

การเตรียมความพร้อมมิติด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย

Preparing the Spiritual Dimension for the End of Life

กิตติยาพร จันทร์ชม¹

Kittiyapon Junchom

บทคัดย่อ (Abstract)

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ผู้ที่มีอาการป่วยแล้วทรุดลงเรื่อยๆ และมีอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ ร่วมด้วย รวมทั้งผู้สูงอายุที่ติดเตียงช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย ต้องการดูแลแบบประคับประคอง องค์การอนามัยโลกให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้าย ยิ่งเมื่อโรคลุกลามจนถึงระยะสุดท้าย จำเป็นที่ต้องดูแลเป็นพิเศษเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากอาการปวดและอาการรบกวนอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลระยะท้ายของผู้ป่วยแต่ละรายมีวิธีการดูแลที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับโรคของแต่ละบุคคล ถ้ามีการเตรียมความพร้อมด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องเผชิญกับการรับรู้การดำเนินของโรค ความหวัง ความกลัวและความสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้น จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้ค้นหาความหมายของชีวิต ความหวัง กำลังใจ และการโอบอุ้ม การปฏิบัติตามหลักศาสนาตามความเชื่อและความหวังของผู้ป่วย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางการเตรียมความพร้อมมิติด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้พยาบาล ครอบครัวและผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจในแนวคิดและทักษะการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้าย และเพื่อเตรียมผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับความตายด้วยความสงบสุข สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือเรียกว่า “ตายดี” ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการสูญเสียชีวิตตามบริบทของปัจเจกบุคคลและสามารถลดค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลได้ด้วย

คำสำคัญ (Keywords): การดูแลแบบประคับประคอง; จิตวิญญาณ; ผู้ป่วยระยะท้าย

Abstract

Patients with chronic incurable diseases those whose symptoms are progressively worsening and with other complications, including the elderly who are bedridden, have little or no self-help need palliative care. The World Health

Received: 2021-03-26 Revised: 2021-07-27 Accepted: 2021-07-28

¹ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. Bachelor of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health. Corresponding Author e-mail: Kittiyapornj744@gmail.com

Organization considers it to be a end-of-life patient, especially when the disease spreads to the last stage, special care is needed to alleviate suffering from pain and other disturbances. To enable patients to face life-threatening illnesses physically, mentally, socially and spiritually, end-of-life care for each patient has a different approach depending on the individual's disease. If there is a spiritual preparation for end-of-life patients who are faced with the perception of disease progression, hope, fear and impending loss, will help patients and families searched for the meaning of life, hope, encouragement, and forgiveness, religious practice according to the patient's beliefs and hopes. This article aims to propose a guideline for preparing spiritual dimensions in end-of-life patients to nurse, families and caregivers for have knowledge and understanding of concepts and skills to assess the spiritual needs of end-of-life patients. And to prepare the patient to face death with peace, with human dignity that called "good death", as well as the care of family and relatives after the loss of life in the context of the individual and can reduce hospital costs.

Keywords: Palliative care; Spiritual; End-of-life patients

บทนำ (Introduction)

สถานการณ์ปัจจุบันสังคมโลกมีประชากรประมาณ 7,433 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 929 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2560) สำหรับประเทศไทยปี 2560 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุจำนวน 11,312,447 คน คิดเป็นร้อยละ 18 และในปี 2564 จะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์เนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 และเพิ่มเป็น 20.42 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31.28 ในปี 2583 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) ด้วยระบบเทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์ก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้จำนวนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุในอนาคตมีแนวโน้มอายุยืนยาวเพิ่มขึ้น และพบว่าแนวโน้มการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก็มีแนวโน้มที่สูงขึ้นเช่นกัน จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพไทย พ.ศ.2556 พบว่า ผู้สูงอายุไทยเป็นโรคความดันโลหิต ร้อยละ 41.4 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.2 และโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 8.6 และประมาณร้อยละ 6 มีภาวะสมองเสื่อม ในส่วนที่เป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งรักษาไม่หายขาด มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและอยู่ในภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน/ติดเตียง) ประมาณร้อยละ 20 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวเหล่านี้ล้วนมีความทุกข์ทั้งกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ ยิ่งเมื่อโรคลุกลามจนถึงระยะสุดท้าย จำเป็นที่ต้องดูแลเป็นพิเศษเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ได้รับการเตรียมความพร้อมที่จะรับมือกับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นด้านทางกาย จิตใจ สังคม โดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมมิติด้านจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วย

และครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามบริบทของปัจเจกบุคคลเท่าที่จะทำได้ในเวลาที่เหลืออยู่ โดยอยู่บนเป้าหมายหลักเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือที่เราเรียกว่า ตายดีนั่นเอง ตลอดจนการดูแลครอบครัว และญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วยด้วย (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

