



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความหมายการตายดีในมุมมองของผู้สูงอายุไทย ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับความตาย
3. การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
4. ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
5. ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต
6. การวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. สรุปการทบทวนวรรณกรรม

1. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงอย่างมากหลายด้าน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สิ่งแวดล้อม การทำความเข้าใจเกี่ยวกับพื้นฐานแนวคิดกับผู้สูงอายุทำให้เกิดความเข้าใจในการให้การดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ทั้งในการทำความเข้าใจกับการให้ความหมายของผู้สูงอายุ ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความหมายของผู้สูงอายุ

การให้ความหมายของผู้สูงอายุและการกำหนดเกณฑ์ในการเรียกผู้สูงอายุนั้นมีการจำแนกและแบ่งการให้ความหมายหลายรูปแบบความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับผู้นำไปใช้อาทิเช่น คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (2548) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า หมายถึง บุคคลที่มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย สถาบันแห่งชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา (National Institute on Aging) ได้กำหนดว่าผู้สูงอายุวัยต้น (Young old) คือระหว่าง 60-74 ปี และวัยสูงอายุตอนปลายคือ อายุ 75 ปีขึ้นไป (จำเรียง กุระมะสุวรรณ, 2536) และจากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย (Vienna International Plan on Aging) ได้กำหนดว่า "บุคคลที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ" มีการเรียกแตกต่างกัน ดังนี้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

1. เรียกตามลักษณะทางกายภาพ เช่น เรียกว่า คนแก่ คนชรา คนเฒ่า (The aged, Aging, Old man) เป็นการเรียกตามลักษณะทางสรีระที่บ่งบอกว่าผู้นั้นแก่ เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น เป็นต้น ทั้งๆที่บางคนอาจมีลักษณะแก่ชราตั้งแต่อายุยังไม่มากก็ได้

2. เรียกตามอายุมากหรือน้อยตามปฏิทิน เช่น เรียกว่า ผู้สูงอายุ (Elderly, Older Person) ซึ่งเป็นการเรียกที่สากลมากกว่า

3. เรียกตามสถานภาพทางสังคม เช่นเรียกว่า ผู้ใหญ่ ผู้อาวุโส (Senior Citizen) ในองค์การหนึ่งๆ ผู้เป็นหัวหน้าย่อมเป็นผู้ใหญ่ขององค์การทั้งๆที่อาจอายุไม่มากหรือไม่ใช่คนแก่

ปัจจุบันในการประชุมขององค์การสหประชาชาติตกลงใช้คำว่า Older persons ในการเรียกผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับในประเทศไทยมักใช้คำว่า “ผู้สูงอายุ” กันเป็นส่วนมากเพราะดูเป็นกลางๆไม่บ่งชี้ว่าแก่หรือชราให้ผู้ถูกเรียกเสียความรู้สึก (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

จากการเจริญเติบโตของบุคคลเมื่อแรกเกิดจากเด็กเป็นผู้ใหญ่และท้ายสุดเป็นผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างอย่างเห็นได้ชัดระหว่างกระบวนการชราและกระบวนการเติบโต อย่างไรก็ตามความชราเป็นปรากฏการณ์ที่มีความหลากหลาย และมีกลไกทฤษฎีมากมายที่ได้รับการเสนอว่าเป็นสาเหตุแห่งความชราหรือมีส่วนร่วมในกระบวนการชรา (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

ทฤษฎีการสูงอายุ

ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุเป็นความพยายามในการอธิบายปรากฏการณ์การสูงอายุที่เกิดขึ้น โดยทั่วไปกล่าวว่าอายุขัยเฉลี่ยสูงสุดของมนุษย์จะยืนยาวได้อย่างมากคือ 120 ปี (Cetron & Davies, 1998 อ้างถึงใน จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548) ทั้งนี้สมมติฐานที่กล่าวถึงการชราภาพตลอดจนแนวคิดหลายแนวคิดที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วกันเป็นการศึกษาค้นคว้าโดยยืนยันจากงานวิจัยและการทดลอง การปฏิบัติในคลินิกที่เกี่ยวกับการชราภาพของมนุษย์การสูงอายุของบุคคลจะแตกต่างกันไป เนื่องจากบุคคลจะมีความต่างในลักษณะพันธุกรรม ปัจจัยทางสังคม จิตวิทยา และเศรษฐกิจในชีวิตของแต่ละบุคคลนั้น ทฤษฎีการสูงอายุสามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 3 กลุ่ม ได้แก่ ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ (Biological theories of aging) ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยา (Psychologic theories of aging) และทฤษฎีการสูงอายุทางสังคม (Sociological theories of aging) (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ก. ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ (Biological theories of aging)

ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพให้ความสำคัญกับการแสวงหาคำตอบที่เกี่ยวกับกระบวนการสูงอายุในเชิงสรีระ (Physical process) ที่เกิดขึ้นในสิ่งมีชีวิต เมื่อเริ่มมีกระบวนการชราภาพ

เกิดขึ้น ทฤษฎีในกลุ่มนี้จะมองกระบวนการชราภาพตั้งแต่ระดับโมเลกุล เซลล์ รวมทั้งระบบการทำงานของสิ่งมีชีวิตนั้นๆ จุดเน้นของทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพจะอธิบายถึงสิ่งต่อไปนี้

1. ผลของการเสื่อมของอวัยวะส่วนต่างๆทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆลดลง
2. กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับการสูงอายุจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องก้าวหน้าไปตลอดเวลา
3. การเปลี่ยนแปลงภายในระบบอวัยวะต่างๆที่เกิดขึ้นในสิ่งมีชีวิตทุกชนิดถือเป็นสิ่งปกติจากอายุที่เพิ่มขึ้น

ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. Stochastic Theory ประกอบด้วย

1.1 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory) มีสมมติฐานเกี่ยวกับแนวคิดที่ว่าเกิดการผิดพลาดในขั้นการสังเคราะห์โปรตีนของ DNA และจากการผิดพลาดดังกล่าวนำสู่ความผิดปกติของเซลล์ ส่งผลให้เกิดการแก๊ตัวเสื่อมสภาพหรือเซลล์ตายในที่สุด ความผิดพลาดของการสร้างเอนไซม์หรือโปรตีนจะทำให้เกิดการสร้างเซลล์ (Exact copy) ที่ผิดแปลกไปจากเดิม การผิดพลาดจากการส่งรหัสพันธุกรรม (Transcription) นี้จะเกิดซ้ำแล้วซ้ำอีก และเซลล์จะถูกเปลี่ยนไปจากเดิมทุกครั้งที่เกิดการผิดพลาด จนในที่สุดเซลล์ที่เกิดขึ้นจะแตกต่างจากเซลล์ต้นแบบโดยสิ้นเชิง

1.2 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) กล่าวถึงเซลล์ที่ไม่สามารถซ่อมแซมได้อีกจากการถูกทำลาย โดยอนุมูลอิสระเป็นผลผลิตจากปฏิกิริยาพื้นฐานของการเผาผลาญพลังงานของร่างกายรวมทั้งผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมมลพิษต่างๆ เช่น โอโซน รังสีต่างๆ ทฤษฎีอนุมูลอิสระนี้เชื่อว่าสารอนุมูลอิสระนั้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกลายพันธุ์ (Mutation) ของ DNA-RNA transcription โดยเฉพาะในเนื้อเยื่อเซลล์ของกล้ามเนื้อและระบบประสาทซึ่งมีการเกิดอนุมูลอิสระได้มาก จะเกิดสารที่เรียกว่า Lipofuscin ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการชราภาพ

1.3 ทฤษฎีการเชื่อมไขว้ (Cross-Linkage Theory) มีสมมติฐานเกี่ยวกับการสูงอายุว่าเกิดจากการมีโปรตีนบางอย่างในร่างกายเพิ่มขึ้น และมีการเชื่อมไขว้จับตัวกันมากขึ้น ส่งผลให้ไปขัดขวางขบวนการเมตาโบลิซึม ทั้งนี้จากการเชื่อมไขว้ไปขัดขวางการได้รับอาหารการขับของเสียจากเซลล์ทั้งในระดับภายในเซลล์ (intracellular) และนอกเซลล์ (extracellular) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าโมเลกุลปกติจะมีการยึดติดกันโดยขบวนการทางเคมี (Chemical reaction) ผลจากการเชื่อมไขว้นี้ทำให้ความหนา (density) ของ collagen เพิ่มขึ้น แต่ความสามารถในการทำงานในการนำสารอาหารหรือขับของเสียออกจากเซลล์กลับลดลง ผลคือการทำงานของเซลล์เนื้อเยื่อส่วนนั้นลดลงและส่งผลกระทบต่อโครงสร้างส่วนอื่นๆ

