

การพยาบาลเพื่อการตายดีตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

Good Death Nursing Care as Perceived by the Professional Nurses

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

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของไอเดกเกอร์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายการพยาบาลเพื่อการตายดีตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดชลบุรี เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 8 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2555 ถึงเดือนสิงหาคม 2555 โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกต และการสะท้อนคิด วิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของ Cohen, Kahn & Steeves (2000) ผลการศึกษาพบ ประเด็นหลักเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อตายดีตามการรับรู้ของพยาบาลรวม 5 ประเด็น คือ การตายอย่างสงบ การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ กิจกรรมการพยาบาลเพื่อการตายดี ผลจากการพยาบาลเพื่อการตายดี และ สิ่งที่เอื้อให้เกิดการพยาบาลเพื่อการตายดี

ผลการศึกษาครั้งนี้ ทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งถึงการพยาบาลเพื่อตายดีตามการรับรู้ของพยาบาล ทำให้สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานการพยาบาลและการทำวิจัยต่อไปเพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการตายที่ดีต่อไป

คำสำคัญ : การพยาบาลเพื่อการตายดี พยาบาลวิชาชีพ การรับรู้

Abstract

A qualitative research based on Heideggerian phenomenology aimed to describe good death nursing care as perceived by the nurses. Eight informants who were the professional nurses at cancer hospital in Chonburi were purposively selected. Data were collected by in-depth interview, observation and critical reflection during May, 2012 to August, 2012. Cohen, Kahn and Steeves's (2000) steps guided data analysis. Five themes of good death nursing care as perceived by the professional nurses emerged, which were peaceful death, need response of the patients and their relatives, nursing care activities for good death, outcomes from caring for good death, and things facilitate good death nursing care. This findings provide deep understanding of good death nursing care as perceived by the nurses. It can be basic information 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 nursing care, professional nurse, perception

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บป่วยเป็นเรื่องปกติในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ซึ่งเมื่อเกิดความเจ็บป่วยก็อาจจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ตนเองหายจากความเจ็บป่วย แต่สิ่งที่มีโอกาสเกิดตามมา คือ ความตาย ถ้าหากความเจ็บป่วยมีความรุนแรงเกินกว่าที่จะเยียวยา ทำให้หมดหวังที่จะรักษา แต่ชีวิตของผู้ป่วยจะดำเนินไปจนเข้าสู่ระยะสุดท้าย โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง มักจะรับรู้ถึงความตายที่จะมาเยือนในอนาคตข้างหน้าเพียงแต่จะช้าหรือเร็ว ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะนี้จะเกิดความวิตกกังวล หวาดกลัวต่อความตาย แต่ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่อาจจะเยียวยารักษาได้จะต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นทางกายจากอาการของโรค โดยเฉพาะความปวด อาการเหนื่อยหรือผลข้างเคียงจากการรักษาเช่น คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น เหล่านี้ล้วนแต่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน และยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจที่ทำให้ความวิตกกังวล ความกลัว จากความตายที่จะเกิดเพิ่มมากขึ้น (Miyashita, Sanjo, Morita, Hirai & Uchitomi, 2007) ส่งผลให้เกิดการตายที่ไม่ดีหรือการตายที่ไม่สงบ ถ้าเป็นผู้ป่วยที่ยังรู้สึกตัวสามารถสื่อสารได้ก็จะแสดงความรู้สึกดังกล่าวออกมาให้เห็น แต่ในขณะที่เดียวกัน ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะนี้ อาจจะมีชีวิตอยู่ได้ด้วยการพึ่งพาเทคโนโลยีที่ทันสมัยทำให้ไม่สามารถที่จะแสดงออกให้เห็นได้ว่ามีความรู้สึกอย่างไร อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะนี้ก็จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่มีคุณภาพตราบนั่นล้มหายตายไป โดยมีเป้าหมายหลักของการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบหรือเรียกอีกนัยหนึ่งคือ ตายดี (good death) ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) (National Council for Palliative Care, 2006)

พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยได้พบกับการตายที่ดีได้ เพราะเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด (Walker & Read, 2010) และเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยจะเปิดเผยความรู้สึกของตนเองให้ฟังมากที่สุดเมื่อเทียบกับบุคลากรทางสุขภาพอื่น (Brayne, et al., 2006) อย่างไรก็ตาม การพยาบาลเพื่อจะช่วยให้ผู้ป่วยตายดีได้นั้นมักจะมีหลากหลายแตกต่างกันขึ้นกับแต่ละบุคคล (Giggs, 2010; Hirai, Miyashita, Morita, Sanjo & Uchitomi, 2006) เนื่องจากจากความหมายของการตายดียังไม่มีความชัดเจน และจะแตกต่างกันไปตามความเชื่อ ทัศนคติ และวัฒนธรรมของแต่ละคน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550; Mak, 2002) และประสบการณ์ในการพยาบาล (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) นอกจากนั้น จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาส่วนมากจะเป็นการศึกษาของต่างประเทศที่มีบริบททางสังคมต่างจากของประเทศไทยที่ทำให้ไม่อาจนำมาอ้างอิงได้ เพราะบริบทที่ต่างกันจะมีผลทำให้พยาบาลให้ความหมายและปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการตายดีที่แตกต่างกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อการตายดีตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปสู่การพัฒนาและส่งเสริมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยตายดีเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อบรรยายเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อการตายดีตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

สถานที่ศึกษา

สถานที่ศึกษาคือ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี เป็นโรงพยาบาลที่ดำเนินการดูแล ควบคุมป้องกันโรค มะเร็ง ในภาคตะวันออก เป็นสถานบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ ให้บริการทางด้านเคมีบำบัด รังสีรักษา

และการผ่าตัด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดกเกอร์ที่มีฐานจากปรัชญาอัตถิภาวะนิยม (existentialism) ที่จะเน้นความเป็นธรรมชาติของการดำรงอยู่ของคน (human existence) เพื่อค้นหาความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ของคนในปรากฏการณ์หนึ่งที่มีความหมายต่อคนๆ นั้นอย่างไร ทั้งนี้ภูมิหลัง (background) ของคนๆ นั้นจะมีผลต่อการให้ความหมาย โดยจะไม่สามารถแยกแยะออกจากกันได้ การให้ความหมายจะแสดงออกมาทางภาษาหลังผ่านการตีความ (interpretation) (Koch, 1995) โดยทำการศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม 2555 ถึงเดือนสิงหาคม 2555 ผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพทั้งเพศชายและหญิงที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีโดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติดังนี้ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย 1 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยบูรพา และโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างดังนี้ มีการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และรายละเอียดของการทำวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยอธิบายให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล โดยจะใช้เป็นรหัสแทน และข้อมูล จะเก็บไว้ในที่ปลอดภัยมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่จะทราบ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้เชิงวิชาการเท่านั้น และข้อมูลจะถูกทำลาย

เมื่อสิ้นสุดการทำวิจัยแล้ว ระหว่างการทำวิจัย ผู้ให้ข้อมูลสามารถซักถามข้อสงสัยต่างๆ ได้ และหากผู้ให้ข้อมูลไม่ประสงค์จะเข้าร่วมหรือออกจากกรวิจัยก็สามารถทำได้ โดยจะไม่มีผลเสียหายเกิดขึ้น

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย : ผู้วิจัยจะถือเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัยเชิงคุณภาพ แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึก จะเป็นแนวคำถามที่ผู้วิจัยเตรียมไว้อย่างกว้างๆ เพื่อนำไปสู่การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในเรื่องการพยาบาลเพื่อการตายดี เช่น คุณให้ความหมายของการตายดีอย่างไร คุณให้ความหมายของการพยาบาลเพื่อการตายดีอย่างไร การพยาบาลเพื่อตายดีจะเกิดขึ้นได้อย่างไร เป็นต้น **แนวทางในการสังเกต** จะเป็นแนวทางที่ผู้วิจัยวางแผนไว้ว่าจะสังเกตเกี่ยวกับการแสดงออกทางท่าทางและอารมณ์ของผู้ถูกสัมภาษณ์ รวมถึงสภาพแวดล้อมขณะทำการสัมภาษณ์ **แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล** จะเป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ในเรื่อง เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการฝึกอบรมแบบบันทึกการสะท้อนคิด จะเป็นแบบบันทึกความรู้สึกและความคิดของผู้วิจัยที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการวิจัย และ**อุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่ เทปและเครื่องบันทึกเทป สมุดจดบันทึก และปากกา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยจึงประสานงานกับฝ่ายการพยาบาลและหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ฝ่ายวิจัยของโรงพยาบาล ได้มอบหมายให้ผู้รับผิดชอบด้านวิจัยเป็นผู้ประสานงานกับผู้วิจัย

ผู้วิจัยจึงขอให้เป็นผู้ติดต่อกับพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ก่อน ซึ่งพยาบาลทุกคนที่ได้รับการติดต่อยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูลทุกคน ผู้วิจัยจึงไปพบผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง และทำการพิทักษ์สิทธิแก่ผู้ให้ข้อมูล

