

การตายดีตามการรับรู้ของพยาบาล:

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

NURSE' S PERCEPTION OF A GOOD DEATH:

A PHENOMENOLOGY STUDY

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 36 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2556

Volume 36 No.3 (July-September) 2013

ยุพเรศ โจมแพง พย.ม.* บำเพ็ญจิต แสงชาติ พย.ค.**

Yupared Jompaeng MSN.* Bumpenchit Sangchart DNS.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้การตายดีตามประสบการณ์ของพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการจดบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของไดคัลแมน ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้เกณฑ์ของลินคอล์นและกوبا ผลการศึกษาสะท้อน ความหมายของการตายดีตามประสบการณ์ของพยาบาล 9 แก่นสาระ ดังนี้ 1) ตายอย่างสงบปราศจากความทุกข์ทรมาน 2) ตายที่ได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติขององค์รวม 3) ตายท่ามกลางบุคคลที่รัก 4) ตายตาลัษ ตายที่ไร้ความหวงหาอารมณ์ 5) ตายในสถานที่ ๆ ยากตาย 6) ตายโดยที่รู้ตัวว่ากำลังจะตาย 7) ตายที่ได้เตรียมตัวก่อนตาย 8) ตายที่คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และ 9) ตายที่ครอบครัวยอมรับความตาย องค์ความรู้เกี่ยวกับการตายดีที่ได้จากการศึกษานี้เป็นการช่วยยืนยันและขยายภาพการตายดีจากการศึกษาที่ผ่านมาผ่านประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

คำสำคัญ : การตายอย่างสงบ การเตรียมตัวตาย สถานที่ตาย คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี การดูแลแบบประคับประคอง

Abstract

The qualitative phenomenological research aimed to study nurse's experiences of "a good death" in caring for patients at the end of life. Informants were 12 registered nurses, who experiencing in care for end of life patients until. In-depth interviewing, non-participant observation and note taking were applied for data collection. Data were analyzed by referring to the method of Diekelmann and were checked for trustworthiness by using the criteria of Lincoln and Guba. The results of the study showed that the definition of "a good death" as reflected by the nurses with end-of-life-care experience could be divided into nine themes: 1) comfortable death; 2) death after receiving all aspects of end-of-life care; 3) death amongst beloved people; 4) death without worry; 5) death in a favorite place; 6) death with awareness; 7) death having prepared beforehand; 8) death with the honor of the individual maintained; and 9) death wherein the family can accept one's death. The findings of study reveals a body of knowledge concerning of nurse's experience of good death and encourage nurse to be with, and provide palliative care for, dying patient and families.

keywords : peaceful death, prepare for death, place of death, afforded dignity, palliative care

* นักศึกษพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความตาย เป็นกระบวนการธรรมชาติ ที่มนุษย์ทุกคนต้องเผชิญหลีกเลี่ยงไม่ได้ เกิดขึ้นได้ทุกขณะของชีวิตตั้งแต่เริ่มต้นปฏิสนธิจนเกิดมามีชีวิต จึงควรยอมรับการตายอย่างมีสติ¹⁻⁶ ความตายถือเป็นการสิ้นสุดของชีวิตที่มนุษย์ต่างรับรู้ว่าเป็นความเจ็บปวด ไม่กล้าพูดถึงหรือหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวถึงเรื่องความตายในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ เพราะคิดว่าจะกลายเป็นลางร้ายและนำไปสู่ความตาย³ ทำให้ขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับความตาย และดำรงชีวิตอยู่บนความประมาท อีกทั้ง ความตายเป็นสิ่งที่ไม่เคยมีใครมีประสบการณ์การตาย หรือไม่เคยมีใครที่ตายแล้วได้กลับมาเล่าประสบการณ์การตายของตนเอง ความตายจึงเป็นเรื่องลึกลับซับซ้อน การเห็นคนตายจึงไม่ใช่เรื่องปกติธรรมดาสำหรับคนทั่วไป^{3,5} มองความตายเป็นปฏิกิริยา เป็นโศกนาฏกรรมของชีวิต เป็นสิ่งที่น่าสะพรึงกลัว และเป็นความกลัวที่ไม่มีใครปรารถนา^{5,6,7} ทำให้ความตายถูกผลักห่างออกไป ดังนั้น กระบวนการตายส่วนใหญ่จึงเกิดขึ้นที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ทีมบุคลากรด้านสุขภาพจึงเป็นผู้ที่ทำงานใกล้ชิดกับความตายมากที่สุด⁸ โดยเฉพาะวิชาชีพการพยาบาล จะมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าวิชาชีพอื่นในทีมสุขภาพ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ และเข้าใจปัญหา ความต้องการที่ครอบคลุมทุกมิติของบุคคล เพื่อจะได้ให้การดูแลเยียวยาได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่เข้าใจถึงความตาย เพื่อให้การตายของผู้ป่วยเป็นการตายดี⁸ ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)⁹⁻¹¹

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการตายดี พบว่า มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการตายดี ทั้งในผู้ป่วยญาติผู้ดูแลผู้ป่วย และทีมสุขภาพ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ผลการศึกษาสะท้อน มุมมองที่หลากหลายเกี่ยวกับการตายดี ดังเช่น การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่า การตายดีคือการกลับไปโดยปราศจากความเจ็บปวด เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และไปอย่างสงบ รวม

