

การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วย*

Good Death as Perceived by the Patients

วัลภา คุณทรงเกียรติ *พย.ด
Wanlapa Kunsongkeit, Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดกเกอร์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายการตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการหรือพักรักษาในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยและศูนย์มะเร็งแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 14 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม 2554 ถึงเดือนสิงหาคม 2554 โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกต และการสะท้อนคิด วิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของ Cohen, Kahn & Steeves (2000) ผลการศึกษาพบ ประเด็นหลักเกี่ยวกับการตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยรวม 3 ประเด็น คือ ความหมายของการตายดี การเตรียมพร้อมเพื่อการตายดี และความปรารถนาเพื่อการตายดี

ผลการศึกษาครั้งนี้ ทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งถึงการตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยทำให้สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานการพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือให้เกิดการตายดี และการทำวิจัยต่อไปเพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแล เพื่อการตายดีที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : การตายดี การรับรู้

Abstract

A qualitative research based on Heideggerian phenomenology aimed to describe good death as perceived by the patients. Fourteen informants who were the patients at a university

hospital and cancer center in Chonburi province were purposively selected. Data were collected by in-depth interview, observation, and critical reflection. Cohen, Kahn and Steeves's (2000) step guided data analysis. Three themes of good death as perceived by the patients emerged, which were meanings of good death, preparing for good death, and the wish for good death. This findings provide deep understanding of good death as perceived by the patients. It can be the basic foundation for nurses to provide good death nursing care and further explore for greater understanding and development of a body of knowledge regarding good death nursing care .

Key words : Good death, perception

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บป่วยเป็นเรื่องปกติในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ซึ่งเมื่อเกิดความเจ็บป่วยก็จะแสวงหาการรักษา อาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้ตนเองหายจากความเจ็บป่วย แต่ถ้าหากความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเกินกว่าที่จะเยียวยา หมดหวังที่จะรักษา ชีวิตของผู้ป่วยก็จะดำเนินต่อไปจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายและพบกับความตายที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ผู้ป่วยที่อยู่ในภavnี้นี้จะเกิดความวิตกกังวล หวาดกลัว ต่อความตาย กลัวจะถูกทอดทิ้ง กลัวที่จะตายอย่างโดดเดี่ยว กลัวสิ่งที่รออยู่ข้างหน้าหลังจากการตาย

* ทนอดหนุนการวิจัยงบประมาณเงินรายได้ปี 2553 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ตลอดจนกลัวความเจ็บปวดที่จะเกิดขึ้นก่อนตาย ความกลัวดังกล่าวจะสร้างความทุกข์ใจอย่างมากกับผู้ป่วย (พระไพศาล วิสาโล, 2550) ถ้าเป็นผู้ป่วยที่ยังรู้สึกตัวสามารถสื่อสารได้ก็จะแสดงความรู้สึกดังกล่าวออกมาให้ผู้อื่นรับรู้หรือสังเกตได้ แต่ในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย อาจจะมีชีวิตอยู่ได้ด้วยการใช้ท่อช่วยหายใจและฟุ้งพาเทคโนโลยี ทำให้ไม่สามารถที่จะแสดงออกให้เห็นได้ว่ารู้สึกอย่างไร ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่มีคุณภาพทราบจนสิ้นลมหายใจ โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้จากไปด้วยดีหรือเรียกอีกนัยหนึ่งคือ ตายดี (good death) ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) (National Council for Palliative Care, 2006) ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสงบและทำใจยอมรับความตายได้มากขึ้น นอกจากนั้นการตายดียัง เป็นสิทธิของมนุษย์ที่สำคัญที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับด้วยเช่นกัน (Chen, 2009 ; Hartley, 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความหมายของการตายดีทั้งในบุคลากรทางสุขภาพและผู้ป่วยที่แสดงให้เห็นว่ามีมุมมองที่แตกต่างกันเกี่ยวกับการตายดี เช่น Payne, Langley-Evans & Miller (1996) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องการตายดีระหว่างเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสหรัฐอเมริกา พบว่า การตายดีตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่ คือ การควบคุมอาการให้ปราศจากความทุกข์ทรมาน การมีส่วนร่วมของครอบครัว และความสงบ ในขณะที่ผู้ป่วยมองว่า การตายดีคือ การตายขณะหลับ การตายอย่างสงบ การตายอย่างมีศักดิ์ศรี การตายที่ปราศจากความปวดและการตายแบบทันที สอดคล้องกับการศึกษาของ Patrick, Engelberg & Curtis (2001) ที่พบว่า การดูแลเพื่อการตายดีต้องคำนึงถึง 6 ด้าน คือ การดูแลอาการและกิจวัตรประจำวัน การเตรียมตัวก่อนตาย การดูแลขณะตาย การ

ดูแลครอบครัว การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทำ ในสิ่งที่ต้องการ และการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และจากการศึกษาของ Costello (2006) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลเกี่ยวกับการตายดีและไม่ดี พบว่า พยาบาลจะให้ความสำคัญกับการดูแลที่เกี่ยวกับการควบคุมอาการ การจัดการกับศพผู้ป่วย ซึ่งจะเห็นได้ว่า แตกต่างจากผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยต้องการได้รับการดูแลทางด้านจิตใจเป็นสำคัญ

พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่จะมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยได้เผชิญกับการตายที่ดีได้เพราะเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด การจะช่วยให้ผู้ป่วยพบกับ การตายดีได้ พยาบาลต้องมีความเข้าใจว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับการตายดีอย่างไร เพื่อจะได้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม (Beckstrand, Callister & Kirchhoff, 2006; Kim & Lee, 2003) เพราะการให้ความหมายของคำว่า ตายดีจะมีความแตกต่างกันไปตามความเชื่อ ทัศนคติ และวัฒนธรรมของแต่ละคน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550; Giggs, 2010; Mak, 2002) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะทำให้พยาบาลมีความเข้าใจ อันจะนำไปสู่การพัฒนาและส่งเสริมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยตายดีเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อบรรยายเกี่ยวกับการตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วย

สถานที่ศึกษา

สถานที่ศึกษาคือแผนกไอศูมิย ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขนาด 100 เตียง และศูนย์มะเร็งชลบุรี เป็นศูนย์ที่ดำเนินการดูแล ควบคุม ป้องกันโรคมะเร็ง ในภาคตะวันออก เป็นสถานบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ ให้บริการทางด้านเคมี

