

กระบวนทัศน์ของผู้สูงอายุและครอบครัว ในการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล*

The Elderly and Family's Paradigm for Preparing the End-of-Life on Hospital Based Care*

พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ** เวธกา กลิ่นวิชิต***
 พวงทอง อินใจ**** สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์*****
 Pisit Piriyapun** Wethaka Klinwichit***
 Puangtong Inchai**** Siriluck Somanusorn*****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนทัศน์ของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบของผู้สูงอายุที่โรงพยาบาล ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน คือ การวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นจากกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการในสถานพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและญาติหรือผู้ดูแล ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 384 คน (ผู้สูงอายุ จำนวน 77 คน ญาติหรือผู้ดูแล 307 คน) ใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษารวบรวม พบว่า ความต้องการการดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ดูแลในครอบครัว ในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.61$, $SD = 0.72$) ตัวแปรคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับสูงกับความต้องการการดูแล คือ ระดับการศึกษา ($r_s = 0.65$, $p < .01$) และ เพศ ($r_s = 0.49$, $p < .05$) ส่วนตัวแปรคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับสูงกับความต้องการการดูแล คือ โรคประจำตัว ($r_s = -0.50$, $p < .05$) ตัวแปรคุณลักษณะของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับสูงกับความต้องการการดูแล คือ ระดับการศึกษา ($r_s = 0.50$, $p < .05$) ตัวแปรคุณลักษณะของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับสูงกับความต้องการการดูแล คือ ศาสนา ($r_s = -0.66$, $p < .01$) อายุ, เพศ, อาชีพและรายได้ ($r_s = -0.52, -0.57, -0.59, -0.62$, $p < .05$) ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพพบว่า ในทัศนะของผู้สูงอายุ การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล เป็นการตายที่ไม่เจ็บปวด ไม่ทุกข์ทรมาน โดยได้จัดการสิ่งต่าง ๆ ที่ค้างค้างไว้ให้สำเร็จลงแล้ว และแวดล้อมด้วยผู้เป็นที่รัก ไม่ถูกทอดทิ้งอย่างโดดเดี่ยวเดียวดาย เป็นการตายที่เชื่อมั่นได้ว่าได้รับการช่วยเหลืออย่างดีที่สุดแล้ว เพื่อให้มีชีวิตรอดโดยญาติและผู้ดูแลในครอบครัวจะได้รับการช่วยเหลือดูแลหลังที่ตนเสียชีวิตแล้วจากแพทย์ พยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ มีจรรยาบรรณวิชาชีพ สภาพของผู้เสียชีวิตจะได้รับการปกป้องดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และต้องการให้เพิ่มความใกล้ชิด เห็นอกเห็นใจ ให้ความยืดหยุ่นแก่ญาติและผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยให้ความดูแลอย่างเอื้ออาทร และผ่อนคลายภาวะบีบบังคับ

คำสำคัญ : การตายอย่างสงบ ผู้สูงอายุ ครอบครัว โรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

* ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ และคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ คณะแพทยศาสตร์ และผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบริหาร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

***** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ABSTRACT

Mix method research was used to explore the elderly and family's paradigm for preparing the end-of-life on hospital based care. Three hundred eighty four samples included 77 older persons and 307 family members in Eastern region of Thailand. Data was collected using care need questionnaires. Statistics employed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, the Spearman Rank correlation coefficient and content analysis.

The study revealed that the end-of-life care needs were at the high level ($\bar{X} = 3.61$, $SD = 0.72$). The relationship between characteristics of the elderly and the end-of-life need in positive direction at high level were education ($r_s = 0.65$, $p < .01$) and gender ($r_s = 0.49$, $p < .05$). The relationship between characteristics of the elderly and end-of-life need in negative direction at high level was underlying of chronic diseases ($r_s = -0.50$, $p < .05$). The relationship between characteristics of the caregivers in elder's family and end-of-life need in positive direction at high level was education ($r_s = 0.50$, $p < .05$). The relationship between characteristics of the caregivers in elder's family and end-of-life need in negative direction at high level were religion ($r_s = -0.66$, $p < .01$), age, gender, occupation and income ($r_s = -0.52, -0.57, -0.59, -0.62$, $p < .05$). Summarized of the in-depth interviews found that; Perception of the elderly in peaceful end-of-life care at hospital means die with painless, do not suffering and can relieve their burden that they have to do surrounding with people who love. (Do not be neglected alone). Death at hospital was a sentiment that has been optimally standard care from the medical doctor Throughout end of life. Relatives and family members assure to get support and care from medical personnel with professional ethics after patient die. Condition of deceased will be completely human dignity protected. 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.

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

* The research was funded by The National Research Council of Thailand

** Assistant Professor at Faculty of Medicine, Dean Faculty of Medicine, Burapha University

*** Registered Nurse Senior Professional level, Assistant dean for Administration, Faculty of Medicine Burapha University/

**** Registered Nurse Senior Professional level, Faculty of Medicine Burapha University

***** Assistant Professor, Division of Gerontological

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถิติการสำรวจคนตายของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2444-2549¹ พบว่า สาเหตุการตายตามกลุ่มโรคเป็นโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 51.4 รองลงมาคือ ชรา ร้อยละ 25.4 และพบว่า ตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็งสูงสุด โดยมีสัดส่วนใกล้เคียงกันประมาณร้อยละ 16.3 ส่วนการตายที่เกิดจากโรคติดต่อส่วนมากเกิดจากกลุ่มโรคติดต่อ ร้อยละ 7.8 และโรคทางเดินหายใจ ร้อยละ 5.1 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อัตราการตายของกลุ่มโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ มีอัตราอุบัติการณ์สูงเกือบจะอยู่ในอัตราส่วนครึ่งหนึ่งของการตายทั้งหมด และยังพบว่า มีการใช้บริการสาธารณสุขหรือการรักษาในระหว่าง 3 เดือนก่อนตาย ทั้งการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ถึงร้อยละ 39.1 รักษาแบบผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 19.5 และรักษาแบบผู้ป่วยในอย่างเดียว ร้อยละ 17.9 ถึงแม้จะยังไม่มีการสำรวจอัตราการตายในโรงพยาบาลจากการตายทั้งหมด แต่สามารถคาดการณ์จากสถิติดังกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังใช้ชีวิตในช่วงของการตายในโรงพยาบาลในอัตราที่สูงเป็นสัดส่วนเกือบครึ่งหนึ่งของการตายทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการทัศนเรื่องความตายและมิติแห่งสุขภาวะของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข² ซึ่งพบว่า เมื่อเข้าสู่ภาวะเจ็บป่วย ผู้ป่วยและญาติมีวิถีชีวิตที่กำลังแพร่ขยายอยู่ในสังคมขณะนี้คือ “เมื่อเจ็บป่วยต้องไปโรงพยาบาล” ไม่ว่าจะเป็นครอบครัวที่มาจากชนชั้นใดหรือมีเศรษฐฐานะอย่างไรต่างก็ได้รับอิทธิพลจากวิถีชีวิตเช่นเดียวกันนี้ ดังนั้นแนวโน้มของการตายที่โรงพยาบาลจะมีเพิ่มขึ้น ซึ่งหมายความว่าช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยที่สิ้นหวังจะมีมากขึ้นด้วย จากจำนวนและสถิติดังกล่าวเป็นที่คาดหวังว่าการเตรียมความพร้อมของการเข้าสู่การตายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุน่าจะมีการศึกษาวิจัย

