

รูปแบบการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทประเทศไทยและต่างประเทศ

Patterns of Communication between Health Care Practitioners and Terminally-ill Patients in the Context of Thailand and Foreign Countries

เบญจวรรณ นันทชัย¹

Benjawan Nunthachai

กอปรกมล ศรีภิรมย์²

Korparakamon Sripirom

Received : 3 เมษายน 2561

Revised : 3 กรกฎาคม 2561

Accepted : 18 กรกฎาคม 2561

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทประเทศไทยและต่างประเทศ ศึกษาจากบทความวิจัยต่างประเทศที่เผยแพร่ในวารสารวิชาการที่ปรากฏในฐานข้อมูล Science Direct ระหว่าง พ.ศ. 2550 - 2558 จำนวน 10 ชื่อเรื่องและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทย และจำนวน 10 ชื่อเรื่อง จากวารสารต่างประเทศ ทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย คือ ทฤษฎี วัจนกรรม ทฤษฎีการดูแลมนุษย์และทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวิเคราะห์รูปแบบการสื่อสาร

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา

Lecturer Faculty of Nursing, Chalermkarnchana University

² อาจารย์ ศูนย์ความเป็นเลิศการบริหารจัดการเมืองและท้องถิ่น (CLCG) มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

Lecturer Center of Excellence for Local and City Governance, Walailak University

ระหว่าง ผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เจาะจงเฉพาะวัจนกรรมสื่อความหมายตามคำตรงและวัจนกรรมปฏิบัติที่จำแนกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มบอกกล่าว กลุ่มชี้แนะ กลุ่มแสดงความรู้สึก กลุ่มผูกมัดและกลุ่มแถลงการณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า ผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพในประเทศไทยใช้วัจนกรรมสื่อความหมายตามคำตรงมากกว่าผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพต่างประเทศ ร้อยละ 64.90 และผู้ป่วยระยะสุดท้ายในต่างประเทศใช้วัจนกรรมปฏิบัติในกลุ่มแสดงความรู้สึกมากที่สุด ร้อยละ 60.01 ส่วนกลุ่มบอกกล่าวและกลุ่มชี้แนะมีระดับใกล้เคียงกันทั้งประเทศไทยและต่างประเทศ กลุ่มวัจนกรรมที่พบน้อยที่สุดและไม่ปรากฏเลย คือ วัจนกรรมกลุ่มผูกมัดและกลุ่มแถลงการณ์

คำสำคัญ : วัจนกรรมการสื่อสาร ผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

Abstract

This study was a qualitative study that aimed to analyse and synthesise the patterns of speech acts in communication between health practitioners and terminally-ill patients who are confronting life-threatening terminal illnesses in Thailand and foreign countries. The researcher studied a data collection from international databases at Science Direct since 2007-2015 with the number of 10 documents in Thailand and 10 academic documents in foreign countries. A conceptual framework in this research was theory, human caring, and human hierarchy of needs. A qualitative study by content analysis of a group of utterances/statements was used in communicative interactions between health care practitioners and terminally-ill patients, specific in locutionary acts and illocutionary acts. Data were analyzed using identified speech acts in five categories: notice

group, suggestive group, showing feelings group, bonded group, and bulletin group. Data were analyzed by using percentage statistics and content analysis. The results showed that health practitioners in Thailand used verbal interpretations more directly than foreign health workers at 64.90%. The final stage of patients in foreign countries used the verbal act to perform the most feelings at 60.01%. The notice groups and suggestive groups were similar in both Thailand and foreign countries. The least common speech act groups were bonded group and bulletin groups.

Keywords : Speech Acts, Health Care Practitioners, Terminally- Ill Patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรคที่ไม่สามารถบำบัดหรือรักษาให้หายขาดได้ด้วยยาหรือวิธีการทางการแพทย์ใดๆ มีความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ลดทอนประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะสำคัญในร่างกายอย่างมาก เช่น ภาวะสมองเสื่อมระยะสุดท้าย โรคหัวใจล้มเหลว โรคตับวาย โรคไตวาย การติดเชื้อโรคเอดส์ระยะสุดท้าย และโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และพยากรณ์โรคว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 6 เดือนหรือน้อยกว่านั้น ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงเรื่อยๆ และเสียชีวิตในที่สุด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อทราบถึงภาวะของโรคมักจะตัดสินใจและแสดงความรู้สึกที่จะหลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อยื้อชีวิต เช่น การเจาะคอ การใส่ท่อช่วยหายใจ การกระตุ้นหัวใจเพื่อการช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้ป่วยต้องการใช้ชีวิตสุดท้ายอยู่ในสถานที่ที่ตนเองพึงพอใจและอยู่ท่ามกลางความรักความอบอุ่นของบุคคลที่ตนเองรัก เมื่อถึงวาระสุดท้ายก็ขอจากลาชีวิตอย่างสุขและสงบตามวิถีธรรมชาติดังกล่าวนี้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ณ วันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2550 ตามมาตรา 12 สาระสำคัญ

ในพระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ “มาตรา ๑๒ บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้” (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552) เป็นกฎหมายที่บัญญัติขึ้นเพื่อให้บุคคลสามารถแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าได้ว่า เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตไม่ประสงค์จะให้ใช้เครื่องมือทางการแพทย์หรือเทคโนโลยีสมัยใหม่ต่างๆ มาพันนาการร่างไว้เพื่อยืดความตายออกไปซึ่งในต่างประเทศกล่าวถึงการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าแบบนี้ว่า “Living will” หรือ “Advance directive” (แสวงบุญเฉลิมวิภาส, 2552) กฎหมายฉบับนี้มีขึ้นเป็นเพียงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการแพทย์และการสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของบุคคลโดยทั่วไปด้วย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะตัดสินใจด้วยตนเองเพื่อยุติการรักษาแต่ผู้ป่วยจะไม่ถูกทอดทิ้งและยังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวมจากผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา ผู้ให้บริการคำปรึกษา และนักสังคมสงเคราะห์ อนึ่ง รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) มิได้มุ่งเน้นการรักษาเพื่อให้หายจากโรค แต่มุ่งให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ ความสุขสบายทางร่างกาย การบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวด (Bélanger, et. al, 2014) การดูแลทางด้านอารมณ์และครอบครัวถึงจิตวิญญาณ การตระหนักถึงการจากไปอย่างสงบตามธรรมชาติและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (World Health Organization, 2014) อันเป็นรากฐานสำคัญของสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่ยอมรับในนานาอารยประเทศ รูปแบบการดูแลที่กล่าวถึงเป็นการแสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นตลอดเวลาในกระบวนการดูแล โดยอาศัยการสื่อสารเป็นเครื่องมือในการส่งผ่านข้อมูลข่าวสารโดยการถ่ายทอดความรู้สึกนึกคิด ความคาดหวัง ปัญหาและความต้องการตลอดจนมีการทำความเข้าใจในความหมายร่วมกันและปฏิบัติรายตอบสนองที่มีต่อการรับรู้ในแต่ละสถานการณ์

การสื่อสารจึงเปรียบเสมือนสะพานเชื่อมโยงสัมพันธ์สภาพที่ทำให้เกิดผลกระทบในทางบวกต่อกันและกันเสมอ โดยเฉพาะการสื่อสารทางการแพทย์และทางการแพทย์พยาบาล

