหรือตัดสินเขา หากควรช่วยให้เขาปลดเปลื้องความรู้สึกผิดออกไป อาทิเช่น ช่วยให้เขาเปิดใจ และรู้สึกปลดปล่อยที่จะขอโทษหรือขอ

386338

362.175
K7425
2558
ด.5

อโหสิกรรมกับใครบางคน ขณะเดียวกันการแนะนำให้ฝ่ายหลังยอมรับคำขอโทษ และให้อภัยผู้ป่วย ก็เป็นสิ่งสำคัญที่คนรอบข้างสามารถช่วยได้ “ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ” ความรู้สึกติดขัดอย่างแน่นหนานี้สามารถเกิดขึ้นได้แม้กับคนที่มิได้มีความรู้สึกผิดค้างคาใจ เมื่อเกิดขึ้นแล้วย่อมทำให้เกิดความกังวล ควบคู่กับความกลัวที่จะต้องพลัดพรากสิ่งอันเป็นที่รักเหล่านั้น ญาติมิตร ตลอดจนแพทย์และพยาบาลควรช่วยให้เขาปล่อยวางให้มากที่สุด เช่น ให้ความมั่นใจแก่เขาว่า ลูกหลานสามารถดูแลตนเองได้ หรือพ่อแม่ของเขา จะได้รับการดูแลด้วยดี หรือเตือนสติแก่เขาว่า ทรัพย์สินมรดกนั้นเป็นของเราเพียงชั่วคราว เมื่อถึงเวลาก็ต้องให้คนอื่นดูแลต่อไป “สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ” ความสงบใจและการปล่อยวางสิ่งค้างคาใจติดใจในใจผู้ป่วยนั้น จะเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่องจำต้องมีบรรยากาศรอบตัวเอื้ออำนวยด้วย โดยงดเว้นการพูดคุยเรื่องที่รบกวนผู้ป่วย งดการถกเถียงในหมู่ญาติพี่น้อง หรือร้องห่มร้องไห้ ซึ่งมีแต่จะเพิ่มความวิตกกังวลและความขุ่นเคืองใจแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ลูกหลานญาติมิตร ยังสามารถสร้างบรรยากาศแห่งความสงบได้ ด้วยการชักชวนผู้ป่วยร่วมกันทำสมาธิภาวนา อาทิ อาณาปานสติ หรือการเจริญสติด้วยการกำหนดลมหายใจ หายใจเข้า นึกในใจว่า “พุทธ” หายใจออก นึกในใจว่า “โธ” หรือนับทุกครั้งที่ยายใจออกจาก 1 ไปถึง 10 แล้วเริ่มต้นใหม่ จะน้อมจิตของผู้ป่วยในทางที่เป็นกุศลได้ แม้แต่การเปิดเพลงบรรเลงเบา ๆ ก็มีประโยชน์ในทางจิตใจต่อผู้ป่วยด้วยเช่นกัน “กล่าวคำอ้อลา” ขณะที่ผู้ป่วยกำลังจากไป และสัญญาณชีพอันลงเป็นลำดับ หากลูกหลานญาติมิตรปรารถนาจะกล่าวคำอ้อลา ขอให้ตั้งสติ ระงับความโศกเศร้า จากนั้นให้กระซิบที่ข้างหู พูดถึงความรู้สึกดี ๆ ที่มีต่อเขา ชื่นชมและขอบคุณในคุณงามความดีของเขาที่ได้กระทำพร้อมทั้งขอขมาในกรรมใด ๆ ที่ล่วงเกิน จากนั้นก็น้อมนำจิตผู้ป่วยให้เป็นกุศลยิ่งขึ้น โดยแนะนำให้เขาปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ ทั้งหลายลงเสีย อย่าได้มีความเป็นห่วงกังวลใด ๆ อีกเลย แล้วให้ระลึกถึงพระรัตนตรัย หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เขานับถือ หากผู้ป่วยมีพื้นฐานทางด้านธรรมะ ก็ขอให้เขาปล่อยวางความสำคัญมั่นหมายในตัวตนและสังขารทั้งปวง น้อมจิตไปสู่ “ความดับไม่เหลือ” ตั้งจิตจดจ่อในพระนิพพาน จากนั้นก็กล่าวคำอ้อลาเพื่อนำทางไปสู่สุคติ

3. การดูแลหลังการตาย

การดูแลนี้ เป็นการดูแลช่วงสุดท้ายหลังจากผู้ที่อยู่ระยะสุดท้ายได้เสียชีวิตแล้ว เป็นการดูแลที่เป้าหมายหลัก คือ เพื่อส่งให้ดวงวิญญาณของผู้ที่ตายอย่างสงบได้ไปสู่สุคติตามความเชื่อของชาวไทยพุทธ การดูแลที่ให้มีทั้งการประเพณีและการดูแลศพหลังการเสียชีวิต และการช่วยส่งต่อดวงวิญญาณของผู้ตายให้ไปที่ดี ๆ การจัดงานศพและทานบุญอุทิศส่วนกุศลให้กับดวงวิญญาณของผู้ตายอย่างต่อเนื่อง การที่จะให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบได้นั้น ผู้ดูแลทุกๆ คน จะต้องร่วมกันช่วยแก้ปัญหา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายและสงบ (Kongsuwan & Touhy, 2009) เนื่องจากคนในครอบครัวเป็นคนที่ใกล้ชิดและรู้ข้อมูลของผู้ป่วยมากที่สุด รู้ในความคิด ความเชื่อ ความต้องการของผู้ที่อยู่ระยะสุดท้ายและช่วยจัดหาสิ่งที่ดีๆ ที่อยู่ในระยะสุดท้ายต้องการได้ (พระไพศาล วิสาโล, 2549) นอกจากนี้ การที่สมาชิกในครอบครัวต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล เพราะรับรู้ว่าคุณค่าที่ตนรักและดูแลอยู่นี้กำลังเจ็บป่วยอยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต ต้องการทำสิ่งที่ดีที่สุดให้กับบุคคลในครอบครัวที่ตนรัก การดูแลนี้เป็นการแสดงออกถึงความรักความผูกพันและความกตัญญูใน

ครอบครัวตามวิถีไทยพุทธด้วย ซึ่งการที่คนในครอบครัวได้อยู่เคียงข้างเพื่อให้ความช่วยเหลือดูแลอย่างเต็มที่ด้วยความรัก ความเห็นอกเห็นใจนับเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดความหวาดกลัวและช่วยให้ผู้ที่ใกล้ตายเกิดความมั่นคงทางจิตใจและพร้อมที่จะเผชิญกับความตายอย่างสงบได้ (พระไพศาล วิสาโล, 2549)

5. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เป็นการเรียนรู้ และแสวงหาความรู้จากประสบการณ์โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของหมู่คณะ คือระหว่างกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูลที่ศึกษากับผู้วิจัย โดยจะเริ่มตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลที่เกิดจากการดำเนินงานและสรุปทบทวนตลอดจนร่วมหาวิธีแก้ไขปัญหา และร่วมพัฒนาต่อไป โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมจะเน้นการยอมรับ หรือความเห็นพ้องจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ กล่าวได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม (participation) และการร่วมมือร่วมใจ (collaboration) ของสมาชิกในชุมชนหรือสังคมฝ่ายต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไขภายใต้บรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกัน ร่วมกับ ความเป็นประชาธิปไตยและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (องอาจ นัยพัฒน์, 2551)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) จัดว่าเป็นรูปแบบเดียวของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่บริสุทธิ์ เนื่องจากการเน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จึงมักใช้สถิติเชิงพรรณนาอย่างง่าย (Descriptive Analysis) ในการอธิบายข้อมูล และใช้เทคนิคการรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นรูปแบบของการวิจัยแบบใหม่ที่ประยุกต์และเป็นการผสมผสานแนวคิดระหว่างการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กับการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Research) ซึ่งโดยปกติการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีลักษณะสำคัญคือเป็นการวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยมุ่งนำผลการวิจัยมาใช้เพื่อแก้ไขปัญหา หรือนำผลการวิจัยมาพัฒนา หรือปรับเปลี่ยนการดำเนินขององค์กร หน่วยงานหรือชุมชน ซึ่งอาจกระทำโดยผู้วิจัยฝ่ายเดียวหรือบุคคลฝ่ายต่างๆ มาร่วมหรือไม่ก็ได้ ส่วน การวิจัยแบบมีส่วนร่วม มีลักษณะเป็นงานวิจัยที่บุคคลหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการวิจัย อันประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ผลและสรุปรายงานการวิจัย โดยอาจจะไม่ได้ทำเพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาหรือพัฒนางานขององค์กรหรือหน่วยงานในชุมชนเป็นด้านหลัก

การวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนาจากฐานความเชื่อที่ว่า การสร้างสรรค์และการใช้ความรู้เชิงปฏิบัติการสำหรับการแก้ไขปัญหาหรือการพัฒนาใดๆ ในชุมชนหรือสังคม จะต้องตั้งอยู่บนหลักการพื้นฐานของความเป็นประชาธิปไตย ความยุติธรรม ความสันติสุข และความสอดคล้องกลมกลืนกับบริบททางด้านวัฒนธรรมและสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ รวมทั้งอยู่ภายใต้บรรยากาศของความเอื้ออาทร หรือเป็นแบบกัลยาณมิตรที่นักวิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการวิจัยมีการเรียนรู้ร่วมกัน รวมทั้งยอมรับฟังความคิดเห็นและให้เกียรติซึ่งกันและกัน ความรู้เชิงปฏิบัติการที่เป็นผลลัพธ์อันเกิดจากความร่วมมือร่วมใจระหว่างนักวิจัยกับผู้

มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) ถือว่าเป็นสมบัติร่วมกัน ความรู้สึกในการเป็นเจ้าของของผู้ปฏิบัติงานในระดับท้องถิ่นซึ่งเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับปัญหามากที่สุดนี้ จะเป็นปัจจัยผลักดันที่สำคัญต่อแนวโน้มในการนำความรู้ที่ได้นี้ไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาหรือปรับปรุงเปลี่ยนแปลงชุมชนหรือสังคมให้ดีขึ้น (องอาจ นัยวัฒน์, 2551)

จากปรัชญาของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ที่มุ่งช่วยเหลือกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคม และเชื่อในความสามารถของมนุษย์ที่จะเรียนรู้ในสิ่งที่สามารถเป็นประโยชน์สูงสุด หัวใจแก้ปัญหาของตนเองเมื่อถึงคราวที่ตนจะต้องตัดสินใจว่าจะทำอะไร ดังนั้น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จึงเป็นการวิจัยที่เน้นถึงการวิเคราะห์ปัญหา และศึกษาหาแนวทางการแก้ไขปัญหา การวางแผน โครงการ การปฏิบัติตามแผน และการติดตามประเมินผล โดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับกลุ่มผู้ร่วมวิจัย/ผู้ให้ข้อมูล โดย “ปฏิบัติการ (action)” หมายถึง กิจกรรมที่โครงการวิจัยต้องการจะดำเนินการ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพัฒนาในด้านใดด้านหนึ่ง ส่วน “การมีส่วนร่วม (participation)” หมายถึง การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เข้าร่วมกิจกรรมวิจัย ในการวิเคราะห์สภาพปัญหาหรือสถานการณ์อันใดอันหนึ่งแล้วร่วมในกระบวนการตัดสินใจและการดำเนินการจนสิ้นสุดการวิจัย ดังนั้น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจึงนับเป็นกระบวนการประชาธิปไตย หลังจากที่ประชาชนได้เรียนรู้กระบวนการวิจัยด้วยตนเองและใช้ความรู้ที่ได้จากการวิจัยนั้นไปใช้เพื่อเปลี่ยนสภาพสังคมของตน โดยมีองค์ประกอบหลัก 3 ประการ (องอาจ นัยวัฒน์, 2551) คือ การสืบค้นหาความรู้ความจริงหรือการวิจัย (inquiry or research) การมีส่วนร่วม (participation) และมีการปฏิบัติเพื่อนำความรู้ไปดำเนินการการเปลี่ยนแปลง (action) องค์ประกอบทั้ง 3 ประการนี้ มีความสำคัญอย่างยิ่ง หากขาดส่วนใดส่วนหนึ่งก็ไม่เรียกว่าเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

เนื่องจาก การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เกิดขึ้นจากความคิดที่ว่า การวิจัยเป็นกิจกรรมทางสังคมที่จะต้องใช้ทรัพยากรของสังคมในการศึกษา จึงเป็นสมบัติของสังคมและเป็นการกระทำที่มุ่งหมายจะให้ประโยชน์หรือเป็นการรับใช้สังคม ด้วยเหตุนี้การวิจัยจึงควรคำนึงถึงผลประโยชน์สูงสุด และการวิจัยที่จะให้ผลประโยชน์สูงสุดนั้น ย่อมเป็นการวิจัยเพื่อพัฒนา (Research for Development) หรือการวิจัยพัฒนา (Research and Development) โดยที่การพัฒนาและการเป็นหุ้นส่วนจะต้องเดินทางร่วมกัน ดังนั้นทุกคนจะต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอนอย่างมีเสรีและเป็นประชาธิปไตย โดยจุดที่แตกต่างกันของงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับงานวิจัยแบบมีส่วนร่วมก็คือ การวิจัยแบบมีส่วนร่วมนั้น เป็นการวิจัยที่เน้นในมิติของการเก็บข้อมูล แต่การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการประยุกต์หาวิธีการแก้ไขปัญหาไปพร้อมๆ กัน หรือกล่าวได้ว่ามีการแสวงหาแนวคิดและแนวทางในการแก้ไขปัญหาและทรัพยากรที่ผู้ถูกวิจัยมีอยู่เพื่อช่วยในการแก้ไขปัญหา (ชัชวาลย์ ทัดศิวิษ, 2549) และหลังจากได้มีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมแล้วก็จะทำความเข้าใจร่วมกันในเรื่องของการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา สิ่งนี้เป็นรากฐานที่สำคัญยิ่งสำหรับความสำเร็จในการพัฒนาความรู้ความเข้าใจที่ได้จากการวิจัยซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ (สุภาวงศ์ จันทวานิช, 2548)

หลักการของการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ (อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, 2541)

1. เป็นการวิจัยที่เน้น โครงการที่มีส่วนร่วมทั้งของบุคคลและกลุ่มผู้ทำงานด้วยกันเพื่อมุ่งให้เกิดการพัฒนาทั้งระดับบุคคลและกลุ่มผู้ร่วมงาน โดยบุคคลและกลุ่มตกลงร่วมกันไม่ได้เกิดการบังคับ
2. เป็นการพัฒนางิจกรรม โดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง และในขณะเดียวกันก็ศึกษากระบวนการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ ที่เกิดขึ้นในองค์กร
3. เป็นการพัฒนาปรับปรุง เปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมการทำงานของกลุ่ม
4. เน้นการลงมือปฏิบัติกิจกรรมและสะท้อนคิดพิจารณาการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ โดยอาศัยการวิเคราะห์ วิเคราะห์อย่างลึกซึ้งและเป็นอิสระของบุคคลและกลุ่ม (reflexive and dialectical critique) และเน้นการอธิบายการปฏิบัติด้วยแนวคิด หลักการที่เหมาะสมสำหรับสถานการณ์นั้นๆ (praxis, informed action)
5. เป็นการสร้างองค์ความรู้จากการปฏิบัติงานและในขณะเดียวกันก็เป็นการประยุกต์ความรู้ทางทฤษฎีเพื่อพัฒนางาน (knowledge production; theory, practice transformation)
6. เป็นการสร้างทฤษฎีของการทำงาน ทฤษฎีที่ชี้แนะแนวทางการปฏิบัติงาน
7. เป็นการวิจัยที่อาศัยการวิจัยหลายชนิด เช่น วิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (ethnographic study) กรณีศึกษา (case study) และการศึกษาใน โครงสร้างที่เป็นบริบทขององค์กรรวม (plural structure)

8. เป็นกระบวนการทางการเมืองที่มีการขัดแย้งและต้องอาศัยกระบวนการทางการเมืองเพื่อเข้าใจความขัดแย้งและลดความขัดแย้ง

9. เป็นการวิจัยที่ใช้สติปัญญาเพื่อพัฒนา โครงการระดับปฏิบัติการ ลดช่องว่างระหว่างทฤษฎี ปฏิบัติ และการวิจัย เพราะเป็นการวิจัยในขณะปฏิบัติงาน ไปพร้อมๆ กับการวิจัย ไม่แยกจากการปฏิบัติงานและทฤษฎีไม่แยกจากการปฏิบัติ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีจุดเน้นที่ การมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยในฐานะผู้เชี่ยวชาญ จากภายนอกและบุคคลผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชน ในฐานะผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือได้เสีย กับปัญหาการวิจัยที่เกิดขึ้นจริงในสถานการณ์ ผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบได้จากการสืบค้นแบบมีส่วนร่วมระหว่างมุมมองของคนใน (emic view) และคนนอก (etic view) จะถูกนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากแนวคิดของนักวิจัยเชิงปฏิบัติการที่สำคัญหลายๆ ท่าน ได้แก่ Kurt Lewin, Kemmis & McTaggart, Stringer, และ Coghlan สามารถสรุปเป็นขั้นตอนการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้ดังนี้ (องอาจ นัยวัฒน์, 2551)

1. ระบุแนวคิดและนิยามของปัญหาอย่างชัดเจน
2. รวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องเพื่ออธิบายข้อเท็จจริงของสถานการณ์ที่เป็นปัญหาซึ่งต้องได้รับการปรับปรุงหรือพัฒนา
3. วางแผนเพื่อกำหนดยุทธวิธีปฏิบัติการแก้ไขปัญหา
4. นำแผนยุทธวิธีปฏิบัติที่วางไว้ไปลงมือปฏิบัติจริง
5. สังเกตการณ์ ติดตามตรวจสอบ และประเมินผลงานตามยุทธวิธีปฏิบัติที่ได้ลงมือกระทำไปแล้ว

6. สะท้อนกลับผลของการนำยุทธวิธีปฏิบัติที่ได้ลงมือปฏิบัติแล้ว โดยอาศัยการคิดใคร่ครวญในเชิงวิพากษ์ด้วยทัศนคติอันหลากหลายจากนักวิจัยเชิงปฏิบัติการและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยบนพื้นฐานของข้อมูล หลักฐานร่องรอยต่างๆ ที่ได้รับจากขั้นตอนที่ 5
7. ทบทวนและปรับปรุงแผนยุทธวิธีปฏิบัติการแก้ไขปัญหา
8. นำแผนยุทธวิธีปฏิบัติที่ปรับแล้วไปลงมือปฏิบัติจริง
9. สะท้อนกลับผลของการนำยุทธวิธีปฏิบัติที่ปรับและลงมือปฏิบัติแล้ว
10. ดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆ จนกระทั่งนักวิจัยเชิงปฏิบัติการและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความเห็นร่วมกันอย่างสอดคล้องว่าสถานการณ์ที่เป็นปัญหานั้นได้รับการปรับปรุงแก้ไขจนอยู่ในระดับที่พอใจ ภายใต้ข้อจำกัดทางด้านเวลาและทรัพยากรของการวิจัย

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยสรุปขั้นตอนที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยสำหรับการศึกษารุ่นนี้ เป็น 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การค้นหาปัญหา 2) การวางแผนแก้ไขปัญหา 3) การลงมือปฏิบัติ และ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติและการประเมินผล

ดังนั้น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจึงเป็นการวิจัยโดยใช้วิธีการให้ชุมชน หรือผู้แทนทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการพัฒนา โดยมีลักษณะของการศึกษาที่เป็นตามกระบวนการขั้นตอนของการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม และวิธีการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการศึกษา โดยเน้นถึงการวิเคราะห์ปัญหา และศึกษาหาแนวทางการแก้ปัญหา การวางแผน โครงการ การปฏิบัติตามแผน และการติดตามประเมินผล โดยการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกันกับชุมชน หรือผู้แทนทุกภาคส่วนเพื่อการพัฒนา

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่าความตายเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่มนุษย์ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ และเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญต่อทั้งผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายและครอบครัว และเมื่อวาระสุดท้ายแห่งชีวิตมาถึงทุกคนต้องการตายอย่างสงบ ปราศจากความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ประการานาจะตายท่ามกลางคนที่ตนรักในที่ที่ตนเองคุ้นเคยคือที่บ้าน ดังนั้น การตอบสนองความต้องการของผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายที่ต้องการไปตายที่บ้านจึงเป็นความรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัว ที่สำคัญคือผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านจนกระทั่งเสียชีวิต ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้านเป็นการดูแลร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทีมสุขภาพในชุมชน อาสาสมัคร เพื่อนบ้าน รวมทั้งบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและครอบครัว โดยให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ครอบคลุมทั้งด้าน จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ อย่างสอดคล้องกับความต้องการ ความคิดความเชื่อของผู้สูงอายุและครอบครัว ด้วยเหตุนี้ การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน จึงมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อให้ช่วยให้ผู้สูงอายุมีช่วงเวลาในระยะสุดท้ายของชีวิตและความตายที่สงบอย่างที่ต้องการ

บทที่ 3

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบการมีส่วนร่วม เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุ และครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน โดยนักวิจัยและผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและการตายในชุมชน ร่วมกันค้นหาปัญหา แล้วนำมาวางแผนแก้ไขปัญหา ลงมือปฏิบัติ และสะท้อนผลการปฏิบัติเพื่อการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน มีรายละเอียด ดังนี้

บริบทในการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกชุมชนที่ใช้เป็นพื้นที่ในการทำการศึกษาค้นคว้า โดยเลือกพื้นที่ที่ผู้วิจัยมีความคุ้นเคยซึ่งเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยใช้เป็นแหล่งศึกษาประสบการณ์วิชาชีพของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล ผู้สูงอายุมาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับมีกลุ่มเป้าหมายที่ตรงกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย บุคลากรและประชาชนในพื้นที่ยินดีให้ความร่วมมือ รวมทั้งคำนึงถึงการเดินทางเข้าพื้นที่ที่ได้โดยสะดวกเนื่องจากผู้วิจัยจะต้องเข้าไปดำเนินการวิจัยที่ต่อเนื่องหลายครั้งและใช้เวลายาวนาน

ซึ่งสถานที่ที่ทำวิจัยนี้ เป็นชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เขตตำบลเหมือง อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ซึ่งมีระยะทางห่างจากที่อยู่ของทีมผู้วิจัยประมาณ 1.5 กิโลเมตร โดยคุณลักษณะเด่นของชุมชนที่ศึกษา มีดังนี้

1. วัดและศาสนา โดยการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 90 นับถือศาสนาพุทธ รองลงมา คือ ศาสนาคริสต์และอิสลาม ซึ่งในพื้นที่นี้มีวัดที่อยู่ใกล้ชุมชนอยู่ 3 แห่ง ประชาชนส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา โดยเฉพาะในวันสำคัญทางศาสนา ผู้สูงอายุในชุมชนมักจะมาปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและนอนค้างที่วัด นอกจากนี้ วัดยังเป็นสถานที่ที่ใช้ในการทำกิจกรรมของประชาชนในชุมชน เช่น การออกกำลังกายกลุ่มในช่วงเช้า

2. ลักษณะของชุมชน เป็นชุมชนเมืองและชนบท แต่ส่วนใหญ่เป็นลักษณะชุมชนเมือง ประชากรในตำบลเหมือง มีประมาณ 5,450 คน มีหลังคาเรือนทั้งสิ้น ประมาณ 940 หลังคาเรือน และมีผู้สูงอายุทั้งหมดประมาณ 1,100 คน (ในจำนวนนี้ เป็นผู้สูงอายุที่สามารถติดต่อได้และมารับบริการอย่างต่อเนื่องที่ รพสต. เหมือง จำนวน 797 คน จากครัวเรือนของผู้สูงอายุทั้งสิ้น 744 ครอบครัวยุ) คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งหมดมีผู้สูงอายุประมาณ 280,000 คน คิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด ประชากรในเขตตำบลเหมืองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างและค้าขาย

ตำบลเหมืองแบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ 1.) พื้นที่เขต หมู่ 1-5 ของเขตเทศบาลตำบลเหมือง ซึ่งมีครัวเรือนของผู้สูงอายุที่มารับบริการอย่างต่อเนื่องที่ รพสต. เหมือง จำนวน 158 ครอบครัวยุ และ 2.) พื้นที่เขตชุมชนเหมือง (บางส่วนของเทศบาลแสนสุข) ชุมชนศาลล้อม ชุมชนมณีแก้ว และชุมชน

เทศบาลวัฒนา 2 ซึ่งมีจำนวนครัวเรือนของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ รพสต. เหมือน อย่างต่อเนื่อง จำนวน 586 ครอบครัวย รวมทั้งสิ้นเท่ากับ 744 ครอบครัวย

3.สถานบริการทางสุขภาพในชุมชน ชุมชนเมืองมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมือง ที่ให้การดูแลด้านสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ ซึ่งขึ้นกับ โรงพยาบาลศูนย์ ชลบุรี และในพื้นที่ใกล้เคียงมี โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย คลินิกเอกชน ที่ประชาชนสามารถไปรับบริการได้ตามสิทธิในการรักษาและความต้องการของแต่ละบุคคล

4. การคมนาคมและการเดินทาง การคมนาคมสะดวกมีถนนเข้าถึงในแต่ละพื้นที่ย่อยๆ ส่วนใหญ่ประชาชนมักใช้ยานพาหนะส่วนตัวของครอบครัว ได้แก่ รถยนต์ รถจักรยานยนต์ นอกจากนี้ อาจใช้บริการรถสองแถวรับจ้างและรถจักรยานยนต์รับจ้าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วยผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ เกณฑ์ชุมชนที่เกี่ยวข้องและบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องในเขตตำบลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มตัวอย่างของข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วยผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุในชุมชนในเขตตำบลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการเปิดตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan) ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 200 ครอบครัวย 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 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมือง จำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้น 10 คน

การศึกษาคั้งนี้ เป็นขั้นตอนการทำวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแล ในระยะที่ 2 ที่ต่อเนื่องมาจากระยะที่ 1 ที่มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างหลักๆ ในการศึกษาคั้งนี้ คือ กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ ที่มี การคัดเลือกเข้าแบบเฉพาะเจาะจงและตามความสมัครใจความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง และการศึกษาคั้งนี้

ใช้คำเรียกกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายในความหมายที่แทนกันโดยใช้ทั้งคำว่า กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มผู้ให้ข้อมูล และกลุ่มผู้ร่วมวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบการมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การดูแลผู้สูงอายุเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้านนี้ ผู้วิจัยใช้เทคนิคการรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยดำเนินการตามขั้นตอนหลัก 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหา (assessment phase)

การศึกษาปัญหาที่ต้องได้รับการปรับปรุงหรือพัฒนา ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในด้านความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ความสามารถในการดูแล ปัญหาและความต้องการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ตายอย่างสงบที่บ้าน

1.1 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คณะผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อแจกแบบสอบถามสำรวจความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุและครอบครัว เป็นรายบุคคล จากระายชื่อกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัวที่สุ่มมาได้ จำนวนกลุ่มละ 200 คน รวมเป็น 400 คน (ข้อมูลในระยษที่ 1)

