

ประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา



ปริญญาโท
ของ
กัญญ์ริตา ศรีภา

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

พฤษภาคม 2554

ประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

พฤษภาคม 2554

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

พฤษภาคม 2554

กัญญ์จिता ศรีภา. (2554). *ประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา*. ปริญญาโท วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม: อาจารย์ ดร.สธัญ ภู่ง, รองศาสตราจารย์ ดร.บุษฎิ โยเหลา, รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจการรับรู้และการให้ความหมายความตายและภาวะใกล้ตาย รวมถึงสภาพการณ์ชีวิตในภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวคิด มาร์ติน ไฮเดกเกอร์ (Martin Heidegger) โดยดำเนินการศึกษาวิจัยตามกระบวนการวิจัยของแวน แมนเนน (Van Manen) การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 6 ราย และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลรองซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 5 ราย และทีมสุขภาพจำนวน 3 ราย รวมถึงใช้การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (Informal Interview) การสังเกต (Observation) และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรับรู้ภาวะใกล้ตายใน 2 ลักษณะคือ รับรู้ตามจริง และรับรู้เพียงบางส่วน ซึ่งมีผลต่อให้ความหมายชีวิตในภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยใน 5 ลักษณะได้แก่ เป็นมะเร็งหนีไม่พ้นความตาย ภาวะใกล้ตายท่ามกลางความทุกข์ทรมาน ภาวะใกล้ตายกับภาระที่ต้องดูแล ภาวะที่ไม่ปกติหรือแปลกแยก และความทุกข์ใจกับภาวะใกล้ตาย และให้ความหมายความตายใน 5 ลักษณะ ได้แก่ ความตายทำให้พลัดพราก ความตายทำให้ต้องพลาดหวัง ความตายทำให้หลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน ความตายเป็นเรื่องปกติธรรมดา และความตายเป็นเรื่องไม่แน่นอน ไม่แน่ว่าจะตายหรืออยู่ โดยการให้ความหมายความตายและชีวิตในภาวะใกล้ตายนี้เป็นการให้ความหมายที่ไม่ตายตัว มีการแปรเปลี่ยนไปตามกาลหรือช่วงเวลา ในขณะที่การให้ความหมายของการมีชีวิตในภาวะใกล้ตายจะเชื่อมโยงกับการให้ความหมายความตาย และเกี่ยวพันกับบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เนื่องมาจากผู้ป่วยทำความเข้าใจเกี่ยวกับความตายภายใต้สถานการณ์ความเจ็บป่วยในภาวะใกล้ตาย ส่วนความคาดหวังกับชีวิตที่เป็นอยู่ในภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย จะมีความคาดหวังในเรื่องต่างๆ ได้แก่ หวังปาฏิหาริย์ช่วยให้ชีวิตอยู่ต่อไป ไม่มีความคาดหวัง ปล่อยไปตามเวรกรรม คาดหวังความชัดเจนจากทีมสุขภาพ คาดหวังผลการรักษา คาดหวังถึงที่พึ่งพิง คาดหวังความปกติ มิใช่ความแปลกแยก คาดหวังความเข้าใจจากทีมสุขภาพ ได้กระทำตามความคาดหวังและความเชื่อก่อนตาย ได้ตายท่ามกลางสภาพที่ผูกพันและคุ้นเคย จากไปอย่างไม่เป็นภาระ และคาดหวังกับชีวิตหลังความตาย นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่า ผู้ป่วยมีการเผชิญหน้ากับความตายและภาวะใกล้ตายในลักษณะต่างๆ ได้แก่ ปฏิเสธที่จะรับรู้สิ่งที่เป็นและความตาย เลือกความตายเป็นหนทางหลีกเลี่ยงปัญหา ต่อรองกับความเจ็บป่วยและความตาย ปกปิด

ตัวตนที่อ่อนแอ ทำให้ใจให้เข้มแข็ง/จัดการกับความเครียด ยอมรับกับภาวะใกล้ตายและพร้อมเผชิญความตาย แบ่งปันความเข้าใจและเผชิญปัญหาพร้อมกับครอบครัว จัดการกับภาระที่ค้างคาก่อนตาย และอยู่เพียงแค่อรอความตาย ซึ่งลักษณะการเผชิญปัญหาเหล่านี้จะเกิดจากการที่ผู้ป่วยปรับตัวระหว่างการยอมรับและการปฏิเสธ โดยแปรเปลี่ยนไปตามบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยที่ได้ทำให้ได้แนวทางสำคัญในการกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว โดยคำนึงถึงบริบทเฉพาะที่เกี่ยวข้องในมิติต่างๆ และการมีส่วนร่วมหรือการสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้การดูแลมีความครอบคลุมและต่อเนื่อง



DYING EXPERIENCE OF TERMINAL ILL CANCER PATIENTS:
A PHENOMENOLOGICAL STUDY



Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Doctor of Philosophy Degree in Applied Behavioral Science Research
at Srinakharinwirot University

May 2011

Kantita Sripa. (2011). *Dying Experience of Terminal Ill Cancer Patients: A Phenomenological Study*. Dissertation, Ph.D. (Applied Behavioral Science Research). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Dr. Sadhon Pookong, Assoc. Prof. Dr. Dusadee Yoelao, Adjunct Assoc. Prof. Dr. Kamolrat Turner.

This research aimed at understanding the death perception, the meaning of death and the conditions of dying, including the circumstances of life in the dying state of end-stage cancer patients. This is a study of Hermeneutic Phenomenology based on the idea of Martin Heidegger. Six steps of research process developed by van Manen were used. The data were collected by in-depth interviews, informal interviews, observation, and study of related documents. The key informants included six terminal ill cancer patients and the second key informants were the care givers providing care for the patients composed of five patients' family members and three members of the health team,

The study revealed that the patients with end-stage cancer perceived dying as two aspects, real perception and partial perception. These perceptions affected the meaning of life under the conditions of being closed to death. The patients expressed the meanings as five features including cancer death was inevitable, living with suffering, being a burden for care, being with a life that was not normal and deviant, and suffering with being. The meaning of death were given in five features: death caused separation, death took away opportunity and future, death made liberation from suffering, death was normal and death was uncertain. The meanings of death and life in this dying condition defined by the informants varied according to time or period. The meanings of life in the dying conditions were associated with the meanings of death and other related circumstance as the patient made understanding about death under the circumstances of illness in the state of dying. The expectations of life in the dying state of the patient included having miracles help them to live, no hopes, leaving to fate, clarity from health care team, results of treatments, reliant agency, normality not deviation, understanding from health care team, being able to follow their expectations and beliefs before they die, dying in a bonding place and familiar conditions, left with no incumbent, and life after death. In addition, the results also showed that the patients confronted with death and dying condition in other manners including, refusing to perceive what was being and death, choosing to die to escape from current problems, negotiating with the illness and death, concealing the identity of vulnerable child strength, making oneself strong, managing stress, accepting what was being, ready to confront death, sharing understanding and coping death with the family, finished left over

duty, and waiting for death. The nature of these copings derived by the variation of the patients' adjustment between acceptance and rejection. The conditions varied according to related circumstances. The finding made the significant approach to policy and practice in caring for patients with end stage and their families, focused on the particular context involved in various aspects, and participation or to build a network of caring in patients with end-stage, to provide comprehensive care and continuity.



ปริญญาบัตร

เรื่อง

ประสบการณ์ไถ่ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

ของ

กัญญ์จิตา ศรีภา

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมชาย สันติวัฒนกุล)

วันที่..... เดือน..... พ. ศ. 2554

คณะกรรมการควบคุมปริญญาบัตร

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

..... ประธาน

..... ประธาน

(อาจารย์ ดร.สรณ กุ่มคง)

(ศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร จิรวัดน์กุล)

..... กรรมการ

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ดุขฎิ โยเหลา)

(อาจารย์ ดร.สรณ กุ่มคง)

..... กรรมการ

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์)

(รองศาสตราจารย์ ดร.ดุขฎิ โยเหลา)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์)

..... กรรมการ

(อาจารย์ ดร. ยุทธนา ไชยจุกุล)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก อาจารย์ ดร.สธัญ ภู่งง ประธานควบคุมปริญญานิพนธ์ รวมทั้ง รองศาสตราจารย์ ดร.ศุภฎี โยเหลา และ รองศาสตราจารย์ กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ทั้งสองท่าน ที่กรุณาให้ คำปรึกษา แนะนำ ตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ทุกขั้นตอน ด้วยความเอาใจใส่มาโดยตลอด ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร จิรวรรณกุล และ อาจารย์ ดร. ยุทธนา ไชยจุฑกุล รวมถึงคณะกรรมการสอบปากเปล่าทุกท่าน ที่กรุณาช่วยให้ผู้วิจัย ได้รับประสบการณ์ และได้ทราบถึงคุณค่าในการทำงานวิจัย ซึ่งจะเป็นผลต่อเนื่องในการพัฒนาวิธี คิดและพัฒนาการทำงาน ให้มีคุณค่าและเกิดคุณประโยชน์ต่อส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอกราบ ขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ตลอดระยะเวลาที่ผู้วิจัยได้ศึกษาใน สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแห่งนี้ ซึ่งนอกจากผู้วิจัยจะได้ใช้ความรู้ ต่างๆ ที่ได้รับมา มาใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ การศึกษาที่ได้รับ ยังช่วยจุดประกายการเรียนรู้แก่ ผู้วิจัย ให้มีวิธีคิดที่ก้าวหน้าขึ้น และสามารถนำกระบวนการเรียนรู้เหล่านี้ ไปพัฒนาตนเองและ พัฒนางานอย่างต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อ คณะแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ในสนามวิจัย ที่กรุณาอนุญาต และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีแก่ผู้วิจัยในการศึกษาค้นคว้าและเก็บ รวบรวมข้อมูลมาตลอดระยะเวลาที่ศึกษาวิจัย รวมถึงคอยให้ความช่วยเหลือและมีมิตรจิตเป็นอย่าง ดียิ่ง ขอกราบขอบพระคุณผู้ป่วยตลอดจนครอบครัวผู้ป่วยทุกท่าน อีกทั้งผู้ป่วยทุกท่านที่ล่วงลับไป แล้ว ที่กรุณาให้ความร่วมมือ และเห็นถึงคุณค่าของงานวิจัยเรื่องนี้ งานวิจัยนี้จะสำเร็จไปมิได้เลย หากมิได้พวกท่านที่เสียสละบอกเล่าถึงประสบการณ์อันมีค่า และมีคุณประโยชน์เป็นอย่างยิ่ง ขอเป็น กำลังใจให้กับทุกๆ ท่านได้พบกับความสุขความเจริญ อีกทั้ง ขอให้ดวงวิญญาณผู้ป่วยที่ล่วงลับไป แล้วทุกท่านจงไปสู่สุคติ ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ นอกจากนี้ ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสังกัดอยู่และผู้ร่วมงานทุกท่าน ที่สนับสนุนให้ผู้วิจัยได้มี ช่วงเวลาแห่งการเรียนรู้ที่ทรงคุณค่านี้ ขอขอบพระคุณเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ ร่วมสถาบันวิจัยพฤติกรรม ศาสตร์ ที่เสียสละทั้งกำลังกายและกำลังใจอย่างดีเยี่ยมให้แก่ผู้วิจัย อีกทั้งที่ได้ร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมา ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาในสถาบันแห่งนี้ ขอขอบพระคุณ คุณไชยศิริ เชื้อทอง ที่คอยเป็นกำลังใจ ให้คำปรึกษา แนะนำ และคอยช่วยเหลือผู้วิจัยเสมอมา และท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ และระลึกถึงคุณของบิดา มารดา ที่เป็นผู้ให้ทุกสิ่งทุกอย่างแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยจะไม่สามารถ ก้าวมาถึงความสำเร็จนี้ได้เลยหากมิได้รับการอบรมเลี้ยงดูเป็นอย่างดีจากท่านทั้งสอง รวมถึงคอย เป็นกำลังใจอันดีเยี่ยมแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนกระทั่งสามารถมีวันอันน่าภาคภูมิใจนี้ได้

กัญญ์จิตา ศรีภา

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
ชีวิตกับความตาย.....	10
สาระสำคัญเกี่ยวกับชีวิต.....	10
สาระสำคัญเกี่ยวกับความตาย.....	16
กระบวนการทัศน์และแนวคิดเกี่ยวกับชีวิตใกล้ตายและความตาย.....	22
มิติต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับชีวิตในภาวะใกล้ตาย.....	39
งานวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดเรื่องชีวิตและความตาย.....	48
ประสบการณ์ชีวิตใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	51
สภาพการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	51
การรับรู้และการให้ความหมายความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	59
การเผชิญกับมะเร็งและความตาย.....	61
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ใกล้ตาย.....	66
การศึกษาประสบการณ์ใกล้ตายตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา.....	70
ความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา.....	71
ความเป็นมาของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา.....	73
แนวคิดสำคัญของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา.....	74
แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ.....	78
ปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความกับการศึกษาเรื่องความตาย.....	83
ระเบียบวิธีวิทยาของปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ.....	85
ข้อจำกัดของวิธีการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ.....	91
งานวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ.....	92

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 วิธีดำเนินวิจัย	101
การกำหนดระเบียบวิธีวิจัย.....	101
พื้นที่ในการศึกษาวิจัย.....	103
การพิจารณาเลือกสถานที่วิจัย.....	103
สภาพบริบทสนามวิจัย.....	103
ขั้นตอนการเข้าสู่สนามวิจัย.....	109
การกำหนดบทบาทของผู้วิจัยในสนามวิจัย.....	109
กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ.....	110
การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ.....	110
วิธีการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ.....	111
ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล.....	112
การดำเนินการศึกษาตามระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ.....	122
จรรยาบรรณในการวิจัย.....	131
4 ประสบการณ์ชีวิตใกล้ตาย	134
ตอนที่ 1 บริบทชีวิตที่สำคัญของผู้ให้ข้อมูล.....	135
บริบทความสัมพันธ์ในสนามวิจัย.....	136
บริบทความสัมพันธ์ในครอบครัว.....	139
ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับมะเร็งและความตาย.....	140
ความเชื่อ และความศรัทธาที่เกี่ยวข้องกับความตายและภาวะใกล้ตาย....	144
การวางแผนเป้าหมายในชีวิต.....	145
ตอนที่ 2 ชีวิตใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	146
การให้ความหมายชีวิตในภาวะใกล้ตายและความตาย.....	147
การให้ความหมายชีวิตในภาวะใกล้ตาย.....	147
การให้ความหมายความตาย.....	158
ความคาดหวังกับชีวิตที่เป็นอยู่.....	165
การเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตาย.....	176
สรุปโครงสร้างความหมายประสบการณ์ชีวิตใกล้ตาย.....	192

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 บทสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	196
บทสรุปและอภิปรายผลการวิจัย.....	197
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการตีความชีวิตใกล้ตาย.....	199
การรับรู้และการตีความชีวิตใกล้ตายภายใต้บริบทเงื่อนไขต่างๆ.....	200
ความหมายที่ซ่อนอยู่ภายใต้สิ่งที่ปรากฏ.....	206
การให้ความหมายที่แปรเปลี่ยนไปตามกาล.....	209
ความหมายของความตายที่เชื่อมโยงกับความหมายของชีวิต.....	210
ความคาดหวังที่เชื่อมโยงกับบริบทเงื่อนไขและกาล.....	211
การปรับตัวที่แปรเปลี่ยนระหว่างการยอมรับและการปฏิเสธ.....	212
ข้อเสนอแนะ.....	217
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว..	217
ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว.....	219
ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการวิจัย.....	222
บรรณานุกรม.....	224
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	233

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 เปรียบเทียบการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิด เอ็ดมุนด์ ฮุสเซิร์ล และ มาร์ติน ไฮเดกเกอร์.....	75
2 แสดงข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	112
3 แสดงข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลรอง.....	121
4 แสดงข้อมูลเบื้องต้นของทีมสุขภาพ.....	121
5 แสดงตัวอย่างการจดบันทึกภาคสนาม.....	126
6 แสดงตัวอย่างปฏิทินการทำงานภาคสนาม.....	127
7 แสดงตัวอย่างวิธีวิเคราะห์ในแบบต่างๆ.....	129
8 แสดงโครงสร้างความหมายของประสบการณ์ชีวิตใกล้ตายของ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	193



บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 แสดงแก่นสาระของประสบการณ์ชีวิตใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	197
2 แสดงลักษณะการปรับตัวของผู้ป่วยในการเผชิญความตายและภาวะใกล้ตาย.....	212



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความตาย (death) และภาวะใกล้ตาย (dying) เป็นเรื่องที่หลายคนอาจไม่เคยได้ตระหนักถึง ถ้าตนเองยังไม่ประสบกับเหตุการณ์เฉียดตายหรือเผชิญกับภาวะที่เข้าใกล้ความตาย คนส่วนใหญ่มองว่าความตายเป็นเรื่องที่น่าสะพรึงกลัวหรือไม่น่าปรารถนา โดยลืมตระหนักไปว่ามนุษย์ทุกคนต้องเผชิญกับความตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเนื่องมาจากทัศนคติของคนทั่วไปในสังคมปัจจุบันที่มองว่า ความตายเป็นสภาวะที่อยู่กันคนละชั่วหรือแยกขาดกับชีวิต เป็นการสิ้นสุดของชีวิต ทำให้บางคนมองความตายว่าเป็นเรื่องของความสูญเสีย พลัดพราก และความเจ็บปวดทรมาน และถ้าเทียบระหว่างการมีชีวิตกับความตาย ความตายเป็นเรื่องของอนาคต เป็นสิ่งที่มนุษย์หลายคนหวาดกลัวหรือไม่ต้องการ ด้วยฐานคิดนี้เอง จึงทำให้ต้องมีการยืดระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตให้นานที่สุด เพราะ “ความตาย” เป็นสิ่งที่ต้องหลีกเลี่ยงให้ไกล โดยอาจมองข้ามไปว่า แท้จริงแล้วการตระหนักถึงเรื่องความตาย จะเกี่ยวพันไปถึงการให้ความหมายของชีวิตที่ดำรงอยู่ก่อนความตายจะมาเยือน ดังเช่นพุทธศาสนาที่มีคำสอนให้ระลึกถึงความตายอยู่เสมอ เพื่อการใช้ชีวิตอย่างระมัดระวัง สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีสติและเป็นปกติสุข

แม้แนวคิดทางพุทธศาสนาจะเน้นการตระหนักถึงความตายอยู่เสมอ แต่ในปัจจุบันจะเห็นว่า ได้มีการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์อันทรงประสิทธิภาพเข้ามาแทนที่ศาสนาหรือความคิดความเชื่อที่สำคัญเกี่ยวกับความตาย ทำให้ชุมชนต้องสูญเสียอำนาจจัดการเรื่องความตายของชาวบ้านไปให้กับนักวิชาชีพ ผู้ป่วยที่นอนรอความตายถูกกั้นหรือแยกจากสังคมที่คุ้นเคย ไปอยู่ภายใต้บริบทแวดล้อมที่แปลกตา และท่ามกลางอุปกรณ์การแพทย์ทันสมัย ที่เพียงแต่ช่วยยืดชีวิตให้นานออกไปเท่าที่จะนานได้ โดยขาดความตระหนักถึงคุณภาพชีวิตและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตาม ในช่วงไม่กี่ทศวรรษที่ผ่านมา ได้มีการศึกษาเรื่องความตายกันอย่างจริงจัง จิตวิทยาสมัยใหม่ได้เริ่มทำลายสิ่งต้องห้ามต่างๆ เกี่ยวกับความตาย ผู้เชี่ยวชาญงานวิจัยต่างๆ ได้มีส่วนเสริมสร้างสาขาวิชาที่เรียกกันว่า มรณวิทยา หรือการศึกษาเรื่องความตาย จากการสังเกตทางการแพทย์เกี่ยวกับความตาย และการทำงานเพื่อคนที่กำลังจะตาย ทำให้แม้แต่วงการวิทยาศาสตร์แบบอนุรักษนิยมสุดโต่งเริ่มตระหนักว่า ถึงไม่อาจมองเห็นความตายได้โดยอาศัยกล้องจุลทรรศน์ แต่เราสามารถมองความตายได้ในฐานะปรากฏการณ์อย่างหนึ่ง นักมรณวิทยาสมัยใหม่หลายคน ได้เสนอหลักฐานเอกสารสำคัญเพื่อสนับสนุนทฤษฎีว่า การตระหนักถึงความตายและความไม่เที่ยงของชีวิต จะช่วยให้มนุษย์มีชีวิตที่แข็งแกร่ง สมดุล และผสมผสานกลมกลืนกัน (มุลลิน. 2533: 2-3)

นอกจากการตระหนักถึงความตายจะมีประโยชน์ในเชิงปัจเจกบุคคลหรือส่วนตัวแล้ว ความตายยังมีนัยยะที่ก้าวล้ำไปถึงเรื่องของสังคมทั้งสังคมเลยทีเดียว เพราะถ้าพิจารณาให้ดีจะพบว่าความเข้าใจเรื่องความตายมีผลต่อการกำหนดทิศทางความเข้าใจและแนวปฏิบัติของคนในสังคมไม่มากนักน้อย ที่เห็นชัดเช่น ท่าทีของคนปัจจุบันที่หลงลืมเรื่องความตาย จึงเอาแต่แสวงหาความสุข แสวงหาความสำเร็จทางโลกหรือความสำเร็จทางวัตถุ ซึ่งตรงนี้เป็นจุดสำคัญเพราะแสดงถึงนัยยะเชิงสังคมเกี่ยวกับความตาย ในแง่หนึ่งเพราะความตายถูกปิดเอาไว้ ถูกทำให้กลายเป็นสิ่งที่ไม่สามารถเห็นได้ในชีวิตประจำวัน เพราะคนเราพยายามไม่นึกถึงความตาย หรือเพราะลึกลับๆ แล้ว มีความหวั่นเกรงความตาย เนื่องมาจากความไม่เข้าใจเรื่องของความตาย ยิ่งไปกว่านั้นการมองว่าความตายเป็นเรื่องของความสูญเสียบ หรือความเจ็บปวดทรมาน เป็นการมองในเชิงกายภาพด้านร่างกาย หรือมองความตายแต่ในเชิงวิทยาศาสตร์ เชิงวัตถุ เชิงกลไก จึงทำให้ได้ข้อสรุปว่า ความตายเป็นจุดสุดท้ายของชีวิต ซึ่งหากมองเห็นความตายในมุมที่กว้างขึ้น โดยมองให้ครอบคลุมไปถึงเรื่องจิตใจและเรื่องจิตวิญญาณด้วยแล้ว ความตายก็จะกลายเป็นเรื่องของสังคมในแง่ของการเพิ่มช่องทางที่จะทำให้จิตใจของคนในสังคมได้พัฒนาขึ้น (นันทนา อนุพงศ์พัฒนา. 2550: 3)

ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดจากการมองความตายเป็นเรื่องของสังคมและชุมชน และมองว่าเป็นเรื่องที่สร้างความผูกพันในสังคมได้ เป็นตัวอย่างของนักร้องลูกทุ่งชื่อดังของเมืองไทยที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งตับในระยะสุดท้าย แม้การตายของเขาจะเป็นการตายในโรงพยาบาลและภายใต้การรักษาที่ทันสมัย แต่ภาวะใกล้ตายที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทางกายของเขา ทำให้สังคมและวงการแพทย์หันกลับมาสนใจและพิจารณาในเรื่องความตายมากขึ้น จะเห็นจากการเผยแพร่ข่าวเกี่ยวกับสิทธิการตาย โดยยกกรณีของเขาเป็นตัวอย่าง (สมพันธ์ เตชะอธิก.2551) ซึ่งแม้จะยังไม่ได้ข้อตกลงที่ชัดเจนในการใช้วิธีดังกล่าว แต่ก็ทำให้สังคมให้ความสนใจและพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องความตายในแง่มุมที่หลากหลายมากขึ้น นอกจากนั้นในภาวะใกล้ตายของเขายังกระตุ้นให้สังคมตระหนักในเรื่องความตายและตระหนักถึงการแสดงความรักความผูกพันในครอบครัว การเผื่อแผ่ การให้กำลังใจ และภายหลังการตายของเขายังเป็นการดึงคนในสังคมให้เกิดการรวมกลุ่มทั้งเพื่อแสดงความรัก ความอาลัย และความช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่างๆ (ยอดรัก สลักใจ จากไปอย่างสงบ. 2551: 1) ตัวอย่างนี้ ทำให้เห็นว่าความตายมิใช่เพียงเรื่องของปัจเจกบุคคล แต่กลายเป็นเรื่องของคนในครอบครัว และเป็นเรื่องที่สะท้อนแง่คิดในการดำเนินชีวิตให้กับคนในชุมชนหรือสังคม

จะเห็นว่า การศึกษาเรื่องความตายและภาวะใกล้ตาย มีความสำคัญทั้งต่อชีวิตของบุคคล ชุมชน และสังคม แต่ถ้าพิจารณาให้ละเอียดลึกซึ้ง จะเห็นว่า แม้สังคมจะมีทัศนคติต่อความตายกว้างๆ อยู่ชุดหนึ่ง แต่กระนั้นก็ตามอาจเป็นไปได้เช่นกันว่าในชุมชนหรือแม้แต่ในครอบครัวเดียวกันก็อาจจะมึมมมองหรือมีทัศนคติต่อความตายที่ไม่เหมือนกัน ส่งผลให้วิถีจัดการเกี่ยวกับความตายแตกต่างกัน และเนื่องจากความตายเป็นเรื่องของชีวิตที่มีความละเอียดอ่อนและมีการปฏิบัติที่มาจากทัศนคติที่แตกต่างกันเช่นนี้ จึงอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งหรือกระทบกระทั่งกันได้ง่ายเมื่อบุคคลต้องอยู่ในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความตายร่วมกัน ซึ่งเมื่อพิจารณาไปถึงบริบทของที่มีสุขภาพ ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่ทำงานใกล้ชิดกับความตายมากที่สุด และต้องเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตายของผู้คนอยู่

เสมอ แต่บุคคลกลุ่มนี้กลับมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องความตายน้อยมาก เนื่องมาจากการให้ความสำคัญกับการเรียนรู้เพื่อช่วยชีวิต มากกว่าการเรียนรู้เรื่องความตาย และส่วนใหญ่มีทัศนคติว่าโรคทุกโรคสามารถรักษาหายได้ด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ ดังนั้น การกล่าวถึงความตายของผู้ป่วยขณะอยู่ในขั้นตอนรักษาจึงเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ เพราะเปรียบเสมือนการกำลังพูดถึง “ความล้มเหลว” ทางแพทย์

ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งคือ การให้นิยามความหมายความตายที่แตกต่างกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาในการสื่อสารระหว่างกันอันเนื่องมาจากความแตกต่างของวิถีคิด การให้ความหมายของแพทย์เป็นผลมาจากการมองแต่มิติทางการแพทย์โดยขาดการเชื่อมโยงกับมิติอื่นๆ อย่างเป็นองค์รวม ทั้งมิติทางสังคม วัฒนธรรม ตลอดจนพิธีกรรมเกี่ยวกับความตาย ในขณะที่การให้ความหมายของผู้ป่วยและครอบครัวมาจากมุมมองทางสังคมและวัฒนธรรมในชุมชนที่เขาดำรงชีวิตอยู่มากกว่า องค์ความรู้ของกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวนั้นจึงเป็นคนละชุดกับทีมผู้รักษา (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550: 17-18) นำมาซึ่งความไม่เข้าใจกัน และอาจล่วงเลยไปถึงความขัดแย้งในการปฏิบัติต่อกันได้ ซึ่งการดูแลรักษาที่ให้ความสำคัญกับมิติทางด้านร่างกาย โดยมองข้ามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในมิติต่างๆ รวมถึงวิถีคิดทางการแพทย์ดังที่กล่าวมาแล้วนั้น มักทำให้สังคมโดยทั่วไปปฏิเสธว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของการมีชีวิต และมองความตายเป็นศัตรูของสุขภาพ ซึ่งจะพบโดยทั่วไปว่า ในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่หมดหวังและใกล้ตายนั้น แพทย์ปัจจุบันมักให้ความสำคัญกับอุปกรณ์ที่ช่วยยืดชีวิตผู้ป่วย ยิ่งกว่าความสงบ หรือเกียรติและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย โดยลืมนึกไปว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะรู้สึกถึงประสบการณ์ที่น่าหวาดหวั่น และเกิดความทุกข์อย่างใหญ่หลวง

นอกจากนั้น การใช้เทคโนโลยีในปัจจุบันเพื่อการยืดอายุของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ยังเกี่ยวพันไปถึงปัญหาทางเศรษฐกิจ กล่าวคือ ทำให้มีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่เพิ่มสูงมากขึ้น ในขณะที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลับไม่ได้สูงขึ้นตามไปด้วย ในทางตรงข้าม การช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวตายอย่างสงบ จะสามารถลดค่าใช้จ่ายและความยุ่งยากในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย จะเห็นได้จากการศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่าย ระหว่างผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีการเตรียมตัวตายกับผู้ป่วยที่ไม่ได้เตรียมตัวตายในแคว้นคาตาลเนีย ประเทศสเปน (Serra-Prat; Gallo; & Picaza, 2001) พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่มีการเตรียมตัวตาย จะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีการเตรียมตัวตายถึงร้อยละ 71 โดยอัตราผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีการเตรียมตัวตายมากกว่าผู้ป่วยที่มีการเตรียมตัวตาย และยิ่งพบว่า การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น ผู้ป่วยที่มีการเตรียมตัวตายจะใช้ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการเตรียมตัวตาย ซึ่งทำให้ลดค่าใช้จ่ายจากการรักษาตัวภายในโรงพยาบาลลดลงไปได้

จากสภาพปัญหาและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญในการเรียนรู้เกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย โดยไม่มองว่าความตายเป็นเรื่องต้องห้ามที่ไม่ควรเอ่ยถึง หรือมองว่าเป็นเรื่องของบุคคลมากกว่าเรื่องของชุมชน แต่ควรมีมุมมองเกี่ยวกับความตายที่

สัมพันธ์กับทั้งมิติทางการแพทย์ มิติสังคมเศรษฐกิจ และมิติทางวัฒนธรรม และเห็นถึงความสำคัญที่จะนำเรื่องของความตายและภาวะใกล้ตายมาเป็นแนวคิดในการดำเนินชีวิตทั้งในชีวิตในยามปกติ และชีวิตที่เข้าใกล้ความตาย อีกทั้งยังช่วยให้เกิดวิถีคิดเกี่ยวกับวิถีปฏิบัติที่เหมาะสมต่อบุคคลที่เข้าใกล้ความตาย ซึ่งจากการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในวิชาปฏิบัติการวิจัย และจากประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยของผู้วิจัยเอง ทำให้ผู้วิจัยตระหนักว่า ภาระของผู้ป่วยภาวะใกล้ตายแต่ละกรณีมีความแตกต่างกัน ไม่มีกรณีศึกษาเรื่องความตายเรื่องใดที่จะเหมือนกันทุกประการ และการเรียนรู้เรื่องความตายจำเป็นต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ ที่ไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัว แต่ต้องสะท้อนให้เห็นถึงวิธีการเข้าถึงที่มีความยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนไปตามสภาพบริบทของแต่ละกรณีไป ทั้งนี้เพื่อทำความเข้าใจว่า ผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย ซึ่งอยู่ในช่วงที่ระยะห่างระหว่างความมีชีวิตกับความตายมีไม่มาก ประสบการณ์ระหว่างที่ยังมีชีวิตก่อนที่ความตายจะมาถึงนั้น พวกเขารับรู้และมีมุมมองอย่างไร และประสบการณ์เช่นนั้นทำให้ชีวิตของพวกเขาและครอบครัวข้างเปลี่ยนแปลงไปเช่นไร

จะเห็นว่าแม้จะมีองค์ความรู้หรือมีการศึกษาวิจัยถึงเรื่องความตายและชีวิตในภาวะใกล้ตายกันอย่างแพร่หลายมากขึ้น แต่การนำองค์ความรู้มาใช้อย่างเป็นรูปธรรมในวงการแพทย์ยังอยู่ในวงแคบ เห็นได้จากสถานพยาบาลหลายแห่ง ยังไม่มีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปใช้อย่างจริงจัง ตลอดจนทีมสุขภาพส่วนใหญ่ซึ่งเป็นกลุ่มคนสำคัญในการดูแลบุคคลในภาวะใกล้ตาย ยังขาดความตระหนักถึงความสำคัญขององค์ความรู้ดังกล่าว นอกจากนี้ การศึกษาค้นคว้าที่ผ่านมามีพบว่า ส่วนใหญ่แล้วองค์ความรู้ที่มีอยู่อธิบายถึงภาวะใกล้ตายและความตายในบริบททั่วไป ซึ่งส่วนใหญ่เป็นองค์ความรู้ที่พัฒนามาจากองค์ความรู้ของประเทศตะวันตก อย่างเช่นงานวิจัยที่น่าสนใจเกี่ยวกับการตระหนักถึงภาวะใกล้ตาย (Awareness of dying) ของ เกลเซอร์ และ สตราสส์ (Glaser & Strauss) ที่ได้ศึกษาภาวะใกล้ตายโดยใช้มุมมองทางสังคมวิทยา และใช้การวิจัยแบบทฤษฎีฐานราก (Grounded theory research) มาใช้เพื่อการวิเคราะห์ภาวะใกล้ตาย ภายใต้บริบทการดูแลของทีมสุขภาพในโรงพยาบาล เนื่องมาจากเห็นว่าความตายส่วนใหญ่ของชาวอเมริกัน เป็นความตายที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ดังนั้นการศึกษาจึงเน้นการทำความเข้าใจปฏิสัมพันธ์ทางสังคมท่ามกลางการจัดการภาวะใกล้ตายของทีมสุขภาพแก่ผู้ป่วยในระยะใกล้ตาย (Glaser & Strauss, 1965: vii – xi) ซึ่งในประเทศไทยแม้จะพบว่ามีการศึกษาเรื่องของการดูแลโดยรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) อยู่บ้าง แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติและรูปแบบการดูแลจากมุมมองของทีมสุขภาพ หรือการศึกษาทัศนคติของผู้รับบริการต่อการดูแล โดยมีได้มุ่งเน้นการศึกษาที่ตระหนักถึงปฏิสัมพันธ์ภายใต้บริบททางสังคมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีข้อแตกต่างจากงานวิจัยเรื่องอื่นๆ ที่ได้ทบทวนมาในแง่ที่ว่า เป็นการศึกษาภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย ภายใต้บริบทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาใช้เป็นรูปธรรม คำนึงถึงความเป็นบริบทเฉพาะของประเทศไทย ที่มีลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างจากประเทศในแถบตะวันตก โดยมีได้มุ่งทำความเข้าใจเฉพาะความคิด ความรู้สึกต่อความตายและภาวะใกล้ตายเท่านั้น แต่จะมุ่งทำความเข้าใจในลักษณะ

ตีความว่าบริบทในลักษณะและรูปแบบของการดูแลแบบประคับประคอง ที่มีการดำเนินการแบบเป็นรูปธรรมภายในสนามวิจัยแห่งนี้ รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งประกอบไปด้วยครอบครัวผู้ป่วยและทีมสุขภาพ มีความสำคัญเช่นไรต่อภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย โดยมุ่งทำความเข้าใจว่าบริบทเงื่อนไขต่าง ๆ เหล่านี้มีผลต่อการให้ความหมายความตายและภาวะใกล้ตายตามการรับรู้ของผู้ป่วยอย่างไร มีเงื่อนไขใดที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และยังมีสภาพหรือลักษณะเช่นไรที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการดูแล ทั้งนี้ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดสภาพบริบทที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทของสังคมไทย

ถ้าพิจารณาภาวะของโรคที่สัมพันธ์กับความตาย จะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายในอันดับต้น ๆ ของประเทศไทย เป็นโรคเรื้อรังที่เมื่อเจ็บป่วยมาจนถึงระยะสุดท้ายที่การแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถให้คำตอบได้อีก ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับความตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งจากการทบทวนการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาโดยเฉพาะการศึกษาวิจัยในประเทศไทยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแนวคิดหรือมุมมองเรื่องความตายในกลุ่มคนทั่วไปการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในภาวะใกล้ตายในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย หรือการศึกษาภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มอื่นๆ ที่มีมะเร็ง แต่ยังไม่พบชัดเจนถึงการศึกษาประสบการณ์ใกล้ตายในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งในภาวะที่ถือว่าเป็นระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีบริบทและสถานการณ์เฉพาะที่แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆ เพราะนอกจากภาวะในระยะสุดท้ายจะเป็นสถานการณ์ที่ใกล้ชิดกับความตายแล้ว ผู้ป่วยมะเร็งยังต้องเผชิญกับความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความตายตั้งแต่รับรู้ว่าเป็นมะเร็ง ซึ่งเป็นการรับรู้และการเผชิญประสบการณ์ที่มีเรื่องของช่วงเวลา สถานการณ์ และเงื่อนไขต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง ทั้งนี้ เพื่อที่จะอธิบายถึงสภาพการณ์และการเปลี่ยนแปลงของชีวิตในช่วงเวลาหนึ่ง ก่อนจะดำเนินไปถึงเส้นแบ่งของชีวิตและความตาย นอกจากนั้น จากการทบทวนการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่พบชัดเจนว่ามีการศึกษาที่พยายามเชื่อมโยงความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตใกล้ตายกับบริบทที่เกี่ยวข้องในมิติต่างๆ ในลักษณะของการตีความ ซึ่งการศึกษาในลักษณะดังกล่าวจะทำให้เกิดองค์ความรู้ที่สำคัญเกี่ยวกับชีวิตใกล้ตาย ที่มีเพียงเป็นเรื่องของสภาพการณ์ชีวิตในภาวะใกล้ตาย แต่ยังไม่เห็นถึงมิติต่างๆ ที่มีผลต่อการทำความเข้าใจหรือการตีความหมายภาวะใกล้ตายของผู้ที่ประสบกับประสบการณ์เช่นนั้น ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้วิธีวิทยาที่เห็นว่าจะมีความเหมาะสมต่อการได้มาซึ่งองค์ความรู้ที่สำคัญดังกล่าว

ปัจจุบันพบว่า การศึกษาวิจัยทั้งในและต่างประเทศมีการใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความในการศึกษาประสบการณ์ชีวิตกันอย่างแพร่หลายมากขึ้น โดยเฉพาะงานวิจัยในต่างประเทศ และเริ่มใช้กันมากขึ้นกับการศึกษาวิจัยในเมืองไทย ซึ่งในวงการสุขภาพมักจะใช้ในการศึกษาประสบการณ์ชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ และศึกษาประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วยในบางโรค แต่ยังไม่พบว่ามีการใช้วิธีวิทยาเช่นนี้ในการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะการศึกษาในบริบทของการดูแลแบบประคับประคองภายใต้สังคมและวัฒนธรรมแบบไทย ทั้งนี้ นอกจากการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาจะเหมาะสมกับ

การศึกษาประสบการณ์ชีวิตแล้ว จากการศึกษาถึงวิธีวิทยา ทำให้ผู้วิจัยเห็นว่า การใช้วิธีวิทยาปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ เหมาะต่อการศึกษาชีวิตภายใต้ประสบการณ์ใกล้ตายในครั้งนี้ เนื่องจากกระบวนการตีความที่ถูกต้องและรัดกุมจะช่วยให้เกิดคำอธิบายเกี่ยวกับปรากฏการณ์ใกล้ตายในลักษณะที่เป็นพลวัตได้อย่างชัดเจน อีกทั้งยังสามารถสืบค้นความหมายของชีวิตที่ซ่อนอยู่เบื้องหลังคำบอกเล่า อันจะทำให้สามารถอธิบายได้ว่าปรากฏการณ์ใกล้ตายมีความหมายเช่นไรต่อชีวิตของผู้ป่วยใกล้ตาย และพวกเขาเหล่านั้นมีวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงโดยเชื่อมโยงกับมิติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในลักษณะเช่นไร อันจะทำให้เข้าใจปรากฏการณ์ใกล้ตายได้อย่างลึกซึ้งและครอบคลุมยิ่งขึ้น

การศึกษาในครั้งนี้ จึงมีเพียงมองแต่เฉพาะตัวผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้เผชิญกับประสบการณ์ในภาวะใกล้ตายโดยตรง แต่ยังไม่มองไปถึงชีวิตผู้ป่วยภายใต้ความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยภายใต้บริบทที่เป็นอยู่ อีกทั้งการศึกษาชีวิตใกล้ตายในบริบทของสถานดูแลที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นทางการโดยวิธีวิทยาปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ จะสะท้อนให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยภายใต้บริบทการดูแลเฉพาะนี้ มีผลต่อความคิดและความรู้สึกผู้ป่วยในภาวะใกล้ตายเช่นไร และในลักษณะอย่างไร ซึ่งการทำความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวนี้ จะเป็นองค์ความรู้สำคัญที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับชีวิต ทั้งในมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ นอกจากนี้ ยังจะช่วยให้เกิดความเข้าใจสภาพปัญหาของกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น โดยไม่ละเลยประเด็นสำคัญและมิติต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนสามารถนำความรู้ความจริงที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการสร้างความเข้าใจ และพัฒนาศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ให้เป็นไปเพื่อตอบสนองความต้องการ เพื่อประโยชน์และเพื่อความสุขในชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

2. คำถามการวิจัย

คำถามการวิจัยในครั้งนี้ อยู่ภายใต้ขอบเขตเนื้อหาที่ต้องการศึกษา โดยจะใช้ในการค้นหาคำตอบที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ชีวิตในภาวะใกล้ตาย ภายใต้กระบวนการให้ความหมายหรือการตีความของบุคคล โดยคำนึงถึงปฏิสัมพันธ์ของบุคคลและภายใต้บริบทที่เกี่ยวข้องในมิติต่างๆ โดยผู้วิจัยได้ตั้งคำถามการวิจัยในเบื้องต้นไว้คือ

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีประสบการณ์ในภาวะใกล้ตายอย่างไร ?

3. วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ใกล้ตาย โดยใช้แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ ที่เน้นการตีความหมายภายใต้ประสบการณ์ที่บุคคลประสบ โดยผู้วิจัยได้กำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัยไว้ดังนี้

1. เพื่อทำความเข้าใจการให้ความหมายความตายและภาวะใกล้ตายตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. เพื่อทำความเข้าใจภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

4. ขอบเขตการวิจัย

สถานที่ทำการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภายในสถานดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแห่งหนึ่ง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มูลเหตุสำคัญที่ผู้วิจัยเลือกสถานที่แห่งนี้ในศึกษาวิจัย เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่รับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ที่มุ่งบรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากโรค และให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสงบก่อนตาย โดยสถานที่ที่เลือกเป็นสนามวิจัยในครั้งนี้ รับผิดชอบเฉพาะผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคไปตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในสนามวิจัยแห่งนี้ภายในเวลา 1 ปีครึ่ง โดยระยะเวลาจะมีความยืดหยุ่นขึ้นอยู่กับการได้ข้อมูลที่มีความอึดตัวเพียงพอ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

เนื่องจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาระยะการใกล้ตายของมนุษย์ โดยเป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา จึงควรศึกษาจากผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ประสบกับเหตุการณ์หรือมีประสบการณ์ใกล้ตายโดยตรง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง โดยกำหนดเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลรอง ซึ่งมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในสถานดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่กำหนดให้เป็นสนามวิจัย เป็นผู้ป่วยซึ่งแพทย์ให้ความเห็นว่าเป็นมะเร็งในระยะสุดท้ายที่ไม่อาจดูแลรักษาให้หายเป็นปกติได้ โดยต้องเป็นผู้ป่วยที่รับรู้ถึงภาวะของโรคในระยะสุดท้ายไม่น้อยกว่า 3 เดือน ตลอดจนมีความสามารถที่จะให้ข้อมูลและแสดงถึงความพร้อมและยินยอมในการให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลรอง

ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายภายในสนามวิจัยที่กำหนด ซึ่งแบ่งเป็น

1. ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย รับรู้ถึงภาวะของโรคในระยะสุดท้ายของผู้ป่วย และแสดงถึงความพร้อมและยินยอมในการข้อมูล

2. พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานอยู่ในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผู้วิจัยเลือกเป็นสนามวิจัย มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานแห่งนั้นอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป และแสดงถึงความพร้อมและยินยอมในการให้ข้อมูล

5. ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในการทำความเข้าใจถึงประสบการณ์และสภาวะต่างๆ ในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตหรือช่วงภาวะของโรค ให้สามารถปรับตัวและเลือกดำรงชีวิตในช่วงวาระสุดท้าย หรือในช่วงที่ทนทุกข์ทรมานจากภาวะของโรค ได้อย่างมีความสุขสงบ และสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

2. ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย เกิดความตระหนักและเข้าใจสภาพการณ์ในภาวะใกล้ตาย และมีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยในภาวะใกล้ตาย และส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถปรับตัวได้ทั้งในระยะก่อนตายของผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยได้จากไปแล้ว

3. ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์เกิดความตระหนักและเข้าใจสภาพการณ์ของชีวิตในภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

4. ได้ข้อมูลและข้อค้นพบที่สามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องและกำหนดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่เน้นการรับรู้และให้ความหมายความตาย และทำความเข้าใจสภาพการณ์ของผู้ป่วยในระยะใกล้ตาย โดยใช้แนวทางการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดแนวทางในการศึกษาวิจัยและเข้าใจเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้อย่างลึกซึ้ง ตลอดจนเพื่อให้การศึกษามีความละเอียดรอบคอบ และครอบคลุมประเด็นต่างๆ ที่ต้องการศึกษาอย่างครบถ้วน ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาระสำคัญที่จะนำเสนอตามลำดับหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ชีวิตกับความตาย
 - 1.1 สาระสำคัญเกี่ยวกับชีวิต
 - 1.2 สาระสำคัญเกี่ยวกับความตาย
 - 1.3 กระบวนการทัศน์และแนวคิดเกี่ยวกับชีวิตและความตาย
 - 1.4 มิติที่สัมพันธ์กับชีวิตในภาวะใกล้ตาย
 - 1.5 งานวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดเรื่องชีวิตและความตาย
2. ประสบการณ์ชีวิตใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 2.1 สภาพการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 2.2 การรับรู้และการให้ความหมายความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 2.3 การเผชิญกับมะเร็งและความตาย
 - 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ใกล้ตาย
3. การศึกษาประสบการณ์ใกล้ตายตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา
 - 3.1 ความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา
 - 3.2 ความเป็นมาของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา
 - 3.3 แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาที่สำคัญ
 - 3.4 แนวคิดการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ
 - 3.5 ปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความกับการศึกษาเรื่องความตาย
 - 3.6 ระเบียบวิธีวิทยาของปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ
 - 3.7 ข้อจำกัดของวิธีการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ
 - 3.8 งานวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ

1. ชีวิตกับความตาย

1.1 สารสำคัญเกี่ยวกับชีวิต

การศึกษาประสบการณ์ใกล้ตาย เป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและความตาย โดยเน้นการมองและทำความเข้าใจชีวิตในภาวะใกล้ตาย การทำความเข้าใจชีวิตในภาวะใกล้ตายจึงต้องเริ่มตั้งแต่การทำความเข้าใจสารสำคัญแห่งความจริงของชีวิต ซึ่งสำหรับมนุษย์แล้ว ชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมายและมีความสำคัญ และการที่มนุษย์จะรู้จักชีวิตตนเองได้ถูกต้องได้นั้น มนุษย์ต้องรู้จักตัวเองที่สอดคล้องกับความจริงแห่งชีวิต เนื่องจากมนุษย์มีคุณสมบัติพิเศษแตกต่างไปจากสิ่งมีชีวิตอื่นๆ เพราะมีปัญหาและเหตุผล ตลอดจนมีเป้าหมายของชีวิตในอนาคต ฉะนั้น มนุษย์จึงมักตั้งคำถามกับชีวิตตนเองว่า ชีวิตคืออะไร เป็นอยู่อย่างไร และจะให้ดำเนินการไปอย่างไร เพื่อให้บรรลุถึงจุดหมายปลายทางชีวิตนั้นอย่างมีความสุข และเมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรคที่ขวางกั้นหรือหยุดยั้งความมีชีวิต มนุษย์เลือกที่จะจัดการเช่นไร ดังนั้นการรู้ความจริงเกี่ยวกับชีวิตจะช่วยให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีปกติสุข ดังที่พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต, 2537: 21) ได้กล่าวไว้ว่า “คนที่มีความมั่นใจในชีวิตของตน จนไม่หวาดหวั่นพรันพรึงแม้ต่อความตาย ก็เพราะได้ดำเนินชีวิตของตนอย่างดีที่สุด และได้ใช้ชีวิตนั้นให้เกิดคุณประโยชน์คุ้มค่ากับการที่ได้เกิดมาแล้วในชาติหนึ่ง” ในขณะที่คนที่ไม่เข้าใจความจริงของชีวิต เมื่อประสบทุกข์และผิดหวังย่อมจะเศร้าโศกเสียใจ ท้อแท้ใจ และหมดหวังในชีวิต มองไม่เห็นทางเดินที่สว่างไสวในการแก้ปัญหาชีวิต จนในที่สุดอาจเกิดทุกข์ภัยทั้งแก่ตนและแก่สังคมทั้งทางตรงและทางอ้อมได้

ความหมายของชีวิต (The meaning of life)

ความหมายของชีวิต แตกต่างกันไปออกไปตามวิธีการมองชีวิตของแต่ละบุคคล ตลอดจนสังคมและวัฒนธรรมที่มีวิถีที่แตกต่างกันไป ความหมายของชีวิตยังเกี่ยวข้องกับการมีประสบการณ์ของแต่ละบุคคลในการค้นหาและแสวงหาคำตอบเกี่ยวกับชีวิตที่เกี่ยวข้องกับมิติต่างๆ นอกจากนั้น คำว่า ความหมาย (meaning) ก็ยังมีความไม่ชัดเจน คลุมเครือในการให้ความหมายของแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตาม หากมนุษย์มีท่าทีหรือแนวความคิดต่อสรรพสิ่งเช่นไร ก็มักจะแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแนวคิดหรือท่าทีเช่นนั้น และมักจะมีแนวโน้มเป็นเช่นนั้นอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากการได้รับการอบรม บ่มเพาะแนวคิดมาเช่นนั้น ซึ่งอันที่จริงแล้ว แนวความคิดที่ได้จากประสบการณ์ดังกล่าวนั้น อาจไม่มีความถูกต้องเสมอไป ดังนั้น มนุษย์จำเป็นต้องมีความเข้าใจกับความหมายของชีวิตอย่างถูกต้องเสียก่อน จึงแสวงหาและค้นหาแนวทางที่จะดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างไม่เอนออกนอกแนวทาง (คำแหง วิสุทธางกูร. มปป.: 5) ซึ่งวิธีการหนึ่งในการแสวงหาความหมายในชีวิตนั้น เกิดจากการที่บุคคลมีประสบการณ์กับอะไรบางสิ่งบางอย่าง อาทิเช่น ความดี ความจริง ความงาม หรือการซึมซับรู้จักธรรมชาติและวัฒนธรรม (แฟรงเกิล. มปป.: 203) ในที่นี้จะขอยกตัวอย่างการให้ความหมายชีวิตในมิติต่างๆ ที่สำคัญและสอดคล้องกับการศึกษาชีวิตในภาวะใกล้ตายดังนี้

ชีวิตในมิติที่เป็นความเชื่อทั่วไป (Popular belief)

มิติตามความเชื่อทั่วไป มีแนวคิดในแง่นิยามความหมายเกี่ยวกับชีวิตที่แตกต่างกันไป ในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต ซึ่งโดยส่วนใหญ่มักมองชีวิต คือการอยู่รอดปลอดภัย การประสบความสำเร็จ การได้มีความรู้หรือมีปัญญา การมีชีวิตอยู่ด้วยศีลธรรม จริยธรรม และคุณธรรม การได้มีประสบการณ์ทางศาสนา จิตวิญญาณหรืออำนาจแล่นรับตลอดจนการได้สร้างสรรค์และพัฒนาเทคโนโลยีเพื่ออนาคตของมนุษยชาติ (ประเวศ วะสี. 2545: 24) ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงความสอดคล้องกับชีวิตในภาวะใกล้ตาย จะเห็นได้ว่า การมองชีวิตคือการอยู่รอดปลอดภัย จะสอดคล้องกับการมองความตายที่เป็นเสมือนตัวจุดรั้งให้ชีวิตไร้ความหมาย คือไร้ซึ่งความอยู่รอดและปลอดภัย ตลอดจนเป็นตัวสกัดกั้นการมุ่งสู่ความสำเร็จ และการมีชีวิตอยู่กับความเชื่อถือ ศรัทธา และการสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ ดังที่มุ่งหวัง

ชีวิตในมิติทางปรัชญา

ปรัชญาพยายามแสวงหาคำตอบว่า อะไรคือสิ่งที่มีคุณค่าในชีวิตมนุษย์ คุณค่าคือแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความหมายของชีวิต เนื่องจากคุณค่าถูกนำมาใช้อธิบายความหมายของชีวิตนั่นเอง นักปรัชญาจำนวนมากจึงพยายามค้นหาคำตอบกับคำถามที่ว่า ชีวิตที่ดีนั้นควรจะเป็นเช่นไร หรือความหมายของชีวิตควรจะเป็นเช่นไรนั่นเอง ซึ่งมิติแบบปฏิฐานนิยม (Positive view) มีความเห็นว่าความหมายของชีวิตเมื่อแสดงออกด้วยภาษาจะเป็นสิ่งที่ไร้ความหมาย (Meaningless) นักคิดในกลุ่มนี้จะมองว่า ภาษาหรือข้อความใดๆ จะมีความหมายก็ต่อเมื่อ มันสามารถพิสูจน์ให้เห็นเป็นจริง ในลักษณะข้อความเชิงประจักษ์ หรือทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์ที่มีหลักฐานสนับสนุน และความจริงเชิงวิเคราะห์ การมองชีวิตในแง่ที่จึงต้องอาศัยความจริงที่สามารถพิสูจน์ได้ ในขณะที่มิติแบบปฏิบัตินิยม (Pragmatic view) มีความเห็นว่า ความจริงเกี่ยวกับชีวิตนั้น ควรจะเกี่ยวข้องกับการแสวงหาความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิตที่เห็นว่าเป็นประโยชน์ ความหมายของชีวิตของนักคิดในกลุ่มนี้จึงเกี่ยวข้องกับความเชื่อในเป้าหมายชีวิต และชีวิตจะสามารถค้นพบได้จากการมีประสบการณ์มุ่งสู่เป้าหมายในชีวิตนั้น (วิทย์ วิศทเวทย์. 2543: 6)

มิติแบบมนุษยนิยม (Humanistic view) มีทัศนะว่า เป้าหมายสูงสุดของชีวิตมนุษย์จะถูกกำหนดโดยตัวมนุษย์เอง อิทธิพลของสิ่งเหนือธรรมชาติไม่สามารถจะควบคุมได้ ความรู้ของมนุษย์ล้วนได้มาจากการสังเกต ทดลอง วิเคราะห์ด้วยเหตุผลของมนุษย์ทั้งสิ้น และสิ่งสำคัญในชีวิตมนุษย์ คือความสุขของแต่ละบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุขของมนุษย์ทั้งหมด เนื่องจากมนุษย์เป็นสัตว์สังคม ที่แสวงหาความหมายในความสัมพันธ์ และทุกคนต่างได้รับประโยชน์จากความเจริญทางวัฒนธรรมในสังคมของตนเอง ส่วนมิติแบบอัตถิภาวนิยม (Existentialistic view) ตามแนวคิดของมาร์ติน ไฮเดกเกอร์ (Martin Heidegger) มีทัศนะว่า มนุษย์ถูกจับโยนเข้ามาสู่ภาวะของการเป็น (being) ฉะนั้น ภาวะการเป็นจึงเป็นสาระพื้นฐานแรกสุดของความเป็นมนุษย์ ด้วยเหตุนี้ มนุษย์จึงนิยามความหมายของชีวิตด้วยตนเอง และเติมเต็มคุณค่าของชีวิตให้กับตนเอง ส่วนฌอง-โพล ซาร์ต (Jean-Paul Sartre) กลับเห็นว่า ภาวะการเป็นนั้นจะต้องมาก่อนสารัตถะ มนุษย์เราทุกคนต้องค้นพบตนเองก่อน แล้วถูกชัดพิตมาในโลกนี้ จากนั้นจึงนิยามหรือกำหนด

ความหมายให้ตนเอง เนื่องจากไม่มีธรรมชาติของมนุษย์ที่ถูกกำหนดหรือถูกตัดสินไว้ก่อน มนุษย์จึงสามารถตัดสินใจหรือกำหนดได้โดยการกระทำ (Actions) และการเลือก (Choices) ของตนเอง (วิทย์ วิศทเวทย์. 2543: 8)

ชีวิตในมิติความเชื่อทางศาสนา (Religious belief)

มนุษย์มักมีความสัมพันธ์กับอำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่สามารถสร้างความหมายและให้เป้าหมายแก่ชีวิตมนุษย์ได้ ด้วยการที่มนุษย์มอบความเชื่อและความศรัทธาต่อสิ่งเหล่านี้ จึงทำให้ชีวิตมนุษย์มีความหมายขึ้นมา สำหรับคริสต์ศาสนา หลักคำสอนส่วนใหญ่อยู่ในระดับศีลธรรมและการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน โดยมีจุดมุ่งหมายให้มนุษย์เข้าถึงพระเจ้า เคารพพระเจ้า เพื่อมีชีวิตนิรันดร์กับพระเจ้า และนอกจากรักในพระเจ้าแล้ว มนุษย์ต้องมีความรักในครอบครัว และรักเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน โดยไม่จำกัดขอบเขต เชื้อชาติ ศาสนา ภาษา และประเทศ ตลอดจนมีความเอื้อเฟื้อและให้อภัยต่อกัน โดยคริสต์ศาสนา มุ่งให้มนุษย์มีชีวิตอยู่เพื่อความสำเร็จ โดยเมื่อสำเร็จในขั้นหนึ่งแล้ว ก็ต้องสำเร็จในขั้นต่อไปอีก โดยขึ้นอยู่กับสภาพฐานะและโอกาสของแต่ละคน ขึ้นอยู่กับความพยายามหรือความกระตือรือร้นของแต่ละคน และความสำเร็จสุดท้ายคือ ความสุขอันเกิดจากมีวิญญาณชีวิตพระเจ้ามาอยู่ด้วย อันเกิดจากความรักพระเจ้า และการได้รับความรักจากพระองค์ ตลอดจนนิรันดร์ภาพ (เสรี พงศ์พิศ. 2531: 13-15)

ศาสนาอิสลาม เชื่อว่าชีวิตถูกสร้างขึ้นมาเพื่อเป็นเครื่องพิสูจน์ คุณธรรมสำคัญของความเชื่อและคุณสมบัติของชาวมุสลิม สำหรับศาสนาอิสลาม ความศรัทธาและความเชื่อจึงเป็นเรื่องสำคัญที่สุดของชีวิตมนุษย์ โดยกล่าวเอาไว้ว่า มนุษย์จะต้องเชื่อทุกอย่างที่ปรากฏในคัมภีร์อัลกุรอาน โดยเฉพาะความเชื่อที่สำคัญสำหรับชีวิตคือ ทุกอย่างที่เกิดขึ้นในชีวิตล้วนดำเนินไปตามความประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้า ชีวิตมนุษย์ที่เกิดมาจะเป็นไปตามความปรารถนาของพระอัลเลาะห์ ส่วนแนวคิดของศาสนาพราหมณ์-ฮินดู ซึ่งมีความเชื่อว่าเทพเจ้ามีอิทธิพลต่อชีวิตมนุษย์ และเชื่อว่าทุกชีวิตเกิดจากพระพรหม และจะกลับไปอยู่กับพระพรหมอีก แต่การที่จะได้กลับไปอยู่กับพระพรหมได้นั้น ชีวิตจะต้องบริสุทธิ์สะอาด โดยการประพฤติปฏิบัติตามหลักการที่กำหนดไว้ในศาสนา ประโยชน์สูงสุดของชีวิต คือการสร้างฐานะตามแนวทางหลักธรรม การให้ความสำคัญกับชีวิตครอบครัว การปฏิบัติตามกฎระเบียบและแบบแผนของสังคม และท้ายสุดคือการเป็นอิสรภาพของวิญญาณ อันเป็นอุดมคติและคุณค่าสูงสุดในชีวิต โดยอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าชีวิตมีการเวียนว่ายตายเกิด อันเนื่องมาจากผลกรรม หรือกรรมเก่า และตราบใดที่ยังมีการเวียนว่ายตายเกิด ชีวิตมนุษย์ยังต้องประสบกับความทุกข์เรื่อยไป จนกว่าจะหลุดพ้นไปอยู่กับพรหมดั้งเดิม (วิเชียร ชาบุตรบุณทริก. 2542: 42-50)

สำหรับพุทธศาสนานั้น เชื่อว่า ความหมายของชีวิต คือการได้อัตภาพมนุษย์เพื่อพัฒนาศักยภาพตนเองไปสู่ความหลุดพ้น หรือเป้าหมายชีวิตที่เป็นอิสระจากเครื่องพันธนาการทั้งปวง ชีวิตที่มีคุณค่าจึงเป็นชีวิตที่ต้องพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา ไม่ประมาท เพื่อก้าวไปให้ถึงเป้าหมายสุดท้ายของชีวิต ด้วยความเพียรพยายามของมนุษย์เอง โดยไม่หวังพึ่งอำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรืออำนาจนอกตน แต่เป็นการสร้างความหมายชีวิตด้วยตัวของมนุษย์เอง อยากรู้ก็ตาม ศาสนา

พุทธมิตได้บังคับว่ามนุษย์ทุกคนต้องบรรลุนิพพาน กล่าวคือเป้าหมายของชีวิตตามแนวพุทธแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับสามัญ คือความสุขที่มนุษย์แสวงหาเป็นความสุขที่เกี่ยวข้องกับวัตถุหรือโลกียสุข และระดับสูง ก็คือนิพพาน ซึ่งหมายถึง การหลุดพ้นจากการเวียนว่ายตายเกิด และเป็นภาวะของการดับสูญ ไม่มีตัวตนหลงเหลืออยู่ (พุทธทาสภิกขุ. 2534: 5)

ชีวิตในมิติทางจิตวิญญาณ (Spiritual view)

การมองชีวิตในมิติทางจิตวิญญาณ ตระหนักถึงความผิดพลาดในการใช้ชีวิตโดยไม่รู้จักรู้อย่างค่าของการใช้ชีวิตที่แท้จริง โดยพบว่า บุคคลหลายคนไขว่คว้าหาสิ่งที่ไม่ถูกต้องให้กับชีวิต กล่าวคือ การมีบ้านหลังใหญ่โต ไร่สวน มีรถยนต์ หูหระ มีครอบครัวที่อบอุ่น ใช้ชีวิตอย่างสะดวกสบายทุกอย่าง มีทรัพย์สินและมรดกมากมาย เป็นต้น แม้สิ่งเหล่านี้จะมีความสำคัญหรือยิ่งใหญ่เพียงใดก็ตาม แต่มันก็มีสภาพเหมือนความว่างเปล่า บางคนคิดว่า โลกและชีวิตเป็นสิ่งที่สวยงาม ทรายเทาที่ยังไม่ถึงจุดอวสานของชีวิต บางคนยึดตนเองเป็นศูนย์กลางและไม่เคยเปลี่ยนแปลงเท่าที่เหล่านี้ จนเมื่อความแก่ ความเจ็บ และความตาย เยื้องกรายเข้ามาใกล้ เมื่อนั้นจึงมีคำถามใหม่ๆ เกิดขึ้นกับชีวิต ดังนั้น การหาคำตอบให้กับชีวิต อยู่ที่การค้นหาภายในตัวเอง โดยอาศัยประสบการณ์ทางจิต โดยการตั้งคำถามและหาคำตอบภายในจิตของตนเอง ซึ่งมนุษย์จำนวนมากที่พยายามหาคำตอบให้กับตนเองมาทั้งชีวิต บางคนโชคดีที่ได้รับคำตอบ แต่บางคนไม่ได้คำตอบ จนอาจกลายเป็นการไม่มีอิสระทางจิตวิญญาณที่แท้ได้ กล่าวคือ ไม่สามารถค้นพบความจริงของชีวิตอันประเสริฐตลอดกาล (ป.อ.ปยุตโต. 2536: 12)

เป้าหมายและคุณค่าของชีวิต (The purposes and values of life)

เป้าหมายกับคุณค่าเป็นสิ่งสำคัญของชีวิต เพราะชีวิตต้องประกอบด้วยความสำคัญของลักษณะสำคัญ 2 ประการคือ ลักษณะที่เป็นข้อเท็จจริง (Fact) และลักษณะที่เป็นคุณค่า (Value) เมื่อใดที่พูดถึงชีวิต เรามักจะกล่าวถึงส่วนที่เป็นข้อเท็จจริงและคุณค่าของชีวิตควบคู่กันไป โดยเรื่องคุณค่าเป็นคุณลักษณะที่พึงประสงค์หรือลักษณะที่ควรจะเป็นของสิ่งนั้น ปกติทั่วไป สิ่งที่ทำให้มนุษย์พึงพอใจถือว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่า และคุณค่าก็ทำให้มนุษย์ก้าวไปสู่เป้าหมายของชีวิต รากฐานแห่งคุณค่ามาจากความพอใจ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า สิ่งๆ หนึ่งจะไม่มีคุณค่าในตัวมัน หากไม่มีใครสนใจหรือพอใจ คุณค่ามีอยู่ 2 ประเภทคือ คุณค่าในตัว กับคุณค่านอกตัว ซึ่งคุณค่าทั้งสองประเภทนี้ต้องมีมาตรการในการตัดสินทั้งที่เป็นอัตวิสัยและวัตถุวิสัยประกอบกัน สิ่งที่มีคุณค่าเชิงวัตถุวิสัย อาจจำแนกได้เป็น คุณค่าทางวัตถุ คุณค่าทางเศรษฐกิจ และคุณค่าทางจิตใจ เป็นต้น และแม้ว่าเป้าหมายและคุณค่าชีวิตของแต่ละคน สังคม และวัฒนธรรมจะมีความแตกต่างกันและหลายหลายในหลายระดับ แต่สามารถสังเคราะห์รวมกันได้เป็น 8 ประการด้วยกัน (คำแหง วิสุทธิทางบูร. มปป.: 17-19) ดังนี้

1) การได้เป็นตัวของตัวเอง (Being as self) เป็นเป้าหมายชีวิตที่เข้าใจตัวเองว่ามีลักษณะแตกต่างและแยกจากสิ่งอื่นๆ เป็นความพึงพอใจในความต้องการ ความปรารถนาดีที่อยากแสวงหาเฉพาะความพึงพอใจให้ตัวเองมากที่สุด โดยไม่คำนึงถึงสิ่งอื่นนอกจากตัวเอง เปรียบได้กับ

ความต้องการในระดับของทารก หรือหากเป็นระดับผู้ใหญ่ ก็เทียบได้กับคนป่วยทางจิต มีความอยากที่ไม่สามารถเติมให้เต็มได้ ส่วนในระดับศีลธรรมและจริยธรรม จะมีพฤติกรรมแสดงออกถึงความต้องการของตัณหาที่ไม่รู้จักคุณค่าที่แท้ของชีวิต เป็นทาสของความอยากเทียม ตอบสนองความอยากทุกวิถีทางโดยไม่คำนึงถึงผลเสียที่จะเกิดตามมา โดยมีตัวเองเป็นที่ตั้งหรือเป้าหมายสำคัญที่สุด

2) การได้สนองกามารมณ์ มีครอบครัว มีเพศสัมพันธ์ เป็นเป้าหมายของชีวิตที่คิดถึงผู้นอนอยู่ข้างตามสมควร แต่เป็นลักษณะของความต้องการเสพกามารมณ์ ทั้งที่เป็นกิเลสกามและวัตถุกาม เน้นความสุขทางผัสสะ และการสนองตอบต่อผัสสะทั้ง 5 อย่าง โดยในระดับจริยธรรมถือว่าเป็นท่าที่ที่ยังมีหิริโอตตัปปะอยู่บ้าง มีความละเอียดและเกรงกลัวต่อความผิด แต่ก็มีความพยายามอย่างมากที่จะละเมิดกฎของศีลธรรมและจริยธรรมอยู่ตลอดเวลา หากมีโอกาสเหมาะสม มีความขัดแย้งกับมโนธรรมสำนึกทางศีลธรรมเสมอ

3) การได้รับการยอมรับของคนในสังคมหรือองค์กร เป็นระดับเป้าหมายชีวิตที่เกิดจากความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน หรือเป็นกลุ่ม องค์กรต่างๆ เพื่อบรรลุถึงความต้องการนั้นให้ได้ อย่างไรก็ตาม การที่จะอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มก้อนได้อย่างมีความสุขนั้น ต้องอาศัยกฎ ระเบียบ กติกา ข้อบังคับต่างๆ ส่วนในระดับจริยธรรม ถือว่า ชีวิตที่มีคุณธรรมที่ต้องวางบนฐานของกฎ ระเบียบ ข้อบังคับของสังคม ความรู้สึกผิดเกิดขึ้นได้ หากมีการละเมิดกฎ กติกา ข้อบังคับเหล่านั้น มโนธรรมสำนึกว่าผิด (Guilt) มีอยู่ในจิตสำนึกตลอดเวลา โดยเราไม่อาจแยกความสำนึกร่วมของสังคมออกจากความคิดหรือจิตสำนึกทางจริยธรรมได้

4) การได้เกิดเป็นมนุษย์ เป็นระดับเป้าหมายชีวิตอย่างหนึ่งของความเป็นมนุษย์ทั้งหมด ไม่มีความแปลกแยกจากความเป็นมนุษย์ ไม่มีความคิดแยกเป็นเขา เป็นเรา เป็นฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด แต่มีความคิดเป็นหนึ่งเดียว คือความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกันทุกประการ ความปรารถนาในระดับนี้คือ การได้มีความรัก โดยไม่คำนึงถึงตัวเอง การอุทิศตนเพื่อมวลมนุษยชาติโดยไม่มีการแยกเชื้อชาติ ศาสนา ลัทธิความเชื่อ สีผิวพรรณ เป็นความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะให้โดยไม่หวังผลตอบแทน

5) การได้เป็นแบบของทุกชีวิต เป็นระดับเป้าหมายชีวิตที่ไม่ยึดติดกับโลกภายนอกหรือโลกทางผัสสะ เป้าหมายอยู่ที่โลกภายใน และองค์ความรู้ต้นแบบภายใน เป็นจิตสำนึกมองความเชื่อมโยงสัมพันธ์ของสรรพสิ่งที่ไม่สามารถแยกจากกันได้ เป็นการมองชีวิตเป็นหนึ่งเดียว ประสานกลมกลืนกันกับสรรพสิ่ง มิใช่เฉพาะกับมนุษย์เท่านั้น เป็นจิตที่ยอมรับความหลากหลายของสรรพสิ่งตามที่เป็นอยู่ มีอยู่จริงตามที่เป็น ปราศจากอคติ เป็นการยกระดับความเป็นมนุษย์โดยผ่านตัวการพัฒนาจิตอย่างแท้จริง เป็นที่น่าสังเกตว่า สังคมตะวันตกจะมีการยอมรับเป้าหมายในระดับนี้มาก

6) การได้เป็นส่วนหนึ่งของระบบเอกภพ เป็นระดับเป้าหมายชีวิตที่มุ่งไปสู่การเป็นส่วนหนึ่งของระบบเอกภพทั้งหมด ไม่ใช่แค่เพียงการได้เป็นมนุษย์ หรือการได้เป็นแบบของทุกชีวิตเท่านั้น แต่เป็นการกลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบจักรวาลหรือเอกภพทั้งหมด เพราะเข้าใจว่า สรรพ

สิ่งมีการพึ่งพาอาศัยกันบนพื้นฐานของรูปธรรมแห่งเอกภาพ เป็นความรัก เป็นทุกสิ่งทุกอย่างในเอกภาพนี้ เป็นการมองเห็นสาเหตุและความสัมพันธ์เชื่อมโยงถึงกันหมดทุกส่วนของเอกภาพ

7) การได้มีจิตวิญญาณถูกต้องดีงาม เป็นระดับเป้าหมายชีวิตที่มีความเข้าใจ ความรู้แจ้ง เป็นความรู้ที่ตรงที่ถูกแทนที่เหตุผลและการใช้เหตุผล เป็นระดับของการบรรลุถึงความเห็นแจ้งตลอดความจริง หรือการหยั่งรู้อย่างลึกซึ้ง สุขุม ละเอียดชัดเจนทุกส่วนภายในของผู้ค้นหาความจริงของชีวิต จนในที่สุดได้พบกับสิ่งดังกล่าว คนเหล่านี้ได้สร้างฐานความคิดที่ดีงาม ถูกต้องไว้ให้กับมวลมนุษยชาติมากมาย เช่น พระพุทธเจ้า โสกราตีส เพลโต อริสโตเติล เป็นต้น เป็นระดับของการค้นพบความสงบแห่งจิตวิญญาณภายใน จนบรรลุถึงอิสรภาพจากพันธนาการทั้งหลายทั้งปวง

8) การเป็นทุกอย่างของสิ่งที่เป็น (จิตวิญญาณ พระเจ้า ศาสนา) เป็นระดับเป้าหมายชีวิตที่เหนือระดับกายและจิตทั่วๆ ไป เป็นระดับของความเป็นทุกอย่างหรือเอกภาพในสรรพสิ่งที่ไม่มีความขบเซด ไม่มีพรมแดน ไม่จำกัดกาล เวลา สถานที่ เหนือขอบข่ายของกาลาวากาศ ความเป็นหนึ่งเดียวกับพระเจ้าเป็นเจ้าสูงสุด ความเป็นเอกภาพแห่งจิตวิญญาณหนึ่งเดียว เป็นเอกภาพในความเป็นพหุภาพที่ไม่แยกต่างหากจากสรรพสิ่ง การได้เข้าถึงความเป็นหนึ่งเดียว ตีมูลค่ากับหลักคำสอนทางศาสนาที่เป็นทั้งหมดของเป้าหมายชีวิต

ชีวิตเมื่อประสบกับความทุกข์

การกล่าวถึงชีวิตในแง่หนึ่ง เพื่อเชื่อมโยงไปสู่การทำความเข้าใจชีวิตเมื่อต้องประสบความทุกข์ในภาวะใกล้ตาย ซึ่งคนส่วนใหญ่ถือว่าเป็นสถานการณ์ที่สิ้นหวัง และชะตากรรมที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ อย่างไรก็ตาม ความเข้าใจในสาระที่แท้จริงของชีวิต จะช่วยให้มนุษย์ยังสามารถที่จะค้นพบความหมายหรือยังคงไว้ซึ่งเป้าหมายและคุณค่าของชีวิตได้ โดยหัวใจสำคัญอยู่ที่การได้ประสบกับศักยภาพสูงสุดที่แฝงอยู่ในตนเองของมนุษย์ กล่าวคือ มนุษย์แต่ละคนจะมีเอกลักษณ์แห่งตนที่จะเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์อันน่าสลดหดหู่ หรือเหตุการณ์ที่สิ้นหวัง ให้กลายเป็นสภาวะแห่งชัยชนะ หรือบรรลุซึ่งความสำเร็จตามเป้าหมายของชีวิตได้ ในแง่หนึ่ง ความสิ้นหวัง หรือสภาวะที่ทุกข์ทรมานจะทำทลายให้มนุษย์เปลี่ยนแปลงตนเอง โดยการเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่มีต่อชะตากรรมซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งแม้ชะตากรรมนั้นจะเป็นความทุกข์ทรมาน แต่การใช้ทัศนคติทางบวกต่อชะตากรรม จะช่วยให้มนุษย์ยังสามารถมองเห็นความหมายที่แท้จริงของชีวิตในความทุกข์ทรมานที่ประสบอยู่ อย่างไรก็ตาม การแสวงหาความหมายของชีวิตไม่จำเป็นต้องได้มาจากการประสบกับความทุกข์เสมอไป เพียงแต่ต้องการเน้นให้เห็นว่า ความหมายในชีวิตนั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นและเป็นไปได้แม้ในภาวะที่ประสบความทุกข์ทรมานซึ่งเป็นภาวะที่มีอาจหลีกเลี่ยงได้ และการเผชิญความทุกข์อย่างห้าวหาญ จะทำให้ชีวิตมีความหมายตราบนานที่สุดท้ายแห่งชีวิต (แฟรงเกิล มปป.: 204-208)

กล่าวโดยสรุป การตั้งคำถามว่าชีวิตคืออะไร มีธรรมชาติอย่างไร และชีวิตที่มีคุณค่าและมีเป้าหมายที่ถูกต้องควรจะเป็นเช่นไรนั้น เป็นการแสวงหาคำตอบเกี่ยวกับความจริงแห่งชีวิตให้กับตนเอง เป็นคำถามเชิงปรัชญาที่ต้องการคำอธิบายอย่างมีเหตุผล และเป็นเหตุผลเชิงวิเคราะห์

วิจารณ์ หรือวิพากษ์ จะเห็นว่า คนบางคน ตลอดชีวิตไม่เคยจะถูกคิดเกี่ยวกับปัญหาหรือคำถามเหล่านี้อย่างจริงจัง และสมเหตุสมผล มีการใช้ชีวิตอย่างประมาท โดยไม่รู้จักและเข้าใจคุณค่าของชีวิตที่แท้จริง และโดยไม่ได้ตระหนักว่าชีวิตอาจสิ้นสุดไม่วันใดก็วันหนึ่ง การเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับชีวิตด้วยความไม่ประมาท มีสติรู้ตัวตลอดเวลา เพื่อให้บรรลุถึงความจริง ความดี ความงาม แห่งชีวิตที่สมบูรณ์ ดำเนินชีวิตอย่างรู้ความจริงของความหมายชีวิต และวางแผนดำเนินชีวิตเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายปลายทางชีวิตนั้นอย่างเข้าใจตามความเป็นจริงไม่ว่าความตายจะเยื้องกรายเข้ามาเมื่อไร ก็สามารถยอมรับได้ เนื่องจากได้ใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าและเข้าใจความจริงแห่งชีวิตจนถึงที่สุดแล้ว

1.2 สาระสำคัญเกี่ยวกับความตาย

สำหรับสังคมไทย ความตาย ยังเป็นเรื่องต้องห้ามที่ยากแก่การเอ่ยปากกล่าวถึง ด้วยความเชื่อที่ว่าความตายเป็นเรื่องอัปมงคล ยังไม่นับถึงเรื่องประสบการณ์ความตาย ที่มักจะถูกกีดกันให้แยกออกจากวิถีชีวิต ในขณะที่การตายที่บ้านกลายเป็นเรื่องเฉพาะผู้ใหญ่ไม่กี่คนที่ใกล้ชิด และไม่ได้รับการพูดถึงกันอย่างเปิดเผย เด็ก วัยรุ่น และผู้ที่ไม่ได้เข้าไปเกี่ยวข้องกับโดยตรงกับการตาย จึงไม่ค่อยได้เรียนรู้ถึงเรื่องเหล่านี้ และเนื่องจากทัศนคติของสังคมปัจจุบันที่มองความตายเป็นสภาวะที่อยู่คนละชั่วหรือแยกขาดจากชีวิต เป็นการสิ้นสุดของชีวิต คนส่วนใหญ่จึงมองความตายเป็นเรื่องของสูญเสียพลัดพราก และความเจ็บปวดทรมาน การยืดเวลาตายออกไป หรือให้มีลมหายใจนานที่สุดกลายเป็นสิ่งที่มีค่าในตนเอง ในแง่นี้ คุณภาพของจิตใจหรือของชีวิตก่อนตายจึงมีความหมายน้อยกว่าการมีลมหายใจยืนยาวให้ได้มากที่สุด

ทัศนะเกี่ยวกับความตายในสังคมสมัยใหม่ ทำให้ ความตาย สูญเสียคุณค่าเชิงสัญลักษณ์ตลอดจนความหมายทางวัฒนธรรมไป และถูกแนวคิดอารยธรรมตะวันตกที่ทำให้ความตายเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจและถูกปฏิบัติเสียดแทงจากสังคม คนตายมักถูกแยกหรือถูกกีดกันจากโลกคนเป็น ทั้งในทางกายภาพ เช่น สุสานจะต้องอยู่นอกเมือง หรือในแง่จิตใจ เช่น การยกเลิกประเพณีการไว้ทุกข์ในบางสังคม ในขณะที่สถาบันทางสังคมและศาสนาสสมัยใหม่ยังพยายามที่จะแบ่งแยกคนตายออกจากสังคมเพื่อที่จะได้ทำตัวเป็นสื่อกลางระหว่างทั้งสองฝ่าย ความตายและคนตายจึงกลายเป็นเรื่องต้องห้าม และเป็นเรื่องเฉพาะสำหรับผู้ชำนาญการ (Baudrillard. 1981: 21-22) การมองความตายด้วยทัศนะดังกล่าวจึงเป็นสิ่งที่ตรงข้ามกับแง่มุมทางสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่นที่รักษาความหมายและคุณค่าเชิงสัญลักษณ์ของความตายเอาไว้ ด้วยการทำให้ ความตาย กลายเป็นเรื่องของชุมชนส่วนรวมที่มีกระบวนการทางสัญลักษณ์และพิธีกรรมอันเป็นเครื่องแสดงถึงการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย ในแต่ละสังคมวัฒนธรรม พิธีกรรมและสัญลักษณ์ของชุมชนจะทำหน้าที่เชื่อมโยงรักษาความสัมพันธ์ที่มีอยู่ระหว่างคนเป็นและคนตายให้ดำรงไว้ได้อย่างมีเอกภาพเพื่อดำรงความเป็นชุมชนร่วมกันไว้

ความหมายของความตาย

ในสังคมโดยทั่วไป ความตายมักถูกสื่อความหมายในแง่ลบ คนส่วนใหญ่มักมีความเข้าใจว่าความตายเป็นเรื่องอัปมงคล เป็นสัญญาณของความสูญเสีย ความพลัดพราก และความเศร้าโศกเสียใจ อีกทั้งยังเป็นเรื่องที่ไม่พึงปรารถนาของคนทั่วไป บุคคลส่วนใหญ่จึงหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวถึง “ความตาย” ตรงๆ โดยการใช้คำศัพท์อื่นๆ ที่ทำให้ความตายมีความหมายในทางที่ดีขึ้น เช่น *ไปสวรรค์* *สู่สุคติ* *ไปดี* รวมไปถึงการหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวถึงสิ่งที่เป็นลางนำไปสู่ความตาย เช่น *ชะตาขาด* *ดวงถึงมาต* เป็นต้น แม้แต่ในงานมงคลก็มักห้ามพูดถึงเรื่องของความตาย เพราะเชื่อว่าจะทำให้เกิดสิ่งที่ไม่ดีตามมา ดังนั้น การพูดถึงคำว่า *ตาย* ตรงๆ จึงดูเหมือนว่าจะไม่ส่งผลดีให้แก่ผู้พูด และอาจทำร้ายจิตใจของผู้ฟัง อย่างไรก็ตามหากพิจารณาในทางกลับกันแล้ว การที่บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงไม่ยอมรับหรือพูดถึงเรื่องของความตาย อาจทำให้เกิดความตระหนักในเรื่องความตายในแง่ที่เป็นจริงน้อยลง และทำให้ความตายถูกทำให้เป็นเรื่องในตำนานลป หรืออาจส่งผลกระทบต่อไปถึงผู้ที่กำลังจะตายและผู้ที่เกี่ยวข้องกับความตาย ในแง่ที่ถูกจำกัดให้อยู่ในวังวนของภาพในตำนานลปนี้ไปด้วย

แม้คนทั่วไปจะพูดถึงเรื่องของความตายเหมือนกัน แต่เราก็ไม่อาจแน่ใจได้ว่าบุคคลเหล่านั้นจะเข้าใจเรื่องของความตายตรงกัน ทั้งนี้พิจารณาจากการให้นิยามเกี่ยวกับความตาย ซึ่งพบว่ามี ความซ้ำซ้อนเกิดขึ้นกับความหมายของคำๆ นี้อยู่ไม่น้อย จะเห็นได้จากการนิยามความหมายของการตายและความตายที่แตกต่างกันออกไปในสังคมไทย ที่ใช้เป็นบรรทัดฐานมากที่สุดสำหรับคำในภาษาไทย ก็คือพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานฉบับปีพุทธศักราช 2542 (ราชบัณฑิตยสถาน. 2542: 345) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับ “ตาย” ไว้ว่า หมายถึง “สิ้นใจ สิ้นชีวิต ไม่เป็นอยู่ต่อไป สิ้นสภาพของการมีชีวิต เช่น *สภาวะสมองตาย*” ส่วนความหมายในทางการแพทย์นั้น ในพจนานุกรมแพทยศาสตร์ (วิทย์ เทียงบูรณธรรม; และเกษม เทียงบูรณธรรม. 2533: 146) ได้นิยามความหมายของความตายไว้ใกล้เคียงกัน โดยกล่าวถึง ความตายในแง่ของการหยุดทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ที่สำคัญอย่างถาวร อันได้แก่ สมอง ระบบหายใจ และระบบหมุนเวียนโลหิต ในขณะที่เมื่อพิจารณาความหมายของการตายและความตายในทางคตินิยาม จะพบการอธิบายความหมายของการตายและความตายที่ต่างออกไป ดังที่เสฐียรโกเศศ (เสฐียรโกเศศ. 2505: 90) ได้กล่าวถึงการตายและความตายตามความเชื่อของคนในสมัยก่อนใน *ประเพณีเนื่องในการตาย* ไว้ว่า “วิญญาณ เป็นผู้ทำให้คนและสัตว์มีชีวิตกระดูกกระดูกได้ ถ้าคนหรือสัตว์หลับหรือตายไปก็เป็นเพราะว่าวิญญาณออกจากร่างไป คือเมื่อนอนหลับวิญญาณออกไปชั่วคราว ส่วนตายนั้นเป็นเพราะวิญญาณออกไปเลยไม่กลับคืนเข้าสู่ร่างกายอีก” ดังนั้นความตายในความหมายนี้ก็คือการที่วิญญาณแยกออกจากร่างกายไปอย่างเด็ดขาด มนุษย์ในสมัยนั้นจึงเห็นว่าการนอนหลับกับการตายไม่แตกต่างกัน เพียงแต่การตายนั้นเป็นการหลับที่นานจนไม่ตื่นขึ้นมาอีก

การให้ความหมายความตายมีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับการให้นิยามของแต่ละกลุ่มแนวคิด ซึ่งในสังคมไทยกลุ่มแนวคิดที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับความตาย คือ กลุ่มบุคลากรทางสุขภาพซึ่งเป็นกลุ่มแนวคิดทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ต้องเกี่ยวข้องกับชีวิตใกล้ตายอย่างยากที่จะหลีกเลี่ยง และกลุ่มแนวคิดทางศาสนาที่มักจะมีเรื่องของความตายบรรจุไว้เป็นคำสอนและแง่คิดทางศาสนา ความแตกต่างในการให้ความหมายความตายของแต่ละกลุ่มแนวคิดนั้น นอกจากจะช่วยให้เข้าใจความหมายที่หลากหลายของความตายแล้ว ยังช่วยให้เข้าใจได้ว่า ความหมายที่แตกต่างนั้นมีวิธีการและมิติในการอธิบายความหมายอย่างไร ซึ่งจะมีผลต่อเนื่องไปถึงการทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและมุมมองต่างๆ ที่ใช้อธิบายความตาย รวมไปถึงการนำแนวคิดต่างๆ เกี่ยวกับความตายมาใช้อธิบายสภาพการณ์ในภาวะใกล้ตายและการเผชิญความตายของบุคคล ซึ่งจะได้กล่าวถึงความตายในมิติต่างๆ ดังต่อไปนี้

1) ความตายในมิติทางการแพทย์

วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์เกี่ยวข้องกับการเกิดการตายของมนุษย์ และมีอิทธิพลอย่างใหญ่หลวงต่อชีวิตมนุษย์ส่วนใหญ่ แต่ทั้งนี้ฐานความรู้ในทางการแพทย์สมัยใหม่ส่วนใหญ่ได้มาจากความรู้ในทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งอยู่บนพื้นฐานความรู้ที่วัดได้จากการใช้ประสาทสัมผัส และปฏิเสธความจริงเชิงอภิปราย หรือความจริงเชิงนามธรรม ซึ่งนิยามความหมายเกี่ยวกับความตายทางการแพทย์นั้น ในวงการแพทย์มีทัศนะว่า การตายคือการที่สมองถูกทำลาย ไม่อาจทำงานได้ภายใน 20 นาที ซึ่งจะทำให้การหายใจได้เองตามธรรมชาติ และการเต้นของหัวใจหยุดลง (Beauchamp; & Walters. 1982: 269-270) หรืออาจกล่าวได้ว่าในทางการแพทย์ถือว่า เมื่อสมองหยุดทำงาน หัวใจหยุดเต้น การหายใจหยุดลง นั้นหมายถึงการตายหรือการสิ้นสุดของชีวิต

อีกความหมายของความตายซึ่งเรียกได้ว่าเป็นหลักการหรือบรรทัดฐานในการนิยามความตายทางการแพทย์ ให้ไว้โดย The Harvard Ad Hoc Committee โดยกล่าวถึงความตายในความหมายที่ว่า “โคม่าที่ไม่อาจฟื้นคืนขึ้นมาอีกได้” (Irreversible Coma) ทั้งนี้ได้มีการบัญญัติ “บรรทัดฐานใหม่สำหรับความตาย” (a new criterion for death) ซึ่งเป็นบรรทัดฐานในการพิจารณาความตายใน 3 ประเด็น คือ (วัชรตารา อมิตาภาพร. 2549: 290-291)

- 1) ไม่มีการตอบรับเกี่ยวกับระบบประสาท และไม่มีการตอบสนอง (unreceptivity and unresponsivity)
- 2) ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อหรือหายใจได้เองตามธรรมชาติ (no spontaneous muscular movements or spontaneous breathing)
- 3) ไม่มีปฏิกิริยาของการตอบสนอง (no reflexes)

อย่างไรก็ตามในระยะหลังวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่เจริญก้าวหน้าไปถึงการปลูกถ่ายอวัยวะต่างๆ เช่น ตับ ไต หัวใจ ปอด ซึ่งในขั้นตอนของการปลูกถ่ายอวัยวะ มีความจำเป็นต้องนำอวัยวะเหล่านี้ออกจากร่างกายในขณะที่หัวใจยังเต้นอยู่ไปปลูกถ่ายเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยรายอื่น จากวิวัฒนาการดังกล่าวนี้ ทำให้เกิดแนวคิดในการพิจารณาการตายที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีการพิจารณาการตายจากการหยุดทำงานของสมอง หรือที่เรียกว่า สมองตาย ดังนั้น ความหมายของ

การตายในแง่หนึ่งจึงหมายถึง ภาวะสมองตาย ซึ่งหมายถึง การสิ้นสุดการทำงานของก้านสมองหรือ แกนสมอง (brainstem) ตลอดไป (รีนเริง ลีลานุกรม. 2549: 64)

นอกจากนั้น วิวัฒนาการในการยืดชีวิตผู้ป่วยโดยใช้เครื่องพยุงชีวิตยังมีผลต่อการให้นิยามความตาย กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยหยุดหายใจ เราสามารถใช้เครื่องช่วยหายใจทำงานแทนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งที่ต้องทำความเข้าใจคือ การใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเพียงการพยุงชีวิต เพื่อรอให้ร่างกายตอบสนองต่อการรักษาที่ให้ จนผู้ป่วยสามารถกลับมาหายใจเองได้ ดังนั้นในแง่หนึ่ง การที่ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้เองจึงยังไม่ถือเป็นการตาย นอกจากนั้นในอดีตที่ผ่านมาเมื่อหัวใจหยุดเต้น ถือเป็นการตายของร่างกาย แต่ในปัจจุบันเมื่อมีการปั๊มหัวใจให้หัวใจกลับมาเต้นได้อีก และ การใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมซึ่งสามารถช่วยให้มีเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้ ในภาวะนี้ผู้ป่วยจะยังมีคลื่นสมองปรากฏ ไม่ถือว่าเป็นการตาย และในกรณีของผู้ป่วยที่สมองมีการบาดเจ็บรุนแรงและมีสมองส่วนบนตายเพียงส่วนเดียว ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ในภาวะนี้ยังไม่ถือว่าเป็นการตายเช่นกัน แต่เรียกว่าเป็น vegetative state คือมีสภาพเป็นเหมือนพืช แต่เมื่อใดก็ตามที่สมองส่วนบนและก้านสมองตายทั้งหมดจึงจะถือว่าเป็นการตาย (พรเลิศ ฉัตรแก้ว. 2550: 393-394)

ความหมายทางการแพทย์ที่กล่าวมาแล้วทั้งหมดนั้น แม้จะมีความซับซ้อนเพิ่มขึ้นในแง่ของวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่ทำให้การตีความหมายเปลี่ยนแปลงไปบ้างแต่จะเห็นได้ว่าการพิจารณาหรือวินิจฉัยการตายทางการแพทย์นั้น ให้ความสำคัญกับลักษณะทางกายภาพหรือความรู้ความจริงเชิงประจักษ์ที่สามารถพิสูจน์หรือตรวจสอบได้ การให้ความหมายทางการแพทย์เกี่ยวกับความตายนี้ถือเป็นการให้ความหมายที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในสังคมโดยทั่วไป แต่อย่างไรก็ตามยังมีกลุ่มแนวคิดอื่นที่มีมุมมองและการให้ความหมายเกี่ยวกับความตายที่แตกต่างออกไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวคิดทางศาสนาซึ่งมีอิทธิพลต่อความคิดความเชื่อและการใช้ชีวิตของคนโดยทั่วไปตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

2) ความตายในมิติความเชื่อทางศาสนา

เมื่อก้าวถึงแนวคิดทางศาสนา พบว่า มีอิทธิพลต่อความคิดและความเชื่อของคนทั่วไปในสังคมอยู่ไม่น้อย ศาสนาทุกศาสนาต่างเสนอแง่มุมคำสอนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของคนในสังคม ตั้งแต่เกิดจนตาย โดยแต่ละศาสนาต่างมีแนวคิดและวิธีปฏิบัติที่แตกต่างกันไปตามความเชื่อและความศรัทธา ความเชื่อและความเข้าใจเกี่ยวกับความตายก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่ทำให้เกิดนิยามหรือความหมายของความตายขึ้นในแต่ละศาสนา ซึ่งความหมายดังกล่าวจะเชื่อมโยงไปสู่วิถีการดำรงชีวิตในช่วงภาวะก่อนตายของบุคคลและวิธีปฏิบัติต่อความตายของคนในสังคม ทั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่า ในสังคมไทย ศาสนาที่มีอิทธิพลต่อคนส่วนใหญ่ในสังคมก็คือ ศาสนาพุทธ ศาสนาคริสต์ และศาสนาอิสลาม การศึกษาถึงการให้ความหมายและความเข้าใจในเรื่องความตายของทั้ง 3 ศาสนาจึงเป็นเรื่องที่ผู้วิจัยเห็นว่าเป็นการศึกษาถึงมิติหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับบุคคลและสังคม และเป็นมิติที่สำคัญในการทำความเข้าใจและอธิบายเรื่องราวที่เกิดขึ้นภายใต้ประสบการณ์ใกล้ตายของคนในสังคมไทย

2.1) ความตายในมุมมองพุทธศาสนา

เมื่อพิจารณาความหมายของความตายในมุมมองของพุทธศาสนา ได้ให้ความหมายของความตายไว้แตกต่างออกไปจากความตายทางการแพทย์อย่างค่อนข้างเด่นชัด ดังเช่นที่ท่านพุทธทาสภิกขุ ได้แจกแจงถึงการตายไว้ว่า การตายมีอยู่ 2 ชนิด แตกต่างระหว่างทางโลกกับทางธรรม กล่าวคือ ความตายในทางโลกนั้น คือการที่ร่างกายแตกดับหรือเสื่อมสลาย ซึ่งท่านพุทธทาสภิกขุมองว่าการมองความตายในลักษณะนี้เป็นกรมองความตายที่ร่างกาย ซึ่งทำให้เกิดการยึดติดตัวตนหรือร่างกายของตน ทำให้ความตายกลายเป็นปัญหายุ่งยากต่อคนส่วนใหญ่ ส่วนความตายในทางธรรมนั้น เป็นการตายจากการยึดติดหรือยึดมั่นในตัวตน เป็นการตายโดยที่ร่างกายยังไม่ได้ตาย ชีวิตยังไม่แตกดับ ซึ่งผู้มีปัญญาเห็นธรรมแล้วจะเห็นความตายในลักษณะนี้เป็นเพียงความเปลี่ยนแปลงของเหตุปัจจัย เมื่อตายจากการยึดมั่นถือมั่นได้จริง ความตายในทางโลกก็หมดความหมาย ซึ่งความหมายของความตายที่ถือว่าเป็นจุดหมายปลายทางในมุมมองพุทธศาสนา คือนิพพาน ซึ่งแปลว่า ดับไม่เหลือ กล่าวคือ ดับไม่เหลือแห่งความทุกข์ทั้งปวง (พุทธทาสภิกขุ. 2537: 123-186)

อีกแง่หนึ่งของความตายในมุมมองพุทธศาสนา ให้ความหมายของความตายโดยใช้คำว่า *มรณะ* ซึ่งมรณะในทางธรรมนั้นจะเกิดขึ้นเมื่อจุติจิตหรือจิตดวงสุดท้ายเคลื่อนจากภพแล้วมีปฏิสนธิจิตมารองรับต่อไป การที่จิตดวงสุดท้ายหรือจิตดับลงแล้วกลายเป็นปฏิสนธิจิตหรือจิตดวงใหม่เช่นนี้ เรียกว่า “สันตติ” ขาด หมายถึงความต่อเนื่องของชีวิตขาดลง ก็คือ การถึงซึ่งความตาย คือจิตออกจากร่าง และร่างกายก็จะกลายเป็นศพในทันทีทั้งนี้ในทางพุทธศาสนาได้อธิบายไว้ว่า ตามปกติจิตของบุคคลจะเกิดหรือดับเป็นเรื่องธรรมดา จิตเกิดดับแต่ละครั้งนั้นมีความรวดเร็วและต่อเนื่องกันอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา เทียบได้กับไฟกระพริบในหลอดไฟ แต่จิตที่เกิดดับจนบุคคลแทบจะไม่รู้ตัวนี้ ทรายใดที่ยังไม่ไซดวงสุดท้าย บุคคลก็จะยังมีชีวิตอยู่ ดังนั้น ความตายในทางธรรมจึงวัดกันที่ความตายในทางจิต ถ้าจิตไม่อยู่ในรูปร่างสังขารนี้ รูปร่างสังขารนี้ก็ไม่มีประโยชน์อีกต่อไป (พระมหาวุฒิชัย วชิรเมธี. 2548: 19)

ในมุมมองพุทธศาสนา ชีวิตกับความตายนั้นห่างกันเพียงลมหายใจเข้าออก หรือที่เรียกว่า แขนงอยู่บนเส้นด้ายของความไม่แน่นอน ดังนั้น พระพุทธเจ้าจึงตรัสสอนไว้ว่า การจะใช้ชีวิตให้ดีต้องมีศิลปะ หนึ่งในศิลปะแห่งการใช้ชีวิตเหล่านั้น ก็คือ การเจริญมรณสติ เพื่อที่ว่า เมื่อเรารำลึกถึงความตายบ่อยๆ เราจะได้ใช้ชีวิตอย่างระมัดระวัง มีสติ ไม่หลงใหลได้ปลื้มไปกับความรื่นรมย์ในรูปแบบต่างๆ จนหลงลืมไปว่า ความตายอาจเกิดขึ้นกับตัวเองได้ทุกวินาทีที่หายใจเข้าออก การระลึกถึงความตายและการเข้าใจความหมายความตายในทางพุทธศาสนาในแง่ดังกล่าวนี้ จึงเป็นการช่วยให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีสติและเป็นปกติสุข แม้อยู่ท่ามกลางความตายของคนรอบข้าง หรือเมื่อต้องเผชิญกับความตายของตนเอง

2.2) ความตายในมุมมองศาสนาคริสต์

นอกจากความหมายของความตายในมุมมองศาสนาพุทธ จะแตกต่างจากความหมายอื่นๆ ที่ได้กล่าวไว้แล้ว ความหมายดังกล่าวยังแตกต่างจากการให้ความหมายความตาย

ของศาสนาอื่น ๆ ขึ้นอยู่กับความเชื่อและมุมมองของศาสนานั้น ๆ อย่างเช่น มุมมองของชาวคริสต์ ได้ให้ความหมายของความตายไว้ 3 ประการคือ (1) ความตายในฐานะที่เป็นการแยกจากกันของชีวิตฝ่ายจิตกับฝ่ายกาย นัยของความหมายนี้ถือว่า ร่างกายเป็นเพียงฝุ่นดิน และฝุ่นดินจะกลับไปสู่โลกที่มันมา ส่วนจิตวิญญาณจะกลับไปสู่พระเจ้าผู้ทรงประทานให้มา (2) ความตายในฐานะเป็นการสิ้นสุดของชีวิต โดยในความหมายนี้ ชาวคริสต์จะถือว่าโลกเป็นบ้านชั่วคราว เป็นแดนเนรเทศ หรือเป็นสถานที่ทดลองเท่านั้น บ้านที่แท้จริงคือสวรรค์นิรันดรที่พระเจ้าได้จัดเตรียมไว้ ความตายจึงเปรียบ เสมือนการสิ้นสุดการเดินทางซึ่งไม่ใช่สิ่งน่ากลัวสำหรับคนดี ส่วนคนชั่วนั้นความตายจะเป็นสิ่งที่น่ากลัว เพราะพวกเขาจะถูกพระเจ้าตัดสินลงโทษและ (3) ความตายในฐานะที่เป็นรหัสธรรมล้ำลึก (mystery) โดย ความตายลึกลับในแง่ที่ว่า *ยิ่งสาวยิ่งลึก* แบบหาที่สิ้นสุดไม่ได้ จึงเป็นการยากที่จะแสวงหาคำตอบที่น่าถึงพอใจ แต่ความลึกลับดังกล่าวยังแยกได้เป็นสองแง่มุม คือแง่มุมลบที่กล่าวว่าความตายเป็นผลมาจากบาป และแง่มุมบวกที่มองว่าความตายเป็นวิถีหรือประตูสู่นิรันดร โดยถ้าเราเดินในหนทางที่ถูกต้อก็ไม่ต้องมีเหตุผลอะไรที่ต้องหวาดกลัวความตาย ความหมายของความตายทั้ง 3 ประการดังกล่าวข้างต้นนั้น ชาวคริสต์ต่างถือว่าไม่มีอะไรที่ขัดแย้งกัน แต่ต่างส่งเสริมซึ่งกันและกัน ซึ่งจะช่วยให้เราเข้าใจความตายได้ดีขึ้น (วรยุทธ ศรีวรกุล. 2549: 179-190) ซึ่งถ้ามองจากการให้ความหมายทั้ง 3 ประการดังกล่าวข้างต้น ทำให้เข้าใจได้ว่า ความตายในมุมมองของชาวคริสต์นั้นเป็นสิ่งที่ถูกกำหนดไว้แล้ว และเป็นสิ่งที่ไม่น่ากลัวสำหรับผู้ปฏิบัติดี ความเชื่อดังกล่าวนี้ทำให้ผู้ที่ศรัทธาเห็นว่าการดำรงชีวิตคือการดำรงไว้ซึ่งคุณความดี และเมื่อทำความดีแล้วแม้ความตายจะคืบคลานเข้ามาก็ไม่ทำให้เกิดความหวาดกลัว

2.3) ความตายในมุมมองศาสนาอิสลาม

ในมุมมองของชาวมุสลิม จะมองว่า ความตายเป็นสิ่งที่พระเจ้ากำหนดให้มนุษย์ เนื่องจากพระเจ้าเป็นผู้ให้กำเนิดสรรพสิ่ง เป็นผู้สร้างชีวิตและปกปักรักษาชีวิตที่พระองค์สร้าง ชาวมุสลิมจะถือว่าพระเจ้าเป็นผู้นำทางให้มนุษย์ เพื่อจะได้ทำการงานที่ดีอันนำไปสู่ความพอใจของพระองค์ การดำเนินชีวิตของมนุษย์จะมีการหยุดพักเพื่อเดินทางต่อไปให้ถึงจุดหมายปลายทางที่แท้จริงคือ การกลับไปหาพระองค์ การหยุดดำเนินชีวิตก็คือ การตาย ซึ่งเกิดขึ้นตามที่พระเจ้าประสงค์และกำหนดไว้ โดยชีวิตไม่ได้สิ้นสุดด้วยความตาย เมื่อตาย วิญญาณถูกส่งไปยังสถานที่หนึ่ง เพื่อรับผลแห่งการกระทำและไปพำนักในโลกแห่งการรอคอยวันพิพากษา การตายจึงเป็นเพียงการหยุดพักการทำงานของร่างกาย แต่ชีวิตยังคงดำเนินต่อไปในสภาพอื่น คือจิตวิญญาณที่จะรับผลของการกระทำต่อไป และกลับไปหาพระเจ้าซึ่งเป็นเจ้าของชีวิต ดังนั้นความตายจึงเป็นที่น่าปรารถนาสำหรับผู้ศรัทธา คือการได้กลับไปหาพระเจ้าซึ่งเป็นเจ้าของชีวิตที่แท้จริง (ปราณี พาพานิช. 2549: 195-199) ในแง่ดังกล่าวนี้ ความตายในความหมายของชาวมุสลิมจึงเป็นสิ่งที่พระเจ้าได้กำหนดไว้ และเมื่อทำความดีซึ่งถือว่าเป็นการทำตามพระประสงค์ของพระเจ้าแล้ว ก็ไม่จำเป็นต้องหวาดหวั่นเมื่อต้องเผชิญกับความตาย

ความเข้าใจความหมายของการตายและความตายว่าคืออะไร ดังที่ปรากฏเป็นนิยามในมุมมองต่าง ๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น ทำให้เห็นว่าความตายเกี่ยวข้องกับเรื่องความมีชีวิตและเงื่อนไขของเวลา คือความมีชีวิตในแง่ที่เป็นสิ่งที่ต้องดำเนินต่อไป การที่ชีวิตหยุดดำเนินไป จึงหมายถึงการจบสิ้นแห่งชีวิต ซึ่งก็มีความหมายเท่ากับความตายนั่นเอง ความหมายจำพวกนี้จึงมองเวลาในเชิงระนาบ คือมีจุดเริ่มต้นและสิ้นสุดที่ชัดเจน โดยจุดเริ่มต้นก็คือการเกิด ส่วนจุดจบก็คือความตาย ความหมายที่ปรากฏในพจนานุกรมไทย และความหมายในทางวิทยาศาสตร์การแพทย์จึงมองชีวิตและความตายเป็นเชิงเส้นเช่นนี้ ในขณะที่แนวคิดเรื่องการตายและความตายแบบวิถีชาวบ้านที่มีความเชื่อในมิติของวิญญาณเพิ่มเข้ามา ทำให้คำนิยามไม่ถูกจำกัดเพียงเรื่องการดำรงอยู่ของร่างกายเท่านั้น แต่ยังหมายถึงการมีบางสิ่งบางอย่างที่เคลื่อนที่ได้ สามารถเข้าออกจากร่างกายได้ และมีผลต่อการดำรงอยู่ของร่างกาย ชีวิตในแง่นี้จึงไม่ปรากฏว่าจะสิ้นสุดที่ใด และในเวลาใดเมื่อสิ่งที่ทำให้มีชีวิตหรือวิญญาณได้เคลื่อนเข้าสู่ร่างกายก็ทำให้ร่างกายนั้นมีชีวิตขึ้นมาได้ ดังนั้นการตายจึงเป็นเพียงการเปลี่ยนผ่านของวิญญาณจากร่างหนึ่งไปสู่อีกร่างหนึ่ง การมองชีวิตเช่นนี้จึงไม่เป็นแบบเชิงเส้นเช่นแบบแรก หากแต่มีมิติเชิงซ้อนที่แสดงการเคลื่อนที่จากมิติหนึ่งไปสู่อีกมิติหนึ่ง โดยมีความตายเป็นตัวเปลี่ยนผ่าน

ในที่นี้ผู้วิจัยไม่ได้ต้องการเน้นที่ความหมายของความตายที่ชัดเจน เพียงแต่ต้องการชี้ให้เห็นว่าความหมายของความตายนี้นั้น เป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นด้วยความคิดและความเชื่อที่แตกต่างกัน การอธิบายโดยใช้ฐานคิดและมุมมองเกี่ยวกับชีวิตที่แตกต่างกัน ทำให้นิยามของความตายต่างกันไปด้วย ที่น่าสนใจก็คือ ในเมื่อนิยามของความตายมีความแตกต่างกัน นิยามอันเกิดจากฐานคิดหรือมุมมองใด ที่จะเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อชีวิตมนุษย์หรือมีผลต่อการให้ความหมายของชีวิตในยามที่ต้องใกล้ชิดกับความตาย ซึ่งจากความเจริญทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ และแนวคิดวัตถุนิยม มีส่วนทำให้นิยามทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีอิทธิพลต่อความคิดและมุมมองของคนทั่วไปในสังคม ในขณะที่ความหมายตามความเชื่อทางศาสนาก็ยังดำเนินควบคู่ไปกับวิถีชีวิตของมนุษย์ สิ่งที่ต้องการค้นหาคำตอบในงานวิจัยครั้งนี้ก็คือ บุคคลที่ชีวิตของพวกเขาใกล้ชิดกับความตายมีมุมมองเกี่ยวกับความตายเช่นไร และให้ความหมายชีวิตในภาวะใกล้ตายเช่นไรและอย่างไร ภายใต้เงื่อนไขสถานการณ์ต่างๆ และบริบทของเวลา หรือภายใต้แนวคิดหรือกระบวนทัศน์ใดบ้าง ซึ่งจะเกี่ยวเนื่องไปถึงพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตในขณะที่ชีวิตพวกเขาได้สัมผัสใกล้ชิดกับความตาย

1.3 กระบวนทัศน์และแนวคิดสำคัญเกี่ยวกับชีวิตและความตาย

กระบวนทัศน์ทางการแพทย์ที่อธิบายชีวิตและความตาย

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า ข้อจำกัดของกระบวนทัศน์สุขภาพกระแสหลักที่เน้นทางด้านวิทยาศาสตร์อาจเป็นกระบวนทัศน์ที่ไม่เพียงพอต่อการทำความเข้าใจเรื่องชีวิตและความตายในสังคมไทยที่ต้องเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับมิติต่างๆ รอบด้าน ดังนั้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนทัศน์สุขภาพกระแสต่างๆ จึงมีความสำคัญ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความตระหนักและเพื่อตรวจสอบแนวคิด

ของปัจเจกชนหรือของสังคม อีกทั้งเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ไปในทางที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามก่อนที่จะศึกษาในเรื่องกระบวนทัศน์ทางการแพทย์นี้ ควรทำความเข้าใจในเบื้องต้นเสียก่อนว่า กระบวนทัศน์แต่ละกระบวนทัศน์มิได้ดำรงอยู่อย่างโดดๆ แต่มีกระบวนทัศน์หลากหลายกระบวนทัศน์ที่ดำรงอยู่ในขณะเดียวกันทั้งในระดับสังคมและระดับบุคคล ซึ่งในสังคมหนึ่งๆ อาจมีกระแสความคิดหรือกระบวนทัศน์หลายกระแสที่ขัดแย้งกันดำรงอยู่พร้อมๆ กันได้ กระบวนทัศน์ต่างๆ เหล่านี้มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างซับซ้อน และมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยมีกระบวนทัศน์กระแสหลักเป็นตัวที่มีบทบาทครอบงำเป็นด้านหลัก แต่กระบวนทัศน์กระแสรองที่ดำรงอยู่ก็อาจมีบทบาทกำหนดความรู้สึกนึกคิดและการปฏิบัติของสังคมและปัจเจกชนได้เสมอ หรือในบางเงื่อนไข อาจพลิกขึ้นมาแสดงบทบาทหลักได้ โดยขึ้นอยู่กับเงื่อนไขความเป็นจริงต่างๆ หลายประการ เช่น สภาพแวดล้อม ปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมและเศรษฐกิจ สภาพปัญหาต่างๆ เป็นต้น จะเห็นได้จากกระบวนทัศน์ในเรื่องของสุขภาพและความตายที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้ แสดงให้เห็นถึงการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์กระแสหลักในสังคมที่มีผลต่อแนวคิดและวิธีปฏิบัติต่อชีวิตและความตายของคนในสังคม โดยจากการศึกษาในครั้งนี้ได้นำกระบวนทัศน์และแนวคิดทางการแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพและความตาย 3 ประการมานำเสนอดังต่อไปนี้ (ธนา นิลชัยโกวิทย์; และคนอื่นๆ. 2546: 2-5)

1) กระบวนทัศน์แบบกลไก แยกส่วน ลดส่วน เป็นรากฐานของแนวคิด *เวชศาสตร์ชีวภาพ* (biomedical model) ซึ่งเป็นแนวคิดที่เป็นกระแสหลักในปัจจุบัน เป็นแนวคิดที่มองว่าร่างกายเป็นเครื่องจักร ส่วนหน้าที่ของแพทย์ก็คือการซ่อมแซมเครื่องจักรนั้น แนวคิดนี้จะมองว่าร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งที่ถูกแยกออกจากกัน การตายจึงถูกมองว่า คือการหยุดทำงานของร่างกายหรือเครื่องจักร เป็นความหายนะที่ยิ่งใหญ่ที่สุดของชีวิต การตายจะถูกทำให้ยืดออกไปด้วยวิทยาการที่ก้าวหน้า และกลายเป็นเรื่องของแพทย์ที่จะต้องต่อสู้เอาชนะความตาย ที่ถูกมองว่าเป็นสิ่งที่แสดงถึงความถึงความล้มเหลวของตนเอง มากกว่าที่จะมองว่าเป็นเรื่องของผู้ป่วย ซึ่งแนวคิดนี้ยังมีอิทธิพลต่อบุคลากรสุขภาพและสังคมโดยรวม อย่างไรก็ตาม ก็ยังคงมีประโยชน์ในการรักษาโรคบางกลุ่ม และการบรรเทาทุกข์ที่รบกวนจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

2) กระบวนทัศน์แบบเสรีนิยม/ปัจเจกชนนิยม เป็นรากฐานของแนวคิด “สิทธิการตาย” (right to die) มีรากฐานแนวคิดมาจากแนวคิดเสรีนิยมและปัจเจกชนนิยมในสังคมตะวันตกที่เน้นสิทธิเสรีภาพ โดยให้ความสำคัญกับการมีอิสระในการตัดสินใจ และการเลือกของผู้ป่วย (autonomy and choice) ซึ่งเป็นผลจากปฏิกิริยาต่อการที่อำนาจตกอยู่ในมือแพทย์ และเป็นส่วนหนึ่งของการเคลื่อนไหวเพื่อสิทธิมนุษยชนเรื่องอื่นๆ เช่น เรื่องสิทธิสตรี การพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภค แนวคิดนี้มองว่า ชีวิตและการตายเป็นเรื่องของปัจเจกชนและมักจะใช้กฎหมายเป็นแนวทางในการแก้ปัญหา เช่น การออกกฎหมายพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย สิทธิการตาย (right to die) และพินัยกรรมชีวิต (living will) เป็นต้น ซึ่งเป็นแนวคิดที่กำลังเริ่มมีบทบาทในสังคมไทยมากขึ้น อย่างไรก็ตามก็ยังมีข้อจำกัดในเชิงปฏิบัติหลายประการ และยังไม่ใช่การมองปัญหาแบบองค์รวมอย่างแท้จริง

3) กระบวนทัศน์แบบองค์รวม ซึ่งเป็นรากฐานของแนวคิด “กาย-จิต-สังคม-จิตวิญญาณ” (Biopsychosocial-spiritual model) ซึ่งกระบวนทัศน์นี้มีที่มาหลายกระแส ทั้งจากแพทย์ที่สนใจผู้ป่วยแบบองค์รวม เช่น Gorge Engel ผู้เสนอแนวคิด กาย-จิต-สังคม (Biopsychosocial model) Cicely Saunders ผู้ก่อตั้งบ้านพักสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice) ขึ้นเป็นแห่งแรกในประเทศอังกฤษ และ Elisabeth Kubler-Ross ผู้บุกเบิกแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในวงการแพทย์ในยุคปัจจุบัน จากแนวคิดของศาสนาต่างๆและจากตัวผู้ป่วยเอง เนื่องจากมีที่มาหลายกระแสจึงยังมีจุดสนใจที่แตกต่างกันอยู่บ้าง เช่น บางส่วนจะเน้นที่ประเด็นของคุณภาพชีวิตซึ่งเชื่อมต่อกับแนวความคิดที่สองแต่มีความยืดหยุ่นมากกว่า ในขณะที่บางส่วนสนใจแบบองค์รวมอย่างแท้จริง และมองเห็นว่าทัศนะต่อความตายก็คือทัศนะต่อชีวิต และเน้นประเด็นจิตวิญญาณต่างๆ เช่น ความรัก ความเมตตา การตายอย่างมีสติ และความสงบในจิตใจว่าเป็นจุดที่สำคัญที่สุด ในการจัดการกับความตาย

ปัจจุบันรากฐานวิธีคิดของการแพทย์สมัยใหม่ยังอิงอยู่กับมุมมองแบบวิทยาศาสตร์ ทำให้ ความตาย ถูกลดทอนลงเป็นเพียงแค่ส่วนหนึ่งของกระบวนการทางวัตถุวิสัยที่เรียกว่า ชีวิตและเป็นจุดสุดท้ายของชีวิต ตรงนี้เองที่ทำให้ ความตาย กลายเป็นเรื่องที่น่ากลัว เพราะสัญญาตม ลึกๆ ของมนุษย์นั้นต่างก็แสวงหาความอมตะและความสืบเนื่อง เมื่อวิทยาศาสตร์บอกว่าความตาย เป็นจุดสุดท้ายของชีวิตมนุษย์ มนุษย์จึงดิ้นรนเพื่อที่จะหนีความตายไปให้พ้น จะเห็นได้จาก กระบวนการกู้ชีวิตแบบการแพทย์สมัยใหม่ ที่ดำเนินไปบนพื้นฐานวิธีคิดทางการแพทย์แบบชีวกลไก (Biomedicine) ซึ่งมุ่งความสนใจไปที่กระบวนการทางกายภาพของผู้ป่วย โดยใช้ความรู้เทคโนโลยี การทางการแพทย์เข้ามาจัดการกับอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเพื่อยับยั้งความตาย ซึ่งนอกจากจะลดทอนความตายเหลือเพียงมิติทางกายภาพแล้ว ยังมีความพยายามที่จะลดทอนความตายให้กลายเป็นเรื่องของความผิดปกติของอวัยวะบางส่วนอีกด้วย ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเท่ากับบอกว่าความตายไม่ใช่ปรากฏการณ์ธรรมชาติ หรือความตายอย่างเป็นธรรมชาตินั้นไม่มี แต่เป็นความตายที่เกิดจากการเป็นโรคหรือการสูญเสียของการทำหน้าที่ของอวัยวะบางส่วน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2550: 13)

จากปัญหาวิธีคิดของการแพทย์แบบชีวกลไก ทำให้กระบวนทัศน์กระแสอื่นเริ่มเข้ามา มีบทบาท ไม่ว่าจะเป็นกระบวนทัศน์แบบเสรีนิยมหรือกระบวนทัศน์แบบองค์รวม ซึ่งเริ่มมองความเจ็บป่วยและความตายในความหมายและมุมมองที่ต่างออกไป และคำนึงถึงมิติต่างๆ รอบด้านมากขึ้น ทำให้เห็นได้ว่า การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์อยู่ภายใต้ปัจจัยและเงื่อนไขต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็น สภาพแวดล้อม ปัจจัยเกื้อหนุนต่างๆ หรือสภาพปัญหาที่ต้องเผชิญ เช่นความทุกข์ทรมาน ความรุนแรงของอาการ และความสัมพันธ์เชิงอำนาจ เช่นความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย อย่างไรก็ตามไม่ได้หมายความว่ากระบวนทัศน์นี้จะถูกหรือผิด ดีหรือเลวโดยสิ้นเชิง หรืออาจนำกระบวนทัศน์หนึ่งมาใช้เพื่อสนับสนุนตามกรอบกระบวนทัศน์อีกชุดหนึ่งได้ เช่น การควบคุมอาการด้วยความเจ็บปวดด้วยยาตามแนวคิดวิทยาศาสตร์ชีวภาพอาจถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่โดยทั่วไปมีลักษณะองค์รวม หรือแนวความคิดแบบองค์รวม เช่น แนวคิด กาย-จิต-สังคม-จิต

วิญญาณ ก็อาจถูกนำมาใช้แบบกลไกได้ ที่ผู้วิจัยต้องการสื่อให้เห็นก็คือ แนวความคิดเรื่องกระบวนการทัศน์เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและสามารถช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเกิดความตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ไปในทิศทางที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมในช่วงเวลาต่างๆ โดยคำนึงถึงความรอบคอบในการนำกระบวนการทัศน์ไปใช้ตัดสินความรู้และความจริงที่เกิดขึ้นภายในสังคม ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์ในทางปฏิบัติมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ถึงแม้ความคิดเรื่องความตายตามหลักการแพทย์สมัยใหม่จะยังคงเป็นความคิดหลักแต่ขณะเดียวกัน จากประสบการณ์ที่ผ่านมาและการศึกษาในวิชาปฏิบัติการวิจัยเกี่ยวกับปรากฏการณ์ใกล้ตาย ทำให้ผู้วิจัยมองว่า วิธีคิดและทัศนคติที่มนุษย์มีต่อชีวิตและความตายตามแนวคิดอื่น ยังคงมีอิทธิพลและดำรงอยู่ในชีวิตของผู้คนด้วยเช่นกัน การทำความเข้าใจต่อเรื่องราวเกี่ยวกับชีวิตและความตายในมิติอื่นๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรเรียนรู้และทำความเข้าใจ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความตายและชีวิตในภาวะใกล้ตายได้อย่างกว้างขวางและลึกซึ้งมากขึ้น

แนวคิดความเชื่อทางศาสนาที่อธิบายชีวิตและความตาย

ในอดีตศาสนามีบทบาทต่อความคิดและความเชื่อของคนส่วนใหญ่ในสังคมไทย โดยเฉพาะในเรื่องของโลกหลังความตาย พุทธศาสนาจะมีบทบาทชัดเจน กล่าวคือ พุทธศาสนาจะกล่าวถึงเรื่องของความตายที่อ้างอิงตามหลักไตรภูมิ ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับสวรรค์ นรกและโลก และได้กลายมาเป็นความเชื่อพื้นฐานในการกำหนดกฎเกณฑ์ทางศีลธรรมของคน และเป็นจริยธรรมทางสังคม และตอบคำถามต่างๆ ในชีวิตของมนุษย์ เช่น คนทำความดีจะได้รับผลเป็นเช่นไร คนทำความชั่วจะได้รับผลเป็นเช่นไร สวรรค์ดีอย่างไร นรกไม่ดีอย่างไร เป็นต้น อย่างไรก็ตามความเชื่อและแนวทางการปฏิบัติมีแนวโน้มในลักษณะที่มุ่งมาย มากกว่าการใช้เหตุผลพิจารณา (นภนาท อนุพงศ์พัฒน์. 2550: 37) ต่อมา ทัศนคติในการนับถือศาสนาจะเน้นไปในเรื่องของความมีเหตุมีผล และตรวจสอบได้มากกว่าการแค่ปฏิบัติตามๆ กันมาแต่โบราณ ซึ่งมีผลต่อความเสื่อมคลายความเชื่อทางศาสนาในการเผชิญหน้ากับความตาย ทั้งนี้เป็นไปได้ว่าเป็นผลมาจากการรับเอาโลกทัศน์ใหม่ที่อ้างอิงความรู้แบบวิทยาศาสตร์ตะวันตกเข้ามาแทนที่โลกทัศน์แบบไตรภูมิไป โดยเฉพาะจากอิทธิพลของแนวคิดตะวันตกทั้ง 3 แบบ อันได้แก่ ประจักษ์นิยม เหตุผลนิยม และมนุษย์นิยม เริ่มมีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติความเชื่อ (นภนาท อนุพงศ์พัฒน์. 2550: 90)

ความคิดและรูปแบบการใช้ชีวิตในสังคมที่แปรเปลี่ยนในแต่ละสมัย ทำให้กระบวนการของชีวิตที่เข้าใกล้ความตายและความตายได้เปลี่ยนแปลงความหมายมาโดยตลอด และจะยังคงเปลี่ยนต่อไปอีก ทว่า เมื่อความหมายของชีวิตและความตายเป็นสิ่งที่ผันแปรไปตามเงื่อนไขและปัจจัยต่างๆ แต่คนเราในปัจจุบันก็ต้องเดินทางไปถึงจุดหมายซึ่งก็คือความตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สิ่งนี้อาจจะมีความหมายมากกว่าคือการหันกลับมาตั้งคำถามว่า เราจะสามารถกำหนดทิศทางของความตายและชีวิตใกล้ตายให้มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อตัวเราและผู้อื่นได้อย่างไร ซึ่งแนวคิดหรือมิติทางศาสนาไม่ว่าจะเป็นศาสนาใดก็ตาม นับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้คนที่เชื่อถือและศรัทธา

หันกลับมาพิจารณาความตายในแง่ที่มีคุณค่าต่อการใช้ชีวิตทั้งในภาวะปกติและภาวะก่อนตาย อีกทั้งยังช่วยให้ไม่ละเลยประเด็นต่างๆ ที่สำคัญในชีวิตภายใต้สังคมที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งในการศึกษาค้นคว้านี้จะได้นำแนวคิดทางศาสนาต่างๆ ที่มีการนับถือแพร่หลายในสังคมไทยในปัจจุบัน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งหลายปฏิบัติต่อความตายและชีวิตใกล้ตายได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น

1) แนวคิดพุทธศาสนาของชาวไทย

แนวคิดเกี่ยวกับชีวิตและความตายในพุทธศาสนาที่สำคัญ เริ่มต้นจากการตรัสรู้ของพระสัมมาสัมพุทธเจ้า โดยพระองค์ก็ได้นำความจริงที่มีอยู่ตามธรรมชาติมาเปิดเผยให้ชาวโลกได้รับรู้ กฎเกณฑ์ธรรมชาติที่พระองค์ทรงชี้ให้เห็นคือ ความไม่เที่ยงของสิ่งต่างๆ กล่าวคือ ทุกสิ่งทุกอย่างไม่สามารถดำรงอยู่ในสภาพเดิมตลอดไปได้ ต้องมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ชีวิตมนุษย์เราก็เช่นกัน ต้องหมุนเวียนเปลี่ยนไปอยู่ทุกขณะของชีวิต คือ เกิดมาแล้วก็ต้องเจ็บและต้องตาย ความเปลี่ยนแปลงนี้เองเป็นสาเหตุที่ทำให้มนุษย์มีความทุกข์ เพราะไม่รู้เท่าทันสภาพความเป็นจริงของมัน จึงปรับสภาพจิตใจไม่ถูกกับมัน พระพุทธศาสนาจึงพยายามที่จะชี้ให้เห็นสภาพความเป็นจริงนี้ และให้เราวางใจให้ถูกต้องกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา รวมไปถึงความตายที่จะต้องเกิดขึ้นในวันใดวันหนึ่งด้วย (พระมหาบุญมี มัลลวชิโร. 2548: 5-6)

