

การดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้าย*

End of life care of sick Buddhist monks

เรวัฒน์ เอกวุฒิวงศา พย.ม** ภาสกร เงานงาม พย.บ ***

ปริญญา วุฒิสาร ศศ.ม**** วรารัตน์ สุนทรภา วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)*****

Rawat Ekwuttiwongsa RN, MSN** PaskakornNgoangam RN, BNS.***

ParinyaWuttisarn RN, MA.**** WararatSonthrapa RN, B SC.*****

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 38 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2558

Volume 38 No.3 (July-September) 2015

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายปรากฏการณ์การดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้าย ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาล จำนวน 12 คน ที่ปฏิบัติงานในหออภิบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแนวคำถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา สะท้อนปรากฏการณ์การดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้าย จำนวน 6 แก่นสาระ คือ 1) การดูแลให้กายสบาย 2) การดูแลให้จิตสงบ 3) การให้ญาติเฝ้าดูแล 4) การดูแลมิติจิตวิญญาณ 5) การดูแลที่มีอุปสรรค และ 6) การดูแลที่ต้องพัฒนาความรู้และทักษะ ข้อค้นพบจากการศึกษาก่อให้เกิดความเข้าใจในการดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้าย และสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาศักยภาพพยาบาล เพื่อให้สามารถดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ปรากฏการณ์วิทยา การดูแลระยะสุดท้าย พระภิกษุอาพาธ

Abstract

This qualitative research employed a phenomenological study to explore the phenomenon of the end of life care of sick Buddhist monks. Key informants were 12 nurses working at the special ward for the monks, Srinagarind hospital. Data were collected by interviewing technique using interviewing guidelines. Data were analyzed by content analysis method. Results revealed 6 themes: 1) Caring for physical comfort; 2) Caring for the peaceful mind; 3) Caring for family/ relatives; 4) Caring for spiritual dimensions; 5) Caring for the barriers to the end of life care; and 6) Caring that need special competency (knowledge and skills) to be developed. Findings from this study help understand the end of life care of the sick Buddhist monks and can be used as information for competency development of nurses in order to provide effective care for the sick Buddhist monks at the end of life stage.

keywords: phenomenology, end of life care, sick buddhist monk

* Granted by Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Thailand (Grant Number I56325)

** Head Nurse, Semi Private Ward 9C , Srinagarind Hospital. Khon Kaen University

*** Registered Nurse, Practitioner Level, Monk Ward, Srinagarind Hospital

**** Registered Nurse, Senior professional Level, Srinagarind Hospital

*****Head Nurse, Monk Ward, Srinagarind Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบัน ทำให้สามารถชะลอและยืดชีวิตผู้ป่วยให้รอดยืนยาวได้มากขึ้น จำนวนผู้ป่วยเรื้อรังในปัจจุบันจึงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นตามมา ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมไปถึงปัญหาทางเศรษฐกิจและจริยธรรมทางการแพทย์ด้วย¹⁻² ผลกระทบดังกล่าวไม่เพียงส่งผลเฉพาะต่อผู้ป่วยเท่านั้น หากแต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ผู้ดูแลหรือแม้กระทั่งสังคมและประเทศชาติ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและต้องการการดูแลจากพยาบาลที่มีศักยภาพสูง เพื่อให้การดูแลมีความครอบคลุมในทุกมิติและสนองตอบต่อความต้องการได้อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรม สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลส่วนใหญ่ไม่สามารถให้การดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัวได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ เนื่องจากการขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย²⁻⁴ นอกจากนี้แล้วการขาดทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะในประเด็นเกี่ยวกับความตาย ทำให้พยาบาลขาดความมั่นใจในการสื่อสารและมักถอยห่างหรือหลีกเลี่ยงที่จะสนทนาหรือสื่อสารกับผู้ป่วย และครอบครัวเกี่ยวกับประเด็นของความตายหรือประเด็นการสนทนาที่ซับซ้อน⁴⁻⁷

สำหรับบริบทของหออภิบาลสงฆ์หลวงปู่่มั่น ฐริทัตโต พระภิกษุอาพาธส่วนใหญ่เจ็บป่วยหรืออาพาธด้วยโรคเรื้อรัง และในที่สุดก็เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต แม้ว่าองค์ความรู้ที่ผ่านมาจะสะท้อนภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จนกระทั่งสามารถสรุปเป็นองค์ความรู้ได้ในระดับหนึ่ง หากแต่ในพระภิกษุผู้ซึ่งบริบทการดำรงอยู่และวิถีชีวิตที่แตกต่างออกไปจากฆราวาส องค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลในระยะท้ายของชีวิตยังไม่

เคยถูกศึกษามาก่อน ดังนั้นการทำความเข้าใจในปรากฏการณ์การดูแล ผ่านมุมมองและประสบการณ์ของพยาบาลผู้ดูแล ซึ่งเป็นแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา นอกเหนือจาก จะช่วยเติมเต็มให้องค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความครอบคลุมจากหลากหลายกลุ่มแล้ว องค์ความรู้จากการศึกษาครั้งนี้อาจนำไปสู่การพัฒนาเพื่อให้การดูแลในระยะท้ายของชีวิต ที่มีความจำเพาะเจาะจงสำหรับพระภิกษุอาพาธอีกด้วย การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง การพัฒนาศักยภาพพยาบาล ในการดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้าย มีวัตถุประสงค์เพื่อ อธิบายปรากฏการณ์การดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้าย ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลสงฆ์หลวงปู่่มั่น ฐริทัตโต

