

การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง

Good Death as Perceived by the Cancer Patients

วัลภา คุณทรงเกียรติ* พย.ด

Wanlapa Kunsongkeit, Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดกเกอร์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายการตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 5 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2554 ถึงเดือนสิงหาคม 2554 โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และ การสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของ Cohen, Kahn & Steeves (2000) ผลการศึกษาพบประเด็นหลักเกี่ยวกับการตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง รวม 4 ประเด็น คือ การไม่มีความทุกข์ทรมาน การยอมรับการตาย การไม่เป็นการของครอบครัว และการได้อยู่กับครอบครัว

ผลการศึกษาครั้งนี้ ทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งถึงการตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งทำให้สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนทางการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดการตายที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: การตายดี ผู้ป่วยมะเร็ง

Abstract

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

hospital in Chonburi were purposively selected. Data were collected by in-depth interview and observation. Cohen, Kahn and Steeves's (2000) steps guided data analysis. Four themes of good death as perceived by the cancer patients emerged, which were no suffering, acceptance of death, not being burden of family, and being with family. This findings provide deep understanding of good death as perceived by the cancer patients. It can be basic foundation for nurses to promote good death nursing care in cancer patients.

Key words: Good death, cancer patient

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญเป็นอันดับแรกของประเทศไทย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2554) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง จะรับรู้ว่าเป็นโรคร้ายและไม่หาย และต้องพบกับความเจ็บปวดจากตัวโรคมะเร็ง และการรักษาที่ทำให้ทุกข์ทรมานจนกระทั่งตาย ผู้ป่วยมะเร็งจะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่ท้าทายชีวิตในหลากหลายรูปแบบซึ่งจะแปรเปลี่ยนไปตามความก้าวหน้าของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหวั่นไหว เกิดความกลัวอาการต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น กลัว

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

การพลัดพราก และอื่นๆ จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (พระไพศาล วิสาโล, 2550) ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะนี้จะได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ซึ่งมีเป้าหมายที่สำคัญ คือ การช่วยให้ผู้ป่วยได้พบกับการตายที่ดี (good death) (National Council for Palliative Care, 2006) นอกจากนั้น การตายดียังเป็นสิทธิของมนุษย์ที่สำคัญที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับ (Chen, 2009; Hartley, 2008)

พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดและได้รับการคาดหวังว่าจะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้พบการตายที่ดีได้ (Beckstrand, Callister & Kirchhoff, 2006) ดังนั้น พยาบาลจึงควรมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการตายดีว่าเป็นอย่างไร อย่างไรก็ตาม การตายดีของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน มีความเป็นพลวัตร เปลี่ยนแปลงตามเวลา และเป็นเรื่องของประสบการณ์ส่วนบุคคล (Leung, Tsai, Chang, et al, 2010) ที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อ ศาสนา สังคม และวัฒนธรรมของแต่ละคน (Granda-Cameron & Houldin, 2012) ผนวกกับผู้ป่วยมะเร็งจะเป็นผู้ป่วยที่มีสถานการณ์ที่เฉพาะแตกต่างจากผู้ป่วยอื่นที่จะเผชิญกับความรู้สึกลึกเกี่ยวกับการตายตั้งแต่วันที่รับรู้ว่าเป็นมะเร็งซึ่งเป็นการรับรู้และเผชิญกับประสบการณ์ต่างๆ ที่แตกต่างกันไปตามระยะเวลาที่เปลี่ยนไป และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการตายดีในผู้ป่วยหลายกลุ่มในบริบทของตะวันตก (Carter, MacLeod, Brander & McPherson, 2004; Vig, & Pearlman, 2004) และตะวันออก (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2554; Hirai, Miyashita, Morita, Sanjo & Uchitomi, 2006; Mak, 2002; Murakawa, & Niker, 2009; Tsai, Wu, Chiu, Hu & Chen, 2005) ซึ่งอาจไม่ใช่ว่าความหมายของการตายดีของผู้ป่วยมะเร็งในบริบท

ของสังคมไทย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะทำให้พยาบาลมีความเข้าใจอันจะนำไปสู่การพัฒนาและส่งเสริมการพยาบาลเพื่อให้เกิดการตายที่ดีในผู้ป่วยมะเร็ง

วัตถุประสงค์

เพื่อบรรยายเกี่ยวกับการตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง

สถานที่ศึกษา

สถานที่ศึกษาคือโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดชลบุรี เป็นโรงพยาบาลที่ดำเนินการดูแล ควบคุม ป้องกันโรคมะเร็ง ในภาคตะวันออก เป็นสถานบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ ให้บริการทางด้านเคมีบำบัด รังสีรักษา และการผ่าตัด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดกเกอร์ที่มีฐานจากปรัชญาอัตถิภาวนิยม (existentialism) ที่จะเน้นความเป็นธรรมชาติของการดำรงอยู่ของคน (human existence) เพื่อค้นหาความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ของคนในปรากฏการณ์หนึ่งว่ามีความหมายต่อคนๆ นั้นอย่างไร ซึ่งจะแตกต่างจากคนอื่น ๆ เพราะประสบการณ์เป็นเรื่องเฉพาะตนและมีความเป็นจริงตามที่บุคคลนั้นประสบและรับรู้ โดยมีความเชื่อที่สำคัญคือ บุคคลเป็นผู้ที่มีโลกและสังคมของตนเอง (the person as having a world) บุคคลเป็นผู้ให้ความสำคัญและคุณค่าต่อสิ่งต่างๆ (the person as being for whom things have significance and value) บุคคลเป็นผู้ตีความสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง (the person as self-interpreting) บุคคลเป็นหน่วยรวมหรือองค์รวม (the person as embodies) และบุคคลมีมิติเวลา

