

# ความปรารถนาในช่วงสุดท้ายของชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังในระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล\*

## Living will and health of elders with chronic illness at the end of life as perceived by caregivers

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2559

Volume 39 No.2 (April-June) 2016

แพสิณพิศ ธาณวัฒน์นานนท์ พศ.ด.\*\* แสงอรุณ อิศระมาลัย พศ.ด.\*\*

ชัชชญา นาคะ พศ.ด.\*\* จารุภา สุพรรณนสภิตย์ พยม.\*\*\*

Ploenpit Thanwattananon Ph.D.\*\* Sang-arun Isaramalai Ph.D.\*\*

Kanittha Naka Ph.D.\*\* Jarupa Supansathit SN\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความปรารถนาในช่วงสุดท้ายของชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวน 22 คน ที่ดูแลผู้สูงอายุในบริบทของครอบครัวที่บ้าน ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์เจาะลึกที่สร้างขึ้นตามกรอบ LIFESS วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ 4 ใน 22 ราย เท่านั้นที่แสดงความปรารถนาในช่วงสุดท้ายของชีวิต ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสอดคล้องกับความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการเตรียมตัวตาย และตามความสามารถด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ดูแลหลักต้องปรับตัวด้านอารมณ์ทั้งทางด้านบวกและลบเพื่อดูแลให้ผู้สูงอายุบรรเทาความไม่สุขสบายจากกลุ่มอาการทางร่างกายในระยะสุดท้าย ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัว

**คำสำคัญ :** ความปรารถนาในช่วงสุดท้ายของชีวิต สุขภาพ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ระยะสุดท้าย

### Abstract

This study aimed to identify the living will and health of elders with chronic illness at the end of life as perceived by the key-caregivers. The informants were 22 key-caregivers caring for the elderly at home in Hat-Yai, Songkhla province. The instruments consisted of the in-depth interview questions developed based on model of LIFESS (Living will, Individual belief, Function, Emotion and coping, Symptoms and Social and support). Content analysis was used to analyze data. Results were found that only 4 from 22 of end-of-life elders had designed their living will. They were cared according to their beliefs of illness and death preparing as well as their physical and psychological function. The caregivers faced with positive and negative emotional coping in order to relieve the discomfort end-of life symptoms of elderly. The caregivers needed support from inside and outside family.

**keywords:** living will, health, elders with chronic illness, end of life

\*This research project was supported by National Research University.

\*\*Assistant Professor, Research Center for Caring System of Thai Elderly, Faculty of Nursing, PSU.

\*\*\*Registered Nurse, Professional Level Songklanagarind Hospital

**บทนำ**

ประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี 2543 เป็นต้นมา การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วย<sup>1</sup> ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งมีช่วงเวลาในชีวิตที่เหลืออยู่ไม่เกิน 6 เดือน หรือกรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง จะนับจากการที่ภาวะของโรคไม่ตอบสนองต่อการรักษาใด ๆ ผู้สูงอายุจะมีการดำเนินโรคที่ทรุดลงเรื่อย ๆ จนเสียชีวิตในที่สุด<sup>2</sup> ดังนั้น ช่วงเวลาที่เหลืออยู่ดังกล่าวแม้จะจำกัด แต่มีความสำคัญและมีคุณค่ามากสำหรับตัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแล รวมทั้งสมาชิกในครอบครัว เพราะหากผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถรับรู้การวินิจฉัยในระยะสุดท้ายของชีวิต จะช่วยให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตัวเอง มีเวลาเตรียมตัวสำหรับการใช้ชีวิตที่เหลืออยู่และเลือกตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการชีวิตในช่วงสุดท้ายได้อย่างมีคุณค่าและมีความหมาย จากงานวิจัยของพิมพ์พนิต<sup>3</sup> พบว่า ผู้สูงอายุมีความประสงค์ที่จะใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายและเสียชีวิตที่บ้านอยู่ในระดับสูง และมีรายงานวิจัยสนับสนุนว่าหากผู้สูงอายุที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตได้สะท้อนความปรารถนาในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่สอดคล้องกับคุณค่าและความเชื่อของตนเอง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้มีการเตรียมเรื่องต่างๆ และเสียชีวิตอย่างสงบตามที่ปรารถนาไว้ และยังสามารถลดภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดของสมาชิกในครอบครัวหลังจากผู้สูงอายุเสียชีวิตได้<sup>4</sup>

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีอาการของโรคทรุดลงและอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ จึงต้องอาศัยผู้ดูแลหลัก ในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความต้องการการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการชีวิตในช่วงสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง อย่างไรก็ตาม ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายในบริบทของครอบครัวที่บ้าน พบว่าผู้ดูแล

ต้องเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคในด้านต่างๆ เช่น ขาดการสนับสนุนช่วยเหลือในเรื่องของยา ขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกและในชุมชน รวมทั้งขาดข้อมูลการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุเมื่ออยู่ในระยะใกล้ตาย<sup>5</sup> ซึ่งในสถานการณ์ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาดังกล่าว อาจนำไปสู่ความเครียดและภาวะคุกคาม และนำไปสู่ผลลัพธ์ทางลบอย่างมากต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแล เช่น การคุกคามต่ออาการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล<sup>6</sup>

ในการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้นำกรอบ “LIFESS” เป็นแนวทางการประเมินใน 6 ด้าน ซึ่งครอบคลุมการแสดงเจตจำนงในวาระสุดท้ายของชีวิตและสุขภาพด้านกาย จิต สังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่

- 1) L = living will: ความปรารถนาในช่วงสุดท้ายของชีวิต
- 2) I = individual belief: ทรรศนะเกี่ยวกับความเชื่อ
- 3) F = function: ระดับความสามารถด้านร่างกาย
- 4) E = emotion and coping: สุขภาพทางอารมณ์และการปรับตัว
- 5) S = symptoms: กลุ่มอาการความไม่สบายทางร่างกาย และ
- 6) S = social and support: ข้อมูลด้านสังคมและการสนับสนุนทางสังคม<sup>7</sup> เพื่อให้ทีมสุขภาพใช้ประเมินสภาพเบื้องต้นและให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้สอดคล้องกับสุขภาพ อย่างไรก็ตาม กรอบการประเมินดังกล่าว ยังมีความเป็นนามธรรมสูงและมีการนำไปใช้มากในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง<sup>3,8</sup> ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงปรับกรอบการประเมินให้เป็นแนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึก เพื่อศึกษาความปรารถนาในช่วงสุดท้ายของชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแลหลัก เนื่องจากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายจะมีระดับความรู้สึกตัวลดลง จนไม่สามารถให้ข้อมูลด้วยตนเองได้ ขณะที่ผู้ดูแลหลักเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิด เข้าใจและมีความผูกพันกับผู้สูงอายุมากที่สุด โดยผลการศึกษาที่ได้จะมีส่วนในการ

ส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในระยะสุดท้ายที่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความปรารถนาในช่วงสุดท้ายของชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลหลัก 22 คน ที่เป็นสมาชิกในครอบครัวและให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 22 คน ที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ตามเกณฑ์ดังนี้ เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่มีหวังในการรักษาให้หายและมีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน (ADL) 0-4 คะแนน หรือเป็นโรคสมองเสื่อมระดับปานกลางขึ้นไป<sup>9</sup> และได้รับการดูแลที่บ้านในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย ผู้วิจัยซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการวิจัยเชิงคุณภาพ และเครื่องมืออื่นๆ ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแนวคำถามปลายเปิดเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ซึ่งได้พัฒนาขึ้นตามกรอบ LIFESS อันประกอบด้วยคำถามประเมินใน 6 ด้าน ดังตัวอย่างคำถามหลัก ได้แก่ 1) L = living will ผู้สูงอายุหรือผู้ตัดสินใจแทนมีเป้าหมายในการดูแลรักษาและมีการวางแผนต่อหัตถการการรักษาเมื่อผู้สูงอายุมีอาการทรุดหนักอย่างไร เพราะอะไร รวมถึงสิ่งที่ผู้สูงอายุปรารถนาที่จะทำในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ 2) I = individual belief ผู้ดูแลคิดว่าอะไรคือความเชื่อ หรือสิ่งที่สำคัญต่อการมีชีวิตอยู่ของผู้สูงอายุ และให้การดูแลที่สอดคล้องกับตามความเชื่อ/ความศรัทธา/ศาสนาที่มีอยู่อย่างไร 3) F = function ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร 4) E = emotion and

coping ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลและวิธีที่ใช้เผชิญกับความทุกข์เป็นอย่างไร 5) S = symptoms อาการและการจัดการอาการที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุเป็นอย่างไร และ 6) S = social and support ผลกระทบด้านเศรษฐกิจการจัดการภายในครอบครัว รวมถึงองค์กรหรือหน่วยงานภายนอกที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือเป็นอย่างไร โดยเครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลแบบประคับประคองและการดูแลสุขภาพที่บ้าน 3 ท่าน

