

การตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย*

Good Death as Perceived by the Patients' Family Members

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

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดกเกอร์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายการตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาล 3 แห่ง จังหวัดชลบุรี เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 15 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม 2557 ถึงเดือนเมษายน 2557 โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกต และการสะท้อนคิด วิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของ Cohen, Kahn & Steeves (2000) ผลการศึกษาพบประเด็นหลักเกี่ยวกับการตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยรวม 6 ประเด็น คือ การตายอย่างสงบ การยอมรับการตายที่จะเกิด การได้อยู่กับครอบครัว การกลับไปตายที่บ้าน ศาสนาคือที่ซัดเหนียว และการดูแลด้วยใจ

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งถึงการตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ทำให้พยาบาลสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและส่งเสริมให้เกิดการตายดี

คำสำคัญ: การตายดี สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย

Abstract

A qualitative research based on

Heideggerian phenomenology aimed to describe good death as perceived by the patients' family members. Fifteen informants who were family members of the patients at three hospitals 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. Six themes of good death as perceived by the patients' family members emerged, which were peaceful death, acceptance of impending death, being with family members, death at home, religion as refuge, and caring with a heart. This findings provide deep understanding of good death as perceived by the patients' family members. It can be the basic foundation for nurses to improve quality of care for promoting good death in terminally ill patients.

Key words: Good death, family member

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ทางธรรมชาติที่ไม่มีใครหลีกเลี่ยงได้พ้น การเจ็บป่วยบางประเภทสามารถที่จะรักษาให้หายขาดได้ แต่บางประเภทก็ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และผู้ป่วยต้องเผชิญกับ

* ทุนอุดหนุนการวิจัยงบประมาณเงินรายได้ปี 2557 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ความตายซึ่งอาจเป็นการตายในเวลาอันรวดเร็วหรือดำเนินไปอย่างช้าๆ ทั้งหมดนี้ไม่อาจกำหนดได้ว่าจะมาถึงเมื่อไหร่ (ทศนีย์ ทองประทีป, 2552) แต่เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ต้องการให้เกิด จึงส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวเช่นกัน (Miyashita, Morita, Sato, Hirai, Shima & Uchitomi, 2008) เพราะสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิด มีความผูกพันและเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2553) จากการศึกษาพบว่า เมื่อสมาชิกในครอบครัวรับรู้ถึง ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายและต้องเผชิญกับความตายที่จะมาถึงอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ครอบครัวจะรู้สึกหดหู่ โศกเศร้า และสูญเสีย (Yoo, Lee & Chang, 2008) แต่เมื่อไม่สามารถปฏิเสธความตายที่จะมาถึงได้ก็ปรารถนาให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อให้เกิดการตายที่ดี (good death) (Gutierrez, 2012; Kongsuwan & Chaipetch, 2011; Shirado, Morita, Akazawa, et al., 2013)

ในปัจจุบัน หลักสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองจะให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (centered at patient and family) เน้นการดูแลแบบองค์รวมคือ ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเป็นสำคัญ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากที่สุด (World Health Organization, 2014) แต่ในระยะสุดท้ายนี้ผู้ป่วยอาจจะไม่สามารถทำการตัดสินใจที่เกี่ยวกับตนเองได้ สมาชิกครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญในการทำหน้าที่เป็นตัวแทนผู้ป่วยและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษารวมถึงการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตายที่ดี (Finberg, 2010; McCallum & McConigley, 2013) ซึ่งเป็นความปรารถนาสุดท้ายที่เหมือนกันทั้งผู้ป่วย สมาชิกครอบครัว และพยาบาล (Kongsuwan, 2011) พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายให้พบกับการตาย

ที่ดีรวมถึงการดูแลสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยให้สามารถผ่านพ้นช่วงเวลานี้ไปได้ด้วยดีทั้งก่อน ขณะ และหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิต เพราะพยาบาลเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด จึงเป็นผู้ที่ผู้ป่วยและครอบครัวหวังจะพึ่งพิงในระบะสุดท้ายมากที่สุดเช่นกัน ทำให้พยาบาลต้องมีการเตรียมตัวเพื่อจะให้ความช่วยเหลือกับผู้ป่วยและครอบครัว (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2553) ดังนั้น การเข้าใจความหมายของการตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวจึงมีความสำคัญเพื่อให้พยาบาลสามารถดูแลสมาชิกในครอบครัวให้เผชิญกับช่วงเวลาดังกล่าวได้อย่างดีและมีความสงบต่อการจากไปของผู้ป่วยได้ (Sherwen, 2014) อย่างไรก็ตาม ความหมายของการตายดียังไม่มีความชัดเจน เพราะการให้ความหมายของคำว่าตายดีจะมีความแตกต่างกันไปตามความเชื่อ ทัศนคติ วัฒนธรรม (Mak, 2002) และประสบการณ์ของแต่ละคน (Kehl, 2006) จากการศึกษาพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับการตายดีในมุมมองของผู้ป่วย (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2554; Mak, 2002; Vig & Pearlman, 2004) และพยาบาล (Giggs, 2010; Kim, & Lee, 2003) อย่างกว้างขวาง แต่ในส่วนของการตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวยังมีอยู่จำกัดและเกิดขึ้นในบริบทที่แตกต่างกันจากสังคมไทย (Carr, 2003; Iranmanesh, Hosseini & Esmaili, 2011) รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังแสดงให้เห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์ยังให้การดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยมากกว่าสมาชิกครอบครัว (Fox-Wasylyshun, El-Masri & Williamson, 2005; Mangan Taylor, Yabroff, Fleming & Ingham, 2003) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในระยะ

สุดท้ายให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อบรรยายเกี่ยวกับการเรขาคณิตตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย

สถานที่ศึกษา

สถานที่ศึกษาคือ หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขนาด 150 เตียง โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 500 เตียง และโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ดำเนินการดูแล ควบคุมป้องกันโรคมะเร็ง ในภาคตะวันออกเฉียงใต้ให้บริการทางด้านเคมีบำบัด รังสีรักษา และการผ่าตัด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดกเกอร์ที่มีฐานจากปรัชญาอัตถิภาวะนิยม (existentialism) ที่เน้นความเป็นธรรมชาติของการดำรงอยู่ของบุคคล (human existence) ในภาวะการณ์หนึ่ง ซึ่งบุคคลจะเป็นผู้ให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่จะแตกต่างจากคนอื่น ๆ เพราะประสบการณ์เป็นเรื่องเฉพาะและมีความเป็นจริงตามที่บุคคลนั้นประสบและรับรู้ 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-interpret-ing) บุคคลเป็นหน่วยรวมที่กรบถ้วนหรือองค์รวม (the person as embodies) และบุคคลมีมิติเวลา (the person in time) (Leonard, 1994) นอกจากนี้ไฮเดกเกอร์ ยังให้ความสำคัญกับภูมิหลัง (background) ได้แก่ อายุ การศึกษา วัฒนธรรม ความเชื่อ