(the person in time) (Leonard,1994) นอกจากนั้นไฮเดกเกอร์ยังให้ความสำคัญกับภูมิหลัง (background) ได้แก่ อายุ การศึกษา วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยมของบุคคลว่า มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ทำความเข้าใจ ตีความ (interpreting) และให้ความหมายต่อประสบการณ์ที่คนๆ นั้นประสบและจะมีการสื่อสารผ่านทางภาษา (language) ทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา (Koch, 1995) โดยทำการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน 2554 ถึง เดือน สิงหาคม 2554 ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติดังนี้ อายุ 20 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง มีประสบการณ์เกี่ยวกับการตายของตนเองหรือคนอื่น และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยบูรพา และโรงพยาบาลมะเร็ง ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างดังนี้ มีการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และรายละเอียดของการทำวิจัยเพื่อขอความความร่วมมือในการทำวิจัย โดยอธิบายให้ทราบว่าจะข้อมูลที่ได้อาจเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล โดยจะใช้เป็นรหัสแทน และข้อมูลต่างๆ จะเก็บไว้ในที่ปลอดภัยมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่จะทราบ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้เชิงวิชาการเท่านั้น และข้อมูลต่างๆ จะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการทำวิจัยแล้ว ระหว่างการทำวิจัย อาจทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกไม่สบายใจหรือเกิดความวิตกกังวล ผู้วิจัยจะให้การช่วยเหลือให้ผู้ให้ข้อมูลได้ระบายความเศร้าโศกและดูแลความรู้สึกดีขึ้น ถ้าหากผู้ให้ข้อมูลต้องการยุติการสัมภาษณ์ก็สามารถทำได้ รวมถึงผู้ให้ข้อมูลสามารถซักถามข้อสงสัยต่างๆ ได้ และหากผู้ให้ข้อมูลไม่ประสงค์จะเข้าร่วมหรือออกจากการศึกษา

ก็สามารถทำได้ โดยจะไม่มีผลเสียเกิดขึ้น

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือหลักในการวิจัย

2. แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึก เป็นแนวคำถามที่ผู้วิจัยใช้ในการสัมภาษณ์ เช่น คุณให้ความหมายของการตายได้อย่างไร การตายจะเกิดขึ้นได้อย่างไร เป็นต้น ร่วมกับการใช้คำถามกระตุ้นให้มีการขยายความเรื่องราวที่ผู้ให้ข้อมูลเล่า เช่น แล้วอย่างไรต่อ มีอะไรจะเพิ่มเติม เป็นต้น

3. แนวทางในการสังเกต เป็นแนวทางที่ผู้วิจัยใช้สังเกตสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย และการแสดงออกท่าทางและอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูล

4. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ชนิดของมะเร็ง และประสบการณ์เกี่ยวกับการตาย

5. แบบบันทึกการสะท้อนคิด เป็นแบบบันทึกความรู้สึก และความคิดของผู้วิจัยที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการวิจัย

6. อุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เทปและเครื่องบันทึกเทป สมุดจดบันทึก และปากกา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็ง เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยจึงประสานงานกับฝ่ายการพยาบาลและหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นเรื่องการตาย ตีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งอาจจะเป็นเรื่องที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอึดอัด เศร้าโศก และไม่อยากจะเล่าให้ฟัง ดังนั้น ในการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยจึงประสานงานและติดต่อฝ่ายวิจัยของโรงพยาบาล ซึ่งฝ่ายวิจัยได้มอบหมายให้หัวหน้าหอผู้ป่วยหญิงเป็นผู้ประสานงานกับผู้วิจัย ผู้วิจัยจึงได้ขอให้เป็นผู้ติดต่อกับผู้ป่วยก่อนว่ายินดีจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ ซึ่งผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับการติดต่อยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูลทุกคน ผู้วิจัยจึงไปพบผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง และทำการพิทักษ์สิทธิแก่ผู้ให้ข้อมูล

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เจาะลึกในห้องที่เป็นสัดส่วนของหอผู้ป่วย มีผู้ให้ข้อมูล 2 คนที่ต้องสัมภาษณ์ที่เตียงผู้ให้ข้อมูลเพราะเดินไม่ได้เนื่องจากโรคกระดูกได้กระจายไปที่ไขสันหลังทำให้ไม่สามารถเดินได้ ขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสังเกตปฏิกิริยาท่าทางและอารมณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกมาขณะทำการสัมภาษณ์จนสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการกลับมาสัมภาษณ์อีกครั้งภายหลังการถอดเทปฟังข้อมูลที่ได้แล้วยังมีประเด็นที่ไม่ชัดเจนซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกคนก็ยินดีให้สัมภาษณ์ได้อีกครั้ง จากนั้นผู้วิจัยทำการจดบันทึกภาคสนามเกี่ยวกับบรรยากาศในระหว่างการสัมภาษณ์ และสิ่งที่สังเกตได้ รวมถึงบันทึกการสะท้อนคิดเพื่อแยกแยะความรู้สึกนึกคิดที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับเรื่องที่ทำการวิจัยเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละรายวันที่ทุกครั้ง

4. หลังการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยทำการถอดเทปคำต่อคำเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนในการสัมภาษณ์ต่อไปในประเด็นที่ไม่ชัดเจน ผู้วิจัยได้มีการนัดหมายเพื่อทำการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปกับผู้ให้ข้อมูล 4 คนๆ ละ 2 ครั้ง อีก 1 คนสัมภาษณ์เพียงครั้งเดียวเพราะผู้ป่วยกลับบ้านเนื่องจากครบระยะเวลาการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยก่อนการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยได้สรุปสาระที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งแรก เพื่อตรวจสอบจากผู้ให้