1.2 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อการดูแลระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบ และการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน ด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก เป็นรายบุคคล ใช้เวลาคนละ 20-30 นาที (ข้อมูลในระยษที่ 1) ผู้ให้ข้อมูลมี 2 กลุ่ม ได้แก่

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 ประชาชนชุมชน จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหมือง จำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้น 10 คน

2) ศึกษาข้อมูลและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อด้านบวกและด้านลบ รวมทั้งประเด็นเชิงกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลในระยะสุดท้ายที่บ้าน เพื่อการเตรียมผู้สูงอายุและครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ตายอย่างสงบที่บ้าน

โดยการจัดสนทนากลุ่ม (focus group) ดำเนินการ 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60-90 นาที ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหมือง เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ให้ข้อมูลรอง จำนวนผู้เข้าร่วมแต่ละครั้งอยู่ระหว่าง 15-20 คน

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนแก้ไขปัญหา (planning phase)

2.1 ผู้วิจัยนำเสนอข้อความรู้ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งจากข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว แกนนำชุมชน อสม. และพยาบาล ร่วมกันสะท้อนคิด

และระดมสมอง เพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยเน้นกิจกรรมการปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบของการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน

2.2 กำหนดยุทธวิธีปฏิบัติการแก้ไขปัญหา โดยดำเนินกิจกรรมตามปัญหาและความต้องการของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมสร้างเสริมความรู้และทักษะเพื่อเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแลให้ผู้สูงอายุได้ตายอย่างสงบที่บ้าน ตามข้อมูลที่ได้รวบรวมได้จากปัญหาและความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีทั้งหมด 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การเสริมความรู้เกี่ยวกับความตายและระยะสุดท้ายของชีวิต โดยเชิญวิทยากรที่เป็นอาจารย์พยาบาล มาจัดอบรมให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว และ อสม. มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น 22 คน ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตและความรู้เกี่ยวกับความตาย ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหมือง

กิจกรรมที่ 2 การเสริมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้าน เป็นการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ จากวิทยากรที่เป็นพยาบาล จำนวน 2 คน โดยมีผู้เข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว และ อสม. จำนวน 6 คน โดยให้ผู้เข้าร่วมฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทางด้านร่างกายผู้สูงอายุที่เข้าสู่ระยะสุดท้าย ได้แก่ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การบริหารร่างกาย การเคลื่อนย้าย การพลิกตะแคงตัว การเช็ดตัวและการเช็ดตัวลดไข้ และการทำแผล ณ ห้องให้บริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหมือง

กิจกรรมที่ 3 การเตรียมความพร้อมเพื่อเผชิญความตายอย่างสงบ เป็นการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ จากวิทยากรที่เป็นพยาบาลเยี่ยมบ้าน (home health care) ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลแบบประคับประคองและเป็นวิทยากรการเผชิญความตายอย่างสงบ โดยมีผู้เข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว และ อสม. จำนวน 28 คน ณ ลานออกกำลังกาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหมือง

2.3 วิเคราะห์ผลภายหลังการจัดกิจกรรมตามแผนเพื่อพัฒนารูปแบบของการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน

2.4 การประชุมเชิงปฏิบัติเพื่อวางแผนพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวต่อการตายอย่างสงบที่บ้าน ใช้ระยะเวลา 1 วัน ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ อสม. และพยาบาล

2.4.1 ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างร่วมกันคิดรูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้าน ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ครอบครัวและเหมาะสมกับบริบทของชุมชน

2.4.2 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างผู้ร่วมวิจัย วิเคราะห์ลักษณะของผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้าย ในเขตพื้นที่ที่ศึกษา เพื่อคัดเลือกผู้สูงอายุกรณีศึกษาและครอบครัวที่จะนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้านไปปฏิบัติจริง จากการประชุมกลุ่ม เลือกผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายที่มีสมาชิกในครอบครัวดูแลที่บ้าน ได้ 1 ราย

ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติ (action phase)

การลงมือปฏิบัติการตามแผนผู้วิจัยอย่างระมัดระวังเพื่อให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขและข้อจำกัดในสถานการณ์นั้นๆ โดยการสังเกต (observation) กระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน รวมทั้งปัจจัยและปัญหาต่างๆ แล้วทำการสะท้อนการปฏิบัติงาน (reflection) ตามที่บันทึกข้อมูลไว้จากการสังเกต โดยการใคร่ครวญ อภิปราย และวิพากษ์ข้อมูลร่วมกันระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย และวางแผนปรับเปลี่ยนรูปแบบ (re-planning phase) ตามสภาพการณ์ที่เหมาะสม

การนำรูปแบบฯ ไปปฏิบัติจริง เป็นการปฏิบัติตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น โดยมีเป้าหมายเดียวกันคือการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน ไปใช้กับกรณีศึกษา โดย

3.1 การเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลและเตรียมพร้อมสู่การตายที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุกรณีศึกษา ประกอบไปด้วย ทีมผู้วิจัย อสม. จำนวน 2 คน และพยาบาล จำนวน 1 คน โดยติดตามเยี่ยมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง จนกว่าผู้สูงอายุจะเสียชีวิตหรือจนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว

3.2 การประเมินผลรูปแบบฯ ระหว่างดำเนินกิจกรรมและเมื่อสิ้นสุดโครงการ โดยการสังเกต และสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุกรณีศึกษา สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ อสม. และพยาบาล โดยประเมินบริบทของครอบครัว กิจกรรมและลักษณะการดูแลผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ปฏิริยาตอบสนองของผู้สูงอายุ และความพึงพอใจของผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว รวมทั้ง อสม. และพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติและการประเมินผล (reflection and evaluation phase)

ผู้วิจัยดำเนินการพูดคุยปรึกษากับทีมที่ลงไปปฏิบัติจริงกับกรณีศึกษา เพื่อสะท้อนกลับผลของการนำรูปแบบฯ ไปปฏิบัติจริง ดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆ จนกระทั่งผู้วิจัยและทีมผู้ปฏิบัติร่วมในการวิจัยมีความเห็นร่วมกันอย่างสอดคล้องว่าสถานการณ์ที่เป็นปัญหานั้น ได้รับการปรับปรุงแก้ไขจนอยู่ในระดับที่พอใจ ภายใต้ข้อจำกัดทางด้านเวลาและทรัพยากรของการวิจัย การประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบของการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน อาศัยการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การจดบันทึกภาคสนาม การถ่ายรูป การบันทึกเสียง ทำการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งการตรวจสอบสามเส้า

จากนั้น นักกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้แก่ ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว พยาบาล แกนนำชุมชน และ อสม. มาร่วมกันรับฟังข้อมูลจากการไปปฏิบัติ และร่วมประเมินผลเพื่อทำการปรับปรุง (improving) รูปแบบของการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน จนได้รูปแบบที่เหมาะสมมีความเป็นไปได้ในบริบทที่ทำการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างทุกๆ กลุ่ม โดยอธิบายเกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้อย่างคร่าวๆ รวมทั้งวัตถุประสงค์เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการอธิบายรูปแบบการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยหรือกลุ่มตัวอย่างได้รับการสอบถาม

รายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลในเรื่องของอายุ 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 ใช้ประกอบการอธิบายผลการศึกษเกี่ยวกับรูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน ในรายงานวิจัย ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องในการศึกษานี้ถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อจริง ข้อมูลที่ได้ถูกนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น

กลุ่มตัวอย่างได้รับการแนะนำเกี่ยวกับอิสระในการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลเสียใดๆ ตามมา กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการศึกษานี้ โดยแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยตามเอกสารใบยินยอมให้ทำการศึกษา หรือให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทางวาจา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ วิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในข้อมูลด้านความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุ ปัญหาและความต้องการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ตายอย่างสงบที่บ้าน

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

บทที่ 4

ผลการศึกษาและการเรียนรู้

จากการดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบการมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน ผู้วิจัยได้ผลการศึกษาตามขั้นตอนที่ดำเนินการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหา

ผู้วิจัยค้นหาปัญหาและความต้องการทั้งจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการใช้แบบสอบถามและเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ในผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 18 คน และผู้ให้ข้อมูลรอง จำนวนทั้งสิ้น 10 คน ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 3 คน ประชาชนชุมชน จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหมือง จำนวน 3 คน

จากนั้นผู้วิจัยนำผลการศึกษาที่ได้นี้ (เล่มรายงานการศึกษาระยะที่ 1) มานำเสนอให้กับกลุ่มตัวอย่าง และนำประเด็นที่ได้มาทำการสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการร่วมกันภายในกลุ่ม

ผลการศึกษาจากการสนทนากลุ่ม (Focus group)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้กำหนดเป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยอยู่ที่บ้าน คือ ให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิตและจากไปอย่างสงบ โดยมีชุมชนเป็นแนวร่วม

ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวเพื่อการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้าน

ผลการศึกษา พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีความต้องการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายได้ตายอย่างสงบที่บ้าน ดังนี้

1.การจัดอบรมเกี่ยวกับการเตรียมตัวตาย

เพื่อให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งผู้ดูแลในชุมชน ได้รู้พูดคุยเกี่ยวกับความตายกันมากขึ้น

“กว่าอำมาจะยอมรับ อำมาก็ทรมาณมาเยอะ อำมาบอกว่าจะไม่ไปโรงพยาบาลเวลาป่วยแจะบอกเลยว่า จะอยู่ได้อีกไม่นานแล้วนะ เขาเตรียมตัวตามทุกวัน

เตรียมตัวตายมันเป็นเรื่องน่าเศร้าไม่มีหน่วยงานมาดูแลให้จิตใจเขาได้รู้สึกสบาย ผ่อนคลาย ไม่เครียด อยากให้เขามีความสุขก่อนตาย ... ถ้ามีการอบรม ได้พูดคุยกันเรื่องความตาย ก็น่าจะช่วยให้ยอมรับได้ง่ายขึ้น”

1. ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ

สมาชิกในครอบครัวที่ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ มีความต้องการความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้ ดังนี้

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

“... ต้องการรู้เรื่องอาการช่วงผู้สูงอายุยังไหว และช่วงที่ผู้สูงอายุจะไป(เสียชีวิต) จัดอบรมให้ทั้งญาติที่เขายกและที่อสม. เขาจะได้เข้าใจไม่กลัว ที่เคยสังเกตเอง คนใกล้ตายตาจะเป็นสีขาว – ขุ่น วันสองวันที่เป็นแบบนี้จะไม่รอด เข้าใกล้จะสิ้นลมแล้ว มันก็มีอาการอื่นๆ ที่เราอยากรู้เอาไว้สังเกต”

2. จิตอาสาดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

จิตอาสา คือผู้ที่เป็นอาสาสมัครเพื่อมาช่วยในการดูแลผู้สูงอายุ ช่วยผ่อนเบาภาระของผู้ดูแล อาจใช้ชื่อเป็น “ทีมอาสาใจ” สิ่งสำคัญของการทำงานจิตอาสา คือ “ใจ”

งานของจิตอาสา สามารถทำได้หลายลักษณะ เช่น มาอยู่เป็นเพื่อน ช่วยรับฟัง ให้กำลังใจ อ่านหนังสือ นวด ช่วยเคลื่อนย้าย คอยสัมผัส-จับมือ ช่วยพลิกตัว

“ในสมัยนี้สังคมมันเปลี่ยนไปแล้ว มันเป็นสังคมเร็ว จะขอให้คนข้างบ้านช่วยก็เกรงใจเขา คนไม่ค่อยเข้าบ้านกัน แต่แต่ละบ้านมีรั้วกันหมด ถูกหลอนก็มีเรียน บางคนก็ทำงานอยากให้งานเคลื่อนที่เร็ว พวกอาสาสมัคร มีอนามัยเป็นแกนกลางช่วยประสานงาน จัดเวรกัน เวลาที่ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือ เช่น ช่วยเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุไปอาบน้ำยกประคองไม่ไหว เพราะมันต้องเป็นผู้ชายถึงจะยกไหวจะไปเรียกคนข้างบ้านทุกวันก็เกรงใจ มีปัญหาตอนพาลูก พาขึ้นรถไปตรวจที่โรงพยาบาลจะทำได้ลำบาก ถ้ามีคนมาช่วยยกจะดีมาก”

3. อุปกรณ์เครื่องใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ

“... ดูแลที่บ้านเครื่องใช้ไม่พร้อม ไม่รู้ว่าจะต้องมีอุปกรณ์อะไรบ้าง อยากให้มีการจัดหาอุปกรณ์ในการดูแล เช่น เครื่องดูดเสมหะ เครื่องให้ออกซิเจน ถ้าอนามัยมีให้ยืมใช้ก็จะดี การที่เราดูแลแต่ต้องซื้อเครื่องดูดเสมหะไว้ไม่ให้เขาสำลักเสมหะเพราะเสมหะนี้มันอันตราย ทำให้คนตายได้โดยละเอียด เพราะหายใจไม่ออก....”

