

โครงสร้างการสื่อสารและปฏิบัติการแบบประคับประคองของจิตอาสาข้างเตียง กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระยะสุดท้าย

Communication Structures And Practices Of Palliative Care Volunteers With Caregivers Of End-Stage Patients With Chronic Non-Communicable Diseases

สวรรณกมล จันทระมะโน (Sawankamol Chantaramano) *

พิทักษ์ ศิริวงศ์ (Phitak Siriwong) **

ไพโรจน์ วิไลนุช (Pairote Wilainuch) ***

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ใช้วิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา เพื่อศึกษาว่าจิตอาสาที่ผ่านการอบรมจากเครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคม และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระยะสุดท้าย (NCDs) สนทนาเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยในการดูแลอย่างไร การใช้วิธีวิทยานี้ทำให้เห็นกระบวนการต่อรองทางความหมายที่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยอื่นที่มักนำเสนอเพียงคำบอกเล่าหรือความคิดเห็น วิธีวิทยานี้ใช้เวลา 2 เดือนในการเข้าเก็บข้อมูลที่อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ด้วยการบันทึกวาทะสนทนาสนทนาระหว่างจิตอาสาและผู้ดูแลรวมจำนวน 10 กรณีศึกษา และงานวิจัยนี้ยังเก็บข้อมูลด้วยการสังเกตและสัมภาษณ์ระดับลึก สรุปผลการวิจัยพบว่า

1. โครงสร้างการสนทนาในเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การเปิดประเด็น การทดสอบการรับรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยและการดำเนินโรค การให้คำแนะนำ และการยุติหรือออกจากบริบทเรื่องการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย
2. การดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลในสถานการณ์จริง จิตอาสาใช้เทคนิคและภาคปฏิบัติด้านการสื่อสารที่เห็นได้อย่างเด่นชัดจำนวน 4 ข้อ คือ เทคนิคการสร้างสภาพแวดล้อมการปฏิสัมพันธ์ที่สร้างขึ้นในมุมมองของคู่สนทนา เทคนิคการใช้คำถามโดยใช้คำว่าสมมติ เทคนิคการใช้คำเลี่ยงคำที่ไม่สุภาพโดยใช้ศัพท์หรือภาษาที่นุ่มนวล และเทคนิคการอ้างอิงบุคคลที่ 3

* สาขาการจัดการ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร

Faculty of Management Science, Silpakorn University

** รองศาสตราจารย์ ดร.สาขาการจัดการธุรกิจทั่วไป คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร

Associate Professor, Faculty of Management Science, Silpakorn University

*** รองศาสตราจารย์ ดร.สาขาวิชาการประชาสัมพันธ์ คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย

Associate Professor, Faculty of Communication Arts, University of the Thai Chamber of Commerce

3. จิตอาสาใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพเพื่อการเยียวยาในการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในสถานการณ์จริง ทั้งการใช้คำถาม การให้คำปรึกษาตามกรอบการช่วยเหลือ การฟังอย่างลึกซึ้ง และการสัมผัส

คำสำคัญ: การสื่อสาร, ปฏิบัติการแบบประคับประคอง, จิตอาสาดูแลผู้ป่วย, ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

Abstract

This study applied conversation analysis to exploring how volunteers who have been trained by the Buddhika Network for Buddhism and Society talk with the caregivers of end-stage patients who have chronic non-communicable diseases (NCDs) about ways to handle the departure of patients in their care. The application of this methodology revealed the process of meaning negotiation which occurs naturally, making this research different from others, which usually presented only narrations or opinions. It took two months for data collection for this research at Mae Rim district, Chiang Mai province, by videotape recording of conversations between the volunteers and caregivers, totaling 10 cases. In addition, data collection was also carried out by observation and in-depth interviews. The research outcomes were as follows:

1) The structure of conversation about ways to cope with the departure of a patient comprises four stages: raising an issue, assessing the awareness of the patient's illness and giving advice, and ending the conversation or exit from the context of practices to cope with the patient's death.

2) In taking of patients and caregivers in a real situation, the volunteers used four communication techniques and practices: auspicious interactional environment, hypothetical questioning, euphemism, and referring to a third party.

3) Volunteers applied the theory of relativity for the remedy to care of the patients and caregivers in a real situation, which involves the use of questions, consultation (under their assistance framework), attentive listening, and touching.

Keywords: Communication, Palliative Care, Volunteers, Caregivers, End Stage patients

บทนำ

ปัจจุบันโลกมีปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable disease; NCDs) ซึ่งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงทั้งในด้านการสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคมและส่งผลต่อการพัฒนาประเทศทั่วโลกจากผลการสำรวจสถานการณ์ความรุนแรงของโรค NCDs โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ปี 2013 พบว่ามีผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรค NCDs ประมาณ 36 ล้านคนจาก 57 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 63 ของการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก และมีรายงานจาก Global health observatory data

repository (South-East Asia Region) ว่าในปี 2555 ประเทศไทยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่ป่วยด้วยโรคในกลุ่ม NCDs ทั้งสิ้น 25,225 ล้านบาทต่อปี

หากกล่าวถึงผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วยด้วยโรค NCDs นอกเหนือจากด้านค่าใช้จ่ายจำนวนมากที่กล่าวไปแล้วข้างต้น แต่ยังมีผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลอีกด้วย ซึ่งในอดีตผู้ดูแลจะหมายถึงญาติสนิทหรือสมาชิกในครอบครัว หรือที่เรียกว่า “Informal caregiver” และการอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายและผู้ดูแล ถือว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของการบริหารจัดการความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลรูปแบบหนึ่งที่มีความยากยิ่ง (Pickens, N. D., O'Reilly, K. R., & Sharp, K. C., 2010) หรือจะกล่าวได้ว่า “เมื่อบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย อาจส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการสื่อสารและการดูแล” เพราะฉะนั้นการสื่อสารจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด (Rousseau, P., 2003) ซึ่งมีงานวิจัยในต่างประเทศที่ให้ความสำคัญกับปัญหาที่เกิดจากประสิทธิผลของการสื่อสารโดยเฉพาะในบริบทของการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งถูกจัดให้เป็นปัญหาระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรงในด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว (Docherty, A., Owens, A., Asadi-Lari, M., Petchey, R., Williams, J., & Carter, Y.H., 2008) ดังนั้น ประสิทธิภาพด้านการสื่อสารทั้งการรับฟังอย่างเข้าใจรวมถึงการให้คำปรึกษาจากคนรอบข้างที่หมายรวมถึงจิตอาสาที่มีความรู้ความชำนาญจึงมีความสำคัญมากเพราะการสื่อสารที่มีประสิทธิผลเป็นส่วนหนึ่งของการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถประคับประคองผู้ป่วยให้มีกระบวนการตายที่ดี ปราศจากความทุกข์ทรมานได้ทำตามความต้องการของตนเอง จากไปอย่างสงบ มีสติ ได้มีโอกาสสั่งเสีย ร่ำลา ขอขมาลาโทษกัน อันเป็นการก้าวข้ามการยึดชีวิตที่ละเอียดละวมิตินทางจิตใจ (จอนณะจาง เฟิงจาด, 2556)

เครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคม (เครือข่ายพุทธิกาฯ) โดยมีพระไพศาล วิสาโล เป็นประธานเครือข่าย ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) เริ่มทำความเข้าใจและเผยแพร่แนวคิดเกี่ยวกับตายที่ดีตามแนวทางของพุทธศาสนาตั้งแต่ปี 2544 เพื่อดำเนินงานในเรื่องจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยตรง จึงนับเป็นนิมิตหมายอันดีในการทำให้กิจกรรมจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนเรื่องการตาย ซึ่งต้องอาศัยกลไกความรู้ จิตสำนึกและความร่วมมือที่หลากหลาย (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2553) ซึ่งการดูแลเหล่านี้จะประกอบด้วยเทคนิคการสื่อสาร การสนทนาที่สืบเนื่องมาจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง อันเป็นการสร้างประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแล อีกทั้งยังสะท้อนถึงการจัดระเบียบทางสังคมในเรื่องสำคัญบางประการซึ่งอาจเชื่อมโยงกับมิตินทางจิตหรือศาสนา จะนำไปสู่ความเข้าใจในข้อมูลธรรมชาติ (Naturally occurring data)

จากการทบทวนงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ปรากฏในสังคมไทยและต่างประเทศ ผู้วิจัยพบหลายประเด็นที่สนใจ จึงขอสรุปรวมเป็น 2 ประเด็นหลัก ๆ ดังนี้

ประเด็นที่ 1 งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาด้วยการกำหนดคำนิยามล่วงหน้าจากแนวคิดและทฤษฎีแล้วเขียนลงในแบบสอบถาม เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเลือกตามที่เห็นว่าสมควรหรือใกล้เคียงความจริง จึงทำให้ข้อมูลสำคัญบางอย่างขาดหายไปและข้อมูลที่ได้ขาดความเป็นธรรมชาติ เช่น สิ่งที่เกิดขึ้นในระหว่างการสื่อสารแบบเผชิญหน้า ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการใช้สีหน้า อารมณ์ การพูดคุยอย่างเป็นธรรมชาติ เป็นต้น ทำให้ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตได้ว่า การศึกษาบริบทของความตายในครอบครัวที่มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสังคมไทย ยังอาศัยวิธี

การศึกษามุมมองและแนวคิดแบบที่เป็นมาด้วยวิธีวิทยาแบบเดิม ดังนั้นจึงถือเป็นความจำเป็นที่ต้องมีการศึกษาอย่างแตกต่างในบริบทเชิงลึก เช่น การศึกษาถึงการสื่อสารระหว่างจิตอาสากับญาติผู้ดูแล ที่พูดคุยถึงการเตรียมพร้อมรับกับการจากไปของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่อาจประกอบด้วยพิธีกรรมทางศาสนา หรืออื่นๆ ตามความเชื่อ อากาของของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความไม่แน่นอนเพราะการดำเนินของโรค การยอมรับได้ในเหตุสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เป็นต้น และวิธีวิทยาที่ศึกษาการสื่อสารในบริบทนี้ จะสามารถวิเคราะห์การสื่อสารที่เกิดขึ้นจริงจากการแสดงออกของคนที่เป็นเจ้าของประสบการณ์และเป็นประสบการณ์ของเขาโดยตรง ซึ่งถือได้ว่าเป็นความจริงเฉพาะ