บำบัดรังสีรักษา และการผ่าตัด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดกเกอร์ที่มีฐานจากปรัชญาอัตถิภาวะนิยม (existentialism) ที่จะเน้นความเป็นธรรมชาติของการดำรงอยู่ของคน (human existence) เพื่อค้นหาความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ของคนในปรากฏการณ์หนึ่งที่มีความหมายต่อคนๆ นั้นอย่างไร ทั้งนี้ภูมิหลัง (background) ของคนจะมีผลต่อการให้ความหมาย โดยจะไม่สามารถแยกแยะออกจากกันได้ การให้ความหมายจะแสดงออกมาให้เห็นทางภาษาหลังผ่านการตีความ (interpretation) (Koch, 1995) โดยทำการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม 2554 ถึง เดือน สิงหาคม 2554 ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่รับการรักษาที่แผนกไตเทียมของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และศูนย์มะเร็งในจังหวัดชลบุรีโดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติดังนี้ อายุ 20 ปี ขึ้นไป มีประสบการณ์เกี่ยวกับการตายด้วยตนเอง สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยบูรพา และศูนย์มะเร็ง ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างดังนี้ มีการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และรายละเอียดของการทำวิจัยเพื่อขอความความร่วมมือในการทำวิจัย โดยอธิบายให้ทราบว่า ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล โดยจะใช้เป็นรหัสแทน และข้อมูลต่างๆ จะเก็บไว้ในที่ปลอดภัยมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่จะทราบ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้เชิงวิชาการเท่านั้น และข้อมูลต่างๆ จะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการทำวิจัยแล้ว ระหว่างการทำวิจัย ผู้ให้ข้อมูลสามารถซักถามข้อสงสัยต่างๆ ได้ และหากผู้ให้ข้อมูลไม่

ประสงค์จะเข้าร่วมหรือออกจากกรวิจัยก็สามารถทำได้ โดยจะไม่มีผลเสียหายเกิดขึ้น

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย : ผู้วิจัย ซึ่งเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัย แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึก เช่น คุณให้ความหมายของการตายได้อย่างไร การตายจะเกิดขึ้นได้อย่างไร เป็นต้น **แนวทางในการสังเกต** ซึ่งจะสังเกตสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย และการแสดงออกทางท่าทางและอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูลขณะถูกสัมภาษณ์ **แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล** ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส โรค และประสบการณ์เกี่ยวกับการตาย **แบบบันทึกการสะท้อนคิด** ซึ่งจะเป็นการบันทึกความรู้สึก และความคิดของผู้วิจัยที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการวิจัย และอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก และปากกา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลและศูนย์มะเร็ง เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยจึงประสานงานกับฝ่ายการพยาบาลและหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นเรื่องการตายตีตามการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งอาจจะเป็นเรื่องที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอับอาย สะเทือนใจ และไม่อยากจะเล่าให้ฟัง ดังนั้น ในการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ผู้วิจัยจึงประสานงานและขอให้หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตและแผนกไตเทียมเป็นผู้ติดต่อขอความร่วมมือจากผู้ป่วยก่อน ถ้าหากผู้ป่วยยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงไปพบผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง และทำการพิทักษ์สิทธิแก่ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งมีผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย 1 คน ที่ปฏิเสธจะเข้าร่วมในการวิจัย เนื่องจากไม่คิดว่าตนเองจะต้องตาย จึงไม่สามารถเล่า

ได้ว่าการตายดีเป็นอย่างไร ส่วนที่ศูนย์มะเร็ง ฝ่ายวิจัยของศูนย์ฯ ได้มอบหมายให้หัวหน้างานส่งเสริมคุณภาพชีวิตเป็นผู้ประสานงานกับผู้วิจัย ผู้วิจัยจึงขอให้เป็นผู้ติดต่อกับผู้ป่วยก่อนเช่นเดียวกับที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับการติดต่อ ยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูลทุกคน ผู้วิจัยจึงไปพบผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง และแจ้งเรื่องสิทธิของผู้ให้ข้อมูลว่าสามารถยุติหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เจาะลึก ถ้าเป็นผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลนอนฟอกเลือดในชั่วโมงที่ 2 ตามที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการ ส่วนผู้ให้ข้อมูลที่ศูนย์มะเร็ง ทำการสัมภาษณ์ในห้องที่เป็นสัดส่วน แต่มีผู้ให้ข้อมูล 2 คนที่ต้องสัมภาษณ์ที่เตียงผู้ให้ข้อมูลเพราะเงินไม่ได้นอกจากโรคมะเร็งได้กระจายไปที่ไขสันหลังทำให้ไม่สามารถเดินได้ และขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสังเกตปฏิกริยาท่าทางและอารมณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกมาขณะทำการสัมภาษณ์จนถึงสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการกลับมาสัมภาษณ์อีกครั้ง ภายหลังจากการถอดเทปฟังข้อมูลที่ได้แล้วยังมีประเด็นที่ไม่ชัดเจนซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกคนก็ยินดีให้สัมภาษณ์ได้อีกครั้ง จากนั้นผู้วิจัยทำการจดบันทึกภาคสนามเกี่ยวกับบรรยากาศในระหว่างการสัมภาษณ์ และสิ่งที่สังเกตได้ รวมถึงบันทึกการสะท้อนคิดเพื่อแยกแยะความรู้สึกนึกคิดที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับเรื่องที่ทำกรวิจัยเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละรายวันที่ทุกครั้ง

4. หลังการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยทำการถอดเทปคำต่อคำ เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนในการสัมภาษณ์ต่อไปในประเด็นที่ไม่ชัดเจน ผู้วิจัยได้มีการนัดหมายเพื่อทำการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปกับผู้ให้ข้อมูล 9 คนๆ ละ 2 ครั้ง อีก 5 คน สัมภาษณ์เพียงครั้งเดียว โดยก่อนการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยได้สรุปสาระที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งแรก เพื่อตรวจสอบจากผู้ให้ข้อมูลว่า ผู้วิจัยสรุปได้ถูกต้องหรือไม่ และ

เปิดโอกาสให้เพิ่มเติมข้อมูลเพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล จากนั้นจึงสัมภาษณ์เกี่ยวกับประเด็นที่ผู้วิจัยยังไม่เข้าใจหรือต้องการให้มีการอธิบายเพื่อความชัดเจน ซึ่งในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ก่อนสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ให้ความร่วมมือในการถ่ายทอดประสบการณ์เกี่ยวกับการตายดี

