

บทความวิจัย

ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้ง
หรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต¹
The Lived Experiences of Thai Buddhist Family Members
in Decision Making for Withholding or Withdrawing Life
Sustaining Treatments for Critically Ill Patients
in Terminal Stage¹

ปิยนัยต์ วัฒนประสาน² วราภรณ์ คงสุวรรณ^{3*} กิตติกร นิลมานัต³
Piyana Vattanaprasan² Waraporn Kongsuwan^{3*} Kittikorn Nilmanat³

¹งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา
¹Granting supported by Graduate School, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

²พยาบาลวิชาชีพ หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา
²Registered Nurse, Medical Intensive Care Unit, Songklanagarind Hospital, Songkhla, Thailand.

³รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา
³Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

*Corresponding author: waraporn.k@psu.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความหมายของประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์แมนนิวดิกซ์ ผู้ให้ข้อมูลเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธที่มีประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา จำนวน 10 ราย ในจังหวัดสงขลา เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2560 โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์โดยใช้วิธีของ van Manen สร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัยตามเกณฑ์ของ Lincoln และ Guba

ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตประกอบด้วย 7 กลุ่มความหมาย สะท้อนภายใต้โลก 5 ใบ ของ van Manen ดังนี้ 1) โลกของสถานที่ คือ เสมือนอยู่ในที่มีดีเพียงลำพัง 2) โลกของตนเอง คือ ต้องตั้งใจ และยอมรับธรรมชาติของชีวิตและกฎแห่งกรรม 3) โลกของเวลา คือ หวังแต่ก็เผื่อใจ 4) โลกของความสัมพันธ์ คือ แสวงหาที่พึ่งทางใจ และนึกถึงใจและกายผู้ป่วย และ 5) โลกของสิ่งของ คือ เทคโนโลยีในระยะท้ายของชีวิต

ผลการศึกษาในครั้งนี้ช่วยให้เข้าใจประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต สามารถเป็นแนวทางแก่แพทย์และพยาบาลในการช่วยเหลือและสนับสนุนการตัดสินใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต

คำสำคัญ: ไทยพุทธ; ผู้ป่วยวิกฤต; ยับยั้งหรือยุติการรักษา; ระยะท้ายของชีวิต

Abstract

The purpose of this study was to describe the lived experiences of Thai Buddhist family members in decision making of withholding or withdrawing life-sustaining treatment for critically ill patients at the end of life. Hermeneutic phenomenology was used in this study. Participants were 10 Thai Buddhist family members in Songkhla province who had the experiences under study. Data were collected during March to December, 2017 using individual in-depth individual interviews. Data were analyzed using van Manen's approach. Trustworthiness was established following Lincoln and Guba's criteria.

The findings revealed 7 thematic categories reflected within 5 lived-worlds of van Manen. 1) Lived space was as if being alone in the dark; 2) lived body: must be conscious, must accept the nature of life and law of karma; 3) lived time: having hope but accepting the truth; 4) lived relations: seeking spiritual refuge, recognizing patient's mind and body; and 5) lived things: technologies at the end of life.

The findings in this study provide understanding of the experiences of Thai Buddhist family members in decision making of withholding or withdrawing life-sustaining treatment for critically ill patients at the end of life. The findings can be guidance for physicians and nurses in helping and supporting the patients' family members in making a decision at the end of life.

Keywords: critically ill patient; Thai Buddhist; treatment terminal stage; withholding or withdrawing life-sustaining

ความเป็นมาของปัญหา

การตัดสินใจในระยะท้ายสำหรับผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพการยับยั้งหรือยุติการรักษา รวมถึงการตัดสินใจเปลี่ยนเป้าหมายจากการรักษาแบบมุ่งรักษาชีวิตเป็นการดูแลที่เน้นความสุขสบาย¹ การยับยั้งหรือยุติการรักษาเป็นการหยุดให้หรือการคงการรักษาเดิมที่ผู้ป่วยได้รับ และไม่เพิ่มการรักษาอื่นที่เป็นการยืดชีวิตผู้ป่วยหรือทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาต่อมา² มีการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจและผลของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต พบว่าผู้ตัดสินใจแทนร้อยละ 62.5 ตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย³ การตัดสินใจแทนที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้รูปแบบการรักษามีความชัดเจนขึ้น ส่งผลให้แผนการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับสอดคล้องกับความต้องการที่เป็นผลจากการตัดสินใจนั้น หากการตัดสินใจไม่มีประสิทธิภาพ และเกิดความล่าช้าในการตัดสินใจ อาจมีผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในขณะนั้น เกิดความทุกข์ทรมาน โอกาสตายอย่างสงบลดลง

การตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาเป็นการตัดสินใจในเรื่องการมีชีวิตอยู่และความตายของผู้ป่วย นำมาซึ่งผล

กระทบต่อผู้ตัดสินใจแทนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตมีความรู้สึกขัดแย้งในการตัดสินใจในระดับปานกลางถึงสูง⁴ และยังพบว่าหนึ่งในสามของผู้ตัดสินใจแทนมีผลกระทบทางอารมณ์ในทางลบ ได้แก่ ภาวะเครียด รู้สึกผิด และสงสัยว่าสิ่งที่ตัดสินใจถูกต้องหรือไม่ อาการเหล่านี้อาจคงอยู่เป็นเดือน บางครั้งเป็นปีภายหลังการตัดสินใจ⁵ วัฒนธรรมและศาสนาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต^{6,7} จากข้อมูลพบว่าประชากรไทยนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 94.6⁸ ศาสนาพุทธมีความเชื่อว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต และการตายดีคือการตายอย่างสงบ⁹ ในระยะท้ายของชีวิต รวมถึงมีความเชื่อในเรื่องกรรม และกฎแห่งกรรม การตัดสินใจยุติการรักษาอาจทำให้ผู้ตัดสินใจรู้สึกผิดบาป เนื่องจากผลของการตัดสินใจอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต การตัดสินใจในระยะท้ายของผู้ป่วยวิกฤตเป็นการตัดสินใจที่คาบเกี่ยวระหว่างการมีชีวิตอยู่และความตาย นอกจากความปรารถนาของผู้ป่วยและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยแล้ว ความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเป็นปัจจัยหนึ่งที่ต้องคำนึงถึง

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบการศึกษา มุมมองเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตของ

ผู้ป่วยเรื้อรัง¹⁰ แต่ยังไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้าย ซึ่งมีความแตกต่างกันของวิถีความเจ็บป่วย การดำเนินโรค และความรุนแรงของความเจ็บป่วย ซึ่งอาจมีผลต่อการตัดสินใจ ในระยะท้ายของชีวิต การศึกษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้าย ทำได้ยากเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้สึกรู้ตัว ความสามารถในการคิดและตัดสินใจลดลง ยังไม่พบการศึกษาเชิงคุณภาพ ในเชิงลึกผ่านประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวหรือผู้ตัดสินใจแทนในการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในระยะท้ายของชีวิต ดังนั้นจึงเป็นที่น่าสนใจว่าขณะที่ต้องตัดสินใจตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต ครอบครัวหรือผู้ตัดสินใจแทนมีประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวอย่างไร ผลการศึกษาจะช่วยให้พยาบาล เข้าใจถึงการตัดสินใจที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการ ตอบสนองและส่งเสริมกระบวนการตัดสินใจ รวมถึงดูแล สมาชิกครอบครัวในช่วงที่ต้องตัดสินใจ เพื่อลดผลกระทบ ที่อาจตามมา

วัตถุประสงค์

เพื่ออธิบายความหมายของประสบการณ์ของสมาชิก ครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษา ในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต

วิธีการดำเนินการวิจัย

การอธิบายความหมายของประสบการณ์ของสมาชิก ครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาใน ผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตในครั้งนี้ ได้ใช้วิธีการวิจัยเชิง คุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic phenomenology) ตามแนวคิดของไฮเดกเกอร์ ที่เชื่อว่า บุคคลใช้ประสบการณ์ ความคิดในการตีความและให้ความหมายกับเหตุการณ์นั้นๆ ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยสามารถทำความเข้าใจกับสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลให้ได้ลึกซึ้งและใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด¹¹ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ 1) เป็นสมาชิกของครอบครัวที่มีความผูกพันทางสายเลือดกับผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธระยะท้ายของชีวิต ที่ได้รับหน้าที่จากครอบครัวให้เป็นผู้ตัดสินใจแทน และมีประสบการณ์ในการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษา โดยเลือกผู้ให้ข้อมูล ครอบครัวละ 1 คน 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และ 3) สามารถสื่อสารภาษาไทย โดยผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลซ้ำๆ กับข้อมูลเดิม โดยไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม

มาอีก¹² เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2560 - เดือนธันวาคม 2560

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาความเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ PSU IRB 2017-NSI 013 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงของการเข้าร่วมวิจัย ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยอย่างอิสระ และสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ตามมา ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับ โดยมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และไม่มี การใช้ชื่อของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอผลการศึกษา ในระหว่างการสัมภาษณ์หากพบว่าผู้ให้ข้อมูลรู้สึกสะเทือนใจกับเหตุการณ์หรือเรื่องราวที่กำลังเล่า ผู้สัมภาษณ์เสนอให้หยุดพักการสัมภาษณ์ และให้การดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ให้ข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีผู้ให้ข้อมูลถอนตัวจากการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูล 3 คน ร้องให้ในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยให้การดูแลด้านจิตใจและรายงานว่าผู้ให้ข้อมูลพร้อมที่จะพูดคุยต่อผู้ให้ข้อมูลยินดีให้สัมภาษณ์ต่อจนแล้วเสร็จ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลผู้วิจัยใช้วิธีการบอกต่อ (snow ball) และผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูลโดยตรง หากผู้ให้ข้อมูลเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกจะนัดเวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกร่วมกับการบันทึกเสียง โดยผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์ในขณะที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษา โดยใช้คำถามปลายเปิดในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เช่น “คุณรู้สึกอย่างไรในขณะที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในครั้งนั้น เพราะเหตุใดจึงรู้สึกแบบนี้” “คุณรู้สึกอย่างไรที่ได้ทำหน้าที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในครั้งนี้ เพราะเหตุใดจึงรู้สึกแบบนี้” ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ในห้องประชุมเล็กของที่ทำงานของผู้วิจัย และบ้านของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการของ van Manen¹² โดยผู้วิจัยทำการถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ อ่านบทสัมภาษณ์อย่างละเอียดหลายรอบ เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล และดึงคำสำคัญ จัดหมวดหมู่ของคำสำคัญ หลังจากนั้นนำมาตีความหมาย และจัดกลุ่ม

ความหมายที่เหมือนกันอยู่ในกลุ่มเดียวกัน และนำมาสะท้อน ภายใต้โลก 5 โใบ ของ van Manen¹³ ได้แก่ โลกของสถานที่ (lived spaced) หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ให้ ข้อมูลต่อสถานที่ สิ่งแวดล้อม โลกของตนเอง (lived body) หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลที่มีต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณของตนเอง โลกของเวลา (lived timed) หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ที่มีต่อเวลาที่เกิดจากการรับรู้ของจิตใต้สำนึก เวลาแห่งชีวิต โลกของความสัมพันธ์ (lived relation) หมายถึง ความรู้สึก หรือการรับรู้ที่เกิดขึ้นของผู้ให้ข้อมูลมีต่อบุคคลรอบข้าง เช่น ผู้ป่วย บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือบุคคลอื่น ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงสิ่งเหนือธรรมชาติ และโลกของสิ่งของ (lived things) หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของสมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยไทยพุทธที่มีต่อ สิ่งของ เทคโนโลยี ที่มี ความสัมพันธ์ในขณะอยู่ในประสบการณ์การตัดสินใจยับยั้ง หรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ของข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพของ Lincoln & Guba¹⁴ ดังนี้ 1) ความน่าเชื่อถือได้ (credibility) โดยผู้วิจัยใช้เวลา อยู่กับผู้ให้ข้อมูลให้นานพอ (prolonged engagement) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายถูกสัมภาษณ์ 1-2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 45-60 นาที ในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสังเกตบรรยากาศขณะสัมภาษณ์ สีนหน้าท่าทาง อากัป กริยา น้ำเสียง การแสดงออกทางอารมณ์ความรู้สึกของผู้ให้ ข้อมูล และมีการตรวจสอบข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูล (member check) ก่อนยุติการสัมภาษณ์ 2) ความสามารถนำไปประยุกต์ ใช้ได้ (transferability) ผู้วิจัยได้บรรยายบริบทที่ทำการศึกษา และอธิบายปรากฏการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธ ที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะ ท้ายของชีวิตอย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถ พิจารณาตัดสินใจในการที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ในบริบท ที่คล้ายคลึงกันได้ 3) ความสามารถยืนยันว่าไม่เปลี่ยนแปลง (confirmability) เพื่อให้ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยเป็นไป ตามธรรมชาติของความจริงที่สามารถยืนยันได้ โดยการบันทึก แหล่งที่มาของข้อมูลไว้เป็นหลักฐาน ผู้วิจัยจัดเก็บบทสัมภาษณ์ และใช้รหัสเบื้องต้น แยกเป็นแฟ้มข้อมูลของแต่ละคนอย่าง เป็นระบบ ไม่มีการลบข้อมูลหรือบันทึกซ้ำ และผู้วิจัยมีการ จดบันทึกภาคสนาม (field note) ทุกครั้งที่ไปสัมภาษณ์ และ 4) ความวางใจได้ (dependability or audit ability)

งานวิจัยครั้งนี้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทั้ง 2 ท่าน ตรวจสอบตั้งแต่ระเบียบวิธีการวิจัย แนวคำถามในการสัมภาษณ์ การดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ ข้อมูล และผลที่ได้ ทุกอย่างมีความสอดคล้องกัน

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตทั้งหมด 10 ราย เป็น เพศชาย 6 ราย เพศหญิง 4 ราย อายุระหว่าง 45-94 ปี ผู้ป่วยใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 5 ราย สิทธิข้าราชการ 4 ราย และประกันสังคม 1 ราย มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลล่วงหน้า 4 ราย จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 12 ชั่วโมง-59 วัน จำหน่าย จากโรงพยาบาลโดยการเสียชีวิตมากที่สุด 7 ราย กลับไป เสียชีวิตที่บ้าน 2 ราย และกลับบ้านปกติ 1 ราย

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 10 ราย เป็นเพศหญิง 7 ราย อายุระหว่าง 25-56 ปี อายุเฉลี่ย 35 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพ สมรส 7 ราย โดยมีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วยมากที่สุด 8 ราย เป็นหลาน 1 ราย และเป็นน้อง 1 ราย จบการ ศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป 8 ราย เป็นบุคลากรทางการแพทย์ 5 ราย ข้าราชการครู 2 ราย ข้าราชการส่วนท้องถิ่น 1 ราย ทนายความระดับผู้บริหาร 1 ราย และเป็นแม่บ้าน 1 ราย ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ 9 ราย ระดับความเคร่งทางศาสนา ปานกลาง 3 ราย ผู้ให้ข้อมูล 3 ราย เคยมีประสบการณ์ ในการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตของสมาชิกในครอบครัว มาก่อน ประสบการณ์การตัดสินใจในครั้งนี้เป็นประสบการณ์ ครั้งที่ 2 จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์ พบความ หมายของประสบการณ์ในขณะตัดสินใจยับยั้งหรือยุติ การรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต 7 กลุ่มความหมาย และนำมาสะท้อนภายใต้โลก 5 โใบ ของ van Manen ดังนี้