ประเด็นที่ 2 จากการทบทวนวรรณกรรม พบผลการวิจัยที่บ่งชี้ถึงความสำคัญอย่างมากของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย คนในครอบครัว และบุคลากรทีมสุขภาพ เช่น (1) จากการสื่อสารถึงสภาวะทางร่างกายและอารมณ์ ผลการวิจัยระบุว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายเลือกสื่อสารกับคนในครอบครัวมากกว่าผู้อื่น (Hinton, 1998), (2) การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว สามารถทำนายระดับการปรับตัวเข้ากับการรักษาโรคมะเร็งของผู้ป่วยได้ (Gotcher, 1993), (3) ครอบครัวมีแนวโน้มที่เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจและรับรู้ถึงกระบวนการรักษาในทุกๆ ชั้นของความเจ็บป่วย ร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพ (Litman, 1974) และ (4) ผู้ป่วยมากกว่า 2,000 รายที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการดูแลจากคนในครอบครัวมากกว่า 80% (Addington-Hall & McCarthy, 1995) แต่เมื่อพิจารณางานวิจัยของไทยกลับไม่ค่อยพบการศึกษาด้านการสื่อสารในเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าครอบครัวมีการสื่อสารกันอย่างไรเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือครอบครัวมีการสื่อสารกับบุคลากรทีมสุขภาพอย่างไรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อให้สามารถสนับสนุนและรับมือกับปัญหาดังกล่าวร่วมกันได้ ในเรื่องนี้ผู้วิจัยมีความเชื่อว่า การสื่อสารทางสังคมที่มีความสำคัญและควรแสดงได้ถึงรายละเอียดการสนทนาตลอดจนโครงสร้างของการพูดคุยในบริบทนั้น ๆ โดยมีเทคนิคและวิธีการสื่อสารแบบเฉพาะ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า ขณะนี้ยังเป็นช่วงเริ่มต้นของการวิจัยเชิงประจักษ์ เพื่อสร้างความเข้าใจด้านสื่อสารทางสังคมและกิจกรรมการสื่อสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยมีความเชื่อมั่นว่า การสนทนาเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการอยู่ร่วมกันของมนุษย์ โดยเฉพาะการสื่อสารที่ต้องการถ่ายทอดและรับรู้ถึงความรู้สึกระหว่างกัน การสนทนาจะสามารถสะท้อนถึงอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ค่านิยมความเชื่อ ชีวิตจิตใจของผู้พูด การส่งมอบความรู้สึกถึงความสัมพันธ์ระหว่างคู่สนทนาได้อย่างชัดเจน และถึงแม้จะมีวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลจากบทสนทนาหลากหลายวิธีการ แต่ผู้วิจัยได้ตัดสินใจเลือกวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ “การวิเคราะห์การสนทนา” (Conversation Analysis หรือ CA) มาใช้ในงานวิจัยนี้ เพราะมีจุดเด่นที่สำคัญ 2 ประการ คือ

ประการที่ 1 การวิเคราะห์การสนทนาเป็นวิธีวิทยาและการเก็บข้อมูลที่สำคัญกับวิธีการจริงที่สมาชิกในสังคมใช้ มุ่งเน้นบริบทที่เกิดจากการพูดคุยของคู่สนทนา (สุจริตลักษณ์ ตีผลดง , 2552) ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้ ที่มุ่งศึกษาถึงวิธีการที่จิตอาสาใช้ทฤษฎีตามที่ได้รับอบรมเชิงปฏิบัติการ “อาสาข้างเตียง” จัดโดยเครือข่ายพุทธิกา มาใช้ในการพูดคุยกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในบริบทสำคัญๆ ได้แก่ เรื่องอาการของผู้ป่วยทั้งทางกายและทางจิต, ความไม่แน่นอนที่เกิดจากการดำเนินของโรค NCDs, การเตรียมตัวเตรียมใจกับการจากไปของผู้ป่วย, ความรู้สึกของญาติผู้ดูแลกับการดำเนินของโรค NCDs ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

ประการที่ 2 การวิเคราะห์การสนทนา จะอธิบายถึงโครงสร้างของการสนทนา (Conversation Structure) เกี่ยวกับระบบการผลัดเปลี่ยนกันพูด (Turn-Taking) คู่วจนกรรม (Adjacency Pair) การปรับแก้ (Repair) รวมทั้งการเปิดการสนทนา (Conversation Opening) และการปิดการสนทนา (Conversation Closing) นอกจากนี้ยังศึกษารวมถึงหัวข้อ (topic) และการเปลี่ยนหัวข้อ (topic shift) ของการสนทนาด้วย (Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974) ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้ ที่ต้องการเปิดมุมมองเชิงประจักษ์ในการสื่อสารระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแลที่ทุกข์ใจและอากัปกิริยาของทั้งคู่สนทนา ล้วนแต่สะท้อนถึงปรากฏการณ์ที่เป็นความจริงเฉพาะโดยทั้งสิ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

งานวิจัยนี้กำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัย 3 ข้อ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาโครงสร้างการพูดคุยเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย
2. เพื่อศึกษาเทคนิคและภาคปฏิบัติด้านการสื่อสารที่จิตอาสานำไปใช้ในสถานการณ์จริง
3. เพื่อติดตามการนำความรู้ด้านการสื่อสารของจิตอาสาที่ได้รับจากการอบรมเชิงปฏิบัติการอาสาข้างเตียง

จัดโดยเครือข่ายพุทธิกาฯ ไปใช้ในสถานการณ์จริง

ขอบเขตของงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นศึกษาโครงสร้างการสื่อสารและปฏิบัติการแบบประคับประคองของจิตอาสาข้างเตียงกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้าย โดยศึกษาถึงโครงสร้างการพูดคุยเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย เพราะภายใต้โครงสร้างนี้จะมีเทคนิคและวิธีการสื่อสารเฉพาะในกรณีที่จิตอาสาต้องพูดคุยกับญาติผู้ดูแลในเรื่องสำคัญ และเพื่อติดตามการนำความรู้ด้านการสื่อสารของจิตอาสาที่ได้รับจากการอบรมฯ ไปใช้ในสถานการณ์จริง ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตของการวิจัยดังนี้

ขอบเขตด้านผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informant) หมายถึงบุคคลที่ให้ข้อมูลระหว่างการสนทนา การสัมภาษณ์ระดับลึกซึ่งในงานวิจัยนี้ได้แก่ จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้าย ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักโดยยึดหลักการเลือกแบบเจาะจง (purposive) การเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักเช่นนี้กำหนดรอบในการเลือกอย่างกว้าง ๆ คือ ต้องเป็นจิตอาสา ที่ผ่านการคัดเลือกและได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการ “อาสาข้างเตียง” ที่จัดโดยเครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธานุสาและสังคม และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้าย ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ประจำโรงพยาบาลในบริเวณใกล้เคียงและญาติผู้ดูแลให้การยืนยันกับจิตอาสาว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายพร้อมทั้งยินดีให้ข้อมูล

การเลือกผู้ให้ข้อมูลของงานวิจัยนี้ต่างจากงานวิจัยเชิงปริมาณกล่าวคือ จุดมุ่งหมายของงานวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งถือเป็นกระบวนการค้นคว้าหาความรู้หรือคำอธิบายสำหรับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง คนที่เจาะจงเลือกมาศึกษามีการให้ความหมายต่อสิ่งต่าง ๆ อย่างหลากหลายและมีการมองโลกตามที่เขามีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมซึ่งจะต้องเกิดขึ้นภายใต้บริบทเฉพาะ เมื่อบริบทเปลี่ยนไปคนคนหนึ่งจะมีวิธีคิด การมองโลกและพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ซึ่งจะแตกต่างจากฐานคิดของงานวิจัยอื่นที่มุ่งทดสอบ

สมมติฐาน ต้องการหากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะเหมาะสมมาเป็นตัวแทนของประชากรที่นักวิจัยใช้ศึกษาเพื่อหา กฎจากกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้และเชื่อว่ามีความน่าเชื่อถือที่จะสามารถนำไปใช้อ้างอิงได้ในพื้นที่อื่นได้ด้วย

การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการหลายอย่างแล้วนำข้อมูลที่ได้มารวมกันเพื่ออธิบายเรื่องการจัดการ ในการดูแลผู้ป่วย NCDs ระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง นำมาซึ่งแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยทำให้การอธิบายชัดเจนขึ้น แต่ข้อมูลที่เป็นหัวใจหลักของงานวิจัยคือข้อมูลที่มาจากการสนทนา และในงานวิจัยนี้ผู้วิจัย ขอจำแนกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

1. จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นจิตอาสาที่ผ่านการคัดเลือกและได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการอาสาข้างเตียงที่จัดโดยเครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคม ครบทั้งหลักสูตร จำนวน 10 คน กล่าวคือ จะต้องผ่านการอบรม 2 วัน (ไป-กลับ) เข้าใจรูปแบบการเยี่ยมว่าเป็นเพื่อนให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยมีจิตอาสา 1 คน ต่อคนไข้ 1 คน ระยะเวลาเยี่ยมผู้ป่วยในระยะเวลา 3 เดือน เข้าเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อย สัปดาห์ละครั้ง สรุปการเรียนรู้เดือนละครั้ง รวม 3 ครั้ง ซึ่งเนื้อหาสำคัญของการอบรมผู้วิจัยจะกล่าวถึงในบทที่ 2

2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ญาติสนิทหรือสมาชิกในครอบครัว (Informal Caregiver) จำนวน 10 คน ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ประจำโรงพยาบาลบริเวณใกล้เคียง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสนับสนุน

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสนับสนุนได้แก่ บุคลากรทางการสาธารณสุขอื่น ๆ เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลที่สนใจด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม มีความสามารถสื่อสารภาษาถิ่นได้เป็นอย่างดี และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการฝึกอบรมของเครือข่ายพุทธิกา

การเลือกพื้นที่สำหรับการวิจัยและเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเลือกอำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ เป็นพื้นที่สำหรับการวิจัยและเก็บข้อมูล เนื่องจากในพื้นที่แห่งนี้มีจิตอาสาที่ผ่านการอบรมจากเครือข่ายพุทธิกา และเกิดการรวมกลุ่มกันเกิดเป็นความร่วมมือระหว่างจิตอาสา โรงพยาบาล พระสงฆ์ เกิดเป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้จิตอาสาเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และยังลงพื้นที่ดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นประโยชน์และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้