ค่านิยม ของบุคคลว่า มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ทำความเข้าใจ ตีความ (interpreting) และให้ความหมายต่อประสบการณ์ที่คนๆ นั้นประสบและจะมีการสื่อสารผ่านทางภาษา (language) ทั้งวจนภาษาและอวจนภาษา (Koch, 1995) ซึ่งการให้ความหมายการตายดีเป็นเรื่องของประสบการณ์ของ แต่ละบุคคลที่จะแตกต่างกันไปตามบริบททางสังคมความเชื่อ วัฒนธรรมหรือภูมิหลัง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดกเกอร์ (Heideggerian phenomenology) ที่จะเน้นการทำความเข้าใจและอธิบายว่า บุคคลมีการรับรู้และให้ความหมายของปรากฏการณ์ที่ตนเองประสบอย่างไร โดยให้ความสำคัญกับธรรมชาติของปรากฏการณ์นั้นๆ โดยทำการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2557 ถึงเดือน เมษายน 2557 ผู้ให้ข้อมูล คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ของผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วย ผู้วิจัยคัดเลือก ผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติดังนี้ เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย และเป็นผู้ดูแลหลัก มีอายุ 20 ปี ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยบูรพา โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างดังนี้ มีการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และรายละเอียดของการทำวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยอธิบายให้ทราบว่าจะได้จะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล โดยจะใช้เป็นรหัสแทน และข้อมูลต่างๆ จะเก็บไว้ในที่ปลอดภัยมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่จะทราบ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้เชิงวิชาการเท่านั้น และข้อมูลต่างๆ จะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการทำวิจัยแล้วภายใน 1 ปี ระหว่างการทำวิจัย ผู้ให้ข้อมูลสามารถซักถามข้อสงสัยต่างๆ ได้ และหากผู้ให้ข้อมูล

ไม่ประสงค์จะเข้าร่วมหรือออกจากการวิจัยก็สามารถทำได้ โดยจะไม่มีผลเสียหยาเกิดขึ้น

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ผู้วิจัย ซึ่งเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัย แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึก เช่น คุณช่วยเล่าเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในครั้งนี้ คุณให้ความหมายของการตายดีอย่างไร การตายดีจะเกิดขึ้นได้อย่างไร เป็นต้น แนวทางในการสังเกต ซึ่งจะสังเกตสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย และการแสดงออกทางท่าทางและอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูลขณะถูกสัมภาษณ์ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลของผู้ป่วยในเรื่อง เพศ อายุ โรค ส่วนข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และประสบการณ์เกี่ยวกับการตาย แบบบันทึกการสะท้อนคิด ซึ่งจะบันทึกความรู้สึก และความคิดของผู้วิจัยที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการวิจัย และอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก และปากกา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการพยาบาลศาสตร์เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยจึงประสานงานกับฝ่ายการพยาบาลและหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นเรื่องการตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งอาจจะเป็นเรื่องที่ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอึดใจ สะเทือนใจ และไม่อยากจะเล่าให้ฟัง ดังนั้นในการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยประสานงานและขอให้หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ติดต่อขอความร่วมมือจากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยก่อน ถ้าหากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยยินดีเป็น

ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงไปพบผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง และทำการพิทักษ์สิทธิแก่ผู้ให้ข้อมูล ส่วนที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ฝ่ายวิจัยของโรงพยาบาล ได้มอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประสานงานกับผู้วิจัย ผู้วิจัยจึงขอให้เป็นผู้ติดต่อกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยก่อน เช่นเดียวกับที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับการติดต่อยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูลทุกคน ผู้วิจัยจึงไปพบผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง และอธิบายเกี่ยวกับสิทธิของผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เจาะลึกขณะที่ผู้ป่วยยังนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลที่โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาทำการสัมภาษณ์ในห้องให้คำปรึกษา ส่วนโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สัมภาษณ์ในสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก และขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสังเกตปฏิกิริยาท่าทางและอารมณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกมาขณะทำการสัมภาษณ์จนสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาทีในแต่ละครั้งเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการสรุปประเด็นที่เกิดขึ้นในการสัมภาษณ์ จากนั้น ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการกลับมาสัมภาษณ์อีกครั้งภายหลังการถอดเทปฟังข้อมูลที่ได้แล้วยังมีประเด็นที่ไม่ชัดเจนซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกคนก็ยินดีให้สัมภาษณ์ได้อีกครั้ง จากนั้นผู้วิจัยทำการจดบันทึกภาคสนามเกี่ยวกับบรรยากาศในระหว่างการสัมภาษณ์ และสิ่งที่สังเกตได้ รวมถึงบันทึกการสะท้อนคิดเพื่อแยกแยะความรู้สึกนึกคิดที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับเรื่องที่ทำกรวิจัยเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละรายวันที่ทุกครั้ง

4. หลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยทำการถอดเทปคำต่อคำ เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนในการสัมภาษณ์ต่อไปในประเด็นที่ไม่ชัดเจน ผู้วิจัยได้มีารนัดหมายเพื่อทำการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปกับผู้ให้ข้อมูล 4 คนๆ ละ 2 ครั้ง อีก 11 คน สัมภาษณ์เพียงครั้งเดียว โดยก่อนการสัมภาษณ์ครั้ง

ที่ 2 ผู้วิจัยได้สรุปสาระที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งแรก เพื่อตรวจสอบจากผู้ให้ข้อมูลว่า ผู้วิจัยสรุปได้ถูกต้องหรือไม่ และเปิดโอกาสให้เพิ่มเติมข้อมูลเพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล จากนั้นจึงสัมภาษณ์เกี่ยวกับประเด็นที่ผู้วิจัยยังไม่เข้าใจหรือต้องการให้มีการอธิบายเพื่อความชัดเจน ซึ่งในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ก่อนสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ให้ความร่วมมือในการถ่ายทอดประสบการณ์เกี่ยวกับการตายดี

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลไปเช่นนี้จนข้อมูลมีความอิ่มตัวเกิดขึ้นในผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15 จึงยุติการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของ Cohen, Kahn & Steeves (2000) โดยมีขั้นตอน 6 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1) อ่านข้อมูลที่ได้จากกรอกรอดเทปหลายครั้งจนเข้าใจภาพรวมของประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ขั้นตอนที่ 2) ทำการตัดทอนข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออก (data reduction) โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลด้วยการใช้วิจารณญาณของผู้วิจัย ขั้นตอนที่ 3) อ่านข้อมูลที่เหลือเพื่อระบุความหมายที่สำคัญด้วยการให้รหัสรวมถึงข้อมูลจากการสังเกตก็มีการให้รหัสเช่นกัน ขั้นตอนที่ 4) ทำการจัดกลุ่มรหัสที่เกี่ยวข้องกันเป็น subcategories และ categories ขั้นตอนที่ 5) ทำการจัดกลุ่ม categories ให้เป็น theme ตามความหมายที่เกี่ยวข้องกัน ขั้นตอนที่ 6) ตรวจสอบความตรงของประเด็นหลักที่จัดกลุ่มกับ categories และผู้ให้ข้อมูล

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างความน่าเชื่อถือตามแนวทางของ ลินคอน และกุกา (Lincoln & Guba, 1985)

1. ความเชื่อถือได้ (credibility) ผู้วิจัยดำเนินการโดยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์จริง มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีก่อนการสัมภาษณ์ด้วยการเยี่ยมเยียนผู้ป่วยและทำ ความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล

เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจพร้อมที่จะถ่ายทอดประสบการณ์ให้ฟัง นอกจากนี้ ในระหว่างการทำวิจัย ผู้วิจัยได้มีการสะท้อนคิด (critical reflection) เพื่อทำการตรวจสอบความคิด ความรู้สึก ที่เกิดขึ้นในขณะที่เก็บข้อมูลเพื่อลดความลำเอียงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ และมีการยืนยันข้อมูล (member checking) ระหว่างที่มีการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ทำการสรุปการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง แล้วให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันและเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่ชัดเจนและไม่ละเอียดให้มากขึ้น

