

ฉากชีวิตของผู้สูงอายุระยะท้ายในชุมชน

Life scene of older persons with the end of life in community

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ
Journal of Nursing Science & Health
ปีที่ 40 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) 2560
Volume 40 No.4 (October-December) 2017

อารยา ทิพย์วงศ์ วท.ม.* ป้าเพ็ญจิต แสงชาติ พย.ค.**

Araya Tipwong, M.Sc** Bumpenchit Sangchart DNS.**

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายฉากชีวิตของผู้สูงอายุระยะท้าย ซึ่งอาศัยอยู่ในตำบลของจังหวัดแห่งหนึ่งใน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุระยะท้ายและสมาชิกครอบครัว จำนวน 42 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์แก่นสาระ ผลการศึกษาสะท้อนฉากชีวิตของผู้สูงอายุระยะท้าย 2 ประเด็น คือ 1) ลักษณะของผู้สูงอายุระยะท้าย ประกอบด้วย 4 ลักษณะ และ 2) วิถีความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุระยะท้าย ประกอบด้วย 3 ลักษณะ ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุระยะท้าย และเป็นข้อเสนอในการบูรณาการความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุระหว่างภาควิชาชีพและภาคชุมชน

คำสำคัญ : ฉากชีวิต ผู้สูงอายุระยะท้าย วิถีความเป็นอยู่ ลักษณะของผู้สูงอายุระยะท้าย การวิจัยเชิงคุณภาพ

Abstract

This qualitative study aimed to describe life scene of older persons with the end of life in the community at North-eastern of Thailand. Data collection method used in-depth interview and thematic analysis. Key informants were 42 older persons with the end of life and their family member. The findings revealed two patterns life scene of older persons were: 1) characteristics of older persons with the end of life in community consists of 4 characteristics and 2) lifestyle of older persons consists of 3 characteristics. The results of the present study to be a guideline in caring for older persons with the end of life and to be a suggestion in integration knowledge between professional knowledge and community in caring for older persons.

keywords: life scene, older persons with the end of life, lifestyle, characteristics of older persons with the end of life, qualitative research

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยและอีกหลายประเทศกำลังเผชิญกับวิกฤตการณ์ของจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มจำนวนสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้หลายประเทศ

เข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุและคาดประมาณว่าในราวปี 2574 นี้ ประเทศไทยก็จะกลายเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (super aged society)¹ การเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุย่อมส่งผลกับการดูแลระยะยาวรวมถึงระยะ

*Ph.D. of Nursing Candidate, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

ท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเอง จากอายุที่เพิ่มสูงขึ้นมีผลให้ร่างกายเกิดกระบวนการชราภาพโดยธรรมชาติและทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมาก กระบวนการชราภาพจะทำให้เกิดการทํางานของระบบต่าง ๆ ลดลง² และจากการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะมีโรคเรื้อรัง 2-3 โรคในคนเดียวกัน จึงก่อให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน ร่วมกับผลกระทบที่เกิดจากการรักษาโรคเรื้อรัง ส่งผลให้ภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอยู่มีอาการทรุดหนักขึ้น การทํานานที่ของร่างกายลดลง อีกทั้งการฟื้นฟูก็เป็นไปได้ยากกว่าวัยอื่น³ ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กับภาวะการเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพไปตามระยะของโรคจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

ผู้สูงอายุระยะท้ายเป็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหรือมีอาการที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งการเจ็บป่วยอาจเป็นแบบเฉียบพลัน แบบค่อยเป็นค่อยไป หรือเจ็บหนักเป็นครั้ง ๆ จนอาการทรุดลงเรื่อย ๆ หดห้วงในการรักษาให้หาย⁴ อวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายไม่สามารถทํางานได้ปกติ การดำเนินชีวิตในช่วงสุดท้ายร่างกายจะอ่อนแอลงมาก จนกระทั่งไม่สามารถควบคุมอาการและอาการแสดงของโรคนั้น ๆ ได้⁵ การเผชิญชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงเวลาดังกล่าวจึงมีความยากลำบาก เพราะนอกจากสภาพร่างกายที่ถดถอยลงไปตามความชราของวัยแล้ว ยังต้องสู้กับโรคประจำตัวที่รุมเร้า ปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรังและความชราภาพดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพา⁶ และมีความต้องการการดูแลในระยะท้ายที่เพิ่มมากขึ้น⁷ ซึ่งระยะท้ายของชีวิตนี้ถือเป็นช่วงเวลาที่สำคัญมากที่ผู้ที่อยู่ในระยะท้ายต้องเผชิญกับปัญหาที่หลากหลายซับซ้อน⁸ ดังนั้น ผู้สูงอายุระยะท้ายจึงเป็นกลุ่มวัยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของปัญหาสุขภาพต่าง ๆ สูงกว่ากลุ่มอายุอื่นที่น่าสู่การมีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ส่งผลให้ต้องเข้าออกโรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ จาก

อาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ของปัญหาสุขภาพไปตลอดจนกระทั่งช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต จึงเป็นการประคับประคองอาการไปเรื่อย ๆ โดยที่ไม่อาจบอกระยะเวลาแน่นอนในการเสียชีวิต

สำหรับการดำเนินงานในการดูแลระยะท้ายในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่ายังอยู่ในระยะเริ่มต้นเมื่อเทียบกับประเทศที่มีศักยภาพใกล้เคียงกัน เช่น มาเลเซีย เกาหลี สิงคโปร์⁹ ขณะเดียวกันนโยบายสุขภาพในประเทศไทยเน้นการรักษาดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเฉียบพลัน และผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นหลักทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายถูกละเลย¹⁰ รัฐบาลมีนโยบายเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย แต่เป็นนโยบายที่สนับสนุนให้มีการดูแลในระยะท้ายของชีวิตที่บ้าน กล่าวคือ สนับสนุนให้การจัดการดูแลที่บ้านหรือสถานพยาบาลที่บ้าน แต่นโยบายดังกล่าวยังไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากมีความไม่สะดวกหลายประการ เช่น ขาดการสนับสนุนและการจัดการที่เป็นรูปธรรม การขาดผู้ดูแลหลักโดยเฉพาะในสังคมเมืองจึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งต้องอยู่ที่โรงพยาบาลจนวาระสุดท้าย ซึ่งนอกจากไม่อาจสนองตอบนโยบายของรัฐบาลแล้ว ยังอาจทำให้มิติของการดูแลเชิงวัฒนธรรมขาดหายไปได้จากการที่ครอบครัวไม่ได้มีส่วนร่วมหรือประกอบกิจกรรมตามความเชื่อหรือทำตามประเพณี

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายสะท้อนองค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายที่ดำเนินการอยู่มักเป็นการจัดบริการสุขภาพโดยบุคลากรด้านสุขภาพตามปัญหาความต้องการหรืออาการต่าง ๆ เช่น การจัดการอาการปวด อาการรบกวนต่าง ๆ จากโรค ทั้งนี้ ผู้สูงอายุระยะท้ายที่ได้รับการจัดบริการสุขภาพดังกล่าว ต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้สูงอายุระยะท้าย ดังนั้น แนวทางในการจัดบริการสุขภาพให้กับผู้สูงอายุระยะท้ายของบุคลากรทีมสุขภาพจึงเป็นการให้บริการตามชุดความรู้ของวิชาชีพทางด้านสุขภาพเป็นหลัก ซึ่งพบว่า การให้บริการตามแนวทางดังกล่าว ยังไม่ครอบคลุม