1.4 ทฤษฎีความเสื่อมสลาย (Wear and Tear Theory) ทฤษฎีนี้เสนอว่าการตายเกิดจากผลของเนื้อเยื่อต่างๆ มีการเสื่อมสภาพและไม่สามารถคืนสู่สภาพดั้งเดิมได้ ทำให้เกิดการสูญเสียอย่างถาวร ทฤษฎีนี้เชื่อว่าขบวนการสูงอายุจะถูกเร่งหรือเกิดขึ้นได้มากขึ้นหากมีความเครียด มีการสะสมของการบาดเจ็บหรือการได้รับอุบัติเหตุต่างๆ ซึ่งนำไปสู่การตายได้ เนื่องจากมีการเสื่อมสภาพแล้วร่างกายไม่สามารถสร้างอวัยวะเนื้อเยื่อใหม่มาทดแทนได้

2. Nonstochastic Theories ประกอบด้วย

2.1 ทฤษฎีโปรแกรม(Programmed Theory or Hayflick Limit Theory) ได้กล่าวการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของร่างกายที่เกิดขึ้นในเซลล์และตอบสนองต่อเซลล์และระบบต่างๆ เหมือนมีการกำหนดโปรแกรมไว้ในเซลล์ตั้งแต่ต้นว่าเมื่อไหร่เซลล์จึงจะตาย เชื่อว่ามนุษย์จะมีนาฬิกาชีวภาพ (biological clock)

2.2 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน(Immunity Theory) ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายของมนุษย์จะทำงานมีประสิทธิภาพลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เรียกภาวะดังกล่าวว่า immunosenescence หรือความเสื่อมของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับลดการทำหน้าที่ลง ในวัยสูงอายุพบว่าการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันโดยเฉพาะ T-cells มีการลดลงอย่างชัดเจนทำให้การป้องกันสิ่งแปลกปลอมและเชื้อโรคต่างๆ ลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าร่างกายมีการสร้างภูมิคุ้มกันตนเอง (autoantibodies) เพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดโรคที่ร่างกายมีการต่อต้านตนเองต่างๆ

2.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุที่เพิ่งเกิดขึ้น (Emerging Theories) ได้แก่

2.3.1 Neuroendocrine Control or Pacemaker Theory แนวคิดนี้เชื่อในความสัมพันธ์ระหว่างระบบฮอร์โมนและระบบประสาท ที่ส่งผลต่อการสูงอายุของมนุษย์ การทำงานของอวัยวะต่างๆรวมถึงกระบวนการเมตาโบลิซึมทั้งหลายเกิดขึ้น เชื่อว่ามีผลจากการควบคุมและการทำงานของระบบ neuroendocrine เพศชายและเพศหญิงจะมีฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์ที่มีส่วนกับกระบวนการสูงอายุ ซึ่งฮอร์โมนที่ได้รับความสนใจว่าอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการสูงอายุ ได้แก่ Dehydroepiandrosterone (DHEA) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ผลิตจาก adrenal glands พบว่ามีปริมาณลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้เกิดความสนใจว่าอาจจะเป็นฮอร์โมนที่ช่วยยับยั้งการสูงวัยได้ และนอกจากนี้ฮอร์โมนเมลาโทนิน (Melatonin) เป็นฮอร์โมนอีกตัวที่ได้รับความสนใจว่าอาจมีความเกี่ยวข้องกับการนาฬิกาชีวิต (Biologic clock) ของมนุษย์ ซึ่งแนวคิดนี้มีความเชื่อว่าเมลาโทนินอาจเกี่ยวข้องกับการสูงอายุในแง่ที่ช่วยเพิ่มการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันและต้านอนุมูลอิสระ

2.3.2 Metabolic Theory of Aging / Calorie Restriction เสนอว่าทุกเซลล์หรือเนื้อเยื่อจะมีการกำหนดที่แน่นอนจนถึงระยะ/ช่วงเวลาของกระบวนการเผาผลาญ