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 รับรู้และเห็นด้วยกับผลการศึกษาที่นำเสนอ
2. แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเจ็บป่วย/ การดูแลในระยะสุดท้ายที่บ้าน
3. สอบถามถึงความต้องการในการดูแลเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน
 - สรุปประเด็นที่ ต้องการ 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/ อาสาสมัครในชุมชน และผู้มีส่วนร่วม) (พยายามไม่ได้เข้าร่วม เนื่องจากติดภารกิจด่วน แต่ได้ให้ข้อคิดเห็นไว้แล้ว)

กิจกรรม:

1. การ Confirm ผลการศึกษา การการ Focus group ครั้งที่ 1
 - ผู้เข้าร่วมเห็นด้วย และยอมรับ ผลที่ได้จากการประชุมกลุ่ม
2. ปรึกษาถึงแนวทางในการจัดกิจกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการต่างๆ ที่ได้จากการ Focus 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 อาการและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต
 - การอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในหัวข้อ การเคลื่อนย้าย การเช็ดตัวลดไข้ การป้องกันแผลกดทับ การทำแผล (แผลกดทับ) การดูดเสมหะ

- การสื่อสารกับผู้ป่วย การดูแลด้านจิตใจเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และการดูแลร่างกายผู้ที่เสียชีวิต และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

3.2 การประชุมทำประชาพิจารณ์ เพื่อสร้างทีมอาสาสมัคร/หน่วยเคลื่อนที่เร็ว สำหรับช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยมี รพสต.เหมือง เป็นศูนย์กลางในการดำเนินงานและการประสานงาน

เป้าหมายของการประชุม: ชี้แจงความปัญหาและความต้องการในการช่วยดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และสำรวจหาผู้ที่สนใจเป็นอาสาสมัคร จัดทำรายชื่ออาสาสมัคร จัดเวรผู้ที่ทำหน้าที่ในแต่ละวัน โดยมีรายชื่อผู้ที่ทำหน้าที่หลักและสำรอง

สรุปผลการศึกษาที่ได้ในขั้นตอนนี้ คือ

ปัญหา: กลุ่มตัวอย่าง โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุขาดความรู้ความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้าน และต้องการความช่วยเหลือในบางกิจกรรมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

สิ่งที่เรียนรู้

กิจกรรมในขั้นตอนนี้ มีความสำคัญ ดังนี้

1. กระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. ให้ชุมชนได้ค้นหาปัญหาด้วยตนเอง โดย อสม. คัดกรองผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ครอบครัวที่ต้องการความช่วยเหลือ / จิตอาสา การนำเสนอปัญหาความต้องการ ความทุกข์ยาก และให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการหาแนวทาง

ตัวอย่างคำถามที่ใช้เป็นประเด็นในการร่วมคิด

“ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยอยู่ที่บ้านหนึ่งคน จะมีใครที่มาเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุบ้าง และเกี่ยวข้องอย่างไร”

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนแก้ไขปัญหา

การดำเนินการเพื่อการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน คือ การดำเนินกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้ ความมั่นใจให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ต้องการให้จัดกิจกรรม 3 อย่าง ได้แก่ 1) การเสริมความรู้เกี่ยวกับความตายและระยะสุดท้ายของชีวิต 2) การเสริมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้าน และ 3) การเตรียมความพร้อมเพื่อเผชิญความตายอย่างสงบ

กิจกรรมที่ 1 การเสริมความรู้เกี่ยวกับ “ความตายและระยะสุดท้ายของชีวิต” โดยเชิญวิทยากรที่เป็นอาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ ผู้สูงอายุ 1 คน สมาชิกในครอบครัว 1 คน และ อสม. 14 คน รวมผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น 16 คน เนื้อหาการอบรมจะเน้นให้ทราบ

เกี่ยวกับอาการและการเปลี่ยนแปลงของคนไข้ที่ใกล้เสียชีวิต และความรู้เกี่ยวกับความตาย ณ ห้องประชุม
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหมือง

1. โดยบรรยายเนื้อหาเชิงทฤษฎี แล้วให้ผู้เข้าอบรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเอง จากประเด็น
คำถาม “ ท่านเคยเห็นคนใกล้ตายหรือไม่ ... อาการเป็นอย่างไร ”

ข้อมูลจากผู้เข้าอบรม

“ ... ไม่มีความรู้สึก ไม่ตอบสนอง ไม่ขับ ไม่ถ่าย ... ”

“ ... ป๊ะแม่อยู่ที่บ้าน 3 เดือน เป็นมะเร็งลำไส้ เป็นแผลที่ก้นทรมาณมาก แม่เคยบอกเอายาเบือหนู
มาให้กินสิ ก็บอกแม่ว่า ถึงเวลานั้นก็จะไปเอง ตอนแม่จะไป สะอึกนิดๆ แล้วเงียบเสียงไปเลย คาไม่
เหลืออีก ... ”

2. ให้ผู้ฝึกอบรมฝึกการสังเกตประเมินอาการผู้ใกล้เสียชีวิต ... เปลี่ยนกันฝึกคลำชีพจร

3. แลกเปลี่ยนปัญหาของการดูแลผู้ใกล้เสียชีวิตที่บ้าน

“ ... การดูแลคนที่ป่วยหนักที่บ้านเป็นเรื่องยาก เพราะมีหลายเรื่องที่ไม่รู้ ทำให้ไม่กล้าดูแล จึงเลือกที่
จะส่งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลก่อน “ ... เพราะอยู่บ้านเราก็ช่วยอะไรไม่ได้ อาการ
ไม่ดีก็เอากลับบ้าน ... ”

กิจกรรมที่ 2 การเสริมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้าน เป็นการจัดอบรมเชิง
ปฏิบัติการ จากวิทยากรที่เป็นพยาบาล จำนวน 2 คน โดยมีผู้เข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว
และ อสม. จำนวน 6 คน โดยให้ผู้เข้าร่วมฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทางด้านร่างกายผู้สูงอายุที่เข้าสู่ระยะ
สุดท้าย ได้แก่ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การบริหารร่างกาย การเคลื่อนย้าย การพลิกตะแคงตัว การเช็ด
ตัวและการเช็ดตัวลดไข้ และการทำแผล ณ ห้องให้บริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหมือง

กิจกรรมที่ 3 การเตรียมความพร้อมเพื่อเผชิญความตายอย่างสงบ เป็นการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ
จากวิทยากรที่เป็นพยาบาลเยี่ยมบ้าน (home health care) ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลแบบประคับประคองและ
เป็นวิทยากรการเผชิญความตายอย่างสงบ โดยมีผู้เข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว และ
อสม. จำนวน 27 คน ณ ตานออกกำลังกาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหมือง

กิจกรรมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความตาย ให้สามารถยอมรับกับความตายได้
ตัวอย่างประเด็นชวนคิดในกิจกรรมนี้

1. คนส่วนใหญ่ในสังคมปัจจุบันมีความรู้สึกนึกคิด มีท่าทีอย่างไรต่อความตาย

ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ร่วมแสดงความคิดเห็นที่หลากหลาย ดังคำกล่าว

“ คิดว่าคนในเมืองคิดไม่ได้แบบเรา เขายังไม่พอ เราพอแล้ว มีน้อยก็ใช้น้อย ... ถ้าอยาก
ได้มากเราก็เหนื่อย ... บางคนก็ยังปลงไม่ได้ คนแถวนี้ส่วนใหญ่ปลงได้ เพราะใกล้วัด พระเทศ
ให้ฟัง ... ”

จากข้อมูลข้างต้น แสดงให้เห็นว่า สภาพชุมชนที่มีวัด รูปแบบการดำเนินชีวิตของคนที่ยังคงพอจะช่วยให้อยอมรับกับสิ่งต่างๆ ได้ง่ายขึ้น

2. ถ้าเราตั้งเป้าหมายว่า เราไม่ยอมตายทรมาน เราไม่กลัวความตาย แต่ไม่ยอมตายทรมาน ... แล้วความตายแบบไหนที่ตายทรมาน

“ทุกอย่างที่ใส่ ที่เหยงเข้าไปในตัวเรา ทรมานหมด ... ตอนพ่ออยู่โรงพยาบาล พ่อบอกว่าไม่ชอบเลย มันเจ็บ... หมอเค้าปรึกษาว่าจะให้ใส่เครื่องช่วยหายใจมัย เราก็บอกว่า ไม่ต้องทำอะไร ให้เค้าไปเฉยๆ ... เราก็เห็นให้เค้า ว่าไม่ต้องรักษาแบบใส่อะไร... ไม่อยากให้เค้าทรมาน”

3. ถ้าญาติเราเจ็บป่วย อาการทรุดลง ต้องการให้หมอบอกความจริง หรือไม่ต้องบอก

“... หมอไม่กล้าบอกความจริงเพราะกลัวคนไข้รับไม่ได้ ... คิดว่าบอกดีกว่า จะได้รู้ว่าจะต้องทำอะไร”

“... หมอต้องบอกตรงๆ ทำไมเราอยากรู้ว่าจะอยู่นานเท่าไร เพราะจะได้เตรียมตัว ... ต้องถามว่าจะเอากลับบ้านมัย เราก็ถามว่า ช่วยได้มัย ถ้าช่วยไม่ได้ก็จะเอากลับบ้าน อยากรมาอยู่บ้าน มาตายบ้าน ไม่อยากตายโรงพยาบาล ... อยากให้มีการคุยกัน ให้คุยกับญาติ”

กิจกรรมฝึกมรณสติ หลังการฝึกมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำตาชั่ง และกล่าวว่า

“.. มันสะกิดใจขึ้นมา .. เรื่องครอบครัว มันนึกถึงครอบครัว ยังไม่ได้สั่งเสียกันเลย มันคือ ... กลับไปบ้านจะเอาให้แฟนฟัง”

เมื่อสอบถามถึงความพร้อมรับกับความตาย การเตรียมพร้อมเผชิญกับความตาย

“.. พร้อมแล้ว ... ไม่ห่วงใครแล้ว ลูกก็อายุ 40 แล้ว หลานก็มีคนดูแล แต่ถ้ายังไม่ถึงเวลาก็ยังไม่อยากไป เพราะยังมีอะไรที่ยังอยากชื่นชม ยังอยากอยู่เพื่อได้ช่วยคนอื่น” (ผู้หญิง, อายุ 66 ปี)

“... เราก็เตรียมอยู่แล้ว ทุกวันก็เตรียม จัดการหมดแล้ว จัดแบ่งสมบัติให้ลูกไปแล้ว... ถ้าถามถึงความตาย ก็ยังไม่อยากตาย แต่ถ้ามันถึงเวลา มันเป็นเรื่องธรรมชาติ เราทำให้ดีที่สุด ตอนที่เราอยู่ที่ทำความดี มันจะได้ลุล่วง”

สรุปผลการศึกษาในขั้นตอนนี้ พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่ สามารถพูดถึงความตายได้อย่างเข้าใจและยอมรับ กล้าที่จะเผชิญ เพราะเป็นเรื่องของธรรมชาติ มีความสนใจ ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม มีการร่วมแสดงความคิดเห็น การสอบถาม และบอกว่าจะมีความพึงพอใจในระดับสูงต่อการเข้าร่วมกิจกรรมและจะนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ในวันนี้ไปถ่ายทอดให้คนในครอบครัวด้วย

ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติ

การนำรูปแบบไปปฏิบัติจริง เป็นการปฏิบัติตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น โดยมีเป้าหมายเดียวกันคือการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน

กรณีศึกษา

ผู้สูงอายุ เพศหญิง อายุ 93 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสหม้าย ไม่ได้เข้าเรียนในระบบ อาชีพในอดีต ทำนา และรับจ้างทั่วไป ภูมิลำเนา ตำบลเหมือง อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

สภาพผู้สูงอายุเมื่อแรกพบ สวมเสื้อและผ้าถุง นอนบนที่นอนที่ปูบนพื้น ด้านข้างมีของใช้ส่วนตัว เช่น ยา ผู้สูงอายุนอนตะแคงจากหลังค่อมกระดูกสันหลัง โค้งงอ ผมหงอกทั้งศีรษะ แขนขาเล็ก ผิวแห้งบาง หลุดลอกและรอยถลอกบริเวณหน้าแข้ง หลังเท้า และนิ้วเท้า มีผ้าก๊อสปิดแผลปิดไว้บ้างๆ ทำทางอ่อนเพลีย ลูกยืนเอง ไม่ได้ ลูกนั่งได้ เคลื่อนที่เองได้ โดยการใช้น้ำค้ำตัวท่อนล่างถัดไปกับพื้น

สัญญาณชีพ ที่ตรวจพบ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 100/80 มม.ปรอท

ผู้สูงอายุพูดคุยรู้เรื่อง น้ำเสียงชัดเจน ความจำดีจำ อสม เพื่อนบ้านที่มาเยี่ยมผู้สูงอายุได้และบอกเล่า เหตุการณ์ต่างๆ ได้ ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณเองไม่แข็งแรงเหมือนในอดีต ที่ทำทุกอย่างได้ด้วยตนเอง เป็นคนขยัน ชอบทำงาน ไม่รบกวนผู้อื่น ปัจจุบันเดินไม่ได้ ทำให้ไปที่ไหนๆ ไม่ได้ด้วยตนเอง ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เคยป่วยหนักเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากปวดท้องมาก ขณะอยู่โรงพยาบาล ปวดท้องมาก จนไม่สามารถลุกเดิน มีไข้ต้องเช็ดตัวตลอดเวลา และถ่ายเหลวอุจจาระบ่อยครั้ง ได้รับเลือดและน้ำเกลือ ซึ่งผู้ป่วยบอกว่าเป็น เหตุการณ์ที่รุนแรงที่สุด ขณะที่อยู่โรงพยาบาลคิดว่าตนเองจะต้องเสียชีวิต มีการส่งเสียกับบุตรหลานไว้แล้ว นอน นอนโรงพยาบาล 5 วัน และกลับมาดูแลต่อที่บ้าน ผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการเจ็บป่วยครั้งนั้นว่า

“ ... กลับมาบ้าน ยายบอกลูกๆ ไว้แล้วว่าถ้ามีเจ็บป่วย อาการหนักแบบรอบที่แล้ว ขอไม่ไปโรงพยาบาล ขอตายที่บ้าน ... จะไม่ไปไหนอีกแล้ว ลูกๆ เค้าก็รู้กลับมาเค้าก็พาหลาน เค้า เอา พวงมาลัยดอกไม้ม้าไหว้ ก็ให้ไปเะ (ดูแล) ที่บ้าน ยายไม่เข้าโรงหมอแล้ว ... ”