(ทัศนาศา บุญทอง, 2554) การสื่อสารเป็นการกระตุ้นให้ผู้ที่อยู่ตรงหน้าได้พูดเพื่อแสดงความคิดเห็น บอกถึงปัญหา บอกถึงความรู้สึกของตนเองอย่างชัดเจน ตลอดจนการให้ความหวังและกำลังใจภายใต้ข้อมูลที่เป็นความจริงแม้ว่าจะเป็นความหวังเพียงเล็กน้อย แต่ก็เป็นการกำลังใจให้บุคคลสามารถต่อสู้อยู่บนโลกนี้ได้ ในยามที่มีความทุกข์แสนสาหัส (ชิษณุ พันธุ์เจริญ, 2553) การโกหกจะทำให้ผู้ป่วยขาดความไว้วางใจเพราะความหวังของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สุด (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545) ดังนั้น ทักษะการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นทักษะที่สำคัญและจำเป็นต้องฝึกฝน ในขณะเดียวกันสิ่งที่ปัญหาทางการสื่อสารของผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพส่วนใหญ่ คือ ความรู้สึกอึดอัดและกังวลใจ เช่น ไม่รู้ว่าควรเริ่มต้นในการสื่อสารหรือการเลือกใช้คำพูดที่เหมาะสมอย่างไร (Benkel, Wijk & Molander, 2014) รู้สึกไม่มั่นใจหรือไม่แน่ใจว่าจะเริ่มพูดเกี่ยวกับโรคหรือสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคตกับผู้ป่วยดีหรือไม่ และเกรงว่าหากพูดกับผู้ป่วยไปแล้วอาจจะกระทบกระเทือนความรู้สึกของผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจหรือมีอาการทรุดลงมากกว่าเดิม (กิตติพล นาควิโรจน์, 2555) กังวลใจในปฏิกิริยาภาวะเศร้าโศกของผู้ป่วยหรือญาติหลังจากรับทราบข่าวร้ายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (วรภรณ์ คงสุวรรณ, 2557)

จากสภาพปัญหาของการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพตามที่กล่าวมานี้แสดงให้เห็นถึงการขาดความรู้และทักษะในการสื่อสารของผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งมีลักษณะเฉพาะ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตมักจะมีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ไม่แตกต่างกัน ไม่ว่าผู้ป่วยคนนั้นๆ จะเป็นคนไทยหรือคนที่อยู่ในต่างประเทศซึ่งมีวัฒนธรรม/บริบทที่แตกต่างกันก็ตาม ปฏิกริยาทางอารมณ์จะมีการแสดงออกเป็นระยะต่างๆ ได้แก่ ระยะปฏิเสธ-โกรธ-ต่อรอง - ซึมเศร้าและระยะยอมรับ ปฏิกริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นอาจไม่เรียงลำดับเสมอไป อาจเกิดสลับกันไป-มาก็ได้และช่วงเวลาที่เกิดขึ้นอาจจะสั้นหรือยาวนานไม่เท่ากันในแต่ละคน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางด้านร่างกาย - จิตสังคม-จิตวิญญาณของผู้ป่วยแต่ละบุคคล (Kübler Ross, 1969) จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวข้างต้นประกอบกับยังมี

ผลงานวิจัยในลักษณะดังกล่าวนี้ในประเทศไทยค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งมีพื้นฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองลักษณะเดียวกันและมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติการสุขภาพและผู้ป่วยระยะสุดท้ายเช่นเดียวกันถึงแม้ว่าบริบทและวัฒนธรรมมีความแตกต่างกันระหว่างประเทศตะวันออกและประเทศตะวันตก สิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อรูปแบบการสื่อสารที่แตกต่างกันอย่างไร ผู้วิจัยคาดหวังว่าข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของบุคลากรทางสุขภาพและเป็นประโยชน์ในด้านการจัดการเรียนการสอนในสาขาสังคมศาสตร์และสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทประเทศไทยและต่างประเทศ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการศึกษาโดยวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากเอกสารวิชาการและผลงานวิจัยในประเทศไทยและต่างประเทศ มีเกณฑ์ในการคัดเลือกเอกสาร คือ เป็นเอกสารวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในฐานะผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ยังมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เกี่ยวข้องได้ โดยไม่เฉพาะเจาะจงด้าน เพศ อายุ การศึกษา พยาธิสภาพของโรคในแต่ละระบบและวิธีการบำบัดรักษาและในส่วนของวิเคราะห์เนื้อหาที่ปรากฏในเอกสาร ทำการคัดประโยคหรือ

ถ้อยคำ (Coding) ในการสื่อสารที่ปรากฏในเอกสารที่คัดเลือกมาศึกษาโดยไม่ใช้ถ้อยคำหรือข้อความที่ผู้วิจัยตีความหรือเขียนขึ้นมาใหม่

วรรณกรรมและทฤษฎี

การศึกษาวรรณกรรมและทฤษฎี เพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยและอธิบายผลการศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทประเทศไทยและต่างประเทศ ดังนี้

1. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminally- ill patients) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรคที่ผ่านกระบวนการตรวจวินิจฉัยร่างกายและได้รับการรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์และแพทย์ผู้รักษาได้ลงความเห็นว่ามีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตในอนาคตอันใกล้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งถือว่าเป็นข้อปฏิบัติสำคัญที่แสดงถึงการเคารพในสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (World Health Organization, 2014)

แนวคิดและหลักการของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม คือ การดูแลทางด้านร่างกายให้ได้รับความสุขสบาย การบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ครอบคลุมถึงการดูแลทางด้านอารมณ์ - จิตใจและสังคมทั้งของผู้ป่วยและญาติ การส่งเสริม/สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุขในช่วงเวลาที่เหลือเพียงน้อยนิด (บังอร ไทรเกตุ, 2556) ตลอดจนการประคับประคองให้เกิดความเข้มแข็งทางด้านจิตใจของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถเผชิญกับเสี้ยววินาทีสุดท้ายของชีวิตอย่างไม่หวาดหวั่นหรือวิตกกังวลและยอมรับการจากลาชีวิตอย่างสุขและสงบ (Peaceful death)

2. ปฏิกริยาตอบสนองด้านอารมณ์และจิตใจในการปรับตัวของผู้ป่วยเมื่อต้องเผชิญกับการรับรู้ภาวะความตายและการตายที่กำลังจะมาถึงตามแนวคิดของ คูเบอร์ รอส (Kübler, 1969) มี 5 ระยะ ดังนี้

2.1 ระยะช็อกและปฏิเสธ ผู้ป่วยจะแสดงความตกใจ ปฏิเสธไม่ยอมรับความจริงกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง

2.2 ระยะโกรธ ผู้ป่วยจะแสดงความรู้สึกโกรธเมื่อไม่สามารถปฏิเสธความจริงที่เกิดขึ้น อาจกล่าวโทษผู้อื่นหรือระบายอารมณ์ใส่ผู้ใกล้ชิด หงุดหงิดโดยไม่มีสาเหตุหรือเหตุผล

2.3 ระยะต่อรอง ผู้ป่วยจะแสดงการยอมรับแต่พยายามต่อรองกับสิ่งที่ตนเองเคารพนับถือ เช่น สิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่มีอำนาจที่มองไม่เห็น

2.4 ระยะซึมเศร้า ผู้ป่วยจะมีการแยกตัว อารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกหมดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้น รู้สึกสูญเสียและเมื่อเริ่มตระหนักว่าตนเองไม่อาจหนีความตายไปได้ เริ่มมองหาความหมายของชีวิตที่เหลืออยู่

