

การตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต*

Good Death as Perceived by the Critically Ill Patients' Family Members

วัลภา คุณทรงเกียรติ**, พย.ด.

Wanlapa Kunsongkeit, Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดกเกอร์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต ผู้ให้ข้อมูลเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่พักรักษาในโรงพยาบาล 3 แห่งในจังหวัดชลบุรี โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 7 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนเมษายน 2557 โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกต และการสะท้อนคิด วิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของ โคเฮน คาห์น และสตีฟส์ (Cohen, Kahn, & Steeves, 2000)

ผลการศึกษาพบประเด็นหลักเกี่ยวกับการตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตทั้งหมด 4 ประเด็น คือ การตายที่ไม่มีความทุกข์ทรมาน การยอมรับการตายที่จะเกิด การได้ดูแลและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และการมีสมาชิกครอบครัวอยู่ด้วยก่อนตาย ผลการศึกษานี้ ทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งถึงการตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต ทำให้พยาบาลสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองในการส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อให้เกิดการตายที่ดีได้ในผู้ป่วยภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย

คำสำคัญ: การตายดี สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต

Abstract

A qualitative research based on Heideggerian phenomenology aimed to explain good death as perceived by the critically ill patients' family members. Seven informants who were family

members of the critically ill patients at three hospitals in Chonburi province were purposively selected. Data were collected by in-depth interview, observation, and critical reflection. Cohen, Kahn and Steeves's (2000) step guided data analysis.

Four themes of good death as perceived by the critically ill patients' family members emerged, which were death without suffering, acceptance of inevitable death, caring and responding the patients' needs, and being with family members before death. This findings provide deep understanding of good death as perceived by the critically ill patients' family members and help to improve quality of palliative care by promoting families' participation in caring for good death in critically ill patients.

Keywords: Good death, critically ill patients' family members

ความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยภาวะวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตหรือมีความเสี่ยงต่อภาวะดังกล่าว โดยภาวะนี้อาจเกิดจากอวัยวะหนึ่งๆ หรือหลายอวัยวะทำงานล้มเหลวจากโรคหรือภัยอันตรายต่างๆ ได้ ซึ่งเมื่อเกิดภาวะวิกฤตขึ้นผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการและเทคโนโลยีที่ทันสมัยและซับซ้อน เพื่อช่วยชีวิตหรือยืดชีวิตผู้ป่วยให้นานที่สุด จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะใน

* ทุนอุดหนุนการวิจัยงบประมาณเงินรายได้ปี 2557 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยวิกฤต แต่ยังคงมีผู้ป่วยวิกฤตอีกจำนวนหนึ่งที่เจ็บป่วยด้วยโรคหรือมีความผิดปกติรุนแรงซึ่งไม่สามารถเยียวยาให้อาการดีขึ้นได้ ส่งผลให้การทำงานของอวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกายล้มเหลวจนผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด (ดุสิต สถาวร, 2548) ซึ่งการช่วยเหลือผู้ป่วยดังกล่าว บางครั้งอาจได้ผลในการช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยไปได้ระยะหนึ่ง แต่ก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงความตายได้ จึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมากและยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวด้วยเช่นกัน (Miyashita, Morita, Sato, Hirai, Shima, & Uchitomi, 2008) เพราะสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิด มีความผูกพันและเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก ประกอบกับยังไม่มีโอกาสได้เตรียมตัวเตรียมใจที่จะรับกับการตายที่อาจเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2553) จากการศึกษาพบว่า เมื่อสมาชิกในครอบครัวรู้ว่า ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายและต้องเผชิญกับความตายที่จะมาถึงอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ สมาชิกครอบครัวจะรู้สึกตกใจ ซ็อก หดหู่ โศกเศร้า และสูญเสีย (Yoo, Lee, & Chang, 2008) แต่เมื่อไม่สามารถปฏิเสธความตายที่จะมาถึงได้ ก็ปรารถนาให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อให้เกิดการตายที่ดี (good death) (Shirado, Morita, Akazawa, et al., 2013)

ในปัจจุบัน หลักสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองจะให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (centered at patient and family) เน้นการดูแลแบบองค์รวมคือ จิตใจ ร่างกาย และจิตวิญญาณเป็นสิ่งสำคัญ รวมถึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากที่สุด (World Health Organization, 2014) แต่ในระยะสุดท้ายนี้ ผู้ป่วยภาวะวิกฤตมักจะไม่สามารถทำการตัดสินใจที่เกี่ยวกับตนเองได้ สมาชิกครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญในการทำหน้าที่เป็นตัวแทนผู้ป่วยและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษารวมถึงการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตายที่ดี (McCallum & McConigley, 2013; Stayt, 2009) ซึ่งเป็นความปรารถนาสุดท้ายที่เหมือนกันทั้งผู้ป่วย สมาชิกครอบครัว และพยาบาล คือ การช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตายที่ดี (Hales, Zimmerman, & Rodin, 2010; Kongsuwan, 2011)

พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายให้พบกับการตายที่ดี

รวมถึงการดูแลสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยให้สามารถผ่านพ้นช่วงเวลานี้ไปได้ด้วยดีทั้งก่อน ขณะ และหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิต เพราะพยาบาลเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด จึงต้องเผชิญกับการตัดสินใจแก้ไขปัญหา ในขณะที่เดียวกันก็เป็นผู้ที่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวหวังจะพึ่งพิงในระยยะสุดท้ายมากที่สุด (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2553) ในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย สมาชิกครอบครัวจะมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตายที่ดีได้ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ดังนั้น การเข้าใจความหมายของการตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยภาวะวิกฤตจึงมีความสำคัญเพื่อให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตจะสามารถเข้าใจและดูแลสมาชิกครอบครัวให้เผชิญกับช่วงเวลาดังกล่าวได้อย่างดีและมีความสงบต่อการจากไปของผู้ป่วยได้ (Sherwen, 2014) อย่างไรก็ตาม ความหมายของการตายดียังไม่มีความชัดเจน เพราะการให้ความหมายของคำว่าตายดีจะมีความแตกต่างกันไปตามความเชื่อ ทัศนคติ วัฒนธรรม (Mak, 2002) และประสบการณ์ของแต่ละคน (Kehl, 2006) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับการตายดีในมุมมองของผู้ป่วย (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2554; Mak, 2002; Vig & Pearlman, 2004) และพยาบาล (Griggs, 2010; Kim, & Lee, 2003) อย่างกว้างขวาง แต่ในส่วนของความตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตยังมีอยู่จำกัดและเกิดขึ้นในบริบทที่แตกต่างกันของสังคมไทย (Fridh, Forsberg, & Bergborn, 2009; Iranmanesh, Hosseini, & Esmaili, 2011) รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังแสดงให้เห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์ยังให้การดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยภาวะวิกฤตเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยให้รอดพ้นจากภาวะวิกฤตมากกว่าการดูแลสมาชิกครอบครัว (Mangan, Taylor, Yabroff, Fleming, & Ingham, 2003) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในระยะสุดท้ายได้มีส่วนร่วมดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดการตายที่ดี ซึ่งจะเป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่ออธิบายเกี่ยวกับการตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดกเกอร์ที่เน้นความเป็นธรรมชาติของการดำรงอยู่ของบุคคล (human existence) ในภาวะการณ์หนึ่ง บุคคลจะเป็นผู้ให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามความรู้สึกนึกคิดของตนเองที่จะแตกต่างจากคนอื่น ๆ เพราะประสบการณ์เป็นเรื่องของปัจเจกบุคคลที่บุคคลนั้นประสบและรับรู้ (Leonard, 1994) ซึ่งการให้ความหมายจะเป็นผลจากภูมิหลัง (background) ของบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา วัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมที่ทำให้คนมีความเข้าใจ เกิดการตีความ (interpreting) และให้ความหมายต่อประสบการณ์ที่ตนเองประสบอย่างไรและจะสื่อสารออกมาทางภาษาทั้งวัจนภาษา และอวัจนภาษา (Koch, 1995) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดกเกอร์ (Heideggerian phenomenology) ที่จะเน้นการทำความเข้าใจและอธิบายว่า บุคคลมีการรับรู้และให้ความหมายของปรากฏการณ์ที่ตนเองประสบอย่างไร โดยให้ความสำคัญกับธรรมชาติของปรากฏการณ์นั้น ๆ ที่การศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2557 ถึงเดือนเมษายน 2557

สถานที่ศึกษา คือ หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขนาด 150 เตียง โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 500 เตียง และโรงพยาบาลแม่เรียมชลบุรี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ดำเนินการดูแล ควบคุมป้องกันโรคแม่เรียม ในภาคตะวันออก ให้บริการทางด้านเคมีบำบัด รังสีรักษา และการผ่าตัด

ผู้ให้ข้อมูล คือ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วย จำนวน 7 คน ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติดังนี้ เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง เป็นผู้ดูแลหลัก สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย: ผู้วิจัย ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัย **แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึก** เช่น คุณช่วยเล่าเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในครั้งนี้ คุณให้ความหมายของการตายดีอย่างไร การตายดีจะเกิดขึ้นได้อย่างไร เป็นต้น **แนวทางในการสังเกต** ซึ่งจะสังเกตสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย และการแสดงออกทางท่าทางและอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูลขณะถูกสัมภาษณ์ **แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล** ได้แก่ ข้อมูลของผู้ป่วยในเรื่อง เพศ อายุ โรค ส่วนข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและประสบการณ์เกี่ยวกับการตายที่ผู้ให้ข้อมูลเคยพบ/เห็นด้วยตนเองทั้งจากบุคคลในครอบครัวหรือผู้ป่วยอื่น **แบบบันทึกการสะท้อนคิด** จะเป็นการบันทึกความรู้สึกและความคิดของผู้วิจัยที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการวิจัย และ **อุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก และปากกา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยบูรพา โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลแม่เรียมชลบุรี ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างดังนี้มี การแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และรายละเอียดของการทำวิจัยเพื่อขอความความร่วมมือในการทำวิจัย โดยอธิบายให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล โดยใช้เป็นรหัสแทน และข้อมูลต่างๆ เก็บไว้ในที่ปลอดภัยมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่จะทราบ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้เชิงวิชาการเท่านั้น และข้อมูลต่างๆ จะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการทำวิจัยแล้ว ระหว่างการทำวิจัย ผู้ให้ข้อมูลสามารถซักถามข้อสงสัยต่างๆ ได้ และหากผู้ให้ข้อมูลไม่ประสงค์จะเข้าร่วมหรือออกจากกรวิจัยก็สามารถทำได้ โดยจะไม่มีผลเสียหายเกิดขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี

ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยจึงประสานงานกับฝ่ายการพยาบาลและหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นเรื่องการตายตีตาม การรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต ซึ่งอาจจะ เป็นเรื่องที่ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเกิดความรู้สึก อ่อนไหว สะเทือนใจ และไม่อยากจะเล่าให้ฟัง ดังนั้น ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงประสานงานและขอให้หัวหน้า หอผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ติดต่อขอความร่วมมือจากสมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยก่อน ถ้าหากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยยินดี เป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงไปพบผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง และ ทำการพิทักษ์สิทธิแก่ผู้ให้ข้อมูล ส่วนที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ฝ่ายวิจัยของโรงพยาบาล ได้มอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ประสานงานกับผู้วิจัย ผู้วิจัยจึงขอให้เป็นผู้ติดต่อกับ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยก่อนเช่นเดียวกับที่โรงพยาบาล มหาวิทยาลัย ซึ่งสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับการติดต่อ ยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูลทุกคน ผู้วิจัยจึงไปพบผู้ให้ ข้อมูลด้วยตนเองและอธิบายเกี่ยวกับสิทธิของผู้ให้ข้อมูล ในการเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัย ทำการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้ข้อมูลที่โรงพยาบาลมะเร็ง ชลบุรี และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา โดยทำการ สัมภาษณ์ในห้องให้คำปรึกษา ซึ่งจะอยู่หน้าหอผู้ป่วย ส่วน โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สัมภาษณ์ ในสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสังเกต ปฏิกริยาท่าทางและอารมณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกมาขณะ ทำการสัมภาษณ์จนสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ซึ่งใช้เวลา ประมาณ 60-90 นาทีในแต่ละครั้ง ขณะสัมภาษณ์มี ผู้ให้ข้อมูล 3 ราย ที่มีอาการเศร้าโศกและร้องไห้ ผู้วิจัยจึง ให้การช่วยเหลือด้วยการหยุดการสัมภาษณ์ จับมือเป็นการ ให้กำลังใจและแสดงความเข้าใจความรู้สึก เปิดโอกาสให้ ร้องไห้จนหยุดเองแล้วถามความสมัครใจว่าจะหยุดการให้ ข้อมูลหรือจะให้ข้อมูลต่อ ซึ่งทุกรายก็ยินดีที่จะให้ข้อมูลต่อ จนเสร็จ เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการสรุปประเด็น ที่เกิดขึ้นในการสัมภาษณ์ จากนั้นผู้วิจัยได้ขออนุญาต ผู้ให้ข้อมูลในการกลับมาสัมภาษณ์อีกครั้งถ้าภายหลัง การถอดเทปฟังข้อมูลที่ได้แล้วยังมีประเด็นที่ไม่ชัดเจนซึ่ง

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนก็ยินดีให้สัมภาษณ์ได้อีกครั้ง จากนั้นผู้วิจัย ทำการจดบันทึกภาคสนามเกี่ยวกับบรรยากาศในระหว่าง การสัมภาษณ์ และสิ่งที่สังเกตได้ รวมถึงบันทึกการสะท้อน คิดเพื่อแยกแยะความรู้สึกนึกคิดที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับเรื่อง ที่ทำการวิจัยเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละรายทันที ทุกครั้ง

4. ผู้วิจัยได้มีการนัดหมายเพื่อทำการสัมภาษณ์ ครั้งที่ 2 กับผู้ให้ข้อมูลทั้ง 7 คน โดยก่อนการสัมภาษณ์ ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยได้สรุปสาระที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งแรก เพื่อตรวจสอบจากผู้ให้ข้อมูลว่า ผู้วิจัยสรุปได้ถูกต้อง หรือไม่ และเปิดโอกาสให้เพิ่มเติมข้อมูลเพื่อความสมบูรณ์ ของข้อมูล จากนั้นจึงสัมภาษณ์เกี่ยวกับประเด็นที่ผู้วิจัยยัง ไม่เข้าใจหรือต้องการให้มีการอธิบายเพื่อความชัดเจน ซึ่งในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที ซึ่งในครั้งนี้อันไม่มีผู้ให้ข้อมูลรายใดร้องให้อีก ก่อนสิ้นสุด การสัมภาษณ์ ผู้วิจัยขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ยินดีถ่ายทอด ประสบการณ์เกี่ยวกับการตายตีให้ทราบ

5. หลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัย ทำการถอดเทปคำต่อคำ เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลและ วางแผนในการสัมภาษณ์ต่อไปในประเด็นที่ไม่ชัดเจน

6. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลไปจนถึงขั้นข้อมูลมีความอิ่มตัว (data saturation) ซึ่งหมายถึง ไม่มีข้อมูลใหม่ เกิดขึ้นอีก (Sandeloski, 1995) พบเมื่อเก็บข้อมูลในผู้ให้ ข้อมูลคนที่ 7 จึงยุติการเก็บข้อมูล

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างความน่าเชื่อถือตามแนวทางของ ลินคอน และกูปา (Lincoln & Guba, 1985) ดังต่อไปนี้

1. ความเชื่อถือได้ (credibility) ผู้วิจัยดำเนินการ โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์จริง มีการสร้าง สัมพันธภาพที่ดีก่อนการสัมภาษณ์ด้วยการเยี่ยมเยียนผู้ป่วย และทำความเข้าใจกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิด ความไว้วางใจพร้อมที่จะถ่ายทอดประสบการณ์ให้ฟัง นอกจากนั้นในระหว่างการทำวิจัย ผู้วิจัยได้มีการสะท้อน คิด (critical reflection) เพื่อทำการตรวจสอบความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะที่เก็บข้อมูลเพื่อลดความลำเอียง ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ และมีการยืนยันข้อมูล (member checking) ระหว่างที่มีการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ทำการ สรุปการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง แล้วให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันและ

เพิ่มเติมในส่วนที่ไม่ชัดเจนให้มากขึ้น

2. การถ่ายโอนงานวิจัย (transferability) ผู้วิจัยเขียนบรรยายลักษณะของการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เพื่อให้เข้าใจและสามารถประยุกต์ใช้ข้อค้นพบครั้งนี้ได้ในผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะและอยู่ในบริบทคล้ายคลึงกัน

3. การพึ่งพาเกณฑ์อื่นได้ (dependability) ผู้วิจัยเขียนขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการสรุปผลการวิจัยอย่างละเอียด เพื่อให้เข้าใจและสามารถตรวจสอบได้

4. การยืนยันผลการวิจัย (confirmability) เป็นการที่สร้างความเชื่อมั่นในผลการวิจัยว่า เกิดขึ้นจริงโดยผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารต่างๆ ตลอดจนเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อสามารถนำมาใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงแหล่งข้อมูล และสามารถตรวจสอบความถูกต้องย้อนหลังได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของ Cohen, Kahn and Steeves (2000) โดยมีขั้นตอน 6 ขั้นตอน ดังนี้
 ขั้นตอนที่ 1) อ่านข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปหลายครั้งจนเข้าใจภาพรวมของประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล
 ขั้นตอนที่ 2) ทำการตัดทอนข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออก (data

reduction) โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลด้วยการใช้วิจารณญาณของผู้วิจัย
 ขั้นตอนที่ 3) อ่านข้อมูลที่เหลือเพื่อระบุความหมายที่สำคัญด้วยการให้รหัสรวมถึงข้อมูลจากการสังเกตก็มีการให้รหัสเช่นกัน
 ขั้นตอนที่ 4) ทำการจัดกลุ่มรหัสที่เกี่ยวข้องกันเป็น subcategories และ categories
 ขั้นตอนที่ 5) ทำการจัดกลุ่ม categories ให้เป็น theme ตามความหมายที่เกี่ยวข้องกัน
 ขั้นตอนที่ 6) ตรวจสอบความตรงของประเด็นหลักที่จัดกลุ่มกับ categories และ ผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูล

ผู้ป่วยมีจำนวน 7 คน เป็นเพศหญิง 4 คน เพศชาย 3 คน มีอายุระหว่าง 36-91 ปี เป็นโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดคือ 3 คน ส่วน ผู้ให้ข้อมูลมีทั้งหมด 7 คน เพศหญิง 7 คน มีอายุระหว่าง 31-62 ปี สถานภาพสมรสคู่มากที่สุดคือ 5 คน นับถือศาสนาพุทธ 6 คน ศาสนาคริสต์ 1 คน มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา 3 คน อาชีพค้าขายมากที่สุดคือ จำนวน 4 คน มีความสัมพันธ์เป็นบุตรสาว 6 คน และมีประสบการณ์เกี่ยวกับการตายของผู้อื่นทุกคน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูล

คนที่	ผู้ป่วย		ผู้ให้ข้อมูล							
	เพศ	อายุ	โรค	เพศ	อายุ	สถานภาพสมรส	ศาสนา	การศึกษา	อาชีพ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
1	ญ	91	Stroke with post-cardiac arrest	ญ	36	โสด	คริสต์	ป.ตรี	ค้าขาย	บุตร
2	ช	74	CA liver with bone, lung metastasis	ญ	36	คู่	พุทธ	มัธยมศึกษา	ค้าขาย	บุตร
3	ญ	36	Lymphoma	ญ	40	คู่	พุทธ	ไม่ได้เรียน	ทำนา	พี่สาว
4	ญ	88	ESRD with pulmonary edema	ญ	47	คู่	พุทธ	มัธยมศึกษา	ราชการ	บุตร
5	ญ	88	Stroke with aspirated pneumonia	ญ	62	คู่	พุทธ	ประถมศึกษา	ค้าขาย	บุตร
6	ช	82	Stroke with sepsis	ญ	47	โสด	พุทธ	มัธยมศึกษา	แม่บ้าน	บุตร
7	ช	77	ARDS with DIC	ญ	31	คู่	พุทธ	ประถมศึกษา	ค้าขาย	บุตร

หมายเหตุ : CA = cancer, ESRD = end stage renal disease, ARDS = adult respiratory distress syndrome, DIC= Disseminated intravascular clotting

ส่วนที่ 2 การตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีทั้งหมด 4 ประเด็นหลัก คือ การตายที่ไม่มีมีความทุกข์ทรมาน การยอมรับการตายที่จะเกิด การได้ดูแลและตอบสนองความปรารถนาของผู้ป่วย และการมีสมาชิกครอบครัวอยู่ด้วยก่อนตาย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 การตายที่ไม่มีมีความทุกข์ทรมาน ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการตายดีว่าเป็นการที่ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบเหมือนการนอนหลับไปตามธรรมชาติหรือที่เรียกว่าไปสบาย การตายอย่างสงบจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่มีความทรมานที่เกิดจากความเจ็บปวดทางกายและทางใจที่เกิดจากความห่วงกังวล

1.1 การไม่มีความทุกข์ทรมานทางกาย ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า การไม่มีความทุกข์ทรมานทางกาย ที่ผู้ให้ข้อมูลสัมผัสและรับรู้ได้ด้วยตนเองตลอดเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมา คือ ความเจ็บปวดที่เกิดจากโรคที่เป็นอยู่ ผลของการรักษา เช่น การให้เคมีบำบัด การผ่าตัด หรือการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นต้น ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลเกือบทั้งหมดเห็นว่า เมื่อผู้ป่วยใกล้จะตาย การช่วยชีวิตที่ต้องมีการนวดหัวใจ ใส่ท่อช่วยหายใจ เจาะคอ และใช้เครื่องช่วยหายใจ ล้วนแล้วแต่ทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดโดยแสดงออกทางสีหน้าและน้ำเสียง จนผู้ให้ข้อมูลรู้สึกถึงความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ประกอบกับผู้ป่วยบอกกล่าวไว้ก่อนว่า ไม่ให้ใส่ท่อช่วยหายใจเพราะไม่ต้องการทุกข์ทรมาน นอกจากนั้น ผู้ให้ข้อมูลที่เคยมีประสบการณ์ได้เห็นผู้ป่วยรายอื่นมีการนวดหัวใจแล้ว กระดุกซี่โครงหัก หรือช่วยชีวิตขึ้นมาแล้วยังต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา ไม่สามารถสื่อสารได้ ก็จะไม่ให้มีการช่วยชีวิตเพราะจะทำให้เกิดความทรมานทั้งผู้ป่วยและญาติ จนกระทั่งเสียชีวิต ซึ่งจะเป็นการจากไปอย่างไม่สงบ ดังนั้น การตายที่ไม่มีมีความทุกข์ทรมาน จะช่วยให้เกิดการตายที่ดีได้

“ไม่อยากจะเจาะคอกลัวเจ็บ ยังไงก็จะไม่รอด อย่าเจาะเด็ดขาด คิดว่าอย่าให้เจ็บอะไรอีกแล้ว แค่เครื่องช่วยหายใจแค่เครื่องช่วยหายใจก็เจ็บมากพอแล้ว ถ้าอำมาเค้าเกิดความดันต่ำแล้วก็อะไรก็ไม่ไหว หนูก็ว่าปล่อยไปเถอะ ปล่อยให้แกไปสบาย ก็ไม่บ่น ไม่ทำอะไรแล้ว” (ID1)

