

## การตายดี: บทบาทของพยาบาล

## Good Death: The Nurses' Roles

วโรดม เสมอเชื้อ พย.ม.*	Warodom Samerchua M.N.S.*
วรวรรณ โมงจันทร์ พย.ม.**	Waravan Mongchan M.N.S.**
ปรารถนา ลังการ์พินธุ์***	Prathana Langkarpint Ph.D.***

### บทคัดย่อ

การตายดีเป็นเป้าหมายสูงสุดของการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งหมายถึงการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตดีที่สุดก่อนที่จะถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความตายได้อย่างมีคุณภาพ และเกิดการตายตามความปรารถนา บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอให้เห็นถึงนิยามของการตายดี การสะท้อนลักษณะของการตายดี ตามมุมมองผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งพยาบาลเป็นหนึ่งในบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ประเมิน ผู้ให้ความรู้ ผู้ดูแลโดยตรง เป็นผู้ที่มีบทบาทในระบบบริการสุขภาพ บทบาทของการเป็นผู้ติดต่อประสานงานและสื่อสาร และบทบาทของผู้ที่ให้การดูแลตามหลักจริยธรรม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเตรียมตัวก่อนตาย และเข้าสู่การตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์หรือตายดี

**คำสำคัญ:** การตายดี บทบาทของพยาบาล การดูแลแบบประคับประคอง

\* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

\* Instructor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University

\*\* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

\*\* Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

\*\*\* Assistant Professor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University

## Abstract

Good death is an ultimate goal of palliative care which is a care for the best quality of life for patients before their end of life. Palliative care helps the patients to meet good death and death by desire. This article aims to present the meaning of good death and the reflection of attributes of good death among patients, family members and healthcare provider team. Nurses, therefore, are the healthcare providers who play vital roles as assessor, educator, direct caregiver, healthcare system staff, coordinator and communicator, and carer with ethics. They aim to promote patients to have quality of life, preparing for death, and moving towards the death with human dignity or having good death.

**Key word:** Good Death, Nurses' Roles, Palliative care

### บทนำ

“... มีพบ ต้อง มีจาก...” เป็นข้อความที่สะท้อนให้เห็นถึงสังขรณ์ของการจากลา แม้ว่าไม่ต้องการให้เกิดขึ้นก็ไม่สามารถจะหลีกเลี่ยงได้ ความตายเป็นการจากลาซึ่งไม่มีใครอยากประสบ “ความตาย” ยังมีความหมายที่โดยนัย เป็นความไม่เป็นมงคล เป็นการพลัดพราก การสูญเสีย ความเศร้า โศกเสียใจ และกลางร้าย ทำให้คนในอดีตไม่ค่อยอยากกล่าวถึงความตายมากนัก แต่ในปัจจุบัน การพูดถึงความตายเริ่มเป็นที่ยอมรับมากขึ้นในบุคคลทั่วไป และโดยเฉพาะผู้ที่เคยมีประสบการณ์ใกล้ชิดกับความตาย<sup>1</sup> ในระยะสิบปีที่ผ่านมาศาสตร์ของการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) ได้เป็นที่รู้จักมากขึ้นในประเทศไทย ภาครัฐได้ให้ความสำคัญของการดูแลของรูปแบบนี้โดยมีกฎหมาย ที่ว่าด้วย สิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ตาม มาตรา 12 แห่ง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ว่าด้วย “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะขอรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือ เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้”<sup>2</sup> เป้าหมายเพื่อให้ประชาชนทุกคนทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้เจ็บป่วย ได้

แสดงสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองด้านการรักษา โดยสามารถปฏิเสธการรักษาที่เป็นการยืดระยะเวลาการตายในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดและได้ตายอย่างสมศักดิ์ศรี หรือเกิดการตายดี ผู้เขียนได้จัดทำความฉบับนี้ขึ้น เพื่อเสนอให้เห็นถึงนิยามของการตายดี มุมมองของผู้ป่วย ญาติ บุคลากรทางสุขภาพต่อการตายดี และบทบาทของพยาบาลที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการตายดี

### นิยามของการตายดี

การตายดี มีค่านิยมไว้อย่างหลากหลาย ราชบัณฑิตยสถาน<sup>3</sup> ได้บัญญัติว่า “ตาย” หมายถึง สิ้นใจ สิ้นชีวิต ไม่เป็นอยู่ต่อไป สิ้นสภาพของการมีชีวิต และ “ดี” หมายถึง ลักษณะที่เป็นไปในทางที่ต้องการ นำปรารถนา นำพอใจ ดังนั้นคำว่า “ตายดี” จึงหมายถึง การตายที่มีลักษณะเป็นไปตามความปรารถนา และการตายดีตามการให้ความหมายของพุทธทาสภิกขุ<sup>4</sup> คือ เป็นการตายอย่างสงบ และมีสติ ได้เตรียมตัวก่อนตาย ไม่ต่อสู่ว่าไม่อยากจะตาย สมครใจตายอย่างเป็นไปตามธรรมชาติของสังขารที่ไม่เที่ยง นอกจากนี้ การตายดียังหมายถึง การตายอย่างสงบตามธรรมชาติ