ทั้งได้เตรียมตัวก่อนตาย โดยได้ทำบุญเพื่อชีวิตหลังความตายและชาติหน้า ได้ตายที่บ้านท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก และไม่ทิ้งภาระไว้ให้ลูกหลาน¹¹⁻¹³ ส่วนการตายดีตามการรับรู้ของทีมสุขภาพและพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า การตายดี คือการที่พยาบาลสามารถคาดการณ์ล่วงหน้า สามารถควบคุมสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น และได้ดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ รวมทั้งได้ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย ได้ตอบสนองความต้องการครั้งสุดท้ายของผู้ป่วยก่อนจากไปอย่างสงบ¹⁴⁻¹⁵ ซึ่งการตายดีตามมุมมองของพยาบาล จากการศึกษาดังกล่าว เป็นการศึกษาในกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยวิกฤติ โดยจะเห็นว่า การดูแลให้ผู้ป่วยตายดีเป็นการมุ่งเน้นการจัดการอาการทางด้านร่างกาย มากกว่ามิติทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ สำหรับการศึกษการตายดีตามการรับรู้ของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเรื้อรัง ยังไม่พบมีการศึกษาโดยตรง แต่มีการศึกษาที่มีความเกี่ยวข้องเนื่องกับการตายดีอยู่บ้างในงานของสิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์¹⁶ ซึ่งได้ศึกษาการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งพบว่า การตายดีว่าควรมีลักษณะดังนี้ ไม่ทุกข์ทรมาน ได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และได้จัดการภารกิจต่างๆ ให้ลุล่วงก่อนตาย

เมื่อความตายเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงอยู่ที่ว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ตายดีได้อย่างไร พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตส่วนใหญ่จะมีปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อน ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ จิตสังคมและจิตวิญญาณ เช่น อาการรบกวนต่างๆ เกิดขึ้นโดยเฉพาะอาการปวดบอบช้ำที่สุด ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า หดหู่และหมดหนทางช่วยเหลือ รวมทั้งกลัวต่อความตาย ซึ่งการมีองค์ความรู้เกี่ยวกับการตายดีที่ครอบคลุมจากหลากหลาย

หลายมุมของผู้ที่เกี่ยวข้อง จึงมีความสำคัญโดยเฉพาะการตายดีตามการให้ความหมายจากประสบการณ์ของพยาบาล เนื่องจากการที่พยาบาลจะให้การดูแลผู้ป่วยโดยปราศจากการรับรู้ของการตายดีในมุมมองของผู้ที่ให้การดูแลเอง อาจส่งผลให้การดูแลไม่สอดคล้องตามความต้องการที่แท้จริง เกิดความรู้สึกอึดอัดใจ สับสนในการปฏิบัติหน้าที่ บางครั้งรู้สึกไม่มั่นใจเมื่อต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ และทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่บรรลุเป้าหมายคือ “การตายดี”

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัย มีความสนใจ ศึกษาเกี่ยวกับการตายดีผ่านการให้ความหมายของพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย องค์ความรู้ที่ได้ จะช่วยสะท้อนภาพการตายดีอีกมุมหนึ่งของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งจะช่วยเติมเต็มความรู้เดิมที่มีอยู่ได้อย่างครอบคลุมทุกมิติให้มีความสมบูรณ์ จากทุกมุมมองของผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับการตายของผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย อันจะเป็นประโยชน์สำหรับการนำใช้วางแผนการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้สอดคล้องเหมาะสมกับภูมิสังคมทางวัฒนธรรมมากที่สุด ตลอดจนส่งเสริมให้มีการเตรียมผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เกิดการตายดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้การตายดีตามประสบการณ์ของพยาบาล

คำถามการวิจัย

การรับรู้การตายดีตามประสบการณ์ของพยาบาลเป็นอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในบริบทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology

study) เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2556 ถึง เดือนสิงหาคม 2556

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ซึ่งเป็นวิธีการที่เหมาะสมสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาการรับรู้การตายดีตามประสบการณ์ตรงของพยาบาล ดังนั้นพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการตายของผู้ป่วย จึงเป็นผู้ที่เหมาะสมในการให้ข้อมูลซึ่งจะสามารถสะท้อนมุมมองและความหมายของการตายดีผ่านการรับรู้จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 12 คน เพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงมี 9 คน คิดเป็นร้อยละ 75 อายุต่ำสุด 27 ปี สูงสุด 58 ปี อายุเฉลี่ย 41.5 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.67 ($\bar{X}$ = 41.50, SD = 8.67) ประสบการณ์การทำงานต่ำสุด 5 ปี และสูงสุด 27 ปี เฉลี่ย 17.58 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.59 ($\bar{X}$ = 17.58, SD = 6.59) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี 8 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ระดับปริญญาโท 4 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการตายของบุคคลใกล้ชิด และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจนเสียชีวิต เฉลี่ยคนละ 5 ราย/เดือน และมีประสบการณ์ในการอบรม/ การประชุมวิชาการเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง/ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interview) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลด้านประสบการณ์ในการทำงาน แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับการตายดีตามการรับรู้ของพยาบาล แบบบันทึกภาคสนาม (field notes) สำหรับบันทึกข้อมูลจากการสังเกตและบรรยากาศในขณะ