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ในห้องที่เป็นสัดส่วน ขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสังเกตปฏิกริยาท่าทางและอารมณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกมาขณะทำการสัมภาษณ์จนสิ้นสุดการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาทีในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการกลับมาสัมภาษณ์อีกครั้งภายหลังการถอดเทปฟังข้อมูลที่ได้แล้วยังมีประเด็นที่ไม่ชัดเจนซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกคนก็ยินดีให้สัมภาษณ์ได้อีก จากนั้น ผู้วิจัยทำการจัดบันทึกภาคสนามเกี่ยวกับบรรยากาศในระหว่างการสัมภาษณ์ และสิ่งที่สังเกตได้ รวมถึงบันทึกการสะท้อนคิดเพื่อแยกแยะความรู้สึกนึกคิดที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับเรื่องที่ทำการวิจัยเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละรายวันที่ทุกครั้ง

4. หลังการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยทำการถอดเทปคำต่อคำ เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนในการสัมภาษณ์ต่อไปในประเด็นที่ไม่ชัดเจน ผู้วิจัยได้มีการนัดหมายเพื่อทำการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปกับผู้ให้ข้อมูล 3 คน อีก 5 คน สัมภาษณ์เพียงครั้งเดียว โดยก่อนการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยได้สรุปสาระที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งแรก เพื่อตรวจสอบจากผู้ให้ข้อมูลว่า ผู้วิจัยสรุปได้ถูกต้องหรือไม่ และเปิดโอกาสให้เพิ่มเติมข้อมูลที่ยังขาดอยู่ จากนั้นจึงสัมภาษณ์เกี่ยวกับประเด็นที่ผู้วิจัยยังไม่เข้าใจหรือต้องการให้มีการอธิบายเพื่อความชัดเจน ซึ่งในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ให้ความร่วมมือในการถ่ายทอดประสบการณ์เกี่ยวกับการตายดี

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลไปเช่นนี้จนข้อมูลมีความอิ่มตัวเกิดขึ้นในผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 จึง

ยุติการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างความน่าเชื่อถือตามแนวทางของลินคอน และกูปา (Lincoln & Guba, 1985)

1. ความเชื่อถือได้ โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์จริง และสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ให้เข้าใจได้ และยังมี การสร้างความเชื่อถือได้ โดยเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจพร้อมที่จะถ่ายทอดประสบการณ์ให้ฟัง มีการสะท้อนคิดของผู้วิจัยเพื่อทำการตรวจสอบความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะที่เก็บข้อมูลเพื่อลดความลำเอียงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ และมีการยืนยันข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูล (member checking) ผู้วิจัยได้ทำการสรุปการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง แล้วให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันและเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่ละเอียด

2. การถ่ายโอนงานวิจัย ผู้วิจัยเขียนบรรยาย

ลักษณะของการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และสถานที่ที่เก็บข้อมูลเพื่อให้เข้าใจและสามารถประยุกต์ใช้ข้อค้นพบครั้งนี้ได้ในผู้ป่วยที่มีลักษณะและอยู่ในบริบทคล้ายคลึงกัน

3. การฟังพาเถกซ์อื่นได้ ผู้วิจัยเขียนขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการสรุปผลการวิจัยอย่างละเอียดเพื่อให้เข้าใจและสามารถตรวจสอบได้

4. การยืนยันผลการวิจัย เป็นการวัดความเป็นกลางหรือการไม่ลำเอียง ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการทำวิจัย เพื่อเป็นหลักฐานในการตรวจสอบข้อมูลได้

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

คนที่	เพศ	อายุ(ปี)	ศาสนา	ระดับการศึกษา	การอบรม			ส่วนบุคคล
					Cancer care	Palliative care	การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ปี)	
1.	ช	34	พุทธ	ป.โท	/	-	19	บวช
2.	ญ	41	พุทธ	ป.ตรี	/	/	17	-
3.	ญ	39	พุทธ	ป.ตรี	/	-	12	-
4.	ญ	33	พุทธ	ป.ตรี	/	/	13	-
5.	ญ	37	พุทธ	ป.ตรี	/	-	15	การตายของคนในครอบครัว
6.	ช	37	พุทธ	ป.ตรี	/	-	15	บวช/การตายของคนในครอบครัว
7.	ญ	31	พุทธ	ป.โท	/	-	5	-
8.	ช	34	พุทธ	ป.ตรี	/	-	8	-

ส่วนที่ 2 การพยาบาลเพื่อการตายดีตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การพยาบาลเพื่อการตายดีตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพแบ่งได้เป็น 5 ประเด็นหลักคือ ประเด็นหลักที่ 1 การตายอย่างสงบ ประเด็นหลักที่ 2 การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ประเด็นหลักที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลเพื่อเกิดการตายดี ประเด็นหลักที่ 4 ผลจากการดูแลเพื่อให้เกิดการตายดี และ ประเด็นหลักที่ 5 สิ่งที่ต้องดำเนินการให้การดูแลเพื่อให้เกิดการตายดี โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 การตายอย่างสงบ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลมีทั้งหมด 8 คน เพศหญิง 5 คน ชาย 3 คน มีอายุระหว่าง 31-42 ปี นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 6 คน ปริญญาโท 2 คน มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายระหว่าง 5-17 ปี (เฉลี่ย 13 ปี) และมีประสบการณ์ส่วนบุคคลเกี่ยวกับการตายของคนในครอบครัว 2 คน บวชเป็นพระ 2 คน ทุกคนได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และมี 2 คน ที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ดังตารางที่ 1

ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการตายดีว่าเป็นการตายที่ผู้ป่วยไม่มีความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและทางใจ โดยความทุกข์ทรมานทางกาย เกิดจากอาการที่เกิดจากโรคมะเร็ง ผลข้างเคียงจากการรักษา และการช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อผู้ป่วยมีอาการหัวใจหยุดเต้น ส่วนความทุกข์ทรมานทางใจ จะเกิดจากความรู้สึกโดดเดี่ยว ความกลัว/วิตกกังวล และความห่วง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างไม่สงบ ดังนั้น การตายที่ดีจึงควรเป็นการตายที่ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบโดยปราศจากความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและใจเสมือนหนึ่งการหลับไป

1.1 การไม่มีความทุกข์ทรมานทางกาย หมายถึง

ถึง การที่ผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดจากโรคมะเร็ง ได้แก่ ความปวด อาการเหนื่อยหรือผลจากการรักษา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น ทำให้เกิดความไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานโดยผู้ป่วยจะแสดงอาการ/ความรู้สึกของความทุกข์ทรมานออกมาทางสีหน้า ท่าทาง และคำพูด

ไม่ทุกข์ทรมาน ไม่แสดงอาการที่ให้เห็นว่า มีการรบกวนการสงบ นั่นคือ สัญลักษณะของการตายที่ดีที่ทุกคนควรได้รับ แต่ถ้าเมื่อไหร่ที่ผู้ป่วยมีอาการเท้าเกร็งมือเกร็ง มันแสดงถึง ความทุกข์ทรมานในร่างกาย อันนั้นคือภาวะตายไม่ดี (ID1)

ตายอย่างคนไข้ไม่ทรมาน หลับไป คนไข้ไม่ต้องมีเครื่องให้มันยุ่งยาก ไม่ต้องยื้อชีวิตให้ทรมานคนไข้ไม่น่าจะเจ็บปวด (ID4)

การตายดีคือ การที่คนไข้จากไปได้อย่างสงบ... คือ การที่เขาไม่ทุกข์ทรมาน จากปัญหาทางด้านร่างกาย เช่น ปวด เหนื่อย ซึ่งเป็นตัวหนึ่งที่ทำให้เขาจากไปอย่างไม่สงบ (ID5)

1.2 การไม่มีความทุกข์ทรมานทางใจ หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการที่ต้องตายด้วยการยอมรับสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ คือ โรคและวาระสุดท้ายของตนเอง หมดความกังวล ห่วงใยในเรื่องต่างๆ เช่น ครอบครัว และไม่รู้สึกโดดเดี่ยวทั้งในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่และเสียชีวิต ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้คิดแต่สิ่งที่ดี ส่งผลให้จิตใจสงบและจากไปด้วยดี

การตายดี คือ คนไข้หมดพะวงทางด้านจิตใจ คือถ้าเขาหมดพะวงหมดห่วงแล้ว เขาก็จะคิดแต่สิ่งดีๆ ในช่วงสุดท้ายของชีวิตเขา ทำให้เขาจากไปด้วยดีนะ (ID2)

การตายดีก็คือการตายที่สงบ ไม่มีห่วงกังวล คนที่ยังรับไม่ได้คือเขายังไม่เข้าใจชีวิตพอ เขาอาจจะมีห่วงมีอะไรรออยู่ มีความวิตกกังวลเยอะ เป็นห่วงลูกหลานตายไม่สงบ (ID6)

ระหว่างความทุกข์ทรมานทางกายกับทางใจ

..คิดว่าใจสำคัญกว่าต่อการตาย ถ้าใจไม่สงบก็หลับไม่ได้ ใจก็เลยจะสำคัญ ก็เลยจะทำยังไงให้คนไข้ขามีสติ ทำใจก็ได้ให้เขาสงบลง (ID8)

นอกจากนั้น ผู้ให้ข้อมูล 2 คนที่เห็นว่าการตายดี ควรเป็นการตายที่สงบทั้งผู้ป่วยที่จากไปและญาติที่ยังอยู่ยอมรับและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้หลังการตายของผู้ป่วย

การตายดีน่าจะเป็นการที่คนไข้จากไปอย่างสงบแล้วคนที่อยู่สามารถอยู่ได้ ดำรงชีวิตอยู่ได้โดยที่มิกรวางแผนไว้แล้ว (ID7)