2. การถ่ายโอนงานวิจัย (transferability) ผู้วิจัยเขียนบรรยายลักษณะของการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถประยุกต์ใช้ข้อค้นพบครั้งนี้ได้ในผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะและอยู่ในบริบทคล้ายคลึงกัน

3. การพึ่งพาเกณฑ์อื่นได้ (dependability) ผู้วิจัยเขียนขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูล และการสรุปผลการวิจัยอย่างละเอียดเพื่อผู้อ่านให้เข้าใจและสามารถตรวจสอบได้

4. การยืนยันผลการวิจัย (confirmability) เป็นการวัดความเป็นกลางหรือการไม่ลำเอียง ซึ่งการยืนยันการวิจัยเกิดขึ้นเมื่อมีขั้นตอนความเชื่อถือได้ การถ่ายโอนงานวิจัย และการพึ่งพาเกณฑ์อื่นได้

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูล

ผู้ป่วยมีจำนวน 15 คน เป็นเพศหญิง 8 คน ชาย 7 คน มีอายุระหว่าง 36-91 ปี เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายมากที่สุดคือ 8 คน ส่วน ผู้ให้ข้อมูลมีทั้งหมด 15 คน เพศหญิง 12 คน ชาย 3 คน มีอายุระหว่าง 31-74 ปี สถานภาพสมรสคู่มากที่สุดคือ 13 คน นับถือศาสนา พุทธ 14 คน ศาสนาคริสต์ 1 คน มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาเท่ากันคือระดับละ 5 คน อาชีพค้าขายมากที่สุดคือ จำนวน 8 คน มีความสัมพันธ์เป็นบุตรสาว 8 คน และประสบการณ์การตายของผู้อื่น 13 คน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูล

ผู้ป่วย		ผู้ให้ข้อมูล									
คนที่	เพศ	อายุ	โรค	เพศ	อายุ	สถานภาพสมรส	ศาสนา	การศึกษา	อาชีพ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ประสบการณ์เกี่ยวกับการตาย
1.	ญ	91	Stroke with post-cardiac arrest	ญ	36	โสด	คริสต์	ป.ตรี	ค้าขาย	บุตร	การตายของพ่อและน้ำ
2.	ช	47	Malignant melanoma	ญ	47	คู่	พุทธ	ประถมศึกษา	ค้าขาย	ภรรยา	ไม่มี
3.	ช	74	CA liver with bone, lung metastasis	ญ	36	คู่	พุทธ	มัธยมศึกษา	ค้าขาย	บุตร	การตายของผู้ป่วยอื่น
4.	ญ	40	Lymphoma	ญ	36	คู่	พุทธ	ไม่ได้เรียน	ทำนา	น้องสาว	การตายของแม่
5.	ช	52	CA lung with bone metastasis	ญ	32	คู่	พุทธ	ป.ตรี	แม่บ้าน	บุตร	ไม่มี
6.	ช	82	CA lung with brain metastasis	ญ	74	คู่	พุทธ	มัธยมศึกษา	แม่บ้าน	ภรรยา	การตายของผู้ป่วยอื่น
7.	ญ	88	ESRD with pulmonary edema	ญ	47	คู่	พุทธ	มัธยมศึกษา	ราชการ	บุตร	การตายของพ่อและผู้ป่วยอื่น
8.	ญ	52	CA ovary with bone metastasis	ญ	56	คู่	พุทธ	ประถมศึกษา	รับจ้าง	พี่สาว	การตายของแม่
9.	ญ	88	Stroke with aspirated pneumonia	ช	62	คู่	พุทธ	ประถมศึกษา	ค้าขาย	บุตร	การตายของพ่อ
10.	ช	36	CA stomach with bone metastasis	ญ	71	คู่	พุทธ	ประถมศึกษา	ค้าขาย	พ่อ	การตายของพ่อ
11.	ช	82	Stroke with sepsis	ญ	47	โสด	พุทธ	มัธยมศึกษา	แม่บ้าน	บุตร	การตายของพ่อ
12.	ช	77	ARDS with DIC	ญ	31	คู่	พุทธ	ประถมศึกษา	ค้าขาย	บุตร	การตายของแม่
13.	ญ	52	CA breast with bone, liver & lung metastasis	ช	32	คู่	พุทธ	ป.ตรี	ค้าขาย	บุตร	การตายของปู่และย่า
14.	ญ	47	CA cervix with bone metastasis	ช	51	คู่	พุทธ	ป.ตรี	ราชการ	สามี	การตายของพ่อ
15.	ญ	42	CA breast with bone, liver metastasis	ช	47	คู่	พุทธ	มัธยมศึกษา	ค้าขาย	สามี	การตายของพ่อ

หมายเหตุ : CA= cancer, ESRD= end stage renal disease, ARDS= adult respiratory distress syndrome, DIC=Disseminated intravascular clotting

ส่วนที่ 2 การตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัว

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวแบ่งได้เป็น 6 ประเด็นหลักคือ ประเด็นหลักที่ 1 การตายอย่างสงบ ประเด็นหลักที่ 2 การยอมรับการตายที่จะเกิด ประเด็นหลักที่ 3 การได้อยู่กับครอบครัว ประเด็นหลักที่ 4 การกลับไปตายที่บ้าน ประเด็นหลักที่ 5 ศาสนาคือที่ยึดเหนี่ยว และ ประเด็นหลักที่ 6 การดูแลด้วยใจ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 การตายอย่างสงบ ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการตายดีว่า เป็นการที่ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบเหมือนการนอนหลับไปตามธรรมชาติหรือที่เรียกว่าไปสบาย การตายอย่างสงบจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่มีความทรมานที่เกิดจากความเจ็บปวดทางกายและทางใจที่เกิดจากความห่างกังวล

1.1 การไม่มีความทรมานทางกาย หมายถึง ความทรมานทางกายที่ผู้ให้ข้อมูลสัมผัสและรับรู้ได้ด้วยตนเองตลอดเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมา คือ ความเจ็บปวดที่เกิดจากโรคที่เป็นอยู่ ผลของการรักษา เช่น การให้เคมีบำบัด การผ่าตัด หรือการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นต้น ซึ่งความทุกข์ทรมานดังกล่าวล้วนแต่ทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างไม่สงบ ผู้ป่วยควรจะได้ตายแบบไม่ทรมาน

หนูว่าปล่อยให้เขาไปตามสงบ ไม่อยาก เห็น แกรทรมาน เพราะว่าพวกหนูก็เห็นแกรทรมานมานานแล้ว (ID2)

คนไข้ไม่ควรเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการรักษา ความเจ็บปวดด้วยตัวโรคเอง (ID5)

แบบไม่ต้องตายให้ลำบากแล้วกัน ไม่ทรมานไปให้สบายๆเลยไม่ต้องทรมานทรมานคือ หลับเลย (ID8)

ก็รู้สึกใจหาย ก็ร้องไห้ (ร้องไห้) แต่ก็ถ้าเกิดสมมุติว่าถ้าเกิดแล้วจะไปจริงๆ ขึ้นมาหนูก็อยาก ให้เค้าไปแบบสบายๆ (ID13)

ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลเกือบทั้งหมดเห็นว่า เมื่อผู้