สัมภาษณ์ และอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง สมุด และปากกา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุญาตการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และทำความเข้าใจกับผู้ที่เกี่ยวข้องแล้ว ผู้วิจัยขอความความอนุเคราะห์หัวหน้าหอผู้ป่วยในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนดและเป็นผู้แนะนำผู้วิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์และการปกป้องความลับ ตลอดจนการให้ความยินยอมด้วยความสมัครใจ พร้อมทั้งนัดหมายวันและเวลาทำการสัมภาษณ์เจาะลึก โดยให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เลือกวันและเวลาที่สะดวกในการสัมภาษณ์ ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45 - 60 นาที ต่อราย ภายหลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการถอดเทปข้อความเชิงบรรยาย ในลักษณะคำต่อคำ วลีต่อวลี ประโยคต่อประโยค พร้อมทั้งตรวจสอบข้อความที่ยังไม่ชัดเจนครบถ้วนและตั้งคำถามเพิ่มเติมเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation of data) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ข้อมูลมีความอิ่มตัวที่ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของ Dikelman¹⁷ โดยมีขั้นตอนดังนี้ คือ 1) อ่านและทำความเข้าใจข้อความหรือถ้อยคำต่างๆ ที่ปรากฏในบทสนทนาจากการสัมภาษณ์ 2) จัดประเด็นสำคัญตั้งเป็นดัชนี จัดระบบให้รหัสข้อมูลและจำแนกเป็นหมวดหมู่ 3) ตรวจสอบข้อมูลและบ่งชี้แก่นสาระ 4) บ่งชี้องค์ประกอบของแก่นสาระ 5) ตรวจสอบและอภิปรายองค์ประกอบของแก่นสาระ 6) สร้างข้อสรุปจากดัชนี หมวดหมู่และความหมายทั้งหมด และ 7) นำเสนอข้อสรุป

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยใช้หลักเกณฑ์ของ Lincoln และ Guba¹⁸ ซึ่งกล่าวถึงวิธีการในการพิจารณาตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) ของข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพไว้ ดังนี้ คือ 1) ความน่าเชื่อถือ (credibility) ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ทั้งด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านทฤษฎี และโดยผู้เชี่ยวชาญคืออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ และการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความลุ่มลึกของข้อมูล นอกจากนี้แล้วผู้วิจัยยังตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ (member checks) โดยผู้วิจัยนำประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นย้อนกลับมาตรวจสอบความเข้าใจของการสรุปและตีความของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้แน่ใจว่าข้อสรุปที่ได้เป็นข้อมูลจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจริง 2) ความสามารถในการถ่ายโอน (transferability) ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งได้รับรองตามหนังสือรับรอง 4.3.01:/2556 เลขที่ HE 561084 ระหว่างการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมในการวิจัยด้านหลักความเคารพในบุคคล และหลักผลประโยชน์อย่างเคร่งครัด

ผลการศึกษา

การตายดีตามประสบการณ์ของพยาบาล

จากการศึกษาพบว่า การตายดีตามประสบการณ์ของพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 9 แก่นสาระ ดังนี้ 1) ตายอย่างสงบปราศจากความทุกข์ทรมาน 2) ตายที่ได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติขององค์รวม 3) ตายท่ามกลางบุคคลที่รัก 4) ตายตาหลับ ตายที่ไร้

ความห่วงหาอาวรณ์ 5) ตายในสถานที่ๆอยากตาย 6) ตายโดยที่รู้ว่ากำลังจะตาย 7) ตายที่ได้เตรียมตัวก่อนตาย 8) ตายที่คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และ 9) ตายที่ครอบครัวยอมรับความตาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ตายอย่างสงบปราศจากความทุกข์ทรมาน พยาบาลผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการตายดีว่าเป็นการตายอย่างสงบปราศจากความทุกข์ทรมาน ความหมายโดยนัยนี้ประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ 1) ไม่ทุกข์ทรมานเนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นผู้ที่ไม่สามารถเยียวยา รักษาให้พ้นหายได้ ความก้าวหน้าของโรคก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นอาการปวด หอบเหนื่อย กระวนกระวาย ดังนั้นความหมายของการตายดีจึงสัมพันธ์กับอาการที่ก่อความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วย กล่าวคือการตายดีเป็นการตายที่ไม่ทุกข์ทรมาน และ 2) ปราศจากเครื่องพันธนาการ ซึ่งเชื่อมโยงกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มักจะได้รับการช่วยเหลือด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่างๆ เพื่อชะลอการตายหรือยืดชีวิต ซึ่งแท้จริงแล้วการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ดังกล่าวกลับเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้น การตายดีจึงหมายถึง การตายที่ปราศจากการสอดใส่อุปกรณ์ต่างๆทางการแพทย์ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“การตายดี ก่อนที่จะตายก็ต้องไม่มีอะไรมาพันธนาการร่างกาย เช่น สายน้ำเกลือ ท่อช่วยหายใจต่างๆ ต้องไม่มี” (Id07)

“คนไข้ต้องตายแบบไม่ทุกข์ทรมาน ไม่เจ็บไม่ปวดก่อนตาย อาการรบกวนต้องจัดการได้ดีในระดับหนึ่ง อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการเจ็บ อาการหายใจหอบ อาการที่ทำให้คนไข้ suffer ก็คือจัดการได้” (Id04)

“การตายดีก็คือการจากไป หรือว่า การตายไปที่ไร้ความทุกข์ ความห่วงกังวล แล้วก็รู้สึกไว้วางใจ แล้วก็จากไปอย่างสงบนะครับ แล้วก็ไม่ทุกข์ทรมานมาก ไม่ทรมานทรมานมาก มีความสงบในช่วง ที่เค้าจะไป” (Id01)

2. ตายที่ได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติขององค์รวม พยาบาลผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการตายดีว่า เป็นการตายที่ได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติขององค์รวม ประกอบด้วย 1) ได้รับการดูแลมิติทาง