แนวคิดทางพุทธศาสนาได้กล่าวถึงชีวิตมนุษย์ที่เกิดขึ้นมาจากการประกอบกันของขันธ์ห้า คือ รูป เวทนา สัญญา สังขาร และวิญญาณ และหากย่อรวมองค์ประกอบทั้งห้าอย่างเข้าหากัน ก็จะเหลือแค่สองส่วนคือ ส่วนที่เป็น รูปธรรมกับนามธรรม โดยส่วนที่เป็นรูปธรรมได้แก่ ร่างกาย และส่วนที่เป็นนามธรรม ได้แก่ จิตใจ ซึ่งเมื่อส่วนต่างๆ แยกออกจากกัน เราเรียกการแยกออกจากกันนั้นว่า ความตาย ในแง่นี้ ความตายจึงเป็นเพียงการที่ขันธ์ห้า ที่ประชุมรวมกันอยู่นั้นแยกออกจากกัน ซึ่งพุทธศาสนาถือว่าเป็นเพียงกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงอย่างหนึ่งในชีวิตเท่านั้น และไม่ใช่เป็นวาระสุดท้ายของทุกสิ่งทุกอย่างหรือไม่ได้เป็นการสิ้นสุดกระบวนการของชีวิต แต่เป็นเพียงปรากฏการณ์ธรรมชาติที่มีอยู่คู่กับการเกิด การตายจึงเป็นผลที่นำไปสู่การเกิดใหม่อีกตราบเท่าที่เรายังมีกิเลสอยู่ ซึ่งหากเราพัฒนาดวงจิตให้สะอาดบริสุทธิ์ปราศจากกิเลสตัณหา คือ ความโลภ ความโกรธ ความหลงทั้งหลายทั้งปวง ก็จะเป็นการดับสนิทไม่มีการเวียนว่ายตายเกิดอีก หรือที่เรียกว่า นิพพาน (พระมหาบุญมี มัลลวชิโร. 2548: 9-10)

ท่านอาจารย์พุทธทาสภิกขุกล่าวถึงความตายไว้อย่างมีลักษณะพิเศษกว่าท่านอื่นคือกล่าวว่า การตายนั้นมี 2 อย่างคือ การตายทางกาย กับ การตายทางจิตใจ การตายทางกายเป็นภาษาคนหรือภาษารูปธรรม เช่น เมื่อคนหมดลมหายใจ เคลื่อนไหวไม่ได้ จึงเรียกว่าตาย เพราะร่างกายโดยรวมทั้งหมด ระบบทั้งหมดไม่ทำงาน แต่คนเราเมื่อร่างกายตายแล้ว ยังมีอีกอย่างหนึ่งซึ่งไม่ใช่ร่างกาย บางท่านเชื่อว่าเป็นจิตใจและบางท่านเชื่อว่าเป็นวิญญาณที่เป็นอมตะ และจะไปเกิดในภพใดภพหนึ่ง ถ้ายังไม่ได้บรรลุนิพพานเป็นพระอรหันต์ ในแง่มุมนี้ ท่านพุทธทาสจึงสอนให้รู้จักการตายก่อนตาย ในความหมายที่ว่า เป็นการตายจากความยึดมั่นถือมั่น ความหลงผิดหรือกิเลสความชั่วต่างๆ และให้หลักปฏิบัติที่ว่า คนเรานั้นปล่อยให้ร่างกายตาย แต่ว่าอย่าให้คุณงามความดีตายไปด้วย เหมือนกับว่าให้เราเป็นตัวตนที่ดี ให้เราตั้งใจทำความดี แต่เมื่อทำความดีถึงที่สุดต้องทิ้งตัวตนได้

ต้องสลายนวตจนหมดตัวตนได้ พ้นจากความดีได้จึงเข้าถึงพระนิพพาน (พระคุชฎี เมธังกุโร; และคนอื่น ๆ. 2544: 5-9)

เมื่อกล่าวถึงภาวะใกล้ตายในทางพุทธศาสนา พระพุทธเจ้าทรงเปรียบเทียบจิตดวงสุดท้ายก่อนตายเหมือนวัวตัวแรกที่ออกจากคอก วัวตัวใดที่อยู่ใกล้คอกที่สุดจะออกเป็นตัวแรก แต่ถ้าวัวตัวนั้นไม่มีกำลัง วัวตัวอื่นจะแซงไปหมด ในแง่มุมนี้พระไพศาล วิสาโล ได้อธิบายไว้ว่า ช่วงใกล้ตายจะมีสิ่งที่เรียกว่า กรรมนิมิต คือ ประสบการณ์หรือกรรมที่ได้ทำมาในอดีต และคตินิมิต คือ ภาพที่คนจะไปเกิดใหม่ สิ่งเหล่านี้จะเข้ามาปรุงแต่งจิตให้เกิดเห็นภาพต่างๆ ในช่วงจิตสุดท้ายหรือช่วงก่อนตาย คนที่ทำความชั่วจึงมักเห็นกรรมนิมิตเป็นภาพที่ไม่ดีไม่งามหรือภาพที่น่ากลัวจากกรรมชั่วที่เคยทำ และเห็นคตินิมิตเป็นภาพของนรกภูมิ หรือภพภูมิอันไม่น่าพิสมัยที่จะต้องไปเกิดใหม่ ทำให้รักษาจิตเป็นปกติได้ยากในช่วงใกล้ตาย อย่างไรก็ตามหากมีกัลยาณมิตรช่วย อาจจะช่วยให้จิตดวงสุดท้ายสงบซึ่งนำไปสู่สุคติภพได้ แม้กระนั้นก็จะอยู่ได้ไม่นาน สุดท้ายก็ต้องตกมาสู่นรกภูมิตามกรรมที่ได้ก่อไว้ (พระไพศาล วิสาโล. 2546: 12) ในศาสนาพุทธจึงมักมุ่งให้ผู้ใกล้ตายรำลึกถึงสิ่งที่ดีงามในช่วงขณะจิตสุดท้ายด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การนึกถึงพระรัตนตรัยหรือสิ่งดีงามในชีวิต นอกจากนั้นยังอาจแนะนำให้ผู้ใกล้ตายได้ละวางสิ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ไม่ว่าจะเป็นเรื่องทางกาย ทางใจ หรือความผูกพันบางประการที่เป็นอุปสรรคต่อการจากไปอย่างสงบ

ถึงแม้พุทธศาสนาจะถือว่าความตายจะเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต แต่เนื่องจากชีวิตหลังความตายเป็นเรื่องที่ไม่มีผู้ใดบอกได้ว่าเป็นอย่างไร ยังไม่นับถึงการพลัดพรากจากญาติพี่น้องหรือคนสนิทชิดเชื้ออย่างไม้อาจกลับมาพบกันได้ ความตายจึงเป็นสิ่งที่ขอมรวักันได้ยาก ด้วยเหตุนี้เมื่อมีผู้ป่วยหนักและญาติเห็นว่ามีความรอดน้อย ก็มักมีพิธีกรรมที่มีรากฐานมาจากความเชื่อทางพระพุทธศาสนาแฝงอยู่ด้วย ทั้งนี้เพื่อเป็นการปลอบขวัญและเสริมกำลังใจในการเผชิญหน้ากับความตาย เช่น การทำพิธีต่ออายุสิบชะตา พิธีต่ออายุด้วยการสวดโพชฌงค์ การเทศน์คัมภีร์มหาวิปากให้ผู้ป่วยหนัก เป็นต้น (ราตรี ปิ่นแก้ว; และมธุรส ศิริสถิตย์กุล. 2550: 129) นอกจากนั้นเมื่อมีคนในชุมชนอยู่ในภาวะป่วยหนักใกล้ตายและญาติมิตรทำใจยอมรับการจากไปของผู้ป่วยนั้นแล้ว แต่ละชุมชนก็จะมีวิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้กำลังจะตายได้จากไปอย่างสงบหรือไม่ทุกข์ทรมานมากนัก สิ่งเหล่านี้ เปรียบเสมือนกระบวนการทางสังคมที่เยียวยาทั้งผู้ที่กำลังจะตายและผู้ที่อยู่ข้างหลัง ซึ่งในแต่ละชุมชนจะมีวิธีปฏิบัติที่หลากหลายออกไป เช่น พิธีบอกหนทางให้แก่ผู้ป่วยหนักโดยการนิมนต์พระสงฆ์มาสวด การจัดดอกไม้รูปเทียนให้ผู้ป่วยถือประนมมือเตือนให้ระลึกถึงคุณพระรัตนตรัย หรือการเพียงแต่ให้ผู้ป่วยพนมมือแล้วกล่าวคำว่า “อรหัน” หรือ “พุทธโธ” เป็นต้น

ส่วนพิธีกรรมหลังความตายนั้นจะมีความแตกต่างกันตามยุคสมัย สภาพภูมิศาสตร์ วัฒนธรรม และประวัติศาสตร์ของแต่ละสังคม พิธีกรรมเกี่ยวกับพิธีศพในสังคมไทยในท้องถิ่นทุกภูมิภาคส่วนใหญ่ยังมีความแตกต่างกันอยู่ ซึ่งอาจแตกต่างกันไปตามลักษณะการตาย เช่น ตายตามปกติ หรือไม่ปกติ ตลอดจนความแตกต่างทางเพศ อายุ สถานภาพ และชนชั้นของผู้ตาย เช่น พระสงฆ์ หรือเชื้อพระวงศ์ เป็นต้น อย่างไรก็ตามพิธีกรรมทั้งหมดจะแสดงถึงขั้นตอนที่สะท้อนความเชื่อเกี่ยวกับโลกหน้าและชีวิตหลังความตายร่วมกัน

(ราตรี ปิ่นแก้ว; และมธุรส ศิริสถิตย์กุล. 2550: 138) สำหรับสังคมไทย พิธีศพยังมีความหมายทางสังคมแฝงอยู่ด้วยเช่นเดียวกัน เนื่องจากวิถีคิดของชาวชนบทไทยนั้น งานศพมิได้มีความหมายเพียงแง่มุมของการให้เกียรติและคืนศักดิ์ศรีแก่ผู้เสียชีวิตเท่านั้น แต่ยังเน้นการปลอบขวัญ ให้กำลังใจ และปลอบโยนญาติผู้สูญเสียให้คลายทุกข์โศกไปพร้อมกันด้วย

ความตายในทางพุทธศาสนา ไม่ได้มีความหมายเพียงแค่การสิ้นชีวิตในทางกายภาพ แต่ยังสะท้อนให้เห็นถึงความจริง ความหมาย และคุณค่าของชีวิต นอกจากนี้ความตายยังได้สะท้อนให้เห็นถึงการคืนความสัมพันธ์ของกลุ่มคนที่มีต่อกัน ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และสังคม ผ่านทางสัญลักษณ์หรือพิธีกรรมที่แตกต่างกันไปในแต่ละสังคมและวัฒนธรรม เพื่อเชื่อมโยงและรักษาความสัมพันธ์ที่มีอยู่ระหว่างคนเป็นและคนตายให้ดำรงไว้ อีกทั้งยังเห็นได้ว่า มีความเชื่อปรัชญาคำสอน หรือคำอธิบายซึ่งมีที่มาจากพุทธศาสนาเป็นอันมากแฝงอยู่ในแบบแผนการปฏิบัติหรือพิธีกรรมต่างๆ แม้ว่าในแต่ละท้องถิ่นจะมีวิธีการปฏิบัติที่แปลกแยกแตกต่างกันไปบ้าง แต่ก็มักมีความเชื่อหลักๆ ร่วมกันอยู่ ดังนั้นการทำความเข้าใจถึงวิถีคิดและคำอธิบายเกี่ยวกับชีวิตและการตายในทางพุทธศาสนา จึงมีความสำคัญสำหรับบุคคลที่ต้องเกี่ยวข้องหรือต้องเผชิญกับภาวะใกล้ตาย โดยเฉพาะบุคลากรทางสุขภาพที่จำต้องมีพื้นฐานของความรู้และความเข้าใจนี้ไว้ เพื่อให้การปฏิบัติต่อคนใกล้ตายอย่างเหมาะสมภายใต้บริบทและมิติต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

2) แนวคิดทางพุทธศาสนาแบบทิเบต

ทิเบตเป็นแบบแผนพระพุทธศาสนาแบบตันตรยานหรือวัชรยาน และเป็นเสาหลักในชมพูทวีป จุดเด่นของพุทธศาสนาแบบทิเบตหรือลัทธิวัชรยานคือแนวคิดที่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับความตายโดยมีทั้งการศึกษาและมีวิธีการปฏิบัติอย่างชัดเจนและโดดเด่น ซึ่งทำให้ผู้คนจำนวนหนึ่งในสังคมไทยในช่วงหลังมานี้ให้ความสนใจต่อพุทธศาสนาวัชรยานแบบทิเบตอยู่ไม่น้อย โดยพุทธศาสนิกายวัชรยานแบบทิเบตให้ความสำคัญเกี่ยวกับความตายและให้ความหมายเกี่ยวกับความตายที่ชัดเจนมาก ดังที่องค์ทาไลลามะ ได้แสดงทัศนะการเผชิญความตายใน The Tibetan Book of Living and Dying (พระไพศาล วิสาโล. 2549: 16) ว่า แม้เรามีความเชื่อว่าเราจะไปเกิดใหม่ที่ไหนและอย่างไรเป็นเรื่องที่ขึ้นอยู่กับแรงกรรมนั้น แต่สภาพจิตของเราขณะสิ้นชีวิตก็สามารถมีอิทธิพลต่อชาติใหม่ของเราได้ ดังนั้นในขณะที่สิ้นชีวิต ถึงแม้เราจะสะสมกรรมมากเพียงใดก็ตาม หากเราเพียรพยายามทำจิตให้เป็นกุศล เราก็อาจหนุนเสริมและกระตุ้นกุศลกรรมให้เพิ่มพูนช่วยให้ไปเกิดใหม่ในสุคติได้ ทัศนะดังกล่าวสะท้อนท่าทีที่ชัดเจนเกี่ยวกับความตายในพุทธศาสนาแบบทิเบต ที่นับว่าโดดเด่นมากในแง่การให้ความสำคัญกับวิธีการตายอย่างถูกต้องและครอบคลุมไปถึงวิธีการปฏิบัติหลังการตายด้วย ดังนั้น การตายจึงเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ที่ต้องเรียนรู้ มิใช่เพียงเพื่อการไปเกิดในภพภูมิใหม่ที่พึงปรารถนาเท่านั้น หากแต่มีจุดมุ่งหมายสูงสุดคือการวิมุตติหลุดพ้นเลยที่เดียว (พระไพศาล วิสาโล. 2549: (8))

แม้จะมีปรัชญาที่แตกต่างกันแต่ก็กายต่าง ๆ ของพุทธศาสนานั้นต่างก็มีสาระสำคัญที่คล้ายคลึงกัน เนื่องจากทุกนิกายจะอาศัยแนวคำสอนของพระพุทธเจ้าเป็นหลักการสำคัญร่วมกัน เพียงแต่มีจุดเน้นที่แตกต่างกัน โดยสำหรับทางวัชรยานหรือทิเบตแล้ว จะเริ่มจากทัศนะพื้นฐาน

เกี่ยวกับเป้าหมายในชีวิตที่มีระดับแตกต่างกันไป เป้าหมายชีวิตที่เป็นระดับสูงสุดคือ การตรัสรู้เพื่อช่วยเหลือสรรพสัตว์ ระดับที่รองลงไปเป็นการบรรลุนิพพานให้สามารถหลุดพ้นจากความทุกข์ของวัฏสังสารเกิด แก่ เจ็บ ตาย และระดับที่ต่ำกว่านั้นคือการพัฒนาชีวิตในชาติต่อๆ ไปจนกว่าจะหลุดพ้น ดังนั้นวัชรยานจึงให้ความสำคัญเกี่ยวกับเรื่องของความตาย และสภาพจิตก่อนตายซึ่งเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อเป้าหมายของชีวิตในระดับต่างๆ ความตายในทัศนะของวัชรยานนั้น ไม่ถือว่าเป็นบุคคลถึงแก่ความตายเมื่อหัวใจหยุดเต้นหรือสมองตายดังทัศนะในทางการแพทย์ แต่ถือว่าเป็นการแตกสลายทางกายเท่านั้น โอกาสยกระดับในจิตวิญญาณและโอกาสแห่งการหลุดพ้นยังมีอยู่หากมีปัจจัยสนับสนุนอันเหมาะสม ต่อเมื่อขั้นตอนสุดท้ายผ่านพ้นไปแล้วจึงจะถือว่าบุคคลนั้นตายอย่างแท้จริง (นงลักษณ์ ตรงศีลสัตย์. 2550: 153-155)

พุทธศาสนาแบบทิเบต ใช้คำว่า *บาร์โด* ซึ่งแปลตามตัวได้ว่า *การเปลี่ยนผ่าน* หรือ ช่องว่างระหว่างสถานการณ์ที่สิ้นสุดไปแล้วและสถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้น หรือเรียกว่าภาวะที่อยู่ระหว่างความตายกับการเกิดใหม่ตามความเข้าใจของชาวทิเบต ซึ่งแท้จริงแล้วคำนี้กินความหมายที่กว้างและลึกซึ้งครอบคลุมทั้งในภาวะมีชีวิตและหลังมีชีวิตคือความตาย โดยชี้ให้เห็นว่า สิ่งที่เราเรียกว่า *ชีวิต* และ *ความตาย* นั้น ไม่อาจแยกจากกันได้ โดยในช่วงชีวิตของเรามีบาร์โดอยู่ 4 ช่วง คือ ช่วงแรกคือบาร์โดแห่งชีวิต ที่ครอบคลุมช่วงเวลาตั้งแต่เกิดจนตาย ช่วงที่สอง คือบาร์โดแห่งการตาย เป็นช่วงตั้งแต่ขั้นตอนการตายจนถึงการสิ้นสุดลมหายใจภายใน ช่วงที่สาม คือบาร์โดอันแจ่มกระจ่าง ซึ่งครอบคลุมประสบการณ์หลังความตาย อันเป็นภาวะที่จิตแผ่รัศมี เป็นความกระจ่างหรือ “แสงกระจ่าง” โดยจะปรากฏเป็นเสียง สี และแสงในขณะที่ใกล้ตาย และช่วงสุดท้าย คือบาร์โดแห่งกรรมหรือบาร์โดแห่งการถือกำเนิด เป็นช่วงที่จะไปเกิดใหม่ โดยทิศทางของจิตจะเคลื่อนไปตามแรงกรรมเก่าของเรา ขณะที่เราเคลื่อนจากบาร์โดหนึ่งสู่อีกบาร์โดหนึ่ง โดยเฉพาะบาร์โดที่ประสบในช่วงเวลาแห่งการตายเป็นช่วงเวลาที่ดีที่สุดสำหรับการเตรียมตัวตาย และเป็นช่วงขณะที่เปี่ยมด้วยพลังและโอกาสแห่งการรู้แจ้ง ในขณะที่เดียวกันก็เป็นช่วงเวลาที่มีความไม่แน่นอนสูงมาก ยิ่งเรามีความสงบ ตลอดจนมีความไวและตื่นตัวต่อโอกาสที่จะเกิดปัญญาลึกซึ้งในขณะที่เกิดช่องว่างในช่วงเปลี่ยนผ่านนี้มากเท่าไร เราก็ยิ่งมีความพร้อมมากเท่านั้น (พระไพศาล วิสาโล. 2549: 297-307) อย่างไรก็ตามไม่ว่าเราจะมีความสามารถในการกำหนดจิตมากเพียงใด คนเรายังถูกจำกัดด้วยร่างกายและกรรม ด้วยเหตุนี้ ในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่จึงต้องมีการปฏิบัติดีปฏิบัติชอบ มีการบำเพ็ญทางจิต และการทำสมาธิภาวนาตามหลักพุทธศาสนา เพื่อเตรียมจิตใจเข้าสู่จิตในระดับต่างๆ

ความโดดเด่นอีกประการเกี่ยวกับเรื่องชีวิตใกล้ตายและความตายของพุทธศาสนาแบบทิเบต คือการมีวิธีปฏิบัติต่างๆ เกี่ยวกับชีวิตใกล้ตายและความตายที่ตั้งอยู่บนหลักการดำเนินชีวิตของชาวพุทธทิเบต คือ เพื่อให้เข้าใจเป้าหมายชีวิต ยอมรับความตาย และช่วยเหลือผู้ใกล้ตาย ซึ่งนอกจากจะทำให้ไม่รู้สึกกลัวและรู้สึกแปลกแยกจากความตายแล้ว ยังทำให้มีทัศนคติที่ดีต่อความตายอีกด้วย วิธีการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมในการช่วยเหลือผู้ใกล้ตายของพุทธศาสนิกายวัชรยานที่สำคัญมีอยู่ 3 ลักษณะ (พระไพศาล วิสาโล. 2549: 45-98) ได้แก่

- การทำทองเลน ซึ่งหมายถึง การให้และการรับ โดยรับเอาความทุกข์ยากของสรรพชีวิตทั้งทางใจและทางกายด้วยจิตกรุณา และมอบความสุข ความสงบที่เรามีให้แก่เขา อันเป็นการปฏิบัติตามหลักคำสอนของพุทธศาสนิกายวัชรยาน คือ การมีปัญญากรุณาต่อมวลสรรพสัตว์ การทำทองเลนมักทำกับผู้ป่วยและผู้ใกล้ตายเป็นการจินตนาการว่าเรารับเอาความทุกข์จากเขามาไว้กับตัว ก่อนที่จะแผ่ความรักและกรุณาให้กับเขา ซึ่งการทำในลักษณะนี้จะช่วยให้ผู้ทำลดหรือทำลายความยึดติดในตัวตน และชำระล้างอกุศลกรรมทั้งหมดออกจากตัวด้วย

- การบำเพ็ญทางจิตด้วยการสวดมนต์ เป็นวิธีปฏิบัติในชีวิตตามปกติของชาวทิเบต เพื่อความก้าวหน้าทางจิตวิญญาณ คือ การทำสมาธิภาวนาและการสวดมนต์ และวิธีการนี้สามารถนำมาช่วยผู้ที่ใกล้ตายได้ด้วยการชักชวนให้เขาน้อมใจอยู่ในสมาธิภาวนาขณะที่ความตายใกล้เข้ามาได้ด้วย

- การทำโหวะ หมายถึง การเคลื่อนย้ายจิตหรือการส่งจิตไปรวมกับโพธิจิตของพระพุทธเจ้า ซึ่งถึงว่าเป็นสภาวะแห่งจิตเดิมแท้อันไม่มีการเกิด การทำโหวะเป็นสิ่งที่ใช้ปฏิบัติมากที่สุดสำหรับผู้ที่กำลังจะตาย และเป็นคำสอนพิเศษที่เกี่ยวกับบาร์โด เป็นการปฏิบัติทางด้านโยคะและสมาธิภาวนาที่ใช้กันมานานหลายศตวรรษ เพื่อช่วยผู้ใกล้ตายและเพื่อเตรียมตัวตาย วิธีนี้มักทำโดยบุคคลที่กำลังจะตาย หรือทำโดยอาจารย์ที่มีความสามารถหรือใครก็ตามที่ปฏิบัติให้แก่ผู้ที่กำลังจะตาย ความสำเร็จในการทำโหวะช่วยให้เกิดความมั่นใจและละความกลัวเมื่อต้องเผชิญความตาย

ทัศนะของพุทธศาสนาแบบทิเบตไม่เพียงแต่จะสอนให้รู้จักความตาย แต่ยังสอนให้เตรียมตัวตายในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ด้วย เพราะชีวิตมีความไม่เที่ยง มีความแปรเปลี่ยนได้เสมอ ดังนั้นการมองความตายของพุทธศาสนาแบบทิเบต จึงมองความตายในฐานะเป็นการเจริญมรณสติ เพราะว่าเป็นโอกาสแห่งการเรียนรู้ โดยการพิจารณาเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายแห่งชีวิตคือการหลุดพ้น ซึ่งการเจริญมรณสติถือเป็นการภาวนาที่เปรียบความตายเสมือนประตูหรือหนทางนำไปสู่การใช้ชีวิต จะเห็นได้ว่า แนวคิดหลักเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนตายของพุทธศาสนาแบบทิเบตก็ไม่แตกต่างจากแนวคิดของพุทธศาสนิกายเถรวาทที่ชาวไทยนับถือกันมากนัก เพียงแต่มีความโดดเด่นในเรื่องของวิธีปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมมากกว่าเท่านั้น อย่างไรก็ตามในสังคมไทยขณะนี้เริ่มมีความสนใจในเรื่องความตายและการเผชิญความตายอย่างสงบกันมากขึ้น และมีการนำแนวคิดพุทธศาสนิกายวัชรยานแบบทิเบตมาใช้กันมากขึ้น โดยมีการนำแนวคิดพุทธศาสนาแบบทิเบตมาเผยแพร่ให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นควบคู่ไปกับแนวคิดพุทธศาสนาที่เป็นแนวคิดหลักของสังคมไทย ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะความสนใจของผู้คนเกี่ยวกับความตายและชีวิตใกล้ตายที่มีมากขึ้น อีกทั้งแนวคิดนี้มีพื้นฐานมาจากหลักคำสอนทางพุทธศาสนาเช่นเดียวกัน และอีกส่วนหนึ่งก็มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม เป็นการเยียวยาทางจิตใจที่เข้าถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว อย่างไรก็ตามวิธีปฏิบัติทางการแพทย์อาจไม่สามารถเข้าถึงได้

แนวคิดทางศาสนาของชาวจีน

เนื่องจากกลุ่มคนไทยเชื้อสายจีนถือเป็นชนกลุ่มใหญ่อีกกลุ่มหนึ่งในสังคมไทย แต่ในแง่ของการดำเนินชีวิต กลุ่มคนเหล่านี้ยังมีวิถีปฏิบัติที่ยึดถือตามขนบธรรมเนียม ประเพณี และความเชื่ออันสืบทอดมาอย่างยาวนาน โดยระบบความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของชาวจีนในสังคมไทยส่วนใหญ่มีลักษณะการผสมผสานความเชื่อระหว่างลัทธิขงจื้อ ลัทธิเต๋า และพุทธศาสนานิกายมหายาน รวมถึงการนับถือเทพเจ้า ชาวจีนมีพื้นฐานความเชื่อเรื่องวิญญาณ มาตั้งแต่สมัยดั้งเดิม โดยเชื่อว่าวิญญาณนั้นเป็นอมตะไม่เสื่อมสลาย ดังนั้นเมื่อสมาชิกในครอบครัวเสียชีวิตก็จะนำเอาของใช้ในชีวิตประจำวันฝังรวมกับผู้ตายด้วย เพื่อให้แก่วิญญาณของผู้ตาย การนับถือเทพเจ้าของชาวจีนจะถือว่าสิ่งต่างๆ ที่กระทบต่อชีวิตมนุษย์เกิดจากการดลบันดาลของเทพเจ้าต่างๆ และเพื่อให้เทพเจ้าพึงพอใจและบันดาลสิ่งที่ดีงาม ตลอดจนช่วยขจัดปัดเป่าสิ่งที่ไม่ดี จึงต้องมีพิธีกรรม ตลอดจนการสร้างสถานที่เคารพ ได้แก่ ศาลต่างๆ เพื่อให้เทพเจ้าได้สิงสถิต นอกจากนั้นชาวจีนยังให้ความสำคัญกับการบูชาบรรพบุรุษ เพราะเชื่อกันว่า ถ้าไม่เคารพบูชาวิญญาณบรรพบุรุษ วิญญาณเหล่านั้นจะบันดาลให้เกิดอันตรายต่อญาติและลูกหลานที่มีชีวิตอยู่ ความเชื่อดังกล่าวเกิดจากอิทธิพลขงจื้อที่สอนว่า ความมีคุณธรรมของลูกหลาน ความเคารพเชื่อฟัง และการปรนนิบัติบิดามารดาเมื่อยังมีชีวิตอยู่ และการทำพิธีศพเมื่อท่านเสียชีวิต ตลอดจนการปฏิบัติบูชาล้วนแต่เป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติให้ดี (วรัญญา เพ็ชรคง. 2550: 186-192)

ความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตใกล้ตายและความตายของคนจีนที่สำคัญ คือความเชื่อในเรื่องเวลาตาย ซึ่งสัมพันธ์กับความเชื่อทางโหราศาสตร์เกี่ยวกับเรื่องฤกษ์ยาม ชาวจีนส่วนใหญ่ถือว่าการตายที่ดีก็คือ การตายที่เหลือนบุญกุศลที่ผู้ตายทำไว้ให้แก่ลูกหลานมากที่สุด โดยชาวจีนเปรียบบุญกุศลเป็นมืออาหาร ถ้าผู้ตายเสียชีวิตในช่วงเช้าหรือเที่ยง ผู้ตายจะเอาไป 1 มือ ที่เหลืออีก 2 มือทิ้งไว้ให้ลูกหลาน ถ้าเสียชีวิตช่วงบ่ายตั้งแต่หลังเที่ยงจนถึงเย็น ถือว่าผู้ตายเอาติดตัวไปด้วย 2 มือ ทิ้งไว้ให้ลูกหลานแค่มือเดียว หากเสียชีวิตหลังหกโมงเย็นถึงเที่ยงคืน ถือว่าผู้ตายเอาติดตัวไปหมดทั้ง 3 มือ ไม่ได้เหลืออะไรไว้ให้ลูกหลาน และสำหรับคนที่เสียชีวิตก่อนเช้าวันใหม่ ถือว่าผู้ตายไม่ได้เอาบุญกุศลติดตัวไปด้วย ทิ้งไว้ให้ลูกหลานทั้งหมด ดังนั้นชาวจีนจึงถือว่าการตายที่ดีที่สุด ก็คือการตายก่อนเช้าวันใหม่นั่นเอง (วรัญญา เพ็ชรคง. 2550: 212) ความเชื่อเช่นนี้ทำให้เกิดการปฏิบัติต่อชีวิตใกล้ตายในแง่ของการประวิงเวลาให้ตายในเวลาอันสมควร หรือการพูดคุยทำความเข้าใจระหว่างแพทย์และญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับการยื้อชีวิตผู้ป่วยหรือปล่อยให้ผู้ป่วยตายในช่วงเวลาที่ญาติพี่น้องต้องการตรงกัน ซึ่งแง่มุมนี้ถ้าบุคลากรทางการแพทย์ไม่เข้าใจและไม่ให้ความสำคัญ อาจทำให้เกิดการขัดแย้งหรือภาวะคับข้องใจของญาติและครอบครัวผู้ป่วยได้

ส่วนความเชื่อของชาวจีนที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติต่อผู้ตายที่สำคัญคือการเตรียมเกี่ยวกับศพผู้เสียชีวิต ชาวจีนจะมีการอาบน้ำศพของผู้เสียชีวิตในสถานที่ที่ผู้ตายเสียชีวิต โดยลูกหลานจะประกอบพิธีกรรมต่างๆ ได้แก่ การแจ้งต่อเทพยดาฟ้าดินเพื่อรับดวงวิญญาณผู้ตาย การเคารพและอาบน้ำศพเพื่อให้ลูกหลานได้มีโอกาสปรนนิบัติบูชาเป็นครั้งสุดท้าย การบ่อนอาหารและพูดคุยกับผู้ตายด้วยภาษาจีนที่มีความหมายแสดงถึงความเคารพต่อบุพการี และการนำศพ

บรรจุโลงตามธรรมเนียมปฏิบัติ นอกจากนั้นยังมีพิธีงเต็ก ซึ่งเป็นพิธีที่แสดงถึงความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณที่ล่วงลับไปแล้วให้ไปสู่สุคติ และยังช่วยให้ญาติที่อยู่ข้างหลังมีความสบายใจขึ้นและคลายความทุกข์โศกลงได้ ซึ่งปัจจุบันเนื่องจากการผสมกลมกลืนทางสังคมวัฒนธรรมระหว่างจีนและไทย ส่งผลให้ค่านิยมในการประกอบพิธีงเต็กมีแนวโน้มที่จะลดให้ความสำคัญลง ซึ่งสะท้อนได้จากการใช้โลงศพแบบไทยแทนโลงศพแบบจีน และมีการเผาศพแบบไทยแทนการเผาศพแบบจีนมากขึ้น นอกจากนั้นยังมีเทศกาลที่สำคัญที่เกี่ยวกับความเชื่อเรื่องชีวิตหลังความตาย ได้แก่ วันตรุษจีน เป็นการเซ่นไหว้บรรพบุรุษที่ล่วงลับไปแล้ว และการเซ่นไหว้ผีไร้ญาติหรือผีจรจัด วันเซ็งเม้ง คือเทศกาลไหว้บรรพบุรุษ วันสารทจีน จัดขึ้นเพื่อเซ่นไหว้บรรพบุรุษและทำบุญทำทานอุทิศส่วนกุศลให้แก่วิญญาณที่ไร้ญาติ เทศกาลกินเจ จัดขึ้นเพื่อการระลึกถึงดวงวิญญาณบรรพบุรุษที่เคารพ เป็นต้น (สมบัติ พลายน้อย. 2542: 83) จะเห็นได้ว่า ชาวจีนจะให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมความตายตั้งแต่ก่อนตาย จนกระทั่งหลังตายคือผู้ตายกลายเป็นบรรพบุรุษที่ต้องเซ่นไหว้เป็นประจำทุกปี

การไม่เมินเฉยต่อความเชื่อและพิธีกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ แสดงถึงความใส่ใจและความตั้งใจของผู้ใกล้ชิดผู้ใกล้ตายที่ต้องการแสดงออกในทางที่ดีที่สุดต่อผู้เป็นที่รัก และยังเป็นความมั่นใจและความสบายใจของครอบครัวและญาติมิตรในการที่จะส่งผู้ตายไปสู่ที่ดีที่สุดตามความเชื่อความศรัทธา ส่วนในแง่มุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ ชุดความเชื่อเหล่านี้จะมีประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการปฏิบัติต่อผู้ตายด้วยความเคารพ รวมถึงการปฏิบัติต่อญาติและครอบครัวผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ หรือช่วยญาติในการตัดสินใจร่วมกันในการงดเครื่องใช้ชีวิตผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสม ซึ่งนอกจากจะช่วยลดปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และญาติของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นได้แล้ว ยังช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้บริการได้ตรงกับความต้องการของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และญาติมิตร

แนวคิดทางศาสนาของชาวคริสต์

คริสต์ศาสนาเชื่อว่า คุณค่าและความหมายของมนุษย์อยู่ที่การเป็นมนุษย์ที่มาจากพระเจ้าและมุ่งสู่พระเจ้า มนุษย์ต้องมีสำนึกและมีความรับผิดชอบในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ ดังนั้น จึงต้องเอาใจใส่ทั้งกับชีวิตตนเองและการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วย เพื่อมุ่งหน้าสู่จุดหมายปลายทางของชีวิตอันเป็นสิ่งที่พระเจ้ากำหนดไว้ ศักดิ์ศรีของมนุษย์จึงอยู่ที่การมีความสัมพันธ์กับพระเจ้า ไม่เพียงในฐานะที่พระองค์เป็นจุดเริ่มต้นของชีวิต แต่ยังมีความสัมพันธ์ในฐานะที่พระองค์เป็นจุดหมายปลายทางของชีวิตอีกด้วย ในทรรศนะนี้ ความทุกข์ ความเจ็บป่วย และความตาย จึงถือเป็นการลงโทษหรือการทดลองของพระเจ้า (วุฒิชัย อ่องนาวา. 2548: 2-5) นอกจากนี้ความทุกข์ทรมานและความเจ็บปวดทั้งหลายยังเป็นเครื่องเตือนสติว่า มนุษย์เราอ่อนแอและมีแต่ความว่างเปล่า ไม่ได้มีกำลังวิเศษแต่ประการใด ดังนั้นจึงอาจเจ็บไข้ได้ป่วยและมีความทุกข์ได้เสมอ ขณะที่ความทุกข์ทรมานก็ไม่ใช่เรื่องส่วนตัว แต่มีความหมายเพื่อส่วนรวมเช่นเดียวกับความทุกข์ทรมานของพระเจ้า ในฐานะที่พระองค์ทรงรับทรมานและสิ้นพระชนม์บนไม้กางเขน หากสามารถเข้าใจความหมายของความทุกข์ทรมานได้ คนก็จะอยู่กับทุกข์ได้โดยไม่ทุกข์ เพราะสามารถเอาชนะความทุกข์ได้แล้ว

ชาวคริสต์ยังมีความเชื่อว่า ความตายไม่มีคุณค่าในตนเอง แต่อยู่ที่จุดหมายของความตายมากกว่า ขณะเดียวกัน ความเข้าใจเรื่องความตายก็ได้เปลี่ยนไป เมื่อพระเยซูคริสต์ได้ทรงเอาชนะความตายได้ด้วย การกลับคืนชีพของพระองค์ ทำให้ชาวคริสต์ถือว่า ความตายเป็นแค่ทางผ่าน หรือ จุดเปลี่ยนผ่าน จากชีวิตฝ่าย ผงคลีดิน ไปสู่ ชีวิตแห่งจิตวิญญาณ ในสวรรค์ ร่วมกับพระเจ้าแล้วจะมีชีวิตใหม่เกิดขึ้นพร้อมอาณาจักรใหม่ หรือมีดวงวิญญาณที่ถาวรในโลกหน้า การที่ชาวคริสต์ไม่เผาศพผู้ตาย แต่นิยมฝังศพกลบลงดิน เนื่องจากถือว่าเป็นการคืนสู่สภาพดั้งเดิมของมนุษย์ที่มาจากดิน อีกทั้งเป็นการรวันพิพากษาจากพระคริสต์ซึ่งจะเสด็จกลับมายังพื้นพิภพอีกครั้ง เพื่อพิพากษาผู้เป็นและผู้ตาย

จากความเชื่อดังกล่าวข้างต้น ชาวคริสต์จึงมีทัศนคติต่อความตายว่าไม่ใช่จุดสิ้นสุด แต่เป็นจุดเริ่มต้นสู่การไปพบพระเจ้า โดยเชื่อว่าหากมนุษย์เชื่อมั่นในพระเจ้า และมอบความรักให้พระองค์ทั้งชีวิต ผู้นั้นก็จะได้ใกล้ชิดพระองค์และมีชีวิตนิรันดร์ ดังนั้นช่วงวาระสุดท้ายจึงถือเป็นช่วงเวลาที่มีความยิ่ง เพราะเป็นโอกาสสุดท้ายที่คนจะเปลี่ยนแปลงความรู้สึกผิดพลาดเกี่ยวกับการกระทำในอดีตได้ โดยเฉพาะชาวคริสต์ที่เคร่งศาสนามาก จะไม่มีความกลัวตาย และมีความเชื่อว่าเนื่องจากชีวิตเป็นของพระเจ้า มนุษย์จึงไม่มีสิทธิ์ทำลายชีวิตซึ่งเป็นสิ่งประเสริฐที่สุดที่พระเจ้ามอบให้ และก็ไม่มียุติกรรมกำหนดวิธีตาย เป็นเรื่องของพระเจ้าเป็นเจ้าต่างหากที่จะกำหนดใครตายเช่นไร เพื่อรับใช้พระองค์ได้ จากความเชื่อดังกล่าว ทำให้ชาวคริสต์ไม่เห็นด้วยกับการฆ่าเพื่อยุติความเจ็บปวด เพราะคนสามารถเปลี่ยนความเจ็บปวด ความยากลำบาก ความทุกข์ทรมาน และน้ำตาเป็นกุศลได้ และควรให้โอกาสคนได้เรียนรู้ที่จะทำเช่นนี้ในทุกช่วงเวลาของชีวิต (เสรี พงศ์พิศ. 2531: 155) จะเห็นได้ว่า มุมมองของศาสนาคริสต์จะเรียกร้องให้มนุษย์แสวงหาความหมายทางศาสนาจากความทุกข์ จากชีวิต และความตาย

ในขณะที่กำลังจะถึงวาระสุดท้ายของชีวิต พิธีปฏิบัติต่อผู้ใกล้ตายของชาวคริสต์จะทำได้โดยการให้ผู้ป่วยได้รับศีลเจิม เป็นการโปรดศีลให้แก่ผู้ซึ่งกำลังป่วยหนักหรือใกล้จะเสียชีวิต เพื่อให้ได้รับพระพรฝ่ายจิตวิญญาณในการอดทนและต่อสู้กับความเจ็บป่วยต่อไป หรือหากในกรณีใกล้ตายก็จะเป็นการรับพรก่อนที่จะก้าวสู่อีกมิติหนึ่งของชีวิต เมื่อประกอบพิธีเสร็จสิ้น บาทหลวงจะชวนผู้ป่วยและครอบครัวสนทนาถึงคุณค่าและความหมายในประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา หรือความทรงจำ ความประทับใจดี ๆ เพื่อเป็นรางวัลของชีวิตที่สามารถสัมผัสได้ ส่วนการปฏิบัติต่อผู้ที่ตายไปแล้วนั้น หลักศาสนาคริสต์มีความเชื่อว่า ร่างกายของคนตายควรได้รับการเคารพ เพราะกายคือเครื่องมือของใจที่จะทำความดี กายทุกกายจะถูกปลุกเพื่อรวมกับวิญญาณอีกครั้ง เพราะฉะนั้นจึงไม่นิยมเผาศพ แต่จะฝังศพลงดินไว้ นอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่า แม้คนจะตายแล้วแต่ความสัมพันธ์ทางใจยังคงอยู่ ฉะนั้น การไปเยี่ยมเยียนที่หลุมฝังศพ และการสวดมนต์ให้กับคนที่จากไปมีความสำคัญและควรทำอย่างต่อเนื่อง (มธุรส ศิริสถิตยกุล. 2550: 232)

พิธีกรรมในทุกขั้นตอนของชาวคริสต์ นับแต่การดูแลให้กำลังใจผู้ป่วย ไปจนถึงการให้กำลังใจญาติและคนในครอบครัวให้เผชิญกับความจริงอันหลีกเลี่ยงไม่ได้ ตลอดจนการสวดภาวนาให้กับผู้เสียชีวิต ต่างมีเนื้อหาของ การกลับคืนสู่พระหัตถ์ของพระเจ้าผู้เป็นเจ้าแทบทั้งสิ้น ดังนั้นพิธีกรรม

เกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและงานศพที่เกิดขึ้นในชุมชนชาวคริสต์ จึงไม่เพียงแต่เป็นการชุบชูจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติเท่านั้น แต่ยังเป็นการผลิตเปลี่ยนหมุนเวียนกันไปเยี่ยมผู้ป่วย และการร่วมพิธีกรรมงานศพ ผู้เข้าร่วมต่างได้ซึมซับมิติทางจิตวิญญาณของความเป็นพวกพ้องผู้มีศรัทธาร่วมในพระเจ้าองค์เดียวกัน และซึมซาบถึงวิถีของความสงบ ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ความตายในแง่มุมของชาวคริสต์จึงไม่ใช่เป็นเพียงความโศกเศร้าสูญเสีย แต่ยังเป็นวาระของการตระหนักรู้เกี่ยวกับความเป็นไปของชีวิตในเวลาเดียวกัน

แนวคิดทางศาสนาของชาวมุสลิม

ชาวมุสลิมหรือผู้นับถือศาสนาอิสลามเป็นประชากรอีกกลุ่มหนึ่งที่มีอยู่เป็นจำนวนมากในประเทศไทย รองจากคนไทยที่นับถือพุทธศาสนา ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องจึงจำเป็นต้องเรียนรู้ทัศนคติเกี่ยวกับความตายของกลุ่มคนเหล่านี้ เพื่อการปฏิบัติต่อความตายและภาวะใกล้ตายอย่างเหมาะสม นิกายสำคัญของศาสนาอิสลามมีอยู่ 2 นิกายคือ นิกายซุนนี และนิกายชีอะห์ สำหรับชาวมุสลิมในประเทศไทยส่วนใหญ่นับถือนิกายซุนนี อันเป็นนิกายที่ยึดมั่นในหลักการของศาสนาอิสลามตามพระคัมภีร์อัลกุรอาน และพระจริยวัตรของศาสดา อย่างไรก็ตาม แม้แต่ในนิกายซุนนีด้วยกันเอง ก็ยังมีแนวคิดปลีกย่อยของการปฏิบัติศาสนกิจบางประการแตกต่างกัน ตามแต่การตีความหมายจากคัมภีร์อัลกุรอาน และคำสอนของศาสดามุฮัมมัด ส่วนนิกายชีอะห์ แม้จะเผยแพร่เข้ามาในประเทศไทยมาช้านาน แต่ก็มีผู้นับถือปฏิบัติอยู่น้อยมาก (วรัญญา เพ็ชรคง. 2550: 236-237)

ศาสนาอิสลามให้ความสำคัญต่อพระเจ้าเป็นผู้เป็นเจ้าในทุกมิติของชีวิต ส่วนเรื่องความตายนั้น ตามหลักการอิสลามถือว่า มิใช่การดับสูญหรือการสูญ แต่เป็นการเคลื่อนย้ายจากสถานที่จากโลกหนึ่งไปสู่อีกโลกหนึ่ง และถือว่าเนื้อแท้ของมนุษย์มิใช่เรือนร่างอันเป็นวัตถุ แต่เป็น วิญญาณ ซึ่งยังคงสภาพอยู่และเตรียมพร้อมสำหรับการเคลื่อนย้ายไปสู่ชีวิตในโลกใหม่ แม้เนื้อหนึ่งจะสูญสลายไปหมดสิ้นแล้ว ชาวมุสลิมจะมองว่าศาสนาเป็นเสมือนวิถีทางของจิตวิญญาณที่ชี้นำการดำเนินชีวิต ดังนั้นชาวมุสลิมจึงมีศรัทธาต่อวิถีทางของอิสลามและศรัทธาต่อพระเจ้าเป็นเจ้า การตายในทัศนะของอิสลามจึงถือว่าไม่ได้เป็นความทุกข์ แต่เป็นการพ้นทุกข์ ในศาสนาอิสลามถือว่าการตายคือการกลับสู่ความเมตตาของพระเจ้าเป็นเจ้า หรือพระอัลเลาะห์ ฉะนั้นเมื่อมุสลิมทราบข่าวการตายของมุสลิม ไม่ว่าจะรู้จักหรือไม่ก็ตาม เขาจะกล่าวประโยคจากคัมภีร์อัลกุรอานมีใจความว่า “แท้จริงเราเป็นของอัลเลาะห์ และแท้จริงเราเป็นผู้กลับไปหาพระองค์” (วรัญญา เพ็ชรคง. 2550: 239-241) เช่นเดียวกับเรื่องของความเจ็บป่วย ชาวมุสลิมไม่ได้ถือว่าเป็นเรื่องของเคราะห์กรรมแต่อย่างใด หากแต่เป็นไปตามพระประสงค์ของอัลเลาะห์ด้วยความเมตตาจากพระองค์ ทั้งการเจ็บป่วย หรือปรากฏการณ์ต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับ ล้วนแต่เป็นสิ่งที่เสมือนข้อทดสอบความศรัทธา ความยำเกรง และความหนักแน่นอดทนของเขาเหล่านั้น หากแต่เขาผู้นั้นได้รับการตอบแทนจากพระองค์อย่างมหาศาลทั้งในโลกปัจจุบัน และโลกหน้า (เสาวนีย์ จิตต์หมวด. 2535: 241)

ส่วนการปฏิบัติต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น ชาวมุสลิมเชื่อว่า การให้ความหวังและการเสริมสร้างกำลังใจผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ควรทำ แม้จะเป็นผู้ป่วยหนักที่ไม่มีโอกาสหาย ควรให้ญาติหรือคนรอบข้างได้เสริมสร้างความหวังและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย โดยเชื่อว่าการขอพรและการให้ความหวังเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับผู้ป่วยที่จะยอมรับสภาพความเจ็บป่วยด้วยจิตใจที่สงบ ควรปลอบโยนให้ผู้ป่วยมีความอดทน เพราะความอดทนนำมาซึ่งอานิสงค์อันยิ่งใหญ่ อีกทั้งต้องไม่สิ้นหวังในความเมตตาของพระอัลเลาะห์ และให้ศรัทธาอยู่เสมอว่าพระองค์จะช่วยขจัดปัดเป่าความเจ็บป่วยให้หายไปได้ นอกจากนี้ยังควรมีการพูดคุยชักชวนให้ผู้ป่วยทำความดี ละความชั่ว โดยเฉพาะในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย ควรให้บุคคลที่ผู้ป่วยรักและไว้วางใจมากที่สุด เป็นผู้ดูแลและเตือนให้ผู้ป่วยสำนึกผิด และขอภัยจากพระผู้เป็นเจ้า (อาคิส พิทักษ์कुมพล. 2548: 92-98)

ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของครอบครัวนั้น ชาวมุสลิมเชื่อว่า ญาติผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องต้องมีความอดทน อย่าปล่อยปละละเลยหรือทอดทิ้งผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เจ็บปวดเป็นระยะเวลานาน ซึ่งตามหลักคำสอนได้บัญญัติไว้ว่า คนป่วยที่มีความอดทนต่อภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จะได้รับผลบุญกุศลอย่างใหญ่หลวง ส่วนคนที่ดูแลคนป่วย จะได้รับผลบุญในการอดทนต่อการดูแลผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้แล้ว การบริจาคโลหิตเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย ก็ถือเป็นการบริจาคที่ยิ่งใหญ่ เหมือนได้บริจาคส่วนหนึ่งของชีวิตตนเองแก่ผู้ป่วย (อาคิส พิทักษ์कुมพล. 2548: 92-98) นอกจากนี้ในภาวะใกล้ตายและหลังตาย ยังห้ามญาติหรือผู้ใดตีกกชกหัวหรือร้องไห้โหยหวน ส่วนพิธีกรรมหลังความตายนั้นจะไม่มีการทำบุญสามวัน เจ็ดวัน ทุกสี่สิบวัน ร้อยวัน หรือครบรอบปีให้แก่คนตาย เนื่องจากเชื่อว่าบุญซึ่งผู้ตายปิดแล้ว การตายเป็นการลาโลก หหมดโอกาสที่จะทำในสิ่งที่ถูกหรือผิด การงานใดๆ จะได้ผลหรือเป็นโทษแก่ผู้ตายนั้นเนื่องมาจากพฤติกรรมของผู้ตายเอง (เสาวนีย์ จิตต์หมวด. 2535: 241)

สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ การดูแลในภาวะใกล้ตายและหลังการตายของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ควรเรียนรู้ เพื่อความถูกต้องเหมาะสมในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยใกล้ตายและเพื่อแสดงความเคารพต่อผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว วิธีปฏิบัติต่อความตายและภาวะใกล้ตายที่บุคลากรทางการแพทย์ควรเรียนรู้ เช่น ตามหลักศาสนาอิสลาม เมื่อมีผู้ป่วยมุสลิมเสียชีวิต ต้องรีบจัดการทำพิธีภายใน 24 ชั่วโมง การละเลยไม่สนใจต่อวิถีปฏิบัติดังกล่าว จะทำให้เกิดความขัดแย้งได้ง่าย และยังแสดงถึงความไม่ใส่ใจต่อคุณค่าของความเป็นมนุษย์คนหนึ่งในสังคมที่ต้องการความเคารพในส่วนที่พึงได้ นอกจากนี้การเรียนรู้แนวคิดเกี่ยวกับความตายของชาวมุสลิม ยังมีความสำคัญในแง่ของการช่วยให้เกิดความเข้าใจวิถีทางปฏิบัติของญาติและครอบครัวผู้ป่วย อันจะนำมาซึ่งการปฏิบัติต่อกันด้วยความเข้าอกเข้าใจ และสร้างมิตรภาพอันดีงามในสังคมไม่ว่าจะมีความคิดและความเชื่อที่ต่างกันเพียงไรก็ตาม

แนวคิดทางศาสนา ไม่ว่าจะเป็นศาสนาใด ต่างมีความสำคัญต่อการกำหนดวิธีปฏิบัติต่อชีวิตใกล้ตายและความตายโดยไม่ละเลยมิติต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ความเชื่อและความศรัทธาในศาสนาที่เกิดจากการเรียนรู้และการสั่งสมถ่ายทอดกันมา ทำให้การใช้ชีวิตของบุคคลไม่ว่าจะเป็นในแง่มุขได้มีกรอบแนวทางในการปฏิบัติเฉพาะในสิ่งที่ดีงามตามคำสอนของศาสนา แม้แต่เรื่องของการใช้ชีวิต

ในช่วงวาระสุดท้าย เห็นได้ว่า แนวคิดทางศาสนามีอิทธิพลต่อความคิดความเชื่อของคนในสังคมไทย ซึ่งถ้ามองเฉพาะในเรื่องของความตาย จะพบว่า บุคคลบางส่วนในสังคมได้มีการนำแนวคิดดังกล่าว มาใช้ในการทำความเข้าใจความตาย และใช้เป็นแนวทางในการกำหนดวิธีปฏิบัติต่อชีวิตใกล้ตาย และความตายตามมุมมองหรือความเชื่อทางศาสนาที่ตนเองศรัทธา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัย ก่อนหน้านี้ของผู้วิจัยในวิชาปฏิบัติการวิจัย ที่พบว่า ผู้ป่วยใกล้ตายหลายรายใช้แนวคิดทางศาสนาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องความตาย ซึ่งทำให้เกิดมุมมองในการใช้ชีวิตที่อาศัยความเข้าใจดังกล่าวเป็นพื้นฐาน ดังนั้น การศึกษาเรื่องความตายในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการทำ ความเข้าใจเรื่องแนวคิดและมุมมองทางศาสนาต่างๆ ที่สำคัญ เพื่อให้เกิดประเด็นในการสืบค้นและ ทำความเข้าใจผู้ป่วยใกล้ตาย และเกิดคำอธิบายที่เหมาะสมเกี่ยวกับประสบการณ์ใกล้ตายในมิติที่ หลากหลายขึ้น

อย่างไรก็ตาม แม้แนวคิดทางศาสนาจะเป็นมุมมองที่ทำให้เกิดความเข้าใจกับชีวิตใกล้ ตายและความตายในลักษณะที่มุ่งให้ความสำคัญกับการดำเนินชีวิตและวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมในภาวะ ใกล้ตาย แต่เนื่องจาก ทักษะต่างๆ ภายใต้วิวัฒนาการของสังคมในปัจจุบันที่มีความหลากหลายและ ภายใต้มิติทางสังคมและมิติทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนมากขึ้น อาจทำให้การปฏิบัติต่อชีวิตใกล้ ตายและความตายโดยมองข้ามหรือละเลยการให้คุณค่าแก่ชีวิตที่ยังคงเหลืออยู่แม้ในช่วงระยะเวลา อันสั้น การหันกลับมาพิจารณาหรือทบทวนคุณค่าแห่งชีวิตและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์จึงเป็น สิ่งที่ควรตระหนักถึง ทั้งนี้เพื่อให้สังคมในปัจจุบันยังคงไว้ซึ่งการเป็นสังคมที่มีกรอบวัฒนธรรม ความ เชื่ออันดีงาม ที่จะตกทอดสู่คนรุ่นหลังต่อๆ กันไป

แนวคิดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

แนวคิดศักดิ์ศรีของมนุษย์มีพื้นฐานมาจากความเชื่อทางศาสนาที่ว่า มนุษย์เป็นผู้ที่ พระเจ้าสร้างมา และก็ไม่ใช้สร้างในแบบเดียวกับการสร้างสัตว์ทั่วไป แต่เป็นการสร้างให้มีลักษณะ พิเศษที่เรียกว่าเป็นฉายาของพระผู้เป็นเจ้า หมายถึง เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีสติปัญญาสามารถที่จะคิดอะไร ได้ มีเหตุมีผลและสามารถรับรู้สิ่งต่างๆ ได้สูงกว่าสิ่งมีชีวิตทั่วไป นอกจากนั้น ยังสามารถ ติดต่อสื่อสารกับโลกภายนอกได้ด้วย และมีความเชื่อต่อไปอีกว่า มนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะเกิดมาร่ำรวยหรือยากจนอย่างไรก็ตาม เพราะทุกคนเป็นฉายาของพระผู้เป็นเจ้าทั้งนั้น ดังนั้น ยศฐาบรรดาศักดิ์ตำแหน่งทางสังคมต่างๆ มิใช่ปัจจัยแบ่งแยกมนุษย์ออกจากกัน เพราะเป็น เรื่องที่สังคมกำหนดขึ้น ภายหลัง เมื่อเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน จึงนำไปสู่ความเชื่อ ที่ว่าเมื่อเจ็บป่วยอยู่ในโรงพยาบาล แพทย์และพยาบาลก็ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยให้สมกับที่เขามี ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ในฐานะที่เขาที่มีความคิดความรู้สึกของเขาเอง มีวัฒนธรรมประเพณีและ ความเชื่อหรือศาสนาติดตัวเขามา แพทย์และพยาบาลจะต้องคำนึงถึงสิ่งเหล่านี้ ไม่ใช่มุ่งแต่จะให้เขา ทำตามคำสั่งหรือความต้องการของแพทย์และพยาบาลเท่านั้น การปฏิบัติต่อผู้ป่วยราวกับว่าเป็น วัตถุสิ่งของอย่างหนึ่ง เป็นการปฏิบัติโดยไม่คำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ปัญหามีอยู่ว่า

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใกล้ตายนั้น ยังมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อยู่หรือไม่ คำตอบก็คือยังมีอยู่ แม้ตายไปแล้วร่างกายถูกฝังลงดิน ยังไม่สูญสลาย ก็ถือว่ายังมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อยู่ จะต้องให้ความเคารพ โดยจะไปทำอะไรตามใจชอบไม่ได้ (พินิจ รัตนกุล. 2541: 26-27)

ส่วนในกรณีผู้ป่วย ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์คือ เขามีเสรีภาพที่จะสามารถช่วยเหลือตนเองได้ กล่าวคือ ส่วนหนึ่งของศักดิ์ศรีอยู่ตรงที่ว่า ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเท่าที่เขาพึงทำได้ ดังนั้น ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องนอนอยู่บนเตียงและใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่นั้น เขาถือว่าเป็นชีวิตที่ไม่มีศักดิ์ศรี ผู้ป่วยบางรายที่ไม่รู้สึกตัวและได้รับการชะลอชีพด้วยเครื่องช่วยชีวิต แต่กลับมีปัญหาในเรื่องคุณภาพชีวิตเกิดขึ้น เพราะชีวิตดังกล่าวนี้เป็นชีวิตแบบพืชผัก คือไม่สามารถคิดอ่านอะไรได้เช่นมนุษย์โดยทั่วไป ไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับโลกภายนอกได้ สถานการณ์เยี่ยงนี้ทำให้คนจำนวนไม่น้อยเห็นว่า ชีวิตเช่นนี้เป็นชีวิตที่ไม่มีศักดิ์ศรีและไม่ใช้ชีวิตมนุษย์ หรือแม้แต่บางคนอาจมีความเห็นว่าความตายน่าจะเป็นสิ่งที่ดีกว่า (พินิจ รัตนกุล. 2541: 27-28) อย่างไรก็ตามการตายยังคงมีประเด็นของคำถามที่ว่า อย่างไรก็ตามจะเรียกว่า “ตายดี”

แนวคิดเกี่ยวกับการตายดี

การที่ระบบทางการแพทย์โดยทั่วไป โดยเฉพาะแนวคิดทางการแพทย์แบบชีวกลไก มักมองเกี่ยวกับการดูแลรักษาแต่ในแง่ของการกำจัดโรคให้หมดไป โดยลืมมององค์รวมของชีวิต ทำให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขละเลยที่จะเกี่ยวข้องหรือให้ความสำคัญกับชีวิตที่ไม่มีโรคหรือภาวะที่ใกล้ตาย วงการแพทย์ทั่วไปจึงไม่ค่อยกล่าวถึงในเรื่อง *ตายดี* และ *ตายไม่ดี* ว่าเป็นอย่างไร อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน ได้มีแพทย์ส่วนหนึ่งที่หันมาสนใจในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตายโดยเน้นให้ผู้ป่วยมีความสุขก่อนตายหรือตายดี (Good death หรือ dying well) ซึ่งเป็นการให้ความสำคัญกับการตายที่นอกเหนือไปจากการดูแลในทางกายภาพ

การตายดี ในทางการแพทย์นั้น เป็นการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้ตายเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดน้อยที่สุด และเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยให้ความสำคัญต่อบัจจัยทางด้านสังคม จิตใจ และปรัชญาเป็นพื้นฐาน เช่น ให้ความสำคัญสัมพันธ์ระหว่างญาติกับผู้ป่วยในวันสุดท้ายของชีวิต ยอมรับวาระสุดท้ายที่กำลังจะมาถึงและจากไปหลังจากได้ทำในสิ่งที่ต้องการจะทำในชีวิต และมีความรู้สึกไม่เป็นภาระ การที่บุคคลจะตายดีหรือตายอย่างมีความสุขนั้นควรเป็นการตายที่ยังมีสติสัมปชัญญะที่ดี สามารถสื่อสารและรับรู้การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม (Carr. 2003: 215-232) แต่จากนิยามนี้ อาจใช้ไม่ได้กับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยบางอย่าง เช่น โรคอัลไซเมอร์ หรือสูญเสียการทำหน้าที่ตามปกติของสมอง ซึ่งเมื่อการดำเนินไปของโรครุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยเหล่านี้จะไม่สามารถแสดงความรู้สึก หรือรับรู้ภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นการวัดคุณภาพของความตายของผู้ป่วยจึงอาจวัดได้จากมุมมองของผู้ดูแลได้

ส่วนในทางพุทธศาสนานั้น มักมีการกล่าวถึงอยู่เสมอว่าอย่างไรเป็นการตายดี โดยมักใช้คำสั้นๆ เกี่ยวกับการตายดีว่า “มีสติ ไม่หลงตาย” และที่ว่าตายดีนั้น ไม่ใช่เฉพาะตายแล้วไปสู่สุคติเท่านั้น แต่ต้องเป็นการตายภายใต้จิตใจที่ดี คือ มีสติ ไม่หลงตาย โดยการไม่หลงตาย หมายถึง การมีจิตไม่ฟุ้งเฟ้อ ไม่เศร้าหมอง ไม่ขุ่นมัว มีจิตใจดีงาม อารมณ์ผ่องใส เบิกบาน และมีจิตที่นึกถึงและเกาะเกี่ยวอยู่กับสิ่งที่ดี โดยเฉพาะจุดจิต อันจะส่งผลที่ดีต่อไปยังปฏิสนธิจิตในภพภูมิถัดไป อย่างไรก็ตาม ในทางพุทธศาสนายังเห็นว่าการตายที่ดีกว่านั้นอีก คือ การตายที่ใจมีความรู้ ซึ่งหมายถึงความรู้เท่าทันชีวิต จนกระทั่งยอมรับความจริงของความตายหรือความเป็นอนิจจังได้ (พระพรหมคุณาภรณ์. 2549: 12)

พุทธศาสนายังมองว่า ความเจ็บป่วยและภาวะใกล้ตาย แม้จะเป็นภาวะวิกฤติหรือความแตกดับในร่างกาย แต่สามารถเป็นโอกาสแห่งความหลุดพ้นในทางจิตใจ หรือการยกระดับจิตวิญญาณได้ ความทุกข์ทรมานทางกายไม่ใช่เครื่องขีดขวางความตายที่ดี แต่ในทางกลับกันสามารถใช้ความเจ็บปวดทางร่างกายเป็นเครื่องมือในการพัฒนาจิตวิญญาณได้ และถึงแม้ความตายอย่างสงบด้วยการมีสติสัมปชัญญะครบถ้วนจะจัดเป็นความตายที่ดี แต่มนุษย์ทุกคนสามารถพบกับความตายอย่างสมบูรณ์ ซึ่งจัดเป็นความตายที่ดีที่สุดในทัศนะของพระพุทธศาสนา หมายถึงความตายด้วยจิตที่ปราศจากความยึดมั่นตัวตน เป็นความตายที่ทานพุทธทาสเรียกว่า ดับไม่เหลือ มุ่งให้เห็นว่าร่างกายไม่ใช่สิ่งน่าปรารถนา และไม่น่าครอบครอง ร่างกายที่กำลังทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยอยู่เหนืออำนาจการควบคุมของเจ้าของดังนั้น ร่างกายนี้จึงไม่มีตัวตนที่แท้จริง เป็นเพียงองค์ประกอบของขั้นห้าเท่านั้น เมื่อเข้าใจความจริงนี้ จิตจึงเป็นอิสระจากความทุกข์ทรมานทางกาย ปราศจากความกลัว ความกังวล ความโศกเศร้าและความยึดมั่นถือมั่น

ถ้าเปรียบเทียบความหมายของการตายดีในทางการแพทย์กับแนวคิดทางพุทธศาสนา จะเห็นว่า การตายที่ดี ในทางการแพทย์นั้นคือการตายอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน ในขณะที่แนวคิดทางพุทธศาสนาเห็นว่า การตายดี คือการตายอย่างมีสติสัมปชัญญะ ปราศจากความกระวนกระวาย หวาดกลัว และความรู้สึกอกุศลใดๆ เป็นการตายที่ประกอบด้วยความรู้สึกทางกุศลเพื่อให้อารมณ์เกิดความผ่องใส เห็นได้ว่าพระพุทธศาสนาให้ความสำคัญต่อสภาพของจิตมากกว่าสภาพของกาย ความตายที่ดีตามแนวพุทธศาสนาจึงไม่ได้หมายถึงการตายที่ต้องเกิดจากการตายในลักษณะหรืออาการทางกายที่สุขสบาย หรือแม้แต่มีความเจ็บปวดทางร่างกายก็สามารถนำไปสู่การตายที่ดีได้ ดังนั้น การตายในทุกรูปแบบและทุกกรณีสามารถนำไปสู่การตายที่ดีได้ ถ้าผู้ตายมีสติ กำหนดจิตด้วยใจอันเป็นกุศล ความตายที่ดีในทางพุทธศาสนาจึงเป็นความตายที่ไม่ให้ความสำคัญกับสภาวะทางกาย แต่เป็นความตายที่ปราศจากความเจ็บปวดทางจิตใจ มีสติสัมปชัญญะครบถ้วนบริบูรณ์

แต่ในความเป็นจริงแล้ว การตายโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และการตายดีนั้นไม่ได้เกี่ยวเนื่องเฉพาะผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น จะเห็นโดยทั่วไปว่า ภาวะใกล้ตายของผู้คนส่วนใหญ่จะอยู่ภายใต้บริบทแวดล้อม และปฏิสัมพันธ์ใกล้ชิดกับคนรอบด้าน ผู้ใกล้ตายมักจะไม่ใช่เพียงลำพัง แต่จะถูกรายล้อมด้วยญาติและบุคคลใกล้ชิดมากมาย และสภาวะภายนอกต่างๆ ที่มีผลต่อความสงบ ไม่ว่าจะ เป็น ความหวังโย ความผูกพันใกล้ชิด เห็นได้ว่า กระบวนการ

ตายไม่ได้แยกอยู่โดดๆ เฉพาะส่วนแต่ต้องเกี่ยวข้องกับบริบท และอยู่ภายใต้เงื่อนไขและมิติต่างๆ รอบด้าน นอกจากนี้ จากความรู้ตามที่ได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง และความจริงที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลจากการศึกษานำร่องของผู้วิจัยที่ผ่านมา ทำให้เชื่อได้ว่า การรับรู้ความหมายของความตายโดยไม่ละเลยความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับมิติต่างๆ รอบตัวบุคคล จะทำให้ความเข้าใจเรื่องความตายและภาวะใกล้ตายมีความลึกซึ้ง ครอบคลุมสิ่งต่างๆ รอบด้านมากขึ้น

1.4 มิติต่างๆ ที่สัมพันธ์กับชีวิตในภาวะใกล้ตาย

ถ้าพิจารณาเกี่ยวกับเรื่องชีวิตและความตายตามที่ได้กล่าวมาแล้ว และจากการศึกษาวิจัยในครั้งแรกของผู้วิจัยที่ได้สัมภาษณ์กับผู้ใกล้ตายและบุคคลใกล้ชิด พบว่า วิธีของชีวิตขึ้นอยู่กับให้ความหมายชีวิตของบุคคล นอกจากนี้การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิตในภาวะใกล้ตายและความตาย ตลอดจนการเรียนรู้เกี่ยวกับแนวคิดเรื่องชีวิตและความตายมีความเข้มข้นมากน้อยและแตกต่างกันไปในแต่ละปัจเจกชน โดยจะพบว่า ในภาวะที่บุคคลยังมีร่างกายแข็งแรง ไม่มีคนใกล้ตัวเจ็บป่วย อาจมีการรับรู้เกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตายน้อยมาก เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลที่ต้องสัมผัสใกล้ชิดกับความตาย อย่างไรก็ตาม ก็ยังไม่อาจแน่ใจได้ว่า ในกลุ่มคนที่แม้ดำรงชีวิตอยู่ในภาวะปกติจะไม่มีการรับรู้หรือมีแนวคิดเกี่ยวกับเรื่องของความตายเลย ข้อสังเกตนี้ทำให้ผู้วิจัยตระหนักได้ว่า แต่ละบุคคลหรือกลุ่มคนต่างมีระดับความเข้มข้นของการคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับชีวิตในภาวะใกล้ตายและความตายที่แตกต่างกัน ซึ่งน่าจะเกี่ยวพันกับบริบทแวดล้อมและเกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ใกล้ตายท่ามกลางมิติต่างๆ ที่หลากหลาย และแม้กลุ่มคนส่วนใหญ่ในสังคมจะมีความรู้สึกร่วมกันว่า ความตายเป็นทุกข์ทั้งในเชิงกายภาพและจิตวิญญาณ แต่ก็ไม่สามารถสรุปได้ว่า ความคิดความรู้สึกเหล่านี้จะมีความเป็นเอกภาพและดำรงอยู่อย่างมั่นคงถาวร

ชีวิตกับความตายในช่วงวัยที่แตกต่าง

ทัศนคติเรื่องความหมายของความตายระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่มีช่องว่าง และมีความแตกต่างกัน และมีผลกระทบต่อผู้คนรอบข้างแตกต่างกันไปด้วย การตายของเด็กมักเป็นการตายที่นำมาสู่ผลกระทบต่อผู้ใกล้ชิดและครอบครัวอย่างรุนแรง หรือแม้แต่พี่น้องผู้ตายอาจมีพัฒนาการทางอารมณ์ช้าและหยุดชะงัก อย่างไรก็ตาม ทัศนคติต่อความตายของเด็กสะท้อนทัศนคติต่อชีวิตของพวกเขาเช่นกัน สิ่งที่พบในเด็กที่เหมือนกับวัยรุ่นและผู้ใหญ่คือ ความกลัว วิดกกังวล การปฏิเสธ และหลีกเลี่ยงความจริง ในทุกกลุ่มอายุไม่มีใครยอมรับความตายโดยไม่รู้สึกคับข้องใจ อย่างไรก็ตาม ยังมีความแตกต่างกันอยู่บ้างในแต่ละช่วงวัย อานนท์ วิทยานนท์ (2548: 124-126) ได้ศึกษาความแตกต่างของช่วงวัยในการให้ความหมายต่อความตาย ดังนี้

วัยเด็ก เด็กในวัยแรกเกิดและวัยทารกจะมีปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วยทางกายก่อนการตายด้วยการตอบสนองของ physiological reflex ทั้งหมดในร่างกายเพื่อต่อสู้ให้มีชีวิตอยู่ ยิ่งเด็กอายุน้อยเท่าไร เด็กยิ่งต้องใช้ทุกๆ ส่วนที่มีอยู่ของร่างกายทั้งหมด จนมีส่วนที่เหลือที่จะรับรู้ต่อโลก

ภายนอกน้อยมาก (ปรีชวัน จันทรศิริ. 2550: 372) ส่วนในวัยอนุบาลเด็กจะเผชิญกับความตายของตนเองด้วยความเข้าใจและอารมณ์ที่จำกัดของวัย เด็กจะอยู่ในวัยที่กำลังเรียนรู้ที่จะมีความรู้สึกของตนเองผ่านภาพสะท้อนอารมณ์จากคนใกล้ชิด เช่น เด็กอนุบาลจะเศร้าเสียใจเมื่อครอบครัวเศร้าเสียใจ ในขณะที่เด็กยังไม่เข้าใจนัยยะแห่งความตาย อย่างไรก็ตามเมื่ออายุ 5 ปี เด็กมากกว่าครึ่งจะเข้าใจในเรื่องความตายว่าเป็นจุดสุดท้ายของชีวิตอย่างสมบูรณ์หรือเกือบสมบูรณ์ โดยเฉพาะเด็กที่เคยเผชิญกับความตายของสัตว์เลี้ยงหรือญาติผู้ใหญ่ จะมีความเข้าใจเรื่องความตายได้มากกว่าเด็กที่ไม่เคยมีประสบการณ์

เด็กที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย หรือเด็กที่อยู่ในโรงพยาบาลนานๆ มักจะมีความเข้าใจเรื่องความตายเร็วขึ้น และมักจะรู้ถึงภาวะของตนและปรารถนาที่จะพูดคุยหรือปรึกษากับใครสักคน จากการศึกษาพบว่า เด็กอายุ 3 ขวบที่อยู่ในภาวะใกล้ตายจะตระหนักรู้ถึงภาวะของตนเองแม้ไม่มีใครบอก เด็กเหล่านี้มีความคิดเกี่ยวกับความตายที่ซับซ้อนกว่าเด็กทั่วไป แต่ความคิดและอารมณ์เหล่านั้นกลับไม่แสดงออก หรือระบายออกเป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติแทน ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากความทุกข์ทรมานต่อร่างกายที่อ่อนแอ การถูกแยกจากพ่อแม่ หรือการได้พบกับความตายของผู้ป่วยข้างเคียง และด้วยความที่ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของเด็ก หรืออาจไม่สามารถทนต่ออารมณ์ของตนเองได้ พ่อแม่มีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงที่จะพูดคุยกับเด็ก แม้ว่าการมีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารเป็นสิ่งจำเป็นมากในขณะนั้น การแสดงออกโดยทั่วไปจะเป็นในลักษณะของการถอยห่างจากเด็กหรือบอกเด็กว่าไม่มีอะไรรุนแรง ทำให้เด็กขาดความช่วยเหลือที่ควรจะได้ ไม่ว่าจะเป็นการผ่อนคลายความกังวล หรือลดการกลัวพลัดพรากจากพ่อแม่ ซึ่งอาจทำให้เด็กเหล่านี้รู้สึกทุกข์ทรมานมากกว่าเด็กที่ได้รับคำแนะนำและได้รับความเข้าใจอย่างตรงประเด็นจากครอบครัว

การพัฒนาทางสติปัญญาและอารมณ์ มีส่วนในการเพิ่มสีสันในความเข้าใจในเรื่องความตายของเด็กอย่างมาก เช่น เด็กในช่วงวัยก่อนเรียน มักจะมองว่าความตายเป็นเพียงการหายไปชั่วคราว และสามารถหวนคืนจากความตายได้ คล้ายๆ กับการหลับไป หรือการจากไปอยู่ที่อื่น ดังนั้น ความกลัวที่จะต้องพลัดพรากจากพ่อแม่จึงเป็นเรื่องสำคัญที่สุดของเด็กวัยก่อนเรียน ความกลัวนี้แสดงออกในฝันร้าย การเล่นที่ก้าวร้าวขึ้น พฤติกรรมถดถอยแสดงให้เห็นถึงความต้องการพึ่งพิงพ่อแม่มากขึ้น เด็กอาจคิดว่าการที่เขาต้องตายไปเป็นความรับผิดชอบของเขาและทำให้รู้สึกผิด การต้องแยกจากพ่อแม่มาอยู่โรงพยาบาล หรือการได้รับการรักษาที่ทำให้เจ็บปวด จะส่งเสริมความรู้สึกผิดของเด็กมากขึ้น โดยอาจคิดว่าสิ่งเหล่านี้เป็นการลงโทษ ดังนั้นเด็กก่อนวัยเรียนในภาวะเช่นนี้ ต้องการความมั่นใจจากพ่อแม่ว่าตนเองยังเป็นที่รัก ไม่ได้เป็นผู้ทำความผิด และไม่ต้องการรับผิดชอบต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นและท้ายสุดไม่ถูกทอดทิ้ง

ส่วนเด็กวัยเรียนจะเริ่มมีความคิดที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น สามารถเข้าใจได้ว่า ความตายคือความสิ้นสุด และเริ่มที่จะเข้าใจมากขึ้นเรื่อยๆ ว่าตัวเองอาจจะมีชีวิต เติบโต และอาจจะตายแล้วจากไป เด็กจะสามารถจินตนาการเรื่องความตายและเข้าใจได้ว่าตัวเองก็อาจจะตายในวันหนึ่ง อย่างไรก็ตามเด็กมักมองว่าความตายควรเกิดกับผู้สูงอายุไม่ใช่กับพวกเขา นอกจากนี้ยังพบว่าในช่วงอายุ 6-12 ปี เด็กจะมีจินตนาการเกี่ยวกับความรุนแรงและความก้าวร้าว ซึ่งสัมพันธ์กับการฆ่า

และความตาย เกมส์เกี่ยวกับตำรวจตามล่าผู้ร้ายจะเป็นที่นิยม ความตายมักถูกทำให้เป็นรูปธรรมด้วยจินตนาการ อาจเป็นโครงกระดูกหรือยมทูตที่คอยเอาตัวเด็ก ๆ ไป เด็กในวัยเรียนนี้มักพูดคุยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองได้ ถ้าผู้ใหญ่เปิดโอกาสโดยการพูดคุยกับเด็กโดยตรงไปตรงมาในแบบที่เด็กเข้าใจ แต่ถ้าได้รับท่าทีที่แสดงให้เห็นว่าเป็นสิ่งไม่ควรพูด เด็กจะถดถอยและให้ความร่วมมือในการรักษาน้อยลง เด็กต้องการความช่วยเหลือในการปรับตัวต่อชีวิตในโรงเรียน ครูจำเป็นต้องทราบข้อมูลเกี่ยวกับเด็กทันเหตุการณ์เพื่อเป็นผู้ช่วยเหลือเรื่องนี้ เพื่อนร่วมชั้นควรได้รับความรู้และวิธีช่วยเหลือผู้ป่วย รวมทั้งเข้าใจสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยด้วย

วัยรุ่น เป็นวัยที่ต้องการความเป็นตัวของตัวเอง และเป็นช่วงที่มีความคิดตามความเป็นจริง ซึ่งทำให้เข้าใจได้ว่าความตายเป็นขั้นตอนสุดท้ายของชีวิตที่ไม่มีทางหนีรอดได้ สิ่งที่เขากลัวคือ เกรงจะควบคุมสถานการณ์รวมทั้งตัวเองไม่ได้ การกลายเป็นคนที่ไม่สมบูรณ์ และแตกต่างจากเพื่อนวัยเดียวกัน ความกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองจะมีความสำคัญ เช่น การกลัวผมร่วง หรือกลัวไม่สามารถควบคุมร่างกายของตนเองได้ อาจนำมาสู่การปฏิเสธการรักษาความสามารถเข้าใจความตายของตัวเองอาจนำมาสู่อารมณ์ที่รุนแรง ซึ่งอาจแสดงออกเป็นการแยกตัวจากสังคม เนื่องจากวัยรุ่นมองว่า การเข้ามาช่วยเหลือของพ่อแม่เป็นการสูญเสียความเป็นอิสระของตนเอง หรือวัยรุ่นอาจปฏิเสธว่าตนเองกลัว โดยการปฏิเสธความช่วยเหลือจากเพื่อน ๆ โดยทั่วไป วัยรุ่นควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกับการรักษาของตนเอง หลาก ๆ คนสามารถเผชิญความตายได้อย่างกล้าหาญและมีศักดิ์ศรี

ผู้ใหญ่ จะรับรู้เกี่ยวกับความตายในแง่ของความเป็นจริงและตระหนักถึงความไม่แน่นอนของชีวิต ผู้ใหญ่มักยอมรับได้ว่าชีวิตของตนเองใกล้สิ้นสุดแล้ว และสามารถบอกได้ถึงสาเหตุและผลที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ภายหลังการตายของบุคคลที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม ผู้ใหญ่จะกลัวความจริงเกี่ยวกับความตายน้อยกว่าการกลัวกระบวนการของความตาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ ความเจ็บปวด การถูกแยก การสูญเสียการควบคุมตัวเอง และการกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ ช่วงอายุที่พบว่าคนจะกลัวตายมากที่สุดคือ วัย 25-29 ปี ในขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุมักพูดขบขันอย่างเปิดเผยได้เกี่ยวกับความตายของตน และบางคนยินดีที่จะต้อนรับความตาย ในวัยเลย 70 ปี ผู้สูงอายุมักละทิ้งความหลงผิดที่ว่าความตายไม่เกี่ยวข้องกับตนเองได้สำเร็จ เนื่องจากได้ประสบกับความตายของคนรอบข้างมามากพอควร ถึงแม้พวกเขาจะไม่มีความสุขขณะตาย แต่ก็พอยอมรับได้ ซึ่งถ้าพิจารณาจากทฤษฎีพัฒนาการของอีริกสัน (Erik Erikson) ช่วงวัยสุดท้ายนี้อาจนำมาสู่ความสุขหรือไม่ก็ความผิดหวัง เพราะเป็นช่วงของการมองย้อนสู่วิถีแห่งชีวิตที่ผ่านมา ถ้าชีวิตที่ผ่านมาสามารถผ่านมาด้วยความสำเร็จหรือชนะอุปสรรคได้ ย่อมนำมาสู่ความพอใจ และความรู้สึกมั่นคงในตนเอง ซึ่งอาจทำให้สามารถดำรงชีวิตแม้ต้องอยู่กับโรคร้ายได้โดยไม่รู้สึกว้าวนานหรือรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ในทางตรงข้ามถ้าผู้ป่วยมองย้อนชีวิตของตนเองกลับไปแล้วพบกับความผิดหวัง และความพลาดโอกาส หมกหมุ่นกับความคิดที่จะแก้ไขความผิดพลาดในอดีต อาจนำความคิดเหล่านั้นมาเชื่อมโยงกับสภาวะของการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ความตายในกรณีดังกล่าวจึงน่ากลัว เพราะเป็นสัญลักษณ์และผลสรุปของความล้มเหลวและความไร้คุณค่าของชีวิตที่ผ่านมา

การสนับสนุนทางสังคมต่อชีวิตใกล้ตาย

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่มนุษย์ในสังคมให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นสุข โดยทั่วไปการสนับสนุนทางสังคมจะมีความสำคัญมากเมื่อบุคคลกำลังประสบปัญหา ซึ่งในกรณีของการเจ็บป่วยเรื้อรัง และร้ายแรงถึงชีวิต จะพบว่านอกจากผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยทางกายแล้ว ยังต้องเผชิญกับภาวะความเครียด ความวิตกกังวลต่อปัญหาต่างๆ ที่รุนแรง และความหวาดกลัวต่อการสูญเสีย ในกรณีนี้การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลที่ประสบกับภาวะต่างๆ เหล่านี้ ได้รับความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ ข้อมูล และอื่นๆ ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความทุกข์ทรมานและความเจ็บป่วยได้ การสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการให้ความหมายต่อภาวะเจ็บป่วยอย่างไรนั้นสามารถอธิบายได้จากการเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมเสมือนตัวกันชนที่ช่วยลดความรุนแรงจากภาวะต่างๆ ที่รุนแรงอันเนื่องมาจากสภาพความเจ็บป่วย และช่วยทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความตายมีความผันแปรเปลี่ยนไป โดยกันชนที่ว่านี้มี 3 ลักษณะ คือ (เบญจวรรณ กำรวิชะระ. 2544: 73-75)

1) การสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่า ตนเองไม่โดดเดี่ยว เนื่องจากมีคนคอยให้ความช่วยเหลืออยู่เสมอ ทำให้ประเมินการเจ็บป่วยนั้นว่าไม่รุนแรง หรือมีทางแก้ไขได้ การรับรู้ที่ตนเองใกล้ตายจึงมีความเข้มข้นน้อยลง

2) และเมื่อความรู้สึกว่าความเจ็บป่วยนั้นไม่รุนแรง หรือยังมีทางแก้ไขได้ ทำให้บุคคลมีความเครียดน้อยลง

3) เมื่อความเครียดลดน้อยลง กลไกการทำงานของร่างกายก็พร้อมที่จะสู้ หรือเปิดใจรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง ทำให้เข้าใจต่อสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยมีความพยายามที่จะเผชิญปัญหาในการรักษา และพร้อมที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย ในแง่นี้ความตายจะถูกลดบทบาทลง เหลือแต่ความพยายามที่จะเผชิญปัญหาให้ถึงที่สุดตอบรับกับแรงสนับสนุน

และถ้าพิจารณาสังคมตะวันตกในปัจจุบัน จะพบว่า การเผชิญกับการสูญเสียจากการตายนั้นทำได้ยากกว่าในสมัยก่อน เพราะการช่วยเหลือของสมาชิกครอบครัวหรือเครือญาติมีน้อยลง พิธีกรรมต่างๆ ที่เคยมีมากมายก็ลดน้อยลงไปด้วย และยังคงเก็บความทุกข์ไม่แสดงอาการกลัวตายออกมาตามธรรมชาติ ทำให้คนทั้งสังคมมีลักษณะ กลัวความตายมากเกินไป (Mass Necrophobia) และไม่ทำให้เกิดกระบวนการคลี่คลายความทุกข์โศกได้เองอย่างปกติ ต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านการบำบัดรักษาหรือแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ ส่วนในสังคมไทย ครอบครัว ศาสนา และเพื่อนฝูง ยังสามารถช่วยเหลือเป็นที่พึ่งได้อยู่ ทำให้ระบายนความทุกข์โศกได้อย่างปกติกว่า (ปาริชาติ สุขุม. 2539: 45-46) นอกจากนี้ผู้ป่วยด้วยโรคเดียวกัน แต่มีฐานะและ/หรือสภาพความอบอุ่นในครอบครัวที่ต่างกัน มักจะเกิดความขัดแย้งในจิตใจเมื่อได้พบเห็นความแตกต่างที่ได้รับจากความเอาใจใส่ของญาติ และแพทย์ พยาบาล แม้ในกรณีที่ได้รับการเอาใจใส่เท่าเทียมกัน ในขณะเดียวกันผู้ป่วยอาจเกิดความสับสนและความขัดแย้งในตัวเอง บางขณะอาจอยากตาย แต่บางขณะอาจอยาก

อยู่ต่อ ญาติและครอบครัวของผู้ป่วยบางคนอาจมีปัญหาคความขัดแย้งภายในครอบครัวในเรื่องของการดูแลผู้ป่วย หรือญาติบางคนอาจจะปลีกตัวออกห่างจากผู้ป่วยเพราะความเบื่อหน่าย รำคาญ หรือทนดูความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยว่าเหวและรู้สึกว่าคุณทอดทิ้ง ในขณะที่ญาติบางคนอาจจะแก่งแย่งกันเพื่อยึดครองทรัพย์สินของผู้ป่วย หรือนำปัญหาต่างๆ มา สร้างความเดือดร้อนรำคาญใจให้แก่ผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนสัมพันธ์กับการรับรู้ความตายที่เกิดขึ้นในภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย

ความเชื่อและความศรัทธา

นักจิตวิทยาแห่งมหาวิทยาลัยมิชิแกน ดร.คามิล เวทแมน กล่าวว่า เราน่าจะพิจารณาเรื่องความเชื่อหรือศรัทธาที่บุคคลยึดถือต่อการรับรู้เรื่องความตาย ถ้าบุคคลมีโลกทัศน์โดยเฉพาะในด้านจิตวิญญาณที่มองความตายในลักษณะที่ทำให้ยอมรับความตายได้ เช่น เป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต หรือการสละชีวิตเพื่อเป้าหมายที่สูงส่งกว่า จะยอมรับความตายได้ง่ายกว่า เช่น ความเชื่อและศรัทธาในหลักคำสอนของพุทธศาสนาที่สอนเรื่องทุกข์ อนิจจัง อนัตตา การเวียนว่ายตายเกิด กฎแห่งกรรม และนิพพาน เป็นต้น ทำให้บุคคลคิดได้และทำใจได้เมื่อต้องเผชิญความตาย และทำให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้เป็นอย่างดี การสามารถมีคำอธิบายเรื่องความตายและหาความหมายให้ความตายได้ คือการทำให้เราสามารถยอมรับความตายได้ (ปาริชาติ สุขุม. 2539: 47) ความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดศาสนาในการต้อนรับความตายนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผู้วิจัยได้มีการศึกษานำร่องมา กล่าวคือ ผู้ป่วยใกล้ตายที่ยึดหลักคำสอนในพุทธศาสนาเกี่ยวกับการเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดา จะให้ความหมายของความตายว่าเป็นธรรมดาหรือเป็นสัจธรรมของชีวิต ซึ่งทำให้ความหวาดกลัวและความวิตกกังวลต่อความตายมีน้อยลง สามารถดำรงชีวิตในภาวะใกล้ตายโดยมีสภาพจิตเยี่ยงคนปกติได้

นอกจากนั้น ความเชื่อและความไม่แน่ใจเกี่ยวกับชีวิตหลังความตาย จะให้ความสุขที่เพียงพอ และไม่มั่นใจในสภาวะหลังความตาย คนส่วนมากยังคงมีปัญหายู่ว่าตายแล้วไปไหน คำตอบก็คือถ้าทำความดีตายไปแล้วย่อมขึ้นสวรรค์ ย่อมพบพระเจ้าและสิ่งที่ดีงามต่างๆ แต่ถ้าทำชั่วตายแล้วย่อมตกนรกหรือไปเกิดใหม่พบความยากลำบากต่างๆ เป็นต้น แต่ขณะที่ยังไม่รู้แน่ว่าตนเองทำดีหรือทำชั่วมากกว่ากัน ก็ย่อมไม่แน่ใจว่าตายแล้วจะประสบกับภาวะเช่นใด ความตายจึงดูเหมือนเป็นเรื่องลึกลับ เป็นปริศนาที่รอคอยอยู่ข้างหน้า ในทางกลับกัน ความเชื่อเกี่ยวกับความตายว่าเป็นปรากฏการณ์ทางธรรมชาติ ว่าความตายเป็นสิ่งที่ทุกชีวิตต้องประสบ เป็นสิ่งที่ไม่มีใครหลีกเลี่ยงได้ ความเชื่อเช่นนี้ทำให้บางคนไม่มีความทุกข์และไม่หวั่นไหวเมื่อต้องเผชิญความตาย อย่างไรก็ตาม ยังมีนักมนุษยนิยมบางคนที่ไม่ต้องการให้นำหลักศาสนามาเป็นเครื่องประโลมใจเมื่อมนุษย์เผชิญความตาย แต่ให้ใช้หลักวิทยาศาสตร์และข้อเท็จจริงในชีวิตแทน โดยเชื่อว่า ความเชื่อในโลกหน้า ในพระเจ้า และในการเกิดใหม่ เป็นสิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้นเพื่อลดความกลัวตาย และเป็นสิ่งทำลายความหมายของชีวิตมนุษย์ มนุษย์ควรเน้นการดำรงชีวิตในปัจจุบันมากกว่าโลกหน้า ส่วนความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ เป็นเรื่องส่วนบุคคลที่ควรเข้าใจตามหลักวิทยาศาสตร์ ไม่ควรให้ความ

กล่าวบุญกล่าวบาปมาขัดขวางศีลธรรมในชีวิตปัจจุบันและความเป็นธรรมในโลกปัจจุบัน และศาสนาไม่มีสิทธิ์บังคับให้มนุษย์ทนอยู่ต่อไปหากเห็นว่าชีวิตไม่มีความหมายแล้ว (ภัทรพร สิริภาณูจน. 2539: 117-118)

นอกจากนั้นยังมีความเชื่อเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งเหนือธรรมชาติที่มีความสัมพันธ์กับชีวิตในภาวะใกล้ตาย เช่น หมอดูบอกว่ายังไม่หมดหวัง หรือยังมีการรักษาแบบนี้ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง การรับรู้ความตายก็จะกลายเป็นเรื่องที่อาจคิดเพี้ยนไปอย่างไรก็ตาม ควรตระหนักถึงอยู่เสมอว่าความเชื่อและความเข้าใจที่ผิดพลาดอาจส่งผลกระทบต่อกลับทำให้ผู้ป่วยหรือญาติเพิ่มความทุกข์ทรมาน ไม่ว่าจะเป็น เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา หรือพบเจอกับความผิดหวังซ้ำแล้วซ้ำเล่าได้ ดังนั้นการเลือกที่จะเชื่อและศรัทธาในแนวคิดต่างๆ จึงเป็นเรื่องที่ควรต้องใช้เวลาและผลในการพิจารณา โดยคำนึงถึงประโยชน์ทั้งต่อตนเองและต่อผู้เกี่ยวข้อง คำนึงถึงความสมเหตุสมผลและความเหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ รวมไปถึงการตระหนักถึงความ เป็นปกติสุขในการดำรงอยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต

โครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม

วัฒนธรรมที่แตกต่างกันก็มีอิทธิพลต่อท่าทีและปฏิกิริยาต่อชีวิตและความตาย ทำให้คนในสังคมวัฒนธรรมมีท่าทีที่แตกต่างกันเมื่อมีการรับรู้ถึงความตาย นอร์มัน ไคล์ ศาสตราจารย์ทางมานุษยวิทยาแห่งมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ณ ลอสแอนเจลิส ได้อธิบายว่า บุคคลในวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน จะมีปฏิกิริยาต่อความตายต่างกัน และจากข้อมูลใน HRAF (Human Relations Area Files หรือแฟ้มบันทึกข้อมูลทางวัฒนธรรมของกลุ่มเผ่าพันธุ์ต่างๆ ทั่วโลกอย่างเป็นระบบ) ที่จัดทำโดยสถาบันค้นคว้าความสัมพันธ์ของมนุษย์ (Institute of Human Relations) แห่งมหาวิทยาลัยเยล พบว่า 72 สังคม จาก 73 ร้องไห้เมื่อมีความตาย มีเพียงแต่ในสังคมบาห์ลี ที่คนหัวเราะเมื่อมีความตาย ทั้งนี้เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงการร้องไห้ หรือแม้แต่บางสังคมถึงกับทำร้ายตนเองเมื่อต้องเผชิญกับภาวะใกล้ตาย เช่น เขามีดตัดข้อมือของตนเองทั้งชายทั้งหญิง ทำให้ร่างกายเจ็บปวดพิการ เป็นต้น (ปาริชาติ สุขุม. 2539: 48-49)

ในสังคมตะวันตกที่วัฒนธรรมความสำคัญต่อคุณค่าของชีวิตและสิทธิของการดำรงอยู่อย่างเท่าเทียมกันของมนุษย์ในสังคมเป็นเรื่องสิทธิส่วนตัวที่ผู้ใดล่วงละเมิดไม่ได้ เป็นสังคมที่มีปัจเจกบุคคลเป็นศูนย์กลางและมีตรรกวิทยา เหตุปัจจัยทางกายภาพเป็นพื้นฐานทางวัฒนธรรม ที่แต่ละบุคคลมักจะแยกครอบครัวของตนออกไปต่างหาก ยึดถือความเป็นอิสระเป็นหลัก เรื่องที่เป็นชีวิตส่วนตัวทั้งหลายรวมทั้งเรื่องสุขภาพการเจ็บไข้ได้ป่วยและการตายจึงนับได้ว่าเป็นเรื่องสำคัญเหนือสิ่งอื่นใด ส่วนหนึ่งของทัศนคติดังกล่าวสืบเนื่องมาจากการพัฒนาสังคมและการเมืองอย่างต่อเนื่องและยาวนานบนพื้นฐานของวิทยาศาสตร์กายภาพและวัฒนธรรม เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทำให้ความตายหนีห่างออกไปจากชีวิตมนุษย์ อีกส่วนหนึ่งอาจเป็นเรื่องของวัฒนธรรมความเชื่อในทางศาสนา ที่ปฏิเสธเรื่องของกรรม ผลกรรม และการเกิดใหม่ ทั้งสองส่วนนี้อาจนับได้ว่าเป็น

พื้นฐานอันแน่นอนหาของกระบวนทางความคิดความเชื่อของคนในสังคมตะวันตก ที่ทำให้การรับรู้ และทำที่ต่อความตายมีลักษณะที่แปลกแยกจากชีวิต หรือถือว่าเป็นจุดสิ้นสุดของชีวิต

ส่วนในสังคมตะวันออก สังคมส่วนใหญ่ยังมีรูปแบบของครอบครัวขยาย และโดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นสังคมของศาสนาที่มีจิตวิญญาณและธรรมชาติเป็นศูนย์กลาง จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยหรือการตายของสมาชิกในชุมชนใด นอกจากจะเป็นเรื่องของทุกคนในครอบครัวที่ขยายใหญ่เป็นอย่างไรแล้ว ก็ยังเป็นเรื่องของส่วนรวมของคนที่อยู่ร่วมกันอยู่ในชุมชนสังคมนั้นไปโดยปริยาย แม้ว่าในยุคสมัยปัจจุบัน สังคมตะวันออกจะมีการผสมผสานลักษณะของความเป็นตะวันตกอยู่บ้าง จากการแผ่ขยายของอิทธิพลตะวันตกนานปีการที่ผูกติดอย่างแนบแน่นกับความคิดวิทยาการทางด้านวัตถุและเทคโนโลยี ที่ไหลลตามการนำเข้าเพื่อพัฒนาประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อย่างไรก็ตามก็ยังคงเอกลักษณ์เดิมหลงเหลืออยู่มาก โดยเฉพาะในเนื้อหาของความเชื่อที่สัมพันธ์กับศาสนาและวัฒนธรรมท้องถิ่น (ชนพรรณ สิริสุนทร. 2539: 88-89) ซึ่งแม้ว่าในสังคมบางส่วน โครงสร้างในลักษณะดังกล่าวจะเปลี่ยนแปลงไปบ้าง แต่ความเชื่อที่ยังยึดติดแนบแน่นจากการสั่งสมถ่ายทอดในลักษณะของความเป็นสังคมที่ใกล้ชิดผูกพัน ก็ยังทำให้การรับรู้และการเผชิญความตาย ยังคงผูกติดอยู่กับความเชื่อดั้งเดิมของวัฒนธรรมในท้องถิ่นที่เคยเป็นอยู่

สภาพเศรษฐกิจ

ในสังคมโดยทั่วไป บุคคลที่มีชีวิตความเป็นอยู่ที่สุขสำราญ มักมีความคิดที่อยากเสวยสุขอยู่ให้นานที่สุด ส่วนผู้ที่ประสบความสำเร็จในชีวิต มีชื่อเสียงเกียรติยศ มีฐานะมั่งคั่งร่ำรวยมักมีความเพลิดเพลินกับการดำรงชีวิต และไม่ต้องการให้ตนเองประสบกับความตาย ทั้งนี้เพราะความตายย่อมยุติภาวะอันน่าพึงพอใจดังกล่าว ในทางตรงข้ามผู้ที่มีชีวิตยากแค้นแสนสาหัส จมอยู่ในห้วงความทุกข์ทรมานทางจิตใจหรือทางร่างกายต่างหากที่ต้องการความตาย เพราะเขาเหล่านั้นมักเชื่อว่าความตายจะทำให้สามารถพ้นทุกข์ได้ เราจึงมักเห็นอยู่เสมอว่า ไม่มีใครที่จะเรียกร้องหาความตายขณะที่ตนกำลังเสวยสุข โดยเฉพาะผู้ที่มีแนวคิดทางวัตถุนิยมที่ปฏิเสธโลกหน้า มักคิดว่าตายแล้วสูญ จึงไม่อยากตาย และเมื่อไม่มีความเชื่อในชีวิตหลังความตาย ก็ย่อมหันมาพัฒนาชีวิตปัจจุบันให้สุขสบายมากที่สุด เช่น พัฒนาเครื่องอำนวยความสะดวกของชีวิตและพัฒนาผลิตภัณฑ์ต่างๆ เพื่อชะลอความชราหรือเพื่ออายุวัฒนะ เป็นต้น ที่ผู้วิจัยเห็นได้ชัดคือจากการศึกษานำร่องในผู้ป่วยใกล้ตายที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี พบว่า บุคคลจำพวกนี้มักมีความห่วงหาอาทรกับทรัพย์สิน แม้แต่ในภาวะที่ใกล้ตายก็ยังคงคิดถึงหนทางที่จะไม่ทำให้ทรัพย์สิน หรือความมั่นคงทางเศรษฐกิจของตนลดน้อยถอยลง

นอกจากนั้น ชีวิตและความตายของบุคคลยังเกี่ยวข้องกับบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่ต้องอาศัยยา เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ และเทคโนโลยีที่มีราคาแพง โดยเฉพาะสถานพยาบาลที่ให้บริการเชิงธุรกิจการแพทย์ ทำให้การรักษาพยาบาลเปลี่ยนเป็นธุรกิจ หรือการพาณิชย์ที่มุ่งค้ากำไรเกินควรจากคนเจ็บป่วย มาตรฐานการรักษาพยาบาลสำหรับ “คนรวย” กับ “คน

จน” จึงห่างกันออกไปเรื่อยๆ คนจนหลายคนไม่มีโอกาสได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ หรืออาจต้องยอมเป็น “หนูทดลอง” เมื่อแพทย์ต้องการทดลองยาหรือวิธีการรักษาที่ตนยังไม่รู้ดี หรือไม่ชำนาญ ในแง่นี้ ทำให้คนจนส่วนใหญ่มองว่าความเจ็บป่วยเป็นความหมอดหวัง และความตายเป็นสิ่งที่ยากจะหลีกเลี่ยง

สถานะทางการศึกษา

ระบบการศึกษามัธยมใหม่ที่ปลูกฝังให้คนทั่วไปไว้วางใจในวิทยาศาสตร์การแพทย์มากขึ้น โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ต่างมีวิธีคิดเป็นของตนเองอีกชุดหนึ่งแยกต่างหากจากคนทั่วไป หรืออาจมีจุดร่วมกันอยู่บ้างกับประชาชน แต่พบว่าค่อนข้างมีกรอบของวิธีคิดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่อิงอยู่กับวิธีคิดที่สร้างระบบทางการแพทย์ นั่นคือ วิธีคิดเชิงวิทยาศาสตร์ ส่งผลให้ความตายในมุมมองของวิธีคิดของบุคลากรทางการแพทย์ มักจำกัดอยู่ในเรื่องของความทุกข์ทรมานกายภาพเท่านั้น นอกจากนั้นช่องว่างจากการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้รับการรักษาและญาติ อันเป็นผลเนื่องมาจากวิธีคิดที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้รับการรักษาและญาติเกิดการขาดแคลนข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดำเนินไปของอาการเจ็บป่วย และมีความรู้สึกว่าตนเองขาดความรู้ในการดูแลรักษา เพราะองค์ความรู้ที่ตนเองมีเป็นคนละชุดกับบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เกิดเป็นข้อจำกัดบางประการในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ที่จำเป็นต่อการตัดสินใจตามมา มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บป่วยและต่อเนื่องไปถึงการรับรู้ความตายที่แตกต่างหรืออาจผิดเพี้ยนไปจากความไม่เข้าใจดังกล่าวข้างต้น

นอกจากนี้ระดับการศึกษาของบุคคล ยังเป็นสถานภาพที่แสดงให้เห็นถึงคุณภาพของบุคคล ผู้ผ่านการศึกษาย่อมมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมในทางรอบรู้มากกว่าผู้มีการศึกษาน้อยกว่า และผู้ที่มีการศึกษาน้อยมักมีทัศนคติความเชื่อเรื่องผีสิง นางไม้ และไม่ยอมรับเรื่องตายแล้วสูญ โดยมีความเชื่อว่า ความตายคือการสิ้นสุดของสภาวะทางร่างกาย แต่วิญญาณยังคงอยู่ต่อไปเพื่อเวียนว่ายตายเกิดอย่างไม่สิ้นสุด แม้จะเชื่อว่าการเวียนว่ายตายเกิดจะสิ้นสุดลงเมื่อบรรลุนิพพาน แต่คิดว่า วิญญาณยังคงอยู่เพื่อรับความสุขในสภาวะแห่งนิพพานนั้น ความตายในแง่หนึ่งจึงไม่ใช่อันสิ้นสุดแห่งวิญญาณและมีสาเหตุมาจากอิทธิพลภายนอกบางประการ ซึ่งมนุษย์จำเป็นต้องเข้าควบคุมและเอาชนะ เพื่อให้เกิดผลอันพึงประสงค์ โดยมีการกำหนดพิธีกรรมและระเบียบปฏิบัติมากมาย เช่น การทำบุญต่ออายุ การบังสุกุล เป็นต้น ส่วนบุคคลที่มีการศึกษาในระดับปริญญาชน มักปฏิเสธเรื่องวิญญาณอมตะ คือไม่ยอมรับว่าวิญญาณมีลักษณะเป็นตัวตนถาวรที่ดำรงอยู่ได้ด้วยตนเองภายหลังความตาย จึงมีผลให้บุคคลยอมรับความจริงของชีวิต มองเห็นการเกิด แก่ เจ็บ ตายว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่มีสาเหตุให้เป็นเช่นนี้ บุคคลที่มีการศึกษาจึงมักเชื่อว่า ความตายเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติ และยอมรับต่อความตายได้มากกว่า (บุษยมาส สิริบุษยประมา. 2539: 89-90)

สภาพความเจ็บป่วย

จากประสบการณ์ที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยทั้งในภาวะเจ็บป่วยธรรมดา และภาวะเจ็บป่วยใกล้ตาย และจากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย ทำให้ผู้วิจัยได้ข้อสังเกตว่าการรับรู้ต่อความตายสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ที่มีสุขภาพไม่ย่ำแย่หรือทุกข์ทรมานมากนัก จะมองความตายห่างไกลออกไป ในขณะที่ผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมาน จะมองว่าความตายอยู่ใกล้แค่เอื้อม หรือแม้แต่อยากเข้าใกล้ความตายเร็วขึ้นเมื่อรับรู้ว่าเป็นโรคร้ายไม่อาจรักษาได้และสร้างภาระให้แก่ผู้ใกล้ชิด นอกจากนี้การปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อผู้รับการรักษาและญาติ รวมถึงรูปแบบการดูแลรักษาและปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน มีผลต่อการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในลักษณะต่างๆ เช่น มองความเจ็บป่วยในลักษณะที่เป็นความทุกข์ทรมานมากขึ้นในกรณีที่ได้รับการดูแลที่ไม่ตอบสนองความต้องการ หรือมองความเจ็บป่วยในลักษณะที่เป็นความจำเป็นที่ต้องดูแลรักษาเพื่อหลีกเลี่ยงความทรมานหรือความตายในกรณีที่ได้รับกำลังใจและได้รับข้อมูลที่สมเหตุสมผลในการดูแลรักษา การรับรู้ต่างๆ เหล่านี้จะต่อเนื่องไปถึงการยอมรับหรือไม่ยอมรับความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นตามมา

จากที่ได้กล่าวมาแล้วเกี่ยวกับมิติต่างๆ ที่สัมพันธ์กับชีวิตในภาวะใกล้ตาย จะเห็นได้ว่าการรับรู้และการให้ความหมายชีวิตและความตายเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบรอบตัวบุคคล ภายใต้มิติต่างๆ ทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมความเชื่อ นอกจากนั้นการได้เคยสัมผัสใกล้ชิดกับประสบการณ์ดังกล่าวจะทำให้เกิดการเรียนรู้ ที่ทำให้คำถามบางอย่างเกี่ยวกับชีวิตและความตายเกิดขึ้น ซึ่งจะสะท้อนไปถึงพฤติกรรมและการแสดงออกของแต่ละปัจเจกบุคคล จึงเป็นเรื่องที่ต้องหันกลับมาพิจารณาเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่สามารถอธิบายได้ ทั้งในแง่ของชีวิตและความตาย ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติต่อความตายและชีวิตใกล้ตายอย่างเหมาะสม ภายใต้เงื่อนไขบริบทและเวลาที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ซึ่งการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ เหล่านี้ เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะทำให้เกิดองค์ความรู้ และการพิจารณาถึงองค์ความรู้เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ต่อชีวิตในภาวะใกล้ตายได้อย่างเหมาะสม และกลมกลืนกับสภาพบริบทแวดล้อม ดังนั้นที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้ จะเป็นการนำเสนองานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาว่าที่ผ่านมาได้มีการศึกษาวิจัยกันในลักษณะใด และมียุทธศาสตร์ความรู้เช่นไรเกิดขึ้นบ้าง โดยมุ่งหวังให้เกิดการต่อยอดองค์ความรู้ หรือสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดประโยชน์ต่อบุคคลที่ต้องเกี่ยวข้องกับความตายและภาวะใกล้ตาย โดยจะเริ่มจากการพิจารณางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดความตาย อันจะโยงไปถึงการทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตใกล้ตายที่จะกล่าวถึงในลำดับต่อไป

1.5 งานวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดเรื่องชีวิตและความตาย

การศึกษาวิจัยในเรื่องของแนวคิดเกี่ยวกับชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความตายในปัจจุบัน มีแพร่หลายมากขึ้นในต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศในแถบตะวันตก แต่ในประเทศไทยแม้จะมีการกล่าวถึง และมีการเสวนาในเรื่องดังกล่าวนี้แพร่หลายมากขึ้น โดยเฉพาะแนวคิดทางศาสนาจะกล่าวถึงเรื่องชีวิตและความตายไว้น้อย แต่การศึกษาวิจัยในเรื่องดังกล่าวยังไม่ให้เห็นอย่างกว้างขวางนัก งานวิจัยที่น่าสนใจเกี่ยวกับแนวคิดเรื่องชีวิตและความตายที่ผู้วิจัยได้ศึกษามานี้ ล้วนเป็นงานวิจัยในต่างประเทศ ที่ผู้ศึกษามีจุดประสงค์เพื่อให้เกิดการตระหนักในเรื่องของความตาย และทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดเกี่ยวกับชีวิตและความตายในมุมมองต่างๆ งานวิจัยที่น่าสนใจได้แก่

งานวิจัยเรื่องแรก เป็นงานวิจัยที่ศึกษาแนวคิดเรื่องชีวิตและความตายในมิติทางศาสนา โดยซาฮิลและคณะ (Sarhill; et al. 2001) ได้ศึกษาแนวคิดหรือมุมมองเกี่ยวกับความตายและชีวิตภายใต้กระบวนการตายของชาวมุสลิม โดยใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์ชาวมุสลิมเกี่ยวกับชีวิตและความตาย ซึ่งพบว่า ชาวมุสลิมมีความเชื่อว่าพระเจ้าเป็นผู้สร้างและเป็นเจ้าของชีวิตมนุษย์ และความตายเป็นเรื่องธรรมดาที่จะต้องเกิดขึ้นกับทุกคน ซึ่งพวกเขาถือว่าความตายเป็นเพียงการเปลี่ยนถ่ายจากชีวิตหนึ่งไปสู่อีกชีวิตหนึ่งที่แตกต่างออกไป จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ชาวมุสลิม พบว่า เมื่อต้องเผชิญหน้ากับความตาย การปฏิเสธการรักษาที่ยื้อชีวิตเป็นเรื่องที่ยอมรับได้ แม้การฆ่าตัวตายจะเป็นสิ่งต้องห้ามทางศาสนาก็ตาม

งานวิจัยนี้ศึกษาชีวิตและความตายตามแนวคิดของศาสนาอิสลาม จะเห็นได้ว่าผลการวิจัยยังคงเน้นย้ำให้เห็นถึงความศรัทธาและความเชื่อของชาวมุสลิมที่มีต่อพระเจ้า โดยเฉพาะความเชื่อที่ว่าพระเจ้าเป็นเจ้าของชีวิตมนุษย์ และทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นกับชีวิตมนุษย์นั้นถูกกำหนดโดยพระเจ้า การศึกษาโดยใช้การสัมภาษณ์เจาะลึกทำให้เข้าใจมุมมองของศาสนาที่สัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตและความตายของผู้ถูกศึกษาได้ลึกซึ้งมากขึ้น โดยเฉพาะผลการวิจัยที่ได้ ทำให้มองเห็นได้ว่าแม้แนวคิดของศาสนาจะมีข้อห้ามเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย แต่การปฏิเสธการรักษาที่ยื้อชีวิต ทำให้ได้ข้อสนับสนุนที่ว่า การยื้อชีวิตอาจเป็นการยืดความทุกข์ทรมานจนทำให้ผู้ป่วยเลือกที่จะตายมากกว่าการใช้เทคโนโลยีเพื่อต่อชีวิตต่อไป อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเห็นว่า ควรคำนึงถึงขอบเขตในการเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่เหมาะสมเพียงพอที่จะอธิบายเกี่ยวกับข้อสังเกตในเรื่องนี้ได้ หรือคำนึงถึงข้ออธิบายจากสภาพการณ์ที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่าง เช่น กลุ่มตัวอย่างที่แม้เป็นชาวมุสลิมแต่อาจไม่มีประสบการณ์ในภาวะใกล้ตาย อาจให้ข้อมูลที่มีความแตกต่างไปจากชาวมุสลิมที่มีประสบการณ์ใกล้ชิดกับความตายหรือกำลังประสบกับภาวะใกล้ตายของตนเอง ตัวอย่างวิจัยนี้ ทำให้ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญในการกำหนดขอบเขตของกลุ่มตัวอย่าง และการอธิบายผลการวิจัยที่คำนึงถึงมิติต่างๆ รอบด้าน

งานวิจัยเรื่องต่อไป เป็นการศึกษาแนวคิดเรื่องชีวิตและความตาย โดยศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดการตายดี ที่เกี่ยวโยงกับการใช้ชีวิตในช่วงใกล้ตาย ซึ่งเป็นงานวิจัยของ เคล (Kehl, 2006) ที่ศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดเรื่อง Good death โดยมีแนวคิดที่ว่า ในช่วงสุดท้ายของชีวิตก่อนตายคือการได้มีประสบการณ์ที่เรียกว่า Good death โดยผู้วิจัยใช้การวิจัยในการวิเคราะห์แนวคิด (concept analysis) เกี่ยวกับ Good death ซึ่งทำให้พบว่า แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับ Good death เป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับมุมมองของปัจเจกบุคคลโดยตรง ซึ่งอาจแปรเปลี่ยนหรือมีความหลากหลายไปตามเวลา สถานการณ์ และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นมุมมองทางการแพทย์ มุมมองทางการแพทย์พยาบาล และมุมมองของตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งผลการวิจัยโดยสรุปทำให้ได้มุมมองเกี่ยวกับ Good death ในหลายๆ มุมมองหรือหลายๆ นิยาม ได้แก่ การสามารถควบคุมตนเองได้ ความรู้สึกสุขสบาย ความรู้สึกถึงความผูกพันใกล้ชิด การได้รับการสนับสนุนและยอมรับ การรู้สึกว่ามีความหมาย ใ่ว่างใจได้ในการดูแลที่ได้รับ การได้ตระหนักถึงความตายที่จะเกิดขึ้น การดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การไม่ทำให้เกิดภาระ การมีความสัมพันธ์อันดี การตายอย่างมีศักดิ์ศรี การได้จัดการในเรื่องของมรดก และการได้รับการดูแลใกล้ชิดจากครอบครัว

มุมมองเรื่องการตายดีในงานวิจัยเรื่องนี้ เป็นมุมมองที่แสดงถึงความปรารถนาหรือเป้าหมายของชีวิตในช่วงวาระสุดท้าย งานวิจัยนี้นอกจากจะเน้นประเด็นที่สำคัญเกี่ยวกับนิยามและความหมายของ Good death แล้ว ยังแสดงให้เห็นว่าเวลา สถานการณ์ ประสบการณ์ และมุมมองต่างๆ มีความสัมพันธ์กับการให้ความหมายของนิยามนั้น แม้บทคัดย่อที่ศึกษามาจะไม่ได้แสดงให้เห็นถึงลักษณะของความสัมพันธ์ว่าเป็นอย่างไร แต่การแสดงถึงความหมายที่มีความหลากหลายนี้ ทำให้ตระหนักได้ว่า บริบทและมิติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุคคล น่าจะมีความสัมพันธ์กับการให้ความหมายของบุคคลในเรื่องความตาย ซึ่งเป็นประเด็นหนึ่งที่ผู้วิจัยสนใจจะศึกษาให้เห็นถึงลักษณะความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ โดยใช้แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความตามแนวคิดของไฮเดกเกอร์ ที่เน้นการตีความปรากฏการณ์ใกล้ตาย ภายใต้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และภายใต้สถานการณ์และบริบทแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อกระบวนการให้ความหมายของบุคคล

งานวิจัยในลักษณะเดียวกันนี้ แต่เป็นการศึกษาเปรียบเทียบมุมมอง 2 ด้านที่แตกต่างกัน คือการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับ Good death และ Bad death เป็นงานวิจัยของ คิม และ ลี (Kim; & Lee, 2003) ซึ่งศึกษาในประเทศเกาหลี เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ จากเจ้าหน้าที่พยาบาลจำนวนทั้งสิ้น 185 คนพบว่า ทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับ Good death จะเป็นในเรื่องของการได้รับความสะดวกสบายซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญมากที่สุด นอกจากนั้นก็ให้นิยามของ Good death ในเรื่องของการไม่เป็นภาระของครอบครัว การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในครอบครัว การเตรียมพร้อมที่จะตาย และความเชื่อเกี่ยวกับความเป็นอมตะแม้ร่างกายจะตายไปแล้ว ส่วน Bad death ตามมุมมองของกลุ่มตัวอย่างนั้น ได้ให้มุมมองหรือนิยามต่างๆ ได้แก่ การที่ร่างกายไม่ตอบสนองหรือกลายเป็นผัก การตายอย่างกะทันหันโดยไม่ได้ตั้งใจ ความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน การตายอย่างโดดเดี่ยว และการรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว นอกจากนั้นยังพบว่า 98% ของกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการที่จะได้รับการรักษาเพียงเพื่อยื้อชีวิต ในขณะที่ต้องเผชิญกับสภาพของความ

ทุกขุทรมาน โดยไม่มีทางที่จะรักษาหายได้ และอีก 67% ต้องการที่จะได้รับรู้และตัดสินใจเกี่ยวกับความตายที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้

ถ้าเปรียบเทียบงานวิจัยเรื่องนี้กับงานวิจัยในเรื่องก่อนหน้าที่ยกมานำเสนอ จะพบว่า เป็น การวิจัยเกี่ยวกับการให้ความหมายความตายในบริบทที่ต่างกัน กล่าวคือ เป็นการศึกษาในประเทศที่ ต่างกันทั้งสภาพแวดล้อม และวัฒนธรรมความเชื่อ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยในเรื่องของนิยามหรือ ความหมายของการตายดี กลับไม่แตกต่างกันมากนัก แสดงให้เห็นว่า บุคคลอาจมีความคิดความ เชื่อเกี่ยวกับเรื่องการตายดีที่อาจใกล้เคียงกันได้ แม้ในบริบทต่างกัน แต่ทั้งนี้ ไม่อาจสรุปได้ว่า การที่ บุคคลมีการรับรู้ความหมายที่ใกล้เคียงกันนี้ จะมีพฤติกรรมหรือลักษณะการใช้ชีวิตที่ใกล้เคียงกัน ตามไปด้วย หรือบุคคลในบริบทหรือสภาพแวดล้อมอื่นจะให้ความหมายของการตายดีที่เหมือนหรือ สอดคล้องกันในทุกบริบทสังคม การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความต้องการจะศึกษาไม่เฉพาะ การรับรู้และการให้ความหมายความตายซึ่งจะแสดงมุมมองเกี่ยวกับเรื่องความตายอันจะมีแนวคิด หรือความเชื่อของบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้องเพียงเท่านั้น แต่จะเชื่อมโยงให้เห็นว่า สภาพการณ์ของชีวิต ในภาวะใกล้ตายเกี่ยวข้องอย่างไรกับการรับรู้และให้ความหมายความตายและชีวิตในช่วงใกล้ตาย ทั้งนี้ผู้วิจัยยังไม่ละเลยมิติต่างๆ และบริบทที่เกี่ยวข้องต่อการรับรู้และการให้ความหมาย ซึ่งเป็นส่วน สำคัญที่จะใช้อธิบายประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับชีวิตใกล้ตายให้เกิดความลึกซึ้งและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

การนำเสนอเกี่ยวกับชีวิตและความตาย ประกอบกับการนำเสนองานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น เป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการทำความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิตก่อนความ ตาย ตลอดจนการใช้ชีวิตภายใต้ปรากฏการณ์ก่อนตาย นอกจากนี้ยังช่วยให้มองเห็นประเด็นสำคัญ ของแง่มุมแนวคิดต่างๆ ที่แสดงถึงพัฒนาการทางสังคมที่ชัดเจนและมีรากฐานความเป็นมาที่ แตกต่างกัน โดยเฉพาะถ้าพิจารณาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะพบประเด็นที่เกี่ยวข้องกันระหว่าง ความเชื่อทางศาสนากับการให้ความหมายและมุมมองเกี่ยวกับชีวิตและความตายของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญต่อการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับชีวิตใกล้ตายในบริบทของสังคมไทยที่เกี่ยวข้องกับ ความคิดความเชื่อทางศาสนาอย่างยากที่จะหลีกเลี่ยง การศึกษาถึงประเด็นและแง่มุมดังกล่าว จะ ช่วยให้เกิดความเข้าใจในเรื่องชีวิตก่อนความตายของผู้ป่วยในมุมมองที่หลากหลายขึ้น เพื่อให้ ผลการวิจัยมีความชัดเจนในแง่ของมิติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเรื่องความตายและภาวะใกล้ตาย ได้ นอกจากนั้นผลการวิจัยที่ผ่านมายังแสดงให้เห็นถึงการให้ความหมายเกี่ยวกับการตาย ซึ่งจะ ขึ้นอยู่กับปัจเจกบุคคล ไม่ว่าจะเป็นในด้านของการตายดี (Good death) หรือการตายที่ไม่ดี (Bad death) ซึ่งการวิจัยเชิงคุณภาพจะมีประโยชน์ในการทำให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้ง โดยเฉพาะการ วิเคราะห์แบบตีความจะทำให้มองเห็น ความเกี่ยวพันของบริบทแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม กับ การ ให้ความหมายดังกล่าว แต่ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าบุคคลส่วนใหญ่จะมองในเรื่องของการสุขสงบก่อนตาย เป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งสวนทางกับการแพทย์สมัยใหม่ที่ต้องการยื้อชีวิตผู้ป่วยมากกว่าคำนึงถึงความสุข สงบ ดังนั้นการวิจัยที่ช่วยเพิ่มข้อมูลให้ทราบถึงความต้องการที่แท้จริงของชีวิตก่อนความตาย จะ ช่วยให้การแพทย์ตระหนักถึงการดูแลที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

ถ้าพิจารณาเปรียบเทียบแนวคิดทางศาสนากับแนวคิดวิทยาศาสตร์การแพทย์ตามที่ผู้วิจัย ได้ศึกษามา ทั้งจากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษาในวิชาปฏิบัติการวิจัย และ จากประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วย พบว่า แนวคิดทางศาสนาให้ความสำคัญต่อ “ความหมายของการมีชีวิตอยู่” ส่วนวิทยาศาสตร์การแพทย์นั้นไม่สนใจ แต่กลับให้ความสำคัญเฉพาะ “การมีชีวิตอยู่” ที่วัดโดยสัญญาณชีพ (vital sign) เช่น มีการหายใจ มีการเต้นของหัวใจ เป็นต้น วิทยาศาสตร์การแพทย์จึงถือว่า ความตาย เป็นศัตรูอันร้ายกาจที่ต้องต่อสู้อย่างถึงที่สุด แม้ในระยะหลังกระบวนการทางการแพทย์จะปรับเปลี่ยนไปในแง่ที่เน้นการทำความเข้าใจมนุษย์อย่างเป็นองค์รวม และ คำนึงถึงสิทธิเสรีภาพของผู้ป่วยต่อชีวิตตนเองมากขึ้นก็ตาม แต่ในทางปฏิบัติ การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงอยู่ภายใต้กระบวนการแบบชีวกลไก ที่ทำให้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ลดน้อยลง และไม่คำนึงการทำให้เกิดการตายที่ดี ส่วนในทางศาสนานั้น คำนึงถึงการมีชีวิตที่นอกเหนือไปจากการกิน การนอน การขับถ่าย และการสืบพันธุ์ โดยศาสนาถือว่าชีวิตมีไว้เพื่อบรรลุความสมบูรณ์สูงสุดทางจิตวิญญาณ ซึ่งความสมบูรณ์ทางจิตวิญญาณนั้นสัมพันธ์กับการให้คุณค่าและความหมายของชีวิตตั้งแต่เกิดจนตาย นอกจากนั้นแนวคิดทางศาสนายังแสดงถึงความเชื่อเกี่ยวกับโลกหลังความตายในขณะที่แนวคิดทางการแพทย์ไม่เคยกล่าวถึง ทำให้เห็นได้ว่า ศาสนามีความลึกซึ้งทั้งในเรื่องชีวิต ความตาย และโลกหลังความตาย อย่างที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ไม่อาจอธิบายได้ การศึกษาถึงประสบการณ์ใกล้ตายจากผู้ประสบเหตุการณ์นั้นจริงจึงเป็นสิ่งที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรตระหนักถึง เพื่อนำความรู้ความจริงจากผู้เผชิญกับประสบการณ์นั้นโดยตรง มาอธิบายความจริงตามที่เป็นอยู่ในสังคมปัจจุบัน เทียบเคียงกับความรู้ในทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่อาจไม่สามารถเข้าถึง หรือเพื่อเทียบเคียงกับความรู้ความเชื่อทางศาสนาที่อาจไม่สามารถอธิบายให้เห็นเป็นรูปธรรมได้

2. ประสบการณ์ชีวิตใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2.1 สภาพการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดได้กับทุก ๆ อวัยวะของร่างกาย เนื่องจากเซลล์ของอวัยวะนั้นๆ เกิดการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วผิดปกติ ไม่อยู่ในการควบคุมของร่างกาย เซลล์เหล่านี้จะเจริญอย่างรวดเร็วเป็นก้อนโตขึ้นเรื่อยๆ หรือกลายเป็นแผลเรื้อรังทำลายอวัยวะที่เกิดโรค กัดเบียดทับ หรือลุกลามทำลายอวัยวะใกล้เคียง หรือแพร่กระจายเข้าต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้ๆ กับอวัยวะนั้นๆ ถ้าลุกลามมากขึ้นจะแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ไกลออกไป และแพร่กระจายเข้ากระแสโลหิต ไปเจริญเติบโตตามอวัยวะต่างๆ ขยายออกไปทั่วร่างกายได้ เช่น แพร่กระจายไปยังปอด ตับ กระดูก และสมอง เป็นต้น ซึ่งจะทำให้อวัยวะต่างๆ ที่มีเชื้อมะเร็งอยู่ทำงานไม่ได้ในที่สุด ถ้าไม่มีการรักษาอย่างถูกต้องทันท่วงทีผู้ป่วยจะเสียชีวิต (พวงทอง ไกรพิบูลย์. 2548: 15)

สภาพการณ์ของโรคมะเร็ง

โรคมะเร็งเกิดจากหลาย ๆ สาเหตุร่วมกัน สาเหตุที่อาจทำให้เกิดโรคมะเร็งได้คือ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อมที่มีมลพิษสูง สารเคมีบางประเภท ไวรัส แบคทีเรีย โปรโตซัวบางชนิด อาหารปนเปื้อน รังสีประเภทต่าง ๆ อายุที่ยิ่งมากขึ้นยังมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งสูงขึ้น (พงทอง ไกรพิบูลย์. 2548: 15) นอกจากนี้ ความเครียดก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็ง เนื่องจากความเครียดมีผลต่อการลดประสิทธิภาพของระบบภูมิคุ้มกันภายในตัวบุคคล ความสามารถของเซลล์เม็ดเลือดขาวที่จะจับเซลล์มะเร็งให้หมดไปก่อนที่จะมีการก่อตัวเป็นก้อนขึ้นมาได้จะลดลง ทำให้เซลล์มะเร็งที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลอยู่ตลอดเวลา สามารถเติบโตจนเป็นภัยต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้ และจากผลการศึกษายังพบว่า แนวโน้มของผู้เป็นมะเร็งมักจะเป็นผู้ที่เคยประสบปัญหาชีวิตมาอย่างหนักหน่วง จนทำให้รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง การประสบกับความสูญเสีย บุคคลอันเป็นที่รัก การหย่าร้าง และเหตุการณ์อื่น ๆ ที่ทำให้บุคคลอยู่ในห้วงของอารมณ์ซึมเศร้า จมอยู่กับความทุกข์เป็นเวลานาน โดยบุคลิกภาพของผู้ที่มีแนวโน้มจะเป็นมะเร็ง มักเป็นคนที่ขี้เกรงใจ ชอบเอาอกเอาใจผู้อื่น มักเก็บความรู้สึกโกรธและความไม่พอใจไว้ หรือที่เรียกว่าเป็นผู้มีบุคลิกภาพแบบซี คือดูภายนอกเป็นผู้ที่มีความอดทน สงบนิ่ง ไม่แสดงอาการโกรธเกรี้ยว แต่เก็บกดความคับข้องใจไว้ภายใน ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบนี้ จึงมีโอกาสสะสมความเครียดไว้ได้มากกว่าผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบอื่น ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งได้ง่ายขึ้น (เบญจวรรณ กำรวัชร. 2544: 55-57)

การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งทำได้โดย การซักประวัติ อาการ อาการแสดง และการตรวจร่างกาย วิธีวินิจฉัยที่ได้ผลแน่นอนที่สุดคือการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจพิสูจน์ทางพยาธิวิทยา หรือการนำเซลล์จากก้อนมะเร็งไปตรวจพิสูจน์ทางเซลล์วิทยา นอกจากนี้ยังมีการวินิจฉัยด้วยการถ่ายภาพเอ็กซเรย์ การส่องกล้อง การตรวจเลือดเพื่อหาสารที่สัมพันธ์กับเซลล์มะเร็ง (Tumor markers) ซึ่งวิธีการนี้ใช้ได้กับมะเร็งไม่กี่ชนิด (พงทอง ไกรพิบูลย์. 2548: 15-16) ส่วนอาการของโรคมะเร็งจะคล้ายคลึงกับโรคทั่วไป ขึ้นอยู่กับระยะของโรค ถ้าเป็นมะเร็งในระยะก่อตัวเริ่มแรก จะตรวจพบได้ก็ต่อเมื่อมีการตรวจเพื่อค้นหาหรือคัดกรองต่างๆ ที่ไม่มีอาการ เรียกว่า การตรวจค้นหามะเร็งในระยะเริ่มต้น แต่การตรวจวิธีนี้จะได้ผลดีกับมะเร็งเพียงไม่กี่ชนิด เช่น มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ หรือมะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นต้น เมื่อโรคลุกลามมากขึ้นจะมีอาการแสดงจากอวัยวะที่เกิดโรค เช่น มะเร็งกล่องเสียงก็จะมีเสียงแหบ มะเร็งปอดก็จะมีอาการไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด เป็นต้น ดังนั้นถ้ามีอาการผิดปกติ หรือเป็นๆ หายๆ ควรรีบปรึกษาแพทย์ ในกรณีที่โรคลุกลามมากขึ้น อาจคลำก้อนได้ หรือเกิดเป็นแผลเรื้อรัง ลุกลาม อาจมีอาการเจ็บปวดร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ อาการในระยะที่ลุกลามมากขึ้นมักพบว่ามีเลือดออกผิดปกติ เช่น ไอเป็นเลือด ปัสสาวะ/อุจจาระเป็นเลือด มีอาการซีด ผอมลง เบื่ออาหาร อาจมีไข้เป็นๆ หายๆ หายๆ หาสาเหตุไม่ได้ และมีอาการปวดตรงตำแหน่งที่เป็นโรคมะเร็ง และมักปวดในเวลากลางคืน (พงทอง ไกรพิบูลย์. 2548: 16-17)

ระยะของโรคมะเร็งคือภาวะการลุกลามหรือแพร่กระจายของโรค ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญมากที่บอกถึงวิธีการรักษาและใช้พยากรณ์ผลการรักษา และเป็นตัวบอกระดับการรอดชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งโดยทั่วไปแบ่งเป็น 4 ระยะ (พวงทอง ไกรพิบูลย์. 2548: 18-19) คือ

ระยะที่ 1 มะเร็งมีขนาดเล็ก ผังอยู่เฉพาะในอวัยวะที่เกิดโรคและยังไม่มีอาการลุกลามแพร่กระจาย เป็นระยะที่ถ้ารักษาได้อย่างถูกต้องทันที่ โอกาสหายขาดจะสูงสุด มีอัตราการรอดชีวิตในระยะ 5 ปี และอยู่ในช่วง 80-90% ที่จะหายขาด

ระยะที่ 2 มะเร็งมีขนาดใหญ่ขึ้น และเริ่มลุกลามเข้าอวัยวะข้างเคียง อัตราการรอดชีวิตอยู่ในระยะ 5 ปี และอยู่ในช่วง 70-80% ที่จะหายขาดได้

ระยะที่ 3 มะเร็งลุกลามใหญ่ขึ้น เข้าอวัยวะข้างเคียงมากขึ้น และแพร่กระจายเข้าต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงมากขึ้น อัตราการรอดชีวิตในระยะ 5 ปี อยู่ในช่วง 20-50% ที่จะหายขาดได้

ระยะที่ 4 มะเร็งลุกลามมากขึ้นจนแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ไกลออกไป หรือแพร่กระจายตามกระแสโลหิตไปยังอวัยวะต่างๆ ทั่วร่างกาย เป็นระยะที่รุนแรงที่สุดรักษาให้หายขาดได้ยากมากหรือเป็นระยะสุดท้ายที่ไม่มีโอกาสรักษาให้หายขาด อัตราการรอดชีวิตอยู่ในระยะ 5 ปีและอยู่ในช่วง 0-5% ที่จะหายขาดได้

อย่างไรก็ตาม คำกล่าวที่ว่า *หายจากมะเร็ง* นั้น ไม่สามารถใช้อย่างทั่วไป เนื่องจากพบว่า มะเร็งสามารถกลับมาเป็นอีกได้ นอกจากนั้น ความรุนแรง และอัตราการรอดในระยะเวลาต่างๆ ไม่มีความแน่นอนตามที่แพทย์ระบุหรือที่ได้พยากรณ์ไว้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น สภาพร่างกายผู้ป่วย ถ้าแข็งแรงก็มีโอกาสอยู่ได้นานขึ้น อายุของผู้ป่วย ถ้ายิ่งสูงอายุยิ่งมีอัตราการรอดต่ำ เพราะทนกับการรักษาไม่ได้ หรือการเป็นโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย เพราะจะทำให้มีผลต่อสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย วิธีการรักษาโรคมะเร็ง ในปัจจุบันแบ่งเป็น 2 วิธีการหลัก คือ การรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบัน กับการรักษาทางการแพทย์สนับสนุน และการแพทย์ทางเลือก โดยการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบัน มักเป็นการให้ยาเคมีบำบัดหรือการฉายรังสีรักษา ซึ่งภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวมักทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน เช่น การอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มีไข้ และยังคงต้องเผชิญกับการสูญเสียภาพลักษณ์ เช่น ผมร่วง ผิวนิ่งแห้งหรือเกิดร่องรอยจากการฉายรังสี เป็นต้น นอกจากนั้น จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาตามแบบการแพทย์แผนปัจจุบันส่วนใหญ่ หลังจากได้รับการรักษาทุกขั้นตอนแล้ว ผู้ป่วยจะกลับฟื้นคืนสู่สภาพปกติระยะเวลาหนึ่ง และมะเร็งอาจจะกลับมาเป็นที่อวัยวะส่วนอื่นของร่างกายได้อีก ซึ่งอาจจะเว้นระยะเวลาต่างกัน บางคนอาจจะแค่ 3 เดือน บางคน 3, 4, 5, 6, 7, 8 หรือ 9 ปี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะของโรคที่พบครั้งแรก และประเภทของเซลล์มะเร็งว่าเป็นแบบลุกลามเร็วหรือไม่ วิธีการรักษาครั้งแรกเป็นอย่างไร ตลอดจนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการรักษาครั้งแรกแล้ว (เบญจวรรณ กำธรวัชระ. 2544: 29)

ส่วนการแพทย์สนับสนุนและการแพทย์ทางเลือกนั้น มักใช้สนับสนุนและเสริมการแพทย์แผนปัจจุบัน ทั้งนี้เพื่อเพิ่มความแข็งแรง ภูมิคุ้มกัน ให้มีสุขภาพร่างกายและสุขภาพใจสมบูรณ์ เช่น แนวทางแมคโครไบโอติกส์ของญี่ปุ่น ซึ่งระยะหลังได้รับการประยุกต์ให้เข้ากับ

วัฒนธรรมการบริโภคแบบไทยๆ ที่เป็นที่ยึดกันดีในนาม *ชีวิต* ซึ่งนอกจากจะควบคุมการบริโภคอาหารแล้ว ยังมีการล้างพิษด้วยการทำดีท็อกซ์ การฝึกจิตใจให้สงบด้วยการทำสมาธิ การคลายเครียดด้วยการฝึกมองชีวิตในด้านบวก เพิ่มประสิทธิภาพความแข็งแรงของร่างกายด้วยการออกกำลังกาย เช่น การรำกระบอง และการให้วิตามินในปริมาณสูง รวมทั้งใช้วิธีการฝังเข็มในบางขั้นตอนของการรักษา นอกจากนี้ยังมีการรักษาเมะเร็งด้วยพลังจักรวาล และวิธีทางไสยศาสตร์อื่นๆ อีก ซึ่งแต่ละวิธีไม่มีวิธีการใดที่รักษาเมะเร็งให้หายขาด เพียงแค่ช่วยยืดอายุผู้ป่วยให้ยืนยาวออกไประยะหนึ่งเท่านั้น (เบญจวรรณ กำธรวัชร. 2544: 28)

การรักษาผู้ป่วยเมะเร็งนั้น มีวิธีการต่างๆ ที่หลากหลาย ที่ผู้ป่วยจะเลือกใช้เพื่อรักษาโรคมะเร็ง หรือเพื่อยืดชีวิตของตนเองให้ถึงที่สุด สิ่งสำคัญคือ การรณรงค์ให้ความรู้ด้านวิธีการต่างๆ แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการรักษาบนพื้นฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือ โดยไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยตัดสินใจไปตามความเชื่อและการร่ำลือ จนทำให้เกิดความสูญเสียโดยไม่จำเป็น แต่เชื่อว่า การรักษาจะตอบสนองต่อโรคในทุกระยะ โดยเฉพาะภาวะของโรคมะเร็งในระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นภาวะที่ไม่สามารถตอบสนองต่อการรักษาจนหายขาดได้ การรักษาโดยส่วนใหญ่จึงเป็นไปเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ในขณะที่ยากจะหลีกเลี่ยงภาวะความทุกข์ทรมานที่ต้องเกิดขึ้นในช่วงใกล้ตายได้ สิ่งสำคัญคือ การเรียนรู้เพื่อทำความเข้าใจสภาวะในระยะสุดท้ายของผู้ป่วย เพื่อสามารถให้การดูแลรักษาที่ตอบสนองต่อความต้องการ และเพื่อลดความทุกข์ทรมาน ให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่สุขสงบก่อนตายมากที่สุด

สภาพการณ์ทางกายของผู้ป่วยเมะเร็งในภาวะใกล้ตาย

สภาพอาการและอาการแสดงในผู้ป่วยเมะเร็งระยะสุดท้าย มีสภาพที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับการลุกลามของเมะเร็งว่าลุกลามไปยังอวัยวะใด สภาพอาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เช่น อ่อนเพลีย ง่วงและอาเจียนหลับเกือบตลอดเวลา เบื่ออาหาร รับประทานอาหารน้อยลง หายใจเสียงดังและมีลมหายใจสั้นๆ กลืนปัสสาวะไม่ได้ หรือปัสสาวะไม่สุด มีปัสสาวะคั่งค้าง มีอาการปวดในตำแหน่งที่เมะเร็งลุกลามไป พักผ่อนไม่ได้หรือมีอาการผุดลุกผุดนั่ง มีอาการหายใจลำบาก เหงื่อหอบ คลื่นไส้อาเจียน เหงื่อออกมากตามร่างกาย พูดจาสับสนหรือมีการเปลี่ยนแปลงทางสมอง เป็นต้น (พวงทอง ไกรพิบูลย์. 2548: 18-19) อาการดังกล่าวอาจมีไม่ครบทุกอาการหรือมีอาการมากน้อยแตกต่างกันไป ซึ่งต่างก็มีผลทำให้ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายประสบกับความทุกข์ ความเจ็บปวด หรือแม้แต่ความยากลำบากในการดำเนินชีวิตในแต่ละวันก่อนที่จะจากไป ยิ่งไปกว่านั้นสภาพความทุกข์ทรมานดังกล่าวก็มีความเป็นไปได้อย่างมากที่จะส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย ยิ่งผู้ป่วยหนักใกล้ตายด้วยแล้ว ก็ยิ่งต้องการการดูแลประคับประคองใจอย่างมาก

ส่วนสภาพการณ์ของผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายนั้น เป็นสภาพการณ์ที่สื่อถึงความทุกข์ทรมาน ซึ่งแม้ว่าในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกำลังจะใกล้ตาย ผู้ป่วยอาจจะจากไปอย่างสงบ แต่ก่อนหน้านั้น ร่างกายผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวอย่างมากมาย อวัยวะร่างกายทุกระบบต่างๆ ซึ่งเคยทำงาน

มาตลอดชีวิตก็ต้องเปลี่ยนแปลงไป การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว เพื่อที่จะรองรับกับความทุกข์ที่เกิดขึ้นจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยการพยายามปรับตัวครั้งสุดท้ายของสรีระ พร้อมกับการหยุดลงของการทำงานของสรีระนั้นเป็นสิ่งที่ควรได้รับการจัดให้เข้ากับค่านิยม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่กำลังจะตาย สภาพการณ์ใกล้ตายนอกจากจะเกี่ยวข้องกับสภาวะทางกายแล้ว ยังเป็นสภาพการณ์ภายในจิตใจ ซึ่งเป็นประสบการณ์ของจิตสำนึกที่เกิดขึ้น ที่อาจไม่สามารถถ่ายทอดประสบการณ์ให้ผู้อื่นได้รับทราบได้อย่างชัดเจน ผู้ดูแลจึงควรที่จะรับทราบถึงสภาพการณ์ต่างๆ ที่ปรากฏออกมา เพื่อให้รับรู้และตอบสนองต่อสภาพการณ์ดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม

จากสถิติเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะใกล้ตาย สามารถระบุสภาพการณ์ของความตายได้เป็นระยะต่างๆ โดยความเปลี่ยนแปลงที่เห็นชัดเจนในระยะใกล้ตายนั้นจะเกิดขึ้นประมาณ 1-3 เดือนก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต และในช่วงที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตนั้น ในช่วงประมาณ 2 สัปดาห์สุดท้ายนั้นเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนและมีความสำคัญที่สุด นอกจากนั้น ยังพบอีกว่า แต่ละบุคคลในช่วงสุดท้ายของชีวิตนั้น มีความต้องการที่ไม่เหมือนกัน ซึ่งเป็นเรื่องเฉพาะของแต่ละบุคคล และในการที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตอย่างสงบได้นั้น ไม่ใช่เป็นช่วงเวลาที่ยาติจะเศร้าโศกฟูมฟายต่อหน้าผู้ป่วย แต่เป็นช่วงที่ผู้ป่วยต้องการความอบอุ่น และความสงบ จากบุคคลที่อยู่รอบข้าง (พระนโมเมตตานันโท. มปป.)