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๘๘๓ และผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมในการวิจัยตลอดการดำเนินการวิจัย โดยการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลทุกราย มีขั้นตอนในการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ ขอความร่วมมือให้พยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบในพื้นที่ติดต่อผู้ดูแล เพื่อขออนุญาตให้ทีมวิจัยโทรศัพท์นัดหมายกับผู้ดูแล ภายหลังได้รับอนุญาต ทีมวิจัยเริ่มขั้นตอนการเก็บข้อมูลด้วยการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกโดยการสัมภาษณ์เป็นรายเดี่ยวที่บ้านผู้สูงอายุ ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง รายละเอียด 2-3 ครั้ง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และเมื่อได้ข้อสรุปที่เป็นผลการศึกษา ผู้วิจัยนำผลที่ได้มาตรวจสอบความเข้าใจตรงกันกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง

### ผลการศึกษา

#### ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุจำแนกเป็นเพศหญิงและชายจำนวนเท่ากัน คือ 11 คน อายุ 81-100 ปี 13 คน รองลงมาอายุ 60-80 ปี 6 คน และเกิน 100 ปี 3 คน นับถือศาสนาพุทธ 19 ราย อิสลาม 2 รายและคริสต์ 1 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส หม้าย 12 ราย คู่ 9 ราย และโสด 1 ราย เกือบครึ่งป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 10 ราย รองลงมาป่วยด้วยโรคโรคสมอง

เสื่อมและกลุ่มที่มีการเสื่อมถอยของอวัยวะจากการสูงอายุ (frailty) 5 ราย อวัยวะล้มเหลวแบบเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจวาย ไตวายเรื้อรัง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 4 ราย และไม่รู้สึกร่างกายผิดปกติเหตุ 3 ราย ผู้สูงอายุมีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน (ADL) อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน 22 ราย

**ข้อมูลผู้ดูแล**

ภาวะการเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายมีความรู้สึกตัวลดลง จนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ผู้ให้ข้อมูลจึงมาจากผู้ดูแลหลัก จำนวน 22 ราย เป็นเพศหญิง 18 ราย เป็นเพศชาย 4 ราย มีสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ โดยเป็นบุตรสาว 16 ราย บุตรชาย 4 ราย และภรรยา 2 ราย ประกอบอาชีพค้าขาย และธุรกิจส่วนตัว 8 ราย รองลงมาเกษตรกรรม 7 ราย และรับจ้าง ข้าราชการเกษียณและเป็นแม่บ้านรวม 5 ราย มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน มากกว่า 20,000 บาท 12 ราย และต่ำกว่า 20,000 บาท 10 ราย

**การแสดงความปรารถนาในช่วงสุดท้ายของชีวิต (living will) และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง**

ความปรารถนาในช่วงสุดท้ายของชีวิต เป็นการแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายในการดูแลรักษาและวิธีการดูแลหากมีอาการทรุดลง เป็นสิทธิของบุคคลที่แสดงถึงเจตนาในการที่ปฏิเสธบริการสาธารณสุข เพื่อยืดการตายในวาระสุดท้าย โดยครอบคลุมถึงการแสดงเจตนาต่อการทำหัตถการการรักษา บุคคลที่มอบหมายให้เป็นผู้ตัดสินใจแทน สถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการได้รับการรักษาและเสียชีวิต รวมถึงสิ่งค้างคาที่ยังไม่ได้ทำ หรือปรารถนาที่จะทำในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย เพียง 4 ราย จากทั้งหมด 22 ราย มีการแสดงเจตจำนงล่วงหน้ากับผู้ดูแลหลัก ตั้งแต่ขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะ โดย 1 ราย เขียนบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร และอีก 3 ราย ส่งความประสงค์ด้วยวาจา ซึ่งทั้ง 4 ราย ระบุเจตนาต่อการไม่รับการรักษาที่ต้องมี

การสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เมื่อตนเองมีอาการทรุดหนัก ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ หรือปั๊มหัวใจ และในจำนวนนี้มี 3 รายระบุถึงพิธีกรรมและการเตรียมการหากเสียชีวิต ดังคำกล่าวของผู้ดูแลหลัก

“ถ้าจะตายก็ปล่อยให้ตายไปเลย และผู้ป่วยเคยเขียนบันทึกสั่งไว้และว่าหากจะเสียชีวิตให้เก็บศพไว้แค่ 2 คืน เพราะไม่อยากให้ลูกหลานลำบาก” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีการแสดงเจตจำนง)

“จะไม่ปั๊ม ไมให้เจาะคอ นั้น แม่สั่งไว้ด้วย แม่เค้าได้สั่งไว้ตอนเข้าโรงพยาบาลรอบแรก ตอนที่อาการดีขึ้นแล้ว รู้สึกตัว ว่าถ้าเค้าหายใจไม่ออก ห้ามเจาะ ห้ามปั๊มถ้าไปก็ให้เค้าไปสบาย คิดว่าแม่คงอยากจะไปแล้ว ไม่อยากเจ็บแล้ว ช่วยให้แม่ไปดี ถ้าอาการทรุดหนัก ก็จะอดทน ใจเย็นไม่ให้เค้าปั๊ม” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีการแสดงเจตจำนง)

“ยายสั่งไว้หมดแล้วว่า ถ้าแก่เป็นอะไรให้แกใส่ชุดอะไร ชุดนี้เค้าเปลี่ยนเป็นชุดล่าสุด รองเท้าคูไหนตามที่แกเลือก แกสั่งไว้ตั้งนานแล้ว เตรียมไว้ประมาณ 5 ปีแล้ว สุสานแกก็ซื้อไว้แล้วประมาณ 10 ปีได้แล้ว รูปถ่ายก็เตรียมไว้แล้ว ประมาณ 4-5 ปี ได้แล้ว... สั่งโลงอะไรไว้ซื้อแล้วฝากเค้าไว้แล้วประมาณ 2 ปี เพราะตอนนั้นแกรอแรมมาก” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุเสื่อมถอยของอวัยวะที่มีการแสดงเจตจำนง)

ขณะที่ผู้สูงอายุอีก 18 ราย ไม่มีการสั่งความปรารถนาในบั้นปลายในชีวิต ไม่เคยพูดคุยภายในครอบครัว อีกทั้งผู้ดูแลคิดว่าแม่ผู้สูงอายุมีความผิดปกติจากการเจ็บป่วย แต่ยังคงมีชีวิตได้อีกนาน ดังนี้

“ตอนที่คุณตายังสบายดีไม่เจ็บป่วยไม่เคยสั่งอะไรในบั้นปลาย แกไม่เคยพูดถึง ในฐานะที่ว่าพี่เป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ ตรงนี้ก็พูดไม่ถูก มันเป็นเรื่องการณที่ยังไม่เกิด ตรงนั้นเรายังคงนึกภาพไม่ออกไม่ค่อยได้” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหัวใจ ไม่มีการแสดงความปรารถนา)

“ไม่เคยพูดคุยหรือวางแผนใด ๆ ภายในครอบครัว เพราะคิดว่าลุงจะมีชีวิตอยู่กับครอบครัวได้

อีกนาน เพราะยังทานอาหารได้เยอะ ตอนนี้ป้ารับรู้ว่าคุณลุงอาการไม่หนัก ไม่หนักกว่าเดิม ตามที่ป้ามองคุณลุงดีขึ้นด้วยซ้ำ” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองล้อม ไม่มีการแสดงความปรารถนา)

อย่างไรก็ตาม จากภาวะการเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเข้าสู่ไม่รู้สึกรู้ตัว หรืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองและไม่ได้แสดงเจตจำนงไว้ จึงต้องมีผู้ตัดสินใจแทน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลหลัก หรือเป็นบุตรคนโต หรือบุตรที่มีความรู้สูงกว่าคนอื่น ๆ ซึ่งการตัดสินใจแทนดังกล่าวอาจเป็นความเห็นที่ไม่ตรงกันในครอบครัว ดังคำกล่าวนี้