ตายแบบญาติ ผู้ดูแล ทั้งคนไข้มีความสุข คือคนไข้ไม่ทรมาน คนไข้ยอมรับได้ ตายอย่างสงบ ไม่ปวดไม่ทรมานทรมาน คือ ไม่ทรมานในตัวคนไข้ แล้วก็ญาติยอมรับได้ ฟังพอใจคือ อาจจะเสียใจในช่วงระยะหลังๆ แล้วก็ยอมรับได้ในที่สุด (ID8)

ประเด็นหลักที่ 2 การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการพยาบาลเพื่อการตายดีว่าเป็น การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติในขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่และใกล้จะเสียชีวิตไปแล้ว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับโรคในระยะสุดท้าย ภาวะใกล้ตาย และสามารถจากไปได้อย่างสงบ โดยการตอบสนองความต้องการนั้นจะต้องไม่ผิดจรรยาบรรณทางวิชาชีพ และจะสอบถามจากผู้ป่วยและญาติเป็นรายๆ ไป

การตายดีที่เขาต้องการคืออะไร แล้วให้เขาเลือกว่าในวาระสุดท้ายเขาต้องการอะไร ซึ่งอาจเป็นลายลักษณ์อักษรว่าเป็นความต้องการของผู้ป่วย และสิ่งที่ต้องการนั้น ผิดทางจรรยาบรรณแพทย์ ทางกรพยาบาลรีเปลา ถ้าไม่ผมว่า เขาก็ควรได้รับ...แต่ว่ามันก็ต้องเป็นรายๆ ไป ต้องถามก่อนว่าใครต้องการอะไร (ID1)

เราก็พยายามตอบสนองความต้องการของคนไข้ให้มากที่สุด เพราะเป็นสิ่งที่คุณไข้ปรารถนา

ช่วงสุดท้ายของชีวิต เราทำได้เราก็น่าจะทำให้เขา (ID2)

ถ้าญาติต้องการยังไงเราก็จะ support ตามนั้น เช่น เขาต้องการให้รักษา เราก็รักษา ถ้าเขาไม่ต้องการให้รักษา แต่ต้องการให้อยู่นี้ เราก็กทำตาม (ID8)

ประเด็นหลักที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้เกิดการตายดี

กิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้เกิดการตายดี เป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติให้ผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่และใกล้จะเสียชีวิตไปแล้ว โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับโรคในระยะสุดท้าย ทภาวะใกล้ตาย และสามารถจากไปได้อย่างสงบ ด้วยการลดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ และ การเตรียมพร้อมเพื่อการตายดีให้กับผู้ป่วยและญาติ

3.1 การลดความทุกข์ทรมาน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากอาการทางกายและทางด้านจิตใจซึ่งทั้งสองส่วนมีความเกี่ยวพันกันโดย ผู้ป่วยมะเร็งจะมีอาการต่างๆ เช่น ความปวด อาการเหนื่อย ซึ่งส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทางกาย และส่งผลถึงด้านจิตใจทำให้เกิดความวิตกกังวล กระวนกระวาย ไม่สงบสุข ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางใจคือ ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความกลัว/วิตกกังวล และความหวัง มีเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การลดอาการทุกข์ทรมานจึงต้องกระทำทั้งกายและจิตใจ รวมถึงการส่งเสริมความสุขสบายของร่างกายต่างๆ ไป เพื่อให้เขาเกิดความรู้สึกสงบ

3.1.1 การลดความทุกข์ทรมานทางกาย เป็นการลดความทุกข์ทรมานที่เกิดจากอาการของโรค และการช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น (cardiopulmonary resuscitation: CPR) ด้วยการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นจากโรคและการรักษา เช่น ความปวด อาการเหนื่อย คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น โดยทางโรงพยาบาลจะให้การรักษาดูแลอย่างเต็มที่ หากแต่ไม่เน้นการช่วยฟื้นคืนชีพ (full medication, no CPR) ยกเว้นรายที่ญาติหรือผู้ป่วยได้แจ้งความประสงค์ไว้ล่วงหน้า ส่วนการช่วยฟื้นคืนชีพนั้น ผู้ให้ข้อมูลเห็น

ว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะสุดท้าย การช่วยฟื้นคืนชีพไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติได้อีก แต่เป็นการทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น ดังนั้น จึงไม่ควรทำการช่วยฟื้นคืนชีพ แต่ควรให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบจะดีกว่า นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลบางคนยังเห็นว่า การช่วยฟื้นคืนชีพไม่เพียงสร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยเท่านั้น หากยังทำให้ญาติมีความทุกข์ทรมานเช่นกัน

การจัดการอาการ

ผมว่า full med no CPR ดีกับญาติและผู้ป่วย มันดีกับทุกฝ่าย คนไข้ระยะสุดท้าย ส่วนมากเขาจะได้รับความทุกข์ทรมาน มีเหนื่อย ทรมานจากความปวด การให้ยาในปริมาณที่เหมาะสม ช่วยลดอาการให้อาการทุเลาลงหรือไม่มีเลย ตามความจำเป็น ไม่ยื้อ แล้วก็ไม่ใช่ช่วยให้ตายเร็วขึ้น คือ ให้ตายในเวลาที่เหมาะสม (ID1)

รักษาแบบ conservative เพื่อลดอาการทุกข์ทรมาน ให้ยาลดอาการ ถ้ามีปวดก็ให้ยาเต็มทีเพราะถ้าคนไข้ยังปวดเขาก็จะทรมาน แต่ถ้าเขาหายปวดจิตเขาก็จะคิดแต่เรื่องดี ๆ ได้ (ID2)

การไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ

การช่วยหรือไม่ช่วยชีวิตก็ขึ้นกับคนไข้เป็นหลัก แต่ในมุมมอง มองว่า การช่วยชีวิตคนไข้ในระยะสุดท้าย ไม่ได้ช่วยให้คนไข้ฟื้นขึ้นมาแต่เป็นการทำให้คนไข้ทรมาน เจ็บปวดจากการถูกใส่ท่อ ถูกสอดใส่อุปกรณ์ต่างๆและก็ได้ช่วยให้คนไข้กลับมาเหมือนเดิมได้แล้ว คนไข้ก็จะกลับไปสูญคือ ช่วยชีวิตได้แต่ก็ไม่กลับไปเหมือนเดิม(ID2)

คือรายที่ clinical ภายนอกบอกว่าจะไม่ควรทำคือทุกอย่างไม่ไหวแล้ว ก็น่าจะปล่อยให้เขาไปอย่างสงบ.....ไม่น่าทำ ยื้อเขาไว้เพื่ออะไร เพื่อที่จะให้เขานอนเป็นผักไม่รู้อะไร มันค่อนข้างทรมานนะคะทั้งญาติทั้งคนไข้ (ID5)

การดูแลความสุขสบายทั่วไป

เมื่อระยะของโรคดำเนินมาจนถึงเขาช่วยเหลือ

ตัวเองไม่ได้ เราก็จะดูแลให้เขาได้รับ ความสุขสบาย ได้รับ ความทุกข์ทรมานจากโรคน้อยที่สุดจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต (ID1)

เรื่อง medicine treatment ทำอยู่ ให้อาหาร การขยับถ่าย การทำความสะอาด ก็ยังทำอยู่ไม่ทิ้ง การดูแลความสุขสบายต่างๆ ไป (ID2)

3.1.2 การลดความทุกข์ทรมานทางใจ เป็นการลดความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความรู้สึกทางจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความกังวล ความกลัว และยังมี ความห่วงใยในครอบครัวและสิ่งที่ค้างคาในใจ โดยการลดความทุกข์ทรมานทางใจจะกระทำทั้งในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่และใกล้จะเสียชีวิต ดังนั้น ผู้ให้ข้อมูลจึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติอยู่ด้วยกันมากที่สุด การให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธา การได้กลับไปเสียชีวิตที่บ้าน และการสัมผัส

3.1.2.1 การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติอยู่ด้วยกันมากที่สุด คือ การเปิดโอกาสให้ญาติที่เป็นหรือคนที่ผู้ป่วยรัก ได้นั่งเฝ้าผู้ป่วยได้ตลอดเวลา จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ใกล้จะเสียชีวิต เพราะเป็นความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยญาติจะช่วยในเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น เช็ดตัว ป้อนอาหาร เป็นต้น ในกรณีที่ญาติไม่สามารถมาเยี่ยม หรือดูแลได้ จะให้คุยกันผ่านทางโทรศัพท์ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยและญาติได้ใกล้ชิดกันในระยะเวลาที่เหลืออยู่ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้อยู่ด้วยกัน จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ว่าเหว่ สร้างความรู้สึกอบอุ่นใจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพราะญาติ คือคนที่ใกล้ชิด และมีความสำคัญมากที่สุด แม้แต่พยาบาลก็ไม่สามารถทดแทนได้ และเป็นโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้สั่งเสียเกี่ยวกับการจัดการสิ่งที่ค้างคาหรือเป็นห่วงกังวลอยู่ นอกจากนั้น ญาติเองก็จะรู้สึกดีที่ได้มีโอกาสดูแล หรือตอบแทนผู้มีพระคุณได้ในช่วงสุดท้าย

