

ความพาสึกทางจิตวิญญาณและการตายดี Spiritual Well-being and Good Death

บำเพ็ญจิต แสงชาติ พย.ค*
Bumpenichit Sangchart DNS.*

บทความวิชาการ
วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ
Journal of Nursing Science & Health
ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) 2557
Volume 37 No.1 (January-March) 2014

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ดีต้องอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจว่าความตายเป็นสิ่งที่มิอาจหลีกเลี่ยงและเป็นธรรมชาติของชีวิต ช่วงเวลาสุดท้ายในชีวิตของบุคคลเป็นช่วงเวลาที่สำคัญเป็นพิเศษโดยเฉพาะสำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย ครอบครัว และบุคคลสำคัญ เป้าหมายของการดูแลในระยะท้ายคือ เพื่อความสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมาน มีทางเลือก และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย เพื่อประคับประคองและดูแลด้านจิตใจและตอบสนองด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว บทบาทของพยาบาลระดับประคองคือการช่วยให้ผู้ป่วยในระยะท้ายมีความพาสึกทางจิตวิญญาณและตายดีหรือตายอย่างสงบ

คำสำคัญ : ผู้ป่วยระยะท้าย การดูแลด้านจิตวิญญาณ ศาสนา คุณภาพชีวิต ตายอย่างสงบ

Abstract

Good end-of-life care is based on the understanding that death is inevitable, and a natural part of life. As the final stage in a person's life it is a uniquely important time for the dying person and their family and significant others. The goals of end-of-life care are: to maintain the comfort, to reduce suffering, choices, and improve quality of life of a person who is recognized to be dying; to support their individuality; and to care for the psychosocial and spiritual needs of themselves and their families. The role of palliative care nurse is to help patients in the last phase was the spiritual well-being and good death or peaceful death.

keywords : end of life, spiritual care, religious, quality of life, peaceful death

“แสงเทียน”

ทำนอง พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช เนื้อร้อง พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าจักรพันธ์เพ็ญศิริ

จุดเทียนดวงสว่างปวงเทพเจ้า สวดมนต์คำเข้าถึงครวระทมทน
ไอ้ชีวิตหนอล้วนรอความตายทุกคน หลีกไปไม่พ้นทุกซทหนออทรร้อนใจ
ต่างคนเกิดแล้วตายไป ชดใช้เวรกรรมจากจร
นิจจิงสังขารนั้นไม่เที่ยงเสี่ยงบุญกรรม ทุกคนเคยทำกรรมไว้ก่อน
เชิญปวงเทวดาเข้าไหว้วอน ขอพรคุ้มไปชีวิตหน้า
ทนทรมานมานานแล้วจะกราบลา หนีปวงโรคาที่เบียดเบียน
แสงแววชีวาเปรียบแสงเทียน เปรียบเทียนสิ้นแสงยามแรงลมเป่า
ชีพดับอัธเจาเหมือนเงาไร้ดวงเทียน จุดเทียนถวายเป็นบูชาร้องเรียน
โรคร้ายเบียดเบียนแสงเทียนทานลมพัดโบย โรครุมเร้าร้อนแรงโรย
หวานโหยอาวรณ์อ่อนใจ ทำบุญทำทานกันไว้เถิดเกิดเป็นคน
ไว้เตรียมผจญชีวิตใหม่ เคยทำบุญทำคุณปางก่อนใด
ขอบุญคุ้มไปชีวิตหน้า ทนทรมานมานานแล้วจะกราบลา
แสงเทียนบูชาจะดับปล้น แสงเทียนบูชาดับลับไป

ผู้เขียนขออัญเชิญเพลงพระราชานิพนธ์แสงเทียน¹ ซึ่งเป็นเพลงพระราชานิพนธ์เพลงแรก ทรงพระราชานิพนธ์ในเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๔๘๙ ครั้งดำรงพระราชอิสริยยศเป็นสมเด็จพระอนุชาธิราช ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าจักรพันธ์เพ็ญศิริ (ขณะดำรงพระยศเป็นหม่อมเจ้าจักรพันธ์เพ็ญศิริ จักรพันธ์) นิพนธ์คำร้องภาษาไทย เป็นเพลงที่มีเนื้อหาชวนใจได้เป็นอย่างดี บทเพลงพระราชานิพนธ์แสงเทียน นี้ผู้เขียนชื่นชอบทำนองที่รู้สึกมีความไพเราะแต่แฝงความเศร้ามาตั้งแต่ยังเด็ก ๆ และได้มาพิจารณาอีกซึ่งอีกทีก็เมื่ออยู่ในวิชาชีพการพยาบาลเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยและสอนนักศึกษาพยาบาลในหัวข้อเกี่ยวกับความตาย ภาวะใกล้ตาย และการดูแลระดับประคอง และหากพิจารณาโดยตลอดแล้ว มีความเหมาะสมเป็นอย่างยิ่งในการอัญเชิญเพื่อเกริ่นนำบทความที่ผู้เขียนจะนำเสนอต่อไปนี้ ด้วยเนื้อเพลงสะท้อนให้เห็นภาพของมนุษย์ทุกคนเมื่อถึงคราวที่ชีวิตประสบชะตากรรมหรือในวาระสุดท้ายก็ต้องหันหน้าเข้าหาธรรมะ ทรงชี้ให้เห็นว่าชีวิตที่เกิดมาไม่มีอะไรที่แน่นอนและต่างก็ต้องเป็นไปตามกรรมที่ตนทำไว้ มีข้อคิดที่ลึกซึ้งแฝงอยู่ในเนื้อเพลงว่า แม้การบนบานศาลกล่าว เพื่อหวังผลให้ต้านทานโรคที่รุมเร้า ก็มีโอกาสช่วยให้ดีขึ้นได้ หากไม่สร้างกรรมดี พระองค์ทรงชี้ให้ทุกคนหมั่นสร้างกรรมดีอย่างสม่ำเสมอ เพื่อบุญจะได้คุ้มไปชาติหน้า และมนุษย์ไม่ควรยึดติดกับสังขารอันเป็นต้นเหตุแห่งทุกข์ นอกจากนี้ทรงชี้ให้เห็นว่า ความตายก็มีประโยชน์ เพราะทำให้พ้นความทรมานทั้งปวงจากความเจ็บป่วย ชีวิตก็เปรียบเหมือนแสงเทียน ที่สุดท้ายก็ต้องดับลง นั่นเอง

การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับวิชาชีพการพยาบาลแล้ว เป้าหมายคือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกระทั่งตายหรือจากไปอย่างสงบ ซึ่งนอกจากการมุ่งให้ความสำคัญกับการดูแลความสุขสบายผู้ป่วยทางด้านร่างกาย ลดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ และตอบสนองความต้องการทางด้านสังคมแล้ว จิตวิญญาณ เป็นอีกมิติหนึ่งที่มีความสำคัญมากทั้งกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะในช่วงขณะสุดท้ายของชีวิตนั้น ความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยจะยิ่งปรากฏเด่นชัดมากขึ้น ดัง

ที่ปรากฏเสมอว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีการกราบไหว้บูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ บนบานศาลกล่าวขอให้หายหรือมีชีวิตรอดได้ต่อไป หรือมีการกระทำต่าง ๆ หลากหลายตามความเชื่อและศรัทธาของแต่ละคนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ การมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับมิติทางจิตวิญญาณจึงมีความสำคัญสำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลระดับประคอง (palliative care nurse) ในการที่จะนำใช้หนุนเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความพสกนททางจิตวิญญาณ ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวาระสุดท้าย และสามารถจากไปอย่างสงบหรือที่เรียกว่า “ตายดี”

สถานการณ์การบรรเทาการตายดี

ปัจจุบันมีการกล่าวถึงกันอย่างกว้างขวางเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยในภาวะใกล้ตาย ได้เข้าสู่ความตายอย่างสงบ หรือที่เรียกว่า การตายดี (good death) การตายดี เป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง² ซึ่งเป็นการจัดบริการการดูแลสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต โดยมีพัฒนาการในประเทศที่พัฒนาแล้วมากกว่า ๔๐ ปี อย่างไรก็ตาม การให้นิยามการตายดีและรูปแบบการจัดบริการยังมีความหลากหลาย และเป็นพลวัต กล่าวได้ว่า ยังไม่มีนิยามที่เป็นสากล³⁻⁶ ด้วยเหตุที่ยังมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันเกี่ยวกับคุณลักษณะของการตายดีว่าควรเป็นอย่างไร ทั้ง ๆ ที่การตายนั้นเป็นเรื่องที่ใกล้ตัวมนุษย์ เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติของทุกชีวิตที่จะต้องเกิดขึ้น ณ วันใด วันหนึ่ง ดังที่ หลวงพ่อเฟื่อง โชติโก ท่านได้เตือนสติให้เห็นว่าความตายเป็นสิ่งที่ไม่มีใครสามารถเอาชนะได้ เมื่อเป็นดังนั้นก็ไม่ควรไปยึดติดกับการมีชีวิต ต้องรู้จักฝึกที่จะปล่อยวางทุกสิ่งอย่างให้คุ้นเคย เมื่อความตายมาถึงก็จะไม่รู้สึกลำบากที่จะจากไปโดยสงบ ดังนี้ “สักวันหนึ่งความตายจะมาถึงเรา มาบีบบังคับให้เราปล่อยทุกสิ่งทุกอย่าง ฉะนั้น..... เราต้องหัดปล่อยวางล่วงหน้าให้มันเคย ไม่อย่างนั้นพอถึงเวลาไปจะ ลำบาก” แต่ทว่า ความตายกลับไม่ค่อยได้รับความสนใจในภาวะปกติของการดำเนินชีวิต ดังนั้น จึงพบได้เสมอว่า ผู้ป่วยที่มีสุขภาพอยู่ในระยะท้ายของชีวิตและตายดีตามแนวทางที่ควรจะเป็นมีสัดส่วนไม่

มากนัก แม้ไม่มีข้อมูลดังกล่าวอย่างเด่นชัดในประเทศไทย แต่หากอนุมานจากข้อมูลการได้รับการดูแลจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ซึ่งถือเป็นเพียงข้อเดียวของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในระยะท้าย พบว่า มีน้อยกว่าร้อยละ 50⁷ ซึ่งสะท้อนว่าผู้ป่วยระยะท้ายไม่ได้รับการตอบสนองให้เกิดการตายได้อย่างเพียงพอ

ความหมายและคุณลักษณะของการตายดี

ความหมาย การตายดี มีความสัมพันธ์กับมุมมอง ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม และประสบการณ์⁸⁻⁹ เป็นมิติของประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับอาการต่าง ๆ ของโรค ที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุน ความหวัง การคาดหวัง ความต้องการด้านเศรษฐกิจ ความต้องการการดูแล และการดำรงไว้ซึ่งจิตวิญญาณและความเชื่อ¹⁰ ดังนั้น ตามหลักฐานที่ปรากฏ ความหมายของการตายดี จึงมีทั้งความสอดคล้องและความแตกต่างกัน ดังเช่น Miyashita et al¹¹ ได้ศึกษาเกี่ยวกับการตายดีเพื่อสร้างเครื่องมือประเมินการตายดี (Good Death Inventory : GDI) ผลการศึกษา พบคุณลักษณะของการตายดี 18 ประการ ได้แก่ 1) ความสุขสบายด้านร่างกายและจิตใจ 2) ตายในสถานที่ที่ต้องการ 3) การคงความหวังและความปรารถนา 4) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์ 5) การไม่เป็นภาระกับบุคคลอื่น 6) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกครอบครัว 7) ความเป็นอิสระ 8) ความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม 9) การได้รับความเคารพในความแตกต่างระหว่างบุคคล 10) ความสมบูรณ์ของชีวิต 11) การได้รับการรักษาอย่างเพียงพอ 12) การตายอย่างธรรมชาติ 13) การเตรียมตัวสำหรับความตาย 14) การควบคุมเหตุการณ์ในอนาคต 15) การตายอย่างไม่กังวล 16) ความสงบและสวยงาม 17) ความรู้สึกใช้ชีวิตอย่างคุ้มค่า และ 18) ความสุขสบายด้านศาสนาและจิตวิญญาณ คุณลักษณะการตายดีดังกล่าวสะท้อนถึงการเน้นเรื่องความสุขสบายด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งสอดคล้องกันกับ การตายดีในมุมมองของผู้ป่วย ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ดังนี้ 1) มีความเป็นอิสระปราศจากความทุกข์

ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจ 2) มีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว 3) การที่ได้ตายอย่างสงบในสถานที่ที่พึงประสงค์ 4) มีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมสุขภาพที่ให้การดูแล มีแพทย์ที่ไว้วางใจได้ พยาบาลเป็นผู้ดูแลด้านความสุขสบาย มีผู้ที่ยอมรับฟังความคิดเห็น 5) การที่ไม่เป็นภาระต่อผู้อื่นและครอบครัว 6) คงไว้ซึ่งความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ได้รับการดูแลที่เป็นปกติ 7) มีความสมบูรณ์ของชีวิตในเรื่องการเตรียมตัวสำหรับความตาย ครอบครัวไม่เกิดความเศร้าโศกเสียใจหลังผู้ป่วยเสียชีวิตคิดว่าความตายเป็นสิ่งที่สมบูรณ์ของชีวิต 8) คงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น 9) ต่อสู้กับความเจ็บป่วยมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุด 10) คงไว้ซึ่งความหวัง มีความคิดเชิงบวก 11) ได้ตายตามธรรมชาติ ไม่ยืดชีวิตให้ยืดยาวออกไปโดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์ 12) คงไว้ซึ่งบทบาทในครอบครัว อาชีพการงาน สังคม ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้ 13) ควบคุมสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต วางแผนสำหรับการจากไปอย่างสงบ มีการจัดเตรียมสำหรับพิธีศพ 14) ระลึกถึงความตายว่าเปรียบเหมือนการนอนหลับ ยอมรับว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต 15) ได้กล่าวลาบุคคลอันเป็นที่รัก แสดงความขอบคุณการห่วงใยจากผู้อื่น 16) คงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจ ไม่ยอมรับความเห็นอกเห็นใจจากผู้อื่น และ 17) มีความเชื่อและความศรัทธาในชีวิต¹²⁻¹⁸ นอกจากนี้ ความหมายของการตายดี ตามประสบการณ์ของพยาบาล ก็มีความสอดคล้องเป็นส่วนมากกับความหมายที่กล่าวมา โดยพยาบาลจะให้ความสำคัญกับทุกมิติขององค์รวมที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จะเห็นได้จากการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ ยูเฟเรศ โจมแพง และ บำเพ็ญจิต แสงชาติ¹⁹ พบว่าการตายดี มี 9 แก่นสาระ 1) ตายอย่างสงบปราศจากความทุกข์ทรมาน 2) ตายที่ได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติขององค์รวม 3) ตายท่ามกลางบุคคลที่รัก 4) ตายตาหลับตายที่ไร้ความห่วงหาอาวรณ์ 5) ตายในสถานที่ ๆ ยากตาย 6) ตายโดยที่รู้ตัวว่ากำลังจะตาย 7) ตายที่ได้เตรียมตัวก่อนตาย 8) ตายที่คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และ 9) ตายที่ครอบครัว

ยอมรับความตาย จะเห็นได้ว่าองค์ความรู้เกี่ยวกับการตายดีที่ได้จากการศึกษานี้ เป็นการช่วยยืนยันและขยายภาพการตายดีจากการศึกษาที่ผ่านมา ผ่านประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และสำหรับมุมมองของสมาชิกครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยนั้น เพ็ญภัสสร มาพงษ์ และบำเพ็ญจิต แสงชาติ²⁰ ได้ศึกษาการประเมินการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและการตายดีโดยสมาชิกครอบครัว พบว่า สมาชิกครอบครัวประเมินว่าระดับการตายดีของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.61$) ประกอบด้วย 14 ด้านคือ 1) ความพอใจด้านศาสนาและจิตวิญญาณ 2) การได้รับความเคารพในฐานะบุคคล 3) ความรู้สึกกว่าชีวิตของเขานั้นมีค่า 4) การดำรงไว้ซึ่ง ความหวัง และความสุข 5) ความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว 6) การตายอย่างธรรมชาติ 7) ความสบายของสภาพแวดล้อม 8) การได้รับการรักษาที่เพียงพอ 9) ความสมบูรณ์ของชีวิต 10) การไม่เป็นภาระกับผู้อื่น 11) ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์ 12) การตระหนักถึงความตาย 13) การเตรียมตัวก่อนตาย และ 14) ความภาคภูมิใจและความสวยงาม การตายดีอยู่ในระดับปานกลางประกอบด้วย 2 ด้านคือ การควบคุมอนาคต และความเป็นอิสระ และการตายดีอยู่ในระดับน้อย ประกอบด้วย 2 ด้านคือ การตายในสถานที่ที่พอใจ และความสุขสบายด้านจิตใจและร่างกาย จากผลการวิจัยนี้ แม้ว่าสมาชิกครอบครัวประเมินการตายดีของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยรวมจะอยู่ในระดับมาก แต่ส่วนใหญ่การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายของบุคลากรทางการแพทย์ยังต้องการการปรับปรุงเกือบทุกด้าน ซึ่งให้เห็นว่าสมาชิกครอบครัวมีความคาดหวังสูงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในไอซียู และสะท้อนถึงความสำคัญของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในไอซียูให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัวให้ครอบคลุมทุกมิติ รวมทั้งมิติจิตวิญญาณ

ในทางพระพุทธศาสนา มองความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ เมื่อเข้าใจความตายจะไม่ทำให้กลัวตาย และสามารถนำเอาความตายมาประยุกต์ใช้ในการเข้าถึง

