(Original Article)

Good Death from Gynecological Cancer Patients' Perspective: A Qualitative Study

Thamakorn Phikhrao, M.N.S., Tidarat Sirivarawuth, D.N.S., Chontira Jaroenwech, M.N.S.
Bhumibol Adulyadej Hospital, Directorate of Medical Services, RTAF., Bangkok, Thailand
Correspondence to: tidaratsirivarawuth@gmail.com

(Received : 4 Aug. 25, Revised : 23 Sep. 25, Accepted : 3 Feb. 26)

Abstract

Patients with gynecological cancer in the terminal stage often face complex physical, emotional, social, and spiritual challenges. Understanding their perception of a "good death" is crucial for designing palliative care services that are compassionate, patient-centered, and culturally appropriate. Objective of this study is to explore the perception of a good death from the perspective of gynecological cancer patients and to identify key components that can inform and improve end-of-life care services.

This qualitative study approaches, in-depth interviews were conducted with 11 terminal-stage gynecological cancer patients between June 2023-January 2024. Data were analyzed using thematic content analysis to identify core themes that reflect the patients' perspectives on a good death. Four main themes emerged from the analysis: 1) Death with no suffering, freedom from physical pain and psychological distress; 2) Quality of life in the final stage, being able to live meaningfully and comfortably; 3) Preparation for death, having time and space to settle unfinished matters and make personal decisions; 4) Social and spiritual support, being surrounded by loved ones and having spiritual beliefs as sources of comfort. These themes highlight the importance of holistic care that respects patient autonomy and addresses individual preferences and values at the end-of-life.

Findings from this study provide insight into the essential elements of a good death from the patient's perspective. They support the development of palliative care models that emphasize advance care planning, spiritual well-being, family involvement, and symptom management, ultimately promoting a peaceful and dignified end-of-life experience.

Keywords: good death, gynecological cancer, end-of-life care, palliative care, quality of life
Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 72 No. 1 January - April 2026

(นิพนธ์ต้นฉบับ)

การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช

ธมกร พิเคราะห์, พย.ม., ธิดารัตน์ สิริวราวุธ, พย.ด., ชลธิรา เจริญเวช, พย.ม.
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชในระยะท้ายของชีวิตเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การเข้าใจมุมมองของผู้ป่วยเกี่ยวกับการตายดี เป็นรากฐานสำคัญในการออกแบบระบบบริการที่มีมนุษยธรรมและตอบสนองต่อความต้องการอย่างแท้จริง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช และเสนอแนวทางที่สามารถนำไปสู่การส่งเสริมระบบบริการสุขภาพที่สนับสนุนการตายดี เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative approach) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชระยะท้าย จำนวน 11 ราย ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566-มกราคม พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (thematic content analysis)

ผลการวิจัยการรับรู้การตายดีของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การตายที่ปราศจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด (Death with no suffering), 2) การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต (Quality of life), 3) การได้มีการเตรียมตัวก่อนเสียชีวิต (Preparation for death), และ 4) การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต (Social and spiritual support) แต่ละประเด็นสะท้อนความต้องการลึกซึ้งของผู้ป่วยที่อยากจากไปอย่างสงบ มีศักดิ์ศรี และไม่เป็นภาระต่อครอบครัว

ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบประคับประคอง โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) ส่งเสริมการวางแผนดูแลล่วงหน้า (advance care planning) และให้ความสำคัญกับมิติทางสังคมและจิตวิญญาณ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความตายอย่างมีคุณภาพและสงบ

คำสำคัญ: การตายดี, มะเร็งนรีเวช, ผู้ป่วยระยะท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง, คุณภาพชีวิต

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ของโรคมะเร็งในภาพรวมของประเทศไทย จากสถิติพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 16 ของเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเฉลี่ย 8 รายต่อชั่วโมง ในปี พ.ศ. 2561 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ โดยประมาณอยู่ที่ 170,495 ราย และเสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 114,199[1] จากสถิติพบว่าโรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกในชายไทย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ส่วนมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกในหญิงไทย ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งปอด[2]

สำหรับอุบัติการณ์ของมะเร็งทางนรีเวชในปัจจุบันที่พบได้บ่อยคือ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก และมะเร็งรังไข่ โดยมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับสามของมะเร็งในสตรีทั่วโลกรองจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่[3] สำหรับประเทศไทยในแต่ละปีมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 8,183 คน (17.8 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย) และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกประมาณ 4,513 คน (Age-Standardized Rate 9.7 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย) และอุบัติการณ์ของมะเร็งรังไข่คือ 5.9 รายต่อประชากรสตรี 100,000 ราย ในช่วงปี พ.ศ. 2555-ปัจจุบัน พบผู้ป่วยมะเร็งรังไข่รายใหม่ในประเทศไทย 2,689 รายต่อปี ส่วนมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกพบบ่อยเป็นอันดับรองลงมา โดยมีอุบัติการณ์ 3.9 รายต่อประชากรสตรี 100,000 ราย[4] ผู้ป่วย

มะเร็งนรีเวชส่วนใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยมักจะพบในระยะลุกลาม ซึ่งยากแก่การรักษาให้หายขาด ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความเจ็บปวด อ่อนเพลีย และรับประทานอาหารได้น้อย และจิตใจ ได้แก่ ความเครียด วิตกกังวล และความกลัว[5] ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมุ่งเน้นแบบประคับประคอง เพื่อส่งเสริมให้เกิดการตายดี เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและคนในครอบครัว

หอผู้ป่วยสูตินรีกรรมชั้น 7/4 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีและผู้ป่วยทางนรีเวช จากสถิติการเก็บข้อมูลผู้ป่วย 5 โรคแรกที่พบบ่อยในหอผู้ป่วยสูตินรีกรรมชั้น 7/4 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกสูงเป็นอันดับ 1 รองลงมาเป็นมะเร็งรังไข่ มะเร็งตัวมดลูก มะเร็งช่องคลอด และมะเร็งครรภ์ไข่ปลาอุกตามลำดับ ซึ่งระยะที่พบมากที่สุดคือระยะที่ 2 (Stage IIb) คิดเป็นร้อยละ 75.5 และยังพบอีกว่าผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ร้อยละ 67.26 อยู่ในระยะลุกลามเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีทั้งหมด[6] โดยมีอัตราการครองเตียงของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีในหอผู้ป่วยสูตินรีกรรมชั้น 7/4 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชสูงกว่าโรคอื่นถึง 10 เท่า อันเนื่องมาจากการลุกลามของโรค และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษา เป็นต้น ซึ่งปัญหาที่พบในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลามนี้แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย คือ มีเลือดออกทางช่องคลอดมาก แน่นอึดอัดท้อง ขาบวมจากการอุดตันของหลอดเลือด และอาการปวดพบมากในมะเร็งระยะลุกลามซึ่งเกิดจากมะเร็งกดทับอวัยวะข้างเคียงและเส้นประสาท 2) ด้านจิตใจ ได้แก่ มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า และนอนไม่หลับ ซึ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีนั้นมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยประมาณ 300,000-500,000 บาทต่อคนต่อปี และมีจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.85 วัน[7] โดยผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชส่วนใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยมักจะพบในระยะลุกลามซึ่งยากแก่การรักษาให้หายขาด ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมุ่งเน้นแบบประคับประคอง เพื่อส่งเสริมให้เกิดการตายดี เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และคนในครอบครัว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการตายดี ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช และนำไปสู่ระบบบริการเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการตายดี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการทำวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative approach) มีวัตถุประสงค์เพื่อการสำรวจแนวคิด ปรากฏการณ์ในเรื่องการตายดีในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช ผ่านการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งทางนรีเวช

ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์การคัดเลือก

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยสูตินรีกรรมชั้น 7/4 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้

- อายุมากกว่า 18 ปี
- เป็นผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายและได้รับการรักษาแบบประคับประคอง
- สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี
- ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างขึ้นอยู่กับความเพียงพอของข้อมูลที่ได้ และครอบคลุมหัวข้อเรื่องที่จะทำวิจัย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการศึกษาเชิงคุณภาพ ควรมีจำนวน 6-20 คน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเพียงพอของข้อมูลที่ได้ และความครอบคลุมหัวเรื่องของข้อมูลที่ศึกษา[8,9] รวมถึงเพียงพอต่อการหาความสัมพันธ์เชิงเหตุผล[10] ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ จึงประกอบด้วย ผู้ป่วยสูตินรีกรรมที่เข้าสู่ระยะสุดท้าย จำนวน 11 คน ซึ่งได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (saturation of data) และเพียงพอต่อการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป personal information questionnaire ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส

ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ การวินิจฉัยโรค การรักษา และการดูแลที่ได้รับ

2) แบบสัมภาษณ์ interview guide question พัฒนาโดยคณะผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีประเด็นคำถามหลัก ดังนี้

- ช่วยเล่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับท่านในครั้งนี้
- ท่านได้รับประสบการณ์อย่างไร เมื่อมาเข้ารับบริการในหอผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช
- ท่านให้ความหมายของการตายดีไว้ว่าอย่างไร
- ในมุมมองของท่าน การตายดีในผู้ป่วยมะเร็งควรเป็นอย่างไร
- ท่านคิดว่ามีอะไรที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการตายดีได้บ้าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาอนุมัติ (IRB No. 48/66) ผู้วิจัยได้แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และรายละเอียดของการทำวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยอธิบายให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล ใช้รหัสแทน และข้อมูลต่าง ๆ จะเก็บไว้ในที่ที่ปลอดภัยมีเพียงผู้วิจัยที่ทราบ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม และนำไปใช้เชิงวิชาการเท่านั้น ข้อมูลต่าง ๆ จะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัยแล้ว

ระหว่างที่ดำเนินการวิจัยข้อคำถามบางหัวข้ออาจทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจ ผู้วิจัยจะให้การช่วยเหลือโดยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ระบายความเศร้าโศกเสียใจ และดูแลจนผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น ถ้าหากผู้ให้ข้อมูลต้องการยุติการสัมภาษณ์ก็สามารถทำได้ รวมถึงผู้ให้ข้อมูลสามารถซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ได้ และหากผู้ให้ข้อมูลไม่ประสงค์จะเข้าร่วมการวิจัย หรือออกจากงานวิจัยก็สามารถทำได้ โดยไม่มีผลเสียใด ๆ เกิดขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จึงดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 7 เดือน (ระหว่างมิถุนายน พ.ศ. 2566-มกราคม พ.ศ. 2567) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตในการพิจารณาคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล และทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยติดต่อกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หรือหัวหน้าแผนกสูตินรีเวช ให้ช่วยประสานผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกที่ผู้ให้ข้อมูลกำหนดไว้ในเบื้องต้น โดยผู้วิจัยมอบเบอร์โทรศัพท์และที่อยู่ของผู้วิจัยไว้สำหรับให้ติดต่อกลับมา หลังจากนั้นผู้วิจัยจะติดต่อกลับผู้ให้ข้อมูลโดยตรง เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติอีกครั้ง และนัดวันเวลาและสถานที่สัมภาษณ์

3. การดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดเบื้องต้นเกี่ยวกับการทำวิจัย รวมถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล ขออนุญาตบันทึกข้อมูลด้วยเครื่องบันทึกเสียง เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัยทุกราย

4. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ใช้การบันทึกเสียงร่วมกับการจดบันทึกเพื่อเก็บข้อมูล โดยใช้เวลาประมาณ 40-60 นาทีต่อครั้ง ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายจะถูกสัมภาษณ์ประมาณ 2-3 ครั้ง โดยจำนวนครั้งของการสัมภาษณ์ขึ้นกับความชัดเจนของข้อมูลสัมภาษณ์จนเกิดความอิ่มตัวของข้อมูล (data saturation) คือได้ข้อมูลที่ซ้ำ และไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น

5. ภายหลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะทำการถอดเทปการสัมภาษณ์ บันทึกเนื้อหาความหมาย จัดกลุ่มความหมาย การเชื่อมโยงแนวคิดต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ช่วยเพิ่มความชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาระบบบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้เกิดการตายดีในหอผู้ป่วยชั้น 7/4 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ในด้านความเชื่อถือได้ (credibility) ผู้วิจัยดำเนินการโดยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์จริง มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีก่อนการสัมภาษณ์ด้วยการเยี่ยมเยือนผู้ป่วยและทำความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความ

ไว้วางใจพร้อม ที่จะถ่ายทอดประสบการณ์ให้ฟัง นอกจากนั้นในระหว่างการทำวิจัย ผู้วิจัยได้มีการสะท้อนคิด (critical reflection) เพื่อทำการตรวจสอบความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะเก็บข้อมูลเพื่อลดความลำเอียงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ และมีการยืนยันข้อมูล (member checking) ระหว่างที่มีการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยได้ทำการสรุปการสัมภาษณ์แต่ละครั้งแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันและเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่ชัดเจนให้มากขึ้น

การถ่ายโอนงานวิจัย (transferability) ผู้วิจัยเขียนบรรยายลักษณะของการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อให้เข้าใจและสามารถประยุกต์ใช้ข้อค้นพบครั้งนี้ได้ในผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะและอยู่ในบริบทคล้ายคลึงกัน

การพึ่งพาเกณฑ์อื่นได้ (dependability) ผู้วิจัยเขียนขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการสรุปผลการวิจัยอย่างละเอียด เพื่อให้เข้าใจและสามารถตรวจสอบได้

การยืนยันผลการวิจัย (confirmability) เป็นการสร้างความเชื่อมั่นในผลการวิจัยว่าเกิดขึ้นจริง โดยผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารต่าง ๆ ตลอดจนเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อสามารถนำมาใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงแหล่งข้อมูล และสามารถตรวจสอบความถูกต้องย้อนหลังได้[11]

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และสร้างประเด็นสำคัญ (theme) เพื่อการวิเคราะห์[12] โดยอ่านบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทปทุกบรรทัดและขีดเส้นคำ วลี และประโยคสำคัญที่สะท้อนถึงประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา จากนั้นนำคำ วลี และประโยคที่ได้มาจัดกลุ่มและตีความโดยให้ความหมายเดียวกันอยู่กลุ่มเดียวกันจากนั้นนำกลุ่มความหมายที่ได้มาเขียนอธิบายและบรรยายความหมายหลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้สามารถสื่อความหมายที่ตรงและเข้าใจโดยมีการใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลมาประกอบและสนับสนุนความหมายแต่ละความหมายอย่างเพียงพอ รวมทั้งมีการบรรยายบริบทที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถเชื่อมโยงและเข้าใจ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย/ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 11 คน เป็นเพศหญิง และนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด มีอายุระหว่าง 18-81 ปี อายุเฉลี่ย 57.45 ปี ร้อยละ 36.36 มีสถานภาพหย่าร้าง ส่วนใหญ่ร้อยละ 54.54 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 54.54 ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นมะเร็งปากมดลูก รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล	เพศ	อายุ	ศาสนา	สถานภาพ	การศึกษา	การวินิจฉัยโรค
1.	หญิง	77	พุทธ	หม้าย	ประถมศึกษา	CA endometrium stage 2
2.	หญิง	70	พุทธ	หม้าย	ประถมศึกษา	Recurrent CA peritoneal stage 3c
3.	หญิง	58	พุทธ	สมรส	ประถมศึกษา	CA cervix stage 3B (SCC)
4.	หญิง	34	พุทธ	หย่าร้าง	มัธยมศึกษา	CA cervix IIIA
5.	หญิง	51	พุทธ	สมรส	ประถมศึกษา	CA cervix with brain and bone metastasis
6.	หญิง	18	พุทธ	โสด	มัธยมศึกษา	Recurrent CA ovary stage 3
7.	หญิง	81	พุทธ	หม้าย	ปริญญาตรี	CA cervix stage 3B
8.	หญิง	58	พุทธ	หย่าร้าง	ประถมศึกษา	CA cervix 4A c bone metastasis
9.	หญิง	66	พุทธ	หย่าร้าง	ปริญญาตรี	CA ovary
10.	หญิง	72	พุทธ	หย่าร้าง	ประถมศึกษา	CA Endometrium
11.	หญิง	47	พุทธ	สมรส	มัธยมศึกษา	CA Cervix

ส่วนที่ 2 การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก คือ 1) การตายที่ปราศจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด (Death with no suffering), 2) การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต (Good quality of life), 3) ผู้ป่วยได้มีการเตรียมตัวก่อนเสียชีวิต (Preparation for death), และ 4) ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต (Social and Spiritual support) สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงประเด็นหลักและประเด็นย่อยของการตายดีตามมุมมองของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช

ประเด็นหลัก (Theme)	ประเด็นย่อย (Subtheme)
1. การตายที่ปราศจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด (Death with no suffering)	1.1 การไม่ทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนทางกาย
	1.2 การไม่ทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนทางจิตใจ
	1.3 การปราศจากอาการไม่สุขสบายภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด
2. การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต (Quality of life)	2.1 ผู้ป่วยได้ทำตามที่ตนเองปรารถนาในช่วงสุดท้ายของชีวิต
	2.2 การใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความหมาย
3. ผู้ป่วยได้มีการเตรียมตัวก่อนเสียชีวิต (Preparation for death)	3.1 ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลตรงตามความเป็นจริง
	3.2 การยอมรับการตายของผู้ป่วยและครอบครัว
	3.3 ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตรงตามที่ได้วางแผนไว้
4. ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต (Social and spiritual support)	4.1 ใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางจิตใจ
	4.2 ผู้ป่วยมีครอบครัวอยู่ด้วยขณะเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต

โดยรายละเอียดของแต่ละประเด็นหลัก มีดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 การตายที่ปราศจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด (Death with no suffering) ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับการจากไปอย่างสงบโดยเฉพาะการไม่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดและทุกขเวทนา ทั้งทางกายและจิตใจ ผู้ป่วยหลายรายสะท้อนว่า ความกลัวที่แท้จริงไม่ใช่ความตาย แต่เป็นความเจ็บปวดที่อาจเกิดขึ้นก่อนเสียชีวิต ซึ่งรวมถึงอาการปวดเรื้อรัง หายใจลำบาก หรือความอ่อนล้าทางร่างกายที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมานและไร้คุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้าย ผู้ป่วยจึงคาดหวังว่าทีมสุขภาพจะสามารถควบคุมอาการเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม โดยใช้ทั้งวิธีทางการแพทย์ เช่น ยาระงับปวด และการดูแลทางเลือกอื่น ๆ ที่ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย เช่น การสัมผัสทางกาย การพูดคุยให้กำลังใจ หรือการดูแลอย่างเอาใจใส่จากครอบครัว