1) ระยะ 1-3 เดือนก่อนเสียชีวิต

ในช่วงเวลา 1-3 เดือนก่อนเสียชีวิตนั้นผู้ป่วยจะมีความต้องการอาหารและน้ำน้อยลง และมีอาการที่แสดงให้เห็นคือ การกลืนลำบาก และร่างกายเองก็พยายามที่จะอดออมพลังงานไว้ให้ได้มากที่สุด ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีความอยากอาหารและน้ำลดน้อยลง จะเป็นอาการที่ทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความไม่สบายใจ และมีความกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเป็นพิเศษ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการกินที่เปลี่ยนไปด้วยผู้ป่วยจะมีอาการลิ้นจะกระด้างขึ้นจึงทำให้อาหารนั้นไม่มีรสชาติ บางครั้งรู้สึกว่าจะไม่อยากจะกินอะไร หรืออาจจะอยากรับประทานอาหารที่เป็นของเหลวมากกว่าอาหารแข็งที่ต้องเคี้ยว โดยเริ่มแรกจะปฏิเสธอาหารประเภทเนื้อสัตว์ และผักผลไม้ และต่อไปก็เริ่มปฏิเสธไม่รับประทานอะไรเลย ผู้ดูแลควรให้กำลังใจผู้ป่วย และไม่ควรที่จะบังคับฝืนใจผู้ป่วยให้รับประทานอาหารจนเกินไป แต่ควรพูดในลักษณะชักจูงให้เกิดกำลังใจในการรับประทานอาหาร นอกจากนั้นในระยะนี้ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะของผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงไป ปริมาณปัสสาวะที่ออกมาในแต่ละวันจะลดน้อยลง ซึ่งส่งผลให้มีปริมาณโลหิตผ่านไตน้อยลง และการเคลื่อนไหวที่น้อยลงหรือการให้ยาแก้ปวดที่มีผลทำให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวน้อย อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการท้องผูกได้

ผู้ป่วยที่ทราบว่าตนเองกำลังจะตาย จะมีความถดถอยออกจากโลกภายนอกหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวมากขึ้นทุกขณะ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของบุคคลที่กำลังจะจากโลกนี้ไป โดยผู้ป่วยจะไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว เช่น หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ และบุคคลอื่น หรือแม้กระทั่งเพื่อนบ้านที่เคยมาเยี่ยมเป็นประจำ การถดถอยก็จะมีมากขึ้น จนแม้กระทั่งลูกหลานต่างๆ ของผู้ป่วยเองหรือบุคคลที่ผู้ป่วยรักมากที่สุด ผู้ป่วยก็อาจไม่มีความสนใจอยากพบอยากเห็นมากนักในระยะนี้ ผู้ป่วยจะให้ความสนใจกับจิตใจของตนเองมากขึ้น จะรับรู้ถึงจิตสำนึกส่วนลึกของตน และ

ทัศนคติของตัวเองที่ผ่านมามีทั้งหมด หรือในบางครั้ง ผู้ป่วยอาจต้องการเพียงเพื่อจะอยู่และพบกับคนที่รักเพียงไม่กี่คน ในขณะที่เดียวกัน พฤติกรรมการนอนของผู้ป่วยจะมีมากขึ้นทุกขณะ ผู้ป่วยอาจจะนอนอยู่บนเตียงตลอดทั้งวันทั้งคืน หรืออาจมีความสับสนเวลาระหว่างกลางวันและกลางคืน และอาจไม่รู้ตัวว่าอยู่ที่ไหนกับใคร หรือมีทั้งความกังวล กระสับกระส่าย ความกลัว ความเหงา ซึมเศร้าในช่วงกลางคืนมากขึ้นเรื่อยๆ การดูแลโดยการพูดอาจไม่ได้ผล เนื่องจากผู้ป่วยอาจไม่ปรารถนาที่จะพูดคุย การสัมผัสทางร่างกายด้วยความอ่อนโยน และแสดงถึงความเข้าใจ อาจทำให้เกิดความอบอุ่นทางจิตใจแก่ผู้ป่วยได้มากกว่า

2) ระยะ 1-2 สัปดาห์ก่อนเสียชีวิต

ในระยะนี้ผู้ป่วยมักจะมีอาการกระวนกระวายและขาดสติ และจะนอนมากกว่าตื่น อาการบางอย่างอาจมีการแสดงอาการของการไม่รู้สึกรู้ตัว เช่น การพยายามบีบจับส่วนใดส่วนหนึ่งของผ้าปูที่นอน มีการเคลื่อนไหวของแขนขาที่ไร้ทิศทาง หรือผู้ป่วยบางคนอาจจะพยายามลุกออกจากเตียงด้วยตนเอง อาการทั้งหมดนี้อาจไม่แสดงให้เห็นชัดเจน อาการกระวนกระวายจะเป็นลักษณะอีกอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้น เมื่อปริมาณออกซิเจนที่หล่อเลี้ยงสมองลดน้อยลง ผู้ป่วยระยะนี้จึงมักรู้สึกมีแรง ไม่ทราบวันเวลา สถานที่ และจำคนที่อยู่รอบข้างหรือใกล้ชิดไม่ได้ ทั้งนี้เป็นเพราะอาการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการต่างๆ ภายในร่างกาย ในระยะนี้แพทย์มักสั่งยาให้ผู้ผู้ป่วยลดความกระวนกระวายลง เนื่องจากผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการเห็นภาพหลอน ผู้ป่วยบางคนอาจมีความรู้สึกสับสน และพูดถึงใครคนใดคนหนึ่งที่ยาไปนานแล้ว และได้เห็นวัตถุบางอย่างที่ผู้อื่นมองไม่เห็น ไม่ว่าจะเห็นสถานที่หรือเหตุการณ์ อาจมีการพูดคุยกับบุคคลที่ตัวเองรักหรือที่คุ้นเคยดี ทั้งที่คนเหล่านั้นได้เสียชีวิตไปแล้ว ซึ่งอาการเหล่านี้อาจเกิดได้จากผลข้างเคียงของยาที่แพทย์สั่งให้ การดูแลในระยะนี้ควรพูดกับผู้ป่วยด้วยเสียงชัดเจน แสดงความจริงใจ ไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง และหลีกเลี่ยงการต่อล้อต่อเถียงกับผู้ป่วยหรือทำให้ผู้ป่วยตกใจ ควรปลอบโยนและทำให้ผู้ป่วยสบายใจให้ได้มากที่สุด

นอกจากนั้น ผู้ป่วยยังจะมีการเปลี่ยนแปลงของการเต้นของหัวใจ ซึ่งอาจจะเต้นเร็วขึ้น หรืออาจช้าลงเรื่อยๆ ลักษณะของการหายใจจะเปลี่ยนแปลงไปได้มากในบางครั้ง อาจจะหายใจช้าหรือเร็วขึ้น และอาจมีอาการเหนื่อยหอบ บางครั้งอาจมีอาการเสมหะพันคอ ซึ่งเกิดจากการที่หลอดลมมีของเหลวคั่งค้างอยู่ในระบบทางเดินหายใจ สิ่งที่ผู้ดูแลช่วยได้คือการประคับประคองยกศีรษะผู้ป่วยให้สูงขึ้นหรือเอียงไปด้านใดด้านหนึ่ง และกระตุ้นให้อาาเสมหะออกมา โดยให้จับน้ำอุ่นช่วย เพื่อให้เสมหะออกได้ง่ายขึ้น นอกจากนั้น ในระยะนี้ ผู้ป่วยยังจะมีการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิร่างกาย เช่น อาจมีอาการตัวร้อนเหมือนกับจะเป็นไข้ หรือตัวเย็นลงเหมือนกับจะหนาว หรือมีอาการเหงื่อออก ผู้ป่วยที่มีอาการเช่นนี้มักมีผิวหนังเย็นชื้น ผิวหนังอาจเปลี่ยนสีได้มาก สีผิวที่เปลี่ยนไปนี้มีตั้งแต่เป็นผื่นแดง หน้าตาแดงกร่ำ จนกระทั่งซีดและเขียวไปเลย

3) ระยะ 1-2 วันก่อนเสียชีวิต

ระยะนี้ผู้ป่วยอาจจะมีอาการดีขึ้นอย่างผิดหูผิดตา ผู้ป่วยอาจจะมีอาการกระปรี้กระเปร่าขึ้นมา ทำทางมีสติสัมปชัญญะดี อยากรับประทานของที่ตนเองชอบทั้งๆ ที่ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาหลายวันนั้นจะไม่อยากรับประทานอาหารอะไรเลย หรือถ้ามีอาการสลิ้มสลิ่อมตลอดเป็นเดือน ผู้ป่วยอาจจะลุกมานั่งพูดคุยกับญาติในห้อง มีอาการกระปรี้กระเปร่ามีชีวิตชีวาขึ้นมาอีกครั้งหนึ่ง อาการต่างๆ เหล่านี้อาจจะไม่เห็นชัดเจนเลยทีเดียว แต่ว่ามักจะพบได้บ่อยในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต ในช่วง 1-2 วันสุดท้ายนี้ ผู้ป่วยอาจมีอาการกระสับกระส่ายมากขึ้น เนื่องจากการที่มีออกซิเจนในกระแสโลหิตน้อยลง ลักษณะการหายใจนั้นจะช้าลง และไม่สม่ำเสมอมากขึ้น บางครั้งการหายใจจะหยุดเป็นห้วงๆ และบางครั้งอาจจะหยุดหายใจไป 10-15 วินาที หรือบางครั้ง 30-35 วินาที ก่อนที่จะเริ่มหายใจใหม่อีกครั้งหนึ่ง ซึ่งเป็นลักษณะของการที่อวัยวะภายในขาดโลหิตไปหล่อเลี้ยง อาการคั่งค้างของของเหลวในลำคอจะเริ่มมีมากขึ้น การคั่งค้างของของเหลวในทางเดินหายใจอาจทำให้ผู้ป่วยหายใจมีเสียงครืดคราด และหายใจไม่สะดวก ในระยะนี้ควรปล่อยให้ครอบครัวผู้ป่วยอยู่กับผู้ป่วยตามลำพัง จนกระทั่งทางสภาวะจิตใจของคนในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

4) ระยะ 1-2 ชั่วโมงก่อนเสียชีวิต

ในระยะนี้ผู้ป่วยไม่สามารถโต้ตอบได้แล้ว หรือร่างกายคงอยู่ด้วยเครื่องมือต่างๆ เช่น เครื่องช่วยหายใจ สิ่งที่ต้องทำคือ การช่วยให้เกิดความสงบก่อนตาย ก่อนหน้านั้นอาจมีการสั่งเสียจากผู้ป่วย หรือการย้ำเตือนผู้ป่วยตามคตินิยมทางศาสนา (เช่น ให้ท่อง "พุทโธ พระอะระหัง" เป็นต้น) แต่เมื่อเสร็จกระบวนการนั้นๆ แล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในช่วง 10 นาทีสุดท้าย หรือช่วงที่ผู้ป่วยกำลังจะจากไป เป็นช่วงที่สำคัญที่สุดที่ต้องให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ถ้ามีคำสั่งของผู้ป่วยล่วงหน้าว่าจะให้มีการปั๊มหัวใจหรือไม่ ควรดำเนินการตามนั้น แต่ถ้าไม่มีคำสั่ง ควรให้ญาติใกล้ชิดที่สุดเป็นผู้ร่วมตัดสินใจกับแพทย์ โดยที่ทีมสุขภาพเองจะต้องแนะนำและมีส่วนช่วยให้ญาติตัดสินใจอย่างเหมาะสม เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะที่ทุกข์ทรมาน ให้จากไปอย่างสงบ ตลอดจนญาติผู้ป่วยเองไม่เกิดความคับข้องใจ และยินยอมที่จะให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยวิธีการหรือวิถีทางที่เหมาะสม

จะเห็นว่ากระบวนการในระยะต่างๆ ดังที่กล่าวไปแล้วนั้น แสดงถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามช่วงระยะหรือช่วงเวลา อันเนื่องมาจากสภาพการณ์ทางกายอันเกิดจากมะเร็ง ซึ่งประเด็นสำคัญที่ควรตระหนักถึงคือ ก่อนที่ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งจะก้าวไปสู่ความตาย ส่วนใหญ่แล้ว ผู้ป่วยต้องประสบกับความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานอย่างยากที่จะหลีกเลี่ยง แม้การดูแลรักษาในระยะสุดท้ายจะเน้นการบรรเทาปวดเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายมากที่สุดก็ตาม การช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ และความร่วมมือของครอบครัว จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความทุกข์ทรมาน และจากไปอย่างสงบ อย่างไรก็ตามนอกจากสภาวะทางกายที่เกิดขึ้นแล้ว ผู้ป่วยที่รับรู้ความเจ็บป่วยและภาวะใกล้ตายของตนเอง มักประสบปัญหาทางจิตใจอย่างที่ไม่บุคคลอื่นๆ อาจไม่เคยพบมาก่อน ถ้ามิได้ประสบกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่วุ่นวายด้วยตนเอง

สภาพการณ์ทางจิตใจเมื่อรับรู้การตาย

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าตนเองเป็นมะเร็งมักมีการตอบสนองที่ถือเป็นลักษณะเฉพาะที่ผิดปกติ ในระยะแรกที่พบบ่อยคือ ช่วงเวลาของความไม่เชื่อ การปฏิเสธ หรือความสิ้นหวัง และโดยทั่วไปจะนานเพียงสองสามวัน หลังจากนั้นหลายรายจะมีอาการซึมเศร้าร่วมกับอาการวิตกกังวล เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หรือหงุดหงิด เป็นเวลาสองสามสัปดาห์ สมาธิและความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันลดลง ความคิดเรื่องความเจ็บป่วยมักจะแทรกเข้ามา รวมทั้งความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต การปรับตัวมักจะเริ่มหลังจากนี้ ประมาณสองสามสัปดาห์ และดำเนินต่อไปเป็นเดือนหรือปี ในขณะที่ผู้ป่วยพยายามรวบรวมรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับโรคที่เป็น กล้าเผชิญความจริง หาเหตุผลหลายอย่างเพื่อการมองโลกในแง่ดี และการกลับไปทำกิจกรรมหรือหน้าที่การทำงานเช่นเดิม จากการศึกษาของ Psychosocial Collaborative Oncology Group โดยการสุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยในโรงพยาบาลและผู้ป่วยนอก จำนวน 215 ราย จากศูนย์กลางโรคมะเร็งที่สำคัญ 3 แห่ง ร้อยละ 47 พบว่ามีอาการครบตามเกณฑ์วินิจฉัยของโรคทางจิตเวช ส่วนใหญ่ของการวินิจฉัยโรคจะเป็นโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) โดยเกือบร้อยละ 90 ของความผิดปกติทางจิตเวชที่พบ เกิดจากปฏิกิริยาที่มีต่อโรคและการรักษา ซึ่งจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ศึกษา พบว่ามีเพียงร้อยละ 11 ที่เคยมีประวัติของความเจ็บป่วยทางจิตเวชมาก่อน (จำลอง ดิษยวณิช. 2548: 65-66; อ้างอิงจาก Massie MJ;& Popkin M. 1988: 518) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งส่วนใหญ่แล้วมีสุขภาพจิตดีมาก่อน แต่เกิดมีความไม่สบายทางอารมณ์ เนื่องจากปฏิกิริยาต่อโรคที่เป็น

นอกจากนั้น ลอร์เรนซ์ เลอซาน ยังได้ทำการทดสอบจิตวิทยาพื้นฐานกับผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 250 คน ซึ่งไม่ได้รับการรักษากับเขามาก่อน เลอซาน ได้บันทึกประวัติส่วนตัวของคนไข้โรคมะเร็ง และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์อย่างเป็นระบบ และยังได้ศึกษาจากกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นคนธรรมดาไม่ได้เจ็บป่วยอะไรเลย เพื่อเป็นตัวเปรียบเทียบ เขาได้พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย มักแสดงความรู้สึกหมดหวัง หรือความไม่ยอมมีชีวิตอยู่ออกมา ความรู้สึกเช่นนี้ เกิดขึ้นก่อนที่พวกเขาจะป่วยเป็นมะเร็ง ส่วนหนึ่งเป็นเพราะเขาหมดศรัทธาที่จะเห็นสิ่งต่างๆ ดีขึ้น นอกจากนั้นเขายังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่า พวกเขาไม่สามารถหายเหมือนเดิมได้และจมอยู่กับความรู้สึกโดดเดี่ยว และช่วยตนเองไม่ได้ ทั้งๆ ที่จริงๆ แล้ว พวกเขาสามารถรักษาความสัมพันธ์และดำรงตนอย่างปกติในโลกได้ตามสมควร และจากการศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นระยะเวลากว่า 30 ปี เลอซานได้สรุปว่า ปัจจัยสำคัญเพียงปัจจัยเดียวที่ทำให้กลไกป้องกันมะเร็งของคนเราอ่อนแอลง ก็คือ การสูญเสียความหวังในการบรรลุเป้าหมายในชีวิต ไม่มีความรู้สึกสนุกสนาน และมองไม่เห็นความสวยงามในชีวิต เป็นความรู้สึกที่ว่า เราไม่อาจเป็นตัวเราเองได้อย่างแท้จริงในฐานะที่สมบูรณ์เพียบพร้อม ไม่ว่าจะในแง่การมีชีวิตอยู่ การสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่น หรือ การสรรค์สร้างสิ่งหนึ่งสิ่งใด (สุจิตรา จรัสศิลป์. 2541: 44-45)

นอกจากความท้อแท้สิ้นหวัง อันเกิดจากการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นแล้ว ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มักประสบกับความกลัวเกี่ยวกับความตาย เนื่องจากในความคิดของคนทั่วไป คำว่า มะเร็งมักเป็นคำที่คู่มา กับ ความตาย ความกลัวความตายนี้ ทำให้ผู้ป่วยที่ใกล้ตายแต่ละคนมีสภาพความเครียดที่แตกต่างกันไป ความเครียดที่เกิดขึ้น เป็นสภาวะที่บุคคลเผชิญกับสิ่งเร้าต่างๆ ซึ่งทำให้เสียสภาวะสมดุลทั้งทางร่างกายและจิตใจ ฮอโมนต่างๆ จะหลั่งออกมาเมื่อเกิดความเครียด ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ความเครียดในขีดที่สูงมากๆ จะทำลายเนื้อเยื่อภายในตัว และขัดขวางการปรับตัวของบุคคล แต่หากว่าได้มีการปรับตัวและแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง พลังงานจะถูกใช้ไปในการฟื้นฟู แต่หากการปรับตัวล้มเหลว ร่างกายจะเกิดการสูญเสียพลังงานและทำให้การเจ็บป่วยลุกลาม

นอกจากความเครียดที่เกิดขึ้นแล้ว ความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤติทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดอย่างหนึ่งของความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ความวิตกกังวลอันเกิดจากการถูกแยกจากครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกกลัวว่า เหว ผู้ป่วยจะเกิดภาวะพึ่งพาและต้องการสื่อสารกับผู้ที่อยู่ใกล้ การถูกแยกจากครอบครัวทำให้ความรู้สึกปลอดภัยมั่นคงลดลง และเกิดภาวะคุกคามชีวิตขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ป่วยมักมีคำถามมากมายเกิดขึ้นในใจ เช่น “จะต้องนอนโรงพยาบาลอีกนานแค่ไหน” “จะกลับไปทำงานได้เหมือนเดิมไหม” “ค่าใช้จ่ายจะมากไหม จะมีเงินพอหรือเปล่า” “ครอบครัวจะอยู่กันอย่างไร” และคำถามอีกมากมาย นอกจากนั้นยังเกิดความวิตกกังวลจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ การควบคุมสิ่งต่างๆ ไม่ได้ สูญเสียหน้าที่และถูกลดคุณค่าในตนเอง เกิดความรู้สึกล้มเหลวในการดำรงชีวิต เกิดภาวะแยกตัวโดดเดี่ยว สภาพปัญหาต่างๆ เหล่านี้ล้วนมีผลต่อการดำรงชีวิตในระยะใกล้ตายของผู้ป่วย ทำให้ยากที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะสุขสงบก่อนตาย และเป็นอุปสรรคต่อหนทางที่จะไปสู่การตายที่ดี และการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ อย่างไรก็ตามสภาพปัญหาต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นจะมีความเข้มข้นมากน้อยต่างกันในแต่ละปัจเจกบุคคล เกี่ยวข้องกับกระบวนการรับรู้และการให้ความหมายความตาย ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องศึกษาเพื่อทำความเข้าใจต่อไป

2.2 การรับรู้และการให้ความหมายความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การรับรู้ (perceive) ของคนเราเกี่ยวข้องกับการใช้ประสาทสัมผัส (sensation) และ การให้ความหมาย (meaning) และการให้ความหมายของสิ่งที่รับรู้นั้นมีอิทธิพลของ cognitive factors ร่วมอยู่ด้วย ซึ่งจะมีผลให้ perception หรือ meaning นั้นเปลี่ยนไป ฟิชเชอร์ และอดัม (Fisher, BA.; & Adams KL. 1994: 45-91) ได้นำเสนอปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้และการให้ความหมาย ได้แก่

1) การคัดเลือกเอาเฉพาะส่วน (selection) คือ เมื่อเรารับรู้สิ่งใดประสาทสัมผัสของเราจะเลือกเอาข้อมูลบางอย่างเข้ามาตีความ ไม่สามารถที่จะเอาข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในสิ่งนั้นมาใช้ เนื่องจากข้อจำกัดของจิตใจ (physiological limitation) และความสามารถทางจิตใจ (psychological ability)

2) ประสบการณ์ (experience) ที่แต่ละบุคคลเคยประสบ โดยคนเรามักแปลความหมายของสิ่งที่รับรู้ไปตามประสบการณ์ในอดีตของตนเอง

3) การตัดสินใจลงความเห็น (inference) ว่าการรับรู้ที่มีความหมายใด ซึ่งบางครั้งอาจเป็นการตีความที่ไม่สอดคล้องกับข้อมูลทางประสาทสัมผัสเท่าใดนัก และมักลงความเห็นโดยมีข้อมูลไม่ชัดเจน เช่น อาจใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อให้ความหมายกับสิ่งต่างๆ เป็นส่วนประกอบในการรับรู้

4) การประเมินคุณค่า (evaluation) เป็นการประเมินโดยการให้คุณค่าเป็นการส่วนตัวของผู้ประเมินไม่มากก็น้อย เช่น ประเมินว่าดีหรือเลว สวยหรือไม่สวย ถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง เป็นต้น

5) สภาพแวดล้อม (context) มีผลต่อการให้ความหมายของการรับรู้เป็นอย่างมาก เช่น พบว่า เราอาจจำคนในสถานที่แห่งหนึ่งได้ดี เมื่อเราเจอพวกเขาในสถานที่แห่งนั้น แต่ถ้าไปเจอในสถานที่ที่ไม่คาดคิดเราอาจจะจำพวกเขาไม่ได้

ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ สอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องของมิติต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการให้ความหมายความตาย กล่าวคือ สภาพแวดล้อมและประสบการณ์ที่บุคคลประสบ มีความเกี่ยวข้องกับการให้ความหมายเรื่องความตาย ในขณะที่เดียวกันการรับรู้ก็เป็นส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการให้ความหมายความตาย อย่างไรก็ตาม “ความตาย” ในการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีความหมายแตกต่างกัน และโดยทั่วไปความตายมักมีความหมายในเชิงลบ เช่นหมายถึง ความสิ้นหวัง การสูญเสีย การลาจากบุคคลอันเป็นที่รักชั่วนิรันดร์ กรณีของผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ต้องเผชิญกับสภาวะการณั้ลุกลามของมะเร็งโดยไม่รู้ว่าจะกลับมาเป็นอีกเมื่อไหร่ ผู้ป่วยต้องหวาดผวาทุกครั้งทีรอฟังผลการตรวจ ประกอบกับต้องทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงของการรักษา ผ่านทั้งระยะเวลาที่มีพลังกาย-ใจในการต่อสู้กับโรคร้ายและช่วงเวลาที่ท้อแท้ ความตายในความหมายของผู้ป่วยมะเร็ง จึงเป็นทั้งความพ่ายแพ้ต่อโรคร้าย การต้องจากบุคคลอันเป็นที่รัก และความทุกข์ทรมานในลักษณะต่างๆ ในขณะที่บางช่วงของเวลาและอารมณ์ ความตาย ยังอาจหมายถึง การพ้นทุกข์ หมดเวรหมดกรรม หรือการพักผ่อนหลังจากมีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทรมานอันยาวนาน

ศาสตราจารย์ นพ.จำลอง ดิษยวณิช ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และยังสามารถค้นคว้าวิจัยในเรื่องกระบวนการเวียนว่ายตายเกิด ได้สรุปเกี่ยวกับการให้ความหมายความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ในลักษณะต่างๆ (จำลอง ดิษยวณิช. 2548: 66-67) ดังนี้

1) ความตายเป็นความเจ็บปวด (painful) ความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตมักทำให้เกิดอาการเจ็บปวด (pain) นอกจากนั้นแล้วยังมีอาการทางร่างกายอย่างอื่นอีกหลายอย่าง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ไอ หายใจลำบาก ท้องเดิน บวมตามแขนและขา เวียนศีรษะ เป็นต้น อาการเหล่านี้นอกจากก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางกายแล้ว ยังก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางใจด้วย

2) ความตายเป็นสิ่งที่ทำให้ไร้ศักดิ์ศรี (undignified) ความเจริญทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสมัยใหม่ ทำให้การรักษาและการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น แต่ในเวลาเดียวกัน เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยเหล่านี้ อาจทำให้ผู้ป่วยบางคนรู้สึกละอายใจและอึดอัดใจที่จะเผชิญกับความตาย คิดว่าตนเองสิ้นหวัง ทำอะไรไม่ได้อีกแล้ว ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนไร้ค่าและศักดิ์ศรี

3) ความตายเป็นภาระต่อผู้อื่น (burden to others) ผู้ป่วยใกล้ตายอาจมีความรู้สึกถึงความเจ็บป่วยและความตายที่กำลังจะมาถึงเป็นภาระต่อคนอื่น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระที่ผู้อื่นต้องดูแล อีกทั้งผู้ดูแลบางคนอาจแสดงความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ และไม่ยอมรับผิดชอบอีกต่อไป ความรู้สึกและการแสดงออกดังกล่าว อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจหรือแม้แต่นำมาซึ่งความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว

4) ความตายเป็นการสูญเสียชีวิต (loss of life) ผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตายหลายรายมีความรู้สึกว่าตนยังไม่พร้อมที่จะตายในช่วงเวลานี้ มีความปรารถนาที่จะยืดเวลาออกไปอีก บางคนอาจรู้สึกโกรธหรือซึมเศร้าที่ไม่มีโอกาสอยู่ต่อไปได้ หรือแม้แต่เกิดความรู้สึกว่าเป็นการพลัดพรากอย่างถาวรจากบุคคลหรือสิ่งที่ตนรัก

จากการศึกษาในเรื่องการให้ความหมายความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายดังกล่าวข้างต้น ทำให้เห็นได้ว่า การให้ความหมายของความตายมีความหลากหลาย การทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้และการให้ความหมายความตาย จึงไม่อาจทำได้เพียงแต่การศึกษาจากบุคคลเพียงคนสองคน หรือจากการถามไถ่เพียงชั่วครูชั่วครว เนื่องจากเรื่องของความตายเป็นเรื่องของความอ่อนไหวทางอารมณ์และจิตใจ การศึกษาจากประสบการณ์จริงของผู้ใกล้ตายจากบุคคลต่างๆ ที่มีความแตกต่างและมีความหลากหลายทั้งในแง่บริบท ภูมิหลัง และสถานการณ์ที่เผชิญ จะช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการรับรู้และการให้ความหมายของผู้ใกล้ตายได้อย่างลึกซึ้งและครอบคลุมมากขึ้น ทั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่า ควรเป็นการศึกษาที่ไม่คำนึงถึงเฉพาะความหมายเกี่ยวกับความตายที่เกิดขึ้น แต่ควรตระหนักถึงต่อไปว่า การรับรู้และความหมายที่เกิดขึ้นนั้น เกี่ยวข้องอย่างไรกับสภาพการณ์ชีวิตของผู้ป่วยในระยะใกล้ตาย

2.3 การเผชิญกับมะเร็งและความตาย

โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองตกอยู่ในภาวะอันตราย ดังเช่น เกิดการเจ็บป่วยหรือเหตุการณ์รุนแรงในชีวิต ผู้ป่วยจะปรับตัวด้วยพฤติกรรมการแก้ปัญหา (coping) ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาได้สำเร็จ แต่ตรงข้ามถ้ามีเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้นแล้วทำให้ผู้ป่วยหมดหวัง ไม่เห็นทางแก้ปัญหา และรู้สึกว่าเข้าตาจน จิตใจของผู้ป่วยก็จะเข้าสู่ภาวะวิกฤต โดยจะมีการแสดงออกทางอารมณ์มาก และใช้กลไกป้องกันทางจิตใจ (defense mechanism) เพื่อลดความกังวลนั้น ซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยจะสามารถปรับสภาพจิตใจได้เองเมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่ง อย่างไรก็ตามในช่วงนี้ผู้ป่วยควรต้องได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและทีมสุขภาพ จึงจะทำให้สามารถผ่านภาวะวิกฤตไปได้ดีที่สุด ลาซารุส (Lazarus; & Folkman S. 1984: 117-139) กล่าวว่า วิธีเผชิญ

ปัญหาที่ผู้ป่วยแต่ละคนใช้นั้น นอกจากจะเป็นพฤติกรรมเพื่อแก้ปัญหา (Problem solving) แล้ว ขณะเดียวกันก็เพื่อลดความรุนแรงของอารมณ์ไปด้วย วิธีการแก้ปัญหาในแต่ละคนอาจมีเป้าหมายที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับว่าเหตุการณ์รุนแรงครั้งนี้กระตุ้นความทรงจำหรือความคิดส่วนตัวของผู้ป่วย โดยวิธีเผชิญปัญหาอาจแบ่งได้เป็น 4 แบบคือ

1) Information seeking เป็นการพยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับภาวะอันตรายที่ตนเองเผชิญอยู่ ยิ่งมีความรู้มากจะทำให้ผู้ป่วยยิ่งรู้สึกที่ตนเองควบคุมสถานการณ์ได้ ทำให้กังวลน้อยลง ขณะเดียวกันก็จะทำให้มีข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจในปัญหาต่างๆ มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ใช้วิธีการเช่นนี้ จะทนต่อความกำกวมและความไม่แน่นอนของผลการรักษาได้ยาก

2) Direct action เป็นการกระทำโดยตรง เพื่อควบคุมอารมณ์และแก้ไขปัญหไปในขณะเดียวกัน เมื่อมีการกระทำออกไปจะทำให้ลดความกังวลลงได้ ผู้ป่วยอาจพยายามเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและคนรอบข้าง หรือเปลี่ยนแปลงเป้าหมายของตนเอง บางครั้งอาจทำพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย แต่เพื่อลดความกังวลด้วย เช่น กินยาอย่างเคร่งครัด เปลี่ยนนิสัยการกินและการออกกำลังกาย เพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น มีบ้างที่อาจแสดงออกในแง่ลบ เช่น แสดงความโกรธรุนแรง หนีออกจากบ้าน หรือฆ่าตัวตาย เป็นต้น

3) Inhibition of action คือ การยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ซึ่งโดยทั่วไปดูเหมือนจะไม่ค่อยมีประโยชน์นัก เพราะผู้ป่วยมักรอคอยให้เวลาผ่านไปโดยไม่ทำอะไร แต่ในทางตรงข้ามอาจมีประโยชน์แฝงอยู่ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมที่รุนแรงและเป็นผลเสียออกมา แพทย์อาจช่วยเสริมให้ผู้ผู้ป่วยยับยั้งพฤติกรรมที่หุนหันพลันแล่นได้ โดยการให้คุณค่าของพฤติกรรมที่ตรงกันข้าม

4) Intrapsychic modes ผู้ป่วยแบบนี้จะใช้กระบวนการเผชิญปัญหาเพื่อลดความกังวลเป็นส่วนใหญ่ และอาจมีผลในการแก้ปัญหาได้น้อย ผู้ป่วยอาจใช้การโกหกตนเอง การปฏิเสธปัญหา หรือพยายามมองว่าปัญหาที่เผชิญอยู่เป็นเรื่องเล็กน้อย การใช้วิธีเผชิญปัญหาแบบนี้ จะทำให้ความกังวลลดลง และภาวะจิตใจดีขึ้น แต่อาจจะทำให้เกิดปัญหาตามมาภายหลัง

โดยพื้นฐานแล้ว วิธีการเผชิญปัญหาทั้ง 4 แบบนี้ มีประโยชน์ในภาวะที่ต่างกันไป เช่น ผู้ที่ไม่ทำอะไรเลยเมื่อเจอปัญหา อาจได้รับผลดีกว่าผู้ที่พยายามเผชิญปัญหาให้ถึงที่สุดถ้าปัญหานั้นแก้ไขไม่ได้เลย หรืออยู่เหนือความสามารถ แต่ในภาวะของการป่วยทางกาย ดูเหมือนว่า พวกที่ใช้ information seeking และ direct action จะได้ประโยชน์จากแพทย์ปัจจุบันมากกว่า อย่างไรก็ตาม แพทย์หรือพยาบาลควรตระหนักว่า ผู้ป่วยแต่ละคนได้ใช้วิธีเผชิญปัญหาแบบนี้มาเกือบตลอดชีวิต และไม่ใช่สิ่งที่จะเปลี่ยนได้ง่ายๆ ที่สำคัญคือ การใช้วิธีเผชิญปัญหาที่คุ้นเคยจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกควบคุมสถานการณ์ได้ และนำมาสู่ความสงบใจในที่สุด สิ่งที่ทีมสุขภาพควรทำคือ ส่งเสริมวิธีเผชิญปัญหาที่มีประโยชน์ในการรักษา ขณะเดียวกันก็ต้องให้เกียรติและยอมรับผู้ป่วยที่ใช้วิธีเผชิญปัญหาอื่นๆ ที่อาจไม่ค่อยมีประโยชน์ ถ้าทราบได้วิธีการเหล่านั้นไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการรักษา เช่น ถ้าผู้ป่วยไม่ค่อยยอมรับข้อมูลใดๆ เกี่ยวกับโรคเพราะจะทำให้กังวลมาก แต่ก็ไม่ปฏิเสธวิธีการรักษา ก็ไม่จำเป็นต้องชี้แจงแก่ผู้ป่วยมากเกินไป ควรให้ข้อมูลแบบรวบรัด เป็นต้น

จากปรากฏการณ์ที่ผู้ป่วยมะเร็งมักจะสิ้นสุดการรักษาด้วยการเสียชีวิต การรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งโดยทั่วไปในสังคมจึงมักจะมีการเชื่อมโยงคำว่า มะเร็งกับความตายคู่กันไปอยู่เสมอ การเผชิญกับความตายของผู้ป่วยมะเร็ง จึงไม่ใช่เพียงช่วงระยะสุดท้ายที่มีอาการป่วยหนักตามสภาพของการเจ็บป่วยทางกาย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เท่านั้น แต่ในความรู้สึกของผู้ป่วยนั้น การได้รับรู้ว่าตนเองเป็นมะเร็ง เปรียบเสมือนได้รับคำพิพากษาว่า *คุณกำลังจะตาย* ระยะเวลาของการเผชิญกับความตายจึงยาวนานตลอดช่วงระยะเวลาของการเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานจึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับวิธีการรักษาที่ได้รับ ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยทางกายเท่านั้น แต่ยังมีความทุกข์ใจ ที่ต้องเผชิญกับความกลัวตายไปตลอดช่วงชีวิต ถึงแม้จะผ่านขั้นตอนการรักษาครบแล้ว ก็ต้องกลับมาตรวจเป็นระยะๆ ผู้ป่วยต้องหวาดผวากับการรอฟังผลการตรวจว่าจะมีมะเร็งกลับเป็นขึ้นมาอีกหรือไม่ หรือมะเร็งจะลุกลามไปที่อวัยวะส่วนใดอีก และลุกลามไปมากน้อยเพียงใด ซึ่งในผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาไม่ได้ หรือมีการพยากรณ์โรคไม่ดีนั้น เท่ากับว่าผู้ป่วยกำลังเข้าสู่ความตายจริงๆ ความรู้สึกอึดอัดและคับข้องใจของครอบครัว รวมทั้งความไม่มั่นใจในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย มีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลและสิ้นหวังมากขึ้น อลิซาเบท คูเบลอร์-รอส ได้รวบรวมข้อมูลจากประสบการณ์ผู้ป่วยมะเร็ง และสรุปเป็นปฏิริยาการปรับตัวของผู้ป่วยเพื่อรับมือกับความตาย โดยปฏิริยาของผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพของเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบ่งเป็นช่วงเวลาต่างๆ ได้ดังนี้ (Kubler-Ross. 1979: 34-101)

1) ขั้นปฏิเสธ (The stage of denial) เมื่อได้รับรู้ข่าวร้ายคือได้รับการบอกกล่าวว่าเป็นมะเร็ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักปฏิเสธความจริงและดูภายนอกเหมือนจะไม่มี ความกลัวต่อข่าวร้ายนั้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มีอาการผิดปกติทางกาย บางคนอาจปลอบใจตัวเองว่า *มันไม่จริง* หรือ *เป็นแค่ความฝันเท่านั้น* บางคนจะไปตรวจที่โรงพยาบาลอื่นเพื่อตรวจสอบให้แน่ชัด โดยความรู้สึกเล็กๆ ยังหวังจะได้รับผลการตรวจที่ยืนยันว่า ตนเองไม่ได้เป็นมะเร็ง ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการหรือหลักฐานทางกายภาพแล้ว เช่น พบก้อนที่เต้านม ความรู้สึกแรกก็ยังคงปฏิเสธ ด้วยการแสดงความไม่แน่ใจ และพยายามหาคำอธิบายว่า อาจจะเป็นแค่ก้อนซิสไม่ใช่อันตราย และอาจไปตรวจโรงพยาบาลอื่นอีกเพื่อหาคำยืนยัน และถึงแม้ผู้ป่วยบางคนจะมีอาการเด่นชัด แต่เมื่อต้องมารับรู้ตรงๆ ว่าตนเองเป็นมะเร็ง ผู้ป่วยอาจถึงกับกึ่งปฏิเสธ และยังคงปลอบใจตนเองว่า คงไม่ใช่ การปฏิเสธความจริงเป็นการช่วยให้ความรู้สึกสะเทือนใจคลายไปได้ช่วงระยะเวลาหนึ่ง และเมื่อผลการตรวจอื่นๆ ยืนยันว่าเป็นมะเร็งจริง ความรู้สึกยอมรับจะก่อตัวขึ้น สลับไปกับการรู้สึกปฏิเสธ สลับกันไปมา ตามสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประสบอยู่ (Kubler-Ross. 1979: 34-43)

2) ขั้นโกรธ (The stage of anger) เมื่อปัจจัยแวดล้อมต่างๆ แสดงว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งแน่ๆ ผู้ป่วยจะผ่านช่วงของการปฏิเสธเข้าสู่การยอมรับ แต่จะเป็นการยอมรับแบบโกรธๆ เป็นความโกรธเคืองต่อโชคชะตาของตนเอง และบางครั้งอาจจะบ่นอารมณ์ใส่ผู้ใกล้ชิด โดยทั่วไปความโกรธมักเกิดควบคู่กับการกล่าวโทษผู้อื่น เช่น กล่าวหาว่าแพทย์รักษาไม่ดี หรือวินิจฉัยล่าช้า ทำให้ไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่ต้น หรือเป็นคำถามที่มักเกิดขึ้นเสมอ เช่น *“ทำไมถึงต้องเป็นเรา ทำไมไม่เป็นคนอื่น”* เป็นต้น ความโกรธที่อัดอั้นอยู่ในตัวผู้ป่วย เป็นความรู้สึกสูญเสียความคิดฝันต่ออนาคต รู้สึกว่ามะเร็ง

มาทำลายความฝันที่มีอยู่ทั้งหมดในชีวิต ผู้ป่วยบางคนโกรธที่การเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถดำรงชีวิตตามปกติได้ และยังคงขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ยิ่งกรณีที่ผู้ป่วยมีพื้นฐานที่ชอบฟังตนเอง ชีวเกรงใจ และชอบช่วยเหลือผู้อื่นอยู่เสมอ เมื่อต้องกลายเป็นผู้ป่วยก็มักจะรู้สึกว่าเป็นภาระของผู้อื่น ความโกรธจึงเกิดขึ้นกับตัวเองด้วย ทำให้ผู้ป่วยบางคนถึงกับแยกตัวเองออกจากสังคม รู้สึกเกรงใจที่ทำให้ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนฝูงต้องลำบาก นอกจากนี้ ยังมีกรณีที่ผู้ป่วยโกรธตัวเองที่มาพบแพทย์ซ้ำเกินไป โดยเฉพาะกับผู้ป่วยที่เคยปรากฏอาการผิดปกติครั้งแล้วครั้งเล่า แต่ผัดผ่อนไม่ยอมมาพบแพทย์ เน้นนานจนกลายเป็นมะเร็งขั้นสุดท้าย (Kubler-Ross. 1979: 44-58)

3) ขั้นต่อรอง (The stage of bargain) หลังจากที่ผู้ป่วยผ่านช่วงของการปฏิเสธ และได้ระบายความโกรธไปแล้ว ผู้ป่วยจะเข้าสู่กระบวนการยอมรับต่อการเจ็บป่วยอย่างสมบูรณ์ และพยายามหลีกเลี่ยงความตาย โดยการเริ่มต่อรองเพื่อขอให้มีชีวิตอยู่ยาวนานที่สุดและไม่ทุกข์ทรมาน ซึ่งการต่อรองของผู้ป่วยมะเร็งนั้น อาจแสดงออกด้วยการต่อรองกับอำนาจที่คิดว่าสามารถควบคุมชีวิตของเขาได้ตามความเชื่อของผู้ป่วยเอง เช่น พระเจ้าหรืออำนาจในศาสนา อาจไปรับการรักษาด้วยเวทมนต์คาถา หรือบนบานต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การต่อรองนี้จะเกิดขึ้นตลอดกระบวนการเผชิญความตายของผู้ป่วย เป็นความพยายามที่จะผ่อนหนักให้เป็นเบา เป็นการดิ้นรนที่จะมีชีวิตอยู่ตามสัญชาตญาณของสัตว์โลก แม้กับผู้ป่วยที่มีความคิดทางวิทยาศาสตร์ที่เคยปฏิเสธความเชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติอย่างสิ้นเชิง ก็ยังหันเข้าพึ่งสิ่งศักดิ์สิทธิ์ โดยที่ยังไม่แน่ใจว่ามีจริงหรือไม่ แต่ก็รู้สึกสบายใจว่าอาจมีความหวังขึ้นบ้าง หรือถ้าไม่ดีขึ้นแต่ก็ไม่เสียหายอะไร การต่อรองจึงเป็นกระบวนการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ทำให้รู้สึกว่ายังมีความหวัง ช่วยหล่อเลี้ยงกำลังใจให้กับผู้ป่วย (Kubler-Ross. 1979: 59-75)

4) ขั้นซึมเศร้า (The stage of depression) เมื่อผู้ป่วยผ่านกระบวนการรักษาต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัด การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัด ความเจ็บปวดที่ได้รับ ความอ่อนเพลียสิ้นเรี่ยวแรง ไม่สามารถทำงานหรือดูแลตนเองได้เหมือนคนปกติ ความเจ็บป่วยทางกายที่ถาโถมเข้ามา ประกอบกับความทุกข์ใจในปัญหาต่างๆ ที่ต้องเผชิญ ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีอาการซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาเศรษฐกิจ เมื่อต้องประสบกับค่ารักษาพยาบาลที่ต้องใช้จ่ายสูง บางคนยอมตายดีกว่ารักษา เพื่อเก็บสมบัติที่เหลืออยู่ให้ลูกๆ หรือการที่ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียบทบาท ไม่สามารถทำหน้าที่บิดามารดาได้เต็มที่ จะรู้สึกผิดมากที่ทำให้ลูกและครอบครัวลำบาก ผู้ป่วยบางราย การเจ็บป่วยมะเร็งไม่เพียงแต่เป็นการสูญเสียบทบาทหน้าที่เท่านั้น แต่หมายถึง การทำให้ครอบครัวล่มสลายลงด้วย ผู้ป่วยบางคนจะมีอารมณ์ซึมเศร้าและแยกตัว เมื่อเริ่มตระหนักว่าไม่อาจหนีความตายไปได้ เป็นช่วงเวลา que ผู้ป่วยได้นึกทบทวนถึงบทเรียนของชีวิตในอดีต และมองหาความหมายของชีวิตที่เหลืออยู่ และการดำรงอยู่ในปัจจุบัน อาการซึมเศร้าจะเกิดกับผู้ป่วยมะเร็งทุกราย ตลอดระยะเวลาของการเผชิญความตาย โดยจะเกิดเป็นช่วงๆ แต่ละช่วงจะมีระยะเวลายาวนานต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตลอดจนวิธีคิดต่อการจัดการกับปัญหาต่างๆ ซึ่งในสังคมไทยมักยึดหลักธรรมคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้า การสวดมนต์ การทำสมาธิ และการใช้วิธี

คิดทางบวก ช่วยให้ผู้ป่วยคลายกังวล การแยกตัวจากสังคมของผู้ป่วย ยิ่งทำให้อาการซึมเศร้ารุนแรงขึ้น การเยี่ยมของญาติมิตรหรือการพูดคุยที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า ยังเป็นที่รักและเป็นที่ต้องการของคนอื่น ตลอดจนการช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบ จะช่วยให้ผู้ป่วยลิ้มความทุกข์ ได้มีโอกาสหัวเราะผ่อนคลายความตึงเครียด ช่วยจุดให้ผู้ป่วยที่กำลังจมปลักอยู่กับอารมณ์ซึมเศร้า ได้ลุกขึ้นมาใช้ชีวิตชีวาสดใสขึ้นได้ ถึงแม้จะเป็นช่วงระยะเวลาสั้นๆ ก็ตาม (Kubler-Ross. 1979: 76-83)

5) ขั้นยอมรับ (The stage of acceptance) หลังจากผ่านช่วงเวลาและระยะต่างๆ แล้ว ในที่สุดผู้ป่วยจำเป็นต้องยอมรับว่า ความตายกำลังใกล้เข้ามา เป็นช่วงของการยอมรับความเป็นจริง และกล้าเผชิญความตายด้วยอารมณ์สงบ แต่ในขณะเดียวกันก็ยังหวังว่าจะมีปฎิหาริย์มาช่วย หรือรอคอยว่าวิทยาศาสตร์การแพทย์จะเจริญรุดหน้า จนสามารถรักษาอะเร็งให้หายขาดได้ เมื่อผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองอาจจะมีชีวิตอยู่ไม่นาน ผู้ป่วยจะเริ่มทบทวนเรื่องราวชีวิตที่ผ่านมา พิจารณาชีวิตในปัจจุบัน ภาระรับผิดชอบที่มีอยู่ และถามตัวเองว่าในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ อยากทำอะไรอีก บางคนอยากทำบุญ อยากใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวให้มากที่สุด บางคนอยากทิ้งผลงานไว้ยามเมื่อตนต้องจากโลกนี้ไป บางคนอยากไปเที่ยวในที่ไม่เคยไป บางคนเตรียมมอบหมายงาน จัดการสิ่งของต่างๆ เพื่อไม่ให้เป็นที่ภาระกับญาติมิตรยามเมื่อตนเองต้องจบชีวิตลง ในขณะที่บางคนอาจเขียนบันทึกวาระสุดท้ายของชีวิตที่ต่อสู้กับโรคร้าย เพื่อเป็นอนุหาหรณให้กับคนรุ่นหลัง หรือบางคนอาจไม่ได้เตรียมทำอะไร เพียงมีชีวิตอยู่ไปวันๆ ทำตามที่แพทย์สั่ง เหมือนคนที่นอนรอความตายให้มาถึง ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะเลือกปฏิบัติอย่างไร ขึ้นอยู่กับความเจ็บป่วยทางกายที่ปรากฏว่ามีความรุนแรงเพียงใด และสภาพพื้นฐานของผู้ป่วยแต่ละคน อย่างไรก็ตาม ในขั้นยอมรับนี้ บางคนอาจยอมรับความจริงได้เมื่อสามารถปรับตัวได้ ในทางตรงข้ามบางคนอาจยอมรับไม่ได้เลย (Kubler-Ross. 1979: 84-101)

กล่าวโดยสรุป การเผชิญความตายหรือสภาพการณ์โดยทั่วไปของผู้ป่วยอะเร็ง จะเริ่มตั้งแต่การปฏิเสธไม่ยอมรับว่าเป็นอะเร็ง ต่อเมื่อผลการตรวจยืนยันแน่นอน จึงยอมรับแบบโกรธๆ และเริ่มต่อรองผ่อนหนักให้เป็นเบา พร้อมทั้งมีอาการซึมเศร้า จนในที่สุดจึงยอมรับสภาพที่อาจจะมีชีวิตอยู่ไม่นาน ซึ่งความรู้สึกต่างๆ เหล่านี้ อาจเกิดขึ้นแล้ว เกิดขึ้นอีก ตลอดช่วงเวลาของการเผชิญต่อความเจ็บป่วยและความตาย หรือบางคนอาจไม่ปฎิบัติการครบในทุกขั้นตอน หรือขั้นตอนแต่ละขั้น อาจไม่ได้เรียงตามลำดับดังกล่าวข้างต้น ทั้งนี้เกี่ยวข้องกับปัจจัยรอบข้าง บริบทและภูมิหลังของผู้ป่วยแต่ละคน นอกจากนั้นความเข้มข้นที่ปรากฏในแต่ละขั้นยังอาจมีความแตกต่างกัน บางรายอาจมีความเข้มข้นหรือรุนแรงมาก ตัวอย่างเช่น ในการเผชิญกับอะเร็งและความตายอาจนำมาซึ่งการตัดสินใจที่ผิดพลาดในชีวิต จะเห็นได้จาก การคิดฆ่าตัวตายที่อาจเกิดขึ้นกับบุคคลบางคน ซึ่งถึงแม้ในศาสนาพุทธจะมีข้อห้ามและเห็นว่า การฆ่าตัวตายเป็นบาป แต่สำหรับผู้ป่วยอะเร็งบางคนที่ต้องเผชิญกับปัญหาการรักษาพยาบาลและปัญหาครอบครัว การขาดความรัก ความอบอุ่น หรือต้องเผชิญกับโรคร้ายตามลำพัง การฆ่าตัวตายจึงเป็นหนทางหนึ่งในการหลีกเลี่ยงจากปัญหาที่ต้องเผชิญ จะเห็นได้ว่า สภาพการณ์ของชีวิตผู้ป่วยอะเร็งและผู้ใกล้ตายมีความหลากหลาย และความซับซ้อนเกี่ยวพันกับมิติต่างๆ รอบด้าน การศึกษาวิจัยโดยคำนึงถึงประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและคำนึงถึงการ

เปลี่ยนแปลงที่มีลักษณะเป็นพลวัต จะช่วยให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปอย่างรอบคอบรัดกุม เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่สามารถตอบคำถามการวิจัยได้อย่างครอบคลุม สามารถอธิบายประเด็นต่างๆ ได้ลึกซึ้งเพียงพอ และเชื่อมโยงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้อย่างชัดเจนขึ้น

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ใกล้ตาย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ใกล้ตายที่ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในต่างประเทศ เนื่องจากการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ใกล้ตายของเมืองไทยที่เป็นลักษณะของงานวิจัยยังมีอยู่ค่อนข้างน้อย แม้ปัจจุบันจะมีการเสวนากันในเรื่องของความตายในสังคมไทยในวงกว้างขึ้น แต่การศึกษาในเชิงวิชาการที่จะใช้อธิบายหรือสนับสนุนเรื่องราวดังกล่าวให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้นยังมีอยู่น้อย ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า งานวิจัยเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว จะเป็นงานที่มีคุณค่าในแง่ของการช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงการแสวงหาความรู้ความจริงในการอธิบายปรากฏการณ์ความตายอย่างมีระบบแบบแผนมากขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการนำความรู้ความจริงเชิงวิชาการดังกล่าวเป็นข้อมูลสนับสนุนในการทำความเข้าใจกับคนในสังคมเกี่ยวกับเรื่องความตายและประสบการณ์ความตาย ที่ยังมีคนจำนวนมากในสังคมอาจไม่เคยให้ความสนใจหรือไม่เคยตระหนักถึงมาก่อน

งานวิจัยงานแรกที่ยกมาเสนอ เป็นงานวิจัยที่กล่าวถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยใกล้ตาย ที่เน้นคำตอบเชิงกายภาพเกี่ยวกับสภาวะใกล้ตาย เป็นงานของ มอริตา และคณะ (Morita; et al. 1998) ที่ศึกษาเกี่ยวกับสภาวะของผู้ป่วยก่อนตาย ใช้การวิจัยเชิงสำรวจ โดยศึกษาการดำเนินของภาวะโรคมะเร็งในระยะสุดท้ายและการรายงานทางสถิติเกี่ยวกับการใช้ยาบรรเทาปวด ซึ่งแสดงถึงสภาวะคุณภาพของโรค และความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คณะผู้วิจัยได้ทำการสำรวจสถิติคิดเป็นร้อยละของการดำเนินของโรคมะเร็งในระยะสุดท้าย ซึ่งพบว่า ในช่วงของภาวะรู้สึกตัว (awake) – ภาวะกึ่งรู้สึกตัว (drowsy) – ภาวะโคม่าหรือภาวะวิกฤติ (comatose) คิดเป็นร้อยละตามระยะเวลาก่อนตายดังนี้ 1 อาทิตย์ก่อนตาย คิดเป็นร้อยละ 56-44-0 24 ชั่วโมงก่อนตาย คิดเป็นร้อยละ 26-62-12 และ 6 ชั่วโมงก่อนตาย คิดเป็นร้อยละ 8-42-50 ประเด็นสำคัญของการวิจัยนี้ต้องการชี้ให้เห็นว่ายิ่งระยะเวลาใกล้ตายมากขึ้นเท่าใด ผู้ป่วยจะยังมีความรู้สึกตัวน้อยลงเรื่อยๆ หรือเข้าสู่ภาวะโคม่า มีผู้ป่วยน้อยรายเท่านั้นที่จะยังรู้สึกตัวเมื่อเข้าใกล้วาระสุดท้าย ผลการศึกษานี้ทำให้ได้ข้อสังเกตว่า การช่วยให้ผู้ป่วยได้เตรียมตัวก่อนตายควรกระทำในขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เพราะเมื่อเข้าสู่ภาวะวิกฤติอาจทำให้สูญเสียโอกาสที่จะตายอย่างสงบ หรือตายดี นอกจากนี้ ยังมีการสำรวจสถิติของการใช้ยาบรรเทาปวดประเภทมอร์ฟีนในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งพบว่า ยิ่งระยะเวลาใกล้ตายเท่าไร ยิ่งมีการใช้ยาบรรเทาปวดเป็นจำนวนมากขึ้น และมีความถี่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แสดงให้เห็นว่าในภาวะใกล้ตายผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด และยิ่งใกล้ตายผู้ป่วยยังมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดมากขึ้น

งานวิจัยดังกล่าว แม้จะเป็นการศึกษาในเชิงปริมาณ แต่ข้อมูลที่ได้อ้างให้เห็นถึงความสำคัญในประเด็นต่าง ๆ ที่ผู้เกี่ยวข้องในวงการสุขภาพอาจจะเลยไป การคำนึงถึงภาวะใกล้ตายในแง่มุมมองของงานวิจัยนี้ เป็นการคำนึงถึงภาวะใกล้ตายทางกายภาพที่ตรวจสอบในเชิงประจักษ์ได้ ไม่ว่าจะเป็นการตรวจสอบในเรื่องของภาวะรู้สึกตัว หรือภาวะของความเจ็บปวด ทำให้เห็นมิติทางกายภาพที่แพทย์หรือพยาบาลควรให้ความสำคัญ อย่างไรก็ตาม การศึกษาในลักษณะดังกล่าวทำให้เห็นภาวะใกล้ตายเพียงมิติเดียว ซึ่งถ้ามีการศึกษาต่อยอดในเชิงลึกน่าจะช่วยให้ได้ความรู้ความจริงในแง่มุมมองที่หลากหลายขึ้น และน่าจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการทำความเข้าใจผู้ป่วยในภาวะใกล้ตายในลักษณะที่เป็นองค์รวมมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามมีการศึกษาประสบการณ์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มุ่งเน้นการให้ความหมายประสบการณ์ใกล้ตายที่ตนเองประสบ ซึ่งจะทำให้ผลการวิจัยที่แสดงถึงมุมมองและมิติต่าง ๆ มากขึ้น ได้แก่งานวิจัยในเรื่องต่อไปนี้

งานวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ใกล้ตายที่จะกล่าวถึงนี้ เป็นงานวิจัยของชวัญตา บาลทิพย์ (2541) เรื่อง ประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับความหมายของผู้ป่วยเอดส์ ณ วัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ ใช้วิธีวิทยาเชิงปรากฏการณ์วิทยา โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ปรากฏการณ์ของโคไลซซี่ (Colaizzi) งานวิจัยนี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยเป็นผู้ป่วยเอดส์จำนวน 10 คน ซึ่งผลการวิจัยได้แบ่งปรากฏการณ์รับรู้เกี่ยวกับความตายแบ่งเป็น 3 ช่วงเวลา คือ 1) การเผชิญกับภาวะใกล้ตาย 2) การรอดพ้นจากความตาย 3) วิธีชีวิตหลังรอดพ้นจากความตายและการเตรียมตัวตาย คำถามการวิจัยจะครอบคลุมในเรื่อง การให้ความหมายความตาย ปัจจัยที่มีผลต่อการให้ความหมายความตาย ปฏิกริยาตอบสนองต่อความตาย ความต้องการในขณะที่เผชิญความตาย ผลของประสบการณ์ต่อการดำรงชีวิต และการเตรียมตัวตาย

จากผลการวิจัยพบว่า ในช่วงของการเผชิญความตายนั้นผู้ป่วยเอดส์จะพานพบกับสัญญาณของความตายที่แสดงถึงความทุกข์ทรมานทางกายและปฏิกริยาของครอบครัวที่เปลี่ยนไป ผู้ป่วยจะมีการให้ความหมายความตายในแง่ลบ เช่น ความน่ากลัว การสูญเสีย การไร้คุณค่าศักดิ์ศรี โดยปัจจัยที่มีผลต่อการให้ความหมายจะเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ และบริบทที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระยะเวลา ศาสนา วัย และสภาพเศรษฐกิจ ปฏิกริยาตอบสนองต่อความตายเป็นไปในทางลบ เช่น ความกลัว ท้อแท้ สิ้นหวัง เศร้าเสียใจ หรือมีลักษณะที่ยอมรับและปลงได้ ส่วนความต้องการจะมุ่งในเรื่องของความต้องการทางกายภาพคือการบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน และความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ส่วนในช่วงการรอดพ้นจากความตายนั้น จะแสดงถึงสิ่งที่จะช่วยให้มีชีวิตรอด คือ การอาศัยกำลังใจจากทั้งภายในตนเอง เช่น มีหัวใจสู้ มีความดี และจากภายนอกตน เช่น การได้รับการรักษาภาวะแทรกซ้อน การพึ่งพาสังคักดิ์สิทธิ์ เป็นต้น และวิธีชีวิตหลังรอดพ้นจากความตายจะมีเป้าหมายหลัก เพื่อการตั้งต้นใหม่ การเปลี่ยนตัวเอง การเตรียมตัวตาย และการสร้างความเจริญงอกงามทางด้านจิตวิญญาณ โดยทั้งนี้พบว่า ผู้ให้ความหมายความตายในแง่ของการพ้นทุกข์ และการปิดฉากชีวิต จะสามารถปลงและยอมรับความตาย และมีชีวิตอย่างสงบในภาวะใกล้ตายได้ แต่สำหรับผู้ให้ความหมายในทางลบ เช่น ความน่ากลัว ความทุกข์ทรมาน จะไม่สามารถยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้นได้ ทำให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวล และไม่พร้อมที่จะตาย

งานวิจัยดังกล่าวแม้จะเป็นการศึกษาในผู้ป่วยเอดส์ แต่ก็ทำให้ผู้วิจัยได้รับทราบถึงประสบการณ์ชีวิตในภาวะที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นการใกล้ตาย ซึ่งเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาปรากฏการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในครั้งนี้ ซึ่งจะทำให้ได้องค์ความรู้ที่แตกต่างไปทั้งในแง่ของบริบท และในแง่ของการเผชิญประสบการณ์ที่แตกต่างไปเนื่องจากความแตกต่างกันของสภาวะของโรค อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยเรื่องดังกล่าว เป็นข้อมูลเชิงวิชาการที่สนับสนุนว่า ในระยะใกล้ตายเป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานและความคับข้องใจ โดยมีมิติต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็น สภาพร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และผลงานวิจัยยังแสดงให้เห็นว่าสภาพบริบทเกี่ยวข้องกับการให้ความหมายความตาย และการดำรงชีวิตในระยะใกล้ตาย ซึ่งทำให้ได้ประเด็นสนับสนุนที่สำคัญในการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ใกล้ตายของบุคคลโดยไม่ละเลยบริบทแวดล้อมและมิติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลเหล่านั้น

งานวิจัยอีกสองเรื่องสุดท้าย เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ใกล้ตายเช่นกัน แต่มุ่งเน้นไปที่การสืบแสวงหาความคาดหวังหรือความต้องการการดูแลในภาวะใกล้ตาย เรื่องแรก เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพของ เคลลีและคณะ (Kelly; et al. 2002) โดยคณะผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice) ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 72 คน เป็นการศึกษาถึงประสบการณ์ชีวิตในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยมุ่งเน้นในเรื่องของความปรารถนาที่จะตายเมื่อต้องเผชิญกับโรคมะเร็งในระยะสุดท้าย ผลการวิจัย ทำให้ได้ข้อค้นพบที่สำคัญ กล่าวคือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความปรารถนาที่จะตายโดยเร็ว เนื่องจาก ความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกว่าเป็นภาระของผู้อื่น การเกิดความสูญเสียกำลังใจ และความรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมโรคได้ รวมทั้งความรู้สึกว่าไม่ได้รับการสนับสนุนจากสังคมรอบข้างในยามเจ็บป่วย ผลของการวิจัยในเรื่องนี้ ทำให้ได้ประเด็นในเชิงลึกที่เพิ่มเติมจากงานวิจัยเรื่องแรก กล่าวคือ นอกจากความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายแล้ว ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับความกดดันทางอารมณ์และจิตใจในลักษณะต่างๆ การให้การดูแลโดยคำนึงถึงความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณจึงเป็นสิ่งสำคัญ

งานวิจัยดังกล่าวนี้ ยังชี้ให้เห็นว่า การศึกษาในเชิงคุณภาพทำให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกที่มีแง่มุมหลากหลายขึ้น นอกเหนือไปจากแง่มุมทางกายภาพ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยมียังต้องการองค์ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับเงื่อนไขต่างๆ และบริบทสำคัญที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ใกล้ตาย อันจะทำให้ทราบแง่มุมเกี่ยวกับความตายที่หลากหลายและครอบคลุมยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากงานวิจัยเรื่องนี้ ทำให้ได้ประเด็นสำคัญที่จะเชื่อมโยงไปสู่การสืบค้นข้อมูลในหลากหลายมิติ เพื่อทำความเข้าใจการให้ความหมายความตาย และสภาพการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นเรื่องที่ผู้วิจัยจะทำการศึกษาให้ได้ประเด็นที่ครอบคลุมและลึกซึ้งต่อไป

นอกจากนั้นยังมีงานวิจัยที่น่าสนใจอันเกี่ยวข้องกับความคาดหวังในช่วงประสบการณ์ใกล้ตาย เป็นงานวิจัยของ คริสซี่ (Crisci. 2001) ที่ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความตาย และกระบวนการตาย ซึ่งมุ่งเน้นในเรื่องของความต้องการการดูแลเมื่อใกล้ความตาย โดยได้ทำการศึกษาเพื่อสำรวจทัศนคติเมื่อต้องเผชิญกับความตาย จากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคคลทั่วไป

ชาวอิตาลีเลียน จำนวนทั้งสิ้น 829 คน โดยการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบสถิติที่แสดงถึงทัศนคติเกี่ยวกับความตายที่สำคัญ ได้แก่ 13% ต้องการได้รับข้อมูลตามจริงเกี่ยวกับความตายที่กำลังจะเกิดขึ้น 62% ต้องการตายที่บ้านมากกว่าที่โรงพยาบาลซึ่งมีพบเพียง 7% นอกจากนี้ยังพบว่า 38% ต้องการให้ดูแลเกี่ยวกับการบรรเทาความเจ็บปวดที่ได้รับ 8% เตรียมตัวที่จะต้องพบกับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด และ 88% ใช้ศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ซึ่งจากผลการวิจัยเมื่อเปรียบเทียบกับการวิจัยที่ผ่านมาแล้วประมาณ 10 ปี มีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อยในส่วนของทั้งประเด็นที่ให้ความสนใจเกี่ยวกับความตาย และในแง่ของตัวเลขทางสถิติ งานวิจัยนี้ได้เสนอแนะถึงการนำผลวิจัยดังกล่าวไปใช้ เพื่อประโยชน์ในการกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว เพื่อตอบสนองกับความต้องการตามที่ได้ศึกษามา อย่างไรก็ตามผู้วิจัยเห็นว่างานวิจัยเรื่องนี้ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลทั่วไป โดยบางคนอาจไม่เคยมีประสบการณ์ใกล้ตาย หรือใกล้ชิดกับผู้ป่วยใกล้ตายมาก่อน ซึ่งอาจทำให้ผลการวิจัยที่ได้เป็นข้อมูลที่ไม่ชัดเจนพอ หรือผู้ให้ข้อมูลอาจมองข้ามประเด็นต่างๆ ที่สำคัญไป เนื่องจากไม่ได้เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการเผชิญความตายโดยตรง ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการศึกษาประสบการณ์ชีวิตที่เป็นการศึกษา กับผู้ที่เผชิญประสบการณ์ตรงน่าจะได้ผลวิจัยที่น่าเชื่อถือและอาจได้ประเด็นที่น่าสนใจมากกว่า

จากการศึกษาเอกสารความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับประสบการณ์ที่ทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ และผู้ป่วยบางรายที่ต้องสูญเสียสัมพันธภาพที่ดีทางสังคม มีความคับข้องใจกับสิ่งรอบข้างที่เปลี่ยนแปลง รวมไปถึงการสูญเสียคุณค่าของตนเองจากภาวะใกล้ตายและการดูแลที่เลเยยถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การให้ความหมายความตายของผู้ป่วย นอกจากจะสัมพันธ์กับการรับรู้แล้ว ยังสัมพันธ์บริบทแวดล้อมและปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทำให้การเผชิญความตายของแต่ละบุคคลมีกระบวนการที่แตกต่างหลากหลายกันไป และจากการศึกษาประสบการณ์และสถานการณ์ในภาวะใกล้ตาย จะพบว่าการเผชิญกับความตายมิได้ให้ผลในทางลบเสียทีเดียว ซึ่งถ้าศึกษาอย่างลึกซึ้งซึ่งภายใต้แนวคิดต่างๆ โดยเฉพาะแนวคิดทางศาสนา จะพบว่า การเผชิญความตายเป็นโอกาสในการสำรวจตนเองของผู้ป่วย และช่วยให้ตระหนักถึงธรรมชาติของชีวิต ซึ่งถ้าสามารถจัดการกับภาวะใกล้ตายได้อย่างเหมาะสม ก็จะทำให้บุคคลสามารถใช้ชีวิตในช่วงวาระสุดท้ายได้อย่างสุขสงบ นอกจากนี้การศึกษาเรื่องความตายและภาวะใกล้ตาย ยังทำให้เกิดประเด็นความรู้ที่น่าสนใจและประเด็นปัญหาที่สำคัญที่ทำให้เกิดความเคลื่อนไหวในสังคมเพื่อให้การจัดการกับความตายและภาวะใกล้ตายมีความเหมาะสมขึ้น และเป็นการเน้นย้ำให้ผู้เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงปัญหาและให้ความใส่ใจกับกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยยังเห็นว่า มีความรู้และความจริงบางส่วน เกี่ยวกับประสบการณ์ใกล้ตาย ที่ควรค้นหาและตระหนักถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งความรู้และข้อมูลที่มีอยู่อาจยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยก่อนตายได้อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะการศึกษาเชิงวิชาการภายใต้บริบทและปฏิสัมพันธ์ที่มีลักษณะหลากหลาย นอกจากนี้ผู้วิจัยยังเห็นว่า ควรเลือกใช้วิธีวิทยาที่เหมาะสมที่จะทำการศึกษา เพราะเนื่องจากสภาพการณ์ดังกล่าวเกี่ยวเนื่องไม่

เฉพาะสภาวะทางกาย ซึ่งเป็นสภาวะที่สามารถตรวจสอบได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์ได้แล้วแต่ยังเกี่ยวเนื่องถึงสภาวะทางจิตใจ พฤติกรรมการแสดงออก และรวมถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งไม่อาจเข้าถึงได้หากไม่มีการศึกษาอย่างละเอียดรอบคอบ และรัดกุม อีกทั้งหากไม่พยายามทำความเข้าใจกับความหมายต่างๆ ของความทุกข์ทรมาน ความเศร้าโศก ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติแล้ว ย่อมทำให้ไม่สามารถหาแนวทางแก้ปัญหาที่ชัดเจน และเหมาะสมกับความเป็นปัจเจกบุคคลและบริบทที่เกี่ยวข้องได้

ในแง่ของการศึกษาวิจัยพบว่า ในประเทศไทย การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับชีวิตและความตาย ยังไม่มีการศึกษากันอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ ที่มีการศึกษาโดยมุ่งแสวงหาความรู้ความจริงอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นการจุดประกายให้เกิดการศึกษาวิจัยในลักษณะนี้อย่างกว้างขวางเพิ่มมากขึ้น และจากงานวิจัยที่นำมาอ้างอิงพบว่า การศึกษาส่วนใหญ่จะแยกศึกษาในส่วนของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งตามจริงแล้วปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวมีผลต่อการตีความเกี่ยวกับประสบการณ์ก่อนตาย โดยเฉพาะการศึกษาที่เน้นการตีความโดยคำนึงถึงภูมิหลังและบริบทแวดล้อมของผู้ป่วยและครอบครัว จะช่วยให้เข้าใจการรับรู้และการให้ความหมายความตายของผู้ป่วย และเข้าใจสภาพการณ์ต่างๆ ในภาวะใกล้ตายได้อย่างชัดเจนและครอบคลุมยิ่งขึ้น

ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความมาใช้ เพื่อมุ่งเน้นการแสวงหาความรู้ความจริงอย่างเป็นระบบภายใต้กระบวนการตีความโดยไม่ละเลยการพิจารณาความหลากหลายของมิติต่างๆ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งซึ่งเกี่ยวกับประสบการณ์ใกล้ตาย ที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังขม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ดังกล่าว อันจะทำให้เกิดข้อมูลหรือประเด็นที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดแนวทางป้องกันแก้ไขปัญหา ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายที่สำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้เกิดเป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม และเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ

3. การศึกษาประสบการณ์ใกล้ตายตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา

แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาที่นำมาเป็นแนวทางในการศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบหนึ่งที่อาศัยแนวคิดและโลกทัศน์จาก “ปรัชญาปรากฏการณ์วิทยา” เป็นเครื่องมือในการศึกษาปรากฏการณ์ (Phenomenon or Appearance) และประสบการณ์ของมนุษย์เป็นการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ในชีวิตจากทัศนะของผู้ที่ได้ประสบกับสถานการณ์นั้นโดยตรง โดยเน้นการตอบคำถามเกี่ยวกับความหมายของบุคคลผู้มีประสบการณ์ การศึกษาวิจัยจึงไม่สามารถทำการศึกษาโดยแยกบุคคลออกจากปรากฏการณ์ได้ และถือว่าความจริงหรือความรู้จากการศึกษานั้นมีความเป็นอัตวิสัย ขึ้นอยู่กับบริบทหรือแหล่งที่มาของความจริงหรือความรู้นั้น (Holloway &

Wheeler. 1996: 13) จุดมุ่งหมายสำคัญของการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ไม่ได้หยุดที่ตัวประสบการณ์ชีวิต หากมุ่งไปที่ทำความเข้าใจว่า ปัจเจกบุคคลสร้างประสบการณ์ในชีวิตประจำวันของเขาอย่างไร และการกระทำหรือพฤติกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันมีความหมายสำหรับผู้กระทำอย่างไร คือถ้าเราอยากเข้าใจว่าทำไมคนถึงทำสิ่งนั้นสิ่งนี้ หรือทำไมคนจึงทำอะไรอย่างที่เขาทำอยู่ เราจำเป็นจะต้องเข้าใจก่อนว่า คนให้ความหมายต่อสิ่งต่างๆ อย่างไร และให้ความหมายต่อการกระทำของตนเองในเรื่องนั้นๆ อย่างไร ดังนั้น ความหมายจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการวิจัย

3.1 ความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา

ความหมายของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา

ปรากฏการณ์วิทยา มาจากคำในภาษากรีก 2 คำ ได้แก่ คำว่า *Phainomenon* และ *Logos* คำว่า *Phainomenon* หมายถึง การปรากฏตัวขึ้น (To show one self) การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาจึงเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการปรากฏ หรือการแสดงตนในวิถีทางที่บุคคลแสดงเพื่อแสวงหาความจริง ตามที่ปรากฏและความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันของความรู้ความจริงที่เกิดขึ้นนั้น ส่วนคำว่า “Logos” หมายถึง การคิด (Thinking) แนวคิด (Concept) เป็นการคิดพิจารณาแบบมีเหตุมีผล เพื่อให้ปรากฏภาพความเป็นจริงขึ้น (Moran. 2000) ความหมายในเชิงปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยานั้น แมร์โล-ปงตี (Merleau-Ponty. 1962: 4) กล่าวไว้ว่า เป็นการศึกษาถึงแก่นแท้ (essences) ของการรับรู้ (perception) หรือแก่นแท้ของการตระหนักรู้ (consciousness) เกี่ยวกับอัตถิภาวะ (existence) โดยเป็นการศึกษาจากบุคคลที่รับรู้ประสบการณ์นั้นตามที่เป็นอยู่ และไม่สามารถจะศึกษาโดยแยกบุคคลออกจากโลกที่บุคคลอยู่หรือสิ่งแวดล้อมได้ นอกจากนั้น เมื่อนำปรากฏการณ์วิทยามาเป็นเครื่องมือหนึ่งในการศึกษาวิจัย จึงมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาไว้หลายท่านด้วยกัน ดังนี้

เบนเนอร์ (Benner. 1994) ให้ความหมายของปรากฏการณ์วิทยาในแง่ของการศึกษาถึงการดำรงอยู่ของมนุษย์ โดยกล่าวว่า เป็นการศึกษาการดำรงอยู่ของมนุษย์ โดยบุคคลนั้นๆ เป็นผู้ให้ความหมายของการมีชีวิตอยู่ ตามสิ่งแวดล้อมในประสบการณ์ที่เป็นอยู่ ซึ่งผู้วิจัยควรทำความเข้าใจกับสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และภาษาของผู้ให้ข้อมูล และเป็นอิสระจากแนวคิดทฤษฎีใดๆ

เฮอ์เบอร์ท สปีลเบิร์ก (Spiegelberg. 1975: 7) กล่าวถึงปรากฏการณ์วิทยาว่า เป็นการศึกษาที่มีรูปแบบไม่ตายตัว เป็นความรู้เชิงปรัชญาที่มีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลง โดยจุดมุ่งหมายสำคัญของการศึกษาอยู่ที่ การตรวจสอบและพรรณนาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น จากการตระหนักรู้ถึงประสบการณ์นั้นๆ โดยเป็นการศึกษาที่ปราศจากการนำความรู้เชิงทฤษฎีเข้ามาอธิบายถึงความเป็นเหตุเป็นผล และหลีกเลี่ยงการตั้งสมมติฐานหรือการวินิจฉัยไว้ล่วงหน้า

โอเมอรี (Omery. 1983) ให้ความหมายของปรากฏการณ์วิทยาในลักษณะที่คล้ายกันว่า เป็นกระบวนการของการทำความเข้าใจหรือตีความปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น เน้นที่ภาพรวมและบริบทรอบด้าน โดยอาศัยข้อมูลเชิงคุณภาพและการตีความ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ

นอกจากนั้น สเปรีเชล และ คาร์เพนเตอร์ (Speziale; & Carpenter. 2007: 75-77) ยังได้กล่าวถึง การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาที่มีเป้าหมายเพื่อพรรณนาถึงประสบการณ์ชีวิตตามทีบุคคลประสบ โดยเน้นการเป็นศาสตร์ที่มีจุดอธิบายปรากฏการณ์ต่างๆ รอบตัวที่มีความเฉพาะเจาะจงตามการรับรู้ของบุคคลในลักษณะของประสบการณ์ชีวิต (Lived experience)

จากความหมายข้างต้น ทำให้ได้ความหมายของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาในลักษณะที่คล้ายกันคือ เป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่ปรากฏขึ้นหรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งการศึกษาริบทแวดล้อมรอบด้านของสิ่ง/ผู้ที่ถูกศึกษา เพื่อให้ได้ความรู้ความจริงตามการรับรู้ของผู้ประสบกับประสบการณ์นั้นๆ โดยตรง โดยเบนเนอร์ ได้กล่าวเพิ่มเติมถึง การทำความเข้าใจกับสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และภาษาของผู้ให้ข้อมูล โดยเป็นอิสระจากแนวคิดทฤษฎีใดๆ ซึ่งสอดคล้องกันแนวคิดของสปีลเบิร์ก ซึ่งเน้นที่การศึกษาที่ปราศจากการนำความรู้เชิงทฤษฎีเข้ามาอธิบายถึงความเป็นเหตุเป็นผล และหลีกเลี่ยงการตั้งสมมติฐานหรือการวินิจฉัยไว้ล่วงหน้า ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามีจุดประสงค์เพื่อวิเคราะห์ สืบค้น ให้ความหมายและอธิบายประสบการณ์อย่างปราศจากอคติ และการคิดล่วงหน้าจากผู้เข้าไปศึกษา

ความหมายของประสบการณ์ชีวิต

เนื่องจากนักปรากฏการณ์วิทยาเชื่อว่า ความจริงเป็นสิ่งที่ศึกษาได้จากประสบการณ์ชีวิต และประสบการณ์ชีวิตเป็นเป้าหมายอันสำคัญของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ดังนั้นในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำความเข้าใจคำว่า "ประสบการณ์ชีวิต" ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายแนวคิด ดังต่อไปนี้

ซูทซ์ (Schutz. 1970: 12) ได้ให้ความหมายของประสบการณ์ชีวิตในลักษณะที่เข้าใจได้ง่ายๆ คือหมายความถึง ทุกๆ สิ่งสิ่งแวดล้อมบุคคล ได้แก่ บุคคล สิ่งแวดล้อม เหตุการณ์ต่างๆ ที่บุคคลเผชิญ โดยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามจริงในชีวิต

กาดาเมอร์ (Gadamer. 1989: 23) กล่าวถึง ประสบการณ์ในลักษณะของการรวมกันของสิ่งที่น่าสนใจทั้งหมดและสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบันซึ่งไม่สามารถแบ่งแยกได้ และหาสิ่งทดแทนไม่ได้ มีลักษณะที่มากมายไม่รู้จักหมดสิ้น ที่มีความเกี่ยวข้องกันทั้งหมดของชีวิตที่เป็นอยู่

จากการพิจารณาความหมายดังกล่าวข้างต้น ได้กล่าวถึงประสบการณ์ชีวิตในลักษณะที่คล้ายกันว่า หมายถึง ความเกี่ยวข้องของบุคคลกับสิ่งต่างๆ รอบตัวทั้งหมดทั้งสิ้นที่เข้ามากระทบในชีวิต หรือการที่บุคคลมีส่วนร่วมหรือเป็นอยู่ในเหตุการณ์หรือสภาพแวดล้อมต่างๆ ทั้งนี้สเปรีเชล และคาร์เพนเตอร์ (Speziale; & Carpenter. 2007: 77) ได้ให้ความหมายเพิ่มเติมว่า บุคคลจะรับรู้และให้ความหมายต่อประสบการณ์นั้นๆ ตามความเข้าใจหรือการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้งภายนอกและภายในจิตใจของแต่ละบุคคล ดังนั้นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาซึ่งเป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิต จึงเป็นการ ศึกษาถึงบุคคลและสิ่งต่างๆ รอบตัว ตามการรับรู้และการให้ความหมายของบุคคล โดยการศึกษาเช่นนี้จะต้องคำนึงถึงการที่บุคคลเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับสิ่งแวดล้อม หรือไม่สามารถแยกบุคคลออกจากสิ่งแวดล้อมได้

3.2 ความเป็นมาของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา

ความเป็นมาของปรากฏการณ์วิทยามีมาอย่างช้านานเริ่มตั้งแต่ราวศตวรรษที่ 20 และมีการแสดงแนวคิดหรือจุดเน้นที่แตกต่างกันไป มีบุคคลสำคัญหลายคนที่ได้แสดงแนวคิดเกี่ยวกับปรากฏการณ์วิทยาไว้ ซึ่งแสดงถึงความเปลี่ยนแปลงทางความคิดทางด้านปรัชญาในช่วงระยะเวลาต่างๆ ซึ่งทำให้เกิดฐานแนวคิดต่อการทำความเข้าใจและการสร้างแนวคิดที่หลากหลายในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาในระยะต่อๆ มา โดยสปีเซียลและคาร์เพนเตอร์ได้แบ่งระยะของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (Speziale; & Carpenter. 2007: 78-81)

ระยะเริ่มแรก (Preparatory phase) เป็นระยะที่เริ่มมีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผู้มีบทบาทสำคัญคือ ฟรานซ์ เบรันทาโน (Franz Brentano) (ช่วง ค.ศ. 1838-1917) และยังมี คาร์ล สทัม (Carl Stump) (ช่วง ค.ศ. 1848-1936) ศิษย์ของเบรันทาโน ที่ได้ศึกษาปรากฏการณ์วิทยาโดยเน้นกระบวนการเชิงวิทยาศาสตร์ เพื่อที่จะทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งซึ่งเกี่ยวกับการมีเจตจำนง (intentionality) ซึ่งเป็นแนวคิดพื้นฐานของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาในยุคนี้ โดย intentionality ตามความหมายของการศึกษาในระยะนี้ หมายถึง การระลึกรู้ (consciousness) โดยต้องเป็นการตระหนักรู้หรือมีจิตสำนึกเกี่ยวกับสิ่งที่ศึกษา ซึ่ง แมร์โล-ปงตี (Merleau-Ponty) ได้อธิบายถึงเรื่องนี้ว่า เป็นไปไม่ได้ที่จะเกิดการรับรู้จากความรู้สึกภายในขึ้นมาเองโดยปราศจากการรับรู้ถึงสิ่งภายนอกที่เข้ามากระทบ ดังนั้น โลกของปรากฏการณ์ที่บุคคลสัมผัสได้จะเกี่ยวพันกับการรับรู้ภายในที่มีผลต่อการระลึกรู้ของบุคคล ตัวอย่างเช่น บุคคลจะไม่สามารถได้ยินเสียงถ้าปราศจากสิ่งที่ทำให้เกิดเสียง หรือไม่สามารถเชื่ออะไรได้ถ้าปราศจากสิ่งที่ทำให้เชื่อ การศึกษาในระยะนี้เป็นระยะที่มีความสำคัญ เพราะเป็นพื้นฐานสำหรับการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาในยุคหลัง คือ มุ่งศึกษาเพื่ออธิบายว่าบุคคลรับรู้ถึงสิ่งต่างๆ รอบตัวอย่างไร เน้นการอธิบายเพื่อให้เกิดความกระจ่าง โดยถือว่าความจริงมีความเป็นเอกภาพเฉพาะบุคคลนั้น (Merleau-Ponty. 1962: 32-35)

ระยะที่สอง (German or second phase) ผู้นำในระยะนี้ได้แก่ เอ็ดมันด์ ฮูสเซิร์ล (Edmund Husserl) (ช่วง ค.ศ. 1857-1938) และมาร์ติน ไฮเดกเกอร์ (Martin Heidegger) (ช่วง ค.ศ. 1889-1976) โดยฮูสเซิร์ลเชื่อว่า ความรู้เชิงปรัชญาจะนำไปสู่การศึกษาที่เชื่อมโยงกับกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ได้ต้องอาศัยการทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ซึ่งจะทำให้การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาที่เป็นพื้นฐานของทั้งศาสตร์ทางด้านปรัชญาและวิทยาศาสตร์ ไฮ-เดกเกอร์เป็นผู้หนึ่งที่ศึกษาและทำงานใกล้ชิดและเป็นลูกศิษย์ของฮูสเซิร์ล โดยเขาได้นำความรู้ที่ได้จากแนวคิดของฮูสเซิร์ลมาเป็นพื้นฐานแนวคิดของตนเอง แนวคิดที่สำคัญที่เกิดขึ้นในระยะนี้ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับแก่นแท้ (essences) การหยั่งรู้หรืออัจฉมิตติกญาณ (intuiting) และการลดรูปหรือลดทอน (Phenomenological reduction) (Spiegelberg. 1965: 3-5)

ต่อมา มาร์ติน ไฮเดกเกอร์ (Martin Heidegger) (ช่วง ค.ศ. 1889-1976) ศิษย์เอกและผู้ร่วมงานของฮูสเซิร์ล ได้ให้ความเห็นว่า เราไม่สามารถอธิบายหรือแม้แต่สังเกตว่าอะไรคือความจริงที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ หากไม่เข้าไปตรวจสอบและรู้จักประสบการณ์นั้น หรือไม่อาจเข้าใจ

ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลหากปราศจากการตีความจากภูมิหลังของบุคคลร่วมด้วย เขาได้พัฒนาแนวคิดของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา มาเป็นปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic Phenomenology) มุมมองของเขาขัดแย้งกับฮูสเซิร์ล ในเรื่องของการละวางความคิดและความเชื่อของตนเองออกจากเรื่องที่ศึกษา (bracketing) โดยเขามีความเชื่อว่า ภาวะการเป็น (being) ช่วงเวลา (time) ต่างมีความหมายในตนเอง ซึ่งสามารถทำความเข้าใจโดยผ่านการตีความ (interpreting) โดยเน้นความสำคัญของภาษา (language) หรือข้อความที่สื่อออกมา ดังนั้นการศึกษาในระยะนี้ จึงเน้นการค้นหาคำความหมายโดยการตีความของภาวะการเป็น (being) ในปรากฏการณ์นั้น โดยเฉพาะการทำความเข้าใจประสบการณ์ของบุคคล ที่ต้องเข้าใจในสภาพบริบทของบุคคลนั้น

ระยะที่สาม (French or third phase) ผู้นำในระยะนี้ได้แก่ แกเบรียล มาร์ซีล (Gabriel Marcel) (ช่วง ค.ศ. 1889-1973) ฌอง-โพล ซาร์ต (Jean Paul Sartre) (ช่วง ค.ศ. 1905-1980) และ โมริส เมร์โล-ปงตี (Maurice Merleau-Ponty) (ช่วง ค.ศ. 1905-1980) แนวคิดที่เกิดขึ้นในระยะนี้เป็นแนวคิดที่ต้องการสื่อให้เห็นถึงความเป็นรูปธรรมในการศึกษาปรากฏการณ์ และการศึกษาเกี่ยวกับภาวะการเป็นในโลกประสบการณ์ของบุคคล (being-in-the-world) โดยมีความเชื่อว่า การกระทำหรือพฤติกรรมต่าง ๆ เกิดจากการรับรู้หรือการตระหนักรู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์บางอย่างที่เกิดขึ้นรอบตัว โดย เมร์โล-ปงตี (Merleau-Ponty, 1962: 7-9) ได้อธิบายไว้ว่า โลกของประสบการณ์ของบุคคลเกิดขึ้นภายใต้โลกแห่งการรับรู้ของบุคคล เป็นการรับรู้ผ่านทางประสาทสัมผัสและภายใต้ความรู้สึกนึกคิด ซึ่งได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก การคิด การสัมผัส การสัมผัส การได้ยิน แนวคิดที่สำคัญคือ ความเข้าใจที่ว่าแต่ละช่วงเวลาและแต่ละบุคคลต่างทำให้เกิดมุมมองหรือความรู้สึกนึกคิดที่มีความเฉพาะเจาะจง ซึ่งขึ้นอยู่กับภูมิหลังของบุคคล และความรู้ความจริงที่มีอยู่ จึงทำให้เกิดแนวคิดที่เชื่อว่า ความหมายที่ได้จากประสบการณ์เกิดจากการตีความของบุคคล

3.3 แนวคิดสำคัญของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา

แนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นปรัชญาที่มีมาอย่างช้านาน และมีการพัฒนาไปหลายกระแส โดยส่วนใหญ่การพัฒนาแนวคิดกระแสต่าง ๆ นี้จะพัฒนามาจากแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญของนักคิด 2 ท่าน ได้แก่ เอ็ดมุนด์ ฮูสเซิร์ล (Edmund Husserl) และมาร์ติน ไฮเดกเกอร์ (Martin Heidegger) โดยฮูสเซิร์ล แม้จะไม่ได้เป็นนักคิดคนแรกที่ได้ศึกษาแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา แต่ได้รับการยกย่องให้เป็นบิดาแห่งการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา เนื่องจากเป็นผู้ที่ทำให้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาเป็นที่รู้จักและนำมาใช้ในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาจนกระทั่งในปัจจุบัน ในขณะที่ไฮเดกเกอร์ ซึ่งเป็นนักคิดคนสำคัญที่ได้นำแนวคิดอัตถิภาวนิยม (Existentialism) เข้ามาใช้ร่วมกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ได้แสดงแนวคิดที่แตกต่างออกไปจากฮูสเซิร์ล โดยความแตกต่างของแนวคิดทั้งสองในการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา อธิบายได้ดังตารางประกอบต่อไปนี้

ตาราง 1 เปรียบเทียบปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดฮูสเซิร์ล และ ไฮเดกเกอร์

ปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดฮูสเซิร์ล (Husserlian phenomenology)	ปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดไฮเดกเกอร์ (Heideggerian phenomenology)
ปรากฏการณ์วิทยาแนวอูตรวิสัย (Transcendental phenomenology)	ปรากฏการณ์วิทยาแนวอรรถปริวรรตหรือแนวตีความ (Hermeneutic phenomenology)
เป็นการศึกษาที่ว่าด้วยเรื่องญาณวิทยา (Epistemology) อันเป็นปรัชญาว่าด้วยการศึกษาหรือทฤษฎีเกี่ยวกับธรรมชาติ แหล่งกำเนิดหรือบ่อเกิด และขอบเขตหรือเกณฑ์กำหนดของความรู้	ว่าด้วยเรื่อง ภาววิทยา (Ontology) หรืออิงแนวคิดทฤษฎีหรือการศึกษาเกี่ยวกับภาวะการเป็น (being) หรือการศึกษาภาวะที่มีของสภาวะหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Existential-ontology)
คำถามการวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ เน้นโครงสร้างการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ (questions of knowing)	คำถามการวิจัยเกี่ยวกับการทำความเข้าใจประสบการณ์ที่บุคคลประสบ (questions of experiencing and understanding)
คำถามว่าด้วยเรื่อง บุคคลรับรู้ประสบการณ์ว่าอย่างไร และรับรู้เช่นนั้นได้อย่างไร (How do we know what we know)	คำถามว่าด้วยเรื่อง ความหมายของภาวะการเป็น (being) ของบุคคล หรือประสบการณ์นั้นมี ความหมายเช่นไรต่อภาวะการเป็นของบุคคล (What does it mean to be a person?)
อ้างอิงแนวคิดดั้งเดิมของเดส์การตส์ (Rene Descartes) หรือแนวคิด Cartesian ที่มองกายกับจิตแยกส่วนกัน (mind-body split)	กล่าวถึง ดาไซน์ (Daein) แปลว่า being there โดยมองว่า แก่นแท้ของมนุษย์นั้น สำนึกถึงภาวะการเป็นของตนเอง ด้วยการคิดรู้ในตนเองได้ และเมื่อมีการดำรงอยู่ขึ้นมาแล้วก็ต้องรู้จักตัดสินใจชีวิตด้วยตนเอง

ตาราง 1 (ต่อ)

ปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดฮูสเซิร์ล (Husserlian phenomenology)	ปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดไฮเดกเกอร์ (Heideggerian phenomenology)
กล่าวถึงมนุษย์ในฐานะที่มีกลไกการรับรู้	กล่าวถึงมนุษย์ในฐานะที่มีการตีความภาวะการเป็นของตนเอง
พิจารณามนุษย์ในแง่ที่ว่า มนุษย์เรียนรู้จิตสำนึกของตนเอง (กายกับจิตแยกส่วน) โดยมนุษย์อาศัยอยู่ในโลกซึ่งถือว่าเป็นวัตถุในการรับรู้ของมนุษย์ หรือพิจารณามนุษย์ในฐานะเป็นผู้รับรู้โลก (Mind-body person lives in a world of objects)	พิจารณามนุษย์ในฐานะที่ดำรงอยู่ภายในโลกและโลกกับมนุษย์ไม่สามารถแยกจากกันได้ (Person exists as a 'being' in and of the world) หรือมนุษย์ให้ความหมายกับโลก และโลกก็ให้ความหมายต่อชีวิตมนุษย์
เป็นการศึกษาที่ไม่เน้นประวัติศาสตร์หรือภูมิหลังของมนุษย์ (Ahistorical)	การศึกษามนุษย์ เน้นศึกษาประวัติศาสตร์หรือศึกษาถึงภูมิหลังและความเป็นมาแต่เบื้องหลังของมนุษย์ (Historical)
เน้นวิเคราะห์โครงสร้างความหมายอันเกิดจากการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งที่ประสบ	เน้นวิเคราะห์โครงสร้างความหมายอันเกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ภายใต้สถานการณ์ต่างๆ
เน้นทำความเข้าใจโครงสร้างการรับรู้ของบุคคล	เน้นทำความเข้าใจวัฒนธรรม ภูมิหลัง การปฏิบัติ และการสื่อสารของบุคคล
การศึกษาเริ่มจากการไตร่ตรองกลไกการทำงานของจิต	มองว่า บุคคลต่างมีการไตร่ตรองหรือตีความเกี่ยวกับตนเองอยู่แล้ว
ความหมายไม่ได้เกิดจากการตีความของบุคคล ภายใต้ความรู้ ความเชื่อ หรือมุมมองของบุคคลเกี่ยวกับโลก	ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษา เป็นข้อค้นพบที่ผ่านกระบวนการตีความของบุคคล

ตาราง 1 (ต่อ)

ปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดฮูสเซิร์ล (Husserlian phenomenology)	ปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดไฮเดกเกอร์ (Heideggerian phenomenology)
ความหมายของผู้ให้ข้อมูลจะถูกแปรสภาพโดยการตีความที่คงไว้ถึงสิ่งที่ข้อมูลบอกมา	ข้อมูลจะถูกตีความเพื่อแสดงให้เห็นชัดเจนถึงสิ่งที่ได้ทำความเข้าใจ หรือข้อมูลที่ผ่านการทำความเข้าใจแล้ว
ต้องอาศัยเทคนิควิธีการตรวจสอบที่เหมาะสมในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อมูลที่ตีความออกมา	กำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยผู้วิจัย (Establish own criteria for trustworthiness of research) โดยผู้วิจัยต้องแสวงหาเกณฑ์ที่ยอมรับได้เพื่อความน่าเชื่อถือ
เน้นกระบวนการพิกมุลบท (Bracketing) เพื่อละวางความรู้ความเชื่อเดิมที่มีอยู่ มุ่งให้ได้ข้อมูลที่ปราศจากอคติและเที่ยงตรงตามการรับรู้ของบุคคล	เน้นกระบวนการตีความโดยใช้วงจรการตีความ (The hermeneutic circle) ที่ดำเนินถึงภูมิหลัง ปฏิสัมพันธ์ ความรู้ ความเชื่อเดิมของผู้วิจัย

ที่มา: Conroy, S.A. (2001). *Moral inclinations of medical, nursing, and physiotherapy students*. p.91

จะเห็นว่า ปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดฮูสเซิร์ล และไฮเดกเกอร์จะมีจุดต่างสำคัญที่จุดเน้นของแนวคิดทางปรัชญา โดยฮูสเซิร์ลจะเน้นการสืบหาความจริงผ่านโครงสร้างการรับรู้ต่อประสบการณ์ของบุคคล โดยมองว่าโลกเป็นวัตถุในการรับรู้ของมนุษย์ และมนุษย์ให้ความหมายต่อโลกตามการรับรู้ต่อสิ่งที่ประสบ ในขณะที่ไฮเดกเกอร์มองว่าโลกกับมนุษย์ไม่สามารถแยกจากกันได้ มนุษย์และโลกต่างให้ความหมายซึ่งกันและกัน และการสืบหาความจริงจากประสบการณ์ คือการทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะการเป็น (being) ของบุคคลในโลกประสบการณ์นั้นผ่านการตีความ ซึ่งการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้นำแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความมาใช้ เพื่อทำความเข้าใจภาวะการเป็น (being) ซึ่งหมายถึงภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย ผ่านการตีความ โดยการทำความเข้าใจภูมิหลัง ประสบการณ์ ตลอดจนวัฒนธรรม และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เหตุผลสำคัญในการเลือกใช้ปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความตามแนวคิดไฮเดกเกอร์นี้ เนื่องจาก การศึกษาปรากฏการณ์ใกล้ตายในครั้งนี้ มิใช่เพียงต้องการตอบคำถามที่ว่าบุคคลให้ความหมายเช่นไรต่อประสบการณ์ใกล้ตายที่พวกเขาประสบ แต่ยังต้องการทำความเข้าใจว่าพวกเขาที่มีความเป็นอยู่เช่นไรภายใต้ประสบการณ์

ใกล้เคียง ซึ่งความเป็นอยู่ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับภาวะการเป็น (being) ของบุคคล ภายใต้สภาวะต่างๆ ภายใต้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกันอย่างยากที่จะหลีกเลี่ยง และเพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่ตอบคำถามการวิจัยในครั้งนี้ได้อย่างสมบูรณ์ จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจแนวคิดเชิงปรัชญา ตลอดจนวิธีวิทยาของปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ เพื่อให้สามารถนำแนวคิดและวิธีวิทยาไปใช้ในกระบวนการวิจัยได้อย่างเหมาะสม โดยจะกล่าวถึงในประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้

3.4 แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic phenomenology)

นักคิดคนสำคัญของแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความคือ มาร์ติน ไฮเดกเกอร์ (Martin Heidegger) เป็นนักปรัชญาชาวเยอรมัน ในช่วง ค.ศ. 1889-1976 เขาได้เริ่มอาชีพการทำงานจากการศึกษาด้านเทววิทยา หลังจากนั้นเริ่มสนใจศึกษาด้านปรัชญา โดยเริ่มจากศึกษาแนวคิดฮูสเซิร์ล และได้ศึกษาปรัชญาอัตถิภาวนิยม (Existentialism) จนกลายเป็นนักปรัชญาอัตถิภาวนิยมชั้นนำ และมีอิทธิพลอย่างใหญ่หลวงต่อแนวคิดของนักปรัชญาอัตถิภาวนิยมคนอื่นๆ เกี่ยวกับภาวะการเป็น (being) ของมนุษย์¹ (ปานทิพย์ ศุภนคร. 2543: 18) อัตถิภาวนิยมตามแนวคิดของไฮเดกเกอร์นี้ เน้นเรื่องอัตถิภาวะ (Existence) (เจษฎา ทองรุ่งโรจน์. 2547: 68,82) โดยมองว่า ความจริงที่แท้ก็คืออัตถิภาวะของแต่ละบุคคล โดยอัตถิภาวะ (Existence) หมายถึง สภาวะที่แสดงว่าสิ่งใดสิ่งหนึ่งมีอยู่จริง และเห็นได้เด่นชัด (Concrete) อัตถิภาวะจึงเป็นสิ่งที่ระบุความเป็นสิ่งเฉพาะของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และเป็นสิ่งเฉพาะหน่วย (Particularity) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ อัตถิภาวะแสดงให้เห็นว่ามนุษย์เป็นสิ่งที่อยู่แตกต่างจากสิ่งอื่น และต่างมีสิ่งแวดล้อมและสภาพเดิมที่สะสมไว้โดยการตัดสินใจเลือกมาตั้งแต่อดีต หรือต่างมีประวัติศาสตร์ (Historicity) เป็นของตนเองติดตัวมาจนถึงปัจจุบัน

ทัศนะต่อโลก (The world) และภาวะการเป็น (being) ของมนุษย์

จากแนวคิดเรื่องอัตถิภาวะ ทำให้ไฮเดกเกอร์มองว่า เป็นหน้าที่ของมนุษย์ที่จะค้นหาถึงภาวะการเป็น (being) ของตนเองว่าคืออะไร ทั้งนี้ไฮเดกเกอร์ ถือว่า ภาวะการเป็น (being) ของมนุษย์ มี 3 ลักษณะ (Heidegger. 1962: 34-37) ได้แก่

1. ข้อเท็จจริง (Facticity) เป็นลักษณะของข้อเท็จจริงที่ต้องยอมรับในแง่ที่ว่า มนุษย์เป็นสิ่งที่อยู่ในโลกมาแต่แรกแล้ว โดยที่มนุษย์เองไม่ได้เป็นผู้เลือก และโลกก็มีได้เป็นสิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้น

¹ เนื่องจากคำว่า *being* มีผู้ให้นิยามไว้ค่อนข้างหลากหลาย เพื่อป้องกันการสับสนในการใช้คำดังกล่าว ในงานวิจัยเล่มนี้ จะใช้ความหมายของ *being* คือ ภาวะการเป็น ซึ่งได้มาจากการปรึกษาอาจารย์ผู้ควบคุมปริญญาานิพนธ์ เนื่องมาจากเห็นว่าความหมายดังกล่าวนี้ เป็นความหมายที่สื่อได้สอดคล้องกับการศึกษาภาวะใกล้เคียงในครั้งนี

2. การยืนยันถึงอัตถิภาวะ (Existentiality) หรือการดำรงอยู่จริง เป็นลักษณะของมนุษย์ที่มีได้มีอยู่ในโลกตั้งเช่นที่ก้อนหินมีอยู่ แต่เป็นการมีอยู่อย่างมีเจตนาธรรมณ์ กล่าวคือ มนุษย์มิใช่เพียงแต่ยอมรับสิ่งที่ตนเองต้องเป็นเท่านั้น แต่มนุษย์มีความประสงค์ที่จะเป็นอะไรบางอย่างที่อาจเป็นไปได้ หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ มนุษย์เป็นอิสระและสามารถมีส่วนร่วมกับการเป็นของตนเอง

3. การถูกจำกัด (Forfeiture) คือลักษณะที่มนุษย์มีอยู่ แต่ต้องถูกจำกัดโดยภารกิจหน้าที่ประจำวันอยู่เสมอจนลึบหมดถึงตัวตนเอง (I) และอิสราภาพของตน มนุษย์ในแง่นี้จึงมักดำเนินชีวิตไปตามกระแสของสังคมรอบข้าง หรือตามคนอื่น ๆ (They)

อธิบายเชื่อมโยงลักษณะทั้ง 3 ลักษณะ ได้ว่า มนุษย์แท้จริงมีอิสระในความมีอยู่ของตนเอง แต่อาจถูกครอบงำจากสังคมรอบข้าง อย่างไรก็ตาม เมื่อมนุษย์ประจักษ์ถึงความเป็นตนเองที่แตกต่างจากคนอื่น ๆ อันอาจเนื่องมาจากการเผชิญกับสภาวะ หรือสถานการณ์ที่เฉพาะตน ในแง่นี้ไฮเดกเกอร์อธิบายโดยยกเรื่องความตายมาประกอบ กล่าวคือ เมื่อมนุษย์ประจักษ์ชัดถึงความตาย ซึ่งเป็นจุดจบของตนเอง ทำให้ประจักษ์ได้ว่าชีวิตของตนแท้จริงต้องไปสู่ความตาย (being-towards-death) ซึ่งความตายดังกล่าว เป็นความตายของตนเองโดยเฉพาะ และเมื่อประจักษ์ว่าความตายเป็นเรื่องเฉพาะตน และแม้จะรู้สึกหวาดกลัว แต่ก็ทำให้มนุษย์ระลึกถึงตัวเองที่แตกต่างไปจากคนอื่น ๆ อันนำไปสู่การสำนึกถึงเสรีภาพของตนเอง รวมทั้งสามารถระลึกถึงหน้าที่ของตนได้ว่า แม้นตนเป็นสิ่งที่อยู่ชั่วคราวในโลกที่ตนไม่ได้เลือก แต่ตนก็เป็นอิสระ จึงควรเลือกสิ่งต่าง ๆ ให้กับตนเองแทนการดำเนินชีวิตตามกระแสของสาธารณชน หรืออธิบายในอีกลักษณะหนึ่งคือการเปรียบเทียบที่สำคัญระหว่างอัตถิภาวะแท้ (Authentic existence) กับอัตถิภาวะเทียม (Inauthentic existence) กล่าวคือ การเปรียบเทียบระหว่างการมีอยู่ของตนเองอย่างเป็นอิสระ และเป็นตัวของตัวเอง กับความมีอยู่โดยสูญเสียความเป็นตัวเอง หรือความพยายามที่จะหลีกเลี่ยงความมีเสรีภาพของตนเอง และหันไปใช้ชีวิตตามกระแสหรือตามแบบคนอื่น ๆ (Heidegger, 1962: 38-40)

จะเห็นว่า แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดกเกอร์เริ่มจากการศึกษาปรัชญาจากแนวคิดฮูสเซิร์ล โดยไฮเดกเกอร์ได้นำวิธีปรากฏการณ์วิทยามาใช้เพื่อแสวงหาความจริงตามแนวคิดอัตถิภาวนิยม เน้นวิเคราะห์ภาวะการเป็น (being) ของมนุษย์ ซึ่งเกิดจากการเผชิญหน้ากับสถานการณ์หรือประสบการณ์ด้วยตนเอง อัตถิภาวะเป็นเรื่องที่อยู่พ้นขอบเขตของประสบการณ์และเหตุผล เป็นเรื่องที่เรียนรู้ได้โดยวิธีปรากฏการณ์ ซึ่งเมื่อใช้อย่างถูกต้อง อัตถิภาวะจะเปิดเผยถึงภาวะการเป็นภายในโลก (being-in-the-world) ซึ่งจะแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับโลกแห่งวัตถุ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์แบบจำเป็น กล่าวคือ การมีอยู่ของบุคคลต้องมีพร้อมกับการมีอยู่ของโลกของตน โดยโลก (the world) ในที่นี้หมายถึง โลกของบุคคล ที่เป็นเครื่องมือที่สนองตอบอัตถิภาวะและเจตนาธรรมณ์ของบุคคล การที่บุคคลตระหนักถึงภาวะการเป็นของตนเองภายในโลก ทำให้โลกของบุคคลนั้น กลายเป็นโลกที่มีความหมายขึ้นมา ในทำนองเดียวกัน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่น ๆ ก็เป็นไปในทำนองเดียวกัน กล่าวคือ การมีอยู่ของบุคคลต้องมีอยู่พร้อมกับการมีอยู่ของบุคคลอื่น ๆ ในโลก บุคคลจึงได้ชื่อว่าเป็น มีภาวะการเป็นร่วมกับบุคคลอื่น ๆ (being-with-other) อย่างไรก็ตาม การมีอยู่ของบุคคลอื่นดังกล่าวมิใช่เป็นเพียงสิ่งที่มีความหมายขึ้นมาเพราะ

เนื่องจากการตระหนักถึงการมีอยู่ของตนเองของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เหมือนกับโลกที่เป็นสิ่งที่มีความหมายขึ้นมาเนื่องจากการตระหนักถึงการมีอยู่ของตนเองของบุคคล แต่บุคคลอื่นๆ ถือเป็นอีกบุคคล ซึ่งมีลักษณะของการมีอยู่เช่นกับกับการมีอยู่ของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง โดยแต่ละบุคคลต่างมีอิสระในการรู้จัก และสำนึกเกี่ยวกับตนเอง ด้วยเหตุนี้ บุคคลสามารถที่จะกลายเป็นส่วนหนึ่งของโลกของบุคคลอื่นๆ เสมอ (ปานทิพย์ สุภนกร. 2543: 59-60) ปัญหาอยู่ที่ว่า การที่บุคคลต้องดำรงอยู่พร้อมกับบุคคลอื่นๆ เป็นไปได้หรือไม่ที่เขาจะสามารถดำรงสถานภาพของความเป็นบุคคลที่แท้จริง หรืออาจถูกลดทอนให้มีสถานภาพเป็นเครื่องมือเสมอ

ตัวอย่างที่ทำให้มองเห็นภาพความสัมพันธ์ของโลกและบุคคล และบุคคลอื่นๆ ได้อย่างชัดเจนขึ้น เช่น คุณสมชายตระหนักถึงการมีอยู่ของตนเอง โดยมีเจตนารมณ์ที่จะมีอยู่ในฐานะของนักศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒจึงมีความหมายเป็นโลกของคุณสมชาย ในฐานะที่เป็นเครื่องมือสนองตอบการมีอยู่และเจตนารมณ์นั้น โลกดังกล่าวนอกจากหมายถึงวัตถุ เช่น อาคารเรียน ยังหมายถึงบุคคลอื่นๆ เช่น อาจารย์ และเจ้าหน้าที่มหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นส่วนประกอบของโลกของคุณสมชาย แต่อาจารย์และเจ้าหน้าที่จะต่างจากวัตถุ เนื่องจากเป็นบุคคลที่สามารถตระหนักถึงการมีอยู่ของตนเอง เช่น อาจารย์ตระหนักว่าตนเองมีอยู่ในฐานะเป็นอาจารย์สอนหนังสือในมหาวิทยาลัยแห่งนี้ และมหาวิทยาลัยก็คือโลกของอาจารย์เช่นเดียวกัน ด้วยเหตุนี้ คุณสมชายก็คือส่วนหนึ่งของโลกของอาจารย์ คือเป็นนักศึกษาที่สนองตอบกิจกรรมของอาจารย์คือการสอน ดังนั้น เมื่อบุคคลได้ตระหนักถึงการมีอยู่ของบุคคลอื่นๆ บุคคลย่อมตระหนักถึงตนเองว่าตนเองสามารถกลายเป็นส่วนหนึ่งของโลกของบุคคลอื่นๆ ซึ่งมีสิทธิที่จะตระหนักถึงการมีอยู่ของเขาเองได้เท่าเทียมกับตนทุกประการ

จากที่กล่าวมาแล้วทำให้เห็นได้ชัดว่า ปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic phenomenology) ของไฮเดกเกอร์ เป็นปรากฏการณ์วิทยาที่สัมพันธ์กับแนวคิดอัตถิภาวนิยมอย่างแนบแน่น การนำแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความมาใช้ในการศึกษาวิจัย จึงเป็นการตั้งคำถามที่ว่าด้วยเรื่อง ความหมายของภาวะการเป็น (being) ของบุคคลในโลกประสบการณ์นั้นๆ หรือ เพื่อค้นหาว่าประสบการณ์ที่บุคคลเผชิญอยู่ มีความหมายเช่นไรต่อภาวะการเป็น (being) ของบุคคล โดยไฮเดกเกอร์ ให้ความสำคัญกับ *ดาไซน์ (Dasein)* ที่แปลว่า *being there* โดยมองว่า ภาวะการเป็นของบุคคลเกิดจากการรู้จักในตนเอง ณ ที่ใดที่หนึ่ง หรือในภาวะหนึ่ง และเมื่อเมื่อเกิดอัตถิภาวะ (existence) ขึ้นมาแล้ว บุคคลต้องรู้จักตัดสินใจชีวิตด้วยตนเอง และเมื่อพิจารณาบุคคลในฐานะที่ไม่สามารถแยกขาดจากโลกได้ บุคคลจึงให้ความหมายกับโลกที่ตนเองอยู่ และโลกก็ให้ความหมายต่อชีวิตของบุคคลนั้น และในฐานะที่บุคคลมีอยู่หรือเป็นอยู่ในโลกโดยมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ภายในโลกนั้นร่วมกัน การค้นหาความจริงเกี่ยวกับภาวะการเป็น (being) ของบุคคลจึงมีเพียงแต่ศึกษาประวัติศาสตร์หรือศึกษาถึงภูมิหลังและความเป็นมาแต่เบื้องหลัง (Historicity) ของบุคคลเท่านั้น แต่ยังคงต้องค้นหาความหมายอันเกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ด้วย

อัตถิภาวะ (Existence) และสารัตถะ (Essence)

การศึกษาปรากฏการณ์วิทยา ให้ความสำคัญกับการศึกษาถึงแก่นแท้หรือสารัตถะ (Essence) ของสิ่งที่ศึกษา โดยสารัตถะหรือแก่นแท้นี้สัมพันธ์กับแนวคิดอัตถิภาวะ เนื่องมาจากแนวคิดอัตถิภาวะมองว่า ภาวะการเป็น (being) ของสิ่งใดๆ สัมพันธ์กับลักษณะสำคัญ 2 ประการคือ ลักษณะของการมีอยู่ของสิ่งนั้นๆ ณ ที่ใด ซึ่งเรียกว่า *อัตถิภาวะ (Existence)* กับธรรมชาติที่บ่งบอกว่าสิ่งนั้นเป็นอะไร ซึ่งเรียกว่า *สารัตถะหรือแก่นแท้ (Essence)* ในแง่นี้ สารัตถะ จึงหมายถึงสภาพหรือสภาวะที่ทำให้สิ่งๆ หนึ่งเป็นอะไร หรือหมายถึงธรรมชาติหรือคุณสมบัติสำคัญของสิ่งนั้น การศึกษาสารัตถะหรือแก่นแท้ของปรากฏการณ์ จึงเป็นการค้นหาธรรมชาติหรือคุณลักษณะที่แท้จริงเกี่ยวกับภาวะการเป็นของบุคคล ซึ่งจะเป็นแนวทางที่จะทำให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างไรก็ตาม สารัตถะของภาวะการเป็น (being) ของมนุษย์ไม่ใช่สิ่งที่ถาวร เนื่องจากการมีอยู่ของมนุษย์เป็นสิ่งที่แตกต่างจากการมีอยู่ของสิ่งทั้งหลาย ทั้งนี้เพราะมนุษย์มิได้ถูกจำกัดให้เป็นอะไรตลอดไป แต่มนุษย์มีอิสระและพร้อมที่จะเป็นอะไรก็ได้ทุกขณะ โดยไม่มีขอบเขตจำกัด ด้วยเหตุนี้ทำให้มนุษย์สามารถกำหนดสารัตถะใดๆ ให้กับตนเองได้ (Macquarie. 1973: 43-45)