(Metabolic lifetime) ดังนั้นหากมีการเผาผลาญหรือ metabolism ที่เผาผลาญอย่างรวดเร็วก็จะทำให้อายุเซลล์เนื้อเยื่อสั้นลง

2.3.3 DNA-Related Research ปัจจุบันมีความพยายามและศึกษาค้นคว้าอย่างจริงจังเกี่ยวกับพันธุกรรมมนุษย์ (Genome human) บทบาทหน้าที่ของ DNA กระบวนการสูงอายุ เชื่อว่าอาจมียืนมากถึง 200 ตัวที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสูงอายุของบุคคลนั้นๆ (Schneider, 1992 อ้างถึงใน จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548)

ข. ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคมวิทยา (Sociologic Theories Aging)

ทฤษฎีนี้มองการสูงอายุในแง่มุมมองที่กว้างขึ้นในลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับลักษณะทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ และการเมืองที่ผู้สูงอายุนั้นอาศัยอยู่ ทฤษฎีสูงอายุทางสังคมที่มีการกล่าวถึงได้แก่

1. ทฤษฎีการถดถอย (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การสูงอายุเป็นลักษณะของกิจกรรมที่มีการพัฒนาด้วยตัวของมันเอง มีรูปแบบลักษณะแบบแผนที่เป็นไปตามสังคมปกติเมื่อบุคคลก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมตามสังคม เช่น มีการถอนตัวจากสังคม และลดบทบาทความสำคัญจากกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากเข้าสู่วัยชรา ทั้งนี้เพื่อคงความสมดุลให้แก่สังคมที่จะมีบุคคลอื่นเข้ามาแทนที่บทบาทของผู้สูงอายุที่ถดถอยตัวออกมา

2. ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory or Developmental Task Theory) มีมุมมองว่ากิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงไว้ซึ่งความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล และมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง (Positive self concept) ผู้สูงอายุที่ยังมีกิจกรรมสม่ำเสมอจะรู้สึกกระชุ่มกระชวยเป็นกลุ่มเป็นสาวและไม่ถอยหนีจากสังคม แนวคิดนี้อยู่บนฐานความเชื่อที่ว่า การมีชีวิตที่ตื่นตัว ไม่อยู่นิ่ง (Active) ดีกว่าการอยู่เฉยๆไม่ทำอะไร (Inactive) และการมีชีวิตที่มีความสุขดีกว่าการไม่มีความสุข

3. ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าบุคคลสามารถจะใช้ชีวิตที่มีอยู่ต่อเนื่องจากการดำรงชีวิตที่ผ่านมา ชีวิตมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกันมาตลอดช่วงชีวิต และเชื่อว่าชีวิตทุกวัยเป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการตามวัยของช่วงชีวิต ดังนั้นเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ ก็พยายามที่จะดำรงหรือดำเนินในกิจวัตร ปัจจัย สิ่งที่ชอบ ค่านิยมความเชื่อ พฤติกรรมต่างๆ ที่เป็นส่วนตัวของบุคคลนั้นต่อเนื่องไปอย่างไม่หยุดนิ่ง

4. ทฤษฎีการแบ่งชั้นอายุ (Age stratification Theory) มีความเชื่อว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคล ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสังคม เป็นอัตบุคคลที่เป็นสมาชิกของกลุ่ม มีหมู่เหล่า และมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ดังนั้นการสูงอายุจะเป็นปฏิสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันระหว่างบุคคลและสังคมอย่างต่อเนื่องและตลอดเวลา

5. ทฤษฎีความเหมาะสมระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person-Environment Fit Theory) กล่าวว่าสัมพันธภาพระหว่างกันของกลุ่มบุคคล ผู้สูงอายุ และสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งกำหนดถึงสมรรถนะในตัว (personal competence) ของบุคคลนั้นๆ ความสามารถในตัวบุคคลจะถูกหล่อหลอมมาตลอดอย่างต่อเนื่องชั่วชีวิต เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้นสมรรถนะในตนเองเหล่านี้ อาจเปลี่ยนแปลงไปหรือลดลง ส่งผลต่อความสามารถของบุคคลในการอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อม เชื่อว่ายิ่งบุคคลอายุเพิ่มขึ้นสิ่งแวดล้อมจะยิ่งเพิ่มความรู้สึกถูกคุกคาม (Threatened) กับบุคคล ทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถในการเผชิญกับสิ่งแวดล้อม