2.5 ระยะยอมรับ ผู้ป่วยแสดงการยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น เริ่มมีมุมมองว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ผู้ป่วยเริ่มจัดการกับสิ่งต่างๆ ที่ยังคงค้างอยู่ให้เรียบร้อยก่อนที่ตนเองจะเสียชีวิต ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มผ่อนคลาย กล้าเผชิญความตายด้วยจิตใจสงบ

การที่ผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคที่ตนเผชิญอยู่จากผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาถึงสภาวะของโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ข้อมูลดังกล่าวถือว่าเป็นการแจ้งข่าวร้าย (Breaking bad news) ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกในทางลบ เช่น หมดหวัง หดหู่ ซึมเศร้า กลัวและกังวลว่าจะมีผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ที่ตนเองรับผิดชอบอยู่ รู้สึกสูญเสียหรือทำลายความคาดหวังของตนเองที่มีต่อสิ่งต่างๆ หรือต่อคนที่ตนเองรักตลอดจนการดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคต ดังนั้นปฏิกิริยาตอบสนองด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงมีพฤติกรรมการแสดงออกในรูปแบบดังกล่าวข้างต้นซึ่งเป็นกระบวนการปรับตัวของผู้ป่วยเมื่อรับทราบข่าวร้าย ระยะของการแสดงออกทั้ง 5 ระยะนี้ไม่จำเป็นต้องดำเนินไปตามขั้นตอนหรือตามลำดับ อาจจะมีขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งเกิดขึ้นก่อนหรือสลับกันก็ได้ ส่วนช่วงเวลาที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะนั้นจะนานมาก-น้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางด้านร่างกาย

จิตสังคม จิตวิญญาณของผู้ป่วยแต่ละคน ตลอดจนแรงสนับสนุนทางสังคมหรือผู้ใกล้ชิดที่อยู่รอบข้างของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

3. ทฤษฎีวิจ্ঞากรรม (Searle & Vanderveken, 1969) แนวคิดทฤษฎีวิจ্ঞากรรมของ Searle กล่าวว่า การติดต่อสื่อสารหรือการพูดในแต่ละครั้งของบุคคลจะประกอบด้วยคำพูดหรือถ้อยคำ (Utterance) ที่มีความหมายแฝงอยู่ด้วยเสมอและการสื่อสารมักจะก่อให้เกิดการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งของผู้ฟังร่วมด้วย ถ้อยคำจึงไม่ได้ทำหน้าที่เพียงแค่การสื่อความหมายเท่านั้นแต่ยังเป็นการแสดงถึงเจตนาของผู้พูดไปพร้อมๆ กันด้วย ดังนั้น ผู้ฟังจึงต้องตีความหมายของถ้อยคำที่ได้ยินและทำความเข้าใจในเจตนาของผู้พูด อนึ่ง รูปแบบของการใช้ถ้อยคำในชีวิตประจำวันขึ้นอยู่กับความเหมาะสมกับบริบท สถานการณ์ ความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมและปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอีกด้วย ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีวิจ্ঞากรรมของ Searle มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้เจาะจงเฉพาะ 2 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 วิจ্ঞากรรมสื่อความหมายตามคำตรง (Locutionary acts) คือ ถ้อยคำที่ผู้พูดต้องการสื่อถึงเรื่องราวบางอย่างที่มีความหมายตรง ได้แก่ การให้ข้อมูล/รายละเอียด การให้ข้อเท็จจริงตามข้อมูลที่ปรากฏ

องค์ประกอบที่ 2 วิจ্ঞากรรมปฏิบัติ (Illocutionary acts) คือ ถ้อยคำที่ผู้พูดแสดงเจตนาหรือความตั้งใจที่จะให้ผู้ฟัง/คู่สนทนาได้ปฏิบัติตามในบางสิ่งบางอย่างที่ผู้พูดต้องการให้เกิดขึ้น จำแนกออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 วิจ্ঞากรรมกลุ่มบอกกล่าว เป็นการใช้ถ้อยคำที่ผู้พูดมีจุดมุ่งหมายเพื่อบอกกล่าวสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ฟัง เช่น การอธิบาย การยืนยัน การสรุป การรายงาน

กลุ่มที่ 2 วิจ্ঞากรรมกลุ่มชี้แนะ เป็นการใช้ถ้อยคำที่แสดงจุดมุ่งหมายให้ผู้ฟังได้กระทำบางสิ่งบางอย่างที่ผู้พูดบอก เช่น การขอร้อง การออกคำสั่ง การสอบถาม การให้ข้อเสนอแนะ การให้คำปรึกษา

กลุ่มที่ 3 วิจ্ঞากรรมกลุ่มผูกมัด เป็นการใช้ถ้อยคำที่ผู้พูดมีจุดมุ่งหมายว่าจะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อผู้ฟังในอนาคตหรือการให้คำมั่นสัญญา เช่น การสัญญา การ

สาบาน การเสนอตัว การให้ความมั่นใจรวมถึงการแสดงออกของถ้อยคำการผูกมัดในทางลบ เช่น การข่มขู่

กลุ่มที่ 4 วัจนกรรมกลุ่มแสดงความรู้สึก เป็นการใช้ถ้อยคำที่บ่งบอกให้ผู้ฟังได้รับรู้ทัศนคติ สภาวะทางอารมณ์ สภาพจิตใจหรือความรู้สึกของผู้พูดที่มีต่อผู้ฟัง เช่น การทักทาย การต้อนรับ การขอโทษ การขอบคุณ การชมเชย การแสดงความยินดี การแสดงความเสียใจ การแสดงความผิดหวัง การร้องทุกข์ การบ่น/ต่อว่า

กลุ่มที่ 5 วัจนกรรมกลุ่มแถลงการณ์ เป็นการใช้ถ้อยคำที่ผู้พูดสื่อไปยังผู้ฟังเพื่อประกาศอย่างเปิดเผยและให้ทราบที่กำลังจะมีเหตุการณ์ใดๆเกิดขึ้นหรือเกิดเปลี่ยนแปลงสถานภาพของบุคคล

การสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีเป้าหมายเพื่อการดูแลช่วยเหลือและการบำบัดรักษา ลักษณะของการสื่อสารจึงเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันที่มุ่งประโยชน์ในด้านการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้าย สร้างความไว้วางใจ ช่วยสนับสนุน/คำจูงทางด้านอารมณ์เพื่อให้ผู้ป่วยลดความกดดันและรู้สึกผ่อนคลาย มีกำลังใจที่จะเผชิญกับสภาพความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ การสื่อสารสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นการใช้วัจนกรรมทั้งในทางตรงและทางอ้อม ให้ความสำคัญในการเลือกใช้ถ้อยคำที่เหมาะสมในสถานการณ์ต่างๆ เช่น การบอกข่าวร้าย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค การวางแผนการดูแลรักษาโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วม ตลอดจนการใช้คำถามปลายเปิดเพื่อเปิดประเด็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงและการทวนสอบหรือสะท้อนความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่มีต่อการสื่อสารในแต่ละสถานการณ์ ดังนั้นกระบวนการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงใช้รูปแบบวัจนกรรมสื่อความหมายตามคำตรงและวัจนกรรมปฏิบัติที่จำแนกกลุ่มวัจนกรรมทั้ง 5 กลุ่มดังที่กล่าวข้างต้น เพื่อการส่งผ่านข้อมูลข่าวสาร แลกเปลี่ยนความคิดและการรับรู้ร่วมกัน มีปฏิริยาตอบสนองต่อกันและการตีความหมายของข้อมูลที่ได้รับทั้งความหมายตรงและความหมายแฝง