ไม่ถูกเหนี่ยวรั้งการตายด้วยวิธีการรักษาหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็นและไม่สมควร<sup>1</sup> หรือก่อนผู้ป่วยจะเสียชีวิตได้รับการบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอเหมาะสม ได้รับการดูแลทางด้านจิตวิญญาณที่ตรงกับความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม ได้ทำสิ่งที่ค้ำค้ำให้แล้วเสร็จ และสามารถแสดงความปรารถนาของตนว่าต้องการให้มีการดูแลอย่างไรในระยะท้ายเพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์<sup>4</sup> กล่าวโดยสรุป การตายดีจึงหมายถึงการตายที่เป็นไปตามความปรารถนาของบุคคล ซึ่งลักษณะจะเป็นเช่นไรนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้และมุมมองของบุคคลนั้น

### มุมมองต่อการตายดี

มุมมองการตายดีเป็นการสะท้อนลักษณะของการตายดีของบุคคล ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมหรือการแสดงออก หากบุคคลมีมุมมองต่อการตายดีเป็นแบบใด ก็จะแสดงออกโดยการปฏิบัติต่อตนเองและผู้ที่อยู่ในการดูแลตามมุมมองของตนเองด้วย มุมมองต่อการตายดีเกิดจากการได้มีประสบการณ์และการรับรู้เกี่ยวกับความตายของแต่ละบุคคล และยังขึ้นกับปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้<sup>1</sup> ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล เช่น เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ประสบการณ์ด้านความตาย และ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น สถานที่ และรูปแบบของการดูแล จากปัจจัยเหล่านี้ย่อมทำให้มุมมองของผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางสุขภาพมีทั้งความคล้ายและความแตกต่างกันในหลายประเด็นดังนี้

#### 1) มุมมองต่อการตายดีของผู้ป่วย

มุมมองการตายดีของผู้ป่วยสะท้อนถึงคุณลักษณะของการตายที่ผู้ป่วยต้องการให้เกิดขึ้นเมื่อการตายของตนเองมาถึง โดยผู้ป่วยเห็นว่าคุณลักษณะของการตายที่ตนเองต้องการ คือ ในระยะก่อนตายตนเองมีความเชื่อใจ เชื่อมั่นในการดูแลรักษาของแพทย์ รวมถึงการได้รับการดูแลจากบุคลากรทางสุขภาพที่จะทำให้ผู้ป่วยสบายใจ ซึ่งเป็นลักษณะของ

การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางสุขภาพ การเชื่อว่าการรักษาที่ตนเองได้รับ เป็นการรักษาที่เหมาะสมแล้ว ได้มีโอกาสต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่อย่างเต็มที่<sup>7-9</sup> ส่วนการตายที่เกิดขึ้นเป็นไปอย่างธรรมชาติ นั้น หมายถึง การตายในลักษณะที่ไม่มีอุปกรณ์การแพทย์ใด ๆ คาอยู่ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และจากไปอย่างสงบ<sup>6</sup> ซึ่งในประเด็นนี้เป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับบุคลากรทางสุขภาพที่จะหาความพอดีระหว่างการรักษาอย่างเต็มที่ตามที่ผู้ป่วยต้องการกับการให้ผู้ป่วยจากไปอย่างเป็นธรรมชาติ ผู้ป่วยยังมีมุมมองต่อการได้รับการตอบสนองทางด้านศาสนาและจิตวิญญาณ ได้แสดงความศรัทธาต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ การทำกิจวัตรประจำวันของตนเองตามปกติ และเป็นอิสระ การได้ใช้ชีวิตที่เหลืออย่างมีความสุข ไม่มีภารกิจใดค้างคาใจอยู่ และยังคงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ตนเองในครอบครัวหรือหน้าที่การงาน ไม่ต้องการให้ตนเองเป็นภาระแก่ครอบครัว การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความสงบ และเมื่อวาระสุดท้ายมาถึงตนเองสามารถเผชิญความตายได้โดยปราศจากความกลัว นอกจากนี้แล้ว ยังมีคุณลักษณะที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญรองลงมาจากคุณลักษณะอื่น ๆ ที่ได้กล่าวมาในข้างต้น ได้แก่ การไม่มีความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานทางกาย การได้อยู่ในสถานที่ที่ตนเองชอบ การไม่ต้องการให้คนในครอบครัวรู้ว่าร่างกาย และจิตใจของตนเองอ่อนแอ การได้พบกับคนที่ต้องการพบ การทราบถึงความคาดหวังต่อสภาพความเจ็บป่วยในระยะต่อไป และการไม่ได้รับการดูแลเสมือนตนเองเป็นวัตถุหรือเป็นเด็ก<sup>6-8</sup>