โลกของสถานที่ เป็นความรู้สึกหรือการรับรู้ของ สมาชิกครอบครัวที่มีต่อสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมในขณะ อยู่ในประสบการณ์การตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษา ในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต อาจเป็นโรงพยาบาล หรือ บ้าน ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความหมายในโลกของสถานที่ 1 กลุ่ม ความหมาย คือ

เสมือนอยู่ในที่มืดเพียงลำพัง ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง เล่าว่า ถึงแม้จะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต และถึงแม้จะเคย แนะนำคนอื่นในเรื่องเหล่านี้ก็ตาม แต่เมื่อต้องมาเจอกับ สถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาของคน

ในครอบครัว รู้สึกเหมือนสถานที่นั้นมืดไปหมด มองไม่เห็นใคร ถึงแม้จะมีแพทย์ พยาบาล และมีคนอื่นอีกมากมาย รู้สึกทำอะไรไม่ถูก คิดอะไรไม่ออก ดังคำกล่าว

“แม้ว่าเราจะเป็นพยาบาลถึงตอนนั้นเรารู้สึกมืดเหมือนกันนะพี่ จากห้องที่เคยสว่าง รู้สึกมืดขึ้นมาทันที มองไม่เห็นใครเลย ทั้งๆ ที่มันก็เป็นที่เคย สิ่งที่เคยบอกคนอื่นมาถึงตอนนั้น เหมือนแค่ได้ยินแต่ไม่เข้าใจ เหมือนมันมืดแปดด้าน ไม่มีทางออก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

ผู้ให้ข้อมูลอีกรายเล่าสถานการณ์ที่แพทย์มาให้ข้อมูลแล้วต้องตัดสินใจว่า รู้สึกมืดไปหมด คิดไม่ออก ไม่รู้ว่าจะตัดสินใจอย่างไรจึงจะดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยในตอนนั้นมีทางเลือกในการตัดสินใจอื่นอีกหรือไม่ และนึกไม่ออกว่าจะถามข้อมูลอะไรเพิ่มเพื่อมาประกอบการตัดสินใจ ดังคำกล่าว

“หมอบอกว่าเลือดออกในสมอง ผ่าตัดไม่ได้ เสียมาก ตอนนั้นคิดอะไรไม่ออกจริง ๆ ว่าแล้วยังไงต่อ มันเร็วมาก หมอบอกโอกาสตายสูงให้ตัดสินใจว่าหัวใจหยุดเต้นจะปั๊มมัย ใส่ท่อช่วยหายใจมัย เราก็หนีไปเลย รู้สึกมืดไปหมด เหมือนทุกคนอยู่ไกลมาก สิ่งที่หมอบอกตอบไม่ได้เลยทันที เราไม่รู้ว่าตัดสินใจอย่างไรจึงจะดีที่สุดในเวลานั้น มีเรื่องอยากถามหมอบแต่ก็ไม่ได้ถามว่าจะถามอะไร” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

โลกของตนเอง เป็นความรู้สึกหรือการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวที่มีต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณของตนเอง ขณะอยู่ในประสบการณ์การตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความหมายในโลกของตนเอง 2 กลุ่มความหมาย ดังนี้

ต้องตัดสินใจ ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงสถานการณ์ในช่วงที่ต้องตัดสินใจว่าต้องรวบรวมสติให้มัน เพราะเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับความเป็นความตายของบุคคลอันเป็นที่รักและผูกพัน เป็นเรื่องยาก ไม่รู้ว่าจะตัดสินใจอย่างไรดี และต้องทำอะไรต่อ รวมถึงมีเรื่องที่ต้องตัดสินใจหลายเรื่อง และต้องดูแลคนในครอบครัวในสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าการมีสติทำให้สามารถคิด ตัดสินใจ และเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ดังคำกล่าว

“คิดว่าพ่อจะมาโรงพยาบาลเหมือนรอบก่อนๆ คิดว่าไม่หนักมาก พอมาถึงโรงพยาบาล คือ ซ็อก

ความดันต่ำ หมอเลยให้ตัดสินใจว่าจะเอาอย่างไร คือคนไข้ไม่ไหวแล้ว เราก็คิดหนักตอนนั้น... พ่อก็ซ็อกอยู่นานมาก ตัวเป็นจ้ำหมด เราก็ต้องตั้งสติอยู่พักใหญ่ จึงตัดสินใจทำอะไรเพิ่ม” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

ผู้ให้ข้อมูลบางรายเล่าว่าต้องใช้เวลาในการตั้งสติทุกขั้นตอน ทั้งก่อนและหลังการตัดสินใจ ดังคำกล่าว

“ตัดสินใจแล้วเราก็ต้องตั้งสติ วางแผนต่อว่าจะอยู่ยังไงต้องทำอะไรต่อ หนึ่งอยู่สักสองสามนาทีกี่ต้องเดินต่อ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

ยอมรับธรรมชาติของชีวิตและกฎแห่งกรรม ผู้ให้ข้อมูลมองความตายเป็นเรื่องธรรมชาติที่ทุกคนต้องเจอเมื่อถึงเวลา และไม่มีใครหนีพ้น เมื่อผู้ป่วยผ่านการรักษามาระยะหนึ่งแล้วไม่ตอบสนองกับการรักษา ครอบครัวรู้สึกว่าได้ทำทุกอย่างเต็มที่แล้ว รู้สึกหมดหนทาง ต่อมาเริ่มทำใจและยอมรับว่าความเจ็บป่วยและความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นเกิดจากกรรมในอดีตหรือหมกมุ่นที่สร้างมา การตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาเป็นไปเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานในระยะท้ายของชีวิต ดังคำกล่าว

“ผมไม่เคยสูญเสียสิ่งที่รักในชีวิต ครั้งนี้ครั้งแรกผมจะไม่ยึดติดกับสิ่งที่กำลังจากไปและจะไม่เศร้าโศกมันถึงวาระหนึ่งทุกคนต้องไปหมด ผมอ่านหนังสือธรรมะ ศึกษาความเป็นธรรมชาติของชีวิต” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ตลอดการรักษาเราก็ทำเต็มที่พอถึงที่สุดแล้วคงต้องแล้วแต่บุญแต่กรรมที่ทำมา ทุกคนเกิดมาก็ต้องตาย อยู่ที่ตายช้าตายเร็ว ทำใจไว้บ้างแต่ไม่เกิดกับตัวเองไม่รู้หรอก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

โลกของเวลา เป็นความรู้สึกหรือการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวที่มีต่อเวลาที่เกิดจากการรับรู้ของจิตใต้สำนึก เวลาแห่งชีวิต ซึ่งความสัมพันธ์นี้เป็นความสัมพันธ์ในขณะที่อยู่ในประสบการณ์การตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความหมายในโลกของเวลา 1 กลุ่มความหมาย คือ

หวังแต่ก็เผื่อใจ ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า ตลอดเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอาการเจ็บป่วยครั้งนี้ แม้กระทั่งในระยะท้ายของชีวิตที่ต้องตัดสินใจ ผู้ให้ข้อมูลและครอบครัว

ยังคงมีความหวังเสมอ ความหวังเหมือนเป็นพลังของชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว แม้ความหวังจะน้อยมากก็ขอแค่ให้ได้หวัง แม้จะรู้ว่าปลายทางจะเป็นอย่างไรก็ตาม ดังคำกล่าว

“หมอบอกว่ายาก ถ้าผ่าตัดก็เสี่ยงมาก แต่เรายังมี ความหวัง ทุกคนก็ต้องมีความหวังใช่ไหม ความหวังน้อย ความหวังมากก็ต้องหวัง...ถ้าแกมาก็ให้แกมา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