กาย ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตบางรายไม่สามารถที่จะช่วยเหลือดูแลตนเองได้ ต้องได้รับการดูแลอาการไม่สบายด้านร่างกาย การจัดการเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงต่างๆที่เกิดขึ้นจากโรคของผู้ป่วย ช่วยบรรเทาอาการต่างๆที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน 2) ได้รับการดูแลมิติทางจิตสังคม เมื่อผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต การดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ 3) ได้รับการดูแลมิติจิตวิญญาณ การรับรู้ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายและอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นเสมือนคำตัดสินประหารชีวิตที่คุกคามต่อความหมายและเป้าหมายของชีวิต ที่สร้างความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วย การได้รับการตอบสนองให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยการช่วยเหลือให้ได้ปฏิบัติในสิ่งที่มีความเชื่อ ความศรัทธา หรือสิ่งที่ผู้ป่วยศรัทธา จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตายดี ดังคำกล่าวดังนี้

“ที่คิดว่าในเรื่องของการดูแลคือการดูแลแบบองค์รวม คือเราต้องดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และก้จิตวิญญาณคือเค้าต้องได้รับการดูแลให้ครบถึงจะตายดี” (Id02)

“การตายดีก็คือ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ และจิตวิญญาณ ก็คือเค้าต้องได้รับการตอบสนองให้ครบทุกส่วน นะพี่ว่าเพราะเวลาเราดูแลโดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายเราดูแลคนทั้งคน” (Id07)

3. ตายท่ามกลางบุคคลที่รัก การตายดีเป็นการตายที่อยู่ท่ามกลางบุคคลที่รัก บางครั้งการเจ็บป่วย โดยเฉพาะในช่วงสุดท้ายของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยต้องแยกจากครอบครัวมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ถูกตัดขาดจากสังคม สถานที่ทำงานหรือสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ได้อย่างปกติ และเมื่อรับรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายกำลังใกล้ความตาย จึงเป็นความรู้สึกโดดเดี่ยว เศร้า ต้องการความรักและกำลังใจจากคนที่รัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรักจากสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยไม่อยู่โดดเดี่ยว ไม่รู้สึกท้อแท้ มีญาติพี่น้องและบุคคลที่รักอยู่ใกล้ตลอดเวลาจนสิ้นลมหายใจ ดังคำกล่าว ดังนี้

“ได้ตายท่ามกลางบุคคลที่เคารพ ก็คือครอบครัวลูก ฉะนั้นไม่ว่าจะเป็นสถานที่ไหนแต่ถ้าเค้าได้อยู่กับคนที่เคารพ ก็คือเค้าก็ได้ตายดี อยู่ทีคนไข้คะพี่ว่าเค้า happy เค้าพึงพอใจไหม เค้าได้จากไปท่ามกลางคนที่เคารพ พี่ก็ว่าเค้าตายดีคะ” (Id04)

“คนเรา บางทีเวลาตายอาจจะว้าวๆ ก็อยากจะตายให้หอมล้อมด้วยญาติ ด้วยบุคคลที่เรารัก สิ่งแวดล้อมที่ดี คือมีญาติมีคนที่ใกล้ชิดมีคนรัก มาอยู่หอมล้อมเป็นเหมือนว่าได้ให้กำลังใจ ได้ส่งดวงวิญญาณครั้งสุดท้าย คือจากไปด้วยหมู่ญาติ หมู่คนที่รัก” (Id07)

“ตายดีคือตายแบบได้อยู่ท่ามกลางคนที่เคารพ” (Id09)

4. ตายตาหลับ ตายที่ไร้ความห่วงหาอาวรณ
ความหมายของการตายดี กล่าวคือ สิ่งหนึ่งที่ช่วงวินาทีสุดท้ายใกล้เข้ามาถึงที่จะทำความทุกข์แก่จิตใจและไม่อาจจะทำให้ตายดีนั้นก็คือความรู้สึกค้างคาใจในบางสิ่งบางอย่าง เช่น ความห่วงกังวลในการแบ่งทรัพย์สินสมบัติ การจัดการกับการกิจที่ยังไม่แล้วเสร็จ ฉะนั้น การตายดีจึงเป็นการตายที่ผู้ป่วยไม่มีความกังวล ห่วงใย กับสิ่งที่อยู่เบื้องหลัง ได้จัดการสิ่งต่างๆ เรียบร้อย จากไปด้วยจิตใจสงบ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“การตายที่หมดห่วงไร้กังวล นะครับ การตายที่ไร้ความทุกข์ทรมาน ตายสบาย การตายที่แบบไม่ห่วงหาอาวรณ ตายอย่างสงบไร้ซึ่งความวิตกกังวล” (Id01)

“ได้ทำในสิ่งที่ค้างคาง ก็คือเหมือนกับถ้ามีภารกิจอะไรที่ยังค้างคางที่เค้ายังไม่ได้ทำแล้วเค้าได้ทำ ที่เค้าเรียกว่า unfinished business ก็คือคนที่ยังไม่เสร็จสิ้นภารกิจ แต่ถ้าเมื่อไหร่ที่เค้าจัดการเรียบร้อยแล้ว fullfill ในเรื่องของความต้องการในระยะสุดท้าย อันนั้นก็ตายดีคะ” (Id04)

5. ตายในสถานที่ที่อยากตาย การตายดีหมายถึง ผู้ป่วยได้ตายในสถานที่ที่อยากตาย กล่าวคือเมื่อไม่สามารถก้าวล่วงความตายไปได้และเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต การที่ผู้ป่วยได้มีโอกาสเลือกสถานที่ตาย และได้ตายในสถานที่เลือกไม่ว่าจะเป็นที่บ้าน หรือโรงพยาบาล ถือว่าเป็นการตายดี เพราะเป็นการตอบสนอง