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์การดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้ายของพยาบาลหออภิบาลสงฆ์หลวงปู่่มั่น ฐริทัตโต เป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

สถานที่ที่ศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกหออภิบาลสงฆ์หลวงปู่่มั่น ฐริทัตโต โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นพื้นที่ในการศึกษา เนื่องจากมีลักษณะโดดเด่นด้านบริบทของการให้บริการ และบุคลากรผู้ให้บริการ กล่าวคือ เป็นหอผู้ป่วยที่แยกการให้บริการพระภิกษุและสามเณร ออกจากหอผู้ป่วยฆราวาส ให้บริการเฉพาะพระภิกษุและสามเณรโดยไม่จำกัดอายุและโรคที่เจ็บอาพาธ การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย ระเบียบปฏิบัติล้วนสอดคล้องกลมกลืนกับพระธรรมวินัย เช่น การขอร้องมิให้สุภาพสตรีสัมผัสร่างกายพระภิกษุ สามเณรอาพาธ การจัดภัตตาหารถวายเฉพาะมือเช้าและมือเพล การจัดน้ำปานะและสิ่งอื่นๆ ที่ไม่ขัดต่อพระธรรมวินัยถวายหลังมือเพล เป็นต้น ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ ประกอบด้วย

พยาบาลจำนวน 23 คน ผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 13 คน บุคลากรอื่นๆจำนวน 10 คน ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นบุรุษ เพศทั้งสิ้น ยกเว้นหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งทำหน้าที่ในการบริหารและให้การพยาบาลที่ไม่ต้องสัมผัสร่างกายพระภิกษุ สามเณรอาพาธ เช่น การให้สุขศึกษา การให้คำปรึกษา การพัฒนาคุณภาพการบริการ เป็นต้น สำหรับทีมพยาบาล ของหอผู้ป่วยแห่งนี้ประกอบด้วย ทีมพยาบาลที่มีความหลากหลายทางด้าน อายุ สถานภาพ สมรส ประสบการณ์ในการดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้าย ประสบการณ์ในการอบรมแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือแม้แต่ภูมิหลังพื้นที่อยู่อาศัย ซึ่งพบว่า พยาบาลเหล่านี้มาจากหลากหลายจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ บางรายมาจากภาคกลางและภาคเหนือของประเทศ ซึ่งความหลากหลายนี้นำไปสู่การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือและครอบคลุมปรากฏการณ์

ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาปรากฏการณ์การดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้าย จึงใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพภายใต้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแนวอรรถปริวรรต (hermeneutic phenomenology) ของไฮเดกเกอร์ ซึ่งเน้นการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ และความหมายของปรากฏการณ์ผ่านมุมมองของเจ้าของประสบการณ์นั้นๆ^๕ ผู้ให้ข้อมูลจึงเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้าย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก ภายหลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการถอดเทปข้อความเชิงบรรยายในลักษณะคำต่อคำ วลีต่อวลี ประโยคต่อประโยค พร้อมทั้งตรวจสอบข้อความที่ยังไม่ชัดเจนครบถ้วนและตั้งคำถามเพิ่มเติมเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation of data) คือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นนอกเหนือจากข้อมูลเดิม

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) ผู้วิจัย ซึ่งเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัย 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประสบการณ์ในการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และประสบการณ์ในการดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้าย 3) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย แนวคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้าย ปัญหาและอุปสรรคในการดูแล ตลอดจนแนวทางในการพัฒนาการดูแลตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล และ 4) อุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง สมุด และปากกา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ การคำนวณร้อยละและค่าเฉลี่ย สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา^๖ (content analysis) โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) อ่านและทำความเข้าใจข้อความหรือถ้อยคำต่างๆ จากการถอดข้อความ 2) จัดประเด็นสำคัญตั้งเป็นดัชนี แล้วจัดระบบให้รหัส 3) จัดหมวดหมู่ จำแนกประเภทจากดัชนีที่กำหนดไว้ 4) ตีความ ตรวจสอบความหมาย และ 5) สร้างข้อสรุป

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ทั้งด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (member check) เพื่อให้แน่ใจว่าข้อสรุปที่ได้เป็นข้อมูลจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจริง อีกทั้งมีการประชุมทีมวิจัยเพื่อทำความเข้าใจข้อมูล ตรวจสอบข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันเป็นระยะ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลายของอายุ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ในการดูแลพระภิกษุ

อาพาธระยะสุดท้าย ประสบการณ์ในการอบรมแนวคิด การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และภูมิหลังพื้นที่อยู่อาศัย เพื่อให้ข้อมูลมีความหลากหลายและครอบคลุม ปรากฏการณ์¹⁰ ดูแลพระภิกษุอาพาธ uncinking in gender perspective.