ประเด็นย่อย 1.1 การไม่ทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนทางกาย ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่อยู่ในระยะท้ายของโรคมักต้องเผชิญกับอาการทางกายที่สร้างความทุกข์ทรมานอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นความเจ็บปวด อ่อนเพลีย หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน หรือการกลั้นปัสสาวะ และอุจจาระไม่ได้ อาการเหล่านี้ไม่เพียงส่งผลต่อร่างกายเท่านั้น แต่ยังบั่นทอนจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก

"ไม่อยากทรมาน โรคนี้ยังไงก็ไม่หาย ยังไงก็ไม่หายอยู่แล้ว เรารู้อยู่ แต่ว่าอยากไม่ให้ทรมาน จะเป็นอย่างไรก็ไม่เป็นไร อะไรจะเกิดก็เกิด ไม่เป็นไร แต่ขออย่างเดียวไม่ให้เจ็บไม่ปวด" (ID 01, 63-64, 167)

"ส่องกล้องดูมีก้อนเนื้อติดอยู่ตรงลำไส้เล็ก เราก็หวังที่สุดคืออยากกินข้าว ถ้าสามารถเอาก้อนเนื้อออกไปได้ เสียเงินเท่าไหร่ก็จะเสียอยู่ ป้าจะได้กินข้าวได้ จะได้มีกำลังแข็งแรงขึ้น ความหวังของป้าก็อยู่แค่นี้แหละค่ะ" (ID 02, 22-25)

"หมอเขาบอกว่ากลับไปบ้านอยากกินอะไรก็กินเลย ไปอยู่กับลูกกับหลานอะไรอย่างนี้ อยากกินอะไรอย่างนี้ บางทีเรากินเราก็กลัวเนอะ กลัวกลับมาอีก อยากให้ตัวเองสบายไว้ก่อน อยากกินน้ำผลไม้ เพราะอยู่บ้านอยากกินผลไม้แตงโมอะไรเยอะแยะเลย ก็อยากส้มชิ้นเล็ก ๆ ให้มันชุ่มคอ กินแล้วกลัวมันอ้วกอย่างเดียวนั่นแหละ" (ID 02, 105-108)

"อยากให้ไม่มีการปวด เพราะว่าตอนที่เราป่วยอยู่บ้านทั้งวันทั้งคืนลูกเขาก็เห็น เข้าห้องน้ำจนเราร้องว่ามันจะเป็นอะไรนักหนาเนี่ย ทำไมมันปวดทั้งวัน ทุก 3 นาทีมั่ง 5 นาทีมั่ง พอเข้าไปก็มีเลือดตกมาหน่อยนึง แต่ปวดไม่หยุดเลย" (ID 09, 122-123)

"มันเหนื่อย กินข้าวก็ไม่ได้ ทานอะไรก็ไม่ได้ ไม่มีใครช่วยเราได้ ยิ่งอยู่โรงพยาบาลอย่างนี้ยิ่งนอนอย่างเดียว ออกกำลังกายก็ไม่ได้ออก กินได้แต่น้ำ" (ID 11, 20-21)

ประเด็นย่อยที่ 1.2 การไม่ทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนทางจิตใจ ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า นอกจากความทุกข์ทรมานทางกายแล้ว ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชในระยะท้ายยังต้องเผชิญกับความทุกข์ทางจิตใจที่เกิดจากความกังวล ความกลัว ความเศร้า ความรู้สึกไม่มั่นคง หรือความรู้สึกเป็นภาระต่อคนรอบข้าง อาการรบกวนทางจิตใจเหล่านี้ มีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และทำให้ประสบการณ์ในช่วงสุดท้ายของชีวิตเต็มไปด้วยความทุกข์ รวมถึงความรู้สึกไม่สงบจากสิ่งรบกวนทางจิตใจ ยกตัวอย่างเช่น อาการวิตกกังวล มีสิ่งที่คั่งค้างยังทำไม่เสร็จ (unfinished business) การส่งเสริมภาวะ "ใจสงบ" และการให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตน "ไม่โดดเดี่ยว" เป็นเงื่อนไขสำคัญที่นำไปสู่การตายดีตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล

"ก็มีความกังวลเรื่องที่ดินอยู่เหมือนกันนิดหน่อย เพราะว่าเรื่องที่ดินที่ยังไม่เรียบร้อย ยังไม่ได้โอนให้ลูก" (ID 01, 80-81)

"ป้าก็ยังมีห่วงอยู่นะ ห่วงอยู่อย่างเดียว คือหลานสาว อายุ 1 ขวบ 4 เดือน" (ID 05, 57)

ประเด็นย่อยที่ 1.3 การปราศจากอาการไม่สุขสบายภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งได้กล่าวถึงอาการทรมานภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งในกระบวนการรักษาผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช โดยเฉพาะในระยะลุกลามหรือระยะท้าย การให้ยาเคมีบำบัดยังคงเป็นหนึ่งในวิธีการควบคุมโรคที่สำคัญ อย่างไรก็ตาม ผลข้างเคียงจากเคมีบำบัด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดเมื่อยตามร่างกาย ผมร่วง หรือแผลในช่องปาก มักส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ป่วยอย่างมาก และทำให้เกิดความไม่สุขสบายทั้งทางกายและจิตใจในช่วงหลังการรักษา

"ตอนให้ยาคีโม กลับไปบ้านปากนี่เปื่อยไปหมดแล้ว มีแผลในปาก กินอะไรก็ไม่ได้ น้ำก็ทานไม่ได้ ข้าวก็ทานไม่ได้ ไม่อยากอาหาร อาทิตย์นึงเต็ม ๆ เลย มานี่ก็เจาะเลือดเตรียมตัวให้คีโมอีก ยังไม่ค่อยฟื้นดีก็ต้องให้คีโมอีก มันเบื่อ ๆ เซ็ง ๆ" (ID 05, 123-125)

"เรามีความรู้สึกว่าเราจะอ้วก เวียนหัว ทานข้าวไม่ได้ ทานข้าวไม่ได้หลังจากให้คีโมทุกครั้ง 2 วัน เต็ม ๆ ข้าวก็ไม่อยากทาน น้ำก็ไม่อยากกิน นอนอย่างเดียว" (ID 09, 37-38)