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลไปเช่นนี้จนข้อมูลมีความอิ่มตัวเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14 จึงยุติการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของ Cohen, Kahn & Steeves (2000) โดยมี 6 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1) อ่านข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปหลายครั้งจนเข้าใจภาพรวมของประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ขั้นตอนที่ 2) ทำการตัดทอนข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออก (data reduction) โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลด้วยการใช้วิจารณ์ญาณของผู้วิจัย ขั้นตอนที่ 3) อ่านข้อมูลที่เหลือเพื่อระบุความหมายที่สำคัญด้วยการให้รหัสรวมถึงข้อมูลจากการสังเกตก็มีการให้รหัสเช่นกัน ขั้นตอนที่ 4) ทำการจัดกลุ่มรหัสที่เกี่ยวข้องกันเป็น subcategories และ categories ขั้นตอนที่ 5) ทำการจัดกลุ่ม categories ให้เป็น theme ตามความหมายที่เกี่ยวข้องกัน ขั้นตอนที่ 6) ตรวจสอบความตรงของประเด็นหลักที่จัดกลุ่มกับ categories และ ผู้ให้ข้อมูล

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างความน่าเชื่อถือตามแนวทางของ ลินคอน และกูบา (Lincoln & Guba, 1985)

1. ความเชื่อถือได้ โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์จริงและสร้างความเชื่อถือได้ โดย

1.1 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจพร้อมที่จะถ่ายทอดประสบการณ์ให้ฟัง

1.2 การสะท้อนคิด (critical reflection)

ผู้วิจัยใช้การสะท้อนคิดของผู้วิจัยเพื่อทำการตรวจสอบความคิด ความรู้สึก ที่เกิดขึ้นในขณะที่เก็บข้อมูล เพื่อลดความลำเอียงที่อาจเกิดขึ้นได้

1.3 การยืนยันข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการสรุปการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง แล้วให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันและเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่ละเอียด

2. การถ่ายโอนงานวิจัย ผู้วิจัยเขียนบรรยายลักษณะของการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เพื่อให้เข้าใจและสามารถประยุกต์ใช้ข้อค้นพบครั้งนี้ได้ในผู้ป่วยที่มีลักษณะและอยู่ในบริบทคล้ายคลึงกัน

3. การพึ่งพาเกณฑ์อื่นได้ ผู้วิจัยเขียนขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการสรุปผลการวิจัยอย่างละเอียดเพื่อให้เข้าใจและสามารถตรวจสอบได้

4. การยืนยันผลการวิจัย เป็นการวัดความ

เป็นกลางหรือการไม่ลำเอียง ซึ่งการยืนยันการวิจัยเกิดขึ้นเมื่อมีขั้นตอนความเชื่อถือได้ การถ่ายโอนงานวิจัย และการพึ่งพาเกณฑ์อื่นได้

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลมีทั้งหมด 14 คน เพศหญิง 8 คน ชาย 6 คน มีอายุระหว่าง 21-76 ปี สถานภาพสมรส คู่มากที่สุดคือ 10 คน นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คือ 6 คน ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุดคือ จำนวน 5 คน เป็นโรคไตวายระยะสุดท้ายมากที่สุดจำนวน 9 คน และมีประสบการณ์เกี่ยวกับการตายของตนเองจำนวน 8 คน และประสบการณ์ของผู้อื่น 6 คน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

คนที่	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพสมรส	ศาสนา	ระดับการศึกษา	อาชีพ	โรค	ประสบการณ์เกี่ยวกับการตาย
1.	ญ	30	โสด	พุทธ	ป.ตรี	รับจ้าง	ESRD	ของตนเองจากภาวะน้ำตาลท่วมปอด
2.	ญ	56	คู่	พุทธ	ประถมศึกษา	ไม่มี	ESRD	ของตนเองจากภาวะน้ำตาลท่วมปอด
3.	ช	50	โสด	พุทธ	ไม่ได้เรียน	ค้าขาย	ESRD	ของตนเองจากภาวะน้ำตาลท่วมปอด
4.	ญ	75	หม้าย	พุทธ	ไม่ได้เรียน	ไม่มี	ESRD	ของตนเองจากภาวะน้ำตาลท่วมปอด
5.	ช	69	คู่	พุทธ	ปวช	ไม่มี	ESRD	ของผู้อื่น (ผู้ป่วย)
6.	ช	72	คู่	พุทธ	ประถมศึกษา	ไม่มี	ESRD	ของตนเองจากภาวะน้ำตาลท่วมปอด
7.	ช	29	คู่	พุทธ	ป.ตรี	ราชการ	ESRD	ของตนเองจากภาวะน้ำตาลท่วมปอด
8.	ช	54	คู่	พุทธ	ป.ตรี	ราชการ	ESRD	ของตนเองจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย
9.	ญ	76	คู่	พุทธ	ไม่ได้เรียน	ไม่มี	ESRD	ของตนเองจากภาวะน้ำตาลท่วมปอด
10.	ญ	51	คู่	พุทธ	ประถมศึกษา	รับจ้าง	CA breast	ของผู้อื่น (ผู้ป่วย)
11.	ญ	54	หม้าย	พุทธ	ประถมศึกษา	เกษตรกร	CA cervix	ของผู้อื่น (ผู้ป่วย)
12.	ญ	38	คู่	พุทธ	ประถมศึกษา	รับจ้าง	CA breast with spinal cord metastasis	ของผู้อื่น (ผู้ป่วย)
13.	ญ	21	คู่	พุทธ	ปวช	รับจ้าง	CA breast with bone and brain metastasis	ของผู้อื่น (ผู้ป่วย)
14.	ช	70	คู่	พุทธ	ประถมศึกษา	เกษตรกร	CA prostate	ของผู้อื่น (เพื่อนบ้าน)

*ESRD=end stage renal disease, CA= cancer ปวช =ประกาศนียบัตรวิชาชีพ

ส่วนที่ 2 การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยแบ่งได้เป็น 3 ประเด็นหลักคือ ประเด็นหลักที่ 1 ความหมายของการตายดี ประเด็นหลักที่ 2 การเตรียมพร้อมเพื่อการตายดี และประเด็นหลักที่ 3 ความปรารถนาเพื่อการตายดี โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 ความหมายของการตายดี:

ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการตายดีว่า เป็นการตายที่เป็นเหมือนการหลับไปโดยปราศจากความเจ็บปวดและเป็นไปอย่างรวดเร็ว เพื่อจะได้ไม่เกิดความทุกข์ทรมานก่อนตาย รวมถึงเป็นการตายที่เป็นไปอย่างสงบโดยปราศจากความกังวล