จากข้อมูลข้างต้น ตามการรับรู้ของผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่เป็นลูกสาว ถือได้ว่าเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยหนัก ใกล้เสียชีวิตที่โรงพยาบาล และได้เลือกที่จะกลับมาให้บุตรสาวดูแลต่อที่บ้านและพร้อมที่จะ เสียชีวิตที่บ้านของตนเอง

ผู้ดูแล ผู้ดูแลหลัก มี 2 คน คือ

1.นาง ก บุตรสาว อายุ 66 ปี ไม่ได้รับการศึกษา แต่งงานและแยกครอบครัวไปอาศัยกับครอบครัว ของตนเอง อยู่ไม่ไกลจากบ้านผู้สูงอายุ จากการที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยอยู่ที่บ้าน จึงจำเป็นต้องมีคนดูแลอย่าง ใกล้ชิด นาง ก มาดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในช่วงกลางวัน ตั้งแต่ 8.00-18.00 น. และขณะที่มาดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน นี้ บุตรสาวของนาง ก (หลานสาวของผู้สูงอายุ อายุ 30 ปี) ซึ่งมีบุตร (เหลนผู้สูงอายุ) อายุประมาณ 5 เดือน ก็ จะเอาลูกมาให้นาง ก ช่วยดูแลในช่วงกลางวัน เนื่องจากต้องทำงานประจำ ... ดังนั้น ช่วงกลางวัน นาง ก ต้องดูแลทั้งผู้สูงอายุและหลาน การดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะเป็นลักษณะการอยู่เป็นเพื่อน ชวนพูดคุย สักเกตอาการผิดปกติเนื่องจากผู้สูงอายุสามารถถนัดลำตัวท่อนล่าง เพื่อ ไปเข้าห้องน้ำซึ่งอยู่ห่างจากบริเวณที่ นอน ประมาณ 8 เมตร ได้เอง และสามารถรับประทานอาหารที่นาง ก จัดเตรียมไว้ให้ตั้งแต่ช่วงเช้าได้เอง ส่วนใหญ่นาง ก ต้องดูแลหลานคนเล็กอย่างใกล้ชิด นั่งอยู่ข้างๆ เมาะนอน ดูแลป้อนน้ำ นม และการขับถ่าย

จากการสอบถามนาง ก เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ นาง ก บอกว่า “... สามารถดูแลได้ เพราะแม่อาการดีขึ้นแล้ว ... พอช่วยเหลือตัวเองได้ ถ้าหากแม่อาการหนักช่วยตัวเองไม่ได้ ก็คงจะลำบากกว่านี้ ...”

2.นาง ข บุตรสาว อายุ 62 ปี แต่งงานแล้วแต่ปัจจุบันมาอาศัยอยู่บ้านหลังเดียวกับผู้สูงอายุ ดูแลผู้สูงอายุในช่วงกลางคืน ตั้งแต่ 18.00-8.00 น. เนื่องจากช่วงกลางวันต้องไปช่วยดูแลร้านค้าให้ผู้สูงอายุซึ่งมีอาชีพค้าขาย ซึ่งอยู่ห่างจากบ้านผู้สูงอายุประมาณ 2 กิโลเมตร โดยก่อนออกจากบ้านจะดูแลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารเช้า และเย็น ช่วงกลางวันจะมานอนอยู่ข้างๆ ผู้สูงอายุ เป็นเพื่อนพูดคุยกับผู้สูงอายุ บางคืนจะพาผู้สูงอายุสวดมนต์ก่อนนอน

การปฏิบัติจริง โดยการนำรูปแบบที่ได้จากการเก็บข้อมูลความต้องการและการวางแผนสรุปร่วมกัน ลักษณะของการปฏิบัติเป็นการเยี่ยมเยียน สังเกตการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

1. การเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลและเตรียมพร้อมผู้การตายที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุกรณีศึกษา ประกอบไปด้วย ทีมผู้วิจัย อสม. จำนวน 2 คน และพยาบาล จำนวน 1 คน โดยติดตามเยี่ยมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง จนกว่าผู้สูงอายุจะเสียชีวิตหรือจนได้ข้อมูลที่อิมตัว

2. การประเมินผลรูปแบบฯ ระหว่างดำเนินกิจกรรมและเมื่อสิ้นสุดโครงการ โดยการสังเกตและสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุกรณีศึกษา สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ อสม. และพยาบาล โดยประเมินบริบทของครอบครัว กิจกรรมและลักษณะการดูแลผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ปฏิบัติการตอบสนองของผู้สูงอายุ และความพึงพอใจของผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว รวมทั้ง อสม. และพยาบาล

สิ่งที่เรียนรู้ กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้าน จากการสังเกตการณ์ดูแลที่ต่อเนื่องเป็นเวลาประมาณ 4 เดือน จนผู้สูงอายุกรณีศึกษาเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบตามที่ปรารถนา

ซึ่งผู้วิจัยทราบเกี่ยวกับการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจาก อสม. ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโทรศัพท์มาแจ้ง ผู้วิจัยพร้อมทีมวิจัย ไปร่วมรดน้ำศพผู้สูงอายุที่วัดและร่วมฝังสวดศพ บุตรสาวที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ บอกเล่าว่า 2 วันก่อนที่ผู้สูงอายุจะเสียชีวิต ผู้สูงอายุกลับคืนมาแข็งแรง สามารถลุกเดิน ช่วยเหลือตัวเองได้ และผู้สูงอายุได้ลงมาที่พื้นดินได้ถูบ้านเพื่อเก็บทำความสะอาดดิน โคลนที่น้ำฝนท่วมขังพื้นบ้านจนพื้นได้ถูบ้านสะอาดเรียบร้อย สิ่งนี้สะท้อนถึงความเป็นตัวตนของผู้สูงอายุ ที่เป็นคนขยัน ชอบทำงาน ซึ่งในช่วงที่ท่านเจ็บป่วยลุกเดินเองไม่ได้ ผู้สูงอายุบ่นบอกว่า “ อยากเดินได้ ทำอย่างไรถึงจะเดินได้เหมือนเดิม อยากเดินไปทำอะไรได้เองเหมือนก่อน ... ” เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ อสม. ได้ไปขออิมอุปกรณ์ช่วยเดิน (walker) จาก รพสต. มาให้ผู้สูงอายุหัดเดิน ท่านได้พยายามลุกเดินด้วย walker สามารถเดินได้โดยมีคนช่วยประคอง

สิ่งที่เรียนรู้ การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สำคัญ ผู้ดูแลควรรีไ่ใจ สังเกต และสอบถาม

หลังจากที่ผู้สูงอายุได้ทำความสะอาดบ้าน ซึ่งท่านถือว่าเป็นบ้านหลังนี้เป็นที่ที่ท่านอยู่มาตลอดชีวิต ท่านจึงต้องดูแลและอยากจะทำที่บ้านหลังนี้

หนึ่งวันก่อนเสียชีวิต ผู้สูงอายุเหนื่อยอ่อนเพลีย แต่ยังมีสติพูดคุยรู้เรื่อง บุตรสาวทั้งสองคนได้อยู่ เป็นเพื่อนกับผู้สูงอายุตลอดเวลา และบุตรหลาน คนรู้จักคนอื่นๆ ได้เข้ามาพบ เพื่อขออโหสิกรรม บุตรสาว จัดหาเสื้อผ้าที่ผู้สูงอายุได้เลือกไว้สำหรับวาระสุดท้าย และได้นำท่านสวดมนต์ไปเรื่อยๆ จนสิ้นใจอย่างสงบที่บ้านในช่วงเย็น ซึ่งบุตรสาวที่ดูแลอย่างใกล้ชิดขณะที่ผู้สูงอายุสิ้นลม ได้บอกเล่าว่า

“ แม่เค้าพร้อมที่จะ ไปแล้ว แกป่วยแล้ว ก่อนไปแกก็กลับมาแข็งแรงเหมือนเมื่อก่อนลูกไปทำ ความสะอาดบ้านของแก กวาดซึ้โคลนทิ้งจนสะอาด ปกติแกก็จะทำของแแบบนี้ แล้วแกก็นอนพัก ก่อนไป ก็อยู่กับแกทั้งสองคน แกก็หายใจเหนื่อยๆ แล้วก็ค่อยๆ หดลมไป ... แกไปแบบไม่ ทรมาณ ได้ตายอยู่บ้านของแก ... พวกที่ก็สบายใจที่แกไปแบบไม่ทรมาณ แกทำบุญของแแบบมาดี แม่ เป็นคนดี... แม่ไปสบาย”

จากการนำรูปแบบการดูแลฯ ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเพื่อดูแลให้ผู้สูงอายุได้เสียชีวิตอย่าง สงบที่บ้าน ผลการศึกษา ได้ข้อมูลในประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน มีดังนี้

1. สภาพแวดล้อม ที่สบาย สงบ เหมาะสำหรับการใช้ชีวิตในบั้นปลายของผู้สูงอายุ การได้อยู่ใน ชุมชนที่มีเพื่อนบ้าน คนในชุมชนที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกันจะช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล คนในครอบครัว มีกำลังใจเพิ่มขึ้น

2. ผู้ดูแลและบุคคล ประกอบด้วย ผู้ดูแลหลักในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ผู้ดูแลใน ทีมสุขภาพ และผู้ที่ระลึกถึง ส่วนใหญ่จะเป็นเพื่อน คนในรุ่นเดียวกับผู้สูงอายุ ที่ผู้สูงอายุยังจดจำได้

3. สิ่งของในการดูแล เครื่องนอน เครื่องนุ่งห่มของผู้สูงอายุภายในบ้าน เครื่องเล่นเทปเพราะ ผู้สูงอายุบางรายอาจต้องการฟังเพลงหรือธรรมะที่ตนเองชอบ เตียงผู้ป่วย ไม้เท้า อุปกรณ์ช่วยเดิน ซึ่ง อุปกรณ์ในการดูแลสำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ/ เจ็บป่วย ติดต่อขอยืมได้ที่ รพสต.

ลักษณะของการดูแล

1. การดูแลในครอบครัว การร่วมดูแลระหว่างครอบครัวและชุมชน

การให้การดูแลผู้สูงอายุตามอาการและการเปลี่ยนแปลง ทั้งในระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระยะเวลาที่มีอาการ เปลี่ยนแปลง ระยะใกล้เสียชีวิต ก่อนเสียชีวิต ขณะเสียชีวิต และหลังการเสียชีวิต นอกจากการดูแลทางกาย ต้องมีการเตรียมผู้สูงอายุให้ยอมรับความเจ็บป่วยและความตาย เตรียมญาติให้พร้อมเผชิญกับการจากไปของ ผู้สูงอายุ และรวมถึงการเตรียมทำกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เตรียมบทสวดมนต์ เตรียมนิมนต์พระ เปิด โอกาสให้ลูกหลานได้ขอมาผู้สูงอายุ และให้ผู้สูงอายุได้กล่าวลา

2. การดูแลจากชุมชน ได้แก่

2.1 การแจ้งข่าว เป็นการส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุให้ทีมสุขภาพ

2.2 การให้กำลังใจ

2.3 การเยี่ยมเยียนของคนที่คิดถึง ผู้วิจัยสอบถามผู้สูงอายุเกี่ยวกับเพื่อนในวัยเดียวกันที่ยังมีชีวิตอยู่ ผู้สูงอายุบอกว่ามี 2 คน และอยากรู้ว่าเป็นอย่างไรบ้าง ผู้วิจัยเล่าเรื่องนี้ให้พยาบาลที่ รพสต. เหมือง ฟิง พยาบาลได้ไปหาเพื่อนของผู้สูงอายุและบอกว่าผู้สูงอายุสอบถามถึง และชวนให้ไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน

3. การดูแลจากทีมสุขภาพ โดยทั่วไป อสม. จะเป็นแกนหลักที่เข้าไปเยี่ยมผู้สูงอายุ หากพบปัญหา จะโทรแจ้งพยาบาลเพื่อมาให้การดูแลที่บ้านอีกครั้ง หรือบางครั้ง อาจเป็นเพื่อนบ้าน หรือสมาชิกในครอบครัวที่มาแจ้งข่าวกับพยาบาล ที่ รพสต. เหมือง จากนั้นพยาบาลก็จะตามไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านเพื่อการสอบถามติดตามอาการ ให้การสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลที่บ้าน และให้คำแนะนำกับผู้ดูแล

การส่งเสริมให้เกิดการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ผู้วิจัยมีการลงพื้นที่สังเกตการณ์ปฏิบัติและนัดพูดคุยสอบถามกับ อสม. และพยาบาลที่เข้าไปร่วมดูแล สอบถามลักษณะของกิจกรรมการดูแลที่ให้กับผู้สูงอายุเป็นระยะๆ เพื่อนำมาปรับและพัฒนารูปแบบๆ ในขั้นตอนนี้ ทีมวิจัย 1-2 คน ได้ลงพื้นที่เพื่อติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และมีการโทรศัพท์เพื่อสอบถามอาการของผู้สูงอายุเป็นช่วงๆ อย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติและการประเมินผล

เมื่อสิ้นสุดการดูแลผู้สูงอายุกรณีศึกษา จากการที่ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ร่วมดูแลผู้สูงอายุจนกระทั่งผู้สูงอายุได้เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านตามที่ท่านต้องการ รวมเวลาทั้งสิ้นประมาณ 4 เดือน