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งได้รับการรับรองตามหนังสือรับรองลำดับที่ 4.4.02 : 47/2556 เลขที่ HE561393 ลงวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ.2556 และระหว่างการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมในการวิจัยด้านหลักความเคารพในบุคคล หลักผลประโยชน์ และหลักความยุติธรรมอย่างเคร่งครัด

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลเพศชายทั้งหมด 12 คน สถานภาพสมรสโสด 6 คน คู่ 6 คน ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธและสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี อายุต่ำสุด 25 ปี สูงสุด 45 ปี อายุเฉลี่ย 33.17 ปี ประสบการณ์ในการดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้ายต่ำสุด 3 ปี สูงสุด 14 ปี เฉลี่ย 7.5 ปี ทุกคนล้วนแล้วแต่เคยผ่านการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งสิ้น

การดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้าย

จากการศึกษาสะท้อนให้เห็นปรากฏการณ์ การดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้าย จำนวน 6 แก่นสาระ ดังต่อไปนี้

1. การดูแลให้กายสบาย การดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้ายตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล เป็นการดูแลที่มุ่งเน้นให้พระภิกษุอาพาธรูปนั้นๆ มีความสุขสบายในช่วงระยะท้ายแห่งชีวิต ความสุขสบายดังกล่าวมุ่งเน้นที่มีติด้านร่างกาย ด้วยการ

จัดการอาการรบกวน การดูแลความสะอาดของร่างกาย ตลอดจนการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 การบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการ การเจ็บอาพาธระยะสุดท้าย ส่งผลให้พระภิกษุผู้อาพาธต้องเผชิญทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ที่เป็นผลมาจากการดำเนินไปของโรค ไม่ว่าจะเป็นอาการปวด หอบเหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน การดูแลเพื่อควบคุมและจัดการอาการดังกล่าว จึงเป็นการดูแลเพื่อให้เกิดความสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมานจากอาการ ดังคำกล่าว ดังนี้

“พยายามบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการให้มากที่สุด อย่างอาการปวด เราต้องพยายามจัดการควบคุมไม่ให้ปวด หรือปวดน้อยที่สุด ไม่ว่าจะเป็นด้วยยา หรือไม่ใช้ยาก็ดาม หอบเหนื่อยเราก็ให้ออกซิเจน คือให้ท่านทุกข์ทรมานน้อยที่สุด”(Id001)

“ ก็ดูแลให้ท่านสุขสบายมากที่สุด อย่างเคยเจอบางรายท่านคลื่นไส้ อาเจียนตลอด เราก็ช่วยประสานงานกับแพทย์ เพื่อให้ยาลดอาเจียน พอให้ยาอาการอาเจียนหยุด ก็ดูท่านสบายขึ้นนะ” (Id012)

1.2 การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล พระภิกษุอาพาธระยะสุดท้ายตามมุมมองของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย แม้กระทั่งการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลก็ไม่สามารถกระทำได้ การช่วยเหลือในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลจึงเป็นปรากฏการณ์หนึ่งที่สะท้อนภาพ การดูแลเพื่อให้พระภิกษุอาพาธเกิดความสบาย ดังคำกล่าว ดังนี้

“ส่วนใหญ่พอถึงระยะสุดท้าย ท่านจะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยแล้ว เราก็จะช่วยดูแล hygiene care (สุขวิทยาส่วนบุคคล) ดูแลความสะอาดของร่างกายให้สุขสบายที่สุด ช่วยเปลี่ยนผ้าให้อย่างนุ่มนวล” (Id008)

“ก็ดูแลด้านร่างกายอย่างพระภิกษุอาพาธที่เข้าสู่ช่วง Palliative มักจะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เราก็ดูแลช่วยเหลือด้านสุขวิทยาทั่วไป ไม่ว่าจะเป็น

เป็นการดูแลเช็ดตัว ทำความสะอาดช่องปาก ถ้าเพ็น (ท่าน) ยังพอรู้สึกตัว เราก็ถามว่าเป็นยังไง หลวงปู่รู้สึกสบายขึ้นไหม” (Id004)

1.3 ดูแลสิ่งแวดล้อม เป็นการดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อให้พระภิกษุอาพาธระยะสุดท้ายเกิดความรู้สึกสุขสบาย โดยการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เกิดความสงบ สะอาด และเป็นระเบียบ ดังคำกล่าว ดังนี้

“ก็ดูแลสิ่งแวดล้อมให้มันเรียบร้อยที่สุด ผ้าปู ผ้าขาว ก็พยายามดึงให้มันเรียบร้อยที่สุด อย่างบางรูปที่อาการหนักก็จะมีสายต่าง ๆ มากมาย เราก็จัดให้เป็นระเบียบ เวลาท่านนอนจะได้ไม่ทับสาย ซึ่งอาจทำให้ท่านไม่สุขสบายได้” (Id002)

2. ดูแลให้จิตสงบ เมื่อถึงวาระสุดท้ายแห่งชีวิต สิ่งที่พยาบาลคิดว่าเป็นการดูแลคือการช่วยเหลือเกื้อหนุนให้พระภิกษุอาพาธที่ใกล้จะละสังขารได้มีจิตใจที่สงบ ด้วยการให้พระภิกษุรำลึกถึงบุญกุศลที่เคยประกอบสร้าง หรือการบริกรรมพุทโธ ซึ่งเชื่อว่าจะช่วยหนุนนำให้พระภิกษุอาพาธ มีจิตใจสงบในช่วงที่เข้าสู่มรณวิถิ ดังคำกล่าว ดังนี้