4. ทฤษฎีลำดับความต้องการของมนุษย์ (Maslow, 1954) มาสโลว์ได้อธิบายว่ามนุษย์ทุกคนมีความต้องการและปรารถนาที่จะได้รับความพึงพอใจ เพราะความปรารถนาของมนุษย์นั้นติดตัวมาแต่กำเนิดและความปรารถนาเหล่านี้จะเรียงลำดับชั้นดังนี้

4.1 ความต้องการทางด้านร่างกาย เป็นความต้องการลำดับต่ำสุดและเป็นพื้นฐานของชีวิต ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ ที่อยู่อาศัย การมีชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและความมีอิสระ

4.2 ความต้องการความปลอดภัย หมายถึง การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยจากอันตรายทั้งทางกายจิตใจ ความมั่นคงในการทำงาน ในชีวิตและสุขภาพ

4.3 ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ โดยต้องการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวหรือการเป็นสมาชิกภายในกลุ่มร่วมกับผู้อื่น บุคคลจะรู้สึกเจ็บปวดเมื่อถูกทอดทิ้ง ไม่มีใครยอมรับ ถูกตัดออกจากสังคมหรือไม่มีเพื่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อสัมพันธ์ภาพระหว่างเพื่อน ๆ ญาติพี่น้อง สามีหรือภรรยาหรือลูกๆ ได้ลดทอนลงไป

4.4 ความต้องการได้รับความนับถือยกย่องทั้งจากบุคคลอื่น การยอมรับนับถือตนเองและการได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

4.5 ต้องการความสำเร็จในสิ่งที่ปรารถนาสูงสุดของตัวเอง

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองมีจุดเน้น คือ การทำให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ หลักการสำคัญของกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ ผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพต้องดำเนินการบนพื้นฐานของจรรยาบรรณวิชาชีพในข้อสำคัญที่เป็นอันดับแรก คือ อย่าทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย (First principle is to do no harm) ควบคู่กับการทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด (สันต์ หัตถิรัตน์, 2551) ความต้องการและความจำเป็นขั้นพื้นฐานที่จะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีลำดับความต้องการของมนุษย์ ได้แก่ การบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด การได้รับการดูแล

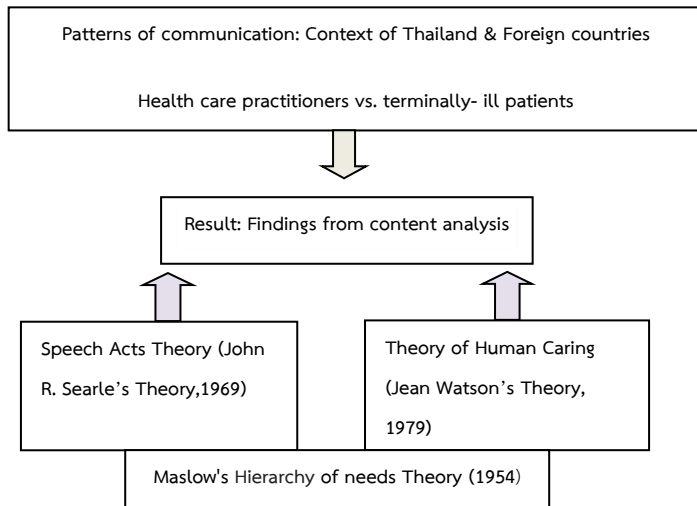
ทางด้านร่างกายให้สุขสบาย มีความรู้สึกปลอดภัย (Physical safety) มีความอบอุ่นที่อยู่ท่ามกลางบุคคลที่ตนเองรัก (Love and belonging) และได้จัดการกับภาระที่คั่งค้างในใจหรือในชีวิตอย่างเรียบร้อย ไม่วิตกกังวล รู้สึกสงบและรับรู้ในคุณค่าของตนเอง (Self esteem) และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

5. ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ (Watson, 1979) แนวคิดทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันมีจุดเน้นที่การดูแลที่เข้าถึงจิตใจของมนุษย์ซึ่งมีคุณค่าและศักดิ์ศรี โดยให้ความสำคัญกับคุณภาพและความกลมกลืนในมิติของ กาย-จิตใจ-สังคมและจิตวิญญาณของมนุษย์ที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลสามารถสัมผัสถึงพลังแห่งการดูแลที่ก่อให้เกิดความรักและความเข้าใจผู้อื่นโดยเฉพาะผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตต้องเผชิญกับ “สภาวะเงื่อนไข” ที่แตกต่างกัน ทั้งในมุมมองทัศนคติต่อชีวิตและความตายตลอดจนมีการตอบสนองที่แตกต่างกัน แต่สิ่งที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความคาดหวังและความต้องการที่ไม่แตกต่างกัน คือ ความต้องการในการดูแลเอาใจใส่อย่างเป็นองค์รวม (Holistic care) จากผู้ที่เกี่ยวข้องและบุคคลในครอบครัว/ผู้ใกล้ชิดด้วยการดูแลเอาใจใส่อย่างมีเมตตา ความอบอุ่น มิตรไมตรี เห็นอกเห็นใจและความจริงใจ ไม่ทอดทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่อย่างโดดเดี่ยว ดังนั้นแนวคิดทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของ จิน วัตสัน จึงมีจุดเน้นที่การให้ความรักในเพื่อนมนุษย์จะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพลังในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ นอกจากนี้แล้วยังจะทำให้บุคคลทั้งสองฝ่าย ได้แก่ ผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพและผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ค้นพบกับสาระสำคัญของชีวิตตามสภาพความเป็นจริงของชีวิต คือ ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานและความตาย สิ่งที่เป็นความหมายของชีวิตที่กล่าวมานี้จึงเป็นจุดสัมผัสถึงพลังแห่งการดูแลที่ก่อให้เกิดความรักอันยิ่งใหญ่ระหว่างเพื่อนมนุษย์ที่พึงมีต่อกันและความเข้าใจชีวิตของตนเองและผู้อื่น ก่อให้เกิดกระบวนการดูแลด้วยพลังแห่งความรักและช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณค่าและการจากลาอย่างสุขสงบ (Peaceful death)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ได้บูรณาการองค์ความรู้จากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย 3 ทฤษฎีมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้แก่ ทฤษฎีวิจ্ঞนกรรม ทฤษฎีลำดับความต้องการของมนุษย์ ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ แสดงแผนภูมิกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

ในสถานการณ์การสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพและผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นลักษณะของการสื่อสารที่สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน แสดงเจตนาและความตั้งใจให้เกิดผลลัพธ์ร่วมกันทั้งสองฝ่าย มีการใช้ถ้อยคำที่แสดงออกอย่างชัดเจน (ความหมายตรง) หรือความหมายแฝง/มีนัย ซึ่งสอดคล้องตามทฤษฎีวิจ্ঞนกรรมที่ประกอบด้วย วิจ্ঞนกรรมสื่อความหมายตามคำตรง (Locutionary Acts) และวิจ্ঞนกรรม

ปฏิบัติ (Illocutionary Acts) ที่จำแนกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มบอกกล่าว กลุ่มชี้แนะ กลุ่มผูกมัด กลุ่มแสดงความรู้สึกและกลุ่มแถลงการณ์