สัจธรรมได้อีกด้วย หลักธรรมทางพระพุทธศาสนาช่วยส่งเสริมให้มนุษย์มีท่าทีต่อความตายที่ถูกต้อง คือ มีทัศนคติต่อความตายว่าเป็นจุดเปลี่ยนผ่านของชีวิตที่จะนำไปสู่ภพภูมิต่าง ๆ และสภาพจิตในขณะที่จะตายมีผลต่อภพภูมิใหม่ของผู้ตาย โดยให้พิจารณาทุก ๆ วัน ให้เข้าใจว่าคนเราทุกคนเกิดมาแล้วก็ต้องตายเป็นธรรมดา เมื่อเป็นดังนี้ จึงเป็นการสะท้อนให้คนเราได้ตระหนักว่าควรที่จะเร่งชวนชวยทำกิจที่ควรทำเสียแต่เนิ่น ๆ ไม่ประมาทในการทำความดี เมื่อไรก็ตามที่ความตายมาเยือนก็จักไม่โศกเศร้า ไม่เสียใจ ไม่นึกน้อยใจว่า ทำไม่จึงเกิดขึ้นกับเรา กล่าวที่จะเผชิญกับความตายอย่างมีสติมั่นคง ไม่หลงตาย ไม่หวาดกลัว ไม่รู้สึกพรันพรึงต่อความตาย เมื่อสามารถทำใจในความตายได้ก็จะทำให้พิจารณาเห็นชีวิตตามความเป็นจริง มีสติเป็นที่หวัง ดังพระพุทธพจน์ที่ว่า เมื่อจิตไม่เศร้าหมองสุดท้ายย่อมเป็นที่หวัง เมื่อจิตเศร้าหมองสุดท้ายย่อมเป็นที่หวัง การเข้าใจเรื่องความตายจึงช่วยให้เราเข้าใจชีวิตได้ดีขึ้น

สำหรับ The Institute of Medicine (1997 cite in Emanel & Emanuel, 1998)¹⁰ ได้ให้ความหมายการตายดีว่า “การตายดี คือ การตายที่ปลอดจากความความเจ็บปวดทุกข์ทรมานทางกายและทางจิตวิญญาณที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ของผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้การรักษา และโดยทั่วไปควรเป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยและญาติ บนพื้นฐานของการรักษาทางการแพทย์ วัฒนธรรม และจริยธรรมที่ได้มาตรฐานและดีงาม” ความหมายการตายดีตามนัยนี้ กล่าวได้ว่าเป็นรูปแบบพื้นฐานมากที่สุด สำหรับประเทศไทย ได้เริ่มให้ความสำคัญมากกับการสนับสนุนช่วยให้เกิดการตายดีของบุคคล จะเห็นได้จากการที่ประเทศไทยได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๙²¹ นั้น ได้มีการนิยามความหมายของการตายดีไว้ว่า “การตายดี หมายถึง การตายที่ก่อนผู้ป่วยจะเสียชีวิต ได้รับการบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอเหมาะสม ได้รับการดูแลทางด้านจิตวิญญาณตรงกับความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมของตนเอง รวมถึงได้ทำสิ่งที่ค้างค้ำ สามารถ

แสดงความปรารถนาของตนเองว่าต้องการให้มีการดูแลอย่างไรในระยะท้ายเพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์” ความหมายดังกล่าว สอดคล้องกับมุมมองทั้งของผู้ป่วย พยาบาล และสมาชิกครอบครัวตามผลการศึกษาที่ผ่านมา แต่การตีความคุณลักษณะดังกล่าวเพื่อนำไปสู่แนวทางการปฏิบัติเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก เพราะไม่ได้แสดงให้เห็นว่าจะสามารถบรรลุแนวคิดอุดมคติการตายดีได้อย่างไร โดยทั่วไป ลักษณะของการตายดีเกี่ยวข้องกับการเป็นอิสระหรือปราศจากจากความเจ็บปวดทางกาย และจิตวิญญาณ ผ่านกิจกรรมที่หลากหลายทางการแพทย์ และทางจิตสังคม ต่าง ๆรวมทั้ง การใช้ยา การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา ให้คำปรึกษาทางจิตวิญญาณ การอธิษฐาน กายภาพบำบัด การรักษาด้วยการนวด ดนตรี และศิลปะบำบัด เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม ปัญหาเศรษฐกิจ ผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคม ก็มีอาจมองข้ามไปได้ ต้องให้ความสนใจด้วยเช่นกัน ในการที่จะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น ผู้ที่อยู่ในระยะใกล้ตาย อาจวิตกกังวล ครุ่นคิด กังวลกับเรื่องการเงิน ความเป็นอยู่ของคนที่ยรักที่อยู่เบื้องหลังเมื่อตนต้องจากไป ซึ่งประเด็นเหล่านี้ จะเป็นสาเหตุของความเจ็บปวดทางด้านจิตใจ และจิตวิญญาณได้

จากลักษณะและความหมายของการตายดีที่กล่าวมา จะเห็นว่ามิติทางจิตวิญญาณเป็นคุณลักษณะและความต้องการที่สำคัญมากประการหนึ่งสำหรับผู้ป่วยในระยะท้ายหรือใกล้ตาย ที่สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางเข้าสู่กระบวนการของการตายดีให้บรรลุได้

จิตวิญญาณ ความพาสูกทางจิตวิญญาณ และการตายดี

ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้าย ใกล้ตายหรือใกล้เสียชีวิตนั้น เป็นที่ทราบกันดีว่า ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อน เนื่องจากระบบสำคัญ ๆ ในร่างกายทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดปัญหาและอาการต่าง ๆ ตามมามากมาย เช่น อาการปวด อ่อนล้า เพลีย หายใจลำบาก รับประทานอาหารไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ได้ โดย

เฉพาะอย่างยิ่งหากต้องหยุดงานอาชีพย่อมก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลได้สูง และเมื่ออาการของโรคลุกลามเข้าสู่ระยะท้าย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะรับรู้ได้โดยสัญชาตญาณว่าความตายกำลังใกล้เข้ามา จะรู้สึกเสียกำลังใจจากผลกระทบต่าง ๆ ดังกล่าว บางคนคิดถึงแต่เรื่องของความตาย ความพลัดพราก ความรู้สึกสูญเสียและความทุกข์ทรมานที่จะเกิดขึ้น ยิ่งทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัว รู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ ไม่มั่นใจ หมดกำลังใจในการที่จะต่อสู้กับโรค ท้อแท้สิ้นหวัง มองไม่เห็นอนาคตอีกต่อไป ไม่สามารถค้นหาความหมายของชีวิตได้ และนำไปสู่การเกิดความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ²²

Spirituality หรือจิตวิญญาณ มีหลักฐานว่ามีการนำแนวคิดนี้มาใช้ในการพยาบาลตั้งแต่ยุคของ Miss. Florence Nightingale (ค.ศ. 1820-1910) นักวิชาการพยาบาลหลายท่านให้ความหมายจิตวิญญาณสามารถสรุปได้ 4 ประเด็นคือ 1) การมีคุณค่า มีความหมายและเป้าหมายในชีวิต เป็นการค้นหาความเข้าใจในชีวิตของตน เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้²³⁻²⁵ 2) การมีปฏิสัมพันธ์กับตนเอง พระเจ้า สิ่งแวดล้อมและสิ่งเหนือตนหรือเหนือธรรมชาติ²⁶ 3) ความตระหนักถึงความต้องการภายในตนเองและความรู้สึกต่อสิ่งที่เหนือกว่าธรรมชาติ²⁷⁻²⁸ 4) แหล่งของความหวัง เป็นการแสดงออกถึงการให้และการรับความรัก ความปรารถนาหรือการประสบความสำเร็จในชีวิต²³⁻²⁵ จากความหมายดังกล่าว จิตวิญญาณมีความสำคัญต่อความผาสุกและการเยียวยา (well-being and healing)²⁹ โดยจิตวิญญาณ ถือว่าเป็นมิติที่มีพลังมากที่สุดในทุก ๆ มิติของร่างกาย เปรียบเสมือนแรงผลักดันให้มนุษย์มีการดำรงชีวิตอยู่ได้ ดังนั้น จิตวิญญาณจึงเป็นสิ่งสูงสุดที่ส่งผลกระทบต่ออย่างมากที่สุดต่อมิติสุขภาพอีก 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ และ สังคม โดยจิตวิญญาณทำหน้าที่เชื่อมประสานการทำหน้าที่ของมิติทั้ง 3 ให้เกิดความสมดุล ซึ่งหากมีความทุกข์ทางจิตวิญญาณเกิดขึ้น บุคคลจะไม่พบความผาสุกที่แท้จริง และขาดความสมบูรณ์ในตัวเอง ดังนั้น ในการดูแลด้านจิตวิญญาณจึงเป็นการดูแลที่แสดงถึงพยาบาลเคารพและให้ความสำคัญแก่บุคคลหรือสภาวะแวดล้อมรอบตัวที่

มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รวมทั้งวัฒนธรรม ความเชื่อ และ/หรือการปฏิบัติตามหลักศาสนา³⁰ เพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณและนำสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความหมายของจิตวิญญาณ ยังมีความหมายหลากหลาย ยังไม่มีคำจำกัดความที่ชัดเจนและเป็นสากล การให้ความหมายของจิตวิญญาณขึ้นอยู่กับองค์ประกอบด้านความเชื่อ ประสบการณ์ ศาสนา และวัฒนธรรม ซึ่งส่วนมากจะมีความเกี่ยวข้องกับศาสนาหรือการปฏิบัติพิธีกรรม³¹ มิติทางจิตวิญญาณเป็นสิ่งที่เปี่ยมนามธรรม จับต้องได้ยาก แต่มีความเกี่ยวข้องกับศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อ และสังคมดังกล่าวแล้ว จึงส่งผลต่อการให้ความหมายของจิตวิญญาณ²⁹ สำหรับสังคมและวัฒนธรรมไทยแล้ว กล่าวได้ว่า จิตวิญญาณ ถือเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต อาจหมายรวมถึง สิ่งเหนือธรรมชาติ ศาสนา สมาชิกในครอบครัว เพื่อนฝูง สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความหวัง ให้ความสำคัญกับชีวิต มีกำลังใจในการมีชีวิต มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต หรือทำให้เกิดความสุขในชีวิต³² จากความหมายของจิตวิญญาณ จะเห็นได้ว่าบ่งบอกถึงสภาวะธรรมชาติที่เป็นนามธรรมและมีอยู่จริงในมนุษย์ทุกคน ซึ่งเป็นส่วนที่ทำให้แต่ละคนมีความแตกต่างกันและมีความสำคัญสำหรับการดำรงชีวิต หากขาดมิติด้านจิตวิญญาณความเป็นมนุษย์ก็สูญสลายไปด้วยเช่นเดียวกัน²³ กล่าวว่าคุณคนมีความต้องการด้านจิตวิญญาณ 5 ด้าน คือ 1) ความต้องการได้รับการให้อภัย (forgiveness) จากพระเจ้า ตนเองและสิ่งอื่นๆ เพื่อลดความรู้สึกผิดบาปที่เกิดขึ้นในใจ 2) ความต้องการความรัก (love) จากพระเจ้า การให้ความรักตนเอง รวมทั้งการให้และการรับความรักจากผู้อื่น 3) ความต้องการมีความหวัง (hope) 4) ความต้องการได้รับความไว้วางใจ (trust) และ 5) ความต้องการการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต (meaning and purpose in life) เป็นความต้องการที่ลึกซึ้งซึ่งเปี่ยมนามธรรมอยู่ในส่วนลึกของจิตใจ ดังนั้น ถ้าบุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณอย่างเพียงพอจึงเป็นการช่วยให้เกิดผลดีต่อสุขภาพองค์รวม และมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) ในทางตรงข้าม หาก