“ในช่วงที่ท่านจะไป (มรณภาพ: ผู้วิจัย) เราก็พยายามให้ท่านจิตสงบ ก็ไปกระซิบข้างหู หลวงพ่อให้ตั้งใจว่าตัวเองเคยทำบุญไว้ให้รำลึกถึงบุญที่เคยทำไว้นะครับ ท่านก็ค่อย ๆ หลับตา แล้วก็ไปเลย” (Id001)

“บางครั้งก็ไปกระซิบข้างหูท่าน หรือบางทีก็แนะนำพระที่มาเฝ้า ให้ท่านท่อง พุทโธพุทโธ คิดว่าจะช่วยให้จิตท่านสงบ ก่อนมรณภาพนะครับ” (Id007)

3. ให้นิยามเฝ้าดูแล เมื่อถึงวาระสุดท้ายแห่งชีวิต สิ่งที่พยาบาลคิดว่าเป็นการดูแลพระภิกษุอาพาธ คือ การให้นิยามเฝ้าหรือเฝ้าใช้ตลอดเวลาเพื่อช่วยเหลือหรือทำกิจกรรมที่ญาติต้องการ ด้วยเชื่อว่าเป็นการตอบสนองด้านจิตใจทั้งกับพระภิกษุผู้อาพาธและญาติ แต่ทั้งนี้การเฝ้าจะอนุญาตได้เฉพาะผู้ที่บุรุษเพศเท่านั้น ตามกฎระเบียบของหอผู้ป่วย

แห่งนี้ หากเป็นมาตุคาม (สตรีเพศ) พยาบาลผู้ดูแลทำได้เพียงการยืดหยุ่นเวลาเยี่ยม ดังคำกล่าว ดังนี้

“การดูแลพระระยะสุดท้ายเหรอ...ผมคิดว่าการให้นิยามเฝ้าจะช่วยให้ช่วยทางด้านจิตใจทั้งผู้ป่วยและญาติ จากประสบการณ์พอรู้ว่าระยะสุดท้ายญาติก็อยากเฝ้า อยากมาดูแลช่วยเหลือ เช็ดตัวให้ แต่เราอนุญาตให้เฉพาะญาติผู้ชายที่สามารถเฝ้าได้ มันเป็นกฎระเบียบของตึก” (Id002)

“ถ้าญาติท่านเป็นผู้ชาย แล้วพระท่านก็พอใจ อยากให้ลูกหรือญาติเข้ามาอยู่ดูแล มาเฝ้า เราก็อนุญาต ส่วนญาติผู้หญิง เราอนุโลมให้เฉพาะการเยี่ยมที่เกินเวลากำหนดของโรงพยาบาล บางทีอาจให้อยู่ถึง 3 ทุ่ม 4 ทุ่ม แต่ให้นอนเฝ้านี้ไม่ได้ ไม่สามารถอนุโลมได้” (Id009)

4. การดูแลมิติด้านจิตวิญญาณ: มิติที่ถูกละเลย ภาพการดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้ายที่ผ่านมาข้างต้น แม้จะปรากฏภาพการดูแลที่เหมือนคล้ายการดูแลในมิติด้านจิตวิญญาณ คือ การดูแลให้จิตสงบก่อนสิ้นลมหายใจ แต่ข้อมูลจากการสัมภาษณ์สะท้อนให้เห็นว่า พยาบาลผู้ดูแลโดยส่วนใหญ่ละเลยที่จะดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้ายในมิตินี้ เนื่องจากการขาดองค์ความรู้ และ“มายาคติ”ที่ว่าพระภิกษุเป็นผู้ที่บวชในพุทธศาสนาย่อมเชี่ยวชาญและเข้าใจในมิตินี้เป็นอย่างดี ตลอดจนเป็นผู้ที่เข้าใจและยอมรับกับความตายได้ การดูแลในมิติด้านจิตวิญญาณจึงถูกละเลยไป ดังคำกล่าว ดังนี้

“การดูแลจิตวิญญาณ ก็ไม่ค่อยได้ดูแลนะ อาจเป็นเพราะเราไม่รู้ว่ามันคืออะไร อย่างผม....ตอนนี้ผมยังไม่เข้าใจเลยว่าจิตกับจิตวิญญาณมันต่างกันยังไง” (Id003)

“คิดว่าท่านยอมรับความตายได้มากกว่าคนปกติ เพราะเป็นนักบวช มีความเกี่ยวเนื่องการเกิด แก่ เจ็บ ตาย บางทีก็ทำให้เราลืมนึกถึงมิตินี้ไป ก็คิดว่าท่านเป็นพระนะ (หัวเราะ) ท่านอาจจะรู้หรือเข้าใจอยู่แล้วในเรื่องจิตวิญญาณ เราก็อาจไม่ต้อง

แนะนำหรือดูแลมาก” (Id002)

“การดูแลมิติจิตวิญญาณ (สึหน่า ครุ่นคิด) ส่วนใหญ่ในพระนั้นความเชื่อของเราจะคิดว่า ท่านปฏิบัติอยู่มากกว่าเราด้วยซ้ำ เราจะมีมองว่าท่านฝึก มาแล้ว ปฏิบัติมาแล้ว ท่านรู้อยู่แล้ว ซึ่งคิดว่าทุกคนคิด อย่างงั้นนะ เห็นได้จากกิจกรรมการดูแลท่านนี้ทำน้อย หรือแทบไม่ได้ทำเลย” (Id007)