1.1 การหลับโดยปราศจากความเจ็บปวด หมายถึง การตายที่เกิดขึ้นในลักษณะของการนอนหลับไปเลยโดยไม่มีความรู้สึกปวดทรมานร่างกายที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน หรือทรมานทรมาน จากโรคที่เป็นอยู่หรือการช่วยชีวิต โดยเฉพาะในผู้ให้ข้อมูลที่เป็นโรคไตวายระยะสุดท้ายที่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการตายเมื่อตนเองเกิดภาวะน้ำท่วมปอดหรือหยุดหายใจไปจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งบางคนจะเห็นว่าเป็นการตายแบบหลับไปไม่รู้ตัว และจากการเห็นคนอื่นคือ ผู้ป่วยในหอผู้ป่วย หรือเพื่อนบ้านได้รับก่อนจากไป นอกจากนั้นผู้ให้ข้อมูลยังมองว่า การตายที่เกิดจากอุบัติเหตุ จะเป็นการตายที่ก่อให้เกิดทุกข์ทรมานขณะตายซึ่งไม่ใช่การตายดี

แบบหลับไปเลย แบบที่เขานอนไปไม่ทรมาน ถ้ามาใส่อะไร มันทรมาน มันรู้ตัวว่า ทรมาน เดวก็แทงตรงนั้น แทงตรงนี้(ID3)

ตายดีหลับแล้วตาย สิ่งนั้นคือสิ่งวิเศษสุดแล้ว แต่ถ้าผมตายอย่างทรมาน ประสบอุบัติเหตุ คือตายแบบเจ็บปวด คือทุกข์ขณะตาย(ID7)

ตายดี แบบหลับไปเลย ไม่ลำบากมาก ไม่เจ็บปวด ทรมานทรมาน อย่างนั้นจะสบายมาก ก็เคยเห็นคนที่ เป็นมะเร็งขั้นสุดท้าย ไปเยี่ยม มันก็นอนแสนทรมาน ความเจ็บปวดก็ทรมาน มองเห็นอย่างนั้นแล้วก็ เออ ไม่ไหว

(ID14)

1.2 การตายที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว หมายถึง การตายที่เกิดขึ้นโดยใช้เวลาไม่นาน เพราะการตายที่ใช้เวลานาน จะทำให้รู้สึกถึงความทรมาน ความเจ็บปวด ถ้าเป็นไปได้ ก็อยากให้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว

สำหรับผมนะ ถ้าจะตายดี คือ น่าจะไปเร็ว เพราะถ้ามันนาน มันคงจะทรมานนะ (ID7)

ผมว่าดีนะ ไม่เจ็บไม่ปวด วันเดียวเท่านั้นเอง ดีกว่าไปนอนเจ็บปวดทรมานทรมานทรมานไปเลยนะ แบบตอนที่ผมเป็นโรคหัวใจ (ID8)

1.3 การตายอย่างสงบโดยปราศจากความกังวล หมายถึง การตายที่เกิดในขณะที่จิตใจไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของตนเอง และห่วงใยในครอบครัวทั้งก่อนตายและหลังการตายของตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถจากไปได้อย่างสงบ

การจากไปอย่างสงบ ไม่มีห่วง ไม่มีกังวล เพราะถ้า...ถ้ามีห่วงมีกังวลเนี่ย มันก็ทำให้เราจากไปด้วยไม่ดี ซึ่งไอ้ความห่วงความกังวลนะตอนนี้เนี่ยก็คือเรื่องครอบครัว (ID7)

ประเด็นหลักที่ 2 การเตรียมพร้อมเพื่อการตายดี : การเตรียมพร้อมเพื่อการตายดี หมายถึง การที่ผู้ให้ข้อมูลจะมีการเตรียมการเพื่อให้ตนเองได้พบกับการตายที่ดี โดยจะมีการเตรียมพร้อมเพื่อการตายดีด้วยการเตรียมตนเองให้ยอมรับการตายที่จะเกิดขึ้นและทำบุญเพื่อชีวิตหลังความตายและชาติหน้า รวมถึงยังมีการเตรียมครอบครัวให้พร้อมรับกับการตายของตนเองด้วยการให้ครอบครัวทำใจยอมรับและมีการเตรียมความมั่นคงให้ครอบครัว เพื่อจะได้ไม่ลำบากเมื่อตนเองตายไป

2.1 การเตรียมตนเอง เป็นการเตรียมตนเองให้พร้อมรับการตายด้วยการยอมรับการตายที่จะเกิดขึ้น โดยอาศัยหลักศาสนาที่กล่าวถึง การตายเป็นธรรมชาติของชีวิตที่ไม่มีใครหลีกเลี่ยงได้ หรือเมื่ออะไรจะเกิดก็ต้องเกิด จึงควรระลึกถึงความตายอยู่เสมอ ซึ่งการคิดเช่นนั้นทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่กลัวและ

เกิดการยอมรับการตายที่จะมาถึงได้อย่างสงบ ไม่กระวนกระวาย ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากจะยอมรับการตายด้วยการคิดเช่นนี้เมื่อเคยมีประสบการณ์เผชิญตายด้วยตนเองหรือคนใกล้ชิด นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลบางคนมีความเชื่อในชีวิตหลังความตายก็จะมีการทำบุญเพื่อผลจากการทำบุญจะได้ทำให้ตนเองพบกับสิ่งที่ดีภายหลังการตายและชาติหน้า

2.1.1 การยอมรับการตาย เป็นการยอมรับกับความจริงของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า ความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ทุกคนต้องเผชิญซึ่งการยอมรับเช่นนี้เกิดขึ้นเมื่อผู้ให้ข้อมูลเจ็บป่วยและมีประสบการณ์กับการตาย ซึ่งเมื่อยอมรับกับการตายที่จะเกิดขึ้นได้ ก็จะทำให้ไม่กลัวความตายที่จะเกิดและมีจิตใจที่สบายขึ้น

คนเราก็ต้องตาย มันธรรมดาของโลกมนุษย์ เกิด แก่ เจ็บ ตาย เรานี้ไม่พ้นหรือกบ่คิดแบบนี้ ตอนบ่เป็นโรคนี้อะ (ไตวายระยะสุดท้าย) (ID2)

ยอมรับกับความจริง ยอมรับกับความตาย นั่นคือดีที่สุด ตัวเราเองต้องยอมรับ เท่านั้นแหละ สบายอย่าไปสู้กับมัน ยิ่งสู้เรายิ่งเจ็บ ธรรมดาที่สุด เราไม่เจ็บ (ID5)

ถึงเวลาที่ต้องไป คนเราต้องไปทุกคน คิดว่าเป็นธรรมชาติของชีวิต ..คิดถึงความตายทุกวัน บางทีก็คิดเข้ากิดขี้้น เราก็ดูไม่ต้องไปกลัว (ID14)

2.1.2 การทำบุญเพื่อชีวิตหลังการตายและชาติหน้า เป็นการเตรียมตนเองด้วยการทำบุญของผู้ให้ข้อมูลด้วยความเชื่อที่ว่า ถ้าหากทำบุญผลบุญจะช่วยให้เมื่อตายไปแล้วจะได้มีชีวิตหลังการตายที่ดีและเกิดใหม่ในภพภูมิที่ดี

ชาติหน้านั้นมีจริง คนเราต้องเวียนว่ายตายเกิดไป บางคนเกิดเป็นตัวนั้นตัวนี้ แสดงว่า ทำบาปไว้เยอะ เราก็ ต้องหมั่นทำบุญไว้ ตายไปแล้วเกิดในภพภูมิที่ดี (ID3)

สวดมนต์ ทำบุญ ะไรอย่างนี้ ก็ธรรมดา ด้วยความเชื่อเรื่องชีวิตหลังความตาย เพื่อชีวิตตัวเองไม่ตายแล้วจะได้ไปในที่ดี (ID8)

2.2 การเตรียมครอบครัว เป็นการเตรียมความพร้อมให้กับครอบครัวในเรื่องการทำใจให้ยอมรับว่า ผู้ให้ข้อมูลต้องตาย และการเตรียมความมั่นคงให้กับครอบครัวเพื่อครอบครัวจะได้อยู่ได้โดยไม่มีปัญหาภายหลังการตายของตนเอง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลจะได้ไม่ห่วงกังวล

2.2.1 การเตรียมครอบครัวให้ยอมรับการตายของตนเอง เป็นการเตรียมความพร้อมที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการให้ครอบครัวคือ พ่อ แม่ ภรรยา และลูกยอมรับการตายที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคตเพราะอย่างไรก็หลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการให้ครอบครัวเกิดความทุกข์ใจจากการจากไปของตนเอง รวมถึง ถ้าหากครอบครัวยังไม่ยอมรับ ผู้ให้ข้อมูลก็จะไม่สามารถจากไปได้อย่างสงบ โดยผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้บอกด้วยตนเองถึงธรรมชาติของชีวิต แต่ส่วนมากครอบครัวก็จะไม่ยอมรับแต่ยังมีหวังว่าผู้ให้ข้อมูลจะมีชีวิตอยู่ต่อไป และผู้ให้ข้อมูลที่ยังไม่ได้บอกแต่ตั้งใจว่าจะต้องบอกเพื่อให้ได้เตรียมตัวเตรียมใจโดยผู้ให้ข้อมูลส่วนมากจะพูดถึงอาการป่วยและความก้าวหน้าของโรคให้ญาติได้รับรู้เป็นระยะ ๆ

แต่บอกพ่อคุณแม่ให้ทำใจ อย่าเสียใจ ไม่ต้องคิดมาก เกิด แก่ เจ็บ ตาย เคยบอกเขาหลายทีแล้ว แต่เขาก็ทำใจไม่ได้ (ID1)

ก็คือการบอก...บอกกล่าวภรรยาแล้วก็แม่ เรื่องที่ว่า ถ้าเกิดว่าผมเป็นโรไปเนี่ย ก็ให้ ทำใจให้ยอมรับ (ID7)

พูดกับพ่อกับแม่เอาไว้เหมือนกันว่า... แล้วเป็นโรคนี้นี้(มะเร็งเต้านมระยะลุกลาม) ก็ต้องตายทุกคนสำหรับแฟน เริ่มมีเกริ่นไว้แล้ว แต่เขาบอก เขาไม่อยากจะพูดถึงเรื่องนี้เลย คือ เขาอยากให้หนูหาย กับน้องชายหนูก็เกริ่น ๆ ไว้แล้ว ให้เขาตั้งใจเรียน จะเลี้ยงพ่อแม่มัย เขาก็ครบ (ID13)

2.2.2 การเตรียมความมั่นคงให้ครอบครัว เป็นการเตรียมความพร้อมที่จะสร้างความมั่นคงด้านเศรษฐกิจให้กับครอบครัวภายหลังการตายเพื่อครอบครัวจะได้สามารถเลี้ยงดูตนเองได้ ไม่มี

ปัญหาการเงิน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลที่ป็นผู้นำครอบครัวจะคำนึงถึงความมั่นคง ก็จะมีการวางแผนในขณะที่ตนเองยังมีชีวิตอยู่โดยจะพยายามทำให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

อย่างหนึ่งที่ผมหวังไว้ก่อนตาย ผมอยากจะทำอะไรให้ครอบครัว ตอนนั้นก็พยายามวางแผนทำอยู่ เพราะทุกวันนี้พอกินแต่ไม่พอเก็บ ทุกวันนี้ ถ้าผมเสียชีวิตไปคนๆ เดียว (ภรรยา) ไม่สามารถเลี้ยงดูตนเอง พ่อแม่ของทั้งสองฝ่าย ผมก็วางแผนไว้ ทุกอย่างผมก็มอบให้เขาหมด (ID7)

ประเด็นหลักที่ 3 ความปรารถนาเพื่อการตายดี: ความปรารถนาเพื่อการตายดี หมายถึง ความต้องการที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการให้เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ใกล้ตายและเมื่อตายแล้ว โดยเมื่อใกล้จะตวยต้องการที่จะได้อยู่กับครอบครัว การได้กลับไปตายที่บ้าน และเมื่อเกิดหัวใจหยุดเต้นก็ไม่ต้องช่วยชีวิตเพื่อจะได้ไม่เจ็บปวดและทำให้สามารถจากไปได้อย่างสงบ

3.1 การได้อยู่กับครอบครัว เป็นความต้องการที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการที่จะอยู่กับครอบครัวในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต โดยขณะที่อยู่โรงพยาบาลส่วนมากต้องการให้ครอบครัวมาอยู่ด้วยโดยเฉพาะก่อนที่จะตายทุกเวลา แม้ในช่วงที่ไม่รู้สึกตัวแล้ว เพียงแค่เข้ามานั่งข้างเตียงก็จะทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ ไม่ตายอย่างโดดเดี่ยว ทำให้การตายเป็นไปอย่างสงบ ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลได้บอกความต้องการนี้ให้กับเจ้าหน้าที่หรือครอบครัวแล้ว

แต่นาทีสุดท้ายอยากให้พ่อแม่ คนในครอบครัวแค่มานั่งอยู่เฉยๆ อ่านหนังสือให้ฟังสงบ ให้พ่อแม่มาอยู่ข้างๆ บอกให้นึกถึงพระ จะได้ไปอย่างสงบ (ID1)

หนูก็อยากให้มี อย่างน้อย ก็ได้เห็นเขาครั้งสุดท้ายรู้สึกอุ่นใจ พร้อมหน้าพร้อมพ่อแม่ น้องชาย สามี (ID13)

3.2 การตายที่บ้าน เป็นความต้องการที่จะกลับไปตายที่บ้านเพราะบ้านคือสถานที่ที่มีความผูกพันตั้งแต่เกิดและมีครอบครัวซึ่งเป็นคนที่รักและผูกพัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเกิดความอบอุ่นใจ

และมีความสุข ไม่ตายอย่างว่าเหว่ แต่ผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งต้องการตายที่บ้านเพราะไม่ต้องการให้ครอบครัวมีภาระค่าใช้จ่ายในการนำศพกลับบ้าน

อยากไปตายที่บ้านเพราะที่บ้านคือที่ๆ เรามีความสุข อบอุ่น ถึงลูกเด่าจะมาอยู่หรือไม่อยู่ก็แล้วแต่ แต่มันรู้สึกอบอุ่น อบอุ่นที่ว่าที่บ้านนี้มีลูกมีหลานมีแม่บ้าน (ภรรยา) ถ้าตายที่อื่นนะมันมีความรู้สึกเหมือนว่าเหว่... ได้สั่งลูกไว้ สั่งหมดแล้ว ก็บอกที่นี่ (เจ้าหน้าที่) บอกแฟน ลูกทุกคน (ID5)

ชีวิตผมอยู่ที่บ้าน ผมว่าทุกคนนะ อยากตายที่บ้านตัวเองมากกว่า คือ ในครอบครัวผม ที่ผมเห็นคนตายในบ้าน ป่วยตายาย ผมจะเห็นเขาหลับ ตีอนอนหลับแล้วไป ถึงแม้ผมจะป่วยนะ ก็อยากไปสันลมที่บ้านมากกว่า (ID7)

ถ้าจะมาเสียอยู่โรงพยาบาล ค่ารถมันแพง กว่า จะเอากลับไปบ้านคงหลายพัน ป้าขอไปตายที่บ้านดีกว่า (ID11)

อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งไม่ต้องการจะกลับไปตายที่บ้าน เพราะไม่ต้องการเป็นภาระให้กับครอบครัวหรือไม่ต้องการให้คนในครอบครัวได้เห็นการตายของตนเอง เพราะจะทำให้เกิดความกลัว และ โศกเศร้า

ที่บ้าน แต่มันก็แล้วแต่โอกาสอีกนะ ถ้าตายที่บ้าน เขาอาจจะกลัว หมายถึงว่าคนที่เขายังอยู่นะ กลัวผี อย่างนั้นตายที่ รพ ดีกว่า อีกอย่าง ถ้าที่บ้าน คนที่อยู่เขาก็อาจจะเศร้า นึกถึงบรรยากาศตอนเราเสียชีวิตหลังรีปาว ..คือเราจะป็นห้วงคนที่อยู่ (ID1)

3.3 การไม่ต้องช่วยชีวิต เป็นความต้องการที่ไม่ต้องการให้แพทย์ช่วยชีวิตเมื่อหัวใจหยุดเต้น เพราะไม่ต้องการเจ็บปวดหรืออยู่อย่างไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้แล้วกลายเป็นภาระของครอบครัวต่อไป ซึ่งความรู้สึกที่เกิดขึ้นนี้เกิดจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์จากการถูกช่วยชีวิตหรือจากการเห็นผู้อื่นได้รับการช่วยชีวิตที่ต้องมีการใช้อุปกรณ์สอดใส่ในร่างกายและการนวดหัวใจซึ่งทำให้เกิดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะผู้ให้

ข้อมูลที่รับทราบฟอกเลือดที่แผนกไตเทียมซึ่งอยู่ติดกับหอผู้ป่วยหนัก ผู้ให้ข้อมูล 11 คนจะไม่ต้องมาให้ช่วยชีวิต เพราะทำให้เกิดความเจ็บปวดและทรมาน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลจะบอกกับครอบครัวและพยาบาลไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับการไม่ต้องช่วยชีวิต อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลก็ยังเห็นว่าการช่วยชีวิตเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่ต้องปฏิบัติ เพียงแต่ถ้าเห็นว่า ผลของการช่วยชีวิตจะทำให้ตนเองต้องกลายเป็นคนที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ ขอให้งดการช่วยชีวิตและปล่อยให้ตนเองตายเพราะไม่ต้องการจะอยู่ในสภาพดังกล่าวและไม่ให้เป็นภาระแก่ครอบครัวภายหลัง

อยากบอกทุกคนว่า ถ้าป่าต้องไปไอซียูนะ ไม่ต้องบีม่านะ แบบหมอเขาก็ต้องช่วยไข่ม้อยแต่แบบถ้าไม่ไหว หมดความสามารถแล้วก็ไม่ต้องบีม่านหัวใจ ก็ให้ป่าไปเฉยๆ (ID2)

ถ้าเราต้องเป็นอีก ก็ไม่อยากจะเขามาทำอะไรเราอีก มันไม่ทรมาน ผมสั่งเขาไว้แล้วกะนก (ชื่อพยาบาล) ว่า ไม่ต้องทำอะไร ให้ผมหลับ ไม่ต้องยื้อยุดไว้มันถึงเวลาแล้ว ให้ผมต้องนอนแบบทำอะไรไม่ได้ ผมไม่เอา (ID5)

เรื่องในร่างกายเรา ปวด มันทรมานไปหมด ร่างกายเรามีแต่สายยางเต็มไปหมด แม้มันไม่ได้อยู่เลย...ถ้ารู้อย่างนี้ แม่ห้ามได้ แม้มันไม่ให้เขาทำให้พื้นหรืออกให้เราไปสลายๆ (ID9)