ความต้องการด้านจิตวิญญาณไม่ได้รับการตอบสนองหรือได้รับแต่ไม่เพียงพอก็จะเกิดความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ (spiritual distress)²⁸ โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะท้ายหรือใกล้เสียชีวิต

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) เป็นอีกแนวคิดที่มีความเป็นนามธรรมสูง และถูกวิพากษ์ว่ามีความคลุมเครือยากต่อการอธิบายให้ชัดเจน เช่นเดียวกับความหมายของจิตวิญญาณ³³ ให้ความหมายความผาสุกทางจิตวิญญาณว่า เป็นความรู้สึก การรับรู้ ความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การมีสิ่งยึดมั่นทางด้านจิตใจ สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดกำลังใจ และทำให้ผู้ป่วยมีความสุข มีความเข้มแข็งในจิตใจ และพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความผาสุกทางจิตวิญญาณมักเกิดควบคู่ไปกับความสามารถในการเผชิญปัญหา ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังและกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ กล่าวเผชิญความจริง ยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ มีความเข้มแข็งและความหวังในการดำเนินชีวิต พร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะดำเนินต่อไป ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น³⁴ สำหรับความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวคิดทางด้านตะวันออก³⁵ มองว่า เป็นลักษณะภายในของบุคคลที่แสดงออกเมื่อมีประสบการณ์ที่สมบูรณ์ในตนเอง เป็นพลังและแรงขับเคลื่อนสูงสุดของชีวิต ทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดี ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) ความสุขสงบ จากการทำความดี เป็นความรู้สึกเป็นบุญ อิ่มบุญ เป็นภาวะสิ้นไปของความทุกข์ ที่บีบคั้นทางกาย จิต สังคม 2) ความเบิกบานในการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต เป็นการรู้ตื่นและเบิกบานในทุกย่างก้าวและทุกขณะที่ทำหน้าที่ รู้เท่าทันไม่ประมาทหรือขาดสติ มีสติปัญญาในการเข้าใจและแก้ปัญหาได้ดี และ 3) การมีสมาธิ สติ และปัญญา เป็นความตื่นตัวต่อหน้าที่ มีความพร้อมอยู่เสมอในการรับรู้ต่อสิ่งต่างๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องและตระหนักได้ว่าควรปฏิบัติต่อสิ่งนั้นๆ อย่างไร

จากความหมายของจิตวิญญาณและความผาสุกทางจิตวิญญาณดังกล่าว มีส่วนซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ กล่าวคือ ความผาสุกทาง

จิตวิญญาณหมายถึง ความผาสุกหรือสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลกระทำความดี หรือจิตได้สัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงสุด สิ่งที่มีความยึดมั่นศรัทธา เช่น การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระเจ้า การเสียสละ การเมตตา เป็นต้น ดังนั้นเมื่อบุคคลได้กระทำในสิ่งที่ทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณขึ้นจะส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทางกาย ทางจิต และทางสังคม ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลขาดความผาสุกทางจิตวิญญาณจะทำให้มนุษย์หรือบุคคลนั้นขาดสิ่งยึดเหนี่ยวและความสมบูรณ์ในตัวเอง และไม่พบความสุขที่แท้จริง³² โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคร้ายแรง รักษาไม่หายที่เข้าสู่ในระยะท้าย เข้าสู่ภาวะใกล้ตายหรือเสียชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิต วิธีการบำบัดรักษาอาการบางอย่างมักก่อให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน จากการสอดใส่สายยาง การใส่ท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ สิ่งขับหลัง การรักษามักมุ่งเน้นที่การรักษาเฉพาะโรค โดยอาจจะละเลยการดูแลด้านความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกและความต้องการด้านมิติจิตวิญญาณ รวมทั้งการจัดการกับกลุ่มอาการต่างๆ ที่พบในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ไม่ดีพอ เช่น อาการปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยหอบ ซึมเศร้า เบื่ออาหาร รวมทั้งอาการในระยะสุดท้ายก่อนผู้ป่วยเสียชีวิตอีกด้วย เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานและตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ย่อมมีอาจได้ตายอย่างสงบหรือตายดีได้ ดังนั้นการได้รับการตอบสนองความผาสุกทางจิตวิญญาณจึงเป็นความสำคัญในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้ได้ถึงการตายดีได้

การส่งเสริมความพาสูกด้านจิตวิญญาณเพื่อบรรเทาการตายดี

ในช่วงเวลาของชีวิตที่วิกฤตมากที่สุด ผู้ป่วยระยะท้ายจะเผชิญกับความหวาดกลัวและว้าวุ่นทำให้เกิดภาวะวิกฤตด้านจิตวิญญาณซึ่งต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เฉพาะ การดูแลด้านจิตวิญญาณมีบทบาทสำคัญอย่างเด่นชัดเมื่อการรักษาทางการแพทย์ไม่ได้ผลหรือหมดหนทางรักษา จิตวิญญาณเป็นประเด็นที่สำคัญมากในภาวะวิกฤต

ของชีวิตในผู้ป่วยระยะท้าย กล่าวได้ว่า เป็นวิถีที่จะช่วยผู้ป่วยเข้าใจชีวิตในแง่ของการค้นหาความหมายสูงสุดและคุณค่าของชีวิต ดังนั้น ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณและนำสู่การตายดี จึงจำเป็นต้องมีการประเมินภาวะจิตวิญญาณ เพื่อให้สามารถให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