“ถ้าบีมซี่โครงหักก็มีแล้วนะ เขาบอกว่ามันแรงมาก บีมหัวใจหนะ แล้วแกแกแล้ว เร็วแรงแกไม่ค่อยมี ถ้าแกไปก็จะให้แกไปอย่างสงบ” (ID2)

“ตอนที่พยาบาลบอกแล้วเรา เราก็มีประสบการณ์ที่เห็นคนอื่นเจาะคอ แล้วดูทรมาน บางรายก็เสียชีวิตไป เพราะฉะนั้นถ้าต้องเสียชีวิตเนี่ย พ่อก็น่าจะเสียชีวิตแบบไม่ทรมานอะ” (ID7)

1.2 การไม่มีความทุกข์ทางใจ ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า การที่ผู้ป่วยไม่มีความห่วงกังวลในเรื่องใดๆ ของตนเองและครอบครัวอีกต่อไปทั้งก่อนตายและหลังการตายของตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถจากไปได้อย่างสบายใจ

“ตายดีหรือคะ ก็น่าจะมีสบายใจ ไม่ต้องมีห่วงมาก ไม่ทุกข์ทรมาน จะไปอย่างสบายใจ” (ID2)

“จุดสำคัญเลยของการตายดี คือ ทำอะไรยังไงก็ได้ให้แกไปอย่างสบายใจไม่มีกังวล ไม่มีห่วง” (ID3)

ประเด็นหลักที่ 2 การยอมรับการตายที่จะเกิดขึ้น ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า การยอมรับถึงการตายที่จะเกิดขึ้นต่อไปทั้งตัวผู้ป่วยเองและครอบครัวจึงจะทำให้เกิดการตายที่ดีได้ ถ้าหากผู้ป่วยยอมรับได้ ก็จะไม่ทุกข์ใจอีกต่อไปและจะได้มีโอกาสสั่งเสียบอกความต้องการของตนเองได้ ส่วนครอบครัวก็ต้องยอมรับเช่นกันว่า การตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ถ้ายอมรับได้ ก็จะไม่เศร้าโศก และไม่ร้องไห้ให้ผู้ป่วยเห็น เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกังวลจนวาระสุดท้ายสิ่งที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลยอมรับและทำได้ คือ การใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งมาช่วยให้ผู้ป่วยและตนเองยอมรับการตายที่จะเกิดขึ้นว่า ความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ทุกคนต้องเผชิญ และเมื่อถึงวาระนั้นก็จะช่วยทำให้จากไปได้อย่างสงบ และผู้ให้ข้อมูลก็สบายใจด้วย นอกจากนั้น การได้ข้อมูลจากแพทย์เกี่ยวกับอาการและได้เห็นสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ทรมานมานาน การตายน่าจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความทรมานดังกล่าวได้และคิดว่าตนเองได้ดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่แล้ว

2.1 ผู้ป่วยยอมรับการตายที่จะเกิดขึ้น ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า การที่ผู้ป่วยยอมรับการตายที่จะเกิดขึ้นได้ เพราะผู้ป่วยปราศจากความกังวล เนื่องจากใช้ชีวิตที่ผ่านมาคุ้มค่าและไม่มัวอะไรค้างคา นอกจากนั้นผู้ให้ข้อมูลบางรายก็จะนำศาสนาเข้ามาช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบ ยอมรับ

การตายที่จะเกิดขึ้น

“ตั้งสติดีๆ คิดถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์เข้าไว้ หนูปกน้องอย่างนี้ไม่ต้องไปคิดมากหรอก หนูก็บอก เขาก็ผงกหัวนะ ผงกหัวรับรู้นะก็แค่นั้นแหละคะ ก็ดูเขาจะสงบขึ้น ไม่ทุรนทุราย นิ่งไป” (ID3)

“เค้า (ผู้ป่วย) ไม่กลัวหรอก ตาย เค้า ไม่กลัว เค้าบอกไม่กลัวอยู่แล้ว ตายช้าตายเร็วก็ต้องตาย ถ้า เค้าคิดยอมรับได้อย่างนี้เขาก็จะไปได้นะว่ามี” (ID7)

2.2 ครอบครัวยอมรับการตายที่จะเกิด ผู้ให้ ข้อมูลที่มีญาติเป็นโรคมะเร็งยอมรับการตายที่จะเกิดได้ เพราะรับรู้ว่ามีผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งจะต้องตาย หรือในผู้ป่วย ที่มีอาการรุนแรงจนต้องใช้เครื่องช่วยหายใจมาเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมานาน ผู้ให้ข้อมูลก็จะยอมรับกับการตายได้และเห็นว่าการตายน่าจะเป็นสิ่งที่ดีกับผู้ป่วยที่จะพ้นจากความทรมานที่มีอยู่ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีจิตใจที่สงบขึ้นและพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่

“สิ่งที่ทำให้เรายอมรับได้ ก็คือเห็นภาพ อาม่าที่ทรมาน ที่เค้ามีเครื่องช่วยหายใจ มีสายโน่นนั่น หนู ทรมาน เห็นเค้าทรมานแล้วอยากให้เค้าไปสบาย เพราะมอง ดูแล้วคือ มันยากที่จะกลับมา หนูคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างคือ พระเจ้ากำหนด แล้วแต่น้ำพระทัยของพระเจ้า พระเจ้า กำหนดไว้แล้ว เราคิดอย่างนั้น เราก็ไม่ทุกข์แล้ว ยอมรับได้” (ID1)

“ยอมรับได้ตั้งแต่วันที่แถมเป็นมะเร็งเพราะ ว่าเห็นใครเป็นมะเร็งไม่ว่ายากดีมีจนรวยขึ้นไหนก็ไม่มียาย อะมะเร็ง แล้วอีกอย่างพ่อไม่ได้เป็นขั้นที่ 1 ขั้นที่ 2 พ่อเรา เป็นสุดท้ายแล้วคือมันลามไปหมดแล้ว ไปถึงขั้นที่เดินไม่ได้ แล้ว” (ID2)