“คนไข้ทั่วไปต้องการพระพุทธรูปศาสนา คือ พระสงฆ์มาสวดมนต์ มาเทศนา ต้องการฟังธรรม เพื่อให้เกิดความสงบในจิตใจ แต่ในพระที่กล่าวมาไม่ได้เน้นเท่าไร เพราะคิดว่ารู้อยู่แล้ว” (Id009)

5. การดูแลที่มีอุปสรรค ผลจากการศึกษา สะท้อนให้เห็นว่า ในการดูแลพระภิกษุระยะสุดท้ายมี อุปสรรคที่ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลได้อย่าง เต็มความสามารถ และบรรลุเป้าหมายการดูแล อุปสรรคดังกล่าว ประกอบด้วย

5.1 ความแตกต่างด้านแนวคิดในการ ดูแล เป็นอุปสรรคสำคัญในการให้การดูแล ความแตกต่างด้านความรู้ความเข้าใจในแนวคิดการดูแลระยะ ท้ายของชีวิต ในส่วนของแพทย์ ส่งผลให้พระภิกษุ อาพาธระยะสุดท้ายได้รับการดูแลคู่ขนานระหว่างการ ดูแลแบบประคับประคองของหน่วยการุณรักษ์(หน่วย ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง) และการ มุ่งรักษาอย่างเต็มความสามารถของแพทย์เจ้าของไข้ ในส่วนของพยาบาลความแตกต่างนี้ ส่งผลให้การดูแล เป็นไปตามความรู้และประสบการณ์ของแต่ละคน ขาด ความมั่นใจ และความต่อเนื่องในการดูแล ดังคำกล่าว ดังนี้

“ผมว่าความเข้าใจไม่ตรงกันระหว่าง เจ้าของไข้กับหน่วย palliative (หน่วยการุณรักษ์) อย่าง มีบาง case....ยังไม่เข้าใจแนวคิดของ palliative บางที palliative เขานั้น comfort care แต่เจ้าของไข้ยังให้ยา ฉีดเต็มทีให้เจาะเลือดเกือบทุกวัน ผมว่ามันอาจไม่เข้า กับแนวคิด palliative คือ แพทย์เจ้าของไข้เขายังเต็มที กับการรักษาอยู่ ทั้งๆที่ปรึกษาหน่วย palliative ไปแล้ว

มันก็เลยทำให้เราดูแลยากขึ้น เป้าหมายเราอยากให้ ผู้ป่วยสบาย แต่ก็ยังมาเจอนั้น แท่งนี้อยู่” (Id004)

“อุปสรรคสำคัญก็อยู่นี้แหละพี่ ผม คิดว่าตอนนี้พวกเราไม่ได้รู้กันทุกคน บางคนก็รู้บางคน ก็ไม่รู้ ถ้าไม่รู้จะไปดูแลท่านยังไง ไม่มั่นใจ ตอนนี้แต่ละ คนก็ดูแลตามประสบการณ์ของตัวเอง ก็เลยทำให้การ ดูแลไม่ต่อเนื่อง ไม่มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างออกไป จากกลุ่มพระภิกษุอาพาธทั่วๆไป” (Id012)

5.2 ขาดการจัดพื้นที่เฉพาะ การไม่ได้ จัดพื้นที่เฉพาะสำหรับพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้าย เป็นอุปสรรค สำหรับการบรรลุเป้าหมายของการดูแล ที่จะให้พระภิกษุอาพาธจากไปอย่างสงบ ดังนั้นการจัด พื้นที่หรือมุมใดมุมหนึ่งของหอผู้ป่วย ตลอดจนหลัก เลี่ยงการย้ายพระภิกษุอาพาธเข้าดูแลในห้องกึ่งวิกฤต โดยไม่จำเป็น จึงเป็นสิ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้พระภิกษุ อาพาธระยะสุดท้ายได้จากไปอย่างสงบ ท่ามกลางญาติ หรือผู้ปฏิบัติธรรม ดังคำกล่าว ดังนี้

“คนไข้ของเรามีการเคลื่อนย้าย ตลอด บางทีย้ายเตียงนั้นมาเตียงนี้ อย่างที่อื่นอาจมี ห้องเฉพาะห้องหนึ่งของเรามันไม่ได้ น่าจะมีการจัดโซน เฉพาะผู้ป่วยกลุ่มนี้ บางทีย้ายท่านเข้ามาใน IMC (ห้อง กึ่งวิกฤต) มันก็ไม่สงบ คนไข้ระยะสุดท้ายของเรา ก็เลย ไม่มีสถานที่ที่เหมาะสม” (Id002)

“ที่จริงจำเป็นมากนะสำหรับการ โซนนิ่งพื้นที่สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะคนไข้ เหล่านี้เขาต้องการความเงียบ ต้องการความเป็นส่วนตัว ว่าจะไว้อย่างงั้นนะพี่ คิดว่าของเราทำได้นะ แต่ยังไม่ เห็น” (Id005)

“คนไข้ palliative มันน่าจะไปอยู่ มุมที่สงบๆ หรือเป็นส่วนตัวที่ไม่ใช่ IMC การย้ายเข้า มาใน IMC คนไข้แทนที่จะได้พักกลับเป็นว่าไม่ได้พัก ไม่ได้นอนเลยนะครับเรามีกิจกรรมตลอด บางทีย้าย คนไข้กลุ่มนี้เข้ามามันดูไม่เหมาะสม น่าจะเป็นมุมซักมุม อยู่กับญาติ เป็นสัดส่วน น่าจะเป็นอย่างงั้นนะครับ” (Id007)