ข้อมูลว่า ผู้วิจัยสรุปได้ถูกต้องหรือไม่ และเปิดโอกาสให้เพิ่มเติมข้อมูลที่อยู่ จากนั้นจึงสัมภาษณ์เกี่ยวกับประเด็นที่ผู้วิจัยยังไม่เข้าใจหรือต้องการให้มีการอธิบายเพื่อความชัดเจน ซึ่งในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ได้ช่วยถ่ายทอดประสบการณ์เกี่ยวกับการตายดี

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลไปเช่นนี้จนข้อมูลมีความอิ่มตัวเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 จึงยุติการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของ Cohen, Kahn & Steeves (2000) โดยมีขั้นตอน 6 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1) อ่านข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปหลายครั้งจนเข้าใจภาพรวมของประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ขั้นตอนที่ 2) ทำการคัดทอนข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออก (data reduction) โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลด้วยการใช้วิจารณ์ญาณของผู้วิจัย ขั้นตอนที่ 3) อ่านข้อมูลที่เหลือเพื่อระบุความหมายที่สำคัญ ด้วยการให้รหัสรวมถึงข้อมูลจากการสังเกตก็มีการให้รหัสเช่นกัน ขั้นตอนที่ 4) ทำการจัดกลุ่มรหัสที่เกี่ยวข้องกันเป็น subcategories และ categories ขั้นตอนที่ 5) ทำการจัดกลุ่ม categories ให้เป็น theme ตามความหมายที่เกี่ยวข้องกัน ขั้นตอน ที่ 6) ตรวจสอบความตรงของประเด็นหลักที่จัดกลุ่มกับ categories และผู้ให้ข้อมูล

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างความน่าเชื่อถือตามแนวทางของลินคอน และกูบา (Lincoln & Guba, 1985)

1. ความเชื่อถือได้ ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์จริงและสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจพร้อมที่จะถ่ายทอด

ประสบการณ์ให้ฟัง เมื่อสัมภาษณ์เสร็จ ผู้วิจัยได้ทำการสรุปการสัมภาษณ์แต่ละครั้งแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันและเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่ละเอียดและไม่ชัดเจน รวมทั้งมีการสะท้อนคิดของผู้วิจัยเพื่อทำการตรวจสอบความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะที่เก็บข้อมูล เพื่อลดความลำเอียงที่อาจจะเกิดขึ้นได้

2. การถ่ายโอนงานวิจัย ผู้วิจัยเขียนบรรยายลักษณะของการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อให้เข้าใจและสามารถประยุกต์ใช้ข้อค้นพบครั้งนี้ได้ในผู้ป่วยที่มีลักษณะและอยู่ในบริบทคล้ายคลึงกัน

3. การพึ่งพาเกณฑ์อื่นได้ ผู้วิจัยเขียนขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการสรุปผลการวิจัยอย่างละเอียดเพื่อให้เข้าใจและสามารถตรวจสอบได้

4. การยืนยันผลการวิจัย เป็นการวัดความ

เป็นกลางหรือการไม่ลำเอียง ซึ่งการยืนยันการวิจัยเกิดขึ้นเมื่อมีขั้นตอนความเชื่อถือได้ การถ่ายโอนงานวิจัย และการพึ่งพาเกณฑ์อื่นได้

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลมีทั้งหมด 5 คน เพศหญิง 4 คน ชาย 1 คน มีอายุระหว่าง 21-70 ปี สถานภาพสมรสคู่ 4 คน เป็นหม้าย 1 คน นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 4 คน ประกาศนียบัตรวิชาชีพ 1 คน อาชีพรับจ้าง 3 คน เกษตรกรรม 2 คน เป็นมะเร็งเต้านม 3 คน ซึ่งมีการกระจายไปอวัยวะอื่น 2 คน อีก 1 คนเป็นมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งต่อมลูกหมาก 1 คน มีประสบการณ์เกี่ยวกับการตายของผู้อื่นทั้งหมด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

คนที่	เพศ	อายุ (ปี)	ศาสนา	ระดับการศึกษา	สถานภาพสมรส	อาชีพ	ชนิดของมะเร็ง	ประสบการณ์เกี่ยวกับการตาย
1.	ญ	51	คู่	พุทธ	ประถมศึกษา	รับจ้าง	CA breast	ของคนอื่น (ผู้ป่วย)
2.	ญ	54	หม้าย	พุทธ	ประถมศึกษา	เกษตรกร	CA cervix	ของคนอื่น (ผู้ป่วย/สามี)
3.	ญ	38	คู่	พุทธ	ประถมศึกษา	รับจ้าง	CA breast with spinal cord metastasis	ของคนอื่น (ผู้ป่วย)
4.	ญ	21	คู่	พุทธ	ปวช	รับจ้าง	CA breast with bone and brain metastasis	ของคนอื่น (ผู้ป่วย)
5.	ช	70	คู่	พุทธ	ประถมศึกษา	เกษตรกร	CA prostate	ของคนอื่น (ผู้ป่วย/เพื่อนบ้าน)

CA= cancer ปวช =ประกาศนียบัตรวิชาชีพ

ส่วนที่ 2 การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งแบ่งได้เป็น 4 ประเด็นหลัก

คือ ประเด็นหลักที่ 1 การไม่มีความทุกข์ทรมาน ประเด็นหลักที่ 2 การยอมรับการตาย ประเด็นหลักที่ 3 การไม่เป็นภาระของครอบครัว และประเด็นหลักที่ 4 การ

ได้อยู่กับครอบครัว โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 การไม่มีความทุกข์ทรมาน : ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการตายดีว่า เป็นการไม่มีความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความเจ็บปวดทางกายและความห่วงกังวล ซึ่งจะช่วยให้ตายได้อย่างสงบ