ความต้องการของผู้สูงอายุระยะท้ายที่มีความหลากหลายทางภาวะสุขภาพและความแตกต่างทางวัฒนธรรมของวิถีการดำเนินชีวิตในสังคม ช่องว่างของความรู้ที่ขาดหายไปแม้เป็นเพียงบางส่วนก็อาจส่งผลให้บุคลากรที่มีสุขภาพขาดโอกาสในการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับแง่มุมต่างๆของวิถีความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุระยะท้ายอย่างถ้วนทั่ว ดังจะเห็นว่าในอดีตการอยู่ร่วมกันในบริบทสังคมอีสานนั้น ส่วนใหญ่เป็นการอยู่อย่างพึ่งพาอาศัยกัน มีผู้รู้ผู้มีความสามารถหลากหลายในชุมชนบางคนเก่งทางรักษาโรค ทางการเพาะพืช ทางการเลี้ยงสัตว์ ทางด้านพิธีกรรม เป็นต้น คนเหล่านี้ได้ใช้ความรู้ความสามารถที่สืบทอดต่อกันมาเพื่อประโยชน์ของชุมชนโดยไม่ถือเป็นการอาชีพที่มีค่าตอบแทน จะมีก็เพียง“ค่าครู” แต่เพียงเล็กน้อย¹¹เท่านั้น วิถีชีวิตของคนอีสานจึงเป็นวิถีชีวิตที่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันตามวิถีชุมชนที่หลากหลายสืบเนื่องมา

จากสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของประชาชนโดยรวม โดยเฉพาะวิถีของชาวชนบทอีสาน ประชาชนวัยทำงานต้องละทิ้งถิ่นฐานไปทำงานต่างถิ่น ผู้สูงอายุในชนบทที่เคยมีบทบาทในการถ่ายทอดคุณธรรมและวัฒนธรรมประเพณีให้แก่ลูกหลาน และเป็นวัยที่ควรจะได้รับ การดูแลเอาใจใส่จากลูกหลานต้องปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ดูแลลูกหลาน และรับภาระมากขึ้นจากสภาพโครงสร้างของครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนไป¹² วัยสูงอายุจะเกิดกระบวนการชราภาพโดยธรรมชาติดังกล่าวแล้ว และเมื่อร่วมกับมีความเจ็บป่วยและอยู่ในระยะท้ายด้วยแล้วย่อมส่งผลกระทบมากมายต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสานที่เคยเป็นเรื่องของครอบครัวและชุมชน¹³ เมื่อในอดีตอาจไม่เหมือนเดิมหรือมีการเปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน และเมื่อพิจารณาถึงแนวนโยบายพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของรัฐประการหนึ่ง จะเห็นว่าขึ้นถึงการให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องใกล้ชิดตั้งแต่แรกรับจนกระทั่ง

ผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้านท่ามกลางญาติพี่น้อง¹⁴ แต่ในสภาพความเป็นจริงที่สภาพเศรษฐกิจและโครงสร้างของครอบครัวและสังคมตลอดจนวิถีชีวิตของประชาชนรวมทั้งคนอีสานได้เปลี่ยนแปลงไปดังที่กล่าวมาแล้ว ภาพสะท้อนชีวิตที่แท้จริงของผู้สูงอายุระยะท้ายในชุมชนเป็นอย่างไรยังไม่ปรากฏอย่างเด่นชัด ความรู้ในส่วนนี้จากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่ปรากฏ และยังต้องการการเปิดเผยออกมาเพื่อทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงวิถีการดำเนินชีวิตอย่างแท้จริงของผู้สูงอายุระยะท้ายตามบริบทเงื่อนไขที่เป็นอยู่ ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าการศึกษาคือเป็นประโยชน์สำหรับนำไปใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายและครอบครัวทั้งในเชิงระบบและเชิงนโยบายโดยสอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุระยะท้ายและครอบครัว

คำถามการวิจัย

ฉากชีวิตของผู้สูงอายุระยะท้ายในชุมชนที่ศึกษาเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาฉากชีวิตของผู้สูงอายุระยะท้ายในชุมชนแห่งหนึ่ง

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้ทำการศึกษาฉากชีวิตของผู้สูงอายุระยะท้าย โดยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุระยะท้ายที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงเป็นผู้สูงอายุที่มีระยะของการเจ็บป่วยอยู่ในระยะท้ายของทุกกลุ่มโรค หรือมีภาวะชราภาพ (ภาวะห่อหมกจากการชราภาพ) หรือทุพพลภาพจากการชราภาพ และสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยทำการศึกษาในช่วงเดือนเมษายน-กรกฎาคม พ.ศ.2560

นิยามศัพท์

ฉากชีวิตของผู้สูงอายุระยะท้าย หมายถึง วิธีการดำเนินชีวิต ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุระยะท้าย ในมิติด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมในช่วงที่ทำการศึกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

การเลือกพื้นที่ศึกษาวิจัย ผู้วิจัยเลือกตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นพื้นที่ศึกษาวิจัย ซึ่งตำบลนี้ได้รับการยอมรับว่าเป็นพื้นที่ตัวอย่างในเรื่องของระบบการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายอยู่ห่างจากตัวอำเภอประมาณ 15 กิโลเมตร มีประชากรทั้งหมด 13,329 คน มีผู้สูงอายุ จำนวน 2,364 คน คิดเป็นร้อยละ 17.7 จำแนกตามภาวะสุขภาพดังนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 1,011 คน คิดเป็นร้อยละ 95.83 กลุ่มติดบ้านจำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 6.4 กลุ่มติดเตียง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 0.95 (จากการสำรวจข้อมูล ณ วันที่ 25 เมษายน 2560) ซึ่งมีผู้สูงอายุทั้งภาวะสุขภาพปกติ เจ็บป่วย ทุพพลภาพและนอนติดเตียง ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลักได้แก่ ทำสวน ทำไร่ ลูกจ้างตามโรงงาน รับจ้างทั่วไป อดสาหกรรมในครัวเรือน เป็นต้น นอกจากนี้ตำบลแห่งนี้ยังมีลักษณะที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือมีความหลากหลายของประชากรในด้านระดับการศึกษาและการประกอบอาชีพ อีกทั้งบริบทโดยรอบที่เป็นตำบลกึ่งชนบทกึ่งเมือง มีโครงสร้างทางกายภาพการตั้งบ้านเรือนที่อยู่อาศัย ติดต่อกันเป็นการสะท้อนถึงโครงสร้างทางกายภาพของสังคมที่ไม่มีช่องว่างระหว่างครอบครัว มีการช่วยเหลือดูแลกัน จึงเป็นพื้นที่ที่มีความเหมาะสมที่จะสะท้อนให้เห็นถึงฉากชีวิตและวิถีความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุระยะท้ายได้

การเข้าถึงพื้นที่และการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล
การเข้าถึงพื้นที่ก่อนการเก็บข้อมูลจริงผู้วิจัยได้ทำการ

