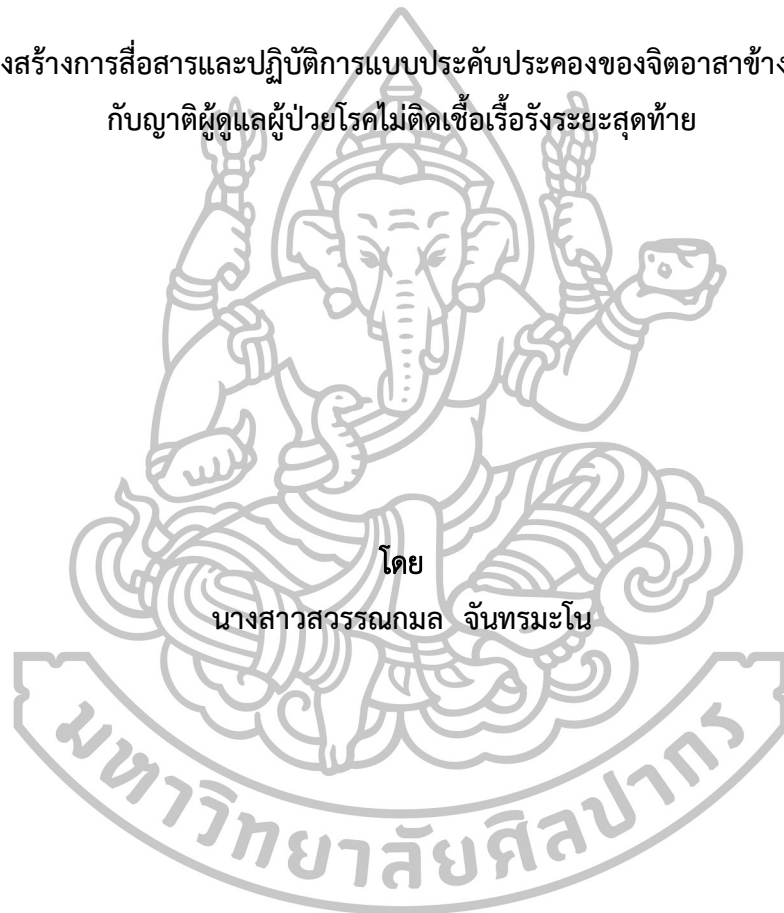




โครงสร้างการสื่อสารและปฏิบัติการแบบประคับประคองของจิตอาสาข้างเตียง
กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระยะสุดท้าย



โดย
นางสาวสวรรณกมล จันทระโน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาการจัดการ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

โครงสร้างการสื่อสารและปฏิบัติการแบบประคับประคองของจิตอาสาข้างเตียง
กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระยะสุดท้าย



โดย
นางสาวสุวรรณกมล จันทร์มะโน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการ
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
ปีการศึกษา 2558
ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

COMMUNICATION STRUCTURES AND PRACTICES OF PALLIATIVE CARE VOLUNTEERS
WITH CAREGIVERS OF END-STAGE PATIENTS WITH CHRONIC
NON-COMMUNICABLE DISEASES



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree
Doctor of Philosophy Program in Management
Graduate School, Silpakorn University
Academic Year 2015
Copyright of Graduate School, Silpakorn University

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร อนุมัติให้วิทยานิพนธ์เรื่อง “โครงสร้างการสื่อสาร และปฏิบัติการแบบประคับประคองของจิตอาสาข้างเตียงกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระยะสุดท้าย” เสนอโดย นางสาวสุวรรณกมล จันทระโน เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศน์วงศ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

1. รองศาสตราจารย์ ดร. พิทักษ์ ศิริวงศ์
2. รองศาสตราจารย์ ดร. ไพโรจน์ วิไลนุช

คณะกรรมการตรวจสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. นรินทร์ สังข์รักษา)

...../...../.....

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรณวีร์ บุญคุ้ม)

...../...../.....

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตระหนักจิต ยุตยรรยง)

...../...../.....

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. พิทักษ์ ศิริวงศ์)

...../...../.....

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ไพโรจน์ วิไลนุช)

...../...../.....



56604933: สาขาวิชาการจัดการ

คำสำคัญ: การสื่อสาร / ปฏิบัติการแบบระดับประคอง / จิตอาสาดูแลผู้ป่วย / ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย / ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สวรรณกมล จันทระโน: โครงสร้างการสื่อสารและปฏิบัติการแบบระดับประคองของจิตอาสาข้างเตียงกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระยะสุดท้าย. อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: รศ.ดร. พัทธ์ชัย ศิริวงศ์ และ รศ.ดร. ไพโรจน์ วิไลนุช. 256 หน้า.

งานวิจัยนี้ใช้วิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา เพื่อศึกษาว่าจิตอาสาที่ผ่านการอบรมจากเครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธรศาสนาและสังคม และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระยะสุดท้าย (NCDs) สนทนาเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยในการดูแลอย่างไร การใช้วิธีวิทยานี้ทำให้เห็นกระบวนการต่อรองทางความหมายที่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยอื่นที่มักนำเสนอเพียงคำบอกเล่าหรือความคิดเห็น วิธีวิทยานี้ใช้เวลา 2 เดือนในการเข้าเก็บข้อมูลที่อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ด้วยการบันทึกวีดิทัศน์การสนทนาระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแลรวมจำนวน 10 กรณีศึกษา และงานวิจัยนี้ยังเก็บข้อมูลด้วยการสังเกตและสัมภาษณ์ระดับลึกสรุปผลการวิจัยพบว่า

1. โครงสร้างการสนทนาในเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การเปิดประเด็น การทดสอบการรับรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยและการดำเนินโรค การให้คำแนะนำ และการยุติหรือออกจากบริบทเรื่องการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย
2. การดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในสถานการณ์จริง จิตอาสาใช้เทคนิคและภาคปฏิบัติด้านการสื่อสารที่เห็นได้อย่างเด่นชัดจำนวน 4 ข้อ คือ เทคนิคการสร้างสภาพแวดล้อมการปฏิสัมพันธ์ที่สร้างขึ้นในมุมมองของคู่สนทนา เทคนิคการใช้คำถามโดยใช้คำว่าสมมติ เทคนิคการใช้คำเลี่ยงคำที่ไม่สุภาพโดยใช้ศัพท์หรือภาษาที่นุ่มนวล และเทคนิคการอ้างอิงบุคคลที่ 3
3. จิตอาสาใช้ทฤษฎีสัมพันธ์ภาพเพื่อการเยียวยาในการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในสถานการณ์จริง ทั้งการใช้คำถาม การให้คำปรึกษาตามกรอบการช่วยเหลือ การฟังอย่างลึกซึ้ง และการสัมผัส

สาขาวิชาการจัดการ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ลายมือชื่อนักศึกษา.....

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ 1. 2.

56604933: MAJOR: MANAGEMENT

KEY WORDS: COMMUNICATION / PALLIATIVE CARE / VOLUNTEERS / CAREGIVERS /
END STAGE PATIENTS

SAWANKAMOL CHANTARAMANO: COMMUNICATION STRUCTURES AND PRACTICES
OF PALLIATIVE CARE VOLUNTEERS WITH CAREGIVERS OF END-STAGE PATIENTS WITH
CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES. THESIS ADVISORS: ASSOC. PROF. PHITAK SIRIWONG,
Ph.D., AND ASSOC. PROF. PAIROTE WILAINUCH, Ph.D. pp.

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

1. The structure of conversation about ways to cope with the departure of a patient comprises four stages: raising an issue, assessing the awareness of the patient's illness and giving advice, and ending the conversation or exit from the context of practices to cope with the patient's death.
2. In taking of patients and caregivers in a real situation, the volunteers used four communication techniques and practices: auspicious interactional environment, hypothetical questioning, euphemism, and referring to a third party.
3. Volunteers applied the theory of relativity for the remedy to care of the patients and caregivers in a real situation, which involves the use of questions, consultation (under their assistance framework), attentive listening, and touching.

Program of Management

Graduate School, Silpakorn University

Student's signature.....

Academic Year 2015

Thesis Advisor's signature 1.....2.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.นรินทร์ สังข์รักษา ประธานสอบวิทยานิพนธ์ รวมทั้ง รองศาสตราจารย์ ดร.พิทักษ์ ศิริวงศ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร.ไพโรจน์ วิไลนุช กรรมการควบคุมปริญญาบัตรทั้งสอง ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ ตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ในทุกขั้นตอนด้วยความเอาใจใส่มาโดยตลอด ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณวีร์ บุญคุ้ม และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตระหนักจิต ยุตยรรยง คณะกรรมการสอบปากเปล่าทั้งสองท่าน ที่กรุณา ชี้แนะให้ผู้วิจัยได้รับประสบการณ์และได้ทราบถึงคุณค่าของการทำงานวิจัย ซึ่งเป็นผลดีอย่างยิ่งในการพัฒนาวิธีคิดและพัฒนางานวิจัยนี้ให้มีคุณค่าและเกิดคุณประโยชน์ต่อส่วนรวมมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ตลอดระยะเวลาที่ผู้วิจัย ได้ศึกษาในหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร และ นอกจากการที่ผู้วิจัยจะได้ใช้ความรู้ต่างๆ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้แล้ว การศึกษาที่ผู้วิจัยได้รับยัง ช่วยจุดประกายการเรียนรู้ให้ผู้วิจัยมีวิธีคิดที่ก้าวหน้า ส่งผลให้มีความพร้อมในการนำความรู้ตลอดจน ทักษะด้านการจัดการไปพัฒนาสังคมและพัฒนาประเทศชาติต่อไป

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อผู้ร่วมวิจัยในพื้นที่และเจ้าหน้าที่ทุกท่านในสนาม วิจัยที่กรุณาอนุญาตและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีแก่ผู้วิจัยในการศึกษาค้นคว้าและเก็บรวบรวม ข้อมูล ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาวิจัย ขอกราบขอบพระคุณอาสาช่างเตี๋ยง เครือข่ายพุทธิกาเพื่อ พระพุทธศาสนาและสังคม ตลอดจนครอบครัวผู้ป่วยทุกท่าน อีกทั้งผู้ป่วยทุกท่านที่ล่วงลับไปแล้ว ที่ กรุณาให้ความร่วมมือและเห็นถึงคุณค่าของงานวิจัยเรื่องนี้ งานวิจัยนี้จะสำเร็จมิได้เลยหากมิได้รับความเสียสละจากทุกท่านที่บอกเล่าถึงประสบการณ์ แนวคิดอันมีค่าและมีคุณประโยชน์อย่างยิ่งต่อ งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงขอเป็นกำลังใจให้กับทุกๆ ท่านได้พบกับความสุขความเจริญ สุขภาพร่างกาย แข็งแรง อีกทั้งขอให้ดวงวิญญาณผู้ป่วยที่ล่วงลับไปแล้วทุกท่าน จงไปสู่สุคติ ผู้วิจัยขอกราบ ขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์สิริรัตน์ จันทระโน อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพที่กรุณาเป็นกำลังใจ ให้ คำปรึกษา คำแนะนำและช่วยเหลือผู้วิจัยเสมอมา และท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณและระลึก ถึงพระคุณของบิดา มารดา และป้า ที่ให้การอบรม สั่งสอน และเลี้ยงดูผู้วิจัยด้วยความรักอันยิ่งใหญ่ หาที่เปรียบมิได้ รวมถึงครอบครัวจันทระโน ครอบครัวภูวะปัจฉิม ที่เป็นแรงผลักดันและเป็น กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา นับตั้งแต่วัยเยาว์จนกระทั่งมีวันแห่งความสำเร็จอย่างเต็มภาคภูมิตั้งแต่วันนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ปรัชญาเบื้องหลังในการวิจัย.....	10
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย.....	11
ข้อคำถามการวิจัย.....	12
ขอบเขตของงานวิจัย.....	13
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	16
ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย.....	18
กรอบความคิดของงานวิจัย.....	20
บทสรุป.....	21
2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	22
วัตถุประสงค์ของการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัย.....	22
แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างการสื่อสารและปฏิบัติการ แบบประคับประคองของอาสาสมัครเทียบกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้าย.....	25
สรุปการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	52
บทสรุป.....	75
3 จริยธรรมการวิจัยในคน.....	77
ความจำเป็นในการทำวิจัยในคน.....	77
หลักการทางจริยธรรมของการวิจัยในคน.....	78
กระบวนการให้ข้อมูลแก่อาสาสมัครเพื่อการตัดสินใจ.....	79
รายละเอียดและเอกสารสำหรับญาติผู้ดูแล.....	80
รายละเอียดและเอกสารสำหรับจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	81
การตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยและการควบคุมจรรยาบรรณของผู้วิจัย.....	82

บทที่	หน้า
การวิจัยในระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูล.....	83
บทสรุป.....	84
4 บริบทพื้นที่และสนามการวิจัย.....	85
บริบทด้านพื้นที่ของจังหวัดเชียงใหม่.....	86
สนามการวิจัย.....	91
การเข้าสู่สนามวิจัยของผู้วิจัย.....	93
บทสรุป.....	97
5 วิธีดำเนินการวิจัย.....	98
หน้าที่ของวิธีวิทยา.....	98
วิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา.....	99
วิธีวิทยาเชิงชาติพันธุ์วรรณา.....	104
ระยะเวลาในการวิจัย.....	105
กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ.....	106
เทคนิควิธีในการเก็บข้อมูล.....	113
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	119
ความเชื่อมั่นและความน่าเชื่อถือในข้อมูลจากภาคสนาม.....	120
บทสรุป.....	121
6 โครงสร้างการสื่อสารในการพูดคุยเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย.....	122
บทนำ.....	122
โครงสร้างของการสื่อสารเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย.....	124
บทสรุป.....	149
7 เทคนิคที่ใช้ในการพูดคุยเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย.....	151
บทนำ.....	151
เทคนิคที่ใช้ในการพูดคุยเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย.....	152
บทสรุป.....	164
8 การนำความรู้หรือทฤษฎีด้านการสื่อสารของจิตอาสา ไปใช้ในสถานการณ์จริง.....	165
9 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	174
ส่วนที่ 1 สรุปผลการวิจัย.....	175
ส่วนที่ 2 อภิปรายผล.....	183
ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ.....	185

	หน้า
รายการอ้างอิง.....	192
ภาคผนวก.....	206
ภาคผนวก ก เครื่องหมายที่ใช้ในบทสัมภาษณ์	207
ภาคผนวก ข เอกสารและข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร	245
ภาคผนวก ค เอกสารหลักฐานการให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย.....	248
ภาคผนวก ง แนวคำถามสัมภาษณ์จิตอาสา.....	253
ประวัติผู้วิจัย.....	256



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโลกมีปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable disease; NCDs) ซึ่งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงทั้งในด้านการสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคมและส่งผลต่อการพัฒนาประเทศทั่วโลก จากผลการสำรวจสถานการณ์ความรุนแรงของโรค NCDs โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ปี 2013 พบว่ามีผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรค NCDs ประมาณ 36 ล้านคนจาก 57 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 63 ของการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก และโรคที่เสียชีวิตมากที่สุด 4 ลำดับแรก คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) โรคมะเร็ง (Cancer; CA) โรคถุงลมโป่งพอง (Chronic obstructive pulmonary disease; COPD) และโรคเบาหวาน (Diabetes mellitus; DM) (WHO, 2014) นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยังได้พยากรณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2573 ประชากรโลกจำนวน 23 ล้านคน จะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ แต่ที่น่าสนใจคือร้อยละ 85 ของผู้ป่วยด้วยโรคนี้จะเป็นประชากรในประเทศกำลังพัฒนา รวมถึงประเทศไทย และในแต่ละปีจะมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรค NCDs เพิ่มขึ้นถึง 15 ล้านคน (WHO, 2013)

สาเหตุของการเกิดโรค NCDs ส่วนหนึ่งเพราะมนุษย์เลือกเข้าสู่วิถีชีวิตหรือบางคนเรียกว่าอารยธรรมแบบใหม่ที่เป็นวัตถุนิยม บริโภคนิยม เกิดระบบเศรษฐกิจที่มุ่งกระตุ้นให้คนทั้งหลายบริโภคมากๆ ภายใต้สมมติฐานที่เชื่อว่าระบบเศรษฐกิจแบบนี้จะทรงตัวและเติบโตได้ คนจะมีงานทำ มีรายได้หากคนบริโภคมากๆ ในทางกลับกัน ถ้าคนบริโภคน้อย เศรษฐกิจก็จะตกต่ำและคนจำนวนมากจะต้องตกงาน (ประเวศ วะสี, 2550) ฉะนั้นจึงต้องทำทุกวิถีทางที่จะกระตุ้นให้มีการบริโภคมากๆ และในระบบที่มีการกระตุ้นให้บริโภคมากๆ ผู้คนก็ต้องทำงานมากขึ้น เหนื่อยมากขึ้น แย่งชิงมากขึ้น ทำลายสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ชัดแย้งและรุนแรงมากขึ้นจนโลกทั้งโลกตกอยู่ในวิกฤติการณ์แห่งการทำลายตัวเองอย่างไม่มีทางออก ซึ่งเห็นได้จากสภาพการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบในยุคปัจจุบัน ส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ชีวิตของผู้คนทั่วทุกมุมโลกเปลี่ยนไปจากเดิม มักนิยมรับประทานอาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป ขาดเวลาพักผ่อน ขาดการออกกำลังกาย แต่กลับมีเวลาดื่มสังสรรค์ และสูบบุหรี่เพื่อเข้าสังคม (สุรีย กัญจนวงศ์, 2551) สิ่งต่างๆ เหล่านี้ ล้วนนำมาซึ่งการเกิดโรค NCDs ทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นโรค DM โรค CA โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction; MI) และโรค COPD เป็นต้น

จากสถานการณ์สุขภาพประชากรทั่วโลกดังที่กล่าวไปแล้วในข้างต้น องค์การสหประชาชาติจึงกำหนดให้โรค NCDs เป็นมหันตภัยที่คุกคามและทวีความรุนแรง เป็นวาระสำคัญแห่งชาติที่รัฐบาลทุกประเทศ ต้องวางแผนการดำเนินงานอย่างเร่งด่วน องค์การอนามัยโลกได้กำหนดนโยบาย เพื่อผลักดันให้เกิดการส่งเสริม สนับสนุน จัดทำยุทธศาสตร์ และแนวทางการดำเนินงานให้เกิดผลในทางปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยกำหนดเป้าหมายหลัก คือเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชาชน นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อรายจ่ายจำนวนมากอีกด้วย จากรายงานของ World Economic Forum และ Harvard School of Public Health ที่กล่าวถึงการใช่วิธี The cost-of-illness approach ซึ่งนิยมใช้ในการคำนวณต้นทุนค่ารักษาโรค NCDs ได้แก่ ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่ายา และค่าการรักษาแบบผู้ป่วยใน (Inpatient Department; IPD) หรือผู้ป่วยนอก (Outpatient Department; OPD) รายงานถึงสถานการณ์ต้นทุนของโลกว่า เมื่อปี 2010 โรค DM สร้างภาระทางเศรษฐกิจ 500 พันล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐ และคาดว่าในปี 2030 จะเพิ่มขึ้นเป็น 745 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ คิดเป็นร้อยละ 49 ของภาระที่เพิ่มขึ้นในอีก 20 ปี ส่วนโรคหัวใจและหลอดเลือด สร้างภาระทางเศรษฐกิจ 863 พันล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,044 พันล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐ คิดเป็นร้อยละ 21 ของภาระที่เพิ่มขึ้นในอีก 20 ปี

สำหรับประเทศไทย มีรายงานจาก Global health observatory data repository (South-East Asia Region) ว่าในปี 2555 ประเทศไทยมีอัตราการร้อยละของการเสียชีวิตจากโรค NCDs มากเป็นอันดับสองในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Southeast Asia) นอกจากนี้ อัตราการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุที่เกิดจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ในปีดังกล่าวมีผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs มากถึง 400,000 คน และพบว่ามีร้อยละ 29 ของการเสียชีวิตในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี (WHO, Non-communicable Diseases Country Profiles, 2012) โดยมีโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction; MI) โรค DM โรค COPD และโรค CA เป็นสาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับแรก และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น (วิชัย เอกพลากร, 2553) นั้นหมายความว่าส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและระดับประเทศ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2557) รายงานเพิ่มเติมว่า ในปี 2555 ประเทศไทยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ป่วยด้วยโรค DM โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension; HT) โรค Stroke โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรค CA ทั้งสิ้น 25,225 ล้านบาทต่อปี ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสข.) สวัสดิการกองทุนประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาของข้าราชการและครอบครัว และมีสถิติว่าจากจำนวนผู้ป่วยด้วยโรค NCDs 18.25 ล้านคนที่เข้ามาใช้บริการที่สถานพยาบาล ผู้ป่วยจะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้นประมาณ 335,359 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 2.94 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ

จากสถิติความเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาและการเสียชีวิตที่เกิดจากโรค NCDs ช้างต้น ทำให้เห็นได้ว่า ความเจ็บที่เกิดความป่วยและการนำมาซึ่งความตาย เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะเป็นสัจจะ แห่งชีวิตมนุษย์ที่มีมาเฉกเช่นเดียวกัน (พระธรรมโกศาจารย์, 2553) แต่หากพิจารณาถึงระหว่างทางของการเจ็บป่วย จะพบถึงความแตกต่างที่เด่นชัด กล่าวคือ ในบริบทของความเจ็บป่วยและการถึงแก่ความตายของแต่ละคน จะได้รับการดูแลรักษาตลอดจนการปรนนิบัติจากญาติมิตรและบุคคลผู้เกี่ยวข้องแตกต่างกันไปตามเงื่อนไขของฐานะทางสังคม เศรษฐกิจ และวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่สามารถเข้าถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเยียวยาและดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้าย (End Stage of Chronic Diseases) เป็นกิจกรรมและภาวะที่ผู้คนในทุกสังคมต้องประสบอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยง (พระพรหมคุณาภรณ์, 2551) ซึ่งวิทยาการด้านการแพทย์และเทคโนโลยีสมัยใหม่ เข้ามีส่วนช่วยให้เกิดโลกทัศน์และชีวิตทัศน์แบบแยกส่วน คือ มองสังคมและมนุษย์ในเชิงกลไกหรือกายภาพเท่านั้น การแพทย์ปัจจุบันเน้นรักษาโรคแต่ขาดการรักษาคนอย่างรอบด้าน กล่าวคือไม่ครอบคลุมถึงอารมณ์ จิตใจ ความรู้สึกของผู้ป่วย กรณีการรักษาผู้ป่วยอาการหนักขั้นโคม่า ก็มักจะให้ยาระงับความเจ็บปวด ใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือแม้แต่ปล่อยให้ผู้ป่วยหมดลมหายใจ “ตายไปเอง” อย่างสงบ บนเตียงในสถานพยาบาล การรักษาตามวิถีแพทย์ดังกล่าว ถูกมองว่าเป็นการรักษาเพียงบางส่วนของผู้ป่วย เนื่องจากมีทัศนคติความเชื่อที่ว่า ความตายเป็นเสมือนอุปสรรค เป็นเหมือนศัตรูตัวฉกาจของการรักษาพยาบาล เพราะการแพทย์แผนปัจจุบัน มีเป้าหมายเพื่อเอาชนะความตาย ซึ่งไม่อาจเป็นไปได้เพราะความตายคือสัจธรรมของชีวิต (The Death is True of Living) ดังคำกล่าวที่ว่ามนุษย์มีเพลิงเพลิงกับการเกิด แต่กลับเกลียดและกลัวความตายถึงขั้นพยายามหลีกเลี่ยงให้พ้นจากความตาย (พระไพศาล วิสาโล, 2548)

แต่หากกล่าวถึงผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วยด้วยโรค NCDs พบว่าการเจ็บป่วยนี้ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลอีกด้วย หรืออาจกล่าวได้ว่า โรค NCDs ไม่ใช่เป็นเพียงการวินิจฉัยโรคในตัวผู้ป่วย แต่เป็นภาวะความเจ็บป่วยของครอบครัว (Edwards & Clarke, 2004) กล่าวคือ เมื่อดูแลรักษาผู้ป่วยมาไ้ระยะหนึ่ง และแพทย์วินิจฉัยว่าโรคนั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่หลังจากนี้อีกไม่นานนัก แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยก็ยังจำเป็นต้องได้รับการเตรียมช่วยเหลือ ดูแลแบบประคับประคองจากผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver) ซึ่งในอดีตจะหมายถึงญาติสนิทหรือสมาชิกในครอบครัว หรือที่เรียกว่า “Informal caregiver” แต่เพราะสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบันประกอบกับสังคมปัจเจกทำให้ญาติสนิท ผู้ใกล้ชิดมีเวลาให้การดูแลผู้ป่วยน้อยลง เนื่องจากต้องทำงานนอกบ้าน ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลต้องปรับตัว โดยอาจเลือกจ้างผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม หรือมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแทน โดยผู้ดูแลกลุ่มนี้จะได้รับค่าจ้างหรือเงินตอบแทน จากครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งเรียกว่า “paid caregiver” (Hendrix et al., 2009) ซึ่งในงานวิจัยนี้จะเลือกศึกษาการสนทนากับเฉพาะญาติ

ผู้ป่วยเท่านั้น เพราะการดูแลจากญาติจะสะท้อนให้เห็นถึงบริบทของความรัก ความผูกพันได้อย่างชัดเจน แต่คำว่าผู้ดูแลในลักษณะใด ก็ยังไม่สำคัญเทียบเท่ากับการคงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง ที่ต้องมีหัวใจและแรงศรัทธาต่อความดี ความรักในผู้ป่วยที่เป็นเพื่อน พ่อ แม่ พี่น้อง นำมาซึ่งแรงบันดาลใจที่จะทำทุกวิถีทางเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ทำต่อเนื่องอย่างไม่มีวันเหน็ด เหนื่อยและไม่มีวันพัก จนกว่าผู้ป่วยจะหาย หรือจากไปอย่างสงบในที่สุด (จิตติมา โปธิศรี, 2550) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ D. L. Beach (1993) สัมภาษณ์ผู้หญิงคนหนึ่ง ถึงความเหน็ดเหนื่อย เพราะต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัว เธอก้าวถึงการดูแลผู้ป่วยว่า “คุณต้อง เลิกคิดถึงตนเอง คุณต้องใช้เวลาของคุณคิดถึงคนอื่นและสิ่งที่คุณต้องการ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่จะ แลกกับภาระของผู้อื่น”

แต่การอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแล ถือว่าเป็นรูปแบบ หนึ่งของการบริหารจัดการความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลรูปแบบหนึ่งที่มีความยากยิ่ง (Caiman, 1987) หรือจะกล่าวได้ว่า “เมื่อบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย อาจส่งผลให้เกิดปัญหา ด้านการสื่อสารและการดูแล” เพราะฉะนั้นปัญหาด้านการสื่อสารจึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิด ความเครียด (Rowland, 1990a) มีงานวิจัยในต่างประเทศที่ให้ความสำคัญกับปัญหาที่เกิดจากการ สื่อสาร โดยเฉพาะในบริบทของการดูแลแบบประคับประคอง เป็นปัญหาระดับปานกลางจนถึงระดับ รุนแรงในด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว (Schetter, Wortman, 1982; Gotay, 1984; Heinrich, Schag, and Ganz, 1984; Rowland, 1990) แม้ว่าจะเป็นที่ทราบกันดีว่าโรคเรื้อรัง (รวมถึงโรคมะเร็ง) เริ่มมีผลต่อความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างบุคคลซึ่งก่อให้เกิดอุปสรรคด้านการสื่อสาร (Dunkel-Schetter & Wortman, 1982) รวมถึงครอบครัว ที่ถือว่าเป็นสภาพแวดล้อมทางสังคมที่สำคัญที่สุด เนื่องจาก “ครอบครัวต้องอดทนไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง” (Rait and Lederberg, 1985) และยิ่งใน สภาวะที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและปัญหาที่เกิดจากโรคภัย การสื่อสารที่ดีจึงยังมีคุณค่ามี ความหมาย เปรียบเสมือนการยึดโยงรากฐานที่จะสามารถดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตและความอยู่รอด ของครอบครัว แต่งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะเป็นเพียงรายละเอียดต่างๆ ไปเท่านั้น ไม่ค่อยมีการ อธิบายถึงการสื่อสารแบบเปิดกว้างและแสดงถึงรายละเอียดการสนทนาเกี่ยวกับโรคเรื้อรังระหว่าง สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล หรือแม้แต่กับบุคคลภายนอก (Atkinson and Heritage, 1984; Gotcher, 1995; Heinrich, Schag, and Ganz, 1984) เหตุเพราะในสังคมส่วนใหญ่มักมองว่าความ เจ็บป่วยคือปัญหาในครอบครัวที่คนภายนอกไม่ควรไปก้าวก่าย (Farrow, Cash, and Simmons, 1990) ประกอบกับความเชื่อที่ว่า การสื่อสารประเด็นที่ไม่พึงประสงค์ อาจไปละเมิดรูปแบบการสื่อสาร แบบเดิม (Gotcher, 1995) ด้วยเหตุแห่งการเพิกเฉยต่อบริบทที่เกิดขึ้นจริงของการสื่อสารนี้ ส่งผลให้ ครอบครัวและผู้ดูแล ต้องเผชิญกับสถานการณ์การอยู่ร่วมกันที่ยากลำบากควบคู่ไปกับกับการเผชิญ

กับโรคภัยร่วมกันอย่างยาวนาน (Seaburn et al., 1996) และเมย์นาร์ต (Maynard, 1996) ได้พยายามอธิบายปรากฏการณ์นี้ ว่ามันคือการทำลายซึ่งการใช้ชีวิตแบบปกติวิสัย

แต่ไม่ว่าในยุคสมัยใด ผู้ดูแลผู้ป่วยมักถูกคาดหวังให้ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดประโยชน์สูงสุดและครอบครัวที่สุด ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วย จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เช่น ในช่วงที่ผู้ป่วยเพิ่งได้รับการวินิจฉัยโรคต้องการกำลังใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงต้องให้การสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วย เพื่อช่วยให้สามารถเผชิญกับข่าวร้ายและมีกำลังใจในการรับการรักษาเยียวยา นอกจากนั้นแล้วผู้ดูแลผู้ป่วยยังต้องค้นหาหาข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (Informational Support) สำหรับใช้ในการตัดสินใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างที่ดีที่สุด นอกจากนั้นยังอาจจำเป็นต้องสนับสนุนด้านการเงิน เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่าเดินทางไปพบแพทย์ ค่าใช้จ่ายส่วนตัว เป็นต้น (ทองทิพย์ พรหมศร, 2551) แต่ในขณะที่เดียวกันตัวผู้ดูแลเองก็มีปัญหาและความต้องการต่างๆ ตามมาหลายประการ ดังนั้นการเอาใจใส่ดูแลผู้ดูแลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของเมนแกน (Mangan et al., 2003) ที่ศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเกี่ยวกับสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีอาการเหนื่อยมาก ร่างกายทรุดโทรม บางครั้งเหนื่อยมากจนอยากเลิกดูแล อีกทั้งยังต้องการบอกเล่าและระบายความรู้สึกต่างๆ ด้วย ส่งผลให้การรับฟังอย่างเข้าใจรวมถึงการให้คำปรึกษาจากคนรอบข้างที่หมายรวมถึงจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความรู้ความชำนาญจึงมีความสำคัญมาก เพราะผู้ดูแลเป็นส่วนหนึ่งของการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีกระบวนการตายที่ดี ปราศจากความทุกข์ทรมาน ได้ทำตามความต้องการของตนเอง จากไปอย่างสงบ มีสติ ได้มีโอกาสสั่งเสีย ร่ำลา ขอขมาลาโทษกัน อันเป็นการก้าวข้ามการยึดชีวิตที่ละเอียดละวมิตินทางจิตใจ (สมบัติ ตรีประเสริฐสุข, 2546)

แท้จริงแล้วแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ตายอย่างสงบมีมานานแล้ว เพียงแต่รูปแบบอาจแตกต่างกันไปตามยุคสมัย สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างที่รู้จักกันในปัจจุบันเป็นการปรับรูปแบบจากภารกิจเดิมของโรงพยาบาลสมัยแรกที่มีงูดูแลกลุ่มคนยากจนและด้อยโอกาส รวมถึงผู้ป่วยสารพัดโรค กลายมาเป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นหลัก (Watson, 1985) สำหรับในประเทศไทย แม้จะยังไม่เกิดสถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นทางการ แต่สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สัมพันธ์กับมิติตาสนาเช่น วัด หรือ โบสถ์ ก็มีให้เราเห็นอยู่หลายแห่ง นับตั้งแต่การมรณภาพของท่านพุทธทาสภิกขุในปี พ.ศ.2536 หรือราว 20 ปีที่ผ่านมา กระแสความสนใจในเรื่องการกำหนดแนวทางการรักษาหรือดูแลร่างกายโดยเจ้าของร่างกายเอง และความสนใจในเรื่องนี้ก็ขยายตัวมากขึ้น (พระธรรมโมลี ทองอยู่ ญาณวิสุทโธ, 2550) เกิดเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดการตื่นตัวเห็นได้จากการกำหนดนโยบายระดับชาติ ที่มีการทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556-2559 โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และภาคสังคมก็มีความตื่นตัวที่จะสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้มากขึ้นเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นการ

เกิดขึ้นของหลักสูตรการอบรมที่เกี่ยวกับเรื่องการตายอย่างสงบหรือหนังสือที่กล่าวเรื่องการตายดีที่มีจำนวนมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2547)

แต่การเรียนรู้เกี่ยวกับความตายอย่างสงบนั้น ไม่มีอะไรดีไปกว่า การได้มีประสบการณ์สัมผัสกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในรูปแบบของการอุทิศตนเป็นจิตอาสา ผู้ถึงพร้อมด้วย“เวลาอุทิศ” และ “ใจเรียนรู้” คือคุณสมบัติพื้นฐานของจิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ควรจะต้องจัดสรรเวลาในการเยี่ยมชมดูแลผู้ป่วยเป็นประจำ เพราะจะทำให้สามารถพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างจิตอาสาและผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ในขณะที่เดียวกัน ก็ต้องเรียนรู้ที่จะเปิดใจรับประสบการณ์แปลกใหม่ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดูแล ทั้งความเศร้า เสียใจ สะเทือนใจ แม้แต่ความปลื้มปิติ และความสุขที่เกิดขึ้น จากช่วงเวลาที่ได้อยู่ร่วมกับผู้ป่วย ญาติ และตนเอง หรือจะกล่าวได้ว่า จิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะไม่เน้นเฉพาะผลลัพธ์จากการทำงาน แต่ให้ความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้ภายในจิตใจของจิตอาสาพร้อมด้วยสอดคล้องกับที่พระไพศาล วิสาโล (2549) กล่าวว่า การได้สัมผัสและดูแลผู้ป่วยเหล่านั้นอย่างใกล้ชิด มีพลังพอที่จะกระตุ้นให้จิตอาสาได้เกิดการเรียนรู้และใคร่ครวญชีวิตของตนเองอย่างจริงจัง ในแบบที่สิ่งแวดล้อมหรือชีวิตประจำวันปกติไม่สามารถทำได้ การทำงานจิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล จึงถือว่าเป็นกิจกรรมจิตอาสาแนวใหม่สำหรับสังคมไทย

โดยเครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคม โดยมีพระไพศาล วิสาโล เป็นประธานเครือข่าย ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) เริ่มทำความเข้าใจและเผยแพร่แนวคิดเกี่ยวกับตายที่ดีตามแนวทางของพุทธศาสนาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ผ่านการจัดกิจกรรมเสวนา หนังสือ สิ่งพิมพ์ และการอบรมการเผชิญความตายอย่างสงบ ก่อนจะพัฒนามาเป็นโครงการ “อาสาข้างเตียง”และ“ศิลปะเพื่อการเยียวยาผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังและโรคระยะสุดท้าย” เพื่อดำเนินงานในเรื่องจิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยตรง จากการเริ่มต้นความร่วมมือกับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปัจจุบันกิจกรรมอาสาข้างเตียงได้ขยายไปยังโรงพยาบาลแห่งอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลเด็ก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และยังมีจิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผ่านการอบรม แล้วเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตามภูมิลำเนาที่ตนเองอาศัยอยู่อย่างต่อเนื่องอีกด้วย อาทิ เช่น อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ที่เปิดโอกาสให้จิตอาสาที่ผ่านการอบรมจากเครือข่ายพุทธิกา เข้าดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงนับเป็นนิมิตหมายอันดีในการทำให้กิจกรรมจิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนเรื่องการตาย ซึ่งต้องอาศัยกลไกความรู้ จิตสำนึกและความร่วมมือที่หลากหลาย (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2547) ในการอบรมนั้น จะมีการฝึกอบรมเกี่ยวกับทัศนคติ ความรู้ และทักษะความชำนาญพื้นฐานทั้งทางร่างกายและจิตใจ การจำลองเหตุการณ์ เพื่อยกตัวอย่างการสื่อสารด้วยคำพูดที่ควรพูดและไม่ควรพูด แต่ไม่รวมถึงการบอกข่าวร้าย และการลงมือปฏิบัติเยี่ยมเยียนผู้ป่วยที่แต่ละคนจะได้รับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 3 เดือน และยังคงมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสมกับการดูแลผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เพราะบุคคลกลุ่มนี้ต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่จึงไม่ได้สนใจที่จะดูแลตนเอง จนเกิดอาการอ่อนล้า นอนไม่หลับ มีความวิตกกังวล เครียด รู้สึกเป็นภาระหนัก ไม่รู้วิธีที่จะจัดการดูแลตนเองอย่างไรให้เหมาะสม (Brookes, 1997; Byock, 1997; Milton, 1996) ซึ่งการที่จิตอาสาเข้าพูดคุยหรือแบ่งปันประสบการณ์ร่วมกับญาติผู้ดูแลนั้น ผู้วิจัยมีความเห็นว่ามีค่าอย่างยิ่ง เพราะล้วนแล้วแต่เป็นการพูดคุยถึงเรื่องสำคัญ เช่น อาการของผู้ป่วยทั้งทางกายและทางจิต ความไม่แน่นอนที่เกิดจากการดำเนินของโรค NCDs ระดับการยอมรับได้ในเหตุสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เป็นต้น การสนทนาเหล่านี้จะสะท้อนให้เห็นถึงการจัดระเบียบทางสังคมในเรื่องของการที่ญาติผู้ดูแลมีการเตรียมพร้อมรับกับการจากไปของผู้ป่วยในบางประการซึ่งอาจเชื่อมโยงกับมิติความเชื่อหรือศาสนา ซึ่งผู้วิจัยจำเป็นต้องสังเกตว่า ใครเป็นผู้เริ่มการสนทนา คนเริ่มเริ่มอย่างไร พัฒนาหรือยุติการพูดคุยอย่างไร เรามีปฏิกริยาอย่างไร เขาร่วมกันปฏิบัติ (Treat) ต่อเรื่องเหล่านี้อย่างไร การวิเคราะห์ปฏิกริยา การแสดงออก การพูดออกมา การใช้สีหน้าท่าทาง การเลือกใช้ประโยคบางอย่างการเลือกใช้ไวยากรณ์ในการสื่อสารและความสามารถ (Competency) จะนำไปสู่ความเข้าใจในข้อมูลธรรมชาติ (Naturally occurring data) ของความหมายและนิยามของโครงสร้างการสื่อสารและปฏิบัติการแบบประคับประคองของจิตอาสาข้างเตียงกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคระยะสุดท้ายได้อย่างแท้จริง

จากการทบทวนงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ปรากฏในสังคมไทยและต่างประเทศ ผู้วิจัยพบหลายประเด็นที่สนใจ จึงขอสรุปรวมเป็น 2 ประเด็นหลัก ๆ ดังนี้

ประเด็นที่ 1 งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาด้วยการกำหนดค่านิยมล่วงหน้าจากแนวคิดและทฤษฎี แล้วกำหนดลงในแบบสอบถาม เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเลือกตามที่เห็นว่าสมควรหรือใกล้เคียงความจริง จึงทำให้ข้อมูลสำคัญบางอย่างขาดหายไปและข้อมูลที่ได้ขาดความเป็นธรรมชาติ เช่น สิ่งที่เกิดขึ้นในระหว่างการสื่อสารแบบเผชิญหน้า ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการใช้สีหน้า อารมณ์ การพูดคุยอย่างเป็นธรรมชาติ เป็นต้น ทำให้ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตได้ว่า การศึกษาบริบทของความตายในครอบครัวที่มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสังคมไทย ยังอาศัยวิธีการศึกษามุมมองและแนวคิดแบบที่เป็นมาด้วยวิธีวิทยาแบบเดิม ดังนั้นจึงถือเป็นความจำเป็นที่การศึกษาในบริบทที่ต้องมีการศึกษาอย่างแตกต่างในบริบทเชิงลึก เช่น การศึกษาถึงการสื่อสารระหว่างจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับญาติผู้ดูแลที่พูดคุยถึงการเตรียมพร้อมรับกับการจากไปของผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาจประกอบด้วยพิธีกรรมทางศาสนา หรืออื่นๆ ตามความเชื่อ อาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความไม่แน่นอนเพราะการดำเนินของโรค การยอมรับได้ในเหตุสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เป็นต้น และวิธีวิทยาที่ศึกษาการสื่อสารในบริบทนี้ จะสามารถวิเคราะห์การสื่อสารที่เกิดขึ้นจริงจากการแสดงออกของคนที่เป็นเจ้าของประสบการณ์และเป็นประสบการณ์ของเขาโดยตรงซึ่งถือได้ว่าเป็นความจริงเฉพาะ

ประเด็นที่ 2 จากการทบทวนวรรณกรรม พบผลการวิจัยที่บ่งชี้ถึงความสำคัญอย่างมากของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย คนในครอบครัว และบุคลากรทางการสาธารณสุข เช่น (1) จากการ

สื่อสารถึงสภาวะทางร่างกายและอารมณ์ ที่ผลการวิจัยระบุว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายเลือกสื่อสารกับคนในครอบครัวมากกว่าผู้อื่น (Hinton, 1998), (2) การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว สามารถทำนายระดับการปรับตัวเข้ากับการรักษาโรคมะเร็งของผู้ป่วยได้ (Gotcher, 1993), (3) ครอบครัวมีแนวโน้มที่เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจและรับรู้ถึงกระบวนการรักษาในทุก ๆ ชั้นของความเจ็บป่วยร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ และการ (4) ผู้ป่วยมากกว่า 2,000 รายที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการดูแลจากคนในครอบครัวมากกว่า 80% แต่ผู้วิจัยกลับไม่พบการศึกษาด้านการสื่อสารในเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่า ครอบครัวมีการสื่อสารกันอย่างไรเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือครอบครัวมีการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์อย่างไรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อให้สามารถสนับสนุนและรับมือกับปัญหาดังกล่าวร่วมกันได้ ในเรื่องนี้ผู้วิจัยมีความเชื่อว่าการสื่อสารทางสังคมที่ดี มีความสำคัญและควรแสดงได้ถึงรายละเอียดการสนทนาตลอดจนโครงสร้างของการพูดคุยในบริบทนั้น ๆ โดยมีเทคนิคและวิธีการสื่อสารแบบเฉพาะ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า ขณะนี้ยังเป็นช่วงเริ่มต้นของการวิจัยเชิงประจักษ์ เพื่อสร้างความเข้าใจด้านสื่อสารทางสังคมและกิจกรรมการสื่อสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

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

ประการที่ 1 การวิเคราะห์การสนทนาเป็นวิวิธวิทยาและการเก็บข้อมูลที่ให้ความสำคัญกับวิธีการจริงที่สมาชิกในสังคมใช้ มุ่งเน้นบริบทที่เกิดจากการพูดคุยของคู่สนทนา (สุจริตลักษณ์ ตีผดุง, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้ ที่มุ่งศึกษาถึงวิธีการที่จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใช้ทฤษฎีตามที่ได้รับกรอบระเบียบปฏิบัติการ “อาสาข้างเตียง” จัดโดยเครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธานุภาพและสังคม มาใช้ในการพูดคุยกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในบริบทสำคัญ ๆ ได้แก่ เรื่องอาการของผู้ป่วยทั้งทางกายและทางจิต, ความไม่แน่นอนที่เกิดจากการดำเนินของโรค NCDs, การเตรียมตัวเตรียมใจกับการจากไปของผู้ป่วย, ความรู้สึกของญาติผู้ดูแลกับการดำเนินของโรค NCDs ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

ประการที่ 2 การวิเคราะห์การสนทนา จะอธิบายถึงโครงสร้างของการสนทนา (Conversation Structure) เกี่ยวกับระบบการผลัดเปลี่ยนกันพูด (Turn-Taking) คู่ข้างกรรม (Adjacency Pair) การปรับแก้ (Repair) รวมทั้งการเปิดการสนทนา (Conversation Opening) และการปิดการสนทนา (Conversation Closing) นอกจากนี้ยังศึกษารวมถึงหัวข้อ (topic) และการเปลี่ยนหัวข้อ (topic shift) ของการสนทนาด้วย (Sacks, Schegloff and Jefferson, 1974) ซึ่ง

สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้ ที่ต้องการเปิดมุมมองเชิงประจักษ์ในการสื่อสารระหว่างจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแล ที่ทุกถ้อยคำและอากัปกริยาของทั้งคู่สนทนา ล้วนแต่สะท้อนถึงปรากฏการณ์ที่เป็นความจริงเฉพาะโดยทั้งสิ้น

อีกทั้งในงานวิจัยนี้ ยังมุ่งเน้นการแสดงถึงรายละเอียดเกี่ยวกับตัววิถีวิทยาและการเก็บข้อมูลด้วยการกล่าวถึงฐานคิดของวิถีวิทยา การให้ความสำคัญต่อข้อมูลหลักคือข้อมูลที่มาจากการพูดคุย (talk-in-interaction) รวมทั้งการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลภายใต้ข้อบังคับของวิถีวิทยานี้ มีความต่างจากงานวิจัยเชิงคุณภาพอื่น แต่วิถีวิทยานี้ยังถือว่าเป็นวิถีวิทยาค่อนข้างใหม่ในวงการวิจัยสังคมศาสตร์ไทย อีกทั้งในประเทศไทยยังไม่ค่อยมีผู้เลือกใช้การวิเคราะห์การสนทนาในงานวิจัยมากนัก จะมีก็แต่ รศ.ดร.ไพโรจน์ วิไลนุช อาจารย์ประจำคณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย และ รศ.ดร.สุจิตต์ลักษณ์ ติมตุง อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่นำวิธีการนี้มาใช้งานวิจัย จึงนับได้ว่าเป็นผู้ทรงคุณวุฒิและมีความเชี่ยวชาญในวิถีวิทยาและการเก็บข้อมูลวิธีนี้เป็นอย่างมาก ซึ่งผู้วิจัยเองก็ได้รับเกียรติอย่างสูงจาก รศ.ดร.ไพโรจน์ วิไลนุช ในการแนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์และเป็นທີ່ปรึกษาร่วมในงานวิจัยนี้ด้วย

นอกจากการวิเคราะห์การสนทนาแล้ว ผู้วิจัยยังใช้เทคนิคในการเก็บข้อมูลแบบการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ที่จำเนียร จวงตระกูล (2551) กล่าวว่า การสัมภาษณ์เชิงลึกควรนำมาใช้ในงานวิจัย ที่ต้องการข้อมูลแบบพรรณนา แสดงรายละเอียดของปรากฏการณ์ที่ศึกษาแบบลึกลงไป ให้ความสำคัญแก่ทัศนคติและความหมายของปรากฏการณ์ ซึ่งผู้วิจัยจะต้องฝึกฝนทักษะการสัมภาษณ์จนเกิดความชำนาญและมีความรู้ในเรื่องนั้นๆ ด้วยการสัมภาษณ์ที่ดีจะต้องเป็นเหมือนการสนทนาในชีวิตประจำวันคือไม่เป็นทางการ แต่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการได้เป็นอย่างดี ร่วมกับการสังเกตอย่าง active ที่ต้องรู้ว่าจุดสำคัญของปรากฏการณ์ที่สังเกตคืออะไร ตั้งคำถามจากสิ่งที่ได้เห็นและสิ่งที่ได้ฟังตลอดเวลา และเมื่อได้โอกาสก็ต้องซักถามสิ่งที่สงสัย เพื่อให้มั่นใจได้ว่าสิ่งที่ตนเองเข้าใจนั้นมีความถูกต้องในทัศนะของผู้ถูกสังเกต จากแนวทางปฏิบัติที่ได้กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยยึดถืออย่างเคร่งครัด เห็นได้จากการที่ผู้วิจัยฝึกฝนเทคนิคการสัมภาษณ์และหาความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง ก่อนที่จะลงเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรค NCDs แบบประคับประคองเดี่ยว ๆ แบบเผชิญหน้า และกำหนดแนวคำถาม (Interview Guideline) แบบปลายเปิดให้ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการถามไว้ล่วงหน้า ใช้การซักถามอย่างเป็นธรรมชาติจากประเด็นคำถามที่ตั้งไว้ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายแบบพรรณนาถึงรายละเอียดและทัศนคติที่แท้จริง ซึ่งผู้วิจัยจะถามถึงเหตุผลร่วมด้วยเสมอ จากการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการดังกล่าวข้างต้น จะทำให้เห็นถึงการฝึกทักษะและภาคปฏิบัติด้านการสื่อสาร เพื่อสร้างความชำนาญด้วยตนเองและการติดตามการนำความรู้ด้านการสื่อสารของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปใช้ในสถานการณ์จริง แต่อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยทราบว่าข้อมูลที่งานวิจัยนี้ต้องการ อาจดูหมิ่นหมิ่นต่อจริยธรรมในการวิจัยคน ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญ เคารพศักดิ์ศรีและสิทธิของมนุษย์ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลใน

การวิจัย และตระหนกอย่างมากต่อความรัดกุมทางด้านจริยธรรมการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยจะแสดงให้เห็นทราบโดยละเอียดในบทที่ 3

ปรัชญาเบื้องหลังในการวิจัย

งานวิจัยนี้เกิดจากความมุ่งมั่นของผู้วิจัย ที่แม้จะไม่ใช่วุฒิปริญญาทางสาธารณสุข ไม่มีความชำนาญเฉพาะทางด้านการแพทย์ แต่เป็นผู้ที่มีความมุ่งมั่นในการดูแลบุคคลอันเป็นที่รักซึ่งมีโรคมะเร็งและโรคในกลุ่มไม่ติดต่อเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นโรคภัยคุกคามในสถานะญาติผู้ดูแล ซึ่งการดูแลที่ผ่านมาผู้วิจัยเชื่อว่าได้ทำในสิ่งที่ถูกต้อง คือ ทำไป ปรับไป ดูแลประคับประคองภายใต้ความเชื่อว่ามีมิติทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คือสิ่งที่ครอบคลุมที่สุด

“ทุกการสูญเสียย่อมฝากบทเรียนที่มีคุณค่าไว้เสมอ” ยิ่งใกล้ห้วงเวลาแห่งการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเยียวยาทางการแพทย์เริ่มผ่อนลงจนถึงจุดสิ้นสุด การยื้อชีวิต คงไม่ใช่สิ่งที่เหมาะสมและควรทำอีกต่อไป ภาวะวิกฤตที่เข้ามาทำให้การดูแลและสื่อสารกับผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้ายในครอบครัวแต่ละครั้งทวีความยากลำบากและต้องระมัดระวังอย่างเต็มที่ เพราะเริ่มเข้าใจแล้วว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกหวาดกลัวเกี่ยวกับอนาคต กลัวการสูญเสียสัมพันธ์ภาพที่ตนเองมีกับคนที่รัก เช่น บิดา มารดา ญาติพี่น้อง กลัวทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด รู้สึกผิดที่ไม่ได้กระทำบางสิ่ง (Carol, and L. Carol, 2011) ตลอดจนการขอภัย อันเป็นหัตถการทางจิตใจของมนุษย์ที่สำคัญเฉกเช่นเดียวกัน และหากผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้อย่างเหมาะสม จะทำให้ชีวิตที่เหลืออยู่สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี และจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีคุณค่าของความเป็นมนุษย์ได้ (Kinzbrunner, 2012)

ผู้วิจัยจึงหาข้อมูลที่จำเป็นใช้และพบว่าบทเรียนจากผู้ (จะ) จากไปนี้สอนให้ผู้วิจัยได้รู้ว่าเมื่อ “รู้เขา” ก็สามารถช่วยเหลือได้ถูกต้องและเหมาะสม โดยปรับใช้วิธีการให้เข้ากับสภาพและภูมิหลังของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในด้านจิตใจและความรู้สึก ผู้ดูแลต้องเลือกพูดและเลือกทำให้เหมาะสมสำหรับการ “รู้เรา” คือ การรู้จักความสามารถและสภาพจิตใจของตนเอง ผู้ดูแลช่วยเหลือต้องมีจิตใจหนักแน่นมั่นคงและสติตั้งมั่น ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถฝึกฝนให้เกิดขึ้นได้ และเมื่อเกิดขึ้นแล้ว นอกจากเป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้อื่น ยังเกิดประโยชน์ต่อตนเองอย่างมากอีกด้วย

แต่ในอีกมุมหนึ่งก็ทำให้ผู้วิจัยได้รู้ว่า ศาสตร์แห่งการเยียวยาเป็นศักยภาพที่สำคัญที่สุดของเผ่าพันธุ์มนุษย์ ไม่เพียงแต่เรามี “ระบบภูมิคุ้มกัน” ที่สามารถเยียวยาปกป้องตนเองได้ แต่มนุษย์ยังสามารถเยียวยาซึ่งกันและกันได้อีกด้วย (Dalbec, B., 2001) การเยียวยาในที่นี้หมายถึงการบรรเทาคลายทุกข์ ที่ไม่จำเป็นต้องใช้ยา ผ่าตัด หรือฉายแสง แต่คือบทบาททางานมิตรภาพบำบัด ที่ซับซ้อนโดยจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เข้ามาร่วมส่งมอบความสุขให้กับทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วย

เพราะแม้จะถึงวาระสุดท้าย “มนุษย์ก็ไม่หมดโอกาสที่จะได้รับสิ่งที่ดีที่สุดของชีวิต” (ซิซนุ พันธ์เจริญ และจรงค์จิตร งามไพบลีย์, 2552)

นอกจากประสบการณ์ตรงและการศึกษาหลักสูตรเร่งรัดเพื่อให้ผ่านสถานการณ์เฉพาะหน้าไปได้แล้ว ผู้วิจัยยังได้พยายามทบทวนงานเขียนต่าง ๆ และติดตามข่าวสาร โดยผู้วิจัยเชื่อว่าสังคมไทยยังควรต้องเปิดพื้นที่สำหรับจิตอาสาในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผ่านการอบรมในทุกมิติอย่างครบถ้วน ทั้งมิติทางร่างกาย มิติทางจิตใจ และมิติทางปัญญา จนกระทั่งมีความรู้ ความชำนาญ อีกทั้งยังเห็นความสำคัญของการพัฒนางานวิจัยในบริบทที่ต่างออกไป การประยุกต์ใช้วิธีวิทยาและการมองปัญหาที่แตกต่าง เช่น การมองให้ลึกซึ้งเข้าถึงว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีมุมมองและการเยียวยาที่นอกเหนือจากวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์และการไม่มองเพียงว่านักวิจัยต้องไปถามคำถามเพื่อให้ได้คำตอบที่ต้องการ มากกว่าเกินกว่าผู้ป่วยหรือผู้ดูแลได้บอกเล่าเรื่องราวที่ทำให้ค้างคาใจ

ประกอบกับผู้วิจัยเป็นพนักงานราชการที่มีได้อยู่ในสาขาการแพทย์หรือสาธารณสุข มิได้เป็นบุคลากรขององค์กรไม่แสวงกำไร งานวิจัยนี้จึงสะท้อนความสนใจอย่างแท้จริง ผลการวิจัยเป็นไปตามสิ่งที่ผู้วิจัยได้สัมผัสและเนื่องจากผู้วิจัยมีปณิธานที่จะให้มีการนำผลการวิจัยไปใช้พัฒนาสังคมไทยอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

การวิเคราะห์การสนทนาระหว่างจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแล ทำให้งานวิจัยนี้ครอบคลุมถึงเรื่องต่าง ๆ ซึ่งผู้วิจัยกำหนดเป็นวัตถุประสงค์ของการวิจัย 3 ข้อ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาโครงสร้างการพูดคุยเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย ภายใต้โครงสร้างนี้ มีเทคนิคและวิธีการสื่อสารเฉพาะในกรณีที่จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องพูดคุยกับญาติผู้ดูแลในเรื่องสำคัญ เช่น การสนทนาเรื่องอาการของผู้ป่วยทั้งทางกายและทางจิต ความไม่แน่นอนที่เกิดจากการดำเนินของโรค NCDs การเตรียมตัวเตรียมใจกับการจากไปของผู้ป่วย ความรู้สึกของญาติผู้ดูแลที่มีต่อการเฝ้าดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

ในวัตถุประสงค์การวิจัยข้อนี้ต้องการสะท้อนให้เห็นถึงการจัดระเบียบทางสังคมในเรื่องการจัดการกับความสูญเสีย การจากไปของคนในครอบครัวบางประการ การศึกษาด้านการสื่อสารทำให้ทราบว่าใครเป็นผู้เริ่มการสนทนา คนเริ่มเริ่มอย่างไร พัฒนาไปอย่างไร ยุติการพูดคุยอย่างไร ด้วยการวิเคราะห์จากท่าทางในบริบทเฉพาะ ตัวอย่างเช่น ใครเริ่มมีนัยสำคัญอย่างไรในงานวิจัยลักษณะนี้ ใครจะเป็นผู้เปิดประเด็น นำเรื่องการเตรียมตัว เตรียมพร้อมเมื่อการจากไปของผู้ป่วยมาถึงเข้าพูดคุย ทั้งจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแลอาจเป็นผู้เริ่มได้ทั้งสองฝ่าย แต่วิธีการในการเปิดประเด็นนี้ถือเป็นเรื่องสำคัญเพราะผู้เริ่มต้องมีเทคนิค และการศึกษารูปแบบการพูดคุยใน

ลักษณะนี้ย่อมมีความเป็นธรรมชาติ เป็นข้อมูลที่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ ซึ่งต่างจากการนิยามในงานวิจัยสังคมศาสตร์อื่นบางงาน ที่นักวิจัยจะศึกษาแนวทางการปรับระดับประคองและการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย ด้วยการกำหนดค่านิยามล่วงหน้าจากแนวคิดและทฤษฎีแล้วใส่ในแบบสอบถาม เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเลือกตามที่เห็นว่าสมควรหรือใกล้เคียงมากที่สุด

2. เพื่อศึกษาเทคนิคและภาคปฏิบัติด้านการสื่อสารที่จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนำไปใช้ในการสนทนากับญาติผู้ดูแลในสถานการณ์จริง

สิ่งที่งานวิจัยนี้ต้องทำ คือผู้วิจัยจะต้องวิเคราะห์ข้อมูลจากคำบอกเล่าของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายประกอบกับการเข้าเยี่ยมและพูดคุยกับญาติผู้ดูแลในสถานการณ์จริง ที่มุ่งเน้นให้การสื่อสารของคู่สนทนาเป็นไปอย่างผ่อนคลาย การพูดคุยเป็นไปตามธรรมชาติ ส่งผลให้จิตอาสาช่วยบรรเทาความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลได้ดียิ่งขึ้น และผู้วิจัยจะนำทั้งคำบอกเล่าและข้อมูลจากวิธีทัศนวิเคราห์ด้วยวิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนาเพื่อให้เห็นว่าจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเลือกเทคนิคด้านการสื่อสารใดมาใช้ในสถานการณ์จริง

3. เพื่อติดตามการนำความรู้ด้านการสื่อสารของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่รับได้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการ “อาสาข้างเตียง” จัดโดยเครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคม ไปใช้ในสถานการณ์จริง งานวิจัยนี้จะแตกต่างจากงานวิจัยอื่นที่มีอยู่โดยทั่วไป ซึ่งผู้ใช้ทฤษฎีจะเป็นตัวนักวิจัยและสรุปออกมาเป็นแบบสอบถาม แต่ในงานวิจัยนี้ จิตอาสาจะเป็นผู้เลือกใช้ความรู้หรือทฤษฎีภายใต้สถานการณ์จริง ที่ตนเองเผชิญ ดังนั้นวิธีการนำความรู้หรือทฤษฎีไปใช้ อาจไม่เหมือนกับจิตอาสาคนอื่นและอาจใช้หรือไม่ใช้ความรู้ที่ได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการ “อาสาข้างเตียง” จัดโดยเครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคม ก็เป็นไปได้

คำถามการวิจัย

งานวิจัยนี้กำหนดคำถามการวิจัย (Research questions) ไว้ 3 ข้อซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ดังนี้

1. โครงสร้างของการพูดคุยเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยเป็นอย่างไร จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแล มีเทคนิคและวิธีการสื่อสารกันในแต่ละประเด็นของการดำเนินโรค NCDs ภายใต้โครงสร้างนี้อย่างไร

2. ภายหลังจากที่จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ “อาสาข้างเตียง” จากเครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคมเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ได้นำเทคนิคด้านการสื่อสารต่างๆ ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงหรือไม่และนำไปใช้อย่างไร

3. จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนำความรู้ด้านการสื่อสารที่รับได้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการ “อาสาข้างเตียง” จัดโดยเครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธรศาสนาและสังคม ไปใช้ในสถานการณ์จริงหรือไม่และใช้อย่างไร

ขอบเขตของงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นศึกษาโครงสร้างการสื่อสารและปฏิบัติการแบบประคับประคองของจิตอาสาข้างเตียงกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้าย โดยศึกษาถึงโครงสร้างการพูดคุยเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย เพราะภายใต้โครงสร้างนี้จะมีเทคนิคและวิธีการสื่อสารเฉพาะในกรณีที่เกิดอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องพูดคุยกับญาติผู้ดูแลในเรื่องสำคัญ เพื่อศึกษาถึงการฝึกทักษะด้านการสื่อสาร เพื่อสร้างความชำนาญด้วยตนเองของจิตอาสา และเพื่อติดตามการนำความรู้ด้านการสื่อสารของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่รับได้จากการอบรมฯ ไปใช้ในสถานการณ์จริง ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตของการวิจัยดังนี้

ขอบเขตด้านผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informant) หมายถึงบุคคลที่ให้ข้อมูลระหว่างการสนทนา การสัมภาษณ์ระดับลึกซึ่งในงานวิจัยนี้ได้แก่ จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้าย ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักโดยยึดหลักการเลือกแบบเจาะจง (purposive) การเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักเช่นนี้กำหนดกรอบในการเลือกอย่างกว้าง ๆ คือ ต้องเป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ผ่านการคัดเลือกและได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการ “อาสาข้างเตียง” ที่จัดโดยเครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธรศาสนาและสังคม และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้าย ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ประจำโรงพยาบาลในบริเวณใกล้เคียงและยินดีให้ข้อมูล

การเลือกผู้ให้ข้อมูลของงานวิจัยนี้ต่างจากงานวิจัยเชิงปริมาณกล่าวคือ จุดมุ่งหมายของงานวิจัยเชิงคุณภาพถือเป็นกระบวนการที่ค้นหาคำตอบที่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาองค์ความรู้หรือคำอธิบายสำหรับสถานการณ์ที่มีความเฉพาะเจาะจง คนที่เจาะจงเลือกมาศึกษามีการให้ความหมายต่อสิ่งต่างๆ อย่างหลากหลาย (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2546) และมีการมองโลกตามที่เขาไปมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมล้วนแต่เกิดขึ้นภายใต้บริบทเฉพาะ เมื่อบริบทเปลี่ยนไปคนคนหนึ่งจะมีวิธีคิด การมองโลกและพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ซึ่งจะแตกต่างจากฐานคิดของงานวิจัยอื่นที่มุ่งทดสอบสมมติฐาน ต้องการหา กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะเหมาะสมมาเป็นตัวแทนของประชากรที่นักวิจัยใช้ศึกษา เพื่อหากฎจากกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้และเชื่อว่ามีอำนาจพอที่จะสามารถนำไปใช้อ้างอิงได้ในพื้นที่อื่นได้ด้วย

งานวิจัยนี้การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการหลายอย่างแล้วนำข้อมูลที่ได้มารวมกันเพื่ออธิบายเรื่องการจัดการในการดูแลผู้ป่วย NCDs ระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง นำมาซึ่งแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยทำให้การอธิบายชัดเจนขึ้น แต่ข้อมูลซึ่งถือเป็นหัวใจหลักของ

งานวิจัยคือข้อมูลที่มาจากการสนทนา และในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยขอจำแนกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

1. จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ผ่านการคัดเลือกและได้รับจากการอบรมเชิงปฏิบัติการ “อาสาข้างเตียง” ที่จัดโดยเครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคม ครบทั้งหลักสูตร จำนวน 10 คน กล่าวคือ จะต้องผ่านการอบรม 2 วัน (ไป-กลับ) เข้าใจรูปแบบการเยี่ยมว่าเป็นเพื่อนให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยมีจิตอาสา 1 คน ต่อคนไข้ 1 คน ระยะเวลาเยี่ยมผู้ป่วยในระยะเวลา 3 เดือน เข้าเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง สรุปรการเรียนรู้เดือนละครั้ง รวม 3 ครั้ง ซึ่งเนื้อหาสำคัญของการอบรมผู้วิจัยจะกล่าวถึงในบทที่ 2

2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ญาติสนิทหรือสมาชิกในครอบครัว (Informal Caregiver) จำนวน 10 คน ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ประจำโรงพยาบาลบริเวณใกล้เคียง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสนับสนุน

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสนับสนุน ได้แก่ บุคลากรทางการสาธารณสุขอื่นๆ เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลที่สนใจด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม มีความสามารถสื่อสารภาษาถิ่น ได้เป็นอย่างดี และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการฝึกอบรมของเครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคม

การเลือกพื้นที่สำหรับการวิจัยและเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเลือกอำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ เป็นพื้นที่สำหรับการวิจัยและเก็บข้อมูล เนื่องจากในพื้นที่แห่งนี้มีจิตอาสาที่ผ่านการอบรมจากเครือข่ายพุทธิกาและเกิดการรวมกลุ่มกัน จนเกิดเป็นความร่วมมือระหว่างจิตอาสา โรงพยาบาล พระสงฆ์ เกิดเป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้จิตอาสาเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถถือได้ว่าเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นประโยชน์และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้

ทั้งนี้ ผู้วิจัยตระหนักดีว่า พื้นที่นี้มีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีความเป็นเลิศด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค NCDs อยู่แล้ว แต่ผู้วิจัยมีความประสงค์ที่จะแสดงถึงการสื่อสารระหว่างจิตอาสาที่ผ่านการอบรมกับญาติผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้าย ว่าญาติผู้ดูแลมีแนวคิดเกี่ยวกับการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยในการดูแลอย่างไรบ้าง มีแนวทางอย่างไรในการรับมือหรือเตรียมพร้อมรับกับการจากไปของผู้ป่วย หรือแม้แต่มีสสิ่งใดที่ควรนำมาประชาสัมพันธ์หรือสิ่งใดที่เป็นข้อบกพร่องที่ควรเป็นข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงให้แก่จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและโรงพยาบาลต่อไป

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาวิจัยเรื่องโครงสร้างการสื่อสารและปฏิบัติการแบบประคับประคองของจิตอาสาข้างเตียงกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้ายนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และแบ่งออกเป็น 3 ส่วนที่สำคัญได้แก่

- ส่วนที่ 1 การดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
 - 1.1 นิยามและความหมาย “ผู้ป่วยระยะสุดท้าย”
 - 1.2 ลักษณะอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 1.3 วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) และการดูแลแบบองค์รวม (holistic care)
 - 1.4 จุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 1.5 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCDs)
 - 1.6 ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs
 - 1.7 แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs
- ส่วนที่ 2 ที่มาและการเตรียมความพร้อมจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของเครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคม และแนวคิดที่เกี่ยวข้อง
 - 2.1 แนวคิดตั้งต้นก่อนจะมาเป็นกรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 2.2 ความหมาย / ทัศนะของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 2.3 รูปแบบของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 2.4 กระบวนการของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 2.5 ปัญหาและอุปสรรคของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- ส่วนที่ 3 การสื่อสารระหว่างบุคคลเพื่อเป็นการทบทวนให้เห็นว่า การสื่อสารมีความสำคัญอย่างไรและมีบทบาทอย่างไรในการเยียวยาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ขอบเขตด้านเวลา

ในการศึกษาข้อมูลและดำเนินการวิจัย โครงสร้างการสื่อสารและปฏิบัติการแบบประคับประคองของจิตอาสาข้างเตียงกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้ายนี้ ผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยไว้ 10 เดือน โดยเริ่มจากการที่ผู้วิจัยต้องศึกษาวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ “การวิเคราะห์การสนทนา” (Conversatio Analysis หรือ CA) ให้เข้าใจถึงรายละเอียดเกี่ยวกับตัววิธีวิทยาและการเก็บข้อมูล ฐานคิดของวิธีวิทยา การให้ความสำคัญต่อข้อมูลหลักคือข้อมูลที่มาจากการพูดคุย (talk-in-interaction) รวมทั้งการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลภายใต้ข้อบังคับของวิธีวิทยานี้ ต้องใช้เวลาค่อนข้างมาก ซึ่งต่างจากงานวิจัยเชิงคุณภาพอื่น อีกทั้งวิธีวิทยานี้ยังเป็นวิธีวิทยาที่ค่อนข้างใหม่ในวงการวิจัยสังคมศาสตร์ไทย ร่วมกับศึกษาเทคนิคในการเก็บข้อมูลแบบการสัมภาษณ์เชิงลึก

(in-depth interview) และการสังเกตแบบจับประเด็นที่ต้องรู้ว่าจุดสำคัญของปรากฏการณ์ที่สังเกตคืออะไร ฝึกฝนจนเกิดความชำนาญและหาความรู้เพิ่มเติมในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

การสื่อสารระหว่างบุคคลและโครงสร้างการสื่อสาร

การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal communication) เป็นการถ่ายทอดข้อมูล ความรู้สึก นึกคิดและความต้องการของผู้ส่งสารไปยังผู้รับสาร การสื่อสารระหว่างบุคคลมักเป็นการสื่อสารแบบสองทางและมีวัจนะภาษาหรือคำพูดและอวัจนะภาษาซึ่งเป็นเรื่องของท่าทางและอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง แต่บทบาทการเป็นผู้ส่งสารและผู้รับสารอาจไม่ตายตัว เช่นในบริบทงานสาธารณสุขจิตอาสาอาจมีบทบาทเป็นผู้ส่งสารและญาติผู้ดูแลหรือผู้ป่วยเป็นผู้รับสาร แต่ในบางครั้งผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลก็อาจเข้ามามีบทบาทเป็นผู้ส่งสารและจิตอาสากลายเป็นผู้รับสารได้เช่นกัน ดังนั้นการสื่อสารสมดุลงจะทำให้การพูดคุยระหว่างคู่สนทนาเป็นไปโดยธรรมชาติ ส่งผลให้โครงสร้างของการสนทนาแสดงได้ถึงมุมมองเชิงประจักษ์ในการสื่อสารระหว่างจิตอาสาและผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแล

การดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการพยาบาลหรือการดูแลผู้ป่วยในทางการแพทย์ที่มุ่งให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการของผู้ป่วยมากกว่าการรักษาที่สาเหตุของโรค เพราะผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองนั้น มักจะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กำลังอยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งมักเป็นอาการป่วยที่บุคลากรทางการแพทย์วินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยมีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อคลายหรือบรรเทาอาการที่ไม่พึงประสงค์ และเพื่อให้เกิดความสุขสบาย มีสภาพแวดล้อมที่อบอุ่นใจสำหรับวันสุดท้ายหรือสัปดาห์สุดท้ายของชีวิต (Michael Peters, 2011) หรือเป็นการดูแลผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิตให้สามารถเผชิญหน้ากับความตายได้อย่างไม่หวาดหวั่นพรังพรัง และสามารถตายได้อย่างสงบสุข

อาสาข้างเตียง

อาสาข้างเตียงเป็นคำเรียกเฉพาะ หมายถึงจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผ่านการคัดเลือกและได้รับจากการอบรมเชิงปฏิบัติการ “อาสาข้างเตียง” จัดโดยเครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคม ครบทั้งหลักสูตร กล่าวคือ จะต้องผ่านการอบรม 2 วัน (ไป-กลับ) อบรมเกี่ยวกับทัศนคติ ความรู้ เทคนิค และทักษะความชำนาญพื้นฐานทั้งทางร่างกายและจิตใจ การจำลองเหตุการณ์ เพื่อยกตัวอย่างการสื่อสารด้วยคำพูดทั้งควรพูดและไม่ควรพูด แต่ไม่รวมถึงการบอกข่าวร้าย และการลงมือปฏิบัติเยี่ยมเยียนผู้ป่วย สัปดาห์ละหนึ่งครั้งต่อเนื่องกันเป็นเวลา 3 เดือน เพราะผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่ต้องการกำลังใจและการช่วยเหลือดูแล

จากคนรอบข้าง แม้ว่าโรงพยาบาลจะมีแนวทางการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย แต่ระบบโรงพยาบาลก็มีภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนมากและบุคลากรมีจำนวนไม่เพียงพอ จึงทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อความทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเต็มที่ โดยเฉพาะสภาวะทางจิตใจที่เป็นทุกข์เนื่องจากความเจ็บป่วยที่รักษาไม่หาย จึงยังต้องการการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม

ญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแล หมายถึงผู้ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องการพึ่งพา (dependent agent) โดยช่วยส่งเสริมความอยู่รอดและปลอดภัยของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เนื่องจากบุคคลนั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ ซึ่งหากแบ่งตามความหมายของผู้ดูแลตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแล จะแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วย เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เป็นต้น และ 2) ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (formal caregiver) คือ ผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล โดยอาจจะไม่รับหรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลตามข้อตกลงก็ได้ ในงานวิจัยนี้ใช้กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วย หรือเรียกว่าญาติผู้ดูแล เพราะจะสะท้อนถึงการดูแลที่ถึงพร้อมด้วยความรักและความผูกพันของคนในครอบครัวได้เป็นอย่างดี

ผู้ป่วยกลุ่มโรค NCDs ระยะสุดท้าย

โรค “NCDs” ย่อมาจากคำว่า Non-communicable diseases หมายถึง กลุ่มโรคไม่ติดต่อที่ไม่สามารถแพร่กระจายโรคจากคนสู่คนได้ โดยทั่วไปอาจเรียกว่า กลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งหมายถึงโรคที่เกิดต่อเนื่องยาวนาน และมีการดำเนินโรคเป็นไปอย่างช้าๆ ซึ่งแตกต่างจากโรคติดต่อส่วนใหญ่ ที่มักมีการดำเนินโรคอย่างรวดเร็ว กลุ่มโรค NCDs ที่สำคัญประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ 1. กลุ่มโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (รวมถึงโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง) 2. กลุ่มโรคเบาหวาน 3. กลุ่มโรคมะเร็ง และ 4. กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง (รวมถึงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหอบหืด) (WHO, 2012) เพราะการดำเนินโรคที่เป็นไปอย่างช้า ๆ คนจำนวนมาก จึงเพิกเฉยและไม่จัดการกับปัญหาดังกล่าวตั้งแต่วัยเริ่มต้น ทำให้มีการสะสมของปัจจัยเสี่ยงและได้รับการวินิจฉัยเมื่อโรคมักลุกลามไปมากแล้ว (Kangethe, S., 2009) จนกระทั่งล่วงเลยมาถึงขั้นหมดทางเยียวยารักษา เห็นได้จากการที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs ที่มักจะทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักอ่อนเพลียมาก และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ตามปกติ จึงต้องการการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย

งานวิจัยนี้มีประโยชน์ในแง่ของวิชาการซึ่งผู้วิจัยขอให้รายละเอียดดังนี้

ผู้ใช้ประโยชน์จากงานวิจัย

งานวิจัยนี้มุ่งเน้นการสื่อสารของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พูดคุยกับญาติผู้ดูแลที่มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ที่จะนำมาซึ่งการแนะนำที่เป็นประโยชน์และปลอดภัยซึ่งกันและกัน

นอกจากนี้หลังจากงานวิจัยเสร็จสิ้นลง ผู้วิจัยนำเสนอและเผยแพร่ต่อเครือข่ายที่ฝึกอบรมจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อเปิดประสบการณ์ ก่อเกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เกิดเป็นคู่มือประกอบการปฏิบัติงานให้แก่จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับญาติผู้ดูแล หรือใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการเปิดศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลที่สนใจต่อไป

การนำไปใช้ในทางปฏิบัติ

ผลการวิจัยเป็นความรู้ที่สร้างจากสิ่งที่คนใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น การใช้คำ สีสันท่าทางและเทคนิคทางภาษารวมถึงวัฒนธรรมบางอย่างที่ไม่ใช่มาจากทฤษฎีจึงเท่ากับว่าเป็นการนำของจริงมาใช้ประโยชน์

ผลการวิจัยที่นำเสนอได้แก่ความสำคัญของการพูดคุย การประชาสัมพันธ์เพื่อการปรับเปลี่ยนแนวคิดด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรค NCDs และเทคนิคการคุยของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจะนำความรู้มาแลกเปลี่ยนเพื่อเป็นตัวอย่างให้แก่จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคนอื่น ภายใต้บริบทที่ใกล้เคียงกันและยังเป็นข้อสังเกตให้กับบุคคลที่ต้องพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้

การนำไปใช้ในมิติการจัดการ

งานวิจัยนี้ศึกษาการสื่อสารระหว่างบุคคลด้วยการอาศัยวิถีชีวิตที่สามารถวิเคราะห์การสื่อสาร 2 ทางได้อย่างตรงจุด ผลการวิจัยทำให้เห็นโครงสร้างการสื่อสารในบริบทของการจัดการการดูแลแบบประคับประคอง เป็นการเพิ่มความรู้อันเนื่องมาจากการสื่อสารระหว่างบุคคลในมิติของสาขาวิชาการจัดการที่เราจำเป็นต้องวิเคราะห์อย่างละเอียดจากปรากฏการณ์การสื่อสารจากภาคสนาม

การแสดงให้เห็นการใช้แนวคิดและทฤษฎีในชีวิตประจำวันและความแตกต่างของการใช้แนวคิดและทฤษฎีระหว่างตัวนักวิจัยและผู้ถูกศึกษา

ประเด็นนี้งานวิจัยเชิงคุณภาพในสังคมไทยพูดถึงน้อย งานวิจัยนี้ทำให้เห็นว่าจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใช้ความรู้จากการฝึกอบรมที่เป็นทฤษฎีจากสิ่งที่เขาเรียนมา ในการสนทนากับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร การใช้ทฤษฎีนี้เป็น “ปรากฏการณ์” ซึ่งเกิดขึ้นจริงและเกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ

การปฏิบัติเช่นนี้ต่างจากการใช้ทฤษฎีโดยนักวิจัยที่นำแนวคิดและทฤษฎีในรูปของตัวแปร ลงไปศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคม เราจะเห็นได้ว่าการใช้ทฤษฎีของนักวิจัยมีความห่างจากปรากฏการณ์ที่ศึกษามากกว่า การใช้ทฤษฎีโดยผู้ถูกศึกษาคือตัวจิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นสิ่งที่อยู่ในปรากฏการณ์ทางสังคมโดยตรง มิใช่เพียงแค่สะท้อนปรากฏการณ์ทางสังคมดังที่นักวิจัยสังคมศาสตร์บางกลุ่มมีความเชื่อ เพราะการปฏิบัติเช่นนั้นนักวิจัยไม่ได้ลงไปสัมผัสปรากฏการณ์ การใช้ทฤษฎีโดยการสื่อสารระหว่างจิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พูดคุยกับญาติผู้ดูแล น่าจะทำให้เราได้ข้อสรุปบางประการว่าทฤษฎีที่ถูกสร้างขึ้นใช้ได้หรือไม่ได้ ด้วยการดูจากการใช้จริงในชีวิตประจำวัน หรือสถานการณ์จริงซึ่งน่าจะแตกต่างจากการที่ตัวนักวิจัยนำทฤษฎีมาทดสอบเพื่อคัดเลือกตัวแปร แล้วนำตัวแปรในทฤษฎีเหล่านั้นไปทดสอบ

การประยุกต์ใช้วิธีวิทยาทางวิจัยสังคมศาสตร์ในทางการแพทย์และสาธารณสุข

ประโยชน์ข้อนี้มาจากฐานความเชื่อที่ว่า การจัดการปัญหาในเรื่องต่าง ๆ เราจำเป็นต้องอาศัยความรู้หลายชุดจากหลายสาขา ดังนั้นการผสมวิธีวิทยาทางวิจัยสังคมศาสตร์ศึกษา ในบริบทของการดูแลแบบประคับประคองซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ทำให้เกิดการพัฒนาคำถามและมโนทัศน์ต่อการแก้ปัญหาของคนได้ในสังคมเป็นอย่างดี

การประยุกต์ใช้ให้เข้ากับหลักพุทธศาสนา

พระพุทธศาสนา มองการเจ็บป่วยและความตายเป็นสัจธรรมหรือความจริงของชีวิต การช่วยเหลือผู้ป่วยถือเป็นวาระสำคัญของญาติผู้ดูแล เพราะผู้ป่วยจะได้ยกระดับจิตใจให้สูงขึ้นจากภาวะวิกฤต (Crisis) สู่อีกสภาวะที่ดีของชีวิตด้วยการ “ตายก่อนตาย” ซึ่งหมายถึง กิเลสในใจตายก่อนที่ร่างกายจะตายจริง ท่านพุทธทาสภิกขุเรียกภาวะดังกล่าวว่าเป็นการ “ช่วยให้ตกกระไดพลอยโจน” อาจถึงขั้นดับไม่มีเหลือคือ บรรลุนิพพานดังกวีนิพนธ์ที่พระธรรมโกศาจารย์ (พุทธทาสภิกขุ) ท่านได้นิพนธ์ไว้ ในปัจจุบันนี้ ถือเป็นแบบอย่างที่ดี และสร้างแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสำคัญยิ่งและมีค่าสูงสุดประการสุดท้ายที่มนุษย์ทุกคนควรจะได้รับก่อนละโลกนี้ไป การช่วยให้ผู้ป่วยกล้าเผชิญความตายอย่างสงบมิใช่เรื่องสุดวิสัย แต่จะต้องมีการฝึกฝนมาดีพอทั้งในส่วนของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพราะการปฏิบัติต่อความตายด้วยการ “ช่วยให้ตายดี” และ “เตรียมตัวตายดี” ล้วนขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในการมองชีวิตและความตายของทั้งสองฝ่ายเป็นสำคัญ (ประสาน ต่างใจ, 2539) อีกทั้งบริบทสังคมหรือสิ่งแวดล้อม ญาติมิตร ล้วนมีส่วนสำคัญยิ่ง ซึ่งพุทธศาสนามีทั้งหลักคำสอนและวิธีปฏิบัติที่จะช่วยให้ตายดีและเตรียมตัวตายดี

ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีส่วนช่วยในการทำนุบำรุงพระพุทธศาสนาในแง่ของความจริงแท้ของการดำรงชีวิตจวบจนกระทั่งการเผชิญความตายอย่างสงบ และเพื่อให้การใช้ประโยชน์จากงานวิจัยเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ผู้วิจัยได้วางแผนการถ่ายทอดหรือผลการวิจัยสู่กลุ่มเป้าหมายเมื่อสิ้นสุดการวิจัยด้วย

การต่อยอดทางการวิจัย

ในระหว่างนี้ศึกษาระดับปริญญาเอก ผู้วิจัยศึกษาและเขียนบทความเกี่ยวกับการสร้างทฤษฎีฐานรากจากรูปแบบและกระบวนการจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (รพ. เด็ก กรุงเทพมหานคร) ซึ่งบทความดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ Veridian E-Journal บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ฉบับภาษาไทยสาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ ปีที่ 8 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2558 ซึ่งอยู่ในฐานข้อมูล TCI (ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย: Thai-Journal Citation Index (TCI) Centre) เป็นการแสดงถึงการยอมรับเป็นนัยว่าผู้วิจัยควรวิจัยในเรื่องทำนองเดียวกัน การต่อยอดและถือเป็นการให้ความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐที่ดูแลเรื่องของการวิจัยระดับประเทศ

กรอบความคิดของงานวิจัย

การทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่กล่าวมา ผูกกับความเชื่อของผู้วิจัยที่ได้มาจากประสบการณ์ตรง นำไปสู่การกำหนดกรอบความคิดในการวิจัยดังนี้

ตามท้องถื่นการอนามัยโลกให้ความสำคัญกับปัญหาการเพิ่มขึ้นของปริมาณผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้าย การดูแลแบบประคับประคองจึงเข้ามามีส่วนสำคัญเพราะเน้นหลักการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นให้ผู้ป่วยและญาติเลือกการรักษา รับการดูแลตามที่ต้องการและเป็นการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผ่านการอบรมจากเครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธรักษาและสังคม ก็ได้รับการอบรมที่เน้นวิถีพุทธและการดูแลแบบประคับประคองด้วยการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเช่นเดียวกัน ส่งผลให้นำไปใช้ได้ดีในการศึกษามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแล เพราะงานวิจัยนี้ต้องการศึกษาว่าแนวคิดและทฤษฎีที่จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใช้ในการพูดคุยเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย เป็นการศึกษาด้านจิตและภาคปฏิบัติในการฝึกทักษะด้านการสื่อสารของจิตอาสา และในงานวิจัยนี้จิตอาสาจะเป็นผู้เลือกใช้ความรู้หรือทฤษฎีภายใต้สถานการณ์จริงที่ตนเองเผชิญ ดังนั้นวิธีการนำความรู้หรือทฤษฎีไปใช้ อาจไม่เหมือนกับจิตอาสาคนอื่นและอาจใช้หรือไม่ใช้ความรู้ที่ได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการ “อาสาข้างเตียง” จัดโดยเครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธรักษาและสังคม ก็เป็นไปได้

แต่งานวิจัยที่มีให้เห็นโดยทั่วไปจะเป็นการวิจัยตามกระบวนการทัศน์ เน้นการตรวจสอบทฤษฎี ผู้วิจัยลงไปเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย แต่เก็บข้อมูลต่างเวลา กล่าวคือเก็บข้อมูลจากจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายครั้งหนึ่งและเก็บข้อมูลจากญาติผู้ดูแลอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งเป็นกระบวนการเก็บข้อมูลแบบแยกเก็บการเก็บข้อมูลวิจัยแบบแยกเก็บนี้ ทำให้ผู้วิจัยเข้าถึงความจริงที่จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสร้างร่วมกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้เพียงแค่ว่าในระดับหนึ่ง ผลการวิจัยสะท้อนการมีปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจริงในระดับหนึ่ง แต่เป็นความจริงที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของการโต้ตอบอันเป็นการ

กระทำที่เราต้องพบในการสื่อสารแบบเห็นหน้าและทำให้ความรู้ที่เกิดขึ้นในระหว่างการพูดคุยสื่อสารสูญหายไป เช่น ความรู้เกี่ยวกับการใช้สีหน้า การใช้คำและประโยคที่ไม่อาจเข้าถึงได้ด้วยวิธีการเก็บข้อมูลด้วยการใช้แบบสอบถาม ประเด็นนี้จึงทำให้งานวิจัยนี้ต้องศึกษาด้วยกระบวนการที่ใช้นวัตกรรมเก็บข้อมูลด้วยการบันทึกการสนทนาและวิเคราะห์ข้อมูลที่ผู้วิจัยต้องรวมเรื่องการใช้ภาษาที่มีความเฉพาะการใช้สีหน้า การใช้อารมณ์ การประเมินและการจัดการเข้าไปด้วย การวิจัยลักษณะนี้จึงไม่ใช่การเข้าถึงความจริงตามแนวทางของทฤษฎีซึ่งเชื่อว่าความจริงมีหนึ่งเดียว แต่เป็นความจริงของคนที่มีส่วนนิยามสิ่งต่าง ๆ ร่วมกันและพยายามจัดการกับความจริงที่เกิดขึ้นชั่วขณะร่วมกัน

บทสรุป

การเข้าถึงความจริงของคนในสังคม จะต้องอาศัยการพูดคุยในชีวิตประจำวันเป็นหลัก แต่ งานวิจัยนี้ต้องการสร้างความรู้ในเรื่องโครงสร้างการสื่อสารและปฏิบัติการแบบประคับประคองของ อาสาข้างเตียงกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้าย ข้อมูลที่นำมาใช้ในการตอบคำถาม งานวิจัยนี้ ส่วนหนึ่งจะได้มาจากการพูดคุยของคุณสนทนาในเรื่องที่มีความอ่อนไหว ลึกซึ้งและง่ายต่อการกระทบกระเทือนจิตใจของคุณสนทนา ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าการสนทนาในประเด็นที่ละเอียดอ่อนเช่นนี้ จะเต็มไปด้วยเทคนิคและเป็นการพูดคุยที่มีความหมายเฉพาะการประยุกต์ใช้วิธีวิทยาที่สอดคล้องกับ วิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัยใช้ จึงมีความเหมาะสมและส่งผลให้งานวิจัยสะท้อนถึงความจริงได้ ไกลเคียงกับสิ่งที่ต้องการ



บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาถึงโครงสร้างการสื่อสารและปฏิบัติการแบบประคับประคองของจิตอาสาข้างเตียงกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้าย ข้อมูลที่ใช้ตอบคำถามการวิจัยหลัก ๆ จะเป็นการพูดคุยในเรื่องที่เกิดขึ้นจริงและสำคัญอย่างยิ่ง คือเรื่องญาติผู้ดูแลมีวิธีการจัดการรับมือกับการจากไปของป่วยระยะสุดท้ายที่อยู่ในการดูแลอย่างไร เป็นเรื่องที่มีความอ่อนไหว ลึกซึ้งและง่ายต่อการกระทบกระเทือนจิตใจของคู่สนทนา ผู้วิจัยเชื่อว่าการสนทนาในประเด็นที่ละเอียดอ่อนเช่นนี้จะเต็มไปด้วยเทคนิคและเป็นการพูดคุยที่มีความหมายเฉพาะ ดังนั้น การจะศึกษาและอธิบายในประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการพูดคุย จึงไม่ควรนำตรรกะง่าย ๆ มาใช้ทำความเข้าใจ

ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีวิทยาทางสังคมศาสตร์ได้แก่ วิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา (Conversation Analysis) เพราะสามารถเข้าถึงปรากฏการณ์ที่มีความซับซ้อนและให้ความสำคัญกับบริบทที่สร้างขึ้นในระหว่างการสนทนาของคนที่กำลังสื่อสารกันและแสดงให้เห็นถึงการสื่อสารทางสังคมที่แท้จริงในเชิงประจักษ์ เน้นถึงความจริงที่เกิดขึ้นของคู่สนทนาในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งและสามารถยืนยันความมีตัวตนของผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนได้ด้วยข้อมูลจากวิดีโอ ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนมีที่ไปที่ไป มีหลักฐานรายละเอียดตรงตามขอบเขตที่งานวิจัยกำหนด สามารถตรวจสอบเพื่อแสดงถึงความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้ ซึ่งเราอาจไม่เคยตั้งคำถามแบบนี้กับผู้ให้ข้อมูลหลักของงานวิจัยในบางกระบวนการทัศน์ ผู้วิจัยขอยกประเด็นนี้ไปอธิบายในบทที่ 4 วิธีวิทยาการวิจัยและการดำเนินการวิจัย และแม้ว่าบทที่ 2 นี้จะแสดงถึงแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยจะไม่ให้ความสำคัญกับแนวคิดและทฤษฎีที่มีอยู่มากจนเกินไป เพราะอาจทำให้เสียความเป็นธรรมชาติในการวิเคราะห์ข้อมูล

วัตถุประสงค์ของการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัย

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ในการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยจากแหล่งต่าง ๆ รวมทั้งสิ้น 7 ประการ ได้แก่

ประการที่ 1 เพื่อศึกษางานวิชาการในประเทศไทยเกี่ยวกับโครงสร้างการสื่อสาร การปฏิบัติการ แบบประคับประคองในการรับมือของญาติผู้ดูแลกับความตายของผู้ป่วยที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ว่ามีการศึกษาในแง่มุมใดบ้าง มีวิธีการศึกษาและวัตถุประสงค์ใด ซึ่งชี้ให้เห็นว่าในประเทศไทยยังขาดงานวิจัยในบริบทเดียวกันที่อาจต้องใช้วิธี

การศึกษาด้วยวิธีวิจัยวิธีอื่น เพื่อให้เกิดความแตกต่างรวมถึงวัตถุประสงค์ของการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีทฤษฎีและงานวิจัยในข้อนี้ มีความเป็นสากล เป็นการปฏิบัติเช่นเดียวกับงานวิจัยเชิงปริมาณ และงานวิจัยเชิงคุณภาพอื่น

ประการที่ 2 เพื่อเป็นการลดการคาดการณ์เหตุการณ์บางอย่างล่วงหน้า เนื่องจากผู้วิจัย จะไม่ตั้งข้อสมมติฐานก่อนว่าผู้ให้ข้อมูลจะให้ข้อมูลใด โดยอ้างอิงจากพื้นฐานใดหรือปัจจัยใดอย่างไร บ้าง การคาดการณ์ล่วงหน้าจะทำได้ยาก เพราะไม่สามารถรู้ข้อมูลต่าง ๆ ล่วงหน้าได้ รวมถึงการแสดงออก ถึงอารมณ์และกิริยาท่าทางต่าง ๆ ระหว่างการพูดคุยด้วย เช่น จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใช้ เทคนิคอะไรในการพูดคุยกับญาติผู้ดูแลต่อสิ่งที่ไม่แน่นอนในอนาคต ในกรณีนี้จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายเป็นผู้ควบคุมหัวข้อการสนทนาหรือไม่ และใช้เทคนิคอย่างไรในการเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ ซักถาม หากจิตอาสาเป็นผู้ควบคุมการพูดคุยให้เสร็จสิ้นลง จิตอาสาวิธีปฏิบัติอย่างไร การที่ผู้วิจัยจะตอบ คำถามเหล่านี้ได้ จะต้องวิเคราะห์ข้อมูล การใช้ภาษาพูดและท่าทางในระบบการผลัดเปลี่ยนกันพูด (Turn-Taking System) จากวิดีโอที่บันทึกหลายครั้ง เพื่อให้เห็นถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างจิตอาสาดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแล

เมื่อผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละเรื่องแล้ว จึงนำแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยไปเทียบเคียง จะเห็นได้ว่าการใช้แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัย ภายหลังจากที่ผู้วิจัยวิเคราะห์และประมวลข้อมูลแล้ว วัตถุประสงค์หลัก ของการใช้แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยในงานวิจัยนี้ จึงต่างจากการใช้แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยในงานวิจัย เชิงปริมาณอื่นที่นักวิจัยต้องอาศัยแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยตั้งแต่ ในช่วงต้น

ประการที่ 3 เพื่อเป็นการศึกษาโครงสร้างการสื่อสารและปฏิบัติการแบบประคับประคอง ที่เกิดขึ้นในการสนทนาระหว่างจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับญาติผู้ดูแล โดยความรู้ที่ได้ถือว่าเป็นการอนุมานสิ่งที่ต้องการศึกษาจากผู้ที่เกี่ยวข้องและมีปฏิสัมพันธ์เพื่อสร้างความจริงเกี่ยวกับแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย ความหมายที่เกิดขึ้นนี้ จึงมีที่มาจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการพูดคุยและการแสดงออก การแสดงปฏิกิริยา (Reaction) มากกว่าทักษะที่เกิดขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่พบว่า ทักษะเหล่านี้มักได้มาจากการแสดงความคิดเห็นในแบบสอบถาม ที่นักวิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎี ทักษะเกี่ยวกับที่มา มักจะถูกกำหนดและตีกรอบล่วงหน้าอย่างเข้มงวด จากแนวคิดและทฤษฎี มิใช่เป็นแนวทางที่ถูกสร้างขึ้นอย่างอิสระภายใต้บริบทของการสื่อสารเฉพาะ ระหว่างจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแลที่แท้จริง

การทบทวนแนวคิดและทฤษฎีของงานวิจัยนี้ จึงไม่ได้กระทำไปเพื่อหาตัวแปรมาสร้าง แบบสอบถาม และนำไปใช้กับญาติผู้ดูแลในการหาคำตอบเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย จากการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีทำให้ผู้วิจัยมีความรู้เบื้องต้นว่า ที่ผ่านมามีผู้กล่าวถึงแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยอย่างกว้างๆ ไว้อย่างไร

ประการที่ 4 เพื่อชี้ให้เห็นความสำคัญของการเลือกเทคนิคที่ได้จากการอบรมและการฝึกทักษะภาคปฏิบัติด้านการสื่อสาร เช่น คำพูดที่ควรพูด ทักษะการจัดลำดับการพูดคุย การเลือกใช้ประโยคคำถามที่ช่วยกระตุ้นความคิด ความเข้าใจของคู่สนทนาออกมา และเพื่อนำไปกำหนดเป็นกรอบของการตั้งคำถามอย่างกว้างสำหรับสัมภาษณ์จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเชิงลึก

ประการที่ 5 เพื่อใช้ทบทวนแนวคิดและทฤษฎี เพื่อแยกแยะว่าสิ่งใดคือสิ่งที่มาจากแนวคิดและทฤษฎีและเมื่อจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนำแนวคิดและทฤษฎีเหล่านี้ไปใช้ในสถานการณ์จริง จะสามารถนำไปปรับใช้ได้หรือไม่และใช้อย่างไร ซึ่งถือเป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีในระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์

การปฏิบัติเช่นนี้ ถือได้ว่าเป็นการนำทฤษฎีมาปรับใช้ในสถานการณ์จริง กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือเป็นการนำทฤษฎีที่กล่าวถึงมาเปรียบเทียบกับข้อมูลดิบ เมื่อมีผู้นำไปใช้ในสถานการณ์จริงจะเหมือนหรือต่างจากทฤษฎีที่อยู่ในรูปของงานเขียนเป็นเล่มที่ผ่านมาตามกระแสหลักอย่างไร การใช้แนวคิดและทฤษฎีในงานวิจัยนี้ จึงมิใช่เป็นไปเพื่อทดสอบสมมติฐาน เฉกเช่นในงานวิจัยเชิงปริมาณที่ถูกกำหนดจากแนวคิดและทฤษฎีตั้งแต่แรกเริ่ม งานวิจัยเชิงปริมาณกำหนดว่าผู้วิจัยเป็นผู้นำทฤษฎีไปใช้ แต่งานวิจัยชิ้นนี้แสดงให้เห็นว่าจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้นำทฤษฎีไปใช้ ผู้วิจัยทำหน้าที่เพียงตรวจสอบว่าผู้ที่นำทฤษฎีไปใช้นำไปใช้หรือไม่ อย่างไร และสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง คืองานวิจัยนี้จะให้คำอธิบายว่าแนวคิดและทฤษฎีจะมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับวิธีการที่นำไปใช้ กล่าวคือจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนำทฤษฎีที่ได้จากการฝึกอบรมไปใช้ในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่