ทัศนะเกี่ยวกับ กาล (Time) และอวกาศ (Space)

ทัศนะเกี่ยวกับกาล (Time) และอวกาศ (Space) เป็นทัศนะที่เกี่ยวข้องกับทัศนะต่อโลกของนักปรัชญาแนวอัตถิภาวนิยม โดยไฮเดกเกอร์ได้นำแนวคิดในเรื่องนี้มาใช้พิจารณาในการตีความปรากฏการณ์ โดยเกี่ยวกับเรื่องของ *กาล (Time)* นั้น ใช้พิจารณาในแง่ที่ว่า มิติของเวลาเกี่ยวข้องกับ การที่เหตุการณ์ทุกเหตุการณ์เกิดขึ้นในขณะเวลาที่สืบเนื่องกันไป จากอดีต (Past) ถึงปัจจุบัน (Present) และอนาคต (Future) ความสำคัญของบุคคลไม่ได้ถูกจำกัดแคบเฉพาะขณะเวลานี้เท่านั้น แต่ความสำคัญของบุคคลจะย้อนไปถึงอดีตที่ผ่านมา รวมทั้งสามารถจินตนาการถึงขณะเวลาในอนาคตได้อีกด้วย การตีความปรากฏการณ์จึงเกี่ยวข้องกับมิติเวลาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยคำนึงถึงการตีความเกี่ยวกับความมีอยู่ของบุคคล เกี่ยวกับเจตนารมณ์ของบุคคลต่อโลก ซึ่งในขณะที่บุคคลแสดงเจตนารมณ์ดังกล่าวในขณะเวลาใดเวลาหนึ่ง ย่อมหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะให้ความสำคัญต่ออดีตที่ผ่านมา และอนาคตที่ยังมาไม่ถึง นอกจากนี้ การพิจารณาในมิติของเวลานี้ ยังต้องการเน้นให้เห็นว่า โลก (The world) มีความสำคัญเพียงแค่วงเวลาที่บุคคลมีอยู่หรือมีชีวิตในโลก และให้ความสำคัญกับการดำเนินชีวิตในโลกของบุคคลมากกว่าความจริงเกี่ยวกับโลก ส่วนเรื่องของ *อวกาศ (Space)* นั้น ใช้พิจารณาในความหมายของการเป็นที่ว่างซึ่งเป็นที่บรรจุหรือมีอยู่ของสิ่งทั้งหลาย ทั้งนี้การมีอยู่ ณ ที่ใดที่หนึ่งนั้น จะมีส่วนให้เกิดการตีความเกี่ยวกับตนเองของบุคคล หรือความมีอยู่ของตนเอง ณ ที่ใดที่หนึ่ง ในแง่นี้ อวกาศ (Space) จะสัมพันธ์กับโลก (The world) ในฐานะที่เป็นสิ่งแวดล้อมของการมีอยู่ของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง โดยโลกในที่นี้คือโลกส่วนตัวของบุคคล โดยมีได้หมายถึงโลกที่บรรจุทุกสิ่งทุกอย่าง หรือเป็นที่อยู่ของทุกสิ่งทุกอย่าง แต่หมายถึงเฉพาะสิ่งที่มีความหมายต่อการมีอยู่ของบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้น (ปานทิพย์ ศุภนคร. 2546: 47-49)

การตีความปรากฏการณ์โดยวิธีอรรถปริวรรต (Hermeneutics)

อรรถปริวรรตศาสตร์ (Hermeneutics) เป็นศาสตร์หรือวิธีแห่งการตีความ โดยสืบสานมาจากการตีความคัมภีร์ไบเบิลตั้งแต่ประมาณปี ค.ศ. 1970 ต่อจากนั้นได้มีนักคิดได้นำมาศาสตร์นี้มาใช้ในการตีความตัวบทและภาษา (วิบูลย์ แสงกาญจนวนิช. 2549: 1) และนักคิดบางคนนำมาวิธีคิดนี้มาใช้ในการตีความตามแนวคิดที่ตนเองสนใจศึกษา ดังเช่น ไฮเดกเกอร์ ที่ได้นำแนวคิดการตีความมาใช้ในการศึกษาปรากฏการณ์ โดยมองว่า บุคคลต่างมีการไตร่ตรองหรือตีความเกี่ยวกับตนเองหรือการตีความเกี่ยวกับภาวะการเป็นภายในโลก (being-in-the-world) ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา จึงเป็นข้อค้นพบที่ผ่านกระบวนการตีความของบุคคล โดยข้อมูลจะถูกตีความเพื่อแสดงให้เห็นชัดเจนถึงสิ่งที่ได้ทำความเข้าใจ หรือข้อมูลที่ผ่านการทำความเข้าใจแล้ว นอกจากนี้ ไฮเดกเกอร์ยังมองว่า การมีอยู่ของบุคคลมีอารมณ์เป็นพื้นฐาน เนื่องจากอารมณ์ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับโลกเป็นเอกภาพยิ่งขึ้น โดยไฮเดกเกอร์ให้ความสำคัญกับอารมณ์ที่แสดงถึงความกังวล (Anxiety) ซึ่งเป็นอารมณ์ที่เปิดเผยถึงความรู้สึกของมนุษย์ในการตระหนักถึงการมีอยู่ รวมถึงการไม่มีอยู่ที่มีความตายเข้ามาเกี่ยวข้อง (Heidegger. 1962: 38-40) การทำความเข้าใจบุคคลในแง่ของความมีอยู่ด้วยการสังเกตจากภายนอกจึงมีเพียงพอ แต่จำเป็นต้องหยั่งลึกไปถึงความรู้สึกภายในตัวบุคคลด้วย ดังนั้นการตีความจำเป็นต้องอาศัยทั้งการรับรู้และมีส่วนร่วมกับความรู้สึกของบุคคลนั้นๆ หรือการแบ่งปันและซึมซับความรู้สึกดังกล่าว การทำความเข้าใจจึงเป็นการนำตัวเองเข้าไปในโลกประสบการณ์ของบุคคลนั่นเอง

ไฮเดกเกอร์ยังเห็นว่า กระบวนการในการทำความเข้าใจเกี่ยวข้องกับ การตีความของบุคคล ซึ่งการตีความดังกล่าว เกิดจากอิทธิพลของภูมิหลังและประสบการณ์เดิมของบุคคลนั้นๆ หรือเป็นการตีความตัวบทหรือภาษาที่มีประวัติศาสตร์กำกับ (Historicity) กล่าวคือ การตีความเป็นกระบวนการในการแสวงหาเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ผ่านทางภาษาที่สื่อออกมา ยิ่งไปกว่านั้นการตีความ เป็นการศึกษาถึงแบบแผนวัฒนธรรมของบุคคล ได้แก่ การสื่อภาษา การพูด การเขียน การแสดงออกทางศิลปะ ซึ่งแบบแผนวัฒนธรรมต่างๆ เหล่านี้ เปรียบเสมือนข้อความที่แสดงให้เห็นถึงเจตนาหรือการแสดงความหมายของบุคคล (Annells. 1996: 12) นอกจากนี้ การตีความยังเกี่ยวพันกับมิติของเวลาหรือกาล (Time) และอวกาศหรือที่ว่าง (Space) ดังที่ได้กล่าวถึงแล้วในช่วงก่อนหน้านี้

โดยสรุปแล้ว แนวคิดของไฮเดกเกอร์ เกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ จึงหมายถึงการทำความเข้าใจในทุกๆ เรื่อง ที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบหรือโครงสร้างความสัมพันธ์ต่างๆ รวมไปถึงภูมิหลังของบุคคล ซึ่งไม่สามารถแยกศึกษาจากตัวบุคคลได้ ดังนั้นการศึกษาจึงเกี่ยวข้องกับการตีความ ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญที่จะนำไปสู่การทำความเข้าใจประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้ โดยอาศัยกระบวนการตีความแบบเป็นวงจรที่เรียกว่า “Hermeneutic circle” เป็นการตีความจากส่วนใดส่วนหนึ่งของประสบการณ์ ไปสู่ประสบการณ์ในภาพรวม โดยกระทำซ้ำไปซ้ำมาเป็นวงจร จนกว่าจะสามารถทำความเข้าใจได้อย่างลึกซึ้งกับสิ่งที่ปรากฏตาม

ข้อความหรือภาษาที่สื่อออกมา (Conroy. 2001: 99-108) ซึ่งตามแนวคิดของไฮเดกเกอร์ การทำความเข้าใจปรากฏการณ์ จะเน้นการทำความเข้าใจหรือการตีความภาวะการเป็น (being) ของบุคคลภายในโลกประสบการณ์ ซึ่งโลก (World) ที่ว่านี่จะเป็นเครื่องมือในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองของบุคคล และเป็นโลกที่มีความหมายต่อบุคคล ซึ่งมีใช่เพียงการให้ความหมาย (Meaning) ในลักษณะนิยาม ในที่นี้จึงใช้คำ *Significance* คือการมองความหมายที่ซับซ้อน มีความสัมพันธ์กับบริบทมากขึ้น ราวกับว่าสิ่งที่มีอยู่เป็นตัวการให้เกิดความหมายแฝง ความหมายแฝงมาจากไหนนั้นขึ้นกับการใช้ภาษาซึ่งให้กระแสดความหมายออกมาไม่จบสิ้น ซึ่งในแง่ของอรรถปริวรรต ถ้าความหมายเป็นเพียงผลของความหมาย เราจะไม่มีทางเข้าใจตัวบทหรือภาษาได้เลย (วิบูลย์ แสงกาญจนวิชัย. 2549: 6)

จะเห็นได้ว่า การทำความเข้าใจประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับภาวะการเป็นของบุคคลภายในโลก (being-in-the-world) เป็นสิ่งที่ซับซ้อน เกี่ยวเนื่องกับทั้งความคิด ความรู้สึกของบุคคลในสถานะต่างๆ การทำความเข้าใจผ่านกระบวนการตีความ จึงต้องกระทำอย่างรอบคอบ และรัดกุม และมีการตรวจสอบซ้ำไปมา เพื่อให้แน่ใจว่ามีความถูกต้องน่าเชื่อถือ โดยท้ายสุดของกระบวนการตีความ จะทำให้เกิดข้อค้นพบที่สามารถอธิบายได้ โดยปราศจากข้อโต้แย้งใดๆ ภายในใจ เช่นเดียวกับ การศึกษาวิจัยในเรื่องของประสบการณ์ใกล้ตายในครั้ง นี้ เป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อน เกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึกที่หลากหลาย ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าวิธีวิทยาตามแนวคิดของไฮเดกเกอร์ มีความเหมาะสมในการนำมาใช้ เนื่องจากจะช่วยให้ได้ข้อค้นพบที่จะตอบคำถามการวิจัยเกี่ยวกับภาวะการเป็นของบุคคลภายใต้ประสบการณ์ที่ประสบได้ โดยเป็นการทำความเข้าใจที่เชื่อมโยงกับบริบทต่างๆ รอบตัว และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นอกจากนี้จาก แนวคิดดังกล่าวนี้ยังศึกษาถึงความมีอยู่ และความไม่มีอยู่ของบุคคลอันเกี่ยวเนื่องมาจากความตาย จึงยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในครั้ง นี้ ที่มีวัตถุประสงค์ในการมองภาวะใกล้ตาย ที่เกี่ยวข้องกับการให้ความหมายกับความตายซึ่งเป็นการตระหนักรู้หรือจินตนาการของบุคคลถึงอนาคตที่เชื่อแน่ว่าจะเกิดขึ้นกับตนเองในที่สุด

3.5 ปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความกับการศึกษาเรื่องความตาย

แนวคิดเชิงปรัชญาที่สำคัญอีกเรื่องของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความของไฮเดกเกอร์คือ การศึกษาในเรื่องความตาย (Death) ภาวะการเป็นและกาล (Being and Time) ซึ่งเป็นแนวคิดเชิงอัตถิภาวนิยม (Existential) ที่เน้นความหมายของการดำรงอยู่ของมนุษย์ในฐานะที่เป็นปัจเจกบุคคล (human being's existence) ไฮเดกเกอร์อธิบายในเรื่องของความตายที่สัมพันธ์กับภาวะการเป็นและกาลหรือมิติของเวลาว่า ชีวิตมนุษย์มีขอบเขตไปถึงความตาย (being toward death) ซึ่งหมายถึง สำหรับมนุษย์แล้ว ชีวิตกับความตายเป็นสิ่งที่แยกจากกันไม่ออก กล่าวคือ มีชีวิตก็ต้องมีความตาย นั่นหมายถึง อย่างไรก็ตามมนุษย์ทุกคนต้องตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเนื่องจากชีวิตต้องสิ้นสุดที่ความตายนี้เอง ทำให้ชีวิตของมนุษย์มีขอบเขต ในแง่นี้เวลาจึงมี

ความสำคัญหรือมีความหมายกับชีวิตมนุษย์ (Stambaugh. 1996: Online) กล่าวโดยสรุปก็คือ การมีชีวิตที่มีขอบเขตจำกัดทำให้บุคคลมีชีวิตในรูปแบบตามที่เป็นอยู่โดยมีเวลาเป็นสิ่งสำคัญ หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ ถ้าชีวิตของมนุษย์เป็นอมตะ เมื่อนั้นเวลาจะไม่มีมีความหมายสำหรับมนุษย์

การศึกษาเกี่ยวกับความตายตามแนวคิดของไฮเดกเกอร์นี้ ไม่ได้เน้นหรือให้ความสำคัญกับความตาย แต่ให้ความสำคัญกับภาวะใกล้ตาย (Dying) ซึ่งสัมพันธ์กับการดำรงชีวิตในปัจจุบันของบุคคลในขณะที่เผชิญกับความตาย นอกจากนี้ ไฮเดกเกอร์ยังเน้นเกี่ยวกับทัศนะเกี่ยวกับความตายที่อาจมีการปรับเปลี่ยนตามกาลเวลา ภายใต้บริบทที่เป็นอยู่ (Stambaugh. 1996: Online) ซึ่งสอดคล้องกับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการตีความตามที่ได้ศึกษามา เนื่องจากในขั้นตอนของกระบวนการตีความต้องมีการตรวจสอบถึงความผันแปรของแบบแผนความคิด (Paradigm shift identification) โดยมีความเป็นไปได้ที่บุคคลจะเปลี่ยนการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเป็นอยู่หรือมีอยู่ในโลกที่ตนเองเผชิญ ต่อเนื่องไปถึงการปรับเปลี่ยนแนวคิดหรือการดำเนินแนวทางต่อไปในอนาคต ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่า ภาวะการเป็น (being) ของบุคคล เป็นการตระหนักรู้ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะการเป็นของตนเอง ซึ่งการตระหนักรู้นั้นมีอาจเลี้ยวภาพในอดีต และจินตนาการเกี่ยวกับอนาคตของบุคคลไปได้

จะเห็นว่า แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดกเกอร์ มองว่าการมีชีวิตของมนุษย์มีเวลาจำกัด และทุกคนต่างต้องเผชิญหน้ากับความตายอันเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ความตายจึงเป็นสิ่งที่แน่นอนที่เกิดกับบุคคล ถึงแม้บุคคลจะไม่เลือกความตาย แต่ความตายก็ต้องมีขึ้น จึงอาจกล่าวได้ว่า ภาวะการเป็นของคนๆ หนึ่ง เป็นการมุ่งไปสู่ความตาย เพียงแต่ไม่อาจหยั่งรู้ได้ว่าความตายจะปรากฏขึ้นเมื่อใด ความตายจึงกลายเป็นข้อจำกัดของภาวะการเป็นของคนๆ หนึ่ง และบุคคลต้องยอมรับข้อจำกัดของความตาย มนุษย์จึงเกิดความตึงเครียดอันสืบเนื่องมาจากการตระหนักถึงความตายของตนเอง และโดยทั่วไปมนุษย์มักปฏิบัติต่อความตายอย่างไม่ถูกต้อง เพราะมนุษย์ปฏิเสธที่จะเผชิญหน้ากับความจริงของความตายโดยตรงไปตรงมา ในแง่นี้ ความตายที่เกิดขึ้นกับบุคคลจึงมิใช่สิ่งที่ทำให้ภาวะการเป็นของบุคคลสมบูรณ์ แต่มีผลเพียงทำให้ภาวะการเป็นของบุคคลหมดสิ้นลงเท่านั้น จึงเห็นได้ว่า แม้มนุษย์จะมีอิสระที่จะเลือกกระทำ แต่การเลือกดังกล่าวมีโอกาสจะเกิดอุปสรรคที่เกิดพร้อมกับการเลือก ภาวะการเป็นของบุคคลจึงมีโอกาสที่จะพบกับความขัดแย้งระหว่างความเป็นไปได้กับสภาวะข้อเท็จจริง (Macquarie. 1973: 67-68)

นอกจากนั้น การมีอยู่และการไม่มีอยู่เป็นความจริงที่ควบคู่กันอย่างไม่อาจปฏิเสธได้ เช่นเดียวกับมนุษย์เองก็สามารถตระหนักได้ดีถึงความมีอยู่ของตนเอง ในขณะที่ตระหนักได้ว่า วันหนึ่งตนเองจะไม่มีอยู่ การตระหนักถึงความมีอยู่และความไม่มีอยู่ดังกล่าวมีความขัดแย้งพอกัน นอกจากนี้ ในขณะที่มนุษย์ตระหนักได้ว่าตนเองมีอยู่อย่างแปลกเด่น เพราะ “ความเป็นตัวฉัน” (I) ของตนไม่อาจถูกแทนที่หรือถูกแลกเปลี่ยนได้ ขณะเดียวกันก็ตระหนักได้ว่า หลังจากที่ตนไม่มีอยู่แล้ว ในไม่ช้าใครๆ ก็จะไปพอกันลึกลงไปในที่สุด จากลักษณะดังกล่าวทำให้เห็นได้ว่า การมีอยู่ของมนุษย์มีพร้อมกับสำนึกถึงความตรงข้ามที่ปรากฏพร้อมกัน การสำนึกถึงสิ่งตรงกันข้ามกันที่ปรากฏในการมีอยู่ของตนเองดังกล่าว ทำให้มนุษย์มีความรู้สึกขัดแย้งตลอดเวลา หรือมีความยากที่จะเข้าใจ

ยอมรับถึงการไม่มีอยู่ได้ง่ายๆ การปลงในเรื่องความตายจริงๆ ของมนุษย์จึงเป็นเรื่องยากมากๆ และกลับทำให้เกิดความวิตกกังวล (Anxiety) หรือกลัวตลอดเวลา (Heidegger, 1962: 37-38)

การศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับความตายของไฮเดกเกอร์นั้น สอดคล้องกับการศึกษาแนวคิดในเรื่องความตายที่ได้นำเสนอไปก่อนหน้านี้ กล่าวคือ มองความตายกับชีวิตเป็นสิ่งที่แยกจากกันไม่ออก จึงต้องให้ความสำคัญกับการพิจารณาความหมายของความตาย เพื่อการใช้ชีวิตก่อนตายอย่างเหมาะสมและมีคุณค่า อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบแนวคิดนี้กับแนวคิดพุทธศาสนา จะเห็นว่า มีบางส่วนที่สอดคล้องกันคือ มีชีวิตที่จะต้องประสบกับความตายไม่วันใดก็วันหนึ่ง ซึ่งเป็นธรรมดาของชีวิต แต่พุทธศาสนาจะลึกซึ้งกว่าในแง่ที่มองว่าชีวิตไม่ได้สิ้นสุดที่ความตาย แต่ยังมีโลกหลังความตายที่ไม่อาจศึกษาโดยวิธีทางวิทยาศาสตร์ได้ อย่างไรก็ตามแนวคิดทั้งหลายต่างให้ความสำคัญกับการดำรงอยู่ก่อนตาย ซึ่งทำให้ผู้วิจัยเห็นว่า แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของไฮเดกเกอร์นี้ มีความเหมาะสมกับการศึกษาประสบการณ์ชีวิตใกล้ตายของบุคคล เนื่องจากการศึกษาทั้งในเรื่องความตาย และกระบวนการตาย โดยการศึกษากระบวนการตายนี้ ผู้วิจัยเน้นศึกษาการเผชิญกับความตายและความต้องการของบุคคลเมื่อเผชิญความตาย โดยไม่ละเลยความสัมพันธ์สอดคล้องกับบริบทและเวลา อีกทั้งให้ความสำคัญกับการให้ความหมายความตายที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตในภาวะใกล้ตายของบุคคล

3.6 ระเบียบวิธีวิทยาของปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ

เนื่องจากปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความค่อนข้างมีความซับซ้อนและเข้าใจได้ยาก ทั้งในเชิงปรัชญาและวิธีวิทยา มีนักวิจัยหลายคนที่มีวิธีวิทยาดังกล่าวนี้ไปใช้ แต่ผลการวิจัยที่ได้กลับไม่ได้แสดงถึงการวิจัยที่เน้นการตีความมากกว่าการพรรณนาปรากฏการณ์ ดังนั้นเพื่อให้การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ดำเนินไปอย่างสอดคล้องกับวิธีวิทยาดังกล่าวมากที่สุด ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาลักษณะสำคัญของวิธีวิทยาแบบดังกล่าวที่ได้มีผู้นำมาศึกษาและได้พัฒนาเป็นระเบียบวิธีวิจัยที่มีความเป็นรูปธรรม และเข้าใจได้ โดยศึกษาจากงานของ แวน แมนเนน (van Manen, 1990: 30-34) ซึ่งได้นำแนวคิดไฮเดกเกอร์มาใช้ในเชิงวิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษาวิจัย โดยกำหนดกระบวนการวิจัยที่สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าวไว้ 6 กระบวนการ ดังนี้

1. มุ่งสู่ปรากฏการณ์ที่เราศึกษา อันจะนำเราเข้าสู่โลกของประสบการณ์ตามที่บุคคลประสบอยู่ (“turning to a phenomenon which seriously interests us and commits us to the world”)

2. ทำการค้นหา สืบค้น ประสบการณ์ มิใช่เพียงการสร้างมโนทัศน์เกี่ยวกับประสบการณ์ แต่ต้องทำตัวประหนึ่งเป็นส่วนหนึ่งหรือมีส่วนร่วมในประสบการณ์นั้น (“investigating experience as we live it rather than as we conceptualize it”)

3. ไตร่ตรองข้อมูลที่ได้อย่างรอบคอบ เพื่อกำหนดประเด็นความหมายหรือโครงสร้าง ความหมายต่างๆ ที่แสดงถึงคุณลักษณะหรือลักษณะเฉพาะของปรากฏการณ์ที่ศึกษา (“reflecting on the essential themes which characterize the phenomenon”)

4. เขียนพรรณนาปรากฏการณ์อย่างมีศิลปะ โดยมีการทบทวนการเขียนเพื่อปรับเปลี่ยนสำนวนการเขียนไปเรื่อยๆ จนกว่าจะสมบูรณ์ (“describing the phenomenon through the art of writing and rewriting”)

5. คำนึงถึงข้อมูลที่สอดคล้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา มีความชัดเจน ตอบคำถามการวิจัยได้อย่างลึกซึ้งและครอบคลุม (“maintaining a strong and oriented pedagogical relation to the phenomenon”)

6. เชื่อมโยงข้อมูลให้มีความสอดคล้องและสมดุลกัน คำนึงถึงบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยพิจารณาประสบการณ์ย่อยให้สอดคล้องหรือเข้ากันได้กับประสบการณ์ ในภาพรวม (“balancing the research context by considering parts and whole”)

ในแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดสำคัญ เพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้กับการศึกษาวิจัย ดังนี้ (van Manen. 1990: 35-173)

1. มุ่งสู่ธรรมชาติของประสบการณ์ชีวิต (Turning to the nature of lived experience) เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์ชีวิตที่เป็นอยู่จริง (Lived experience) ของบุคคลภายใต้โลกประสบการณ์ ที่บุคคลนั้นๆ ประสบ กระบวนการนี้จะเป็นกระบวนการเริ่มแรกของการศึกษาวิจัย โดยจะเป็น กระบวนการที่ทำให้ได้คำถามการวิจัย และประเด็นคำถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (van Manen. 1990: 35-51)

1.1 ทำความเข้าใจกับคำว่า “ประสบการณ์ชีวิตตามที่บุคคลประสบ หรือ ประสบการณ์ใช้ชีวิตของบุคคล” (Lived experience) โดยต้องเข้าใจว่า จุดประสงค์หลักของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา คือ การถ่ายทอดประสบการณ์การใช้ชีวิตของบุคคลไปสู่ถ้อยคำ หรือคำพรรณนาเกี่ยวกับแก่นแท้ของปรากฏการณ์ (Essence) เน้นการให้ความหมายของบุคคล เกี่ยวกับประสบการณ์ที่ใช้ชีวิตอยู่ ซึ่งเกี่ยวข้องกับบริบทหรือสถานการณ์รอบข้าง ไม่ละเลยอดีตของบุคคล และคำนึงถึงปัจจุบันตามที่เป็นอยู่จริง เพื่อให้เกิดความเข้าใจว่าประสบการณ์นั้นมีความหมาย หรือความสำคัญเช่นไรกับบุคคล ซึ่งเกิดจากการตีความของบุคคลเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เขาประสบ

การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ ยังเน้นการระลึกถึงหรือตระหนักถึง ปฏิสัมพันธ์ต่างๆ ทั้งภายในตนเองและกับผู้อื่น (การทำความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง และการทำความเข้าใจที่ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น) ในสภาพการณ์ต่างๆ ที่มีความหมายบุคคลในลักษณะต่างๆ โดยต้องตระหนักว่า บุคคลและโลกไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เน้นภาวะการเป็นของมนุษย์ ภายในโลก (being-in-the-world) ที่ว่าเป็นปรากฏการณ์วิทยา เนื่องจาก เป็นการศึกษาประสบการณ์ ใช้ชีวิตของบุคคล (Lived experience) ภายใต้ปรากฏการณ์ (Phenomena) เพื่อที่จะทำความเข้าใจ หรือตีความหมายเกี่ยวกับภาวะการเป็น (being) ของมนุษย์ในประสบการณ์นั้น และที่ว่าเป็นการตีความ (Hermeneutics) เนื่องจาก เป็นการตีความสิ่งที่ปรากฏ (Expressing) และตีความข้อความ

(Text) อันเป็นข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์ เพื่อที่จะศึกษาว่ามีความหมายใดที่แฝงอยู่ภายใต้สิ่งที่ปรากฏหรือข้อความนั้นๆ

1.2 ทำความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับความหมายของคำว่า “ปรากฏการณ์” (Phenomenon) ว่าเน้นการศึกษาแก่นแท้ (Essence) ของปรากฏการณ์ อันจะแสดงถึงโครงสร้างหรือองค์ประกอบสำคัญของประสบการณ์ที่บุคคลประสบ (Structure of a lived experience) ศึกษาถึงภาวะการเป็น (being) ของบุคคล โดยเน้นการตีความที่เชื่อมโยงจากส่วนย่อยไปสู่ภาพรวมของปรากฏการณ์

1.3 สร้างคำถามการวิจัยที่สอดคล้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา รวมถึงการกำหนดคำถาม เน้นคำถามปลายเปิดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้ง และกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเปิดเผยข้อมูล รวมทั้งผู้วิจัยต้องเปิดใจที่จะรับข้อมูลอย่างเต็มที่ เน้นคำถามเกี่ยวกับภาวะการเป็น (being) ของบุคคล อันเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่บุคคลประสบ เพื่อให้เข้าใจว่าประสบการณ์นั้นมีความหมายเช่นไรต่อบุคคล

1.4 ทำความเข้าใจให้กระจ่างกับความรู้ ความเข้าใจเดิมเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่จะศึกษา ปัญหาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาส่วนใหญ่ไม่ได้เกิดจากการที่นักวิจัยขาดความรู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่จะศึกษา แต่เป็นการที่นักวิจัยรู้มากเกินไปเกี่ยวกับสิ่งที่จะศึกษา ซึ่งสิ่งที่รู้และเข้าใจจะทำให้เกิดการตีความล่วงหน้า หรือเกิดการตั้งสมมติฐานไว้ล่วงหน้า อย่างไรก็ตาม ปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความปฏิบัติวิธีการพวงเล็บ (Bracketing) ตามแนวคิดของฮูสเซิร์ล เนื่องจากมองว่า การละวางความรู้ ความเชื่อเดิมที่มีอยู่ของนักวิจัยเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก ดังนั้น วิธีที่เหมาะสมกว่าคือ การทำความเข้าใจอย่างกระจ่างถึงความรู้ ความเชื่อเดิม และการตั้งสมมติฐานล่วงหน้าของนักวิจัย โดยไม่ได้ทิ้งหรือละเลยสิ่งเหล่านั้น แต่นำเอามาใช้เพื่อที่จะทำความเข้าใจความหมายที่ซ่อนอยู่ภายใต้ปรากฏการณ์ที่ศึกษา

2. การค้นหา สืบสวน (Investigate) ประสบการณ์ที่ศึกษา (Investigating experience as we live it) ประหนึ่งว่าเป็นส่วนหนึ่งในประสบการณ์นั้น กระบวนการนี้จะเป็นขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล เน้นให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับโลกประสบการณ์ที่บุคคลใช้ชีวิตอยู่ (Life world, The world of lived experience) และทำความเข้าใจข้อมูลเหล่านั้นโดยการไตร่ตรองข้อมูลซ้ำไปมา (Reflecting) (van Manen. 1990: 52-76)

2.1 เริ่มจากการตรวจสอบตนเอง หรือทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของตนเองที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่ศึกษา เพื่อที่จะศึกษาและตีความประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างแจ่มชัด โดยแยกได้ว่า สิ่งใดเป็นความเห็นส่วนตัวหรือการตีความของผู้วิจัยอันเกิดจากความรู้หรือประสบการณ์ที่มีอยู่ และสิ่งใดเป็นการตีความของผู้ให้ข้อมูล

2.2 ทำความเข้าใจกับความเป็นมาหรือความหมายที่แท้จริงของภาษาหรือคำต่างๆ ที่นำมาใช้ เพื่อที่จะสื่อภาษาออกมาโดยไม่บิดเบือนความหมายที่แท้จริง รวมถึงเพื่อที่จะเข้าใจภาษาที่ผู้ให้ข้อมูลสื่อออกมาโดยไม่บิดเบือนความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการสื่อ

2.3 ทำความเข้าใจให้แจ่มชัดเกี่ยวกับสำนวนภาษาต่างๆ ว่าสื่อความหมายเช่นไร

2.4 ควรเข้าใจว่า จุดมุ่งหมายหลักของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา คือ เน้นทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตที่บุคคลได้ประสบ ผ่านการตีความประสบการณ์หรือการทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของบุคคลนั้นๆ เหมือนกับนำข้อมูลความรู้จากประสบการณ์ของบุคคลเพื่อนำไปสู่การเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษา ดังนั้นจึงต้องอาศัยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ได้ประสบกับประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับเรื่องที่ศึกษาโดยตรง โดยการศึกษาแบบตีความนั้น ผู้วิจัยจะต้องดำเนินการสัมภาษณ์โดยเน้นการตั้งข้อสงสัยกับข้อมูลที่ได้เข้าไปมา จากการสนทนากับผู้ให้ข้อมูลหลายต่อหลายครั้งจนกว่าจะได้ข้อมูลที่กระจ่าง ผู้วิจัยจะกำหนดเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำตัวเข้าไปในประสบการณ์ที่ศึกษา ประหนึ่งตนเองเป็นส่วนหนึ่งหรือมีส่วนร่วมในประสบการณ์นั้นๆ วิธีการหรือการกำหนดเครื่องมือเน้นให้ได้ข้อมูลที่มีความลึกซึ้ง ครอบคลุม และกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลได้เปิดเผยข้อมูลอย่างเต็มที่และสอดคล้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา เครื่องมือมีหลากหลายด้วยกัน เช่น การเขียนเล่าเรื่องราวตนเอง (Protocol writing) การสัมภาษณ์ การสังเกต การเขียนชีวประวัติ การเขียนบันทึกประจำวัน บันทึกทางการแพทย์ เป็นต้น

3. การตีความโดยสะท้อนโครงสร้างความหมายสำคัญ (Hermeneutic phenomenological reflection) หรือสะท้อนความคิดเกี่ยวกับข้อมูล เพื่อกำหนดหน่วยหรือโครงสร้างความหมาย (Themes) ของปรากฏการณ์ กระบวนการนี้จะเป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูล ในที่นี้คือการไตร่ตรองข้อมูล (Reflect) เพื่อให้ได้หน่วยหรือโครงสร้างความหมายต่างๆ (Themes) ที่กำหนดหรือเป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะของปรากฏการณ์ที่ศึกษา จุดมุ่งหมายสำคัญของการวิเคราะห์คือการได้ แก่นแท้ของปรากฏการณ์ (Essence) หรือโครงสร้างความหมาย ซึ่งมีได้มีเพียงความหมายเดียว แต่เป็นโครงสร้างความหมายที่มีลักษณะหลากหลายมิติ (Multi dimension) และหลากหลายชั้น (Multi layered) กล่าวคือไม่ได้มีเพียงนิยามความหมายเดียว หรือ ไม่มีนิยามความหมายใดที่แน่นอนตายตัว ขั้นตอนในการได้มาซึ่งโครงสร้างความหมาย มีดังนี้ (van Manen. 1990: 77-109)

3.1 เริ่มจากต้องทำความเข้าใจคำว่า หน่วยหรือโครงสร้างความหมาย (Theme) ก่อนว่าเป็นเช่นไร ซึ่งในการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา หน่วยหรือโครงสร้างความหมายนี้ จะแทนโครงสร้างปรากฏการณ์ (Structures of experience) ดังนั้นการวิเคราะห์ปรากฏการณ์จึงเป็นการวิเคราะห์ว่าโครงสร้างความหมายของประสบการณ์เป็นเช่นไรนั่นเอง ซึ่งจะเป็นลักษณะของการก่อร่างแนวคิดหรือจัดหมวดหมู่ข้อมูลให้กลายเป็นโครงสร้างที่แทนแก่นแท้ปรากฏการณ์ โดยการไตร่ตรองหรือสะท้อนความคิดเกี่ยวกับข้อมูลเข้าไปมา ทำความเข้าใจข้อมูลในสถานการณ์ต่างๆ (หรือแต่ละท่าทาง การแสดงออกของแต่ละบุคคล) เพื่อโยนไปสู่การเข้าใจภาพรวมของปรากฏการณ์

3.2 เข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์เพื่อสร้างหน่วยหรือโครงสร้างความหมาย (Themes) โดยพึงตระหนักว่า การศึกษาปรากฏการณ์วิทยา เป็นการแสวงหาความหมายจากภาวะการเป็น (being) ของมนุษย์ การแสวงหานี้เป็นความต้องการที่จะค้นหาความหมายโดยการใช้อคำถามกระตุ้นให้เกิดการสร้างความหมายต่างๆ ของบุคคลเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ตนเองประสบ

โดยการกำหนดหน่วยหรือโครงสร้างความหมายจะเป็นการวิเคราะห์ให้เห็นถึงโครงสร้าง ประสพการณ์ หรือองค์ประกอบต่างๆ ที่หล่อหลอมกันเป็นลักษณะเฉพาะของประสพการณ์นั้นๆ โดยการสะท้อนความคิดหรือไตร่ตรอง (Reflecting) เกี่ยวกับสถานการณ์ต่างๆ ของประสพการณ์ อย่างละเอียดรอบคอบ

3.3 ค้นหาหน่วยหรือโครงสร้างความหมาย (Themes) โดยการตรวจสอบว่า สถานการณ์ต่างๆ มีความสำคัญเช่นไรกับบุคคล หรือมีความหมายกับภาวะการเป็น (being) ของบุคคลเช่นไร ซึ่งในกระบวนการค้นหาความหมายนี้ อาจได้หน่วยความหมายหลายๆ อย่าง จึงควร พิจารณาและไตร่ตรองอย่างรอบคอบว่า ความหมายใดที่สอดคล้องกับการปรากฏของสถานการณ์ นั้นๆ ที่สุด

3.4 หน่วยหรือโครงสร้างความหมาย (Themes) เป็นสิ่งที่จะบอกได้ว่าเรื่องราว นั้นมีความหมายเช่นไร หรือชี้ประเด็นสำคัญอะไรเกี่ยวกับประสพการณ์ เป็นสิ่งที่จะบอกได้ว่า บุคคล ทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสพการณ์ที่พวกเขาประสพอย่างไร และเป็นสิ่งที่ใช้อธิบายลักษณะ โครงสร้างประสพการณ์ที่บุคคลประสพอยู่ โดยแต่ละหน่วยความหมายย่อยจะประกอบเป็น โครงสร้างปรากฏการณ์ในภาพรวม

3.5 ค้นหาหน่วยหรือโครงสร้างความหมาย (Themes) จากข้อมูลหรือเรื่องราว ในแต่ละส่วนหรือในแต่ละสถานการณ์ โดยใช้วิธีการต่างๆ ดังนี้

- Wholistic or Sententious approach เป็นวิธีการกำหนดประเด็น ความหมาย จากการอ่านและไตร่ตรองข้อมูลที่ละเอียดรอบคอบ แล้วมองหาความหมายจากเรื่องราวที่ สอดรับกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา

- Selective or Highlighting approach เป็นวิธีการกำหนดประเด็น ความหมาย จากการอ่านและไตร่ตรองข้อมูลในแต่ละส่วน แล้วมองว่ามีประโยคคำพูดหรือคำพูดใด ที่ชี้แทนความหมายของเรื่องราวนี้ได้ อันเกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา

- Detail or Line-by-line approach เป็นวิธีการกำหนดประเด็นความหมาย จากการอ่านและไตร่ตรองข้อมูลที่ละเอียดรอบคอบ แล้วมองว่าประโยคคำพูดใดที่บ่งบอกอะไรกับเราหรือให้ ความหมายอะไรที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา

3.6 นำหน่วยหรือโครงสร้างความหมาย (Themes) ที่ได้มาปรับเปลี่ยนคำ ให้สามารถสื่อความหมายถึงประสพการณ์ที่ศึกษา (Composing linguistic transformation)

3.7 ในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยควรไตร่ตรองและตั้งข้อสงสัยเกี่ยวกับสิ่ง ที่ได้พบ ได้ยิน เพื่อจะกำหนดเป็นหน่วยหรือโครงสร้างความหมาย (theme) ที่จะใช้สืบค้นหรือถาม ต่อ กล่าวคือ หน่วยความหมายที่ได้ในแต่ละครั้งจะกลายเป็นเป้าหรือประเด็น (objects) ที่จะให้ สืบค้นต่อ ทั้งนี้เพื่อให้ได้หน่วยหรือโครงสร้างความหมายที่แทนคุณลักษณะของปรากฏการณ์อย่าง สมบูรณ์ ตรวจสอบว่าแต่ละหน่วยความหมายมีความเชื่อมโยงกันเช่นไร และตีความซ้ำไปซ้ำมา จนกว่าจะได้หน่วยหรือโครงสร้างความหมายที่แสดงแก่นแท้ของปรากฏการณ์อย่างแท้จริง

3.8 วิเคราะห์แต่ละประเด็นความหมาย ผ่านกระบวนการสร้างจินตภาพ (Free imaginative variation) ของผู้วิจัย และเขียนอธิบายว่าแต่ละประเด็นความหมายนั้นมีลักษณะอย่างไร หรือหมายถึงอะไร ใช้ภาษาเพื่อบอกลักษณะของหน่วยหรือโครงสร้างความหมายนั้น โดยเน้นภาษาที่แสดงถึงความเป็นปรากฏการณ์ตามที่ศึกษา เพื่อให้ได้โครงสร้างความหมายที่บ่งบอกแก่นแท้ของปรากฏการณ์ที่ศึกษา อาศัยกรอบแนวคิดอัตถิภาวนิยม (Existential) ซึ่ง แมนเนน นำมาใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์แบบตีความ โดยมีหลักแนวคิด 4 แนว (van Manen. 1990: 102-105) ได้แก่

- Lived space (Spatiality) เป็นการวิเคราะห์ที่พิจารณาถึงพื้นที่ในช่วงสถานการณ์ต่างๆ เนื่องจากแต่ละบุคคลจะมีความรู้สึกที่แตกต่างกันไปในพื้นที่ที่แตกต่างกัน เช่น เวลาที่เราอยู่ในสถานที่ที่ใหญ่โตกว้างขวาง เราจะรู้สึกว่าเราตัวเล็กกลง หรือเวลาเราอยู่ในที่โล่งกว้างเราอาจรู้สึกอิสระ นอกจากนั้น ในพื้นที่เดียวกัน เด็กกับผู้ใหญ่อาจมีความรู้สึกต่างกัน เป็นต้น

- Lived body (Corporeality)) เป็นการวิเคราะห์ที่พิจารณาถึงความเป็นตัวตนในช่วงสถานการณ์ต่างๆ เนื่องจากแต่ละบุคคลจะแสดงตัวตนที่แตกต่างกันไปในแต่ละสถานการณ์ หรือในบางสถานการณ์อาจเปิดเผยตัวตน ในขณะที่บางสถานการณ์อาจปกปิดตัวตนไว้ เช่น เมื่อเราเจอคนแปลกหน้าใหม่ๆ เราอาจจะยังไม่เปิดเผยตัวตนที่แท้จริงของเราออกมาให้เห็น หรือเวลาที่ครูใหม่เริ่มสอนนักเรียนในวันแรก อาจจะมีความรู้สึกประหม่า ทำให้แสดงพฤติกรรมที่เคอะเขิน ในขณะที่หลังจากนั้นพฤติกรรมอาจแสดงออกอีกแบบหนึ่ง เป็นต้น

- Lived time (Temporality) เวลาในที่นี้ไม่ใช่เวลาตามนาฬิกา แต่หมายรวมถึง ทั้งช่วงระยะ ช่วงวัย หรือช่วงเวลา ที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกที่แตกต่างกัน เช่น เวลาที่เรารู้สึกเบื่อ จะรู้สึกเหมือนเวลาผ่านไปช้ามาก แต่เวลาที่เรามีความสุข สนุก อาจรู้สึกว่าเวลาในช่วงนี้ผ่านไปเร็ว หรือ ช่วงวัยเด็ก กับเวลาที่เรเติบโตขึ้น ความคิดอ่านเราอาจเปลี่ยนไป เป็นต้น ในอดีตบุคคลอาจตีความเกี่ยวกับตนเองในแบบหนึ่ง แต่เมื่อเวลาผ่านไป จนถึงปัจจุบันบุคคลอาจตีความเกี่ยวกับตนเองเปลี่ยนไป ซึ่งจะมีผลต่อการคาดหวังเกี่ยวกับตนเองในอนาคต

- Lived other (Relationality)) เป็นการวิเคราะห์ที่พิจารณาถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล บุคคลอาจจะแสดงตนหรือมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันไปเมื่อเผชิญหน้าหรือเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับคนที่ต่างๆ กันไป หรือเมื่อเราพบเจอคนหนึ่ง อาจแสดงพฤติกรรมอย่างหนึ่ง แต่เมื่อต้องเจอหรืออยู่ต่อหน้าคนอื่นอีกคน แม้จะอยู่ในสถานการณ์หรือกระทำเรื่องเดียวกัน เราอาจแสดงพฤติกรรมที่ตรงข้ามกับที่เคยแสดงไว้ เป็นต้น

3.9 ตรวจสอบการกำหนดประเด็นความหมายจากผู้วิจัยร่วมหรือผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ

3.10 ตรวจสอบดูว่ามีประเด็นความหมายที่ได้ เป็นประเด็นความหมายที่แสดงแก่นแท้ของปรากฏการณ์อย่างแท้จริงหรือไม่ โดยการเป็นแก่นแท้ในที่นี้หมายถึง ถ้าปราศจากประเด็นความหมายเหล่านี้แล้ว จะไม่สามารถอธิบายปรากฏการณ์นั้นให้เกิดความเข้าใจได้อย่างกระจ่างชัดเจน

4. เขียนพรรณนาปรากฏการณ์ (Hermeneutic phenomenological writing) โดยมีแนวทางดังต่อไปนี้ (van Manen. 1990: 111-133)

4.1 อาศัยศิลปะในการเขียน โดยเน้นให้ได้เรื่องราวที่สอดคล้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา มีการไต่ตรองข้อมูลอย่างรอบคอบเข้าไปมา แสดงให้เห็นมุมมองของผู้วิจัยที่ชัดเจนและลึกซึ้ง ข้อมูลที่ได้ให้ข้อเสนอแนะหรือข้อคิดที่สำคัญ และ แสดงให้เห็นว่ากระบวนการตีความของผู้วิจัยเป็นเช่นไร

4.2 มีการยกกรณีตัวอย่าง หรือสถานการณ์ที่ได้จากบางกรณี เพื่อช่วยขยายความหรือช่วยให้เกิดความเข้าใจประเด็นความหมายชัดเจนขึ้น

4.3 มีการทบทวนการเขียนเพื่อปรับเปลี่ยนสำนวนการเขียนไปเรื่อยๆ (Writing and Rewriting) จนกว่าจะสมบูรณ์หรือสร้างความเข้าใจให้กับผู้อ่านได้มากที่สุด

5. คำนึ่งถึงข้อมูลที่ชัดเจน น่าเชื่อถือ สอดคล้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา (Maintaining a strong and oriented relation) การเขียนที่มีคุณภาพ ยังต้องคำนึงถึงการได้มาซึ่งข้อมูลที่สามารถตอบคำถามการวิจัยได้อย่างลึกซึ้งและครอบคลุม มีความชัดเจน เป็นการเขียนที่สร้างความเข้าใจให้กับผู้อ่านเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้ ตลอดจนเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถืออย่างเพียงพอ (van Manen. 1990: 135-160)

6. พิจารณาความสมดุลของข้อมูลในบริบทส่วนย่อยให้สอดคล้องหรือเข้ากันได้กับข้อมูลในภาพรวม (Balancing the research context by considering parts and whole) การจะเขียนพรรณนาข้อมูลในแต่ละส่วนให้มีความเชื่อมโยงและสอดคล้องกันอย่างสมตลุนั้น ผู้วิจัยต้องมีศิลปะในการเขียน และมีความเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างถ่องแท้ การเขียนเชื่อมโยงต้องไต่ตรองบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุม เพื่อให้ประเด็นในแต่ละส่วนมีความสมบูรณ์ และมีความสอดคล้องกลมกลืนกัน รวมถึงมีความสอดคล้องกับภาพรวมของปรากฏการณ์ อันเป็นโครงสร้างความหมายหรือแก่นแท้ของปรากฏการณ์ (van Manen.1990: 161-173)

3.7 ข้อจำกัดของวิธีการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ

แม้แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ จะเป็นการศึกษาที่มีความละเอียด ลึกซึ้ง แต่จากการศึกษาวิธีวิทยาของปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดดังกล่าวนี้ พบว่ามีข้อจำกัดในการศึกษา ดังนี้

- 1) แนวคิดทางปรัชญาปรากฏการณ์วิทยามีความหลากหลาย และเข้าใจค่อนข้างยาก
- 2) การเลือกตัวอย่างหรือปรากฏการณ์ที่เหมาะสมกับการวิจัยอาจมีปัญหาในการหาตัวอย่างที่พร้อมจะให้ข้อมูลในการทำวิจัย
- 3) นัยและความหมายที่นักวิจัยพบอาจมีหลายอย่าง ทำให้ยากที่จะตัดสินใจว่าจะเลือกความ-หมายใดดี ซึ่งนักวิจัยจะต้องหาข้อสรุปให้ได้ว่าความหมายที่แท้จริง หรือที่เป็นแก่นหรือสาระที่แท้ (essence) ของปรากฏการณ์หรือประสบการณ์นั้นคืออะไร

4) กฎเกณฑ์และข้อจำกัดของการตีความนั้น ทำให้การตีความที่ถูกต้องครอบคลุมในปรากฏการณ์เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยาก เพราะแม้เราจะพยายามตีความปรากฏการณ์อย่างไรก็ตาม โอกาสที่เราจะละเอียดหรือมองข้ามกระบวนการของปรากฏการณ์ในบางส่วน บางแง่มุมย่อมเกิดขึ้นได้เสมอ

5) จุดเน้นของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความคือ การทำความเข้าใจและการสื่อสารหรือมีการปฏิสัมพันธ์กัน กรอบความคิดจึงมุ่งประเด็นไปที่การแปลความจากพฤติกรรมต่างๆ ซึ่งปัญหามีอยู่ว่า เราจะสามารถเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ ที่แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง ด้วยความรู้ความเข้าใจแบบของเราได้อย่างไร (มรรยาท กิจสุวรรณ. 2532: 28) โดยเฉพาะเมื่อมนุษย์มีความเป็นปัจเจกบุคคลจึงมีการตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมที่ต่างกัน อีกทั้งสิ่งแวดล้อมที่เชื่อได้ว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์ก็มีหลากหลาย ฉะนั้นผู้ตีความจึงต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถและโน้มน้าวที่รอบคอบ เพราะการตีความจะได้ผลอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับบุคคลผู้ตีความเป็นอย่างมาก

แม้ว่าการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความจะทำให้เกิดข้อสงสัยเกี่ยวกับความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของผลการวิจัย นอกจากนั้นยังต้องคำนึงถึงความเป็นอัตวิสัยของผลการวิจัย แต่นั่นไม่ได้หมายความว่า การตีความจะทำให้เกิดผลการวิจัยที่มีความบิดเบือน หรือปนเปื้อนไปด้วยอคติของผู้วิจัย การทำความเข้าใจและใช้วงจรการตีความอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการสำคัญในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ทำอย่างเป็นระบบการเข้าใจเงื่อนไขและหลักการต่างๆ ของการตีความ รวมทั้งการตรวจสอบซ้ำไปมา จะทำให้สามารถแน่ใจได้ว่าสิ่งที่ได้จากการตีความมีความน่าเชื่อถือสอดคล้องกับความจริงตามที่เป็นอยู่สามารถตรวจสอบได้จากผู้วิจัยคนอื่นหรือผู้อ่าน ตลอดจนสามารถแยกแยะได้ว่าสิ่งใดที่เป็นเหตุเป็นผลของปรากฏการณ์ หรือสิ่งใดเป็นสิ่งที่ผู้ตีความสร้างขึ้นซึ่งมีความจริงแฝงอยู่

3.8 งานวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ

จากการค้นคว้าเกี่ยวกับงานวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาในประเทศไทยพบว่ายังมีไม่มาก เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยในต่างประเทศ โดยเฉพาะการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันพบว่า งานวิจัยในเมืองไทยได้มีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความอย่างแพร่หลายมากขึ้น โดยเฉพาะในวงการสุขภาพ ที่ใช้ในการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบุคคลที่ประสบภาวะวิกฤตจากภาวะของโรค หรือในวงการอื่นที่ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบุคคลรวมทั้งบุคคลที่เกี่ยวข้องในการเผชิญกับเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต หรือเหตุการณ์ที่มีความหมายต่อชีวิต ซึ่งเป็นการเน้นย้ำให้เห็นว่า การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาที่มุ่งศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบุคคล โดยเฉพาะปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ จะเน้นการทำความเข้าใจภาวะการเป็น (being) ของบุคคลในประสบการณ์ที่บุคคลเผชิญ โดยเฉพาะภาวะการเป็นในสถานการณ์วิกฤตในชีวิต หรือมีส่วนในการเผชิญร่วมกับบุคคลใกล้ชิด ในที่นี้จะขอเริ่มจากงานวิจัยที่

ศึกษาประสบการณ์ของบุคคลที่ต้องเผชิญกับสภาวะที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของตนเอง ดังต่อไปนี้

งานวิจัยเรื่องแรกนี้เป็นงานวิจัยในประเทศที่ใช้การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ โดย กาญจนา สังข์สิงห์; อุไร หัตถกิจ; และอังศุมา อภิชาติ. (2550: 40) ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มหนึ่ง มุ่งบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการเยียวยาตนเองด้วยสมาธิ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยที่รู้ว่าตนเองเป็นมะเร็ง และมีประสบการณ์การใช้สมาธิในการเยียวยาตนเองจำนวน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการประยุกต์ใช้ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติคส์ของ แวนแมนเนน ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายของการเยียวยาตนเองด้วยสมาธิเป็น 4 ลักษณะ คือ 1) สมาธิเป็นธรรมโอสถ 2) สมาธิเป็นพลังที่ช่วยให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันด้านทานและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ 3) สมาธิเป็นตัวช่วยปรับสมดุลของร่างกายและจิตใจ และ 4) สมาธิเป็นวิธีการที่ช่วยให้เกิดปัญญารับรู้ตามความเป็นจริงไม่ปรุงแต่ง ชนิดของสมาธิที่ผู้ให้ข้อมูลใช้มี 2 แบบ คือ การเจริญสติ และสมาธิตั้งพลัง โดยผู้ให้ข้อมูลรับรู้ผลของการใช้สมาธิต่อด้านร่างกายคือ 1) หายจากโรคร้าย 2) ลด/บรรเทาความทรมาณทางกาย นอกจากนั้นยังมีผลให้กระดูกและกล้ามเนื้อแข็งแรง และช่วยให้นอนหลับได้ง่าย ส่วนผลของการใช้สมาธิต่อด้านจิตใจและจิตวิญญาณ คือ อยู่กับโรคมะเร็งได้ และมีการดำเนินชีวิตดีขึ้น

งานวิจัยเรื่องนี้ศึกษาจากผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการใช้สมาธิในการเยียวยาตนเองจาก มุ่งให้เกิดองค์ความรู้เกี่ยวกับการเยียวยาตนเองในภาวะของความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นลักษณะของการศึกษาเชิงประเมิณผลที่ได้รับจากประสบการณ์การใช้สมาธิบำบัดด้วยตนเอง ซึ่งคงไม่มีใครทราบดีเท่ากับผู้ที่กระทำด้วยตนเองหรือเป็นผู้เผชิญกับประสบการณ์นั้นๆ ด้วยตัวเอง ผลการวิจัยสื่อให้เห็นว่าการใช้สมาธิเยียวยาตนเองนั้นมีความหมายเช่นไรกับชีวิตในช่วงความเจ็บป่วยนั้น และเชื่อมโยงไปถึงว่าเกิดผลเช่นไรต่อชีวิตในช่วงนั้น อย่างไรก็ตามยังไม่ได้เห็นกระบวนการตีความที่ชัดเจนจากงานวิจัย เนื่องจากเป็นการศึกษาจากบทความวิจัยซึ่งอาจไม่ได้แสดงกระบวนการตีความที่ชัดเจนไว้ แต่ก็ทำให้เห็นการเชื่อมโยงข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาประสบการณ์ แสดงถึงช่วงของประสบการณ์ที่มีที่ไปที่ไป หรือมีเหตุและมีผลที่เกิดขึ้น ซึ่งยังมีงานวิจัยอีกเรื่องที่ศึกษาในลักษณะที่คล้ายกันดังนี้

งานวิจัยของ ทศนีย์ ขาว; เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์; และทิพมาส ชินวงศ์.(2551: 32-33) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอธิบายเกี่ยวกับประสบการณ์การเสริมสร้างพลังอำนาจตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ประสบความผาสุกในชีวิต คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจำนวน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการติดตามสัมภาษณ์เจาะลึก สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม บันทึกภาคสนามและบันทึกเทป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการหาค่าประกอบหลัก ผลการวิจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์การเสริมสร้างพลังอำนาจตนเองที่ประสบความผาสุกในชีวิต รับรู้ความผาสุกในชีวิต 6 มิติ ดังนี้คือ 1) ไม่ทำความเดือดร้อนหรือสร้างปัญหาให้ครอบครัว 2) รู้สึกมีคุณค่าที่ได้ทำสิ่งที่เป็ประโยชน์แก่ผู้อื่น 3) ยอมรับการ

เจ็บป่วยได้ไม่ทุกข์และกังวลใจ 4) ไม่เจ็บไม่ทุกข์ทรมาณร่างกาย 5) มีศักยภาพที่ยังคงสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ และ 6) มีชีวิตรอดมาได้จนได้เห็นความสำเร็จในครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายการเสริมสร้างพลังอำนาจตนเองว่าเป็นการต่อสู้ชีวิตเพื่อรักษาสมดุลกายจิต โดยเปรียบเทียบการต่อสู้ชีวิตใน 4 ลักษณะ คือ 1) การดูแลกายและจิตตนเองให้สมดุล 2) การเรียนรู้อยู่กับมะเร็ง 3) การอยู่อย่างมีสติรู้จักอยู่กับปัจจุบัน และ 4) การเอาชนะอุปสรรคหรือขึ้น จากหลุมชีวิต

นอกจากนั้น งานวิจัยนี้ยังเสนอข้อค้นพบเกี่ยวกับวิธีการที่ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจตนเอง ได้แก่ 1) ทำความรู้จักกับโรคและทบทวนวิเคราะห์ชีวิตตนเอง 2) ตั้งสติ/พิจารณาความจริงแห่งชีวิต ให้อยู่เหนือทุกข์ และ 3) ผสมผสานทางเลือกที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพ ส่วนปัจจัยที่ช่วยในการเสริมสร้างพลังอำนาจตนเองมาจาก 2 แหล่ง คือ ปัจจัยภายในตนเอง ได้แก่ สู้อย่างมีความหวังและมีเป้าหมายในชีวิต ให้กำลังใจตนเอง/ปรับความคิดเชิงบวก สามารถจัดการด้านการเงินได้อย่างลงตัว รู้จักตนเองและพึ่งพาตนเอง จิตใจเข้มแข็งและอดทน มองให้เห็นคุณค่าในตนเอง และเชื่อมั่นในแนวทางและวิธีการรักษาที่เลือก และปัจจัยจากบุคคลภายนอก ได้แก่ กำลังใจจากครอบครัวและญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน เพื่อนผู้ป่วยโรคเดียวกัน และคำพูด/กำลังใจจากแพทย์และพยาบาล ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเพื่อให้ประสบความสำเร็จในชีวิต

จะเห็นได้ว่างานวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาในลักษณะคล้ายคลึงกับเรื่องแรกคือในลักษณะของการประเมินผลจากประสบการณ์ที่ผ่านมา คือประสบการณ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการกับโรค และแสดงการให้ความหมายทั้งในด้านความผาสุก และการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อที่จะแสดงว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจและความผาสุกนั้นเป็นเช่นไร หรือมีลักษณะเช่นไร และเพื่อจะเชื่อมโยงการให้ความหมายไปสู่การกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจอันจะนำมาซึ่งความผาสุกในชีวิตแม้ในช่วงที่เผชิญกับโรคร้าย นอกจากนี้ยังได้แสดงข้อค้นพบเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับภาวะการเป็น (being) ซึ่งก็คือปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยนั่นเอง ซึ่งเป็นการพยายามอธิบายว่าพลังอำนาจที่เกิดขึ้นมีที่มาหรือเกิดขึ้นได้อย่างไร ทำให้มองเห็นประโยชน์สำคัญจากงานวิจัยคือ การได้องค์ความรู้ใหม่ที่แสดงกระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

งานวิจัยปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความอีกเรื่อง เป็นงานวิจัยของ รุ่งทิพย์ ดารายนตร์; เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์; และวิภาวี คงอินทร์. (2551: 135-136) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เผชิญความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลาอย่างน้อย 14 วัน จำนวน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกเป็นรายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ขั้นตอนการวิเคราะห์หาคำสำคัญของ แวน มาเนน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลรายงานประสบการณ์ความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 4 ลักษณะ ซึ่งแต่ละลักษณะประกอบด้วย ความรู้สึก ผลกระทบ รวมทั้งการดูแลที่ได้รับ ดังนี้ 1) เป็นความไม่รู้ไม่เข้าใจ เนื่องจากได้รับการฝึกหายใจโดยไม่อธิบายให้เข้าใจ

ส่งผลให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวลและกลัว 2) เป็นความลำบาก ทุกข์ทรมานที่สุดในชีวิต ซึ่งมี 5 ลักษณะ คือ (1) เจ็บปวดทรมานปานจะขาดใจ (2) เหนื่อยทั้งกายและใจเพราะพูดไม่ได้ (3) ทรมานจากการนอนหลับไม่พอ (4) ขาดอิสระ และ (5) ครอบครัวยุ่งยาก 3) เป็นความท้อแท้หมดกำลังใจ ซึ่งปรากฏใน 5 ลักษณะ คือ (1) เหนื่อยทุกครั้งเมื่อฝึกหายใจ (2) ต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (3) มีการติดเชื้อซ้ำ (4) ชีวิตไม่แน่นอน และ (5) เจ้าหน้าที่ขาดการเอาใจใส่ดูแล และ 4) เป็นความสิ้นใจไม่ยอมทำแต่จำเป็น โดยรับรู้ถึงความจำเป็นที่ต้องฝึกหายใจ 4 ประการ คือ (1) ต้องฝึกหายใจก่อนจึงจะหายใจเองได้ (2) ไม่ต้องการเจาะคอ (3) คิดถึงลูกหลาน/ไม่ต้องการให้ลำบาก และ (4) ยังมีภาระหน้าที่ต้องทำ

อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลสะท้อนปัจจัยส่งเสริมที่ช่วยให้มีความหวังและกำลังใจทำให้สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ใน 3 ลักษณะ คือ 1) ใจต้องสู้ไม่ท้อแท้ 2) ญาติคอยดูแลเอาใจใส่ให้กำลังใจ และ 3) เจ้าหน้าที่ดูแลรักชาติ นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนความต้องการการดูแล 7 ประการ คือ 1) ได้รับคำอธิบายและการเตรียมตัวก่อนการฝึกหายใจ 2) ขอให้พยาบาลอยู่ใกล้ๆ และช่วยทันทีเมื่อมีอาการเหนื่อย 3) ได้รับการบรรเทาเจ็บปวด 4) สามารถสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ 5) ได้รับความเข้าใจ คำพูดและปฏิบัติดีจากเจ้าหน้าที่ 6) ได้รับความเข้าใจในความรู้สึก และ 7) มีญาติอยู่ดูแลตลอดเวลา จะเห็นว่าข้อค้นพบมีความครอบคลุมตั้งแต่การให้ความหมายถึงความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในลักษณะต่างๆ และเชื่อมโยงไปถึงปัจจัยเงื่อนไขต่างๆ ที่มีส่วนช่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ รวมไปถึงความคาดหวังในความดูแล ที่เห็นชัดคือข้อค้นพบที่เชื่อมโยงการตีความประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันไปสู่ทักษะหรือมุมมองในอนาคตเกี่ยวกับเรื่องที่เหมาะสมอยู่นั้น ซึ่งแม้จะไม่เห็นกระบวนการตีความที่ชัดเจน แต่ทำให้เห็นข้อค้นพบอันแสดงถึงการตีความโดยไม่ละเลยบริบท และภาวะการเป็นอันเกี่ยวเนื่องกับกาล ซึ่งผลการวิจัยทำให้ได้ประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้ที่เป็นแนวทางในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วย ซึ่งแม้จะเป็นแค่ช่วงเวลาสั้นๆ แต่เป็นช่วงประสบการณ์ความยากลำบากที่เกิดกับชีวิตของบุคคลที่มีอาจละลายไปได้

งานวิจัยเรื่องสุดท้ายซึ่งเป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความเช่นเดียวกัน คืองานวิจัยของจริญา แก้วแทน; วิภาวี คงอินทร์; และกิตติกร นิลมานันต์. (2551: 342-343) มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มารักษาในศูนย์โรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสะเก็ดเงินแล้ว 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ขั้นตอนของ แวน มาเนน ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ปรากฏเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกคือ ระยะก่อนรู้จักโรค ได้ข้อค้นพบที่สะท้อนถึงความทุกข์และความหวาดกลัวกับอาการที่ไม่หายขาดโดยที่ไม่รู้ว่าเป็นอะไร ภาระทางการเงิน และกลัวถูกคนรังเกียจ ระยะต่อมาคือ ระยะรู้จักโรคอย่างแน่ชัด ได้ข้อค้นพบของความรู้สึกเหมือนหนูลองยา แต่เมื่อรู้ว่าไม่ใช่โรคร้ายจึงมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขขึ้น ศึกษาเกี่ยวกับโรค/แสวงหาวิธีรักษา และระยะสุดท้ายคือ ระยะมีชีวิตอยู่กับโรค แบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงโรคกำเริบ และช่วงโรคสงบ ในช่วง

โรคกำเริบ อธิบายความหมายเชิงเปรียบเทียบใน 3 ลักษณะ คือ 1) เหมือนคนพิการ/คนไร้ความสามารถ 2) ชีวิตอยู่ในโลกแคบ และ 3) เหมือนคนเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย และได้สะท้อนความรู้สึกและผลกระทบว่า ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ/ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่กล้าออกไปเผชิญกับโลกภายนอก/อยู่แบบปกปิดตัวเอง อยู่ด้วยความทุกข์ทรมาน และ อยู่อย่างท้อแท้ไม่อยากมีชีวิตในช่วงโรครสงบ ได้ความหมายใน 3 ลักษณะ คือ 1) เหมือนคนปกติทั่วไป 2) อยู่ในโลก กว้าง และ 3) ชีวิตมีคุณค่าโดยผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความรู้สึกว่า มีความมั่นใจในการดำรงชีวิตมากขึ้นกล้าออกไปเผชิญกับโลกภายนอก และมีพลังต่อสู้กับโรค

นอกจากนี้งานวิจัยยังได้เสนอให้เห็นปัจจัยที่เป็นเงื่อนไขต่อการกำเริบ คือ ความเครียด อดนอน/พักผ่อนน้อย/มีไข้ ฝุ่นละออง/ใบหญ้า/โรคภูมิแพ้ สภาพภูมิอากาศที่ร้อน เย็นเกินไป และอาหารแสลง อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลได้ใช้ประสบการณ์ชีวิตมาใช้ในการดูแลตนเอง ได้แก่ การตั้งรับเมื่อมีอาการเตือน การปรับจิตเพื่อลดความเครียด การเสริมสร้างกำลังใจจากคนรอบข้าง การงดกิจกรรมที่เชื่อว่าจะไม่ติดโรค ใช้การมองผู้อื่นช่วยเตือนสติ และปฏิบัติตามแผนการรักษาจนเป็นเรื่องปกติ จะเห็นว่าผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้เกิดความเข้าใจ ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน และสามารถใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย กระบวนการตีความในงานวิจัยนี้ออกมาในรูปแบบของข้อค้นพบที่มีความเชื่อมโยง โดยแสดงถึงการตีความประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่สัมพันธ์กับบริบทเงื่อนไขต่าง ๆ นอกจากนั้น ยังแสดงถึงการให้ความหมายประสบการณ์ชีวิตที่ผันแปรหรือเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดอัตถิภาวะนิยมตามแนวคิดของไฮเดกเกอร์ที่พูดถึงภาวะการเป็นและกาล (Being and Time) ซึ่งน่าจะเป็นตัวอย่างอันดีในการตีความประสบการณ์ที่มีช่วงเวลามาเป็นเงื่อนไขสำคัญ อย่างไรก็ตามการศึกษาข้อมูลจากผู้ป่วยเพียงกลุ่มเดียว อาจทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับบริบทเงื่อนไขที่ไม่มีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอ ซึ่งตัวอย่างงานวิจัยเรื่องต่อไปนี้จะทำให้ได้แนวคิดที่เป็นประโยชน์ในการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอต่อการตีความที่รัดกุมและเที่ยงตรง

งานวิจัยที่กล่าวถึงคือ ดุษฎีนิพนธ์ของโอลสัน (Olson. 2002: Online) เป็นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจสภาพชีวิตของผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมีแรงบันดาลใจจากการที่ได้ประสบกับเหตุการณ์ดังกล่าวโดยตรง กล่าวคือ ผู้วิจัยเองป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง และพี่น้องก็ป่วยเป็นโรคเดียวกันและเสียชีวิตไปตั้งแต่เด็ก ส่วนพ่อของเขาก็ป่วยเป็นโรคหัวใจและก็เสียชีวิตไปเช่นเดียวกันเขาต้องเผชิญกับสภาพที่เจ็บป่วยมาเป็นเวลานานและต้องเข้าๆ ออกๆ โรงพยาบาลบ่อยครั้ง ซึ่งเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้เขามีชีวิตอยู่ได้มาจนถึงปัจจุบัน ทำให้เขาพบว่า ความหมายของชีวิตไม่ได้หยุดอยู่ที่ความตาย แต่อยู่ที่ว่าบุคคลจะดำรงชีวิตของตนเองอย่างไรท่ามกลางความเจ็บป่วย และเทคโนโลยีทางการแพทย์มีผลอย่างไรกับชีวิตของผู้เจ็บป่วย โอลสันได้ทำการศึกษาวิจัยโดยใช้แนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ โดยเน้นการทำความเข้าใจและสะท้อนความคิดกับภาษา และข้อความต่างๆ ที่พรรณนาทั้งจากการสัมภาษณ์และการเขียน โดยกลุ่มเป้าหมายสำคัญได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และยังได้สัมภาษณ์ แพทย์ พยาบาล ครอบครัวผู้เจ็บป่วย และพระคริสเตียนในโรงพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นผู้อยู่ในชุมชนแห่งความเจ็บป่วย เพื่อทำความเข้าใจว่าผู้เจ็บป่วยเหล่านั้น

ดำรงชีวิตอยู่ท่ามกลางความเจ็บป่วยอย่างไร ผลการวิจัยทำให้พบความหมายที่สำคัญเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย และความหวังของชีวิตที่เจ็บป่วย ซึ่งพบว่า ความเข้าใจและความรักทั้งจากผู้ดูแลที่มีสุขภาพ จากครอบครัว เพื่อน และชุมชน และความรักในพระเจ้า มีความหมายต่อชีวิตของผู้เจ็บป่วย

งานวิจัยเรื่องนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรง ซึ่งมีความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับปรากฏการณ์จึงเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยเพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่มีความชัดเจนมากขึ้น อย่างไรก็ตามสิ่งที่ควรตระหนักก็คือ อคติของผู้วิจัยและความเป็นอัตวิสัยของผลการวิจัย ซึ่งจะทำให้งานวิจัยดังกล่าวขาดความน่าเชื่อถือ หรือเป็นการตีความที่เน้นการตีความของผู้วิจัยเป็นหลักมากกว่ามองความหมายที่ได้มาจากการตีความของผู้ให้ข้อมูลเอง สิ่งที่ผู้วิจัยเห็นว่าเป็นจุดเด่นของงานนี้ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วคือ การศึกษาเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วย โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากทั้งผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิด รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัว แพทย์ พยาบาล และพระคริสเตียนในโรงพยาบาล ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย ที่ช่วยสะท้อนความคิดที่หลากหลาย และข้อมูลสนับสนุนในการอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างลึกซึ้งและเชื่อมโยงกันมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ยังมีคุณูปการของ คาร์ค (Clark, 2002: Online) ที่ใช้การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตที่ต้องเผชิญกับความเศร้าโศกและความสูญเสีย โดยทำการศึกษาจากเรื่องเล่า 6 เรื่องเกี่ยวกับประสบการณ์ความเศร้าโศก และความสูญเสีย ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาโดยมุ่งค้นหาความหมายของประสบการณ์ ผ่านการทำความเข้าใจภูมิหลังของบุคคลเกี่ยวกับความเศร้าโศกที่ได้รับ การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยตีความหมายจากการอ่านเรื่องเล่า โดยทำความเข้าใจและตีความภาษาหรือข้อความจากเรื่องเล่าเหล่านั้น ซึ่งผลการวิจัยพบกลุ่มความหมายหลัก หรือหัวข้อสำคัญ (theme) ได้แก่ ธรรมชาติที่เป็นจริงของความสูญเสีย ความหมายที่แปรเปลี่ยนภายใต้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความผูกพันท่ามกลางความโศกเศร้า ความสูญเสียคือสภาวะที่ติดขัด และความสูญเสียเสมือนการเผชิญหน้ากับความตาย ในงานวิจัยชิ้นนี้ ผู้วิจัยยังนำเสนอถึงขั้นตอนของการตรวจสอบกระบวนการตีความ และข้อจำกัดต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้แตกต่างจากงานวิจัยเรื่องอื่นๆ ที่กล่าวมา เนื่องจากเป็นการตีความผ่านเรื่องเล่าเป็นการตีความแบบดั้งเดิมที่ทำการวิเคราะห์ตีความจากภาษาของเรื่องเล่าเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยมีการนำเสนอขั้นตอนการตรวจสอบกระบวนการตีความเพื่อสามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยได้ ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าการนำเสนอขั้นตอนการตรวจสอบกระบวนการตีความและการนำเสนอข้อจำกัดต่างๆ ที่เกิดขึ้นในงานวิจัยนี้ จะทำให้เกิดแนวคิดในการทำวิจัยต่อไปให้มีความรอบคอบและรัดกุมมากขึ้น และทำให้เห็นหนทางในการที่จะลดข้อจำกัดต่างๆ ให้น้อยลงได้ งานวิจัยเรื่องนี้แม้จะเป็นการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ที่แตกต่างจากงานวิจัยที่ผู้วิจัยจะศึกษาในครั้งนี้ แต่ก็ยังเป็นอีกตัวอย่างหนึ่งของการตีความที่มุ่งให้เกิดข้อค้นพบที่สามารถตรวจสอบได้ผ่านกระบวนการตีความที่นำเสนอ

จะเห็นได้ว่างานวิจัยที่นำเสนอไปแล้วทั้งหมด เป็นการศึกษารากฐานการตีความแบบตีความ โดยเก็บข้อมูลจากผู้เผชิญกับประสบการณ์นั้นโดยตรง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเรื่องราวของความเจ็บป่วย ความยากลำบาก ความสูญเสีย รวมไปถึงความเศร้าโศกเสียใจ แต่ยังมีการศึกษาวิจัยอีกหลายเรื่องด้วยกัน ทั้งในและต่างประเทศที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ที่เกี่ยวข้อง หรือผู้ที่ต้องดูแลหรือใกล้ชิดกับผู้เผชิญกับสถานการณ์ในชีวิตต่าง ๆ ซึ่งถือว่าเป็นอีกกลุ่มบุคคลที่ต้องร่วมเผชิญประสบการณ์ มีประสบการณ์จากการดูแล หรือได้รับผลกระทบจากประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อม มีงานวิจัยที่ยกมาเป็นตัวอย่างสำคัญในครั้งนี้ได้แก่

งานวิจัยของ อรพรรณ ไชยเพชร; กิตติกร นิลมานันต์; และ วิภาวี คงอินทร์. (2551: 9) เป็นการศึกษาเพื่ออธิบายการให้ความหมายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และความรู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในไอซียู ผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกแบบเจาะจง ทั้งหมด 12 ราย เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในไอซียูศัลยกรรมและไอซียูอายุรกรรมของโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์ข้อมูลตามกระบวนการของ แวน มาเนน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายใน 4 ลักษณะ คือ 1) การทำสิ่งที่มีคุณค่า 2) การดูแลด้วยใจ 3) การทำงานที่ยากแต่ท้าทายบทบาท และ 4) การดูแลเหมือนการเดินทางที่มีจุดหมาย ความรู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมี 6 ลักษณะ คือ 1) สงสัย ไม่แน่ใจในการตอบสนองด้านจิตใจ 2) อึดอัด ขัดแย้งที่ไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างเต็มที่ 3) ลำบากใจที่ต้องบอกความจริงกับญาติ 4) เครียด กัดดันเพราะไม่สามารถแสดงออกถึงความรู้สึกร่วมกับญาติได้ 5) สงสาร หดหู่ ที่ผู้ป่วยและญาติต้องสูญเสีย และ 6) รู้สึกดีและ อิ่มใจที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ

ผลการศึกษาของงานวิจัยเรื่องนี้ ทำให้เข้าใจประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมให้พยาบาลไอซียูสามารถให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เป็นการศึกษาในกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ประสบสถานการณ์หรือภาวะที่ยากลำบากในชีวิต ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลในอีกมุมมองหรือในมิติที่แตกต่าง และเป็นข้อค้นพบที่จะเพิ่มเติมและสนับสนุนให้การปฏิบัติต่อผู้เผชิญประสบการณ์โดยตรงมีความครอบคลุมและป้องกันแก้ไขได้อย่างรัดกุมขึ้น นอกจากนั้นประสบการณ์บางอย่างมีเพียงกระทบโดยตรงต่อบุคคลที่เผชิญประสบการณ์นั้น แต่ยังส่งผลกระทบไปสู่ผู้ใกล้ชิดหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดังตัวอย่างของงานวิจัยต่อไปนี้

ดุชฎีนิพนธ์ของ ฮาเกดอร์น (Hagedorn. 2002: Online) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับเส้นทางชีวิตของครอบครัวที่มีประสบการณ์ในการดูแลลูกที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยใช้การศึกษาเชิงคุณภาพตามแนวปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic phenomenology) วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย เพื่อพรรณนา (describe) และตีความ (interpret) ประสบการณ์ชีวิตของครอบครัวเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ได้แก่ การสัมภาษณ์ การบันทึกเสียง ภาพถ่ายจากครอบครัว การวาดภาพของลูก และบันทึกของผู้วิจัย โดยสัมภาษณ์ครอบครัว 8 ครอบครัว และสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้องอีก 32 คน การวิเคราะห์เน้นการตีความจากการสะท้อนความคิดในระดับต่าง ๆ

ผลการวิจัยนำเสนอผลจากการสะท้อนความคิดสองระดับ กล่าวคือ การสะท้อนความคิดในระดับแรกจากการพรรณนา ทำให้พบความหมายที่สำคัญ ได้แก่ วิถีทางดำรงชีวิตที่เปลี่ยนไปของครอบครัว ส่วนการสะท้อนความคิดในระดับที่สอง เกิดจากการตีความผ่านเนื้อหาของข้อมูล ทำให้พบความหมายสำคัญเกี่ยวกับประสบการณ์ของครอบครัว ได้แก่ สภาวะของความเจ็บป่วยและสภาพที่เปลี่ยนแปลง สัมพันธภาพกับคู่ดูแล ปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมที่ต้องเปลี่ยนไป การทำ

จะเห็นได้ว่าความเข้าใจกับสภาวะโรค การเผชิญหน้ากับความตาย การใช้ชีวิตใกล้ตาย ความศรัทธา ความรัก และความหวัง และจากการสะท้อนความคิดที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น ทำให้พบทั้งกลุ่มความหมายหลักและกลุ่มความหมายย่อยที่สำคัญเกี่ยวกับเส้นทางชีวิตที่เปลี่ยนไปในแต่ละวัน การศึกษาวิจัยในเรื่องนี้เน้นทั้งการพรรณนาและตีความ โดยใช้เครื่องมือวิจัยที่หลากหลาย จุดเน้นของการตีความในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เน้นการสะท้อนความคิดในระดับต่างๆ เพื่อให้มองเห็นภาพกระบวนการตีความที่มีความรัดกุม ทำให้ได้ความหมายของประสบการณ์ชีวิตที่มีความลึกซึ้ง และได้ประเด็นที่หลากหลาย จากการตีความที่ครอบคลุมบริบทแวดล้อมและปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อย่างไรก็ตามการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ที่ดีคือการทำให้เห็นแก่นสาระสำคัญ (essence) ของปรากฏการณ์ อันหมายถึง แก่นความหมายที่แสดงคุณลักษณะสำคัญของปรากฏการณ์ที่ศึกษานั้น

งานวิจัยเกี่ยวกับปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความที่ผู้วิจัยนำเสนอ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิต หรือการดำรงชีวิตในโลกของปัจเจกบุคคลที่มีความละเอียดอ่อนและมีความสลับซับซ้อน เกี่ยวพันกับทั้งภูมิหลัง วัฒนธรรม และบริบทแวดล้อม ซึ่งจากการทบทวนวิธีวิทยาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทำให้พบว่า การใช้การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความจำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจเกี่ยวกับปรัชญาของการศึกษาดังกล่าว ตลอดจนต้องทำความเข้าใจกับวิธีวิทยาเพื่อนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสม จะเห็นได้ว่า งานวิจัยที่ได้ทบทวนมานั้นมีทั้งจุดเด่นและจุดที่ผู้วิจัยเห็นว่าควรที่จะเพิ่มเติมเพื่อให้กระบวนการตีความและข้อค้นพบมีความสมบูรณ์ โดยจะพบว่างานวิจัยบางงานที่เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลเพียงกลุ่มเดียว ซึ่งถ้าเพิ่มเติมการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้อง จะทำให้ได้ข้อมูลสนับสนุนในการอธิบายถึงบริบทเงื่อนไขต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่ออธิบายได้ว่า การให้ความหมายกับประสบการณ์ที่เผชิญเกี่ยวพันกับเงื่อนไขใด หรือให้ความหมายกับประสบการณ์ที่เผชิญในลักษณะใด มีข้อมูลที่เพียงพอในการตรวจสอบการตีความ และได้ข้อค้นพบที่มีความลึกซึ้งโดยคำนึงถึงความซับซ้อนของมิติต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะมิติของเวลาที่มีส่วนสำคัญในการอธิบายการให้ความหมายปรากฏการณ์ ทำให้ได้คำตอบที่สำคัญว่าปรากฏการณ์ที่ศึกษามีความหมายเช่นไรต่อชีวิตของบุคคลในช่วงระยะใดระยะหนึ่ง หรืออธิบายถึงความเปลี่ยนแปลงทัศนะหรือมุมมองในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งได้ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้การเก็บข้อมูลทั้งในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และผู้ให้ข้อมูลรอง คือครอบครัวและทีมสุขภาพ ตลอดจนบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ยาวนานเพียงพอ คำนึงถึงมิติด้านเวลา และความอึดตัวของข้อมูลประกอบกัน

นอกจากนี้ ยังจะเห็นได้อีกว่า งานวิจัยหลายงานที่แสดงว่ามีการใช้การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ แต่มีได้แสดงภาพของกระบวนการตีความที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้อ่านสามารถตรวจสอบได้ว่า ข้อค้นพบที่ได้เป็นการตีความที่เกิดขึ้นในลักษณะใด เป็นข้อค้นพบจากมุมมองของคนใน (emic) หรือการวิเคราะห์ตีความจากผู้วิจัย ซึ่งจากการทบทวนวิธีวิทยาปรากฏการณ์แบบตีความ จะเน้นการทำความเข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ในสถานการณ์ต่างๆ ที่ต้องอาศัยการตีความที่เน้นการทำความเข้าใจผ่านเนื้อหา ข้อความ ท่าทางแสดงออก โดยคำนึงถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ภูมิหลัง ความรู้ความเชื่อ ตลอดจนบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การศึกษาวิจัยในลักษณะนี้ในประเทศไทยยังมีอยู่ไม่มาก จากการศึกษาค้นคว้าของผู้วิจัยพบว่าการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาในประเทศไทย มักใช้แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของฮูสเซิร์ล ส่วนแนวคิดของไฮเดกเกอร์นั้นแม้จะมีการศึกษาอยู่บ้าง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยในต่างประเทศแล้ว ส่วนใหญ่ยังเป็นการนำวิธีวิทยามาใช้ภายใต้กระบวนการที่ยังไม่มีความชัดเจนในแง่ที่สอดคล้องกับแนวคิดเชิงปรัชญา หรือแม้แต่งานวิจัยในต่างประเทศเอง ที่นำแนวคิดของไฮเดกเกอร์มาใช้ นั่น แต่ผลการวิจัยที่ออกมากลับไม่แสดงถึงความชัดเจนที่เพียงพอในการใช้วิธีวิทยาดังกล่าว

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ความพยายามในการค้นคว้าและศึกษา เพื่อที่จะทำความเข้าใจทั้งแนวคิดในเชิงปรัชญาและวิธีวิทยาของแนวคิดดังกล่าว ทั้งนี้หวังเป็นอย่างยิ่งว่า การศึกษาในครั้งนี้จะนำมาซึ่งข้อค้นพบที่เป็นองค์ความรู้อันเป็นประโยชน์ โดยเฉพาะต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมไปถึงครอบครัวผู้ป่วยด้วย เป็นองค์ความรู้ที่ได้จากการทำความเข้าใจภาวะการเป็น (being) ของบุคคลภายใต้บริบทที่มีความเฉพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งนอกจากจะทำให้เข้าใจความมีอยู่ของบุคคลในภาวะใกล้ตายแล้ว ยังจะสะท้อนผลของกระบวนการและรูปแบบการดูแลที่ค่อนข้างเป็นรูปธรรม ทั้งในแง่ของการเป็นต้นแบบและการมีข้อจำกัดที่ควรได้รับการพัฒนาต่อไปให้เกิดความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ซึ่งยังไม่พบว่ามีการศึกษาที่ตระหนักถึงองค์ความรู้ในแง่มุมมองที่เฉพาะเจาะจงเช่นนี้มาก่อน โดยเฉพาะการได้มาซึ่งองค์ความรู้ภายใต้กระบวนการตีความที่คำนึงถึงความสัมพันธ์และมิติต่างๆ ตามแนวคิดปรัชญาที่มีความลึกซึ้ง ทั้งนี้ ยังเพื่อให้ได้วิธีคิดกับบุคคลทั่วไป ไม่เฉพาะกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับความตายและภาวะใกล้ตาย ซึ่งเป็นวิธีคิดเกี่ยวกับการดำรงอยู่ของบุคคลภายในโลกที่ต้องเกี่ยวพันกับทั้งวัตถุ สถานการณ์ต่างๆ และผู้รอบข้าง ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิตและความหมายของการมีชีวิตได้อย่างแท้จริง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรับรู้และให้ความสำคัญกับความตายและภาวะใกล้ตายในลักษณะเช่นไร ทั้งนี้ เน้นให้เกิดความเข้าใจภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และเพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่ตอบปัญหาการวิจัยได้อย่างลึกซึ้งและครบถ้วน ผู้วิจัยได้นำการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic phenomenology) มาใช้ในการศึกษาวิจัย ซึ่งเป็นวิธีวิทยาที่เหมาะสมกับการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบุคคลที่เผชิญกับประสบการณ์นั้นโดยตรง โดยเน้นภาวะการเป็น (being) ของบุคคลก่อนตาย ซึ่งเป็นสถานการณ์หรือภาวะที่เกี่ยวข้องกับกระแสประวัติศาสตร์ (Historical) หรือภาพในอดีตของบุคคล อันได้แก่ ภูมิหลัง บริบทแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม รวมถึงเกี่ยวข้องกับภาวะการเป็นที่สัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ (being-with-other) หรือภาวะการเป็นภายใต้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Annells. 1996: 43) การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ จะทำให้สามารถอธิบายถึงภาวะการเป็นของมนุษย์ได้อย่างลึกซึ้ง ครอบคลุมภายใต้บริบทที่ศึกษา และเนื่องจากเรื่องที่ศึกษาดังกล่าว เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องอ่อนและมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ อารมณ์ และความรู้สึกของทั้งตัวผู้ถูกศึกษา และผู้ที่เกี่ยวข้องใกล้ชิดกับผู้ถูกศึกษา อีกทั้งข้อมูลดังกล่าวเป็นเรื่องที่เข้าถึงได้ยาก นอกจากนี้ ข้อมูลที่ศึกษายังเกี่ยวข้องกับกระบวนการที่มีลักษณะต่อเนื่อง และเกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ ดังนั้นการศึกษาเชิงคุณภาพในลักษณะนี้ จึงเป็นวิธีการที่เหมาะสมกับเงื่อนไขและข้อจำกัดดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อเป็นการแสวงหาความจริงอย่างลุ่มลึกตามธรรมชาติ โดยไม่ละเลยศักยภาพของความเป็นมนุษย์ตลอดจนวิธีคิดหรือวิธีสร้างความหมายใหม่ของตัวผู้ถูกศึกษาที่เกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับบริบทของสังคมแวดล้อม เพื่อให้กระบวนการวิจัยเป็นกระบวนการที่เสริมสร้างความรู้และความเข้าใจอย่างแท้จริง

1. การกำหนดระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยเริ่มจากการศึกษาแนวคิดเชิงปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยาจากแนวคิดของนักคิดต่างๆ ที่สำคัญ เช่น ฮูสเซิร์ล (Husserl) แมร์โล-ปงตี (Merleau-Ponty) จีออร์จิ (Giorgi) กาดาเมอร์ (Gadamer) และไฮเดกเกอร์ (Heidegger) เป็นต้น ซึ่งในช่วงของการศึกษาวิจัยในวิชาปฏิบัติการวิจัยนั้น ผู้วิจัยได้เลือกการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของแมร์โร-ปงตี ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะการเป็นของบุคคลตามแนวคิดจิตวิทยาอัตถิภาวนิยม (Existential psychology) จากการศึกษาในครั้งนั้น ทำให้ผู้วิจัยเห็นถึงประเด็นที่สำคัญเกี่ยวกับการรับรู้และการให้ความหมายความตายที่เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความเกี่ยวข้องกับบริบทและมิติต่างๆ ซึ่งการใช้แนวคิดและวิธีวิเคราะห์แบบเดิมอาจไม่เหมาะสมกับการวิจัยในครั้งนี้ จึงได้ทำการศึกษาแนวคิดต่างๆ อีกครั้ง และพบว่า แนวคิดเชิงปรัชญาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความของไฮเดกเกอร์ น่าจะมีความเหมาะสม เนื่องจากเป็นแนวคิดที่เน้นการค้นหาคำความจริงตามแนวคิดอัตถิภาวนิยม

(Existentialism) โดยเน้นการศึกษาภาวะการเป็น (being) ของมนุษย์ในโลกประสบการณ์ที่ประสบโดยตรง และเน้นการให้ความหมายที่มีความซับซ้อนผ่านการตีความของบุคคล ที่ตระหนักถึงภาพของบริบทและมิติต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกระบวนการตีความหมาย (Annells. 1996: 43-47)

ผู้วิจัยเห็นว่า การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic phenomenology) มีความสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจาก การศึกษาปรากฏการณ์ใกล้ตายในครั้งนี้ มุ่งเน้นศึกษาถึงสภาพหรือสภาวะที่ผู้ป่วยเป็นอยู่จากการประสบหรือใช้ชีวิตภายใต้ประสบการณ์ในภาวะใกล้ตาย โดยศึกษาจากผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ที่ประสบกับสถานการณ์ในภาวะใกล้ตายโดยตรง ซึ่งการตีความจะเหมาะสมในแง่ที่ว่า ภาวะการเป็น (being) ของผู้ป่วยในภาวะใกล้ตายนั้นมีความเกี่ยวข้องกับบริบทต่างๆ ที่แวดล้อมอยู่ เกี่ยวพันกับทัศนคติและภูมิหลังในอดีต และภาพในอนาคตของผู้ป่วย รวมทั้งการตระหนักรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปรากฏการณ์ใกล้ตาย ยังเกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลภายใต้ปรากฏการณ์เดียวกัน โดยเฉพาะระหว่างผู้ป่วยกับดูแลในภาวะใกล้ตายซึ่งได้แก่ ครอบครัว และทีมสุขภาพ จึงเสี่ยงไม่ได้ที่ผู้ป่วยจะเกิดความเข้าใจหรือตีความเกี่ยวกับภาวะการเป็นของตนเองภายใต้สถานการณ์หรือเงื่อนไขต่าง ๆ เหล่านี้ การศึกษาในครั้งนี้ ยังเป็นการตีความของผู้วิจัยซึ่งเข้าไปมีบทบาทในฐานะที่เป็นอีกบุคคลหนึ่งที่มีส่วนร่วมรับรู้ในปรากฏการณ์ของผู้ป่วย ผ่านข้อความที่บอกเล่า การแสดงออก และท่าทีต่างๆ ภายใต้ปฏิสัมพันธ์และการมีกิจกรรมร่วมกันภายในสนามวิจัย นอกจากนี้แนวคิดที่นำมาใช้ยังได้กล่าวถึงเรื่องความตาย (Death) และภาวะใกล้ตาย (Dying) โดยอธิบายเรื่องของภาวะการเป็นของมนุษย์ในแง่ของการมีชีวิตที่มีขอบเขตสิ้นสุดที่ความตาย (being toward death) ให้ความสำคัญกับการมีชีวิตอยู่ของบุคคลในช่วงเวลาที่ตระหนักรู้ว่าความตายกำลังจะมาเยือน (Stambaugh. 1996: Online)

แม้ผู้วิจัยจะเห็นว่าแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดกเกอร์จะมีความยากและซับซ้อนในการทำความเข้าใจ แต่จากการศึกษาเพิ่มเติมจากวิธีคิดที่มีลักษณะประยุกต์ในเชิงการศึกษาวิจัยของ แวน แมนเนน (van Manen. 1990) ซึ่งได้ศึกษาแนวคิดไฮเดกเกอร์ และได้ปรับแนวคิดและความรู้ให้เกิดเป็นวิธีวิทยาที่มีความเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น สามารถนำมาใช้ได้ในการวิจัยครั้งนี้ แต่ทั้งนี้เนื่องจากการเป็นการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีวิทยาดังกล่าวนี้นับเป็นครั้งแรก ซึ่งเป็นวิธีวิทยาภายใต้แนวคิดเชิงปรัชญาที่นักวิจัยหลายๆ ท่านเห็นว่ามี ความยากและซับซ้อนต่อการทำความเข้าใจ อาจทำให้การใช้วิธีวิทยาดังกล่าวมีข้อที่ต้องปรับปรุงแก้ไข ซึ่งผู้วิจัยเล็งเห็นถึงการลดข้อจำกัดดังกล่าว โดยการศึกษาแนวคิดและวิธีวิทยานี้จากหลายๆ แหล่งข้อมูล และทบทวนซ้ำไปมาเพื่อให้เกิดความเข้าใจยิ่งขึ้น ตลอดจนได้ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง รวมถึงเรียนเชิญอาจารย์ที่ปรึกษาทุกท่านได้ร่วมตรวจสอบในกระบวนการตีความของผู้วิจัย ทำให้ผู้วิจัยยังคงจุดยืนของการใช้วิธีวิทยาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

2. พื้นที่ในการศึกษาวิจัย

2.1 การพิจารณาเลือกสถานที่วิจัย

สถานที่วิจัยในครั้งนี้ เป็นสถานที่วิจัยเดิมจากการศึกษาของผู้วิจัยในครั้งปฏิบัติการวิจัย จุดเด่นสำคัญซึ่งเป็นที่มาในการเลือกสถานที่แห่งนี้เป็นสนามวิจัย คือ การเป็นหน่วยงานที่เข้มแข็งในการจัดการสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice) เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่นำร่องในการนำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากต่างประเทศมาใช้อย่างจริงจัง และยังเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแก่หลายๆ หน่วยงานอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน เป็นบริบทหนึ่งที่สะท้อนรูปแบบและวิถีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างชัดเจน ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญในการอธิบายภาวะการเป็น (being) ของผู้ป่วยในบริบทเฉพาะเช่นนี้ อีกทั้งการจัดการด้านสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่แยกออกมาอย่างเป็นเอกเทศจากหอผู้ป่วยอื่นๆ ทำให้ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงและมีส่วนร่วมในประสบการณ์กับกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มได้ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งส่วนใหญ่จะเข้ารับการรักษาเป็นเวลานาน และมีการนัดมาเพื่อรับการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะๆ¹ ทำให้สามารถติดตามเก็บข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ได้ข้อค้นพบที่สะท้อนมิติของเวลาได้ และการเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมกลุ่มผู้ให้ข้อมูลรอง ได้แก่ ครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ดูแลผู้ป่วยภายในหอผู้ป่วย ตลอด 24 ชั่วโมง และกลุ่มที่มสุขภาพที่ทำงานเป็นประจำในหอผู้ป่วยแห่งนี้ อีกทั้งบริบทของหอผู้ป่วยยังมีระเบียบที่ยืดหยุ่นให้ผู้วิจัยสามารถเข้าทำการรวบรวมข้อมูลและมีส่วนร่วมในประสบการณ์ของผู้ถูกวิจัยได้อย่างกลมกลืน

2.2 สภาพบริบทสนามวิจัย

เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับบริบทสนามวิจัย อันจะเป็นข้อมูลสำคัญในการกำหนดแนวทางและแนวคำถามที่เหมาะสมในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญในที่เชื่อมโยงไปสู่การทำความเข้าใจภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลบริบทที่เกี่ยวข้องในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

บริบททางกายภาพ

แรกก่อตั้งสนามวิจัยแห่งนี้เป็นหอผู้ป่วยที่ตัวอาคารมีลักษณะคล้ายบ้านเดี่ยวชั้นเดียว รับดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะต่างๆ รวมกัน ยังมีได้มีการแยกผู้ป่วยระยะสุดท้ายออกมาชัดเจน ใช้ชื่อว่า

¹ ผู้ป่วยซึ่งเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองอาการ (Palliative care) ซึ่งส่วนใหญ่แพทย์จะให้รับการรักษาเพื่อให้อ่อนนุ่มเจ็บ ยับยั้งหรือชะลอการกดหรือทำลายอวัยวะต่างๆ และเพื่อบรรเทาอาการปวด ซึ่งแพทย์จะนัดมารับการฉายแสงอย่างต่อเนื่อง ครั้งละประมาณ 10 แสง โดยส่วนใหญ่จะพักอยู่ในโรงพยาบาลประมาณ 2-3 สัปดาห์ขึ้นไป และนัดมารับการฉายแสงใหม่ โดยมีกำหนดนัดบันทึกไว้ในสมุดทะเบียนประวัติ ซึ่งผู้วิจัยสามารถตรวจสอบเพื่อติดตามเก็บข้อมูลในครั้งต่อไปได้

“หอผู้ป่วยสามัญระยะสุดท้าย” ต่อมาภายหลังที่ได้มีการศึกษาดูงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในต่างประเทศ จึงได้มีนโยบายในการเปิดหอผู้ป่วยเพื่อดูแลเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยทำการปรับปรุงหอผู้ป่วยให้เหลือเพียง 8 เตียง ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2544 ให้การดูแลเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายเท่านั้น และได้เปลี่ยนชื่อเป็น “หอผู้ป่วยของคร่อม” หลังจากมีนโยบายในการปรับปรุงดูแลอาคารหอผู้ป่วยระยะสุดท้ายใหม่ โดยปรับปรุงโครงสร้างอาคารและตกแต่งใหม่ ยังคงลักษณะเป็นอาคารชั้นเดียว และเปลี่ยนชื่อเป็น “หออภิบาลคุณภาพชีวิต (Quality of Life Care Unit)” ด้านหน้าอาคารมีลานสนามหญ้าที่ร่มรื่นติดคลอง ด้านในตึกมีการตกแต่งประดับประดาให้ดูสวยงาม พร้อมจัดสถานที่พักผ่อนหย่อนใจและเครื่องอำนวยความสะดวก เช่น ชุดที่นั่งพักผ่อน ที่นั่งชมโทรทัศน์ เครื่องเล่นเปียโน เครื่องคอมพิวเตอร์พร้อมอินเทอร์เน็ต เป็นต้น หอผู้ป่วยมีทั้งหมด 12 ห้อง² แบ่งเป็นห้องพิเศษปรับอากาศ 6 ห้อง ห้องพิเศษพัชฌา 4 ห้อง และห้องธรรมดา 2 ห้อง (พิเศษกับธรรมดาคะต่างกันที่การตกแต่ง และเครื่องอำนวยความสะดวก เช่น โทรทัศน์ ตู้เย็น เป็นต้น) ส่วนห้องอื่นๆ มีการตั้งชื่อติดประจำห้อง แยกเป็นห้องเฉพาะต่างๆ ได้แก่ ห้องหนังสือและมุมความรู้เรื่องสุขภาพ ห้องสนทนาการและมุมศิลปะ ห้องรับประทานอาหาร ห้องนวด อโรมาเธอราปี ห้องเตรียมอุปกรณ์รักษาพยาบาล ห้องเก็บและชำระล้างอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ ห้องพระ และห้องละหมาด ด้านหลังอาคารหอผู้ป่วยเป็นลานสำหรับนั่งพักผ่อน บริเวณด้านนอกถัดไปเป็นลานสนามหญ้ากว้างขวาง มีต้นไม้ร่มรื่น สำหรับพักผ่อนหย่อนใจ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การกำหนดรูปแบบและแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวของหอผู้ป่วยระยะสุดท้ายแห่งนี้ นอกจากจะเป็นการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบของคร่อมตามแนวคิดสากลมาใช้แล้ว ยังคำนึงถึงการผสมผสานแนวทางการดูแลเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพบริบทของสังคมไทย ทั้งด้านศาสนา ความเชื่อ และวัฒนธรรม ตลอดจนความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบและแนวทางดังกล่าวไปใช้ โดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์การปฏิบัติงานจริง เพื่อให้เกิดการผสมผสานที่ลงตัวกับองค์ความรู้ที่มีอยู่ ตัวอย่างเช่น รูปแบบของทีมต่างๆ ที่ต้องมีบทบาทร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งต่อเนื่องไปที่บ้านเช่น ทีมปลอบโยน (Bereavement team) ทีมดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual team) ทีมดูแลเด็ก ทีมปลอบขวัญ และทีมอาสาสมัครต่างๆ เป็นต้น แต่ทั้งนี้ ในการจัดตั้งทีมบางทีมยังไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากร หรือลักษณะการดำเนินการของบางทีมอาจไม่เหมาะที่จะใช้กับบริบทของสังคมไทยเนื่องจากข้อแตกต่างทางวัฒนธรรม ทำให้การจัดการทีมตามองค์ความรู้ดังกล่าวไม่สามารถทำได้อย่างเต็มรูปแบบ เช่น การขาดอาสาสมัครในการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลและที่บ้านเนื่องจากมีผู้ที่สนใจทางด้านนี้น้อย หรือไม่สามารถปรับสภาพจิตใจให้พร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะ

² จำนวน 12 ห้องดังกล่าว เป็นจำนวนห้องตามที่เป็นอยู่ขณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลในสนามวิจัย ปัจจุบันมีการขยายเพิ่มเติมเป็น 14 ห้อง เพื่อให้เพียงพอต่อการรับผู้ป่วย

สุดท้ายได้ หรือการที่ลักษณะการทำงานของทีมไม่เหมาะกับการดูแลในบริบทของสังคมไทย เช่น ทีมดูแลเด็ก เนื่องจากสังคมไทยมักหลีกเลี่ยงให้เด็กรับรู้เรื่องการตายจากของบุคคลใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม จุดประสงค์สำคัญในการกำหนดรูปแบบการดูแลคือ การสนองตอบความต้องการของผู้ป่วย และญาติที่ครอบคลุมทุกมิติ ได้แก่ มิติทางกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ และการดูแลที่ครอบคลุมในทุกช่วงเวลาอย่างต่อเนื่อง เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากโรคและความสูญเสีย ตลอดจนการสร้างความเข้าใจอันดีเกี่ยวกับสถานะต่างๆ ที่ผู้ป่วยและญาติประสบอยู่ และที่จะต้องเผชิญต่อไปในอนาคต ให้ผู้ป่วยและญาติร่วมกันในการเตรียมความพร้อมอย่างเหมาะสมในการเผชิญกับสถานะต่างๆ รวมถึงการเผชิญหน้ากับความตายที่กำลังคืบคลานเข้ามาด้วยความสงบ

กิจกรรมสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะแบ่งเป็น 2 ลักษณะที่สำคัญคือ กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ และกิจกรรมพิเศษต่างๆ โดยกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ คือ การตรวจเยี่ยมอาการร่วมกันโดยแพทย์และพยาบาลเป็นประจำทุกวัน ยกเว้นวันหยุดราชการซึ่งอาจไม่มีการตรวจเยี่ยมโดยแพทย์ การรับส่งเวรเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยแต่ละรายในแต่ละเวร คือ เวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก การปฏิบัติกรดูแลรักษาพยาบาลตามคำสั่งการรักษาและตามแผนการพยาบาล เน้นการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยเฉพาะการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากโรค มีการพูดคุยสร้างความเข้าใจให้ผู้ป่วยและญาติมีสภาพจิตใจที่พร้อมรับและสามารถจัดการกับสถานะต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งช่วยฝึกทักษะให้ครอบครัวสามารถช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยได้ มีการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทุกมิติอย่างเป็นรูปธรรมตามแบบฟอร์มการประเมิน ได้แก่ การประเมินการเคลื่อนไหว การทำกิจกรรม การปรากฏอาการของโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร และระดับความรู้สึกตัว การกำหนดระเบียบหรือแนวทางในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติภายในหอผู้ป่วยจะมีความยืดหยุ่นสูง ปรับตามความเหมาะสมโดยเน้นที่ความต้องการและความสะดวกสบายของผู้ป่วยและญาติเป็นสำคัญ

การกำหนดกิจกรรมพิเศษ จะเกิดจากทีมสุขภาพในหอผู้ป่วยร่วมกันกำหนดกิจกรรม โดยศึกษาจากตำราวิชาการ การอบรม และจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย รวมถึงจากการพูดคุยกับผู้ป่วยถึงความต้องการในการดูแล โดยมีการทดลองใช้และปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม กิจกรรมที่ทำเป็นประจำในช่วงปลายปีของทุกปีคือ การเชิญญาติผู้ป่วยที่เสียชีวิตไปแล้ว ร่วมทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้กับผู้ป่วยที่ล่วงลับไปแล้ว และยังเป็นกิจกรรมสายสัมพันธ์ ระหว่างทีมสุขภาพและญาติ หรือระหว่างญาติๆ ด้วยกันเอง เพื่อแสดงความระลึกถึงกัน ใต้ถามทุกข์สุขซึ่งกันและกัน ตลอดจนเพื่อติดตามความเป็นไปของครอบครัวผู้ป่วย ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว มีการจัดทำสารคดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายออกอากาศทางโทรทัศน์ เพื่อเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเพื่อการประชาสัมพันธ์ให้กับหน่วยงาน กิจกรรมพิเศษที่สำคัญ คือกิจกรรม

ทางศาสนา ทั้งการเปิดโอกาสและเอื้ออำนวยสถานที่ให้ผู้ป่วยและญาติประกอบกิจกรรมทางศาสนา ตามความเหมาะสม³ และการสนับสนุนการประกอบกิจกรรมทางพุทธศาสนาโดยหอผู้ป่วยเอง⁴

บริบททีมสุขภาพ

บริบทของทีมสุขภาพนั้น มีลักษณะของการทำงานเป็นทีม ประกอบด้วยทีมแพทย์ ทีมพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น โดยทีมแพทย์จะเป็นแพทย์เฉพาะทางด้านมะเร็ง ในหน่วยงานแห่งนี้ยังไม่มีแพทย์ฝึกหัด เนื่องจากไม่มีนโยบายในการเปิดเป็นโรงเรียนแพทย์ เป็นแต่เพียงสถานที่ศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนความรู้กับบุคลากรจากหน่วยงานต่างๆ แนวคิดในการดูแลรักษาของทีมแพทย์ เน้นการดูแลแบบประคับประคอง แต่มีความยืดหยุ่นตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลรักษาที่สำคัญคือ การบรรเทาความทุกข์ทรมานจากโรคและภาวะแทรกซ้อน เน้นการรักษาตามสภาพอาการ โดยเฉพาะการให้ยาบรรเทาอาการปวด และการฉายแสงซึ่งมีผลต่อการลดขนาดเนื้อร้ายและบรรเทาอาการปวดได้ โดยปกติแพทย์จะตรวจเยี่ยมผู้ป่วยวันละครั้ง ยกเว้นวันหยุดราชการ มีแพทย์ประจำเวรบายดึก ซึ่งเป็นอาจารย์แพทย์ผลัดเปลี่ยนกันอยู่เวร พยาบาลสามารถรายงานอาการทางโทรศัพท์เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน การเยี่ยมเยียนผู้ป่วยจะมีการพูดคุยซักถามอาการ และการให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลรักษา แพทย์บางท่านมีการให้ข้อมูลกับญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย ถ้าเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างการดูแลทางกายและการเยียวยาทางจิตใจและจิตวิญญาณแล้ว จะพบว่า การทำงานของแพทย์จะมุ่งไปที่การดูแลรักษาและเยียวยาทางด้านร่างกาย มากกว่าการใส่ใจอย่างลึกซึ้งในด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ทำให้การดูแลในส่วนดังกล่าวนี้ ตกเป็นภาระหน้าที่ของพยาบาลในหอผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่

ทีมพยาบาล เลือกสรรจากผู้ที่ผู้บริหารเห็นว่ามีความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เน้นผู้ที่มีบุคลิกลักษณะอ่อนโยน มีความรู้ และมีจิตใจที่พร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบไปด้วยพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน และพยาบาลวิชาชีพอีก 4 คน รวมมีพยาบาลวิชาชีพประจำการอยู่ 5 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้จำนวน 6 คน และแม่บ้าน 2 คน พยาบาลทั้งหมดเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice) การจัดบุคลากรเข้าเวรในเวรเช้าวันราชการ มีพยาบาลวิชาชีพ 3 คน รวมหัวหน้าหอผู้ป่วย มีผู้ช่วยเหลือคนไข้ขึ้น 3 คน และแม่บ้าน

³ มีการจัดสถานที่เพื่อประกอบกิจกรรมทางพุทธศาสนา คือ ห้องพระ และการให้บริการเทศธรรมะ และการจัดให้มีห้องละหมาดสำหรับศาสนาอิสลาม

⁴ ทุกวันช่วงค่ำจะมีกิจกรรมไหว้พระสวดมนต์ที่ห้องพระ ทุกวันพุทธมีการนิมนต์พระภิกษุ 1 รูป จากวัดใกล้เคียง เพื่อรับบิณฑบาตภายในห้องผู้ป่วย นอกจากนี้จะมีพระภิกษุรูปหนึ่ง ที่เคยได้รับนิมนต์มาเทศนาผู้ป่วย และยังคงอาสามาเทศนาธรรมหรือพูดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยภายในห้องผู้ป่วยทุกสัปดาห์ เนื้อหาที่ใช้ในการสนทนาจะยืดหยุ่นไปตามสภาวะของผู้ป่วยและความต้องการของผู้ป่วยหรือญาติ ในบางครั้งจะเป็นไปในลักษณะรับฟังปัญหาและให้คำปรึกษาในทางธรรม

1 คน เวิร์ปายติ๊กและเวิร์ปเข้าวันหยุดราชการจะมีพยาบาลหัวหน้าเวร 1 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน รวมแม่บ้านอีก 1 คน ลักษณะการทำงานมีการทำงานเป็นทีมและมีการวางแผนการพยาบาล เช่นเดิม มีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าเวรในแต่ละเวร เฉพาะในเวรเช้าวันราชการที่จะมีการแบ่งทีม ออกเป็น 2 ทีม คือทีม A และทีม B แบ่งฟากกันดูแลผู้ป่วย ผู้ช่วยเหลือคนไข้จะดูแลผู้ป่วยตามที่ ได้รับมอบหมาย และส่งข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยให้กับหัวหน้าเวรฟัง ก่อนที่หัวหน้าเวรจะส่งข้อมูลให้ หัวหน้าเวรต่อไปรับทราบ มีการส่งเวร และมอบหมายหน้าที่ในการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย การทำความเข้าใจร่วมกันกับครอบครัวผู้ป่วย เกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกวิธีดูแลรักษาผู้ป่วยในภาวะวิกฤตก่อนเสียชีวิต เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ โดยการปั๊มหัวใจ หรือการปล่อยให้คนไข้ไปอย่างสงบ เป็นต้น

การพัฒนาด้านองค์ความรู้ของทีมปฏิบัติการพยาบาลมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับทีมแพทย์ เห็นได้จากการจัดการอบรมให้ความรู้ และการจัดประชุมสัมมนาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างสม่ำเสมอ บุคลากรในทีมพยาบาลได้รับมอบหมายและสมัครใจไป ร่วมประชุมหรือร่วมอบรมกันอย่างทั่วถึง อีกทั้งหอผู้ป่วยแห่งนี้ยังต้องให้การต้อนรับบุคลากรจาก หน่วยงานอื่นๆ เพื่อมาศึกษาดูงานอยู่เป็นประจำ ทำให้พยาบาลของหอผู้ป่วยต้องมีการเตรียม ความรู้เพื่อที่จะแนะนำและถ่ายทอดให้กับผู้ที่มาศึกษาดูงาน รวมถึงการจัดแนวทางปฏิบัติตลอดจน บริบทสถานที่ เพื่อให้เป็นต้นแบบในการศึกษาดูงานที่สอดคล้องกับหลักการและหลักปฏิบัติอันเป็น สากล โดยไม่ละเลยบริบทของความเป็นไทย ตัวอย่างที่เห็นได้ชัด คือการสอดแทรกกิจกรรมตาม วิถีทางพุทธ ตามความเชื่อ ความศรัทธาของคนส่วนใหญ่ในสังคมไทย และการจัดบริบทของสถานที่ ภายในหอผู้ป่วยเพื่อรองรับการดูแลที่ครอบคลุมในทุกมิติ ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ เกิดจากการร่วมมือ และการร่วมประชุมปรึกษาหารือ เพื่อกำหนดแนวทางและกำหนดการจัดการด้านบริบทโดย เจ้าหน้าที่พยาบาลภายในหอผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยได้รับการสนับสนุนและคำแนะนำจากผู้บริหาร

การสื่อสารที่สำคัญของแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัว คือการแจ้งข้อมูลข่าวร้าย เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ก่อนหน้านั้นจำนวนแพทย์มีน้อย จึงมีข้อจำกัดด้านเวลาทำให้ไม่สามารถทำการ สื่อสารได้อย่างเป็นกระบวนการ หรือบางรายก็ไม่ได้รับการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับสถานะที่เป็นอยู่อย่าง ชัดเจน ปัจจุบันจำนวนแพทย์มีมากขึ้น และมีการพัฒนาองค์ความรู้อย่างจริงจังมากขึ้น ทำให้เห็น การสื่อสารที่เป็นกระบวนการมากขึ้น โดยจะเริ่มจากการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรค และประเมิน ความเป็นไปได้ในการรับรู้ข้อมูลที่เป็นข่าวร้ายอย่างตรงไปตรงมา ซึ่งการสื่อสารมักมีความยืดหยุ่น ไปตามความพร้อมในการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว ปัญหาที่พบบ่อยครั้งคือ การแจ้งข่าวร้าย ที่ ครอบครัวหลายรายมักแสดงความต้องการให้แพทย์ปกปิดข้อมูลกับผู้ป่วย โดยจุดประสงค์ส่วนใหญ่ คือ ความกังวลว่าอาการผู้ป่วยจะทรุดหนักเมื่อได้รับรู้สถานะที่เกิดขึ้นตามจริง หรือที่พบไม่น้อยคือ การที่ญาติพยายามปฏิเสธข่าวร้ายตามที่ได้รับรู้ แสดงความไม่แน่ใจกับสิ่งที่ได้รับรู้ พฤติกรรมที่ แสดงออกคือ การสอบถามข้อมูลซ้ำไปซ้ำมาเพื่อตรวจสอบเพื่อความแน่ใจในข้อมูลที่ได้รับ หรือการ ต่อรองว่าจะมีแนวทางที่ทำให้รักษาหายขาด ทำให้บางครั้งพยาบาลเกิดความคับข้องใจหรือความ ลำบากใจในการสื่อสารข้อมูลตามจริง

ในส่วนการบริการของทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อมุ่งหวังให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม พบว่า ยังขาดความครบถ้วนสมบูรณ์ เช่น ขาดหน่วยงานกายภาพ หรือขาดแคลนนักจิตวิทยา ทำให้เกิดความไม่ครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติ อย่างไรก็ตาม ความพยายามในการให้การดูแลแบบองค์รวมอาศัยการทำงานของพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้เป็นส่วนใหญ่ และขอความร่วมมือจากญาติในการร่วมมือดูแล นอกจากนี้ยังมีการจัดทีมเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลภายนอกหอผู้ป่วยและนักจิตวิทยา เพื่อเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน โดยประสานกับทีมพยาบาลภายในหอผู้ป่วยเพื่อศึกษาข้อมูลและความต่อเนื่องในการให้การบริการ ซึ่งแม้จะมีข้อจำกัดจากการขาดแคลนบุคลากรและอาสาสมัคร ทำให้ไม่สามารถบริการได้อย่างต่อเนื่องและทั่วถึง แต่ก็นับได้ว่าการจัดการดำเนินการในบางส่วน

โดยสรุป บริบทของสถานที่ จะเห็นได้ว่า มีการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงให้สอดคล้องกับหลักการและแนวคิดสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งนี้เกิดขึ้นจากการศึกษารวบรวมองค์ความรู้และนำไปสู่การกำหนดนโยบายอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม จึงได้มีการจัดการด้านสถานที่ที่มีจุดเน้นในการสร้างพื้นที่ให้เป็นเสมือนสถานที่พักผ่อนประหนึ่งบ้าน มากกว่าสถานรักษาพยาบาลทั่วไปที่ไม่เพียงเฉพาะมุ่งประโยชน์เพื่อการรักษา แต่ยังเน้นการเยียวยาทางจิตใจ รวมถึงการสนองตอบความเชื่อ ค่านิยม และจิตวิญญาณ ส่วนการจัดการด้านบุคลากรจะเน้นการคัดสรรบุคลากรที่มีความพร้อมด้านความรู้และคุณสมบัติส่วนบุคคลที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่ยังคงพบข้อจำกัดของจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอต่อการดูแลที่ต่อเนื่อง ครอบคลุมทุกมิติ และยังเป็นองค์รวมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้เมื่อพิจารณารูปแบบการดูแลและการจัดกิจกรรมภายในหอผู้ป่วย พบว่าแนวคิด หลักการ ตลอดจนการจัดการด้านการดูแลส่วนใหญ่สอดคล้องกับแนวคิดอันเป็นสากล แต่เนื่องจากความเฉพาะเจาะจงของบริบทสังคมไทยที่แตกต่างจากแนวคิดสากลที่กำเนิดจากประเทศตะวันตก ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการให้มีความสอดคล้องกับสภาพบริบทที่เป็นอยู่ และปรับให้ยืดหยุ่นโดยคำนึงถึงการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ

ในส่วนบริบทของทีมสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับกรดูแลในสถานพยาบาลทั่วไปแล้ว พบว่า ทีมสุขภาพจะเน้นการให้การดูแลที่สอดคล้องกับหลักการและแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เน้นการดูแลเพื่อประคับประคองอาการมากกว่าการรักษาโรคตั้งเช่นสถานพยาบาลทั่วไป กล่าวคือเน้นการดูแลที่มุ่งไปที่ตัวบุคคลมากกว่ามุ่งที่ตัวโรค ดังนั้น จึงให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจสภาวะของบุคคลแต่ละราย รวมถึงสภาวะของครอบครัว อย่างไรก็ตาม ปัญหาอุปสรรคที่พบคือ ช่องว่างอันเกิดจากความแตกต่างทางความรู้และประสบการณ์ โดยเฉพาะระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ยังพบร่องรอยของความเข้าใจที่ไม่ตรงกันและเกิดข้อจำกัดในการร่วมมือปฏิบัติในวิถีทางที่สอดคล้องกัน ซึ่งต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามประเมินและแก้ไขอย่างเป็นกระบวนการ นอกจากนี้ยังพบเส้นแบ่งทางชนชั้นภายในทีมสุขภาพด้วยตนเอง อันเนื่องจากการครอบงำทางอำนาจความรู้ โดยเฉพาะระหว่างแพทย์และทีมปฏิบัติการพยาบาล มีผลต่อการส่งผ่านและแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ในรูปแบบของการทำงานเป็น

ทีม ทำให้ความคล่องตัวในการปฏิบัติลดน้อยลง และลดทอนโอกาสในการดูแลที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในทุกสถานการณ์ อย่างไรก็ตาม จากความพยายามที่จะให้เกิดวิถีปฏิบัติที่สอดคล้องกับแนวคิดและหลักการที่มีอยู่ ทำให้การจัดการดูแลสามารถประสบผลในระดับที่สร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่ได้

2.3 ขั้นตอนการเข้าสู่สนามวิจัย

ผู้วิจัยจะเข้าสู่สนามวิจัยโดยเริ่มจากการติดต่อแบบไม่เป็นทางการกับหน่วยงานที่จะเข้าไปศึกษา ถึงความเป็นไปได้และขั้นตอนในการติดต่อเพื่อทำการศึกษาวิจัย จากนั้นจึงติดต่อกับสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อขอหนังสือแจ้งขออนุมัติในการศึกษาวิจัย และทำการติดต่ออย่างเป็นทางการกับหน่วยงานที่ใช้เป็นสนามวิจัย โดยแจ้งถึงเรื่องที่จะทำการศึกษาวิจัย วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษาวิจัย ขั้นตอนในการอนุมัติจะต้องผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของหน่วยงานแห่งนี้ จนกระทั่งได้รับการอนุมัติให้ทำการศึกษาวิจัยได้ ผู้วิจัยจึงติดต่อกับหัวหน้าหอผู้ป่วยของหอผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยตรง เพื่อชี้แจงถึงเรื่องและวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย และเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่ภายในหอผู้ป่วยในเบื้องต้น

2.4 การกำหนดบทบาทของผู้วิจัยในสนามวิจัย

เนื่องจากการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้วิจัยในปรากฏการณ์ที่ศึกษา ในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของโลกประสบการณ์ที่ศึกษา เพื่อการเข้าถึงและร่วมรับรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วยประหนึ่งเป็นอีกคนในโลกประสบการณ์ของพวกเขา สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับภาวะการเป็น (being) ของบุคคลภายในโลกประสบการณ์ ที่ต้องเกี่ยวพันกับบุคคลอื่นๆ ภายในโลกประสบการณ์เดียวกัน (being-with-other) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้เข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีมการพยาบาล ร่วมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายในหอผู้ป่วยที่เป็นสนามวิจัย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความกลมกลืนกับบริบทของสนามวิจัย เพื่อความสะดวกและความต่อเนื่องในการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้เกิดความเข้าใจยิ่งขึ้นเกี่ยวกับสภาพบริบทของสนามวิจัย อันจะเป็นข้อมูลความรู้ที่จะใช้อธิบายข้อค้นพบที่เกิดขึ้นผ่านกระบวนการตีความ อีกทั้งยังเป็นการง่ายต่อการสร้างสัมพันธภาพ และสร้างความไว้วางใจกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวภายในสนามวิจัย

อย่างไรก็ตาม การแสดงบทบาทในลักษณะดังกล่าวย่อมเสี่ยงต่อการรบกวนความเป็นธรรมชาติบางประการในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเฉพาะในเรื่องการแสดงบทบาทที่มีอิทธิพลต่อความคิดความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว และความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวในการได้รับการดูแลตามบทบาทดังกล่าว ทั้งนี้ ผู้วิจัยลดข้อจำกัดโดยการแสดงวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนกับผู้ให้

ข้อมูลในการศึกษาวิจัย การแสดงบทบาทเพียงบางส่วน⁵ ในฐานะผู้เข้าร่วมในทีมสุขภาพเพื่อไม่ให้เกิดความคาดหวังในการดูแล หลีกเลี่ยงการให้คำปรึกษา แนะนำอันจะเป็นการครอบงำความคิดและการได้มาซึ่งข้อมูลที่ไม่เป็นธรรมชาติ ให้ความสำคัญกับการแสดงบทบาทของการเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพพร้อมไปกับการทำตัวเสมือนเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวผู้ป่วย ประเด็นสำคัญคือการตระหนักถึงความรู้ ความคิดและความเชื่อของตนเองของผู้วิจัย การสะท้อนและตระหนักถึงความรู้ ทัศนคติของตนเองภายในโลกประสบการณ์ในทุกกระบวนการ โดยมีได้มุ่งลงวางความรู้ ความคิด และความเชื่อเหล่านั้น (Bracketing) แต่เน้นการนำสิ่งต่างๆ เหล่านี้เข้าสู่กระบวนการตีความ เพื่อทำความเข้าใจและอธิบายข้อค้นพบที่ได้อย่างเป็นระบบตามกระบวนการศึกษาวิจัย

3. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

3.1 การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) แบบเจาะจง คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากเป็นผู้ที่เผชิญกับประสบการณ์ใกล้ตายโดยตรง นอกจากนั้นยังได้คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลรอง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นกลุ่มบุคคลอื่นๆ ที่มีส่วนร่วมในประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยในสนามวิจัย ได้แก่ ครอบครัวผู้ป่วย และทีมสุขภาพ โดยเกณฑ์สำคัญในการคัดเลือกมีดังนี้

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 6 คน เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่แพทย์วินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในระยะที่ 4 มามากกว่า 1 เดือนขึ้นไป และรับรู้ถึงสภาวะของโรคที่ตนเองเป็นอยู่

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลรอง ได้แก่

1. ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 5 คน เป็นครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตลอดภายในสนามวิจัย และรับรู้ถึงสภาวะของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่
2. กลุ่มทีมสุขภาพ จำนวน 3 คน เป็นพยาบาลในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำงานที่สถานี่นี้มาไม่น้อยกว่า 1 ปี และเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ทั้งนี้ยังรวมถึง กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ครอบครัวผู้ป่วย และทีมสุขภาพคนอื่นๆ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลแบบไม่เป็นทางการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญที่จะทำให้อ่านพบมีความลึกซึ้งและครอบคลุมยิ่งขึ้น

จากความต้องการให้ได้ข้อมูลที่มีความอึดอัดเพียงพอ ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับช่วงเวลาในการเก็บข้อมูล โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลประมาณปีครึ่ง คำนึงถึงความผันแปร

⁵ การแสดงบทบาทส่วนใหญ่ จะเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยในบางเรื่อง และการทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเป็นช่องทางในการสนทนาและสร้างสัมพันธภาพ เช่น ช่วยดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร ช่วยดูแลแผล ร่วมมือกับญาติในการทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย เป็นต้น

ของข้อมูลไปตามช่วงเวลาที่ยืดออกไป ส่วนใหญ่เป็นการเก็บข้อมูลภายในสนามวิจัย และเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ การวิเคราะห์ยังคำนึงถึงมิติของสถานที่ที่มีอิทธิพลต่อการตีความประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะกลับไปใช้ชีวิตในบ้านช่วงหนึ่งและกลับมารักษาต่อเนื่อง ภาวะการเป็น (being) ภายใต้ประสบการณ์ใกล้ตาย จึงมีมิติทางด้านสถานที่มาเกี่ยวข้อง เนื่องจากในสถานที่ที่ต่างกัน บุคคลอาจให้ความสนใจกับปรากฏการณ์เดียวกันในลักษณะที่แตกต่างกันได้ นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังคำนึงถึงมิติทางสังคมและวัฒนธรรม โดยได้ทำการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่มีความหลากหลายในแง่ภูมิหลัง บริบททางครอบครัว หรือมาจากวัฒนธรรมย่อยที่แตกต่างกัน จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีภูมิหลังชีวิต ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว ตลอดจนจนสภาวะของโรคที่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ทำให้เกิดประเด็นเพิ่มเติมที่เพียงต่อการตีความปรากฏการณ์ ซึ่งเน้นการตระหนักถึงความแตกต่างทางภูมิหลัง สังคม และวัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกมา

3.2 วิธีการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

เนื่องจากการศึกษาวิจัยในเรื่องของความตายของบุคคลในภาวะใกล้ตาย เป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อน ยากต่อการเข้าถึงข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และจากการศึกษาในครั้งแรกทำให้ทราบถึงปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในการเข้าถึงข้อมูลที่สำคัญ ซึ่งทำให้ผู้วิจัยเกิดการเรียนรู้ที่จะปรับกลยุทธ์ใหม่ โดยวางแผนในการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ดังนี้

1. แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย โดยกล่าวถึงการศึกษาเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจและเต็มใจที่จะมีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัย
2. ปรีกษาหัวหน้าหอผู้ป่วยในการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลในบทบาทของพยาบาลอาสาสมัครที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมในประสบการณ์เดียวกับผู้ป่วย
3. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ การร่วมช่วยเหลือดูแลและร่วมทำกิจกรรมบางกิจกรรม พร้อมไปกับการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวด้วยความจริงใจ จะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีและเกิดความไว้วางใจ ทั้งกับผู้ป่วย ครอบครัว รวมไปถึงทีมสุขภาพภายในสนามวิจัย
4. คำนึงถึงบทบาทของนักวิจัยที่ตระหนักถึงการเป็นส่วนหนึ่งแต่ไม่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง (be a part of and apart from) ทั้งนี้เพื่อคอยสำรวจและสะท้อนความคิดตัวเองอยู่เสมอทั้งในขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลและในขั้นตอนของการวิเคราะห์ เพื่อสามารถแยกได้ว่า สิ่งใดเป็นความหมายตามวิธีคิดของผู้ถูกศึกษา (emic view) และสิ่งใดเป็นความหมายจากการตีความและการวิเคราะห์ของผู้วิจัย (etic view)

3.3 ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาภายในสนามวิจัย
แห่งนี้ ข้อมูลเบื้องต้นเสนอตามตารางได้ดังนี้

ตาราง 2 แสดงข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ลำดับ ที่	รหัส	ชื่อ (นามสมมติ)	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพ	สภาวะของโรค	ช่วงระยะ ประสพการณ์*
1	P1	คุณพงษ์	ชาย	52	คู่	มะเร็งปอด	3 เดือน
2	P2	คุณจัน	หญิง	61	หม้าย	มะเร็งมดลูกและ กระดูก	4 เดือน
3	P3	คุณยุพา	หญิง	43	คู่	มะเร็งสมองและ ไขสันหลัง	6 เดือน
4	P4	คุณพันธ์	ชาย	52	คู่	มะเร็งปอด	4 เดือน
5	P5	คุณสุดา	หญิง	54	หม้าย	มะเร็งตับ	6 เดือน
6	P6	คุณสา	หญิง	72	หม้าย	มะเร็งปอด	5 เดือน

* ช่วงระยะประสพการณ์ หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ในบทนี้ จะนำเสนอเฉพาะเรื่องราวโดยย่อเกี่ยวกับชีวิตและสภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย
แต่ละท่าน⁶ ดังต่อไปนี้

คุณพงษ์

ภูมิหลังชีวิต

คุณพงษ์อายุ 52 ปี จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ปัจจุบันอยู่กับภรรยาและ
บุตรชาย 2 คน บุตรชายคนโตอายุ 15 ปี ส่วนคนเล็กอายุ 6 ปี ปัจจุบัน คุณพงษ์และภรรยาเปิด
กิจการค้าขายปุ๋ยและยาทางการเกษตรที่บ้านตนเอง รายได้โดยเฉลี่ยประมาณ 50,000 บาทต่อเดือน
สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลจากประกันชีวิตได้หมด ตัวคุณพงษ์เองมีพี่น้องทั้งหมด 10 คน

⁶ ข้อมูลรายละเอียดชีวิตและประสพการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในสภาวะต่าง ๆ จะนำเสนอไว้ใน
ภาคผนวก เพื่อให้เข้าใจสภาพการณ์ชีวิตผู้ป่วยแต่ละท่านได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

เสียชีวิตไปแล้ว 2 คน ตนเองเป็นบุตรคนที่สอง พี่น้องที่เหลืออยู่คือ ผู้ชาย 4 คน และผู้หญิง 4 คน พี่น้องส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ฐานะปานกลาง มีน้องชายคนเล็กสุดที่มีธุรกิจส่วนตัว และมีฐานะดี ดูแลช่วยเหลือคุณพงษ์ทางการเงินได้ พ่อและแม่ของคุณพงษ์มีเชื้อสายจีน แม่เสียชีวิตมาปีกว่าแล้ว ส่วนพ่อยังมีชีวิตอยู่ คุณพงษ์เล่าว่า พ่อจะรักลูกผู้ชายมากกว่าลูกสาว ซึ่งเป็นไปตามแบบแผนครอบครัวของชาวจีนดั้งเดิม คุณพงษ์จึงมีความรู้สึกที่พ่อรักและห่วงใยตนเอง โดยเฉพาะเมื่อยามเจ็บป่วย พ่อที่คุณพงษ์เรียกว่า “เตี้ย” อายุ 80 ปีกว่า ยังพ่อดูแลช่วยเหลือตัวเอง แม้การเดินทางจะต้องใช้ไม้เท้าช่วย ส่วนแม่แม่จะเสียชีวิตไปปีกว่าแล้ว แต่ยังไม่ได้ทำพิธีเผาศพ ความตั้งใจเดิมของคุณพงษ์และพี่น้องคือ ต้องการรอกันว่าพ่อจะเสียชีวิต เพื่อจะขอพระราชทานเพลิงศพพ่อและแม่พร้อมกัน จนเมื่อคุณพงษ์ทราบว่าตนเองป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย และอาจต้องจากโลกนี้ไปเมื่อไรก็ได้ จึงตั้งใจจะทำพิธีเผาศพแม่ก่อนที่ตนเองจะตายจากไป ซึ่งพี่น้องทุกคนยินยอมพร้อมใจ

ชีวิตส่วนใหญ่ของคุณพงษ์และภรรยาอยู่กับการค้าขาย จนเมื่อต้องรักษาตัวอยู่โรงพยาบาล ภรรยาต้องทำงานเพียงลำพัง เพื่อหารายได้เข้าครอบครัว ชีวิตที่ผ่านมา เรียกได้ว่าต้องทำงานหนักมาโดยตลอด เดิมคุณพงษ์เป็นคนจับทุเรียน เริ่มอาชีพทำประมงตั้งแต่จบประถม 4 เป็นเวลาหลายสิบปี ช่วงที่ยึดอาชีพทำประมงอยู่นั้น คุณพงษ์แม้มีความเชื่อเรื่องบาปบุญคุณโทษ แต่ด้วยความจำเป็นในการหาเลี้ยงชีพ จึงทำให้เลี้ยงไม่ได้ที่จะต้องยุ่งเกี่ยวกับการฆ่าสัตว์ ต่อมาคุณพงษ์ออกจากบ้านมาเช่าบ้านอยู่ตามลำพัง เปลี่ยนอาชีพมาทำการค้า ต้องทำงานหนักและดิ้นรนต่อสู้ด้วยตนเอง เริ่มจากค้าขายเล็กๆ คือ ขายปลาหมึกแห้ง ปลาเค็ม อย่างไรก็ตามแม่จะต้องทำงานหนัก คุณพงษ์ยังไม่ละเลยที่จะหาความรู้ โดยเรียนศึกษาผู้ใหญ่ไปด้วย จนจบมัธยมปลาย และเป็นคนชอบอ่านหนังสือ ใฝ่หาความรู้ จนถึงปัจจุบันคุณพงษ์ย้ายมาอยู่ปทุมธานีเป็นการถาวร มีบ้านและกิจการร้านค้าปุ๋ยและยาทางการเกษตรเป็นของตนเอง โดยอาศัยน้องชายซึ่งทำธุรกิจด้านนี้อยู่ก่อนช่วยสนับสนุน จนสามารถมีฐานะทางการเงินมั่นคง ไม่มีหนี้สินติดตัว คุณพงษ์มีความรู้ ความเชื่อและศรัทธาในพุทธศาสนา โดยเฉพาะความเชื่อเรื่องบาปบุญคุณโทษ อีกทั้งยังเคยผ่านการบวชเรียนมาแล้ว 5 พรรษา

สภาวะความเจ็บป่วย

คุณพงษ์รับรู้ว่าคุณเองป่วยเป็นมะเร็งปอดมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 ในตอนนั้น แพทย์แจ้งว่าเป็นมะเร็งในระยะที่สาม ช่วงนั้นคุณพงษ์ได้รับการรักษาโดยการฉายแสงและให้ยาเคมีบำบัดจนครบกระบวนการ สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากประกันชีวิต จากนั้นไปตรวจตามแพทย์นัดตลอด จนกระทั่งปี พ.ศ.2552 คุณพงษ์เริ่มมีอาการปวดหลัง ผลการตรวจสแกนกระดูก (Bone scan) พบมะเร็งลามไปที่ไขสันหลังแล้ว ทำให้มีอาการขาสองข้างชาและอ่อนแรง จนถึงตอนนี้คุณพงษ์ต้องเดินโดยใช้เครื่องมือพยุงเดิน แพทย์แจ้งให้คุณพงษ์ทราบว่า เป็นมะเร็งในระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ตั้งแต่รับรู้ว่าคุณเองป่วยเป็นมะเร็ง คุณพงษ์พยายามแสวงหาทางเลือกที่หลากหลายเพื่อที่จะรักษาตัวเอง ทั้งรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน และรักษาทางเลือกอื่น แม้จะรู้ว่าสภาวะที่ประสบบอยู่ จะทำให้มีโอกาสเข้าใกล้ความตายเมื่อไรก็ได้ นอกเหนือจากการรักษาทางเลือกต่างๆ แล้ว คุณพงษ์ยังแสวงหาทางเลือกอื่นๆ ตามความเชื่อส่วนตัว เช่น ทำบุญสะเดาะเคราะห์

ทำพิธีต่ออายุ เป็นต้น จนปัจจุบันสภาวะของโรคลุกลามมากขึ้น แพทย์ได้แจ้งข้อมูลเพิ่มเติมถึงระยะอันตรายที่อาจทำให้เสียชีวิตเมื่อไรก็ได้

คุณจัน

ภูมิหลังชีวิต

คุณจัน อายุ 61 ปี จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เป็นหม้ายเนื่องจากสามีเสียชีวิตมาได้ห้าปี จากนั้นคุณจันอาศัยอยู่คนเดียวมาตลอด ปัจจุบันอาศัยในสถานสงเคราะห์แห่งหนึ่ง ไม่ได้ประกอบอาชีพและไม่มีรายได้ใดๆ ย้อนเรื่องราวไปในอดีตเมื่อประมาณ 5 ปีที่แล้ว ภายหลังจากสามีเสียชีวิต คุณจันอยู่เพียงลำพังมาได้ 4 ปี จากนั้นได้ไปรับจ้างทำงานเป็นแม่บ้านให้กับนายจ้างซึ่งเป็นตำรวจหญิง อาศัยอยู่กับนายจ้างได้ประมาณ 1 ปี ภายหลังจากป่วยเป็นโรคมะเร็ง คุณจันได้ขอให้นายจ้างส่งตัวมาอยู่ที่สถานสงเคราะห์หญิงแห่งหนึ่ง ระหว่างพักอยู่สถานสงเคราะห์นั้น ช่วงแรกมีอาชีพเสริมซึ่งทำให้พอมีรายได้ คือ ทอเสื่อ และทำไหมพรม แต่หลังจากผ่าตัดขาและตรวจพบมะเร็งลามไปที่ขา คุณจันมักมีอาการปวดและเดินเห็นลำบาก จึงไม่สามารถทำงานหารายได้ได้เหมือนเช่นเดิม ชีวิตที่เป็นอยู่ในช่วงหลังนี้จึงวุ่นวายอยู่กับความเจ็บป่วยเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้มีผู้ดูแลในสถานสงเคราะห์ ที่คุณจันเรียกว่า “คุณแม่” คอยให้ความช่วยเหลือในการส่งตัวไปตรวจและรักษาที่โรงพยาบาล ชีวิตในสถานสงเคราะห์ เป็นชีวิตที่มีข้อจำกัดในแง่ของการดูแลความเจ็บป่วย โดยเฉพาะยาบรรเทาปวดที่ไม่ได้รับอย่างเพียงพอที่จะบรรเทาอาการได้ ทำให้คุณจันมองโรงพยาบาลเป็นเสมือนที่พึ่งที่จะดูแลความเจ็บป่วยของตนเองได้ดีที่สุด

คุณจันมีพี่สาวหนึ่งคนเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านม มีน้องชาย 1 คน ยังไม่ได้แต่งงาน และน้องสาวอีก 2 คน ต่างแต่งงานมีครอบครัวกันไปแล้ว พี่น้องต่างมีรายได้น้อย แต่ละคนจบการศึกษาไม่เกินชั้นประถม 6 และต่างแยกย้ายไปใช้ชีวิตของตนเองเป็นเวลานานหลายสิบปีแล้ว มีโอกาสเจอกัน 1-2 ปีต่อครั้ง จนล่าสุดไม่มีโอกาสได้พบกันมานานกว่าสิบปี ซึ่งความมั่งหวังหนึ่งของคุณจันก่อนตายคือ การได้มีโอกาสพบ พูดคุย และสั่งเสียกับพี่น้องที่ยังหลงเหลืออยู่ ก่อนที่ตนเองจะจากโลกนี้ไป แต่ก็มีทางเป็นไปได้บ้าง เนื่องจากไม่มีหนทางหรือช่องทางที่จะติดต่อกันได้ คุณจันจึงต้องอยู่เพียงลำพังในสถานสงเคราะห์ตลอดมา โดยไม่มีญาติพี่น้องมาเยี่ยมเยียน และไม่มีเพื่อนสนิทในสถานสงเคราะห์ นอกจากเพื่อนร่วมห้องที่มีอาการทางจิตเวชเล็กน้อยคนหนึ่ง แต่ยังคงดูแลช่วยเหลือกันได้ โดยเฉพาะในยามที่คุณจันต้องไปพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล เพื่อนคนนี้ก็ได้รับอนุญาตจากสถานสงเคราะห์ให้ตามไปเฝ้าได้ ชีวิตในช่วงหลังของคุณจัน หรือประมาณกว่าปีมาแล้วที่ต้องเข้า-ออกโรงพยาบาลอยู่บ่อยครั้ง คุณจันนับถือพุทธศาสนา ก่อนหน้าที่จะป่วยจะมีทำบุญใส่บาตรบ้าง แต่ไม่ค่อยได้มีโอกาสปฏิบัติหรือศึกษาธรรม แต่ปัจจุบันเนื่องจากข้อจำกัดของสภาวะร่างกายทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้สะดวก

สภาวะความเจ็บป่วย

คุณจันเริ่มป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกมาตั้งแต่ปี 2550 ซึ่งก็เป็นระยะเวลา 3 ปีมาแล้ว อาการเริ่มแรกที่เกิดก็คือมีเลือดออกทางช่องคลอดจำนวนมาก รับประทานโดยการฉายแสงและฝังแร่ตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่คุณจันมองว่าเป็นความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก หลังจากนั้นไม่นาน มะเร็งลามไปถึงลำไส้ คุณจันจึงได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ไว้ที่หน้าท้อง จนกระทั่งต้นปี 2552 คุณจันประสบอุบัติเหตุล้มและกระดูกขาซ้ายหัก ต้องเข้าผ่าตัดอีกครั้งโดยการใส่เหล็กตามที่ขาซ้าย ซึ่งในครั้งนั้นทำให้แพทย์ตรวจพบว่า มะเร็งได้ลามไปที่กระดูก แพทย์ระบุว่า เป็นมะเร็งในระยะสุดท้าย ซึ่งคุณจันได้รับการบอกกล่าวให้รู้ว่าเป็นมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาได้อีก สภาวะที่ประสบอยู่นอกจากจะเป็นความทรมานจากความเจ็บปวดแล้ว คุณจันยังไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากขาข้างซ้ายที่ใช้การไม่ได้เต็มที่ ไม่สามารถเดินได้อย่างปกติ และไม่สามารถทำอะไรได้ตามปกติเหมือนที่เคยทำ และชีวิตที่แปลกแยกไปจากเดิมตลอดชีวิต เนื่องจากการผ่าตัดเปิดลำไส้ไว้ทางหน้าท้อง โดยต้องถ่ายอุจจาระทางหน้าท้องและดูแลความสะอาดด้วยตนเอง รวมถึงภาวะที่ต้องเผชิญกับการมีเลือดออกทางช่องคลอดเป็นพักๆ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ และที่คุณจันมองว่าเป็นความทรมานที่สุดคือความเจ็บปวดขาที่ได้รับการผ่าตัดแทบตลอดเวลา

คุณยุพา

ภูมิหลังชีวิต

คุณยุพา อายุ 43 ปี จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 อาศัยอยู่กับสามีอายุ 43 ปีเช่นกัน คุณยุพากับสามีอยู่กินกันมานานกว่า 25 ปี มีลูกสาวด้วยกัน 1 คน อายุ 18 ปี กำลังเตรียมตัวศึกษาต่อในระดับปริญญาตรี ปัจจุบันคุณยุพาไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ ส่วนรายได้ครอบครัวไม่แน่นอน เนื่องจากสามีไม่ได้ทำงานประจำ ตัวคุณยุพาเองมีพี่น้องทั้งหมดสามคน ผู้ชาย 1 คน ผู้หญิง 2 คน น้องสาวเป็นมะเร็งเต้านมลามไปที่ปอด เสียชีวิตแล้ว ส่วนน้องชายเป็นมะเร็งเม็ดเลือด อยู่ในระหว่างรักษา ยังมีชีวิตอยู่ ส่วนพี่สาวคนโตรวมถึงพ่อแม่ไม่พบว่าเป็นมะเร็ง ก่อนที่จะป่วยเป็นมะเร็งคุณยุพาเคยรับจ้างซักรีดเสื้อผ้าที่บ้านตนเอง แต่ภายหลังจากป่วยเป็นต้นมา คุณยุพาต้องหยุดทำงาน เพราะสภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวย สามีคุณยุพาทำงานรับจ้างเป็นช่างประจำโรงแรมแห่งหนึ่ง สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลนั้น สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ แต่สิ่งที่สร้างความกังวลคือ ภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น จากการดูแลรักษาตัว ทำให้เงินทองที่มีอยู่เริ่มร่อยหรอ สามีต้องทำงานหนักมากขึ้น เพื่อที่จะหารายได้มาจุนเจือครอบครัวให้เพียงพอกับรายจ่ายที่เพิ่มมากขึ้น แม้กระทั่งหยิบยืมเงินจากญาติ และต้องนำของในบ้านออกขาย เพื่อให้มีเงินทองใช้จ่ายเพียงพอในครอบครัว

ตามคำบอกเล่า คุณยุพาทบอกว่าตนเองปกติเป็นคนหงุดหงิดโมโหง่าย แต่เป็นคนที่ไม่เข้มแข็ง มักไม่แสดงความอ่อนแอให้ใครๆ เห็น คุณยุพาและครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ ตัวคุณยุพาเองเคยศึกษาและเรียนรู้การปฏิบัติธรรมบ้างโดยการอ่านหนังสือ ฟังธรรม และนั่งสมาธิ ส่วนสามีไม่ได้ศึกษาและปฏิบัติ แต่ทำงานเป็นอาสาสมัครมูลนิธิช่วยเหลือผู้ประสบภัย ความสัมพันธ์กับ

สามีเป็นไปด้วยดี โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย สามีรับรู้เรื่องราวความเจ็บป่วยของคุณูปามาโดยตลอด สามีจะดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี คอยจัดการดูแลเรื่องอาหารการกิน ความหวังของคุณูปา และสามีคือ การได้เห็นลูกสาวสำเร็จการศึกษา ดังนั้น นอกจากภาระเรื่องค่าใช้จ่ายความเจ็บป่วยที่ต้องใช้จ่ายมากขึ้น ยังมีภาระที่ต้องดูแลส่งเสียบุตรสาวซึ่งกำลังจะศึกษาต่อในระดับปริญญาตรี

สภาวะความเจ็บป่วย

คุณูปาป่วยเป็นมะเร็งสมอง แพทย์ระบุเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ก่อนหน้านั้นคุณูปาตรวจพบเป็นมะเร็งเต้านมตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2551 ซึ่งหมอระบุเป็นระยะที่ 3 หลังจากตรวจพบแล้วได้รับการรักษาโดยการฉายแสงและให้เคมีบำบัดจนครบ รวมถึงผ่าตัดเต้านมด้วย หลังจากนั้นประมาณเดือนพฤศจิกายน 2552 เริ่มมีอาการปวดศีรษะมาก มีอาเจียนร่วมด้วย มาตรวจอีกครั้งจึงพบมะเร็งลุกลามไปที่สมองทำให้มีอาการปวดศีรษะ และขาสองข้างอ่อนแรง เดินไม่ได้ คุณูปารับการรักษาแผนปัจจุบัน ตามแพทย์สั่งมาตลอด ไม่เคยรักษาทางเลือกอื่น เพราะจากประสบการณ์ของน้องสาว ที่หาซื้อยาสมุนไพรมารับประทานเอง จากนั้นอาการแยลง จนในที่สุดเสียชีวิตไปแล้ว ทำให้คุณูปาไม่แน่ใจและไม่ไว้วางใจในการรักษาทางเลือกอื่น

คุณูปาเล่าว่า หลังจากคลำได้ก้อนที่เต้านม ก็คาดมาก่อนว่าอาจจะเป็นเนื้อร้าย เนื่องจากพี่น้องทั้งสองคนต่างป่วยเป็นมะเร็ง ตนเองจึงมีโอกาสที่จะเป็นได้มาก หลังจากนั้น เมื่อได้ตรวจพบว่ามะเร็งลุกลามจนทำให้ตนเองถึงกับเดินไม่ได้ นั่น หรือแม้แต่พุงตนเองลูกยืนยังเป็นไปด้วยความยากลำบาก รวมถึงความทรมาณจากอาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ความพยายามของคุณูปาที่ทำอยู่ในตอนนี้ คือการหมั่นออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูกำลังแขนและขา และนอกจากความพยายามในการฟื้นฟู เพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาวะปกติเท่าที่จะทำได้แล้ว คุณูปายังต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองในบางเรื่อง เพื่อลดการกระตุ้นภาวะลุกลามของโรค คุณูปาต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ต้องคอยควบคุมอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็น สิ่งที่คุณูปากังวลมากที่สุด คือการไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และต้องกลายเป็นภาระให้กับครอบครัว

คุณพิน

ภูมิหลังชีวิต

คุณพิน อายุ 52 ปี จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปัจจุบันทำงานภาคพื้นดินที่บริษัทสายการบินแห่งหนึ่ง รายได้โดยเฉลี่ยส่วนตัวประมาณ 3,0000 บาทต่อเดือน ส่วนรายได้เฉลี่ยครอบครัวประมาณ 50,000 บาท คุณพินทำงานที่สายการบินมาหลายปีแล้ว ตั้งใจอยู่ทำงานจนเกษียณ ซึ่งสามารถเลือกรับได้ทั้งเงินบำเหน็จและบำนาญ ส่วนภรรยาทำงานบริษัทแห่งหนึ่ง ทั้งคู่ยังไม่มียุติ ต่างคนต่างมีรายได้ใช้จ่ายพอเพียงในครอบครัว ค่ารักษาพยาบาลคุณพินสามารถเบิกได้หมด ครอบครัวจึงไม่เดือดร้อนเรื่องการเงิน และไม่มีหนี้สินอะไรให้เป็นภาระ

คุณพันแต่งงานอยู่กับภรรยามาตั้งแต่ปี 2539 ภรรยาอายุ 52 ปีเท่ากัน ทั้งสองคนอยู่กันมานานกว่า 15 ปีแต่ก็ไม่มีบุตรด้วยกัน คุณพันเล่าถึงความเป็นอยู่ภายในครอบครัวว่า ส่วนใหญ่จะเป็นแบบต่างคนต่างอยู่ เนื่องจากต่างทำงานและต่างมีกิจกรรมที่ตนเองชอบ มีมุมส่วนตัวของตนเองขณะอยู่ที่บ้าน คุณพันเองมีงานอดิเรกคือ เลี้ยงปลา เลี้ยงไก่ ส่วนภรรยาทำงานบริษัทแห่งหนึ่ง งานอดิเรกเวลาอยู่บ้านก็คือเลี้ยงสุนัข ทำสวน ปลูกต้นไม้ ในขณะที่คุณพันนอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลนั้น ภรรยาไม่ได้มาอยู่ดูแล เนื่องจากต้องทำงานประจำ จะจ้างคนมาอยู่เป็นเพื่อน ส่วนภรรยาจะมาเยี่ยมเฉพาะช่วงค่ำเป็นบางวัน แต่แม้จะไม่ได้พูดคุยอะไรกันมากมายอย่างที่ได้ออกกล่าวก็ตาม แต่คุณพันก็มีได้ปิดบังภรรยาถึงสภาวะที่ตนเองเป็นอยู่ อย่างไรก็ตามคุณพันยังคงต้องการปกปิดคนอื่น ๆ บางคน โดยเฉพาะกับแม่ของตนเอง เนื่องจากไม่อยากให้รู้สึกเป็นกังวลและเป็นภาระกับสภาพการณ์ดังกล่าว

ประสบการณ์ชีวิตในวัยหนุ่มที่ผ่านมา คุณพันใช้ชีวิตโลดโผน สุ่มเสี่ยงกับความตายมาแล้วหลายครั้ง ปัจจุบันมีการงานมั่นคง และเตรียมใช้ชีวิตบั้นปลายภายหลังเกษียณกับเงินบำนาญที่ได้รับไปตลอดชีวิต คุณพันสูบบุหรี่มา 20 กว่าปี วันละประมาณครึ่งซอง และดื่มเหล้าวันละประมาณครึ่งขวดมาตั้งแต่อายุ 21 จนถึงอายุ 52 ปี เพิ่งจะเลิกดื่มเหล้าเมื่อเดือนสองเดือนก่อนที่จะพบกับผู้วิจัย ส่วนชีวิตประจำวันทั่วไป คุณพันชอบออกกำลังกายและเล่นกีฬาอย่างสม่ำเสมอมาตั้งแต่สมัยวัยรุ่น กิจกรรมที่ชอบและเล่นเป็นประจำคือ ฟุตบอล และวิ่ง คุณพันเล่าว่า ก่อนที่จะป่วยเป็นมะเร็งนั้นปกติจะสามารถวิ่งได้ถึงสิบบอบสนามฟุตบอล แต่หลังจากมีอาการไอ คุณพันเริ่มมีอาการเหนื่อยง่าย จึงออกกำลังกายได้น้อยลง สำหรับชีวิตการทำงาน คุณพันเห็นว่าสภาวะของโรคไม่ทำให้เกิดผลกระทบอันใดมากนัก เนื่องจากงานที่ทำอยู่เป็นงานนั่งโต๊ะ คุณพันมีเพื่อนสนิทที่ทำงานไม่กี่คน ปกติมักชอบใช้ชีวิตกับงานอดิเรกที่ตนเองชอบที่บ้านมากกว่าการออกไปสังสรรค์กับเพื่อน ส่วนภรรยาเองก็ใช้ชีวิตในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ส่วนพี่น้องคนอื่น ๆ ต่างแยกไปมีครอบครัวของตนเอง นาน ๆ ครั้งมีการติดต่อพบปะกันที่

สภาวะความเจ็บป่วย

อาการที่คุณพันเป็นเริ่มจาก มีอาการไอมาตั้งแต่เดือนกันยายน 2551 จากนั้นต้นปี 2552 มีอาการไอมากขึ้น จึงมารับการตรวจที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่าเป็นมะเร็งปอดในระยะสุดท้าย แพทย์แนะนำให้มารับการรักษาโดยให้ยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลแห่งนี้ ภายหลังได้ทราบชัดเจนว่าตนเองป่วยเป็นมะเร็งในระยะสุดท้าย อาการของคุณพันยังคงมีอาการไอบ่อย และเหนื่อยง่าย ออกกำลังกายได้น้อยลง จนบางครั้งเดินขึ้นบันไดก็มีอาการเหนื่อยหอบ ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ สร้างความหงุดหงิดใจให้กับคุณพัน เนื่องจากไม่สามารถทำกิจกรรมที่ชอบได้เช่นเดิมนอกจากนี้สภาวะของมะเร็งที่ลุกลามไปที่ตับ ทำให้คุณพันต้องมีปัญหาเกี่ยวกับระบบย่อยอาหาร เริ่มมีอาการท้องอืดง่ายภายหลังรับประทานอาหาร ทำให้จำเป็นต้องจำกัดปริมาณอาหารในแต่ละวันให้น้อยลง อย่างไรก็ตาม คุณพันเล่าว่า ตนเองไม่ได้รู้สึกเครียดกับเรื่องนี้เท่าไรนัก เนื่องจากได้เตรียมทำใจมาก่อนล่วงหน้าตั้งแต่พบความผิดปกติเกิดขึ้นกับตัวเอง เมื่อถามไปถึงเรื่องความตาย คุณพันเปิดเผยว่า แม้จะมีเรื่องนี้ผ่านเข้ามาในความคิดอยู่บ้าง แต่ตนเองพยายามเลี่ยงที่จะคิดถึง

เรื่องเหล่านี้ ความกังวลใจคือความห่วงใยแม่ซึ่งอยู่คนเดียวและมีอายุมากแล้ว และความห่วงใยเมื่อคิดว่าภรรยาต้องอยู่ตามลำพังภายหลังตนเองต้องจากโลกนี้ไป

คุณสุดา

ภูมิหลังชีวิต

คุณสุดา อายุ 54 ปี สถานภาพหม้าย จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีลูกชายทั้งหมด 3 คน แต่เสียชีวิตไปแล้ว 1 คน ลูกชายทุกคนต่างแยกครอบครัวออกไปทำธุรกิจส่วนตัว คุณสุดาจึงอยู่กับบุตรสาวบุญธรรมคนหนึ่ง ซึ่งเป็นบุตรสาวของลูกชายตนเอง อายุ 16 ปี เป็นคนที่ใกล้ชิดกับคุณสุดามากที่สุด เนื่องจากคุณสุดาเริ่มมาเลี้ยงตั้งแต่เด็ก และอยู่ด้วยกันมาจนถึง ซึ่งตั้งแต่คุณสุดาป่วยเป็นมะเร็ง ลูกสาวบุญธรรมจะเป็นคนอยู่ดูแลคุณสุดา และอยู่เฝ้าคุณสุดาเป็นบางครั้ง เมื่อต้องมารักษาตัวที่โรงพยาบาล ส่วนลูกชายจะแวะมาเยี่ยมเยียนบ้างเป็นครั้งคราว ครอบครัวคุณสุดามีฐานะค่อนข้างดี รายได้โดยเฉลี่ยประมาณ 50,000 – 100,000 บาทต่อเดือน ปัจจุบันคุณสุดามีธุรกิจรีสอร์ทที่เป็นของตนเองที่เกาะแห่งหนึ่งในต่างจังหวัด คุณสุดาจะดูแลกิจการด้วยตนเองมาตลอด โดยมีลูกสาวคอยช่วยเหลือ

เนื่องจากเป็นคนชอบทำงานมาแต่ไหนแต่ไร ทำให้คุณสุดายอมรับว่าตนเองไม่สามารถปล่อยวางกับงานของตนเองได้ ก่อนหน้านั้นคุณสุดาจะทำงานหลายอย่าง ทั้งกิจการรีสอร์ทของตนเอง และยังหารายได้โดยการส่งอาหารส่งโรงเรียนด้วย ซึ่งงานนี้สำหรับคุณสุดาถือว่าเป็นงานสบายๆ จนเมื่อป่วยเป็นมะเร็งจึงเลิกทำ ให้ลูกสะใภ้รับช่วงทำต่อ ช่วงที่คุณสุดาป่วยและไม่ได้กลับไปดูแลกิจการรีสอร์ท คุณสุดาจะเป็นห่วงกิจการของตนเอง จนรู้สึกว่ามันเครียดมาก เนื่องจากทิ้งให้ลูกจ้างดูแลแล้วทำให้ต้องสูญเสียรายได้ มีครั้งหนึ่งที่คุณสุดาเล่าว่า ตนเองเกิดอาการเครียดกับเรื่องงานมาก จนถึงกับต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ในครั้งนี้ เมื่อต้องมานอนพักรักษาตัว คุณสุดาจึงตัดสินใจจ้างคนมาดูแลแทน และให้ลูกสาวอยู่ช่วยดูแล กิจการไม่ต้องการให้มาเฝ้าหรือแม้กระทั่งมาเยี่ยมตนเอง ซึ่งแม้จะมีน้องสาวของตนเองไปช่วยดูแลกิจการบ้าง แต่ก็ยังเป็นเพียงครั้งคราว เพราะน้องสาวยังมีรีสอร์ทของตัวเองที่ต้องดูแล คุณสุดาจึงเป็นห่วงว่าลูกสาวจะดูแลเพียงคนเดียวไม่ไหว ประกอบกับลูกชายเองก็ไม่ค่อยไปช่วยดูแล ในขณะที่หลานคนอื่นๆ ที่เคยให้ไปช่วยดูแล ก็ทำได้ไม่ตัวอย่างที่ตนเองต้องการ

นอกจากที่รีสอร์ทแล้ว คุณสุดายังมีบ้านของตนเองที่กรุงเทพฯ ด้วย แต่คุณสุดาชอบที่จะกลับไปอยู่ที่รีสอร์ทของตนเองมากกว่า เนื่องจากชอบบรรยากาศ และสภาพแวดล้อมที่นั่น ในช่วงที่พักรักษาตัวที่รีสอร์ทคุณสุดาเล่าว่า สุขภาพของตนเองจะดีมากกว่าอยู่ที่กรุงเทพฯ และตัวคุณสุดาเองชอบที่จะกลับไปทำงานที่รีสอร์ทมากกว่าอยู่เฉยๆ ที่กรุงเทพฯ คุณสุดาเล่าว่า ช่วงที่ป่วยแม้สภาพร่างกายจะไม่ไหวเหมือนแต่ก่อน แต่ก็ยังอยากที่จะทำงาน จนบางครั้งลูกชายต้องเตือนให้แม่ปล่อยวางงานที่ทำอยู่ อย่างไรก็ตามคุณสุดาเองก็ยังอดที่จะกลับไปดูแลงานที่รีสอร์ทไม่ได้ในทุกครั้งที่ออกจากโรงพยาบาล เพียงแต่พยายามทำงานให้เหนื่อยลง ไม่ให้กระทบกับสภาวะของโรคที่เป็นอยู่

สภาวะของโรค

คุณสุดาทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งตั้งแต่ต้นปี 2549 ซึ่งก็ประมาณ 4 ปีมาแล้ว ก่อนหน้านั้นรักษาด้วยการให้เคมีบำบัดและฉายแสงที่โรงพยาบาลแห่งอื่น ซึ่งคุณสุดาก็เข้าๆ ออกโรงพยาบาลต่างๆ เรื่อยมา จนท้ายสุดได้มารักษาตัวที่สนามวิชัยแห่งนี้เป็นแห่งที่ 4 รักษาที่นี้มาได้ประมาณสองปีแล้ว และรับรู้ว่าคุณสุดาเป็นมะเร็งในระยะสุดท้ายจากแพทย์โดยตรง สภาวะของโรคที่ประสบในครั้งนี้คือ มีอาการปวดแน่นท้อง ทานไม่ค่อยได้ และเนื่องจากเป็นสภาวะในระยะสุดท้ายไม่สามารถรักษาโดยวิธีฉายแสงหรือเคมีบำบัดได้ผล แพทย์จึงให้การรักษาและดูแลตามอาการที่เป็นอยู่ ครั้งนี้คุณสุดามีอาการเหนื่อยมากขึ้น แน่นท้อง ท้องบวมอืด แพทย์จึงพิจารณาให้ใส่สายยางเข้าทางจมูกถึงกระเพาะอาหารคาไว้ เพื่อระบายสิ่งที่ค้างในกระเพาะอาหารออก ตั้งแต่วันแรกที่มารับการรักษา ภายหลังที่ใส่สายกระเพาะอาหาร แม้จะทำให้อาการแน่นท้องน้อยลง แต่กลับมีอาการแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น อาการเวียนศีรษะ และมีอาการคลื่นไส้อยู่ตลอดเวลา กลืนน้ำลายไม่สะดวก เนื่องจากเจ็บคอจากการมีสายกระเพาะอาหารคาไว้ตลอด รวมถึงมีเครียด นอนไม่ค่อยหลับ ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่มีแรง

คุณสา

ภูมิหลังชีวิต

คุณสา อายุ 72 ปี เป็นหม้าย จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ ไม่มีรายได้ สามีเสียชีวิตมานานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2515 มีลูกด้วยกันทั้งหมด 6 คน ลูกชาย 2 คน และลูกสาว 4 คน หลังสามีเสียชีวิตต้องอาศัยอยู่คนเดียวที่บ้านเดิม ที่จังหวัดชัยนาท พอป่วยเป็นมะเร็ง ลูกสาวคนที่สองจึงขอให้ย้ายมาอยู่ด้วยที่นครนายก ส่วนลูกคนอื่นๆ อาศัยอยู่ไม่ไกลจากกันมากนัก เรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลและความเป็นอยู่ของแม่นั้น ลูกๆ ช่วยกันดูแลยกเว้นลูกสาวที่คุณสาอาศัยอยู่ด้วย เนื่องจากตอนนี้ยังแต่งงาน ไม่มีงานทำ ลูกชายคนหนึ่งของคุณสา มีภรรยาเป็นเจ้าหน้าที่พยาบาลที่สนามวิชัยแห่งนี้ ซึ่งจะคอยช่วยเหลือดูแลเรื่องอาการเจ็บป่วยของคุณสาทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน เป็นคนจัดหาเครื่องมือในการดูแลในขณะที่อยู่ที่บ้าน ได้แก่ อุปกรณ์ออกซิเจนและเครื่องพ่นยา ซึ่งช่วยให้คุณสาสามารถดูแลตนเองยามมีอาการในขณะที่อยู่ที่บ้านได้ ในส่วนค่ารักษาพยาบาลนั้น คุณสาสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลโดยใช้ต้นสังกัดของลูกชายได้ จากการสังเกตและจากการสนทนา คุณสาเป็นคนค่อนข้างอารมณ์ดี ชอบเดินไปพูดคุยกับพยาบาล และคนไข้ด้วยกันเอง รวมถึงตัวคุณสาเองก็บอกว่า ตนเองชอบที่มีใครๆ เข้ามาพูดคุยด้วย คุณสานับถือศาสนาพุทธ แม้ไม่ค่อยได้มีโอกาสไปวัด เนื่องจากสภาพร่างกายไม่อำนวย แต่ก็ใส่บาตรและสวดมนต์เป็นประจำ และแม้ไม่ได้ศึกษาธรรมะอย่างแตกฉาน แต่เมื่อพูดถึงเรื่องความตาย สำหรับคุณสาแล้ว ไม่รู้สึกกลัวความตายที่จะเกิดขึ้น ส่วนลูกๆ ทราบกันหมดว่าคุณสาเป็นอะไร เนื่องจากเจ็บป่วยมานานกว่าสองปี

สภาวะความเจ็บป่วย

คุณสาทราบว่าตนเองป่วยเป็นมะเร็งปอดมาได้สองปีแล้ว ตั้งแต่กลางๆ ปี 2549 อาการที่พบคือมีอาการเหนื่อยหอบ และมีอาการไอเป็นพักๆ ก่อนหน้านั้นคุณสารักษาอยู่ที่โรงพยาบาลอื่น จากนั้นได้ย้ายมารักษาที่สนามวิจัยแห่งนี้ตลอด ช่วงแรกแพทย์แจ้งแต่เพียงว่าคุณสาเป็นมะเร็งที่ปอด พอมาช่วงหลังมะเร็งลุกลามมากขึ้น แพทย์ได้แจ้งให้คุณสาทราบว่ามะเร็งลุกลาม และไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาเพียงแค่ช่วยพยุงอาการไว้ ตอนนั้นสภาวะของคุณสาคือ มะเร็งลุกลามจนทำลายปอดด้านซ้ายหมดแล้ว เหลือแต่ปอดด้านขวา ทำให้มีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น เดินหรือออกกำลังกายมากๆ ไม่ไหว ตั้งแต่นั้นมา คุณสาต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้น และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน คุณสาต้องใช้ออกซิเจนและยาพ่นยามเมื่อมีอาการ และหากมีอาการกำเริบมากขึ้นจนไม่สามารถทนได้ ลูกก็จะมาพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล อย่างไรก็ตามระหว่างรักษาตัวในสนามวิจัย แม้มีอาการเหนื่อยหอบ แต่อาการเป็นไม่ตลอด และยังสามารถบรรเทาได้ด้วยยา ทำให้คุณสาพอช่วยเหลือตัวเองเอง เดินไปไหนมาไหนได้เอง กลางวันจึงไม่มีญาติเฝ้า ส่วนกลางคืนจะมีลูกชายมาเฝ้า

คุณสาแสดงถึงความทุกข์ทรมานจากสภาวะที่เป็นอยู่ เคยคิดว่าการปล่อยให้มีมะเร็งลุกลามไปจนตัวเองตายไปน่าจะดีกว่า เพราะเวลาเหนื่อยมากๆ คุณยายรู้สึกทรมานจนแทบจะทนไม่ได้ บางครั้งถึงกับพูดกับลูกๆ ว่าอยากจะตายให้พ้นๆ จากสภาพเช่นนี้ไป ซึ่งลูกๆ เองก็ช่วยกันปลอบใจให้สู้ต่อ คุณสาจึงไม่สามารถทำอะไรได้มากไปกว่าการรักษาตัวเพียงเพื่อไม่ให้เผชิญกับความทรมานยิ่งไปกว่านั้น อาการของโรครุนแรงที่เข้าสองข้างที่คุณสาเป็นอยู่ ซึ่งแม้รักษาแล้วก็ยังมีอาการปวดอยู่ ทำให้ยิ่งรู้สึกท้อแท้กับสภาวะต่างๆ ที่ตนเองประสบอยู่ ภายหลังจากที่คุณสาอาการทุเลาลงและได้กลับไปปรึกษาตัวต่อที่บ้าน พยาบาลได้แจ้งให้ผู้วิจัยทราบว่า คุณสาได้เสียชีวิตหลังจากนั้นไม่กี่เดือน ผู้วิจัยได้รับทราบข้อมูลเพิ่มเติมจากลูกสะใภ้ที่เป็นพยาบาล ซึ่งได้ไปดูแลคุณสาก่อนตายพร้อมกับลูกคนอื่นๆ ทราบว่า คุณยายสามีมีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น แต่ไม่เคยยอมมาโรงพยาบาล และแม้จะมีอาการเหนื่อยหอบมาก แต่ก็มีสติรู้ตัวจนเกือบนาทีสุดท้าย และจากไปอย่างสงบ

2) ผู้ให้ข้อมูลรอง

ผู้ให้ข้อมูลรองคือ ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายภายในสนามวิจัยแห่งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มครอบครัวผู้ป่วย และกลุ่มทีมสุขภาพซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากจัดเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลรองซึ่งใช้เป็นข้อมูลอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับปรากฏการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วย จึงขอเสนอเพียงข้อมูลเบื้องต้น ดังต่อไปนี้

2.1 ครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในสนามวิจัย ข้อมูลเบื้องต้นเสนอตามตารางต่อไปนี้

ตาราง 3 แสดงข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลรอง

ลำดับ ที่	รหัส	ชื่อ (นามสมมติ)	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพ	สถานะที่เกี่ยวข้อง กับประสบการณ์	ช่วงระยะ ประสบการณ์*
1	F1	คุณมาลี	หญิง	49	คู่	ภรรยาผู้ป่วยมะเร็ง ช่องปากและไขสันหลัง	3 เดือน
2	F2	คุณแทน	ชาย	43	คู่	สามีผู้ป่วยมะเร็งสมอง	6 เดือน
3	F3	คุณเกรียง	ชาย	46	คู่	บุตรชายผู้ป่วย มะเร็งปอด	3 เดือน
4	F4	คุณใจ	หญิง	41	โสด	บุตรสาวผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมและสมอง	5 เดือน
5	F5	คุณปั้น	หญิง	70	คู่	มารดาผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมและไขสันหลัง	6 เดือน

* ช่วงระยะประสบการณ์ หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยที่ดูแลอยู่เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย

2.2 ทีมสุขภาพ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายภายในสนามวิจัย
แห่งนี้ ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับทีมสุขภาพ เสนอโดยย่อตามตารางดังนี้

ตาราง 4 แสดงข้อมูลเบื้องต้นของทีมสุขภาพ

ลำดับ ที่	รหัส	ชื่อ (นามสมมติ)	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพ	สถานะ	ช่วงระยะ ประสบการณ์*
1	H1	คุณดวงตา	หญิง	42	คู่	พยาบาลวิชาชีพ	9 ปี
2	H2	คุณสุวรรณา	หญิง	34	คู่	พยาบาลวิชาชีพ	9 ปี
3	H3	คุณรัตนา	หญิง	38	คู่	พยาบาลวิชาชีพ	1 ปี

* ช่วงระยะประสบการณ์ หมายถึง ระยะเวลาการทำงานกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4. การดำเนินการศึกษาตามระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ ตามแนวคิดแวน แมนเนน (van Manen. 1990) ซึ่งพัฒนางานมาจากแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ ไฮเดกเกอร์ มาใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ดำเนินการศึกษาวิจัยตามระเบียบวิธีวิจัยของแวน แมนเนน ทั้ง 6 กระบวนการ โดยกระบวนการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 มุ่งสู่ประสบการณ์ชีวิตในภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยตามที่พวกเขาประสบอยู่ (Turning to the nature of lived experience) เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยตามที่เป็นอยู่จริง โดยมีกระบวนการดังนี้

1) ทำความเข้าใจกับคำว่า “ประสบการณ์ชีวิตตามที่บุคคลประสบหรือประสบการณ์ที่ใช้ชีวิตของบุคคล” (Lived experience) เพื่อเชื่อมโยงไปสู่การทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของบุคคลในภาวะใกล้ตาย ตระหนักถึงการถ่ายทอดประสบการณ์ภาวะการเป็น (being) ของบุคคลในภาวะใกล้ตาย และการแสดงแก่นแท้ของปรากฏการณ์ ใกล้ตาย เน้นการให้ความหมายของบุคคลต่อประสบการณ์ที่ประสบ โดยไม่ละเลยความเกี่ยวพันกับบริบทหรือสถานการณ์รอบข้าง ไม่ละเลยอดีตของบุคคล และคำนึงถึงปัจจุบันตามที่เป็นอยู่จริง รวมถึงการตระหนักถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสุขภาพ และผู้เกี่ยวข้องในการตีความประสบการณ์ เน้นการตีความผ่านข้อความ ท่าที และการแสดงออก เพื่อค้นหาว่ามีความหมายใดที่แฝงอยู่ภายใต้สิ่งที่ปรากฏหรือข้อความนั้นๆ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจว่าประสบการณ์ใกล้ตายนั้นมีความหมายหรือความสำคัญเช่นไรต่อผู้ป่วยและครอบครัว

2) ทำความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับความหมายของคำว่า “ปรากฏการณ์” (Phenomenon) ว่าเน้นการศึกษาแก่นแท้ (Essence) ของปรากฏการณ์ อันจะแสดงถึงโครงสร้างหรือองค์ประกอบสำคัญของประสบการณ์ใกล้ตาย ศึกษาถึงภาวะการเป็น (being) ของผู้ป่วยในประสบการณ์ใกล้ตาย โดยเน้นการตีความที่เชื่อมโยงจากส่วนย่อยไปสู่ภาพรวมของปรากฏการณ์

3) สร้างคำถามการวิจัยที่สอดคล้องกับปรากฏการณ์ใกล้ตาย ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้ง และกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเปิดเผยข้อมูล รวมทั้งเปิดใจที่จะรับข้อมูลอย่างเต็มที่ เน้นคำถามเกี่ยวกับภาวะการเป็น (being) ของบุคคลภายใต้ประสบการณ์ที่ประสบ เพื่อให้เข้าใจว่าประสบการณ์นั้นมีความหมายเช่นไรต่อชีวิตของผู้ป่วย

4) ทำความเข้าใจให้กระจ่างกับความรู้ ความเข้าใจเดิมเกี่ยวกับปรากฏการณ์ใกล้ตาย และนำเอามาใช้เพื่อที่จะทำความเข้าใจความหมายที่ซ่อนอยู่ภายใต้ปรากฏการณ์ใกล้ตายนี้ โดยผู้วิจัยได้ทำการทบทวนประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ ตลอดจนศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความตายและภาวะใกล้ตาย รวมถึงการศึกษาแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ เพื่อทำความเข้าใจ และสังเคราะห์ความรู้ทั้งหมดมากำหนดเป็นประเด็นคำถามการวิจัย (ตามที่ได้กำหนด

ไว้ในบทที่ 1) ตลอดจนกำหนดประเด็นคำถามหลัก (Main questions) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในเบื้องต้น โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ประเด็นคำถามที่ใช้แบ่งเป็น 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 ประเด็นคำถามผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่

- ข้อมูลส่วนตัว สภาพแวดล้อม และบริบทความสัมพันธ์ในครอบครัว
- สภาพทางร่างกายของผู้ป่วยตามที่เป็นอยู่
- ความรู้ ความเชื่อ ประสพการณ์เดิม เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความตาย
- การรับรู้ และความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วยและสภาวะในภาวะใกล้ตายตามที่เป็นอยู่
- ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- การดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปจากเดิม
- ลักษณะการเผชิญปัญหาในภาวะใกล้ตาย

ชุดที่ 2 ประเด็นคำถามครอบครัวผู้ป่วย ได้แก่

- ข้อมูลส่วนตัว ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว บริบทความสัมพันธ์ และสภาพแวดล้อม
- ความเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการใช้ชีวิตภายในครอบครัวที่เกิดขึ้น
- การรับรู้ และความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย
- ความรู้ ความเชื่อ ประสพการณ์เดิมเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะใกล้ตาย และความตาย
- การใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไปเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยในภาวะที่เจ็บป่วยและภาวะใกล้ตาย
- การเผชิญกับสภาพการณ์ตามที่เป็นอยู่

ชุดที่ 3 ประเด็นคำถามพยาบาลผู้ดูแล ได้แก่

- เรื่องราวทั่วไปและประวัติส่วนตัวผู้ให้ข้อมูล
- ประสพการณ์การทำงาน และสภาพแวดล้อมและบริบทของการทำงาน
- ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย และครอบครัวผู้ป่วย
- ความรู้และมุมมองเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- ความเชื่อ ความรู้สึกเกี่ยวกับความตายและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

หมายเหตุ แนวคำถามที่กำหนดไว้ในครั้งนี้ เป็นเพียงกรอบการสัมภาษณ์ที่กำหนดในเบื้องต้น แต่ในการเก็บข้อมูลจริงเน้นการใช้คำถามที่สอดคล้องกับสภาพบริบทผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน เน้นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้ และใช้เป็นประเด็นคำถามต่อเพื่อให้เกิดการตีความซ้ำไปมา เกี่ยวกับข้อมูลที่ได้นั้นเกิดความกระจ่างเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา

ขั้นตอนที่ 2 ค้นหา สํารวจประสบการณ์ประหนึ่งเป็นส่วนหนึ่งในประสบการณ์นั้น

(Investigating experience as we live in) เน้นให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับใกล้ตายของผู้ป่วย และทำความเข้าใจข้อมูลเหล่านั้นโดยการไตร่ตรองข้อมูลเข้าไปมา (Reflecting) ในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลทุกครั้ง กระบวนการในขั้นตอนนี้ มีดังนี้

1) ตรวจสอบตนเอง หรือทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของตนเองที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ใกล้ตาย เนื่องจากผู้วิจัยเองคุ้นเคยกับบริบทของผู้ป่วยในภาวะใกล้ตายจากประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ ทั้งนี้เพื่อให้ตระหนักถึงความรู้ หรือประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ อันจะนำไปสู่การตีความของผู้วิจัย ทั้งนี้เพื่อให้สามารถแยกได้ว่า ความเห็นใดเกิดจากการตีความของผู้วิจัย และความหมายใดเกิดจากการตีความของผู้ให้ข้อมูล

2) ทำความเข้าใจกับความเป็นมาหรือความหมายที่แท้จริงของภาษาหรือคำต่าง ๆ ตลอดจนสำนวนต่าง ๆ ที่นำมาใช้ในการศึกษาวิจัย เพื่อที่จะสื่อภาษาออกมาโดยไม่บิดเบือนความหมายที่แท้จริง รวมถึงเพื่อที่จะเข้าใจภาษาหรือสำนวนที่ผู้ให้ข้อมูลสื่อออกมาโดยไม่บิดเบือนความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการสื่อ

3) ดำเนินการสัมภาษณ์โดยเน้นการตั้งข้อสงสัยกับข้อมูลที่ได้เข้าไปมา จากการสนทนากับผู้ให้ข้อมูลหลายต่อหลายครั้งจนได้ข้อมูลที่กระจ่าง ทั้งนี้ ผู้วิจัยแฝงตัวเข้าไปในสนามวิจัย โดยทำตนเองเป็นส่วนหนึ่งหรือมีส่วนร่วมในประสบการณ์นั้นๆ โดยอาสาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมทำกิจกรรมบางอย่างพร้อมๆ กับผู้ให้ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล คำนึงถึงการให้ได้ข้อมูลเพียงพอที่จะทำความเข้าใจตามกระบวนการตีความอย่างสมบูรณ์ เน้นการทำความเข้าใจกับภาษาต่างๆ ที่สื่อออกมาทั้งทางคำพูด การกระทำ ทศนคติ ท่าที หรือจาก ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้ที่ถูกศึกษา รวมถึงการคำนึงถึงภูมิหลัง และบริบททางสังคม วัฒนธรรม การสัมภาษณ์จะทำในลักษณะทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยเริ่มจากคำถามหลัก และตรวจสอบหรือตีความข้อมูลในระหว่างเก็บข้อมูล และใช้คำถามเพื่อตรวจสอบ และเพื่อให้เกิดการตีความเข้าไปมาเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้ รวมถึงการใช้การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (Informal interview) เพื่อขอรายละเอียดเพิ่มเติมในบางประเด็นที่ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ส่วนใหญ่จะทำในขณะที่ผู้วิจัยให้การดูแลผู้ป่วย และสนทนาในบางประเด็นกับครอบครัวผู้ป่วย

4) สังเกตสภาพบริบทแวดล้อมอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นส่วนสำคัญในการประกอบการตีความปรากฏการณ์ที่คำนึงถึงเงื่อนไขบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการตระหนักถึงการร่วมมืออยู่ของบุคคลอื่นภายใต้ปรากฏการณ์เดียวกัน โดยผู้วิจัยได้กำหนดองค์ประกอบหลักของการสังเกตไว้ 3 ส่วน คือ

4.1 สังเกตสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น สถานที่ สภาพอากาศ วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ในการรักษาพยาบาล

4.2 สังเกตบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สถานภาพ บุคลิกภาพ ลักษณะทางกายภาพของบุคคล และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน

4.3 สังเกตพฤติกรรมที่เป็นคำพูดและไม่เป็นคำพูด มองการกระทำ โดยเฉพาะบริบท การดูแล การสื่อสารระหว่างกัน สังเกตแบบแผนพฤติกรรมที่ทำต่อเนื่อง พฤติกรรมที่แปลกใหม่ เพื่อทำความเข้าใจความหมายที่อยู่เบื้องหลังพฤติกรรมเหล่านั้น

ข้อมูลจากการสังเกตที่ได้ ช่วยในการตีความประสบการณ์ที่ศึกษาในส่วนของผู้วิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยคำนึงถึงทั้งบริบทแวดล้อม และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

5) การจดบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยทำอย่างทันทีทุกครั้งภายหลังการสังเกตเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่สนใจและภายหลังการสนทนาแบบไม่เป็นทางการในทุกครั้งเพื่อหลีกเลี่ยงการบิดเบือนหรือคลาดเคลื่อนเนื่องจากการลืมเลือน ในกรณีที่ทำไม่ได้ในทันที ผู้วิจัยใช้วิธีจดบันทึกเฉพาะคำสำคัญ (Key words) เพื่อเตือนความจำ และรีบบันทึกอย่างละเอียดทันทีเมื่อมีโอกาส นอกจากนี้ยังต้องจดบันทึกสภาพลักษณะของบริบททางกายภาพและสังคมประกอบเหตุการณ์ที่สังเกตได้ และบริบทแวดล้อมขณะทำการสัมภาษณ์ รวมทั้งลักษณะอาการที่น่าสนใจ สีหน้า ท่าทาง อากัปกริยาของผู้ถูกสัมภาษณ์ มีการทบทวนและเรียบเรียงการบันทึกใหม่เพื่อประเมินข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ว่ายังมีประเด็นอะไรที่น่าจะทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติม

การบันทึกข้อมูลในส่วนของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยไม่มีการใส่ความเห็นของผู้วิจัยเข้าไป เนื่องจากเป็นข้อมูลเฉพาะของผู้ถูกสัมภาษณ์เท่านั้น ส่วนการสะท้อนความคิดหรือการไตร่ตรองข้อมูล (Reflect) ซึ่งเป็นการตีความในส่วนของผู้วิจัยเขียนแยกไว้ต่างหาก เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ตีความอย่างเป็นระบบ และเพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการตีความประสบการณ์ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบฟอร์มบันทึกภาคสนาม (Field notes) ดังแสดงตามตารางประกอบ ต่อไปนี้

ตาราง 5 แสดงตัวอย่างการจดบันทึกภาคสนาม (คัดมาบางส่วน)

ข้อมูลจากการสังเกต		ข้อมูลจากการสนทนาแบบไม่เป็นทางการ	Reflect ข้อมูล (มุมมองผู้วิจัย)	Reflect เกี่ยวกับตัวผู้วิจัย
บริบททั่วไป	บริบทความสัมพันธ์			
<p>11 ม.ค.52</p> <p>Ex.P.1</p> <p>-วันนี้ดูผู้ป่วยไม่ค่อยยิ้มแย้มเท่าเมื่อวาน ให้อูแขนบริเวณที่ฉายแสงว่าแห้งและคล้ำคล้ายผิวไหม้ เป็นผลจากยาเคมี (ให้วันที่</p> <p>-สีหน้าคล้ายกังวลใจจากอาการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว</p>	<p>-ผู้ป่วย พุดคุยกับพยาบาลท่าทางสนิทสนม แทนตัวเองว่าป้า ส่วนพยาบาลก็เรียกผู้ป่วยว่าป้า</p> <p>ผู้ป่วยเองรู้จักชื่อเล่นพยาบาลด้วย</p> <p>-พยาบาลหรือผู้ช่วย ไม่ค่อยได้เข้าไปคุยกับผู้ป่วยในห้องนานๆ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยออกมาข้างนอก หนึ่งดูที่วีผู้วิจัยจึงเข้าไปสนทนาด้วย แต่วันนี้ดูท่าทางแก่เปลี้ยๆ กว่าเมื่อวาน</p>	<p>-ตอนให้เคมีครั้งที่ 2 ต้องเข้าห้องปลอดเชื้อ 6 วัน ทรมาณมาก ไม่ให้เยี่ยม ตอนนั้นลูกชายหลังจากส่งตลกกลับบ้านไปได้ขับรถชนคนตาย พอรู้ข่าวยิ่งกังวล อยากกลับบ้าน เป็นห่วงมาก นอนร้องไห้</p> <p>เครียดทุกวันจนปวดหัว</p> <p>ความดันขึ้น รู้สึกว่ากลับไปอยู่บ้านแข็งแรงดี</p> <p>อยากกลับไปให้ยาเองที่บ้าน คิดว่ามีห้องและสถานที่เตรียมพร้อมอยู่แล้ว</p> <p>ไปฉีดยาเองก็ได้ที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน</p> <p>แต่หมอไม่ให้กลับ (ได้ขอร้องหมอหลายครั้ง)</p> <p>รู้สึกไม่สบายใจ อยากให้หมอเข้าใจ</p>	<p>-แพทย์ปฏิบัติตามความคิดเห็นทางการแพทย์</p> <p>เนื่องจากเกรงว่าถ้าปล่อยไว้กลับไปจะเกิดอาการแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย</p> <p>ซึ่งสวนทางกับความคิดของผู้ป่วยที่คิดว่าอยู่โรงพยาบาลนานๆ ไม่เป็นผลดีต่อตนเอง</p> <p>ตรงนี้ควรตระหนักถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วยร่วมด้วย</p> <p>ควรมีการทำความเข้าใจกัน อธิบายให้เห็นผลดีผลเสียให้เกิดความเข้าใจตรงกันและยอมรับได้</p> <p>เพราะหมอบางคนก็อนุญาตให้กลับได้ เมื่อขอร้อง ทั้งนี้เพื่อให้สภาพจิตใจผู้ป่วยดีขึ้น</p> <p>เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้ ยังมองว่า การเข้าโรงพยาบาลบ่อยๆ ทำให้สุขภาพจิตตนเองแย่ลง</p>	<p>-วันนี้ผู้วิจัยวางตัวตามสบายมากขึ้น</p> <p>เพราะคุ้นเคยขึ้น</p> <p>รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของที่นี้มากขึ้น</p> <p>มีบทบาทชัดเจนขึ้นกว่าเมื่อวาน</p> <p>รู้สึกว่าญาติกับผู้ป่วยมองเราเป็นคนในมากขึ้น</p> <p>-ยังมีความอยากลำบากในการหาช่องทางคุยในเรื่องที่อ่อนไหวกับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยชาย ที่ไม่ค่อยพูด และการจะวางตัวให้สนิทสนมคงทำได้ยากกว่า</p>

6) ใช้การบันทึกเสียงโดยอุปกรณ์บันทึกเสียง ซึ่งกระทำหลังจากได้รับอนุญาตจากผู้ถูกสัมภาษณ์ เพื่อช่วยให้การเก็บข้อมูลสะดวกมากยิ่งขึ้นและสามารถเก็บรายละเอียดได้คำต่อคำ ซึ่งมีประโยชน์อย่างมากในการวิเคราะห์ตีความ เพราะผู้วิจัยสามารถฟังบทสนทนากลับไปกลับมา เพื่อเพิ่มความละเอียดรอบคอบในการตีความ โดยผู้วิจัยฟังเทปทุกครั้งภายหลังการบันทึกเสียง ทั้งนี้ที่มีโอกาส เน้นตรวจสอบข้อมูลที่ยังเป็นข้อสงสัย และตรวจสอบความชัดเจนของข้อมูล เพื่อติดตามเก็บรายละเอียดข้อมูล หรือประเด็นเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์หรือสนทนาครั้งต่อไป จนแน่ใจว่าการตีความประสบการณ์มีความสมบูรณ์จากข้อมูลที่ได้

7) การศึกษาเอกสารและบันทึกที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลในการวิจัย โดยทำการศึกษาเอกสารเพิ่มเติมเกี่ยวกับประวัติผู้ป่วย แนวทางการรักษาพยาบาล บันทึกของแพทย์และพยาบาล ลักษณะอาการในแต่ละวันและความเปลี่ยนแปลงที่บันทึกไว้ ตลอดจนเอกสารในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่น่าสนใจศึกษา เช่น แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แนวทางการบริหารงานภายในหอผู้ป่วย การอบรมบุคลากร เป็นต้น เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ตีความปรากฏการณ์

8) การสร้างปฏิทินการทำงานภาคสนาม (Schedule for field study) เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นเอง เพื่อตรวจสอบและประเมินการทำงานในแต่ละครั้ง และวางแผนการทำงานในครั้งต่อไป โดยเน้นให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ ผ่านกระบวนการตีความตามที่ได้กำหนดไว้ ดังตัวอย่างตามตารางประกอบต่อไปนี้

ตาราง 6 แสดงตัวอย่างปฏิทินการทำงานภาคสนาม (คัดมาบางส่วน)

Date	Activity/Process	Out put/Outcome	Problem	Next plan
10-12 Jan.	-แนะนำตัว -สังเกตและบันทึกบริบทของ หอผู้ป่วย -Make relationship โดยเฉพาะกับทีมสุขภาพที่หอ ผู้ป่วย -สังเกตระบบงาน -วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น	-Relationship ระหว่างผู้วิจัยกับทีม สุขภาพ -ข้อมูลเกี่ยวกับบริบท ของหอผู้ป่วย	การสร้างความสัมพันธ์ ยังมีขาด เขินบ้างเพราะต่าง เกรงใจกัน -ยังมีความลำบาก ใจในการเข้าถึง ผู้ป่วยและ ครอบครัว	-Make relationship โดยเฉพาะกับผู้ป่วย และญาติ เพื่อหาทาง Approach ให้ง่ายขึ้น -จัดรูปแบบการ บันทึกและวิเคราะห์ ข้อมูลเบื้องต้น
28-29 Jan.	-Make relationship ทั้ง ระหว่างผู้วิจัยและทีมสุขภาพ และผู้วิจัยกับผู้ป่วยและญาติ -Observe context ที่เกี่ยวข้อง กับกระบวนการทำงานของทีม สุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่าง ทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติ ทดลองเครื่องมือในการ สัมภาษณ์เจาะลึก -ศึกษาเกี่ยวกับวิธี detect	-Relationship ระหว่างผู้วิจัยและทีม สุขภาพ และระหว่าง ผู้วิจัยกับผู้ป่วยและ ญาติ -แนวทางในการ Approach ที่ เหมาะสม -วิธีการเลือกกลุ่มผู้ให้ ข้อมูลสำคัญให้	-คำถามบางเรื่อง ยังใช้ไม่ได้กับ ผู้ป่วยบางคน -การให้คำแนะนำ ของผู้วิจัยอาจมี ผลต่อคำตอบหรือ ความคิดของผู้ให้ ข้อมูล (ควรรระวัง)	-ศึกษาถึงปัญหา อุปสรรคในการใช้ เครื่องมือในการ สัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อ ปรับปรุงให้เหมาะสม กับผู้ให้ข้อมูลแต่ละ ราย -Make more relationship

ตาราง 6 (ต่อ)

Date	Activity/Process	Out put/Outcome	Problem	Next plan
10-12 Jan. (ต่อ)	ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อเป็น แนวทางในการเลือกกลุ่มผู้ให้ ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด (หา ข้อมูลจากแฟ้มผู้ป่วยและแฟ้ม ประวัติผู้ป่วย และสอบถามจาก พยาบาล) -ปรึกษา Advisor เกี่ยวกับการ แสดงข้อมูลที่ได้	สอดคล้องเกณฑ์ที่ กำหนดไว้ -ข้อมูลเกี่ยวกับระบบ การทำงาน และ ความสัมพันธ์ระหว่าง ทีมสุขภาพกับผู้ป่วย และญาติ		

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ตีความเพื่อกำหนดหน่วยหรือโครงสร้างความหมาย (Hermeneutic phenomenological reflection) ใช้วิธีวิเคราะห์ปรากฏการณ์แบบตีความตามแนวคิดของ แวน แมนเนน (van Manen. 1990: 77-109) โดยวิธีการสะท้อนความคิดหรือไตร่ตรองข้อมูลที่ได้อย่างรอบคอบ (Reflecting) เพื่อกำหนดหน่วยหรือโครงสร้างความหมาย (Themes) ที่แสดงองค์ประกอบย่อยของปรากฏการณ์ใกล้ตาย อันเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและความตาย ตามแนวคิดการวิเคราะห์ รวมถึงโครงสร้างความหมายที่กำหนดลักษณะเฉพาะหรือแก่นสาระ (Essence) ของปรากฏการณ์ใกล้ตาย ขั้นตอนการวิเคราะห์มีดังนี้

1) ในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะทำการถอดเทปคำต่อคำ พิจารณาข้อมูลที่ได้มาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆ อย่างละเอียด ตั้งข้อสงสัย เพื่อจะกำหนดเป็นหน่วยความหมาย (themes) ที่ใช้สืบค้นในครั้งต่อไป มุ่งเน้นให้ได้หน่วยหรือโครงสร้างความหมายเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย โดยการกำหนดหน่วยหรือโครงสร้างความหมายจะเป็นการวิเคราะห์ให้เห็นถึงโครงสร้างประสบการณ์ใกล้ตาย หรือองค์ประกอบต่างๆ ที่หล่อหลอมกันเป็นลักษณะเฉพาะของประสบการณ์ใกล้ตาย โดยการสะท้อนความคิดหรือไตร่ตรอง (Reflecting) เกี่ยวกับสถานการณ์ต่างๆ ของประสบการณ์อย่างละเอียดรอบคอบ

2) ตรวจสอบข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล และพิจารณาแต่ละสถานการณ์ (Situation) เพื่อตรวจสอบถึงความสอดคล้องกับแนวคิดการวิเคราะห์ เน้นตรวจสอบว่าสถานการณ์ต่างๆ มีความหมายเช่นไรกับบุคคล หรือมีความหมายต่อภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยอย่างไร รวมถึงประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ วิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายกรณี เพื่อการตีความโดยคำนึงถึงบริบทแวดล้อมหรือเงื่อนไขต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย และวิเคราะห์ในภาพรวมปรากฏการณ์ เพื่อแสดงองค์ประกอบต่างๆ ที่หลอมรวมกันเป็นลักษณะเฉพาะของปรากฏการณ์ใกล้ตายที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้

3) ค้นหาความหมายจากข้อมูลหรือเรื่องราวในแต่ละส่วนหรือสถานการณ์ เพื่อกำหนดหน่วยความหมาย (Themes) โดยผู้วิจัยใช้วิธีการต่างๆ ในการวิเคราะห์ ดังนี้

3.1 Wholistic or Sententious approach คือ วิธีการกำหนดประเด็นความหมาย จากการอ่านและไต่ร่องข้อมูลทีละย่อหน้า แล้วมองหาความหมายจากเรื่องราวที่สอดคล้องกับเรื่องของความเจ็บป่วยและความตาย ตัวอย่างวิธีวิเคราะห์เช่นนี้ แสดงได้ดังตารางประกอบต่อไปนี้

3.2 Selective or Highlighting approach คือ วิธีการกำหนดประเด็นความหมาย จากการอ่านและไต่ร่องข้อมูลในแต่ละส่วน แล้วมองว่ามีประโยคคำพูดหรือคำพูดใด ที่ใช้แทนความหมายของเรื่องราวที่ต้องการศึกษาได้

3.3 Detail or Line-by-line approach คือ วิธีการกำหนดประเด็นความหมาย จากการอ่านและไต่ร่องข้อมูลทีละประโยคคำพูด แล้วมองว่าประโยคนั้นให้ความหมายอะไรที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและความตาย ตัวอย่างการวิเคราะห์ตามทั้ง 3 แบบ แสดงตามตารางประกอบต่อไปนี้ ตารางประกอบ 7 แสดงตัวอย่างวิธีวิเคราะห์ในแบบต่างๆ

Method	Quotation	Theme	Context/Agents**
1. Sententious approach	“เวลานั้นเหนื่อยแทบจะทนไม่ไหว ลูกสะใภ้เขาก็เอาออกซิเจนไปให้ที่บ้าน พนยาเองบ้าง บางทีก็ไม่ไหว มันเหนื่อยเหมือนจะขาดใจ ไม่ไหวเขาก็ให้มานอนที่นี่.. อ้อ มันไม่ไหว ก็มันเหนื่อยนะซิ เวลาเหนื่อยแล้วมันทรมาณ ไอบ้าง หอบบ้าง เบื่อมัน เมื่อไหร่มันจะลามไปให้หมดก็ไม่รู้ เมื่อก่อนนี้ไม่เคยเหนื่อย ไม่ค่อยมากหรอก เตี้ยวนี้มันเหนื่อยมาก”	ความทุกข์ ทรมาน	<u>สภาวะความเจ็บป่วย</u> (สภาวะที่รุนแรงจากความเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับความทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากอาการที่เป็นอยู่นั้น)
2. Highlighting approach	“มันเกี่ยวกับ ภาวลักษณะ ด้วย รับผิดชอบ คือเห็นแล้วมันดูผอมแห้ง เหลือแต่กระดูก ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ อย่างเนี่ย”	การสูญเสีย ความเป็น ปกติ	<u>ภูมิหลังชีวิตและลักษณะเฉพาะของบุคคล</u> ชีวิตแต่เดิมที่เคยโลดโผน ไม่ค่อยกลัวอะไร เป็นคนเข้มแข็งมา โดยตลอด เล่นกีฬาเป็นประจำ
3. Line-by-line approach	“บวชเรียน ทำให้มองอะไรเป็นปกติ เห็นคนตายเป็นเรื่องปกติ ชีวิตเขาให้มาแค่นี้”	ความตาย เป็นความ ธรรมดา	<u>ความเชื่อเกี่ยวกับความตาย</u> (ในที่นี้ ความเชื่อทางพุทธศาสนาเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยรายนี้มองว่าความตายเป็นความปกติธรรมดา

**หมายเหตุ แสดงบริบท เจื่อนไซ ที่สัมพันธ์กับการกำหนดหน่วยความหมาย ตามกระบวนการตีความ (เป็นเพียงข้อมูลย่อๆ เพื่อยกมาเป็นตัวอย่างที่แสดงถึงวิธีการตีความหมาย โดยคำนึงถึงบริบทและเจื่อนไซต่างๆ)

4) นำหน่วยหรือโครงสร้างความหมาย (Themes) ที่ได้มาปรับเปลี่ยนคำ ให้สามารถสื่อความหมายถึงประสบการณ์ที่ศึกษา (Composing linguistic transformation)

5) ตรวจสอบหน่วยความหมายที่ได้มาทั้งหมดซ้ำไปมา ว่าเป็นหน่วยความหมายที่สะท้อนแก่นแท้ (Essence) ของปรากฏการณ์อย่างแท้จริงหรือไม่ โดยความเป็นแก่นแท้ในที่นี้หมายถึง ถ้าปราศจากหน่วยความหมายเหล่านี้แล้ว จะไม่สามารถอธิบายปรากฏการณ์นั้นให้เกิดความเข้าใจได้อย่างกระจ่างชัดเจน ประมวลผลการวิเคราะห์ผ่านกระบวนการสร้างจินตภาพ (Free imaginative variation) ของผู้วิจัย เพื่อเชื่อมโยงหน่วยความหมายต่างๆ เข้าด้วยกัน ตรวจสอบความเชื่อมโยงของหน่วยความหมายซ้ำไปมา เพื่อให้ได้แก่นแท้ของปรากฏการณ์ที่ศึกษาในครั้งนี้อย่างแท้จริง

6) ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย โดยตรวจสอบการกำหนดหน่วยหรือโครงสร้างความหมายที่ได้ซ้ำไปมา และตรวจสอบซ้ำจากอาจารย์ผู้ควบคุมปริญญาโท เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือของกระบวนการตีความ โดยเน้นความชัดเจนของผลการวิเคราะห์ข้อมูล ให้ผู้อ่านเข้าใจได้ว่าผู้วิจัยมีแนวคิดหรือแนวทางเช่นไรในการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถแปลงสภาพจากข้อมูลดิบเป็นกลุ่มความหมายที่อธิบายหรือตีความไว้ได้อย่างไร นอกจากนี้ ยังมีการตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลโดยบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Member check) และมีการตรวจสอบร่องรอยของความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Audit trail) อย่างละเอียด โดยการฟังเสียงสะท้อนจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยเฉพาะจากกลุ่มที่มสุขภาพ (เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ร่วมตรวจเช็คข้อมูลได้) โดยการเสนอประเด็นข้อมูลบางส่วนให้ผู้ให้ข้อมูลฟังและให้พวกเขาได้แสดงความคิดเห็น เพื่อตรวจสอบว่าข้อสรุปและการตีความของผู้วิจัยถูกต้องและใช้ได้ดีในทัศนะของผู้ให้ข้อมูล

สิ่งที่ผู้วิจัยเห็นว่ามีความสำคัญในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือการทำความเข้าใจอย่างกระจ่างชัดเจนเกี่ยวกับแนวคิดและวิธีวิทยาที่นำมาใช้ในครั้งนี้อย่างเฉพาะหลักการและกระบวนการตีความในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งจะช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างถูกต้องชัดเจน และดำเนินการวิจัยได้อย่างเหมาะสม สามารถวิเคราะห์ข้อมูลให้ได้ผลการวิจัยที่เป็นที่น่าเชื่อถือได้ สามารถนำไปใช้พัฒนาและปรับปรุงกระบวนการวิจัยในครั้งต่อไป และสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาและแก้ปัญหาในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้

7) **ขั้นตอนที่ 4 เขียนพรรณนาปรากฏการณ์ (Hermeneutic phenomenological writing)** โดยมีแนวทางดังต่อไปนี้

1) อาศัยศิลปะในการเขียน เน้นความชัดเจน ลึกซึ้งของข้อมูล โดยเน้นให้ได้เรื่องราวที่สอดคล้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา คือครอบคลุมการให้ความสำคัญ การดำรงอยู่ในแบบต่างๆ และการเผชิญกับความเจ็บป่วยและความตายของผู้ป่วยและครอบครัว

2) ยกกรณีตัวอย่างหรือสถานการณ์ที่ได้จากบางกรณี รวมถึงยกตัวอย่างคำพูดประกอบ (Quotation) เพื่อช่วยขยายความ หรือช่วยให้เกิดความเข้าใจประเด็นความหมายชัดเจนขึ้น

3) มีการทบทวนการเขียนเพื่อปรับเปลี่ยนสำนวนการเขียนไปเรื่อยๆ (Writing and Rewriting) จนสมบูรณ์หรือสร้างความเข้าใจให้กับผู้อ่านได้มากที่สุด

ขั้นตอนที่ 5 คำหนึ่งถึงข้อมูลที่ชัดเจนและสอดคล้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา

(Maintaining a strong and oriented คำหนึ่งถึงการได้มาซึ่งข้อมูลที่สามารถตอบคำถามการวิจัย ได้อย่างลึกซึ้งและครอบคลุม เป็นการเขียนที่สร้างความเข้าใจให้กับผู้อ่านเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้ ตลอดจนเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถืออย่างเพียงพอ ตระหนักถึงการใช้ภาษาและสำนวนที่สอดคล้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา หรือใช้อธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาให้เกิดความแจ่มชัด

ขั้นตอนที่ 6 พิจารณาข้อมูลในส่วนย่อยให้สอดคล้องหรือเข้ากันได้กับข้อมูลใน

ภาพรวม (Balancing the parts to the whole) เน้นให้ข้อมูลในแต่ละส่วนมีความเชื่อมโยงและสอดคล้องกันอย่างสมดุล โดยการไตร่ตรองบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุม เพื่อให้ประเด็นในแต่ละส่วนมีความสมบูรณ์ และมีความสอดคล้องกลมกลืนกัน รวมถึงการเน้นให้ข้อมูลในส่วนย่อยมีความสอดคล้องกับภาพรวมของปรากฏการณ์ อันเป็นโครงสร้างความหมายหรือแก่นแท้ของปรากฏการณ์ที่ศึกษา

5. จรรยาบรรณในการวิจัย

จรรยาบรรณในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับความเคารพสิทธิ และความปลอดภัยของแหล่งข้อมูล หรือกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ รวมถึงความถูกต้องและน่าเชื่อถือของผลการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเพื่อรักษาจรรยาบรรณในขั้นตอนต่างๆ ของการวิจัยดังนี้

1. **ขั้นกำหนดหัวเรื่องที่จะทำการวิจัย** ผู้วิจัยเน้นหัวเรื่องที่จะนำมาซึ่งประโยชน์ต่อ มนุษย์และสังคมโดยส่วนรวม มิใช่การสนองความอยากรู้ของนักวิจัย หรือเพื่อความก้าวหน้าของ ศาสตร์เพียงอย่างเดียว โดยหัวข้อการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปเพื่อประโยชน์สำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายให้เหมาะสม ตอบสนองความต้องการ และคำนึงถึงความเป็นบริบทเฉพาะของผู้ป่วย

2. **ขั้นออกแบบการวิจัย** เน้นในเรื่องการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จะต้องได้รับการ ยินยอมในการเข้าร่วมในงานศึกษาวิจัย และการรักษาความลับ ตลอดจนการป้องกันมิให้เกิดผล กระทบอันเนื่องมาจากการให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย โดยมีวิธีการดังนี้

2.1 การขอความยินยอม ผู้วิจัยทำการขออนุญาตและขอความยินยอมอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรจากหน่วยงานที่เลือกเป็นสนามวิจัย ก่อนลงมือเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนในการขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลนั้น ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมก่อนลงมือเก็บข้อมูลทางวาจา โดยมีเจ้าหน้าที่พยาบาลภายในสนามวิจัยร่วมรับรู้และเป็นพยานในการได้รับความยินยอม รวมถึงผู้วิจัยมีการให้

ข้อมูลที่ชัดเจนและเพียงพอเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การแจ้งวัตถุประสงค์ สาระสำคัญของเรื่องที่ทำการศึกษา ความร่วมมือที่ผู้วิจัยคาดหวังจะได้รับ เหตุผลที่ผู้วิจัยเลือกเป็นผู้ให้ข้อมูล และมาตรการในการรักษาความลับ

2.2 ผ่านกระบวนการเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล กระบวนการขออนุญาตเพื่อเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลในสนามวิจัยแห่งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเป็นทางการและเป็นลายลักษณ์อักษร ก่อนที่จะอนุญาตให้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ ทั้งนี้เพื่อพิจารณาเห็นชอบถึงกระบวนการวิจัยที่มุ่งเน้นการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล โดยเฉพาะผู้ป่วยในสนามวิจัยแห่งนี้

2.3 การรักษาความลับ ผู้วิจัยตระหนักถึงเสมอว่า เรื่องส่วนตัวหรือความลับเฉพาะของผู้ให้ข้อมูล เป็นเรื่องที่ต้องพิทักษ์รักษาไว้เป็นอย่างดีที่สุด โดยการ ปกปิดชื่อและลักษณะส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลโดยใช้ชื่อสมมติ และหลีกเลี่ยงการเปิดเผยชื่อสถานที่ทำการวิจัย

2.4 การป้องกันผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล เป็นการป้องกันผลกระทบอันเนื่องมาจากการให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยตระหนักถึงความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพทั้งทางกายและทางจิตของผู้ให้ข้อมูล คำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ โดยการออกแบบการเก็บข้อมูลที่ยืดหยุ่น โดยเฉพาะผู้ป่วยและครอบครัว ผู้วิจัยใช้วิธีการเข้าถึงอย่างเหมาะสม แสดงความเป็นมิตรอย่างจริงใจ และการจารึกคำขอบคุณต่อผู้ให้ความร่วมมือในการวิจัยให้ปรากฏให้ทราบโดยทั่วกัน

3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บข้อมูลในครั้งนี้ใช้การสังเกต และสัมภาษณ์เป็นส่วนใหญ่ โดยใช้ทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (Informal interview) ในการพูดคุยและสัมภาษณ์ทุกครั้ง ผู้วิจัยตระหนักถึง การหลีกเลี่ยงที่จะรบกวนชีวิต และการทำงานตามปกติของผู้ให้ข้อมูล หรือรบกวนน้อยที่สุด โดยเฉพาะกับผู้ป่วยที่มีภาวะของความเจ็บป่วยคุกคามอยู่ จะระวังผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยเป็นสำคัญ และใช้การสนทนาระหว่างการดูแลและร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการร่วมทำกิจกรรมบางอย่างกับพยาบาลผู้ให้ข้อมูล และเนื่องจากเรื่องการศึกษาเป็นเรื่องที่อ่อนไหวต่อสภาพอารมณ์ความรู้สึก โดยเฉพาะเรื่องของการตาย ผู้วิจัยจึงหลีกเลี่ยงการใช้คำพูด หรือการกระทำที่จะก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลแก่ผู้ให้ข้อมูล ตลอดจนการตระหนักถึงความสัมพันธ์ที่เหมาะสมระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล โดยเฉพาะการหลีกเลี่ยงที่จะให้ผู้ป่วยและครอบครัวผูกพันกับการเป็นที่พึ่งของผู้วิจัยในฐานะผู้ดูแล จึงต้องมีการแจ้งวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนในการศึกษาวิจัยและการเข้ามามีส่วนร่วมในทุกครั้ง การกล่าวลาจะคำนึงถึงการคลี่คลายความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์ ระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลอย่างเหมาะสม และสร้างความรู้สึกที่ดีต่อกันภายหลังที่ลาจากไปแล้ว

4. **ขั้นการจดบันทึกและการถอดเทปข้อมูลสัมภาษณ์** ผู้วิจัยคำนึงถึงการเก็บรักษาความลับข้อมูล เคารพผู้ให้ข้อมูลโดยไม่ใส่สิ่งที่ไม่ใช่คำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลในบทบันทึกและบทสัมภาษณ์จากการถอดเทป

5. **ขั้นการวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยตระหนักถึงการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียดลึกซึ้ง และความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลอย่างเหมาะสม ตามที่ได้กล่าวไปแล้วในขั้นตอนวิธีการดำเนินการศึกษาวิจัย

6. **ขั้นการรายงานผล** ผู้วิจัยคำนึงถึงการเปิดเผยข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ และคำนึงถึงการนำเสนอเฉพาะข้อมูลที่มีได้เป็นความลับหรือเป็นเรื่องที่จะทำให้ผู้อ่านทราบว่าเป็นใคร ทั้งนี้ผู้วิจัยยึดผลประโยชน์ของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ และ คำนึงถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการรายงานผลการวิจัย โดยเฉพาะการมุ่งให้เกิดองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างเหมาะสม



บทที่ 4

ประสบการณ์ชีวิตใกล้ตาย

“คนเราเกิดมาตายทุกคน อย่าคิดไปว่าคนไหนไม่ตาย ผมดูมาทุกอย่างแล้ว ไอ้เศรษฐีมีเงินเป็นล้าน มีเงินก็ตาย แต่อย่าทรมาน ตายทุกคนแหละ” (Ex.P.1, p.4)

“ตายก็ตายไป ไม่กลัวมันหรือตายนะ กลัวแล้วทำอะไรได้ มันหนีไม่พ้นนะ” (P.6, p.4)

คำกล่าวทั้งสองประโยค ดูเหมือนจะพูดถึงความตายเป็นเรื่องธรรมดาที่คนทุกคนหลีกเลี่ยงไม่ได้ และฟังดูประหนึ่งว่าผู้กล่าวจะไม่กลัวเกรงต่อความตายที่ตนเองกำลังจะประสบ แต่หากได้พิจารณาอย่างลึกซึ้ง อาจพบว่า ถ้อยคำที่เอ่ยออกมามิใช่เพียงการสื่อความหมายตามตัวอักษร แต่อาจมีความหมายที่ซ่อนอยู่เบื้องหลังถ้อยคำเหล่านั้น ซึ่งจำเป็นต้องพิจารณาถึงบริบทและความเข้าใจเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตายของผู้พูดให้เข้าใจแจ่มชัดเสียก่อนที่จะตัดสินว่า ภาวะการเป็นที่อยู่ภายใต้ถ้อยคำนั้นเป็นเช่นไร ซึ่งการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาในครั้งนี้ ก็เพื่อให้เกิดความเข้าใจว่า ผู้ป่วยมีภาวะการเป็น (being) ในประสบการณ์ใกล้ตายเช่นไร ให้ความหมายกับภาวะใกล้ตายเช่นไร มีความหมายอะไรที่ซ่อนอยู่ภายใต้ถ้อยคำ ท่าทาง การแสดงออก และปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ ยังเพื่อทำความเข้าใจว่าพวกเขาเหล่านั้นเผชิญกับชีวิตที่เข้าใกล้ความตายอย่างไร ซึ่งการวิเคราะห์ในบทนี้ มุ่งเน้นทำความเข้าใจปรากฏการณ์ใกล้ตายผ่านกระบวนการตีความ ที่คำนึงถึงความเชื่อมโยงขององค์ประกอบหรือโครงสร้างความหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปรากฏการณ์ใกล้ตายภายในสนามวิจัยที่ทำการศึกษา

การเผชิญกับ “มะเร็ง” ซึ่งเป็นโรคที่บุคคลทั่วไปให้ความหมายควบคู่กับ “ความตาย” เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นภัยต่ออวัยวะต่างๆ ของร่างกาย และส่งผลให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้ ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์กับมะเร็ง ต้องเผชิญกับสภาวะและสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งบางครั้งยากที่จะทำความเข้าใจ ยอมรับ หรือจัดการได้กับสภาวะหรือสถานการณ์ต่างๆ นั้นได้ และผู้ป่วยแต่ละคนล้วนแต่อยู่ภายใต้บริบทที่เฉพาะเจาะจงแตกต่างกันไป การตีความเพื่อถ่ายทอดปรากฏการณ์จึงจำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจในหลักการและกระบวนการตีความ เน้นให้เกิดความเข้าใจภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย โดยไม่ละเลยความนึกคิดของบุคคลต่อเรื่องราวในอดีต (Past) ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสืบต่อความทรงจำมาสู่การตีความประสบการณ์ในปัจจุบัน (Present) รวมไปถึงความตั้งใจหรือความคาดหวังในอนาคต (Future) ของบุคคลนั้นๆ ดังนั้น ในบทนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอถึงประสบการณ์ในภาวะใกล้ตาย โดยย้อนไปทำความเข้าใจตั้งแต่ได้ประสบกับสภาวะของโรคมะเร็ง คำนึงถึงความเชื่อมโยงกับภูมิหลังชีวิต ประสบการณ์เดิม ความคิดความเชื่อเดิมเกี่ยวกับเรื่องมะเร็งและความตาย และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายใต้สถานการณ์หรือบริบทต่างๆ ที่เป็นอยู่

ตอนที่ 1 บริบทชีวิตที่สำคัญของผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปรากฏการณ์ใกล้ตายในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) ซึ่งเป็นผู้ป่วยจำนวน 6 คน มีทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยมีเพศชายทั้งหมด 2 คน และเพศหญิง 4 คน สถานภาพคู่จำนวน 3 คน สถานภาพหม้าย 3 คน มีอายุอยู่ในช่วง 43-72 ปี ผู้ให้ข้อมูลทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ความหลากหลายที่พบคือลักษณะของสภาวะอาการ ที่มีความแตกต่างกันไปตามการลุกลามของมะเร็ง ซึ่งได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งมดลูก มะเร็งไขสันหลัง มะเร็งตับ และมะเร็งสมอง ระยะเวลาการรับรู้ของผู้ป่วยว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย มีตั้งแต่ 3 เดือน ถึง 6 เดือน นอกจากนั้น ความหลากหลายของผู้ให้ข้อมูลยังแบ่งได้ตามระดับการศึกษา และสถานะทางเศรษฐกิจ กล่าวคือ ระดับการศึกษามีตั้งแต่ประถมปีที่ 4 จำนวน 2 คน มัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 1 คน มัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 2 คน ประกาศนียบัตรวิชาชีพ 1 คน ส่วนรายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน มีตั้งแต่ผู้ไม่มีรายได้เป็นของตนเองจำนวน 3 คน ซึ่ง 1 ใน 3 คน ไม่มีรายได้เลี้ยงตัวเองเลย ต้องอาศัยสถานสงเคราะห์ ส่วนอีก 2 คน อาศัยรายได้ในครอบครัวจากคู่สมรส และมีผู้ที่มีรายได้ประมาณ 30,000 บาท 1 คน และอีก 1 คน มีรายได้ค่อนข้างมาก 50,000-100,000 แส่นบาทต่อเดือนจากการประกอบธุรกิจส่วนตัว ส่วนเรื่องสิทธิในการรักษาพยาบาลนั้น ผู้ให้ข้อมูลทุกคนสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ โดยใช้บัตรประกันสุขภาพจำนวน 4 คน เบิกต้นสังกัด 1 คน และเบิกประกันชีวิตอีก 1 คน ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนมีผู้ดูแลหลักขณะอยู่ในสถานมวิจัย เป็นภรรยา 1 คน เป็นสามี 1 คน เป็นลูก 1 คน เป็นหลาน 1 คน เป็นเพื่อน 1 คน และเป็นผู้รับจ้างดูแลอีก 1 คน

ข้อมูลส่วนบุคคลจะเป็นบริบทที่สำคัญอย่างหนึ่งที่จะใช้อธิบายการทำความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะการเป็น (being) ของตนเองในประสบการณ์ใกล้ตาย โดยจะพบว่า ผู้ป่วยที่มีช่วงวัยต่างกันจะให้ความหมายถึงการมีชีวิตในภาวะใกล้ตายและความตายที่แตกต่างกันไป การรับรู้เกี่ยวกับสภาวะของโรคมีผลต่อการสร้างมุมมองต่อสภาวะที่เป็นอยู่ ความรู้ความเชื่อในทางศาสนามีผลทั้งต่อความคิดและการปฏิบัติของผู้ให้ข้อมูลภายใต้สถานการณ์ต่างๆ รวมไปถึง สถานะทางเศรษฐกิจเป็นอีกเงื่อนไขหนึ่งที่สำคัญต่อการให้ความหมายภาวะการเป็นในประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ให้ข้อมูล รวมถึงเป็นเงื่อนไขที่มีผลต่อการเผชิญประสบการณ์ของพวกเขาในรูปแบบต่างๆ กันไป นอกจากนั้นจากการศึกษาในครั้งนี้ ยังพบข้อค้นพบเกี่ยวกับบริบทและเงื่อนไขที่สำคัญ อันจะเชื่อมโยงไปสู่การทำความเข้าใจความตายและภาวะใกล้ตายของผู้ให้ข้อมูล รวมไปถึงเป็นบริบทและเงื่อนไขอันจะเป็นข้อมูลประกอบในการอธิบายข้อค้นพบที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการให้ความหมายความตายและภาวะใกล้ตายภายในสถานพยาบาลที่ผู้วิจัยทำการศึกษาอยู่ ซึ่งจะนำเสนอในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. บริบทความสัมพันธ์ในสถานพยาบาล

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และพยาบาลภายในสถานพยาบาลที่เลือกเป็นสนามวิจัย ส่วนใหญ่ยังมีลักษณะการทำงานแบบสั่งการในแนวตั้ง โดยแพทย์เป็นผู้ออกคำสั่งการรักษา และพยาบาลปฏิบัติตามหรือรับคำสั่ง มากกว่าการทำงานในลักษณะเพื่อนร่วมงานที่จะปรึกษาหารือร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตามความร่วมมือจะมีปรากฏให้เห็นในรูปแบบการจัดประชุมร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาลในรูปแบบทางการ หรือการร่วมมือในการทำกิจกรรมภายในหน่วยงานตามที่ได้รับมอบหมาย ทำให้เห็นได้ว่าระหว่างแพทย์และพยาบาล ยังมีช่องว่างในระดับชนชั้นอยู่ อันเกิดจากการครอบงำทางอำนาจความรู้ ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในการทำงานเป็นทีมที่ต้องมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือแสดงศักยภาพตามความรู้ความเข้าใจที่ตนเองมีอยู่ เพื่อไม่ให้เกิดการจำกัดขอบเขตพื้นที่ความรู้หรือจำกัดเสรีภาพในการแบ่งปันข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษา อย่างไรก็ตาม สิ่งนี้ยังคงเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งที่เกื้อหนุนการทำงานเป็นทีมเท่านั้น สิ่งสำคัญคือวิธีการปฏิบัติต่อการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นการส่งผ่านแนวคิดและหลักการสู่แนวปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม และมีผลเกิดขึ้นโดยตรงต่อผู้ป่วยและครอบครัว

การดูแลรักษาของแพทย์เน้นการดูแลที่สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากภาวะของโรคและภาวะแทรกซ้อนตามสภาพอาการของผู้ป่วย แต่พบข้อจำกัดโดยเฉพาะกับครอบครัวผู้ป่วยบางรายที่ไม่ยอมรับเพียงการบรรเทาอาการ แต่แสดงถึงความต้องการการรักษาเพื่อตอบสนองความคาดหวังที่จะให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรืออาการตามที่เป็นอยู่ ทำให้แพทย์ต้องมีความยืดหยุ่นในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและญาติด้วย ส่วนการให้พื้นที่ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัวพบว่ามีข้อจำกัด โดยเฉพาะการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งบางครั้งไม่มากพอ และการซักถามข้อมูลบริบททางครอบครัวเพื่อแสวงหาแนวทางในการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติยังไม่สมบูรณ์ ทำให้แพทย์บางคนมักคาดเดาพฤติกรรมของผู้ป่วยและสั่งการดูแลรักษาบนพื้นฐานความรู้และประสบการณ์เดิม นอกจากนี้ตัวผู้ป่วยและครอบครัวเองบางรายมีความเกรงใจและไม่กล้าที่จะซักถามข้อมูลเพิ่มเติมจากแพทย์ ทำให้เกิดความคับข้องใจหรือความไม่กระจ่างในข้อมูลข่าวสารบางเรื่อง อย่างไรก็ตาม รายละเอียดต่างๆ ที่พร่องไปนี้มีการดำเนินการเพิ่มเติมจากทีมปฏิบัติการพยาบาลภายในหอผู้ป่วยเอง

การสื่อสารที่สำคัญของแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัว คือการแจ้งข้อมูลข่าวร้ายเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ก่อนหน้านั้นจำนวนแพทย์มีน้อย จึงอาจมีข้อจำกัดด้านเวลาทำให้ไม่สามารถทำการสื่อสารได้อย่างเป็นกระบวนการ หรือบางรายก็ไม่ได้รับการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับสถานะที่เป็นอยู่อย่างชัดเจน ปัจจุบันจำนวนแพทย์มีมากขึ้น และมีการพัฒนาองค์ความรู้อย่างจริงจังมากขึ้น ทำให้เห็นการสื่อสารที่เป็นกระบวนการมากขึ้น โดยจะเริ่มจากการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรค และประเมินความเป็นไปได้ในการรับรู้ข้อมูลที่เป็นข่าวร้ายอย่างตรงไปตรงมา ซึ่งการสื่อสารมักมีความยืดหยุ่นไปตามสถานะความพร้อมในการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว ปัญหาที่พบบ่อยครั้งคือ การแจ้งข่าว

ร้าย ที่ครอบครัวหลายรายมักแสดงความต้องการให้แพทย์ปกปิดข้อมูลกับผู้ป่วย โดยจุดประสงค์ส่วนใหญ่คือ ความกังวลว่าอาการผู้ป่วยจะทรุดหนักเมื่อได้รับรู้สภาวะที่เกิดขึ้นตามจริง หรือที่พบไม่น้อยคือ การที่ญาติพยายามปฏิเสธข่าวร้ายตามที่ได้รับรู้ แสดงความไม่แน่ใจกับสิ่งที่ได้รับรู้ พฤติกรรมที่แสดงออกคือ การสอบถามข้อมูลเข้าไปซ้ำมาเพื่อตรวจสอบเพื่อความแน่ใจในข้อมูลที่ได้รับ หรือการต่อรองว่าจะมีแนวทางที่ทำให้รักษาหายขาด ทำให้บางครั้งพยาบาลเกิดความคับข้องใจหรือความลำบากใจในการสื่อสารข้อมูลตามจริง

เมื่อพิจารณาในส่วนการบริการของทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อมุ่งหวังให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม พบว่า ยังขาดความครบถ้วนสมบูรณ์ เช่น ขาดหน่วยงานกายภาพ หรือขาดแคลนนักจิตวิทยา ทำให้เกิดความไม่ครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติ เช่น ผู้ป่วยบางรายที่มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นกับเส้นประสาทไขสันหลัง ทำให้แขนขาอ่อนแรง ต้องอาศัยการบริหารหรือฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายจากนักกายภาพ แต่ขาดนักกายภาพบำบัดมาดูแลและฝึกหัดให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว หรือการขาดแคลนนักจิตวิทยาในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวภายในหอผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ความพยายามในการให้การดูแลแบบองค์รวม อาศัยการทำงานของพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้เป็นส่วนใหญ่ และขอความร่วมมือจากญาติในการร่วมมือดูแล เช่น การเข้าไปบีบนิ้วกดให้คนไข้ ช่วยออกกำลังแขนขา และแนะนำญาติเกี่ยวกับการออกกำลังให้ผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการจัดทีมเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลภายนอกหอผู้ป่วยและนักจิตวิทยา เพื่อเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน โดยประสานกับทีมพยาบาลภายในหอผู้ป่วยเพื่อศึกษาข้อมูลและความต่อเนื่องในการให้บริการ ซึ่งแม้จะมีข้อจำกัดจากการขาดแคลนบุคลากรและอาสาสมัคร ทำให้ไม่สามารถบริการได้อย่างต่อเนื่องและทั่วถึง แต่ก็นับได้ว่าเป็นการจัดการดำเนินการในบางส่วน

ส่วนการดูแลของทีมปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้าในหอผู้ป่วย จะเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ การซักประวัติ และประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสภาวะของโรค ซึ่งส่วนใหญ่แพทย์จะเป็นผู้ให้ข้อมูลในเบื้องต้น ทำให้การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยหรือครอบครัววางขึ้น หน้าที่หลังจากนั้นของพยาบาลคือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และการพูดคุยทำความเข้าใจกับครอบครัวเกี่ยวกับความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการสอน แนะนำ และฝึกให้ปฏิบัติในรายที่พร้อมร่วมมือ ส่วนในกรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้ข้อมูลข่าวร้ายแล้วยังไม่สามารถยอมรับ หรืออยู่ในภาวะที่ปฏิเสธ พยาบาลจะมีหน้าที่พูดคุยทำความเข้าใจต่อจากแพทย์ โดยอาศัยจังหวะและเวลาในการสร้างความเข้าใจเพื่อให้สามารถยอมรับได้ จากการศึกษาพบว่า การสื่อสารส่วนใหญ่จะเป็นระหว่างพยาบาลกับครอบครัวผู้ป่วย เนื่องจากมีโอกาสที่จะพูดคุยได้สะดวก สามารถพูดคุยได้เป็นการส่วนตัว ส่วนการสื่อสารกับผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นไปในลักษณะเข้าไปให้การดูแลและพูดคุยไปด้วย ซึ่งไม่สามารถทำได้กับผู้ป่วยทุกราย ขึ้นอยู่กับสภาวะทางร่างกายที่มีผลต่อการรับรู้ รวมถึงความต้องการของครอบครัวในการเปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ป่วย จากอดีตถึงปัจจุบัน พบว่า รูปแบบการสื่อสารนี้ไม่แตกต่างกันเท่าใดนัก เพียงแต่ระยะแรกไม่มีการมอบหมายงานกันอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม ส่วนใหญ่หัวหน้าหอผู้ป่วยจะเป็นผู้พูดคุยเองในยามว่าง แต่ใน

ระยะหลังมีการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยการมอบหมายงานให้พยาบาลคนใดคนหนึ่งภายในเวรเป็นผู้รับผิดชอบในส่วนนี้

การปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาล ยังอิงการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ส่วนหน้าที่อื่นที่นอกเหนือจากนั้น มีพบเห็นบ้างยามพยาบาลว่างจากภาระหน้าที่ โดยส่วนใหญ่จะเป็นไปในลักษณะของการพูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะในเรื่องการดูแลผู้ป่วย และการประเมินสภาวะทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการแจ้งข้อมูลข่าวร้าย หรือการกำหนดแนวทางดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และการสื่อสารข้อมูลเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆ ส่วนสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว จากข้อมูลในสนามวิจัย พบว่าส่วนใหญ่เป็นที่พึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันจะไม่ใช้เฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ที่หอผู้ป่วยเท่านั้น ยังมีปฏิสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องภายหลังผู้ป่วยกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านแล้ว โดยพบว่า มีครอบครัวผู้ป่วยหลายรายที่ติดต่อมาปรึกษาและขอคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย หรือบอกข่าวเกี่ยวกับความเป็นไปของผู้ป่วยบ้าง โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ครอบครัวหลายรายที่เชิญทีมสุขภาพไปร่วมในงานศพ หรือมีครอบครัวผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ติดต่อกลับมาพูดคุยกับพยาบาล ใต้ถามทุกข์สุข หรือระบายความรู้สึกเกี่ยวกับผู้ป่วยที่จากไปบ้าง โดยส่วนใหญ่จะติดต่อมาพูดคุยกับพยาบาลที่ตนเองรู้สึกคุ้นเคยด้วย นอกจากนี้หอผู้ป่วยยังจัดให้มีวันนัดญาติผู้ป่วยที่เสียชีวิต มาร่วมทำบุญที่หอผู้ป่วย เพื่อระลึกและอุทิศส่วนกุศลให้กับผู้ป่วยที่ล่วงลับไปแล้ว และเพื่อติดตามความเป็นไปของครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งกิจกรรมนี้มีมาตั้งแต่สมัยที่ยังไม่มีการปรับปรุงหอผู้ป่วยแห่งนี้

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ทำให้เห็นได้ว่า วิถีปฏิบัติของแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยยังพบช่องว่างอันเกิดจากความแตกต่างในความรู้หรือประสบการณ์เดิม ทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องระหว่างองค์ความรู้ที่แพทย์มีอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะในเรื่องของการสื่อสารทำความเข้าใจ นอกจากนี้สภาวะของผู้ป่วยและครอบครัว มีผลต่อการรับรู้และการยอมรับแนวทางการดูแลรักษา การให้การดูแลของแพทย์จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะประสบกับสภาวะของความขัดแย้งทางความคิดความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งต้องอาศัยการทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งซึ่งครอบคลุมทุกมิติและความยืดหยุ่นในวิธีปฏิบัติ และความร่วมมือของพยาบาลในการสื่อสารและการดูแลที่ต่อเนื่องสอดคล้องกัน ข้อจำกัดที่สำคัญอีกประเด็นคือ การขาดบุคลากรที่เพียงพอต่อการดูแลที่มุ่งหวังให้เกิดความเป็นองค์รวม เพียงแต่แนวคิดและหลักการที่มีอยู่ ประกอบกับความร่วมมือของบุคลากรตามที่เป็นอยู่ ทำให้การดำเนินการสามารถลุล่วงไปได้ในบางส่วนตามความเป็นไปได้และศักยภาพในการปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม การสร้างสัมพันธภาพระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นเรื่องที่หลายฝ่ายให้ความสำคัญ และเห็นได้ชัดถึงการตอบสนองต่อความต้องการทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะการสร้างความเป็นหนึ่งในการดูแล แม้ผู้ป่วยจะล่วงลับไปแล้วก็ตาม กระบวนการดูแลดังกล่าวแม้จะยังไม่สมบูรณ์ที่เดียวแต่ก็แสดงถึงความสอดคล้องกับหลักการและแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและ

ครอบครัว ที่เน้นการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยครอบคลุมทุกมิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

2. บริบทความสัมพันธ์ในครอบครัว

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เป็นบริบทหนึ่งที่เป็นเงื่อนไขสำคัญต่อความคิด ความรู้สึก ตลอดจนพฤติกรรมของผู้ป่วย เนื่องจากต้องเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน การกล่าวถึงความสัมพันธ์ของครอบครัวในที่นี้ จะกล่าวเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย อันจะนำไปสู่การวิเคราะห์ถึงการตีความประสบการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายของตนเอง ซึ่งจากการศึกษา พบว่า บริบทความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของผู้ป่วยมีด้วยกันหลายรูปแบบ ดังต่อไปนี้

1) ความสัมพันธ์ที่ราบรื่น ความสัมพันธ์ในลักษณะนี้จะสะท้อนให้เห็นความมีส่วนร่วมอย่างเข้าอกเข้าใจของครอบครัวต่อภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถพูดคุยกันได้อย่างค่อนข้างเปิดเผยเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วย ครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาล

2) ความสัมพันธ์ที่เห็นห่าง ความสัมพันธ์ในลักษณะนี้ จะแสดงให้เห็นจากปฏิสัมพันธ์ที่ไม่แสดงถึงการมีส่วนร่วมในการรับรู้ความคิดและความรู้สึกซึ่งกันและกันอย่างชัดเจน แม้จะไม่ได้มีการทะเลาะเบาะแว้ง หรือแม้แต่คอยดูแลกันตลอด แต่ความสัมพันธ์เป็นไปในลักษณะค่อนข้างเห็นห่าง ไม่ได้พูดคุยกันถึงเรื่องสภาวะความเจ็บป่วยกันอย่างตรงไปตรงมา มีครอบครัวบางรายที่ปิดบังข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วยมิให้ผู้ป่วยรับรู้

3) ความสัมพันธ์ไม่ลงรอย เป็นลักษณะของความสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ไม่ค่อยลงรอยกัน มีความแตกต่างทางความคิดเห็น มีความคับข้องใจต่อพฤติกรรมของแต่ละฝ่าย มีการกระทบกระทั่งกันบ้างเป็นบางครั้ง พูดคุยกันนานๆ ไม่ค่อยได้ จึงแทบจะไม่ได้พูดคุยกันถึงเรื่องสภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเลย หรือบางครอบครัวที่ปกปิดและพยายามไม่พูดถึงสภาวะที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

4) ไร้ครอบครัว เป็นลักษณะของความสัมพันธ์ของครอบครัวที่ผู้ป่วยไม่มีครอบครัวอยู่เคียงข้างใกล้ชิด ต้องใช้ชีวิตอยู่เพียงลำพัง โดยจากการศึกษาพบผู้ให้ข้อมูลที่ไร้ครอบครัว ต้องพึ่งพิงสถานสงเคราะห์

จะเห็นว่า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของผู้ป่วยมีหลายลักษณะด้วยกัน ทั้งในลักษณะความสัมพันธ์ใกล้ชิด ผูกพัน ดูแลซึ่งกันและกัน หรือความสัมพันธ์ในลักษณะห่างเหิน ขาดความใกล้ชิดผูกพัน ความไม่ลงรอยของความสัมพันธ์ ความสัมพันธ์ในลักษณะต่างคนต่างอยู่ ขาดความใส่ใจจากคนใกล้ชิด หรือแม้แต่ผู้ป่วยที่โดดเดี่ยว ไร้ครอบครัว ลักษณะความสัมพันธ์ต่างๆ เหล่านี้ มีผลต่อมุมมองเกี่ยวกับความตาย และการดูแลในภาวะใกล้ตาย จะเห็นได้ว่า ครอบครัวที่มีความใกล้ชิดผูกพัน มักมีความคาดหวังที่จะใช้ชีวิตอยู่กับคนที่รักต่อไป ไม่อยากพรากจาก หรือ

ครอบครัวที่ช่วยเหลือซึ่งพากันมาโดยตลอด อาจมองว่าความตายของตนเองจะทำให้คนที่เหลืออยู่มีภาระ หรือสูญเสียความสุขสบายอย่างเช่นที่เคยเป็น ดังเช่น กรณีผู้ป่วยชายคนหนึ่ง ที่ปกติจะช่วยเหลือดูแลภรรยาในบางเรื่อง จึงคิดว่า ความตายของตนเอง จะทำให้การใช้ชีวิตของภรรยาลำบากมากขึ้น ดังที่เล่าให้ฟังว่า

“ก็ห่วงอยู่เหมือนกัน เพราะว่าผมอยู่กับสองคน อย่างเขา ผมเป็นผู้ชายคนเดียวอย่างนี้ และถ้าไม่มีผม อย่างที่ผมเคยทำอยู่ เขาจะทำอย่างไร อะไรประมาณนี้” (P.4, p.4)

นอกจากนั้น ความสัมพันธ์ในครอบครัว ยังมีความสัมพันธ์กับรูปแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันภายในครอบครัว ซึ่งถ้าพิจารณาเฉพาะปฏิสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับสภาวะใกล้ตาย จะพบว่า ครอบครัวบางรายที่พูดคุยกันอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมาเกี่ยวกับความตาย บางครอบครัวไม่มีการพูดคุยหรือหลบเลี่ยงที่จะพูดถึง บางกรณีพูดคุยกันแบบ ไม่ตรงไปตรงมา ลักษณะปฏิสัมพันธ์ที่เป็นอยู่ มีผลต่อทั้งการให้ความหมายความตาย และการเผชิญกับภาวะใกล้ตาย

บริบทของครอบครัวในที่นี้ ยังหมายรวมไปถึงประสบการณ์ หรือภูมิหลังที่สมาชิกในครอบครัวประสบร่วมกันมา ซึ่งจะมีผลต่อมุมมองและความคิดของผู้ป่วยเกี่ยวกับความตาย จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์ที่ต่อสู้ดิ้นรนผ่านความยากลำบากด้วยกันมา จนสามารถมีชีวิตที่สุขสบาย มักจะมีความรู้สึกผูกพันกับครอบครัว และมีความคาดหวังจะใช้ชีวิตที่สุขสบายต่อไปกับครอบครัว ความตายจึงเสมือนตัวการที่จะเข้ามาทำลายความหวังที่จะมีความสุขกับครอบครัวต่อไป ดังเช่นในกรณีของผู้ป่วยหญิงคนหนึ่ง ได้เล่าเกี่ยวกับครอบครัวของตนเองว่า

“ทำงานหนักมาตลอด เมื่อก่อนสามีลูกยังไม่เป็นโล้เป็นพาย เพิ่งมาตั้งตัวกันได้ตอนปี 2538 เพิ่งจะได้สบายกัน อยากมีชีวิตต่อไปอีกสัก 10 ปี อยากเห็นลูกแต่งงานเป็นฝั่งเป็นฝา อยากเห็นหลาน” (Ex.P.2, p.2)

บริบทและความสัมพันธ์ในครอบครัวที่กล่าวมาแล้วนั้น ไม่ว่าจะ เป็นสภาพความสัมพันธ์ ปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว และประสบการณ์การใช้ชีวิตที่ผ่านมาครอบครัว ล้วนเป็นเงื่อนไขที่มีความสำคัญต่อมุมมองต่อภาวะใกล้ตาย รวมไปถึงมุมมองเกี่ยวกับความตาย ซึ่งเงื่อนไขที่มีความแตกต่าง มีส่วนให้เกิดความต่างในการทำความเข้าใจกับภาวะใกล้ตาย รวมไปถึงรูปแบบการเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตาย ซึ่งจะได้กล่าวถึงในรายละเอียดต่อไป

3. ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับมะเร็งและความตาย

จากการศึกษาวิจัย พบว่ามีผู้ป่วยบางคนไม่เคยมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งมาก่อน ในที่นี้มิได้หมายความว่า ไม่เคยรู้จักคำว่า “มะเร็ง” เพียงแต่ไม่ทราบว่าจะเมื่อเผชิญกับมะเร็งแล้วจะพบเจอกับสภาวะเช่นไรบ้าง บางคนมีความเข้าใจคลุมเครือ หรือบางคนที่อาจเข้าใจผิดเพี้ยนไปเนื่องมาจากความกระตือรือร้นของความรู้ที่สะสมมาตั้งแต่เดิม จากการบอกเล่า หรือการเฉียดกรายประสบการณ์บางส่วนบางตอนของบุคคลอื่น มีญาติพี่น้องที่ป่วยเป็นมะเร็ง ทำให้เกิดการสะสมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็ง เพียงแต่เป็นความรู้ที่ยังคลุมเครืออยู่ หรือความเข้าใจที่สับสน

ระหว่างคำว่า “มะเร็ง” และ “เนื้อร้าย” ซึ่งกับผู้ป่วยบางคนดูเหมือนว่า คำว่า “เนื้อร้าย” จะมีความหมายรุนแรงน้อยกว่าคำว่า “มะเร็ง” และบ่อยครั้งที่แพทย์มักจะบอกกับผู้ป่วยว่าเป็นเนื้อร้าย แทนการบอกว่าเป็นมะเร็ง ทั้งนี้เพื่อเลี่ยงคำที่มีความหมายรุนแรงตามความคิดของคนหลายคน ดังที่ผู้ป่วยคนหนึ่งได้กล่าวไว้ว่า “เป็นมะเร็งก็คือตาย” หรือบางคนก็คิดว่า “มะเร็งเป็นแล้วทรมาณ”

การที่ผู้ป่วยไม่ทราบมาก่อนว่ามะเร็งเป็นเช่นไร ทำให้ไม่ทราบล่วงหน้าว่าตนเองจะพบกับสภาวะหรือสถานการณ์เช่นไรเมื่อต้องเผชิญกับโรคมะเร็ง เมื่อได้รับรู้จากแพทย์ว่าเป็นมะเร็ง จึงมักมีอาการตกใจ สับสน ลังเล ตลอดจนไม่แน่ใจว่าตนเองต้องปฏิบัติอย่างไรต่อไป และให้ความหมายเกี่ยวกับโรคมะเร็งไปต่างๆ นานา ขึ้นอยู่กับว่ามีความรู้เกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวเช่นไร ความรู้ที่คลุมเครือระหว่างคำว่า “เนื้อร้าย” กับ “มะเร็ง” ทำให้ผู้ป่วยที่รับรู้จากแพทย์แต่เพียงว่าเป็น “เนื้อร้าย” มีความคิดว่าสภาวะที่เป็นอยู่จะสามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือการที่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระยะในการลุกลามของโรค ทำให้ไม่คิดถึงเรื่องของการลุกลาม และมีความเข้าใจที่คลุมเครือเกี่ยวกับสภาวะที่ตนเองเป็นอยู่ ผู้ป่วยบางคนคาดเดาสภาวะของตนเองจากสภาพแวดล้อมและสภาพอาการของตนเองตามความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ และยังพบว่า ผู้ป่วยหลายคน ผากชีวิตตนเองไว้กับการตัดสินใจของแพทย์ โดยที่ตัวแพทย์เองมักจะไม่มีสื่อสารอย่างชัดเจนว่า ระยะที่เป็นนั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป็นเพราะตัวแพทย์เองที่ไม่อยากให้ผู้ป่วยสูญเสียกำลังใจ มีความลำบากใจในการสื่อสาร หรือสืบเนื่องมาจากครอบครัวผู้ป่วยเองที่ต้องการปิดบังไม่ให้บอกความจริงกับผู้ป่วย ดังเช่น ครอบครัวของคุณเกรียง ที่บิดาป่วยเป็นมะเร็งปอดระยะสุดท้าย ที่แพทย์ไม่ได้ให้ความชัดเจนกับทั้งโรคที่เป็น และระยะการลุกลามของโรคตามที่เป็นอยู่

“บอกกับคนไข้ว่าเป็นก้อนเนื้อร้าย ไม่ได้บอกว่าเป็นมะเร็ง” (F3, p.2)

“ไม่ได้บอกระยะ แต่เขาคงรู้ว่าเป็นมะเร็ง คิดว่าในใจเขารู้ แต่ทำไมพูด..มานี้เขาก็รู้แล้ว มาฉายแสงก็รู้อยู่แล้ว ไม่ต้องพูดตรงๆ” (F3, p.3, p.6)

“คืออยากให้สภาพร่างกายเขาแข็งแรงก่อน เดี่ยวพอพูดไปแล้ว สภาพร่างกายเขาไม่แข็งแรง สภาพจิตใจเขาเสียไป” (F.3, p.6)

การที่ผู้ป่วยไม่รับรู้ความเป็นไปของสภาวะของโรค หรือการที่แพทย์ไม่ได้ให้ข้อมูลการดำเนินไปของโรคอย่างชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่า การลุกลามของโรคจะมีผลเช่นไร มีผู้ป่วยหลายคนที่คิดว่าการได้รับการรักษาจะสามารถสกัดกั้นไม่ให้มะเร็งที่ตนเองเป็นในระยะแรกลุกลามต่อไปได้อีก และไม่คาดคิดว่าโรคที่เป็นอยู่ในระยะต้น จะลุกลามจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่มีผลให้สภาพร่างกายแปรเปลี่ยนไปในทิศทางที่แยลง จนทำให้ผู้ป่วยบางคนทำใจไม่ได้กับสภาวะที่ประสบ โดยที่ตนเองคาดไม่ถึงมาก่อนล่วงหน้า ดังเช่นกรณีของคุณยุพา แม้จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งอยู่บ้าง เนื่องมาจากพี่น้องสองคนที่ป่วยเป็นมะเร็ง และรายหนึ่งได้เสียชีวิตไปในที่สุด แต่ความเข้าใจที่มีอยู่ไม่ชัดเจนไปถึงการลุกลามของโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ แม้จะได้รับการรักษาในครั้งแรกจนครบถ้วนก็ตาม สิ่งที่เกิดตามมาภายหลังการรักษาผ่านไปได้ปีกว่าคือ การลุกลามจากมะเร็งเต้านมไปสู่สมอง ทำให้ขาสองข้างอ่อนแรง ซึ่งเมื่อสัมผัสกับประสบการณ์เช่นนี้ ทำให้คุณยุพาทำใจยอมรับไม่ได้ มีทั้งความตระหนก และท้อแท้ใจกับสภาวะที่เป็นอยู่ ดังที่ได้สะท้อนความรู้สึกในตอนหนึ่งว่า

“เข่าอ่อนไม่มีแรง ถ้ารู้จะเตรียมตัว เออ..อาการจะเป็นอย่างนี้ จะทำได้บ้าง เนี่ย ทำใจไม่ได้..คิดว่าตัวเองจะเป็นเต้านมอย่างเดียว ไม่คิดว่าตอนนี้จะลุกเดินไม่ได้” (P.3, p.4)

“คิดว่าเตี้ยมันก็เป็นๆ หายๆ อยู่แล้วโรคนี้ แต่ไม่แน่ใจว่ามันจะมาแบบนี้ ว่ามันจะทรมาณขนาดนี้...หมอมาก็พูด ได้แต่บอกว่าให้คีโม ฉายแสง รักษาไปก่อน แค่นั้น” (P.3, p.4)

ผู้ป่วยมีญาติพี่น้อง หรือคนใกล้ชิดที่ป่วยเป็นมะเร็ง จากการที่ได้มีโอกาสเข้าไปทำความคุ้นเคยกับประสบการณ์ซึ่งแม้จะมีใช้ประสบการณ์ตรงของตนเอง แต่สภาวะที่พบเห็น ก็ช่วยเพิ่มโอกาสในการทำความเข้าใจ และเล็งเห็นถึงสภาวะที่เกิดจากมะเร็งได้ในบางสภาวะ ผู้ป่วยที่ได้เห็นประสบการณ์ของการเป็นมะเร็งแล้วเสียชีวิต ทำให้ตระหนักถึงอันตรายของโรคมะเร็ง รวมไปถึงการเก็บเกี่ยวประสบการณ์บางอย่างที่จะเฝ้าระวังและบ่งชี้สภาวะของการเป็นมะเร็ง อย่างเช่นกรณีของคุณยุพา ที่มีพี่น้องป่วยเป็นมะเร็งถึง 2 คน และคุณพันที่บิดาป่วยเป็นมะเร็ง ประสบการณ์ของคนใกล้ชิดทำให้ผู้ป่วยทั้งสองคนตระหนักได้ว่ากรรมพันธุ์เป็นตัวการในการเพิ่มโอกาสของการเกิดมะเร็ง ความเข้าใจดังกล่าว ทำให้เกิดการเฝ้าระวังตนเอง และคาดเดาเกี่ยวกับสภาวะที่เกิดขึ้นกับตัวเองได้ล่วงหน้า จนเมื่อได้รับรู้จากแพทย์ว่าตนเองเป็นมะเร็งอย่างแน่ชัด ก็ไม่ทำให้ตระหนักตกใจเท่าไรนัก เพราะได้เตรียมใจมาก่อนล่วงหน้าจากประสบการณ์ของคนใกล้ชิดดังกล่าว นั่น ดังที่คุณยุพาได้พูดถึงการตรวจพบมะเร็งด้วยตนเอง และความรู้สึกครั้งแรกที่รับรู้ว่าเป็นมะเร็ง

“คล้ำได้เอง เพราะตระกูล พี่น้องเป็นกันหมด มะเร็ง” (P.3, p.1)

“ตอนแรกก็รู้ว่าเป็นที่เต้านม ไม่กลัว ชินแล้ว” (P.3, p.3)

“ตั้งแต่แรกไม่กลัว คือทำใจได้หมด ว่าตัวเอง น้องตัวเองก็เป็นแบบนี้ เห็นทุกวัน ทุกวัน” (P.3, p.4)

ในกรณีคุณพันก็เช่นเดียวกัน การได้เรียนรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งจากประสบการณ์ของบิดา เมื่อตนเองมีอาการที่คิดว่าปกติไปจากที่เป็นอยู่ จึงเกิดความสงสัยว่าตนเองอาจจะเป็นมะเร็งได้

“จากที่คุณพ่อเป็น มันทำให้ผมตีอยู่อย่างหนึ่งนะ คือผมคิดแล้ว ก่อนที่หมอจะเอาเสมหะผมไปตรวจ” (P.4, p.12)

จะเห็นได้ว่าประสบการณ์ของคนใกล้ชิดที่ร่วมกรรมพันธุ์ และรับรู้ว่าการพันธุกรรมเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคมะเร็ง เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการเตรียมรับ หรือทำใจในสภาวะของมะเร็งที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง เป็นประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่นำไปสู่การตีความประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองในลักษณะที่คล้ายกัน ในขณะที่บางรายที่ได้เห็นภาพจากประสบการณ์คนรอบข้าง ว่ามะเร็งเป็นสภาพที่ทุกข์ทรมาณ เป็นแล้วต้องตาย จึงมองเห็นว่ามะเร็งเป็นเรื่องที่ทั้งน่ากลัว เป็นเรื่องที่ไม่อยากให้เกิดขึ้นกับตนเอง หรือไม่อยากตกอยู่ในสภาวะอย่างที่เคยพบเจอมา รวมไปถึงความคิดที่เชื่อมโยงว่ามะเร็งก็คือความตาย ดังนั้น เมื่อต้องมาเจอกับมะเร็งด้วยตนเอง จึงมองว่าเป็นสภาวะที่น่ากลัว เป็นสภาวะที่จะต้องพบเจอกับความทุกข์ทรมาณ จนไปถึงเป็นสภาวะที่มีจุดจบคือความตาย ดังที่ผู้ป่วยคนหนึ่งได้กล่าวไว้

“มันมีอยู่ช่วงหนึ่ง ที่ตอนนอน มันแว็บเข้ามา ตายแน่ๆ ผมนี่กว่าผมจะตาย มันแว็บเข้ามา ต้องตาย” (P.4, p.4)

“ผมเจออย่างพอมผม ตอนที่ผมพาเขาไปรักษา ผมเห็นแล้วมันทรมาณ” (P.4, p.7)

เมื่อพิจารณาถึงความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยบางคนที่เคยเผชิญกับประสบการณ์ใกล้ตาย และพบเจอกับความตายของบุคคลใกล้ชิดมาก่อน การรับรู้เกี่ยวกับสภาพการณ์ใกล้ตายที่ทรมาณ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวกับสภาพใกล้ตายในลักษณะเช่นนั้น มากกว่าหวาดกลัวความตายที่จะเกิดขึ้น ในทางตรงข้าม ประสบการณ์ที่เคยเห็นภาพความตายในลักษณะที่ไม่ทุกข์ทรมาณ เป็นความตายที่เขามองว่าสบายและสงบ ทำให้มองความตายในลักษณะเช่นนั้นไม่ใช่เรื่องน่ากลัว และคาดหวังว่าถ้าตนเองต้องตาย อยากให้ตนเองตายจากไปอย่างสบายและสงบ ไม่ทุกข์ทรมาณ จะเห็นได้จากคำพูดของผู้ป่วยรายหนึ่งเกี่ยวกับความตาย

“เคยเห็น จะตายไม่ตาย อยู่เป็นอาทิตย์สองอาทิตย์ ร่างการ โอโห..และก็เคยเกินแบบนอนหลับไปเลย ..นอนเนี่ย เขาเรียกหา ตัวแข็งเลย ไม่เจ็บ มีบุญ มีบุญ..ไม่เจ็บๆ คนข้างบ้านนะ กินข้าว พับๆ นอน เข้าแฟนไปเรียก อ้าวตายแล้ว” (Ex.P.1, p.4)

จะเห็นว่า ภาพประสบการณ์ความตายและภาวะใกล้ตาย มีความเกี่ยวข้องกับภาพในภาวะใกล้ตายและความเข้าใจเกี่ยวกับความตายของบุคคล ดังเช่นกรณีของผู้ป่วยคนดังกล่าวนี้ ประสบการณ์เกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตายของบุคคลอื่น ทำให้เขามองภาวะใกล้ตายในลักษณะของความทุกข์ทรมาณ เป็นสิ่งที่ตนเองไม่อยากประสบ และถ้าเลือกได้ การได้จากไปอย่างสงบ ถือเป็นสิ่งที่เขาต้องการให้เกิดขึ้นกับตนเอง นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางคนยังมีประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับตนเอง ที่เคยเผชิญใกล้กับความตายมาก่อน เคยผ่านชีวิตที่สมบุกสมบัน ผ่านเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อความตาย หรือเคยดำรงตนประหนึ่งไม่กลัวเกรงความตาย ทำให้มองความตายได้อย่างคุ้นเคย และแสดงถึงความไม่กลัวเกรงความตายที่ตนเองอาจต้องประสบไม่วันใดวันหนึ่ง ในขณะที่ผู้ป่วยบางคนที่ไม่เพียงมีความคิดที่เกี่ยวพันกับความตายและภาวะใกล้ตายเท่านั้น แต่เคยผ่านประสบการณ์ที่เฉียดใกล้ความตายโดยการกระทำของตนเอง ดังตัวอย่างของผู้ป่วยหญิงคนหนึ่งที่เคยรอดชีวิตจากการฆ่าตัวตายมา เนื่องมาจากปัญหาครอบครัวมาแล้วครั้งหนึ่ง โดยความช่วยเหลือของแพทย์ และผู้ป่วยชายอีกคน ที่เคยคิดลงมือฆ่าตัวตายภายหลังเผชิญกับความเจ็บป่วยจากมะเร็ง แต่ไม่สามารถลงมือสำเร็จเพราะบุตรชายพบเสียก่อน ผู้ป่วยทั้งสองคนนี้ยังคงแสดงถึงมุมมองที่มีได้มีความหวาดกลัวต่อความตาย ดังเช่นที่เคยเป็นมา ดังคำกล่าวที่ยังแสดงให้เห็นถึงการยังไม่ละวางความคิดที่จะตาย