เข้าถึงพื้นที่แบบไม่เป็นทางการโดยการเข้าไปสังเกตสถานการณ์ทางกายภาพของพื้นที่ ทำความคุ้นเคยกับผู้คนและบริบทของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุระยะท้าย พร้อมกับร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ตามปฏิทินชุมชน หลังจากได้รับหนังสือขออนุญาตลงพื้นที่เก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้วิจัยเข้าถึงพื้นที่แบบเป็นทางการโดยการเข้าไปชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ ผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล

การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากบุคลากรสุขภาพในพื้นที่เป็น gate keeper ที่จะนำผู้วิจัยไปรู้จักกับผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้สูงอายุระยะท้ายในทุกกลุ่มโรค ครอบคลุม และเครือข่าย ทั้งนี้ในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลนั้นผู้วิจัยได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้คนในชุมชนพร้อมกับ gate keeper จนกระทั่งผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจ โดยสังเกตจากพฤติกรรมที่แสดงถึงความคุ้นเคยและให้ความเป็นกันเองมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้รับฟังการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

การเลือกผู้ให้ข้อมูล เลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 42 ราย โดยเป็นผู้สูงอายุระยะท้ายจำนวน 24 รายและสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายจำนวน 18 ราย ผู้สูงอายุระยะท้ายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75 อายุในช่วง 67-89 ปี (อายุเฉลี่ย 78 ปี) เป็นผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 58.3 ผู้สูงอายุติดบ้าน ร้อยละ 25 และติดเตียง ร้อยละ 16.7 ตามลำดับ ผู้สูงอายุระยะท้ายทุกคนมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค โรคประจำตัวที่พบส่วนใหญ่คือโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 91.7 จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ระหว่างครอบครัวละ 3-5 คน สำหรับสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 43-79 ปี (อายุ

เฉลี่ย 68 ปี) และความสัมพันธ์ส่วนใหญ่เป็นบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 54

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแนวคำถามที่ครอบคลุมการศึกษามากชีวิตของผู้สูงอายุระยะท้าย โดยใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลตอบคำถามได้อย่างอิสระ และ 3) ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อโครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้รับหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เลขที่ ศธ 0514.6.1.2.1/1368 ลงวันที่ 5 เมษายน พ.ศ. 2560) ผู้วิจัยได้นำไปขออนุญาตดำเนินการวิจัยในพื้นที่ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตและการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้สูงอายุระยะท้ายและผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะท้าย ตามแนวคำถามการสัมภาษณ์ที่เตรียมไว้ ใช้เวลาคนละ 45 – 60 นาที ทั้งนี้ผู้วิจัยได้บันทึกเทปการสนทนาและบันทึกภาคสนามเกี่ยวกับสภาพบริบทที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมเพื่อนำมาประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดเวลาที่ดำเนินการวิจัย ภายหลังสัมภาษณ์ จะเขียนเรียบเรียงเนื้อหาถอดเทป อ่านวิเคราะห์บทวน วิเคราะห์ประเด็นหลัก ตีความข้อมูล นำมาสร้างข้อสรุปเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย และเรียบเรียงเรื่องราวเขียนปรากฏการณ์โดยใช้ภาษาของเจ้าของประสบการณ์ตรงซ้ำและเขียนข้อความรู้ที่ได้ หากระหว่างการตรวจสอบข้อมูลพบว่าข้อมูลยังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจะกลับไปสัมภาษณ์ซ้ำหรือตั้งคำถามเพิ่มเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป โดยการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นเมื่อข้อมูลอิ่มตัว (saturation of data)

ความน่าเชื่อถือและความเข้มงวดของการวิจัย การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัยได้ใช้หลักการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) ได้แก่ การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) โดยใช้หลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล (multiple methods of data collection) เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการบันทึกภาคสนาม เป็นต้น และยืนยันความถูกต้องของข้อมูล (member checking) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลและผู้ดูแลในครอบครัว ถ้าพบประเด็นที่เป็นข้อสงสัยผู้วิจัยจะซักถามเพิ่มเติมเพื่อความเข้าใจตรงกัน และนำข้อมูลที่ตีความมาปรึกษาและสะท้อนคิดกับอาจารย์ที่ปรึกษาที่เป็นผู้เชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพ (peer debriefing) เพื่อให้ได้แนวทางและข้อมูลที่ถูกต้องในการทำวิจัย และในการนำเสนอผลการวิจัยจะใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลเพื่อยืนยันความจริงและชัดเจนในทุกประเด็นของการวิเคราะห์และการรายงานผลการวิจัย

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เลขที่ HE602079) ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักการสากลของการวิจัยในมนุษย์ทั้ง 3 หลักการดังนี้ 1) การเคารพในบุคคล (respect for person) ผู้วิจัยตระหนักถึงความเคารพศักดิ์ศรีและสิทธิมนุษยชนของผู้ให้ข้อมูล โดยการแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการขอคำยินยอม โดยผู้ให้ข้อมูลสามารถตัดสินใจได้เองในการปฏิเสธหรือเข้าร่วมการวิจัย 2) หลักสิทธิประโยชน์ (beneficence) ให้อิสระกับผู้ให้ข้อมูลในการกำหนด วัน เวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์ตามความสะดวก ภายหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยมอบของที่ระลึกเป็นการตอบแทน 3) หลักยุติธรรม (justice) ผู้วิจัยให้ความสำคัญและคุณค่าของผู้ให้ข้อมูลเท่าเทียมกันโดยทุกคนไม่มีเลือกปฏิบัติ ผู้ให้

ข้อมูลสามารถตัดสินใจหรือยกเลิกการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา และให้การพิทักษ์สิทธิ์ โดยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและใช้นามสมมติแทนชื่อนามสกุลจริง

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นจากชีวิตของผู้สูงอายุระยะท้าย ใน 2 ประเด็น ได้แก่ ลักษณะของผู้สูงอายุระยะท้ายและวิถีความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุระยะท้าย มีรายละเอียดดังนี้

1. ลักษณะของผู้สูงอายุระยะท้าย

การศึกษพบว่าลักษณะของผู้สูงอายุระยะท้าย มีความหลากหลาย ตามภาวะสุขภาพและความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ประกอบด้วย 1) ชรา 2) ชราป่วยไม่คืน 3) ชราและใกล้ตาย และ 4) ชราและพิการ ดังนี้

1.1 ชรา ผู้สูงอายุในกลุ่มชราหมายถึงผู้สูงอายุที่มีสภาพร่างกายที่ค่อย ๆ มีความเสื่อมถอยไปตามวัยหรืออาจมีโรคประจำตัวบ้าง เช่น เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูงแต่สุขภาพโดยทั่วไปยังแข็งแรง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและช่วยเหลือตนเองได้ เช่น ไปทำนาทำสวน ไปวัด ไปทำบุญและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ด้วยตนเอง ดังเช่นกรณีคุณยายสม (นามสมมติ) อายุ 76 ปี ผู้สูงอายุติดสังคม มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงแต่ก็รับรู้ว่าคุณยายยังมีสุขภาพที่แข็งแรง ยังสามารถไปวัดไปทำบุญได้

“...สุขภาพกะสมบูรณ์อยู่ แต่มีโรคเดียว บ่มีเบาหวาน มีแต่ความดัน บัดยายไปโสมไสพอได้ยูออกไปสวนเลาหนองกะได้ยู กะไปวัดไปมาได้คู่มือนี่ละ...” คุณยายสม อายุ 76 ปี