ป่วยใกล้จะตาย การช่วยชีวิตที่คงมีการนวดหัวใจใส่ท่อช่วยหายใจ เจาะคอ และใช้เครื่องช่วยหายใจ ล้วนแล้วแต่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดโดยแสดงออกทางสีหน้าและน้ำเสียง จนผู้ให้ข้อมูลรู้สึกถึงความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ประกอบกับผู้ป่วยบอกกล่าวไว้ก่อนว่าไม่ให้ใส่ท่อช่วยหายใจ นอกจากนั้น ผู้ให้ข้อมูลคนที่เคยมีประสบการณ์ได้เห็นผู้ป่วยรายอื่นมีการนวดหัวใจแล้วกระดูกซี่โครงหัก หรือช่วยชีวิตขึ้นมาแล้วยังต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา ไม่สามารถสื่อสารได้ ก็จะไม่ให้มีการช่วยชีวิตเพราะจะทำให้เกิดความทรมานทั้งผู้ป่วยและญาติจนกระทั่งเสียชีวิต ก็จะเป็นการจากไปอย่างไม่สงบ

หนูไม่ต้องการใส่ท่อ ไม่ต้องการอะไรแบบที่ทำให้แกรทรมาน มันเจ็บปวดทรมานทั้งพ่อแล้วก็เราด้วย แยกไปแบบสงบของแก็ไปแบบหลับไปเลยแบบไม่ต้องคืนรนไม่ต้องทรมานทรมาน (ID2)

ถ้าบีมซี่โครงหักก็มีแล้วนะ เขาบอกว่ามันแรงมาก บีมหัวใจ แล้วนกดแล้วเร็วแรงแก็ไม่ค่อยมี ถ้าแก็ไปก็ให้แก็ไปอย่างสงบ (ID3)

ยื้อไปแล้วเขาอยู่ได้ เขาสื่อสารอะไร ไม่ได้ เหมือนกับเป็นการทรมานเขา นี่พูดกันตามหลักเลย เหมือนการทรมานเขาแล้วก็ทรมานใจคนเป็นด้วย คือเราที่ควรเป็นคนเห็นเขาเจ็บปวด มันทรมานใจจริงๆ นะ (ID6)

ไม่ต้องมาทรมาน ถ้าว่าจะต้องใช้ก็คงใช้แค่ในระดับหนึ่งคงไม่ยื้อเอาไว้นานเกินไป ให้เขาได้พบความสบายมากกว่า เพราะผมเคยมีประสบการณ์ เรา ก็ไม่อยากให้ลูกต้องทรมานแบบนั้น (ID10)

จะให้ใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ บอกว่าไม่ต้องตัวเค้า (ผู้ป่วย) ไม่ให้ใส่ ผมก็บอกไม่ต้องใส่ (ID14)

แต่มีผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งที่ยินยอมให้ใส่ท่อช่วยหายใจครั้งแรกได้เพราะเป็นความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการจะมีชีวิตอยู่กับลูกหลานให้นานที่สุด

หมอบอกคุณตาครับ แล้วทำใจได้ไหมใส่ท่อมันทรมาน มันเจ็บนะ ก็บอกอยากอยู่อีก เขาอยาก

อยู่กับลูกเขายังไม่ยอมตายเราก็บอกถึงขั้นนี้แล้วไม่
ใส่แกก็ตาย เพราะแกหายใจไม่ได้แล้วก็ต้องให้ใส่ (ID3)

1.2 การไม่มีความทุกข์ทางใจ หมายถึง การ
ที่ผู้ป่วยไม่มีความห่วงกังวลในเรื่องใดๆ ของตนเอง
และครอบครัวอีกต่อไปทั้งก่อนตายและหลังการตาย
ของตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถจากไปได้
อย่างสบายใจ

สบายใจ ไม่มีห่วงมาก ไม่ทุกข์ทรมาน ไป
อย่างสบายใจ (ID3)

ส่วนมากแกก็จะห่วงลูกกับหลาน ทำให้แม่
เขาจากไปอย่างสงบไหม คงไม่สงบหรอก ถึงจุดนั้นเรา
ก็คงบอกแม่ว่าไม่ต้องห่วงอะไรเดี๋ยวหนูดูแลกันได้
(ID5)

ไม่ต้องไม่กังวล ถึงจะไปได้ด้วยดี (ID11)

ประเด็นหลักที่ 2 การยอมรับการตายที่จะเกิด
ขึ้น ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า การยอมรับถึงการตายที่จะเกิด
ขึ้นต่อไปทั้งตัวผู้ป่วยเองและครอบครัวจึงจะทำให้เกิด
การตายที่ดีได้ ถ้าหากผู้ป่วยยอมรับได้ ก็จะไม่ทุกข์ใจ
อีกต่อไปและจะได้มีโอกาสสั่งเสีย บอกความต้องการ
ของตนเองได้ ส่วนครอบครัวก็ต้องยอมรับเช่นกันว่า
การตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ถ้ายอมรับได้ ก็จะไม่
เศร้าโศกและไม่ร้องไห้ให้ผู้ป่วยเห็นเพื่อไม่ให้ผู้ป่วย
เกิดความรู้สึกกังวลจนวาระสุดท้าย สิ่งที่ทำให้ผู้ให้
ข้อมูลยอมรับและทำใจได้ คือ การได้ข้อมูลจากแพทย์
เกี่ยวกับอาการและได้เห็นสภาพความเจ็บป่วยของ
ผู้ป่วยที่ทรมาณมานานโดยเฉพาะสมาชิกครอบครัว
ของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง การตายน่าจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้
ผู้ป่วยพ้นจากความทรมานดังกล่าวได้และคิดว่าตนเอง
ได้ดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่แล้วตั้งแต่ยังไม่เจ็บป่วยจนถึง
ปัจจุบัน

2.1 ผู้ป่วยยอมรับการตายที่จะเกิดขึ้น ผู้ให้
ข้อมูลเห็นว่า ผู้ป่วยยอมรับการตายที่จะเกิดขึ้นได้
เพราะผู้ป่วยปราศจากความกังวล เนื่องจากคิดว่าการ
ตายเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน ประกอบกับได้
จัดการสิ่งต่างๆ ที่ค้างคาไว้แล้ว และคิดว่าได้ใช้ชีวิต

ที่ผ่านมาคุ้มค่าแล้ว

เขาว่า เขาอยู่มาคุ้มแล้ว 80 กว่า ตายก็ไม่
เสียดาย กลัวทำไม เราเกิดมาตายทุกคน (ID6)

เขาก็ได้สั่งบอกความต้องการ แล้วสิ่งที่
เป็นทรัพย์สินสมบัติอะไรนี้เขาก็จัดการ ไม่มีอะไรที่ค้างคา
ในใจอีก (ID 9)

ประมาณว่าเป็นอะไรก็เป็นไปเลย เค้า (แม่)
บอกว่า เค้าก็รู้อะ แต่เค้าก็บอก แม่ไม่ไหวแล้วนะ จะ
เป็นจะตายก็ช่างมัน แล้วแต่เวรแต่กรรม (ID 13)

เค้า (ผู้ป่วย) ไม่กลัวหรอก ตาย เค้าไม่กลัว
เค้าบอก เค้าไม่กลัวอยู่แล้ว ตายช้าตายเร็วก็ต้องตาย
(ID15)

2.2 ครอบครัวยอมรับการตายที่จะเกิด ผู้
ให้ข้อมูลที่มีญาติเป็นโรคมะเร็งยอมรับการตายที่จะ
เกิดได้เพราะรับรู้ว่า ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งจะต้องตาย หรือ
ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจนต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ
มาเป็นเวลานานซึ่งทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานนาน ผู้ให้
ข้อมูลก็จะยอมรับกับการตายได้และเห็นว่า การตาย
น่าจะเป็นสิ่งที่ดีกับผู้ป่วยที่จะพ้นจากความทรมาน
ที่มีอยู่ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีจิตใจที่สงบขึ้นและพร้อม
ที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่