ผู้วิจัยตระหนักดีว่า พื้นที่นี้มีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีความเป็นเลิศด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค NCDs อยู่แล้ว แต่ผู้วิจัยมีความประสงค์ที่จะแสดงถึงการสื่อสารระหว่างจิตอาสาที่ผ่านการอบรมกับญาติผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้าย ว่าญาติผู้ดูแลมีแนวคิดเกี่ยวกับการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยในการดูแลอย่างไรบ้าง มีแนวทางอย่างไรในการรับมือหรือเตรียมพร้อมรับกับการจากไปของผู้ป่วย หรือแม้แต่มสิ่งใดที่ดีที่ควรนำมาประชาสัมพันธ์หรือสิ่งใดที่เป็นข้อบกพร่องที่ควรเป็นข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงให้แก่จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป

จริยธรรมในการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่ต้องการศึกษารูปแบบและกระบวนการจิตอาสาของผู้ป่วย ที่ผ่านการอบรมจากเครือข่ายพุทธิกา ครบทั้งหลักสูตร ผู้วิจัยตระหนักถึงความอ่อนไหวและจริยธรรม จึงให้ความสำคัญต่อขั้นตอนและกระบวนการวิจัย โดยได้ขออนุญาตต่อผู้ให้ข้อมูลหลักและแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งได้มีการนัดหมายวันเวลาก่อนสัมภาษณ์

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยไม่กดดันผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยพยายามสัมภาษณ์อย่างผ่อนคลายและพร้อมสัมภาษณ์ใหม่เพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลหลักติดภารกิจ หรือ เกิดอาการสับสนเนื่องจากเครียดในการดูแลผู้ป่วย การสัมภาษณ์จึงเป็นไปในรูปแบบการถามความเห็นเชิงวิชาการ มีการอธิบาย สอดแทรกการแสดงความเห็น โดยหลีกเลี่ยงประเด็นที่เกี่ยวกับคำตอบแทน การเปรียบเทียบกับจิตอาสาประเภทอื่น การพาดพิงถึงบุคคลอื่น ความเหลื่อมล้ำทางวิชาชีพและฐานะสังคม ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความเห็นโดยอิสระ ผู้วิจัยเคร่งครัดต่อหลักการ 5 ประการ ตามแนวทางของเจษฎา นกน้อย (2554) คือ 1) เคารพความเป็นส่วนตัว 2) รักษาความลับ 3) ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4) การอธิบายโครงการวิจัยต่อผู้ให้ข้อมูล และ 5) ผลประโยชน์ การแลกเปลี่ยน และการแบ่งปัน

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ในงานวิจัยนี้ประกอบด้วยการเข้าถึงข้อมูล 2 แบบ ได้แก่ การสัมภาษณ์ระดับลึก (Indept Interview) กับจิตอาสา ที่ผ่านการอบรมโดยเครือข่ายพุทธิกา ครบทั้งหลักสูตร และ การวิเคราะห์การสนทนา ในเรื่องนี้ที่ต้องการหาว่าญาติผู้ดูแลมีแนวทางการจัดการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างไร โดยมีที่มาจากข้อมูลหลักคือการพูดคุยแบบเผชิญหน้าระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยขอแยกการเข้าถึงข้อมูลออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. การสัมภาษณ์ระดับลึก

การสัมภาษณ์ระดับลึก (Indept Interview) เป็นกิจกรรมในการวิจัยระหว่างตัวผู้วิจัยและจิตอาสา ผ่านการอบรมโดยเครือข่ายพุทธิกา และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมจำนวน 10 คน ซึ่งผู้วิจัยต้องการดึงข้อมูลสำคัญจากความจริงที่มีความหมายเฉพาะสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ผู้วิจัยจึงใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเปิดเผยข้อมูล โดยเริ่มจากขั้นตอนดังนี้

1.1 ผู้วิจัยวิจัยแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ในการวิจัย โดยกล่าวถึงการศึกษาที่เกิดประโยชน์ต่อการจัดการและการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจและเต็มใจมีส่วนร่วมในการวิจัย

1.2 สร้างสัมพันธภาพอันดีกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ พร้อมกับการพูดคุยด้วยความจริงใจและทำการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยข้อคำถามปลายเปิดที่เตรียมไว้ก่อนหน้า ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าการปฏิบัติเช่นนี้จะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถสร้างสัมพันธภาพอันดีและเกิดความไว้วางใจทั้งกับจิตอาสาซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสนับสนุน

2. การบันทึกการสนทนาสำหรับวิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา

ในการเก็บข้อมูลการสนทนาระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแล เริ่มขึ้นโดยผู้วิจัยแนะนำตัวว่าเป็นพนักงานราชการ รายละเอียดส่วนตัวที่เกี่ยวข้อง ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย กระบวนการ ขั้นตอน ประโยชน์ที่ได้รับ จริยธรรมในการวิจัย การรักษาความลับ ระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนให้จิตอาสาทราบเป็น

รายบุคคล แต่ในช่วงแรกผู้วิจัยมีอุปสรรคในการใช้เวลาอยู่ในพื้นที่ กล่าวคือผู้วิจัยไม่สามารถอยู่ในพื้นที่เก็บข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง เพราะผู้วิจัยมีวันลาราชการที่จำกัดผู้วิจัยจึงขอความช่วยเหลือจากจิตอาสาในการเข้าถึงข้อมูลเป็นหลัก จิตอาสาหาพบผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้า เมื่อผู้ให้ข้อมูลอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจึงเดินทางไปในพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลนั้น

แต่ผู้วิจัยก็ได้พบว่าการดำเนินการดังกล่าวไม่ได้ผล เพราะเมื่อจิตอาสาหาพบผู้ดูแลไ้ว์เรียบร้อยแล้ว แต่ผู้ป่วยมีการทรุดหนักลง ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่สะดวกที่จะออกมาให้พูดคุยกับจิตอาสาได้ จึงทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลการสนทนาของผู้ดูแลคนนั้นได้ การเก็บข้อมูลในงานวิจัยลักษณะนี้มีความไม่แน่นอนสูง แต่ผู้วิจัยก็ได้ละความพยายามในการเก็บข้อมูล และมองว่าการวางแผนพลาดในครั้งแรกนี้ทำให้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ซึ่งทำให้ผู้วิจัยเกิดการเรียนรู้ที่จะปรับกลยุทธ์ใหม่ โดยวางแผนในการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลใหม่ คือ ผู้วิจัยลงงานแบบให้มีช่วงคาบเกี่ยวกับวันหยุดที่ทางรัฐบาลประกาศในหยุดแบบต่อเนื่อง และไปรอเก็บข้อมูลตั้งแต่เวลา 08.00 น. ถึง 18.30 น. เป็นเวลาต่อเนื่องกัน 5 วัน ทั้งหมด 3 รอบ รวมเป็น 15 วันโดยไม่เว้นวันหยุด พร้อมทั้งขอความร่วมมือจิตอาสาให้หาพบผู้ดูแลไ้ว์ล่วงหน้า และนัดให้มาเจอที่สถานที่เก็บข้อมูลที่เป็นห้องที่จัดเตรียมไว้ในบริเวณใกล้เคียงที่ได้รับอนุญาตให้ตั้งกล้องบันทึกการสนทนาและเครื่องบันทึกเสียง เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้พูดคุยกับจิตอาสาในเรื่องที่เป็นคำถามการวิจัย พร้อมทั้งบันทึกการสนทนาในขณะนั้นเลยจากการใช้วิธีนี้ ทำให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลได้ 10 กรณีศึกษา ซึ่งผู้วิจัยคิดว่ามีมากเพียงพอต่อการวิเคราะห์ข้อมูล

แม้งานวิจัยนี้ใช้ข้อมูลจากหลายแหล่ง ทั้งจากการสนทนาจิตอาสาและผู้ดูแลไ้ว์ผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์เชิงลึกจิตอาสาและจากการสังเกต ทั้งนี้เพื่อทำให้การอธิบายชัดเจนขึ้น แต่ข้อมูลซึ่งถือเป็นหัวใจหลักของงานวิจัยคือข้อมูลที่มาจากการสนทนา

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยถอดบทสัมภาษณ์และใส่เครื่องหมายที่เป็นสัญลักษณ์แสดงลักษณะการพูดของผู้พูด ตามข้อกำหนดของการวิจัยที่อาศัยระเบียบวิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา ถือเป็นการใช้เครื่องหมายที่ปรากฏในบทสัมภาษณ์ตามแนวทางสากลที่มีความจำเป็น เพราะทำให้นักวิชาการที่นิยมวิเคราะห์การสนทนาทั่วโลกสามารถทำความเข้าใจได้เหมือนกันว่าผู้พูดพูดอย่างไร และเพื่อให้ผู้อ่านงานวิจัยนี้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงขอเสนอถึงสัญลักษณ์ที่แสดงลักษณะการพูดของผู้พูดไ้ว์ท้ายบทความ

ผลการวิจัย

การตอบคำถามการวิจัยนี้ ผู้วิจัยตอบด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ (empirical data) และเป็นข้อมูลที่มาจากภาคสนาม 2 ส่วนคือ ข้อมูลจากการสนทนาและข้อมูลชาติพันธุ์วรรณา งานวิจัยนี้ทำให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมักรับรู้อาการของผู้ป่วยในปัจจุบันแต่ยังขาดการรับรู้การดำเนินโรค ซึ่งทำให้ครอบครัวไม่ได้เตรียมตัวรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยเท่าที่ควร นอกจากนั้นในการดูแลแบบประคับประคองยังมีมิติด้านวัฒนธรรม ศาสนา และความเชื่อต่าง ๆ ที่ยังคงมีให้เห็นอยู่ด้วย

เพื่อให้เกิดความครบถ้วนและเกิดประโยชน์ต่องานวิจัยที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ผู้วิจัยจึงแบ่งบทนี้ออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นการสรุปผลการวิจัย ผู้วิจัยสรุปด้วยการตอบคำถามการวิจัยเรียงลำดับตามข้อของวัตถุประสงค์ของงานวิจัยที่กำหนดไว้ 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นการอภิปรายผล บทนี้ชี้ให้เห็นว่าจิตอาสาใช้ความรู้ผ่านการพูดคุยอย่างไร แนวคิดและทฤษฎีมีประสิทธิภาพอย่างไรเมื่อต้องนำมาใช้ในสถานการณ์จริง นอกจากนี้ ผู้วิจัยเชื่อมโยงข้อค้นพบกับแนวคิดและทฤษฎีว่ามีสิ่งใดที่เหมือนหรือต่างกับทฤษฎี เราจำเป็นต้องปรับตัวให้เป็นไปตามทฤษฎีหรือไม่อย่างไร หรือควรยึดถือปฏิบัติไปตามแบบของสังคมไทย