หรือกรณีคุณยายฮวน (นามสมมติ) อายุ 78 ปี ที่ยอมรับว่าถึงแม้ตนเองมีความเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย แต่ก็ยังสุขภาพแข็งแรง สามารถไปทำนา หว่านปุ๋ย ปลูกต้นกล้วยได้เช่นกัน

“...อันสุขภาพกะเป็นธรรมดาเฮานีละ เห็นหุ่งอยู่ แห่เข็มกะได แขนขาหยังแข็งแรงดี โอ่สบาย ไปนากะไปว่านกาไปว่านดำนานะเมื่อวานกะไปว่านปุ๋ยใส่กล้วยให้เขาสามตาสี่ตา...” คุณยายฮวน อายุ 78 ปี

1.2 ชราป่วยไม่คืน ผู้สูงอายุระยะท้ายกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังและมีการลุกลามของโรค เช่น โรคไต โรคเกาต์ หรือผู้ป่วยที่เป็นโรคสมองเสื่อมและผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น ผู้สูงอายุชราป่วยไม่คืนมีความเสื่อมถอยจากทั้งภาวะชราภาพและภาวะคุกคามจากโรค ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายหรือช่วยเหลือตนเองได้ ร่างกายอ่อนล้า เสื่อมโทรมจากความชราไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากลูกหลาน ดังเช่นกรณีคุณตาเอ็ง (นามสมมติ) อายุ 79 ปี ผู้สูงอายุติดบ้าน มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเกาต์ และโรคความดันโลหิตสูงที่ยอมรับว่าตนเองมีความเสื่อมถอยของสภาพร่างกายซึ่งเป็นไปตามวัยด้วยเช่นกัน

“...มันแก่เฒ่ามาแล้ว อายุกะหลายแล้ว เหลือแรงกะน้อย กินข้าวกะบ่แซ่บ เอื้อ แหว่กะบ่ดี คือเก่า บ่แข็งแรงคือเก่า ย่างไปไส โกลก่เมื่อย บ่แข็งแรงคือสมัยหนุ่ม ๆ หา...” คุณตาเอ็ง

“...จักสิดายแมมยามได้แหล่วแล้วว่าฮอดหว่างไผหว่างมันทนละ แม่กะว่าจั่งซี้ละ อันเฮาเป็นหยังมากะไปไผไปมันเนาะเฮา (หัวเราะ) อันความตายนี้แวนคอกทุกบาทหย่างเต้เฒ่าวันดอก...” คุณยายสา (นามสมมติ) อายุ 78 ปี ผู้สูงอายุติดบ้าน ป่วยด้วยโรคไต โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

1.3 ชราและใกล้ตาย เป็นกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย อาการของโรคมีความก้าวหน้าและรุนแรง เช่น ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามหรือมะเร็งระยะท้าย ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ จากความปวดและอาการรบกวนที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายต่าง ๆ รวมถึงความทุกข์ใจ ความกังวลใจที่ต้องเป็นภาระแก่ลูกหลาน

กรณีของคุณตาบุญ (นามสมมติ) อายุ 78 ปี ผู้สูงอายุติดเตียงระยะท้าย ป่วยด้วยโรค มะเร็งตับ ต้องเข้า ๆ ออก ๆ โรงพยาบาลบ่อยครั้ง และ มีความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บปวดจากภาวะโรค เป็นอย่างมาก จึงไม่อยากเป็นภาระให้กับลูกหลาน ในการดูแลทำกิจวัตรประจำวันให้ทั้งหมด มีความคิด อยากตาย เพื่อให้หลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานและ การพึ่งพา ดังคำบอกเล่า ดังนี้

“...รู้สึกมันจะทรมานโดนเนาะ ลำบากลูกลำบากหลาน พ่อเลยกลั้นใจ อยากลองกลั้น ใจตาย ไม่หายใจ มันก็ไม่ตาย เผื่อมาจะต้องตายตาย กะตายอย่าให้ผมมีเขมามายกนำ หยอดข้าวต้มข้าวต้ม บิให้เขาเมียนซีเมียนเยี้ยวเมียนดากเมียนกัน ปวดกะ ปวดคัก เทิงทรมานเจ้าของ ทรมานลูกและทรมานเทิง ลูกเทิงเจ้าของนั่นละ...” และ

“...มันทรมานหว่างหันที่กลั้นหายใจ เพราะมันทรมาน เอ้อ ยามนอนกะเอ็ดจั่งสิ ดันยุงสิ กะ บ่เป็นตಾಯู่เนาะ มันทรมาน...” คุณตาบุญ

หรือกรณีคุณยายสำราญ (นามสมมติ) อายุ 51 ปี เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะท้าย และคุณยาย ใคร่ (นามสมมติ) อายุ 79 ปี ภรรยาและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระยะท้าย ที่เตรียมใจไว้แล้วหากวาระสุดท้ายของ สามีมาถึง

“...หมอว่าเป็นโรคจั้งซี้แล้ว รู้ว่า โตเลาเหลือง เลาสิจั้งซี้ ยายกะเลยเบ็งเลา เบ็งกัน ไปเรื่อย ๆ เนาะ กินยาตามที่หมอสั่งจั้งสิ ทำใจจนเหมิดอะ จั้งได้จักมือเลากะต้องไปแต่ว่ายายอยากให้เลาไปแบบ สงบ ๆ ไปบดินอิหยง ๆ จั้งซี้ละ...” คุณยายสำราญ

“...ตอนคุณหมอมอบอกว่ามะเร็ง กระจายแล้ว ตาบอกตารู้แล้ว ถ้าเป็นคนอื่นคงซ็อก ไปแล้วละคุณหมอ ตาบอกรอให้ญาติมาวางดอกไม้จันทน์ ตาก็บอกว่าไม่กลัว ผ่าก็ผ่า ไม่ผ่าก็ไม่ผ่า ก็คุยกับลูก แต่วาก็ทำใจแล้ว หมอก็บอกว่าจะอยู่ได้นานหรือไม่ก็นานก็ ประมาณ 6 เดือน นี่เพ็งผ่านไป 2 เดือน...” คุณยายใคร่

1.4 ชราและพิการเป็นผู้สูงอายุที่นอกจาก จะมีความเสื่อมถอยตามวัยแล้วยังมีภาวะทุพพลภาพ จากโรค เช่น ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือมีความเสื่อม หรือมีความบกพร่องของอวัยวะร่างกายจนไม่สามารถ ใช้การได้ตามปกติ ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย เป็นผู้สูงอายุระยะท้าย ติดเตียงต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือในเรื่องกิจวัตร ประจำวัน

กรณีของคุณยายหนู (นามสมมติ) มีภาวะทุพพลภาพของร่างกาย หลังมีความโค้งงอผิด รูปจากการที่เคยล้มแล้วนอนติดเตียง ซึ่งคุณยายเล่าว่า หลังจากล้มแล้วทำให้ร่างกายมีลักษณะหลังโก่ง เวลาเดินไปทำธุระหรือไปไหนมาไหนต้องไปด้วยความ ลำบากและใช้เวลาค่อนข้างมาก

“...แต่หลายปีฟุ่นยายล้มหงายหลัง เลยเป็นจั้งซี้ หลังเลยอยากโก้ง ๆ ไปไสมาไสได้อยู่ ก้มไป บางเถื่อยงไป เขาเอ็นซี่ร่กะซี่ บางเถื่อกะยาง ฮอดวันฟุ่นละ...” คุณยายหนู อายุ 76 ปี