6. การดูแลที่ต้องพัฒนาความรู้และทักษะ จากอุปสรรคของการดูแลในด้านความรู้ นำข้อเสนอของผู้ให้ข้อมูลว่า การพัฒนาองค์ความรู้และทักษะการดูแล ด้วยการบรรยายหรืออบรมแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้ายเป็นสิ่งที่จำเป็น และช่วยเติมเต็มให้พยาบาลผู้ดูแลสามารถให้การดูแลพระภิกษุอาพาธกลุ่มนี้ได้ดียิ่งขึ้น ดังคำกล่าว ดังนี้

“คิดว่าต้องพัฒนาความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่ อาจจะเป็นการอบรม บรรยาย โดยเฉพาะความรู้ในการดูแลระยะสุดท้าย ไม่ว่าจะเป็นการให้ยาเพื่อลดปวด การประเมินอาการ การเตรียมผู้ป่วยและญาติ ต้องให้เข้าใจ แล้วส่วนตัวนะ ถ้าปรึกษาหน่วย palliative เราเองก็ต้องรู้ด้วยว่าจะดูแลยังไง ต้องพัฒนาให้มีความรู้ตรงนี้ แล้วดูแลต่อจากเขาได้ ไม่ใช่ว่าเขาว่ายังไงก็ทำตาม” (Id001)

“ผมคิดว่าถ้าจะให้ดูแลให้ดีนะ เราต้องมีความรู้ก่อน ตอนนี่คิดว่าความรู้พวกเราอาจจะยังไม่พอนะ ต้องพัฒนาตรงนี้ อาจจะจัดบรรยายเกี่ยวกับทัศนคติ มุมมอง แนวคิดของการดูแลระยะสุดท้ายว่าเป็นยังไง โดยเฉพาะการดูแลที่ไม่ใช่เฉพาะด้านร่างกาย แล้วถ้าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายเราจะต้องดูแลยังไงที่ไม่ใช่ดูแลตาม order (แผนการรักษาของแพทย์: ผู้วิจัย) น่าจะเป็นประเด็นเหล่านี้ ซึ่งจะทำให้เรามั่นใจขึ้น ตอนนี่ดูเหมือนว่า ถ้าเป็นคนไข้ระยะสุดท้าย เราก็ทำตามแผนการรักษาอย่างเดียว” (Id007)

การอภิปรายผล

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอภาพการดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้าย ภาพที่น่าเสนอสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

1. การดูแลให้กายสบาย ประกอบด้วย ภาพการดูแลใน 3 ลักษณะ คือ 1.) การบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการ 2.) การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และ 3.) การดูแลสิ่งแวดล้อม สำหรับการดูแลเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากอาการ อธิบายได้ว่า เป้า

หมายสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่รบกวนหรือก่อให้เกิดผู้ป่วยเกิดความทุกข์ไม่สุขสบายและทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะอาการปวด ซึ่งถือได้ว่าเป็นอาการที่พบมากที่สุดและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมานมากที่สุด¹¹⁻¹³ ปรากฏการณ์การดูแลจึงมุ่งเน้นไปที่การจัดการอาการดังกล่าว สำหรับการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิตมักช่วยเหลือตัวเองได้น้อย และต้องการความช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน โดยเฉพาะการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและการจัดสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ร่างกายของผู้ป่วยสะอาด ไม่เปียกชื้น ซึ่งพยาบาลเชื่อว่าการดูแลเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย¹⁴

2. ดูแลให้จิตสงบ พยาบาลให้การดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้ายด้วยการดูแลช่วยเหลือเกื้อหนุนให้พระภิกษุอาพาธรูปนั้น ๆ มีจิตที่สงบก่อนมรณภาพ อธิบายได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธซึ่งมีความเชื่อในเรื่องภพภูมิหลังความตาย ความตายตามกระบวนการทัศน์ของพระพุทธศาสนานั้น ขณะที่เข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต จิตเป็นสิ่งที่พระพุทธศาสนาให้ความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะช่วงเวลาการทำงานครั้งสุดท้ายของจิตในภพนี้หากจิตช่วงเวลานี้มีความสงบย่อมส่งผลให้ไปสู่ภพภูมิที่ดีหลังความตาย¹⁵⁻¹⁶ ความเชื่อในกระบวนการทัศน์ดังกล่าวจึงส่งผลให้พยาบาลดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้ายให้จิตสงบด้วยหวังให้พระภิกษุรูปนั้นสืบต่อภพภูมิที่ดีตามคติความเชื่อ

3. ให้ญาติเฝ้าดูแล การให้ญาติเฝ้าดูแลในวาระสุดท้ายแห่งชีวิตเป็นการสนองตอบความต้องการด้านจิตใจแก่ญาติหรือผู้ดูแล สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ในวาระสุดท้ายแห่งชีวิตของผู้ที่กำลังจะจากไปญาติหรือครอบครัวต้องการให้การดูแลช่วยเหลือและ