ส่วนที่ 3 เป็นข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยในครั้งถัดไป

ส่วนที่ 1 สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์

1. โครงสร้างของการพูดคุยในเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยนี้ถือเป็นโครงสร้างของการกระทำทางสังคม (structure of social action) มีความเป็นรูปแบบ (pattern) ที่แน่นอน มีการกระทำออกมาเป็นโครงสร้าง การพูดคุยแต่ละครั้งเป็นพฤติกรรมที่มีการตอบสนองซึ่งกันและกัน มีการใช้ความรู้ที่ได้จากการอบรมและความรู้จากแหล่งอื่น ๆ มาเป็นส่วนช่วยให้คนมีความเข้าใจ (oriented) และมีความไว (sensitivity) ต่อบริบทในโครงสร้างทางสังคม และในทางกลับกันหากคนที่สื่อสารกันไม่เข้าใจบริบทหรือขาดความรู้ในเรื่องของบริบทก็จะทำให้การสื่อสารพูดคุยไปคนละทาง พูดคุยกันไม่ค่อยรู้เรื่อง

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาข้อมูลการสนทนาจากวีดิทัศน์เข้าไปเข้ามาหลายรอบ และสรุปออกมาเป็นโครงการการสนทนา 4 ขั้นตอนได้แก่

1.1 การเปิดประเด็น

ในงานวิจัยนี้พบว่าจิตอาสาจะใช้คำถามเหล่านี้เพื่อเป็นการทักทาย (greeting) เปิดประเด็นการสนทนา (opening) ด้วยการที่จิตอาสาเป็นผู้แนะนำตัวและกล่าวถึงหน้าที่การงานของตน ดังตัวอย่างเช่น **จิตอาสา** ((ยกมือไหว้)) คุณแม่สวัสดิ์ค่ะ ผู้ดูแล 1 ((ยกมือรับไหว้)) สวัสดิ์ค่ะ และจิตอาสาจึงเข้าสู่การแนะนำตัวซึ่งเป็นการบอกกว่าตัวตนเองเป็นใคร ทำหน้าที่อะไร เช่น เป็นพยาบาล (.) ทำงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายสองเนื้ (.) แต่ว่าตอนเนื้ (.) ความจริง (.) คุณพยาบาลเนื้ย้ายไปอยู่งานเยี่ยมบ้าน (.) แต่ว่าก่อนขึ้นมาจ๊ว๊:: ดูแลคนไข้ (.) ส่วนใหญ่คุณพยาบาลมีหน้าที่ (.) ดูแลคนไข้ระยะ (.) ประคับประคองค่ะ (.) ก่อคือคนไข้ที่หมอบอกว่า (2.0) ปะสามารถรักษาที่หายได้ (.) อย่างเอี้ยเนาะ (.) ก่อจะดูแลแบบประคับประคอง (.) ปะที่ื่อเป็น (.) เจ็บปวด (.) ปะที่ื่อเป็นทรมาณเนาะ (.) เจ้า (.) การกล่าวถึงหน้าที่ความรับผิดชอบของจิตอาสา นี้ แสดงให้ญาติผู้ป่วยทราบเป็นนัยว่าเรื่องที่พูดคุยต่อไปจากนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับอะไร ถือได้ว่าเป็นการเกริ่นนำเพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถคิดนำไปก่อนได้ รวมถึงความช่วยเหลือที่สามารถเอื้อให้กับญาติผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยได้ แล้วจึงตามด้วยการพูดคุยเรื่องสัพเพเหระซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อการอยู่ร่วมกันทางสังคม แต่การถามในบางบริบทมีความหมายมากกว่าที่ผู้วิจัยพูดถึง ไม่ได้ถามเพื่อให้การมีปฏิสัมพันธ์ดำเนินไปเท่านั้นหรือเป็นการถามอย่างไร้เป้าหมาย แต่การถามของจิตอาสา มีนัยสำคัญเพื่อทำให้ระเบียบทางสังคม (social order) เกิดขึ้น

1.2 การทดสอบการรับรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยและการดำเนินโรค

จิตอาสาใช้โอกาสที่ญาติผู้ดูแลพูดถึงโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ซึ่งญาติผู้ดูแลรับรู้ (awareness) และจิตอาสาพยายามประเมิน (testing) ถึงการยอมรับในโรคและอาการของผู้ป่วยในความคิดของญาติผู้ดูแล ตัวอย่างเช่น จิตอาสาเลือกใช้คำว่า *หมอว่า (.) เป็นระยะ... ซึ่งญาติผู้ดูแลตอบว่า .ฮฮฮ (2.0) สุดท้าย... จิตอาสาจึงถามต่อว่า คุณลุงฮฮไหน (3.0) ว่าเป็นระยะสุดท้ายนี้ฮฮ อ่าะเร็งนี้คงฮฮแน่นอน (2.0) แต่ฮฮกว่า... จิตอาสาทิ้งท้ายประโยคไว้เพื่อให้ญาติผู้ดูแลพูดถึงเรื่องโรคที่ตนเองรู้จักครั้ง ญาติผู้ดูแลกล่าวว่า ระยะสุดท้ายนี้ (.) ปีที่แล้ว (2.0) ปีห้าแปด เป็นการเว้นไว้ให้ญาติผู้ดูแลตอบเอง ซึ่งคำตอบของญาติผู้ดูแลจะแสดงได้ว่าญาติผู้ดูแลเรื่องนี้มาด้วยตัวเองแล้ว การพูดคุยเพื่อประเมินการยอมรับของญาติผู้ดูแลใช้การถามและการตอบเป็นกลไกหลัก และหากวิเคราะห์การใช้ภาษาในการบรรยายโรครวมทั้งลักษณะอาการของผู้ป่วย ก็พอจะทำให้จิตอาสาเห็นว่า ญาติผู้ดูแลรับรู้ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต นอกจากนั้นยังพบว่า จิตอาสาชวนญาติผู้ดูแลพูดคุยเรื่องอาการและการดำเนินโรค ค่อยๆ คุยเรื่องของอาการและการลุกลามของโรคทีละขั้นและเนื้อหาของการพูดคุยทำให้มองเห็นระดับความรุนแรงของโรคมามากขึ้นตามลำดับ เพื่อนำไปสู่การให้คำแนะนำเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยต่อไป*

1.3 การให้คำแนะนำ

การให้ปรึกษาและให้คำแนะนำ (advice giving) ของจิตอาสาในงานวิจัยนี้ เกิดขึ้นเพื่อเตรียมพร้อมในการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยซึ่งต้องอาศัยคนที่อยู่ร่วมกับสิ่งเหล่านี้และเข้าใจร่วมกัน การให้คำปรึกษาในเรื่องการเตรียมตัวเตรียมใจเช่นนี้จึงไม่ใช่การใช้ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างเดียว แต่ต้องอาศัยการอยู่ร่วมกันทางสังคม ความเข้าใจในสภาพแวดล้อม ความเป็นชุมชนและวัฒนธรรมเดียวกันของทั้งจิตอาสาและญาติผู้ดูแล และยังพบว่าทั้งจิตอาสาและญาติผู้ดูแลใช้ศาสนาและวัฒนธรรมการทำบุญและตักบาตร การไปวัดในวันเทศกาลมาใช้เป็นองค์ประกอบในการพูดคุย เพื่อจัดการความวิตกกังวลร่วมกันของคู่สนทนา เช่น จิตอาสาชวนพูดคุยเกี่ยวกับการทำบุญจนกระทั่งจบการสนทนา จิตอาสาบอกว่า *ไป ↑ วัด ทำ ↑ บุญหรือว่าจะไรใหม่ เป็นคนแนวนั้นใหม่ ญาติผู้ดูแลกล่าวว่า ก่ออยาก (.) แก่ก่อยากทำนะ (.) เพราะว่า... เมื่ออาทิตย์ก่อน (.) ดีเป็นมีตักบาตรเทโว ก่อชวนแกตอนมะคีนว่า=เออพรุ่งนี้แม่จะไป เออไปไป(.)แม่จะไป จิตอาสาว่าว่า อืม... ผู้ดูแลเล่าเพิ่มอีกว่า พอเจ้มา=จะเข้าไปขนาดอุ้กับแฟนว่า=เออเฮา (.) ถ้าแม่เดินปะได้ (.) เฮาใส่รถเข็นไปน้อ... เออ... แก่ก่จะเอาขึ้นรถอะหยั่งเนี้ยแหละ มะเจ้มา ก่อปะไหว จิตอาสาบอกว่า เหนื่อย (2.0) ผู้ดูแลกล่าวว่า ปวดน้อ (.) ปวดตัว ก่อเลยอั้นก้อ (.) บอกเอาตังค์ฮอมมา (.) ตังค์แม่นั้นแหละ (.) จกมา (.) ฮอมมา (.) ก่อทำไปหื้อ จิตอาสา ((หัวเราะ)) ตีละ (.) ละก้อ=สาธุเฮาเนาะ ญาติผู้ดูแล สาธุเฮานั่นนะ ((ผงกหัว)) ((อืม))*

1.4 การยุติหรือออกจากบริบทเรื่องการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย

ในการวิจัยนี้พบว่าในการยุติการพูดคุยเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย (closing or exit from the context of practices to cope with patient's death) ในบางกรณีก็จะยุติอย่างถาวรแต่ในบางกรณีก็ยุติแค่ชั่วคราวจิตอาสาจะกลับมาอีกหลายครั้ง จำนวนครั้งที่กลับมาพูดคุยขึ้นอยู่กับว่าญาติผู้ดูแลเตรียมพร้อมกับการจากไปของผู้ป่วยมากน้อยอย่างไร เช่น หากญาติผู้ดูแลรับรู้ได้ และเตรียมตัวโดยการพูดคุยกับครอบครัวมาแล้ว จิตอาสา ก็จะสบายใจและไม่กลับมาพูดคุยบ่อย แต่จะยุติการสนทนาด้วยการให้กำลังใจ