มีการพัฒนาแนวทางการประเมินทางด้านจิตวิญญาณจากนักวิชาการหลายท่าน^{24-26, 36} ในบทความนี้จะกล่าวถึงเฉพาะของ Stoll (1979 อ้างถึงใน Craven & Himle, 2003)³⁶ ที่ให้แนวทางสำหรับการประเมินด้านจิตวิญญาณ ไว้ 4 ด้านเป็นคำถามปลายเปิด คือ 1) การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับพระเจ้าหรือเทพเจ้า 2) แหล่งของความหวังและความเข้มแข็ง 3) การประกอบพิธีกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านจิตวิญญาณและภาวะสุขภาพ โดยมีแนวทางในการถาม เช่น ศาสนาหรือพระเจ้ามีความสำคัญกับท่านอย่างไร ใครคือคนที่ท่านต้องการขอความช่วยเหลือ ท่านคิดว่าความเชื่อ/ศาสนาช่วยทำให้ท่านมีความรู้สึกดีขึ้นหรือไม่หากผู้ป่วยตอบว่าใช่ ถามต่อว่าความรู้สึกดีขึ้นอย่างไร เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การประเมินภาวะจิตวิญญาณสามารถประเมินได้ทั้งจากการสังเกต การสัมภาษณ์ และการใช้แบบสอบถาม เนื่องจากบุคคลจะแสดงภาวะจิตวิญญาณออกมาทั้งทางพฤติกรรม คำพูดและอารมณ์

ในภาวะที่เจ็บป่วย บุคคลมักมีความต้องการการดูแลที่แตกต่างจากภาวะปกติ และในขณะที่มีความเจ็บปวดทุกข์ทรมานกับขณะที่อาการเจ็บปวดทุเลาลง ความต้องการด้านจิตวิญญาณก็อาจแตกต่างกันไป การดูแลด้านจิตวิญญาณจึงมีอาจกำหนดเป็นกฎตายตัวได้ O'Brien²⁴ กล่าวถึงการดูแลด้านจิตวิญญาณว่ามี 3 มิติ คือ การดูแลด้วยความเต็มใจ การเป็นผู้ฟังที่ดี และการสัมผัสที่อ่อนโยน โดยเป้าหมายหลักของการตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ที่ใกล้ตาย คือการให้การดูแลที่ครอบคลุมให้เหมาะสมสำหรับบุคคลอย่างองค์รวม หลักการของการดูแลทางจิตวิญญาณที่ครอบคลุม

สำหรับบุคคลที่ใกล้ตายประกอบด้วย 7 เป้าหมาย คือ 1) ให้การดูแลที่ให้ความสำคัญทางวัฒนธรรม 2) เพิ่มคุณภาพของชีวิต 3) บรรเทาความวิตกกังวล 4) ให้ความสะดวกสบายและเป็นการติดต่อบุคคล 5) ส่งเสริมความหมาย ความสำคัญ และความหวัง 6) ส่งเสริมการให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจที่สอดคล้องกับคุณค่าทางจิตวิญญาณ และ 7) เพิ่มความเชื่อมั่นของผู้ดูแล จะเห็นว่าเป้าหมายสำคัญในการพยาบาลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสงบ ยอมรับการตายได้อย่างกล้าหาญและมีศักดิ์ศรี มีโอกาสบอกกล่าวหรือขออโหสิกรรมแก่ญาติมิตร และได้ประกอบพิธีกรรมหรือปฏิบัติตามหลักศาสนาตามที่ตนนับถือ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีความหวังว่าจะได้ไปเกิดในสุคติภูมิ หรือไปสู่ดินแดนของพระเจ้าตามความเชื่อ

กิจกรรมการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณสรุปจากแนวทางการดูแลบุคคลด้านจิตวิญญาณของ Ameling & Povilonis³⁷ และ ทศนีย์ทองประทีป³⁸ ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดของ Sella และ Haag โดยปรับให้เข้ากับพื้นฐานความเชื่อและวัฒนธรรมไทย ดังนี้ 1) การประเมินการรับรู้ด้านจิตวิญญาณ 2) ช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร (communication interventions) หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการ ทั้งคำพูดและการสื่อสารด้วยวิธีอื่น ๆ สร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจกัน 3) ช่วยเหลือด้านการคิดและความทรงจำ (cognitive interventions) ให้โอกาสผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ ความทรงจำชีวิตและความสามารถในการเผชิญปัญหาและอุปสรรคในชีวิต ความเชื่อและการปฏิบัติตามคำสอนศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ตลอดจนแหล่งของกำลังใจอื่น ๆ 4) การช่วยเหลือโดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้ (sensory nursing interventions) หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการให้แรงเสริมและการกระตุ้นการรับรู้ทางประสาทสัมผัสต่างๆ โดยผ่านทางผิวหนัง ตา หู จมูก และลิ้น เป็นต้น 5) การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (lifestyle alteration interventions) หมายถึงการให้ผู้ใช้บริการ

และญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความหมายและการมีคุณค่าในตนเอง โดยพยาบาลปรับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และ 6) ช่วยเหลือด้านศาสนา (religious interventions) อนุญาตให้ผู้ใช้บริการและญาติได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อที่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อความศรัทธาจะเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยในการต่อสู้และเผชิญกับความเจ็บป่วย รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยใช้วัตถุมงคลต่างๆ หรือสิ่งยึดเหนี่ยวใจ 7) การเลือกใช้สื่อ หนังสือธรรมะ หรือคัมภีร์ที่เกี่ยวข้องกับศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ

ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นความต้องการที่มีอยู่ในมนุษย์ทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะเจ็บป่วย พยาบาลจึงต้องมีทักษะทั้งในด้านการประเมินความต้องการ และทักษะในการให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้าย ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมความพสกนทางจิตวิญญาณและคุณภาพแห่งชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย ตลอดจนครอบครัวญาติและผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วย และบรรลุซึ่งการตายดีในวาระเมื่อผู้ป่วยต้องจากไป

References

1. Department of Culture Promotion. Candlelight Blues. [cited 2014 Jun 5]. Available from: URL http://www.culture.go.th/subculture8/index.php?option=com_content&view=article&id=257:2012-12-23-07-56-25&catid=9:supreme-artist&Itemid=34
2. Miyashita M, Misawa T, Abe M, Nakayama Y, et al. Quality of life, day hospice needs, and satisfaction of community-dwelling patients with advanced cancer and their caregivers in Japan. *J Palliat Med* 2008; 11(9):1203-7.
3. Iranmanesh S, Hosseini H, Esmaili M. Evaluating the "good death" concept from Iranian