โดยสรุป การตายที่ปราศจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในมุมมองของผู้ป่วย คือการได้รับการดูแลที่เน้นความสงบ สบาย ไร้ความเจ็บปวด ได้รับการดูแลอย่างองค์รวม โดยเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วย และเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่สามารถเลือกได้ว่าจะได้รับการดูแลในระยะท้ายอย่างไร ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการตายดี

ประเด็นหลักที่ 2 การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต (Quality of life)

ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงความต้องการที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต ให้ความสำคัญกับการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพ แม้จะทราบว่าตนเองอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งสะท้อนถึงความต้องการที่จะ "มีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย" มากกว่าการยื้อชีวิตเพียงเพื่อให้ยาวนาน ผู้ป่วยไม่ได้มองว่าคุณภาพชีวิตหมายถึงเพียงแค่การปราศจากความเจ็บปวด แต่รวมถึงความสามารถในการทำกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ตนเองรัก การมีปฏิสัมพันธ์กับคนที่ห่วงใย และการมีชีวิตประจำวันอย่างมีศักดิ์ศรี

ประเด็นย่อยที่ 2.1 ผู้ป่วยได้ทำตามที่ตนเองปรารถนาในช่วงสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชในระยะท้ายต่างมีความปรารถนาเฉพาะตัวที่ต้องการทำให้สำเร็จก่อนเสียชีวิต ความปรารถนาเหล่านี้อาจเป็นเรื่องเล็กน้อยในสายตาคนทั่วไป แต่สำหรับผู้ป่วยกลับมีความหมายลึกซึ้งและเป็นสิ่งที่ช่วยเติมเต็ม "ความสมบูรณ์ของชีวิต" ในช่วงสุดท้าย ความปรารถนาอาจเกี่ยวข้องกับเรื่องครอบครัว ความเชื่อส่วนบุคคล ความสัมพันธ์ หรือกิจกรรมที่ให้ความสุขใจ เช่น การได้กลับบ้าน การเดินทางไปยังสถานที่สำคัญทางใจ หรือการได้ขออโหสิกรรมหรือให้อภัยใครบางคน

"ป้าก็คือไม่ได้กังวลเรื่องโรคแล้ว โรคก็คือให้มันดำเนินไปจนสุดทางมัน แต่เราขอให้ชีวิตที่ดีที่สุดก็คือที่บ้าน ได้เดินได้อยู่ภายในบ้านคงจะดีขึ้นกว่านี้ พยุง ๆ ตัวเราไปก็ได้ออกกำลัง ไม่อย่างนั้นรถเข็นมีก็นั่งรถเข็นไปกวาดบ้านไป" (ID 11, 138–140)

ประเด็นย่อยที่ 2.2 การใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความหมาย หนึ่งในความปรารถนาสำคัญของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชในระยะสุดท้าย คือการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย สามารถรับประทานอาหารได้เท่าที่ไหว สามารถทำกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ต้องการ มากกว่าการยื้อชีวิตเพียงเพื่อให้มีชีวิตยาวนานขึ้น แต่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงท้ายจึงเชื่อมโยงกับความรู้สึกอิสระ การได้รับการเคารพความเป็นตัวตนของผู้ป่วยเอง

"ป้าก็แค่อยากอยู่กับลูก ๆ หลาน ๆ ที่บ้านของป้า ไม่ใช่นอนในโรงพยาบาลตลอดเวลา อยากปลูกต้นไม้และดูมันเติบโต" (ID 07,102-103)

โดยสรุป ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชมองว่าการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงท้ายของชีวิต คือการได้ใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างมีความหมาย โดยมีความสบายทั้งทางกายและใจ มีความสัมพันธ์ที่ดีและได้รับการดูแลที่ให้เกียรติและเคารพในความเป็นมนุษย์

ประเด็นหลักที่ 3 ผู้ป่วยได้มีการเตรียมตัวก่อนเสียชีวิต (Preparation for death)

การเตรียมตัวก่อนเสียชีวิตเป็นประเด็นที่ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชในระยะท้ายให้ความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับความจริงของโรคและจัดการสิ่งต่าง ๆ ที่ยังค้างคาใจได้อย่างมีสติและสงบ ผู้ป่วยไม่ได้มองว่าความตายเป็นจุดสิ้นสุดเท่านั้น แต่ยังเป็นช่วงเวลาสำคัญของการเตรียมพร้อม ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ และจิตวิญญาณ การเตรียมตัวเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนยังสามารถควบคุมชีวิตได้ในระดับหนึ่ง ลดความกังวลใจ และสร้างความสงบภายในใจ ซึ่งถือเป็นเงื่อนไขสำคัญของการตายดี โดยเฉพาะในวัฒนธรรมไทยที่ให้ความสำคัญกับการจากไปอย่างไม่ค้างคา และไม่เป็นภาระต่อผู้อยู่เบื้องหลัง

ประเด็นย่อยที่ 3.1 ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลตรงตามความเป็นจริง โดยผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นว่าการตายดีจำเป็นต้องทราบข้อมูลการดำเนินของโรคที่เป็นจริง ตรงไปตรงมา ไม่ปิดบังข้อมูลเพื่อให้ทราบว่ายังมีเวลาที่เหลืออยู่เท่าไหร่ จะได้เตรียมตัวและวางแผนชีวิตได้อย่างมีคุณภาพที่สุด และการให้ข้อมูลหรือแจ้งข่าวร้ายกับผู้ป่วยควรเป็นไปโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ สื่อสารด้วยความเห็นอกเห็นใจ

"อยากให้หมอบอกตรง ๆ ว่าป้าเหลือเวลาอีกเท่าไหร่ ป้าจะได้วางแผนถูก ทั้งเรื่องทรัพย์สิน ที่ดิน เรื่องบ้าน อยากรู้ว่าอาการมันจะไปถึงไหน จะได้ไม่หวังเกินจริง" (ID 05, 75-76)

ประเด็นย่อยที่ 3.2 การยอมรับการตายของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยได้มีการวางแผนตนเองล่วงหน้า หรือเรียกว่าได้มีโอกาสทำ advance care planning การวางแผนล่วงหน้าถือเป็นส่วนสำคัญของการเตรียมตัวก่อนเสียชีวิตในมุมมองของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชในระยะท้าย ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าการได้เตรียมการเรื่องต่าง ๆ ไว้ล่วงหน้าไม่เพียงช่วยลดภาระให้แก่ครอบครัว แต่ยังทำให้ตนรู้สึกพร้อมและสบายใจที่จะจากไปโดยไม่มีความกังวลใจหลงเหลืออยู่ โดยผู้ให้ข้อมูลบางรายมีการวางแผนอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การเขียนพินัยกรรม การจัดการเรื่องทรัพย์สิน การวางแผนงานศพ หรือแม้แต่การสั่งเสียแนวทางการดูแลในระยะสุดท้าย เช่น ความต้องการหรือไม่ต้องการให้ยื้อชีวิตด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ ความประสงค์ที่จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน เป็นต้น