ประการที่ 6 เพื่อใช้เป็นแนวทางการสังเกต แม้ว่างานวิจัยนี้จะไม่นับถึงการเก็บข้อมูลด้วยการสังเกต แต่จากการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีช่วยสะกิดและเตือนให้ผู้วิจัยมีความไวเชิงทฤษฎี (Theoretical Sensitivity) และจำเป็นต้องใช้การสังเกตร่วมด้วย เช่น เมื่อผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกกับจิตอาสา ผู้วิจัยควรสังเกตว่าจิตอาสา มีความอึดอัดหรือลำบากใจในการทำกิจกรรมในเรื่องใดบ้าง เนื่องจากความลำบากในการดำเนินกิจกรรมเช่นนี้ อาจสะท้อนถึงรูปแบบการฝึกอบรมหรือความเหมาะสมในการใช้เป็นบทเรียนหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการอบรมจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป

ประการที่ 7 เพื่อใช้ในการอภิปรายผลเป็นแนวทางการวิเคราะห์ ว่าสิ่งที่ผู้วิจัยศึกษาไปสอดคล้องกับแนวคิดและทฤษฎีหรือไม่อย่างไร มีประเด็นใดที่พ้องกับแนวคิด ทฤษฎีตลอดจนความเชื่อของสังคมไทย ผู้วิจัยต้องการชี้ให้เห็นว่า การดำเนินการตามข้อนี้ มิได้เป็นไปเพื่อทดสอบสมมติฐานเหมือนกับการงานวิจัยเชิงปริมาณอื่น เนื่องจากจะไม่มีกรอบการทดสอบตัวแปรมาจากทฤษฎีแล้วศึกษาความสัมพันธ์ มิได้มีแนวคิดและทฤษฎีเป็นที่ตั้งก่อนการวิเคราะห์การสนทนา

กล่าวโดยสรุป การใช้แนวคิดและทฤษฎีในงานวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเฉพาะ ผู้วิจัยจะไม่อ่านหรือทำความเข้าใจในทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเป็นการเจาะจง ไม่ยึดทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งอย่างเข้มงวด เพราะงานวิจัยนี้ไม่ต้องการให้ความรู้จากทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งครอบงำความคิดเวลาวิเคราะห์ข้อมูล ไม่เป็นแนวทางแก่ผู้วิจัยว่าผู้วิจัยควรวิเคราะห์สิ่งใดในบทสนทนาเพื่อให้ตรงกับสิ่งที่แนวคิดและทฤษฎีกล่าวไว้ มิได้ต้องการทดสอบทฤษฎีดังเช่นงานวิจัยเชิงปริมาณทั่วไป การตรวจสอบความมีประสิทธิภาพของทฤษฎีที่งานวิจัยนี้จะชี้ให้เห็นว่า วิธีวิทยาของงานวิจัยเชิงคุณภาพ มิใช่เพียงช่วยสะท้อนปรากฏการณ์ตามที่นักวิชาการส่วนใหญ่เข้าใจ แต่สามารถใช้ตรวจสอบความมีประสิทธิภาพของทฤษฎีด้วย ว่าสามารถนำไปใช้ได้จริงหรือไม่ การตรวจสอบก็ไม่จำเป็นต้องอาศัยแบบสอบถาม แต่เป็นการตรวจสอบความสามารถของทฤษฎีโดยตรง ในเหตุการณ์จริง ณ เวลาเฉพาะ

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างการสื่อสารและปฏิบัติการ แบบประคับประคองของจิตอาสาข้างเตียงกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้าย

ผู้วิจัยจำแนกแนวคิดและทฤษฎีซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน โดยเป็นแนวคิดและทฤษฎีที่นำมาใช้ศึกษาถึงโครงสร้างการสื่อสารที่นำมาซึ่งแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยโรค NCDs ระหว่างจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแล นอกจากนั้นยังทบทวนแนวคิดและทฤษฎีเพื่อแยกแยะว่าสิ่งใดคือสิ่งที่มาจากแนวคิดและทฤษฎีและเมื่อจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนำแนวคิดและทฤษฎีเหล่านี้ไปใช้ในสถานการณ์จริง จะสามารถนำไปปรับใช้ได้หรือไม่และใช้อย่างไร แต่จะไม่เน้นเรื่องการป้องกันตนเองจากโรค NCDs

ส่วนที่ 1 การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

ส่วนที่ 2 ที่มาและการเตรียมความพร้อมจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของเครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธานุศาสน์และสังคม

ส่วนที่ 3 การสื่อสารระหว่างบุคคล เพื่อเป็นการทบทวนให้เห็นว่าการสื่อสารมีความสำคัญอย่างไรและมีบทบาทอย่างไรในการเยียวยาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

นิยามและความหมาย “ผู้ป่วยระยะสุดท้าย”

ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดหนักลงเรื่อย ๆ อย่างต่อเนื่อง (Max Watson, Caroline Lucas, Andrew Hoy and Jo Wells, 2009) หากจะกำหนดระยะเวลาที่จัดเป็นระยะสุดท้ายใกล้ตายของชีวิต โดยทั่วไปในทางการแพทย์ คือ ระยะ 6 เดือนสุดท้ายก่อนที่จะถึงแก่ความตาย (a person during the final six months of life) (Belinda Poor and Gail P. Poirrier, 2007) ซึ่งภายในช่วงระยะเวลานี้ ผู้ป่วยอาจมีอาการหนักและอาจเสียชีวิตได้ตลอดเวลา

ประเด็นที่สำคัญ จะรู้ได้อย่างไรว่าเป็น 6 เดือนสุดท้ายของชีวิต เพราะว่าความตายนั้น ไม่อาจมองเห็นหรือกำหนดระยะเวลาได้ เช่น ในกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีอาการของโรคในระยะลุกลามหรือระยะแพร่กระจาย จะปรากฏอาการทางร่างกายและมีความรุนแรงที่แสดงออกมาให้เห็นอย่างชัดเจน ในกรณีนี้ อาจสามารถทำนายระยะสุดท้ายของผู้ป่วยได้ (โดยทั่วไปอาจอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน) แต่ในภาวะอื่น ๆ เช่น โรคสมองเสื่อม โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคทางปอด โรคตับแข็งหรือโรคไตวาย ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่อาจมีอาการกำเริบเฉียบพลันได้ในบางครั้ง จึงเป็นการยากที่จะกำหนดหรือทำนายถึงวาระสุดท้ายของชีวิตได้ แต่ก็อาจถือว่าเป็นระยะสุดท้ายของชีวิตได้ หากอาการป่วยนั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อีกทั้งผู้ป่วยมีแนวโน้มทรุดลงเรื่อย ๆ อย่างสม่ำเสมอ (Levey et al., 2003) และมีอาการต่างๆ ที่บ่งชี้ถึงการมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน ซึ่งต้องทนทุกข์ทรมานต่อความเจ็บปวด ทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Noble et al., 2010)

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีอาการหรือส่วนที่เป็นลักษณะสำคัญ 4 ประการ คือ

ประการที่ 1 ผู้ป่วย (Patient) คือ เป็นผู้มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคอย่างใดอย่างหนึ่งหรือเป็นผู้ที่กำลังอยู่ในระหว่างการรักษาโรคจากแพทย์

ประการที่ 2 อาการของโรค คือ โรคหรืออาการของผู้ป่วยกำลังอยู่ในระยะสุดท้ายของโรคนั้น ๆ ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้ เช่น เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โรคสมองเสื่อมระยะสุดท้าย โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นต้น

ประการที่ 3 ระยะเวลา คือ ระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย ก่อนที่ผู้ป่วยจะตาย โดยทั่วไปตั้งแต่ 1 วันสุดท้ายไปจนถึง 6 เดือนสุดท้ายของชีวิต

ประการที่ 4 คำวินิจฉัยแพทย์ ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่ตายตามคำวินิจฉัยนั้น ก็ถือว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายเช่นเดียวกัน

ลักษณะอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ในทางการแพทย์แผนปัจจุบันได้มีการศึกษาอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้แตกต่างกันมากมาย (สิรินทร์ ศาสตราวุธรักษ์และคณะ, 2547) แต่เมื่อกล่าวโดยสรุปพบว่า มีอาการที่สำคัญ 2 ด้าน ดังนี้

อาการทางกาย

ลักษณะอาการทางกายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พบ จะมีลักษณะแตกต่างกันไปตามอาการของโรคในระยะสุดท้ายนั้น เช่น ผู้ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ย่อมมีอาการทางกายแตกต่างจากผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายย่อมมีอาการทางกายแตกต่างจากผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้าย แต่จากการศึกษาอาการทางกายของผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายในแต่ละรายของ Mount Sinai Hospital and Casey House Hospice (Puntillo, and Standard, 2001) สรุปไว้ว่า แม้ว่าอาการที่แสดงออกทางกายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีความแตกต่างกันตามอาการของโรค แต่โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย มักจะมีอาการเหล่านี้ที่แสดงถึงระยะสุดท้ายของชีวิต (Wright, et al., 2008) ได้แก่

1.1 อาการหลับ ผู้ป่วยใกล้ตายจะดูเหมือนไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งรอบตัวได้และใช้เวลาส่วนมากในการนอนหลับนิ่ง ๆ

1.2 ความต้องการอาหารและน้ำลดลง ผู้ป่วยใกล้ตายจะมีความต้องการอาหารและน้ำลดลงจนกระทั่งร่างกายไม่รู้สึกรู้สีกต้องการทั้งอาหารและน้ำต่อไป

1.3 อุณหภูมิของร่างกายจะลดลงและสีของผิวหนังผิดปกติ เช่น มือ แขน และเท้าของผู้ป่วยใกล้ตายจะเย็น การไหลเวียนของโลหิตที่น้อยลงทำให้สีของผิวหนังเปลี่ยนไป

1.4 ความจำเลอะเลือน สับสน ไม่รู้เวลา สถานที่

1.5 อาการทุรนทุราย ผู้ป่วยอาจทำอาการทุรนทุรายซ้ำ ๆ เช่น ยกมือขึ้นลงบ่อย ๆ

1.6 ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายทั้งหนักและเบาได้ เพราะกล้ามเนื้อที่ควบคุมอวัยวะบริเวณดังกล่าวอ่อนแรงลง

1.7 ปัสสาวะลดปริมาณลง ผู้ป่วยใกล้ตายจะมีปัสสาวะลดลง เนื่องจากการดื่มน้ำน้อยลงรวมทั้งการหมุนเวียนของโลหิตจากไตลดลง

1.8 อาการน้ำคั่ง ผู้ป่วยทำเสียงเหมือนพยายามดูดน้ำจากหลอดดูด เพราะร่างกายผู้ป่วยไม่สามารถไอหรือขับเสมหะออกมาได้เอง ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยหรือหายใจไม่ออก

1.9 การหายใจผิดปกติ อาจมีอาการหายใจตื้นๆ หยุดหายใจเป็นช่วงๆ (Apnea) หรือหายใจเร็วกระชั้นแบบ Cheyne-Stokes หรือ Kussmaul Breathing ก็ได้ เนื่องจากภาวะความเป็นกรดต่างในเลือดผิดปกติ การใส่ท่อช่วยหายใจหรือสายคาจุมูกเพื่อให้ออกซิเจนจึงไม่มีประโยชน์เพราะแท้จริงแล้วผู้ป่วยไม่ได้ขาดออกซิเจน แต่ผู้ป่วยมีภาวะเลือดเป็นพิษภายหลังจากอวัยวะต่าง ๆ ทำงานไม่ปกติ

อาการทางจิต

นักจิตแพทย์ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยในเมืองชิคาโก ประเทศสหรัฐอเมริกาและสรุปอาการทางจิต ซึ่งเป็นปฏิกิริยาของผู้ป่วยเมื่อได้รับข่าวร้าย โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบ่งได้เป็น 5 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การปฏิเสธและการช็อก (Denial and Shock) อาการแรกของผู้ป่วยเมื่อรับทราบผลการวินิจฉัยว่าตนเองจะต้องเสียชีวิต คือ ช็อก โดยช่วงแรกอาจสงสัยว่าจริงหรือไม่ วินิจฉัย

ผิดพลาดหรือไม่ ผู้ป่วยบางรายอาจตกใจและมีอาการงุนงง แล้วจึงมีปฏิกิริยาต่อต้านการวินิจฉัยโรค และบางรายอาจไม่ยอมรับไปตลอดว่าเรื่องที่เกิดเป็นความจริง

ระยะที่ 2 การโกรธแค้น (Anger) ผู้ป่วยจะรู้สึกโกรธ คับข้องใจ หงุดหงิด หรือโกรธแค้นที่ตนเองจะต้องตาย เกิดความรู้สึกว่า “ทำไม” ตลอดเวลา ซึ่งเป็นการหาสาเหตุเพื่อระบายความผิดหวัง อาจโทษแพทย์ผู้รักษา โทษพยาบาล โทษญาติ โทษกรรมพันธุ์ โทษสิ่งแวดล้อม รวมถึงอาจโทษไปถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ไม่ช่วยเหลือน

ระยะที่ 3 การต่อรอง (Bargaining) ระยะนี้ผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับผลการวินิจฉัย และมีความคาดหวังว่าจะหายได้ จึงยอมรับการรักษาทั้งทางแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์ทางเลือกหรือแพทย์แผนโบราณ และมีการหาที่พึ่งทางใจ เช่น การต่อรองให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วย และหวังว่าการทำความดี อุทิศตนเพื่องานศาสนา ทำพิธีต่ออายุ หวังปาฏิหาริย์ต่างๆ เนื่องจากยังยอมรับไม่ได้ที่ชีวิตจะต้องจบลง

ระยะที่ 4 อาการซึมเศร้า (Depression) ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า เพราะไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเผชิญความตายได้ มีความรู้สึกหมดหวัง อาจคิดฆ่าตัวตาย เศร้า ท้อแท้ หมดแรง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หมดกำลังใจที่จะดำรงชีวิตต่อไป

ระยะที่ 5 การยอมรับ (Acceptance) ระยะนี้ผู้ป่วยจะรู้ว่าความตายเป็นกฎของธรรมชาติที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ สามารถพูดเรื่องความตายได้ พิจารณาเห็นสิ่งที่ดีๆ ในความตาย มีความสุขกับเวลาที่เหลือ

ในการจัดเป็น 5 ระยะนี้ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีบางระยะ เช่น ไม่ต่อรองใดๆ แต่ซึมเศร้าทันที แต่ละระยะอาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยบางรายไม่เท่ากัน และไม่พร้อมกัน บางรายอาจปฏิเสธความจริงไปตลอดชีวิต และในบางรายอาจยอมรับความจริงได้เร็ว ปฏิกริยาบางอย่างอาจย้อนกลับได้เปลี่ยนแปลงได้ เช่น ตอนทราบผลการวินิจฉัยผู้ป่วยยอมรับได้ แต่พออาการเริ่มทรุดหนัก เช่น เดินไม่ได้ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง อารมณ์เปลี่ยนแปลงเป็นโกรธหรือซึมเศร้าได้ใหม่ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ครอบคลุม ยืดหยุ่นและสามารถเกิดขึ้นได้ (Prilleltensky, I., 2006) ซึ่งทั้งอาการทางกายและอาการทางจิตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น ย่อมส่งผลต่อการดูแลของญาติผู้ดูแลที่จะต้องรับรู้ สังเกต และทำความเข้าใจเพื่อดูแลอย่างประคับประคองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน วิธีการที่ยอมรับกันและให้นำมาใช้เป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ “การดูแลแบบประคับประคองโดยองค์รวม” จะเห็นว่า การดูแลผู้ป่วยแบบนี้เป็นการนำหลักการดูแลสุขภาพที่สำคัญ 2 วิธีมาผสมผสานกัน คือ (1) การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) และ (2) การดูแลแบบองค์รวม (holistic care) ซึ่งมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

1. การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)

คำว่า “holistic care” และ “end-of-life care” เป็นคำที่มีความหมายเดียวกัน (synonyms) กับคำว่า “palliative care” ซึ่งแปลว่า การดูแลแบบประคับประคอง คือ การพยาบาลหรือการดูแลผู้ป่วยในทางการแพทย์ ที่มุ่งให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการของผู้ป่วยมากกว่าการรักษาที่สาเหตุของโรค เพราะผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มักจะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กำลังอยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต มักเป็นอาการป่วยที่บุคลากรทางการแพทย์วินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยมีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อลด คลาย หรือบรรเทาอาการที่ไม่พึงประสงค์ และเพื่อให้เกิดความสุขสบาย มีสภาพแวดล้อมที่อบอุ่นใจ สำหรับวันสุดท้ายหรือสัปดาห์สุดท้ายของชีวิต (Rousseau, 2003) กล่าวคือ เป็นการดูแลผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิตให้สามารถเผชิญหน้ากับความตายได้อย่างไม่หวาดหวั่นพรึงพรึง และสามารถตายได้อย่างสงบสุข (Connor, 2009)

จากการศึกษางานวิจัยที่กล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่ใช้ในประเทศแคนาดา (Canadian Hospice Palliative Care Association) ซึ่งสนับสนุนคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก (WHO) และชี้ให้เห็นว่าการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตในทุกมิติ (Gruneled, et al., 2004) มีองค์ประกอบ ดังนี้

1. เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ (Patient-Family Focused) เพราะผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ครอบครัวจึงเป็นส่วนสำคัญในการดูแลและจัดการเกี่ยวกับกระบวนการตายที่จะเกิดกับผู้ป่วยในเวลาอันใกล้

2. การดูแลที่มีคุณภาพสูง (High Quality) การดูแลแบบประคับประคองจะใช้หลักจริยธรรม ในการประเมิน บอกความจริง และมีความเป็นส่วนตัว มาตรฐานการปฏิบัติขึ้นกับหลักการที่ได้รับการยอมรับ และได้มาตรฐานของวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

3. ปลอดภัยและมีประสิทธิผล (Safe and Effective) สถานที่ที่พักรับรองสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจะสามารถไว้วางใจได้ มีความเป็นส่วนตัว ปราศจากการการคุกคามหรืออคติ

4. สามารถเข้าถึงสถานพยาบาลได้เท่าเทียมกัน (Accessible) รวมถึงการใช้เวลาเข้าถึงพื้นที่บริการเพื่อรับการดูแลแบบประคับประคอง ถึงแม้จะอยู่ที่บ้านหรือไม่ว่าที่ใดก็สามารถเข้าไปใช้บริการได้ในสถานพยาบาลใกล้เคียง

5. การมีทรัพยากรอย่างเพียงพอ (Adequately Resource) ได้แก่ การเงิน ทรัพยากรมนุษย์ แหล่งข้อมูล กายภาพ และการติดต่อสื่อสาร เป็นต้น

6. ความร่วมมือ (Collaborative) มีการสื่อสารระหว่างคณะทำงานสำหรับสถานที่ดูแลผู้ป่วย เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในองค์กรร่วมกับพันธมิตร

7. ให้การดูแลบนฐานความรู้ (Knowledge Based) ให้การศึกษาอย่างต่อเนื่องทั้งแก่ผู้ป่วย ครอบครัว ญาติผู้ดูแล เจ้าหน้าที่และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพราะบุคคลเหล่านี้ล้วนมีความสำคัญต่อการจัดการดูแลให้การดูแลแบบประคับประคองมีคุณภาพสูงขึ้น

นอกจากนั้น เอส.เอ แล็ค (S.A. Lack) ได้กล่าวถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่มีการนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีวิธีการดังนี้ (Lack, 1977)

1. ดูแลผู้ป่วยแบบครอบคลุม (Total Care) เป็นการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย (Individual Care) ในฐานะบุคคลที่มีความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

2. ควบคุมอาการต่าง ๆ อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค และจากการวินิจฉัยโรค ควบคุมผลการวินิจฉัยด้วยความระมัดระวัง เพราะผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดความสะเทือนใจง่าย ดังนั้นการควบคุมอาการต่าง ๆ จึงรวมไปถึงการป้องกันมิให้ผู้ป่วยได้รับการกระทบกระเทือนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

3. ควบคุมความเจ็บปวด ซึ่งมีใช้ความเจ็บปวดทางด้านร่างกายเท่านั้น แต่รวมไปถึงความเจ็บปวดในรูปแบบอื่นๆ ด้วย เช่น ความเจ็บปวดด้านจิตใจ เศรษฐกิจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นต้น ซึ่งมีหลักในการควบคุมความเจ็บปวด ดังนี้ (1) ควบคุมความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง ไม่ต้องรอให้ปวดแล้วจึงให้ยา เพราะเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวลให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความกลัวและกังวลว่าจะเจ็บปวดอีกซึ่งความทุกข์ทรมานจากความคิดถึงความเจ็บปวด จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น (2) ให้ผู้ป่วยตื่นมีสติอยู่กับครอบครัว และเพื่อน โดยไม่หายาที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่สภาพหลับตลอดเวลา (3) ให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างคนปกติ เจ็บปวดน้อยที่สุด และ (4) ให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย มีอิสระในการเคลื่อนไหว จึงนิยมให้ยาทางปากหรือยาเหน็บทางทวารหนัก

4. ให้การประคับประคองจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยไม่ทอดทิ้ง รั้งฟังและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย

5. ให้การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยในระหว่างกระบวนการเศร้าโศกที่เกิดขึ้นจากการสูญเสีย โดยให้การประคับประคองดูแล ทั้งก่อนผู้ป่วยเสียชีวิตและภายหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว

จะเห็นว่า วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ทั้งที่ประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศแคนาดา เป็นวิธีการที่มีลักษณะเป็นองค์รวมที่เน้นให้ความสำคัญในทุกๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย คณะแพทย์หรือพยาบาล จิตอาสา และญาติพี่น้อง ซึ่งล้วนมีบทบาทสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งสิ้น ซึ่งในประเทศไทยก็ให้ความสำคัญกับ “การแพทย์แนวมนุษยนิยม” (Humanistic Medicine) หมายถึง การดูแลสุขภาพและการบำบัดรักษาที่เน้นให้ความสำคัญกับ “ภาวะความเป็นมนุษย์” ของแต่ละบุคคลเป็นสำคัญนั่นก็คือ เน้นการบำบัด ดูแล รักษาโดยเน้นหรือให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นสำคัญ ในแง่นี้แพทย์หรือพยาบาลจึงทำหน้าที่เป็นเพียงเป็น “ที่ปรึกษาทางการแพทย์” เท่านั้น ส่วนผู้ป่วยเป็นกลายเป็นผู้ดูแลและบำบัดรักษาด้วยตนเอง (ราชบัณฑิตยสถาน, 2540)

1. การดูแลแบบองค์รวม

การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) แท้จริงแล้ว วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองดังกล่าวข้างต้น มีหลักการและวิธีการที่เป็น “การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (holistic health care) อยู่ในตัว ดังที่ได้กล่าวแล้ว แต่เพื่อให้เห็นวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยองค์รวมให้ชัดเจนและละเอียดมากยิ่งขึ้น (Thomas Lathrop Stedman, 1995) โดยในแต่ละมิติมีวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองดังนี้ (ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, และคณะ , 2550)

1. การดูแลแบบประคับประคองในมิติทางด้านร่างกาย

เป็นมิติที่แสดงอาการออกมาอย่างชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นภายนอกร่างกายหรืออวัยวะภายนอกที่สามารถมองเห็นได้ หรือภายในร่างกายหรืออวัยวะภายใน เช่น ปอด ตับ ลำไส้ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ร่างกายโดยรวมจะมีการแสดงออกอย่างชัดเจน เช่น ชูบขีด ผอมแห้ง ร่างกายเน่าเปื่อย เจ็บปวดอย่างรุนแรง เป็นต้น การดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิตินี้ จึงให้ความสำคัญต่อการทำให้ผู้ป่วยคลายความทรมานอย่างเต็มที่ มากกว่าการใช้เครื่องช่วยพยุงชีวิต การดูแลมิติทางด้านกายที่ไม่เพียงพอจะมีผลกระทบต่ออารมณ์ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย อีกทั้งยังผลทำให้ไม่สามารถเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบได้ (Clarke, et al., 2003) ดังนั้นการดูแลมิติทางด้านร่างกาย จึงมีความสัมพันธ์กับความรู้ความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลและผู้ให้การรักษาสามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ถูกต้องเหมาะสมขึ้น อันจะเป็นผลดีอย่างยิ่งต่อผู้ป่วย เพราะสามารถลดการรักษาที่ไม่จำเป็น

2. การดูแลแบบประคับประคองในมิติทางด้านจิตใจ

การดูแลผู้ป่วยที่กำลังจากไป รวมทั้งการที่ต้องเผชิญกับการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้บุคคลรอบข้างในลักษณะต่าง ๆ อาจทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกขัดแย้ง เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง ฯลฯ สิ่งเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่อาจเกิดขึ้นได้ตามปกติ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ยุ่ยาวนาน หรือเป็นผู้ป่วยที่ต้องเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร สิ่งสำคัญคือจะปรับทำอย่างไรกับสภาพเหล่านี้ หลายคนใช้วิธีการปฏิเสธหรือละทิ้งความรู้สึกที่เกิดขึ้น (emotionally disengaging) การทำเช่นนี้อาจส่งผลให้เกิดอาการเฉา (emotionally distancing) และมีผลต่อทักษะการเข้าถึงความรู้สึกและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวอีกด้านหนึ่ง การที่จะช่วยรักษาจิตใจของญาติผู้ดูแลคือ จะต้องเข้าใจธรรมชาติของชีวิตและของโรค ญาติผู้ดูแลควรทำหน้าที่ของตนให้เต็มที่ทั้ง curative care และ holistic care และเข้าใจว่าอาจมีปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ อีกมากที่ทำให้ผลที่ได้ไม่เป็นไปตามที่ต้องการ(หลักอุเบกขา) ส่วนการดูแลจากภายนอกเช่นการจัดตั้งกลุ่มจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่อาจมีการช่วยเหลือกันโดยการร่วมรับรู้เรื่องราวที่ผ่านมา (sharing narrative) ซึ่งสามารถช่วยในการทำความเข้าใจปัญหา ลดความตึงเครียดด้วยการพูดคุย มีการเรียนรู้เกี่ยวกับความตาย โดยเป็นการจัดกิจกรรมเรียนรู้ศาสตร์ต่าง ๆ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เน้นให้มี

การสำรวจและสะท้อนความรู้สึกที่แท้จริงภายใน (Personal Reflection) อันนำไปสู่การพัฒนาความเข้าใจเรื่องชีวิตและความตายอย่างแท้จริง (Clarke et al., 2003)

3. การดูแลแบบประคับประคองในมิติทางด้านสังคม

การดูแลญาติผู้ดูแล ครอบครัวและผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องถือว่าเป็นหน่วยเดียวกัน (Unit of care) มิติทางสังคมจึงมีผลต่อผู้ป่วยอย่างมาก โดยเฉพาะสังคมที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย คือ ครอบครัวของผู้ป่วยเอง ครอบครัวจึงถือว่าเป็นสังคมที่มีอิทธิพลต่อจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมาก (Michael Peters, 2008) ผู้ป่วยบางรายไม่อาจมีชีวิตอยู่ หรือไม่มีกำลังใจที่จะอยู่ มาจากครอบครัวเป็นสำคัญ จะเห็นว่าภาวะจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สำคัญมากอย่างหนึ่ง คือ ความรู้สึกโดดเดี่ยว หรือไม่อยากตายอย่างโดดเดี่ยวนั่นเอง (Edwards,B.,&Clarke,V.,2004) ดังนั้นคำว่า “ครอบครัว” ในที่นี้หมายถึง บุคคลใกล้ชิดที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งตามหลักการแบบประคับประคองในมิติทางด้านสังคมหรือครอบครัวของผู้ป่วย (Horowitz, A., 2005) โดยทั่วไปมีหลักการสำคัญ 3 ประการ ดังนี้

3.1 การได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย (Access) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดีควรส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นในครอบครัว จากการศึกษาการเยี่ยมเป็นการช่วยเหลือด้านจิตใจสำคัญสำหรับผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ที่มักกลัวการถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยต้องการได้อยู่ท่ามกลางคนที่รักในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว เนื่องจากเวลาที่เหลืออยู่อย่างจำกัดอาจเป็นโอกาสสุดท้ายที่ได้แสดงความรู้สึกที่ติดค้างกัน ได้กล่าวคำอำลาสั่งเสียหรือให้อโหสิกรรมต่อกัน (วรรณภา จารุสมบุญ และวริสา กริชไกรวรรณ, 2550)

3.2 การให้ข้อมูลและการสนับสนุน (Information and Support) ควรมีการสื่อสารและให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะ การทราบข้อมูลอย่างเหมาะสมทำให้ครอบครัวสามารถปรับตัว วางแผนอนาคตได้ดีขึ้น ทั้งส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจการดูแลที่สูงขึ้น (Belinda, 2001) การสื่อสารที่ดีควรเป็นสองทาง โดยเริ่มจากการประเมิน และรับฟังความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การให้ข้อมูล ก็ควรมีวิธีการที่เหมาะสม สำหรับการป่วยเฉียบพลันข้อมูลต่างๆ ที่ยังสับสน ควรมีการกำหนดบุคคลที่ครอบครัวจะมาติดต่อพูดคุยให้ชัดเจน

3.3 การมีส่วนร่วมในการดูแล (Involvement Caregiving Activities) การที่จะสามารถปรับบทบาทของครอบครัวจากผู้ที่ต้องได้รับการดูแลมาเป็นส่วนหนึ่งของทีมที่ดูแลได้ โดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การกระทำด้วยความรักทำให้ผู้ป่วยมีความอบอุ่นและรู้สึกถึงควมมีคุณค่า ส่วนครอบครัวที่ได้ดูแลจะรู้สึกว่าได้ทำสิ่งที่เป็นประโยชน์เสริมความเข้มแข็งในตัวเอง และสามารถก้าวผ่านความเศร้าโศกและความสูญเสียได้ดีขึ้น (รวี เตือนดาว, 2547) การดูแลอาจเป็นเรื่องเล็กๆ เช่น การบีบนิ้ว การอ่านหนังสือให้ฟัง หรือสิ่งที่ต้องใช้ทักษะเช่น การช่วยพลิกตัว การดูดเสมหะ ตลอดจนเรื่องที่ยากกว่า เช่นการช่วยเช็ดตัวและแต่งกายผู้ป่วยหลังเสียชีวิตในทาง

จิตวิทยาแล้ว สิ่งเหล่านี้ถือเป็นการเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (Family Intervention) ในการดูแลอย่างหนึ่ง

4. การดูแลแบบประคับประคองในมิติทางด้านจิตวิญญาณ

คำว่า “จิตวิญญาณ” (Spiritual) หมายถึง ส่วนที่ลึกซึ้งของจิตใจ เป็นความรู้สึกที่บุคคล แต่ละคนผูกพัน ยอมรับ รัก ยกย่อง บูชา อะไรบางอย่างและความรู้สึกดังกล่าวก็ทำให้เกิดพลังใจ เกิดความหวัง ความสงบสุขแก่บุคคลนั้น เช่น คนบางคนมีความศรัทธาทางศาสนา ศาสนาจึงอาจเป็นจิตวิญญาณของตนได้ แต่หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเพียงพอจะมีผลกระทบต่อมิติสุขภาพะ ด้านอื่นๆ

จะเห็นว่า การดูแลแบบประคับประคองจะพยายามเข้าใจภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย แสดงออกถึงการให้ความสำคัญต่อเรื่องความเป็นอิสระ เป็นตัวเองของบุคคล (Autonomy) ความแตกต่างเฉพาะตัวบุคคล และถือเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพแห่งการบริการสุขภาพ (Jo, 2007) ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลละเลยความเป็นองค์รวม โดยมุ่งแต่จะรักษาดูแลเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง ก็จะส่งผลกระทบต่อบุคคลนั้นทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล หวาดกลัว ท้อแท้ สิ้นหวัง เพราะบางต่อปัญหา รู้สึกว่าเหวโตนเดียว ทำให้อาการป่วยไข้ทรุดลงหรือไม่ตอบสนองการรักษา หรืออาจถึงขั้นปฏิเสธการรักษาก็ได้

ดังนั้น เมื่อแยกพิจารณาวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยองค์รวมแล้ว จะทำให้เห็นภาพในแต่ละมิติที่ชัดเจน ซึ่งแต่ละมิติความสัมพันธ์และมีความสำคัญต่อมิติอื่นๆ ในการดูแลแบบประคับประคองจะขาดมิติใดมิติหนึ่งไม่ได้ ทุกมิติจะต้องได้รับการตอบสนองที่เท่าเทียมกันหรือใกล้เคียงกัน และเมื่อนั้นจะนำผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปสู่จุดหมาย คือ การตายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี

จุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญคือ การรักษาเกียรติและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ป่วยแม้จะอยู่ในอาการป่วยหนัก แต่ก็ยังมีความสำคัญในฐานะเป็นมนุษย์คนหนึ่ง ที่มีสติปัญญา มีความรู้ มีความสามารถที่จะคิด พุดและทำตามที่ต้องการได้ด้วยตนเอง ดังนั้น แม้เขาจะอยู่ในอาการป่วยหนัก แพทย์หรือพยาบาลผู้รักษา ก็ควรเอื้ออำนวยให้เขาอยู่ในสภาพที่เหมือนว่ายังพอช่วยเหลือตัวเองได้ ควรให้เขาอยู่ในสภาพดูดีจนกระทั่งวาระสุดท้ายแห่งชีวิต การเสียชีวิตอย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย จึงเป็นจุดหมายที่สำคัญที่สุด (สุรีย กกาญจนวงศ์, 2551) เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่สามารถรักษาให้หายได้ วิธีการ ที่นำมาใช้ในการดูแลรักษาจึงเป็นวิธีการแบบประคับประคองชีวิตของผู้ป่วยให้ไปถึงจุดสิ้นสุดของชีวิตอย่างสงบที่เรียกว่า “การตายที่ดี” หรือ “การตายอย่างมีความสุข” (Good death or Dying well) คือ การตายที่ได้รับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตที่มุ่งบรรเทาอาการเจ็บปวดให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด และสอดคล้องกับความปรารถนาของผู้ป่วยและสมาชิกใน

ครอบครัว รวมถึงความปรารถนาในทางสังคม จิตใจ และปรัชญาความคิดที่สำคัญของผู้ป่วยอีกด้วย เช่น การรักษาความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับคนรัก, ความสามารถยอมรับหรือเผชิญหน้ากับความตายที่กำลังใกล้เข้ามาหาตนเองได้อย่างไม่หวาดหวั่น, การตายในวาระสุดท้ายของชีวิตที่ยาวนานเพียงพอสำหรับการตอบสนองต่อชีวิตได้ และการตายที่ไม่รู้สึกเหมือนกำลังเป็นภาระให้กับคนรักหรือคนที่อยู่เบื้องหลัง เป็นต้น (Mary, T., & Karen, S., 2005) ด้วยเหตุนี้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มุ่งรักษาเกียรติและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีภาวะแห่งการตายที่ดี จึงต้องเป็นการกระทำที่แสดงให้เห็นถึงความเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ที่เป็นการช่วยให้การตายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นไปด้วยความสงบและเคารพในความเป็นมนุษย์ Dying with Peace and Dignity) ซึ่งความสงบนั้น ควรเกิดขึ้นในระดับของผู้ป่วยและครอบครัว (กิตติกร นิลมานัต, 2555)

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs)

เนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) มีระยะของการแฝงตัวนานก่อนเกิดโรค การเปลี่ยนแปลง ของร่างกายจากโรคไม่ติดต่อในระยะแรกนั้นมักไม่มีอาการ คนจำนวนมากจึงเพิกเฉยและไม่จัดการกับปัญหาดังกล่าวตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ทำให้มีการสะสมของปัจจัยเสี่ยงและได้รับการวินิจฉัยเมื่อโรคมีการลุกลามไปมากแล้ว อีกทั้งยังมีระยะเวลาการดำเนินโรคที่ยาวนาน ดังนั้นการป้องกันควบคุมและจัดการโรคต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Kangethe, 2009)

“องค์การอนามัยโลกได้กล่าวไว้ว่า กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคเบาหวานนี้สามารถป้องกันควบคุมได้ถึงร้อยละ 80 ถ้ามีมาตรการดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกำหนดการระบาด ในวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมในชุมชนและอิทธิพลจากชุมชนภายนอก” อ่างใน เครื่องมือประเมิน นโยบายการบริการสุขภาพความร่วมมือการบูรณาการและเสริมสร้างสมรรถนะชุมชน ในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 2554 อย่างไรก็ตามแม้ว่าโรค NCDs เป็นโรคที่ป้องกันได้ แต่กลุ่มปัจจัยเสี่ยงของโรค NCDs มีหลายลักษณะและหลายระดับ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทั้งต่อเนื่อง ชับซ้อน มีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องซึ่งกันและกัน การป้องกันโรค NCDs โดยการลดปัจจัยเสี่ยงนั้นมีความสำคัญ แต่อาจไม่เพียงพอในการหยุดยั้งการดำเนินโรคและการลดผลแทรกซ้อนที่ตามมา ซึ่งคุณภาพของระบบบริการสุขภาพเป็นปัจจัยกำหนดหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกัน ควบคุมจัดการกับปัจจัยเสี่ยงและโรค NCDs เพื่อลดความพิการและการตายก่อนวัยอันควร ทั่วโลกได้มีการพัฒนาแนวคิด เพื่อเพิ่มคุณภาพระบบบริการสุขภาพในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงและโรค NCDs เช่น

1. รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ; Wagner’s Chronic care Model

ในปี ค.ศ.2002 Edward Wagner ได้เสนอรูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยโรค NCDs ซึ่งปรับจากการดูแลแบบระดับบุคคลมาเป็นการดูแลแบบบูรณาการเข้าถึงประชากรและการป้องกันมากขึ้น เป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก โดยมีการปรับกระบวนการทัศน์ใหม่ของการจัดการภาวะเรื้อรังที่มากกว่าการรักษาทางการแพทย์ แต่รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ที่ีระหว่าง

กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ บทบาทของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยมิใช่เพียงผู้รับการดูแลรักษาแต่เป็นส่วนหนึ่งของทีมการดูแลรักษา พื้นที่การดูแลกลุ่มโรค NCDs จะเกิดขึ้นใน 3 ส่วนที่ซ้อนทับกัน คือ ส่วนที่ครอบคลุมทั้งหมด ได้แก่ ชุมชนที่ประกอบด้วยนโยบายและทรัพยากรในชุมชนทั้งสาธารณะหรือเอกชน ส่วนวงในที่ซ้อนทับอยู่คือ ระบบสุขภาพรวมถึงการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลและหน่วยงานบริการสุขภาพ ประกอบด้วยโรงพยาบาลที่ให้บริการแบบบูรณาการและผสมผสาน โดยทีมแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพ 3 ส่วนนี้ มีองค์ประกอบที่จำเป็น 6 องค์ประกอบคือ ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน ที่มีการเชื่อมโยงกับหน่วยงานบริการสุขภาพ หน่วยงานบริการสุขภาพ ที่มีโครงสร้าง เป้าหมาย และค่านิยมประกอบเป็นรากฐานให้องค์ประกอบอื่นๆ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การออกแบบระบบบริการ โดยทีมสหวิชาชีพทั้งทางการแพทย์และทางสาธารณสุขที่ประสานดำเนินการอย่างครอบคลุม เพื่อการดูแลกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยในระยะยาว การสนับสนุนการตัดสินใจ และระบบข้อมูลทางคลินิก

2. รูปแบบการดูแลโรค NCDs แบบขยาย ; The Expanded Chronic Care Model

Victoria Barr และคณะ ได้เสนอรูปแบบการดูแล กลุ่มปกติ/กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยโรค NCDs โดยปรับจาก Wagner's Chronic care Model ด้วยการประยุกต์หลักการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมนโยบาย เพื่อสุขภาพชุมชน ปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน (Population Health Outcomes) นอกเหนือจากผลลัพธ์ทางคลินิก

3. WHO's Innovative Care for Chronic Conditions Framework

เนื่องด้วยทรัพยากร และปัจจัยสำคัญอื่นๆ ของแต่ละประเทศที่ไม่เท่ากัน ทำให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลโรค NCDs ในปี ค.ศ.2002 องค์การอนามัยโลกได้พัฒนา WHO's Innovative Care for Chronic Conditions Framework ขึ้น เพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของประเทศที่แตกต่างกัน โดยได้ให้ความสำคัญต่อเป้าหมายการจัดการโรค (Disease Management) ที่ 3 ระดับของการดูแลสุขภาพ ได้แก่ระดับจุลภาค (Micro Level) หรือระดับบุคคล/ครอบครัว ระดับกลาง (Meso Level) หรือระดับองค์กรการดูแลสุขภาพ / ชุมชน และระดับมหภาค (Macro Level) หรือระดับ นโยบาย / การเงิน เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างผสมผสานต่อเนื่องและมีการปฏิบัติให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว

แต่หากกล่าวถึงผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วยด้วยโรค NCDs จะพบว่าการเจ็บป่วยนี้ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลอีกด้วยหรืออาจกล่าวได้ว่า โรค NCDs ไม่ใช่เป็นเพียงการวินิจฉัยโรคในผู้ตัวป่วย แต่เป็นภาวะความเจ็บป่วยของครอบครัว (Edwards and Clarke, 2004) กล่าวคือ เมื่อดูแลรักษาผู้ป่วยมาได้ระยะหนึ่งแต่โรคนั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่หลังจากนี้อีกไม่นานนัก อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยก็ยังคงต้องได้รับการเตรียมช่วยเหลือ ดูแลแบบประคับประคองจากผู้ดูแลผู้ป่วย

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs ต้องเผชิญกับโรคร้ายแรงที่รักษาไม่หายขาด เป็นความเจ็บป่วยที่ทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักอ่อนเพลียมาก และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ตามปกติ จึงต้องการการดูแลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย ซึ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs ส่วนใหญ่มีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมานจากอาการทางร่างกายที่เป็นผลกระทบจากโรคและการรักษา ซึ่งความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้น มักไม่ได้มีสาเหตุจากอาการใดอาการหนึ่งโดยเฉพาะ แต่เป็นกลุ่มอาการที่ส่งผลกระทบต่อกัน มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะสุดท้ายมีอาการทุกข์ทรมานจากอาการหายใจลำบาก ไอ ปวดตื้อเชื่อ น้่าน้ำหนักลด เบื่ออาหาร อ่อนเพลียไม่มีแรง เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ (Hasson et al., 2009) ขณะที่การศึกษาประสบการณ์อาการของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวในช่วงระยะเวลา 6 เดือนสุดท้ายของชีวิตพบว่า ผู้ป่วยมีอาการทุกข์ทรมานจากอาการปวดหายใจลำบาก เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย บวม เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ (Nordgren and Sorensen, 2003) ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายพบว่า ผู้ป่วยมีอาการทุกข์ทรมานจากอาการบวม คลื่นไส้ อาเจียน ปวดกระดูก เบื่ออาหาร หายใจลำบาก อ่อนเพลียไม่มีแรง เหนื่อยล้า ท้องผูก นอนไม่หลับ (Murtagh, Addington-Hall, and Higginson, 2007; Nilmanat et al., 2010; Noble et al., 2010) และจากการศึกษาประสบการณ์ช่วงสุดท้ายของชีวิต: กรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามพบว่า อาการทางกายที่สร้างความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยมากที่สุด คือ อ่อนเพลียและปวด ตามด้วยคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปากคอแห้ง น้ำหนักลด หายใจลำบากและท้องผูก (กิตติกร และคณะ, 2552) จะเห็นได้ว่าเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะแสดงอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยที่คล้าย ๆ กัน แม้ว่าจะมีโรคประจำตัวพื้นฐานที่แตกต่างกัน ซึ่งพบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวด อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หายใจลำบาก และเหนื่อยล้า (Kinzbrunner et al., 2012)

ดังนั้นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs จึงมีความต้องการการช่วยเหลือจัดการกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น และต้องการการตายอย่างสงบ โดยปราศจากความทุกข์ทรมานจากอาการ (Grant and Sun, 2010; Leung et al., 2010) นอกจากนี้ต้องการลดความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนและต้องการความสุขสบายทางร่างกาย เช่น การควบคุมความเจ็บปวด การดูแลรักษาความสะอาด และการได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ เป็นต้น (Jablonski and Wyatt, 2005)

2. ความต้องการการดูแลด้านอารมณ์ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs ส่วนใหญ่รู้สึกหม่นหมองและซึมเศร้า เนื่องจากไม่สามารถรักษาอาการให้เป็นปกติได้และใกล้ความตาย จาก

การศึกษาของกรันเฟิลด์และคณะ (Grunfeld et al., 2004) พบว่า ผลกระทบทางจิตใจทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและซึมเศร้า โดยจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย นอกจากนี้ในระยะสุดท้ายความทุกข์ทรมานของอาการที่มากขึ้น ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะมีอาการหงุดหงิดง่าย โกรธตัวเอง ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการความรัก ความอบอุ่นจากครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รัก ต้องการความรู้สึกปลอดภัย และการดูแลเอาใจใส่ด้วยความเอื้ออาทร (Clayton et al., 2005; Yun et al., 2006)

3. ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ เป็นความต้องการการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความเชื่อและความหวังของผู้ป่วย มิติวิญญาณถือเป็นส่วนสำคัญต่อสภาวะ ซึ่งจะทำให้เกิดความหวังและมีกำลังใจเข้มแข็งขึ้น (ทศนีย์, 2553) เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตัวเองมากขึ้น ต้องพึ่งพาคือคนอื่น ในการให้ความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีชีวิตอยู่อย่างไร้ประโยชน์ เป็นภาระ ไม่มีคุณค่าในตัวเอง (Nilmanat et al., 2010) นอกจากนี้การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยต้องแยกจากครอบครัว ถูกตัดขาดจากสังคม สถานที่ทำงานหรือสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างปกติจึงทำให้มีเวลากับตัวเองมากกว่าปกติในการพิจารณาประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา ทั้งเรื่องราวที่เป็นความสุข ความสมหวัง ความทุกข์ หรือความผิดพลาดที่เกิดขึ้นซึ่งมีมากน้อยแตกต่างกันไป ยังคงเก็บไว้ในความทรงจำ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองไม่มีโอกาสจะได้แก้ตัว หรือทำความดีชดเชย เพราะเวลาในชีวิตเหลือน้อย จะทำให้มีความทุกข์และซึมเศร้าจิตใจอย่างมาก (ไพศาล วิสาโล, 2547; Hall, 1997; Murray et al., 2007) ดังนั้นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs จึงต้องการการขอโทษหรือการให้อภัย ต้องการปฏิบัติตามความเชื่อและศาสนาที่ตนเองนับถือ เช่น ต้องการทำบุญ สวดมนต์ หรือทำสมาธิ เป็นต้น และอยากมีโอกาสได้สั่งลา หรือได้เห็นสิ่งที่รู้สึกผูกพันนั้นอีกครั้งสุดท้าย และมีความต้องการที่จะเสียชีวิตที่บ้าน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยต้องการการดูแลด้านอารมณ์และจิตวิญญาณแบบองค์รวม ไม่ใช่เพียงรักษาโรคเท่านั้น ต้องการให้มองเห็นในคุณค่าของผู้ป่วย และยอมรับนับถือในความเชื่อส่วนบุคคลของผู้ป่วยเป็นสำคัญร่วมด้วย (Engelberg et al., 2010)

จะเห็นได้ว่าความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs ทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs ช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง และต้องการการดูแลจากผู้อื่นตลอด 24 ชั่วโมง (O'Neill and McKinney, 2002) ดังนั้น ญาติหรือสมาชิก ในครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลอันเป็นที่รักและใกล้ชิดผู้ป่วย มีบทบาทและรับผิดชอบหน้าที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานและเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนวันสุดท้ายของชีวิต (Kwak, et al. 2007)

แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs

1. ความหมายและประเภทของญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแล หมายถึง ผู้ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องการพึ่งพา (Dependent Agent) โดยช่วยส่งเสริมความอยู่รอดและปลอดภัยของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เนื่องจากบุคคลนั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ (Orem, 2001) ซึ่งเพียชและลัทซ์ (Pierce and Lutz, 2009) ได้ให้ความหมายของญาติผู้ดูแลตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแลเป็น 2 ประเภทดังนี้ 1) ญาติผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) หมายถึง ญาติผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วย เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลที่อาศัยความรัก ความผูกพัน และความรู้สึกรับผิดชอบต่อหน้าที่โดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และ 2) ญาติผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) หมายถึง ญาติผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ลูกจ้างดูแล พยาบาล บุคลากรทางการสาธารณสุข องค์กรต่าง ๆ เป็นต้น โดยอาจจะไม่รับหรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลตามข้อตกลงก็ได้ ซึ่งจากการศึกษาของดอเชอร์ตี้และคณะ (Docherty et al., 2008) พบว่าผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เป็นญาติผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่สมาชิกในครอบครัวนั่นเอง สอดคล้องกับการศึกษาของอเบอร์นีทรีและคณะ (Abernethy et al., 2009) พบว่าส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจะให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย นอกจากนี้การศึกษาของสตาดจูดุฮา และคณะ (Stajduhar et al., 2010) พบว่าผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น เพื่อน ซึ่งไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแลผู้ป่วย และในประเทศไทยมีการศึกษาของชูชื่น ชีวพูนผล (2541) พบว่าญาติผู้ดูแลมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย

นอกจากนี้เบิร์นและคณะ (Burns, et al.) (2010) ได้จำแนกญาติผู้ดูแลตามระดับความรับผิดชอบในการดูแลเป็น 2 ประเภท ดังนี้ 1) ญาติผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น และ 2) ญาติผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น อาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทน เป็นครั้งคราวเมื่อมีความจำเป็น หรือเป็นผู้ช่วยของญาติผู้ดูแลหลักในการดูแลเท่านั้น

สำหรับในการศึกษานี้ ญาติผู้ดูแล หมายถึง ญาติสนิทหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายกับผู้ป่วย และเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลโดยตรง

2. ความหมายของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs โดยญาติผู้ดูแล

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา มีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs มากขึ้น สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาประสบการณ์ของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะสุดท้าย (สุนิษา ไชยเชนตรติ, 2553) พบว่า มีผู้ให้ความหมายของ

การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะสุดท้ายใน 4 ลักษณะ คือ 1) การทำทุกสิ่งเพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น โดยพยายามให้การดูแลและทำทุกอย่างให้เต็มที่ เพื่อช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น แข็งแรงขึ้น ให้มีชีวิตต่อไป 2) การทำอย่างดีที่สุดเพื่อให้ใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายอย่างมีความสุข โดยพยายามทำทุกอย่างที่คิดว่าดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ดูแลให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ ไม่เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ รวมทั้งได้อยู่ท่ามกลางคนที่รัก ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสุขตลอดช่วงสุดท้ายของชีวิต 3) การดูแลกายใจอย่างใกล้ชิดเหมือนดูแลเด็ก ซึ่งผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ญาติผู้ดูแลจึงเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเหมือนเด็กเล็ก ซึ่งต้องดูแลอย่างใกล้ชิดและทำทุกอย่างให้ผู้ป่วย อีกทั้งต้องให้ความสำคัญกับการดูแลจิตใจอีกด้วย และ 4) การดูแลให้อยู่อย่างมีคุณค่าเหมือนคนปกติ โดยญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลเอาใจใส่ เอาอกเอาใจทุกอย่าง ไม่แสดงท่าทีรังเกียจ พยายามทำให้ผู้ป่วยสบายใจให้มากที่สุด เพื่อให้มีกำลังใจและใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไป ใกล้เคียงกับการศึกษาของ อเบอร์นีธี และคณะ (Abernethy et al., 2008) ศึกษาความหมายการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของญาติผู้ดูแลพบว่าความหมายของการดูแลระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง คือ การดูแลผู้ป่วยที่มีวัตถุประสงค์ให้ความสะดวกสบายไม่ใช้การรักษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการปวด ลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจความตายและสามารถปรับตัวยอมรับการสูญเสีย

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs จึงเป็นการดูแลแบบประคับประคองให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ ครอบคลุมด้านร่างกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ด้วยความรักเอาใจใส่ และบรรเทาความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้ผ่านไปด้วยดี

3. ผลกระทบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs ต่อญาติผู้ดูแล

เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดหนัก หมดหนทางรักษาและอยู่ในระยะสุดท้าย มีงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs พบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งในด้านบวกและด้านลบ

ผลกระทบด้านบวก

แมนแกน และคณะ (Mangan et al., 2003) พบว่า ญาติผู้ดูแลเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการเสียสละ การได้ดูแลคนที่เรารักที่กำลังจะจากไปเป็นสิ่งสวยงาม และมองว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลประกอบไปด้วยกระบวนการทางอารมณ์ที่เป็นพลังใจให้แก่อัน และสอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์การดูแลในระยะสุดท้ายที่บ้านในมุมมองของญาติผู้ดูแลที่ป็นคู่สมรส โจ และคณะ (Jo, Lohfeld, and Willison, 2007) พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้สึกมั่นใจและสามารถดูแลคู่สมรสได้อย่างอิสระ และมองว่าเป็นเรื่องธรรมชาติที่ต้องดูแลคู่ของ

ตัวเอง นอกจากนี้ Grande, G.E., M.C., et al., 2004 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของครอบครัวญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 35 เรื่อง พบว่า ญาติผู้ดูแลเล่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในด้านบวกว่าเป็นความหวังและโอกาสที่จะแสดงความรักแก่ผู้ป่วย ดังนั้นผลกระทบด้านบวกจะเป็นแรงเสริมให้ญาติผู้ดูแล สามารถดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไปได้ด้วยดี สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณมา ปิยะเศวตกุล และคณะ, 2554 ที่พบว่าญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาจนถึงผู้ป่วยเสียชีวิต ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ดีต่อการดูแล มีความภาคภูมิใจที่ได้ดูแลตอบสนองความต้องการในทุก ๆ ด้านอย่างดีที่สุด รวมทั้งญาติผู้ดูแลเห็นว่าตนเองได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการดูแลผู้ป่วย ทำให้ชีวิตได้มีโอกาสเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เพิ่มขึ้นและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลบุคคลอื่นในครอบครัวต่อไป

ผลกระทบด้านลบ

ผลกระทบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs ในด้านลบ ส่วนใหญ่เป็นปัญหาทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตอาารมณ์ ด้านสังคมเศรษฐกิจ และด้านจิตวิญญาณ กล่าวคือ

1. ด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ น้ำหนักลด ปวดเมื่อยตามตัว ปวดหลัง เป็นต้น ส่งผลในระยะยาวนำไปสู่ปัญหาสุขภาพที่เรื้อรังและอาจรุนแรง ดังเช่นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของรวี เตือนดาว (2547) เกี่ยวกับสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลโรคมะเร็งระยะสุดท้าย 10 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลมีอาการเหนื่อยมาก ร่างกายทรุดโทรม บางครั้งเหนื่อยมากจนไม่อยากดูแลผู้ป่วย และต้องการให้มีผู้อื่นมาผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนบ้าง และจากการศึกษาการดูแลในระยะสุดท้ายในมุมมองของญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสและผู้รับการดูแล (Jo et al., 2007) พบว่า ญาติผู้ดูแลใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีเวลาให้ตัวเองน้อยลง และพบว่าทำให้ไม่รู้สึกรักอาหาร นอนไม่หลับ สอดคล้องกับการศึกษาของแบรดลีย์ เดวิดและชอว์น (Bradley, Davis, and Chow., 2005) พบว่า ญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาลทุกวันตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มไม่สบายเรื้อรังจนเข้าสู่ระยะสุดท้าย ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงและซับซ้อนมากขึ้นรวมทั้งอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องทำหน้าที่เฝ้าดูสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดทั้งกลางวันและกลางคืน ลูกขึ้นมาดูเป็นระยะ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลนอนไม่หลับหรือหลับไม่สนิท พักผ่อนไม่เต็มที่ มีอาการเวียนศีรษะ ตาพร่ามัว เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ซึ่งญาติผู้ดูแลบางรายต้องทำงานในตอนกลางวัน และต้องมาเฝ้าดูแลผู้ป่วยในตอนกลางคืน ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยและลำบากมากขึ้น

2. ด้านจิตอาารมณ์ ผลกระทบด้านจิตอาารมณ์มักเกิดขึ้น เมื่อญาติผู้ดูแลรับรู้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs มีอาการทรุดลงเรื่อยๆ ไม่มีวิธีใดรักษาให้เป็นปกติได้ ในขณะที่การ

ดูแลผู้ป่วยให้ทุกข์ทรมานน้อยที่สุดจึงเป็นเรื่องยาก ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด และวิตกกังวล ตามมา กลัวจะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไป เกิดภาวะซึมเศร้า โกรธและหงุดหงิดง่าย จากการศึกษา ของกรันเฟิลด์ และคณะ (Grunfeld et al., 2004) ในญาติผู้ดูแลมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่คาดว่า มีชีวิตอยู่ได้ 3 เดือนจำนวน 89 ราย โดยติดตาม จนผู้ป่วยเสียชีวิต พบว่า ผลกระทบทางจิตใจที่พบใน ญาติผู้ดูแล ได้แก่ ความวิตกกังวลและซึมเศร้า โดยความวิตกกังวลและซึมเศร้าจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อ ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย สอดคล้องกับการศึกษาของหยูและคณะ (Yoo et al., 2008) ที่พบว่า ครอบครัวและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง นอกจากนั้น พบว่า ญาติ ผู้ดูแลมีความทุกข์ทรมานทางอารมณ์จากการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยที่ไม่แน่นอน รุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วยในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ น้อยใจ และอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (Caress, Chalmers, and Luker, (2009)

3. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ จากการศึกษาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs ตลอดเวลา ทำให้ญาติผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบและการเปลี่ยนแปลง การดำเนินชีวิต ทำให้ไม่สามารถไปประกอบอาชีพได้ ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลที่เป็นหัวหน้าครอบครัว พบว่า ร้อยละ 27 ของญาติผู้ดูแลต้องออกจากงาน ส่งผลให้มีปัญหาด้านการเงินตามมา (Grunfeld et al., 2004) นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลมักให้ความสำคัญกับการอยู่ดูแลผู้ป่วยมากกว่ากิจกรรมทางสังคม ทำให้การพบปะเพื่อนฝูงน้อยลง (Jo, et al., 2007) และเมื่อ ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ญาติผู้ดูแลรู้สึกโศกเศร้า เสียใจ ตระหนก กลัว วิตกกังวล เครียด รู้สึกเป็นภาระ (Caress, and Luker, 2009; Docherty et al., 2008; Funk et al., 2010; Grunfeld et al., 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ Carter (2006) โดยพบว่าญาติผู้ดูแลทุกรายต้องให้การดูแลผู้ป่วย อย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติหรือต้องหยุดงาน ทำให้สูญเสียรายได้ และมีหนี้สิน รวมทั้งเวลาที่ถูกจำกัดให้น้อยลง ชีวิตขาดอิสระไม่ได้ทำกิจกรรมที่เคยทำตามปกติ ขาด โอกาสและในที่สุดก็ต้องเลือกแยกตัวออกจากสังคม

4. ด้านจิตวิญญาณ เป็นการรับรู้ของญาติผู้ดูแลถึงความสำคัญ ความหมาย และความทำ พายของการใช้ชีวิตเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs จากงานวิจัยที่ศึกษาญาติ ผู้ดูแลโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีอาการเพ้อคลั่ง พบว่า ญาติผู้ดูแลรู้สึกเสียใจ รู้สึกผิด และเป็นกังวลที่ ผู้ป่วยเสียชีวิตไปโดยที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือเท่าที่ควรจะเป็น (Greaves et al., 2008) นอกจากนี้ฮา สสันและคณะ (Hasson et al., 2009) ได้ศึกษาประสบการณ์และความต้องการของญาติผู้ดูแลใน ระหว่างการดูแลประคับประคองระยะสุดท้ายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ญาติผู้ดูแลสะท้อน ให้เห็นถึงความรู้สึกผิด เสียใจที่ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการเป็นปกติ และจากการศึกษาของ ครากส์และคณะ Clark, et al. (2006) พบว่าญาติผู้ดูแล ร้อยละ 42.5 มีความคิดว่า ชีวิตในอนาคต ของตนจะมันคงน้อยกว่าเดิมเพราะการจากไปของผู้ป่วย ทำให้เกิดความวิตกกังวลตามมา

5. ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

จากผลกระทบในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความต้องการดังต่อไปนี้

1. ความต้องการด้านข้อมูล ซึ่งญาติผู้ดูแลต้องการให้บุคลากรสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลรวมถึงจิตอาสา ให้ข้อมูลอย่างเปิดเผยชัดเจน ตรงไปตรงมาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย อาการการพยากรณ์โรค การรักษา รวมทั้งแหล่งประโยชน์โดยต้องการให้ข้อมูลที่ได้จากบุคลากรในบุคลากรทางการสาธารณสุขมีการสอดคล้องกัน และผู้ให้ข้อมูลควรเป็นบุคลากรที่ครอบครัวรู้สึกคุ้นเคย ใช้ภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ และสถานที่ให้ข้อมูลมีความเป็นส่วนตัว เห็นได้จากการศึกษาของเอ็นเจลเบิร์กและคณะ (Engelberg et al., 2010) พบว่า ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต้องการได้รับข้อมูลความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการสาธารณสุข โดยให้บุคลากรทางการสาธารณสุขมีการสื่อสารคุยกับผู้ป่วยด้วยความซื่อตรง ไม่อ้อมค้อม สื่อสารกับญาติผู้ดูแลอย่างเปิดเผยกว้างและเต็มใจ นอกจากนี้ดีออกเซอร์ตีและคณะ (Docherty et al., 2008) ได้ศึกษาความต้องการความรู้และข้อมูลของญาติผู้ดูแลไม่เป็นการในการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า ญาติผู้ดูแลต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย การรักษาการพยากรณ์โรคเพื่อนำไปวางแผนอนาคตต่อไป

2. ความต้องการด้านการดูแลผู้ป่วย โดยต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุดเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย มีความสุขสบายและให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย เคารพในความ เป็นปัจเจกบุคคล และดูแลอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวมมากกว่าการดูแลเฉพาะโรคภัย เห็นได้จากการศึกษาของดีออกเซอร์ตี และคณะ (Docherty et al., 2008) พบว่าญาติผู้ดูแลต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ฝึกทักษะการดูแลที่จำเป็น การจัดการอาการรบกวนต่างๆ เช่น การจัดการอาการปวดเพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเอ็นเจลเบิร์กและคณะ (Engelberg et al., 2010) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการปวดและอาการอื่นๆ ที่เกิดขึ้นในระยะสุดท้าย โดยตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ ดูแลแบบองค์รวม ไม่ใช่เพียงรักษาโรคเท่านั้น ต้องการให้เห็นคุณค่าของผู้ป่วยยอมรับนับถือในความเชื่อส่วนบุคคลของผู้ป่วย

3. ความต้องการเข้าถึงบุคลากรสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความต้องการด้านข้อมูล บริการสุขภาพ เช่น ต้องการเบอร์โทรศัพท์ของแพทย์หรือพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย สามารถเข้าถึงบุคลากรสุขภาพได้ง่าย เพื่อสอบถามเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย จากการศึกษาของกิตติกรและคณะ (2552) พบว่า ญาติผู้ดูแลต้องการเข้าถึงบุคลากรสุขภาพได้ง่าย ไม่ต้องรอคิวนาน สอดคล้องกับการศึกษาของอนุพงศ์ แก้วของแก้ว (2552) พบว่า ผู้ป่วยบางรายเดินทางมาพบแพทย์เป็นความลำบาก เป็นภาระแก่ญาติผู้ดูแล เสนอให้มีบริการทางโทรศัพท์เพื่อให้คำแนะนำปรึกษา สอบถามข้อมูล โดยที่พยาบาลมีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และสามารถให้คำตอบได้เฉพาะเจาะจงตรงกับปัญหาและความ

ต้องการของญาติผู้ดูแล ประหยัดทั้งเวลาและค่าใช้จ่าย ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านได้เอง

4. ความต้องการด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย อยู่กับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายและการเตรียมตัวสำหรับความตาย ซึ่งเป็นความต้องการด้านจิตวิญญาณ เพราะญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าได้ทำในสิ่งที่ดีแก่ผู้ป่วย ช่วยสะสางภารกิจที่ค้างค้างให้สำเร็จ และได้ทำตามความปรารถนาของผู้ป่วย ถือว่าทำหน้าที่โดยสมบูรณ์ก่อนการจากไปของผู้ป่วย จากการศึกษาของ Amass, and Allen. (2005) พบว่า ญาติผู้ดูแลต้องการดูแลอยู่ใกล้ ๆ ผู้ป่วยตลอดเวลา ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย และตัดสินใจพาผู้ป่วยกลับมาตายที่บ้านให้มีญาติพี่น้องอยู่พร้อมหน้าพร้อมตา ให้การดูแลใกล้ชิดจนผู้ป่วยหมดลมหายใจ อีกทั้งรับปากช่วยเหลือสะสางภารกิจที่ผู้ป่วยทำค้างไว้

5. ความต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์ จากความไม่แน่ใจ หวาดหวั่น เศร้าโศก และสูญเสีย ญาติผู้ดูแลจึงต้องการการปลอบโยนและกำลังใจจากบุคลากรสุขภาพ ซึ่งบุคลากรสุขภาพควรมีความเห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่ เอื้ออาทร รับฟังความคิดเห็น ไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ตอบสนองต่อสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลร้องขอ รวมทั้งต้องการให้บุคลากรสุขภาพให้ความหวัง และมีทัศนคติที่ดีต่อประสบการณ์เกี่ยวกับความตายที่เกิดขึ้น จากการศึกษาของอิงกลีตัน และคณะ (Ingleton et al, 2009) พบว่า ญาติผู้ดูแลต้องการให้บุคลากรสุขภาพไวต่อความรู้สึกของผู้รับบริการ

6. ความต้องการด้านอื่น ได้แก่ ความต้องการการดูแลสุขภาพของญาติผู้ดูแล ความต้องการการช่วยเหลือด้านการเงินและการจัดการงานบ้าน ความต้องการมีเวลาในการพักผ่อนก่อนการกลับมาให้การดูแลอีกครั้ง ซึ่งความต้องการเหล่านี้ญาติผู้ดูแลมักให้ความสำคัญเป็นอันดับหลัง เนื่องจากสิ่งเหล่านี้เป็นความต้องการเกี่ยวกับตนเอง จากการศึกษาของแมนแกนและคณะ (Mangan et al., 2003) พบว่า คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคมเศรษฐกิจ เป็นภาระ รู้สึกเหนื่อย โกรธ ไม่มีเวลาดูแลตนเอง ไม่สามารถคิดวางแผนในอนาคตได้ ทุกอย่างดูวิกฤต เป็นการยากที่จะจัดการที่บ้านและที่ทำงานให้สมดุลกัน จึงมีความต้องการที่ปรึกษาและคลายความซึมเศร้า ต้องการการสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัว นอกจากนี้ หากมีคู่มือในการดูแลผู้ป่วยจะเป็นสิ่งที่มีประโยชน์เพราะสามารถเปิดดูและแก้ปัญหาได้อย่างทัน่วงที

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs นั้น มีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งด้านบวกและด้านลบ หากความต้องการของญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการตอบสนอง จะมีผลกระทบด้านลบถึงการปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและทำให้ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่ย่ำแย่

7. การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

การมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเรื้อรังและเข้าสู่ระยะสุดท้าย ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีภาระต้องรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น มีผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ต่างๆ ที่มีอยู่ และการดำเนินชีวิตประจำวัน ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการปรับตัวเป็นอย่างมาก เพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ทฤษฎีของรอย และแอนด์ริว (Roy and Andrews, 1999) จากความเชื่อของรอยที่ว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต จะมีการปรับตัวได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่มากระทบ และความสามารถของบุคคลในการปรับตัว (จันทร์เพ็ญ, อภิญา และรัตนภรณ์, 2552) เขาจึงอธิบายว่าระบบการปรับตัวของคน (adaptive system) เป็นระบบเปิดที่มีการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา โดยมุ่งเน้นการตอบสนอง ในทางบวกที่จะช่วยให้บุคคลมีพลังงานอิสระที่จะรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ได้ ระบบการปรับตัวของบุคคลประกอบด้วย สิ่งเร้า (stimuli) เป็นปัจจัยนำเข้า ผ่านกระบวนการปรับตัว (process) และขอบเขตการปรับตัว (adaptive modes) เกิดเป็นผลลัพธ์ (output) คือพฤติกรรมปรับตัว การเปลี่ยนแปลงของสิ่งเร้าจะมีผลต่อความสามารถในการปรับตัวของบุคคล

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสถานการณ์สำคัญที่เป็นสิ่งเร้าตรงที่กระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลต้องมีการปรับตัว ซึ่งจากการศึกษาเชิงคุณภาพในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตจำนวน 41 ราย ของแมนแกน และคณะ (Mangan et al., 2003) พบว่า ญาติผู้ดูแลเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นภาระหนักที่ตนเองต้องปรับตัวอย่างมากเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของฟราเบอร์, แอกนิว, เฮอร์แมน-เบรอตส์, เทย์เลอร์ และกัลดิน (Farber, Egnew, Herman-Bertsch, Taylor, and Guldin, 2003) พบว่า ญาติผู้ดูแลต้องมีการปรับตัวตลอดเวลา เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ระหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เมื่อบุคคลเผชิญกับสิ่งเร้า บุคคลจะมีการปรับตัวโดยกลไกการปรับตัว (Coping Mechanism) เป็นกระบวนการซึ่งบุคคลใช้เพื่อควบคุมตนเองทั้งโดยการเรียนรู้ หรือมีขึ้นเองตามธรรมชาติ แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. กลไกการควบคุม (Regulator Mechanism) เป็นกระบวนการปรับตัวที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ตอบสนองสิ่งเร้าโดยอัตโนมัติ ส่วนใหญ่เป็นการปรับตัวด้านร่างกายจากการประสานงานของระบบประสาท สารเคมีต่าง ๆ ในร่างกายและระบบต่อมไร้ท่อ เพื่อควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายทำงานอย่างปกติ ส่งผลให้บุคคลสามารถเผชิญสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้

2. กลไกการรับรู้ (Cognator Mechanism) เป็นกระบวนการปรับตัวด้านจิตอารมณ์ และสังคม ผ่านการรับรู้ เรียนรู้จดจำเกี่ยวกับสิ่งเร้า การตัดสินใจเพื่อเลือกวิธีการตอบสนองต่อสิ่งเร้า

ตลอดจนกลไกป้องกันทางจิตเพื่อปรับสภาพอารมณ์ คลายความวิตกกังวล ส่งผลให้บุคคลมีความรู้สึกสบายใจ

ทั้งกลไกการควบคุมและกลไกการรับรู้ จะมีความสัมพันธ์และทำงานประสานกันในการทำหน้าที่ปรับตัวของบุคคล แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมปรับตัว โดยขอบเขตการปรับตัว (Adaptive Modes) ที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทำงานภายในบุคคลและแสดงออกเป็นระบบพฤติกรรมให้ปรากฏใน 4 ด้าน เพื่อบอกผลลัพธ์ของการปรับตัวจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งเร้า ซึ่งการปรับตัวที่แสดงออกมาใน 4 ด้านนี้คือ

1. การปรับตัวด้านร่างกาย (Physiologic Function) จะรวมถึงความต้องการพื้นฐานด้านร่างกายและวิธีการปรับตัวในแบบแผนการได้รับออกซิเจน อาหาร การขับถ่าย การทำกิจกรรมการพักผ่อน หน้าที่ทางระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ การตอบสนองด้านร่างกาย ค่อนข้างจะมีความเป็นรูปธรรมสูงเห็นพฤติกรรมได้ชัดเจน สามารถเข้าใจได้ง่าย หากปรับตัวได้ไม่ดีจะพบความผิดปกติของร่างกาย เช่น รู้สึกหายใจไม่เต็มอิ่ม ท้องผูก ท้องเสีย นอนไม่หลับ หลงลืม เป็นต้น สำหรับในบริบทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า ญาติผู้ดูแลมีอาการเหนื่อยมาก ร่างกายทรุดโทรม ไม่รู้สึกรักอาหาร นอนไม่หลับ อ่อนแรงและเหนื่อยง่าย (Jo et al., 2007)

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-Concept) เกี่ยวกับความเชื่อ และความรู้สึกต่อตนเอง ซึ่งรวมถึงด้านร่างกาย (Physical Self) เป็นความรู้สึกจากการสัมผัสและจากภาพลักษณ์ส่วนตัว (Personal Self) เป็นความมั่นคงเหนียวแน่น ไม่เปลี่ยนแปลง (Self-Consistency) อุดมคติที่เกี่ยวกับตนเอง (Self-Ideal) และความรู้สึกในด้านศีลธรรมจริยธรรม (Moral-Ethical Self) เกี่ยวข้องกับการสังเกตและประเมินตนเอง (Self Observation and Self Evaluation) การรับรู้เกี่ยวกับตนเองนี้มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล การปรับตัวทางอัตมโนทัศน์ที่ไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้บุคคลมีความวิตกกังวล มีความรู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง อยู่ในภาวะซึ่งไร้อำนาจ แสดงพฤติกรรมออกมาในรูปแบบของการมีสมาธิน้อยลง ละเลยการดูแลตนเอง เป็นต้น ซึ่งญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อาจมีความรู้สึกดังกล่าว มีการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความซึมเศร้าและวิตกกังวล (Grunfeld et al., 2004) และรู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นได้มากนัก (Hasson et al., 2009)

3. การปรับตัวด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ (Role Function) จะรวมถึงการแสดงพฤติกรรมที่บอกตำแหน่งของบุคคลในสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลต่อบุคคลอื่นในสถานการณ์ที่กำหนด แบ่งได้ใน 3 ลักษณะใหญ่ๆ คือ บทบาทในทางเพศและอายุ เป็นบทบาทเริ่มแรก (Primary) บทบาทในครอบครัวในฐานะภรรยาหรือสามี ถือเป็นบทบาทที่สอง (Secondary) และบทบาทที่สาม (Tertiary) เป็นบทบาทชั่วคราวในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ เช่น หน้าที่เป็นญาติผู้ดูแลบิดาที่เจ็บป่วย ญาติผู้ดูแลต้องดำรงบทบาทภรรยาของสามี มารดาของบุตร พนักงานในที่ทำงาน เป็นต้น ถ้าไม่สามารถปรับตัว

ต่อบทบาทต่าง ๆ ที่มีอยู่ได้ ส่งผลให้เกิดปัญหาในการปรับตัวทางบทบาท เช่น การรับบทบาทภาระหนักเกินไป การไม่เต็มใจที่จะดำรงบทบาท มีความขัดแย้งต่อบทบาท เป็นต้น ปัญหาที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในสังคม มีความเครียดและความเจ็บป่วยตามมาได้ ซึ่งพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นภาระ และรู้สึกยากที่จะจัดการที่บ้านและที่ทำงานให้สมดุลกัน (Mangan et al., 2003) นอกจากนี้มีการศึกษาของกรันฟีลด์และคณะ (Grunfeld et al., 2004) พบว่า ญาติผู้ดูแลบางส่วนต้องออกจากงานเนื่องจากไม่สามารถแบ่งระหว่างการทำหน้าที่ญาติผู้ดูแลกับการประกอบอาชีพ

4. การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น (Interdependence) จะรวมถึงสัมพันธ์ภาพกับบุคคลที่มีความความสัมพันธ์และระบบสนับสนุน แสดงความสมดุลระหว่างพฤติกรรมพึ่งพา เช่น แสวงหาความช่วยเหลือ ความเอาใจใส่ และความรักใคร่ชอบพอ และพฤติกรรมอิสระ เช่น คิดริเริ่ม และหาความพอใจจากงาน เป็นต้น พฤติกรรมพึ่งพาที่เหมาะสมและสมดุลจะเพิ่มความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการ ความรัก และการชอบพอ ในทางกลับกันหากการปรับตัวด้านนี้ไม่มีประสิทธิภาพ ก็จะทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลตามมา เช่น มีความรู้สึกโดดเดี่ยว ว้าเหว่ ห่างเหิน เป็นต้น ซึ่งพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายต้องการให้มีผู้อื่นมาช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร่วมกับตนเอง (รวี, 2547) และรู้สึกเครียด รู้สึกโดดเดี่ยวเนื่องจากไม่มีผู้ให้คำปรึกษา ช่วยเหลือแก้ไขในการบรรเทาอาการผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลสะท้อนให้เห็นว่าเมื่อไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ไม่สามารถขอความช่วยเหลือ ทำให้ไม่มั่นใจที่จะดูแลผู้ป่วย รู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง (Engelberg et al., 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา เกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs พบว่าส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลจะสะท้อนประสบการณ์ออกมาในด้านลบ ที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความรู้สึกเป็นภาระส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายที่มีเวลาพักผ่อนน้อย เบื่ออาหาร และอ่อนล้า ด้านจิตใจสังคม มีความเศร้า เครียด วิตกกังวล ไม่มีเวลาพบปะผู้คน บางคนไม่สามารถประกอบอาชีพ ส่งผลให้ขาดรายได้ เนื่องจากอุทิศเวลาส่วนใหญ่ให้ผู้ป่วย ส่วนด้านจิตวิญญาณจะรู้สึกผิดและเสียใจที่ไม่สามารถช่วยเหลือบรรเทาความทุกข์ทรมาน จากอาการรบกวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทั้งหมดนี้สามารถวิเคราะห์ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy and Andrews, 1999) ได้ว่าญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมต่อสิ่งเร้าในที่นี้คือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนั่นเอง นอกจากนี้ผลการศึกษางานวิจัยดังกล่าวญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ยังสะท้อนให้เห็นความต้องการที่ตรงกันคือ ต้องการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ที่มดูแลสุขภาพในเรื่องการให้ข้อมูลและการให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการกับอาการรบกวนผู้ป่วย ตลอดจนการช่วยเหลือสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์ให้

ออกซิเจน เป็นต้น และการสนับสนุนการดูแลให้สอดคล้องกับความเชื่อ ความรัก ความศรัทธา และการปฏิบัติตามการนับถือศาสนานั้น ๆ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงบริบทการสื่อสาร พูดคุย ระหว่างบุคลากรบุคลากรทางการสาธารณสุขที่หมายรวมถึงจิตอาสาดูแลผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัว ที่ดีและเหมาะสมสามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแล

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวโดยเป็นสิ่งเร้าร่วมได้แก่

1. เพศ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติ ความเชื่อต่อการเจ็บป่วยที่มีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะเพศชายมักมีการรับรู้ตนเองเกี่ยวกับบทบาทว่าตนเป็นผู้ที่มีพลังกำลังแข็งแรง มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ดี (ลิตาร์ตัน สมครสมาน, 2550) ทำให้สามารถปรับตัวได้ดีกว่าเพศหญิง แต่การศึกษาของอแลนด้าและเฮย์แมน ไวท์ (Aranda, and Hayman-White, 2001) ที่ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลและแรงระยะลูกกลม พบว่าญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงมีแนวโน้มจะปรับตัวได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศชายสืบเนื่องมาจากวัฒนธรรมประเพณีที่ยึดถือว่า เพศหญิงเป็นผู้รับผิดชอบงานบ้านและการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว จึงเป็นเหตุผลที่เพศหญิงส่วนใหญ่ยอมรับบทบาทที่สังคมคาดหวัง ส่งผลให้สามารถปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าเพศชาย

2. อายุของญาติผู้ดูแล มีผลต่อประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาและเป็นตัวกำหนดบทบาท ซึ่งผู้ที่มีอายุในช่วง 30-40 ปี จะมีการพัฒนาอัตมโนทัศน์ที่เต็มทีหรือสูงสุดแล้ว มีความเป็นตัวของตัวเอง มีความภาคภูมิใจในตนเองและสามารถปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า (วิมาลา, ภัทรภรณ์ และศรีนวล, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของเบิร์นส์และคณะ (Burns et al., 2010) พบว่า ญาติผู้ดูแลวัยหนุ่มสาวอายุในช่วง 15-29 ปี ต้องการความช่วยเหลือล้นเกินในเรื่องการสูญเสียมากกว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป ซึ่งแสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากปรับตัวยอมรับการสูญเสียได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุน้อย

3. ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อย (Grande, et al., 2009)

4. ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นสิ่งช่วยอำนวยความสะดวก สามารถจัดหาหรือเลือกแหล่งสนับสนุนได้ดี ไม่ต้องกังวลเรื่องเศรษฐกิจช่วยให้มีโอกาสทำอย่างอื่น และสามารถหาโอกาสพักผ่อนได้ ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ย่อมมีการปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจน้อย (Clayton et al., 2005)

5. ระบบสนับสนุน เป็นปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการปรับตัวด้าน บทบาทหน้าที่และการพึ่งพาระหว่างกัน การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวถือว่าสำคัญที่สุดที่ ช่วยกันผลัดเปลี่ยนดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาของเคท (Keith, 1995) พบว่า ครอบครัวที่มีลูกสาว 2 คนขึ้นไป มีแนวโน้มร่วมกันจัดการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าครอบครัวอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของกัวนากิยาและ พาร์รา (Guanacia and Parra, 1996) ได้สัมภาษณ์แบบเจาะลึกญาติที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านจำนวน 90 คน ให้มีความเห็นส่วนใหญ่ว่า ครอบครัวเป็นแหล่งให้การสนับสนุนด้านจิตใจและสังคมแก่ญาติผู้ดูแลมากที่สุด ดังนั้นญาติผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวใหญ่มีแนวโน้มปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่อยู่ในครอบครัวขนาดเล็ก นอกจากนี้ การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำจะมีส่วนช่วยให้การปรับตัวของ ญาติผู้ดูแลได้ดีเช่นกัน จากการศึกษาการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในเรื่องญาติผู้ดูแลและการ บริหารยา (Anderson & Kralik, 2008) เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาประสบการณ์ของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านในการบริหารยาควบคุมอาการรบกวนผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 10 ราย สะท้อนให้เห็นว่าการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุขการดูแลแบบประคับประคองที่สามารถโทรปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ญาติผู้ดูแล สามารถปรับตัวและเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้านและช่วยลดความรู้สึก ที่เป็นภาระของญาติผู้ดูแล

6. ระยะเวลาในการดูแล ผลการศึกษาพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลจิตเภท พบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานานสามารถปรับตัวได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลที่มี ประสบการณ์ การดูแลระยะเวลาน้อยกว่า (Greaves, et al., 2008) สืบเนื่องมาจากญาติผู้ดูแลที่มี ประสบการณ์อยู่กับผู้ป่วยมานานจะรู้ว่าต้องทำอะไรและควรดูแลผู้ป่วยอย่างไร

7. ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จากการศึกษาของฮาร์ดิงและคณะ (Harding, et al., 2004) พบว่าผู้ป่วยที่ปัญหาทางสุขภาพรุนแรงขึ้น ญาติผู้ดูแล มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากขึ้น ส่งผลให้ ญาติผู้ดูแลมีปัญหาในการปรับตัวมากขึ้นโดยเฉพาะการปรับตัวด้านร่างกายและด้านบทบาทหน้าที่ เพราะญาติผู้ดูแลต้องใช้เวลาและความพยายามในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเช่นกัน

8. เพศของผู้ป่วย จากการศึกษาของเคนลีย์และแมคคินไทร์ (Kealey, and McIntyre, 2005) พบว่าญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยเพศหญิงมีการปรับตัวได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยเพศชาย สืบเนื่อง จากผู้ป่วยเพศชายส่วนใหญ่เคยเป็นผู้ที่มีบทบาทเป็นผู้นำในครอบครัว และเป็นผู้ที่เข้มแข็ง เมื่อเจ็บป่วย คุกคามถึงชีวิตจึงมีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมมากกว่าผู้ป่วยเพศหญิง เอาแต่ใจตนเองมากไม่ ยอมให้ญาติผู้ดูแลคลาดสายตาไปไหน

จะเห็นได้ว่าญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับสิ่งเร้าคือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรค เรื้อรัง ที่ต้องการการดูแลจากผู้อื่นอยู่ตลอดเวลาและมีปัญหาที่ต้องให้แก่วัน ซึ่งมีอิทธิพลต่อการ ปรับตัวของญาติผู้ดูแล หากญาติผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วย

ด้วยโรคเรื้อรังจะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลปรับตัวไม่เหมาะสม เกิดเป็นปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิตตามมา ดังนั้นต้องมีการวางแผนส่งเสริมสนับสนุน ให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้และเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs รวมทั้งการจัดการตนเอง เพื่อช่วยให้ญาติผู้ดูแลได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs ต่อไป

กลวิธีส่งเสริมญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กลวิธีการพัฒนาและส่งเสริมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs สามารถจัดแบ่งกลุ่มได้เป็น 4 กลุ่ม (Stajduhar et al., 2010) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การให้คำปรึกษา การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นภาระหน้าที่ที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบจัดการทุกสิ่งทุกอย่างที่เกี่ยวข้องให้มีประสิทธิภาพ เมื่อเกิดปัญหาไม่สามารถจัดการได้ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ รู้สึกคุณค่าในตัวเองน้อยลง ดังนั้นการให้คำปรึกษาจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลสำรวจและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถเลือกวิธีและตัดสินใจแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตัวเอง เห็นคุณค่าในตัวเองเพิ่มขึ้น มีการศึกษาของคิลบอร์นและคณะ (Kilborn et al., 2011) เป็นการศึกษาวิจัยโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สำหรับญาติผู้ดูแลของสถานพักฟื้นผู้ป่วย ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 23 ราย ไม่มีกลุ่มควบคุม ใช้เวลา 12 สัปดาห์ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์โดยมีหัวข้อดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับความเครียด ความเครียดด้านร่างกาย/จิตใจ ความคิด/อารมณ์ การสื่อสาร การดูแลตนเอง การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ทักษะการแก้ปัญหา ความเศร้าโศก/สูญเสีย การดำเนินชีวิตต่อไป การมีชีวิตที่ดี การมีชีวิตที่ดี/การปกป้อง ผลการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลพึงพอใจ สามารถเผชิญกับความเครียด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. การให้ข้อมูลและการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs มีความซับซ้อน ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด วิตกกังวลว่าจะดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมอย่างไร ดังนั้นการให้ข้อมูลและการสอน จะช่วยให้มีการรับรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยอย่างถูกต้องมากขึ้น การศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้ข้อมูลและ/หรือการสอน พบว่า มีประสิทธิภาพ โดยก่อให้เกิดความพึงพอใจ เพิ่มคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะด้านจิตใจ ช่วยให้ญาติผู้ดูแลคลายความเครียด ความวิตกกังวลลงได้ระดับหนึ่ง จากการศึกษาของฮัดสันและคณะ (Hudson et al., 2008) เป็นการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินโปรแกรมกลุ่มการให้ความรู้ด้านจิตใจแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการให้ความรู้เป็นรายกลุ่มแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบกัน 3 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และมอบคู่มือซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการแก้ปัญหา, การคิดในแง่บวก และกลวิธีคลายเครียดครั้งที่ 1 เปิดประเด็นอะไรคือส่วนเกี่ยวข้องในการเป็นญาติผู้ดูแล โดยให้ความรู้ในหัวข้อบทบาทของญาติผู้ดูแลในการดูแลแบบประคับประคอง และแหล่งบริการให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ครั้งที่ 2

เปิดประเด็นการดูแลความสัมพันธ์และการดูแลตนเอง โดยนำเสนอการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการดำรงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ดีของญาติผู้ดูแล ครั้งที่ 3 เปิดประเด็นการดูแลบุคคลเมื่อความตายเข้ามาเยือน โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าโศกและสูญเสียเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต จะต้องจัดการกับตัวเองอย่างไร ผลการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจ โดยรู้สึกมีความพร้อมในบทบาทญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถให้การดูแลและแก้ปัญหาได้รวมทั้งสามารถหาข้อมูลที่ต้องการรู้ได้จากผู้เชี่ยวชาญ

3. การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาอาการรบกวนที่สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเกือบตลอดเวลา ดังนั้น ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการฝึกฝนทักษะการเผชิญและการแก้ปัญหาซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ทั้งทางด้านญาติผู้ดูแลและด้านผู้ป่วย จากการศึกษาของแมคคิมิลแลนและสมอลล์ (McMillan & Small, 2007) เรื่อง โปรแกรมพัฒนาทักษะการจัดการอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลที่บ้านหรือสถานบ้านพักรับรอง (Hospice Care) โดยใช้กระบวนการแก้ปัญหา ซึ่งผู้วิจัยเรียกชื่อโปรแกรมนี้ว่า COPE Intervention โดย C = Creativity หมายถึง ญาติผู้ดูแล มีความคิดสร้างสรรค์หาวิธีการใหม่ ๆ เพื่อบรรเทาอาการผู้ป่วย O = Optimism หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่ออาการที่เกิดขึ้นและพยายามถ่ายทอดความคิดและความรู้สึกทางบวกไปยังผู้ป่วย P = Planning หมายถึง ญาติผู้ดูแลวางแผนจัดการกับอาการ โดยแผนนั้นมีความเป็นไปได้และใกล้เคียงกับความเป็นจริงซึ่งผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผน E = expert information หมายถึง ญาติผู้ดูแลค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากผู้เชี่ยวชาญและแหล่งข้อมูลต่าง ๆ รวมทั้งญาติผู้ดูแลได้รับการสอนให้สามารถประเมินอาการได้อย่างถูกต้อง และพัฒนาทักษะในการแปลผลข้อมูลที่พบเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาแก่ผู้ป่วย มีเอกสารคู่มือประกอบ (Home Care Guide for Advanced Cancer) และคู่มือประเมินอาการ ปวด หายใจลำบาก และท้องผูก การศึกษานี้เป็นการทดลองที่มีการเปรียบเทียบ 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ (n = 109) 2) กลุ่มสนับสนุนได้รับการดูแลตามปกติ ร่วมกับการเยี่ยมบ้านเพื่อสนับสนุนให้กำลังใจญาติผู้ดูแล (n = 109) และ 3) กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรม COPE (n = 111) ใช้เวลาทั้งหมด 9 วันในกลุ่มทดลอง ผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการฝึกให้ปฏิบัติตามโปรแกรม COPE เป็นผู้ทดลอง โดยเยี่ยมบ้านและฝึกทักษะการแก้ปัญหาให้กับญาติผู้ดูแลที่บ้าน จำนวน 3 ครั้ง ในระหว่างนั้นมีการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ร่วมด้วยผลการทดลองพบว่า ระดับความรุนแรงของอาการทั้งสามอาการไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลทั้งสามกลุ่ม แต่พบว่าความทุกข์ทรมานจากอาการ (symptom distress) ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มสนับสนุนและกลุ่มควบคุม ซึ่งถือว่าเป็นข้อบ่งชี้ที่ดีและมีความสำคัญทางคลินิก

4. การดูแลปัญหาด้านจิตสังคมของญาติผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs ญาติผู้ดูแลต้องประสบปัญหาและมีคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณและด้านสังคมลดต่ำลง ดังนั้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นวิธีการที่มีการนำมาใช้ช่วยเหลือญาติผู้ดูแล เช่น การให้คำปรึกษา การให้ข้อมูล การผ่อนคลาย เป็นต้น เพื่อลดปัญหาด้านจิตสังคม และช่วยให้คุณภาพชีวิตด้านนี้ของญาติผู้ดูแลดีขึ้น เห็นได้จากการศึกษาปฏิบัติการพฤติกรรมที่ช่วยส่งเสริมการนอนหลับในญาติผู้ดูแลโรคมะเร็ง โดยกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคุณภาพในการนอนหลับดีขึ้น และระดับความซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Carter, 2006) นอกจากนี้มีการศึกษาของอเบอเนตตี และคณะ (Abernethy et al., 2008) เป็นการศึกษาวิจัยบริการการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะที่ทำให้ผลลัพธ์ในระยะสั้นและระยะยาว ของญาติผู้ดูแลดีขึ้น โดยสำรวจเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่รับบริการการดูแลประคับประคองอย่างเจาะจง และกลุ่มที่ไม่ได้รับบริการการดูแลประคับประคองอย่างเจาะจง โดยระยะสั้น หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือต่างๆ ขณะผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ส่วนระยะยาวมองไปถึงอนาคตหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย การบริการการดูแลประคับประคองอย่างเจาะจง ประกอบไปด้วย การช่วยเหลือในการบริหารยาและควบคุมอาการรบกวนผู้ป่วย การดูแลการพักผ่อน ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแหล่งให้บริการช่วยเหลือ การสนับสนุนทางอารมณ์ จิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล การสนับสนุนวางแผนด้านการเงินและพินัยกรรม การสนับสนุนช่วยเหลือหลังการเสียชีวิต ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่รับบริการการดูแลประคับประคองอย่างเจาะจง สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับบริการการดูแลประคับประคองอย่างเจาะจง

นอกจากนี้ยังพบว่า การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เป็นขั้นตอนหนึ่งในกลวิธีส่งเสริมญาติผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs ซึ่งมีการศึกษาพบว่า การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ในระยะเวลา 1-2 สัปดาห์ หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลต้องเผชิญ รวมทั้งได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Murtagh, Addington-Hall, and Edmonds, 2007) จากการศึกษาที่สามารถสรุปได้ว่าการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อสอบถามปัญหาสุขภาพ การปฏิบัติตัว ตลอดจนให้คำแนะนำที่เหมาะสม ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น มีส่วนช่วยส่งเสริมกลไกการรับรู้และช่วยให้สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับระยะเวลาในการดำเนินการส่งเสริมการปรับตัวเป็นส่วนสำคัญไม่ควรมากหรือน้อยเกินไป เพราะมีผลต่อการรับรู้ของบุคคล จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ (Pierce, and Lutz, 2009) ซึ่งตามหลักการเรียนรู้ในวัยผู้ใหญ่ (Adult Learning) วัยนี้จะเรียนรู้ได้นานกว่าวัยอื่น เนื่องจากเป็นวัยที่มีความสนใจความกระตือรือร้นต่อการรับรู้มาก สามารถให้ความรู้ทางสุขภาพได้นานถึง 30 นาที และถ้าเนื้อหาหนักและยาก สามารถขยายเวลา

ได้ถึง 60 นาที (Scott, 2000) ส่วนความต่อเนื่องพบว่าการสอนติดต่อกันเป็นเวลา 3 วันสามารถทำให้บุคคลมีความรู้และเข้าใจในเนื้อหาการสอนได้ เห็นได้จากการศึกษาของนงครัตน์ (2551) เกี่ยวกับโปรแกรมพัฒนาความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยผู้วิจัยดำเนินการสอนญาติผู้ดูแลติดต่อกันเป็นเวลา 3 วันของการเข้ารับการรักษาและประเมินความสามารถของญาติผู้ดูแลในวันที่ 4 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของโรสมาวตี (Rosmawati, 2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการพัฒนาการพยาบาลสนับสนุนต่อการปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ป่วยเบาหวานซึ่งกลุ่มทดลองได้รับการสอน ชี้นะ สนับสนุน จัดสภาพแวดล้อม และสร้างสัมพันธภาพจำนวน 3 ครั้งติดต่อกัน พบว่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติการดูแลตนเองในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การทานยา การจัดการความเครียดและการรักษาความสะอาดสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs เป็นบุคคลที่มีอาการเจ็บป่วยอย่างรุนแรง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจะมีอาการต่างๆ ที่บ่งชี้ว่ามีชีวิตอยู่ได้ไม่นานและมีแนวโน้มทรุดลงเรื่อยๆ และไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมได้ ซึ่งคาดการณ์ว่าจะมีชีวิตอยู่ได้อีกประมาณ 6 เดือน หรือน้อยกว่า ซึ่งผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs ช่วยเหลือตัวเองได้ลดลงและต้องการการดูแลจากผู้อื่น โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว ซึ่งญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs ส่วนใหญ่เป็นญาติผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการหรือญาติผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วยและเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลโดยตรงและสม่ำเสมอ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs เป็นภาระหนักมีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ เนื่องด้วยผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการดูแลตลอดเวลา ทำให้มีเวลาเป็นของตนเองลดลง รู้สึกเหนื่อยล้า ไม่อยากอาหาร พักผ่อนน้อยลง อีกทั้งผู้ป่วยมีอาการรบกวนที่ทุกข์ทรมาน ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกซึมเศร้า วิตกกังวล ต้องการบอกเล่าและระบายความรู้สึกต่างๆ ดังนั้น การรับฟังอย่างเข้าใจ รวมถึงการให้คำปรึกษาจากครอบครัวที่หมายรวมถึงจิตอาสา ที่มีความรู้ความชำนาญจึงมีความสำคัญมาก เพราะมีส่วนช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขและให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีต่อไป

ส่วนที่ 2 ที่มาและการเตรียมความพร้อมจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ เครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคม

แนวคิดตั้งต้นก่อนจะมาเป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ตายอย่างสงบมีมานานแล้ว เพียงแต่รูปแบบอาจจะแตกต่างกันไปตามยุคสมัย ส่วนสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างที่รู้จักกันในปัจจุบัน เพิ่งจะเกิดขึ้นเมื่อไม่กี่สิบปีที่ผ่านมา จากภารกิจเดิมของโรงพยาบาลสมัยแรกที่มีดูแลกลุ่มคนยากจนและด้อยโอกาส รวมถึงผู้ป่วยสารพัดโรค กลายเป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นหลัก (Watson J., 1985) สำหรับประเทศไทย แม้จะยังไม่เกิดหอศพช้อย่างเป็นทางการ แต่สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สัมพันธ์กับมิตศาสนาเช่น วัด หรือ โบสถ์ ก็มีให้เราเห็นอยู่หลายแห่ง

เครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคม โดยมีพระไพศาล วิสาโล เป็นประธานเครือข่ายภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) เริ่มทำความเข้าใจและเผยแพร่แนวคิดเกี่ยวกับตายที่ดีตามแนวทางของพุทธศาสนาตั้งแต่ ปี 2544 ผ่านการจัดกิจกรรมเสวนา หนังสือ วารสาร และการอบรม การเผชิญความตายอย่างสงบ ก่อนจะพัฒนามาเป็นโครงการ “อาสาข้างเตียง” และ “ศิลปะเพื่อการเยียวยาผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังและโรคระยะสุดท้าย” เพื่อดำเนินงานในเรื่องจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยตรง จากการเริ่มต้นความร่วมมือกับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปัจจุบันกิจกรรมอาสาข้างเตียงได้ขยายไปยังโรงพยาบาลแห่งอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลเด็ก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และยังมีจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผ่านการอบรมแล้ว เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตามภูมิลำเนาที่ตนเองอาศัยอยู่อย่างต่อเนื่องอีกด้วย เช่น อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ ที่เปิดโอกาสให้จิตอาสาที่ผ่านการอบรมจากเครือข่ายพุทธิกาฯ เข้าดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงนับเป็นนิมิตหมายอันดีในการทำให้กิจกรรมจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนเรื่องการตายที่ดี ซึ่งต้องอาศัยกลไกความรู้ จิตสำนึกและความร่วมมือที่หลากหลาย (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2543)