การเตรียมความพร้อมเมื่อใกล้ถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยเฉพาะการเจ็บป่วยระยะท้าย ในผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพิงการรักษาและการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่องเป็นพิเศษ ผู้ป่วยระยะท้ายแต่ละบุคคลจะมีปฏิกิริยาต่อความตายที่แตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับภูมิหลัง วุฒิทางอารมณ์ ประสบการณ์ชีวิต แหล่งสนับสนุนทางด้านจิตใจ สังคมและสภาพการณ์เจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ผู้ที่เข้าใจธรรมชาติของชีวิต มีการเตรียมจิตใจไว้ล่วงหน้า โดยได้ทำหน้าที่ของตนอย่างดีในอดีตที่ผ่านมา จะไม่มีอะไรเป็นห่วงและกังวล ซึ่งจะยอมรับความตายที่ใกล้จะเข้ามา ตรงกันข้ามกับผู้ป่วยที่ยังมีห่วง มีภาระที่ต้องดูแลไม่อยากจะจากไป เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตมักจะกระวนกระวาย กระสับกระส่าย ตื่นกลัวตลอดเวลา นอนไม่หลับ ไม่กล้าหลับเพราะกลัวว่าจะไม่ฟื้นกลับมาอีก (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) ในประเทศไทย ผู้สูงอายุจำนวนมากนับถือศาสนาพุทธ จะเลือกวิถีการเข้าวัดปฏิบัติธรรมในวัยชรา และใช้หลักคำสอนของพระพุทธเจ้าเป็นเครื่องหล่อเลี้ยงจิตใจให้สงบ พบคุณค่าในบั้นปลายชีวิตก่อนตาย ซึ่งจะส่งผลต่อความเข้าใจในชีวิตเพื่อรับสถานการณ์ภาวะใกล้ตายที่กำลังจะมาถึงได้ในระดับหนึ่ง แต่ผู้สูงอายุจำนวนมากยังมีความหวาดหวั่นต่อความตาย และวิตกกังวลต่อสิ่งต่าง ๆ หลังความตายของตน (สุวิทย์ เจริญศักดิ์ และคณะ, 2561) การเตรียมตัวเพื่อการตายเป็นรูปแบบพื้นฐานของสิ่งที่พึงกระทำในการเผชิญกับภาวะใกล้ตาย (task-based model for coping with dying) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม การเตรียมตัวเพื่อการตายนี้มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายและชีวิตหลังความตาย ทศนคติ และค่านิยมเกี่ยวกับความตายในแต่ละวัฒนธรรม จะทำให้บุคคลมีความเข้าใจเรื่องประสบการณ์ของภาวะใกล้ตาย ความตาย และชีวิตหลังความตายมากขึ้น จึงมีผลให้บุคคลสามารถยอมรับต่อความตายที่จะเกิดขึ้น (Corr, 1997) ตามทัศนคติและความเชื่อของคนไทยตั้งแต่ยุคโบราณจะสอนบุตรหลานไม่ให้พูดถึงเรื่องความตายเลย การพูดถึงความตายถือเป็นเรื่องต้องห้าม โดยถือว่าเป็นเรื่องไม่ดีหรือมองในแง่ร้ายเหมือนเป็นการ “แข่ง” อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน พบว่าการดูแลจะมุ่งเน้นตอบสนองเฉพาะความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อลดอาการทุกข์ทรมานจากอาการปวดและอาการรบกวนอื่น ๆ เท่านั้น บทบาทของพยาบาลจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวมที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณด้วย เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองมิติด้านจิตวิญญาณ เป็นความต้องการสุดท้ายที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการรับรู้ถึงการดำเนินการของโรคที่เป็น ความหวัง ความกลัว และความสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้น ดังนั้น พยาบาลควรจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการประเมินความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย เกี่ยวกับการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต

แหล่งของความหวังและกำลังใจ ความกลัวและความวิตกกังวล ความรัก/ความสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมทั้งควมมีทักษะการสื่อสาร ทักษะการให้คำปรึกษา การเป็นผู้ฟังที่ดี (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) เพื่อสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลและผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเตรียมความพร้อมมิติด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ครอบครัวและผู้ดูแลให้สามารถวางแผนการรักษาพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างมั่นใจ การเตรียมผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านให้ก้าวไปสู่การตายดี เป็นเรื่องที่ยากและถือว่าเป็นงานที่ทำหายสำหรับพยาบาลเพราะพยาบาลมีบทบาทสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีความหมายมากกว่าผลของการรักษา (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2550)

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางการเตรียมความพร้อมมิติด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้พยาบาล ครอบครัวและผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจในแนวคิดและทักษะการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้าย จะทำให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถเผชิญกับความตายด้วยความสงบสุข สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือเรียกว่า “ตายดี” ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการสูญเสียชีวิต

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลที่มุ่งทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้ป่วยและครอบครัวโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสุขสบายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมครอบคลุมถึงการดูแลด้านจิตวิญญาณเพื่อลดความทุกข์ทรมาน ตอบสนองความต้องการโดยให้การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายจนถึงระยะท้าย ผู้ป่วยเสียชีวิต รวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังการสูญเสียด้วย การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลตั้งแต่แรกวินิจฉัยว่า เป็นโรคหรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และไม่ตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งผู้ป่วยยังอาจอยู่ได้นานหลายเดือนหรือหลายปีก่อนจะเสียชีวิต โดยไม่ใช่เพียงการดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้เสียชีวิต องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ระบุหลักการสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง ไว้ว่า เป็นการบรรเทาความปวดและอาการทุกข์ทรมานอื่น ๆ เห็นคุณค่าการมีชีวิตและมองกระบวนการเสียชีวิตเป็นธรรมชาติไม่เจตนาเร่งหรือยื้อการตาย ผสมผสานการดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีชีวิตอย่างมีคุณค่าจนเสียชีวิต สนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในการปรับตัวปรับใจในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ให้การดูแลเป็นทีมในการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวรวมไปถึงการให้คำปรึกษาประสบการณ์สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สนับสนุนเพิ่มพูนคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจส่งผลดีต่อการดำเนินโรค ให้การดูแลตั้งแต่ช่วงแรกของความเจ็บป่วยผสมผสานเข้ากับการดูแลจำเพาะที่มีเป้าหมายเพื่อยืดชีวิต ซึ่งรวมถึงการส่งตรวจเพื่อให้เข้าใจและจัดการอาการให้ดีขึ้น

สรุปได้ว่าการดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลตั้งแต่แรกวินิจฉัยว่าเป็นโรคหรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และไม่ตอบสนองต่อการรักษา มุ่งเน้นการบรรเทาความปวดและ

อาการทุกข์ทรมานอื่น ๆ ผลสมผสานการดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วยให้มีชีวิตอย่างมีคุณค่าจนเสียชีวิตเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต

แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะจำกัดการดำรงชีวิต (Life Limiting Conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life Threatening Conditions) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัด เยียวยาและบรรเทาความทุกข์ ทางกาย จิต อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้ป่วยด้วย (สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2563)

กล่าวโดยสรุปการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกวินิจฉัยว่า เป็นโรคหรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และไม่ตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งผู้ป่วยยังอาจอยู่ได้นานหลายเดือนหรือหลายปีก่อนจะเสียชีวิต รวมทั้งการดูแลในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวล้วนมีความทุกข์ทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ยิ่งเมื่อโรคลุกลามจนถึงระยะสุดท้าย จำเป็นที่ต้องดูแลเป็นพิเศษเพื่อป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานและเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต โดยมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมมิติทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล ซึ่งจะได้รับการเตรียมความพร้อมที่จะรับมือกับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามบริบทของปัจเจกบุคคลเท่าที่จะทำได้ในเวลาที่เหลืออยู่โดยอยู่บนเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือที่เราเรียกว่า ตายดี ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วยด้วย

การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต เป็นการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบเรียกว่า “ตายดี” ซึ่งพยาบาลควรจะมีความรู้ ความเข้าใจในการวินิจฉัยภาวะความเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตและการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การเตรียมผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายและการเสียชีวิต การดูแลครอบครัวภายหลังการเสียชีวิต

การดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (End-of-Life Care)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือระยะประคับประคอง (Palliative care) องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ว่าเป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นระยะสุดท้ายของโรคและครอบครัว โดยให้การป้องกันและบรรเทาอาการตลอดจนความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น การดูแลจะเน้นการดูแลที่เป็นองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพอันได้แก่ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทั้งนี้เป้าหมายหลักของการดูแลคือ การลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ

หรือ “ตายดี” การตายดี (Good Death) การตายโดยที่ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าความต้องการของเขาได้รับการดูแลให้ปลอดจากความทุกข์ทรมานทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ก่อนเข้าถึงช่วงใกล้ตาย สมาชิกในครอบครัวและทีมสุขภาพมีความเคารพและยอมรับความต้องการของผู้ป่วย

การวินิจฉัยภาวะความเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายจะมีวิธีการดูแลที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับโรคประจำตัวแต่ละบุคคล ดังนั้น พยาบาลควรจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวินิจฉัยภาวะความเจ็บป่วยระยะสุดท้ายและวิธีการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถวางแผนในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและความทุกข์ทรมานจากอาการป่วยลดลงก่อนเสียชีวิต การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต (End of life care) เป็นการให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของโรค ที่มีระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่ในระยะเวลาที่จำกัด ซึ่ง (Hamilton III JB, 2001) ให้นิยามว่า เป็นการดูแลที่ให้การสนับสนุนทางการแพทย์และการสนับสนุนอื่นๆให้กับผู้ป่วยในระยะช่วง 6 เดือนสุดท้ายของชีวิต

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่ได้หมายความว่าถึงเฉพาะผู้ที่ใกล้จะเสียชีวิตในเวลาอันสั้นเท่านั้น แต่ครอบคลุมประเด็น ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่ได้หรือรักษาไม่หาย หรือโรคที่ดำเนินมาถึงจุดหนึ่งที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ซึ่งปัจจุบันนี้มีโรคที่รักษาไม่ได้มากมาย ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นโรคที่ไม่ได้เกี่ยวกับการติดเชื้อหรือเรียกว่า NCD (Non-communicable Disease) เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ที่ผู้ป่วยต้องทานยาไปตลอดชีวิต เป็นต้น 2) ผู้ที่เป็นโรคที่ดำเนินมาจนถึงระยะท้าย เช่น โรคไต ที่ต้องกินยา ควบคุมอาหารมาตลอด แต่เมื่อผ่านมาระยะหนึ่ง กินยาอย่างไรก็ไม่ดีขึ้นจนต้องตัดสินใจเรื่องการล้างไต จนกระทั่งการล้างไตไม่สามารถช่วยได้ในกรณีนี้เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) ผู้ที่มีอาการป่วยทรุดลงเรื่อย ๆ และมีอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ปรากฏร่วมด้วย เช่น โรคมะเร็งระยะลุกลามไปสู่อวัยวะอื่น มีอาการเกิดขึ้นรวดเร็วมาก ซึ่งแพทย์คาดว่าอาจมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 1 ปี

กล่าวโดยสรุป การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ผู้ที่มีอาการป่วยแล้วทรุดลงเรื่อย ๆ และมีอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ปรากฏร่วมด้วย และโรคที่ดำเนินมาจนถึงระยะท้ายก็ถือว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้าย (End of life care) ที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง การดูแลระยะสุดท้ายของผู้ป่วยแต่ละรายจะมีวิธีการดูแลที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับโรคของแต่ละบุคคล ผู้ป่วยส่วนมากต้องการพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล เพราะอยากใกล้ชิดแพทย์เกรงว่าถ้าพักรักษาตัวที่บ้านจะไม่มีแพทย์หรือพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด และอาจจะไม่สามารถรักษาให้รอดชีวิตไว้ได้ อย่างไรก็ตามในวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยที่พักรักษาตัวที่โรงพยาบาลหลายคนปฏิเสธความจริงไม่กล้ายอมรับความตาย ทั้งที่รู้อยู่แก่ใจว่าในไม่ช้าก็จะสิ้นลมหายใจและหนีไม่พ้นกฎธรรมชาติในวัฏสงสาร เมื่อความตายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตที่ทุกคนต้องเดินทางไปพบส่วนมากจะไม่เตรียมตัว เตรียมใจยอมรับและจากไปอย่างสงบ เป็นสุขตามวาระของแต่ละบุคคล ซึ่งเข้าใจว่าความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ หรือการที่สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลไม่เข้าใจถึงความ

ต้องการด้านจิตวิญญาณ ย่อมจะเป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ทรมานไม่น้อยไปกว่าความเจ็บป่วยทางกายหรืออาจจะมากกว่าด้วยซ้ำ (พระไพศาล วิสาโล, 2553) ถ้ามีการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย โดยเฉพาะความต้องการด้านจิตวิญญาณจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้ค้นหาความหมายของชีวิต ทำให้สามารถเผชิญกับความตายได้ด้วยความสะดวกสบาย