อย่างไรก็ตามความหวังของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาและอาการของผู้ป่วย ดังคำกล่าว

“ตอนแรกผมก็หวังว่าแกจะหาย พอรู้ว่าแกเข้าไอซียู ก็หวังว่าแกจะฟื้นแล้วพูดได้อยู่กันอีกซักพักเพราะ ยังไม่ได้คุยกันเลย มันยังมีความหวังรีบหรือยังก็ ยังมีความหวัง เฮอร์เซ็นต์หนึ่งก็ยังมี ความหวัง ก็มี เผื่อใจไว้วันหนึ่งแต่จริงๆ แล้วรับไม่ได้หรอก คือผม แค่อยากให้พอเวลาพูดแล้วมีตัวเลข (อัตราการเต้นของ หัวใจและความดันโลหิต) ชยับซักนิดหนึ่ง (เพิ่มขึ้น)” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

โลกของความสัมพันธ์ เป็นความรู้สึกหรือการรับรู้ที่เกิดขึ้นของสมาชิกครอบครัวที่มีต่อบุคคลรอบข้าง เช่น ผู้ป่วย บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมถึงสิ่งเหนือธรรมชาติ ซึ่งความสัมพันธ์นี้เป็นความสัมพันธ์ในขณะที่อยู่ในประสบการณ์การตัดสินใจ ยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความหมายในโลกของความสัมพันธ์ 2 กลุ่มความหมาย ดังนี้

แสวงหาที่พึ่งทางใจ ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าในสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจเกี่ยวกับความเป็นความตาย รู้สึกเครียดและทุกข์ทรมานทางจิตใจ ไม่มีทางออก ผู้ให้ข้อมูลจึงนึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ การบนบานศาลกล่าว รวมถึงกิจกรรมทางศาสนา เป็นสิ่งที่ครอบครัวปฏิบัติ เพื่อหวังเป็นตัวช่วยให้คิดตัดสินใจได้ถูกต้อง เหมาะสม ถือเป็นที่พึ่งทางใจ ดังคำกล่าว

“ตอนนั้นก็ทำทุกอย่าง อะไรที่คิดว่าจะช่วยแม่ได้ ทำบุญตักบาตร ถวายสังฆทาน ขอพรพระสิ่งศักดิ์สิทธิ์อื่นๆ...ก็คิดว่าส่วนหนึ่งก็ช่วยทางจิตใจได้บ้าง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“มีบ้างครับ หาดัวช่วยบ้างเหมือนกัน ตอนพ่อยังไหว พ่อจะบอกให้ทำตลอด ตอนนอนไอซียูก็เอาพระมา พี่ยบาลเอาใส่ถุงทองไว้หัวเตียงให้ เหมือนให้ท่านช่วยๆ กัน เราไม่ได้อยู่ด้วยตลอดก็อุ่นใจขึ้นพ่อได้อยู่ใกล้พระ ทางแพทย์เราวางใจในทีมรักษาอยู่แล้ว ที่พึ่งทางใจก็สำคัญช่วยให้เราจินตนาการดีได้ ดีขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

นึกถึงใจและกายผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าในขณะที่อยู่ในสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษา ได้คิดถึงผู้ป่วยเป็นหลักทั้งด้านใจและกาย ไม่ว่าจะเป็นอย่างใดคุณลักษณะของผู้ป่วย เช่น เป็นคนกลัวความเจ็บปวด สิ่งที่ผู้ป่วยชอบ คิดว่าถ้าผู้ป่วยเป็นคนตัดสินใจเองจะตัดสินใจแบบนี้ รวมถึงการที่ได้เห็นผู้ป่วยมีความทรมานทางกายจากความเจ็บป่วย จากเหตุการณ์ต่างๆ ประกอบกับเป็นการเจ็บป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกทนไม่ได้ที่เห็นผู้ป่วยทรมาน จึงตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษา เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยสบายที่สุดและคิดว่าเป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ถึงแม้ผู้ป่วยไม่ได้สั่งเสียหรือวางแผนล่วงหน้าเมื่อเจ็บป่วยไว้ ดังคำกล่าว

“กับแม่ไม่เคยได้คุย เราคิดว่าในลักษณะของแม่ แม่จะไม่ชอบแบบนี้ รับไม่ได้กับความเจ็บปวดนิดๆ หน่อยๆ แม่ก็จะไม่ทน ความอดทนต่ำ ทนอย่างอื่น ทำงานหนักไม่เคยกลัว เรื่องเจ็บไม่ได้เลย เราก็มั่นใจว่าเราตัดสินใจถูก แต่เราคิดว่าสิ่งที่เราทำนี้แม่เราน่าจะพอใจมากกว่าที่จะไปทางโน้น ซึ่งถ้าเราเลือกทางโน้นแล้วมันไม่ดีขึ้นเราก็คงรู้สึกว่าการทรมานแม่มี” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ก็ต้องดูอาการมากกว่า ถ้าดีขึ้นก็ทำให้ชื่นใจอยู่ แต่ถ้ามันแย่มากก็อยากจะทำเร็วๆ มากกว่า ปกติพ่อเป็นคนอดทนแก็จะไม่บอกว่าเจ็บ แก็จะไม่แสดงความเจ็บปวดให้คนอื่นเห็น แต่เราเห็นพ่อแบบนี้พ่อทรมาน พันก็ขอทั้งตัวเป็นมัมมี่ ตอนนั้นเราไม่มีความรู้สึกที่เราตัดสินใจอะไรไปเรามีความรู้สึกว่าแกไปสบายแล้ว ไม่ได้คิด ไม่มีความคิดเรื่องอื่นเลย ตอนนั้นมุ่งอยู่ที่พ่อ ให้แกสบายที่สุด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

ในกรณีที่ผู้ป่วยได้สั่งเสียไว้ ไม่ว่าจะมาก่อนป่วยหรือหลังจากป่วยแล้ว เป็นคำพูดหรือเป็นลายลักษณ์อักษร

เป็นสิ่งสำคัญที่ครอบครัวนำมาประกอบการตัดสินใจ ทำให้ตัดสินใจได้ง่ายขึ้น เหมือนเป็นการได้ทำตามที่คุณป่วยต้องการ อย่างดีที่สุด ดังคำกล่าว

“แม่บอกไว้ แกจะเขียนไว้ เขียนหนังสือ ตอนที่อยู่ที่ไอซียูนั่นแหละ แกบอกหมดแหละ แกเขียนไม่ไหวว่าชัดเจน แต่คือพอเอาได้ แกบอกนั่นแหละ แกตายบ้าน แกจะกลับไปที่บ้านอะไรพันนั้น ไม่อยากเสียที่โรงพยาบาล คือเราก็กังใจกันนั้นนะ คืออยากให้เป็นพันนั้น ก็ทำให้เราตัดสินใจง่ายขึ้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

โลกของสิ่งของ เป็นความรู้สึกหรือการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยไทยพุทธที่มีต่อ สิ่งของ เทคโนโลยีที่มีความสัมพันธ์ในขณะอยู่ในประสบการณ์การตัดสินใจ ยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความหมายในโลกของสิ่งของ 1 กลุ่มความหมายคือ

เทคโนโลยีในระยะท้ายของชีวิต ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายใน 2 ลักษณะได้แก่ เทคโนโลยียึดชีวิตและเพิ่มความทรมาน และเทคโนโลยีช่วยให้ผู้ป่วยสบาย รายละเอียดดังนี้

เทคโนโลยียึดชีวิตและเพิ่มความทรมาน

ผู้ให้ข้อมูล 3 ราย รู้สึกว่าการใช้เทคโนโลยีในระยะท้ายของชีวิตเป็นการซื้อเวลา เป็นเพียงยึดเวลาเสียชีวิตออกไปทำให้ผู้ป่วยทรมานมากขึ้น จึงขอยับยั้งการรักษาบางอย่าง เช่น การล้างไต การปั๊มหัวใจ ดังคำกล่าว