ความหมาย / ทักษะของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ระดับลึก ในการวิจัยของสวรรณกมล (2558) ถึงการให้ความหมาย/ทักษะของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยฯ เป็นการตีความในแง่ผลลัพธ์ (Output) จากสิ่งที่เกิดขึ้นจริง โดยพบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักได้ให้ความหมายของจิตอาสาดูแลผู้ป่วย 5 ความหมาย ดังนี้

1. ผู้ที่เปี่ยมด้วยความรักและความเห็นอกเห็นใจ เหตุเพราะผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีสภาพจิตใจที่เปราะบางอ่อนแอมาก ผู้ป่วยต้องการใครสักคนที่พร้อมจะให้ความรักแก่เขาได้อย่างเต็มเปี่ยมหรืออย่างไม่มีเงื่อนไข และเพราะจากสภาพจิตใจที่เปราะบาง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักแสดงอารมณ์หงุดหงิดเกรี้ยวกราดออกมาได้ง่าย จิตอาสา สามารถช่วยได้ด้วยอารมณ์อดทนอดกลั้น พยายามให้อภัยและเห็นอกเห็นใจเขา

2. ผู้ที่สละความสุขส่วนตน สละเวลาได้อย่างต่อเนื่อง เพราะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำเป็นต้องผ่านการอบรมและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ จนกระทั่งเข้าใจถึงการให้บริการดูแลผู้ป่วยโดยสหวิชาชีพ เพื่อควบคุมและบรรเทาอาการปวดหรืออาการอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ควบคุมประคองด้านจิตใจ/อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ให้สามารถอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีและตายจากไปด้วยความสุขสงบ โดยครอบคลุมการดูแลญาติและติดตามช่วยเหลือญาติที่มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย

3. ผู้ที่ระลึกถึงหน้าที่ของ “การไม่ยืดชีวิตและไม่เร่งความตาย” กล่าวคือ ไม่ยืดชีวิตไว้ด้วยวิธีการหรือเครื่องมือช่วยชีวิตแบบต่างๆ เมื่อไม่มีโอกาสรอดชีวิต หรือเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างผิดธรรมชาติด้วยวิธีการต่างๆ แต่จะทำให้ผู้ป่วยพบกับการตายที่ดี

4. ผู้ที่อุทิศตนเพื่อลดทอนความทุกข์และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในทุกด้านเท่าที่จะทำได้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องกาย ความสัมพันธ์ จิตใจหรือแม้แต่ความต้องการทางจิตวิญญาณ การสร้างความรู้สึกให้ผู้ป่วยได้ตายราวกับอยู่ในเรือนตายของตน

5. ผู้ที่มีความมั่นใจและตั้งใจว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้ป่วยให้ปล่อยวาง ไม่กลัวตายและเตรียมตัวตายอย่างสงบ

สอดคล้องกับผลการวิจัยของวาเลนไทน์และกอร์ดอน (Valentine, and Gordon, 2000) ที่กล่าวว่า ผู้อุทิศตนเป็นจิตอาสา จิตวิญญาณจิตอาสา คือการมีจิตใจที่เสียสละ ทำงานด้วยความสมัครใจ เพื่อเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น ประชาชนและสังคม โดยไม่หวังผลตอบแทนที่เป็นเงินหรือวัตถุ และดำเนินชีวิตในรูปแบบที่แตกต่างไปจากกระแสหลัก คือกระแสเศรษฐกิจบริโภคนิยมที่มุ่งเน้นเรื่องการสร้างรายได้เป็นหลัก จะมีแรงผลักดันภายในตนเองที่ทำให้เลือกใช้ชีวิตที่อุทิศตนทำงานให้โดยไม่มีผลตอบแทน หรือได้ผลตอบแทนน้อย และไม่อาจนับรวมเข้ากับมาตรฐานของการตีค่าแรงงานเป็นเงินได้ตามแบบของสังคมแรงงานที่กำหนดกันอยู่ในปัจจุบัน

สรุปได้ว่าการทำงานจิตอาสาหรือจิตอาสา เป็นการทำงานเพราะมีความรัก มีความสุขในงาน ได้มีโอกาสสร้างสรรค์งานอย่างที่ต้องการ หากจะมีการยอมรับในผลงานก็น้อมรับมันอย่างมีสติ แต่เมื่อไม่มาหรือไม่มีก็อย่าคิดถึง ความต้องการทั้งหมดอยู่ที่ตัวงาน ทุกคนที่ได้ทำงานจะต้องเรียนรู้ถึงศิลปะ ความรักในงานที่ทำให้มีความสุขในงานโดยไม่ต้องมีการยอมรับนับถือ

รูปแบบของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การมีจิตอาสา เป็นสิ่งที่เกิดตามวิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล สภาพแวดล้อมต่างๆ ตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน มีผลต่อการพัฒนาคุณธรรม จริยธรรมของบุคคล จิตสำนึกสาธารณะ หรือจิตสำนึกทางสังคมอยู่ภายใต้อิทธิพลของปัจจัยแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก แต่ไม่สามารถสรุปแยกแยะได้ว่าเกิดจากปัจจัยภายในหรือภายนอกเพียงอย่างเดียวอย่างใดอย่างหนึ่ง เพราะทุกสรรพสิ่งมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน จิตสำนึกที่มาจากภายนอกเป็นการเข้ามาโดยธรรมชาติ กระทบต่อความรู้สึกของ

บุคคล แล้วกลายเป็นจิตสำนึกโดยธรรมชาติ และมักไม่รู้ตัว แต่จิตสำนึกที่เกิดจากปัจจัยภายในเป็นความ
 จงใจเลือกสรร บุคคลระลึกตัวตนเองเป็นอย่างดี เป็นสำนึกที่สร้างขึ้นเองระหว่างปัจจัยภายในและ
 ภายนอกเป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีความต่อเนื่องกัน (Turner, 1988)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ระดับลึกถึงการกำหนดรูปแบบของจิตอาสาเป็น
 การตีความในแง่ผลลัพธ์ (Output) จากสิ่งที่เกิดขึ้นจริง โดยพบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักได้เพิ่มเติมการ
 กล่าวถึงรูปแบบของจิตอาสา 2 รูปแบบ ดังนี้

1. จิตอาสาที่มีทักษะเฉพาะตัว ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล
 เกษษกร นักศึกษาสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง บุคคลเหล่านี้เข้าใจในความเป็นจริงที่ว่า แม้เทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถ
 ผลิตยาขนานต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพสูงในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย
 กระนั้นยังคงมีข้อจำกัด โดยจากตัวผู้ป่วยเองซึ่งไม่สามารถทนต่อความทรมานที่เกิดจากการรักษา
 หรือเมื่อความเจ็บป่วยที่เกิดจากการเป็นมะเร็งดำเนินมาจนถึงระยะสุดท้าย อันเป็นสัญญาณบ่งชี้ว่า
 ผู้ป่วยหมดทางรักษาและจิตใจเริ่ม คำนึงถึงความตาย สิ่งเหล่านี้ชี้ชัดว่าผู้ป่วยต้องเผชิญความทุกข์ทั้ง
 ร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม มีความสำคัญเทียบเท่ากับความต้องการที่จะ
 เน้นหนักเรื่องการกลับคืนสู่สภาพปกติ ทั้งการดูแลกายและใจ การปรับความคิด เข้าใจสภาวะความ
 เป็นจริงถึงความไม่เที่ยงของชีวิต การใช้ชีวิตที่เหลืออยู่แม้จะไม่เต็มร้อยให้มีคุณค่าทั้งตัวเองและผู้อื่น
 การฝึกเตรียมพร้อมรับมือกับสภาพเจ็บปวดทรมานทางกาย และยอมรับความตายที่เกิดขึ้น จึงถือว่าเป็นศิลปะ
 อัจฉริยะที่ผู้ป่วยและผู้ไม่ป่วยควรได้เรียนรู้ฝึกฝน และตั้งต้นในความไม่ประมาท

2. จิตอาสาที่เป็นบุคคลทั่วไป มีตั้งแต่ นักศึกษาจนถึงวัยเกษียณ อายุระหว่าง 20-60 ปี
 ทุกสาขาอาชีพตั้งแต่ รัฐบาล รัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท เจ้าของกิจการ รับจ้างอิสระ ข้าราชการ
 บำนาญ และแม่บ้าน แต่จะต้องผ่านการคัดเลือกและอบรมโครงการจิตอาสาดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและ
 ระยะสุดท้าย และจากผลการสัมภาษณ์ระดับลึกผนวกกับการวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้ได้ทราบถึงแนวคิด
 หลักๆ ของจิตอาสาที่เป็นบุคคลทั่วไป ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ 3 ประการคือ

2.1 ความยึดมั่นในอุดมการณ์ กล่าวคือ มีสำนึกถึงความรับผิดชอบต่อหน้าที่ของ
 ตนเองและสังคม ต้องการเห็นสังคมมีการปฏิบัติต่อกันอย่างเท่าเทียม มีการเอารัดเอาเปรียบต่อกัน
 น้อยที่สุด เชื่อว่าสังคมจะเป็นเช่นนั้นได้ จะต้องอาศัยกระบวนการจัดการทรัพยากรอย่างเป็นธรรม
 และแพร่กระจายไปยังคนทุกชั้น ทุกกลุ่มทางสังคมให้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ ล่วงเลยไปถึง
 ความไม่พอใจที่การเห็นความไม่ยุติธรรมหรือการเอารัดเอาเปรียบ ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นในสังคมไทยนั่นคือ
 การใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่มุ่งเน้น การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ สนับสนุนและ
 ส่งเสริมแนวคิดบริโภคนิยม

2.2 ความยึดมั่นในหลักศาสนา จารีตประเพณี กล่าวคือ ยึดมั่นในหลักศาสนา และต้องการ
 ทำงาน เพื่อละตัวตน หาหนทางที่ได้จะถ่ายทอดความรู้ อุทิศเวลาและความสุขส่วนตนเพื่อให้เป็น

ประโยชน์ต่อผู้อื่นที่เจ็บป่วยและยากไร้ด้อยโอกาสกว่าตน เพราะต้องการทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น รวมถึงเข้าถึงการปล่อยวางทั้งทรัพย์สินเงินทอง ของใช้หรือแม้กระทั่งสิ่งที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ทั้งนี้ เพื่อให้เข้าถึงความสุขที่ไม่สามารถหาได้จากการใช้ชีวิตตามปกติในทุกๆ วัน หรือเพื่อให้เข้าถึงความลึกซึ้งทางจิตใจ หรือบริจาคตานซึ่งคือการมีน้ำใจเสียสละความสุขส่วนตัวเพื่อประโยชน์ของผู้อื่น จิตอาสาที่ได้ศึกษาและเข้าใจในหลักธรรมคำสั่งสอน มุ่งเดินทางไปสู่บั้นปลายชีวิตโดยใช้พระพุทธศาสนา เป็นเครื่องนำทาง

2.3 ความยึดมั่นในค่านิยมบางประการ กล่าวคือ สิ่งที่อยู่ภายในความรู้สึกนึกคิดของคนๆ นั้น เป็นค่านิยมที่ได้รับการพัฒนามาจากการหล่อหลอมของครอบครัวหรืออาจหมายรวมถึงความจำเป็นทางครอบครัว จากสถาบันการศึกษา จากการเฝ้าสังเกตและตั้งคำถามกับความเป็นไปในสังคมปัจจุบัน หรือการได้อ่านประวัติชีวิตของนักพัฒนาหรือบุคคลที่เป็นแบบอย่างในใจ ค่านิยมดังกล่าวได้แก่ ความเสียสละ ความมั่นคงทางจิตใจ ความสามารถในการรักษาสมดุลระหว่างความต้องการเชิงเศรษฐกิจและอุดมการณ์

ซึ่งสอดคล้องบางส่วนกับงานวิจัยของแสวง บุญเฉลิมวิภาส (2549) ที่กล่าวว่า ผู้อุทิศตนเป็นจิตอาสา มีความต้องการการยอมรับจากสังคมและคนรอบข้างในระดับหนึ่ง การยอมรับนี้สามารถสะท้อนได้จากการได้รับรางวัลในรูปของวัตถุ สิ่งของ โล่ห์ประกาศเกียรติคุณ หรือการได้รับการยกย่อง ชมเชย การยอมรับในความสามารถของตนเอง แต่อย่างไรก็ตาม การได้รับการยอมรับนี้มีแนวคิดว่าเป็นการสร้างตัวตนให้กับมนุษย์ แทนที่จะให้การอุทิศตนเป็นแนวทางของการบรรลุถึงความสุขในขั้นที่แตกต่างจากทรัพย์สิน เงินทอง และความต้องการอันเป็นแรงขับจากภายใน ที่ทำให้เลือกใช้ชีวิตที่อุทิศตนทำงานให้โดยไม่มีผลตอบแทน หรือได้ผลตอบแทนน้อย และไม่อาจนับรวมเข้ากับมาตรฐานของการตีค่าแรงงานเป็นเงินได้ตามแบบของสังคมแรงงานที่กำหนด

กระบวนการของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเครือข่ายพุทธิกา

โครงการจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในระยะแรกเป็นการทำงานสืบเนื่องจากการอบรมการเผชิญความตายอย่างสงบ ผู้เข้าอบรมบางคนมีความสนใจที่จะนำทักษะของการตายสงบเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วย และงานจิตอาสาที่เป็นกิจกรรมหลักที่เปิดโอกาสในการนำความรู้ในเชิงทฤษฎีมาใช้ปฏิบัติจริง (Converse, J.M., 1987) ผู้สนใจเข้าร่วมโครงการจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้าย มีตั้งแต่นักศึกษาจนถึงวัยเกษียณ อายุระหว่าง 20-60 ปี ประกอบอาชีพทุกสาขาตั้งแต่ รับราชการ รัฐวิสาหกิจพนักงานบริษัท เจ้าของกิจการ รับจ้างอิสระ ข้าราชการบำนาญ และแม่บ้าน นอกจากนี้ยังมีบุคลากรสาธารณสุขได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร รวมทั้งอาจารย์สอนนักศึกษาแพทย์ ส่วนใหญ่เข้ามาเป็นจิตอาสา เพราะต้องการเป็นเพื่อนพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย ให้รู้สึกสบายใจ คลายความทุกข์ ต้องการเข้าใจสภาวะของโรคและดำรงอยู่กับโรคได้อย่างปกติสุขและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ถูกต้อง

เพื่อปรับใช้กับตนเองและคนรอบข้าง รวมทั้งเพื่อเข้าใจชีวิต เรียนรู้สัจธรรมและการปล่อยวาง รวมทั้งเพื่อเตรียมตัวตายอย่างมีสติให้กับตนเองและครอบครัว (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2554)

ขั้นตอนที่ 1 การสมัคร

ข้อมูลจากจดหมายแนะนำตัว พบว่าทุกคนมีความตั้งใจดี แต่จะพบว่ามีความเป็นไปได้ในการเข้าร่วมน้อยมาก ไม่ว่าจะทำงานประจำจนไม่น่าจะมีเวลา หรือสถานที่อยู่ห่างไกลโรงพยาบาลมาก ทางโครงการจึงต้องโทรศัพท์กลับไปเพื่อตรวจสอบว่าสามารถจัดสรรเวลาในการปฐมนิเทศ อบรม และเยี่ยมผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องได้หรือไม่ ด้วยเหตุนี้จึงมีการกำหนดให้มีการนัดเจออีกครั้ง ซึ่งอาจใช้รูปแบบการปฐมนิเทศ หรือสัมภาษณ์ก็จะทำให้เกิดความเข้าใจได้ยิ่งขึ้น ด้วยเหตุนี้สิ่งสำคัญในการจัดหาจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงอยู่ที่การจัดระบบรองรับจิตอาสาที่ชัดเจน และสอดคล้องกับสัดส่วนของผู้ป่วยที่ต้องการดูแล ซึ่งจะทำให้ไม่จำเป็นต้องรับจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนมากและไม่เป็นภาระกับคนทำงานจนเกินไป อีกทั้งจะต้องยอมรับเงื่อนไขว่าจะต้องผ่านการอบรม 2 วัน (ไป-กลับ) เข้าใจรูปแบบการเยี่ยม ว่าเป็นเพื่อนให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ โดยมีอาสา 1 คน ต่อคนไข้ 1 คน ระยะเวลาเยี่ยมผู้ป่วย ในเวลา 3 เดือน เยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง สรุปรการเรียนรู้ เดือนละครั้ง รวม 3 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 2 การปฐมนิเทศ

สิ่งสำคัญของการปฐมนิเทศ คือเป็นการเปิดโอกาสให้จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับข้อมูลและภาพรวมทั้งหมด เพื่อกลับไปขังใจตนเองอีกครั้ง ว่าเหมาะสมกับภารกิจนี้หรือไม่ โดยมีการชี้แจงรายละเอียด ดังนี้

1. ที่มาและวัตถุประสงค์ของโครงการที่คาดหวังให้จิตอาสาได้เยี่ยมเยียน เป็นเพื่อนให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว และยังเป็นการแบ่งเบาภาระให้พยาบาล รวมทั้งเพื่อให้จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดการเรียนรู้
2. ขั้นตอนในการเป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กำหนดวันเวลาในการพบปะต่างๆ ได้แก่ การอบรม เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสรุปโครงการ เพราะจิตอาสาส่วนใหญ่เพิ่งความสนใจเฉพาะการเยี่ยมผู้ป่วยและญาติ แต่ไม่เห็นความสำคัญของการอบรม การสร้างสัมพันธ์ภาพร่วมกัน หรือการแลกเปลี่ยนประสบการณ์
3. ลักษณะกิจกรรมที่เน้นการฟังอย่างลึกซึ้ง เน้นการให้และรับและการทำงานเป็นทีม มีการตัดสินใจร่วมกัน
4. สภาพในโรงพยาบาลที่ภาระงานล้นมือของพยาบาลจนอาจไม่ได้ใส่ใจจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเท่าที่ควร
5. สภาพของผู้ป่วยที่มีความเป็นไปได้ว่าจะเสียชีวิตกลางคัน ซึ่งประเด็นนี้อาจชักถามจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่อายุน้อยว่าสามารถรับได้หรือไม่

การปฐมนิเทศจึงเป็นเสมือนการดูตัวระหว่างโครงการฯ และจิตอาสา อีกทั้งยังเป็นด้านหน้าช่วยสร้างความเข้าใจซึ่งกันและกัน อีกทั้งช่วยลดปัญหาจิตอาสาหยุดทำงานกลางคันได้

ขั้นตอนที่ 3 การอบรม

การอบรมเป็นการจำลองประสบการณ์เพื่อนำไปประยุกต์กับการปฏิบัติงานได้ เพราะจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วยในแบบนี้ จะไม่ได้เข้าเยี่ยมเป็นกลุ่มหรือมาเป็นครั้งคราว แต่ต้องปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติในลักษณะเป็นรายบุคคลและดูแลอย่างต่อเนื่องถึง 3 เดือน ดังนั้นทักษะและการทำความเข้าใจการดูแลผู้ป่วยจึงต้องละเอียดและชัดเจนพอ แต่ในการอบรมนี้จะไม่แบ่งตามโรคของผู้ป่วย เพราะเน้นการดูแลแบบเพื่อน จึงไม่เจาะจงโรคใดโรคหนึ่งเป็นพิเศษ

การอบรมดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้ายกำหนดให้จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าร่วมเป็นเวลา 2 วัน ซึ่งกระบวนการร่อยเรียงในการอบรมผู้สนใจสามารถนำไปประยุกต์ได้ตามความเหมาะสม

กิจกรรมวันแรก ได้แก่

1. แนะนำโครงการ / ทำความรู้จักกัน
2. แนะนำแนวทางการเยียวยาจิตใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เข้าใจความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย ความรู้สึกของตนเองเพื่อเชื่อมโยงถึงผู้ป่วย โดยเน้นถึงสิ่งที่ควรพูดและไม่ควรพูดตลอดจนเพื่อให้จิตอาสาเกิดความเชื่อมั่นว่าทุกคนสามารถเยียวยาทางด้านจิตใจได้ไม่ยาก ผ่านการแสดงบทบาทสมมติของจิตอาสา

กิจกรรมวันที่สอง ได้แก่

1. กิจกรรมสนทนาการ การแสดงบทบาทสมมติ เพื่อนำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลทางด้านจิตใจผู้ป่วย เพื่อเรียนรู้วิธีเข้าหาและพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อเข้าใจบทบาทจิตอาสาเป็นส่วนหนึ่งของทีม และเพื่อเปิดใจยอมรับความแตกต่างหลากหลาย
2. ทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง เพื่อเรียนรู้ว่าเมื่อรับฟังอย่างลึกซึ้งแล้วเกิดประโยชน์อย่างไรกับตนเองและผู้ป่วย
3. ความเข้าใจผู้ป่วยและระบบในโรงพยาบาลโดยแพทย์หรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการทำ ความเข้าใจผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้าย หัวข้อการทำความเข้าใจผู้ป่วยนี้ อาจมอบให้แพทย์หรือพยาบาลจากโรงพยาบาลในการให้ข้อมูลจิตอาสาเกี่ยวกับผู้ป่วย เน้นเนื้อหาเกี่ยวกับสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังรับรู้ข่าวร้าย หรือความตาย

การอบรมช่วยให้จิตอาสาเกิดทักษะในการเยียวยาจิตใจผู้ป่วย แต่สำคัญกว่านั้น คือ ต้องการให้เกิดความเชื่อมั่นซึ่งมาจากภายในตนเองไม่ยึดติดกับความรู้หรือมีสูตรสำเร็จตายตัว แต่อยู่กับผู้ป่วยตรงหน้าอย่างซื่อซึ้งและเข้าใจ

ขั้นตอนที่ 4 ลงมือปฏิบัติ เยี่ยมเยียนผู้ป่วย

ทางโครงการฯ กำหนดให้จิตอาสาเข้าเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ๆ แต่แต่ละครั้งอาจเยี่ยมผู้ป่วยเพียงไม่กี่นาทีบางครั้งหลายชั่วโมง ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ความพร้อมของผู้ป่วยและความสนิทสนมที่อาจทวีคูณมากขึ้นตามลำดับ ส่วนใหญ่โรงพยาบาลสะดวกให้จิตอาสาเยี่ยมในช่วงบ่าย เพราะช่วงเช้าผู้ป่วยจำเป็นต้องรับการรักษาต่าง ๆ แม้จิตอาสาหลายคนในช่วงแรกยังมีความกลัวและไม่แน่ใจอยู่บ้างในการเยี่ยมผู้ป่วย แต่จากการเตรียมพร้อมระบบรองรับ การสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับจิตอาสา การให้ข้อมูลภาพรวม ทำให้จิตอาสาบางคนรู้สึกมั่นใจที่จะนำความรู้และประสบการณ์ต่าง ๆ จากการอบรมไปใช้ในการเยี่ยมผู้ป่วยได้

จะเห็นได้ว่า จิตอาสาไม่ได้เกิดขึ้นอย่างง่ายดายเพียงใครสักคนต้องการเป็นจิตอาสาแล้วสามารถเข้าไปดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้ในทันที แต่จิตอาสาดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ “เวลาอุทิศ” และ “ใจเรียนรู้” คือคุณสมบัติพื้นฐานของจิตอาสา ที่ควรจะต้องจัดสรรเวลาในการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยเป็นประจำ เพราะจะทำให้สามารถพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างจิตอาสาและผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ในขณะเดียวกัน ก็ต้องเรียนรู้ที่จะเปิดใจรับประสบการณ์แปลกใหม่ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดูแล ทั้งความเศร้า เสียใจ สะเทือนใจ แม้แต่ความปessimistic และความสุขที่เกิดขึ้น จากช่วงเวลาที่ได้อยู่ร่วมกับผู้ป่วย ญาติ และตนเอง หรือจะกล่าวได้ว่า จิตอาสาจะไม่เน้นเฉพาะผลลัพธ์จากการทำงาน แต่ให้ความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้ภายในของจิตอาสาไปด้วย

ปัญหาและอุปสรรคของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แม้มีหลักปฏิบัติในการรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในการเยี่ยมผู้ป่วย จากจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายรุ่นก่อน จะทำหน้าที่แบ่งปันประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมา ทั้งสิ่งทีอาจเกิดขึ้นในช่วงเยี่ยมผู้ป่วยที่จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเผชิญและแนวทางการแก้ไข แต่ในความเป็นจริงจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจต้องเจอกับสิ่งที่คาดไม่ถึง (รุ่งนภา เขียวขำ, 2552)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ระดับลึกถึงปัญหาและอุปสรรคของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการตีความในแง่ผลลัพธ์ (Output) จากสิ่งที่เกิดขึ้นจริง 5 ข้อ พร้อมทั้งจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้เสนอวิธีการบรรเทาปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ดังนี้

1. มุมมองที่ต่างกัน

ส่วนใหญ่จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเตรียมพร้อมที่จะเผชิญปัญหาความอึดอัดคับข้องใจ จากผู้ป่วย ไม่ว่าจะ เป็นความทุกข์จากความเจ็บป่วยทางกายและใจ และความเครียดกดดันต่าง ๆ แต่ส่วนใหญ่ สัมเตรียมใจที่จะเผชิญกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล พยาบาลบางคนอาจมีทัศนคติที่มองว่าการดูแลจิตอาสาเป็นงานเพิ่ม ทั้งที่ภาระงานจากคนไข้และงานเอกสารก็ล้นมืออยู่มากพอแล้ว ประกอบกับความไม่ไว้วางใจในจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เกรงว่าอาจเกิดความเสียหายกับคนไข้ และทำให้พยาบาลต้องรับผิดชอบผลที่เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นจึงควรเปิด

พื้นที่รับฟังทั้งสองฝ่าย โดยไม่เข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมากเกินไป และอาจใช้พื้นที่พูดคุยส่วนตัวไม่ผ่านการประชุมเพื่อทำให้จิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือพยาบาลกล้าพูดตรงไปตรงมารวมทั้งช่วยประสานความรู้สึกต่อกัน ทั้งนี้พบว่า การเริ่มต้นสิ่งใหม่ๆ เป็นสิ่งยากที่จะทำให้เกิดการยอมรับได้ หากใช้ความอดทนและรอคอย หลายครั้งพบว่าต่างฝ่ายจะเข้าใจกันเองโดยอัตโนมัติ เมื่อเวลาผ่านไป จิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายเห็นภาระงานของพยาบาลที่มากมายจนเกิดความเข้าใจ และพยาบาลเห็นความทุ่มเทจริงจังของจิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มาอย่างสม่ำเสมอและทำด้วยใจจนเกิดความชื่นชม

2. การจัดสรรเวลา กรณีจิตอาสาไม่ได้มาเยี่ยมผู้ป่วย

กรณีจิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายหยุดการมาเยี่ยมผู้ป่วยมาจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น 1) ภารกิจ หน้าที่การทำงานที่ไม่แน่นอน โดยเฉพาะคนทำงานประเภทฟรีแลนซ์ ส่วนใหญ่จะไม่สามารถกำหนดขอบเขตงานได้อย่างชัดเจน 2) ช่วงเริ่มต้นของการมาเยี่ยมผู้ป่วยรู้สึกมีอุปสรรคไม่ว่าผู้ป่วยไม่พูดคุย พยาบาลไม่ค่อยต้อนรับ เกิดความท้อแท้ 3) ผู้ป่วยกลับบ้านหรือเสียชีวิต ต้องมีการเปลี่ยนเคส ทำให้จิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดความหดหู่เสียใจ

หากเกิดกรณีเช่นนี้ ส่วนใหญ่จิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความเป็นไปได้ที่จะไม่แจ้งผู้ประสานงาน แต่หากมีสัมพันธ์ที่ดีต่อกันและทำความเข้าใจล่วงหน้าว่าการหายไปไม่ใช่เรื่องผิด อย่างน้อยควรชี้แจงเพื่อจะได้ปรับเวลาการเยี่ยมผู้ป่วย หรือปรับปรุงกระบวนการกับจิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. ผู้ป่วยไม่ตอบรับ

แม้จะมีการขออนุญาตผู้ป่วยว่าจะมีจิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าเยี่ยมก่อนแล้ว แต่เมื่อจิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปเยี่ยมผู้ป่วยจริง ผู้ป่วยอาจไม่ต้อนรับด้วยการหันหน้าไปอีกทาง หรือนอนหลับ ทั้งนี้อาจเกิดจากผู้ป่วยเกิดความไม่สบายใจ หรือไม่สบายกายจากการหัดถการต่าง ๆ หรือเหตุผลต่าง ๆ ที่ไม่สามารถอธิบายได้ และแม้มีการเน้นย้ำกับจิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าอาจเกิดเหตุการณ์เช่นนี้แล้วก็ตาม เมื่อเจอเหตุการณ์จริง จิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่อาจยอมรับได้หากสอบถามที่มาและพบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยเจ็บมาจากตัวผู้ป่วยเอง ไม่ใช่ตัวจิตอาสา แต่เพราะจิตอาสา รู้สึกอึดอัดทำอะไรไม่ถูก อาจเน้นย้ำว่าหากตลอด 3 เดือน หากผู้ป่วยปิดตัวเอง ก็ไม่ถือว่าจิตอาสาทำงานผิดพลาด เพราะสิ่งสำคัญคือการเรียนรู้ ดังนั้นให้ถือว่าเหตุการณ์นี้เป็นโอกาสให้ใคร่ครวญจิตใจตนเอง หรือแก้ไขด้วยการเสนอพี่เลี้ยงช่วยเหลือ เป็นต้น

4. ความผูกพันที่มากเกินไป

เมื่อจิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายผ่านการปรับตัวช่วงแรกกับผู้ป่วยและญาติได้แล้ว สิ่งก็ตามมา คือเริ่มรู้สึกผูกพัน ยิ่งถ้าผู้ป่วยคะยั้นคะยอให้มาบ่อยๆ ยิ่งไม่กล้าปฏิเสธ ส่วนใหญ่มักจะเกิดกับจิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีอายุน้อย ๆ เพราะยังวางตัวและวางใจไม่ถูก จิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรพูดตรง ๆ กับผู้ป่วย ว่าสามารถมาได้กี่วันและให้มองว่าจิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็น

เพียงส่วนหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดี แต่ผ่านเข้ามาในชีวิตเขาเพียงชั่วคราว แต่หากต้องการช่วยเหลือมากกว่านี้สามารถประสานความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับครอบครัวของผู้ป่วย ก็จะทำให้ช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืนกว่า

5. จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายรู้สึกว่ามันน้อยไป

จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายบางคนอาจผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากกับผู้ป่วยและสิ่งรอบข้างได้ยาก แต่บางคนอาจเจอผู้ป่วยยิ้มแย้มและเป็นคนชวนจิตอาสาพูดคุยด้วยความร่าเริงไม่ทุกข์ร้อนยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยอาจให้กำลังใจกลับด้วย จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่แทนที่จะดีใจกลับรู้สึกไม่ดี รู้สึกไม่มีคุณค่าเพราะไม่ได้ทำอะไรเพื่อผู้ป่วยเลยแถมนั่งฟังเฉยๆ ทั้งที่มีการเน้นย้ำว่าการมาครั้งนี้เพื่อการเรียนรู้ก็ตาม อีกทั้งยังเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องการให้ใครเห็นตนเองเศร้า เพราะไม่อยากให้สงสาร มีหลายครั้งพบว่าผู้ป่วยและญาติลักษณะนี้หลายคนแอบร้องไห้ในที่ลับตาคน หรืออาจเป็นเพราะยังไม่รู้สึกคุ้นเคยมากพอ จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรใจเย็นพูดคุยจนเกิดความสนิทสนมก่อน

ในการทำงานในโรงพยาบาล จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เตรียมพร้อมเปิดใจให้กับผู้ป่วยและญาติ จนลืมนึกถึงบุคคลอื่นรอบข้างไป แต่เมื่อจิตอาสาตระหนักได้ถึงสิ่งเหล่านี้ทุกสิ่งก็เป็นการเรียนรู้ และส่งผลสะท้อนกลับถึงบุคลากรในโรงพยาบาลที่ต้องเปลี่ยนมุมมองของตนเองต่อจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและเรื่องราวรอบข้างเช่นกัน

ผู้วิจัยตรวจสอบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบ ประสบการณ์และกระบวนการจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีดังนี้

สุริพร ธนศิลป์ (2556) กล่าวถึง ผลการศึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการว่าผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต้องมีพรหมวิหารธรรม คือเมตตา กรุณาเป็นพื้นฐาน โดยส่วนตนผู้ดูแลเองก็มีความเข้าใจโลกและชีวิต รู้เท่าทันชีวิตและความตาย ดูแลอนุวัตตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน ทำงาน ดูแลแบบพหุวิชาชีพเพื่อให้การดูแลทั่วถึงทุกมิติ โดยบริหารองค์ประกอบในการดูแลให้อยู่ในสภาพเอื้ออำนวย

อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2555) กล่าวในการประชุมฟื้นฟูวิชาการ หัวข้อ บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Nurse's Role in End of Life Care) ไว้ว่า การเตรียมความพร้อมที่จะต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยในวาระสุดท้าย บุคคลใดที่มีโอกาสได้เตรียมตัวเผชิญการสูญเสีย การพลัดพราก ตลอดจนการเผชิญกับความตาย เขาน่าจะโชคดีกว่าคนที่ไม่ได้เตรียมตัว เพราะมีโอกาสได้สะสางภารกิจที่ยังค้างคาใจให้ลุล่วงไปด้วยดีก่อนที่จะจากโลกนี้ การใช้ชีวิตอย่างไม่ประมาทโดยมีการเตรียมความพร้อมเผชิญวาระสุดท้ายที่จะมาถึง น่าจะมีส่วนช่วยให้เกิดความสงบก่อนตายและไปสู่สุคติได้มากกว่าคนที่ไม่ได้เตรียมตัว ซึ่งจะมีอาการหวาดกลัว ทุกข์ทรมาน ขอสู้อย่างไรก็ได้การใช้ High Technology ที่ทันสมัยในห้อง ICU และท้ายสุดก็ต้องกลับคืนสู่ธรรมชาติด้วยอาการไม่สงบ

สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค (2556) กล่าวถึง การประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ว่า ต้องประเมินให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งในด้านสังคมจะ ประกอบด้วยเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยครอบครัวหรือญาติ เพื่อน บ้าน หน่วยงาน หรือองค์การ กลุ่มทางศาสนา จิตอาสา การค้นหาเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยและ ครอบครัว จะทำให้ทราบว่า ผู้ป่วยได้รับความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า และได้รับการยกย่องจาก เครือข่ายทางสังคมอย่างไร

ส่วนที่ 3 การสื่อสารระหว่างบุคคล

การสื่อสารระหว่างบุคคลมีความจำเป็นและมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ของมนุษย์อย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่การที่จะทำให้สื่อสารประสบความสำเร็จเป็นที่พึงพอใจ ทั้ง สองฝ่ายนั้น จำเป็นต้องมีความเหมาะสมทั้งบุคคล สถานที่ และเวลา ซึ่งในการสื่อสารระหว่างบุคคล นั้น จะต้องมีคนใดคนหนึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ส่งสาร (sender) อีกคนหนึ่งจะทำหน้าที่เป็นผู้รับสาร (receiver) แต่อย่างไรก็ตามบทบาทการเป็นผู้ส่งสารและผู้รับสารอาจไม่ตายตัว ผู้ส่งสารและผู้รับสาร สามารถสลับบทบาทกันได้ (อมรรัตน์ ทิพย์เลิศ, 2549) นอกจากนี้ผู้สื่อสารยังมีศักยภาพที่จะ ดัดแปลงสารได้ตามบริบทการสื่อสาร อันจะทำให้ผู้สื่อสารสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ตามต้องการ

การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication) หมายถึง การพบปะ พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างคนสองคน (Person-to-Person) ทำให้ทั้งสองฝ่ายสามารถ สังเกตปฏิภิกิริยาที่แสดงออกซึ่งกันและกันได้ และความสามารถแสดงปฏิภิกิริยาตอบกลับได้อย่าง ทันทีทันใด (เรณู พุกบุญมี, 2541) และการสื่อสารระหว่างคนสองคนในลักษณะที่มีสื่อเป็นตัวกลางใน การติดต่อสื่อสารก็ได้ เช่น การติดต่อพูดคุยทางโทรศัพท์ การส่งข้อความผ่านอินเทอร์เน็ต การเขียน จดหมายถึงกัน เป็นต้น ในการวิจัยนี้จะเน้นการสื่อสารแบบเผชิญหน้ากันระหว่างจิตอาสาและผู้ป่วย ระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแลที่สนทนากันแบบดูแลแบบประคับประคองและเพื่อให้ทราบว่าญาติผู้ดูแล มีการเตรียมรับมือกับจากไปของผู้ป่วยในการดูแลของตนอย่างไร โดยในส่วนนี้ผู้วิจัยจะขยายความ เกี่ยวกับการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย ดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างบุคคล

กิติมา สุรสนธิ (2542) กล่าวว่า การสื่อสารระหว่างบุคคลมีคุณลักษณะที่สำคัญคือผู้ที่ สื่อสารมีบทบาทเป็นผู้ส่งสารและผู้รับสาร เป็นการสื่อสารแบบสองทาง (Two-way Communication) คือ มีการป้อนกลับของข่าวสารจากผู้รับสาร สารที่สื่อกันนั้นประกอบด้วยวจน สารและอวจนสาร ผู้ส่งสารและผู้รับสารจะความใกล้ชิดและคุ้นเคยซึ่งกันและกัน (Intimacy) มาก่อน การสื่อสารในลักษณะนี้จะเป็นแบบร่วมกันกระทำ (Coactive) เห็นได้จากการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ต่าง ๆ ซึ่งกันและกัน ความเป็นส่วนตัว (Privacy) สูง เนื่องจากผู้ส่งสารและผู้รับ

สารมีจำนวนน้อย การพูดคุยจึงมักกล่าวถึงเรื่องราวส่วนบุคคล ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึก สภาพจิตใจ (Psychological Data) มากกว่าเป็นเรื่องทั่ว ๆ ไป

ส่วนช่องทางการสื่อสารนั้น พอลและเฮอ์เบิร์น (Paul and Herbert, 1968) กล่าวว่าไว้ว่าการสื่อสารระหว่างบุคคลมีประสิทธิภาพกว่าสื่อมวลชน เพราะการพูดคุยกันแบบกันเองและเป็นการส่วนตัวทำให้เกิดความคุ้นเคยระหว่างผู้พูดกับผู้ฟัง ซึ่งช่วยให้ผู้ฟังยอมรับความคิดของผู้พูดได้ง่ายขึ้น การเห็นหน้ากันระหว่างผู้พูดกับผู้ฟัง ทำให้ผู้พูดสามารถเปลี่ยนแปลงปรับปรุงเรื่องที่จะพูดให้เป็นที่พอใจของผู้ฟังได้

ซิดาภา สุขพลา (2546) กล่าวว่า การสื่อสารระหว่างบุคคลเป็นการสื่อสารที่มีลักษณะเฉพาะ เป็นการสื่อสารที่ทั้งผู้รับสารและผู้ส่งสาร เป็นการสนทนาที่มีความสนิทสนมกันมากกว่าการสื่อสารแบบอื่น ๆ อีกทั้งการสื่อสารยังมีแนวโน้มที่ปรับเปลี่ยนได้อยู่ตลอดเวลา ตลอดจนมีการเปลี่ยนหน้าที่กันระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร นอกจากนี้การสื่อสารกันในลักษณะนี้มักเป็นการแสดงออกถึงทั้งแวตวา สีหน้า อากัปกิริยาต่าง ๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าคำพูด อากัปกิริยาท่าทางเหล่านี้ถูกนำมาตีความรวมกับคำพูดด้วยเสมอและการตอบกลับในกระบวนการสื่อสารสามารถทำได้ทันท่วงที มีโอกาสเกิดความเข้าใจผิดซึ่งกันและกันได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของชวัญดา บานทิพย์, พัชรียา ไชยลังกา, และอาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ (2543) ที่กล่าวว่า การสื่อสารระหว่างบุคคล เป็นการสื่อสารที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคล 2 คน มีการแลกเปลี่ยนบทบาทในการเป็นผู้รับสารและผู้ส่งสาร เพื่อติดต่อซึ่งกันและกันผ่านทางกิจกรรมที่มีความหมาย

ในการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างจิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแลในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าโดยส่วนใหญ่ของบทสนทนาจะเป็นการกล่าวถึงสุขภาพของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคองตลอดจนแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับความตาย ซึ่งถือว่าเป็นแขนงหนึ่งของการสาธารณสุข

การสื่อสารระหว่างจิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแลในรูปแบบของการสื่อสารเพื่อการเยียวยา

การสื่อสารเพื่อการเยียวยา เป็นการสื่อสารที่เน้นเป้าหมาย (goal-directed) การส่งเสริมสุขภาพและความผาสุก (Ruesch, 1961) ใช้กระบวนการการสื่อสารร่วมกับทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลใหม่ แก้ไขข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งด้านสุขภาพ เพื่อเรียนรู้และเข้าใจปัญหา ตรวจสอบทางเลือกและการตัดสินใจ เพื่อเพิ่มพลังความเข้มแข็งและการส่งเสริมความผาสุก โดยมีแนวคิดพื้นฐานว่า บุคคลมีเอกลักษณ์ ไม่ควรถูกตัดสิน มีความจริงใจเปิดเผย และ ความเท่าเทียม (Buber, 1958)

ดังนั้น การสื่อสารเพื่อการเยียวยาจึงมีลักษณะเป็นวงจร มีการแบ่งปันซึ่งกันและกัน เป็นกระบวนการที่เลื่อนไหลไม่หยุดนิ่ง ได้รับอิทธิพลจากค่านิยม วัฒนธรรม การรู้จัก ในการส่งและการรับ

ซึ่งมีทั้งมิติเนื้อหาและมิติของความสัมพันธ์ ในมิติของเนื้อหาเน้นที่การแสดงออกด้วยวาจา ส่วนมิติของความสัมพันธ์แสดงออกในรูปของภาษากาย ซึ่งผู้รับสารจะใช้ในการแปลความหมาย (Bauer, and Gaskell, 2000)

แนวคิดเบื้องต้นของการสื่อสารเพื่อการเยียวยา

1. การสื่อสารด้วยวาจาและท่าทางของบุคคลมีความหมายเฉพาะตัว ดังนั้น จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรระวังการตีความตามแนวคิดของตนเอง หากไม่เข้าใจความหมายที่แท้จริงควรถามเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน
2. แบบแผนการส่งและรับสารเป็นวิธีเฉพาะตัวซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ประสบการณ์ ค่านิยมมุมมองและอื่นๆ จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรเข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคลยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขและเคารพในการเป็นบุคคลของญาติผู้ดูแล
3. ประสบการณ์และความคาดหวังของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัวมีผลต่อการรับรู้การแปลความหมายและการส่งสาร
4. ความสามารถในการเข้าใจสิ่งที่เป็นนามธรรมของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน

หลักปฏิบัติของการสื่อสารเพื่อการบำบัด

1. สนใจในสิ่งที่ญาติผู้ดูแลพูด

1.1 การแสดงออกด้วยภาษาพูด (Verbal expression) พูดคุยต่อเนื่อง ไม่เปลี่ยนหัวข้อสนทนาบ่อยๆ การตอบรับภายหลังผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว พูดจบ เช่น “ค่ะ” หรือ “ครับ”

1.2 การแสดงออกด้วยภาษาท่าทาง (Nonverbal expression) พฤติกรรมต่าง ๆ ของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สื่อให้ญาติผู้ดูแล รับรู้ถึงความคิด ความรู้สึกและทัศนคติที่มีได้แก่ ความสงบ ผ่อนคลาย ระยะห่างระหว่างจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแล ซึ่งจะขึ้นอยู่กับสถานการณ์ เช่น เมื่อเริ่มต้นไม่ควรอยู่ในระยะที่ใกล้ชิดหรือลูกล้ำความเป็นส่วนตัว ซึ่งจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถสังเกตได้จากกริยาท่าทางของญาติผู้ดูแล การแสดงสีหน้าสนใจมีการประสานสายตาสมำเสมอและน้ำเสียงเป็นมิตร

2. การสังเกตอย่างรอบคอบ เป็นการรับรู้ในพฤติกรรมต่าง ๆ ที่แสดงออกมาไม่ว่าจะเป็นกริยาท่าทาง คำพูด ภาษาที่ใช้ รวมทั้งสอดคล้องกับพฤติกรรมกับคำพูดที่แสดงออก หรือความสอดคล้องของคำพูด การสังเกตเป็นทักษะที่แสดงถึงความใส่ใจ ความสนใจซึ่งเอื้ออำนวยต่อความเข้าใจของญาติผู้ดูแล ช่วยให้จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถเลือกใช้ทักษะที่เหมาะสม ซึ่งสิ่งที่ควรสังเกต (Hution, Levetown, and Frager, 2008) มีดังนี้

2.1 พฤติกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิดที่ไม่ใช่คำพูด เช่น สีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง ท่านั่ง ฯลฯ

2.2 คำพูด และภาษาที่ใช้ ประเด็นหรือเรื่องราวที่ญาติผู้ดูแล ให้ความสำคัญ เช่น การพูดซ้ำ ๆ พูดวนเรื่องเดิม สำนวนภาษาที่แสดงความรู้สึกหรือแสดงอารมณ์

2.3 ความขัดแย้งของพฤติกรรมที่แสดงออก ความขัดแย้งระหว่างคำพูดกับพฤติกรรม ความสอดคล้องระหว่างคำพูดกับพฤติกรรม พฤติกรรมขณะเจ็บและระหว่างสนทนา

3. การฟัง

3.1 การฟังแบบต่อต้าน เป็นการเลือกจับเนื้อหาที่ตนเองไม่เห็นด้วย เนื้อหาทั้งหมดจะถูกกละเลย ทำให้ไม่เข้าใจอย่างถ่องแท้

3.2 การฟังแบบเลือกฟัง เน้นการเลือกสิ่งที่ต้องการได้ยินเป็นธรรมชาติซึ่งมักเลือกได้ยินสิ่งที่พอใจ ทำให้ไม่เข้าใจอย่างถ่องแท้

3.3 การตั้งใจฟัง การฟังแบบนี้เนื้อหาครบถ้วน ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าได้ได้รับความสนใจ

3.4 การฟังด้วยความเข้าใจ เป็นหัวใจของการสื่อสารเพื่อการเยียวยา เพราะได้ทั้งเนื้อหาและความรู้สึก

การสื่อสารเพื่อการเยียวยาในการดูแลแบบประคับประคอง

แม้คำว่า “การดูแลแบบประคับประคอง” มีการใช้อย่างมากมาย แต่หากเมื่อได้ยินมักจะมีความรู้สึกบางอย่างที่แฝงมาด้วย สิ่งที่แฝงมาคงเป็นความรู้สึกหมดหวัง สูญเสีย หวาดกลัว มีคิดว่าต้องจากลาอย่างโดดเดี่ยว เป็นการเดินทางที่ไม่เห็นจุดหมาย หรือแม้แต่ความไม่พร้อมยังมีสิ่งที่ต้องทำมากมาย สิ่งเหล่านี้อาจทำให้บุคลากรทางการสาธารณสุขรู้สึกอึดอัด เศร้า หลีกเลี้ยง การตอบคำถาม การให้ข้อมูล การร่วมหาข้อตกลงหรือทางเลือกในการดูแลรักษา การบอปปะเยี่ยงว่าเป็นหน้าที่ของบุคลากรทีมสาธารณสุข ซึ่งทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัวได้

แม้การสื่อสารจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการที่บุคลากรทางการสาธารณสุขแบบประคับประคอง จะต้องตระหนักว่าเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความผิดพลาดในการดูแลสุขภาพ (Kohn, 2000) หรือเป็นปัจจัยสำคัญของการดูแลที่มีประสิทธิภาพ “การสื่อสาร” (communication) เป็นกิจกรรมทางการสาธารณสุขที่มักถูกมองข้ามว่าสำคัญน้อยกว่าการทำหัตถการ ในขณะที่วัตถุประสงค์สำคัญของการดูแลแบบประคับประคองคือการทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัวดีขึ้น บรรเทาและป้องกันความทุกข์ทรมานและช่วยให้ผู้ป่วยได้มีชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีจนถึงวาระสุดท้ายเพื่อบรรลุเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคอง การสื่อสารเพื่อการเยียวยาจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญ ดังนั้น เนื้อหาสาระในส่วนนี้เน้นทักษะที่จำเป็นในการสื่อสารเพื่อเยียวยา

นอกจากนั้นผู้วิจัยพบงานวิจัยจากต่างประเทศที่เป็นเรื่องของการสื่อสารและโรคมะเร็ง งานวิจัยนี้ยืนยันว่า การศึกษาการมีปฏิสัมพันธ์และการวิจัยที่วิเคราะห์ให้เห็นการสื่อสารและการกระทำทางสังคมภายใต้บริบทเฉพาะเกิดขึ้นจริงในระดับสากล ลุตเฟย์และเมย์นาร์ด (Lutfeiy and

Maynard, 1998) กล่าวว่าเขาใช้วิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา เพื่อศึกษาทักษะการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอก ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าในความเป็นจริงแล้วมีหลายเทคนิคหลายวิธีที่แพทย์จะใช้พูดถึงการตายกับผู้ป่วยและมีเทคนิคการใช้คำอื่นแทนคำว่าความตาย ซึ่งทั้ง 2 ฝ่ายมีความระมัดระวังอย่างยิ่งและเน้นให้เห็นอีกว่า การศึกษาในเวลาที่มีแพทย์และผู้ป่วยพูดคุยเรื่องความตายและภาวะใกล้ตายนั้น เพื่อให้ได้ผลการศึกษามีความลุ่มลึก ควรเลือกใช้วิธีวิทยาที่สามารถศึกษาการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคู่สนทนาได้ดี ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ ที่ศึกษาโครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้ายเกี่ยวกับแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยและเลือกใช้วิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา เพราะวิธีวิทยานี้สามารถเข้าถึงความจริงในลักษณะเดียวกับที่ญาติผู้ดูแลใช้

ทักษะการสื่อสารเพื่อการเยียวยา

1. การฟังอย่างลึกซึ้ง (Deep or compassionate listening skill) เป็นการฟังที่เต็มเปี่ยมไปด้วยความรักและเมตตาอย่างไม่มีเงื่อนไข ให้ญาติผู้ดูแลได้แสดงความรู้สึกต่าง ๆ เช่น โกรธ กลัว กังวล สับสน ท้อใจ ทำให้สัมผัสได้ถึงอารมณ์ ความรู้สึกและความต้องการ ญาติผู้ดูแลได้ปลดปล่อยให้ความทุกข์น้อยลง เป็นการเยียวยาจิตใจ เพราะความรู้สึกที่ล้นไหลออกมาได้รับการโอบอุ้มดูแลให้เกียรติ เป็นเหมือนกระจกเงา ช่วยสะท้อนให้เห็นความคิด ความรู้สึกและปัญหาของตัวเองอย่างชัดเจน เกิดสติ มองปัญหาอย่างถ่องแท้ เห็นทางออก จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะฟังอย่างไม่ตัดสินใจว่า ความคิดนั้นถูกหรือผิด รับฟังอย่างเปิดใจ ฟังอย่างสงบ ไม่โต้แย้ง หรือพูดขัดจังหวะ แม้คำพูดอีกฝ่ายจะเต็มไปด้วยความขัดแย้งและเข้าใจผิด

2. การสะท้อน (Reflection) เป็นทักษะแสดงถึงความเข้าใจที่มีต่อญาติผู้ดูแล รวมทั้งตระหนักถึงความรู้สึก ความคิด หรือคำพูดของตนเองและยอมรับว่าตนเองมีปัญหา โดยไม่ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกกดดัน ทักษะนี้สามารถใช้ทันทีที่ความรู้สึกนั้นแสดงออก การจะสะท้อนความรู้สึกได้นั้นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องรวบรวมความคิดและความรู้สึกของญาติผู้ดูแล แล้วสะท้อนออกเป็นคำพูด ความไว้วางใจในจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผลลัพธ์ของการสะท้อนความรู้สึกที่มีประสิทธิภาพ การสะท้อนแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การสะท้อนเนื้อหา (Reflecting content) และการสะท้อนความรู้สึก (Reflecting feeling)

3. การใช้ความเงียบ (Silent technique) เป็นการปล่อยให้การสื่อสารเป็นแบบไม่ใช่คำพูดระยะเวลาหนึ่ง อาจเป็นวินาทีหรือหลายนาที ความเงียบแบ่งออกเป็น การเงียบทางบวกและการเงียบทางลบ

3.1 การเงียบทางบวกเป็นการเงียบเพื่อ

3.1.1 ให้เวลาคิดทบทวน

3.1.2 เป็นสัญญาณท่วมท้นของความเจ็บปวด

3.1.3 การรอรับการตอบสนอง การสนับสนุน การยืนยัน กำลังใจ หรือข้อมูลต่าง ๆ

3.1.4 พักจากความเหนื่อยอ่อน

3.1.5 สัญญาบอกความก้าวหน้าของการช่วยเหลือ

3.2 การเรียบทางลบเป็นการเรียบเพื่อ

3.2.1 แสดงความกลัว

3.2.2 แสดงความไม่เข้าใจในบทบาท

3.2.3 บอกว่าไม่พร้อมจะคุย อึดอัด อาย วิธีแก้คือ เริ่มสร้างสัมพันธภาพ

3.2.4 บอกว่าไม่อยากพูดเรื่องส่วนตัว วิธีแก้ไข โดยตกลงบริการเรื่องรักษา

ความลับ

3.2.5 แสดงความไม่พอใจ ต่อต้าน ปฏิเสธ วิธีแก้คือโดยตกลงบริการเรื่องการ

ยอมรับ

4. การใช้คำถาม (Questioning) เป็นทักษะที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ได้ข้อมูล เพื่อใช้ในการเข้าใจปัญหา สถานการณ์ชีวิต ของญาติผู้ดูแลมากขึ้น เพื่อเปิดโอกาสให้เกิดการบอกเล่าถึงความรู้สึกและเรื่องราวต่าง ๆ ที่ทำให้ยุ่งยากใจ หรือรบกวนใจ รวมทั้งให้โอกาสญาติผู้ดูแลได้ใช้เวลาในการคิดทบทวนและทำความเข้าใจปัญหาและสาเหตุด้วยตนเอง คำถามมีวัตถุประสงค์ คือ 1) ให้ได้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง 2) ชี้แนะการสนทนาต่อในเชิงสร้างสรรค์ 3) ตรวจสอบประเมินที่สำคัญ 4) ตรวจสอบว่า ญาติผู้ดูแลรู้หรือไม่ และ 5) ทำความเข้าใจให้ตรงกัน

คำถามที่ใช้แบ่งออกเป็น 2 ชนิดของคำถาม ได้แก่ คำถามปิด (Closed question) เป็นคำถามที่ถามเพื่อตอบสั้นๆ เช่น ใช่/ไม่ใช่ และ คำถามเปิด (Opened question) ได้แก่ อะไร ที่ไหน อย่างไร แต่ไม่ควรถาม “ทำไม” แต่ในการเลือกใช้คำถามในบริบทนี้ไม่ควรถามเพราะความอยากรู้ในเรื่องราวของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมากเกินไปหรือถามคำถามที่ขึ้นต้นว่า “ทำไม” หรือ “มีปัญหาอะไร” ซึ่งเป็นคำถามที่ควรหลีกเลี่ยง เนื่องจากทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกผิด อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างการสนทนาอีกด้วย

5. การทวนซ้ำ (Restating) เป็นการพูดซ้ำในสิ่งที่ผู้พูดกล่าวถึง โดยใช้คำน้อยลง ควรหลีกเลี่ยงการใช้ความคิดเห็นส่วนตัว การพยักหน้า การตอบรับ และการพูดต่อหรือขยายความ การทวนซ้ำ ใช้เพื่อให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ ว่า ผู้ฟังรับฟังอย่างใส่ใจ และยังคงติดตามเรื่องราวทำให้รู้สึกได้ว่าเป็นที่ยอมรับ รู้สึกอบอุ่นและไว้วางใจ อีกทั้งเพื่อตรวจสอบความเข้าใจว่าตรงกัน

6. การสัมผัส (Touch) เป็นการสื่อสารถึงความรู้สึกในรูปของอวัจนภาษา ซึ่งเป็นการแสดงความเห็นใจ ห่วงใย ให้กำลังใจ การประคับประคองและความเมตตา ซึ่งมักจะใช้ในการสื่อความรู้สึก ในกรณีที่จิตอาสาไม่สามารถใช้ถ้อยคำสื่อได้อย่างเหมาะสม แต่อย่างไรก็ตามต้องระมัดระวังเรื่องของความเหมาะสมกับบุคคลหรือสถานการณ์โดยต้องคำนึง วัย เพศ วัฒนธรรมและอื่นๆ ด้วย

จากที่กล่าวข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การสื่อสารที่ดีมีประสิทธิภาพเป็นเครื่องมือสำคัญของการเยียวยา โดยทำให้ญาติผู้ดูแลได้ระบายความอัดอั้น หาสาเหตุและวิธีการเผชิญกับปัญหาได้อย่างผ่อนคลาย ให้ความวิตกกังวล ความคับข้องใจ และสภาวะตึงเครียดหรือวิกฤตทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการอยู่ในสถานการณ์ปัญหา และความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ลดลง นอกจากความทุกข์ทางจิตใจ การสื่อสาร ให้ความทุกข์ทางกาย สังคม และจิตวิญญาณลดลงด้วยหรืออาจทำให้ความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและ จิตวิญญาณได้รับการตอบสนองได้เข้าใจธรรมชาติของชีวิต สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข ทั้งๆ ที่จะเผชิญกับภาวะคุกคาม รวมทั้งหากต้องเข้าวาระสุดท้ายของการพลัดพรากจะเผชิญอย่างเข้าใจ สงบ มีคุณค่าและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ แต่อย่างไรก็ตาม การสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารไม่มีสูตรสำเร็จ ทั้งนี้เงื่อนไขที่สำคัญคือสถานการณ์ขณะนั้น

สัมพันธ์ภาพเพื่อการเยียวยา

สัมพันธ์ภาพเพื่อการเยียวยา คือ กระบวนการการทำความรู้จักและติดต่อสื่อสาร โดยมีเป้าหมายช่วยให้ผู้ป่วยตอบสนองความต้องการของตนเอง (สวณีย์, 2544) ซึ่งในงานวิจัยนี้ จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือ เน้นความคิดประสบการณ์ และความรู้สึกของญาติผู้ดูแลเพื่อช่วยเหลือญาติผู้ดูแลที่ไม่สามารถจัดการปัญหาเองได้ในช่วงระยะเวลาที่มีจุดเริ่มต้นและสิ้นสุดอย่างชัดเจน

สัมพันธ์ภาพเพื่อการเยียวยานั้น จะมีความสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ที่เน้นถึงการสื่อสารที่หมายรวมถึงการทำความรู้จัก นำมาซึ่งการสื่อสารที่เป็นสัมพันธ์ภาพที่เท่าเทียมกัน (Buber, 1958) เกิดจากความเคารพ ความร่วมมือกันและต่างได้รับการพัฒนาจากสัมพันธ์ภาพเพื่อการเยียวยานั้นด้วย ซึ่งสัมพันธ์ภาพนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกอิสระที่จะเป็นตัวของตัวเอง ได้รับการเคารพนับถือและมีคุณค่า ทั้งๆ ที่อยู่ในภาวะต้องการความช่วยเหลือหรืออยู่ในภาวะที่ยากลำบาก

ในสัมพันธ์ภาพเพื่อการเยียวยา ผู้ให้การเยียวยาจะเป็นเหมือนผู้สร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพอย่างมีขอบเขตที่เหมาะสม โดยผู้รับการเยียวยาเป็นผู้รับแต่เป็นหุ้นส่วนในกระบวนการเยียวยา (partnership) มีเป้าหมายชัดเจนเพื่อรับการช่วยเหลือ สัมพันธ์ภาพสิ้นสุดเมื่อบรรลุเป้าหมายซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้รับการเยียวยา การเปิดเผยตนเองเป็นไปเพื่อการเยียวยา และความเข้าใจที่เกิดขึ้นในกระบวนการควรได้รับการสื่อสารด้วยคำพูด (Robert M. Arnold., 2011)

ในงานวิจัยนี้ให้ความสำคัญกับสัมพันธ์ภาพในการเยียวยา เน้นที่กระบวนการการทำความรู้จักและติดต่อสื่อสารเพื่อให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณแก่ญาติผู้ดูแลซึ่งเกิดในช่วงเวลาเฉพาะ มีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุด มุ่งเน้นที่การลดความเครียดและการผ่อนคลายความวิตกกังวล โดยส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลสื่อสารความคิดและความรู้สึกที่ตึงเครียด (distress) รู้จักตนเอง ยอมรับตนเอง ยอมรับข้อจำกัด หรือหาแนวทางที่เหมาะสมในการรับมือกับ

การจากไปของผู้ป่วยในการดูแลได้ รวมถึงให้ความสำคัญกับแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยในการดูแลของตนด้วย

เงื่อนไขสำคัญที่ส่งเสริมให้สัมพันธภาพเพื่อการเยียวยาประสบความสำเร็จ

1. การสร้างสายสัมพันธ์ (Rapport) คือ การสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นมิตร มีการแสดงออกให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความเอื้ออาทร (caring) ยอมรับและไม่ตัดสินพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ซึ่งการยอมรับจะช่วยลดความรู้สึกกลัวและความกังวลต่อความอ่อนแอ ทำให้กล้าเปิดเผยตนเองมากขึ้น ทักษะสังคมที่ช่วยทำให้เกิดสายสัมพันธ์ ได้แก่ ความเป็นมิตร ยิ้มแย้ม และประสานสายตาสอดส่องสนทนา ให้ความเป็นกันเอง แสดงความใส่ใจ การค้นหาประสบการณ์หรือความสนใจที่คล้ายๆ กัน การหาสิ่งที่ละม้ายคล้ายกัน เช่น จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้แทนประกันมีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง แต่สิ่งที่เหมือนกันคือไม่ปรารถนาที่จะให้มีใครเจ็บป่วยและรับฟังความต้องการของผู้รับบริการ เป็นต้น

2. การสร้างความไว้วางใจ (Trust) เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเชื่อมั่น ศรัทธา โดยไม่เคลือบแคลงใจต่อจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3. การให้ความเคารพนับถือ (Respect) คือ การแสดงออกถึงความเคารพในศักดิ์ศรีและคุณค่าในความเป็นบุคคล

4. ความจริงใจ (Genuineness) การแสดงออกอย่างกลมกลืนระหว่างความรู้สึกและพฤติกรรมที่ปรากฏภายนอกของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ได้ถึงความจริงใจของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

5. ความเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น (Empathy) การแสดงออกถึงความเข้าใจความคิด อารมณ์ หรือความรู้สึกของญาติผู้ดูแล ตามที่คิดหรือรู้สึกจริงเสมือนหนึ่งว่าความรู้สึกนั้นไม่ได้ออกมาในตัวจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเอง แต่จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องแยกตนเองออกมาจากความรู้สึกนั้น

6. การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional positive regard) เป็นการยอมรับไม่ว่าญาติผู้ดูแลจะแสดงอาการปฏิกิริยาอาการใด เป็นความรู้สึกที่มาจากภายในซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าใจ แต่ไม่ได้รวมถึงการเห็นพ้องหรือยอมทำตาม ซึ่งจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลกล้าเปิดเผยถึงความรู้สึกภายในโดยไม่กลัวเสียหน้า ส่งผลให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายขึ้น

ขั้นตอนของสัมพันธภาพ (Phase of Relationship)

เพลบลาว (Peplau, 1952) อธิบายถึงสัมพันธภาพไว้ว่ามี 4 ขั้นตอน ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีเป้าหมายและใช้ทักษะสัมพันธภาพเฉพาะเจาะจง แต่ขั้นตอนอาจไม่สามารถแยกจากกันโดยเด็ดขาด ในงานวิจัยนี้การเข้าใจถึงหลักการพื้นฐานของแต่ละขั้นตอนจะช่วยให้จิตอาสาดูแลผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายมีแนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพเพื่อการเยียวยาได้ ขั้นตอนของสัมพันธภาพมี 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการหรือ/ก่อนสร้างสัมพันธภาพ (Pre-orientation phase)

ระยะเตรียมความพร้อมและศึกษาข้อมูลญาติผู้ดูแลที่จะพบกัน ระยะนี้สิ่งที่จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้เยียวยาต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

1. รวบรวมข้อมูลที่เป็นจำเป็นเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล กล่าวคือ เป็นช่วงเวลาที่จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรมีข้อมูลพอที่จะทำความรู้จักญาติผู้ดูแลได้บ้าง เช่น ชื่อและสกุล อายุ อาชีพ การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยในการดูแล อาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย เป็นต้น ข้อมูลที่ใช้ควรเป็นข้อมูลดิบที่ไม่ผ่านการตีความของบุคคลอื่น ซึ่งจะเป็นการเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้รับการสังเกตอีกครั้งจากจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยปราศจากอคติ หรือจะกล่าวได้ว่าข้อมูลที่จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีอยู่บ้างจะช่วยให้การทำความรู้จักกันเป็นไปได้ง่ายขึ้น

2. สำรวจเพื่อให้เกิดความตระหนักรู้ ระยะนี้เป็นช่วงเวลาที่จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรสำรวจความคิดและความรู้สึกของตนเองว่ามีทัศนคติอย่างไรต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแล การได้สำรวจประสบการณ์ ความรู้ ทักษะการสื่อสาร และพฤติกรรมของตนเองนั้น มีผลกระทบต่อสัมพันธภาพเพื่อการเยียวยาและเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการเยียวยา ซึ่งแบ่งได้ดังนี้

2.1 การตระหนักรู้ตนเอง โดยจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตระหนักว่าตนเองคิดรู้สึกหรือกระทำอะไรด้วยเหตุผลอะไร ซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจตนเอง ความเข้าใจนี้จะเป็นเครื่องมือที่ทำให้เข้าใจผู้อื่น รวมทั้งการตระหนักรู้มักจะแสดงออกมาในรูปของความคิด เช่น “หากพูดแล้วญาติผู้ดูแลจะรู้สึกอย่างไร กล่าวพูดแล้วจะแยกว่าเดิม “กลัวว่าญาติผู้ดูแลจะไม่พูดด้วย” เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะทำให้จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ตั้งใจฟัง ไม่สามารถรับรู้ความคิดความรู้สึกของญาติผู้ดูแลได้ถูกต้องซึ่งมีผลต่อสัมพันธภาพเพื่อการเยียวยา

2.2 การตระหนักรู้ถึงเป้าหมายในการช่วยเหลือเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจะช่วยให้จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถกำหนดการกระทำที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจงได้ตรงกับความต้องการของญาติผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม

3. วางแผนสำหรับการสร้างสัมพันธภาพ จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรวางแผนเกี่ยวกับเวลาที่จะใช้กับญาติผู้ดูแลอย่างเหมาะสม ในที่นี้อาจรวมถึงวิธีการเผชิญกับปฏิกิริยาทางอารมณ์ การถามและตอบคำถามด้วย

ขั้นเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพ

ขั้นเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพ (Orientation/Initial phase) เป็นระยะที่จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแลได้พบหน้ากัน เพื่อทำความคุ้นเคยและตกลงในวัตถุประสงค์ของการติดต่อสื่อสาร เป็นระยะที่ต่างฝ่ายต่างประเมินซึ่งกันและกันหรือเรียกว่าการดูท่าที และระยะนี้สิ้นสุดลงก็ต่อเมื่อต่างฝ่ายต่างยอมรับกัน ซึ่งไม่สามารถกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนได้ จุดมุ่งหมายของระยะนี้คือ การทำความรู้จักญาติผู้ดูแล ทำให้เกิดความไว้วางใจ เพื่อให้ สื่อสารพูดคุยให้ข้อมูลเพื่อให้จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รู้จักครอบครัว ค่านิยม ความเชื่อ นอกจากนั้นแล้วการเริ่มสร้างสัมพันธภาพที่ดียังมีส่วนช่วยลดความกังวลที่อาจเกิดขึ้นกับจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ด้วย สิ่งที่จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรปฏิบัติในขั้นตอนนี้ ได้แก่

1. การใช้สถานที่และสร้างบรรยากาศให้เกิดความไว้วางใจ โดยเริ่มต้นจากการสอบถามถึงสถานที่ที่ญาติผู้ดูแลสะดวก ซึ่งในบริบทแบบนี้ส่วนใหญ่จะเป็นบริเวณห้องพักคอยภายนอก แต่ใกล้กับกับห้องผู้ป่วย โดยสถานที่จะต้องเงียบสงบและมีความเป็นส่วนตัว ไม่ใช่เครื่องมือสื่อสารเพราะรบกวนการสนทนา แต่อย่างไรก็ตาม ต้องอยู่ในการดูแลและได้รับอนุญาตจากพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

2. เมื่อพบหน้ากัน ควรกล่าวทักทายด้วยท่าที่เป็นมิตร แนะนำตัว ประเมินสภาพ ญาติผู้ดูแลว่าพร้อมในการสนทนาหรือไม่ ขณะสนทนาควรสบตา อาจมีการสัมผัสแขนเพื่อแสดงความห่วงใย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ วัฒนธรรมและเพศของญาติผู้ดูแล ซึ่งในขั้นตอนนี้จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องใช้การสังเกตถึงอาการและพฤติกรรมของญาติผู้ดูแลร่วมด้วย

3. กำหนดข้อตกลงหรือกำหนดวัตถุประสงค์ของการสนทนา บทบาทของทั้งสองฝ่ายในกระบวนการพูดคุย โดยที่จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพร้อมที่จะรับฟังและร่วมหาทางออก เมื่อญาติผู้ดูแลกำลังเผชิญกับสิ่งที่ทำให้ทุกข์ใจ ความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการพบและพูดคุยกัน บทบาทของแต่ละฝ่ายจะช่วยทำให้เกิดกระบวนการเยียวยา นอกจากข้อมูลที่จำเป็นแล้ว จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรประเมินถึงการรับรู้ของญาติผู้ดูแลด้วย เช่น ความรู้สึกตึงเครียด ความคาดหวังต่อการรักษา ความกังวลถึงการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย เป็นต้น

4. สร้างความไว้วางใจ (Trust) ระยะนี้จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องสร้างทั้งความไว้วางใจและความหวัง เสมือนว่าญาติผู้ดูแลสามารถวางทุกสิ่งทุกอย่างที่สำคัญของตนในมือจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ ไม่ว่าจะเป็นการเก็บความลับ การร่วมรับรู้ความรู้สึก การร่วมใจในการแก้ไขหรือลดความตึงเครียด ความไว้วางใจจะทำให้จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับรู้ถึงความต้องการที่แท้จริงของญาติผู้ดูแล นอกจากนั้นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรมีความไวต่อความต้องการของญาติผู้ดูแล ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นและมั่นคง การแสดงออกที่สร้างความไว้วางใจได้แก่ การแสดงความยกย่องนับถือโดยการเรียกชื่ออย่างถูกต้อง รับฟังและให้ความสำคัญกับความ

ต้องการของญาติผู้ดูแล ให้เวลาในการพูดคุยถึงปัญหา แสดงออกด้วยคำพูดที่จริงใจและเชื่อถือได้ และมีความสม่ำเสมอหรือเสมอตั้นเสมอปลาย โดยการพบปะตามการนัดหมายและทำตามที่ตั้งกลง หรือได้ให้สัญญากันได้

5. การค้นหาหรือระบุปัญหาหรือความต้องการที่แท้จริงของญาติผู้ดูแล ในกรณีนี้ญาติผู้ดูแลและจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องร่วมกันค้นหาหรือระบุปัญหาหรือความต้องการที่แท้จริง ซึ่งจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องให้การสนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลได้แสดงความรู้สึกของตัวเอง ค้นหาถึงความเชื่อและความคิดของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น พยายามค้นหาและตอบสนองต่อความกังวลที่มีต่อปัญหาเท่าที่ทำได้

สอดคล้องงานวิจัย Hopp, Thornton, and Martin (2010) ที่ศึกษาถึงการที่พยาบาลต้องเผชิญกับผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรค NCDs พยาบาลมักปิดกั้นการระบายความรู้สึกของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลหรือครอบครัว ซึ่งมีผลต่อสัมพันธภาพเพื่อการเยียวยาพฤติกรรมที่พบ คือ การละเลยหรือการแสดงความไม่สนใจ การให้ข้อมูลหรือทิ้งละเลยและการให้ข้อมูลผสมกัน ซึ่งสังเกตได้จากการเปลี่ยนหัวข้อการสนทนาไปเรื่อยๆ หันไปพูดกับคนใกล้เคียงชวนพูดเล่น ให้ข้อมูลมากมายแต่มีรายละเอียดซับซ้อน แสดงความคิดเห็นต่างๆ ที่ไม่ได้ถูกถาม ล้วนแล้วแต่เป็นการกระทำที่แสดงออกมาเพื่อหลีกเลี่ยงการพูดถึงความรู้สึก และมีบางส่วนสอดคล้องกับหนังสือเรื่องความตายที่เขียนโดยเกลเซอร์และสเตรสส์ (Glaser and Strauss, 1967) ในหนังสือกล่าวถึงการเรียนการสอนในการเรียนของนักเรียนแพทย์ อาจารย์ผู้สอนสั่งสอนให้ต้องมีความระมัดระวัง ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความลำบากจากการปฏิบัติงานผิดพลาดของหมอ แต่อาจารย์ของนักเรียนแพทย์เหล่านี้ให้ความสำคัญในประเด็นที่ว่าหมอควรคุยกับผู้ป่วยและญาติอย่างไรนอ่ยมาก ข้อเสนอแนะเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า การพูดคุยหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติมีความสำคัญ และผู้วิจัยมีความเชื่อว่าการศึกษามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นวัตถุประสงค์หลักประการแรกของงานวิจัยนี้จะทำให้ผู้วิจัยได้เห็นถึงประเด็นการจัดการการตายและเทคนิควิธีการพูดคุยในบริบทเฉพาะ

ปัญหาที่มักเกิดขึ้นในขั้นเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพ

1. ความวิตกกังวล เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุดที่เกิดได้ทั้งจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และญาติผู้ดูแล อาจเกิดเป็นความรู้สึกแปลกหน้า บางเรื่องอาจได้รับการรับรู้ว่าเป็นเรื่องส่วนตัว ปัญหายุ่งยากซับซ้อนเกินกว่าจะอธิบาย การได้รับความช่วยเหลือเป็นการแสดงถึงความอ่อนแอหรือในด้านของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ขาดความมั่นใจในการสนทนา ขาดทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการเยียวยา ขาดความมั่นใจว่าจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยหรือครอบครัวได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Weinreb, Kinzbrunner, and Clark (2012) กล่าวถึงทัศนคติที่ว่า เรื่องการสนทนาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการตาย มักถูกมองว่าไม่ใช่หน้าที่ของบุคคลภายนอก แต่เป็น

เรื่องส่วนตัวและครอบครัวหรือเป็นหน้าที่ของแพทย์ ดังนั้นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการเตรียมตัวให้พร้อมตั้งแต่ก่อนการสร้างสัมพันธภาพและการสร้างบรรยากาศผ่อนคลายในการสนทนา

2. การทดสอบ เกิดเนื่องจากความไม่มั่นใจว่าจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะช่วยเหลือได้หรือไว้วางใจได้ ดังนั้นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจถูกทดสอบด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น ไม่พูดด้วยและขอสิ้นสุดการสนทนา ซึ่งเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นอยู่เสมอ ซึ่งจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรแสดงการยอมรับในฐานะบุคคลและอย่างไม่มีเงื่อนไข ให้การยอมรับและเข้าใจในพฤติกรรมของผู้อื่น ใช้เวลาและใช้ความเสมอต้น-เสมอปลาย ในการช่วยพัฒนาความไว้นื้อเชื่อใจให้เกิดขึ้น

3. การต่อต้าน อาจเป็นเพราะประสบการณ์เดิม เป็การตอบคำถามซ้ำ ๆ หรือ ไม่ต้องการให้มีใครล่วงรู้เรื่องราวที่เก็บไว้ในใจ การแสดงออกเป็นการปฏิเสธโดยตรงว่าไม่ต้องการพูดคุยติดต่อสื่อสารด้วย การตอบสั้นๆ ห้วนๆ หรือเจิบเฉยไม่สนใจ เป็นต้น ซึ่งจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องใช้ความอดทนและเข้าใจในพฤติกรรมของญาติผู้ดูแล

ขั้นตอนการแก้ปัญหา/ระยะคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ

เมื่อผ่านระยะเวลาของการสร้างสัมพันธภาพแล้ว จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแลเริ่มมีความคุ้นเคย เกิดเป็นความไว้วางใจซึ่งเป็นระยะที่ต้องรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพ (Working/maintaining relationship phase) เห็นได้จากการที่ญาติผู้ดูแลสามารถพูดคุยถึงปัญหาอย่างลึกซึ้งมากขึ้น พูดถึงความตั้งใจในการแก้ปัญหาของความพร้อมในการรับมือกับปัญหาและความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในไม่ช้า ในระยะนี้จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องช่วยค้นหาและทำความเข้าใจ ความรู้สึกและความคาดหวังของญาติผู้ดูแล ทบทวนและเน้นย้ำเป้าหมายที่ตกลงร่วมกันในระยะก่อนหน้านี้ และช่วยให้ญาติผู้ดูแลดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ในที่สุดอาจเป็นเรื่องการรับมือ การเตรียมพร้อมและความรู้สึกเกี่ยวกับการตายดีตามความเชื่อของญาติผู้ดูแล ซึ่งสิ่งที่จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรปฏิบัติในขั้นนี้ ได้แก่

1. รักษาสัมพันธภาพเพื่อการเยียวยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเชื่อถือนและไว้วางใจที่จะเปิดเผยเรื่องราวตลอดจนปัญหาของตน

2. ค้นหาสาเหตุของปัญหาหรือสิ่งที่มากระทบการดำเนินชีวิต เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลระบายถึงความรู้สึก ความเชื่อของตัวเอง แนวทางการแก้ไขปัญหาก็กำลังเผชิญอยู่

ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในระยะดำเนินสัมพันธภาพเพื่อการแก้ปัญหา/ระยะคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ

1. จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอึดอัดและกังวลใจ ในการใช้เทคนิคและความสามารถในการช่วยเหลือ แนวทางแก้ไขปัญหา เตรียมตัวให้พร้อม ยอมรับว่าความผิดพลาด

เกิดขึ้นได้เสมอ รวมทั้งการสำรวจตัวเองว่ามีทัศนคติที่ว่า “จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น หากแก้ไขไม่ได้แสดงว่าไม่ได้ช่วยเหลือ” ดังนั้น จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงควรตระหนักว่า ปัญหาบางปัญหาไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ต้องเป็นหน้าที่ของญาติผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยที่ต้องรับผิดชอบ จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเพียงเพื่อนร่วมทุกข์ที่พร้อมจะเดินไปข้าง ๆ บางปัญหานั้นต้องอาศัยเวลา และคนที่รู้วิธีที่ออกจากปัญหานั้นได้ดีที่สุดคือ ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว โดยมีจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ช่วยเหลือให้มองรอบด้านและช่วยให้ผ่อนคลายมากขึ้นเท่านั้น และในทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรหมั่นฝึกฝนสม่ำเสมอ เพราะการฝึกฝนจะทำให้ความมั่นใจเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ

2. จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เข้าใจหรือไม่เห็นปัญหาถึงของญาติผู้ดูแล แนวทางแก้ไขคือจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องรับฟังอย่างตั้งใจและเข้าอกเข้าใจ ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกสบายใจที่จะพูดถึงข้อมูลที่เป็นเนื้อหามากกว่าความรู้สึก

3. จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดความสงสารมากกว่าการเข้าอกเข้าใจ แนวทางแก้ไขปัญหาคือ จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องมีความตระหนักรู้ในตนเองว่าขณะนี้กำลังทำอะไร มีผลอย่างไรต่อตนเองและผู้อื่น มีบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบอะไร รวมทั้งต้องไวต่อการรับรู้ตนเองและเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้น ต้องบอกกับตนเองว่านั่นคือถอดตนเองจากการมีความรู้สึกร่วม (sympathy) มาเป็นความเข้าอกเข้าใจ (empathy)

4. จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของตนเอง ว่าเป็นผู้เอื้ออำนวยให้ญาติผู้ดูแลตระหนักถึงปัญหาของตนเองและแก้ไขปัญหาเหล่านั้นตามศักยภาพของตน

5. ความรู้สึกต่อต้าน (Resistance) จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรสะท้อนความรู้สึกการแสดงการยอมรับ และการส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (raise self-esteem) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Walsh., et al., 2007 ที่กล่าวถึงการดูแลจิตใจของผู้ที่ประสบปัญหาหรือมีความวิตกกังวล จนเกิดความท้อแท้และไม่สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้ ผู้ให้การช่วยเหลือควรแนะนำให้ผู้ที่ประสบ คิดทบทวนถึงปัญหาและแตกปัญหาให้เป็นส่วนย่อย เพื่อช่วยให้สามารถจัดการได้ง่ายขึ้น

ขั้นสิ้นสุดสัมพันธภาพ

การสิ้นสุดสัมพันธภาพเพื่อการเยียวยา (Termination phase) จะจบลง เมื่อญาติผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในตนเองและปัญหาต่าง ๆ ทุเลาเบาบางลงถึงหมดไป หรือสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น อารมณ์มั่นคง แต่อย่างไรก็ตามการสิ้นสุดสัมพันธภาพอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ แต่เหตุการณ์ยังคงดำเนินอยู่ เช่น ผู้ป่วยถูกส่งต่อ จำหน่ายกลับบ้านและอื่นๆ

แนวทางปฏิบัติในขั้นสิ้นสุดสัมพันธภาพ

1. ประเมินความก้าวหน้าและความสำเร็จตามเป้าหมาย เห็นได้จากการที่ญาติผู้ดูแลเข้าใจตนเองและปัญหาที่เกิดขึ้น จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสรุปสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตลอด

ระยะเวลาที่มีสัมพันธภาพต่อกัน หมายรวมทั้งสิ่งที่ประสบความสำเร็จและไม่สำเร็จ แผนการต่าง ๆ ที่วางไว้ การเรียนรู้ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

2. การเตรียมความพร้อมต่อการสิ้นสุดสัมพันธภาพ อาจทำให้เกิดความรู้สึกพลัดพราก ดังนั้นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงควรเตรียมความพร้อมให้ญาติผู้ดูแลและครอบครัวเชื่อมั่นว่าสามารถดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองได้

3. ประเมินความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากการสิ้นสุดสัมพันธภาพ (separation anxiety) ซึ่งอาจแสดงออกในรูปของ ภาวะซึมเศร้า ภาวะพึ่งพา ภาวะถดถอย เป็นต้น

จากงานวิจัย ซิลเบคและคณะ (Skilbeck, et al., 2005) กล่าวว่า ในการปฏิบัติเมื่อสิ้นสุดสัมพันธภาพไม่ว่าในกรณีใด ผู้ดูแลควรมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการมีสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ที่ได้รับการดูแลได้สำรวจความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับการแยกจาก เพราะจะมีส่วนช่วยในการฟื้นฟูสภาพจิตใจของทั้งสองฝ่าย

บทสรุป

การทบทวนแนวคิดและทฤษฎีเรื่องการดูแลแบบประคับประคองที่เน้นผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัว การสื่อสารระหว่างบุคคลและการดูแลผู้ป่วยโรค NCDs โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะหมดหนทางรักษาและเรื่องที่เกี่ยวข้อง ทำให้ประจักษ์ว่าการดูแลรักษาคนป่วยโรค NCDs ในระยะต่าง ๆ จำเป็นต้องอาศัยการสื่อสารอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะการพูดคุย การสนทนา การให้คำปรึกษาโดยคนที่อยู่ในบริบทเดียวกันที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม รวมถึงการอยู่ร่วมกันระหว่างจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้าย

งานวิจัยส่วนใหญ่ที่ปรากฏในสังคมไทยและในต่างประเทศ ยังเน้นศึกษาด้วยการใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูล จึงทำให้ข้อมูลสำคัญบางอย่างขาดหายไป เช่น สิ่งที่เกิดขึ้นในระหว่างการสื่อสารแบบเผชิญหน้า ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการใช้สีหน้า อารมณ์ การพูดคุยอย่างเป็นธรรมชาติ การใช้ท่าทาง การใช้เทคนิคที่แนบเนียนในการพูดคุยเรื่องภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย การใช้คำถามทั่วไป คำถามเฉพาะและคำถามประเภทจำกัดคำตอบ เป็นต้น จากที่กล่าวข้างต้นทำให้ได้ข้อสังเกตว่าการศึกษาริบทนาการจัดการกับความตายนั้น ในสังคมไทยยังอาศัยวิธีการศึกษาและมุมมอง แนวคิดแบบที่เป็นมาด้วยวิธีวิทยาแบบเดิม ดังนั้นจึงถือเป็นความจำเป็นที่การศึกษาในบริบทนี้ต้องมีบางสิ่งต่างออกไป

ในงานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาริบทนาการรับมือกับความตายของผู้ป่วยตามแนวทางของญาติผู้ดูแลและวิธีวิทยาที่ใช้ในการศึกษาการสื่อสารในบริบทนี้ จะต้องสามารถวิเคราะห์การสื่อสารที่เกิดขึ้นจริง คนเป็นเจ้าของประสบการณ์ได้แสดงออกและเป็นประสบการณ์ของเขาโดยตรง ซึ่งเราถือว่าเป็นความจริงเฉพาะ ยิ่งเป็นการย้ำความเชื่อมั่นของผู้วิจัยที่ว่า หากเราสามารถนำข้อมูลการพูดคุยที่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ จากการสื่อสารแบบเห็นหน้า มาวิเคราะห์ด้วยวิธีวิทยาที่ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์บริบทที่สร้างขึ้นในระหว่างการสนทนาของคนที่กำลังสื่อสารกัน เพื่อการอยู่ร่วมกันทาง

สังคมได้แก่วิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา (Conversation Analysis) ซึ่งเป็นสาขาหนึ่งของ Ethnomethodology หรือชาติพันธุ์วิธีวิทยา เป็นการศึกษาวิธีการของคนในสังคมในการเข้าถึงสิ่งต่างๆ ศึกษาวิธีการที่คนใช้อยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคม วิธีวิทยานี้จึงมีความเหมาะสม เพราะตรงตามวัตถุประสงค์หลักของงานวิจัยที่กำหนดไว้ว่าต้องการศึกษาโครงสร้างการสื่อสาร ซึ่งควรต้องสอดคล้องกับลักษณะของข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลและเพิ่มความรัดกุมทางด้านจริยธรรมการวิจัย ก็จะทำให้เห็นถึงการสื่อสารในบริบทโรค NCDs ในด้านเทคนิค การใช้แนวคิดและทฤษฎีในระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์ นำมาซึ่งผลดีต่อการดูแลแบบประคับประคอง และแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย ที่แม้จะเป็นระยะสุดท้ายของผู้ป่วยและเป็นความรับผิดชอบที่หนักหนาของญาติผู้ดูแลก็ตาม



บทที่ 3 จริยธรรมการวิจัยในคน

เมื่อพิจารณาจากลักษณะของข้อมูลหลักและวิธีการเก็บข้อมูลของงานวิจัยนี้ คงจะเห็นได้ว่างานวิจัยนี้มีความหมิ่นเหม่ต่อจริยธรรมการวิจัยในคน เพราะมีการกล่าวถึงการดูแลแบบประคับประคองซึ่งเป็นบริการด้านหนึ่งทางการสาธารณสุขและกล่าวถึงแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยระหว่างจิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นความรู้สึกที่ละเอียดอ่อนเปราะบาง ทำให้เกิดความไม่สบายใจและกระทบกระเทือนต่อความรู้สึกของญาติผู้ดูแลได้ง่าย

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญในการเคารพศักดิ์ศรีและสิทธิของมนุษย์ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย ตลอดจนให้ความสำคัญอย่างมากต่อความริ้ดกุมทางด้านจริยธรรมการวิจัย ซึ่งจะขอกล่าวถึงจริยธรรมการวิจัยในคนและจรรยาบรรณของผู้วิจัยที่จะดำเนินการให้ครบถ้วนและถึงพร้อมด้วยการรักษาความลับ ดังนี้

ความจำเป็นในการทำวิจัยในคน

ในปัจจุบันการดำเนินการวิจัยในคนเป็นเรื่องที่ได้รับความสนใจอย่างมากจากเหล่านักวิจัย เพราะการทำวิจัยในคนได้รับการยอมรับว่ามีส่วนช่วยในการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย สามารถใช้เปรียบเทียบเพื่อยืนยันความถูกต้องในประเด็นทางสังคม สร้างความเป็นบรรทัดฐานของทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์ต่าง ๆ สนับสนุนความก้าวหน้าทางวิชาการ ตลอดจนทำให้เกิดความเข้าใจในพฤติกรรมของคนหรือสิ่งที่เกี่ยวข้องกับคน ผลการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์คือนำมาซึ่งความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของคน (CIOMS in Collaboration with the World Health Organization (WHO), 2009) สอดคล้องกับข้อมูลจากชมรมจริยธรรมวิจัยในคนในประเทศไทย ปี 2550 ที่กล่าวถึงประโยชน์ของงานวิจัยในคนเป็น 3 หัวข้อใหญ่ๆ ดังนี้

1. เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่และความเข้าใจใหม่ในประเด็นทางสังคม
2. เพื่อเสริมสร้างความก้าวหน้าทางความรู้ เป็นประโยชน์แก่อาสาสมัครที่อาจได้ประโยชน์จากการพัฒนาเพื่อรักษาความเจ็บป่วย หรือค้นพบข้อมูลใหม่เกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดีและมีส่วนช่วยในการเสริมสร้างสังคมผ่านการวิจัยในคน
3. การวิจัยเป็นประโยชน์แก่สังคมโดยรวมหรือเฉพาะคนบางกลุ่ม หรืออาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางการเมือง ซึ่งอาจนำไปสู่การพัฒนานโยบายที่ดียิ่งขึ้น

นอกจากนั้น หลักปรัชญาสากลว่าด้วยจริยธรรมการวิจัยในคน บังคับให้นักวิจัยที่ต้องทดลองหรือเก็บข้อมูลจากคน ต้องให้ความสำคัญและดำเนินการวิจัยไปตามหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด

สอดคล้องกับข้อมูลจาก Office for Human Research Protections (OHRP), 2002 ที่กล่าวถึงความตระหนักในข้อกำหนดทางจริยธรรมในการทำวิจัยในคน ซึ่งงานวิจัยนี้เกี่ยวข้องโดยตรงกับจริยธรรมดังกล่าวข้างต้น เพราะผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากคน บันทึกการสนทนาในเรื่องที่เป็นความลับ ง่ายต่อการประท้วงต่อความรู้สึกของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการตามขั้นตอนที่หน่วยงานในพื้นที่กำหนดซึ่งถือเป็นส่วนสำคัญในจริยธรรมการวิจัยในคน

หลักการทางจริยธรรมของการวิจัยในคน

ในการทำวิจัยให้ได้มาตรฐานสากล จะต้องเกิดจากความเต็มใจเข้าร่วมโครงการของอาสาสมัคร มิใช่การบีบบังคับให้อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการโดยมิได้เปิดโอกาสให้อาสาสมัครรับทราบกระบวนการทำวิจัย หรือมิได้เปิดโอกาสให้ตัดสินใจ ซึ่งในการที่ผู้วิจัยต้องเก็บข้อมูลจากคน ผู้วิจัยจำเป็นต้องมีจรรยาบรรณและจะต้องตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยร่วมด้วย

หลักจริยธรรมการวิจัยในคน ที่ผู้วิจัยกล่าวถึงข้างต้นนั้น คือ The Belmont Report ซึ่งประกาศโดยคณะกรรมการที่ประกอบด้วย แพทย์, นักวิทยาศาสตร์, นักกฎหมาย และนักจริยศาสตร์ ในเดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ.1967 ณ Belmont Conference Center สถาบัน Smithsonian กรุงวอชิงตัน ดี.ซี. สหรัฐอเมริกา เนื่องจากมีความกระชับแต่มีความหมายครอบคลุมการวิจัยในคน ไม่ว่าจะเป็น biomedical science หรือ socialscience research ประกอบด้วยหลักสำคัญ 3 ประการ

1. หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) มีความหมายครอบคลุม 4 ประเด็นย่อย คือ (1) การเคารพในศักดิ์ศรีของมนุษย์ (Respect for human dignity) (2) การเคารพในการให้คำยินยอม โดยได้รับข้อมูลที่เพียงพอและเป็นอิสระในการตัดสินใจ (Free and informed consent) (3) การเคารพในศักดิ์ศรีของกลุ่มเปราะบางและอ่อนแอ (Respect for vulnerable persons) ซึ่งด้อยความสามารถทางร่างกาย หรือด้อยความสามารถในการตัดสินใจ และ (4) การเคารพในความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับ (Respect for privacy and confidentiality) ป้องกัน การเข้าถึงข้อมูล การเก็บรักษาและการแจกจ่ายข้อมูล ส่วนบุคคล

2. หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence, non-maleficence) มีความหมายครอบคลุม 3 ประเด็นย่อย คือ (1) การชั่งระหว่างความเสี่ยงและคุณประโยชน์ (Balancing risks and benefits) มุ่งที่จะเห็นว่าประโยชน์ที่จะได้ต้องมากกว่าความเสี่ยงที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และความเสี่ยงต้องเป็นที่ยอมรับได้โดยอาสาสมัครและต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิเคราะห์ความเสี่ยงและประโยชน์ มีผลต่อสวัสดิภาพและสิทธิของอาสาสมัคร (2) การลดอันตรายให้น้อยที่สุด (Minimizing harm) อาสาสมัครต้องไม่เสี่ยงกับอันตรายโดยไม่จำเป็น และควรพยายามใช้ขนาดตัวอย่างให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยใช้ขนาดตัวอย่างจำนวนน้อยที่สุดเท่าที่จะวิเคราะห์ผลทางสถิติได้ และ (3) การสร้างประโยชน์ให้สูงสุด (Maximizing benefit)

3.หลักยุติธรรม (Justice) รวมถึงความเที่ยงธรรม (Fairness) และความเท่าเทียม (Equity) ผู้วิจัยต้องปฏิบัติต่ออาสาสมัครแต่ละคนอย่างถูกต้องยุติธรรมและเท่าเทียมกัน โดยคำนึงถึงความเสี่ยงและการกระจายให้เกิดผลประโยชน์อย่างเหมาะสมแก่อาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย

จากที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า แนวทางจริยธรรมได้ออกแบบมาเพื่อใช้ในการกำหนดนโยบายของประเทศในด้านจริยธรรมของการทำวิจัยทางชีวเวชศาสตร์ โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนารวมถึงประเทศไทย ให้สามารถนำมาตราฐานทางจริยธรรมไปประยุกต์ใช้ในสภาพแวดล้อมของพื้นที่และสามารถก่อตั้งหรือกำหนดกลไกใหม่ขึ้นมาได้อย่างเพียงพอและเหมาะสม

และหากจะกล่าวถึงงานวิจัยนี้ แม้ว่าจะเป็นการสนทนาระหว่างจิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้ายและจะไม่มีผู้ใดถูกนำไปเป็นเครื่องทดลองทางการแพทย์หรือทางวิทยาศาสตร์ แต่เป็นการบันทึกการสนทนาซึ่งถือเป็นความลับของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยและจิตอาสาผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นงานวิจัยที่เข้าข่ายเป็นการทดลองในมนุษย์ ผู้วิจัยจึงต้องให้ความสำคัญในเรื่องจริยธรรมการวิจัยในคนและยึดถือแนวทางปฏิบัติจรรยาบรรณนักวิจัยของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ดังที่วิชัย โขควิวัฒน์ (2544) ให้รายละเอียดไว้ว่า งานวิจัยสังคมศาสตร์ใดก็ตามที่เป็น “การสัมภาษณ์ถามผู้ป่วยในเรื่องที่อาจมีผลกระทบทางจิตใจและสังคมของอาสาสมัคร” ย่อมต้องเกี่ยวข้องกับจริยธรรมการวิจัยในคน ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารหลักฐานการให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของจิตอาสาผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแล เอกสารหลักฐานการให้ความยินยอมทั้งหมดนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นหลักฐานที่ชี้ให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยยินดีให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูล

กระบวนการให้ข้อมูลแก่อาสาสมัครเพื่อการตัดสินใจ (Informed Consent)

ในการทำวิจัยให้ถูกต้องตามหลักจริยธรรมและได้มาตรฐานสากล จำเป็นต้องมีกระบวนการให้ข้อมูลแก่อาสาสมัครและการเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างถูกต้องเหมาะสม คือมิใช่เป็นการบีบบังคับให้ จิตอาสาผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแลเข้าโครงการทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยมีได้เปิดโอกาสให้รับทราบกระบวนการทำวิจัย หรือมิได้เปิดโอกาสให้ตัดสินใจ

ในกระบวนการให้ข้อมูลและการเชิญชวนเพื่อการตัดสินใจนั้น การให้ข้อมูลและการให้คำยินยอมด้วยเอกสารอาจแยกเป็น 2 ชุด ชุดหนึ่งก็คือ เอกสารอธิบายกระบวนการวิจัย ชุดที่สองคือ เอกสารการให้ความยินยอมด้วยความสมัครใจ หากต้องการใช้เอกสารชุดเดียว ก็ต้องครอบคลุมทั้ง 2 กรณีไว้ด้วยกัน ภาษาที่ใช้ต้องใช้ภาษาชาวบ้านที่เข้าใจง่าย และต้องครอบคลุมบริบททางการแพทย์อย่างเหมาะสม ครอบคลุมด้านกฎหมายและการเงินในการศึกษาด้วย เพราะกระบวนการที่ดีมีความครบถ้วน จะปกป้องทั้งอาสาสมัคร ปกป้องผู้วิจัยและปกป้องคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในคนด้วย ดังนั้นผู้ทำวิจัยจึงมีหน้าที่ในการที่จะต้องเตรียมรายละเอียดข้อมูลกระบวนการทำวิจัยและใบยินยอมต่าง ๆ ด้วยตนเอง พร้อมทั้งทวนสอบความถูกต้องเป็นอย่างดี

รายละเอียดและเอกสารสำหรับญาติผู้ดูแล

ในเอกสารสำหรับญาติผู้ดูแลนี้เพื่อความว่า ญาติผู้ดูแลได้อ่านเอกสารทั้งหมดและได้มีโอกาสพูดคุยในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยกับผู้วิจัยโดยตรงเป็นอย่างดี ตลอดจนได้สอบถามในเรื่องที่ญาติผู้ดูแลสงสัยและได้รับคำตอบและคำอธิบายจนกระจ่างจากผู้วิจัยทุกประการ

ญาติผู้ดูแลยินยอมให้ผู้วิจัยบันทึกแถบบันทึกเสียง (เทปเสียง) หรือวีดิทัศน์ (วิดีโอ) ในขณะที่ญาติผู้ดูแลคุยกับจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยขอให้ระบุวันที่ เดือน ปี และ สถานที่ ที่ชัดเจน นอกจากนี้เอกสารยังชี้ว่าญาติผู้ดูแลมั่นใจว่าผู้วิจัยจะรักษาความลับตลอดเวลาในระหว่างที่ญาติผู้ดูแลเข้าร่วมโครงการและดูแลรักษาแถบบันทึกเสียงหรือวีดิทัศน์เป็นอย่างดีเพื่อใช้ประโยชน์สำหรับการศึกษาและการวิจัยตามรายละเอียดที่แจ้งไว้ในเอกสารการปกปิดและรักษาความลับในการวิจัย ญาติผู้ดูแลจะต้องยินดีที่จะเล่าและพูดถึงประสบการณ์ของตนกับจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและยินยอมให้มีการบันทึกแถบเสียง ในระหว่างการพูดคุย

เนื้อหาในเอกสารขอให้ญาติผู้ดูแลยืนยันว่า ญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจและตระหนักดีว่าหากญาติผู้ดูแลรู้สึกได้ว่าเรื่องที่ได้พูดคุยทำให้เกิดความไม่สบายใจและกระทบกระเทือนต่อความรู้สึกของญาติผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลสามารถแจ้งให้ผู้วิจัยยุติการบันทึกวีดิทัศน์และลบสิ่งที่ได้บันทึกไปแล้ว ตลอดจนญาติผู้ดูแลสามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยการยกเลิกไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการดูแลแต่อย่างใด

ในเอกสารยังขอให้ญาติผู้ดูแลยืนยันในรายละเอียดว่า ญาติผู้ดูแลตระหนักดีว่าการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ จะไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าชดเชยจำนวนมากแต่อาจได้รับค่าพาหนะ ค่าน้ำมันรถหรือค่าเสียเวลาที่คำนวณจากค่าแรงตามความเหมาะสม

ญาติผู้ดูแลตระหนักดีว่าโครงการวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้ในเรื่องการสื่อสารภายใต้บริบทการดูแลแบบประคับประคองและแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย ซึ่งอาจไม่เกิดผลหรือเป็นประโยชน์โดยตรงต่อญาติผู้ดูแลเป็นการส่วนตัว ญาติผู้ดูแลได้รับทราบข้อมูลที่เปิดเผยแก่ผู้วิจัยในครั้งนี้เพื่อประโยชน์ทางด้านวิชาการ การเรียน การสอน การวิจัย การตีพิมพ์ ในบทความวิชาการหรือนำเสนอในเวทีวิชาการเท่านั้น การใช้ประโยชน์จะต้องไม่ทำให้ญาติผู้ดูแลและครอบครัวได้รับผลกระทบ ผู้วิจัยต้องปกปิดชื่อ นามสกุล ที่อยู่และลักษณะเฉพาะของญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลได้รับทราบข้อมูลของโครงการวิจัยตลอดจนข้อดีและข้อเสียที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ญาติผู้ดูแลจะต้องลงชื่อพร้อมวัน เดือนและปีและหากญาติผู้ดูแลต้องการทราบผลการวิจัยต้องแจ้งที่อยู่แก่ผู้วิจัยเพื่อผู้วิจัยจะได้ส่งผลการวิจัยให้ตามที่อยู่ที่ได้แจ้งไว้

ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลมีมากกว่า 1 คน ในระหว่างการพูดคุยกับจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย บุคคลที่มาด้วยต้องกรอกรายละเอียดว่าเขายินดีที่จะให้มีการบันทึกแถบบันทึกเสียงหรือวีดิทัศน์ ในระหว่างการพูดคุยและลงชื่อพร้อมวัน เดือน ปีและสถานที่เช่นเดียวกับญาติผู้ดูแล

ส่วนท้ายของเอกสารจะมีส่วนสำหรับผู้วิจัยที่แจ้งว่า ผู้วิจัยขอยืนยันว่าผู้วิจัยได้อธิบาย และแจ้งให้ผู้เข้าร่วมโครงการทราบถึงรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยทุกประการและต้องลงชื่อพร้อม วัน เดือน ปีและสถานที่ ที่มีการบันทึกข้อมูลการสนทนา

รายละเอียดและเอกสารสำหรับจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

นอกจากสำหรับญาติผู้ดูแลแล้ว งานวิจัยนี้ยังมีเอกสารให้จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้อ่านและทำความเข้าใจก่อนการเก็บข้อมูลดังมีรายละเอียดดังนี้

เอกสารมีใจความว่า จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อ่านเอกสารทั้งหมดและมีโอกาสพูดคุยในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยกับผู้วิจัยโดยตรงเป็นอย่างดีตลอดจนได้สอบถามในเรื่องที่สงสัยและได้รับคำตอบและคำอธิบายจนกระจ่างจากผู้วิจัยทุกประการแล้ว

จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยินยอมให้ผู้วิจัยบันทึกแถบบันทึกเสียงหรือวีดิทัศน์ ในขณะที่เขาให้คำปรึกษาและพูดคุยกับญาติผู้ดูแลและยินดีที่จะให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับการให้การฝึกทักษะการสนทนาที่ได้จากการอบรมและการนำทฤษฎีจากการอบรมไปใช้ในสถานที่จริง และยินยอมให้มีการบันทึกแถบเสียงในระหว่างการพูดคุย นอกจากนี้จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังเข้าใจและตระหนักดีว่าหากตัวเขาและญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าการที่ได้พูดคุยทำให้เกิดความไม่สบายใจและกระทบกระเทือนต่อความรู้สึกของญาติผู้ดูแล จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถแจ้งให้ผู้วิจัยยุติบันทึกวีดิทัศน์และลบสิ่งที่ได้มีการบันทึกไปแล้ว ตลอดจนสามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยการยกเลิกไม่มีผลต่อการดูแลและรักษาโรคของผู้ป่วยในการดูแลของญาติผู้ดูแลแต่อย่างใด

จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังตระหนักดีว่า โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้ในเรื่องการสื่อสารภายใต้บริบทการดูแลแบบประคับประคองและแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย ซึ่งอาจไม่เกิดผลหรือเป็นประโยชน์โดยตรงต่อจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการส่วนตัว จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับทราบข้อมูลเปิดเผยแก่ผู้วิจัยในครั้งนี้เพื่อประโยชน์ทางด้านวิชาการ การเรียน การสอน การวิจัย การตีพิมพ์ในบทความวิชาการหรือนำเสนอในเวทีวิชาการเท่านั้น การใช้ประโยชน์จะต้องไม่ทำให้จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับผลกระทบ ผู้วิจัยต้องปกปิดชื่อ นามสกุล ที่อยู่และลักษณะเฉพาะของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องแจ้งว่า ยินดีหรือไม่ยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากที่ทราบข้อมูลของโครงการวิจัย ตลอดจนข้อดีและข้อเสียที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องลงลายมือชื่อพร้อมวัน เดือน ปี และสถานที่ที่ชัดเจนและในกรณีที่จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการทราบผลการวิจัยจะต้องให้ที่อยู่แก่ผู้วิจัยเพื่อผู้วิจัยจะได้จัดส่งผลการวิจัยให้ตามที่อยู่ที่ได้รับ

สำหรับส่วนท้ายของเอกสาร ผู้วิจัยจะต้องลงนามยืนยันว่า ผู้วิจัยได้อธิบายและแจ้งให้ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทราบถึงรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยทุกประการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว พร้อมกับลงวันที่ เดือน ปีและสถานที่ที่ได้อธิบายไว้อย่างชัดเจน

การตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยและการควบคุมจรรยาบรรณของผู้วิจัย

จรรยาบรรณของผู้วิจัยเป็นเรื่องของสำนึกและความไวหรืออ่อนไหวต่อความเป็นมนุษย์ ผู้วิจัยต้องตรวจสอบขั้นตอนในการวิจัยอย่างละเอียดและกำกับให้จริยธรรมการวิจัยเกิดขึ้น แต่สำนึกของผู้วิจัยก็มีความสำคัญ ผู้วิจัยจะไม่กระทำการอันใดที่เป็นการลิดรอนความเป็นมนุษย์ สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นได้อย่างไร สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นได้ด้วยการปฏิบัติดังนี้

1. จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะพูดคุยกับญาติผู้ดูแลถึงตัวผู้วิจัยและโครงการวิจัย
2. ผู้วิจัยจะไม่เข้าพบจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือญาติผู้ดูแล หากไม่ได้รับ

อนุญาต

3. หลังจากที่ได้ทำความรู้จักกับจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้ว ผู้วิจัยจะใช้ความรู้ทางการเก็บสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยการสร้างสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูล เช่น แรغب้นตาลใจในการเข้ารับการอบรม บรรยากาศในการอบรม การลงสู่สถานที่จริงครั้งแรก หรือความประทับใจต่าง ๆ ที่ได้จากการช่วยเหลือผู้อื่น ซึ่งระยะเวลาในการสร้างสัมพันธ์กับจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแต่ละกรณี อาจจะไม่เท่ากัน เนื่องจากจิตอาสาแต่ละคนมีอาการต่างกัน กล่าวคือผู้วิจัยอาจใช้เวลาในการสร้างความคุ้นเคยกับจิตอาสาบางคนได้ไม่นาน เนื่องจากจิตอาสาอาจมีภาวะเครียดหลังจากการเยี่ยมผู้ป่วยที่อาจมีอาการแย่ง หรือสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมีความตึงเครียด ผู้วิจัยต้องสังเกตอาการและท่าทีของจิตอาสา รวมทั้งสอบถามถึงเวลาที่เหมาะสมในการบันทึกข้อมูล จากที่กล่าวไปแล้วนั้น จะสังเกตเห็นได้ว่า ผู้วิจัยต้องมีความยืดหยุ่นมากเพียงพอต่อการเก็บข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพ (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2548)

4. ผู้วิจัยไม่กล่าวถึงค่าตอบแทนใด ๆ ไม่ว่าจะอยู่ในรูปตัวเงินหรือของเยี่ยมจนกว่าจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะให้ความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

5. ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับค่าตอบแทนจำนวน 300 บาท ก็ต่อเมื่อจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว จิตอาสาจะทราบรายละเอียดก็ต่อเมื่อได้อ่านเอกสารการให้ความยินยอม การกำหนดค่าตอบแทนนี้อยู่บนพื้นฐานของข้อกำหนดของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนสากลในประเด็นที่ว่าจะต้องไม่มีค่าตอบแทนมากเกินไปจนเป็นที่ล่อตาล่อใจแก่จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จริยธรรมและจรรยาบรรณในพื้นที่

ในระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยระมัดระวังความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลในทุกขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยจะหมั่นถามจิตอาสาที่เกี่ยวข้องว่าการปฏิบัติตัวของผู้วิจัยว่าทำให้ได้รับผลกระทบอย่างไรหรือไม่ ผู้วิจัยจะระมัดระวังในเรื่องของจริยธรรมการวิจัยในคนอยู่ตลอดเวลาและตั้งมั่นว่าการให้ความสำคัญในเรื่องของความเป็นมนุษย์จะต้องเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของการวิจัย

ผู้วิจัยคิดว่าจิตอาสาในพื้นที่ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการใช้จริยธรรมการวิจัยในคน เกิดขึ้นจริง เพราะจะสามารถช่วยกำกับและดูแลให้การวิจัยดำเนินไปอย่างถูกต้องไม่ล่วงละเมิดต่อสิทธิของจิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายผู้ให้ข้อมูล ระมัดระวังความรู้สึกของจิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีความชัดเจนและโปร่งใส ผู้วิจัยจะทบทวนจิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยจะไม่พูดหรือปฏิบัติสิ่งใดที่ทำให้จิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายรู้สึกว่าเป็นการบังคับ (coerce) และอธิบายถึงกระบวนการปกปิดและรักษาความลับได้อย่างละเอียด ตรงไปตรงมา ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดช้อยก่อให้เกิดขึ้น เพราะเป็นขั้นตอนสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้เป็นไปได้ด้วยดี

ผู้วิจัยตระหนักดีว่าในบางครั้ง การให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่มีความเปราะบางต่อความรู้สึกของคนเช่นนี้ มิได้ขึ้นอยู่กับกระบวนการรักษาความลับในเชิงวิชาการที่ผู้วิจัยออกแบบไว้ แต่เป็นเพราะจิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นบุคคลพิเศษในสายตาของญาติผู้ดูแล จิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายบางคนสนิทสนมกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมาก แทบจะเรียกได้ว่าเป็นเครือญาติเดียวกัน เมื่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยคิดว่าจิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นญาติจึงมีความไวใจ ไม่กังวลหรือลังเล พูดคุยบอกเล่าความรู้สึกที่แท้จริง

การวิจัยในระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูล

นอกจากมีการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนก่อนการเริ่มโครงการวิจัยแล้ว ในระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย ผู้วิจัยก็จะตรวจสอบในเรื่องของจริยธรรมการวิจัยเมื่อโครงการวิจัยดำเนินการมาได้ครึ่งทาง และเมื่อมีผลการวิจัยบางอย่างแล้วผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้จิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เกี่ยวข้องให้ความคิดเห็นต่อข้อมูลงานวิจัย ผู้วิจัยใช้วิธีนำเสนอผลการวิจัยบางส่วนแก่จิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ร่วมโครงการวิจัย และผู้วิจัยได้นำเรื่องจริยธรรมการวิจัยมาพูดถึงด้วย เช่น การนำกระบวนการปกปิดรักษาความลับที่ญาติผู้ดูแลขอให้จิตอาสาและผู้วิจัยร่วมปกปิด (ถ้ามี) การปกปิดรักษาความลับในลักษณะนี้ ถือเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด เพื่อมิให้คนที่เกี่ยวข้องได้รับผลกระทบแม้ไม่ใช่เรื่องของงานวิจัยโดยตรง

บทสรุป

งานวิจัยนี้เกี่ยวข้องโดยตรงกับจริยธรรมการวิจัยในคน เนื่องจากผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยการบันทึกการสนทนาระหว่างจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแล หัวข้อทุกหัวข้อที่เกิดขึ้นในบทสนทนา การใช้ภาษาพูดและท่าทางที่เกิดขึ้นในระหว่างการสนทนาถือว่าเป็นความลับของคู่สนทนา ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงต้องให้ความสำคัญต่อจริยธรรมในการวิจัยในคน ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนที่เกี่ยวข้องอย่างระมัดระวังเพื่อไม่ให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับผลกระทบ

ในการที่ผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลงานวิจัย การให้ความสำคัญต่อจริยธรรมการวิจัยในคนมีความสำคัญอย่างยิ่งและไม่จบลงหลังจากโครงร่างงานวิจัยได้รับการอนุมัติและผู้วิจัยเข้าพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลวิจัยหรือเรียกได้ว่าเกิดขึ้นในเฉพาะช่วงแรกเท่านั้น แต่จริยธรรมการวิจัยและกระบวนการปกป้องรักษาความลับ จะเกิดขึ้นตลอดในทุกขั้นตอนของการวิจัย

แม้ว่าผู้วิจัยจะพยายามออกแบบขั้นตอนในการรักษาความลับของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยไว้อย่างรัดกุม และคาดว่าจะทำให้ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างดี แต่กระบวนการปกป้องรักษาความลับอาจมิได้มีผลทั้งหมดต่อความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเอง



บทที่ 4 บริบทพื้นที่และสนามการวิจัย

บทนี้ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายถึงบริบทของงานวิจัยในด้านพื้นที่เก็บข้อมูลและสนามการวิจัย ได้แก่ อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งในพื้นที่นี้มีสถานพยาบาลหลายแห่งและมีความเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่ม NCDs สอดคล้องกับการวิจัยนี้ อีกทั้งในทุกโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในพื้นที่อำเภอแม่ริมและบริเวณใกล้เคียง มีกลุ่มงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ที่ให้ความสำคัญกับกิจกรรมจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยทั้งที่รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลและกลับไปพักที่บ้าน โดยส่งเสริมให้กิจกรรมดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ การถามไถ่สารทุกข์สุกดิบโดยการพูดคุยและแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ระหว่างคุณสนทนา ซึ่งได้แก่ จิตอาสาดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้าย (จิตอาสา) และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ญาติผู้ดูแล) จึงเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้บ่อยครั้งและมักเป็นเรื่องที่มีความอ่อนไหว ลึกซึ้ง ง่ายต่อการกระทบกระเทือนจิตใจของคุณสนทนา เช่น การเตรียมรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย ผู้วิจัยเชื่อว่าการสนทนาในประเด็นที่ละเอียดอ่อนเช่นนี้ จะเต็มไปด้วยเทคนิคและเป็นการพูดคุยที่มีความหมายเฉพาะ ถือได้ว่าประโยชน์โดยตรงต่อการเก็บข้อมูลฐานคิดของวิธีวิทยา มีความสำคัญต่อข้อมูลหลักคือข้อมูลที่มาจากการพูดคุย (talk-in-interaction) ส่งผลให้งานวิจัยสะท้อนถึงความจริงได้ใกล้เคียงกับสิ่งที่ต้องการ

ในการอธิบายถึงบริบทพื้นที่และสนามการวิจัย ผู้วิจัยแยกออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. บริบทด้านพื้นที่ของจังหวัดเชียงใหม่ แสดงประวัติความเป็นมาของจังหวัดเชียงใหม่ โดยย่อ ข้อมูลทางภูมิศาสตร์ ขนาดที่ตั้ง อาณาเขตติดต่อ จำนวนประชากรจำแนกตามเพศเป็นรายอำเภอ จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. สนามการวิจัย แสดงถึงรายละเอียดของการรวมกลุ่มความร่วมมือของจิตอาสาที่ผ่านการอบรมจากเครือข่ายพุทธิกาฯ ที่อยู่ในบริเวณอำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยทั้งที่รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลและกลับไปพักที่บ้าน กิจกรรมดังกล่าวได้รับการส่งเสริมให้ดำเนินไปอย่างสม่ำเสมอ

3. การเข้าสู่สนามวิจัยของผู้วิจัย แสดงถึงขั้นตอนการติดต่อเพื่อขอเข้าพื้นที่วิจัยทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การเข้าสู่พื้นที่วิจัย ความเป็นอยู่ของผู้วิจัยขณะลงสู่สนามวิจัย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

บริบทด้านพื้นที่ของจังหวัดเชียงใหม่

ความเป็นมา

กลุ่มงานข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานจังหวัดเชียงใหม่ ได้จัดทำข้อมูลบรรยายสรุปประจำปี พ.ศ. 2555 ที่กล่าวถึงรายละเอียดที่สำคัญของจังหวัดเชียงใหม่ ดังนี้ เชียงใหม่เป็นเมืองเก่าแก่และมีประวัติการสร้างอันน่าภาคภูมิใจ กษัตริย์ผู้ทรงสร้างนครเชียงใหม่ คือ “พญาเม็งรายมหาราช” ทรงรวบรวมบ้านเมืองบนแผ่นดินล้านนาไทย ทรงเห็นที่ราบอันอุดมสมบูรณ์ริมฝั่งแม่น้ำปิงบริเวณป่าเชิงดอยสุเทพเป็นที่ราบกว้างใหญ่จึงดำริที่จะสร้างเมืองเชียงใหม่ ณ ที่ราบเชิงดอยสุเทพจึงร่วมกับพญาเจ้าเมืองแห่งเมืองพะเยา พญาร่วงแห่งกรุงสุโขทัย และพญาเม็งราย สร้างเมืองเชียงใหม่เมื่อวันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 1839 ลักษณะการวางผังเมือง สอดคล้องกับชัยภูมิและความเชื่อทางโหราศาสตร์คือคัมภีร์มหาทักษาโดยสร้างกำแพงเมือง ด้านกว้าง 800 วา ด้านยาว 1,000 วา มาบรรจบเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้าใช้เวลาการสร้าง 4 เดือน จึงแล้วเสร็จสมบูรณ์ กษัตริย์ทั้ง 3 พระองค์จึงทรงขนานนามเมืองนี้ว่า “นพบุรีศรีนครพิงค์เชียงใหม่” ในปี พ.ศ. 2101 ยุคปลายราชวงศ์เม็งรายพระเจ้าบุเรงนองกษัตริย์ของพม่าได้ยกกองทัพมาโจมตีและยึดเมืองเชียงใหม่ไปเป็นเมืองขึ้นนานร่วม 216 ปี จนถึงสมัยพระเจ้าตากสินและพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกได้ทรงช่วยเหลืออาณาจักรล้านนาไทย โดยให้พระยาภาววิไลและพญาเจ้าบ้าน ทำการขับไล่พม่าออกไปจากเมืองเชียงใหม่ และเชียงใหม่ได้สำเร็จ ทรงสถาปนาพระยาภาววิไล เป็นเจ้าเมืองเชียงใหม่ ต่อมาปี พ.ศ. 2476 พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้โปรดปฏิรูปการปกครองหัวเมืองประเทศราช ยกเลิกการมีเมืองประเทศราชในภาคเหนือจัดตั้งการปกครองแบบมณฑลเทศาภิบาล เรียกว่า มณฑลพายัพเป็นจังหวัดเชียงใหม่ เชียงใหม่จึงมีฐานะเป็นจังหวัดจนถึงปัจจุบันนี้

ขนาดและที่ตั้ง

จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งอยู่สูงกว่าระดับน้ำทะเลประมาณ 1,027 ฟุต (310 เมตร) ตั้งอยู่ระหว่างเส้นรุ้งที่ 17-21 องศาเหนือและเส้นแวงที่ 98-99 องศาตะวันออก โดยมีส่วนกว้างที่สุดจากทิศตะวันออกถึงตะวันตกกว้างประมาณ 138 กิโลเมตรและส่วนที่ยาวที่สุด คือ จากทิศเหนือถึงทิศใต้ยาวประมาณ 320 กิโลเมตร (ยาวมากที่สุดของประเทศ) มีพื้นที่ 20, 107.057 ตร.กม. และเป็นจังหวัดที่อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานครไปทางทิศเหนือประมาณ 750 กิโลเมตร โดยทางรถไฟ และประมาณ 720 กิโลเมตรโดยทางรถยนต์

คำขวัญประจำจังหวัดเชียงใหม่

“ดอยสุเทพเป็นศรี ประเพณีเป็นสง่า บุปผาชาติล้วนงามตา นามล้ำค่านครพิงค์”

ตราประจำจังหวัด



ภาพที่ 1 ตราประจำจังหวัด รูปช้างเผือกหันหน้าตรงในเรือนแก้ว

ช้างเผือกหมายถึงช้างที่เจ้าผู้ครองนครเชียงใหม่ นำทูลเกล้าถวายแด่พระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย และได้ขึ้นระวางเป็นช้างเผือกเอกในรัชกาลพระองค์ ส่วนเรือนแก้วหมายถึงดินแดนที่พระพุทธศาสนาได้มาตั้งมั่นเจริญรุ่งเรือง จนเคยเป็นสถานที่สำหรับทำสังคายนา (คือการชำระตรวจสอบความถูกต้อง) พระไตรปิฎก เมื่อ พ.ศ. 2020 จังหวัดเชียงใหม่ ใช้อักษรย่อว่า “ชม”

ดอกไม้และต้นไม้ประจำจังหวัด

ชื่อดอกทองกวาว/ต้นทองกวาว

อาณาเขตติดต่อ ดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับรัฐเชียงตุง ประเทศเมียนมาร์ ซึ่งมีพรมแดนยาวประมาณ 227 กิโลเมตร

ทิศใต้ ติดจังหวัดลำพูนและจังหวัดตาก

ทิศตะวันออก ติดจังหวัดเชียงราย จังหวัดลำปางและจังหวัดลำพูน

ทิศตะวันตก ติดจังหวัดแม่ฮ่องสอน

แม่น้ำ

คนเชียงใหม่นิยมเรียกแม่น้ำว่า “น้ำแม่” โดยมีแม่น้ำสำคัญอยู่หลายสาย เช่น

แม่น้ำปิง มีความยาวตลอดสาย 600 กม.

แม่น้ำกก มีความยาวตลอดสาย 180 กม.

แม่น้ำแจ่ม มีความยาวตลอดสาย 170 กม.

แม่น้ำแม่ตื่น มีความยาวตลอดสาย 150 กม.

แม่น้ำแม่แตง มีความยาวตลอดสาย 135 กม.

แม่น้ำแม่จัด มีความยาวตลอดสาย 100 กม.

ภูมิอากาศ

แบ่งออกเป็นสามฤดู

1. ฤดูฝน เดือนมิ.ย.-ต.ค. มีฝนตกชุก เนื่องจากมีสภาพเป็นภูเขาสูง และมีป่าต้นน้ำจำนวนมาก ทำให้ความชุ่มชื้นในอากาศสูง โดยเฉพาะบนยอดดอยมีฝนตกเกือบทุกวัน
2. ฤดูแล้ง เดือน พ.ย.-ก.พ. อากาศไม่หนาวจัดมาก ท้องฟ้าแจ่มใสมีแดดตลอดวัน มีหมอกลงบ้างในตอนเช้า เป็นฤดูที่นักท่องเที่ยวนิยมไปเที่ยวกันมาก อุณหภูมิต่ำสุดโดยเฉลี่ยประมาณ 14 องศาเซลเซียส แต่ถ้าบนยอดดอยอาจต่ำลงถึง 4 องศาเซลเซียส
3. ฤดูร้อน เดือน มี.ค.-พ.ค. อากาศจะร้อนมากในช่วงกลางวันเนื่องจากสภาพเป็นแอ่งกระทะ ในช่วงกลางคืนอากาศจะเย็นลง อุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ยประมาณ 30 องศาเซลเซียส

สภาพธรรมชาติ

จังหวัดเชียงใหม่มีขนาดใหญ่เป็นอันดับ 2 ของประเทศไทย แต่มีพื้นที่เพียงร้อยละ 30.9 เท่านั้นที่เป็นพื้นที่ราบลุ่มและที่ราบเชิงเขา ส่วนอีกเกือบร้อยละ 70 เป็นภูเขา ทางด้านเหนือมีทิวเขาแดนลาวซึ่งมีจุดเริ่มต้นที่มณฑลยูนนานประเทศจีน ทอดตัวลงมาเป็นเส้นกั้นแดนระหว่างไทยกับพม่า ยอดเขาที่รู้จักกันดีคือดอยผ้าห่มเกล้า ดอยอ่างขาง ดอยปุยหมื่น ทิวเขาผีปันน้ำเป็นทิวเขาที่อยู่ทางด้านตะวันออกของแม่น้ำปิงต่อกับ ทิวเขาแดนลาวเป็นแนวยาวไปทางตะวันออกเฉียงใต้ต่อกับทิวเขาหลวงพระบาง ส่วนทิวเขาถนนธงชัย มีอาณาเขตตั้งแต่ จ.กาญจนบุรี ทอดยาวขึ้นไปทางเหนือต่อกับทิวเขาแดนลาวทางตอนบนของ จังหวัดเชียงใหม่ มีสามทิวเขาย่อย คือถนนธงชัยตะวันตก ถนนธงชัยกลางและถนนธงชัยตะวันออก

กลุ่มชาติพันธุ์

จากอดีตกลุ่มชาติพันธุ์ของจังหวัดเชียงใหม่มีที่มาจากการผสมผสานและดำรงชีพอยู่ร่วมกันของชนชาติต่าง ๆ ในบริเวณแอ่งที่ราบ ที่ได้ถือว่าเป็นบรรพบุรุษของชาวล้านนา ได้แก่ ชาวไทลื้อ ชาวไทเขิน ชาวไทยวน ชาวไทใหญ่ ชาวเม็ง (มอญ) ชาวลัวะ จากแอ่งที่ราบขึ้นสู่บริเวณภูเขาสูงก็จะพบกลุ่มชนชาติต่าง ๆ ตั้งหมู่บ้านกระจายอยู่ทั่วไปตามพื้นที่สูงในดินแดนล้านนา ได้แก่ กะเหรี่ยง (ปกากะญอ) เมี่ยน (เย้า) ม้ง (แม้ว) อาข่า (อีเก้อ) ลาหู่ (มุเซอ) ลีซอ นอกจากนี้ยังมีชนบางกลุ่มที่อยู่ในบริเวณชายขอบของล้านนา ได้แก่ ขมุ มลาบุรี (ตองเหลือง) และยังมีกรย้ายถิ่นฐานภูมิลำเนาจากภาคอื่นๆ อีกด้วย ดังนั้น จังหวัดเชียงใหม่จึงมีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ (สำนักงานจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มงานข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร, 2555)

ภาษาพูด

ประชากรส่วนใหญ่พูดภาษาไทยถิ่นเหนือหรือภาษาล้านนาหรือคำเมืองหรือชื่ออย่างเป็นทางการว่าภาษาล้านนา เป็นภาษาถิ่นที่ใช้ในภาคเหนือตอนบน หรือภาษาในอาณาจักรล้านนาเดิม มักจะพูดกันมากในเชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน ลำพูน ลำปาง พะเยา แพร่

อุตรดิตถ์ น่าน และยังมีกรพูดและการผสมภาษาต้นในบางพื้นที่ของจังหวัดตาก สุโขทัยและเพชรบูรณ์ อีกด้วย นอกจากนี้ภาษาคำเมืองยังสามารถแบ่งออกเป็นสำเนียงล้านนาตะวันตก (ในจังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน แม่ฮ่องสอน) และสำเนียงล้านนาตะวันออก (ในจังหวัดเชียงราย พะเยา ลำปาง อุตรดิตถ์ แพร่ น่าน) ซึ่งจะมีความแตกต่างกันบ้าง คือ สำเนียงล้านนาตะวันออกส่วนใหญ่ จะไม่พบสระเอื้อะ เอื้อ แต่จะใช้สระเอื้อะ เอื้อแทน (มีเสียงเอื้อะ และ เอื้อเพียงแต่คนต่างถิ่นฟังไม่ออกเอง เนื่องจากเสียงที่ออกมา จะเป็นเสียงนาสิกใกล้เคียงกับเอื้อะ เอื้อ) (สุริยา รัตนกุล, 2550)

จำนวนประชากรจังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามเพศเป็นรายอำเภอ

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรจังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามเพศเป็นรายอำเภอ พ.ศ. 2557

ลำดับที่	อำเภอ	รวม	เพศ	
			ชาย	หญิง
	รวม	1,378,284	816,620	861,664
1	เมืองเชียงใหม่	234,244	110,336	123,908
2	จอมทอง	66,531	32,746	33,785
3	แม่แจ่ม	58,698	29,938	28,760
4	เชียงดาว	83,399	42,008	41,391
5	ดอยสะเก็ด	70,215	33,610	36,605
6	แม่แตง	75,044	37,147	37,398
7	แม่ริม	88,835	43,696	45,139
8	สะเมิง	2,386	11,974	11,412
9	ฝาง	112,847	56,008	56,839
10	แม่สาย	73,537	36,886	36,651
11	พร้าว	49,324	24,426	24,898
12	สันป่าตอง	75,390	35,731	37,659
13	สันกำแพง	81,144	38,380	42,764
14	สันทราย	127,062	58,745	68,317
15	หางดง	83,310	39,599	43,711
16	ฮอด	43,809	21,731	22,078

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรจังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามเพศเป็นรายอำเภอ พ.ศ. 2557 (ต่อ)

ลำดับที่	อำเภอ	รวม	เพศ	
			ชาย	หญิง
17	ดอยเต่า	27,406	13,762	13,644
18	อมก๋อย	61,076	30,895	30,181
19	สารภี	79,996	37,719	42,277
20	เวียงแหง	27,547	13,943	13,584
21	ไชยปราการ	44,760	22,091	22,669
22	แม่วาง	31,472	15,561	15,911
23	แม่ออน	21,281	10,665	10,616
24	ดอยหล่อ	26,083	12,833	13,250
25	กัลยาณิวัฒนา	11,908	6,190	5,718

จำนวนประชากรจังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

ตารางที่ 2 จำนวนประชากรจังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ จ.เชียงใหม่ พ.ศ. 2557

กลุ่มอายุ (ปี)	จำนวนประชากร (คน)		
	รวม	ชาย	หญิง
รวม	1,678,284	816,620	861,664
0-4 ปี	80,854	41,576	39,278
5-9 ปี	82,385	42,642	39,740
10-14 ปี	86,860	44,544	42,316
15-19 ปี	105,644	53,350	52,294
20-24 ปี	120,660	60,706	59,954
25-29 ปี	114,140	57,282	56,858
30-34 ปี	123,024	61,559	61,465

ตารางที่ 2 จำนวนประชากรจังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ จ.เชียงใหม่ พ.ศ. 2557 (ต่อ)

กลุ่มอายุ (ปี)	จำนวนประชากร (คน)		
	รวม	ชาย	หญิง
35-39 ปี	114,983	56,664	58,319
40-44 ปี	108,858	51,887	56,971
45-49 ปี	120,382	54,843	65,539
50-54 ปี	135,412	62,317	73,095
55-59 ปี	126,836	58,644	68,192
60-64 ปี	92,410	42,830	49,580
65-69 ปี	56,206	26,601	29,605
70-74 ปี	35,329	16,640	18,689
75-79 ปี	30,835	13,734	17,101
80 และ มากกว่า	42,093	18,206	23,887
ไม่ทราบ	20,511	11,088	9,423
ผู้ไม่ใช่สัญชาติไทย	80,865	41,507	39,358

สนามการวิจัย

เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับบริบทสนามวิจัย (Research Area) ซึ่งได้แก่ อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ข้อมูลจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ปี 2557 รายงานว่ามีจำนวนประชากรมากเป็นอันดับ 4 ของจังหวัดเชียงใหม่ รองจาก อำเภอเมือง อำเภอสันทราย และอำเภอฝาง ในพื้นที่แห่งนี้มีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ตั้งอยู่ทั้งในอำเภอเดียวกันและอำเภอข้างเคียงหลายแห่ง ทั้งโรงพยาบาลนครพิงค์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลมหาราช โรงพยาบาลสวนดอก เป็นต้น และในอำเภอแม่ริม มีจิตอาสาที่ผ่านการอบรมจากเครือข่ายพุทธิกาฯ และร่วมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งการเยี่ยมที่บ้านและที่สถานพยาบาล จำนวน 25 คน ซึ่งภายหลังจากที่จิตอาสาเหล่านี้ผ่านการอบรมจากเครือข่ายพุทธิกาฯ แล้วยังดำเนินกิจกรรมดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง อันจะเป็นข้อมูลสำคัญในการกำหนดแนวทางและแนวคำถามที่เหมาะสมในการเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนของวิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนาระหว่างจิตอาสา และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญที่จะเชื่อมโยงสู่แนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามทัศนะของญาติผู้ให้การดูแล

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การกำหนดรูปแบบและแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวของจิตอาสาที่ผ่านการอบรมจากเครือข่ายพุทธิกาฯ นอกจากจะเป็นการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมตามแนวคิดสากลมาใช้แล้ว ยังคำนึงถึงการผสมผสานแนวทางการดูแลเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพบริบทของสังคมไทย ทั้งด้านศาสนา ความเชื่อ และวัฒนธรรม ตลอดจนความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบและแนวทางดังกล่าวไปใช้ โดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์การปฏิบัติงานจริง เพื่อให้เกิดการผสมผสานที่ลงตัวกับองค์ความรู้ที่มีอยู่ ตัวอย่างเช่น รูปแบบของทีมต่าง ๆ ที่ต้องมีบทบาทร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งต่อเนื่องไปที่บ้าน เช่น ทีมพยาบาล ทีมเวชกรรมสังคม ทีมจิตอาสาและพระภิกษุสงฆ์ตามวัฒนธรรมความเชื่อ เป็นต้น แต่ทั้งนี้ ในการดำเนินการยังมีข้อจำกัดด้านจำนวนของจิตอาสาที่ไม่เพียงพอในการรองรับจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตาม จุดประสงค์สำคัญในการกำหนดรูปแบบการดูแลคือ การสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่ครอบคลุมทุกมิติ ได้แก่ มิติทางกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ และการดูแลที่ครอบคลุมในทุกช่วงเวลาอย่างต่อเนื่อง เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากโรคและความสูญเสีย ตลอดจนการสร้างความเข้าใจอันดีเกี่ยวกับสถานะต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยและญาติประสบอยู่ และที่จะต้องเผชิญต่อไปในอนาคต ให้ผู้ป่วยและญาติร่วมกันในการเตรียมความพร้อมอย่างเหมาะสม ในการเผชิญกับสถานะต่างๆ รวมถึงการเผชิญหน้ากับความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นด้วยความสงบ

กิจกรรมสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกจิตอาสาที่ผ่านการอบรมจากเครือข่ายพุทธิกาฯ ในพื้นที่อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของจิตอาสาในอำเภอแม่ริมแบ่งเป็น 2 ลักษณะที่สำคัญ คือ กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ และกิจกรรมพิเศษต่าง ๆ โดยกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ คือ การออกเยี่ยมอาการผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลประจำกลุ่มงานเยี่ยมบ้าน เป็นต้น กิจกรรมดังกล่าวจะดำเนินไปทุกวันโดยไม่เว้นวันหยุดราชการ ซึ่งจิตอาสาจะมีการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันไปเยี่ยมผู้ป่วย โดยได้แบ่งเป็นกลุ่มย่อย ๆ โดยการดูแลเข้าเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวนั้น เน้นการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยเฉพาะการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากโรค มีการพูดคุยสร้างความเข้าใจให้ผู้ป่วยและญาติมีจิตใจที่พร้อมรับและสามารถจัดการกับสถานะต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งช่วยฝึกทักษะให้ครอบครัวสามารถช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยได้ มีการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทุกมิติอย่างเป็นรูปธรรมตามแบบฟอร์มการประเมิน ได้แก่ การประเมินการเคลื่อนไหว การทำกิจกรรม การปรากฏอาการของโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร และระดับความรู้สึกตัว เป็นต้น

การกำหนดกิจกรรมพิเศษ จะเกิดจากจิตอาสา ร่วมกันกำหนดกิจกรรม โดยศึกษาจากตำราวิชาการ การอบรม และจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย รวมถึงจากการพูดคุยกับผู้ป่วยถึงความ

ต้องการในการดูแล โดยมีการทดลองใช้และปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม มีการติดตามความเป็นไปของครอบครัวผู้ป่วย ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว ทำสื่อประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และจัดกิจกรรมพิเศษที่สำคัญ คือ กิจกรรมทางศาสนา ทั้งการเปิดโอกาสและเอื้อด้านสถานที่ให้ผู้ป่วยและญาติประกอบกิจกรรมทางศาสนาตามความเหมาะสม

การเข้าสู่สนามวิจัยของผู้วิจัย

จิตอาสาเดินทางสะดวก หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงประสานนัดเพื่อเข้าชี้แจงถึงวิธีการวิจัยและวัตถุประสงค์ ในการศึกษาวิจัยกับจิตอาสาเป็นรายบุคคล เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพในเบื้องต้น เนื่องจากจิตอาสาจะเป็นผู้คัดกรองผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ตรงตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และจะนำมาซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลอันได้แก่ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป

การเดินทางเข้าสู่พื้นที่ของผู้วิจัย

ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้ผ่านการสอบโครงร่างที่แสดงถึงหัวข้อที่ใช้ในการทำวิจัยแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับทั้งเครือข่ายพุทธิกา และจิตอาสาที่ผ่านการอบรมฯ อย่างต่อเนื่อง เพื่อหารือถึงความเหมาะสมในการกำหนดช่วงเวลาในการเก็บข้อมูล เนื่องจากผู้วิจัยมีงานประจำอยู่ที่กรุงเทพฯ อาจไม่สะดวกที่จะลงงานต่อเนื่องเป็นเวลานานเพื่อรอเก็บข้อมูล ดังนั้นจึงได้รับคำแนะนำจากจิตอาสาผู้ร่วมโครงการให้เดินทางไปรอเก็บข้อมูลเป็นช่วงคาบเกี่ยววันทำการ 3 วัน และต่อเนื่องวันหยุดเสาร์อาทิตย์และวันหยุดนักขัตฤกษ์

เมื่อตกลงดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกเดินทางโดยเครื่องบินจากสนามบินดอนเมือง ไปลงที่จังหวัดเชียงใหม่ ใช้เวลาเดินทาง 1 ชั่วโมง 15 นาทีต่อเที่ยว ซึ่งผู้วิจัยทราบดีว่าการเดินทางโดยเครื่องบินมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงกว่าวิธีอื่น แต่ผู้วิจัยจำเป็นต้องประหยัดเวลาเดินทางและใช้เวลาในการเก็บข้อมูลมากที่สุด ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเดินทางเข้าพื้นที่ในการเก็บข้อมูลจำนวน 3 รอบ รอบละ 5 วันคือ รวมเวลาเก็บข้อมูลในพื้นที่อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ทั้งสิ้น 15 วัน

นอกจากนั้นผู้วิจัย ยังได้รับการชักชวนให้เข้าไปในพื้นที่ชุมชนร่วมกับกลุ่มจิตอาสา เพื่อสังเกตการณ์กิจกรรมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านซึ่งเป็นภารกิจหลักของกลุ่มจิตอาสา จำนวน 1 วัน ผู้วิจัยเดินทางด้วยรถปิคอัพส่วนตัวของจิตอาสาที่พาไป โดยการเข้าเยี่ยมในวันนั้น เป็นการเยี่ยมผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 3 ราย ซึ่งผู้วิจัยได้พบกับทั้งผู้ป่วยและญาติ ไปพูดคุยกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในการส่งต่อและดูแลผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เข้าไปที่วัดเพื่อพูดคุยกับพระเจ้าอาวาสในการเปิดมิตินางพาราชุมชนร่วมกันทั้งทีมสาธารณสุข อสม. และพระสงฆ์

ความสนใจของบุคลากรทางการสาธารณสุขต่องานวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับความสนใจจากทั้งเครือข่ายพุทธิกาฯ และจิตอาสาผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งจะเห็นได้จากความร่วมมืออันดีของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ที่ช่วยเหลือให้ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงเก็บข้อมูลและอนุญาตให้ใช้สถานที่เป็นสนามวิจัย แต่แม้ว่างานวิจัยนี้จะได้รับการอนุญาตแล้ว แต่ก็มีได้หมายความว่าผู้วิจัยจะประสบความสำเร็จในการเข้าถึงข้อมูลและเก็บข้อมูลการวิจัย (Lindlof and Taylor, 2002) เพราะในความเป็นจริงแล้ว ความสำเร็จทั้งหมดของงานวิจัยนี้เกิดขึ้นได้จากความร่วมมือจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยตระหนักดีว่าหากผู้เกี่ยวข้องทุกคนไม่ให้ความสนใจงานวิจัยและไม่ให้ความร่วมมือในการเข้าถึงข้อมูล งานวิจัยนี้ก็ไม่สามารถสำเร็จลงได้ด้วยดีเช่นนี้

ที่พักและความเป็นอยู่ของผู้วิจัย

การพักอาศัยของผู้วิจัยในจังหวัดเชียงใหม่ระหว่างเก็บข้อมูลในสนามวิจัยนั้น ผู้วิจัยได้รับการช่วยเหลือและดูแลเป็นอย่างดีจากญาติสนิทซึ่งพักอาศัยอยู่ที่อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่มานานกว่า 20 ปี ทำให้มีความชำนาญด้านภาษาถิ่น มีความรู้เกี่ยวกับศิลปวัฒนธรรม ตลอดจนความเชื่อต่าง ๆ เป็นอย่างดี นอกจากนั้นแล้วญาติของผู้วิจัยยังประกอบอาชีพเป็นอาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งประกอบด้วยคุณวุฒิทางวิชาชีพเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลแบบองค์รวมอีกด้วย

ตลอดเวลาที่พักอาศัย ผู้วิจัยได้มีโอกาสสอบถามแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจทั้งในด้านการพยาบาล การสื่อสารกับผู้ป่วย ศัพท์เฉพาะทางที่ใช้ในวงการแพทย์ การดำเนินโรค NCDs ตลอดจนความเชื่อและวัฒนธรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการจากไป และเนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่มีลักษณะเด่นคือสามารถวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มา โดยไม่จำเป็นต้องรอให้เก็บแบบสอบถามครบทั้งหมดเช่นเดียวกับการวิจัยเชิงปริมาณ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้เวลาช่วงที่ว่างจากการเก็บข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนา และได้สอบถามญาติของผู้วิจัยเกี่ยวกับศัพท์ทางการแพทย์และภาษาถิ่นที่ผู้วิจัยมีข้อสงสัยด้วย

นอกจากนั้นผู้วิจัยยังมีโอกาสไปร่วมงานประเพณีประจำปีที่มีชื่อเสียงของจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ งานประเพณีใส่ขันดอกอินทขิล ณ วัดเจดีย์หลวง และ หออินทขิล ศาลหลักเมืองเชียงใหม่ ซึ่งอยู่ละแวกเดียวกัน นับได้ว่าเป็นการสร้างขวัญ กำลังใจและเสริมสร้างสิริมงคลให้แก่ตัวผู้วิจัยเป็นอย่างมาก

ห้องพักและโต๊ะทำงานประจำของผู้วิจัย

ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้ห้องเล็กๆ ภายในศาลาเอนกประสงค์ของวัดแห่งหนึ่งในอำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ ในการเก็บข้อมูลวิจัย ซึ่งผู้วิจัยจัดโต๊ะ เก้าอี้ เพื่อใช้ประโยชน์ห้องนี้ใน 2 ลักษณะ โดยแบ่งออกเป็น 2 มุม เนื่องจากห้องนี้มีลักษณะเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า พื้นที่ประมาณ 15 ตารางเมตร ได้แก่

1. มุมซ้ายจัดเป็นห้องที่ใช้ในการสนทนาระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแล เนื่องจากมีความเหมาะสมตามหลักของการให้คำปรึกษา (Counseling) ได้แก่ มีความมิดชิด เป็นสัดส่วน ไม่มีเสียงรบกวน ไม่มีคนเดินผ่านไปมา บรรยากาศมีความสงบและเป็นกันเอง ผู้วิจัยจัดที่นั่งในลักษณะตั้งฉากกัน ไม่ให้จิตอาสาและญาติผู้ดูแลเผชิญหน้ากันตรง ๆ ให้เอียงกันเล็กน้อย แต่ใกล้กันพอที่จะแตะไหล่ได้ (Carman et al., 2013) ทั้งนี้ เพื่อเป็นการสร้างบรรยากาศเริ่มต้นสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน เพราะผู้วิจัยทราบดีว่าการสนทนาถึงการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยนั้นมีความลึกซึ้ง ละเอียดย่อน ง่ายต่อการกระทบกระเทือนจิตใจ ผู้วิจัยจึงระมัดระวังความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลในทุกขั้นตอนการวิจัยและระมัดระวังในเรื่องของจริยธรรมการวิจัยในคนทุกขั้นตอนของการวิจัย

2. มุมขวาจัดเป็นโต๊ะทำงานเล็ก ๆ สำหรับตัวผู้วิจัยเอง มีโต๊ะและอุปกรณ์สำนักงานเท่าที่จำเป็น ผู้วิจัยจะนั่งประจำที่เมื่อไม่มีการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะศึกษาการสนทนาภายหลังจากที่บันทึกข้อมูลเสร็จ ซึ่งถือเป็นโอกาสดีที่จะสามารถสอบถามถึงข้อสงสัยต่าง ๆ จากจิตอาสาได้อย่างสะดวก ประกอบกับห้องนี้มีความเป็นส่วนตัวสามารถใช้ในการศึกษาวิถีทัศน์การสนทนาเพราะเป็นข้อมูลที่ผู้วิจัยต้องเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ผู้วิจัยถอดเทปคำต่อคำ พิจารณาข้อมูลที่ได้มาจากการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยวิธีการต่าง ๆ อย่างละเอียด มุ่งเน้นให้เห็นถึงโครงสร้างการสนทนาในเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยหรือองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เป็นลักษณะเฉพาะของโครงสร้างการสนทนาในบริบทที่มีความละเอียดอ่อนเช่นนี้ อย่างละเอียดรอบคอบ และใช้เวลาว่างอ่านหนังสือเกี่ยวกับงานวิจัย เช่น การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ตลอดจนแผ่นพับด้านการดูแลสุขภาพและพุทธศาสนาต่าง ๆ ที่มีไว้แจกจ่ายให้กับผู้สนใจ นอกจากนี้หากผู้วิจัยต้องการสิ่งใดเพิ่มเติมก็สามารถแจ้งจิตอาสาเพื่อจัดหาให้ตามความเหมาะสม

กิจกรรมของผู้วิจัย

นอกจากการเก็บข้อมูลหลักด้วยการบันทึกการสนทนาแล้ว ผู้วิจัยยังมีกิจกรรมอื่นในระหว่างการลงพื้นที่เก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยขอกล่าวถึงเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยดังมีรายละเอียดดังนี้

ออกเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน

การออกเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน ถือเป็นบทบาทหน้าที่หลักของจิตอาสาในอำเภอมะริมที่ดำเนินการอย่างสม่ำเสมอและมีความต่อเนื่อง จิตอาสาที่ได้รับมอบหมายต้องออกหมู่บ้านร่วมกับบุคลากรทางการสาธารณสุข ไปแบบเป็นทีม พุดคุยเพื่อประเมินความเป็นอยู่ของคนในพื้นที่ ซึ่งอาจเป็นการไปเยี่ยมครั้งแรกหรือเป็นการติดตามผู้ป่วยที่กำลังเจ็บป่วยอยู่ ในวันที่ผู้วิจัยเข้าร่วมกิจกรรมนี้ประกอบด้วย 3 กิจกรรมที่น่าสนใจ ได้แก่

1. เข้าเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 3 ราย จิตอาสาและบุคลากรทางการสาธารณสุขได้มีโอกาสพบกับทั้งผู้ป่วยและญาติ เพื่อแนะนำการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แนะนำ

การดำเนินโรค รวมไปถึงจนถึงการตัดสินใจในการยืดชีวิตผู้ป่วย จากเหตุการณ์นี้ทำให้ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจเป็นอย่างมาก เพราะได้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างการสนทนาที่เกิดขึ้นในสถานที่ที่ผู้วิจัยจัดไว้ ที่มีเฉพาะญาติผู้ดูแลและการสนทนาที่เกิดขึ้นที่บ้านแบบพร้อมหน้าพร้อมตาทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในหลากหลายประเด็น ทั้งบรรยากาศที่ผ่อนคลายการใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย การให้คำแนะนำตามสภาพความเป็นอยู่ที่แท้จริง สอบถามว่ามีอะไรค้างคาใจ หรือ อยากทำบุญหรือไม่ จะนิมนต์พระมาให้ทำบุญ ตลอดจนสัมผัสต่างๆ ระหว่างเจ้าหน้าที่กับตัวผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่กับญาติผู้ดูแลเพื่อเป็นการให้กำลังใจกัน เช่น การลูบแขน จับมือ บีบนวด หรือแม้กระทั่งการสวมกอด ถือได้ว่าเป็นประโยชน์และเป็นการเปิดประสบการณ์ที่มีค่ายิ่ง

2. เข้าไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งแต่เดิมเรียกกันว่าอนามัย เพื่อแจ้งความคืบหน้าในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยจำนวน 2 รายแรกในพื้นที่ที่ รพ.สต. นั้นรับผิดชอบ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเกิดการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพและให้ความสำคัญกับความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย

3. เข้าไปที่วัดในละแวกนั้น เพื่อแจ้งอาการของผู้ป่วยและนิมนต์พระให้เข้าไปที่บ้านผู้ป่วยตามความประสงค์ของผู้ป่วยเพื่อให้ได้ทำบุญ ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าการได้ทำบุญจะนำมาซึ่งกำลังใจและความปลื้มปิติแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

แต่ในการออกเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนนี้ ผู้วิจัยใช้เพียงการสังเกตการณ์และบันทึกเสียงของผู้วิจัยเองลงในเครื่องบันทึกเสียงเท่านั้น มิได้มีการบันทึกวีดิทัศน์หรือบันทึกเสียงการสนทนาแต่อย่างใด เพราะตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยคนและขอบเขตการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยทุกประการ แต่อย่างไรก็ตาม การออกเยี่ยมผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในชุมชนครั้งนี้ ถือเป็นการสร้างแรงบันดาลใจในการทำงานวิจัยนี้และมีความเห็นว่าในพื้นที่ที่ห่างไกลจากชุมชนยังควรได้รับการสนับสนุนด้านการสาธารณสุขอย่างจริงจังและทั่วถึง อีกทั้งควรมีงานวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสนับสนุนสร้างความเข้าใจตลอดจนบริหารจัดการกิจกรรมที่มีประโยชน์เหล่านี้อีกมาก

การแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องการวิจัย

การที่ผู้วิจัยมีโอกาสคลุกคลีอยู่กับจิตอาสาบางคนที่เป็นพยาบาลซึ่งมีความรู้ มีความสนใจด้านการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้ผู้วิจัยได้พูดคุยกันอย่างใกล้ชิดและรับรู้ได้ว่าแท้จริงแล้วมีความสนใจถึงวิธีวิทยาที่ใช้ในการวิเคราะห์การสนทนาและต้องการประยุกต์ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพในงานประจำด้วย ซึ่งเห็นได้จากการสอบถามผู้วิจัยถึงคำถามการวิจัย ขั้นตอนในการทำวิจัย ผลลัพธ์ที่จะได้จากงานวิจัย เพราะในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลนั้น มีข้อมูลน่าสนใจมากมายที่ควรนำมาวิเคราะห์หรือต่อยอดให้เกิดประโยชน์ แต่บุคลากรที่เกี่ยวข้องก็ยังคงขาดความรู้ ขาดความเข้าใจในการเลือกวิธีวิทยาที่เหมาะสม เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่สะท้อนความเป็นจริง สามารถตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลโดยบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Member check) และมีการ

ตรวจสอบร่องรอยของความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Audit trail) ได้อีกด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องที่มาของข้อมูล การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์การสนทนา ตลอดจนมิติที่แตกต่างของผลลัพธ์ที่ได้ ซึ่งถือว่าเป็นความแปลกใหม่ทางการวิจัยที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างยิ่ง

บทสรุป

ในบทนี้ผู้วิจัยพรรณนาให้เห็นถึงพื้นที่เก็บข้อมูลว่ามีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระยะสุดท้าย (NCDs) และมีอัตราการตายสูงเมื่อพิจารณาจากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีคือปี พ.ศ. 2556 2557 และ 2558 การให้รายละเอียดของพื้นที่เก็บข้อมูลและการใช้ชีวิตของผู้วิจัยในภาคสนาม ทำให้เกิดการเชื่อมโยงกับการเข้าถึงข้อมูลและการเก็บข้อมูลตามวิทยาการวิเคราะห์การสนทนาซึ่งให้ความสำคัญกับสถานการณ์จริงที่พบเห็นได้อย่างเป็นรูปธรรม จึงเป็นบริบทหนึ่งที่สะท้อนรูปแบบและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างชัดเจน ถือได้ว่าเป็นข้อมูลสำคัญในการอธิบายถึงการสนทนา ระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่จะนำมาซึ่งการสนทนาเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย ประกอบกับผู้ป่วยโรค NCDs ส่วนใหญ่จะเข้ารับการรักษาเป็นเวลานาน และมีการนัดมารับการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะๆ ทำให้สามารถติดตามเก็บข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ได้ข้อค้นพบบางประการที่สะท้อนมิติของเวลาได้ และการเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมกลุ่มผู้ให้ข้อมูลรอง ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และญาติของผู้ป่วยเอง ได้ให้ความรู้และร่วมมือเป็นอย่างดี จึงทำให้ผู้วิจัยได้รับข้อมูลที่มีประโยชน์และผู้วิจัยยังได้รับโอกาสให้ทำกิจกรรมหลายอย่างที่เกี่ยวข้อทั้งกับการเก็บข้อมูลทั้งทางตรงและทางอ้อม ทุกกิจกรรมยังช่วยเชื่อมความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้อง สร้างการมีส่วนร่วมในประสบการณ์ของผู้วิจัยได้อย่างกลมกลืน ตลอดจนเกิดเป็นแรงบันดาลใจที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเก็บข้อมูลในงานวิจัยนี้ทั้งสิ้น

บทที่ 5 วิธีดำเนินการวิจัย

หน้าที่ของวิธีวิทยา

แม้เป็นที่รู้กันดีว่าความตายคือสัจธรรมของชีวิต (The Death is True of Living) ความตายเป็นเรื่องปกติ ที่ทุกคนต้องพบเจอ แต่การรับมือกับความตายทั้งของตนเองและผู้ใกล้ชิดก็ยังคงเป็นเรื่องที่มีความอ่อนไหว ลึกซึ้ง มีความซับซ้อนและง่ายต่อการกระทบกระเทือนต่อความรู้สึกของกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องในสังคม ส่งผลให้การพูดคุยของคู่สนทนาถึงความจริงเหล่านี้ จะเต็มไปด้วยเทคนิคและทุกถ้อยคำล้วนแต่มีความหมายเฉพาะ ดังนั้น การเข้าถึงความจริงของญาติผู้ดูแลในเรื่องการจัดการรับมือกับความตายของผู้ป่วยในการดูแล เพื่อให้ได้มาซึ่งคำอธิบายที่ดีนั้น ผู้วิจัยจำเป็นต้องอาศัยวิธีวิทยาการวิจัยที่ดี มีความสอดคล้องกับวิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัยใช้ จึงจะเกิดความเหมาะสมและส่งผลให้งานวิจัยสะท้อนถึงความจริงได้ใกล้เคียงกับสิ่งที่ต้องการ

ในการวิจัยนี้ กำหนดวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโครงสร้างการสื่อสารและปฏิบัติการแบบประคับประคองของจิตอาสาข้างเตียงกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้าย โดยใช้การสนทนาของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแลที่พูดถึงแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยเป็นข้อมูลหลัก ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว การจัดการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลจะใช้การพูดคุย สอบถาม เช่น การถามถึงระยะการดำเนินของโรค การดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งการถามที่ใกล้ชิดที่สุดคือการถามจากผู้รู้ในระหว่างการพูดคุย ซึ่งผู้รู้ในที่นี้มักจะหมายถึงแพทย์ พยาบาล จิตอาสาและบุคคลรอบข้างที่ญาติผู้ดูแลให้ความเชื่อมั่น ด้วยเหตุนี้เราจึงพอเริ่มมองเห็นว่า การเข้าถึงเรื่องต่างๆ ของญาติผู้ดูแลที่เกี่ยวกับการจากไปของผู้ป่วยนั้น มักเกิดจากการสนทนา พูดคุยกับคนรอบข้างเพื่อให้ได้ข้อมูล ความรู้ ซึ่งถือได้ว่าเป็นการเข้าถึงความจริงในเรื่องนั้น และจากคำถามที่ญาติผู้ดูแลเลือกใช้สามารถสะท้อนให้เห็นว่า เขามีความเข้าใจ มีความรู้ในเรื่องของการดูแลแบบประคับประคอง การเตรียมรับมือกับความตาย หรือการดำเนินของโรค NCDs ในระดับหนึ่งแล้ว ซึ่งก็ล้วนแล้วแต่เกิดจากการถามจากผู้รู้ หรือบุคคลรอบข้างมาก่อนแล้วทั้งสิ้น ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่า การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication) เป็นกระบวนการที่คนใช้เข้าถึงความจริงที่ตนต้องการรู้

จากที่กล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยเห็นแล้วว่าการเข้าถึงเรื่องต่าง ๆ หรือข้อมูลต่าง ๆ ของญาติผู้ดูแลมาจากการถาม การสนทนาพูดคุยเป็นหลัก งานวิจัยนี้จึงต้องอาศัยวิธีวิทยาการวิจัยที่มีความสามารถในการเข้าถึงความจริงในลักษณะเดียวกับที่ญาติผู้ดูแลใช้หรือมีความใกล้เคียงกับที่ญาติ

ผู้ดูแลใช้ ดังที่กฤษดาพรรณ หงศ์ลดารมภ์ (2550) และ อีรณุช โชคสุวนิช (2551) กล่าวไว้ว่า การศึกษาทางสังคมควรใช้วิธีการที่สมาชิกในสังคมใช้ ไม่ใช่วิธีการที่นักวิจัยสร้างขึ้นมา ดังนั้น การที่จะเข้าใจถึงวิธีการที่จิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแลใช้นั้น สามารถศึกษาได้จากการสนทนาที่ประกอบด้วยการใช้ภาษา ท่าทาง คำพูด การถามตอบ ซึ่งวิธีวิทยาที่ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์บริบทที่สร้างขึ้นในระหว่างการสนทนาของคนที่กำลังสื่อสารกัน เพื่อการอยู่ร่วมกันทางสังคมคือ วิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา (Conversation Analysis) เป็นสาขาหนึ่งของ Ethnomethodology หรือชาติพันธุ์วิธีวิทยา เป็นการศึกษาวิธีการของคนในสังคมในการเข้าถึงสิ่งต่าง ๆ ศึกษาวิธีการที่คนใช้อยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคม (วสันต์ ปัญญาแก้ว, 2543) เพราะเมื่อผู้วิจัยพิจารณาถึงสิ่งที่น่าสนใจนี้ ต้องการศึกษา ได้แก่ แนวทางการจัดการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะเห็นได้ว่า ข้อมูลหลักคือการพูดคุยระหว่างจิตอาสาและผู้ดูแลนั้น มีการมีปฏิสัมพันธ์เน้นการพูดคุยกันแบบเผชิญหน้า การสื่อสารของคนที่กำลังคุยกันในเรื่องที่มีความอ่อนไหว ลึกซึ้ง มีความละเอียดอ่อน ซับซ้อนและง่ายต่อการกระทบกระเทือนความรู้สึกต้องสามารถสัมผัสซึ่งกันและกันได้ มีการใช้สีหน้า ท่าทาง แสดงความรู้สึกต่อเรื่องที่กำลังพูดถึงได้

สรุปได้ว่า งานวิจัยนี้ให้ความสำคัญกับการพูดคุยและการแสดงออกในระหว่างการพูดคุยของจิตอาสาและผู้ดูแล เพื่อต้องการทราบถึงแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย การวิเคราะห์การสื่อสารจึงใช้วิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนาเป็นหลักในการวิเคราะห์การสนทนา และในบทนี้ผู้วิจัยจะกล่าวถึงที่มาวิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา ความสำคัญและข้อสันนิษฐานของวิธีวิทยาเทคนิควิธีในการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลของวิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา เนื่องจากเป็นวิธีวิทยาหลักและมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการทัศน์ของงานวิจัยนี้ ส่วนวิธีเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลของการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสังเกตนั้น ผู้วิจัยจะไม่ขอให้รายละเอียดมากนักเนื่องจากมิได้เป็นวิธีวิทยาหลัก แต่นำมาใช้เพื่อทดสอบการนำเทคนิคและทฤษฎีที่ได้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการ “อาสาข้างเตียง” จากเครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคมก่อนหน้านี้ มาใช้ในการดูแลแบบประคับประคองหรือไม่ อย่างไรและเป็นข้อมูลสนับสนุนผลที่ได้จากการวิเคราะห์การสนทนา เพื่อให้การศึกษาถึงแนวทางการรับมือของญาติผู้ดูแลกับการจากไปของผู้ป่วยที่เกิดจากการสนทนาของจิตอาสาและผู้ดูแลมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

วิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา (Conversation Analysis) และใช้ตัวย่อที่เรียกกันในหมู่นักวิจัยและนักวิชาการด้านการวิเคราะห์การสนทนาว่า CA (ซีเอ) วิธีวิทยานี้ถือกำเนิดขึ้นในราวปี ค.ศ. 1960 เป็น โดยฮาร์วีย์ แซกส์ (Harvey Sacks) นักสังคมวิทยาชาวอเมริกัน เขาเริ่มศึกษาถึงบทสนทนาระหว่างเจ้าหน้าที่ศูนย์กับคนที่โทรศัพท์เข้ามาเพื่อที่จะพูดคุยกันในบริบทแห่ง

การฆ่าตัวตาย และพบว่าผู้ที่โทรศัพท์เข้ามาเลือกใช้พูดว่า I can't hear you เพื่อหลีกเลี่ยงการบอกชื่อของตนเอง แทนที่จะพูดปฏิเสธ แบบตรงไปตรงมาว่าไม่ยากบอกชื่อ เขาจึงสรุปได้ว่าการใช้ภาษาของมนุษย์นั้นมีความซับซ้อน คำพูดที่เปล่งออกมาเป็นมากกว่าประโยคที่พูดลอย ๆ มีเทคนิคการใช้ประโยคอีกประโยคหนึ่งมาช่วยทำให้การปฏิเสธเป็นไปอย่างราบรื่นขึ้น จะเห็นว่าการใช้ภาษาในปรากฏการณ์นี้เป็นมากกว่าเครื่องมือของการสื่อสาร (medium of communication) แต่อย่างไรก็ตามปรากฏการณ์เช่นนี้ก็เกิดขึ้นเพียงแคในบางบริบทหรือบางสถานการณ์เท่านั้น (Sacks, 1992; Psathas, 1995)

ดังนั้น การพูดคุยของมนุษย์ทำหน้าที่มากกว่าสิ่งที่คำพูดแสดงอยู่ มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐาน ในการมีปฏิสัมพันธ์ของคน และการพูดคุยของคนจะสะท้อนให้เห็นถึงระเบียบทางสังคมในระดับต่างๆ หรืออาจจะกล่าวได้ว่าการจัดระเบียบทางสังคมเป็นอย่างไรสามารถดูได้จากการเล่นของคน จึงจำเป็นต้องอาศัยเทคนิควิธีการบางอย่างในระหว่างการเล่นและเมื่อกล่าวถึงการนำวิธีวิทยาการวิเคราะห์การเล่นไปใช้ในการวิจัย บางครั้งก็เกิดการประยุกต์ใช้สาขาวิชาที่ใกล้เคียงกับวิธีวิทยานี้ หรือแม้กระทั่งใช้ในการศึกษาแบบข้ามสาขาที่มีธรรมชาติวิชาที่ต่างกัน จึงอาจทำให้ผู้อ่านพบงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้วิธีวิทยาวิเคราะห์การเล่นกับสาขาวิชาอื่น ส่งผลให้การผลการวิจัยมีความแปลกแยกออกไป (Drew, 2006)

ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งที่ทำให้วิธีวิทยานี้ได้รับความนิยมในต่างประเทศ เช่น ประเทศแถบยุโรป อเมริกา ละตินอเมริกา ส่วนประเทศในทวีปเอเชีย วิธีวิทยานี้ใช้ในประเทศญี่ปุ่น ออสเตรเลีย ไต้หวัน และจีน เพราะผลการวิจัยที่ได้จากการวิเคราะห์การเล่นจะมีการใช้เครื่องหมายกำกับแสดงให้เห็นว่าผู้พูดพูดอย่างไร การตีความข้อมูลการเล่นจากแต่ละบริบทจะมีความสมเหตุสมผล มีความเป็นวิทยาศาสตร์ สามารถตรวจสอบที่มาที่ไปของข้อมูลได้ และที่สำคัญคือ การวิเคราะห์ ข้อมูล จาก บทพูด จะมีความต่อเนื่องอย่างเป็นธรรมชาติ ส่งผลให้คนที่อ่านผลการวิจัยจากสังคมหนึ่งสามารถเข้าใจทำความเข้าใจกับอีกสังคมหนึ่งได้ไม่ยาก อีกทั้งยังสามารถสะท้อนถึง “วิธีการ” ในการอยู่ร่วมกันทางสังคมและการสร้างความหมายร่วมกันของมนุษย์ได้อีกด้วย

สำหรับในประเทศไทย เป็นที่น่าสังเกตว่าวิธีวิทยาที่งานวิจัยนี้ใช้ยังไม่เป็นที่รู้จักกันมากนักในกลุ่มของนักการสื่อสารมากนัก เพราะสังคมไทยมักแยกศึกษาระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร แต่ในความเป็นจริงแล้ว วิธีวิทยานี้ทำให้ผู้วิจัยเห็นว่าเกิดอะไรขึ้นระหว่างการเล่น อีกทั้งวิธีวิทยานี้ยังคงเป็นการหลอมรวมระหว่างความรู้ทางสังคมวิทยาและภาษาศาสตร์เข้าไว้ด้วยกัน (Atkinson and Heritage, 1984) ผู้วิจัยจึงตั้งใจแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีวิทยานี้เพื่อเผยแพร่และเป็นแนวทางในการอ่านงานวิจัยนี้ในบทต่อไป

ความสำคัญและข้อสันนิษฐานของวิธีวิทยา

จากคำกล่าวที่ว่า การที่สังคมจะเป็นสังคมได้นั้น สมาชิกในสังคมต้องพูดกันและสื่อสารกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจระหว่างกัน การวิเคราะห์คำพูด หรือ Conversation Analysis (CA) จึงถูกนำมาใช้เพื่อตอบคำถามหลักที่ว่า “คนเรารู้อย่างไรและทำอย่างไรถึงเกิดความเข้าใจขึ้น” คนสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจระหว่างกัน ในทางทฤษฎีข้อมูลที่ใช้ในวิจัย CA คือบทสนทนาที่คน 2 คนผลัดกันพูด (Turn-Talking Systems) เพื่อทำอีกฝ่ายเข้าใจและโต้ตอบได้อย่างสอดคล้องต่อเนื่องกัน โดยเน้นว่าบทสนทนาจะต้องมาจากบทสนทนาที่เป็นธรรมชาติเท่านั้น (Ten have, 1999) ซึ่งเมสัน (Mason, 2002) ได้กล่าวถึงการสนทนาที่เป็นธรรมชาติว่า การสนทนายาระหว่างเพื่อนตอนคุยกันทางโทรศัพท์หรือตอนที่สมาชิกในครอบครัวคุยกันระหว่างรับประทานอาหารเย็น เป็นตัวอย่างบทสนทนาที่เป็นธรรมชาติมากที่สุด ดังที่สุจริตลักษณ์ ดีผดุง (2552) กล่าวถึงแนวคิดที่มีความสอดคล้องกันต่อไปอีกว่าแม้การสนทนาจะดูมีความเป็นธรรมชาติแต่ก็มีได้เกิดขึ้นอย่างไร้ระเบียบ การพูดคุยหรือการสนทนาของคนจะปรากฏออกมาเป็นคู่ (adjacency pairs) หรือคู่วจนกรรม เช่น เมื่อคนหนึ่งถาม อีกคนหนึ่งจะตอบ หรือ เมื่อคนหนึ่ง ยกมือไหว้ อีกคนก็จะยกมือขึ้นรับไหว้ เป็นต้น การกระทำในลักษณะนี้ คนส่วนใหญ่จะถือปฏิบัติกันอย่างอัตโนมัติ หากเราต้องการให้การพูดคุยประสบความสำเร็จ คู่สนทนาต้องปฏิบัติตามกฎนี้ หากคนใดคนหนึ่งปฏิบัติตามกฎนี้ไม่สมบูรณ์ อาจทำให้การสนทนาติดขัดหรือหยุดลงอย่างกะทันหัน

ดังนั้น จะเห็นได้ว่ามนุษย์ให้ความสำคัญ ให้ความสำคัญกับสิ่งต่าง ๆ ที่พบเห็นและนำมาซึ่งการสร้างขึ้นทางสังคม (social construct) ทำให้การนำวิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนาไปใช้ในการวิจัยนี้ ถือว่าเป็นการนำจุดเด่นของวิธีวิทยามาใช้ กล่าวคือวิธีวิทยานี้ให้ความสำคัญกับบริบทที่สร้างขึ้นในระหว่างการสนทนาของคนที่กำลังสื่อสารกัน บริบทลักษณะนี้จึงเป็นบริบทเฉพาะ ณ ขณะนั้นและมุ่งศึกษาว่าคนมีการจัดการกับบริบท จัดการกับตนเองและจัดการกับคนอื่นอย่างไร ตลอดจนนำมาสู่การสร้างความหมายต่อสิ่งต่าง ๆ ร่วมกันโดยผ่านการสนทนา เช่นเดียวกับงานวิจัยนี้ที่กำหนดวัตถุประสงค์หลักในข้อที่ 1 คือศึกษาโครงสร้างการสนทนาว่าจิตอาสาและญาติผู้ดูแลมีการผลัดกันพูดเพื่อทำอีกฝ่ายเข้าใจและมีการโต้ตอบกับไปมาอย่างไร ซึ่งอาจมีการร่วมสร้างแนวคิดการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยในระหว่างการสนทนา โดยอาจเกิดจากทัศนคติ ความเชื่อของญาติผู้ดูแล หรือประสบการณ์ เทคนิคทฤษฎีต่างๆ ที่ได้จากการอบรมฯ ของจิตอาสาที่เป็นได้

ข้อสันนิษฐานเชิงทฤษฎีเบื้องต้นของวิธีวิทยา

วิธีวิทยานี้มีข้อสันนิษฐานเชิงทฤษฎีเบื้องต้น (basic theoretical assumptions) (Peräkylä, 2005) 3 ประการคือ 1) การพูดคุยคือการกระทำ 2) การกระทำในข้อ 1 เกิดขึ้นอย่างมีโครงสร้างและ 3) การพูดคุยทำให้เกิดความจริงที่มีความหมายเฉพาะและการพูดคุยกันจะทำให้คนสามารถคงไว้ซึ่งความจริง

1. การพูดคือการกระทำ (Talk is action) (Peräkylä, 1995 and 2005) การพูดคุยของคนเป็นสิ่งสำคัญมิใช่แค่การขยับริมฝีปาก เปล่งเสียง ทำให้พยางค์ (utterance) ออกจากลำคอและปาก การพูดแต่ละครั้งมีความหมาย และในบางครั้งอาจมีการแสดงออกถึงอารมณ์ที่รุนแรง ฉุนเฉียว มีการใช้น้ำเสียงที่ก้าวร้าว ใช้คำที่คนส่วนใหญ่ในสังคมอาจไม่ค่อยใช้รวมทั้งคำที่เราคิดว่าเป็นคำที่ไม่ควรกล่าวในที่สาธารณะจึงกลายเป็นการตำหนิ ว่ากล่าวและด่าทอ ดังนั้นจึงทำให้มีผลทางกฎหมายได้

2. การกระทำของคนปรากฏออกมาเป็นโครงสร้าง (Action is structurally organized) (Peräkylä, 2005) กฎเกณฑ์และโครงสร้างที่พูดถึงในวิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนาและในส่วนที่กำลังกล่าวถึงนี้มีความต่างจากโครงสร้างและกฎเกณฑ์ทางสังคมทั่วไปที่กำลังกำกับให้มนุษย์อยู่กันอย่างสันติ วิธีวิทยานี้เชื่อว่าการพูดคุยของมนุษย์มิได้เกิดขึ้นอย่างไร้ระเบียบ การคุยของคนทำให้การโต้ตอบปรากฏออกมาเป็นคู่ (adjacency pairs) หรือคู่วจนกรรม (สุจริตลักษณ์ ดีผดุง, 2552) เช่น เมื่อคนหนึ่งถาม อีกคนหนึ่งจะตอบ เป็นต้น การถาม-ตอบที่ปรากฏเป็นคู่เช่นนี้ เป็นเหมือนกฎในการคุยของคน คนส่วนใหญ่ในสังคมทราบกันดีและปฏิบัติกันอย่างอัตโนมัติ หากเราต้องการให้การพูดคุยประสบความสำเร็จคู่สนทนาต้องปฏิบัติตามกฎนี้ หากคนใดคนหนึ่งปฏิบัติตามกฎนี้ไม่สมบูรณ์อาจทำให้การสนทนาไม่ราบรื่นและเกิดสิ่งที่ไม่พึงประสงค์

3. การพูดคุยทำให้เกิดความจริงที่มีความหมายเฉพาะและการพูดคุยกัน จะทำให้คนสามารถคงไว้ซึ่งความจริง (Talk creates and maintains the intersubjective reality) (Peräkylä, 2005) เพราะการให้ความหมายต่อสิ่งต่าง ๆ ของมนุษย์แต่ละคน จะให้ความหมายเรื่อง ๆ หนึ่งอาจไม่เหมือนกัน

ความสำคัญของบริบทและการพูดถึงบริบทของวิธีวิทยา

วิธีวิทยานี้มีข้อสันนิษฐานเบื้องต้นต่อบริบท (context) ต่างจากวิธีวิทยาสังคมศาสตร์อื่น กล่าวคือวิธีวิทยานี้มองว่าบริบทไม่ได้มาจากภายนอกที่เราเชื่อว่าห่อหุ้มมนุษย์อยู่ แต่บริบทถูกสร้างจากภายในระหว่างการใช้ปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือบริบทเป็นสิ่งที่มนุษย์ร่วมกันสร้างขึ้น เป็นสิ่งที่มนุษย์ต้องการทำให้เกิดขึ้นและผลิตขึ้นตามความประสงค์ วิธีมองเรื่องของบริบทเช่นนี้จึงทำให้วิธีวิทยานี้มิได้ให้ความสำคัญกับแนวคิดและทฤษฎีที่สร้างขึ้นจากบริบทอื่นที่จะมีผลต่อการมองการมีปฏิสัมพันธ์ก่อนหรือถูกมองเห็นล่วงหน้าก่อน (pre-existing)

บริบทที่กำลังกล่าวถึงในวิธีวิทยานี้จึงถูกสร้างขึ้นเป็นการเฉพาะและถูกสร้างโดยคนที่กำลังมีปฏิสัมพันธ์กันด้วยการพูดคุย บริบทจึงไม่ได้มาจากภายนอกตามที่หลายคนเข้าใจ แต่มาจากภายในมาจากการร่วมสร้าง คนเป็นผู้สร้างบริบท กำหนดให้เป็นไปตามต้องการและเป็นผู้จัดการกับบริบทด้วย เมื่อคนกำหนดให้บริบทเปลี่ยนไป เช่น ประเด็นการพูดคุยและคนที่เราคุยด้วยเปลี่ยนไป เราจึงกำกับหรือสร้างบริบทขึ้นใหม่ การแสดงออกและพฤติกรรมของคนจึงเปลี่ยนไป เช่น เมื่อฟังญาติผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังคนหนึ่งพูดคุยเรื่องการเตรียมรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยในการดูแลจิตใจ

อาสา สิ่งที่เกิดกับพยาบาลและพูดกับแพทย์อาจไม่เหมือนกัน เนื่องจากความต่างของบริบท นอกจากจะได้ยินจากคำพูด (verbal) แล้ว ท่าที การแสดงออกต่อสิ่งที่พูดถึงยังต่างกันด้วย เช่น การใช้คำ น้ำเสียง หยุดหายใจ ฟิงพนักเก้าอี้ ขยับร่างกาย เช่น ขา มือ แขน การใช้สีหน้าและอริยาบถ สิ่งเหล่านี้จะเป็นตัวบอกว่าญาติผู้ดูแลมีการเตรียมตัวรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยอย่างไร สิ่งเหล่านี้ไม่ใช่เรื่องธรรมดา แต่มีความพิเศษจึงทำให้มีท่าทีที่ต่างออกไป เราจะเห็นท่าทีที่มีความละเอียดเหล่านี้ได้ด้วยการอาศัยวิธีวิทยาที่ต้องมีความสามารถวิเคราะห์การสื่อสารด้วยคำพูดและท่าทางของคนที่กำลังสื่อสารอย่างละเอียดหรือที่ภาษาอังกฤษเรียกว่า fine-grained analysis ซึ่งมีอยู่ในตัวของวิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา

การกระทำและการตกแต่งบริบท

บริบท (context) เป็นคำที่ใช้ในวิชาภาษาศาสตร์ (linguistics) หมายถึง วาทกรรมและสิ่งแวดล้อมวาทกรรมที่ช่วยให้เข้าใจความหมายของคำ ในการใช้ภาษา บางครั้งข้อความที่กล่าวจะไม่กระจ่างชัดเจน จึงต้องอาศัยข้อความข้างเคียง หรือในบางครั้งต้องอาศัยสถานการณ์แวดล้อม หรือความรู้เกี่ยวกับตัวผู้พูด ผู้ฟัง ซึ่งหมายรวมถึง ประวัติความเป็นมา สภาวะแวดล้อมของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตัวบทนั้น ๆ ภูมิหลัง ตลอดจนมุมมองของผู้ส่งสารและผู้รับสาร ทำให้สามารถเข้าใจความหมายของตัวบทนั้น ๆ ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ คำหรือข้อความแวดล้อม รวมทั้งสถานการณ์แวดล้อมต่าง ๆ ดังกล่าวเหล่านี้ เรียกรวมกันว่า context หรือ context of situation อีกทั้งบริบทต่าง ๆ ในชีวิตจริงก็ยังสามารถเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมาได้อีก ตามเหตุและปัจจัยที่ไม่คงที่และตายตัว การประเมินค่าตามบริบทจึงทำให้มีความคล่องตัวและอิสระในการเลือกแต่เฉพาะข้อที่เห็นว่าดีมีคุณค่าเพื่อนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สนใจแต่ละคน แต่ละด้าน และในแต่ละบริบทได้อย่างเหมาะสม

แต่บริบทที่งานวิจัยนี้ให้ความสำคัญไม่ใช่บริบทที่เป็นสิ่งแวดล้อมภายนอกโดยทั่วไป แต่เป็นบริบทที่สร้างขึ้นในระหว่างการสนทนาของคู่สนทนาที่กำลังสื่อสารกัน บริบทลักษณะนี้จึงเป็นบริบทเฉพาะที่เกิดขึ้นจริง ณ ขณะนั้น และเป็นบริบทที่ทำให้เห็นว่าคนจัดการบริบทอย่างไร จัดการกับตนเองและคนอื่นอย่างไรซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยที่ต้องการศึกษาโครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแลที่กำลังสนทนากันในเรื่องการเตรียมตัวของญาติผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตตามการวินิจฉัยของแพทย์ และเป็นการตอบโจทย์คำถามของงานวิจัยว่าญาติผู้ดูแลมีปฏิกิริยาต่อการเตรียมตัวรับมือกับการเปลี่ยนแปลงและการจากไปของผู้ป่วยในอนาคตที่จะถึงนี้อย่างไร ซึ่งถือได้ว่าเป็นการแสดงให้เห็นถึงการกระทำทางสังคม (social action) ไม่ใช่ความคิดเห็นหรือทัศนคติ แต่ในระหว่างการสนทณาก็อาจพบการตอบในลักษณะวกไปวนมา ตอบบายเบี่ยงหรือตอบไม่ตรง ไกลจากความจริงหรือเป็นความคิดเห็นมากเกินไปแสดงว่ากำลังตกแต่งบริบท

(making up a context) การตกแต่งบริบทอาจไม่ได้หมายความว่าพูดโกหกแต่เป็นสิ่งที่ไม่ได้อยู่ในบริบท ณ ตอนนั้น (ไฟโรจน์ วิไลนุช, 2556)

จากที่กล่าวข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า งานวิจัยนี้ให้ความสำคัญกับการกระทำทางสังคมที่เกิดขึ้นจริงมากกว่าความคิดเห็นหรือทัศนคติที่มักจะเป็นการกล่าวถึงสิ่งที่ผ่านมาและสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งการให้ความสำคัญกับการกระทำทางสังคมถือได้ว่าเป็นลักษณะพิเศษอีกประการหนึ่งของวิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา อีกทั้งผู้วิจัยเชื่อว่าหากเลือกใช้วิธีการเข้าถึงข้อมูลแบบอื่น เช่น การใช้แบบสัมภาษณ์ที่นักวิจัยเป็นผู้ออกแบบและนำไปถามญาติผู้ดูแล ก็จะได้รับคำตอบที่คนฟังรู้สึกดีแต่สิ่งเหล่านี้ย่อมไม่ใช่สิ่งที่งานวิจัยอยากรู้และเป็นไปตามบรรทัดฐานสังคมที่อาจไม่ได้เกิดขึ้นจริง

วิธีวิทยาเชิงชาติพันธุ์วรรณา

จากความเชื่อที่ว่า “ความจริงไม่ได้มีหนึ่งเดียว และความจริงไม่ใช่สิ่งตายตัว” ดังนั้นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) จึงให้ความสำคัญต่อการแสวงหาความรู้ ความจริงที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ทางสังคม ผ่านความรู้สึคนึกคิดและโลกทัศน์ของบุคคล (Subjectivity) ให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงคุณลักษณะ (Qualitative data) ที่อยู่ในธรรมชาติของปรากฏการณ์นั้น ๆ (ศิริพร จิรวัดนกุล, 2548) และการแสวงหาความรู้และความจริงโดยใช้วิธีวิทยาวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography) เป็นวิธีวิทยาที่นักวิจัยมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ไทยใช้มากที่สุดและเป็นที่ยอมรับแพร่หลาย

ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ (2550) กล่าวว่า Ethnography คือการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาและการศึกษาทางชนชาติวิทยา ถือได้ว่าแนวทางที่สำคัญในการวิจัยเชิงคุณภาพ เพราะมีวัตถุประสงค์หลักคือเพื่ออธิบายและตีความความเชื่อ ความรู้สึก วัฒนธรรม เจตคติทางสังคม รวมไปถึงพฤติกรรมของมนุษย์ โดยเครื่องมือหลักที่สำคัญในการเก็บข้อมูลคือตัวผู้วิจัยที่จะต้องแฝงตัวเองเข้าไปคลุกคลีอยู่กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหรือท้องถิ่นที่ต้องการศึกษา ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมเป็นวิธีการหลัก แต่อาจใช้การเก็บข้อมูลและใช้วิธีการอื่น ๆ ร่วมด้วย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเที่ยง (Reliability) และความตรง (Validity)

ในเรื่องที่ศึกษาวิจัย แต่การที่ผู้วิจัยสามารถรายงานสิ่งที่เกิดขึ้นจริงได้อย่างละเอียดทุกแง่มุมตามกรอบงานวิจัย (งามพิศ สัตย์สงวน, 2551 และชาย โพธิ์สิตา, 2548) จำเป็นต้องผ่านขั้นตอนการศึกษาพฤติกรรม วัฒนธรรมและวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมายให้ได้ข้อมูลที่มีความเข้มข้นพอที่จะสรุปข้อมูลเหล่านั้นออกมาเป็นรายงานได้ การได้มาซึ่งข้อมูลเหล่านั้นจำเป็นต้องอยู่ในพื้นที่เฉพาะที่ศึกษาเป็นเวลานานและอาจเกิดความยุ่งยาก ในการวิเคราะห์และตีความผลการศึกษา ถือได้ว่าเป็นความท้าทายและเป็นข้อจำกัดทางการวิจัย แต่ในทางกลับกัน ก็ถือเป็นโอกาสที่ดีในการเข้าถึงปรากฏการณ์ต่างๆ ทางสังคมที่ลึกซึ้งและตรงตามความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น (ผ่องพรรณน ตริยมงคลกุล และสุภาพ ฉัตรภรณ์, 2553)

ระยะเวลาในการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนาเพราะผู้วิจัยเชื่อว่าวิธีวิทยานี้จะสามารถรายงานสิ่งที่เกิดขึ้นจริงได้อย่างละเอียดทุกแง่มุมตรงตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย แต่การได้มาซึ่งข้อมูลเหล่านั้น จำเป็นต้องอยู่ในพื้นที่เฉพาะที่ศึกษาเป็นเวลานาน แต่ผู้วิจัยถือว่าเป็นโอกาสที่ดีในการเข้าถึงปรากฏการณ์ทางสังคม ที่ตรงตามความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยไว้ 10 เดือน โดยเริ่มจากการที่ผู้วิจัยต้องศึกษาวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ “การวิเคราะห์การสนทนา” ให้เข้าใจถึงรายละเอียดเกี่ยวกับตัววิธีวิทยาและการเก็บข้อมูล ฐานคิดของวิธีวิทยา การให้ความสำคัญต่อข้อมูลหลักคือข้อมูลที่ได้มาจากการพูดคุย (talk-in-interaction) รวมทั้งการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลภายใต้ข้อบังคับของวิธีวิทยานี้ ต้องใช้เวลาค่อนข้างมาก ซึ่งต่างจากงานวิจัยเชิงคุณภาพอื่น อีกทั้งวิธีวิทยานี้ยังเป็นวิธีวิทยาที่ค่อนข้างใหม่ในวงการวิจัยสังคมศาสตร์ไทย ร่วมกับศึกษาเทคนิคในการเก็บข้อมูลแบบการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสังเกตแบบจับประเด็นที่ต้องรู้ว่าจุดสำคัญของปรากฏการณ์ที่สังเกตคืออะไร ฝึกฝนจนเกิดความชำนาญและหาความรู้เพิ่มเติมในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

ทำควบคู่ไปกับการทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้อื่นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาการทางกายและทางจิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย การรับมือกับการจากไปอย่างสงบของผู้ป่วย และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเชื่อมโยงไปสู่การทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์การสนทนาระหว่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยและจิตอาสาในเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยผ่านคำพูด สีหน้า ท่าทาง และตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ เพื่อค้นหาว่าโครงสร้างการสนทนาระหว่างคู่สนทนาเป็นอย่างไร นอกจากนั้นยังร่วมกิจกรรมการอบรมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การเผชิญความตายอย่างสงบ และนิทรรศการต่าง ๆ เพื่อเปิดมุมมองที่มีความหลากหลายมากยิ่งขึ้นและนำมาใช้ในการสร้างคำถามสำหรับสัมภาษณ์จิตอาสา ที่ต้องมีความครอบคลุมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเปิดเผยข้อมูล

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้เวลาเข้าเก็บข้อมูลในสนามวิจัย ซึ่งได้แก่ อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ประมาณ 2 เดือน ทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกและการเก็บข้อมูลการสนทนาของจิตอาสาและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลังจากนั้นจึงวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปเพื่อตอบคำถามงานวิจัยที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยเริ่มวิเคราะห์ข้อมูลทันทีเมื่อมีข้อมูลการสนทนา และผู้วิจัยใช้ช่วงเวลาที่อยู่ในพื้นที่ขอความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลที่สนใจด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและแบบองค์รวมซึ่งให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติช่วยถอดเทป แปลความหมายคำที่คิดว่าผู้วิจัยอาจเข้าใจไม่ถูกต้อง โดยจะขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อน และในบางครั้งผู้วิจัยก็ขอความร่วมมือจากจิตอาสาที่พูดคุยกับญาติผู้ดูแลช่วยวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกัน

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) แบบเจาะจง (Purposeful Selection) ซึ่งเป็นการเลือกแบบไม่มีโครงสร้างที่เคร่งครัด จุดมุ่งหมายคือต้องการได้ผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นผู้เผชิญกับประสบการณ์นั้นโดยตรง มีความเหมาะสมที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้สำหรับแนวคิด จุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์หลักของงานวิจัยนี้ ซึ่งได้แก่ ต้องการหาว่าญาติผู้ดูแลมีแนวทางการจัดการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างไร โดยมีที่มาจากข้อมูลหลักคือการพูดคุยแบบเผชิญหน้าระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้เห็นได้ว่าคนมีการจัดการกับบริบทจัดการกับตนเองและจัดการกับคนอื่นอย่างไร เรื่องเหล่านี้มีความซับซ้อน ละเอียดอ่อน คู่สนทนาจะมีการใช้สีหน้า ท่าทาง สัมผัสต่าง ๆ เพื่อแสดงความรู้สึกต่อเรื่องที่กำลังพูดถึง ที่เป็นบริบทเฉพาะ ณ ขณะนั้นของคู่สนทนา และกลุ่มตัวอย่างที่เลือก จะมีลักษณะเป็น “Information-rich case” คือมีข้อมูลให้ศึกษาในระดับลึกได้มาก และสามารถสะท้อนความเป็นจริงได้ดีที่สุด เพื่อให้ผู้วิจัยจะสามารถได้ข้อมูลที่เข้มข้นถึงระดับระบบความคิด ระบบความเชื่อ สาเหตุ ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ และมีจำนวนมากพอ ที่จะสรุปข้อมูลเหล่านั้นออกมาเป็นรายงานได้ โดยเกณฑ์สำคัญในการคัดเลือกมีดังนี้

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย ได้แก่

1. จิตอาสาที่ผ่านการคัดเลือกและได้รับจากการอบรมเชิงปฏิบัติการ “อาสาข้างเตียง” ที่จัดโดยเครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคมครบทั้งหลักสูตร จำนวน 10 คน โดยผู้ร่วมวิจัยในพื้นที่เป็นผู้คัดเลือกเป็นคนที่ตรงกับความต้องการของงานวิจัย และยินดีให้ความร่วมมือกับผู้วิจัย รับผิดชอบต่อข้อมูลของโครงการวิจัย ประโยชน์ด้านการบริหารจัดการที่สังคมจะได้รับจากผลที่ได้จากการวิจัย
2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เป็นญาติสนิทหรือสมาชิกในครอบครัว (Informal Caregiver) ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ประจำโรงพยาบาลบริเวณใกล้เคียง จำนวน 10 คน โดยจะต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตลอดภายในสนามวิจัยและรับรู้ถึงภาวะของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

ในการคัดเลือกญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยกำหนดคุณลักษณะญาติผู้ดูแลไว้อย่างกว้าง ๆ ตรงตามขอบเขตของงานวิจัยและมีจิตอาสาที่ผ่านการอบรมจากเครือข่ายพุทธิกาฯ ในพื้นที่อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่เป็นผู้คัดเลือก การคัดเลือกโดยบุคคลเหล่านี้ทำให้เกิดผลดีหลายประการ เช่น ได้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นคนที่ตรงกับความต้องการของงานวิจัย มีความยินดีเข้าร่วมโครงการ เพราะมีความเชื่อถือ คุ่นเคยกับจิตอาสาอยู่แล้ว นอกจากนี้การเลือกผู้ให้ข้อมูลในลักษณะนี้เป็นการสร้างความรัดกุมในเรื่องของจริยธรรมการวิจัยในคนและญาติผู้ดูแลได้รับการบอกกล่าวให้เข้าใจถึงงานวิจัยโดยเฉพาะวิธีการบันทึกข้อมูลด้วยกล้องวีดิทัศน์และการเปิดเผยข้อมูลด้วย

นอกจากนั้นในการคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยยังคำนึงถึงมิติทางสังคมและวัฒนธรรม เพราะสนามวิจัยที่เลือกใช้มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ มีการผสมผสานและดำรงชีพอยู่ร่วมกันของชนชาติต่าง ๆ ในบริเวณแอ่งที่ราบ และยังมีการย้ายถิ่นฐานภูมิลาเนาจากภาคอื่น ๆ ดังที่กล่าวไปแล้วในบทที่ 4 ดังนั้นผู้วิจัยจึงพยายามเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่มีความหลากหลายในแง่ภูมิหลัง บริบททางครอบครัว ศาสนาหรือมาจากวัฒนธรรมย่อยที่แตกต่างกัน เพื่อให้เห็นว่าความแตกต่างเหล่านั้น ทำให้เกิดประเด็นอื่นที่น่าสนใจและมีความสำคัญเพิ่มเติมหรือไม่

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสนับสนุน คือ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลที่สนใจด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ที่มีความสามารถสื่อสารภาษาถิ่นได้เป็นอย่างดี นอกจากนั้นแล้วในขณะที่ผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลในพื้นที่วิจัย ยังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากบุคลากรทางการสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ตัวผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาซับซ้อนและมีหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และสนับสนุนเชื่อมโยงระบบงานสาธารณสุข เพื่อให้บริการมีความต่อเนื่อง ซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลแบบไม่เป็นทางการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญที่จะทำให้ข้อค้นพบมีความลึกซึ้งและครอบคลุมยิ่งขึ้น

วิธีการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

เมื่อพิจารณาจากลักษณะของข้อมูลหลักและวิธีการเก็บข้อมูลของงานวิจัยนี้ คงจะเห็นได้ว่างานวิจัยนี้หมิ่นเหม่ต่อจริยธรรมการวิจัยในคน เพราะมีการกล่าวถึงการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นบริการด้านหนึ่งทางการสาธารณสุขและกล่าวถึงแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยระหว่าง จิตอาสาและญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน เปรียบเทียบ ทำให้เกิดความไม่สบายใจและกระทบกระเทือนต่อความรู้สึกของญาติผู้ดูแลได้ง่าย ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญต่อการเคารพศักดิ์ศรีและสิทธิของมนุษย์ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย ตลอดจนให้ความสำคัญอย่างมากต่อความรัดกุมทางด้านจริยธรรมการวิจัย

ในงานวิจัยนี้ประกอบด้วยการเข้าถึงข้อมูล 2 แบบ ได้แก่ การสัมภาษณ์ระดับลึก (Indept Interview) กับจิตอาสา ที่ผ่านการอบรมโดยเครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธานุศาสนาสังคมครบทั้งหลักสูตร และการวิเคราะห์การสนทนาในเรื่องนี้ที่ต้องการหาว่าญาติผู้ดูแลมีแนวทางการจัดการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างไร โดยมีที่มาจากข้อมูลหลักคือการพูดคุยแบบเผชิญหน้าระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยขอแยกการเข้าถึงข้อมูลออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. การสัมภาษณ์ระดับลึก (Indept Interview)

การสัมภาษณ์ระดับลึกนี้ เป็นกิจกรรมในการวิจัยระหว่างตัวผู้วิจัยและจิตอาสาผ่านการอบรมโดยเครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธานุศาสนาสังคมครบทั้งหลักสูตร และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมจำนวน 10 คน ซึ่งผู้วิจัยต้องการดึงข้อมูลสำคัญจากความจริงที่มีความหมายเฉพาะ

สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ผู้วิจัยจึงใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเปิดเผยข้อมูล โดยเริ่มจากขั้นตอนดังนี้

1.1 ผู้วิจัยวิจัยแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ในการวิจัย โดยกล่าวถึงการศึกษาที่เกิดประโยชน์ต่อการจัดการและการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจและเต็มใจมีส่วนร่วมในการวิจัย

1.2 สร้างสัมพันธภาพอันดีกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ พร้อมกับการพูดคุยด้วยความจริงใจและสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยข้อคำถามปลายเปิดที่เตรียมไว้ก่อนหน้า ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าการปฏิบัติเช่นนี้จะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถสร้างสัมพันธภาพอันดีและเกิดความไว้วางใจทั้งกับจิตอาสาซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสนับสนุน เช่น บุคลากรทางการสาธารณสุขในสนามวิจัย

2. การบันทึกการสนทนาสำหรับวิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา

ในการเก็บข้อมูลการสนทนายาระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เริ่มขึ้นโดยผู้วิจัยแนะนำตัวว่าเป็นพนักงานราชการ รายละเอียดส่วนตัวที่เกี่ยวข้อง ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย กระบวนการ ขั้นตอนประโยชน์ที่ได้รับ จริยธรรมในการวิจัย การรักษาความลับระยะเวลาในแต่ละขั้นตอน ให้จิตอาสาทราบเป็นรายบุคคล แต่ในช่วงแรกผู้วิจัยมีอุปสรรคในการใช้เวลาอยู่ในพื้นที่ กล่าวคือผู้วิจัยไม่สามารถอยู่ในพื้นที่เก็บข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง เพราะผู้วิจัยมีวันลาราชการที่จำกัดผู้วิจัยจึงขอความช่วยเหลือจากจิตอาสาในการเข้าถึงข้อมูลเป็นหลัก จิตอาสาทาบตามผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้า เมื่อผู้ให้ข้อมูลอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจึงเดินทางไปในพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลนั้น

แต่ผู้วิจัยก็ได้พบว่าการดำเนินการดังกล่าวไม่ได้ผล เพราะเมื่อจิตอาสาทาบตามญาติผู้ดูแลไว้เรียบร้อยแล้ว แต่ผู้ป่วยมีการทรุดหนักลง ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่สะดวกที่จะออกมาให้พูดคุยกับจิตอาสาได้ จึงทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลการสนทนาของญาติผู้ดูแลคนนั้นได้ การเก็บข้อมูลในงานวิจัยลักษณะนี้มีความไม่แน่นอนสูง แต่ผู้วิจัยก็ได้ระดมความพยายามในการเก็บข้อมูล และมองว่าการวางแผนพลาดในครั้งนี้ทำให้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ซึ่งทำให้ผู้วิจัยเกิดการเรียนรู้ที่จะปรับกลยุทธ์ใหม่ โดยวางแผนในการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลใหม่ คือ ผู้วิจัยลงงานแบบให้มีช่วงคาบเกี่ยวกับวันหยุดที่ทางรัฐบาลประกาศในหยุดแบบต่อเนื่อง และไปรอเก็บข้อมูลตั้งแต่เวลา 08.00 น. ถึง 18.30 น. เป็นเวลาต่อเนื่องกัน 5 วัน ทั้งหมด 3 รอบ รวมเป็น 15 วันโดยไม่เว้นวันหยุด พร้อมทั้งขอความร่วมมือจิตอาสาให้ทาบตามญาติผู้ดูแลไว้ล่วงหน้า และนัดให้มาเจอที่สถานที่เก็บข้อมูลที่เป็นห้องที่จัดเตรียมไว้ในบริเวณใกล้เคียงที่ได้รับอนุญาตให้ตั้งกล้องบันทึกการสนทนาและเครื่องบันทึกเสียง เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้พูดคุยกับจิตอาสาในเรื่องที่เป็นคำถามการวิจัย พร้อมทั้งบันทึกการสนทนาในขณะนั้นเลย จากการใช้วิธีนี้ ทำให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลได้ 10 กรณีศึกษา ซึ่งผู้วิจัยคิดว่ามีมากเพียงพอต่อการวิเคราะห์ข้อมูล

แม้งานวิจัยนี้ใช้ข้อมูลจากหลายแหล่ง ทั้งจากการสนทนาจิตอาสาและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์เชิงลึกจิตอาสาและจากการสังเกต ทั้งนี้เพื่อให้การอธิบายชัดเจนขึ้น แต่ข้อมูลซึ่งถือเป็นหัวใจหลักของงานวิจัยคือข้อมูลที่มาจาก การสนทนา

จากที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการเข้าถึงข้อมูลที่นำมาใช้ เพื่อนำข้อมูลต่างๆ เหล่านี้เข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์การสนทนา เพื่อทำความเข้าใจและอธิบายข้อค้นพบได้อย่างเป็นระบบตามกระบวนการศึกษาวิจัยและผู้วิจัยยังคำนึงถึงบทบาทของนักวิจัยที่ตระหนักถึงการเป็นส่วนหนึ่ง แต่ไม่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (be a part of and part from) ทั้งนี้เพื่อคอยสำรวจและสะท้อนความคิดของตนเองอยู่เสมอ ทั้งในขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลและในขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อสามารถแยกได้ว่า สิ่งใดเป็นความหมายตามวิถีคิดของผู้ถูกศึกษา (emic view) และสิ่งใดเป็นความหมายจากการตีความและการวิเคราะห์จากผู้วิจัย (etic view) เอง

ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยแบ่งผู้ให้ข้อมูลหลักออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ จิตอาสาและผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. จิตอาสา

จิตอาสาหมายถึงผู้ที่ผ่านการคัดเลือกและได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการ “อาสาข้างเตียง” ที่จัดโดยเครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคม จำนวน 10 คน ที่ยินดีให้ความร่วมมือกับผู้วิจัย รับประทานข้อมูลของโครงการวิจัย ประโยชน์ด้านการบริหารจัดการที่สังคมจะได้รับจากผลที่ได้จากการวิจัย ซึ่งมีจิตอาสาจำนวน 5 คนจากทั้งหมด 10 คนที่พูดคุยกับผู้ดูแลให้ผู้วิจัยได้บันทึกการสนทนาเพื่อนำมาวิเคราะห์ตามวิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา

2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ญาติสนิทหรือสมาชิกในครอบครัว (Informal Caregiver) ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในโรงพยาบาลใกล้เคียง จำนวน 10 คน ในการคัดเลือกญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยกำหนดคุณลักษณะญาติผู้ดูแลไว้อย่างกว้างๆ ตรงตามขอบเขตของงานวิจัยและมีจิตอาสาในพื้นที่เป็นผู้คัดเลือก การคัดเลือกโดยจิตอาสาทำให้เกิดผลดีหลายประการ เช่น ได้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นคนที่ตรงกับความต้องการของงานวิจัย มีความยินดีเข้าร่วมโครงการ เพราะมีความเชื่อถือ คู่กันเคยกันอยู่แล้ว นอกจากนี้การเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยจิตอาสาเป็นการสร้างความรัดกุมในเรื่องของจริยธรรมการวิจัยในคนและญาติผู้ดูแลได้รับการบอกกล่าวให้เข้าใจถึงงานวิจัย โดยเฉพาะวิธีการบันทึกข้อมูล ด้วยกล้องวิดีโอและ การเปิดเผยข้อมูลด้วย ข้อมูลเบื้องต้นของญาติผู้ดูแลเสนอตามตาราง ดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลเบื้องต้นของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ลำดับ ที่	รหัส	ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย	รายละเอียดการดูแลผู้ป่วย
1	[จิตอาสา-1545]	ภรรยา	ญาติผู้ดูแลเพศหญิง มาดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นสามีอายุ 46 ปี ป่วยด้วยโรคเบาหวานเรื้อรัง ญาติผู้ดูแล (ภรรยา) ยังมีความความหวังว่าจะหายเป็นปกติเพราะเห็นว่าอาการคงเดิมไม่แย่งลง ผู้ป่วยและญาติขออยู่ที่โรงพยาบาลจนกว่าหายป่วย
2	[จิตอาสา-1602]	ลูกชาย	ญาติผู้ดูแลเพศชาย มาดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นบิดา อายุ 86 ปี ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคและมะเร็งต่อมลูกหมาก ตัดอวัยวะทั้งสองข้าง ครอบครัวมีกันหลายคน ผลัดกันดูแล ครอบครัวทำใจไว้แล้วเพราะอายุมาก จิตอาสาแนะนำให้พูดคุยกันในครอบครัวถึงแนวทางการรักษาต่อ เน้นการให้ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขและถามผู้ป่วยว่าต้องการอะไร
3	[จิตอาสา-1635]	น้องสาว	ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเพศหญิง มาดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นพี่ชาย ที่ตาบอด 1 ข้างเพราะเป็นต้อหิน ปัจจุบันต้องตัดขาเพราะอาการติดเชื้อขั้นรุนแรง ญาติผู้ดูแลท้อแต่ไม่ถอยเพราะได้รับกำลังใจจากลูก สนับสนุนให้ดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลเบื้องต้นของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ต่อ)

ลำดับ ที่	รหัส	ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย	รายละเอียดการดูแลผู้ป่วย
			ผู้ป่วยเจ็บแปลจิ่งหงุดหงิด ญาติไม่ให้บีบหัวใจ อยากรักษาไปอย่างสงบ
4	[จิตอาสา-1740]	สามี และลูกชาย	ญาติผู้ดูแลเพศชาย 2 คน เป็นสามีและลูกชายของผู้ป่วยอายุ 61 ปี ป่วยโรคเส้นเลือดในสมองแตก ญาติไม่ได้เตรียมตัวกับการดูแลผู้ป่วย
5	[จิตอาสา-1802]	ลูกสาว	ญาติผู้ดูแลเพศหญิง มาดูแลแม่อายุ 80 ปี ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค ญาติผู้ดูแลเชื่อว่าเป็นเพราะตนเองดูแลแม่เลยเป็นบุญทำให้ ได้ลูกดี คาดหวังไม่ยากให้อาการผู้ป่วยทรุดไปกว่านี้ แต่ญาติผู้ดูแลได้เตรียมพร้อมรับมือแล้ว
6	[จิตอาสา-1102]	ลูกสาว และน้องสาว	ญาติผู้ดูแลเพศหญิง 2 คน เป็นลูกสาวและน้องสาวของผู้ป่วย ผู้ป่วยเพศหญิง เป็นมะเร็งปอดระยะสุดท้าย รู้ตัวมา 5-6 เดือนแล้ว ญาติผู้ดูแลยอมรับได้ถ้าผู้ป่วยต้องตาย ผู้ป่วยไม่อยากจะกลับบ้าน ขอกลับไปพักอยู่ที่โรงพยาบาล สะเมิงก่อน เพราะกลัวไป (กลัวตาย)

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลเบื้องต้นของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ต่อ)

ลำดับ ที่	รหัส	ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย	รายละเอียดการดูแลผู้ป่วย
7	[จิตอาสา-1330]	ภรรยา	ญาติผู้ดูแลผู้หญิง เป็นภรรยาของผู้ป่วย อายุ 66 ปี ที่เป็นโรคมะเร็งกล่องเสียง และลูกกลม มาที่ปอด ญาติผู้ดูแลและทุกคนในครอบครัว รู้ว่าผู้ป่วยเป็นอะไร ญาติผู้ดูแลอนุญาตให้ใส่ท่อแต่ไม่ให้ปั๊มหัวใจ เข้าใจว่าการรักษาอยู่ตอนนี้ เป็นการช่วยยืดอายุ
8	[จิตอาสา- 2]	ลูกสาว และหลานสาว	ญาติผู้ดูแลเพศหญิง 2 คน เป็นลูกสาวและ หลานสาวของผู้ป่วยเพศชายอายุ 80 ปี ลูกสาวผู้ป่วยเล่าว่าผู้ป่วยมา รักษาด้วยอาการ เจ็บท้อง (ปวดท้อง) รู้ว่ามะเร็งลูกกลมไปหมดแล้ว แต่ก็ไม่อยากให้ทรมาณ จิตอาสาแนะนำให้ผู้ดูแลฝึกเตรียม ตัว เตรียมใจไว้และสอบถามถึงสิ่งที่ค้างคาใจ จิตอาสาแนะนำให้ผู้ดูแล สวดดอกธูปเทียนมาขอมาตามธรรมเนียม ชาวเหนือ ผู้ป่วยจะได้สบายใจ อยากให้ผู้ดูแล และญาติ ได้ทำบุญด้วยกัน ถือเป็นการส่ง สูดท้าย
9	[จิตอาสา-1353]	ลูกสาว และภรรยา	ญาติผู้ดูแลผู้หญิง 2 คน มาดูแลผู้ป่วย เพศชายที่เป็นหัวหน้าครอบครัว แต่มาป่วยเป็น โรคมะเร็งตับ

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลเบื้องต้นของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ต่อ)

ลำดับ ที่	รหัส	ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย	รายละเอียดการดูแลผู้ป่วย
10	[จิตอาสา-0930]	มารดา	ญาติผู้ดูแลเพศหญิง มาดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นลูกสาว อายุ 42 ปี ป่วยด้วยโรคมะเร็งปอด แม่และสามีจะผลัดกันมาดูแล แม่พยายามสวดมนต์ทุกวันและครอบครัวก็ยังหวังว่าอาการจะดีขึ้น

เทคนิควิธีในการเก็บข้อมูล

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วย 3 วิธีการคือการบันทึกการสนทนา การสัมภาษณ์ระดับลึกและการสังเกตเพื่อให้เกิดความชัดเจน

การบันทึกการพูดคุย

การบันทึกการพูดคุยถือเป็นวิธีการหลักที่นำมาซึ่งข้อมูลสำหรับใช้ในการวิจัย เพราะข้อมูลที่ได้มาจากการสนทนายาระหว่างจิตอาสาและผู้ดูแล การพูดคุยมีความเป็นลักษณะเฉพาะและเกิดขึ้นได้เพียงครั้งเดียวและแม้ว่าจะขอให้ผู้สนทนาพูดซ้ำ แต่ก็ไม่มีทางได้เนื้อหาของการพูดคุยที่เหมือนเดิม และการบันทึกข้อมูลในลักษณะนี้เป็นการบันทึกในสิ่งที่มีความลับ มีผลสะท้อนถึงความรู้สึกสะท้อนใจและการก้าวล่วงถึงจริยธรรมในคน ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ห้องประชุมภายในศาลาเอนกประสงค์ของวัดในอำเภอแม่ริมที่ได้รับอนุญาตแล้วเพราะมีบรรยากาศที่เหมาะสม มีความเป็นส่วนตัว

ผู้วิจัยใช้อุปกรณ์บันทึกข้อมูลจำนวน 4 เครื่อง ได้แก่กล้องวิดีโอ (video camera) จำนวน 2 เครื่องและเครื่องบันทึกเสียงเอ็มพีสาม (MP3) จำนวน 2 เครื่อง ถือเป็นวิธีการป้องกันความผิดพลาดในการบันทึกข้อมูลได้เป็นอย่างดี เพราะหากอุปกรณ์ใดอุปกรณ์หนึ่งเกิดบกพร่อง อุปกรณ์อื่นยังสามารถบันทึกข้อมูลต่อไปได้ นอกจากนั้นแล้วทั้งไฟล์เสียง ภาพและเอกสารบันทึกข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลต่าง ๆ จะถูกเก็บรักษาไว้อย่างปลอดภัยระหว่างการศึกษาวิจัยและจะทำลายเมื่อรายงานฉบับสมบูรณ์ได้ถูกจัดทำจนเสร็จสิ้น

ในกระบวนการเก็บข้อมูล เมื่อจิตอาสาทบทวนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยให้และพาเข้ามายังสถานที่ซึ่งเป็นห้องประชุมภายในศาลาเอนกประสงค์ของวัดในอำเภอแม่ริมที่ใช้เป็นห้องบันทึกการสนทนาแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าไปสร้างความสัมพันธ์และเตรียมเอกสารให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ให้ญาติผู้ดูแลลงนามและหากมีมากกว่า 1 คน ผู้วิจัยก็ให้ญาติลงนามในเอกสารชุดเดียวกัน เมื่อลงนามเอกสารเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงตั้งอุปกรณ์คือกล้องวิดีโอ (video camera) จำนวน 2 เครื่องและเครื่องบันทึกเสียงเอ็มพีสาม (MP3) จำนวน 2 เครื่อง

การตั้งกล้องวิดีโอทั้ง 2 เครื่อง ผู้วิจัยพยายามตั้งให้อยู่คนละมุม แต่เป็นทิศทางที่ครอบคลุมทั้งญาติผู้ดูแลผู้ป่วยและจิตอาสา โดยให้เห็นหน้าทั้ง 2 ฝ่ายอย่างชัดเจน ผู้วิจัยเสียบไมโครโฟนที่ตัวกล้องแล้วนำไปวางในตำแหน่งที่ใกล้คู่สนทนาที่สุด ไมโครโฟนที่ใช้นี้เป็นไมโครโฟนสามารถเก็บเสียงได้อย่างดี (sensitive microphone) แม้ว่าคนพูดจะอยู่ไกลก็ตาม

ผู้วิจัยวางเครื่องบันทึกเสียงเอ็มพีสาม (MP3) จำนวน 2 เครื่อง ไว้ในตำแหน่งที่สามารถบันทึกเสียงการพูดคุยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยและจิตอาสาได้อย่างชัดเจน เมื่อผู้วิจัยติดตั้งอุปกรณ์เสร็จแล้ว ผู้วิจัยก็แจ้งจิตอาสาว่าปุ่มกดบันทึกข้อมูลอยู่ที่ใดเพื่อให้จิตอาสา กดปุ่มเริ่มบันทึกข้อมูลเอง ผู้วิจัยออกจากที่บันทึกข้อมูลก่อนที่การสนทนาจะเริ่มขึ้น เพราะการสนทนาเป็นเรื่องที่มีความเป็นส่วนตัวสูง และอาจมีความลับได้ ดังนั้นผู้วิจัยจะรออยู่ภายนอกจนกว่าการบันทึกข้อมูลจะเสร็จสิ้น โดยจิตอาสาจะออกจากห้องเพื่อมาเรียกให้ผู้วิจัยเข้าไปเป็นผู้กดปุ่มหยุดการบันทึกของทุกอุปกรณ์ และเมื่อเก็บข้อมูลเสร็จในแต่ละวันผู้วิจัยเข้าไปเพื่อเก็บอุปกรณ์ทั้งหมดอีกครั้ง

การเก็บรักษาข้อมูลเกิดขึ้นหลังจากที่มีการบันทึกข้อมูลเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบอย่างละเอียดว่าข้อมูลบันทึกลงในอุปกรณ์ที่ต้องการ จากนั้นจึงถ่ายโอนข้อมูลจากอุปกรณ์ทั้ง 3 เครื่องลงเครื่องคอมพิวเตอร์แบบพกพา แบ่งเป็นแฟ้มข้อมูล (Folder) และตั้งชื่อไฟล์ข้อมูลโดยกำหนดเป็นภาษาไทย เช่น [จิตอาสา-1330] เมื่อผู้วิจัยกำหนดชื่อไฟล์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว จะนำข้อมูลจากการสนทนาทั้งหมดไปสำเนา (copy) โดยเก็บในรูปแบบซีดี ทุกครั้งที่มีการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำแผ่นซีดีมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลตลอดการวิจัย เมื่อเสร็จสิ้นการวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลไว้อย่างดี เพราะข้อมูลเหล่านี้เป็นความลับ

การสัมภาษณ์ระดับลึก

การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นวิธีการเก็บข้อมูลที่ควรนำมาใช้ในงานวิจัยที่ต้องการข้อมูลแบบพรรณนา แสดงรายละเอียดของปรากฏการณ์ที่ศึกษาแบบลงลึก ให้ความสำคัญแก่ทัศนคติและความหมาย ซึ่งผู้วิจัยจะต้องฝึกฝนทักษะการสัมภาษณ์จนเกิดความชำนาญและมีความรู้ในเรื่องนั้น ๆ ด้วย การสัมภาษณ์ที่ดีจะต้องเป็นเหมือนการสนทนาในชีวิตประจำวันคือไม่เป็นทางการ แต่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการได้เป็นอย่างดี (Curtis, B. M., & Curtis, C., 2011)

ในงานวิจัยนี้ใช้การกำหนดทิศทางคำถามคร่าว ๆ แบบกึ่งโครงสร้างในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับเรื่องส่วนตัวหรือที่อาจเป็นความลับ ผู้วิจัยจะต้องทำด้วยความระมัดระวังกับหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นเพศ อายุและภูมิหลังของผู้ให้การสัมภาษณ์ นอกจากนั้นอาจมีบางข้อมูลที่ไม่พึงเปิดเผยหรือถูกขอให้เป็นความลับ ซึ่งผู้วิจัยจะต้องให้ความระมัดระวังและพึงระวังในการดำเนินการ

ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการตั้งคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์จิตอาสา เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์นี้ นอกจากจะนำมาใช้ในการตอบคำถามงานวิจัยตามวัตถุประสงค์งานวิจัยข้อที่ 2 และ 3 ที่เกี่ยวข้องกับจิตอาสาว่านำเทคนิคด้านการสื่อสารที่ได้จากการอบรม ฯ ไปใช้ในสถานการณ์จริงหรือไม่ ใช้อย่างไร และจิตอาสาที่มีความรู้หรือทฤษฎีด้านการสื่อสารที่ได้รับจากการอบรม ฯ ไปใช้ในสถานการณ์จริง หรือไม่ใช้อย่างไรแล้วยังสามารถนำมาใช้สนับสนุน เพิ่มเติมในบางประเด็นที่ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของโครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยซึ่งอาจมีการกล่าวถึงเทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสมร่วมด้วย กระบวนการในขั้นตอนนี้ มีดังนี้

1. ผู้วิจัยพยายามศึกษาและทำความเข้าใจกับคำว่า “ประสบการณ์ชีวิตตามที่บุคคล ประสบหรือประสบการณ์ใช้ชีวิตของบุคคล” (Lived experience) เพื่อเชื่อมโยงไปสู่การทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของจิตอาสา เน้นการให้ความหมายของบุคคลต่อประสบการณ์ที่ประสบ โดยไม่ละเลยความเกี่ยวพันกับบริบทหรือสถานการณ์รอบข้าง ไม่ละเลยอดีตของบุคคล และคำนึงถึงปัจจุบันตามที่เป็นอยู่จริง รวมถึงการตระหนักถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างจิตอาสา ผู้ป่วย ครอบครัว ญาติ ผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหาว่ามีความหมายใดที่แฝงอยู่ในข้อความนั้น ๆ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจว่าประสบการณ์การเป็นจิตอาสาที่มีความหมายหรือความสำคัญเช่นไรต่อผู้ป่วยและครอบครัว

2. สร้างคำถามการวิจัยที่สอดคล้องกับการดำเนินกิจกรรมจิตอาสา ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้ง และกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเปิดเผยข้อมูล โดยผู้วิจัยจะเปิดใจรับข้อมูลอย่างเต็มที่ ให้เข้าใจว่าประสบการณ์ที่มีความหมายเช่นไรต่อการดูแลครอบครัว ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3. ผู้วิจัยทำความเข้าใจให้กระจ่างกับความรู้ ความเข้าใจเดิมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ที่มาและการเตรียมความพร้อมจิตอาสาของเครือข่ายพุทธิกาฯ และการสื่อสารระหว่างบุคคล ทั้งนี้เพื่อเป็นการทบทวนให้เห็นว่า การสื่อสารมีความสำคัญอย่างไร มีบทบาทอย่างไรในการเยียวยาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนศึกษาแนวคิดการวิเคราะห์การสนทนา และกำหนดเป็นประเด็นคำถามการวิจัย (ตามที่ได้กำหนดไว้ในบทที่ 1) กำหนดประเด็นคำถามหลัก (Main questions) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในเบื้องต้น ที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ประเด็นคำถามที่ใช้แบ่งเป็น 4 ชุด ได้แก่

ตารางที่ 4 แสดงชุดคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกจิตอาสา

ชุดข้อมูลที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของจิตอาสาและประสบการณ์	
ข้อมูลส่วนตัว :	ชื่อ - สกุล
	เพศ
	อายุ
ประสบการณ์ :	การผ่านกิจกรรมจิตอาสา (กิจกรรมอะไร / ระยะเวลา) หรือไม่ อย่างไร
	มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในครอบครัวหรือไม่
	ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวส่งผลต่อการเป็นอาสาข้างเตียงหรือไม่
	แรงบันดาลใจหรือสาเหตุที่สนใจเป็นอาสาข้างเตียงคืออะไร
	ประสบการณ์/ความรู้สึกในการเป็นอาสาข้างเตียงดูแลผู้ป่วยและญาติครั้งแรก
ชุดข้อมูลที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของจิตอาสาและประสบการณ์	
	ประสบการณ์/ความรู้สึกในการเป็นอาสาข้างเตียงดูแลผู้ป่วยและญาติที่ประทับใจที่สุด (ทั้งด้านบวกและด้านลบ)
ชุดข้อมูลที่ 2 สิ่งที่คาดหวัง (Expected achievement)	
คาดหวัง :	สิ่งที่คาดว่าจะได้รับจากการเป็นอาสาข้างเตียง
ความรู้สึกต่องานนี้:	น่าสนใจ มีประโยชน์ ยอมรับในความสูญเสียได้มากขึ้นหรือไม่
ประโยชน์ :	ในแง่การปฏิบัติตน
	ในแง่อารมณ์
	ในแง่จิตใจ/ครอบครัว/ชุมชน
	ในแง่ศาสนา
ชุดข้อมูลที่ 3 การฝึกอบรมและทฤษฎีที่ได้จากการอบรมโดยเครือข่ายพุทธิกา	
อบรม :	อบรมเทคนิคและทฤษฎี อะไรบ้าง ด้วยวิธีการใด
ฝึกซ้อม :	อาสาข้างเตียงฝึกซ้อมเพื่อให้เกิดความชำนาญหรือไม่ อย่างไร
ประโยชน์ :	จิตอาสาเกิดความเข้าใจในสิ่งที่ได้จากการอบรมมากขึ้นน้อยอย่างไร
	ส่งเสริมความพร้อม/พัฒนาต่อยอดความรู้มากขึ้นน้อยอย่างไร
	ในระหว่างการอบรมจิตอาสาสามารถปฏิบัติตามหรือตอบสนองต่อเทคนิคต่าง ๆ ได้หรือไม่

ตารางที่ 4 แสดงชุดคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกจิตอาสา

ชุดข้อมูลที่ 4 การติดตามการนำเทคนิค ทฤษฎีและความรู้ที่ได้จากการอบรมโดยเครือข่ายพุทธิกาไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและญาติ	
ติดตามการนำความรู้จากการอบรมฯ ไปใช้ :	จิตอาสาสามารถนำเทคนิคที่ได้จากการอบรมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและญาติหรือไม่
	จิตอาสาสามารถนำทฤษฎี/ความรู้ที่ได้จากการอบรมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและญาติหรือไม่
	มีหลักการเลือกใช้เทคนิค ทฤษฎีและความรู้อย่างไร
	ความแตกต่างทางศาสนามีผลต่อการเลือกใช้เทคนิค ทฤษฎีและความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยและญาติหรือไม่ อย่างไร

แต่อย่างไรก็ตาม แนวคำถามที่กำหนดไว้ในครั้งนี้ เป็นเพียงกรอบการสัมภาษณ์ที่กำหนดในเบื้องต้น แต่ในการเก็บข้อมูลจริง เน้นการใช้คำถามที่สอดคล้องกับสภาพบริบทผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน เน้นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้ และใช้เป็นประเด็นคำถามต่อเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เห็นได้ถึง “วิธีการ” ในการอยู่ร่วมกันทางสังคมและ การสร้างความหมายร่วมกันของมนุษย์ ว่าเป็นไปตามวิถีวิทยาหลักของงานวิจัยนี้

ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะสร้างความคุ้นเคยกับจิตอาสาละหนึ่งก่อน ในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยตั้งใจฟังและจับใจความ บางครั้งผู้วิจัยทวนซ้ำเพื่อเป็นการยืนยันว่าสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลบอกมานั้นตรงกับที่ผู้วิจัยเข้าใจ พยายามถามเพื่อให้ได้ความกระจ่างมากยิ่งขึ้น โดยผู้วิจัยจะต้องใช้วาทศิลป์เพื่อให้จิตอาสาเล่าเรื่องทั้งหมด เพราะในการอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นจริงทางสังคมนั้น ต้องดูเป็นองค์รวม (holistic) เพราะชีวิตคนหรือสังคมมีเรื่องเข้ามาเกี่ยวพันกันหลายเรื่อง ไม่สามารถดูแค่จากตัวแปร 2-3 ตัวได้

นอกจากนั้นในระหว่างที่สัมภาษณ์จิตอาสา ผู้วิจัยพบว่าจิตอาสา มักจะเริ่มจากการเล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและย้อนกลับมาถึงประวัติส่วนตัวของตนเอง เพื่อเป็นการเปรียบเทียบให้เห็นว่าเมื่อทำกิจกรรมจิตอาสาแล้วมีความเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างไร มีการนำเทคนิคและทฤษฎีใดที่รับจากการอบรมไปใช้ในสถานการณ์จริง ซึ่งบางครั้งข้อมูลนั้นเป็นความลับและไม่พึงเปิดเผย เช่น เพศสภาพ ข้อมูลเชิงลึก ของครอบครัว การกระทำด้านลบของตนต่อสังคมก่อนที่จะมาเป็นจิตอาสา เป็นต้น ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการปกป้องข้อมูลความลับของผู้ให้ข้อมูล ตามแนวทางจริยธรรมการทำวิจัยในคนในประเทศไทยปี 2550 โดยไม่ระบุชื่ออาสาสมัคร (identification) ในทุกขั้นตอนของการวิจัย และการควบคุมหรือจำกัดการเข้าถึงข้อมูล

การสังเกต

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะสังเกตสภาพบริบทแวดล้อมอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เนื่องจากสามารถใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการเขียนรายงานจากการวิเคราะห์การสนทนา โดยเฉพาะการในด้านการมีบุคคลอื่นอยู่ร่วมกันภายใต้ปรากฏการณ์เดียวกัน ข้อมูลจากการสังเกตที่ได้ ช่วยในการตีความประสบการณ์ที่ศึกษาในส่วนของผู้วิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยคำนึงถึงทั้งบริบทแวดล้อมและปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาจมีทั้งแพทย์ พยาบาล จิตอาสา ญาติผู้ดูแล พระสงฆ์ เป็นต้น โดยผู้วิจัยได้กำหนดองค์ประกอบหลักของการสังเกตไว้ 3 ส่วน คือ

1. สังเกตสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น สถานที่ สภาพอากาศ วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการรักษาพยาบาล
2. สังเกตบุคคลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง สถานภาพ บุคลิกภาพ ลักษณะทางกายภาพของบุคคล และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน
3. สังเกตพฤติกรรมที่เป็นคำพูดและไม่เป็นคำพูด มองการกระทำ โดยเฉพาะบริบทการดูแลการสื่อสารระหว่างกันสังเกตแบบแผนพฤติกรรมที่ทำต่อเนื่อง พฤติกรรมที่แปลกใหม่ เพื่อทำความเข้าใจความหมายที่อยู่เบื้องหลังพฤติกรรมเหล่านั้น

นอกจากนั้นแล้วผู้วิจัยจะจดบันทึกข้อมูลอย่างทันทีทุกครั้งที่อยู่หลังการสังเกตเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่สนใจและภายหลังการสนทนาแบบไม่เป็นทางการในทุกครั้ง เพื่อหลีกเลี่ยงการบิดเบือนหรือคลาดเคลื่อนเนื่องจากการลืมเลือน ในกรณีที่ทำไม่ได้ในทันที ผู้วิจัยใช้วิธีจดบันทึกเฉพาะคำสำคัญ (Key word) เพื่อเตือนความจำ และรีบบันทึกอย่างละเอียดทันทีเมื่อมีโอกาส และยังคงจดบันทึกสภาพลักษณะของบริบททางกายภาพและสังคมประกอบเหตุการณ์ที่สังเกตได้ และบริบทแวดล้อมขณะสัมภาษณ์ รวมทั้งลักษณะอาการที่น่าสนใจ สีหน้า ท่าทาง อากัปกริยาของผู้ถูกสัมภาษณ์ มีการทบทวนและเรียบเรียงการบันทึกใหม่เพื่อประเมินข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ว่ายังมีประเด็นอะไรที่น่าจะสัมภาษณ์เพิ่มเติม และผู้วิจัยใช้การสังเกตทั้งขณะที่สัมภาษณ์จิตอาสาและขณะที่ผู้วิจัยอยู่ในพื้นที่วิจัย เพราะในบางสถานการณ์ผู้วิจัยเฝ้าปากถามใครไม่ได้ เลยต้องจดไว้ แล้วถามจากจิตอาสาภายหลัง ไม่กล้าคิดเองเพราะกลัวผิดพลาด

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะใช้เทคนิคการเก็บข้อมูลเชิงลึกร่วมกับการสังเกต เพื่อตอบโจทย์งานวิจัยนี้ ในข้อ 2 และ 3 ดังที่กำหนดไว้ในบทที่ 1 ว่าจิตอาสาได้นำเทคนิคและทฤษฎีเกี่ยวกับการสื่อสารจากการอบรม เชิงปฏิบัติการ “อาสาข้างเตียง” จัดโดยเครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธศาสนา และสังคม ไปใช้ในสถานการณ์จริงหรือไม่และใช้อย่างไร เพื่อประโยชน์ในการเพิ่มเติมความรู้ แบ่งปันประสบการณ์ให้กับจิตอาสาที่เข้ารับการอบรมในโอกาสต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

เนื่องจากในงานวิจัยนี้มีการประยุกต์ใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายอย่าง ทำให้ผู้วิจัยต้องใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแตกต่างกันไปด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสังเกตก็ต้องใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะหนึ่ง การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ระดับลึกและการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนาก็มีความแตกต่างกันด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงถือเป็นความจำเป็นที่ต้องอธิบายวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละประเภทดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนา

เนื่องจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาจากการสนทนาซึ่งในงานวิจัยนี้ได้แก่จิตอาสาและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างจากการจัดการข้อมูลของวิธีวิจัยเชิงคุณภาพอื่น ไม่ว่าจะเป็นวิธีวิทยาชาติพันธุ์วรรณนา (Ethnography) หรือวิธีวิทยาของการสร้างทฤษฎีฐานราก (Grounded theory) เพราะมีความได้เปรียบในแง่ของการได้มาซึ่งข้อมูลที่ได้มาจากการมีปฏิสัมพันธ์ของคนที่เกิดขึ้นจริง

วิธีวิทยานี้ ผู้วิจัยจะวิเคราะห์การสนทนาจากวิถีทัศน์ไปพร้อมกับบทสนทนาที่ผู้วิจัยถอดออกมา เป็นบทสัมภาษณ์ ซึ่งภายในบทสัมภาษณ์จะมีคำพูดและเครื่องหมายใส่กำกับที่คำเพื่อให้ทราบว่าคู่สนทนาพูดคุยกันอย่างไร การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนานี้มีลักษณะเด่นคือแสดงถึงปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของคน การที่เราจะรู้ได้ว่าคนแสดงปฏิสัมพันธ์อย่างไรและทำอะไรในบทพูดในบทสัมภาษณ์ที่ถอดออกมาเพื่อนำมาวิเคราะห์ผู้วิจัย จะใส่เครื่องหมายต่าง ๆ เช่น ใส่เครื่องหมาย (()) คร่อมกริยาทำทางที่เกิดขึ้นระหว่างการพูดคุย ใส่สัญลักษณ์ :: เพื่อบอกถึงการลากยาวของเสียง ดังนั้นการใช้วิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนาในงานวิจัยนี้จะเห็นถึงว่าผู้พูดพูดอย่างไรมิใช่นำเสนอเพียงคำพูดเท่านั้น หรือจะกล่าวได้ว่างานวิจัยนี้ต้องการศึกษาว่าผู้พูดทำอะไรบ้างในบทพูดของตนและนอกจากนั้นการเปิดประเด็นการสนทนา การนำเข้าสู่การซักถามถึงการรับรู้ การแนะนำถึงการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยถือว่าเป็นเรื่องสำคัญ ทั้งการสนทนามักเป็นลักษณะการผลัดเปลี่ยนกันพูด วิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนาเรียกวิธีการวิเคราะห์บทพูดและการกระทำทางสังคมแบบนี้ว่า sequential approach

นอกจากนั้นยังจะเน้นถึงการอธิบายถึงโครงสร้างของการสนทนา (Conversation Structure) เกี่ยวกับระบบการเปลี่ยนผลัดกันพูด (Turn-Taking) คู่วจนกรรม (Adjacency Pair) การปรับแก้ (Repair) รวมทั้งการเปิดการสนทนา (Conversation Opening) และการปิดการสนทนา (Conversation Closing) นอกจากนี้ยังศึกษารวมถึงหัวข้อ (topic) และการเปลี่ยนหัวข้อ (topic shift) ของการสนทนาด้วย (Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974) ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้ ที่ต้องการเปิดมุมมองเชิงประจักษ์ในการสื่อสารระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแลที่ทุกข์อภัยและอากัปกิริยาของทั้งคู่สนทนา ล้วนแต่สะท้อนถึงปรากฏการณ์ที่เป็นความจริงเฉพาะโดยทั้งสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ระดับลึก

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ตามวิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา โดยเริ่มจากการที่ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ระดับลึกที่อยู่ในอุปกรณ์บันทึกข้อมูลมาถอดเทปแบบคำต่อคำ (verbatim) พร้อมทั้งระบุข้อมูลสำคัญต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้ให้การสัมภาษณ์ สถานที่ และเวลา และผู้วิจัยต้องทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้มาโดยคำนึงถึงประสบการณ์และความเป็นจริงของผู้ให้การสัมภาษณ์ จึงจะสามารถกำหนดเป็นมโนทัศน์ (concept) ได้ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องอะไร ในท้ายสุดผู้วิจัยจะต้องนำข้อเสนอและเงื่อนไขต่าง ๆ มาเชื่อมโยง เพื่อให้เห็นถึงเหตุผลที่มาของแนวคิดและการกระทำต่าง ๆ นอกจากนั้นแล้วยังต้องสะท้อนถึงสิ่งที่ผู้ให้การสัมภาษณ์บอกเล่าในทุกประเด็น

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสังเกต

ในการสังเกตเหตุการณ์ต่าง ๆ ผู้วิจัยจะต้องมีความไวต่อลักษณะการสื่อสารและต้องมีความรู้ในเรื่องของการดำเนินโรคอยู่บ้างเพราะในการเขียนผลการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องสามารถเชื่อมโยงในสิ่งที่สังเกตกับสิ่งที่ควรอธิบายได้ เมื่อผู้วิจัยพบสิ่งที่ผู้วิจัยสนใจหรือสงสัยในขณะที่เก็บข้อมูลในสนามวิจัย ผู้วิจัยจะรีบจดข้อมูลที่ได้จากการสังเกตลงในสมุดจดบันทึกและนำมาพิจารณาถึงความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย แต่อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้วิจัยเกิดความไม่มั่นใจในการตีความสิ่งที่สังเกตได้ ผู้วิจัยจึงมุ่งสร้างความน่าเชื่อถือในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการให้จิตอาสาที่เป็นผู้พูดคุยกับญาติผู้ดูแลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลการสนทนาหรืออธิบายขยายความอีกครั้งหนึ่ง จะเห็นว่าการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและความน่าเชื่อถือในการตีความส่วนหนึ่งมาจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีได้มาจากตัวผู้วิจัยคนเดียว

ความเชื่อมั่นและความน่าเชื่อถือในข้อมูลจากภาคสนาม

แม้ว่างานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่มีฐานคิดและกระบวนการวิจัยต่างจากงานวิจัยเชิงปริมาณ แต่ในงานวิจัยเชิงคุณภาพก็ให้ความสำคัญต่อความเชื่อมั่น และความน่าเชื่อถืออย่างยิ่ง พร้อมด้วยศักยภาพที่วิธีวิทยางานวิจัยเชิงคุณภาพทำได้

ความเชื่อมั่นต่อสิ่งที่ได้จากภาคสนามของงานวิจัยนี้มีความถูกต้องสูง เนื่องจากการบันทึกข้อมูลด้วยกล้องวิดีโอ ทุกคำพูด ท่าทางและสีหน้าได้บันทึกลงในวิดีโอ เมื่อ นำข้อมูลเหล่านี้มาถอดแบบคำต่อคำ อธิบายการใช้ น้ำเสียงและท่าทาง ออกมาเป็นบทสนทนาตามข้อกำหนดของวิธีวิทยา จึงทำให้งานวิจัยนี้แสดงถึงรายละเอียดทุกอย่าง ข้อมูลที่มาจากสนทนาพูดคุยที่ถอดออกมา มิได้ถูกปรับเปลี่ยนแต่อย่างใด สามารถนำมาให้ผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบในแง่ของความถูกต้อง ความละเอียด ผู้วิจัยสามารถนำมาศึกษา วิเคราะห์และตรวจสอบได้ตามจำนวนครั้งที่ต้องการ สิ่งเหล่านี้จึงถือเป็นความเชื่อมั่นต่อการเก็บข้อมูล อีกทั้งในการหาความเชื่อมั่นของงานวิจัยนี้มีความแตกต่างจากงานวิจัยเชิงปริมาณ เพราะนักวิจัยเชิงปริมาณต้องหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเก็บข้อมูลซึ่งอยู่ใน

รูปของแบบสอบถาม โดยนักวิจัยต้องคำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยสถิติ สำหรับงานวิจัยเชิงคุณภาพ อย่างเช่นงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคำถามเพื่อสัมภาษณ์จิตอาสาเชิงลึก ผู้วิจัยสร้างความเชื่อมั่นในแนวคำถามเหล่านี้ด้วยการทบทวนจากแนวคิด ทฤษฎีและหารี้อกับทางเครือข่ายพุทธิกาฯ ซึ่งมีความรู้เชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การปฏิบัติเช่นนี้น่าจะทำให้ผู้วิจัยสามารถพูดคุยได้อย่างตรงประเด็นและทำให้แนวคำถามมีความน่าเชื่อถือ

ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับความน่าเชื่อถือตามความเป็นไปที่เกิดขึ้นจากการสนทนาระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแล นอกจากนี้การที่ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายอย่างทำให้ผู้วิจัยสามารถตรวจสอบสิ่งที่เป็นไปได้ ในวิดิทัศน์กับการสัมภาษณ์จิตอาสาระดับลึกได้ และเมื่อตีความข้อมูลแล้วนำข้อมูลเหล่านั้นมานำเสนอจึงมีความน่าเชื่อถือ

บทสรุป

เนื่องจากงานวิจัยนี้ประยุกต์ใช้วิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนาเป็นวิธีวิทยาหลักในการกำหนดกระบวนการวิจัยและมีความเกี่ยวข้องกับชาติพันธุ์วิทยาที่เน้นศึกษาเรื่องของการวิเคราะห์วิธีการและการมีปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ภายใต้บริบทเฉพาะที่คู่สนทนาเป็นผู้ร่วมสร้างและให้ความสำคัญกับลักษณะผู้ให้ข้อมูลหลักรวมจำนวนข้อมูลที่วิเคราะห์ ประกอบกับผู้วิจัยใช้การเก็บข้อมูลหลายแบบผสมกัน เช่น การสัมภาษณ์จิตอาสา การสังเกตและให้ความสำคัญกับการสนทนาพูดคุยระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแล ซึ่งการดำเนินการเหล่านี้ส่งผลให้งานวิจัยมีความชัดเจนมากขึ้น

บทต่อไปเป็นบทวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ให้เห็นการสื่อสารเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแล

บทที่ 6

โครงสร้างการสื่อสารในการพูดคุยเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย

บทนำ

จากวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้ที่ต้องการศึกษาถึงโครงสร้างของการสื่อสารในเรื่องการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย งานวิจัยนี้ถือว่าเป็นโครงสร้างของการกระทำทางสังคม (structure of social action) คำว่า “โครงสร้างของการกระทำทางสังคม” หมายถึง การพูดคุยของมนุษย์เป็นการกระทำทางสังคมที่มีรูปแบบ มีขั้นตอน มีได้เกิดขึ้นอย่างไม่มีที่ไปที่ไปในระหว่างการสนทนา มีได้เป็นไปแบบไร้ทิศทางหรือคนพูดนี้จะพูดอะไรก็พูด สิ่งที่ปรากฏออกมาเป็นโครงสร้างนี้มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลการสนทนาระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะเวลาสุดท้าย ในการวิเคราะห์ที่เห็นถึงโครงสร้างการสนทนา ผู้วิจัยต้องวิเคราะห์จากการสนทนาของกรณีศึกษาทุกกรณีศึกษาที่ตรงตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ดำเนินการวิจัยโดยการวิเคราะห์การใช้ภาษาพูดและท่าทางในบทพูด (turn) ของผู้พูดทั้งหมดรวมทั้งบทพูดที่เกิดขึ้นก่อนหน้าและหลังบทพูดของผู้พูด ผู้วิจัยศึกษาวิดิทัศน์พร้อมบทสัมภาษณ์ไปซ้ำไปซ้ำมาหลายครั้ง จนกระทั่งเห็นได้ถึงการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและประมวลออกมาเป็นข้อสรุปและเป็นรูปแบบของการสื่อสารในเรื่องของแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การพูดคุยเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย มีได้เกิดขึ้นทันทีเมื่อเปิดฉากการสนทนา ทั้งจิตอาสาและญาติผู้ดูแล มีได้คุยเรื่องของการเตรียมพร้อมนี้ตั้งแต่ต้นของการสนทนาหรือจิตอาสาและญาติผู้ดูแลตั้งหน้าตั้งตาคูยเรื่องนี้หรือข้ามไปที่การสื่อสารในเรื่องของการเตรียมพร้อมกับการจากไปของผู้ป่วยเลย การพูดคุยเรื่องนี้จะเกิดขึ้นในช่วงต่าง ๆ ของการให้คำปรึกษา ดำเนินไปอย่างเป็นขั้นเป็นตอน และในการสื่อสารแต่ละขั้นตอนผู้พูดยังมีเทคนิค เทคนิคเหล่านี้ช่วยให้การสื่อสารสำเร็จ ในบางครั้งจิตอาสาต้องสนทนาเรื่องนี้หลาย ๆ ครั้งกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบางราย มีได้คุยครั้งเดียวแล้วเสร็จสิ้น

ผู้อ่านบางท่านมีคำถามขึ้นในใจว่าการพูดคุยเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยตามการสนทนาของญาติผู้ดูแลและจิตอาสา มีความเป็นลำดับขั้นตอนที่ชัดเจนและแต่ละขั้นตอนดูจะเรียบง่ายเกินไปหรือไม่ ผู้วิจัยขออธิบายเป็นข้อตามลำดับเพื่อตอบข้อสงสัยในประเด็นนี้ดังนี้

ประการที่ 1 จิตอาสาและญาติผู้ดูแลมิได้ตั้งหน้าตั้งตาคูยให้เป็นไปตามขั้นตอนนี้ แต่เป็นการพูดคุยอย่างเป็นธรรมชาติภายใต้โครงสร้างสังคมบางอย่าง ทำให้การพูดคุยออกมาดังที่ปรากฏ แต่โครงสร้างที่เห็นมาจากการวิเคราะห์โดยผู้วิจัย ผู้วิจัยต้องดูวิดิทัศน์ ศึกษาการพูดคุยทุกกรณีศึกษารวมทั้งนำข้อมูลส่วนอื่นจากภาคสนามมาประกอบกัน

ประการที่ 2 แม้การพูดคุยออกมาเป็นขั้นตอนตามที่งานวิจัยนี้นำเสนอ แต่ก็มิได้ราบเรียบตามที่บางคนเข้าใจ เนื่องจากการพูดคุยเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยมีเทคนิค ในแต่ละขั้นตอนของการพูดคุย ผู้ส่งสารต้องมีเทคนิควิธีการหลายอย่าง ดังนั้นผู้วิจัยจึงควรต้องทำความเข้าใจกับผู้อ่าน ตั้งแต่เริ่มต้นในบทวิเคราะห์ข้อมูลฉบับนี้ก่อน แล้วจึงนำไปเสนอรายละเอียดในบทถัดไป

จากการที่ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมทำให้ทราบว่า การรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในบริบทของญาติผู้ดูแลมีน้อยและที่มีอยู่ก็มาจากการใช้วิธีวิทยาการวิจัยแบบเก่าในสังคมไทยและเป็นวิธีวิทยา ที่นักวิจัยสังคมศาสตร์ไทยส่วนใหญ่ใช้ ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาถึงแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยจากการสนทนาระหว่างญาติผู้ดูแลและจิตอาสาด้วยการใช้วิธีวิทยาสังคมศาสตร์อื่น

จากการที่ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงการสนทนาระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแลอย่างละเอียด ผู้วิจัยยังพบสิ่งสำคัญที่ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเป็นกังวลและถือว่าเป็นวิกฤติทั้งในความคิดของจิตอาสาและญาติผู้ดูแลคือการรับมือกับการดำเนินโรคที่จะแยลงเรื่อยๆ กล่าวคือ ได้รับความรักษาแบบประคับประคองรักษาตามอาการ แต่ไม่ยืดชีวิต อย่างผิดธรรมชาติ การกล่าวเช่นนี้ผู้วิจัยมิได้กล่าวจากความคิดเห็นของตนเอง แต่วิเคราะห์จากบทพูด เมื่อเราศึกษาการสนทนาของจิตอาสาและญาติผู้ดูแล ทำให้เห็นว่าประเด็นนี้จิตอาสาและญาติผู้ดูแลเป็นคนร่วมกันเลือกนำมาสนทนา ผู้วิจัยมิได้มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดประเด็นการพูดคุย การสื่อสารถึงแนวทางการรับมือกับการดูแลผู้ป่วยและการตัดสินใจเรื่องการแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยในแต่ละกรณีศึกษาที่มีความเข้มข้นต่างกัน บางกรณีศึกษาคุยเรื่องความการดูแลผู้ป่วยน้อย แต่ให้ความสำคัญกับการอาการที่มีแต่แยลงของผู้ป่วย บางกรณีศึกษาพูดคุยเรื่องความตายหลายช่วง และให้ความสำคัญกับความเป็นอยู่ของครอบครัวหลังจากผู้ป่วยจากไป ซึ่งทั้งหมดนี้ถือได้ว่าเป็นประเด็นที่มีความพิเศษและมีความสำคัญในการวิเคราะห์การสนทนาในเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

ประการที่ 1 แทบทุกกรณีศึกษามีการพูดถึงการรับรู้ถึงโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และนำมาสู่การแนะนำถึงการเตรียมตัวของครอบครัวให้เหมาะสมกับการดำเนินโรคของผู้ป่วย

ประการที่ 2 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเริ่มจากการดำรงชีวิตที่ผ่านมาของผู้ป่วยแล้วจึงพูดถึงอาการในปัจจุบันของผู้ป่วยที่แยลงเรื่อย ๆ ตามลำดับ

ประการที่ 3 ญาติผู้ดูแลบางคนพูดถึงความเป็นห่วงของผู้ป่วยที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น ทรัพย์สินสมบัติ ลูกหลาน ครอบครัว เป็นต้น

ประการที่ 4 ญาติผู้ดูแลบางคนพูดถึงภาระที่จะต้องดูแลบุคคลอื่นในครอบครัวนอกจากผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและสภาพร่างกายของผู้ดูแล รวมถึงปัญหาทางเศรษฐกิจที่ต้องการรับการช่วยเหลือ

ประการที่ 5 เป็นเรื่องที่ต้องใช้เทคนิคในการพูดคุย คนเปิดประเด็นต้องมีเทคนิคไม่ว่าจะเป็นการใช้ภาษาพูดและท่าทาง

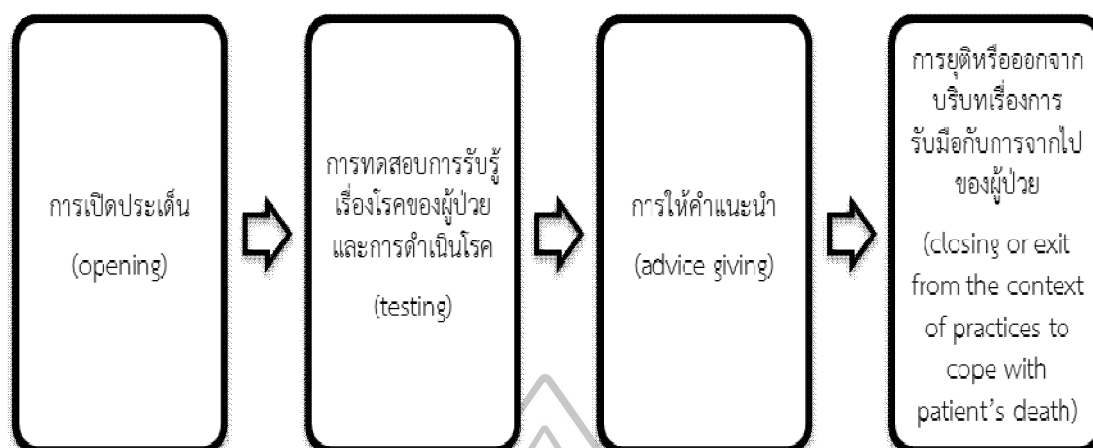
ประการที่ 6 ประเด็นการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับการรักษาของผู้ป่วยว่าจะยื้อชีวิตด้วยวิธีการผิดธรรมชาติหรือดูแลแบบประคับประคองแล้วยินดีให้ผู้ป่วยจากไปอย่างเป็นธรรมชาติ เป็นเรื่องที่ถูกนำมาพูดถึงแทบจะในทุกการสนทนา เพราะเป็นเรื่องที่จิตอาสาใช้เพื่อเตือนสติญาติผู้ดูแลและนำเข้าสู่การแนะนำเรื่องการเตรียมพร้อมของครอบครัว

ประการที่ 7 เป็นเรื่องที่จิตอาสาและญาติผู้ดูแลนำกลับมาคุยหลายครั้ง ไม่ใช่พูดถึงเพียงครั้งเดียวแล้วเสร็จสิ้น

โครงสร้างของการสื่อสารเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย

การดูแลและพูดคุยในเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยในงานวิจัยนี้พบว่าส่วนใหญ่เป็นฝีมือของจิตอาสาที่ผ่านการอบรมจากเครือข่ายพุทธิกาฯ ทั้งที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ พระสงฆ์และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แต่ไม่ใช่แพทย์ สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะการพูดคุยดูแลเป็นงานหลัก งานประจำของพยาบาล พยาบาลมีโอกาสมักพบผู้ป่วยและญาติบ่อยกว่าแพทย์ จึงทำให้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพราะในการดูแลรักษาผู้ป่วย แพทย์ประจำโรงพยาบาลมีหน้าที่ตรวจ สั่งยาแก่ผู้ป่วยและบริหารจัดการในเชิงนโยบาย ใช้เวลาประชุมมาก การดูแลและพูดคุยในเรื่องเหล่านี้จึงมักตกเป็นหน้าที่ของพยาบาล หรือจะกล่าวได้ว่าพยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยมักปรึกษาในลำดับถัดจากแพทย์ที่ให้การรักษา ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยขอแนะนำเสนอกรณีศึกษาจำนวน 10 กรณี การทบทวนกรณีศึกษาเหล่านี้ทำให้เห็นว่าจิตอาสาที่เป็นพยาบาลและญาติผู้ดูแลนำประเด็นการเตรียมการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยเข้าสู่การพูดคุย วิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนาช่วยให้ผู้วิจัยวิเคราะห์ได้ว่าการพูดคุยเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยมีลักษณะเป็นขั้นเป็นตอน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนาระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแลจำนวน 10 กรณีศึกษา ในงานวิจัยนี้ ทำให้ประจักษ์ว่าโครงสร้างการสื่อสารเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยมี 4 ขั้นตอนคือ 1. การเปิดประเด็น 2. การทดสอบการรับรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยและการดำเนินโรค 3. การให้คำแนะนำ และ 4. การยุติหรือออกจากบริบทเรื่องการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย ผู้วิจัยขอแนะนำเสนอโครงสร้างการสื่อสารเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย ตามรูปของแผนภาพที่ 2



ภาพที่ 2 โครงสร้างการสื่อสารเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย

การเปิดประเด็น

ก่อนที่คู่สนทนาจะเข้าสู่การพูดคุยเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยนั้น จะเปิดประเด็น การสนทนา (opening) ด้วยการที่จิตอาสาเป็นผู้แนะนำตัวและกล่าวถึงหน้าที่การงานของตน รวมถึงความช่วยเหลือที่สามารถเอื้อให้กับญาติผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยได้ แล้วจึงตามด้วยการพูดคุยเรื่องสัพเพเหระซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธภาพ การสร้างสัมพันธภาพในครั้งนี้มิได้เป็นครั้งแรก ญาติผู้ดูแลและจิตอาสาเคยพบกันมาแล้ว การพูดคุยเรื่องต่างๆ จึงเป็นการอุ่นเครื่อง เป็นการเตรียม ญาติผู้ดูแลก่อนที่จะเริ่มคุยเรื่องการดูแลผู้ป่วย และการพูดคุย ในเรื่องที่ละเอียดอ่อนและง่ายต่อการ กระทบกระเทือนจิตใจของคู่สนทนาเช่นนี้ ผู้วิจัยเชื่อว่าการเรียกชื่อ ในระหว่างสนทนาจะทำให้เกิด ความคุ้นเคยและไว้วางใจซึ่งกันและกันได้มากขึ้น แต่เนื่องจากงานวิจัยนี้ใช้จังหวัดทางภาคเหนือเป็น สนามวิจัย จึงมีธรรมเนียมของการใช้คำเรียกญาติผู้ดูแลที่สูงอายุว่า “พ่อ” หรือ “แม่” และตัวญาติ ผู้ดูแลก็ใช้คำว่า “พ่อ” หรือ “แม่” แทนตนเองในการพูดคุยกับจิตอาสาเช่นกัน

#6.1 [จิตอาสา-2-0.01-0.35] [วีดิทัศน์]

1. จิตอาสา → ((ยกมือไหว้)) คุณแม่สวีสวีคะ
2. ผู้ดูแล 1 → ((ยกมือรับไหว้)) สวีสวีคะ
3. ผู้ดูแล 2 ((ยกมือไหว้))
4. จิตอาสา → ก่อนอื่น (.) คุณพยาบาล
5. ขออนุญาตแนะนำตัวเองก่อนนะคะ
6. → จื่อ (.) นางสาวระพีพรรณ (.) ปันคำ (.) นะเจ้า
7. ผู้ดูแล 1 ((พยักหน้า))
8. จิตอาสา → เป็นพยาบาล (.) ทำงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายสอง
9. → เนีย (.) แต่ว่าตอนเนีย (.)
10. → ความจริง (.) คุณพยาบาลเนีย (.) ย้ายไป
11. → อยู่งานเยี่ยมบ้าน (.) แต่ว่าก่อก้อนมาจ๊วย :: ดูแลคนไข้
12. → ส่วนใหญ่คุณพยาบาลมีหน้าที่ (.) ดูแลคนไข้
13. → ระยะ (.) ประคับประคองคะ (.)
14. → ก่อคือคนไข้ที่หมอบอกว่า (2.0) ปะสามารถรักษา
15. → หื้อหายได้ (.) อย่างเอี้ยเนาะ
16. ผู้ดูแล 1 ((พยักหน้า))
17. จิตอาสา ก่อจะดูแลแบบประคับประคอง (.)
18. → ปะหื้อเป็น (.) เจ็บปวด
19. → (.) ปะหื้อเป็นทรมาณเนาะ (.) เจ้า (.) ค่ะ
20. จิตอาสา → ขออนุญาต (.) แม่แนะนำตัว (.) กำเตอะเจ้า
21. ผู้ดูแล 1 แม่ = อ่า = ทอง (.) บัวคำ (.) เจ้า
22. จิตอาสา คุณแม่ทอง

23. ผู้ดูแล 2 ((ยกมือไหว้))

จากบทสนทนาข้างต้น ในบรรทัดที่ 2 และ 3 จิตอาสาเริ่มการสนทนาด้วยการกล่าว สวัสดีพร้อมยกมือไหว้เพื่อแสดงความอ่อนน้อมและแสดงถึงการละเว้นจากความแตกต่างในรากฐาน หรือความรู้ ถือได้ว่าจิตอาสาพยายามเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการสนทนาและลำดับการทำงานอย่างเป็นระบบเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์บางอย่าง จิตอาสา ((ยกมือไหว้)) คุณแม่สวัสดิ์ค่ะ ผู้ดูแล 1 ((ยกมือรับไหว้)) สวัสดิ์ค่ะ และจิตอาสาจึงเข้าสู่การแนะนำตัวซึ่งเป็นการบอกกล่าวว่าเป็นใคร ทำหน้าที่อะไร การกล่าวถึงหน้าที่ความรับผิดชอบของ จิตอาสา นี้ แสดงให้ญาติผู้ดูแลทราบเป็นนัยว่าเรื่องที่พูดคุยต่อไปจากนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับอะไร ถือได้ว่าเป็นการเกริ่นนำเพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถคิดนำไปก่อนได้ ดังตัวอย่าง บรรทัดที่ 4-6 และ บรรทัดที่ 8-15 จิตอาสา กล่าวว่า จี้อ๋อ (.) นางสาวระพีพรรณ (.) ปันคำ (.) นะเจ้า (.) เป็นพยาบาล (.) ทำงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายสองเนี้ย (.) แต่ว่าตอนเนี้ย (.) ความจริง (.) คุณพยาบาลเนี้ยย้ายไปอยู่งานเยี่ยมบ้าน (.) แต่ว่าก่อนขึ้นมาจ๊วย :: ดูแลคนไข้ ส่วนใหญ่คุณพยาบาลมีหน้าที่ (.) ดูแลคนไข้ระยะ (.) ประคับประคองค่ะ (.) ก่อคือคนไข้ดีหมอบอกว่า (2.0) ปะสามารถรักษาให้อายได้ (.) อย่างเอี่ยมเนาะ หรือในบางกรณีศึกษาพบว่าจิตอาสา กล่าวถึงความช่วยเหลือที่ตนเองหรือทางโรงพยาบาลสามารถเอื้อให้กับญาติผู้ดูแลและครอบครัวได้ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเป็นกันเองในการสนทนา ถือได้ว่าเป็นเลือกใช้สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมนำมาซึ่งการโต้ตอบกัน ญาติผู้ดูแลจะกล้าถามคำถาม กล้าเล่าถึงความเหนื่อยยากในการดูแลผู้ป่วยตามลำพังมากยิ่งขึ้น

#6.2 [จิตอาสา-1740-0.01-0.38] [วีดิทัศน์]

1. จิตอาสา → ค่ะ (.) สวัสดีเน้อค่า ((ยกมือไหว้))
2. → ก่อนอื่นต้องขออนุญาตแนะนำตัวเอง (.)
3. → ก่อนเนาะ ((ผงกหัว))
4. → จี้อ๋อ (.) น.ส.ระพีพรรณ ปันคำ นะเจ้า
5. → เป็นอัน (.) พยาบาล (.) โสภบาลนครพิงค์ (.) เนี้ย
6. ผู้ดูแล1 → ((ยกมือไหว้)) ((ยกมือไหว้))
7. จิตอาสา → ค่ะ ((ยกมือรับไหว้))
8. → ก่อเป็นพยาบาลที่จะมาพูดคุยกับญาติ (.) เนี้ยค่า

9. → เกี่ยวกับโรคและอาการของคนช้าย ...
10. → หยิ่งเอี้ยะเนาะ
11. → (2.0) มาคุยกันธรรมดาเนี่ย (.) นะเจ้า
12. → บ่าถ้าเกร็งเนาะ ((ผายมือ)) ค่ะ
13. → อันนี้ขออนุญาต ((ผายมือ))
14. → คุณป้อแนะนำตัว (.) คุณป้อจื้อหยิ่งเจ้า::
15. ผู้ดูแล1 ชัยแสง
16. จิตอาสา ชัยแสง
17. ผู้ดูแล1 ปังยาทามี่ (.) ปังยาทามี่
18. จิตอาสา ปายาทามี่
19. จิตอาสา ((พยักหน้า))
20. จิตอาสา พ้อ (.) เรียกว่า (.) ป้อชัยแสง (.) เอี้ยะน่อ
21. พี่ชื่อ ::
22. ผู้ดูแล 2 อนุรักษ์ (.) ปังยาทามี่
23. จิตอาสา พี่อนุรักษ์ (.) ป้อชัยแสงเน้อะ
24. → ทุกวันนี้มาเยี่ยมหาคนไข้ (.) จื้ออะหยิ่งเจ้า

จากบทสนทนาที่ 6.2 พบว่าจิตอาสาเริ่มจากการกล่าวแนะนำตัวเช่นเดียวกับบทสนทนาที่ 6.1 ซึ่งการแนะนำตัวนี้เป็นการสร้างความสัมพันธ์ขั้นแรก แล้วยังนำไปสู่การเรียกชื่อในระหว่างสนทนา แล้วยังพบว่าการที่จิตอาสาเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้กล่าวชื่อ แนะนำตัวเองถือได้ว่าเป็นการช่วยสร้างความผ่อนคลาย เกิดความเป็นกันเองในการสนทนาเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย สังเกตได้จากกรณีศึกษาที่ 2 บรรทัดที่ 11-12 จิตอาสากล่าวขอให้ญาติผู้ดูแลแนะนำตัว อันนี้ขออนุญาต ((ผายมือ)) คุณป้อแนะนำตัว คุณป้อจื้อหยิ่งเจ้า:: เมื่อจิตอาสาขอให้ญาติผู้ดูแลแนะนำตัวทำให้เกิดการพูดโต้ตอบกับ ไม่ใช่ญาติผู้ดูแลเป็นผู้รับฟังเพียงอย่างเดียว ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างคู่สนทนา และการพูดคุยต่อไปจะดำเนินไปอย่างค่อนข้างเป็นกันเอง หลังจากนั้นจึงจิตอาสาเริ่มเข้าสู่การพูดคุยเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย ในบรรทัดที่ 24 จิตอาสาถามต่อว่า พี่อนุรักษ์ (.) ป้อชัยแสงเน้อะ (.) ทุกวันนี้มาเยี่ยมหาคนไข้ (.) จื้ออะหยิ่งเจ้า

แม้ว่าจิตอาสาใช้คำถามเหล่านี้เพื่อเป็นการทักทาย (greeting) เพื่อการอยู่ร่วมกันทางสังคมแต่การถามในบางบริบทมีความหมายมากกว่าที่ผู้วิจัยพูดถึง ไม่ได้ถามเพื่อให้การมีปฏิสัมพันธ์ดำเนินไปเท่านั้นหรือเป็นการถามอย่างไร้เป้าหมาย แต่การถามของจิตอาสามีนัยสำคัญเพื่อทำให้ระเบียบทางสังคม (social order) เกิดขึ้น ระเบียบดังกล่าวเป็นเรื่องของการกำหนดแนวทางและประเด็นเรื่องที่จะพูดคุย ควบคุมให้ญาติผู้ดูแล บอกเล่าในสิ่งที่จิตอาสาต้องการรู้ เช่น เพื่อให้ได้ความจริงว่าญาติผู้ดูแลมีแนวทางจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไร ดูแลผู้ป่วยอย่างไร มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการช่วยเหลือจากทางชุมชนหรือสถานพยาบาลบริเวณใกล้เคียงบ้างหรือไม่ รวมทั้งใช้คำถามเพื่อประเมินสิ่งต่าง ๆ ที่จิตอาสาต้องการรู้ และลักษณะของคำถามที่ใช้ในการสนทนาลักษณะนี้จะไม่ใช้คำถามบังคับหรือจัดทางเลือกให้คนตอบ ไม่ใช่คำถามที่ต้องการคำตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ (yes/no interrogative) คำถามที่พบในการเปิดประเด็นที่เกิดขึ้นในงานวิจัยนี้จะเป็นคำถามอ้อม (indirect question) ไม่ใช่คำถามตรง

การสนทนาเพื่อพูดถึงการวางแผนหรือเตรียมตัวในลักษณะนี้จึงมีลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไปไม่มีเทคนิค การสนทนาของมนุษย์ในชีวิตประจำวันในบางเรื่องนั้น มนุษย์มิได้เริ่มหรือพูดคุยกันอย่างตรงไปตรงมาหรือคิดจะเริ่มเมื่อใดก็เริ่ม (Benson and Hughes, 1983) มนุษย์ต้องคำนึงถึงว่าคนที่คุยด้วยคือใคร คุยเรื่องอะไรและควรเริ่มคุยอย่างไร ดังนั้นการเปิดประเด็นจึงเป็นเรื่องสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อเราต้องพูดคุยกับคนอื่น ทั้งคนพูดและคนที่ฟังต้องร่วมมือกัน แสดงความเข้าใจร่วมกันจึงจะทำให้การสนทนาเกิดขึ้นได้ การเปิดประเด็นที่ต้องการจึงเกิดขึ้น ซึ่งในการสนทนาโดยทั่วไปทั้งผู้สนทนาทั้งสองคน สามารถเป็นผู้เปิดประเด็นการพูดคุยได้ทั้งคู่ แต่ในงานวิจัยนี้พบว่าเกือบทุกกรณีศึกษาของงานวิจัยนี้ จิตอาสาจะเป็นคนเริ่ม (initiate) หัวข้อการพูดคุย (the topic) เพื่อนำเข้าสู่ขั้นตอนที่ 2 คือการทดสอบการรับรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยและการดำเนินโรค

แต่มีหนึ่งกรณีศึกษาที่มีความน่าสนใจกล่าวคือ ภายหลังจากที่ญาติผู้ดูแลแนะนำตัว ญาติผู้ดูแล เป็นผู้เปิดประเด็นและเริ่มกล่าวถึงอาการของผู้ป่วยก่อน แต่มิได้มีจุดมุ่งหมายในการสื่อสารในเรื่องนี้มากนัก เช่น ญาติผู้ดูแลพูดถึงความคาดหวังของตนเองว่าอยากให้ผู้ป่วยหาย เล่าถึงอดีตของผู้ป่วยว่าสมบูรณ์แข็งแรงดีมีอาการปวดท้องอย่างเดียว ไม่เคยมีโรคภัยอะไร และพูดถึงการวินิจฉัยการสั่งยาของแพทย์ เป็นต้น

#6.3 [จิตอาสา-2-0.36-2.13] [วิธีทัศน์]

1. ผู้ดูแล1 → ((ผงกศรีชะ)) เจ้า (.) ไต่อื่น (.) ((สายหน้า))
2. → เอามาอุ้มรักษาก่อนเพื่อว่าจะหือเป็นหาย
3. → หายเจ็บ ((ผงกศรีชะ)) ((ขยับมือขวาขึ้นลง))

4. → หายป่วย ((ผงกศรีษะ)) ((ขยับมือขวาขึ้นลง))
5. → หายเจ็บท้อง ((ผงกศรีษะ)) ((หลับตา))
6. → ((ขยับมือขวาขึ้นลง))
7. → คนเฒ่ามันเจ็บ ↑ ต้อง ((ผงกศรีษะ))
8. → ((มือขวาจับขอบโต๊ะ))
9. → ตีเป็นเอามาเนีย คือเป็น (.)
10. จิตอาสา → อัม :: ((ผงกศรีษะ))
11. ผู้ดูแล1 → จะมาয়া ↑ ต้องเนีย
12. → ((เอามือขยับไปที่ท้อง)) ((ก้มศรีษะ)) ((หลับตา))
13. → เจ็บ ↑ ต้องเนีย (.)
14. จิตอาสา → อัม :: ค่ะ ((ผงกศรีษะ))
15. ผู้ดูแล1 → แต่เป็น ((สายหน้า)) ตอบด้วยใจจริงๆว่า (.)
16. → อุ้ยนี้หนา (1.0) ((ยกมือซ้ายขึ้น)) ((มือขวาชี้ที่มือซ้าย))
17. → เป็นก้อปะเป็น (.) ((เอามือขวาชี้วางบนมือซ้าย))
18. → เจ็บเก่า ((สายหน้า))
19. → เมาหัว (.) ((ผงกศรีษะ)) ปะเป็นความดัน ((สายศรีษะ))
20. → ความดันปกติ (.) เป็นก้ออยู่ได้ปกติ (.)
21. → มีอย่างเดียวเป็นเจ็บท้อง ((เอามือขวาจับท้อง))
22. → ((ผงกศรีษะ)) (.)
23. → อู้อืออือเตอะ (.) ใค้หือหาย (.) ((ผงกศรีษะ))
24. → ไปะหยังไเดอี้ย
25. → อัม ::
26. → มันมันปนกั๊ด ((เอามือขวาจับท้อง)) ((ผงกศรีษะ))
27. จิตอาสา → ค่ะ

28. ผู้ดูแล1 นี้กว่าเป็นกัศธรรมา ((ผงกศรีษะ ยกมือขวา))
29. เป็นก่อเอายาหื้อหาย ((ขยับมือขวา))
30. มั่นก่อ ↑ ดีขึ้น ((ผงกศรีษะ))
31. ((สบตาจิตอาสา)) แต่ไปอยู่โงงยาฮันนะ (.)
32. ผู้ดูแล1 ได้ส่วัน ((มือขวาชู 4 นิ้ว))
33. เป็นก่อบอกว่า ((สายหน้า)) มันจะได้นี่ปะเดี่ยวนี่
34. เจ็บอยู่กำ ((ผงกศรีษะ))
35. เจ็บอยู่เอี้ย ((ผงกศรีษะ))
36. อ่า (.) ละหมอใหญ่ ((ยกมือขวา))
37. เป็นก่อส่งมาเพ้ ((ผงกศรีษะ))
38. (.) ส่งมาเพ้ ((ขยับมือขวา))
39. แม่ก่อบอกว่าดีกำ ((ก้มศรีษะเล็กน้อย))
40. เป็นโงงยาใหญ่เอี้ยน้อ (.)
41. จิตอาสา ค่ะ
42. ผู้ดูแล1 ก่อส่งมาปั๊บ ((ยกมือขวาขยับไปมา))
43. เป็นก่อบอกว่า ((ยกมือขวาขยับไปมา))
44. อ้อยก่อต้องรอเนี้ยก่อน ((ขยับมือขวาขึ้นลง))
45. รอไปก่อนเน้อ (.) รอหื้อจันอีกษาหาย
46. ((เอามือขวาทำท่าเหมือนลูบท้อง))
47. จิตอาสา ค่ะ ((ผงกศรีษะ))
48. ผู้ดูแล1 แม่ก่อต้องวางใจ ((มือวางที่ท้อง))
49. หมอเพราะว่า ((ขยับมือขวาเล็กน้อย))
50. ((ขยับตัวไปด้านหน้าเล็กน้อย))
51. มาก่อไค้หื้อป้อหาย

52. จิตอาสา ค่ะ ((ผงกศึรชะ))
53. ผู้ดูแล1 เพาะว่า (1.0) เป็นแปดสิบ
54. ((เอานิ้วชี้มือขวา ชี้นมือซ้าย))
55. เป็นยะกานได้ ((เอานิ้วชี้มือขวา ชี้นมือซ้าย))
56. เป็นเตวได้ ((ผงกศึรชะ))
57. ก็นได้ ((ผงกศึรชะ)) เป็นสบาย ::
58. อย่างคนเฒ่าณะ (.) ตำเป็นฮ้อนว่า ((ยกมือขวา))
59. หื้อพยาบาลนะ
60. ((หันหน้าไปด้านซ้าย))
61. ↑ เอ้อ :: ไค้เมื่อแหมแล้ววันพุกก่อมานะ (.)
62. เฮาก้อบอกว่ (.)
63. อดทนเอาน้ออ้อยได้ไค้ห้อง (.)
64. ((ขยับมือขวาขึ้นลงบนขอบโต๊ะ))
65. ถ้าเป็นว่ (.) อ้อยจะได้ฝ่ (.) ((ขยับมือขวาขึ้นลงบน
66. ขอบโต๊ะ))
67. แม่ก้อยอมเซ็นต๋น้อ ((หงายมือซ้าย))
68. จิตอาสา เจ้า
69. ผู้ดูแล1 เอ้อ (.) แม่ก้อยอมเซ็นไค้หื้อเป็นหาย (.)
70. แล้วแม่ก้อบอก ((มือขวาชี้ตัวเอง))หื้อคนไข้ว่ (.)
71. วันพุกเนี้ย ((ขยับมือขวาไปที่โต๊ะ))
72. จะมาหาแหมเน้อ ((ผงกศึรชะ)) เอี้ย (.)
73. พอเป็นมา (.) พอเป็นฝ่ตัดเป็นก้อตีขึ้น

74. ((ขยับมือขวาขึ้นลง))
75. เป็นก่อบุ๊สู๊สก็งจะมาเอี้ย (1.0)
76. จิตอาสา ค่ะ
77. ผู้ดูแล1 อืม ((ผงกศึรชะ)) (1.0)
78. จิตอาสา ต่อนแรกหมอ (.) ((ขยับมือซ้ายผายไปที่ผู้ดูแล1))
79. หมอเป็นยังบะสู๊เตื้อเนาะ (.)
80. ผู้ดูแล1 ((ผงกศึรชะ))
81. จิตอาสา ว่าเป็นโรคอะหยังอึเนาะ
82. ผู้ดูแล1 เจ้า ((ผงกศึรชะ))

จากกรณีข้างต้น ญาติผู้ดูแลเปิดประเด็นในลักษณะที่เป็นการบ่นมากกว่าที่จะตั้งใจนำหัวข้อเรื่องแนวทางการดูแลผู้ป่วยเข้ามาพูดคุย เห็นได้จากตั้งแต่บรรทัดที่ 1 ถึงบรรทัดที่ 80 พบว่าเมื่อญาติผู้ดูแลเปิดประเด็นการสนทนาด้วยการกล่าวถึงผู้ป่วยและอาการ ตัว เจ้า (.) ไอตี้อัน (.) เอา มาอู๋ยมารักษา (.) ก่อเพื่อว่าจะหื้อเป็นหาย (.) หายเจ็บ หายป่วย (.) หายเจ็บต้อง คนเฒ่ามันเจ็บต้อง (.) ตี้เป็นเอามาเนีย (.) คือเป็น :: อืม :: ผู้ดูแล1 จะมาอย่าต้องเนีย เจ็บต้องเนีย จิตอาสาบอกว่า อืม :: ค่ะ ซึ่งญาติผู้ดูแลพูดต่ออีกว่า แต่เป็นตอบด้วยใจจริงว่าอู๋ยนี้หนา (.) เป็นก่อบะ ↑ เป็น :: เจ็บเกาท์ (.) เมหาหัว (.) บะเป็นความดัน (.) ความดันปกติ (.) เป็นก่อบุ๊ได้ปกติ (.) มีอย่างเดียวเป็นเจ็บต้อง อู๋ซื่อ ๆ เตอะ ใค้หื้อหายไปะหยังใด ↑ เอี้ย จะเห็นได้ว่าจิตอาสาจะข้อมูลที่ญาติผู้ดูแลตั้งเป็นข้อสังเกตและจดจำไว้ แต่ไม่พูดคุยสานต่อทันทีทันใด จะเก็บเรื่องการทดสอบการรับรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยและการดำเนินโรคไว้ก่อน อย่างไรก็ตามการเปิดประเด็นในครั้งนี้จะกลายเป็นหัวข้อของการพูดคุยอีกครั้งในบทพูดต่อไป จิตอาสาจะพูดคุยอย่างจริงจังอีกครั้งเมื่อเวลาผ่านไปสักระยะหนึ่ง จิตอาสา ค่ะ (.) ต่อนแรกหมอ (3.0) หมอเป็นยังบะสู๊เตื้อเนาะว่า (.) เป็นโรคอะหยังอึเนาะ

การทดสอบการรับรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยและการดำเนินโรค

จิตอาสาเริ่มทดสอบการรับรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยโดยการใช้คำถามร่วมกับการใช้เทคนิคการอ้างถึงบุคคลที่ 3 โดยการตั้งคำถามนี้จะเกิดต่อเนื่องจากการแนะนำตัวซึ่งเป็นกรณีที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งในงานวิจัยนี้

#6.4 [จิตอาสา-1330-0.01-0.54] [วีดิทัศน์]

1. จิตอาสา แม่โสภานาะ ((วางมือที่หน้าอก))
2. ตะวาเฮาเจอกัน (.) ละเนาะ
3. พอดีน้อง ((เอามือแตะหน้าอก 2 ครั้ง))
4. แนะนำตัวแหมรอบน้องเป็นพยาบาลดี (2.0)
5. ดูแลคนไข้ (.) เกี่ยวกับมะเร็งหรือโรคอื่นอื่น ก้อได้
6. แต่เป็น (.) รักษา "ไม่ได้ละ"
7. ประมาณหยั่งอันเนาะ (.) ละก้อ(2.0)
8. ก้อคือมาอุ้กันก่อน
9. ที่นี่ ↑ เนี้ย ขอลามแหมก้า ↑ แหมรอบ
10. → แม่ฮู้ว่า (.) คุณ (.) ตาเป็นโรคอะหยั่งเอ้าะ
11. ผู้ดูแล → เป็นโรคมะเร็ง ((พยักหน้า))
12. จิตอาสา → ที่ ::
13. ผู้ดูแล → >ที่ปอด<
14. จิตอาสา → ที่ปอด (.) เริ่ม (.) เริ่มตีปอดหรอ ((ผงกศีระชะ))
15. ผู้ดูแล → ((เอามือแตะที่คอ))ตอนแรกอยู่ที่กล่องเสียง
16. จิตอาสา → เอ้อ (.) กล่องเสียง (.) ละบำเดียวเนี้ยมันไปปอดละ (.)
17. → แสดงว่ามันลามน้อ หมอว่า (.) เป็นระยะ ::
18. ผู้ดูแล → .ฮอยฮ (2.0) สุดท้าย ::
19. จิตอาสา → คุณลุงฮู้แคไหน(3.0)
20. → ว่าเป็นระยะสุดท้ายนี้ฮู้ก้อ
21. → อ่ามะเร็งนี้คงฮู้แน่นอน (2.0) แต่ฮู้ก้อว่า ::
22. ผู้ดูแล → ระยะสุดท้ายนี้ (.) ปีที่แล้วละหนา (2.0) ปีห้าแปด

จากบทสนทนาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยพบว่าจิตอาสากำลังใช้ทฤษฎีของการให้การดูแลแบบประคับประคองที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและต้องพยายามทำให้ความเป็นกลางเกิดขึ้น เห็นได้จากบรรทัดที่ 17 – 19 จิตอาสาเลือกใช้คำว่า *หมอว่า* (.) *เป็นระยะ* ∷ เป็นการเว้นไว้ให้ญาติผู้ดูแลตอบเอง ซึ่งคำตอบของญาติผู้ดูแลจะแสดงได้ว่าญาติผู้ดูแลรู้เรื่องนี้มาด้วยตัวเองแล้ว การกล่าวเช่นนี้มีได้เป็นการทักท้วงของจิตอาสาเพราะจิตอาสายังอ้างหมอซึ่งเป็นบุคคลที่ 3 ว่าเป็นคนบอกข้อมูลของผู้ป่วยให้ญาติผู้ดูแลรู้ การอ้างอิงบุคคลที่ 3 เกิดขึ้นเมื่อจิตอาสาต้องการทำให้บทบาทของตนเองมีความเป็นกลาง จิตอาสาจะไม่กล่าวว่าตัวจิตอาสารู้และบอกว่าผู้ป่วยในการดูแลของญาติคนนี้เป็นมะเร็งแต่จิตอาสาใช้การบอกเล่าด้วยตัวญาติผู้ดูแลเองและจากคำบอกของหมอซึ่งทำให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ว่าอยู่ในขั้นใดแล้ว

นอกจากนั้นในบางกรณียังมีการสอบถามถึงการยอมรับกับสาเหตุที่เกิดโรคและอาการที่เกิดขึ้น

#6.5 [จิตอาสา-1802-2.12-3.05] [วีดิทัศน์]

1. จิตอาสา → พี่คะ (.) แล้วก็แบบ
2. → คุณยายมีโรคประจำตัวอะหยังผ่อง (.) ปี่ฮู้ก่อ
3. ผู้ดูแล ((นับนิ้ว)) หัวใจ (.) ความดัน (.) เบาหวาน (.)
4. เก๊าท์ (.) นิ่วในถุงน้ำดี (.) ตับแข็ง (.)
5. ละ (.) เห็นสุดท้ายสุดเห็นว่าจะเป็น
6. โรคกระเพาะ (.) มีมาตวยคะ
7. เพราะแกกินยาเยอะ (.) ละกินข้าวได้หน้อย
8. จิตอาสา เป็นครบเลยเนาะ
9. ผู้ดูแล ค่ะ ((พยักหน้า)) ((ยิ้ม))
10. จิตอาสา → ยอมรับไหม
11. → ยอมรับโรคอาการของคุณยายไหม
12. ผู้ดูแล → ถ้าตัวเฮาก่ออะอยากจะยอมรับอะ ((เงยหน้า))
13. จิตอาสา → อืม
14. ผู้ดูแล → แต่ตัวยาย (.) และก่อแกทำตัว ∷ ((ผายมือ))

15. → แยกทำตัวตั้งแต่ :::
16. → ตอนตีแยกทำ (.) มีแรงอะหยัง (.) แยกทำตัว :::
17. จิตอาสา ยังไงคะ
18. ผู้ดูแล นะ (.) กินเหล้า (.) สูบบุหรี่
19. แต่ตอนนั้น (.) เขาก่อนน้อย
20. เขาก่อนอู่อะหยังก่อนจะได้ (.) เนาะ
21. เขาก็เขียนอยู่ (.) เขาก่อนอู่อะหยังจะได้
22. แต่มาเห็นผลรับก็คือ .ฮฮฮ นะ
23. กินเสร็จละมันเป็นจะเอี้ยะ ฮฮฮ ((ผงกหัว))
24. ได้เสียมาอย่างนึงมันก่อน (.) เสีย (.) เสีย ↑ ทุก อย่าง
25. ทุกอย่าง (.) มันเหมือนรถ
26. มันเปลี่ยนอะได้เนาะ ((ผงกหัว))
27. จิตอาสา ค่ะ

ในขั้นตอนนี้มีความสำคัญประการหนึ่งคือเป็นช่วงที่จิตอาสาใช้โอกาสที่ญาติผู้ดูแลพูดถึงโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ซึ่งญาติผู้ดูแลรับรู้ (awareness) บรรทัดที่ 10 – 16 จิตอาสาเริ่มใช้คำถามเพื่อประเมินถึงการรับรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยในการดูแลของญาติผู้ดูแลด้วยคำถามว่า แล้วก็แบบคุณยายมีโรคประจำตัวอะหยังผ่อง บี้ฮู้ก่อน ผู้ดูแล ถ้าตัวเขาก่อนอะอยากจะยอมรับอะ ((เงยหน้า)) จิตอาสาตอบในบรรทัดที่ 13 เพียงว่า อืม ::: ผู้ดูแลจึงกล่าวต่อในบรรทัดที่ 14-16 ว่า แต่ด้วยอายุ และก่อนแยกทำตัว ::: ((ผายมือ)) แยกทำตัวตั้งแต่ ::: ตอนตีแยกทำ มีแรงอะหยัง แยกทำตัว ::: แสดงถึงว่าจิตอาสาพยายามประเมินถึงการยอมรับในโรคและอาการของผู้ป่วยในความคิดของญาติผู้ดูแล การพูดคุยเพื่อประเมินการยอมรับของญาติผู้ดูแล ในขั้นตอนนี้ใช้การถามและการตอบเป็นกลไกหลักและหากวิเคราะห์การใช้ภาษาในการบรรยายโรคร่วมทั้งลักษณะอาการของผู้ป่วย ก็พอจะทำให้จิตอาสาเห็นว่าญาติผู้ดูแลรับรู้ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต แต่ในขั้นตอนนี้จิตอาสาพยายามรู้ แต่ไม่ได้ต้องการประเมินว่าผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลยอมรับความตายที่เกิดขึ้นมากน้อยอย่างไร

#6.6 [จิตอาสา-1602-3.47-5.23] [วีดิทัศน์]

1. จิตอาสา → โรคต่อมลูกหมากโต
2. → หรือว่าก้อนมะเร็งที่ต่อมลูกหมาก (.) นะเจ้า
3. → อากันก่อนคือว่า (.)
4. → ไต่ก้อนที่ต่อมลูกหมากเนี่ย
5. → มัน (.) จะขยายใหญ่ขึ้นเรื่อยเรื่อย
6. → แต่ก้อนเนี่ย (.) มันก่อ (.) ปะใจว่าอยู่ที่เดียว
7. → มันก่อจะลามไประบบอื่นของร่างกาย (.) ตวยอ้เจ้า
8. ผู้ดูแล คับ ((พยักหน้า))
9. จิตอาสา → มันก่อ (.) จะลามไปที่กระดูกเนาะ
10. ผู้ดูแล คับ ((พยักหน้า))
11. จิตอาสา → เอ้อ :: มันก่อจะลามไปที่ปอด
12. ผู้ดูแล คับ ((พยักหน้า))
13. จิตอาสา → และบางที (.) มันก่อจะลามไปขึ้นสมอง
14. เพราะว่า (.) ไต่ตัวมะเร็งเนี่ยนะเจ้า ::
15. มันไปก๊อ (.) ก๊อหน (.) ก๊อแห่งนะ
16. ผู้ดูแล คับผม ((พยักหน้า)) คับ
17. จิตอาสา เมื่อถึงระยะเวลา (.) ของมันเนาะ
18. ผู้ดูแล คับ
19. จิตอาสา → และวันหนึ่ง (.) อีป้อก่อจะมีอากันอิดเนาะ
20. ผู้ดูแล คับ
21. จิตอาสา → อิด จ้วยเหลือตัวเก่าปะได้ (.) อย่างเอี้ยคะเนาะ
22. ละก่อ (.) เกยมีคนถามก่อคะ
23. ถ้าป้อเหนือมากมาก

24. หรือพ่อหยุดหายใจไป (.) อย่างเอี้ยเนาะ ((ผกหัว))
25. จะหื้อหมอ (.) จัวยก่อ
26. ผู้ดูแล ก่อคงปล่อยเป็นไปอย่างสงบ ((พยักหน้า))
27. เอี้ยคับเนาะ (.) เฮาก็คิดว่าเฮาทำใจ
28. → เพราะข้างข้างบ้านผม (.) ก่อเป็นเอี้ยคนคับ
29. จิตอาสา เป็นเป็นอย่างไรเจ้า
30. ผู้ดูแล เป็นเป็นละ (.) มันจะลามไปเรื่อยเรื่อยอะคับ
31. มะเรียงเนี้ยเนาะคับ (2.0) เนาะ
32. คราวที่แล้วเป็นติดคับ
33. ปะเต็ยวู้สิกว่า (.) จะติดปอดละคับ
34. จิตอาสา อืม ::
35. ผู้ดูแล คนข้างบ้าน (.) ก่ออยู่ติดติด (.) บ้านผมนะคับผม
36. จิตอาสา อืม :: เจ้า (.) ละปะเต็ยวู้ (.) เป็นมีอยู่ก่อคะ
37. ผู้ดูแล เป็นมีคับ
38. แต่เป็นก่อ (.) เป็นมาหลายปีละนะคับ
39. จิตอาสา อืม :: ละเป็นก่ออยู่บ้านกะว่าเป็นเอามาโสงยาคะ
40. ผู้ดูแล หมอนัดเป็นก่อมาเรื่อยเรื่อยคับ
41. จิตอาสา ออ ::
42. ผู้ดูแล แกก่อทำเคโม (.) อะหยังไปเรื่อยเรื่อย (.) คับ
43. จิตอาสา → อ่อ (.) เจ้า (.) กรณียของป้อมันคนละอย่างกันเนาะ
44. ผู้ดูแล คับ ((พยักหน้า))
45. จิตอาสา → อันนั้น (.) เป็นยังช่วยเหลือตัวเองได้เนาะ
46. → แต่อันนี้ป้อเป็นปะมีไค

47. → ป้อจ้วยเหลือตัวเองปะได้เนาะ (.) สุมาเตีอะ
48. ผู้ดูแล → แมนละคับ = เป็นแก่คับ = เข้าใจคับ ((พยักหน้า))
49. จิตอาสา → เข้าใจเนาะ
50. → แล้วอัน (.) อ้ายคิดว่า
51. → ตอนนี้จะวางแผนในกานรักษาอัย (.) อยางใดเจ้า

กรณีศึกษาข้างต้นเป็นอีกกรณีหนึ่งที่จิตอาสาพูดคุยกับญาติผู้ดูแลในเรื่องการลุกลามของโรคและอาการที่เหมือนว่าจะแย่ลง (deterioration) บรรทัดที่ 1-7 จิตอาสาเริ่มกล่าวถึงการดำเนินโรคเป็นลำดับขั้นด้วยคำพูดที่เข้าใจง่ายว่า โรคต่อมลูกหมากโตหรือว่าก้อนมะเร็งที่ต่อมลูกหมาก (.) นะเจ้า อากานก่อนคือว่า (.) ไก่ก้อนดีต่อมลูกหมากเนี่ย มัน (.) จะขยายใหญ่ขึ้นเรื่อยเรื่อย แต่ก้อนเนี่ย (.) มันก่อ (.) ปะใจว่าอยู่ที่เดียวมันก่อจะลามไประบบอื่นของร่างกาย (.) ตวยอี่เจ้า หลังจากที่จิตอาสาเปิดประเด็นไปแล้ว จิตอาสายังชวนญาติผู้ดูแลพูดคุยเรื่องอาการและการดำเนินโรค หากเราวิเคราะห์การสนทนาในแต่ละช่วงเราจะพบว่า จิตอาสาค่อย ๆ คุยเรื่องของอาการและการลุกลามของโรคทีละขั้น และเนื้อหาของ การพูดคุยทำให้มองเห็นระดับความรุนแรงของโรคมามากขึ้นตามลำดับ ดังเช่นในบรรทัดที่ 9 11 13 19 และ 21 นอกจากนี้ในการสนทนานี้ยังพบว่าญาติผู้ดูแลมีการอ้างอิงถึงผู้ป่วยที่เป็นบุคคลที่สามว่ามีอาการลักษณะเดียวกัน ในบรรทัด 28 ซึ่งจิตอาสาพูดคุยเพื่อถามต่อจนเกิดความเข้าใจ เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้เล่าถึงความเข้าใจ ในบรรทัดที่ 43 จิตอาสาบอกว่า อ้อ (.) เจ้า (.) กรณีของป้อมัน :: มันคนละอย่างกันเนาะและบรรทัดที่ 45 -47 จิตอาสามีการเทียบเคียงอาการของผู้ป่วยทั้ง 2 คนเพื่อสร้างความเข้าใจ โดยจิตอาสาถามว่าในบรรทัดที่ 45 ว่า อันนั้นเป็นยังช่วยเหลือตัวเองได้เนาะ แต่อันนี้ป้อเป็นปะมีไค่ ป้อจ้วยเหลือตัวเองปะได้เนาะ (.) สุมาเตีอะ จากคำพูดดังกล่าวของจิตอาสาช่วยให้ญาติผู้ดูแลคิดตามและกล่าวตอบที่แสดงถึงความเข้าใจดังในบรรทัดที่ 48 แมนละคับ = เป็นแก่คับ = เข้าใจคับ ((พยักหน้า)) และเมื่อจิตอาสาเห็นว่าญาติผู้ดูแลเกิดการยอมรับและเข้าใจมากขึ้นแล้ว จึงเข้าสู่การให้คำแนะนำเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปต่อไป ดังในบรรทัดที่ 49 -51 จิตอาสาบอกว่า เข้าใจเนาะแล้วอัน (.) อ้ายคิดว่าตอนนี้จะวางแผนในกานรักษาอัยอยางใดเจ้า

การให้คำปรึกษา / การแนะนำ

ในกรณีที่จิตอาสาพูดคุยญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการวางแผนรับมือกับการดูแลผู้ป่วย (advice giving) ทำให้เกิดพูดคุยถึงการดำเนินของโรคที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคตและเพื่อเปิดประเด็นญาติผู้ดูแลทั้ง 2 คน เกิดการวางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว

#6.7 [จิตอาสา-1740-2.15-3.47] [วีดิทัศน์]

1. จิตอาสา มีความหวังนะ (.)
2. ขอให้มีปาฏิหาริย์ให้คุณแม่กลับมานะ (.)
3. แต่ ↑ สมมุติว่ามันไม่มีปาฏิหาริย์ สมมุติว่าตายนะ
4. นี่เป็นเรื่อง (.) สมมุตินะ (.)
5. สมมุติว่า ::: แม่ ::: แม่คงไม่ดีขึ้นกว่านี้ละ (.)
6. แม่คงอาจจะต้องใส่สายจุมูกกลับบ้าน (.)
7. หรือใส่สายจุกกลับบ้านอย่างเนี่ย (.)
8. ใครจะเป็นคนดูแลคะ (.)
9. หรือว่าเรามีการวางแผน (.) ว่ายังไงไหม
10. ผู้ดูแล 2 ก้อ (.) ไม่ต้องวางแผนอะไร (.)
11. = เราเป็นลูก
12. เราจะต้องทำหน้าที่ให้ดีที่สุดจน
13. = จนเท่าที่ดีที่สุดแล้วกัน
14. จิตอาสา คือ :: พี่อนุรักษ์คิดว่า
15. เราไม่ต้องวางแผน (.) นี่คือแม่เรา
16. ยังไงเราก้อต้องดูแลคุณแม่ให้ดีที่สุด (.)
17. → และพ่อไชยแสงละคะ (2.0) ก็ดีหยั่งไต
18. → ถ้า ↑ สมมุติว่าแม่ต้องเป็นอย่างอื่น
19. → แม่จะต้อง (.) ใส่สายจุมูกกลับบ้าน
20. → หรือต้องใส่ (.) สายจุกกลับบ้าน (.) เจ๊
21. → คือเขาต้องนอนอย่างเนี่ย
22. ↑ สมมุติ (.) สมมุติว่าตายหนา
23. ป้อกั๊ตว่าหยั่งไต (.) ถ้าปิ๊กไปบ้านนะไหวก้อ

24. ผู้ดูแล 1 → ° คิดว่าป่าไผ่คับ ° ((สายหัว))
25. จิตอาสา ป้อป่าไผ่เนาะ (.)
26. ตัวป้อป่าไผ่เนาะ (.) ปกติป้ออยู่บ้านกับใครฟอง
27. อยู่กับแม่ (.) ละมีใครแหม
28. ผู้ดูแล 1 อยู่ที่บ้านมันสูตัวอยู่ (.) อยู่ป่าสูตัวสักหน่อย
29. จิตอาสา หมอถามว่า (.) สมมุติป่าเดียวนี้เนาะ (.)
30. เปลป่าดีกว่านี้ละ
31. อากันเปลตั้งจะเป็นหยั่งเอี้ยะ
32. ต้องใส่สายจุกเนาะ (.) ให้อาหารทางจุก
33. และใส่สายฉีกกลับบ้านเนี่ย
34. ถ้าคุณแม่บักไปบ้านในสภาพนี้ (.) นะ
35. สมมุติเน้อ (.) คือหมอบอกว่า (.)
36. ป้อสมมุติป่าตายนะ (.) มันป่าใจเรื่องจริงนะ
37. ป้อมันป่าไผ่ละ
38. ป่าเดียวนี้ (.) ก่อต้องใส่สายจุกกลับบ้าน
39. กับใส่สายเยียวบักบ้าน (.) ไปก่อนเอี้ยะ
40. → ป้อจะดูแลไผ่ ↑ ก่อ
41. ผู้ดูแล 1 → ° ป่าไผ่ ° ((สายหัว))
42. จิตอาสา → ป่าไผ่ (.) ป้อคนเดียวป่าไผ่เนาะ (.)
43. → แต่ถ้าสมมุติว่า (.) ลูกลูกเขามาจิวอีไผ่ก้อ
44. ผู้ดูแล 1 → ลูกมาดูแลต้นนี้ก่า (.) ก่อถ้าจะดี ((พยักหน้า))

จากการสนทนาข้างต้นเกี่ยวกับการให้ปรึกษาและให้คำแนะนำ ทำให้เห็นได้ว่าการให้คำปรึกษาแก่ญาติที่ต้องดูแลผู้ป่วยในระยะเป็นมาและต้องเสียชีวิตนั้น มีหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง รวมถึง การเตรียมพร้อมในด้านต่าง ๆ และการยกสิ่งเหล่านี้มาใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรมในการพูดคุยและการรับมือกับการจากไป ในที่นี้คือการชี้ชวนให้เห็นถึงความร่วมมือในการช่วยกันดูแล

ผู้ป่วยของคนในครอบครัว ดังที่เห็นจากบรรทัดที่ 17 – 27 จิตอาสากล่าวว่ และพ่อไชยแสงละคะ (2.0) ก็ดหยังใด ถ้า ↑ สมมุติว่าแม่ต้องเป็นอย่างอื่น แม่จะต้องใส่สายจุมูกกลับบ้าน หรือต้องใส่สายฉี กลับบ้านเจ็ย คือเขาต้องนอนอย่างเน็ย ↑ สมมุติ สมมุติบ่าตายหนา ป้อก็ดหยังใด (.) ถ้าปี้กไปบ้าน นะไหวก้อ ผู้ดูแล 1กล่าวว่ ° คิดว่บ่าไหวคับ ° ((ส่ายหัว)) จิตอาสาถว่ย้าว่ ป้อบ่าไหวเนาะ (.) ตัว ป้อบ่าไหวเนาะ (.) ปกติป้ออยู่บ้านกับใครพ่องอยู่กับแม่ (.) ละมีใครหมม จะเห็นได้ว่ จิตอาสา พยายามถวมนำเพื่อให้ได้คำตอบและนำมาเชื่อมโยงเพื่อให้การเกิดการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมมาก ยิ่งขึ้น และในบรรทัดที่ 42-43 จิตอาสาถว่เพื่อเปิดโอกาสให้เกิดความช่วยเหลือในครอบครัวว่ บ่า ไหว (.) ป้อคนเดียวบ่าไหวเนาะ (.) ถ้าสมมุติว่าลูกลูก (.) เขามาจ๊วยอ้อไหวก้อ ซึ่งผู้ดูแล 1 ถว่ตอบใน บรรทัดที่ 44 ว่ ลูกมาดูแลตั้นนี้ก่า (.) ก้อถ้าจะดี ((พยักหน้า)) จะเห็นได้ว่ขั้นตอนการสนทนาของจิต อาสาในลักษณะนี้เป็นการประเมินจากคำพูดที่ญาติผู้ดูแล 1 และ ผู้ดูแล 2 ถว่ไว้ก่อนหน้าและ ประเมินดูแล้วว่อาจเกิดปัญหาตามมาหากผู้ดูแล 1 เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยคนเดียว แต่ไม่กล้าขอความ ช่วยเหลือจากผู้ดูแล 2 ด้วยตนเอง ดั้งนั้นจะเห็นได้ว่การถว่ซ้ำ ๆ ของจิตอาสาในบทสนทนา นี้ จึง เป็นการถว่ย้าเพื่อขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวให้ช่วยกันดูแลผู้ป่วยเพราะไม่ใช่หน้าที่ของ บุคคลใดบุคคลหนึ่ง

สรุปได้ว่การให้คำแนะนำต่อในลักษณะนี้ มีความหมายว่ต้องการความร่วมมืออาศัยคน ที่อยู่ร่วมกับสิ่งเหล่านี้และเข้าใจร่วมกัน การให้คำปรึกษาในเรื่องการเตรียมตัวเตรียมใจเช่นนี้จึงไม่ใช่ การใช้ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างเดียว แต่ต้องอาศัยการอยู่ร่วมกันทางสังคม ความ เข้าใจในสภาพแวดล้อม ความเป็นชุมชนและวัฒนธรรมเดียวกันของทั้งจิตอาสาและญาติผู้ดูแล

นอกจากนั้นในกรณีศึกษาที่ 6.8 ผู้วิจัยพบว่ จิตอาสาให้ความสำคัญกับหลักพุทธศาสนา เพราะมีความสอดคล้องกับแนวทางที่ได้รับการอบรมจากเครือข่ายพุทธิกาฯ และโดยส่วนตัวของผู้วิจัย ก็มีความเลื่อมใสในหลักคำสอนของพระพุทธเจ้าอยู่แล้ว ผู้วิจัยจึงเชื่อว่การปฏิบัติตามหลักศาสนา จะช่วยให้จิตใจของทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสงบแล้วก็จะทำให้ร่างกายของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัง สารแห่งความสุขออกมาทำให้ร่างกายสดชื่นจิตใจเป็นสุข

#6.8 [จิตอาสา-1802-11.19-12.00] [วีดิทัศน์]

- | | | | |
|----|---------|---|--|
| 1. | จิตอาสา | | แล้วตอนนี้แกอยากทำอะไรไหมคะคุณยาย ((ยิ้ม)) |
| 2. | ผู้ดูแล | | แกอยากทำอะไรไหม ((เอียงคอ)) |
| 3. | จิตอาสา | → | ไป ↑ วัด (.) ทำ ↑ บุญหรือว่ทำอะไรไหม (.) |
| 4. | ผู้ดูแล | → | ก้ออยาก (.) |

5. → แกก่่อยากทำนอะ (.) เพราะว่า ...
6. → เมื่ออาทิตย์ก่อน (.) ตี้เป็นมีตักบาตรเทโว
7. → ก่อชวนแกตอนมะคีนว่า = เอ่อพรุ้งนี้แม่จะไป
8. → เอ่อไปไป (.) แม่จะไป
9. จิตอาสา อีม ::
10. ผู้ดูแล → พอเจ้ามา = จะเข้าไป
11. → ขนาดอู้กับแพนว่า = เอ่อเฮา
12. → ถ้าแม่เดินปะได้ (.) เฮาใส่รถเข็นไปน้อ ::
13. จิตอาสา ((หัวเราะ))
14. ผู้ดูแล → เอ่อ :: แกก่จะเอาขึ้นรถอะหยิ่งเนียแหละ
15. → มะเจ้ามาก่อบะไหว
16. จิตอาสา เหนื่อย (2.0)
17. ผู้ดูแล → ปวดน้อ (.) ปวดตัว
18. → ก่อเลยอันก้อ (.) บอกเอาตั้งค์ฮอมมา
19. → ตั้งค์แม่นั้นแหละ
20. → จกมา (.) ฮอมมา (.) ก่อทำไปหื้อ
21. จิตอาสา → ((หัวเราะ)) ดีละ (.) ละก้อ = สาธุเอานะ
22. ผู้ดูแล สาธุเอานั้นนะ ((ผงกหัว)) ((ยิ้ม))
23. จิตอาสา ดีละคะ (.) ดีใจด้วย
24. ผู้ดูแล → เอาดีสบายใจดีสุด (.) ละคะ
25. → ก่ออยากหื้อแกทำบุญเยอะเยอะเนาะ (.)
26. → หื้อแกจะได้บะต้อง (.) ไปกั๊ตนัก

ข้อมูลจากการสนทนาทำให้เห็นว่าจิตอาสาและญาติผู้ดูแลยังใช้ศาสนาและวัฒนธรรมแห่งการทำบุญและตักบาตร การไปวัดในวันเทศกาลมาใช้เป็นองค์ประกอบในการพูดคุย เห็นได้จากจิตอาสาชวนพูดคุยเกี่ยวกับการทำบุญตั้งแต่ในบรรทัดที่ 3 จนกระทั่งจบการสนทนา ไป ↑ วัด (.) ทำ ↑ บุญหรือทำอะไรใหม่ (.) เป็นคนแนวนั้นใหม่ ผู้ดูแลกล่าวตอบว่า ก่ออยาก (.) แก่ก่อยากทำนะ (.) เพราะว่า :: เมื่ออาทิตย์ก่อน (.) ตีเป็นมีตักบาตรเทโว ก่อชวนแกตอนมะคินว่า = เออพรุ่งนี้แม่จะไปเอ่อไปไป (.) แม่จะไป จิตอาสาบอกว่า อิม :: ผู้ดูแลเล่าเพิ่มอีกว่า พอเจ้ามา = จะเข้าไปขนาดอุ้งกับแพนว่า = เออเฮา (.) ถ้าแม่เดินปะได้ (.) เฮาใส่รถเข็นไปน้อ :: เอ่อ :: แก่ก่จะเอาขึ้นรถอะหยงเนี้ยแหละ มะเจ้ามาก่อนปะไหว จิตอาสา เหนื่อย(2.0) ผู้ดูแล ปวดเนื้อ (.) ปวดตัว ก่อเลยอั้นก้อ (.) บอกรอตั้งค์ฮอมมา ตั้งค์แม่นั้นแหละ จกมา (.) ฮอมมา (.) ก่อทำไปหื้อ จิตอาสา ((หัวเราะ))ดีละ (.) ละก้อ = สาธุเอานะ ผู้ดูแล สาธุเอานั้นนะ ((ผงกหัว)) ((อิม))

จากที่กล่าวข้างต้นจะเห็นถึงการจัดการความวิตกกังวลร่วมกันทั้งจิตอาสาและญาติผู้ดูแล ด้วยการให้ความสำคัญกับศาสนาและการทำบุญเป็นลักษณะเฉพาะของสังคมชนบทไทย คนในหมู่บ้านอาศัยอยู่ใกล้วัดและมีวิถีชีวิตผูกพันอยู่กับวัด การสื่อสารในเรื่องความกังวลที่ปรากฏในงานวิจัยนี้เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมและวิถีชีวิต คนในพื้นที่ไม่ได้อาศัยความรู้ทางวิทยาศาสตร์เพียงอย่างเดียวในการอธิบายเรื่องของการจัดการโรคภัยไข้เจ็บและความกังวลแต่อาศัยเรื่องของวิถีชีวิตซึ่งเป็นเรื่องของวัฒนธรรมด้วย และภายหลังจากที่จิตอาสาคุยกับญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับแนวทางการรับมือกับการจากไปที่จะเกิดขึ้นแล้ว จิตอาสาที่เข้าสู่ขั้นตอนสุดท้ายคือการออกจากบริบทเรื่องการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย หรือการยุติการพูดคุย

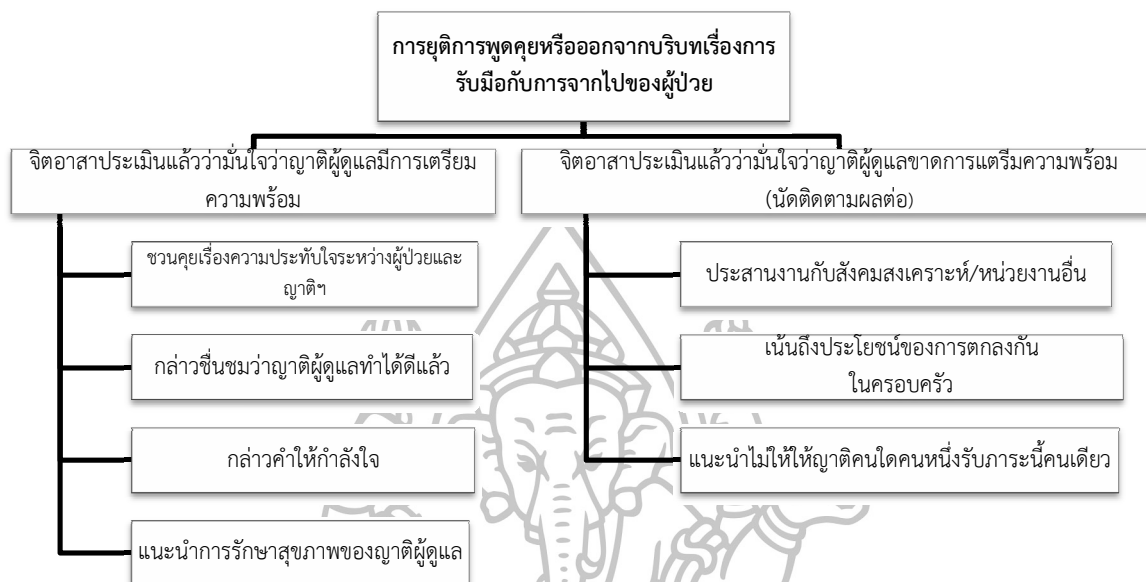
การยุติการพูดคุยหรือออกจากบริบทเรื่องการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย

ในการวิจัยนี้พบว่าในการยุติการพูดคุยเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยในบางกรณีก็จะยุติอย่างถาวรแต่ในบางกรณีก็ยุติแค่ชั่วคราว จิตอาสาจะกลับมาอีกหลายครั้ง จำนวนครั้งที่กลับมาพูดคุยขึ้นอยู่กับว่าญาติผู้ดูแลเตรียมพร้อมกับการจากไปของผู้ป่วยมากน้อยอย่างไร โดยการแนะนำจะแบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ

ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลรับได้และเตรียมตัวโดยการพูดคุยกับครอบครัวมาแล้ว จิตอาสาที่จะสบายใจและไม่กลับมาพูดคุยบ่อยแต่จะยุติการสนทนาด้วยการให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งชมว่าครอบครัวทุกคนทำดีที่สุดแล้ว ดีใจแทนผู้ป่วยที่มีครอบครัวดีเช่นนี้ ดูแลผู้ป่วยได้ดีมาก ๆ และในบางกรณีก็จะแนะนำให้ญาติผู้ดูแลรักษาสุขภาพ

ในอีกกรณีหนึ่งหากจิตอาสาประเมินแล้วและพิจารณาว่ายังมีปัญหาที่จะกลับมาคุยหลายครั้งรวมทั้งแนะนำทางออกให้แก่ครอบครัว โดยหากพบว่าไม่มีปัญหาด้านการเงินในการดูแลผู้ป่วย เพราะมีลูกหลายคน ก็จะแนะนำให้ไปพูดคุยกันว่าให้ร่วมมือกันไม่ใช่หน้าที่ญาติของคนใดคนหนึ่ง หรือหากประเมินแล้วว่าปัญหาทางการเงินก็จะขอหมายเลขโทรศัพท์ เพื่อจิตอาสาจะได้ประสานขอความ

ช่วยเหลือจากสังคมสงเคราะห์ให้ต่อไป ดังแผนภาพที่ 3 แสดงข้อค้นพบเกี่ยวกับการยุติการสนทนา ระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแล



แผนภาพที่ 3 แสดงข้อค้นพบเกี่ยวกับการยุติการสนทนา ระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแล

บทพูดที่ 6.9 นี้ แสดงให้เห็นว่าจิตอาสาออกจากบริบทแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยด้วยการชื่นชม พูดกันแต่ในสิ่งดี ๆ และเป็นกำลังใจให้ญาติผู้ดูแล

#6.9 [จิตอาสา-1635-24.52-25.31] [วีดิทัศน์]

1. ผู้ดูแล → คือ (.) แก๊กแม่ณะ
2. → คือ (.) มีอะหยังเอี้ยะ
3. → แกจะถาม (.) แม่ก้อหื้อจ๊วยไป ((ผายมือเล็กน้อย))
4. → อะหยังไป (.) มีอะหยัง (.) แกผัดอะหยัง (.) แม่
5. → อภัยทู้ก ::: อย่าง ↑ เพราะ (.) อันนี้ก้อ
6. → ก่อป่าฮู้ณะ (.) ((ยกมือขึ้นเล็กน้อย))
7. → แม่อาจจะ :: แม่คิดว่าเอี้ยะ
8. → เพราะเฮาหื้ออภัยแกตลอดไป ((เสียงสั้น))

9. จิตอาสา → ตีคะ ↑ โจ๊กตีละ
10. → ลุงอินทร์ก่โจ๊กตีมากมาก = บางคนตีเป็ล
11. → บ่ามีลูก (.) บ่ามีเมียเนือะ ((ผายมือ))
12. → เท้าตีคุณพยาบาลหันมา (.) เอื้อะเนือะ
13. → ° มั่นบ่ามีใครมาผ่อ ° มั่นนำเอ็นดูแต่นะเจ้าเนือะ
14. ผู้ดูแล โอัย :: แม่ทำใจบ่าได้หรือก ((สายหัว))
15. จิตอาสา แต่นี้ (.) แม่ขนาดเป็นแค่น้องสาวเนือะ
16. ยังดูแลอย่างเนือะ ((จับมือ))
17. ละเดียว (.) อีกหนอยลูกสาวแม่ (.) ก่อจะมาดูแลแม่
18. ผู้ดูแล เจ้า (.) ภาวนาขอหื้อเป็นหยังอันเนือะ ((หัวเราะ))
19. จิตอาสา → ถ้าหยังใดก่อ (.) เป็นกำลังใจหื้อเนือเจ้า
20. ผู้ดูแล เจ้าเจ้า

บทสนทนาข้างต้น เกิดขึ้นภายหลังจากที่จิตอาสาเห็นว่าญาติผู้ดูแลมีการเตรียมตัวรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยและยอมรับได้แล้ว จิตอาสาจะเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลเล่าถึงความประทับใจหรือเรื่องดี ๆ ภายในครอบครัว ทั้งนี้เพื่อให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกอึดใจและมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อ เห็นได้จากบรรทัดที่ 1-8 ญาติผู้ดูแลกล่าวถึงความรู้สึกดี ๆ ของตนที่มีต่อผู้ป่วย คือ (.) แกฮักแม่นะคือ (.) มีอะหยังเอื้อะ แกจะถาม (.) แม่ก่หื้อจ้วยไป ((ผายมือเล็กน้อย))อะหยังไป (.) มีอะหยัง (.) แกผิตอะหยัง (.) แม่ก่ฮักทุก :: อย่าง ↑ เพราะ (.) อันนี้ก่ (.) ก่อบ่าฮู้นะ (.) ((ยกมือขึ้นเล็กน้อย)) แม่อาจจะ :: แม่คิดว่าเอื้อะ (.) เพราะเฮาหื้ออภัยแกตลอดใจ ((เสียงสั้น)) และจิตอาสาที่เน้นย้ำถึงความรู้สึกดี ๆ นั้น ส่งผลให้การยุติการสนทนาเป็นไปอย่างราบรื่นและญาติผู้ดูแลหัวเราะได้ มีความสุข จิตอาสาที่กล่าวคำพูดที่คล้ายตาม ดังจะเห็นในบรรทัดที่ 9-13 จิตอาสาบอกว่า ค่ะ โจ๊กตีละ ลุงอินทร์ก่โจ๊กตีมากมาก = บางคนตีเป็ลบ่ามีลูก (.) บ่ามีเมียเนือะ ((ผายมือ)) เท้าตีคุณพยาบาลหันมา (.) เอื้อะเนือะ ° มั่นบ่ามีใครมาผ่อ ° มั่นนำเอ็นดูแต่นะเจ้าเนือะ และจิตอาสาที่กล่าวให้กำลังใจในตอนท้ายของการสนทนา บรรทัดที่ 19 ถ้าหยังใดก่อ (.) เป็นกำลังใจหื้อเนือเจ้า

และในบทสนทนาที่ 6.10 พบว่าจิตอาสาประเมินตลอดทั้งการสนทนาแล้วพบว่าญาติผู้ดูแลยอมรับกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นแต่ยังไม่ได้พูดคุยกันในครอบครัว ซึ่งจิตอาสาจะแนะนำวิธีการพูดคุยและนัดติดตามผลต่อ

#6.10 [จิตอาสา-1330-19.22-20.29] [วีดิทัศน์]

1. จิตอาสา → อู้กั้นก่อนกำ (2.0)
2. อันนี้เฮอู้กับแม่ (.) อู้กับลูกตวยนะ
3. ละก่อ (.) คุณตาทวย
4. ผู้ดูแล ลูกฮั่นมัน (.) เอาเฮอว่านะ
5. เอายายว่า ((ผงกหัว))
6. จิตอาสา อี้ (.) เอาเฮอว่ากะ
7. เพราะว่า :: เกยมี (.) มันต้องอู้พร้อม ::: กั้น
8. ละก่อ (.) พร้อมกับคุณตาทวย
9. เพราะคุณตาเปิ้ลอู้ตัวอยู่
10. ถ้าเปิ้ลบ่าอู้ตัวก่อว่าไปอย่าง
11. ผู้ดูแล → ยายไปบ้าน (.) ยายก่อบอกหื้อลูก
12. → ลูกก่อโอเค (.) เอาหยั่งแม่ว่าเตอะ
13. จิตอาสา ยังไงละก่อ (.) แวะมาเซ็นต์ตรงนั้นเหีย
14. อันนี้คือ (.) จะอู้เรื่องประเด็นหลักตวย
15. เพราะว่าตั้งแต่ตะวาละ
16. เดียวรออู้เรื่องนี้เหมก้า
17. เพราะว่าเผื่อ (.) เฮออู้เผื่อไว้
18. ผู้ดูแล เจ้า (.) มันตึง (.) มันตึงจะเกิดขึ้น
19. จิตอาสา อ่าถูกถูก
20. ผู้ดูแล ยายนะ ↑ อู้ ::
21. จิตอาสา ตึงจะเกิด (.) บ่าซ้า (.) ก่อเร็ว
22. ผู้ดูแล ((พยักหน้า))
23. จิตอาสา → พอถึงเวลาเกิดจริงจริง (.) เฮาจะเตรียม (.)

24. → อ้อ(.) เขาเคยอุ้ไว้ละ(.)
25. → ว่าอันนี้เน้อ
26. → จะต้องบ่าได้มาต้อง เอ้า ยะใดตีหา
27. → เขาจะใส่(.) เขาจะ>บ่าใส่< >บ่าใส่< >บ่าใส่<
28. → มันจะมาล้างเลต่อนั้นแม่นก่อน
29. → เฮาก่อตัดสินใจไปเลยน้อ(.)
30. → เออ(.) ถ้าบ้อเปิ้ลจะไปต่ายบ้านก่อจะได้ยะหยั่งโต
31. ผู้ดูแล ตางญาติบ้อเปิ้ลก่อ (2.0)
32. ไอน้องตีตะคินนะ
33. (.) ก่อเป็นญาติตางบ้อ(.) เป็นน้อง(.) น้องตานี้
34. จิตอาสา มันจะได้ไปอุ้กัน(.) เอี้ยะน้อแม่นน้อ
35. ผู้ดูแล ((พยักหน้า)) เจ้า
36. จิตอาสา → เต้าเอี้ยะนะเจ้า(.) แม่
37. → ละเตียวเฮาปะกันอยู่นั้นนะแม่
38. → พรงนี้เฮาก่อปะกัน
39. → เตียวจะหื้อเปิ้ล(.) ไปเยี่ยมบ้านแหมง่า
40. ผู้ดูแล คะ (ยกมือไหว้)ขอบคุณหลายหลาย

ในบทสนทนาี้ แม้ว่าญาติจะกล่าวว่ามีกรเตรียมการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยบ้างแล้ว ดังเช่นในบรรทัดที่ 11 และ 12 ญาติผู้ดูแลเล่าให้จิตอาสาฟังว่าลูก ๆ ตามใจแม่ ให้แม่ตัดสินใจเรื่องการรักษาของพ่อ ดังคำพูดที่ว่า ยายไปบ้าน(.) ยายก่อบอกหื้อลูก ลูกก่โอเค(.) เออหยั่งแม่ว่าเตอะ แต่จิตอาสาก็ยังพยายามยกตัวอย่างเพื่อให้ข้อมูลเติม เพราะต้องการให้เกิดการพูดคุยในครอบครัวอย่างจริงจังมากยิ่งขึ้น ดังเช่นในบรรทัดที่ 23-30 ที่จิตอาสาพยายามพูดคุยยกตัวอย่างกรณีอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อให้ญาติผู้ดูแลให้ความสำคัญกับความร่วมมือของคนในครอบครัว เพราะจากที่จิตอาสาประเมินข้อมูลจากการสนทนาที่ผ่านมาตั้งแต่เริ่มต้น จิตอาสาคาดว่าน่าจะเป็นการเกิดความยากในการตัดสินใจให้การรักษาผู้ป่วยอย่างแน่นอนพร้อมทั้งย้ำว่าให้ไปพูดคุยให้ชัดเจนอีกครั้ง จิตอาสาบอกว่า *พอถึง*

เวลาเกิดจริงจริง (.) เขาจะเตรียม (.) อ้อ (.) เขาเกยอยู่ไว้ละ (.) ว่าอันนี้เนื่อจะต้องบ่าได้มาต้อง เอ้า ยะไตดีหาเขาจะใส่ (.) เขาจะ>บ่าใส่< >บ่าใส่< >บ่าใส่< มันจะมาลั้งเลต่อนั้นแมนก่อ เขาก่อ ตัดสินใจไปเลยน้อ (.) เออ (.) ถ้าป้อเป็ลจะไปต่ายบ้านก่อจะได้ยะหยั่งไต และจิตอาสายุติการสนทนา ด้วยการกล่าวถึงการดูแลของทางโรงพยาบาลภายหลังจากนำผู้ป่วยกลับไปบ้านแล้วต่อไป ในบรรทัดที่ 36-40 จิตอาสากล่าวว่ เต้าเอี้ยะนะเจ้า (.) แม่ ละเด็ยวเขาปะกันอยู่นั้นนะแม่ พรุ่งนี้เขาก่อปะกัน เด็ยวจะหื้อเป็ล (.) ไปเยี่ยมบ้านหมก่า ((ยกมือไหว้))

นอกจากนั้นผู้วิจัยพบว่าแม้ในงานวิจัยนี้จะมีญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค NCDs หลายโรค ทั้ง โรคเมเร็งลูกกลมอวัยวะต่าง ๆ เบาหวาน เส้นเลือดในสมองแตก หัวใจ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะต่างกันก็ เพียงการดำเนินโรค บางโรคมีอาการปวดมาก บางโรคเป็นผู้ป่วยติดเตียงแต่ไม่แสดงอาการเจ็บปวด การดูแลจึงจะแตกต่างกันไป แต่ในการสื่อสารระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกรายมีโครงสร้างการสนทนาที่คล้ายกัน จะมีสลับก็เพียงเล็กน้อย ขึ้นอยู่กับการประเมินจากการตอบคำถามของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยเชื่อว่าการที่ทุกกรณีศึกษามีความคล้ายคลึงกันเพราะอยู่ภายใต้วัฒนธรรมและความเป็นอยู่ทางสังคมเดียวกัน

บทสรุป

ในการศึกษาถึงโครงสร้างการสื่อสารและปฏิบัติการแบบประคับประคองของจิตอาสาข้างเตียงกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้าย ผู้วิจัยใช้วิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนาเพราะสามารถเข้าถึงปรากฏการณ์ที่มีความซับซ้อนและให้ความสำคัญกับบริบทที่สร้างขึ้นในระหว่างการสนทนาของคนที่กำลังสื่อสารกันและแสดงให้เห็นถึงการสื่อสารทางสังคมที่แท้จริงในเชิงประจักษ์ เน้นถึงความจริงที่เกิดขึ้นของคู่สนทนาในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งและสามารถยืนยันความมีตัวตนของผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนได้ ด้วยข้อมูลจากวิดีโอ ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนมีที่มาที่ไป มีหลักฐานรายละเอียดว่าตรงตามขอบเขตที่งานวิจัยกำหนด สามารถตรวจสอบเพื่อแสดงถึงความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้ ที่เราอาจไม่เคยตั้งคำถามแบบนี้กับผู้ให้ข้อมูลหลักของงานวิจัยในบางกระบวนการทัศน์

ข้อมูลที่ใช้ตอบคำถามการวิจัยหลัก ๆ ของงานวิจัยนี้เป็นการพูดคุยในเรื่องที่เกิดขึ้นจริง จำนวนทั้งหมด 10 กรณีศึกษา และข้อมูลการสนทนายาระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแลที่นำมาวิเคราะห์ ทำให้ประจักษ์ว่าโครงสร้างการสื่อสารเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยมี 4 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 การเปิดประเด็น (opening) ทุกกรณีศึกษาเริ่มจากการแนะนำตัวและหน้าที่ความรับผิดชอบทางการทำงานของจิตอาสา ซึ่งถัดมาผู้พูดจะต้องใช้เทคนิคในการสร้างสัมพันธภาพแบบเบียดวยาและใช้เทคนิคการตั้งคำถามเพื่อจัดระเบียบทางสังคมซึ่งส่งผลต่อการจัดลำดับการพูดคุยในขั้นตอนต่อ ๆ ไป

ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบการรับรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยและการดำเนินโรค (consolidating and awareness of operating disease) เป็นขั้นตอนที่จิตอาสาใช้ทฤษฎีของการให้การดูแลแบบประคับประคองที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้การบอกเล่าอาการของผู้ป่วยด้วยตัวญาติผู้ดูแลเองและญาติมักกล่าวถึงคำวินิจฉัยของแพทย์เป็นส่วนประกอบ ซึ่งในการศึกษานี้พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยทุกรายรู้ถึงโรคที่ผู้ป่วยและยอมรับได้ เพราะส่วนใหญ่เกิดจากการเป็นผู้สูงอายุและบางรายก็เกิดจากการใช้ชีวิตที่ผ่านมาในอดีต แต่มีบางรายเท่านั้นที่รู้ถึงการดำเนินโรคและการเตรียมตัวในการดูแล ซึ่งถือในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่จิตอาสาใช้ประเมินถึงการรับรู้และวางแผน เพื่อใช้ในการให้คำปรึกษาในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การให้คำแนะนำ (advice giving) ผู้วิจัยพบข้อสังเกตจากวิเคราะห์โครงสร้างการสนทนาว่าในการให้คำแนะนำรวมถึงให้คำปรึกษาเกี่ยวกับแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยนั้น มีหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง ทั้งความพร้อมของครอบครัว ความเชื่อทางศาสนา และการที่จะยกสิ่งเหล่านี้มาใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรมในการพูดคุยและการรับมือกับการจากไป ต้องอาศัยคนที่อยู่ร่วมกับสิ่งเหล่านี้และเข้าใจร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 4 การยุติหรือออกจากบริบทเรื่องการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย (closing or exit from the context of practices to cope with patient's death) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการพูดคุยเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย ในขั้นตอนนี้จิตอาสาจะประเมินสถานะการสนทนาเป็นครั้งสุดท้ายจากการเตรียมตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย เพราะหากญาติผู้ดูแลรับได้และเตรียมตัวโดยการพูดคุยกับครอบครัวมาแล้วจิตอาสา ก็จะสบายใจและจะไม่กลับมาพูดคุยบ่อย แต่จะยุติการสนทนาด้วยการให้กำลังใจแต่หากจิตอาสาประเมินแล้วและพบว่ายังไม่ได้เตรียมตัวหรือไม่มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตอาสาจะแนะนำให้พูดคุยกันในครอบครัวและติดตามผล รวมถึงอาจขอความช่วยเหลือจากหน่วยที่เกี่ยวข้อง หรือส่งคนส่งเคราะห์ในกรณีมีปัญหาทางการเงินต่อไป

นอกจากนั้นผู้วิจัยยังพบว่าในแต่ละขั้นตอนผู้พูดมีเทคนิคและเทคนิคเหล่านี้ส่งผลให้การสื่อสารสำเร็จลง ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอเรื่องเทคนิคที่ใช้ในการสนทนาของงานวิจัยนี้ในบทถัดไป

บทที่ 7

เทคนิคที่ใช้ในการพูดคุยเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย

บทนำ

เพราะบริบทที่งานวิจัยนี้ให้ความสำคัญ ไม่ใช่บริบทที่เป็นสิ่งแวดล้อมภายนอกโดยทั่วไป แต่เป็นบริบท ที่สร้างขึ้นระหว่างการสนทนาของกลุ่มสนทนาที่กำลังสื่อสารกันในเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย ซึ่งเป็นบริบทที่มีความละเอียดอ่อน เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงอย่างซับซ้อน และไวต่อความรู้สึกของกลุ่มสนทนา ส่งผลให้การศึกษาวิจัยตามวิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา ดังเช่นงานวิจัยนี้ที่มีความน่าสนใจและแตกต่าง จากงานวิจัยอื่นเป็นอย่างมาก

ในการวิเคราะห์การสนทนา ผู้วิจัยผู้วิจัยที่สนทนาเข้าไปเข้ามาหลายรอบ ศึกษาการพูดคุยทุกกรณีศึกษารวมทั้งนำข้อมูลส่วนอื่นจากภาคสนามมาประกอบกัน พบว่าในแต่ละขั้นตอน ทั้งจิตอาสาและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้าย มีการเลือกใช้เทคนิคต่างๆ ที่น่าสนใจร่วมกันและแน่นอนว่าเทคนิคเหล่านี้ ถือเป็นประเด็นสำคัญที่ช่วยให้การสื่อสารสำเร็จลุล่วง และผู้วิจัยได้พบข้อสังเกตที่น่าสนใจเพิ่มเติมว่า บางเทคนิคนั้นก็ใช้ครั้งเดียวแต่บางเทคนิคและวิธีการพูดคุยก็อาจใช้หลายครั้ง บางเทคนิคใช้ได้ยั้งดีเมื่อใช้เทคนิคนี้เทคนิคเดียวแต่บางเทคนิคอาจต้องใช้ร่วมกับวิธีการอื่นจึงจะทำให้การพูดคุยเป็นไปตามที่ผู้พูดต้องการ และยังพบว่าในการใช้เทคนิคต่างๆ อาจเกิดขึ้นทั้งแบบที่ผู้พูดรู้ตัวและผู้พูดไม่รู้ตัว

ในบทนี้ผู้วิจัยจึงขอเลือกนำเสนอเทคนิคที่ทั้งจิตอาสาและญาติผู้ดูแล เลือกนำมาใช้ในระหว่างการสนทนาที่เห็นได้อย่างเด่นชัดและกลุ่มสนทนานำมาใช้บ่อย ๆ จนเป็นที่สังเกตได้ จำนวน 4 เทคนิค ได้แก่ 1) เทคนิคการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม (auspicious interactional environment) 2) เทคนิคการใช้คำถามโดยใช้คำว่าสมมติ (hypothetical question) 3) เทคนิคการใช้คำเลี่ยงคำที่ไม่สุภาพโดยใช้ศัพท์หรือภาษาที่นุ่มนวล (euphemism) และ 4) เทคนิคการอ้างอิงบุคคลที่ 3 (third party) ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจะนำเสนอโดยการบรรยายประกอบบทสนทนาที่เกิดขึ้นจริง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจได้ง่ายขึ้น

เทคนิคที่ใช้ในการพูดคุยเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย

เทคนิคการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

ในงานวิจัยนี้ให้ความสำคัญวิธีการพื้นฐานที่แสดงถึงความหมาย การกำหนดเอกลักษณ์ และบทบาทที่สัมพันธ์กันระหว่างคู่สนทนา (Sequence organization) และจากการวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนาพบว่า ญาติผู้ดูแลมักยอมรับและเห็นคุณค่าของข้อเสนอทางการรักษา ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะอยู่ในรูปแบบของการยอมรับอย่างเต็มที่ แต่การยอมรับในที่เกิดขึ้นนี้มักเกิดจากสิ่งที่ซ่อนอยู่ เช่น ความแตกต่างในรากฐานทางสังคม ที่ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลเชื่อว่าการกล่าวถึงวิธีการรักษาโรคและการดูแลผู้ป่วยถือว่าเป็นการกระทำของผู้เชี่ยวชาญ มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับเงื่อนไขในการรักษา แต่อย่างไรก็ตาม มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดการขัดแย้งกันระหว่างคู่สนทนา นำมาซึ่งการต่อต้านทั้งในเชิงรับและเชิงรุก นำมาซึ่งการกดดันให้เกิดการพิสูจน์เหตุผลหรืออธิบายที่เป็นการสนับสนุน

แต่อย่างไรก็ตามเพื่อให้การสนทนาได้ผลลัพธ์ที่ให้ประโยชน์ เกิดการยอมรับของญาติผู้ดูแล จิตอาสา มักใช้วิธีการเรียงลำดับมุมมองการนำเสนอ (perspectivedisplay sequence (PDS)) เพื่อช่วยในการเตรียมความพร้อมให้ญาติผู้ดูแลสามารถรับสารหรือข้อมูลที่ยากลำบากได้ ด้วยการใช้เทคนิคการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม (auspicious interactional environment) โดยผ่านความเห็นที่สอดคล้องตรงกันมิใช่การเผชิญหน้า เพราะจิตอาสาต้องการทำความเข้าใจถึงมุมมองของญาติผู้ดูแลที่มักมีความซับซ้อนและคำนึงถึงระดับความสามารถของญาติผู้ดูแลที่แตกต่างกัน แต่การใช้เทคนิคการสร้างสภาพแวดล้อมการปฏิสัมพันธ์ที่จิตอาสาจะสามารถสร้างขึ้นในมุมมองของญาติผู้ดูแลนี้ ไม่ใช่เพื่อประโยชน์ในการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ที่ไม่สมดุลระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแลแต่อย่างใด

#7.1 [จิตอาสา-1802-5.33-6.55] [วีดิทัศน์]

1. ผู้ดูแล ยอมรับว่า (.) อ่อนะ ((ผงกหัว))
2. (.) ดีดีมานอนดูแล (0.1)
3. ดีห้องพิเศษครั้งล่าสุด (.)
4. ล่าสุดเลย ((ผายมือ)) ที่นอนห้องพิเศษ ↑ ชิบวันเลย
5. ° นี่คือปะได้ปึกบ้าน ° ((ส่ายหัว))
6. จิตอาสา ไม่ได้ ((ส่ายหัว)) ดูลูกเลย ::
7. ผู้ดูแล อ่า (.) แกก้อบะว่าอะหยัง

8. ° มันเป็นช่วงหยุดยาว ° ด้วย (.)
9. หยุดยาว (.) ช่วงปีใหม่สงกรานต์
10. จิตอาสา ค่ะ
11. ผู้ดูแล ก่อตูโปนะ
12. จิตอาสา ก็แม่เราเนาะ ((ผงกหัว))
13. ผู้ดูแล แก่ก่อเอามาตวย
14. จิตอาสา อืมดีละ (.) เอามาเยี่ยมหาคุณยายบ้าง ((ยิ้ม))
15. ผู้ดูแล มาหา (.) ละก่อปักบ้าน (.) ก่ออยู่กันได้อ่า ((หัวเราะ))
16. จิตอาสา → ดีค่ะ (.) ดีใจด้วย (.)
17. → ครอบครัวยุติ (.) ครอบครัวยุติมีชัยไปกว่าครึ่ง ((หัวเราะ))
18. จิตอาสา → ดีละ (.) ละก่อ :: ที่นี้ค่ะ
19. → หนูอยากถามว่า (.) พี่มีความคาดหวัง (.)
20. → เกี่ยวกับอาการคุณยายหยิ่งใด
21. ผู้ดูแล → คาดหวัง ↑ มัย (.) ° หื้อแกหาย ° (3.0)
22. → มันปะหายหรือ (2.0)
23. → แต่ (.) แต่ปะอยากหื้อมันหนักไปกว่านี้
24. จิตอาสา ไม่อยากให้มันทรุดตัวไปกว่านี้ (.)
25. แล้วเราเคยเตรียมใจไหมคะ (.)
26. สมมติ :: คิดเล่น ๆ (.) เตรียม ↑ มัย
27. ผู้ดูแล °เอ่อ เตรียมใจไหม ° ฮฮฮ
28. จิตอาสา °เตรียมไว้บ้างไหม °
29. ผู้ดูแล ฮู้ทั้งฮู้อะ (.) ว่า**บะเม็น**หรือ
30. เพราะดูจาก**อาก่าน**แล้วคือมัน ::
31. ปีเดียว = มันลงเวมมาก

32. ตั้งแต่แกชุด (.) ชุดตีว่านี่หนา (.)
33. เป้นช็อค ((ยกมือ)) น้ำตาน้ำ ((ยกมือ))
34. น้ำตาน้ำแกต่าอยู่ครั้งนึ่ง
35. (.) แล้วก้อได้มานอนโงงบอล (.)
36. ตั้งแต่นั้นก้อคือชุด (.)
37. ได้ใส่ต่อช่วยหายใจ (.) แล้วก้อชุดเลย

จากตัวอย่างบทสนทนาข้างต้นในบรรทัดที่ 1-15 จิตอาสาและญาติผู้ดูแลได้คุยกันในเรื่องครอบครัวซึ่งเห็นได้ว่าบรรยากาศแวดล้อมในการพูดคุยเป็นไปด้วยความผ่อนคลายและในบรรทัดที่ 16-17 จิตอาสาจึงกล่าวด้วยว่า ดีค่ะ (.) ดีใจด้วย (.) ครอบครัวดี (.) ครอบครัวดีมีชัยไปกว่าครึ่ง ((หัวเราะ)) แต่ต่อมาจิตอาสาเข้าสู่การสอบถามคำถามเกี่ยวกับการเตรียมใจรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยในความคิดของญาติผู้ดูแล ตามโครงสร้างการสนทนาที่กำหนดไว้อย่างมีแบบแผนกล่าวคือ ในบรรทัดที่ 18-20 จิตอาสาถามว่า ที่นี้ค่ะ (.) หนูอยากถามว่า (.) พี่มีความคาดหวัง (.) เกี่ยวกับอาการคุณยายหยั่งใจ ซึ่งการกล่าวนำด้วยเรื่องดี ๆ แล้วตามด้วยการตั้งคำถามง่ายต่อการสะท้อนใจนี้ ถือได้ว่าเป็นการใช้เทคนิคการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและจากการที่จิตอาสาเลือกใช้เทคนิคนี้ แม้ว่าเมื่อถามจบญาติผู้ดูแล จะใช้น้ำเสียงที่แผ่วเบาลงอย่างเห็นได้ชัดแต่ก็ยังยินดีที่จะตอบคำถามจิตอาสาอย่างตรงไปตรงมาซึ่งแสดงถึงการรับรู้ ในบรรทัดที่ 21- 23 เมื่อจิตอาสาถามเรื่องความคาดหวัง ญาติผู้ดูแลตอบว่า คาดหวัง ↑ มัย (.) ° หื้อแกหาย ° (3.0) มันบะหายหรือ (2.0) แต่ (.) แต่บะอยากหื้อมันน้กไปกว่านี้ ซึ่งคำตอบของญาติผู้ดูแลนี้ช่วยให้จิตอาสาประเมินการให้คำปรึกษาได้อย่างเหมาะสมกับเหตุการณ์ในขณะนั้นได้ต่อไป

เทคนิคการใช้คำถามโดยใช้คำว่าสมมติ

ในงานวิจัยนี้ ศึกษาบริบทเฉพาะที่เกิดขึ้นจริง ณ ขณะนั้น และเป็นบริบทที่ทำให้เห็นว่า คนจัดการบริบทอย่างไร จัดการกับตนเองและคนอื่นอย่างไร จึงมีโอกาสเกิดการตั้งคำถามและได้ตอบกันไปมาตลอดทั้งการสนทนา แต่ผู้วิจัยพบว่า โดยส่วนใหญ่แล้วจิตอาสาจะเป็นผู้ตั้งคำถาม เพื่อประเมินถึงการรับรู้และใช้ในการให้คำปรึกษากับญาติผู้ดูแล ดังนั้นเทคนิคการถามของจิตอาสาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง จิตอาสาจำเป็นต้องมีความสามารถในการใช้คำพูดหรือเลือกใช้ประโยคที่มีแนวโน้มที่จะกระตุ้นหรือดึง (elicit) ความคิด ความเข้าใจของคู่สนทนาออกมาและจิตอาสาจะต้องใช้เทคนิคด้านการใช้คำถามเพื่อมุ่งจัดระเบียบในการสนทนาอย่างละมุนละม่อม เช่น เทคนิคการใช้คำถามโดยใช้คำว่าสมมติ (hypothetical question) เพื่อให้ได้คำตอบที่บ่งบอกถึงความคิด การเตรียมตัวเตรียมใจต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยของตัวญาติผู้ดูแล เพราะการถามแบบตรงไปตรงมา (straightforward) อาจไม่เหมาะสมกับบริบทเช่นนี้

นอกจากนั้นผู้วิจัยยังพบว่า จิตอาสาเลือกนำเทคนิคนี้มาใช้ในทุกกรณีศึกษา และในหนึ่งกรณีศึกษามีการนำมาใช้หลายครั้ง ดังตัวอย่างที่ผู้วิจัยจะนำเสนอต่อไป จิตอาสาเป็นผู้ที่เลือกใช้เทคนิคการใช้คำถามโดยใช้คำว่าสมมติ ระยะเวลาตลอดทั้งการสนทนาคือ 15.02 นาที แต่มีการใช้เทคนิคนี้ถึงซ้ำ 3 ครั้ง ปรากฏอยู่ในขั้นตอนการให้คำแนะนำ (advice giving) ตามการวิเคราะห์โครงสร้างการสนทนา

การใช้เทคนิคการใช้คำถามโดยใช้คำว่าสมมติ ครั้งที่ 1

#7.1 [จิตอาสา-1602-3.12-3.46] [วีดิทัศน์]

1. จิตอาสา → อันนี้คุณพยาบาลถามเล่นเล่นปะตาย::
2. → สมมติเนาะ = สมมติ (.) สมมติ (.)
3. → ว่าวันหนึ่ง (2.0) อีป้อเป็นเหน้อย = เอี้ยเจ้า
4. ผู้ดูแล → คับ ((พยักหน้า))
5. จิตอาสา ละก่อ :: อันถ้า (2.0) แข็งขาเป็นบวม
6. ช่วยเหลือตัวเก่าปะได้เนาะ ↑
7. จันวันหนึ่งเป็นอีต :: สุดสุด
8. ผู้ดูแล → ผมว่า = ก้อคงจะเอามา (.)
9. → โรงบาลละคับ ((หัวเราะ))
10. จิตอาสา → มาโฮงบาล = มาโฮงบาล
11. ละจะมีประเด็นที่ว่า (0.1)
12. เหาจะจ้วย (.) ปะจ้วยเป็นอย่างไรเอี้ยคะ (2.0)
13. คือ (.) ถ้าคนไข้ (.) อย่างเอี้ยเจ้า
14. แหมเหน้อยอีเนาะ (.) ด้วยความดีเป็นว่า ::
15. คุณพยาบาลเนี่ย (.) จะฮู้จักโรคดีเนาะ(2.0)
16. เป็นโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะ ↑ เอี้ยเนาะ
17. ผู้ดูแล คับผม ((พยักหน้า))

การใช้เทคนิคการใช้คำถามโดยใช้คำว่าสมมติ ครั้งที่ 2

#7.2 [จิตอาสา-1602-6.12-6.53] [วิถีทัศน์]

1. จิตอาสา → ละป้อ (.) ถ้าสมมติว่าแกบะไหว
2. → แกแก่แล้วเอี้ย ((ผงกหัว))
3. → จะใส่ต้อ ((ยกมือขึ้นไปทีคอ))
4. → จ๋วยหายใจก่อ
5. → หรือว่าจะปลอยเป็นไปอย่างสงบ (.)
6. → [อันนี้
7. ผู้ดูแล → [ผมว่า :: ปลอยเป็นไปดีกว่าคับ ((ผงกหัว))
8. จิตอาสา ↑ สุมา :: เตอะ (.) หมอว่ากำสุด
9. ผู้ดูแล ก่อว่าคง :: เฮาฝืนร่างกายเป็นก่อย่างว่า (.)
10. เนาะครับเนาะ (.)
11. ทรมานหนา = ผมก็อดอันเนาะ
12. จิตอาสา อืม :: อ้ายเป็นลูกคนดี ::
13. ผู้ดูแล คนดีสี่คับ
14. จิตอาสา คนดีสี่เนอะ (2.0) ละก่อ ::
15. ↑ สุมาเตอะ :: คนที่มีอำนาจ (.) ตัดสินใจ
16. ผู้ดูแล ก่อต้อง (2.0) ก้อยก้อยอู้กันนะคับ (.)
17. รอดี้จะต้องอู้กันครับ
18. จิตอาสา ลองดูเนาะ
19. ผู้ดูแล ครับผม = ใช่ ((พยักหน้า))
20. จิตอาสา เพราะว่า (.) อัน (.)
21. บางทีถึงเวลาหั้นอะ (.)
22. มันตกลงกันปะได้ (.) เอี้ยเจ้า

การใช้เทคนิคการใช้คำถามโดยใช้คำว่าสมมติ ครั้งที่ 3

#7.3 [จิตอาสา-1602-8.44-9.19] [วิถีทัศน์]

1. จิตอาสา → อ่า (.) ถ้าสมมติว่า (.)
2. → คนไข้เป็นยังฮับฮู้ฮู้ (.)
3. → สตีเป็นกลับคืนมาแล้วเนาะ
4. → (.) ถ้าเฮาถามอะหยังเป็นตอบรู้
5. → (.) เรื่องเฮาลองถามเป็นว่า (.)
6. → อีป้อ :: ถ้าอีป้อกะว่าอย่างใด
7. → (.) ถ้าอีป้อ ↑ อีต :: อีป้อก็ที่ว่าหยังใด (.)
8. → อีป้อกั่วก่อ (.) เอี้ยนน้อ
9. → (2.0) บะเตี้ยวนีป้อต้องกำนอะหยังเอี้ยนน้อ
10. → (.) ถ้าป้อว่า (.) เอาแล้ว
11. → แต่สูเขาว่า ↑ เตื่อะ :: = ก่อแล้วแต่สูเขาว่า
12. ผู้ดูแล → คับ
13. จิตอาสา (.) แต่ถ้าป้อบอกว่ (.) ป้อไค้อยากเมื่อบ้าน
14. → อ่า :: อันนี้มันก่อยู่ตีเฮาตัดสินใจละ (.)
15. → ว่าเฮาจะเลือกหยังใด
16. → หื้ออย่าใดก่ได้ = หื้อแบบว่า ::
17. → ป้อเฮามีความสุขที่สุดอะคะ
18. → [ฉะนั้น = ฉะนั้น (.) คุณพยาบาลก่เลยแนะนำว่า (.)
19. → เฮาค่อยค่อย ↑ ผี้ก
20. ผู้ดูแล [คับ = แม่นคับ
21. ผู้ดูแล คับคับ

จากบทสนทนาที่ผู้วิจัยยกตัวอย่างข้างต้น จะเห็นได้ว่าจิตอาสามีการนำเทคนิคการใช้คำถามโดยใช้คำว่าสมมติ มาใช้ในการสนทนาถึง 3 ครั้งในหนึ่งการสนทนาคือ 15.02 นาที ซึ่งคำถามที่เป็นการสมมติครั้งที่ 1 ในบรรทัดที่ 1 และ 2 จิตอาสาใช้ถามเรื่องอาการที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังนี้
 อันนี้คุณพยาบาลถามเล่นเล่นปะตาย::สมมติเนาะ = สมมติ (.) ↑ สมมติ (.) ว่าวันหนึ่ง (2.0) อีป้อเป็นเหนื่อย = เอ๊ยเจ้า เป็นการสอบถามในขั้นตอนของการให้คำปรึกษาเป็นการประเมินโดยจิตอาสาจากคำตอบของญาติผู้ดูแลว่ามีการเตรียมตัวหากผู้ป่วยมีการดำเนินโรคที่แยกลงเป็นลำดับอย่างไร ตามคำตอบของญาติผู้ดูแลในบรรทัดที่ 8-9 ที่กล่าวว่า ผมว่า = ก่อคงจะเอามา (.) โรงพยาบาลละคับ ((หัวเราะ)) ซึ่งจิตอาสาให้การทวนซ้ำเพื่อความแน่ใจในบรรทัดที่ 10 มาโงบบาล = มาโงบบาล และในการใช้คำถามที่เป็นการสมมติครั้งที่ 2 และ 3 จิตอาสาเลือกใช้คำว่า “สมมติ” เพื่อให้เป็นการจัดลำดับการสนทนาให้เข้าถึงประเด็นของการรับการรักษาของผู้ป่วย และในการใช้เทคนิคนี้ ครั้งที่ 2 บรรทัดที่ 1-5 จิตอาสาใช้ถามเกี่ยวกับการตัดสินใจรับการรักษาของผู้ป่วยด้วยการใช้คำพูดว่า ละป้อ (.) ถ้าสมมติว่าแกปะไหว แกแก่แล้วเอ๊ย ((ผงกหัว)) จะใส่ต้อ ((ยกมือขึ้นไปทีคอ))จ้วยหายใจก่อ หรือว่าจะปล่อยเป็นไปอย่างสงบ (.) ครั้งที่ 3 บรรทัดที่ 1-11 จิตอาสาถามว่า อ่า (.) ถ้าสมมติว่า (.) คนไข้เป็นยังฮับฮ้อยอยู่ (.) สตีเป็นกลับคืนมาแล้วเนาะ ถ้าเฮลถามอะหยังเป็นต้อบรู๊ เรื่องเฮลลองถามเป็นว่า อีป้อถ้าอีป้อกะอย่างใด ถ้าอีป้อ ↑ อี้ด ::อีป้อก็ดีกว่าหยังใด (.) อีป้อกั้วก่อ (.) เอ๊ยน้อ (2.0) ปะเตี้ยน้อป้อต้องก้านอะหยังเอ๊ยน้อ (.) ถ้าป้อว่า (.) เอาแล้วแต่สุเขาว่า ↑ เตอะ :: = ก่อแล้วแต่สุเขาว่า

นอกจากที่กล่าวไปข้างต้น ผู้วิจัยยังพบว่า สำหรับการพูดคุยในเรื่องที่มีความหมายเฉพาะ และต้องใช้ความละเอียดอ่อนเช่นงานวิจัยนี้ มักใช้เทคนิคการใช้คำถามโดยใช้คำว่าสมมติควบคู่ไปกับเทคนิคการใช้คำเลี่ยงคำที่ไม่สุภาพซึ่งผู้วิจัยจะนำมาเสนอในเทคนิคถัดไป

เทคนิคการใช้คำเลี่ยงคำที่ไม่สุภาพโดยใช้ศัพท์หรือภาษาที่นุ่มนวล

จากการที่ผู้วิจัยศึกษาการสนทนาระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแลถึงแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยโดยละเอียด ผู้วิจัยพบว่าจิตอาสาใช้เทคนิคการใช้คำหลีกเลี่ยงคำที่ไม่สุภาพโดยใช้ศัพท์หรือภาษาที่นุ่มนวล ถิ่นหู กล่าวคือเป็น คำ วลี ประโยค ที่ใช้แทนที่คำใดคำหนึ่ง วลีใดวลหนึ่ง ประโยคใดประโยคหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยง หรือเพื่อไม่ให้เอ่ยถึงโดยตรงและโจ่งแจ้งเกินไป แต่ความหมายก็จะเป็นที่เข้าใจโดยทั่วไป (euphemism) โดยปกติแล้วถ้อยคำประเภทนี้มักใช้ในการสนทนากันระหว่างบุคคลที่มีความสนิทสนมกัน หรือการสนทนากับบุคคลที่อาวุโสกว่า หรือใช้ในกลุ่มสนทนาที่มีทั้งสุภาพบุรุษ และสุภาพสตรีอยู่ปะปน (Brown h douglas, 2007)

แต่ในงานวิจัยนี้จิตอาสาและญาติผู้ดูแลเลือกใช้เทคนิคการใช้คำเลี่ยงคำที่ไม่สุภาพโดยใช้ศัพท์หรือภาษาที่นุ่มนวลเพราะเหตุผลที่ต่างออกไป กล่าวถึงการตายของผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ง่ายต่อการกระทบกระเทือนจิตใจของผู้ดูแล ส่งผลให้การสนทนาไม่ราบรื่นและยากที่จะสำเร็จ ดังนั้น จิตอาสาและญาติผู้ดูแลจึงเลือกให้คำอื่นแทนคำว่าตาย หรือ ใกล้ตาย ดังเช่นตัวอย่างบทสนทนาต่อไปนี้

#7.4 [จิตอาสา-1635-14.12-14.51] [วีดิทัศน์]

1. จิตอาสา → แม่ขา :: ถ้า ↑ สมมุติ :: เนื่อะ
2. → อันนี้คุณพยาบาลสมมติป่าตาย ::
3. ผู้ดูแล → จ้า = จ้า
4. จิตอาสา → ถ้าวันใดวัน ↑ 닝 (.)
5. → คุณตาเปิ้ลหยุดหายใจ
6. → หรือว่า (.) หัวใจแกไม่เต้นแล้วเนี่ย
7. → [แม่คิดว่า (.)]
8. → แม่วางแผนอย่างไร = จะหื้อตั้งหมอตังโฮงยา
9. → (.) เปิ้ลจ้วยฟื้นคืนชีพก่อ (2.0)
10. ผู้ดูแล → [แม่นั้น
11. → ก่อว่าจะปล่อยเปิ้ลไปอย่างสงบ
12. ผู้ดูแล → ถ้าสมมุติว่าหยิ่งอื่น (.)
13. → แม่ขอปล่อย = ขอปล่อยดีกว่า
14. → (.) มันจะฟื้นขึ้นมาได้สักเท่าใด (2.0)
15. → เต้าตี้แม่หันนะ (.)
16. → ถ้าสมมุติว่าไป ↑ กตไปอะหยิ่งแคะนะ (.)
17. → ทำแก ↑ เจ็บแถมรมาณ
18. → นี่ = แม่ป่าเอาดีกว่า = ขอหื้อเปิ้ล
19. → ไปอย่างสงบสงบ ↑ เตื่อะ

จากตัวอย่างบทสนทนา ในบรรทัดที่ 4-9 จิตอาสาพูดถึงการตายของผู้ป่วยด้วยการใช้คำว่าหยุดหายใจหรือหัวใจไม่เต้น ซึ่งแปลได้ว่าตาย ดังนี้ ถ้าวันใดวัน ↑ 닝 (.) คุณตาเปิ้ลหยุดหายใจหรือว่า หัวใจแกไม่เต้นแล้วเนี่ย แม่คิดว่า (.) แม่วางแผนอย่างไร = จะหื้อตั้งหมอตังโฮงยา (.) เปิ้ลจ้วยฟื้นคืนชีพก่อ(2.0) จะเห็นได้ว่าจิตอาสาใช้เทคนิคการใช้คำอื่นเพื่อเลี่ยงคำที่ผู้ฟังหรือคู่สนทนา ได้แก่ว่า หยุดหายใจ แทน คำว่าตาย เพราะเมื่อญาติผู้ดูแลได้ยินแล้วจะเกิดความไม่สบาย หดหู่ใจหรือ

แม้กระทั่งเกิดความเสียใจตามมาและมียังประเด็นที่ผู้วิจัยเห็นว่าควรแจ้งเพิ่มเติมไว้ในงานวิจัยนี้อีก 3 ข้อ ได้แก่

1. ในการทำงานวิจัยนี้มักใช้เทคนิคการใช้คำเลี่ยงคำที่ไม่สุภาพโดยใช้ศัพท์หรือภาษาที่นุ่มนวล ควบคู่ไปกับเทคนิคการใช้คำถามโดยใช้คำว่าสมมติ เห็นได้จากบรรทัดที่ 1-2 ที่จิตอาสาเริ่มจากการกล่าวว่า แม่ขา :: ถ้า ↑ สมมติ :: เนอะ อันนี้คุณพยาบาลสมมติบิดาตาย :: และตามมาด้วยบรรทัดที่ 4-6 ที่ใช้คำอื่นแทนคำว่าตาย ทั้งนี้เป็นเพราะจิตอาสาปรับบทสนทนา เพื่อให้การสนทนาดำเนินต่อไปได้อย่างราบรื่นและพยายามไม่ให้เกิดความไม่สบายใจเพิ่มขึ้นในระหว่างการสนทนา

2. นอกจากบทสนทนาที่ผู้วิจัยเสนอมาเป็นตัวอย่างแล้ว ในทุกบทสนทนาของงานวิจัยนี้ ยังพบการใช้คำอื่น ๆ แทนคำว่าตายอีกหลายคำซึ่งเป็นคำพูดจากทั้งจิตอาสาและญาติผู้ดูแล เช่น “ หมอเป็นบอก (3.0) บอกไม่ไหวละ ” “ ถ้ายืดอายุของเป็นไปบ่ตาย :: ” “ แต่ถ้าฮักสาบ่ตายละ (.) เฮาเอาไต่แล้วละ ” “ ต้าวันใดวันนึ่ง(2.0)ถึงวาระฮันแต่แต่ :: :: เนาะ(2.0) >ยอมรับเน้อ< ” เป็นต้น

3. การใช้เทคนิคประเภทนี้มักจะเกิดสลับไปมาในระหว่างที่จิตอาสาพูดคุยกับญาติผู้ดูแล ในเรื่องการลูกกลมของโรคและอาการที่เหมือนว่าจะแยลง (deterioration) ซึ่งเป็นการพูดอ่อน ๆ แต่มีข้อสังเกตว่าไม่ปรากฏในขั้นตอนการยุติการสนทนาหรือการออกจากการพูดคุยเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย เพราะจิตอาสาจะเลือกใช้คำพูดในด้านบวกที่แสดงถึงการให้ความช่วยเหลือแก่ญาติผู้ดูแล กล่าวชมเชยหรือกล่าวคำพูดที่เป็นการให้กำลังใจให้ญาติผู้ดูแลและญาติผู้ดูแลก็ต้องการความสบายใจ ไม่ค้ำคะใจกลับไปเช่นกัน

เทคนิคการอ้างอิงบุคคลที่ 3

โดยปกติของงานวิจัยนี้ จิตอาสา มักจะเป็นผู้เริ่มเปิดประเด็นโดยตั้งใจคุยเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย ดังนั้นจิตอาสาจึงออกแบบคำถามให้ลักษณะของคำถามเป็นคำถามทั่วไป (general question) ที่ให้ทางเลือกแก่คนตอบ ไม่จำกัดคำตอบอย่างตายตัว คนตอบอาจตอบได้หลายลักษณะ และในระหว่างการพูดคุย คู่สนทนาทั้งสองฝ่ายมีโอกาสที่จะกล่าวถึงเหตุการณ์หรือคำบอกเล่าของบุคคลที่ 3 (third party) ร่วมด้วย เพราะในบางครั้งการกล่าวถึงบุคคลที่ 3 มีประโยชน์ในแง่ของการปูพื้นเรื่องการเตรียมรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย ก่อนที่จะเข้าไปพูดคุยเรื่องการตัดสินใจหรือการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลของญาติผู้ดูแล

บทพูดที่ยกมาแสดงให้เห็นว่าจิตอาสาคุยด้วยการอ้างอิงบุคคลที่ 3 ที่ตัดสินใจเลือกการรักษาในแนวทางที่ใกล้เคียงกับผู้ป่วย

7.5[จิตอาสา-1330-2.17-3.18] [วีดิทัศน์]

1. จิตอาสา จะถามชื่อชื่อนะ = เกยอุ้งกันก่อ (.)
2. ในครอบครัว (.) ว่าทั้งแม่ทั้งเนี้ย
3. (.) ว่าเขาจะเอาถึงตรงไหน (3.0) ถึงที่สุดตรงไหน
4. ความหมายของน้องก่อคือว่า :::
5. → เจ่น (.) อีป้อหนา (.) ถ้าสมมุติว่า (2.0)
6. → ป้อหายใจป่าไหวละ (.)
7. อีต :: นึก (.) แกขนาคป่าได้ละ (.)
8. อีโน่ (.) อีตกว่านี่อะ (.)
9. หมอเป็นจะถามว่าใส่ต้อก่อ
10. (2.0) ใส่เครื่องจิวหายใจก่อ ::
11. → แม่หันเตียงข้างข้างก่อ (.) ตีเป็ลใส่ต้อ (.) เจาะคอ
12. → (2.0) อันนั้นหนา (.) เป็นเครื่องจิวหายใจเมาะ (.)
13. เกยถามก่อว่า ::: แบบจะเนี้ย (.)
14. อีป้อจะเอาก่อ (2.0) เกย (.) เกยอุ้งก่อ (.)
15. หรือว่าป้อมหัวใจ (2.0)
16. แม่เกยเห็นในโทรทัศน์ก่อ (.)
17. ตีเป็ลกดนวดหัวใจ
18. ผู้ดูแล เจ้า (.) ((พยักหน้า))เกย
19. จิตอาสา เกยอุ้งกันชูต ↑ ก่อ นี่คือนี่อุ้งชูตละหนา (.)
20. เกยก่อ
21. ผู้ดูแล เจ้า ((พยักหน้า 2 ครั้ง)) เกยเกย
22. จิตอาสา เกยเกริ่น = เกริ่นถามไหม
23. ผู้ดูแล ตะคิ่นตื้น้องแก้วว่า (.)

24. บ่อยากจะหือบ้มหัวใจ
25. ใส่ต้อใหญ่ใหญ่นั่นน้อ ((ผงกหัว))
26. จิตอาสา อึมนะ (.) ต้อต้อแม่เคยเห็นเป็ลใส่นี้หนา::
27. ผู้ดูแล ถ้าเกิดใส่ต้อแบบนี้ = ก้อยอมฮับ (.)
28. คนไข้ก้อโอเค

ในบรรทัดที่ 1 จิตอาสาอ้างถึงการรักษาของเตียงข้าง ๆ ในบรรทัดที่ 11-12 จิตอาสา กล่าวว่า แม่หันเตียงข้างข้างก้อ (.) ต้อเป็ลใส่ต้อ (.) เจาะคอ (2.0) อันนั้นหนา (.) เป็นเครื่องจួយหายใจเนาะ (.) การที่จิตอาสาพูดเช่นนี้เป็นการเปรียบเทียบว่าถ้าครอบครัวตัดสินใจให้ผู้ป่วยรับการรักษาเพื่อยื้อชีวิตผู้ป่วย จะต้องใส่เครื่องช่วยหายใจแบบนั้น การใช้ประโยคนี้นำไปสู่การกล่าวถึงระดับการยินยอมรับการรักษาของผู้ป่วยในการดูแล และจิตอาสาก็ยังพยายามถามต่อไป ซึ่งการถามย้ำในประเด็นที่เป็นจุดมุ่งหมายหลักของการสนทนามีความน่าสนใจและถือได้ว่าเป็นการเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลเล่าถึงการเตรียมตัวรับมือกับการดูแลแบบประคับประคองภายในครอบครัวของผู้ป่วยด้วยและยังพบเหตุการณ์ดังที่กล่าวไปในตอนท้ายของข้อ 7.4 คือการใช้เทคนิคการใช้คำเลี่ยงคำที่ไม่สุภาพโดยใช้ศัพท์หรือภาษาที่นุ่มนวล ควบคู่ไปกับเทคนิคการใช้คำถามที่เป็นการสมมติ ก็พบในการสนทนาด้วย ในบรรทัดที่ 5-6 จิตอาสาบอกว่า เจ่น (.) อ้อปหนา (.) ถ้าสมมุติว่า (2.0) ป้อหายใจบ่าไหวละ (.) มีการใช้คำว่าสมมติและใช้คำเลี่ยงคำว่าตาย

นอกจากนั้นผู้วิจัยยังเห็นถึงการพยายามทำตัวเป็นกลางของจิตอาสาโดยการใช้บุคคลที่ 3 ที่เป็นแพทย์ในการกล่าวถึงระยะของการดำเนินโรค เพื่อนำไปสู่การให้คำปรึกษาที่มีความเหมาะสมง่ายต่อการทำความเข้าใจและคิดตามได้ต่อไป

7.5 [จิตอาสา-2905-0.01-0.54] [วีดิทัศน์]

1. จิตอาสา แม่โสภานะ ((วางมือที่หน้าอก))
2. ตะวาเฮาเจอกันละเนาะ
3. พอดีน้อง ((เอามือแตะหน้าอก 2 ครั้ง))
4. แนะนำตัวเหมรอบน้องเป็นพยาบาลต้อ (2.0)
5. ดูแลคนไข้ (.) เกี่ยวกับมะเร็ง
6. หรือโรคอื่นอื่น (.) ก้อได้
7. แต่เป็น (.) รักษาไม่ได้ละ

8. ประมาณหยั่งอันเนาะ (.) ละก่อ (2.0)
9. ก่อคือมาอุ้งกันก่อน (.) ที่นี้เนี้ย
10. ขอลถามแหมงำ (.) แหมงรอบ
11. แม่ฮู้ว่า (.) คุณ (.) ตาเป็นโรคอะหยั่งเฮ้าะ
12. ผู้ดูแล เป็นโรคมะเร็ง ((พยักหน้า))
13. จิตอาสา ที่ ::
29. ผู้ดูแล >ที่ปอด<
30. จิตอาสา (.) ที่ปอด เริ่ม = เริ่มต้ปอดหรอ ((ผงคีรชะ))
31. ผู้ดูแล ((เอามือแตะที่คอ)) ตอนแรก (.) อยู่ที่กล่องเสียง
32. จิตอาสา เอ่อ (.) กล่องเสียง (2.0)
33. ละบ่าเดียนั้นมันไปปอด ↑ ละ
34. แสดงว่า (.) มันลามนอ
35. → หมอว่าเป็นระยะ ::
36. ผู้ดูแล → .ฮฮฮ (.) สุดท้าย ::
37. จิตอาสา คุณลุงฮู้แคไหน (3.0)
38. ว่าเป็นระยะสุดท้ายนี้ (.) ฮู้ก่อ
39. อ่ามะเรื่องนี้คงฮู้แน่นอนละ (.) แต่ฮู้ก่อว่า ::
40. ผู้ดูแล ระยะสุดท้ายนี้ปีที่แล้วละหนา (2.0)
41. °ปีห้าแปด°

จากบทสนทนาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยพบว่าจิตอาสากำลังใช้ทฤษฎีของการให้การดูแลแบบประคับประคองที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและพยายามทำให้ความเป็นกลางเกิดขึ้นด้วยการใช้คำว่า หมอว่าเป็นระยะ :: ในบรรทัดที่ 35 ญาติผู้ดูแลตอบว่าระยะสุดท้ายแสดงในบรรทัดที่ 36 .ฮฮฮ (.) สุดท้าย :: สาเหตุที่จิตอาสาเว้นระยะไว้ให้ญาติผู้ดูแลตอบเกี่ยวกับการดำเนินโรคของผู้ป่วยด้วยตนเอง ไม่ใช่เพราะจิตอาสาไม่รู้ว่าผู้ป่วยในการดูแลของญาติคนนี้เป็นมะเร็ง แต่จิตอาสาเลือกที่จะไม่

กล่าวว่าตัวจิตอาสาผู้ ๓ คนนี้จิตอาสาใช้เทคนิคการอ้างอิงบุคคลที่ 3 นั้นคือจากคำบอกของหมอและญาติผู้ดูแลก็รู้เรื่องนี้มาด้วยตัวเองแล้ว การกล่าวเช่นนี้ได้เป็นการที่กัทักของจิตอาสา

บทสรุป

ในบทนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาเทคนิคและภาคปฏิบัติด้านการสื่อสารที่จิตอาสาดูแลนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง ซึ่งจิตอาสาจำเป็นต้องพยายามจัดระเบียบการสนทนาด้วยการใช้เทคนิคด้านการสื่อสารต่าง ๆ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน เพียงพอต่อการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อไป แต่ยังคงคงความรู้สึกผ่อนคลาย การพูดคุยอย่างเป็นไปตามธรรมชาติ เพื่อช่วยบรรเทาความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งผู้วิจัยจะนำทั้งคำบอกเล่าและข้อมูลการสนทนาจากวีดิทัศน์ที่ผู้วิจัยได้มีส่วนร่วมมาวิเคราะห์ด้วยวิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา เพื่อให้เห็นว่าจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเลือกเทคนิคด้านการสื่อสารใดในสถานการณ์จริง

ผลการวิจัยพบว่าเทคนิคด้านการสื่อสารที่คู่สนทนาเลือกนำมาใช้บ่อย ๆ จนเป็นที่สังเกตได้ ในงานวิจัยนี้ได้แก่ 1) เทคนิคการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม 2) เทคนิคการใช้คำถามโดยการสมมติ 3) เทคนิคการใช้คำเลี่ยงคำที่ไม่สุภาพโดยใช้ศัพท์หรือภาษาที่นุ่มนวล และ 4) เทคนิคการอ้างอิงบุคคลที่ 3 และนอกจากนั้นยังพบประเด็นที่น่าสนใจและควรนำมาต่อยอดงานวิจัย เช่น คู่สนทนาจะเลือกใช้บางเทคนิคแบบไม่รู้ตัวว่าคือนี่คือเทคนิค หรือการนำเทคนิคต่าง ๆ มาใช้มีทั้งแบบใช้ร่วมกันแล้วดีหรือใช้แยกแบบเดี่ยว ๆ จะดีกว่า ซึ่งเหล่านี้ล้วนแต่มีผลกระทบต่อการสนทนาระหว่างคู่สนทนาทั้งสิ้น



บทที่ 8

การนำความรู้หรือทฤษฎีด้านการสื่อสารของจิตอาสา ไปใช้ในสถานการณ์จริง

แม้คำว่า “การดูแลแบบประคับประคอง” มีการใช้อย่างมากมาย แต่หากเมื่อได้ยิน มักจะมีความรู้สึกบางอย่างที่แฝงมาด้วย สิ่งที่แฝงมาคงเป็นความรู้สึกหมดหวัง สูญเสีย หวาดกลัว สิ่งเหล่านี้อาจทำให้บุคลากรทางการสาธารณสุขรู้สึกอึดอัด เศร้า หลีกเลียงการตอบคำถาม การให้ข้อมูล การร่วมหาข้อตกลงหรือทางเลือกในการดูแลรักษา การบอปป้างว่าเป็นหน้าที่ของบุคคลอื่น ซึ่งทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัวได้ (Kohn, 2000) แต่ในความเป็นจริงแล้ว วัตถุประสงค์สำคัญของการดูแลแบบประคับประคองคือ การทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัวดีขึ้น บรรเทาและป้องกันความทุกข์ทรมานและช่วยให้ผู้ป่วยได้มีชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี จนถึงวาระสุดท้าย ซึ่งหากเป็นเช่นนี้ถือได้ว่าบรรลุเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคอง

สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของเครือข่ายพุทธิกาฯ ที่เน้นให้จิตอาสาที่เข้ารับการอบรม ได้มีประสบการณ์ในการสัมผัสกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยในการอบรมเริ่มจากการให้ความรู้ เทคนิค ทฤษฎีต่าง ๆ ภายใต้การอบรมเชิงปฏิบัติและเมื่อผ่านการอบรมครบทั้งหลักสูตรแล้ว ในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล จิตอาสาจำเป็นต้องใช้ความรู้หรือทฤษฎีที่ได้จากการอบรมมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง ซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นและต้องใช้ทฤษฎีหรือความรู้ใดในสถานการณ์นั้น ๆ

ในบทนี้ผู้วิจัยต้องการเสนอถึงการนำความรู้หรือทฤษฎีด้านการสื่อสารของจิตอาสา ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ซับซ้อน ละเอียดอ่อน การสื่อสารต่าง ๆ ที่แสดงออกมาจะต้องเป็นไปด้วยความระมัดระวังความรู้สึกของคู่สนทนาเป็นอย่างมาก ผู้วิจัยใช้วิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนาร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาว่าจิตอาสา นำทฤษฎีหรือความรู้ใดที่ได้จากการอบรมไปใช้ในสถานการณ์จริง พร้อมทั้งนำบทสนทนาระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแลมาประกอบการอธิบายเพื่อการอ่านที่เข้าใจง่ายมากยิ่งขึ้น

ในการพูดคุยเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแลนั้น จิตอาสาเน้นที่กระบวนการทำความเข้าใจและติดต่อสื่อสารเพื่อให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณแก่ญาติผู้ดูแลซึ่งเหตุการณ์เกิดในช่วงเวลาเฉพาะ มีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุด มุ่งเน้นการลดความเครียดและการผ่อนคลายความวิตกกังวล โดยส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลสื่อสารความคิดและความรู้สึกที่ตึงเครียด (distress) รู้จักตนเอง ยอมรับตนเอง ยอมรับ

ข้อจำกัด หรือหาแนวทางที่เหมาะสมในการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยในการดูแลได้ รวมถึงให้ความสำคัญกับแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยในการดูแลของตน ดังนั้นผลการวิจัยจึงมีความสอดคล้องกับทฤษฎีสัมพันธภาพเพื่อการเยียวยาที่ให้ความสำคัญของการอยู่ร่วมกันของคนในสังคม ดังนี้

1. การใช้คำถาม (Questioning) เป็นทักษะที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ได้ข้อมูล เพื่อใช้ในการเข้าใจปัญหา สถานการณ์ชีวิต ของญาติผู้ดูแลมากขึ้น เพื่อเปิดโอกาสให้เกิดการบอกเล่าถึงความรู้สึก และเรื่องราวต่าง ๆ ที่ทำให้ยุ่งยากใจ หรือรบกวนใจ รวมทั้งให้โอกาสญาติผู้ดูแลได้ใช้เวลาในการคิด ทบทวนและทำความเข้าใจปัญหาและสาเหตุด้วยตนเอง คำถามในงานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ คือ 1) ให้ได้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง 2) ตรวจสอบว่า ญาติผู้ดูแลรู้หรือไม่ 3) ประเมินสถานการณ์ 4) ชี้แนะการสนทนาต่อในเชิงสร้างสรรค์ และ 5) ทำความเข้าใจให้ตรงกัน ดังตัวอย่างบทสนทนาที่แสดงต่อไปนี้จะเป็นการตั้งคำถามของจิตอาสาเพื่อประเมินถึงการเตรียมตัวรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยและเพื่อนำข้อมูลที่ได้นำไปใช้ในการให้คำแนะนำต่อไป

#8.1 [จิตอาสา-1635-14.12-14.51] [วีดิทัศน์]

1. จิตอาสา → แม่ซา :: ถ้า ↑ สมมุติ :: เนอะ (.) คุณพยาบาลสมมติ ::
2. ผู้ดูแล → จ้า = จ้า
3. จิตอาสา → ถ้าวันใดวัน ↑ นิง (.) คุณตาเปิ้ลหยุดหายใจ
4. → หรือว่า (.) หัวใจแกไม่เต้นแล้วเนี่ย
5. → [แม่คิดว่า (.) แม่วางแผนอย่างไร = จะหื้อตั้งหมอบ
6. ผู้ดูแล → [แม่
7. จิตอาสา → (.) ตั้งโฮงยา (.) เปิ้ลจ้วยฟื้นคืนชีพก่อ (2.0)
8. → ก่อว่าจะปล่อยเปิ้ลไปอย่างสงบ
9. ผู้ดูแล → ถ้าสมมุติว่าหยิ่งอื่น (.)
10. → แม่ขอปล่อย = ขอปล่อยดีกว่า
11. → (2.0) มันจะฟื้นขึ้นมาได้สักเด้าใด
12. → (2.0) เต้าตีแม่หันนะ (.)

13. ถ้าสมมุติว่าไป ↑ กดไปอะหยังแคะ (.)
14. ทำแก็ ↑ เจ็บแก็ทรมานนี้ = แม่บ่าเอาดีกัว่า
15. (2.0) ขอหื้อเป็ลไปอย่างสงบสงบ ↑ เตื่อะ

จากตัวอย่างบทสนทนา 8.1 ในบรรทัดที่ 1 บรรทัดที่ 3-5 และบรรทัดที่ 7-8 จิตอาสา พูดถึงการตัดสินใจช่วยชีวิตผู้ป่วยด้วยคำกล่าวที่ว่า ถ้าวันใดวัน ↑ นิ่ง (.) คุณตาเป็ลหยุดหายใจ หรือว่า หัวใจแก็ไม่เต้นแล้วเนี่ย แม่คิดว่ (.) แม่วางแผนอย่างใด = จะหื้อตั้งหมอ (.) ตั้งโงงยา (.) เป็ลจ้วย ฟันคั้นซีพก่อ(2.0)ก่อว่าจะปล่อยเป็ลไปอย่างสงบ ซึ่งการใช้คำถามเหล่านี้จะเป็นไปในลักษณะอ้อม ๆ โดยใช้คำถามว่า แม่คิดว่ (.) แม่วางแผนอย่างใด เพื่อให้ได้คำตอบและเป็นที่น่าสังเกตว่าจากทุกกรณีศึกษาในงานวิจัยนี้ไม่พบการใช้คำว่า “ทำไม” แม้แต่คำเดียว เพราะแสดงถึงความอยากรู้ในเรื่องราวของญาติผู้ดูแลมากจนเกินไปนอกจากนั้นคำถามที่ขึ้นต้นว่า “ทำไม” หรือ “มีปัญหาอะไร” ถือเป็นคำถามที่จิตอาสาควรหลีกเลี่ยง เนื่องจากทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกผิด อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างสนทนาอีกด้วย

2. การให้คำปรึกษาตามกรอบการช่วยเหลือ ในการอบรมจะมีการแจ้งให้จิตอาสาได้ทราบถึงกรอบการช่วยเหลือ เช่น กระบวนการในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย จำนวนครั้งที่เหมาะสมในการเข้าเยี่ยม เป็นต้น จุดประสงค์เพื่อช่วยให้จิตอาสาเข้าใจในวิธีการ ขอบเขต เป้าหมาย เกิดความเข้าใจในกระบวนการอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้สังเกตเห็นความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง งานวิจัยนี้ จิตอาสาส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลวิชาชีพจึงมีกรอบการช่วยเหลือและให้คำปรึกษาที่ชัดเจน เพราะในการตัดสินใจเรื่องแนวทางการตัดสินใจว่าจะรักษาผู้ป่วยแบบไหนเป็นหน้าที่ของญาติและครอบครัว จิตอาสาจะไม่ชี้แนะ แต่จะติดตามต่อภายหลังจากที่ครอบครัวตกลงกันแล้ว

#8.2 [จิตอาสา-1330-19.22-20.29] [วีดิทัศน์]

1. จิตอาสา → อู้กัันก่อนก่า (2.0) อันนี้เฮาอู้กับแม่ (.)
2. → อู้กับลูกตวยนะ ละก่อ (.) คุณตาทวย
3. ผู้ดูแล ลูกฮั่นมัน (.) เอาเฮาว่านะ
4. เอายายว่า ((ผงกหัว))
5. จิตอาสา → อี้ (.) เอาเฮาว่ากะ
6. → เพราะว่าเกยมี (.) มันต้องอู้พร้อม :::: กัน
7. → ละก่อ (.) พร้อมกับคุณตาทวย

8. → เพราะคุณตาเป็ลผู้ตัวอยู่
9. → ถ้าเป็ลบ่าผู้ตัว (.) ก่อว่าไปอย่าง
10. ผู้ดูแล ยายไปบ้าน (.) ยายก่อบอกหื้อลูก (.)
11. ลูกก่อโอเค (.) เอาหยังแม่ว่า ↑ เตื่อะ
12. จิตอาสา ยังงละก่อ (.) แวะมาเซ็นต์ตรงนั้นหึย
13. อันนี้คือจะอู้เรื่องประเด็นลักทวย (.)
14. เพระว่าตังแต่ตะวา (.) ละ
15. เดียวรออู้เรื่องนี้แหมกำ (2.0)
16. เพระว่าเื่อ (2.0) เาออู้เื่อไว้
17. ผู้ดูแล เจ้า (.) มันตัง (2.0) มันตังจะเกิตขัน
18. จิตอาสา อ่าอูก = อูก
19. ผู้ดูแล ยายนะ ↑ อู้ ((กัมหนำ))
20. จิตอาสา ตังจะเกิต (.) บำชำ (.) ก่อเร็ว
21. ผู้ดูแล ((พยักหนำ))
22. จิตอาสา พอถึงเวลาเกิตจิงจริง
23. (2.0)เาจะเต็ยม (.)
24. อ้อ ::: เาเกยอู้ไว้ละ (.)
25. ว่าอันนี้เนื่อ (.) จะตองบำได้มำตอง
26. เ้า ยะไดีหา (.) เาจะไส่
27. เาจะ >บำไส< >ไส< >บำไส<
28. มันจะมาลังเลตอนนั้น (.) แมันก่อ
29. เาก่อตัดสินใจไปเลยน่อ (.)
30. เอ :: ตำปื่อเป็ลจะไปตำยบำนก่อ (.)
31. จะไดยะหยังได

32. ผู้ดูแล ตางญาติป้อเป็ลก่อ (2.0)
33. ไอน้องตี้ตะคินหนา ::
34. ก่อเป็นญาติตางป้อ (.) เป็นน้อง (.) น้องตาเนีย
35. จิตอาสา → มันจะได้ไปอู้กัน (.) เอี้ยะน่อแม่น่อ
36. ผู้ดูแล ((พยักหน้า)) เจ้า :::
37. จิตอาสา → เต้าเอี้ยะนะเจ้า (.) แม่
38. → ละเดียวเฮาปะกันอยู่นั้นนะแม่ (.)
39. → พรุ่งนี้เฮาก่อปะกัน (.)
40. → เดียวจะหื้อเป็ล (.) ไปเยี่ยมบ้านหมก่า ((ยกมือไหว้))
41. ผู้ดูแล คะ ((ยกมือรับไหว้)) ขอบคุณหลายหลาย

จากบทสนทนาข้างต้นจะเห็นได้ว่าจิตอาสาพยายามแนะนำซ้ำหลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้ญาติผู้ดูแลนำเรื่องการตัดสินใจรักษาผู้ป่วยไปคุยกันในครอบครัวรวมถึงตัวผู้ป่วยด้วย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน เห็นได้จากบรรทัดที่ 1-2 จิตอาสาบอกว่า อู้กันก่อนก่า (2.0) อันนี้เฮาอู้กับแม่ อู้กับลูกตวยนะ ละก่อ (.) คุณตาตวย ซึ่งญาติผู้ดูแลตอบกลับมาในบรรทัดที่ 3-4 ว่ามีการพูดคุยกันบ้านแล้ว แต่ตามใจแม่ ให้แม่ตัดสินใจ โดยญาติผู้ดูแลเล่าว่าลูกพูดตั้งนี้ ลูกฮั่นมัน (.) เอาเฮาว่านะ เอายายว่า ((ผงกหัว))แต่จากที่จิตอาสาประเมินดูแล้วพบว่า การพูดคุยอาจยังไม่พองจึงพยายามขยายความให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจง่ายขึ้น ในบรรทัดที่ 5-9 จิตอาสาบอกว่า อี้ เอาเฮาว่ากะเพราะว่าเกยมี มันต้องอู้พร้อม :: : กัน ละ ก่อ (.) พร้อม กับ คุณ ตา ตวย เพราะ คุณ ตา เป็ล ฮู้ ตัว อยู่ ถ้าเป็ล บ่า ฮู้ ตัว ก่อ ว่า ไป อย่าง และ บรรทัด ที่ 35 มันจะได้ไปอู้กัน เอี้ยะน่อแม่น่อ ซึ่งถือว่าการดำรงอยู่ในกรอบของการให้คำปรึกษาที่ไม่ตัดสินใจแทนคู่สนทนาหรือที่กหักเอาเอง นอกจากนั้น จิตอาสา ยังทิ้งท้ายการสนทนาด้วยการกลับมาในกรอบของการช่วยเหลือตามบรรทัดที่ 37-40 จิตอาสา กล่าวว่า เต้าเอี้ยะนะเจ้าแม่ ละเดียวเฮาปะกันอยู่นั้นนะแม่ พรุ่งนี้เฮาก่อปะกัน เดียวจะหื้อเป็ลไปเยี่ยมบ้านหมก่า ((ยกมือไหว้))

3. การฟังอย่างลึกซึ้ง (Deep or compassionate listening skill) เป็นการฟังที่เต็มเปี่ยมไปด้วยความรักและเมตตาอย่างไม่มีเงื่อนไข ให้ญาติผู้ดูแลได้แสดงความรู้สึกต่าง ๆ เช่น โกรธ กลัว กังวล สับสน ท้อใจ ทำให้สัมผัสได้ถึงอารมณ์ ความรู้สึกและความต้องการ ญาติผู้ดูแลได้

ปลดปล่อยให้ความทุกข์น้อยลง เป็นการเยียววจิตใจ เพราะความรู้สึกที่หลังไหลออกมาได้รับการโอบอุ้ม ดูแลให้เกียรติ ซึ่งการฟังอย่างลึกซึ้งจะปรากฏอยู่โดยทั่วไปของงานนี้

#8.3 [จิตอาสา-1635-24.52-25.31] [วีดิทัศน์]

1. ผู้ดูแล → คือ (2.0) แก๊กแม่นะ
2. → (.) คือ (.) มีอะหยังเอี้ยะ (2.0) แกจะถาม (.)
3. → แม่ก้อหื้อจ้วยไป ((ผายมือเล็กน้อย)) (.) อะหยังไป
4. (.) มีอะหยัง (.) แกผิตอะหยังแม่ ↑ ทุ๊ก ::: อย่าง
5. → ↑ เพราะ (.) อันนี้ก้อ
6. → (.) ก้อบ่าฮู้หนา (.)
7. → แม่อาจจะ ::: แม่คิดว่าเอี้ยะ (.)
8. → เพราะเขาหื้ออภัยแกตลอดใจ ((เสียงสั้น))
9. จิตอาสา → (.) ดีคะ (.) โจ๊กดีละ
10. → (.) ลุงอินทร์ก้อโจ๊กดีมากมาก
11. → (.) บางคนตีเป็ลบ่ามีลูก (.) บ่ามีเมียเนอะ (2.0)
12. → เท่าตีคุณพยาบาลหันมาเอี้ยะเนอะ
13. → ° มั่นบ่ามีใครมาผ่อ° มั่นนำเอ็นดูแต่ :: นะเจ้าเนอะ (.)
14. ผู้ดูแล โอ้ย ::: แม่ทำใจบ่าได้หрок ((ส่ายหัว))
15. จิตอาสา แต่เนี้ (.) แม่ขนาดเป็นแค่น้องสาวเนอะ (.)
16. ยังดูแลอย่างเนี้ย ((จับมือ))
17. ละ (.) เตียวอีกหน่อย (.) ลูกสาวแม่ก้อจะมาดูแลแม

18. ผู้ดูแล เจ้า (.) ภาวนาขอหื้อเป็นหยั่งอันเนือะ ((หัวเราะ))
19. จิตอาสา ถ้าหยั่งไต (.) ก่อเป็นกำลังใจหื้อ (.) เนือเจ้า
20. ผู้ดูแล เจ้าเจ้า

แม้จะเป็นที่รู้กันว่า การสนทนาในบริบทที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การรักษาการดูแลโดยแพทย์ พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์มักเกิดความแตกต่างในรากฐานทางสังคมกับคู่สนทนา เพราะการกระทำของบุคคลเหล่านี้ ถือว่าเป็นการกระทำของผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีใบอนุญาต มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับลักษณะเงื่อนไขในการรักษา การสนทนาจึงมักถูกกำหนดไว้ตามลำดับขั้นตอนที่ชัดเจน แต่อาจได้รับการตอบสนองเป็นรับความเจ็บปวดจากคู่สนทนาซึ่งเป็นไปตามหลักของลัทธิสโตอิก (stoicism) (Maynard 2003) ทำให้ในบางครั้งจิตอาสาต้องสร้างสภาพแวดล้อมในการพูดคุยร่วมกันระหว่างคู่สนทนาเพื่อให้การเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่ดี และผลลัพธ์ที่ได้ให้ประโยชน์ในการสร้างความเข้าใจและการยอมรับของญาติผู้ดูแล จากตัวอย่างการสนทนาบรรทัดที่ 1-8 จะเห็นว่า จิตอาสาเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลพูดถึงความรู้สึกดี ๆ ของตนที่มีต่อผู้ป่วยในการดูแล คือ (2.0) แกะหมี่แม่เนะ (.) คือ (.) มีอะหยั่งเอี้ยะ (2.0) แกะจะถาม (.) แม่ก้อหื้อจ้วยไป ((ผายมือเล็กน้อย)) (.) อะหยั่งไป (.) มีอะหยั่ง (.) แกะคิดอะหยั่งแม่ = อภัย ↑ ทุก :: อย่าง ↑ เพราะ (.) อันนี้ก้อก้อบ่าฮู้หนา (.) แม่อาจจะ :: แม่คิดว่าเอี้ยะ (.) เพราะเขาหื้ออภัยแกตลอดใจ ((เสียงสั่น)) ((น้ำตาคลอ)) ซึ่งจิตอาสา ก็แสดงถึงการรับฟังอย่างลึกซึ้งด้วยความเข้าใจในดั่งเช่นในบรรทัดที่ 9-13 จิตอาสาพูดว่า (.) ดีคะ (.) โจ่งดีละ (.) ลุงอินทร์ก้อโจ่งดีมากมาย (.) บางคนตีเป็ลปามีลูก (.) บ่ามีเมียเนือะ (2.0) ((ผายมือ)) เท่าที่คุณพยาบาลหันมาเอี้ยะเนือะ มันบ่ามีใครมาพอ มันท่าเอ็นดูแต่::นะเจ้าเนือะ (.) นอกจากการรับฟังอย่างลึกซึ้งจะช่วยให้บรรยากาศการสนทนาดีขึ้นแล้ว ในบางครั้งจิตอาสายังใช้บรรยากาศที่ดีขึ้นนี้ในการตั้งคำถามเพื่อพูดคุยกันต่อตามโครงสร้างการสนทนาที่จิตอาสา กำหนดไว้ต่อไป

4. การสัมผัส (Touch) เป็นการสื่อสารถึงความรู้สึกในรูปแบบของอวัจนภาษา เป็นการแสดงความเห็นใจ ห่วงใย ให้กำลังใจ การประคับประคองและความเมตตา มักจะใช้ในการสื่อความรู้สึก ในกรณีที่จิตอาสาไม่สามารถใช้ถ้อยคำสื่อได้อย่างเหมาะสม แต่อย่างไรก็ตามต้องระมัดระวังเรื่องของความเหมาะสมกับบุคคลหรือสถานการณ์โดยต้องคำนึง วัย เพศ วัฒนธรรมและอื่น ๆ ด้วย

#8.4 [จิตอาสา-1635-23.59-24.47] [วีดิทัศน์]

1. จิตอาสา → อันนี้ ((ขยับตัว)) ((จับมือผู้ดูแล))
2. เป็นกำลังใจหื้อนะเจ้า ((ยิ้ม))
3. ผู้ดูแล → เจ้า :: ขอบคุณนั้กนั้ก ((หัวเราะ)) ((จับมือจิตอาสา))
4. จิตอาสา ฮู้ฮู้ (.) เป็นผู้หญิงแกร่งมาก (2.0) ละก้อ ::

5. ผู้ดูแล ต้องแกร่งกะ (1.0) จำเป็นต้องแกร่ง ((ยิ้ม))
6. จิตอาสา โຈกตีเนือะ ((พยักหน้า)) (.)
7. ว่าแบบได้ลูกปิ๊กคินมานะ (.)
8. ขนาดเป็ลเป็นลูกบุญธรรม (.) อะเนือะ
9. ผู้ดูแล เจ้า
10. จิตอาสา → (.) เป็ลยังฮัก (2.0) ละก่อดูแลลูกอินทร์นะ
11. → อ่าว (2.0) หนูยังคิดว่า (.)
12. → เป็ลยังป้อค้อยอะหยิง ((ตะมือ2ครั้ง)) ((ปล่อยมือ))
13. เพราะเป็ลเป็นลูกบุญธรรม (.)
14. เขาก้อ (.) ไม่ค้อยอะไรกับ
15. ผู้ดูแล ((ขยับตัวมาข้างหน้าเล็กน้อย))
16. แกบ่มาได้คิดว่าแกเป็นลูกบุญธรรม
17. ตั้งวันนี้หนา :: แต่ก้อแก (.)
18. แกเป็นคนดีละอ่อนสวกอะ (2.0) ป้อฮูหนา :: ((ผงกหัว))
19. จิตอาสา ใจใหญ่ ↑ ก้า ((ยิ้ม))
20. ผู้ดูแล ประมาณนั้น ((ยิ้ม))
21. จิตอาสา ไม่ (2.0) หนูก้อคิดต่อยังไงคะ (.) ว่าอีกหน่อย
22. ถ้า ↑ สมมติป่าไม้สบายเหมือนลูกอินทร์เนี้ย (.)
23. พี่ลูกสาว (.) ก้อจะมาดูแลป่าตอใจ (.)
24. เพราะเขาเห็นตัวอย่างจากแม่ (.) ไข่ปะ
25. เพราะว่า (.) แม่ดูแลคุณตาอินทร์ดีใจ
26. มาดู ↑ ทุกวัน (.) มันเหมือนเป็นแบบอย่างนะ (.)
27. ผู้ดูแล แม่ก้อภาวนา ((ผงกหัว))

ในงานวิจัยนี้พบว่าการสัมผัสที่แสดงถึงการให้กำลังใจ มีความเป็นห่วงเป็นใยให้เห็นอยู่แทบทุกการสนทนาที่ญาติผู้ดูแลและจิตอาสาเป็นเพศเดียวกันและสัมผัสซ้ำ ๆ ตลอดทั้งการสนทนา เช่น การจับมือ การจับเข่า เช่นในบรรทัดที่ 1 จิตอาสาจับมือญาติผู้ดูแลเพื่อเป็นกำลังใจ อันนี้ ((ขยับตัว)) ((จับมือผู้ดูแล)) เป็นกำลังใจที่อ่อนะเจ้า ((ยิ้ม)) และจับมือต่อมาเรื่อย ๆ 35 วินาที จนถึงในบรรทัดที่ 10-12 เป็ลยังฮัก (2.0) ละกอดดูแลงอินทร์นะ อ่าว (2.0) หนุยังคิดว่าเป็ลยังบ่ค่อยอะหยัง ((ตะมือ2ครั้ง)) ((ปล่อยมือ)) นอกจากนั้นในบางกรณีศึกษายังพบการสวมกอดเพื่อให้กำลังใจในตอนท้ายการพูดคุยหรือในช่วงของการยุติการสนทนาตามโครงสร้างการสนทนาด้วย

สรุปผล

ในบริบทของการจัดการเพื่อให้คำปรึกษาเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยโดยจิตอาสา นั้น มีความจำเป็นต้องใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพเพื่อการเยียวยา เพราะจิตอาสาซึ่งเป็นผู้ให้การเยียวยานั้นจะเป็นเหมือนผู้สร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพอย่างมีขอบเขตที่เหมาะสม โดยผู้รับการเยียวยาได้แก่ญาติผู้ดูแลที่แม้จะเป็นผู้รับแต่ก็เป็นหุ้นส่วนในกระบวนการเยียวยา (partnership) ในการดำเนินกิจกรรมของจิตอาสา มีเป้าหมายที่ชัดเจนคือเพื่อให้การคำปรึกษาแนะนำ สัมพันธภาพสิ้นสุดเมื่อบรรลุเป้าหมายซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้รับการเยียวยา และความเข้าใจที่เกิดขึ้นในกระบวนการให้คำปรึกษาควรได้รับการสื่อสารด้วยคำพูด ซึ่งผู้วิจัยจำเป็นต้องสังเกตว่า ใครเป็นผู้เริ่มการสนทนา คนเริ่มเริ่มอย่างไร พัฒนาหรือยุติการพูดคุยอย่างไร เรามีปฏิกริยาอย่างไร เขาร่วมกันปฏิบัติ (Treat) ต่อเรื่องเหล่านี้อย่างไร การวิเคราะห์ปฏิกริยา การแสดงออก การพูดออกมา การใช้สีหน้าท่าทาง การเลือกใช้ประโยคบางอย่าง การเลือกใช้ไวยากรณ์ในการสื่อสารและความสามารถ (Competency) จะนำไปสู่ความเข้าใจในข้อมูลธรรมชาติ (Naturally occurring data) ของความหมายและนิยามของโครงสร้างการสื่อสารและปฏิบัติการแบบประคับประคองของอาสาข้างเตียงกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคระยะสุดท้ายได้อย่างแท้จริง

งานวิจัยนี้พบว่าจิตอาสาใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพเพื่อการเยียวยาที่ได้จากการอบรมฯ ทั้งการฟังอย่างลึกซึ้ง การตั้งคำถาม การให้คำปรึกษาตามกรอบการช่วยเหลือหรือแม้กระทั่งการสัมผัส นอกจากนั้นยังพบการแบ่งปันประสบการณ์ร่วมระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแลด้วยเช่น การแนะนำการออกกำลังกาย การหายใจให้กับตัวเอง เป็นต้น

บทที่ 9

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

จากวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้ที่กล่าวไว้ในบทที่ 1 ที่ต้องการศึกษาถึงแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย โดยการวิเคราะห์จากการพูดคุยของจิตอาสาที่ผ่านการอบรมจากเครือข่ายพุทธิกาฯ และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ติดเชื่อเรื้อรังระยะสุดท้าย (NCDs) เพราะผู้วิจัยเล็งเห็นถึงผลกระทบที่เกิดจากโรคดังกล่าวที่ความเจ็บป่วยนี้ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล หรืออาจกล่าวได้ว่า โรค NCDs ไม่ใช่เป็นเพียงโรคในตัวผู้ป่วย แต่เป็นภาวะความเจ็บป่วยของครอบครัวเพราะผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลแบบประคับประคองจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้าย ที่มักได้รับการมอบหน้าที่จากครอบครัวให้เป็นผู้ตัดสินใจหลักในการรับการรักษาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรักษาที่ดีที่สุด อีกทั้งยังอาจจำเป็นต้องสนับสนุนด้านการเงิน เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่าเดินทางไปพบแพทย์ ค่าใช้จ่ายส่วนตัว เป็นต้น

การที่ญาติผู้ดูแลได้มีโอกาสพูดคุยกับจิตอาสาและรับคำปรึกษาในเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย ถือได้ว่าเป็นการให้ข้อมูลที่ตรงจุด มีความน่าสนใจและสำคัญยิ่งเพราะการสนทนาในเรื่องนี้มีความละเอียดอ่อน ง่ายต่อการกระทบกระเทือนจิตใจของคู่สนทนา ดังนั้นจิตอาสาที่ผ่านการอบรมจากเครือข่ายพุทธิกาฯ ทั้งด้านทฤษฎีและการปฏิบัติ แล้วได้นำความรู้ความสามารถ เทคนิคต่าง ๆ ที่ได้รับการอบรมมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ดังกล่าว ถือเป็นการเปิดมุมมองเชิงประจักษ์ในการสื่อสารระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแลที่ทุกถ้อยคำและอากัปกริยาของทั้งคู่สนทnal้วนแต่สะท้อนถึงปรากฏการณ์ที่เป็นความจริงเฉพาะโดยทั้งสิ้น

หากกล่าวถึงวิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา ซึ่งเป็นวิธีวิทยาการวิจัยทางสังคมศาสตร์ที่ผู้วิจัยใช้เป็นวิธีวิทยาหลักของงานวิจัยนี้ ข้อมูลทั้งหมดที่นำมาวิเคราะห์ล้วนมาจากสภาพความเป็นจริงที่ปรากฏ ได้แก่การสนทนา ทำให้เข้าถึงรายละเอียดพฤติกรรมที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกอย่างแท้จริง เห็นถึงการอยู่ร่วมกันทางสังคมระหว่างจิตอาสาที่เป็นพยาบาล จิตอาสาที่เป็นพระ จิตอาสาที่เป็น อสม. และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค NCDs โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อญาติต้องรับมือกับช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะของโรคที่ไม่สามารถรักษาและเยียวยาได้ การใช้คำพูดของจิตอาสาจึงเข้ามามีบทบาทเพื่อเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลให้เผชิญในสิ่งที่ไม่อยากเผชิญ การพูดคุยสนทนาในลักษณะนี้ย่อมประกอบด้วยโครงสร้างการสนทนาที่น่าสนใจ การใช้ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องรวมไปจนถึงการที่ทั้งจิตอาสาและญาติผู้ดูแลเลือกใช้เทคนิคที่คาดว่าจะเกิดประโยชน์มาใช้ร่วมกัน ดังนั้น การที่จะเข้าใจถึงวิธีการที่จิตอาสาและ

ญาติผู้ดูแลใช้นั้น สามารถศึกษาได้จากการสนทนาซึ่งจะประกอบด้วยการใช้ภาษา ท่าทาง คำพูด การถามตอบ ซึ่งต้องใช้วิธีวิทยาที่ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์บริบทที่สร้างขึ้นในระหว่างการสนทนาของคนที่กำลังสื่อสารกัน

บทนี้เป็นบทที่ผู้วิจัยต้องกล่าวถึงผลสรุปของงานวิจัย แต่เพื่อให้เกิดความครบถ้วนและเกิดประโยชน์ต่องานวิจัยที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ผู้วิจัยแบ่งบทนี้ออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นการสรุปผลการวิจัย ส่วนที่ 2 เป็นการอภิปรายผล และ ส่วนที่ 3 เป็นการให้ข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 1 เป็นการสรุปผลการวิจัย ผู้วิจัยสรุปด้วยการตอบคำถามการวิจัยเรียงลำดับตามข้อของวัตถุประสงค์ของงานวิจัยที่กำหนดไว้มีด้วยกัน 3 ข้อ พร้อมทั้งนำเสนอการสังเคราะห์ผลการวิจัยออกมาเป็นโมเดล

ส่วนที่ 2 เป็นการอภิปรายผล บทนี้ชี้ให้เห็นว่าจิตอาสาใช้ความรู้ผ่านการพูดคุยอย่างไร แนวคิดและทฤษฎีมีประสิทธิภาพอย่างไรเมื่อต้องนำมาใช้ในสถานการณ์จริง นอกจากนี้ ผู้วิจัยเชื่อมโยงข้อค้นพบกับแนวคิดและทฤษฎีว่ามีสิ่งใดที่เหมือนหรือต่างกับทฤษฎี เราจำเป็นต้องปรับตัวให้ เป็นไปตามทฤษฎีหรือไม่อย่างไรหรือควรยึดถือปฏิบัติไปตามแบบของสังคมไทย

ส่วนที่ 3 เป็นข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ 3 ส่วนได้แก่

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติในการจัดการสำหรับการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการวิจัยครั้งต่อไป

ส่วนที่ 1 สรุปผลการวิจัย

ในส่วนนี้ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยด้วยการสรุปตามคำถามการวิจัยหรือตอบคำถามการวิจัยตามที่กำหนดไว้ในบทที่ 1 ตามลำดับ

การตอบคำถามการวิจัยในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยตอบด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ (empirical data) ซึ่งมาจากข้อมูลในบทก่อนหน้า (บทที่ 6-8) และเป็นข้อมูลที่ได้มาจากภาคสนาม 2 ส่วนคือ ข้อมูลจากการสนทนาและข้อมูลชาติพันธุ์วรรณา งานวิจัยนี้ทำให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลมักรับรู้อาการของผู้ป่วยในปัจจุบัน แต่ยังขาดการรับรู้เรื่องการดำเนินโรค ส่งผลให้ครอบครัวไม่ได้เตรียมตัวรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยเท่าที่ควร นอกจากนี้ในการดูแลแบบประคับประคองยังมีมิติด้านวัฒนธรรม ศาสนาและความเชื่อต่าง ๆ ผสมผสานอยู่ด้วย

โครงสร้างการพูดคุยเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย

ดังที่กล่าวไว้ในบทที่ 5 เกี่ยวกับวิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนาที่มุ่งศึกษาถึงการพูดคุยในเรื่องที่คู่สนทนา ได้แก่ จิตอาสาและญาติผู้ดูแลที่ได้ตกลงกันไว้ล่วงหน้าว่าจะต้องคุยเรื่องอะไรก่อน อะไรหลัง ดังนั้นการพูดคุยจึงเกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ หัวข้อเรื่องมีการเปลี่ยนไปตามบริบทการพูดคุยตอบสนองบทพูดที่เกิดขึ้นก่อนหน้า และพัฒนาเป็นบริบทอื่นต่อไป

โครงสร้างของการพูดคุยในเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยนี้ ถือเป็นโครงสร้างของการกระทำทางสังคม มีความเป็นรูปแบบที่แน่นอน มีการกระทำออกมาเป็นโครงสร้าง มิได้เกิดขึ้นอย่างไร้ระเบียบหรือยุ่งเหยิงรวมทั้งไม่สามารถเกิดได้ในทุกโอกาส โดยในการพูดคุยแต่ละขั้นตอนมีเทคนิคและวิธีการ มนุษย์มิได้สื่อสารเพียงสักแต่พูดออกไป การพูดคุยแต่ละครั้งเป็นพฤติกรรมที่มีการตอบสนองซึ่งกันและกัน มีการใช้ความรู้ที่ได้จากการอบรมและความรู้จากแหล่งอื่น ๆ มาเป็นส่วนช่วยให้มีความเข้าใจและมีความไวต่อบริบทในโครงสร้างทางสังคม และในทางกลับกันหากคนที่สื่อสารกันไม่เข้าใจบริบทหรือขาดความรู้ในเรื่องของบริบทก็จะทำให้การสื่อสารพูดคุยไปคนละทาง พูดคุยกันไม่ค่อยรู้เรื่อง

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลการสนทนาจากวิดีโอที่ค้นเข้าไปเข้ามาหลายรอบ และสรุปออกมาเป็นขั้นตอนจำนวน 4 ขั้นตอนได้แก่ คือ 1. การเปิดประเด็น 2. การทดสอบการรับรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยและการดำเนินโรค 3. การให้คำแนะนำ และ 4. การยุติหรือออกจากบริบทเรื่องการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย

1. การเปิดประเด็น

ก่อนที่คู่สนทนาจะเข้าสู่การพูดคุยเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยนั้น จะเปิดประเด็นการสนทนาด้วยการที่จิตอาสาเป็นผู้แนะนำตัวและกล่าวถึงหน้าที่การงานของตน แต่ในบางครั้งจะกล่าวถึงความช่วยเหลือที่สามารถเอื้อให้กับญาติผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยได้ แล้วจึงตามด้วยการพูดคุยเรื่องสัพเพเหระซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธภาพ การสร้างสัมพันธภาพในครั้งนี้มีได้เป็นครั้งแรก ญาติผู้ดูแลและจิตอาสาเคยพบกันมาแล้ว การพูดคุยเรื่องต่าง ๆ จึงเป็นการอุ่นเครื่อง เป็นการเตรียมญาติผู้ดูแลก่อนที่จะเริ่มคุยเรื่องการดูแลผู้ป่วย และการพูดคุยในเรื่องที่ละเอียดอ่อนและง่ายต่อการกระทบกระเทือนจิตใจของคู่สนทนาเช่นนี้ ผู้วิจัยเชื่อว่าการเรียกชื่อในระหว่างสนทนาจะทำให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจซึ่งกันและกันได้มากขึ้น

แต่ถึงจิตอาสาจะใช้คำถามเหล่านี้เพื่อเป็นการทักทาย เพื่อการอยู่ร่วมกันทางสังคม แต่การถามในบางบริบทมีความหมายมากกว่าที่ผู้วิจัยพูดถึง เพราะไม่ได้ถามเพื่อให้การมีปฏิสัมพันธ์ดำเนินไปเท่านั้นหรือเป็นการถามอย่างไร้เป้าหมาย แต่การถามของจิตอาสามีนัยสำคัญเพื่อทำให้ระเบียบทางสังคมเกิดขึ้น ระเบียบดังกล่าวเป็นเรื่องของการกำหนดแนวทางและประเด็นเรื่องที่จะพูดคุย ควบคุมให้ญาติผู้ดูแลบอกเล่าในสิ่งที่จิตอาสาต้องการรู้ และลักษณะของคำถามที่ใช้ในการสนทนา

ลักษณะนี้จะไม่ใช่คำถามบังคับหรือจัดทางเลือกให้คนตอบ ไม่ใช่คำถามที่ต้องการคำตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ คำถามที่พบในการเปิดประเด็นที่เกิดขึ้นในงานวิจัยนี้เป็นคำถามอ้อมไม่ใช่คำถามตรง

2. การทดสอบการรับรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยและการดำเนินโรค

ขั้นตอนนี้มีความสำคัญเพราะเป็นช่วงที่จิตอาสาใช้โอกาสที่ญาติผู้ดูแลพูดถึงโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ซึ่งญาติผู้ดูแลรับรู้และจิตอาสาพยายามทดสอบการรับรู้ เพื่อประเมินถึงการยอมรับในโรคและอาการของผู้ป่วยในความคิดของญาติผู้ดูแล การพูดคุยเพื่อประเมินการยอมรับของญาติผู้ดูแลใช้คำถามและการตอบเป็นกลไกหลักและหากวิเคราะห์การใช้ภาษาในการบรรยายโรคภัยรวมทั้งลักษณะอาการของผู้ป่วย ก็พอจะทำให้จิตอาสารู้ว่าญาติผู้ดูแลรับรู้ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต จิตอาสาพยายามรู้ แต่ไม่ได้ต้องการประเมินว่าผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลยอมรับความตายที่เกิดขึ้นมากน้อยอย่างไร

นอกจากนั้นยังพบว่า การที่จิตอาสาพูดคุยกับญาติผู้ดูแลในเรื่องการลุกลามของโรคและอาการที่เหมือนว่าจะแย่ลง หลังจากที่จิตอาสาเปิดประเด็นไปแล้ว จิตอาสายังชวนญาติผู้ดูแลพูดคุยเรื่องอาการและการดำเนินโรค โดยจะค่อย ๆ ค่อย ๆ เรื่องของอาการและการลุกลามของโรคทีละขั้น ทีละขั้นและเนื้อหาของ การพูดคุยทำให้มองเห็นระดับความรุนแรงของโรคมามากขึ้นตามลำดับ ทั้งนี้เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเข้าใจ นี้ก็ภาพตามได้และนำไปสู่การให้คำแนะนำเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยต่อไป

3. การให้คำแนะนำ

การให้ปรึกษาและให้คำแนะนำของจิตอาสา เกิดขึ้นเพื่อเตรียมพร้อมในการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย ซึ่งต้องอาศัยคนที่อยู่ร่วมกับสิ่งเหล่านี้และเข้าใจร่วมกัน การให้คำปรึกษาในเรื่องการเตรียมตัวเตรียมใจเช่นนี้ จึงไม่ใช่การใช้ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างเดียว แต่ต้องอาศัยการอยู่ร่วมกันทางสังคม ความเข้าใจในสภาพแวดล้อม ความเป็นชุมชนและวัฒนธรรมเดียวกันของทั้งจิตอาสาและญาติผู้ดูแล งานวิจัยนี้พบว่าทั้งจิตอาสาและญาติผู้ดูแลใช้ศาสนาและวัฒนธรรมการทำบุญและตักบาตรการไปวัดในวันเทศกาลมาใช้เป็นองค์ประกอบในการพูดคุย เพื่อจัดการความวิตกกังวลร่วมกันของคู่สนทนา

4. การยุติหรือออกจากบริบทเรื่องการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย

ในการวิจัยนี้พบว่าในการยุติการพูดคุยเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย บางกรณีก็จะยุติอย่างถาวรแต่ในบางกรณีก็ยุติแค่ชั่วคราว จิตอาสาจะกลับมาอีกหลายครั้ง จำนวนครั้งที่กลับมาพูดคุยขึ้นอยู่กับว่าญาติผู้ดูแลเตรียมพร้อมกับการจากไปของผู้ป่วยมากน้อยอย่างไร

กรณีที่ญาติผู้ดูแลรับได้ และเตรียมตัวโดยการพูดคุยกับครอบครัวมาแล้ว จิตอาสาจะไม่กลับมาพูดคุยบ่อย แต่จะยุติการสนทนาด้วยการให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแลและมักใช้การชื่นชมร่วม

ด้วย เช่น ชื่นชมว่าครอบครัวทุกคนทำดีที่สุดแล้ว ดีใจแทนผู้ป่วยที่มีครอบครัวดีเช่นนี้ ดูแลผู้ป่วยได้ดีมาก ๆ และในบางกรณีก็จะแนะนำให้ญาติผู้ดูแลรักษาสุขภาพ

ในอีกกรณีหนึ่งหากจิตอาสาประเมินแล้วพบว่า อาจมีปัญหาทางการเงินทั้งระหว่างที่ดูแลผู้ป่วยหรือภายหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิต จิตอาสาจะประสานขอความช่วยเหลือจากสังคม สงเคราะห์ให้ หรือหากประเมินแล้วพบว่ายังพูดคุยกันในครอบครัวไม่ละเอียดพอหรือมีแนวโน้มที่จะยกภาระการตัดสินใจและการดูแลผู้ป่วยให้กับบุคคลใดบุคคลคนหนึ่ง จิตอาสาจะรับฟังอย่างตั้งใจและจะพยายามอธิบายให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเข้าใจมากขึ้นพร้อมทั้งเน้นย้ำให้กลับไปพูดคุยกันภายในครอบครัวและตนเองก็จะติดตามดูแลเป็นระยะ

เพื่อศึกษาเทคนิคและภาคปฏิบัติด้านการสื่อสารที่จิตอาสานำไปใช้ในสถานการณ์

จริง

จากการที่ผู้วิจัยได้ทัศนศึกษาไปเข้ามาหลายรอบ ศึกษาการพูดคุยทุกกรณีศึกษา รวมทั้งนำข้อมูลส่วนอื่นจากภาคสนามมาประกอบกัน พบว่าในแต่ละขั้นตอน ทั้งจิตอาสาและญาติผู้ดูแล มีการเลือกใช้เทคนิคต่าง ๆ ที่น่าสนใจร่วมกันและแน่นอนว่าเทคนิคเหล่านี้ ถือเป็นประเด็นสำคัญที่ช่วยให้การสื่อสารสำเร็จลุล่วง และผู้วิจัยได้พบข้อสังเกตที่น่าสนใจเพิ่มเติมว่า บางเทคนิคนั้นก็ใช้ครั้งเดียวแต่บางเทคนิคและวิธีการพูดคุยก็อาจใช้หลายครั้ง บางเทคนิคใช้ได้อย่างดีเมื่อใช้เทคนิคนี้เทคนิคเดียวแต่บางเทคนิคอาจต้องใช้ร่วมกับวิธีการอื่นจึงจะทำให้การพูดคุยเป็นไปตามที่ผู้พูดต้องการ และยังพบว่าในการใช้เทคนิคต่าง ๆ นั้น อาจเกิดขึ้นทั้งแบบที่ผู้พูดรู้ตัวและผู้พูดไม่รู้ตัว

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกนำเสนอเทคนิคที่ทั้งจิตอาสาและญาติผู้ดูแลเลือกนำมาใช้ในระหว่างการสนทนาที่เห็นได้อย่างเด่นชัดและคู่สนทนานำมาใช้บ่อย ๆ จนเป็นที่สังเกตได้จำนวน 4 เทคนิค ได้แก่ 1. เทคนิคการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม 2. เทคนิคการใช้คำถามโดยใช้คำว่าสมมติ 3. เทคนิคการใช้คำเชิงคำที่ไม่สุภาพโดยใช้ศัพท์หรือภาษาที่นุ่มนวล และ 4. เทคนิคการอ้างอิงบุคคลที่ 3

1. เทคนิคการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

งานวิจัยนี้มีข้อค้นพบว่า เพื่อให้การให้คำปรึกษาระหว่างจิตอาสา กับญาติผู้ดูแลในเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยได้ผลลัพธ์ที่ให้ประโยชน์ เกิดการยอมรับของญาติผู้ดูแล จิตอาสา มักใช้วิธีการเรียงลำดับมุมมองการนำเสนอ เพื่อช่วยในการเตรียมความพร้อมให้ญาติผู้ดูแลสามารถรับสารหรือข้อมูลที่ยากลำบากได้ ด้วยการใช้นิเทศการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม โดยผ่านความเห็นที่สอดคล้องตรงกันมิใช่การเผชิญหน้า จิตอาสาต้องการเข้าใจถึงมุมมองของญาติผู้ดูแลที่มักซับซ้อนและเข้าใจในเรื่องระดับความสามารถของญาติผู้ดูแลที่แตกต่างกัน การใช้เทคนิคนี้จึงเป็นการพูดคุยถึงเรื่องอื่น ๆ ต่อเนื่องมาเรื่อย ๆ แล้วจิตอาสาจึงจะเปิดประเด็นพูดคุยหรือให้คำปรึกษาตามโครงสร้างการสนทนาที่กำหนดไว้ แต่อย่างไรก็ตาม เทคนิคการสร้างสภาพแวดล้อมที่

เหมาะสมที่จิตอาสานำมาใช้นี้ มิได้มีจุดประสงค์เพื่อใช้เปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ที่ไม่สมดุลระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแล

2. เทคนิคการใช้คำถามโดยใช้คำว่าสมมติ

งานวิจัยนี้พบว่า โดยส่วนใหญ่แล้วจิตอาสาจะเป็นผู้ตั้งคำถาม เพื่อประเมินถึงการรับรู้และใช้ในการให้คำปรึกษากับญาติผู้ดูแล ดังนั้นเทคนิคการถามของจิตอาสาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง จิตอาสาจำเป็นต้องมีความสามารถในการใช้คำพูดหรือเลือกใช้ประโยคที่มีแนวโน้มที่จะกระตุ้นหรือดึงความคิด ความเข้าใจของคู่สนทนาออกมาและจิตอาสาต้องใช้เทคนิคด้านการใช้คำถาม เพื่อมุ่งจัดระเบียบในการสนทนาอย่างละมุนละม่อม เช่น เทคนิคการใช้คำถามโดยใช้คำว่าสมมติ เพื่อให้ได้คำตอบที่บ่งบอกถึงความคิด การเตรียมตัวเตรียมใจต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยของตัวญาติผู้ดูแล เพราะการถามแบบตรงไปตรงมาอาจไม่เหมาะสมกับบริบทเช่นนี้ และผู้วิจัยยังพบว่า สำหรับการพูดคุยในเรื่องที่มีความหมายเฉพาะและต้องใช้ความละเอียดอ่อนเช่นงานวิจัยนี้ มักใช้เทคนิคการตั้งคำถามโดยใช้คำว่าสมมติควบคู่ไปกับเทคนิคการใช้คำเลี่ยงคำที่ไม่สุภาพ

3. เทคนิคการใช้คำเลี่ยงคำที่ไม่สุภาพโดยใช้ศัพท์หรือภาษาที่นุ่มนวล

จากการที่ผู้วิจัยศึกษาการสนทนายาระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแลถึงแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยโดยละเอียด ผู้วิจัยพบว่าจิตอาสาใช้เทคนิคการใช้คำหลีกเลี่ยงคำที่ไม่สุภาพ โดยใช้ศัพท์หรือภาษาที่นุ่มนวล สั้นๆ กล่าวคือเป็น คำ วลี ประโยค ที่ใช้แทนที่คำใดคำหนึ่ง วลีใดวลีหนึ่ง ประโยคใดประโยคหนึ่ง เพื่อหลีกเลี่ยงหรือเพื่อไม่ให้เอ่ยถึงโดยตรงและโจ่งแจ้งเกินไป แต่ความหมายก็จะเป็นที่เข้าใจโดยทั่วไป

แต่ในงานวิจัยนี้จิตอาสาและญาติผู้ดูแลเลือกใช้เทคนิคการใช้คำเลี่ยงคำที่ไม่สุภาพโดยใช้ศัพท์หรือภาษาที่นุ่มนวลเพราะเหตุผลที่ต่างออกไป จิตอาสาได้รับการอบรมมาว่า การกล่าวถึงการตายของผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ง่ายต่อการกระทบกระเทือนจิตใจของญาติผู้ดูแล ส่งผลให้การสนทนาไม่ราบรื่น ยากที่จะประสบผลสำเร็จและไม่เป็นไปตามโครงสร้างที่กำหนดไว้ ดังนั้น จิตอาสาและญาติผู้ดูแลจึงเลือกให้คำอื่นแทนคำว่าตาย หรือ ใกล้ตาย และใช้เทคนิคการใช้คำเลี่ยงคำที่ไม่สุภาพโดยใช้ศัพท์หรือภาษาที่นุ่มนวล ควบคู่ไปกับเทคนิคการใช้คำถามโดยใช้คำว่าสมมติ และมักจะเกิดสลับไปมาในระหว่างที่จิตอาสาพูดคุยกับญาติผู้ดูแลในเรื่องการลูกกลมของโรคและอาการที่เหมือนว่าจะแย่ลงซึ่งถือว่าการพูดอ้อม ๆ

4. เทคนิคการอ้างอิงบุคคลที่ 3

ในระหว่างการพูดคุย คู่สนทนาทั้งสองฝ่ายมีโอกาที่จะกล่าวถึงเหตุการณ์หรือคำบอกเล่าของบุคคลที่ 3 ร่วมด้วย เพราะในบางครั้งการกล่าวถึงบุคคลที่ 3 มีประโยชน์ในแง่ของการปูพื้นเรื่องการเตรียมรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย ก่อนที่จะเข้าไปพูดคุยเรื่องการตัดสินใจหรือการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยพบว่าจิตอาสาใช้ทฤษฎีดูแลแบบ

ประคับประคองที่เน้นผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเป็นศูนย์กลางและต้องพยายามทำให้ความเป็นกลางเกิดขึ้น โดยที่จิตอาสาจะไม่กล่าวว่ามีจิตอาสาและบอกว่าผู้ป่วยในการดูแลของญาติคนนี้เป็นมะเร็ง แต่จิตอาสาจะใช้การบอกเล่าด้วยตัวญาติผู้ดูแลเองและจากคำบอกของหมอซึ่งทำให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจโรคของผู้ป่วยอยู่แล้วว่าเป็นชนิดใด แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลรู้เรื่องนี้มาด้วยตัวเองแล้ว การกล่าวเช่นนี้จึงมิได้เป็นการทักท้วงโดยจิตอาสา

เพื่อติดตามการนำความรู้ด้านการสื่อสารของจิตอาสาที่รับได้จากการอบรมฯ ไปใช้ในสถานการณ์จริง

ในงานวิจัยนี้พบว่า จิตอาสามีการใช้ความรู้ที่ได้จากการอบรมสอดคล้องกับทฤษฎีสัมพันธภาพเพื่อการเยียวยา ซึ่งทฤษฎีนี้มีแนวคิดพื้นฐานว่า บุคคลมีเอกลักษณ์ ไม่ควรถูกตัดสิน มีความจริงใจเปิดเผย และความเท่าเทียม การสื่อสารนี้จะทำให้เกิดประสิทธิผลในการดูแลแบบประคับประคอง เพราะการสื่อสารเพื่อการเยียวยาจึงมีลักษณะเป็นวงจร มีการแบ่งปันซึ่งกันและกัน เป็นกระบวนการที่เลื่อนไหลไม่หยุดนิ่ง ได้รับอิทธิพลจากค่านิยม วัฒนธรรมและการรู้คิดในเรื่องต่าง ๆ แต่อย่างไรก็ตามข้อเด่นของงานวิจัยนี้ คือความแตกต่างจากงานวิจัยอื่นที่มีอยู่โดยทั่วไป เพราะผู้ใช้ทฤษฎีจะเป็นตัวนักวิจัยและสรุปออกมาเป็นแบบสอบถาม แต่ในงานวิจัยนี้จิตอาสาจะเป็นผู้เลือกใช้ความรู้หรือทฤษฎีภายใต้สถานการณ์จริงที่ตนเองเผชิญ

ผลการวิจัยปรากฏถึงความรู้ด้านการสื่อสารตามทฤษฎีสัมพันธภาพเพื่อการเยียวยาที่จิตอาสาได้รับจากการอบรมที่จัดโดยเครือข่ายพุทธิกาฯ ไปใช้ในสถานการณ์จริงที่เห็นได้อย่างชัดเจนจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1.การใช้คำถาม 2.การให้คำปรึกษาตามกรอบการช่วยเหลือ 3. การฟังอย่างลึกซึ้ง และ 4.การสัมผัส

1. การใช้คำถาม เป็นทักษะที่มุ่งให้ได้ข้อมูล เพื่อนำมาใช้ในการเข้าใจปัญหาสถานการณ์ชีวิต ของญาติผู้ดูแลมากขึ้น เพื่อเปิดโอกาสให้เกิดการบอกเล่าถึงความรู้สึกและเรื่องราวต่าง ๆ ที่ทำให้ยุ่งยากใจ หรือรบกวนใจ รวมทั้งให้โอกาสญาติผู้ดูแลได้ใช้เวลาในการคิดทบทวนและทำความเข้าใจปัญหาและสาเหตุด้วยตนเอง โดยในการที่จิตอาสาถามคำถามนั้น ประกอบด้วย 4 วัตถุประสงค์ คือ 1) ให้ได้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง 2) ชี้้นำการสนทนาต่อในเชิงสร้างสรรค์ 3) ตรวจสอบว่าญาติผู้ดูแลรู้หรือไม่ และ 4) ทำความเข้าใจให้ตรงกัน

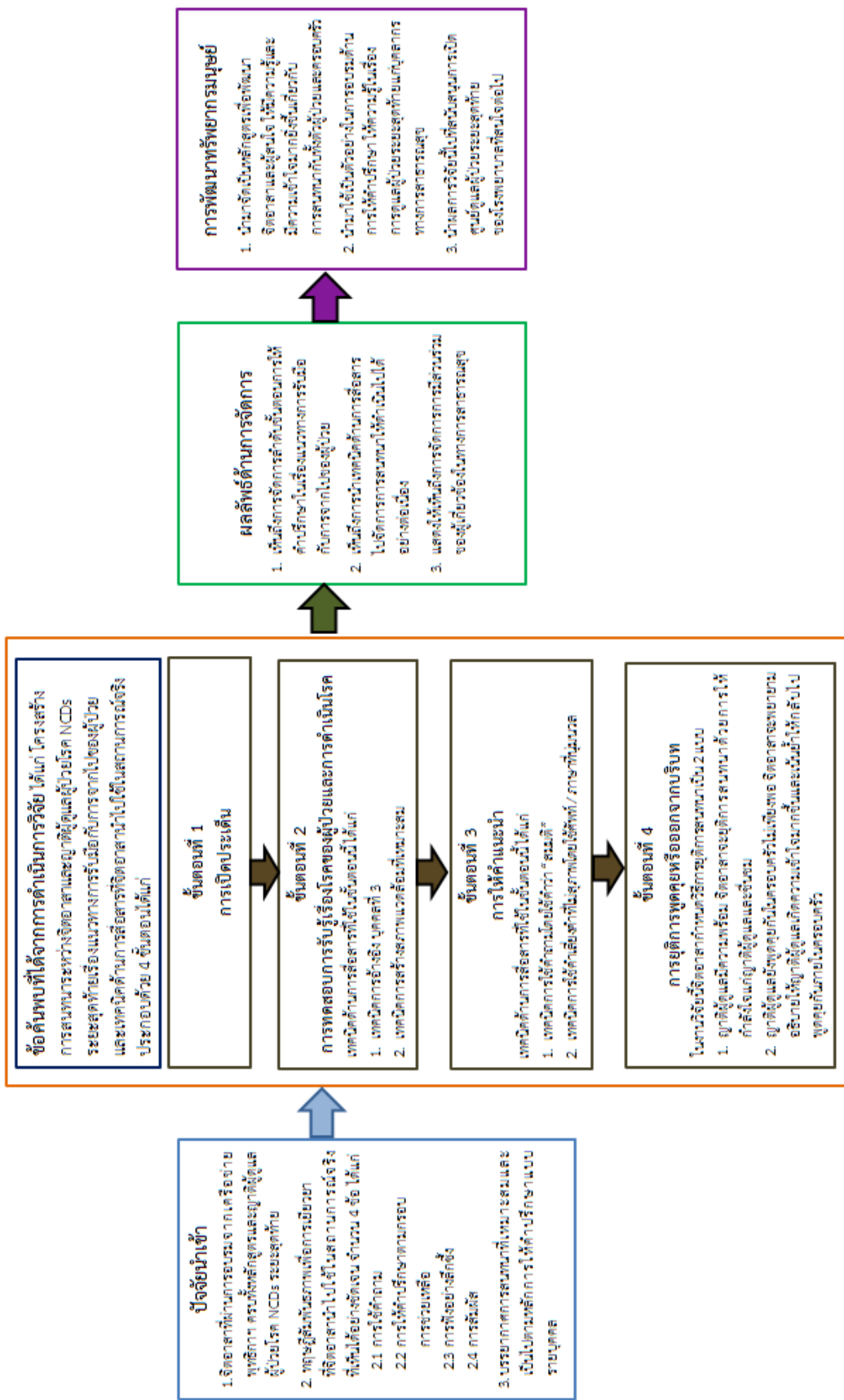
2. การให้คำปรึกษาตามกรอบการช่วยเหลือ จิตอาสาได้รับการแจ้งจากการอบรมให้ทราบถึงกรอบการช่วยเหลือ เช่น กระบวนการในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย จำนวนครั้งที่เหมาะสมในการเข้าเยี่ยม เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อช่วยให้จิตอาสาเข้าใจในวิธีการ ขอบเขต เป้าหมาย เกิดความเข้าใจในกระบวนการอย่างเป็นรูปธรรม ตลอดจนเพื่อให้สังเกตเห็นความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง

3 การฟังอย่างลึกซึ้ง เป็นการฟังที่เต็มเปี่ยมไปด้วยความรักและเมตตาอย่างไม่มีเงื่อนไข ทำให้สัมผัสได้ถึงอารมณ์ ความรู้สึกและความต้องการของทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่ได้ปลดปล่อยความทุกข์ ถือเป็น การเยียวยาจิตใจ เพราะความรู้สึกที่ล้นไหลออกมาได้รับการโอบอุ้มดูแลให้เกียรติ จิตอาสาจึงฟังอย่างไม่ตัดสินใจว่า ความคิดนั้นถูกหรือผิด รับฟังอย่างเปิดใจ ฟังอย่างสงบ ไม่ได้แย้ง หรือพูดขัดจังหวะ

4. การสัมผัส เป็นการสื่อสารถึงความรู้สึกในรูปของอวัจนภาษา ซึ่งเป็นการแสดงความเห็นใจ ห่วงใย ให้กำลังใจ การประคับประคองและความเมตตา ซึ่งมักจะใช้ในการสื่อความรู้สึกในกรณีที่จิตอาสาไม่สามารถใช้ถ้อยคำสื่อได้อย่างเหมาะสม แต่ต้องระมัดระวังเรื่องของความเหมาะสมกับบุคคลหรือสถานการณ์โดยต้องคำนึง วัย เพศ วัฒนธรรมและอื่น ๆ ด้วย

จากการสรุปผลการวิจัยโดยเรียงตามวัตถุประสงค์ข้างต้น ผู้วิจัยขอเสนอการสังเคราะห์ผลการวิจัยเป็นโมเดล ดังนี้





ภาพที่ 4 โมเดลนำเสนอผลการวิจัยที่ผ่านการสังเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์การสนทนา

ส่วนที่ 2 อภิปรายผล

ผู้วิจัยนำประเด็นที่น่าสนใจในบทวิเคราะห์ที่ข้อมูลแต่ละบทมาอภิปรายรวมทั้งนำประเด็นที่สอดคล้องหรือต่างจากแนวคิดและทฤษฎีมาอภิปรายเพิ่มเติม ประเด็นที่สมควรนำมาอภิปรายได้แก่ การสื่อสารที่ไม่สมดุลทางอำนาจ การให้คำปรึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลผู้ป่วยตามวัฒนธรรมไทย

การสื่อสารที่ไม่สมดุลทางอำนาจ

งานวิจัยที่ศึกษาโดยวิธีการวิเคราะห์การสนทนาของต่างประเทศแสดงผลการวิจัยว่าการที่แพทย์และผู้ป่วยสนทนากันถึงเรื่องการวินิจฉัยโรคและการรักษามักจะมีการพูดคุยเป็นลำดับขั้น แพทย์มักจะทำให้การวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วยไปตามหน้าที่ และโดยปกติแล้วขั้นตอนนี้ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยยอมรับหรือเข้าใจอย่างชัดเจน และแม้ว่าเมื่อการวินิจฉัยโรคแสดงผลออกมาเป็นข่าวร้าย ผู้ป่วยก็อาจแสดงความเจ็บ (Maynard, 2003) ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ป่วยอาจมองว่าการวินิจฉัยโรคเป็นเสมือนการตั้งต้นที่นำไปสู่ข้อเสนอของการรักษาและมีแนวโน้มไม่ตอบสนองต่อข้อพิจารณานั้น สำหรับเงื่อนไขของการวินิจฉัยที่เป็นลำดับขั้นตอน อาจทำให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อข้อความที่แสดงการวินิจฉัยโรคของแพทย์น้อยมากหรืออาจไม่ตอบสนองเลย สิ่งที่ย่อนอู่ภายใต้พฤติกรรมนี้คือ ความแตกต่างในรากฐานทางสังคม การวินิจฉัยโรคถือว่าการกระทำของผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีใบอนุญาตในการรักษาและดำเนินการทางการแพทย์และมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับลักษณะเงื่อนไขในการรักษา

เมื่อเปรียบเทียบการสื่อสารระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแลของงานวิจัยนี้ พบสิ่งที่คล้ายคลึงกันคือการสื่อสารที่ไม่สมดุลทางอำนาจ คำว่า “ไม่สมดุล” หมายถึงการถามและการตอบของกลุ่มสนทนาไม่เท่ากัน ในงานวิจัยนี้ก็เช่นกัน จิตอาสามักเป็นคนเปิดประเด็น ถามคำถามญาติผู้ดูแล นอกจากนี้ยังเป็นผู้ควบคุมการสนทนา เป็นผู้ยุติการสนทนาในเรื่องต่าง ๆ แต่ในสังคมชนบทของไทย ความรู้ที่ญาติผู้ดูแลมีอยู่ไม่เท่าทันกับจิตอาสาหรือบุคลากรทางการแพทย์ไม่ใช่อุปสรรคในการสนทนา เพราะธรรมชาติของญาติผู้ดูแลที่ปรากฏในงานวิจัยนี้ จะเป็นคนขี้เกรงใจ ไม่กล้าสอบถามหรือเริ่มพูดในประเด็นที่ตนเองสงสัย ดังนั้น การที่จิตอาสาเป็นผู้จัดลำดับการสนทนา จึงมีความเหมาะสมอยู่แล้ว นอกจากนี้คนในพื้นที่ยังมักให้ความสำคัญกับบุคลากรทางการแพทย์ ให้ความไว้วางใจ เชื่อใจทั้งความรู้ทางวิชาการและความอาวุโสจึงทำให้ยอมทำตาม เป็นความสัมพันธ์แบบเครือญาติที่ต้องพึ่งพากันมากกว่าจะเป็นความสัมพันธ์แบบผู้รักษากับผู้รับการรักษาไปตามหน้าที่ เฉกเช่นในสังคมตะวันตก นอกจากนั้นยังพบการใช้คำสั่งในบางบริบทแต่มีความสำคัญเพราะทำให้ญาติผู้ดูแลตระหนักว่าเป็นสิ่งที่เลี่ยงไม่ได้ ต้องทำตามอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เห็นว่าความสัมพันธ์เชิงอำนาจยังปรากฏในการสื่อสารของงานวิจัยนี้แต่ไม่ได้ส่งผลในแง่ลบแต่อย่างใด

การให้คำปรึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการที่ญาติผู้ดูแลได้รับการสื่อสารจากแพทย์และพยาบาล เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยโรค NCDs ว่าดำเนินมาถึงขั้นของการสิ้นสุดการรักษา ให้ยาตามอาการ ทำให้ญาติผู้ดูแลและครอบครัวได้รับรู้และตระหนักว่าการรักษาไม่เกิดประโยชน์ เพราะนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยทรมานแล้ว ญาติผู้ดูแลจะต้องเสียค่าใช้จ่ายและเสียเวลาในการประคองชีวิตผู้ป่วยอีกเป็นจำนวนมาก จึงเป็นการตอบโจทย์ว่าหน้าที่ของจิตอาสาที่เป็นพยาบาล นอกจากจะมีหน้าที่หลักคือด้านหัตถการทางการแพทย์แล้ว ควรทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาแก่ญาติผู้ดูแลและครอบครัว เพื่อให้เกิดความเข้าใจ นำมาซึ่งการยอมรับ นอกจากนั้นแล้วการให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ดูแลยังมีประโยชน์ในมิติเศรษฐศาสตร์และสาธารณสุข กล่าวคือการดูแลรักษาตามความเป็นจริงเท่าที่ทำได้และการไม่ยืดชีวิตทำให้ญาติสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยลงและไม่ใช้งบประมาณของแผ่นดินในการดูแลผู้ป่วยที่หมดหนทางรักษา เต็มศักดิ์ พิงระดม, 2550 กล่าวว่าการดูแลผู้ป่วย ญาติและครอบครัวต้องเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่จนถึงหลังการตาย ซึ่งบุคลากรทางการสาธารณสุขควรมีบทบาทในการสื่อสารกับญาติผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยให้ได้รับข้อมูลที่ เป็นความจริงรวมถึงรับทราบถึงหนทางรักษาที่เป็นไปได้ยาก ทั้งนี้เพื่อให้ญาติเข้าใจอาการ ลักษณะของโรคตลอดจนมีการวางแผนรับมือกับการดำเนินโรคและการจากไปของผู้ป่วยในอนาคตด้วย

การดูแลผู้ป่วยตามประเพณีและวัฒนธรรมไทย

จากการที่ผู้วิจัยได้กล่าวถึงในบทที่ 5 ว่าผู้วิจัยมีโอกาสลงพื้นที่ในชุมชนเพื่อเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยจำนวน 3 รายเป็นบ้านของผู้ป่วยในกลุ่มโรค NCDs ระยะสุดท้ายที่ทางสถานพยาบาลแนะนำให้มากลับไปดูแลที่บ้าน ในการลงพื้นที่ผู้วิจัยใช้เพียงการสังเกตและการจดบันทึกจากสิ่งที่เห็น มิได้มีการถ่ายภาพหรือบันทึกวิดีโอแต่อย่างใด แต่ผู้วิจัยได้พบข้อมูลเชิงประจักษ์ที่น่าสนใจและควรนำมาอภิปรายเพิ่มเติมคือ ผู้วิจัยได้เห็นความร่วมมือของคนในครอบครัวและคนในชุมชนตามขนบของไทยที่ให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย เพราะนอกจากญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นคนในครอบครัวที่ต้องแบ่งหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ผลัดเวรกันเฝ้า ดูแลผู้ป่วยที่ขาดความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองแล้ว ในวันนั้น ผู้วิจัยยังได้พบกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นเกษตรกรอยู่ในชุมชนเดียวกัน ผ่านการอบรมจากเครือข่ายพุทธิกาฯ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมีทักษะด้านการสาธารณสุขพื้นฐาน แวะมาเยี่ยมเยียนผู้ป่วย เข้ามาพูดคุยไถ่ถามสารทุกข์สุกดิบญาติผู้ดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลได้พูดคุย คลายความเครียด หรือหากในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัว พอมีคนรู้จักมาหาก็คือใจ สัมผัสความทุกข์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยได้ไปชั่วขณะหนึ่ง นอกจากนี้ยังนำผลไม้เล็ก ๆ น้อย ๆ มาแบ่งปันกัน ทำให้บรรยากาศของบ้านที่อยู่กันอย่างเรียบง่าย หนึ่งอย่างหรือบางครั้งก็มีความตึงเครียด มีบรรยากาศที่ผ่อนคลายลงบ้าง มีเสียงหัวเราะ ยิ้มแย้มแจ่มใส มีการหยอกล้อ พูดคุยกันด้วยภาษาเมื่อง การอาศัยคนในหมู่บ้านและเพื่อนบ้านใกล้เคียงเช่นนี้ ถือเป็นการ

สนับสนุนทางอารมณ์ให้กับคนดูแลและญาติโดยตรง สอดคล้องกับงานวิจัยของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และประชาติป กะทา, 2550 ที่เสนอว่า การให้คำปรึกษาในบริบทโรคมะเร็งน่าจะเป็นไปด้วยดีมากขึ้น หากผู้ป่วย ญาติ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นคนในพื้นที่เดียวกันและอยู่ในวัฒนธรรมเดียวกัน คนเหล่านี้ใช้ภาษาและมีความรู้เกี่ยวกับภูมิหลังของกันและกัน มีความเข้าใจเรื่องภูมิศาสตร์ สภาพแวดล้อม อากาศและความเป็นอยู่ร่วมกันซึ่งล้วนแล้วแต่มีผลต่อการสื่อสารพูดคุยในบริบทโรคมะเร็งทั้งสิ้น ความเข้าใจร่วมกันถึงความสำคัญของสภาพแวดล้อมเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยลดความเครียด สร้างความสงบและความสุขให้แก่ผู้ป่วยซึ่งต้องตายในอนาคต นอกจากนั้นในงานวิจัยนี้พบการสนทนาระหว่างจิตอาสาและญาติผู้ดูแลที่สอบถามถึงการพาผู้ป่วยไปทำบุญในเทศกาลต่าง ๆ การสอบถามถึงการทำบุญและการไปวัดในวันเทศกาล ถือได้ว่าเป็นส่วนสำคัญของวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของคนล้านนาก็นำมาใช้ในการจัดการความกังวล เสริมสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอย่างดียิ่ง

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยระยะ

สุดท้าย

จากการศึกษาวิจัย ทำให้ได้ข้อค้นพบเกี่ยวกับสภาพปัญหาของแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความสืบเนื่องกับการดูแลแบบประคับประคอง รวมไปถึงการได้เห็นแบบอย่าง แนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาของจิตอาสาภายในพื้นที่วิจัย ทำให้ได้ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย ดังนี้

1. ด้านพัฒนาบุคลากรทางการสาธารณสุข จากการวิจัยพบว่า ช่องว่างทางความรู้ระหว่างบุคลากรทางการสาธารณสุขกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลบางคนยังมีอยู่มาก บางคนยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับสถานะที่ตนเองเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง และยังพบว่าบางคนไม่กล้าที่จะขอข้อมูลจากแพทย์อย่างตรงไปตรงมา ดังนั้น ในด้านบุคลากรนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรให้ความสำคัญในการวางแผนจัดการอบรมอย่างจริงจัง เพื่อให้ได้บุคลากรที่ตระหนักและเข้าใจ ในหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง รวมถึงครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วย โดยนอกจากจะเน้นในเรื่องการดูแลรักษาที่คำนึงถึงคุณภาพชีวิตที่ดี จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตแล้ว ควรเน้นการใส่ใจและสนใจดูแลให้มีความสำคัญกับการเรียนรู้เกี่ยวกับสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมที่สำคัญในสังคมไทย ตลอดจนการวางแผนพัฒนาทักษะในการสร้างความสัมพันธ์ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างครอบคลุม ต่อเนื่อง เข้าใจวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนควรมีการวางแผนไม่ให้เกิดการขาดแคลนบุคลากร ซึ่งจะทำการเยี่ยมเยียนหรือพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวทำไม่ได้ไม่ทั่วถึง

2. ด้านการพัฒนาทีมช่วยเหลือต่าง ๆ โดยจะเห็นได้ว่า การดูแลจากแพทย์ หรือพยาบาลประจำการอย่างเดียว อาจยังไม่เหมาะสมเพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุมและทั่วถึง จึงควรมีแผนนโยบายในการส่งเสริมและสนับสนุนอย่างจริงจังในการสร้างทีมต่าง ๆ เพื่อช่วยสนับสนุนให้เกิดการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ให้สามารถดำเนินการได้อย่างกว้างขวางและต่อเนื่อง ควรมีการศึกษารูปแบบและความเหมาะสมของทีมต่าง ๆ เช่น ทีมเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ทีมปลอบขวัญญาติผู้ป่วย ทีมประสานงานจิตอาสา ทีมนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมต่อการพัฒนาบุคลากรของไทย และการพัฒนาระบบการบริหารจัดการให้เอื้อต่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และในปัจจุบันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ให้ความสำคัญกับการศึกษาในรูปแบบดังกล่าว แต่การดำเนินการอย่างเป็นทางการยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะในเรื่องของการขาดแคลนบุคลากร งบประมาณและการกำหนดรูปแบบทีมที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย จึงควรดำเนินนโยบายที่ควบคู่กันไปทั้งนโยบายเพิ่ม สรรหาและคัดสรรจิตอาสา การบริหารจัดการด้านการเงินและวัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนการพัฒนาารูปแบบของทีมที่เหมาะสม ซึ่งต้องทำให้เป็นที่ยอมรับกันในระดับส่วนกลางให้มีการดำเนินการกันอย่างกว้างขวางลงไปสู่ระดับภูมิภาคหรือพื้นที่ทางไกล

3. การบริการจัดการด้านการเงินและวัสดุอุปกรณ์ เนื่องจากการวิจัยนี้พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับภาระทางการเงิน และต้องประสบกับปัญหาทางเศรษฐกิจ เนื่องมาจากค่าใช้จ่ายในการดูแล และโอกาสในการหารายได้ที่ลดน้อยลงจากข้อจำกัดของสถานะที่เป็นอยู่ จึงควรมีนโยบายเกี่ยวกับการบริหารจัดการด้านการเงินอย่างเหมาะสม มิใช่เฉพาะการดำเนินการตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น แต่หน่วยงานกลางระดับกระทรวง ควรมีนโยบายในการสนับสนุนรายได้โรงพยาบาล เพื่อจัดสรรอุปกรณ์บางอย่างเพื่อให้ผู้ป่วยได้นำไปใช้ที่บ้าน อันจะเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และลดภาระทางการเงินแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้ เช่น การสนับสนุนอุปกรณ์จำพวกไม้เท้า เครื่องพยุงเดิน รถเข็น เตียง ที่นอนลม ถังออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ หรือสนับสนุนรถพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้ หน่วยงานกลางควรมีการสนับสนุนอย่างเพียงพอเกี่ยวกับค่าครองชีพหรือเงินทุนประกอบอาชีพแก่ครอบครัว เงินทุนในการจัดกิจกรรมส่งเสริมอาชีพแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนค่าฌาปนกิจศพ ใจศพแก่ผู้ป่วยยากไร้ เป็นต้น และควรมีนโยบายในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลเกี่ยวกับการฝึกสอนญาติ การอบรมจิตอาสา ค่าใช้จ่ายในการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น เพื่อให้แต่ละโรงพยาบาลมีความพร้อมในการจัดการ และครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแล รวมถึงมีแหล่งสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย ลดภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย มีเวลามากขึ้นในการหารายได้ให้แก่ครอบครัว

4. นโยบายในการกระตุ้น ส่งเสริม และสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากการวิจัยนี้พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยหลายรายด้วยกันที่ยังกังวลกับการให้ผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้านทั้งที่เป็นความต้องการของผู้ป่วยเอง เนื่องมาจากความไม่พร้อมในการดูแล ทั้งในด้าน

สถานที่ อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ ตลอดจนความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จึงควรมีนโยบายในการดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีแนวนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานชุมชนดึงศักยภาพของชุมชนในการมีส่วนร่วม เช่น การใช้ชุมชนเป็นช่องทางการสื่อสาร การดึงเพื่อนบ้านมาช่วยเหลือ เยี่ยมเยียน และให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว หรือสนับสนุนพิธีกรรมพื้นบ้านตามความเหมาะสม ทั้งนี้หน่วยงานกลางควรมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน และวางแผนอบรมเพื่อกระตุ้นให้เห็นความสำคัญและร่วมวางแผนแนวทางกับหน่วยงานในชุมชนในการพัฒนาการมีส่วนร่วม รวมถึงการวางแผนงานในการประสานงานระหว่างบุคลากรทางการสาธารณสุขและคนในชุมชน เพื่อให้เกิดการประสานการทำงานที่สอดคล้องกลมกลืนกัน โดยควรทำความเข้าใจมิติทางสังคมและชุมชนของผู้ป่วย เรียนรู้และเข้าใจวัฒนธรรมประเพณีและพิธีกรรมต่าง ๆ ของชุมชน ในขณะที่ชุมชนเองควรมีความรู้เกี่ยวกับระบบทางการแพทย์อย่างเพียงพอและเหมาะสม ตลอดจนมีบทบาทในการประสานความเข้าใจระหว่างบุคลากรทางการสาธารณสุขและครอบครัว ทั้งนี้เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

5. ในปัจจุบันพบว่า ยังมีสถานพยาบาลจำนวนน้อยมากที่มีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปใช้และดำเนินการอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม ดังนั้นหน่วยงานกลางจึงควรมีนโยบายในการพัฒนาหน่วยงานต้นแบบในสถานพยาบาลต่าง ๆ โดยการวางแผนการอบรมพัฒนาหน่วยงานต้นแบบ และการส่งเสริมการดำเนินงานหน่วยงานต้นแบบที่ได้พัฒนาขึ้นแล้ว รวมถึงการขอความร่วมมือจากองค์กรด้านศาสนา ชุมชน และหน่วยงานสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง เช่น สังคมสงเคราะห์ เพื่อให้เกิดการพัฒนาหน่วยงานต้นแบบที่มีการดำเนินการสอดคล้องกับทั้งหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมและความเชื่อของแต่ละชุมชน

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติในการจัดการสำหรับการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการศึกษาวิจัย พบว่า การรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของญาติผู้ดูแล ยังมีข้อจำกัดต่าง ๆ ในทางปฏิบัติหลายประเด็นด้วยกัน ซึ่งการจะพัฒนาแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ ให้มีคุณภาพนั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทั้งบุคลากรทางการสาธารณสุขและครอบครัวผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ ดังนี้

1. ควรนำข้อค้นพบหรือผลที่ได้จากงานวิจัยนี้ไปจัดทำเป็นคู่มือ หรือหลักสูตรที่ใช้ในการอบรมหรือเป็นตัวอย่งที่เข้าใจง่าย เพื่อให้บุคลากรทางการสาธารณสุขได้สื่อสารกับญาติผู้ดูแลให้เกิดการรับรู้และเข้าใจสถานะที่เป็นอยู่ตามความเป็นจริง เพื่อให้สามารถวางแผนในการดูแลผู้ป่วย การจัดการภายในครอบครัว ตลอดจนการเตรียมตัวรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยและเผชิญกับความสูญเสียได้อย่างเหมาะสม มีการประเมินถึงความต้องการและแบบแผนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของญาติผู้ดูแล การให้ข้อมูลควรทำในลักษณะการแลกเปลี่ยนข่าวสาร ใช้การสื่อสาร 2 ทาง เพื่อประเมินความ

เข้าใจของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยสังเกตจากปฏิกิริยาที่แสดงออก และใช้คำถามถึงความเข้าใจและความรู้สึกที่มีต่อข้อมูล มีการประมวลความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนั้นควรระลึกไว้เสมอว่า การสื่อสาร ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารข้อมูล หรือการให้กำลังใจที่ใช้ได้ดีกับบุคคลหนึ่ง อาจใช้ไม่ได้ดีกับอีกบุคคลหนึ่ง ดังนั้น ควรประเมินบุคคลเป็นรายๆ ไป และทำความเข้าใจกับบริบทเฉพาะของพวกเขาเหล่านั้น

2. ลดช่องว่างและเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลจากบุคลากรทางการสาธารณสุข รวมถึงได้มีโอกาสบอกเล่าปัญหาที่ตนเองประสบ โดยพบว่า บุคลากรทางการสาธารณสุขส่วนใหญ่มุ่งให้ข้อมูลตามที่ตนเองเห็นสมควร และแม้มีท่าที่รับฟังข้อมูลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวบอกเล่า แต่อาจไม่ได้รับรู้อย่างเข้าใจ หรืออาจตัดสินข้อมูลอย่างเร่งด่วนตามความเห็นส่วนตัว เป็นเพราะแนวกันทางความคิดยังไม่เปิดออก หรือบางครั้งที่บุคลากรทางการสาธารณสุขอาจแสดงทัศนคติของตนเองที่ตรงข้ามกับความเห็นของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้น บุคลากรทางการสาธารณสุขจึงควรเปิดพื้นที่การมีส่วนร่วม โดยถามถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยและครอบครัว และให้ความสนใจกับประสบการณ์ที่ได้รับการบอกเล่า โดยยังไม่ตัดสินว่าถูกหรือผิดแต่พยายามเข้าใจโลกส่วนตัวและพฤติกรรมของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อร่วมหาวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม และสื่อสารข้อมูลที่จำเป็นต่อการรับรู้ เพื่อการวางแผนจัดการต่อไป

3. เน้นการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะ ต้องตระหนักอยู่เสมอว่า ผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละรายมีปัญหาและความต้องการที่แตกต่างกันไป และการให้ความสำคัญกับปัญหาและความต้องการนั้นอาจไม่ตรงกับความเห็นของบุคลากรทางการสาธารณสุขเสมอไป ดังนั้น บุคลากรทางการสาธารณสุขจึงควรสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยหรือครอบครัวแต่ละรายก่อนเสมอ นอกจากนั้นงานวิจัยนี้ยังพบข้อสังเกตที่น่าสนใจเกี่ยวกับการดูแลในลักษณะที่สอดคล้องกับหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งอาจเป็นที่น่าพอใจแก่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ และบุคลากรทางการสาธารณสุขเห็นว่าเหมาะสม แต่อาจใช้ไม่ได้ดีกับผู้ป่วยบางคนที่ไม่ต้องการการดูแลประหนึ่งตนเองอยู่ในภาวะใกล้ตาย ดังนั้นบุคลากรทางการสาธารณสุขควรเรียนรู้และทำความเข้าใจบริบทเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละคนไป จากการพูดคุยและทำความเข้าใจอย่างสม่ำเสมอ และตลอดระยะเวลาที่ดูแลควรเน้นให้ผู้ป่วยอยู่กับปัจจุบัน เพื่อทำความเข้าใจสภาพปัญหาของตนเองตามที่เป็นอยู่ สนับสนุนการแสวงหาความเข้มแข็งและค้นหาคุณค่าในตนเอง ตลอดจนส่งเสริมพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงในทางบวกของผู้ป่วย ส่งเสริมและฝึกให้ครอบครัวผู้ป่วยร่วมดูแลผู้ป่วยพร้อมกันไปกับบุคลากรทางการสาธารณสุข เพื่อให้สามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมั่นใจและเหมาะสม

4. ส่งเสริมการนำแนวคิดทางศาสนาประยุกต์ใช้กับบริบทการดูแล โดยจากข้อค้นพบแสดงให้เห็นว่า ความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความตาย ตลอดจนแนวปฏิบัติเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลายรายมีความเชื่อมโยงมาจากแนวคิดทาง

พุทธศาสนา บุคลากรทางการสาธารณสุขควรมีการประชุมปรึกษา เพื่อส่งเสริมการนำแนวคิดและแนวปฏิบัติทางพุทธศาสนามาใช้ ควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว เช่น การกำหนดกิจกรรมต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการใช้พุทธศาสนาเป็นที่พึ่งพิงทางใจ ส่งเสริมเกิดความสุขสงบมากที่สุด รวมถึงการส่งเสริม สนับสนุน และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ดำเนินกิจกรรมตามความเชื่อและความศรัทธาตามความเหมาะสม เช่น การจัดให้มีห้องพระ การจัดให้มีห้องละหมาด เป็นต้น

5. หลีกเลี่ยงการปกปิดข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานะที่เป็นอยู่ไม่ให้ญาติผู้ดูแลทราบ เพราะเหตุผลคือลดภาวะคับข้องใจและส่งเสริมการวางแผนการจัดการกับสถานะที่เป็นอยู่ร่วมกัน โดยจากการวิจัยพบว่า ในกรณีที่ครอบครัวร่วมกันปกปิดข้อมูลผู้ป่วยไม่ให้รับรู้ข้อมูลตามที่ผู้ป่วยประสบอยู่จริง แต่กลับพบว่าผู้ป่วยหลายคนที่สามารถคาดเดาสถานะที่เป็นอยู่ได้เอง จากบริบทของสถานที่และบริบทการดูแลรักษา นำมาซึ่งความคับข้องใจให้กับผู้ป่วยหลายราย และทำให้ค้างคาใจกับความคลุมเครือ ดังนั้น บุคลากรทางการสาธารณสุขควรพูดคุยทำความเข้าใจกับครอบครัว ให้การยอมรับพร้อมทั้งร่วมกันหาแนวทางที่เหมาะสมในการสื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจ เพื่อให้เกิดการยอมรับ นำไปสู่การจัดการกับสภาพปัญหา และการเตรียมตัวเผชิญความตายอย่างสงบ

6. ส่งเสริมและสนับสนุนครอบครัวของผู้ป่วยในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเผชิญความตายอย่างมีสติ และจากไปอย่างสงบ เนื่องจากพบว่าความคาดหวังของผู้ป่วยส่วนใหญ่เกี่ยวกับความตายคือความต้องการที่จะจากไปอย่างสงบ ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของครอบครัวส่วนใหญ่ด้วย อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ามีการยอมรับกับการสูญเสียไม่ได้ และไม่พร้อมให้ผู้ป่วยจากไป โดยการให้บุคลากรทางการสาธารณสุขใช้ชีวิตด้วยวิธีการต่าง ๆ ดังนั้นบุคลากรทางการสาธารณสุขให้ข้อมูลที่เพียงพอกับครอบครัว และเน้นให้เห็นถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่ต้องการการดูแลประหนึ่งเป็นบุคคลมากกว่าเครื่องจักรหรือหุ่นยนต์ โดยต้องมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ทราบถึงความต้องการที่แท้จริง และให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาประกอบการตัดสินใจเลือกว่าจะยืดชีวิตหรือปล่อยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

7. ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว โดยเฉพาะการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุยกันอย่างตรงไปตรงมา เพื่อให้เข้าใจถึงความต้องการที่แท้จริงของแต่ละฝ่าย ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสสั่งเสีย พูดคุยเพื่อจัดการกับภาระที่ค้างคาใจ ก่อนที่จะจากโลกนี้ไป โดยบุคลากรทางการสาธารณสุขควรพูดคุยกับครอบครัวผู้ป่วยให้เข้าใจถึงความสำคัญดังกล่าว และสนับสนุนให้พูดคุยหรือแสดงออกต่อผู้ป่วยตามความเหมาะสม นอกจากนี้ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยตระหนักถึงคุณค่าของตนเองที่มีต่อครอบครัว ให้เห็นถึงความสำคัญของการได้ระบายอารมณ์และความรู้สึกอย่างเหมาะสม

8. ภายในสถานพยาบาลควรมีการจัดสถานที่และบริบทให้ใกล้เคียงกับความเป็นบ้านหรือความเป็นครอบครัวมากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายของชีวิตเสมือนยังอยู่ในครอบครัว และเสมือนเป็นคนปกติมากกว่าคนป่วย เช่น มีการจัดสถานที่ให้มีความสะดวกสบาย มีห้องพักให้ครอบครัวได้ผ่อนคลายจากการดูแลที่เป็นภาระหนักอึ้ง หรือการจัดสถานที่ให้เป็นเสมือนบ้านพักมากกว่าสถานพยาบาล เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาโดยวิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนาเป็นหลักเป็นครั้งแรก ทำให้มีความยากลำบากในการทำความเข้าใจเพื่อการนำมาใช้ให้เกิดความสมบูรณ์และมีคุณภาพ อีกทั้งยังพบข้อจำกัดหลายประการในการศึกษาวิจัย ซึ่งหากมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไปในอนาคต ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. เนื่องจากผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยอยู่บ้าง อาจทำให้เกิดอคติปนเปื้อนในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยต้องพยายามมองข้ามรายละเอียดปลีกย่อยต่าง ๆ หรือตัดสใจไปก่อนล่วงหน้าเนื่องมาจากความรู้และประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ ดังนั้น ในการวิเคราะห์การสนทนาของสถานการณ์ลักษณะเช่นเดียวกันนี้ ผู้วิจัยจึงต้องทบทวนและตระหนักถึงความรู้เดิมที่มีอยู่และละวางไว้ เพื่อเข้าไปแสวงหาข้อมูลให้ได้อย่างเต็มที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือและตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด

2. จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลประสบกับสภาพปัญหาที่แตกต่างกันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาลและที่บ้าน ดังนั้น การศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป ควรศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สถานพยาบาลและที่บ้าน เพื่อทำความเข้าใจสภาพปัญหาอุปสรรคที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต้องเผชิญในแต่ละบริบท นำไปสู่การกำหนดแนวนโยบายการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทั้งในสถานพยาบาล และเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้านแล้ว รวมไปถึงการกำหนดนโยบายในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติภายหลังผู้ป่วยจากไป

3. ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ยังพบข้อจำกัดของบุคลากรทางการสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง และเน้นการดูแลอย่างเป็นองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาทีมดูแลต่าง ๆ เช่น ทีมเยี่ยมบ้าน หรือทีมอาสาสมัคร เป็นต้น โดยควรศึกษาเชิงคุณภาพที่เน้นการวิจัยและพัฒนา หรือการวิจัยแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้แนวทางในการพัฒนาทีมที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนของผู้ป่วยที่ศึกษา

4. เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้งยิ่งขึ้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรคอื่น ๆ ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่กว้างขวางและครอบคลุม

อันเกิดจากการใช้กลุ่มข้อมูลที่ต่างออกไป ซึ่งจะสามารถนำผลการวิจัย ไปใช้ในการกำหนด
แนวนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้ครอบคลุมสภาพปัญหาต่างๆ และเป็น
ประโยชน์ต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายในวงกว้างต่อไป



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กิตติกร นิลมานัต และคณะ. (2552). “ประสบการณ์ช่วงสุดท้ายของชีวิต: กรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในภาคใต้.” *ทุนสนับสนุนการวิจัย สถาบันวิจัยพัฒนาสุขภาพภาคใต้ สงขลา.*
- กิติมา สุรสนธิ. (2542). *ความรู้ทางการสื่อสาร*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และประชาติป กะทา. (2550). *วัฒนธรรม ความตายกับวาระสุดท้ายของชีวิต: คู่มือเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- ขวัญตา บานทิพย์, พัชรียา ไชยลังกา, และอาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2543). “ความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตาย.” *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 20, 1: 33-44.
- งามพิศ สัตย์สงวน. (2551). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางมานุษยวิทยา*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จอนณะจง เพ็งจาด. (2556). *การพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง*. กรุงเทพฯ: ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, อภิญญา เพียรพิจารณ์, และรัตนารักษ์ ศิริวัฒน์ชัยพร. (2552). *แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 5. นนทบุรี: ธนาเพลส.
- จำเนียร จวงตระกูล. (2551). *การวิจัยเชิงคุณภาพ: เครื่องมือสร้างองค์ความรู้เพื่อการพัฒนาประเทศ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์กฎหมายธุรกิจอินเตอร์เนชั่นแนล.
- ชาย โปธิสิตา. (2547). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง.
- ชิตาภา สุขพลำ. (2546). *การสื่อสารระหว่างบุคคล*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชิษณุ พันธุ์เจริญ และจรุงจิตร งามไพบูลย์. (2552). “คู่มือทักษะการสื่อสารสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางการบุคลากรทางการสาธารณสุข.” ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
- ชูชื่น ชิวพูนผล. (2541). “อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม.” *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ สาขาการพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2546). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: เทพนิมิตการพิมพ์.

- ฐิติมา โพธิศรี. (2550). “การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต: จากโรงพยาบาลสู่บ้าน.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์. (2550). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. กรุงเทพฯ: บริษัท โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์
- ทองทิพย์ พรหมศร. (2551). “การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่.” วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2543). “กิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ.” **วารสารสภาการพยาบาล** 15, 3: 55-64.
- _____. (2553). **พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. กรุงเทพฯ: วี.พรีน.
- ทัศนีย์ เทสประสิทธิ์ และคณะ. (2556). “การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานี.” **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข** 23, 1: 80-90.
- นงครัตน์ พุทรา. (2551). “ผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- _____. (2550). **วิถีนุชย์ในศตวรรษที่ 21**. กรุงเทพฯ: สวนเงินมีมา.
- ประสาน ต่างใจ (บรรณาธิการ). (2539). **มุมมองเรื่องความตายและภาวะใกล้ตาย**. กรุงเทพฯ: คบไฟ.
- ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย และคณะ. (2551). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์.
- _____. (2553). **ปัญญาต้องคู่กับกรุณาจึงจะพาชาติรอด**. กรุงเทพฯ: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- ผ่องพรรณ ตรัยมงคลกุล และ สุภาพ ฉัตรภรณ์. (2553). **การออกแบบการวิจัย**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์.
- พระธรรมโมลี (ทองอยู่ ญาณวิสุทโท). (2550). “การศึกษาเปรียบเทียบแนวคิดเรื่องสุขภาพแบบองค์รวมในพระพุทธศาสนาเถรวาทกับแนวคิดตะวันตก.” สารนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต). (2551). **การบุคลากรทางการสาธารณสุขยุคใหม่ในพุทธทัศน์**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สหธรรมิก.
- พระไพศาล วิสาโล. (2547). “การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมุมมองของพุทธศาสนา.” **วารสารเกื้อการุณย์** 11, 2: 1-11.

- ไพโรจน์ วิไลนุช. (2556). “ถกวิธีวิทยา.” วารสารสังคมลุ่มน้ำโขง 5, 1: 23-46.
- _____. (2551). การวิเคราะห์การสื่อสารในระหว่างการแถลงข่าว. กรุงเทพฯ: คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย.
- รวี เตือนดาว. (2547). ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2540). พจนานุกรมศัพท์ปรัชญา อังกฤษ-ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน.
- ราชวิทยาลัยกุมารบุคลาการทางการแพทย์สาธารณสุขแห่งประเทศไทย. (2554). Basic Communication Skills สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ประจำบ้าน. ม.ป.ท.
- รุ่งนภา เขียวชะอ้า. (2552). “ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณภา ปิยะเศวตกุล และคณะ. (2545). “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อการปรับตัวในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง.” วารสารคณะพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น 25, 1: 69-85.
- วสันต์ ปัญญาแก้ว. (2543). “ชาติพันธุ์วิธีวิทยา.” สังคมศาสตร์ 12, 2: 102-131.
- วิชัย โชควิวัฒน์. (2544). “หลักเกณฑ์ทางจริยธรรมสำหรับการศึกษาวิจัยในคน.” จริยธรรมสำหรับการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิชัย เอกพลากร. (2553). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2. นนทบุรี: เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์.
- วิมาลา เจริญชัย, ภัทราภรณ์ ท่งปันคำ, และศรีนวล วิวัฒน์คุณูปการ. (2548). “พฤติกรรม การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท.” พยาบาลสาร 32, 2: 22-33.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2548). การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัสมิ์. (2550). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- สมบัติ ตริประเสริฐสุข (บรรณาธิการ). (2546). ศาสตร์และศิลป์แห่งการดูแลผู้ป่วยเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สำนักงานจังหวัดเชียงใหม่. (2555). “ข้อมูลบรรยายสรุปจังหวัดเชียงใหม่.” กลุ่มงานข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร. มกราคม.

- สิดาร์ตัน สมัครสมาน. (2550). “ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สิรินทร์ ศาสตราภรณ์. (2547). **พยาบาลกับงาน Palliativecare**. กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.
- สุจริตลักษณ์ ดีผดุง. (2552). **วิจัยปฏิบัติการเบื้องต้น**. นครปฐม: สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนิชา ไชยชนตรตี. (2553). “ผลของโปรแกรมการรู้คิดบำบัดที่มีต่อความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม.” วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตเวชคลินิกและชุมชน มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สุริยา รัตน์กุล. (2550). **นานาภาษาในเอเชียอาคเนย์**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สหธรรมมิก.
- สุรีพร ธนศิลป์. (2556). **การดูแลแบบผสมผสานในผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. กรุงเทพฯ: บี ยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- สุรีย์ กาญจนวงศ์. (2551). **จิตวิทยาสุขภาพ (Health Psychology)**. นครปฐม: โรงพิมพ์มูลนิธิมหาสมุทรราชวิทยาลัย.
- สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค. (2556). “Home Health care in 2013.” เอกสารประกอบการบรรยายการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง Home health care in Ramathibodi hospital. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2544). **แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช**. พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2549). **สิทธิผู้ป่วย**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2557). **รายงานสถิติการใช้จ่ายแบบมวบรวมของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2555**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- อนุพงศ์ แก้วของแก้ว. (2552). “การให้คำปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางตามแนวคิดของโรเจอร์สเพิ่มเติมอัตมโนทัศน์: กรณีศึกษาในผู้ต้องขัง.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการจิตวิทยาการปรึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อนุวัฒน์ ศุภชติกุล. (2554). **HA Update 2011**. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน).
- อมรรัตน์ ทิพย์เลิศ, บรรณาธิการ. (2549). **การใช้และการพัฒนา “สื่อบุคคล” เพื่อการสื่อสารเรื่องสุขภาพ**. นนทบุรี: โครงการสื่อสร้างสรรค์สุขภาพ.

- อุมาภรณ์ ไพบาลสุทธิเดช. (2547). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน**. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- _____. (2555). “วิทยาการก้าวหน้าในการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Best Practice for Cancer care).” เอกสารประกอบการประชุมฟื้นฟูวิชาการ ณ ห้องประชุม 7R ชั้น 7 ศูนย์การบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข โรงพยาบาลกรุงเทพฯ.
- ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนกิจ. (2550). **พจนานุกรมศัพท์การวิจัยและสถิติ = Dictionary of research and statistics**. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์.

ภาษาต่างประเทศ

- Abernethy, A. et al. (2009). “Defining distinct caregiver subpopulations by intensity of end of life care provided.” **Palliative Medicine** 23: 66-79.
- Abernethy, A.P. et al. (2008). “Specialized palliative care services are associated with improved short-and long-term caregiver outcomes.” **Supportive Care Cancer** 16: 585-597.
- Amass, C., and M. Allen. (2005). “How a “just in case” approach can improve out of hours palliative care.” **The Pharmaceutical Journal** 275: 22-23.
- Anderson, B. A., and D. Kralik. (2008). “Palliative care at home: Carers and medication management.” **Palliative and Supportive Care** 6: 349-356.
- Aranda, S.K., and K. Hayman-White. (2001). “Home caregivers of the person with advanced cancer an Australian perspective.” **Cancer Nursing** 24: 300-307.
- Atkinson, J.M. and J. Heritage. (1984). **Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis**. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bauer, M.W., and G. D. Gaskell. (2000). **Qualitative researching with text, image and sound**. London: Sage.
- Beach, D. L. (1993). “Gerontological caregiving: An analysis of family experience.” **Journal of Gerontological Nursing** 79, 12: 1-7.
- Belinda Poor and Gail P. Poirrier. (2007). **National League for Nursing**. New York: Oxford University Press.
- Bradley, N., L. Davis, and E. Chow. (2005). “Symptom distress in patients attending an outpatient palliative radiotherapy clinic.” **Journal of Pain and Symptom Management** 30: 123-131.

- Brookes, T. (1997). **Signs of life: A memoir of dying and discovery**. New York: Times Books.
- Buber, M. (1958). **I and Thou**. 2nd ed. Edinburgh: T and T Clark.
- Burns, C.M. et al. (2010). "Young caregivers in end-of-life setting: A population-based profile of an emerging group." **Journal of Palliative Medicine** 13: 1225-1235.
- Byock, I. (1997). **Dying well: The prospect for growth at the end of life**. New York: Riverhead Books.
- Caiman, K. C. (1987). **Definitions and dimensions of quality of life**. New York: Raven Press.
- Canadian Home Care Association [CHCA]. (2008). "Home care." The next essential service: Meeting the needs of our aging population, Ottawa.
- Caress, A.L., K. Chalmers, K., and K. Luker. (2009). "A narrative review of interventions to support family carers who provide physical care to family members with cancer." **International Journal of Nursing Studies** 46, 1516-1527.
- Carman, K. et al. (2013). "Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies." Health Affairs.
- _____. (2013). "Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies." Health Affairs.
- Carol T., and L. Carol. (2001). **The art and science of nursing care**. 4th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Carter, P.A. (2006). "A brief behavioral sleep intervention for family caregivers of persons with cancer." **Cancer Nursing** 29: 95-103.
- Clark, M.M., et al. (2006). "Quality of life of caregivers of patients with advanced-stage cancer." **American Journal of Hospice Palliative Medicine** 23, 185-191.
- Clayton, J.M. et al. (2005). "Fostering coping and nurturing hope when discussing the future with terminally ill cancer patients and their caregivers." **American Cancer Society** 103: 1965-1975.
- Connor, Stephen R. (2009). **Hospice and Palliative Care : The Essential Guide**. 2nd edition. New York: Taylor and Francis Group, LLC.

- Curtis, B. M., and C. Curtis. (2011). **Social Research: A Practical Introduction**. London: Sage.
- Curtis, C., and B. M. Curtis. (2011). **The origins of a New Zealand suicidal cohort: 1970-2007**. *Health Sociology Review*. London: Sage.
- Denzin, N.K., and Y. S. Lincoln. (1994). **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage.
- Docherty, A. et al. (2008). "Knowledge and information needs of informal caregivers in palliative care: A qualitative systematic review." *Palliative Medicine* 22, 153-171.
- Drew, Paul and Heritage. (2006). **Glossary of Transcript Symbols. Conversation Analysis: Sage Benchmarks in Social Research Methods**. London: Sage.
- Dunkel-Schetter, C., and C. B. Wortman. (1982). **The interpersonal dynamics of cancer: Problems in social relationships and their impact on the patient**. New York: Academic Press.
- Edwards, B., and V. Clarke. (2004). "The psychological impact of a cancer diagnosis on families: The influence of family functioning and patients' illness characteristics on depression and anxiety." *Psycho-Oncology* 13, 8: 562-576.
- Emerson, R.M., R. Fretz, and L. L. Shaw. (1995). **Writing ethnographic fieldnotes**. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Engelberg, R. A. et al. (2010). "Measuring the quality of end of life care." *Journal of Pain and Symptom Management* 39: 951-971.
- Farber, S. J., et al. (2003). "Issue in end-of-life care: Patient, caregiver, and clinician perceptions." *Journal of Palliative Medicine* 6: 19-31.
- Farrow, J. M., D. K. Cash, and G. Simmons. (2000). **The interview: from structured questions to negotiated text** in N.K. Denzin and Y.S. Lincoln (eds). 2nd edition. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Funk, L. et al. (2010). "Part II: Home-based family caregiving at the end of life: A comprehensive review of published qualitative research (1998-2008)." *Palliative Medicine* 24: 594-607.
- Glaser, Barney G. and Anselm L. Strauss. (1968). **Time for Dying**. New York: Aldine.

- Glazer, B. G., and A. L. Strauss. (1967). **The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research**. Chicago: Aldine.
- Gotay, C. C. (1984). "The experience of cancer during early and advanced stages: The views of patients and their mates." **Social Science and Medicine** 18: 605-613.
- _____. (1993). "The effects of family communication on psychosocial adjustment of cancer patients." **Journal of Applied Communication Research**, 21, 176-188.
- _____. (1995). "Well-adjusted and maladjusted cancer patients: An examination of communication variables." **Health Communication** 7: 21-33.
- Grande, G. et al. (2009). "Supporting lay carers in end of life care: Current gaps and future priorities." **Palliative Medicine** 23: 339-344.
- Grande, G.E. et al. (2004). "Caregiver bereavement outcome: Relationship with hospice at home, satisfaction with care, and home death." **Journal of Palliative Care** 20: 69-77.
- Grant, M., and V. Sun. (2010). "Advances in quality of life at the end of life." **Seminars in Oncology Nursing** 26: 26-35.
- Greaves, J. et al. (2008). "Family caregivers' perceptions and experiences of delirium in patients with advanced cancer." **Australian Journal of Cancer Nursing** 9: 3-11.
- Grunfeld, E., et al. (2004). "Family caregiver burden: Results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers." **Canadian Medical Association Journal**: 170, 1795-1801.
- Gruppeta, M. (2011). "Autophenomenography? Alternative uses of autobiographically based research." School of Ecology and Lifelong Learning, University of Western Sydney.
- Guarnaccia, P. J. and P. Parra. (1996). "Ethnicity, social status, and family experiences of caring for mentally ill family member." **Community Mental Health Journal** 32: 243-260.
- Hall, B.A. (1997). "Spirituality in terminal illness: An alternative view of theory." **Journal of Holistic Nursing** 15, 82-96.

- Harding, R. et al. (2004). "Evaluation of a short-term group intervention for informal carers of patients attending a home palliative care service." **Journal of Pain and Symptom Management** 27: 396-408.
- Harvey, M., and M. Evans. (2001). "Decoding competitive propositions: A semiotic alternative to traditional advertising research." **International Journal of Marketing Research** 43: 171-187.
- Hasson, F., et al. (2009). "Experiences and needs of bereaved carers during palliative and end-of-life care for people with chronic obstructive pulmonary disease." **Journal of Palliative Care** 25: 157-163.
- Hendrix, C. C. et al. (2009). "A pilot study on the influence of an individualized and experiential training on cancer caregiver's self-efficacy in home care and symptom management." **Home Healthcare Nurse** 27, 5: 271-278.
- Higginson, I. J. et al. (2002). "Do hospital-based palliative team improve care for patients or families at the end of life." **Journal of Pain and Symptom Management** 23: 96-106.
- Hinton, J. (1998). "An assessment of open communication between people with terminal cancer, caring relatives, and others during home care." **Journal of Palliative Care** 14, 3: 15-23.
- Hopp, F.P., N. Thornton, and L. Martin. (2010). "The experience of heart failure at the end of life: A systematic literature review." **National Association of Social Workers** 35, 2: 109-117.
- Horowitz, A. (2005). "Family caregiving to the frail elderly." **Annual Review of Gerontology and Geriatrics** Vol 5: 194-246.
- Hudson, P. et al. (2008). "Evaluation of a psycho-educational group programme for family caregivers in home-based palliative care." **Palliative medicine** 22: 270-280.
- Hutton N, M. Levett, and G. Frager. (2008). "The hospice and palliative medicine approach to caring for pediatric patients." Glenview: American academy of hospice and palliative medicine.

- Ingleton, C. et al. (2009). "Barriers to achieving care at home at the end of life: Transferring patients between care settings using patient transport services." **Palliative Medicine** 23: 434-445.
- Jablonski, A., and G. Wyatt. (2005). "A model for identifying barriers to effective symptom management at the end of life." **Journal of Hospice and Palliative Nursing** 7: 1-14.
- Jo, S., Brazil. (2007). "Caregiving at the end of life: Perspectives from spousal caregivers and care recipients." **Palliative and Supportive Care** 5: 11-17.
- Kangethe, S. (2009). "Critical coping challenges facing caregivers of persons living with HIV/AIDS and other terminally ill persons: The case of Kanye care program, Bostswana." **Indian Journal of Palliative Care** 15: 115-121.
- Kealey, P., and I. McIntyre. (2005). "An evaluation of the domiciliary occupational therapy service in palliative cancer care in a community trust: A patient and carers perspective." **European Journal of Cancer Care** 14: 232-243.
- Keith, C. (1995). "Family caregiving systems: Models, resources, and values." **Journal of marriage And the Family** 57: 179-189.
- Kilborn et al. (2011). "The interpersonal/relational interface: History, context, and personal reflections." **Contemporary Psychoanalysis** 42: 535-550.
- Kinzbrunner, B. M., N. J. Weinreb, and J. S. Policzer. (2012). **20 common problems in end-of-life care**. New York: McGraw-Hill.
- Kohn, A. (2000). **Fundamentals of behavioral statistics**. 9th ed. New York: McGraw-Hill.
- Kwak, J., et al. (2007). "Benefits of training family caregivers on experiences of closure during end of life care." **Journal of Pain and Symptom Management** 33: 434-445.
- Leung, K. et al. (2010). "Can a good death and quality of life be achieved for patients with terminal cancer in a palliative care unit." **Journal of Palliative Medicine** 13: 1433-1438.
- Levey, S.A. et al. (2003). "National kidney foundation practiceguidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification." **American College of Physicians** 139: 137-147.

- Lutfey, K., and D. W. Maynard. (1998). "Bad news in an oncology setting: How a physician talks about death and dying without using those words." **Social Psychology Quarterly** 67: 321-341.
- Mangan, P. A. et al. (2003). "Caregiving near the end of life: Unmet needs and potential solutions." **Palliative and Supportive Care** 1: 247-259.
- Mary, T., and S. Kare. (2005). "Supporting self-management in patient with chronic illness." **American Family Physician** 72: 1503-1510.
- Mason, J. (2002). **Qualitative Researching**. 2nd edition. London: Sage
- Watson, Max et al. (2009). **Oxford Handbook of Palliative Care**. 2nd edition. New York: Oxford University.
- Maynard, D. W. (2003). "On "realization" in everyday life: The forecasting of bad news as a social relation." **American Sociological Review** 61: 109-131.
- McMillan, S. C., and B. J. Small. (2007). "Using the COPE intervention for family caregivers to improve symptoms of hospice homecare patients: A clinical trial." **Oncology Nursing Forum** 34: 313-321.
- Michael Peters. (2008). **BMA British Medical Association A-Z Family Medical Encyclopedia**. 5th edition. London: Dorling Kindersley Limited.
- Milton, E. (1996). "Thinking about Houdini." **Michigan Quarterly Review** 35: 460-469.
- Murray, S.A. et al. (2007). "Patterns of social, psychological and spiritual decline toward the end of life in lung cancer and heart failure." **Journal of Pain and Symptom Management** 34: 393-402.
- Murtagh, F.E.M., J. M. Addington-Hall, and P. M. Edmonds. (2007). "Symptoms in advanced renal disease managed without dialysis." **Journal of Palliative Medicine** 10: 1266-1276.
- Nilmanat, K., et al. (2010). "Living with suffering as voiced by Thai patients with terminal advanced cancer." **International Journal of Palliative Nursing** 16: 393-399.
- Noble, H. et al. (2010). "Exploring symptoms in patients managed without dialysis: A qualitative research study." **Journal of Renal Care** 36, 1: pp 9-15.

- Nordgren, L., and S. Sorensen. (2003). "Symptoms experienced in the last six months of life in patients with end-stage heart failure." **European Journal of Cardiovascular Nursing** 2: 213-217.
- O'Neill, J., and M. McKinney. (2002). "Care for the caregiver." A clinical guide to supportive and palliative care for HIV/AIDS.
- Office for Human Research Protections (OHRP). (2002). **The Oxford Textbook of Clinical Research Ethics**. Oxford : Blackwell.
- Orem, D.E. (2001). **Nursing concept of practice**. 6th ed. St. Louis: Mosby year book.
- Paul and Herbert. (1968). **Interpersonal Communication and Health Care**. Thousand Oaks: Sage.
- Peplau, H. E. (1952). **Interpersonal relations in nursing**. New York: G.P. Putnam and Sons.
- Peräkylä, Anssi. (1995). **AIDS Counselling: Institutional Interaction and Clinical Practice**. Cambridge: Cambridge University Press.
- _____. (2005). **Analyzing Talk and Text**. 3rd ed. California: Sage.
- Pierce, L.L., and B. J. Lutz. (2009). **Family caregiving**. 7th ed. Sudbury, MA: Jones and Barlett.
- Prilleltensky, I. (2015). **Community Psychology: In Pursuit of Well-being and Liberation, Department of Human and Organizational Development, Vanderbilt University**. Accessed May 10. Available from <http://people.vanderbilt.edu/~isaac.prilleltensky/teaching.html>
- Puntillo K, and D. Standard. (2001). **End-of-life care across settings: The intensive care unit**. Oxford : Oxford University Press.
- Rait, D., and M. Lederberg, M. (1985). "The family of the cancer patient." Health Research and Educational Trust : Issue Health Services Research
- Rosmawati, Mohamed. (2005). "The effect of supportive-developmental nursing program on self-care practice of persons with type 2 diabetes at the hospital of University science Malaysia." Master' thesis, Prince of Songkla University, Thailand.
- Rousseau, P. (2003). "Spirituality and the dying patient." **Journal of Clinical Oncology** 21, 54-56.

- Rowland, J. H. (1990a). **Developmental stage and adaptation: Adult model**. New York: Oxford University Press.
- _____. (1990b). **Interpersonal resources: Social support**. New York: Oxford University Press.
- Roy, C., and H. A. Andrews, (1999). **The Roy adaptation model**. 2nd ed. London: Appleton and Lange.
- Ruesch, Jurgen and Welden Kees. (1961). **Nonverbal Communication: Notes on the Visual Perception of Human Relations**. Berkley: University of California Press.
- Lack, S.A. (1977). "The Hospice Concept : The Adult with Advanced Cancer, In proceeding of the American Cancer Society Second National Conference on Human Value and Cancer." American Cancer Society. Chicago.
- Sacks, Harvey et al. (1974). "A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation." in **Language** 50, 4: 696-735.
- Sacks, Harvey. (1992). **Lectures on Conversation**. Oxford: Blackwell.
- Scott, L. (2000). "Caregiving and care receiving among a technologically dependent heart failure population." **ANS Advance Nursing Science** 23: 82-97.
- Seaburn, D. B. et al. (1996). "A mother's death: Family stories of illness, loss, and healing. Families." **System and Health** 14: 207-221.
- Skilbeck, J.K. et al. (2005). "An exploration of family carers' experience of respite services in one specialist palliative care unit." **Palliative Medicine** 19: 610-618.
- Stajduhar, K. I. et al. (2010). "Part I: Home-based family caregiving at the end of life: A comprehensive review of published quantitative research (1998-2008)." **Palliative Medicine** 24: 573-593.
- Stedman, Thomas Lathrop. (1995). **Reference Stedman's Medical Dictionary**. 26th Edition Baltimore: Williams and Wilkins.
- Ten Have, Paul. (1999). **Doing Conversation Analysis: A Practical Guide**. London: Sage.
- Turner, B.A. (1988). "Connoisseurship in the study of organizational cultures." **International Journal of Marketing Research** 42, 2: 185-206.

- Vallaster, C., and O. Koll. (2002). "Participatory group observation- a tool to analyse strategic decision making." **Qualitative Marketing Research: An International Journal** 5, 1: 40-57.
- Walsh, K. et al. (2007). "Reducing emotional distress in people caring for patients receiving specialist palliative care. Randomized trial." **British Journal of Psychiatry** 190: 142-147.
- Watson, J. (1985). *Nursing: The Philosophy and science of caring*. Colorado: Associated University Press.
- Weinreb, N. J., B.M. Kinzbrunner, and M. Clark, M. (2012). **Pain management**. New York: McGraw-Hill.
- WHO. (2013). **Health Situation in the South-East Asia Region 2008-2012**. New Delhi: WHO.
- Wright M, E. H, T. Phunggrassami, and A. Bausa-Claudio. (2008). "Hospice and palliative care in South-eastern Asia: A review of developments and challenges in Malaysia, Thailand and the Philippines" A report prepared for the Open Society Institute. Sujaree O. Nursing of Cancer." Khonkaen Fundamental Nursing Department Faculty of Nursing Khonkaen University.
- Yoo, J., J. Lee, and S. Chang. (2008). "Family experiences in end-of-life care: A literature review." **Asian Nursing Research** 2: 223-234.
- Yun, Y. H. et al. (2006). "Patient-reported assessment of quality care at end of life: Development and validation of quality care questionnaire-end of life." **European Journal of Cancer** 42: 2310-2317.



ภาคผนวก



เครื่องหมายที่ใช้ในบทสัมภาษณ์

ดรูว์และเฮริเทจ (Drew and Heritage, 2006) กล่าวว่าเครื่องหมายต่อไปนี้ พัฒนาและปรับปรุงขึ้นโดยเกล เจฟเฟอร์สัน (Gail Jefferson) เป็นที่นิยมในกลุ่มนักวิเคราะห์การสนทนา (conversational analysis) ผู้วิจัยใช้เครื่องหมายเหล่านี้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจและมองเห็นภาพว่าจิตอาสาและญาติผู้ดูแลคุยกันอย่างไร เครื่องหมายทั้งหมดที่ยกมาอธิบายในภาคผนวก ก นี้เป็นเครื่องหมายที่ใช้ในบทสัมภาษณ์ที่ปรากฏในงานวิจัยรวมทั้งเป็นเครื่องหมายที่อยู่ในภาคผนวก ข ด้วย ยังมีเครื่องหมายอีกหลายอย่างแต่ผู้วิจัยมิได้นำมาอธิบายเนื่องจากเครื่องหมายเหล่านั้นมิได้นำมาใช้ในงานวิจัยนี้

สัญลักษณ์: (.)

คำอธิบาย: เครื่องหมายมหัพภาคที่อยู่ในเครื่องหมายขลิขิต (เครื่องหมายวงเล็บ) แสดงให้เห็นว่าผู้พูดและเว้นวรรคสั้นมากด้วยการเว้นวรรคน้อยกว่า 1/10 วินาที

ตัวอย่าง: เอ้อ (.) เป็นยังทำใจไม่ได้เลย

สัญลักษณ์: (5.0)

คำอธิบาย: ตัวเลขในเครื่องหมายขลิขิตบอกจำนวนวินาทีที่ผู้พูดหยุด

ตัวอย่าง: เจ้า (5.0) จะอื้อหนา

สัญลักษณ์: (())

คำอธิบาย: วงเล็บคู่ใช้เมื่อต้องการอธิบายการใช้ภาษาท่าทาง

ตัวอย่าง: ((พยักหน้า))

สัญลักษณ์: ()

คำอธิบาย: วงเล็บเดี่ยวใช้เมื่อต้องการอธิบายคำพูดที่ไม่สามารถบอกได้แน่นอนว่าคืออะไร

ตัวอย่าง: () โรคนี้นั้นแล้วบ่หาย

สัญลักษณ์: :::

คำอธิบาย: เครื่องหมายทวิภาคใช้บอกความยาวของเสียง จำนวนทวิภาคขึ้นอยู่กับความยาวของเสียงที่ผู้พูดเอื้อนบอกลงไปหรือลากยาว

ตัวอย่าง: อือ :::

สัญลักษณ์: โอย

คำอธิบาย: ตัวอักษรเข้มหมายถึงผู้พูดออกเสียงคำนั้นดังกว่าคำอื่น

ตัวอย่าง: โอยโอยโอย

สัญลักษณ์: ◦ ◦

คำอธิบาย: คำพูดที่อยู่ในเครื่องหมายเป็นคำที่ผู้พูดออกเสียงเบากว่าคำอื่น

ตัวอย่าง: ◦ ต่าย ◦

สัญลักษณ์: > <

คำอธิบาย: คำที่ปรากฏในเครื่องหมายนี้แสดงว่าคำนั้นพูดเร็วกว่าคำอื่น

ตัวอย่าง: >ปี้ตั้งใจเยี่ยะจะโตฟอง<

สัญลักษณ์: < >

คำอธิบาย: คำที่ปรากฏในเครื่องหมายนี้แสดงว่าคำนั้นพูดช้ากว่าคำอื่น

ตัวอย่าง: <ตอนนี้เริ่มมีหื้อเคโมโตย>

สัญลักษณ์: ↑

คำอธิบาย: คำที่มีลูกศรหัวตั้งปรากฏแสดงว่าผู้พูดขึ้นเสียงสูงที่คำนั้น

ตัวอย่าง: ↑ก๊ิด

สัญลักษณ์: =

คำอธิบาย: เครื่องหมายเสมอภาคใช้เมื่อผู้พูดพูดต่อทันที

ตัวอย่าง: = เอื่อนะ

สัญลักษณ์: _____

คำอธิบาย: คำที่มาเครื่องหมายสัญประกาศหรือคำที่ขีดเส้นใต้เป็นคำที่ผู้พูดเน้น

ตัวอย่าง: ไป

สัญลักษณ์: เวลา-

คำอธิบาย: คำที่เครื่องหมายยัติภาคต่อท้ายแสดงว่าคำนั้นถูกตัดบพด้วยคำพูดของอีกฝ่ายหนึ่ง

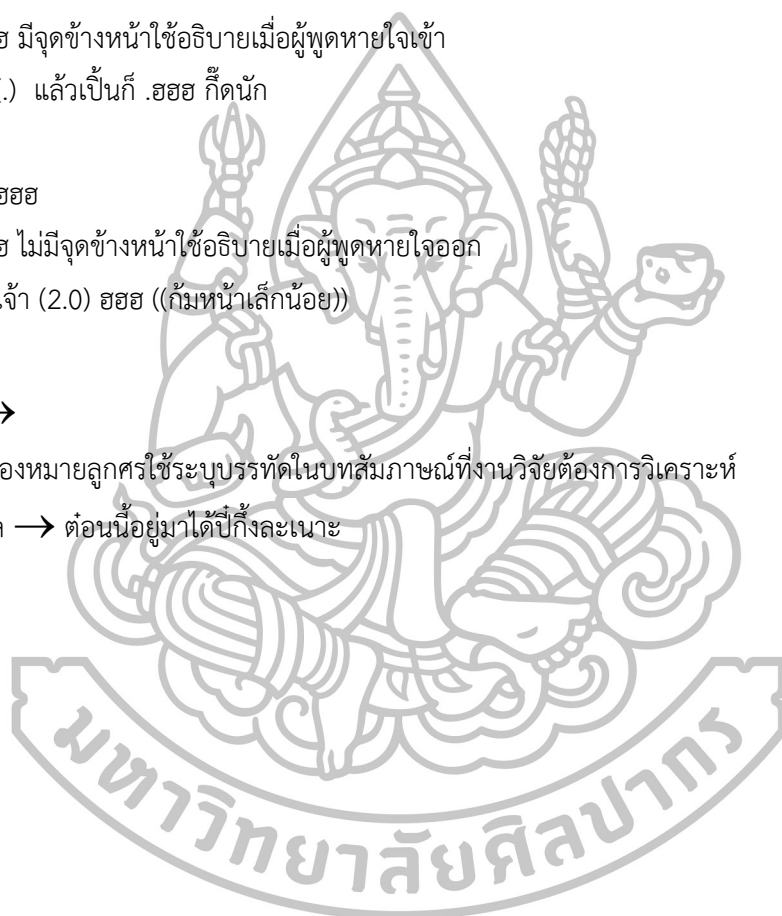
ตัวอย่าง: ((ผงกศีระชะ)) เนาะ (.) ก็ (.) เวลา-

สัญลักษณ์: [
 [
 คำอธิบาย: เครื่องหมายวงเล็บเหลี่ยมใช้อธิบายคำพูดที่ผู้พูดเริ่มพูดพร้อมกัน
 ตัวอย่าง: ผู้ดูแล: อะ (.) น่องก้อ [ไป
 จิตอาสา: [ไป ...

สัญลักษณ์: .ฮฮฮ
 คำอธิบาย: ฮ มีจุดข้างหน้าใช้อธิบายเมื่อผู้พูดหายใจเข้า
 ตัวอย่าง: (.) แล้วเป็นก็ .ฮฮฮ กัดน้ก

สัญลักษณ์: ฮฮฮ
 คำอธิบาย: ฮ ไม่มีจุดข้างหน้าใช้อธิบายเมื่อผู้พูดหายใจออก
 ตัวอย่าง: เจ้า (2.0) ฮฮฮ ((ก้มหน้าเล็กน้อย))

สัญลักษณ์: →
 คำอธิบาย: เครื่องหมายลูกศรใช้ระบุบรรทัดในบทสัมภาษณ์ที่งานวิจัยต้องการวิเคราะห์
 ตัวอย่าง: ผู้ดูแล → ตอนนี้อยู่มาได้ปีกึ่งละนะ



บทสัมภาษณ์สมบูรณ์ตามระเบียบวิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา

ผู้วิจัยถอดบทสัมภาษณ์และใส่เครื่องหมายที่เป็นสัญลักษณ์แสดงลักษณะการพูดของผู้พูดตามข้อกำหนดของการวิจัยที่อาศัยระเบียบวิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา การใช้เครื่องหมายที่ปรากฏในบทสัมภาษณ์ตามแนวทางสากลมีความจำเป็นเพราะทำให้นักวิชาการที่นิยมวิเคราะห์การสนทนาทั่วโลกเข้าใจได้เหมือนกันว่าผู้พูดพูดอย่างไร

ชื่องานวิจัย โครงสร้างการสื่อสารและปฏิบัติการแบบประคับประคองของจิตอาสาข้างเตียงกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดเชื่อเรื้อรังระยะสุดท้าย

รหัส [จิตอาสา-2-13.59] [วितทัศน์]

สถานที่ ศาลาเอนกประสงค์ของวัดในอำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่

ความยาว 19.53 นาที

ผู้ร่วมโครงการวิจัย จิตอาสาที่ผ่านการอบรมจากเครือข่ายพุทธิกา และญาติผู้ป่วย 2 ท่าน
ข้อมูลเบื้องต้น

ญาติผู้ดูแลเพศหญิง 2 คน เป็นลูกสาวและหลานสาวของผู้ป่วยเพศชายอายุ 80 ปี ลูกสาวผู้ป่วยเล่าว่าผู้ป่วยมารักษาด้วยอาการเจ็บท้อง (ปวดท้อง) ได้รับการผ่าตัดและเชื่อว่าหมดทำดีที่สุดแล้ว ญาติผู้ดูแลถือว่าเป็นกรรม ทำใจได้ รู้ว่ามะเร็งลุกลามไปหมดแล้ว แต่ก็ไม่อยากให้ทรมาน ผู้ป่วยบอกว่าเป็นอะไรก็เป็น จิตอาสาแนะนำให้ญาติฝึกเตรียมตัว เตรียมใจไว้และสอบถามถึงสิ่งที่ค้างคาใจ ผู้ป่วยว่ามีไหม ญาติถามว่าผู้ป่วยพูดได้มั๊ยเพราะมีสอดท่อทางปาก จิตอาสาตอบว่าพูดได้แต่คงไม่อยากจะพูด จิตอาสาแนะนำให้เอาสวดอภินิหารเขียนมาขอขมาตามธรรมเนียมชาวเหนือ ผู้ป่วยจะได้สบายใจ อยากให้ผู้ดูแลและญาติได้ทำบุญด้วยกัน ถือเป็นภาระส่งสุดท้าย

1. จิตอาสา คุณแม่สวัสดีค่ะ ((ยกมือไหว้ ก้มศีรษะ))
2. ผู้ดูแล1 สวัสดีค่ะ ((ยกมือไหว้ ก้มศีรษะ))
3. ผู้ดูแล2 ((ยกมือไหว้ ก้มศีรษะ))
4. จิตอาสา ก่อนอื่นคุณพยาบาล (.)
5. ขออนุญาตแนะนำตัวเองก่อนนะคะ (.) ((ผงกศีรษะ))
จ๊อนางสาวพรพรรณ คำปัน นะเจ้า (.) ((ผงกศีรษะ))
6. ผู้ดูแล1 ((ผงกศีรษะ))
7. จิตอาสา เป็น (.) พยาบาลทำงาน ((ขยับมือขวาเล็กน้อย))

8. ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 เนีย (.) ((ผงกศรีษะ))
9. ผู้ดูแล1 ((ผงกศรีษะ))
10. จิตอาสา แต่ว่าตอนเนีย (.)
11. ความจริงคุณพยาบาลเนียย้ายไปอยู่งานเยี่ยมบ้าน (.) ((ผงกศรีษะ))
12. แต่ว่าก่อนขึ้นมา ↑ จ๊วย (.) ดูแลคนไข้ (.)
13. ส่วนใหญ่ ((ผงกศรีษะ))
14. คุณพยาบาลมีหน้าที่ดูแลคนไข้ระยะประคับประคองคะ (.)
15. ก่อคือคนไข้ดี ((ขยับมือขวา)) หมอบอกว่า (.) ((ส่ายหน้า))
16. ปะ (.) สามารถรักษาหือหายได้อย่างเอี่ยมเอนะ (.)
17. ผู้ดูแล1 เจ้า ((ผงกศรีษะ))
18. จิตอาสา ก่อจะดูแลแบบประคับประคอง ((ขยับมือขวา))
19. ปะหือเป็นเจ็บปวด (.) ปะหือเป็นทรมาณเนาะ (ยิ้ม) ((ผงกศรีษะ))
20. ผู้ดูแล1 คะ
21. ผู้ดูแล2 ((พยักหน้า)) ((ยกมือขวาจับหน้า))
22. จิตอาสา เจ้า (.) คะ (.) ขออนุญาต ((ชี้มือไปที่ผู้ดูแล 1))
23. แม่เนาะนำตัวกำเตื่อเจ้า ((มือประสานบนโต๊ะ)) (ยิ้ม)
24. ผู้ดูแล1 แม่ ((เคลื่อนตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย)) ((เอียงศรีษะไปทางขวาเล็กน้อย))
25. อ่า :: ทอง คำบัวเจ้า ((ผงกศรีษะ))
26. จิตอาสา คุณแม่ทอง ((ผงกศรีษะ))
27. ผู้ดูแล1 ((ผงกศรีษะ)) เจ้า (.) ไร้อัน (.) ((ส่ายหน้า))
28. เอามาอ้อมรักษาก่อเพื่อว่าจะหือเป็นหาย ((ผงกศรีษะ))
29. หายเจ็บ ((ผงกศรีษะ)) ((ขยับมือขวาขึ้นลง))
30. หายป่วย ((ผงกศรีษะ)) ((ขยับมือขวาขึ้นลง))
31. หายเจ็บต้อ ((ผงกศรีษะ)) ((หลับตา)) ((ขยับมือขวาขึ้นลง))
32. คนเฒ่ามันเจ็บ ↑ ต้อ ((ผงกศรีษะ)) ((มือขวาจับขอบโต๊ะ))

33. ตีเป็นเอามาเนี่ย คือเป็น (.)
34. จิตอาสา อืม :: ((ผงกศีรชะ))
35. ผู้ดูแล1 จะมาขา ↑ ต้องเนี่ย ((เอามือขยับไปที่ห้อง)) ((กัมศีรชะ)) ((หลับตา))
36. เจ็บ ↑ ต้องเนี่ย (.)
37. จิตอาสา อืม :: ค่ะ ((ผงกศีรชะ))
38. ผู้ดูแล1 แต่เป็น ((สายหน้า)) ตอบด้วยใจจริงว่า (.)
39. อ้วนนี่หนา (1.0) ((ยกมือซ้ายขึ้น)) ((มือขวาชี้ที่มือซ้าย))
40. เป็นก่อนปะเป็น (.) ((เอามือขวาชี้วางบนมือซ้าย)) เจ็บเกาท์ (.)
41. เมาทัว (.) ((ผงกศีรชะ)) ปะเป็นความดัน ((สายศีรชะ))
42. ความดันปกติ (.) เป็นก่อนอยู่ได้ปกติ (.)
43. มีอย่างเดียวเป็นเจ็บต้อง ((เอามือขวาจับห้อง)) ((ผงกศีรชะ)) (.)
44. อู้อืออือเตอะ (.) ใค้หือหาย (.) ((ผงกศีรชะ)) ไปยะหยั่งไเดเอี้ย
45. จิตอาสา อืม ::
46. ผู้ดูแล1 มั่นมั่นเป็นกึด ((เอามือขวาจับห้อง)) ((ผงกศีรชะ))
47. จิตอาสา ค่ะ
48. ผู้ดูแล1 นึกว่าเป็นกึดธรรมดา ((ผงกศีรชะ ยกมือขวา))
49. เป็นก่อนเอายาหือหาย ((ขยับมือขวา))
50. มั่นมั่น ↑ ดีขึ้น ((ผงกศีรชะ))
51. ((สบตาจิตอาสา)) แต่ไปอยู่โงงยาอันนะ (.)
52. ได้สัวัน ((มือขวาชู 4 นิ้ว))
53. เป็นก่อนบอกว่า ((สายหน้า)) มันจะไคนี่ปะเดี่ยวนี่
54. เจ็บอยู่กำ ((ผงกศีรชะ))
55. เจ็บอยู่เอี้ย ((ผงกศีรชะ))
56. อ่า (.) ละหมอใหญ่ ((ยกมือขวา))

57. เป็นก่อนส่งมาเพ้ ((ผงกศีรชะ))
58. (.) ส่งมาเพ้ ((ขยับมือขวา))
59. แม่ก่อนบอกว่าตีกำ ((ก้มศีรชะเล็กน้อย))
60. เป็นโหงงยาใหญ่เอี้ยน้อย (.)
61. จิตอาสา ค่ะ
62. ผู้ดูแล1 ก่อส่งมาปั๊บ ((ยกมือขวาขยับไปมา))
63. เป็นก่อนบอกว่า ((ยกมือขวาขยับไปมา))
64. อ้อยก่อด้องร่อนเียก่อน ((ขยับมือขวาขึ้นลง))
65. รือไปก่อนเนื้อ รือหื้อจันฮักษาหาย ((เอามือขวาทำท่าเหมือนลูบท้อง))
66. จิตอาสา ค่ะ ((ผงกศีรชะ))
67. ผู้ดูแล1 แม่ก่อด้องวางใจ ((มือวางที่ท้อง))
68. หมอเพราะว่า ((ขยับมือขวาเล็กน้อย)) ((ขยับตัวไปด้านหน้าเล็กน้อย))
69. ผู้ดูแล1 มาก่อไค้หื้อป้อหาย
70. จิตอาสา ค่ะ ((ผงกศีรชะ))
71. ผู้ดูแล1 เพราะว่า (1.0) เป็นแปดสิบ ((เอานิ้วชี้มือขวา ชีบนมือซ้าย))
72. เป็นยะก่านไค้ ((เอานิ้วชี้มือขวา ชีบนมือซ้าย))
73. เป็นเตวไค้ ((ผงกศีรชะ)) ((เอานิ้วชี้มือขวา ชีบนมือซ้าย))
74. กีนไค้ ((ผงกศีรชะ)) เป็นสบาย ::: ((ผายมือขวาบนโต๊ะ))
75. อย่างคนเผ่านะ (.) ต้าเป็นฮื้อนว่า ((ยกมือขวา)) หื้อพยาบาลนะ
76. ((หันหน้าไปด้านซ้าย)) ↑ เอ้อ ::: ไค้เมื่อหมแล้ววันพุกก่อมานะ (.)
77. เฮาก่อบอกว่า (.)
78. อดทนเอานื้ออ้อยไค้ค้ำห้อง (.) ((ขยับมือขวาขึ้นลงบนขอบโต๊ะ))
79. ถ้าเป็นว่า (.) อ้อยจะไค้ผ้า (.) ((ขยับมือขวาขึ้นลงบนขอบโต๊ะ))
80. แม่ก่อยอมเซ็นต๋นื้อ ((หงายมือซ้าย)) ((มือขวาทำท่าเหมือนเซ็นชื่อ))
81. จิตอาสา เจ้า

106. จิตอาสา ค่ะ
107. ผู้ดูแล1 = ละม่อ ต่อนอัน (.) เจ็บตึง ((มือขวาวางทาบที่ท้อง))
108. นี้ก่อกินเหล้า ((ยกมือขวาขึ้น))
109. ((ผงกศีรชะ)) ((ขยับมือขวาขึ้นลง)) ((หลับตา))
110. กินเหล้าตั้งวัน ((มือขวาขยับลงบนโต๊ะ))
111. ((โน้มตัวไปด้านหน้าเล็กน้อย)) ถึงอายุ ↑ 80 (1.0)
112. คุณ ↑ แม่เนี่ย ((มือขวาทาบที่อก)) ((ก้มศีรษะเล็กน้อย)) เป็นแม่ (.)
113. เขาจะว่าไปนักก่อเป็นบาป (.) เป็นกำ(1.)
114. จิตอาสา อืม ((ผงกศีรชะ))
115. ผู้ดูแล1 แล้วแม่ก่อดึงบอกว่า (.) ((ยกมือขวาขึ้น))
116. ปะถ้าไปกินอะ (.) เป็นมัก ((ผงกศีรชะ))
117. เขาก่อเลยปล่อยเป็น ((ผงกศีรชะ)) (.)
118. จิตอาสา อืม ((ผงกศีรชะ))
119. ผู้ดูแล1 หยั่งไต่ก่อบะดี
120. จิตอาสา ((ผงกศีรชะ))
121. ผู้ดูแล1 คนเฒ่ามันตั้งบอกตรงตรง ((มือสองข้างขยับกระเป่า)) ว่า (.)
122. เอ้อ :: (2.0) ↑ เอ้อ (.) ((หันหน้าไปทางซ้าย))
123. ของมักเอี้ยน้อย (.) ((หันหน้ากลับมาทางขวา))
124. จิตอาสา ((ผงกศีรชะ))
125. ผู้ดูแล1 ว่าเอี้ยน้อย (.) ↑ ภู ((หันหน้าไปทางซ้ายแล้วหันกลับ))
126. ปะใจเป็นหยั่งเอี้ย (.) ((หันหน้าไปทางซ้าย)) ((ยืดตัว))
127. จิตอาสา ((หัวเราะ))
128. ผู้ดูแล1 ถ้าเป็นคนอื่นมา ((หันหน้าไปทางซ้ายแล้วหันกลับ))
129. คนอื่นเป็นก่อก่อ ↑ ตายไปหมดแล้ว (.)

130. จิตอาสา อีม ((ผงกศีรชะ))
131. ผู้ดูแล1 เขาก่อว่าเอี้ย (.) เป็นก่อปะฟงน้อ ((ยกมือขวาขึ้น))
132. แล้วล่าสุด ((เอามือวางที่ท้อง))เป็นเจ็บ ↑ ต้อง (.)
133. เป็นทนปะได้ (.) แม่ ((มือขวาชี้ที่ตัวเอง)) ก่อเอามา (.)
134. เอาหม่อว่า (.) ลำไส้ ((หงายมือซ้ายวางบนโต๊ะ))
135. ((มือขวาทำท่าเหมือนจะกำมือบนมือซ้าย))
136. เป็นก่ออุดตัน ((ยกมือขวาขึ้นลง))
137. จิตอาสา อีม ((ผงกศีรชะ))
138. ผู้ดูแล1 ป้อกิน ((ยกมือขวาขึ้นลง)) ((หงายมือซ้ายวางบนโต๊ะ))
139. ((โน้มตัวไปด้านหน้าเล็กน้อย))
140. ปะได้เนี้ย (.) อุดตันน้อ ((ยกมือขวาขึ้นลง)) ((หงายมือซ้ายวางบนโต๊ะ))
141. จิตอาสา อีม ((ผงกศีรชะ))
142. ผู้ดูแล1 เอาทือหมอยะจะใดก่อยะน้อ (.)
143. ((ยกมือขวาขึ้นลง)) ((หงายมือซ้ายวางบนโต๊ะ))
144. ((เอนตัวไปด้านหลัง)) ((ก้มหน้าเล็กน้อย)) คุณแม่ก่อตั้งบอกว่าจะเอี้ย
145. จิตอาสา ((ผงกศีรชะ))
146. ผู้ดูแล1 ละเป็นก่อยอมเจ้า ((ผงกศีรชะ))เจ้า (.)
147. แม่ก่อยอมเซ็น ((ขยับมือขวาขึ้นลง))ทือหมอยะเอี้ยน้อ (.) อือ
148. จิตอาสา อือ ::
149. ผู้ดูแล1 เพราะว่า (.) เป็นแปดสิบละเอี้ย (.) น้อ (.)
150. ((โน้มตัวไปด้านหน้าเล็กน้อย))ก่อไค้อยู่กับลูก (.)
151. จิตอาสา อือ ::: แต่แต่ (.) พอผ่ามาแล้วเนี้ยคะ (.)
152. แล้วคนไค้ยังฟันตัวปะดี (.) แม่สู้สิกออย่างใดพอง

153. ผู้ดูแล1 ผู้สึกว่าเอ่อ (.) เป็นก่อก่แล้ว (.) ((หลับตา))
154. เพราะว่า (.) แม่เลย ((มือขวาทาบบอก))ทำใจ ((สายหน้า)) ว่า(1.0)
155. เป็นปะเกยเป็นหยังมากำเตื้อ ((ยกมือขวาขึ้นลง))
156. แล้วก่ปะเกยเจ็บ (.) เกยป่วย (.)
157. และก่ไหน ๆ ((ยกมือขวาขึ้นลง)) หมอเป็นจะทำหื้อดี
158. แม่ก็ดว่า (.) ((หลับตา)) ((มือขวาตีเบา ๆ ที่หน้าอก))
159. ((หลับตา))ความดีของหมอ (.)
160. แม่ตั้งว่าหมอทำดี (.) ((ขยับมือขวาขึ้นลง))
161. ((หลับตา)) ((โน้มตัวไปด้านหน้าเล็กน้อย))
162. หมอนี้ ↑ เก่ง ((ก้มหน้าแล้วเงยขึ้นทันที)) ((ขยับมือขวาขึ้นลง))
163. จิตอาสา ((ผงกศีรษะ))
164. ผู้ดูแล1 แม่ก่อวางใจเป็น (.) แม่ปะ (.)
165. ปะก็คั่นัก ((มือขวาทาบหน้าอก)) ((หลับตา))
166. แม่ก่อวยพรหื้อเป็นป็นหาย ((ผงกศีรษะ))
167. จิตอาสา ปะได้ ((สายหน้า))ติดใจน้อ
168. ผู้ดูแล1 เอ้อ ::: ปะได้ติดใจเจ้า (.) อ้อ ((ผงกศีรษะ))
169. ถ้าเป็นหาย ((ยกมือไหว้)) ((ก้มศีรษะ))แม่ก่ตั้งว่า (.)
170. บอกอ้อยว่า (.) ขอหื้อบุญก้าบุญจูบ่อเนื้อเอี้ย (.) ตี้หมอรักษา
171. จิตอาสา แต่ถ้าสมมติ (.) ((สายหน้าเล็กน้อย)) สมมติบะตายหนา (.)
172. ผู้ดูแล1 สมมติว่าไม่หายอะ ((สายหน้า))
173. ก่อมันปะหายก่ตั้งว่าเปนก้า (.)
174. เพราะว่าอ้อย ((มือขวาชี้ที่ตัวเอง))
175. ก่อจะอยู่กับลูกกับหลานได้ตะเอี้ย ((โน้มตัวไปด้านหน้าเล็กน้อย))
176. จิตอาสา อ้อ :::

177. ผู้ดูแล1 เพราะว่า (.) เมื่อก่อนนั้น ((กัมหน้า))
178. เป็นปะเกย ((เงยหน้าสบตาจิตอาสา))เป็นหยัง(1.0) เนี้ย (.)
179. แม่ก่ถึงว่าเอี้ยน้อ ((แม่ก่ทำให้ได้ละเพราะว่า ((มือขวาจับจุมก))
180. ตอนหมอบเป็นบอกว่า ((กัมหน้าเล็กน้อย)) มันลามไปหมดละ
181. จิตอาสา ≡ ค่ะ
182. ผู้ดูแล1 ถ้าอ้อย ((ขยับมือขวาขึ้นลง))
183. เป็นบอกแม่เขาก่อนแม่เขาก่จะได้ดูยา
184. จิตอาสา อิม ((ผงกศีรษะ))
185. ผู้ดูแล1 อันนี้หยังหลาน ((มือซ้ายชี้ลงพื้น))
186. เป็นมาเอี้ย (.) ขาแก่อนสูบบุหรี่มั่งมั่ง ((มองไปทางซ้าย))
187. ↑ แอนล่อ ::: มาแล้ว (.) เอี้ย (.)
188. เป็นก่ดีใจของเป็น (.) ((มือขวาชี้ไปด้านซ้าย))
189. เป็นปะเป็นหยังกำลูกจ่า (.)
190. ตีแป้นแต่แต่ (.) นะลูกจ่า ::: ((ยกมือซ้ายและขวาหงายวางบนโต๊ะ))
191. อยู่โฮงยาสีวัน ((มือซ้ายหงายมือ)) ((มือขวาชู4นิ้ววางบนมือซ้าย))
192. จากสีวัน ((มือซ้ายหงายมือ)) ((มือขวาชู4นิ้ววางบนมือซ้าย))
193. ละก่ส่งมาเพ่ ((มือขวาดึงมือบนโต๊ะ)) ((ขยับมือขวาขึ้นลง)) (.)
194. จากส่งมาเพ่ละก่หื้อหมอ (.)
195. แล้วก่เป็นก่อว่า ((เอามือลงจากโต๊ะ)) ((มองไปทางซ้าย))
196. เอ้อ ::: ก่อันเป็นก่บอกว่าเอี้ยเนาะ(1.)
197. เอ้อมึงก่ปะต้องเป็นห้วง (.) ↑ กูนะ (.)
198. คนเฒ่าเป็นอู้กูเนาะ (.)
199. จิตอาสา ค่ะ ((ผงกศีรษะ))
200. ผู้ดูแล1 กูจะไป (.) กูก่ไปเอี้ย (.)

201. จิตอาสา อ้อ ::: (ยิ้ม)
202. ผู้ดูแล แม่ก่อเลยทำใจ (มือขวาทาบที่หน้าอกเข้าออก) (ก้มหน้า)
203. เฮว่าอ้อป้อ (โน้มตัวไปด้านหน้า) (ก้มหน้า) (มือขวาวางบนโต๊ะ)
204. ใจเย็นเย็น (.) มันตั้งหาย ::: เอียน้อป้อน้อ (.)
205. จิตอาสา อ้อ ::: อ้อ
206. ผู้ดูแล หมออะมันตั้งหาย (ขยับมือขวาขึ้นลงบนโต๊ะ) เอี้ยเจ้า
207. จิตอาสา = แล้วอันคุณตาเป็นมีลูกกี่คนคะ (ขยับตัว)
208. ผู้ดูแล แม่ (มือขวาชี้ที่ตัวเอง)เป็นลูก
209. จิตอาสา คุณแม่พวงทองคนเดียว (.)
210. ผู้ดูแล แม่เป็นลูกคนเดียว (.)
211. จิตอาสา อ้อ ::: (.) แล้วมีหลานกี่คนคะ (ยิ้ม)
212. ผู้ดูแล อันจะออก (หันซ้าย) (1.0) จะอันจะออกมา (.)
213. ((ผงกศีรษะ)) ไอ่เดือนกรกฎาเนี้ยเจ้า (1.0)
214. จิตอาสา อันนั้นคือ (.) (ผายมือซ้ายไปยังผู้ดูแล1)
215. ผู้ดูแล จะได้หลาน (.)
216. เจ้า (ผงกศีรษะ)
217. จิตอาสา คือลูกของลูก (ผายมือซ้ายไปที่ผู้ดูแล1)
218. ผู้ดูแล ลูก (ผงกศีรษะ) ของลูกเจ้า
219. จิตอาสา อ้อ ::: (ขยับตัว) (มือประสานกันบนโต๊ะ) (ยิ้ม)
220. ผู้ดูแล (1.0) แล้วก่อตาเป็นก่อ (ขยับมือขวาขึ้นลง)
221. (.) อันลูกหมคนก่อบอกว่าจะไปกินเหล้าหนักเนื้อ (.) เนื้อ
222. ↑ ว่าไปเรื่อย (หันซ้าย) (ส่ายศีรษะ)
223. เป็นก่อว่าอย่างเอี้ยเจ้า (.) (ผงกศีรษะ)
224. จิตอาสา อ้อ :::

225. ผู้ดูแล1 คนเฒ่า (.) ตามประสาคนเฒ่า ((ผงกศีรชะ)) เนาะ
226. จิตอาสา ((ผงกศีรชะ))
227. ผู้ดูแล1 แม่ ((มือขวาชี้ตัวเอง)) ก่อเอาเป็นว่านะเนาะ
228. จิตอาสา ((ผงกศีรชะ)) แต่ว่าตอนเนี่ย (.) ((ขยับมือขวา)) ครอบคร้ว
229. ((ผายมือไปยังผู้ดูแล1))
230. นี้อับได้ละน้อ (.) เกี่ยวกับโรคและอาการ
231. ผู้ดูแล1 เจ้า (.) อับ
232. จิตอาสา = แต่ว่ากอรอว่า (.) เอ้อถ้ามันมีปาฏิหาริย์ ((ผงกศีรชะ))
233. ถ้าเป็นดีขึ้นก้อดีน้อ ((ผงกศีรชะ)) ((มือขวาผายไปยังผู้ดูแล1)) (.)
234. ผู้ดูแล1 เจ้า ((ผงกศีรชะ))
235. จิตอาสา แต่ถ้าเป็นปะดีลอค้า (.)
236. ผู้ดูแล1 ถ้าเป็นปะดี (.) ก่อเอาบุญ เอาก้าเป็นว่า
237. จิตอาสา อ้อ :: ((ผงกศีรชะ))
238. ผู้ดูแล1 เจ้า ((ผงกศีรชะ)) แม่ก้อว่าเจ้า (.)
239. แม่ก้อขอ :: ((ยกมือไหว้)) ((ก้มศีรษะ)) คุณพระศรีรัตนตรัยเนี่ยเจ้า
240. จิตอาสา ((เออนหลัง))
241. ผู้ดูแล1 จัวยคุ้มครอง ((มองผู้ดูแล2)) (.) ก่อหื้ออ้อย (.) เอาเป็นว่านะเจ้า
242. จิตอาสา ((ยกมือไหว้)) ((ก้มตัวเล็กน้อย)) แต่ว่าตอนนี้คะ (.)
243. อาก้านล่าสุดเนาะแม่เนาะ
244. ผู้ดูแล1 เจ้า
245. จิตอาสา คือคุณตาเนี่ย ((มือซ้ายชี้ไปยังผู้ดูแล1)) รับรู้ (.) เนาะ
246. ผู้ดูแล1 เจ้า ((ผงกศีรชะ))
247. จิตอาสา พยักหน้าอะหยังได้ (.) ((ขยับมือขวาเล็กน้อยบนโต๊ะ))
248. แต่ว่าสัญญาานชีพอื่นอื่น ((ส่ายหน้า)) ((มองผู้ดูแล2))

249. ผู้ดูแล1 เจ้า ((ผงกศิระชะ)) (.)
250. จิตอาสา อย่างที่บอกเนาะ (.)
251. ผู้ดูแล1 เจ้า ((ผงกศิระชะ)) (.)
252. จิตอาสา คือยาตอนนั้นนะ (.) ยาตีมันเป้นยา (.) เพิ่ม ((ขยับมือขวาขึ้นลง))
253. ระดับความดันในเลือดอะเนาะ
254. ผู้ดูแล1 เจ้า ((ผงกศิระชะ)) (.)
255. จิตอาสา หมอเป็นหื้อ ((ขยับมือขวาสูงขึ้น) เต็มตื้อเจ้า
256. ผู้ดูแล1 เจ้า ((ผงกศิระชะ)) (.)
257. จิตอาสา คือ (1.0) เป้น (1.0) ((ขยับมือขวาขึ้นลง)) เวลาเฮาผสมยาเอี้ยเนาะ
258. ผู้ดูแล1 เจ้า ((ผงกศิระชะ))
259. จิตอาสา มันจะมีระดับยาว่าให้ (.) ((ขยับมือขวาขึ้นลง))
260. ระดับน้อย (.) ((ขยับมือขวาขึ้นลง))
261. ปานกลาง (.) ((ขยับมือขวาขึ้นลง))
262. ระดับมาก (.) ((ขยับมือขวาขึ้นลง))
263. ของคุณตาเนี้ย (.) เป้นระดับมาก
264. ละก้อมากที่สุดละ ((ขยับมือขวาขึ้นลง))
265. ผู้ดูแล1 อืม ((ผงกศิระชะ))
266. จิตอาสา แต่ปัญหาคือความดันแกไม่ขึ้นเลย (.) ((ขยับมือขวาขึ้นลง))
267. เพราะว่าเฮาปะฮู้ (.) ((โบกมือขวาไปมา)) โรคเก่าแกเนาะ
268. ว่าแกมีอะหยังเนาะ (.) จู๋จู๋ (.) เฮาก่อมาเจอเลยเนาะ ((ผงกศิระชะ))
269. ผู้ดูแล1 เจ้า ((ผงกศิระชะ))
270. นำมาด้วย ((มือขวาทำท่าจะกำมือ เขย่ามือไปมา))
271. อึดแน่นท้องอะ
272. จิตอาสา อืม ((ผงกศิระชะ))
273. ผู้ดูแล1 แต่พอผลตรวจร่างกายอะ ((ขยับมือขวาขึ้นลง)) (.)

274. คือน้ำมันก้อนมะเร็ง (มือขวาทำเหมือนก้อนที่มีมือ)
275. จิตอาสา เจ้า (กัมหน้า)
276. อย่างเอี้ยเนาะ ((ผงกศิระชะ)) (.) อีม
277. ผู้ดูแล1 เจ้า ((ผงกศิระชะ))
278. จิตอาสา แล้วก่อนนี้ (.) มันก่อน (.) มีหยั่งเอี้ยเจ้า (.)
279. ถ้าคุณตาดี (.) คือแผนการรักษานะ ((ขยับมือขวาไปมา))
280. คุณพยาบาล (.) จะแนะนำเรื่องแผนการรักษาก่อนเนาะ ((อีม)) เจ้า
281. ผู้ดูแล1 ((ผงกศิระชะ))
282. จิตอาสา แผนการรักษาคือ (.) ((ขยับมือขวาไปมา))
283. ตอนนี้หมอเจ้าของไข (.)
284. ผู้ดูแล2 ((ยกมือขวาจับหู))
285. จิตอาสา เป็นก่อนอยากหื้อคุณตา (.) ถอด ((มือขวาขยับมาใกล้ปากแล้วดึงออก))
286. ผู้ดูแล1 อือ ((ผงกศิระชะ))
287. ผู้ดูแล2 ((ผงกศิระชะ))
288. จิตอาสา ท่อช่วยหายใจได้ (.) เนาะ
289. ถ้าคุณตาหายใจได้เองดี (.) ((ขยับมือขวาขึ้นลง))
290. ผู้ดูแล1 ค่ะ ((ผงกศิระชะ))
291. จิตอาสา แต่ตอนเนี้ยแกก้อยยังมีเหน้อยอยู่ ((หันไปสบตาผู้ดูแล2))
292. ผู้ดูแล1 อีม ((ผงกศิระชะ))
293. จิตอาสา อีม (.) จะลองเอาเป็นอีกซิเงินที่มันไม่ต้อง ((โบกมือขวาไปมา))
294. ใช้เครื่องมือมันยังทำไม่ได้ ((โบกมือขวาไปมา)) เนาะ
295. ผู้ดูแล1 อีม ((ผงกศิระชะ))
296. จิตอาสา และก่อนเหมือนแกตื่นแต่ที่ว่าแกตื่นไม่เต็มที (.) อันนี้เนาะ
297. ผู้ดูแล1 เจ้า ((ผงกศิระชะ))

298. จิตอาสา อันที่สองอย่างทีบอก (.) ก่อคือ (.) ((ยกมือขวาตั้งค้ำไว้บนโต๊ะ))
299. สัญญาณชีพอื่นอื่น (.) ความดันเลือดต่ำ (.)
300. ปีศาจระก้า (.) อย่างเอี้ยเนาะ (.) มันยังไม่มาหยั่งเงี้ยคะ(1)
301. ผู้ดูแล1 อือ (.) อือ ((ผงกศีรษะ))
302. ผู้ดูแล2 ((ผงกศีรษะ))
303. จิตอาสา ปกติที่เห็นส่วนใหญ่นะ ((ยกมือขวาตั้งค้ำไว้บนโต๊ะ))
304. ผู้ดูแล1 อือ (.) อือ ((ผงกศีรษะ))
305. จิตอาสา ไม่น่าเกิน 5 วัน 7 วัน (.) น่าจะดีขึ้น
306. ผู้ดูแล1 อือ (.) อือ ((ผงกศีรษะ))
307. จิตอาสา แต่ถ้าเกิดว่า ((ยกมือขวาขึ้น))
308. หลังเจ็ดวันไปแล้ว (.) มันอาจจะมีอาการ ((ส่ายมือขวา)) (.)
309. ทรงตัวอะคะ (.) ทรงตัว ((มือขวาเกาะมุก))
310. และอาจจะไม่คอยดีไป ((ขยับมือขวา))
311. ผู้ดูแล1 อือ
312. จิตอาสา ที่ ::: คุณหมอให้ทำล่าสุด ((ก้มหน้า))
313. ((โน้มตัวไปด้านหน้าเล็กน้อย)) นี่ก็คือว่าให้จองห้อง ICU ไว้
314. ผู้ดูแล1 เจ้า ((ผงกศีรษะ)) อือ (.) อือ
315. จิตอาสา ((ผงกศีรษะ))
316. เผื่อว่าป้อจะได้ลงไปไอซียู (.) ((ขยับมือขวาขึ้นลง))
317. เพราะว่าตรงเนี้ย (.) หนึ่ง ((มือขวาชูนิ้วชี้)) คนไข้มันเยอะ (.)
318. สอง ((มือขวาชู 2 นิ้ว)) อากาศมันร้อนเนาะ
319. ผู้ดูแล1 อือ
320. ผู้ดูแล2 อือ ((ผงกศีรษะ))
321. จิตอาสา คนไข้ที่เค้าดูแลตัวเอง ((ขยับมือขวาไปมา))

322. ควบคุม (1.0) เอ่อ ::: พวกที่ว่ามี (1.0) เอ่อ (.) เอ่อ (.)
323. ภาวะฉุกเฉินอะ (.) ((ยกมือขวาค้างไว้)) ((หลับตา))
324. เป็นคนใช้ดีอากำน (.)
325. เหมือนว่าเป็นอากำนหนัก
326. ที่ต้องได้รับการดูแลเยอะเยอะ ((ขยับมือขวาไปมา))
327. (.) เป็นก่อนจะเอาไปห้อง ICU ((ขยับมือขวาไปมา))
328. ผู้ดูแล1 อือ ((ผงกศีรษะ))
329. จิตอาสา เพื่อที่จะได้ดูแลอย่างใกล้ชิด (.) ((ขยับมือขวาไปมา)) ((ยืดตัว))
330. (.) และอาการมันจะเย็นกว่านี้
331. ผู้ดูแล1 เจ้า (.) เจ้า ((ผงกศีรษะ))
332. จิตอาสา เพราะตรงนั้นเป็นห้องแอร์นะ
333. ผู้ดูแล1 เจ้า ((ผงกศีรษะ))
334. จิตอาสา ((ผงกศีรษะ))
335. เนีย (.) คุณพยาบาลก็แจ้งไว้ก่อน ((ขยับมือขวาไปมา))
336. แต่ตัวยากมากุญเนีย (.) ((ขยับมือขวาวางบนโต๊ะ))
337. อยากมากุญเรื่องแผนกานรักษา (.)
338. ตีสมมติว่าอู๋บะตีแต่แต่ (1.0)
339. ผู้ดูแล2 คือทุกคนรับได้คะ (.) แบบเหมือนทำใจไว้แล้ว ((มือซ้ายเกาหน้า))
340. ว่าเหมือนที่ให้ยาเค้านี้ (.) เค้าน่าจะก่อนคะ (.) อยากรู้แค่นี้คะ
341. จิตอาสา ((ยิ้ม))คือ [ยาอันนี้
342. ผู้ดูแล2 ที่อัด [ยาไปเรื่อยเรื่อย (.) เค้าน่าจะไป
343. จิตอาสา ไซ (.) ไซ ((ยิ้ม)) ((ขยับมือขวาค้างไว้))
344. เพราะว่ายานี้มัน (.)
345. ผู้ดูแล1 อืออือ ((ผงกศีรษะ))
346. จิตอาสา มันมีผลเสียเจ้า (.) คือมันทำให้หัวใจมันบีบ ((มือขวาทำท่าบีบ))

347. ปีบเต๋นเร็วอะ (.) ((มือขวาทำทำปีบ))
348. จากคนปกติ (.) หัวใจเราจะเต้นหกสิบ
349. ผู้ดูแล1 อืออือ ((ผงกศีรชะ))
350. จิตอาสา <ถึงร้อยครั้ง> เนาะ
351. ผู้ดูแล1 ค่ะ ((ผงกศีรชะ))
352. ผู้ดูแล2 ((ผงกศีรชะ))
353. จิตอาสา ถ้าค่าปกติเจ็ยเนาะ ((อีม)) ((ผงกศีรชะ)) ((มือขวากำมือวางบนโต๊ะ))
354. แต่ว่าของคุณตามันขึ้น ((ยกมือขวาขึ้น)) ไปเนาะ (.)
355. ร้อยห้าสิบถึงร้อยหกสิบ (.) เพราะว่ายายตายเอี้ยคะ (.)
356. แต่ตอนเนี้ยมันยังหยุด ((โบกมือขวา)) การรักษาไม่ได้ (.)
357. เพราะว่า (1.0) เพราะว่า (.)
358. หนึ่งหมอกก็ยังไม่รีบจะหยุดการรักษาเนาะ ((ขยับมือขวาไปมา))
359. ผู้ดูแล1 อีม ((ผงกศีรชะ))
360. จิตอาสา สองญาติก็ยังไม่เอาทางหมอว่าอยู่เนาะ ((ขยับมือขวา)) ((ผงกศีรชะ))
361. ผู้ดูแล1 อีม::
362. จิตอาสา จัน (.) ญาติไปปรึกษากัน ↑ ดีดี :: ((ขยับมือขวาวนเป็นวงกลม)) (.)
363. คิดว่า (.) อีม :: ((ขยับมือขวาวนเป็นวงกลม)) ปะเป็นหยัง
364. ผู้ดูแล1 อีม ((ผงกศีรชะ))
365. จิตอาสา ถ้า (.) >ถ้าคนไข้ตื่นอะ<
366. เอาอย่างอื่ดีกว่า ((ขยับตัว)) ((แขนสองข้างวางบนโต๊ะ))
367. ถ้าสมมติว่า (.) คุณตาเค้ารับรู้ได้ (.) ((ขยับมือสองข้างไปมา))
368. ถ้าสมมติว่า (.) ญาติทำใจแล้วเนาะ
369. ถ้าหื้อยา (.) ((หลับตา)) หื้อยาตาเยอะ ๆ
370. ทำหื้อตาปวด ((มือขวาจับนิ้วซ้าย)) ทรมาน (.)

371. ปะเต๋ยวนี้ไฮต๋องมดมือมดเท้าเป็นเนาะ ((ผงกศีรชะ))
372. เพราะเฮากัวเป็นตึงต๋องอย่างเอี้ยเจ้า ((มือขวากำมือทำทำเหมือนจะตึง))
373. ที่นี้ถ้ายาก ((โบกมือขวาไปมา)) ไม่อยากให้แกทรมาน (.)
374. คิดว่าเอ่อ (.) ((มองบ่น)) ยอมรับโรคและอาการได้อะ
375. ผู้ดูแล1 อีม ((ผงกศีรชะ))
376. ผู้ดูแล ((ผงกศีรชะ))
377. จิตอาสา ((ยกมือสองข้างขึ้นเล็กน้อย)) อย่างแรกเราต้องเอาคนไข้ว่าก่อน
378. เพราะเค้ายังมีสติ ((หันไปหาผู้ดูแล1แล้วหันกลับ)) อยู่อะ
379. ลองถามเค้าว่าเค้าอยากอยู่นี้ (.) หรือว่าเค้าอยากกลับบ้าน (.)
380. ผู้ดูแล1 อีม (.) ((ผงกศีรชะ))
381. จิตอาสา อือ ((ผงกศีรชะ)) เป็นจะได้สบายใจ ((สบตาผู้ดูแล2))
382. ถ้าคุณตาตื่นนะ (.) ลองแอบถามดูก็ได้
383. ผู้ดูแล1 อีม ((ขยับตัว))
384. จิตอาสา ถ้าเป็นบอกว่าปะเป็นหยั่ง อยู่นี้ (.) อยู่กับหมอเนี้ย (.)
385. ก่อจิงจ้วยเต็มตี้ (.) แต่ ↑ สมมติปะตายเนาะ (.)
386. สมมติว่า ° ใค้อยากปักบ้าน ... °
387. ° ใค้อยากปักบ้าน ° อย่างเอี้ยเนาะ ((หลับตา)) ((ผงกศีรชะ))
388. ผู้ดูแล1 อีม ((ผงกศีรชะ))
389. ผู้ดูแล2 ((ผงกศีรชะ))
390. จิตอาสา ญาติต้องไปตกลงกันดีดีละ (.)
391. ผู้ดูแล1 อีม ((ผงกศีรชะ))
392. ผู้ดูแล2 ((ผงกศีรชะ))
393. จิตอาสา ว่าจะเลือกหยั่งใด
394. แต่ถ้ายากปักบ้าน ((ส่ายหน้าเล็กน้อย)) ปะถ้ากัว
395. เพราะว่าหมอ ((ผงกศีรชะ)) จ้วยเต็มตี้

396. ผู้ดูแล1 อืม ((ผงกศีรษะ))
397. จิตอาสา ถ้าคนใช้ต้องการ (.) อ้ออีกซิเจน ((ยกมือขวาขึ้นลง))
398. กลับบ้านเราก็จะมี (.) อ้ออีกซิเจน (.) ให้อืม (.)
399. เราก็จะ (.) ไปประสานงาน ((ขยับมือขวาไปมา))
400. ที่โงงบาลที่อยู่ใกล้บ้านนะ ((ยกมือขวาขึ้น))
401. ว่าคนใช้นั้นะ (.) เป็นต้องกำนบักบ้าน (.) ((ขยับมือขวาไปมา))
402. จะขอหื้อเป็นไปจ้วยผ่อ (.) ((ขยับมือขวาไปมา))
403. เรื่องกำนดูแล เอาอ้ออีกซิเจน ไปใส่ที่บ้านกำ (.)
404. หรือว่าหยั่งไค (.)
405. ↑ สมมติหนา (.)
406. สมมติถ้าเลือกจะปักบ้าน ((ขยับมือขวาไปมา))
407. ผู้ดูแล1 อ้ออ้อ ((ผงกศีรษะ))
408. จิตอาสา แต่ว่าถ้าปะเลือกปักบ้าน (.)
409. อากำนยังทรง มือขวาขยับไปมา)) ตัวอยู่เนาะ (.)
410. คีอมันก็ไม่ได้ ((ขมวดคิ้ว)) กว่านี้แล้วอะ (.)
411. จะเอากลับ ((ขยับมือขวาขึ้นลงทันที))
412. ไปโงงบาลตัน ((ผงกศีรษะ)) สังกัดก็ได้
413. คีอว่าโงงบาลดอยสะเกิด ((ผงกศีรษะ))
414. ผู้ดูแล1 ↑ อัน (.) ((ยืดตัวขึ้น)) แต่ว่าแม่อู้ได้ตรงตรง (.) เลยน้อ
415. จิตอาสา อืม ((ผงกศีรษะ))
416. ผู้ดูแล1 ปะต้องเอาไปเจ้า (.) ก่อถามเป็นแล้วอยู่เนี่ย ((มือขวาจับโต๊ะ))
417. จิตอาสา อืม ((ผงกศีรษะ))
418. ผู้ดูแล1 ก่อเฮาก่อว่าเอาจันเป็นสิ้น (.) สิ้นไซของเป็นเนี่ย (.) เจ้า
419. จิตอาสา อืม ((ผงกศีรษะ))
420. ผู้ดูแล1 เอาจันเป็น ((ก้มหน้าเล็กน้อย)) ((ขยับมือขวา))ฮับปะได้เนี่ยเจ้า

421. แม่ขอเป็นตัวเนี้ยเจ้า ((ผงกศีระชะ))
422. จิตอาสา = **ปะเป็นหยัง** หมอหื้อแม่เลือก
423. ((เอนหลังแล้วนั่งตรง)) ((ขยับมือสองข้างไปมา))
424. แม่ตัดสินใจ (.) ใจเย็นเย็น ((ขยับมือสองข้างไปมา))
425. ผู้ดูแล1 เจ้า ((ผงกศีระชะ))
426. จิตอาสา ลองไปคุยกันดีดี (.)
427. ผู้ดูแล1 เจ้า
428. จิตอาสา เพราะว่า (.) ถ้าเกิดว่าอยู่ที่นี่จนสุด ๆ ((ผงกศีระชะ))
429. ก่อจะเป็นสุดสุด (.) จะเอี้ย ((ขยับมือสองข้างไปมา))
430. สุดสุด (.) โดยกำนใส่ (เมื่อขวาชี้ไปที่ปาก) (.) ท่อเนาะ
431. สุดสุด (.) โดยการมัดมื่อมัดเท้าคนไข้ ((ขยับมือสองข้างไปมา))
432. ผู้ดูแล2 = **ถ้าสมมติว่าสองถอด (.) ถอดท่อย่างเนี้ย—**
433. จิตอาสา = **ไม่ได้** ((โบกมือขวา))
434. จิตอาสา เค้าก็อยู่ไม่ได้
435. ผู้ดูแล1 **อยู่ปะได้**
436. ผู้ดูแล2 อ้ออันนี้คืออยู่ได้เพราะ ((ผงกศีระชะ))
437. จิตอาสา = **ท่อยช่วยหายใจคะ**
438. ผู้ดูแล1 ท่อยหายใจเอี้ยน้อ
439. จิตอาสา และก็ให้ยาสุดสุด (.) ละ (.) จนหมอให้ยาสุดสุด (.) ((ขยับมือขวา))
440. ไปอีกหลายวัน (.) แล้วคนไข้ไม่ดีขึ้น ((ผงกศีระชะ))
441. หมอก็จะเริ่มคุยละ (.) ว่ามันมัน ((หันหน้าไปหาผู้ดูแล1)) ไม่ได้ละนะ
442. ผู้ดูแล1 [ว่ามันปะได้ละ
443. ผู้ดูแล2 [แต่ว่าอันนั้นมันแบบ (เมื่อชายเภาคอด้านขวา)
444. รู้สึกดีขึ้น ((มองด้านบน))
445. เพราะวาก่อนหน้าเนี้ย ((ก้มหน้าเล็กน้อย))

446. ที่เค้าไม่รู้สึกละอะไรเลยอะวันที่ผ่าหลังจากผ่าใหม่ใหม่ อันนั้นอะ
447. จิตอาสา = อันนั้น ได้ยาด้วยไงคะ
448. ผู้ดูแล2 ((เมื่อขววจับจุมก))
449. จิตอาสา ได้ยา (.) ได้ยาหลังผ่าตัด
450. ผู้ดูแล2 อันนั้นก็เลยเครียด (.) อีกวันนึงแล้วแบบ (.) เค้าแบบรู้สึกตัว
451. ผู้ดูแล1 ((เมื่อขวาทบบริเวณหน้าอก))
452. จิตอาสา = ตื่น
453. ผู้ดูแล2 ก็โอเค (.) แต่เหมือนว่าเค้าตื่นขึ้นมาแม่ก่ทำให้ได้ละเนาะ
454. ((หันมองผู้ดูแล1))
455. ผู้ดูแล1 = ทำให้ได้แล้วอะ ((ก้มหน้าเล็กน้อย)) ((ผงกศีรษะ))
456. ผู้ดูแล2 แต่ถ้าแบบหลังจากนี้ไป (.) สมมติว่าแบบทุกอย่างมันแย่งลง (.)
457. ก็ทำให้แล้วคะ ((ผงกศีรษะ))
458. เพราะว่าแบบ ((ขยับมือซ้ายไปมา))
459. อย่างน้อยเค้าก่อนหน้านั้นเค้าก็ตื่นมาคุยกับเราแล้วคะ
460. จิตอาสา = อืมใช่ ฉะนั้น (.) ฉะนั้นเราก็ยังไม่คิด—
461. ผู้ดูแล2 เพราะเค้าแก้ด้วยแล้ว :::
462. จิตอาสา อ่าอ่า ((ผงกศีรษะ)) เพราะถ้าเกิดอย่างงั้นอะ
463. ((ยกมือขวา)) เราก็ยังไม่คิดถึงเรื่องที่อยู่งั้นดีกว่า (.)
464. เราคิดถึงว่า [ปัจจุบันนี้จะทำยังไงดี (.) ((ขยับมือสองข้าง))]
465. ผู้ดูแล2 อ่าๆ ((ผงกศีรษะ)) [ปัจจุบันไปเรื่อย ๆ ((ผงกศีรษะ))]
466. จิตอาสา [ทำอย่างไรให้มันดีที่สุด (.)
467. ผู้ดูแล1 [ทำอย่างไรให้มันดีที่สุดสุดเนาะ ((ผงกศีรษะ))]
468. จิตอาสา แต่ว่าที่อยู่อาศัยเนี่ย (.) เตรียมพร้อม (.) ((ขยับมือสองข้างไปมา))
469. ก่อคือพร้อม (.)

470. พร้อมที่ว่าแกจะกลับมาเขาก็ต้องดูแลแก (.) ((มือสองข้างจับมือกัน))
471. แม่นก้อ ((ผงกศีรษะ))
472. ผู้ดูแล1 = อิม :: ((ผงกศีรษะ))
473. จิตอาสา เพราะว่าถ้าแกปึกมาเขาก็ต้องดูแลเรื่องแปล :: (.)
474. เพราะว่าป็นมีถุงอุจาระหน้าต้องแหม :: เอี้ยนน่อ (.)
475. ผู้ดูแล1 = เอ่อ :: แม่นละ ((ผงกศีรษะ)) แม่นก้อว่าอันละ ((ขยับตัว))
476. จิตอาสา ถ้ากลับมาเราก็ต้องมาดูตรงนี้ ((มือขวาจับมือซ้าย))
477. ผู้ดูแล1 = เออ ::
478. จิตอาสา แผลหน้าท้องเค้าใส่ (.) เป็นถ้าใส่อดกันคะ (.) ((ยกมือซ้ายขึ้นลง))
479. เอ่อ :: ถ้าใส่อดกันแล้วที่นี้อุจาระมันลงไปข้างล่างไม่ได้ (.)
480. ((มือขวาขยับขึ้นลง))
481. ป็นก้อเลยมาเปิดตรงหน้าท้อง (.) ((กางนิ้วมือซ้าย))
482. มันเหมือนเอารูทวารเทียม
483. ไว้ตรงหน้าท้องก่อน (.) ช่วงนี้ยังเอี้ยคะ (.) ((ผงกศีรษะ))
484. ((กางนิ้วมือซ้าย))
485. ผู้ดูแล1 อืม ((ผงกศีรษะ))
486. จิตอาสา พอถ้าคนไข้ ↑ ดี :: แหมหน้อย (.) นานนานไป (.)
487. อย่างเอี้ยค้อยว่ากันแหมกันเอี้ยกะ (.)
488. ผู้ดูแล1 อ่อ ((ผงกศีรษะ))
489. จิตอาสา แต่ว่าก็อย่างที่หมอบอกว่า ((ชี้นิ้วชี้มือซ้าย)) °มันลาม° ((ยิ้ม))
490. ผู้ดูแล1 ° มันลาม ° ::
491. ผู้ดูแล2 เคื่ก็แกแล้วด้วย ((ผงกศีรษะ))
492. จิตอาสา อ่า :: ° มันลาม ° (.) เพราะฉะนั้นจะเอาปึกลงไปดีเก่านะ (2.0)
493. จิตอาสา มันป็นไปได้ยาก ((ผงกศีรษะ))

494. ผู้ดูแล1 = มั่นเป็นไปได้อย่าง (ขยับมือขวาไปมา) ((ผงกศิระชะ))
495. แม่ก่อ ↑ ตัวคนเดียว (มือขวาวางบนอกซ้าย)
496. จิตอาสา แต่ถ้ตาดี้กลับมา (มือขวาจับมือซ้าย)
497. ต้องเตรียมพร้อมในการที่จะเอาคนไข้ไปดูแลที่บ้านนะ (.)
498. ถ้ค้กินไม่ได้อาจจะต้องใส่สายจุมกลับ (.)
499. ผู้ดูแล1 ↑ อ้อ ::: ((ผงกศิระชะและส่ายหน้า))
500. จิตอาสา แล้วผลลจจระหน้าห้องอะไรอย่างเนี้ย (มือขวาขยับลง)
501. มันหลายอย่าง (.) ((กางนิ้วมือสองข้าง))
502. สมมติว่าตาดี้ขึ้นเขาค่อยว่าถึงส่วนนั้น (.) ((มือซ้ายวางบนโต๊ะ))
503. เขาต้องกิดหลายอย่าง (.) ((มือซ้ายวางบนโต๊ะ))
504. แต่ตอนนี้บอกเลยว่ <ไม่ค่อยดี> (.)
505. เพราะว่สัญญาณชีพความดันอะหยิ่งก่อ <ปะดี> ((ผงกศิระชะ))
506. หมอให้ยาเยอะละ (.)
507. แต่เอาไว้ตีหมอนเนี้ย (.) ((มือซ้ายขยับขึ้นลง))
508. เพราะหมอปะได้ผลักคั้นว่ (ขยับมือซ้ายไปมา)
509. ต้องเอาคนไข้ ↑ ปักบ้านเน้อ (.)
510. เอาคนไข้ไปดอยสะเกิดเน้อ ::: (.) ((ขยับมือซ้ายไปมา))
511. ผู้ดูแล1 อ้อ ::: ((ผงกศิระชะ))
512. จิตอาสา เอาจญาตีสบายใจ ::: <หนูพูดจริงจริง> (มือซ้ายวางบนมือผู้ดูแล1))
513. ผู้ดูแล1 เจ้ (ผงกศิระชะ)
514. จิตอาสา อ่า (.) เอาจญาตีสบายใจ (ยกมือขวาขึ้นลง)
515. และคิดว่ [ปอละ (.) ((ผงกศิระชะ))
516. ผู้ดูแล1 [= ปอละ ปอละ ((ผงกศิระชะ))
517. จิตอาสา ปอละ (.) ป้อทรมานละ (.) ปะต้องไปมัดมือมัดตีนเป็นละ (.)

518. ((เมื่อซ้ายวางบนมือขวาผู้ดูแล1)) ((เมื่อขวากำมือ))
519. ผู้ดูแล1 อือ (.) อือ ((ก้มหน้าลง))
520. จิตอาสา ต่อนี้ก่อน (.) แล้วแต่ ((เมื่อขวาขยับขึ้นลง)) นะคะ (.)
521. ถ้าเกิดว่า (.) ปะอยากหือเป็นอิด (.) ((เมื่อขวาขยับขึ้นลง))
522. ปะอยากหือเป็นอะหยัง (.)
523. ถ้าแหมหน้อยก่อนเอี้ยหนา (.) ((ผงกศีรษะ)) อ่า (.) เฮาค่อยมาอู้กัน (.)
524. ผู้ดูแล1 อือ (.) อือ ((ผงกศีรษะ))
525. จิตอาสา เอ่อ (.) เอ่อ ((ผงกศีรษะ)) เอาป้อปึกบ้านเน้อหมอนะ (.)
526. หมอจ้วย (.) หมอจ้วยกำน้อ ((ขยับมือขวาขึ้นลง))
527. ใค้อยากเอาป้อปึกบ้าน ยะจะได้ดี ((ผงกศีรษะ)) ((ขยับตัว))
528. เฮาก้อจะมีขั้นตอน (.) ((ขยับผายมือซ้ายออกไป)) <ของมัน> (.)
529. ผู้ดูแล1 เจ้า ((ผงกศีรษะ))
530. จิตอาสา หรือว่าเอาพ้อไปโรงบาลใกล้บ้านจะได้ดูแลใกล้ซิด ((ขยับมือซ้ายไปมา))
531. มันก้อจะมีขั้นตอนของมัน (.) ((ผงกศีรษะ))
532. แต่ถ้าอยู่เนี้ยตอนนี้เราช่วยกันไปก่อน (.) ((ขยับมือซ้ายไปมา))
533. แต่ถ้ามันไม่ไหวหรือถ้าสุดสุด (.) จิงจิง ((ผงกศีรษะ))
534. หมอก้อจะแจ้งว่า <แม่คะ> ((ผงกศีรษะ)) <ตอนนี้ป้อบะไหวละเน้อ>
535. ผู้ดูแล1 อีม ((ผงกศีรษะ))
536. จิตอาสา คือหมอให้ยาทุกสิ่ง (.) ทุกอย่างไปแล้ว ::: (.) ((ผายมือซ้ายขยับขึ้นลง))
537. ผู้ดูแล1 อีม ((ผงกศีรษะ))
538. จิตอาสา เวลาใส่ท่อช่วยหายใจ ((ยกมือซ้ายขึ้นมาใกล้บริเวณปาก))
539. มันช่วยได้คะ (.)
540. แต่เค้าอาจจะหยุดหายใจ (.) ระหว่างใส่ท่อช่วยหายใจ
541. ((ขยับมือซ้ายไปมา)) อะ (.)

542. ผู้ดูแล1 ((ก้มหน้า)) แต่::
543. จิตอาสา >แล้วหมอลงมาต่อ< ((มือซ้ายวางบนมือขวาผู้ดูแล1))
544. <สมมุติว่าป้อหยุดหายใจ> ระหว่างที่ใส่ท่อช่วยหายใจอยู่ นะ (.)
545. ((ยกมือซ้ายมาวางใกล้ปาก))
546. ผู้ดูแล1 อืม ((ผงกศีรษะ)) ((ขยับตัว))
547. จิตอาสา จะให้หมอบ้มช่วยขึ้นมาไหม ((กุ่มมือสองข้าง))
548. ผู้ดูแล1 บ้มบ้มอ๊ะเจ้า (.) เห็นว่าบ้มบ้มอ๊ะเจ้า ((ยกมือขวาขึ้นลง))
549. ผู้ดูแล2 ไม่บ้มแล้วคะ (.) ((ส่ายหน้า))
550. ผู้ดูแล1 ให้เค้า <ไปสบาย> ((มือขวายื่นไปข้างหน้า))
551. ผู้ดูแล2 ((ผงกศีรษะ)) ขอให้เค้าหยุดอยู่แค่นั้น ° ให้เค้าไปสบาย °
552. ((ยกมือซ้ายขึ้นวางบนโต๊ะ))
553. เพราะเค้าก็แก่ละด้วยคะ (.)
554. ผู้ดูแล1 ° ละก้อแก่แล้ว ° ((ผงกศีรษะ))
555. ผู้ดูแล2 ถ้าเค้าแบบไปบ้มเค้าเหมือนเค้าจะเจ็บ (.)
556. ((ขยับยกมือซ้ายขึ้นบริเวณอก))
557. เพราะแบบมีเคสตอนยายอะเนาะแม่เนาะ (.)
558. ((ยื่นมือซ้ายไปข้างหน้า))
559. ผู้ดูแล1 อืม ((ผงกศีรษะ))
560. ผู้ดูแล2 คือเค้าแก่ละเนาะละเหมือนแบบ (.)
561. เราไปกอดเค้าเค้าก็ยิ่งเจ็บ ((มือสองข้างวางลง))
562. ผู้ดูแล1 แต่แม่นี่หันกับหูกับตา [แล้วว่า] ((ผงกศีรษะ))
563. ((มือขวาวางบนโต๊ะ))
564. ผู้ดูแล2 [ใช่ใช่] ((ผงกศีรษะ)) ถ้าถึงแบบ (.)
565. นะ (.) จุดนั้นแล้วก็น่าจะให้เค้าไปสบายดีกว่าคะ (.) ((ผงกศีรษะ))
566. ดีกว่าให้เค้ามาเจ็บอะไรอย่างเนี่ยคะ ((ผงกศีรษะ))

591. ตอนนี้อยู่ในระยะ อ่า (1.0)
592. เขาก่อปะฮู้ว่าจะเกิดอะหยั่งขึ้น ((ขยับมือสองข้างขึ้นลง)) **น้อ** (.)
593. ตอนนี๋ก้อคือว่า <เรารักษาตามอาการไปก่อน> (.) ((มือซ้ายวางบน โต้ะ))
594. ผู้ดูแล1 อืม ((ผงกศีรษะ))
595. จิตอาสา แต่ให้ญาติค่อยค่อย (.) ฝึกเตรียมตัว (.) ฝึกเตรียมพร้อม (1.0)
596. ((ขยับมือสองข้างไปมา)) **เนาะ** (.)
597. เพราะเขาก่อปะฮู้ว่า [เหตุการณ์นี้มันจะเกิด ((ขยับมือสองข้างไปมา))
598. ผู้ดูแล1 [เหตุการณ์นี้ ((ก้มหน้า))
599. แต่แม่ก้อฮู้ (.) ((นิ้วชี้มือขวาชี้บนฝ่ามือซ้าย))
600. **เนาะ** (.) กับลูกกับเต้านะ (.)
601. ฮู้กันหมดละ (.) ตั้งผิวเนีย (.) ((ยกมือขวาขึ้นลง))
602. ตั้งเนียว่า (.) °แม่ก้อทำให้ได้ละ° ((ผงกศีรษะ))
603. จิตอาสา อืมแต่ตอนนี้หื้อหมอจ้วยดูไปก่อนเนาะ ((ผงกศีรษะ))
604. ผู้ดูแล1 = **เจ้า** ((ผงกศีรษะ)) หื้อหมอจ้วยดูไปก่อน
605. จิตอาสา ละก้อถ้าเกิดมีอก่านเปลี่ยนแปลงเนาะ ((มือสองข้างขยับไป
606. มา)) ถ้าคนไข้ดีขึ้นก้อช่วยบอกด้วย ::: (.) ((มือซ้ายขยับวาง
607. ไว้บนโต้ะ)) แต่ถ้าคนไข้ไม่ดีขึ้น (.)
608. ไม่ไหวแล้ว (.) ก้อช่วยบอกด้วย ::: (.)
609. ((มือซ้ายวางบนมือขวา)) **น้อ** ((ผงกศีรษะ))
610. ผู้ดูแล2 ได้ค๊ะ (.) เอาแบบทำให้ทุกวันให้มันดีที่สุด (.)
611. ((ยกมือซ้ายขึ้น))
612. °แต่ว่าพวกหนูจะเตรียมใจไว้° ((ยกมือขวาวางบนอก))
613. จิตอาสา อืม ::: ((ผงกศีรษะ))

614. ผู้ดูแล2 ทำไปเรื่อย ๆ เอาสุดความสามารถของหมอ ((ผงกศึรชะ))
615. = สุดความสามารถของหมอนั่นนะ ((ผงกศึรชะ))
616. จิตอาสา แต่ถ้าเกิดเขาจะอู้กันในกรณีตีหัวใจหยุดต้นเนาะ
617. ((ขยับมือซ้ายแล้วกำมือ))
618. ผู้ดูแล1 เจ้า ((ผงกศึรชะ))
619. จิตอาสา เขาจะปะพื้นคินชีฟเป็นละเนาะ ((มือซ้ายวางบนฝ่ามือขวา))
620. ผู้ดูแล1 เจ้า ((ผงกศึรชะ))
621. จิตอาสา จะปล่อยเป็นไปอย่างสงบเนาะ
622. ((มองหน้าผู้ดูแล1 แล้วผงกศึรชะ))
623. ผู้ดูแล1 = ปล่อยคือเป็นไปอย่างสงบอะเจ้า ((ก้มหน้า)) ((ผงกศึรชะ))
624. จิตอาสา แล้วตอนนี้เป็นมือะยังตีเป็นค่างค้ำใจก้อเจ้า ((มองหน้าผู้ดูแล1))
625. คุณตา ((ยิ้ม))
626. ผู้ดูแล1 แต่แต่ ((ก้มหน้า)) ((มือขวาวางบนโต๊ะ))
627. ผู้ดูแล2 อันนี้— ((ยกมือขวาขึ้นนิ้วชี้))ถ้าจะให้เค้าพูดเค้าจะพูดได้ใหม่อะคะ
628. ผู้ดูแล1 = จะอู้ได้ก้อคะ ((ยกมือขวาวางบนโต๊ะ))
629. จิตอาสา ↑ ได้คะ
630. ผู้ดูแล2 งั้นลองให้เค้าจะพูด
631. จิตอาสา ↑ ได้ได้ ((ผงกศึรชะ)) คุณตาอู้ได้ (.) เค้ารับรู้ทุกอย่าง
632. ตะวตี้แม่ที่อลิมตาเป็นก้อลิมตา
633. จิตอาสา ((ยกมือซ้ายขึ้นนิ้วชี้แล้ววางมือซ้ายลงบนมือขวา))
634. ผู้ดูแล2 ถ้าเค้า [ลองขยับปากงี้ได้ใหม่ ((แบมือซ้ายขึ้น))
635. จิตอาสา ↑ ได้ได้ ((ผงกศึรชะ))
636. ผู้ดูแล1 [ลองขยับปากได้ก้อนิ ((มือสองข้างวางลงบนตัก))

637. จิตอาสา ได้ได้คะ ((ผงกศึรชะ))
638. ผู้ดูแล1 แต่ปี่เป็นมาเป็นก่อดึงบอกละ ((ก้มหน้า)) ((มือขวาวางบนโต๊ะ))
639. จิตอาสา ให้เขียน ได้ก้อเอ้าะ ((มือสองข้างวางบนโต๊ะ))
640. ผู้ดูแล1 เอ่อเขียนตึงปะได้ (.) ((ส่ายหน้า)) ((ก้มหน้า))
641. หืออู้สุดสุด (.) ((ยกมือขวาขึ้น))
642. ผู้ดูแล1 ว่า (.) <ปี่น่องปี่นจะได้อ่าลากัน> ((มือขวาขึ้นวางบนมือซ้าย))
643. ผู้ดูแล2 ถ้าสมมติว่าให้ญาติมาทุกคน (.) ((ยกมือซ้ายแตะขอบโต๊ะ))
644. แล้วให้เค้าพูดอย่างงี้ได้ไหมคะ ((คว่ำมือซ้ายวางเหนือโต๊ะ))
645. จิตอาสา ↑ ได้
646. แต่พูดตอนนี้หมายความว่าพูดมันก็พูดได้แต่มันมีที่อยู่ที่ปากไงคะ (.)
647. จิตอาสา ((มือขวาชี้ที่ปาก))
648. เค้าไม่ได้ห้ามพูด (.) แต่ว่าคนเราเวลามันมีที่คออยู่ในปาก (.)
649. จิตอาสา เค้าก็จะพูดอะไรเยอะไม่ได้ไง (.) ((มือขวาชี้ที่ปาก))
650. ผู้ดูแล1 อืม ((ผงกศึรชะ)) ((มือสองข้างวางบนโต๊ะ))
651. จิตอาสา คืออู้ด้าย (.) แต่คนไข้จะอู้รึป่าวนะ >ปะได้ห้ามอู้หนา:<
652. เอ่อแต่ว่าคนไข้ เวลามันเหมือนมีอะหยิ่งขำคอเอออ๊ะ (.)
653. ((มือขวาชี้ไปที่คอ))
654. มันพูดไม่ได้ใช่ปะ แต่เค้าจะพยักหน้าได้ (.)
655. ((มือซ้ายขยับไปมา))
656. จะอู้ทุกอย่างไง ((แบมือซ้ายยกขึ้น))
657. สุมา ::: เตอะค่า::: (.) ถ้าช่วงเนี้ย (.)
658. อยากหือไค้มา <ขอขมา> แกเนาะ (.) ((มือขวากุมมือซ้าย))
659. หรืออยาก (.) คิดว่าแกน่าจะเจอใจ (.) ((ขยับมือขวา))
660. <ให้เค้ามาหา> ละก็มาพูดข้างหู (.) ((มือซ้ายวางไว้ข้างหูซ้าย))
661. หรือว่า (.) หมอไม่รู้เนาะ (.) ((แบมือขวาขยับขึ้นลง))

662. ว่ามันมีเหตุการณ์อะหยัง (.)
663. แต่บางคนถ้าเป็นฐู่ละว่า (.)
664. เอ่อกคนไชนี่เป็นกำลั้ง (.) ปะค้อยสบายเนื้อ (.) ((มือขวาวางบนโต๊ะ))
665. เป็นมีสิ่งตีค่างคา (.) เป็นก่อเอาดอกไม้ (.) รูปเทียน
666. ((แบมือสองข้างประกบกัน)) อี้เนาะ (.) ((ผงกศีรษะ))
667. มาไหว้มาขอมาเป็นในสิ่งตีเฮา <ยะปะตีกับเป็น> เอี้ยกะ (.)
668. ((ขยับมือสองข้างขึ้นลง))
669. มันก่อทำหื้อคนไช้มีความสุข (.)
670. หรือบางกรณี (.) เป็นอยากหื้อคุณตาทำบุญ
671. >เฮาปะได้แจ้เป็นนะเจ้า<
672. แต่ว่าอยากหื้อทำบุญพร้อมกันกับญาติพี่น้อง (.)
673. เป็นก่อนิมนต์พระมาอย่างเอี้ย (.) ((ผงกศีรษะ))
674. ตางนี้ก็มีหนา ((มือขวาประกบมือซ้าย))
675. นิมนต์พระมาทำบุญร่วมกัน (.) ((มือขวาประกบมือซ้าย))
676. [เฮาปะได้แจ้เนาะ ((มือขวาประกบมือซ้ายวางบนโต๊ะ))
677. ผู้ดูแล1 [เฮาปะได้แจ้เนาะ (.) อย่างแม้มีความในใจอาจจะเข้าใจว่า (.)
678. ((แบมือขวาวางไว้บนอกซ้าย))
679. <แม้จะขอสุมาลาโต๊ด> ((ยกมือไหว้)) ((ก้มหน้า))
680. จิตอาสา อี้ม ๆๆ ((ผงกศีรษะ)) ((มือซ้ายวางประกบฝ่ามือขวา))
681. ผู้ดูแล1 <เป็นว่าตีว่าลูกตีว่าล้ากำเหลือไป>
682. (.) ((มือซ้ายวางบนตักมือขวาขยับขึ้นลง))
683. <จะขอสุมาลาโต๊ด> ((มือขวาขยับขึ้นลง))
684. ตี้อต้องกำเงินกะอะหยัง (.) ((แบมือขวาวางลงบนกระเป๋เงิน))

685. เตรียมมาจะหือเป็นกำ (.)
686. หือเป็นได้สบายอกสบายใจ (.) ((กำมือขวาวางบนโต๊ะ))
687. จิตอาสา เอ้อเอ้อเอ้อ ((ผงกศีรษะ))
688. ผู้ดูแล1 ละจะได้บอกหือเป็นว่า (.) บะต้องเป็นห่วง (.)
689. <เป็นหามอะหยังละ> (.) ((ก้มหน้า)) ((กำมือสองข้างวางบนโต๊ะ))
690. ตี้ลูกได้เอี้ยอะหยัง ((ก้มหน้า))
691. ว่าล้ากำเหลือ (.) ไปตีบ้านตีจ้อง ((แบมือซ้าย แบมือขวาขยับไปมา))
692. ลูกก้อยกหือลูกหือหลานผ่อไปโต๊ะ
693. ((มือขวาวางบนโต๊ะ)) ปะต้องไปกิด (.) อะหยังนั๊กเนีย (.)
694. จิตอาสา เอ้อ ::: ((ผงกศีรษะ))
695. ผู้ดูแล1 กูเตื่อเป็นจะเข้าใจ ((ผงกศีรษะ))
696. แม่จะบอกว่าอึ้นนา (.) บอกพยาบาลว่าอึ้นน้อ (.)
697. จิตอาสา เอี้ยๆ ((ผงกศีรษะ)) เรายังทำได้ทางนื้อนุญต
698. ((มือซ้ายวางลงบนมือขวา))
699. ผู้ดูแล2 แต่ว่าเขารู้สึกตัว (.) รั้บรู้ทุกอย่างไข้ใหม่คะ ((ผงกศีรษะ))
700. จิตอาสา คนเราคะ (.) ตาม (1.0)
701. ถ้าอยู่ในทางหลักการบุคลากรทางการสาธารณสุข
702. ((หงายมือขวาวางบนโต๊ะมือซ้ายผายมือขยับไปมา))
703. ทางวิทยาศาสตร์เลยเนาะ (.) เค้าทำวิจัยมาละ (.)
704. <หุคนเราจะดับเป็นลั้งสุดท้ายคะ>
705. ((กำมือซ้ายวางไว้ใกล้หูซ้าย)) ((ยิ้ม))
706. ผู้ดูแล1 อ้อ ::: ((ผงกศีรษะ))
707. จิตอาสา ถึงแม้ตาไม่เห็นนะ (.)
708. แต่หุจะดับเป็นลั้งสุดท้ายเนาะ ((มือซ้ายวางไว้ที่หูซ้าย))
709. ผู้ดูแล1 ลูกนี่-- อู้อือชื่อ นะ (.) ((ขยับตัว))

710. แม่ก่อตั้งว่าเตี๊ยะเป็นจะเป็นหว่งเป็นหมาก่า ((ก้มหน้า))
711. แม่ก่อว่า (.) เพราะว่า (1.0)
712. <จะหื้อเป็นกำเงินกำทอง> ((มือขวาวางประกบมือซ้าย))
713. จิตอาสา ได้คะ ((ผงกศึรชะ)) ((มือซ้ายประกบมือขวา))
714. ผู้ดูแล1 ละก่อ (.) อันตีเป็นถามหาแหวนเนี้ยก่อมีหื้อเป็น
715. ((มือขวาวางบนฝ่ามือซ้ายขึ้นลง))
716. ผู้ดูแล1 จะเอาใส่อัน ((มือขวาวางบนหลังมือซ้ายขึ้นลง))
717. เอาหื้อเป็นกำนี้เอี้ยะ (.) ((มือขวาประกบมือซ้าย))
718. จิตอาสา อีมอิม ((ผงกศึรชะ)) ได้ได้
719. เอาใส่นิ้วเค้าให้เค้าเห็นก่อได้ ((แบมือซ้ายยกขึ้น))
720. เอาเป็นลิ่งสุดท้าย เอ่อ ::: ((มือขวาประกบมือซ้าย))
721. ผู้ดูแล1 = เป็นลิ่งสุดท้ายตีหันน้อ ((มือขวาประกบมือซ้ายวางบนโต๊ะ))
722. จิตอาสา อาจจะไม่ลิ่งสุดท้ายก็ได้ ((มือซ้ายวางลงบนมือผู้ดูแล1))
723. ประมาณว่าลูกมาขอขมาแล้ว (.) ((มือซ้ายวางลงบนมือผู้ดูแล1))
724. มีกำลังใจขึ้นมา ((มือขวาวางบนอก))
725. ผู้ดูแล1 เอ้อเอ้อ ((ผงกศึรชะ))
726. จิตอาสา เอ้อเอ้อ ((ผงกศึรชะ)) เนาะ (.)
727. จะได้มีกำลังใจขึ้นมาเอี้ยะ ((มือซ้ายวางบนฝ่ามือผู้ดูแล1))
728. ผู้ดูแล1 แต่แม่ก่อก็ตีว่าอัน (.) พยาบาลบอกหื้อแม่ก่อตี
729. ((มือขวาวางบนฝ่ามือซ้ายบนโต๊ะ))
730. แม่ก่อเกียมมาหื้อเป็น (.) อะนะ ((มือขวาวางบนกระเป๋))
731. กุเตี๊ยะเป็นจะหว่ง <เป็นเกยใส่แหวน> ((มือขวากำนิ้วมือข้างซ้าย))
732. <เป็นเกยกำเงิน> ((มือขวาประกบมือซ้ายบนโต๊ะ))
733. แม่ก่อเกียมมาเนี้ย (.)

734. ขอสุมาลาโติดเป็นท่าจะ ↑ ดี (.) ((ก้มหน้า))
735. ((เมื่อขวซึ้นวไปด้านทงขว))
736. จิตอาสา ไต้ไต้ ((ผงกศึรชะ))
737. ผู้ดูแล1 มันเป็นลิ่งสุดต้ายตีปะตองเอี้ยนอ์ ((ซึ้นวมือขวยกซึ้น))
738. กุเตือเป็นขำคหยังกำ (.)
739. <กะว่าจะลुकจะหลนคนเนี้ยกำ> ((เมื่อซ่ายวางบนขวขวผู้ดูแล2))
740. เอี้ยน เนาะ (.)
741. จิตอาสา ก็ไค้คะ (.) จะมาตอนเย็นนี้ไค้ได้ :: ((เมื่อซ่ายประกบมือขวบนโตะ))
742. เดียวคุณพยาบาล (.) จะแจ้งไว้หื้อเนาะ (.)
743. ผู้ดูแล1 กะว่าจะมาวันพุกมะเจ้าก่อไค้ ((แบมือซ่ายขยับซึ้นลง))
744. จิตอาสา วันพุกเดียวจะบอกปีเป็นไว้หื้อเนาะว่า (.) ((แบมือซ่ายขยับซึ้นลง)) อะ
745. หยังก่อ (.) ปะใจมีหยัง ((ส่ายหน้า))
746. °ญูตีเป็นอยากจะปากันมาขอสุมาลาไค้ด°
747. ((แบมือสองข้างวางยกบนโตะ))
748. บะใจอัน (.) ปี (.) ปีเป็นนิบะตาย (2.0) ((ยกมือซ่ายซึ้นซ้อออกไปทง
749. ผู้ดูแล1 ด้านซ่าย))
750. จิตอาสา อี้ม ((ผงกศึรชะ))
751. ผู้ดูแล1 ปีเป็นนะ (.) เป็นห้วงตีเป็นเอามา
752. เป็นมาลำบาค (.) >เพราะแม่ก่อจะขอสุมาตีตปะเตี้ยนนี้เลย<
753. ((แบมือขววางลงบนกระเป่า)) ((ผงกศึรชะ))
754. จิตอาสา ↑ ไต้ไต้ ((ผงกศึรชะ)) คะเตี้ยน้องจะเตรียมหื้อเนาะ
755. เดียวขอฉิตยาคนไขก่อนเนาะ ((แบมือซ่ายยกซึ้น)) ถ้าไม่รีบเนาะ (.)

756. ละเตี้ยวอัน ๐มันมีพานบนอัน^๐ ((มือซ้ายชี้ไปด้านซ้าย))
757. จิตอาสา กะเตี้ยวจะแบ่งสวดยดอกกะหยังละ (.) ก่อขอสุมาเป็นเนาะ
758. ผู้ดูแล1 = เจ้า ขอสุมาเป็น ก่อว่าเอื้อ :: ทรมาน :: น่อ (.)
759. กุเตือเป็นจะได้ (.) ไป ↑ สบาย ((แบมือขวาปิดไปทางด้านซ้าย))
760. ผู้ดูแล1 เฮาก่อปะต้องเป็นห่วง ((กำมือขวาวางบนโต๊ะ))
761. ผู้ดูแล2 เฮี้ยเฮี้ย (.) อย่าพูดอย่างนั้น
762. จิตอาสา ไม่เป็นไร :: (ยิ้ม) ((มือซ้ายวางประกบฝ่ามือขวา))
763. ผู้ดูแล2 เตี้ยวเป็นจะหลับไปเลยน่อ
764. ผู้ดูแล1 เอื้อบะเป็นหยัง ((มองหน้าผู้ดูแล2))
765. จิตอาสา [มันเป็นเรื่องธรรมดาตัวเอง ((มองหน้าผู้ดูแล2))
766. ผู้ดูแล1 [มันเป็นเรื่องธรรมดาเนาะ ((ก้มหน้า)) ((ผงกศีรษะ))
767. จิตอาสา มันเป็นสิ่งสวดยงามตัวเอง ((ผงกศีรษะ))
768. ผู้ดูแล1 อื้อ (.) แม่นละ ((ผงกศีรษะ))
769. จิตอาสา เพราะว่าถ้าอยู่อย่างนี้ ๐มันทรมานนะ^๐ (.)
770. เอาแต่แต่ (.) เนาะ ((ผงกศีรษะ)) มีตื้อข้าคอ
771. ผู้ดูแล1 มีตื้อข้าขอ ((ขยับตัว)) ((มือสองข้างจับกระเป๋))
772. ละแม่ก่จะได้บอกหื้อเป็น ((ผงกศีรษะ))
773. จิตอาสา เจ้าเจ้า (.) อันเตี้ยวสักประมาณสามโมงเนาะ (.)
774. เตี้ยวคุณพยาบาล (.)
775. ขอฉีดยาอะไรคนไข้เสร็จก่อนเนาะ
776. ((มือซ้ายประกบฝ่ามือขวา))
777. ผู้ดูแล1 เจ้าเจ้า ((ผงกศีรษะ))
778. จิตอาสา คุณยายอยู่รอได้ไหมคะ (.) สามโมง ((มองหน้าผู้ดูแล1))

779. ผู้ดูแล1 = ได้เจ้า (.) เดียวจะบอกหื้อลูกบ่มา ((มือซ้ายชี้ไปทางด้านซ้าย))
780. จิตอาสา อังก่อขออ้ายเป็นซื่อสวยดอกมาตวย ((ผายมือซ้ายไปทางผู้ดูแล1))
781. ผู้ดูแล1 เจ้า ((ผงกศีรษะ))
782. จิตอาสา ตักาดตรงหน้าเนี้ยคะ ((ชี้นิ้วมือซ้ายไปทางด้านหน้า))
783. ผู้ดูแล1 เจ้า (.) ((ผงกศีรษะ))
784. จิตอาสา หยั่งไต (.) ซื่อสวยดอกมาตวยเนาะ ((มือซ้ายประกบฝ่ามือขวา))
785. ผู้ดูแล1 เอาสวยดอก (.) มาตวยเนาะ ((ผงกศีรษะ))
786. จิตอาสา เอ้อเอาสวยดอกมาตวยเฮาจะได้อทำพิธีขอขมา :::
787. ((มือซ้ายประกบฝ่ามือขวา))
788. ผู้ดูแล1 ขอขมาเป็น ((ยกมือซ้ายไปทางผู้ดูแล2))
789. ผู้ดูแล1 ตึงลูกตึงหลานเมื่อได้มานี้เนาะ (2.0)
790. จิตอาสา เอ้อแม่น ((มองหน้าผู้ดูแล2))
791. ผู้ดูแล1 เนาะ (.) รอได้นะลูกเนาะ
792. จิตอาสา เดียวจะได้อาบน้ำ (.) เจ็ดหน้าเจ็ดตาหื้อเป็นเนาะ
793. ((ผายมือซ้ายไปทางด้านซ้าย))
794. จะบอกเป็นอยากขอขมาบ่ตาย (.)
795. เฮาก่อบ่ได้แจ้งเป็น ((ยิ้ม))
796. ((มือซ้ายประกบฝ่ามือขวา))
797. ผู้ดูแล1 เฮาบ่ได้แจ้งเป็น ((ผงกศีรษะ)) ((หันหน้าไปทางผู้ดูแล2))
798. จิตอาสา เป็นจะได้สบายใจตวย ((มองหน้าผู้ดูแล1)) ((ยิ้ม))
799. ผู้ดูแล1 <เป็นจะได้สบายใจเนาะ> ((ก้มหน้า))
800. จิตอาสา โอเคนะคะ (.) อั้นหยั่งไต (.) ขอบคุณมากมาย ((ยกมือไหว้))
801. ผู้ดูแล1 ↑ คะ ::: ((ยกมือไหว้))



เอกสารและข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร

เอกสารและข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร

ชื่อโครงการวิจัย โครงการสร้างการสื่อสารและปฏิบัติการแบบประคับประคองของอาสาข้างเตียง
กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระยะสุดท้าย

ใช้สำหรับ การเก็บข้อมูลเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ปีการศึกษา 2558

ผู้วิจัย นางสาววรรณกมล จันทระโน

การศึกษานี้เกี่ยวกับอะไร

เกี่ยวกับการพูดคุยในเรื่องของแนวทางการเตรียมตัว เตรียมใจ รับมือกับการจากไปของผู้ป่วยในการ
ดูแลของท่าน ความวิตกกังวลกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นและการวางแผนในอนาคต ศึกษาการพูดคุยในเรื่อง
ดังกล่าวระหว่างท่านกับจิตอาสาที่ผ่านการอบรมจากเครือข่ายพุทธิกาฯ

ท่านจะต้องทำอะไร ปฏิบัติตัวอย่างไร

หากท่านให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ท่านจะได้รับเอกสารให้ท่านอ่านและจะได้รับการ
ร ็ อ ง ข อ ให้ลงชื่อยินยอม หลังจากนั้นนักวิจัยจะขอออดเทปหรือวีดีโอเวลาที่ท่านคุยกับจิตอาสาที่
ผ่านการอบรมจากเครือข่ายพุทธิกาฯ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการเตรียมตัวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้น
นอกจากนี้นักวิจัย จะขอคุยกับท่านเป็นการส่วนตัวในเรื่องเกี่ยวกับความกังวลกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นและการ
วางแผนใน อนาคต โดยอาจคุยกับท่านในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้อย่างเหมาะสมในอำเภอแมริม จังหวัด
เชียงใหม่

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยนี้

ท่านอาจจะรู้สึกเครียดและวิตกกังวลบ้าง แต่ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวผู้ป่วยในการดูแลของท่าน

ท่านได้ประโยชน์อะไรจากการวิจัยนี้

งานวิจัยนี้อาจไม่เกิดประโยชน์โดยตรงกับท่าน แต่อาจเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยรายอื่นในอนาคต

ค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านไม่ต้องเสียสตางค์

คำตอบแทน

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ แต่ท่านจะได้ค่าเสียเวลา ค่าน้ำมัน ค่ารถและค่าอาหาร แต่รวมแล้วไม่เกิน 300 บาท

หากท่านต้องการยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยจะอย่างไรและจะเกิดอะไรกับตัวท่าน

หากท่านไม่สมัครใจและต้องการถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านก็บอกจิตอาสา หรือนักวิจัย โดยไม่เกิดอะไรกับท่านเลย ไม่มีผลกับการรักษาผู้ป่วยที่ท่านดูแล

ใครจะรู้บ้างว่าท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

จิตอาสาที่ดูแลท่าน จิตอาสาที่มาพูดคุยกับท่านและนักวิจัย

การปกป้องรักษาความลับของท่าน

ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ นำมาใช้ในโครงการวิจัยเท่านั้น สิ่งที่ท่านคุยกับจิตอาสา ผู้วิจัย จะนำมาใช้ฟังและดูเพื่อใช้ในการวิจัยเท่านั้น การใช้ข้อมูลของท่านจะไม่มีการบอกว่าท่านเป็นใคร ชื่อ นามสกุลอะไร อยู่ที่ไหน รวมทั้งไม่เปิดเผยใบหน้าและลักษณะของท่านให้คนอื่นรู้เลย

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับโครงการวิจัยนี้ท่านจะถามใครได้บ้าง

หากท่านมีคำถามและความวิตกกังวลจากการเข้าร่วมงานวิจัยนี้ กรุณาติดต่อตัวนักวิจัย นางสาวสุวรรณกมล จันทระโน หมายเลขโทรศัพท์ 085 045 7556 ตลอดเวลา

ส่วนแสดงความเข้าใจต่อเอกสารชุดนี้

หากท่านเข้าใจในโครงการวิจัยในเอกสารชุดนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้วและไม่มีคำถามหรือข้อสงสัยใดๆ กรุณาลงชื่อและนามสกุลของท่านพร้อมวันที่

ลายมือชื่ออาสาสมัครหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

วัน-เดือน-ปี.....



ภาคผนวก ค

เอกสารหลักฐานการให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารหลักฐานการให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
โครงการวิจัยเรื่อง
โครงสร้างการสื่อสารและปฏิบัติการแบบประคับประคองของอาสาข้างเตียง
กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระยะสุดท้าย
Communication Structures and Practices of Palliative Care Volunteers
with Caregiver on End Stage of Chronic Non-communicable Diseases

เอกสารหลักฐานการให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

ชื่อ-สกุลผู้เข้าร่วมโครงการ.....

ที่อยู่.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

ชื่อ-สกุลนักวิจัย.....นางสาวสุวรรณกมล จันทระโน.....

สังกัด.....นักศึกษาระดับปริญญาเอก คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร.....

ข้าพเจ้าได้อ่านเอกสารทั้งหมดและได้มีโอกาสพูดคุยในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยกับผู้วิจัยโดยตรงเป็นอย่างดีตลอดจนได้สอบถามในเรื่องที่ข้าพเจ้าสงสัยและได้รับคำตอบและคำอธิบายจนกระจ่างจากผู้วิจัยทุกประการแล้ว **ใช่ / ไม่ใช่**

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้วิจัยบันทึกแถบบันทึกเสียง (เทปเสียง) หรือวีดิทัศน์ (วิดีโอ) ในขณะที่ข้าพเจ้าคุยกับจิตอาสา ในวันที่.....(วัน-เดือน-ปี) ข้าพเจ้ามั่นใจว่าผู้วิจัยจะรักษาความลับตลอดเวลาในระหว่างที่ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการและดูแลรักษาแถบบันทึกเสียงหรือวีดิทัศน์เป็นอย่างดี เพื่อใช้ประโยชน์สำหรับการศึกษาและการวิจัยตามรายละเอียดที่แจ้งไว้ในเอกสารการปกปิดและรักษาความลับในการวิจัย **ใช่ / ไม่ใช่**

ข้าพเจ้ายินดีที่จะเล่าและพูดถึงประสบการณ์ของข้าพเจ้ากับผู้วิจัยและยินยอมให้มีการบันทึกแถบเสียงในระหว่างการพูดคุย **ใช่ / ไม่ใช่**

ข้าพเจ้าเข้าใจและตระหนักดีว่าหากข้าพเจ้ารู้สึกว่าเรื่องที่ได้พูดคุยทำให้เกิดความไม่สบายใจและกระทบกระเทือนต่อความรู้สึกของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าสามารถแจ้งให้ผู้วิจัยยุติการบันทึกวีดิทัศน์หรือการบันทึกแถบเสียงและลบสิ่งที่ได้มีการบันทึกไปแล้ว ตลอดจนข้าพเจ้าสามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลาโดยการยกเลิกไม่มีผลต่อการดูแลและรักษาโรคของข้าพเจ้าแต่อย่างใด **ใช่ / ไม่ใช่**

ข้าพเจ้าตระหนักดีว่าการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าจะไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าชดเชยจำนวนมาก แต่ข้าพเจ้าอาจได้รับค่าพาหนะ ค่าน้ำมันรถหรือค่าเสียเวลาที่คำนวณจากค่าแรงตามความเหมาะสม **ใช่ / ไม่ใช่**

ข้าพเจ้าตระหนักดีว่าโครงการวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้ในเรื่องการสื่อสารและปฏิบัติการแบบประคับประคองของจิตอาสาข้างเคียงกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระยะสุดท้ายและอาจไม่เกิดผลหรือประโยชน์โดยตรงต่อข้าพเจ้าเป็นการส่วนตัว **ใช่ / ไม่ใช่**

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลที่ข้าพเจ้าเปิดเผยแก่ผู้วิจัยในครั้งนี้เป็นไปเพื่อประโยชน์ทางด้านวิชาการ การเรียนการสอน การวิจัย การตีพิมพ์ในบทความวิชาการหรือการนำเสนอในเวทีวิชาการเท่านั้น การใช้ประโยชน์จะต้องไม่ทำให้ข้าพเจ้าและครอบครัวได้รับผลกระทบโดยต้องปกปิดชื่อ นามสกุล ที่อยู่และลักษณะเฉพาะของข้าพเจ้า **ใช่ / ไม่ใช่**

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลของโครงการวิจัยตลอดจนข้อดีและข้อเสียที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้า **ยินดี / ไม่ยินดี**

ลงชื่อ..... วัน-เดือน-ปี.....

ข้าพเจ้าต้องการทราบผลการวิจัยและกรุณาส่งผลการวิจัยให้แก่ข้าพเจ้าตามที่อยู่นี้.....

สำหรับผู้วิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวสุวรรณกมล จันทระมะโน ขอยืนยันว่าข้าพเจ้าได้อธิบายและแจ้งให้ผู้เข้าร่วมโครงการทราบถึงรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยทุกประการ

ลงชื่อ..... วัน-เดือน-ปี.....

เอกสารหลักฐานการให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
โครงการวิจัยเรื่อง
โครงสร้างการสื่อสารและปฏิบัติการแบบประคับประคองของอาสาข้างเตียง
กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระยะสุดท้าย
Communication Structures and Practices of Palliative Care Volunteers
with Caregiver on End Stage of Chronic Non-communicable Diseases

เอกสารหลักฐานการให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ชื่อ-สกุลผู้เข้าร่วมโครงการ.....

ที่อยู่.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

ชื่อ-สกุลนักวิจัย.....นางสาวสุวรรณกมล จันทระโน.....

สังกัด.....นักศึกษาระดับปริญญาเอก คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร.....

ข้าพเจ้าได้อ่านเอกสารทั้งหมดและได้มีโอกาสพูดคุยในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยกับผู้วิจัยโดยตรงเป็น
 อย่างดีตลอดจนได้สอบถามในเรื่องที่ข้าพเจ้าสงสัยและได้รับคำตอบและคำอธิบายจนกระจ่างจากผู้วิจัยทุก
 ประการแล้ว **ใช่ / ไม่ใช่**

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้วิจัยบันทึกแถบบันทึกเสียง (เทปเสียง) หรือวีดิทัศน์ (วีดีโอ) ในขณะที่ข้าพเจ้าให้
 คำปรึกษาและพูดคุยกับผู้ป่วย **ใช่ / ไม่ใช่**

ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาและการดูแลผู้ป่วยกับผู้วิจัยและยินยอมให้มี
 การบันทึกแถบเสียงในระหว่างการพูดคุย **ใช่ / ไม่ใช่**

ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับการให้การฝึกทักษะการสนทนาที่ได้จากการอบรมและการนำ
 ทฤษฎีจากการอบรมไปใช้ในสถานที่จริง กับผู้วิจัยและยินยอมให้มีการบันทึกแถบเสียงในระหว่างการ
 พูดคุย **ใช่ / ไม่ใช่**

ข้าพเจ้าเข้าใจและตระหนักดีว่าหากข้าพเจ้าและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกว่าการที่ได้พูดคุยทำให้เกิด
 ความไม่สบายใจและกระทบกระเทือนต่อความรู้สึกของญาติผู้ดูแล ข้าพเจ้าสามารถแจ้งให้ผู้วิจัยยุติ
 การบันทึกวีดิทัศน์หรือการบันทึกแถบเสียงและลบสิ่งที่ได้มีการบันทึกไปแล้วตลอดจนข้าพเจ้าสามารถ
 ยกเลิกการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลาโดยการยกเลิกไม่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
 แต่อย่างใด **ใช่ / ไม่ใช่**

ข้าพเจ้าตระหนักดีว่า โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้ในเรื่องการสื่อสารและปฏิบัติการแบบประคับประคองของจิตอาสาข้างเคียงกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระยะสุดท้ายและอาจไม่เกิดผลหรือประโยชน์โดยตรงต่อข้าพเจ้าเป็นการส่วนตัว **ใช่ / ไม่ใช่**

ข้าพเจ้าได้รับทราบว่าคุณสมบัติที่ข้าพเจ้าเปิดเผยแก่ผู้วิจัยในครั้งนี้เป็นไปเพื่อประโยชน์ทางด้านวิชาการ การเรียน การสอน การวิจัย การตีพิมพ์ในบทความวิชาการหรือการนำเสนอในเวทีวิชาการเท่านั้น การใช้ประโยชน์จะต้องไม่ทำให้ข้าพเจ้าและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับผลกระทบ โดยต้องปกปิดชื่อนามสกุล ที่อยู่และลักษณะเฉพาะของตัวข้าพเจ้าและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย **ใช่ / ไม่ใช่**

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลของโครงการวิจัย ตลอดจนข้อดีและข้อเสียที่จะได้รับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้า **ยินดี / ไม่ยินดี** เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

ลงชื่อ..... วัน-เดือน-ปี.....

ข้าพเจ้าต้องการทราบผลการวิจัยและกรุณาส่งผลการวิจัยให้แก่ข้าพเจ้าตามที่อยู่นี้.....

สำหรับผู้วิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวสุวรรณกมล จันทระมะโน ขอยืนยันว่าข้าพเจ้าได้อธิบายและแจ้งให้ผู้เข้าร่วมโครงการทราบถึงรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยทุกประการ

ลงชื่อ..... วัน-เดือน-ปี.....





แนวคำถามสัมภาษณ์จิตอาสา

แนวคำถามสัมภาษณ์จิตอาสา แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของจิตอาสาและประสบการณ์ ด้านที่ 2 สิ่งที่คาดหวัง ด้านที่ 3 การฝึกอบรมและทฤษฎี ที่ได้จากการอบรมโดยเครือข่ายพุทธิกาฯ และด้านที่ 4 การติดตามการนำเทคนิค ทฤษฎีและความรู้ที่ ได้จากการอบรมโดยเครือข่ายพุทธิกาฯ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

ด้านที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของจิตอาสาและประสบการณ์	
ข้อมูลส่วนตัว :	ชื่อ - สกุล
	เพศ
	อายุ
ประสบการณ์ :	การผ่านกิจกรรมจิตอาสา (กิจกรรมอะไร / ระยะเวลา) หรือไม่ อย่างไร
	มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในครอบครัวหรือไม่
	ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวส่งผลต่อการเป็นอาสาข้างเตียงหรือไม่
	แรงบันดาลใจหรือสาเหตุที่สนใจเป็นอาสาข้างเตียงคืออะไร
	ประสบการณ์/ความรู้สึกในการเป็นอาสาข้างเตียงดูแลผู้ป่วยและญาติครั้งแรก
	ประสบการณ์/ความรู้สึกในการเป็นอาสาข้างเตียงดูแลผู้ป่วยและญาติที่ประทับใจที่สุด (ด้านบวกด้านลบ)

ด้านที่ 2 สิ่งที่คาดหวัง	
คาดหวัง :	สิ่งที่คาดว่าจะได้รับจากการเป็นอาสาข้างเตียง
ความรู้สึkst่องานนี้:	น่าสนใจ มีประโยชน์ ยอมรับในความสูญเสียได้มากขึ้นหรือไม่
ประโยชน์ :	ในแง่การปฏิบัติตน
	ในแง่อารมณ์
	ในแง่จิตใจ/ครอบครัว/ชุมชน
	ในแง่ศาสนา

ด้านที่ 3 การฝึกอบรมและทฤษฎีที่ได้จากการอบรมโดยเครือข่ายพุทธิกาฯ	
อบรม :	อบรมเทคนิคและทฤษฎี อะไรบ้าง ด้วยวิธีการใด
ฝึกซ้อม :	อาสาข้างเตียงฝึกซ้อมเพื่อให้เกิดความชำนาญหรือไม่ อย่างไร
ประโยชน์ :	จิตอาสาเกิดความเข้าใจในสิ่งที่ได้จากการอบรมมากน้อยอย่างไร
	ส่งเสริมความพร้อม/พัฒนาต่อยอดความรู้มากน้อยอย่างไร
	ในระหว่างการอบรมจิตอาสาสามารถปฏิบัติตามหรือตอบสนองต่อเทคนิคต่าง ๆ ได้หรือไม่

ด้านที่ 4 การติดตามการนำเทคนิค ทฤษฎีและความรู้ที่ได้จากการอบรมโดยเครือข่ายพุทธิกาฯ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและญาติ	
ติดตามการนำความรู้จากการอบรมฯ ไปใช้ :	จิตอาสาสามารถนำ <u>เทคนิค</u> ที่ได้จากการอบรมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและญาติหรือไม่
	จิตอาสาสามารถนำ <u>ทฤษฎี/ความรู้</u> ที่ได้จากการอบรมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและญาติหรือไม่
	มีหลักการเลือกใช้เทคนิค ทฤษฎีและความรู้อย่างไร
	ความแตกต่างทางศาสนามีผลต่อการเลือกใช้เทคนิค ทฤษฎีและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและญาติหรือไม่ อย่างไร



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - ชื่อสกุล	สุวรรณกมล จันทรมะโน
วัน เดือน ปี เกิด	19 ธันวาคม 2521
ที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 269 ซอยกรุงธนบุรี 4 แยก 7 ถนนกรุงธนบุรี แขวงบางลำพูล่าง เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600
ที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักงานคณะกรรมการกำกับกิจการพลังงาน เลขที่ 319 อาคารจัตุรัสจามจุรี ชั้น 19 ถนนพญาไท แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	ผู้อำนวยการพิเศษฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2544	หลักสูตรบริหารธุรกิจบัณฑิต สาขาคอมพิวเตอร์ธุรกิจ มหาวิทยาลัยกรุงเทพ
พ.ศ. 2548	หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีมหานคร
พ.ศ. 2556	ศึกษาดอร์ระดับปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