1.1 การไม่มีความทุกข์ทรมานทางกาย หมายถึง การตายที่เกิดขึ้นในลักษณะของการนอนหลับไปเลยโดยไม่มีความเจ็บปวดทรมานทางร่างกายที่เกิดจากโรคมะเร็งที่เป็นอยู่หรือการช่วยชีวิต เป็นการตายแบบหลับไปและไม่รู้ตัว เพราะผู้ให้ข้อมูลเคยได้รับความทุกข์ทรมานและเจ็บปวดจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือจากการกระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นที่ทำให้ตนเองเจ็บปวดและช่วยเหลือตนเองไม่ได้จนคิดว่า ถ้าตายไปจะดีกว่ารวมถึงการเห็นผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยเดียวกันได้รับการช่วยชีวิต ซึ่งดูทุกข์ทรมานก่อนจากไป

“อยากไปแบบสบายๆ ดีกว่าทรมาน โรคพวกนี้พอเป็นมากๆ แล้วทรมานถ้ามันขึ้นลามไปที่อื่นไปสมองอะไรอย่างนี้ เจ็บปวดทรมานข้างใน ถ้าจะตายทั้งทีให้ตายอย่างสงบไม่ต้องรับรู้อะไรเลย” (ID 1)

“อยากไปแบบนอนหลับไปเลย โดยไม่เจ็บไม่ปวด ไปแบบสงบ นอนหลับไปเลย แบบกระตุกๆ ไม่อยาก กลัวอย่างเดียว เจ็บปวด กลัวจริงๆ” (ID 2)

“หนูอยากไปแบบไม่ทรมาน หลับไปเฉยๆๆ ไม่ต้องคืนทุนทรมาน” (ID 4)

“ตายดี แบบหลับไปเลย ไม่ลำบากมาก ไม่เจ็บปวด ทรมานทรมาน อย่างนั้นจะสบายมาก ก็เคยเห็นคนที่ เป็นมะเร็งขั้นจัดๆ ไปเยี่ยม มันก็นอนแสนทรมาน ความเจ็บปวดก็ทรมาน มองเห็นอย่างนั้นแล้วก็ เออ ไม่ไหว” (ID5)

1.2 การไม่มีความทุกข์ทรมานจากความห่วงกังวล หมายถึง การตายที่เกิดในขณะที่จิตใจไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของตนเอง

และห่วงใยในครอบครัวทั้งก่อนตายและหลังการตายของตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถจากไปได้อย่างสบายใจ

“เราไม่ต้องมีห่วงอะไรทั้งสิ้น สามดี ลูกดี เรา ก็จะไปก็ไปได้สบายใจไม่ต้องกังวลว่า ครอบครัวเราจะอยู่ยังงี้” (ID 1)

“ตัวหนูเป็นอะไรหนูไม่ซีเรียสนะ แต่คนรอบข้างอย่าได้มาเป็นอะไรอีกเลย อีกอย่าง ถ้าพ่อแม่รับได้ ตารับได้ หนูก็หมดห่วง ก็ดีใจ ตายไปก็ไม่ต้องห่วงอะไรแล้ว” (ID 2)

“ไม่กังวล เพราะลูกสบายแล้ว ที่ทางก็แบ่ง แล้วจะไปก็ไปเลย สบายๆ” (ID5)

ประเด็นหลักที่ 2 การยอมรับการตาย : หมายถึง การที่ผู้ให้ข้อมูลทำใจยอมรับการตายที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง และความพยายามที่จะทำให้ครอบครัวยอมรับกับการตายของตนเองที่จะเกิดขึ้นในอนาคตเพื่อที่ตนเองจะได้จากไปอย่างหมดกังวล

2.1 การยอมรับการตายของตนเอง เป็นการยอมรับกับความจริงของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า ความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ทุกคนต้องเผชิญ การยอมรับเช่นนี้เกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าเป็นมะเร็งซึ่งผู้ให้ข้อมูลมองว่า มะเร็งเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และคนที่ เป็นแล้วต้องตายทุกคน มีผู้ให้ข้อมูล 2 คน ที่ผ่านการรักษาทั้งผ่าตัดและให้ยาเคมีบำบัด แต่โรคก็ยังลุกลามไปยังอวัยวะอื่นคือกระดูกสันหลังและสมอง จนทำให้ไม่สามารถเดินได้ ประกอบกับมีประสบการณ์ของการตายของผู้ป่วยมะเร็งคนอื่นในหอผู้ป่วย ทำให้รับรู้ว่าการตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้น การทำใจให้ยอมรับกับการตายที่จะเกิดขึ้น จึงเป็นสิ่งที่ต้องทำ โดยผู้ให้ข้อมูลได้ใช้ศาสนามาช่วยให้สามารถทำใจยอมรับได้ ด้วยการคิดว่า การตายเป็นธรรมชาติของชีวิตและเป็นกฎแห่งกรรม ร่วมกับการฟังเทศธรรมะ ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งที่เคยบวชเป็นพระ ก็ได้นำประสบการณ์

ขณะนั้นมาช่วย ซึ่งเมื่อทำแล้วก็ช่วยให้ยอมรับได้ ไม่กลัวความตายที่จะเกิดและมีจิตใจที่สบายขึ้น

“ยอมรับกับโรคที่เป็น อะไรจะเกิดก็เกิด ถึงรักษาเราไม่ได้ จะไม่มีชีวิตอยู่เราก็ยอมรับ ทำได้เราไม่รังเกียจยัง ยอมรับคือ ถ้าเราจะต้องตายจากโรคนี้คือ มะเร็ง เราก็ยอมรับ การยอมรับในแง่การเตรียมตัวตาย คือ ยอมรับตั้งแต่วันที่เรารู้ว่าเราเป็นโรคนี้แล้ว” (ID1)