สิ่งที่ทำให้เรายอมรับได้ ก็เห็นภาพอาวามาที่
ทรมาน ที่เค้ามีเครื่องช่วยหายใจ มีสายโน้นนั่น หนู
ทรมาน เห็นเค้าทรมานแล้วอยากให้เค้าไปสบายเพราะ
มองดูแล้วคือ มันยากที่จะกลับมา หนูคิดว่าทุกสิ่ง
ทุกอย่างคือพระเจ้ากำหนดที่เราทำได้ คือ ดูแลอาวามา
ให้เต็มที่ มาอยู่ข้างๆ เค้า ตามเวลาที่โรงพยาบาลให้เยี่ยม
(ID1)

ยอมรับได้ตั้งแต่วันที่แกเป็นมะเร็งเพราะว่า
เห็นใครเป็นมะเร็งไม่ว่ายากดมีเงินรวยชั้นไหนก็ไม่มี
หายอะมะเร็ง แล้วอีกอย่างพ่อไม่ได้เป็นขั้นที่ 1 ขั้นที่ 2
พ่อเราเป็นสุดท้ายแล้วคือมันลามไปหมดแล้ว ไปถึง
ขั้นที่เดินไม่ได้แล้ว (ID3)

ทำใจได้ทุกคนแล้ว เพราะว่าคุยกับคุณหมอ
ที่แรกที่เค้าจะนึกไปอะครับว่าโอกาสรอด เขามีน้อย

ผมก็ตั้งใจว่า จะดูแลเขาทุกอย่างให้เต็มที่จนกว่าเขาจะ
ไปอยู่ข้างๆ เซ็ดตัว พุดคุย (ID 14)

ประเด็นหลักที่ 3 การได้อยู่กับครอบครัว
หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้อยู่กับครอบครัวขณะที่อยู่
โรงพยาบาลและช่วงเวลาก่อนที่จะตาย การมีคนใน
ครอบครัวอยู่ด้วยแม้เพียงแค่การนั่งจับมือกันก็จะช่วย
ให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ รู้สึกอบอุ่น และหมดหวังเพราะได้
เห็นคนในครอบครัวอยู่พร้อมหน้าพร้อมตากัน ไม่
เหมือนตายอย่างโดดเดี่ยว จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ
จากไปได้อย่างสงบ ซึ่งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลก็ไม่อาจ
ทดแทนได้ และการได้อยู่ด้วยกันเฉพาะครอบครัวกับ
ผู้ป่วยในห้องพิเศษที่มีความเป็นส่วนตัวก็จะช่วยให้
ใกล้ชิดกันมากขึ้นและดูแลได้มากกว่าอยู่ห้องรวม

พ่อชอบให้จับมือ เวลาแก่เป็นมาๆ จับ
มือพ่อหน่อย บีบมือพ่อหน่อย แอบอกว่ามันอบอุ่น มี
ลูกอยู่ใกล้ๆ มันอบอุ่นแถมพูดเนีย เขมบอกว่ามีลูกอยู่
ใกล้ๆมันอบอุ่น (ID3)

การที่ได้อยู่กับครอบครัว มีครอบครัว
ห้อมล้อมตอนที่ใกล้เสียชีวิตเนี่ยเราจะจากไปทั้งที พี่
น้องเรายังมา อบอุ่นดี แต่อย่างมาอยู่โรงพยาบาลอย่าง
นี้อะ ไม่มีพี่น้องอะไรเลยมีแต่หมอย่างเดียว เหมือน
เราไม่มีญาติพี่น้อง เหมือนเราตัวคนเดียว เพราะเจ้า
หน้าที่ที่โรงพยาบาลกลับญาติก็ไม่เหมือนกัน (ID8)

การที่มีญาติอยู่ด้วยกับคนไข้ตลอดเวลาใน
ช่วงสุดท้ายเนี่ย ก็เหมือนกับเขาได้เห็นได้รู้ว่าลูกมาอยู่
ก็จะทำให้เขาแบบไปได้ สบายใจ ไม่ต้องห่วงว่าคนนั้น
คนนั้นไม่มา ไม่ต้องกังวลอะไร ให้เขารู้สึกอบอุ่นไม่ต้อง
กังวล (ID9)

สบายหน่อย คือที่ผมอยากได้ห้องพิเศษ
เพราะว่า ผมจะทำทุกอย่าง ผมอยากที่จะทำเอง อยาก
ดูแลเขาเอง อย่างสามัญบงที่นำสงสารค่านะครับ
(ID14)

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลบางคนที่เป็
ญาติของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ก็ไม่อยากจะเฝ้า
ผู้ป่วยตลอดเวลา แม้ทางหอผู้ป่วยจะอนุญาตให้เฝ้า

ได้ตลอดเวลาในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต เพราะไม่
สามารถทนเห็นสภาพที่ผู้ป่วยเจ็บปวดหรือทรมานจาก
การรักษาได้ แต่จะมาเยี่ยมตามเวลาที่หอผู้ป่วยเปิดให้
เยี่ยมทุกวัน

หนูขอไม่เฝ้า หนูฝากอามาไว้กับพระเจ้า
แล้วกะ อยู่แล้วมันหดหู่ ไม่อยากมอง บางที่เราไม่
สามารถที่จะช่วยอะไรเค้าได้ เราต้องยอมรับความเป็น
จริง เราก็กลับไปปฏิบัติหน้าที่เนอะ แล้วก็สวดภาวนา
ได้เท่าที่เราสุดแล้วแต่เราจะสวด ถึงเวลาก็ฝากพยาบาล
ดูดีแล้ว (ID1)

ปกติหนูจะเอาเตียงเอามานอนเฝ้าพ่อทั้งวัน
พอมืดหนูก็กลับแต่พ่อไปเห็นอย่างนั้น (ผู้ป่วยใส่ท่อ
ช่วยหายใจ) แล้วไปนั่งนานไม่ได้ จากที่หนูไปทั้งวัน หนู
จะไปแป๊บเดียวหนูไม่ไปอยู่นาน มันสงสาร มันดูว่าพ่อ
เขาจะทรมาน (ID3)

ประเด็นหลักที่ 4 การกลับไปตายที่บ้าน ผู้ให้
ข้อมูลเห็นว่า ผู้ป่วยควรกลับไปเสียชีวิตที่บ้านเพราะ
บ้านคือสถานที่ๆ ผู้ป่วยคุ้นเคยและจะรู้สึกอบอุ่นกว่า
การตายที่โรงพยาบาล ซึ่งผู้ให้ข้อมูลบางคนก็จะปฏิบัติ
ตามที่ผู้ป่วยได้สั่งเสียไว้ก่อนแล้ว

แม่ขอไปตายที่บ้านอย่างนี้ เขาเขียนหนังสือ
เลข แม่จะกลับบ้าน ถ้าจะตายก็จะกลับบ้าน จะอยู่กะ
ลูกกะหลาน ก็คิดว่าเขาแม่กลับไปตามที่เขาเขียน
(ID7)