ใช้เวลาอยู่กับบุคคลผู้นั้นตราบเทาลมหายใจสุดท้ายแห่งชีวิตของบุคคลผู้ที่จากไป¹⁷⁻¹⁹

4. การดูแลมิติจิตวิญญาณ: มิติที่ถูกกละเลย ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า พยาบาลมองข้ามหรือละเลยที่จะให้การดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้ายในมิตินี้ เนื่องจากการขาดองค์ความรู้และมีความเชื่อว่าพระภิกษุมีความรู้ความเข้าใจในมิตินี้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พยาบาลละเลยที่จะประเมินและให้การดูแลพระภิกษุอาพาธในมิติจิตวิญญาณ เนื่องจากคิดว่า ความเจ็บป่วยไม่น่าจะส่งผลกระทบต่อมิติจิตวิญญาณของพระภิกษุอาพาธ โดยเชื่อว่าพระภิกษุอาพาธเป็นนักบวชในพระพุทธศาสนา น่าจะมีความรู้ความเข้าใจ ในมิตินี้เป็นอย่างดีและสามารถทำใจปล่อยวางจากความเจ็บป่วยและความตายได้²⁰ การขาดองค์ความรู้ในมิติดังอธิบายได้ว่า มิติจิตวิญญาณเป็นมิติที่มีความซับซ้อนและเป็นนามธรรมสูง²⁰⁻²¹ การศึกษาในระดับปริญญาตรีจึงอาจไม่เพียงพอต่อการทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{15,22-23}

5. การดูแลที่ยังมีอุปสรรค ประกอบด้วย 2 ประเด็น คือ 1) ความแตกต่างด้านแนวคิดในการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อุปสรรคสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ การขาดความเข้าใจในแนวคิดของการดูแล^{3,24} ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่าหลักสูตรการสอนระดับปริญญาตรีเกี่ยวกับแนวคิดนี้ยังขาดความชัดเจน และไม่มากเพียงพอต่อการประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยมีการเรียนการสอนภายในห้องเรียนเพียง 1-2 ชั่วโมงเท่านั้น¹¹ อีกทั้งเป้าหมายการดูแลที่มุ่งเน้นการช่วย หรือยืดชีวิตผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ จึงอาจส่งผลให้บุคลากรผู้ดูแลละเลยที่จะแสวงหาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มเติม²⁵ และ 2) การขาดการจัดพื้นที่เฉพาะหรือการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจส่งผลให้พระภิกษุอาพาธระยะสุดท้ายมรณภาพอย่างไม่สงบ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พยาบาลและครอบครัวผู้ป่วยโดย

ส่วนใหญ่เชื่อว่า สภาพแวดล้อมที่สงบและเป็นส่วนตัวจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากไปอย่างสงบ^{3,26}

6. การดูแลเฉพาะทางที่ต้องการการพัฒนาความรู้และทักษะ จากอุปสรรคความแตกต่างด้านความรู้ของผู้ดูแลส่งผลให้พยาบาลคิดว่า การพัฒนาองค์ความรู้และทักษะการดูแลเป็นปัจจัยที่สำคัญ ในการที่จะบรรลุเป้าหมายของการดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พยาบาลรับรู้ว่าการขาดองค์ความรู้ส่งผลต่อทักษะและความมั่นใจในการดูแล^{3,12,22-23} ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาล ในการดูแลพระภิกษุอาพาธกลุ่มนี้เพื่อให้สามารถให้การดูแลได้อย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ^{3,11}

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นปรากฏการณ์การดูแล พระภิกษุอาพาธระยะสุดท้ายของพยาบาล ประกอบด้วย 6 แก่นสาระคือ 1) การดูแลให้กายสบาย 2) การดูแลให้จิตสงบ 3) การให้ญาติเฝ้าดูแล 4) การดูแลมิติจิตวิญญาณ 5) การดูแลที่ยังมีอุปสรรค (แนวคิดในการดูแลและการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม) และ 6) การดูแลเฉพาะทาง (ที่ต้องการการพัฒนา) ปรากฏการณ์การดูแลดังกล่าว ชี้ให้เห็นถึงความต้องการการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลและบุคลากรผู้ให้การดูแล ทั้งด้านแนวคิดการดูแลระหว่างการดูแลแบบวิกฤตและการดูแลแบบประคับประคองที่แตกต่างกัน รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมของการดูแลที่ต้องการพื้นที่เฉพาะในการดูแลที่แตกต่างจากการดูแลแบบวิกฤต นอกจากนี้ยังต้องการการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลด้านจิตวิญญาณที่เหมาะสมกับพระภิกษุอาพาธที่อาจแตกต่างจากผู้เจ็บป่วยระยะสุดท้ายที่เป็นฆราวาส หรือที่มีความแตกต่างด้านเพศภาวะ ซึ่งมีประเด็นที่ควรพิจารณาคือ ความเป็นชาย ความเป็นหญิง ส่งผลต่อการดูแลที่แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการศึกษาที่บ่งชี้ให้เห็นว่า พยาบาลชาย และ

พยาบาลหญิง ในแง่ของศักยภาพการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกันและต่างปฏิบัติงานภายใต้ฐานความรู้เดียวกัน แต่ภายใต้ความเหมือนนี้ได้แฝงความต่างไว้ เช่น ความละเอียดอ่อนและนุ่มนวล ซึ่งพบในพยาบาลหญิงมากกว่าพยาบาลชาย ในขณะที่พยาบาลชายจะแสดงออกถึงความเข้มแข็ง และภาวะผู้นำมากกว่า²⁷ และเนื่องจากองค์ความรู้เกี่ยวกับเพศภาวะกับวิชาชีพการพยาบาลยังมีอยู่ค่อนข้างจำกัด จึงเป็นประเด็นที่ควรพิจารณาในการศึกษาต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการพัฒนาศักยภาพพยาบาล โดยเฉพาะด้านความรู้และทักษะการดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้าย เพื่อให้สามารถให้ดูแลได้อย่างครอบคลุมมีประสิทธิภาพ และมีความจำเพาะเจาะจงสำหรับพระภิกษุ