- bereaved family members' perspective. *J Support Oncol* 2010; 9: 59–63. doi: 10.1016/j.suponc.2010.12.003.
4. Hattori K, McCubbin MA, Ishida DN. Concept analysis of good death in the Japanese community. *J Nurs Scholarship* 2006; 38: 165–70.
 5. Van der Greest S. Dying peacefully: considering good death and bad death, In: Kwahu-Tafo G. *Soc Sci Med* 2004; 58: 899–911.
 6. Vig EK, Pearlman RA. Good and bad dying from the perspective of terminally ill men. *Arch Intern Med* 2004; 164: 977–81.
 7. Vatanasapt P, Lertsinudom S, Sookprasert A, Phunmanee A, Pratheepawanit N, Wattanaudomrot S, Juangpanich U et al. Prevalence and management of cancer pain in Srinagarind Hospital, Khon Kaen, Thailand *J Med Assoc Thai* 2008; 91: 1873–1877.
 8. Kehl KA. Moving toward peace: an analysis of the concept of a good death. *Am J Hosp Palliat Care* 2006 Aug–Sep; 23(4): 277–86.
 9. Granda-Cameron C, Houldin A. Concept analysis of good death in terminally ill patients. *Am J Hosp Palliat Care*. 2012 Dec; 29(8):632–9. doi: 10.1177/10499091111434976. Epub 2012 Feb 23.
 10. Emanuel EJ, Emanuel LL. The promise of a good death. *Lancet* 1998; 351 (suppl II): 21–29.
 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 members' perspective. *J Pain Symptom Manage* 2008; 35: 486–98.
 12. Akechi T, Okuyama T, Uchida M, Nakaguchi T, et al. Perceived needs, psychological distress and quality of life of elderly cancer patients. *JPN J Clin Oncol* 2012; 42(8):704–10.
 13. Cheng S, Hu W, Liu W, Yao C, & Chiu T. Good death study of elderly patients with terminal cancer in Taiwan. *Palliative Medicine* 2008; 22: 626–632. doi: 10.1177/0269216307087142.
 14. Gott M, Small N, Barnes S, Payne S, et al. Older people's views of a good death in heart failure: implications for palliative care provision. *Soc Sci Med* 2008; 67:1113–21.
 15. Leung K, Tsai J, Cheng S, Liu W, Chiu T, Wu C. & Chen C. Can a good death and quality of life be achieved for patients with terminal cancer in a palliative care unit? *J Palliat Med* 2010; 13 (12): 1433–8. doi: 10.1089/jpm.2010.0240.
 16. 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. *J Pain Symptom Manage* 2005; 29 (4): 344–51.
 17. Rodpal J. Good death: perspectives from Thai Buddhist elderly. Master Thesis of Nursing Science Program, Graduate School, Chulalongkorn University; 2006.
 18. Kunsongkeit W. Good death as perceived by the cancer patients. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2013; 21(4): 25–36.
 19. Jompaeng Y, Sangchart B. Nurse's perception of a good death: A Phenomenology study. *Journal of Nursing Science and Health* 2013; 36(3): 49–59. (in Thai)
 20. Mapong P, Sangchart B. Evaluation of end of life care in critically ill patients: Family member's perspective. *Journal of Nursing Science and Health* 2013; 36(4): 17–25.(in Thai)

21. National strategic plan on building supplements in the end of his life, from 2557 to 2559 BC. [cited 2014 May 15]. Available from: URL <http://www.healthstation.in.th/action/viewvideo/2367/> (in Thai)
22. Ferrell BR, Grant MM, Funk BM, Otis-Green SA, Garcia NJ. Quality of life in breast cancer survivors: implications for developing support services. *Oncol Nurs Forum* 1998 Jun; 25(5): 887-95.
23. Carson V.B. Application of nursing theory to spiritual needs. In *Spiritual Dimensions of Nursing Practice* (Carson V.B. ed.), W.B. SaundersCo.: Philadelphia; 1989.
24. O'BRIEN, M. *Spirituality in Nursing: Standing on holy ground*. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 1999.
25. Highfield MF. Spiritual health of oncology patients. *Cancer Nursing* 1992; 15(1): 1-8.
26. Craven RF. & Hirnle CJ. *Fundamentals of Nursing: Human Health and Function*. Phila.: Lippincott, Williams Wilkins; 2003.
27. Ross, L The spiritual dimension its importance to patients' health, well-being and the quality of life and its importance for nursing practice. *Int J Nurs Stud* 1995; 32 (5): 457-68.
28. Stranahan S. Spiritual perception, attitudes about spiritual care, and spiritual care practice among nurse practitioners. *West J Nurs Res* 2001; 23(1): 90-105.
29. Narayanasamy A. *The Puzzle of Spirituality for Nursing; a Guide to Practice Assessment*. *British Journal of Nursing* 2004; 13 (19): 1140-4.
30. Bash A. Spirituality – the emperor's new clothes. *J Clin Nurs*; 2004: 13, pp.11-6.
31. Ekwuttiwongsa R, Sangchart B. Sick Buddhist Monk's experience in spiritual practice. *Journal of Nursing Science and Health* 2013; 36(3): 72-80. (in Thai)
32. Tongprateep T. Nursing care of spirituality and nursing process. *Thai journal of Nursing Council* 2002; 17(1): 1-12. (in Thai)
33. Paloutzian R, Ellison C. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: Peplau D, Perlman D. *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: John Wiley and Sons; 1982: 224-35.
34. Cotton SP, Levine EG, Fitzpatrick CM, Dold KH, Targ E. Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho oncology* 1999; 8: 429-38.
35. Panphadung S, Nilmanut K, Kitrungrrote L. Spiritual well-being of family caregivers of hospitalized patients with advanced gynecological cancer. *Hatyai Symposium* 2013 May 10: 195-203. (in Thai)
36. Puchalski CM. A spiritual history. *Supportive Voice* 1999; 5(3): 12-3.
37. Ameling A., Povilonis M. Spirituality, meaning, mental health, and nursing. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2001; 39: 15-20.
38. Tongprateep T. Spiritual nursing interventions. *Thai journal of Nursing Council* 2000; 15(3): 55-64. (in Thai)