เราจะให้ญาติเขาอยู่เฝ้าได้ 24 ชั่วโมง

ต้องการให้เขาอยู่ด้วยกันจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ญาติเขาขอเฝ้าเพราะความห่วงใย ต้องการดูแล ขอให้ เป็นคนที่ใกล้ชิด เพราะสิ่งที่พยาบาลหยาบยื่นให้กับ สิ่งที่ถูกให้ หรือคนที่เขารักหยาบยื่นให้ไม่เหมือนกัน คนไข้จะสงบขึ้น ก็สัมผัสได้ว่าเขาสงบลง เขาไม่รู้สึก โดดเดี่ยว จิตใจสงบขึ้น (ID1)

หนูคิดว่าบางที คนไข้อยากจะเจอญาติที่ยังไม่เคยเจอ หรือไม่ก็ญาติที่ยังไม่เคยมาเยี่ยม จะได้ มาเมื่อจะได้มาทันดูใจกัน อาจจะมีอะไรที่จะบอกกล่าว กล่าวลากัน (ID4)

เราก็จะให้คนไข้กับญาติได้อยู่กันตลอด ให้เขาทำอะไรที่เขายังไม่ได้ทำ ก็จะเป็นความอบอุ่น ทางใจทั้งญาติแล้วก็คนไข้ อย่างน้อยๆเกิดมายังไม่ ได้ทำอะไรให้กับพ่อแม่เลย ช่วงนี้ก็จะได้ทำ (ID5)

ถ้ามีญาติพี่น้องดี ๆ ก็จะช่วยให้คนไข้ตาย ดีได้ สิ่งสุดท้ายที่สำคัญคือ ญาติพี่น้องสำคัญที่สุด ที่ จะช่วยให้เราก่อนตาย บางคนปอดเด็กตั้งมาส่งกระสวย กระสวยก็ตายแบบไม่มีใครถามอันนั้นคือตายแบบโดด เดี่ยว ตายไม่ดี (ID6)

แต่หากผู้ป่วยไม่มีญาติ พยาบาลจะทำหน้าที่แทนญาติด้วยการดูแลและอยู่กับผู้ป่วยจน เสียชีวิต ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

เอาโทรศัพท์ไว้สายให้คุยกับคนไข้ ว่า กำลังมานะ ไม่ต้องกังวล จะมาดูอยู่ เขาก็จะคุยกัน ทางโทรศัพท์ แล้วก็รับรู้ได้ว่า ญาติเขากำลังมา ก็จะยัง อบอุ่นใจแม้ร่างกายเขาจะไม่ตอบสนอง แต่เขาก็น่าจะ ได้ยินบ้าง (ID5)

กรณีไม่มีญาติ พยาบาลจะทำหน้าที่ แทน ญาติ เขาก็จะไม่รู้สึกตัว ญาติยังไม่มาหรือไม่มี เราก็จะ บอกเขาทุกอย่าง คุยเหมือนกับเขารับรู้ทุกอย่าง ก็จะ คุยว่าเดี่ยวพยาบาลจะแทงน้ำเกลือให้ นะกำลังพยายาม ติดต่อญาติทำให้สบาย (ID7)

3.1.2.2 การให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความ เชื่อ ความศรัทธา ผู้ให้ข้อมูลทุกคนจะเห็นว่า ความ

เชื่อความศรัทธาที่ผู้ป่วยมีเป็นเสมือนสิ่งยึดเหนี่ยวที่ความสำคัญต่อผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่และใกล้เสียชีวิต โดยขณะที่มีชีวิตอยู่ผู้ป่วยจะเกิดความสบายใจ มีกำลังใจที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ ส่วนในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ และภายหลังการเสียชีวิต ญาติก็จะยอมรับกับความสูญเสียได้ดีขึ้น ดังนั้น ผู้ให้ข้อมูลจึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้มีกิจกรรมตามที่ต้องการ กิจกรรมตามความเชื่อความศรัทธาที่เกิดขึ้นจะเกี่ยวข้องกับศาสนา เช่น การทำสังฆทาน การฟังพระเทศน์ อ่านหนังสือธรรมะ เป็นต้น และไม่เกี่ยวกับศาสนา คือ ความเชื่อตามวัฒนธรรม เช่น การมีเครื่องรางของขลังติดตัว เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยและญาติเชื่อว่า เมื่อได้ทำแล้วจะเหมือนมีที่ยึดเหนี่ยวทำให้เกิดความสบายใจ และมีสามารถจะเผชิญกับความเจ็บป่วยและวาระสุดท้ายได้อย่างสงบ

ผมเชื่อว่าศาสนาหรือเครื่องรางของขลังมันทำให้เขาเข้มแข็งขึ้น เขาจะรู้สึกว่าเขาที่มีพลัง มีความศรัทธา มีความมั่นใจว่าเขามีสิ่งศักดิ์สิทธิ์คุ้มครองช่วยให้เขาไปได้..คนไข้ที่วิตกกังวลก็จะรู้สึกว่าเขาเองมีความหวังว่า จะได้พบกับชีวิตหลังความตายที่ที่จะช่วยให้เขาสงบ คลายความวิตกกังวลลง (ID1)

เราก็ให้คนไข้ใช้ธรรมะเข้ามาช่วยให้เขามีสติ มีสมาธิ เราก็จะไปธรรมะให้คนไข้ฟัง เราก็จะสอบถามจากญาติและคนไข้ก่อนว่าเออมี๊ เราก็จะให้เขาฟังทุกวันๆ ให้ฟังวันละครั้งเพื่อให้จิตใจเขาสงบ เขาก็จะหลับ (ID4)

ในขณะที่บางกิจกรรมจะเป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิตตามความเชื่อทางศาสนาที่มีอยู่ด้วยการกล่าวนำทางไปที่ดี ๆ หรือให้ผู้ป่วยคิดถึงแต่สิ่งดี เพราะเชื่อว่าจะทำให้ผู้ป่วยไปได้อย่างสงบ ประกอบกับสังเกตจากสีหน้าและอาการอื่นๆ จะบ่งบอกว่าผู้ป่วยไปอย่างสงบ

ให้เขาคิดถึงแต่สิ่งที่ดีๆ คิดถึงพระ จะได้

สงบ คิดถึงบุญที่เขาเคยทำมาเขาก็จะไปดี จะกระชับข้างหูเขาเลย หนูก็ว่าเขาจะไปดี สังเกตจากใบหน้า เขาก่อนจะหมดลม ปฏิภานของการหายใจจะบอกได้ ซึ่งพอจะไม่เด่นระรัว หายใจจะ smooth ลักษณะของใบหน้าจะบอกได้ว่า เขามีความสุขในระยะสุดท้าย (ID2)

คิดดีก่อนที่ลมหายใจออกสุดท้ายจะไป หมายถึงทำจิตใจให้ดี คิดถึงสิ่งที่ดีๆ นึกถึงสิ่งที่ทำให้เรามีความสุข ที่ทำให้ประทับใจ สิ่งที่ทำแล้วตัวเองมีคุณค่าในสายตาคนรอบข้าง จะได้ไม่กังวลพอลถึงวาระสุดท้าย แล้วก็ความทุกข์ทรมานไม่น่าจะมีแล้ว (ID3)

มันก็เป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้คนไข้มีที่พึ่ง เราก็จะพูดอย่างนี้ ส่วนใหญ่คนไข้ที่เลือกสุดท้ายแล้ว ลุงทำใจดี ๆ ไวะนะ นึกถึงพระพุทธพระธรรมพระสงฆ์นะ นึกถึงคุณงามความดีไวะนะ ไม่ต้องห่วง ส่วนใหญ่คนไข้จะไปอย่างสงบ (ID8)

3.1.2.3 การได้กลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า การที่ให้ผู้ป่วยได้กลับไปเสียชีวิตที่บ้าน จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ ไม่โดดเดี่ยวว่าเหว่ เนื่องจากได้อยู่ในสถานที่คุ้นเคย อยู่ท่ามกลางคนที่รักและผูกพัน ซึ่งจะช่วยให้สามารถจากไปได้อย่างสงบ

การที่ได้กลับไปเสียชีวิตที่บ้านดีกว่า เพราะเขาจะคิดว่า เกิดที่ไหนก็ขอให้ตายที่นั่น ยิ่งเป็นระยะสุดท้ายยิ่งอยากกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน คือเขายังมีห่วงอยู่นะครับ มีแฟนมีลูกมีหลาน อยู่ห้อมล้อมเขามันย่อมอบอุ่นกว่าที่จะอยู่ รพ ไม่โดดเดี่ยว (ID6)

คนทุกคนก็อยากอยู่บ้านระยะสุดท้าย คนไข้เขาจะรู้สึกอบอุ่น ไม่ได้ตายอย่างอ้างว้าง ญาติเขาเองก็รู้สึกว่าเขาได้ดูแลคนไข้จนระยะสุดท้าย มันจะช่วยให้เกิดความรู้สึกดีทั้งกับคนไข้แล้วก็ญาติมากกว่าพยาบาลเข้าไปช่วย คนไทยมีความเชื่อว่าได้ อยู่ด้วยกันจนถึงวาระสุดท้าย วาระที่สิ้นใจกัน ได้เห็น

ภาพสุดท้ายที่เขาจากไปอย่างสงบคือลูกหลานพร้อมหน้า ทุกคนก็ได้เห็นว่า ก่อนสิ้นใจเป็นยังไง คิดว่าได้รับความรู้สึกดี ๆ ทั้งสองฝ่าย (ID7)