“เคยคิดอยากฆ่าตัวตาย คิดอยากกินยาหลายๆ เม็ด ให้ตายไปเลย แต่ทำไม่ได้ เป็นห่วงแฟน เป็นห่วงจะอยู่อย่างไร” (Ex.P.3, p.2)¹

¹ ผู้ป่วยหญิง อายุ 58 ปี ป่วยเป็นมะเร็งไขสันหลัง เป็นผู้ป่วยที่ผู้วิจัยเลือกเป็นกรณีศึกษาในบางสถานการณ์ เพื่อที่จะตอบคำถามวิจัยในบางประเด็น เนื่องจากมีข้อจำกัดในการพูดคุยกับผู้ป่วยในเชิงลึกอย่างครอบคลุมทุกประเด็นได้

อย่างไรก็ตาม ความเชื่อบางอย่างเกี่ยวกับทางเลือกที่จะหลีกเลี่ยงจากความตาย ที่ผู้ป่วยบางคนได้มาจากการเห็นภาพประสบการณ์ของผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยมองความตายในลักษณะที่ไกลตัวออกไป เนื่องจากรับรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ยังคงดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติ แม้จะผ่านช่วงเวลาที่แพทย์ระบุไว้ว่าต้องเสียชีวิตมานานแล้วก็ตาม ดังตัวอย่างของผู้ป่วยคนหนึ่งที่กำลังถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ยังคงรักษาชีวิตรอดมาได้จนถึงปัจจุบัน

“มีคนเขาเป็นมะเร็งเต้านม เขากินแล้วหาย แล้วเขาก็กินยาหม้อนี้ กินยาหม้อ จนถึงปัจจุบัน เขาก็อยู่มานานแล้วจนปานนี้ หมอทำนายว่าเขาจะอยู่ไม่เกิน 6 เดือน เขาตัดเต้านมไปข้างหนึ่ง” (P.1, p.1)

จะเห็นว่า ทั้งความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับมะเร็งและความตาย ทำให้ผู้ป่วยมีมุมมองเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตายของตนเองในลักษณะต่างๆ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งและความตาย มักแสดงออกถึงความเข้าใจสภาวะที่เป็นอยู่ และความไม่ตระหนักตกใจมากนักกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง หรือแม้แต่ผู้ป่วยบางคนก็แสดงถึงความไม่หวั่นเกรงกับความตายซึ่งอาจจะเกิดขึ้นกับตนเอง ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่เคยรับรู้หรือผ่านประสบการณ์เช่นนี้มาก่อน และมีประสบการณ์ในลักษณะที่ต่างออกไป อาจมองว่าความตายยังห่างไกลจากตนเอง แต่สิ่งที่สังเกตเห็นได้คือ ในมุมมองผู้ป่วยส่วนใหญ่ ความทุกข์ทรมานในสภาวะใกล้ตาย ดูจะเป็นที่น่าหวาดกลัวมากกว่าความตายเสียอีก

4. ความเชื่อ และความศรัทธาที่เกี่ยวข้องกับความตายและภาวะใกล้ตาย

จากการศึกษา พบว่า ความเชื่อและความศรัทธาทางศาสนา มีผลต่อการผูกโยงความคิดเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยทุกคนมีความเชื่อและศรัทธาในพุทธศาสนา แต่ระดับความเชื่อและศรัทธา ตลอดจนแนวปฏิบัติทางพุทธศาสนามีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยบางคนที่มีความเชื่อเรื่องบาปบุญคุณโทษ หรือเชื่อเกี่ยวกับกรรม ในทางพุทธศาสนา จะมองว่าภาวะใกล้ตายที่ตนเองเผชิญอยู่เป็นเรื่องของเวรกรรม ดังที่ผู้ป่วยคนหนึ่ง ได้กล่าวถึงภูมิหลังที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อและความศรัทธาทางพุทธศาสนา

“โรคที่เราเป็นอยู่นี้เนี่ย ผมก็เชื่อเหมือนกันเกี่ยวกับเรื่องเวรกรรม ก่อนนั้นผมก็ตั้มปุเป็นๆ เนี่ย ใส่หม้อตั้มปุเนี่ย แต่ว่าทุบหัวปลาเนี่ยไม่ทำนะ..ตั้มปุเป็นๆ ผมตั้มให้เขากินด้วย อันนี้ผมว่ามันเป็นเวรกรรมผมเหมือนกันแหละ...ผมคิดว่ามันเป็นเวรกรรมของผม เป็นเวรกรรมที่ฆ่าปุ ฆ่าอะไรเนี่ย” (P.1, p.7)

ความเชื่อว่าสิ่งที่ตนเองประสบอยู่ หรือภาวะใกล้ตายของตนเอง เกิดจากเวรกรรมที่ตนเองได้สร้างมา ทำให้ผู้ป่วยให้ความหมายต่อความตายและภาวะใกล้ตายในทิศทางที่ค่อนข้างยอมรับกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น หรือยอมรับกับสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ และมีสภาพอารมณ์ที่สงบขึ้น แต่ในขณะเดียวกัน ความเชื่อดังกล่าวก็ยังสร้างความหวังให้กับผู้ป่วยว่า การได้มีโอกาสสร้างบุญกุศล จะ

ช่วยให้เวรกรรมลดน้อยลง มีปาฏิหาริย์ที่จะทำให้ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่หายไป รวมไปถึงการยังคงไม่สิ้นหวัง และคาดหวังว่าคงมีวิถีทางที่จะช่วยให้ตนเองหลุดรอดจากความตายได้

ความเชื่อที่ว่า “ความตายเป็นเรื่องธรรมดา เรื่องธรรมชาติ เป็นสิ่งที่เกิดได้กับทุกชีวิต ที่เมื่อถึงวาระ ทุกคนจะต้องประสบกับความตาย” ความเชื่อดังกล่าวนี้นี้ ผู้ป่วยบางคนยึดถือและสามารถปฏิบัติได้ตามความเชื่อดังกล่าว บางคนสามารถคิดตามได้เป็นบางครั้ง หรือบางคนพยายามที่จะคิดปฏิบัติตาม แต่ไม่สามารถทำใจยอมรับได้ แต่สิ่งที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตระหนักถึงเช่นกันคือความเชื่อที่ว่า โรคมะเร็งเป็นแล้วต้องตาย โดยเฉพาะเมื่อรับทราบว่ามีมะเร็งลามไปที่อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่ง ยิ่งทำให้รู้สึกว่าคุณเขาได้เข้าใกล้ความตายมากขึ้น

นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางคน ที่ได้มีโอกาสศึกษาแนวคิดทางพุทธศาสนาอย่างลึกซึ้ง ทำให้ได้มีโอกาสเรียนรู้อีกว่า “ความเจ็บ และความตาย เป็นเรื่องธรรมดา ทุกชีวิตที่เกิดมาแล้วต้องตาย” (P.1, p.16) ผู้ป่วยคนนี้เชื่อว่า การได้ศึกษาธรรมะ ช่วยให้ตนเองคิดและทำใจได้เกี่ยวกับความตายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองในวันข้างหน้า และยังมีผู้ป่วยอีกหลายคน ที่แม้ไม่ได้ผ่านการศึกษาหรือปฏิบัติธรรมมาอย่างลึกซึ้ง แต่ความเชื่อที่มีต่อแนวคิดทางพุทธศาสนา เป็นเงื่อนไขสำคัญที่มีส่วนทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนหลุดถึงความตายไปในลักษณะที่สอดคล้องกับความคิดและความเชื่อดังกล่าว เพียงแต่ว่าความคิด และความรู้สึกที่แท้จริงเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยแต่ละคน ยังมีอาจสรุปได้จากการยึดโยงความเชื่อนี้เพียงอย่างเดียวเท่านั้น

5. เป้าหมายสำคัญในชีวิต

เป้าหมายสำคัญในชีวิตของบุคคล เป็นความคาดหวังของบุคคลต่อชีวิตในอนาคต แต่เมื่อมีสถานการณ์หรือเหตุการณ์มาทำให้เป้าหมายในชีวิตต้องปรับเปลี่ยน หรือสกัดกั้นหนทางที่จะนำไปสู่ชีวิตตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ บุคคลอาจเกิดความคับข้องใจ เสียใจ ท้อใจ หรือแม้แต่สิ้นหวังกับชีวิตในอนาคต ภาวะใกล้ตายและความตายก็เช่นกัน นับว่าเงื่อนไขซึ่งอาจเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการมุ่งสู่เป้าหมายในชีวิตตามที่ผู้ป่วยคาดหวังไว้ ขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยได้วางเป้าหมายไว้ในลักษณะใด

ผู้ป่วยที่ไม่ได้วางเป้าหมายในชีวิตไว้มากมาย หรือไม่ได้คาดหวังกับชีวิตในอนาคตมาก ความตายจึงไม่มีความหมายในทิศทางที่ทำให้ตนเองรู้สึกสูญเสียอนาคตหรือเป้าหมายที่วางไว้ ผู้ป่วยที่ให้ความหมายในลักษณะนี้ มักเป็นผู้ป่วยที่สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีอาชีพการงานที่ไม่ต้องดิ้นรนต่อสู้ ดังเช่น ผู้ป่วยคนหนึ่งหวังเพียงทำงานรับเงินเดือนไปเรื่อยๆ จนกว่าจะเกษียณอายุราชการ หลังจากนั้นคือใช้ชีวิตบั้นปลายหลังเกษียณโดยไม่ได้คาดหวังว่าจะทำอะไรแปลกใหม่เพิ่มเติมหลังจากนั้น ดังที่ได้กล่าวไว้ว่า

“ตอนนี้ก็ไม่มีอะไร ผมไม่ได้หวังอะไรมาก ก็ทำงานกินเงินเดือนไปเรื่อยๆ จนเกษียณ ถ้าเกิดผมอยู่ไม่ถึงเกษียณ ก็เป็นเรื่องของมัน” (P.4, p.11)

ในขณะที่ผู้ป่วยบางคนให้ความสำคัญกับการชีวิตการทำงาน โดยเฉพาะผู้มีธุรกิจการทำงานที่ค่อนข้างมั่นคง ชีวิตที่ดีนั้นต่อสู้นสามารถมีความสำเร็จในงาน หรือจากที่ไม่มีเงินสามารถมีกิจการเป็นของตนเอง ผู้ป่วยมักวางเป้าหมายในชีวิตไว้กับการทำงาน และมองว่าความเจ็บป่วยและความตายเป็นอุปสรรคสำคัญที่จะสกัดกั้นหรือลดทอนความสามารถในการทำสิ่งที่ตั้งใจไว้ ดังเช่นผู้ป่วยหญิงคนหนึ่ง ที่ดีนั้นต่อสู้นมีกิจการรีสอร์ทที่เป็นของตนเอง ตลอดเวลาที่อยู่ในสภาพที่เจ็บป่วย สิ่งที่กำลังกังวลและกล่าวถึงบ่อยครั้งคือเรื่องงานที่อยากกลับไปดูแล ไม่สามารถปล่อยวางกับเรื่องดังกล่าวได้ แม้สภาพร่างกายจะไม่เอื้ออำนวยก็ตาม

นอกจากเป้าหมายชีวิตในเรื่องการงานแล้ว ยังมีผู้ป่วยอีกหลายคนด้วยกัน ที่เป้าหมายสำคัญของชีวิตคือครอบครัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ผูกพันอยู่กับครอบครัว ดังนั้นความตายจึงทำให้เกิดทั้งความเป็นห่วงเป็นใย รู้สึกถึงการพลัดพราก และสูญเสียความหวังที่จะได้ใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว รวมถึงความคาดหวังที่จะเห็นคนใกล้ชิดที่รักประสบความสำเร็จ หรือมีชีวิตที่สุขสบาย ดังตัวอย่างของผู้ป่วยหญิงคนหนึ่ง ที่คาดหวังว่าตนเองจะยังสามารถมีชีวิตอยู่ จนกว่าจะได้เห็นความสำเร็จของบุตรสาวดังที่ได้กล่าวไว้ว่า

“ก็อยากอยู่จนเขาจบ แฟนเขาก็บอก ทนให้มันรับปริญญาก่อนได้ไหม” (P.3, p.8)

อย่างไรก็ตาม เป้าหมายในชีวิตมิใช่สิ่งตายตัวที่ไม่มีโอกาสปรับเปลี่ยน โดยเฉพาะเมื่อเกิดเหตุการณ์ในชีวิตที่พลิกผันกับความเป็นปกติ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าแต่ละบุคคลให้ความสำคัญและจริงจังกับเป้าหมายในชีวิตนั้นมากน้อยเพียงไร มีการปรับตัวกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตอย่างไร และพวกเขามองว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีความหมายในแง่ใดต่อชีวิตที่เป็นอยู่ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

ตอนที่ 2 ชีวิตใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในครั้งนี้ คือการทำความเข้าใจภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย เน้นการตีความหมายประสบการณ์ใกล้ตายซึ่งเกี่ยวข้องกับบริบทความสัมพันธ์ ภูมิหลัง ประสบการณ์ ความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย การวิเคราะห์ให้ชัดเจนตอนในกระบวนการของ แวน แมนเนน (Van Manen, 1990: 35-51) โดยเฉพาะในขั้นตอนของการไตร่ตรองข้อมูลที่ได้ (Reflecting) ซ้ำไปมา เพื่อกำหนดประเด็นความหมายที่สอดคล้องกับเรื่องที่ศึกษา และเขียนพรรณนา (Describing) ปรากฏการณ์ โดยคำนึงถึงความเชื่อมโยงสอดคล้องกันทั้งในสถานการณ์ย่อย และปรากฏการณ์ในภาพรวม ทั้งนี้เพื่อวิเคราะห์ให้เห็นว่า มีความหมายใดที่ซ่อนอยู่ภายใต้ข้อความที่บอกเล่าเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตายของพวกเขาเหล่านั้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การตีความประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยกระบวนการตีความที่สำคัญมิได้เกี่ยวข้องกับเฉพาะในช่วงเวลาในภาวะใกล้ตายเท่านั้น แต่การตีความหรือการทำความเข้าใจภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย จะเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นมะเร็ง ไปจนถึงรับรู้ความตาย เนื่องมาจากผู้ป่วยหลายคนผูกโยงเรื่อง “มะเร็ง” กับ “ความตาย” เข้าด้วยกัน ดังนั้น

ข้อค้นพบเกี่ยวกับประสบการณ์ใกล้ตาย จึงมีมิติด้านเวลาเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยให้ความหมายต่อชีวิตที่เป็นอยู่ภายใต้ประสบการณ์ในลักษณะที่แตกต่างกันไปในแต่ละช่วงเวลาและแต่ละสถานการณ์ รวมไปถึง มีการเผชิญกับสภาพการณ์ต่างๆ ในลักษณะที่แตกต่างกันไป ประเด็นที่สำคัญที่จะนำเสนอเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จึงเกี่ยวข้องกับประเด็นหลัก 3 ประการ ซึ่งเป็นข้อค้นพบที่สามารถอธิบายเชื่อมโยงและครอบคลุมถึงภาวะใกล้ตาย ได้แก่

1. การให้ความหมายชีวิตในภาวะใกล้ตายและความตาย เป็นกระบวนการตีความหมายที่เชื่อมโยงการรับรู้มะเร็งและความตาย มาสู่การทำความเข้าใจภาวะใกล้ตายในครั้งนี้

2. การคาดหวังกับชีวิตใกล้ตาย เป็นการทำความเข้าใจถึงความคาดหวังและความต้องการในภาวะใกล้ตาย ซึ่งจะเชื่อมโยงไปสู่พฤติกรรมและการแสดงออกในภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยในลักษณะต่างๆ

3. การเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตาย เป็นการทำความเข้าใจพฤติกรรมและการแสดงออกเพื่อเผชิญหน้ากับความตายหรือสภาพการณ์ในภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย

1. การให้ความหมายชีวิตในภาวะใกล้ตายและความตาย

การวิเคราะห์การให้ความหมายชีวิตในภาวะใกล้ตายและความตายในที่นี้ เป็นการทำความเข้าใจหรือการตีความหมายของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะการเป็น (being) ของตนเองในประสบการณ์ใกล้ตาย ซึ่งเกี่ยวเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นมะเร็ง ต้องใช้ชีวิตอยู่กับมะเร็ง มาจนถึงภาวะใกล้ตายและการตระหนักถึงความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งการให้ความหมายในแง่มุมต่างๆ จะสัมพันธ์กับภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยในลักษณะต่างๆ และเกี่ยวข้องกับบริบทสำคัญต่างๆ โดยผู้ป่วยให้ความหมายกับทั้งชีวิตในภาวะใกล้ตายและความตายในแง่มุมต่างๆ ต่อไปนี้

1.1 การให้ความหมายชีวิตในภาวะใกล้ตาย

จากการศึกษาวิจัย พบว่าผู้ป่วยให้ความหมายช่วงชีวิตในภาวะใกล้ตายในแง่มุมต่างๆ ที่สำคัญ ดังนี้

เป็นมะเร็ง หนีไม่พ้นความตาย

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ยากจะรักษาให้หายขาดได้ และผู้ป่วยหลายคนก็รับรู้ทั้งจากความรู้เดิม ประสบการณ์ของผู้อื่น และประสบการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นกับตนเอง ว่ามะเร็งเป็นแล้วมีโอกาสสูญเสียชีวิตได้โดยง่าย การให้ความหมายกับภาวะใกล้ตายในแง่ของการนำไปสู่ความตายนั้น เป็นเรื่อง que ผู้ป่วยหลายคนตระหนักถึง เพียงแต่บางคนเลียงที่จะกล่าวถึงหรือบอกเล่าถึงความหมายในลักษณะเช่นนี้ออกมาเท่านั้น อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยบางคนที่สามารถบอกกล่าวถึงความหมายนี้ได้โดยตรงไปตรงมาในลักษณะต่างๆ กัน ทั้งในทางตรง คือพูดถึงการสูญเสียชีวิตหรือความตายที่จะต้องเกิดขึ้น หรือในทางอ้อม คือพูดถึงการอาจจากไป เพียงแต่ไม่เอ่ยตรงๆ ถึงความตายเท่านั้นเอง ตัวอย่างของผู้ป่วยที่รับรู้ภาวะที่เป็นอยู่อย่างไรก็ต้องตาย และแสดงออกมาให้เห็นชัดเจนถึงการรับรู้เช่นนั้น คือคุณพัน ที่รับรู้โรคมะเร็งคือโรคที่ทำให้ต้องสูญเสียชีวิต เนื่องมาจากตัวคุณ

ตนเอง มีประสบการณ์ที่เคยเกี่ยวข้องกับมะเร็ง ซึ่งเป็นประสบการณ์ของบิดาตนเอง ประสบการณ์ดังกล่าว เปิดโอกาสให้คุณพันได้รับรู้เกี่ยวกับมะเร็ง และรับรู้ถึงความเป็นไปที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากมะเร็ง และท้ายสุด คือมะเร็งได้พรากชีวิตของบิดาจากไป แม้คุณพันจะรับรู้ว่ามีมะเร็งอาจทำให้ตนเองสูญเสียชีวิต แต่การรับรู้เป็นสิ่งที่คุณพันยอมรับได้ว่าเป็นเรื่องที่ต้องเกิด และไม่คิดตระหนกตกใจกับชีวิตที่อาจต้องสูญเสียไป

“ผมคิดว่าการที่เป็นมะเร็งนะมันตาย ทำให้คนหดหู่ คือถ้าเขาไม่รู้ อาจจะคิดว่าไม่ได้เป็นมะเร็งใช่ไหม แต่ถ้าบอกว่าเป็นมะเร็งเลยเนี่ย มันตาย..คือผมไม่สนใจตรงนี้นะ เป็นก็เป็น ตายก็ตาย ไม่เป็นไร ตายก็ตายไป” (P.4, p.14)

อย่างไรก็ตาม แม้คุณพันจะมองว่าความตายอาจเกิดขึ้น แต่ความคาดหวังว่าตนเองจะยังสามารถมีชีวิตอยู่ต่อได้อีกนานยังมีอยู่ในความคิด ดังคำพูดต่อมาว่า

“มันมีระยะของมัน ถ้าเกิดรักษาดี บางทีมันก็อยู่ได้นานหน่อย แต่ก็ไม่แน่ ไม่นอนใช่ไหม” (P4, p.14)

การให้ความหมายภาวะการเป็นที่ยินยอมกับความตายนี้ เป็นความเข้าใจของผู้ป่วย ที่เกี่ยวเนื่องกับสภาวะของโรคมะเร็ง ที่เป็นความหมายควบคู่มากับความตาย อย่างไรก็ตาม ในช่วงชีวิตที่เป็นอยู่นี้ สำหรับผู้ป่วยความตายยังเป็นสิ่งที่พวกเขาต้องการหลีกเลี่ยงหรือหลีกเลี่ยง จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยหลายคนด้วยกันที่แสดงออกถึงการกระทำเพื่อรักษาชีวิตไว้ หรือการต่อรองกับความตาย ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น เลือกที่จะหาแนวทางในการดูแลสุขภาพร่างกายตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อจะช่วยให้สามารถยืดชีวิตตนเองต่อไป การต่อรองกับความตายเช่นนี้ มิได้หมายถึงผู้ป่วยไม่ได้ยอมรับกับภาวะใกล้ตาย แต่เป็นการยอมรับโดยยังมีความคาดหวังว่าจะรักษาชีวิตไว้ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คลูเบอร์-รอส เกี่ยวกับปฏิกิริยาในขั้นต่างๆ ของผู้ป่วยใกล้ตาย จะพบว่าในขั้นต่อรอง (The stage of bargain) นี้ ผู้ป่วยจะเข้าสู่กระบวนการยอมรับต่อการเจ็บป่วยอย่างสมบูรณ์ และพยายามหลีกเลี่ยงความตาย โดยการเริ่มต่อรองเพื่อขอให้มีชีวิตอยู่ยาวนานที่สุดและไม่ทุกข์ทรมาน ซึ่งอาจแสดงออกได้โดยการต่อรองกับอำนาจที่คิดว่าสามารถควบคุมชีวิตของเขาได้ ตามความเชื่อของผู้ป่วยเอง (Kubler-Ross. 1979:59-75) ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะพบเห็น การต่อรองโดยพึ่งพิงความเชื่อทางพุทธศาสนาอยู่มาก

อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยบางคนที่รับรู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งแล้วตาย แต่แสดงออกถึงพฤติกรรมที่เพิกเฉย ปล่อยชีวิตไปตามยถากรรม เนื่องมาจากสภาพทางสังคม หรือบริบทแวดล้อมไม่เอื้อต่อการดูแลตนเอง ซึ่งมีส่วนในการผลักดันให้ผู้ป่วยต้องดำรงอยู่ในลักษณะเช่นนั้น เช่น ขาดที่พึ่งพิง ขาดข้อมูลที่เพียงพอและเหมาะสม เป็นต้น การรับรู้ว่ามีมะเร็งคือความตายรวมถึงภาวะการเป็นที่ยินยอมกับความตายนี้ จึงเกี่ยวเนื่องกับเงื่อนไขของบริบทแวดล้อม ที่เห็นได้ชัดคือสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัว ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ราบรื่น พุดคุยกันได้โดยตรงไปตรงมา จะมีส่วนเอื้อในการช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ รวมถึงมีปัจจัยสนับสนุนที่จะอยู่กับภาวะใกล้ตายได้อย่างมีความหวัง และยังคงมองเห็นแนวทางในการช่วยเหลือตัวเองให้หลุดรอดจากความตาย นอกจากนี้บริบทของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพก็มีส่วนสำคัญในการกำหนดมุมมองต่อภาวะใกล้ตาย

การสื่อสารและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะที่เป็นอยู่ จะมีส่วนในการคิดและการรู้สึกต่อภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะเชื่อถือและเห็นในทางเดียวกับข้อมูลที่ดีมีสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์ที่เป็นผู้ให้ข้อมูล

ภาวะใกล้ตายท่ามกลางความทุกข์ทรมาน

ผู้ป่วยที่มะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่ง มักจะก่อให้เกิดความเจ็บปวดบริเวณอวัยวะส่วนนั้น มีผู้ป่วยบางคนที่เกิดความเจ็บปวดมาก และตลอดเวลา จนต้องพึ่งยาแก้ปวดตลอด หรือเจ็บปวดมาก ๆ จนไม่สามารถนอนหลับหรือพักผ่อนได้อย่างที่ควรจะเป็น ดังเช่น คุณจันที่ได้เล่าให้ผู้วิจัยฟังถึง สภาพการณ์ความเจ็บป่วยที่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดอยู่เกือบตลอดเวลา และบางครั้งที่เป็นความเจ็บปวดที่ทำให้แทบจะทนไม่ได้กับสภาวะที่เป็นอยู่นั้น ดังที่คุณจันได้ระบายให้ฟังในตอนหนึ่ง ถึงความเจ็บปวดซึ่งจะบรรเทาได้โดยต้องยาแก้ปวดเพียงเท่านั้น

“เวลาปวด ไม่มียากิน ก็ต้องทนทรมานนะสิ เมื่อเข้านั่งร้องไห้...นั่งร้องไห้ มันปวดจนทนไม่ไหวนะ น้ำตาไหล โอ๊ย โอ๊ย อยู่อย่างเนี่ย จนมาถึงโรงพยาบาลนี่ เก้าโมงมั้ง ขอยาได้สองเม็ด” (P.2, p.5)

“นอนไม่หลับนะ ก็เพราะมันปวด ให้หลับยังไงมันก็ ตับ ตับ เหมือนกับมันเข้าหัวใจนะ จะหลับยังไงมันก็หลับไม่ลง” (P.2, p.4)

นอกจากความเจ็บปวดแล้ว ยังมีอาการแสดงต่าง ๆ อันเกิดจากภาวะของโรค ที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยมะเร็ง อย่างยากที่จะทนได้ ผู้ป่วยคนหนึ่ง คือคุณสุดา ที่มะเร็งลุกลามไปที่ตับ มักมีอาการแน่นท้อง ท้องอืดบวมโต และคลื่นไส้อาเจียน ทำให้ไม่สุขสบาย และต้องเผชิญกับสภาพเช่นนี้และต้องเข้าออกโรงพยาบาลเพื่อรักษาให้อาการบรรเทาอยู่เป็นประจำ เนื่องจากมะเร็งได้ทำลายตับไปมาก ต้อง ส่วนผู้ป่วยอีกคนอย่างคุณสา ที่มะเร็งปอดลุกลามไปจนทำลายปอดข้างหนึ่ง ทำให้มีอาการเหนื่อยหอบเป็นประจำ ต้องพึ่งออกซิเจนและยาพ่นขยายหลอดลม ซึ่งต้องมีไว้ใช้ประจำที่บ้าน เพื่อช่วยให้อาการเหนื่อยหอบบรรเทา หรือถ้าเป็นมาก ก็จำเป็นต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล คุณสาได้เล่าให้ฟังถึงความทุกข์ทรมานดังกล่าว ซึ่งอาการแสดงที่รุนแรงทำให้กลายเป็นความทุกข์ทรมานที่บางครั้งทนแทบไม่ไหว สร้างความท้อแท้ใจและเบื่อหน่ายชีวิตจากสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ เพราะทราบว่าการดังกล่าวรักษาได้เพียงบรรเทาความทรมาน ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังที่คุณสาได้กล่าวถึงว่า

“เวลาเป็นมันเหนื่อย แทบจะทนไม่ไหว ลูกสะใภ้เขาก็เอาออกซิเจนไปให้ที่บ้าน พ่นยาเองบ้าง บางทีก็ไม่ไหว มันเหนื่อยเหมือนจะขาดใจ ไม่ไหวเขาก็ให้มานอนที่นี้...อ้อ มันไม่ไหว มันเหนื่อยนะสิ เวลาเหนื่อยแล้วมันทรมาน ใจบ้าง หอบบ้าง เบื่อมัน เมื่อไหร่มันจะลามไปให้มันหมดก็ไม่รู้ เมื่อก่อนนี้ไม่ค่อยเหนื่อย ไม่ค่อยมากหรอก เดียวนี้มันเหนื่อยมาก” (P.6, p.2)

“หายมันก็ไม่หาย เรารู้ว่ามันไม่หายนะ แต่ก็มา มาให้เบาเหนื่อย มันช่วยให้เบาเหนื่อยก็มา มันทรมาน” (P.6, p.3)

นอกจากความเจ็บป่วยจะเป็นความทรมานจากความเจ็บปวด และจากอาการแสดงของโรคมะเร็ง การรักษาอาการต่างๆ เหล่านี้ นอกจากจะช่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมานบางอย่างให้ทุเลาลงได้ แต่ในทางกลับกัน วิธีการรักษาบางวิธีกลับก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอีกรูปแบบหนึ่ง อันผลพวงจากการรักษาหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ซึ่งผู้ป่วยเองส่วนใหญ่ก็เสี่ยงไม่ได้ที่จะต้องเลือกรับการรักษาดังกล่าว หรือบางคนอาจจำเป็นต้องเลือกการรักษาเช่นนี้เพื่อแลกกับความทุกข์ทรมานที่มากกว่าหรือการสูญเสียชีวิตเร็วกว่าที่คาดหวังไว้ กรณีที่เห็นได้ชัดคือกรณีของคุณจันและคุณสุดา ผู้ป่วยทั้งสองคนป่วยเป็นมะเร็งในอวัยวะที่ต่างกัน จึงมีวิธีการรักษามะเร็งที่แตกต่างกัน แต่ผลพวงที่ได้จากการรักษา ต่างมองเช่นเดียวกันว่า คือความทุกข์ทรมานที่เกิดตามมาอีกรูปแบบหนึ่ง กรณีของคุณจันมะเร็งที่มดลูกทำให้ต้องได้รับการผ่าตัดมดลูกและผ่าตัดเปิดลำไส้ออกทางหน้าท้อง ต้องขยับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้องที่มีถุงครอบอยู่ ต้องทำความสะอาดเอง มีการใช้ชีวิตประจำวันที่แตกต่างไปจากคนปกติทั่วไป ซึ่งกว่าจะรู้สึกชินกับสภาวะดังกล่าว ต้องอาศัยเวลาผ่านไประยะหนึ่ง ซึ่งแม้คุณจันจะยังไม่เรียกว่าเป็นความทรมาน แต่มองว่าเป็นความยากลำบากในการใช้ชีวิตการ นอกจากนั้น ยังมีการรักษาที่คุณจันมองว่าเป็นความทุกข์ทรมานคือ การรักษาโดยการฝังแร่ทางช่องคลอดซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่สร้างความเจ็บปวดเป็นอย่างยิ่ง

“ไอ้ตอนฝังแร่ โอ๊ย อย่างกับโรงฆ่าสัตว์ มันมีแต่เหล็กทั้งนั้นเลย ที่มันเข้ามาเสียบในช่องคลอดเรา เหล็กทั้งนั้น แล้วเหล็กยาว เหล็กสั้น เหล็กกลม ไม่รู้อะไรทั้งนั้น เวลาพอเขาฉีดยาสลบแล้ว เวลาฟื้นขึ้นมา โอ๊ยเอาแล้ว ร้องให้แล้ว ทนไม่ไหว” (P.2, p.22)

ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อมะเร็งลามไปที่กระดูก และกระดูกขาหัก คุณจันต้องรักษาด้วยการใส่เหล็กตามกระดูก นอกจากจะเจ็บปวดจากการผ่าตัดและภายหลังผ่าตัดแล้ว เหล็กที่ใส่ตามไว้ยังทำให้เวลาเคลื่อนไหวเกิดความเจ็บปวดมากขึ้นไปอีก ดังที่คุณจันได้กล่าวถึงความทรมานนี้ในหลายๆ ครั้งด้วยกัน

“ชีวิตป่าเหี้ย ไม่เคย ไม่รู้ว่าการผ่าตัดนั้นนะ ใส่เหล็กนะ ยังไม่เคย เพิ่งมาเหี้ย ครั้งแรก ยังไม่รู้ใส่เหล็กมันจะเป็นอย่างไร เพราะมันยังไม่หายดี มันถึงทรมาน เวลาเราขยับทำอะไรเหี้ย มันจะเสียดสีกันนะ เนื้อเรานะ ข้างใน กับเหล็กที่มันคาอยู่” (P.2, p.5)

“ตั้งแต่ทำกระดูกมาเหี้ย ตั้งแต่ขาหัก ใส่เหล็ก โอ้โฮ ปวดตลอดเลย บางทีกินยาพาราแล้วก็เดี๋ยวเดียว เป็นอีกแล้ว...มันปวดขา ปวดเหล็ก มันทรมาน ถ้ามันไม่ปวด มันเฉยๆ มันก็ไม่เป็นไรนะ” (P.2, p.13,22)

ส่วนกรณีของคุณสุดา แม้ไม่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด แต่อาการท้องอืด แน่นท้องตลอด ทำให้แพทย์ต้องใช้วิธีใส่สายระบายทางจุกเข้าไปในกระเพาะอาหาร และต้องคาสายไว้ตลอดเวลาการคาสายดังกล่าวไว้ คุณสุดาเล่าว่า เป็นความทุกข์ทรมานแบบหนึ่ง แต่ก็นับว่ายังดีกว่าการปล่อยให้ท้องอืด ปวดแน่นท้อง ซึ่งทรมานมากกว่า

“มันแน่น พอใส่สายแล้วมันสบายขึ้น แต่มันคลื่นไส้ รำคาญ..หมอก็บอกให้ใส่ไปเรื่อยๆ ก่อน ก็ใส่ๆ ถอดๆ นี่แหละ ใส่บ่อยๆ ไม่ไหว ถอดให้มันพักบ้าง” (P.5, p.1)

การให้ความหมายภาวะใกล้ตายในลักษณะของความทุกข์ทรมานต่างๆ นี้ เกี่ยวข้องกับการที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับความทุกข์ทรมานอันเกิดจากความเจ็บป่วย มิใช่หมายถึงผู้ป่วยเลือกที่จะพึงพอใจกับความทุกข์ทรมาน แต่เป็นการทำความเข้าใจตนเองเกี่ยวกับสภาวะที่ตนเองประสบอยู่ อันเป็นผลพวงจากประสบการณ์ความเจ็บป่วย มิติที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการให้ความสำคัญกับความทุกข์ทรมานนี้คือมิติทางร่างกาย ซึ่งถ้ามิติทางร่างกายถูกกระทบกระเทือนมากเท่าไร ผู้ป่วยย่อมให้ความสำคัญกับความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ อย่างไรก็ตาม ถ้าอธิบายผ่านแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ ไฮเดกเกอร์ มองว่า การดำรงอยู่ (Existing) ในภาวะเช่นนี้เป็นเพียงสิ่งชั่วคราว (Temporal) ซึ่งแปรเปลี่ยนไปตามกาลเวลา และสถานการณ์ ซึ่งเป็นสถานการณ์เฉพาะตน (Personal situation) ของผู้ป่วยแต่ละคน (Stambaugh, 1996: Online) ดังนั้นเมื่อสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับมิติทางกายแปรเปลี่ยนไป ผู้ป่วยก็อาจให้ความสำคัญกับความเจ็บป่วยในอีกแง่มุมหนึ่ง จะเห็นได้ว่าในผู้ป่วยบางคนซึ่งมะเร็งยังไม่ทำอันตรายร้ายแรง และไม่ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงที่กระทบต่อร่างกายและการดำเนินชีวิต การมองความเจ็บป่วยจึงยังไม่ก่อให้เกิดความหมายในเชิงทุกข์ทรมาน จนเมื่อมะเร็งลุกลามมากจนมีผลให้มิติทางกายแปรเปลี่ยนไปในทางที่เลวร้ายลง ความหมายในเชิงของความทุกข์ทรมานจึงโดดเด่นเข้ามามีความสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วย

ภาวะใกล้ตายกับภาระที่ต้องดูแล

มะเร็งมีผลต่อสภาวะทางกายของผู้ป่วยในลักษณะต่างๆ ขึ้นอยู่กับว่ามะเร็งจะลุกลามไปที่อวัยวะใด และมีผลทำให้อวัยวะดังกล่าวสูญเสียการทำงานที่ตามปกติไป บางกรณีมีผลกระทบทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมบางสิ่งบางอย่าง หรือบางกรณีอาจไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตัวเองเลย เนื่องจากสภาพอาการที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น แขนขาอ่อนแรง เดินไม่ได้ พูดไม่ชัด หรือท้องบวมอืด เป็นต้น ในที่นี้จะกล่าวถึงสภาวะของโรคที่มีผลให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความเปราะบางกับคนใกล้ซิดในลักษณะต่างๆ

จากการศึกษาวิจัย พบว่า ภาวะที่ลุกลามของโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยหลายรายที่เคยช่วยเหลือตัวเองได้ กลายเป็นบุคคลทุพพลภาพ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างเต็มที่ หรือบางรายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ซึ่งต่างต้องพึ่งพาคนในครอบครัวคอยดูแลช่วยเหลือ มากน้อยขึ้นอยู่กับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้ของผู้ป่วย ความรู้สึกว่าเป็นภาระต่อครอบครัวทำให้ผู้ป่วยบางรายทำใจยอมรับไม่ได้ แม้จะทราบว่าคนในครอบครัว เต็มใจและพร้อมที่จะดูแลก็ตาม ดังตัวอย่างของคุณสาและคุณยุพาที่มองว่า มะเร็งมีผลทำให้ตนเองกลายเป็นภาระแก่ครอบครัวในการดูแล ในกรณีของคุณยุพา มะเร็งลุกลามทำให้สภาพร่างกายเปลี่ยนไป ขาอ่อนแรงเดินไม่ได้สามีต้องคอยดูแลช่วยเหลือกิจกรรมในบางส่วน และต้องหยุดงานตามมาเฝ้าที่โรงพยาบาล คุณยุพากล่าวกับผู้วิจัยหลายครั้งถึงเรื่องที่กังวลคือ การที่จะกลายเป็นภาระให้สามีคอยดูแล ดังคำพูดที่บอกกล่าวด้วยสีหน้าเคร่งเครียด

“ตอนนี้ละ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ กังวลอยู่เรื่องเดียวตอนนี้...กลัวว่าจะเป็นภาระ”

(P.3, p.9)

ส่วนในกรณีของคุณสา แม้จะยังเดินเหินได้ตามปกติ แต่เมื่งปวดที่ลูกกลมมากขึ้น ทำให้มีอาการเหนื่อยหอบมาก และบ่อยครั้งขึ้น บางครั้งทำให้ไม่แรงเดิน หรือไม่มีแรงทำกิจกรรม บางอย่างที่ต้องใช้กำลังมาก สภาพการณ์ดังกล่าวทำให้คุณสามองว่า ตนต้องกลายเป็นภาระให้ ลูกคอยดูแลทั้งที่บ้าน และต้องพาเข้าออกโรงพยาบาลหลายต่อหลายครั้ง จนรู้สึกเบื่อหน่ายกับ สภาวะของตนเอง และรู้สึกไปว่าลูกๆ อาจเบื่อหน่ายต่อภาระการดูแล ดังคำพูดที่ว่า

“มันไม่ไหว มันเหนื่อยนะซิ เวลาเหนื่อยแล้วมันทรมาณ ใจบ้าง หอบบ้าง เบื่อมัน ...คน ที่บ้านเขาทิ้งหมดแล้ว (หัวเราะเล็กน้อย)..ไม่หอรอก พุดไปป็นแหละ คิดว่ามันดูเรามากๆ มันคงเบื่อ” (P.6, p.3)

ซึ่งคุณสาเองเล่าว่าแม้ลูกจะไม่แสดงอาการเบื่อหน่ายให้เห็น แต่ความรู้สึกของคุณยาย เองก็กังวลกับการต้องเป็นภาระให้ลูกๆ คอยกังวล และคอยดูแล

“ไม่แสดงให้เห็นหอรอก แต่ไม่ยอมให้เขากังวลกัน ไม่ยอมเป็นภาระให้มัน” (P.6, p.3)

นอกจากความรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลแล้ว ความสูญเสียสมรรถนะทางกาย ทำให้ ผู้ป่วยบางคนก่อนหน้านี้สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพเอง หรือหาเลี้ยงช่วยครอบครัวได้ กลายเป็นไม่ สามารถทำงานได้ดังเช่นเดิม ภาระการหาเลี้ยงครอบครัวจึงต้องตกไปเป็นของอีกฝ่ายหนึ่ง อีกทั้งยัง ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นระยะเวลายาวนาน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าความเจ็บป่วยของ ตนเอง นอกจากทำให้ครอบครัวสูญเสียรายได้ที่ผู้ป่วยเคยหาได้แล้ว ยังเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่าย ของครอบครัวอีกด้วย ที่เห็นชัดเจนคือกรณีของคุณยุพา ซึ่งก่อนหน้านี้มีอาชีพรับจ้าง ช่วยสามีหา รายได้เข้าครอบครัวได้ และต่างช่วยกันส่งเสียให้ลูกสาวเรียนหนังสือจนใกล้จบมัธยมปลาย จนเมื่อ ตนเองป่วย เดินไม่ได้ สภาวะความเจ็บป่วยเช่นนี้ ทำให้ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ ภาระในการ หารายได้เลี้ยงดูครอบครัว จึงตกเป็นของสามีเพียงคนเดียว ในขณะที่ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นจากการ ดูแลรักษาตัว และที่กังวลมากขึ้นคือค่าใช้จ่ายที่เตรียมไว้เป็นค่าเล่าเรียนสำหรับลูกในระดับปริญญา ตรี ดังที่คุณยุพาได้บอกเล่าถึงภาระนี้ด้วยสีหน้าค่อนข้างกังวล

“ลูกสาวปีหน้าจะเรียน ก็จะทำให้เข้า... (มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง) ก็ต้องใช้เงิน แต่ก่อนยัง ช่วยกันหาตังค์ ค่าใช้จ่ายมันก็ห่วยหรือลดลงทุกวัน ทุกวัน แฟนเขาก็วิ่งงานข้างนอก จะได้มีรายได้ มี ของเก่าอะไรก็ขนขาย มีอะไรตอนนี้ขาย ขอให้หายได้ เอาตังค์มา มันไม่มีเงินไว้ใช้จ่าย” (P.3, p.8)

นอกจากนั้น การลูกกลมของเมื่งที่เป็นอยู่ในภาวะใกล้ตาย ทำให้สภาพร่างกาย อ่อนแอ ไม่สามารถทำงาน หรือกลับไปประกอบอาชีพได้ดังเดิม จากที่เคยหารายได้พอเลี้ยงชีพ กลายเป็นไม่สามารถทำงานได้เลย ไม่มีรายได้ต้องพึ่งพาผู้อื่น อย่างกรณีของคุณจันที่ต้องฝากชีวิต ไว้กับสถานสงเคราะห์แห่งหนึ่ง ซึ่งเมื่อเทียบกับชีวิตของคุณสุดา มีทั้งความเหมือนและความต่าง ความเหมือนอยู่ตรงที่ สภาวะที่เจ็บป่วยทำให้คนทั้งสอง ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ ตามปกติ มีผลต้องสูญเสียรายได้อย่างที่เคยมี ความต่างอยู่ตรงที่คุณจันไม่สามารถกลับไปทำงานหา รายได้ได้เลย ต้องพึ่งพิงสถานสงเคราะห์ ในขณะที่คุณสุดา เป็นเจ้าของธุรกิจ มีฐานะทางเศรษฐกิจ ค่อนข้างดี เพียงแต่ไม่สามารถดูแลธุรกิจตนเองได้อย่างเต็มที่ ต้องเป็นภาระให้คนอื่นดูแลแทนใน บางครั้ง อย่างไรก็ตาม ไม่ว่ารายได้ที่เคยมีของแต่ละคนจะมากหรือน้อยต่างกันแค่ไหน แต่ภาวะ

ดังกล่าวนี้ นอกจากจะมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และสภาพจิตใจของผู้ป่วยแล้ว ยังกลายเป็นภาระที่ต้องให้ผู้อื่นดูแลจัดการให้

“ตอนนี่ไม่มีรายได้เลย นานแล้ว ไม่มี แต่ก่อนทำพรม ตอนนั้นขายยังไม่หัก ทำพรมเดิน กะไปก็กะเป็กอย่างเงี้ยะ ก็เขาเราไม่มีแรงนะ เป็นธรรมดาปกติ เพราะเราไม่รู้ว่ามะเร็งมันจะลาม..ไม่รู้ จะทำอย่างไร เราก็เดินไปตามประสาเรา ก็ไปทำ เพราะเรานั่งทำ ไม่ได้เดินมาก นั่งทำไหมพรม โห กว่าจะทำได้อันหนึ่ง สลอปสองสามวัน นั่งก็ปวดหลัง... ตอนนี่ทำอะไรไม่ได้เลย ไปนั่งทำ ก็ทางโน้น เขาไม่ให้ทำ” (P.2, p.1)

จะเห็นว่า ชีวิตที่เป็นอยู่กับมะเร็งในภาวะใกล้ตายก่อให้เกิดผลกระทบมิใช่เพียงเฉพาะต่อมิติทางร่างกาย ซึ่งถือว่าเป็นการกระทบต่อสถานะส่วนตัวของผู้ป่วยเท่านั้น ความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ยังนำมาซึ่งผลกระทบในมิติอื่นๆ ร่วมด้วย ไม่ว่าจะเป็น มิติทางเศรษฐกิจ หรือมิติทางสังคม ความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งซึ่งถือว่าเป็นโรคเรื้อรัง และมีความรุนแรงถึงชีวิต จำเป็นต้องใช้ช่วงระยะเวลาในการดูแลรักษาทั้งเพื่อให้บรรเทาความทุกข์ทรมาน หรือเพื่อพยุงชีวิตให้อยู่ต่อไปเท่าที่จะนานได้ ดังนั้นจึงเสี่ยงไม่ได้ที่จะเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยที่รับรู้ถึงผลกระทบต่างๆ รู้สึกว่าสภาวะที่เป็นอยู่ของตนเองเป็นภาระต่อผู้อื่น โดยเฉพาะครอบครัวผู้ใกล้ชิด ขึ้นอยู่กับว่าสภาพความเจ็บป่วยนั้นมีความรุนแรงมากน้อยเพียงไร และบริบทของผู้ป่วยทั้งบริบทแวดล้อม และบริบทส่วนตัวของผู้ป่วยเองเป็นเช่นไร

ความรู้สึกถึงการเป็นภาระนั้น เป็นการให้ความสำคัญต่อภาวะใกล้ตาย ที่เชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางร่างกายไปในทิศทางที่รุนแรงอันเนื่องมาจากภาวะของโรค เช่น ทำให้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ การทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติด้วยตัวเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยมองว่าตนเองกลายเป็นภาระที่ต้องให้ผู้อื่นคอยดูแล เป็นภาระต่อครอบครัวด้านการเงิน รวมถึงเป็นภาระทางจิตใจให้คนใกล้ชิดคอยกังวลและห่วงใย ผู้ป่วยบางคนที่เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของตนเองตามจริง และแสดงออกอย่างสอดคล้องกับสภาพตามจริงนั้น มักแสดงพฤติกรรมออกไปในทิศทางที่มุ่งไปสู่การแก้ไขมากกว่าการปฏิเสธสภาวะที่เป็นอยู่โดยมิได้คิดทำอะไร เพื่อให้ตนเองหลุดพ้นจากความรู้สึกว่าเป็นภาระ อย่างเช่น กรณีของคุณุภาที่รับรู้ว่าคุณาสองข้างอ่อนแรงเดินไม่ได้จากเนื้อร้ายที่กดทับเซลล์สมอง ทำให้ไม่ปฏิเสธที่จะรับการรักษาโดยการฉายแสงเพื่อให้ก้อนเนื้อร้ายยุบลงตามข้อมูลที่ได้รับจากแพทย์ รวมถึงความพยายามที่จะฝึกทำกายภาพบำบัดเพื่อที่ตนเองจะสามารถกลับมาเดินได้เช่นเดิม ไม่ต้องเป็นภาระในการดูแล และสามารถกลับไปทำงานช่วยครอบครัวได้

อย่างไรก็ตาม ความคาดหวังถึงความเป็นไปได้นั้นอาจมีลักษณะกลับไปกลับมา ระหว่างความมั่นใจและความไม่มั่นใจกับผลที่จะเกิดขึ้น หรือสลับกันระหว่างความหวังและความท้อแท้ อันเนื่องมาจากสภาวะความรุนแรงของโรค และความไม่แน่ใจในผลการรักษา โดยจากการศึกษาพบว่า เมื่อสภาวะทางร่างกายอ่อนแอลง หรือมีความผิดปกติมากขึ้น มักจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่แน่ใจ และมีชีวิตที่เป็นอย่างยากลำบากมากยิ่งขึ้น การให้ข้อมูลของที่มีสุขภาพในการปฏิบัติตัว และการช่วยดูแลในทิศทางที่เหมาะสม เช่น การช่วยฝึกในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การ

ซึ่งจะเกี่ยวกับการดูแล และการฝึกทักษะครอบครัวผู้ป่วยเพื่อช่วยดูแล จะทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลตัวเองได้มากขึ้น รวมถึงครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างคล่องตัวขึ้น ทำให้ภาระในการดูแลลดน้อยลง ในแง่มุมนี้ทำให้เห็นได้ว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวและทีมสุขภาพจะทำให้ภาระในการดูแลผ่อนคลายนลง

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางคน แม้เข้าใจว่าภาวะใกล้ตายนี้ อาจเป็นภาระแก่ครอบครัว และคนใกล้ชิด แต่กลับพยายามแสดงตนและเลือกที่จะปฏิบัติให้ดูประหนึ่งตนเองไม่เป็นภาระ หรือปกปิดไม่ให้ผู้อื่นรู้เกี่ยวกับสภาวะที่ตนเองเป็น จึงมักแสดงพฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นอยู่จริง เพื่อมิให้ตนเองกลายเป็นภาระของผู้อื่น ดังเช่น ในกรณีคุณพิน ที่แม้จะรับรู้ว่าจะสภาวะของตนเองผิดแปลกไปจากปกติ ไม่สามารถกระทำกิจกรรมบางอย่างได้อย่างที่เคยทำ แต่พยายามแสดงตนในลักษณะที่ปกปิดมิให้คนอื่นได้รับรู้ว่าสภาพการณ์ที่แท้จริงของตนเองในปัจจุบัน คุณพินเลือกที่จะปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะของตนเองมิให้มารดารับรู้ เพราะเกรงว่าจะกลายเป็นภาระทางจิตใจแก่มารดา จึงมักต้องแสดงพฤติกรรมเสมือนประหนึ่งตนเองไม่เป็นอะไร พฤติกรรมเช่นนี้ อาจเกิดจากความเชื่อที่ว่า ภาระที่เป็นอยู่จะสร้างความทุกข์ร้อน หรือไม่เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น และยังเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบอื่นๆ เช่น ภูมิหลังส่วนตัวที่อดีตเคยเป็นคนเข้มแข็ง อดทน หรือองค์ประกอบด้านสังคม ความต้องการเป็นที่ยอมรับของสังคม เนื่องจากเกรงว่าสิ่งที่ตนเองเป็น เป็นภาพลักษณ์ที่สังคมอาจไม่ยอมรับ

นอกจากนั้น ยังมีผู้ป่วยบางคน ที่เข้าใจสภาวะความรุนแรงของโรคตามที่ตนเองเป็นอยู่ตามจริง และมองว่าภาวะเช่นนี้ เป็นภาระต่อผู้อื่น แต่กลับปล่อยให้ชีวิตดำเนินไปตามยถากรรม แล้วแต่สภาพการณ์จะนำไป เนื่องมาจากมองว่าไม่มีหนทางใดที่จะช่วยให้ดีขึ้นได้ หรือผู้ป่วยบางคนที่มีการดำรงอยู่เพียงเพื่อให้ชีวิตที่เป็นอยู่ผ่านพ้นไปวันๆ หรือแม้แต่ปรารถนาที่จะตายเร็ว เพื่อไม่ให้ตนเองต้องตกอยู่ในสภาวะของความเป็นภาระตามที่ตนเองคิดและรู้สึก ดังเช่นคุณสา ที่มองว่าตนเองเป็นภาระในการดูแลของลูกๆ โดยที่ลูกๆ เองไม่เคยแสดงออกให้เห็นเช่นนั้น แต่จากการที่ลูกๆ ต้องคอยเป็นธุระจัดการในเรื่องการดูแลมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน จนบางครั้งทำให้คุณสาเกิดความคิดอยากให้มีเรื่องลามจนถึงชีวิตเสียที เนื่องจากไม่อยากเป็นอยู่อย่างเป็นภาระตามที่ตนเองเข้าใจ ผู้ป่วยที่ดำรงอยู่ในสภาวะเช่นนี้ มักเกิดจากไม่ได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม หรือแม้ว่ามีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่ดี แต่ไม่ได้พูดคุยเปิดเผยเพื่อทำความเข้าใจกัน ทำให้ต่างฝ่ายต่างคิดเอาเองเกี่ยวกับความคิดหรือความรู้สึกของคนรอบข้าง และต้องดำรงอยู่ด้วยความไม่มั่นคงทางจิตใจ ละเลยสภาพความเป็นจริงหรือความเหมาะสมอย่างที่ควรเป็น

จะเห็นได้ว่า ความหมายของชีวิตที่เป็นอยู่ในภาวะใกล้ตายในแง่ของความเป็นภาระนี้มีเงื่อนไขต่างๆ เข้ามาเชื่อมโยงกับความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยแสดงออกในลักษณะต่างๆ กันไป เงื่อนไขที่อธิบายถึงภาวะใกล้ตายในความหมายนี้ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากทีมสุขภาพ สภาพความสัมพันธ์ในครอบครัว ความรุนแรงของโรค และภูมิหลังในอดีตของผู้ป่วยที่มีผลต่อความคิดความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ดังนั้น ความหมายจึงไม่ใช่สิ่งตายตัว แต่แปรผันไปตามสถานการณ์ และช่วงเวลาที่ทำให้สภาวะต่างๆ ดำเนินและเปลี่ยนแปลงไป

ภาวะที่ไม่ปกติหรือแปลกแยก

ผู้ป่วยบางคนที่มีมองว่าสภาพการณ์ในภาวะใกล้ตายตามที่ตนเองประสบอยู่นี้ ทำให้ภาพลักษณ์ที่เคยเป็นอยู่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม จากที่เคยมีสภาพร่างกายที่ดูแข็งแรง กลายเป็นสภาพที่อ่อนแอ ไม่สามารถทำกิจกรรมหรือปฏิบัติภารกิจได้เต็มที่อย่างที่เคยทำ ดังเช่นคุณพิน ที่กล่าวถึงการสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง จากภูมิหลังของคนที่สมบุกสมบัน ใช้ชีวิตที่โลดโผน และผ่านชีวิตที่เฉียดตายมาแล้วหลายครั้ง ภาพที่เคยเข้มแข็ง และภาพของคนที่มีแข็งแรงมาโดยตลอด แปรเปลี่ยนเป็นภาพของร่างกายที่อ่อนแอ ที่ไม่สามารถทำอะไรได้เต็มที่อย่างที่เคยทำ จากที่เคยวิ่งได้หลายรอบสนาม มาถึงตอนนี้ที่แม้แต่เดินขึ้นบันไดชั้นสองยังต้องหยุดพัก ความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์อย่างที่เคยเป็น แสดงออกจากคำพูดที่กล่าวถึงการไม่อยากจะใครพบเห็นว่าตนอยู่ในสภาพเช่นที่เป็นอยู่ ไม่อยากจะใครเห็นถึงภาพของความอ่อนแอ และรับไม่ได้ถ้าการลุกลามของโรคทำให้ภาพลักษณ์ของตนเองไม่น่าดู ร่างกายผ่ายผอม หรือไม่สามารช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

“มันเกี่ยวกับภาพลักษณ์ด้วย รับไม่ได้...คือเห็นแล้วมันดูผอมแห้ง เหลือแต่กระดูก ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้แบบนี้ เข็นรถเข็นมา มานั่งเหม่ออยู่ที่ทำงาน เพื่อให้บริษัทดูแลเลี้ยงดูอย่างเนี้ย ไอ้ตรงนั้นเราไม่ว่ากันใช่ปะ แต่ไม่ใช่ช่วยมาให้คนอื่นเขาเห็น ยิ่งดู ยิ่งเห็น มันยิ่งแย่ มันเหมือนกับประจานตนเอง” (P.4, p.10)

ความสูญเสียความเป็นปกติจากการศึกษาในครั้งนี้ ยังรวมถึงการที่ผู้ป่วยรู้สึกแปลกแยกจากที่เป็นอยู่เดิม มองว่าสภาวะของความเจ็บป่วยตามที่เป็นอยู่ ทำให้ตนเองทำอะไรไม่ได้ตามปกติอย่างที่เคยทำ อีกทั้งสภาวะที่ย่ำแย่จากความเจ็บป่วย และจากสภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ทำให้ตนเองต่างจากที่สภาพที่เคยเป็นปกติ บางรายภาวะผิดปกติที่เป็น ทำให้ตนเองรู้สึกแปลกแยกจากคนอื่นๆ อย่างเช่น คุณจัน ที่เคยช่วยเหลือตัวเองมาได้โดยตลอด แต่สภาวะของมะเร็งทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติหรือเหมือนกับคนอื่นทั่วไป จากการที่ต้องผ่าตัดเปิดลำไส้ไว้ที่หน้าท้อง ไม่สามารถขยับถ่ายได้อย่างปกติ และจากการที่ต้องขากหักเพราะมะเร็งลุกลามไปที่กระดูก เดินไม่ได้เหมือนคนปกติ ไม่สามารถทำงานได้อย่างที่เคยทำ ทำให้รู้สึกสูญเสียชีวิตอย่างที่เคยเป็นในอดีต ซึ่งมองว่าเป็นชีวิตที่มีความสุขมากกว่าเมื่อเทียบกับชีวิตที่ประสบกับสภาวะดังที่เป็นอยู่

“อ้อ...ผิดจากคนอื่นมากเลย คนอื่นเขายังแข็งแรง ยังว่องไว ทำอะไรบูบับ แต่ก่อนเราก็เป็นอย่างนี้ นึกอยากทำอะไรก็ทำอย่างนี้ แต่ก่อนเราก็เป็นอย่างนี้ไม่เป็นอะไร ไม่ได้ผ่าตัด ไม่ได้ทำอะไร คิดเหมือนกัน เสียชีวิตตนเอง แต่ก่อนชีวิตตัวเองยังได้ทำอะไร ยังมีเงินมีทอง อยากกินอะไร อยากได้อะไร อ้อ..พูดไม่ถูก เรียกว่า สุข ตอนนี้นั้นไม่สุขแล้ว มันทำอะไรไม่ว่องไว จะกินอะไรก็ลำบาก” (P.2, p.24)

ผู้ป่วยบางคน เช่นกรณีของคุณยุพา ภาวะที่ผิดปกติไปจากที่เคยเป็น ทำให้ยากที่จะทำใจยอมรับได้ จากที่คิดว่าจะสามารถทำใจได้เมื่อรับรู้ในครั้งแรกว่าเป็นมะเร็งเต้านม ซึ่งในตอนนั้นสภาพร่างกายไม่ได้ผิดแปลกไปจากเดิมเท่าใดนัก แต่พอสักกระยะหนึ่ง มะเร็งได้ลุกลามไปที่สมอง

ส่งผลให้ขาสองข้างอ่อนแรง เดินไม่ได้ สภาวะดังกล่าวส่งผลให้คุณุพาเปลี่ยนจากเดิมที่ยอมรับได้ กลักรายเป็นไม่สามารถทำได้ เนื่องจากต้องเผชิญกับสภาพการณ์ที่ตนเองไม่เคยคาดคิดว่าจะเกิดขึ้น ไม่คิดว่ามะเร็งจะลุกลามจนทำให้สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปจากปกติตั้งที่เป็นอยู่นอกจากความยากลำบากในการทำใจยอมรับกับสภาพการณ์ดังกล่าวแล้ว คุณุพายังมีความรู้สึกท้อแท้กับสภาวะที่เปลี่ยนแปลงไปนี้ ดังที่ได้ระบายความรู้สึกให้ฟังว่า

“เฮ้อ..ทำไมมันทรมาณ เนี่ยยังทำใจไม่ได้เลย เพราะหมอเขาบอกเข่ามันจะทรุด” (P.3, p.3)

“ก็ช่วงขาเนี่ยแหละ ตัวเองเคยลุกเดินได้ ทีนี้เข่ามันทรุด เข่าอ่อน ทำใจไม่ได้เลย มาจากใจดี กลายเป็นใจเสียไปแล้ว..ไม่นึกว่าขาตัวเองมันจะเป็นแบบนี้” (P.3, p.5)

“จากคนเรปกตี่อะนะ แพ้นบอกว่าสู้อู๋ สู้อู๋ได้อยู่แล้ว ใจแต่ร่างกายเราไม่สู้อู๋ให้ทำอย่างไรงล่ะ” (P.3, p.6)

การให้ความหมายภาวะใกล้ตายในแง่มุมมองของความสูญเสียความเป็นปกติ หรือความไม่เป็นปกตินี้ จะแสดงออกมาในลักษณะใด และระดับของความสูญเสียจะรุนแรงมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับการให้ความหมายของบุคคลเกี่ยวกับความสูญเสียนั้น การรับรู้ถึงภาวะไม่เป็นปกติที่เกิดขึ้น อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป อาจเป็นพฤติกรรมที่ทำเพื่อทดแทนความผิดปกติ หรือผ่อนคลายสภาพที่กดดันด้วยกลวิธีต่างๆ ภายใต้เงื่อนไขบริบทที่แตกต่างกันไปของผู้ป่วยแต่ละคน ในส่วนของการให้ความหมายภาวะใกล้ตายคือการสูญเสียภาพลักษณ์นั้น เป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับการคิดและรู้สึกต่อสังคมรอบข้าง จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยบางคนเลือกการกระทำบางอย่างเพื่อหลีกเลี่ยงจากการสูญเสียภาพลักษณ์ โดยเลือกที่จะตายเร็วขึ้นด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะที่ทำให้ภาพลักษณ์สูญเสีย ภาวะที่เกิดขึ้นในลักษณะเช่นนี้ เป็นภาวะที่เกิดขึ้นจากการละเลยความเชื่อ หรือค่านิยมที่เหมาะสมทางสังคม เนื่องจากการกระทำเพื่อมุ่งหวังต่อการสูญเสียชีวิตนอกเหนือไปจากการกระทำตามธรรมชาติ นั้น มิใช่ค่านิยม ความเชื่อที่เหมาะสม

ถ้าอธิบายตามแนวคิดอัตถิภาวนิยม (Existentialism) การแสดงออกของผู้ป่วยในลักษณะดังกล่าวข้างต้น เป็นการแสดงตัวตนที่สัมพันธ์กับโลกประสบการณ์ของเขา (Live body/ Corporeality) โดยทำความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองเชื่อมโยงกับสภาวะที่ตนเองประสบและแสดงออกในลักษณะที่สัมพันธ์กับสิ่งที่คิดและรู้สึก (van Manen.1990: 103-104) กล่าวคือ เลือกที่จะแสดงตัวตนที่แสดงถึงความเข้มแข็งโดยมุ่งหวังให้ตนเองยังคงเป็นที่ยอมรับของคนรอบข้าง แต่ปกปิดตัวตนที่อ่อนแอ ที่ตนเองมองว่าเป็นภาพลักษณ์ที่ไม่น่าดูต่อบุคคลอื่นและสังคม นอกจากนั้น ยังอธิบายได้ถึงการแสดงตัวตนโดยคำนึงถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Lived other/Relationality) (van Manen.1990: 104-105) กล่าวคือ เลือกที่จะแสดงตัวตามสภาวะความเจ็บป่วยที่แท้จริงกับภรรยา ที่ตนเองเห็นว่าเป็นผู้ที่ควรรับรู้และดูแลตนเองได้ตามความจำเป็น และเลือกที่จะปกปิดสภาวะความเจ็บป่วยมิให้มารดารับรู้ เนื่องจากเกรงว่ามารดาจะเกิดความกังวลและทุกข์ใจ

การให้ความหมายภาวะใกล้ตายในแง่ของการสูญเสียความเป็นปกติ ในผู้ป่วยบางคน เป็นการทำความเข้าใจภาวะใกล้ตายของตนเองที่สอดคล้องกับสภาพการณ์จริงที่พวกเขาประสบ ทั้งความรู้สึกถึงภาวะแปลกแยกในการดำเนินชีวิตประจำวัน ต่างจากคนปกติทั่วไป และการที่ต้องเผชิญกับภาวะทุพพลภาพ ซึ่งมีผลต่อการใช้ชีวิตเยี่ยงคนปกติ ซึ่งแม้ผู้ป่วยบางกลุ่มจะให้ความสำคัญกับความเจ็บป่วยในแง่มุมมองที่สอดคล้องกัน หากแต่พฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งที่เป็นอยู่นั้น มีความแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยบางคนเลือกที่จะกระทำในแนวทางที่แก้ไขสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ให้ดีขึ้น โดยการทำความเข้าใจกับภาวะที่ประสบ และเลือกแนวทางที่จะดูแลตนเองให้ทุเลาจากสภาวะที่เป็นอยู่ เป็นเพราะการทำความเข้าใจกับที่มสุขภาพถึงสภาวะความเจ็บป่วยตามความเป็นจริง และแรงสนับสนุนจากทั้งครอบครัวและที่มสุขภาพเป็นสำคัญ ในขณะที่ผู้ป่วยบางคน ที่ต้องพึ่งพิงสถานสงเคราะห์ ไม่มีครอบครัวอยู่แวดล้อม มองตนเองเสมือนผู้โดดเดี่ยว และถูกทอดทิ้ง จึงอาจมองสถานพยาบาลเป็นเสมือนที่พึ่งพิง ให้ความสำคัญกับการหายหรือทุเลาจากความเจ็บปวด มากกว่าการมองไปถึงการจัดการกับสภาวะแห่งความผิดปกติและแปลกแยก พฤติกรรมการแสดงออกจึงเป็นไปในลักษณะการปล่อยไปตามยถากรรม ตามแต่บริบทแวดล้อมจะเอื้ออำนวย

ความทุกข์ใจกับภาวะใกล้ตาย

ภาวะใกล้ตายก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางกายกับผู้ป่วยอย่างยากที่จะหลีกเลี่ยง โดยเฉพาะเมื่อมะเร็งคุกคามทำให้เกิดความเจ็บปวดที่รุนแรง หรือบางรายที่มะเร็งทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ กลายเป็นคนช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ซึ่งนอกจากจะเป็นความทุกข์ทรมานทางกายแล้ว ยังเป็นความทรมานทางจิตใจกับผู้ป่วยอีกด้วย รวมไปถึงความหวาดวิตกกังวลอันจะเกิดตามมาจากการไม่สามารถหยุดยั้งการลุกลามของมะเร็ง โดยที่ไม่สามารถจะทราบได้ว่าจะต้องเผชิญกับสภาพการณ์ที่รุนแรงมากน้อยเพียงไร และจะมีวิธีใดที่จะสกัดกั้นความรุนแรงหรือเหนี่ยวรั้งชีวิตไว้ได้ การรับรู้ถึงความทุกข์ทางใจนี้ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแสดงออกที่แตกต่างกันไป เช่น แสดงความหงุดหงิด กังวลใจ มีภาวะเครียด นอนไม่หลับ ผู้ป่วยบางคนความทุกข์ทางใจส่งผลกลับไปสู่สภาวะทางกาย ทำให้ร่างกายเกิดความเหนื่อยล้า และสุขภาพทรุดโทรมลง ตัวอย่างเช่น คุณสุดา เป็นผู้ป่วยที่มองว่าความเจ็บป่วยจากมะเร็งเป็นความทุกข์ทรมานใจ ทั้งทุกข์ใจจากอาการที่เป็นอยู่ และจากการรักษาที่ได้รับ รวมไปถึงความทุกข์ใจจากความหวังกังวลถึงความเจ็บปวดทรมานที่จะเกิดขึ้นอีกเมื่อต้องกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน แม้จะมองว่าการกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านจะช่วยให้สภาพจิตใจดีขึ้นกว่าอยู่ที่โรงพยาบาลก็ตาม ความทุกข์ใจ ส่งผลต่อทั้งสภาพอารมณ์ ทำให้หงุดหงิดง่าย และส่งผลต่อสภาพทางกาย ทำให้นอนไม่หลับ ไม่สามารถพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ

“มันรู้สึกไม่ค่อยดี..มันหงุดหงิด รำคาญ เป็นอย่างนี้ เวียนหัว คลื่นไส้ มันพลอยหงุดหงิดไปหมด ไม่อยากอยู่โรงพยาบาล..ไม่ค่อยหลับ ทานยานอนหลับไม่ถึงครึ่งชั่วโมงก็ตื่นแล้ว นอนอย่างนี้พลิกไปพลิกมา อยากจะหลับก็ไม่หลับ..คิดมันก็คิดนะ เป็นอย่างนี้มันก็คิดนั้นแหละ...คิด

อยากกลับบ้าน แต่กลับไปใจก็ไม่ดีนะ มันไม่มีหมอช่วยเหมือนที่นี้ มันลำบากเวลาแน่น มันทรมาณ”
(P.5, p.2)

1.2 การให้ความหมายความตาย

สำหรับการให้ความหมายความตายของผู้ป่วยจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยให้ความหมายกับความตายที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในแง่มุมต่างๆ ดังนี้

ความตายทำให้พลัดพราก

ผู้ป่วยเมื่อได้ตระหนักถึงความตายที่อาจจะเกิดขึ้นกับตัวเอง แม้ยอมรับว่าภาวะของตนเองในช่วงนี้อยู่ไม่ห่างจากความตายมากนัก เนื่องจากอยู่ในระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป็นระยะที่ใกล้ตาย และอาจต้องเผชิญกับความตายในไม่ช้านี้ แต่ก็มีผู้ป่วยหลายคนแสวงหาหนทางในการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ทั้งแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์ทางเลือก และหนทางต่างๆ ตามความเชื่อ กล่าวคือ แม้จะรับรู้ว่ามีเรื่องเป็นแล้วตาย แต่ยังไม่อยากที่จะตาย เพราะพวกเขามองว่าความตายจะทำให้พวกเขาพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก รวมถึงพลัดพรากจากสิ่งที่คาดหวังไว้ เป็นเพราะความเป็นห่วงกังวลต่อความเป็นอยู่ของบุคคลใกล้ชิดเหล่านั้นยามเมื่อตนเองต้องจากไป ตัวอย่างหนึ่งที่แสดงถึงความรู้สึกว่าความตายเป็นความพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ได้แก่กรณีของผู้ป่วยคนหนึ่งที่ได้รับรู้ภาวะของตนเองมาตลอด และรู้ว่าตนเองอาจจะต้องตายจากไปเมื่อไหร่ก็ได้ แม้จะแสดงให้เห็นว่าไม่กลัวความตาย แต่ก็ยังต่อสู้กับความตายด้วยวิธีการต่างๆ ทั้งวิธีทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ การแพทย์ทางเลือก หรือแม้แต่การกระทำพิธีกรรมทางความเชื่อ เช่น ต่อชะตาตนเอง เป็นต้น พฤติกรรมที่แสดงออกถึงการยังคงต่อสู้กับความตายเช่นนี้ ทำให้มองเห็นได้ว่าคุณพ่วยังอยากจะมีชีวิตอยู่ต่อไป โดยที่คุณพ่อยเองก็ยอมรับว่า เป็นเพราะความเป็นห่วงลูกชายที่ยังเล็กอยู่ ดังที่ได้กล่าวให้ฟังว่า

“ผมไม่ได้กลัวอะไร แต่มันเป็นห่วง ห่วงลูก ห่วงคนเล็ก มันยังไม่รู้เรื่อง มันจะเจ็ดขวบแล้ว ยังเรียนอนุบาลสองอยู่นะ” (P.1, p.12)

การให้ความหมายกับความตายในแง่มุมของความพลัดพรากนี้ เจาะลึกสำคัญที่เกี่ยวข้องคือ บริบทความสัมพันธ์ในครอบครัว การให้ความสำคัญในลักษณะนี้ ส่วนใหญ่เนื่องมาจากผู้ป่วยรักและผูกพันกับคนในครอบครัว ความรู้สึกในแง่นี้ ทำให้ผู้ป่วยมองว่า ความตายจะทำให้ตนเองต้องพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้ป่วยจะแสดงออกถึงความห่วงกังวล เมื่อตระหนักว่าตนเองต้องจากโลกนี้ไป ผู้ป่วยที่ให้ความหมายกับความตายในลักษณะเช่นนี้ มักจะพยายามหาหนทางที่จะต่อสู้กับความตาย เพื่อให้ตนเองสามารถมีชีวิตอยู่ยาวนานที่สุด ไม่ว่าจะเป็นการรักษาตามแนวทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ การรักษาทางเลือกอื่นตามที่ได้ยินได้ฟังมา หรือแม้แต่การปฏิบัติตามความเชื่อเรื่องที่อยู่เหนือคำอธิบาย ไม่ว่าจะเป็นความเชื่อทางศาสนา หรือความเชื่อทางพิธีกรรมต่างๆ การให้ความหมายที่สื่อไปในทางที่ไม่อยากพรากจาก จึงสอดคล้องกับพฤติกรรมเพื่อ

ไม่ให้จากไป อย่างไรก็ตาม การให้หมายเกี่ยวกับประเด็นนี้จะคงเส้นคงวาตลอดไปหรือไม่อย่างไรขึ้นอยู่กับสภาวะที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ สภาวะที่ไม่รุนแรงมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยยังมีความเชื่อที่ว่า โอกาสน่าจะมีหรือปาฏิหาริย์อาจจะเกิด ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังต่อสู้อย่างมีความหวัง แต่หากสภาวะที่เป็นอยู่รุนแรงมาก และผู้ป่วยเองรับรู้ถึงความรุนแรงนั้น การให้ความหมายอาจเปลี่ยนไปจากประเด็นที่เป็นอยู่นี้ก็เป็นได้ นอกจากนี้ในช่วงเวลา ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันที่เป็นไปในลักษณะที่เปิดเผย มีการพูดคุยกันอย่างตรงไปตรงมา ยังเป็นเงื่อนไขสำคัญในการปรับตัวของผู้ป่วยต่อความรู้สึกพลัดพรากนี้

ความตายทำให้ต้องพลาดหวัง

การมองความตายเป็นการพลาดหวังจากสิ่งที่ตั้งเป้าหมายไว้ั้น ในกรณีของผู้ป่วยหญิงคนหนึ่ง ซึ่งป่วยเป็นมะเร็งตับในระยะสุดท้าย แสดงถึงความรู้สึกพลัดหวังในสิ่งที่ตนเองคิดว่าเป็นเรื่องที่มีความหมายต่อชีวิต เรื่องแรกคือการจะได้เห็นลูกชายแต่งงานมีครอบครัวที่สมบูรณ์ และอีกเรื่องคือการที่ตนเองได้มีโอกาสใช้ชีวิตที่เหลืออย่างสุขสบาย หลังจากที่ต้องดิ้นรนต่อสู้มาจนครอบครัวมีฐานะมั่นคงขึ้นอย่างในปัจจุบัน แต่ความตายที่ผู้ป่วยรู้สึกได้กำลังจะเข้ามาสกัดกั้นความหวังต่างๆ นี้ ประกอบกับอาการที่ย่ำแย่ลงจากการไม่ตอบสนองวิธีการรักษา ทำให้ผู้ป่วยรายนี้มีสภาพจิตใจที่อ่อนแอ หรือสีกท้อแท้ และสิ้นหวังกับการรักษา ดังคำพูดที่ว่า

“หมอบอกว่าอยู่อีกไม่เกิน 1 ปี...แต่ยังอยากอยู่ อยากเห็นลูกแต่งงานเป็นฝั่งเป็นฝา อยากเห็นหลาน เป็นห่วงลูก...เฟิ่งจะได้สบาย อยากมีชีวิตต่อไปอีกซัก 10 ปี..หมอบอกให้สู้ ผมยังสู้เลย ป้าต้องสู้แน่ ก็หมอนั่งอยู่เฉยๆ นี่ หมอไม่ได้มาเป็นอย่างเรา..อยากกลับไปอยู่บ้าน ไม่อยากรักษา” (Ex.P.2, p.1,2)

จากการศึกษาวิจัย พบว่า เงื่อนไขสำคัญในการให้ความหมายความตายในแง่มุมมองของความพลาดหวังนั้น คือ การวางเป้าหมายในชีวิต การให้ความหมายในลักษณะนี้ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความคาดหวังในชีวิต ความตายย่อมหมายถึงการสกัดกั้นไม่ให้พวกเขาไปถึงเป้าหมายตามที่หวังไว้ได้ การแสดงออกที่สำคัญคือการหาวิถีทางที่จะต่อสู้กับความตาย เพื่อให้สามารถมีชีวิตอยู่ไปจนถึงเป้าหมายที่คาดหวังไว้ได้ อย่างไรก็ตามมิใช่เพียงเงื่อนไขเดียวที่ทำให้ผู้ป่วยมองความตายในลักษณะเช่นนี้ บริบทความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมถึงภูมิหลังส่วนตัว ก็เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีความคิด และความรู้สึกต่อความพลาดหวังมากน้อยแตกต่างกันไป รวมถึงการสื่อสารในเชิงให้คำปรึกษาโดยทีมสุขภาพ ก็เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้เกิดความตระหนักเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตายในทิศทางที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อตนเอง มากกว่าจะมองว่าเป็นเรื่องที่จะสกัดกั้นหนทางไปสู่เป้าหมายชีวิตตามที่หวังไว้

ความตายช่วยให้หลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน

การให้ความหมายความตายในแง่มุมมองของการหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน เกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสภาวะที่ทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ หรือผู้ป่วยบางคนที่เคยเห็นภาพความทรมานจากประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้อื่น สิ่งที่ได้รับทั้งที่เผชิญด้วยตัวเอง และภาพ

ที่มองเห็น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวและไม่อยากพบเจอความทรมาน ผู้ป่วยหลายรายที่พบเจอกับความทุกข์ทรมานในภาวะใกล้ตาย มองว่า ระหว่างความตายและความทรมาน ความตายน่ากลัวน้อยกว่า หรือแม้แต่เป็นหนทางที่จะทำให้พ้นไปจากความทรมานตามที่เป็นอยู่ หรือเป็นหนทางที่จะทำให้ไม่ต้องสัมผัสกับความทุกข์ทรมานที่ตนเองมองว่าเป็นความน่ากลัว อย่างเช่นในกรณีของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายคนหนึ่ง ซึ่งต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากความเหนื่อยหอบที่มากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้บางครั้งเกิดความรู้สึกว่า ถ้าต้องทรมานมากๆ จนทนไม่ไหว ตายไปน่าจะเป็นทางเลือกที่ดีกว่า สังเกตได้จากคำพูดที่ว่า

“ไม่กลัวมันหรือตายนะ มันไม่ไหวก็ให้มันตายๆ ซะ..มันไม่ไหว มันเหนื่อยนะซี เวลาเหนื่อยแล้วมันทรมาน ใบบ้าง หอบบ้าง เบื่อมัน เมื่อไรมันจะลามไปให้หมดก็ไม่รู้” (P.6, p.2)

ผู้ป่วยบางคน ที่อาจยังไม่เคยสัมผัสถึงความทรมาน แต่จากที่เคยเห็นภาพความทรมานจากความเจ็บป่วยจากมะเร็ง ทำให้คิดว่าความตายน่าจะดีกว่า เพราะจะได้ไม่ทำให้พวกเขาต้องพบเจอกับความทรมานอย่างที่เคยเห็นนั้น ดังเช่น กรณีของผู้ป่วยชายคนหนึ่ง ซึ่งแม้สภาวะร่างกายจะยังไม่ถึงขั้นต้องเผชิญกับความเจ็บปวด หรือความผิดปกติที่ร้ายแรง แต่จากภาพของพ่อที่เคยเห็นตอนป่วยเป็นมะเร็ง และภาพของผู้ป่วยมะเร็งรายอื่นๆ ที่ทุกข์ทรมาน รวมไปถึงการสูญเสียภาพลักษณ์ ทำให้เขาเลือกที่จะตายมากกว่า จนถึงขั้นจะหาวิธีทำให้ตนเองตายอย่างสบายที่สุด จะเห็นได้จากคำกล่าวที่ว่า

“คือถ้าเกิดมันทรมานนะ ผมจะเล่นกีฬาให้มันหนักกว่านี้ ให้มันหนีคไปเลย...อาการนี้มันทรมาน แต่ผมเห็นมา พ่อผมบ้าง และอย่างที่ผมต้องเข้าโรงพยาบาลนี้ ผมต้องเจอสภาพเพราะฉะนั้นบางคนนี่ ตายดีกว่า” (P.4, p.8,9)

ความต้องการตายเพื่อหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน มีใช่แต่เพียงความทรมานทางกายเท่านั้น แต่ผู้ป่วยบางคนก็สภาพความทุกข์ทรมานทางใจที่ประสบ ทำให้มองว่าความตายจะช่วยให้ตนเองหลุดพ้น ไม่ต้องรู้สึกเป็นทุกข์ใจอย่างที่เป็นอย่างที่เป็นอยู่ ดังที่ผู้ป่วยคนหนึ่งได้กล่าวไว้

“ตายๆ ซะ จะได้ไม่สร้างความทุกข์ ความหนักใจให้ใคร...ไม่มีก็ทุกข์ มีก็ทุกข์ (หมายถึงทรัพย์สินสมบัติ)” (Ex.P.3, p.1)²

² ผู้ป่วยคนนี้เป็นผู้ป่วยหญิง ป่วยเป็นมะเร็งตับในระยะสุดท้าย ผู้วิจัยไม่ได้เลือกเป็นผู้ป่วยในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เนื่องจากได้คลุกคลีกับผู้ป่วยเพียงไม่นาน ผู้ป่วยก็เสียชีวิต แต่ประเด็นสำคัญที่ได้พบคือ ผู้ป่วยคนนี้มีฐานะดี มีทรัพย์สินมาก ไม่ได้แต่งงานมีครอบครัว มีแต่ญาติพี่น้องที่มองดูเหมือนไม่ได้ผูกพันใกล้ชิด ได้จ้างให้คนอื่นมาคอยดูแล และหลานสาวที่ผู้ป่วยรู้สึกผูกพันมาเยี่ยมเยียนบ้างเป็นครั้งคราว สิ่งที่เห็นและได้รับทราบในช่วงเก็บข้อมูลคือ พี่น้องต้องการจัดการเรื่องทรัพย์สินสมบัติของผู้ป่วย จนเกิดเป็นความคับข้องใจระหว่างกัน ผู้ป่วยรับรู้ได้ถึงความต้องการของญาติพี่น้องเกี่ยวกับความต้องการจัดการทรัพย์สินของตนเอง ทำยสุดผู้ป่วยเสียชีวิตเพียงลำพัง แม้ความต้องการในวาระสุดท้ายคือได้ใกล้ชิดหลานที่ตนเองรู้สึกผูกพันมากที่สุด แต่ก็ไม่ได้ประสบผลตามหวัง หรือแม้แต่ความต้องการในการทำบุญเพื่อสร้างบุญกุศลในครั้งสุดท้ายของชีวิต แต่กลับไม่มี

จากการศึกษา พบว่า เบื้องหลังของคำกล่าวในทำนองที่ว่า “ตายดีกว่าอยู่อย่างทรมาน” อาจมิได้แสดงว่าผู้ป่วยอยากที่จะตาย หรือความตายคือสิ่งที่พวกเขาเหล่านั้นปรารถนาสังเกตได้จากพฤติกรรมที่ผู้ป่วยหลายคนแสดงออกถึงการให้ความร่วมมือกับการรักษาอาการตามที่แพทย์วางแผนและแนะนำ รวมถึงการสรรหาทางเลือกอื่น ๆ ในการรักษา ตลอดจนคำพูดที่หลุดออกมาให้ได้ยินว่า “ใครว่าไม่กลัวตาย กลัวสิ” (Ex.P.3, p.1) แต่ประเด็นที่สังเกตได้คือ ถ้าต้องเลือกระหว่างความตายและความทุกข์ทรมาน พวกเขาเหล่านั้นยอมที่จะตายมากกว่า ซึ่งอาจเป็นความคิดความรู้สึกในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง เพราะคิดว่าความตายเป็นหนทางที่จะช่วยให้พวกเขาหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานที่เป็นอยู่ หรือคาดว่าจะเจอได้

การให้ความหมายกับความตายว่าจะช่วยให้หลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานนี้ มักมีความสอดคล้องกับสภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยต้องพบเจอกับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งยิ่งภาวะดังกล่าวรุนแรงมากเท่าไร ผู้ป่วยยิ่งรู้สึกว่า การอยู่ต่อไปยังเป็นการยืดระยะเวลาที่ทรมานให้ยาวนานออกไป การแสดงออกจึงมักเป็นไปในลักษณะที่รอความตายโดยมิได้ทำอะไร หรือแม้แต่หาวิธีที่จะทำให้ตนเองตายเร็วขึ้น หรือผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์พบเจอกับความทุกข์ทรมานของผู้อื่น ภาพที่เห็นบวกกับความคิดที่ปฏิเสธภาวะเยี่ยงนั้น ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมพบเจอความทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะความทุกข์ทรมานในลักษณะของการช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือความเจ็บปวดจนยากจะทนทาน เมื่อคิดว่าต้องพบเจอกับเรื่องดังกล่าวนี้ แม้จะไม่เคยเข้าใจถึงความตายมาก่อน และแม้จะไม่อยากพบเจอความตาย แต่ถ้าหากต้องเลือกแล้ว ความตายเป็นสิ่งที่น่าเข้าใจมากกว่า เพราะคือทางเลือกที่จะทำให้หลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานได้

การดำรงอยู่กับความต้องการหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน สัมพันธ์กับสภาวะที่ทุกข์ทรมานของโรค และความทุกข์ทรมานใจ ซึ่งเป็นเรื่อง que ผู้ป่วยประสบอยู่จริง หรือแม้แต่การได้พบเห็นภาพความทุกข์ทรมานจากประสบการณ์ผู้อื่นก็ตาม อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยบางคน แม้จะแสดงถึงการให้ความหมายว่าความตายเป็นการหลุดพ้นนี้ แต่อาจยังไม่สามารถสรุปได้ว่าเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริง กล่าวคือ ยังไม่อาจสรุปได้ว่าเมื่อความตายกระชั้นชิดเข้ามา ผู้ป่วยจะเลือกความตายแทนความทุกข์ทรมานจริงหรือไม่ ในขณะที่ ผู้ป่วยบางคนที่อยู่ภายใต้ความคิดความต้องการที่จะหลุดพ้นความทุกข์ทรมาน แต่การคิดกระทำมีลักษณะละเลยความคิด ความเชื่อ หรือค่านิยมที่ถูกต้อง กล่าวคือ เลือกที่จะฆ่าตัวตาย หรือปรารถนาที่จะตายเร็วขึ้น เพื่อหลีกเลี่ยงความทุกข์ทรมาน เพราะคิดว่าจะทำให้ตัวเองหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานได้ ลักษณะเช่นนี้ ผู้ป่วยเลือกกระทำนี้ แม้เป็นการคิดและการกระทำที่สอดคล้องกัน แต่ใช้ว่าเป็นการตัดสินใจบน

เงินทองติดตัวเนื่องจากญาติไม่คอยได้มาเยี่ยมและฝากเงินไว้ให้ใช้ สุดท้ายผู้วิจัยและทีมสุขภาพในสนามวิจัยได้ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทำบุญก่อนที่จะเสียชีวิตเพียงแค่สองสามวัน ในวาระสุดท้ายก่อนเสียชีวิต ผู้ป่วยจากไปในสภาพที่ตาปิดไม่สนิท ทำให้หลายคนที่ไม่ระมัดระวังไม่ได้ว่า ผู้ป่วยคนนี้ยังมีภาระหรือสิ่งที่ค้างคาใจก่อนจะจากโลกนี้ไป

พื้นฐานความมีเหตุมีผล เพียงแต่เป็นการกระทำที่ตอบสนองสถานการณ์ที่ตนเองประสบ ซึ่งสัมพันธ์กับเงื่อนไขต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น บริบทความสัมพันธ์ในครอบครัว สภาพความทุกข์ทรมานที่ประสบ หรือภูมิหลังส่วนตัวของผู้ป่วย เป็นต้น

ความตายเป็นเรื่องปกติธรรมดา

ผู้ป่วยบางคนที่มีมองว่าความตายเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ เป็นปกติธรรมดา มองว่าความตายไม่ใช่สิ่งน่ากลัว เนื่องจากชีวิตเคยผ่านเรื่องที่เคยตายมาแล้ว อย่างเช่น กรณีผู้ป่วยคนหนึ่ง ที่ชีวิตเคยผ่านเรื่องที่เคยตายมาก่อน จึงมองความตายเป็นเรื่องธรรมดา หรือผู้ป่วยบางคนที่มีความเชื่อความศรัทธาเกี่ยวกับพระพุทธศาสนา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ศึกษาธรรมะอย่างลึกซึ้ง มองว่าชีวิตที่ผ่านการบวชเรียนมาก่อน ช่วยให้เขาเข้าใจความตายง่ายขึ้น และมองว่าเป็นเรื่องธรรมดา ธรรมชาติช่วยให้ทำใจยอมรับเกี่ยวกับความตายได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ผมบวชมาห้าพรรษา ก็บวชตามประเพณี เวลาผมสวดคนตายผมก็เฉยๆ ผมไม่ได้รู้สึกอะไร ผมก็อยู่มาเรื่อย..ตั้งแต่ผมบวชเณร ผมเอาประสบการณ์มาใช้ทุกวันนี้ ที่ผมบวช ผมเป็นคนชอบอ่านหนังสือด้วย..เอามาใช้กับชีวิตเราได้ เพราะว่าหนึ่ง อะไรมันจะเกิดก็ต้องเกิด ทุกคนเกิดมาก็ต้องตาย..ทำให้มองอะไรปกติ เห็นคนตายเป็นเรื่องปกติ ชีวิตเขาให้มาแค่นี้” (P.1, p.16)

แม้จะมีผู้ป่วยที่มีมองว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดา แต่ยังมีผู้ป่วยในจำนวนนี้ที่ยอมรับว่ายังหวั่นเกรงความตาย เนื่องจากมีมุมมองที่คาบเกี่ยวกับความตายทำให้ต้องพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก พฤติกรรมที่แสดงออกจึงเป็นไปในลักษณะ การพูดถึงความตายอย่างสงบ แต่ก็ยังพยายามหาหนทางที่จะรักษาตัวเพื่อหวังยืดชีวิตให้อยู่ยาวนานที่สุด จากการศึกษา จึงพบได้ว่า ผู้ป่วยแม้จะมองว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดา แต่มิใช่การนอนรอความตาย โดยมีได้ทำอะไร เพียงแต่พยายามยอมรับความเป็นปกติ ธรรมดา นั้น เพราะเข้าใจได้ว่า เมื่อถึงวาระที่ต้องจากไป ก็ไม่อาจหลีกเลี่ยงความตายหรือไม่อาจยืดชีวิตตนเองไว้ได้ ตามที่ผู้ป่วยคนหนึ่งได้กล่าวไว้ *“ถึงคราวก็ต้องไป” (P.2, p.3)*

การให้ความหมายกับความหมายความเป็นธรรมดาของความตายนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยึดโยงตามความเชื่อหรือความรู้เดิมที่มีอยู่เกี่ยวกับความตาย กล่าวคือ การให้ความหมายถึงความเป็นปกติธรรมดาตามแนวคิดความเชื่อทางศาสนา มากกว่าเป็นความปกติธรรมดาตามความคิดเห็นส่วนตัว หรืออาจกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มองความตายโดยอ้างอิงกับแนวคิดความเชื่อทางศาสนานั้นเอง การให้ดำรงอยู่กับความตายในลักษณะนี้ จึงเป็นการดำรงอยู่ที่อยู่ภายใต้ความคิดความเชื่อที่มีอยู่ จนอาจกลายเป็นความคิดหรือการแสดงพฤติกรรมตามความเชื่อนั้นจนเป็นความเคยชิน มากกว่าการจดจ่ออยู่กับสถานะที่เป็นอยู่จริงตามปกติ ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะพยายามปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมตามที่คิดและเชื่อนั้น จนบางครั้งละเลยความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง หรือพยายามไม่แสดงความรู้สึกที่แท้จริงออกมา

อย่างไรก็ตาม การให้ความหมายกับความตายในแง่มุมนี้ ไม่อาจบอกได้ว่าจะดำรงอยู่อย่างคงเส้นคงวาไปตลอดหรือไม่ เป็นไปได้ที่ผู้ป่วยยังอาจให้ความหมายกับแง่มุมอื่นๆ เกี่ยวกับความตายอยู่ด้วย เงื่อนไขที่สำคัญคือช่วงเวลาที่ทำให้บุคคลมีความคิดความรู้สึกที่แตกต่าง (Lived time) (van Manen.1990: 104) กล่าวคือ ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมองว่าชีวิตยังไม่น่าจะเข้าใกล้ความตาย อาจมองความตายเป็นความปกติธรรมดา แต่ในช่วงเวลาที่ความตายคืบคลานใกล้เข้ามา ความตายอาจเป็นความรู้สึกพลัดพรากสูญเสีย นอกจากนั้น อาจยังเกี่ยวข้องกับเงื่อนไขความเป็นตัวตนของผู้ป่วยในสถานการณ์ต่างๆ (Lived body) (van Manen.1990: 103-104) กล่าวคือ ผู้ป่วยเลือกที่จะเปิดเผยความหมายความตายในลักษณะนี้กับผู้อื่น เพื่อแสดงตัวตนเกี่ยวกับความตายในรูปแบบหนึ่ง ที่อาจแสดงออกถึงความเป็นผู้เข้าใจโลก ยอมรับความจริง ในขณะที่กับครอบครัวผู้ป่วยเอง อาจแสดงตัวตนเกี่ยวกับความตายในอีกแง่มุมหนึ่ง ซึ่งอาจแตกต่างไปจากเดิม

ความตายเป็นเรื่องไม่แน่นอน ไม่แน่ว่าจะตายหรืออยู่

ผู้ป่วยหลายคนด้วยกัน แม้จะรับรู้ว่าจะตนเองอยู่ในภาวะที่เข้าใกล้ความตาย เพียงแต่ไม่แน่ใจเท่านั้นว่าความตายจะมาเยือนเมื่อไร แต่ในระหว่างช่วงชีวิตที่สัมผัสกับความตายนี้นั้น พวกเขาเหล่านี้ยังมีความหวังถึงปาฏิหาริย์ โดยกระทำตามความเชื่อความศรัทธาที่เชื่อว่าจะทำให้ตนเองหนีห่างจากความตายหรือหยุดยั้งความตายได้ แม้จะไม่ใช้เรื่องที่จะเชื่อว่าจะเป็นไปได้แน่นอน แต่ก็ช่วยเพิ่มความหวังให้กับตนเอง ผู้ป่วยบางคนจึงมองว่า ความตายคือความไม่แน่นอน เป็นสิ่งที่ไม่อาจคาดเดาได้ เพราะอาจมีปาฏิหาริย์ หรือหนทางที่จะช่วยให้ตนเองไม่ตาย โดยเฉพาะการได้มีโอกาสรับรู้ประสบการณ์ของผู้อื่น ที่ยังสามารถผ่านพ้นความตายในช่วงเวลาที่เคยถูกกำหนดโดยแพทย์มาแล้วว่าต้องตาย ทำให้ยิ่งเกิดความเชื่อ และเกิดกำลังใจว่า ความตายไม่แน่นอน ไม่แน่ว่าตนเองอาจจะยืดเวลาช่วงระหว่างชีวิตและความตายไว้ได้ ดังเช่น ผู้ป่วยมะเร็งปอดคนหนึ่ง แม้จะรับรู้ว่าจะตนเองเข้าใกล้ความตาย รวมถึงสภาพความเจ็บป่วยยังไม่ตอบสนองการรักษาที่ได้รับ ไม่สามารถหยุดยั้งการลุกลามของมะเร็งได้ แต่จากการพูดคุยกับคนที่มิประสบการณืกับมะเร็งมาก่อนที่หลุดพ้นจากความตายโดยใช้ทางเลือกอื่นในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยคนนี้ คาดหวังว่า แนวทางเลือกอื่นนอกเหนือจากแพทย์แผนปัจจุบัน อาจช่วยยืดชีวิตตนเองดังเช่นที่คนอื่นๆ เคยได้ประสบมาแล้ว ความตายในมุมมองของผู้ป่วยคนนี้ จึงมองว่าไม่แน่นอน ดังที่กล่าวว่า

“กินยา..ไม่ได้บอกหมออะ กลัวหมอมว่า หามากินเอง คนเป็นมะเร็งเหมือนกันเขาก็กินแล้วหาย” (Ex.P.2, p.1)

การมองความตายในแง่มุมของความไม่แน่นอนนี้ เงื่อนไขสำคัญ อยู่ที่ความคาดหวังของผู้ป่วยว่าจะยังสามารถมีชีวิตอยู่ ดังนั้น ในประเด็นนี้ ความคาดหวังจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะผูกโยงความคิดความเชื่อเกี่ยวกับความตาย ผู้ป่วยมองว่าความตายเป็นความไม่แน่นอน เพื่อเปิดโอกาสให้ตนเองมีความหวังมากขึ้นกับสภาวะที่เป็นอยู่ ซึ่งตามจริงแล้วสภาพความเป็นจริงอาจมิได้เป็นอย่างที่คิด การให้ความหมายในแง่มุมเช่นนี้ จึงแฝงไว้ด้วยความหวัง ซึ่งไม่แน่ใจว่าจะมีความเป็นไปได้

หรือไม่ เหมือนกับการพยายามต่อรองกับความตายที่กำลังจะคืบคลานเข้าใกล้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมักพยายามต่อสู้กับความตายในลักษณะต่าง ๆ โดยยังมีความหวังว่า ความตายที่ว่าแน่นอนต้องเกิดขึ้นในระยะเวลาอันใกล้ อาจกลายเป็นความไม่แน่นอน คืออาจจะสามารถหยุดยั้งไม่ให้เกิดขึ้นในเวลาอันใกล้นี้ได้

การดำรงอยู่กับแง่มุมของความไม่แน่นอนของความตายนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเลือกกระทำในทิศทางที่สอดคล้องกับความคิดความรู้สึกของตนเอง กล่าวคือ เมื่อมองว่าความตายเป็นความไม่แน่นอน จึงพยายามแสวงหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ความตายเป็นความไม่แน่นอนดังเช่นที่คิดไว้ เช่น แสวงหาทางเลือกอื่น ๆ ในการรักษา การปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธาส่วนตัว เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ลักษณะการคิดและการกระทำเช่นนี้ อาจมิใช่การคิดและการกระทำภายใต้พื้นฐานความจริงที่เป็นไปได้ เนื่องมาจากสถานะในระยะสุดท้ายตามที่เป็นอยู่ เป็นสถานะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความตายอย่างยากที่จะหลีกเลี่ยง แต่การดำรงอยู่ในลักษณะนี้ เกิดจากความเชื่อหรือการพยายามสร้างความเชื่อซึ่งไม่แน่ว่าจะมีความเป็นไปได้ เป็นการดำรงอยู่ภายใต้สถานการณ์ความเชื่อส่วนตน โดยอาจจะเลยสภาพความเป็นจริงของสถานะความเจ็บป่วยที่ประสบอยู่ ความคิดความเชื่อส่วนใหญ่ของผู้ป่วย มักเกิดจากการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานะที่เป็นอยู่ภายใต้ปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ที่เป็นไปในลักษณะของการให้ความหวัง ให้กำลังใจต่อกัน เจือปนที่สำคัญเกี่ยวกับการดำรงอยู่ในแง่มุมนี้ จึงเกี่ยวข้องกับการมองตนเองเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วย และบริบทความเชื่อที่เข้ามาเกี่ยวข้องในขณะนั้น จากนั้นจึงเลือกกระทำตามสิ่งที่ตนเองมองว่าน่าจะทำให้เกิดความเป็นไปได้ในทีนี้ก็คือ ความเป็นไปได้ที่จะหลีกเลี่ยงจากความตายนั่นเอง

จากผลการศึกษาวิจัย จะเห็นได้ว่าการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย จะเกี่ยวเนื่องมาตั้งแต่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นมะเร็ง ซึ่งส่วนใหญ่มีผลให้ผู้ป่วยให้ความหมายในเชิงลบต่อภาวะการเป็นในประสบการณ์เช่นนั้น ซึ่งการให้ความหมายของผู้ป่วยนั้นเป็นการทำความเข้าใจภายใต้ภูมิหลัง บริบท และปฏิสัมพันธ์ที่เป็นอยู่ในสนามวิจัย อันได้แก่ ภูมิหลังอันเกี่ยวเนื่องจากประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว และแรงสนับสนุนที่เหมาะสมจากครอบครัวผู้ป่วยและทีมสุขภาพผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน การสื่อสารและให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับสภาพบริบทของผู้ป่วยแต่ละคน อย่างไรก็ตาม แม้ข้อค้นพบที่ได้จะทำให้เห็นว่าประสบการณ์มีผลต่อการให้ความหมายในเชิงลบต่อภาวะใกล้ตาย แต่หากพิจารณาในอีกแง่มุมหนึ่ง จะเห็นว่า ประสบการณ์ความสูญเสียเช่นเดียวกันนี้ อาจมีผลในทางบวก หรืออาจนำไปสู่การพัฒนาชีวิตได้ เมื่อบุคคลรับรู้แล้วให้ความสำคัญกับภาวะดังกล่าวในลักษณะที่เป็นความจริงที่เกิดขึ้นได้ในชีวิต และให้ความหมายกับประสบการณ์ความสูญเสียดังกล่าวนี้ว่าเป็นเพียงปัญหาอุปสรรค และมุ่งใช้ปัญญาความคิดในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุและผลที่เกิดจากปรากฏการณ์ตลอดจนตั้งจุดมุ่งหมายที่จะปรับปรุงแก้ไขเหตุแห่งปัญหาภายใต้ปรากฏการณ์นั้น บุคคลนั้นก็มีความโน้มมนำเอาเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่ได้รับนั้นมาเป็นแนวคิดในการพัฒนาชีวิต (ณรงค์เสียงประชา. 2538: 23) หรือเพื่อดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างเป็นสุข

ข้อค้นพบเกี่ยวกับภาวะการเป็นในประสบการณ์ใกล้ตายภายใต้ความหมายต่างๆ นั้น เป็นการสืบค้นหรือทำความเข้าใจต่อสิ่งที่ปรากฏ โดยพยายามมองผ่านไปถึงสิ่งที่ซ่อนอยู่เบื้องหลังคำพูดและท่าทางที่แสดงออก เป็นการทำความเข้าใจสิ่งที่ปรากฏ โดยคำนึงถึงภาวะการเป็น (being) ในปัจจุบัน (Present) ที่สัมพันธ์กับความรู้ความเข้าใจ ภูมิหลัง และประสบการณ์ในอดีต (Past) การทำความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะที่เป็นในปัจจุบันนี้ จะเกี่ยวโยงไปถึงมุมมองในอนาคต (Future) ที่เกี่ยวข้องกับการประสบการณ์ที่พวกเขาประสบอยู่ โดยผู้วิจัยจะนำเสนอมุมมองเหล่านั้นในลักษณะของความคาดหวังของผู้ป่วย อันจะเป็นประโยชน์ต่อการทำความเข้าใจถึงความหวังและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อที่จะเป็นข้อมูลในการนำเสนอแนวทางที่จะตอบสนองความคาดหวังและความต้องการนั้นได้อย่างเหมาะสมต่อไป

2. ความคาดหวังกับชีวิตใกล้ตาย

ความคาดหวังกับชีวิตใกล้ตายในที่นี้ เป็นการทำความเข้าใจกับภาวะใกล้ตายที่เกี่ยวข้องกับทั้งมุมมองในอดีตและอนาคตที่คาดหวังหรือต้องการให้เกิดขึ้น จากการศึกษาพบว่า ความคาดหวังของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายนี้ เกี่ยวข้องกับบริบทความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวรวมถึงทีมสุขภาพ และเกี่ยวข้องกับเงื่อนไขต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะที่คาดหวังและต้องการให้เกิดขึ้นในความหมายต่างๆ ดังต่อไปนี้

หวังปาฏิหาริย์ช่วยให้ชีวิตอยู่ต่อไป

ประสบการณ์กับมะเร็ง โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย ซึ่งไม่มีโอกาสรักษาให้หายขาดได้เลย เป็นสภาวะที่อยากจะมีมือหรือต่อสู้อะไรสักอย่างเพื่อหลีกเลี่ยงความตาย แต่ผู้ป่วยหลายคน มีความคาดหวังว่าโรคที่เป็นอยู่จะสามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักจะทุ่มเทกับการให้ความสำคัญกับแนวทางต่างๆ ในการรักษา ทั้งวิทยาศาสตร์การแพทย์ และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือแม้แต่นางรายที่แม้จะรับรู้จากแพทย์โดยตรง หรือคาดเดาได้เองจากสภาพอาการของตนเอง และจากกระบวนการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ ว่าสภาวะที่เป็นอยู่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่ในใจยังหวังว่าจะมีปาฏิหาริย์ที่จะช่วยตนเองให้หายได้ กลุ่มผู้ป่วยที่มีความคาดหวังเช่นนี้ มักจะแสวงหาแนวทางตามความเชื่อที่จะช่วยให้ปาฏิหาริย์ที่คาดหวังเป็นจริง เช่น การทำบุญสะเดาะเคราะห์ การสร้างกุศลในรูปแบบต่างๆ การปฏิบัติกิจทางพุทธศาสนา การอธิษฐานขอพร หรืออบนบนศาลกล่าว เป็นต้น

ตัวอย่างที่น่าสนใจ เป็นผู้ป่วยคนหนึ่งซึ่งพึ่งพาแนวคิดความเชื่อทางพุทธศาสนา และมีความเชื่อและศรัทธาว่าบุญกุศลที่ทำ จะช่วยให้ตนเองหายจากสภาวะคุกคามจากมะเร็ง และมีเพียงเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้นที่มีความเชื่อถือและศรัทธา ครอบครัวใกล้ชิดต่างพึ่งพาปาฏิหาริย์ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแนวคิดความเชื่อ ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวต่างให้ความสำคัญกับการทำบุญ การสร้างกุศล ทั้งนี้เพื่ออธิษฐานขอพรให้ผู้ป่วยหายจากสภาวะที่เป็นอยู่ รวมถึงการให้ลูกชายคนเล็ก

อุปสมบทให้มารดา โดยคาดหวังบุญกุศลจากการอุปสมบทจะเกื้อหนุนสิ่งที่คาดหวังให้บังเกิดขึ้น ยิ่งไปกว่านั้น ยังมีเหตุการณ์ในช่วงหนึ่ง ที่ตอกย้ำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเชื่อถือศรัทธามากยิ่งขึ้น เมื่อพบว่าภายหลังที่ลูกชายอุปสมบทจนครบ 15 วันดังที่ตั้งใจไว้ ก่อนเนื่องอภิเษกบริเวณหน้าอกของผู้ป่วยกลับยุบลง³ ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวต่างเชื่อว่าเป็นผลมาจากบุญกุศลที่ลูกชายบวชให้แม่ และแม่จะไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลตามความเชื่อนั้นจริงหรือไม่ แต่ก็เป็นแรงกระตุ้นความคาดหวังของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวว่าปาฏิหาริย์อาจเกิดขึ้นจริง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากสภาวะตามที่เป็นอยู่ได้ ความเชื่อนี้ส่งผ่านมาจากคำบอกเล่าของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวที่ต่างมีความเห็นและความเชื่อที่ตรงกัน ดังตัวอย่างที่คัดมาจากคำบอกเล่าในตอนหนึ่งของครอบครัวผู้ป่วยรายนี้

“บอกให้ลูกชายเขาบวช มันก็บวชให้แม่ พอบวชแล้วมันก็ดีนะ..ก็ให้เขาสวดมนต์ อธิษฐานให้ช่วย อย่าให้เราเจ็บเราปวด..ตอนแรกมีก้อน เข้าเอ็กซเรย์ไม่ได้เลยนะ⁴ ตอนแรกมันเข้าไม่ได้ พอเขาบวชลูกเขาเนี่ย ก้อนมันยุบ เขาไปทำได้ทุกอย่างเลย” (F.5, p.3.4)

จะเห็นว่า มะเร็งเป็นโรคที่ผู้ป่วยหลายคนรับรู้และเข้าใจว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้โดยง่าย และแม้จะมีความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะที่ตนเองเป็นอยู่ แต่การที่จะยอมรับความเป็นจริงอย่างสิ้นเชิงนั้นเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก ซึ่งสอดคล้องกับการให้ความหมายความเจ็บป่วยออกไปในเชิงลบเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น ความคาดหวังที่จะหายจากสภาวะที่มีอยู่จึงยังคงมีปรากฏให้เห็นในผู้ป่วยหลายคน โดยพฤติกรรมที่แสดงออก คือการหาแนวทางทุกวิถีทางที่จะช่วยให้สิ่งที่คาดหวังประสบผล ไม่ว่าจะเป็นแนวทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ การแพทย์ทางเลือก หรือการปฏิบัติตามความเชื่อส่วนตัว การแสดงออกจึงเป็นไปในหลายๆ ลักษณะ ทั้งการปฏิเสธความเป็นจริง ไม่ยอมรับว่าสภาวะที่เป็นอยู่จะไม่สามารถรักษาให้หายได้ หรือปฏิเสธที่จะรับรู้ความจริงที่ตนเองเห็นว่าเป็นเรื่องที่หนักแล้ว การแสดงออกอีกลักษณะคือการต่อรอง ไม่ว่าจะเป็นการต่อรองถึงหนทางอื่นในการรักษา ต่อรองถึงปาฏิหาริย์ที่จะช่วยให้พ้นจากสภาวะความเจ็บป่วย และท้ายสุดคือแม้จะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ยังคงต่อรองว่าจะสามารถยืดชีวิตตนเองออกไปได้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ไม่มีความคาดหวัง ปล่อยไปตามเวรกรรม

ในทางตรงข้ามผู้ป่วยที่ประสบกับมะเร็งในภาวะที่ลุกลาม และมองภาวะที่เกิดขึ้นมีความหมายในเชิงลบที่ไม่อาจแก้ไขได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ต้องทนทรมานจากสภาวะที่เป็นอยู่ จน

³ ในช่วงที่ลูกชายที่ผู้ป่วยบวชให้เนั้น เป็นช่วงเวลาเดียวกันกับที่ผู้ป่วยได้รับการฉายแสงจนครบตามกระบวนการที่แพทย์กำหนดไว้

⁴ เอ็กซเรย์ที่กล่าวถึงนี้ เป็นการเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ ซึ่งจะต้องนำตัวผู้ป่วยเข้าเครื่องที่มีลักษณะคล้ายอุโมงค์ ผู้ป่วยจะต้องนอนหงายนิ่งๆ เป็นระยะเวลาหนึ่ง ประมาณ 15 นาที แต่ผู้ป่วยรายนี้มีก้อนที่หน้าอกก้อนโตกดทับ ทำให้นอนหงายนานๆ ไม่ได้ เพราะจะมีอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก

บางครั้งแทบทนไม่ไหว มักจะเกิดความท้อแท้สิ้นหวังกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย กลายเป็นความสิ้นหวังในชีวิต และไม่ได้คาดหวังอะไร นอกจากปล่อยให้ไปตามสภาพการณ์ หรือปล่อยให้ตามเวรกรรม โดยไม่ได้ดำเนินการอะไรมากมายเพื่อจัดการกับสภาวะที่เป็นอยู่ ดังเช่นในรายของคุณสา ที่มองว่า ตนเองก็อายุมากแล้ว ไม่มีเป้าหมายอะไรมากมายในชีวิตนอกจากอยู่ไปวันๆ เพียงแค่ไม่อยากจะอยู่อย่างทรมาน เพราะมองว่าความเจ็บป่วยเป็นทั้งความทุกข์ทรมานทางกาย และยังเป็นภาระต่อคนอื่นทั้งแง่ของการดูแล และภาระค่าใช้จ่าย ทำให้คุณสาไม่ได้คาดหวังว่าสภาวะที่เป็นอยู่จะต้องหาย แต่กลับรู้สึกท้อใจ หรือแม้แต่คิดว่าถ้าตายไปคงจะทำให้ความเป็นภาระที่ตนเองรู้สึกได้นั้นและความทรมานที่เป็นอยู่หายไป ดังที่คุณยายสาได้กล่าวถึงไว้

“เฉยๆ ไม่รู้ไม่เห็นอะไร นึกแต่ว่าทรมานจัง..เฉยๆ นึกเสียว่าเวลามันเป็นมาก ตายก็ตายไป ..หายมันไม่หายหรอก ก็กินยาไป หมอเขาให้ยานอกมากิน เม็ดตั้งแพง ก็กินไป” (P.6, p.3,4,5)

“ก็อยู่ไป ถึงเวลามันก็ไปเอง..เวลาทรมานมันไม่ไหว ก็บอกลูกมัน ขึ้นเตียงอยู่แล้ว จะตายก็ให้มันตายไป” (P.6, p.7)

การแสดงให้เห็นที่บ่งบอกความหวังในลักษณะนี้ เนื่องมาจากการมองภาวะใกล้ตายเป็นเรื่องที่ทำให้ต้องทุกข์ทรมานทั้งต่อมิตินทางกาย และจิตใจ ทำให้ไม่สามารถอดทนที่จะต่อสู้กับความรุนแรงของสภาวะที่เป็นอยู่ได้ การแสดงออกจึงเป็นไปในลักษณะที่ปล่อยให้ไปตามยถากรรม ไม่ดิ้นรนที่จะต่อสู้กับการคุกคามของโรค นอกจากนั้น ยังมีเงื่อนไขบางอย่าง ที่เข้ามามีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับอนาคตของบุคคล ในลักษณะของความคาดหวังนี้ เช่น ช่วงวัยที่สูงอายุ ทำให้อาจวางเฉยได้กับสภาวะความเจ็บป่วยที่อาจนำมาซึ่งการสูญเสียชีวิต เนื่องจากเป็นช่วงบั้นปลายของชีวิตแล้ว นอกจากนั้น การวางเป้าหมายในชีวิตเป็นอีกเรื่องที่มีสัมพันธ์กับความคาดหวังของผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่ไม่ได้มีเป้าหมายในชีวิตอะไรมาก จะไม่คาดหวังหรือดิ้นรนที่จะหายจากสภาพที่เป็นอยู่มากเท่ากับผู้ป่วยที่ยังมีเป้าหมายในชีวิตที่คิดอยากจะทำให้สำเร็จ ความเจ็บป่วยซึ่งจะกลายเป็นตัวสกัดกั้นหนทางไปสู่เป้าหมายนั้น จึงมีผลทำให้ผู้ป่วยยากที่จะทำใจยอมรับกับความเจ็บป่วยโดยการวางเฉยหรือปล่อยให้ตามเลยได้

คาดหวังความชัดเจนจากทีมสุขภาพ

เรื่องของการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยนี้ เป็นเรื่องทีละเอียดย่อย เพราะจากการศึกษา พบว่ามีผู้ป่วยหลายคนที่ทำใจยอมรับไม่ได้ กับภาวะอันเกิดจากมะเร็ง และโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมะเร็งลุกลามจนถึงระยะสุดท้าย การสื่อสารจึงเป็นเรื่องที่แพทย์และทีมสุขภาพต้องระวังเป็นอย่างมาก ก่อนที่จะส่งผ่านไปสู่อุปการะดูแลแต่ละคน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งจึงเป็นเรื่องของการที่แพทย์ปกปิดข้อมูล หรือให้ข้อมูลที่ไม่ชัดเจนเกี่ยวกับสภาวะที่ผู้ป่วยประสบอยู่ ซึ่งส่วนใหญ่เนื่องมาจากการร้องขอของครอบครัวผู้ป่วยเอง ที่ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยเป็นกังวลและรู้สึกเครียดกับสภาวะที่เป็นอยู่ แต่ในทางกลับกัน ในมุมมองของผู้ป่วยบางคน ที่มองว่าการรับรู้ข้อมูลตามจริงเกี่ยวกับสภาวะที่ตนเองประสบอยู่ จะช่วยให้ทราบว่าจะตนเองกำลังเผชิญอยู่

กับอะไรบ้าง และเพื่อเตรียมตัวและเตรียมใจได้อย่างเหมาะสมกับสภาวะที่เป็นอยู่และสภาวะที่กำลังจะเกิดขึ้นตามมา

ผู้ป่วยบางคนอย่างเช่น คุณพันที่มองว่า สภาวะตามจริงของตนเอง เป็นสิ่งที่เขาควรเป็นผู้มีสิทธิ์จะรับรู้เป็นคนแรก แทนที่จะให้ครอบครัวได้รับรู้ก่อน แม้จะเป็นคนใกล้ชิดกับเขาก็ตาม ในประเด็นนี้ คุณพันมองว่าเป็นการรับรู้ถึงความไม่ชัดเจนของข้อมูลจากทั้งทีมสุขภาพ และจากคนใกล้ชิด ในขณะที่ผู้ป่วยหลายคน แม้ไม่ได้รับการบอกกล่าวอย่างชัดเจน แต่สามารถคาดเดาได้เองจากพฤติกรรมคนรอบข้าง และบริบทแวดล้อมในการดูแลรักษา แม้การจัดการของหอผู้ป่วยจะพยายามหลีกเลี่ยงการแสดงสัญลักษณ์ที่เป็นการตีตรา “ความเป็นมะเร็งและความเป็นระยะสุดท้าย” ก็ตาม แต่รูปแบบการดูแลรักษา และจากสภาวะอาการ ทำให้ผู้ป่วยบางคนคาดเดาไปเองเกี่ยวกับสภาวะที่เป็นอยู่ และเมื่อไม่ได้รับข้อมูลที่ชัดเจนจึงกลับกลายเป็นความคับข้องใจ ดังที่คุณพันได้พูดถึงว่า

“ผมสงสัยอยู่ว่า ผมมองหน้าแฟนอยู่แ่วบหนึ่ง หน้าเขาแบบเครียด ดูเขามีความกังวล เขาก็คงพอรู้ว่าผมต้องถามคุยอะไรกับหมอ ผมก็ถามเขา เขาก็บอกหมออยากให้รักษา..ผมก็ถามไปงั้นๆ เขาก็พูดว่าหมอให้รักษา ผมก็เฉย อยู่บ้านผมก็คิดจะถามเหมือนกัน ว่าคุยกันว่าอย่างไร ก็ไม่ได้ถาม ..คือมันอย่างไรล่ะ เขาคุยอะไรกับหมอ ผมก็ให้เขาเลือกนะ ผมกับแฟน เป็นแฟนกัน กับหมอ คุณ จะปิดความลับใครล่ะ คุณจะเปิดเผยกับใคร” (P.4, p.15,16)

“ผมเองก็พูดกับหมอ บอกมะเร็งนี้ตายแน่ใช้มะ ผมก็คุย คุยน้ำเสียวอย่างนี้ ธรรมดา คุย บอกผมเป็นโรคนี้อยู่นะ ใช้มะ ก็ไม่มีความลับอะไร ผมคิดแล้ว มีความลับกันอยู่ ทำไม่ต้องคุยกับแฟน ผมด้วย มีเรื่องอะไรบอกสิ แต่ผมก็ถาม..ผมอยากให้คุณหมอเป็นคนบอก” (P.4, p.16)

จะเห็นว่าผู้ป่วยที่ต้องการรับรู้ข้อมูลตามจริง เพราะต้องการทราบว่าตนเองจะต้องเผชิญกับอะไรบ้าง เพื่อจะได้จัดการกับชีวิตตนเองอย่างที่ตนเองคิดว่าน่าจะเหมาะสม เป็นการเผชิญปัญหาในลักษณะของการแสวงหาข้อมูล (Information seeking)⁵ เพื่อที่จะใช้ประกอบการตัดสินใจสภาพปัญหาและข้อจำกัดต่างๆ ที่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม จากการศึกษา พบว่า มีผู้ป่วยหลายคนที่ถูกปกปิดข้อมูล ไม่ให้รับรู้ความจริงเกี่ยวกับตนเอง นอกจากนั้น ยังพบอีกว่า มีผู้ป่วยบางคนที่ไม่อยากจะได้รับรู้ข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น แต่กลับไม่กล้าที่จะถามแพทย์ตรงๆ เป็นเพราะความเกรงใจ หรือบางครั้งเป็นช่องว่างระหว่างชนชั้นความรู้ ที่มักเกิดขึ้นในกรณีของผู้ป่วยที่มีการศึกษาค่อนข้างน้อย อย่างไรก็ตาม ดูเหมือนว่า แพทย์จะมีอิทธิพลครอบงำความคิดของผู้ป่วย อันเนื่องมาจากความรู้ ความเชี่ยวชาญที่มีอยู่ สามารถกำหนดทิศทางความคิดและความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาวะที่เป็นอยู่ได้

⁵ Information seeking เป็นแบบของการเผชิญปัญหาแบบหนึ่ง ตามแนวคิดการเผชิญปัญหาของ ลาสซารุส (อานนท์ วิทยานนท์.2548: 118-120; อ้างอิงจาก Lazarus; & Folkman. 1984) ซึ่งแบ่งวิธีเผชิญปัญหาเป็น 4 แบบได้แก่ 1) Information seeking 2) Direct action 3) Inhibition of action และ 4) Intrapsychic modes ดังที่เขียนอธิบายไว้แล้วในบทที่ 2)

คาดหวังผลการรักษา

ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในระยะต้นๆ มักคาดหวังผลการรักษาแบบให้หายขาด แต่ในรายของผู้ป่วยที่มารู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งในระยะที่ลุกลามมากขึ้น แม้แพทย์จะไม่ได้ให้ความหวังเต็มที่ แต่ก็มักจะใช้การสื่อสารในลักษณะให้กำลังใจในการต่อสู้กับโรค แทนที่การบอกถึงสภาวะที่เลวร้ายแบบตรงไปตรงมา ซึ่งผู้ป่วยก็จะมีทั้งความคาดหวังที่จะหายจากสภาวะที่เป็นอยู่ สลับกันไปกับความท้อแท้เมื่อสภาวะที่เป็นอยู่นั้นไม่ดีขึ้นหรือแย่ลง ผู้ป่วยที่เข้าใจได้กับสภาพความเป็นจริงที่จะเกิดขึ้น มิได้หวังว่าการรักษาจะทำให้หายขาด เพียงแต่คาดหวังให้หายหรือทุเลาความทรมานจากโรค จากภาวะแทรกซ้อน หรือจากภาวะทุพพลภาพ คาดหวังว่าวิธีการรักษาที่ได้รับจะสามารถควบคุมมิให้โรคลุกลามจนเกิดสภาวะที่เลวร้ายลงไปกว่าที่เป็นอยู่อีก อย่างเช่นในรายผู้ป่วยคนหนึ่ง ที่หวังว่าการฉายแสงจะทำให้ก้อนเนื้อร้ายที่กดทับบริเวณเส้นประสาทยุบลง ทำให้ตนเองสามารถกลับมาเดินได้ดังเดิม และกรณีของคุณสา ที่คาดหวังแต่เพียงว่าการรักษาจะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการเหนื่อยหอบ

“หายมันก็ไม่หาย เราก็มารู้ว่ามันไม่หายนะ แต่ก็มา มาให้เบาเหนื่อย มันช่วยให้เบาเหนื่อยก็มา(โรงพยาบาล) มันทรมาน” (P.6, p.3)

ความคาดหวังผลการรักษา ยังรวมไปถึงการได้รับการบรรเทาความทรมานโดยตอบสนองความต้องการอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง ซึ่งจากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับบริบทการดูแล พบข้อจำกัดในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการ เนื่องจากในหน่วยงานที่เป็นสนามวิจัย มีเฉพาะแพทย์เฉพาะทางซึ่งเป็นอาจารย์แพทย์ ยังมีช่องว่างในระดับชนชั้นระหว่างแพทย์และพยาบาล ซึ่งเกิดการครอบงำทางอำนาจความรู้ ทำให้พยาบาลยังมีความเกรงใจในการติดต่อประสานงานเพื่อดูแลผู้ป่วยได้อย่างทุกเวลาทุกสถานการณ์ จากเหตุผลดังกล่าว ทำให้การดูแลรักษาตามความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการได้รับจากแพทย์ อาจไม่ได้รับการตอบสนองทุกครั้งหรือทุกสถานการณ์ รวมถึงในเรื่องความต้องการการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ อย่างเช่น นักกายภาพบำบัด ซึ่งยังไม่มีในหน่วยงานดังกล่าว ทำให้การดูแลรักษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพยังทำไม่ได้อย่างไม่ครอบคลุม ในแง่ดังกล่าวนี้ ผลการรักษาในบางเรื่องจึงไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอ

จะเห็นว่า ความคาดหวังผลการรักษา สัมพันธ์กับเงื่อนไขอันเกี่ยวกับสภาพการณ์การดำเนินไปของโรค และสภาวะของผู้ป่วย รวมถึงการดูแลของทีมสุขภาพ ความคาดหวังผลอันสูงสุดคือการสามารถรักษาความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ให้หายขาดได้ แต่เมื่อเข้าใจได้ว่าสภาวะที่เป็นอยู่นั้นไม่สามารถทำให้หายขาดได้ ความคาดหวังในลำดับต่อมาคือ การมีหนทางที่จะช่วยยืดชีวิตหรือประคองอาการของโรคมิให้ลุกลามจนถึงแก่ชีวิตได้ หรืออย่างน้อยเพียงเพื่อทุเลาสภาพอาการที่ทุกข์ทรมาน สามารถดำรงอยู่ในสภาพความเจ็บป่วยอย่างสงบและสบายที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ในประเด็นความคาดหวังนี้ เงื่อนไขหรือบริบทที่มีอิทธิพลอย่างมากในการคิดและรู้สึกต่อชีวิตซึ่งเป็นภาพหวังคือ การสื่อสารและการให้ข้อมูลจากแพทย์และพยาบาล โดยเฉพาะจากแพทย์ซึ่งเป็นบุคคลที่ผู้ป่วย

ไว้วางใจในการให้การรักษา การสื่อสารที่ให้กำลังใจมีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อประเด็นนี้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม หากเป็นการสื่อสารที่ใจปิดข้อมูล อาจมีผลในทางกลับกันคือ ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ ไม่แน่ใจว่า ตนเองจะสามารถคาดหวังกับการใช้ชีวิตในช่วงนี้ต่อไปได้แค่ไหน และอย่างไร

คาดหวังถึงที่ฟังฟัง

ผู้ป่วยยามที่ประสบกับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดและอาการแสดงต่างๆ จากมะเร็ง มักต้องการการดูแลรักษาเพื่อให้บรรเทาจากสภาวะที่ทุกข์ทรมานนั้น แต่หากบริบทที่แวดล้อมผู้ป่วยไม่เกื้อหนุนให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองที่เพียงพอ ผู้ป่วยจะรู้สึกขาดที่ฟังฟัง และต้องการแสวงหาที่ฟังฟังที่จะสามารถตอบสนองความต้องการเช่นนั้นได้ ตัวอย่างในกรณีคุณจัน เป็นบริบทที่แตกต่างจากผู้ป่วยรายอื่นๆ เนื่องจากต้องอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์ที่เป็นสภาพบริบทที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในเรื่องการดูแลเพื่อให้บรรเทาความเจ็บปวด ดังนั้น เมื่อถูกส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นบริบทที่พร้อมต่อการดูแลผู้ป่วย มีแพทย์และทีมสุขภาพดูแลจัดการเรื่องความเจ็บปวดได้ ทำให้ป้าจันรู้สึกประหนึ่งมีที่ฟังฟังที่น่าอุ่นใจ และรู้สึกมั่นใจเมื่ออยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ ดังคำพูดที่ว่า

“ตอนนี้นั่งอยู่โรงพยาบาล มันก็ปลื้มใจนะ มันอยู่ใกล้หมอ ไม่เป็นอะไร ถ้าอยู่ห่างหมอเนี่ยกลัวที่สุดเลย..คิดถึงยาแก้ เพราะที่โน่นเราไม่ได้กินยา มันไม่มียาอะไร” (P.2, p.4)