อนึ่ง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเป็นการดำเนินการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ความปลอดภัยในชีวิต และให้ความสำคัญต่อการเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามแนวคิดทฤษฎีลำดับความต้องการของมนุษย์เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความเหมาะสม นอกจากนี้แล้วปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นลักษณะของการพึ่งพาและการช่วยเหลืออย่างเอื้ออาทรตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลมนุษย์ ที่มีจุดเน้นการดูแลบนพื้นฐานของความรักในความเป็นเพื่อนมนุษย์ แสดงถึงคุณธรรมและจริยธรรมที่มนุษย์พึงมีต่อกัน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพลังในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะหมดหวังจากการรักษาแล้วก็ตาม กรอบแนวคิดทั้ง 3 ทฤษฎีที่มีสาระสำคัญทางด้านวัจนกรรม (Speech acts) ความเอื้ออาทรต่อมนุษย์ (Human caring) การตอบสนองความต้องการและความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ (Human needs) ผู้วิจัยเชื่อว่าจะเป็นองค์ความรู้ที่สนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้ให้มีคุณภาพน่าเชื่อถือและสามารถนำข้อค้นพบจากการวิจัยไปใช้ประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติการสุขภาพในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติหรือผู้ป่วยที่อยู่ระยะสุดท้ายของชีวิต

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ทำการคัดเลือกเอกสารวิชาการเพื่อศึกษาและวิเคราะห์เนื้อหา ได้แก่ ตำราบทความวิชาการและบทความวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยใช้หลักการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Data triangulation) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ถูกต้อง น่าเชื่อถือและสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปทำการวิเคราะห์ให้มีความสอดคล้องตามขอบเขตและจุดมุ่งหมายของการวิจัย การตรวจสอบข้อมูลสามเส้าในการวิจัยนี้ใช้ 2 วิธีคือ

1.1 การตรวจสอบด้านข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์- สถานที่- บุคคล โดยผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกเอกสารวิชาการประกอบด้วย คู่มือ/ ตำรา บทความวิชาการ/ บทความวิจัย ที่มีเนื้อหาเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทประเทศไทย เป็นเอกสารที่เผยแพร่ทางอินเทอร์เน็ตระหว่างปี พ.ศ. 2552-2559 จำนวน 10 ฉบับ (แสดงในตารางที่ 1) และบทความวิจัยต่างประเทศที่อยู่ในทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือ เป็นเอกสารที่เผยแพร่ในวารสารวิชาการที่ปรากฏในฐานข้อมูล Science Direct ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2558 จำนวน 10 ฉบับ รวมทั้งสิ้นจำนวน 20 ฉบับ โดยพิจารณาจากการอิมตัวของข้อมูล (แสดงในตารางที่ 2)

1.2 การตรวจสอบด้านวิธีการได้มาของข้อมูล/เนื้อหาที่มีอยู่ในเอกสารที่คัดเลือกมาศึกษา คือ ตำรา บทความวิชาการ บทความวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์ (Full paper) และมืองค์ประกอบของตำราครบถ้วน ส่วนบทความวิชาการ/บทความวิจัยมีความครอบคลุมในระเบียบวิธีวิทยาการวิจัยและพิจารณาถึงเนื้อหาสาระภายในเอกสารวิชาการที่แสดงปฏิสัมพันธ์การสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น แสดงถ้อยคำหรือประโยคการสนทนาโต้ตอบระหว่างกันในแต่ละสถานการณ์ ผู้แต่งหรือผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีบันทึกเสียงการสนทนาและทำการถอดข้อความการสนทนา เขียนเป็นรูปประโยคคำพูดและรายงานไว้ในเอกสาร

ตารางที่ 1 ชื่อเอกสารวิชาการ: คู่มือ ตำรา บทความวิชาการและบทความวิจัยในประเทศไทย 10 ชื่อเรื่อง

ลำดับ	ปีที่เผยแพร่	เอกสารวิชาการ	ชื่อเรื่อง
1	2552	บทความวิชาการ	บทบาทพยาบาลในการสื่อสารเรื่องไม่พึงประสงค์หรือแจ้งข่าวร้ายในผู้ป่วยมะเร็ง
2	2552	คู่มือ	ทักษะการสื่อสารเพื่อดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

ลำดับ	ปีที่เผยแพร่	เอกสาร วิชาการ	ชื่อเรื่อง
3	2552	ตำรา	พยาบาล: เพื่อนผู้ร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย
4	2553	บทความ วิชาการ	Palliative care กับการลดความเจ็บปวดทั้งคนไข้และครอบครัว
5	2553	บทความ วิชาการ	การสื่อสารสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย
6	2555	บทความวิจัย	การแจ้งข่าวร้ายที่ผู้ป่วยต้องการและที่ได้รับในผู้ป่วยมะเร็งกระดูกปฐมภูมิ.
7	2556	คู่มือ	การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
8	2557	ตำรา	แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
9	2557	บทความวิจัย	สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
10	2559	บทความ วิชาการ	การสื่อสารเพื่อการพยาบาลประคับประคอง

ตารางที่ 2 ชื่อบทความวิจัยต่างประเทศ 10 ชื่อเรื่อง

No.	Countries	Published (Year)	Research articles
1	Norway	2007	Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? : A qualitative study of cancer inpatients communication needs
2	UK	2009	Dying, death and bereavement: a qualitative study of the views of carers of people with heart failure in the UK
3	USA	2012	Conveying empathy to hospice family caregivers: Team responses to caregiver empathic Communication
4	Netherlands	2013	What happens after a request for euthanasia is refused? Qualitative interviews with patients, relatives and physicians
5	Sweden	2014	Challenging conversations with terminally ill patients and their loved ones: Strategies to improve giving information in palliative care
6	USA	2014	Management of care or management of face: Indirectness in Nurse Practitioner/patient interactions

No.	Countries	Published (Year)	Research articles
7	Iceland	2014	Death talk: gender differences in talking about one's own impending death
8	UK	2014	After you: conversations between patients and healthcare professionals in planning for end of life care
9	France	2014	Initiating decision-making conversations in palliative care: an ethnographic discourse analysis
10	Belgium	2015	Dealing With Existential Suffering of Patients With Severe Persistent Mental Illness: Experiences of Psychiatric Nurses in Flanders (Belgium)

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารทางวิชาการที่มีเนื้อหาสาระเกี่ยวข้องกับการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากตำรา/คู่มือ บทความวิชาการและบทความวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร(Content analysis) โดยใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 3 ชุด ภายใต้กรอบแนวคิด ทฤษฎีวิจ্ঞากรรม (John R. Searle's theory, 1969)

เครื่องมือชุดที่ 1 แบบบันทึกรูปแบบและระเบียบวิธีวิทยาการวิจัยของงานวิจัยที่คัดเลือกมาศึกษา มีขอบเขตการบันทึกที่ครอบคลุม ดังนี้ ชื่อหัวข้อเรื่องวิจัย วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีการวิจัย กลุ่มตัวอย่างประชากร เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและข้อค้นพบจากผลการวิจัย

การบันทึกข้อมูลมีวิธีดำเนินการ ดังนี้ ผู้วิจัยอ่านเอกสารที่เป็นบทความวิจัยตลอดทั้งฉบับ แล้วทำการคัดข้อความหลักที่สำคัญ (Main topics) ลงในแบบบันทึกข้อมูลจนครบทุกขั้นตอนตามที่ระบุในเครื่องมือ ส่วนเอกสารวิชาการที่เป็นบทความวิชาการและตำรา/คู่มือ ผู้วิจัยได้อ่านในส่วนที่เกี่ยวข้องโดยละเอียดและได้ทำการคัดลอก (Coding) ถ้อยคำ/ประโยคสนทนาระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

โดยไม่ได้ทำการแปลความ ตีความ ตัดทอนหรือเปลี่ยนแปลงถ้อยคำ/ประโยคสนทนาแต่อย่างใด ทำการบันทึกลงในแบบบันทึกฯ (เครื่องมือชุดที่ 1) เช่นเดียวกัน