3.1.2.4 การสัมผัส ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า การสัมผัสจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความอบอุ่นทางใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และมีความสงบ เพราะการมีคนไปสัมผัสตัวเขา ทำให้เขารู้สึกว่ายังมีคนอยู่เป็นเพื่อน เป็นเหมือนสิ่งยึดเหนี่ยว โดยการสัมผัสผู้ป่วยจะเป็นลักษณะของการแตะหรือลูบตัวหรือจับมือพร้อมกับบิบบเบาๆ พร้อมกับถ่ายทอดความรู้สึกดี ๆ ผ่านไปทางการสัมผัส และจะแนะนำญาติให้สัมผัสผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

มีการสัมผัส ส่วนใหญ่จะบอץ จับมือลูบแขน พุดคุยอยู่เป็นเพื่อน การสัมผัสช่วยให้เขารู้สึกว่า เขาไม่ได้อยู่คนเดียว พยาบาลไม่ได้มีหน้าที่แค่ฉีดยา ให้เขากินข้าวกินน้ำ แม้เขาจะไม่มีญาติ แต่เราก็จะดูแลเหมือนเพื่อนมนุษย์เหมือนกัน ให้เขาได้ตายอย่างสมศักดิ์ศรี (ID1)

เราก็ต้องใช้สัมผัสให้เขารู้สึกตัว บางที่เขาไม่รู้สึกรู้ตัวแล้วจะแตะที่แขนนี้ (เอามือตนเองจับแขนอีกข้างของตนเอง) ลูบไป แล้วหนูเหมือนส่งความรู้สึกที่ดี ๆ ให้กับเขา ส่งผ่านความหนักแน่นของมือ ให้เขาได้รู้ว่าเราหวังดีกับเขา เขาก็รู้สึกอบอุ่นเหมือนเราไม่ได้ทิ้งเขา เราไม่รังเกียจว่าเขาใกล้ตายแล้ว หนูก็จะเรียกญาติให้มาช่วยจับตัวเขา บิบบวดให้กินไข่จับมือ ไม่นานหนูเคย ๆ ว่าคนไข้จะไปแล้ว (ID4)

เหมือนสัมผัสแล้วเขาแบบ สงบลงเหมือนเขาไม่โดดเดี่ยว เหมือนเขาไม่ว่าเหว่ไม่ห่วงแล้ว ไม่ได้เผชิญสิ่งนี้คนเดียวนะ อย่างน้อยยังมีพยาบาลอยู่ข้าง ๆ ในขณะที่ไม่มียา (ID8)

3.2 การเตรียมพร้อมเพื่อการตายดี เป็นการเตรียมผู้ป่วยและญาติให้มีความพร้อมที่จะเผชิญวาระสุดท้ายของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นได้อย่างเข้าใจและยอมรับซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจเกี่ยวกับ

การรักษา การจัดการสิ่งต่างๆ ในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ และเตรียมการภายหลังการตาย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ หมดห่วงกังวลและญาติก็ยอมรับกับการตายของผู้ป่วยได้ดีขึ้นด้วยการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความก้าวหน้าของโรค อาการ และการรักษาพยาบาล และการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อที่สามารถทำได้เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยตนเอง โดยเริ่มเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งและเข้าสู่ระยะสุดท้าย ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวก็จะให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ ส่วนรายที่ไม่รู้สึกตัวก็จะให้กับญาติ การให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรค อาการ และการรักษาจะให้โดยแพทย์ก่อนแล้วพยาบาลเจ้าของไข้ จะเป็นผู้ทำความเข้าใจอีกครั้ง การให้ข้อมูลจะเป็นเป็นระยะๆ ตามการเปลี่ยนแปลงของอาการกรณี que ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว จะให้ข้อมูลกับญาติและญาติจะเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา

3.2.1 การเตรียมผู้ป่วย เป็นการเตรียมผู้ป่วยให้ยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพื่อจะได้ตัดสินใจในการรักษา รวมถึงวางแผนชีวิตที่เหลือให้กับตนเองและครอบครัวในขณะที่ยังมีชีวิตและใกล้เสียชีวิต การเตรียมผู้ป่วยจะเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ และการรักษา จะเริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจนถึงระยะสุดท้าย โดยแพทย์ส่วนพยาบาล ก็จะย้ำเกี่ยวกับความเข้าใจ การตัดสินใจ และสิ่งที่สามารถปฏิบัติได้รวมถึงความต้องการในขณะพักรักษาตัว

เราก็ควรมีการให้ข้อมูลก่อนเกี่ยวกับโรควาระสุดท้าย เป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้เขาได้มีการเตรียมตัวที่จะเผชิญกับวาระสุดท้าย คิดจิตใจเลือกสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับเขา เช่น ช่วยชีวิตหรือไม่สถานที่ที่เขาเลือกจะตาย และใช้วางแผนสำหรับชีวิตข้างหน้า อันนี้อยู่ในขั้นตอนเตรียมตัว (ID 1)

เตรียมคนไข้ให้ยอมรับกับอาการที่เขาเป็น

อันดับแรก เพราะบางคนก็ไม่ยอมรับว่าตัวเองเป็น คือยอมรับโรคที่เขาเป็น ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในแต่ละระยะ และระยะสุดท้ายของโรค โอกาสที่คนไข้จะเสียชีวิตอย่างสงบก็มีเยอะ แต่ละคน เขาก็ยังมีสิ่งที่เป็นห่วง การเตรียมคู่สมรส พ่อแม่ ให้พร้อมที่จะยอมรับ เขาก็จะสบายใจในระดับหนึ่งว่า ลูกเค้าเขามีคนพร้อมที่จะดูแล เขาก็น่าจะโอเค คนที่ได้เตรียมมาแล้วเรื่อยๆ ก็จะโอเคกว่า (ID5)

แต่มีผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งจะไม่บอกผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการระยะสุดท้ายหรือให้ผู้ป่วยตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยชีวิตหรือไม่เพราะเกรงว่าผู้ป่วยจะเครียด กล่าวแต่จะบอกกับญาติแทน

จะไม่บอกกว่า หัวใจจะหยุดเต้นจะให้พยาบาลทำยังไง จะไม่พูดกับคนไข้เลย เพราะเรารู้สึกว่าจะทำให้คนไข้เครียด รับไม่ได้ เราก็กลัวเหมือนกันว่า ถ้าเรบอกไปจริงๆ ว่า ป้าจะเป็นระยะ สุดท้าย บางคนก็อาจจะรับไม่ได้ ที่ตัวเองใกล้ตายแล้ว ก็เลยไม่ได้พูดกับคนไข้ แต่ที่เลือกพูดกับญาติเพราะหนุกคิดว่า ญาติคือคนที่จะตัดสินใจ ถ้าคนไข้หมดสติไปมากกว่า (ID 7)

3.2.2 การเตรียมญาติ เป็นการเตรียมญาติให้ยอมรับกับความเจ็บป่วยและวาระสุดท้ายของผู้ป่วย ซึ่งเมื่อญาติยอมรับได้ จะเป็นหลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะทางด้านจิตใจด้วยการให้กำลังใจ สร้างความอบอุ่นใจ ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว ช่วยดำเนินการจัดการสิ่งที่ผู้ป่วยยังมีห่วงกังวลใจอยู่เพื่อผู้ป่วยจะได้ยอมรับวาระสุดท้ายและสามารถจากไปได้อย่างสงบ นอกจากนั้น ยังจะได้มีส่วนในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาทั้งในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว และเป็นโอกาสที่ญาติจะได้เตรียมการดูแลผู้ป่วยเพื่อทดแทนบุญคุณ รวมถึงมีโอกาสที่จะวางแผนชีวิตของตนเองภายหลัง ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า การเตรียมญาติสำคัญเพราะญาติคือคนที่มีความสำคัญมากสำหรับ

ผู้ป่วยและผู้ป่วยต้องการที่จะให้มาอยู่เคียงข้างในขณะที่ยเจ็บป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งวาระสุดท้าย เนื่องจากญาติคือคนที่ผู้ป่วยมีความใกล้ชิด และความผูกพันมาตลอดชีวิต จะมีความเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยได้ดีกว่าพยาบาล โดยการเตรียมญาติคือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ และการรักษาโดยแพทย์ ส่วนพยาบาล ก็จะย้ำเกี่ยวกับความเข้าใจ การตัดสินใจ และสิ่งที่สามารถปฏิบัติได้ในการดูแลผู้ป่วยโดยญาติ

เมื่อเตรียมคนไข้แล้ว ญาติเนี่ยเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้คนไข้ตายดี หนุกคิดว่าเตรียมญาติให้พร้อมในวาระสุดท้ายก่อน แล้วถ้าญาติยอมรับได้ เขาจะเป็นตัวหลักสำคัญที่จะทำให้คนไข้ยอมรับได้ จะถามการรับรู้ของญาติว่าเขารับรู้ยังงี้เกี่ยวกับอาการคนไข้ หมอคุยว่ายังงี้บ้าง...เราก็คงบอกกว่าขอให้เขาลองคุยกับคนไข้ดูว่าถ้าเขาเหนื่อยมากขึ้นกว่านี้ แล้วจะให้หมอใส่ท่อช่วยหายใจมัย ถ้าหัวใจหยุดเต้น กระทั่งนั้นจะให้หมอช่วยปั๊มหัวใจมัย เขาไป (ID5)