"ป้าไม่ได้มีความกังวลจิตใจเรื่องอะไร แล้วก็ได้วางแผนไว้ล่วงหน้าบ้างแล้วเกี่ยวกับการรักษาตัวเองว่าจะไม่ใส่ท่อ ไม่ปั๊มหัวใจถ้าเกิดอะไรขึ้น" (ID 11, 122–123)

"ยาที่ทานเอาไม่อยู่กับความปวด ก็บอกกับลูก พูดกับคุณหมอว่า ถ้ามีอาการไม่ไหวจริง ๆ ไม่ต้องยื้อ ไม่ต้องผ่าอะไรทั้งสิ้น ก็ให้ไปแบบสงบนะคะ บอกคุณหมอว่าทำอย่างไรก็ได้ให้ไปแบบสงบไม่ต้องยื้อให้ทำนู่นทำนี่นะ" (ID 09, 113–115)

ประเด็นย่อยที่ 3.3 ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตรงตามที่ได้วางแผนไว้ ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชในระยะท้ายได้รับการดูแลรักษาตรงตามที่ตนเองได้วางแผนไว้ ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการตายดี และสะท้อนถึงการเคารพในศักดิ์ศรี ความเป็นเจ้าของชีวิต และสิทธิในการตัดสินใจของผู้ป่วยอย่างแท้จริง การดูแลที่สอดคล้องกับแผนที่ผู้ป่วยกำหนดไว้ เช่น การไม่ยื้อชีวิตด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ การเลือกสถานที่เสียชีวิต หรือแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ล้วนมีผลต่อภาวะจิตใจและความสงบในช่วงเวลาสุดท้าย

"ป้าดีใจมาก ๆ ที่ได้มาเจอหมอที่นี่ หมอน่ารัก และรับฟังสิ่งที่เราต้องการจริง ๆ ป้าบอกหมอไปว่าถ้าป้าไม่ไหว อย่ายื้อป้าไว้ให้ทรมาน ลูก ๆ ก็อยู่ด้วยตอนที่คุยกับหมอ ก็เข้าใจความต้องการของป้าเหมือนกัน" (ID 02, 95-96)

โดยสรุป การเตรียมตัวก่อนเสียชีวิตในมุมมองของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช ไม่ใช่เพียงการจัดการเรื่องภายนอกเท่านั้น แต่เป็นกระบวนการภายในที่ช่วยสร้างความสงบ ยอมรับ และความรู้สึกพร้อมที่จะจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการตายดีตามบริบททางวัฒนธรรมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย

ประเด็นหลักที่ 4 ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต (Social and spiritual support) การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชในระยะท้ายสามารถเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและความใกล้ชิดของความตายได้อย่างสงบและมีศักดิ์ศรี ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อเสนอแนะว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและจิตวิญญาณที่เหมาะสมมักมีความสามารถในการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยได้ดีขึ้น และลดระดับความวิตกกังวล ความกลัว และความรู้สึกโดดเดี่ยวในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต

ประเด็นย่อยที่ 4.1 ใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางจิตใจ ผู้ให้ข้อมูลได้มีมุมมองเกี่ยวกับการใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางจิตใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วยและความตายที่กำลังใกล้เข้ามา ศาสนาในบริบทของผู้ป่วยส่วนใหญ่ หมายถึงพุทธศาสนา ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตด้วยความสงบ สร้างความเข้มแข็งทางใจ และลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการจากไป

"พอพี่คิดถึงพระที่นับถือ คิดถึงบุญที่เคยทำมาในอดีต ใจมันก็เบาขึ้น สงบขึ้น นอนหลับได้" (ID 10, 67)

ประเด็นย่อยที่ 4.2 ผู้ป่วยมีครอบครัวอยู่ด้วยขณะเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อเสนอว่าการมีครอบครัวอยู่ด้วยในช่วงระยะท้ายของชีวิตมีความสำคัญอย่างลึกซึ้ง ความรู้สึกว่าตนไม่ได้อยู่คนเดียวในช่วงเวลาที่ยากที่สุด เป็นสิ่งที่ช่วยเสริมสร้างความอบอุ่นทางใจ ลดความกลัว และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคง สงบ และยอมรับความตายได้อย่างสง่างาม ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและความกลัวตาย แต่ยังเติมเต็มความรู้สึกการมีคุณค่าและไม่ถูกทอดทิ้ง ทั้งนี้การอยู่ใกล้ชิดกับคนในครอบครัวในช่วงสุดท้าย ไม่ได้จำกัดเพียงแค่การดูแลทางกายภาพ แต่รวมถึงการได้สื่อสาร บอกลา ขอบคุณ ขอโทษ หรือให้อภัย ซึ่งเป็นกระบวนการทางจิตวิญญาณที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปิดฉากชีวิตได้อย่างสมบูรณ์

"แค่มีลูก ๆ นั่งอยู่ข้างเตียง ไม่ต้องพูดอะไรก็ได้ พี่ก็รู้สึกอุ่นใจ หรือขอแค่ได้จับมือลูกไว้ ก็ไม่กลัวอะไรแล้ว" (ID 08, 77-78)

โดยสรุป การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในช่วงระยะท้ายของชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญหน้ากับความตายด้วยความสงบ มั่นคง และไม่โดดเดี่ยว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการตายดีทั้งในเชิงสุขภาพ จิตใจ และจิตวิญญาณ อันเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าการตายดี (Good Death) ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชสามารถจำแนกออกเป็น 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ การตายที่ปราศจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต การเตรียมตัวก่อนเสียชีวิต และการมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงมิติสำคัญทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยให้คุณค่าในการดำรงอยู่ในช่วงท้ายของชีวิต โดยเฉพาะในบริบทของผู้ป่วยโรคมะเร็งนรีเวชที่เผชิญกับความเจ็บปวดเรื้อรังและความไม่แน่นอนของการดำเนินโรค