ความต้องการของผู้ป่วยในบั้นปลายของชีวิต การตายดีนอกจาก ได้ตายในสถานที่เลือกแล้ว บรรยากาศที่ผู้ป่วยกำลังเข้าสู่ความตายนั้น สงบ ปราศจากเสียงรบกวน มีญาติอยู่ด้วยตลอดเวลา จะช่วยผู้ป่วยให้มีสมาธิ มีสติจดจ่อกับสิ่งดีงาม ไม่ถูกรบกวนด้วยสิ่งต่างๆ และมีความพึงพอใจถือว่าการตายดี ดังคำกล่าว ดังนี้

“คนไข้ ทุกคนไม่ได้หมายความว่าต้องการกลับไปตายที่บ้าน ซึ่งเราก็ต้องยอมรับความต้องการของเค้าเนาะไม่ว่าเค้าจะเลือกตายที่ไหน ไม่ว่าจะเป็นที่บ้านหรือโรงพยาบาล ซึ่งเราจะต้องมีระบบการดูแลแบบสอดคล้องกันเพื่อให้เค้าได้ตายดี” (Id02)

“บรรยากาศที่สงบพี่คิดว่ามันก็จะทำให้จิตใจของคนไข้สงบด้วยนะแล้วอีกอย่างเค้าได้อยู่กับคนที่เคารพจะเป็นการส่งเสริมให้เค้าจากไปอย่างสงบนะพี่ว่า” (Id05)

6. ตายโดยที่รู้ตัวว่ากำลังจะตาย การตายดีตามความหมายนี้หมายถึง การตายที่ผู้ป่วยตระหนักรู้ว่าความตายกำลังจะมาถึง ซึ่งในระยะสุดท้ายของชีวิตใกล้เข้ามาถึงผู้ป่วยจะมีจิตใจที่สับสน กลัวความตาย การที่พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยมีสติก่อนตาย รวมทั้งการตายที่ผู้ป่วยได้รับการน้อมนำจิตใจให้มีสมาธิ คิดถึงสิ่งที่ดีงาม และยอมรับความตายที่กำลังจะมาถึงจะช่วยให้ผู้ป่วยนั้น ตายดี ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“เมื่อถึงเวลาที่เข้าสู่ระยะท้าย จิตของคนเรามันคิดได้ทุกอย่าง คิดได้ทั้งในสิ่งที่ดีและสิ่งที่ไม่ดี สิ่งที่ไม่ดีก็คืออาจจะคิดไปเองของเค้า ทุกๆ สิ่งทุกอย่างที่ได้ทำ คิดเรื่องโน้นเรื่องนี้ แต่เมื่อไหร่ที่มีคนมาน้อมนำ มาเป็นเหมือนคนนำทาง ก็คือพูดเพื่อให้เค้านึกถึงแต่สิ่งที่ดีๆ ก็จะทำให้จิตของเค้ามีสมาธิ” (Id04)

“การตายดีก็คือได้ตายตามที่เราต้องการ ได้รับรู้ว่าเรากำลังจะตาย คือเราได้รู้ถึงความตายกำลังจะใกล้เข้ามา เราต้องการอะไรแล้วได้รับการตอบสนองอย่างนั้น ก่อนตาย ซึ่งพี่คิดว่าอันนี้แหละคือตายดีคะ” (Id 02)

7. ตายที่ได้เตรียมตัวก่อนตาย หมายถึงการตายที่ผู้ป่วยได้เตรียมตัววางแผนเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับการตายของตนไว้ล่วงหน้ากับญาติ โดยเฉพาะในผู้ที่รู้ความ

จริงว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย และรู้เกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรคที่ลุกลามไปยังอวัยวะที่สำคัญผู้ป่วยจะเข้าใจและใช้เวลาที่เหลืออยู่เพื่อเตรียมตัวก่อนที่จะเสียชีวิต เช่น ได้เลือกสถานที่ตายด้วยตนเอง การทำบุญก่อนตาย รวมทั้งกำหนดพิธีกรรมต่างๆ หลังการตาย ดังเช่น

“case ที่ได้รับการเตรียมตัวดี แล้วจะมีการสื่อสารกับญาติไว้ เช่นเค้าก็จะสื่อสารกันไว้เรื่องสถานที่ที่ต้องการเสียชีวิตเค้าจะบอกไว้เลย ว่าถ้าเค้าเสียชีวิตให้เค้าเสียชีวิตในโรงพยาบาลเค้าไม่ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน แต่ถ้าบางรายที่เค้าอยู่บ้านเค้าก็จะสั่งเสียไว้เลยว่า เค้าเสียชีวิตที่บ้านเค้าไม่มาโรงพยาบาลซึ่งกลุ่มพวกนี้เค้าจะได้ place of death” (Id02)

“อย่างบางคนอยากทำบุญก่อน ทำบุญเพื่อสะสมบุญ ผลบุญที่เค้าได้ทำจะได้ส่งให้เค้าได้ไปเกิดในภพภูมิที่ดีๆ” (Id07)

8. ตายที่คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การตายที่คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตามความหมายของการตายดีดังกล่าว พยาบาลได้ให้ความสำคัญในการให้เกียรติในฐานะบุคคลที่มีเกียรติมีศักดิ์ศรี แม้เมื่อตายไปแล้วก็ต้องได้รับการดูแลเคารพเยี่ยงมนุษย์ที่ยังมีชีวิตอยู่ ไม่กระทำการอันใดที่ไม่สมควรที่เป็นการดูถูก หรือรังเกียจ ขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยจะต้องขออนุญาตและปฏิบัติด้วยความนุ่มนวล เช่น คำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ตายดีคือเราต้องให้ความเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ความมีศักดิ์ศรีของเค้า การทำทุกอย่างต้องขออนุญาต และก็ทำให้ ถูกต้องตามกระบวนการ แล้วก็ทำด้วยความนุ่มนวล แล้วก็ด้วยความสำรวม” (Id01)