ผู้วิจัยนัดประชุมสรุปและประเมินการนำรูปแบบๆ ไปใช้ เพื่อปรับให้ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน ในครั้งสุดท้าย ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ จำนวน 8 ราย สมาชิกในครอบครัว จำนวน 10 ราย อสม. จำนวน 8 ราย ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 ราย และพยาบาล จำนวน 3 ราย รวมทั้งสิ้น 30 ราย

ผลที่ได้จากการสะท้อนการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

1. การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวเป็นสิ่งที่ดี เพราะลูกหลาน สามี ภรรยา และญาติฯ ได้เข้ามาช่วยกัน ร่วมกันดูแล ช่วยเพิ่มความอบอุ่น ความสุขให้กับผู้สูงอายุ

2. การได้ตายที่บ้านมีความสำคัญกับผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นเจ้าของบ้าน อาศัยอยู่บ้านมายาวนาน จึงอยากจะตายที่บ้านของตัวเอง และบางคนเชื่อว่าตายไปแล้ววิญญาณก็มีที่อยู่ที่บ้านของตัวเอง ไม่ล่องลอยเหมือนคนที่ไปตายที่โรงพยาบาล

3. การดูแลต้องคำนึงถึงความชอบ ความต้องการของผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุแต่ละรายจะชอบไม่เหมือนกัน

4. สมาชิกในครอบครัว มีความสำคัญมากที่สุดเพราะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วยความรัก และรู้ถึงความต้องการ ความชอบ/ ไม่ชอบของผู้สูงอายุ

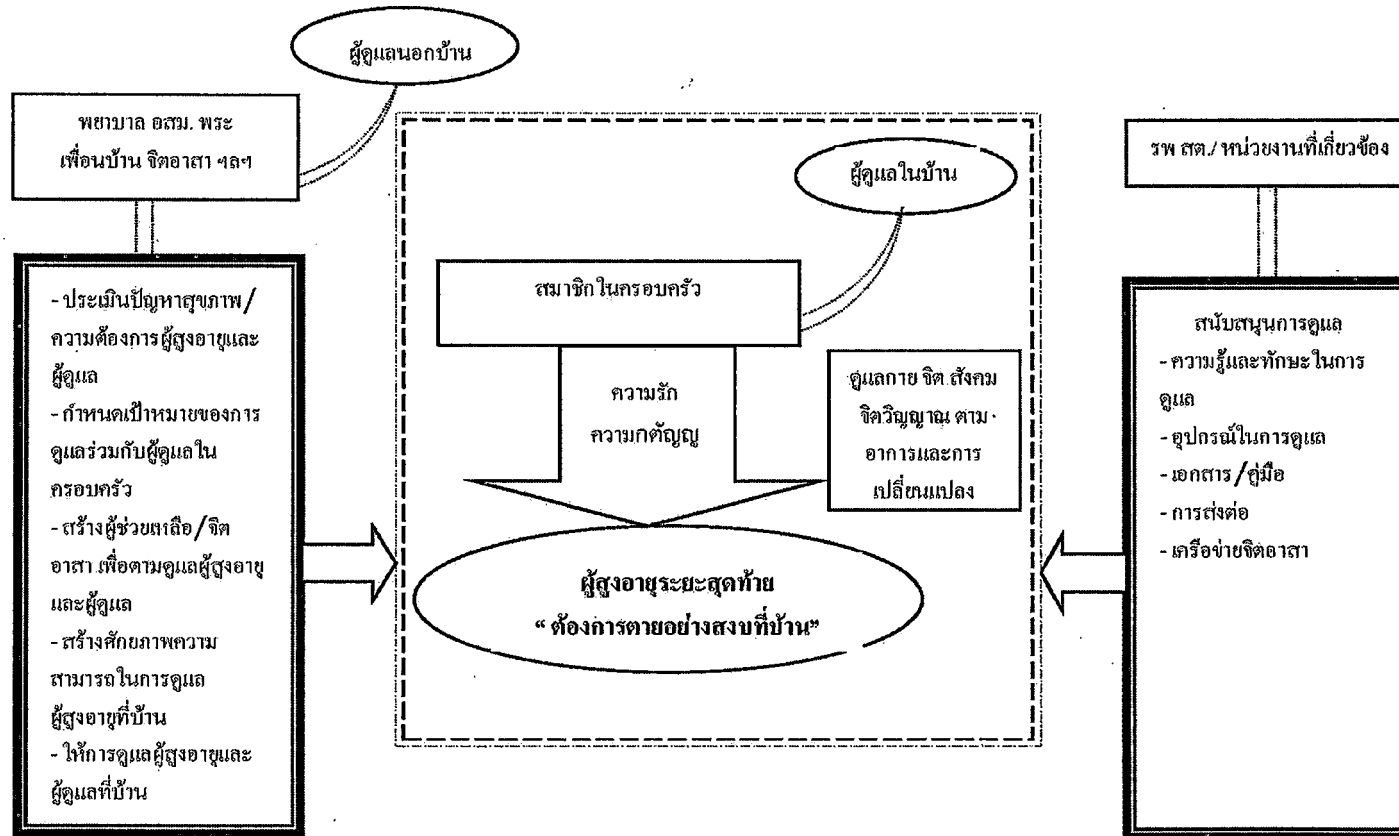
5. เพื่อนบ้าน โดยเฉพาะคนรุ่นเดียวกันที่ผู้สูงอายุรู้จัก มาเยี่ยมมาคุย ช่วยให้ผู้สูงอายุได้พบทวนความทรงจำที่ดีๆ ร่วมกัน

6. ผู้ดูแลที่ต้องอยู่เฝ้าดูแลตลอดบางครั้งเกิดความเหนื่อยล้า ควรมีอาสาสมัครมาช่วยในบางกิจกรรมที่ใช้แรง หรืออยู่เฝ้าดูแลแทน เพื่อให้ผู้ดูแลมีเวลาช่วงหนึ่งได้หยุดพัก

7. รพสต. เป็นแหล่งสนับสนุนในชุมชนใกล้บ้าน ทั้งด้านบุคลากรและอุปกรณ์ โดยการให้คำแนะนำ คำปรึกษา เรื่องการให้อาหาร การให้ยา การไปเยี่ยมที่บ้าน ให้ยืมอุปกรณ์ เช่น รถเข็น ไม้ค้ำยัน ไม้เท้า เตียงผู้ป่วย การดูแลบางอย่างที่ขาดความรู้ ไม่มั่นใจว่าจะสามารถดูแลได้ ครอบครัวสามารถโทรหาเจ้าหน้าที่ของ รพสต. อสม. เพื่อเข้าไปแนะนำช่วยเหลือให้ความรู้ได้

8. สิ่งแสดงล้อมในชุมชนที่เหมาะสมช่วยส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยรอบๆ บ้านที่อยู่อาศัย ควรสะอาดเรียบร้อย ไม่มีเสียงดังรบกวน เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้านได้อย่างสงบและผ่อนคลาย การมีวัดใกล้บ้าน และมีพระสงฆ์ที่สามารถมาเยี่ยม มาบิณฑบาตที่บ้านช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้ทำบุญตามความเชื่อทางศาสนาของตน

ครอบครัวสามารถให้การดูแลเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุจากไปอย่างสงบได้ เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งความรักความห่วงใยของผู้สูงอายุ โดยทำการดูแลครั้งนี้ให้เป็น “การดูแลผู้สูงอายุด้วยความรักและกตัญญู” ร่วมกับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ในชุมชน ตามรูปแบบในแผนภาพนี้



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุนะสุดท้ายและครอบครัวเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน " การดูแลด้วยความรักและกตัญญู "

คุณค่าต่อครอบครัวและการพยาบาล

การดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้านเป็นสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับบุตรหลาน ชีวิตในบ้านปลายของผู้สูงอายุถือเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่บุตรหลานและผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนทุก ๆ คน ที่จะได้แสดงความกตัญญู ตอบแทนกลับไปให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็น บิดา มารดา ปู่ ย่า ตายาย ที่เคยเลี้ยงดูเรามา สมาชิกครอบครัวทุก ๆ คน รวมถึงเพื่อนผู้สูงอายุ เพื่อนบ้าน และคนอื่นๆ ในชุมชน จำเป็นต้องให้ความร่วมมือ แสดงความสามัคคี เพื่อให้ผู้สูงอายุซึ่งเป็นบุคคลที่รักและเคารพของครอบครัวและชุมชน ได้สัมผัสได้ถึงความรักและความตั้งใจในการดูแลเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายได้จากไปอย่างสุขสงบที่บ้านตามความปรารถนาสุดท้ายของผู้สูงอายุ

พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายที่บ้าน เป็นผู้ที่มีความสำคัญในการสนับสนุนช่วยเหลือให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดูแลผู้สูงอายุได้สำเร็จ ทั้งทางด้านความรู้ ทักษะในการดูแล การประสานและส่งต่อ รวมทั้งสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อการดูแลที่บ้าน ผลที่ได้จากการดูแลที่บ้านนอกจากจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้ใช้เวลาช่วงสุดท้ายของชีวิตที่บ้านของตนเองแล้ว ยังเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายและความเหนื่อยล้าของครอบครัวในการเดินทางไปดูแลผู้สูงอายุที่โรงพยาบาล การดูแลที่บ้านนี้ช่วยให้ผู้ที่เจ็บป่วยที่จำเป็นต้องรักษาที่โรงพยาบาลรายอื่นๆ มีโอกาสเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างทันเหตุการณ์มากขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้าน

1. ควรให้ความรู้และเพิ่มทักษะการดูแลกับผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้ายที่บ้านอย่างต่อเนื่อง
2. ควรสร้างเครือข่ายอาสาสมัคร/จิตอาสาในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายที่บ้าน
3. ควรสร้างทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้านและการตายที่บ้าน
4. บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการให้ยืม รวมทั้งการรับบริจาคอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
5. ควรส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้านแบบทีมสหสาขา เช่น ทีมที่ประกอบด้วยครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน บุคลากรสุขภาพ และพระสงฆ์ เพื่อให้การช่วยเหลือกันระหว่างทีมผู้ดูแล และดูแลได้อย่างอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นนี้ ไปใช้ในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้านและศึกษาถึงประสิทธิผลของการดูแล
2. ควรศึกษาถึงแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน การเป็นจิตอาสา เนื่องจากเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการช่วยผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน
3. ควรทำการวิจัยที่ช่วยพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

บรรณานุกรม

- กฤษณา เหลียวศักดิ์. (2545). **ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- กานดาวศรี ตูลาธรรมกิจ. (2546). **ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่หมดหวังและใกล้ตาย**. เอกสารการประชุมวิชาการเรื่อง การจัดการกับความปวดและการดูแลแบบประคับประคอง วันที่ 25-27 มีนาคม 2546. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กิตติกร นิลมานัด, วราภรณ์ คงสุวรรณ. สิริพันธ์ ศาสตราวุธรักษ์, ยูพา อ่องโก๋ชัย และ ศรีวรรณ ช่วยนุกูล. (2548). **อุปสรรคการพยาบาลด้านจิตสังคม : เสียงจากพยาบาลปฏิบัติการ**. สงขลานครินทร์เวชสาร. 23(5), 291-301.
- กิตติกร นิลมานัด. (2555). **การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต**. สงขลา: ออเรนจ์ มีเดีย.
- ขวัญตา บาลทิพย์. (2542). **ประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเอดส์ ณ วัดแห่งหนึ่งในภาคใต้**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จรรยา ชาญญาติ. (2545). **การบริการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต**. วารสารเกื้อการุณย์ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- จิตสิริ ปรียวาณิชย์. (2548). **ความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การรับรู้ความต้องการด้านจิตวิญญาณกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จินตนา คำเกลี้ยง. (2548). **การให้ความสำคัญและการรับรู้ต่อการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลและผู้สูงอายุมุสลิม**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จันทจุฑา รอดพาล. (2549). **การตายดี: มุมมองจากผู้สูงอายุไทยพุทธ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- จิมพิชญ์ชา มะมม. (2555). **บทบาทพยาบาลกับแผลกดทับ : ความท้าทายในการป้องกันและการดูแล**. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 20(5):478-490.
- จันทร์ธิดา ศรีกระจ่าง, นงลักษณ์ พรหมติงการ, และถาวร ล้อกา. (2551). **กระบวนการตายและการตอบสนองของครอบครัว : วิถีชาวบ้านในจังหวัดลำปาง**. ลำปาง: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง.