“หมอให้การรักษาใช้เครื่องมือทางการแพทย์เต็มที่อยู่แล้ว แต่ถ้ายิ่งขึ้นต้องปั๊มหัวใจ เราก็กังใจถ้าแกเสียก็กังเสีย อายุแกมากแล้ว เครื่องมือหรือการปั๊มหัวใจอะไรก็คงช่วยไม่ได้ อาจ ยึดเวลาแต่แม่ทรมานเราไม่เอา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“หมอบอกว่าจะล้างไตมี ความรู้สึกเราคือ ถ้าล้างไตต้องแทงเส้น ถ้าจะล้างก็ต้องล้างไปเรื่อยๆ ก็จะยึดพ่อไปเรื่อย ก็จะทรมานยาวไปอีกมันเหมือนยื้อชีวิตออกไป” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

เทคโนโลยีช่วยให้ผู้ป่วยสบาย

การศึกษาครั้งนี้พบผู้ป่วย 2 ราย มีอาการเหนื่อยหอบ ไม่สบาย ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจขอรับยานอนหลับ หรือ

ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาความทรมานโดยให้ผ่านเครื่องควบคุมการไหลของสารละลายอย่างต่อเนื่อง เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานดังกล่าว และไม่ขอรับการรักษาอย่างอื่นเพิ่มเติม แต่สมาชิกครอบครัวบางคนอาจไม่เข้าใจเนื่องจากการให้นยานอนหลับ หรือยาแก้ปวดจะทำให้ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยลดลง ดังคำกล่าว

“พอเราตัดสินใจให้ยาแก้ปวดและไม่ทำอย่างอื่นเพิ่มความรู้สึกแรกก็คือดีใจนะที่พ่อไม่ปวดแล้ว ไม่ทรมาน แต่อีกใจหนึ่งก็คิดไปถึงอดีตที่มีพ่ออยู่ใกล้ๆ เคยมีพ่อคอยเรียก แต่ว่าครั้งนี้คือแกไม่แม่แต่จะลืมตาขึ้นมามองเราแล้ว แต่อย่างน้อยก็ดีใจที่ไม่ทำให้แกทรมานมากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ตอนนั้นแม่ก็ทำให้ยานอนหลับทำไม แต่ว่าถ้าไม่ได้ยาแกหยาใจเหนื่อยมาก 50 ครั้ง แกจะทรมานมาก แม่กลัวว่าถ้าพ่อหลับไปจะไม่ได้ยินที่เราพูด เราก็บอกว่าพ่อจะยังได้ยินแม่สามารถพูด บอกพ่อได้เลยแต่ถ้าไม่ได้ยาพ่อจะไม่ไหว จะเหนื่อยและจะทรมาน แม่ก็เข้าใจ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

อภิปรายผล

โลกของสถานที่

รู้สึกเหมือนอยู่ในที่มืดเพียงลำพัง เนื่องจากเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับความเป็นความตายของบุคคลที่มีความผูกพันทางสายเลือด ไม่ได้คิดวางแผนไว้ล่วงหน้า ทำให้เกิดความเครียด กัดดันและทุกข์ทรมานกับอารมณ์ตนเองในช่วงเวลาที่ทราบว่าจะต้องตัดสินใจ¹⁵ มีความกังวล แต่ไม่ทราบว่าจะพูดคุยเรื่องนี้กับใครได้ ไม่กล้าที่จะเริ่มพูดหรือซักถามสิ่งที่ตนเองสงสัยหรือต้องการความช่วยเหลือ ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากที่ผู้ให้ข้อมูลอายุยังน้อย อายุเฉลี่ย 35 ปี อาจมีผลทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์และทักษะการเผชิญปัญหาน้อยส่งผลให้กระบวนการคิดและการตัดสินใจยังไม่มีประสิทธิภาพ แต่เมื่อได้รับการสนับสนุนกระบวนการตัดสินใจไม่ว่าจะเป็นการให้กำลังใจ การชี้แนะแนวทาง การช่วยเหลือด้านต่างๆ รวมถึงการสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถคิดและตัดสินใจในสถานการณ์ดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นที่น่าสนใจว่าผู้ให้ข้อมูลที่เป็บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตโดยตรงบอกเล่าประสบการณ์ความรู้สึกโดดเดี่ยวในระหว่างการตัดสินใจด้วยเช่นกัน

ความรู้สึกดังกล่าวอาจเกิดจากสภาพแวดล้อมทั้งที่มีอยู่จริง เช่น หอผู้ป่วยวิกฤตที่มีความวุ่นวาย บุคลากรจำนวนมาก เครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วย และยังมีข้อจำกัดในการเยี่ยมชมถึงความใกล้ชิดและความรู้สึกลำบากในการเข้าถึงแพทย์และพยาบาล การจะเข้าไปเริ่มต้นพูดคุยกับทีมการรักษาเป็นเรื่องยาก¹⁶ นอกจากนี้อาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมที่ผู้ตัดสินใจแทนสร้างขึ้น เช่น การที่ผู้ตัดสินใจแทนคิดว่าต้องตัดสินใจคนเดียว คนอื่นไม่พร้อมในการตัดสินใจ และไม่ทราบจะขอความช่วยเหลือจากใคร คิดว่าไม่มีใครเข้าใจ ไม่กล้าที่จะเริ่มพูดเรื่องนี้กับคนอื่น ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากวัฒนธรรมไทยปลูกฝังเรื่องความเกรงใจ นั่นก็คือ การกลัวว่าสิ่งที่เกิดขึ้นอาจเป็นการรบกวน หรือทำให้คนอื่นไม่พอใจ สะท้อนให้เห็นลักษณะเด่นของวัฒนธรรมไทยว่า คำนึงถึงความรู้สึกของผู้อื่น และมีวิถีชีวิตที่ผูกพันกับหลักคำสอนทางพระพุทธศาสนา¹⁷ แต่ต้องปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์

โลกของตนเอง

ต้องตัดสินใจ เนื่องจากการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในระยะท้ายของชีวิตเป็นเรื่องยาก ซ้ำซ้อน และท้าทาย เป็นการตัดสินใจบนสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนของอาการผู้ป่วย คาบเกี่ยวระหว่างความเป็นและความตายของบุคคลอันเป็นที่รักและผูกพัน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลอยู่ในภาวะบีบคั้น เกิดความเครียด ความทุกข์ และความวิตกกังวลในสถานการณ์นี้ผู้ให้ข้อมูลไม่ทราบว่าจะตัดสินใจอย่างไรดี และต้องทำอะไรต่อ รวมถึงต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวด้วย มีหลายอย่างต้องคิดและตัดสินใจ อีกทั้งผู้ให้ข้อมูลที่มีอายุระหว่าง 25-28 ปี ซึ่งถือว่าอายุน้อยแต่ต้องตัดสินใจเกี่ยวกับความเป็นความตายของบุพการี เป็นเรื่องยากและกดดัน ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงให้ความสำคัญกับการตัดสินใจ ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าศาสนาและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ซึ่งศาสนาพุทธมีหลักคำสอนพื้นฐานอย่างหนึ่งคือ สติ ซึ่งก็คือการระลึกถึงในปัจจุบัน ดังที่ท่านพุทธทาสกล่าวว่า การทำอะไรก็เอาสติดูใจของตัวเองว่า “รู้” อยู่หรือเปล่าว่ากำลังทำอะไร¹⁸ ผู้ให้ข้อมูลต้องตั้งสติในทุกขั้นตอนทั้งก่อนและหลังการตัดสินใจ ต้องรวบรวมสติให้มั่น การมีสติทำให้สามารถจัดการความคิดและความรู้สึก ตัดสินใจ และเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ และยังเป็นหลักธรรมพื้นฐานที่ได้รับการปลูกฝังมาตั้งแต่เด็ก¹⁸ สามารถนำมาปรับใช้ได้ในทุกสถานการณ์ ในทุกช่วงของชีวิต