“เราต้องเคารพเค้าในฐานะที่เป็นมนุษย์ ก็คือไม่ว่าจะกระทำการอะไรเราก็ต้องให้เกียรติคือบางครั้งแม้เค้าจะตายไปแล้วก็ตาม ตอนที่จะไปทำความสะอาดเราก็ต้องขออนุญาตเค้าก่อน” (Id06)

9. ตายที่ครอบครัวยอมรับความตาย กล่าวคือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ตายดี ไม่เพียงมุ่งให้การดูแลผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญกับ

ครอบครัวของผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับความสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การที่พยาบาลได้ส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแล รับรู้ความก้าวหน้าของโรค และแผนการดูแล รวมทั้งเตรียมใจยอมรับความตายของผู้ป่วย เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวยอมรับความตายที่เกิดขึ้น ก็ถือว่าเป็นการตายดี ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“ครอบครัวจะต้องเข้าใจว่าคนไข้ที่จะตายดีจะต้องมีอาการยังไงบ้าง และจะต้องเข้าใจเค้าและจะต้องรู้จักว่าอาการของคนไข้ที่กำลังจะตายมีอะไร คือจะต้องมีการเตรียมตัวก่อน เพื่อไม่ให้ครอบครัวตกใจ แล้วครอบครัวต้องยอมรับค่ะ” (Id02)

“ในความคิดของพี่ก็คือ ตายโดยที่ไม่มีความกังวล ไม่มีความทรมานในระยะใกล้ตาย และครอบครัวต้องยอมรับได้” (Id05)

การอภิปรายผล

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้การตายดีตามประสบการณ์ของพยาบาล ซึ่งจากข้อค้นพบสามารถอภิปรายผล ดังนี้

1. ตายอย่างสงบปราศจากความทุกข์ทรมาน การให้ความหมายดังกล่าวสอดคล้องกับนักวิชาการหลายท่านที่ศึกษาการตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วย การรับรู้ของสมาชิกครอบครัวและทีมสุขภาพ ซึ่งพบว่าการตายดีคือ การตายที่ผู้ป่วยจะต้องปราศจากความทุกข์ทรมาน และความปวด¹¹⁻¹³ รวมทั้งสอดคล้องกับแนวคิดของการดูแลแบบประคับประคอง ที่เน้นการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมานและส่งเสริมคุณภาพชีวิตและคุณภาพการตายของบุคคลที่อยู่ในระยะใกล้ตาย การให้ความหมายดังกล่าว สะท้อนประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตมักจะเผชิญความทุกข์ทรมานจากกลุ่มอาการต่างๆ เช่น อาการปวด อาการหายใจลำบาก อาการอ่อนเพลีย เป็นต้น ที่รบกวนและก่อให้เกิดความทุกข์กับผู้ป่วยแทบจะทุกรายก่อนตาย¹⁰ ฉะนั้นการตายอย่างสงบปราศจากความทุกข์ทรมานจึงเป็น การตายดีตามความหมายของประสบการณ์ของพยาบาลผู้ให้การดูแลที่มุ่งส่งเสริมการตายอย่างสงบ

2. ตายที่ได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติขององค์รวม อธิบายได้ว่า พยาบาลได้ให้ความหมายของการตายดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายบนแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเป็นปรัชญาแห่งวิชาชีพการพยาบาล ที่เชื่อว่าบุคคลมีลักษณะของความเป็นองค์รวม ประกอบไปด้วยมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทุกมิติมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันอย่างไม่สามารถแยกออกจากกันได้¹⁹⁻²² ด้วยความเชื่อในปรัชญาดังกล่าวประกอบกับกระบวนการขัดเกลาและหล่อหลอมทางวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลมีทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในลักษณะของ “การดูแลบุคคลทั้งคน” ซึ่งหมายถึง การดูแลในทุกมิติแห่งชีวิตหรืออีกนัยหนึ่งก็คือ การดูแลอย่างเป็นองค์รวมนั่นเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ อรพรรณ ไชยเพชร และคณะ²³, สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์¹⁶, Hirai et al.¹⁴ Costello¹⁵ ที่ให้ความหมายของการตายดีคือ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติแห่งองค์รวม ดังนั้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะใกล้ตาย จึงต้องครอบคลุมในทุกมิติของความเป็นองค์รวม²⁴ เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

3. ตายท่ามกลางบุคคลที่รัก อธิบายได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการความรักและความห่วงใยจากคนที่รัก ซึ่งบางครั้งการเจ็บป่วย โดยเฉพาะในช่วงสุดท้ายของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยต้องแยกจากครอบครัวมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ถูกตัดขาดจากสังคม สถานที่ทำงาน หรือสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างได้อย่างปกติ รับรู้ว่าตนเองเป็นโรคที่รักษาไม่หายกำลังใกล้ความตาย จึงเป็นความรู้สึกโดดเดี่ยว เศร้า และบางครั้งท้อแท้ ต้องการความรักและกำลังใจจากคนที่รัก ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหากมีบุคคลที่รักมาห้อมล้อมในช่วงสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีความหมาย ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ ไม่ตายอย่างโดดเดี่ยว ทำให้การตายของผู้ป่วยเป็นไปอย่างสงบ^{3, 8-9, 14}