อภิปรายผล

จากการศึกษาที่พบว่า ความหมายของการตายดี คือ การตายโดยปราศจากความเจ็บปวด และเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว และการตายอย่างสงบโดยไม่มีห่วงกังวลซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Vig & Pearlman (2004) ที่ศึกษาการตายดีและไม่ดีในผู้ป่วยเพศชายที่อยู่ในระยะสุดท้าย การให้ความหมายดังกล่าว ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีการเตรียมการเพื่อการตายดีและความปรารถนาเพื่อการตายดีตามการรับรู้เกี่ยวกับความหมายของการตายดี ซึ่ง Koch (1995) ได้กล่าวไว้ว่า เมื่อคนให้ความหมายกับสิ่งนั้นอย่างไร

ก็จะมีกรกระทำตามที่รับรู้ ดังนั้น เมื่อผู้ให้ข้อมูลรับรู้ความหมายของการตายดีคือ การตายโดยปราศจากความเจ็บปวด และเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว เพราะความเจ็บปวดทางร่างกายที่ได้รับและเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความทุกข์ ทรมาน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเคยประสบด้วยตนเองจากการถูกช่วยชีวิตด้วยใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์หรือจากการเห็นคนอื่นได้รับก่อนการเสียชีวิต ผู้ให้ข้อมูลจึงมีความปรารถนาให้เกิดการตายดี ด้วยการไม่ต้องมีการช่วยชีวิตเพราะไม่ต้องการเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์หรือมีการบาดเจ็บตามมาจากจากการช่วยชีวิตเช่นที่เคยประสบในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีผู้ให้ข้อมูลที่เคยมีประสบการณ์การตายและถูกช่วยชีวิตมา 8 คนคือ ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยระยะนี้มีโอกาสที่จะเกิดการหายใจล้มเหลวและหยุดหายใจได้บ่อย (Sakhuja, Shah, Hiremath & Thaken, 2009) ผู้ให้ข้อมูลอีกหนึ่งคนคือ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่หัวใจหยุดเต้นไปแล้ว ประสบการณ์ที่เคยได้รับจึงมีผลต่อการให้ความหมายต่อการตายดี (Murakawa & Niker, 2009) แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลบางคนก็ต้องการหรือปล่อยให้มีการช่วยชีวิตเกิดขึ้นตามจรรยาบรรณทางวิชาชีพ แต่ถ้าหากผลการช่วยชีวิตทำให้ต้องกลายเป็นคนไร้ความสามารถที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ก็ต้องการให้ยุติการช่วยเหลือ เพราะไม่ต้องการเป็นภาระครอบครัวภายหลังซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความรักความห่วงใยที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับครอบครัวที่แม้จะต้องตายก็ไม่ต้องการให้เกิดปัญหาให้กับครอบครัวในภายหลัง ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ต้องการที่จะเป็นภาระของบุคคลใกล้ชิดทั้งในวาระใกล้ตายและภายหลังการตาย (Carter, MacLeod, Brander & McPherson, 2004; Sakhuja, Shah, Hiremath & Thaken, 2009)

ส่วนผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการตายดีว่า เป็นการตายอย่างสงบโดย

ปราศจากความห่วงกังวล จะสนับสนุนความหมายของการตายดีที่พบในหลายการศึกษา (Chao, 1993; Chen, 2009) ผู้ให้ข้อมูลจึงได้มีการเตรียมพร้อมด้วยการเตรียมตนเองและครอบครัว รวมถึงความต้องการที่จะกลับไปตายที่บ้านและได้อยู่กับครอบครัวในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งการเตรียมการเพื่อการตายดีนั้นจะเป็นสิ่งที่ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายหรือมีชีวิตที่เหลืออีกไม่นานเช่น ผู้สูงอายุ เป็นต้น จะกระทำเพื่อไม่ต้องมีห่วงกังวล (Lloyd-Williams, Kennedy, Sixsmith & Sixsmith, 2007; Steinhauser, Clipp, McNeilly, Christakis, McIntyre & Tulsy, 2000) วิธีการเตรียมเพื่อการตายด้วยการให้ตนเองยอมรับความจริงที่ว่า ความตายเป็นธรรมชาติของชีวิตที่ไม่มีใครหลีกเลี่ยงได้เป็นตามหลักศาสนาพุทธที่ได้กล่าวไว้ว่า เป็นอนิจจังหรือสิ่งที่ไม่เที่ยงลักษณะหนึ่งใน 3 ลักษณะสามัญของสิ่งทั้งปวง (ไตรลักษณ์) (พุทธทาสภิกขุ, 2544) และการทำบุญเพื่อชีวิตหลังความตายและชาติหน้าก็เช่นกัน สิ่งเหล่านี้เป็นความเชื่อของพุทธศาสนิกชนที่เชื่อเรื่องกฎแห่งกรรม บุญหรือกุศลจะมีผลต่อชีวิต ที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดการยอมรับและเมื่อยอมรับได้ ความสงบก็เกิดขึ้น ทั้งนี้เพราะศาสนาเป็นเสมือนสิ่งยึดเหนี่ยวและที่พึ่งในเวลาที่คุณประสบปัญหาโดยเฉพาะยามเจ็บป่วยที่จะช่วยให้คนยอมรับ เกิดความสงบ และสามารถอยู่กับความเป็นจริงได้ (Kunsongkeit, Suchaxaya, Panutai & Sethabouppha, 2004; Pinchareon & Congdon, 2003)

นอกจากการเตรียมตัวเองให้ยอมรับความจริงแล้ว ความหวังที่จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลจากไปอย่างไม่สงบคือ ความหวังที่มีต่อครอบครัวทั้งในแง่ของการไม่ยอมรับการตายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล ความเศร้าโศก และความมั่นคงของครอบครัวภายหลังการตาย ทำให้ผู้ให้ข้อมูล มีแผนการที่จะเตรียมครอบครัวให้ยอมรับกับความตายของตนเองและไม่เศร้าโศกด้วยการอธิบายโดยใช้หลักศาสนาเช่นเดียวกัน ส่วนความมั่นคงที่จะเตรียมให้กับครอบครัวคือ ความ

มั่นคงทางการเงิน เพราะความห่วงว่า ภายหลังจากตาย ครอบครัวอาจจะมีความต้องการเงินที่จะใช้ในการดำเนินชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของTayeb, Al-Zamel, Fared, & Abouellail (2010)