หรือกรณี ครอบครัวของพินา (นาม สมมติ) อาศัยอยู่กับคุณแม่ในวัย 82 ปี เป็นผู้สูงอายุ ติดเตียงและป่วยเป็นโรคอัมพฤกษ์ ต้องให้การดูแล ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันทุกอย่าง

“...เพื่อยู่กับแกตลอด นอกจากจะ หายไป ชั่วโมง ครึ่งชั่วโมง ใส่แอมเพิสตลอด 24 ชั่วโมง เราดูแลตั้งแต่อาบน้ำ เอาขึ้นนั่งรถเข็น จนถึงป้อน ข้าว...” พินา อายุ 51 ปี

2. วิถีความเป็นอยู่

ผู้สูงอายุระยะท้ายในชุมชนที่ศึกษามี ความเป็นอยู่ที่หลากหลายแตกต่างกัน 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) อยู่กับครอบครัว 2) อยู่ดูแลตนเองเท่าที่ทำได้ และ 3) อยู่แบบหาคนมาช่วยดูแล ซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัย เงื่อนไขต่าง ๆ เช่น ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว ภาวะสุขภาพหรือความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และ ตามความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น ดังนี้

2.1 อยู่กับครอบครัว เป็นผู้สูงอายุระยะท้าย ที่อาศัยอยู่กับครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ มักมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ที่รักษาไม่หาย เช่น โรคมะเร็ง โรคเกาต์ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ตลอดจนมีภาวะเสื่อมตามวัย เช่น หูตาฝ้าฟาง มีการเคลื่อนไหวร่างกายลำบาก ครอบครัวต้องให้การช่วยเหลือดูแล ให้มีความเป็นอยู่ที่ดี ในเรื่องเกี่ยวกับ 1) อาหารการกิน 2) ค่าใช้จ่ายและการอยู่อาศัย 3) การดูแลแก่อาการ 4) การดูแลให้ยา 5) การพาไปรักษา 6) การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และ 7) การมีคนช่วยเหลือ ดังนี้

1) อาหารการกิน ผู้ดูแลในครอบครัว จะให้การดูแลช่วยเหลือทั้งในการจัดทำอาหาร ช่วยป้อนอาหารให้ คอยระมัดระวังเรื่องอาหารการกินให้เหมาะกับโรคและเหมาะกับสภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นอาหารประเภทย่อยง่าย บำรุงสุขภาพหรืออาหารตามความชอบของผู้สูงอายุระยะท้าย ดังนี้

“...แกงปลา อาหารอ่อนๆ เช่น ต้มข่า ก็กินกับข้าวขาวกับข้าวสวย กินข้าวต้ม เหมือนเมื่อวานจะทำข้าวต้มกึ่งให้กิน ก็บอกต้มข้าวเฉยๆ ไม่ต้องใส่อะไร บางครั้งก็ต้มใส่แต่เกลือให้กินเหมือนสมัยก่อน....พวกมะละกอ มะม่วงสุก แล้วก็พวกผลไม้ซั่มาให้กิน ส้มเขียวหวานไม่ค่อย กินแล้วก็อ้วกออกมา ส่วนใหญ่ก็กินมะม่วงสุก แตงสุก.” คุณยายไคร่ อายุ 79 ปี, ภรรยาผู้สูงอายุระยะท้าย

บางครอบครัวที่บุตรหลานออกไปทำงานช่วงกลางวันจะมีการจัดการโดยจัดหาผู้ดูแลมาแทน ดังครอบครัวของคุณยายพุด (นามสมมติ) เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมและโรคความดันโลหิตสูง อาศัยอยู่กับครอบครัวของหลานสาวคนโต หากหลานสาวไม่อยู่จะมีบุตรหลานคนอื่นมาผลัดเปลี่ยนหน้าที่แทน

“...อยู่กับหลาน บางทีหลานจะไปเอ็ดไฮเอ็ดนา พี่กะเอ็ดกับข้าวไว้ให้ให้กินฮอดเที่ยง หลานผู้นั้นกะมาเบ้งสลับกัน ฝอยผู้นั้นกะช่อยเบ้ง...” คุณยายพุด อายุ 77 ปี

ค่าใช้จ่ายและการอยู่อาศัย โดยส่วนใหญ่ลูกจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้เป็นรายเดือน และคอยดูแลช่วยเหลือในเรื่องความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน มักพบว่าลูกที่ไปทำงานต่างถิ่นจะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือในเรื่องการเงิน ส่วนลูกที่อยู่ในบ้านหรือมีครอบครัวอยู่ใกล้กันในหมู่บ้านจะเป็นผู้ที่มาคอยดูแลช่วยเหลือจัดการเรื่องความเป็นอยู่ เช่น การหลับนอน การดูแลความเรียบร้อยในบ้าน การซ่อมแซมที่อยู่อาศัย เป็นต้น

“...ลูกสาวเราก็เป็นพยาบาลอยู่โรงพยาบาล ลูกเขยเราก็ทำงานอยู่ที่โรงพยาบาลศูนย์ เขาให้เงินเราใช้ทุกเดือน อยากได้อะไรเขาก็หามาให้อย่างรวดเร็วก็ทราบมาให้แม่ไว้ใช้ไปไหนมาไหนก็สะดวกดี...” คุณยายมาอายุ 75 ปี

“...อันลูกหลานกะดูแลเอาดีอยู่ เขากะดูแลแล้วอยากหยั่งๆ เขากะปอนมาให้กิน เขากะส่งเงินมาถ้าเขามีน้อยกะเดือนละห้าร้อยพันนึ่ง มันกะมีสุคนแหม่นเบาะ เอ็ดฮั่ว ทาสีบ้าน เบ้งให้ช้อย่าง...” คุณยายสวนอายุ 78 ปี

“...ตรงนี้แหละ ยายมานอนด้วยนอนกางมุ้งนอน ปลวกมันกินไม้อยู่บนหัว เตี้ยไม้มันจะหล่นใส่คน ใช้หมดเลย เลยว่าจะให้ลูกมาทำให้ใหม่...” คุณตาแอ้ง อายุ 84 ปี

การดูแลแก่อาการ ผู้สูงอายุที่มีความเป็นอยู่ที่ดีและอยู่กับครอบครัว เมื่อมีอาการรบกวนเกิดความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น อาการปวด อาการเหนื่อย ท้องผูก เหล่านี้ จะได้รับการดูแลจากครอบครัวเพื่อลดหรือบรรเทาอาการให้ทุเลาเบาบางลง เช่น การได้รับยาแก้ปวด การบีบนิ้ว และพาไปพบแพทย์ในกรณีที่ปวดมาก ๆ หรือหายใจเหนื่อยหอบไม่สามารถแก้ไขได้เอง

“...ตาเป็นโรคมะเร็งกระจายแล้วหมอใหญ่อยู่ที่โรงพยาบาลบอก ถ้าปวดก็ให้กินยา ถ้ามีปัญหาเหนื่อย หายใจไม่อึดก็พาไปโรงพยาบาล...” คุณยายไคร่