แนวคิดด้านจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณ (Spiritual) เป็นพลังในการผลักดันให้เกิด พฤติกรรม พลังที่มีอยู่ในตัวตน และแหล่งของความรอบรู้เป็นสิ่งที่ทำให้มนุษย์ค้นหาความหมายของชีวิต ซึ่งเป็นด้านบวกของคน รวมทั้งการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Narayanawamy, 2004) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า จิตวิญญาณเป็นแรงขับเคลื่อนภายในของบุคคล จากการที่บุคคลให้ความหมายต่อชีวิต การเกิด การดับ การดำเนินชีวิต และเป้าหมายของการดำเนินชีวิตแตกต่างกันตามพื้นฐานของประสบการณ์ ความเชื่อทางศาสนา ความศรัทธา และประเพณีวัฒนธรรม ดังนั้น การดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นเรื่องของการดูแลโดยใช้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ซึ่งเป็นการให้และรับความรักที่ไม่ตัดสินและอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าทุกคนเป็นผู้ที่มีจิตวิญญาณ ไม่ใช่เฉพาะการดูแลด้านศาสนาเท่านั้น แต่ศาสนาเป็นส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณ (กิตติกร นิลมานัต, 2555) จิตวิญญาณเป็นมิติหนึ่งที่สำคัญในการเชื่อมประสานมิติอื่น ๆ ของมนุษย์ให้ดำรงอยู่ได้ คำว่า (Spirituality) มีผู้รู้และนักวิชาการหลายแขนงแปลว่า “จิตวิญญาณ” “ธรรมจิต” “จิตดั้งเดิม” หรือ “ปัญญา” สำหรับในทางการแพทย์ การนำเอาคำว่า “จิตวิญญาณ” มาใช้เพื่อให้พยาบาลเคารพในความเป็นองค์รวมหรือความเป็นคนทั้งคนของผู้ป่วย ที่มีปัญหาหรือความต้องการ ภูมิหลัง วัฒนธรรมและความเชื่อที่แตกต่างกัน ดังนั้น จิตวิญญาณจึงหมายความว่า เป็นธรรมชาติที่มีอยู่จริงในทุกคน เป็นศูนย์รวมของพลังความคิด ความหวังและกำลังใจ จิตวิญญาณทำหน้าที่ค้นหาคุณค่าหรือความหมายเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตที่มนุษย์มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัว เช่น ความดี ความงาม ความรัก ความสุข ความทุกข์ การให้อภัย การเจ็บป่วยรวมทั้งความตาย (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)

ดังนั้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีข้อมูลผู้ป่วยเพื่อทำความเข้าใจ ประเมินความต้องการ และให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ซึ่งไม่สามารถแยกจากกันได้ชัดเจนเพราะความต้องการทั้งสองอย่างเป็นนามธรรมและแสดงออกให้ผู้อื่นได้รับรู้ด้วยพฤติกรรมและอารมณ์ เช่น ความกลัว วิดกกังวล ท้อแท้ โดดเดี่ยว หมดหวัง โกรธ ขาดเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นต้น ดังนั้น บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติด้านจิตวิญญาณ นอกจากเป็นการเตรียมประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์แล้วยังช่วยให้ผู้ป่วยได้ค้นหาความหมายของชีวิต การเจ็บป่วย ความหวังและกำลังใจ การอโหสิกรรม การปฏิบัติตามหลักศาสนา ความเชื่อและการคงไว้ซึ่งความหวังของผู้ป่วย เพื่อช่วยเตรียมผู้ใกล้จะเสียชีวิตให้สามารถเผชิญกับความตายด้วยความสงบสุข

การดูแลด้านจิตวิญญาณ

การดูแลด้านจิตวิญญาณ เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมมิติทางด้านกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ซึ่งการดูแลด้านจิตวิญญาณถ้าได้รับการเตรียมความพร้อมที่จะรับมือกับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับการตอบสนองต่อความต้องการ ยอมรับการตายได้ และช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสงบ โดยมีแนวทางการดูแลดังนี้ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

1. ผู้ที่ดูแลด้านจิตวิญญาณ ควรสร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตัวเองกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความเอาใจใส่ ความเอื้ออาทร ห่วงใย รักษาความลับและสัญญาที่ให้กับผู้ป่วย

2. ประเมินเพื่อการคัดกรองเบื้องต้น (spiritual screening) เป็นการค้นหาปัญหาด้านจิตวิญญาณ เพื่อส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน โดยใช้คำถาม “สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่มีความสำคัญสำหรับคุณคืออะไร” หรือ “คุณคิดว่าศาสนาหรือจิตวิญญาณมีความสำคัญในชีวิตของคุณหรือไม่” และ “สิ่งนั้นช่วยคุณอย่างไรได้ในขณะนี้”

3. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวผู้ป่วย ให้คล้ายบ้าน หรือสิ่งที่เป็นที่ผู้ป่วยคุ้นเคย ในกรณีห่อผู้ป่วยรวม อาจจัดเตียงให้ผู้ป่วยอยู่ในมุมที่สงบ อนุญาตให้ผู้ป่วยนำรูปภาพที่ผู้ป่วยเคารพบูชา เครื่องรางของขลัง รูปครอบครัว การเปิดโอกาสให้ญาติที่ผู้ป่วยรักเข้าไปเยี่ยม

4. ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ เพื่อประเมินด้านความเชื่อ ความศรัทธา ศาสนา สังคมและวัฒนธรรม ค้นหาจัดการสิ่งที่ค้างคาใจของผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทีมสุขภาพและผู้ดูแลสามารถตอบสนองตามความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

5. การสนับสนุนพิธีกรรมทางจิตวิญญาณ ตามความต้องการของผู้ป่วยเช่น

5.1 การจัดหาหนังสือที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยคิดเชิงบวก การจัดกิจกรรมทางศาสนา ตามความต้องการของผู้ป่วยเช่น การฟังดนตรี บรรเลง การใส่บาตร สังฆทาน การสวดมนต์ทำวัตร เข้า-เย็น การละหมาด การมีหนังสือธรรมะ คัมภีร์อัลกุระอาน หรือคัมภีร์ไบเบิล เป็นต้น

5.2 การให้ครอบครัวที่ผู้ป่วยรักมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความเชื่อมต่อและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เช่น เปิดโอกาสให้ผู้ดูแล 24 ชั่วโมง การมีกิจกรรมการพูดคุย ให้ผู้ป่วยได้เล่าเรื่องราวต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยชอบ กิจกรรมถ่ายรูปร่วมกับครอบครัว การจัดงานวันเกิด วันครบรอบแต่งงาน การอ่านหนังสือให้ฟัง เป็นต้น

5.3 การจัดกิจกรรม Family meeting เพื่อให้บุคคลในครอบครัวได้ขอโอกาสกรรมการให้ช่วยโดยให้ผู้ป่วยได้ปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ

5.4 การใช้กิจกรรมอื่น ๆ ในการบำบัด เช่น การสัมผัส เทคนิคการผ่อนคลาย การสร้างจินตภาพ การใช้อารมณ์ขัน การคิดเชิงบวก การใช้สมาธิบำบัด เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปสำหรับแนวคิดและการดูแลด้านจิตวิญญาณ เป็นการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการประเมินความต้องการและปัญหาด้านจิตวิญญาณ