“การปั๊มหัวใจ การใส่ท่อช่วยหายใจ พี่ชายคนโตเป็นคนตัดสินใจและพวกเราก็ตอบช่วย ๆ กันด้วย แต่ความคิดของป้านะ ป้าไม่ต้องการให้ทำแบบนั้นแล้ว เพราะเคยเห็นพ่อโดนทำแบบนั้น เจาะคอ เห็นแล้วเค้าทรมาน เลือดพุ่งปรืดเลย” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองล้อม)

“เรามีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นแต่เขาไม่ฟัง แผลง (พูด) ง่าย ๆ ว่า เค้ามาเป็นพี่เรา ไม่ใช่เรา เป็นพี่เขา ความคิดเขาใหญ่กว่า เขาเอาการศึกษา เอาประสบการณ์มาตัดสินใจ เราก็เลยต้องยอมมัน ... ในเมื่อเค้าก็รู้ที่พ่อสั่งไว้แต่เค้าไม่ทำตาม ขนาดแม่ก็ตามเขา เขาก็ไม่ค่อยตามพี่” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง)

**ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก** พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในบั้นปลายชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ตัดสินใจแทน มี 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ความเชื่อ/ทัศนคติต่อการมีชีวิต/ความตาย/การตายดี 2) การรับรู้การเจ็บป่วย การดำเนินโรคและเป้าหมายในการดูแลรักษา และ 3) ฐานะทางเศรษฐกิจและความพร้อมในการดูแล ดังนี้

ความเชื่อ/ทัศนคติต่อการมีชีวิต/ความตาย/ตายดี หากผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักมีความเชื่อว่าการมีชีวิต และการตายเป็นธรรมชาติของชีวิต เป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงหนีได้พ้น และเชื่อว่าการตายดีต้อง

เป็นการตายเหมือนหลับไป ไม่ทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หมดห่วงไม่มีความกังวล มีสติก่อนจะตาย และการตายที่เป็นไปตามอายุขัย ผู้ดูแลหลักกลุ่มนี้จะมีการวางแผนการรักษาไว้ล่วงหน้า โดยเลือกไม่ยืดชีวิตด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์เมื่อผู้สูงอายุมีอาการทรุดหนัก ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจและการปั๊มหัวใจ เพราะไม่ต้องการให้ผู้สูงอายุเกิดความทุกข์ทรมาน แต่ต้องการให้ตายดีในบั้นปลายชีวิต ดังคำกล่าวนี้

“ถามว่าตอนนี้แก็ก่าไรใหม่ แก็ก่าไรแล้ว ถามว่าทำไปแล้ว อย่างแก็ก่าต่อได้อีก 6 เดือน แล้วจะทำไปทำไม เห็นแล้วทุกข์เวทนา ในศาสนาสอนว่าไม่ดัดแปลง แก็ก่าไร ทำไปทำไม ปล่อยไปตามธรรมชาติเหอะ เพราะฉะนั้นถ้าเกิดอะไรขึ้นก็เหอะก่าไรเหอะแล้ว อย่าให้ขาดทุนเลย” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมถอยของอวัยวะ)

“การตายดีนั้น เป็นเหมือนการนอนหลับตายแบบหลับไปเลย แต่การนอนแบบนี้ (ของผู้สูงอายุ) ทรมาน ก็ทรมานนะ คิดว่าทรมาน เช่น กินอย่างนี้ก็ต้องมาหยอดให้ ใส่สายให้ สายที่ดูดเสมหะก็ทิ่มแทง” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง)

“ดูแลอย่าให้แก็ก่าทรมาน แก็ก่ายังงั๊ว เรายังได้ผมคิดว่าการปั๊มนั้นะเจ็บเขี้ยวหมดเลย เพราะถ้าอายุเหอะ แล้วปั๊ม แก็ก่าก็ตาย เรายอมไปที่สี่หน้าว่า ก่อนตายหน้าเค้า ดูแลก็ทรมาน ที่นี้ ยังงั๊วก็ได้อัยก่าให้แก็ก่าทรมาน ทยาย แก็ก่าไม่กิน กินได้น้อย ๆ กินไม่ได้ก็ยอม” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมถอยของอวัยวะ)

“ถ้าผู้สูงอายุมีอาการทรุดหนัก ทางผู้ดูแลและญาติตัดสินใจในกันไว้แล้วว่าจะไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่ปั๊มหัวใจ เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุทุกข์ทรมานและเพื่อให้ไปสบาย ตอนนี้ก็คิดว่าพอทรมานมากแล้ว เพราะบางครั้งเห็นพ่อน้ำตาไหล แต่สำหรับการดูแลเพื่อความสบายอื่น ๆ เช่น การให้อาหารทางสายยางและการให้ยา ยังคงต้องการ” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง)

อย่างไรก็ตาม หากสมาชิกภายในครอบครัวมีทัศนคติต่อการพูดถึงความตายว่าเป็นการสาปแช่งส่งผลให้ไม่มีการสื่อสารเกี่ยวกับความตายและไม่มีการพูดคุยวางแผนในบั้นปลายชีวิตของผู้สูงอายุ ดังคำกล่าวนี้

“ในครอบครัวก็ยังไม่ได้มีการพูดคุย ไม่กล้าพูดกับลูก ๆ แต่ยังไม่ได้มีการคุยกัน คิดว่าถ้าทำเหมือนที่ป้าคิด บางทีลูก ๆ อาจจะไมยอมก็ได้ แต่ไม่ได้คุยกัน” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อ)

“เรามีครอบครัวที่ธรรมเรื่องเป็นเรื่องตายเข้ามาเกี่ยวข้องกับของตะวันออกก็จะเป็นแบบอย่างนี้ แต่ถ้าเป็นแบบตะวันตก...วัฒนธรรมของเขา เขาก็ยังรับได้อยู่ในบ้านเราไม่มีการพูดเรื่องของความตาย มันเป็นเรื่องที่ยาวไกลและเป็นเรื่องไม่มงคล การพูดถึงความตายเหมือนแช่ง อีกอย่างหนึ่งถ้าเกิดว่าเราไปตัดสินใจอย่างนั้นแล้วญาติ ๆ เราที่อยู่ข้างหลังนั้นก็มาว่าเราแล” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหัวใจ)

*การรับรู้ต่อโรคหรือการเจ็บป่วยและการดำเนินโรค* พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีการแสดงเจตจำนงเพราะไม่เคยพูดคุยกับผู้รักษาถึงการดำเนินโรค ผู้สูงอายุที่ศึกษาครั้งนี้ มีระยะเวลาเจ็บป่วยโรคเรื้อรังนานเฉลี่ยมากกว่า 3 ปี ที่ได้รับการดูแลอยู่ที่บ้าน ผู้ดูแลจึงให้การดูแลไปตามอาการและรับรู้ว่าคุณสูงอายุยังคงอยู่ได้อีกนาน หากมีอาการทรุดหนักก็จะช่วยให้ถึงที่สุด อีกทั้งผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์หรือเคยเห็นผู้สูงอายุมีอาการทรุดหนัก จึงไม่คิดถึงการเตรียมตัวตายให้กับผู้สูงอายุ ดังนี้

“หมอมไม่เคยบอกอะไร คิดว่าดูไปเรื่อย ๆ ไม่เคยคิดถึงเรื่องนี้ ไม่เคยพูดถึงกับพี่น้องเรื่องเตรียมวางแผนการดูแลเมื่อแม่ป่วยหนัก แม่มีอาการอย่างนี้เรื่อย ๆ ไม่เคยมีอาการทรุดหนักให้เห็น ก็ไม่คิดโรมากให้ยากก็น่าจะดีขึ้น” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อ)

“เหมือนกลุ่มมะเร็งนี้ เขาวางแผนได้เพราะเขารู้ว่าช่วงชีวิตเป็นยังไง แต่โรคอย่างนี้ (โรคหัวใจ) คือแบบประมาณว่าถ้ากินยามันก็ยืดอายุได้ ถ้าดูแลดี มัน

ก็สามารถอยู่ยาวได้ มันเหมือนกับว่า ถ้าเป็นมะเร็ง พวกนั้นมันแบบประมาณว่าเวลามันจะเร็ว อะไรอย่างนี้ จุกเงิน แต่นั่นมันไม่ใช่ มียาถึงกินยาตลอด มันก็โอเค” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหัวใจ)