อย่างกว้างขวางเพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าว แต่จากกระบวนการรักษาพยาบาล พบว่ามีช่องว่างทางการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้รับการรักษาและญาติ อันเนื่องมาจากวิถีชีวิตที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้รับการรักษาและญาติเกิดภาวะขาดแคลนข้อมูลความรู้ในการดูแลรักษาเพราะองค์ความรู้ที่ตนเองมีเป็นคนละชุดกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกระบวนการตัดสินใจในระหว่างการรักษาพยาบาลถือเป็นประสบการณ์ร่วมที่ทำให้เกิดความพอใจทั้งสองฝ่าย ซึ่งเท่ากับเป็นการเปิดพื้นที่ลดช่องว่าง และน่าจะเป็นแนวทางที่นำไปพัฒนาระบบต่อไปได้ นอกจากนี้ ความเชื่อทางศาสนาและพิธีกรรม ความเป็นครอบครัวหรือชุมชน สถานภาพทางเศรษฐกิจ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่กระบวนการตัดสินใจในการจัดการกับความตายที่พึงปรารถนาและไม่ปรารถนาได้² การที่บุคคลทราบว่าจะตนกำลังจะเสียชีวิต เป็นสถานการณ์ที่มนุษย์ปรับตัวได้ยากยิ่ง ซึ่งจะมากหรือน้อยมีความแตกต่างกันในแต่ละคน ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย สังคมจิตใจและจิตวิญญาณ ขณะเดียวกัน ความรู้สึกเช่นนี้ก็เกิดขึ้นกับญาติและผู้ดูแล รวมทั้งแพทย์ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะปัจจุบันในยุคที่มี เทคโนโลยีทางการแพทย์ก้าวหน้า มีเครื่องมือ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่สามารถดูแลผู้ป่วยและพยายามยืดชีวิตออกไปให้นานที่สุด ไม่ว่าจะด้วยค่าใช้จ่ายที่สูงเพียงใด และผู้ป่วยจะมีชีวิตด้วยคุณภาพชีวิตเช่นใด ทั้งนี้ด้วยเจตนาดีที่ต้องการช่วยเหลือผู้ป่วย รวมทั้งญาติก็พยายามขอร้องให้แพทย์รักษาอย่างสุดความสามารถ ทั้งที่บางครั้งผู้ป่วยเองไม่มีโอกาสที่จะเรียกร้องหรือตัดสินใจในการยืดชีวิตชั่วคราวระยะเวลาหนึ่ง จนเกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างการตายอย่างมีศักดิ์ศรี (Dying with dignity) กับ

การต่อสู้เพื่อยืดชีวิต (Fighting of life) ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ ล้วนเกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย รวมทั้งความไม่เข้าใจในด้านสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณของมนุษย์ ดังนั้นการตายซึ่งเป็นสภาวะธรรมชาติที่เกิดขึ้นได้กลายเป็นเรื่องใหญ่ เนื่องจากมิใช่เป็นประเด็นทางการแพทย์หรือทางกฎหมายเท่านั้น แต่เป็นประเด็นทางด้านจิตใจ คุณธรรม จริยธรรม และสังคม ซึ่งเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องเรียนรู้และเข้าใจ รวมทั้งตระหนักในสิทธิมนุษยชนของบุคคลในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่การตายโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในบริบทที่บุคลากรทางการแพทย์มีส่วนเกี่ยวข้องมากในการให้บริการในสถานพยาบาล คณะผู้วิจัยจึงได้ศึกษากระบวนการทัศนคติของผู้สูงอายุและญาติหรือผู้ดูแล รวมทั้งศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุและครอบครัว(ผู้ดูแล)
2. เพื่อศึกษากระบวนการทัศนคติของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ ของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ในสถานพยาบาลภาคตะวันออกเฉียง

วิธีดำเนินการศึกษาวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

1. กลุ่มผู้สูงอายุ(อายุตั้งแต่ 60ปี ขึ้นไป) ที่มารับบริการในสถานพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียง ใน 8 จังหวัด ได้แก่ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี

ตราด สระแก้ว ปราจีนบุรี และนครนายก จำนวน 440,562 คน³ และมีความยินดีเข้าร่วมโครงการ

2. กลุ่มญาติคนในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มารับบริการในสถานพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียง ใน 8 จังหวัด จำนวน 1,762,248 คน และมีความยินดีเข้าร่วมโครงการ

กลุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างมีระบบและมีความน่าจะเป็น โดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามตารางการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่และ มอร์แกน⁴ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 384 คน แบ่งตามสัดส่วนจำนวนประชากรในแต่ละจังหวัด และจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียง เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 77 คน ญาติและผู้ดูแลจำนวน 307 คน โดยคำนวณร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนประชากรในแต่ละจังหวัด แล้วทำการสุ่มอำเภอในแต่ละจังหวัดอย่างง่ายโดยการจับสลาก หลังจากนั้นทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงให้ได้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่มารับบริการในโรงพยาบาลอำเภอที่ได้รับการสุ่มเลือกและมีความสมัครใจเข้าร่วมวิจัยตามจำนวนที่กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างไว้

วิธีการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) ได้ดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เป็นการศึกษาความคิดเห็นของผู้สูงอายุและครอบครัว เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ กรณีที่เลือกสถานที่ตายในโรงพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดเรื่อง ความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยคณะผู้วิจัยใช้กรอบทฤษฎี

การดูแลระหว่างบุคคลของจีน วัดสั้น⁵ โดยนำปัจจัย การดูแล 10 ประการของทฤษฎีนี้มาเป็นฐานในการ สร้างเครื่องมือ สํารวจความต้องการการดูแลแบบ เอื้ออาทรของผู้ป่วยและญาติ ในผู้ป่วยสูงอายุ ดังนี้

- 1) เสริมสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
- 2) ส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความเชื่อและความหวัง
- 3) ความไวต่อความรู้สึกและประสบการณ์ความรู้สึก ของตนเองและผู้ป่วย
- 4) ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพ การเอื้ออาทร และความไว้วางใจต่อกัน
- 5) สนับสนุน และยอมรับการแสดงความรู้สึกทั้งด้านบวกและลบ
- 6) แก้ไขปัญหาารายบุคคลอย่างสร้างสรรค์บนพื้นฐาน กระบวนการเอื้ออาทร
- 7) ส่งเสริมการเรียนรู้แลกเปลี่ยนระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแล
- 8) สนับสนุน ป้องกันและแก้ไขสภาวะด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
- 9) ตอบสนองความต้องการจำเป็นพื้นฐานโดยดำรงไว้ซึ่งคุณค่าศักดิ์ศรี ของบุคคล
- 10) เปิดโอกาสให้บุคคลมีประสบการณ์ การบำบัดเยียวยาเอื้ออาทรต่อจิตวิญญาณตนเอง แล้วนำมาประยุกต์กับแบบประเมินความต้องการ การดูแลในระยะสุดท้ายที่บ้าน ของ สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์⁶ เป็นเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม กระบวนทัศน์ของผู้สูงอายุและครอบครัวในการ เตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น ได้แก่ คุณลักษณะของผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัว

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความต้องการการดูแล เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบใน 10 ปัจจัยการดูแลระหว่างบุคคล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ชุด โดย ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถาม สำหรับผู้สูงอายุ และชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถาม สำหรับสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 3 ส่วน ดัง รายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพ สมรส รายได้ อาชีพ และโรคประจำตัว และความ สัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นของ กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความต้องการการดูแลเพื่อ เตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ ในระยะ สุดท้ายที่โรงพยาบาล แบ่งออกเป็น 10 ด้าน ระดับ การวัด 5 ระดับ ตามมาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert Scale ค่าคะแนนสูงสุด 5.00-ต่ำสุด 1.00

ส่วนที่ 3 เป็นข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็น อื่น ๆ เพิ่มเติม เป็นแบบสอบถามปลายเปิด

การแปลผล ของแบบสอบถาม สามารถแปล ผลระดับคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถาม โดยถือ เกณฑ์การคิดคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยใช้การแบ่ง ระดับคะแนนเฉลี่ย() ของเบสท์⁷

การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการสร้างเครื่องมือ โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ศึกษาเอกสาร ทฤษฎี งานวิจัย และตำรา ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตาย อย่างสงบที่โรงพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการสร้าง แบบสอบถาม

2. กำหนดขอบเขต โครงสร้างของเนื้อหา นำมาสร้างแบบสอบถาม และกำหนดเกณฑ์ การให้คะแนน

3. หาความเที่ยงตรงของเนื้อหา(Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ และประสบการณ์รวมทั้งสิ้น 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและหาค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 – 1.00 ไว้ใช้ และทำการปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำผลการตรวจสอบไปปรับปรุง แก้ไขก่อนที่จะนำไปทดสอบ

4. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และกลุ่มญาติ/ผู้ดูแล จำนวน 30 คน เพื่อศึกษาหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม วิเคราะห์หาความเที่ยงตรง (Reliability) โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Coefficient Alpha Cronbach Method)⁸ จากการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ปรากฏว่า แบบสอบถาม ชุดที่ 1 สำหรับผู้สูงอายุ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.967 และแบบสอบถาม ชุดที่ 2 สำหรับญาติ/ผู้ดูแล ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.987

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อประสานงานกับสถานพยาบาลในแต่ละจังหวัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และส่งหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัย

2. ขอเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์และเหตุผลความจำเป็นในการทำวิจัย

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ พยาบาลในหอผู้ป่วยที่มีผู้สูงอายุมารับบริการในสถานพยาบาล 8 จังหวัด ๆ ละ 5 คน รวม

40 คน โดย มีความน่าเชื่อถือของ ผู้เก็บรวบรวมข้อมูล เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี ในแต่ละโรงพยาบาลซึ่งได้รับการฝึกอบรมและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยก่อนเก็บข้อมูล มีการหาค่าความน่าเชื่อถือระหว่างผู้เก็บข้อมูล (inter-rater reliability) โดยให้พยาบาลผู้เก็บข้อมูล ในแต่ละโรงพยาบาล ๆ ละ 5 คน สัมภาษณ์ผู้สูงอายุคนเดียวกัน แล้วนำผลการบันทึกข้อมูลมาวิเคราะห์ได้ค่าความน่าเชื่อถือระหว่างผู้เก็บข้อมูล จำนวน 8 แห่ง อยู่ในช่วง 0.80-1.0 (0.83,0.92, 0.88, 0.88, 0.90, 0.95, 0.94, 0.86)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการพรรณนาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการการดูแล เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลกับคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman Rank correlation coefficient) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

2.1 การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) เป็นการศึกษาข้อมูลจากเอกสารทางวิชาการ ตำรา รายงานการวิจัย วิทยานิพนธ์ วารสาร และสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ในเนื้อหาเกี่ยวข้องกับ ผู้สูงอายุ การเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบและความต้องการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจวรรณกรรม เอกสารทางวิชาการ วารสาร คู่มือ สิ่งพิมพ์ต่าง ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

2.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับกระบวนการทัศน์หรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ

เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยพัฒนาจากผลการศึกษาวิจัยในส่วนของ การวิจัยเชิงปริมาณและการศึกษาเอกสาร โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความเที่ยงตรงของเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน และหาค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสัมภาษณ์ ทำการคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 – 1.00 ไว้ใช้ และปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการติดต่อขอสัมภาษณ์ด้วยตนเองและการฝึกอบรมผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล และทำการขออนุญาตบันทึกการสัมภาษณ์ด้วยการจดบันทึกและ/หรือการบันทึกเทป

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยอ่านคำบันทึกคำให้การสัมภาษณ์และรายละเอียดที่ได้จากการถอดคำให้การสัมภาษณ์ทั้งหมด สรุป จำแนกจัดกลุ่มข้อความเพื่อสรุปสาระสำคัญจากความคิดเห็นของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล แล้วนำเสนอผลที่ได้ในรูปของความสัมพันธ์และความเรียง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บข้อมูลทำหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ มหาวิทยาลัยบูรพา เอกสารรับรองผล

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่ 32/2557 ออกให้วันที่ 4 มิถุนายน 2557 ซึ่งผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามจรรยาบรรณนักวิจัย ใช้การสมัครใจไม่มีการบังคับใด ๆ ในการเข้าร่วมหรือ ถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการรักษาและการพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ โดยไม่ระบุชื่อในแบบบันทึกข้อมูล การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่ จะเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลจะพบกลุ่มตัวอย่างก่อน เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอน ประโยชน์และความเสี่ยงของการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังผู้ป่วยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงจะเริ่มดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

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 รองลงมา นับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 10.96 ส่วนใหญ่แต่งงานและมีคู่ ร้อยละ 62.34 เป็นโสด ร้อยละ 19.48 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 25,333.33 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 46.75 รองลงมาคือชาวไร่/ชาวนสวน ร้อยละ 27.27 เป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 14.29 ค้าขาย ร้อยละ 7.79 และลูกจ้าง ร้อยละ 3.90 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.62 และไม่มีโรคประจำตัวอยู่ที่ร้อยละ 23.88 ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุทั้งหมด

2. กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง 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 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

ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ความต้องการ การดูแลของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

1. ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.61$, $SD = 0.72$) โดยมีความต้องการการดูแลมากที่สุด 3 ลำดับ ดังนี้ 1) ครอบครัวยอมรับสภาพความเจ็บปวดของท่านและไม่โศกเศร้าเสียใจหากท่านจากไป ($\bar{X} = 4.55$, $SD = 0.75$) 2) ให้อภัยผู้อื่นทุก ๆ คน ที่เคยล่วงเกิน และขอบคุณคนที่มิบุญคุณ ($\bar{X} = 4.50$, $SD = 1.10$) และ 3) จากไปอย่างสงบท่ามกลาง คนใกล้ชิด คนที่รัก ลูก ๆ หลาน ๆ ($\bar{X} = 4.45$, $SD = 1.14$) ประกอบกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึก

พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ รับรู้ได้ว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และไม่มีใครหลีกเลี่ยงพ้น เป็นการสิ้นอายุขัย พันทุกซ์ และหมดเวรหมดกรรม โดยมีกระบวนการรับรู้การตาย ดังนี้

“ตาย ก็คือ หมดเวรหมดกรรม ไม่รับไม่รู้แล้ว คนอยู่นี้แหละที่ยังมีเวรมีกรรมอยู่ ต้องรับให้ได้ คนตายก็ถือว่าหมดหน้าที่ในโลกนี้แล้ว” (ผู้สูงอายุ คนที่ 12, อายุ 73 ปี, เพศหญิง)