ควรมีการศึกษาหรือพัฒนารูปแบบการดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในมิติจิตวิญญาณให้มีความเด่นชัดยิ่งขึ้น เนื่องจากเป็นมิติที่ผู้ให้การดูแลมองข้ามมากที่สุด

ควรมีการจัดพื้นที่เฉพาะในการดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้าย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยนี้ (เลขที่โครงการ I56352)

เอกสารอ้างอิง

1. Sangchart B. Dead and dying: Concept and nursing care. Khon Kaen: Klung Nana Wittaya; 2004. (in Thai)
2. Wisserith W, Khunngrern J. The situation analysis of palliative care in Thailand, Journal of Gerontology and Medicine 2006; 7(3): 12–20. (in Thai)
3. Sangchart B, Thadmala M, Promlakano S. Potential development of nursing care for patients at the end of life. Journal of Nursing Science and Health 2013; 36(1): 54–66. (in Thai)
4. Small N, Barnes S, Payne S, Parker C, Seamark D, Gariblla S. Dying, death and bereavement: a qualitative study of the views of carers of people with heart failure in the UK. BMC PalliatCare 2009; 8(2): 1–10.
5. McGuigan D. Communicating bed news to patients: a reflective approach. Nurs Stand 1987; 23(31): 51–6.
6. Slort W, Schewitzer BMP, Blankenstein AH, Abarshi EA, Ehteld MA, Aaronson NK et al. Perceived barriers and facilitators for general practitioner–patient communication in palliative care: a systematic review. Palliat Med 2011; 25(6): 613–23.
7. Pereira SA, Fonseca AM, Carvalho AS. Burn-out in palliative care: a systematic review. Nurs Ethics 2011; 18(3): 317–26.
8. Bodhisita C. The art and science of qualitative research. 3rd Bangkok: Amarin; 2007. (in Thai)
9. Chirawutkul S. Qualitative research in health science. 2nd ed. Bangkok: Offset Creation; 2010. (in Thai)
10. Lincon YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Newburg Park: Sage; 1985.
11. Nilmanat K. The end of life care. Songkla: Orange Media; 2012. (in Thai)
12. Sherwen E. Improving end of life care for adult. NursStand 2014; 28(32): 51–7.
13. Potter J, Hami F, Bryan T, Quigley C. Symptoms in 400 patients referred to palliative care

- services : prevalence and patterns. *Palliat Med* 2003; 17: 310-14.
14. Chaipetch O, Nilmanat K, Kung – in W. ICU nurse’ experience in caring for patients at the end of life. *Thai Journal Nursing Council* 2011; 26(1) 41-55. (in Thai)
 15. Ekwuttiwongsa R, Ngoanam P, Soonthrapa W. Wuttisarn P. Life, death and dying: a Buddhist perspective and application in nursing. *Journal of Nursing Science and Health* 2014; 37(2): 127-34. (in Thai)
 16. 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)
 17. 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)
 18. Spichiger E. Living with terminal illness patient and family experiences of hospital end of life care. *IntJ PalliatNurs* 2008; 14(5): 220-8.
 19. Spichiger E. Family experiences of hospital end of life care in Switzerland: An interpretive phenomenological study. *IntJ Palliat Nurs* 2009 : 15(7) : 332-37.
 20. Ekwuttiwongsa R, Sangchart B. Spirituality of sick Buddhist monks. *Journal of Nursing Science and Health* 2012; 35(2) 100-10.
 21. Buppha P, Sangchart B. Spiritual care in critically ill persons perceived by nurses and Patients. *Journal of Nursing Science and Health* 2012; 35(3): 62-71. (in Thai)
 22. Edward A, Pang N, Shiu V, Chan C. The understanding of spirituality and the potential role spiritual care in end of life and palliative care: a meta – study of qualitative research. *Palliat Med* 2010; 24(8): 253-70.
 23. Milligan S. Optimising Palliative and end of life care in hospital. *Nurs Stand* 2012; 26(4): 48-56.
 24. McCourt R, Power JJ, Glackin M. General nurse’s experience of end of life care in acute hospital setting: a literature review. *Int J PalliatNurs* 2013; 19(10): 510-16.
 25. Tubtesud W. Nurse knowledge and attitude toward nursing care for end of life in police general hospital. *Journal of The Police Nurses* 2009; 1(2): 85-95.(in Thai)
 26. Brereton L, Gardiner C, Gott M, Ingleton C, Barnes S Carroll C. The hospital environment for end of life care of older adult and their families: an integrative review. *J Adv Nurs* 2012; 68(5): 981-93.
 27. Chirawatkul S, Chinlumprasert N, Songwatana P, Deoisres W, Fongkhaew S, Rungreonkulkij S. Nursing professional :A meaning in gender perspective. *Thai Journal of Nursing Council* 2011;26 (2): 26-41. (in Thai)