อีกสิ่งที่จะช่วยให้เกิดการตายดีคือ การที่จะได้อยู่กับครอบครัวก่อนที่จะตายและตายที่บ้าน เพราะการได้ตายที่บ้านซึ่งเป็นสถานที่ที่คุ้นเคย และการได้อยู่ใกล้ชิดกับคนในครอบครัวที่มีความรัก ความผูกพันและคุ้นเคยจะช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความอบอุ่นใจ และไม่รู้สึกลัวได้ตายอย่างโดดเดี่ยว ทำให้จากไปได้อย่างสงบ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยต้องการจะตายที่บ้านที่มีครอบครัวอยู่ด้วย (Gott, Small, Barnes, Payne & Seamark, 2008; Higginson & Costantini, 2008; Higginson & Sen-Gupta, 2000) นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งที่ต้องการจะตายที่บ้านเพราะเป็นห่วงว่าจะเป็นภาระให้ครอบครัวต้องลำบากในการนำศพกลับบ้าน และบางคนก็ต้องการจะตายที่โรงพยาบาลเพราะห่วงว่าตนในครอบครัวอาจจะเกิดความทุกข์โศกหรือกลัวเมื่อได้เห็นสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลเสียชีวิต ซึ่งสะท้อนให้เห็นความหวังของผู้ให้ข้อมูลมีต่อครอบครัวทั้งก่อนและหลังการตาย

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนทางการพัฒนาการดูแลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น
2. ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับการตายดีตามการรับรู้ของครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและผู้ป่วยต้องการจะอยู่ด้วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

เอกสารอ้างอิง

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2550). *วัฒนธรรมความตาย กับวาระสุดท้ายของชีวิต : คู่มือการเรียนรู้มิติทางสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: บริษัทหนังสือดีวัน จำกัด

พุทธทาสภิกขุ. (2544). *คู่มือมนุษยนิยม 3 ภาษา*. กรุงเทพฯ : ธรรมสภา.

พระไพศาล วิสาโล.(2550). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิถีแบบพุทธ ใน ประเสริฐ เลิศสงวนรัตน์ชัย อิศรางค์ นุชประยูร พรเลิศ ฉัตรแก้ว และฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ) *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 239-57). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.

Beckstrand,R. L., Callister, L.C., & Kirchhoff, K. T. (2006). Providing a “good death”: Critical care nurses’ suggestions for improving end-of-life care. *American Journal of Critical Care*, 15(1), 38-45.

Bradbury, M. (2000). The good death? In D. Dickenson, M. Johnson., & J.S. Katz (Eds). *Death, dying and bereavement* (pp.59-63). London: Open University/Sage.

Carter, H., MacLeod, R., Brander, P., & McPherson, K. (2004). Living with a terminal illness: Patient’s priorities. *Journal of Advanced Nursing*,45 (6), 611-620.

Chao, CSC. (1993). *The meaning of good dying of Chinese terminally ill cancer patients in Taiwan*. Ph.D Thesis, Frances Payne Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University.

Chen, R. (2009). The spirit of humanism in terminal care: Taiwan experience. *The Open Area Studies Journal*,2,7-11.

Cohen M. Z., Kahn, D. L., & Steeves, R. H. (2000). *Hermeneutic phenomenological research: A practical guide for nurse researchers*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Costello, J. (2006). Dying well: Nurses’ experience of “good and bad death” in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 54 (5), 594-601.

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

Gott, M., Small, N., Barnes, S., Payne, S., & Seamark, D. (2008). Older people’s views of a good death in heart failure: Implications for palliative care provision. *Social Science & Medicine*, 67, 1113-1121.

Hartley, J. (2008). A good death. *Nursing Times*, 104, 18-20.

Higginson, IJ, & Costantini, M. (2008). Dying with cancer, living well with advanced cancer. *European Journal of Cancer*,44, 1414-1424.

Higginson, IJ, & Sen-Gupta, G.J. (2000). Place of care in advanced cancer: A qualitative systematic literature review of patient preferences. *Journal of Palliative Medicine*, 3(3),287-300.

Hirai, K., Miyashita, M., Morita, T. Sanjo, M., & Uchitomi, Y. (2006). Good death in Japanese cancer care: A qualitative study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(2),140-7.

Kim, S., & Lee, Y. (2003). Korean nurses’ attitudes to good death and bad death, life-sustaining treatment and advance directive. *Nursing Ethics*, 10(6), 624-37.

Koch, T. (1995). Interpretive approach in nursing research: The influence of Husserl and Heidegger. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 174-184.

Kunsongkeit, W., Suchaxaya, P., Panuthai, S., & Sethabouppha, H. (2004). Spiritual health of Thai people. *Thai Journal of Nursing*

Research, 8(1), 64-82.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985).

Naturalistic inquiry. Beverly Hills, CA; Sage.

Lloyd-Williams, M., Kennedy, V.,

Sixsmith, A., & Sixsmith, J. (2007). The end of life: A qualitative study of the perceptions of people over the age of 80 on issues surrounding death and *dying*. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34 (1), 60-66.

Mak, M. H. J. (2002). Accepting the timing of one's death: An experience of Chinese hospice patients. *Omega*, 45 (3), 245-60.

Murakawa, Y., & Niker, Y. (2009). Understanding the concept of a "good death" in Japan : Differences in the views of doctors, palliative and non-palliative ward nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(6), 282-289.

National Council for Palliative Care. (2006). *End of life care strategy*. London : NCPC.

Patrick, D. L., Engelberg, R.A., & Curtis, J.R. (2001). Evaluating the quality of dying and death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(3),717-26.

Payne, S. A., Langley-Evans, A., & Hiller, R. (1996). Perceptions of a good death : A comparative study of the views of hospice staff and patients. *Palliative Medicine*, 10, 307-

312.

Pincharoen, S., & Congdon, J. G. (2003).

Spirituality and health in older Thai persons in the United States. *Western Journal of Nursing Research*, 25, 93-108.

Sakhuja, R., Shah, A. J., Hiremath, S., &

Ranjan K. Thaku, R. K. (2009), End-stage renal disease and sudden cardiac death: Review article. *Cardiac Electrophysiology Clinics*, 1(1), 61-77.

Steinhauser, K. E., Christakis, N. A.,

Chipp, E. C., McNeilly, M., McIntyre, L., & Tusky, J. A. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, physicians, and other care providers. *JAMA*, 284, 2476-82.

Tayeb, M. A., Al-Zamel, E., Fareed, M.

M., & Abouellail, H. A. (2010). A good death: Perspectives of Muslim patients and health care providers. *Annals of Saudi Medicine*, 30(3), 215-221.

Vig, E.K., & Pearlman, R.A. (2004).

Good death and bad dying from perspective of terminally ill men. *Archive Internal Medicine*, 164, 977-981.

Walter, T. (2003). Historical and culture

variants on the good death. *BMJ*, 327, 218-20.