4. ตายตาหลับ ตายที่ไร้ความห่วงหาอาวรณ การให้ความหมายนี้มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ตรง

ของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่ได้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่ยังมีความกลัว มีความกังวล มีความห่วงใย มีความทุกข์ใจ ยังยึดติดกับบางสิ่งบางอย่าง ไม่อยากพลัดพรากจากสิ่งที่รักและผูกพัน พยาบาลจึงช่วยให้เขาปล่อยวางให้มากที่สุดเพื่อให้ตายดี^{3, 25-27}

5. ตายในสถานที่อยากตาย อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่มีบทบาทดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่จะช่วยเยียวยา ประคับประคองให้ช่วงเวลาที่ยากลำบากได้ก้าวข้ามผ่านไปได้ โดยคำนึงความรู้สึก ความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนยินยอมรับการตัดสินใจ และดูแลเพื่อตอบสนองกับความต้องการมากที่สุด ดังนั้นการเลือกสถานที่ที่ตายไม่ว่าจะเป็นที่โรงพยาบาลหรือที่บ้าน ถ้าผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการและได้อยู่ในบรรยากาศที่สงบจะช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้เสียชีวิตมีสมาธิ มีสติจดจ่อกับสิ่งดีงาม ไม่ถูกรบกวนด้วยสิ่งต่าง ๆ แล้วก็นำมาซึ่งความพึงพอใจและทำให้ตายดีได้^{3, 27}

6. ตายโดยที่รู้ตัวว่ากำลังจะตาย ซึ่งความหมายการตายดีนี้มีความสอดคล้องกันกับความหมายที่ให้โดยทั้งผู้ป่วย สมาชิกครอบครัว และทีมสุขภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับในแง่ของศาสนาพุทธ ที่กล่าวว่า การตายดีคือ “มีไม่หลงตาย”^{2, 4} ซึ่งจะเห็นได้ว่า พยาบาลผู้ให้ข้อมูลทุกคนเป็นผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ โดยศาสนาพุทธมองว่าชีวิต ประกอบขึ้นด้วยร่างกาย (กาย) และจิตใจ (วิญญาณ) เมื่อกายกำลังจะแตกสลาย จิต (วิญญาณ) ก็ จะออกจากร่างเพื่อไปต่ออย่างอีกภพอื่น หากสภาพจิตในเวลาตายได้คิดถึงสิ่งที่ดีงาม มีจิตยึดเหนี่ยวอยู่กับบุญกุศล ความดี รู้เท่าทันอารมณ์ความรู้สึกของตนเองจะทำให้จิตไม่เศร้าหมอง มีสติ ไม่หลงไปคิดถึงสิ่งเลวร้าย ไม่หลงตาย ก็จะทำให้ผู้ป่วยนั้นตายดี ฉะนั้นการให้ความหมายการตายดีคือ การตายโดยที่รู้ตัวว่ากำลังจะตายจึงสะท้อนความหมายผ่านประสบการณ์การดูแลตามรูปแบบที่สอดคล้องกับภูมิหลัง ความเชื่อ และความศรัทธาของพยาบาลเอง

7. ตายที่ได้เตรียมตัวก่อนตาย อาจเนื่องจาก ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ในการเข้ารับการอบรมเรื่องการ

ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร่วมกับมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้พยาบาลให้ความสำคัญกับการได้มีโอกาสเตรียมตัวก่อนตาย หากผู้ป่วยจะต้องตายแล้ว การได้เตรียมตัวเตรียมใจเข้าสู่ความตายก็จะช่วยให้อยอมรับความตายได้มากขึ้น และสามารถเผชิญกับความตายด้วยใจสงบ^๖ สอดคล้องกับการศึกษาของ จินต์จุฑา รอดพล¹², วิลภา คุณทรงเกียรติ¹³, Hirai et al.¹⁴, และ Kehl²⁵ ที่พบว่าการตายดีคือ การที่ได้เตรียมตัวสำหรับความตาย

8. ตายที่คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ความหมายตามนัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนักวิชาการหลายท่าน^{14, 19, 26-27} ที่พบว่า การตายดีเป็นการตายที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลที่คงไว้ซึ่งเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ อธิบายได้ว่า พยาบาลผู้ให้ข้อมูลได้ตระหนักถึงจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล ข้อที่ว่า “พยาบาลพึงให้บริการพยาบาลด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี และความแตกต่างระหว่างบุคคล โดยไม่จำกัดในเรื่อง สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ คุณสมบัติเฉพาะกิจ หรือสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย”²⁸⁻²⁹ ทำให้พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและมองผู้ตายไปแล้วเสมือนยังมีชีวิตอยู่ ให้การพยาบาลด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

9. ตายที่ครอบครัวยอมรับความตาย ความหมายตามนัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาล เข้าใจภาวะการสูญเสียและภาวะเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวที่อาจจะเกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งการที่ครอบครัวได้รับการสื่อสารเป็นระยะเกี่ยวกับ โรค แนวทางการรักษา และอาการของผู้ป่วย รวมทั้งสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล จะช่วยเตรียมครอบครัวให้คลายความวิตกกังวล เกิดการยอมรับความตายของผู้ป่วย และในภาวะหลังการตายของผู้ป่วย รวมทั้งจะช่วยลดความรู้สึกสูญเสียและความเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวหลังการตาย⁷⁻¹⁰