เตรียมญาติเราจะถามว่าใครมีอำนาจในการตัดสินใจสูงสุด แล้วก็ให้ข้อมูล เกี่ยวกับโรคที่เขาเป็น อาการที่จะเกิดขึ้น รวมถึงการรักษาที่จะตามมาในแต่ละขั้นแต่ละตอน เราจะให้เรื่อยๆ เหมือนเป็นนักเรียนที่เลื่อนขั้นขึ้นไปเรื่อยๆ แล้วก็ไม่ใช่ให้ฝ่ายเดียว แต่ให้ญาติเขามีโอกาสคิด และตัดสินใจ มันช่วยให้ญาติพร้อมทำใจได้ เตรียมได้ว่าจะต้องทำอย่างไรกับชีวิตหลังคนไข้เสียชีวิต (ID7)

ประเด็นหลักที่ 4 ผลจากการพยาบาลเพื่อการตายดี

ภายหลังให้การพยาบาลเพื่อการตายดี ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ได้ถึงผลดีที่ตามมาที่เกิดกับผู้ป่วย ญาติ และ พยาบาล โดยก่อให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและวิชาชีพที่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากไปด้วยดีและญาติรู้สึกพึงพอใจโดยได้รับคำชื่นชมและขอบคุณจากญาติกลับมา

4.1 ความภูมิใจในตนเองและวิชาชีพ เป็น

ความรู้สึกภาคภูมิใจที่เกิดขึ้นกับตนเองและวิชาชีพที่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับวาระสุดท้ายและจากไปอย่างสงบ สดกดีศรี ซึ่งแสดงถึงเอกลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาลที่มีคุณค่า เมื่อปฏิบัติแล้วจะทำให้ผู้ป่วยและญาติพอใจ อบอุ่นใจ และมีความสุข

ถ้าเราให้การดูแลจนเขาตายอย่างสงบ เราก็จะภูมิใจอย่างมาก เพราะเป็นการช่วยเขาครั้งสุดท้ายแล้ว ภูมิใจในตนเอง ในวิชาชีพที่ช่วยทำให้เขาได้ตายอย่างสงบ (ID 6)

มันเป็นความภูมิใจที่เป็นพยาบาลที่เรารู้สึกเหมือนเราได้ส่งคน 2 คนขึ้นฝั่ง คนละฝั่งได้ทั้งสองคนที่ทำให้คนไข้กับญาติ แล้วเขามีทัศนคติที่ดีกับพยาบาล แล้วก็ได้รับข้อมูลจากพยาบาลโดยที่เขาเห็นว่าเราคือคนที่ช่วยเหลือเขาโดยไม่หวังผลตอบแทน อันนั้นน่าจะเป็นความภาคภูมิใจในวิชาชีพของเรา (ID 7)

มันก็รู้สึกดี แบบเราไม่ได้ทำให้เขาทุกข์ทรมานมาก เขาก็สามารถยอมรับได้ช่วงนี้ จนสามารถเผชิญได้ ก็รู้สึกดีนะ คนไข้ก็ตายแบบสงบก็ยอมรับได้ เราก็รู้สึกภูมิใจในวิชาชีพแล้วก็ตัวเราเอง ได้รับคำชมเชย ก็รู้สึกภูมิใจด้วย (ID 8)

นอกจากนั้น การได้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยตายดียังเป็นบุญกุศลที่จะส่งผลต่อพยาบาลที่ดูแลเปรียบเหมือนกับวิชาชีพพยาบาลคือการทำบุญอย่างหนึ่ง

มันเป็นสิ่งที่เป็นบุญกุศลอย่างมาก ผมมีความเชื่อว่าเป็นสิ่งที่เราทำ จะเป็นสิ่งที่เราจะได้รับผล ผมเชื่อในเรื่องของเหตุและผล เมื่อเราช่วยคน สักวันเราก็ต้องได้รับความช่วยเหลือ (ID 1)

ด้วยวิชาชีพ ถ้าเราทำให้เขาตายอย่างมีความสุขได้ มันก็เป็นอะไรที่สุขใจเหมือนกัน เรารู้สึกว่าวิชาชีพเรานี้ดี ทำให้คนที่แม้แต่ใกล้จะตายยังมีความสุขได้เลย เหมือนที่เขาบอกว่า วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ทำบุญแม้เราจะไม่ได้ไปวัด (ID 5)

4.2 ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจ จากการที่ผู้ให้

ข้อมูลได้ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเอาใจใส่ รวมถึงการให้คำแนะนำ ปลอบโยนทั้งยามที่ยังมีชีวิตอยู่ จนถึงวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิตไปอย่างสงบ ทำให้ได้เกิดความพอใจ และให้คำชมเชยกลับมายังพยาบาล

ชื่นใจนะคะ เพราะบางทีเขาก็เอาของมาให้เขียนชมใส่ตู้ บางทีเงินทองข้าวของก็อาจจะไม่ชื่นใจเท่าคำชม (ID 3)

พึงพอใจเราให้การพยาบาล ดูแลเขาดีขอบคุณเรา ขอบคุณที่ดูแลพ่อแม่จนถึงวาระสุดท้าย (ID 8)

ประเด็นหลักที่ 5 สิ่งที่เอื้อให้เกิดการพยาบาลเพื่อการตายดี

ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงสิ่งที่เอื้อต่อการให้การพยาบาลเพื่อการตายดี จะอาศัยประสบการณ์ทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และประสบการณ์ส่วนตัว เช่น การเคยบวช หรือการมีคนในครอบครัวเสียชีวิต เป็นต้น ความรู้ ความเข้าใจ และการเอาใจใส่ สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่เอื้อให้เกิดการพยาบาลเพื่อการตายดีได้

5.1 การมีประสบการณ์หมายถึง การที่พยาบาลมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อนจะทำให้เรียนรู้ว่าจะต้องให้คำแนะนำหรือดูแลปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไรได้เหมาะสม นอกจากนั้น ผู้ให้ข้อมูลชาย 2 คน ที่เคยบวชเป็นพระมาก่อน ก็ได้นำประสบการณ์ช่วงที่บวชมาสอนผู้ป่วยถึงวิธีทำให้สงบ ส่วนผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการตายของคนในครอบครัว จะทำให้พยาบาลสามารถเปิดใจยอมรับในความเชื่อและเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้ ยินยอมให้ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติกิจกรรมตามต้องการ ก่อให้เกิดความสบายใจทั้งผู้ป่วย ญาติและพยาบาล

จากประสบการณ์ที่มากขึ้น ทำให้หนึกคิดว่า การไม่ใส่เครื่องทำให้เขาไปได้สงบกว่าการใส่เครื่องเมื่อถึงเวลาที่เขาคงไป (ID 4)

เมื่อก่อนนี้ การที่จะพูดให้ญาติยอมรับ มัน

ค่อนข้างจะยาก ด้วยความที่เราอาจจะเด็กด้วย แต่พอเริ่มทำงานมากขึ้น เราก็รู้แล้วว่าเราจะพูดอย่างไรเพื่อให้ญาติเขายอมรับตรงนี้ได้ โดยที่ไม่รู้สึกว่าเขาทำให้ญาติเขาทรมาณ หนูว่า ประสบการณ์มีส่วนสำคัญในการบริหารจัดการตรงนี้ (ID 5)

ผมเคยบวชมาก่อน ก็ได้เอามาใช้กับคนไข้ด้วย คนไข้ที่จะไป พระบอกว่า ก่อนตาย เป็นอะไรที่สำคัญที่สุดตอนที่เราเป็นมนุษย์ขอให้คิดในสิ่งที่ดี ตอนจะสิ้นชีวิตลมหายใจสุดท้าย อะไรที่มีห่วงหรืออาฆาตพยาบาท มันก็จะติดตัวตามวิญญาณไปชาติหน้าที่เราจะเกิด (ID6)

ถ้าผมเสียก็อยากให้แม่เสียอย่างสงบ คือทำอะไรให้แม่ให้ดีที่สุด คิดถึงแม่ อยู่นี้ เราไม่ได้ดูแลแม่ ก็ดูแลคนไข้แทน คือ คนไข้เขาก็มีลักษณะคล้ายแม่ (ID6)

5.2 ความรู้ ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้เกิดการตายดี จะต้องมีความรู้ด้านวิชาการนอกเหนือจากประสบการณ์การทำงานเพราะความรู้จะช่วยให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกคนจะได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งและมี 2 คนที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง

ถ้ารู้ว่า step ของระยะสุดท้ายเป็นอย่างไรก็ จะช่วยให้เราสื่อสารกับคนไข้และญาติได้ดีขึ้น ก็จะเป็นการเตรียมตัวพยาบาลด้วยที่จะเข้าไปช่วยให้คนไข้เขาเตรียมตัวรับกับการตายได้ พอดีหนูเรียน onco มาเลยมีเรื่องนี้อยู่แล้วที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (ID 4)

พอเราไปอบรม มันก็เป็นการเพิ่มเติมความรู้เราว่า เออ มันต้องอย่างนี้ๆ เราก็เอาจากตรงนั้นมาใช้ในการทำงาน เราก็มั่นใจขึ้น (ID 5)

5.3 ความเข้าใจ ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการตายดี พยาบาลต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของการตายดี ความต้องการ และความแตกต่างของแต่ละบุคคลทางวัฒนธรรม ความเชื่อ

ศาสนา จึงจะสามารถให้การดูแลที่เหมาะสมและช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสงบได้

ทั้งศาสนาและจริยธรรม รู้ว่าการตายที่ดีเป็นไร รู้ความต้องการของคนไข้ ให้เขาเลือก แล้วมาพิจารณาว่าถูกต้องทางหลักการแพทย์ จริยธรรม ผมว่ายังต้องรู้เรื่องชีวิตหลังการตายด้วยเข้าไป ไม่ผิดทางศาสนา ตรงตามความต้องการ (ID 1)