(giving consolation) เช่น ญาติผู้ดูแลกล่าวถึงความรู้สึกดี ๆ ของตนที่มีต่อผู้ป่วย คือ (.) แก่ยกแม่เนอะคือ (.) มีอะ
 หยังเอี้ยะ แก่จะถาม (.) แม่ก้อหื้อจ๊วยไป ((ผายมือเล็กน้อย)) อะหยังไป (.) มีอะหยัง (.) แก่ผิดอะหยัง (.) แม่
 อภัยทุก... อย่าง ↑ เพราะ อันนี้ก้อ (.) ก้อบ่าฮู้เนอะ (.) ((ยกมือขึ้นเล็กน้อย)) แม่อาจจะ...แม่คิดว่าเอี้ยะ (.)
 เพราะเฮาหื้ออภัยแกตลอดใจ ((เสียงสั้น)) และจิตอาสาที่เน้นย้ำถึงความรู้สึกดี ๆ นั้น ส่งผลให้การยุติการสนทนา
 เป็นไปอย่างราบรื่นและญาติผู้ดูแลหัวเราะได้ มีความสุข จิตอาสาที่กล่าวคำพูดที่คล้อยตาม โดยกล่าวว่า ค่ะ โจ๊กดี
 ละ ลูกอินทร์ก้อโจ๊กดีมากมาก=บางคนตีเปิ้ล บ่ามีลูก (.) บ่ามีเมียเนอะ ((ผายมือ))เท่าที่คุ้มพยาบาลหันมา (.)
 เอี้ยะเนอะ ° มั่นบ่ามีใครมาผ่อ° มั่นนำเอ็นดูแต่นะเจ้าเนอะ และจิตอาสาที่กล่าวให้กำลังใจในตอนท้ายของการ
 สนทนา จิตอาสาที่กล่าวว่า ถ้าหยังใดก้อ (.) เป็นกำลังใจหื้อเน้อเจ้า แต่ในทางกลับกันหากจิตอาสาประเมินแล้ว
 พบว่าอาจมีปัญหาทางการเงินทั้งระหว่างที่ดูแลผู้ป่วยหรือภายหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตจิตอาสาจะประสานขอ
 ความช่วยเหลือจากสังคมสงเคราะห์ให้ต่อไป

2. เทคนิคและภาคปฏิบัติด้านการสื่อสารที่จิตอาสาเข้าไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง
 เกิดจากการที่ผู้วิจัยดูวีดิทัศน์เข้าไปเข้ามาหลายรอบ ศึกษาการพูดคุยทุกกรณีศึกษารวมทั้งนำข้อมูลส่วนอื่นจาก
 ภาคสนามมาประกอบกัน พบว่าในแต่ละขั้นตอน ทั้งจิตอาสาและญาติผู้ดูแล มีการเลือกใช้เทคนิคต่าง ๆ ที่
 น่าสนใจร่วมกันและผู้วิจัยได้พบข้อสังเกตที่น่าสนใจเพิ่มเติมว่า บางเทคนิคนั้นก็ใช้ครั้งเดียวแต่บางเทคนิคและ
 วิธีการพูดคุยก็อาจใช้หลายครั้ง บางเทคนิคใช้ได้อย่างดีเมื่อใช้เทคนิคนี้เทคนิคเดียวแต่บางเทคนิคอาจต้องใช้
 ร่วมกับวิธีการอื่นจึงจะทำให้การพูดคุยเป็นไปตามที่ผู้พูดต้องการ และยังพบว่าในการใช้เทคนิคต่างๆ นั้นอาจ
 เกิดขึ้นทั้งแบบที่ผู้พูดรู้ตัวและผู้พูดไม่รู้ตัว ซึ่งในบทความนี้ผู้วิจัยจึงขอเลือกนำเสนอเทคนิคที่ทั้งจิตอาสาและญาติ
 ผู้ดูแลเลือกนำมาใช้บ่อย ๆ จนเป็นที่สังเกตได้ จำนวน 4 เทคนิค ได้แก่

2.1 เทคนิคการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

ผลลัพธ์ที่เกิดประโยชน์จากการสนทนาคือการยอมรับของญาติผู้ดูแล จิตอาสา มักใช้วิธีการ
 เรียงลำดับมุมมองการนำเสนอ (perspectivedisplay sequence (PDS)) เพื่อช่วยในการเตรียมความพร้อมให้
 ญาติผู้ดูแลสามารถรับสารหรือข้อมูลที่ยากลำบากได้ ด้วยการใช้เทคนิคการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม
 (auspicious interactional environment) โดยผ่านความเห็นที่สอดคล้องตรงกันมิใช่การเผชิญหน้า ซึ่งเป็นการ
 ที่จิตอาสาพูดคุยถึงเรื่องอื่น สภาพแวดล้อมอื่นแล้วจึงนำมาสู่ข้อคำถามหรือประเด็นที่ต้องการเข้าถึงตามที่
 เรียงลำดับไว้ เช่น ทั้งนี้เพราะจิตอาสาต้องการเข้าใจถึงมุมมองของญาติผู้ดูแลที่มีความละเอียดอ่อนและมักมี
 ความซับซ้อน ตัวอย่างเช่น

- | | | |
|-----------|---|---|
| 1.จิตอาสา | | อิมดีละ (.) เอามาเยี่ยมหาคุณยายบ้าง ((ยิ้ม)) |
| 2.ผู้ดูแล | | มาหา (.) ละก้อปิ๊กบ้าน (.) ก้ออยู่กันได้ ((หัวเราะ)) |
| 3.จิตอาสา | → | ดีค่ะ (.) ดีใจด้วย (.) |
| 4. | → | ครอบครัวดี (.) ครอบครัวดีมีชัยไปกว่าครึ่ง ((หัวเราะ)) |
| 5.จิตอาสา | → | ดีละ (.) ละก้อ :: ที่นี้ค่ะ |
| 6. | → | หนูอยากถามว่า (.) ที่มีความคาดหวัง (.) |
| 7. | → | เกี่ยวกับอาการคุณยายหยั่งใด |

8. ผู้ดูแล → คาดหวัง ↑ มั้ย (.) ° หือแกหาย ° (3.0)
 9. → มันปะหายหรือ (2.0)
 10. → แต่ (.) แต่บะอย่ากหือมันนั้ไปกว่านี้
 11. จิตอาสา ไม่อย่ากให้มันทรุดตัวไปกว่านี้ (.)
 12. แล้วเราเคยเตรียมใจไหมคะ (.)

จิตอาสาและญาติผู้ดูแลได้คุยกันในเรื่องครอบครัวซึ่งเห็นได้ว่าบรรยากาศแวดล้อมในการพูดคุยเป็นไปด้วยความผ่อนคลายและจิตอาสาบอกว่า ดีค่ะ (.) ดีใจด้วย (.) ครอบครัวดี (.) ครอบครัวดีมีชัยไปกว่าครึ่ง ((หัวเราะ)) ในเวลาถัดมาจิตอาสาเข้าสู่การสอบถามคำถามเกี่ยวกับการเตรียมใจรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย ในความคิดของผู้ดูแล โดยกล่าวว่า หนูอยากถามว่า (.) พี่มีความคาดหวัง (.) เกี่ยวกับอาการคนตายยังไงใด ซึ่งการกล่าวนำด้วยเรื่องดี ๆ แล้วตามด้วยการตั้งคำถามง่ายต่อการสะท้อนใจนี้ถือได้ว่าเป็นการใช้เทคนิคการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและจากการที่จิตอาสาเลือกใช้เทคนิคนี้ แม้ว่าเมื่อถามจบญาติผู้ดูแลมีสีหน้าและอาการที่สลดลงอย่างเห็นได้ชัดแต่ก็ยังตอบคำถามจิตอาสาอย่างชัดเจนซึ่งแสดงถึงการรับรู้ และช่วยให้จิตอาสา นำคำตอบนี้ไปใช้ในการประเมินการให้คำปรึกษาได้ต่อไป

2.2 เทคนิคการใช้คำถามโดยใช้คำว่าสมมติ

ในงานวิจัยนี้จิตอาสาเป็นผู้ตั้งคำถาม เพื่อประเมินถึงการรับรู้และใช้ในการให้คำปรึกษากับญาติผู้ดูแล ดังนั้นจิตอาสาจึงเลือกใช้เทคนิคการใช้คำถามโดยใช้คำว่าสมมติ (hypothetical question) เพื่อให้ได้คำตอบที่บ่งบอกถึงความคิด การเตรียมตัวเตรียมใจต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยของตัวญาติผู้ดูแล แทนการถามแบบตรงไปตรงมา (straightforward) เพราะไม่เหมาะสมกับบริบทเช่นนี้ จากตัวอย่าง

1. จิตอาสา → อันนี้คุณพยาบาลถามเล่นเล่นปะตาย::
 2. → สมมติเนาะ = สมมติ (.) สมมติ (.)
 3. → ว่าวันหนึ่ง (2.0) อีป้อเป็นเหน้อย = เอ๊ยเจ้า
 4. ผู้ดูแล → คับ ((พยักหน้า))
 5. จิตอาสา ละก่อ :: อันถ้า (2.0) แข้งขาเป็นบวม
 6. ช่วยเหลือตัวเก่าปะได้เนาะ ↑
 7. จันวันนึ่งเป็นอี๊ด :: สุดสุด
 8. ผู้ดูแล → ผมว่า = ก่อคงจะเอามา (.)
 9. → โรงบาลละคับ ((หัวเราะ))

จิตอาสาได้มีการนำเทคนิคการใช้คำถามที่เป็นสมมติมาใช้ในการสนทนา จิตอาสาบอกว่า อันนี้คุณพยาบาลถามเล่นเล่นปะตาย:: สมมติเนาะ=สมมติ (.) ↑ สมมติ (.) ว่าวันหนึ่ง (2.0) อีป้อเป็นเหน้อย=เอ๊ยเจ้า เป็นการสอบถามในขั้นตอนของการให้คำปรึกษาเป็นการประเมินโดยจิตอาสาจากคำตอบของญาติผู้ดูแลว่ามีการเตรียมตัวหากผู้ป่วยมีการดำเนินโรคที่แยกลงเป็นลำดับอย่างไร ตามคำตอบของญาติผู้ดูแลก็คือ ผมว่า=ก่อกคงจะเอามา (.) โรงบาลละคับ ((หัวเราะ)) ซึ่งจิตอาสาทำการทวนซ้ำเพื่อความแน่ใจในประโยคถัดมา จิตอาสาบอกว่า