“คิดว่ายังไม่ว่าก็ต้องตาย...เราก็คิดไปเรื่อย..ถึงวันหนึ่งก็ต้องตายทุกคน ป้าคิดอย่างนี้ ป้าก็ยอมรับได้แล้วที่เราคิดแบบนี้เป็นเพราะป้าเป็นโรคนี้นี้ด้วย คิดว่าอะไรจะเกิดก็ต้องเกิด...ที่ตึกเขามีเทพธิดาจะคอยเปิดให้ฟัง ป้าก็ฟังไป คิดไป” (ID2)

“คนเราเกิดมาต้องตายทุกคน ชั่วเร็วเท่านั้นเอง จะตายยังไงก็อีกเรื่องหนึ่ง หนูคิดว่าเป็นเรื่องธรรมชาติ เกิด แก่ เจ็บ ตาย ไข่มื้อ เกิดมาก็ตายทุกคน ทั้งธรรมชาติของชีวิตคนที่เกิดมาต้องตายทุกคน ส่วนกฎแห่งกรรม มันก็เวียนคู่กันไป ไม่มีใครที่เกิดมาแล้วไม่มีเวรมีกรรม ถึงเวลาที่ใช้กรรมไป” (ID4)

“ถึงเวลาก็ต้องไป คนเราต้องไปทุกคน คิดว่าเป็นธรรมชาติของชีวิต..คิดถึงความตายทุกวัน บางทีก็คิดเข้าคิดเย็น เราก็ไม่ต้องไปกลัว ผมเคยบวชเรียน มาตอนหนุ่มๆ ก็เลยช่วยได้เยอะ” (ID5)

2.2 ครอบครัวยอมรับการตายของผู้ให้ข้อมูล เป็นความพยายามของผู้ให้ข้อมูลต้องการให้ครอบครัวคือ พ่อ แม่ สามี ภรรยา และลูก ยอมรับการตายที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการให้ครอบครัวเกิดความทุกข์ใจจากการจากไปของตนเอง รวมถึง ถ้าหากครอบครัวยังไม่ยอมรับ ผู้ให้ข้อมูลก็จะไม่สามารถจากไปได้อย่างสงบ โดยผู้ให้ข้อมูลวางแผนจะเป็นผู้บอกด้วยตนเองโดยชี้ให้เห็นว่า ความตายเป็นธรรมชาติของชีวิต และจะค่อยๆ พูดถึงอาการป่วยและความก้าวหน้าของโรคทีละนิด แต่ส่วนมากครอบครัวก็จะไม่ยอมรับแต่ยังมีความหวังว่าผู้ให้

ข้อมูลจะมีชีวิตอยู่ต่อไป

“ก่อนจะมาก็บอกเขา (สามี) ผิดเขา เพราะไม่เคยห่างกัน บอกเขาว่าให้ทำใจนะ พูดภาษาที่บ้าน ถ้าข้อตายไป เจ้าจะได้รู้จะได้ปรับปรุงตัวว่าจะต้องทำอะไรบอกเขาไว้ ให้ทำใจเหมือนกับแบบว่าไม่ได้อยู่ด้วยกัน แต่เขาก็ไม่ยอมรับคำนี้ ตั้งแต่แต่งงานมา ไม่เคยมาขนาดนี้ที่ต้องจากกัน ใช้ชีวิตอยู่ด้วยกันตลอด เพราะทำงานที่เดียวกัน เขาก็อยากให้เขาฝึกตัว บอกข้อก็อาจอยู่ไม่นาน” (ID 1)

“ตั้งใจว่าจะพูดกับสามี ให้เขายอมรับการจากไปของเราได้ โดยเราไม่มีกังวล คุยกัน ก่อนจะมา หนูก็คุยกะลูกชายคนโตแล้ว เขาก็บอกเขาจะดูแลน้อง” (ID 3)

“พูดกับพ่อกับแม่เอาไว้เหมือนกันว่า... แล้วเป็นโรคนี้นะ(มะเร็งเต้านมระยะลุกลาม) ก็ต้องตายทุกคน สำหรับแฟน เริ่มมีเกริ่นไว้แล้ว แต่เขาบอก เขาไม่อยากจะพูดถึงเรื่องนี้เลย คือ เขาอยากให้หนูหาย...กับน้องชายหนูก็เกริ่นๆ ไว้แล้ว ให้เขาตั้งใจเรียน จะเลี้ยงพ่อแม่มั่ง เขาก็รับ” (ID 4)

ประเด็นหลักที่ 3 การไม่เป็นการของครอบครัว เป็นความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลที่ไม่ต้องการให้ครอบครัวต้องมารับภาระหรือมีความลำบากในการที่ต้องดูแลตนเองยามเจ็บป่วยทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลหรือที่บ้าน และภาระด้านการเงินที่เกิดขึ้นจากการรักษาและหลังการตายของตนเอง

3.1 การไม่เป็นการในการดูแล ผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการเป็นการให้กับครอบครัวในการที่จะต้องมาดูแลตนเองโดยเฉพาะผู้ให้ข้อมูลที่มะเร็ง มีการกระจายไปยังไขสันหลังและสมอง ทำให้เดินไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องนอนอยู่แต่บนเตียง คนในครอบครัวก็ต้องเสียเวลามาเฝ้าและคอยดูแล

“อยากให้ญาติอยู่กะเราหรือคะ ไม่อยากคะ เหมือนเราสร้างความลำบากให้เขา แบบมาเยี่ยมเรานิดๆ หน่อยก็พอแล้ว ไม่อยากให้เขาต้องมาลำบาก

กะเรา บางทีเวลาป่วย เขาอยากมา เราก็ดูไม่ต้องมาหรอก ไม่จำเป็น เหมือนสร้างความปลอดภัยให้คนอื่น” (ID 1)