การดูแลให้ยา ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยและยังต้องติดตามการรักษา นอกจากครอบครัวจะให้การดูแลช่วยเหลือในเรื่องกิจวัตรประจำวันทุกอย่างแล้ว ยังต้องดูแลในเรื่องการรับประทานยาตามแนวทางการรักษาแพทย์ เช่น การให้ยามอร์ฟีน เพื่อบรรเทาอาการปวด ดังนี้

“...ถ้าเจ็บปวดมากก็ให้ไปทำ
อนามัยก่อนแล้วค่อยส่งตัวไปโรงพยาบาล แต่ถ้ามีอาการเจ็บปวดเล็กน้อย จะกินยาตอนเช้า ถ้าเจ็บมากก็จะกินยาเม็ดตอนเช้าและตอนเย็น ถ้าเจ็บอีกก็ค่อยให้กินยามอร์ฟีนน้ำ 2 ซีซี แล้วก็เขียนลงไว้...” คุณยายไคร่

การพาไปรักษา เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติต่างๆ ครอบครัวจะให้การดูแลโดยพาผู้สูงอายุไปตรวจรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลหรือพาไปติดตามการรักษาตามแพทย์นัดหรือเมื่อมีอาการผิดปกติ

“...พาไปหาหมอจะเป็นน้องเป็นคนพาไป เพราะขับรถได้ แบ่งหน้าที่กัน พี่สาวคนโตจะเป็นคนดูแลอยู่บ้าน ถ้าไปหาหมอก็จะเป็นน้องสาวอีกคนพาไปจ้...” พี่น้อย ผู้ดูแล อายุ 44 ปี

การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุระยะท้ายมีความเชื่อในเรื่องต่างๆ ที่สืบทอดกันมา เช่น ความเชื่อเรื่องการเวียนว่ายตายเกิด ศาสนพิธีหรือพิธีกรรมต่างๆ รวมถึงการทรงเจ้าเข้าผี ความเชื่อดังกล่าวเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจและจิตวิญญาณ เป็นเครื่องหล่อเลี้ยงให้มีชีวิตอยู่ได้ และชี้นำผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิต ดังนั้นจึงพบว่า ครอบครัวได้ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุระยะท้ายในเรื่องสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจและความเชื่อนี้ ซึ่งวิถีความเป็นอยู่สะท้อนให้เห็นได้จากภาพของการช่วยเหลือหรืออำนวยความสะดวกให้ได้ไปวัด ทำบุญ สวดมนต์ ตลอดจนการประกอบพิธีกรรมต่างๆตามความเชื่อ เช่น พิธีการขอขมา การปล่อยปลา การสูตรขวัญ ผูกขวัญ สะเดาะเคราะห์ รวมทั้งการรดน้ำมนต์จากหมอปราหมณ์ และการรำผีฟ้า เป็นต้น ดังนี้

“...มันบ่เขมมันบ่ถึกยา มันบ่ถึกยา คำเฮากินยาหลายกะหวาเฮาเป็นเบาหวาน กินหลายบ่ได้นำได้นำ อักขาสุดหนทาง กะเลยอาศัยทางผีฟ้าให้เพิ่นมาเทียมเบิ่ง...” คุณยายลิม อายุ 75 ปี

“...เฮามันเหม็ดแล้วต้นทวารกะเฮากะเลยเข้วัด ไปใส่กะใส่ชุดขาว กะมีแสงหัวใจ...” คุณยายหนา อายุ 76 ปี

“...ฝ่ายผูกแขนกะผูกเอาขวัญ บ่ได้สู้ขวัญ ผูกให้อยู่ดีมีแสง พีน้องผูกให้ แล้วกะมีฝ่ายผูกแขนหลวงพ่อยุ่วัดบ้านเฮาเพิ่นผูกให้ กะเจ้าเอ็นคุณพระ อยู่หน้าคุณพระ บ่อยู่นำหมอธรรม เพิ่นไปเยี่ยมลูกบ้านที่เจ็บป่วย เพิ่นไปเหม็ด นำไปเบิ่ง เพิ่นกะคนลูกบ้านนี้ ชุมนี้กะเชื่อสายหลาน พีน้องกัน...” คุณตาบุญ อายุ 78 ปี

การมีคนช่วยเหลือ นอกจากครอบครัวจะมีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อมีอาการเจ็บป่วยแล้ว ผู้ให้การช่วยเหลือหรือคนช่วยเหลือ ได้แก่ ญาติ เพื่อนบ้าน และผู้ดูแลที่จ้างมาดูแลก็มีบทบาทสำคัญในการช่วยดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายด้วยเช่นกัน โดยลูกหลานและญาติจะแบ่งหน้าที่กันดูแล เพื่อให้การช่วยเหลือ เช่น คอยสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ เวียนหัว ตาลาย หรืออื่นๆ เพื่อเตรียมการช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่ และคอยช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน เช่น ป้อนอาหาร เข้าห้องน้ำ เป็นต้น ดังคำบอกเล่าของคุณยายพุด (นามสมมติ) เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมและโรคความดันโลหิตสูง อาศัยอยู่กับครอบครัวของหลานสาวคนโต หากหลานสาวไม่อยู่ในช่วงกลางวัน ก็จะมีบุตรหลานคนอื่นมาคอยผลัดเปลี่ยนกันดูแล

“...อยู่กับหลาน บางเทื่อหลานกะไปเฮ็ดไฮเฮ็ดนา เพิ่นกะเฮ็ดกับข้าวไว้ให้ ก็กินฮอดเที่ยง หลานผู้นั้นกะมาเบิ่งสลับกัน ไผอยู่ผู้นั้นกะช้อยเบิ่ง...” คุณยายพุด อายุ 77 ปี

“...ตาเพิ่นนอนอยู่ ข้างบ้านเลากะมาถามมาช้อยเบิ่ง งามตาเจ็บไสตา เปลี่ยนแพมเพิร์ส

ตา จิ้งซี่เนาะตา เลากะอื้อกะอ้อนนำเฮา ขึ้นเลาป่เอากะแกงหัวจิ้งซี่ คือจิ้งกินน้ำละ ตากินน้ำ ๆ คอแห้ง เอ้าหยอดลง 2 เทีย ตาพอบ มาช่วยเบ้งจิ้งซี่...” คุณยายสำราญ ผู้ดูแล อายุ 51 ปี

2.2 อยู่ดูแลตนเองเท่าที่ทำได้ ผู้สูงอายุระยะท้ายที่มีวิถีความเป็นอยู่ที่อาศัยอยู่เพียงลำพังหรืออยู่สองคนลูกหลานแยกครอบครัวไปอยู่ที่อื่นหรือไปทำงานในช่วงกลางวันจึงต้องดูแลตนเองทั้งในยามปกติและในยามที่ป่วยไข้เท่าที่จะทำได้ในทุก ๆ เรื่องทั้งการทำอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น ลูกหลานจะแวะมาเยี่ยมดูแลความเป็นอยู่เป็นบางครั้งบางคราว ดังกรณีคุณยายหนา (นามสมมติ) ที่อาศัยอยู่กับลูกสาวซึ่งในช่วงกลางวันลูกสาวต้องไปขายผักที่ตลาดสด กว่า จะกลับมาถึงบ้านก็เย็นแล้ว คุณยายหนาจึงต้องคอยช่วยทำกับข้าวเท่าที่ตนเองจะพอช่วยได้