มาโฮงบาล=มาโฮงบาล จากการสอบถามด้วยเทคนิคนี้ถือว่าจิตอาสาได้นำเทคนิคด้านการสนทนาเข้ามาใช้ ทั้งนี้ เพื่อให้การสนทนาดำเนินต่อไปได้และไม่ส่งเกิดการกระทบกระเทือนจิตใจของญาติผู้ดูแลมากจนเกินไปนัก

2.3 เทคนิคการใช้คำเลี่ยงคำที่ไม่สุภาพโดยใช้ศัพท์หรือภาษาที่นุ่มนวล

ในงานวิจัยนี้พบว่าจิตอาสาและญาติผู้ดูแลเลือกใช้เทคนิคการใช้คำเลี่ยงคำที่ไม่สุภาพโดยใช้ศัพท์หรือภาษาที่นุ่มนวล (euphemism) เพราะการกล่าวถึงการตายของผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ง่ายต่อการกระทบกระเทือนจิตใจของญาติผู้ดูแล ส่งผลให้การสนทนาไม่ราบรื่นและยากที่จะสำเร็จ ดังนั้น จิตอาสาและญาติผู้ดูแลจึงเลือกให้คำอื่นแทนคำว่าตาย หรือ โกลัตาย และมักใช้เทคนิคการใช้คำเลี่ยงคำที่ไม่สุภาพโดยใช้ศัพท์หรือภาษาที่นุ่มนวล เช่น “หมอเป็นบอก (3.0) บอกไม่ไหวละ” “ถ้ายี้ตอายุของเป็นไปบด้าย...” “ แต่ถ้าฮักสาบด้ายละ (.) เฮาเอาไต่แล้วละ” “ตัววันใดวันนึ่ง (2.0) ถึงวาระฮันแต่แต่:::เนาะ(2.0)>ยอมรับเนอะ<” เป็นต้น และผู้วิจัยพบว่าเทคนิคนี้มักใช้ควบคู่ไปกับเทคนิคการใช้คำถามโดยใช้คำว่าสมมติและมักจะเกิดสลับไปมาในระหว่างที่จิตอาสาพูดคุยกับญาติผู้ดูแลในเรื่องการลุกลามของโรคและอาการที่เหมือนว่าจะแยลง (deterioration) ซึ่งถือได้ว่าเป็นการพูดอ้อม ๆ ตัวอย่างเช่น

- | | | |
|------------|---|---|
| 1. จิตอาสา | → | ถ้าวันใดวัน ↑ นึ่ง (.) |
| 2. | → | คุณตาเปิ้ลหยุดหายใจ |
| 3. | → | หรือว่า (.) หัวใจแกไม่เต้นแล้วเนี่ย |
| 4. | → | [แม่อคิดว่ (.) |
| 5. | → | แม่วางแผนอย่างใด = จะหื้อตังหมอตังโฮงยา |
| 6. | → | (.) เปิ้ลจ้วยพันคินซีพก่อ (2.0) |
| 7. ผู้ดูแล | | [แม่น |
| 8. | | ก่อว่าจะปล่อยเปิ้ลไปอย่างสงบ |
| 9. ผู้ดูแล | | ถ้าสมมุติว่าหยั่งฮัน (.) |
| 10. | | แม่อปล่อย = ปล่อยดิทก่อ |

2.4 เทคนิคการอ้างอิงบุคคลที่ 3

การกล่าวถึงบุคคลที่ 3 (third party) ในงานวิจัยนี้ มีประโยชน์ในแง่ของการปูพื้นเรื่องการเตรียมรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย ผู้วิจัยพบว่าจิตอาสาใช้ทฤษฎีของการให้การดูแลแบบประคับประคองที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและต้องพยายามทำให้ความเป็นกลางเกิดขึ้น ด้วยการใช้คำว่าหมอว่าเป็นระยะ:: คำตอบของญาติผู้ดูแลคือ .ฮฮฮ สดท้าย:: จิตอาสาจะไม่กล่าวว่าตัวจิตอาสาและบอกว่าผู้ป่วยในการดูแลของญาติคนนี้เป็นมะเร็ง แต่จิตอาสาใช้การบอกเล่าด้วยตัวญาติผู้ดูแลเองและจากคำบอกของหมอซึ่งทำให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ว่าอยู่ในขั้นใดแล้ว จะแสดงได้ว่าญาติผู้ดูแลรู้เรื่องนี้มาด้วยตัวเองแล้ว การกล่าวเช่นนี้มีได้เป็นการทักท้วงของจิตอาสา

3. จิตอาสามีการใช้ความรู้ที่ได้จากการอบรมสอดคล้องกับทฤษฎีสัมพันธภาพเพื่อการเยียวยาที่ได้รับจากการอบรมฯ ไปใช้ในสถานการณ์จริง และข้อเด่นของงานวิจัยคือความแตกต่างจากงานวิจัยอื่นที่มีอยู่โดยทั่วไป เพราะผู้ใช้ทฤษฎีจะเป็นตัวนักวิจัยและสรุปออกมาเป็นแบบสอบถาม แต่ในงานวิจัยนี้ จิตอาสาจะเป็น

ผู้เลือกใช้ความรู้หรือทฤษฎีภายใต้สถานการณ์จริงที่ตนเองเผชิญ และผลการวิจัยปรากฏถึงความรู้ด้านการสื่อสารตามทฤษฎีสัมพันธภาพเพื่อการเยียวยาที่จิตอาสาเข้าไปใช้ในสถานการณ์จริง ที่เห็นได้อย่างชัดเจน จำนวน 4 ข้อ ได้แก่

3.1 การใช้คำถาม เป็นทักษะที่มุ่งให้ได้ข้อมูล เพื่อนำมาใช้ในการเข้าใจปัญหา สถานการณ์ชีวิตของญาติผู้ดูแลมากขึ้น เพื่อเปิดโอกาสให้เกิดการบอกเล่าถึงความรู้สึกและเรื่องราวต่างๆ ที่ทำให้ยุ่งยากใจ หรือรบกวนใจ รวมทั้งให้โอกาสญาติผู้ดูแลได้ใช้เวลาในการคิดทบทวนและทำความเข้าใจปัญหาและสาเหตุด้วยตนเอง

3.2 การให้คำปรึกษาตามกรอบการช่วยเหลือ ในการอบรมจะต้องแจ้งให้จิตอาสา ได้ทราบถึงกรอบการช่วยเหลือ เช่น กระบวนการในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย จำนวนครั้งที่เหมาะสมในการเข้าเยี่ยม เป็นต้น จุดประสงค์เพื่อช่วยให้จิตอาสาเข้าใจในวิธีการ ขอบเขต เป้าหมาย เกิดความเข้าใจในกระบวนการอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้สังเกตเห็นความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง

3.3 การฟังอย่างลึกซึ้ง เป็นการฟังที่เต็มเปี่ยมไปด้วยความรักและเมตตาอย่างไม่มีเงื่อนไข จะทำให้สัมผัสได้ถึงอารมณ์ ความรู้สึกและความต้องการของทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่ได้ปลดปล่อยความทุกข์ ถือเป็น การเยียวยาจิตใจ เพราะความรู้สึกที่หลังไหลออกมาได้รับการโอบอุ้ม ดูแลให้เกียรติ จิตอาสาจึงควรที่จะฟังอย่างไม่ตัดสินใจว่า ความคิดนั้นถูกหรือผิด รับฟังอย่างเปิดใจ ฟังอย่างสงบ ไม่ได้แย้ง หรือพูดขัดจังหวะ แม้คำพูดอีกฝ่ายจะเต็มไปด้วยความขัดแย้งและเข้าใจผิด

3.4 การสัมผัส เป็นการสื่อสารถึงความรู้สึกในรูปของอวัจนภาษา ซึ่งเป็นการแสดงความเห็นใจ ห่วงใย ให้กำลังใจ การประคับประคองและความเมตตา ซึ่งมักจะใช้ในการสื่อความรู้สึก ในกรณีที่จิตอาสาไม่สามารถใช้ถ้อยคำสื่อได้อย่างเหมาะสม แต่อย่างไรก็ต้องระมัดระวังเรื่องของความเหมาะสมกับบุคคลหรือสถานการณ์โดยต้องคำนึง วัย เพศ วัฒนธรรมและอื่นๆ ด้วย

ส่วนที่ 2 อภิปรายผล

ผู้วิจัยนำประเด็นที่น่าสนใจในบทวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละบทมาอภิปรายรวมทั้งนำประเด็นที่สอดคล้องหรือต่างจากแนวคิดและทฤษฎีมาอภิปรายเพิ่มเติม ประเด็นที่สมควรนำมาอภิปรายได้แก่ การสื่อสารที่ไม่สมดุลงานอำนาจ การให้คำปรึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลผู้ป่วยตามวัฒนธรรมไทย

การสื่อสารที่ไม่สมดุลงานอำนาจ

งานวิจัยที่ศึกษาโดยวิธีการวิเคราะห์การสนทนาของต่างประเทศแสดงผลการวิจัยว่า การที่แพทย์และผู้ป่วยสนทนากันถึงเรื่องการวินิจฉัยโรคและการรักษามักจะมีการพูดคุยเป็นลำดับขั้น แพทย์มักจะให้การวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วยไปตามหน้าที่ และโดยปกติแล้วขั้นตอนนี้ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยยอมรับหรือเข้าใจอย่างชัดเจน และแม้ว่าเมื่อการวินิจฉัยโรคแสดงผลออกมาเป็นข่าวร้าย ผู้ป่วยก็อาจแสดงความเจ็บ ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ป่วยอาจมองว่าการวินิจฉัยโรคเป็นเสมือนการตั้งต้นที่นำไปสู่ข้อเสนอของการรักษาและมีแนวโน้มไม่ตอบสนองต่อข้อพิจารณาสำหรับเงื่อนไขของการวินิจฉัยที่เป็นลำดับขั้นตอน อาจทำให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อข้อความที่แสดงการวินิจฉัยโรคของแพทย์น้อยมากหรือไม่ตอบสนองเลย สิ่งที่ย้อนอยู่ภายใต้พฤติกรรมนี้คือ ความแตกต่างในรากฐานทางสังคม การวินิจฉัยโรคถือว่าเป็นการกระทำของผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีใบอนุญาตในการรักษาและดำเนินการทางการแพทย์และมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับลักษณะเงื่อนไขในการรักษา