#### 2) มุมมองต่อการตายดีของญาติ

ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ตลอดจนครอบครัวต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายให้เกิดการตายดี โดยให้ความสำคัญกับสถานที่ที่จะเกิดการตายค่อนข้างมาก โดยส่วนใหญ่แล้วมักต้องการให้สถานที่นั้นเป็นที่ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยหรือได้สั่งเสียไว้ นั่นก็คือการได้กลับไปตายที่บ้าน และได้สนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ได้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีชีวิตนั้นมีคุณค่า ได้สร้างความสุขต่อผู้ป่วยจนวาระสุดท้าย

มาถึง ได้ช่วยลดความทุกข์ทรมานทางกาย ได้สร้างความสัมพันธ์อันดีต่อกันร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ เป็นผู้ติดต่อสื่อสารและประสานงานกับทีมสุขภาพหรือแพทย์ผู้ดูแล รวมถึงการได้รับการฝึกปฏิบัติหรือได้รับการสอนเกี่ยวกับการดูแลทางด้านอารมณ์เพื่อช่วยลดความเครียดให้กับผู้ป่วย และไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นภาระ นอกจากนี้ญาติยังมีมุมมองการตายดีต่อตนเอง โดยมองว่า การเกิดการตายดีเป็นสิ่งที่สามารถจัดการหรือควบคุมได้ ตนก็มีความต้องการให้เกิดการตายดีเช่นเดียวกัน การตายดีจึงเป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>10,11</sup>

### 3) มุมมองต่อการตายดีของบุคลากรทางสุขภาพ

บุคลากรทางสุขภาพ มีมุมมองการตายดีที่มุ่งเน้นไปที่ผู้ป่วย และญาติ โดยให้ความสำคัญในเรื่องการควบคุมอาการ การดูแลให้มีความสุขสบายด้วยการจัดการกับความเจ็บปวดและอาการต่าง ๆ โดยไม่มีการช่วยฟื้นคืนชีพในวาระสุดท้าย ไม่มีอุปกรณ์ที่เป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์คาอยู่ตามร่างกาย และบุคลากรทางสุขภาพสามารถควบคุมการตายนั้นได้ ควบคู่กับการดูแลด้านจิตสังคม โดยการพูดคุยร่วมกันกับครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตาย อีกทั้งยังต้องการให้เกิดการส่งเสริมการตายอย่างมีศักดิ์ศรี โดยเป็นการตายที่มีบุคคลอันเป็นที่รักอยู่เคียงข้าง ได้ให้การดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้การตายเกิดขึ้นอย่างธรรมชาติ เป็นการตายที่สงบและมีความสุขสบาย ซึ่งการสื่อสารที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยบรรลุการตายดีได้<sup>12,13</sup>

นอกจากนี้ นโยบายและกฎหมายยังเป็นสิ่งที่บุคลากรทางสุขภาพทุกคนต้องคำนึงถึง เนื่องจากมีการออกกฎหมายเป็นพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ให้บุคคลสามารถจัดทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้าย หรือพินัยกรรมชีวิต (Living will) และการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) แล้วยังได้มีการขับเคลื่อนแผน

ยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระบอบทนายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559 โดยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีสาระสำคัญ 3 ยุทธศาสตร์<sup>5</sup> คือ

1. เสริมสร้างความรู้ ทักษะที่ต่อการมีสุขภาพดีในระบอบทนายของชีวิตและตายดี และการดูแลแบบประคับประคอง
2. พัฒนาและจัดระบบบริการดูแลแบบประคับประคองในระบอบทนายของชีวิตที่ได้คุณภาพ มาตรฐานครอบคลุม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในระบอบทนายของชีวิตและรองรับการตายดี
3. พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการต่างๆ

โดยสรุป มุมมองต่อการตายดีของผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางสุขภาพข้างต้น แสดงให้เห็นว่ามุมมองการตายดีของแต่ละบุคคลนั้นมีทั้งความคล้ายและความแตกต่างกัน ดังเช่น การตายดีที่ผู้ป่วยแต่ละคนมีความต้องการให้เกิดกับตนเองนั้นย่อมขึ้นอยู่กับลักษณะของการตายที่ตนปรารถนา อาจจะมีเหมือนหรือคล้ายกันและอาจจะมีแตกต่างกันตามมุมมองของแต่ละบุคคล ในขณะที่มุมมองของญาติและบุคลากรทางสุขภาพกลับมีความสอดคล้องกันคือ การให้ความสำคัญกับผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วาระสุดท้าย โดยอาจจะมีแตกต่างกันในบริบทของสถานที่ สิ่งแวดล้อม การจัดการอาการ การสื่อสาร และการดูแลด้านจิตวิญญาณ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้บรรลุกับการตายดี ญาติและบุคลากรทางสุขภาพจะต้องทราบถึงมุมมองการตายดีของผู้ป่วยก่อนจึงจะสามารถช่วยให้เกิดการตายที่ดีขึ้นได้