เพื่อให้การช่วยเหลือและส่งต่อในกรณีเร่งด่วน โดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เป็นการแสดงออกถึงความเอาใจใส่ ความเอื้ออาทร ห่วงใย และเป็นประตูก้าวแรกในการเข้าถึงผู้ป่วยได้ง่าย ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจะเกิดความมั่นใจ การประเมินโดยอาศัยทักษะการสังเกต การเป็นผู้รับฟังที่ดี จะช่วยค้นหาจัดการสิ่งที่ค้างคาใจของผู้ป่วยได้ตามความเชื่อ ศาสนา สังคมและวัฒนธรรม ผู้ป่วยจะได้รับการตอบสนองต่อความต้องการ ยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้นได้ และช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสงบ

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในมิติด้านจิตวิญญาณ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาประเด็นการเตรียมด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้าย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเตรียมตัวก่อนตายของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายและการรับรู้ภาวะสุขภาพ (พระชาโยภินันโท (ปรีชญ์ณุตานนท์), 2561) การตายดี ตามการรับรู้ของพระภิกษุเป็นการตายที่ไม่ทรมาน การตายที่เป็นไปตามวิญญูและการตายที่เข้าใจในความตาย (สุขสันติ งามแก้ว และ ดร.บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2559) วิธีการเผชิญความตายและรูปแบบการเตรียมตัวตายสำหรับผู้สูงวัยตามหลักพระพุทธศาสนา ซึ่งหลักธรรมเพื่อเตรียมตัวก่อนตายของผู้สูงวัย ประกอบด้วย อนิจจสัญญา: การมองความตายในฐานะกฎธรรมชาติ, มรณสัญญา: การมองความตายในแง่บวก และ มรณสติ: การมองความตายเป็นจุดหมายสุดท้ายของชีวิต (ประสิทธิ์ กุลบุญญา, 2563) สำหรับพุทธศาสนิกชนเชื่อว่าผู้ที่ตายดีจะได้ไปเกิดใหม่ในที่ที่ดีหรือสุคติ ซึ่งการตายอย่างสงบหรือการตายดีในมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธมองว่า การตายดี เป็นการตายอย่างสงบ เป็นการตายตามธรรมชาติและเป็นการตายอย่างหมดห่วง มีการเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ ไว้แล้ว ทั้งในด้านเตรียมใจตนเอง เตรียมครอบครัว เตรียมทรัพย์สินสมบัติ และการเตรียมทำบุญสะสมความดี (โชเกียรติ รินโปเช, 2554) การพยาบาลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสงบ ยอมรับการตายได้ มีโอกาสบอกเล่าหรือขอโทษกรรมแก่ญาติมิตรและได้ประกอบพิธีกรรมหรือปฏิบัติตามหลักศาสนาตามที่ตนเองนับถือ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและความหวังจะได้ไปเกิดในสุคติภูมิ หรือไปสู่ดินแดนของพระเจ้า (ทักษิณี ทองประทีป, 2552) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อเรื่องศาสนา และการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้าย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (พัชรีย์ พรหมสิงห์, 2559)

ผลจากการศึกษาวรรณกรรมดังกล่าว สรุปได้ว่า การเตรียมตัวตายด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเตรียมตัวก่อนตายของผู้สูงอายุ และสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อทางศาสนาที่เชื่อว่าการมองความตายเป็นจุดหมายสุดท้ายของชีวิต และการตายอย่างสงบหรือการตายดีในมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธมองว่า การตายดีเป็นการตายอย่างสงบ เป็นการตายตามธรรมชาติและเป็นการตายอย่างหมดห่วง มีการเตรียมความพร้อมใน

ด้านต่าง ๆ สำหรับพยาบาลวิชาชีพพบว่าต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อเรื่องศาสนา และการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสงบ ยอมรับการตายได้ มีโอกาสบอกเล่าหรือขอโทษกรรมแก่ญาติมิตรและได้ประกอบพิธีกรรมหรือปฏิบัติตามหลักศาสนาตามที่ตนเองนับถือ ผู้เขียนขอเสนอรายละเอียดถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อช่วยให้ครอบครัว ผู้ดูแลและพยาบาล สามารถเข้าถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งประกอบด้วย 5 ประเด็น ดังนี้ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)

1. ความรักและความสัมพันธ์ (Love and connectedness) ความรักที่ยิ่งใหญ่ที่สุดคือ ความรักตนเอง Hall (1997) กล่าวว่า การจะเข้าใจจิตวิญญาณของบุคคลอื่นได้ดี จะต้องเข้าใจว่า บุคคลนั้นมีความรัก ยอมรับ และให้คุณค่าแก่ตนเองมากน้อยเพียงใด ความรู้สึกดังกล่าวจะช่วยให้บุคคลพึ่งตนเอง มีความพยายามที่จะต่อสู้ดิ้นรนเพื่อให้เป็นตัวตนดำรงอยู่ การเจ็บป่วยมักช่วยให้บุคคลได้สติ คิดหาหนทางเยียวยาตนเองอย่างไร หรือจะต้องจำนนต่อกฎธรรมชาติ การมีสติระลึกได้ถึงกฎธรรมชาติ เป็นการทำหน้าที่ของจิตวิญญาณ (ปัญญา) นอกจากรักตนเองแล้วทุกคนยังต้องการเป็นผู้ให้ และเป็นผู้ได้รับความรักจากผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความรักและความผูกพันกับสมาชิกในครอบครัว มิตรสหายของใช้ส่วนตัว สิ่งแวดล้อมและธรรมชาติ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะท้าย เป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องแยกครอบครัวมาอยู่ที่โรงพยาบาล ทำให้ต้องถูกตัดขาดจากบ้าน สถานที่ทำงานหรือสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ ยิ่งรับรู้ด้วยตนเองว่าป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายและกำลังใกล้ตาย จึงเป็นความรู้สึกที่โดดเดี่ยวและท้อแท้ และอยากที่กลับไปส่งลาหรือได้เห็นสิ่งที่รู้สึกผูกพันเป็นครั้งสุดท้าย นั่นคือ “อยากกลับไปตายที่บ้าน” ดังนั้น ครอบครัว ผู้ดูแลและพยาบาล ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ระบายความรู้สึกและความผูกพันต่อสิ่งต่าง ๆ ผู้ป่วยจะมีความสุขที่ได้เล่าให้ใครสักคนได้รับรู้ถึงอดีตที่เป็นความทรงจำที่ดี บางครั้งผู้ใกล้เสียชีวิตไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยวาจา แต่อาการgrimace อาการกระวนกระวายใจคล้ายรอกใครบางคน ในหมู่ญาติที่ใกล้ชิดจะรู้ว่าผู้ป่วยรอกอยใคร เมื่อบุคคลที่รอกอยมาถึงได้สัมผัสตัว ได้ยินคำพูด มักจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลงหรือหลับตาได้สนิท จนถึงวินาทีสุดท้ายของชีวิตที่ผู้ป่วยจะจากโลกนี้ไป จะหายใจช้าลงและหยุดหายใจในที่สุด ที่เรียกว่า “นอนตายตาหลับ” เป็นการช่วยผู้ป่วยได้ปล่อยวางในสิ่งต่าง ๆ (พระไพศาล วิสาโล, 2547)