แตกต่างจากการที่ผู้ดูแลหลัก 4 ราย ได้รับรู้ข้อมูลการดำเนินโรคจากแพทย์ว่า ผู้ป่วยมีการดำเนินของโรคที่ไม่สามารถรักษาให้คืนกลับ หรือการรักษาไม่ช่วยให้อาการดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลคิดถึงการตายของผู้สูงอายุและมีการเตรียมการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า ดังนี้

“หมอให้ข้อมูลผ่านคนดูแลและผ่านพี่ชายว่า ถ้าเกิดว่ามีอาการหนักอีก ลูก ๆ รับได้ก็ไม่ต้องพามาโรงพยาบาลแล้ว ลูก ๆ รับได้แล้วแกก็อยู่แบบนี้มาตั้งนาน การที่ว่าแกถึงจุดนั้น คือแกสบายกว่าที่จะอยู่แบบนี้ก็เวลาเห็นตอนที่แกชักเกร็งช่วงนั้น ๆ แกคงทรมาณ” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง)

“แต่ถ้าอาการทรุดลงไปอีก จะไม่เอาของแบบนี้แล้ว ไม่พาไปโรงพยาบาล เพราะเสี่ยงส่วนมาก (ลูก ๆ) ไม่พา อยากให้แกไปสบาย แบบว่าอาการหนัก ๆ เคยเห็นเตียงข้าง ๆ ปัมหัวใจแล้วกระดูกซี่โครงหักหมดเลย เห็นกับตาเลย” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุหลอดเลือดสมอง)

*ฐานะทางเศรษฐกิจและความพร้อมในการดูแล* ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลหลัก 2 ราย ให้เหตุผลว่าหากมีการยืดชีวิตเมื่อผู้สูงอายุมีอาการทรุดหนัก จะส่งผลให้ต้องมีระยะเวลาดูแลนานขึ้นอีกและต้องใช้ค่าใช้จ่ายจำนวนมาก จึงตัดสินใจไม่ยืดชีวิตผู้สูงอายุในวาระสุดท้าย ดังคำกล่าวนี้

“เรื่องปัมนะผมเคยเห็นแม่ของเพื่อน เพียงแต่เค้ามีฐานะหน่อย พยายามจะยื้อ ผมคิดว่าถ้าเป็นคนมีเงินหน่อยจ้างคนมาดูแลได้ ถ้าสภาพเราเหมือนเขาเขาไปทิ้ง เราจะอยู่เฝ้าตลอดก็ได้ เราไม่ใช่คนอายุน้อย ๆ 20-30 ที่อายุมันก็พอ ๆ กัน” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุหลอดเลือดสมอง)

“แม่นะแกโชคดีที่เมื่อแกล้มป่วยก็เป็นช่วงที่พี่เออร์รี่โพลีแรกเลย นี่ก็ดูแลในสภาพที่นอนติดเตียงมา 3-4 ปีแล้ว...แต่พี่นะสิ่งทุกอย่างสองไว้เลย ว่าหากพี่เป็นอะไรให้ปล่อยไปเลย อย่าให้หมอใส่ท่อช่วยหายใจหรือปั๊มหน้าอก นี่ดีนะที่เราในฐานะไม่ลำบากมาก” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม)

ทฤษฎีเกี่ยวกับความเชื่อ (individual belief)

ข้อมูลจากการประเมินความเชื่อของผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้ดูแลหลัก สะท้อนให้เห็นความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการมีชีวิต/ความตายของผู้สูงอายุ ซึ่งนอกจากเป็นปัจจัยสำคัญต่อการแสดงความต้องการในบั้นปลายของชีวิต ทฤษฎีเกี่ยวกับความเชื่อ ยังสะท้อนถึงความเชื่อและความหวังของผู้สูงอายุต้องการให้บุตรหลานปฏิบัติในวาระสุดท้ายและภายหลังการเสียชีวิต<sup>7</sup> ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลหลักรับรู้ความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ใน 4 ประเด็น ดังนี้ 1) การเจ็บป่วยเกิดจากความชราหรือเสื่อมไปตามอายุขัย 2) การเจ็บป่วยเป็นเรื่องของกรรมเก่า 3) การเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมชาติตามวัฏจักรชีวิต และ 4) การเจ็บป่วยเป็นผลจากการดูแลตนเองและฐานะความเป็นอยู่ ดังคำกล่าวนี้

“เชื่อว่าที่เป็นอยู่แบบนี้เป็นเพราะความชรา การเจ็บป่วยอยู่ที่อายุขัย ไม่เคยคิดเชื่อแบบอื่น คิดว่าเป็นโรคคนแก่มากกว่า อายุมาก” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมถอยของอวัยวะ)

“ป่ามีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ของคุณลุงเกิดจากกรรมเก่า ป้าคิดเองเพราะป่าเคยอ่านจากหนังสือ คิดว่าน่าจะเป็นกรรมเก่าชาติที่แล้ว เพราะอยู่ด้วยกันไม่เคยเห็นลุงทำใครในชาตินี้ มาสัตว์ก็ไม่มี” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม)

“การเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นเพราะกรรมบาปกรรมมีจริง เพราะญาติของคุณตาที่เสียชีวิตทั้งหมดเค้าไปสบาย ไม่มีใครนอนทรมานเหมือนคุณตา” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง)

“พี่คิดว่าความเจ็บป่วยหรือความตาย เป็นขั้นตอนหนึ่งของชีวิตนะ คือ เกิด แก่ เจ็บ ตาย ไม่ว่าจะ เป็นแม่ หรือตัวพี่เอง สักวันก็ต้องเจอจะเจอวัฏจักรนี้แหละ หนีไม่พ้นเลย” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ)

“เชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากแม่ไม่ได้ตรวจสุขภาพ” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง)

“มีความเชื่อว่าการดูแลตนเอง การอยู่ดีกินดี มีผล แต่ทุกคนไม่สามารถเลือกได้ ต้องอยู่ตามสภาพ เช่น เรารู้ว่าการอยู่ อามายดี สุขภาพจิตดี แต่สมมติมันต้องใช้เงิน 30,000 บาท ถ้าเรามีแค่นี้ เราก็ไม่สามารถทำได้” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมถอยของอวัยวะ) ความเชื่อเรื่องความตาย

ผู้ดูแลหลักยังสะท้อนความเชื่อเกี่ยวกับความตายผ่านประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ใน 3 ประเด็น 1) ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ เป็นไปตามอายุขัย ไม่มีความแน่นอน 2) เป็นการหมดเวรหมดกรรมหรือการหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน 3) เป็นสิ่งที่อัลเลาะห์ประทานหรือเป็นการทดสอบจากพระเจ้า ดังนี้

“ความตายคือ หมดเวรหมดกรรมของคน ไม่ทุกข์ทรมาน” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง) หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยจากอุบัติเหตุ กล่าวว่า “ความตายมีทุกคน ไม่ว่าจะเด็ก หนุ่มสาว ชีวิตก็มีแค่นั้น ความตายเป็นเรื่องของพระเจ้า ไม่ว่าจะจน รวย ก็ต้องตาย” “คิดถึงการตายของผู้ป่วยตลอด เพราะแก่ลงและก็ไม่รู้เหมือนกันว่าจะตายวันไหน การตายของตัวเองก็คิดถึงเพราะคนเราก็ต้องตายทุกคนนั่นแหละ คนเราจะตายวันไหนก็ไม่รู้ จะไปวันไหนใครไปก่อนไปหลังก็ไม่รู้เหมือนกัน ศาสนาอิสลามเค้าให้นึกถึงความตายตลอด เพราะให้กลัวถึงบาปบุญ ความดีความชั่วขณะที่ยังมีชีวิตอยู่” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง)

“เจ็บป่วยแบบนี้พระอัลเลาะห์ประทานมา เค้าทำงานเหนื่อยแล้วอัลเลาะห์ให้เค้าพักผ่อน ให้เค้าหยุดให้นอนสบาย แต่ยังไม่ได้จะเอาเค้าไป ให้เค้าอยู่อีก ถ้าเอาไปเค้าก็คงไปแล้ว ไม่ถึงเวลาที่ อัลเลาะห์ต้องการทดสอบ ทดสอบลูกกับแม่ว่าใครจะทนได้กว่ากัน ว่าใคร