1. การตายที่ปราศจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด เป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการดูแลแบบประคับประคอง ที่มีเป้าหมายหลักในการลดความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและจิตใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าการไม่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวด และทุกขเวทนา ทั้งทางกายและจิตใจเป็นความปรารถนาอย่างยิ่งในการที่จะส่งเสริมให้เกิดการตายที่ดี ซึ่งความกลัวที่แท้จริงไม่ใช่ความตาย แต่เป็นความเจ็บปวดที่อาจเกิดขึ้นก่อนเสียชีวิต ซึ่งรวมถึงอาการปวดเรื้อรัง หายใจลำบาก หรือความอ่อนล้าทางร่างกายที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมานและไร้คุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้าย ผู้ป่วยจึงคาดหวังว่าทีมสุขภาพจะสามารถควบคุมอาการเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม โดยใช้ทั้งวิธีทางการแพทย์ เช่น ยาระงับปวด และการดูแลทางเลือกอื่น ๆ ที่ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย เช่น การสัมผัสทางกาย การพูดคุยให้กำลังใจ หรือการดูแลอย่างเอาใจใส่จากครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Meier และคณะที่ระบุว่าการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ควรเน้นการควบคุมอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสงบ สบาย และมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์[13] นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชส่วนใหญ่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด อาการไม่สุขสบายภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด ถูกระบุว่าส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชเกิดความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก ซึ่งอาการข้างเคียงจากการให้ยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชระยะสุดท้ายที่พบบ่อย ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ท้องผูก เหนื่อยอ่อนเพลีย ผมร่วง นอนไม่หลับ ปวดบวมแดงบริเวณผิวหนังที่ให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบายกาย และความวิตกกังวลทั้งต่อตัวผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วย[14]

2. การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต แสดงถึงความต้องการของผู้ป่วยในการใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า แม้อยู่ในสภาวะใกล้ตาย ผู้ป่วยได้ทำตามที่ตนเองปรารถนาในช่วงสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพ แม้จะทราบว่าตนเองอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งสะท้อนถึงความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย มากกว่าต้องการที่จะยื้อชีวิตเพียงเพื่อให้ยาวนานขึ้น แต่ปราศจากคุณภาพชีวิตที่ดีในห้วงสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยไม่ได้มองว่าคุณภาพชีวิตหมายถึงเพียงแค่การปราศจากความเจ็บปวด แต่รวมถึงความสามารถในการทำกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ตนเองรัก การมีปฏิสัมพันธ์กับคนที่ห่วงใย และการมีชีวิตประจำวันอย่างมีศักดิ์ศรี สอดคล้องกับการศึกษาของวัลภา คุณทรงเกียรติ (2556) ที่ได้ศึกษาการตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าการตายดีในผู้ป่วยระยะท้าย ต้องไม่เป็นภาระของครอบครัวทั้งขณะที่มีชีวิตและไม่มีชีวิต สามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความหมาย การสนับสนุนคุณภาพชีวิตจึงควรครอบคลุมทั้งในด้านการดูแลแบบองค์รวม และการส่งเสริมการตัดสินใจของผู้ป่วยอย่างมีส่วนร่วม[15]

3. การเตรียมตัวก่อนเสียชีวิต เป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ ซึ่งอาจรวมถึงการจัดการเรื่องส่วนตัว การสื่อสารความต้องการเกี่ยวกับการรักษา และการวางแผนการดูแลในระยะท้าย การเตรียมตัวเช่นนี้ช่วยลดความกังวลใจและความเครียดทั้งต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการตายดี พบว่าการเตรียมตัวก่อนเสียชีวิตเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับความจริงของโรค และจัดการสิ่งต่าง ๆ ที่ยังค้างคาใจได้อย่างมีสติและสงบ มีการเตรียมพร้อมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ และจิตวิญญาณ การเตรียมตัวเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนยังสามารถควบคุมชีวิตได้ในระดับหนึ่ง ลดความกังวลใจ และสร้างความสงบภายในใจ ซึ่งถือเป็นเงื่อนไขสำคัญของการตายดี[16] นอกจากนี้ผลการวิจัยในข้อนี้ยังมีความสัมพันธ์กับแนวคิดการวางแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้า (advance care planning) ที่เน้นการวางแผนการดูแลสุขภาพ ความต้องการในระยะสุดท้าย ความประสงค์ในการรักษาพยาบาล พูดคุยถึงสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญและความต้องการทางการแพทย์ว่าจะรับหรือปฏิเสธการรักษาที่เป็นการยื้อการตาย ซึ่งเป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการดูแลรักษาตรงตามที่ได้วางแผนไว้ ผลของการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวางแผนการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตเพื่อไม่ยื้อชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ[17]

4. การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชระยะสุดท้ายให้ข้อเสนอแนะว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและจิตวิญญาณที่เหมาะสมมักมีความสามารถในการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยได้ดีขึ้น และลดระดับความวิตกกังวล ความกลัว และความรู้สึกโดดเดี่ยวในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น การมีครอบครัวอยู่พร้อมหน้าเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต หรือการน้อมนำหลักคำสอนของศาสนาที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชในระยะท้ายสามารถเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและความใกล้ชิดของความตายได้อย่างสงบและมีศักดิ์ศรี สอดคล้องกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Lee (2020) ในมิติด้านสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่าผู้ป่วยระยะท้ายควรได้รับการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) ไม่เน้นเฉพาะร่างกายหรือจิตใจเท่านั้น แต่ยังต้องคำนึงถึงด้านสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัว และด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความเชื่อ ความหวัง และการเตรียมตัวตายอย่างสงบ[18]

สรุปผลการศึกษา

การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช สะท้อนมิติสำคัญทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่เพียงแต่เป็นการลดความทุกข์ทรมานทางกายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นคุณภาพชีวิต การตายที่ปราศจากความทุกข์ทรมาน การเตรียมตัวก่อนเสียชีวิต การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณและสังคม เมื่อพิจารณาในเรื่องของอายุพบว่า ผู้ป่วยอายุน้อยมักให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตและการทำกิจกรรมที่มีความหมาย ขณะที่ผู้ป่วยวัยกลางคนให้ความสำคัญกับการเตรียมตัวและการไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว ส่วนผู้ป่วยที่มีอายุมากจะเน้นความสงบทางจิตใจและการพึ่งพาศรัทธาทางศาสนา ความแตกต่างของช่วงวัยจึงมีผลต่อมุมมองและองค์ประกอบของการตายดี ซึ่งควรเป็นแนวทางสำคัญในการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้เหมาะสมเฉพาะบุคคล ผลการศึกษานี้จึงสามารถนำไปใช้ในการออกแบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการอย่างแท้จริงของผู้ป่วยในบริบทไทยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชต่อการตายดี ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในเชิงระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