เครื่องมือชุดที่ 2 แบบวิเคราะห์ข้อมูลการบันทึกวจนกรรมสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เจาะจงเฉพาะวจนกรรมสื่อความหมายตามคำตรง และวจนกรรมปฏิบัติที่จำแนกกลุ่มวจนกรรมตามกรอบแนวคิดของ Searle (1969) ออกเป็น 5 กลุ่ม คือ กลุ่มบอกกล่าว กลุ่มชี้แนะ กลุ่มผูกมัด กลุ่มแสดงความรู้สึก และกลุ่มแถลงการณ์

การดำเนินการโดยใช้เครื่องมือชุดที่ 2 ดังนี้ นำถ้อยคำ/ประโยคสนทนาของผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพและของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บันทึกไว้ในเครื่องมือชุดที่ 1 มาทำการจัดกลุ่มโดยจำแนกตามลักษณะของกลุ่มวจนกรรม แล้วทำการบันทึกข้อมูลลงในตารางที่ได้แบ่งเป็นวจนกรรมสื่อความหมายตามคำตรงและวจนกรรมปฏิบัติที่จำแนกเป็น 5 กลุ่ม

เครื่องมือชุดที่ 3 แบบสรุปรูปแบบวจนกรรมสื่อสารโดยแบ่งออกเป็นแต่ละรูปแบบวจนกรรมนำมาหาคำร้อยละ และจัดแยกข้อมูลที่รวบรวมได้เป็น 3 ข้อมูล ดังนี้

3.1 คำร้อยละ ของรูปแบบวจนกรรมสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทประเทศไทย

3.2 คำร้อยละ ของรูปแบบวจนกรรมสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทต่างประเทศ

3.3 เปรียบเทียบ คำร้อยละ ของรูปแบบการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทประเทศไทยและต่างประเทศ

ผลการวิจัย

การศึกษาวิเคราะห์เอกสารวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งในบริบทประเทศไทยและต่างประเทศ จำนวน 20 ฉบับ แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วิเคราะห์รูปแบบการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทประเทศไทยความหมายตามคำตรงและจำแนกตามลักษณะกลุ่มวัจนกรรม (คิดเป็น ร้อยละ)

รูปแบบการสื่อสาร	ผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพ	ผู้ป่วยระยะสุดท้าย
1. ความหมายตามคำตรง(Locutionary)	64.90 % **	42.10%
2. วัจนกรรมปฏิบัติ(Illocutionary)		
2.1 กลุ่มบอกกล่าว (Representatives)	43.85 %	35.09 %
2.2 กลุ่มชี้แนะ (Directives)	26.31 %	15.78 %
2.3 กลุ่มผูกมัด (Commissives)	14.03 %	22.80 %
2.4 กลุ่มแสดงความรู้สึก (Expressive)	18.78 %	49.21 % **
2.5 กลุ่มแถลงการณ์ (Declaratives)	-	-

ตารางที่ 4 วิเคราะห์รูปแบบการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทต่างประเทศ ความหมายตามคำตรงและจำแนกตามลักษณะกลุ่มวัจนกรรม (คิดเป็น ร้อยละ)

รูปแบบการสื่อสาร	ผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพ	ผู้ป่วยระยะสุดท้าย
1. ความหมายตามคำตรง (Locutionary)	35.74%	41.66%
2. วัจนกรรมปฏิบัติ (Illocutionary)		
2.1กลุ่มบอกกล่าว(Representatives)	42.44 %	35.83 %
2.2 กลุ่มชี้แนะ (Directives)	33.09%	5.00%
2.3 กลุ่มผูกมัด (Commissives)	4.31%	-
2.4 กลุ่มแสดงความรู้สึก (Expressive)	17.26%	60.01%**
2.5 กลุ่มแถลงการณ์ (Declaratives)	2.87%	-

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบรูปแบบการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทประเทศไทย และต่างประเทศความหมายตามคำตรงและจำแนกตามลักษณะกลุ่มวัจนกรรม (คิดเป็น ร้อยละ)

รูปแบบการสื่อสาร	ผู้ปฏิบัติการสุขภาพ		ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	
	ประเทศไทย	ต่างประเทศ	ประเทศไทย	ต่างประเทศ
1. ความหมายตามคำตรง (Locutionary)	64.90 %**	35.74%	42.10%	41.66%
2. วัจนกรรมปฏิบัติ (Illocutionary)				
2.1 กลุ่มบอกกล่าว (Representatives)	43.85%	42.44%	35.09%	35.83%
2.2 กลุ่มชี้แนะ (Directives)	26.31%	33.09%	15.78%	5.00%
2.3 กลุ่มผูกมัด (Commissives)	14.03%	4.31%	22.80%	-
2.4 กลุ่มแสดงความรู้สึก (Expressives)	18.78%	17.26%	49.21%*	60.01%**
2.5 กลุ่มแถลงการณ์ (Declaratives)	-	-	2.87%	-

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะการสื่อสารในแต่ละรูปแบบของผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า รูปแบบการสื่อสารในวัจนกรรมกลุ่มบอกกล่าวและกลุ่มชี้แนะมีระดับใกล้เคียงกัน แต่มีความแตกต่างกันในรูปแบบการสื่อสารความหมายตามคำตรงของผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพในบริบทประเทศไทยและวัจนกรรมกลุ่มแสดงความรู้สึกของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทต่างประเทศ นำเสนอผลการอภิปรายใน 3 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 รูปแบบการสื่อสารความหมายตามคำตรงของผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพในบริบทประเทศไทยมีค่ามากกว่าต่างประเทศ คิดเป็นร้อยละ 64.90

(ต่างประเทศ ร้อยละ 35.74) อภิปรายว่า การสื่อสารของผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพที่จะส่งถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายมุ่งเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ วิธีการรักษา ภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพชีวิตภายหลังการรักษาแต่ละวิธี (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2553) มีเป้าหมายเพื่อให้สามารถกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม (ดาริน จตุรภัทรพร, 2554) เป็นลักษณะการสื่อสารเพื่อการบำบัด (Therapeutic relationship) และมีมุมมองต่อการให้ความสำคัญเรื่องพยาธิสภาพของโรค “Disease perspective” (Balzer - Riley, 2012) ในขณะเดียวกันเมื่อผู้ป่วยได้รับทราบข่าวร้ายเกี่ยวกับโรคของตนเองที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมุมมองชีวิตที่มีผลกระทบในทางลบของตนเองและครอบครัวต่อการดำเนินชีวิตทั้งในปัจจุบันและอนาคต เกิดความรู้สึกหม่นหมองกับชีวิตที่เหลืออยู่อันเนื่องมาจากความไม่แน่นอนของการดำเนินของโรค รู้สึกกดดันหรือคับข้องใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ ตลอดจนทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายต่างๆ (Almack, Cox, Moghaddam, et.al., 2012) สิ่งเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยที่มีต่อความเจ็บป่วยและสิ่งคุกคามชีวิต “Illness perspective” (Balzer - Riley, 2012) ซึ่งเป็นมุมมองที่แตกต่างกันระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตัวอย่างประโยคที่แสดงความหมายตามคำตรงของผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพในบริบทประเทศไทย เช่น “หมอได้ตรวจเลือดของคุณ.. และพบเม็ดเลือดขาวตัวอ่อน ซึ่งอาจมีความเป็นไปได้ว่าคุณ.....ป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและการตรวจไขกระดูกจะช่วยยืนยันว่าคุณ..ป่วยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวจริง” (จิตชนา บุญนันท และปรางทิพย์ ฉายพุทธ, 2552) และตัวอย่างประโยคที่แสดงความหมายตามคำตรงของผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพในบริบทต่างประเทศ เช่น “Ok, there is also something that I wanted to talk to you about, it may have been touched on before with you, it’s about what you would like as interventions if you ever suffered medical complications. When we are at the hospital, we’re sick, you agree with me?” (Bélanger et. al, 2014)