“...เฮ็ดกับข้าวกะ ขึ้นเข่าบ่อยู่กะพอเฮ็ดกินได้ ยามเข่าบ่อยู่ กะเฮ็ด เป็นแกง เป็นป็น เป็นหยังกะเฮ็ดได้อยู่ ลวกผักลวกหมี่กะได้อยู่ นึ่งข้าว เขาไปขายของตลาดจิ้งลี แม่กะนึ่งข้าวไว้ถ้าเขา นึ่งข้าวสุกกะต้มน้ำร้อนไว้ถ้าเจ้าของกินนั้นตัว อันนั้นมันกะเฮ็ดได้ยู

ชั่นลีให้ไปหาเงินหาค่าเพิ่มนั้นไปบ่ได้...” คุณยายหนา หรือดังกรณีพี่สา (นามสมมติ) อายุ 48 ปี ลูกสาวผู้สูงอายุระยะท้ายที่ต้องดูแลบิดาที่ป่วยด้วยโรคเมะเร็งตับระยะท้ายซึ่งจะแวะมาเยี่ยมเยียนเป็นครั้งคราว เนื่องจากต้องแยกครอบครัวออกไปอยู่ต่างอำเภอ บิดาและมารดาอยู่ดูแลกันตามลำพัง

“...ก็ต้องกลับไปอยู่บ้านตัวเองคะ ปล่อยสองตายายอยู่ด้วยกัน สลับกันดู ลูกคนนึงแกก็เปิดอยู่ตรงสะพานใกล้ตลาดนัดคลองถม อีกคนก็อยู่อีกหมู่บ้านนึง ให้สองตายายอยู่ด้วยกัน แต่ว่านาน ๆ ที่ถึงจะแวะมาเยี่ยมมานอนด้วย...” พี่สา

กรณีคุณตาเอ็ง (นามสมมติ) อายุ 79 ปี ผู้สูงอายุติดบ้าน มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเก๊าต์และโรคความดันโลหิตสูง ที่ต้องดูแลตนเองในเรื่องของการขับถ่ายปัสสาวะยามกลางคืน อาศัยอยู่กับ

ภรรยาตามลำพัง “...ดีสี่ก็ตื่น ดีสามก็ตื่น ลูกมาปัสสาวะ ปัสสาวะแล้วก็นอน เหมือนเมื่อเช้าลูกมาดีสี่ครั้งก็ปัสสาวะ แล้วก็นอนตรนนี้ ปัสสาวะตรนนี้ใส่ขวดโค้กเจาะรูแล้วก็ปัสสาวะใส่...” คุณตาเอ็ง

2.3 อยู่แบบหาคนมาช่วยดูแล เป็นผู้สูงอายุระยะท้ายที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยและมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว มีผู้ดูแลที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัวเนื่องจากบุตรหลานต้องออกไปทำงานในช่วงเวลากลางวันทำให้ต้องจ้างผู้ดูแลมาดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันในช่วงที่บุตรหลานต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ดังเช่น ครอบครัวของคุณยายเล้ง (นามสมมติ) อายุ 76 ปี เป็นผู้สูงอายุติดเตียงซึ่งป่วยเป็นโรคเมะเร็งในปอด อาศัยอยู่กับครอบครัวของบุตรชาย ซึ่งบุตรชายต้องจ้างป้าพะยอม (นามสมมติ) อายุ 59 ปี มาดูแลในช่วงที่บุตรชายและลูกสะใภ้ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน

“...ป้าช่วยซับน้ำตัวเอง ล้างหน้าล้างตา เช็ดตัว ทำความสะอาด เอายาก่อนข้าวให้กิน ทำทุกอย่างเลย กวาดบ้าน ซักผ้า...” คุณป้าพะยอม หรือในกรณีที่ผู้สูงอายุระยะท้ายอาศัยอยู่กับภรรยาหรือสามีตามลำพัง เนื่องจากบุตรหลานแยกครอบครัวออกไปอยู่ต่างจังหวัดหรือต่างอำเภอ เมื่อสามีหรือภรรยาเจ็บป่วยอีกฝ่ายจึงเป็นผู้ดูแล ซึ่งเป็นการดูแลทุกอย่างตลอด 24 ชั่วโมง ดังเช่นยายไคร่ (นามสมมติ) อายุ 79 ปี ภรรยาของผู้สูงอายุระยะท้ายที่ป่วยด้วยโรคเมะเร็งตับนาน ๆ ครั้งบุตรหลานถึงจะแวะมาเยี่ยม

“...บัดตอนกลางคืน กินข้าวแล้วกะต้องกินยา ต้องเอายาให้กิน ตากะนอนดี เฮากะนอนกะเลยเวลากิน ถ้าบ่เจ็บตาคะบ่บอก ตอนกลางคืนกะได้เก็บกระโถนเหยี่ยวให้ เอาไปเทให้ ถ้าเจ็บตาคะบอกเอง ถ้าบ่เจ็บกะจะนอน...” คุณยายไคร่

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาส่งท่อนให้เห็นฉากชีวิตของผู้สูงอายุระยะท้าย มี 2 ลักษณะ ประกอบด้วย ลักษณะ

ของผู้สูงอายุระยะท้ายและวิถีความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุระยะท้าย ลักษณะของผู้สูงอายุระยะท้าย พบว่าในด้านสุขภาพของผู้สูงอายุระยะท้าย ถือเป็นข้อจำกัดของผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมถอยตามวัย ระบบการทำงานของร่างกายไม่คล่องตัว ร่วมกับหากมีโรคเรื้อรังด้วยแล้วยังมีความเสื่อมมากอย่างชัดเจน สอดคล้องกับงานของ นภาพร ชัยวรรณและคณะ¹⁵ ที่พบว่า ปัญหาหลักของผู้สูงอายุคือ ปัญหาสุขภาพ ทั้งที่สุขภาพไม่สมบูรณ์ ไม่แข็งแรงเช่นแต่ก่อน และปัญหาการเจ็บไข้ได้ป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ซึ่งโรคที่มักพบในผู้สูงอายุทั่วไปได้แก่ ปวดหลัง ปวดเอว ไขข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ โรคหัวใจ ต้อกระจกตา ต้อเนื้อตา โรคเกี่ยวกับหู อัมพาต อัมพฤกษ์ เป็นต้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปาณิตา ลิ้มปะวัฒน์¹⁶ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ที่มีคุณลักษณะ 2 ข้อ ดังต่อไปนี้ คือ 1) ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ADL ตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป 2) มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 3 เดือนก่อนมาพบแพทย์ 3) เป็นโรคซึมเศร้า 4) มีประวัติหกล้มในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา 7) มีปัญหาในการเดิน 8) มีภาวะขาดสารอาหาร 9) นอนเฉย ๆ เป็นระยะเวลานาน และ 10) มีปัญหาคลื่นไส้ อาเจียนและอุจจาระไม่ได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่มีความต้องการการดูแลในรูปแบบที่แตกต่างตามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ สำหรับฉากชีวิตที่สะท้อนภาพวิถีความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุระยะท้ายพบว่า ผู้สูงอายุระยะท้ายที่อาศัยอยู่กับครอบครัว จะได้รับการดูแลเอาใจใส่ในเรื่องกิจวัตรประจำวัน อาหารค่าใช้จ่าย การดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยตามปัญหาความต้องการ รวมทั้งได้รับการดูแลสนับสนุนความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ในขณะที่ผู้สูงอายุระยะท้ายที่อยู่ตามลำพังกับคู่สมรส และผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลในช่วงกลางวันต้องช่วยเหลือตนเอง หาวิธีการดูแลตนเองเพื่อให้สามารถเผชิญปัญหาให้ได้ จากข้อค้นพบดังกล่าวจึงเป็นภาพสะท้อนชีวิตที่แท้จริงของผู้สูงอายุระยะท้าย