และมีทัศนคติต่อการตายอย่างสงบ คือ การตายโดยไม่เจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ตายโดยได้จัดการสิ่งต่าง ๆ ที่อยากทำได้สำเร็จลงแล้ว และ ตายโดยแวดล้อมด้วยผู้เป็นที่รัก ไม่ได้ถูกทอดทิ้งอย่างโดดเดี่ยวเดียวดาย เช่น

“ตายที่ไหนก็ได้แต่ขอให้มียุ๊ก ๆ หลาน ๆ อยู่กับครบ ๆ จะได้มีโอกาสสังเวย และให้เค้าได้รู้สึก เราได้สังเวย ไม่ต้องมาเสียใจว่ามาดูแลกันไม่ทัน” (ผู้สูงอายุ คนที่ 19, อายุ 70 ปี, เพศหญิง)

“ตายอย่างสงบ คือการตายที่ไม่ทำความเดือดร้อนให้ใคร มีคนรักและยังคิดถึงเรา เป็นชีวิตอมตะ คนเราทุกคนก็ต้องตาย แต่เค้าจะจำเราด้านดีหรือด้านไม่ดี ถ้าตายอย่างสงบ คือ เราเป็นที่รักของเค้า มันก็สงบ อาจจะมีเสียใจเค้าก็ต้องผ่านมันไปให้ได้” (ผู้สูงอายุคนที่ 22, อายุ 66 ปี, เพศชาย)

“ตายอย่างสงบ ก็คือ หลับไปเฉย ๆ ไม่เจ็บไม่ปวด ให้ดีคือไม่มีเรื่องติดค้างใจ แน่ใจว่าลูกหลานอยู่ สุขสบายแน่ ๆ แค่นี้ก็สบายใจแล้ว” (ผู้สูงอายุ คนที่ 26, อายุ 66 ปี, เพศชาย)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีทัศนคติต่อการตายที่โรงพยาบาล ในด้านบวก โดยมีความเห็นว่า การตายที่โรงพยาบาล เป็นการตายที่ได้รับการช่วยเหลืออย่างดีที่สุดแล้วจากแพทย์พยาบาลเพื่อให้มีชีวิตรอดญาติและครอบครัวจะได้รับการช่วยเหลือดูแลหลังที่ตนเสียชีวิตแล้วจากแพทย์ พยาบาลที่เป็นผู้ที่มี

ความรู้ มีจรรยาบรรณวิชาชีพ และ สภาพของผู้เสียชีวิตได้รับการปกป้องดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ดังนี้

“ลูก ๆ เค้าก็ต้องทำงานทำการ จะมาอยู่ดูแลเราทั้งวันทั้งคืนก็ไม่ได้ มาเยี่ยมบ้างพูดคุยกันแป๊บ ๆ ก็กลับแล้ว อยากให้อยู่ด้วยตลอดแต่มันเป็นไปได้ไม่ได้ ไปอยู่บ้านก็ไม่มีคนดูแล ยายอยู่โรงพยาบาลนี่แหละ จะตายก็มีหมอมือคุณพยาบาลคอยช่วย” (ผู้สูงอายุคนที่ 8, อายุ 77 ปี , เพศหญิง)

“ถ้าตาจะตายก็ตายในมือหมอนี้แหละ เพราะเค้ามีจรรยาบรรณแพทย์ ต้องดูแลรักษาเราอย่างดีที่สุด และถ้าตาตายแล้ว คุณหมอมือคุณพยาบาล จะได้ช่วยให้คำแนะนำเรื่องอื่น ๆ ในการจัดการศพ ได้ดีกว่าไปจัดการกันเอาเอง” (ผู้สูงอายุ คนที่ 16, อายุ 68 ปี , เพศชาย)

ความต้องการการดูแลของผู้ดูแล

ผู้สูงอายุในครอบครัวเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ในภาพรวมอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X} = 3.79$, $SD = 0.46$) โดยมีความต้องการการดูแล มากที่สุด 3 ลำดับ ดังนี้ 1) มีการเฝ้าระวัง สังเกตอาการผิดปกติของร่างกายผู้สูงอายุ ให้อย่างต่อเนื่อง ($\bar{X} = 4.69$, $SD = 0.47$) 2) มีการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันแผลกดทับ เช่น พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ใช้ที่นอนลม ($\bar{X} = 4.63$, $SD = 0.61$) และ 3) ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ ($\bar{X} = 4.62$, $SD = 0.61$) ประกอบกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัว ส่วนใหญ่มีการรับรู้ในลักษณะเดียวกันกับผู้สูงอายุ คือ ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ ทุกคนต้องตาย ไม่มีใครหลีกเลี่ยง แต่มีมิติของการรับรู้ที่แตกต่างจากผู้สูงอายุคือ การยอมรับและการเผชิญการสูญเสีย และความโศกเศร้าที่ต้องเผชิญและสามารถผ่านไปให้ได้ เช่น

“ทราบค่ะ ว่า คนเราทุกคนต้องตาย ไม่ได้ด้วยทางใดก็ทางหนึ่ง แต่การเจ็บป่วยมันทุกข์ทรมาน เห็นคุณแม่ปวดร้องให้ เราก็ร้องตามทำอะไรไม่ถูก อยากให้แม่หายแต่เป็นไปได้ก็ขอให้คุณแม่เจ็บปวดทุกข์ทรมานให้น้อยที่สุด ให้หลับไปเฉย ๆ ดีกว่าเห็นคุณแม่เจ็บปวดแบบนี้” (ลูกสาวผู้สูงอายุ คนที่ 5, อายุ 42 ปี, เพศหญิง)

“เราหนีไม่พ้น เดียวก็ถึงคราวเราเหมือนกัน ตอนนี้ก็ต้องดูแลคนที่อาจจะไปก่อนเรา นี่ยังไม่รู้เลยว่าใครจะไปก่อนกัน คนเจ็บหรือคนเฝ้า ถ้าใครไปก่อนคนที่เหลือก็ต้องทำใจให้ได้” (ภรรยาผู้สูงอายุ คนที่ 8, อายุ 52 ปี, เพศหญิง)

ทัศนคติต่อการตายอย่างสงบของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ส่วนใหญ่ ให้ความเห็นว่าเป็นการตายที่ไม่เจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ที่ไม่ได้สร้างภาระให้กับผู้อื่นและครอบครัว เป็นการตายที่รู้ตัวก่อนและมีโอกาสได้สั่งเสีย ล่าลา และยอมรับ ได้ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว ตัวอย่างเช่น

“คิดว่า ถ้าคุณพ่อ ได้สั่งเสีย ได้ลาทุกคน และตายแบบไม่เจ็บปวดไม่ทรมาน น่าจะเป็นการตายอย่างสงบค่ะ” (ลูกสาวผู้สูงอายุ คนที่ 3, อายุ 35 ปี, เพศหญิง)

“แม่น่าจะรู้สึก ว่า ตายอย่างสงบ คือ ไม่ได้สร้างภาระให้ใคร โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ไม่อยากให้ลูก ๆ ต้องมารับผิดชอบค่ารักษาพยาบาล เพราะมันแพง แกละเลยอยากจะไปตายที่บ้านแต่ลูก ๆ ไม่ยอมหรอก เพราะอายเราก็ออยากจะดูแลแกให้ดีที่สุด” (ลูกสาวผู้สูงอายุ คนที่ 28, อายุ 43 ปี , เพศหญิง)

ในทัศนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว มีทัศนคติเกี่ยวกับการตายที่โรงพยาบาล มีมิติของความ ต้องการความช่วยเหลือ ในด้านต่าง ๆ ที่นอกเหนือจากการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ ควรมีการจัดสถานที่เฉพาะที่มีความเป็นส่วนตัว

สำหรับผู้ป่วยที่จะเสียชีวิตให้มีโอกาสที่ญาติและครอบครัวจะได้รำลึกเป็นครั้งสุดท้ายอย่างสมเกียรติและมีความเหมาะสม ควรมีการฝึกอบรมการใช้คำพูดและกิริยาที่แสดงความเคารพและให้เกียรติแก่ผู้เสียชีวิตและครอบครัว และแพทย์ควรแจ้งพยากรณ์ของโรคและสื่อสาร ถ่ายทอดให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้อย่างเข้าใจเพื่อสามารถเตรียมการได้อย่างมีสติก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือใกล้เสียชีวิต

“อยากให้พูดดี ๆ ค่ะ คนเสียใจอยู่แล้วอยากให้เข้าใจ น่าจะมีการอบรมให้ความรู้เรื่องการพูดการจา ให้เกียรติกัน แล้วก็ให้เข้าใจคนที่เสียใจด้วยว่าจะปฏิบัติกับเค้ายังไงค่ะ” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุคนที่ 18, อายุ 38 ปี, เพศหญิง)

“อยากให้โรงพยาบาลจัดที่ส่วนตัวให้ญาติเยี่ยมได้ตลอดเวลา เข้าใจว่ามีเวลาการทำงานแต่ถ้าเป็นคนใกล้ตายแล้ว น่าจะมีการลดหย่อน กฎระเบียบบ้าง หรือให้ดินจะจัดที่ส่วนตัวให้ได้สิ่งเสียก็จะดีมาก” (ลูกชายผู้สูงอายุ คนที่ 23, อายุ 40 ปี, เพศชาย)

3. ประสบการณ์จากการสูญเสียญาติหรือคนรู้จักที่โรงพยาบาล

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้บอกเล่าประสบการณ์จากการสูญเสียญาติหรือคนที่รู้จักที่โรงพยาบาล โดยพบว่า ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ที่ดีในด้านบวก โดยมีประเด็นสำคัญที่ต้องการให้ปรับปรุง ดังนี้

1) เรื่องการเงินของผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตหรือเสียชีวิต ในช่วงที่มีความโศกเศร้า ควรมีการจัดการที่เหมาะสม เช่น การผ่อนผัน หรือการชะลอการเรียกเก็บเงินในทันทีที่มีผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล

2) ไม่มีสถานที่ในการจัดเก็บศพของผู้เสียชีวิต บางครั้งอยู่บนรถเข็นนาน

3) ไม่มีสถานที่ดูแลญาติและคนในครอบครัวที่เศร้าเสียใจ เช่น ควรมีห้อง หรือมีเก้าอี้รับรอง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ส่วนใหญ่มีประสบการณ์จากการสูญเสียญาติหรือคนที่รู้จักที่โรงพยาบาล โดยพบว่า ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ที่ดีในด้านบวก โดยมีประเด็นสำคัญที่ต้องการให้ปรับปรุง ดังนี้

1) ไม่มีเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเข้ามาดูแลจัดการด้านอารมณ์และรับรู้รับฟังญาติและครอบครัวเมื่อผู้ป่วยชีวิตในโรงพยาบาล

2) ไม่มีการติดตามไปดูแลญาติและครอบครัวที่บ้านหรือช่วยจัดการเกี่ยวกับงานหรือพิธีศพ

3) ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการเคลื่อนย้ายศพค่อนข้างสูง

4. แนวทางการสร้างความไว้วางใจต่อผู้สูงอายุและครอบครัว

ในทัศนะของผู้สูงอายุ แนวทางการสร้างความไว้วางใจ ควรปฏิบัติดังนี้

1) กิริยา มารยาท การพูดจา เป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความไว้วางใจ

2) การเอาใจเขามาใส่ใจเรา เปิดใจรับฟังและเห็นอกเห็นใจเพื่อมนุษย์จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้และสัมผัสได้

3) ควรเพิ่มความใกล้ชิดและเห็นอกเห็นใจให้ความยืดหยุ่นแก่ญาติและผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยให้ความดูแลอย่างเอื้ออาทร และผ่อนปรนกฎระเบียบบ้าง

ในทัศนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว มีแนวทางการสร้างความไว้วางใจ ควรปฏิบัติดังนี้

1) ความอดทน ยอมรับสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติเกิดความเครียด วิตกกังวลและเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยและญาติให้ความไว้วางใจ

2) ความเป็นผู้มีความรู้ ทักษะและความสามารถในการช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ

3) ความเข้าใจผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ ความเชื่อ หรือการศึกษาพิธีทางศาสนา ต่าง ๆ จะทำให้เข้าใจผู้ป่วยและญาติมากขึ้น

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างกับความต้องการการดูแลเพื่อการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

1. ตัวแปรคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวก ในระดับสูง กับความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 คือ ระดับการศึกษา ($r_s = 0.65, p = .002$) และ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 คือ เพศ ($r_s = 0.49, p = .028$) ส่วนตัวแปรคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางลบ ในระดับสูงกับความต้องการการดูแล คือ โรคประจำตัว ($r_s = -0.50, p = .019$) ดังตารางที่ 1

2. ตัวแปรคุณลักษณะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวก ในระดับสูงกับความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 คือ ระดับการศึกษา ($r_s = 0.50, p = .048$) ตัวแปรคุณลักษณะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางลบ ในระดับสูงกับความต้องการการดูแล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 คือ ศาสนา ($r_s = -0.66, p = .005$) และ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 คือ อายุ ($r_s = -0.52, p = .038$) เพศ ($r_s = -0.57, p = .019$) อาชีพ ($r_s = -0.59, p = .015$) และรายได้ ($r_s = -0.62, p = .028$) ตามลำดับดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของผู้สูงอายุกับความต้องการการดูแล
เพื่อการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