การตายที่ดีของแม่คือ อยากให้แม่เขากลับ
บ้าน อยากกลับไปตายที่บ้าน ไม่อยากให้ตายที่นี่ อย่าง
น้อยยังได้อยู่กับลูกๆ หลานที่แกร็ก ถึงแม่จะเป็นช่วง
ระยะสั้นก็เอา แต่อย่าเสียชีวิตที่นี่เลยเพราะว่ามัน
เหมือนแม่เขามาไกล เหมือนไม่ได้อยู่กับคนที่รอบข้าง
ที่เขารัก เหมือนไม่ได้อยู่ที่บ้านของตัวเอง ถ้าแม่เขาไป
ตายที่บ้านแล้วมีคนข้างแม่ที่เขารักเนี่ยรู้สึกจะไม่กังวลนะ
(ID11)

เค้านอกแม่อยากกลับบ้านห้วง ห่วงพ่อ ห่วง
น้อง ห่วงที่บ้าน (ID13)

แต่ก็มีผู้ให้ข้อมูลบางคนที่จะไม่นำผู้ป่วย

กลับไปตายที่บ้าน ถ้าหากผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเองได้และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือผู้ป่วยมีอาการปวดจากโรคอยู่ตลอดเวลาเพราะการนำผู้ป่วยกลับไปที่บ้านจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยทรมานมากกว่าการอยู่โรงพยาบาล การเสียชีวิตที่โรงพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทรมานและจากไปได้สบายกว่า

อันนี้คงกลับบ้านหนะคงกลับไม่ได้ เพราะพอลับบ้านเขาก็ต้องถอดเครื่องช่วยหายใจ เราก็ดูไม่ได้ไง เหมือนอย่างนี้ สภากันนั้นยิ่งทรมาน แต่ถ้าเขาจะเสียชีวิตเหมือนอย่างที่เขาจะเสียชีวิต ก็ให้เขาเสียชีวิต เขาไอ้ที่เลยหมดลมที่นั่นไปเลย หมอช่วยไม่ได้ (ID9)

ผมจะขอว่าให้เค้าไปอยู่โรงพยาบาลไม่อยู่ที่บ้าน เพราะว่าไปที่บ้านเหมือนกับว่าเรา ไปให้เค้ารอความตาย เพราะว่าเวลาที่เค้าเกิดสมมุติเค้าหายใจไม่ออก เค้ายังมียาหมอนึกให้ทันที่ยังวัดความดันอะไรแบบนี้ ไม่ต้องทรมาน หายใจไม่ออก เค้าเสียชีวิต ก็คือให้เค้าเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ไม่อยากให้เค้ากลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (ID14)

ประเด็นหลักที่ 5 ศาสนาคือที่ยึดเหนี่ยว ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า ศาสนาเป็นเสมือนสิ่งยึดเหนี่ยวที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถทำใจยอมรับกับการสูญเสียที่จะเกิดขึ้น เมื่อยอมรับได้ จิตใจก็จะสงบไม่ทรมานทรมาย โดยเฉพาะช่วงเวลาที่สุดท้ายก่อนตาย ผู้ให้ข้อมูลจะใช้ศาสนาช่วยในหลายรูปแบบ เช่น การทำบุญ การฟังเทศน์ธรรมะ การใช้คำสอนของหลักศาสนา เป็นต้น ทั้งหมดจะช่วยให้ผู้ป่วยคิดถึงแต่สิ่งที่ดีๆ มีที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ทำให้จิตใจสงบ

หนูเป็นคริสคาทอลิกใช้มัชคะ ที่นี้อาม่าของหนูเป็นแบบนี้แล้วยังไงก็ต้องให้คุณพ่อ (บาทหลวง) มาโปรดบาปให้หมดก่อนนะคะ เพราะหนูอยากให้เค้าตายในศีลในพรของพระเจ้า ทำในสิ่งที่ดีที่สุดในศาสนาคริสนะ คือ ตายแล้วจะได้ยกบาปให้หมดแล้วก็จะได้ไปอยู่กับพระเจ้า (ID1)

มันเป็นสังขารของชีวิต เราก็คงต้องพยายามคิดตรงนั้นนะ เกิด แก่ เจ็บ ตาย ทุกคนก็ต้องไป สัง

ขารมของชีวิต คือ เกิด แก่ เจ็บ ตาย ทุกคนต้องเจอจะคิดอย่างนี้แล้ว ใจเราก็อ่สงบขึ้น (ID7)

ถ้าแม่รู้สึกไม่ค่อยดีนะ แม่ก็นึกถึงพระประธานที่แม่ไปสร้างไว้ นึกถึงบุญที่แม่ทำ ให้เค้ามีที่ยึดเหนี่ยว ก็คือถ้าสมมุติ เค้ามั่วแต่ห้วง ห่วงบ้าน ห่วงหลาน ห่วงลูก มันก็ทำให้เค้าเป็นทุกข์ พอเค้าจะจากไปเค้า เค้าก็ยังไมไปในภพภูมิที่ดี เค้าก็ยังวนเวียนอยู่ตรงนี้ เพราะความห่วง (ID13)

ประเด็นหลักที่ 6 การดูแลด้วยใจ หมายถึง การได้รับการดูแลที่ดีและเต็มที่จากคนในครอบครัว และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล โดยครอบครัวจะมาอยู่และดูแลผู้ป่วยให้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้อย่างเต็มที่ด้วยความรักและผูกพันในความเป็นพ่อ สามี ภรรยา และพี่น้อง อาทิเช่น การจับมือ นั่งอยู่เป็นเพื่อน พุดคุย และช่วยกิจวัตรประจำวันโดยไม่รังเกียจ ส่วนการดูแลจากเจ้าหน้าที่ ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า การช่วยไม่ให้ผู้ป่วยเจ็บปวดเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทำให้ได้ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมาน รวมถึงการดูแลเรื่องความสุขสบายอื่นๆ สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงสุขสบายขึ้น ทั้งนี้การดูแลของเจ้าหน้าที่ควรทำด้วยใจและคิดว่าผู้ป่วยเป็นเสมือนญาติของตนเอง การดูแลด้วยใจจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานและเกิดความอบอุ่นใจ มีกำลังใจ ไม่ได้เผชิญความทุกข์ทรมานตามลำพัง

การดูแลจากครอบครัว

ตอนนี้ก็คือผมมาอยู่ที่นี้เลยมาเฝ้าเขาตลอด 24 ชั่วโมง อยู่ที่นี้ประจำกับแฟน เขาก็อุ่นใจ เพราะเดิมอยู่ห้องรวมเฝ้าก็ไม่ได้ พอย้ายมา (ห้องพิเศษ) นี้ก็ดีขึ้น (ID10)

ผมก็ปฎิญาณตนว่าผมทำทุกอย่างครบ ผมจะทำให้ดีที่สุดเมื่อเขายังมีชีวิต (ID14)

การดูแลจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

ให้ทางพยาบาลดูแลคนไข้แบบนุ่มนวลหน่อย แล้วก็ด้วยใจ อยากให้คิดว่าคนไข้ก็เหมือนญาติคนนึง เพราะเราไม่มีเวลาจะมาดูตลอดเวลา (ID1)

สิ่งที่ทางโรงพยาบาลจะช่วยเหลือได้ก็คือ ช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวด บรรเทาอาการทรมาณของเขา อันนี้เราไม่ได้หวังผลอะไรก็เพียงเพื่อ ระวังอาการเจ็บปวด เพื่อให้เขาลดความทรมาณลง เพราะมันทางการแพทย์ ทางพยาบาล เราก็หวังตรงนี้แหละครับ (ID10)