จะดูแลแม่ได้ดีที่สุด” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่สอดคล้องกับความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความตาย รวมถึงให้การดูแลวางแผนการดูแลเมื่อใกล้ตายและหลังการตาย ดังนี้ 1) ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ผู้ดูแลไทยพุทธมีการสวดมนต์ เปิดเทปธรรมะ ตักบาตร ทำบุญ/พิธีกรรมเสริมอายุ เพราะเชื่อว่าเป็นการส่งผลบุญทำให้ผู้สูงอายุหมดเวรหมดกรรม ช่วยลดอาการทุกข์ทรมาน หรือจากไปอย่างสงบ อีกทั้งเชื่อว่าการขอโหรากรรมเจ้ากรรมนายเวรทำให้มีอายุยืนยาวขึ้น ส่วนผู้ดูแลอิสลามได้อ่านอัลกุรอานให้ผู้สูงอายุฟัง เพราะเชื่อว่าช่วยลดบาปและลดการถูกลงโทษจากพระเจ้าเมื่อมีการเสียชีวิตไปแล้ว 2) ให้ความรัก ความอบอุ่น ผู้ดูแลหลักเชื่อว่าการกอด หอม ให้ความรัก เป็นวิธีการที่ช่วยให้ไปสู่การตายดี การกระทำดังกล่าวเป็นหน้าที่ของลูกในการดูแลทางใจ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่น ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้ง และ 3) ปฏิบัติตามความเชื่อหลังผู้สูงอายุเสียชีวิต เพื่อให้ดวงวิญญาณไปอยู่ในภพภูมิที่เป็นสุข ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“เชื่อว่าการสวดมนต์จะทำให้ผู้ป่วยไปสบายหมดเวรหมดกรรมในชาตินี้ และตัวเองรู้สึกสบายใจหรือ ตื่นเข้ามาใส่บาตรทุกวัน คิดว่าการตักบาตร ทำให้ป่าเองสบายใจ และพอบอกให้คุณลุงทราบ คุณลุงก็น่าจะสบายใจนะเพราะให้คุณลุงสาธุด้วยทุกครั้ง” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม)

“มีการทำพิธีกรรมต่ออายุให้เมื่อเดือนกุมภาพันธ์บริเวณข้างเตียงโดยการเชิญพระมาทำพิธีขอมาเจ้ากรรมนายเวร เชื่อว่าถ้าทำแล้วทำให้อายุยืนยาว” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง)

“อ่านหนังสืออัลกุรอานให้เค้าตอนกินนมให้เค้าได้ละหมาด แก่หลับตานึกในใจและก้ม วันละ 5 เวลา คิดว่าจะช่วยเวลาตอนเค้าเสียชีวิต เค้าจะได้ไม่บาปเยอะ ตอนอัลเลาะห์สอบสวนไม่ต้องถูกทำโทษมาก” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง)

“พี่ก็กอด หอม แม่อยู่แล้ว อาบน้ำให้แกเสร็จก็หอม ทำแบบนี้แหละ แม่จะได้อบอุ่น สักวันถ้าแม่จะไปจากเรา คิดว่าถ้าไม่ยากให้แกว่าเหว ก็ต้องแสดงความรักเหมือนที่แม่รักลูกเพราะตอนนี้แกก็เหมือนเด็กคนหนึ่ง คือ แกไม่รู้เรื่อง...” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมถอยของอวัยวะ)

“ลอยอังคารในทะเลค่ะ เชื่อว่าเป็นการปล่อยให้คุณตาไปอยู่ที่สบาย ลงแพไปโรยกระดูกและดอกไม้ให้ลอยอยู่ใกล้กับบริเวณบ้านเกิดที่พ่อและแม่เคยอยู่ ลอยที่เดียวกันจะได้ไปอยู่ที่เดียวกัน” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง)

ระดับความสามารถด้านร่างกายหรือการดูแลตนเอง (function)

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้ง 22 ราย มีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน (ADL) อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน จำนวน 22 ราย ซึ่งต้องการการดูแลทั้งหมด และเมื่อจำแนกระดับของผู้สูงอายุตามความต้องการการดูแลประคับประคอง (Palliative Performance Score: PPS) พบว่ามีคะแนน 10-30% จำนวน 13 ราย และ 40%-70% จำนวน 9 ราย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตนเองต่ำและต้องการการดูแลประคับประคองในระดับมาก ซึ่งผู้ดูแลให้การดูแล ดังนี้ 1) ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานทั้งหมด และ 2) เน้นการดูแลจิตใจ โดยดูแลให้ผู้สูงอายุมีความสุขทางจิตใจ ไม่ฝืนหรือทำให้เจ็บทรมานเพราะรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมถอยลงของผู้สูงอายุ ดังคำกล่าวที่ว่า

“แม่นอนติดเตียงมาสองเดือนเต็มแล้ว พวกเราต้องทำให้แกทุกอย่างแหละ ก็ช่วยกันทุกคน พี่เป็นมะเร็งเต้านม ยกของหนักไม่ได้เพราะหมอเค้าห้ามเวลายกตัวแม่ก็ให้คนช่วย อย่างอื่นพี่ทำเองทั้งป้อนข้าว เปลี่ยนแพมเพิร์ส พลิกตัว... ทุกอย่างก็ต้องอยู่ที่พี่นะ” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุหลอดเลือดสมอง)



“ข้อติดมาเกือบ ๆ 2 ปี ไม่ได้บริหารข้อ เพราะจับแค่นี้แกก็ไมยอมแล้ว แกปวด อย่าไปฝืนแกเลย... ทำอย่างไรก็ได้ให้แกมีความสุข เราไม่ได้หวังจะรักษาให้หาย ดูแลอย่าให้แกทรมาน ให้แกสุขภาพจิตดี แกจะยังใจเรารับได้ ทำยังไงก็ได้อย่าให้แกทรมานทรมาย” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมถอยของอวัยวะ)

**สุขภาพด้านอารมณ์และการปรับตัว (emotional and coping)**

สุขภาพด้านอารมณ์และการปรับตัว สะท้อนความรู้สึกและวิธีที่ผู้สูงอายุและครอบครัวใช้เผชิญ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมส่วนใหญ่ยังรู้สึกดี แต่มีพฤติกรรมแสดงออกที่ก้าวร้าวเพิ่มขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ดูแลว่า “มักถามคำถามเดิม ๆ ซ้ำซากว่าใครมาจากไหน คุณเรื่องอะไรกัน หลงลืมจำนวนบุตรและชื่อบุตร รวมถึงหลาน สีมลูกและภรรยา บางครั้งมีอาการไม่โหล่นเฉียวง่าย เมื่อทำอะไรไม่ถูกใจ มีท่าท้อคำหยาบคาย กลางคืนมีอาละวาดบ้าง” ในขณะที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นมักจะอยู่ในระดับที่ไม่รู้สึกดี และจากสภาพการณ์ที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้านเป็นระยะเวลาเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลสะท้อนสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้น ทั้งทางบวกและทางลบในการดูแลผู้สูงอายุ และมีวิธีการปรับตัวต่อสภาพอารมณ์ ดังนี้

1) อารมณ์ทางลบ ผู้ดูแลหลักรู้สึกเบื่อหน่ายทั้งกายใจ รู้สึกเป็นภาระ กังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของตนที่เกิดขึ้น แต่ไม่สามารถออกจากหน้าที่การเป็นผู้ดูแลหลักได้ ต้องปรับตัวโดยการฝืนทนอยู่กับภาวะเครียด ซึ่งพบในผู้ดูแลหลักที่เป็นคู่ชีวิตของผู้สูงอายุ อยู่ในวัยสูงอายุและมีโรคประจำตัว ให้การดูแลยาวนาน และขาดคนช่วยแบ่งเบาภาระ ดังคำกล่าวนี้ “เราก็อายุมากแล้ว ตอนกลางคืนต้องดูแลเค้าทั้งคืน ไม่ได้นอน ต้องอดนอน ก็รู้สึกหงุดหงิดนะไม่กล้าบกวนลูก ๆ ให้มาช่วยดูแล เหนื่อย อายุเยอะ 72 ปี อายุเยอะ คิดว่าถ้าอายุน้อยกว่านี้ คิดว่าน่าจะ ไหวกว่านี้” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม)

“ลูก ๆ คนอื่นอยู่ไกลและมีภาระจึงไม่สามารถมาคอยสลับกันดูแลได้ รู้สึกเหนื่อยกาย เหนื่อยใจ บางครั้งจึงทำให้มีอาการหงุดหงิดและท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่มีคนมาผลัดเปลี่ยน ทั้งผู้ป่วยไม่ได้ ไม่ได้ไปไหนเลย” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไตวาย)