คุณลักษณะของผู้สูงอายุ	อายุ	เพศ	ระดับ การศึกษา	สถานภาพ สมรส	รายได้	อาชีพ	โรค ประจำตัว
ความต้องการการดูแล							
1. การเสริมสร้างคุณค่าและ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	.101 .680	.038 .877	.327 .185	.042 .864	-.500 .141	-.102 .677	-.053 .831
2. การส่งเสริมและคงไว้ ซึ่งความเชื่อและความหวัง	-.241 .307	.490(*) .028	-.090 .713	-.014 .952	-.531 .093	.277 .237	-.245 .297
3. ความไวต่อความรู้สึกและ ประสบการณ์ความรู้สึก ของตนเองและผู้ป่วย	-.036 .880	.260 .269	.149 .542	.097 .685	-.293 .383	.202 .392	-.123 .605
4. การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพ การเอื้ออาทร และความไว้วางใจต่อกัน	.074 .758	.423 .063	-.099 .688	.181 .444	-.071 .836	.168 .479	-.290 .215
5. การสนับสนุนและยอมรับ การแสดงความรู้สึก ทั้งด้านบวกและลบ	-.055 .819	.177 .455	.056 .820	-.125 .599	-.349 .293	.200 .397	-.342 .140
6. การแก้ไขปัญหารายบุคคล อย่างสร้างสรรค์บนพื้นฐาน กระบวนการเอื้ออาทร	.002 .994	.124 .591	.395 .085	-.038 .870	-.152 .638	-.162 .484	-.155 .501
7. การส่งเสริมการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนระหว่างผู้ให้ การดูแลและผู้รับการดูแล	.129 .598	.310 .197	-.041 .872	-.004 .987	-.380 .279	.224 .357	-.244 .314
8. การสนับสนุน ป้องกันและ แก้ไขสภาวะ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ	-.129 .578	.230 .316	.094 .694	.048 .835	-.180 .575	.242 .291	-.382 .087
9. การตอบสนองความต้องการ จำเป็นพื้นฐานโดยดำรงไว้ ซึ่งคุณค่าศักดิ์ศรีของบุคคล	.187 .416	-.110 .635	.656(**) .002	-.043 .854	.047 .885	-.283 .214	-.508(*) .019
10. การเปิดโอกาสให้บุคคล มีประสบการณ์การบำบัด เยียวยาเอื้ออาทร ต่อจิตวิญญาณตนเอง	.115 .630	.017 .943	.128 .603	.079 .742	-.215 .525	.059 .805	-.085 .720

* $p < .05$, ** $p < .01$

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของผู้ดูแลในครอบครัว
กับความต้องการการดูแลเพื่อการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

คุณลักษณะของ ผู้ดูแลในครอบครัว	อายุ	เพศ	ความ สัมพันธ์	ระดับ การศึกษา	ศาสนา	สถานภาพ สมรส	รายได้	อาชีพ
ความต้องการการดูแล								
1. การเสริมสร้างคุณค่า และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	-.113 .676	.302 .255	.231 .389	-.121 .655	-.131 .627	-.025 .928	-.313 .323	.417 .108
2. การส่งเสริมและคงไว้ ซึ่งความเชื่อและความหวัง	-.360 .171	.306 .248	-.312 .239	-.142 .601	-.289 .278	-.109 .689	-.264 .408	-.129 .635
3. ความไวต่อความรู้สึกและ ประสบการณ์ความรู้สึก ของตนเองและผู้ป่วย	-.030 .913	.394 .131	-.241 .369	-.301 .257	-.413 .112	.070 .796	-.337 .284	-.043 .873
4. การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพ การเอื้ออาทรและ ความไว้วางใจต่อกัน	-.183 .497	.406 .119	-.223 .406	-.501(*) .048	-.454 .077	-.082 .763	-.629(*) .028	.107 .692
5. การสนับสนุนและยอมรับ การแสดงความรู้สึก ทั้งด้านบวกและลบ	-.258 .335	-.014 .960	.274 .305	.328 .214	-.443 .086	.103 .705	.070 .828	-.593(*) .015
6. การแก้ไขปัญหารายบุคคล อย่างสร้างสรรค์บนพื้นฐาน กระบวนการเอื้ออาทร	-.217 .420	.577(*) .019	-.220 .412	-.364 .166	-.394 .131	.049 .857	-.557 .060	-.068 .802
7. การส่งเสริมการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนระหว่างผู้ให้ การดูแลและผู้รับการดูแล	-.243 .365	-.216 .422	.025 .926	.307 .247	-.079 .770	-.133 .623	.252 .429	-.275 .303
8. การสนับสนุน ป้องกันและ แก้ไขสภาวะ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ	-.178 .510	.093 .733	.222 .408	.175 .516	-.136 .616	.099 .717	-.055 .865	-.336 .203
9. การตอบสนองความ ต้องการจำเป็นพื้นฐาน โดยดำรงไว้ซึ่งคุณค่าศักดิ์ศรี ของบุคคล	-.521(*) .038	.195 .468	.232 .387	-.019 .944	-.667(**) .005	-.110 .685	-.271 .394	-.335 .204
10. การเปิดโอกาสให้บุคคล มีประสบการณ์การบำบัด เยียวยาเอื้ออาทร ต่อจิตวิญญาณตนเอง	-.008 .977	.218 .417	.000 1.000	-.385 .141	-.149 .582	.260 .331	-.262 .412	.241 .369

* $p < .05$, ** $p < .01$

อภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1. ความต้องการการดูแลเพื่อเตรียม

ความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุ ในระดับมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับจิตใจและเสริมสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตามแนวคิดของวัตสัน ผู้สูงอายุมีความต้องการความเข้าใจและยอมรับตัวผู้สูงอายุตามสภาพที่เขาที่เป็นจริง เคารพในความเป็นบุคคล มีความอดทนและให้เวลาแก่เขา ได้ค่อย ๆ คั่นพบและยอมรับสภาพของตนเองตามความเป็นจริง ซึ่งพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุต้องการ คือ พฤติกรรมที่แสดงถึงการสร้างค่านิยม เห็นแก่ประโยชน์และเมตตาผู้อื่น ได้แก่ 1) การปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างอ่อนโยน 2) การให้เวลาแก่ผู้ป่วยผู้สูงอายุ คอยได้เสมอ 3) การอยู่เป็นเพื่อนผู้สูงอายุที่กำลังเจ็บป่วยและรู้สึกทุกข์ทรมาน 4) เอาใจใส่โดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจ และ 5) ตอบสนองทันทีต่อการร้องขอความช่วยเหลือ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์⁶ ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยพบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลในระยะก่อนเสียชีวิตจากเจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ให้ช่วยเหลือครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ได้แก่ การช่วยติดต่อบุตรหลานเพื่อให้ได้เจอก่อนเสียชีวิต การดูแลแบบใกล้ชิดและใส่ใจมากกว่าปกติ การนำส่งโรงพยาบาลเมื่ออาการหนักขึ้น การได้พบกับพระก่อนเสียชีวิต และการพุดนำ ทางให้ไปที่ดีๆ และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ วัลภา คุณทรงเกียรติ⁹ ที่ศึกษาวิจัยเรื่อง การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง โดยทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในโรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง

มี 4 ประเด็นหลัก คือ 1) การไม่มีความทุกข์ทรมาน 2) การยอมรับความตาย 3) การไม่เป็นภาระของครอบครัว และ 4) การได้อยู่กับครอบครัว โดยมีประเด็นที่คำนึงถึงการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจและเสริมสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ถึง 3 ประเด็น คือ การยอมรับความตาย การไม่เป็นภาระของครอบครัว และการได้อยู่กับครอบครัว จะเห็นว่า การเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลเกี่ยวกับจิตใจและเสริมสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ต้องการคนที่ไว้ใจได้ อยู่เป็นเพื่อน และรับฟังการระบายความทุกข์ หรือเรื่องราวในอดีต การต้องการให้ครอบครัวยอมรับการตายของตนไม่เศร้าเสียใจมาก การต้องการให้อภัยและขอบคุณผู้คน การขอจากไปโดยแวดล้อมท่ามกลางคนที่ตนรัก และลูกหลาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนา นิลชัย โกวิทย์ และคณะ¹⁰ ได้ทำการศึกษา กระบวนทัศน์เรื่องความตายและมิติแห่งสุขภาวะ ในกระบวนทัศน์ที่ 3 ซึ่งเป็นกระบวนทัศน์แบบองค์รวม ซึ่งมองเห็นว่าทัศนคติต่อความตายก็คือทัศนคติต่อชีวิต และเน้นประเด็นจิตวิญญาณต่างๆ เช่น ความรัก ความเมตตา การตายอย่างมีสติ และความสงบในจิตใจ ว่าเป็นจุดสำคัญที่สุดในการจัดการกับความตาย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล บุญเลิศ และคณะ¹¹ ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของครอบครัว มีทั้งการดูแลด้าน ร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ รวมทั้งมีการนำหลักศาสนามาใช้เพื่อต้องการให้ผู้ป่วย ผ่านวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบไม่ทุกข์ทรมาน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง ในเรื่องด้านการทำงานและด้านเศรษฐกิจ และความต้องการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นอยู่กับบริบท ทางวัฒนธรรม ความเชื่อ ความศรัทธา และหลักศาสนา