ในชุมชนที่ศึกษาที่มีความหลากหลาย ผู้สูงอายุระยะท้ายจึงต้องหาวิธีการปรับตัวให้เข้ากับภาวะสุขภาพและสภาพแวดล้อมวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของแต่ละคน¹⁷ ภาพผู้สูงอายุระยะท้ายในชุมชนมีวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่มีความแตกต่างและหลากหลาย เป็นฉากชีวิตของผู้สูงอายุที่ยังมีศักยภาพในการทำงานทั้งบทบาทในครอบครัวและเพื่อชุมชน มีการจัดการชีวิตของตนเองและลูกหลานได้ รวมทั้งภาพของผู้สูงอายุระยะท้ายที่ไม่สามารถทำงานได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย มีความต้องการการพึ่งพาและการดูแลจากลูกหลาน นอกจากนี้ภาพของผู้สูงอายุระยะท้ายในชุมชนยังปรากฏให้เห็นถึงวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ยึดหลักพุทธศาสนาเป็นแนวทาง มีความเชื่อเรื่องการสร้างบุญที่ส่งผลให้มีชีวิตที่ดี และความเชื่อดั้งเดิมที่ยังดำรงอยู่ถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นเกี่ยวกับการนับถือผี นับถือพุทธพราหมณ์ รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับคนทั้งในครอบครัว เครือญาติ กลุ่มคนในชุมชน ซึ่งมีผลต่อวิถีชีวิตผู้สูงอายุ

ดังนั้นหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนจึงต้องมีบทบาทหลักในการจัดบริการสุขภาพและให้การดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุระยะท้าย ตามภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพและตามความต้องการที่เฉพาะ เน้นบทบาทในการดูแลสุขภาพเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ เน้นการให้บริการด้านส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ¹⁸ ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนให้เกิดการดูแลอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การคัดกรองโรค การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน เป็นต้น โดยจัดให้มีการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุระยะท้ายอย่างครอบคลุมทั้งทางร่างกายและจิตสังคม¹⁹ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว²⁰ ในแง่วิถีชีวิตความเป็นอยู่และการดำเนินชีวิต รวมถึงความเชื่อของผู้สูงอายุระยะท้ายด้วย

ข้อเสนอแนะ

ความรู้ที่ได้จากการวิจัย มีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา นโยบาย การนำสู่การปฏิบัติทางการพยาบาล และเพื่อการศึกษาวิจัย ดังนี้

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา นโยบาย ควรคำนึงถึงความแตกต่างของผู้สูงอายุระยะท้าย ที่มีใช้เป็นผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยจากโรคที่รักษาไม่หายหรือแพทย์วินิจฉัยว่าอยู่ในระยะท้ายเท่านั้น แต่หากเป็นผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมถอยสภาพทางกาย จิต สังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ และมีปัญหาอื่น ๆ ที่มีความหลากหลายในการดำเนินชีวิตในชุมชน เพื่อนำไปสู่การจัดบริการที่ครอบคลุมสำหรับผู้สูงอายุระยะท้าย

ข้อเสนอเพื่อนำสู่การปฏิบัติทางการพยาบาล หน่วยบริการสุขภาพระดับชุมชนควรมีการบูรณาการการดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่างภาควิชาชีพและภาคชุมชนและมีรูปแบบการบริการที่ครอบคลุมทั้งการดูแล การส่งเสริม การป้องกันและการฟื้นฟูสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุระยะท้าย

ข้อเสนอเพื่อการศึกษาวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาและคณะกรรมการหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้ ขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ที่สนับสนุนทุนการศึกษาวิจัย ตลอดจนขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือกับผู้วิจัย จนกระบวนการวิจัยสำเร็จไปด้วยความเรียบร้อย

References

1. Foundation for Thai Elderly Research and Development Institute (MAS) and the Institute

for Population and Social Research, Mahidol University. Situation of the Thai Elderly, 2014. Bangkok: Amarin Printing and Publishing Public Company Limited. 2015. (in Thai)

2. Aroonsang P. et.al. Health profile of older persons in a residential home. Journal of Nursing Science & Health 2017; 40(1): 87-96. (in Thai)
3. Kaiyawan S, Aroonsang P. functional ability, cognitive function and depression in older persons with chronic illness attended at a chronic care clinic, community hospital. Journal of Nursing Science & Health 2016; 39(1): 78-88. (in Thai)
4. Sopasattanapaisarn N. End of life care: Principle of management, Update in critical care 2004. Bangkok : Beyond Enterprise. 2004. (in Thai)
5. Berry, P.H., Kuebler, K.K., & Heidrich, D.E. End of life care clinical practice guidelines. Philadelphia: W.B. Saunders. 2002.
6. Sareeso P. et al. The situation, health problems and care needs of older persons with chronic illness: Chiangrai municipality. Journal of nursing Science & Health 2017; 40(2): 85-95. (in Thai)
7. Gott M., Ingleton C. Living with ageing and dying: Palliative and end-of-life care for older people. United Kingdom: Oxford University Press; 2011.
8. Kinzbrunner BM, Policzer, JS. End-of-life care: A practical guide (2nd ed). New York: Mc Graw-Hill; 2011.
9. Pungrassamee T. Sukrung K. Last happiness at destination: Facing death in peace; 2010.

- (in Thai)
10. Wright MEH, Phungrassami T, Bausa C. Hospice and palliative care in South-eastern Asia: A review of developments and challenges in Malaysia, Thailand and the Philippines. A report prepared for the open society institute; 2008.
 11. Folk wisdom, online. [Internet]. [cited 2017 September 5]. Available from https://web.ku.ac.th/schoolnet/snet_6/envi5/panya/panyan.htm
 12. Kanjanasarnthana C., Chetsurat B, Sangkrai A. The warmth of the East. Journal of the Institute of Culture and Art Srinakharinwirot University 2014; 2(30): 79-89. (in Thai)
 13. Chuengsatiansup K. Culture of death and the end of life : A guide to learning the social dimensions of end-of-life care. Bangkok: Society and Health Institute; 2007. (in Thai)
 14. The National Health Commission. Good dead policy. The Deathly Hallows Newsletter 2016; 7(24). (in Thai)
 15. Chayawan N. Socioeconomic and aging impacts in Thailand. College of Population Studies Chulalongkorn University; 1996 . (in Thai)
 16. Limpawattana P. Elderly with common disease (1st ed). Khon Kaen: Khon Kaen University Press; 2010. (in Thai)
 17. Sathitwittayan S. Introduction to care for the elderly: social problems of the elderly, Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat; 2007. (in Thai)
 18. Khungtumneam K. Utilization social capital for community health care. Phrapokklao Nursing College J 2013; 24(1): 66-72. (in Thai)
 19. Nilmanat K. The end of life care. Songkla: Chanmuang Press; 2012. (in Thai)
 20. Jaraeprapal U, Nuntaboot K. Information utilization for care of the elders by the community. Journal of Nursing Science & Health 2016; 39(3) 64-74. (in Thai)