2) อารมณ์ทางบวก จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายมีอาการทางบวก โดยสามารถปรับตัว เรียนรู้ ปรับสมดุลงชีวิตใหม่ สามารถยอมรับการเจ็บป่วยได้ มีความสุข และรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ดูแลพ่อแม่ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“มันก็ต้องรับได้ตามสภาพอะ ตอนแรกก็รับไม่ได้แต่พอเวลาผ่านไปมันก็เริ่มรับได้ แต่อย่างบางครอบครัวก็อาจจะจะเป็นลักษณะของโรคที่มันแบบปัจจุบันทันด่วน อาจจะเป็นลักษณะ คือ โรคเลยจริง ๆ คือว่าจะเอาไม่ทัน มีอาการคงที่แบบนี้ แล้วมาให้เห็นเป็นช่วง ๆ ขึ้นลงอะ หมายถึงว่ามีวิกฤตเป็นช่วง ๆ อันนี้ทำให้เราประทับใจตรงนี้ได้ มันฝึกเราด้วยมั้ง” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง)

“ความรู้สึกสำหรับการดูแลไม่มากเลย เป็นลูกก็ต้องตอบแทนพ่อแม่ ต้องตอบแทน รายได้ขาดหายก็ไม่คิดอะไร ความรู้สึกที่ได้ตอบแทน รู้สึกมีความสุข ที่ได้ตอบแทน รู้สึกว่าได้ทำดีที่สุดแล้วให้สำหรับพ่อ ตอนนี้รู้สึกภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่สมบูรณ์หน้าที่ของลูกแล้ว ในการดูแลอย่างดีที่สุดแล้ว” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง)

โดยในช่วงแรก ๆ ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุผู้ดูแลหลักเกิดอารมณ์เครียด มีความยุ่งยากในการดูแล แต่ระยะเวลายาวนานที่ดูแลผู้สูงอายุ และตระหนักว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ของลูก รวมทั้งเรียนรู้และปรับสมดุลงชีวิตใหม่ ด้วยการทำกิจกรรมทางศาสนาเพื่อให้จิตใจดีขึ้น อดทนมากขึ้น ดังนี้

“ความยากลำบากนี้ มันจะยากลำบาก ตอนช่วงแรก ๆ ที่เรายังไม่เป็นแนวทางที่ชัดเจน พอช่วงหลัง ๆ นี้เราแก้ปัญหาเหล่านั้นออกไป มันก็เข้ารูปเข้ารอย... พึงพอใจกับการที่ได้ดูแลแม่ตามสภาพแบบนี้”

(ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม) หรือในผู้ดูแลอีกรายหนึ่ง “ผมสวดมนต์เป็นหลัก มีหัวค้ำกับหัวรุ่งบทสวดมนต์ ทำให้สบายใจ เราเน้น สงบ ถ้ากลางคืนแม่ไม่นอน เราก็ นั่งฟังชานอยู่นั้น มีความสุขที่ได้สวดมนต์ สวดมนต์แม่ หลับพอดี ผมจับแขนแม่ไว้แล้วก็สวดมนต์เรื่อย ๆ” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม)

**กลุ่มอาการความไม่สุขสบายทางร่างกาย (symptoms)**

ผลการศึกษาพบว่าความไม่สุขสบายทางร่างกายที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในระยะสุดท้าย ได้แก่ อาการทางระบบทางเดินอาหาร กินไม่ได้หรือ กินได้น้อยลง ท้องผูก หายใจหอบเหนื่อยและปวดตามร่างกาย ไม่สามารถบริหารข้อหรือขยับตัวได้ และเนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลจึงเรียนรู้การจัดการกับอาการเหล่านี้มาในระดับหนึ่ง จนกระทั่ง อาการเหล่านี้รุนแรงขึ้นในระยะสุดท้าย โดยเฉพาะใน ผู้สูงอายุโรคทางเดินหายใจ ผู้ดูแลจึงต้องตัดสินใจนำ ผู้สูงอายุมารักษาที่โรงพยาบาล ตั้งคำถามของผู้ให้ข้อมูล

“ผมให้แกกินไอติมเพราะหลัง ๆ นี้แกค่อย ๆ กินน้อยลง แกกินอย่างอื่นไม่ลง กินได้ทีละนิด บางทีมาถึงแกไม่กินเลยก็มี ... ยังไงก็ต้องให้กินน้ำ ผมก็ให้เป็นน้ำ ๆ แล้วก็ให้อมน้ำแข็ง” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมถอยของอวัยวะ)

“แกไม่ถ่ายทุกวัน ไม่ถ่ายเป็นอาทิตย์ถึงสิบวันถึงจะถ่ายครั้ง” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม)

“ก่อนหน้านั้นใส่ท่อเจาะคอแต่ไม่ได้ใส่เครื่องช่วยหายใจ เพิ่งมาใส่เครื่องประมาณ 1 ปีกว่า เพราะแกมีอาการหนักขึ้น มีเกร็งเริ่มเป็นบ่อย มา 3 ปี กระตุกบ่อย เกร็งบ่อย ต้องพ่นยา และต้องแอมบูให้บ่อย ช่วงหลังมีปอดแฟบ ต้องเข้านอนโรงพยาบาล เนื่องจาก หอบเหนื่อย เครื่องหายใจปั๊มไม่เข้า ต้องช่วย แอมบู ทั้งวันทั้งคืน” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง)

**ข้อมูลด้านสังคมและการสนับสนุนทางสังคม (social and support)**

ในด้านสังคม ผลการศึกษาพบว่า การดูแล

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ส่งผลกระทบหลักด้านเศรษฐกิจและสังคมต่อครอบครัวผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก โดยทำให้มีรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นในขณะที่ขาดรายได้ และผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้สูงอายุ ขาดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

“ค่าอาหารที่ออก (จ่าย) เงินมาจากที่เหลือจากการขายของ แล้วเอามาซื้ออาหารให้พ่อ มาดูพ่อแล้ว งานก็ไม่ได้ทำแล้ว งานก็หยุดไปเลย ตอนนั้นไม่ได้ทำงานแล้ว เงินที่เอามาซื้อของให้พ่อเอามาจากตังเก็บเหลือจากตอนที่เคยขายของ” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุจากอุบัติเหตุ)

“ค่าใช้จ่ายการดูแลรักษาพยาบาล น้องชายคนสุดท้ายต้องให้เงินดูแลแม่เดือนละ 1,000 บาท ค่าใช้จ่ายที่ต้องออกเอง มีแพมเพิส แผ่นรองขับ กระดาษทิชชู เดือนละ 1-2,000 บาท รวมค่าอาหาร ตกเดือนละ 3,000 บาท พี่มีรายได้เดือนละ 3,000 บาท ต้องแบ่งเอามาซื้ออาหารให้ผู้ป่วย วันละ 100 บาท ตกเดือนละ 3,000 พอใช้แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บเลย” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง)

“หตู่ เสร้า ท้อแท้สิ้นหวัง เบื่อ ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน เพราะตั้งแต่แต่งงานเข้ามาเป็นสะใภ้บ้านหลังนี้ ตนเองไม่เคยได้ไปไหนเลย นอกจากดูแลพ่อแม่สามี่ อยากรไปพักผ่อนบ้างไม่เคยได้ไปเที่ยวไหนเลย และปัจจุบันประสบกับปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัว รายรับไม่พอกับรายจ่าย” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง)

จากผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมดังกล่าว ทำให้ผู้ดูแลต้องมีการจัดการภายในครอบครัว ทั้งด้านการเงินและการดูแล โดยพบว่ามีการจัดการรายรับจากบำเหน็จบำนาญ เงินสะสมของผู้สูงอายุ จากเงินช่วยเหลือสิทธิผู้พิการและเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และรายรับจากสมาชิกพี่น้องในครอบครัวช่วยกันรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเป็น รวมถึงค่าจ้างผู้ดูแล ในด้านการดูแล มีการจัดการโดยช่วยกันลงแรง และมีการจัดการเพื่อรับการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก เพื่อให้

ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การเปลี่ยนอุปกรณ์ทางการแพทย์ สายสวนปัสสาวะ สายยางให้อาหาร ตามรอบเวลา เจาะเลือดก่อนวันพบแพทย์ รวมถึงการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุมารับการรักษา โดยขอใช้บริการรถรับส่งยามฉุกเฉิน ดังนี้

“ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยแบ่งกันออกคนละ 4,000-5,000 บาทต่อเดือน ส่วนของใช้ก็ช่วย ๆ กันซื้อ เงินเดือนผู้ดูแล ลูกคนโตกับลูกคนสุดท้องเป็นผู้จ่าย ส่วนค่าแรงวันอาทิตย์จะหมุนเวียนกันจ่ายทุกคน แพมพิเศษลูกสาวคนที่ 3 เป็นคนซื้อ ส่วนค่าอาหารจะเป็นลูกชายคนที่ 4 มาส่งใจักส่งแกง (ให้ผู้ดูแล) และน้ำฟักทองให้ทุกวัน” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม) “เค้าดูแลกลางวัน เรากกลางคืน กลางวันหารายได้พิเศษเราก็มียแม่คนเดียวเนอะ เรากก็แบ่งดูแลกัน ถ้าผมไปทำงาน พี่ชายป้อนข้าว แล้วต้องมีพี่สาวมาช่วยประคองแม่เนี่ยแบบนี้ บางครั้งเรามีภาระต้องไปทำงานก็ต้องฝากพี่น้องบ้าง...ถ้าเค้าป่วยผมก็เหมาหมดทั้งกลางวันกลางคืน” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมถอยของอวัยวะ)

“ถ้าพรุ่งนี้เขาตรวจ วันนี้ก็มาเจาะเลือดแล้วเราต้องโทรไปบอก ค่าบริการเขาไม่เอา เอาค่ารถอย่างเดียว 100 บาท ซึ่งควรมีต่อเพราะว่าบริการมาเจาะเลือดที่บ้าน...ถ้าหากว่าเขาไม่มา กว่าเราจะเอาผู้ป่วยไปถึงโรงพยาบาลก็ลำบากและเสียเงินเสียทองก็เยอะ ต้องใช้รถอะไรอีกลำบากมาก” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม)

เขามีรถเข็นอยู่เดิมที่เคยใช้กับคนในครอบครัวเขา พอรู้ว่าเราจำเป็นต้องใช้ บางคนเค้าก็เอามาบริจาคนะ เราได้ประหยัดอีก 1 รายการ บางคนก็มีเตียงลม มีเตียงคนไข้ (ผู้ดูแลผู้สูงอายุอุบัติเหตุ)

## อภิปรายผล

การแสดงความต้องการในช่วงสุดท้ายของชีวิต ผลการศึกษา พบว่ามีผู้สูงอายุ 4 ใน 22 คน มีการแสดงความต้องการที่จะได้รับการปฏิบัติในช่วง

สุดท้ายของชีวิตไว้ล่วงหน้า โดยแสดงเจตนาไม่รับการรักษาด้วยการช่วยฟื้นคืนชีพ หรือใส่ท่อช่วยหายใจ อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้แสดงเจตนาไม่ต้องการการรักษาเพื่อยืดความตายออกไป เนื่องจากมีทัศนคติต่อความตายหรือการมีชีวิต ว่าเป็นไปตามกฎธรรมชาติ และปรารถนาที่จะตายดี อีกทั้งมีการสื่อสารภายในครอบครัวถึงความต้องการของผู้สูงอายุ ด้วยการบอกกล่าวหรือเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร และมีการสื่อสารกับผู้รักษาถึงการวินิจฉัยโรคและการดำเนินโรค ทำให้มีการรับรู้ที่ตรงกันในครอบครัว ขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่มีการแสดงความต้องการในช่วงสุดท้ายของชีวิต ซึ่งมีจำนวนมากว่า ขาดการสื่อสารในครอบครัว เนื่องจากมีทัศนคติต่อการพูดถึงความตายว่าเป็นการสาปแช่ง และขาดการสื่อสารกับผู้รักษา ซึ่งต่างจากผลการศึกษาพรรณนาของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเกี่ยวกับความปรารถนาในบั้นปลายของชีวิตที่พบว่าร้อยละ 54 ของผู้ดูแลมีการพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างเปิดเผยชัดเจน<sup>3</sup> ซึ่งการรับรู้ถึงการวินิจฉัยโรคและการดำเนินโรค เป็นปัจจัยสำคัญของการพูดคุยการแสดงเจตนาล่วงหน้า โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวตาย<sup>10</sup> ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักจะขาดการตระหนักต่อความตายหลังรับทราบการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค ในขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งจะตระหนักต่อความตายทันทีเมื่อได้รับการวินิจฉัยโรค<sup>11</sup> นอกจากนี้ตรงกับการศึกษาการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้และเชื่อว่าความตายเป็นเรื่องของธรรมชาติ เป็นสัจธรรมของชีวิต รวมทั้งผู้ป่วยกลัวความทรมานจากการยืดชีวิต จึงต้องการจากไปอย่างสงบและตัดสินใจยุติการรักษาที่ยืดชีวิต<sup>12</sup> การขาดการสื่อสารภายในครอบครัวและกับผู้รักษา ยังส่งผลให้ผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจไม่ตรงกับความต้องการในบั้นปลายชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังเลือกที่จะยุติชีวิตในขณะญาติซึ่งเป็นผู้ตัดสินใจแทนเลือกที่จะยืดชีวิต<sup>13</sup>

ทรงสนทนเกี่ยวกับความเชื่อ ความเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากความชราหรือเสื่อมไปตามอายุขัย เป็นเรื่องของกรรมเก่า เป็นวัฏจักรชีวิตและความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ เป็นไปตามอายุขัย หรือเป็นสิ่งที่พระอัลเลาะห์เป็นผู้ประทาน หรือเป็นการทดสอบจากพระอัลเลาะห์ ส่งผลให้เกิดการยอมรับการเจ็บป่วยและการเข้าสู่ภาวะสุดท้าย อธิบายได้ว่าความเชื่อทางศาสนาเป็นเครื่องมือทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยและการตาย<sup>14</sup> โดยมีผลการศึกษานับสนุนว่าผู้ป่วยที่ยอมรับความตายได้ ส่วนใหญ่เลือกยุติการรักษาที่เป็นไปเพื่อการยืดชีวิตเพื่อไม่ให้ตนเองเกิดความทุกข์ทรมานหรือได้จากไปอย่างสงบ<sup>12,15</sup>

ระดับความสามารถด้านร่างกาย ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่มีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ ตั้งแต่ช่วงแรกของการเจ็บป่วย และลักษณะการดำเนินของโรคเป็นแบบคงที่และมีแนวโน้มทางเสื่อมลงในระยะสุดท้าย ส่งผลให้การคงไว้ซึ่งหน้าที่ทางกายลดลง ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของการดำเนินโรคเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลช่วยเหลือจากผู้อื่นที่ยาวนานกว่า ตั้งแต่ระยะที่วินิจฉัยโรคจนกระทั่งเสียชีวิต<sup>16</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความต้องการในการดูแลที่เพิ่มมากขึ้นเนื่องจากการลดลงของระดับความสามารถด้านร่างกาย ที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมากกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็ง<sup>16,17</sup>

สุขภาพด้านอารมณ์และการปรับตัว ผลการศึกษาพบว่า การปรับตัวด้านอารมณ์หรือความรู้สึกเกิดขึ้น มีทั้งด้านบวกและด้านลบ ในการปรับตัวด้านอารมณ์ในทางบวก อธิบายได้ว่าผู้ดูแลหลักมีสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ คือ เป็นบุตร รองลงมาคือเป็นภรรยา โดยผู้ดูแลหลักที่เป็นบุตรมองว่าการดูแลพ่อแม่เป็นหน้าที่ของลูกจึงรู้สึกมีความสุข ภาคภูมิใจที่ได้ตอบแทนคุณ สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบและภาวะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นการจัดการภายในครอบครัว ให้การดูแลอยู่ภายใต้

เงื่อนไขของความกตัญญู<sup>18</sup> อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลหลักที่เผชิญกับการปรับตัวต่อเกิดอารมณ์ทางลบ พบได้ในผู้ดูแลหลักที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งอยู่ในวัยสูงอายุและมีโรคประจำตัว มีระยะเวลาที่ให้การดูแลยาวนาน ชาดคนช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแล ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอน โดยเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยสูงอายุมีอาการทรุดลง ส่งผลให้เกิดอารมณ์ทางลบและเพิ่มปัญหาสุขภาพตามมา สอดคล้องกับการศึกษาการรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้าย ที่พบว่าผลกระทบทางด้านอารมณ์ที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุมาจากความกังวลใจเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ<sup>19</sup> และผลการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะประคับประคอง ที่พบว่าผู้ดูแลต้องเผชิญภาวะคุกคามจากความวิตกกังวลจากอาการที่แย่งทางกายของผู้ป่วยและจากการที่ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานที่ไม่สามารถบรรเทาได้ที่บ้านรวมทั้งภาวะคุกคามทางด้านเศรษฐกิจ<sup>20</sup>