1) ด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ควรส่งเสริมระบบการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ที่ครอบคลุมมิติต่าง ๆ ได้แก่ กาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ โดยบูรณาการเข้ากับแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชในทุกระยะ เพื่อรองรับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยในการเข้าสู่การตายดี

2) ด้านการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลควรได้รับการอบรมเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในแนวคิดเรื่องการตายดี โดยเฉพาะในมิติที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ เช่น การบรรเทาความเจ็บปวด การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ และการเตรียมตัวก่อนเสียชีวิต เพื่อสามารถสื่อสารและดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

3) ด้านการจัดทำนโยบายและแนวทางการดูแล หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนานโยบายหรือแนวทางปฏิบัติในการส่งเสริมการตายดี โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย เช่น มะเร็งนรีเวช อาทิ การบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) เข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาอย่างเป็นระบบ

4) ด้านการวิจัยในอนาคต ควรมีการศึกษาที่ขยายไปยังกลุ่มผู้ดูแล (caregivers) และทีมสุขภาพ เพื่อเปรียบเทียบมุมมองต่อการตายดีจากหลายฝ่าย รวมถึงศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมหรือขัดขวางการตายดีในระดับบุคคล ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ

ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้

1) ความรู้และทักษะของบุคลากร การขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้และทักษะเฉพาะด้านในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ถือเป็นอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการดูแล ทั้งในด้านการจัดการอาการไม่สุขสบาย การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการให้การสนับสนุนด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

2) โครงสร้างและระบบการจัดบริการด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายยังขาดความชัดเจนทั้งในเชิงโครงสร้าง ระบบการบริหารจัดการ และการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน เช่น การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมถึงการสนับสนุนจากภาครัฐและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ข้อจำกัดดังกล่าวทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง อันเป็นปัจจัยที่ลดทอนประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

3) ความซับซ้อนของผู้ป่วยและโรค ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมักมีความซับซ้อนทั้งด้านอาการทางร่างกาย เช่น ความเจ็บปวด อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ร่วมกับปัญหาทางด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้การประเมินและการวางแผน การดูแลแบบองค์รวมมีความยุ่งยาก การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายจำเป็นต้องใช้การพิจารณาเฉพาะบุคคล (individualized care) ซึ่งอาจทำได้ไม่เต็มที่ในทางปฏิบัติ เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลา บุคลากร และทรัพยากร

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชทุกท่านที่ให้เกียรติเปิดเผยประสบการณ์ชีวิตอันล้ำค่าในช่วงระยะท้ายของชีวิต การแบ่งปันข้อมูลอย่างจริงใจจากท่านเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินไปได้อย่างลึกซึ้งและมีความหมาย ขอบคุณครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยที่สนับสนุนและเปิดทางให้เกิดการพูดคุยอย่างเป็นธรรมชาติ ซึ่งมีส่วนอย่างมากในการสะท้อนความจริงจากมุมมองของผู้ป่วย สุดท้ายขอขอบคุณ บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการประสานงาน รวมถึงอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ด้วยความเข้าใจและเคารพในหลักจริยธรรมทางการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์ของโรคมะเร็งในภาพรวมของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2564 [สืบค้นเมื่อ 12 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https//www.rama.mahidol.ac.th
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2562–2565 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2562 [สืบค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nci.go.th
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติโรคมะเร็ง [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2554 [สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nci.go.th
4. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2012: Cancer Incidence and Mortality Worldwide [Internet]. Lyon: IARC; 2012 [cited 2024 Oct 10]. Available from: http://globocan.iarc.fr
5. Osei Appiah E, Amertil NP, Oti-Boadi E, Lavoe H, Siedu DJ. Impact of cervical cancer on the sexual and physical health of women diagnosed with cervical cancer in Ghana: A qualitative phenomenological study. Womens Health (Lond). 2021;17:17455065211066075.
6. เวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. สถิติผู้ป่วยมะเร็ง พ.ศ. 2554–2555. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช; 2555.
7. กรมการแพทย์. สถิติโรค 2553 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2553 [สืบค้นเมื่อ 2 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.32.40/statreport/rpt2553.htm
8. Guest G, Bunce A, Johnson L. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. Field Methods. 2006;18(1):59–82.
9. Hagaman AK, Wutich A. How many interviews are enough to identify metathemes in multisited and cross-cultural research? Another perspective on Guest, Bunce, and Johnson's (2006) landmark study. Field Methods. 2017;29(1):23–41.
10. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
11. Gunawan J. Ensuring trustworthiness in qualitative research. Belitung Nurs J. 2015;1(1):10–11.
12. Kyngas H, Mikkonen K, Kaariainen M. The application of content analysis in nursing science research. Cham: Springer; 2020.
13. Meier EA, Gallegos JV, Thomas LP, Depp CA, Irwin SA, Jeste DV. Defining a good death (successful dying): literature review and a call for research and public dialogue. Am J Geriatr Psychiatry. 2016;24(4):261–71.
14. อภินันท์ งามจำรัส. Principles of chemotherapy in gynecologic cancer [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2567 [สืบค้นเมื่อ 2 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/52705/

15. วัลภา คุณทรงเกียรติ. การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2556;21(4).
16. Sirivarawuth T, Utriyaprasit K, Ratinthorn A, Tankumpuan T, Viwatwongkasem C. The health service model for promoting good death in critically ill end-of-life patients in the emergency department: a qualitative study. Omega (Westport). 2024;302228241238388.
17. ประไพ บุญมรกต, โสเพ็ญ ชูนวล. ผลการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตในช่วงสุดท้าย. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2565;9(1):270–82.
18. Lee GL, Ramaswamy A. Physical, psychological, social, and spiritual aspects of end-of-life trajectory among patients with advanced cancer: a phenomenological inquiry. Death Stud. 2020;44(5):292–302.