ความต้องการที่ฟังฟังนี้ เป็นความต้องการแรงสนับสนุนจากสังคมในลักษณะหนึ่ง ที่ผู้ป่วยหลายคนคาดหวังว่าจะได้รับ ทั้งจากครอบครัวใกล้ชิดและทีมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมจะมีความสำคัญมากเมื่อบุคคลกำลังประสบกับปัญหา ช่วงชีวิตที่เป็นอยู่กับมะเร็งก็เช่นกัน ผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนจากสังคมรอบข้างที่เพียงพอและเหมาะสม มักจะไม่มีความรู้สึกที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เนื่องจากได้รับการตอบสนองทางด้านอารมณ์ สังคม และร่างกายที่เหมาะสมเพียงพอแล้ว ในขณะที่ผู้ป่วยที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ มักโหยหาที่จะฟังฟังบุคคลหรือแหล่งที่พวกเขาเห็นว่าจะเป็นที่ฟังฟังที่ดีที่สุด ซึ่งการทำความเข้าใจบริบทผู้ป่วยได้อย่างลึกซึ้ง จะช่วยให้สามารถตอบสนองความต้องการหรือเป็นที่ฟังฟังได้อย่างเหมาะสมกับสภาพและสภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย อีกทั้งยังช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้ดิ้นรนภายใต้ความกดดันจากสภาพความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้

คาดหวังความเป็นปกติ มิใช่ความแปลกแยก

โดยปกติทั่วไป ผู้ป่วยมักต้องการความเอาใจใส่ดูแลเป็นอย่างดีจากทีมสุขภาพ ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จะแตกต่างไปจากผู้ป่วยทั่วๆ ไป ทีมสุขภาพในสนามวิจัยแห่งนี้มักให้การดูแลด้วยความเอาใจใส่ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย การแสดงออกและปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย มักมีทำที่ที่อ่อนโยน และคอยเอาใจ

ใส่ไต่ถามทุกข์สุข พุดคุยให้กำลังใจ ตลอดจนพุดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสสะสางภาระที่ค้างคาตามหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่ในทางตรงข้าม สิ่งที่น่าสนใจที่ค้นพบจากการวิจัยในครั้งนี้คือ มีผู้ป่วยบางคนที่มองว่าการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี ซึ่งมองดูเป็นการดูแลที่มากเกินไป ทั้งที่ผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เป็นการปฏิบัติที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตนเองแปลกแยกจากผู้ป่วยปกติทั่วไป เป็นการตอกย้ำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นประหนึ่งผู้ป่วยใกล้ตาย ทั้งที่ผู้ป่วยยังมองว่าตนเองยังไม่น่าจะเข้าสู่ภาวะเช่นนั้น คำพุดที่ผู้ป่วยได้เล่าให้ผู้วิจัยฟัง เป็นมุมมองที่น่าสนใจต่อการดูแลที่ควรตระหนักถึงบริบทของเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละบุคคลไป

“ที่นี้ก็ดูแลคนไข้ดีเหลือเกิน จนเหมือนกับรู้สึกว่าจะไรหละ..เหมือนกับดูแลคนก่อนตายอย่างนี้ ทำนองนั้น ผมคิดอย่างนั้นนะ” (P.4, p.20)

“ดูแลเหมือนอย่างนี้ ก็รู้อยู่แล้วเป็นโรคมะเร็ง ก่อนตายอย่างนี้ อยากได้อะไรเหมือนคนทั่วๆ ไป แต่อย่างคนใกล้ตาย อยากได้อะไรเขาก็จะให้...บางคนพุดจาตี ถามอะไรก็ตอบ พยายามอธิบาย พยายามพุดให้เราเข้าใจ พยายามอธิบายให้มันดีเกินไปนะ...เหมือนก่อนตาย อย่างงี้ ทำให้ก่อนตาย ทำนองนั้น” (P.4, p.20)

จะเห็นว่า การดูแลตามหลักการทั่วไปอย่างถูกต้องสมบูรณ์เชื่อว่าใช้ได้ดีกับผู้ป่วยทุกคน หลักการเป็นเพียงกรอบในการกำหนดและสร้างสรรค์วิธีปฏิบัติเพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายอย่างเดียวกัน วิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็ง จึงมีใช่สิ่งที่ตายตัว สามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมได้ไปตามบริบทของบุคคล สถานที่ และช่วงเวลาแปรเปลี่ยน วิธีปฏิบัติที่ดีเยี่ยมสำหรับบุคคลหนึ่ง อาจกลายเป็นวิธีปฏิบัติที่สร้างความคับข้องใจให้กับอีกบุคคล ในขณะที่วิธีปฏิบัติที่คิดจะใช้ไม่ได้กับบางคน อาจเป็นสิ่งที่ใช้ได้ดีกับบางคนในบริบทหรือช่วงเวลาหนึ่ง ดังนั้น ผลการวิจัยที่ได้จากหัวข้อนี้ จึงเป็นข้อสังเกตที่ดีที่ทำให้ทราบว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งมิใช่แค่การตระหนักถึงแนวทางการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค แต่ควรตระหนักถึงแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพบริบทของผู้ป่วยแต่ละคนด้วย

คาดหวังความเข้าใจจากทีมสุขภาพ

ผู้ป่วยมะเร็งนอกจากจะเผชิญกับความเจ็บป่วยทางกายแล้ว สภาพจิตใจก็ได้รับผลกระทบตามไปด้วย ดังนั้นความเข้าใจจึงเป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งทีมสุขภาพควรทำความเข้าใจบริบทของผู้ป่วยเป็นคนๆ ไป ตัวอย่างที่พบในงานวิจัย อย่างเช่นในสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้หญิงคนหนึ่ง ที่มารับการรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัด และเกิดอาการแพ้ ยาเคมีไม่ตอบสนองต่อภาวะของโรค ทำให้เกิดทั้งภาวะแทรกซ้อน และยังคงปรับเปลี่ยนวิธีการรักษา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ เครียด และเกิดความไม่แน่ใจในแนวทางการรักษา และเนื่องจากสภาวะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความไม่มั่นใจในการรักษา ทำให้การสื่อสารของแพทย์เพื่อให้กำลังใจ อย่างเช่น “ผมยังสู้เลย ป้าต้องสู้นะ” กลับสร้างความคับข้องใจให้กับผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยมองว่าแพทย์ไม่ได้ประสบกับชะตากรรมแบบที่ตนเองเป็นจึงพุดเหมือนกับเป็นเรื่องง่าย ๆ ได้ “ก็หมอนั่งอยู่เฉยๆ นี่ หมอไม่ได้มาเป็นอย่างเรา”

เนื่องจากบริบทของแพทย์กับผู้ป่วยนั้นมีความแตกต่าง การสื่อสารและการปฏิบัติโดยคำนึงถึงเฉพาะรูปแบบหรือหลักการโดยทั่วไป โดยมองข้ามบริบทเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย อาจทำให้เกิดความไม่เข้าใจต่อกัน หรือสร้างความคับข้องใจให้กับผู้ป่วย ดังเช่น ผู้ป่วยอีกคนที่ต้องได้รับการรักษาโดยการใส่สายยางทางจมูกไปถึงกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์ดังกล่าวและรับรู้ถึงความทรมานจากการใส่สาย ได้เปิดเผยถึงความรู้สึกกลัวกับผู้วิจัย ในขณะที่คำพูดที่ทรมานสุขภาพสื่อเชิงอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจคือ “ใส่ตอนแรกก็ผะอืดผะอมหน่อย ใส่สักพักจะดีขึ้น” ซึ่งแม้จะไม่ใช่คำพูดเชิงบังคับ แต่คำพูดเพียงแค่นี้สำหรับผู้ป่วยรายนี้ อาจเป็นคำพูดที่ดูง่ายและสั้นเกินไปสำหรับความรู้สึกหวาดกลัวถึงความทรมาน จะเห็นได้ชัดกับปฏิกิริยาที่เจ็บปวดยามที่ใส่สาย และสีหน้าที่เคร่งเครียดภายหลังที่ใส่สายคาไว้แล้ว

จะเห็นได้ว่า การสื่อสารหรือการดูแลที่ใช้ได้ดีกับผู้ป่วยคนหนึ่ง อาจใช้ได้ไม่ดีกับผู้ป่วยอีกคนหนึ่งก็เป็นได้ เป็นเพราะความต่างของบริบท นอกจากนั้น ช่องว่างระหว่างที่มสุขภาพกับผู้ป่วยบางคนยังมีอยู่ โดยเฉพาะระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่มีช่องว่างค่อนข้างมาก ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่กล้าที่จะเปิดเผยความต้องการตามจริง และไม่กล้าที่จะปฏิเสธถึงสิ่งที่ไม่ต้องการ ผู้ป่วยจึงมักต้องเผชิญกับความคับข้องใจเพียงลำพัง โดยที่มสุขภาพมีอาจล่วงรู้ได้ ถ้าไม่ได้ตระหนักและทำการสืบเสาะเพื่อหาสาเหตุและเฝ้าระวังมิให้เกิดความคับข้องใจดังเช่นที่กล่าวมา ยิ่งไปกว่านั้น การทำความเข้าใจเพียงเฉพาะความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วย ตลอดจนความคาดหวังและความต้องการในเรื่องต่างๆ ยังไม่เพียงพอ เนื่องมาจากผู้ป่วยแต่ละคนต่างมีวิถีในการปฏิบัติและการจัดการกับสภาพการณ์ที่ตนเองประสบที่แตกต่างกันไป การที่จะจัดการด้านการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสม จึงควรทำความเข้าใจด้วยว่า ผู้ป่วยมีการจัดการและการเผชิญปัญหาอยู่แล้วเช่นไร เพื่อที่จะแก้ไข ปรับปรุง หรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการความเจ็บป่วยที่เหมาะสมทั้งในปัจจุบัน และต่อไปในอนาคต

ได้กระทำตามความคาดหวังและความเชื่อก่อนตาย

ผู้ป่วยที่รับรู้และเข้าใจได้ว่าชีวิตตนเองเข้าใกล้กับความตาย คิดถึงสิ่งที่ตนเองอยากจะได้ทำหรือจัดการก่อนที่จะจากโลกนี้ไป ซึ่งความต้องการและความคาดหวังมีความหลากหลาย ซึ่งความคาดหวังที่เกิดขึ้นเกี่ยวพันกับสภาพภูมิหลัง ความเชื่อ และสภาพบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยบางคนคาดหวังให้ชีวิตในช่วงวาระสุดท้ายได้ใกล้ชิดกับบุคคลอันเป็นที่รัก หรือบางคนที่เคยใช้ชีวิตตามลำพังมาโดยตลอด ก็คาดหวังจะได้พบเจอคนเคยใกล้ชิด หรือ ดังเช่นผู้ป่วยหญิงคนหนึ่ง ที่แยกจากน้องมานานและใช้ชีวิตอยู่เพียงลำพังภายหลังสามีเสียชีวิต ชีวิตก่อนตายหวังจะได้พบเจอพูดคุย รู้ข่าวคราวกัน รวมถึงได้มีโอกาสสั่งเสียถึงสิ่งที่ต้องการกับน้องๆ อยากให้น้องได้ทำบุญให้ภายหลังตนเองเสียชีวิตไป ดังที่กล่าวมาว่า

“ไม่เคยเจอเลย บางทีก็ฝันเห็นน้อง บางทีฝันเราคิดไปเอง คือเราคิดมาก อยากจะเจอหน้าน้อง ถ้าเรายังดีๆ เราเป็นพี่เนี่ย เราก็อยากจะเจอหน้าน้อง เพราะถ้าน้องมันเป็นอย่างนี้ละ เป็นอย่างเรา เราอาจจะมาหา มาหาน้อง ที่นี้น้องมันก็ลำบาก มันไม่มากก็ช่างมัน..เราจะอธิบายให้ฟังว่า เนี่ยไม่แนะเนี่ยชีวิตเรา ไม่แนะ ตายจากอะไรไปอย่างเนี่ย ก็ต้องบอก สิ่งเสียกันเป็นธรรมดา...ก็ไม่มีอะไรแล้วแต่เขาจะทำบุญให้ใส่บาตรให้” (P.2, p.8)

สิ่งที่แฝงอยู่ในคำกล่าว นอกจากจะเป็นความต้องการพบเจอคนเคยใกล้ชิดซึ่งเป็นสิ่งที่คาดหวังอันเนื่องมาจากความรู้สึกโดดเดี่ยวในเวลาเช่นนี้ ยังแสดงถึงความต้องการในการจัดการกับความตาย ซึ่งเป็นความเชื่อส่วนตัวของผู้ป่วย เกี่ยวกับบุญกุศลที่จะหนุนนำชีวิตหลังความตายที่ไม่อาจทราบได้ว่าจะเป็นเช่นไร เป็นการสนองตอบความต้องการทางจิตใจที่อยู่บนพื้นฐานของความไม่รู้ ความไม่แน่ใจเกี่ยวกับชีวิตหลังความตาย ดังเช่นผู้ป่วยหลายๆ คน ที่มีความเชื่อในลักษณะคล้ายคลึงกัน ซึ่งอ้างอิงจากความเชื่อในพุทธศาสนาเป็นส่วนใหญ่ โดยมองว่า การได้มีโอกาสสร้างบุญกุศลก่อนตาย จะช่วยให้ชีวิตหลังความตายพบเจอกับสิ่งที่ดี ๆ หรือได้ไปสูภพภูมิที่ดีตามความเชื่อความเข้าใจที่มีอยู่

ได้ตายท่ามกลางสภาพที่ผูกพันและคุ้นเคย

แง่มุมหนึ่งที่สำคัญเกี่ยวกับความคาดหวังถึงความตายของผู้ป่วยบางคน คือการได้ใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายในสถานที่ที่คุ้นเคย หรือที่ผูกพัน ผู้ป่วยหลายคนด้วยกันที่แสดงความต้องการที่จะกลับไปตายที่บ้านที่ตนเองเคยใช้ชีวิตอยู่ ท่ามกลางญาติมิตรและสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยศึกษาอยู่ในสนามวิจัย พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยหลายคนที่ได้นำผู้ป่วยกลับไปตายที่บ้านตามความประสงค์ก่อนตายของผู้ป่วย แต่มีบางครอบครัวที่มีข้อจำกัดที่จะสนองตอบความต้องการของผู้ป่วย ส่วนใหญ่เนื่องมาจากญาติไม่วางใจที่จะให้ผู้ป่วยกลับไปนอนในสภาพที่เป็นอยู่ ความไม่สะดวกในการดูแลที่บ้าน หรือยังไม่สามารถทำใจยอมรับกับการจากไปของผู้ป่วย จึงต้องพึ่งพาความช่วยเหลือภายในสถานพยาบาลเพื่อยื้อชีวิตผู้ป่วยต่อไป กรณีที่เกิดข้อจำกัดเช่นนี้ อาจสร้างความคับข้องใจให้กับผู้ป่วยก่อนตาย เนื่องจากไม่สามารถได้เป็นอยู่อย่างที่เคยคาดหวังก่อนตาย

ตัวอย่างของผู้ป่วยคนหนึ่ง ซึ่งเป็นข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่มสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยเคยได้แสดงความต้องการกับญาติและทีมสุขภาพถึงความต้องการกลับไปตายที่บ้านตนเอง ก่อนหน้าที่จะไม่รู้สึกดี แต่ญาติไม่วางใจที่จะพาผู้ป่วยกลับบ้าน เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยและต้องพึ่งยาฉีดแก้ปวด สุดท้ายผู้ป่วยต้องเสียชีวิตภายในสถานพยาบาลแห่งนี้ หลังจากเสียชีวิตไม่กี่นาที ลูกสาวที่เฝ้าผู้ป่วยมาโดยตลอด แสดงพฤติกรรมที่ทั้งทีมสุขภาพและญาติที่พบเห็นเชื่อว่าเป็นอาการที่คล้ายกับคนตายเข้าสิง โดยแสดงอาการปฏิกิริยาล้างผู้ป่วยมาสังเสียกับครอบครัว ดังที่พยาบาลได้เล่าให้ผู้วิจัยฟังว่า

“พอแกเสีย แกก็เข้าลูกสาวแก ลูกๆ วิ่งมาตาม บอกให้เข้าไปดู หนูก็เอาพระเข้าไปด้วย ลูกสาวแกทำท่าเหมือนคุณลุง บอกทำไมไม่พาแกกลับ บอกให้ลูกอยู่กันดีๆ ผากขอโทษเมียแกด้วยที่ทำอะไรไม่ดีให้ไป เป็นได้ 20 นาทีมั้ง แล้วแกก็ออกไป ลูกสาวฝันมาจำอะไรไม่ได้ ถามว่าเชื่อไหม หนูเชื่อนะ ไม่อยากลบหลู่” (Ex.H.1, p.1)⁶

คำกล่าวนี้เป็นกรบอกเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามที่ได้ประสบ และการแสดงความคิดเห็นตามความเชื่อของทีมสุขภาพ รวมถึงยังเป็นความเชื่อที่ครอบครัวเห็นตรงกันต่อสิ่งที่พบเจอ และแม้จะเป็นเรื่องราวที่มีอาจพิสูจน์ได้ และผู้วิจัยเองมิได้มุ่งหวังจะพิสูจน์ความจริง เพียงแต่ต้องการนำเสนอมุมมองหนึ่งตามความเชื่อของผู้ที่ได้ประสบ และต้องการชี้ประเด็นสำคัญในแง่มุมมองของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตอบสนองตามความคาดหวังของตนเองก่อนตาย ซึ่งมีเพียงเป็นความต้องการที่จะกลับไปใช้ชีวิตก่อนตายที่บ้านเท่านั้น แต่ยังคงแทรกแง่มุมที่แสดงถึงสิ่งที่ค้างคาใจที่ผู้ป่วยอาจยังมีได้ปลดเปลื้องก่อนที่ตนเองจะจากโลกนี้ไป

จากไปอย่างไม่เป็นภาระ

ผู้ป่วยที่มองว่าความตายของตนเองจะกลายเป็นภาระ มักจะหาวิธีจัดการเพื่อให้ความรู้สึกว่าเป็นภาระนั้นหมดไป โดยเฉพาะภาระที่ตนเองมองว่าจะเป็นปัญหาอุปสรรคให้กับครอบครัวอันเป็นที่รัก ภาระในแง่มุมมองนี้ เป็นภาระที่เกี่ยวข้องกับความตายของตนเอง เช่น ภาระครอบครัวที่จะต้องทิ้งไว้ให้คนในครอบครัวดูแลแทน หรือแม้แต่ภาระในการจัดการความตายของตนเอง ดังนั้นการมองภาระในแง่มุมมองนี้ จึงขึ้นอยู่กับสภาพบริบทของครอบครัวผู้ป่วยแต่ละคน ผู้ป่วยที่เคยดูแลรับผิดชอบภาระครอบครัว อาจมองว่าเมื่อตนเองจากไป ภาระดังกล่าวจะต้องตกไปเป็นของคนที่เหลืออยู่ในครอบครัว จึงพยายามจะจัดการกับภาระเหล่านั้นก่อนที่ตนเองจะจากไป หรือผู้ป่วยบางคน ที่สภาพครอบครัวลำบากขัดสน แม้ใจหนึ่งอยากพบเจอญาติพี่น้องก่อนตาย แต่อีกใจหนึ่งกลับมองว่าความตายของตนเอง จะกลายเป็นภาระให้คนอื่น ๆ ต้องจัดการ จึงพยายามที่จะหาหนทางให้ตนเองจากไปโดยไม่สร้างความเป็นภาระนั้น ดังที่ผู้ป่วยรายหนึ่งได้กล่าวไว้

“เขาก็ลำบากเขาอยู่แล้ว ถ้าเราบอกเขา เขาจะช่วยอะไรเรา ไหนๆ ก็ไม่ต้องบอกหรอก..ถึงคราวตาย ก็ตายไปเองแหละ...ตอนแรกก็คิดจะฝากที่... (รพ.แห่งหนึ่ง) ฝากชีวิตไว้ เวลาเกิดเป็นอะไร ตายขึ้นมา ก็จะเอาศพไปไว้ที่นั่น ..บริจาคไว้ เพราะเวลาตายไปทำอย่างไรล่ะ เตื่อตร้อนญาติอีก ไหนจะทำโน่นทำนี่ ทำอย่างนี้ยังจะดีกว่า จริงนะ” (P.2, p.25)

⁶ เป็นการสัมภาษณ์พยาบาลท่านหนึ่ง ที่มีได้เลือกเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ แต่เป็นการให้ข้อมูลในประเด็นที่น่าสนใจ ซึ่งผู้วิจัยเองได้ตรวจสอบข้อมูลเหตุการณ์ดังกล่าวกับทีมสุขภาพคนอื่นๆ ที่ประสบเหตุการณ์นั้น ซึ่งเป็นข้อมูลที่ตรงกันเกี่ยวกับทั้งรายละเอียดเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และยืนยันตรงกันถึงความเชื่อของญาติว่าเป็นอาการที่ผู้ตายเข้าสิงบุตรสาว แต่ในด้านความเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น ทีมสุขภาพบางคนมีความเชื่อตรงกันกับญาติผู้ป่วย ในขณะที่บางคนอาจไม่เชื่ออย่างจริงจังเสียทีเดียว แต่ไม่อยากลบหลู่ต่อความเชื่อที่เกิดขึ้นนั้น

ดังนั้น ในมุมมองของผู้ป่วยใกล้ตาย มิได้มองเพียงชีวิตใกล้ตาย แต่มองเลยไปว่า เมื่อตนเองจากไป ความตายของตนเองจะทำให้เกิดอะไรขึ้นได้บ้าง หรือจะมีผลเกี่ยวข้องกับบุคคลใดบ้าง เรื่องของความตายในแง่มุมนี้ จึงมิใช่เพียงเรื่องของปัจเจกบุคคลที่เกี่ยวข้องเฉพาะตัวผู้ป่วย แต่กลับกลายเป็นเรื่องของครอบครัว หรืออาจก้าวเลยไปถึงการกลายเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเคยเกี่ยวพันด้วย

คาดหวังกับชีวิตหลังความตาย

ความคาดหวังกับชีวิตหลังความตายนี้ จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นความคาดหวังที่เกิดจากความเชื่อทางศาสนาหรือพิธีกรรมที่ตนเองเชื่อถือศรัทธา โดยมีความเชื่อว่า ชีวิตหลังความตายมีจริง และภพภูมิหน้ามีจริง แม้ไม่อาจรับรู้ได้ว่าชีวิตหรือภพภูมิหลังความตายของตนเองจะเป็นเช่นไร ความคาดหวังที่ผู้ป่วยยึดถือตามความเชื่อ คือ การได้ไปสู่ในภพภูมิที่ดี ได้ไปเกิดในลักษณะที่ตนเองเชื่อว่าดี หรือรวมถึงการได้มีชีวิตหลังความตายที่ไม่ยากลำบาก พฤติกรรมที่แสดงออกจึงเป็นไปในลักษณะของการกระทำที่สอดคล้องกับแนวคิดทางศาสนา ได้แก่ การทำบุญสร้างกุศล การให้บุคคลในครอบครัวได้บวชเพื่อเกาะชายผ้าเหลืองไปสวรรค์ หรือการบอกกล่าวให้ญาติมิตรได้ทำบุญ สร้างกุศล ภายหลังจากตนเองได้จากโลกนี้ไป รวมถึงการปฏิบัติกับความตายตามความเชื่อ เช่น สั่งเสียเกี่ยวกับเรื่องการจัดการศพของตนเอง เป็นต้น ตัวอย่างของผู้ป่วยคนหนึ่งแสดงถึงความคาดหวังต่อชีวิตภายหลังความตายของตนเอง ได้กล่าวไว้ว่า

“การบวชเณร มันเป็นการถูกตามหลักพุทธศาสนาแล้ว มันเป็นการที่ว่า เกาะชายผ้าเหลือง ลูกมันเป็นบุญกับเรา ตายไปเราเกาะชายผ้าเหลืองลูกขึ้นสวรรค์..ผมไม่ได้คิดอะไรแล้ว ขอให้บวชอย่างเดียว ขออธิษฐานในใจให้บวชอย่างเดียว บวชแล้วเอาผมไปผมก็ไม่ว่า” (P.1, p.10)

จะเห็นว่า ความเชื่อส่วนตัวผู้ป่วย โดยเฉพาะความเชื่อทางพุทธศาสนา นอกจากจะเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการเกิดความคาดหวังเกี่ยวกับชีวิตหลังความตายของผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นความเชื่อที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับความตายได้อย่างสงบขึ้น อย่างไรก็ตาม การได้ทำตามความคาดหวังของตนเองก่อนตายในเรื่องดังกล่าวนี้ มิใช่เพียงเรื่องเดียวที่จะยืนยันได้ว่า เมื่อถึงเวลาที่ใกล้ขีดความตายมากขึ้น ผู้ป่วยจะยอมรับความตายได้อย่างที่ตนเองคิดและกล่าวไว้หรือไม่

จากการศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังของชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความตายและภาวะใกล้ตาย ทำให้เห็นได้ว่า ช่วงเวลา สภาวะความเจ็บป่วย บริบทครอบครัว และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน เป็นเงื่อนไขสำคัญ ที่อาจทำให้มุมมองเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตายเปลี่ยนไป หรือเปลี่ยนกลับไปกลับมาระหว่างความหมายหนึ่งกับความหมายอื่นๆ ก็เป็นไปได้ ซึ่งผู้ป่วยคนหนึ่ง อาจให้ความหมายต่อความตายและภาวะใกล้ตายในหลายลักษณะ หรือมีความคาดหวังต่อความตายที่มิใช่เพียงเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือเป็นการให้ความหมายและการแสดงความคาดหวังที่อาจไม่คงที่ถาวร อาจมีการแปรเปลี่ยนไปในสถานการณ์ที่แตกต่าง สิ่งต่างๆ เหล่านี้ มีผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกต่อความ

ตายของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ผูกโยงและนำไปสู่การเผชิญความตายและภาวะใกล้ตายในลักษณะที่ต่าง ๆ ดังจะได้อธิบายต่อไป

3. การเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตาย

การเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตาย ส่วนใหญ่จะเกิดจากการที่ผู้ป่วยปรับตัวด้วยพฤติกรรม การแก้ปัญหาหรือเผชิญปัญหา (Coping) ในลักษณะต่าง ๆ ซึ่งพฤติกรรมการเผชิญปัญหา โดยทั่วไป บุคคลจะมุ่งหวังไปสู่ความสำเร็จ แต่ในกรณีของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งต้องเผชิญกับโรคที่ถือได้ว่าเป็นโรคร้ายแรง และเป็นโรคที่คนทั่วไปมักเชื่อมโยงกับความตายอยู่เสมอ ทำให้ผู้ป่วยหลายคนรู้สึกหมดหวัง และมองไม่เห็นหนทางในการแก้ปัญหา โดยเฉพาะเมื่อสภาวะของโรคเข้าสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งต้องเผชิญกับสภาพปัญหาทางร่างกายที่รุนแรงมากยิ่งขึ้น ส่งผลต่อสภาพจิตใจผู้ป่วยที่ไม่สามารถจัดการกับสภาวะที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมเพียงพอ รวมไปถึงความคิดและความรู้สึกอันมีผลต่อการให้ความหมายกับสภาวะที่เป็นอยู่ของผู้ป่วยในลักษณะที่แตกต่างกัน อีกทั้งความตายเป็นเรื่องที่ยากที่จะยอมรับได้ ดังนั้นการกล่าวถึงเรื่องดังกล่าวเหล่านี้ นับเป็นเรื่องที่บางครั้งไม่อาจเปิดเผยอย่างตรงไปตรงมา และบางเรื่องราวที่เปิดเผยออกมา มิได้เป็นเพียงคำกล่าวแบบลอยๆ แต่เป็นการกล่าวถึงเรื่องราวที่มีบริบทและเงื่อนไขบางสิ่งบางอย่างครอบงำอยู่ อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมที่แสดงออกถึงการเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตาย นับเป็นอีกเรื่องที่สำคัญที่ช่วยให้เข้าใจปรากฏการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยได้ชัดเจนขึ้น ในขณะที่การทำความเข้าใจเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยจะนำไปสู่การเผชิญความตายในภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า รูปแบบการเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตาย แบ่งออกเป็นรูปแบบต่างๆ ดังนี้

ปฏิเสธที่จะรับรู้สิ่งที่เป็นและความตาย

ผู้ป่วยบางคนแม้จะรู้ว่าตนเองป่วยเป็นมะเร็ง แต่เลือกที่จะไม่สืบเสาะค้นหาเกี่ยวกับสภาวะที่ตนเองเป็นอยู่ พยายามที่จะไม่คิดถึงสภาวะที่เกิดขึ้นกับตนเอง หรือเลี่ยงที่จะทำความเข้าใจกับสภาพที่เกิดขึ้นตามจริง เนื่องจากสภาวะดังกล่าวจะทำให้รู้สึก หวาดกลัว หดหู่ และสิ้นหวัง พฤติกรรมที่แสดงออกจึงเป็นไปในลักษณะ ถอยหนีจากการรับรู้ข้อมูลที่แท้จริงเกี่ยวกับตนเอง ไม่พูดคุยถึงสภาวะที่ตนเองเจ็บป่วยกับใครๆ แยกตัว รวมทั้งพยายามไม่รับรู้กับภาพของความทุกข์ทรมาน หรือภาพที่ย่ำแย่ของผู้ป่วยมะเร็งด้วยกัน ตัวอย่างที่มีให้เห็นคือผู้ป่วยมะเร็งตับรายหนึ่ง ซึ่งมักจะแสดงท่าทีหลบเลี่ยงที่จะกล่าวถึงสภาวะที่ตนเองเป็นอยู่ รวมถึงการพยายามไม่คิดถึงสภาวะที่ตนเองเป็นอยู่ จะเห็นได้จาก เมื่อผู้วิจัยถามเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วย คำตอบที่ได้รับคือ

“ยัง ยังไม่ได้คิดอะไร ไม่อยากคิด....ก็หงุดหงิด อยากกลับบ้าน มันบอกไม่ถูก รู้สึกไม่ค่อยดี ..มันพลอยหงุดหงิดไปหมด ไม่อยากอยู่โรงพยาบาล” (P.5, p.2)

หรือในผู้ป่วยบางคน ที่สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุตรชายไม่ค่อยราบรื่นนัก ทั้งผู้ป่วยและบุตรชายไม่เคยพูดกันถึงเรื่องความเจ็บป่วยโดยตรงไปตรงมา โดยตัวบุตรชายเองเลือกที่จะปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วยที่แท้จริงของผู้ป่วย ส่วนตัวผู้ป่วยเองก็ไม่เคยซักถามบุตรชายหรือคนในครอบครัว รวมทั้งแพทย์ด้วยว่าตนเองกำลังเผชิญกับอะไรอยู่ ดูเหมือนเป็นการปฏิเสธที่จะรับรู้เรื่องราวเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง การปฏิเสธการรับรู้เช่นนี้เป็นการหลีกเลี่ยงปัญหาอย่างหนึ่ง ซึ่งนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจชัดเจนเกี่ยวกับสภาวะที่ตนเองเป็นอยู่แล้ว ยังทำให้ไม่สามารถที่จะจัดการกับสภาพจิตใจตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการจัดการต่างๆ เกี่ยวกับตนเองและครอบครัวได้ ส่วนตัวผู้ป่วยเองมักเกิดความหวาดวิตก และเครียดกับสภาพที่ตนเองเป็น เนื่องจากความสับสนและไม่แน่ใจกับสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่และสิ่งที่กำลังจะเกิดตามมา ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมองข้ามวิธีการจัดการกับปัญหาอย่างที่ควรจะเป็น

นอกจากนั้น ยังมีผู้ป่วยที่แสดงออกถึงการปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงที่จะรับรู้เกี่ยวกับความตาย ส่วนใหญ่จะเกิดในผู้ป่วยที่ยังไม่พร้อมจะยอมรับว่าความตายกำลังคืบคลานเข้าใกล้ หรือไม่พร้อมที่จะตายนั่นเอง แม้บางคนจะยอมรับว่าสภาวะที่ประสบอยู่ อยู่ในระยะสุดท้ายซึ่งเป็นภาวะใกล้ตาย แต่ยังคงคาดหวังว่าตนเองจะยังไม่พบเจอกับความตาย ผู้ป่วยบางคนปฏิเสธการรับรู้ความตาย โดยสิ่งที่เขาจะมองภาพความตาย ซึ่งเป็นภาพที่เขาไม่อยากจะเห็นเหมือนเช่นนั้น ดังเช่นที่ผู้ป่วยคนหนึ่งได้กล่าวไว้ว่า

“เมื่อวานผมก็ยังเห็นอยู่คนหนึ่งเลย ผมนั่งอยู่ข้างนอกนะ เขาเข็นกันออกมา คนตาย ผมลุกเดินหนีเลย ผมไม่อยากจะมอง แต่ก็รู้ว่ามันเป็นมะเร็ง” (P.4, p.11)

ผู้ป่วยบางคนแม้จะไม่เคยมีโอกาสดูเห็นภาพความตาย แต่มองว่าความตายคือการสูญเสียโอกาส หรือพลาดหวังจากสิ่งที่ต้องการ จึงไม่อยากจะคิด ไม่อยากพูดถึงเรื่องความตาย รวมถึงปฏิเสธที่จะถามถึงความตาย เพื่อไม่ต้องรับรู้ว่าจะต้องพบเจอกับความตายหรือไม่ หรือต้องพบเจอเมื่อไร ดังตัวอย่างของผู้ป่วยคนหนึ่งแสดงถึงการปฏิเสธการรับรู้เกี่ยวกับความตาย *“ยังไม่อยากรู้ ยังไม่อยากจะคิดอะไร ไม่อยากคิด” (P.5, p.2)*

การหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธที่จะรับรู้ความตาย ส่วนใหญ่เนื่องมาจากผู้ป่วยไม่ยอมรับความตาย คาดหวังว่าตนเองยังมีชีวิตอยู่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีท่าทีในลักษณะนี้ มักมองความตายในแง่ลบทางลบ เช่น ความตายคือความพลัดพรากจากคนที่เป็นที่รัก คือความพลาดหวังจากเป้าหมายในชีวิตที่มีอยู่ หรือผู้ป่วยบางคนก็มองว่าความตายคือความไม่แน่นอน คิดว่าตนเองอาจจะยังไม่ต้องพบเจอกับความตาย จากการที่ยังไม่สามารถทำใจยอมรับความตายได้ ทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงที่จะรับรู้ความตาย มีผลให้ไม่มีความพร้อมที่จะเผชิญกับความตาย เป็นลักษณะของการเผชิญปัญหาในขั้นปฏิเสธ (The stage of denial) การเลี่ยงรับรู้เพื่อเป็นการลดความกังวลของตนเอง หรือบางคนก็อาจปลอบใจตัวเองด้วยความคาดหวังถึงโอกาสที่จะหลีกเลี่ยงความตายได้ ซึ่งการปฏิเสธเช่นนี้อาจทำให้ความรู้สึกกังวลหรือความสับสนในใจหายไปเพียงช่วงระยะเวลาหนึ่ง เพราะส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยรับรู้ดีถึงสภาพการณ์อันจะเกิดได้จากมะเร็ง (Kubler-Ross. 1979: 34-43)

เลือกความตายเป็นหนทางหลีกเลี่ยงปัญหา

ความท้อแท้ สิ้นหวัง กับสภาพความเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยบางคนมองไม่เห็นหนทางที่จะแก้ไข จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยบางคนเมื่อหมดหนทางในการเผชิญหน้ากับปัญหา ทำได้เพียงทนอยู่จนกว่ามะเร็งจะพรากชีวิตตนเองไป โดยที่มิได้มีการจัดการหรือการปรับตัวอย่างเหมาะสม ยิ่งไปกว่านี้ จากการศึกษา ยังพบว่า มีผู้ป่วยบางคน ที่คิดว่าความตายน่าจะเป็นหนทางที่ดีกว่าการทนอยู่อย่างทรมาน หรือทนอยู่อย่างเป็นภาระต่อคนอื่น บางคนที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย อย่างเช่น ผู้ป่วยมะเร็งปอดคนหนึ่ง ที่คิดว่าถ้าตนเองจะต้องอยู่อย่างทรมาน ความตายน่าจะเป็นทางเลือกที่ดีกว่า ดังคำกล่าวที่ว่า

“คือถ้าเกิดมันทรมานนะ ผมจะเล่นกีฬาให้มันหนักกว่านี้ ให้มันหนีอกไปเลย..ก็มี มีคิดอย่างวิธีนี้ ผมว่ามันจะทำให้ผมหนีอก ให้มันช็อคตายเลย ตอนนั้นเหมือนหัวใจมันจะหยุดเต้นเลย มันหายใจไม่ทัน” (P.4, p.9)

นอกจากนี้ ยังมีผู้ป่วยบางคนที่ไม่เพียงแต่คิดฆ่าตัวตายเท่านั้น แต่เคยถึงขั้นลงมือกระทำมาแล้ว เพียงแต่ยังไม่สำเร็จเท่านั้น ดังตัวอย่างของผู้ป่วยมะเร็งปอดคนหนึ่ง ที่มะเร็งทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง มีความรู้สึกที่ตนเองจะกลายเป็นภาระของครอบครัว และมองว่าครอบครัวจะรู้สึกที่ตนเองเป็นภาระด้วย ดังคำพูดที่ว่า

“คิดขี ยิ่งคิดใหญ่เลย มานอนอย่างนี้ แล้วจะทำอย่างไร ผมกลัวว่าจะกินเลยนะ ผมไม่ได้อยู่แล้ว...นึกถึงแต่จะให้มันตาย..แต่ลูกมาเห็นก่อน ก็จบ” (Ex.P.1, p.5)⁷

“ไม่ได้ ไม่ได้ ไม่มีใครเขามาดูแลหรอก ให้อีใหม่ ๆ ทำได้ นาน ๆ มันก็มีความเบื่อหน่าย...ไอ้คนเราใหม่ ๆ มันทำได้ สักเดือนสองเดือนลองดู จะมีอะไรออกมา ต้องมีปัญหาแหละ นึกอย่างนั้น” (Ex.P.1, p.5)

การแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วยในลักษณะนี้ เป็นการเผชิญปัญหาแบบแสดงออกโดยการกระทำโดยตรงเช่นกัน (Direct action) (อาานนท์ วิทยานนท์. 2548: 119; อ้างอิงจาก Lazarus; & Folkman. 1984) แต่เป็นการกระทำในทางลบ เพื่อหลีกเลี่ยงความกลัว ความกังวล หรือความทุกข์ใจที่เป็นอยู่ กลุ่มผู้ป่วยที่คิดและกระทำเช่นนี้ ส่วนใหญ่มองว่าสภาพการณ์ที่เป็นอยู่นี้ของตนเองเป็นความทุกข์ทรมาน และเป็นภาระ การจากไปจึงน่าจะเป็นหนทางที่ดีกว่า นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีความคิดเช่นนี้ มักจะมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ค่อยราบรื่น หรือมักไม่ผูกพันใกล้ชิด เช่น มีลูกแต่ลูกไม่ค่อยดูแลแม้ยามเจ็บป่วย หรือมีครอบครัวพร้อมหน้าแต่ไม่ค่อยได้พูดคุยใกล้ชิด เสมือนต่างคนต่างอยู่ หรือบางครอบครัวที่ไม่เคยถ่ายทอดถึงความคิดความรู้สึกกันอย่างไม่เปิดเผยยามเมื่อตนเองเจ็บป่วย จึงทำให้เห็นได้ว่า ไม่เพียงแต่เฉพาะสภาวะของโรคมะเร็งเท่านั้นที่ทำให้ผู้ป่วยคิด

⁷ ผู้ป่วยชาย อายุ 72 ปี ป่วยเป็นมะเร็งปอด ลามไปที่สมอง ผู้ป่วยคนนี้เป็นผู้วิจัยผู้วิจัยเลือกศึกษาในบางสถานการณ์ที่เห็นว่าเป็นประเด็นที่น่าสนใจ และตอบคำถามการวิจัยในบางประเด็นได้ เนื่องมาจากข้อจำกัดของโอกาสในการพูดคุยกับผู้ป่วย ที่ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลในเชิงลึกได้อย่างครอบคลุมทุกประเด็น

กระทำในทางที่มีโชหนทางที่เหมาะสมต่อการแก้ปัญหา หรือไม่มีความพร้อมในการแก้ปัญหา แต่ยังมีเงื่อนไขอื่นเข้ามาสนับสนุนให้ความคิดจัดการเกี่ยวกับตนเองมีขอบเขตมากขึ้น

ต่อรองกับความเจ็บป่วยและความตาย

ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นมะเร็ง และไม่มีโอกาสแก้ไขให้สภาพที่เป็นอยู่จากความเจ็บป่วยหายไป ซึ่งแม้จะรับรู้เช่นนั้นจากแพทย์หรือทีมสุขภาพ แต่ก็ยังมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ยังปฏิเสธกับสภาวะที่ตนเองประสบอยู่ เช่น ยังไม่ยอมเชื่อว่าจะกลายเป็นคนพิการ หรือคิดว่าความทุกข์ทรมานที่เป็นอยู่ยังน่าจะหายหรือทุเลาลงได้ เมื่อผู้ป่วยเข้าใจได้ว่า วิทยาศาสตร์การ แพทย์ มีโชหนทางที่จะช่วยเหลือตนเองได้เช่นนี้ จึงคิดว่าน่าจะมียุวิธีอื่นที่จะช่วยตนเองได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยหลายรายที่หันไปรักษาทางเลือกอื่น เช่น ฟังยาหม้อ หรือการทำตามความเชื่อของตนเอง เช่น บนบานต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การทำบุญสะเดาะเคราะห์ หรือการทำบุญอุทิศฐานขอพร โดยเฉพาะความเชื่อทางพุทธศาสนา ที่ผู้ป่วยหลายคนยึดถือเป็นที่ยึดพึ่งพิงสำคัญ และหวังว่าจะช่วยบันดาลสิ่งที่คิดหวังให้ประสบผลได้ ซึ่งก็คือการที่ตนเองสามารถหายจากสภาพความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่นั้น ดังประสบการณ์ของผู้ป่วยคนหนึ่งที่ได้เล่าให้ฟังว่า

“เขาทำบุญมากนะ เอาโน่นนี่ไปถวาย เขาทำบุญเยอะ..เขากว่านทำบุญ มันทำบุญ มันก็สบายใจขึ้น...ก็ให้เขาสวดมนต์ อุทิศฐาน ให้ช่วย อย่าให้เราเจ็บเราปวด” (F.5, p.4)

ถ้าอธิบายโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับปฏิกริยาการปรับตัวของผู้ป่วยของ อลิซาเบท

คูเบลเลอร์-รอส (Kubler-Ross, 1973: 34-101) จะเห็นได้ว่า ลักษณะพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกดังกล่าวข้างต้น เป็นปฏิกริยาในการต่อรอง (The stage of bargain) เพื่อหวังให้ตนเองหายหรือทุเลาจากสภาพความเจ็บป่วย จะเห็นว่า แม้ผู้ป่วยจะยอมรับความเจ็บป่วยได้ตามจริงว่าไม่สามารถรักษาได้ แต่ก็ยังพยายามที่จะแสวงหาหนทาง เพื่อต่อรองกับความเจ็บป่วยตามความเชื่อส่วนตัวของผู้ป่วยเอง การต่อรองเช่นนี้ ความหวังสูงสุดคือการหายขาดจากสภาวะที่เป็น แม้แพทย์จะให้ข้อมูลว่าหมดสิ้นหนทางแล้วก็ตาม หรืออย่างน้อยก็เป็นความพยายามในการผ่อนหนักให้เป็นเบา แม้ผู้ป่วยจะมีความเชื่อถือวิทยาศาสตร์การแพทย์มาก่อนล่วงหน้าก็ตาม และยังไม่แน่ใจว่าการกระทำตามความเชื่อจะสัมฤทธิ์ผลหรือไม่ แต่การกระทำตามความเชื่อนี้ ก็ยังเป็นที่ยึดพึ่งพิงทางใจให้ผู้ป่วยมีความหวังขึ้นมาได้ แม้ดูเหมือนว่าจะเป็นหนทางที่มีโชหนการแก้ปัญหาโดยใช้ทักษะ หรือความเป็นเหตุเป็นผลก็ตาม

ส่วนการต่อรองกับความตายนั้น ที่เห็นเป็นส่วนใหญ่ คือการต่อรองว่าตนเองไม่น่าจะตาย หรือจะสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้อีกนาน โดยการจัดการในลักษณะของการต่อรองนี้จะทำตามความเชื่อทั้งส่วนตัวและครอบครัว โดยเฉพาะความเชื่อทางศาสนา และพิธีกรรมต่างๆ โดยหวังว่า อาจมีปาฏิหาริย์ที่จะช่วยยืดชีวิตหรือหยุดยั้งความตายของตนเองได้ แม้จะไม่แน่ใจถึงความเป็นไปได้ก็ตาม ดังเช่นกรณีของผู้ป่วยคนหนึ่งที่ได้เล่าให้ฟังถึงการประกอบพิธีตามความเชื่อ เพื่อต่อชะตาชีวิตของตนเอง

“หมอกคนนี่เขาก็ทำพิธีกรรมแบบไทยแบบอินเดียผสมกันแหละ..แล้วร่างทรงเขาบอกชะตาผมมันขาดแล้ว แล้วเขาก็ต่อชะตาให้ผมแล้ว..เขาบอกเงาหัวผมไม่มี..ผมก็ให้ท่านครูนะ เป่าชะตาให้...เขาบอกเขาขอท้าวเวสสุวรรณ ท้าวอะไรเนี่ย เขาขอชีวิตไว้ เขาทำพิธีเปิดชะตา แล้วให้ผมไปนอนใช้ผ้าขาวคลุม แล้วก็เอาพระวางบนหัว แล้วก็ทำพิธีต่างๆ” (P.1, p.3)

ผู้ป่วยที่รับรู้และยอมรับว่าตนเองอาจเสี่ยงความตายไปไม่ได้ จะมีการต่อรองความตายในอีกลักษณะหนึ่ง โดยมุ่งหวังให้ตนเองพบเจอกับความตายในสภาพอย่างที่ต้องการ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มองว่า หากตนเองจะต้องตาย อยากที่จะให้ตนเองจากไปอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน หรือแม้แต่ผู้ป่วยบางคนก็มองว่าแม้ความตายจะน่ากลัว แต่ความทุกข์ทรมานน่ากลัวกว่าความตายเสียอีก ดังที่ผู้ป่วยคนหนึ่งได้กล่าวไว้

“ผมอยากแค่ว่า ตายอย่าเจ็บปวด นอนตายไปเลย..ผมอยากว่า เออ จะตายพุงนี่นะ พุงนี่นอนแล้วตายไปเลย อย่างนี้...ไม่อยากเจ็บปวด ตายไปเลย” (P.1, p.17)

การต่อรองความตายนี้ เป็นเพียงการกระทำโดยหวังว่าอาจมีความเป็นไปได้เกิดขึ้น อาจดูมิใช่การจัดการเพื่อแก้ปัญหา แต่เป็นกลไกหนึ่งในการเผชิญปัญหาเพื่อลดความกังวล หรือให้กำลังใจตนเองว่าอาจมีหวังรอดจากความตายได้ หรือตนเองน่าจะได้จากไปอย่างสบายและสงบ โดยไร้ความทรมานหรือความเจ็บปวดได้ ถ้าอธิบายข้อค้นพบจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เทียบเคียงกับการอธิบายตามกลไกการปรับตัวเพื่อรับการความตายทั้ง 5 ขั้นตอน ของคลูเบลอร์-รอส (Kubler-Ross. 1979: 34-101) จะพบว่า มีความสอดคล้องกันค่อนข้างมาก ในขั้นของการต่อรอง (The stage of bargain) จากการศึกษาของคลูเบลอร์-รอส นั้นผู้ป่วยจะผ่านช่วงของการปฏิเสธ และได้ระบายความโกรธไปแล้ว และสู่การยอมรับการเจ็บป่วยอย่างสมบูรณ์⁸ และพยายามหลีกเลี่ยงความตาย โดยการเริ่มต่อรองเพื่อขอให้มีชีวิตอยู่ยาวนานที่สุดและไม่ทุกข์ทรมาน ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ การต่อรองจะเกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยยอมรับสภาวะที่ประสออยู่ว่าเข้าใกล้ความตาย ซึ่งก่อนที่จะยอมรับนี้ผู้ป่วยบางคนผ่านขั้นตอนของการปฏิเสธ ไม่ยอมรับความตาย หรือบางคนผ่านขั้นตอนของการโกรธ โทษชะตากรรมตนเอง หรือระบายอารมณ์หงุดหงิดใส่ผู้ใกล้ชิด หรือบางคนก็ผ่านทั้งสองขั้นตอนนี้มา ก่อนจะเข้าสู่ขั้นของการต่อรองดังกล่าว

ปฏิกริยาของการต่อรองที่พบในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ที่เห็นชัดคือการแสดงออกโดยการต่อรองกับอำนาจที่เชื่อถือศรัทธา และเชื่อว่ามีความศักดิ์สิทธิ์ สามารถดลบันดาลให้เกิดสิ่งที่คาดหวังกับชีวิตได้ นั่นคือ หลุดพ้นจากความตายและความทุกข์ทรมาน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่แม้จะยังยึดถืออยู่กับความรู้ความเชื่อในวิทยาศาสตร์การแพทย์ แต่ก็ไม่ปฏิเสธหรือแม้แต่ให้ความเชื่อมั่นกับอำนาจที่

⁸ ในตลอดช่วงเวลาของการเผชิญกับความเจ็บป่วยและความตายทั้ง 5 ขั้นตอนจากการศึกษาของคลูเบลอร์-รอสนี้ อาจมีการเกิดขึ้นแล้ว เกิดขึ้นอีก หรือบางคนอาจไม่มีปฏิกริยาครบในทุกระดับขั้นตอน หรือแต่ละขั้นอาจไม่มีการเรียงลำดับ ขึ้นอยู่กับปัจจัยรอบข้าง บริบท และภูมิหลังของผู้ป่วยแต่ละคน

นอกเหนือธรรมชาติ ที่แม้แต่ตัวเขาเองก็ไม่แน่ใจว่ามีจริงหรือไม่ อย่างไรก็ตาม ปฏิภิกิริยาที่เกิดขึ้นในลักษณะนี้ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง หรือกำลังใจที่จะต่อสู้กับความตายหรือมีชีวิตอยู่ต่อไป

ปกปิดตัวตนที่อ่อนแอ

ในผู้ป่วยบางคนที่มองว่าสถานะที่ตนเองเป็นอยู่อาจสร้างภาระ ความทุกข์ใจให้กับคนใกล้ชิด หรือจะทำให้ภาพลักษณ์ของตนเองสูญเสีย มักพยายามที่จะทำตัวให้เข้มแข็ง อดทนกับสถานะที่ตนเองเป็น ไม่แสดงความอ่อนแอให้ใครๆ เห็น หลบเลี่ยงไม่ทำให้ใครเห็นภาพที่อ่อนแอ หรือเห็นภาพลักษณ์ที่ตนเองคิดว่าไม่น่าดู ผู้ป่วยแสดงออกในลักษณะเช่นนี้ มักเก็บกดความวิตกกังวลจนเกิดภาวะเครียด บางคนแยกตัว พยายามหลบเลี่ยงไม่ทำให้ใครเห็นภาพตัวตนภายนอกที่เปลี่ยนไป ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีการเผชิญหน้ากับภาวะใกล้ตายในลักษณะเช่นนี้ ส่วนใหญ่มักเป็นผู้นำครอบครัว เคยประสบความสำเร็จมาก่อน หรือเคยมีภาพลักษณ์ที่ดูเข้มแข็ง จึงรับไม่ได้กับความสูญเสียความเป็นตัวตนที่เคยมี เช่น กรณีผู้ป่วยมะเร็งปอดคนหนึ่ง ซึ่งแม้ร่างกายจะอ่อนแอ แต่พยายามเมื่ออยู่ต่อหน้าผู้อื่นจะหลบเลี่ยงไม่แสดงความอ่อนแอให้เห็น ดังคำพูดในตอนหนึ่ง

“ตอนนั้นเหมือนหัวใจมันจะหยุดเต้นเลย มันหายใจไม่ทัน ผมต้องออกนอกสนาม(สนามฟุตบอล) ไม่ให้ใครหาเจอ ผมต้องหยุดสักพักหนึ่งนะ กลัวเด็กมันรู้ใจ ต้องแกล้งทำเป็นฟอร์ม..กลัวเขารู้ว่าผมเป็นอะไร ผมไม่อยากให้ใครรู้” (P.4, p.9)

การเผชิญกับภาวะใกล้ตายในลักษณะที่ปกปิดตัวตนที่แท้จริงเช่นนี้ เป็นพฤติกรรมการแก้ปัญหา โดยใช้กลไกในการป้องกันทางจิตใจ (Defense – mechanism) ในลักษณะของการยับยั้งการแสดงพฤติกรรม (Inhibition of action) (อาานนท์ วิทยานนท์. 2548: 118; อ้างอิงจาก Lazarus; & Flokman. 1984) เพื่อตอบสนองทางด้านอารมณ์ของตนเอง การเผชิญกับปัญหาในลักษณะนี้มักไม่ค่อยเกิดประโยชน์มากนัก เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้สึกกดดัน เนื่องจากไม่สามารถระบายความในใจที่แท้จริง และแสดงตัวตนตามที่เป็นได้อย่างเต็มที่ ผู้ป่วยบางรายเพียงแค่นับถอยหลังการแสดงผลพฤติกรรม แต่กลับเฝ้ารอคอยเวลาให้ผ่านไปโดยไม่ได้ทำอะไร อย่างไรก็ตาม การเผชิญหน้าในลักษณะนี้อาจมีประโยชน์แฝงอยู่ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่แสดงพฤติกรรมที่เป็นผลเสียออกมา เนื่องจากไม่ต้องการให้บุคคลอื่นๆ รู้สึกว่าตนน่าสงสาร หรือกลายเป็นภาระ

ทำใจให้เข้มแข็ง จัดการกับความเครียด

ผู้ป่วยหลายคนด้วยกัน ที่มองว่าความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ แม้จะทำใจยอมรับไม่ได้ แต่จะแสดงถึงความพยายามที่จะทำใจยอมรับ แม้จะเป็นการฝืนทำใจก็ตาม ผู้ป่วยหลายรายที่ใช้แนวคิดทางพุทธศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยว เช่น มองว่า เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดา หรือเป็นธรรมดาของชีวิต และผู้ป่วยบางรายเลือกที่จะมองในแง่ดีเพื่อให้ตนเองคลายกังวล อย่างเช่นผู้ป่วยรายหนึ่งที่มีมองว่าเป็นมะเร็งซึ่งเป็นโรคร้ายแรง ก็ยังดีกว่าเป็นโรคติดต่อร้ายแรง ซึ่งจะทำให้สังคมรังเกียจ ดังคำพูดที่ว่า

“ผมเลือกเป็นมะเร็ง วัณโรคหรือว่ารักษาหาย ...แต่ยาที่กินนะมันทรมาณ ..ผมก็รู้วัณโรครักษาอย่างไร ใจความทรมาณนะพอๆ กับมะเร็ง แต่ผลของมันให้ผลมากกว่า เพราะว่ามันเป็นโรคติดต่อใช้มะ” (P.4, p.13)

แม้จะพยายามมองสภาวะที่เป็นในแง่ดี มองว่ามะเร็งเป็นแล้วตายก็ไม่เป็นไร แต่ผู้ป่วยก็ยังหวังว่าตนเองจะยังมีชีวิตอยู่ ซึ่งจากการศึกษา พบว่า มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่พยายามแสดงตนในลักษณะเช่นนี้ เพื่อปลอบใจตัวเอง เพื่อไม่ให้ตนเองรู้สึกหวาดกลัว หรือกังวลกับสภาวะที่เป็นจนควบคุมไม่ได้ อย่างเช่นที่ผู้ป่วยอีกรายได้พูดถึงสภาพการณ์ของตนเอง เมื่อได้รับการรักษาโดยเคมีบำบัด แล้วมีอาการแพ้เกิดขึ้น

“คิดว่ามันไม่แพ้ มันก็ไม่แพ้” (Ex.P.2, p.4)⁹ เป็นคำพูดที่แสดงออกมาเพื่อปลอบใจตัวเอง ทั้งที่รู้สึกทุกข์ทรมานกับสภาวะที่เป็น โดยสังเกตได้จากสีหน้าท่าทางที่แสดงถึงความกังวล

สิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยลดภาวะวิตกกังวล และไม่ให้ล่วงเลยไปจนถึงภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะมีผลต่อสภาวะทางร่างกายยิ่งขึ้นไปอีก คือการพยายามจัดการกับความเครียดของตนเอง มิใช่การจัดการโดยปฏิเสธความตาย หรือไม่รับรู้ความตาย แต่พยายามมองความตายให้เป็นเรื่องปกติ ธรรมดา เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ และไม่อาจหลีกเลี่ยงได้เมื่อถึงวาระที่ถูกกำหนดมา รวมถึงการพยายามคิดถึงเรื่องที่เป็นกังวลในแง่บวก ดังเช่นผู้ป่วยบางคน ที่มองว่าความตายของตนอาจมีผลต่อสภาพความเป็นอยู่ของบุคคลอันเป็นที่รัก แต่ก็พยายามมองว่า พวกเขาเหล่านั้นน่าจะสามารภใช้ชีวิตกันอยู่กันได้ได้อย่างปกติสุข แม้จะยังมีความห่วงกังวลอยู่บ้างก็ตาม ดังเช่นที่ผู้ป่วยคนหนึ่งได้กล่าวถึงว่า

“มันก็เป็นห่วงแม่ แม่ผมเขาอายุมากแล้ว น้องชายเขาก็มีลูกหลายคน ผมก็ห่วงตรงนี้ ห่วงความเป็นอยู่ของเขา อะไรอย่างนี้ แต่มันก็...จริงอยู่ว่า ผมอาจจะไม่ได้ช่วยเกื้อกูลอะไรเขา เขาก็อยู่ของเขาได้ จะมาลูกตายอีกคนหนึ่ง ผมก็เป็นห่วง..เหมือนกับว่ามันเป็นความผูกพันกัน อย่างนี้ คิดอยู่อย่างนี้ ก็มีบางคิดอยู่อย่างนี้ ไม่นาน แต่อีกใจก็โอเค เขาก็อยู่ของเขาได้” (P.4, p.4)

อย่างไรก็ตาม การพยายามจัดการกับความคิดของตนเองนี้ อาจเป็นการแสดงออกในลักษณะของการยับยั้งพฤติกรรม (Inhibition of action) ที่จะแสดงออกถึงความวิตกกังวล ต่อหน้าบุคคลอื่นที่ตนเองไม่ต้องการให้รับรู้ เพื่อที่จะไม่ต้องสูญเสียความเป็นตัวตนที่เคยถูกมองว่าเข้มแข็ง ในสายตาผู้อื่น หรือเพื่อมิให้ผู้เป็นที่รักเกิดความวิตกกังวลตามไปด้วย หรือในผู้ป่วยบางคนก็อาจพยายามปฏิเสธปัญหา มองว่าปัญหาจากความตายของตนเองไม่น่าจะเกิดขึ้น ทั้งนี้เป็นกลไกเพื่อลดความวิตกกังวลของตนเอง (Intrapsychic mode) ซึ่งลักษณะของการเผชิญปัญหาในลักษณะนี้ เป็นเพียงการแก้ปัญหาเฉพาะด้าน เพียงเพื่อผ่อนคลายความเครียดและบรรเทาความวิตกกังวล ซึ่งมักมีผลในการแก้ปัญหาได้น้อย และบางครั้งก็อาจทำให้เกิดปัญหาอื่นตามมาทีหลัง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักใช้การโกหกตัวเอง หรือพยายามมองว่าปัญหาที่เผชิญอยู่เป็นเรื่องเล็กน้อย เพื่อให้ความกังวลของตนเองลดลง และภาวะจิตใจดีขึ้น (Lazarus; & Flokman S. 1984: 117-139) อย่างไรก็ตาม การลด

⁹ ผู้ป่วยหญิง อายุ 49 ปี ป่วยเป็นมะเร็งมดลูก ลามไปที่ตับ เป็นผู้ป่วยอีกคนที่ผู้วิจัยเลือกศึกษา เฉพาะบางสถานการณ์ที่เห็นว่าเป็นประเด็นที่น่าสนใจ และตอบคำถามการวิจัยในบางประเด็น

ความกังวลมักเป็นลักษณะชั่วคราว แต่การที่ไม่ได้แสดงอารมณ์ ความรู้สึกตนเองตามจริง อาจทำให้ผู้ป่วยสับสนเกี่ยวกับการแสดงบทบาทของตนเอง รวมทั้งอาจรู้สึกกดดันกับความรู้สึกหรืออารมณ์ที่พยายามปกปิดไว้ การแสดงออกเช่นนี้ขึ้นอยู่กับสภาพบริบทรอบคร้ว ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว รวมถึงภูมิหลังของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นสำคัญ ส่วนการจะช่วยให้การจัดการปัญหาในลักษณะนี้ลุล่วงไปได้ด้วยดี ส่วนใหญ่ต้องอาศัยการสนับสนุนทางสังคมจากคนใกล้ชิดรอบข้างเป็นสำคัญ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีคนใกล้ชิดเคียงข้าง คอยให้กำลังใจ คอยช่วยผ่อนภาระปัญหาหรือช่วยแก้ปัญหา รวมถึงแสดงถึงความเข้มแข็ง ไม่หวาดวิตกเมื่อผู้ป่วยต้องจากไป จะช่วยให้ผู้ป่วยคลายความกังวลได้อย่างแท้จริง

ยอมรับกับภาวะใกล้ตายและพร้อมเผชิญความตาย

ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นมะเร็งไม่ทุกคนที่จะสามารถยอมรับได้กับคำว่า “มะเร็ง” และความเจ็บป่วยจากมะเร็ง ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายที่สามารถทำใจยอมรับความจริงกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ เข้าใจได้ว่าตนเองจะต้องเผชิญกับสภาวะเช่นไรต่อไป ซึ่งแม้สภาพการณ์ที่เกิดขึ้นจะลุลกลามมากขึ้นเรื่อยๆ ก็ยังสามารถทำใจยอมรับได้ อย่างเช่นในกรณีผู้ป่วยบางคน ที่มองว่า ความเศร้าโศกเสียใจมิใช่หนทางที่จะทำให้สภาวะที่เป็นอยู่ดีขึ้นได้ เข้าใจได้ว่าตนเองอาจจะต้องเผชิญกับสภาวะเช่นใดได้บ้าง ในขณะที่ขาสองข้างอ่อนแรง เดินอย่างปกติไม่ไหว ต้องใช้เครื่องช่วยพยุงเดิน และคิดว่าในอนาคตอาการอ่อนแรงอาจเป็นมากขึ้น จนถึงขั้นไม่สามารถเดินได้ แต่สิ่งที่ผู้ป่วยได้แสดงให้เห็นคือ การทำใจยอมรับกับสิ่งที่เป็นอย่างอยู่และสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น และแม้จะไม่ได้มีการเตรียมการอะไร แต่สิ่งที่เห็นได้คือการเตรียมใจรับกับสภาวะที่จะเกิดขึ้น มองว่าถ้าตนเองไม่สามารถเดินได้ ก็ยังสามารถใช้รถเข็นนั่งได้ แม้จะช่วยตัวเองได้น้อยลง แต่ก็ยังสามารถทำอะไรบางอย่าง หรือแม้แต่สามารถช่วยเหลือครอบครัวในบางเรื่องได้ จะเห็นได้จากคำพูดที่ว่า

“ไม่ได้เตรียมหรอก ถ้ามันลามจริง ๆ หละก็ มันลามเดินไม่ได้ก็นั่งรถเข็น..ก็คือถ้าเดินไม่ได้ก็นั่งรถเข็นเอา” (P.1, p.13)

และอีกคำพูดหนึ่ง ซึ่งน่าจะเป็นข้อคิดดีๆ กับผู้ป่วยหลายๆ คน ในแง่ที่ว่า แม้กายจะป่วย แต่สมองหรือความคิดของเราไม่ได้ป่วย ดังนั้นจึงเลือกที่จะคิดดี และใช้ความคิดให้เป็นประโยชน์ต่อทั้งตนเองและผู้อื่นได้

“ทำงาน ผมก็มานั่งขายของได้ คิดเงินได้ ผมไม่ต้องหยิบของให้ใคร ผมให้ลูกน้องหยิบความคิดผมไม่ได้ป่วยด้วยนี่” (P.1, p.14)

“ผมขายของได้ สมองผมยังปกติ จำความได้ทุกอย่าง สมองผมไม่ได้ป่วยด้วย..เราอยู่กันสองคน เพราะว่าถ้าผมป่วยแล้วผมไม่ขายของ แล้วแฟนออกไปธุระข้างนอก ต้องปิดร้าน ก็ต้องเสียลูกค้า ไข่มะ ลูกค้าไปซื้อของที่อื่นหมด” (P.1, p.14)

อย่างไรก็ตาม การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยตามที่เป็นอยู่ของผู้ป่วยที่กล่าวถึงนี้ เป็นการมองภายใต้สภาวะที่เป็นอยู่และสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นตามความเข้าใจที่เป็นอยู่ และอาจเป็นการเผชิญกับสภาวะที่เป็นอยู่ภายหลังที่ผ่านกระบวนการทางจิตใจในลักษณะต่างๆ มาแล้ว เช่น การ

ปฏิเสธ การต่อรอง หรือการเศร้าเสียใจ ซึ่งผู้ป่วยอาจไม่ได้เปิดเผยให้ผู้วิจัยทราบ นอกจากนั้น เรายังไม่อาจคาดเดาได้เต็มที่กับเรื่องที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หากสภาวะที่เกิดขึ้นรุนแรงกว่าที่คิดไว้ เช่น ความเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย หรือกลายเป็นภาวะแก่คนอื่น ลักษณะการเผชิญกับภาวะใกล้ตายนี้อาจแปรเปลี่ยนไป ช่วงเวลาอาจทำให้ผู้ป่วยบางคนค่อยๆ ทำใจกับสภาวะที่เกิดขึ้นกับตนเอง ในทางตรงข้าม ช่วงเวลาที่ควบคุมไปกับสถานการณ์ที่เลวร้ายลง ก็อาจทำให้การทำใจยอมรับมีความยากลำบากมากยิ่งขึ้น หรือแม้แต่ไม่สามารถยอมรับได้เลย นอกจากนี้ มิติในด้านต่างๆ ล้วนเป็นเงื่อนไขที่มีความสัมพันธ์กับการคิดและการจัดการกับสภาพจิตใจตนเองของผู้ป่วย อย่างเช่น ในกรณีของผู้ป่วยที่สภาพเศรษฐกิจของครอบครัวที่ค่อนข้างมั่นคง ไม่มีปัญหาเรื่องการเงินหรือค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ตลอดจนแรงสนับสนุนจากครอบครัว ความเข้าใจของคนใกล้ชิดเกี่ยวกับกับภาวะที่ผู้ป่วยเป็น สามารถดูแลจัดการภาวะในครอบครัวแทนได้ รวมถึงการสนับสนุนจากญาติพี่น้องทั้งด้านการเงินและการดูแล มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความกังวล และความกลัวเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ และยังอาจเป็นอีกเงื่อนไขหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับสภาวะทางจิตใจของตนเองได้อย่างสงบ

ผู้ป่วยที่แสดงถึงความพร้อมในการเผชิญความตาย มักเป็นผู้ป่วยที่รับรู้และเข้าใจข้อมูลตามจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย และยอมรับว่าความตายกำลังจะเกิดขึ้นกับตนเอง ผู้ป่วยบางคนสืบเสาะข้อมูลจากแหล่งความรู้ต่างๆ ถามข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสภาวะของตนโดยตรงจากแพทย์ กล้าที่จะเผชิญความจริงเกี่ยวกับระยะสุดท้ายของตนเอง รวมถึงบางคนกล้าที่จะถามว่าตนเองจะสามารถมีชีวิตอยู่ได้อีกนานเท่าไร ดังเช่นผู้ป่วยคนหนึ่งได้เล่าให้ฟังว่า

“หนังสือก็มีอ่านกันเยอะนะ ผมคิดว่าการที่เป็นมะเร็งนะมันตาย ทำให้คนหดหู่ คือถ้าเขาไม่รู้ว่าเขาอาจจะคิดว่าไม่ได้เป็นมะเร็ง ไข้ไหม แต่ถ้าบอกว่าเป็นมะเร็งเลยเนี่ย มันตาย..หมอบอกผมได้ ผมไม่ได้สนใจตรงนี้นะ เป็นก็เป็น ตายก็ตาย ไม่เป็นไร ตายก็ตายไป” (P.4, p.14)

“มาตรวจผมก็ถามหมอ หมอก็บอกผมเป็นมะเร็ง ผมก็ถามขั้นที่เท่าไร หมอก็บอก ชั้นที่ 4 ไข้ไหม...ผมเองก็พูดกับหมอเหมือนกัน บอกมะเร็งนี้ตายแน่ไข้ไหม ผมก็คุย คุยน้ำเสียงอย่างนี้ ธรรมดา คุยบอกผมเป็นโรคนี้อยู่นะ” (P.4, p.16)

นอกจากนั้น ยังมีผู้ป่วยบางคน ที่แม้ในตอนแรกจะมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความไม่พร้อมที่จะเผชิญความตาย แต่ช่วงเวลาที่ผ่านไป การได้ทำความคุ้นเคยกับมะเร็งและภาวะใกล้ตายมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำใจยอมรับได้ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากการปฏิเสธ หลีกเลี่ยงความตาย การแสดงอารมณ์หงุดหงิด แสดงอารมณ์โกรธบ่อยครั้ง กลายเป็นการยอมรับความตายอย่างสงบ แม้สภาพร่างกายจะอ่อนแอและทรุดโทรมลงจนถึงกับช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ การแสดงถึงการยอมรับความจริงกับสภาพที่เป็นอยู่ นอกจากจะสังเกตจากพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปแล้ว ยังรับรู้ได้จากคำพูดที่ผู้ป่วยสื่อให้เห็นถึงการยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้นนี้ ดังคำพูดของผู้ป่วยคนหนึ่งเผชิญกับมะเร็งในระยะสุดท้ายมาเป็นเวลากว่าครึ่งปี เขาได้พูดถึงความ

ตายด้วยสีหน้าและท่าทีที่เป็นปกติว่า “ปลงแล้ว...ถ้าผมตาย มะเร็งก็ตายไปพร้อมกับผม” (Ex.P.4, p.1)¹⁰

ผู้ป่วยที่แสดงออกถึงความพร้อมเผชิญความตาย เช่นนี้ มักจะไม่แสดงความสิ้นหวังหรือท้อแท้ให้ปรากฏ และการที่พวกเขายอมรับว่าความตายจะมาเยือน แต่เชื่อว่าจะยินยอมให้ความตาย คืบคลานเข้าใกล้โดยมิได้มีการจัดการสิ่งใด การแสดงถึงความพร้อมในการจัดการกับภาวะใกล้ตาย คือ การให้ความร่วมมือในการรักษา พยายามทำความเข้าใจกับแนวทางการรักษา เพื่อให้สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งการดูแลรักษาสุขภาพตนเองตามสมควร ให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษา เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ หลีกเลี่ยงอาหารที่เกิดโทษ และการพยายามทำจิตใจให้เข้มแข็ง เป็นการพยายามปฏิบัติในทุกทางที่มองว่าสมควรกับสถานะที่เป็น ทั้งนี้เพื่อช่วยยืดความตายออกไป จะเห็นได้จากการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยคนหนึ่ง ที่ได้เล่าให้ฟังว่า

“ผมก็ดูแลร่างกาย ผมดูแลร่างกายดี..ผมออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง มันก็เป็น การยืดอายุ ผมก็อยากให้ร่างกายผมแข็งแรง ผมอ่านจากหนังสือเนี่ย แต่เจ็บครั้งนี้ มันทำให้ร่างกาย ผมไม่ไหว ผมต้องพักฟื้นเรื่องออกกำลังกายไว้ก่อน..ถ้าผมออกกำลังกายไหว ผมมีเวลาอีกสาม อาทิตย์ที่จะได้ออกกำลังกาย ฝึกร่างกาย ถึงตอนนั้นเพื่อมารักษาต่อที่นี่ ถ้าคุณหมอบอกว่ามันมี โอกาส ร่างกายผมยังดี ผมจะทำให้ร่างกายผมดี เพื่อมารักษาต่อ ไอ้ที่เขาไม่นั้น เพราะว่าคนมันไม่ รักษา จิตใจพอรู้ว่าเป็นป๊อบ ตายแน่ รอดแต่ยา รอดแต่ยาอย่างเดียว” (P.4, p.19)

การยอมรับกับภาวะใกล้ตาย ยังรวมถึงการพยายามทำความเข้าใจกับสถานะของโรค เข้าใจได้ว่ามะเร็งคุกคามไปยังอวัยวะส่วนใดของร่างกาย และมีผลต่อร่างกายเช่นไร รวมถึงเข้าใจได้ ว่าแนวทางการรักษาที่ได้รับจะมีผลอย่างไรต่อสถานะที่เป็นอยู่ ความเข้าใจดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วย เต็มใจและเตรียมการที่จะรับมือกับสถานะที่เกิดขึ้นหรือที่จะเกิดขึ้นได้ แต่หากผู้ป่วยไม่รับรู้ สัมผัสหรือคลุ้มเครือกับสถานะที่เป็นอยู่ การเตรียมการที่เหมาะสมด้วยตัวของผู้ป่วยเองคงยากที่จะเกิดขึ้น ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมที่ต่อต้าน ไม่ยอมรับการรักษา ตลอดจนมีความคับข้องใจกับการ ดูแลรักษาที่ตนเองได้รับ อย่างเช่นผู้ป่วยคนหนึ่ง เมื่อพบว่ามะเร็งลามไปที่สมองและทำให้ขาทั้งสอง ข้างอ่อนแรง ในช่วงแรกที่ไม่เคยรับรู้เกี่ยวกับพยาโรศภาพดังกล่าวมาก่อน ทำให้ตกใจและหวาดกลัว

¹⁰ ผู้ป่วยคนนี้ มิได้เป็นผู้ป่วยที่ผู้วิจัยเลือกเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษาเชิงลึก แต่เลือก ศึกษาในบางประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย เป็นผู้ป่วยชาย อายุ 40 ปี ระบุว่าตนเองป่วยเป็นมะเร็งในระยะสุดท้ายมาได้ 6 เดือน จนปัจจุบัน ไม่สามารถเดินได้ ผู้ป่วยมี สถานภาพโสด มีฐานะดี เป็นระดับผู้บริหารของบริษัทแห่งหนึ่ง ผู้ดูแลเป็นเจ้าหน้าที่จากศูนย์ พยาบาลแห่งหนึ่งที่ได้จ้างมาดูแล จากเดิมผู้ป่วยมีพฤติกรรมค่อนข้างก้าวร้าว และหงุดหงิดกับทีม สุขภาพบ่อยครั้ง จนมาช่วงหลังพฤติกรรมปรับเปลี่ยนไป ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมเช่นเดิม สีหน้า ท่าทางสงบมากขึ้น และสามารถพูดคุยยิ้มแย้มได้ ภายหลังจากก่อนผู้วิจัยออกจากสนามวิจัย ผู้ป่วย เสียชีวิตแล้ว

กับสภาวะที่เกิดขึ้นกับร่างกายตนเอง เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง รวมถึงไม่อยากจะอยู่รักษาตัวที่โรงพยาบาลด้วย จนเมื่อได้ทำความเข้าใจกับแพทย์เกี่ยวกับสภาวะที่เป็นอยู่นั้นอย่างชัดเจน ตระหนักถึงอันตรายอันอาจเกิดขึ้นเมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน รวมถึงแนวทางการรักษาโดยการฉายแสงที่จะสกัดกั้นการลุกลามของโรค อันเป็นที่มาของการทำให้ขาสองข้างอ่อนแรง ความเข้าใจที่ชัดเจนขึ้นเกี่ยวกับสภาวะดังกล่าว ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับที่จะรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาล และให้ความร่วมมือในการรักษาจนครบกระบวนการ รวมถึงการฝึกปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้จะให้สภาวะที่เป็นอยู่ทุเลาลง

“ตอนแรกเพราะเราไม่รู้ไง ทำใจไม่ได้ ตัวเอง ขาตัวเอง หมอเขาบอกช้ำชวาซา แล้วก็ขา... คุณหมอคอยก็เข้าใจ ตอนแรกไม่รู้ไง ความที่ไม่รู้ คุณหมอบอกว่ามันอันตรายนะ อย่างนั้นอย่างนี้ เราก็เลยเข้าใจ ดีที่หมอแนะนำ ไม่งั้นก็จะตีกลับไปบ้านอย่างเดียว” (P.3, p.14)

“สบายใจขึ้น ให้ออกกำลังกาย ทำใจดี ๆ นะ แก้วทำให้สู้ ๆ ... ไม่เครียดแล้ว สมองตอนนี้อยากคิดอะไร เครียดเปล่า ๆ อยู่เฉย ๆ คอยเวลาอย่างเดียว ต้องไปฉายแสง” (P.3, p.14)

จะเห็นว่า ภายหลังจากที่ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาชัดเจนขึ้น นอกจากความร่วมมือในการรักษาแล้ว ผู้ป่วยยังพยายามฝึกบริหารแขนขา เพื่อให้สมรรถภาพทางร่างกายฟื้นตัว และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรกินให้เหมาะสม อีกทั้งสามีที่ช่วยดูแลเป็นอย่างดี ทั้งการช่วยบริหารร่างกาย การดูแลเรื่องอาหารการกิน ซึ่งถือว่าเป็นแรงสนับสนุนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับสภาวะที่เป็นอยู่ พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมานั้นภายหลังเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของตนเองนั้น เป็นลักษณะของการเผชิญปัญหาที่เป็นการตอบสนองด้วยการกระทำโดยตรง (Direct action)¹¹ ซึ่งในลักษณะของผู้ป่วยรายนี้ จะเป็นการกระทำเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสภาวะที่ตนเองประสบและข้อมูลที่ได้รับรู้ (Lazarus; & Folkman S.1984: 117-139) ทั้งนี้เพื่อลดความกังวล เพื่อให้สามารถเป็นอยู่กับมะเร็งต่อไปได้

อย่างไรก็ตาม แม้ผู้ป่วยจะมีความเข้าใจกับภาวะใกล้ตายของตนเอง และมีการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับแนวทางการรักษา แต่สภาวะทางร่างกายที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยยากที่จะทำใจยอมรับได้ อย่างเต็มที่ เห็นได้จาก ความเครียดและความกังวลยังคงมีอยู่ แต่อย่างน้อยสิ่งที่เห็นก็คือความสามารถจัดการกับตนเองได้อย่างเหมาะสม ทั้งความร่วมมือในการรักษา และการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ รวมถึงความพยายามที่จะทำใจยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ เพื่อที่จะลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นกับจิตใจตนเอง ซึ่งในผู้ป่วยคนอื่น ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างเพียงพอ การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายในสถานการณ์ต่าง ๆ หรือการปฏิเสธสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น อาจไม่สามารถจัดการกับภาวะใกล้ตายของตนเองได้อย่างเหมาะสม หรือ

¹¹ Direct action เป็นอีกรูปแบบของการเผชิญปัญหาแบบหนึ่ง ตามแนวคิดการเผชิญปัญหาของ ลาสซารุส (อาณนทร์ วิทยานนท์.2548: 118-120; อ้างอิงจาก Lazarus; & Folkman. 1984) ซึ่งเคยได้กล่าวถึงไว้แล้ว และตามรายละเอียดในบทที่ 2 หน้า 56)

แม้แต่อาจคิดหลีกเลี่ยงจากสภาพที่เป็นอยู่โดยละเอียดถึงความเป็นเหตุเป็นผล และความเป็นจริงของชีวิตที่เกิดขึ้น

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่พร้อมจะเผชิญความตาย จะเริ่มจากการแสวงหาข้อมูลตามจริง (Information seeking) โดยมีได้หลีกเลี่ยงหนี ทั้งนี้เพื่อรับรู้สถานการณ์ตามจริง เพื่อที่ตนเองจะสามารถควบคุมสถานการณ์ในเรื่องที่กระทำได้อีกทั้งยังเป็นข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจในการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยในลักษณะนี้จะเลือกการกระทำในลักษณะตรงไปตรงมา (Direct action) โดยพิจารณาให้สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้ (Lazarus; & Flokman S.1984: 117-139) จะเห็นได้จากการพยายามดูแลสุขภาพตนเองทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้พร้อมที่จะต่อสู้กับโรคร้าย อันจะทำให้สามารถยืดชีวิตตนเองออกไปได้อีก ซึ่งเป็นเพราะเงื่อนไข หรือเป้าหมายสำคัญในการที่จะยังอยากใช้ชีวิตอยู่ต่อไป ไม่ว่าจะเป็ความผูกพัน ห่วงใยครอบครัว หรือความต้องการบรรลุเป้าหมายที่ตนเองหวังไว้ก่อนตาย เพียงแต่ผู้ป่วยไม่อาจแน่ใจได้ว่า จะสามารถยืดชีวิตต่อไปได้นานเท่าไร และทำตามที่ตั้งใจไว้ได้มากน้อยเพียงไรเท่านั้น

แบ่งปันความเข้าใจและเผชิญปัญหาพร้อมกับครอบครัว

จากการศึกษา มีผู้ป่วยบางคน ที่ไม่ต้องการให้สมาชิกในครอบครัวบางคนรับรู้ว่าคุณเป็นอะไร หรือกำลังตกอยู่ในสถานการณ์เช่นไร โดยเหตุผลส่วนใหญ่เกิดจากการที่ไม่อยากให้คุณใกล้ชิดเกิดความกังวลใจกับสภาวะที่ตนเองประสบอยู่ หรือบางคนที่ไม่อยากแสดงความอ่อนแออันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยให้ใครๆ เห็น เนื่องจากมองว่าเป็นการสูญเสียภาพลักษณ์ แต่ยังมีผู้ป่วยบางคน ที่เลือกที่จะแบ่งปันความเข้าใจ หรือเปิดเผยข้อมูลตามจริงกับครอบครัวหรือคนใกล้ชิดกับตนเอง โดยมองว่าเป็นเรื่องของพวกเขาเหล่านั้นควรได้รับรู้ เพื่อให้ครอบครัวได้เข้าใจเกี่ยวกับสภาวะที่ตนเองประสบอยู่ อันจะช่วยให้สามารถเผชิญหน้ากับภาวะที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่พร้อมจะเปิดเผยข้อมูลอย่างตรงไปตรงมากับครอบครัวและคนใกล้ชิด มักจะมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว และสามารถพูดคุยกันได้อย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา โดยที่ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวต่างไม่ปกปิดซึ่งกันและกัน และพร้อมที่จะพูดคุยกันได้ในเรื่องที่เจ็บป่วยจนถึงเรื่องของการตายที่อาจเกิดขึ้น

อย่างเช่นกรณีผู้ป่วยคนหนึ่ง ที่นอกจากจะต้องการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะของตนเองอย่างตรงไปตรงมาแล้ว ผู้ป่วยและภรรยา รวมไปถึงญาติพี่น้องต่างพูดคุยกันถึงเรื่องความเจ็บป่วยอย่างเปิดเผย แม้แต่การพูดคุยกันถึงเรื่องของการจัดการความเป็นอยู่ภายในครอบครัวเมื่อผู้ป่วยต้องจากโลกนี้ไป และเนื่องมาจากผู้ป่วยเองรับรู้ได้ว่า ภรรยาและพี่น้อง ต่างมีความรักและเข้าใจกับสภาพที่ตนเองเป็นอยู่ สัมพันธภาพภายในครอบครัวและสัมพันธภาพระหว่างพี่น้องที่ดีเช่นนี้ ทำให้ไม่คิดที่จะปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง และผลต่อเนื่องจากการส่งผ่านข้อมูลกันอย่างค่อนข้างเปิดเผยนี้ ทำให้ภรรยาและพี่น้องต่างมีการเตรียมพร้อมและจัดการกับภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย ทั้งการจัดการกับสภาพจิตใจตนเอง และการเตรียมการถึงสภาวะที่อาจเกิดขึ้น เมื่อคาด

เดาได้ว่าชีวิตของผู้ป่วยอาจสิ้นสุดไปในวันหนึ่ง อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ของภรรยาและลูกยามเมื่อตนเองต้องจากไป ตัวอย่างของคำบอกเล่าเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวมีดังนี้

“คือผมไม่ปิดบังใครนะ บอกตรงๆ ผมเป็นอะไร ผมไม่เคยปิดบังใคร บอกตรงๆ เลย... ไม่กลัวหรอก ให้รู้เลยว่าเป็นอะไร ผมไม่ชอบปิดบัง ญาติพี่น้องผมก็ทำใจ ทำใจได้ทุกคน มีคนเมื่อวาน ขึ้นนะ มันก็ร้องไห้ฟูมฟาย ผมบอกไม่ต้องร้องไห้..เขาเป็นห่วง เขารักผมมากไง น้องสาวคนนี้” (P.1, p.13)

“ภรรยาเขาทำใจได้เอง เขารู้ว่าผมเป็นมานาน เขาทำใจ..เขาก็ดูแลผม พยายามหาโน่นนี่ ให้ผมกิน อยากกินให้โทรบอก¹²ญาติพี่น้องผมก็รักผมทุกคน มันมากันหมดแหละ” (P.1, p.11)

“ตัวผมปลดห่วงไว้แล้ว ก่อนนั้นน้องชายเขาบอกเองว่า เขาจะจัดการเรื่องบัญชีเงินทองผม ให้..เขาก็เข้าใจว่าจะเกิดอะไรขึ้น เขาเก็บบัญชีผมไว้เล่ม เขาว่าจะจ่ายเงินเดือนละหมื่นกว่า เก็บไว้ให้หลาน” (P.1, p.18)

จะเห็นได้ว่า สภาพความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เป็นเงื่อนไขหนึ่งซึ่งช่วยให้การสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจระหว่างกันเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยง่ายขึ้น และส่งผลให้เกิดการจัดการสภาวะในปัจจุบัน และเตรียมการกับสภาวะที่จะเกิดขึ้นในอนาคตตามที่พวกเขาเข้าใจได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ แรงสนับสนุนจากคนในครอบครัวและญาติพี่น้อง ยังช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย และผ่อนคลายกังวลกับสภาวะที่เป็นอยู่และสภาวะที่จะเกิดขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม การเปิดเผยข้อมูลอย่างตรงไปตรงมานี้ ยังอาจเกิดจากความจำเป็นที่เลี่ยงไม่ได้ ซึ่งเป็นอีกเงื่อนไขหนึ่งของผู้ป่วยหลายคนด้วยกัน เนื่องจากสภาพความเจ็บป่วยเช่นนี้ เป็นสภาวะที่ไม่อาจปิดกั้นจากการรับรู้ของคนใกล้ชิดได้ อีกทั้งยังเป็นความจำเป็นที่ผู้ป่วยเองจะต้องได้รับการช่วยเหลือจากคนใกล้ชิดยามเมื่อตนเองต้องตกอยู่ในสภาพการณ์ดังกล่าว โดยเฉพาะสภาพการณ์ที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง หรือไม่สามารช่วยเหลือตนเองได้เลย

จัดการกับภาระที่ค้างคาก่อนตาย

ผู้ป่วยที่รับรู้และเข้าใจได้ถึงสภาวะก่อนตาย และความตายที่กำลังจะคืบคลานเข้าใกล้ จะตระหนักถึงการเตรียมตัว และเตรียมครอบครัวให้พร้อมรับกับความตายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง การเตรียมตัวส่วนใหญ่เป็นลักษณะของการเตรียมใจยอมรับกับความตาย แต่ไม่หนึ่งเจยนอนรอความตาย เพียงแต่ว่าพยายามทำใจให้สงบหากเมื่อความตายมาเยือน ส่วนการจัดการเกี่ยวกับครอบครัวนั้น ผู้ป่วยบางรายพยายามที่จะสะสางภาระทางครอบครัว เพื่อให้แน่ใจได้ว่าเมื่อตนเองต้องจากไป คนที่เหลืออยู่ในครอบครัวจะไม่ทุกข์ร้อน หรือยากลำบาก อย่างเช่นที่ผู้ป่วยคนหนึ่งได้เล่าให้ฟังว่า

¹² ผู้ป่วยรายนี้ภรรยาไม่ได้ตามมาเฝ้าเองที่โรงพยาบาล ให้หลานชายเป็นคนเฝ้าแทน เนื่องจากภรรยาต้องดูแลร้านค้าของครอบครัว และดูแลลูกทั้งสองคน

“คือตรงนี้นะ เราก็สบายใจอยู่อย่างหนึ่งว่า ถ้าเราตายไปนะ ปรากฏว่าจะกลายเป็นภาระของเขา ผมต้องเคลียร์ ผมอาจจะเลิก ยกให้คนอื่นไป ให้เขาไปเลี้ยงชะ อะไรทำนองนี้ เพราะตอนนี้ผมเลี้ยงปลาทะเลด้วย...ก็คือว่าถ้าเป็นอะไรไป ก็ต้องเคลียร์ให้ความเป็นอยู่เขาสบายที่สุด” (P.4, p.5)

ผู้ป่วยบางคนก็พยายามจัดการกับความเป็นอยู่และฐานะการเงินของครอบครัวก่อนที่ตนเองจะจากไป รวมถึงการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมจากญาติพี่น้อง หรือแหล่งอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ครอบครัวตนเองอยู่รอดได้ภายหลังที่ไม่มีตนเองอยู่ในโลกนี้แล้ว ดังที่ได้กล่าวไว้

“ไม่หวังอะไรแล้ว ผมวางสูตรไว้แล้ว เพราะว่าถ้าผมตายบั้นเนี่ย ธนาคารก็ไม่ต้องส่ง ธนาคารที่กู้เงินมาค่าที่ดินเนี่ย ก็ไม่ต้องส่ง แล้วทำประกันไว้ พอตายบั้น ก็ได้รับเงิน” (P.1, p.19)

นอกจากนั้น ยังมีผู้ป่วยที่รับรู้และยอมรับความตาย ที่สามารถจัดการกับภาระทางจิตใจที่ค้างคาอยู่ ทำให้สามารถจากไปได้อย่างหมดความกังวลและห่วงใย และเกิดการเตรียมพร้อมที่จะตาย การจัดการกับภาระทางจิตใจนี้ อาจต้องได้รับการช่วยเหลือจากคนใกล้ชิดรอบข้าง เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถบรรลุสิ่งที่ต้องการตามประสงค์ได้ ดังเช่น ผู้ป่วยคนหนึ่ง แม้จะเป็นพระภิกษุ แต่ก็ยังมีความกังวล ห่วงใย บุตรชาย ซึ่งการได้พูดคุยกับผู้ป่วยจนได้รับรู้ถึงสิ่งที่กังวลใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยสะสางความกังวลให้หมดไปกับบุตรชาย รวมถึงได้มีโอกาสสั่งเสียถึงการจัดการกับความตายของตนเอง เช่น ไม่ต้องการให้ยื้อชีวิตเมื่อเข้าสู่ภาวะวิกฤติ ไม่ต้องการให้ใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น การได้มีโอกาสสะสางและสั่งเสียนี้ ทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และท้ายที่สุดสามารถจากไปอย่างสงบ

นอกจากภาระทางจิตใจที่ผู้ป่วยได้มีการจัดการให้เรียบร้อยก่อนตาย ยังมีการจัดการทางด้านจิตวิญญาณซึ่งหมายถึง การได้ตอบสนองความคาดหวังหรือกระทำตามสิ่งที่มุ่งหวังของชีวิต ก่อนที่ตนเองจะตายจากไป เช่น การได้เห็นลูกชายบวชก่อนตาย หรือการได้กระทำการที่คาดหวังไว้ว่าจะต้องทำด้วยตนเองก่อนตาย ตัวอย่างที่เห็นได้ชัด คือผู้ป่วยชายคนหนึ่ง พอได้รับรู้และเข้าใจได้ว่า สภาวะที่เป็นอยู่สุ่มเสี่ยงต่อความตาย จึงตั้งใจที่จะได้เผาศพมารดาที่เก็บไว้นานมาแล้วก่อนที่ตนเองจะตาย ดังที่เขาได้เล่าให้ฟังว่า

“แม่ตายมาปีหนึ่งแล้ว ยังไม่ได้เผาว่าจะรอเตี้ยตายแล้วขอพระราชทานเพลิงศพพร้อมกัน เพราะว่ามันน่าสงสาร เป็นผู้กำกับสองคน...ทุกวันนี้ผมยังไม่ได้เผาแม่ผมเลย ปีนี้อยากจะเผาแม่ ..เผาแม่ก่อน รอเตี้ยไม่ไหว เพราะเตี้ยเขาไม่ตายง่าย..ก็ปรึกษาพี่น้องว่าปีนี้จะเผา พี่น้องคุยกันว่าต้องเผาเพราะว่าพี่น้องก็รอไม่ได้แล้ว เตี้ยคนโน้นป่วย คนนี้ป่วย เตี้ยเวรเพื่อลูกๆ ตายหมดแล้วจะทำไง เผาแม่ก่อน” (P.1, p.5,10)

การสามารถคิดและตระหนักในการจัดการกับภาระที่ค้างคาได้เช่นนี้ เป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ผ่านกลไกการเผชิญปัญหาที่อยู่ในขั้นของการยอมรับ (The stage of acceptance) (Kubler-Ross, 1979: 84-101) เป็นการยอมรับความจริงที่ว่า ความตายกำลังใกล้เข้ามา และกล้าที่จะเผชิญความตายด้วยอารมณ์สงบ มีการจัดการกับภาระที่ค้างคาอย่างเหมาะสมกับบริบทของครอบครัว จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยจะมีการพิจารณาถึงชีวิตในปัจจุบัน ภาระรับผิดชอบที่มีอยู่ และถามตัวเองว่า

ในช่วงชีวิตที่มีอยู่นี้จะต้องทำอะไร และจัดการกระทำตามที่คิดไว้นั้น มิใช่เพียงการนอนรอให้ความตายมาถึง แต่การยอมรับความตายเช่นที่วານี มิได้หมายถึงผู้ป่วยจะสิ้นหวังที่จะมีชีวิตอยู่ จะเห็นว่าผู้ป่วยเกือบทุกคนแม้จะยอมรับความตายอย่างสงบ แต่ก็ยังหวังว่าจะมีปาฏิหาริย์มาช่วยได้ผ่านการกระทำตามความเชื่อในลักษณะต่างๆ

อยู่เพียงแค่อรอความตาย

การรอความตายในที่นี้ เกิดจากผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง แต่เป็นการยอมรับโดยไม่ได้จัดการอันใดกับสภาพการณ์ที่ประสบอยู่ ผู้ป่วยมักมองความตายว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่เกิดขึ้นและไม่สามารถหยุดยั้งได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีการเผชิญปัญหาในลักษณะนี้ มีเงื่อนไขสำคัญที่เกี่ยวข้องคือ ช่วงวัย และสภาพความรุนแรงของความเจ็บป่วย กล่าวคือ ช่วงวัยที่สูงอายุ ที่ผ่านการใช้ชีวิตมายาวนาน ทำให้ไม่หวาดกลัวกับความตาย และมักพูดถึงความตายได้อย่างเปิดเผย รวมถึงการที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายอย่างรุนแรง อาจทำให้ผู้ป่วยมีความยินดีที่จะต้อนรับความตาย แทนที่จะต้องอยู่อย่างทุกข์ทรมานจากสภาวะที่เป็นอยู่ ดังเช่นที่ผู้ป่วยสูงอายุรายหนึ่งได้กล่าวไว้

“ก็อยู่มันไป ถึงเวลามันก็ไปเอง เวลามันทรมาณไม่ไหว ก็บอก...ซีก็ตายอยู่แล้ว จะตายก็ให้มันตายไป” (P.6, p.7)

แม้คำกล่าวนี้จะไม่ได้แสดงอย่างเด่นชัดว่าผู้ป่วยกำลังรอให้ความตายเข้ามาหา แต่ข้อสังเกตที่สำคัญคือ ความทุกข์ทรมานทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดความหวาดกลัวหรือหวั่นเกรงต่อความตาย กรณีเช่นนี้จึงมักจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับผลกระทบที่รุนแรงจากสภาวะความเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็ความทุกข์ทรมาน หรือความรู้สึกว่าเป็นภาระ และการมองความตายในลักษณะที่เป็นความธรรมดา เป็นความปกติ และเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งแม้จะดูเหมือนเป็นการเผชิญปัญหาในลักษณะของการยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น (The stage of acceptance) (Kubler-Ross. 1979: 84-101) แต่เป็นการยอมรับในลักษณะที่มีได้มีการเตรียมพร้อม หรือจัดการสิ่งใด เพียงแต่มีชีวิตอยู่ไปวันๆ ทำตามที่แพทย์กำหนด โดยหวังเพียงให้ตนเองพ้นจากสภาวะที่ทุกข์ทรมานประหนึ่งคนที่นอนรอความตายมาเยือน

รูปแบบหรือลักษณะการเผชิญหน้ากับความตายและภาวะใกล้ตายตามที่กล่าวมาแล้วทั้งหมด จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมีการเผชิญกับภาวะใกล้ตายในรูปแบบต่างๆ ที่แตกต่างกันไป ซึ่งผู้ป่วยบางคนมีเพียงเผชิญหน้ากับภาวะดังกล่าวในรูปแบบเดียวเท่านั้น แต่เป็นการเผชิญหน้าที่มีเงื่อนไขของเวลา และสถานการณ์เฉพาะ และเงื่อนไขบริบทต่างๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ขึ้นอยู่กับการให้ความหมายของผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานการณ์ในช่วงเวลาและภายใต้บริบทต่างๆ นั้นเป็นเช่นไร จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่แสดงออกถึงการเผชิญหน้ากับปัญหาในทิศทางบวก มักจะเป็นผู้ป่วยที่ทำความเข้าใจหรือตีความเกี่ยวกับสภาวะที่ตนเองเป็นอยู่อย่างสอดคล้องกับความเป็นจริง ความคิด การพูด และการกระทำ มักมีความสอดคล้องกัน แต่เนื่องมาจากความเจ็บป่วยจากมะเร็งซึ่งเป็นสภาพการณ์ที่

ค่อนข้างรุนแรง และเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียชีวิต ทำให้ยากที่จะพบผู้ป่วยจะมีการเผชิญกับภาวะใกล้ตายได้อย่างสมบูรณ์และคงเส้นคงวา

นอกจากนั้น การเผชิญหน้ากับความตายและภาวะใกล้ตาย ยังต้องอาศัยแรงสนับสนุนจากสังคม ทั้งจากครอบครัว ญาติมิตร และทีมสุขภาพ จะเห็นได้จาก การได้รับการดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่องจากคนในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะยอมรับกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น และพร้อมที่จะต่อสู้ต่อไปพร้อมๆ กับคนในครอบครัว และการได้รับความช่วยเหลือ การสื่อสารที่เหมาะสม ตลอดจนความเข้าใจจากทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีหนทางสว่างขึ้นในการใช้ชีวิตในภาวะใกล้ตาย นอกจากนี้ ความพร้อมในการเผชิญภาวะใกล้ตายและความตายของตนเอง ยังอยู่ภายใต้เงื่อนไขต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง เพศ ช่วงวัย ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจ และสถานะของโรคที่ประสออยู่ รวมถึง ช่วงระยะเวลาของความเจ็บป่วย ยังเป็นเงื่อนไขที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวในทิศทางที่แตกต่างกันไป ช่วงเวลาที่ยาวนาน อาจช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับความคุ้นเคยกับสภาพการณ์ของตนเองมากขึ้น และค่อยๆ ปรับตัวยอมรับสภาพการณดังกล่าวในทางกลับกัน ช่วงเวลาที่เปลี่ยนไปพร้อมกับสถานการณ์ที่เลวร้ายลง ก็อาจทำให้การปรับตัวมีข้อจำกัดมากขึ้น

การเผชิญหน้ากับความตายและภาวะใกล้ตายในลักษณะที่ค่อนข้างไปในทางลบ หรือการจัดการกับภาวะใกล้ตายได้ไม่เหมาะสม มักเกิดกับผู้ป่วยที่ทำความเข้าใจหรือตีความเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายของตนเองอย่างคลุมเครือ ไม่ชัดเจน หรือเกิดขึ้นกับผู้ป่วยบางคนทีละเลยที่จะทำความเข้าใจกับภาวะตามที่เป็นอยู่จริง เนื่องมาจากสภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ส่งผลกระทบต่อสภาพการณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมรอบข้าง ทำให้ผู้ป่วยยากจะจัดการสภาวะที่เป็นอยู่นั้นได้อย่างสมดุล หรือบางรายที่มองไม่เห็นหนทางในการจัดการ จึงเลือกที่จะปล่อยเวลาให้ผ่านไปโดยไม่จัดการสิ่งใด หรือแม้แต่เป็นการสร้างกลไกป้องกันทางจิต (Defense mechanism) (Lazarus; & Flokman S.1984: 117-118) ผู้ป่วยที่ตกอยู่ในสภาพการณ์เช่นนี้ มักเป็นผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับความรุนแรงของสภาวะความเจ็บป่วยอย่างยากที่จะจัดการ และเงื่อนไขบริบทที่ไม่เอื้อต่อการจัดการที่เหมาะสมเพียงพอ เช่น ขาดแรงสนับสนุนที่เพียงพอจากครอบครัว ความคลุมเครือในความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะที่ตนเองประสออยู่ หรือภูมิหลังที่สร้างภาพลักษณ์อันขัดแย้งกับสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน เป็นต้น

เนื่องมาจากความตายเป็นเรื่องของการสิ้นสุดของชีวิต ในขณะที่ชีวิตเบื่องหลังความตาย เป็นสิ่งที่บุคคลไม่อาจรู้ได้ จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า มีเงื่อนไขหลายอย่างที่ทำให้บุคคลมีมุมมองเกี่ยวกับความตายในลักษณะต่างๆ เช่น ช่วงวัย ความเชื่อ การสนับสนุนทางสังคม สภาพทางเศรษฐกิจ สถานะทางการศึกษา โครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรม ตลอดจนสภาพความเจ็บป่วย เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่า เงื่อนไขต่างๆ ที่ว่ามานั้นล้วนมีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้ความหมายความตายและภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย โดยเฉพาะสภาพการณ์ความเจ็บป่วยเป็นเงื่อนไขที่สำคัญที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนมุมมองจากความหวังเกรงความตาย ไปสู่การยอมรับความตายในลักษณะของการจำยอมมากกว่าการยินยอมพร้อมใจ ทำให้เห็นได้ว่า ผู้ป่วยภาวะใกล้

ตายหลายคนที่สำคัญกับภาวะใกล้ตายซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการตายมากกว่าความตาย อาจเนื่องมาจากช่วงวัยซึ่งโดยส่วนใหญ่ที่เป็นผู้ใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า ผู้ใหญ่จะกลัวความจริงเกี่ยวกับความตายน้อยกว่าการกลัวกระบวนการตาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ ความเจ็บปวด การถูกแยก การสูญเสียการควบคุมตนเอง และการกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ (อาานนท์ วิทยานนท์. 2548: 125)

การเผชิญกับความตายในภาวะใกล้ตายในรูปแบบต่างๆ ที่เกิดขึ้นนี้ จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่สามารถเข้าใจกับสภาวะใกล้ตายได้ตามสภาพความเป็นจริงและสามารถยอมรับความตายได้ มักจะพูดคุยเปิดเผย และแบ่งปันเรื่องราวของตนเองได้อย่างเปิดเผย และมีการจัดการเกี่ยวกับความตายและการเตรียมตัวตายที่ค่อนข้างเหมาะสม ความสมดุลที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่เนื่องมาจากทั้งผู้ป่วยและครอบครัวได้เปิดเผยเรื่องราวในใจและภาระที่ค้างคาได้ตามจริง ทำให้ต่างฝ่ายต่างรับรู้และเข้าใจสภาพการณ์ของกันและกัน สามารถตอบสนองและปฏิบัติต่อกันได้อย่างเหมาะสม ไม่เกิดความคับข้องใจต่อกัน รวมไปถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ การสื่อสารและการให้ข้อมูลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง การสนับสนุนที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยจากทีมสุขภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการเตรียมการที่เหมาะสม และสามารถผ่านพ้นช่วงเวลาวิกฤติไปได้อย่างสงบ นอกจากนี้ การได้ตระหนักถึงช่วงเวลา (Time) ที่เข้าใกล้ความตาย ทำให้ช่วงการใช้ชีวิตของผู้ป่วยมีขอบเขตที่ชัดเจนขึ้น (Space) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของไฮเดกเกอร์ ซึ่งมอง ภาวะการเป็นที่มีขอบเขตที่ความตาย (Being-towards-death) (Stambaugh, 1996: Online) การมองชีวิตและความตายที่สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยให้ความหมายกับการใช้ชีวิตในภาวะใกล้ตายในลักษณะต่างๆ ซึ่งขึ้นอยู่กับบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และการปรับเปลี่ยนไปตามกาลเวลา ซึ่งมีผลต่อความผันแปรของแบบแผนความคิด (Paradigm shift identification) และส่งผลให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจและเลือกเผชิญความตายและภาวะใกล้ตายในลักษณะต่างๆ กัน

4. สรุปโครงสร้างความหมายของประสบการณ์ชีวิตใกล้ตาย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ประสบการณ์ชีวิตใกล้ตายมีหน่วยความหมาย (Themes) สำคัญต่างๆ เกิดขึ้น ภายใต้องค์ประกอบสำคัญ 3 ลักษณะ คือ ความหมายความตายและภาวะใกล้ตาย ความคาดหวังในชีวิต และการเผชิญหน้ากับความตายและภาวะใกล้ตาย โดยการวิเคราะห์หน่วยความหมายต่างๆ นี้ เกิดจากการตีความผ่านการสะท้อนความคิดเกี่ยวกับข้อมูลเพื่อกำหนดเป็นหน่วยความหมายที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ชีวิตใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เกิดจากการมองประสบการณ์ในภาพรวม และการวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นประสบการณ์ย่อย โดยคำนึงถึงความสอดคล้องของบริบทในส่วนบุคคลและในภาพรวม การค้นหาหน่วยความหมายผู้วิจัยใช้วิธีการในการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ที่กล่าวไว้ในบทที่ 3 (หน้า 126) โดยใช้การตีความที่คำนึงถึงบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้หน่วยความหมายที่ตรงกับภาวะการ

เป็น (being) ตามที่ผู้ป่วยประสบอยู่จริง หน่วยความหมายทั้งหมดที่ได้จะเป็นภาพตัวแทนโครงสร้าง ความหมายของประสบการณ์ชีวิต ตามที่ได้แสดงสรุปไว้ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 8 แสดงโครงสร้างความหมายของประสบการณ์ชีวิตใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะ สิ้นสุดท้าย

ประเด็นความหมาย	หน่วยความหมาย (Themes)
1. การให้ความหมายชีวิตในภาวะใกล้ตายและความตาย	
1.1 การให้ความหมายชีวิตในภาวะใกล้ตาย	<ul style="list-style-type: none"> -เป็นมะเร็ง หนีไม่พ้นความตาย -ภาวะใกล้ตายท่ามกลางความทุกข์ทรมาน -ภาวะใกล้ตายกับภาระที่ต้องดูแล -ภาวะที่ไม่ปกติหรือแปลกแยก -ความทุกข์ใจกับภาวะใกล้ตาย
1.2 การให้ความหมายความตาย	<ul style="list-style-type: none"> -ความตายทำให้พลัดพราก -ความตายทำให้ต้องพลาดหวัง -ความตายช่วยให้หลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน -ความตายเป็นเรื่องปกติธรรมดา -ความตายเป็นเรื่องไม่แน่นอน ไม่แน่ว่าจะตายหรืออยู่
2. ความคาดหวังกับชีวิตใกล้ตาย	<ul style="list-style-type: none"> -หวังปาฏิหาริย์ช่วยให้ชีวิตอยู่ต่อไป -ไม่มีความคาดหวัง ปล่อยไปตามเวรกรรม -คาดหวังความชัดเจนจากทีมสุขภาพ -คาดหวังผลการรักษา -คาดหวังถึงที่พึงพิง -คาดหวังความเป็นปกติ มิใช่ความแปลกแยก

ตาราง 8 (ต่อ)

ประเด็นความหมาย	หน่วยความหมาย (Themes)
2. ความคาดหวังกับชีวิตใกล้ตาย	<ul style="list-style-type: none"> -คาดหวังความเข้าใจจากทีมสุขภาพ -ได้กระทำตามความคาดหวังและความเชื่อก่อนตาย -ได้ตายท่ามกลางสภาพที่ผูกพันและคุ้นเคย -จากไปอย่างไม่เป็นภาระ -คาดหวังกับชีวิตหลังความตาย
3. การเผชิญหน้ากับความตายและภาวะใกล้ตาย	<ul style="list-style-type: none"> -ปฏิเสธที่จะรับรู้สิ่งที่เป็นและความตาย -เลือกความตายเป็นหนทางหลีกเลี่ยงปัญหา -ต่อรองกับความเจ็บป่วยและความตาย -ปกปิดตัวตนที่อ่อนแอ -ทำให้เข้มแข็ง จัดการกับความเครียด -ยอมรับกับภาวะใกล้ตายและพร้อมเผชิญความตาย -แบ่งปันความเข้าใจและเผชิญปัญหาพร้อมกับครอบครัว -จัดการกับภาระที่ค้างคาก่อนตาย -อยู่เพียงแค่อรอความตาย

หน่วยความหมายต่าง ๆ เกิดจากการที่ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับภาวะใกล้ตายของตนเอง และมีมุมมองต่อความตายที่กำลังจะเกิดขึ้น ซึ่งเกี่ยวพันกับมุมมองในอดีตที่มีผลต่อการให้ความหมายทั้งต่อชีวิตและความตายในลักษณะต่างๆ หน่วยความหมายที่ไ้ยังคงมีความเกี่ยวพันกันในลักษณะของการแปรผันกลับไปมาระหว่างหน่วยความหมายหนึ่งกับอีกหน่วยความหมายหนึ่ง หรือผู้ป่วยบางคนก็ให้ความหมายในหลายลักษณะที่มีความเชื่อมโยงกัน เนื่องมาจากบริบทแวดล้อมที่มีส่วนต่อแบบแผนความคิดเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย หรือมีผลต่อการแปรผันของแบบแผนความคิด เช่น ผู้ป่วยบางคนก็มองภาวะใกล้ตายเป็นความทุกข์ทรมาน เนื่องมาจากภาวะความรุนแรงของโรค ทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตเยี่ยงคนปกติ ต้องเผชิญกับความยากลำบากในการดำเนินชีวิต หรือต้องเผชิญกับความเจ็บปวด การให้ความหมายความตายจึงหมายถึง ความตายทำให้หลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน ต่อเมื่อได้เรียนรู้กับภาวะใกล้ตายอย่างใกล้ชิดและมีเหตุมีผลมากขึ้น หรือการหันกลับมามองความตายภายใต้ความเชื่อความศรัทธาในพุทธศาสนา มีผลให้ผู้ป่วยบางคนก็มองความตายในแง่ของความเป็นปกติธรรมดา ซึ่งอาจเป็นการให้ความหมายที่ไม่คงเส้นคงวา หรือมีการแปรเปลี่ยนไปมา เนื่องมาจากผู้ป่วยมองความตายภายใต้สภาวะหรือบริบทที่เป็นอยู่ เช่น สภาวะความรุนแรงของโรค หรือความเชื่อความศรัทธาต่อการดูแลรักษา หรืออำนาจเหนือธรรมชาติ เป็นต้น

แม้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะพบว่า ลักษณะการให้ความหมายความตายและภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย และการมองภาวะใกล้ตายในแง่ของความคาดหวัง จะมีความสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับภาวะการเป็นของมนุษย์ (Human being) และแนวคิดเกี่ยวกับชีวิตที่มีขอบเขตสิ้นสุดที่ความตาย (Being-towards-death) ตามที่ได้ทบทวนวรรณกรรม แต่พบว่า ยังมีรายละเอียดปลีกย่อยอันเกี่ยวเนื่องกับเงื่อนไขต่างๆ ที่ทำให้การมองความตายและภาวะใกล้ตาย ความคาดหวังในชีวิตใกล้ตาย รวมถึงการเผชิญหน้ากับความตายและภาวะใกล้ตายมีการผันแปรไปในลักษณะต่างๆ และแม้ข้อค้นพบจากการศึกษาวิจัยจะมีกรอบของช่วงระยะเวลาที่สิ้นสุดที่ความตายเข้ามาเกี่ยวข้อง ที่ทำให้เกิดความผันแปรต่อแบบแผนความคิดเช่นเดียวกับแนวคิดที่มีอยู่ แต่ความเป็นปัจเจกบุคคลของแต่ละบุคคล สภาพบริบทของครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันภายในสนามวิจัยแห่งนี้ รวมถึงบริบทอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นข้อสังเกตที่มีความสำคัญต่อการทำให้ได้ข้อค้นพบเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายที่มีความเฉพาะเจาะจงจากการศึกษาวิจัยในครั้ง นี้ ทำให้ได้ข้อสรุปสำคัญที่ว่า การให้ความหมาย ความคาดหวัง และลักษณะการเผชิญหน้ากับความตายและภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยมีความผันแปรอันเนื่องมาจากการแปรเปลี่ยนของช่วงเวลา และอยู่ภายใต้บริบทเฉพาะของแต่ละบุคคลในแต่ละบริบทของสถานการณ์ ข้อค้นพบดังกล่าว ทำให้ได้สาระสำคัญของประสบการณ์ใกล้ตายจากการศึกษาวิจัยในครั้ง นี้ ซึ่งจะใช้อธิบายเรื่องราวความเป็นไปเกี่ยวกับภาวะการเป็น (being) ของผู้ป่วยภายใต้ปรากฏการณ์ที่ศึกษานี้ได้ โดยจะสรุปให้เห็นภาพชัดเจนในบทต่อไป

บทที่ 5

บทสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในครั้งนี้ ใช้วิธีวิทยาปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ ของไฮเดกเกอร์ ซึ่งเป็นวิธีวิทยาที่เน้นแนวคิดอัตถิภาวนิยม (Existentialism) เน้นศึกษาภาวะการเป็น (being) ของมนุษย์ และมองมนุษย์ในฐานะดาไซน์ (Man as Dasein) หรือ being there ซึ่งหมายถึงมนุษย์ที่สำเนียงรู้ถึงการมีอยู่ เป็นอยู่ ดำรงอยู่แห่งตนด้วยการคิดรู้อยู่ในตนเองได้ และสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง มิใช่เพียงอยู่อย่างเลื่อนลอย (Conroy. 2001: 91; citing Koch. 1995: 832) การตีความหมายปรากฏการณ์ เน้นการทำความเข้าใจโลกประสบการณ์ของบุคคล (The world) ซึ่งไม่สามารถแยกออกได้จากภาวะการเป็น (being) ของบุคคล ดังนั้น การตีความปรากฏการณ์ใกล้ตายในครั้งนี้ จึงเป็นการทำความเข้าใจภาวะการเป็นของผู้ป่วยภายในโลกประสบการณ์ (being-in-the-world) ใกล้ตาย ซึ่งมีความซับซ้อน เกี่ยวเนื่องกับทั้งความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยในสภาวะต่างๆ และเกี่ยวข้องกับทั้งภูมิหลัง เงื่อนไขบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายในสนามวิจัย โดยผู้วิจัยได้กำหนดคำถามการวิจัยที่สำคัญในการศึกษาวิจัย คือ ประสบการณ์ในภาวะใกล้ตายและความตายมีความหมายเช่นไรต่อผู้ป่วย และผู้ป่วยมีการเผชิญกับสภาพการณ์ในชีวิตภายใต้ประสบการณ์ดังกล่าวอย่างไร ส่วนวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัยมีดังนี้

1. เพื่อทำความเข้าใจการให้ความหมายความตายและภาวะใกล้ตายตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2. เพื่อทำความเข้าใจภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

สำหรับพื้นที่ในการศึกษาวิจัยที่เลือกศึกษานี้ เป็นหอผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง ส่วนกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และวิธีการเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักคือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 6 คน และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลรอง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 5 ราย และทีมสุขภาพจำนวน 3 ราย รวมถึงใช้การสังเกตสภาพบริบท ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ กลุ่มผู้ป่วยรายอื่นและกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องที่จะให้ได้ข้อมูลในประเด็นสำคัญ ซึ่งจะช่วยให้สามารถทำความเข้าใจประเด็นที่ต้องการศึกษาได้ครอบคลุม และลึกซึ้งขึ้น ส่วนการดำเนินการศึกษาวิจัยนั้น ผู้วิจัยใช้แนวคิดการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความของไฮเดกเกอร์ เป็นสำคัญ วิธีวิเคราะห์ข้อมูลใช้กระบวนการวิเคราะห์ปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความของ แวน แมนเนน (van Manen. 1990: 35-173) ซึ่งได้นำแนวคิดของไฮเดกเกอร์มาพัฒนาและประยุกต์ใช้ให้มีความเป็นรูปธรรมมากขึ้น

1. บทสรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ข้อค้นพบสำคัญที่ได้จากการศึกษาปรากฏการณ์ใกล้ตายในครั้งนี้เป็นข้อค้นพบภายใต้กรอบแนวคิดการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ มุ่งตอบคำถามการวิจัยตามที่กำหนดไว้ โดยจะนำเสนอบทสรุปประสบการณ์ชีวิตใกล้ตายที่เรียกว่าเป็น *แก่นสาระประสบการณ์ใกล้ตาย* ซึ่งค้นพบว่า ปรากฏการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เกี่ยวพันกับองค์ประกอบต่างๆ ที่สำคัญ อันจะอธิบายซึ่งกันและกันเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย ทั้งในประเด็นความหมายความตายและการมีชีวิตในภาวะใกล้ตาย ความคาดหวังในชีวิตใกล้ตาย และการเผชิญหน้ากับความตายและภาวะใกล้ตาย จากการรับรู้และการตีความของผู้ป่วยภายใต้บริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และอธิบายผ่านการตีความของผู้วิจัยซึ่งถือว่าเป็นอีกบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมในการตีความประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ การอธิบายข้อค้นพบที่เกิดขึ้น ใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความของไฮเดกเกอร์ที่ผสมผสานกับแนวคิดอัตถิภาวนิยมเป็นสำคัญ ซึ่งบทสรุปของประสบการณ์ชีวิตใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอธิบายผ่านภาพประกอบดังต่อไปนี้

แก่นสาระประสบการณ์ชีวิตใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย			
การรับรู้	-รับรู้ตามจริง -รับรู้บางส่วน	การให้ความหมายความตายและภาวะใกล้ตาย	ความหมายที่ซ่อนอยู่ภายใต้สิ่งที่ปรากฏ ความหมายความตายเชื่อมโยงกับ ความหมายของชีวิตใกล้ตาย
		ความคาดหวังกับชีวิตใกล้ตาย	การให้ความหมายที่แปรเปลี่ยนไปตามกาล ความคาดหวังที่แปรที่เชื่อมโยงกับบริบทและ กาล
		การเผชิญหน้ากับความตายและภาวะใกล้ตาย	การยอมรับ การปฏิเสธ
บริบทสำคัญที่เกี่ยวข้อง			
บริบทความสัมพันธ์กับทีมสุขภาพ บริบทความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ความรู้ความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งและความตาย บริบทของสถานพยาบาล ประสบการณ์เกี่ยวกับมะเร็งและความตาย สภาวะความรุนแรงของโรค เป้าหมายสำคัญในชีวิต ช่วงวัย ช่วงเวลาหรือกาล สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว บุคลิกลักษณะส่วนตัว			

ภาพประกอบ 1 แสดงแก่นสาระของประสบการณ์ชีวิตใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

จากภาพประกอบที่แสดงแก่นสาระประสบการณ์ชีวิตที่ใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ประการ ได้แก่ การรับรู้ การให้ความหมาย ความตายและภาวะใกล้ตาย ความคาดหวังกับชีวิตที่ใกล้ตาย การเผชิญหน้ากับความตายและภาวะใกล้ตาย และบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การแสดงขอบเขตองค์ประกอบต่างๆ อยู่ภายใต้กรอบใหญ่กรอบเดียวกัน โดยมีเส้นประแบ่งขอบเขตแต่ละองค์ประกอบ แสดงถึงความเชื่อมโยงกันหรือไม่แบ่งแยกกันอย่างชัดเจนระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ซึ่งเป็นสื่อแทนแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ ที่ว่า โลกกับมนุษย์ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ โดยมนุษย์เป็นผู้ให้ความหมายกับโลก และโลกซึ่งเป็นตัวแทนของบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องก็ให้ความหมายต่อชีวิตมนุษย์ (Person exists as a being in and of the world) (Conroy. 2001: 91; citing Koch. 1995: 832) องค์ประกอบทั้ง 5 ส่วนนี้ มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์และเชื่อมโยงกัน และมีมิติเรื่องกาลหรือช่วงเวลาเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้แบบแผนทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อเผชิญหน้ากับความตายและภาวะใกล้ตายแปรเปลี่ยนไป แก่นสาระประสบการณ์ที่ใกล้ตายเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับภาวะการเป็น (being) ภายใต้ประสบการณ์ชีวิตที่ใกล้ตาย และให้ความหมายกับภาวะนั้น รวมถึงคิดและรู้สึกต่อสิ่งที่คาดหวังให้เกิดขึ้น ซึ่งการให้ความหมายที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและความคาดหวังซึ่งเป็นความคิดและความรู้สึกในอนาคตนี้ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และเกี่ยวเนื่องกับบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และมีการผันแปร (Shift) ได้ไปตามมิติของ กาล (Time) หรือ *แปรเปลี่ยนไปตามกาล* ดังนั้นการให้ความหมายต่อภาวะการเป็น (being) จึงไม่มีความหมายที่คงเส้นคงวา มีความผันแปรได้ และนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมหรือการเผชิญปัญหาในลักษณะต่างๆ

การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับบริบทต่างๆ โดยเฉพาะบริบทความสัมพันธ์ของครอบครัว และปฏิสัมพันธ์กับทีมสุขภาพที่มีผลต่อการสื่อสารหรือปฏิสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับภาวะใกล้ตายในลักษณะต่างๆ ทั้งการรับรู้ตามจริง การรับรู้บางส่วน ในขณะที่ความรู้ ความเชื่อและประสบการณ์เกี่ยวกับมะเร็งและความตาย เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะรับรู้ภาวะของตนเองตามจริง หรือเลือกรับรู้เพียงบางส่วนบางตอน ข้อค้นพบสำคัญอีกเรื่องที่จะละเลยไม่ได้คือ บริบทสถานพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการอธิบายโดยใช้แนวคิดอัตถิภาวนิยม ตามแนวคิดไฮเดกเกอร์ เกี่ยวกับทัศนะต่อโลกในประเด็นของ *อวกาศ* (Space) หรือสภาพแวดล้อมของภาวะการเป็น ณ ที่ใดที่หนึ่ง ที่มีส่วนต่อการรับรู้และตีความของบุคคลต่อภาวะนั้น (ปานทิพย์ ศุภนคร. 2546: 47-49) โดยพบประเด็นสำคัญว่า ผู้ป่วยหลายคนที่รับรู้และให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายของตนเองภายในสถานพยาบาล ส่วนหนึ่งจากการทำความเข้าใจบริบทสภาพแวดล้อมที่มีและเป็นอยู่ในสถานพยาบาลแห่งนี้

ข้อค้นพบจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีประเด็นสำคัญที่สืบค้นได้มา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดกเกอร์ เกี่ยวกับภาวะการเป็นของมนุษย์ภายในโลก (being-in-the-world) กล่าวคือ มนุษย์มีความสัมพันธ์กับโลกอย่างแยกจากกันไม่ออก เจกเช่นผู้ป่วยที่รับรู้และตีความประสบการณ์ของตนเองโดยผ่านการทำความเข้าใจเกี่ยวกับโลกประสบการณ์ในภาวะใกล้ตายนี้ ทั้งจากความสัมพันธ์กับบริบทแวดล้อม และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสนามวิจัย และ

เนื่องจากมนุษย์ตามแนวคิดของไฮเดกเกอร์ นอกจากสำเนียงถึงการมีอยู่หรือเป็นอยู่ของตนเองได้ แล้ว ยังรู้จักตัดสินใจชีวิตด้วยตนเอง และกำหนดสารัตถะให้กับตนเองได้ (Macquarie. 1973: 43-45) ดังนั้น ในแง่มุมของการเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตาย จึงเกิดจากการตัดสินใจของผู้ป่วย ในการเลือกที่จะแสดงพฤติกรรมที่จะตอบสนองภาวะใกล้ตายของตนเองในลักษณะต่าง ๆ ซึ่งมีใช้ พฤติกรรมที่ถาวร กล่าวคือ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ สัมพันธ์กับการให้ความหมายต่อการมีชีวิต ความตาย หรือภาวะใกล้ตาย ภายใต้บริบทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

บริบทที่เกี่ยวข้องกับการตีความประสบการณ์ใกล้ตาย ที่เป็นข้อค้นพบจากการศึกษาวิจัย ในครั้งนี้ ได้แก่ บริบทความสัมพันธ์กับทีมสุขภาพ บริบทความสัมพันธ์ในครอบครัว ความรู้ความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งและความตาย บริบทสถานพยาบาล ประสบการณ์เกี่ยวกับมะเร็งและความตาย สภาวะความรุนแรงของโรค การวางแผนเป้าหมายในชีวิต ช่วงวัย สถานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว บุคลิกลักษณะส่วนตัวของผู้ป่วย และการที่ผู้วิจัยแยกมิติของช่วงเวลาออกมาให้เห็นอย่างเด่นชัด เนื่องจาก เป็นเงื่อนไขสำคัญในการอธิบายการให้การรับรู้ การให้ความหมาย ความคาดหวัง และการเผชิญหน้ากับความตายและภาวะใกล้ตายว่ามีความผันแปรหรือเปลี่ยนแปลงได้ หรือแปรผัน กลับไปกลับมาได้ ทั้งนี้สัมพันธ์กับบริบทอื่น ๆ ที่มีเวลาเข้ามาเกี่ยวข้องและมีผลให้บริบทต่าง ๆ นั้น เปลี่ยนแปลงตามไปด้วย เช่น เมื่อช่วงเวลาเปลี่ยนไป สภาวะของโรคอาจรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยมีการแปรเปลี่ยนความหมายความตายจากความเป็นปกติธรรมดา กลายเป็นความพลัดพราก หรือในกรณี ที่ช่วงเวลาผ่านไป ภาวะที่เพิ่มมากขึ้นทำให้สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ป่วยแย่ลง ภาวะใกล้ตายที่เป็นเพียงความทุกข์ทรมาณ ก็เพิ่มความเป็นภาวะเข้ามาอีก ซึ่งทำให้ผู้ป่วยบางคนมองว่า ความตายน่าจะเป็นหนทางหลีกเลี่ยงความทุกข์ทรมาณ เช่นนี้เป็นต้น

เพื่อให้เข้าใจองค์ประกอบทั้งหมดที่เป็นสาระสำคัญของประสบการณ์ชีวิตใกล้ตายครั้งนี้ ผู้วิจัยจะอธิบายแยกเป็นประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการตีความชีวิตใกล้ตาย

การศึกษาถึงการรับรู้ของบุคคลตามแนวคิดของไฮเดกเกอร์ จะแตกต่างไปจากแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาเชิงอูตรวิสัย (Transcendental phenomenology) ของ เอ็ดมุนด์ ฮูสเซิร์ล (Edmund Husserl) ที่กล่าวถึงมนุษย์ในฐานะที่มีกลไกการรับรู้ ดังนั้นการศึกษาจึงเน้นวิเคราะห์ โครงสร้างความหมายอันเกิดจากการรับรู้ (Consciousness) ของบุคคล หรือเน้นที่โครงสร้างการรับรู้ของบุคคลในขณะที่ ไฮเดกเกอร์ มองว่าบุคคลรับรู้และมีการตีความเกี่ยวกับภาวะการเป็น (being) ของตนเอง (Conroy. 2001: 91; citing Koch. 1995: 832) ดังนั้นการรับรู้จึงนำไปสู่การให้ความหมายความตายและภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และเชื่อมโยงไปสู่การคาดหวังต่อชีวิตใกล้ตาย และการเผชิญหน้ากับความตายและภาวะใกล้ตาย โดยผ่านการตีความเกี่ยวกับตนเองของบุคคล (Self-interpreting) ซึ่งจากการศึกษาวิจัย พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ใน 2 ลักษณะ ได้แก่