2. การค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย (Meaning of life and illness) มนุษย์ไม่สามารถอยู่อย่างโดดเดี่ยวได้ ทุกคนต้องการมีความหมายหรืออยู่อย่างมีคุณค่าต่อบุคคลที่ตนรัก และทำประโยชน์ให้ตนเองและสังคมที่ตนดำรงอยู่ ความเอื้ออาทร ความรักและความผูกพันของบุคคลในครอบครัวหรือมิตรสหาย เป็นกำลังใจสำคัญในการดำเนินชีวิตทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่รักษาไม่หาย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตล้วนเป็นภาวะวิกฤติที่ต้องอาศัยความเข้มแข็งของจิตใจ และต้องการความรักและกำลังใจจากคนรัก บุตรหลาน และญาติมิตร เพื่อให้สามารถก้าวพ้นความทุกข์ทรมานและจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็น

มนุษย์ ผู้ป่วยที่มีจิตวิญญาณที่เข้มแข็ง หรือเป็นผู้ที่สนใจศาสนา หรือมีหลักปรัชญาในการดำเนินชีวิต มักใช้วิกฤตที่ตนเองเจ็บป่วยในครั้งนี้เพื่อค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย การค้นหาคำตอบสำหรับความหมายของชีวิตจะใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างไรจึงจะมีความหมายมากที่สุด ซึ่งการค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วยนี้เป็นผลมาจากการรักตนเอง (Hall, 1997)

3. การขออโหสิกรรมหรือการให้อภัย (Forgiveness) ผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายมักมีอาการอ่อนเพลียง่าย มีกิจกรรมได้อย่างจำกัดหรือถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเนื่องจากการรักษาและภาวะของโรค จึงทำให้มีเวลาอยู่กับตนเองมากกว่าปกติในการพิจารณาประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา ทั้งเรื่องราวที่เป็นความสุข ความสมหวัง ความทุกข์หรือความผิดพลาดที่เกิดขึ้น ทุกคนล้วนมีความผิดพลาดในอดีตจะมากหรือน้อยแตกต่างกัน ความผิดพลาดที่เป็นความขัดแย้งระหว่างบุคคล บางครั้งบุคคลอื่นอาจลืมหรือให้อภัยแล้ว แต่เจ้าตัวยังคงเก็บไว้ในความทรงจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองไม่มีโอกาสแก้ตัวหรือทำความผิดชดเชย เพราะเวลาในชีวิตเหลือน้อยเต็มที ทำให้มีความทุกข์และขมขื่นในจิตใจมาก การทบทวนความทรงจำในอดีต การยกโทษ การขอโทษ ล้วนมีความหมายต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่กำลังเสียชีวิต ในวัฒนธรรมไทยจะใช้คำว่า “ให้อโหสิกรรมหรือขออโหสิกรรมต่อกัน” สำหรับผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์ มักจะชวนนักบวชหรือผู้สอนศาสนามาพบผู้ป่วย เพื่อให้มีการสารภาพบาปก่อนจะเสียชีวิต พร้อมกันนี้ก็เตรียมจิตใจให้สะอาดก่อนมีชีวิตอมตะในดินแดนของพระเจ้า พยาบาลหรือผู้ดูแลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์และความกังวลใจต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยบางรายมีเรื่องขมขื่นใจ อาจจะเล่าความฝันที่เป็นเรื่องเดิมซ้ำ ๆ หรือเห็นภาพหลอนด้วยเรื่องราวต่าง ๆ การเป็นผู้ที่รับฟังที่ดี การปลอบโยนและให้กำลังใจจะช่วยให้ความทุกข์ใจหรือความอัดอั้นตันในใจลดลง ในช่วงที่ผู้ป่วยมานอนรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลควรจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับบุคคลที่มีความหมายเพื่อให้ได้กล่าวคำขอโทษ อโหสิกรรม หรือได้กล่าวคำอำลาต่อกัน การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้มีเวลาบอกกล่าวคำอำลาต่อกัน ขออโหสิกรรมและสัมผัสกันเป็นครั้งสุดท้ายในขณะที่ร่างกายยังมีโออุ่นอยู่ ไม่อาจประมาณค่าได้สำหรับจิตวิญญาณของผู้ที่กำลังจะจากโลกนี้ไป ซึ่ง (พระไพศาล วิสาโล, 2553) ได้ใช้คำว่า “ช่วยปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ”

4. การปฏิบัติตามความเชื่อ/ศาสนา (Religious practice) การเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายมีความสำคัญต่อบุคคลในทุกวัฒนธรรม ชาวพุทธก็เช่นเดียวกัน ณ ช่วงเวลาที่จะเปลี่ยนไปสู่อีกชีวิตหนึ่งหรือเรียกว่า การเกิดในภพภูมิใหม่ ตามความเชื่อของชาวพุทธต้องการมีสติหรือรู้ตัวก่อนตาย เพื่อจะได้รำลึกถึงคุณความดีบุญกุศลที่ได้เคยทำมาหรือได้สวดมนต์ภาวนา เพื่อให้จิตสงบขณะที่จิตสงบจะมีสภาพจิตใจสะอาดปราศจากกิเลสหรือเครื่องเศร้าหมองต่าง ๆ เชื่อว่าสภาพจิตใจที่ดีงามจะส่งผลให้ชีวิตจะไปเกิดใหม่ได้เกิดในภพภูมิที่ดี ผู้ป่วยบางรายอาจปฏิเสธการใช้ยาแก้ปวดที่จะทำให้ขาดสติหรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป ชาวพุทธถือว่าความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์ของชีวิต ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในบางระดับอาจทำให้เกิดกำลังใจเข้มแข็ง และเตือนสติให้ระลึกถึงคำสอนของพระพุทธองค์อาจทำให้บรรลุธรรมได้ ในทางกลับกันการเจ็บปวดที่รุนแรงอาจ