“ถ้าเกิดเราไม่เห็นภาพ ตั้งแต่ต้นนะคะ เราก็จะคิดว่า ดีกว่าพ่อเราก็หาย แต่ที่นี้พ่อ เราเห็นภาพ ตั้งแต่ต้น และด้วยอายุเค้า ด้วยแรงของเค้า เราก็ต้องทำใจ ยอมรับ เพราะว่ามันก็ไม่น่าจะยึดของเค้าได้เป็นเดือนเป็น ปี” (ID7)

ประเด็นหลักที่ 3 การได้ดูแลและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า เมื่อได้ทราบว่าผู้ป่วย เข้าสู่ระยะสุดท้ายแล้ว ผู้ให้ข้อมูลจะได้ให้การดูแลผู้ป่วย ให้ดีที่สุดในชีวิตและทำตามความปรารถนาผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้ พบกับการตายที่ดี

3.1 การดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย สิ่งที่สามารถทำได้และช่วยให้ผู้ป่วยจากไปด้วยดีคือดูแลผู้ป่วยให้ดีและสุขสบายที่สุดในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่จนถึงนาทีสุดท้ายของชีวิตทั้งนี้เป็น เพราะความผูกพันในความเป็นลูกและพี่สาว

“อย่างพ่อป่วยอย่างนี้ ถ้าลองเราไม่ได้พูด กับพ่อ ไม่ได้ดูแลพ่อเนี่ยเราจะเสียใจมากเลยนะ เราเป็นลูก ก็ต้องมาดูแล ณ วันนี้ หนูยังภูมิใจว่าเราได้ดูแลพ่อนะ คือ ได้ เซ็ดซีเช็ดเย็บก็ยังมี ก็พ่อเขาเซ็ดซีเช็ดเย็บให้เรามาตั้งแต่ เด็ก นี่ทุกวันนี้ซีเย็บไม่เคยรังเกียจเลยนะ หนูไม่รังเกียจพอ เลย ขอให้พ่อเขาสะอาดสบายเนื้อสบายตัว” (ID2)

“หนูอยากจะทำทุกอย่างให้ดีที่สุด ถึงแม้จะ ไม่ได้อยู่ด้วยกันมาก่อนเพราะน้องมาอยู่กับแฟนที่นี้ หนูอยู่ หนองคาย แต่พอเขาเป็นแบบนี้ หนูก็อยากจะมาทำอะไร ให้เขาให้มากที่สุด” (ID3)

3.2 การทำตามความปรารถนาผู้ป่วย ผู้ให้ ข้อมูลเห็นว่า การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยใน ขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่และใกล้จะเสียชีวิตไปแล้วเพื่อให้ ผู้ป่วยสามารถอยู่กับโรคในระยะสุดท้าย ภาวะใกล้ตาย และสามารถจากไปได้อย่างสงบ

“ให้พ่อทำบุญหรือว่าเราทำบุญ จะถาม พ่อก่อน คือ หนูเป็นคนที่ย่านหนังสือธรรมะด้วยใจคะ อ่าน หนังสือธรรมะ ถ้าพ่อจะให้อ่านให้ฟัง หนูก็จะอ่านหนังสือ ธรรมะเนี่ยเกี่ยวกับเรื่องความไม่เที่ยง สังขารพวกอะไร อย่างนี้” (ID2)

“เค้าก็จะพูดบ่อยของเค้า เหมือนตายก็ จะตายที่บ้าน ตามคนแก่ ไซ้ใหม่คะ ตายก็จะตายที่บ้าน ไม่ต้องพามาโรงพยาบาลอะไรอย่างนี้คะ เราก็ตกลงกันว่า จะทำตามที่เขาบอกเพราะเขาบอกไว้แล้ว” (ID7)

ประเด็นหลักที่ 4 การมีสมาชิกครอบครัวอยู่ด้วย ก่อนตาย ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า การที่ผู้ป่วยได้อยู่กับครอบครัว ขณะที่อยู่โรงพยาบาลและช่วงเวลาก่อนที่จะตาย การมีคนในครอบครัวอยู่ด้วยแม้เพียงแค่การนั่งจับมือกันก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ รู้สึกอบอุ่น และหมดห่วงเพราะได้เห็น คนในครอบครัวอยู่พร้อมหน้าพร้อมตากัน ไม่เหมือนตาย อย่างโดดเดี่ยว จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจากไปได้อย่างสงบ ซึ่งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลก็ไม่อาจทดแทนได้

“พ่อชอบให้จับมือ เวลาแถมเป็นมากจ้ะ จับมือพ่อ

หน้อย ปีบมือพ้อหน้อย แกบอกว่ามันบออุ่น มีลูกอยู่ใกล้ๆ มันบออุ่น แกพูดเนี่ย เขาบอกว่ามีลูกอยู่ใกล้ๆ มันบออุ่น” (ID2)

“การที่มีญาติอยู่ด้วยกับคนไข้ตลอดเวลาในช่วงสุดท้ายเนี่ย ก็เหมือนกับเขาได้เห็นได้รู้ว่าลูกมาอยู่ ก็จะทำให้เขาแบบไปดี สบายใจ ไม่ต้องห่วงว่าคนนั้นคนนี่ไม่มา ไม่ต้องกังวลอะไร ให้เขารู้สึกบออุ่นไม่ต้องกังวล” (ID5)

“การตายที่ดีของแม่คือ อยากให้แม่เขากลับบ้าน อยากกลับไปตายที่บ้าน ไม่อยากให้ตายที่นี่ อย่างน้อยยังได้อยู่กับลูกๆ หลานที่แกร็ก ถึงแม้จะเป็นช่วงระยะสั้นก็เอา แต่อย่าเสียชีวิตที่นี้เลยเพราะว่ามันเหมือนแม่เขามาไกล เหมือนไม่ได้อยู่กับคนที่รอบข้างที่เขารัก เหมือนไม่ได้อยู่ที่บ้านของตัวเอง ถ้าแม่เขาไปตายที่บ้านแล้วมีคนข้างแม่ที่เขารักเนี่ยรู้สึกจะไม่กังวลนะ” (ID7)