ประเด็นที่ 2 รูปแบบการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในกลุ่มวัฒนธรรมปฏิบัติ พบว่า วัฒนธรรมกลุ่มแสดงความรู้สึกของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทต่างประเทศ มีค่าร้อยละมากกว่าประเทศไทย 60.01 (ประเทศไทย ร้อยละ 49.21) อภิปรายว่า วัฒนธรรมกลุ่มแสดงความรู้สึก (Expressives) เป็นถ้อยคำที่บ่งบอกให้ผู้ฟังได้รับรู้ถึงความรู้สึกนึกคิด ทศนคติและสภาวะทางอารมณ์ของผู้พูดที่มีต่อผู้ฟัง สอดคล้องตามกรอบแนวคิดทฤษฎีวัฒนธรรมของ Searle (1969) ที่ว่า การที่ผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลความเจ็บป่วยของตนเองที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้จากการบอกกล่าวโดยตรงของผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพ ผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาแสดงออกทางการสื่อสารแบบตรงไปตรงมาหรือความหมายแฝงที่แสดงถึงความต้องการหรือความคาดหวังที่เก็บไว้ภายในจิตใจที่แสดงออกมาเป็นวัฒนธรรมอ้อม (Austin, 1962) เป็นกลไกการปกป้องทางจิตของมนุษย์ที่เป็นการหาทางออกให้กับจิตใจเมื่อบุคคลเผชิญสถานการณ์ที่เลวร้าย (Cherry, 2016) เช่น ความกลัวการพลัดพราก วิตกกังวลต่อความตายกับการจัดการกับภาระต่างๆที่ยังไม่เรียบร้อย ห่วงใยบุคคลอื่นเป็นที่รักในครอบครัวซึ่งลักษณะการแสดงออกของปัญหาทางด้านร่างกายของผู้ป่วยที่อยู่ระยะสุดท้ายของชีวิตทั้งเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน แต่จะมีความแตกต่างกันในด้านการแสดงออกด้านอารมณ์และจิตใจ โดยผู้ป่วยเพศหญิงจะปรากฏชัดเจนมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย (Skulason, Hauksdottir, Ahcic. et al., 2014) ปฏิกิริยาที่มีแสดงออกจะเป็นการช่วยลดความกดดันหรือลดความคับข้องใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ (Almack, Cox, Moghaddam, et.al., 2012) การสื่อสารที่บ่งบอกถึงความคิดและความรู้สึกภายในจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ปรากฏชัดเจนดังตัวอย่างคำพูด ดังนี้ ประโยคที่แสดงความตกใจ/ปฏิเสธ/ไม่ยอมรับความจริง เช่น “ไม่จริง ไม่น่าจะเป็นไปได้ ผลการตรวจต้องมีอะไรผิดพลาดสักอย่าง” หรือ “I can't believe it”, “This can't be happening”, “Not to me!”, “Not again!” การแสดงกิริยาโกรธ หงุดหงิด ระบายอารมณ์อย่างไม่มีเหตุผลหรือไม่มีสาเหตุ เช่น “Why me? It's not fair!” “NO! I can't accept this!” หรือ “ทำไมต้องเป็นฉันด้วย ไม่ยุติธรรมเลย ลูกก็ยังเล็กนัก” แสดงคำพูดต่อรอง อาจต่อรองกับสิ่ง

ศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่ตั้งใจไว้โดยเชื่อว่าสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีความหวังที่จะมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไป เช่น “อยากให้แข็งแรงและมีกำลังใจบ้างจะได้ไปปฏิบัติธรรม” “I’ll do anything if you give me more time, A few more years?” และการแสดงอารมณ์ซึมเศร้า ระทมใจ รู้สึกหมดหวัง เมื่อเริ่มตระหนักว่าตนเองไม่อาจหนีความตายไปได้และสูญเสียโอกาสที่จะมีชีวิตอยู่กับครอบครัว ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมองหาความหมายของชีวิตที่เหลืออยู่ พยายามทำความเข้าใจความจริงที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ตัวอย่างคำพูด เช่น “I’m so sad, why bother with anything?”; “What’s the point of trying?” และ “Will God forgive me all my sins?” or “Does it hurt when the soul leaves the body?” (Kubler, 1969)

จากตัวอย่างรูปแบบการสื่อสารแสดงความรู้สึกของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทต่างประเทศ ได้สะท้อนมุมมองความแตกต่างในบริบทของชาวยุโรปและชาวเอเชียทางด้านวัฒนธรรมการสื่อสาร ความเชื่อ ค่านิยมและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยที่ชาวยุโรปนั้นคุ้นเคยกับการแสดงความคิดเห็นอย่างตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อมทั้งนี้เพื่อต้องการให้ผู้รับสารหรือคู่สนทนาเข้าใจในสิ่งที่เขาต้องการจะสื่อออกไปอย่างลึกซึ้งโดยไม่ได้หมายถึงว่าเป็นวิธีการที่ไม่สุภาพ ส่วนการสื่อสารของชาวเอเชียมักจะสื่อสารแบบอ้อมหรือใช้คำพูดที่มีความหมายแฝงหรือมีนัยและใช้ระยะเวลาในการคิดไตร่ตรองในการตัดสินใจ ไม่กล้าตัดสินใจตามลำพัง มักเก็บความสงสัยไว้ในใจหรือการตัดสินใจในเรื่องสำคัญใดๆ มักต้องอาศัยการคิดร่วมกับบุคคลในครอบครัว เนื่องจากมีความผูกพันและผสมผสานระหว่างชีวิตส่วนตัวกับชีวิตครอบครัว มีความเชื่อในสิ่งเหนือธรรมชาติ นอกจากนี้แล้วชาวเอเชียได้รับการปลูกฝังให้มีลักษณะนิสัยเกรงใจและมักจะไม่ถนัดกับการพูดแบบตรงไปตรงมาเพราะผู้คนอาจจะมองว่าเป็นคนก้าวร้าวได้ ดังนั้นในการสื่อสารระหว่างกันอาจต้องใช้ระยะเวลาในการพูดคุยนานกว่าจะได้ข้อสรุป

ประเด็นที่ 3 รูปแบบการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า วัฒนธรรมกลุ่มบอกก้าวและกลุ่มชั้นนำมีระดับใกล้เคียงกันทั้งในบริบทประเทศไทยและต่างประเทศ ประเด็นอภิปราย คือ ในแต่ละสถานการณ์ความเจ็บป่วยทั้ง

ผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพและผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในเชิงดูแลรักษาพยาบาลและการพึ่งพา การสื่อสารที่เกิดขึ้นในเชิงสัมพันธ์ภาพเพื่อนำไปสู่การฟื้นฟู หาย อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพลังในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบของความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างการสนทนาที่ประกอบด้วยผู้พูดและผู้ฟัง (Austin, 1962) เป็นลักษณะของการแลกเปลี่ยนข้อมูล คุณธรรมและจริยธรรมที่มนุษย์พึงมีต่อกัน (Watson, 1979) การสื่อสารเพื่อบอกกล่าว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย การดูแลรักษาแบบประคับประคองที่มีจุดเน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในระยะเวลาของชีวิตที่เหลืออยู่ เป็นการช่วยทำให้ผู้ป่วยสบายและบรรเทาความทุกข์ทรมาน สามารถปรับตัว และการเผชิญกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น (Johnston, 2006) ในขณะเดียวกันผู้ป่วยก็ได้สะท้อนถึงปัญหาและ/หรือความต้องการ ความคาดหวังของผู้ป่วยเช่นกัน เป็นปฏิสัมพันธ์ที่ส่งผลต่อการเกิดความร่วมมือหรือมีข้อตกลงร่วมกัน (ณัฐกันต์ สุขชื่น, 2559) การระบุหรือการขึ้นาเป็นรูปแบบการสื่อสารเพื่อให้ผู้ฟังได้รับรู้ความหมายของสารหรือสาระสำคัญนั้นๆ ที่ก่อให้เกิดการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งหรือนำไปสู่การตัดสินใจร่วมกัน (กิตติคุณ ชลวิถี, 2551) และ (Bélanger, Rodríguez, Groleau et al., 2014) ดังแสดงตัวอย่างประโยคการสนทนาในสถานการณ์ต่างๆ ที่ผู้วิจัยได้คัดถ้อยคำสนทนาจากการวิเคราะห์เนื้อหาในเอกสารวิชาการและบทความวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่นำมาศึกษา ดังนี้ รูปแบบการสื่อสารที่เน้นการรักษาแบบประคับประคองและแสดงถึงความเอื้ออาทรเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและมีกำลังใจ (Maslow's hierarchy of needs theory, 1954) เช่น “แม้เราจะไม่สามารถรักษาโรคนี้อันให้หายขาดได้ แต่เราคงต้องดูแลคุณเป็นอย่างดีต่อไป เพื่อให้คุณป่วยรู้สึกสบายและไม่ทรมาน หมอจะพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้คุณป่วยรู้สึกเจ็บหรือไม่สบาย” และตัวอย่างประโยคสนทนาที่ช่วยลดความรู้สึกกดดันโดยการใช้ถ้อยคำที่ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและอบอุ่นใจ (Fearless healing and comfort) เช่น “While I can't cure you, there are still many things I can do for you. I want you to be able to speak openly with me, so

I can best help you. No matter what happens, I can be here for you—you are not alone.” (Skulason, Hauksdottir, Ahcic. et al., 2014)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ศึกษารูปแบบการสื่อสารแบบ Empathic communication และรูปแบบการดูแลระยะยาว (Long term care) ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในสถานบริการที่ก่อตั้งขึ้นในประเทศไทย เช่น สถานบริการที่ดำเนินการโดยองค์กรศาสนา การดูแลที่บ้าน/ในชุมชน และสถานที่พักพิงระยะสุดท้าย (Hospice)

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพล นาควิโรจน์. (2555). แนวทางการพูดคุยกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย [ออนไลน์]. ค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2559 จาก <http://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/doctor palliative5th>.
- จิตชญา บุญนันท์ และปรางทิพย์ ฉายพุทธ. (2552). บทบาทพยาบาลในการสื่อสารเรื่องไม่พึงประสงค์หรือแจ้งข่าวร้ายในผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารสภาการพยาบาล, 24 (3), 7-19.
- วิชณ พันธ์เจริญ. (2553). การสื่อสารสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย [ออนไลน์]. ค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2559 จาก <http://www.chulacc.com/forum/index.php?topic=438.0>.
- ดาริน จตุรภัทรพร. (2554). สุข รัก เข้าใจในช่วงสุดท้ายของชีวิต (Palliative care). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง.

- ทัศนาศ นุญทอง. (2554). **ทฤษฎีพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช**. เอกสารการสอนชุดวิชาการเลือกสรรการพยาบาลมารดาทารกและการพยาบาลจิตเวช หน่วยที่ 1-7. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- บังอร ไทรเกตุ. (บรรณาธิการ). (2556). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง**. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- วรารณณ์ คงสุวรรณและ คณะ. (2557). อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่ห้องฉุกเฉิน: ประสบการณ์ของพยาบาล. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**, 34 (3), 97-108.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2551). การดูแลผู้ป่วยให้ “ตายดี” (10) ภาคผนวก : สุตยอดแห่งชีวิต [ออนไลน์]. ค้นเมื่อ 22 ธันวาคม 2559 จาก <https://www.doctor.or.th/clinic/detail/9343>.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). **ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552** . นนทบุรี: วีกิ.
- สุพัตรา ศรีวิชชากร. (2553). การดูแลและเยียวยาด้วยหัวใจและศรัทธา. **วารสารบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว**, 2(5), 4-6.
- แสง บุญเฉลิมวิภาส. (2553). กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย. กรุงเทพฯ: ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2545). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. กรุงเทพฯ : ด่านสุทธาอมรินทร์บุ๊กเซ็นเตอร์ จำกัด.

- Almack, Cox, Moghaddam, Pollock and Seymour. (2012). **after you: conversations between patients and healthcare professionals in planning for end of life care** [Online]. Retrieved on 14 November, from: <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/11/15>.
- Austin, J. L. (1962). **How to do things with words** [Online]. Retrieved on 20 September 2016, from: <http://www.hup.harvard.edu/catalog.php?isbn=9780674852716>.
- Balzer- Riley. (2012). **Communication in Nursing**. St. Louis. Mosby.
- Bélanger, Rodríguez, Groleau, Légaré⁴, Macdonald and Marchand. (2014). **initiating decision-making conversations in palliative care: an ethnographic discourse analysis** [Online]. Retrieved on 14 November 2016, from: <http://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-684X-13-63>.
- Cherry, Kendra. (2016). **18 Common defense mechanisms used for anxiety** [Online]. Retrieved on 23 December 2016, from: <https://www.verywell.com/defense-mechanisms-2795960>.
- Johnston, S. (2006). **Nurses' and patients' perceptions of expert palliative nursing care** [Online]. Retrieved on 12 December 2016, from: <http://online.library.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.03857.x/abstract>.
- Kübler, R. (1969). **The 5 stages of grief and loss** [Online]. Retrieved on 12 August 2016, from: <http://psychcentral.com/lib/the-5-stages-of-loss-and-grief/>.

- Maslow, A. (1954). **Maslow's hierarchical theory of motivation** [Online]. Retrieved on 16 November 2016, From: <http://www.edpsycinteractive.org/topics/conation/maslow.html>.
- Searle, J. R., Vanderveken Daniel. (1969). **Introduction to the theory of speech acts of John Searle & foundations of illocutionary logic** [Online]. Cambridge University Press. Retrieved on 20 September 2016, from: http://www.uqtr.quebec.ca/~vandervk/05_Searle_vanderveken.pdf.
- Skulason, Hauksdottir A., Ahcic K. and Helgason AR. (March 11, 2014). **Death talk: gender differences in talking about one's own impending death** [Online]. Retrieved on 11 October 2016, from: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.../1472-684X-13-8>.
- Watson, J. (2008). **Nursing: The philosophy and science of caring** [Online]. Retrieved on 11 November 2016, from: <https://www.watsoncaringscience.org/files/Cohort%206/watsons-theory-of-human-caring-core-concepts-and-evolution-to-caritas-processes-handout.pdf>.
- World Health Organization. (2014). **WHO's Definition of palliative care** [Online]. Retrieved on 11 November 2016, from: <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>.