เป็นอุปสรรคต่อการทำสมาธิหรือการสวดมนต์ได้ สำหรับการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายในทัศนะความเชื่อของศาสนาอิสลามนั้น ความเชื่อของหลักการอิสลามเชื่อว่าความตายถือว่าไม่ใช่สิ่งที่น่ากลัวหรือต้องหลีกเลี่ยง ซึ่งพระเจ้าเป็นเจ้าได้บอกไว้ว่า “แท้จริงทุกๆชีวิตจะได้ลิ้มรสกับความตาย” แต่ในความจริงแล้วการเสียชีวิตจากโลกนี้นั้น หมายถึง เราได้กลับไปสู่ความเมตตาของอัลลอฮ์ (ช.ม.) (จิระชัย ศรีจันทร์ดร. 2556) ในและการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายในทัศนะความเชื่อของศาสนาคริสต์ คริสตชนจะถูกสอนให้รู้ตัวและเตือนสติตนเสมอว่าเป็นผู้อาศัยอยู่ในโลกใบนี้แต่เพียงชั่วคราว และวันหนึ่งพระเจ้าจะเสด็จมารับกลับสู่บ้านอย่างถาวร ดังนั้น คริสตชนจึงเฝ้ารอคอยด้วยความหวังและตื่นเต้นในวันที่พระเจ้าจะเสด็จมารับกลับสู่บ้านอย่างถาวร คือ วันแห่งความตายด้วยความปิติยินดี ด้วยเหตุนี้คริสตชนจึงไม่กลัวความตาย แต่เตรียมตัวพร้อมเสมอที่จะตาย (ภักดี วัฒนะจันทร์กุล, 2556)

5. ความหวัง (Hope) ความหวังเป็นความคาดหวังหรือเป้าหมายที่สำคัญในทางบวกของชีวิต การมีความหวังทำให้มีความสุข ความหวังอาจเปรียบเหมือนน้ำทิพย์โสมใจของทุกคน ความหวังอาจเป็นความฝัน หรือแรงบันดาลใจ หรือเป็นพลังที่ทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะก้าวไปสู่ความหวังดังที่ตั้งใจไว้ ผู้ป่วยระยะท้ายอาจมีความหวังหลายอย่าง ส่วนใหญ่หวังว่าอาการจะไม่ทรุดลงไปมากกว่านี้ หวังว่าจะช่วยตัวเองได้ หวังว่าอาการจะดีขึ้นจะได้กลับบ้านและได้อยู่ใกล้ชิดกับลูกหลาน หวังจะได้ทำบุญและดำเนินภารกิจที่สำคัญสิ้นสุดก่อนจะเสียชีวิต ความหวังนี้รวมไปถึงชาติหน้า เช่น หวังว่าจะได้กลับมาเกิดเป็นสมาชิกในครอบครัวเดิม ขอให้ชีวิตใหม่ (ชาติหน้า) ดีขึ้น ปราศจากทุกข์โศกโรคภัยไข้เจ็บใด ๆ หวังว่าจะได้เกิดในสวรรค์หรือบางคนหวังจะได้บรรลุนิพพานก่อนตาย การช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังที่เป็นไปได้มีความสำคัญกับผู้ป่วย บางรายอาจสับสนและคาดหวังเกินความเป็นจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคาดหวังที่เป็นไปไม่ได้เกี่ยวกับการรักษา เนื่องจากการให้ข้อมูลแบบขอไปที ปล่อยใจไปอย่างนั้นว่า จะหายจะกลับบ้านได้ทั้ง ๆ ที่ไม่สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วย การพูดดังกล่าวไม่ช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น แต่กลับจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าพยาบาลไม่จริงใจมากกว่า

กรณีศึกษา จากประสบการณ์ของผู้นิพนธ์ได้สัมผัสถึงความรัก ความผูกพันโดยตรงกับผู้ป่วยระยะท้ายซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ติดเตียง เป็นเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องการถ่ายทอดประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยให้ลูกหลานได้รับรู้และมีความสุขทุกครั้งที่ได้เล่าเรื่องราวถึงการประกอบอาชีพ การดำเนินชีวิต ความสำเร็จในชีวิตที่ตนเอง ได้เรียนจบแค่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 มีอาชีพค้าขาย แต่สามารถส่งบุตรหลานให้เรียนจบการศึกษาถึงชั้นปริญญาตรีทุกคน และชอบที่จะเล่าเรื่องตนเองด้วยความภาคภูมิใจให้กับผู้ที่ได้สัมผัสรับฟังเสมอว่า “ไม่อยากให้ลูกหลานลำบากหรือทุกข์เหมือนตนเองที่เป็นแม่ค้า อยากให้ลูก ๆ รับราชการทุกคน” แม้ว่าจะเป็นช่วงเวลาที่ยุป่วยนอนติดเตียง มีอาการปวดและเหนื่อยหอบ มีเวลาเพียงน้อยนิดที่ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุยกับผู้ที่สัมผัสด้วย ผู้ป่วยจะมีสีหน้าท่าทางยิ้มแย้มบนใบหน้าทุกครั้งที่ได้เล่า เพียงแค่ให้ผู้ที่มาใกล้ชิดเยี่ยมเยียนได้รับฟังและเอาใจใส่ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเพลิดเพลิน ซึ่งนับว่าเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจ ช่วยลดอาการปวด อาการเหนื่อยหอบหรือมีอาการที่ไม่สุขสบายทางกายได้ระดับหนึ่ง ดังนั้น ครอบครัว ผู้ดูแลที่ใกล้ชิดกับ