จะให้บอกว่าคุณต้องดูแลแบบนี้ 1 2 3 มันไม่ได้เพราะคนไข้แตกต่างกัน วัฒนธรรมแตกต่างกัน อย่างคนไข้บางคนไม่ชอบฟังธรรมะในวาระสุดท้ายเพราะเขาจะรู้สึกเศร้าบทเรียนของคนนี้ใช้กับคนนี้ได้ (ID 2)

เขาเหมือนมีความเชื่อณะคะ คนจีนบอกว่าถ้าใส่ท่อมีเครื่องก็จะไปไม่ดี ความเชื่อทางศาสนาเขาณะคะ ของคนไทยเอง เขาบอกเขาจะตายไม่สงบนะคะ คนทางอีสาน ชาวบ้านชาวไร่ จะเหมือนกับว่าตายไม่สงบเหมือนเอาเครื่องไปด้วย (ID 4)

5.4 การเอาใจใส่ เป็นความรู้สึกที่แสดงออกถึงการเอาใจใส่ผู้ป่วยและญาติด้วยการคิดแบบการเอาใจเขามาใส่ใจเรา เสมือนผู้ป่วยหรือญาติเป็นคนในครอบครัวหรือญาติของพยาบาลเองว่าต้องการจะได้รับการดูแลอย่างไร ก็จะทำให้พยาบาลทำสิ่งนั้นกับผู้ป่วย การคิดเช่นนี้ช่วยทำให้พยาบาลเข้าใจจิตใจผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้การพยาบาลเป็นไปด้วยดี

เสมือนหนึ่งตัวเราเอง เราต้องการแบบไหน เขาก็ต้องการแบบนั้น เขาก็สมควรจะรับสิ่งนั้น เมื่อทรมาณก็ต้องช่วยเหลือ เมื่อถึงวาระสุดท้ายก็ต้องช่วยเหลือ ..ดูแลให้มีความสุขสบายจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต เหมือนญาติเพราะคนไข้มะเร็งส่วนใหญ่จะอยู่กันมานาน รู้จักกันดี จะทิ้งให้อยู่คนเดียวได้อย่างไร เสมือนญาติมากกว่า (ID 1)

ถ้าคนไข้ตายอย่างสงบ มันก็เป็นการดีที่สุดแล้ว แม้แต่กับตัวเรา ถ้าเราต้องตายเราก็ไม่อยากทุกข์ทรมาณเหมือนกัน (ID 5)

คือเวลาทำ เราจะทำแบบนี้แหละ คือเรา จะทำกับญาติแบบนี้แหละ ก็พยายามให้คนไข้เขารู้สึก เราเหมือนญาติเขา ถ้าพยาบาลเป็นแบบนี้ พยาบาลจะทำแบบนี้แหละ แล้วก็พยายามถ่ายทอดให้เขารู้ (ID 7)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการตายดีคือ การตายที่สงบโดยปราศจากความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ จะสอดคล้องกับหลายการศึกษา (Cohen, Poppel, Cohn & Reiter, 2001; Hirai, et al., 2006) ความทุกข์ทรมานทางกายที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็งคือ ความปวด อาการหายใจเหนื่อยหอบ ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยมะเร็งตั้งแต่เริ่มจนถึงระยะสุดท้าย (Solano, Gomes & Higginson, 2006) อีกเหตุของความทุกข์ทรมานทางกาย คือ การช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า เป็นการรักษาที่เพิ่มความทุกข์ทรมานทางกายเพิ่มขึ้นในขณะที่ผลที่ตามมาจากการช่วยฟื้นคืนชีพจะไม่ช่วยให้ผู้ป่วยกลับมามีสภาพเดิมได้ ซึ่งสนับสนุนผลการศึกษาของ Kim and Lee (2003) และถ้าหากเป็นความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่ได้แจ้งไว้ก่อนแล้วก็ควรปฏิบัติตามเพื่อผู้ป่วยจะได้ไม่ทุกข์ทรมานและจากไปได้อย่างสงบ เพราะมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นทัศนคติของผู้ป่วยเช่นกันว่าการช่วยฟื้นคืนชีพ คือ ความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยไม่พึงปรารถนา (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2554)

ดังนั้น เมื่อผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการตายดีว่า เป็นการตายที่สงบ การพยาบาลเพื่อการตายดีในมุมมองของผู้ให้ข้อมูลจึงหมายถึง การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความสงบ และนำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้เกิดการตายดี ทั้งนี้เป็นไปตามที่ Koch (1995) ได้กล่าวไว้ว่า เมื่อคนให้ความหมายกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างไรก็จะปฏิบัติตามที่คนๆ นั้นรับรู้ เมื่อ

พิจารณากิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้เกิดการตายดี ก็จะเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความสงบที่ครอบคลุมตามความหมายของการตายดี คือ การลดความทุกข์ทรมานทางร่างกายและจิตใจ และการเตรียมความพร้อมเพื่อการตายดีให้กับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งสนับสนุนการศึกษาของ Kongsuwan and Locsin (2009) เกี่ยวกับการส่งเสริมการตายอย่างสงบในหอผู้ป่วยวิกฤตในประเทศไทย และ Miyashita, et al. (2007) ที่ศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของการตายดีในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งในประเทศญี่ปุ่น

การลดความทุกข์ทรมานทางกายที่ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติคือ การจัดการอาการที่เกิดขึ้น เช่น เมื่อปวดก็ให้ยาแก้ปวด ถ้ามีอาการเหนื่อยก็ให้ออกซิเจน เป็นต้น ส่วนการช่วยฟื้นคืนชีพถ้าเป็นไปได้หรือเป็นความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่แจ้งไว้ล่วงหน้า ก็จะไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ ส่วนการลดความทุกข์ทรมานทางใจ ก็เป็นสิ่งที่คุณให้ข้อมูลตระหนักถึงความสำคัญว่า การที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบได้ การลดความทุกข์ทรมานทางใจเป็นสิ่งที่ต้องทำควบคู่กันไปเพราะความทุกข์ทรมานทางใจจะส่งผลต่อความทุกข์ทรมานทางกายด้วยเนื่องจากทั้งสองส่วนนี้มีความสัมพันธ์กันและไม่อาจแยกจากกันได้ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม (Dossey, Keegan & Guzzetta, 2005) และอาจจะสำคัญกว่าทางกายดังสุภายิตไทย ที่กล่าวว่า จิตเป็นนายกายเป็นบ่าว Mosel, Schuur and Watzle (2012) ได้กล่าวไว้ว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องคำนึงถึงจิตใจผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญเพราะการรักษาไม่อาจช่วยชีวิตไม่อาจยืนยาวได้ แต่จะทรมานทรมานน้อยลง ตายสงบขึ้น การลดความทุกข์ทรมานทางใจจึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับความเจ็บป่วยและวาระสุดท้ายของชีวิตที่จะเกิดขึ้น เพราะการยอมรับจะช่วยให้คนสามารถปล่อยวางความทุกข์ เกิดสติ และสามารถวางแผนชีวิตตนเองที่เหลือได้ และเกิดความสงบขึ้นได้เมื่อจากไป (พุทธทาสภิกขุ, 2548;

พระไพศาล วิสาโล, 2549; Zimmermann, 2012)

เมื่อพิจารณากิจกรรมที่ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติเพื่อให้เกิดการตายดีที่พบในการวิจัยครั้งนี้ จะเห็นว่า เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวหรือที่พึ่งพิงทางใจ คือ บุคคลที่ใกล้ชิด คือ ญาติ บุคลากรทางสุขภาพ คือ พยาบาล และ ศาสนาหรือความเชื่อของผู้ป่วย ซึ่งสิ่งยึดเหนี่ยวนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ ไม่โดดเดี่ยว ลดความหวงกังวล ยอมรับ และเกิดความสงบทางจิตใจ ได้ (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2552) ซึ่งกิจกรรมที่ปฏิบัติ นั้นจะสนับสนุนหลายการศึกษา เช่น การเปิดโอกาส ให้ผู้ป่วยและญาติอยู่ด้วยกันมากที่สุด (Beckstrand, Moore, Callister & Bond, 2009; Witkes, 1993) การให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อความศรัทธา (Hirai et al., 2006) การได้กลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (Ellershaw & Ward, 2003) การสัมผัส (Kongsuwan, 2011) การเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและญาติด้วยการให้ข้อมูล (Kongsuwan & Loesin, 2009; Patrick, Engelberg & Curtis, 2001) นอกจากนี้ ยังเป็น กิจกรรมที่เน้นให้ผู้ป่วยและญาติศูนย์กลางของการดูแล ซึ่งเป็นหลักการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่จะได้ดูแลเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น หากแต่ต้องคำนึงถึงครอบครัว และญาติที่จะได้รับผลกระทบโดยตรง (World Health Organization, 2011) โดยจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้อยู่ด้วยกันให้มากที่สุด และเน้นให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการตายดี เพราะญาติเป็นเสมือนแหล่งของกำลังใจที่สำคัญของผู้ป่วย (วรลักษณ์ คัชมาตย์ วัลภา คุณทรงเกียรติ และ สุภาภรณ์ ดั่งแพง, 2552; Kongsuwan, 2011) และในช่วงสุดท้ายของชีวิตในบริบทของสังคมไทยเอง ก็ เป็นสิ่งที่ควรกระทำเพราะเป็นการเปิดโอกาสให้ ผู้ป่วย ได้พบกับคนที่รักเพื่ออธิษฐานและกล่าวอำลากันใน ช่วงสุดท้ายของชีวิต (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2553)