ยอมรับธรรมชาติของชีวิตและกฎแห่งกรรม

เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบข้อมูลจากทีมรักษาพยาบาล เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและการรักษา ซึ่งดำเนินมาสู่ระยะท้ายของชีวิต ระบุว่าผู้ป่วยผ่านการรักษามาระยะหนึ่งแล้วไม่ตอบสนองต่อการรักษา รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลจากการที่ได้ดูแลและเห็นอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดมา อีกทั้งจากประสบการณ์ในอดีตที่เคยต้องตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต ผู้ให้ข้อมูลจึงยอมรับว่าความตายเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นจริง มองความตายเป็นเรื่องธรรมชาติที่ทุกคนต้องเผชิญเมื่อถึงเวลา และไม่มีใครหนีพ้น ต่อมาเริ่มทำใจว่าความเจ็บป่วยและความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นเกิดจากกรรมในอดีตหรือหมตบุญที่สร้างมา ซึ่งศาสนามีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตเริ่มตั้งแต่เกิด แก่ เจ็บ และตาย รวมถึงมีผลต่อการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตด้วย⁷ ซึ่งทางศาสนาพุทธมีคำสอนว่าความตายเป็นสิ่งที่เที่ยงแท้แน่นอน ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ เมื่อมีเกิดต้องมีดับ¹⁹ และยังมีเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยและความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นเป็นจากกรรมในอดีตหรือในปัจจุบันของผู้ป่วย การตายคือผู้ป่วยหมตกรรม¹⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของ Klinmalee³ เกี่ยวกับการตัดสินใจและผลของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต พบว่าผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจไม่รับการรักษาเพิ่มเติมจากการรักษาปัจจุบัน โดยให้เหตุผลเกี่ยวกับความเชื่อทางพุทธศาสนาเรื่องความต้องการให้เป็นไปตามกฎแห่งกรรม ร้อยละ 23.1 และ จากการศึกษาของ Nauanoi²⁰ ในส่วนการตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วยที่มีส่วนกับความเชื่อทางศาสนา พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนปล่อยให้เป็นไปตามเวรกรรม ชีวิตมีกรรมเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจในระยะท้ายโดยการยับยั้งหรือยุติการรักษาจึงเป็นเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และจากไปอย่างสงบ

โลกของเวลา

หวังแต่ก็เผื่อใจ ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า ตลอดเวลาที่ผู้ป่วยของการเข้ารับการรักษาอาการเจ็บป่วยครั้งนี้ แม้กระทั่งในระยะท้ายของชีวิตที่ต้องตัดสินใจ ผู้ให้ข้อมูลและครอบครัวยังคงมีความหวังเสมอ ผู้ให้ข้อมูลเปรียบความหวังเหมือนเป็นพลังของชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว แม้ความหวังจะน้อยมากก็ขอแค่นี้ได้หวัง Gries, Curtis, Wall, et al²¹ ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของครอบครัวในการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าผู้ตัดสินใจต้องการให้ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่เพราะยังมีความหวัง แม้จะเล็ก

น้อยแต่ก็หวังว่าผู้ป่วยจะอาการดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลสร้างความหวัง โดยการมองโลกในแง่ดีและมุ่งมั่นเปลี่ยนแปลงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นเป็นความหวังและกำลังใจ ดังคำกล่าวที่ว่า “อยู่ได้ด้วยความหวัง” โดยความหวังเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาและอาการของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งมีความรู้สึกยังรับไม่ได้กับการสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้น จึงรู้สึกขมมีความหวัง หวังให้ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ถึงแม้จะรับรู้ ว่าผู้ป่วยมีอาการทรุดลงเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ส่วนหนึ่งเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่ายิ่งดูแลผู้ป่วยไม่เต็มที่ ต้องการดูแลผู้ป่วยให้ดีกว่านี้ อยากมีเวลาตอบแทนพระคุณ ซึ่งคำสอนของศาสนาพุทธข้อหนึ่ง คือการมีความกตัญญู ซึ่งเป็นมงคลชีวิต ข้อที่ 25 ของมงคลชีวิต 38 ประการ²² เป็นหลักคำสอนเกี่ยวกับคุณธรรมที่ทำให้ชีวิตประสบความสำเร็จ ที่พระพุทธเจ้าได้ทรงแสดงธรรมไว้ และโดยวัฒนธรรมของสังคมไทยให้คุณค่ากับความกตัญญูว่าเป็นสิ่งที่พึงกระทำ ผู้ให้ข้อมูลจึงอยากมีเวลาได้ดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด แต่ในขณะที่เดียวกันก็อยู่ระหว่างทำใจยอมรับกับสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น นั่นอาจเป็นเพราะผู้ให้ข้อมูลต้องการเวลาที่เหมาะสมและเพียงพอในการเตรียมพร้อมสำหรับการตายของบุคคลอันเป็นที่รัก²³

โลกของความสัมพันธ์

แสวงหาที่พึ่งทางใจ จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลครึ่งหนึ่งมีการแสวงหาที่พึ่งทางใจตลอดระยะเวลาการรักษา จนถึงสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษา เช่น การได้ไปบนบานศาลกล่าว สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ การทำพิธีทางศาสนาหรือความเชื่อต่างๆ รวมถึงการนำวัตถุหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจไว้กับตัวผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ครอบครัวปฏิบัติเพื่อสร้างความหวัง ช่วยให้คิดตัดสินใจได้ถูกต้องเหมาะสม เป็นการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณของครอบครัวรวมถึงตัวผู้ป่วย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัวอยู่ในระดับสูง จิตวิญญาณของบุคคลส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลมาจากแนวคิดทางศาสนา²⁴ ซึ่งในสังคมและวัฒนธรรมไทย จิตวิญญาณเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต อาจหมายถึง สิ่งเหนือธรรมชาติ ศาสนา สมาชิกในครอบครัว หรือ เพื่อน เป็นต้น จิตวิญญาณเป็นแก่นหลักของชีวิต เชื่อมมิติด้านกาย จิต จิตสังคมของบุคคล อีกทั้งยังเป็นความหวัง กำลังใจ หรือเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ช่วยให้บุคคลก้าวผ่านปัญหาและอุปสรรคต่างๆ²⁵ ผู้ให้ข้อมูลจึงได้แสวงหาที่พึ่งทางใจเพื่อหวังให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ในภาวะวิกฤตระยะท้ายได้ และสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม

นึกถึงใจและกายผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดให้ข้อมูลว่าขณะตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาสิ่งที่คำนึงถึงเป็นอันดับหนึ่ง คือตัวผู้ป่วย ทั้งด้านกายและใจ โดยในสถานการณ์ดังกล่าวผู้ให้ข้อมูลจะย้อนคิดถึงสิ่งที่ผู้ป่วยชอบ เคยพูดหรือแสดงออกภายใต้ความเชื่อและคุณค่าของผู้ป่วย ซึ่งก็คือสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ เช่น ไม่อยากทรมาน ไม่ทนกับความเจ็บปวด เป็นต้น หรือสิ่งที่ผู้ป่วยเคยวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลระยะท้ายของชีวิตไว้เป็นลายลักษณ์อักษร หรือการบอกกล่าว โดยในรายที่ผู้ป่วยไม่ได้วางแผนล่วงหน้าไว้ผู้ให้ข้อมูลได้ใช้หลักการตัดสินใจว่าหากผู้ป่วยตกอยู่ในสถานการณ์นั้นและสามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ผู้ป่วยจะตัดสินใจอย่างไร ในรายที่ผู้ป่วยได้วางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลระยะท้ายของชีวิตไว้ ผู้ให้ข้อมูลได้ทำตามที่ผู้ป่วยวางแผนไว้ ถึงแม้ก่อนหน้านี้ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถทำตามสิ่งที่ผู้ป่วยเคยบอกไว้ได้ แต่เมื่อการรักษาถึงที่สุดและไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตหรือมีชีวิตต่อไปได้จึงตัดสินใจทำตามสิ่งที่ผู้ป่วยบอกไว้ทั้งก่อนการเจ็บป่วยและระหว่างการเจ็บป่วยเป็นครั้งสุดท้าย ทั้งนี้ในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในเรื่องของการเจ็บป่วย แผนการรักษา เป้าหมายของการรักษา คุณค่าความเชื่อของผู้ป่วย รวมถึงความปรารถนาในเรื่องอื่นๆ อย่างชัดเจน² จะเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยในการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อมูลสิ่งที่ผู้ป่วยเคยบอกไว้ เพื่อหารือภายในครอบครัวร่วมกับทีมสุขภาพทำให้การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่เกิดขึ้นเป็นไปตามความปรารถนาและคุณค่าของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลล่วงหน้าไว้ทำให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจได้ง่ายขึ้น สามารถเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าวได้ดีขึ้น และทำให้กระบวนการตัดสินใจไม่ล่าช้า นอกจากนี้การตอบสนองด้านจิตใจของผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลยังคำนึงถึงความทุกข์ทรมาน ความไม่สุขสบายของผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต ตลอดระยะเวลาการรักษาผู้ให้ข้อมูลได้ดูแลและรับรู้ถึงความเจ็บปวดทุกข์ทรมานไม่สุขสบายของผู้ป่วยทั้งที่เกิดขึ้นจากอาการเจ็บป่วย รวมถึงจากเทคโนโลยีที่ใช้ในการรักษาพยาบาล สภาพร่างกายที่เขียวเป็นจ้ำม่วง การมีสายระโยงระยาง การแสดงสีหน้าเจ็บปวด กระสับกระส่ายไม่สามารถสื่อสารบอกความต้องการได้ ระดับความรู้สึกตัวค่อยๆ ลดลง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ในการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษา โดยเมื่อตัดสินใจว่าจะยับยั้งหรือยุติการรักษาแล้วผู้ให้ข้อมูลและครอบครัวได้ให้ความสำคัญกับการตายอย่าง

สงบ ไม่ทุกข์ทรมาน ซึ่งศาสนาพุทธเชื่อว่า การตายดีส่วนหนึ่งคือการตายอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังมีความเชื่อเรื่องจิตสุดท้ายก่อนตาย ซึ่งเป็นช่วงรอยต่อระหว่างความเป็นและความตาย โดยได้มีการให้ญาติพี่น้องมาพร้อมหน้ากัน นำผู้ป่วยสวดมนต์ ใช้มือสัมผัส กระซิบข้างหูบอกให้ผู้ป่วยหมดห่วง นึกถึงสิ่งสวยงาม มีการขออโหสิกรรม รวมถึงบางรายได้มีเวลานิมนต์พระมาสวดมนต์และรับถวายสังฆทานข้างเตียง ดังคำสอนของท่านพุทธทาสที่ว่า จะเป็นคนชั่วคนดีอย่างไร ถ้าอยากตายดีแล้ว ในนาทีสุดท้ายต้องตั้งสติให้ได้และปล่อยวางทุกสิ่งทุกอย่าง ด้วยความเป็น “ตัวกู-ของกู” ให้หมดสิ้นแล้วจะตายดี¹⁷ โดยการที่ผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตสามารถรวบรวมสติ ระลึกถึงสิ่งที่ดีงาม ปล่อยวางความคิดอกุศล มีจิตใจที่ปลอดโปร่งจดจ่อกับสิ่งที่ดีในเวลาที่เหลือชีวิต ก็จะน้อมนำจิตใจไปสู่ภพภูมิที่ดี ไปเกิดในสถานที่ที่ดีหรือไปในโลกที่มีความสุข ก็จะเป็นการตายดีหรือตายอย่างสงบ^{26,27} นอกจากนี้มีผู้ให้ข้อมูล 2 รายได้ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาและพาผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ซึ่งตามหลักศาสนาพุทธ การได้ตายในสถานที่ที่คุ้นเคย ไม่ตายอย่างโดดเดี่ยว ตายท่ามกลางคนที่รัก ญาติพี่น้องและลูกหลานเป็นส่วนหนึ่งของการตายอย่างสงบ⁹ ซึ่งสถานที่เหล่านี้อาจเป็นบ้าน โรงพยาบาล หรือสถานที่อื่นๆ แล้วแต่การตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน บริบทของสังคมไทยพุทธมักให้ความสำคัญกับบ้านมากกว่าสถานที่อื่น เพราะเป็นสถานที่ที่คุ้นเคย มีความอบอุ่น ความรักและความผูกพันของครอบครัว²⁸

โลกของสิ่งของ

เทคโนโลยีในระยะท้ายของชีวิต

1. เทคโนโลยียืดชีวิตและเพิ่มความทรมาน

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลบางรายตัดสินใจยับยั้งการรักษาบางอย่าง เช่น การปั๊มหัวใจ การล้างไต ซึ่งสิ่งเหล่านี้คือเทคโนโลยีที่ใช้ในการยืดชีวิตในสถานการณดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าตลอดช่วงระยะเวลาเจ็บป่วย ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานทั้งจากความเจ็บป่วยและการรักษามากพอแล้ว เห็นว่าทำไปก็ไม่เกิดประโยชน์ และสุดท้ายผู้ป่วยก็เสียชีวิต การเพิ่มการรักษาเข้าไปอีกอาจทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดและทุกข์ทรมานมากขึ้น การใช้เทคโนโลยีในระยะท้ายของชีวิตเป็นเพียงการซื้อเวลา ยืดเวลาเสียชีวิต ยืดเวลาทรمانออกไปเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Klinmalee³ เกี่ยวกับการตัดสินใจและผลของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธใน

ระยะท้ายของชีวิต ซึ่งพบว่า ผู้ตัดสินใจแทนร้อยละ 86.7 ตัดสินใจไม่รักษาผู้ป่วยเพิ่มเติมจากที่รับการรักษาในปัจจุบัน โดยให้เหตุผลของการตัดสินใจมากที่สุดคือ ความทุกข์ทรมานจากการรักษา นอกจากนี้ Neuanoi²⁰ ศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่าเหตุผลหลักที่ผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วยคือ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและผลจากการรักษา เหตุผลที่ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยมีชีวิตคือ ไม่อยากให้ทรมานและคิดว่าไม่เป็นประโยชน์ เป็นเพียงการยืดชีวิตเท่านั้น