ผู้ป่วยหรือพยาบาลที่ให้การดูแล ควรเป็นผู้รับฟังที่ดีและเป็นคนช่างสังเกตโดยเฉพาะช่วงระยะท้ายของชีวิตที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารทางวาจาได้ การสัมผัสทางกายหรือการนวดผิวหนึ่งเป็นครั้งคราว ก็เป็นการสื่อสารถึงความรักและความห่วงใยที่ดีอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ ซึ่งถือนั่นคือการเข้าถึงมิติด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุติดเตียงสำหรับรายกรณีนี้ ทำให้ท่านนอนตาหลับเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต จากที่พยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลเข้าใจ รับฟังและเตรียมการสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในมิติด้านจิตวิญญาณ ที่ผู้นิพนธ์เสนอแนวคิดทั้ง 5 ประการและประสบการณ์ดังกล่าวมานั้น เพื่อให้ครอบครัว ผู้ดูแลและบุคลากรทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้มีความรู้ความเข้าใจ ถึงความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้าย เป็นผู้ที่เกี่ยวข้อง รับฟัง และให้โอกาสผู้ป่วยระยะท้ายได้ระบาย บอกเล่า ถึงความต้องการ การค้นหาความหมายของชีวิต การให้กำลังใจ การอโหสิกรรม การปฏิบัติตามหลักศาสนา ความเชื่อและการคงไว้ซึ่งความหวังของผู้ป่วย ซึ่งครอบครัว ผู้ดูแลและพยาบาลสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายได้ดีนั้นขึ้นอยู่กับความเอื้ออาทร การรับฟังและการเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยเป็นสำคัญด้วย ทั้งนี้ การรับรู้ถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้าย นอกจากช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับความตายได้อย่างสงบแล้ว ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในครอบครัวจากการที่ผู้ป่วยระยะท้ายต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

สรุป (Conclusion)

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ผู้สูงอายุที่ติดเตียงช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย ผู้ที่มีอาการป่วยแล้วทรุดลงเรื่อย ๆ และมีอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ปรากฏร่วมด้วย ถือว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้าย (End of life care) ที่ต้องการดูแลแบบประคับประคอง ยิ่งเมื่อโรคลุกลามจนถึงระยะสุดท้าย จำเป็นที่ต้องดูแลเป็นพิเศษเพื่อป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานและเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต โดยมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมมิติทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลควรจะได้รับ การเตรียมความพร้อมที่จะรับมือกับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามบริบทของปัจเจกบุคคลเท่าที่จะทำได้ในเวลาที่เหลืออยู่ โดยอยู่บนเป้าหมายคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือที่เราเรียกว่าตายดีนั่นเอง ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติ ภายหลังการจากไปของผู้ป่วยด้วยความพร้อมเมื่อใกล้ถึงวาระสุดท้ายของชีวิตที่ต้องการพึ่งพิงการ รักษาและต้องการดูแลโดยเฉพาะด้านจิตวิญญาณ เป็นส่วนที่สำคัญมากสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care) ซึ่งเป็นเรื่องที่ยากในการเตรียมความพร้อมด้านนี้ และถือว่าเป็นงานที่ท้าทายสำหรับพยาบาล ที่สามารถเข้าถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายให้ได้ตาม

แนวความคิดดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้านจิตวิญญาณ การเข้าถึงความต้องการจะช่วยปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจให้กับผู้ป่วย ทำให้อนตวยตาหลับ หมดห้วง ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวและท้อแท้ และอยากกลับไปตายที่บ้าน ดังนั้น การรับรู้ถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้าย นอกจากช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับความตายได้อย่างสงบแล้ว ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่อยากกลับไปเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพราะพยาบาลให้ความมั่นใจและให้การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่องที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง (References)

- กิตติกร นิลมานัต. (2555). การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สงขลา: ออเรนจ์มีเดีย.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. สืบค้น 15 มีนาคม 2564, จาก <http://www.dms.moph.go.th>.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2560). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ.2559. นครปฐม: บริษัทพรินเทอรี่ จำกัด.
- จิระชัย ศรีจันทร์ดร. (2556). ความเชื่อในเรื่องความตายและการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายในทัศนะของศาสนาอิสลาม. ใน บุญมาส ชิวสกุลยง และคณะ, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative care (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่ : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 253-256.
- โซเกียล รินโปเช. (2554). ประตูลู่สภาวะใหม่: คำสอนทิเบตเพื่อเตรียมตัวตายและช่วยเหลือผู้ใกล้ตาย (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคืบทอง.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. (2550) ใน ประเสริฐและคณะ (บรรณาธิการ). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987) จำกัด.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). จิตวิญญาณมิติหนึ่งของการพยาบาล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประสิทธิ์ กุลบุญญา. (2563). วิธีการเผชิญความตายและรูปแบบการเตรียมตัวตายสำหรับผู้สูงอายุตามหลักพระพุทธศาสนา. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 5(10), 196-212.
- พัชรี พรหมสิงห์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่). มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พระไพศาล วิสาโล (2547). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมุมมองพุทธศาสนา. วารสารเกื้อการณ์. 11(2),1-10.

- พระไพศาล วิสาโลและคณะ. (2563). *เผชิญความตายอย่างสงบ เล่ม 1 แนวคิดและกระบวนการเรียนรู้*. กรุงเทพฯ : สามลดา
- พระไพศาล วิสาโล. (2552). *การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ*. ใน: ไพศาล ลิ้มสถิต และ อภิราชย์ ชันธเสน, บรรณาธิการ. *ก่อนวันผลัดใบ: หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในการะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : บริษัท เอมี เอนเตอร์ไพรส์ จำกัด : 30.
- พระชาย อภินันโท (ปริสญญตานนท์). (2561). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนตายของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาพุทธจิตวิทยา). มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- ภักดี วัฒนะจันทรกุล.(2556). *ความเชื่อในเรื่องความตายและการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายในทัศนะของศาสนาคริสต์*. ใน บุญมาส ชิวสกุลยงและคณะ, บรรณาธิการ. *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative care*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 257-262. สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2563). *ประกาศเรื่องนิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ.2563*. ราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2563.
- สุวิทย์ เจริญศักดิ์, กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์, อิศศักดิ์ สาตรา, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล,และวราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ. (2561). ความชุกของโรคจิตเวชในผู้ป่วยสูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 63(1), 89-98.
- สุขสันติ งามแค้นและบำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2559). *การตายดีตามการรับรู้ของพระภิกษุ*. ใน The National and International Graduate Research Conference 2016 . ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2560).*รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติเศรษฐกิจสังคมและประชากร 1 สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- Corr, A., Nabe, C. M., & Corr, D. M. (1997). *Death and dying, life and living* (2nd ed.). San Francisco: Pacific Grove Brooks/ Cole.
- Hall, B. A. (1997). *Spirituality in terminal illness: An alternative view of theory*. Journal of Holistic Nursing, 15(1), 82-96
- Hamilton III JB. (2001). *The ethics of End-of-life care*. In: Poor B, Poirier GP, editors. End of life nursing care. Boston: Jones and Bartlett Publishers, P. 73-103

World Health Organization. (2002). *Definition of palliative care* [homepage on the Internet]. Geneva: The Organization. [cited 2019 June 4]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.