### บทบาทพยาบาลเพื่อการตายดี

ปัจจุบันมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มีช่วงสุดท้ายของชีวิตในโรงพยาบาล ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้บรรลุการตายดี พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมากที่สุด ในแง่ของการดูแล และยังเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดตลอดระยะเวลาของการ

รักษาตัวในโรงพยาบาล ดังนั้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยในการดูแลได้บรรลุการตายดีให้มากที่สุด บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพตามที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าการสอน แนะนำ ให้คำปรึกษา แก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การฟื้นฟูสุขภาพ การรักษาโรคเบื้องต้น การให้ภูมิคุ้มกันโรค และการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค เป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลโดยอาศัยหลักของกระบวนการพยาบาล (Nursing process) คือ ประเมินสภาพ วินิจฉัยปัญหา วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผล โดยเป็นการบูรณาการเพื่อการปฏิบัติหน้าที่ เป้าหมายคือการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้เผชิญกับความเจ็บป่วยที่มีอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด เช่นเดียวกับการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดการตายดี พยาบาลที่จะดูแลบุคคลให้เกิดการตายดีได้จะต้องมีบทบาท<sup>14-17</sup> ดังนี้

### 1. บทบาทการเป็นผู้ประเมิน

ในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดการตายดี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การรักษาได้แล้ว เมื่อการดำเนินของโรคมีความรุนแรงมากขึ้นและต้องเข้าสู่ระยะท้ายของการรักษา ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลเพื่อประคับประคองอาการ พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่จะสามารถเลือกใช้รูปแบบการประเมินหรือแบบประเมินได้อย่างเหมาะสม ได้แก่

1.1 การสอบถาม สัมภาษณ์ เป็นการสอบถามความต้องการกับผู้ป่วยโดยตรง การสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์โดยใช้ลักษณะของคำถามปลายเปิดหรือการสัมภาษณ์แบบคำถามเจาะลึก เช่น ความหมายของการตายดีเป็นอย่างไร การตายดีจะเกิดขึ้นได้อย่างไร และการตายดีของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นได้ต้องมียุทธศาสตร์ประกอบอะไรบ้าง เป็นต้น

#### 1.2 การใช้แบบประเมิน

1.2.1 แบบประเมินตามคุณลักษณะการตายดี (Good death inventory [GDI]) ใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินเกี่ยวกับการตายดีในหลาย ๆแง่มุม ได้แก่ การประเมินลักษณะของการตายดีตามมุมมองของบุคคล การประเมินคุณภาพของการดูแลแบบประ

คับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการประเมินระดับของการตายดี โดยแบบประเมินนี้มี 2 แบบ คือ 1) แบบประเมินการตายดีฉบับเต็ม (Full version of GDI) ข้อคำถามประกอบด้วยกลุ่มของคุณลักษณะของการตายดีจำนวน 18 กลุ่ม แต่ละกลุ่มประกอบด้วยคุณลักษณะ 3 ข้อ ในแบบประเมินจึงมีคุณลักษณะของการตายดีทั้งหมด 54 ข้อ 2) แบบประเมินการตายดีฉบับย่อ (Short version of GDI) ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นคุณลักษณะของการตายดีจำนวน 18 ข้อ แบบประเมินทั้ง 2 ฉบับมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) จำนวน 7 ระดับ (1=ไม่จำเป็นอย่างยิ่ง ถึง 7= จำเป็นอย่างยิ่ง) และแปลผลของโดยคะแนนเฉลี่ยรายข้อ ซึ่งคะแนนเฉลี่ยที่สูงหมายถึงว่าองค์ประกอบนั้นมีคุณลักษณะการตายดีสูง<sup>7,9</sup>

1.2.2 แบบประเมินระดับของการตายดี (Good death scale [GDS]) ใช้เพื่อประเมินว่าผู้ตายได้บรรลุการตายดีหรือไม่ และอยู่ในระดับใด โดยแบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นปัจจัยของการตายดี 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) การตระหนักรู้ถึงภาวะใกล้ตาย (awareness) 2) การยอมรับความตาย (Acceptance) 3) การเตรียมพินัยกรรมชีวิต (Arranging one's will) 4) ระยะเวลาของการตาย (Death timing) และ 5) ระดับความสบายทางร่างกาย 3 วันก่อนการตาย (Degree of physical comfort 3 days before death) ลักษณะคำตอบเป็นการให้คะแนนโดยมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 15 คะแนน ซึ่งคะแนนที่สูง หมายถึง มีระดับการตายดีสูง<sup>18</sup>