2. ความต้องการการดูแลเพื่อเตรียม

ความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลของครอบครัวผู้สูงอายุในระดับมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกาย การป้องกันและแก้ปัญหาหายบุคคลแก่ผู้สูงอายุรวมทั้งการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ ตามแนวคิดของวัตสัน ความต้องการการดูแลนี้ คือ ความต้องการให้ใช้วิธีการต่าง ๆ ตามหลักการที่สามารถเชื่อถือได้มาช่วยในการตัดสินใจ แก้ไขปัญหาในการช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยอาการของผู้ป่วย การวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วย การดูแลด้วยความเอื้ออาทร และการประเมินผล โดยการให้ได้มาซึ่งข้อมูลแบบองค์รวมและการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ เป็นสิ่งสำคัญยิ่ง พฤติกรรมการดูแลตามปัจจัยนี้ มีดังนี้ 1) การสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยอย่างถี่ถ้วน 2) การซักถามเกี่ยวกับค่านิยม ความเชื่อ ความหวังและความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย 3) การวางแผนการดูแลแบบองค์รวม 4) การปฏิบัติ การดูแลอย่างรอบคอบและมีทักษะ 5) การขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญในการแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อน และ 6) การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ อูโรพร พงศ์พัฒน์วุฒิ¹² ที่ทำการศึกษาคำความต้องการของญาติผู้ป่วยระยะใกล้ตาย โรงพยาบาลแพร่ พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความต้องการ 6 ด้าน โดยมีด้านความต้องการข้อมูล ด้านความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย และด้านความต้องการส่วนบุคคลด้วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาวิจัย ของ สุนิศา สุขตระกูล¹³ ที่ทำการศึกษาคำความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทั้งศัลยกรรมและอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้

ตาย มีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย และการสนับสนุนช่วยเหลือ เพื่อช่วยแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้สามารถเข้าสู่ระยะสุดท้ายของการตายอย่างสงบต่อไป

3. ทักษะต่อการตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลด้านความต้องการการดูแลในระยะเข้าสู่การตายอย่างสงบ ของผู้สูงอายุและครอบครัว มีทักษะในเชิงบวก โดยเชื่อมั่นได้ว่าการตายนี้ได้รับการช่วยเหลืออย่างดีที่สุดแล้วจากแพทย์พยาบาลเพื่อให้มีชีวิตรอด โดยญาติและครอบครัวจะได้รับการช่วยเหลือดูแลหลังที่ตนเสียชีวิตแล้วจากบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้มีความรู้ มีจรรยาบรรณวิชาชีพ สภาพของผู้เสียชีวิตจะได้รับการปกป้องดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และต้องการให้เพิ่มความใกล้ชิดเห็นอกเห็นใจ ให้ความยืดหยุ่นแก่ญาติและผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยให้ความดูแลอย่างเอื้ออาทร และผ่อนคลายภาวะเจ็บปวดทรมาน ควรมีการจัดสถานที่เฉพาะ ความเป็นส่วนตัวสำหรับผู้ป่วยที่จะเสียชีวิต ใ้ญาติและครอบครัวมีโอกาสได้ล่ำลาเป็นครั้งสุดท้ายอย่างสมเกียรติและมีความเหมาะสม ควรมีการฝึกอบรมการใช้คำพูดและกิริยาที่แสดงความเคารพและให้เกียรติแก่ผู้เสียชีวิตและครอบครัว แพทย์ควรแจ้งพยากรณ์ของโรคและสื่อสาร ถ่ายทอดให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้อย่างเข้าใจเพื่อสามารถเตรียมการได้อย่างมีสติก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือใกล้เสียชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ นฤมล บุญเลิศ และคณะ¹¹ ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ความต้องการของครอบครัว คือ ต้องการบรรเทาอาการ ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยที่มีสภาพร่างกายครบสมบูรณ์ ต้องการเลือกสถานที่ตายได้ โดยการเลือกเสียชีวิตในโรงพยาบาล เนื่องจากเกิดความสบายใจที่ได้อยู่ใกล้ชิด แพทย์ พยาบาล สามารถ

ขอความช่วยเหลือเรื่องการรักษาพยาบาลได้ หรือ หากเลือกเสียชีวิตที่บ้าน เพื่อดูแลผู้ป่วยได้สะดวก ญาติเยี่ยมได้ไม่จำกัดจำนวน รวมทั้งได้ปฏิบัติตามหลักศาสนา ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลที่บ้าน และหากเสียชีวิตที่โรงพยาบาลจะต้องการสถานที่เป็นส่วนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ เคลียนเพล และพาวเวอร์ส¹⁴ ที่ศึกษาสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์ พบว่า ความต้องการที่สำคัญที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ต้องการ 5 อันดับแรก คือ การตอบคำถามอย่างตรงไปตรงมา การโทรศัพท์บอกเมื่อ ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง บอกเหตุผลของการรักษาพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย บอกการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยและบอกเกี่ยวกับแผนการรักษาที่จะให้กับผู้ป่วยต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ มอลเตอร์¹⁵ ที่สำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต พบว่า ความต้องการที่สมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญมาก 10 อันดับแรก คือ 1) ต้องการมีความหวัง 2) ต้องการให้เจ้าหน้าที่สนใจดูแลผู้ป่วย 3) ต้องการมีที่พักเยี่ยมใกล้หอผู้ป่วย 4) ต้องการได้รับแจ้งทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง 5) ต้องการทราบการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย 6) ต้องการการตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริง 7) ต้องการข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย 8) ต้องการได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างน้อยวันละครั้ง 9) ต้องการได้รับคำอธิบายด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย และ 10) ต้องการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อย ๆ

4. ทักษะต่อการตายอย่างสงบ ด้านการ

รับรู้เกี่ยวกับการตายอย่างสงบ ของผู้สูงอายุ และครอบครัว พบว่า มีการให้ความหมายที่เหมือนกันเกี่ยวกับ การตายโดยไม่เจ็บปวด ทุกข์ทรมาน เป็นการตายอย่างสงบ แต่ในทัศนะของผู้สูงอายุให้