เมื่อเปรียบเทียบการสื่อสารระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแลของงานวิจัยนี้ พบสิ่งที่คล้ายคลึงกันคือ การสื่อสารที่ไม่สมดุลทางอำนาจ คำว่า “ไม่สมดุล” หมายถึงการถามและการตอบของคู่สนทนาไม่เท่ากันในงานวิจัยนี้ก็เป็นเช่นนั้น จิตอาสาเป็นคนเปิดประเด็น ถามคำถามญาติผู้ดูแล นอกจากนี้ยังเป็นผู้ควบคุมการสนทนา เป็นผู้ยุติการสนทนาในเรื่องต่าง ๆ แต่ในสังคมชนบทของไทย ความรู้ที่ญาติผู้ดูแลมีอยู่ไม่เท่าทันกับจิตอาสาหรือบุคลากรทางการแพทย์ไม่ใช่อุปสรรคในการสนทนา เพราะธรรมชาติของญาติผู้ดูแลที่ปรากฏในงานวิจัยนี้ จะเป็นคนขี้เกรงใจ ไม่กล้าสอบถามหรือเริ่มพูดในประเด็นที่ตนเองสงสัย ดังนั้น การที่จิตอาสาเป็นผู้จัดลำดับการสนทนา จึงมีความเหมาะสมอยู่แล้ว นอกจากนี้คนในพื้นที่ยังมักให้ความสำคัญกับบุคลากรทางการแพทย์ให้ความไว้วางใจทั้งความรู้ทางวิชาการและความอาวุโสจึงทำให้ยอมทำตาม เป็นความสัมพันธ์แบบเครือญาติที่ต้องพึ่งพากันมากกว่าจะเป็นความสัมพันธ์แบบผู้รักษากับผู้รับการรักษาไปตามหน้าที่เฉกเช่นในสังคมตะวันตก นอกจากนั้นยังพบการใช้คำสั่งในบางบริบทแต่มีความสำคัญเพราะทำให้ญาติผู้ดูแลตระหนักว่าเป็นสิ่งที่ลืมไม่ได้ ต้องทำตามอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เห็นว่าความสัมพันธ์เชิงอำนาจยังปรากฏในการสื่อสารของงานวิจัยนี้แต่มีได้ส่งผลในแง่ลบแต่อย่างไร

การให้คำปรึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการที่ญาติผู้ดูแลได้รับการสื่อสารจากแพทย์และพยาบาล เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยโรค NCDs ว่าดำเนินมาถึงขั้นของการสิ้นสุดการรักษา ให้ยาตามอาการ ทำให้ญาติผู้ดูแลและครอบครัวได้รับรู้และตระหนักว่าการรักษาไม่เกิดประโยชน์ เพราะนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยทรมานแล้ว ญาติผู้ดูแลจะต้องเสียค่าใช้จ่ายและเสียเวลาในการประคองชีวิตผู้ป่วยอีกเป็นจำนวนมาก จึงเป็นการตอบโจทยว่าหน้าที่ของจิตอาสาที่เป็นพยาบาล นอกจากจะมีหน้าที่หลักคือด้านหัตถการทางการแพทย์แล้ว ควรทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาแก่ญาติผู้ดูแลและครอบครัวเพื่อให้เกิดความเข้าใจ นำมาซึ่งการยอมรับ นอกจากนั้นแล้วการให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ดูแลยังมีประโยชน์ในมิติเศรษฐศาสตร์และสาธารณสุข กล่าวคือการดูแลรักษาตามความเป็นจริงเท่าที่ทำได้และการไม่ยืดชีวิตทำให้ญาติสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยลงและไม่ใช้งบประมาณของแผ่นดินในการดูแลผู้ป่วยที่หมดหนทางรักษา เต็มศักดิ์ พึ่งศรี, 2550 กล่าวว่าการดูแลผู้ป่วย ญาติและครอบครัวต้องเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่จนถึงหลังการตาย ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ควรหมั่นพบปะในการสื่อสารกับญาติผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยให้ได้รับข้อมูลที่เป็นความจริงรวมถึงรับทราบถึงหนทางรักษาที่เป็นไปได้ยาก ทั้งนี้เพื่อให้ญาติเข้าใจอาการลักษณะของโรคตลอดจนมีการวางแผนรับมือกับการดำเนินโรคและการจากไปของผู้ป่วยในอนาคตด้วย

การดูแลผู้ป่วยตามประเพณีและวัฒนธรรมไทย

จากการที่ผู้วิจัยได้มีโอกาสลงพื้นที่ในชุมชนเพื่อเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยจำนวน 3 รายเป็นบ้านของผู้ป่วยในกลุ่มโรค NCDs ระยะสุดท้ายที่ทางสถานพยาบาลแนะนำให้กลับไปดูแลที่บ้าน ในการลงพื้นที่ผู้วิจัยใช้เพียงการสังเกตและการจดบันทึกจากสิ่งที่เห็น มิได้มีการถ่ายภาพหรือบันทึกวิดีโอแต่อย่างใด แต่ผู้วิจัยได้พบข้อมูลเชิงประจักษ์ที่น่าสนใจและควรนำมาอภิปรายเพิ่มเติมคือผู้วิจัยได้เห็นความร่วมมือของคนในครอบครัวและคนในชุมชนตามชนบทของไทยที่ให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย เพราะนอกจากญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นคนในครอบครัวที่ต้องแบ่งหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ผลัดเวรกันเฝ้า ดูแลผู้ป่วยที่ขาดความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองแล้ว ในวันนั้น ผู้วิจัยยังได้พบกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นเกษตรกรอยู่ในชุมชนเดียวกัน ผ่านการอบรมจากเครือข่ายพุทธิกา เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมีทักษะด้านการ

สาธารณสุขพื้นฐาน แวะมาเยี่ยมเยียนผู้ป่วย เข้ามาพูดคุยไต่ถามสารทุกข์สุกดิบญาติผู้ดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลได้พูดคุย คลายความเครียด หรือหากในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัว พอมีใครรู้จักมาหาจิตใจ สัมผัสความทุกข์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยได้ไปชั่วขณะหนึ่ง นอกจากนั้นยังนำผลไม้เล็ก ๆ น้อย ๆ มาแบ่งปันกัน ทำให้บรรยากาศของบ้านที่อยู่กันอย่างเงียบเหงา เหลือล้ำหรือบางครั้งก็มีความตึงเครียด มีบรรยากาศที่ผ่อนคลายลงบ้าง มีเสียงหัวเราะ ยิ้มแย้มแจ่มใส มีการหยอกล้อ พูดคุยกันด้วยภาษาเมือง การอาศัยคนในหมู่บ้านและเพื่อนบ้านใกล้เคียงเช่นนี้ ถือเป็น การสนับสนุนทางอารมณ์ให้กับคนดูแลและญาติโดยตรง สอดคล้องกับงานวิจัยของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และ ประชาธิป กะทา, 2550 ที่เสนอว่า การให้คำปรึกษาในบริบทโรคมะเร็งน่าจะเป็นไปด้วยดีมากขึ้น หากผู้ป่วย ญาติ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นคนในพื้นที่เดียวกันและอยู่ในวัฒนธรรมเดียวกัน คนเหล่านี้ใช้ภาษา และมีความรู้เกี่ยวกับภูมิหลังของกันและกัน มีความเข้าใจเรื่องภูมิศาสตร์ สภาพแวดล้อม อากาศและความ เป็นอยู่ร่วมกันซึ่งล้วนแล้วแต่มีผลต่อการสื่อสารพูดคุยในบริบทโรคมะเร็งทั้งสิ้น ความเข้าใจร่วมกันถึงความสำคัญ ของสภาพแวดล้อมเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยลดความเครียด สร้างความสงบและความสุขให้แก่ผู้ป่วยซึ่งต้อง ตายในอนาคต นอกจากนั้นในงานวิจัยนี้พบการสนทนาระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแลที่สอบถามถึงการพาผู้ป่วย ไปทำบุญในเทศกาลต่าง ๆ การสอบถามถึงการทำบุญและการไปวัดในวันเทศกาล ถือได้ว่าเป็นส่วนสำคัญของวิถี ชีวิตและวัฒนธรรมของคนล้านนาที่นำมาใช้ในการจัดการความกังวล เสริมสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแลอย่างดี

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาโดยวิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนาเป็นหลักเป็นครั้งแรก ทำให้มีความยากลำบากในการทำความเข้าใจเพื่อการนำมาใช้ให้เกิดความสมบูรณ์และมีคุณภาพ อีกทั้งยังพบ ข้อจำกัดหลายประการในการศึกษาวิจัย ซึ่งหากมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการรับมือกับการจากไปของ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไปในอนาคต ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะด้านวิธีวิทยา

1. การศึกษาการสนทนาในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแลและรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยระยะ สุดท้ายเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน (Sensitive) และการจะเข้าถึงข้อมูลอย่างลึกซึ้งและครอบคลุมจึงเป็นเรื่องที่ทำ ได้ยาก จำเป็นต้องอาศัยเวลาระยะหนึ่งในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ญาติผู้ดูแลเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจจิต อาสา แต่เนื่องจากในการดูแลผู้ป่วยที่อาจไม่ได้รับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานพอที่จิตอาสาและญาติผู้ดูแลจะใช้ เวลาในการสร้างสัมพันธภาพ หรือผู้ป่วยบางรายที่อาจเสียชีวิตไปก่อนที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยรายนั้นจะได้ข้อมูล อย่างลึกซึ้งเพียงพอ

2. เนื่องจากผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการรับมือกับการจากไปของ ผู้ป่วยอยู่บ้าง อาจทำให้เกิดอคติในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอาจมองข้ามรายละเอียดปลีกย่อยต่าง ๆ ไป หรือตัดสินใจไปก่อนล่วงหน้าเนื่องมาจากความรู้และประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ ดังนั้น ในการวิเคราะห์การสนทนา ของสถานการณ์ลักษณะเช่นเดียวกันนี้ ผู้วิจัยจึงต้องทบทวนและตระหนักถึงความรู้เดิมที่มีอยู่และละวางไว้ เพื่อ เข้าไปแสวงหาข้อมูลให้ได้อย่างเต็มที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือและตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลประสบกับสภาพปัญหาที่แตกต่างกันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาลและที่บ้าน ดังนั้น การศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สถานพยาบาลและที่บ้าน เพื่อทำความเข้าใจสภาพปัญหาอุปสรรคที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต้องเผชิญในแต่ละบริบท นำไปสู่การกำหนดแนวนโยบายการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทั้งในสถานพยาบาล และเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้านแล้ว รวมไปถึงการกำหนดนโยบายในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติภายหลังผู้ป่วยจากไป

ข้อเสนอแนะด้านการทำวิจัย

1. ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ยังพบข้อจำกัดของทมิสุสภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง และเน้นการดูแลอย่างเป็นองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้น การศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาทีมดูแลต่าง ๆ เช่น ทีมเยี่ยมบ้าน หรือทีมอาสาสมัคร เป็นต้น โดยควรเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพที่เน้นการวิจัยและพัฒนา หรือการวิจัยแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้แนวทางในการพัฒนาทีมที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนของผู้ป่วยที่ทำการศึกษา

2. เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้งยิ่งขึ้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรคอื่น ๆ ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่กว้างขวางและครอบคลุม อันเกิดจากการใช้กลุ่มข้อมูลที่ต่างออกไป ซึ่งจะสามารถนำผลการวิจัย ไปใช้ในการกำหนดแนวนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้ครอบคลุมสภาพปัญหาต่าง ๆ ยิ่งขึ้น และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายในวงกว้าง

เครื่องหมายที่แสดงลักษณะการพูดตามวิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา

เครื่องหมายต่อไปนี้ พัฒนาและปรับปรุงขึ้นโดยเกิล เจฟเฟอร์สัน (Gail Jefferson) (Drew and Heritage, 2006) เป็นเครื่องหมายที่แสดงลักษณะการพูดตามวิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนาที่ช่วยให้ผู้อ่านเข้าใจและมองเห็นภาพว่าจิตอาสาและญาติผู้ดูแลคุยกันอย่างไร แต่ยังมีเครื่องหมายอีกหลายอย่างที่ผู้วิจัยมิได้นำมาอธิบายเนื่องจากเครื่องหมายเหล่านั้นมิได้นำมาใช้ในงานวิจัยนี้

สัญลักษณ์: (.)

คำอธิบาย: เครื่องหมายมหัพภาคที่อยู่ในเครื่องหมายขลิขิต (เครื่องหมายวงเล็บ) แสดงให้เห็นว่าผู้พูดและเว้นวรรคสั้นมากด้วยการเว้นวรรคน้อยกว่า 1/10 วินาที

ตัวอย่าง: เอ้อ (.) เป็นยังทำใจได้เสีย

สัญลักษณ์: (5.0)

คำอธิบาย: ตัวเลขในเครื่องหมายขลิขิตบอกจำนวนวินาทีที่ผู้พูดหยุด

ตัวอย่าง: เจ้า (5.0) จะอี๊หนา

สัญลักษณ์: (())

คำอธิบาย: วงเล็บคู่ใช้เมื่อต้องการอธิบายการใช้ภาษาท่าทาง

ตัวอย่าง: ((พยักหน้า))

สัญลักษณ์: :::

คำอธิบาย: เครื่องหมายทวิภาคใช้บอกความยาวของเสียง จำนวนทวิภาคขึ้นอยู่กับความยาวของเสียงที่ผู้พูดเอื้อนออกไปหรือลากยาว

ตัวอย่าง: อือ:::

สัญลักษณ์: ↑

คำอธิบาย: คำที่มีลูกศรหัวตั้งปรากฏแสดงว่าผู้พูดขึ้นเสียงสูงที่คำนั้น

ตัวอย่าง: ↑ กัด

สัญลักษณ์: →

คำอธิบาย: เครื่องหมายลูกศรใช้ระบุบรรทัดในบทสัมภาษณ์ที่งานวิจัยต้องการวิเคราะห์

ตัวอย่าง: ผู้ดูแล → ตอนนี้อยู่มาได้ปีก็กะเนาะ

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และประชาธิป กะทา. (2550). “แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.” ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ (บรรณาธิการ). วัฒนธรรม ความตายกับวาระสุดท้ายของชีวิต: คู่มือเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. หน้า 257-301. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

เจษฎา นกน้อย. (2554). การจัดการความหลากหลายในองค์กร: ตัวแบบทางด้านทรัพยากรมนุษย์เพื่อความเท่าเทียมกันของผู้มีอัตลักษณ์หลากหลายทางเพศ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์. (2550). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว และ ฉันทาย สิทธิพันธุ์ (บรรณาธิการ). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of Life Care (หน้า 15-23). กรุงเทพฯ: บริษัท โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987) จำกัด.

ไพโรจน์ วิไลนุช. (2552). ถกวิวิธยา. วารสารสังคมลุ่มน้ำโขง, 5, (1), 23-46.

จอนพะจง เพ็งจาด. (2556). การพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. ใน ลักษณะ ชาญเวช และดุสิต สดวาร (บรรณาธิการ). The Dawn of Palliative Care in Thailand (หน้า 25-41). กรุงเทพฯ: บริษัท พี ยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2547). เสียงสะท้อนจากพยาบาลในการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.

_____. (2553). พยาบาล : เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: วี.พรีน.

ประสพชัย พสุนนท์. (2555). การวิจัยการตลาด. กรุงเทพฯ: บริษัท สำนักพิมพ์ท็อป จำกัด.

- พระไพศาล วิสาโล. (2547). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมุมมองของพุทธศาสนา. วารสารเกื้อการุณย์, 11(2), 1-11.
- _____. (2549). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ. กรุงเทพฯ : เครือข่ายพุทธิกา. พุทธศาสตร์คุณภิวัตน์. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- _____. (2550). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ. ใน ประเสริฐ เลิศสงวน สินชัย และคณะ , บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life care: improve care of the dying. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- สุวรรณกมล จันทระโน. (2558). ทฤษฎีฐานรากจากรูปแบบและกระบวนการจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (รพ. เด็ก กรุงเทพมหานคร) วารสารวิชาการ Veridian E-Journal บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ ปีที่ 8 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2558.
- สุจริตลักษณ์ ดีผดุง. (2552). วัจนปฏิบัติศาสตร์เบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครปฐม: สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อาทิตย์อัสดง จดหมายข่าวการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปีที่ 4 ฉบับที่ 11 ประจำเดือนมกราคม-มีนาคม 2555.
- อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2555). ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล รามาธิบดีพยาบาลสาร.

ภาษาต่างประเทศ

- Abernethy, A., Burns, C., Wheeler, J., & Currwhoow, D. (2009). Defining distinct caregiver subpopulations by intensity of end of life care provided. *Palliative Medicine*, 23, 66-79.
- Addington-Hall, J., & McCarthy, M. (1995). Dying from cancer: Results of a national population-based investigation. *Palliative Medicine*, 9, 295-305.
- Aranda, S.K., & Hayman-White, K. (2001). Home caregivers of the person with advanced cancer an Australian perspective. *Cancer Nursing*, 24, 300-307.
- Bauer, M.W., & Gaskell, G.D. (2000). Qualitative researching with text, image and sound. A practical handbook for social research. London: Sage.
- Buber, M. (1958). I and Thou (R. G. Smith, Trans. 2nd ed.). Edinburgh: T & T Clark Ltd.
- Cherlin, E., Fried, T., Prigerson, H.G., Schulman-Green, D., Johnson-Hurzeler, R., & Bradley, E.H. (2005). Communication between physicians and family caregivers about care at the end of life: When do discussions occur and what is said? *Journal of Palliative Medicine*, 8, 1176-1185.

- Corti, L., Thompson, P. (2004). Secondary analysis of archived qualitative data. In Seales, C., Gobo, G., Gubrium, J.F., & Silverman, D. (Eds.). Handbook of qualitative research practice. London: Sage.
- Denzin, N. K. and Lincoln, Y. (2008). Strategies of Qualitative Inquiry. 3 rd ed. California: Sage Publication.
- Docherty, A., Owens, A., Asadi-Lari, M., Petchey, R., Williams, J., & Carter, Y.H. (2008). Knowledge and information needs of informal caregivers in palliative care: A qualitative systematic review. **Palliative Medicine**, **22**, 153-171.
- Drew, Paul. (2005). "Conversation Analysis." In Kristine L. Fitch and Robert E. Sanders (eds). Handbook of Language and Social Interaction. pp. 71-102. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. Drew, Paul and Heritage, John., eds. 2006. "Glossary of Transcript Symbols." Conversation Analysis: Sage Benchmarks in Social Research Methods, vol I. London:Sage
- Drew, Paul and Heritage, John., eds. (2006). "Glossary of Transcript Symbols." Conversation Analysis: Sage Benchmarks in Social Research Methods, vol I. London: Sage.
- Gotcher, J. M. (1993). The effects of family communication on psychosocial adjustment of cancer patients. Journal of Applied Communication Research, 21, 176-188.
- Heather Boswell. (2012). "Motivations for Giving and Serving", in <http://learningtogive.org/papers/conceptd/motivation.html>
- Hinton, J. (1998). An assessment of open communication between people with terminal cancer, caring relatives, and others during home care. Journal of Palliative Care, 14(3), 15-23.
- Kübler-Ross, Elisabeth. (2003). On Death and Dying. (originally published in 1970). London: Routledge.
- Litman, T. J. (1974). The family as a basic unit in health and medical care: A socialbehavioral overview. Social Science and Medicine, 8, 495-519. London: Sage.
- Maykut, p. and Morehouse, R. (1994). Beginning Qualitative Research A Philosophic and Practical Guide. London: The Falmer Press.
- Maynard, Douglas W. (2003). Bad News, Good News: Conversational Order in Everyday Talk and Clinical Settings. London: The University of Chicago Press.
- McLeod, John. (2001). Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy. London: Sage.
- Miles, M. B. and Huberman, A. M. (1994). Qualitative Data Analysis. 2 nd ed. London: Sage Publication.

- Pickens, N. D., O'Reilly, K. R., & Sharp, K. C. (2010). Holding on to normalcy and overshadowed needs: Family caregiving at end of life. *Canadian journal of Occupational Therapy*, 77, 234-240.
- Raymond C.,Joan W. (2010). End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying (Review) The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
- Rousseau, P. (2003). Spirituality and the dying patient. *Journal of Clinical Oncology*, 21, 54-56.
- Sacks, Harvey, Schegloff, Emanuel A. and Jefferson, Gail. (1974). "A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation," in *Language* 50 (4): 696-735.
- Strauss, A. L. and Corbin, J. M. (1990). *Basic of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 2 nd ed. California: Sage Publication.
- World Health Organization. (2010). **WHO definition of Palliative Care**. Retrieved December 15, 2015, from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>
- _____. (2013). *Health Situation in the South-East Asia Region 2008-2012*. New Delhi: WHO.
- _____. (2014). *GLOBAL STATUS REPORT on noncommunicable diseases: Global target 9*. Geneva: WHO.