- ชุติมา อรรถสิทธิ์พันธุ์. (2550). รายงานวิจัยการสำรวจการเข้าถึงสถานพยาบาลและรายจ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เสียชีวิต พ.ศ. 2548, กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ชุติพร ศรีสุนทร. (2548) ความตายตามความเชื่อของคริสตชน. ใน เมตตาดานนโท ภิกขุ (บรรณาธิการ). **ธรรมะ 4 ศาสนาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** (หน้า 193-200). กรุงเทพฯ : ที.เอ็น.พี.พรินติ้ง.
- ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล. (2543). Critical Care Unit. ใน จงจิตต์ คณากุล, ปรีดาภรณ์ สีปากดี, และ ประชิต ศรราชพันธุ์ (บรรณาธิการ). **ภาวะวิกฤตในหออภิบาล การบำบัดรักษาพยาบาล เล่ม 1** (หน้า 1-5). กรุงเทพฯ : ศิริยอดการพิมพ์.
- โซเกียล ริน โปเช. (2544). **ประตูลู่สถานะใหม่** (พระไพศาล วิสาโล, ผู้แปล) (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้ว.
- ฐิติมา โปธิศรี. (2550). **การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต: จากโรงพยาบาลสู่บ้าน**. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- คาริน จตุรพร. (มมป.). **การดูแลเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต (ข้อมูลสำหรับญาติและผู้ดูแล**. (ออนไลน์). (สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2556) Available from:
http://thaiip.com/palliative/download/pt_ed/brochure%20last%20hour.pdf
- คำรงค์ แวอาลี. (2552). องค์รวมแห่งชีวิตและสุขภาพแนวคิดศาสนาอิสลาม และทัศนคติในเรื่องความตาย ใน: ภักกร ช่วยคุณูปการ, บรรณาธิการ. **รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** (พิมพ์ครั้งที่ 2) (หน้า 52-73). กรุงเทพฯ: กองการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- เดิมศักดิ์ พึ่งรัมย์. (2552). การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย. ใน: ประเสริฐ เลิศสงวนชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว และฉันทชาย สิทธิพันธุ์, บรรณาธิการ. **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. (หน้า 1-23) (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์ จำกัด.
- ธนา นิลชัย โกวิชย์. (2548). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน มาโนช หล่อตระกูล & ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (บรรณาธิการ). **จิตเวชศาสตร์รามาริบดี** (พิมพ์ครั้งที่ 2) (หน้า 337-341). กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธมลวรรณ แก้วกระจก และ วิภาวี คงอินทร์. (2550). การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ. **พยาบาลสงขลานครินทร์**. 27, 35-48.
- ทองทิพย์ พรหมสร. (2551). **การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- ทิพาพร วงศ์หังษ์กุล. (มปป). การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2557) Available from:
<http://www.lpch.go.th/attachment/files/20130704030412.pdf>
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). จิตวิญญาณ : มิติหนึ่งของการพยาบาล. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย : กรุงเทพฯ.
- นิการิหะ นิจินิการิ. (2547). การตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต : มุมมองของผู้ป่วยไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นิตยา ปัญจมีดิถี. (2542). บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายใกล้ตาย. วารสารพยาบาล, 48(3), 148-152.
- นุจรินทร์ ลภันชกุล. (2543). ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปกรณ์ ทองวิไล. (2553). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ทางการแพทย์) “ช่วยให้เกิดการตายอย่างมีศักดิ์ศรีเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง”. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 2(5): 12-16.
- ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และฉันทชาย สิทธิพันธ์. (2550). การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987).
- เปรมใจ วงศ์ศิริไพศาล. (2545). ความตายและทักษะในการตายของผู้สูงอายุ:กรณีศึกษาชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวัฒนธรรมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ปัญญานันท์ทิกขุ. (2545). ธรรมะเตือนใจเนื่องในงานศพ. ใน พุทธทาสภิกขุ และ ปัญญานันท์ทิกขุ. **ฉบับไม่เหลือ : ธรรมเตือนใจเนื่องในงานศพ** (หน้า 1-11). กรุงเทพฯ: ธรรมสภา.
- ปีตมา วาจามั่น. (2552). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน. ใน: ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว และฉันทชาย สิทธิพันธ์, บรรณาธิการ. **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** (หน้า 109-113) (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์ จำกัด.
- แผนกเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำพูน. (2553). การดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่บ้าน. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 2(5): 43-54.

- พวงเพ็ญ ชุณหะวัณ. (2549). พยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต. ใน โสรจจ์ หงศ์
ลดารมภ์ (บรรณาธิการ). **ความตายกับการตาย : มุมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์** (หน้า 69-84).
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรเลิศ ฉัตรแก้ว. (2548). ความตายและภาวะใกล้ตาย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร,
พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และ ฉันทชาย สิริพิพันธ์ (บรรณาธิการ). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life
care : Improving care of the dying** (หน้า 224-228). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- พระครรรชิต คุณวโร. (2547). ช่วยให้ตายเร็วหรือช่วยให้ตายดี. ใน ภัคพร ช่วยคุณูปการ (บรรณาธิการ).
**รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โครงการสัมมนาวิชาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2 ครั้ง** (หน้า 11-29). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต). (2538). **พุทธธรรม: ฉบับปรับปรุงและขยายความ** (พิมพ์ครั้งที่ 6).
กรุงเทพฯ: มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.
- พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต). (2542). **การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : ธรรมสาร.
- พระไพศาล วิสาโล. (2549). **การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ**. กรุงเทพฯ: เครือข่ายพุทธ
ภา.
- พระไพศาล วิสาโล. (2549). **เหนือความตาย : จากวิกฤตสู่โอกาส**. กรุงเทพฯ : สามลดา.
- พระไพศาล วิสาโล. (2552). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิถีพุทธ ใน: ประเสริฐ เลิศสงวนชัย,
อิสรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว และฉันทชาย สิริพิพันธ์, บรรณาธิการ. **การดูแลผู้ป่วยระยะ
สุดท้าย** (หน้า 239-257) (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์.
- พระไพศาล วิสาโล. สุตักษณ์ ศิวรักษ์, นิธิ เอียวศรีวงศ์. พรทิพย์ โรจนสุนันท์ และ เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. (2546).
ชีวิตและความตายในสังคมสมัยใหม่ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : เคล็ดไทย.
- พระพรหมคุณาภรณ์(ป.อ.ปยุตฺโต) (2552). นานาทัศนะเกี่ยวกับความตาย: ช่วยให้ตายเร็วหรือช่วยให้ตายดี
ใน: ภัคพร ช่วยคุณูปการ, บรรณาธิการ. **รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** (หน้า 11-
29) (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: กองการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและ
การแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- พระมน เมตฺตานนุ โท. (2548). **ธรรมะในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย**. ใน ชมรมชีวันตารักษ์
และ เมตฺตานนุ โท ภิกขุ (บรรณาธิการ), **ธรรมะ 4 ศาสนา ใน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**
(หน้า 11-107). กรุงเทพฯ: ที.เอ็น.พี พรินติ้ง จำกัด.
- พุทธทาสภิกขุ. (2548). **ธรรมะสำหรับคนเจ็บไข้** (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สุขภาพใจ.
- พุทธทาสภิกขุ. (2548). **คู่มือมนุษย์**. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

- พัชร ชูทิพย์. (2547). การปฏิบัติของทีมนุบาลในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตใน
โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา.
- พิเชษฐ์ กาลามเกษตร. (2548). แนวความคิดของอิสลามเกี่ยวกับความตายและการปฏิบัติต่อกัน ไข้ในมรณะ
วิถี. ใน เมตตานนุโท ภิกขุ (บรรณาธิการ). **ธรรมะ 4 ศาสนาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** (หน้า
125-158). กรุงเทพฯ : ที.เอ็น.พี.พริ้นติ้ง.
- เมตตานนุโท ภิกขุ. (บรรณาธิการ). (2548). **ธรรมะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. ใน **ธรรมะ 4 ศาสนาใน
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** (11-122). กรุงเทพฯ : ที.เอ็น.พี.พริ้นติ้ง.
- ยุวนิดา อารามย์. (2550). **ประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตาย**. วิทยานิพนธ์พยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,
สงขลา.
- ยุวเรสมคษฐ์ สติธิชาญบัญชา. (2554). การดูแลรักษาแบบประคับประคอง และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่
ห้องฉุกเฉิน ใน ยุวเรสมคษฐ์ สติธิชาญบัญชา, อุมารณณ์ ไพศาลสุทธิเดช และศากุน ปวีณรัตน์,
บรรณาธิการ. **การประชุมระดับชาติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เรื่อง ความเชื่อมโยงของการศึกษา
ไปสู่การปฏิบัติ** (หน้า 133-148). กรุงเทพฯ: ออฟเซ็ท ครีเอชั่น.
- ระวีวรรณ พิไลเกียรติ,จินตนา ฤทธารมย์, และชญชนก บุตรจันทร์. (2552). การดูแลด้านจิตวิญญาณใน
ผู้ป่วยเรื้อรัง : ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ. **วารสารสภาการพยาบาล**. 24, 62-75.
- ลักขมี ชาญเวชช์. (2549). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: การดูแลแบบองค์รวมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิต**.
สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์. (2552). Palliative care : การดูแลแบบประคับประคอง. ใน ศศิกานต์ นิมมานรัตน์, จันทร
เพชรพิเชฐเชียร, และ ชัชชัย ปรีชาไว (บรรณาธิการ). **ความปวดและการระงับปวด** (หน้า 301-
328). สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- ว.วชิรเมธี. (2550). **สบตากับความตาย** (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- วริศรา ลุวีระ, เตือนเพ็ญ ศรีชา และศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2556). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนโดย
อาสาสมัคร: การรับรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัด
ขอนแก่น. **วารสารศรีนครินทร์เวชสาร**, 28(2): 199-204.
- วาสนี วิเศษฤทธิ์. (2549). ความตาย : การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย. ใน โสรัจจ์ หงส์ลดารมภ์
(บรรณาธิการ). **ความตายกับการตาย : มุมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์** (หน้า 113-134).
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วิฑูรย์ อังประพันธ์. (2546). กฎหมายเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต (2). ใน สมบัติ ตรีประเสริฐสุข (บรรณาธิการ). ศาสตร์และศิลป์แห่งการดูแลผู้ป่วยเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิต (พิมพ์ครั้งที่ 2) (หน้า 49-55). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: แอคทีฟพริ้นท์ จำกัด.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2555). รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: ที คิว พี จำกัด.
- สมาพร โล่สวัสดิ์กุล และ วณิชา พิงชมพู่. (2547). ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะวิกฤต. รายงานวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สายพิน หัตถิรัตน์. (2546). หลักการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง อย่างมีความหวัง. ใน สมบัติ ตรีประเสริฐสุข, บรรณาธิการ. ศาสตร์และศิลป์แห่งการดูแลผู้ป่วยเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิต (หน้า 57-66). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, อุไร หัตถิกร, และกิตติกร นิลมานันต์. (2554). การดูแลญาติที่อยู่ในระยะสุดท้ายเพื่อช่วยให้ตายอย่างสงบตามแนววิถีไทยพุทธ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 9 (2), 28-41.
- สุพัตรา ศรีวณิชชา. (2553). การดูแลและเยียวยาด้วยหัวใจและศรัทธา. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 2(5): 4-6.
- สุลักษณ์ ศิวรักษ์. (2549). การตายกับความตาย : มุมมองจากศาสนาและวิทยาศาสตร์. ใน ไสร้จักษ์ หงส์ลดารมภ์ (บรรณาธิการ). ความตายกับการตาย : มุมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์ (หน้า 39-60). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิวลี ศิริไธ. (2549). การดูแลด้านจิตวิญญาณและประเด็นจริยธรรม. ใน ไสร้จักษ์ หงส์ลดารมภ์ (บรรณาธิการ). ความตายกับการตาย : มุมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์ (หน้า 135-146). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายพิน หัตถิรัตน์. (2549). เบื่ออาหารผอมลงในผู้ป่วยด้วยโรคระยะสุดท้าย (**anorexia chachexia syndrome**). Retrieved April 10, 2010, from <http://www.doctor.or.th/node/8437>.
- สุปราณี นิรุตติศาสน์. (2550). Symptom control at the end of life. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย. อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และนันทชัย สิทธิพันธุ์ (บรรณาธิการ). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 165-175). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- สุมาลี นิมนานิตย์.(2547) . **End of Life**. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ โครงการดูแล ประคับประคองอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน . กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุมาลี นิมนานิตย์. (2550). ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ฉันทชาย สิริพิพันธุ์ (บรรณาธิการ). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** (หน้า 15-23). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- สุวรรณ กิตติเนาวรัตน์, ชัชนาฏ ณ นคร, และจอนพจ พึ่งจาด. (2550). การพยาบาลปัญหาด้านร่างกายที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และ ฉันทชาย สิริพิพันธุ์ (บรรณาธิการ). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** (พิมพ์ครั้งที่ 2) (หน้า 176-197). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2551). **วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์** (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สามลดา.
- อรพรรณ ไชยเพชร. (2551). ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อรรธยา อมรพรหมภักดี. (2547). **พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในสถาบันให้บริการสุขภาพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2541). **เอกสารประกอบการอบรมเรื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการ**, วันที่ 2-4 กันยายน 2542 ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- Albers, G., Echteld, M. A., de Vet, H. C. W., Onwuteaka-Philipsen, B. C., van der Linden, M. H. M. & Deliens, L., (2010). Concept and spiritual items of quality of life instruments appropriate for use in palliative care : a review. **Journal of Pain Symptom Management**. 40(2), 290-300.
- Bernard, H. R. (2006). **Research method in anthropology: Qualitative and quantitative approaches** (4th ed.). Lanham: Rowman & littlefield publishers.
- Byock, I. (2006). Improving palliative care in intensive care unit : Identifying strategies and interventions that work. **Critical Care Medicine**. 34(11), s302-s305.
- Cagle, J. G., & Bolte, S. (2009). Sexuality and life-threatening illness : implications for social work and palliative care. **Health & Social Work**. 34. 223-233.
- 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.
- 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.
- Kemp, C. (1995). **Terminal illness : A guide to nursing care** (2nd ed). Philadelphia, PA : J. B. Lippincott Company.
- Kirchhoff, K. T., Song, M-K., & Kehl, K. (2004). Caring for the family of the critically ill patient. **Critical Care Clinics**, 20, 453-466.
- 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.
- Levy, M. M., & McBride, D. L., (2006). End-of-life care in the intensive care unit : State of the art in 2006. **Critical Care Medicine**. 34(11(Suppl.)), s306-s308.
- 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.
- Schantz, M. L., (2007). Compassion : a concept analysis. **Nursing Forum**, 42(2). 48-55.
- 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.

ภาคผนวก
เอกสารในการทำวิจัย



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 จริตควร)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

สำเนา



ที่ ศธ ๖๖๐๗/๒๐๑๑

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

๓๐ ตุลาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นวิทยากร

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

ด้วยผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะ ได้ดำเนินการทำวิจัยเรื่อง “รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน” ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากมหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว โดยการวิจัยฯ ดังกล่าว ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องได้รับการอบรมเกี่ยวกับการเตรียมตัวตายอย่างสงบ ในกรณีนี้ คณะฯ พิจารณาแล้วเห็นว่า นางสาวสุรีย์ ลี้มงคล บุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเชิญเป็นวิทยากรบรรยายเรื่อง “การเตรียมตัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน” ในวันศุกร์ที่ ๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๖ เวลา ๙.๓๐ - ๑๕.๐๐ น. ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลเหมือง อำเภอมือทอง จังหวัดชลบุรี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้บุคลากรในสังกัดเป็นวิทยากรดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานคณบดี

โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๕๐

โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๔๗๖

สำเนาเรียน นางสาวสุรีย์ ลี้มงคล

รอง.....
พิมพ์.....
งาน.....



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ 3796
วันที่ 18 พ.ค. 56
เวลา 15.45 น.
- อ.ดร.ศิริลักษณ์

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. ๒๘๕๐ - อ.ดร.วิมล (กบ)
ที่ ศธ ๖๖๐๗/พิเศษ วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๖
เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยฯ - อ.ดร.จิตพร
- พ.ศ. กิ่งแก้ว

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ด้วยดิฉัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ อาจารย์สังกัดกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะฯ ได้ทำการวิจัยเรื่อง "รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน" ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากมหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ในการนี้ ผู้วิจัยได้พิจารณาแล้วเห็นว่า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิมล คุณทรงเกียรติ และ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา วัชรสินธุ์ บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว โดยได้แนบเอกสารที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑. โครงการวิจัยฯ 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 สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๑ ชุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ให้พร ดกมล

อ.ดร.ศิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ รองอธิการบดี
อ.ดร.วิมล คุณทรงเกียรติ และ อ.ดร.จิตพร
วัชรสินธุ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๕ พ.ค. ๒๕๕๖

อ.ดร.วิมล

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์)
หัวหน้าโครงการวิจัยฯ

- ๑- ใ้พร ดกมล และ อ.ดร.วิมล
- ๒- ที่ติดต่อขอเอกสารจาก อ.ดร.วิมล

๑๕ พ.ค. ๕๖

- อ.ดร.วิมล

- ใ้พร + อ.ดร.วิมล
พ.ศ. กิ่งแก้ว

๑๕ พ.ค. ๕๖

คำชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยสำหรับผู้ให้ข้อมูล
เรื่อง ความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายที่บ้าน
โครงการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัว
สู่การตายอย่างสงบที่บ้าน”

แนะนำตัว

ดิฉันเป็นอาจารย์ ในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ / พยาบาล ในสังกัดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีความสนใจเกี่ยวกับเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน ซึ่งผลจากการศึกษาจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ได้เสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบตามที่ตนเองต้องการ **ขั้นตอนการศึกษา**

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสมาชิกในครอบครัวอาจจะเป็นผู้ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้สูงอายุหรือไม่ใช่ก็ได้ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการอธิบายรูปแบบการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลจะได้รับการสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลในเรื่องของอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อท่านให้ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะทำการสอบถามเกี่ยวกับความต้องการการดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน

การสอบถามข้อมูลจะดำเนินในสถานที่ที่ท่านสะดวก ซึ่งผู้วิจัยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที โดยระหว่างการสอบถาม ผู้วิจัยจะขอจดบันทึกข้อมูลด้วย

อาการไม่พึงประสงค์

การศึกษาครั้งนี้ ไม่มีการใช้ยา หรือเครื่องมือที่เป็นอันตรายต่อร่างกายของท่าน ระหว่างการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะระมัดระวังการใช้คำถาม คำพูดในระหว่างการเก็บข้อมูล และสังเกตอาการแสดงของผู้ให้ข้อมูลอยู่เสมอ หากท่านรู้สึกไม่สบายใจกับข้อคำถาม หรือการให้ข้อมูลใดๆ ผู้วิจัยจะหยุดพัก และสอบถามความพร้อมในการให้ข้อมูลจากท่าน และหากท่านไม่สะดวกในการให้ข้อมูลต่อไป ท่านสามารถขอยุติการให้ข้อมูลได้

การปกป้องรักษาความลับ

ในรายงานวิจัย ข้อมูลของท่านที่เกี่ยวข้องในการศึกษาคั้งนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ จะไม่มีการระบุชื่อจริง ท่านสามารถที่เลือกตอบคำถามหรือไม่ตอบคำถามก็ได้ และสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใดๆตามมา ข้อมูลที่ได้จะถูกนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น **การนำข้อมูลจากการศึกษาคั้งนี้ไปใช้**

ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุและครอบครัว จะใช้ประกอบการอธิบายผลการศึกษาร่วมกับรูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน

การยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจในข้อความดังกล่าวข้างต้นและพอใจในการตอบคำถามของผู้วิจัยเกี่ยวกับขั้นตอนการศึกษาและอื่นๆที่มีความเป็นห่วงกังวลอยู่

ท่านได้รับการแนะนำเกี่ยวกับอิสระในการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลเสียใดๆตามมา และไม่สูญเสียสิทธิทางกฎหมายใดๆจากการเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา ท่านจึงยินยอมเข้าร่วมในการศึกษานี้ โดยแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยตามเอกสารใบยินยอมให้ทำการศึกษา หรืออาจให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทางวาจา

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์

(หัวหน้าโครงการวิจัยฯ)

หมายเหตุ: หากผู้ให้ข้อมูลมีคำถามเกี่ยวกับการศึกษานี้ ท่านสามารถติดต่อหัวหน้าโครงการวิจัยฯ คือนางสาวสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ ได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ : 089-4687XXX

หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย
เรื่อง รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวผู้การตายอย่างสงบที่บ้าน

วันที่ให้ความยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล อายุ ปี

ก่อนที่จะลงนามในใบแสดงยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้ฟังคำอธิบายจากผู้วิจัย เกี่ยวกับความสำคัญของการศึกษาคั้งนี้ รวมทั้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา ระยะเวลาที่ต้องเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ตลอดจนสิทธิในการเข้าร่วมและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยคั้งนี้ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวข้าพเจ้า นอกจากนี้ ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของข้าพเจ้าโดยการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อจริงในรายงานการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะถูกนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น

ข้าพเจ้านุญาตให้ผู้วิจัยเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าตามที่ผู้วิจัยได้แจ้งให้ข้าพเจ้าทราบแล้ว ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการฯ นี้ โดยความสมัครใจ และมีสิทธิ์บอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้

ข้าพเจ้าได้อ่านคำชี้แจง/แจ้งให้ทราบ และมีความเข้าใจตามคำอธิบายข้างต้นแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมเพื่อเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยคั้งนี้

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ

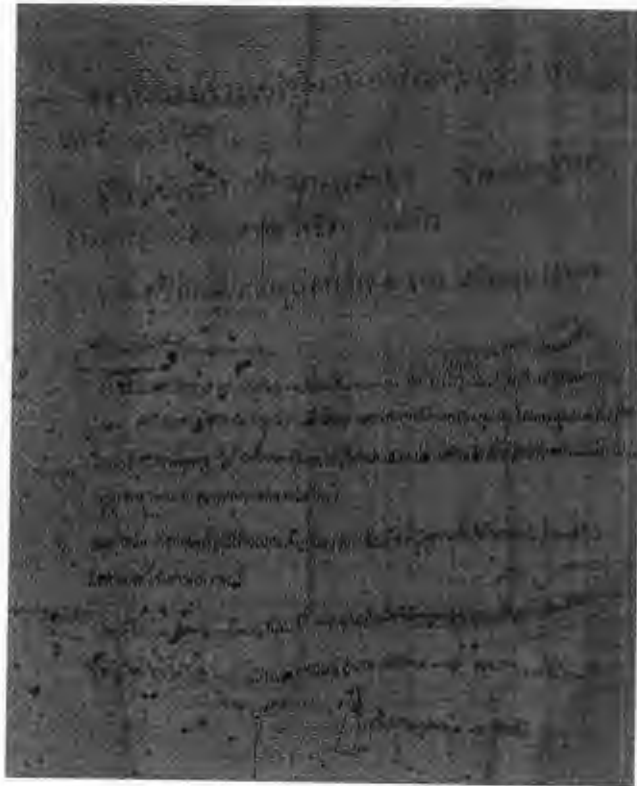
(.....)

พยาน

วันที่ เดือน พ.ศ.

ภาพการดำเนินกิจกรรมในการทำวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การสนทนากลุ่ม ร่วมประชาคมเพื่อสืบค้นปัญหาและความต้องการ



ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนแก้ไขปัญหา : การจัดกิจกรรมตามปัญหาและความต้องการ

การบรรยายเสริมความรู้เกี่ยวกับ “ความตายและระยะสุดท้ายของชีวิต”



อบรมเชิงปฏิบัติการ การเสริมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้าน



การอบรมเชิงปฏิบัติการ การเตรียมความพร้อมเพื่อเผชิญความตายอย่างสงบ





ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติ : การนำรูปแบบการดูแลฯ ไปปฏิบัติกับกรณีศึกษาที่บ้าน



บุตรสาวดูแลใกล้ชิดที่บ้าน

พยาบาลมาเยี่ยมเยือน พร้อมนำเพื่อนผู้สูงอายุมาเยี่ยม



เพื่อนเยี่ยมเพื่อน ... พุดคุยให้กำลังใจ





อสม. แนะนำบริหารร่างกาย จากการนอนนานๆ



อสม. ช่วยตัดผมให้ ตามความต้องการตัดผมของผู้สูงอายุ

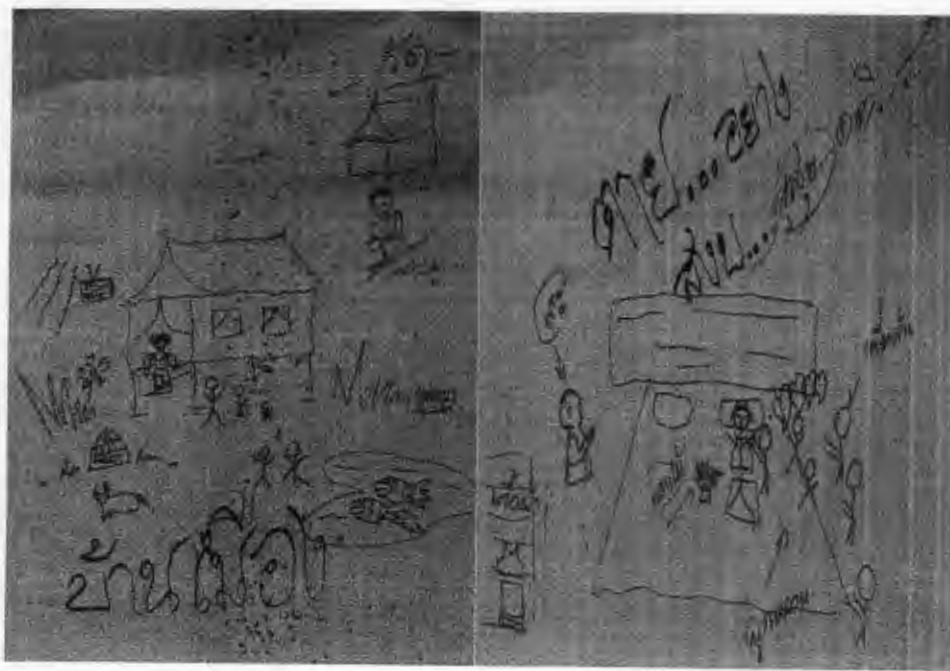
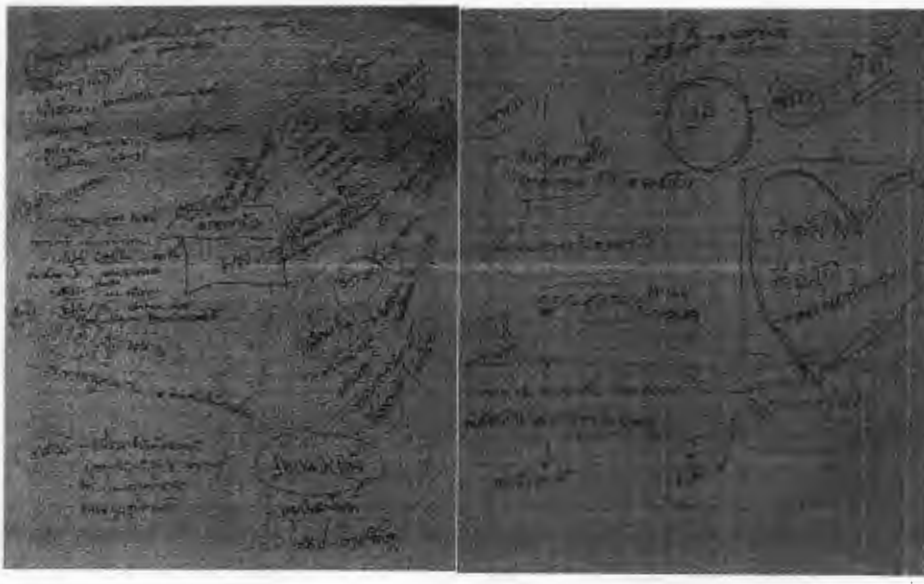


ผู้สูงอายุฝาก อสม. ให้ร่วมทำบุญงานวันพระใหญ่วัดใกล้บ้าน



อสม. ยืม walker จาก รพสต. ให้ผู้สูงอายุได้ใช้เดิน
ตามความต้องการของผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 4 การประชุมสะท้อนผลการปฏิบัติ เพื่อปรับรูปแบบการดูแล



รูปแบบการดูแล “การดูแลด้วยความรักและกตัญญู”