บทสรุป

การรับรู้การตายดีตามประสบการณ์ของพยาบาลจากการศึกษานี้ 8 แก่นสาระแรกสะท้อนถึงการมุ่งที่ตัวผู้ป่วยที่จัดการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณส่วนแก่นสาระที่ 9 เป็นการให้ความสำคัญกับสมาชิกครอบครัวที่ควรได้รับและการดูแลช่วยเหลือให้อยอมรับความตายของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

จากข้อค้นพบที่ว่า การตายดีคือ ตายที่ครอบครัวยอมรับความตาย สามารถนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจน และการพัฒนาแนวทางสำหรับให้ข้อมูลแก่ญาติ โดยการกำหนดประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและครอบครัวต้องทำความเข้าใจ รวมทั้งได้ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีพยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำเกี่ยววิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะบางครั้งญาติบางคนอาจจะกลัวผู้ป่วยเป็นอันตราย ไม่กล้าให้การดูแล หากครอบครัวได้รับการการสอนวิธีการดูแลจะช่วยให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจมากยิ่งขึ้น ก็จะทำให้ผู้ป่วยได้ตายดีบรรลุตามที่พยาบาลได้ให้ความหมายไว้

เอกสารอ้างอิง

1. บำเพ็ญจิต แสงชาติ. บทนำ. ใน: บำเพ็ญจิต แสงชาติ อริยา สอนบุญ (บรรณาธิการ). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ขอนแก่น: ซี กอปปี้; 2555. หน้า 1-7.
2. พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). ช่วยให้ตายเร็วหรือช่วยให้ตายดี. ใน: พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์ พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สหธรรมิก; 2554. หน้า 379-97.
3. พระไพศาล วิสาโล. ความตายในมิติทางสังคมและจิตวิญญาณ. เสถียรธรรม 2547; 59(14): 1-15.
4. พุทธทาสภิกขุ. ตัวกู-ของกูฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2550.
5. โสรัจจ์ หงศ์ลดารมภ์. ความตายกับการตาย: มุมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิพันดารา; 2549.

6. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. วัฒนธรรมความตายกับวาระสุดท้ายของชีวิต: คู่มือการเรียนรู้มิติทางสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; 2550.
7. บำเพ็ญจิต แสงชาติ. ความตายและภาวะใกล้ตาย: แนวคิดและการพยาบาล. ขอนแก่น: ภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
8. สมจิต หนูเจริญกุล. การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ. ราชกิจจานุเบกษา 2541; 4(2): 117-9.
9. ทศนีย์ ทองประทีป. การพยาบาลเพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
10. บำเพ็ญจิต แสงชาติ มัลลิกา ทัดมาลา ศุภราภรณ์ พรหมลักขโณ. รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2556; 36(1):54-66.
11. 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. J Pain Symptom Manage 2008; 35(5): 486-98.
12. จินต์จุฑา รอดพาล. การตายดี: มุมมองจากผู้สูงอายุไทยพุทธ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
13. วิลภา คุณทรงเกียรติ. การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2554; 19(2): 1-12.
14. Hirai K, Miyashita M, Morita T, Sanjo M, Uchitomi Y. Good death in Japanese cancer care: a qualitative study. J Pain Symptom Manage 2006;31(2):140-7.
15. Costello J. Dying well: nurses' experiences of "good and bad" deaths in hospital. J Adv Nurs 2006;54(5): 594-601.
16. สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ที่เป็โรคเริมระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง วิทยานิพนธ์ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
17. Diekelmann L, Learning-as-testing: A Heideggerian hermeneutical analysis of lived experience of students and teacher in nursing. Adv Nurs Sci 1992; 14(3): 72-83.
18. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Newbury Park, Calif: SAGE Pub; 1985.
19. วรางคนาคำย้ง, บำเพ็ญจิตแสงชาติ. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อความเข้มแข็งในการมองโลกในผู้ป่วยเริมระยะลุกลาม. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2555; 35(3): 37-47.
20. เรวัตน์ เอกวุฒิวงศา บำเพ็ญจิต แสงชาติ. จิตวิญญาณของพระภิกษุอาพาธ. วารสารพยาบาล ศาสตร์และสุขภาพ 2555; 35(2); 100-10.
21. เพ็ญภา บุบผา บำเพ็ญจิต แสงชาติ. การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2555; 35(3): 1-10.
22. พັນนี สมกำลัง และคณะ. การพยาบาลมิติจิตวิญญาณ : การเผชิญความตายอย่างผาสุกของผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2556; 26(2): 140-9.
23. อรพรรณ ไชยเพชร กิตติกร นิลมานัต วิภาวี คงอินทร์. ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26(1): 41-54.

24. ยูนิดา อารามรมย์ กิตติกร นิลมนัด พชรียา ไชยลังกา. ประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยระยะวิกฤตและใกล้ตาย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2552; 32(4): 33-43.
25. Kehl KA. Moving toward peace: an analysis of the concept of a good death. *Am J Hosp Palliat Care* 2006; 23(4): 277-86.
26. Hattori K, McCubbin MA, Ishida DN. Concept analysis of good death in the Japanese community. *J Nurs Scholarsh* 2006; 38(2): 165-70.
27. Granda-Cameron C, Houldin A. Concept analysis of good death in terminally ill patient. *Am J Hosp Palliat Care* 2012; 29(8):632-9.
28. ลิวลี ศิริโล. จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
29. สภาการพยาบาล. จรรยาบรรณวิชาชีพ [ออนไลน์] 2556 [อ้างเมื่อ 14 กันยายน 2556]. จาก <http://www.tnc.or.th/law/page-4.html>.