กลุ่มอาการความไม่สุขสบายทางร่างกาย โดยกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุดูแลโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้แก่ อาการทางระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ และอาการปวด โกล้เคียงกับผลการศึกษาอาการที่คุกคามในผู้สูงอายุกลุ่มโรคเรื้อรังที่ครอบคลุมโรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคไต ที่พบว่าอาการเหนื่อย นอนไม่หลับ และอาการปวดเป็นอาการที่พบบ่อยในทั้งสามกลุ่มโรค<sup>21</sup> และในผู้สูงอายุที่ยังรู้สึกตัวจะพบว่าอาการอ่อนเพลียเป็นอาการพบบ่อยมากที่สุด<sup>17,21</sup>

ข้อมูลทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม ภาวะการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ยาวนานจนผู้สูงอายุเข้าสู่ระยะสุดท้าย ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องจัดการด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยจัดการให้มีสิ่งสนับสนุนทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาโครงการภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน ที่พบว่าลักษณะการดูแลผู้สูงอายุ

ในครอบครัว จะมีการกำหนดให้มีผู้ดูแลหลัก ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในด้านอาหาร การกินยา ความสะอาด และการดูแลสุขภาพโดยรวม และมีสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ให้การช่วยเหลือ<sup>22</sup> อย่างไรก็ตาม ในครอบครัวที่มีปัญหาเศรษฐกิจ ส่งผลให้มีความขัดแย้งได้สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังก่อให้เกิดภาระและผลกระทบด้านการเศรษฐกิจมากที่สุด และผู้ดูแลขาดโอกาสในการประกอบอาชีพ ทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัว<sup>18</sup>

## สรุป

การใช้กรอบ “LIFESS” ประเมินความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่า ผู้สูงอายุบางรายเท่านั้นที่แสดงความปรารถนาในช่วงสุดท้ายของชีวิต ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการเตรียมตัวตาย และต้องการการดูแลช่วยเหลือด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ดูแลหลักต้องปรับตัวด้านอารมณ์ทั้งทางด้านบวกและลบในการดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุบรรเทาความไม่สุขสบายจากกลุ่มอาการทางร่างกายในระยะสุดท้าย ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัว อย่างไรก็ตาม การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาจากผู้ดูแลหลักที่ใกล้ชิดและให้การดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้าย ดังนั้นผลการวิจัยอาจมีความคลาดเคลื่อนไปจากความปรารถนาของผู้สูงอายุ

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดให้มีแนวทางการสื่อสารระหว่างผู้ให้การรักษากับผู้สูงอายุและครอบครัวเกี่ยวกับการดำเนินโรคเรื้อรังที่อยู่ในระยะก้าวหน้าและไม่มีโอกาสรักษาให้หายขาด รวมทั้งเป้าหมายในการรักษาในขณะผู้สูงอายุยังรู้สึกตัว และจัดให้มีแนวทางการสื่อสารภายในครอบครัวเกี่ยวกับความเชื่อ ทศนคติต่อการตายดี เพราะมีผลต่อการตัดสินใจความปรารถนาใน

ช่วงสุดท้ายของชีวิต และเพื่อให้ผู้ตัดสินใจแทนได้ทำตามความประสงค์ของผู้สูงอายุ

2. ทีมเยี่ยมบ้านควรสนับสนุนให้ผู้ดูแลให้การดูแลที่สอดคล้องกับความเชื่อและคำสอนทางศาสนา ช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับอาการในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุภายใต้บริบทของการดูแลที่บ้าน เพื่อเป็นการแก้ปัญหาไม่ให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานและขยายบริการการดูแลระดับประคองที่บ้านให้ทั่วถึง รวมทั้งช่วยส่งเสริมการเผชิญปัญหาให้ปรับความคิดบวก เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวด้านอารมณ์ได้สมดุล โดยคำนึงผู้ดูแลหลักวัยสูงอายุและผู้ที่มีปัญหาเศรษฐกิจ

## เอกสารอ้างอิง

1. Pramote P, Patama V. Transitional point of the Thai population. In Sureporn P, & Malee S (Editors). Nakhon Pathom: Population and Social Press, Mahidol University; Duentula-printing-house-co-ltd, 2011.
2. Suwakon K., Patcharee P, Suviriya S. End of life care: New challenge dimension of nurses, Mahasarakham: Srimahasarakham Nursing College; Praboromarajchanok Institute; 2013.
3. Pimpanit P, Sangarun I, Urai H. Family's perspectives and support needs in caring for end stage cancer patients. Thai J of Nurs Council 2015;30(4):57-71. (in Thai)
4. Karen MD, Andrew DH, Michael, CR. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomized controlled trial. Bri Med J 2010;340(c1345):1-9.
5. Jane ES, Arun K, Katherine F. Do nursing homes for older people have the support they need to provide end of life care? A mixed methods enquiry in England. Palliat Med 2010;25(2):125-38.

6. Kelly IS. Burdens of family caregiving at the end of life. *Clin Invest Med* 2013; 36(3), 121-26.
7. National Health Security office (NHSO) Palliative Care. In Manual for health personnel: law and practice guideline related to end of life care 2010. Palliative Care และ National Health Act 2550 section 21; 2011 Nursing council members:p32-47. (in Thai)
8. Jarupa S. Development of an end-of-life nursing practice guideline for hospitalized patients with cancer. [Dissertation]. Songkla: Prince of Songkla Univ; 2014. (in Thai)
9. Manote L, Pramote S. Psychiatry Ramathibodi (3 rd). Bangkok. Faculty of Medicine; Ramathibodi
- 10 Sarapee R, Naiyana P, & Raweewan P. Factors related to behavior for preparing to cope with dying and death among older adults in the Elderly Clubs, Pattani Province, Song Nurs J 2013;33(1):43-56. (in Thai)
- 11 Vleminck AD, Pardon K, Beernaert K, Deschepper R, Houttekier D, Audenhove CV, Deliens L, Stichele RV. Barriers to advance care planning in cancer, heart failure and dementia patients: A focus group study on general practitioners' views and experiences. 2013;9(1): 1-9.
12. Rukchart N, Chaowalit A, Suttharangsee W, Parker ME. End-of-life decisions among Thai Buddhist adults with chronic illness. *Song J of Nurs* 2014;34: 44-54.
13. Luksana S. Preferences of patients and their surrogates for advance directives at the end of life [Dissertation]. Songkla: Prince of Songkla Univ; 2012. (in Thai)
14. Islamic Center of Blacksburg for Islamic Information and Education. Dying and death: Islamic view 1995. Retrieved from [http://civicbev.net/icb/pdf/i43\\_lad.pdf](http://civicbev.net/icb/pdf/i43_lad.pdf). (in Thai)
15. Wanlapa K. Good death as perceived by the patients' family members. *Burapha University's Journal online* 2011;19(2),1-12. (in Thai)
16. Lunney JR., Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM. Patterns of functional decline at the end of life. *J Am Med Assoc* 2003;289(18):2387-92.
17. Stiel S, Psych D, Matthies DM, Seub D, Walsh D, Lindena G, Ostathe C. Symptoms and problem clusters in cancer and non-cancer patients in specialized palliative care-Is there a difference? *J of pain and Symp Manag* 2013;1(2): 1-10.
18. Siranee S, Komatra C; Kanisorn T. Burden and impact as well as the role of organizations involved in long - term care for the elderly in Thailand 2014. Health system research institute, Office of policy and strategy, Ministry of Public Health. (in Thai)
19. Waraporn P, Jeerapon P, Julalux K, Model development for elderly who had end stage chronic illnesses and admitted at Medical Unit II of Loi Et Hospital. *J Nurs Assoc of Thailand North-Eastern Division* 2012;30(3):68-77.
20. Sato K, Miyashita M, Morita T, Suzuki M. The long-term effect of a population-based education intervention. *J of Palliat Care* 2009;25:206-12.

21. Janssen DJA, Spruit MA, Wouter EFM, School JM. GA. Daily symptom burden in end stage chronic organ failure: A systematic review. Palliat Med 2008;22(1):938-48.
22. Lek S. Family's care for the older person's today 2006. Bangkok: Mister Copy Limited.