“หนูไปก็เป็นการให้พ่อแม่แค่เขาทำงานทุกๆ วันเขาก็เหนื่อยแล้ว นี่เขายังต้องมาดูแลเรามาก อัมหนู อาบน้ำ เปลี่ยนแพมเพิส ทำข้าวให้หนู ทำให้เขาเหนื่อยกว่าเดิม เขาไม่อยู่ในสถานะที่ต้องมาเหนื่อยเพื่อหนู มาดูแลแบบนี้ หนูคิดมาตั้งแต่แรกแล้วว่า ฉันป่วยไม่เป็นไร แต่อย่าได้เดือดร้อนใครเลย แต่มาตอนนี้ทำให้เขาเดือดร้อน” (ID 4)

“ถ้าช่วยตัวเองได้เราก็ดูไม่อยากให้ใครมาเป็นภาระ บอกเขาไม่ต้องเผื่อก็ได้ แต่นั่นมัน ช่วยตัวเองไม่ได้ แล้วก็ไม่ได้คิดจะให้ใครมาอยู่ด้วย เพราะว่ามันก็เป็นภาระเขาเยอะ” (ID 5)

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลยังได้บอกกล่าวถึงความต้องการที่ไม่ต้องการมีการช่วยชีวิตเมื่อหัวใจหยุดเต้นถ้าหากรอดชีวิต แต่อยู่ในสภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ให้ปล่อยให้ตนเองตายไป เพราะไม่ต้องการเป็นภาระเพิ่มขึ้นให้กับครอบครัว โดยแจ้งกับพยาบาลที่หอผู้ป่วยไว้

“การช่วยชีวิตมันก็ดี เขาอยากให้เราใช้ชีวิตอยู่ แต่ถ้าการช่วยชีวิตทำให้เรา กลับมาไม่เหมือนเดิม จากคนที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ไปห้องน้ำเองได้ กลับมาเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตแบบนี้ จะกลับมาให้เดือดร้อน คนอื่นทำไม ถ้าถึงเวลาฉันไม่ไหวแล้ว ก็ปล่อยฉันไปเถอะ...อ้อนี่ หนูบอกพี่พยาบาลเขาไว้ด้วยว่า ถ้าเป็นแบบนี้ ไม่ต้องช่วยหนู” (ID 4)

3.2 การไม่เป็นการด้านการเงิน ผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการทำให้ครอบครัวต้องมีปัญหาด้านการเงินจากความเจ็บป่วยของตนเองเพราะเมื่อตนเองเจ็บป่วย ไม่สามารถทำงานได้ ครอบครัวเช่น สามียังต้องรับภาระเรื่องค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาและค่าใช้จ่ายภายในบ้านเพียงคนเดียว นอกจากนั้น ผู้ให้ข้อมูล 2 คน มีความประสงค์ที่จะตายที่บ้านเพราะคิดถึงค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นถ้า

หากเสียชีวิตที่โรงพยาบาล

“ถ้าจะมาเสียอยู่โรงพยาบาล ค่ารถมันแพง กว่า จะเอากลับไปบ้านคงหลายพัน ป้าขอไปตายที่บ้านดีกว่า” (ID 2)

“ขนาดตอนนี้หนูขาดรายได้มาหลายเดือน หนูยังกระเตงๆ กะพอไปยื่นเรื่องขาดรายได้ที่ประกันสังคม เพราะม่ายงั้นพ่อกะแฟนหนูก็ต้องมาเดือดร้อนเรื่องค่ารักษาอีก หนูไม่อยากเพิ่มภาระให้เขา แค่นี้เขาก็ลำบากเพราะหนูเยอะแล้ว” (ID 4)

ประเด็นหลักที่ 4 การได้อยู่กับครอบครัว :
การได้อยู่กับครอบครัวเป็นความต้องการของผู้ให้ข้อมูลที่ต้องการจะอยู่กับครอบครัวในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและช่วงเวลาก่อนที่จะตาย การมีคนในครอบครัวอยู่ด้วยแม้เพียงแค่การนั่งจับมือกันก็จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกมีกำลังใจ และหมดหวังว่าได้อยู่พร้อมหน้าพร้อมตากัน สามารถจากไปได้อย่างสงบ

“เราอยากให้มีคนในครอบครัวมาอยู่ด้วย ก็ให้สามียาจับไม่จับมือให้กำลังใจเรา เขาก็คงทำอะไรมาไม่ได้ แต่มีเขาเราก็นั่นใจ” (ID 3)

และเมื่อต้องจากไปก็จะถึงขอกลับไปตายที่บ้าน หรือถ้าเป็นไปไม่ได้ ก็ขอให้มีการครอบครัวมาอยู่ด้วยในขณะที่ตนเองจะตาย เพื่อจะได้ไม่มีห่วง

“เราคงก็ต้องไปตายที่บ้าน อยู่บ้านให้สามียา ลูกเห็น เราขออยู่แค่นั้น ไปอย่างสงบ ไปตายที่บ้านอยู่กะสามียา ลูก แค่นั้นแหละ เพราะจะทำให้เรารู้สึก คือว่าเราหมดแล้วชีวิตนี้เราสบายแล้ว เราพร้อมหน้าพร้อมตากัน สบาย ไม่ต้องมาเป็นห่วงอะไรแล้ว” (ID 1)

“ถ้าเลือกได้ก็ขอกลับบ้าน แต่ถ้าไม่ได้ด้วยอะไรก็แล้วแต่ ขอให้สามียาอยู่ด้วยจนนาทีสุดท้าย มันจะได้หมดห่วงนะ สบายใจ” (ID 2)

“อยากอยู่ที่บ้าน ยังไงก็เป็นบ้านเรา มันอุ่นใจดี มีแฟน มีลูกอยู่ด้วย เราก็นั่นใจ” (ID 3)

อย่างไรก็ตาม มีผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งมองว่า ถ้าต้องตาย ก็ขอตายที่โรงพยาบาล โดยไม่ต้องมีครอบครัว