ความสำคัญด้านจิตใจและจิตวิญญาณมากกว่า โดยเห็นได้จาก การได้ให้อภัยได้ขอบคุณและขอให้ได้จัดการสิ่งต่าง ๆ ที่อยากทำได้สำเร็จก่อนจึงจะเรียกว่าตายอย่างสงบ รวมทั้งเป็นการตายที่แวดล้อมด้วยผู้เป็นที่รัก ไม่ได้ถูกทอดทิ้งอย่างโดดเดี่ยวเดียวตาย แต่ในทัศนะของครอบครัว มีทัศนะเพิ่มเติมในส่วนของเศรษฐกิจ และสังคมเพื่อให้สามารถเตรียมความพร้อมได้ดีขึ้นก่อนจะตาย เช่น การไม่เป็นภาระกับผู้อื่นและครอบครัว การมีโอกาสได้สั่งเสีย ถ้ำลาและโอกาสในการสร้างการยอมรับต่อการตายได้ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ บรูและดราคุบ 16 การศึกษาความต้องการในคู่สมรสที่มีภาวะเศร้าโศกจากการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคหัวใจที่มีอาการรุนแรงจนอาจตายได้ พบว่า มีความต้องการ 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความต้องการบรรเทาความวิตกกังวล เป็นความต้องการที่จะได้พูดคุยกับผู้อื่นเกี่ยวกับความรู้สึกและความกลัวต่าง ๆ ได้พูดคุยกับพยาบาลที่มีความคุ้นเคย มีสถานที่ที่เป็นส่วนตัวขณะพูดคุยและระบายความรู้สึก มีผู้แนะนำวิธีการลดความวิตกกังวล และได้รับอนุญาตให้ทำพิธีกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยได้ตามความเชื่อ 2) ด้านความต้องการข้อมูลข่าวสาร เป็นการได้รับคำอธิบาย ชี้แจงและแนะนำจากผู้ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ ชัดเจน ถูกต้องและตรงตามความเป็นจริงเกี่ยวกับอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย กิจกรรมการรักษายาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและเหตุผล การให้บริการต่าง ๆ และกฎระเบียบของหอผู้ป่วยหนักและโรงพยาบาล 3) ด้านความต้องการอยู่กับผู้ป่วย เป็นความต้องการที่จะอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้ติดต่อบริการกับผู้ป่วยได้ เข้าเยี่ยมดูอาการของผู้ป่วยใกล้ ๆ แม้ในช่วงสุดท้ายของชีวิตหรือได้รออยู่ในที่พักรอเยี่ยมที่ใกล้หอผู้ป่วยมากที่สุด 4) ด้านความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นการมีส่วนร่วมในการดูแลความสุข

สบายและบรรเทาทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลได้พูดคุยเพื่อปลอบใจและให้กำลังใจผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการและการรักษาที่ให้อยู่ และเป็นแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย และ 5) ด้านความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ เป็นความต้องการเพื่อตนเอง ได้แก่ การได้รับความดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย ความสะดวกสบาย การมีคนคอยให้กำลังใจคอยอยู่เป็นเพื่อนใกล้ ๆ เมื่อต้องการความช่วยเหลือ ช่วยแบ่งเบาปัญหาและภาระงานต่าง ๆ และมีแหล่งให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านเศรษฐกิจและอื่น ๆ

สรุป การพัฒนาระบบและกลไกการส่งเสริมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยและญาติเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง จากการศึกษากระบวนการทัศน์ของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวครั้งนี้พบว่า แนวทางการสร้างความไว้วางใจต่อผู้สูงอายุในระยะสุดท้าย คือ 1) การแสดงกิริยา มารยาท การพูดจา เป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความไว้วางใจ 2) การเอาใจเขามาใส่ใจเรา เปิดใจรับฟังและเห็นอกเห็นใจเพื่อมนุษย์จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้และสัมผัสได้ และ 3) การให้ความยืดหยุ่นแก่ญาติและผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยให้ความดูแลอย่างเอื้ออาทร และผ่อนปรนกฎระเบียบบ้าง และแนวทางการสร้างความไว้วางใจต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุในระยะสุดท้าย คือ 1) ความอดทน ยอมรับสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติเกิดความเครียด วิตกกังวลและเป็นทีปรีกษา ให้คำแนะนำที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยและญาติให้ความไว้วางใจ 2) ความเป็นผู้มีความรู้ ทักษะและความสามารถในการช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ และ 3) ความเข้าใจผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ ความเชื่อ หรือการศึกษาพิธีทางศาสนาต่าง ๆ จะทำให้เข้าใจผู้ป่วยและญาติมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผลจากการศึกษากระบวนการทัศน์ของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวในการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบ
2. สามารถพัฒนาเป็นบทเรียนและสื่อสารด้วยภาษาที่ง่าย ๆ เป็นคู่มือการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลไว้ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวศึกษาและเรียนรู้
3. นำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อศึกษาในเชิงลึกตามบริบทของการเกิดโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและมีอัตราการตายสูงในชุมชนภาคตะวันออกเฉียง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ที่สนับสนุนทุนการวิจัย ซึ่งเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาผู้สูงอายุ ให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีคุณภาพ มีคุณค่า และสามารถเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย และปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลง เป็นพลังในการพัฒนาสังคมและความเข้มแข็งของท้องถิ่นต่อไป ขอขอบคุณผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและสถานพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นกลุ่มตัวอย่าง และ ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ศาสตร์ เสาวคันธ์ ที่เป็นทีปรีกษาและให้คำปรึกษาในการวิจัย คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้

REFERENCES

1. National Statistical Office. Executive Summary Survey of Health and Welfare in 008. Bangkok; 2009. (in Thai)
2. Tana Nilchaigowit, Warisark Khetkhaiwan, Wana Charusombong, Pongloet Charkaeow. The situation of death and dying paradigm shift. Bangkok: Health System Research Institute; 2003. (in Thai)
3. National Statistical Office. The annual statistical report in 2010 (special edition). Bangkok; 2009. (in Thai)
4. Krejcie and Morgan. "Small sample Techniques". The NEA Research Bulletin. 1960 December; 38: 99.
5. Watson J, The theory of human caring: retrospective and prospective. Nursing Science Quarterly. 1997 Mar; 10 (1): 49-52.
6. Sirilak Somanusorn. End-of-Life Care Needs of the Elderly in Home for the Aged. Songklanagarind Journal of Nursing. 2014 January –April; 34(1): 71-87. (in Thai)
7. Best, John W. Research in Education. New Jersey: Prentice-Hall, Inc. 1981.
8. Cronbach, Lee J. Essentials of Psychological Testing. New York: Harper & Row. 1970.
9. Walapa Kunsongkeit. Good death as perceived by the cancer patients. The Journal of faculty of nursing Burapha University. 2013. October-December; 21 (4): 25-36.
10. Tana Nichaiowit, Warisark Khetkhaiwan, Wana Charusombong Pongloet Charkaeow. The situation of death and dying paradigm shift. Bangkok: Health System Research Institute; 2003. (in Thai)
11. Narumol Boonleart and others. Family and Palliative care. Bangkok: Health System Research Institute; 2008. (in Thai)
12. Uraiporn Pongpattanawut. The relatives' needs of Crisis Patient. Bangkok: Mahidol University, 1989. (in Thai)
13. Sunisa Suktrakul. Need toward Loss among Family Members of Dying Patients. Unpublised Master's thesis. Chiangmai: Chiangmai University; 2001. (in Thai)
14. Kleinpell RM & Powers MJ. Needs of family members of intensive care unit patients. Appl Nur Res. 1992; 5(1): 2-8.
15. Molter N. Needs of relative of critically ill patients: a descriptive study. Heart & Lung. 1979; 8: 332-339.
16. Breu, C., Dracup, K. Helping the spouses of critically ill patients. Am. J. Nurs. 1978; 78:50-3.