อย่างไรก็ตาม มีผู้ให้ข้อมูล 1 รายที่เป็นญาติของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ก็ไม่อยากจะเฝ้าผู้ป่วยตลอดเวลา แม้ทางหอผู้ป่วยจะอนุญาตให้เฝ้าได้ตลอดเวลาในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตเพราะไม่สามารถทนเห็นสภาพที่ผู้ป่วยเจ็บปวดหรือทรมานจากการรักษาได้ แต่จะมาเยี่ยมตามเวลาที่หอผู้ป่วยเปิดให้เยี่ยมทุกวัน

“หนูขอไม่เฝ้า หนูฝากอำมาไว้กับพระเจ้าแล้วคะ อยู่แล้วมันหดหู่ ไม่อยากมอง บางที่เราไม่สามารถที่จะช่วยอะไรเค้าได้ เราต้องยอมรับความเป็นจริง เราก็กลับไปปฏิบัติหน้าที่นะ แล้วก็สวดภาวนาได้เท่าที่เราสุดแล้วแต่เราจะสวด ถึงเวลาที่ฝากพยาบาลดูแลแล้ว” (ID1)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาที่พบว่า ความหมายของการตายดี ตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต คือ การตายที่ไม่มีความทุกข์ทรมานทางกายจากเจ็บปวด และทางใจคือ ไม่มีห่วงกังวล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kongsuwan and Chaipetch (2011) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการตายอย่างสงบตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยหนักที่เห็นว่า การตายอย่างสงบคือ การที่ผู้ป่วยไม่มีความเจ็บปวดทั้งจากโรค การรักษา และการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการช่วยชีวิตที่มีการนวดหัวใจ การเจาะคอ ล้วนแต่เป็นสิ่งที่ทรมานทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนความห่วงกังวลที่เกี่ยวกับครอบครัวหรือ

สิ่งที่ยังค้างคาถือเป็นความทุกข์ทรมานทางใจที่จะเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยย่อมมีผลทำให้เกิดการตายที่ไม่สงบได้เช่นกัน (พระไพศาล วิสาโล, 2549) ดังนั้น สิ่งที่จะช่วยให้เกิดการตายดีได้ตามการรับรู้ที่สมาชิกครอบครัวได้กล่าวไว้คือการไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดในวาระสุดท้ายด้วยการดูแลจัดการความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วย รวมถึงการไม่ช่วยชีวิต เพราะสมาชิกครอบครัวที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการได้เห็นผู้ป่วยรายอื่นถูกการเจาะคอหรือการช่วยชีวิตซึ่งต้องมีการนวดหัวใจอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนคือ ภาวะคูชชีโครงหัก และการช่วยชีวิตให้ผู้ป่วยรอดแต่ไม่สามารถกลับมาสื่อสารเหมือนเดิมได้ เป็นการทรมานผู้ป่วยรวมถึงครอบครัวมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Fridh, Forsby and Bergbom (2009)

ส่วนการที่ผู้ป่วยสามารถยอมรับการตายที่จะเกิดขึ้นได้ จะช่วยลดความทุกข์ทรมานทางใจ คือ ความห่วงกังวลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wong and Chan (2007) และการที่สมาชิกครอบครัวสามารถยอมรับการตายที่จะเกิดขึ้นได้ก็มีส่วนช่วยให้เกิดการตายที่ดีได้เช่นกัน เพราะสมาชิกครอบครัวคือบุคคลที่ใกล้ชิด เป็นแหล่งกำลังใจที่สำคัญ และมีบทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วยจากไปได้อย่างสงบ (Kongsuwan & Touhy, 2009; Yoo, Lee & Chang, 2008) ถ้าหากครอบครัวยอมรับได้ก็จะช่วยลดความห่วงกังวลให้กับผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่งและช่วยดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายได้อย่างเต็มที่ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า สมาชิกครอบครัวสามารถยอมรับได้เพราะรับรู้ว่ามีผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตที่มีโอกาสจะตายได้มาก นอกจากนั้น การใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งที่ช่วยเกิดการยอมรับได้ทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเพราะศาสนาเปรียบเสมือนสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่คนจะเลือกใช้เสมอในยามที่เผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิตที่จะทำให้เกิดทำให้ใจยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2553; Kongsuwan & Touby, 2009) การได้ข้อมูลความก้าวหน้าของโรคและการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานก็จะช่วยให้สมาชิกครอบครัวสามารถทำใจได้ง่ายขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Fridh et al. (2009) และเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับได้ ก็จะช่วยให้สมาชิกครอบครัวมีความพร้อม ในการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตายที่ดีได้ด้วยการดูแลผู้ป่วยในยามที่ยังมีชีวิตอยู่และทำตาม

ความปรารถนาของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการตายที่ดีได้ตามมา เช่นเดียวกับการศึกษาของ สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ อุไร หัตถกิจ และกิติมา นิลมานัต (2554) และ Iranmanesh, Hosseini, and Esmaili (2011) ที่พบว่า สมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยก็ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เช่นกัน

นอกจากนั้น การมีสมาชิกครอบครัวอยู่ด้วยก่อนตาย โดยมีครอบครัวดูแลอย่างใกล้ชิดไม่ว่าจะเป็นที่โรงพยาบาล หรือที่บ้านเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความอบอุ่นทางใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวไม่มีห่วงกังวล เพราะได้อยู่แวดล้อมกับ บุคคลอันเป็นที่รักและสถานที่ที่คุ้นเคยซึ่งสนับสนุนด้วย หลายการศึกษา (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2554; Mok, chan, Cham, & Yeung, 2003; Tim Wong & Ussher, 2009)

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาเกี่ยวกับการตายดีตามการรับรู้ของ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต ช่วยทำให้เกิดความเข้าใจ ว่าการตายดีควรจะเป็นการตายที่ไม่มีความทุกข์ทรมาน และสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เกิดการตายที่ดีได้คือ การให้ผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวยอมรับการตายที่ไม่อาจจะหลีกเลี่ยง ได้ จากนั้นก็มีการดูแลผู้ป่วยและทำตามความปรารถนา ของผู้ป่วย รวมถึงการได้อยู่กับครอบครัวไม่ว่าจะเป็นที่บ้าน หรือที่โรงพยาบาล สิ่งเหล่านี้คือสิ่งที่พยาบาลควรตระหนัก และให้ความสำคัญเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแล ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวในระยะสุดท้ายได้

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน การพัฒนาการดูแลเพื่อการตายดีให้กับผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น เช่น การจัด ห้องเฉพาะให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ด้วยกัน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2553). การดูแลแบบประคับ ประคองในผู้ป่วยภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย: บทบาท ที่ท้าทายของพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 18(2), 1-7.

วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2554). การตายดีตามการรับรู้ของ

ผู้ป่วย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย บูรพา*, 19(ฉบับพิเศษ), 1-12.

พระไพศาล วิสาโล. (2549). *การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะ สุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ*. กรุงเทพฯ: เครือข่ายพุทธิกา.

สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ อุไร หัตถกิจ และกิติมา นิลมานัต. (2554). การดูแลญาติที่อยู่ในระยะสุดท้าย เพื่อช่วย ให้ตายอย่างสงบตามวิถีไทยพุทธ. *วารสารคณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(2), 28-41.

Carr, D. (2003). A good death for whom. Quality of spouse's death and psychological distress among older widowed persons. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 215-232.

Erikson, E., Arve, S., & Lauri, S. (2006). Informational and emotional support received by relatives before and after the cancer patient's death. *European Journal of Oncology Nursing*, 10(1), 48-58.

Fineberg, I. C. (2010). Social work perspective on family communication and family conferences in palliative care progress, *Palliative Care*, 18(4), 213-220.

Griggs, C. (2010). Community nurses' perceptions of a good death: A qualitative exploratory study. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(3), 139-48.

Hales, S., Zimmerman, C., & Rodin, G. (2010). The quality of dying and death: A systematic review of measures. *Palliative Medicine*, 24(2), 127-144.

Iranmanesh, S., Hosseini, H., & Esmaili, M. (2011). Evaluating the good death concept from Iranian bereaved family members' perspective. *Journal of Supportive Oncology*, 9(2), 59-63.

Kehl, K. (2006). Moving toward peace: An analysis of the concept of a good death. *American Journal of Hospice Palliative Care*, 23(4), 277-286.

- Kim, S., & Lee, Y.(2003). Korean nurses' attitudes to good death and bad death, life-sustaining treatment and advance directive. *Nursing Ethics, 10*(6), 624-37.
- Koch,T. (1995). Interpretive approach in nursing research: The influence of Husserl and Heidegger. *Journal of Advanced Nursing, 24*, 174-184.
- Kongsuwan, W. (2011). Thai nurses' experience of caring for persons who had a peaceful death in intensive care units. *Nursing Science Quarterly, 24*(4), 377-384.
- Kongsuwan, W. & Chaipetch, O. (2011). Thai Buddhists' experiences caring for family members who died a peaceful death in intensive care. *International Journal of Palliative Nursing, 17*(7), 329-336.
- Kongsuwan,W. & Touby, T. (2009). Promoting peaceful death for Thai Buddhist: Implications for holistic end-of-life care. *Holistic Nursing Practice, 23*(5), 289-296.
- Leonard, V. W. (1994). A Heideggerian phenomenological perspective on the concept of person. In P. Benner (Ed.). *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring and ethic in health and illness* (pp.43-63). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mak, M. H. J. (2002). Accepting the timing of one's death: An experience of Chinese hospice patients. *Omega, 45*(3), 245-60.
- Mangan, P.,T aylor, K., Yabroff ,K., Fleming, D., & Ingham, J. (2003). Caregiving near the end of life: Unmet needs and potential solutions. *Palliative and Supportive Care, 1*, 247-259.
- McCallum, A., & McConigley, R. (2013). Nurses' perceptions of caring for dying patients in an open critical care unit: A descriptive exploratory study. *International Journal of Palliative Nursing, 19*(1), 25-30.
- Millberg, A., Olsson, E. C., Jakobsson, M.,Olsson, M., & Friedrichsen, M. (2008). Family members' perceived needs for bereavement follow-up. *Journal of Pain and Symptom Management, 35*(1), 58-69.
- Miyashita, M.,Morita,T., Sato, K., Shima,Y., & Uchitoma, Y. (2008). Factors contributing to evaluation of a good death from bereaved family member's perspective. *Psycho-oncology, 17*(6), 612-620.
- Mok,E., Chan, F., Chan, V., & Yeung, E. (2003). Family experience caring for terminally ill patient with cancer in Hong Kong. *Cancer Nursing, 26*, 276-275.
- Sandeloski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Research in Nursing and Health, 18*, 179-183.
- Sherwen, E. (2014). Improving end of life care for adults. *Nursing Standard, 28*(32), 51-57.
- Shirado, A., Morita, T., Akazawa, T. et al. (2013). Both maintaining hope and preparing for death: Effects of physician' and nurses' behaviors from bereaved family members' perspective. *Journal of Pain and Symptom Management, 45*(5), 848-858.
- Stayt, L. C. (2009). Death, empathy, and self preservation: The emotional labours of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *Journal of Clinical Nursing, 18*, 1227-1275.
- Tim Wong, W. K., & Ussher, J. (2009). Bereaved informed cancer carers making sense of their palliative care experience at home. *Health and Social Science in Community, 17*(3), 274-282.

- Vig, E. K., & Pearlman, R. A. (2004). Good and bad dying from the perspective of terminally ill men. *Achieve of Internal Medicine*, 164(9), 977-981.
- Wong, M-S., & Chan, SW-C. (2007). The experiences of Chinese family members of terminally ill patient-a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 16(12), 2357-64.
- World Health Organization. (2014). *Cancer: Palliative care is an essential part of cancer control*. Retrieved from www.who.int/cancer/palliative/en.
- Yoo, J., Lee, J., & Chang, S. J. (2008). Family experiences in end of life care: A literature review. *Asian Nursing Research*, 2(4), 223-234.