มาอยู่ด้วยเพราะไม่อยากให้เขาต้องเสียใจหรือเดือดร้อน เวลาที่ต้องเห็นตนเองตาย

“ในความคิดหนูเกิดมาคนเดียว ตายก็ตายคนเดียว หนูก็เลยไม่อยากให้ใครมาเดือดร้อนเพราะหนู ทุกอย่างเป็นธรรมชาติ เวลาเกิด เขาก็ดีใจ เวลาเราตายก็ ไม่อยากให้เขาเสียใจ” (ID 4)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายแยกตาม ประเด็นหลักได้ดังนี้

1. การไม่มีความทุกข์ทรมาน การไม่มีความทุกข์ทรมานที่พบในการศึกษาครั้งนี้ คือ ไม่มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดทางร่างกายและจิตใจ คือ ความห่วงกังวล ซึ่งในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งนั้น ความเจ็บปวดเป็นปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยมะเร็งทุกคนจะต้องประสบด้วยลักษณะของโรคเองที่เมื่อเป็นแล้ว จะมีอาการปวดและเมื่อลุกลามไปยังอวัยวะอื่น ก็จะทำให้เกิดความเจ็บปวดมากและตลอดเวลา นอกจากนั้นการรักษาด้วยเคมีบำบัดก็จะเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานมากขึ้นจากผลข้างเคียงของการให้ยาเคมีบำบัด จึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจะรับรู้และให้ความสำคัญเป็นลำดับต้นๆ (Chan & Epstein, 2012) นอกจากนั้น การมีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งคนอื่นหัวใจหยุดเต้นและได้รับการช่วยชีวิตด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์และแสดงให้เห็นถึงความเจ็บปวดก่อนตาย ผู้ให้ข้อมูลจึงไม่อยากจะมีความรู้สึกเจ็บปวดไปจนกระทั่งเสียชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดกเกอร์ที่อธิบายเกี่ยวกับภาวะที่ดำรงอยู่ของคนในโลกนี้ (being-in-the-world) คนจะมีปฏิสัมพันธ์กับโลกหรือสิ่งแวดล้อมที่เราอยู่อย่างแยกจากกันไม่ได้ ซึ่งจะมีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์ที่ตนเองประสบอยู่ มีการทำความเข้าใจ และตีความออกมาผ่านภาษา (Macquaria, 1973) ทำให้ผู้ป่วยมะเร็ง

ที่ประสบกับความทุกข์ทรมานทั้งที่เกิดขึ้นกับตนเองและการได้เห็นความทุกข์ทรมานที่เกิดกับคนอื่นดังกล่าวข้างต้นมองว่า การตายที่ดีคือ การไม่มีความทุกข์ทรมาน การศึกษาของ Muraka and Niker (2009) ก็ได้สนับสนุนไว้ว่า ประสบการณ์จะมีผลต่อการให้ความหมายของการตายดี นอกจากนั้นการมีความห่วงกังวลในเรื่องความเจ็บป่วย ความเจ็บปวด และครอบครัว ยังเป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลคำนึงอยู่ตลอด และถ้าหากเขาสามารถจัดการความห่วงกังวลออกไปได้ ก็จะช่วยให้เขาไปได้อย่างสงบ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า การตายดีคือการตายอย่างสงบที่ไม่มีทั้งความเจ็บปวดและวิตกกังวล (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2554; Grande, Camen & Houldin, 2012; Tsai, Wu, Chiu, Hu & Cher, 2005)

2. การยอมรับการตาย ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การยอมรับการตายเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถทำใจได้ว่าต้องตายและจากไปได้อย่างสงบ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลยอมรับได้ว่า ตนเองต้องตายตั้งแต่วันที่รู้ว่าเป็นมะเร็ง เพราะมะเร็งเป็นโรคที่คนทุกคนคิดว่า เป็นแล้วต้องตาย สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญฐิดา ศรีภา (2554) ที่ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเกี่ยวกับประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยและเมื่อได้มานอนที่โรงพยาบาล เห็นผู้ป่วยอื่นตายไป ก็เริ่มที่จะยอมรับได้ ผนวกกับใช้ศาสนาเข้ามาช่วยในการทำใจให้ยอมรับด้วยการคิดว่า การตายเป็นธรรมชาติของชีวิตและเป็นกฎแห่งกรรม ศาสนาหรือคำสอนนี้เป็นคำสอนที่ช่วยให้คนเห็นสังขารและเป็นเสมือนที่พึ่งทางใจที่ช่วยให้คนยอมรับการเจ็บป่วยและเผชิญกับวาระสุดท้ายได้อย่างสงบ (Kunsongkeit, Suchaxaya, Panutai & Sethabouppha, 2004) สิ่งสำคัญอีกอย่างคือ ผู้ให้ข้อมูลยังตระหนักถึงความสำคัญของการให้ครอบครัวยอมรับการตายของตนเอง เพราะ

ความห่วงใยที่มีอยู่ ถ้าหากครอบครัวยังไม่ยอมรับ ยังเศร้าโศกอยู่ก็จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่มีความสุขใจ และอาจจะจากไปอย่างไม่สงบ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลวางแผน จะทำให้ครอบครัวยอมรับด้วยการการอธิบายเกี่ยวกับ โรค และอาการของตนเองซึ่งถือเป็นการเตรียม ความพร้อมให้กับครอบครัว สอดคล้องการศึกษา ของ Hattori & Ishida (2012) ที่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะมีการเตรียมครอบครัวให้พร้อมเพื่อลดความวิตกกังวล และเศร้าโศกให้กับตนเองและครอบครัว การยอมรับการตายจึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการตายดี (Zimmermann, 2012)