ผลที่เกิดจากการพยาบาลเพื่อการตายดีในการวิจัยครั้งนี้ จะเห็นได้ว่าเป็นผลดีที่เกิดขึ้นทั้งในผู้ป่วย

ญาติ และพยาบาล โดยผู้ให้ข้อมูลจะเกิดความภาคภูมิใจในตนเองและวิชาชีพเมื่อช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้เกิดการตายดีซึ่งเป็นเอกลักษณ์และเอกลักษณ์ของ วิชาชีพพยาบาลที่ชัดเจนดังที่ฟลอนซ์ นิงดิงเกิ้ลได้ กล่าวไว้ (Nightingale, 1976) นอกจากนั้นยังเป็น ผลลัพธ์ที่แสดงถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (van Scoest-Poortvliet, van der Steen, Zimmermann, et al., 2011) เมื่อผู้ป่วยและญาติก็ได้เห็น ผลดีที่เกิดขึ้นผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่และเมื่อเสียชีวิตแล้ว จึงก่อให้เกิดความพึงพอใจตามมา (Carepenter et al, 2008; McEwen, 2005)

ส่วนสิ่งที่เอื้อให้เกิดการพยาบาลเพื่อการตายดี ได้ นั้น ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การมีประสบการณ์ ไม่ว่าจะ เป็นประสบการณ์การทำงานหรือประสบการณ์ ส่วนตัวเกี่ยวกับการตายของคนในครอบครัว จะช่วยให้พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยให้เกิดการตายดีได้ เพราะ ประสบการณ์ทำให้บุคคลเกิดความรู้ มีความเข้าใจ ใจ ความแตกต่างของแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ ศาสนา เกิดทักษะในการปฏิบัติงาน สามารถ คาดการณ์ และเลือกแนวทางการปฏิบัติงานได้อย่าง เหมาะสม (Orem, 1991) ซึ่งจากการศึกษาผู้ให้ข้อมูล จะมีประสบการณ์การทำงานและดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายมาตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไปจนถึง 17 ปี เฉลี่ย 13 ปีซึ่ง ถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน (Benner, 1984) ผนวกกับความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งและการดูแลแบบประคับ ประคองที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับอบรมเพิ่มเติมช่วยส่งเสริม ให้เกิดความมั่นใจเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Kongsuwan (2011), Prompaha-kul, Nilamawat and Kongsuwan (2011) และ Hopkinson and Hallett (2002) ที่พบว่า ประสบการณ์การทำงานและการตายของคนใน ครอบครัว และการอบรมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตายให้เกิดการตายดีได้

รวมถึงทำให้มีสมรรถนะทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นด้วย (Caton & Klemm, 2006 ; Mallory, 2003) นอกจากนี้ การที่พยาบาลเห็นว่า ความเข้าใจในความแตกต่างของแต่ละบุคคล เป็นสิ่งที่จะช่วยให้เกิดการตายดีนั้นสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแนวใหม่ที่แนะนำให้เข้าใจว่า ผู้ป่วยแต่ละคนมีภูมิหลังซึ่งจะเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมของตนเอง การให้คุณค่าและนับถือความเป็นบุคคล (unique individual) เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ (Davis & Higginson, 2004) ทำให้พยาบาลเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น ร่วมกับการพยาบาลด้วยการเอาใจเขามาใส่ใจเราและการคิดเสมือนเป็นญาติ จึงทำให้เกิดความเต็มใจและจริงใจในการดูแลซึ่งสะท้อนถึงความเอื้ออาทรที่พยาบาลมีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ การแสดงออกถึงการเอาใจใส่เป็นสิ่งที่พยาบาลสามารถทำได้ตลอดเวลาและเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการและรับรู้ได้ถึงการมีพยาบาลอยู่ด้วย (being with) (Beckstrand, et al., 2006) ช่วยเติมความมีชีวิตให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้เกิดการตายที่ดีขึ้น (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2553; Casey, Murphy, Leime et al., 2011)

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนทางการพัฒนาการพยาบาลเพื่อการตายดีอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการตายดีตามการรับรู้ของพยาบาลที่จบใหม่ และญาติเพื่อให้เกิดการพัฒนาการพยาบาลเพื่อการตายดีที่ครอบคลุมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

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

บริษัทหนังสือวันจำกัด

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท วี. พรินท์(1991) จำกัด.

พุทธทาสภิกขุ. (2548). *ธรรมะสำหรับคนเจ็บไข้*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สุภาพใจ.

พระไพศาล วิสาโล. (2549). *การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิถีแบบพุทธ*. กรุงเทพฯ: เครื่องข่ายพุทธิกา.

วรลักษณ์ คัชมาตย์ วัลภา คุณทรงเกียรติ และสุภาภรณ์ ด่วงแพง. (2552). ประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยเฉียบพลันระยะสุดท้าย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 17(4), 1-12.

วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2553). การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 18 (2), 1-7.

_____. (2554). การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(ฉบับพิเศษ), 1-12.

Beckstrand, R. L., Callister, L.C., & Kirchoff, 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.

Beckstrand, R. L., Moore, J., Callister, L.C., & Bond, A.E. (2009). Oncology nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors at the end of life. *Oncology Nursing Forum*, 36(4), 446-453.

Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. California: Addison-Wasley.

Brayne, S., et al. (2006). Deathbed phe-

nomena and their effect on a palliative care team: A pilot study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 23(1), 17-24.

Cassey, D., Murphy, K., Leima, A.N., et al. (2011). Dying well: Factors that influence the provision of good end-of-life care for older people in acute and long-stay care settings in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1824-1833.

Caton, A.P., & Klemm, P. (2006). Introduction of novice oncology nurses to end-of-life care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(5), 604-608.

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

Cohen, L.M., Poppel, D.M., Cohn, G.M., & Reiter, G.S. (2001). A very good death: Measuring quality of dying in end stage renal disease. *Journal of Palliative Medicine*, 4, 167-73.

Davis, E., & Higginson, I.J. (2006). *Palliative care: The solid facts*. Retrieved March 11, 2013, from <http://euro.who.int/document/E82931.pdf>.

Dossey, B.M., Keegan, L., & Guzzetta, C.E. (2005). *Holistic nursing: A handbook for practice*. (4 th. ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Ellershaw, J., & Ward, C. (2003). Care the dying patient: The last hours or days of life. *British Medicine Journal*, 326, 30-4.

Giggs, C. (2010). Community nurses'

perceptions of a good death: A qualitative Exploratory study. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(3), 139-48.

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.

Hopkinson, J.B., & Hallett, C.E. (2003). Good death? An exploration of newly qualified nurses' understanding of good death. *International Journal of Palliative Nursing*, 8(11), 532-539.

_____. (2005). Everyday death: How to do nurse cope with caring for dying people in hospital? *International Journal of Nursing Studies*, 42, 125-133.

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.

Kongsuwan, W. (2011). Thai nurses' experience of caring for persons who had a peaceful death in intensive care unit. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), 377-384.

Kongsuwan, W., & Locsin, R.C. (2009). Promoting peaceful death in intensive care unit in Thailand. *International Nursing Review*, 56, 116-122.

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

- Mallory, J.C. (2003). The impact of a palliative care educational component on attitudes toward care of the dying in undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing, 19*(5), 305-312.
- Miyashita, M., Sanjo, M., Morita, T., Hirai, K., & Uchitomi, Y. (2007). Good death in cancer care: A nationwide quantitative study. *Annals of Oncology, 18*(6), 1090-1097.
- McEwen, M. (2005). Spiritual nursing care. *Holistic Nursing Practice, 19*, 161-168.
- Mosel, E.K., Schur, S., & Watzke, H.H. (2012). Life is uncertain: Art, language, and spirituality in health care. *Journal of Pain and Symptom Management, 44*(2), 307-312.
- National Council for Palliative Care. (2006). *End of life care strategy*. London: NCPCC.
- 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.
- Nightingale, F. (1976). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. New York: Buccaneer Book, Inc.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby-Year Book Inc.
- Prompahakul, C., Nilamanat, K., & Kongsuwan, W. (2011). Review: Factors relating to nurses' caring behaviors for dying patients. *Nurse Media Journal of Nursing, 1*, 15-27.
- Solano, J.P., Gomes, B., & Higginson, I.J. (2006). A comparison of symptom prevalence in advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *Journal of Pain and Symptom Management, 31*(1), 58-69.
- van Soest-Poortvliet, M.C., van der Steen, J.T., Zimmerman, S., et al. (2011). Measuring the quality of dying and quality of care when dying in long-term care settings: A qualitative content analysis of available instruments. *Journal of Pain and Symptom Management, 42*, 6, 852-863.
- Walker, R., & Read, S. (2010). The Liverpool care pathway in intensive care: An exploration study of doctor and nurse perceptions. *International Journal of Palliative Nursing, 16*, 267-273.
- Witkes, L.M. (1993). Nurses' description of death scene. *Journal of Cancer Care, 2*, 11-16.
- World Health Organization. (2011). *WHO definition of palliative care*. Retrieved March 10, 2013, from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Zimmermann, M. (2012). Acceptance of dying: A discourse analysis of palliative care literature. *Social Science & Medicine, 75*(1), 217-224.