2. เทคโนโลยีช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย ในระยะ

ท้ายของชีวิตมีผู้ป่วย 2 รายมีอาการเหนื่อย หอบ ไม่สุขสบาย ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจขอรับยานอนหลับและยาแก้ปวดอย่างต่อเนื่องด้วยเครื่องควบคุมการไหลของสารละลาย เพื่อช่วยลดความเจ็บปวดทรมาน สิ่งเหล่านี้เป็นเทคโนโลยีชนิดเดียวกับที่ยื้อชีวิต แต่มีวัตถุประสงค์หลักของการใช้เพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานและไม่สุขสบายระหว่างรอคอยเวลาเสียชีวิต ผู้ให้ข้อมูลทำใจยอมรับการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ใกล้จะมาถึง แต่ไม่สามารถหยุดการใช้เทคโนโลยีที่ใช้ในการดูแลรักษาบางอย่างได้ เนื่องจากอาจเป็นการเร่งการเสียชีวิตจากการศึกษาของ Klinmalee³ เกี่ยวกับการตัดสินใจและผลของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต พบว่าผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสุขสบายมากที่สุดร้อยละ 68.3 ซึ่งเป็นการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายและลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน²⁹ และการรักษาที่ผู้ตัดสินใจแทนเลือกเพื่อความสุขสบายคือการให้ยานอนหลับและยาแก้ปวดร้อยละ 100³ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความวิตกกังวลลดระดับความรู้สึกตัว และบรรเทาอาการที่จะเกิดก่อนเสียชีวิต³⁰ ในสถานการณดังกล่าวบุคคลในครอบครัวบางส่วนเกิดความไม่เข้าใจ เนื่องจากต้องการให้ผู้ป่วยตื่น รู้สึกตัว ได้เห็นญาติพี่น้อง ไม่โดดเดี่ยว อยากให้ผู้ป่วยตายโดยที่ยังมีสติ และส่วนหนึ่งเกรงว่าจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น ซึ่งอาจเนื่องจากความเชื่อทางศาสนาพุทธเน้นการตายอย่างมีสติ การตายดี คือการตายท่ามกลางคนรัก มิตรสหาย ไม่ตายอย่างโดดเดี่ยวในที่ที่ไม่คุ้นเคย⁹ จึงอยากให้ผู้ป่วยรู้สึกตัว และได้เตรียมจิตใจในขณะที่เสียชีวิต ผู้ให้ข้อมูลต้องให้ข้อมูลถึงเหตุผลของการยานอนหลับและยาแก้ปวด ท้ายสุดแล้วมีความเห็นตรงกันคือต้องการให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน

สรุป

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ช่วยให้เข้าใจความหมายของประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตว่าโดยผู้ตัดสินใจแทนซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว รู้สึกเหมือนอยู่ในที่มีดเพียงลำพัง ในขณะที่เดียวกันต้องตัดสินใจและยอมรับธรรมชาติของชีวิตและกฎแห่งกรรม มีความหวังแต่ก็เผื่อใจกับการสูญเสียที่กำลังจะตามมา มีการแสวงหาที่พึ่งทางใจรวมถึงนึกถึงใจและกายผู้ป่วยในการตัดสินใจ และตระหนักเกี่ยวกับเทคโนโลยีที่ใช้ในระยะสุดท้ายอาจเป็นเพียงการยืดชีวิตและเพิ่มความทรมาน และเทคโนโลยีช่วยให้ผู้ป่วยสบายก่อนที่จะจากไป

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการดูแลสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต โดยเฉพาะในเรื่องการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เพื่อให้สมาชิกที่ต้องตัดสินใจไม่รู้สึกละโดดเดี่ยว สามารถเผชิญกับสถานการณ์ของการตัดสินใจ และสามารถตัดสินใจได้ในเวลาที่เหมาะสม
2. ควรมีการพัฒนา รูปแบบการดูแล เพื่อส่งเสริมการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยไอซียู
3. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัวที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตในกลุ่มที่นับถือศาสนาอื่น เช่น ศาสนาอิสลาม และศาสนาคริสต์ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Thelen M. End-of-life decision making in intensive critical care. *Crit Care Nurse*. 2005; 25: 28-37.
2. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ*. 2010; 340: c1345.
3. Klinmalee P. Surrogates' decision making and its' outcomes regarding treatments for Buddhist critically ill patients at the end stage of life

[dissertation] [Songkhla]: Prince of Songkla University; 2016. 180 p.

4. Chiarchiaro J, Buddadhumaruk P, Arnold RM, White DB. Prior advance care planning is associated with less decisional conflict among surrogates for critically ill patients. *Ann Am Thorac Soc*. 2015; 12(10): 1528-33.
5. Wendler D, Rid A. Systematic review: The effect on surrogates of making treatment decisions for others. *Ann Intern Med*. 2011; 154(5): 336-46.
6. Meeker MA, Jezewski MA. Metasynthesis: Withdrawing life-sustaining treatments: The experience of family decision-makers. *J Clin Nurs*. 2009; 18(2): 163-73.
7. Romain M, Sprung CL. End-of-life practices in the intensive care unit: The importance of geography, religion, religious affiliation, and culture. *Rambam Maimonides Med J*. 2014; 5(1): e0003.
8. National Statistical Office. Percentage of population aged 13 and over by religion and region 2014. Available from <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pubs/e-book/esyb58/index.html#223/z>
9. Phra Visalo P. Good death. In: Phra Visalo P, editor. *Over death from crisis to opportunity*. 5 th ed. Bangkok: Samlada Ltd.; 2011. Thai.
10. Nijinikaree N, Chaowalit A, Hatthakit U. The perspectives of end-of-life decisions in chronically ill Thai Muslim patients in the five border provinces of southern Thailand. *Songkla Med J*. 2008; 26(5), 431-9. Thai.
11. Martin H. *What calls for thinking? in basic writings*. San Francisco: Harper Collins; 1992.
12. van Manen M. *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*: State University of New York Press; 1990.

13. van Manen M. Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing: Left Coast Press; 2014.
14. Lincoln YS & Guba EG. Naturalistic inquiry. Newbury Park: Sage; 1985.
15. White DB. Rethinking interventions to improve surrogate decision making in intensive care units. *Am J Crit Care.* 2011; 20(3): 252-7.
16. Lind R, Lorem GF, Nortvedt P, et al. Intensive care nurses' involvement in the end-of-life process-perspectives of relatives. *Nurs Ethics.* 2012; 19(5): 666-76.
17. Mekthawornwathana T. The comprehensive meanings of krengchai and the important aspects of Thai culture. *J NIDA Development.* 2012; 52(1): 235-263. Thai.
18. Bhikkhu P. Dhamma 4 items: Mindfulness wisdom conscience meditation. Bangkok: Tathata publishish. 2006. Thai.
19. Mettanonto N. Dhamma in palliative care. In: Mettanonto N, editor. 5 Religions in palliative care. 2nd ed. Bangkok: Chivantarak club. 2006. Thai.
20. Neuanoi J. Decision of patients and surrogates on treatments at the end of life. [dissertation] [Songkhla]: Prince of Songkhla University; 2005. 187 p.
21. Gries CJ, Curtis JR, Wall RJ, et al. Family member satisfaction with end-of-life decision-making in the intensive care unit. *Chest.* 2008; 133(3): 704-12.
22. Phra Brahmaganabhorn (P.A. Payutto). Buddha-dharma (extended edition). 39 th ed. Bangkok: Mahachulalongkomrajavidyalaya University; 2014. Thai.
23. Morita T, Ikenaga M, Adachi I, et al. Concerns of family members of patients receiving palliative sedation therapy. *Support Care Cancer.* 2004; 12(12): 885-9.
24. Kunsongkeit W. Spirituality in east and west perspectiives. *J Nurs Burapha.* 2008; 16(1): 1-8. Thai.
25. Uppanisakorn S, Boonyarat J. Experiences of family members of critically ill patients who received responses to their spiritual needs in a medical intensive care unit. *Songklanagarind J Nurs.* 2013; 33(3): 37-50. Thai.
26. Wechmaleenon V. Death note include words and meaning for good life and die peacefully. Bangkok: Samlada Ltd. 2014. Thai.
27. Kongsuwan W, Chaipetch O, Matchim Y. Thai Buddhist families' perspective of a peaceful death in ICUs. *Nurs Crit Care.* 2012; 17(3): 151-9.
28. Kongsuwan W. Nursing for critically ill patients at the end stage of life with technology. Songkhla: Chanmeung print. 2015. Thai.
29. Silveira MJ, Kim SYH, Langa KM. Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *New Engl J Med.* 2010; 362(13): 1211-8.
30. Kompanje EJ, van der Hoven B, Bakker J. Anticipation of distress after discontinuation of mechanical ventilation in the ICU at the end of life. *Intens Care Med.* 2008; 34(9): 1593-9.