3. การไม่เป็นการละของครอบครัว ความรู้สึกของการไม่เป็นการละให้ครอบครัวเป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการให้เกิดทั้งขณะที่ยังมีชีวิตอยู่และหลังการเสียชีวิต ซึ่งเป็นประเด็นที่พบได้ในหลายการศึกษาเช่นกันว่า การตายที่ดีจะเกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยต้องไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นการละให้กับครอบครัวหรือคนที่รัก เป็นการแสดงออกถึงความรักความห่วงใยในครอบครัว (Hattori & Ishida, 2012; Malhotra, Chan, Do, Malhotra & Goh, 2012; Sakhujia, Shah, Hiremath & Thaken, 2009) เพราะเป็นเรื่องที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้มาตลอดตั้งแต่เจ็บป่วยว่า ครอบครัวต้องลำบากและตนเองเป็นการละต่อครอบครัว ดังนั้น สิ่งที่ต้องการเพื่อให้ตนเองตายดีได้นั้นคือ การไม่เป็นการละทั้งด้านการดูแลและการเงินที่แม้เมื่อตนเองหัวใจหยุดเต้นก็ไม่ต้องการให้ช่วยชีวิต ถ้าหากตนเองต้องมีสภาพที่ช่วยตนเองไม่ได้ซึ่งจะกลายเป็นภาระเพิ่มขึ้น และถ้าเสียชีวิตก็ขอตายที่โรงพยาบาลเพื่อไม่ให้ครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการส่งศพกลับบ้าน

4. การได้อยู่กับครอบครัว การได้อยู่กับครอบครัวขณะที่ยังมีชีวิตอยู่และก่อนตาย เป็นความปรารถนาของผู้ให้ข้อมูลไม่ว่าจะเป็น การตายที่บ้านหรือที่โรงพยาบาลเพราะการได้อยู่ใกล้ชิดกับคนที่

ความรัก ความผูกพันและคุ้นเคยจะช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความอบอุ่นใจ และไม่รู้สึกลัวได้อยู่หรือตายอย่างโดดเดี่ยว ทำให้จากไปได้อย่างสงบ (Chan & Estein, 2006; Gott, Small, Barnes, Payne & Seamark, 2008; Higginson & Costantini, 2008) ซึ่งครอบครัวเป็นเสมือนแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดต่อการตายดี (Granda-Cameron & Houldin, 2012) อย่างไรก็ตาม มีผู้ให้ข้อมูลคนที่ต้องการจะตายที่โรงพยาบาลเพราะห่วงว่าคนในครอบครัวอาจจะเกิดความทุกข์โศกหรือเดือดร้อนเรื่องค่าใช้จ่ายในการขนส่ง ซึ่งสะท้อนให้เห็นความห่วงใยที่ผู้ให้ข้อมูลมีต่อครอบครัวทั้งก่อนและหลังการตายเช่นกัน (Gott, Seymour, Bellamy, Clark & Ahmedzal, 2004)

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนทางการพัฒนาการดูแลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น

2. ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับการตายดีตามการรับรู้ของครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและผู้ป่วยต้องการจะอยู่ด้วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ช่วยให้การวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กัญญฐิตา ศรีภา. (2554). ประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย : การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19 (4), 83-94.

วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2554). การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์*

มหาวิทยาลัยบูรพา, 19 (เพิ่มเติม 2), 1-12.

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

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2554). *รายงานประจำปี 2011 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ*. Retrieved August 25, 2013, from http://www.nci.go.th/th/File_download/D_index/annualreport_2011.pdf

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.

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

Chan, W.C.H., & Epstien, I. (2011-2012). Researching "good death" in a Hong Kong palliative care program: A clinical data-mining study. *Omega*, 64(3), 203-222.

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.

Gott, M., Seymour, J., Bellamy, G., Clark, D., & Ahmedzal, S. (2004). Older people's

views about home as a place of care at the end of life. *Palliative Medicine*, 18 (5), 460-467.

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.

Granda-Cameron, C., & Houldin, A. (2012). Concept analysis of good death in terminally ill patients. *American Journal of Hospices & Palliative Medicine*, 29 (8), 632-639.

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

Hattori, K., & Ishida, D.N. (2012). Ethnographic study of a elderly Japanese Americans. *Nursing and Health Sciences*, 14, 488-494.

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

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.

Leonard, V.W. (1994). A Heideggerian phenomenological perspective on the concept of person. In P.Benner (Ed.). *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring and ethic in health and illness* (pp.43-63). Thousand Oaks, CA: Sage.

Leung, K., Tsai, J., Cheng, S., et al. (2010). Can a good death and quality of life be achieved for patients with terminal cancer in a palliative care unit. *Journal of Palliative Medicine*, 13 (12), 1433-1438.

Lincoln, Y. S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA; Sage.

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

Malhotra, C., Chan, A., Do, Y.K., Malhotra, H., & Goh, C. (2012). Good end of life care: Perspectives of middle-aged and older Singaporean. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44(2), 252-263.

Macquarie, J. (1973). *Existentialism*. London: Pelican Books.

Morita, T., Sakaguchi, Y., Hirai, K., Tsuneto, S., & Shime, Y. (2004). Desire for death as request hasten death of Japanese terminally ill cancer patients receiving specialized inpatient palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27(1), 44-52.

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.

Tsai, J.S., Wu, C.H., Chiu, T.Y., Hu, W.Y., & Chen, C.Y. (2005). Fear of death and good death among the young and elderly with terminal cancers in Taiwan. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(2), 344-351

Vig, E.K., & Pearlman, R.A. (2004). Good death and bad dying from perspective of terminally ill men. *Archives Internal Medicine*, 164, 977-981.

Zimmermann, C. (2012). Acceptance of dying: A discourse analysis of palliative care literature. *Social Science & Medicine*, 75, 217-224.