พยาบาลเค้าก็ดี บางคนเค้าก็แบบตรงนี้ เฉพาะทางดูแลมะเร็ง เค้าอยู่กับคนไข้ เค้าบอกว่าโรคนี้ กำลังใจดีที่สุด แม้กระทั่งคนไข้และญาติเอง เรายู่กับเจ้าหน้าที่ดี ขอให้ใช้ทรัพยากรของพยาบาลมาใช้ในการดูแล เพราะว่าคนไข้เค้าต้องการกำลังใจ คือไม่อยากได้อะไรมาก แต่อยากได้ที่แบบเนี่ย คนไข้เค้าก็ใจอบอุ่นใจ (ID14)

อภิปรายผล

จากการศึกษาที่พบว่า ความหมายของการตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย คือ การตายอย่างสงบ โดยปราศจากความทุกข์ทรมานทางกายจากเจ็บปวด และทางใจคือไม่มีห่วงกังวลซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kongsuwan, Chaipetch & Matchim (2012) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการตายอย่างสงบตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักที่เห็นว่า การตายอย่างสงบคือการที่ผู้ป่วยไม่มีความเจ็บปวดทั้งจากโรค การรักษา และการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการช่วยชีวิตที่มีการนวดหัวใจ การเจาะคอ ล้วนแต่เป็นสิ่งที่ทรมาณทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนความห่วงกังวลที่เกี่ยวกับครอบครัวหรือสิ่งที่ยังค้างคาถือเป็นความทุกข์ทรมานทางใจที่จะเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยย่อมมีผลต่อการตายที่ไม่สงบได้เช่นกัน (พระไพศาล วิสาโล, 2547)

ดังนั้น สิ่งที่จะช่วยให้เกิดการตายอย่างสงบได้ตามความหมายที่สมาชิกครอบครัวได้กล่าวไว้คือ การไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดในวาระสุดท้ายด้วยการดูแลจัดการความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วย รวมถึงการ

ไม่ช่วยชีวิต เพราะสมาชิกครอบครัวที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการได้เห็นผู้ป่วยรายอื่นถูกการเจาะคอหรือการช่วยชีวิตซึ่งต้องมีการนวดหัวใจอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนคือ กระจกซ์โครงหัก และการช่วยชีวิตให้ผู้รอดแต่ไม่สามารถกลับมาสื่อสารเหมือนเดิมได้ เป็นการทรมาณผู้ป่วยรวมถึงครอบครัวมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Fridh, Forsby & Bergbom (2009) แต่มีผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งที่ยินยอมให้มีการช่วยชีวิตเพราะเป็นความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งการทำตามความต้องการของผู้ป่วยก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการตายที่ดีได้ (Pusa, Persson & Sundin, 2012) การที่ผู้ป่วยสามารถยอมรับการตายที่จะเกิดขึ้นจะช่วยลดความทุกข์ทรมานทางใจ คือ ความห่วงกังวลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wong & Chan (2007) และการที่สมาชิกครอบครัวสามารถยอมรับการตายที่จะเกิดขึ้นได้ก็มีส่วนช่วยให้เกิดการตายที่ดีได้เช่นกัน เพราะครอบครัวคือบุคคลที่ใกล้ชิด เป็นแหล่งกำลังใจที่สำคัญ และมีบทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วยจากไปได้อย่างสงบ (Kongsuwan & Touhy, 2009; Yoo, Lee & Chang, 2008) ถ้าหากครอบครัวยอมรับได้ก็จะสามารถช่วยลดความห่วงกังวลให้กับผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่งและช่วยดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายได้อย่างเต็มที่ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า สมาชิกครอบครัวสามารถยอมรับได้เพราะรู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งที่คนทั่วไปจะรับรู้ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และมีโอกาสจะตายได้มาก นอกจากนั้น การได้ข้อมูลความก้าวหน้าของโรคและการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานทำให้สามารถทำใจได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Fridh et al (2009)

การได้อยู่กับครอบครัวจนถึงวาระสุดท้ายโดยมีครอบครัวดูแลอย่างใกล้ชิด และการได้กลับไปตายที่บ้านล้วนเป็นสิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความอบอุ่นทางใจไม่รู้สึกโดดเดี่ยวไม่มีห่วงกังวล เพราะได้อยู่แวดล้อมกับบุคคลอันเป็นที่รักและสถานที่ที่คุ้นเคย

ซึ่งสนับสนุนด้วยหลายการศึกษา (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2554; Mok, chan, Cham & Yeung, 2003; Tim Wong & Ussher, 2009) นอกจากนั้น การที่สมาชิกครอบครัวรับทราบระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่อีกไม่นาน โอกาสที่จะได้อยู่ดูแลเหลือน้อยลง ก็ทำให้สมาชิกครอบครัวต้องการที่จะอยู่กับผู้ป่วยให้มากที่สุดเช่นกัน ทั้งยังเป็นโอกาสที่จะได้อยู่ดูแลด้วยความรักและผูกพันเช่นเดียวกับการศึกษาของสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ อุไร หัตถกิจ และ กิติมา นิลมานัต (2554) และ Iranmanesh, Hosseini & Esmaili (2011)

สิ่งสำคัญอีกประการที่ช่วยให้เกิดการตายดี คือ การมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยว ซึ่งในบริบทของสังคมไทย ศาสนาเป็นเสมือนที่ยึดเหนี่ยวหรือที่พึ่งที่สำคัญในยามที่เผชิญกับปัญหาในชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตายที่จะเกิดขึ้น (พระไพศาล วิสาโล, 2547; Kongsuwan & Chaipetch, 2011) จากศึกษาครั้งนี้ จะเห็นได้ว่า สมาชิกครอบครัวได้ใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจในการบอกกับตนเองว่า การตายที่จะเกิดขึ้นเป็นธรรมชาติของชีวิตที่ทุกคนจะต้องพบเจอได้เป็นตามหลักศาสนาพุทธที่ได้กล่าวไว้ว่า เป็นอนิจจังหรือสิ่งที่ไม่มีเที่ยงลักษณะหนึ่งใน 3 ลักษณะสามัญของสิ่งทั้งปวง (ไตรลักษณ์) (พุทธทาสภิกขุ, 2544) หรือผู้ให้ข้อมูลที่นับถือศาสนาคริสต์ ก็จะคิดว่าการตายเป็นพระประสงค์ของพระเจ้าซึ่งเมื่อคิดได้เช่นนี้ก็จะทำให้ลดความเศร้าโศกและยอมรับการตายที่จะเกิดขึ้นได้ง่าย จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดการยอมรับและเมื่อยอมรับได้ ความสงบก็เกิดขึ้น นอกจากการคิดเพื่อให้เกิดการยอมรับแล้ว ยังนำกิจกรรมทางศาสนามาช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบด้วยการเปิดเทพธรรมะให้ฟัง การทำบุญให้กับผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยนึกถึงศาสนาในวาระสุดท้ายเพราะเชื่อว่ากิจกรรมเหล่านี้เป็นจะช่วยให้สามารถอยู่กับความเป็นจริง เกิดความสงบทางจิตใจ และนำผู้ป่วยไปสู่สิ่งที่ถ้ายหลังการตาย (สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ และ คณะ, 2554)

ผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยใจจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมีส่วนช่วยให้เกิดการตายที่ดีในผู้ป่วยได้ สมาชิกครอบครัวที่จะต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลและดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและความผูกพันด้วยความเต็มใจในฐานะของการเป็นพ่อ ลูก พี่น้อง หรือสามีแม่ จะไม่สามารถทำอะไรได้มากนัก เพียงแค่การมาให้ผู้ป่วยได้เห็นหน้า จับมือ ก็เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ หมดหวังกังวล เช่นเดียวกับการศึกษาของ Anderson, Ekwall, Hallberg & Edberg (2010) และ Pusa et al. (2012) ผนวกกับการดูแลด้วยใจจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่ดูแลแบบเอาใจเอาใจคิดว่าผู้ป่วยเป็นเสมือนญาติก็จะทำให้ครอบครัวรู้สึกสบายใจและผู้ป่วยก็จะรับรู้ได้เช่นกัน สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจด้วยความรู้สึกเอาใจเอาใจที่ได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพจะเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถผ่านพ้นช่วงเวลาระยะสุดท้ายของผู้ป่วยได้ดีด้วยดี (Erikson, Arve & Lauri, 2006; Mi-Ilberg, Olsson, Jakobsson & Olsson & Friedri-chsen, 2008; Pusa et al, 2012) ซึ่งการดูแลด้วยใจดังกล่าวทั้งจากครอบครัวและพยาบาลจะเป็นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการตายดีได้ (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2553)

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาเกี่ยวกับการตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ช่วยทำให้เกิดความเข้าใจว่าการตายดีควรจะเป็นการตายที่สงบและสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เกิดการตายที่ดีได้คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความสงบ ด้วยการให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับการตายที่เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติชีวิต และไม่อาจจะหลีกเลี่ยงได้ การได้อยู่กับครอบครัวไม่ว่าจะเป็นที่บ้าน

หรือที่โรงพยาบาล การมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยว และการดูแลด้วยใจจากสมาชิกครอบครัวและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนทางการพัฒนาการดูแลในระยะสุดท้ายเพื่อการตายดีให้กับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น เช่น การจัดห้องเฉพาะให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ด้วยกัน เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของพยาบาลและสมาชิกครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

- พุทธทาสภิกขุ. (2544). *คู่มือมนุษย์ฉบับ 3 ภาษา*. กรุงเทพฯ : ธรรมสภา.
- พระไพศาล วิสาโล. (2547). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมุมมองของพุทธศาสนา. *วารสารเกื้อการณีย์*, 11(2), 1-11.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท วี. พรินท์ (1991) จำกัด.
- วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2553). การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 18 (2), 1-7.
- วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2554). การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19 (ฉบับพิเศษ), 1-12.
- สิริลักษณ์ ไสมานุสรณ์. อุไร หักกิ่ง และกิตติกร นิลมานัด. (2554). การดูแลญาติที่อยู่ในระยะสุดท้ายเพื่อช่วยให้ตายอย่างสงบตามวิถีไทยพุทธ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19 (2), 28-41.

Anderson, A., Ekwall, A.A., Hallberg, I.R., & Edberg, A.K. (2010). The experience of being next of kin to an older person in the last phase of life. *Palliative and Supportive Care*, 8 (1), 17-26.

Carr, D. (2003). A good death for whom. Quality of spouse's death and psychological distress among older widowed persons. *Journal of Health and Social Behavior*, 44 (2), 215-232.

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

Erikson, E., Arve, S., & Lauri, S. (2006). Informational and emotional support received by relatives before and after the cancer patient's death. *European Journal of Oncology Nursing*, 10 (1), 48-58.

Fineberg, I.C. (2010). Social work perspective on family communication and family conferences in palliative care progress. *Palliative Care*, 18 (4), 213-220.

Fox-Wasylyshun, S., El-Masri, M., & Williamson, K. (2005). Family perceptions of nurses's roles toward family members of critically ill patients: A descriptive study. *Heart & Lung*, 34, 335-344.

Fridh I, Forsberg A. & Bergbom I. (2009). Close relatives' experiences of caring and of the physical environment when a loved one dies in an ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25, 111-119.

Giggs, C. (2010). Community nurses' perceptions of a good death: A qualitative ex-

- ploratory study. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(3), 139-48.
- Gutierrez, K.M. (2012). Experiences and needs of families regarding prognostic communication in an intensive care unit: Supporting families at the end of life. *Critical Care Nursing Quarterly*, 35 (3), 299-313.
- Iranmanesh, S., Hosseini, H., & Esmaili, M. (2011). Evaluating the good death concept from Iranian bereaved family members' perspective. *Journal of Supportive Oncology*, 9 (2), 59-63.
- Kehl, A. (2006). Moving toward peace: An analysis of the concept of a good death. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 23 (4), 277-286.
- 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 units. *Nursing Science Quarterly*, 24 (4), 377-384.
- Kongsuwan, W. & Chaipetch, O. (2011). Thai Buddhists' experiences caring for family members who died a peaceful death in intensive care. *International Journal of Palliative Nursing*, 17 (7), 329-336.
- Kongsuwan, W., Chaipetch, O., & Matchim, Y. (2012). Thai Buddhist families' perspective of a peaceful death in ICUs. *Nursing in Critical Care*, 17 (3), 151-9
- Kongsuwan, W. & Touhy, T. (2009). Promoting peaceful death for Thai Buddhist: Implications for holistic end-of-life care. *Holistic Nursing Practice*, 23 (5), 289-296.
- 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.
- Mak, M.H.J. (2002). Accepting the timing of one's death: An experience of Chinese hospice patients. *Omega*, 45 (3), 245-60.
- Mangan, P., Taylor, K., Yabroff, K., Fleming, D., & Ingham, J. (2003). Caregiving near the end of life: Unmet needs and potential solutions. *Palliative and Supportive Care*, 1, 247-259.
- McCallum, A., & McConigley, R. (2013). Nurses' perceptions of caring for dying patients in an open critical care unit: A descriptive exploratory study. *International Journal of Palliative Nursing*, 19 (1), 25-30.
- Millberg, A., Olsson, E.C., Jakobsson, M., Olsson, M., & Friedrichsen, M. (2008). Family members' perceived needs for bereavement follow-up. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35 (1), 58-69.
- Miyashita, M., Morita, T., Sato, K., Shima, Y., & Uchitoma, Y. (2008). Factors contributing to evaluation of a good death from bereaved family member's perspective.

- Psycho-oncology*, 17 (6), 612-620.
- Mok, E., Chan, F., Chan, V., & Yeung, E. (2003). Family experience caring for terminally ill patient with cancer in Hong Kong. *Cancer Nursing*, 26, 276-275.
- Pusa, S., Persson, C., & Sundin, K. (2012). Significant others' lived experiences following a lung cancer trajectory-From diagnosis through and after the death of a family member. *European Journal of Oncology Nursing*, 16, 34-41.
- Sherwen, E. (2014). Improving end of life care for adults. *Nursing Standard*, 28 (32), 51-57.
- Shirado, A., Morita, T., Akazawa, T. et al. (2013). Both maintaining hope and preparing for death: Effects of physicians' and nurses' behaviors from bereaved family members' perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45 (5), 848-858.
- Tim Wong, W.K., & Ussher, J. (2009). Bereaved informed cancer carers making sense of their palliative care experience at home. *Health and Social Science in Community*, 17 (3), 274-282.
- Vig, E. K., & Pearlman, R.A. (2004). Good and bad dying from the perspective of terminally ill men. *Achieve of Internal Medicine*, 164(9), 977-981.
- Wong, M.S., & Chan, SW.C. (2007). The experiences of Chinese family members of terminally ill patient a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 16(12), 2357-64.
- World Health Organization. (2014). *Cancer: Palliative care is an essential part of cancer control*. Retrieved from www.who.int/cancer/palliative/en.
- Yoo, J., Lee, J., & Chang, S.J. (2008). Family experiences in end of life care: A literature review. *Asian Nursing Research*, 2 (4), 223-234.