1) รับรู้ตามจริง คือการที่ผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายตามจริงจากแพทย์หรือทีมสุขภาพ จากการที่แพทย์แจ้งข้อมูลโดยตรงหรือจากการสอบถามข้อมูลเองจากแพทย์และทีมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การรับรู้ตามจริงมิใช่การรับรู้ทั้งหมด แต่เป็นการรับรู้เฉพาะที่ได้รับข้อมูลมา

2) รับรู้เพียงบางส่วน หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลเพียงบางส่วนเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายของตนเอง โดยการรับรู้เพียงบางส่วนนี้ เกิดเนื่องจาก

- เลือกรับรู้เฉพาะบางส่วน เกิดเนื่องจากผู้ป่วยเองปฏิเสธการรับรู้ข้อมูลที่จะสร้างให้เกิดความกังวลใจ โดยเฉพาะการรับรู้เกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย

- ถูกปกปิดข้อมูล ทำให้ได้ข้อมูลไม่ชัดเจน โดยส่วนใหญ่เกิดจากครอบครัวตกลงกับทีมสุขภาพเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรับรู้ เนื่องจากไม่ต้องการให้กังวลใจ แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะรับรู้ในเชิงคาดเดาเอาเองจากบริบทการดูแลรักษา และสภาพแวดล้อม รวมถึงพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องหรือในทางตรงข้าม ผู้ป่วยเองปกปิดข้อมูลบางส่วนกับสมาชิกในครอบครัวบางคน

1.2 การรับรู้และการตีความชีวิตใกล้ตายภายใต้บริบทที่เกี่ยวข้อง

เมื่อบุคคลรับรู้จะนำไปสู่การตีความหรือทำความเข้าใจต่อสิ่งที่ได้รับรู้นั้น ดังที่แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความที่กล่าวไว้ว่า “มนุษย์สำเนียงการมีอยู่ เป็นอยู่ ดำรงอยู่แห่งตน ด้วยการคิดรู้อยู่ในตนเองได้” (Conroy, 2001: 91; citing Koch, 1995: 832) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับสภาวะของตนเองในประสบการณ์ใกล้ตาย เขาจะต้องทำความเข้าใจว่าภาวะการเป็นของตนเองในประสบการณ์นั้นเป็นเช่นไร หรือประสบการณ์ใกล้ตายนั้นมีความหมายเช่นไรต่อชีวิตในภาวะใกล้ตายของพวกเขา ซึ่งแง่มุมที่บุคคลให้ความหมายนั้นจะเกี่ยวข้องกับบริบทสำคัญต่างๆ ต่อไปนี้

1) บริบทความสัมพันธ์กับทีมสุขภาพ ในที่นี้จะหมายรวมทั้งปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบริบทการดูแลรักษาที่เป็นอยู่ในสถานพยาบาล ซึ่งเป็นอีกเงื่อนไขหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้และการให้ความหมายกับภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย โดยจากการศึกษาพบว่า บริบทการดูแลรักษาและวิธีปฏิบัติบางอย่างของทีมสุขภาพ การสื่อสารและให้ข้อมูล จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้จากข้อมูลข่าวสารที่สื่อ หรือในกรณีที่ถูกปกปิดหรือไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน ผู้ป่วยมักจะคาดเดาได้เกี่ยวกับสภาวะที่ตนเองประสบอยู่ ได้จากพฤติกรรมการแสดงออกและบริบทการดูแลรักษาที่ได้รับ และนำไปสู่การให้ความหมายต่อภาวะใกล้ตายในลักษณะต่างๆ

2) บริบทความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เป็นเงื่อนไขหนึ่งอันแสดงลักษณะการสนับสนุนทางสังคม ที่มีผลต่อการรับรู้และการให้ความหมายประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยในแง่มุมต่างๆ โดยส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน มักพูดคุยกันได้อย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา ในขณะที่ครอบครัวที่ความสัมพันธ์กันอย่างห่างเหิน หรือไม่ลงรอย มักไม่ค่อยพูดคุยกันถึงเรื่องความเจ็บป่วยและการเตรียมตัวตาย อย่างไรก็ตาม ความผูกพันในครอบครัว ความกังวล

และห่วงใย มีผลต่อการที่ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจที่จะเปิดเผยหรือปกปิดที่จะให้อีกฝ่ายรับรู้เรื่องราวความเจ็บป่วยและความตายตามจริง

3) ความรู้ความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งและความตายที่แต่ละคนมีอยู่ โดยพบว่าส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยรับรู้และให้ความหมายกับแง่มุมของความตายและภาวะใกล้ตาย โดยยึดโยงจากความรู้และความเชื่อเดิมที่มีอยู่ โดยเฉพาะการยึดโยงกับความเชื่อและแนวคิดทางพุทธศาสนา นอกจากนี้ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ในปัจจุบันในลักษณะต่างๆ จะมีผลต่อการทำความเข้าใจภาวะใกล้ตายในปัจจุบันและความตายที่จะเกิดขึ้น

4) บริบทสถานพยาบาล ในที่นี้ได้แก่สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ลักษณะสถานที่ รวมไปถึงบุคลากรและผู้ป่วยคนอื่นๆ ที่อยู่ร่วมกันในสถานพยาบาลแห่งนี้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ถึงลักษณะบริบทของสถานที่ที่จะผูกโยงไปสู่การรับรู้และการให้ความหมายที่สัมพันธ์กับสภาพบริบทนั้น เช่น การได้เห็นผู้ป่วยรายอื่นๆ ที่มีสภาพและลักษณะต่างๆ ทำให้เกิดความท้อแท้หดหู่ การได้เห็นลักษณะสถานที่ที่แม้จะจัดให้ดูประหนึ่งบ้าน แต่ยังคงสภาพที่แสดงสัญลักษณ์ของการเป็นสถานการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยบางคนยังรู้สึกแปลกแยก และรู้สึกได้ถึงสภาวะความเจ็บป่วย โดยเฉพาะการได้รับรู้ถึงการเป็นสถานที่ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ยิ่งมีส่วนทำให้ผู้ป่วยผูกโยงความคิดความรู้สึกเข้าใกล้ความตายมากขึ้น

5) ประสบการณ์เกี่ยวกับมะเร็งและความตาย โดยผู้ป่วยมักจะทำความเข้าใจภาวะใกล้ตายจากมะเร็งและความตายโดยเชื่อมโยงกับการรับรู้ประสบการณ์ในอดีตของตนเอง และจากประสบการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์คลุกคลีใกล้ชิดกับความตายเป็นมาก่อน มักมองความตายอย่างคุ้นเคย และพูดคุยได้อย่างเปิดเผย ตลอดจนมองความตายเป็นเรื่องที่เป็นปกติธรรมดาได้ง่าย

6) สภาวะความรุนแรงของโรค พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับสภาพการณ์ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ โดยเฉพาะการรับรู้ความเจ็บป่วยในภาวะใกล้ตาย จะนำไปสู่การทำความเข้าใจภาวะความเจ็บป่วยตามที่เป็นอยู่นั้น และให้ความหมายกับประสบการณ์ใกล้ตายในลักษณะต่างๆ อย่างไรก็ตาม การให้ความหมายในแง่มุมที่แตกต่างกันไปในั้น ขึ้นอยู่กับว่าสภาพการณ์ของความเจ็บป่วยเป็นเช่นไร โดยพบว่า สภาพความเจ็บป่วยที่รุนแรง มักจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสื่อความหมายของความเจ็บป่วยไปในทางลบ และสภาพการณ์ใกล้ตาย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวทำความเข้าใจกับความตายได้อย่างใกล้ชิดหรือคุ้นเคยขึ้น และมองความตายและภาวะใกล้ตายในลักษณะที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขและบริบทที่เกี่ยวข้องในภาวะใกล้ตายนั้น

7) เป้าหมายสำคัญในชีวิต พบว่า การมีเป้าหมายสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยในลักษณะที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยแต่ละคนมองความตายและภาวะใกล้ตายในลักษณะที่แตกต่างกันไปด้วย โดยผู้ป่วยที่มีการวางเป้าหมายในชีวิต และคาดหวังกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ มักมองว่าความตายจะเป็นตัวจุดรั้งการมุ่งสู่เป้าหมายนั้น

เมื่อเทียบเคียงกับการศึกษาของฟิชเชอร์ และอดัม (Fisher BA. & Adams. 1994: 45-91) เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้และการให้ความหมาย โดยพวกเขา มองว่า การให้ความหมายต่อสิ่งที่รับรู้นั้นมีปัจจัยด้านกระบวนการความคิด (Cognitive factors) เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ซึ่งก็สอดคล้องกับแนวคิดของ ไฮเดกเกอร์ ที่มองมนุษย์ในฐานะผู้รับรู้ และรู้คิดในตนเอง และการให้ความหมายต่อสิ่งที่เขาเหล่านั้นประสบอยู่ ปัจจัยสำคัญที่ฟิชเชอร์ และคณะกล่าวถึงได้แก่ 1) การคัดเลือกมาเฉพาะส่วน (Selection) โดยพวกเขา มองว่า บุคคลมีข้อจำกัดของจิตใจ (Physiological limitation) และความสามารถทางจิตใจ (Psychological ability) ทำให้ไม่สามารถที่จะเอาข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่มาใช้ แต่เลือกเฉพาะข้อมูลบางอย่างเข้ามาตีความ ซึ่งก็สอดคล้องกับข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาวิจัย โดยพบว่า ผู้ป่วยหลายคนที่ได้รับเฉพาะข้อมูลบางส่วน จะแสดงออกด้วยการปกปิดข้อมูลบางส่วน ปฏิเสธการรับรู้ การหลีกเลี่ยงภาพความจริงบางภาพที่ก่อให้เกิดภาวะวิตกกังวล (Anxiety) และสิ่งที่ได้รับรู้เหล่านั้นจะมีผลต่อการให้ความหมายความตายและภาวะใกล้ตายในแง่มุมต่างๆ และนำไปสู่การเผชิญความตายและภาวะใกล้ตายในลักษณะต่างๆ

ปัจจัยต่อไป ที่ฟิชเชอร์และอดัม กล่าวถึงและสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ 2) ประสบการณ์ (Experience) ที่แต่ละบุคคลประสบ และ 3) สภาพแวดล้อม (Context) ที่เป็นอยู่ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ประสบการณ์ใกล้ตายเกี่ยวข้องกับการให้ความหมายความตายและภาวะใกล้ตายในลักษณะต่างๆ ส่วนสภาพแวดล้อมในที่นี้จะเกี่ยวข้องกับการบริบทความสัมพันธ์ในครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่างๆ ภายในสถานพยาบาล รวมถึงบริบทสถานที่และการดูแลรักษา ซึ่งมีผลต่อการรับรู้และการให้ความหมายประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาวิจัย ได้ข้อสังเกตหนึ่งที่ทำให้ทราบว่า ในสภาพแวดล้อมต่างกัน มีผลต่อการให้ความหมายประสบการณ์ใกล้ตายในลักษณะและแง่มุมที่แตกต่างกัน ดังเช่นที่ผู้ป่วยหลายคน ที่มองว่า การตายที่บ้าน เป็นการตายตามที่ตนเองคาดหวัง กล่าวคือ ได้ตายภายในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย และท่ามกลางญาติมิตรที่ผูกพัน ต่างจากการตายในสถานพยาบาล ซึ่งแม้จะพยายามทำสภาพบริบทให้ดูประหนึ่งบ้าน และดูแลประหนึ่งญาติมิตร แต่ก็ยังไม่ทำให้เกิดความคุ้นเคยและผูกพันเท่ากับสภาพแวดล้อมที่เคยเป็นอยู่มาเนิ่นนาน จึงมักพบได้บ่อยว่า ผู้ป่วยปรารถนาจะไปตายที่บ้าน หรือได้มีโอกาสกลับไปอยู่ที่บ้านเดิมก่อนที่ตนเองจะตายจากไป

ส่วนอีก 2 ปัจจัยสุดท้ายที่ฟิชเชอร์และอดัมได้กล่าวถึงคือ 4) การตัดสินใจลงความเห็น (Inference) และ 5) การประเมินคุณค่า (Evaluation) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิด (Cognitive factors) ของบุคคล ซึ่งเมื่อเทียบเคียงกับแนวคิดของ ไฮเดกเกอร์ ที่อธิบายถึงการตีความหมายของบุคคล ภายใต้ความเชื่อที่ว่า “มนุษย์สำนึกถึงการมีอยู่ เป็นอยู่ หรือดำรงอยู่แห่งตนด้วยการรู้คิดในตนเอง” หรือ “มนุษย์มีการไตร่ตรองหรือตีความเกี่ยวกับตนเอง (Self-interpreting)” ซึ่งการรู้คิดนั้นเกิดเนื่องมาจากมนุษย์รับรู้อย่างมีจิตสำนึก (Consciousness) ทำให้มนุษย์มีการตีความภาวะการเป็นนั้น เพื่อแสดงให้เห็นชัดเจนถึงสิ่งที่ได้ทำความเข้าใจ และเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตด้วยตนเอง (Conroy. 2001: 91; citing Koch. 1995: 832) การตีความดังกล่าว เทียบเคียงได้กับการตัดสินใจ

ความเห็น ร่วมกับการประเมินคุณค่า ตามที่พิชเชอร์และคณะได้กล่าวถึง ทั้งนี้มุ่งสู่จุดร่วมเดียวกัน คือ การให้มุมมองต่อสิ่งที่ประสบตามที่ได้รับรู้และรู้คิดนั้น

สิ่งที่พิชเชอร์และคณะไม่ได้กล่าวถึง แต่เป็นข้อค้นพบจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้คือ การวางเป้าหมายในชีวิต ซึ่งเป็นอีกเงื่อนไขสำคัญที่มีผลต่อการให้ความหมายประสบการณ์ใกล้ตายในแง่มุมต่าง ๆ ซึ่งถ้าอธิบายผ่านแนวคิดการตีความของไฮเดกเกอร์ จะเห็นว่า การที่บุคคลได้ตระหนักถึงเป้าหมายในชีวิตที่ตนเองได้วางไว้ และตระหนักถึงความตาย (Awareness of death) ซึ่งเป็นตัวกำหนดขอบเขตเวลาในการใช้ชีวิต (Time and space) การจำกัดขอบเขตของชีวิตด้วยความตาย ตามการรู้คิดของผู้ป่วย ทำให้การมุ่งสู่เป้าหมายตามที่คาดหวังในอนาคตถูกจัดตั้งไว้ ซึ่งอาจมีผลทำให้การวางเป้าหมายชีวิตของผู้ป่วยต้องเปลี่ยนไป รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงการให้ความหมายของชีวิตที่เหลืออยู่ตามไปด้วย สรุปตามแนวคิดนี้ได้ว่า การตระหนักถึงความตาย มิได้มุ่งเน้นที่ความตาย แต่เน้นการใช้ชีวิตในช่วงเวลาก่อนเข้าสู่ขอบเขตของความตาย (Being-towards-death) (Valle. 1997:360, citing Heidegger. 1962:354) มุมมองเกี่ยวกับความตาย จึงเกี่ยวเนื่องกับมุมมองเกี่ยวกับชีวิตตามที่เป็นอยู่ทั้งในปัจจุบัน (Present) และมุมมองในอนาคต (Future) อันเกี่ยวข้องกับ ความคาดหวังหรือเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนได้ เนื่องจากแนวคิดนี้เชื่อว่า มุมมองและการดำรงอยู่นั้นเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา และสถานการณ์ ซึ่งมีผลให้บุคคลต้องมีการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของตนเองไปตามความคิดความเข้าใจของตนเองในขณะนั้น (วาริญา ภาวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม. 2547)

8) ช่วงเวลาหรือกาล ในที่นี้หมายถึงช่วงเวลาที่เปลี่ยนไปตั้งแต่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นมะเร็ง จนถึงการรับรู้เกี่ยวกับภาวะใกล้ตายในปัจจุบัน ซึ่งจะสัมพันธ์กับการทำความเข้าใจเกี่ยวกับ ประสบการณ์ชีวิตใกล้ตายทั้งในปัจจุบัน และในอนาคต กล่าวคือ ผู้ป่วยอาจไม่ได้ให้ความหมาย ประสบการณ์ใกล้ตายในแง่มุมเดิมเมื่อเวลาเปลี่ยนไป โดยจากการศึกษาพบว่า ช่วงเวลาสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ความเจ็บป่วย ซึ่งมีผล ให้ความเข้าใจและมุมมองของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยให้ความ หมายความเป็นปกติธรรมดาของความตาย ต่อเมื่อเวลาเปลี่ยนไป สถานการณ์ความเจ็บป่วยรุนแรง ขึ้น ผู้ป่วยรับรู้ถึงการเข้าใกล้ความตายในอีกไม่ช้า การมองความตายจึงเปลี่ยนไป จากความเป็น ธรรมดา เป็นความพลัดพราก เป็นต้น ในขณะเดียวกัน ช่วงเวลาที่ผ่านไป มีผลทำให้ผู้ป่วยซึมซับ หรือคุ้นเคยกับเหตุการณ์หรือสภาวะที่เกิดขึ้นขึ้นเรื่อยๆ จึงเกิดการปรับตัวและยอมรับกับสภาวะ ต่าง ๆ และมองความเจ็บป่วยและความตายด้วยความคิดและความรู้สึกที่เปลี่ยนไป

เมื่ออธิบายโดยใช้แนวคิดอัตถิภาวนิยม (Existentialism) ของไฮเดกเกอร์ผ่านกระบวนการ ปรากฏการณ์วิทยา โดยเฉพาะการศึกษาเรื่องความตาย (Death) ซึ่งเกี่ยวพันกับภาวะการเป็นและ กาล (Being and time) หรือแนวคิดเกี่ยวกับช่วงเวลาแห่งการดำรงอยู่ (Lived time /Temporality) โดยชี้ให้เห็นว่า ช่วงเวลาทำให้บุคคลมีความรู้สึกที่แตกต่าง และมีความคิดอ่านเปลี่ยนไป กล่าวคือ ในช่วงเวลาหนึ่งบุคคลอาจทำความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองในแบบหนึ่ง แต่เมื่อเวลาผ่านไปบุคคลอาจมี ความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองที่เปลี่ยนไป (Van Manen. 1990: 101-105) ในแง่นี้ การดำรงอยู่จึงเป็น

เพียงสิ่งชั่วคราว (Temporal) เปลี่ยนแปลงไปได้ตามกาลเวลา และสถานการณ์ นอกจากนั้นแนวคิดนี้ยังมุ่งเน้นพิจารณาถึงภาวะการเป็นของมนุษย์ที่เปลี่ยนแปลงจากการมีอยู่ไปสู่การไม่มีอยู่ (no-thing) เนื่องจากจากช่วงเวลาใช้ชีวิตของมนุษย์ถูกจำกัดขอบเขตด้วยความตาย ชีวิตกับความตายจึงเป็นสิ่งที่แยกกันไม่ออก กล่าวคือ มีชีวิตก็ต้องมีความตาย และการที่ชีวิตของมนุษย์มีขอบเขตช่วงเวลาที่ว่านี้ จึงมีความสำคัญหรือมีความหมายต่อชีวิตมนุษย์ (Stambaugh, 1996: Online)

9) ช่วงวัย ผู้ป่วยซึ่งเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงวัยทำงาน จนถึงช่วงวัยสูงอายุ (ช่วงอายุระหว่าง 43-72 ปี) โดยช่วงวัยเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับช่วงเวลาการใช้ชีวิต กล่าวคือ ช่วงวัยสูงอายุคือช่วงวัยที่ผ่านประสบการณ์การใช้ชีวิตมาอย่างยาวนาน ซึ่งจากการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วยในวัยสูงอายุมักมองความตายได้อย่างเป็นปกติธรรมดามากกว่าช่วงวัยทำงาน มักพูดคุยถึงเรื่องความตายได้อย่างเปิดเผย อีกทั้งมักจะไม่รู้สึกหวาดกลัวมากต่อความตาย เนื่องจากมองว่าช่วงชีวิตที่เหลืออยู่มีได้ห่างไกลจากความตายเท่าไรนัก ในขณะที่ช่วงวัยทำงาน ยังเป็นการใช้ชีวิตที่สัมพันธ์กับการทำงาน การแสวงหาความสำเร็จ จึงพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในช่วงวัยทำงาน ยังปฏิเสธหรือไม่ยอมรับความเจ็บป่วยและความตาย หรือแม้จะแสดงการยอมรับ แต่ก็ไม่ใช้การยอมรับได้อย่างสิ้นเชิงโดยปราศจากเงื่อนไขใดๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง ตัวอย่างที่เห็นได้ชัด ได้แก่ ผู้ป่วยที่กำลังประสบความสำเร็จกับการทำงาน และมองงานเป็นเป้าหมายสำคัญของชีวิต จะแสดงความกังวลใจกับสภาพความเจ็บป่วยและหลีกเลี่ยงที่จะรับรู้เกี่ยวกับความตาย

ช่วงวัยเกี่ยวข้องกับกาล (Time) ตามแนวคิดอัตถิภาวนิยม ที่เน้นการให้ความหมายภาวะการเป็นของมนุษย์ที่สัมพันธ์กับกาล (Being and time) เวลาที่ว่านี้มิใช่เวลาที่วัดด้วยนาฬิกาหรือจากปฏิทิน หากแต่เป็นการมีเวลาในการทำความเข้าใจภาวะการเป็น และกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่งอันเกี่ยวพันกับจิตสำนึกของบุคคล ซึ่งแนวคิดนี้ถือว่าความคิดความรู้สึกของบุคคลเป็นสิ่งชั่วคราว (Temporality) ผันแปรหรือเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา และสถานการณ์ที่บุคคลประสบ ดังนั้น เมื่อเวลาเปลี่ยนไป บุคคลมีช่วงวัยของอายุที่มากขึ้น ความคิด ความรู้สึกจึงแปรเปลี่ยนไปได้ เรียกได้ว่าบุคคลเกิดการผันแปรแบบแผนทางความคิด (Paradigm shift identification) มีการเปลี่ยนแปลงวิถีของมุมมองและการเผชิญปัญหาภายในโลก (Change in a way of seeing and coping with the world) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการตีความของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองประสบ เพื่อที่จะตัดสินใจได้ว่า จะดำรงอยู่เยี่ยงไรภายในโลกประสบการณ์นั้น และจะกระทำเช่นไรต่อไปในอนาคต (How to exist in the world and how to interact in the future) (Conroy, 2003: 19)

เมื่อเทียบเคียงกับการศึกษาของ อานนท์ วิทยานนท์ (2548: 124-126) ซึ่งได้ศึกษาความแตกต่างของช่วงวัยและมุมมองเกี่ยวกับความตาย พบว่า ในช่วงวัยผู้ใหญ่ จะแตกต่างไปจากช่วงวัยเด็ก ที่ยังไม่มีความคิดเกี่ยวกับความตายที่เป็นรูปธรรมชัดเจน และวัยรุ่นที่แม้จะเข้าใจความตายชัดเจนขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัดในการควบคุมสถานการณ์เกี่ยวกับความตาย เมื่อเทียบกับวัยผู้ใหญ่ ที่จะรับรู้เกี่ยวกับความตายในแง่ของความจริง และมักยอมรับถึงการใกล้สิ้นสุดของชีวิตได้ ข้อสังเกตที่น่าสนใจคือ ผู้ใหญ่จะกลัวความจริงเกี่ยวกับความตายน้อยกว่ากลัวกระบวนการของความตาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ ความเจ็บปวด การถูกแยก การสูญเสียการควบคุมตัวเอง ซึ่งจากการศึกษา

ในครั้งนี้มีข้อค้นพบที่สอดคล้องกันคือ ผู้ป่วยจะหวาดกลัวภาวะใกล้ตายหรือกระบวนการตายมากกว่าความตาย ทำให้ผู้ป่วยบางคนปรารถนาที่จะตายเร็ว หากต้องพบกับสภาพการณ์ในภาวะใกล้ตายที่ตนเองหวาดหวั่น ซึ่งถ้าพิจารณาในแง่ช่วงวัย พบว่า ในช่วงวัยทำงาน ภาวะใกล้ตายที่ส่งผลในแง่ลบและเป็นสิ่งที่น่าหวาดกลัวจะได้แก่ การสูญเสียภาพลักษณ์ และการสูญเสียการควบคุมตนเอง ซึ่งจะมีผลต่อการก้าวไปสู่ความคาดหวังและการสำเร็จในการทำงาน ส่วนในวัยสูงอายุได้ข้อค้นพบที่ตรงกันว่า บางคนยินดีที่จะต้อนรับความตายและเปิดเผยเกี่ยวกับความตายของตนได้ ส่วนกระบวนการตายที่ส่งผลในแง่ลบ และทำให้ผู้ป่วยเลือกที่จะตายเร็ว คือ ความเจ็บปวดหรือความทรมานทางกายที่ประสบ

10) สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว จากการศึกษาพบว่า สถานะทางเศรษฐกิจ เป็นเงื่อนไขสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยจะเห็นว่าผู้ป่วยให้ความหมายถึงความเป็นภาระทางการเงินอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยที่ประสบอยู่ เนื่องมาจากค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง อีกทั้งความเจ็บป่วยในภาวะใกล้ตาย ส่งผลให้ไม่สามารถทำงานเลี้ยงชีพได้ตามปกติ ทำให้รายได้ในครอบครัวน้อยลง ในขณะที่ค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวมีมากขึ้น ซึ่งค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว หรือสถานะทางเศรษฐกิจจะมีผลต่อการให้ความหมายประสบการณ์ใกล้ตายมากน้อยเพียงไร ขึ้นอยู่กับบุคคลให้ความสำคัญกับสถานะทางเศรษฐกิจเช่นไร รวมถึงการต้องเผชิญกับสภาพปัญหาทางเศรษฐกิจมากน้อยเพียงไร โดยจะพบว่า บุคคลในวัยทำงาน มักให้ความสำคัญและตระหนักถึงสถานะทางเศรษฐกิจ เนื่องจากอยู่ในวัยที่ยังต้องหาเลี้ยงชีพและรับภาระทางการเงิน รวมถึงบุคคลที่มีแนวคิดทางวัตถุนิยม หรือผู้ที่ประสบความสำเร็จทางการเงิน มักมองว่า ความเจ็บป่วยและความตายเป็นตัวจุดตั้งหรือทำให้ตนเองพลาดหวังจากความสำเร็จนั้น และการแสวงหาความสุขทางวัตถุ ในขณะที่ครอบครัวที่ภาวะทางเศรษฐกิจไม่มั่นคง มักมองไปที่ความเป็นภาระของครอบครัวมากกว่าการสูญเสียความหวังและความสุขที่เคยมี

จะเห็นว่า สภาพทางเศรษฐกิจจะสัมพันธ์กับการใช้ชีวิตของผู้ป่วยในภาวะใกล้ตาย ผู้ป่วยที่สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวมีความมั่นคง หรือผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จจากชีวิตการทำงาน มักจะยังรู้สึกเพลิดเพลินกับการใช้ชีวิตที่สุขสบาย ท่ามกลางความสำเร็จ โดยไม่ต้องการพบเจอกับความตาย ทั้งนี้เพราะความตายย่อมยุติภาวะอันน่าพึงพอใจดังกล่าว ในขณะที่ผู้ป่วยและครอบครัวที่สถานะทางเศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวย มักจะมีความกังวลกับภาระทางการเงินที่เพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยบางคนมองว่า ความตายอาจเป็นหนทางที่ดีในการที่จะทำให้ตนเองหลุดพ้นจากความรู้สึกว่าเป็นภาระ และครอบครัวหลุดพ้นจากภาระที่แบกรับอยู่ รวมไปถึงผู้ป่วยบางคนที่มีฐานะยากจน ใช้ชีวิตอย่างยากลำบาก จะมองความเจ็บป่วยจากมะเร็งเป็นความสิ้นหวัง และความตายเป็นสิ่งที่ยากจะหลีกเลี่ยงได้ และผู้ป่วยบางคนที่ต้องใช้ชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วย โดยมีอาจพึ่งพิงตนเองได้ ต้องอาศัยการพึ่งพิงแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ เช่น สถานพยาบาล หรือสถานสงเคราะห์ มักใช้ชีวิตไปวัน ๆ อย่างสิ้นหวังในภาวะใกล้ตาย ก่อนความตายจะมาเยือน

11) บุคลิกลักษณะส่วนตัว ในการศึกษาครั้งนี้ บุคลิกลักษณะส่วนตัวของผู้ป่วยจะเกี่ยวข้องกับสภาวะหรือกลไกทางจิตใจของบุคคลเป็นสำคัญ โดยส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวที่เดิมมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง มักแสดงออกถึงการเผชิญกับความเจ็บป่วยและความตายได้อย่างสงบ แม้จะหวาดวิตกต่อภาวะใกล้ตายและความตาย แต่มักไม่แสดงออกให้ผู้อื่นและผู้ใกล้ชิดสังเกตเห็น บุคคลเหล่านี้มักพยายามมองว่าความตายเป็นความไม่แน่นอน และมักแสดงออกโดยการต่อรองกับความตายด้วยวิธีการต่างๆ หรือแม้แต่พยายามมองว่าความเจ็บป่วยและความตายเป็นเรื่องธรรมดา ซึ่งอาจเป็นทั้งการแสดงมุมมองที่แท้จริง หรือการแสดงมุมมองเพียงเพื่อให้บุคคลรอบข้างรู้สึกได้ว่าตนเองยังคงเป็นผู้ที่เข้มแข็งอดทน เพื่อที่จะหลีกเลี่ยงการสร้าง ความกังวลใจให้กับคนใกล้ชิดรอบข้าง และเพื่อดำรงความเป็นตัวตนเช่นเดิมไว้

1.3 ความหมายที่ซ่อนอยู่ภายใต้สิ่งที่ปรากฏ

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยให้ความหมายความตายและภาวะใกล้ตาย ดังนี้ เป็นมะเร็งหนีไม่พ้นความตาย ภาวะใกล้ตายท่ามกลางความทุกข์ทรมาน ภาวะใกล้ตายกับภาระที่ต้องดูแล ภาวะที่ไม่ปกติหรือแปลกแยก ความทุกข์ใจกับภาวะใกล้ตาย ความตายทำให้พลัดพราก ความตายให้ต้องพลาดหวัง ความตายทำให้หลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน ความตายเป็นเรื่องปกติธรรมดา ความตายเป็นเรื่องไม่แน่นอน ไม่แน่ว่าจะตายหรืออยู่ ถ้าพิจารณาจากความหมายต่างๆ นี้ จะเห็นว่า ส่วนใหญ่เป็นการให้ความหมายในเชิงลบ โดยความหมายในเชิงลบนี้ ส่วนใหญ่เนื่องมาจากสภาวะความรุนแรงและความเรื้อรังของโรคเป็นสำคัญ รวมไปถึงเงื่อนไขต่างๆ ที่มีส่วนกระตุ้นให้เกิดความคิดและความรู้สึกเช่นนั้น อย่างไรก็ตาม นอกเหนือไปจากมุมมองในเชิงลบ ยังมีการให้ความหมายความตายในลักษณะของความเป็นปกติธรรมดา ซึ่งยึดโยงมาจากความเชื่อในแนวคิดทางพุทธศาสนาเป็นสำคัญ ที่มองว่า ความตายเป็นธรรมดาของชีวิต แต่ความลึกซึ้งของแนวคิดทางพุทธศาสนาที่ผู้ป่วยหลายคนไม่ได้แสดงถึงความเข้าใจก็คือ ชีวิตกับความตายห่างกันเพียงลมหายใจเข้าออก ความตายเป็นเพียงกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงอย่างหนึ่งในชีวิตเท่านั้น และแม้ความตายจะเป็นวาระสุดท้ายของชีวิต แต่มิใช่เป็นวาระสุดท้ายของทุกสิ่งทุกอย่าง หากแต่เป็นเพียงปรากฏการณ์ธรรมชาติที่มีอยู่คู่กับการเกิด การตายจึงเป็นผลที่นำไปสู่การเกิดใหม่อีกตราบเท่าที่เรายังมีกิเลสอยู่ และพุทธศาสนาเน้นที่ การระลึกถึงความตายของตนเองอยู่เสมอ เพื่อที่จะใช้ชีวิตอย่างระมัดระวัง มีสติ ปราศจากความยึดมั่นถือมั่นในตัวตน และมุ่งสู่นิพพาน ในแง่นี้ พุทธศาสนาจึงมิได้มองความตายเพียงการแตกดับหรือเสื่อมสลายทางร่างกาย หรือการสิ้นชีวิตในทางกายภาพ แต่เน้นที่การตายจากการยึดติดหรือยึดมั่นในตัวตน โดยที่ร่างกายยังไม่ตายหรือชีวิตยังไม่แตกดับ (พุทธทาสภิกขุ. 2537: 123-186)

ด้วยเหตุนี้จึงดูเหมือนว่าการมองความตายเป็นความธรรมดา เกิดจากการผูกโยงความเชื่อทางพุทธศาสนาเพียงบางส่วนบางตอนตามที่เข้าใจได้เท่านั้น แต่แนวปฏิบัติเกี่ยวกับการระลึกถึงความตาย เพื่อละความยึดมั่นถือมั่นนั้น ยังมีได้เข้าถึงอย่างลึกซึ้ง จะเห็นได้ว่าเมื่อช่วงเวลาเปลี่ยน

สภาวะหรือสถานการณ์เปลี่ยนไป การมองความตายในมุมมองดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงไป จะเห็นว่าผู้ป่วยยังคงมีความกังวลเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและมีที่ท่าที่จะยื้อชีวิตให้ห่างไกลความตายออกไปอีก อย่างไรก็ตาม การทำความเข้าใจความตายโดยผูกโยงเข้ากับความเชื่อทางพุทธศาสนาของผู้ป่วยบางคน ช่วยให้พวกเขาดำรงชีวิตได้อย่างมีสติและเป็นปกติสุขมากขึ้น

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยและครอบครัวได้นำหลักแนวคิดนี้มาใช้เพื่อกล่อมเกล้า หรือเป็นที่ยึดเหนี่ยวให้ตนเองมีสติกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และสามารถเผชิญกับความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นได้อย่างสงบ ซึ่งบางคนอาจสามารถทำความเข้าใจในลักษณะเช่นนี้ได้ อย่างคงเส้นคงวา ในขณะที่บางคนอาจเป็นเพียงการพยายามทำความเข้าใจให้ได้ ซึ่งเป็นลักษณะความเข้าใจในแง่มุมมองดังกล่าวแต่เพียงชั่วคราว เพื่อให้สภาพจิตใจสงบ ลดความวิตกกังวล ความเป็นธรรมชาติของความเจ็บป่วยและความตาย ตามความคิดความรู้สึกของแต่ละบุคคลจึงอาจเป็นสิ่งที่ดำรงอยู่หรือปรับเปลี่ยนได้ ทั้งนี้เป็นเพราะความตายยังเป็นเรื่องที่ยอมรับกันได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวต่างต้องเผชิญกับสภาวะและสถานการณ์ต่างๆ ที่กดดัน และไม่อาจทราบได้ว่า ชีวิตหลังความตายจะเป็นเช่นไร นอกจากนั้น บุคคลในครอบครัวเองก็ต้องเผชิญกับความพลัดพรากที่ไม่อาจกลับมาพบกันได้อีก อย่างไรก็ตาม การพิจารณาความตายในแง่มุมมองทางพุทธศาสนา ช่วยสะท้อนให้เห็นถึงความจริง ความหมาย และคุณค่าของชีวิต นอกจากนั้นยังสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างกันภายในครอบครัว ซึ่งถ้ามีการจัดการอย่างเหมาะสม ความเจ็บป่วยในภาวะใกล้ตายและความตายก็อาจกลายเป็นเรื่องของการสร้างวิถีคิดเกี่ยวกับชีวิตที่ดำรงอยู่อย่างมีคุณค่าก่อนที่จะก้าวไปสู่ความตายในที่สุด

ด้วยเหตุนี้ ทำให้ได้ประเด็นที่สำคัญว่า การสืบค้นความหมายที่ซ่อนอยู่ภายใต้สิ่งที่ปรากฏนั้น จำเป็นต้องทำความเข้าใจและสืบสาวไปถึงเรื่องราวเบื้องหลัง เพื่อให้ทราบความหมายที่แท้จริงของภาวะการเป็นตามผู้ป่วยคิดและรู้สึกตามจริง ตัวอย่างที่สังเกตเห็นได้คือ ผู้ป่วยบางคนให้ความหมายความตายและภาวะใกล้ตายในแง่มุมมองหนึ่ง แต่การกระทำเป็นไปในทิศทางที่ไม่สอดคล้องหรือไม่ลงรอยกับความคิดความรู้สึกเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตายตามที่ได้ให้ความหมายไว้ในแง่หนึ่ง ผู้ป่วยหรือครอบครัวมักขาดความเป็นตัวของตัวเอง (Disown) มักพูดหรือกระทำตามความเชื่อหรือค่านิยมทางสังคม หรือถูกควบคุมโดยสิ่งแวดล้อม ทั้งที่ตามจริงแล้วตนเองไม่ได้คิดและรู้สึกเช่นนั้น การดำรงอยู่ในลักษณะนี้เป็นการดำรงอยู่ในลักษณะที่พยายามควบคุมแบบแผนชีวิตของตนเอง มองตนเองเป็นเสมือนวัตถุที่ควบคุมให้เป็นเช่นนั้นเช่นนั้น (Self is an object) โดยมีได้คำนึงถึงธรรมชาติที่แท้จริงของตนเอง แสดงถึงความไม่ลงรอยระหว่างกายกับจิต หรือการทำงานที่ไม่ประสานสอดคล้องกัน (Distinction between body and mind)

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วยบางคนที่เป็นตัวแทนของความเป็นปัจเจกบุคคล (Individual) ที่มีอิสระทางความคิด และมุ่งสู่ความเป็นไปได้ในการตัดสินใจเลือกเกี่ยวกับภาวะการเป็นของตนเองกล่าวคือ มีการสำนึกถึง และตัดสินใจด้วยตนเอง ตลอดจนสามารถกระทำเพื่อมุ่งสู่ความเป็นไปได้จากการตัดสินใจนั้น โดยเป็นการกระทำที่เกิดจากการเรียนรู้สภาวะที่เป็นอยู่ มิได้ถูกครอบงำจากความคิดความเชื่อใดๆ แต่มุ่งเลือกแนวทางที่คิดว่าเป็นไปได้ รวมถึงมีการ

ปรับตัวให้สอดคล้องกับบริบทแวดล้อม ค่านิยมทางสังคมที่มีอยู่ มีการกำหนดเป้าหมายในการกระทำและมุ่งสู่เป้าหมายนั้น อย่างสอดคล้องความคิดความรู้สึกของตนเอง ในแง่นี้ผู้ป่วยจะดำรงอยู่ซึ่งความเป็นตัวของตัวเองไว้ได้ (Own up to) ดังเช่น ผู้ป่วยที่ให้ความหมายภาวะใกล้ตายจากมะเร็งที่หนีไม่พ้นความตาย และแสดงถึงการยอมรับกับภาวะใกล้ตายตามจริง เลือกที่จะเตรียมตัวตายอย่างสงบ มีการสั่งเสียและพูดคุยกับครอบครัวอย่างเปิดเผยกับภาวะที่เผชิญอยู่ และสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น ได้จัดการกับภาระต่างๆ ที่ค้างคาใจ ก่อนที่จะตายไป ในขณะที่ครอบครัวก็ได้ดูแล และสนับสนุน รวมทั้งช่วยจัดการกับภาระที่ค้างคา ตลอดจนรับฟังคำสั่งเสีย ทำให้ต่างฝ่ายต่างไม่รู้สึกค้างคาใจ และพร้อมที่จะเผชิญความตายและความพลัดพรากสูญเสียอย่างมีสติ ส่วนครอบครัวเองสามารถจัดการกับชีวิตตนเองภายหลังผู้ป่วยจากไปได้

นอกจากนั้นการสืบค้นความหมายที่ซ่อนอยู่ ยังทำให้เห็นถึงลักษณะของการคิดและตัดสินใจของผู้ป่วยที่เป็นไปตามความเชื่อ ค่านิยม หรือวัฒนธรรมของสังคมตามที่ตนเองเข้าใจ ความตายและภาวะใกล้ตาย จนละเลยความเป็นปกติหรือธรรมชาติของตนเอง หรือการละเลยความรับผิดชอบอย่างสมควรจะเป็น จะเห็นได้จากผู้ป่วยที่ละเลยจะจัดการสภาวะที่เป็นอยู่ตามความเหมาะสม ปลอมยให้ชีวิตเป็นไปตามชะตากรรม เป็นการกระทำตามแบบ หรือตามวิธีการต่างๆ จนกลายเป็นความเคยชิน หรือติดเป็นนิสัย โดยที่มิได้ตระหนักถึงสภาพความเป็นจริงในแต่ละช่วงเวลา หรือในแต่ละสถานการณ์เฉพาะ ดังเช่นผู้ป่วยที่ให้ความหมายภาวะใกล้ตายว่าเป็นชีวิตที่ผิดปกติหรือแปลกแยก และแม้จะทำความเข้าใจในสิ่งที่เป็นอย่างจริง ยอมรับกับความแปลกแยกนั้น แต่พฤติกรรมที่แสดงออกเป็นไปในลักษณะที่ปล่อยให้ภาวะเช่นนั้นเป็นไปตามชะตากรรม เนื่องจากมองความแปลกแยกเป็นความพร่องที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ทำให้ละเลยความรับผิดชอบต่อชีวิตของตนเอง และมุ่งหวังแต่พึ่งพิงจนกลายเป็นความเคยชิน หรือในผู้ป่วยที่มองความตายเป็นการหลุดพ้นจากความทรมาน แต่เป็นการมองอันเกิดจากความกดดันจากสภาพความเจ็บป่วยที่ประสบอยู่ หรือความกดดันจากความทุกข์ทรมานที่ประสบ และมีการกระทำโดยละเลยความเหมาะสมทางสังคมปรารถนาที่จะใช้วิธีทำให้ตนเองตายเร็ว โดยละเลยความรับผิดชอบต่อชีวิตตนเองตามสมควร

สิ่งสำคัญซึ่งเป็นข้อค้นพบจากการศึกษาวิจัย คือ ข้อค้นพบที่ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังยากที่จะทำใจยอมรับกับภาวะใกล้ตายและความตายที่จะเกิดขึ้น เนื่องจากความตาย เกี่ยวข้องกับการสิ้นสุดของชีวิต ซึ่งถือเป็นการสูญเสียอันเป็นวิกฤติสำคัญของชีวิตมนุษย์ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยต้องการชี้ให้เห็นประเด็นสำคัญว่า การจัดการกับสภาพปัญหาหรือการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นเรื่อง que ผู้ป่วยควรต้องคำนึงถึง เพื่อให้เกิดการจัดการที่เหมาะสม เนื่องจากเป็นหน้าที่ของมนุษย์ในฐานะดาสายิน (Man as Dasein) ซึ่งหมายถึง มนุษย์ที่สำเนียงรู้ถึงการมีอยู่ เป็นอยู่ ดำรงอยู่แห่งตน ด้วยการคิดรู้อยู่ในตนเองได้ (วาริญา ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม, 2547: Online) แต่เนื่องด้วยภาวะวิกฤติดังกล่าว เกี่ยวข้องกับการสิ้นสุดของชีวิตซึ่งเป็นสิ่งมีค่าสำหรับมนุษย์ทั่วไป การเผชิญปัญหาจึงเป็นเรื่องยากสำหรับผู้ป่วยเพียงบุคคลเดียว ซึ่งจากการศึกษาวิจัยจะพบว่า แรงสนับสนุนจากผู้ดูแลทั้งจากครอบครัวและทีมสุขภาพ มีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการประคับประคองให้ผู้ป่วยก้าว

พันวิฤทธิทางจิตใจท่ามกลางวิฤทธิทางกายของชีวิตไปได้อย่างสงบ และจัดการกับสภาวะต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมก่อนที่จะจากโลกนี้ไป

1.4 การให้ความหมายที่แปรเปลี่ยนไปตามกาล

จากข้อค้นพบที่ได้ แสดงให้เห็นเงื่อนไขสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการให้ความหมายหรือตีความประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วย คือ เรื่องของ “กาล” หรือ “เวลา” (Time) มิติของเวลานี้เกี่ยวข้องกับการตีความของผู้ป่วยที่ยึดโยงความรู้ ความเชื่อในอดีต ภูมิหลังหรือเรื่องราวต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาตีความภาวะที่เป็นในปัจจุบันเกี่ยวกับสภาวะใกล้ตายที่ตนเองประสบอยู่ รวมไปถึงการตีความที่ผูกโยงไปถึงความคิดและความรู้สึกต่อสิ่งที่คาดหวังให้เกิดในอนาคต ทำให้องค์ประกอบที่สำคัญซึ่งเป็นบทสรุปของประสบการณ์ใกล้ตายจากการศึกษาในครั้งนี้ จึงเป็นทั้งการให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย และความคาดหวังหรือสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจเผชิญปัญหาในภาวะใกล้ตายในลักษณะต่างๆ ทั้งนี้ เกิดจากการตีความของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย ผ่านประสบการณ์ ความรู้ ความเชื่อ ภูมิหลังซึ่งแสดงคุณลักษณะส่วนบุคคล และสัมพันธ์กับบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ตามที่ได้กล่าวไปแล้ว นี่คือการแปรเปลี่ยนของข้อค้นพบที่เกี่ยวกับเรื่องของกาลหรือเวลา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดไฮเดกเกอร์ ที่ว่า ความสำคัญของบุคคลไม่ได้ถูกจำกัดแคบเฉพาะขณะเวลานั้นเท่านั้น แต่ความสำคัญของบุคคลจะย้อนไปถึงอดีตที่ผ่านมา รวมทั้งสามารถจินตนาการถึงขณะเวลาในอนาคตได้อีกด้วย การตีความปรากฏการณ์จึงเกี่ยวข้องกับมิติเวลาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยคำนึงถึงการตีความเกี่ยวกับความมีอยู่ของบุคคล เกี่ยวกับเจตนาภรณ์ของบุคคลต่อโลก ซึ่งในขณะที่บุคคลแสดงเจตนาภรณ์ดังกล่าวในขณะเวลาใดเวลาหนึ่ง ย่อมเลี่ยงไม่ได้ที่จะให้ความสำคัญต่อดีที่ผ่านมา และอนาคตที่ยังมาไม่ถึง (ปานทิพย์ สุภนกร. 2546: 47-49)

ประเด็นสำคัญที่ต้องการนำเสนอให้เห็นคือ การผันแปรของการให้ความหมายต่อภาวะการเป็นที่แปรเปลี่ยนไปตามกาล ทั้งนี้เพื่อต้องการย้ำให้เห็นว่า ประสบการณ์ใกล้ตาย มีความสำคัญเพียงแค่วินาทีที่ผู้ป่วยมีอยู่หรือมีชีวิตในโลก ช่วงเวลาและการให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายจึงเป็นเรื่องที่สำคัญและมีคุณค่าต่อการดำเนินชีวิตภายในโลกต่อไป ก่อนที่ความตายจะมากำหนดขอบเขตให้เวลาของชีวิตสิ้นสุด แต่เชื่อว่าความหมายที่เกิดจากการตีความนี้จะคงอยู่อย่างถาวร ซึ่งข้อค้นพบได้แสดงให้เห็นว่า การตีความหมายของผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์ใกล้ตายของตนเองนั้น นอกจากมิใช่เพียงการให้ความหมายเพียงหนึ่งเดียว ยังมีการแปรผันของความหมายหนึ่งไปสู่อีกความหมายหนึ่ง หรือการตีความหมายอื่นเพิ่มเติมเข้ามา หรือผู้ป่วยบางคนที่มีการตีความประสบการณ์จากความหมายใหม่กลับมาสู่ความหมายเดิมที่เคยให้ไว้ โดยมีมิติของเวลามาเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้ทั้งบริบทที่เกี่ยวข้องแปรเปลี่ยน และการให้ความหมายทั้งความหมายต่อความตายและความหมายของชีวิตในภาวะใกล้ตายมีการแปรเปลี่ยนไป มีผลให้การแสดงออกหรือพฤติกรรมเผชิญหน้ากับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยเป็นไปในลักษณะต่างๆ หรือผู้ป่วยมีการปรับตัวในภาวะใกล้ตายในลักษณะต่างๆ นั่นเอง

1.5 ความหมายของความตายที่เชื่อมโยงกับความหมายของชีวิต

การให้ความหมายในแง่มุมต่างๆ เกี่ยวกับความตายนั้น พบว่ามีความสอดคล้องกับการให้ความหมายของการมีชีวิตในภาวะใกล้ตาย เนื่องมาจากผู้ป่วยทำความเข้าใจเกี่ยวกับความตายภายใต้สถานการณ์ความเจ็บป่วยในภาวะใกล้ตาย จะเห็นว่า การมองที่ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยบางคนเห็นว่าความตายจะทำให้หลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานที่ตนเองประสบอยู่ และความเจ็บป่วยที่มองเลยไปถึงการสูญเสียชีวิตทำให้ผู้ป่วยบางคนรู้สึกว่ามีใช้เพียงชีวิตที่กำลังจะสูญเสีย แต่นั่นหมายถึงพวกเขาจะต้องพลัดพรากและพลาดหวังกับบางสิ่งบางอย่างของชีวิต ในขณะที่ผู้ป่วยบางคนกลับมองว่าความตายเป็นความไม่แน่นอน ไม่แน่ว่าจะตายหรือจะยังมีชีวิตอยู่ได้ เนื่องมาจากความคาดหวังที่จะไม่ตาย เพื่อที่จะไม่ต้องเผชิญกับความพลัดพราก ความพลาดหวัง ตามที่พวกเขาตระหนักถึง และท้ายสุดการให้ความหมายความเป็นปกติธรรมดาของความตายนั้น ส่วนใหญ่อิงจากความเชื่อทางพุทธศาสนา ที่มองว่าความตายเป็นธรรมดาของชีวิต แต่ในแง่ของการมีชีวิตอยู่กับภาวะใกล้ตาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มองความตายในลักษณะนี้เพื่อจัดการกับสภาพจิตใจ เป็นการพยายามทำใจยอมรับเพื่อลดความวิตกกังวล หรือการปกปิดความอ่อนแอในตนเอง

เมื่อพิจารณาระหว่างความหมายของภาวะใกล้ตายและการให้ความหมายความตาย จะพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับเรื่องภาวะใกล้ตาย มากกว่าความตาย โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับความทุกข์ทรมาน ความสูญเสียความเป็นปกติ อันแสดงถึงการสูญเสียความเป็นตัวตนที่สามารถดูแล ควบคุม และช่วยเหลือตัวเองได้ สภาพการณ์ต่างๆ เช่นนี้ ทำให้ผู้ป่วยหลายคนมองความตายเป็นเรื่องเล็กลงหรือด้อยความสำคัญลง กล่าวคือ เลือกที่จะเผชิญความตายมากกว่าเผชิญสภาพการณ์เหล่านี้ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าหวาดหวั่นมากกว่า ส่วนการให้ความหมายความตาย จะสัมพันธ์กับการกลัวในสิ่งที่ยังไม่รู้ไม่เห็น ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของการไม่รู้ว่าตนเองจะต้องพบเจอกับความตายเมื่อไร และไม่รู้ว่าจะเมื่อตนเองต้องตายไป คนข้างหลังจะต้องประสบกับชะตากรรมเช่นไร ส่วนใหญ่จะเป็นความห่วงกังวลเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ของคนใกล้ชิดในครอบครัว ส่วนความกลัวอีกลักษณะคือความกลัวความพลัดพรากจากคนอันเป็นที่รัก จากนั้นผู้ป่วยจะเริ่มมีการต่อรองกับความตาย โดยมองว่าความตายอาจเป็นความไม่แน่นอน พวกเขาอาจยังไม่ต้องเผชิญความตาย โดยอาจยังมีหนทางที่จะหลบเลี่ยงความตายได้ ในขณะที่บางคน พยายามทำใจยอมรับกับความตาย โดยมองให้เป็นเรื่องปกติธรรมดา โดยอาศัยความเชื่อทางพุทธศาสนาเป็นหลักยึดเหนี่ยว ซึ่งอาจเป็นมุมมองที่ไม่คงที่หรือตายตัว

จากมุมมองต่างๆ ที่หลากหลาย และจากความสัมพันธ์ของการให้ความหมายความตายกับการมีชีวิตในภาวะใกล้ตาย ส่งผลให้ผู้ป่วยแต่ละคนมีการเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตายในลักษณะที่แตกต่างกันไป และแปรผันไปตามความหมายซึ่งมีความสัมพันธ์สอดคล้องกัน ผู้ป่วยบางคนแสดงถึงการยอมรับ มีการจัดการในภาวะใกล้ตายที่ค่อนข้างเหมาะสม ได้สะสางกับภาระต่างๆ ที่ค้างคาอยู่ ทั้งภาระทางครอบครัว ทางจิตใจ และจิตวิญญาณ ในขณะที่ผู้ป่วยบางคนยังแสดงถึง

ความพยายามปฏิเสธและต่อรองกับความตาย หรือบางคนก็แสดงถึงการไม่สามารถจัดการใดๆ ได้หวังเพียงการฟุ้งฟิง หรือรอความตาย อย่างไรก็ตาม ลักษณะการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน ไม่หยุดนิ่งอยู่ที่ลักษณะเพียงหนึ่งเดียว หรือมีใช่เพียงการเผชิญปัญหาโดยวิธีการใดวิธีการหนึ่งอย่างถาวร เนื่องจาก ความตายมิใช่เพียงเรื่องราวส่วนตัวที่เกิดเฉพาะผู้ป่วย แต่เกี่ยวพันไปถึงบริบทแวดล้อมผู้ป่วย รวมถึงเงื่อนไขต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะเงื่อนไขความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์กับผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย และการสนับสนุนจากสังคมรอบข้างซึ่งจะมีผลต่อมุมมองความตายของผู้ป่วย โดยเฉพาะการสนับสนุนและการช่วยเหลือจากครอบครัว และการแนะนำหรือให้คำปรึกษาจากทีมสุขภาพจะมีส่วนอย่างมากที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจากที่ไม่สามารถยอมรับ หรือจัดการได้ กลายมาเป็นสามารถจัดการกับความตายและภาวะใกล้ตายได้อย่างเหมาะสม

1.6 ความคาดหวังที่เชื่อมโยงกับบริบทและกาล

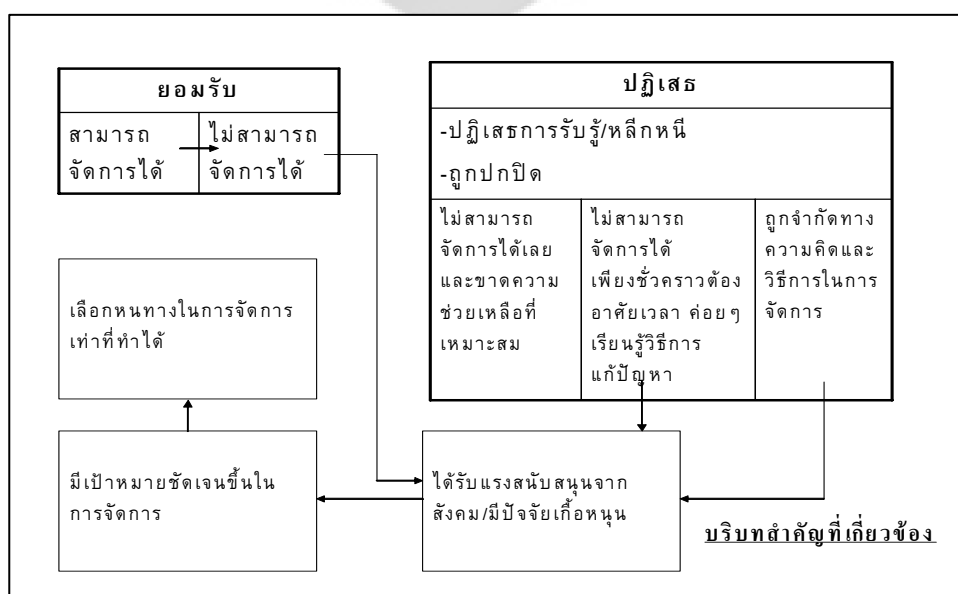
ข้อค้นพบเกี่ยวกับความคาดหวัง แสดงถึง การตีความเกี่ยวกับตนเองที่เกี่ยวข้องกับมิติของเวลาเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยเป็นการตีความเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายที่จินตนาการไปถึงอนาคตที่ต้องการให้เกิดขึ้น โดยจากการศึกษาจะพบว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตายของตนเองในลักษณะต่างๆ ได้แก่ หวังปาฏิหาริย์ช่วยให้ชีวิตอยู่ต่อไป ไม่มี ความคาดหวัง ปล่อยให้ตามเวรกรรม คาดหวังความชัดเจนจากทีมสุขภาพ คาดหวังผลการรักษา คาดหวังถึงที่ฟุ้งฟิง คาดหวังความปกติ มีใช้ความแปลกแยก คาดหวังความเข้าอกเข้าใจจากทีมสุขภาพ ได้กระทำตามความคาดหวังและความเชื่อก่อนตาย ได้ตายท่ามกลางสภาพที่ผูกพันและคุ้นเคย จากไปอย่างไม่เป็นภาระ และคาดหวังกับชีวิตหลังความตาย ซึ่งถ้าพิจารณาจากทัศนะเกี่ยวกับ กาล (Time) ที่กล่าวถึงมิติของเวลา ที่เกี่ยวข้องกับการที่เหตุการณ์ทุกเหตุการณ์เกิดขึ้นในขณะเวลาที่สืบเนื่องกันไป จากอดีต (Past) ถึงปัจจุบัน (Present) และอนาคต (Future) ในแง่ของการตีความเกี่ยวกับอนาคตที่ยังมาไม่ถึงนี้ เป็นการแสดงเจตนาารมณ์ของบุคคลต่อโลกที่ตนเองประสบ (ปานทิพย์ สุภนกร. 2545: 47-49) เฉกเช่น ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้แสดงเจตนาารมณ์ต่อภาวะใกล้ตายที่ประสบอยู่ในปัจจุบัน เป็นเจตนาารมณ์ถึงสิ่งที่ตนเองต้องการให้เกิดในอนาคตกับภาวะใกล้ตายนี้

ทั้งนี้ความคาดหวังดังกล่าว มิได้เกิดขึ้นจากการสำนึกที่รู้ที่รู้ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นอิสระ แต่เป็นการตีความเกี่ยวกับภาวะการเป็น (being) ภายใต้อารมณ์บริบทแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นบริบทความสัมพันธ์ในครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ หรือบริบทภายในสถานพยาบาล รวมถึง สภาวะความรุนแรงของโรค และความรู้ความเชื่อเดิมที่มีอยู่ เป็นต้น ทั้งนี้ การแสดงเจตนาารมณ์ หรือการสำนึกที่รู้ที่รู้ต่ออนาคต ยังมีการแปรเปลี่ยนไปตามกาล โดยจะพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เมื่อเวลาผ่านไปช่วงหนึ่ง ได้มีการปรับตัวและยอมรับกับภาวะใกล้ตาย ความคาดหวังจะมีแนวโน้มสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกับการยอมรับนั้น เช่น คาดหวังที่จะได้จัดการกับภาระต่างๆ ก่อนตาย ได้ตายในบริบทแวดล้อมที่คุ้นเคย และจากไปอย่างสงบ ในขณะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในช่วงแรกก็รับรู้ภาวะใกล้ตาย และยังปฏิเสธความตาย หรือแม้แต่ปฏิเสธภาวะใกล้ตายของ

ตนเอง ความคาดหวังยังผูกโยงกับความต้องการหลีกเลี่ยงความตาย คาดหวังให้มีปาฏิหาริย์เกิดขึ้นหรือคาดหวังผลการรักษา เพื่อที่จะให้หลุดพ้นจากความตายไปได้ ทั้งนี้ความคาดหวังดังกล่าวจะมีผลต่อการให้ความหมายความตายและภาวะใกล้ตาย รวมถึงมีผลต่อพฤติกรรมยอมรับหรือปฏิเสธความตายในลักษณะต่าง ๆ

1.7 การปรับตัวที่แปรเปลี่ยนระหว่างการยอมรับและการปฏิเสธ

จากข้อค้นพบ จะเห็นว่า ผู้ป่วยมีการเผชิญความตายและภาวะใกล้ตายในลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ ปฏิเสธที่จะรับรู้สิ่งที่ เป็นและความตาย เลือกความตายเป็นหนทางหลีกเลี่ยงปัญหา ตอรองกับความเจ็บป่วยและความตาย ปกปิดตัวตนที่อ่อนแอ ทำใจให้เข้มแข็ง จัดการกับความเครียดยอมรับกับการเป็นอยู่และพร้อมเผชิญความตาย แบ่งปันความเข้าใจและเผชิญปัญหาพร้อมกับครอบครัว จัดการกับภาระที่ค้างคาก่อนตาย และอยู่เพียงแค่อรอความตาย ซึ่งถ้าพิจารณาในภาพรวม จะมีการเผชิญหน้าใน 2 ลักษณะ คือการยอมรับ และการปฏิเสธภาวะใกล้ตายและความตาย มีผลให้มีการแสดงพฤติกรรมต่อภาวะใกล้ตายนั้นทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ ผู้ป่วยส่วนใหญที่สามารถยอมรับความตายและภาวะใกล้ตายได้อย่างเหมาะสม จะมีลักษณะการเผชิญปัญหาที่สอดคล้องกับความเป็นจริง ไม่ปกปิดตนเอง และมีการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ โดยไม่เพิกเฉย หรือปล่อยชีวิตไปเพียงวัน ๆ ในขณะที่ผู้ป่วยที่ยังมีการปฏิเสธความตาย หรือแม้แต่รับรู้ถึงภาวะใกล้ตายแต่ยังปฏิเสธและพยายามหลีกเลี่ยงภาวะดังกล่าว จะมีทิศทางการแสดงพฤติกรรมในเชิงตอรอง หลีกเลี่ยง ปกปิดหรือละเลยปัญหา อย่างไรก็ตาม ลักษณะของการยอมรับและปฏิเสธมิใช่ลักษณะถาวรของผู้ป่วยทุกคน เมื่อช่วงเวลาผ่านไป สถานการณ์เปลี่ยนแปลง หรือการสนับสนุนจากสังคมรอบข้าง ผู้ป่วยจะมีการปรับตัวไปในทิศทางที่แตกต่างออกไป ขึ้นอยู่กับบริบทสำคัญต่างๆ อย่างไรก็ตามลักษณะอย่างถาวรจะยังคงอยู่กับผู้ป่วยบางคน เช่น ยังคงปฏิเสธและไม่ยอมรับ และหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา ในกรณีที่บริบทแวดล้อม ไม่เอื้อให้เขาเหล่านั้นปรับตัวได้ การแสดงกระบวนการเคลื่อนไหวกลับไปกลับมาระหว่างการยอมรับและปฏิเสธ สรุปได้ดังภาพประกอบต่อไปนี้



ภาพประกอบ 2 แสดงลักษณะการปรับตัวของผู้ป่วยในการเผชิญความตายและภาวะใกล้ตาย

จากแผนภาพประกอบจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมีลักษณะการเผชิญปัญหาในลักษณะสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ การยอมรับ และการปฏิเสธ ซึ่งทำให้มีการจัดการกับสภาพปัญหาหรือการเผชิญความตายและภาวะใกล้ตายในลักษณะต่างๆ แต่เชื่อว่าจะเป็น การเผชิญกับภาวะดังกล่าวในลักษณะเดียวโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทที่เกี่ยวข้อง ภูมิหลัง ช่วงเวลา ตลอดจนสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยจะอธิบายโดยสรุปดังนี้

1) ยอมรับกับภาวะใกล้ตาย ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ตามจริงและยอมรับกับภาวะใกล้ตายนั้น จะแสดงพฤติกรรมใน 2 ทิศทางคือ ทิศทางในทางบวกคือสามารถจัดการกับภาวะใกล้ตายได้อย่างเหมาะสม และทิศทางในทางลบ คือแม้ยอมรับแต่ไม่สามารถจัดการกับภาวะใกล้ตายของตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้ว ผู้ป่วยที่ยอมรับภาวะที่เป็นได้ตามจริง จะสามารถจัดการสถานการณ์หรือเผชิญปัญหาในสภาวะต่างๆ ได้ เช่น สามารถยอมรับกับภาวะใกล้ตายและพร้อมเผชิญความตาย มีการแบ่งปันความเข้าใจและเผชิญปัญหาร่วมกันกับครอบครัว สามารถจัดการกับภาวะที่ค้างคาก่อนตาย หรือ สามารถทำให้ใจให้เข้มแข็ง และจัดการกับภาวะเครียดได้ อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยบางคนแม้ยอมรับแต่จะยังมองเห็นพฤติกรรมในการต่อรองกับความเจ็บป่วยและความตายอยู่ ส่วนผู้ป่วยเพียงบางคนเท่านั้นที่แม้ยอมรับกับสภาพการณ์ตามจริง แต่ยังไม่อาจสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยอยู่เพียงแค่อารมณ์ความตาย

นอกจากนั้นยังจะเห็นได้จากภาพประกอบว่า ผู้วิจัยมีการโยนลูกศรในส่วนของ การยอมรับ จากที่สามารถจัดการได้ไปสู่การไม่สามารถจัดการได้ นั้นหมายถึง เมื่อช่วงเวลาเปลี่ยนแปลงไป ทำให้สถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะสถานการณ์อันเกิดจากความรุนแรงของสภาวะความเจ็บป่วย หรือสถานการณ์ที่ย่ำแย่ลงของครอบครัว เช่น ภาระทางการเงินที่เพิ่มมากขึ้นจนไม่สามารถจัดการได้ เจ็บป่วยเหล่านี้ จะเพิ่มความวิตกกังวล (Anxiety) ให้กับผู้ป่วย และอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการจัดการจากที่สามารถจัดการได้ กลายเป็นไม่สามารถหรือไม่พร้อมที่จะจัดการได้ หรือการจัดการเช่นเดิมอาจไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป จะเห็นว่า หากบริบทที่เกี่ยวข้องสร้างข้อจำกัดมากกว่าเอื้อ ก็ทำให้ผู้ป่วยจากที่เคยเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม กลายเป็นไม่สามารถจัดการกับสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงนี้ได้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าทั้งเวลา และบริบท มีผลต่อการปรับตัวในชีวิตใกล้ตายของผู้ป่วย

2) ปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงการรับรู้ถึงภาวะใกล้ตาย หรือถูกปกปิดข้อมูล กล่าวคือ แม้รับรู้ถึงสภาวะที่เป็นอยู่ แต่เลือกที่จะปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงที่จะรับรู้ เช่น ปฏิเสธที่จะรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวเอง หรือปฏิเสธความตาย หรือผู้ป่วยบางคนที่ถูกปิดตัวตอนที่อ่อนแอ พยายามทำตนเองให้เข้มแข็งในสายตาผู้ป่วย และผู้ป่วยบางคนที่ถูกปกปิดเกี่ยวกับสภาวะที่เกิดขึ้นกับตัวเอง ทำให้ไม่สามารถรับรู้ตามจริงได้อย่างต่อเนื่อง ในแง่นี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่มีการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยบางคนที่ไม่สามารถจัดการกับชีวิตก่อนตายของตนเองได้อย่างเหมาะสม แต่บางคนอาจสามารถจัดการได้เพียงชั่วคราวหรือบางสิ่งบางอย่าง และบางคนมีข้อจำกัดในการจัดการ โดยเฉพาะจากการถูกปกปิด ไม่รับรู้สภาพการณ์ตามจริง ทำให้การเผชิญปัญหายังไม่เกิดผลในทางบวกต่อชีวิต ในแง่มุมนี้

จะเห็นว่า บริบทที่เกี่ยวข้องจะมีผลต่อการเผชิญปัญหาในลักษณะต่างๆ แม้จะอยู่ในภาวะปกติหรือถูกปกปิดก็ตาม

ถ้าพิจารณาถึงวงจรการปรับตัวตามที่ได้จากข้อค้นพบในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จะพบว่า เมื่อผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการจัดการหรือเผชิญปัญหา หากได้รับแรงสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว และ มีปัจจัยเกื้อหนุนที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีทิศทางหรือเป้าหมายในการใช้ชีวิตในช่วงใกล้ตายได้ชัดเจนขึ้น มีผลให้มีหนทางชัดเจนขึ้นในการเผชิญปัญหา จากที่ไม่สามารถจัดการกับสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ กลายเป็นสามารถจัดการในสิ่งที่พอทำได้ เช่น จัดการกับความเครียด ทำให้ใจให้เข้มแข็ง แบ่งปันความเข้าใจกับครอบครัว หรือผู้ป่วยบางคนเมื่อเวลาผ่านไป ได้เรียนรู้กับประสบการณ์ และมีปัจจัยเกื้อหนุนมากขึ้น ก็สามารถเผชิญกับปัญหาได้เหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งการปรับตัวนี้อยู่ภายใต้เงื่อนไขบริบทที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นไปทิศทางเกื้อหนุน การปรับตัวก็จะบังเกิดผลในทางบวก แต่หากมีข้อจำกัดในการใช้ชีวิต หรือขาดแรงสนับสนุน การปรับตัวก็จะไปสิ้นสุดที่การไม่สามารถจัดการใดๆ ได้เลย อยู่เพียงแคร่ความตาย หรือผู้ป่วยบางคนก็เลือกความตายเป็นหนทางในการหลีกเลี่ยงปัญหา และผู้ป่วยบางคนก็มักต้องรองกับความเจ็บป่วยและความตาย โดยมุ่งทำตามความเชื่อความศรัทธาที่มีอยู่เป็นสำคัญ มิได้มุ่งที่ความเป็นเหตุเป็นผลหรือความเป็นไปได้ในการทำให้เกิดผล ทำให้เกิดการเผชิญปัญหาท่ามกลางความคับข้องใจ หรือความชัดเจนในความคิดความรู้สึก นอกจากนี้ การไม่เปิดเผยข้อมูลระหว่างกันอย่างเพียงพอภายในครอบครัว ยังทำให้แต่ละฝ่ายต่างไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกันและกันได้เหมาะสม สร้างความคับข้องใจระหว่างกัน โดยเฉพาะในเรื่องที่ครอบครัวมุ่งหวังจะยืดชีวิตผู้ป่วย ด้วยวิธีการที่ขาดความสมดุลทางธรรมชาติ หรือลืมนึกถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย

สิ่งที่ต้องการเน้นให้เห็นชัดเจนอีกประเด็นคือ แม้จะพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวบางคนไม่สามารถเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตายได้อย่างเหมาะสม เนื่องมาจากบริบทแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย โดยเฉพาะสภาวะความรุนแรงของความเจ็บป่วยและการขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัวและคนใกล้ชิดตามความเหมาะสม แต่ก็มีผู้ป่วยและครอบครัวบางราย ที่แสดงถึงความมุ่งหวังที่จะจัดการได้ โดยเงื่อนไขสำคัญคือ ช่วงเวลาที่ยาวนานขึ้น มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้น และเริ่มทำใจยอมรับกับสภาพการณ์ที่ตนเองประสบ สิ่งที่ได้พบได้จากการศึกษาวิจัยคือ ผู้ป่วยบางคน มีการวางเป้าหมายที่ชัดเจนขึ้นในการจัดการกับภาวะใกล้ตายของตนเอง เพียงแต่ต้องอาศัยบริบทที่เอื้อต่อการจัดการมากขึ้น ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้ว สามารถมุ่งไปสู่ทิศทางในการจัดการได้เฉพาะส่วน โดยเฉพาะการทำใจยอมรับ และจัดการกับสภาพจิตใจของตนเองเป็นสำคัญ เพื่อพร้อมจะเผชิญปัญหาต่อไปในอนาคต และเพื่อลดความวิตกกังวลที่เป็นอยู่ หรือในผู้ป่วยบางคนที่ถูกปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองมาโดยตลอด เมื่อเวลาผ่านไป มีการพูดคุยกันอย่างเปิดเผยมากขึ้น หรือสามารถคาดเดาได้เองได้จากสถานการณ์รอบข้าง ทำให้เริ่มทำใจเตรียมรับและหาวิธีคิดจัดการกับสภาพการณ์ความเจ็บป่วย และการเผชิญกับความตาย อย่างไรก็ตาม การได้รับแรงสนับสนุนจากทั้งทีมสุขภาพ ครอบครัว และญาติมิตร มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมในการเผชิญความตายอย่างเหมาะสมต่อไป

ถ้าอธิบายข้อค้นพบในประเด็นนี้เทียบเคียงกับแนวคิดเกี่ยวกับแบบในการเผชิญประสบการณ์ (Modes of engagement) ของไฮเดกเกอร์ (Conroy, 2003: 39) ซึ่งเน้นศึกษาเกี่ยวกับภาวะการเป็น (being) และความชัดเจน (Transparent) ของภาวะการเป็น กล่าวคือ มุ่งให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับภาวะการเป็นของบุคคล เพื่อที่จะวางแผนการเผชิญประสบการณ์ และทำหน้าที่รับผิดชอบได้อย่างสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงและราบรื่น เน้นให้เกิดทักษะในการเผชิญปัญหาอย่างสม่ำเสมอ (Everyday coping skill) จะเห็นว่าผู้ป่วยที่สามารถเข้าใจกับสภาวะที่เป็นอยู่ตามจริงและยอมรับกับสภาวะที่เกิดตามจริงนั้นได้ มักมีความพร้อมในการเผชิญกับสภาวะที่เป็นอยู่ อย่างไรก็ตามความพร้อมในการเผชิญประสบการณ์อาจแปรเปลี่ยนไปเป็นความไม่พร้อมที่จะเผชิญ เมื่อบุคคลเกิดภาวะวิตกกังวล (Anxiety) กับภาวะนั้น จนไม่สามารถจัดการได้ (Breakdown) เนื่องมาจากสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป ซึ่งเช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ กล่าวคือ ช่วงเวลาที่เปลี่ยนไป สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยต้องพบเจอกับสภาพการณ์ความเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น สูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ทำให้การเผชิญปัญหาเป็นไปอย่างยากลำบากขึ้น หรืออาจกลายเป็นไม่สามารถจัดการได้

ความไม่พร้อมในเผชิญประสบการณ์ (Unready-to-hand) ตามแนวคิดของไฮเดกเกอร์ (Conroy, 2003: 39) แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ 1) ไม่สามารถเผชิญเพียงชั่วคราว (Temporary breakdown) ซึ่งหากเป็นไปในลักษณะที่สูญเสียการทำหน้าที่อย่างที่เคยเป็น และ/หรือขาดความช่วยเหลือที่เหมาะสมก็อาจไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อีก แต่หากพยายามเรียนรู้การเผชิญปัญหา (Absorbed coping) ก็จะมองเห็นสภาพปัญหาได้อย่างชัดเจน และตระหนักถึงแนวทางในการแก้ปัญหา ก็จะนำไปสู่การเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม 2) ความไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างสิ้นเชิง (Total breakdown) อันเนื่องมาจากการถูกจำกัดการรู้คิด หรือมีข้อจำกัด/อุปสรรคในการดำเนินการ ซึ่งเมื่อสามารถเปิดโอกาสให้รู้คิดได้ แต่เนื่องมาจกข้อจำกัดอาจทำให้จัดการกับสภาวะที่เป็นอยู่ได้เพียงบางสถานการณ์ หรือเฉพาะแนวทางที่เห็นว่าเป็นไปได้ จะเห็นได้จากผู้ป่วยและครอบครัวที่มีข้อจำกัดในการดำเนินการ อันเนื่องมาจกข้อจำกัดด้านครอบครัว หรือแรงสนับสนุนจากสังคม ตลอดจนการถูกปิดกั้นข้อมูล ทำให้ไม่ได้ตระหนักถึงสภาพปัญหาหรือสภาวะตามจริง การจัดการจึงไม่สามารถทำได้เหมาะสม ต่อเมื่อได้เรียนรู้การเผชิญปัญหา หรือได้รับแรงสนับสนุนจากทีมสุขภาพและครอบครัว จะช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาได้ชัดเจนขึ้น นำไปสู่หนทางในการแก้ปัญหาได้ แต่อาจเป็นเฉพาะสถานการณ์หรือเฉพาะส่วน เนื่องจากยังต้องเผชิญกับข้อจำกัดต่างๆ

ประเด็นที่น่าสนใจจากการศึกษาวิจัยคือ การมุ่งแก้ปัญหาที่ตัวโรคหรือสภาวะความเจ็บป่วยทางกาย โดยมองข้ามความต้องการทางจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วย จะเห็นได้จากครอบครัวผู้ป่วยบางคน ที่ปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะใกล้ตาย เน้นการบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานจากอาการแสดง โดยขาดการตระหนักถึงความต้องการทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยในภาวะใกล้ตาย เนื่องจากไม่ได้พูดคุยกันอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา เพียงแต่คิดหรือคาดเดาเอาเองถึงความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของ

ผู้ป่วยก็ได้ หรือครอบครัวผู้ป่วยบางคนก็เน้นการรักษาชีวิตผู้ป่วยให้ปลอดภัย โดยไม่ได้คำนึงถึงความต้องการผู้ป่วยที่ต้องการจะกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ซึ่งเป็นความต้องการการตอบสนองด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย เป็นต้น จากการศึกษาวิจัยพบว่า เมื่อได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสม หรือการแนะนำจากทีมสุขภาพในการเผชิญกับสภาพการณ์ต่างๆ ได้อย่างสมดุลและครอบคลุม¹ และให้เวลาผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้กับภาวะใกล้ตายของตนเองอย่างแท้จริง จะช่วยให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการเผชิญกับสภาพการณ์ต่างๆ ได้ชัดเจนขึ้น และนำไปสู่ความพร้อมในการเผชิญความตายและภาวะใกล้ตายได้อย่างเหมาะสมและมีความสมดุลมากขึ้น

ท้ายสุด สิ่งสำคัญที่ผู้วิจัยต้องการเน้นให้เห็นถึงคือ แนวคิดสำคัญของการศึกษาความตาย (Death) ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความของไฮเดกเกอร์ ที่อธิบายว่า สำหรับมนุษย์แล้วชีวิตกับความตายเป็นสิ่งที่แยกกันไม่ออก แต่ความสำคัญมิได้อยู่ที่ความตาย แต่หากเป็นกระบวนการตาย (Dying) ในภาวะใกล้ตายที่มีความสำคัญต่อชีวิตมนุษย์ ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะการเป็น (being) ในประสบการณ์ใกล้ตายตามกาล และภายใต้บริบทที่เป็นอยู่ (Stambaugh, 1996: Online) การที่ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับ ช่วงเวลาหรือกาลนั้น คือต้องการย้ำให้เห็นว่า เมื่อชีวิตมนุษย์สิ้นสุดที่ความตาย เวลาจึงมีความหมายต่อชีวิตมนุษย์ และเวลานั้นเองที่เป็นเงื่อนไขสำคัญซึ่งทำให้แบบแผนความคิดของมนุษย์มีความเปลี่ยนแปลง (Paradigm shift) การดำรงอยู่ของมนุษย์จึงแปรเปลี่ยนไปในลักษณะต่างๆ รวมถึงมีการเผชิญกับภาวะใกล้ตายของตนเองในลักษณะที่แตกต่างกันไปในแต่ละช่วงเวลา และแม้ว่าความตายจะทำให้ชีวิตผู้ป่วยสิ้นสุดลง และไม่สามารถคาดเดาได้ว่าชีวิตหลังความตายของผู้ป่วยจะเป็นเช่นไร แต่สิ่งที่ยังไม่สิ้นสุดคือ ครอบครัวผู้ป่วยซึ่งต้องเผชิญกับสภาพการณ์ต่างๆ ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตหรือจากไปอย่างไม่มีวันกลับ สำหรับครอบครัวบางครอบครัวแล้ว ความสิ้นสุดชีวิตของผู้ป่วยเชื่อว่าจะเป็น การสิ้นสุดความสูญเสีย บางครอบครัวอาจยังต้องดำรงอยู่กับความสูญเสียต่อไป และยังคงต้องเผชิญกับสภาพการณ์ต่างๆ ต่อไปอย่างไม่ทราบว่าจะสิ้นสุดเมื่อไร การได้เรียนรู้สภาวะต่างๆ และการเรียนรู้ถึงภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยโดยให้ครอบครัวมีส่วนในการรับรู้ จะช่วยให้วิถีการดำเนินชีวิตในช่วงระยะสุดท้ายของผู้ป่วยรวมถึงครอบครัวมีความสมบูรณ์และสมดุลมากยิ่งขึ้น

¹ จากการศึกษาข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของทีมสุขภาพภายในสนามวิจัย มีแนวคิดและแนวทางปฏิบัติในการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตให้เกิดคุณค่าอย่างเต็มที่ และเน้นการช่วยเหลือให้เกิดความสงบด้านจิตใจ เตรียมพร้อมที่จะจากไปอย่างสงบ อีกทั้งยังเน้นการดูแลครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย (โดยเฉพาะการจัดการความเจ็บปวด) ด้านจิตใจ ด้านสังคม (เน้นการทำความเข้าใจกับครอบครัวในการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสม) และด้านจิตวิญญาณ โดยมุ่งเน้นให้สอดคล้องกับบริบทสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว

2. ข้อเสนอแนะ

2.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการศึกษาวิจัย ทำให้ได้ข้อค้นพบเกี่ยวกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา รวมไปถึงการได้เห็นแบบอย่างแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาของทีมสุขภาพภายในสถานพยาบาล ทำให้ได้ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย ดังนี้

1) ด้านพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ จากการศึกษายังพบว่า ช่องว่างทางความรู้ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยบางคนยังมีอยู่มาก ผู้ป่วยบางคนยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะที่ตนเองเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง และยังพบว่าผู้ป่วยบางคนไม่กล้าที่จะขอข้อมูลจากแพทย์โดยตรงไปตรงมา ดังนั้น ในด้านบุคลากรนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรให้ความสำคัญในการวางแผนจัดการอบรมอย่างจริงจัง เพื่อให้ได้บุคลากรที่ตระหนักและเข้าใจในหลักการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว โดยนอกจากจะเน้นในเรื่องการดูแลรักษาที่คำนึงถึงคุณภาพชีวิตที่ดีจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตแล้ว ควรเน้นการใส่ใจและสนใจดูแล การให้ความสำคัญกับการเรียนรู้เกี่ยวกับสังคม ชนบทธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมที่สำคัญในสังคมไทย ตลอดจนการวางแผนพัฒนาทักษะในการสร้างความสัมพันธ์ และการติดต่อสื่อสาร เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลและเข้าถึงข้อมูลได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง และเข้าใจวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนควรมีการวางแผนมิให้เกิดการขาดแคลนบุคลากร ซึ่งจะทำให้การเยี่ยมเยียนหรือพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวทำได้ไม่ทั่วถึงหรือไม่เกิดคุณภาพ

2) ด้านการพัฒนาทีมช่วยเหลือต่างๆ โดยจะเห็นได้ว่า การดูแลจากแพทย์ หรือพยาบาลประจำการเพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เหมาะสมเพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุมและทั่วถึง จึงควรมีแนวนโยบายในการส่งเสริมและสนับสนุนอย่างจริงจังในการสร้างทีมต่างๆ เพื่อช่วยสนับสนุนให้เกิดการดูแลอย่างเป็นองค์รวม และดำเนินการได้อย่างกว้างขวางและต่อเนื่อง จึงควรมีการศึกษารูปแบบและความเหมาะสมของทีมต่างๆ เช่น ทีมเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ทีมปลอบขวัญญาติผู้ป่วย ทีมช่วยเหลือเด็ก ทีมประสานงานอาสาสมัคร ทีมนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมต่อการพัฒนาบุคลากรของไทย และการพัฒนาระบบการบริหารจัดการให้เอื้อต่อการพัฒนาทีม ซึ่งในปัจจุบันพบว่ากรมการแพทย์ได้ทำการศึกษารูปแบบดังกล่าว แต่การดำเนินการยังเป็นรูปธรรมยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะในเรื่องของการขาดแคลนบุคลากร และการกำหนดรูปแบบทีมที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย จึงควรดำเนินนโยบายที่ควบคู่กันไปทั้งนโยบายเพิ่ม สรรหาและคัดสรรบุคลากรอาสาสมัคร การบริหารจัดการด้านการเงินและวัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนการพัฒนาารูปแบบของทีมที่เหมาะสม ซึ่งต้องทำให้เป็นที่ยอมรับกันในระดับส่วนกลางเพื่อให้มีการดำเนินการกันอย่างกว้างขวาง มิใช่เพียงโรงพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่ง

3) การบริการจัดการด้านการเงินและวัสดุอุปกรณ์ เนื่องจากการศึกษา ยังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับภาระทางการเงิน และต้องประสบกับปัญหาทางเศรษฐกิจ เนื่องมาจากค่าใช้จ่ายในการดูแล และโอกาสในการหารายได้ที่ลดน้อยลงจากข้อจำกัดของสภาวะที่เป็นอยู่ จึง

ควรมีนโยบายเกี่ยวกับการบริหารจัดการด้านการเงินอย่างเหมาะสม มิใช่เฉพาะการดำเนินการตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น แต่หน่วยงานกลางระดับกระทรวง ควรมีนโยบายในการสนับสนุนรายได้โรงพยาบาล เพื่อจัดสรรอุปกรณ์บางอย่างเพื่อให้ผู้ป่วยได้นำไปใช้ที่บ้าน อันจะเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และลดภาระทางการเงินแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้ เช่น การสนับสนุนอุปกรณ์จำพวก ไม้เท้า เครื่องพยุงเดิน รถเข็น เตียง ที่นอนลม ถังออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ หรือสนับสนุนรถพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้ หน่วยงานกลางควรมีการสนับสนุนอย่างเพียงพอเกี่ยวกับ ค่าครองชีพหรือเงินทุนประกอบอาชีพแก่ครอบครัว เงินทุนในการจัดกิจกรรมส่งเสริมอาชีพแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนค่าฌาปนกิจศพ โลงศพ แก่ผู้ป่วยยากไร้ เป็นต้น และควรมีนโยบายในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลเกี่ยวกับการฝึกและสอนญาติ การอบรมอาสาสมัคร ค่าใช้จ่ายในการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น เพื่อให้แต่ละโรงพยาบาลมีความพร้อมในการจัดการ และครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแล รวมถึงมีแหล่งสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย ลดภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย สามารถมีเวลามากขึ้นในการหารายได้ให้แก่ครอบครัว

4) นโยบายในการกระตุ้น ส่งเสริม และสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากการศึกษายังพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยหลายรายด้วยกันที่ยังกังวลกับการให้ผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้านทั้งที่เป็นความต้องการของผู้ป่วยเอง เนื่องจากความไม่พร้อมในการดูแล ทั้งในด้านสถานที่ อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ ตลอดจนความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จึงควรมีนโยบายในการดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีแนวนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานชุมชนตั้งศักยภาพของชุมชนในการมีส่วนร่วม เช่น การใช้ชุมชนเป็นช่องทางสื่อสาร การดึงเพื่อนบ้านช่วยเหลือ เยี่ยมเยียน และให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว หรือสนับสนุนพิธีกรรมพื้นบ้านตามความเหมาะสม ทั้งนี้หน่วยงานกลางควรมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน และวางแผนอบรมเพื่อกระตุ้นให้เห็นความสำคัญและร่วมวางแผนทางกับหน่วยงานในชุมชนในการพัฒนาการมีส่วนร่วม รวมถึงการวางแผนทางในการประสานงานระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลและบุคลากรของชุมชน เพื่อให้เกิดการประสานการทำงานที่สอดคล้องกลมกลืนกัน โดยโรงพยาบาลควรทำความเข้าใจมิติทางสังคมและชุมชนของผู้ป่วย เรียนรู้และเข้าใจวัฒนธรรมประเพณีและพิธีกรรมต่าง ๆ ของชุมชน ในขณะที่ชุมชนเองควรมีความรู้เกี่ยวกับระบบทางการแพทย์อย่างเพียงพอและเหมาะสม ตลอดจนมีบทบาทในการประสานความเข้าใจระหว่างทีมสุขภาพในโรงพยาบาลและญาติ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

5) การวางแผนนโยบายในการพัฒนาหน่วยงานต้นแบบในโรงพยาบาล เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากสถานพยาบาลที่ทำการศึกษานั้น เป็นหนึ่งในหน่วยงานต้นแบบในการดำเนินการด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมีการดำเนินการอย่างค่อนข้างเป็นรูปธรรม มีหอผู้ป่วยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต่างแสดงถึงความพึงพอใจทั้งในด้านสถานที่ และการบริการ และปัจจุบันพบว่า ยังมีโรงพยาบาลจำนวนน้อยมาก ที่มีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปใช้และดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น หน่วยงานกลางจึงควรมีนโยบายในการพัฒนาหน่วยงานต้นแบบในโรงพยาบาลต่าง ๆ โดยการวางแผน

แผนการอบรมพัฒนาหน่วยงานต้นแบบ และการส่งเสริมการดำเนินงานหน่วยงานต้นแบบที่ได้พัฒนาขึ้น แล้ว รวมถึงการขอความร่วมมือจากองค์กรด้านศาสนา ชุมชน และหน่วยงานสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง เช่น สังคมสงเคราะห์ เพื่อให้เกิดการพัฒนาหน่วยงานต้นแบบที่มีการดำเนินการสอดคล้องกับทั้งหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมและความเชื่อของแต่ละชุมชน นอกจากนี้ยังควรมีนโยบายให้บรรจุเรื่องการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เป็นอีกหัวข้อที่สำคัญในการประเมินคุณภาพของโรงพยาบาล ควรวางแผนการประเมินที่เหมาะสมรวมถึงมีความจริงจังในการประเมิน โดยเน้นทั้งความมีคุณภาพ และความต่อเนื่องในการดำเนินงานในด้านนี้

6) ในระดับโรงพยาบาลที่ยังไม่มีการดำเนินการด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นทางการ หรือโรงพยาบาลที่มีการดำเนินการแล้วแต่ยังมีข้อจำกัดในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยในบางด้าน ควรมีการวางแผนนโยบายการดูแลที่ประสานสอดคล้องกันของหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล เนื่องจาก จากการศึกษายังพบข้อจำกัดในการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ อันเนื่องมาจากการขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะในด้านการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งส่วนใหญ่กลายเป็นหน้าที่ของทีมนพยาบาล และเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่กังวลถึงภาวะความผิดปกติของตัวเอง โดยเฉพาะภาวะที่ทำให้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โรงพยาบาลจึงควรมีแผนนโยบายในการจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอ ทั้งบุคลากร การเงิน อุปกรณ์ และสถานที่ ตลอดจนการวางระบบในการประสานงานที่รวดเร็วและมีคุณภาพ โดยคำนึงถึงความเป็นองค์รวมในการดูแล และความเป็นสหสาขาวิชาชีพ เช่น การประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ หน่วยงานกายภาพ งานสังคมสงเคราะห์ งานจิตวิทยาและให้คำปรึกษา งานส่งเสริมสุขภาพด้านต่างๆ เป็นต้น โดยเน้นทั้งการดูแลในโรงพยาบาล และการดูแลหรือให้คำปรึกษาต่อเนื่องที่บ้าน

7) โรงพยาบาลควรมีการพัฒนาบทบาทพยาบาล ในการเป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว เนื่องจากเป็นกลุ่มบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวใกล้ชิด โดยเฉพาะการให้คำปรึกษาครอบครัวผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งในระหว่างที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ และภายหลังที่ผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว ทั้งนี้ต้องมีแผนนโยบายที่คำนึงถึงภาระงานที่จะส่งเสริมให้เกิดการดูแลในด้านนี้ได้ อย่างเหมาะสม หรือถ้าขาดความเป็นไปได้เนื่องจากข้อจำกัดในภาระหน้าที่ของพยาบาล ควรมีการจัดตั้งหน่วยงานให้คำปรึกษาเฉพาะเพื่อคอยประสานความช่วยเหลือเพื่อการดูแลแบบเป็นองค์รวม

2.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการศึกษาวิจัย พบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ยังมีข้อจำกัดต่างๆ ในทางปฏิบัติหลายประเด็นด้วยกัน ซึ่งการจะพัฒนาแนวทางปฏิบัติต่างให้มีคุณภาพนั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทั้งทีมนสุขภาพและครอบครัวผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ ดังนี้

1) ควรมีการสื่อสารอย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และเข้าใจสถานะที่เป็นอยู่ตามจริง เพื่อผู้ป่วยสามารถวางแผนในการดูแลตนเอง การจัดการภายในครอบครัว ตลอดจนการเตรียมตัวตายและเผชิญความตายได้อย่างเหมาะสม เริ่มจากการประเมินถึงความต้องการและแบบ

แผนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วย การให้ข้อมูลควรทำในลักษณะการแลกเปลี่ยนข่าวสาร ใช้การสื่อสาร 2 ทาง เพื่อประเมินความเข้าใจของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยสังเกตจากปฏิกิริยาที่แสดงออก และใช้คำถามถึงความเข้าใจและความรู้สึกที่มีต่อข้อมูล มีการประมวลความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในท้ายสุด เพื่อการสื่อสารในครั้งต่อไป นอกจากนี้ควรระลึกไว้เสมอว่า การสื่อสาร ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารข้อมูล หรือการให้กำลังใจ ที่ใช้ได้กับบุคคลหนึ่ง อาจใช้ไม่ได้ดีกับอีกบุคคลหนึ่ง ดังนั้นควรประเมินบุคคลเป็นรายๆ ไป และทำความเข้าใจกับบริบทเฉพาะของพวกเขาเหล่านั้น

2) ลดช่องว่าง และเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลจากแพทย์ รวมถึงได้มีโอกาสบอกเล่าปัญหาที่ตนเองประสบ โดยพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่มุ่งให้ข้อมูลตามที่ตนเองเห็นสมควร และแม้มีท่าที่รับฟังข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัวบอกเล่า แต่อาจไม่ได้รับรู้อย่างเข้าใจ หรืออาจตัดสินข้อมูลอย่างเร่งด่วนตามความเห็นส่วนตัว เป็นเพราะแนวกันทางความคิดยังไม่เปิดออก หรือบางครั้งที่แพทย์อาจแสดงทัศนคติของตนเองที่ตรงข้ามกับความเห็นของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้น แพทย์จึงควรเปิดพื้นที่การมีส่วนร่วม โดยการถามถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยและครอบครัว และให้ความสนใจกับประสบการณ์ที่ได้รับบอกเล่า โดยยังไม่ตัดสินว่าถูกหรือผิด แต่พยายามเข้าใจโลกส่วนตัวและพฤติกรรมของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อร่วมหาวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม และสื่อสารข้อมูลที่จำเป็นต่อการรับรู้ เพื่อการวางแผนจัดการต่อไป

3) เน้นการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะ ต้องตระหนักอยู่เสมอว่า ผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละรายมีปัญหาและความต้องการที่แตกต่างกันไป และการให้ความสำคัญกับปัญหาและความต้องการนั้นอาจไม่ตรงกับความเห็นของทีมสุขภาพเสมอไป ดังนั้น ทีมสุขภาพจึงควรสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยหรือครอบครัวแต่ละรายก่อนเสมอ นอกจากนี้ จากการศึกษา ยังได้ข้อสังเกตที่น่าสนใจว่า การดูแลในลักษณะที่สอดคล้องกับหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งอาจเป็นที่น่าพอใจแก่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ และทีมสุขภาพเห็นว่าเหมาะสม แต่อาจใช้ไม่ได้ดีกับผู้ป่วยบางคน ที่ไม่ต้องการการดูแลประหนึ่งตนเองอยู่ในภาวะใกล้ตาย ดังนั้นทีมสุขภาพควรเรียนรู้และทำความเข้าใจบริบทเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละคนไป จากการพูดคุยและทำความเข้าใจอย่างสม่ำเสมอ และตลอดระยะเวลาที่ดูแล ควรเน้นให้ผู้ป่วยอยู่กับปัจจุบันเพื่อทำความเข้าใจสภาพปัญหาของตนเองตามที่เป็นอยู่ สนับสนุนการแสวงหาความเข้มแข็งและค้นหาคุณค่าในตนเอง ตลอดจนส่งเสริมพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงในทางบวกของผู้ป่วย ส่งเสริมและฝึกให้ครอบครัวผู้ป่วยร่วมดูแลผู้ป่วยพร้อมกันไปกับทีมสุขภาพ เพื่อให้สามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมั่นใจและเหมาะสม

4) ส่งเสริมการนำแนวคิดทางศาสนามาประยุกต์ใช้กับบริบทการดูแล โดยจากข้อค้นพบจะเห็นว่า ความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความตาย ตลอดจนแนวปฏิบัติในภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยและครอบครัวหลายรายเชื่อมโยงมาจากแนวคิดทางพุทธศาสนา ทีมสุขภาพภายในหอผู้ป่วยจึงควรมีการประชุมปรึกษา เพื่อส่งเสริมการนำแนวคิดและแนวปฏิบัติทางพุทธศาสนามาใช้ ควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว เช่น การกำหนดกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการใช้พุทธศาสนาเป็นที่พึ่งพิงทางใจให้แก่ผู้ป่วย ส่งเสริมให้

ผู้ป่วยมีความสุขสงบมากที่สุดก่อนตาย รวมถึงการส่งเสริม สนับสนุน และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ดำเนินกิจทางศาสนาภายในหอผู้ป่วย ตามความเชื่อและความศรัทธาตามความเหมาะสม เช่น การจัดให้มีห้องพระ การจัดให้มีห้องละหมาด เป็นต้น

5) หลีกเลี่ยงการปกปิดข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานะที่เป็นอยู่ เพื่อลดภาวะคับข้องใจและส่งเสริมการวางแผนการจัดการกับสถานะที่เป็นอยู่ร่วมกัน โดยจากการศึกษาจะพบว่า ในกรณีที่ครอบครัวร่วมกันปกปิดข้อมูลผู้ป่วยไม่ได้รับรู้ข้อมูลตามที่ผู้ป่วยประสงค์อยู่จริง แต่กลับพบว่า ผู้ป่วยหลายคนที่สามารถคาดเดาสถานะที่เป็นอยู่ได้เอง จากบริบทของสถานที่และบริบทการดูแลรักษา ซึ่งสร้างความคับข้องใจให้กับผู้ป่วยหลายราย และทำให้ค้างคาใจกับความคลุมเครือที่ได้รับ ดังนั้น ทีมสุขภาพควรพูดคุยทำความเข้าใจกับครอบครัว ให้อยอมรับและร่วมกันหาแนวทางที่เหมาะสมในการสื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจ เพื่อให้เกิดการยอมรับ และนำไปสู่การจัดการกับสภาพปัญหา และการเตรียมตัวเผชิญกับความตายอย่างสงบ

6) ส่งเสริมและสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเผชิญความตายอย่างมีสติ และจากไปอย่างสงบ เนื่องจากพบว่าความคาดหวังของผู้ป่วยส่วนใหญ่เกี่ยวกับความตายคือ ความต้องการที่จะจากไปอย่างสงบ ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของครอบครัวส่วนใหญ่ด้วย อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ามีครอบครัวบางรายที่ยอมรับกับการสูญเสียไม่ได้ และไม่พร้อมให้ผู้ป่วยจากไป โดยการให้แพทย์ยืดชีวิตด้วยวิธีการต่างๆ แพทย์และทีมสุขภาพ ควรให้ข้อมูลที่เพียงพอกับครอบครัว และเน้นให้เห็นถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่ต้องการการดูแลประหนึ่งเป็นบุคคลมากกว่าเครื่องจักรหรือหุ่นยนต์ โดยต้องมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะๆ เพื่อให้ทราบถึงความต้องการที่แท้จริง และให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อประกอบการตัดสินใจในการเลือกที่จะยืดชีวิตหรือปล่อยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

7) ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว โดยเฉพาะการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุยกันอย่างตรงไปตรงมา เพื่อให้เข้าใจถึงความต้องการที่แท้จริงของแต่ละฝ่าย ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสสั่งเสีย พูดคุยเพื่อจัดการกับภาระที่ค้างคาใจ ก่อนที่จะจากโลกนี้ไป โดยทีมสุขภาพควรพูดคุยกับครอบครัวผู้ป่วยให้เข้าใจถึงความสำคัญดังกล่าว และสนับสนุนให้พูดคุยหรือแสดงออกต่อผู้ป่วยตามความเหมาะสม นอกจากนี้ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยตระหนักถึงคุณค่าของตนเองที่มีต่อครอบครัว ให้เห็นถึงความสำคัญของการได้ระบายอารมณ์และความรู้สึกอย่างเหมาะสม

8) ควรมีการจัดสถานที่และบริบทให้ใกล้เคียงกับความเป็นบ้านหรือความเป็นครอบครัวมากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายของชีวิตเสมือนยังอยู่ในครอบครัว และเสมือนเป็นคนปกติมากกว่าคนป่วย เช่น มีการจัดสถานที่ให้มีความสะดวกสบาย มีห้องพักให้ครอบครัวได้ผ่อนคลายจากการดูแลที่เป็นภาระหนักอึ้ง หรือการจัดสถานที่ให้เป็นเสมือนบ้านพักมากกว่าโรงพยาบาล เป็นต้น

2.3 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ เป็นครั้งแรก ทำให้มีความยากลำบากในการทำความเข้าใจเพื่อการนำมาใช้ให้เกิดความสมบูรณ์และมีคุณภาพ อีกทั้งยังพบข้อจำกัดหลายประการในการศึกษาวิจัย ซึ่งหากมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไปในอนาคต ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1) เนื่องจากการศึกษาประสบการณ์ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน (Sensitive) และการจะเข้าถึงข้อมูลอย่างลึกซึ้งและครอบคลุมจึงเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก จำเป็นต้องอาศัยเวลาระยะหนึ่งในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ แต่เนื่องจากผู้ป่วยอาจไม่ได้รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานพอที่จะใช้เวลามากในการสร้างสัมพันธภาพ หรือผู้ป่วยบางรายที่อาจเสียชีวิตไปก่อนที่จะได้ข้อมูลอย่างลึกซึ้งเพียงพอ ดังนั้น การกำหนดบทบาทของผู้วิจัยเพื่อให้กลมกลืนกับสถานพยาบาลจึงเป็นเรื่องสำคัญ การใช้บทบาทของผู้ให้การดูแล (Care giver) ควบคู่ไปกับบทบาทของนักวิจัยจะช่วยให้ผู้ป่วยและครัวเรือนไว้วางใจและให้ความร่วมมือได้ง่าย อย่างไรก็ตาม หากผู้วิจัยเองเป็นผู้ที่มีบทบาทตามปกติเช่นเดียวกับบทบาทในสนามวิจัย (เช่นผู้วิจัยเองที่เป็นพยาบาล และแสดงบทบาทเป็นผู้ร่วมดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ไปด้วย) อาจทำให้เกิดอคติปนเปื้อนในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอาจมองข้ามรายละเอียดปลีกย่อยต่างๆ ไป หรือตัดสินใจไปก่อนล่วงหน้าเนื่องมาจากความรู้และประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ ดังนั้น หากต้องแสดงบทบาทในลักษณะเช่นเดียวกันนี้ ผู้วิจัยต้องทบทวนและตระหนักถึงความรู้เดิมที่มีอยู่และละวางไว้ เพื่อเข้าไปแสวงหาข้อมูลให้ได้เต็มที่ ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูล ควรให้ผู้ที่ไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกับบทบาทดังกล่าวหรือกลุ่มคนนอกวงการ ช่วยตรวจสอบการตีความ ตลอดจนการติดตามร่องรอยข้อมูลจากผู้ร่วมวิจัยอื่นๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือที่สุด

2) เนื่องจากสถานพยาบาลที่ใช้เป็นสนามวิจัยในครั้งนี้ เป็นหน่วยงานหนึ่งที่ใช้เป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนั้นจึงมีการจัดการดูแลผู้ป่วยตามหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ค่อนข้างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการจัดสถานที่และการให้บริการตามแนวคิดและหลักการ ซึ่งอาจทำให้ไม่ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาอันเกิดจากการดูแลรักษาเท่าใดนัก ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างสนามวิจัยที่เป็นต้นแบบการดูแล และสนามวิจัยที่มีบริบทต่างไปจากนี้ เช่น อาจมิใช่หน่วยงานต้นแบบ หรือมิใช่หน่วยงานที่มีการนำเอาหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปใช้อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสภาพปัญหาที่ผู้ป่วยประสบ ในสภาพบริบทการดูแลรักษาที่ต่างกัน

3) จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยประสบกับสภาพปัญหาที่แตกต่างกันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาลและที่บ้าน ดังนั้น การศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สถานพยาบาลและที่บ้าน เพื่อทำความเข้าใจสภาพปัญหาอุปสรรคที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในแต่ละบริบท นำไปสู่การกำหนดแนวนโยบายการดูแลผู้ป่วยอย่าง

ต่อเนื่องและครอบคลุมทั้งในสถานพยาบาล และเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้านแล้ว รวมไปถึงการกำหนดนโยบายในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติภายหลังผู้ป่วยจากไป

4) ผลการศึกษาในวิจัยในครั้งนี้ แสดงถึงความคาดหวังของผู้ป่วยในภาวะใกล้ตายร่วมด้วย แต่ไม่ได้เน้นศึกษาความคาดหวังและความต้องการเกี่ยวกับการดูแลรักษาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสำคัญ ซึ่งหากต้องการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวนี้ ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่นำไปสู่การกำหนดแนวนโยบายการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ควรเลือกใช้วิธีวิทยาที่เหมาะสมกับเรื่องที่ศึกษา ซึ่งการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแนวอูตรวิสัย (Transcendental phenomenology) น่าจะเหมาะสมในการนำมาใช้มากกว่าการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic phenomenology) เนื่องจาก การศึกษาความคาดหวังและความต้องการเกี่ยวกับการดูแล จะเกี่ยวข้องกับการรับรู้การดูแลรักษาตามที่เป็นอยู่เป็นสำคัญ ดังนั้น การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแนวอูตรวิสัยซึ่งเน้นการทำความเข้าใจโครงสร้างการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ประสบอยู่ จึงน่าจะเหมาะสมกับประเด็นที่ศึกษาดังกล่าว นอกจากนี้วิธีวิทยานี้ ยังเน้นวิธีการตรวจสอบและละวางอคติหรือที่เรียกว่า “การพักมูลบท” (Bracketing) เพื่อให้ได้ข้อมูลบริสุทธิ์อันเป็นข้อมูลตามการรับรู้ของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

5) ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ยังพบข้อจำกัดของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง และเน้นการดูแลอย่างเป็นองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาทีมดูแลต่างๆ เช่น ทีมเยี่ยมบ้าน ทีมปลอบขวัญ หรือทีมอาสาสมัครเป็นต้น โดยควรเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพที่เน้นการวิจัยและพัฒนา หรือการวิจัยแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้แนวทางในการพัฒนาทีมที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนของผู้ป่วยที่ทำการศึกษา

6) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้งยิ่งขึ้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรคอื่นๆ นอกเหนือไปจากผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่กว้างขวางและครอบคลุม อันเกิดจากการใช้กลุ่มข้อมูลที่ต่างออกไป ซึ่งจะสามารถนำผลการวิจัย ไปใช้ในการกำหนดแนวนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้ครอบคลุมสภาพปัญหาต่างๆ ยิ่งขึ้น และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายในวงกว้าง



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กัญญ์จิฐิตา ศรีภา. (2550). *ประสบการณ์ชีวิตก่อนตาย : มุมมองเรื่องความตายและการดูแลผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย*. รายงานปฏิบัติการวิจัย สาขาวิชาพฤกษศาสตร์. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์ มหาวิทยาลัยฯ.
- กาญญา สังข์สิงห์; อุไร หัตถกิจ; และอังศุมา อภิชาโต. (2550, มกราคม-กุมภาพันธ์). ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการใช้สมาธิในการเยียวยาตนเอง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 25(1): 40-47.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2550). *วัฒนธรรม ความตาย กับวาระสุดท้ายของชีวิต คู่มือการเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.).
- ขวัญตา บาลทิพย์. (2541). *ประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเอดส์ ณ วัดแห่งหนึ่งในภาคใต้*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท พยม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ถ่ายเอกสาร.
- คำแหง วิสุทธางกูร. (มปป.). *แนวความคิดเกี่ยวกับชีวิต*. สืบค้นเมื่อ 28 มีนาคม 2551. จาก <http://vet.kku.ac.th/000142/data01.pdf>.
- จันทิมา เอี่ยมมานนท์. (2549). การตายและความตายในมุมมองของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์. ใน *ความตายกับการตาย: มุมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์*. โสรัจจ์ หงศ์ลดารมภ์. หน้า 147-166. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มูลนิธิพันดารา.
- จริยา ชำรัมย์. (2547). *ประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ วทม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- จรินยา แก้วแทน; วิภาวี คงอินทร์; และกิตติกร นิลมานัต. (2551). ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคสะกิดเงินที่มารักษาในศูนย์โรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ ใน *เอกสารการประชุมวิชาการ เรื่อง การสร้างองค์ความรู้สู่การปฏิบัติการพยาบาล ครั้งที่ 1*. หน้า 342-358. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จำลอง ดิษวณิช. (2547). *Spiritual and Cultural Issues In Palliative Care*. ใน *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. ลักษมี ชาญเวช. หน้า 63-82. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เจษฎา ทองรุ่งโรจน์. (2547). *พจนานุกรม ปรัชญา*. กรุงเทพฯ: บริษัท ออฟเซ็ท เพรส จำกัด
- ชาย โปธิสิตา. (2550). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

- ทัศนีย์ ขาว; เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์; และทิพมาศ ชินวงศ์. (2551). ประสบการณ์การเสริมสร้างพลังอำนาจตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ประสบความผาสุกในชีวิต ใน *เอกสารการประชุมวิชาการเรื่อง การสร้างองค์ความรู้สู่การปฏิบัติการพยาบาล ครั้งที่ 1*. หน้า 32-49. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชนพรรณ สิทธิสุนทร. (2539). ขอตาย-มุมมองผู้ป่วยและแพทย์จากต่างแดน. ใน *มุมมองเรื่องความตายและภาวะใกล้ตาย*. ประสาน ต่างใจ; และ ชนพรรณ สิทธิสุนทร. หน้า 100-104. กรุงเทพฯ: คบไฟ.
- ชนา นิลชัยโกวิทย์; และคนอื่นๆ. (2546). *โครงการทบทวนกระบวนการทัศน์เรื่องความตายและมิติแห่งสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- นงลักษณ์ ตรงศีลสัตย์. (2550). การตายในความหมายของพุทธศาสนาแบบทิเบต. ใน *วัฒนธรรม ความตาย กับวาระสุดท้ายของชีวิต คู่มือการเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. หน้า 149-177. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ(สวสส.).
- นภนาท อนุพงศ์พัฒน์. (2550). ประวัติศาสตร์ความตายและความเปลี่ยนแปลงโลกทัศน์ต่อชีวิตในสังคมไทย. ใน *วัฒนธรรม ความตาย กับวาระสุดท้ายของชีวิต คู่มือการเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. หน้า 32-90. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.).
- ณรงค์ เส็งประชา. (2538). *วิทยาศาสตร์สังคม: ความเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์ทางสังคม*. กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พรีนติ้ง เฮ้าส์.
- เบญจวรรณ กำธรวัชระ. (2544). *มะเร็งต้องสู้*. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์ดี จำกัด.
- บุษยามาส สินธุประมา. (2539). *สังคมวิทยาการสูงอายุ*. เชียงใหม่: สมพรการพิมพ์.
- ป.อ.ปยุตโต. (2536). *จะพัฒนาคนกันได้อย่างไร*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิพุทธธรรม.
- ป.อ.ปยุตโต. (2537). *ชีวิตที่สมบูรณ์*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิพุทธธรรม.
- ปรีชวัน จันทรศิริ. (2550). มุมมองของผู้ป่วยเด็กกับความตาย. ใน *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย; และคนอื่นๆ. หน้า 367-376. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- ปังปอนด์ รักอำนวยการ; และพิริยะ ผลพิรุฬ. (มปป.). "ความตาย" ในแนวคิดทาง "เศรษฐศาสตร์พฤติกรรม" สืบค้นเมื่อ 2 กรกฎาคม 2549. จาก <http://www.population.mahidol.ac.th/content/home/Conferencell/Article/Article07.htm>
- ประเวศ วะสี. (2545). *ศักดิ์ศรีแห่งความเป็นคน ศักยภาพแห่งการสร้างสรรค์*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ.
- ปราณี พาวานิช. (2549). อิสลาม: ความตายไม่ใช่จุดจบของชีวิต. ใน *ความตายกับการตาย: มุมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์*. โสรัจจ์ หงศ์ลดารมภ์. หน้า 195-204. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มูลนิธิพันดารา.

- ปาริชาติ สุขุม. (2539). ความทุกข์โศกจากความตาย. ใน มุมมองเรื่องความตายและภาวะใกล้ตาย. ประสาน ต่างใจ; และ ธนพรรณ สิทธิสุนทร. หน้า 43-52. กรุงเทพฯ: คบไฟ.
- ปานทิพย์ สุภนกร. (2543). *ปรัชญาเอกซิสเตนเชียลลิสต์ (อัตถิภาวนิยม)*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- พระคุษฎี เมธังกุโร; และคนอื่นๆ. (2544). *ความตายในทัศนะของพุทธทาสภิกขุ*. กรุงเทพฯ: เครือข่ายชาวพุทธเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคมไทย.
- พระนโม เมตตานันโท. (มปป.). *คู่มือการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: บริษัทเท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- พระพรหมคุณาภรณ์. (ป.อ.ปยุตโต). (2549). ช่วยให้ตายเร็ว หรือช่วยให้ตายดี. ใน *รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- พระมหาบุญมี มาลาวชิโร. (2548). *พระพุทธศาสนากับความตาย*. กรุงเทพฯ: บริษัท สำนักพิมพ์ดอกหญ้าวิชาการ.
- พระมหาวุฒิชัย วชิรเมธี. (2548). *สบตากับความตาย*. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- พระไพศาล วิสาโล. (2549). *ประตูสู่สภาวะใหม่ คำสอนทิเบตเพื่อเตรียมตัวตายและช่วยเหลือผู้ใกล้ตาย*. แปลจาก *The Tibetan Book of Living and Dying*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- พระไพศาล วิสาโล; และ ปรีดา เรื่องวิชาการ. (2549). *เผชิญความตายอย่างสงบ: สาระและกระบวนการเรียนรู้ (ฉบับความรู้พื้นฐาน)*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- พรเลิศ ฉัตรแก้ว. (2550). ความตายและภาวะใกล้ตาย. ใน *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. ประเสริฐเลิศสงวนสินชัย; และคนอื่นๆ. หน้า 391-396. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ จำกัด.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2548). *รู้ทันโรคมะเร็ง*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มติชน จำกัด (มหาชน).
- พินิจ รัตนกุล. (2541). การอภิปรายเรื่อง พินัยกรรมชีวิต. ใน *การสัมมนาเรื่อง "พินัยกรรมชีวิต"*. วันดี โภคะกุล; และคนอื่นๆ. หน้า 23-35. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พุทธทาสภิกขุ (พระธรรมโกศาจารย์). (2534). *ไถวัลธรรม*. กรุงเทพฯ; สุขภาพใจ.
- พุทธทาสภิกขุ (พระธรรมโกศาจารย์). (2537). *สังฆารธรรม: ความตายเป็นหน้าที่ของสังฆาร*. กรุงเทพฯ: ธรรมสภา
- แฟรงเกิล, วิคเตอร์ อี. (มปป.). *ค่าแห่งชีวิต*. แปลโดย อรทัย เทพวิจิตร. กรุงเทพฯ: เออาร์ บิสซิเนสเพรส.

- ภัทรพร สิริกาญจน. (2539). ชีวิตกับความตายในมุมมองทางศาสนา. ใน *มุมมองเรื่องความตายและภาวะใกล้ตาย*. ประสาน ต่างใจ; และ ธนพรรณ สิทธิสุนทร. หน้า 112-118. กรุงเทพฯ: คบไฟ.
- มธุรส ศิริสถิตย์กุล. (2550). ความตายในคริสต์ศาสนา. ใน *วัฒนธรรม ความตาย กับวาระสุดท้ายของชีวิต คู่มือการเรียนรู้อัตนคติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. หน้า 218-232. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.).
- มุลลิน, เกลน เอช. (2533). *มรณสติแบบขีเบต พุทธวิธีเพื่อต้อนรับความตาย*. แปลโดย ภัทรพร สิริกาญจน กรุงเทพฯ: ศูนย์ไทย-ธิเบตศึกษา.
- ยอดรัก สลักใจ จากไปอย่างสงบ. (2551, 9 สิงหาคม). *ไทยรัฐ*. หน้า 1
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: บริษัท นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- ราตรี ปิ่นแก้ว; และมธุรส ศิริสถิตย์กุล. (2550). ชีวิตและความตายในทัศนะของพุทธศาสนา. ใน *วัฒนธรรม ความตาย กับวาระสุดท้ายของชีวิต คู่มือการเรียนรู้อัตนคติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. หน้า 116-145. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.).
- รุ่งทิพย์ ดารายนตร์; เพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์; และวิภาวี คงอินทร์. (2551). ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เผชิญความยากลำบากในระหว่างการหย่าเครื่องช่วยหายใจ. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการเรื่อง การสร้างองค์ความรู้สู่การปฏิบัติการพยาบาล ครั้งที่ 1*. หน้า 135-147. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รื่นเริง ลีลานุกรม. (2549). การตายทางการแพทย์. ใน *ความตายกับการตาย: มุมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์*. โสรัจจ์ หงศ์ลดารมภ์. หน้า 61-68. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มูลนิธิพันดารา.
- วรยุทธ ศรีวรกุล. (2549). ชีวิต ความตายและการตาย: มุมมองของชาวคริสต์. ใน *ความตายกับการตาย: มุมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์*. โสรัจจ์ หงศ์ลดารมภ์. หน้า 179-194. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มูลนิธิพันดารา.
- วรัญญา เพ็ชรคง. (2550). ทัศนะเรื่องความตายในศาสนาอิสลาม. ใน *วัฒนธรรม ความตาย กับวาระสุดท้ายของชีวิต คู่มือการเรียนรู้อัตนคติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. หน้า 235-252. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.).
- วรัญญา เพ็ชรคง. (2550). พุทธมหายาน ขงจื้อ และเต๋า ในพิธีกรรมเกี่ยวกับความตายของชาวจีน. ใน *วัฒนธรรม ความตาย กับวาระสุดท้ายของชีวิต คู่มือการเรียนรู้อัตนคติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. หน้า 181-215. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.).

- วัชรดารา อมิตาภาพร. (2549). ความตาย กระบวนการตาย และการเกิดใหม่. ใน *ความตายกับการตาย: มุมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์*. โสรัจจ์ หงศ์ลดารมภ์. หน้า 289-340.
นนทบุรี: สำนักพิมพ์มูลนิธิพันดารา.
- วาริญา ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม. (2547). “ปรัชญาชั้นแนะนำ: กระแสคิดที่ทรงอิทธิพลต่อโลก” ใน *หนังสือชุดนักคิดสะท้อนโลกทัศน์. 1. บทที่ 8 ปรัชญาอัตถิภาวนิยม*, หน้า 270-277.
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ซีวาทิวัฒน์.
- วิเชียร ชาบุดรบุญทริก. (2542). *ความจริงของชีวิต*. กรุงเทพฯ: เวิร์ดเวฟ เอ็ดดูเคชั่น.
- วิบูลย์ แสงกาญจนวนิช. (2549). *อรรถปริวรรต*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิทย์ เทียงบุญธรรม; และเกษม เทียงบุญธรรม. (2533). *พจนานุกรมแพทยศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บำรุงสาส์น.
- วิทย์ วิศทเวทย์. (2543). *ปรัชญาทั่วไป: มนุษย์ โลก และความหมายของชีวิต*. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.
- วุฒิชัย อ่องนาวา. (2548). “มนุษย์คือบุคคลผู้เป็นฉายาของพระเจ้า: แนวคิดเรื่องมนุษย์ของพระสันตะปาปา ยอห์น ปอล ที่ 2.” *แสงธรรมปริทัศน์*. ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม)
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2544). *ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สรณ ภูงค์. (2550). การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ. ใน *การวิจัยเชิงคุณภาพเบื้องต้น*. สรณ ภูงค์; และอ้อมเดือน สดมณี. หน้า 62-89. กรุงเทพฯ: สถาบันพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สมบัติ พลายน้อย. (2542). *ประเพณีจีน: รวมขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมและความเชื่อของคนจีน*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง.
- สมพันธ์ เตชะอธิก. (2551, 14 สิงหาคม). ยอดรัก สลักใจ กับ สิทธิการตาย. *สยามรัฐ*. สืบค้นเมื่อ 16 สิงหาคม 2551, จาก <http://www.siamrath.co.th/UIFont/NewsDetail.aspx?cid=58&nid=20489>
- สุจิตรา จรัสศิลป์. (2541). *มะเร็งที่รัก*. นนทบุรี: โรงพิมพ์พุทธอเนกประสงค์.
- เสฐียรโกเศศ. (2505). *ประเพณีเนื่องในการเกิด และ ประเพณีเนื่องในการตาย*. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- เสรี พงศ์พิศ. (2531). *ศาสนาคริสต์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เสาวนีย์ จิตต์หมวด. (2535). *วัฒนธรรมอิสลาม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ทางนำ.
- อรพรรณ ไชยเพชร; กิตติกร นิลมานัต; และ วิภาวี คงอินทร์. (2551). ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไอซียู. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการเรื่อง การสร้างองค์ความรู้สู่การปฏิบัติการพยาบาล ครั้งที่ 1*. หน้า 9-20. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อาศิษ พิทักษ์คัมพล. (2548). *ชีวิต ความเจ็บป่วย และความตาย*. ใน *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. ลักษณ์มี ชาญเวชช์. หน้า 91-99. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- Annells, Marilyn. (1996). *Hermeneutic phenomenology: philosophical perspectives and current use in nursing research*. Retrieved September 30, 2007, from <http://www.Phenomenologyonline.com>.
- Baudrillard, J. (1981). *For a Critique of the Political Economy of the Sign*. St. Louis, MA: Telos Press.
- Beauchamp, Tom L.; & Walters, Le Roy. (1982). *Contemporary Issues in Bioethics*. 2nd ed. Belmont: Wadsworth Publishing.
- Benner, P. (1994). *Interpretive Phenomenology*. California: Sage Publication.
- Carr, D. (2003). A "Good Death" For Whom? Quality of Spouse's Death and Psychological Distress among Older Widowed Persons. *Journal of Health and Social Behavior*, June, Vol. 44, No.2, pp. 215-232.
- Clark, Graeme T. (2002). Personal meaning of grief and bereavement. *Unpublished Dissertation Colorado*. Retrieved September 30, 2007, from <http://www.Phenomenologyonline.com>.
- Conroy, S.A. (2001). *Moral inclinations of medical, nursing, and physiotherapy students*. Unpublished doctoral dissertation. Oxford: University of Oxford.
- Conroy, S. A. (2003). A Pathway for Interpretive Phenomenology. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(3). Article 4. Retrieved May 23, 2007, from http://www.Ualverta.ca/~iiqm/backissues/2_3final/pdf/conroy.pdf
- Crisci, Maria Teresa. (2001). Attitudes towards death and dying in a representative sample of the Italian population. *Journal of Palliative Medicine*, Vol. 15, No. 5. Retrieved May 23, 2007, from <http://www.online.sagepub.com>.
- Fisher, BA.; & Adams. (1994). *Interpersonal communication*. 2nd ed. Singapore: McGraw-Hill Inc.
- Gadamer, H.G. (1989). *Truth and method*. Translate by J. Weinshaner & D.G. Marshall. London: Sheed & Ward.
- Glaser, Barney G.; & Strauss, Anselm L. (1965). *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine Pub. Co.
- Hagedorn, M.I.E. (2002). A way of life: A new beginning each day the family's lived experience of childhood chronic illness. *Unpublished Dissertation Colorado*. Retrieved September 30, 2007, from <http://www.phenomenologyonline.com>.
- Heidegger, Martin. (1962). *Being and time*. Translate by J. Macquarrie & E. Robinson. Oxford: Blackwell Publishers Ltd.

- Holloway, I.; & Wheeler, S. (1996). *Qualitative research for nurses*. Oxford: Blackwell Science.
- Kehl, Karen A. (2006). Moving Toward Peace: An Analysis of the Concept of a Good Death. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, Vol. 23, No. 4. Retrieved May 23, 2007, from <http://www.online.sagepub.com>.
- Kelly, B; et al. (2002). Terminal ill cancer patients' wish to hasten death. *Journal of Palliative Medicine*, Vol. 16, No. 4. Retrieved May 23, 2007, from <http://www.online.sagepub.com>.
- Kubler-Ross, Elisabeth. (1979). *On Death and Dying*. 7th ed. Norwich: Fletcher & Son Ltd.
- Laverty, Susan M. (2003). Hermeneutic Phenomenology and Phenomenology: A Comparison of Historical and Methodological Consideration. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(3). Article 3. Retrieved February 13, 2007, from http://www.ualberta.ca/2_3final/pdf/laverty.pdf.
- Lazarus L.S.; & Folkman S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company Inc.
- Macquarie, John. (1973). *Existentialism*. London: Pelican books.
- Merleau-Ponty, Maurice. (1962). *Phenomenology of perception*. Boston: Routledge & Kegan Paul.
- Moran, Dermot. (2000). *Introduction to Phenomenology*. London: Routledge.
- Morita, Tatsuya; et al. (1998). A prospective study on the dying process in terminally ill cancer patients. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, Vol. 15, No. 4. Retrieved May 23, 2007, from <http://www.online.sagepub.com>.
- Olson, C. (2002). How can we understand the life of illness?. *Unpublished Dissertation Colorado*. Retrieved September 30, 2007, from <http://www.phenomenologyonline.com>.
- Omery, A. (1983). Phenomenology: A method for nursing research. *Advance in Nursing Science* 5. pp. 49-63.
- Sarhill, Nabeel; et al. (2001). The terminally ill Muslim: Death and dying from the Muslim perspective. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, Vol. 18, No. 4. Retrieved May 23, 2007, from <http://www.online.sagepub.com>.
- Schutz, Alfred. (1970). *On phenomenology and social relations: Selected writings*. Chicago: University of Chicago Press.

- Serra-Prat, Mateu; Gallo, Pedro; & Picaza, Josep M. (2001).). Home palliative care as a cost-saving alternative: evidence from Catalonia. *Palliative Medicine, Vol. 15, No. 4, 271-278*. Retrieved September 20, 2008, from <http://www.online.sagepub.com/>
- Shinmi, Kim; & Yonjung, Lee. (2003). Korean Nurses' Attitudes to Good and Bad Death, Life-Sustaining Treatment and Advance Deregative. *Journal of Nursing Ethics, Vol. 10, No. 6*. Retrieved May 23, 2007, from <http://www.online.sagepub.com>.
- Spiegelberg, Herbert. (1975). *The Phenomenological Movement: A Historical Introduction*. Netherlands: Martinus Nijhoff.
- Stambaugh, Joan. (1996). *Heidegger on Death*. Retrieved May 23, 2007, from <http://www.Gis.net/~tbirch/heidweb.htm>
- Speziale, Helen Streubert; & Carpenter, Dona Rinaldi. (2007). *Qualitative Research in Nursing*. Philadelphia PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Valle, Ronald S. (1997). *Phenomenological Inquiry in Psychology: Existential and Transpersonal Dimensions*. New York: Plenum Press.
- van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*. London: State University of New York Press.



ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	พันตำรวจโทหญิง กัญญ์จิรา ศรีภา
วันเดือนปีเกิด	22 ธันวาคม 2511
สถานที่เกิด	อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	492/1 โรงพยาบาลตำรวจ ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
ตำแหน่งงานปัจจุบัน	พยาบาล (สบ 3) กลุ่มงานพยาบาล
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทและอุบัติเหตุหญิง ตึกเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 5/2 โรงพยาบาลตำรวจ ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2528	มัธยมศึกษาปีที่ 6 จาก โรงเรียนดำรงราษฎร์สงเคราะห์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
พ.ศ. 2532	ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (วท.บ.) จาก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2546	ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต (กศ.ม.) สาขาจิตวิทยาการแนะแนว จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2554	ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต (วท.ด.) สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร