



## การตายดีตามการรับรู้ของพुरुอดชีวิตจากมะเร็ง

### Good Death as Perceived by Cancer Survivors

วโรดม	เสมอเชื้อ*	Warodom	Samerchua*
พิกุล	นันทชัยพันธ์**	Pikul	Nantachaipan**
สุดารัตน์	สิทธิสมบัติ***	Sudarat	Sittisombut***

#### บทคัดย่อ

ปัจจุบัน การตายดีได้รับการพิจารณาว่าเป็นตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองในหลายประเทศ การศึกษาเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการตายดีตามการรับรู้ของผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รอดชีวิตจากมะเร็งจำนวน 335 รายได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดจากโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามเรื่องการตายดี (Good Death Inventory) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย พบว่า การตายดีตามการรับรู้โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความเห็น จำเป็นอย่างยิ่ง โดยนำมาเรียงลำดับร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจากมากที่สุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ 1) การเชื่อใจแพทย์ผู้รักษา 2) การต่อสู้กับโรครจนนาที่สูญหาย 3) การยอมรับความตายว่าเป็นเรื่องธรรมชาติ 4) การแสดงความศรัทธาต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ 5) เข้าสู่วาระสุดท้ายโดยไม่กลัวความตาย และ 5 ลำดับท้าย ได้แก่ 1) ไม่ให้คนในครอบครัวรู้ว่าตนมีความอ่อนแอทางร่างกายและจิตใจ 2) มีเวลาเพียงพอกับใครคนสำคัญในครอบครัว 3) ได้พบกับคนที่ต้องการพบ 4) ได้ทราบความคาดหวังต่อสภาพความเจ็บป่วยในระยะต่อไป และ 5) ไม่ได้รับการดูแลเสมือนเป็นวัตถุหรือเป็นเด็ก

ผลการวิจัยครั้งนี้พรรณนาการตายดีตามมุมมองของผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ซึ่งเป็นองค์ความรู้ทางการพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองเกี่ยวกับการตายดีในบริบทสังคมไทยสามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อตอบสนองการตายดี

**คำสำคัญ:** การตายดี ผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง การรับรู้

\* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

\* Instructor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University, warotu@gmail.com

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\*\* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

\*\*\* รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น

\*\*\* Associate Professor, Faculty of Public Health, Nation University



## Abstract

Nowadays, good death is considered as an indicator of palliative care outcomes in different countries. This descriptive research aimed to describe the good death as perceived by cancer survivors. The sample was purposively selected from inclusion criteria and consisted of 335 cancer survivors recruited from Lampang cancer hospital. The research instruments consisted of the Thai version of the Good Death Inventory (GDI). Data were analyzed by using frequency and percentile statistics.

The results found the good death as perceived of research participants who reported 'absolutely necessary'. The good death attributes perceived as absolutely necessary by the participants were ranked from highest to lowest according to the percentage of participants who deemed them absolutely necessary. The 5 most frequently were as follows: 1) a trusting physician, 2) fighting against the disease until one's last moment, 3) dying a natural death, 4) having faith, 5) dying without awareness that one is dying. The 5 least frequent were the following 1) not exposing one's physical and mental weakness to the family, 2) spending enough time with one's family, 3) seeing people whom one wants to see, 4) knowing what to expect about one's condition in the future, and 5) not being treated as an object or child.

The research findings depict the perspective of cancer survivors regarding good death attributes. The findings in this study provide data about knowledge of palliative nursing care in order to good death in Thai culture context. This knowledge can be used for further study regarding nursing care for a good death.

**Key word:** Good death, Cancer Survivors, Perceived

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคที่เกิดจากการเจริญเติบโตของเซลล์ที่ผิดปกติ สามารถเจริญและแพร่กระจายได้ทุกส่วนของร่างกาย (South East Asia Regional Office [SEARO], 2013) ปัจจุบันพบอัตราการเกิดโรคมะเร็งที่สูงขึ้น ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยมะเร็งจะได้รับการรักษาซึ่งขึ้นกับเป้าหมายของการรักษา คือ รักษาให้หายขาด รักษาเพื่อควบคุมโรค และรักษาเพื่อประคับประคองอาการ โดยการรักษาโรคมะเร็งมากกว่าหนึ่งวิธีมักได้ผลลัพธ์ของการรักษาที่ดีกว่า (Petpichetchian, 2011) และในขณะเดียวกันความก้าวหน้าของการรักษาโรคมะเร็งได้มีการพัฒนาด้านวิทยาการเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยมะเร็งที่ผ่านกระบวนการ

ของการวินิจฉัยและขั้นตอนของการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ของการรักษาที่ดี ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น มีอายุยืนยาวขึ้น เกิดผู้รอดชีวิตจากมะเร็งมากขึ้น

ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งยังเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบของการรักษา ซึ่งก่อให้เกิดประสบการณ์ และเกิดการเปลี่ยนแปลงของชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นกับร่างกายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งคือ ความเหนื่อยล้า ความไม่สุขสบาย การเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ และการรับรู้ความรู้สึกที่ลดลง (Davis, 2010) ผลกระทบที่เกิดขึ้นด้านจิตใจ จากความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ (Montel, 2010) มีภาวะเศร้าโศก หดหู่ รู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตต่อความเจ็บป่วย



และความตาย (Ferrell & Grant, 2004) ผลกระทบด้านสังคมและความเป็นอยู่ทำให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งมีความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดที่ปรึกษา ต้องการผู้รับฟัง บุคคลรอบข้างไม่เข้าใจกับโรคที่ตนเป็นอยู่ คำพูดของบุคคลอื่นมีผลต่อความรู้สึก (Rosedale, 2009) รวมถึงปัญหาภาระค่าใช้จ่ายต่างๆที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย (Davis, 2010) สำหรับความทุกข์ทรมานด้านจิตวิญญาณ มีผลต่อผู้รอดชีวิตจากมะเร็งที่ต้องใช้ชีวิตอยู่กับความรู้สึกไม่แน่นอนกลัวความตาย และรู้สึกว่าความตายสามารถเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา (Khan, Harrison, Rose, Ward, & Evans, 2012) นอกจากนี้แล้วยังเป็นผู้ที่ต้องการผู้ที่คอยให้คำปรึกษา พุดคุย ให้การช่วยเหลือเพื่อช่วยให้จิตใจสงบ ให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Vachon, 2008) กล่าวโดยสรุป ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเป็นผู้ที่ได้ผ่านความทุกข์ทรมานมานานับปี บางรายมีประสบการณ์ใกล้ชิดกับความตาย บางรายมีการกลับมาเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง บางรายการรักษาไม่สามารถหยุดการดำเนินของโรคได้ เหล่านี้ล้วนทำให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเกิดการคำนึงถึงอนาคตที่จะต้องประสบกับความตาย มีความปรารถนาบางประการหากต้องอยู่ในวาระสุดท้าย คือ การได้เข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน เกิดการตายดี

การตายดี ถือเป็นเป้าหมายหนึ่งของการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ที่ควรเริ่มตั้งแต่การที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ได้รับการรักษา ดูแลเพื่อบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานต่างๆ การดูแลในรูปแบบนี้สามารถดำเนินการได้ทั้งในโรงพยาบาลทุกระดับและชุมชน จะสามารถทำให้บุคคลได้เกิดการตายดีได้ การตายดีที่จะเกิดขึ้นเจ้าของชีวิตต้องเป็นผู้ที่รับรู้ว่าจะเกิดการตายภายใต้สิ่งที่ตนปรารถนาโดยมีปัจจัยและมิตินี้สนับสนุนให้เกิดการตายดี สำหรับมิตินี้มีส่วนสนับสนุนให้เกิดการตายดีประกอบด้วย มิตินทางศาสนา ซึ่งขึ้นกับวิถีคิดและความเชื่อที่แตกต่างกันออกไป ดังเช่น การตายดีในศาสนาพุทธที่สอนให้ชาวพุทธทุกคน ถึงหลักความจริงที่ว่า ชีวิตมีเกิดและมีดับ มนุษย์ควรแสวงหาวิธีการที่จะทำให้ชีวิตสุดท้ายเข้าสู่หนทางแห่งความสงบสามารถรับมือกับความตายที่จะเกิดขึ้น และเมื่อความตายนั้นมาถึง ก็ยอมทำให้เกิดการตายที่ดีขึ้นได้ สำหรับ

การตายดีในมิติทางการแพทย์นั้น ได้ชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างในทางการแพทย์ระหว่างการทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบ (Euthanasia) ซึ่งในประเทศไทยยังไม่เป็นที่ยอมรับและไม่อนุญาตให้กระทำ และการยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต (Withholding / withdrawal of life-sustaining treatment) ที่ผู้ป่วยสามารถเลือกที่จะทำการยังยั้งหรือเพิกถอนได้ ตามสิทธิของตนภายใต้สติสัมปชัญญะ ในทางการแพทย์การยุติการใช้เครื่องมือจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยหรือญาติ

ขณะเดียวกันกับมิติของกฎหมายมีระบบบริการสุขภาพก็ได้ให้ความสำคัญกับเรื่อง การดูแลผู้ที่เข้าสู่วาระท้ายของชีวิตมากขึ้น มีการให้ความสำคัญกับการปฏิบัติต่อผู้ที่อยู่ในวาระท้ายของโรค ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ระบุไว้ว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะขอรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้” พระราชบัญญัติดังกล่าวนี้เป็นการแสดงถึงสิทธิการตายของบุคคล กฎหมายนี้มีเจตจำนงให้สิทธิแก่ประชาชนที่จะตายดี (Phuawongphaet, 2012) การสนับสนุนให้บุคคลได้แสดงเจตนาในวาระท้ายของชีวิตกำลังเป็นที่ได้รับความสนใจในปัจจุบัน และเมื่อถึงเวลาในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่การตายกำลังเกิดขึ้น การได้ช่วยให้ได้เกิดกระบวนการตัดสินใจหรือวิถีปฏิบัติต่างๆ จะสามารถช่วยให้บุคคลนั้นได้ก้าวเข้าสู่การตายในลักษณะที่บุคคลนั้นปรารถนา

การตายดีในมิติวัฒนธรรมของสังคมไทยมีเป้าหมายให้ผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตได้เห็นถึงสิ่งที่ตั้งใจ ได้รับความรัก และรู้สึกมีคุณค่า โดยให้การดูแลที่สอดคล้องกับศาสนา ความเชื่อที่มีอยู่ภายใต้ความรู้สึก และความเชื่อในศาสนาที่นับถือ แม้ว่าในปัจจุบันวัฒนธรรมกับความตายจะเปลี่ยนแปลงไปมาก ดังวัฒนธรรมของสังคมเกี่ยวกับการได้ดูแลบุคคลอันเป็นที่รักเมื่อเกิดการเจ็บป่วยให้ได้รับการรักษาที่ดีที่สุด การได้เข้ารักษาในห้อง ไอ ซี ยู หรือเป็นการรักษาจนถึงขั้นสูงสุดทางการแพทย์ โดยอยู่ในพื้นฐานความเชื่อ ของชีวิต บาป บุญ การตอบแทนที่บุพการีให้ชีวิตมา บุตรจึงต้องการให้ได้รับ



การรักษาจนถึงที่สุด เสมือนเป็นการให้ชีวิตต่อของ (Stonington, 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบองค์ความรู้เกี่ยวกับการตายดีในสังคมตะวันออก ที่ได้มีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในประเทศญี่ปุ่น มี 18 องค์ประกอบหรือมิติการตายดี (domains) ที่ประกอบด้วย 57 คุณลักษณะย่อย (Hirai et al., 2006; Miyashita et al., 2007) และต่อมาพบว่า การตายดีนั้นต้องประกอบด้วย 18 คุณลักษณะที่สำคัญ ได้แก่ ไม่มีความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานทางกาย ได้อยู่ในสถานที่ตนเองชอบ เชื่อใจแพทย์ผู้รักษามีความพอใจในชีวิตประจำวัน ไม่เป็นภาระของคนในครอบครัว มีเวลาเพียงพอกับใครบางคนในครอบครัว มีอิสระในการทำกิจกรรมประจำวัน ได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความสงบ ไม่ได้รับการดูแลเหมือนท่านเป็นวัตถุหรือเป็นเด็ก ความรู้สึกว่าชีวิตมีความสมบูรณ์ การตายเป็นเรื่องธรรมชาติ ได้พบกับคนที่ท่านต้องการพบได้รักษาพยาบาลที่ท่านเองในครอบครัวหรือหน้าที่การงาน เข้าสู่วาระสุดท้ายโดยไม่กลัวความตาย ต่อสู้กับกับโรคจนนาทีสุดท้าย ไม่ต้องการให้คนในครอบครัวรู้ว่าร่างกายจิตใจอ่อนแอ ทราบถึงความคาดหวังต่อสภาพความเจ็บป่วยในระยะต่อไป และได้แสดงความรู้สึกต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ (Miyashita et al., 2008) ขณะที่การตายดีในสังคมตะวันตก ต้องเป็นไปในลักษณะที่เจ้าของชีวิตต้องได้รับรู้ว่า เป็นการตายที่ได้รับการปฏิบัติดูแลจากครอบครัว ที่สมกับศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Balein, 2009) เป็นการตายที่เสมือนเป็นการได้นอนหลับไป ไร้ซึ่งความเจ็บปวด ได้เกิดการตายอย่างสงบ การตายได้ดำเนินไปอย่างรวดเร็ว ได้ตายท่ามกลางการได้รับความดูแลจากครอบครัวหรือท่ามกลางสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต ปราศจากความเศร้าโศกเสียใจกับความตายที่เกิดขึ้น และได้เกิดการตายที่บ้าน (Hughes, Schumacher, Jacobs-Lawson, & Arnold, 2007)

การตายดีจำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ ในทัศนคติของผู้ที่เป็นเจ้าของชีวิต การศึกษาเกี่ยวกับการตายดีส่วนใหญ่เป็นการศึกษาจากมุมมองของผู้ให้บริการและนักวิชาการ ในปัจจุบันมีประเด็นขัดแย้งเกี่ยวกับการตาย

ดีระหว่าง การได้รับการรักษาที่ดีที่สุด และการได้ทำตามความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับความตายเอง หากมองภาพรวมในประเทศไทย แม้ว่าจะมีการร่างกฎหมายเพื่อส่งเสริมให้มีการตายดี แต่ในขณะเดียวกัน การศึกษาเกี่ยวกับการตายดีในประเทศไทยนั้นยังพบน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาที่เป็นมุมมองของผู้ป่วย พบเพียงการศึกษา การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วย ที่การตายดีเป็นการตายเหมือนการนอนหลับ ไม่เจ็บปวด เป็นไปอย่างรวดเร็ว ตายโดยปราศจากความกังวลและความห่วงใยของคนในครอบครัว (Kunsongkeit, 2011) และการตายดีในมุมมองชาวไทยที่มีความคิดเห็นว่า ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ เชื่อใจแพทย์ผู้รักษา ได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความสงบ ได้แสดงความรู้สึกต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านเคารพนับถือ ได้อยู่ในสถานที่ที่ท่านเองชอบ เป็น 5 องค์ประกอบแรกมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่สามารถน้อมนำสู่การตายดีได้ (Somjit, Jamjun, Ando & Miyashita, 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการวิจัยการตายดีมีทั้งการศึกษาในมุมมองของผู้ป่วย ครอบครัว และมุมมองของที่มีสุขภาพในประเทศตะวันตกและตะวันออก อย่างไรก็ตามยังพบว่าองค์ความรู้เกี่ยวกับการตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งยังมีการศึกษาที่พบน้อย โดยเฉพาะการศึกษาในผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง การศึกษาครั้งนี้จะได้ข้อมูลที่สะท้อนการรับรู้การตายดีของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งทั้งในบริบทเชิงศาสนา ความเชื่อ วัฒนธรรม และสังคม ในบริบทของสังคมไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาทัศนคติหรือการรับรู้ของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเกี่ยวกับการตายดีว่าเป็นเช่นไร ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้มีสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลเข้าใจถึงการรับรู้การตายดีของผู้ป่วยมากขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาถึงการตายดีตามการรับรู้ของผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง

### คำถกถามการวิจัย

การตายดีตามการรับรู้ของผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง





ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อชี้แจง ต่อคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำการ ทดสอบเครื่องมือกับผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่ม ตัวอย่างก่อน หลังจากนั้นนำเสนอโครงการวิจัยและ ผลการทดสอบเครื่องมือต่อคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ภายหลังจากได้รับ อนุญาต ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และ หัวหน้างานพยาบาลผู้ป่วยนอกรังสีรักษา เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธิตำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือใน การวิจัย และขอความอนุเคราะห์ในการใช้สถานที่

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะ เจาะจงตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้จากรายชื่อผู้มารับการ ตรวจตามนัด ชี้แจงและสร้างสัมพันธภาพ ขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย สอบถามความประสงค์เรื่องเวลาที่จะ สะดวกตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างสะดวกตอบ แบบสอบถามก่อนพบแพทย์ ผู้วิจัยทำสัญลักษณ์ติดไว้กับ สมุดประวัติผู้ป่วย เพื่อให้ทราบว่าเป็นผู้ที่รอตรวจและ ได้ลำดับการตรวจตามปกติ ผู้วิจัยแจ้งพยาบาลประจำ ห้องตรวจไว้ ขณะที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ที่ตอบรับการเข้าเป็น กลุ่มตัวอย่าง โดยให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการ วิจัย ขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกข้อมูลทั่วไป รายบุคคลด้วยตนเอง ขณะตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัย อำนวยความสะดวกให้กลุ่มตัวอย่างด้านสถานที่เพื่อ ความเป็นส่วนตัวขณะตอบแบบสอบถามพร้อมทั้งสิ่ง อำนวยความสะดวก อุปกรณ์ เช่น โต๊ะ เก้าอี้ ปากกา อาหารว่างสำหรับตอบแบบสอบถาม และมีที่นั่งพัก แยก ไว้สำหรับญาติของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาในการตอบ แบบสอบถาม ประมาณ 10 นาที

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมใน การวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะ

กรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงถึง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวม ข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำการวิจัยโดย ความสมัครใจ ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างใน การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัย ซึ่งกลุ่ม ตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ ต้องอธิบายเหตุผลซึ่งจะไม่เกิดผลกระทบใดๆ และข้อมูล ของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ นำเสนอข้อมูล ในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลโดย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ข้อมูลเกี่ยวกับการตายติของผู้รอดชีวิตจาก มะเร็งผู้วิจัยแจกแจงความถี่ และร้อยละ

### ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.19 ร้อยละ 65.37 อายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี อายุเฉลี่ย เท่ากับ 55.73 ปี (SD = 9.86) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.95 ส่วนใหญ่นับถือ ศาสนา พุทธ คิดเป็นร้อยละ 98.81 และ ประกอบอาชีพ ทำสวน/ทำนา คิดเป็นร้อยละ 33.13 ส่วนใหญ่มี สถานภาพสมรส สมรส/คู่ คิดเป็นร้อยละ 78.80 ได้รับ วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในระบบสืบพันธุ์สตรี ถึงร้อยละ 40.60 รองลงมาเป็นผู้ที่ได้รับวินิจฉัยมะเร็งว่าเป็นมะเร็ง เต้านม ร้อยละ 31.04 มะเร็งในระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 9.85 และมะเร็งในระบบขับถ่าย ร้อยละ 5.97 ด้านวิธีการรักษาพบว่าร้อยละ 75.52 ของกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการรักษาโรคมะเร็งใน 1ปีที่ผ่านมา ในจำนวนนี้ ร้อยละ 61.79 ได้รับการรักษามากกว่า 1 วิธี และร้อยละ 13.73 ได้รับการรักษา 1 วิธี สำหรับกลุ่มที่ไม่ได้รับ การรักษา เป็นผู้มาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการ คิด เป็นร้อยละ 24.48 สำหรับระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.78 เป็นผู้ที่เจ็บป่วย ด้วยโรคมะเร็งนาน 1-5 ปี รองลงไปคือน้อยกว่า 1 ปี และ มากกว่า 5 ปี โดยคิดเป็นร้อยละ 36.12 และร้อยละ



19.10 ตามลำดับ ด้านประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.76 ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายของบุคคลในครอบครัวในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา

2. การตายดีตามการรับรู้ นำมาจัดอันดับในระดับของความเห็นจำเป็นอย่างยิ่ง จากมากไปหาน้อย พบว่ากลุ่มตัวอย่างคิดเห็นว่าเป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการตายดี 5 อันดับแรก ได้แก่ การเชื่อใจแพทย์ผู้รักษา (ร้อยละ 86.87) รองลงมา คือ การได้ต่อสู้กับโรครุนานที่สุดท้าย (ร้อยละ 81.79) การมองความตายว่าเป็นเรื่องธรรมชาติ (ร้อยละ 81.19) การได้แสดงความศรัทธาต่อ

สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ (ร้อยละ 77.91) และ เข้าสู่วาระสุดท้ายโดยไม่กลัวความตาย (ร้อยละ 73.13) ส่วนความเห็นเกี่ยวกับลักษณะที่จำเป็นของการตายดีที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญในอันดับท้ายๆ ได้แก่ ไม่ต้องการให้คนในครอบครัวรู้ว่าร่างกายจิตใจ อ่อนแอ (ร้อยละ 65.37) รองลงไปคือ มีเวลาเพียงพอกับใครบางคนในครอบครัว (ร้อยละ 64.48) ได้พบกับคนที่ท่านต้องการพบ (ร้อยละ 62.99) ทราบถึงความคาดหวังต่อสภาพความเจ็บป่วยในระยะต่อไป (ร้อยละ 59.40) และอันดับสุดท้าย คือ ไม่ได้รับการดูแลเสมือนท่านเป็นวัตถุหรือเป็นเด็ก (ร้อยละ 51.64) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอันดับของลักษณะที่จำเป็นอย่างยิ่งของการตายดี (n=335)

อันดับที่	คุณลักษณะของการตายดี	ระดับความคิดเห็นจำเป็นอย่างยิ่ง
1	เชื่อใจแพทย์ผู้รักษา	291 (86.87)
2	ต่อสู้กับโรครุนานที่สุดท้าย	274 (81.79)
3	ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ	272 (81.19)
4	ได้แสดงความศรัทธาต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ	261 (77.91)
5	เข้าสู่วาระสุดท้ายโดยไม่กลัวความตาย	245 (73.13)
6	มีอิสระในการทำกิจกรรมประจำวัน	243 (72.54)
7	ไม่มีความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานทางกาย	235 (70.15)
8	ได้อยู่ในสถานที่ที่ตนเองชอบ	232 (69.25)
9	มีความพอใจในชีวิตประจำวัน	230 (68.66)
10	ความรู้สึกว่าชีวิตมีความสมบูรณ์	223 (66.57)
11	ไม่เป็นภาระของคนในครอบครัว	222 (66.27)
12	ได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความสงบ	222 (66.27)
13	ได้รับการพยาบาลที่ตนเองในครอบครัวหรือหน้าที่การงาน	222 (66.27)
14	ไม่ต้องการให้คนในครอบครัวรู้ว่าร่างกายจิตใจ อ่อนแอ	219 (65.37)
15	มีเวลาเพียงพอกับใครบางคนในครอบครัว	216 (64.48)
16	ได้พบกับคนที่ท่านต้องการพบ	211 (62.99)
17	ทราบถึงความคาดหวังต่อสภาพความเจ็บป่วยในระยะต่อไป	199 (59.40)
18	ไม่ได้รับการดูแลเสมือนท่านเป็นวัตถุหรือเป็นเด็ก	173 (51.64)



## การอภิปรายผล

การตายดีตามการรับรู้ของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งจำนวน 335 รายพบว่าลักษณะที่จำเป็นอย่างหนึ่งที่จะทำให้เกิดการตายดี 5 อันดับแรก สามารถอภิปรายผลดังนี้

1. เชื่อใจแพทย์ผู้รักษา ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการเชื่อใจแพทย์ผู้รักษาเป็นลักษณะหนึ่งของการตายดีตามมุมมองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยเห็นว่าเป็นมากที่สุดถึงร้อยละ 86.87 คำตอบดังกล่าวมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ใช้แบบวัดเดียวกันคือ การศึกษาของ Miyashita et al. (2007); Miyashita et al. (2008) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าการเชื่อใจแพทย์ผู้รักษา เป็นหนึ่งในสิบองค์ประกอบหลักของชาวญี่ปุ่น รวมถึงความคิดเห็นของชาวไทยที่ให้ความสำคัญสูงเป็นอันดับสองว่าเป็นองค์ประกอบให้เกิดการตายดี (Somjit et al., 2014) คล้ายกับการศึกษาในประเทศสิงคโปร์ที่พบว่า การได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ที่เข้าใจในความรู้สึก มีเวลาสำหรับพูดคุยปรึกษาได้อย่างเป็นกันเอง มีความเสมอต้นเสมอปลาย และเข้าพบได้บ่อยครั้งนั้นเป็นการได้รับการดูแลจำเป็นในวาระสุดท้าย (Malhotra et al., 2012) สะท้อนให้เห็นว่า ในสังคมตะวันออก แม้จะมีความหลากหลายทางเชื้อชาติแต่ก็มีมุมมองที่คล้ายกันว่าแพทย์เป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญที่จะทำให้เกิดการตายดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในบริบทของสังคมไทยที่ผู้คนถูกปลูกฝัง หล่อหลอมและเชื่อว่าแพทย์มีความสำคัญ มีบทบาทในด้านการรักษา การตัดสินใจในการรักษา อาจเพราะแพทย์เป็นผู้ที่รู้จักผู้ป่วยอย่างดีที่สุดในเรื่องเกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรค แพทย์จึงเป็นบุคคลที่สำคัญและมีบทบาทที่สุดในการแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าสู่วาระสุดท้ายได้อย่างสมบูรณ์แบบ และเกิดการตายดีได้ดังที่ปรากฏในบทความเรื่อง “End of life care “ ของ Wasi (2009)

2. ต่อสู้กับโรคมะเร็งจนกระทั่งตาย ผลการศึกษาพบว่าความจำเป็นสำหรับลักษณะของการตายดีในลำดับรองลงมา ซึ่งพบในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81.79 เปรียบเทียบกับผลการศึกษาของ Miyashita et al. (2007) พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73 ที่เห็นว่าลักษณะของการตายดี

คือการต่อสู้กับโรคมะเร็งจนกระทั่งตาย ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนถึงมุมมองของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับต่อสู้กับโรคมะเร็งจนกระทั่งตายของผู้ป่วยเอง คือ การไม่ยอมแพ้กับโรคและความเจ็บป่วย การมีความเข้มแข็งที่จะต่อสู้กับโรค ผลการศึกษาในประเด็นนี้ค่อนข้างน่าสนใจเมื่อนำไปประกอบการตีความในแง่มุมมองของการใช้ชีวิตตามที่ปรากฏในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 วรรคแรก ที่ว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้” ด้วยเจตนารมณ์ของกฎหมายก็คือ เป็นการป้องกันการกระทำที่อาจก่อความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เมื่อแพทย์มีความเห็นที่ไม่สามารถรักษาให้หายจากโรคได้แล้ว การรักษาเพื่อยืดชีวิตมักจะต้องมีการกระทำกับร่างกายของผู้ป่วยโดยการสอดใส่อุปกรณ์สำหรับการตรวจและการรักษา ซึ่งสร้างความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจนกว่าจะเสียชีวิต ซึ่งไม่น่าจะทำให้เกิดการตายดีตามมาได้ การศึกษาในครั้งนี้ ข้อคำถามไม่ได้เน้นไปที่การรักษาจนถึงวาระสุดท้าย แต่เป็นการต่อสู้กับโรคมะเร็งจนกระทั่งตาย ซึ่งอาจจะมียุทธศาสตร์ของการตีความที่ต่างกัน จึงควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจถึงมุมมองที่ลึกซึ้งของประชาชนชาวไทยต่อไปเกี่ยวกับประเด็นนี้

3. ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81.19 มีความเห็นว่าการมองความตายให้เป็นเรื่องธรรมชาติเป็นลักษณะที่จำเป็นอย่างหนึ่งของการตายดีเป็นที่สังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.81 นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งเป็นศาสนาที่สอนเรื่องเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดา เป็นวัฏสงสาร สัจธรรมของชีวิตที่ชาวพุทธต้องระลึกและยึดถือไว้เป็นเครื่องเตือนสติอยู่ตลอดเวลา PhraPaisal Visalo et al. (2013) ผลการศึกษานี้มีความคล้ายกับการศึกษาในประเทศไทยที่ใช้แบบวัดเดียวกันที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าจำเป็นมากที่สุดเป็นอันดับแรกซึ่งจะทำให้เกิดการตายดี (Somjit et al., 2014) เป็นไปตามผลการศึกษา การรับรู้การตายดีของผู้ป่วย คือ การยอมรับว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิตที่ไม่มีใครหลีกเลี่ยงได้ ทุกคนต้องเผชิญ การเตรียมพร้อมเพื่อการตายดี



จึงควรเตรียมตนเองให้ยอมรับกับการตาย (Kunsongkeit, 2011) เช่นเดียวกับ การได้เตรียมตัวด้านจิตใจให้พร้อม คือการทำใจยอมรับให้ได้ว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ (Nakcharoen, Nantachaipan & Wiwatkunupakarn, 2002) สอดคล้องกับ Miyashita et al. (2007) ที่ได้แสดงให้เห็นองค์ประกอบการตายดีที่มีความสำคัญด้านการตายอย่างธรรมชาติ ซึ่งประกอบด้วย การตายที่ปราศจากอุปสรรคทางการแพทย์ใดๆ และความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ

4. ได้แสดงความศรัทธาต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.91 เห็นว่ามีความจำเป็นมากสำหรับการตายดี ผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับสิ่งที่พบเห็นได้เสมอในทางปฏิบัติ ในเรื่องการตอบสนองทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย สอดคล้องกับการศึกษา ความต้องการการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธ คริสต์และอิสลาม มีความต้องการด้านจิตวิญญาณ ด้านเครื่องยึดเหนี่ยวจิตวิญญาณ สิ่งของที่มีความหมาย เช่น บุคคล พระพุทธรูป ไม้กางเขน และการได้ปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา (Tipsaenkhum et al., 2005) ซึ่งการได้ปฏิบัติ มีกิจกรรม ปฏิสัมพันธ์กับสิ่งที่เคารพ ตามความเชื่อและเลื่อมใส ได้แสดงความศรัทธาต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ ทำให้บุคคลเกิดความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณ เป็นการแสดงออกถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดกำลังใจและพลังใจในการก้าวเดินข้ามพ้นวิกฤตของชีวิตได้ และการศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้มีการปฏิสัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาสูง ก็จะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง (Tantitrakul & Thanasilp, 2010) ซึ่งศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ สามารถช่วยในการเผชิญและรับมือกับความตายที่ใกล้เข้ามา (Choi et al., 2013) ช่วยอธิบายและค้นหาความหมายของชีวิต ช่วยให้เกิดการยอมรับในความสูญเสีย และพร้อมที่จะเผชิญความตายได้อย่างสงบ อย่างไรก็ตาม คุณลักษณะนี้ค่อนข้างมีความแตกต่างกับการตายดีในประเทศญี่ปุ่น อาจเนื่องจากชาวญี่ปุ่นมีผู้ที่ไม่ได้ยึดถือ

ศาสนาใดศาสนาหนึ่งหรือไม่ได้นับถือศาสนาเลยในการดำรงชีวิต การได้แสดงความศรัทธาต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ จึงให้ความสำคัญในระดับสุดท้ายของลักษณะการตายดี Miyashita et al. (2007); Somjit et al. (2014)

5. เข้าสู่วาระสุดท้ายโดยไม่กลัวความตาย กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 73.13 มีความคิดเห็นว่าการไม่กลัวความตายจะทำให้บุคคลกล้าเผชิญหน้ากับความตาย ช่วยให้เกิดการเตรียมตัวหรือเตรียมความพร้อมสำหรับความตาย ดังการเผยแพร่หลักคำสอนของศาสนาเพื่อไม่ให้เกิดความกลัวความตาย เพื่อให้เกิดความสุขสงบและตายอย่างสงบ เช่นคำสอนของท่านพุทธทาสภิกขุ (PhraPaisal Visalo, et al., 2013) นอกจากนี้ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาในสังคมของประเทศญี่ปุ่น ที่พบว่า การไม่กลัวความตาย และการอยู่โดยไม่คำนึงถึงความตายเป็นลักษณะของการตายดีอย่างหนึ่ง (Miyashita et al., 2007) คล้ายกับความเห็นของชาวไทยกับการตายดีเห็นว่าเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นอย่างยิ่ง (Somjit et al., 2014)

ลักษณะที่จำเป็นของการตายดีที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญใน 5 อันดับท้าย อภิปรายผลดังนี้

1. ไม่ต้องการให้คนในครอบครัวรู้ว่าร่างกายจิตใจอ่อนแอ คุณลักษณะนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.37 เห็นว่าจำเป็นมากที่สุดที่จะทำให้เกิดการตายดีในอันดับท้ายๆ เป็นไปในทางเดียวกันกับผลการศึกษาศึกษาการตายดีของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศญี่ปุ่นในด้านความภาคภูมิใจที่มีองค์ประกอบคือ ไม่ต้องการได้รับความสงสารเวทนาจากคนอื่น มีสภาพร่างกายที่ไม่เปลี่ยนแปลง และไม่ต้องการให้คนในครอบครัวรู้ว่ามีความอ่อนแอทางด้านร่างกายและจิตใจ (Miyashita et al., 2007) และความเห็นของชาวไทยกับการตายดีที่เห็นว่ามีค่าจำเป็นในอันดับท้ายสุด (Somjit et al., 2014) สอดคล้องกับผลการศึกษา ประสพการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีการเผชิญหน้ากับความตายและภาวะใกล้ตายในลักษณะที่ปกปิดตัวตนที่อ่อนแอ ซึ่งจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีอยู่ในระยะระหว่างยอมรับและปฏิเสธกับความตาย (Sripa, 2011) สะท้อนได้ว่าการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่าง



มากกว่าครึ่งอาจจะยอมรับกับความตายหรือปฏิเสธกับความตาย อย่างไรก็ตาม มุมมองเกี่ยวกับการตายดีของตน ก็ยังมีความต้องการให้เกิดการตายและต้องการให้ร่างกายของตนเองนั้นยังคงสภาพที่ปกติ ไม่เป็นที่น่าเวทนา

2. มีเวลาเพียงพอกับใครบางคนในครอบครัว ร้อยละ 64.48 กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นสอดคล้องกับ มุมมองของผู้ป่วยที่ต้องการจะอยู่กับครอบครัวในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยเฉพาะก่อนที่จะตายทุกเวลา แม้ในช่วงที่ไม่รู้สึกตัวแล้ว เพียงแค่เข้ามาข้างเคียงก็จะทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจไม่ตายอย่างโดดเดี่ยว (Kunsongkeit, 2011) และยังสอดคล้องกับการที่ได้มีเวลาเพียงพอกับคนในครอบครัว การได้ระบายความรู้สึกต่อคนในครอบครัว เชื่อว่าครอบครัวจะดูแลร่างกายตนภายหลังการตายได้ดี ครอบครัวมีความพร้อมและสนับสนุนกับการตายของตน เหล่านี้ล้วนเป็นหนึ่งในคุณลักษณะการตายดีด้านการมีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว (Miyashita et al., 2007) สะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติดูแลต่อผู้ป่วยในสถานการณ์ปัจจุบันที่การตายของผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล หลายครั้งผู้ป่วยเกิดการตายอย่างโดดเดี่ยว เนื่องจากหออผู้ป่วยมักจะมีเวลาเข้าเยี่ยมและจำกัดผู้ดูแล ในขณะที่กลุ่มประชาชนชาวไทยทั่วไปกลับให้ความเห็นว่าคุณลักษณะของการตายดีนี้มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสูงสุดใน 5 ลำดับแรก (Somjit et al., 2014) ดังนั้นการตอบสนองต่อการดูแลในวาระสุดท้ายด้านนี้ยังคงค่อนข้างเป็นที่ทำได้ยาก ลักษณะการตายดีในด้านนี้ น่าจะสามารถเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายได้

3. ได้พบกับคนที่ท่านต้องการพบ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.99 มีความเห็นไปในทางเดียวกันว่า การตายดีต้องได้พบกับคนที่ต้องการพบให้สมกับความปรารถนาที่จะพบคนบางคนเป็นครั้งสุดท้าย โดยเฉพาะคนที่ตนรัก คนที่ปรารถนาจะขอโทษกรรม คนที่ยังมีความห่วง ความกังวล มีสิ่งที่ค้างคาใจอยู่ เป็นโอกาสเยียวยาความสัมพันธ์ โอกาสที่จะบอกลา โอกาสที่ครอบครัวได้กลับมาอยู่พร้อมหน้ากัน เหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ควรได้รับการปลดปล่อยอย่างเร่งด่วน ไม่ว่าจะเป็น ภารกิจการงานที่ค้างค้ำ

ทรัพย์สินที่ยังแบ่งสรรไม่แล้วเสร็จ ความน้อยเนื้อต่ำใจในคนใกล้ชิด ความโกรธแค้นใครบางคน หรือความรู้สึกผิดบางอย่างที่เกาะกุมจิตใจมานาน (PhraPaisal Visalo, 2013) การได้พบกับคนที่ต้องการพบเพื่อบอกลา ได้กล่าวขอบคุณ ได้ปรับความเข้าใจกัน เป็นหนึ่งคุณลักษณะการตายดีด้านการได้เตรียมตัวตาย (Miyashita et al., 2007) ดังมุมมองของผู้ป่วยเมื่อถึงวาระสุดท้ายของตนกลับต้องการที่จะอยู่กับญาติ ครอบครัว หรือบุคคลอันเป็นที่รักมากกว่าการถูกปล่อยให้อ้างว้าง หรือตายอย่างว้าเหวในโรงพยาบาล (Kunsongkeit, 2011)

4. ทราบถึงความคาดหวังต่อสภาพความเจ็บป่วยในระยะต่อไป กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.40 มีความเห็นที่สะท้อนถึงความจำเป็นในลำดับท้ายๆ ดังการศึกษาของ Somjit et al. (2014) การได้ทราบถึงสภาพความเจ็บป่วยในอนาคตอาจส่งผลต่อการแสดงเจตจำนงก่อนตายในปัจจุบัน การแสดงความต้องการของตนเมื่ออยู่ในวาระสุดท้าย โดยการทำพินัยกรรมชีวิต เป็นแนวทางที่สามารถเกิดขึ้นได้จริง ซึ่งแนวคิดพินัยกรรมชีวิตนี้กำลังถูกผลักดันให้เป็นที่รู้จักในสังคมไทยให้กว้างขวางมากขึ้น พินัยกรรมชีวิตเสมือนกับ การได้ให้เจ้าของชีวิตนั้นได้สั่งเสีย แสดงความต้องการเกี่ยวกับการรักษา การจัดการกับร่างกายของตนภายหลังที่เสียชีวิต รวมถึงการได้แจ้งให้ทราบไว้ว่าใครจะเป็นผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจแทนตนได้เมื่อถึงวาระที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง คุณลักษณะนี้จะมีความประโยชน์อย่างมาก หากในระยะต่อไป การดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย และผู้นั้นได้รู้จักตนเองมากขึ้น ได้ฝึกรู้จักกับความเจ็บป่วย พิจารณาความไม่เที่ยงของร่างกาย ได้รู้จักความตาย ฝึกปล่อยวางยามใกล้ตาย ดังที่ว่า ตายก่อนตาย ย่อมเข้าสู่การตายที่ดีได้ (PhraPaisal Visalo, 2013) ในส่วนนี้การบอกความจริงจะมีความสำคัญกับผู้ที่เจ็บป่วยและผู้ที่อยู่ในวาระสุดท้าย การได้รับทราบความจริงเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วยของตน จะช่วยให้ผู้นั้นได้เกิดการยอมรับ ได้ทราบถึงการพยากรณ์โรคของตนเอง เตรียมรับมือกับอนาคตที่จะเกิดขึ้น ได้เตรียมตัวกับความเจ็บป่วย ได้เตรียมตัวกับความตายของตน

5. ไม่ได้รับการดูแลเสมือนเป็นวัตถุหรือเป็นเด็ก กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.64 มีความเห็นที่จำเป็นอย่างยิ่ง



ว่าเป็นคุณลักษณะการตายดีของตนในลำดับสุดท้าย สะท้อนให้ทราบถึงมุมมองของผู้ป่วยและผู้ป่วยระยะท้าย ที่อยู่ในโรงพยาบาลจำนวนไม่น้อยที่ต้องได้รับการรักษา ที่เกินความจำเป็น หรือไม่ก็ถูกทำให้ทรมานทรมายเพื่อต่อ ชีวิตไปไม่กี่ชั่วโมงหรือไม่กี่วัน การรักษากลับกลายเป็น การชะลอหรือยืดความตายออกไป ซึ่งบางทีจริงๆ แล้วผู้ป่วยอาจจะอยากร้องขอ เรียกร้องตามสิทธิและ ศักดิ์ศรีของตน ที่อาจจะไม่ใช่การฉีดยา น้ำเกลือ การนวด หัวใจ หรือไม่ก็การเจาะคอ ที่เสมือนว่าเขาเองกำลังถูก ดูแลรักษาเหมือนกับตนเองเป็นวัตถุ ถูกปฏิบัติอย่างไร้ มนุษยธรรม ตายอย่างสมศักดิ์ศรี คือ ตายโดยไม่ทุกข์ ทรมานและไม่ถูกกระทำเยี่ยงวัตถุ หรือมีสภาพเป็นผัก ช่วยตัวเองไม่ได้ หรือมีอาการอันน่าสับสน (PhraPaisal Visalo, 2013) อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้มีความ แตกต่างกับการตายดีในมุมมองของชาวญี่ปุ่นในลักษณะ ของการคาดหวังต่อความเป็นมนุษย์คนหนึ่ง เห็นคุณค่า

ของความเป็นคน และเป็น การตายที่ปราศจากกับ ุอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ที่ให้ความเห็นว่าเป็นอย่างยิ่ง ในลำดับต้นๆ Miyashita et al. (2007); Somjit et al. (2014)

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยนี้ได้อิงค้ความรู้ทางการพยาบาลในการ ดูแลแบบประคับประคองเกี่ยวกับการตายดีในบริบท สังคมไทยสามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ การพยาบาลเพื่อตอบสนองการตายดี

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ การตายดี
2. ควรมีการศึกษาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ที่มีผล ต่อการตายดีในบริบทของสังคมไทย

## เอกสารอ้างอิง

- Balein, G. N. (2009). Factors associated with good death. *Asian bioethics review September 2009*, 1(3), 252-258.
- Choi, J. Y., Chang, Y. J., Song, H. Y., Jho, H. J., & Lee, M. K. (2013). Factors that affect quality of dying and death in terminal cancer patients on inpatient palliative care units: perspectives of bereaved family caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(4), 735-745.
- Davis, M. P. (2010, June 4-8). Review from the American society of clinical oncology patient and survivor care abstracts. *Progress in Palliative Care*, 19(1), 25-28.
- Ferrell, B. R., & Grant, M. (2004). Quality of life: conceptual model. In M. Hewitt, S. Greenfield, & E. Stovall (Eds.), *From cancer patient to cancer survivor: Lost in transition* (pp. 66-186).
- Hirai, K., Miyashita, M., Morita, T., Sanjo, M., & Uchitomi, Y. (2006). Good death in Japanese cancer care: A qualitative study. *Journal of pain and symptom management*, 31(2), 140-147.
- Hughes, T., Schumacher, M., Jacobs-Lawson, J. M., Arnold, S. (2007). Confronting death: Perceptions of a good death in adults with lung cancer. *American journal of hospice and palliative medicine*, 1-6.
- Jamjan, L., et al. (October 4, 2014). Personal communication. (In Thai)
- Kunsongkeit, W. (2011). Good death as Perceived by the Patients. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 19(2), 1-12. (In Thai)



- Khan, N. F., Harrison, S., Rose, P. W., Ward, A., & Evans, J. (2012). Interpretation and acceptance of the term cancer survivor: A United Kingdom-based qualitative study. *European journal of cancer care, 21*, 177-186.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research Activities. *Journal of Educational and Psychological Measurement, 30*, 607-610.
- Malhotra, C., Chan, A., Do, Y. K., Malhotra, R., & Goh, C. (2012). Good end of life care: Perspective of middle aged and older Singaporeans. *Journal of Pain and Symptom Management, 44*(2), 252-263.
- Miyashita, M., Morita, T., Sato, K., Hirai, K., Shima, Y., & Uchitomi, Y. (2008). Good death inventory: A measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *Journal of Pain and Symptom Management, 35*(5), 486-498.
- Miyashita, M., Sanjo, M., Morita, T., Hirai, K., & Uchitomi, Y. (2007). Good death in cancer care: A nationwide quantitative study. *Annal of Oncology, 18*(6), 1090-1097.
- Montel, S. (2010). Fear of recurrence: a case report of a woman breast cancer survivor with GAD treated successfully by CBT; practitioner report. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 17*, 346-353.
- Nakcharoen, U., Nantachaipan, P., and Wiwatkunupakarn, S. (2002). Preparing for Death among People living with HIV. *Nursing Journal. 29*(2). 41-54. (In Thai)
- Petpichetchian, W. (2011). Cancer illness. *Best Nursing Practice in Cancer Care* (19-68). Songkla: Chanmuang press. (In Thai)
- PhraPaisal Visalo, et al., (2013). Mindfulness. In Thongsilsat, N. (Editor), *Toward Dying Peacefully book 1 concept and learning process* (2<sup>nd</sup> ed., 46-47). Bangkok: Samlada Partnership. (In Thai)
- PhraPaisal Visalo. (2013). The philosophy for patients. (149-173). Pathumthani: Pimpichit press. (In Thai)
- Phuawongphaet, S. (2012). From idea into Practice "Right to Good Death". In Chokwiwattana, W., Jindawattana, A., Bunchalermvipas, S., Chantarat na Ayuthaya, P. & Limsatit, P. (Editor), *Advance Care Planning* (5<sup>th</sup> ed., 121-127). Bangkok: TQP. (In Thai)
- Rosedale, M. (2009). Survivor loneliness of women following breast cancer. *Oncology nursing forum, 36*(2), 175-183.
- South East Asia Regional Office. (2013). *Cancer*. Retrieved from <http://www.searo.who.int/topics/cancer/en/>.
- Stonington, S.D. (2012). On ethical locations: the good death in Thailand, where ethics sit in places. *Social Science & Medicine, 75*, 836-844.
- Somjit, S., Jamjun, L., Ando, M., & Miyashita, M. (2014). *Comparison opinion between Thai and Japanese about concept of good death, hope in the end of life stage and believe about the cancer care in end of life stage*. Proceeding of the 9<sup>th</sup> National congress on Research and Innovations for Sustainable Development; 2014 December 16; Sripatum University. (In Thai)



- Sripa, K. (2011). Dying experience of terminal ill cancer patients: a phenomenological study. Unpublished Doctor of Philosophy (applied behavioral science research) thesis, Graduated school, Srinakharinwirot University. (In Thai)
- Tantitrakul, W., Thanasilp, S. (2010). *Spiritual well-being of terminal cancer patients. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. special*, 34-46. (In Thai)
- Tipsaenkhum, N., Tongpreteep, T. & Pitagsavaragon, P. (2005). *Project title: Spiritual needs of the dying patients in hospice home care: research report*. Bangkok Metropolitan Administration: Thailand Research Fund. (In Thai)
- Vachon, M. L. S. (2008). Meaning, spirituality, and wellness in cancer survivors. *Seminar in oncology nursing*, 24(3), 218-225.
- Wasi, P. (2009, October). *The speech for Sumalee Nimmannit (1<sup>st</sup> ed.) Palliative care with Humanized Health Care*. Siriraj Palliative care center. Print ozone press. (In Thai)