

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

## รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัว

### สู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล (ปีที่ 1)

Preparing peaceful End-of-life care model:

Hospital based (Phase I)

การศึกษาระบบทัศน์ของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเตรียมความพร้อม

สู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

Paradigm of Preparing the End-of-life in Ageing and family: Hospital based care

พิสิษฐ์ พริยาพรรณ และคณะ

๙๐๓๐๓๗๔๐  
๑๗๒๗๗๒  
- ๘ ม.ค. ๒๕๕๘  
346951

รับบริการ  
- 3 ก.ค. ๒๕๕๘

ผลงานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๖

## กิตติกรรมประกาศ

### Acknowledgement

การศึกษาวิจัยเรื่อง “รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล (ปีที่ 1)” เป็นโครงการวิจัยย่อย ภายใต้แผนงานวิจัย “การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ” ซึ่งในระยะที่ 1 ปี ที่ 1 นี้ เป็น การศึกษากระบวนการ ทักษะของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเตรียมความพร้อมสู่การตายกรณีที่เกิดในสถานพยาบาล ซึ่ง การ วิจัยครั้งนี้ ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัย จากสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ(วช.) งบประมาณ แผ่นดิน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 คณะผู้วิจัยขอขอบคุณหน่วยงานที่สนับสนุนทุนการวิจัย ซึ่งได้ เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาผู้สูงอายุ ให้มี ความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีคุณภาพ มีคุณค่า และสามารถเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย และปรับตัวเท่า ทันการเปลี่ยนแปลง เป็นพลังในการพัฒนาสังคมและความเข้มแข็งของท้องถิ่นต่อไป ในการศึกษาวิจัย ครั้งนี้ ได้รับความร่วมมือจากผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและสถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ในเขตภาค ตะวันออก ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้ นอกจากนี้ ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ศาสตราจารย์ เสาวคนธ์ ที่เป็นที่ปรึกษาและให้คำปรึกษาในการ ศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ คำแนะนำ วิธีการ และข้อเสนอแนะการดำเนินงานศึกษาวิจัยเพื่อให้ตระหนักถึงสิทธิและเคารพสิทธิ ความเป็นบุคคลและประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขอกราบระลึกถึงพระคุณของคุณครูบาอาจารย์ ที่ได้อบรมสั่งสอน และ ประสาทวิชาความรู้แก่คณะผู้วิจัย ซึ่งคณะผู้วิจัยจะได้แสวงหาความรู้เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ลูกศิษย์ บุตร ธิดาและคนรุ่นหลังต่อไป ความสำเร็จอันเกิดจากการศึกษาวิจัยนี้ ขอมอบเป็นสิ่งทดแทนคุณ และ ขอกราบขอบพระคุณมา ณ ที่นี้เป็นอย่างสูง

คณะผู้วิจัย

ธันวาคม 2556

## รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัว

### สู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล (ปีที่ 1)

การศึกษากระบวนการทัศนคติของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเตรียมความพร้อม

สู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรพรณ และ

ดร.เวรกา กลิ่นวิชิต นางสาวพวงทอง อินใจ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผศ.ดร.สิริลักษณ์ โสมานสุรณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

#### บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการทัศนคติของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ในสถานพยาบาลภาคตะวันออก ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) โดยวิธีวิจัยเชิงปริมาณจากการสำรวจต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและครอบครัว การวิจัยเชิงคุณภาพโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ประชากร เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในสถานพยาบาลในภาคตะวันออก ใน 8 จังหวัด ได้แก่ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สระแก้ว ปราจีนบุรี และนครนายก จำนวน 440,562 คน และญาติ จำนวน 1,762,248 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามตารางของเครจซี่และมอร์แกน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 384 คน แบ่งตามสัดส่วนเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 77 คน ญาติและผู้ดูแลจำนวน 307 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และมีค่าความเชื่อมั่น 0.96 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาวิจัย พบว่า

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและครอบครัว

กลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.62 อายุเฉลี่ย 71.52 ปี ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 57.14 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 89.61 แต่งงานและมีคู่ ร้อยละ 62.34 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 25,333.33 บาทต่อเดือน ประกอบอาชีพข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 46.75 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.62

กลุ่มครอบครัวของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.30 อายุเฉลี่ย 45.50 ปี ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นบุตร/ธิดา ร้อยละ 56.03 ระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 43.65 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.81 สถานภาพโสด ร้อยละ 43.00 มีรายได้เฉลี่ย 23,583.33 บาทต่อเดือน ประกอบอาชีพข้าราชการ ร้อยละ 25.08 รองลงมาก็คือพนักงานรัฐ/บริษัท/เอกชน ร้อยละ 17.92

#### 2. ความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล กลุ่ม

ผู้สูงอายุ และครอบครัว ในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับ มาก ( $\bar{X} = 3.61$  ,  $SD = 0.72$ ;  $\bar{X} = 3.79$ ,  $SD = 0.46$ )

3. ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 คือ ระดับการศึกษา ( $r = 0.65$ ,  $p = 0.002$ ) และ ระดับ 0.05 คือ เพศ ( $r = 0.49$ ,  $p = 0.028$ ) และโรคประจำตัว ( $r = -0.50$ ,  $p = 0.019$ ) ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลของสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 คือ ศาสนา ( $r = -0.66$ ,  $p = 0.005$ ) และ ระดับ 0.05 คือ อายุ ( $r = -0.52$ ,  $p = 0.038$ ) เพศ ( $r = -0.57$ ,  $p = 0.019$ ) ระดับการศึกษา ( $r = 0.50$ ,  $p = 0.048$ ) รายได้ ( $r = -0.62$ ,  $p = 0.028$ ) และอาชีพ ( $r = -0.59$ ,  $p = 0.015$ )

4. สรุปความต้องการการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล จากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ในทัศนะของผู้สูงอายุ พบว่า การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล เป็นการตายที่ไม่เจ็บปวด ไม่ทุกข์ทรมาน โดยได้จัดการสิ่งต่าง ๆ ที่ค้างค้างไว้ให้สำเร็จลงแล้ว และแวดล้อมด้วยผู้เป็นที่รัก ไม่ถูกทอดทิ้งอย่างโดดเดี่ยวเดียวดาย การตายที่โรงพยาบาล เป็นการตายที่เชื่อมั่นได้ว่าได้รับการช่วยเหลืออย่างดีที่สุดแล้วจากแพทย์พยาบาลเพื่อให้มีชีวิตรอด โดยญาติและครอบครัวจะได้รับการช่วยเหลือดูแลหลังที่ตนเสียชีวิตแล้วจากแพทย์ พยาบาลเป็นผู้ที่มีความรู้ มีจรรยาบรรณวิชาชีพ สภาพของผู้เสียชีวิตจะได้รับการปกป้องดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และต้องการให้เพิ่มความใกล้ชิด เห็นอกเห็นใจ ให้ความยืดหยุ่นแก่ญาติและผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยให้ความดูแลอย่างเอื้ออาทร และผ่อนคลายภาวะเบียดเบียนบ้าง

ในทัศนะของครอบครัวผู้สูงอายุ พบว่า การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล เป็นการตายที่ไม่เจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ที่ไม่ได้สร้างภาระให้กับผู้อื่นและครอบครัว เป็นการตายที่สามารถรู้ตัวก่อนและมีโอกาสได้สั่งเสีย ล่ำลา และมีโอกาสสร้างการยอมรับต่อการตายได้ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว การตายที่โรงพยาบาล ควรมีการจัดสถานที่เฉพาะ มีความเป็นส่วนตัวสำหรับผู้ป่วยที่จะเสียชีวิตให้ญาติและครอบครัวมีโอกาสได้ล่ำลาเป็นครั้งสุดท้ายอย่างสมเกียรติและมีความเหมาะสม ควรมีการฝึกอบรมการใช้คำพูดและกิริยาที่แสดงความเคารพและให้เกียรติแก่ผู้เสียชีวิตและครอบครัว แพทย์ควรแจ้งพยากรณ์ของโรคและสื่อสาร ถ่ายทอดให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้อย่างเข้าใจเพื่อสามารถเตรียมการได้อย่างมีสติก่อนที่จะผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือใกล้เสียชีวิต

**คำสำคัญ :** การตายอย่างสงบ ผู้สูงอายุ ครอบครัว โรงพยาบาล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

## **PREPARING PEACEFUL END-OF-LIFE CARE MODEL: HOSPITAL BASED (PHASE I)**

### **Paradigm of Preparing the End-of-life in Ageing and family: Hospital based care**

Asst.Prof.Dr.Pisit Piriypun MD., Dr.Wethaka Klinwichit, Ph.D., Puangtong Inchai

Faculty of Medicine, Burapha University

Assist.Prof.Siriluck Somanusorn,Ph.D.

Faculty of Nursing, Burapha University

### **ABSTRACT**

The purpose of this research were to explore end-of-life care needs at hospital of elderly and family members and correlation between characteristics of the population and components of end-of-life care needs by using mixed method research. The samples which were selected from the total elderly population of 440,562 and family member of the elderly population of 1,762,248 in the Eastern region of THAILAND were 384 persons, proportion between elderly and family members 77: 307 persons. Questionnaire with reliability ( $r = 0.96$ ) and Semi-structured interview were used as data collecting tool, and statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test and Pearson product moment correlation were used for data analysis.

The study revealed that;

#### **1. Overviews of the samples;**

1.1 The most of elderly were female(76.62%) , average age 71.52 years, education lower undergraduate(57.14%), Buddhist (89.61%), Married(62.34%), average of family income 25,333.33 baht/month, occupation government employee(46.75%) and had underlying chronic disease (76.62%)

1.2 The most of family of elderly were female(87.30%) , average age 45.50 years, education lower undergraduate(43.65%), Buddhist (93.81%), Single(43.00%), average of family income 23,582.33 baht/month, occupation government employee(25.08%) and private company employee (17.92%)

2. The end-of-life care needs at hospital of elderly and family members were in the high level ( $\bar{X} = 3.61$ ,  $SD = 0.72$ ;  $\bar{X} = 3.79$ ,  $SD = 0.46$ ).

3. The correlation between characteristics of the elderly and end-of-life need were education ( $r = 0.65$ ,  $p = 0.002$ ) at a statistically significant level of 0.01, gender ( $r = 0.49$ ,  $p = 0.028$ ) and underlying of chronic diseases ( $r = -0.50$ ,  $p = 0.019$ ) at a statistically significant level of 0.05. The correlation between characteristics of the family members of the elderly and end-of-life need were religion ( $r = -0.66$ ,  $p = 0.005$ ) at a statistically significant level of 0.01, age ( $r = -0.52$ ,  $p = 0.038$ ), gender ( $r = -0.57$ ,  $p = 0.019$ ), education ( $r = 0.50$ ,  $p = 0.048$ ), income ( $r = -0.62$ ,  $p = 0.028$ ) and occupation ( $r = -0.59$ ,  $p = 0.015$ ) at a statistically significant level of 0.05.

4. Summarized of the in-depth interviews found that;

1.1 Perception of the elderly in peaceful end-of-life care at hospital mean die with painless, do not suffering and can do anything that they have to do already. Surrounding with people who love. Do not be neglected alone. Death at hospital was a sentiment that has been optimally help from the medical doctor to have survived. Relatives and family members assure to get help and care from medical personnel with professional ethics after they die. Condition of deceased will be completely protected human dignity. Wish to increase the intimacy to the relatives and family members of the elderly who pass away and flexibility for providing caring or lenient the rules of hospital.

4.2 Perception of the family member of the elderly in peaceful end-of-life care at hospital mean die with painless, do not suffering and do not burden to others and family. A death that can be realized and have a change to say goodbye and established the activities together for accept the death with both elderly and their family members. Death at hospital should be provided room or location for privacy patient, the relatives and their family have a last farewell with honor and decency. Should be trained to use words and actions to show respect and honor to the deceases and their family. Physicians should identify predictors and communication to patients and their family to realized that in order to prepared before elderly patient death or near death.

**Keywords:** Peaceful death, end-of-life care need, elderly, family member, hospital

# สารบัญเรื่อง

หน้า

|                         |   |
|-------------------------|---|
| กิตติกรรมประกาศ.....    | ก |
| บทคัดย่อภาษาไทย.....    | ข |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | ง |
| สารบัญเรื่อง.....       | จ |
| สารบัญตาราง.....        | ญ |

## บทที่

|   |                                           |   |
|---|-------------------------------------------|---|
| 1 | บทนำ.....                                 | 1 |
|   | ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....       | 1 |
|   | วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย.....          | 2 |
|   | ขอบเขตของโครงการวิจัย.....                | 2 |
|   | ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย..... | 3 |
|   | นิยามศัพท์เฉพาะ.....                      | 4 |
| 2 | เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....       | 5 |
|   | ความรู้เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย.....        | 5 |
|   | ความหมายของผู้สูงอายุ.....                | 5 |

## สารบัญเรื่อง (ต่อ)

บทที่

หน้า

|                                                      |        |
|------------------------------------------------------|--------|
| ความหมายของการตาย.....                               | 8      |
| ขอบเขตและความหมายของการตายอย่างสงบ.....              | 16     |
| หลักพุทธธรรมที่ใช้สำหรับการเตรียมตัวตายอย่างสงบ..... | 23     |
| แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย.....                  | 26     |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....                           | 30     |
| <br>3   วิธีดำเนินการวิจัย .....                     | <br>36 |
| ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ.....                 | 36     |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....                         | 36     |
| ตัวแปรที่ศึกษา.....                                  | 37     |
| เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล.....                 | 38     |
| การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ.....                | 38     |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล.....                             | 39     |
| การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....                | 39     |
| ขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ.....                 | 39     |
| การวิจัยเอกสาร.....                                  | 39     |
| การวิจัยเอกสาร.....                                  | 39     |
| การสัมภาษณ์เชิงลึก.....                              | 40     |



## สารบัญเรื่อง (ต่อ)

บทที่

หน้า

|   |                                                                      |    |
|---|----------------------------------------------------------------------|----|
| 4 | ผลการศึกษาวิจัย.....                                                 | 41 |
|   | ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....                          | 41 |
|   | ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและครอบครัว   |    |
|   | เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล.....               | 46 |
|   | ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความต้องการการดูแลเพื่อเตรียม     |    |
|   | ความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลระหว่างผู้สูงอายุและ           |    |
|   | สมาชิกในครอบครัว.....                                                | 55 |
|   | ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง |    |
|   | กับความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ           |    |
|   | ที่โรงพยาบาล.....                                                    | 57 |
|   | ส่วนที่ 5 สรุปผลการสัมภาษณ์เชิงลึก.....                              | 61 |
| 5 | สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....                           | 63 |
|   | สรุปผลการวิจัย.....                                                  | 63 |
|   | อภิปรายผลการวิจัย.....                                               | 69 |
|   | ข้อเสนอแนะ.....                                                      | 72 |
|   | ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....                                | 73 |

สารบัญเรื่อง (ต่อ)

| บทที่                   | หน้า |
|-------------------------|------|
| บรรณานุกรม.....         | 74   |
| ภาคผนวก.....            | 77   |
| ประวัติคณะผู้วิจัย..... | 89   |

## สารบัญตาราง

| ตารางที่ | หน้า                                                                                                                                                                         |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1        | สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุไทย.....8                                                                                                                                         |
| 2        | แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้สูงอายุ.....41                                                                                                                     |
| 3        | แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ.....44                                                                                                    |
| 4        | ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับ<br>ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ<br>ที่โรงพยาบาล ของผู้สูงอายุ.....47         |
| 5        | ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับ<br>ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่<br>โรงพยาบาล ของครอบครัวผู้สูงอายุ.....51 |
| 6        | การเปรียบเทียบความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตาย<br>อย่างสงบที่โรงพยาบาลระหว่างความคิดเห็นของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว<br>จำแนกรายด้าน.....55               |
| 7        | ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของผู้สูงอายุกับความต้องการ<br>การดูแลเพื่อการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล.....57                                  |
| 8        | ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของสมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ<br>กับความต้องการการดูแลเพื่อการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ<br>ที่โรงพยาบาล.....59                |
| 9        | ผลการสังเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและครอบครัวที่มารับบริการ<br>ในโรงพยาบาล.....61                                                                                 |

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถิติการสำรวจคนตายของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2444 - 2549 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) พบว่า สาเหตุการตายตามกลุ่มโรคเป็นโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 51.4 รองลงมาคือ โรคชรา (ร้อยละ 25.4) และพบว่า ตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็งสูงสุด โดยมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ประมาณร้อยละ 16.3) ส่วนการตายที่เกิดจากโรคติดต่อส่วนมากเกิดจากกลุ่มโรคติดต่อ (ร้อยละ 7.8) และโรคทางเดินหายใจ (ร้อยละ 5.1) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อัตราการตายของกลุ่มโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ มีอัตราอุบัติการณ์สูงเกือบจะอยู่ในอัตราส่วนครึ่งหนึ่งของการตายทั้งหมด และยังพบว่ามี การใช้บริการสาธารณสุขหรือการรักษาในระหว่าง 3 เดือนก่อนตาย ทั้งการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ถึงร้อยละ 39.1 (รักษาแบบผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 19.5 และรักษาแบบผู้ป่วยในอย่างเดียว ร้อยละ 17.9) ถึงแม้จะยังไม่มีการสำรวจอัตราการตายในโรงพยาบาลจากการตายทั้งหมด แต่สามารถคาดการณ์จากสถิติดังกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังใช้ชีวิตในช่วงของการตายในโรงพยาบาลในอัตราที่สูงเป็นสัดส่วนเกือบครึ่งหนึ่งของการตายทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจเรื่องความตายและมิติแห่งสุขภาวะของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ธนา นิลชัย โกวิทยัต และคณะ, 2546) ซึ่งพบว่า เมื่อเข้าสู่ภาวะเจ็บป่วย ผู้ป่วยและญาติมีวิถีชีวิตที่กำลังแพร่ขยายอยู่ในสังคมขณะนี้คือ “เมื่อเจ็บป่วยต้องไปโรงพยาบาล” ไม่ว่าจะเป็นครอบครัวที่มาจากชนชั้นใดหรือมีเศรษฐฐานะอย่างไรต่างก็ได้รับอิทธิพลจากวิถีชีวิตเช่นเดียวกันนี้ทั้งสิ้น แต่โอกาสในการเข้าถึงการดูแลรักษาอาจแตกต่างกัน ดังนั้นแนวโน้มของการตายที่โรงพยาบาลจะมีเพิ่มขึ้นซึ่งหมายความว่าช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยที่สิ้นหวังจะมีมากขึ้นด้วย จากจำนวนและสถิติดังกล่าวเป็นที่คาดหวังว่าการเตรียมความพร้อมของการเข้าสู่ความตายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุน่าจะมีการศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวางเพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าว แต่จากกระบวนการรักษาพยาบาลพบว่ามีช่องว่างทางสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้รับการรักษาและญาติ อันเนื่องมาจากวิถีชีวิตที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้รับการรักษาและญาติเกิดภาวะขาดแคลนข้อมูลความรู้ในการดูแลรักษาเพราะองค์ความรู้ที่ตนเองมีเป็นคนละชุดกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ รวมทั้งตัวแพทย์หรือผู้ให้การรักษาเองด้วย การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกระบวนการตัดสินใจในระหว่างการรักษาพยาบาลถือเป็นประสบการณ์ร่วมที่ทำให้เกิดความไม่พอใจระหว่างผู้ให้การรักษา/ญาติ ซึ่งเท่ากับเป็นการเปิดพื้นที่ให้องค์ความรู้ของประชาชนหรือของผู้ป่วยได้

เผยตัวออกมา ส่งผลให้ช่องว่างแคบเข้ามา และน่าจะเป็นแนวทางที่นำไปพัฒนาในระบบต่อไปได้ นอกจากนี้ ความเชื่อทางศาสนาและพิธีกรรม ความเป็นครอบครัวหรือชุมชน สถานภาพทางเศรษฐกิจ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่กระบวนการตัดสินใจในการจัดการกับความตายที่ถึงปรารถนาและไม่ปรารถนาได้

การที่บุคคลทราบว่า ตนกำลังจะเสียชีวิต เป็นสถานการณ์ที่มนุษย์ปรับตัวได้ยากยิ่ง ซึ่งจะมากหรือน้อยมีความแตกต่างไปในแต่ละคน ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย สังคม จิตใจและจิตวิญญาณ ขณะเดียวกัน ความรู้สึกเช่นนี้ก็เกิดขึ้นกับญาติและผู้ดูแล รวมทั้งแพทย์ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะปัจจุบันในยุคที่มี เทคโนโลยีทางการแพทย์ก้าวหน้า มีเครื่องมือ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่สามารถดูแลผู้ป่วยและพยายามยืดชีวิตออกไปให้นานที่สุด ไม่ว่าด้วยค่าใช้จ่ายที่สูงเพียงใด และผู้ป่วยจะมีชีวิตด้วยคุณภาพชีวิตเช่นใด ทั้งนี้ด้วยเจตนาที่ต้องการช่วยเหลือผู้ป่วย รวมทั้งญาติก็พยายามขอร้องให้แพทย์รักษาอย่างสุดความสามารถ ทั้งที่บางครั้งผู้ป่วยเองไม่มีโอกาสที่จะเรียกร้องหรือตัดสินใจในการยืดชีวิตชั่วระยะหนึ่ง จนเกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างการตายอย่างมีศักดิ์ศรี (Dying with Dignity) กับการต่อสู้เพื่อยืดชีวิต (Fighting of life) ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนเกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย รวมทั้งไม่เข้าใจในด้านสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณของมนุษย์ ดังนั้นการตายซึ่งเป็นสภาวะธรรมชาติที่เกิดขึ้นได้กลายเป็นเรื่องใหญ่ เนื่องจากมิใช่เป็นประเด็นทางการแพทย์หรือทางกฎหมายเท่านั้น แต่เป็นประเด็นทางด้านจิตใจ คุณธรรม จริยธรรม และสังคม ซึ่งเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องเรียนรู้และเข้าใจ รวมทั้งตระหนักในสิทธิมนุษยชนของบุคคลในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่การตายโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในบริบทที่บุคลากรทางการแพทย์มีส่วนเกี่ยวข้องมากในการให้บริการในสถานพยาบาล คณะผู้วิจัยจึงได้เขียนข้อเสนอโครงการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่ความตายอย่างสงบในบริบทของการให้การดูแลในสถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกันโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบดังกล่าว

## วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

เพื่อศึกษากระบวนการทัศนของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเตรียมความพร้อมสู่การตาย ของ ผู้สูงอายุที่มารับบริการ ในสถานพยาบาลภาคตะวันออก

1. ความคิดเห็นของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของผู้สูงอายุและครอบครัวกับความต้องการการดูแล เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

## ขอบเขตของโครงการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการดำเนินการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 จากแผนงานของโครงการวิจัย 2 ระยะ ดังนี้คือ

**ระยะที่ 1** การศึกษากระบวนการทัศนคติของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเตรียมความพร้อมสู่การตาย กรณีที่ตายในสถานพยาบาล (Paradigm of Preparing the End-of-life in Ageing and family : Hospital based care)

เป็นการศึกษาวิจัยแบบ Mixed methodology โดยวิธีวิจัยเชิงปริมาณจากการสำรวจความคิดเห็นของผู้สูงอายุและญาติ และการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

**ประชากร** เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ (ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) ที่มารับบริการในสถานพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใน 8 จังหวัด ได้แก่ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สระแก้ว ปราจีนบุรี และ นครนายก และมีความยินดีเข้าร่วมโครงการ

**กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างมีระบบและมีความน่าจะเป็น โดยวิธีการสุ่มแบบ Stratified random sampling และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามตารางการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน

**ระยะที่ 2** พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ แนวทางปฏิบัติในสถานพยาบาล โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม (Model of Hospital based care for Preparing the End-of-life in Aging)

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบตามความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว โดยการระดมความคิดร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ได้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทที่สามารถเพิ่มศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

2. เป็นการสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่เกิดจากการพัฒนากระบวนการทางความคิดและการทำงานของบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน โดยเสริมความเข้าใจในมิติของความเป็นมนุษย์ที่เข้าใจสังคม วัฒนธรรม ของบริบทที่ศึกษา ได้อย่างครอบคลุม
3. สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยมาวางแผนในการดำเนินงานด้านการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## นิยามศัพท์เฉพาะ

การตายอย่างสงบ หมายถึง การเรียนรู้ของบุคคลที่จะยอมรับความจริงของชีวิตเมื่อเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิตอย่างไม่ขัดขืน ไม่ฝืนความจริง รู้จักปล่อยวาง โดยอาศัยการฝึกของจิตใจตนเอง ซึ่งอาจอาศัยสิ่งแวดล้อม เช่น บิดา มารดาญาติ มิตร หรือบุคลากรทางการแพทย์ให้การช่วยเหลือ

รูปแบบ หมายถึง โครงสร้างที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กันหรือสามารถอธิบายลำดับขั้นตอนขององค์ประกอบต่าง ๆ หรือกิจกรรมต่าง ๆ ของระบบนั้น ๆ ได้

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในสถานพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใน 8 จังหวัด ได้แก่ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สระแก้ว ปราจีนบุรี และนครนายก

ครอบครัว หมายถึง ญาติ คนในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มารับบริการในสถานพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใน 8 จังหวัด ได้แก่ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สระแก้ว ปราจีนบุรี และนครนายก

โรงพยาบาล หมายถึง สถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใน 8 จังหวัด ได้แก่ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สระแก้ว ปราจีนบุรี และนครนายก

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง บุคคลทุกวัยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิต บุคคลที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค หรือแพทย์ลงความเห็นว่าหมดทางรักษา บุคคลที่รับรู้ว่าจะตายหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นระบบการดูแลที่แตกต่างไปจากระบบการแพทย์ที่ปฏิบัติโดยทั่วไปโดยเน้นการลดและบรรเทาความทุกข์ และทรมาน การคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่สูงสุดและการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ให้มากที่สุด โดยให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยสาระสำคัญ 2 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย

1. ความหมายของผู้สูงอายุ
2. ความหมายของการตาย
3. ขอบเขตและความหมายของการตายโดยสงบ
4. หลักพุทธธรรมที่ใช้สำหรับการเตรียมตัวตายอย่างสงบ
5. แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัย

#### 1. ความหมายของผู้สูงอายุ

คำว่า “ผู้สูงอายุ” “คนแก่” หรือ “คนชรา” นั้นโดยทั่วไปเป็นคำที่ใช้เรียกบุคคลที่มีอายุมาก ผมหา หน้าตาเหี่ยวง่น การเคลื่อนไหวเชื่องช้า พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 ให้ความหมายคำว่า “ชรา” ว่าแก่ด้วยอายุ ชำรุด ทрудโทรม แต่คำนี้ไม่เป็นที่นิยมมากนัก โดยเฉพาะผู้สูงอายุและกลุ่มนักวิชาการที่พิจารณาแล้วเห็นว่า คำนี้ก่อให้เกิดความหดหู่ใจ และถดถอย สิ้นหวัง ดังนั้นที่ประชุมคณะผู้อาวุโส โดยมี พลตำรวจตรีหลวงอรรถสิทธิ สุนทร เป็นประธานจึงได้กำหนดคำให้เรียกว่า “ผู้สูงอายุ” ขึ้นแทน ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2512 เป็นต้นมา ซึ่งคำนี้ให้ความหมายที่ยกย่องให้เกียรติแก่ผู้ที่ชราภาพว่า เป็นผู้ที่สูงทั้งวันวุฒิ คุณวุฒิ และประสบการณ์ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2546 ให้ความหมายคำว่า “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกิดหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ซึ่งเป็นคำนิยามที่ใช้ทางราชการและตามกฎหมาย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549; วันเพ็ญ ปันราช, 2552)

การพิจารณาว่า บุคคลใดเข้าข่ายผู้สูงอายุนั้น มีเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกันตามการให้ความหมายของนักวิชาการ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)



1. ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological ageing หรือ Biological ageing) โดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น เช่น ผิวหนังเหี่ยวยุ่น ผมหงอก ฯลฯ ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยแต่ละปี

2. ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological ageing) เป็นการพิจารณากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สติปัญญา การรับรู้และการเรียนรู้ที่ถดถอย

3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological ageing) เป็นการดูจากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนไป การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานด้วย

ส่วนบาริโธ และสมิธ (Barirow and Smith, 1979 อ้างอิงใน วันเพ็ญ บัณราช, 2552) เสนอข้อคิดเห็นว่าเป็นการยากที่จะกำหนดว่า ผู้ใดชราภาพหรือผู้สูงอายุ เพราะเป็นการไม่ยุติธรรมที่จะไปตีตราว่าผู้นั้น ผู้นี้ชราภาพ การจะพิจารณานั้นควรพิจารณาจากองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

1. ประเพณีนิยม (Tradition) เป็นการกำหนดผู้สูงอายุโดยยึดตามเกณฑ์อายุที่ออกจากการงานซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ตัวอย่างเช่น ประเทศไทยอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นวัยเกษียณ

2. การปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกาย (Body Functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ทางสรีระวิทยาเรื่องทางกายภาพ บุคคลจะมีการเสื่อมสลายทางสรีระวิทยาที่แตกต่างกัน ในวัยผู้สูงอายุอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายจะทำงานน้อยลงซึ่งแตกต่างกันแต่ละบุคคล บางคนอายุ 50 ปี ฟันอาจจะหลุดทั้งปาก แต่บางคนอายุถึง 80 ปี ฟันถึงจะเริ่มหลุด เป็นต้น

3. การปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Mental Functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ของความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ การจำ การเรียนรู้และความเสื่อมทางด้านจิตใจ สิ่งที่พบมากที่สุด chez ผู้สูงอายุ คือความจำเริ่มเสื่อม การขาดแรงจูงใจ แต่อย่างไรก็ตามไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุทุกคนจะมีสภาพเช่นนี้

4. ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self-Concept) เป็นการกำหนดโดยยึดตามแนวความคิดที่ผู้สูงอายุมองตนเอง เพราะโดยปกติผู้สูงอายุมักจะเกิดความคิดว่า “ตนเองแก่ อายุมากแล้ว” และส่งผลต่อบุคลิกภาพทางกาย ความรู้สึกทางด้านจิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามแนวคิดที่มีผู้สูงอายุนั้น ๆ ได้กำหนดขึ้น

5. ความสามารถในการประกอบอาชีพ (Occupation) เป็นการกำหนดโดยยึดตามความสามารถในการประกอบอาชีพ โดยได้แนวความคิดจากการเสื่อมถอยทางสภาพร่างกายและจิตใจคนทั่วไปจึงกำหนดว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพักผ่อน หยุดการประกอบอาชีพ ดังนั้นบุคคลที่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ จึงหมายถึง บุคคลที่มีวัยเกิดกว่าวัยที่จะอยู่ในกำลังแรงงาน

6. ความกดดันทางอารมณ์และความเจ็บป่วย (Coping with stress and illness) เป็นการกำหนดโดยยึดตามสภาพร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุมักจะเผชิญกับสภาพโรคร้ายไข้เจ็บอยู่เสมอเพราะมีสภาพร่างกาย และอวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมลง นอกจากนี้ยังอาจจะเผชิญกับปัญหาทางด้านสังคมอื่น ๆ ทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอีก ส่วนมากมักพบกับผู้มีอายุระหว่าง 60-65 ปี

นอกจากนี้ มัลลิกา มัตติโก และคณะ (2542) ได้เสนอว่า ผู้สูงอายุคือบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสุขภาพแข็งแรงเป็นวัยที่ทำงานและทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้พึ่งตนเองและช่วยเหลือตนเองได้ “คนแก่” คือบุคคลที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีสถานภาพและบทบาทที่ลดลงที่สังคมเริ่มทอดถอนสถานภาพที่มีอำนาจทางเศรษฐกิจ ส่วนคำว่า “คนชรา” คือผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ต้องพึ่งพาบุตรหลานในทุกด้าน

ดังนั้นคำว่า “ผู้สูงอายุ” เป็นคำที่ให้ความหมายในเชิงคุณค่าที่สูงกว่าทั้งวัยวุฒิ คุณวุฒิ เกียรติ และศักดิ์ศรี การเข้าสู่ภาวะสูงอายุของบุคคลนั้นสามารถพิจารณาได้จากหลายประเด็นหรือหลากหลายเกณฑ์ ซึ่งการทำความเข้าใจกับความหมายของผู้สูงอายุในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทยเป็นเรื่องที่มีความสำคัญที่จะต้องศึกษาทบทวน และแสวงหาแนวทางที่เหมาะสมสอดคล้องกับวงจรชีวิตของมนุษย์ เพื่อให้เกิดหลักประกันที่มั่นคงและเข้าสู่จรรยาสถิติของชีวิตอย่างมีคุณค่าต่อไป

#### จำนวนและภาวะที่พึงพึงของประชากรสูงอายุไทย

จำนวนและภาวะที่พึงพึงของประชากรสูงอายุไทยเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประกอบกับความสำเร็จของนโยบายการวางแผนครอบครัวของประเทศไทย และความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านการแพทย์และการสาธารณสุขได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรของประเทศ กล่าวคือ ประชากรวัยเด็ก 0-14 ปี มีสัดส่วนลดลงจากปี พ.ศ. 2543 แต่ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีประมาณ 5.8 ล้านคนในปี พ.ศ. 2543 จะเพิ่มขึ้นประมาณ 8.3 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่าประชากรวัยอื่น ๆ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุไทย

| พ.ศ. | ทุกกลุ่มอายุ | 0 – 14 ปี | 15 – 59 ปี | 60 ปีขึ้นไป |
|------|--------------|-----------|------------|-------------|
| 2503 | 26,202.7     | 11,319.6  | 13,674.9   | 1,208.2     |
| 2513 | 34,383.9     | 15,506.3  | 17,196.6   | 1,681.0     |
| 2523 | 44,824.8     | 17,165.7  | 25,213.5   | 2,445.6     |
| 2533 | 54,545.5     | 15,946.9  | 34,584.6   | 4,014.0     |
| 2533 | 61,770.2     | 15,104.6  | 40,795.9   | 5,869.7     |
| 2533 | 66,404.6     | 13,642.4  | 44,284.1   | 8,381.8     |
| 2503 | 69,410.4     | 12,737.2  | 44,284.2   | 12,389.0    |

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัย (2548 อ้างใน วันเพ็ญ บัณราช, 2552)

แหล่งข้อมูล: ปี พ.ศ. 2503 – 2543 จากสำมะโนประชากร

ปี พ.ศ. 2553 - 2569 จากการฉายภาพประชากรของประเทศไทย

มุมมองของสังคมต่อผู้สูงอายุ ส่วนหนึ่งมีมุมมองว่าผู้สูงอายุเป็นวัยฟุ้งเฟ้อ การที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าประชากรอายุ 16-59 ปี คือประชากรวัยทำงานที่ต้องเป็นภาระในการเลี้ยงดูประชากรวัยเด็ก (ประชากรวัย 0-14 ปี) และประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เรียกว่าอัตราการฟุ้งเฟ้อ ซึ่งการที่อัตราการฟุ้งเฟ้อเพิ่มขึ้นก็หมายความว่ารัฐจะต้องจัดสรรงบประมาณไว้สำหรับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นด้วย

## 2. ความหมายของการตาย

มีผู้ให้ความหมายของผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย ไว้หลายท่าน ดังนี้

เคค และวอลเทอร์ (Keck & Walther, 1977) กล่าวว่า ผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย หมายถึง บุคคลที่เจ็บป่วยอยู่ในภาวะสุดท้ายของโรค หรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้

ลอง (Long, 1979) กล่าวว่า ผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย หมายถึง ผู้ที่อยู่ในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตซึ่งความตายได้เข้ามาคุกคามชีวิตของเขา ในบางครั้งระยะสุดท้ายจะชัดเจนขึ้นเมื่อแพทย์บอกผู้ป่วยว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค

สมิท และโบชเน็ต (Smith & Bohnet, 1983) ให้ความหมายของผู้ป่วยภาวะใกล้ตายว่าเป็น ผู้ที่มีความเจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย เป็นภาวะเจ็บป่วยในอาทิตย์สุดท้าย หรือเดือนสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ช่วงนี้ผู้ป่วยจะมีการทรุดลงเรื่อย ๆ อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการดูแลรักษาในระยะนี้

เป็นการดูแลเพื่อประคับประคองเท่านั้น (palliative care)

สันต์ หัตถิรัตน์ (2521) ให้ความหมายของผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย คือ ผู้ป่วยที่เจ็บหนักมี อาการรุนแรง ร้ายแรงอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค หมดความหวังในการรักษา หรือมีอาการแสดงต่างๆ ที่เป็นการบ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน

ความตาย เป็นหน้าที่ของสังขาร สังขารคือสิ่งปรุงแต่งจากเหตุปัจจัย เมื่อเหตุปัจจัยบางส่วน หยุดปรุงแต่ง ความตายบางส่วนก็ปรากฏออกมาสำหรับสังขารส่วนนั้น จึงถือว่าการตายเป็นหน้าที่ของ สังขาร หรือสังขารทำหน้าที่ที่จะต้องตาย (พุทธทาสภิกขุ , 2539, หน้า 22) ความตายยังหมายถึงความ เสื่อมไป ความแตก ความทำลาย ความไม่เที่ยง ความหายไปแห่งธรรมเหล่านั้นเรียกว่ามรณะ ปัจจุบันมี วิชาที่เรียกว่ามรณวิทยา หรือมฤตยูวิทยา (Thanatology) ซึ่งเป็นวิชาที่ศึกษาถึงกระบวนการเกี่ยวกับ ปฏิบัติการต่อความตายทั้งผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตายและผู้ที่กำลังโศกเศร้าอาลัยจากการสูญเสียสิ่งที่รัก นอกจากนี้ยังรวมถึงปฏิปัติยาที่เกิดขึ้นในผู้ดูแล (Caretakers) ของผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตายด้วย

### 1. ปฏิปัติยาต่อการตายที่จะมาถึง (Reaction to Impending Death)

Elizabeth Kubler Ross เป็นนักจิตแพทย์และเป็นนักมรณวิทยาได้อธิบายถึงปฏิปัติยาต่อ การตายที่กำลังจะมาถึงเป็น 5 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การช็อกและการปฏิเสธ ปฏิปัติยาแรกของผู้ป่วยหลังจากทราบว่าจะต้อง เสียชีวิต คือ ช็อก ช่วงแรกผู้ป่วยอาจมีอาการงง ๆ แล้วตามมาด้วยการปฏิเสธการวินิจฉัยโรคหรือเชื่อว่า มีบางสิ่งบางอย่างผิดพลาด ผู้ที่ไม่สามารถผ่านระยะนี้อาจจะเปลี่ยนผู้รักษาไปเรื่อย ๆ โดยหวังว่าจะพบ กับผู้ที่สนับสนุนความคิดของตน การปรับตัวในระยะนี้จะมีผลต่อการยอมรับการรักษา สิ่งที่ผู้รักษาควร ทำในระยะนี้ คือการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยอย่างให้เกียรติและตรงไปตรงมา รวมทั้งให้ ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค (Prognosis) และทางเลือกในการรักษา

ระยะที่ 2 การโกรธแค้น ผู้ป่วยรู้สึกคับข้องใจ (Frustrated) หงุดหงิด (Irritable) และโกรธ แค้น ที่ตนเองต้องตาย การตอบสนองที่พบบ่อยคือ ความรู้สึกที่ว่า “ทำไมต้องเป็นฉัน” โกรธแค้นพระเจ้า โชคชะตาวิบากกรรม เพื่อน หรือสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกตำหนิตนเองได้ ในระยะนี้ ความโกรธแค้นอาจเคลื่อนย้าย (Displace) ไปสู่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและผู้รักษาได้ หากผู้รักษาไม่ เข้าใจว่าทำไมผู้ป่วยจึงโกรธตน ผู้รักษาอาจหลีกเลี่ยงจากผู้ป่วยหรือส่งต่อผู้ป่วยไปให้ผู้อื่นรักษาแทน การ ตอบสนองต่อผู้ป่วยในลักษณะของการมีอารมณ์ร่วมรู้สึกโดยไม่ใช้กลไกการป้องกัน (Empathic non- defensive response) สามารถลดความโกรธ ของผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยหันไปสนใจกับความรู้สึกลึก ๆ ของตน (เช่นความโศกเศร้า อาลัย กลัว ว้าเหว่) ที่ปกปิดไว้ด้วยความโกรธแค้น นอกจากนี้ บางครั้งการ แสดงความโกรธแค้นของผู้ป่วยยังเป็นการแสดงออกถึงความต้องการความดูแลที่จะให้ผู้รักษาช่วย ควบคุมสถานการณ์ ที่ผู้ช่วยสามารถควบคุมตัวเองได้อีกด้วย

ระยะที่ 3 ระยะต่อรอง ผู้ป่วยอาจพยายามเจรจากับผู้รักษา เพื่อน หรือ แม่แต่อ่อนน้อมพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อให้ตนเองหายจากโรค โดยให้สัญญาบางอย่าง เช่น การบริจาคเงินเพื่อการกุศล การอุทิศตนเพื่อการศาสนา อีกลักษณะหนึ่งของการต่อรอง คือการที่ผู้ป่วยเชื่อว่า หากตนเองทำตัวดี (เช่นการให้ความร่วมมือ การไม่ตั้งข้อสงสัย การร่าเริง) ผู้รักษาอาจทำให้ผู้ป่วยไม่เสียชีวิตได้ การปฏิบัติของผู้รักษาในระยะนี้ต้องชัดเจนว่าผู้รักษาจะดูแลผู้ป่วยอย่างสุดความสามารถ และทำทุกสิ่งที่สามารถทำได้ไม่ว่าผู้ป่วยจะแสดงออกหรือมีพฤติกรรมอย่างไร นอกจากนี้ ผู้รักษาควรพยายามชักชวนให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาอย่างดีที่สุด

ระยะที่ 4 อาการซึมเศร้า ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีการแสดงออกอาการซึมเศร้า เช่น ถอยหนีจากสังคม เคลื่อนไหวช้า การนอนแปรปรวน ความรู้สึกหมดหวัง ความคิดฆ่าตัวตาย การซึมเศร้า อาจเกิดจากการเจ็บป่วยทางจิตใจ (เช่น ตกงาน ความขัดสนด้านการเงิน ความรู้สึกว่าได้ไม่ได้รับการช่วยเหลือ ความรู้สึกหมดหวัง การต้องแยกจากเพื่อนและครอบครัว) หรืออาจเกิดจากการคาดหมายในทางร้ายก็ได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเบื่อหน่าย ไม่สนใจ ไม่มีแรง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ (Vegetative signs) และมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย (Suicidal Ideation) ซึ่งเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสำหรับ Major Depressive Disorder ผู้รักษาควรให้การรักษาด้วยยารักษาซึมเศร้า (Antidepressants) หรือการทำให้ชักด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่ซึมเศร้ามากจะรู้สึกหมดหวังและรู้สึกหมดกำลังใจที่จะดำรงชีวิตต่อไป อย่างไรก็ตาม หากการซึมเศร้านั้น เป็นเพียงปฏิกิริยาตามปกติไม่จำเป็นต้องให้การรักษาทางชีวภาพ (Biological treatment)

ระยะที่ 5 การยอมรับ ผู้ป่วยรู้ว่าความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น อารมณ์ของผู้ป่วยจะกลับมาเป็นปกติ สามารถพูดคุยเรื่องความตายของตนกับทุก ๆ คน และมีความเชื่อในปรัชญาและคำสอนของศาสนาที่นำมาซึ่งความสุข

นอกจากนั้นคนที่อยู่ในภาวะใกล้ตายยังมีปฏิกิริยาต่อภาวะดังกล่าวในรูปแบบอื่น ๆ อีก ได้แก่ความกลัวเกี่ยวกับความตาย ถ้าทราบว่าเรากำลังจะเสียชีวิต ทำให้มนุษย์ส่วนมากยากที่จะทำใจในเรื่องเกี่ยวกับความตายได้ เมื่อคนอยู่ในภาวะใกล้ตายแล้วความรู้สึกกลัวตายด้วยความกลัวเช่นนี้มักเกิดจากความขัดแย้ง ระหว่างการตายอย่างมีศักดิ์ศรีกับการตายเพื่อต่อสู้อย่างไร การดิ้นรนภายในจิตใจเช่นนี้จะก่อให้เกิดความกลัวและความตึงเครียด ความกลัวตายแบ่งออกเป็น 5 อย่าง ได้แก่

1. ความตายเป็นความเจ็บปวด (Painful) ความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตมักทำให้เกิดอาการเจ็บปวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งนอกจากนั้นแล้วยังมีอาการทางร่างกายอย่างอื่นอีกหลายอย่าง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ไอ หายใจลำบาก ท้องเดิน บวมตามแขนขา เวียนศีรษะ เป็นต้น อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ

2. ความตายเป็นสิ่งที่ทำให้ไร้ศักดิ์ศรี (Undignified) ความเจริญทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสมัยใหม่ทำให้การรักษาและการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นแต่ในเวลาเดียวกันเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยบางคนรู้สึกละอายใจและอึดอัดใจที่จะเผชิญกับความตาย คิดว่าตนเองสิ้นหวังทำอะไรไม่ได้อีกแล้ว แม้แต่การถ่ายปัสสาวะและอุจจาระก็ยังช่วยตัวเองไม่ได้ต้องอาศัยแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่น ๆ มาช่วยดูแล ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนไร้ค่าและไร้ศักดิ์ศรี

3. ความตายเป็นภาระต่อคนอื่น (Burden to others) บางคนกลัวว่าความเจ็บป่วยและความตายที่กำลังจะมาถึงเป็นภาระต่อคนอื่น ต้องให้คนอื่นมาช่วยดูแลตน บางคนก็เต็มใจ บางคนก็ไม่เต็มใจ ผู้ดูแลบางคนอาจแสดงความรู้เบื่อหน่าย ท้อแท้ และไม่ยอมรับผิดชอบต่อไปอีก การสูญเสียเวลาและทรัพย์สินเงินทองในการรักษาอาจทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว

4. ความตายเป็นการสูญเสียชีวิต (Loss of life) ผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตายหลายรอบ มีความรู้สึกว่าจะยังไม่พร้อมที่จะตายในช่วงเวลานี้ มีความปรารถนาที่จะยืดเวลาออกไปอีก เช่น มีภารกิจบางอย่างที่ยังทำไม่เสร็จ อยากให้ลูกได้รับปริญญาหรือแต่งงานก่อน อยากได้เห็นหลานที่จะเป็นตัวแทนสืบวงศ์ตระกูล บางคนอาจรู้สึกโกรธหรือซึมเศร้าที่ไม่มีโอกาสทำงานให้สำเร็จตามวิสัยทัศน์ที่วางไว้ การสูญเสียชีวิตยังหมายถึง การพลัดพรากอย่างถาวรจากบุคคลและสิ่งที่ตนรัก

5. การไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นหลังความตาย (What happens after death) การตาย หมายถึง การทำลายของร่างกาย แต่คนส่วนมากมีความเชื่อว่ายังมีส่วนหนึ่งที่หลงเหลืออยู่สิ่งนี้คือ “จิต” “วิญญาณ” หรือ “เจตภูต” บางทีเรียกว่า “Soul” หรือ “Self” ความเชื่อในสิ่งเหล่านี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละศาสนา วัฒนธรรมประเพณี บางคนเชื่อว่าตายแล้วสูญ เหลือแต่ซาก อันจะเน่าเปื่อยหรือถูกเผาให้เป็นเถ้าถ่านไปเท่านั้น ไม่มีความรู้สึกนึกคิด สุข ทุกข์ อะไรสืบต่อไปอีก สำหรับคติทางพระพุทธศาสนามีความเชื่อในเรื่องของสังสารวัฏ คือการเวียนเกิดเวียนตายไปตามเหตุปัจจัยที่มาปรุงแต่ง ตราบใดที่คนเรายังมีกิเลส กรรม และวิบากเหลืออยู่ก็ต้องไปเกิดอีกในชาติหน้า ส่วนศาสนาที่มีศรัทธาในพระเจ้า (God) แนวคิดเกี่ยวกับภาวะหลังความตายก็เป็นอีกอย่างหนึ่ง

### แนวคิดเกี่ยวกับการตอบสนองต่อความตาย

#### ความเสียใจและทุกข์โศก (Grief)

เป็นการตอบสนองทางจิตใจต่อการสูญเสียจะมีความเกี่ยวข้องกับการตายของบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียความมีคุณค่า เอกลักษณะ หรือความรู้สึกผิด(Kemp C.& Mollon-Frank, G., 1996) เช่น ผู้ที่ได้รับการผ่าตัด มารดาที่คลอดทารกมีปัญหา เด็กที่ต้องเปลี่ยนโรงเรียน ผู้ที่ถูกข่มขืน ถูกกระทำการรุนแรง บุคคลที่อกหัก ว่างงานหรือเกษียณอายุ

#### ความหมาย

ความเสียใจและทุกข์โศก(Grief) หมายถึง ความรู้สึกเสียใจ (Sad) ที่เกิดขึ้นเมื่อคาดว่าจะมีการสูญเสียหรือรับรู้ตนเองสูญเสีย เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่แสดงออกทั้งสรีระและอารมณ์มีความหมายเดียวกับ “ Mourning ” และ “ Bereavement ” คำว่า “ Mourning ” หมายถึง กระบวนการแสดงออกของบุคคลมีอารมณ์จากการสูญเสีย ขณะที่ “Bereavement” คือ ระยะเวลาในกระบวนการเสียใจและทุกข์โศก ไปจนถึงการปรับตัวกลับคืนสู่ภาวะปกติ ใช้เวลาประมาณ 1 ปี

**พฤติกรรมแสดงออกของความเศร้าโศก** แบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ

**1. ความเศร้าโศกปกติ (Normal Grief Reaction)** ซึ่ง Engel (1964) และ Kuber – Ross (1969) กล่าวถึงระยะของปฏิกิริยาการสูญเสียจากการตายของบุคคลที่รัก ซึ่งเรียกว่าขั้นตอนของความเศร้าโศก (Phases of Mourning) ซึ่งสรุปได้ 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การขาดความสมดุล (Disequilibrium) บุคคลจะปฏิเสธการรับรู้ ปฏิเสธการยอมรับเกี่ยวกับการสูญเสีย ซอก ไม่เชื่อว่าการสูญเสียเกิดขึ้น และมีความหวังว่าการสูญเสียนั้นจะไม่เป็นความจริง อารมณ์ที่เป็นลักษณะเด่นคือ ร้องไห้ฟูมฟาย (weeping) และความโกรธ (anger) การร้องไห้เป็นการยอมรับการสูญเสียว่าเกิดขึ้นจริง ส่วนความโกรธเป็นลักษณะอารมณ์ของผู้ที่ผ่านการสูญเสียในระยะแรก อาจโกรธต่อพยาน บุคคลใกล้ชิด หรือตนเอง ระยะเวลาในการปฏิเสธ อาจ 2-3 นาที หลายชั่วโมงเป็นวันหรือเดือน ถ้านานเป็นเดือนก็จะเป็นความผิดปกติ

ระยะที่ 2 ความวุ่นวาย (Disorganization) เมื่อบุคคลประสบการสูญเสียยอมรับว่าการสูญเสียนั้นเกิดขึ้นจริงจะเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า มีความทุกข์ทรมาน มีความเจ็บปวดทางจิตใจ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ รู้สึกไร้ค่า อาจใช้กลไกแบบปฏิเสธความเป็นจริง (Denial) เพื่อป้องกันตนเอง อาจมีอาการหายใจขัด อ่อนเพลีย ตัวชา หน้ามืด คอแห้ง คลื่นไส้ วิงเวียน รู้สึกเลื่อนลอยไม่ยอมรับความจริงเป็นครั้งคราว ไม่ผูกพันทางอารมณ์กับผู้อื่น หมกมุ่นอยู่กับความคิด สิ่งของสัญลักษณ์ เช่น รูปถ่าย เสื้อผ้าของผู้ที่จากไป บางคนอาจจะมีประสาทหลอน (Illusion) หรือประสาทหลอน (Hallucination) พฤติกรรมจะพบใน 20-60 วันแรก

ระยะที่ 3 การกลับคืนสู่ปกติ (Reorganization) ผู้ประสบการสูญเสียจะพบความจริงว่า การสูญเสียเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงไม่สามารถเรียกร้องกลับคืนได้ จึงพยายามตัดความสัมพันธ์กับสิ่ง ของหรือบุคคลที่สูญเสียไปได้เริ่มตั้งจุดมุ่งหมายใหม่ สร้างความสัมพันธ์ใหม่ และพฤติกรรมใหม่ ๆ ซึ่งถ้าสามารถทำได้สำเร็จก็ถือเป็นการสิ้นสุดระยะของความเศร้าโศก จะใช้เวลา 6 เดือน -1 ปี

ผู้ที่ไม่สามารถปรับตัวให้เป็นไปตามระยะดังกล่าวได้จะถือว่าเป็นความเศร้าโศกที่ผิดปกติ

**2. ความเศร้าโศกที่ผิดปกติ (Pathological Grief)** เนื่องจากบุคคลไม่สามารถปรับสภาพจิตใจให้เป็นไปตามกระบวนการของความเศร้าโศกได้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 แบบ คือ

2.1 การทุกข์โศกยาวนาน (Prolonged grief) ความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความทรงจำเก่า ๆ ไม่สามารถจัดความรู้สึกหม่นหมอง เสียใจจากการสูญเสียไปได้เป็นเวลาหลายปี

2.2 ปฏิกริยาล่าช้า (Delayed Reaction) ลักษณะผิดปกติของการแสดงออก ทำให้กระบวนการของความเศร้าโศกไม่เริ่มต้น และไม่สิ้นสุด เกิดจากการที่บุคคลใช้กลไกทางจิตแบบปฏิเสธความเป็นจริง (denial) และเก็บกด (suppression) เพื่อที่จะหลีกเลี่ยงความเศร้าโศก อาจเกิดได้เป็นหลาย ๆ ปี บางรายความรู้สึกต่าง ๆ ถูกกระตุ้นขึ้นมาอีกเมื่อประสบความสูญเสียซ้ำอีก

2.3 ปฏิกริยาที่บิดเบือน (Distorted Reaction) ไม่สามารถปรับตัวตามกระบวนการเศร้าโศกได้ และเกิดความรู้สึกที่รุนแรง เช่น ความวิตกกังวลสูงมาก (Severe anxiety) กลัว (fear) ละอายใจ (guilt) ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (helplessness) โกรธ (anger) มีความขัดแย้งเกิดขึ้น และมีความเศร้าโศกเป็นเวลานานเกินไป ผลที่เกิดตามมา คือ ภาวะซึมเศร้า (depression)

นอกจากนี้ Kubler-Ross (อ้างใน Joffrion & Douglass, 1994) ได้ศึกษาปฏิบัติการตอบสนองต่อการสูญเสียของบุคคลใกล้ชิด และการสูญเสียบุคคลที่รัก ได้สรุปการแสดงออก ดังนี้

ขั้นที่ 1 ปฏิเสธ (Denial) บุคคลไม่ยอมรับและไม่เชื่อว่าเหตุการณ์หรือข้อมูลนั้นเป็นจริง

ขั้นที่ 2 โกรธ (Anger) บุคคลจะต่อต้านการสูญเสีย เช่น “ทำไมต้องเป็นฉัน” และจะแสดงความรุนแรงต่อทุกคน ทุกสิ่ง จะแสดงความโกรธผู้อื่นทั้งบุคคลากรการแพทย์และครอบครัวของตน

ขั้นที่ 3 การต่อรอง (Bargaining) บุคคลที่ใกล้ตายรับรู้ชะตากรรมของตนเองแต่ไม่ต้อง การจะตายในเวลานี้ เนื่องจากมีภาระมากมาย มักพูด “ได้โปรด มีอะไรที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้”

ขั้นที่ 4 ซึมเศร้า (Depression) เป็นระยะที่ยุ่ยากสำหรับแพทย์ พยาบาลและครอบครัว เพราะรู้สึกว่าไม่สามารถช่วยเหลืออะไรได้ ขณะเฝ้าดูให้บุคคลแสดงความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง

ขั้นที่ 5 ยอมรับ (Acceptance) ระยะที่บุคคลยอมรับความสงบของตนทั้งภายในจิตใจ และสภาพภายนอก บุคคลต้องการบุคคลสำคัญเท่านั้นที่อยู่ใกล้ ๆ สัมผัส สร้างความสุขอย่างสงบ

### **ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสูญเสียและเศร้าโศก**

บุคคลจะสามารถผ่านระยะต่าง ๆ ของกระบวนการความเศร้าโศกไปจนถึงระยะสิ้นสุดได้นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ซึ่งมีทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลทางด้านบวกและด้านลบ ปัจจัยที่มีอิทธิพลมากสำหรับบุคคลหนึ่งอาจจะมีอิทธิพลน้อยหรือไม่มีอิทธิพลใด ๆ เลยสำหรับอีกบุคคลหนึ่ง

( Padkes, 1980 ; Paphale, 1983 cited in Canine, 1996; Rando, 1984, cited in Canine,1996 )



### ปัจจัยภายใน

ความหมายของสิ่งที่สูญเสีย ( meaning of the loss ) หากผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความหมายต่อชีวิตของสมาชิกในครอบครัวมากความเศร้าโศกก็จะรุนแรงมาก

ลักษณะของสัมพันธภาพ ( qualities of the relationship ) หากผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและผูกพันมาก การจะตัดขาดหรือแยกจากจะยากมากขึ้น เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส หรือบิดามารดากับบุตร

บทบาทของผู้ป่วย ( roles of the patient ) เมื่อเกิดภาวะโศกเศร้าขึ้น ย่อมทำให้ครอบครัวเพื่อนร่วมงานของผู้ป่วยอยู่ในภาวะเสียสมดุล หากผู้ป่วยมีหน้าที่รับผิดชอบสิ่งต่าง ๆ มากก็จะส่งผลกระทบมาก เช่น การจะต้องสูญเสียผู้นำครอบครัว หรือผู้หาเลี้ยงครอบครัว บทบาทของผู้ป่วยจะต้องมีผู้รับหน้าที่แทน การแบกรับหน้าที่ที่เพิ่มมากขึ้นของสมาชิกในครอบครัวจะมีผลต่อกระบวนการเศร้าโศกและระยะเวลาในการปรับคืนสู่สภาวะสมดุลของสมาชิกในครอบครัว

อายุของผู้เศร้าโศก ( age of the griever ) ผู้มีอายุแตกต่างกันจะมีมุมมองเกี่ยวกับการสูญเสียที่จะเกิดขึ้น ความตาย และการจัดการกับความเศร้าโศกต่างกัน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูญเสียที่มีอายุน้อยจะจัดการกับความเศร้าได้ไม่ดีเท่ากับผู้ที่มีอายุมากกว่า

เพศของผู้เศร้าโศก ( griever's sex-role condition ) สังคมคาดหวังว่าผู้ชายจะรักษาบุคลิกภาพภายนอกและจัดการกับความเศร้าโศกได้ดีกว่า ในขณะที่เดียวกันก็ยอมรับให้ผู้หญิงแสดงออกได้อย่างเต็มที่ บทบาททางเพศจึงเป็นตัวกำหนดความรับรู้ของบุคคลให้แสดงออก ซึ่งพฤติกรรมว่าควรทำอย่างไร ดังนั้นการแสดงออกของผู้เศร้าโศกอาจมีบางอย่างที่ซ่อนเร้นไว้เพราะถูกกำหนดด้วยบทบาททางเพศในสังคม

สภาพจิตใจของผู้เศร้าโศก ( Griever's mental state ) สมาชิกในครอบครัวที่มีบุคลิกภาพเก็บกดซึมเศร้าจะมีอาการเศร้าโศกที่รุนแรง

วุฒิภาวะและเชาว์ปัญญาของผู้เศร้าโศก ( griever's mental & intelligence ) หากมีวุฒิภาวะและเชาว์ปัญญาดีก็จะสามารถใช้กลไกการปรับตัวได้ดี

ประสบการณ์การสูญเสียในครั้งก่อน ( previous experience with loss ) การจัดการกับความสูญเสียครั้งก่อน หากสมาชิกในครอบครัวสามารถผ่านความเศร้าโศกในครั้งก่อนได้ดี ก็จะสามารถเผชิญและจัดการกับการสูญเสียและความเศร้าโศกครั้งนี้ได้ดีเช่นกัน

### ปัจจัยภายนอก

ลักษณะเฉพาะของผู้ป่วย ( patient's unique characteristic ) สังคมโดยทั่วไปไปเชื่อว่าผู้สูงอายุ ควรจะถึงแก่กรรมก่อนวัยหนุ่มสาว ฉะนั้นการสูญเสียผู้ที่มีอายุน้อยจึงทำให้เกิดความเศร้าโศกมากกว่าการสูญเสียผู้สูงอายุ

บริบทของภาวะใกล้ตาย ( context of the dying ) สภาพแวดล้อมขณะอยู่ในภาวะใกล้ตายมีอิทธิพลต่อความเศร้าโศก เช่น สมาชิกในครอบครัวได้มีโอกาสเตรียมใจก่อนสำหรับการตายที่จะมาถึงหรือไม่ มีอะไรเป็นสาเหตุของการตาย การตายจะเกิดขึ้นเมื่อใด ถ้าเป็นการอยู่ในภาวะใกล้ตายด้วยโรคเรื้อรัง สมาชิกในครอบครัวจะมีเวลาในการเตรียมตัวปรับตัวให้ยอมรับได้ดีกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตายอย่างเฉียบพลัน

ระบบการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นประโยชน์ ( available support system ) สัมพันธภาพที่มีมานานจะช่วยให้บุคคลดูแล ประคับประครอง และเอาใจใส่ซึ่งกันและกันมากกว่าที่เพิ่งจะเริ่มต้น ดังนั้น การช่วยเหลือในเครือญาติจะช่วยให้ผ่านความเศร้าโศกไปได้ดีขึ้น

พื้นฐานทางวัฒนธรรม ( cultural background ) แต่ละวัฒนธรรมจะมีความแตกต่างกันในพฤติกรรมเกี่ยวกับความเศร้าโศก ถ้าสังคมยอมรับการแสดงออกได้จะช่วยได้มากกว่าการที่ต้องเก็บกดความรู้สึกต่าง ๆ เอาไว้

สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ( socioeconomic status ) การที่ต้องสูญเสียผู้ที่เป็เสาหลักของครอบครัว จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว ปัญหาเกี่ยวกับความเศร้าโศกจะรุนแรงมาก

พิธีกรรมเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและการตาย ( Funerary rituals ) การประกอบพิธีกรรมทางศาสนามีส่วนช่วยให้เกิดการยอมรับการตายที่จะมาถึง โดยมีสังคมเข้ามาช่วยทำให้เกิดการยอมรับได้ดีขึ้น

### การพยาบาลบุคคลที่อยู่ในภาวะการณ้สูญเสีย

ศิริรัตน์ จำปีเรือง (2556) ได้เรียบเรียงการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลบุคคลที่อยู่ในสถานการณ้สูญเสีย โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. การป้องกันระยะที่ 1 (Primary prevention) เป้าหมายเพื่อลดโอกาสที่จะเกิดความเศร้าโศกผิดปกติ บทบาทพยาบาล คือ การให้ความรู้ ให้การปรึกษา ก่อนที่การสูญเสียเกิดเพื่อเตรียมตัว โดยให้บุคคล ครอบครัวพูดถึงการสูญเสียที่เกิดขึ้นทุกระยะในชีวิต การพยาบาล คือ

1.1 แจ้งข่าวการตาย ให้แก่สมาชิกครอบครัวทั้งกลุ่ม แทนที่จะแจ้งแก่สมาชิก คนใดคนหนึ่ง ในสถานที่เหมาะสม เพื่อกลุ่มคนจะได้ประคองจิตใจกันและแสดงความเศร้าโศกได้

1.2 เปิดโอกาสให้ญาติได้กระทำตามต้องการหากเป็นไปได้ จะช่วยให้ยอมรับง่ายขึ้น

1.3 ยอมรับการแสดงความโกรธของญาติว่าเป็นปฏิกิริยาต่อการสูญเสีย

2. การป้องกันระยะที่ 2 (Secondary prevention) เป้าหมายเพื่อลดระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการเศร้า ผู้ป่วยอาจจะยับยั้งปฏิกิริยาการแสดงความเศร้าโศกก็ได้ พยาบาลต้องให้กระบวนการเศร้าโศกเกิดขึ้นปฏิกิริยาความเศร้าโศกที่ผิดปกติ (Pathological Grief Reaction) อาจมีอาการ ดังนี้

อารมณ์เศร้า อาฆาตมาดร้ายรุนแรง ความรู้สึกเฉยชา ว่างเปล่าเป็นเวลานานไม่สามารถแสดงหรือระบายความเศร้าโศกออกมา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีความผันเกี่ยวกับการสูญเสียหรือบุคคลที่สูญเสียเสมอ ๆ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อกระตุ้นให้ระลึกถึงการสูญเสียนั้น ๆ

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ยอมรับการแสดงเศร้าโศก และ/หรือการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วย
2. ให้โอกาสผู้ป่วยได้สำรวจตนเอง ทั้งความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ความมีคุณค่าในตนเอง
3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพที่มีคุณค่ากับบุคคลอื่น
4. ให้กำลังใจแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่า ความเศร้าโศกเป็นสิ่งที่บุคคลสามารถผ่านพ้นไปได้
5. จัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยลดความหมกมุ่นเกี่ยวกับตนเอง
6. สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยได้ค้นหาวิธีปรับตัวในทางที่สร้างสรรค์เหมาะสมตนเอง
7. ดูแลความต้องการด้านร่างกาย เช่น รับประทานอาหารและน้ำ การพักผ่อนที่เพียงพอ
8. การให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่าง ๆ เช่น การได้รับยา การทำจิตบำบัด

3. การป้องกันระยะที่ 3 (Tertiary prevention) เป้าหมายเพื่อลดการเกิดอาการเศร้า เช่น ผู้ป่วยที่เศร้านาน ๆ มักแยกตัว ไม่มีความหวังในชีวิต การพยาบาลระยะนี้ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงการสูญเสีย รับรู้พฤติกรรม ความรู้สึกที่แสดงออก ให้หาแนวทางเผชิญความรู้สึกอย่างเหมาะสม

### 3. ขอบเขตและความหมายของการตายโดยสงบ

ปัญหาสำคัญที่สุดประการหนึ่งของการตายโดยสงบก็คือ ความหมายของถ้อยคำต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนักกฎหมายและแพทย์ทั่วโลกต่างมีความเห็นเกี่ยวกับขอบเขตของการตายโดยสงบแตกต่างกันออกไป ในประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน การแยกแยะความแตกต่างระหว่างการทำให้อาชีพผู้ป่วยตายโดยสงบ การฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ และการยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตในการบำบัดรักษา ยังมีความชัดเจนไม่มากนัก นักกฎหมายบางท่านเห็นว่าการไม่นำเครื่องมือทางการแพทย์มาช่วยชีวิตผู้ป่วยถือเป็นการทำให้อาชีพผู้ป่วยตายโดยสงบรูปแบบหนึ่ง ขณะที่แพทย์บางท่านก็เห็นว่าการให้ความช่วยเหลือในการฆ่าตัวตายก็เป็นการทำให้อาชีพผู้ป่วยตายโดยสงบเช่นกัน ความคลุมเครือของคำจำกัด

ความเช่นนี้ทำให้การพิจารณาปัญหาต่าง ๆ เป็นไปอย่างปราศจากหลักเกณฑ์และไม่สามารถแก้ไข  
ปัญหาได้ดีเท่าที่ควร จึงควรทำการศึกษาขอบเขตและความหมายของการตายโดยสงบในแต่ละกรณี

## 1. การทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบ (Euthanasia)

คำว่า “Euthanasia” มีความหมายอย่างกว้างว่า การตายดี ซึ่งมาจากภาษากรีก คำว่า “Eu”  
หมายถึง ดี กับคำว่า “Thanatos” ซึ่งหมายถึง ตาย ความเข้าใจในปัจจุบันของคำนี้ มีความหมายว่า การ  
ก่อให้เกิดความไม่เจ็บปวด และการทำให้ตายโดยสงบ โดยเฉพาะเมื่อกล่าวถึงความทุกข์ทรมานจากความ  
เจ็บปวดและโรคที่รักษาไม่หาย จึงอาจกล่าวได้ว่า คำว่า “Euthanasia” คือการที่แพทย์ทำให้คนไข้ตาย  
โดยปราศจากความเจ็บปวดหรือการทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานอย่างมากจากโรคที่รักษาไม่หาย  
ตาย ด้วยความรู้สึกที่เมตตาสงสารต่อคนไข้หรือผู้ป่วยนั้น ทั้งนี้ในภาษาอังกฤษมีการใช้คำว่า “Mercy  
Killing” แทนคำว่า “Euthanasia” จึงมีผู้แปลคำนี้ว่า “การุณยฆาต” ซึ่งหมายความว่า การฆ่าด้วยความ  
ประสงค์ที่จะให้ผู้นั้นพ้นจากความทุกข์ทรมาน

ในปัจจุบันมีการแบ่งแยกประเภทของการทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบออกเป็น 2 ลักษณะ  
ด้วยกัน คือการจำแนกจากลักษณะการกระทำของการทำให้ตาย กับการจำแนกจากเจตนาของผู้ป่วย  
ก่อนที่จะถึงแก่ความตาย กล่าวคือ

### 1.1. พิจารณาลักษณะการกระทำ

เมื่อพิจารณาจากลักษณะการกระทำ การทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบอาจแบ่งได้เป็น 2  
ประเภท กล่าวคือ

1.1.1. การทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบโดยกระทำต่อเนื้อตัวร่างกายของผู้ป่วย  
(Active Euthanasia) มีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย ดังนี้

न्हน อินทนนท์ (2546) ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยถึงแก่  
ชีวิตโดยเจตนา และผู้กระทำได้กระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดต่อเนื้อตัวร่างกายของผู้ป่วยโดยตรง เช่น  
การฉีดยา ซึ่งโดยผลของการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย

พระมหาวิโรจน์ วิโรจน์ (2545) ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึงการทำให้ตาย  
โดยตรงโดยการให้ยาพิษ หรือฆ่าให้ตาย หรือถอดสายออกซิเจนที่ให้แก่ผู้ป่วยอันเป็นเหตุให้ตายอย่าง  
สงบ

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2531) ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง การที่แพทย์ฉีดยา  
หรือให้ยาแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยตายโดยไม่เจ็บปวด หรือการหยุดเครื่องช่วยหายใจเพื่อให้ผู้ป่วยตาย  
อย่างสงบ

วิไลวรรณ ชัยรัตนโมกร (2540) ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึงการที่แพทย์

ฉีดยา ให้ยา หรือกระทำโดยวิธีอื่นที่ทำให้ผู้ป่วยตายโดยตรง

1.1.2. การทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบโดยไม่กระทำต่อเนื้อตัวร่างกายของผู้ป่วย (Passive Euthanasia) มีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย ดังนี้

นันทน อินทนนท์ (2546) ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตโดยเจตนา แต่ผู้กระทำมิได้กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อเนื้อตัวร่างกายของผู้ป่วย ทั้งยังปฏิเสธที่จะเข้าแทรกแซงเพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย และโดยเหตุแห่งการปฏิเสธเช่นนี้เองทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย

พระมหาวิโรจน์ วิโรจน์ (2545) ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง การที่แพทย์งดเว้นไม่ใช้เครื่องมือแพทย์ยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปทั้งที่ทำได้ เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยตายโดยวิธีทางธรรมชาติ

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2531) ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง การที่แพทย์ปล่อยให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายตามธรรมชาติ โดยไม่นำเครื่องมือต่าง ๆ จาก เทคโนโลยีสมัยใหม่ช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปอีก

วิไลวรรณ ชัยรัตน์ (2540) ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง การที่แพทย์ยอมหรือปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายโดยไม่ให้การรักษา หรือยกเลิกการรักษาและยืดชีวิตของผู้ป่วยไว้ได้ เช่น ไม่ทำการผ่าตัดรักษาผู้ป่วย ไม่ให้ยาหรือไม่ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย เป็นต้น แต่ทั้งนี้ แพทย์ยังคงให้การรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายและลดความทุกข์ทรมาน และเป็นการดูแลรักษาที่พึงให้ตามปกติในผู้ป่วยที่ใกล้ตาย เช่น การให้ยาบรรเทาปวด รวมถึงการรักษาที่พึงให้ตามปกติแก่ผู้ป่วยที่ใกล้จะตาย

## 2. การยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตผู้ป่วยในการบำบัดรักษา (Withholding/Withdrawal of Life-sustaining Medical Treatment)

การยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตผู้ป่วยในการบำบัดรักษาอาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

2.1.การยับยั้งการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตในการบำบัดรักษา (Withholding of Life-sustaining Medical Treatment) (นันทน อินทนนท์, 2544; หน้า 138 อ้างถึงใน ดารณี ภัทรมังกร, 2548) ซึ่งหมายความว่า การไม่เริ่มต้นใช้เครื่องมือช่วยชีวิตในการบำบัดรักษาผู้ป่วย ซึ่งหากได้มีการใช้เครื่องมือดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยสามารถมีอายุยืนต่อไปอีกได้ เช่น การระงับการกระตุ้นหัวใจ (Cardiopulmonary Resuscitation) การงดการใช้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) หรือการละเว้นการเปลี่ยนถ่ายเลือด (Blood Transfusion) เป็นต้น

2.2.การเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตในการบำบัดรักษา (Withdrawal of Life-sustaining Medical Treatment) (นันทน อินทนนท์, 2544; หน้า 138 อ้างถึงใน ดารณี ภัทรมังกร, 2548) ซึ่งหมายความว่า การเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตในการบำบัดรักษาผู้ป่วย ซึ่งหากได้มีการ

ใช้เครื่องมือดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยสามารถมีอายุยืนยาวต่อไปอีกได้ เช่น การถอดเครื่องช่วยหายใจออกจากผู้ป่วย เป็นต้น

โดยทั่วไปแล้วเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่ต้องกระทำเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยให้ผู้ป่วยฟื้นคืนชีวิตได้อย่างคนปกติ แต่มิได้ป้องกันมิให้การตายของผู้ป่วยนั้นเกิดขึ้น ก็เพราะเหตุผลง่าย ๆ ที่ว่าคนเราต้องตายทุกคน การใช้เครื่องมือเพื่อป้องกันมิให้คนตายจึงดูไร้เหตุผลและฝืนธรรมชาติ เมื่อผู้ป่วยคนนั้นไม่มีทางฟื้นได้เลยอยู่แล้ว แพทย์จึงไม่มีหน้าที่ที่จะต้องกระทำโดยใช้เครื่องมือดังกล่าวไปป้องกันการตายของผู้ป่วยรายนั้น ซึ่งเห็นว่าเป็นการเกิดขอบเขตหน้าที่ของแพทย์ที่จะรักษาผู้ป่วยผู้นั้นด้วยการยืดชีวิตของผู้ป่วยออกไป อันเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยให้ยาวนานออกไปอย่างไรประโยชน์ เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งปอดต่อมาเกิดโรคปอดบวมซึ่งต้องใช้ยาปฏิชีวนะรักษา การที่แพทย์ชอบที่จะทำได้ การไม่กระทำการของแพทย์ดังกล่าวจึงไม่ใช่การงดเว้นการที่จักต้องกระทำเพื่อป้องกันผล แพทย์ย่อมไม่มีความปิดท้าวแต่อย่างใด

ซึ่งการยุติการใช้เครื่องช่วยชีวิตในการบำบัดรักษามีความแตกต่างจากการทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบ กล่าวคือ การยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตในการบำบัดรักษาไม่ว่าจะเป็นการยับยั้งหรือการเพิกถอน เป็นการกระทำที่แพทย์ ผู้กระทำมิได้มีเจตนาที่จะทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย แต่เป็นการปล่อยให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายตามธรรมชาติ สาเหตุของความตายจึงเกิดขึ้นจากโรคภัยไข้เจ็บที่ผู้ป่วยมีมาก่อน ส่วนการทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบนั้นเป็นการกระทำที่ผู้กระทำมีเจตนาให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย และการกระทำนั้นก็เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายด้วย นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความเห็นว่า การหยุดเดินเครื่องช่วยหายใจมิได้มีผลทำให้ผู้ป่วยตายโดยตรงและมีได้ทำให้ผู้ป่วยตายทันที เหตุที่ผู้ป่วยไม่ได้รับออกซิเจนเพราะผู้ป่วยหายใจเอาออกซิเจนเข้าไปไม่ได้เอง การหยุดเดินเครื่องช่วยหายใจจึงต่างกับการที่คนเราเอามืออุดปากอุดจมูกคนอื่นเพื่อมิให้เขาได้รับออกซิเจน ทั้งการหยุดเดินเครื่องช่วยหายใจนี้ก็มีได้ทำอะไรมาก โดยตรงต่อเนื่องตัวร่างกายแก่ผู้ป่วยแต่อย่างใด จึงมิใช่เป็นการกระทำที่เป็นการฆ่า

### 3. อิทธิพลทางความคิดของสิทธิที่จะตาย

ประเด็นปัญหาเรื่องสิทธิที่จะตาย ก็เป็นหนึ่งในข้อวิพากษ์วิจารณ์อันเป็นปัญหาสิทธิมนุษยชนประเด็นหนึ่งมาตั้งแต่ในอดีต สืบเนื่องมาจากรากฐานทางความคิดที่ให้นุชนชนมี “สิทธิ” อย่างเท่าเทียมกันในการตัดสินใจที่จะประพฤติดหรือกระทำสิ่งใดด้วยศักดิ์และสิทธิ์แห่งความเป็นมนุษย์อย่างสมเกียรติภูมิ จึงดูเหมือนว่าแนวคิดดังกล่าวเป็นรากฐานสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุน “สิทธิในความเป็นอยู่ส่วนตัว” ทั้งสิทธิในเชิงรูปธรรมและสิทธิในเชิงนามธรรม

นอกจากรากฐานทางความคิดตามหลักสิทธิมนุษยชนซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาด้านกฎหมายแล้ว ประเด็นเรื่องสิทธิที่จะตายยังเกี่ยวเนื่องด้วยปัญหาทางด้านศาสนา ศีลธรรมและจริยธรรม ที่ควรต้องนำมาพิจารณาประกอบด้วย

### 3.1. แนวคิดตามหลักสิทธิมนุษยชน

จะเห็นได้ว่าสิทธิที่จะตายเป็นสิทธิที่ปรากฏขึ้นภายใต้การอ้างเหตุผลจาก “สิทธิในชีวิต” หรือบ้างก็อ้างว่าเป็นสิทธิที่ขยายมาก “สิทธิในความเป็นอยู่ส่วนตัว” เมื่อสำรวจแนวความคิดในประเทศทางตะวันตก พบว่ามีการแบ่งแนวความคิดออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ๆ คือ

#### 3.1.1. แนวคิดแบบเสรีนิยม

มีพื้นฐานความเชื่อที่ว่ามนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความสามารถในการใช้เหตุผล ประเด็นสิทธิในชีวิตอาจเกิดขึ้นได้ 2 แง่มุม คือ หนึ่ง เพื่อปกป้องชีวิตตนเอง เพื่อแสวงหาความสุข และสอง เพื่อปกป้องชีวิตตนเอง เพื่อหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานเมื่อการมีชีวิตอยู่เหลือแต่ความปวดร้าวและทุกข์ทรมานจึงไม่มีประโยชน์อันให้ที่จะยืดชีวิตอีกต่อไป โดยเห็นว่าสิทธิในชีวิตเป็นสิทธิที่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง มิใช่เป็นสิทธิที่ได้รับมอบหมาย สิทธิดังกล่าวนี้จึงเป็นเสมือนสิทธิในเสรีภาพ สิทธิที่จะตายเป็นเสมือนคนละข้างของเหรียญเดียวกันกับสิทธิที่จะมีชีวิต อยู่บนพื้นฐานสิทธิในการเป็นนายของตนเองที่สามารถจัดการกับชีวิตของตนเองตามที่ต้องการ โดยมีจุดยืนบนผลประโยชน์เป็นการสะท้อนถึงความจริงในทางการแพทย์เมื่อวิทยาการทางการแพทย์เพียงแต่ช่วยยืดชีวิตไม่ใช่การบำบัดรักษา การทำให้ตายโดยสงบเป็นไปเพื่อช่วยให้พ้นทุกข์ทรมานอันเป็นหน้าที่นอกจากการบำบัดรักษา

แนวคิดเช่นนี้ไม่ต่างอะไรจากกลุ่มประโยชน์นิยม ในประเด็นนี้ เดวิด ฮูม นักปราชญ์ชาวอังกฤษได้แสดงแนวคิดในแง่มุมเดียวกันไว้ว่า บุคคลที่ตัดสินใจจบชีวิตตัวเองมิได้เป็นผู้ทำร้ายสังคม เขาเพียงแต่หยุดประโยชน์เท่านั้น แม้จะทำให้เกิดความเสียหายก็ถือได้ว่าเป็นความเสียหายขั้นต่ำที่สุด พ้นระยะทั้งหลายที่มีต่อสังคมมีทั้งให้และรับ หากตัดสินใจที่จะถอนตัวข้อผูกมัดจากสังคมก็ควรจบด้วยเช่นเดียวกัน

แนวคิดของกลุ่มเสรีนิยมในภาพรวมมิได้มีจุดมุ่งหมายให้มนุษย์ทุกคนใช้สิทธิที่จะตาย หากแต่ใช้สิทธิในการเลือกควบคุมการดำเนินชีวิตได้ หากบุคคลใดพึงพอใจที่จะมีชีวิตอยู่ก็ควรมีสิทธิในชีวิต ในทางตรงข้ามหากบุคคลใดต้องการหยุดชีวิตตนไม่ว่ากรณีใดก็ตามบุคคลนั้นก็ควรจะมีเสรีภาพในการเลือกใช้สิทธิที่จะตาย ทั้งนี้แนวคิดดังกล่าวตั้งอยู่บนพื้นฐานที่เชื่อว่ามนุษย์มีความสามารถในการใช้เหตุผล ดังนั้นไม่ว่ามนุษย์แต่ละคนเลือกใช้สิทธิใดก็ตามล้วนแต่เป็นเรื่องที่เป็นไปได้และไม่เป็นการสมควรที่จะได้รับการแทรกแซงจากกลุ่มใดไม่ว่าจะเกิดศาสนา กฎหมาย กฎเกณฑ์อื่นใดในสังคมมนุษย์ก็ตาม

### 3.1.2. แนวคิดแบบอนุรักษ์นิยม

มีพื้นฐานแนวคิดมาจากศาสนาโดยเฉพาะศาสนาประเภทเทวนิยมที่มีความเชื่อดั้งเดิมเกี่ยวกับพระเจ้าผู้สร้างทุกสรรพสิ่ง แม้แต่สิทธิในชีวิตของมนุษย์ก็ต้องขึ้นอยู่กับพระเจ้าด้วยเช่นกัน

แนวคิดดังกล่าวแสดงถึงการปฏิเสธการใช้สิทธิที่จะตายโดยปริยายไม่ว่าจะเป็นอัตวินิบาตกรรม (Suicide) หรือ การุณยฆาต (Euthanasia) ก็ตาม ในกรณีนี้ โทมัส อีควินัส ได้เคยประณามบุคคลผู้ฆ่าตัวตาย รวมทั้งกรณีฆ่าตัวตายโดยให้ผู้อื่นช่วยเหลือ โดยให้เหตุผลว่าการฆ่าตัวตายเป็นสิ่งชั่วร้าย เพราะเป็นการฝ่าฝืนชีวิตตามธรรมชาติ เป็นการสร้างบาปให้ผู้อยู่รอบข้าง และชีวิตเป็นสิ่งที่พระเจ้าประทานมา ทั้งยังไม่ชอบด้วยกฎหมายและขัดต่อศีลธรรม นอกจากนี้ในทางปฏิบัติแทบเป็นไปไม่ได้ว่าผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเอง แต่จะขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของแพทย์ที่จะตัดสินใจคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ขัดต่อจริยธรรมที่ถือปฏิบัติจากคำปฏิญาณของฮิปปอกเรติส ความเชื่อในตัวแพทย์ก็จะน้อยลง การอนุญาตให้มีการทำให้ตายโดยสงบอาจกลายเป็นสิ่งที่ไม่อาจควบคุมและนำไปสู่การใช้โดยไม่ชอบ และเกิดการใช้สิทธิโดยผู้ที่วิตกกังวลที่จะเป็นภาระแก่ครอบครัวในการเห็นเป็นหน้าที่แทนจะเป็นสิทธิ

#### ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย

ความต้องการเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติอยู่ในบุคคลทุกคน ซึ่งความต้องการจะเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องตั้งแต่เกิดจนตายและมีความต้องการทั้งในเวลาปกติและเจ็บป่วย ความต้องการที่เป็นปัจจัยดำรงชีวิต ได้แก่ ความต้องการทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

ความต้องการจะเกิดขึ้นเมื่อขาดความสมดุล ( สุชา จันทน์นอม, 2538) ถ้าความต้องการเหล่านี้ไม่ได้รับการตอบสนอง อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดอาการเจ็บป่วยทางกาย เกิดความกระวนกระวายและทุกข์ทรมานได้ แต่ถ้าความต้องการนั้นได้รับการตอบสนองจะทำให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยสามารถดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างปกติและมีประสิทธิภาพ โดยความต้องการต่าง ๆ เหล่านี้อาจแสดงออกโดยการบอกล่า ทางพฤติกรรม หรือบางครั้งก็ซ่อนเร้น ( Johnson & Johnson, 1976 )

ผู้ที่มิบทบาทในการให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว จึงมีความจำเป็นที่ต้องรู้ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย การประเมินความต้องการเป็นขั้นตอนแรกที่จะทำให้ทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง เพื่อที่จะสามารถให้ความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ( Orlando, 1982 )

มีผู้ให้ความสนใจศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย ไว้ดังนี้ แฮมพ์ (Hampe, 1975 ) ศึกษาความต้องการของคู่สมรสผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต โดยมอง



ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของกลุ่มสมรส จำนวน 27 คน สามารถสรุปความต้องการได้ 2 ลักษณะคือ ความต้องการเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย และความต้องการเกี่ยวกับตัวกลุ่มสมรสเอง ซึ่ง พบความต้องการประกอบด้วย 8 ด้าน คือ 1) ต้องการใกล้ชิดกับผู้ป่วย 2) ต้องการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย 3) ต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย 4) ต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย 5) ต้องการได้รับการแจ้งเกี่ยวกับการตายของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น 6) ต้องการได้ระบายความรู้สึก 7) ต้องการความสุขสบาย และได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว 8) ต้องการการยอมรับและสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ

ดราคุบ และบรู (Dracup & Breu, 1978 ) ได้นำผลการศึกษาความต้องการของกลุ่มสมรสผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ แฮมพ์ (Hampe, 1975) มาใช้ในการให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ซึ่ง ทำการศึกษาในกลุ่มสมรสที่มีภาวะเศร้าโศกจากการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคหัวใจที่มีอาการรุนแรง จนอาจตายได้ จำนวน 26 คน โดยแบ่งกลุ่มสมรสออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกให้การดูแลตามปกติของหอผู้ป่วย กลุ่มที่ 2 ให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการตามการศึกษาของแฮมพ์คือ โทรศัพท์บอกอาการของผู้ป่วยแก่กลุ่มสมรสที่บ้านวันละ 2 ครั้ง จัดพยาบาลให้การดูแลและให้ข้อมูลแก่กลุ่มสมรสเป็นคน เดิมสม่ำเสมอ ยืดหยุ่นเวลาการเข้าเยี่ยมตามความต้องการของกลุ่มสมรส ใช้เวลาแก่กลุ่มสมรสวันละ ประมาณ 15 นาที ในการพูดคุยและให้กลุ่มสมรสได้ระบายความรู้สึก ซึ่งผลการศึกษา พบว่า กลุ่มสมรสที่ได้รับการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการมีความพึงพอใจต่อบริการมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

จากการศึกษาดังกล่าว ทำให้ดราคุบ และบรู (Dracup & Breu, 1978 ) สรุปรวมความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความต้องการบรรเทาความวิตกกังวล เป็นความต้องการที่จะได้พูดคุยกับผู้อื่นเกี่ยวกับความรู้สึกและความกลัวต่าง ๆ ได้พูดคุยกับพยาบาลที่มีความคุ้นเคย มีสถานที่ที่เป็นส่วนตัวขณะพูดคุยและระบายความรู้สึก มีผู้แนะนำวิธีการลดความวิตกกังวล และได้รับอนุญาตให้ทำพิธีกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยได้ตามความเชื่อ

2. ด้านความต้องการข้อมูลข่าวสาร เป็นการได้รับคำอธิบาย ชี้แจงและแนะนำจากผู้ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ ชัดเจน ถูกต้องและตรงตามความเป็นจริงเกี่ยวกับอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและเหตุผล การให้บริการต่าง ๆ และกฎระเบียบของหอผู้ป่วยหนักและโรงพยาบาล

3. ด้านความต้องการอยู่กับผู้ป่วย เป็นความต้องการที่จะอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้ติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ได้เข้าเยี่ยมดูอาการของผู้ป่วยใกล้ ๆ แม้ในช่วงสุดท้ายของชีวิตหรือได้รอยู่ในที่พักรอเยี่ยมที่ใกล้หอผู้ป่วยมากที่สุด

4. ด้านความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นการมีส่วนร่วมในการดูแลความ  
สุขสบายและบรรเทาทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์บาลได้พูดคุยเพื่อปลอบใจ  
และให้กำลังใจผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการและการรักษาที่ให้อยู่ และเป็นแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือ  
ต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย

5. ด้านความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ เป็นความต้องการเพื่อตนเอง ได้แก่  
การได้รับความดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย ความสะดวกสบาย การมีคนคอยให้กำลังใจคอย  
อยู่เป็นเพื่อนใกล้ ๆ เมื่อต้องการความช่วยเหลือ ช่วยแบ่งเบาปัญหาและภาระงานต่าง ๆ และมีแหล่งให้  
การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านเศรษฐกิจและอื่น ๆ

มอเดอร์ ( Molter, 1979) สำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่  
คุกคามต่อชีวิต โดยสร้างแบบสำรวจความต้องการแนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤต เพื่อศึกษาสมาชิกใน  
ครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต จำนวน 40 คน พบว่า ความต้องการที่สมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญ  
มาก 10 อันดับแรก คือ 1) ต้องการมีความหวัง 2) ต้องการให้เจ้าหน้าที่สนใจดูแลผู้ป่วย 3) ต้องการมีที่  
พักเยี่ยมใกล้หอผู้ป่วย 4) ต้องการได้รับแจ้งทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง 5) ต้องการ  
ทราบการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย 6) ต้องการการตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริง 7) ต้องการ  
ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย 8) ต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างน้อยวันละครั้ง 9) ต้อง  
การได้รับคำอธิบายด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย และ 10) ต้องการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อย ๆ

เคลียร์นเพล และพาวเวอร์ส (Kleinpell & Powers, 1992) ศึกษาสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจำนวน  
64 คน โดยการสัมภาษณ์ พบว่า ความต้องการที่สำคัญที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยต้องการ 5 อันดับ  
แรก คือ การตอบคำถามอย่างตรงไปตรงมา การโทรศัพท์บอกเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง บอก  
เหตุผลของการรักษาพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วย บอกการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยและบอกเกี่ยวกับแผนการ  
รักษาที่จะให้กับผู้ป่วยต่อไป

#### 4. หลักพุทธธรรมที่ใช้สำหรับการเตรียมตัวตายอย่างสงบ

บุคคลทั่วไปส่วนมาก มองเห็นความตายเป็นสิ่งที่น่ากลัวน่าสลดใจ บางครั้งต้องหลีกเลี่ยงคำพูดที่  
เกี่ยวกับความตายถือว่าเป็นมงคล แต่ในทางพระพุทธศาสนาเห็นว่า ความตายเป็นสิ่งที่มีความหมาย  
สามารถถือเอาสารประโยชน์ได้หลายประการ ทำให้มนุษย์รู้จักปล่อยวาง เมื่อถึงเวลาตายต้องตายด้วย  
ความสลดออกไป ปล่อยวางออกไป ตายด้วยจิตว่างไม่ต้องสู้ดิ้นรนเพื่อจะไม่ตาย หากเข้าใจเหตุ  
ปัจจัยพื้นฐานที่จะต้องตายแล้วยอมไม่ต้องกังวลเลย ปัจจัยพื้นฐานที่จะทำให้เราทราบเกี่ยวกับความเสี่ยง  
ในการใช้ชีวิตของมนุษย์ ก็คือเหตุที่ทำให้อายุคนเราสั้น และอายุยืน มีสาเหตุอย่างละ 5 ประการ คือ

๒๖. / ๕

๗ ๗๘๔ ๖

๒. ๔

3 4 6 9 5 1

สาเหตุที่ทำให้อายุสั้น 5 ประการ ได้แก่

- 1.) บุคคลไม่กระทำความสบายแก่ตนเอง
- 2.) ไม่รู้จักประมาณในสิ่งที่สบาย
- 3.) บริโภคสิ่งที่ย่อยยาก
- 4.) เป็นคนทุศีล
- 5.) มีมิตรเลวทราม

สาเหตุที่ทำให้อายุยืน 5 ประการ ได้แก่

- 1.) บุคคลยอมเป็นผู้ทำความสบายให้แก่ตนเอง
- 2.) รู้จักประมาณในสิ่งที่สบาย
- 3.) บริโภคสิ่งที่ย่อยง่าย
- 4.) เป็นผู้มั่งคั่ง
- 5.) มีมิตรดีงาม

สมเด็จพระมหาสมณเจ้า กรมพระยาชิรญาณวโรรสได้รจนาหลักอภินิหารปัจเจกบุคคล ซึ่งพระพุทธองค์ทรงแสดงแก่พุทธบริษัท ให้พิจารณาสังขารด้วยความไม่ประมาณ 5 ประการ ดังนี้

- 1.) ควรพิจารณาทุกวัน ๆ ว่า เรามีความแก่เป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความแก่ไปได้
- 2.) ควรพิจารณาทุกวัน ๆ ว่า เรามีความเจ็บเป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความเจ็บไปได้
- 3.) ควรพิจารณาทุกวัน ๆ ว่า เรามีความตายเป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความตายไปได้
- 4.) ควรพิจารณาทุกวัน ๆ ว่า เราจักต้องพลัดพรากจากของรักของชอบใจทั้งสิ้น
- 5.) ควรพิจารณาทุกวัน ๆ ว่า เรามีกรรมเป็นของตัว เราทำดีจักได้ดี ทำชั่วจักได้ชั่ว

หลักธรรมอริยมรรคมีองค์ 8 เป็นหลักธรรมหนึ่งที่ใช้สำหรับการเตรียมตัวตายอย่างสงบและสามารถปล่อยวางในศีล สมาธิ และปัญญา ได้ดังนี้

- 1.) มีวาจาชอบ ทำการงานชอบ เลี้ยงชีวิตชอบ ย่อมลงในศีลสิกขา
- 2.) มีความเพียรชอบ มีความระลึกรู้ชอบ มีความตั้งจิตไว้ชอบ ย่อมลงในสมาธิสิกขา
- 3.) มีความเห็นชอบ มีความดำริชอบ ย่อมลงในปัญญาสิกขา

ศีล (Morality) คือข้อปฏิบัติเพื่อควบคุมกาย และวาจา ให้เป็นปกติ ทำให้บุคคล ครอบคร้ว และสังคมไม่เดือดร้อน อยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข หรือ ข้อบัญญัติทางพระพุทธศาสนาที่กำหนดการ

ปฏิบัติทางกาย และวาจา ทำให้เป็นปกติ ทำให้บุคคล ครอบครัว และสังคมไม่เดือดร้อน อยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข หรือข้อบัญญัติทางพระพุทธศาสนาที่กำหนดการปฏิบัติทางกายและวาจา

ศีล 5 ได้แก่ 1) ไม่ล่วงละเมิดจากการฆ่าสัตว์ 2) ไม่ล่วงละเมิดในการถือเอาของที่เขาไม่อนุญาต 3) ไม่ล่วงละเมิดจากประพฤติดนในกาม 4) ไม่ล่วงละเมิดจากการพูดเท็จ พูดปด พูดส่อเสียด พูดเพ้อเจ้อ 5) ไม่ละเมิดจากการดื่มน้ำเมาอันเป็นฐานแห่งความประมาท อีกอันหนึ่งซึ่งเป็นสิ่งคู่กันกับศีล 5 เรียกว่า เบญจธรรม (The five ennobling virtues) คือ 1) การมีเมตตากรุณา 2) การประกอบอาชีพสุจริต 3) การสำรวมในกามมีความพอใจในคู่ครองของตน 4) การรักษาความสัตย์มีความจริงใจ และ 5) การมีสติรอบคอบ

ศีล 8 คือ ศีลที่บุคคลทั่วไปที่ประพฤติปฏิบัติ มีทั้งหมด 8 ข้อ ต่อจากศีล 5 คือ 6) ห้ามรับประทานอาหารในยามวิกาล 7) ห้ามไม่ให้เที่ยวชมการละเล่น ประโคมดนตรี 8) ห้ามตกแต่งร่างกายด้วยของหอม

ศีล 10 คือ ศีลที่ถือปฏิบัติในหมู่บ้านนักบวชเช่นสามเณร สำหรับประเทศไทยได้แก่ ชายไทยที่บวชแล้วอายุยังไม่ถึง 20 ปี เพิ่มเติมจากศีล 8 อีก 2 ข้อ คือ 9) ห้ามที่นั่งที่นอนสูงเกิน 1 ศอก และอ่อนนุ่ม เพื่อไม่หลงใหลในความสะดวกสบาย 10) ห้ามรับเงินและทอง คือไม่เก็บสะสมเงินทอง

ศีล 227 หรือ ปาฏิโมกขศีล เป็นศีลของพระภิกษุจะเรียกว่าพระวินัยก็ได้ หรือจะเรียกกฎหมายของพระก็ได้ เพราะมีบทกำหนดโทษไว้ชัดเจน วินัยจะมีส่วนหยาบกว่าศีล มีขึ้นเพื่อนปกครองป้องกันศาสนา คอยกำราบปราบปรามคนไม่ให้ทำชั่ว ไม่ให้ทำลายศาสนา สำหรับศีลนั้นมุ่งเพื่อให้คนขัดเกลากิจใจจนเกิดความรู้สึกของจิต เป็นภาวะเข้าสู่ความเป็นพระอริยะต่อไป ศีลหรือ วินัยที่มีในพระปาติโมกข์ มีจำนวน 227 ข้อ คือ 1) ปาราชิกมี 4 ลักษณะท ถือว่าเป็นอาบัติหนักเมื่อทำผิดต้องขาดจากความเป็นภิกษุ คือ เสพเมถุน ลักทรัพย์ ฆ่ามนุษย์ ฆาตอดตริมนุสสรธรรมคืออวดธรรมที่ไม่มีในตน 2) สังฆาทิเสส มี 13 ลักษณะท เมื่อทำผิดแล้วจะต้องอยู่กรรมจึงจะพ้นอาบัติ 3) อนียต มี 2 ลักษณะท เช่น นั่งในที่ลับหลับตากับผู้หญิงสองต่อสอง หรือที่รโหฐาน การลงโทษขึ้นอยู่กับข้อเท็จจริงพยานหลักฐานต่าง ๆ 4) นิสสัคคียปาจิตติย มี 10 ลักษณะท ว่าด้วยเรื่องจีวร ทำผิดแล้วต้องปลงอาบัติคือการสารภาพผิดต่อสงฆ์ 5) ปาจิตติย มี 92 ลักษณะท ว่าด้วยจริยาวัตร การสำรวมในการพูด 6) ปาฏิเทศนิยะ มี 4 ลักษณะท เป็นเรื่องเกี่ยวกับจริยาวัตร ความประพฤติด้านร่างกาย 8) เสขิยะ มี 75 ลักษณะท ว่าด้วยเรื่อง การนุ่งห่มเมื่อเข้าไปในหมู่บ้านหรือชุมชน 8) อธิกรณสมณะ มี 8 ลักษณะท ว่าด้วยเรื่องเกี่ยวกับเครื่องระบอบอิทธิพลของคณะสงฆ์ ดังนั้น ศีล หรือวินัยของพระภิกษุจึงมีจำนวนทั้งหมด 227 ข้อ

## 5. แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย

จากการศึกษาเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีแนวคิดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย โดยผู้ให้บริการต้องคำนึงถึงและรักษาสิทธิของผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

### 1. สิทธิที่จะได้รับบริการเพื่อสุขภาพ (The Right to Health Care)

สุขภาพนับเป็นเรื่องสำคัญในชีวิตมนุษย์ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยนั้น การรักษาพยาบาลโดยมาตรฐานแห่งวิชาชีพ จึงเป็นหนทางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคภัยไข้เจ็บที่เป็นอยู่ หน้าที่นี้จึงเป็นภาวะสำคัญของ ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขที่พึงจะปฏิบัติต่อผู้ป่วย และการกิจนี้เป็นที่เข้าใจกันเป็นอย่างดีนับตั้งแต่มีโรงเรียนแพทย์เกิดขึ้น ดังปรากฏในคำสาบานของผู้สำเร็จการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์ของกรีกที่รู้จักกันโดยทั่วไปว่าคำสาบานของฮิปโปเครติส (Hippocratic Oath) ส่วนหนึ่งของคำสาบานนี้ได้กล่าวถึงหน้าที่ของแพทย์ที่พึงปฏิบัติโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยไว้ว่า ข้าพเจ้าจะทำการรักษาเพื่อประโยชน์แห่งคนไข้ของข้าพเจ้า ด้วยความสามารถและสติปัญญาของข้าพเจ้า และจะไม่ก่ออันตรายและความบกพร่องแก่ผู้ใด การได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ จึงถือเป็นสิทธิของผู้ป่วยประการหนึ่งที่พึงจะได้รับการปฏิบัติและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

### 2. สิทธิที่จะรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ผู้รักษา (The Patient's Right to Refuse Treatment)

องค์กรวิชาชีพต่าง ๆ ได้ร่วมมือกันประกาศสิทธิผู้ป่วย เมื่อปี พ.ศ. 2541 ตามคำประกาศ ข้อ 3 ที่ว่าผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็นเมื่อแพทย์ตรวจพบว่าผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ควรบอกให้ผู้ป่วย และ / หรือ ญาติของผู้ป่วยรู้โดยเฉพาะญาติที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง รวมถึงญาติที่เป็นทายาทใกล้ชิด เช่น คู่สมรส บุตรธิดา บิดามารดา เมื่อทราบความจริงจะได้เตรียมตัวเตรียมใจไว้อย่างเหมาะสม จัดการภาระหน้าที่ที่ค้างอยู่ให้เรียบร้อย และผู้ป่วยอาจจะยังมีสติพอจะทำนิติกรรมต่าง ๆ รวมทั้งพินัยกรรมก่อนตายได้และอาจแสดงเจตนาหรือสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาได้

### 3. สิทธิการปฏิเสธการรักษา (The patient's Right to Refuse Treatment)

ตามประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อ 6 ความว่า ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้ เมื่อผู้ป่วยหรือญาติได้แสดงเจตนาโดยชัดแจ้งว่าปฏิเสธการรักษาโดยการนำผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ไปรักษาตัวและถึงแก่กรรมที่บ้าน หรือแสดงความรู้สึกไม่ยอมให้ใส่ท่อช่วยหายใจ หรือไม่ยินยอมรับการทำการ CPR (Cardio Pulmonary Resuscitation) เป็นต้น การแสดงสิทธิปฏิเสธการรักษา

ด้วยเครื่องมืออุปกรณ์ใด ๆ ที่จะช่วยยืดหรือพยุงชีวิตนั้น เป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะขอตายอย่างสงบและตายอย่างมีศักดิ์ศรีตามธรรมชาติ (สุภาวดี วรพันธุ์, 2546 อ้างถึงใน แสง, 2540) เมื่อผู้ป่วยที่สิ้นหวังได้แสดงเจตจำนงไว้อย่างชัดเจน ก่อนที่แพทย์จะดำเนินการให้เป็นไปตามความประสงค์ แพทย์พึงยึดหลักทางวิชาชีพและหลักจริยธรรมมาช่วยในการตัดสินใจ โดยแพทย์ต้องทบทวนการประเมินว่า (สุภาวดี วรพันธุ์, 2546 อ้างถึงใน วิชัย, 2543) 1) ผู้ป่วยหมดหวังที่จะฟื้นแล้วจริงหรือ 2) การรักษาที่ให้เพียงพอและเหมาะสมแล้วหรือยัง 3) มีการบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่นที่จะทำให้ผู้ป่วยพ้นจากสภาวะนี้หรือไม่

หากประเมินแล้วผู้ป่วยยังคงอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต แพทย์ต้องอธิบายให้เห็นถึงผลหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการยุติการรักษาให้ญาติผู้ป่วยได้ทราบก่อน หากยังคงได้รับการยืนยันปฏิเสธการรักษาจากญาติผู้ป่วย เมื่อแพทย์ได้ปฏิบัติตามเจตนาของผู้ป่วยหรือญาติแล้วในแง่กฎหมายย่อมถือว่า แพทย์หมดหน้าที่ที่จะต้องรักษาผู้ป่วยอีกต่อไป แต่แพทย์ควรถือปฏิบัติดำเนินการตามขั้นตอนและมีหลักฐานดังนี้ (วิฑูรย์, 2536) 1) มีหลักฐานที่สามารถให้ความเห็นได้ว่า ผู้ป่วยหมดโอกาสฟื้นอีก 2) มีญาติที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่สามารถเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยได้ว่า ไม่ต้องการอยู่ในสภาพเช่นนั้น 3) ญาติในข้อ 2 ประสงค์จะรับผู้ป่วยกลับหรือประสงค์ไม่รับการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งโดยต้องเขียนหนังสือแสดงการไม่ยอมให้รักษาเป็นหลักฐาน

#### 4. สิทธิส่วนบุคคล (Privacy Right)

ที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยไว้เป็นความลับ สิทธิของบุคคลที่จะปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยนี้ ถือเป็นสิทธิของผู้ป่วยประการหนึ่งที่ผู้ประกอบวิชาชีพควรระวังมาก เนื่องจากถ้ามีการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยถือเป็นความผิดทางอาญา (ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 323) นอกจากผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ป่วย (ข้อบังคับแพทยสภา, 2526)

สังคมประเทศตะวันตกมีการรณรงค์เพื่อสิทธิของผู้ป่วย ด้วยเหตุผลที่ว่า สังคมมิได้ให้สิทธิพิเศษแก่แพทย์และพยาบาลในการลิดรอนสิทธิและเสรีภาพ ตลอดจนศักดิ์ศรีของมนุษย์ที่ป่วยมีอยู่โดยธรรมชาติให้สิ้นไป สิทธิมนุษยชนนี้ จะต้องเป็นสิ่งที่ติดตัวมนุษย์ทุกคนอยู่ตลอดเวลาไม่ว่าเขาจะอยู่ในสภาวะปกติหรือเจ็บป่วย

#### ประเด็นปัญหาจริยธรรมที่เกี่ยวกับผู้ป่วยวาระสุดท้ายใกล้ตาย

สิวลี ศิริไล (2526) กล่าวถึงประเด็นสำคัญที่เกี่ยวกับผู้ป่วยวาระสุดท้ายใกล้ตาย โดยมีประเด็นสำคัญ มีดังต่อไปนี้

### เมตตามรณะหรือการปล่อยให้ตายอย่างสงบ (Euthanasia)

ปัญหานี้เชื่อมโยงเกี่ยวกับปัญหาชะลอความตาย โดยมีจุดสำคัญว่า เมื่อผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่อาจหายคืนสู่สภาพปกติ และอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต แพทย์ควรปล่อยให้ผู้ป่วยพบกับความตายอย่างสงบ ด้วยการยุติวิธีการชะลอความตายด้วยวิธีต่าง ๆ รวมถึงยุติการบำบัดรักษาอันจะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย ปล่อยให้ผู้ป่วยพบกับวาระสุดท้ายตามธรรมชาติอย่างสงบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพิจารณาของวิชาชีพ โดยแบ่งเมตตามรณะออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) เมตตามรณะโดยความสมัครใจ (Voluntary Euthanasia) 2) เมตตามรณะทางอ้อม (Involuntary Euthanasia)

### การชะลอความตาย (Prolongation of Life)

ปัญหาเรื่องการชะลอความตายแก่ผู้ป่วยที่หมดหวังและอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์และสิทธิที่จะตาย โดยหลักการของวิชาชีพและแพทย์ย่อมถือว่าความเจ็บปวดทรมานเป็นสิ่งที่จะต้องได้รับการบรรเทาบำบัด เช่นเดียวกับชีวิตของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ต้องรักษาและช่วยเหลือในขณะที่การรักษาพยาบาล เมื่อสภาพของผู้ป่วยอาการของโรครอยู่ในภาวะของการหมดหวังที่จะคืนสู่สภาพปกติและความตายกำลังจะมาถึง ปัญหาเกิดขึ้นว่าสมควรหรือไม่เพียงใด ที่แพทย์จะใช้วิทยาการใหม่ ๆ ทางวิทยาศาสตร์ช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยเป็นการชะลอความตายไว้ จุดสำคัญของเรื่องนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่จะต้องพิจารณาดังต่อไปนี้ คือจุดประสงค์ของการชะลอความตายนั้นเพื่ออะไร เพื่อใคร โอกาสที่จะคืนสู่สภาพปกติเป็นไปได้มากน้อยเพียงไร

### ความตายและศักดิ์ศรีของมนุษย์ (Death and Dignity)

จุดสำคัญของเรื่องนี้โดยตรงที่ว่า ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายและหมดหวังเมื่อความตายมาถึง สมควรหรือไม่ที่จะใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ พยายามชะลอความตายไว้ เจตนาของแพทย์ที่จะชะลอความตายแก่ผู้ป่วยถือเป็นเมตตาดอย่างหนึ่ง แต่ถ้าผู้ป่วยอยู่ในสภาพสิ้นหวังวาระสุดท้าย และได้เคยแสดงให้เห็นว่าไม่กลัวต่อความตายและพร้อมที่จะเผชิญกับความตาย ควรที่จะพยายามชะลอความตายหรือยุติวิธีการใด ๆ ทั้งสิ้นหรือไม่ การที่ผู้ป่วยได้พบความตายอย่างสงบ ได้อยู่ใกล้คนที่ตนรัก ได้ประกอบพิธีทางศาสนาตามความเชื่อของตนเป็นครั้งสุดท้าย กับที่ต้องตายไปอย่างโดดเดี่ยว ภายใต้อาณัติของเครื่องช่วยทั้งหลายอย่างไรจึงจะเป็นการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของมนุษย์ ซึ่งย่อมแล้วแต่ความเชื่อและทัศนะส่วนตัวของบุคคล ข้อที่ควรคำนึงก็คือ บทบาทของแพทย์และพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยวาระสุดท้าย ควรเป็นไปในลักษณะใด

### สิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะตายอย่างสงบ

ดาร์วิน ภัทรมังกร (2548) ได้กล่าวถึงสิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะตายอย่างสงบว่า เมื่อการแพทย์ได้พัฒนาขยายตัวมาเป็นแพทย์แนววิทยาศาสตร์ มีการนำเครื่องมือสมัยใหม่ทาง

วิทยาศาสตร์มาใช้ในการรักษาโรค แต่ก็ยังมีบางกรณีที่มีการนำเครื่องมือสมัยใหม่มาใช้นั้นเป็นเพียงสามารถช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปได้ แต่ไม่สามารถที่จะบำบัดรักษาให้หายจากโรคหรือกลับมาใช้ชีวิตอย่างเป็นปกติได้ จึงมีการเรียกร้องให้ผู้ป่วยสามารถที่จะแสดงเจตนาให้แพทย์ยุติการใช้เครื่องมือสมัยใหม่ หรือทำคำสั่งล่วงหน้าห้ามมิให้ทำการบำบัดรักษาในกรณีดังกล่าว ซึ่งต่อมาในระยะหลังได้ขยายขอบเขตไปถึงการเรียกร้องให้แพทย์ทำการยุติชีวิตผู้ป่วยหรือให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการฆ่าตัวตาย วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จึงมุ่งที่จะศึกษาสิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะตายอย่างสงบว่าควรมีขอบเขตแค่ไหนเพียงใด โดยจะชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างการทำให้อายุผู้ป่วยตายโดยสงบ การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์และยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตผู้ป่วย จากการศึกษากฎหมายและคำพิพากษาของศาลต่างประเทศ พบว่า ประเทศที่มีการอนุญาตให้แพทย์ทำให้อายุผู้ป่วยตายโดยสงบ หรืออนุญาตให้แพทย์ช่วยเหลือผู้ป่วยในการฆ่าตัวตายล้วนแต่เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว สำหรับประเทศไทย ปัจจุบันได้มีการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติขึ้นโดยสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติกระทรวงสาธารณสุข กำหนดหลักการให้บุคคลมีสิทธิในการแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตของตนเองเพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งหลักการดังกล่าว ยังขาดความชัดเจน ต้องอาศัยกรอบความคิดของบุคคลหลายฝ่ายมาพิจารณา วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จึงขอเสนอกรอบความคิดบางประการ เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งในการกำหนดหลักการเกี่ยวกับสิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะตายอย่างสงบ ดังนี้ (1) สิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะตายอย่างสงบควรมีขอบเขตเพียงการให้สิทธิบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต ซึ่งถือเป็นสิทธิในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลอย่างหนึ่ง (2) ผู้ที่จะร้องขอใช้สิทธิในการยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตควรเป็นผู้ป่วยเองเท่านั้น บุคคลอื่นไม่อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยได้ และควรระบุให้แพทย์เป็นผู้พิจารณาหลักเกณฑ์และขั้นตอนการพิจารณา เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติ ทั้งนี้ แพทย์มีหน้าที่ส่งคำร้องของผู้ร้องต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (3) การแสดงความจำนงล่วงหน้าควรทำเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น ไม่ควรให้แสดงความจำนงด้วยวาจา เพื่อมิให้เกิดการโต้แย้งกันภายหลัง (4) ให้คำนึงถึงสิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต โดยอ้างเหตุเพียงเพื่อเป็นการเคารพต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์หรือสิทธิในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย เนื่องจากมนุษย์ย่อมมีคุณค่าในตัวเอง การอยู่หรือการตายภายใต้เครื่องมือช่วยชีวิตไม่อาจลดทอนศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ได้



## ส่วนที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อุไรพร พงศ์พัฒนานุวัติ (2532) ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยระยะใกล้ตาย โรงพยาบาลแพร่ จำนวน 60 ราย พบว่า สามารถแบ่งความต้องการ เป็น 6 ด้าน คือ 1) ความต้องการลดความวิตกกังวล 2) ความต้องการข้อมูล 3) ความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย 4) ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย 5) ความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก และ 6) ความต้องการส่วนบุคคล ผลการศึกษา พบว่า ความต้องการที่สำคัญมากที่สุด คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการส่วนบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวได้มากที่สุด คือ พยาบาล

ธิติมา วาหนียเวช (2540) ทำการศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤติในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 55 คน และพยาบาลประจำการของหอผู้ป่วยหนักจำนวน 51 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ซึ่งดัดแปลงมาจาก แบบสำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤติของมอลเตอร์ ( Molter, 1979 ) ที่แบ่งความต้องการเป็น 4 ด้าน คือ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และ ด้านจิตวิญญาณ ผลการศึกษา พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด

สุนิสา สุขตระกูล(2544) ทำการศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทั้งศัลยกรรมและอายุรกรรมที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน โดยแบ่งการศึกษาความต้องการเป็น 5 ด้าน คือ 1) ด้านความต้องการบรรเทาความวิตกกังวล 2) ด้านความต้องการข้อมูลสื่อสาร 3) ความต้องการอยู่กับผู้ป่วย 4) ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย 5) ความต้องการด้านการสนับสนุนช่วยเหลือ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย เรียงลำดับความต้องการได้ดังนี้ 1) ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร 2) ความต้องการอยู่กับผู้ป่วย 3) ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย 4) ความต้องการด้านการสนับสนุนช่วยเหลือและ 5) ความต้องการบรรเทาความวิตกกังวล

ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ(2545) ได้ทำการศึกษา กระบวนทัศน์เรื่องความตายและมิติแห่งสุขภาพ เพื่อค้นหากระบวนทัศน์ต่าง ๆ เกี่ยวกับความตายที่ดำรงอยู่ในสังคมไทยและในสังคมโลกที่ส่งผลกระทบต่อแนวคิดในสังคมไทย และการแสดงออกที่เป็นรูปธรรมของกระบวนทัศน์ดังกล่าว จาก การศึกษานี้คณะผู้วิจัยได้แบ่งกระบวนทัศน์และแนวคิดเกี่ยวกับความตายเป็นสามประการคือ

1. กระบวนทัศน์แบบกลไก แยกส่วน ลดส่วน เป็นรากฐานของแนวคิด “เวชศาสตร์ชีวภาพ” (biomedical model)
2. กระบวนทัศน์แบบเสรีนิยม/ปัจเจกชนนิยม เป็นรากฐานของแนวคิด “สิทธิการตาย” (right to die)

### 3. กระบวนทัศน์แบบองค์รวม เป็นรากฐานของแนวคิด “กาย-จิต-สังคม-จิตวิญญาณ” (bio-psycho-social-spiritual model)

การที่คณะผู้วิจัยแบ่งกระบวนทัศน์และแนวคิดเกี่ยวกับความตายออกเป็นสามชุดดังกล่าว เนื่องจากเห็นว่าสามารถสะท้อนสภาพความเป็นจริง และช่วยให้เห็นประเด็นและแง่มุมที่เกิดจากแต่ละแนวคิดได้ชัดเจนกว่าที่จะแบ่งเป็นเพียงสองชุดตามแนวคิดที่เป็นพื้นฐานของ Capra นอกจากนี้ยังเนื่องจากคณะผู้วิจัยเห็นว่ากระบวนทัศน์ทั้งสามชุดมีพัฒนาการทางสังคมที่ชัดเจน และมีรากฐานความเป็นมาที่ต่างกัน

แนวคิดแรกคือแนวคิด “เวชศาสตร์ชีวภาพ” (biomedical model) ซึ่งเป็นแนวคิดที่เป็นกระแสหลักในปัจจุบัน เป็นแนวความคิดที่มีพื้นฐานมาจากปรัชญาแบบ Descart เป็นแนวคิดที่มองว่าร่างกายเป็นเครื่องจักร และความเจ็บป่วยคือการชำรุดเสียหายของเครื่องจักร ส่วนหน้าที่ของแพทย์ก็คือการซ่อมแซมเครื่องจักรนั้น ตามแนวคิดนี้ร่างกายและจิตใจจะถูกแยกออกจากกัน การตายจึงถูกมองว่าเป็นการหยุดทำงานของร่างกายหรือเครื่องจักร เป็นความหายนะที่ยิ่งใหญ่ที่สุดของชีวิต การตายจะถูกยึดออกไปด้วยวิทยาการที่ “ก้าวหน้า” และกลายเป็นเรื่องของแพทย์ที่จะต่อสู้เอาชนะความตายที่ถูกมองว่าเป็นสิ่งที่แสดงถึงความล้มเหลวของตนเอง(Barton David,1979) มากกว่าที่จะเป็นเรื่องของผู้ป่วย แพทย์กลายเป็นผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจว่าผู้ป่วยควรจะ “ตายหรือไม่” และ “ตายอย่างไร” (Moller David, 1996)กระบวนทัศน์นี้แม้จะถูกวิพากษ์วิจารณ์มากขึ้น แต่ก็ยังคงเป็นกระบวนทัศน์หลักที่มีอิทธิพลทั้งต่อบุคคลากรในระบบสุขภาพ และสังคมโดยรวม และยังมีคุณูปการที่สำคัญในการรักษาโรคบางกลุ่มและการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการตายของผู้ป่วย

ทัศนะแบบที่สองมีรากฐานมาจากแนวคิดเสรีนิยมและปัจเจกชนนิยมในสังคมตะวันตกที่เน้นสิทธิและเสรีภาพ โดยให้ความสำคัญกับการมีอิสระในการตัดสินใจและการเลือกของผู้ป่วย (autonomy and choice) ซึ่งเป็นผลจากปฏิกิริยาต่อการที่อำนาจตกอยู่ในมือแพทย์ และเป็นส่วนหนึ่งของการเคลื่อนไหวเพื่อสิทธิมนุษยชนเรื่องอื่นๆ เช่น เรื่องสิทธิสตรี การพิทักษ์สิทธิผู้บริโภค ในช่วงทศวรรษ 1970(Brandt Allan, 2002) แนวคิดนี้ถือปัจเจกชนเป็นจุดศูนย์กลางในการตัดสินใจ มองว่าชีวิตและการตายเป็นเรื่องของปัจเจกชนและมักจะใช้กฎหมายเป็นแนวทางในการแก้ปัญหา เช่น การออกกฎหมายพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย สิทธิการตาย(right to die) และพินัยกรรมชีวิต (living will) เป็นต้น ซึ่งเป็นแนวคิดที่กำลังเริ่มมีบทบาทในสังคมไทยมากขึ้น จากผลของรัฐธรรมนูญฉบับล่าสุดที่เน้นความสำคัญของประเด็นสิทธิเสรีภาพ แนวคิดนี้มีความก้าวหน้ากว่าแนวคิดแรกที่การมอบอำนาจกลับคืนให้กับผู้ป่วย และเน้นคุณภาพชีวิต เช่น การตายอย่างสงบ แต่ยังมีข้อจำกัดในเชิงปฏิบัติหลายประการ และยังไม่ใช่การมองปัญหาแบบองค์รวมอย่างแท้จริง เช่น ที่อาจารย์วิชัย อริยะนันทกะ ผู้พิพากษาท่านหนึ่งได้กล่าวไว้ในการสัมมนาเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบว่า “เรื่องสิทธิในการที่จะยุติการดำรงชีวิตเป็นปัญหาทางจริยศาสตร์ ทางปรัชญา ซึ่งคำตอบนั้นเรามักจะพยายามมองจากกฎหมาย โดยเฉพาะกฎหมายที่มาจากความคิดทางยุโรปตะวันตกแต่กฎหมายเป็นคำตอบที่ค่อนข้างกระด้างและหยาบเนื่องจากกฎหมายเป็นมาตรฐานที่ต่ำสุดของสังคมในการดูแลความประพฤติของสมาชิกในสังคม เราควรหาคำตอบจากกฎหมายก็ต่อเมื่อเราไม่มีคำตอบอื่นที่ดีกว่า”(วิชัย อริยะนันทกะ, 2545)

กระบวนทัศน์ที่สามคือกระบวนทัศน์แบบองค์รวม ซึ่งมีที่มาหลายกระแส ทั้งจากแพทย์ที่สนใจผู้ป่วยแบบองค์รวม เช่น Gorge Engel ผู้เสนอแนวคิดกาย-จิต-สังคม (biopsychosocial model) (Engel, George, 1980) แพทย์หญิง Cicely Saunders ผู้ก่อตั้งบ้านพักสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice) ขึ้นเป็นแห่งแรกในประเทศอังกฤษ (Moller David, 1996) , แพทย์หญิง Elisabeth Kubler-Ross (Kubler-Ross, 1969) ผู้บุกเบิกแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ในวงการแพทย์ยุคปัจจุบัน, จากแนวคิดของศาสนาต่าง ๆ (Longaker, 1997; Murphy 1999; พระไพศาล วิสาโล, 2541) และจากตัวผู้ป่วยเอง เนื่องจากมีที่มาหลายกระแสจึงยังมีจุดสนใจที่แตกต่างกันอยู่บ้าง เช่น บางส่วนจะเน้นที่ประเด็นคุณภาพชีวิตซึ่งเชื่อมต่อกับแนวความคิดที่สองแต่มีความยืดหยุ่นมากกว่า ในขณะที่บางส่วนสนใจแบบองค์รวมอย่างแท้จริงและมองเห็นว่าทัศนะต่อความตายก็คือทัศนะต่อชีวิต และเน้นประเด็นจิตวิญญาณต่าง ๆ เช่น ความรัก ความเมตตา การตายอย่างมีสติ และความสงบในจิตใจ ว่าเป็นจุดสำคัญที่สุดในการจัดการกับความตาย

สุภาวดี วรพันธ์ (2546) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุเขตปทุมวัน กทม. จำนวน 155 คน สุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและความสามารถในการทำนายโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 67.8 และเห็นด้วยกับการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อการใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบกับทุกสถานการณ์ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 64.5 โดยเฉพาะกรณีที่ควรได้รับยาแก้ปวดเพื่อให้พ้นความทรมานแม้ว่าอาจทำให้ติดยาหรือถึงแก่กรรมเร็วขึ้น และเห็นด้วยต่อการใช้สิทธิผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับมากคิดเป็น ร้อยละ 58.7 สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ การรับรู้เกี่ยวกับการใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบ และปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการตายอย่างไม่สงบ การรับรู้ประโยชน์และสิ่งที่ต้องเสียไปในการตายอย่างสงบ สามารถร่วมกันทำนายการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ

นฤมล บุญเลิศ และคณะ(2551) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาการดูแล/ ผลกระทบต่อครอบครัว / ความต้องการการดูแลระยะสุดท้ายของครอบครัว มีข้อค้นพบ ดังนี้

### 1.ความคิดเห็นเกี่ยวกับความตาย

บริบทมุสลิม มีความคิดเห็นว่า ความตายเป็นกำหนดของอัลลอฮ์

“จี้หายหรือไม่หายอยู่ที่อัลลอฮ์ (พระเจ้า) ถ้าเผื่ออัลลอฮ์ ให้หายก็หาย

แต่ถ้าอัลลอฮ์ให้ตายก็ตายเมื่อนั้น” (ผู้ดูแล 005 ไทยมุสลิม)

บริบทไทยพุทธ:ความตายเป็นเรื่องกฎธรรมชาติ

“แต่ก็ต้องทำใจถือว่าชีวิตมนุษย์เกิดแก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดา สมมุติว่าแก

เสียไปเราก็มีความรู้สึกเสียใจมั้งแต่ก็ต้องทำใจ” (ผู้ดูแล 007 ไทยพุทธ)

### 2. การตอบสนองต่อภาวะใกล้ตาย

2.1 ทำใจยอมรับต่อภาวะใกล้ตายเนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่ได้

2.2 .การเตรียมตัวทางเศรษฐกิจเพื่อเตรียมพิธีกรรม

### 3. การดูแลของครอบครัว

3. 1. ดูแลเรื่องความสุขสบายทั่วไปเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้

3. 2. ช่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย โดยใช้ทั้ง

การแพทย์แผนปัจจุบัน ทางเลือก และพิธีกรรม

#### 3. 2.1 การแพทย์แผนปัจจุบัน

“ก็จะไปคุยแล้วบอกว่าพ่อเจ็บมากมี้จะหายาแก้ปวดให้กิน หรือว่าไปนอน

โรงพยาบาล ถ้าได้พูดคุยก็จะช่วยลืมความเจ็บปวดได้บ้าง” (ผู้ดูแล 010 ไทยพุทธ)

#### 3.2.2 การแพทย์ทางเลือก

“ตอนนอนโรงพยาบาลแก้ไข้เอา ...รากหมาก รากพร้าวมาใส่น้ำซุบตัว

ชโลมตัวแกมาซุบตัวร้อนจะน้อยลง”(ผู้ดูแล 001 ไทยมุสลิม)

#### 3.2.3 พิธีกรรม

ไทยมุสลิม :

เหน่อยก็อ่านกุลอุลเลาะ(บทหนึ่งในคัมภีร์อัลกุรอาน)”

(ผู้ดูแล 005ไทยมุสลิม)

ไทยพุทธ :

“หลบไปบ้านได้นิมนต์พระมาเทศน์ให้แกฟัง เอาน้ำดัดบาปตัดกรรมให้กิน พอ

กินได้ 3 อีก แกก็หาย่าย (เสียชีวิต)” (ผู้ดูแล 002 ไทยพุทธ)”

### 3.3 ส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยต่อสู้กับอาการเจ็บป่วย

“ลูกมาพูดให้กำลังใจให้สู้จับ(นึกถึงพระอัลลอฮ์)”

(ผู้ดูแล 008 ไทยมุสลิม)

“ไม่มีไหรมาเป็นกำลังใจ” (ผู้ดูแล 007 ไทยพุทธ)

### 3.4 ใช้เครื่องมือทางศาสนามาดึงดูดสติของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วย

จิตใจสงบ

“อยู่ที่บ้าน...เขาถือลูกสะเบาะ(ลูกประคำ)ร้อยเม็ดว่า

สุบฮานันเลาะห์ อัลฮัมดุลิลละห์ อัลลอฮูอักบัต

(การขอพรจากอัลลอฮ์)เขาว่าสามสิ่งนั้น แหละแล้วแต่ว่าจนหลับ”

(ผู้ดูแล 008 ไทยมุสลิม)

## 4. ผลกระทบต่อครอบครัว

4.1 ด้านการทำงาน: อาชีพของผู้ดูแล เปลี่ยนแปลงเพื่อให้เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4. 2. ด้านเศรษฐกิจ : การเจ็บป่วยของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นแต่รายได้ลดลง

## 5. ความต้องการของครอบครัว

5.1. ต้องการบรรเทาอาการ: ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน

5.2. ต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยที่มีสภาพร่างกายครบสมบูรณ์

5.3 ความต้องการเลือกสถานที่ตาย

5.3.1 เสียชีวิตในโรงพยาบาล เนื่องจากเกิดความสบายใจที่ได้  
ได้อยู่ใกล้ชิด แพทย์ พยาบาล สามารถ ขอความช่วยเหลือเรื่องการรักษาพยาบาลได้

5.3.2 เสียชีวิตที่บ้าน เพื่อดูแลผู้ป่วยได้สะดวก ญาติเยี่ยมได้ไม่จำกัดจำนวน รวมทั้งได้  
ปฏิบัติตามหลักศาสนา ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

5.4. ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลที่บ้าน

5. 5 ต้องการสถานที่ที่เป็นสัดส่วนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สรุปได้ว่า 1) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของครอบครัว มีทั้งการดูแลด้าน ร่างกาย จิตใจ จิต  
วิญญาณ รวมทั้งมีการนำหลักศาสนามาใช้ เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยผ่านวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบไม่  
ทุกข์ทรมาน 2)การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง ในเรื่องด้านการทำงาน  
และด้านเศรษฐกิจ 3) ความต้องการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นอยู่กับบริบท ทาง วัฒนธรรม ความ  
เชื่อ ความศรัทธา และหลักศาสนา

ครอบครัวดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายบนพื้นฐานของความเชื่อ ความศรัทธา ตามหลักศาสนา เพื่อ  
ต้องการให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากไปอย่างสงบ ดังนั้นทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้อง  
เข้าใจในบริบทเหล่านี้

ดุษฎี ฤทธิ (2551) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ดังนี้ (1) เพื่อศึกษาระดับทัศนคติที่มีต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (2) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติที่มีต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ (4) เพื่อศึกษาปัจจัยร่วมในการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในชุมชนผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 372 คน สุ่มเลือกโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบสองขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อความตาย แบบสอบถามเกี่ยวกับการตระหนักรู้ในตนเอง แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนของครอบครัว และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, t-test, F-test การทดสอบความแตกต่างรายคู่โดยวิธี LSD, ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ผลการวิจัย พบว่า (1) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อความตายอยู่ในระดับสูง การตระหนักรู้ในตนเองอยู่ในระดับสูง การสนับสนุนของครอบครัวอยู่ในระดับสูง และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย (2) ผู้สูงอายุที่มีเพศ ระดับการศึกษา รายได้ แตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน (3) ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โรคประจำตัว ลักษณะครอบครัว แตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (4) ทัศนคติต่อความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 (5) การตระหนักรู้ในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (6) การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (7) ลักษณะครอบครัวอยู่ร่วมกันกับคู่สมรสและบุตรหรือหลาน โรคหัวใจและหลอดเลือด การสนับสนุนของครอบครัว อายุ 80 – 89 ปี และทัศนคติต่อความตาย สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 15

จรัสแสง ผิวอ่อน (2554) ศึกษาการจัดการเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบองค์รวม กรณีศึกษาวัดคำประมง จังหวัดสกลนคร มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม 2) เพื่อศึกษาการจัดการเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบองค์รวมของวัดคำประมง อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร 3) เพื่อศึกษาผลการจัดการเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบองค์รวมของ วัดคำประมง อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเอกสารและเชิงคุณภาพ โดยเชิงเอกสารในส่วนของหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยได้ศึกษาเนื้อหาตามที่ปรากฏในพระคัมภีร์ และแนวการดูแลหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ทำอยู่ในปัจจุบัน ในเชิงปฏิบัติการและการประยุกต์หลักพุทธธรรม ได้ศึกษาข้อมูลจากการสังเกต สัมภาษณ์ การมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาการจัดการเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบองค์รวม วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร ผลการวิจัยพบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่วัดคำประมง การ

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัว

สู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล (ปีที่ 1) ดำเนินการวิจัยโดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน(Mixed Method Research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการทัศนของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ กรณีที่ตายในสถานพยาบาล ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนต่อไปนี้

#### ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research)

เป็นการศึกษาความคิดเห็นของผู้สูงอายุและครอบครัว เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ กรณีที่เลือกสถานที่ตายในโรงพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดเรื่อง ความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยคณะผู้วิจัยใช้กรอบทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของจีน วัดสัน (Watson, 1996: 154-5) โดยนำปัจจัยการดูแล 10 ประการของทฤษฎีนี้มาเป็นฐานในการสร้างเครื่องมือสำรวจความต้องการการดูแลแบบเอื้ออาทรของผู้ป่วยและญาติ ในผู้ป่วยสูงอายุ ดังนี้ 1) เสริมสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ 2) ส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความเชื่อและความหวัง 3) ความไวต่อความรู้สึกและประสบการณ์ความรู้สึกของตนเองและผู้ป่วย 4) ส่งเสริมสัมพันธภาพ การเอื้ออาทร และความไว้วางใจต่อกัน 5) สนับสนุนและยอมรับการแสดงความรู้สึกทั้งด้านบวกและลบ 6) แก้ไขปัญหารายบุคคลอย่างสร้างสรรค์บนพื้นฐานกระบวนการเอื้ออาทร 7) ส่งเสริมการเรียนรู้แลกเปลี่ยนระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแล 8) สนับสนุน ป้องกันและแก้ไขสภาวะด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ 9) ตอบสนองความต้องการจำเป็นพื้นฐานโดยดำรงไว้ซึ่งคุณค่าศักดิ์ศรีของบุคคล 10) เปิดโอกาสให้บุคคลมีประสบการณ์การบำบัดเยียวยาเอื้ออาทรต่อจิตวิญญาณตนเอง แล้วนำมาประยุกต์กับแบบประเมินความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายที่บ้าน ของ สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ (2555) เป็นเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามกระบวนการทัศนของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

#### ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

1. เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ(อายุตั้งแต่ 60ปีขึ้นไป)ที่มารับบริการในสถานพยาบาลใน

ภาคตะวันออก ใน 8 จังหวัด ได้แก่ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สระแก้ว ปราจีนบุรี และ นครนายก จำนวน 440,562 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) และมีความยินดีเข้าร่วมโครงการ

2. เป็นญาติคนในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มารับบริการในสถานพยาบาลในภาคตะวันออก ใน 8 จังหวัด ได้แก่ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สระแก้ว ปราจีนบุรี และนครนายก จำนวน 1,762,248 คน และมีความยินดีเข้าร่วมโครงการ

### กลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างมีระบบและมีความน่าจะเป็น โดยวิธีการสุ่มแบบ Stratified random sampling และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามตารางการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 384 คน โดยแบ่งตามสัดส่วนจำนวนประชากร เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 77 คน ญาติและผู้ดูแลจำนวน 307 คน

### ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

#### 1. ตัวแปรต้น ได้แก่

##### 1.1 ผู้สูงอายุ

##### 1.2 สมาชิกในครอบครัว

#### 2. ตัวแปรตาม ได้แก่

ความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ

1) การเสริมสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

2) การส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความเชื่อและความหวัง

3) ความไวต่อความรู้สึกและประสบการณ์ความรู้สึกของตนเองและผู้ป่วย

4) การส่งเสริมสัมพันธภาพ การเอื้ออาทร และความไว้วางใจต่อกัน

5) การสนับสนุนและยอมรับการแสดงความรู้สึกทั้งด้านบวกและลบ

6) การแก้ไขปัญหารายบุคคลอย่างสร้างสรรค์บนพื้นฐานกระบวนการเอื้ออาทร

7) การส่งเสริมการเรียนรู้แลกเปลี่ยนระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแล

8) การสนับสนุน ป้องกันและแก้ไขสภาวะด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ

จิตวิญญาณ

9) การตอบสนองความต้องการจำเป็นพื้นฐานโดยดำรงไว้ซึ่งคุณค่าศักดิ์ศรีของบุคคล

10) การเปิดโอกาสให้บุคคลมีประสบการณ์การบำบัดเยียวยาเอื้ออาทรต่อ

จิตวิญญาณตนเอง



## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ชุด โดย ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุ และชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามสำหรับสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 3 ส่วน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ และโรคประจำตัว และความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ ในระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาล จำแนกเป็นตัวแปรย่อย 10 ตัวแปร ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale)

ส่วนที่ 3 เป็นข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นอื่น ๆ เพิ่มเติม เป็นแบบสอบถามปลายเปิด

**การแปลผล** ของแบบสอบถาม สามารถแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถาม โดยถือเกณฑ์การคิดคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยใช้การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ย(X) ของเบสท์ (Best , 1981 : 173-175) ดังนี้

|                               |                                   |            |
|-------------------------------|-----------------------------------|------------|
| คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง | มีความคิดเห็น และการรับรู้ในระดับ | น้อยที่สุด |
| คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง | มีความคิดเห็น และการรับรู้ในระดับ | น้อย       |
| คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง | มีความคิดเห็น และการรับรู้ในระดับ | ปานกลาง    |
| คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง | มีความคิดเห็น และการรับรู้ในระดับ | มาก        |
| คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง | มีความคิดเห็น และการรับรู้ในระดับ | มากที่สุด  |

## การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการสร้างเครื่องมือโดยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ศึกษาเอกสาร ทฤษฎี งานวิจัย และตำราต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม

2. กำหนดขอบเขต โครงสร้างของเนื้อหา นำมาสร้างแบบสอบถาม และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน

3. หาความเที่ยงตรงของเนื้อหา(Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ และประสบการณ์ รวมทั้งสิ้น 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ในการใช้ภาษาและความชัดเจนของการใช้ภาษา หลังจากนั้นนำผลการตรวจสอบไปปรับปรุง แก้ไขก่อนที่จะนำไปทดสอบ

4. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อศึกษาหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม และตรวจสอบความเข้าใจในเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของแบบสอบถามแต่ละข้อ แล้วนำมาปรับปรุงอีกครั้งก่อนที่จะนำไปใช้ในการศึกษาต่อไป

5. วิเคราะห์หาความเที่ยงตรง (Reliability) โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค(Coefficient Alpha Cronbach Method)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1.ติดต่oprสานงานกับสถานพยาบาลในแต่ละจังหวัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และส่งหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัย
2. ขอเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์และเหตุผลความจำเป็นในการทำวิจัย
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการพรรณนาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่าง ความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลระหว่างผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัว ใช้การวิเคราะห์ค่าที (t-test)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล กับคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

## ขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ(Qualitative Research)

2.1 การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) เป็นการศึกษาข้อมูลจากเอกสารทาง

วิชาการ ตำรา รายงานการวิจัย วิทยานิพนธ์ วารสาร และสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ในเนื้อหาเกี่ยวข้องกับ ผู้สูงอายุ การเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบและความต้องการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ โรงพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจวรรณกรรม เอกสารทางวิชาการ วารสาร คู่มือ สิ่งพิมพ์ต่าง ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

## 2.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุ สมาชิกใน ครอบครัวของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง ซึ่ง ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือจากผลการศึกษาวิจัยในส่วนของการวิจัยเชิงปริมาณ และการศึกษาเอกสาร โดย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล การติดต่อขอสัมภาษณ์ด้วยตนเองและการฝึกอบรมผู้ช่วยเก็บรวบรวม ข้อมูล และทำการขออนุญาตบันทึกการสัมภาษณ์ด้วยการจดบันทึกและ/หรือการบันทึกเทป

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยอ่านคำบันทึกคำให้การสัมภาษณ์และรายละเอียดที่ได้จากการ ถอดคำให้การสัมภาษณ์ทั้งหมด สรุป จำแนก จัดกลุ่มข้อความเพื่อสรุปสาระสำคัญจากความคิดเห็นของ ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล แล้วนำเสนอผลที่ได้ในรูปของแผนที่และความเรียง

หลังจากนั้นผู้วิจัยจะได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในส่วนของการวิจัยเชิงปริมาณและ วิจัยเชิงคุณภาพ มาเขียนสรุปรายงานผลการศึกษาวิจัย ต่อไป

## บทที่ 4

### ผลการศึกษาวิจัย

การเสนอผลการศึกษาวิจัย คณะผู้วิจัยดำเนินการนำเสนอผลการวิเคราะห์และศึกษาวิจัย ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างกับความต้องการการดูแลเพื่อการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

ส่วนที่ 5 ผลสรุปการสัมภาษณ์เชิงลึก

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้สูงอายุ

| ลำดับ | ข้อมูลทั่วไป               | จำนวน<br>N= 77 | ร้อยละ |
|-------|----------------------------|----------------|--------|
| 1     | อายุ                       |                |        |
|       | อายุเฉลี่ย ...71.52.... ปี |                |        |
| 2     | เพศ                        |                |        |
|       | ชาย                        | 18             | 23.38  |
|       | หญิง                       | 59             | 76.62  |
| 3     | ระดับการศึกษา              |                |        |
|       | ต่ำกว่าปริญญาตรี           | 44             | 57.14  |
|       | ระดับปริญญาตรี             | 18             | 23.38  |
|       | สูงกว่าปริญญาตรี           | 15             | 19.48  |

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้สูงอายุ (ต่อ)

| ลำดับ | ข้อมูลทั่วไป                                         | จำนวน<br>N= 77 | ร้อยละ |
|-------|------------------------------------------------------|----------------|--------|
| 4     | ศาสนา                                                |                |        |
|       | พุทธ                                                 | 69             | 89.61  |
|       | คริสต์                                               | 8              | 10.96  |
|       | อิสลาม                                               | 0              | 0.0    |
|       | อื่น ๆ                                               | 0              | 0.0    |
| 5     | สถานภาพสมรส                                          |                |        |
|       | โสด                                                  | 15             | 19.48  |
|       | แต่งงาน/คู่                                          | 48             | 62.34  |
|       | อื่นๆ                                                | 14             | 18.18  |
| 6     | รายได้ของครอบครัว                                    |                |        |
|       | รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย .... 25,333.33.... บาท/เดือน |                |        |
| 7     | อาชีพ                                                |                |        |
|       | ข้าราชการบำนาญ                                       | 36             | 46.75  |
|       | พ่อบ้าน/แม่บ้าน                                      | 11             | 14.29  |
|       | ค้าขาย                                               | 6              | 7.79   |
|       | ชาวไร่/ชาวสวน                                        | 21             | 27.27  |
|       | ลูกจ้าง                                              | 3              | 3.90   |
| 8     | โรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง                              |                |        |
|       | ไม่มี                                                | 18             | 23.38  |
|       | มี                                                   | 59             | 76.62  |
|       | รวม                                                  | 21             | 100.0  |

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.62 รองลงมาคือเพศชาย ร้อยละ 23.38 อายุเฉลี่ย 71.52 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 57.14 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 23.38 และระดับสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 19.48 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 89.61 รองลงมานับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 10.96 ส่วนใหญ่

แต่งงานและมีคู่ ร้อยละ 62.34 เป็นโสด ร้อยละ 19.48 มีรายได้ขอบกรอบครัวเฉลี่ย 25,333.33 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 46.75 รองลงมาคือชาวไร่/ชาวนา ร้อยละ 27.27 เป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 14.29 ค้าขาย ร้อยละ 7.79 และลูกจ้าง ร้อยละ 3.90 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.62 และไม่มีโรคประจำตัวอยู่ที่ร้อยละ 23.88 ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุทั้งหมด

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ

| ลำดับ  | ข้อมูลทั่วไป                              | จำนวน | ร้อยละ |
|--------|-------------------------------------------|-------|--------|
| N= 307 |                                           |       |        |
| 1      | อายุ                                      |       |        |
|        | อายุเฉลี่ย ... 45.50.... ปี               |       |        |
| 2      | เพศ                                       |       |        |
|        | ชาย                                       | 39    | 12.70  |
|        | หญิง                                      | 268   | 87.30  |
| 3      | ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ                 |       |        |
|        | สามี/ภรรยา                                | 19    | 6.18   |
|        | บุตร/ธิดา                                 | 172   | 56.03  |
|        | หลาน                                      | 57    | 18.57  |
|        | ญาติ                                      | 52    | 16.94  |
|        | ผู้ดูแล                                   | 7     | 2.28   |
| 4      | ระดับการศึกษา                             |       |        |
|        | ต่ำกว่าปริญญาตรี                          | 134   | 43.65  |
|        | ระดับปริญญาตรี                            | 115   | 37.46  |
|        | สูงกว่าปริญญาตรี                          | 58    | 18.89  |
| 5      | ศาสนา                                     |       |        |
|        | พุทธ                                      | 288   | 93.81  |
|        | คริสต์                                    | 19    | 6.19   |
|        | อิสลาม                                    | 0     | 0.0    |
| 6      | สถานภาพสมรส                               |       |        |
|        | โสด                                       | 132   | 43.00  |
|        | แต่งงาน/คู่                               | 117   | 38.11  |
|        | หย่า/แยก/ร้าง                             | 58    | 18.89  |
| 7      | รายได้                                    |       |        |
|        | รายได้เฉลี่ย .... 23,583.33.... บาท/เดือน |       |        |

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ(ต่อ)

| ลำดับ | ข้อมูลทั่วไป            | จำนวน<br>N= 307 | ร้อยละ |
|-------|-------------------------|-----------------|--------|
| 8     | อาชีพ                   |                 |        |
|       | ข้าราชการ               | 77              | 25.08  |
|       | ค้าขาย                  | 21              | 6.84   |
|       | ธุรกิจส่วนตัว           | 38              | 12.38  |
|       | พนักงานรัฐ/บริษัท/เอกชน | 55              | 17.92  |
|       | ชาวไร่/ชาวน             | 42              | 13.68  |
|       | แม่บ้าน                 | 32              | 10.42  |
|       | รับจ้าง                 | 38              | 12.38  |
|       | นักศึกษา                | 4               | 1.30   |
|       | รวม                     | 307             | 100.0  |

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มครอบครัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.30 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 12.70 อายุเฉลี่ย 45.50 ปี ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตร/ธิดา ร้อยละ 56.03 รองลงมาเป็นหลาน ร้อยละ 18.57 เป็นญาติ ร้อยละ 16.94 เป็นสามีภรรยา ร้อยละ 6.318 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 43.65 รองลงมาก็คือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 37.46 และสูงกว่าระดับปริญญา ร้อยละ 18.89 ตามลำดับ ศาสนาที่นับถือส่วนใหญ่คือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.81 รองลงมาก็คือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 6.19 สถานภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโสด ร้อยละ 43.00 รองลงมาก็คือ แต่งงาน/คู่ ร้อยละ 38.11 และหย่า/แยก/ร้าง ร้อยละ 18.89 มีรายได้เฉลี่ย 23,583.33 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพข้าราชการ ร้อยละ 25.08 รองลงมาก็คือพนักงานรัฐ/บริษัท/เอกชน ร้อยละ 17.92 ชาวไร่/ชาวน ร้อยละ 13.68 รับจ้าง ร้อยละ 12.38 แม่บ้าน ร้อยละ 10.42 และนักศึกษา ร้อยละ 1.30



## ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

การแปลผล ของแบบสอบถาม สามารถแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถาม โดยถือเกณฑ์การคิดคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยใช้การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ย  $\bar{X}$  ของเบสท์ (Best , 1981 : 173-175) ดังนี้

|                               |                                   |            |
|-------------------------------|-----------------------------------|------------|
| คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง | มีความคิดเห็น และการรับรู้ในระดับ | น้อยที่สุด |
| คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง | มีความคิดเห็น และการรับรู้ในระดับ | น้อย       |
| คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง | มีความคิดเห็น และการรับรู้ในระดับ | ปานกลาง    |
| คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง | มีความคิดเห็น และการรับรู้ในระดับ | มาก        |
| คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง | มีความคิดเห็น และการรับรู้ในระดับ | มากที่สุด  |

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ของผู้สูงอายุ

| ข้อ | รายการ                                                                                                                       | ความคิดเห็น (N = 77) |       |         |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|---------|
|     |                                                                                                                              | $\bar{X}$            | SD    | ระดับ   |
| 1   | ท่านต้องการให้ช่วยดูแลความสะอาดของร่างกาย เช่น เช็ดตัว อาบน้ำ สระผม                                                          | 3.71                 | 1.617 | มาก     |
| 2   | ท่านต้องการให้ช่วยดูแลเรื่องการรับประทานอาหารและน้ำที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เช่น การจัดเตรียมอาหารและน้ำ การป้อนอาหารและน้ำ  | 3.90                 | 1.300 | มาก     |
| 3   | ท่านต้องการให้ช่วยดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ เช่น การสวนปัสสาวะ/อุจจาระ                                             | 3.52                 | 1.662 | มาก     |
| 4   | ท่านต้องการให้ช่วยดูแลเรื่องการพักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอ เช่น ระวังการรบกวนการนอน การจัดที่นอนให้อยู่ในบรรยากาศที่เงียบสงบ | 3.57                 | 1.326 | มาก     |
| 5   | ท่านต้องการการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ เช่น พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ใช้ที่นอนลม                                            | 3.57                 | 1.535 | มาก     |
| 6   | ท่านต้องการลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดที่อาจเกิดขึ้น ด้วยการนวดการประคบ                                                   | 3.33                 | 1.770 | ปานกลาง |
| 7   | ท่านต้องการลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดที่อาจเกิดขึ้น ด้วยการรับประทานยาแก้ปวด                                             | 3.67                 | 1.065 | มาก     |
| 8   | ท่านต้องการการดูแลให้หายใจได้สะดวกขึ้น เช่น การจัดท่านอน การให้ออกซิเจน                                                      | 3.67                 | 1.197 | มาก     |
| 9   | ท่านต้องการการเฝ้าระวัง สังเกตอาการผิดปกติของร่างกายให้อย่างต่อเนื่อง                                                        | 4.43                 | .926  | มาก     |
| 10  | ท่านต้องการให้น้ำบรรเทาความเจ็บป่วย อาการผิดปกติ ตามความเชื่อ เช่น สมุนไพร                                                   | 3.24                 | 1.578 | ปานกลาง |

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ของผู้สูงอายุ(ต่อ)

| ข้อ | รายการ                                                                                                   | ความคิดเห็น (N = 77) |       |           |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|
|     |                                                                                                          | $\bar{X}$            | SD    | ระดับ     |
| 11  | ท่านต้องการให้ครอบครัวยอมรับสภาพความเจ็บปวดของท่านและไม่โศกเศร้าเสียใจหากท่านจากไป                       | 4.55                 | .759  | มากที่สุด |
| 12  | ท่านต้องการให้ผู้อื่นยอมรับสภาพความเจ็บป่วยที่ตนเองเป็นอยู่                                              | 3.60                 | 1.392 | มาก       |
| 13  | ท่านต้องการได้ระบายความรู้สึกโกรธ หงุดหงิดที่อาจเกิดขึ้นจากสภาพความเจ็บป่วยที่เขาเป็นอยู่                | 2.60                 | 1.429 | ปานกลาง   |
| 14  | ท่านต้องการคนที่ไวใจได้ อยู่เป็นเพื่อน และรับฟังการระบายความทุกข์ หรือเรื่องราวในอดีต                    | 3.65                 | 1.424 | มาก       |
| 15  | ท่านต้องการลดความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย หรือไร้คุณค่าที่อาจเกิดขึ้น                               | 3.25                 | 1.682 | ปานกลาง   |
| 16  | ท่านต้องการความเข้าใจและยอมรับจากครอบครัวเมื่อท่านร้องขอต่อรอง หรือถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่   | 4.15                 | 1.137 | มาก       |
| 17  | ท่านต้องการอยู่เงียบ ๆ คนเดียว เพื่อความสงบของจิตใจ                                                      | 3.00                 | 1.622 | ปานกลาง   |
| 18  | ท่านต้องการให้คนรักอยู่เคียงข้าง คอยพูดคุยดูแลด้วยความรักและความห่วงใย                                   | 3.80                 | 1.473 | มาก       |
| 19  | ท่านต้องการสะสมภารกิจที่ค้างค้างและได้ทำสิ่งที่อยากทำให้สำเร็จ                                           | 3.45                 | 1.731 | ปานกลาง   |
| 20  | ท่านต้องการให้อภัยผู้อื่นทุก ๆ คน ที่เคยล่วงเกิน และขอบคุณคนที่มิบุญคุณ                                  | 4.50                 | 1.100 | มากที่สุด |
| 21  | ท่านต้องการขอโทษ ขออโหสิกรรมผู้อื่น ญาติพี่น้องและเจ้ากรรมนายเวร ที่ท่านเคยล่วงเกิน                      | 4.45                 | 1.146 | มาก       |
| 22  | ท่านต้องการพบและกล่าวคำอำลากับคนที่รักและผูกพัน เช่น คนในครอบครัว ญาติ เพื่อนสนิท                        | 4.25                 | 1.020 | มาก       |
| 23  | ท่านต้องการทำพิธีกรรมตามความเชื่อ เช่นพิธีบายศรีสู่ขวัญ การต่ออายุ การสะเดาะเคราะห์เพื่อให้มีขวัญกำลังใจ | 2.35                 | 1.631 | น้อย      |

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ของผู้สูงอายุ(ต่อ)

| ข้อ | รายการ                                                                                                                                             | ความคิดเห็น (N = 77) |       |           |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|
|     |                                                                                                                                                    | $\bar{X}$            | SD    | ระดับ     |
| 24  | ท่านต้องการให้บุคคลที่ได้ทำไว้ และคุณพระศรีรัตนตรัย ช่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานและมีความสุข                                                        | 4.20                 | 1.152 | มาก       |
| 25  | ท่านต้องการให้พระสงฆ์ หรือผู้นำศาสนามาให้ธรรมะ เพื่อช่วยให้พบทางสว่าง หรือนำทางชีวิต                                                               | 3.90                 | 1.294 | มาก       |
| 26  | ท่านต้องการหรือศึกษาธรรมะ เช่น ชีตธรรมะ ชีตีสวดมนต์ หนังสือธรรมะ หนังสือสวดมนต์                                                                    | 3.35                 | 1.599 | ปานกลาง   |
| 27  | ท่านต้องการความช่วยเหลือจากสังคม ด้านสวัสดิการทางสังคม เช่น เงินสงเคราะห์ การดูแลบ้านที่อยู่อาศัย อาชีพเสริมของครอบครัว                            | 2.20                 | 1.473 | น้อย      |
| 28  | ท่านต้องการให้ญาติมีการจัดเวร เพื่อมาเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอ                                                                                      | 3.05                 | 1.669 | มาก       |
| 29  | ท่านต้องการให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่จิตอาสาอยู่เป็นเพื่อนในช่วงที่สมาชิกครอบครัว หรือผู้ดูแล ติดภารกิจ/ไม่ว่าง                                          | 2.65                 | 1.785 | มาก       |
| 30  | ท่านต้องการจากไปอย่างสงบ ท่ามกลางคนใกล้ชิด คนที่รัก ลูก ๆ หลาน ๆ                                                                                   | 4.45                 | 1.146 | มากที่สุด |
| 31  | หากท่านป่วยและรักษาอยู่ในระยะสุดท้ายแต่ยังมีสติสัมปชัญญะเป็นปกติ ท่านต้องการได้รับรู้จากแพทย์หรือพยาบาลว่ายังเหลือเวลาที่จะมีชีวิตอยู่อีกนานเท่าไร | 2.95                 | 1.746 | ปานกลาง   |
| 32  | ท่านต้องการให้มีคนจัดการค่าใช้จ่ายในเรื่องการรักษาพยาบาล                                                                                           | 2.76                 | 1.578 | ปานกลาง   |
| 33  | ท่านต้องการผู้ช่วยเหลือในการทำวัตรประจำวัน                                                                                                         | 2.95                 | 1.687 | ปานกลาง   |
| 34  | ท่านต้องการได้รับข่าวสารด้านต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์                                                                                | 4.10                 | 1.044 | มาก       |
| 35  | ท่านต้องการทราบถึงสิทธิในการยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาล                                                                                         | 3.40                 | 1.536 | ปานกลาง   |
| 36  | ท่านต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพอย่างเพียงพอ                                                                                                 | 4.24                 | .944  | มาก       |

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ของผู้สูงอายุ(ต่อ)

| ข้อ | รายการ                                                                                             | ความคิดเห็น (N = 77) |        |         |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------|---------|
|     |                                                                                                    | $\bar{X}$            | SD     | ระดับ   |
| 37  | ท่านต้องการให้แพทย์ช่วยรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้มีอายุยืนยาวเท่าที่ทำได้                     | 3.38                 | 1.499  | ปานกลาง |
| 38  | ท่านต้องการให้แพทย์ยุติการรักษาตามที่ควรจะเป็น                                                     | 4.10                 | 1.300  | มาก     |
| 39  | ท่านต้องการเสี่ยง สัมผัสกับครอบครัวหรือญาติตามที่ต้องการ                                           | 3.67                 | 1.528  | มาก     |
| 40  | ท่านต้องการให้ทางโรงพยาบาลช่วยประสานงานเรื่องการจัดงานศพอย่างเรียบง่าย ไม่ใช่ค่าใช้จ่ายมากจนเกินไป | 2.70                 | 1.658  | ปานกลาง |
| รวม |                                                                                                    | 3.6145               | .72209 | มาก     |

จากตารางที่ 4 พบว่า ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ในภาพรวม อยู่ในระดับ มาก ( $\bar{X} = 3.61$  ,  $SD = 0.72$ ) โดยมีรายการที่ผู้สูงอายุต้องการในระดับมากที่สุด เรียงตามลำดับ จากมากไปหาน้อย 3 ลำดับ ดังต่อไปนี้

ลำดับที่ 1 ผู้สูงอายุต้องการให้ครอบครัวยอมรับสภาพความเจ็บปวดของท่านและไม่โศกเศร้าเสียใจหากท่านจากไป ( $\bar{X} = 4.55$ ,  $SD = 0.75$ )

ลำดับที่ 2 ผู้สูงอายุต้องการให้อภัยผู้อื่นทุก ๆ คน ที่เคยล่วงเกิน และขอบคุณคนที่มิบุญคุณ ( $\bar{X} = 4.50$ ,  $SD = 1.10$ )

ลำดับที่ 3 ผู้สูงอายุต้องการจากไปอย่างสงบ ท่ามกลางคนใกล้ชิด คนที่รัก ลูก ๆ หลาน ๆ ( $\bar{X} = 4.45$ ,  $SD = 1.14$ )

และรายการที่ผู้สูงอายุต้องการการดูแลในระดับน้อย เรียงตามลำดับจากน้อยไปหามาก 2 ลำดับ ดังต่อไปนี้

ลำดับที่ 1 ท่านต้องการความช่วยเหลือจากสังคม ด้านสวัสดิการทางสังคม เช่น เงินสงเคราะห์การดูแลบ้านที่อยู่อาศัย อาชีพเสริมของครอบครัว ( $\bar{X} = 2.20$ ,  $SD = 1.47$ )

ลำดับที่ 2 ท่านต้องการทำพิธีกรรมตามความเชื่อ เช่น พิธีบายศรีสู่ขวัญ การต่ออายุ การสะเดาะเคราะห์เพื่อให้มีขวัญกำลังใจ ( $\bar{X} = 2.35$ ,  $SD = 1.63$ )

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ของครอบครัวผู้สูงอายุ

| ข้อ | รายการ                                                                                                                                  | ความคิดเห็น (N = 307) |       |           |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|-----------|
|     |                                                                                                                                         | $\bar{X}$             | SD    | ระดับ     |
| 1   | ท่านต้องการให้มีการดูแลผู้สูงอายุในเรื่องความสะอาดของร่างกาย เช่น เช็ดตัว อาบน้ำ สระผม                                                  | 4.12                  | 1.088 | มาก       |
| 2   | ท่านต้องการให้มีการดูแลผู้สูงอายุเรื่องการรับประทานอาหารและน้ำที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เช่น การจัดเตรียมอาหารและน้ำ การป้อนอาหารและน้ำ  | 4.38                  | .806  | มาก       |
| 3   | ท่านต้องการให้มีการดูแลผู้สูงอายุเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ เช่น การสวนปัสสาวะ/อุจจาระ                                             | 4.56                  | .629  | มากที่สุด |
| 4   | ท่านต้องการให้มีการดูแลผู้สูงอายุเรื่องการพักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอ เช่น ระวังการรบกวนการนอน การจัดที่นอนให้อยู่ในบรรยากาศที่เงียบสงบ | 4.56                  | .629  | มากที่สุด |
| 5   | ท่านต้องการให้มีการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันแผลกดทับ เช่น พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ใช้ที่นอนลม                                        | 4.63                  | .619  | มากที่สุด |
| 6   | ท่านต้องการให้มีการลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดของผู้สูงอายุที่อาจเกิดขึ้น ด้วยการนวด การประคบ                                        | 4.19                  | .834  | มาก       |
| 7   | ท่านต้องการให้มีการลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดของผู้สูงอายุที่อาจเกิดขึ้น ด้วยการรับประทานยาแก้ปวด                                   | 3.69                  | .793  | มาก       |
| 8   | ท่านต้องการให้มีการการดูแลผู้สูงอายุให้หายใจได้สะดวกขึ้น เช่น การจัดท่านอน การให้ออกซิเจน                                               | 4.31                  | .704  | มาก       |
| 9   | ท่านต้องการให้มีการเฝ้าระวัง สังเกตอาการผิดปกติของร่างกายผู้สูงอายุให้อย่างต่อเนื่อง                                                    | 4.69                  | .479  | มากที่สุด |
| 10  | ท่านต้องการให้มีการบำบัดความเจ็บป่วย อาการผิดปกติ ตามความเชื่อ เช่น สมุนไพร                                                             | 3.37                  | 1.204 | ปานกลาง   |

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ของครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ต่อ)

| ข้อ | รายการ                                                                                                                                           | ความคิดเห็น (N = 307) |       |           |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|-----------|
|     |                                                                                                                                                  | $\bar{X}$             | SD    | ระดับ     |
| 11  | ท่านยอมรับและเข้าใจสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเป็นอย่างดีและพยายามจะไม่โศกเศร้าเสียใจหากผู้สูงอายุจากท่านไป                                    | 3.75                  | .856  | มาก       |
| 12  | ท่านต้องการให้แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่แสดงถึงการยอมรับและเข้าใจสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ                                                   | 4.56                  | .629  | มากที่สุด |
| 13  | ท่านต้องการให้ทางโรงพยาบาลจัดบริการให้ผู้สูงอายุได้รับการให้คำปรึกษาหรือระบายความรู้สึกโกรธ หงุดหงิดที่อาจเกิดขึ้นจากสภาพความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ | 3.62                  | 1.258 | มาก       |
| 14  | ท่านต้องการอยู่เป็นเพื่อนและรับฟังการระบายความทุกข์หรือเรื่องราวในอดีตของผู้สูงอายุ                                                              | 3.88                  | .885  | มาก       |
| 15  | ท่านต้องการให้มีการลดลดความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย หรือไร้คุณค่าที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ                                                | 4.25                  | .775  | มาก       |
| 16  | ท่านยอมรับและเข้าใจผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและร้องขอ ต่อรอง หรือพยายามสอบถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่                                        | 4.06                  | .680  | มาก       |
| 17  | ท่านต้องการให้ผู้สูงอายุอยู่เงียบ ๆ คนเดียว เพื่อให้ท่านเกิดความสะดวกของจิตใจ                                                                    | 2.69                  | 1.302 | ปานกลาง   |
| 18  | ท่านต้องการอยู่ใกล้ ๆ ผู้สูงอายุ เพื่อคอยพูดคุย ดูแลท่านด้วยความรักและความห่วงใย                                                                 | 4.56                  | .629  | มากที่สุด |
| 19  | ท่านต้องการให้มีการทำพิธีกรรมตามความเชื่อ เช่น พิธีบายศรีสู่ขวัญ การต่ออายุ การสะเดาะเคราะห์เพื่อให้มีขวัญกำลังใจ                                | 2.25                  | 1.183 | น้อย      |
| 20  | ท่านต้องการให้มีพระสงฆ์ หรือผู้นำศาสนามาให้ธรรมะ เพื่อช่วยให้พบทางสว่างหรือนำทางชีวิต                                                            | 3.31                  | .946  | มาก       |
| 21  | ท่านต้องการให้โรงพยาบาลจัดให้ผู้สูงอายุได้ศึกษาและสัมผัสสพระธรรม เช่น เปิดซีดีธรรมะ ซีดีสวดมนต์ หรืออ่านหนังสือธรรมะแก่ผู้สูงอายุ                | 3.69                  | 1.138 | มาก       |

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ของครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ต่อ)

| ข้อ | รายการ                                                                                                                                                                              | ความคิดเห็น (N = 307) |       |           |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|-----------|
|     |                                                                                                                                                                                     | $\bar{X}$             | SD    | ระดับ     |
| 22  | ท่านต้องการให้มีความช่วยเหลือจากสังคม ด้านสวัสดิการทางสังคม เช่น เงินสงเคราะห์ การดูแลบ้านที่อยู่อาศัย อาชีพเสริมของครอบครัว                                                        | 3.25                  | 1.125 | ปานกลาง   |
| 23  | ท่านสามารถจัดเวรคนในครอบครัวเพื่อมาเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุได้อย่างสม่ำเสมอ                                                                                                            | 3.69                  | .873  | มาก       |
| 24  | ท่านต้องการให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่จิตอาสาอยู่เป็นเพื่อนผู้สูงอายุในช่วงที่สมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแล ติดภารกิจ/ไม่ว่าง                                                                  | 3.13                  | 1.147 | ปานกลาง   |
| 25  | หากผู้สูงอายุป่วยและรักษาอยู่ในระยะสุดท้ายแต่ยังมีสติสัมปชัญญะเป็นปกติ ท่านต้องการได้รับรู้จากแพทย์หรือพยาบาลว่ายังเหลือเวลาที่จะมีชีวิตอยู่อีกนานเท่าไร เพื่อแจ้งให้ผู้สูงอายุทราบ | 2.50                  | 1.211 | ปานกลาง   |
| 26  | ท่านต้องการให้มีคนจัดการค่าใช้จ่ายในเรื่องการรักษาพยาบาล                                                                                                                            | 2.81                  | 1.109 | ปานกลาง   |
| 27  | ท่านต้องการผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันแก่ผู้สูงอายุ                                                                                                                          | 3.50                  | 1.033 | มาก       |
| 28  | ท่านต้องการทราบถึงสิทธิในการยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ                                                                                                             | 4.00                  | .894  | มาก       |
| 29  | ท่านต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ                                                                                                                     | 4.62                  | .619  | มากที่สุด |
| 30  | ท่านต้องการให้แพทย์ช่วยรักษาผู้สูงอายุด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้มีอายุยืนยาวเท่าที่ทำได้                                                                                            | 4.50                  | .894  | มากที่สุด |
| 31  | ท่านต้องการให้แพทย์ยุติการรักษาผู้สูงอายุตามที่ควรจะเป็น                                                                                                                            | 3.00                  | 1.506 | ปานกลาง   |
| 32  | ท่านต้องการให้ทางโรงพยาบาลจัดให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสสั่งเสียส่งลาภกับครอบครัวหรือญาติตามที่ต้องการ                                                                                  | 3.75                  | 1.291 | มาก       |



ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ของครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ต่อ)

| ข้อ | รายการ                                                                                             | ความคิดเห็น (N = 307) |        |         |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------|---------|
|     |                                                                                                    | $\bar{X}$             | SD     | ระดับ   |
| 33  | ท่านต้องการให้ทางโรงพยาบาลช่วยประสานงานเรื่องการจัดงานศพอย่างเรียบง่าย ไม่ใช่ค่าใช้จ่ายมากจนเกินไป | 3.31                  | 1.078  | ปานกลาง |
| รวม |                                                                                                    | 3.7936                | .46870 | มาก     |

จากตารางที่ 5 พบว่า ความต้องการการดูแลของครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ในภาพรวม อยู่ในระดับ มาก ( $\bar{X} = 3.79$  ,  $SD = 0.46$ ) โดยมีรายการที่ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องการในระดับมากที่สุด เรียงตามลำดับ จากมากไปหาน้อย 3 ลำดับ ดังต่อไปนี้

ลำดับที่ 1 ครอบครัวผู้สูงอายุต้องการให้มีการเผาระวัง สังเกตอาการผิดปกติของร่างกายผู้สูงอายุให้อย่างต่อเนื่อง ( $\bar{X} = 4.69$ ,  $SD = 0.47$ )

ลำดับที่ 2 ครอบครัวผู้สูงอายุต้องการให้มีการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันแผลกดทับ เช่น พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ใช้ที่นอนลม ( $\bar{X} = 4.63$ ,  $SD = 0.61$ )

ลำดับที่ 3 ครอบครัวผู้สูงอายุต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ ( $\bar{X} = 4.62$ ,  $SD = 0.61$ )

และรายการที่ครอบครัวผู้สูงอายุต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ในระดับน้อย มี 1 รายการ คือ

ความต้องการให้มีการทำพิธีกรรมตามความเชื่อ เช่นพิธีบายศรีสู่ขวัญ การต่ออายุ การสะเดาะเคราะห์เพื่อให้มีขวัญกำลังใจ ( $\bar{X} = 2.20$ ,  $SD = 1.47$ )

### ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลระหว่างความคิดเห็นของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว จำแนกรายด้าน

| รายการ                                                                        | ผู้สูงอายุ |         | ระดับ   | สมาชิกในครอบครัว |        | ระดับ     |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------|---------|---------|------------------|--------|-----------|
|                                                                               | $\bar{X}$  | SD      |         | $\bar{X}$        | SD     |           |
| 1. การเสริมสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์                              | 3.8105     | .81233  | มาก     | 3.1875           | .88741 | ปานกลาง   |
| 2. การส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความเชื่อและความหวัง                                | 3.4500     | 1.08700 | ปานกลาง | 3.1563           | .83604 | ปานกลาง   |
| 3. ความไวต่อความรู้สึกและประสบการณ์ความรู้สึกของตนเองและผู้ป่วย               | 3.6250     | 1.08367 | มาก     | 4.2917           | .61914 | มาก       |
| 4. การส่งเสริมสัมพันธภาพ การเอื้ออาทรและความไว้วางใจต่อกัน                    | 3.3500     | 1.32883 | ปานกลาง | 3.7812           | .75208 | มาก       |
| 5. การสนับสนุนและยอมรับการแสดงความรู้สึกทั้งด้านบวกและลบ                      | 3.5833     | .83683  | มาก     | 3.9792           | .58965 | มาก       |
| 6. การแก้ไขปัญหาหรายบุคคลอย่างสร้างสรรค์บนพื้นฐานกระบวนการเอื้ออาทร           | 3.7333     | .98251  | มาก     | 4.3000           | .47329 | มาก       |
| 7. การส่งเสริมการเรียนรู้แลกเปลี่ยนระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแล       | 3.1368     | 1.06469 | ปานกลาง | 3.2188           | .73527 | ปานกลาง   |
| 8. การสนับสนุน ป้องกันและแก้ไขสภาวะด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ       | 3.3175     | 1.12287 | ปานกลาง | 3.6458           | .61426 | มาก       |
| 9. การตอบสนองความต้องการจำเป็นพื้นฐานโดยตรงไว้ซึ่งคุณค่าศักดิ์ศรีของบุคคล     | 3.6786     | 1.15147 | มาก     | 4.4063           | .56181 | มาก       |
| 10. การเปิดโอกาสให้บุคคลมีประสบการณ์การบำบัดเยียวยาเอื้ออาทรต่อจิตวิญญาณตนเอง | 3.9400     | .69312  | มาก     | 4.5000           | .89443 | มากที่สุด |
| รวม                                                                           | 3.6145     | .72209  | มาก     | 3.7936           | .46870 | มาก       |

จากตารางที่ 6 พบว่า ความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุและครอบครัว อยู่ในระดับมาก (ผู้สูงอายุ  $\bar{X} = 3.61$  , SD = 0.72 : ครอบครัว  $\bar{X} = 3.79$  , SD = 0.46) และเมื่อเปรียบเทียบความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลระหว่างความคิดเห็นของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว พบว่า

ความคิดเห็นของผู้สูงอายุ มีความต้องการการดูแล เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับแรก

คือ 1. การเปิดโอกาสให้บุคคลมีประสบการณ์การบำบัดเยียวยาเอื้ออาหารต่อจิตวิญญาณตนเอง  
( $\bar{X} = 3.94$ ,  $SD = 0.69$ )

2. การเสริมสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์( $\bar{X} = 3.81$ ,  $SD = 0.81$ )

3. การแก้ไขปัญหารายบุคคลอย่างสร้างสรรค์บนพื้นฐานกระบวนการเอื้ออาหาร( $\bar{X} = 3.73$ ,  $SD = 0.98$ )

ความคิดเห็นของครอบครัว มีความต้องการการดูแล เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับแรก

คือ 1. การเปิดโอกาสให้บุคคลมีประสบการณ์การบำบัดเยียวยาเอื้ออาหารต่อจิตวิญญาณตนเอง  
( $\bar{X} = 4.50$ ,  $SD = 0.89$ )

2. การตอบสนองความต้องการจำเป็นพื้นฐานโดยดำรงไว้ซึ่งคุณค่าศักดิ์ศรีของบุคคล( $\bar{X} = 4.40$ ,  
 $SD = 0.56$ )

3. การแก้ไขปัญหารายบุคคลอย่างสร้างสรรค์บนพื้นฐานกระบวนการเอื้ออาหาร( $\bar{X} = 4.30$ ,  
 $SD = 0.47$ )

**ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างกับความ**  
**ต้องการการดูแลเพื่อการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล**  
 ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของผู้สูงอายุกับความต้องการการดูแลเพื่อ  
 การเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

| คุณลักษณะของผู้สูงอายุ                                                                | อายุ          | เพศ                           | ระดับ<br>การศึกษา              | สถานภาพ<br>สมรส | รายได้        | อาชีพ         | โรค<br>ประจำตัว                |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------|---------------|---------------|--------------------------------|
| ความต้องการการดูแล                                                                    |               |                               |                                |                 |               |               |                                |
| 1. การเสริมสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรี<br>ความเป็นมนุษย์                                  | .101<br>.680  | .038<br>.877                  | .327<br>.185                   | .042<br>.864    | -.500<br>.141 | -.102<br>.677 | -.053<br>.831                  |
| 2. การส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความเชื่อ<br>และความหวัง                                    | -.241<br>.307 | <b>.490(*)</b><br><b>.028</b> | -.090<br>.713                  | -.014<br>.952   | -.531<br>.093 | .277<br>.237  | -.245<br>.297                  |
| 3. ความไวต่อความรู้สึกและ<br>ประสบการณ์ความรู้สึกของตนเอง<br>และผู้ป่วย               | -.036<br>.880 | .260<br>.269                  | .149<br>.542                   | .097<br>.685    | -.293<br>.383 | .202<br>.392  | -.123<br>605                   |
| 4. การส่งเสริมสัมพันธภาพ การเอื้อ<br>อาทรและความไว้วางใจต่อกัน                        | .074<br>.758  | .423<br>.063                  | -.099<br>.688                  | .181<br>.444    | -.071<br>.836 | .168<br>.479  | -.290<br>.215                  |
| 5. การสนับสนุนและยอมรับการ<br>แสดงความรู้สึกทั้งด้านบวกและลบ                          | -.055<br>.819 | .177<br>.455                  | .056<br>.820                   | -.125<br>.599   | -.349<br>.293 | .200<br>.397  | -.342<br>.140                  |
| 6. การแก้ไขปัญหาหารายบุคคลอย่าง<br>สร้างสรรค์บนพื้นฐานกระบวนการ<br>เอื้ออาทร          | .002<br>.994  | .124<br>.591                  | .395<br>.085                   | -.038<br>.870   | -.152<br>.638 | -.162<br>.484 | -.155<br>.501                  |
| 7. การส่งเสริมการเรียนรู้<br>แลกเปลี่ยนระหว่างผู้ให้การดูแลและ<br>ผู้รับการดูแล       | .129<br>.598  | .310<br>.197                  | -.041<br>.872                  | -.004<br>.987   | -.380<br>.279 | .224<br>.357  | -.244<br>.314                  |
| 8. การสนับสนุน ป้องกันและแก้ไข<br>สภาวะ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม<br>และจิตวิญญาณ       | -.129<br>.578 | .230<br>.316                  | .094<br>.694                   | .048<br>.835    | -.180<br>.575 | .242<br>.291  | -.382<br>.087                  |
| 9. การตอบสนองความต้องการ<br>จำเป็นพื้นฐานโดยดำรงไว้ซึ่งคุณค่า<br>ศักดิ์ศรีของบุคคล    | .187<br>.416  | -.110<br>.635                 | <b>.656(**)</b><br><b>.002</b> | -.043<br>.854   | .047<br>.885  | -.283<br>.214 | <b>-.508(*)</b><br><b>.019</b> |
| 10. การเปิดโอกาสให้บุคคลมี<br>ประสบการณ์การบำบัดเยียวยาเอื้อ<br>อาทรต่อจิตวิญญาณตนเอง | .115<br>.630  | .017<br>.943                  | .128<br>.603                   | .079<br>.742    | -.215<br>.525 | .059<br>.805  | -.085<br>.720                  |

\*p < .05 , \*\*p < .01

จากตารางที่ 7 พบว่า คุณลักษณะของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลเพื่อการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ได้แก่

เพศ มีความสัมพันธ์ กับ การส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความเชื่อและความหวัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = 0.490$  ,  $p = 0.028$ )

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ กับ การตอบสนองความต้องการจำเป็นพื้นฐานโดยดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = 0.656$  ,  $p = 0.002$ )

โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ กับ การตอบสนองความต้องการจำเป็นพื้นฐานโดยดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -0.508$  ,  $p = 0.019$ )

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของสมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุกับความ  
ต้องการการดูแลเพื่อการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

| คุณลักษณะของผู้สูงอายุ                                                                    | อายุ                           | เพศ                           | ความ<br>สัมพันธ์ | ระดับ<br>การศึกษา              | ศาสนา                           | สถานภาพ<br>สมรส | รายได้                         | อาชีพ                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------|--------------------------------|--------------------------------|
| ความต้องการการดูแล                                                                        |                                |                               |                  |                                |                                 |                 |                                |                                |
| 1. การเสริมสร้างคุณค่า<br>และศักดิ์ศรีความเป็น<br>มนุษย์                                  | -.113<br>.676                  | .302<br>.255                  | .231<br>.389     | -.121<br>.655                  | -.131<br>.627                   | -.025<br>.928   | -.313<br>.323                  | .417<br>.108                   |
| 2. การส่งเสริมและคงไว้ซึ่ง<br>ความเชื่อและความหวัง                                        | -.360<br>.171                  | .306<br>.248                  | -.312<br>.239    | -.142<br>.601                  | -.289<br>.278                   | -.109<br>.689   | -.264<br>.408                  | -.129<br>.635                  |
| 3. ความไวต่อความรู้สึก<br>และประสบการณ์<br>ความรู้สึกของตนเองและ<br>ผู้ป่วย               | -.030<br>.913                  | .394<br>.131                  | -.241<br>.369    | -.301<br>.257                  | -.413<br>.112                   | .070<br>.796    | -.337<br>.284                  | -.043<br>.873                  |
| 4. การส่งเสริม<br>สัมพันธ์ภาพ การเอื้ออาทร<br>และความไว้วางใจต่อกัน                       | -.183<br>.497                  | .406<br>.119                  | -.223<br>.406    | <b>-.501(*)</b><br><b>.048</b> | -.454<br>.077                   | -.082<br>.763   | <b>-.629(*)</b><br><b>.028</b> | .107<br>.692                   |
| 5. การสนับสนุนและ<br>ยอมรับการแสดงความรู้สึก<br>ทั้งด้านบวกและลบ                          | -.258<br>.335                  | -.014<br>.960                 | .274<br>.305     | .328<br>.214                   | -.443<br>.086                   | .103<br>.705    | .070<br>.828                   | <b>-.593(*)</b><br><b>.015</b> |
| 6. การแก้ไขปัญหา<br>รายบุคคลอย่างสร้างสรรค์<br>บนพื้นฐานกระบวนการ<br>เอื้ออาทร            | -.217<br>.420                  | <b>.577(*)</b><br><b>.019</b> | -.220<br>.412    | -.364<br>.166                  | -.394<br>.131                   | .049<br>.857    | -.557<br>.060                  | -.068<br>.802                  |
| 7. การส่งเสริมการเรียนรู้<br>แลกเปลี่ยนระหว่างผู้ให้<br>การดูแลและผู้รับการดูแล           | -.243<br>.365                  | -.216<br>.422                 | .025<br>.926     | .307<br>.247                   | -.079<br>.770                   | -.133<br>.623   | .252<br>.429                   | -.275<br>.303                  |
| 8. การสนับสนุน ป้องกัน<br>และแก้ไขสภาวะ ด้าน<br>ร่างกาย จิตใจ สังคม และ<br>จิตวิญญาณ      | -.178<br>.510                  | .093<br>.733                  | .222<br>.408     | .175<br>.516                   | -.136<br>.616                   | .099<br>.717    | -.055<br>.865                  | -.336<br>.203                  |
| 9. การตอบสนองความ<br>ต้องการจำเป็นพื้นฐานโดย<br>ดำรงไว้ซึ่งคุณค่าศักดิ์ศรี<br>ของบุคคล    | <b>-.521(*)</b><br><b>.038</b> | .195<br>.468                  | .232<br>.387     | -.019<br>.944                  | <b>-.667(**)</b><br><b>.005</b> | -.110<br>.685   | -.271<br>.394                  | -.335<br>.204                  |
| 10. การเปิดโอกาสให้<br>บุคคลมีประสบการณ์การ<br>บำบัดเยียวยาเอื้ออาทรต่อ<br>จิตวิญญาณตนเอง | -.008<br>.977                  | .218<br>.417                  | .000<br>1.000    | -.385<br>.141                  | -.149<br>.582                   | .260<br>.331    | -.262<br>.412                  | .241<br>.369                   |

\*p < .05 , \*\*p < .01

จากตารางที่ 8 พบว่า คุณลักษณะของสมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับความ ต้องการการดูแลเพื่อการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ได้แก่

อายุ มีความสัมพันธ์ กับ การตอบสนองความต้องการจำเป็นพื้นฐานโดยดำรงไว้ซึ่งคุณค่า ศักดิ์ศรีของบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -0.521, p = 0.038$ )

เพศ มีความสัมพันธ์ กับ การแก้ไขปัญหารายบุคคลอย่างสร้างสรรค์บนพื้นฐานกระบวนการเอื้อ อาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = 0.577, p = 0.019$ )

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ กับ การส่งเสริมสัมพันธภาพ การเอื้ออาหารและความไว้วางใจ ต่อกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -0.501, p = 0.048$ )

ศาสนา มีความสัมพันธ์ กับ การตอบสนองความต้องการจำเป็นพื้นฐานโดยดำรงไว้ซึ่งคุณค่า ศักดิ์ศรีของบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -0.667, p = 0.005$ )

รายได้ มีความสัมพันธ์ กับ การส่งเสริมสัมพันธภาพ การเอื้ออาหารและความไว้วางใจต่อกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -0.629, p = 0.028$ )

อาชีพ มีความสัมพันธ์ กับ การสนับสนุนและยอมรับการแสดงความรู้สึกทั้งด้านบวกและลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -0.593, p = 0.015$ )

ส่วนที่ 5 ผลสรุปการสัมภาษณ์เชิงลึก

ตารางที่ 9 ผลการสังเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและครอบครัวที่มารับบริการในโรงพยาบาล

| กลุ่มตัวอย่าง | การรับรู้เกี่ยวกับการตาย                                                     | ทัศนคติต่อการตายอย่างสงบ                                                 | ทัศนคติต่อการตายที่โรงพยาบาล                                                                                                             | ประสบการณ์ที่เคยได้รับการสูญเสียญาติหรือคนรักที่โรงพยาบาล                                                                                                                                                             | แนวทางการสร้างควมไว้วางใจต่อผู้สูงอายุและครอบครัว                                                             |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ผู้สูงอายุ    | 1. ความตาย เป็นเรื่องธรรมชาติที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ไม่มีใครหลีกเลี่ยงพ้น | 1. ตายโดยไม่เจ็บปวด ทุกข์ทรมาน เป็นการตายอย่างสงบ                        | 1. ได้รับการช่วยเหลืออย่างดีที่สุดแล้วจากแพทย์พยาบาลเพื่อให้มีชีวิตรอด                                                                   | 1. เรื่องการเงินของผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตหรือเสียชีวิต ในช่วงที่มีความไม่สะดวก เช่น การผ่อนผันการจัดการที่เหมาะสม เช่น การผ่อนผันหรือการชะลอการเรียกเก็บเงินในทันทีที่มีผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล | 1. กิริยา มารยาท การพูดจา เป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความไว้วางใจ                                                 |
|               | 2. ความตาย คือการจากไป ทุกข์ ไปสบาย แล้ว หมดเวรหมดกรรม                       | 2. ตายโดยได้จัดการสิ่งต่าง ๆ ที่อยากทำ ได้สำเร็จแล้ว                     | 2. ญาติและครอบครัวจะได้รับการช่วยเหลือหลังจากที่ตนเสียชีวิตแล้วจากแพทย์ พยาบาลที่เป็นผู้ที่มีความรู้ มีจรรยาบรรณวิชาชีพ                  | 2. ไม่มีสถานที่ในการจัดเก็บศพของผู้เสียชีวิต บางครั้งอยู่บนรถเข็นนาน                                                                                                                                                  | 2. การเอาใจเขามาใส่ใจเรา เปิดใจรับฟังและเห็นอกเห็นใจ เพื่อมนุษย์จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้และสัมผัสได้ |
|               | 3. ความตาย คือ การสิ้นอายุขัย                                                | 3. ตายโดยแวดล้อมด้วยผู้เป็นที่รัก ไม่ได้ถูกทอดทิ้งอย่างโดดเดี่ยวเดียวดาย | 3. สภาพของผู้เสียชีวิตได้รับการปกป้องดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์                                                                  | 3. ไม่มีสถานที่ดูแลญาติและคนในครอบครัวที่เศร้าเสียใจ เช่น ความมีห้อง หรือมีเก้าอี้รับรอง                                                                                                                              | 3. การเอาใจเขามาใส่ใจเรา เปิดใจรับฟังและเห็นอกเห็นใจ เพื่อมนุษย์จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้และสัมผัสได้ |
|               |                                                                              |                                                                          | 4. ควรเพิ่มความใกล้ชิดและเห็นอกเห็นใจ ให้ความยืดหยุ่นแก่ญาติและผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยให้ความดูแลอย่างเอื้ออาทร และผ่อนคลายประนีประนอมบ้าง |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                               |



ตารางที่ 9 ผลการสังเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและครอบครัวที่มารับบริการในโรงพยาบาล (ต่อ)

| กลุ่มตัวอย่าง | การรับรู้เกี่ยวกับการตาย                                                                                                      | ทัศนคติต่อการตายอย่างสงบ                                                                         | ทัศนคติต่อการตายที่โรงพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                  | ประสบการณ์ที่เคยได้รับจากการสูญเสียญาติหรือคนรู้จักที่โรงพยาบาล                                                                                                                                         | แนวทางการสร้างความไว้วางใจต่อผู้สูงอายุและครอบครัว                                                                                                                                                                              |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ครอบครัว      | 1. ความตายเป็นเรื่องธรรมดา เราทุกคนต้องตาย<br>2. ความตาย เป็นเรื่องจริง เป็นสิ่งแน่นอนที่ต้องยอมรับและสามารถเผชิญและผ่านไปได้ | 1. เป็นการตายที่ไม่เจ็บปวด ทุกข์ทรมาน<br>2. เป็นการตายที่ไม่ได้สร้างภาระให้กับผู้อื่นและครอบครัว | 1. ความมีการจัดสถานที่เฉพาะมีความเป็นส่วนตัวสำหรับผู้ป่วยที่จะเสียชีวิตให้มีโอกาสที่ญาติและครอบครัวจะได้รำลึกเป็นครั้งสุดท้ายอย่างสมเกียรติและมีความเหมาะสม<br>2. ความมีการฝึกอบรมการใช้คำพูดและกิริยาที่แสดงความเคารพและให้เกียรติแก่ผู้เสียชีวิตและครอบครัว | 1. ไม่มีเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเข้ามาดูแลจัดการด้านอารมณ์และรับรู้รังพึงญาติและครอบครัวเมื่อผู้ป่วยชีวิตในโรงพยาบาล<br>2. ไม่มีการติดตามไปดูแลญาติและครอบครัวที่บ้านหรือช่วยจัดการเกี่ยวกับงานหรือพิธีศพ | 1. ความอดทน ยอมรับสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติเกิดความเครียด วิตกกังวลและเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยและญาติให้ความไว้วางใจ<br>2. ความเป็นผู้มีความรู้ ทักษะและความสามารถในการช่วยเหลือปัญหาต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ |
|               | 3. ความตาย คือ ความสูญเสียและความโศกเศร้า                                                                                     | 3. เป็นการตายที่รู้ตัวก่อนและมีโอกาสได้สั่งเสีย ล่าลา และยอมรับได้ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว      | 3. แพทย์ควรแจ้งพยากรณ์ของโรคและสื่อสาร ถ่ายทอดให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้เข้าใจเพื่อสามารถเตรียมการได้อย่างมีสติ ก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือใกล้เสียชีวิต                                                                                                       | 3. ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการเคลื่อนย้ายศพค่อนข้างสูง                                                                                                                                      | 3. ความเข้าใจผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ ความเชื่อ หรือการศึกษาพิธีทางศาสนาต่าง ๆ จะทำให้เข้าใจผู้ป่วยและญาติมากขึ้น                                                                                                                |

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นโครงการวิจัยย่อยที่ 9 เรื่อง “รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล (ปีที่ 1)” เป็นโครงการวิจัยย่อย ภายใต้แผนงานวิจัย “การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ” ซึ่งในระยะที่ 1 ปี ที่ 1 นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการทัศนคติของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเตรียมความพร้อมสู่การตายกรณีที่ตายในสถานพยาบาล โดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน(Mixed Method Research) การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิจัยเชิงปริมาณจากการสำรวจความคิดเห็นของผู้สูงอายุและญาติ และ 2) การวิจัยเชิงคุณภาพโดยการใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ประชากร เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการในสถานพยาบาลในภาคตะวันออก ใน 8 จังหวัด ได้แก่ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สระแก้ว ปราจีนบุรี และนครนายก จำนวน 440,562 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) และมีความยินดีเข้าร่วมโครงการ และญาติคนในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1,762,248 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ โดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามตารางการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างของเครจซ์และมอร์แกน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 384 คน โดยแบ่งตามสัดส่วนจำนวนประชากร เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 77 คน ญาติและผู้ดูแลจำนวน 307 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษานี้ ประกอบด้วย แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของจิ้น วัตสัน (Watson, 1996: 154-5) และแบบประเมินความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายที่บ้าน ของ สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ (2555) ซึ่งแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ชุด โดย ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุ และชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามสำหรับสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และมีค่าความเชื่อมั่น 0.96

#### สถานที่ในการศึกษาวิจัย

ภาคตะวันออก ประเทศไทย

## ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย

ระยะเวลา 1 ปี

## ผลการศึกษาวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.62 รองลงมาคือเพศชาย ร้อยละ 23.38 อายุเฉลี่ย 71.52 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 57.14 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 23.38 และระดับสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 19.48 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 89.61 รองลงมานับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 10.96 ส่วนใหญ่แต่งงานและมีคู่ ร้อยละ 62.34 เป็นโสด ร้อยละ 19.48 มีรายได้ขอบกรอบครัวเฉลี่ย 25,333.33 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 46.75 รองลงมาคือชาวไร่/ชาวสวน ร้อยละ 27.27 เป็น พ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 14.29 ค้าขาย ร้อยละ 7.79 และลูกจ้าง ร้อยละ 3.90 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.62 และไม่มีโรคประจำตัวอยู่ที่ร้อยละ 23.88 ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุทั้งหมด

1.2 กลุ่มครอบครัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.30 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 12.70 อายุเฉลี่ย 45.50 ปี ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตร/ธิดา ร้อยละ 56.03 รองลงมาเป็นหลาน ร้อยละ 18.57 เป็นญาติ ร้อยละ 16.94 เป็นสามีภรรยา ร้อยละ 6.31 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 43.65 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 37.46 และสูงกว่าระดับปริญญา ร้อยละ 18.89 ตามลำดับ ศาสนาที่นับถือส่วนใหญ่คือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.81 รองลงมาคือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 6.19 สถานภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโสด ร้อยละ 43.00 รองลงมาคือ แต่งงาน/คู่ ร้อยละ 38.11 และหย่า/แยก/ร้าง ร้อยละ 18.89 มีรายได้เฉลี่ย 23,583.33 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพข้าราชการ ร้อยละ 25.08 รองลงมาคือพนักงานรัฐ/บริษัท/เอกชน ร้อยละ 17.92 ชาวไร่/ชาวสวน ร้อยละ 13.68 รับจ้าง ร้อยละ 12.38 แม่บ้าน ร้อยละ 10.42 และนักศึกษา ร้อยละ 1.30

### 2. ผลการวิเคราะห์ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

2.1 ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ในภาพรวม อยู่ในระดับ มาก ( $\bar{X} = 3.61$  ,  $SD = 0.72$ ) โดยมีรายการที่ผู้สูงอายุต้องการในระดับมากที่สุด เรียงตามลำดับ จากมากไปหาน้อย 3 ลำดับ ดังต่อไปนี้

ลำดับที่ 1 ผู้สูงอายุต้องการให้ครอบครัวยอมรับสภาพความเจ็บปวดของท่านและไม่โศกเศร้า เสียใจหากท่านจากไป ( $\bar{X} = 4.55$ ,  $SD = 0.75$ )

ลำดับที่ 2 ผู้สูงอายุต้องการให้อภัยผู้อื่นทุก ๆ คน ที่เคยล่วงเกิน และขอบคุณคนที่มิบุญคุณ ( $\bar{X} = 4.50$ ,  $SD = 1.10$ )

ลำดับที่ 3 ผู้สูงอายุต้องการจากไปอย่างสงบ ท่ามกลางคนใกล้ชิด คนที่รัก ลูก ๆ หลาน ๆ ( $\bar{X} = 4.45$ ,  $SD = 1.14$ )

และรายการที่ผู้สูงอายุต้องการการดูแลในระดับน้อย เรียงตามลำดับจากน้อยไปหามาก 2 ลำดับ ดังต่อไปนี้

ลำดับที่ 1 ท่านต้องการความช่วยเหลือจากสังคม ด้านสวัสดิการทางสังคม เช่น เงินสงเคราะห์ การดูแลบ้านที่อยู่อาศัย อาชีพเสริมของครอบครัว ( $\bar{X} = 2.20$ ,  $SD = 1.47$ )

ลำดับที่ 2 ท่านต้องการทำพิธีกรรมตามความเชื่อ เช่น พิธีบายศรีสู่ขวัญ การต่ออายุ การสะเดาะเคราะห์เพื่อให้มีขวัญกำลังใจ ( $\bar{X} = 2.35$ ,  $SD = 1.63$ )

2.2 ความต้องการการดูแลของครอบครัวเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ในภาพรวม อยู่ในระดับ มาก ( $\bar{X} = 3.79$ ,  $SD = 0.46$ ) โดยมีรายการที่ครอบครัวผู้สูงอายุ ต้องการในระดับมากที่สุด เรียงตามลำดับ จากมากไปหาน้อย 3 ลำดับ ดังต่อไปนี้

ลำดับที่ 1 ครอบครัวผู้สูงอายุต้องการให้มีการเผาระวัง สังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย ผู้สูงอายุให้อย่างต่อเนื่อง ( $\bar{X} = 4.69$ ,  $SD = 0.47$ )

ลำดับที่ 2 ครอบครัวผู้สูงอายุต้องการให้มีการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันแผลกดทับ เช่น พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ใช้ที่นอนลม ( $\bar{X} = 4.63$ ,  $SD = 0.61$ )

ลำดับที่ 3 ครอบครัวผู้สูงอายุต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ ( $\bar{X} = 4.62$ ,  $SD = 0.61$ )

และรายการที่ครอบครัวผู้สูงอายุต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ในระดับน้อย มี 1 รายการ คือ

ความต้องการให้มีการทำพิธีกรรมตามความเชื่อ เช่น พิธีบายศรีสู่ขวัญ การต่ออายุ การสะเดาะเคราะห์เพื่อให้มีขวัญกำลังใจ ( $\bar{X} = 2.20$ ,  $SD = 1.47$ )

### 3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว

เมื่อเปรียบเทียบความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลระหว่างความคิดเห็นของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว พบว่า ในภาพรวม มีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุ มีความต้องการการดูแล 3 ลำดับแรก คือ

1. การเปิดโอกาสให้บุคคลมีประสบการณ์การบำบัดเยียวยาเอื้ออาทรต่อจิตวิญญาณตนเอง

( $\bar{X} = 3.94$ ,  $SD = 0.69$ )

2. การเสริมสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ( $\bar{X} = 3.81$ ,  $SD = 0.81$ )

3. การแก้ไขปัญหารายบุคคลอย่างสร้างสรรค์บนพื้นฐานกระบวนการเอื้ออาทร ( $\bar{X} = 3.73$ ,  $SD = 0.98$ )

ครอบครัว มีความต้องการการดูแล 3 ลำดับแรก คือ

1. การเปิดโอกาสให้บุคคลมีประสบการณ์การบำบัดเยียวยาเอื้ออาทรต่อจิตวิญญาณตนเอง

( $\bar{X} = 4.50$ ,  $SD = 0.89$ )

2. การตอบสนองความต้องการจำเป็นพื้นฐานโดยตรงไว้ซึ่งคุณค่าศักดิ์ศรีของบุคคล ( $\bar{X} = 4.40$ ,  $SD = 0.56$ )

3. การแก้ไขปัญหารายบุคคลอย่างสร้างสรรค์บนพื้นฐานกระบวนการเอื้ออาทร ( $\bar{X} = 4.30$ ,  $SD = 0.47$ )

### 4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างกับความต้องการการดูแลเพื่อการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

4.1 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 คือ ระดับการศึกษา ( $r = 0.65$ ,  $p = 0.002$ ) และ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 คือ เพศ ( $r = 0.49$ ,  $p = 0.028$ ) และโรคประจำตัว ( $r = -0.50$ ,  $p = 0.019$ )

4.2 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลของสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 คือ ศาสนา ( $r = -0.66$ ,  $p = 0.005$ ) และ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 คือ อายุ ( $r = -0.52$ ,  $p = 0.038$ ) เพศ ( $r = -0.57$ ,  $p = 0.019$ ) ระดับการศึกษา ( $r = 0.50$ ,  $p = 0.048$ ) รายได้ ( $r = -0.62$ ,  $p = 0.028$ ) และอาชีพ ( $r = -0.59$ ,  $p = 0.015$ )

## 5. ผลสรุปการสัมภาษณ์เชิงลึก

### 5.1 ผู้สูงอายุ

#### การรับรู้เกี่ยวกับการตาย

1. ความตาย เป็นเรื่องธรรมชาติที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ไม่มีใครหลีกเลี่ยงพ้น
2. ความตาย คือการจากไป พ้นทุกข์ ไปสบายแล้ว หหมดเวรหมดกรรม
3. ความตาย คือ การสิ้นอายุขัย

#### ทัศนคติต่อการตายอย่างสงบ

1. ตายโดยไม่เจ็บปวด ทุกข์ทรมานเป็นการตายอย่างสงบ
2. ตายโดยได้จัดการสิ่งต่าง ๆ ที่อยากทำได้สำเร็จจนแล้ว
3. ตายโดยแวดล้อมด้วยผู้เป็นที่รัก ไม่ได้ถูกทอดทิ้งอย่างโดดเดี่ยวเดียวดาย

#### ทัศนคติต่อการตายที่โรงพยาบาล

1. ได้รับการช่วยเหลืออย่างดีที่สุดแล้วจากแพทย์พยาบาลเพื่อให้มีชีวิตรอด
2. ญาติและครอบครัวจะได้รับการช่วยเหลือดูแลหลังที่ตนเสียชีวิตแล้วจากแพทย์พยาบาลที่เป็นผู้ที่มีความรู้ มีจรรยาบรรณวิชาชีพ
3. สภาพของผู้เสียชีวิตได้รับการปกป้องดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
4. ควรเพิ่มความใกล้ชิดและเห็นอกเห็นใจ ให้ความยืดหยุ่นแก่ญาติและผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยให้ความดูแลอย่างเอื้ออาทร และผ่อนคลายกฎระเบียบบ้าง

#### ประสบการณ์ที่เคยได้รับการสูญเสียญาติหรือคนรู้จักที่โรงพยาบาล

1. เรื่องการเงินของผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตหรือเสียชีวิต ในช่วงที่มีความโศกเศร้า ควรมีการจัดการที่เหมาะสม เช่น การผ่อนผัน หรือการชะลอการเรียกเก็บเงินในทันทีที่มีผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล
2. ไม่มีสถานที่ในการจัดเก็บศพของผู้เสียชีวิต บางครั้งอยู่บนรถเข็นนาน
3. ไม่มีสถานที่ดูแลญาติและคนในครอบครัวที่เศร้าเสียใจ เช่น ควรมีห้อง หรือมีเก้าอี้รับรอง

#### แนวทางการสร้างความไว้วางใจต่อผู้สูงอายุและครอบครัว

1. กิริยา มารยาท การพูดจา เป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความไว้วางใจ
2. การเอาใจเขามาใส่ใจเรา เปิดใจรับฟังและเห็นอกเห็นใจเพื่อมนุษย์จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้และสัมผัสได้

3.การเอาใจเขามาใส่ใจเรา เปิดใจรับฟังและเห็นอกเห็นใจเพื่อมนุษยจะช่วยให้ผู้ป่วย และครอบครัวรับรู้และสัมผัสได้

## 5.2 ญาติและครอบครัว

### การรับรู้เกี่ยวกับการตาย

- 1.ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ เราทุกคนต้องตาย
2. ความตาย เป็นเรื่องจริง เป็นสิ่งแน่นอนที่ต้องยอมรับและสามารถเผชิญและผ่านไปให้ได้
- 3.ความตาย คือ ความสูญเสียและความโศกเศร้า

### ทัศนคติต่อการตายอย่างสงบ

1. เป็นการตายที่ไม่เจ็บปวด ทุกข์ทรมาน
2. เป็นการตายที่ไม่ได้สร้างภาระให้กับผู้อื่นและครอบครัว
3. เป็นการตายที่รู้ตัวก่อนและมีโอกาสได้สั่งเสีย ล่ำลา และยอมรับได้ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว

### ทัศนคติต่อการตายที่โรงพยาบาล

- 1.ควรมีการจัดสถานที่เฉพาะ มีความเป็นส่วนตัวสำหรับผู้ป่วยที่จะเสียชีวิตให้มีโอกาสที่ญาติและครอบครัวจะได้ล่ำลาลาเป็นครั้งสุดท้ายอย่างสมเกียรติและมีความเหมาะสม
- 2.ควรมีการฝึกอบรมการใช้คำพูดและกิริยาที่แสดงความเคารพและให้เกียรติแก่ผู้เสียชีวิตและครอบครัว
3. แพทย์ควรแจ้งพยากรณ์ของโรคและสื่อสาร ถ่ายทอดให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้อย่างเข้าใจเพื่อสามารถเตรียมการได้อย่างมีสติก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือใกล้เสียชีวิต

### ประสบการณ์ที่เคยได้รับการสูญเสียญาติหรือคนรู้จักที่โรงพยาบาล

1. ไม่มีเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเข้ามาดูแลจัดการด้านอารมณ์และรับรู้รับฟังญาติและครอบครัวเมื่อผู้ป่วยชีวิตในโรงพยาบาล
2. ไม่มีการติดตามไปดูแลญาติและครอบครัวที่บ้านหรือช่วยจัดการเกี่ยวกับงานหรือพิธีศพ
3. ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการเคลื่อนย้ายศพค่อนข้างสูง

## แนวทางการสร้างความไว้วางใจต่อผู้สูงอายุและครอบครัว

1. ความอดทน ยอมรับสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติเกิดความเครียด วิตกกังวลและเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยและญาติให้ความไว้วางใจ
2. ความเป็นผู้มีความรู้ ทักษะและความสามารถในการช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ
3. ความเข้าใจผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ ความเชื่อ หรือการศึกษาพิธีทางศาสนา ต่าง ๆ จะทำให้เข้าใจผู้ป่วยและญาติมากขึ้น

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1. ความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุในระดับมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับจิตใจและและเสริมสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เช่น การต้องการให้ครอบครัวยอมรับการตายของตนไม่เศร้าเสียใจมาก การต้องการให้อภัยและขอบคุณผู้คน การขอจากไปโดยแวดล้อมท่ามกลางคนที่ตนรัก และลูกหลาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ(2545) ได้ทำการศึกษา กระบวนทัศน์เรื่องความตายและมิติแห่งสุขภาวะ ในกระบวนทัศน์ที่ 3 ซึ่งเป็นกระบวนทัศน์แบบองค์รวม ซึ่งมองเห็นว่าทัศนะต่อความตายก็คือทัศนะต่อชีวิต และเน้นประเด็นจิตวิญญาณต่าง ๆ เช่น ความรัก ความเมตตา การตายอย่างมีสติ และความสงบในจิตใจ ว่าเป็นจุดสำคัญที่สุดในการจัดการกับความตาย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สร้างสรรค์ คงเนียร (2555) ที่ทำการศึกษาวเคราะห์กระบวนเตรียมตัวตายในพระพุทธศาสนา กรณีศึกษา หนังสือการ์ตูนญี่ปุ่นเรื่อง "อิคิมิ สาสึน่าตาย" ที่พบว่าวิธี และผลที่ได้รับ คือ 1) หากมีการยอมรับความตาย ด้วยการมีสติระลึกถึงความตาย จะส่งผลให้เป็นผู้ใช้ชีวิตอย่างไม่ประมาท ด้วยการเร่งบำเพ็ญประโยชน์ที่สมควรจะทำ อย่างไม่เกรงกลัวความตาย 2) หากลดละความยึดมั่นถือมั่นจากความโลภ ความโกรธ และความหลง ส่งผลให้เกิดสัมมาทิฐิ มองเห็นหนทางแห่งการดับทุกข์ 3) หากมีความประพฤติทางกาย วาจา ใจที่สุจริต มุ่งมั่นในการทำมาด้วยความเมตตา ส่งผลให้เป็นผู้มีสติ และมีจิตที่สงบ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ นฤมล บุญเลิศ และคณะ(2551) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของครอบครัว มีทั้งการดูแลด้าน ร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ รวมทั้งมีการนำหลักศาสนามาใช้ เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยผ่านวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบไม่ทุกข์ทรมาน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ครอบครัวมีการ



เปลี่ยนแปลง ในเรื่องด้านการทำงานและด้านเศรษฐกิจ และความต้องการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ขึ้นอยู่กับบริบท ทางวัฒนธรรม ความเชื่อ ความศรัทธา และหลักศาสนา

2. ความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลของ ครอบครัวผู้สูงอายุ ในระดับมากที่สุด ส่วนใหญ่ เป็นเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกาย การป้องกันและแก้ปัญหาพยาบาลบุคคลแก่ผู้สูงอายุรวมทั้งการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ อุไรพร พงศ์พัฒน์วุฒิ (2532) ที่ทำการศึกษาค้นคว้าความต้องการของญาติผู้ป่วยระยะใกล้ตาย โรงพยาบาลแพร่ พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความต้องการ 6 ด้าน คือ 1) ความต้องการลดความวิตกกังวล 2) ความต้องการข้อมูล 3) ความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย 4) ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย 5) ความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก และ 6) ความต้องการส่วนบุคคล นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ อติมา วทานียะเวช (2540) ที่ทำการศึกษาค้นคว้าความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤติ ในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ สุนิศา สุขตระกูล(2544) ที่ทำการศึกษาค้นคว้าความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทั้งศัลยกรรมและอายุรกรรมที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย เรียงลำดับความต้องการได้ดังนี้ 1) ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร 2) ความต้องการอยู่กับผู้ป่วย 3) ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย 4) ความต้องการด้านการสนับสนุนช่วยเหลือและ 5) ความต้องการบรรเทาความวิตกกังวล

3. ทักษะต่อการตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุและครอบครัว มีทักษะในเชิงบวก โดยเชื่อมั่นได้ว่าการตายนี้ได้รับการช่วยเหลืออย่างดีที่สุดแล้วจากแพทย์พยาบาลเพื่อให้มีชีวิตรอด โดยญาติและครอบครัวจะได้รับการช่วยเหลือดูแลหลังที่ตนเสียชีวิตแล้วจากบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้มีความรู้ มีจรรยาบรรณวิชาชีพ สภาพของผู้เสียชีวิตจะได้รับการปกป้องดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และต้องการให้เพิ่มความใกล้ชิด เห็นอกเห็นใจ ให้ความยืดหยุ่นแก่ญาติและผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยให้ความดูแลอย่างเอื้ออาทร และผ่อนปรนกฎระเบียบลงบ้าง ควรมีการจัดสถานที่เฉพาะ ความเป็นส่วนตัวสำหรับผู้ป่วยที่จะเสียชีวิตให้ญาติและครอบครัวมีโอกาสได้ล่ำลาเป็นครั้งสุดท้ายอย่างสมเกียรติและมีความเหมาะสม ควรมีการฝึกอบรมการใช้คำพูดและกิริยาที่แสดงความเคารพและให้เกียรติแก่ผู้เสียชีวิตและครอบครัว แพทย์ควรแจ้งพยากรณ์ของโรคและสื่อสาร ถ่ายทอดให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้อย่างเข้าใจเพื่อสามารถเตรียมการได้อย่างมีสติก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือใกล้เสียชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ นฤมล บุญเลิศ และคณะ(2551) ทำการศึกษาค้นคว้าเรื่อง ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ความต้องการของครอบครัว คือ ต้องการบรรเทาอาการ ไม่ต้องการ

ให้ผู้ป่วยทุกขัทรมาน ต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยที่มีสภาพร่างกายครบสมบูรณ์ ต้องการเลือกสถานที่ตายได้ โดยการเลือกเสียชีวิตในโรงพยาบาล เนื่องจากเกิดความสบายใจที่ได้อยู่ใกล้ชีวิต แพทย์พยาบาล สามารถ ขอความช่วยเหลือเรื่องการรักษาพยาบาลได้ หรือหากเลือกเสียชีวิตที่บ้าน เพื่อดูแลผู้ป่วยได้สะดวก ญาติเยี่ยมได้ไม่จำกัดจำนวน รวมทั้งได้ปฏิบัติตามหลักศาสนา ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลที่บ้าน และหากเสียชีวิตที่โรงพยาบาลต้องการสถานที่ที่เป็นสัดส่วนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ เคลียนเพล และ พาวเวอร์ส (Kleinpell & Powers, 1992) ที่ ศึกษาสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์ พบว่า ความต้องการที่สำคัญที่สมาชิกใน

ครอบครัวผู้ป่วยต้องการ 5 อันดับแรก คือ การตอบคำถามอย่างตรงไปตรงมา การโทรศัพท์บอกเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง บอกเหตุผลของการรักษาพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย บอกการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยและบอกเกี่ยวกับแผนการรักษาที่จะให้กับผู้ป่วยต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ มอลเตอร์ (Molter, 1979) ที่สำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต พบว่า ความต้องการที่สมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญมาก 10 อันดับแรก คือ 1) ต้องการมีความหวัง 2) ต้องการให้เจ้าหน้าที่สนใจดูแลผู้ป่วย 3) ต้องการมีที่พักเยี่ยมใกล้หออผู้ป่วย 4) ต้องการได้รับแจ้งทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง 5) ต้องการทราบการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย 6) ต้องการการตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริง 7) ต้องการข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย 8) ต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างน้อยวันละครั้ง 9) ต้องการได้รับคำอธิบายด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย และ 10) ต้องการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยๆ

3. ทักษะต่อการตายอย่างสงบของผู้สูงอายุและครอบครัว พบว่า มีการให้ความสำคัญที่เหมือนกันเกี่ยวกับ การตายโดยไม่เจ็บปวด ทุกขัทรมานเป็นการตายอย่างสงบ แต่ในทัศนะของผู้สูงอายุให้ความสำคัญด้านจิตใจและจิตวิญญาณมากกว่า โดยเห็นได้จาก การได้ให้อภัยได้ขอบคุณและขอให้จัดการสิ่งต่าง ๆ ที่อยากทำได้สำเร็จก่อนจึงจะเรียกว่าตายอย่างสงบ รวมทั้งเป็นการตายที่แวดล้อมด้วยผู้เป็นที่รัก ไม่ได้ถูกทอดทิ้งอย่างโดดเดี่ยวเดียวดาย แต่ในทัศนะของครอบครัว มีทักษะเพิ่มเติมในส่วนของการเศรษฐกิจ และสังคมเพื่อให้สามารถเตรียมความพร้อมได้ดีขึ้นก่อนจะตาย เช่น การไม่เป็นภาระกับผู้อื่นและครอบครัว การมีโอกาสได้สั่งเสีย ลำลาและโอกาสในการสร้างการยอมรับต่อการตายได้ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ดรากูบ และบรู (Dracup & Breu, 1978) การศึกษาความต้องการในกลุ่มสมรสที่มีภาวะเศร้าโศกจากการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคหัวใจที่มีอาการรุนแรงจนอาจตายได้ พบว่า มีความต้องการ 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความต้องการบรรเทาความวิตกกังวล เป็นความต้องการที่จะได้พูดคุยกับผู้อื่นเกี่ยวกับความรู้สึกและความกลัวต่างๆ ได้พูดคุยกับพยาบาลที่มีความคุ้นเคย มีสถานที่ที่เป็นส่วนตัวขณะพูดคุยและระบายความรู้สึก มีผู้แนะนำ

วิธีการลดความวิตกกังวล และได้รับอนุญาตให้ทำพิธีกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยได้ตามความเชื่อ 2) ด้านความต้องการข้อมูลข่าวสาร เป็นการได้รับคำอธิบาย ชี้แจงและแนะนำจากผู้ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ ชัดเจน ถูกต้องและตรงตามความเป็นจริงเกี่ยวกับอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและเหตุผล การให้บริการต่าง ๆ และกฎระเบียบของหอผู้ป่วยหนักและโรงพยาบาล 3) ด้านความต้องการอยู่กับผู้ป่วย เป็นความต้องการที่จะอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้ติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ได้เข้าเยี่ยมดูอาการของผู้ป่วยใกล้ ๆ แม้ในช่วงสุดท้ายของชีวิตหรือได้รออยู่ในที่พักรอเยี่ยมที่ใกล้หอผู้ป่วยมากที่สุด 4) ด้านความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นการมีส่วนร่วมในการดูแลความสุขสบายและบรรเทาทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลได้พูดคุยเพื่อปลอบใจและให้กำลังใจผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการและการรักษาที่ให้อยู่ และเป็นแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย และ 5) ด้านความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือเป็นความต้องการเพื่อตนเอง ได้แก่ การได้รับความดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย ความสะดวกสบาย การมีคนคอยให้กำลังใจคอยอยู่เป็นเพื่อนใกล้ ๆ เมื่อต้องการความช่วยเหลือ ช่วยแบ่งเบาปัญหาและภาระงานต่าง ๆ และมีแหล่งให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านเศรษฐกิจและอื่น ๆ

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาระบบและกลไกการส่งเสริมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยและญาติเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล เนื่องจาก สถานพยาบาลส่วนใหญ่ในภาคตะวันออก ยังมีระบบและกลไกไม่เพียงพอ และยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว จึงจำเป็นต้องมีการสร้างและพัฒนาขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของประชากรที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น และบริบทชุมชนเมืองในภาคตะวันออกที่มีการขยายตัวทำให้การเลือกเสียชีวิตในโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้นด้วย
2. ควรนำแนวทางการสร้างความไว้วางใจต่อผู้สูงอายุและครอบครัวจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลเพื่อพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายเป็นการช่วยผู้สูงอายุและญาติในการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล อาทิ
  - 2.1 การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสภาพร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัว
  - 2.2 การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถสร้างความไว้วางใจบนพื้นฐานของการเสริมสร้างคุณค่า ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และมีความสามารถในการจัดการอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

2.3 การยืดหยุ่นผ่อนปรนกฎระเบียบที่เคร่งครัดของโรงพยาบาลให้มีความเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุและญาติผู้สูญเสีย

2.4 การจัดระบบการดูแลติดตามผู้เสียชีวิตและญาติที่บ้านช่วยจัดการเกี่ยวกับงานหรือพิธีศพ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำผลการวิจัยนี้ไปพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลให้มีรูปแบบที่ชัดเจน สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติได้ต่อไป
2. ควรศึกษาการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและญาติในเชิงลึกตามบริบทของการเกิดโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและมีอัตราการตายสูงในชุมชนภาคตะวันออก
3. ควรพัฒนาบทเรียนและสื่อสารด้วยภาษาที่ง่าย ๆ เป็นคู่มือการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลไว้ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวศึกษาและเรียนรู้

## บรรณานุกรม

กันธิชา เผือกเจริญ. (2556). ศึกษากระบวนการทำงานของจิตอาสา กรณีศึกษา การดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายอโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพุทธศาสตร์และศิลปะแห่งชีวิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

จรัสแสง ผิวอ่อน. (2554). การจัดการเพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม กรณีศึกษาวัดคำประมง จังหวัดสกลนคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพุทธศาสตร์และศิลปะแห่งชีวิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

ดารณี ภัทรมังกร. (2548). สิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนงค์ที่จะตายอย่างสงบ. วิทยานิพนธ์ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชานิติศาสตร์. มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ดุษฎี กฤษฎี. (2551). ทศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. (2545). กระบวนทัศน์เรื่องความตายและมิตินแห่งสุขภาวะ. เอกสารประกอบในเวทีกระบวนทัศน์สุขภาพ 1 : ชีวิตความตายและจิตวิญญาณ วันที่ 5 สิงหาคม 2545 ในงานการประชุมวิชาการหนึ่งทศวรรษสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข "ร่วมสร้างสุขภาพสังคม สู้สังคมแห่งสันติภาพ" วันที่ 5-7 สิงหาคม 2545 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค กรุงเทพฯ.

ธิติมา วทานิยเวช (2540) ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาล . เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นฤมล บุญเลิศ และคณะ. (2551). ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

นันทน อินทนนท์.(2544). ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการตายโดยสงบ. บทบัณฑิตย . 57, 4, 136-139.

\_\_\_\_\_. (2546). สิทธิที่จะตาย: สังคมไทยพร้อมแล้วจริงหรือ. ตายอย่างมีศักดิ์ศรี, 88-91.

พระไพศาล วิสาโล. (2541). ประตูลู่สู่สภาวะใหม่: คำสอนนิเบตเพื่อเตรียมตัวตายและช่วยเหลือผู้ใกล้ตาย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.

พุทธทาสภิกขุ. (2539). ตายก่อนตาย. ธรรมสภา. กรุงเทพมหานคร.

มัลลิกา มัดดีโก และคณะ. (2542). ร่มโพธิ์ร่มไทร : สถานภาพและบทบาทในสังคมของผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ. กรุงเทพฯ: กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

รัตนพงศ์ ก่องดา. (2548). การเตรียมตัวตายอย่างสงบตามหลักพุทธธรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาศาสนาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพุทธศาสนาและปรัชญา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย.

วันเพ็ญ ปันราช. (2552). การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต. สาขาวิชาพัฒนศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วิชัย อริยะนันทกะ. (2545). เอกสารสรุปการประชุมงานวิชาการ รำลึกศาสตราจารย์จิตติ ดิงศภัทย์ ครั้งที่ 6 เรื่อง “การให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ: ร่วมสานแนวคิดสู่การปฏิบัติ”, 31 มีนาคม 2544, คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ : กองทุนศาสตราจารย์ จิตติ ดิงศภัทย์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, แพทยสภา.

วิฑูร อึ้งประพันธ์. (2537). นิติเวชสาธก ฉบับสิทธิผู้ป่วย. โครงการจัดพิมพ์คบไฟ. กรุงเทพมหานคร.

วิไลวรรณ ชัยรัตนโมโนกร. (2540). แนวคิดด้านกฎหมายและการยอมรับของนักกฎหมาย ต่อการทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศิริรัตน์ จำปีเรือง. (2556). การพยาบาลแบบองค์รวมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพสำหรับเด็กวัยรุ่น ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีอารมณ์ผิดปกติ. วันที่ค้นข้อมูล 21 สิงหาคม 2556 , เข้าถึงได้จาก <http://sirirut2003.blogspot.com/2013/06/blog-post.html>

สร้างสรรค์ คงเจียร. (2555). ศึกษาวิเคราะห์กระบวนการเตรียมตัวตายในพระพุทธศาสนา กรณีศึกษา หนังสือการตุนฐิปุณเรื่อง “อิคิยามิ สาส์นสั่งตาย”. บัณฑิตวิทยาลัย ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพุทธศาสตร์และศิลปะแห่งชีวิต. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

สันต์ หัตถิรัตน์. (2521). การดูแลผู้ป่วยหมดหวัง. กรุงเทพมหานคร. อัมรินทร์การพิมพ์.

สิริลักษณ์ โสมานสุรณ. (2557). ความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 34(1). มกราคม -เมษายน. หน้า 71-87.

สุชา จันทน์อม. (2538). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ. ไทยวัฒนาพานิช.

สุนิสา สุขตระกูล. (2544). ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย. บัณฑิตวิทยาลัย ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุภาวดี วรพันธ์. (2546). ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขศึกษา. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). สรุปสำหรับผู้บริหารการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552. กรุงเทพมหานคร.

\_\_\_\_\_. (2553). รายงานสถิติรายปีประเทศไทย พ.ศ.2553 (ฉบับพิเศษ). กรุงเทพมหานคร.

อุไรพร พงศ์พัฒนามุข. (2532). ความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต . กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

Barrow, G.M. & Smith, P.A. (1979). *Aging, ageism, and society*. New York: West Publishing.

Barton David. (1979). *Dying and death: A clinical guide for caregivers*, chapter 6. Baltimore: Williams & Wilkins.

Brandt Allan M., (2002). Bioethics: Then and Now. *Health Highlights*, Spring 2002; Volume 3, Number 1.

Best, John W. (1981). *Research in Education*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

Breu C., Dracup K. (1978). Helping the spouses of critically ill patients. *Am J Nurs* 78:50–53.

Engel, G. (1964). Grief and grieving. *American Journal of Nursing*, 64, 93-98.

Hampe, S.O. (1975). Needs of the grieving spouses in a hospital setting. *Nursing Research*. 24, 113-120.

Joffrion, L.P., & Douglas, D. (1994). Grief resolution Facilitating self-transcendence in the bereaved. *Journal of Psychosocial Nursing*. 32(3). 13-19.

Keck, V. & Walther, L. (1977). Nurses encounters with dying and non-dying patients. *Nursing Research*, 26, 465–469.

Kleinpell RM & Powers MJ. (1992). Needs of family members of intensive care unit patients. *Appl Nur Res*. 5(1): 2-8.

Kubler-Ross E. (1969). *On death and dying*. New York, NY: The Macmillian company.

Longaker, Christine. (1997). *Facing Death and Finding Hope*. London: Arrow Books Limited.

Moller David W. (1996). *Confronting death: Values, institutions & human mortality*. New York, Oxford. Oxford University Place.

Molter N. (1979). Needs of relative of critically ill patients: a descriptive study. *Heart & Lung*. 8: 332-339.

Murphy, N Michael. (1999). *The wisdom of dying*. Shaftesbury, Dorset: Element Books Limited.

Orlando, P. (1982). *Slavery and Social Death: A Comparative study*. The president and fellows of Harvard College. United State of America.

## ภาคผนวก

|           |                              |
|-----------|------------------------------|
| ภาคผนวก ก | ข้อมูลสำหรับผู้ร่วมวิจัย     |
| ภาคผนวก ข | ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย |
| ภาคผนวก ค | เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย   |



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย (Participant Information Sheet)

**โครงการวิจัย เรื่อง รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล**

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเชิญจาก คณะผู้วิจัย มหาวิทยาลัยบูรพาให้เข้าร่วมตอบคำถามเพื่อศึกษากระบวนการทัศนคติของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเตรียมความพร้อมสู่การตายของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ในสถานพยาบาลภาคตะวันออกและนำไปพัฒนาแนวทางปฏิบัติในสถานพยาบาลในเรื่องรูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ ก่อนที่ท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการวิจัยในครั้งนี้

การเกิด แก่ เจ็บ และตายนั้นเป็นเรื่องธรรมชาติ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับทุกสิ่งมีชีวิตบนโลกนี้ เมื่อบุคคลรับรู้หรือตระหนักถึงภาวะต่าง ๆ ที่ตนกำลังประสบ เป็นสถานการณ์ที่บุคคลปรับตัวได้ยาก ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ สภาพร่างกาย สังคม รวมไปถึงเรื่องของจิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งปัญหาที่อาจเกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็น ความต้องการการดูแลค่าใช้จ่าย การสนับสนุนจากสังคม ผู้สูงอายุมีความต้องการที่ไม่ตรงกัน ฯลฯ นั้นล้วนเกิดมาจากความไม่พร้อม ดังนั้นการเตรียมความพร้อมสู่การตายที่ดีและสงบจึงเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากมิใช่เป็นประเด็นทางการแพทย์หรือทางกฎหมายเท่านั้น แต่เป็นประเด็นทางด้านจิตใจ คุณธรรม จริยธรรมและสังคม เป็นเรื่องที่จะเอื้อย่อนที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องเรียนรู้และเข้าใจ คณะผู้วิจัยจึงได้จัดทำโครงการวิจัยนี้เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบในบริบทของการให้การดูแลในสถานพยาบาลเพื่อให้ได้รับรู้ เข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุครอบครัว และนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการปฏิบัติร่วมกันต่อไป

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์เพื่อตอบแบบสอบถามเป็นเวลา 30 นาที โดยจะไม่มีการบันทึกชื่อของท่าน และท่านสามารถยุติการสัมภาษณ์ได้ทุกเมื่อที่ท่านต้องการ ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ สำหรับข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลเฉพาะในภาพรวม และการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการปฏิบัติงานหรือการให้บริการในสถานพยาบาลของท่าน

ผลของการวิจัยครั้งนี้ จะใช้สำหรับวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลต่างๆ จะถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ ซึ่งใช้รหัสผ่านในการเข้าถึงเพียงแต่ผู้วิจัยเท่านั้น และไม่มีมีการแพร่กระจายสู่สาธารณะชน ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่าน หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ โทร.038-390324, 390580 หรือ

ดร.เวชกา กลิ่นวิจิต โทร. 085-4352626 ซึ่งยินดีให้คำตอบแก่ท่านตลอดเวลา

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

## หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### (Informed Consent Form)

#### สำหรับผู้ตอบแบบสอบถามโครงการวิจัย

เรื่อง รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อย่างละเอียดจนเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ มีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใด ก็ได้ การบอกเลิกเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานหรือการรับบริการจากสถานพยาบาลของข้าพเจ้า ที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น หรือหากข้าพเจ้ามีข้อสงสัยที่ข้าพเจ้าต้องการปรึกษากับผู้วิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พิสิษฐ์ ปริยาพรรณ ที่เบอร์โทรศัพท์ 038-390324, 390580 หรือ ดร.เวชกา กลิ่นวิจิต ที่เบอร์โทรศัพท์มือถือ 085-4352626

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความสมัครใจ

ลงนาม ..... ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม ..... พยาน

(.....)

ลงนาม ..... ผู้ทำวิจัย

(.....)

แบบสอบถามฉบับ A สำหรับผู้สูงอายุ  
แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุ

เรื่อง รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

---

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามในโครงการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล” ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ แนวทางปฏิบัติในสถานพยาบาลโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม
2. ข้อมูลของท่านจะถูกปิดเป็นความลับ และจะนำมาแสดงผลเป็นภาพรวมของการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น
3. แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย
  - ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
  - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาล

## ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. อายุ .....ปี
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. ระดับการศึกษา
  - ☐ ต่ำกว่าปริญญาตรี(ระบุ).....
  - ☐ ระดับปริญญาตรี
  - ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
4. ศาสนา
  - ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....
5. สถานภาพสมรส
  - ☐ โสด ☐ แต่งงาน/คู่ ☐ หย่า/ แยก / ร้าง
  - ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
6. รายได้ของครอบครัว .....(บาท/ต่อเดือน)
7. อาชีพ .....
8. โรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง
  - ☐ ไม่มี
  - ☐ มี โรคประจำตัว/โรคเรื้อรังที่เป็น.....  
ระยะเวลาในการรักษา.....ปี
9. หากท่านเจ็บป่วยหนัก ท่านมีความประสงค์จะใช้บริการโรงพยาบาลแห่งใด โปรดเรียงลำดับ 1- 3
  1. โรงพยาบาล.....  
เหตุผล.....
  2. โรงพยาบาล.....  
เหตุผล.....
  3. โรงพยาบาล.....  
เหตุผล.....

## ตอนที่ 2 แบบประเมินความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาล

การตอบแบบสอบถาม โปรดพิจารณาว่า เมื่อท่านอยู่ในวัยชราใกล้จะหมดอายุขัย หรือเจ็บป่วยจนอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นความปกติที่ทุกคนต้องประสบ ท่านต้องการการดูแล ตามการรับรู้ของท่านมากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย ( ✓ ) ลงในช่องที่ตรงกับระดับความต้องการของท่านมากที่สุด ตามเกณฑ์ดังนี้

- มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับมากที่สุด
- มาก หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับมาก
- ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับปานกลาง
- น้อย หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับน้อย
- น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับน้อยที่สุด

| ลำดับ | ข้อความ                                                                                                                      | ระดับความต้องการ |         |             |          |                |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------|-------------|----------|----------------|
|       |                                                                                                                              | มากที่สุด (5)    | มาก (4) | ปานกลาง (3) | น้อย (2) | น้อยที่สุด (1) |
| 1     | ท่านต้องการให้ช่วยดูแลความสะอาดของร่างกาย เช่น เช็ดตัว อาบน้ำ สระผม                                                          |                  |         |             |          |                |
| 2     | ท่านต้องการให้ช่วยดูแลเรื่องการรับประทานอาหารและน้ำที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เช่น การจัดเตรียมอาหารและน้ำ การป้อนอาหารและน้ำ  |                  |         |             |          |                |
| 3     | ท่านต้องการให้ช่วยดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ เช่น การสวนปัสสาวะ/อุจจาระ                                             |                  |         |             |          |                |
| 4     | ท่านต้องการให้ช่วยดูแลเรื่องการพักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอ เช่น ระวังการรบกวนการนอน การจัดที่นอนให้อยู่ในบรรยากาศที่เงียบสงบ |                  |         |             |          |                |
| 5     | ท่านต้องการการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ เช่น พลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชั่วโมง ใช้ที่นอนลม                                           |                  |         |             |          |                |
| 6     | ท่านต้องการลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดที่อาจเกิดขึ้นด้วยการนวด การประคบ                                                   |                  |         |             |          |                |
| 3     | ท่านต้องการลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดที่อาจเกิดขึ้นด้วยการรับประทานยาแก้ปวด                                              |                  |         |             |          |                |
| 8     | ท่านต้องการการดูแลให้หายใจได้สะดวกขึ้น เช่น การจัดท่านอน การให้ออกซิเจน                                                      |                  |         |             |          |                |
| 9     | ท่านต้องการการเฝ้าระวัง สังเกตอาการผิดปกติของร่างกายให้อย่างต่อเนื่อง                                                        |                  |         |             |          |                |
| 10    | ท่านต้องการให้บำบัดความเจ็บป่วย อาการผิดปกติ ตามความเชื่อ เช่น สมุนไพร                                                       |                  |         |             |          |                |

| ลำดับ | ข้อความ                                                                                                                 | ระดับความต้องการ |         |             |          |                |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------|-------------|----------|----------------|
|       |                                                                                                                         | มากที่สุด (5)    | มาก (4) | ปานกลาง (3) | น้อย (2) | น้อยที่สุด (1) |
| 11    | ท่านต้องการให้ครอบครัวยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของท่าน และไม่โศกเศร้าเสียใจหากท่านจากไป                                    |                  |         |             |          |                |
| 12    | ท่านต้องการให้ผู้อื่นยอมรับสภาพความเจ็บป่วยที่ตนเองเป็นอยู่                                                             |                  |         |             |          |                |
| 13    | ท่านต้องการได้ระบายความรู้สึกโกรธ หงุดหงิดที่อาจเกิดขึ้นจากสภาพความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่                                  |                  |         |             |          |                |
| 14    | ท่านต้องการคนที่ไว้ใจได้ อยู่เป็นเพื่อน และรับฟังการระบายความทุกข์ หรือเรื่องราวในอดีต                                  |                  |         |             |          |                |
| 15    | ท่านต้องการลดความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย หรือไร้คุณค่าที่อาจเกิดขึ้น                                              |                  |         |             |          |                |
| 16    | ท่านต้องการความเข้าใจและยอมรับจากครอบครัวเมื่อท่านร้องขอต่อรอง หรือถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่                  |                  |         |             |          |                |
| 17    | ท่านต้องการอยู่เงียบ ๆ คนเดียว เพื่อความสงบของจิตใจ                                                                     |                  |         |             |          |                |
| 18    | ท่านต้องการให้คนรักอยู่เคียงข้าง คอยพูดคุยดูแลด้วยความรักและความห่วงใย                                                  |                  |         |             |          |                |
| 19    | ท่านต้องการสะสมงานภารกิจที่ค้างค้างและได้ทำสิ่งที่อยากทำให้สำเร็จ                                                       |                  |         |             |          |                |
| 20    | ท่านต้องการให้อภัยผู้อื่นทุก ๆ คน ที่เคยล่วงเกิน และขอบคุณคนที่มิมีบุญคุณ                                               |                  |         |             |          |                |
| 21    | ท่านต้องการขอโทษ ขอโหสิกรรมผู้อื่น ญาติพี่น้องและเจ้ากรรมนายเวร ที่ท่านเคยล่วงเกิน                                      |                  |         |             |          |                |
| 22    | ท่านต้องการพบและกล่าวคำอำลาให้กับคนที่รักและผูกพัน เช่น คนในครอบครัว ญาติ เพื่อนสนิท                                    |                  |         |             |          |                |
| 23    | ท่านต้องการทำพิธีกรรมตามความเชื่อ เช่น พิธีบายศรีสู่ขวัญ การต่ออายุ การสะเดาะเคราะห์เพื่อให้มีขวัญกำลังใจ               |                  |         |             |          |                |
| 24    | ท่านต้องการให้บุญกุศลที่ได้ทำไว้ และคุณพระศรีรัตนตรัย ช่วยให้คุณพ้นจากความทุกข์ทรมานและมีความสุข                        |                  |         |             |          |                |
| 25    | ท่านต้องการให้พระสงฆ์ หรือผู้นำศาสนาทำพิธีกรรมมา เพื่อช่วยให้พบทางสว่างหรือนำทางชีวิต                                   |                  |         |             |          |                |
| 26    | ท่านต้องการหรือศึกษาธรรมะ เช่น ขีตติธรรมะ ขีตติสวตมมัตถ์ หนังสือธรรมะ หนังสือสวดมนต์                                    |                  |         |             |          |                |
| 27    | ท่านต้องการความช่วยเหลือจากสังคม ด้านสวัสดิการทางสังคม เช่น เงินสงเคราะห์ การดูแลบ้านที่อยู่อาศัย อาชีพเสริมของครอบครัว |                  |         |             |          |                |
| 28    | ท่านต้องการให้ญาติมีการจัดเวร เพื่อมาเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอ                                                           |                  |         |             |          |                |
| 29    | ท่านต้องการให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่จิตอาสาอยู่เป็นเพื่อนในช่วงที่สมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแล ติดภารกิจ/ไม่ว่าง                |                  |         |             |          |                |
| 30    | ท่านต้องการจากไปอย่างสงบ ท่ามกลางคนใกล้ชิด คนที่รัก ลูก ๆ หลาน ๆ                                                        |                  |         |             |          |                |

| ลำดับ | ข้อความ                                                                                                                                            | ระดับความต้องการ |         |             |          |                |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------|-------------|----------|----------------|
|       |                                                                                                                                                    | มากที่สุด (5)    | มาก (4) | ปานกลาง (3) | น้อย (2) | น้อยที่สุด (1) |
| 31    | หากท่านป่วยและรักษาอยู่ในระยะสุดท้ายแต่ยังมีสติสัมปชัญญะเป็นปกติ ท่านต้องการได้รับรู้จากแพทย์หรือพยาบาลว่ายังเหลือเวลาที่จะมีชีวิตอยู่อีกนานเท่าไร |                  |         |             |          |                |
| 32    | ท่านต้องการให้มีคนจัดการค่าใช้จ่ายในเรื่องการรักษาพยาบาล                                                                                           |                  |         |             |          |                |
| 33    | ท่านต้องการผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน                                                                                                      |                  |         |             |          |                |
| 34    | ท่านต้องการได้รับข่าวสารด้านต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์                                                                                |                  |         |             |          |                |
| 35    | ท่านต้องการทราบถึงสิทธิในการยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาล                                                                                         |                  |         |             |          |                |
| 36    | ท่านต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพอย่างเพียงพอ                                                                                                 |                  |         |             |          |                |
| 37    | ท่านต้องการให้แพทย์ช่วยรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้มีอายุยืนยาวเท่าที่ทำได้                                                                     |                  |         |             |          |                |
| 38    | ท่านต้องการให้แพทย์ยุติการรักษาตามที่ควรจะเป็น                                                                                                     |                  |         |             |          |                |
| 39    | ท่านต้องการเสี่ยง สิ่งลาภกับครอบครัวหรือญาติตามที่ต้องการ                                                                                          |                  |         |             |          |                |
| 40    | ท่านต้องการให้ทางโรงพยาบาลช่วยประสานงานเรื่องการจัดงานศพอย่างเรียบง่าย ไม่ใช่ค่าใช้จ่ายมากจนเกินไป                                                 |                  |         |             |          |                |

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณสำหรับความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถาม

คณะผู้วิจัย

## แบบสอบถามสำหรับครอบครัวของผู้สูงอายุ

เรื่อง รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

---

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามสำหรับครอบครัวของผู้สูงอายุ ในโครงการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล” ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ แนวทางปฏิบัติในสถานพยาบาลโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม
2. ข้อมูลของท่านจะถูกปิดเป็นความลับ และจะนำมาแสดงผลเป็นภาพรวมของการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น
3. แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย
  - ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
  - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาล



## ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. อายุ .....ปี
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้สูงอายุ
  - ☐สามี/ภรรยา
  - ☐บุตร/ธิดา
  - ☐หลาน
  - ☐ญาติ ระบุ.....
  - ☐ผู้ดูแล
  - ☐อื่น ๆ ระบุ.....
4. ระดับการศึกษา
  - ☐ต่ำกว่าปริญญาตรี(ระบุ).....
  - ☐ระดับปริญญาตรี
  - ☐สูงกว่าปริญญาตรี
5. ศาสนา
  - ☐พุทธ ☐คริสต์ ☐อิสลาม ☐อื่น ๆ (ระบุ).....
6. สถานภาพสมรส
  - ☐โสด ☐แต่งงาน/คู่ ☐หย่า/ แยก / ร้าง
  - ☐อื่นๆ (ระบุ).....
7. รายได้ของท่าน .....(บาท/ต่อเดือน)
8. อาชีพ .....
9. หากผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเจ็บป่วยหนัก ท่านมีความประสงค์จะใช้บริการโรงพยาบาลแห่งใด โปรดเรียงลำดับ 1- 3
  1. โรงพยาบาล.....  
เหตุผล.....
  2. โรงพยาบาล.....  
เหตุผล.....
  3. โรงพยาบาล.....  
เหตุผล.....

## ตอนที่ 2 แบบประเมินความต้องการการดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาล

การตอบแบบสอบถาม โปรดพิจารณาข้อความ เกี่ยวกับความต้องการการดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาล ว่า ท่านต้องการให้ผู้สูงอายุของท่านได้รับการดูแล ตามการรับรู้ของท่านมากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย ( ✓ ) ลงในช่องที่ตรงกับระดับความต้องการของท่านมากที่สุด ตามเกณฑ์ ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความต้องการเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวในระดับน้อยที่สุด

| ลำดับ | ข้อความ                                                                                                                                 | ระดับความต้องการ |         |             |          |                |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------|-------------|----------|----------------|
|       |                                                                                                                                         | มากที่สุด (5)    | มาก (4) | ปานกลาง (3) | น้อย (2) | น้อยที่สุด (1) |
| 1     | ท่านต้องการให้มีการดูแลผู้สูงอายุในเรื่องความสะอาดของร่างกาย เช่น เช็ดตัว อาบน้ำ สระผม                                                  |                  |         |             |          |                |
| 2     | ท่านต้องการให้มีการดูแลผู้สูงอายุเรื่องการรับประทานอาหารและน้ำที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เช่น การจัดเตรียมอาหารและน้ำ การป้อนอาหารและน้ำ  |                  |         |             |          |                |
| 3     | ท่านต้องการให้มีการดูแลผู้สูงอายุเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ เช่น การสวนปัสสาวะ/อุจจาระ                                             |                  |         |             |          |                |
| 4     | ท่านต้องการให้มีการดูแลผู้สูงอายุเรื่องการพักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอ เช่น ระวังการรบกวนการนอน การจัดที่นอนให้อยู่ในบรรยากาศที่เงียบสงบ |                  |         |             |          |                |
| 5     | ท่านต้องการให้มีการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันแผลกดทับ เช่น พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ใช้ที่นอนลม                                        |                  |         |             |          |                |
| 6     | ท่านต้องการให้มีการลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดของผู้สูงอายุที่อาจเกิดขึ้น ด้วยการนวด การประคบ                                        |                  |         |             |          |                |
| 7     | ท่านต้องการให้มีการลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดของผู้สูงอายุที่อาจเกิดขึ้น ด้วยการรับประทานยาแก้ปวด                                   |                  |         |             |          |                |
| 6     | ท่านต้องการให้มีการการดูแลผู้สูงอายุให้หายใจได้สะดวกขึ้น เช่น การจัดท่านอน การให้ออกซิเจน                                               |                  |         |             |          |                |
| 9     | ท่านต้องการให้มีการเฝ้าระวัง สังเกตอาการผิดปกติของร่างกายผู้สูงอายุให้อย่างต่อเนื่อง                                                    |                  |         |             |          |                |
| 10    | ท่านต้องการให้มีการบำบัดความเจ็บป่วย อาการผิดปกติแก่ผู้สูงอายุ ตามความเชื่อ เช่น สมุนไพร                                                |                  |         |             |          |                |

| ลำดับ | ข้อความ                                                                                                                                                                     | ระดับความต้องการ |         |             |          |                |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------|-------------|----------|----------------|
|       |                                                                                                                                                                             | มากที่สุด (5)    | มาก (4) | ปานกลาง (3) | น้อย (2) | น้อยที่สุด (1) |
| 11    | ท่านยอมรับและเข้าใจสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเป็นอย่างดี และพยายามจะไม่โศกเศร้าเสียใจหากผู้สูงอายุต้องจากท่านไป                                                          |                  |         |             |          |                |
| 12    | ท่านต้องการให้แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่แสดงถึงการยอมรับ และเข้าใจสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ                                                                             |                  |         |             |          |                |
| 13    | ท่านต้องการให้ทางโรงพยาบาลจัดบริการให้ผู้สูงอายุได้รับการให้ คำปรึกษา หรือระบายความรู้สึกโกรธ หงุดหงิดที่อาจเกิดขึ้นจาก สภาพความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่                         |                  |         |             |          |                |
| 14    | ท่านต้องการอยู่เป็นเพื่อนและรับฟังการระบายความทุกข์หรือ เรื่องราวในอดีตของผู้สูงอายุ                                                                                        |                  |         |             |          |                |
| 15    | ท่านต้องการให้มีการลดหรือบรรเทาความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ เบื่อ หน่าย หรือไร้คุณค่าที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ                                                                  |                  |         |             |          |                |
| 16    | ท่านยอมรับและเข้าใจผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและร้องขอ ต่อรอง หรือ พยายามสอบถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่                                                                  |                  |         |             |          |                |
| 17    | ท่านต้องการให้ผู้สูงอายุอยู่เงียบ ๆ คนเดียว เพื่อให้ท่านเกิดความ สงบของจิตใจ                                                                                                |                  |         |             |          |                |
| 18    | ท่านต้องการอยู่ใกล้ ๆ ผู้สูงอายุ เพื่อคอยพูดคุย ดูแลท่านด้วย ความรักและความห่วงใย                                                                                           |                  |         |             |          |                |
| 19    | ท่านต้องการให้มีการทำพิธีกรรมตามความเชื่อ เช่น พิธีบายศรีสู่ ขวัญ การต่ออายุ การสะเดาะเคราะห์เพื่อให้มีขวัญกำลังใจ                                                          |                  |         |             |          |                |
| 20    | ท่านต้องการให้มีพระสงฆ์ หรือผู้นำศาสนาให้ธรรมะ เพื่อช่วย ให้พบทางสว่างหรือนำทางชีวิต                                                                                        |                  |         |             |          |                |
| 21    | ท่านต้องการให้โรงพยาบาลจัดให้ผู้สูงอายุได้ศึกษาและสัมผัสสรส พระธรรม เช่น เปิดซีดีธรรมะ ซีดีสวดมนต์ หรืออ่านหนังสือธรรมะ แก่ผู้สูงอายุ                                       |                  |         |             |          |                |
| 21    | ท่านต้องการให้มีความช่วยเหลือจากสังคม ด้านสวัสดิการทาง สังคม เช่น เงินสงเคราะห์ การดูแลบ้าน ที่อยู่อาศัย อาชีพเสริม ของครอบครัวเพื่อช่วยภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวผู้สูงอายุ |                  |         |             |          |                |
| 23    | ท่านสามารถจัดเวรคนในครอบครัวเพื่อมาเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุได้ อย่างสม่ำเสมอ                                                                                                   |                  |         |             |          |                |
| 24    | ท่านต้องการให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่จิตอาสาอยู่เป็นเพื่อนผู้สูงอายุ ในช่วงที่สมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแล ติดภารกิจ/ไม่ว่าง                                                         |                  |         |             |          |                |
| 25    | ท่านต้องการให้แพทย์หรือพยาบาลแจ้งให้ผู้สูงอายุทราบว่ายัง เหลือเวลาที่จะมีชีวิตอยู่อีกนานเท่าไร หากผู้สูงอายุป่วยและรักษา อยู่ในระยะสุดท้ายแต่ยังมีสติสัมปชัญญะเป็นปกติ      |                  |         |             |          |                |
| 26    | ท่านต้องการให้มีคนจัดการค่าใช้จ่ายในเรื่องการรักษาพยาบาล                                                                                                                    |                  |         |             |          |                |
| 27    | ท่านต้องการผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันแก่ผู้สูงอายุ                                                                                                                  |                  |         |             |          |                |
| 28    | ท่านต้องการทราบถึงสิทธิในการยอมรับหรือปฏิเสธการ รักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ                                                                                                    |                  |         |             |          |                |

| ลำดับ | ข้อความ                                                                                            | ระดับความต้องการ |         |             |          |                |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------|-------------|----------|----------------|
|       |                                                                                                    | มากที่สุด (5)    | มาก (4) | ปานกลาง (3) | น้อย (2) | น้อยที่สุด (1) |
| 29    | ท่านต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ                                    |                  |         |             |          |                |
| 30    | ท่านต้องการให้แพทย์ช่วยรักษาผู้สูงอายุด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้มีอายุยืนยาวเท่าที่ทำได้           |                  |         |             |          |                |
| 31    | ท่านต้องการให้แพทย์ยุติการรักษาผู้สูงอายุตามที่ควรจะเป็น                                           |                  |         |             |          |                |
| 32    | ท่านต้องการให้ทางโรงพยาบาลจัดให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสสังสรรค์กับครอบครัวหรือญาติตามที่ต้องการ       |                  |         |             |          |                |
| 33    | ท่านต้องการให้ทางโรงพยาบาลช่วยประสานงานเรื่องการจัดงานศพอย่างเรียบง่าย ไม่ใช่ค่าใช้จ่ายมากจนเกินไป |                  |         |             |          |                |

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณสำหรับความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถาม

คณะผู้วิจัย