1.2.3 แบบประเมินคุณภาพการตาย (Quality of dying and death [QODD]) แบบประเมินนี้ ใช้ประเมินถึงคุณภาพของการตาย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 31 ข้อจัดหมวดหมู่ได้ 6 องค์ประกอบ คือ การควบคุมและจัดการอาการ การเตรียมตัวกับการตาย ความต้องการในช่วงระยะเวลาที่จะต้องเกิดการตาย เวลาของครอบครัวหรือ

ผู้ที่ต้องการอยู่ด้วย ความพึงพอใจในการรักษา และ สิ่งที่สำคัญในชีวิต ดังที่ใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ สมาชิกของครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วย นั้นได้เสียชีวิตไปแล้ว<sup>19</sup>

1.2.4 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale [PPS]) เป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับ ประเมินสภาวะของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประ คับประคอง โดยวัดจากความสามารถ 5 ด้านของผู้ ป่วยคือ 1) ความสามารถในการเคลื่อนไหว 2) การ ปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินของโรค 3) การทำ กิจวัตรประจำวัน 4) การรับประทานอาหาร และ 5) ระดับความรู้สึกตัว ให้คะแนนเป็นร้อยละตามแบบ ประเมินจาก 0-100 แบบประเมินนี้สามารถพยากรณ์ โรคได้ค่อนข้างแม่นยำในเรื่องของการมีชีวิตอยู่ ซึ่งผู้ ป่วยที่มีระดับคะแนนน้อยมักเหลือเวลาของการมีชีวิต อยู่น้อยกว่า นอกจากนี้ยังสามารถใช้เพื่อบอกเป็น เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้าดูแลในสถานี่ดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และบอกความยากของภาระงาน ของบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวในการดูแล ผู้ป่วย<sup>2</sup>

1.2.5 และแบบประเมินอาการของเอ็ด มอนตัน (Edmonton Symptom Assessment System [ESAS]) เป็นแบบสอบถามที่สามารถ ประเมินและติดตามอาการต่างๆ ณ เวลาที่ประเมิน ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ อาการปวด อาการ เหนื่อย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตก กังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดี ทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ โดยให้ผู้ป่วย หรือญาติ ให้คะแนนตั้งแต่ 0-10 เลข 0 หมายถึงไม่มี อาการและ 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด<sup>2</sup>

1.3 การประเมินผลลัพธ์ ในการดูแลผู้ป่วยต้อง มีการกำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลลัพธ์ของการดูแล โดยพยาบาลสามารถสร้างขึ้นเอง หรือเลือกใช้แบบ ประเมินผลลัพธ์ที่เหมาะสม เพื่อนำไปสู่การวางระบบ การประเมิน การบันทึกผล การจัดทำรายงาน และ วิเคราะห์ผลลัพธ์เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาการดูแลต่อไป

จะเห็นได้ว่า การเป็นผู้ประเมินเป็นบทบาท หน้าที่ที่ต้องทำเป็นอันดับแรก โดยพยาบาลจะต้อง เป็นผู้ที่มีความสามารถเลือกใช้รูปแบบของการ ประเมินเพื่อให้ได้ข้อมูลของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการตาย ดี โดยแต่ละรูปแบบการประเมินอาจจะสามารถนำมา ใช้ได้เฉพาะกลุ่มบุคคลตามบริบทที่แตกต่างกัน เช่น กลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ การใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ ด้ รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) แบบประเมิน อาการของเอ็ดมอนตัน (ESAS) ตามวัตถุประสงค์การ ใช้แบบประเมินดังรายละเอียดข้างต้น หรือแบบ ประเมินเกี่ยวกับการตายดีอื่นๆ ที่อาจจะต้องเลือกใช้ กับกลุ่มของผู้ป่วยที่ยินยอมให้ข้อมูล เป็นผู้ที่รับการ ดำเนินโรคของตน หรือมีประสบการณ์ใกล้ชิดกับ ความตายมาแล้ว ผู้ป่วยกลุ่มนี้น่าจะมีการให้ข้อมูลเชิง ลึกและสะท้อนมุมมองของตนเกี่ยวกับการตายดีที่อาจ จะแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่ทราบการดำเนิน โรคของตน ผู้ป่วยที่คาดหวังต่อการรักษา หรือไม่มี ประสบการณ์ใกล้ชิดกับความตาย ดัง แบบประเมิน ตามคุณลักษณะของการตายดี (GDI) ที่ผู้เขียนได้มี ประสบการณ์การนำไปประเมินกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ ทราบการดำเนินโรคของตน และยังมีผู้นำไปใช้ในการ ศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นของชาวไทยและชาว ญี่ปุ่นเกี่ยวกับแนวคิดการตายดี

## 2. บทบาทการเป็นผู้ให้ความรู้

บทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้ จะ เน้นที่การให้ข้อมูลหรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ได้แก่ การแก้ปัญหาสุขภาพในช่องปาก จากภาวะปากแห้ง เยื่อปากอักเสบ แผลในปาก เช่น ให้จิบน้ำบ่อยๆ บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ การสอนและ การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ตัวผู้ป่วยเอง เพื่อให้ สามารถเผชิญปัญหาในช่วงสุดท้ายของชีวิตได้ ในส่วน ของญาติหรือผู้ดูแล พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่สามารถ ใช้วิธีการสอนจากสื่อ อุปกรณ์และเทคโนโลยีได้ตาม ความเหมาะสมซึ่งต้องให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยและการกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน โดยข้อมูล ทั้งผู้ป่วยและญาติควรได้รับ ได้แก่ อาการของผู้ป่วย เมื่อวาระสุดท้ายมาถึง การจัดการความไม่สุขสบาย

ต่างๆ และแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยและญาติสามารถไปใช้บริการได้ ดังที่ศูนย์การุณรักษ์ ได้ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้านและครอบครัว โดยมี การให้ความรู้และสอนวิธีการดูแลที่จำเป็นกับผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ การช่วยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม การให้ยา เช่น การสอนการใช้เครื่องให้ยาแก้ปวดแก่ญาติเมื่อผู้ป่วยร้องขอ<sup>16</sup> การที่จะเป็น ผู้ให้ความรู้โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ เกิดการตายที่ดีนั้น พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีประสบการณ์ในการให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ และเป็นผู้ที่ได้รับความรู้ ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมาอย่างเป็นระบบ ซึ่งในสถานการณ์การขาดแคลนพยาบาลในปัจจุบัน ที่จำนวนของพยาบาลไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย ทำให้ภาระงานมากขึ้น ปัจจัยนี้อาจจะมีผลต่อจำนวนพยาบาลที่จะมาเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในบทบาทนี้ได้

### 3. บทบาทการเป็นผู้ให้การดูแลโดยตรง

การดูแลผู้ป่วย พยาบาลจะต้องอาศัยทักษะความรู้ ความเชี่ยวชาญในการประเมิน ค้นหาปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน และประเมินความต้องการอย่างเป็นองค์รวม คือ การประเมินทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ซึ่งจะสามารถกำหนดปัญหาและนำไปสู่การวินิจฉัย จากนั้นจะต้องลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดเป้าหมายของการดูแลและผลลัพธ์ที่ต้องการ เพื่อวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม และให้การดูแล บำบัดอาการโดยใช้ความรู้ ทักษะการปฏิบัติ ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งบทบาทการดูแลนี้ยังให้ความสำคัญแก่การจัดการอาการเพื่อการตายดี เช่น บทบาทหน้าที่ของการเป็นผู้จัดการรายกรณี (Case management) ได้แก่

1. การจัดการกับอาการปวด ได้แก่ การประเมินอาการปวดอย่างเหมาะสม และการบริหารยาเพื่อลดอาการปวด เช่น ในปัจจุบันประเทศไทยนอกจากมีการบริหารยาเพื่อลดอาการปวดใน

โรงพยาบาลแล้ว ยังได้เริ่มมีการใช้รูปแบบการให้ยาใต้ผิวหนัง (Subcutaneous) ทั้งวิธีฉีดเข้าใต้ผิวหนังโดยตรง (Bolus administration) และ การใช้เครื่องให้ยาอย่างต่อเนื่องที่บ้าน (Continuous subcutaneous infusion, Syringe driver) โดยศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น เป็นผู้ริเริ่มนำมาใช้กับผู้ป่วยระยะท้ายและทำให้ผู้ป่วยได้กลับไปเสียชีวิตที่บ้านและตายอย่างสงบ<sup>16</sup> ในอนาคตหากรูปแบบการให้ยาใต้ผิวหนังนี้เป็นที่ยอมรับและสามารถให้พยาบาลเป็นผู้บริหารยาได้โดยตรง ประเทศไทยอาจจะมีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลลดลง และผู้ป่วยได้กลับไปเสียชีวิตที่บ้านได้ตามความประสงค์

2. การจัดการกับอาการอื่นๆ เช่น การจัดการอาการหายใจลำบาก อาการสับสน กระสับกระส่าย ปัสสาวะลำบาก ไข้ การดูแลตา การรักษาความสะอาดช่องปาก คลื่นไส้อาเจียน ท้องมานและภาวะท้องผูก เป็นต้น พยาบาลสามารถจัดการกับอาการเหล่านี้โดยวิธีการที่ต่างกันขึ้นอยู่กับอาการ และความพร้อมของอุปกรณ์ในการบำบัด รวมถึงการบริหารยา

### 4. บทบาทในระบบการดูแล ระบบบริการการจัดการดูแล

พยาบาลจะต้องศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมาย มีความเข้าใจในนโยบายต่างๆ ทั้งมาตรฐานการรักษา สิทธิการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง และยังคงต้องเป็นผู้ที่รับเอานโยบายมาเป็นแนวทางในการออกแบบ พัฒนาระบบการดูแล กำกับติดตามผลลัพธ์ของการดูแล และมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบและกลไก ทั้งระบบการดูแลในโรงพยาบาล การประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล ระบบการวางแผนจำหน่าย ระบบการส่งต่อ ระบบการเยี่ยมบ้าน และระบบการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เช่น แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ<sup>20</sup> ได้กำหนดนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง ให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งในแต่ละหน่วยงานจะต้องมี

พยาบาลที่รับผิดชอบการดูแลแบบประคับประคอง ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบเต็มเวลา โดยจัดทำรายงานจำนวนผู้ป่วย จัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ดังแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะสุดท้ายที่บ้าน มีขั้นตอน ดังนี้ 1) มีการวางแผนเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2) มีการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน 3) มีการติดตามผลการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 4) มีการประสานงานกับแหล่งประโยชน์ชุมชน<sup>21</sup> สถานการณ์ตัวอย่างนี้ได้ชี้ชัดให้เห็นแล้วว่า พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เป็นไปตามระบบการดูแล

## 5. บทบาทการเป็นผู้ติดต่อประสานงานและสื่อสาร

การสื่อสารเป็นส่วนสำคัญของการให้การพยาบาลอย่างหนึ่ง พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีทักษะในการพูด สื่อสาร ประสานงาน ขอความร่วมมือและสามารถทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้ ซึ่งการทำงานร่วมกับทีมต้องร่วมกันประเมินปัญหา วางแผนการดูแล มีการปรึกษาเพื่อการจัดการดูแล ลงมือจัดการดูแลร่วมกับทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถส่งต่อการรักษาได้ เหล่านี้ล้วนต้องเกิดจากการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีความจริงใจและมีจิตของการบริการ ลักษณะดังกล่าวข้างต้นเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงบทบาทของพยาบาลในการเป็นผู้ติดต่อสื่อสารและประสานงาน ดังที่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ประเมินระดับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายของทีมสุขภาพว่า การประสานงานและความสม่ำเสมอ การสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจสำหรับญาติและผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง<sup>22</sup> ประเด็นนี้น่าจะเป็นแรงผลักดันให้พยาบาลจำเป็นต้องมีการพัฒนาและปรับปรุงลักษณะการให้การพยาบาลที่อยู่ภายใต้บทบาทนี้อย่างต่อเนื่อง

## 6. บทบาทการเป็นผู้ให้การดูแลตามหลักจริยธรรม

การให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะท้าย พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านจริยธรรม ได้แก่ หลักของการบอกความจริง การตัดสินใจร่วมกัน การพิทักษ์สิทธิเป็นปากเสียงแทนผู้ป่วย สิทธิพื้นฐานในการปฏิเสธการรักษา การยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต การรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ และการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือปล่อยให้เสียชีวิตจากโรคที่เป็น โดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยและญาติเสมอ เคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และผู้ที่ทำพันธียกรรมชีวิตไว้ รวมทั้งการตัดสินใจของญาติผู้ที่มีสิทธิในการตัดสินใจแทน ทั้งนี้จะต้องคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ยึดหลักของความ เป็นมนุษย์

## บทสรุป

ปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์เพื่อการรักษาโรคก้าวหน้าไปอย่างไม่หยุดยั้ง ผู้ป่วยบางรายได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด ในขณะที่ผู้ป่วยบางราย การรักษากลับไม่สามารถต่อสู้กับความเจ็บป่วยได้ การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีเป้าหมายเพื่อลดความทุกข์ทรมาน เพิ่มคุณภาพชีวิตทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ<sup>2</sup> ดังนั้นรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองจึงถูกบรรจุรวมเข้าเป็นแขนงหนึ่งของการรักษาดูแลเพื่อให้เกิดการตายดีและกำลังได้รับความสนใจในหลายด้านทั้งด้านสังคมศาสตร์ ศาสนา และการแพทย์ โดยมีการศึกษาวิจัย สร้างองค์ความรู้ที่เหมาะสมภายใต้บริบทของคนในสังคม เพื่อให้มีรูปแบบการดูแลที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันและเป็นที่ยอมรับ ดังนั้น พยาบาลนับเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ประเมิน การเป็นผู้ให้ความรู้ เป็นผู้ให้การดูแลตามกระบวนการให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังมีบทบาทเป็นผู้ติดต่อประสานงาน เป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนตามระบบสุขภาพให้เป็นไปตามนโยบายต่างๆ และให้การดูแลโดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมของความเป็นมนุษย์ บทบาทเหล่านี้เป็น

ศักยภาพของพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้ นอกจากนี้ ให้บรรลุกับเป้าหมายสูงสุดของการดูแลแบบ  
ยังต้องอาศัยความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพและการ ประคับประคอง คือ การตายดี  
สนับสนุนจากองค์กรเพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย

### เอกสารอ้างอิง

1. Choi JY, Chang YJ, Song HY, Jho HJ, Lee MK. Factors that affect quality of dying and death in terminal cancer patients on inpatient palliative care units: perspectives of bereaved family caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management* 2013; 45(4): 735-745.
2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติ เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี; 2558.
3. ราชบัณฑิตสถาน. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตสถานพ.ศ. 2554 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.royin.go.th/dictionary/>
4. ศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์. จากแนวคิดสู่การปฏิบัติในเรื่อง “สิทธิที่จะตายดี”. ใน: วิชัย โชควิวัฒน์, อัมพล จินดาวัฒน์, แสง บุญเฉลิมวิภาส, ปิติพร จันทรรัตต ณ อยุธยา, ไพศาล ลีมสถิต, บรรณธิการ. ก่อนวันผลิตใบ: หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี; 2555: 121-127.
5. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ ในระยะ ท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559 ตามมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ครั้งที่ 2 วันอังคารที่ 17 ธันวาคม 2556 ณ. ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี จ.นนทบุรี. นนทบุรี: สำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2557.
6. วัลภา คุณทรงเกียรติ. การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย บูรพา* 2554; 19(2): 1-12.
7. Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Kizawa Y, Shima Y, et al. Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan: nationwide expert opinion survey. *Journal of Palliative Medicine* 2007; 10(2):390-399.
8. วิโรตม เสมอเชื้อ. การตายดีตามการรับรู้ของผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.
9. Miyashita M, Morita T, Sato K, Hirai K, Shima Y, Uchitomi Y. Good death inventory: A measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective: *Journal of Pain and Symptom Management* 2008; 35(5):486-498.
10. Iranmanesh S, Hosseini H, Esmaili M. Evaluating the good death concept from Iranian bereaved family members' perspective. *The journal of supportive oncology* 2011; 9(2): 59-63.
11. Hales S, Gagliese L, Nissim R, Zimmermann C, Rodin G. Understanding bereaved caregiver evaluations of the quality of dying and death: an application of cognitive interviewing methodology to the quality of dying and death questionnaire.

- Journal of Pain and Symptom Management 2012; 43(2):195-204.
12. Ryan L, Seymour J. Death and dying in intensive care: Emotional labour of nurses. End of Life Journal 2013; 3(2): 1-9.
  13. Trankle SA. Is a good death possible in Australian critical and acute settings: Physician experiences with end-of-life care. BMC Palliative Care 2014; 13:1-14.
  14. Margaret MM, William JM. Oncology nurses' personal understandings about palliative care. Oncology nursing forum 2010; 37(3): E141.
  15. Miyashita M, Tatsuya M, Kazuki S, Sarotu T, Yashuo S. A nationwide survey of quality of end of life cancer care in designated cancer centers, inpatient palliative care units, and home hospices in Japan: The J-HOPE study. Journal of pain and symptom management 2015:1-13.
  16. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. เอกสารประกอบการบรรยาย โครงการอบรมหลักสูตรสำหรับผู้ฝึกอบรมพยาบาลด้านการบริหารผู้ป่วยระยะท้าย. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร่วมกับสมาคมบริหารผู้ป่วยระยะท้าย; 2558.
  17. Pavlish C, Ceronsky L. Oncology nurses' perceptions of nursing roles and professional attributes in palliative care. Clinical Journal of oncology nursing 2009; 13(4): 404-41.
  18. Tsai JS, Wu CH, Chiu TY, Hu WY, Chen CY. Fear of death and good death among the young and elderly with terminal cancers in Taiwan: Journal of pain and symptom management 2005; 29(4): 344-351.
  19. Hales S, Gagliese L, Nissim R, Zimmermann C, Rodin G. Understanding bereaved caregiver evaluations of the quality of dying and death: an application of cognitive interviewing methodology to the quality of dying and death questionnaire: Journal of Pain and Symptom Management 2012; 43(2):195-204.
  20. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. นิยาม ตัวชี้วัด service plan สาขาโรคมะเร็ง. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2558:27-30.
  21. พัชระกรพจน์ ศรีประสาร, วรธิดา มาศเกษม และ อนงค์ ดิษฐสังข์. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน : ความท้าทายในบทบาทของพยาบาลสาธารณสุข. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2558; 29(2):98-109.
  22. เพ็ญภัตสร มาพงษ์. การประเมินการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและการตายดีโดยสมาชิกครอบครัว [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.