ค. ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยา (Psychological Theories of Aging)

ทฤษฎีนี้มีแนวคิดพื้นฐานจากความเชื่อที่ว่า การพัฒนาการของมนุษย์เป็นสิ่งที่ต่อเนื่องไม่มีการสิ้นสุด ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยาจะเป็นการรวมทั้งทฤษฎีทางชีวภาพ และทางสังคม ร่วมกันอธิบายกระบวนการสูงอายุ ซึ่งทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยานั้นสามารถแบ่งเป็นกลุ่มทฤษฎีที่สามารถอธิบายกลไกทางจิตวิทยาได้ดังนี้

1. ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ตามขั้นของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Human Need Theory) มาสโลว์ได้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์โดยได้แบ่งความต้องการพื้นฐานทั่วไปของมนุษย์ออกเป็น 5 ขั้น คือ 1)ความต้องการด้านร่างกาย เช่น ความต้องการอาหาร น้ำ การขับถ่าย อากาศ การพักผ่อน ความสะอาด และความต้องการทางเพศ 2)ความต้องการด้านความมั่นคงปลอดภัย 3)ความต้องการด้านความรัก ความเข้าใจ การเป็นเจ้าของ 4)ความต้องการการเคารพในตนเอง 5)ความต้องการทำในสิ่งที่ต้องการสูงสุดให้เป็นจริง มาสโลว์ได้กล่าวถึงแต่ละขั้นของความต้องการของมนุษย์ ซึ่งต้องได้รับการตอบสนองในขั้นต่ำสุดก่อนค่อยเลื่อนขึ้นไปยังขั้นที่สูงขึ้น

2. ทฤษฎีเอกัตบุคคลของจุง (Jung's Theory of Individualism) ทฤษฎีนี้เสนอว่าบุคลิกภาพของบุคคล มีทั้งลักษณะที่เปิดเผยต่อโลกภายนอก (Extrovert) และลักษณะส่วนภายในของบุคคล (Introvert) สมดุลระหว่าง 2 ลักษณะนี้จะแสดงถึงความเป็นบุคคลนั้นๆ ซึ่งสำคัญต่อสุขภาพจิตของบุคคล เมื่อบุคคลอายุเพิ่มมากขึ้นบุคลิกภาพจะเริ่มเปลี่ยนจากการมองภายนอกมุ่งที่สร้างหรือมองตนเองในตำแหน่งที่อยู่ในสังคมภายนอก เป็นการมองเข้ามาภายในตนเอง บุคคลจะมีลักษณะเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ ตามแนวคิดของจุงนั้นจะมองเข้ามาภายในตนเองและเห็นคุณค่าของตนมากกว่าจะมองเห็นแต่ความสำเร็จหรือเสื่อมถอยของร่างกาย บุคคลจะต้องสามารถยอมรับได้ทั้งความสำเร็จและข้อจำกัดที่เกิดขึ้นได้

3. ทฤษฎีการพัฒนา 8 ขั้นของชีวิต (Eight stage of life theory) ทฤษฎีนี้เสนอว่า ขบวนการพัฒนาชีวิตจะสะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลจากวัฒนธรรมและสังคม อิริคสันได้แบ่งช่วงชีวิตคนเป็น 8 ระยะ โดยระยะ 1 – 6 เป็นระยะตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 40 ปี ระยะที่ 7 เป็นระยะที่

เรียกว่า Generativity คือบุคคลในช่วงอายุ 40 – 60 ปี เป็นช่วงวัยกลางคนที่บุคคลมีความเข้าใจและยอมรับในตนเอง บุคคลในวัยนี้จะมีความทะเยอทะยาน มีความคิดสร้างสรรค์ มุ่งสร้างความสำเร็จในชีวิต ซึ่งหากวัยนี้ประสบความสำเร็จชีวิตมั่นคงเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ก็จะส่งผลให้ชีวิตมีความสมบูรณ์เพียบพร้อมที่จะให้การดูแลโอบอุ้ม (nurture) ลูกหลานหรือบุคคลวัยอื่น แต่หากในทางตรงข้ามที่บุคคลไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตก็จะทำให้เกิดภาวะหยุดนิ่งหรือ Stagnation และในระยะที่ 8 เป็นช่วงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จะเป็นช่วงที่ผู้สูงอายุมีความเจริญมั่นคงในชีวิต มีการยอมรับ (acceptance) จากการประเมินตนเอง หรือจากการประเมินความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา คุณค่าของบุคคลในวัยนี้อยู่ที่ภูมิปัญญา (wisdom) ซึ่งถ้าหากผู้สูงอายุในระยะนี้ไม่ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวในชีวิตก็จะเกิดความท้อแท้หมดหวัง (despair) รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย

ความชราเป็นปรากฏการณ์ที่มีความหลากหลายมีทฤษฎีมากมายที่ได้รับการเสนอว่ามีส่วนร่วมในกระบวนการชรา จากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุแต่ละคนที่แตกต่างกันซึ่งยังไม่มีสาเหตุที่แน่ชัด ในกระบวนการเกิดของแต่ละทฤษฎีจะมีส่วนที่เกี่ยวข้องต่อเนื่องกันไปซึ่งยังต้องการการศึกษาค้นคว้าวิจัยเพื่อหาสาเหตุของความชราต่อไป (Roach, 2000)

การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

การทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายมนุษย์ จะทำหน้าที่ได้มากและสูงสุดในช่วงอายุ 20-30 ปี หลังอายุ 30 ปีแล้วการทำงานที่ทางสรีระวิทยาลดน้อยลง ซึ่งจะเห็นความเสื่อมของร่างกายเป็นรูปธรรมก็เมื่ออายุมากกว่า 60 ปี การเสื่อมของสภาพร่างกายนอกจากจะเกิดตามอายุที่เพิ่มขึ้นแล้วยังขึ้นกับกระบวนการเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล (บรรลุ ศิริพานิช, 2548) ดังนี้

1. ระบบโครงร่าง ผิวหนัง เมื่ออายุมากขึ้นรูปร่างของมนุษย์จะเปลี่ยนแปลงไปคือ หลังโก่งงอ หัวเข่าและสะโพกงอเล็กน้อย ทำให้ส่วนสูงของร่างกายลดลง จมูกกว้างขึ้น หูยาวขึ้น ไหล่แคบลง ทรวงอกมีความลึกเพิ่มขึ้น กระดูกเชิงกรานกว้างขึ้น ความลึกของช่องท้องเพิ่มขึ้น ขณะที่น้ำหนักตัวลดลง บริเวณใบหน้าเกิดรอยย่น บริเวณหน้าผากมักเกิดรอยย่นขึ้นก่อนบริเวณอื่นเนื่องจากการหดตัวของกล้ามเนื้อบริเวณหน้าผาก รอยย่นนี้เริ่มเกิดเมื่ออายุเพียง 20 ปีและจะมากขึ้นเมื่ออายุ 30-40 ปี ยิ่งอายุสูงขึ้นรอยย่นก็ยิ่งเพิ่มความลึก ปริมาตรของกระดูกที่บริเวณแกนกลางสูญเสียเร็วกว่าบริเวณนอก ผู้ชายก็มีการสูญเสียเช่นกันแต่น้อยกว่าผู้หญิงประมาณครึ่งหนึ่ง ทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) ซึ่งพบมากในสตรีช่วงวัยหมดประจำเดือน จึงทำให้เกิดกระดูกสันหลังของผู้หญิงโก่งได้เร็ว เป็นสาเหตุให้กระดูกขาท่อนบนและปลายกระดูกแขนหักได้ง่าย ส่วนข้อเข่าพบว่าการเปลี่ยนแปลงเริ่มเมื่ออายุ 20 ปีโดยมีการเสื่อมของกระดูกอ่อน

การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังพบว่าหนังกำพร้า(epidermis)จะมีความชื้นลดลงผิวแตกง่าย บางลงเล็กน้อยทำให้ลอกหลุดได้ง่าย Melanocytes ลดน้อยลง ทำให้สีผิวและขนหงอกขาว หนังแท้ (desmis) จะมีความหนาลดน้อยลงและ collagen ลดลง หลอดเลือดลดลงทำให้ผิวหนังซีด เหงื่อออกน้อย การควบคุมอุณหภูมิร่างกายทำไม่ได้ดี การดูดซึมสารต่างๆ ทางผิวหนังลดลงและ ต้องใช้เวลานานขึ้น ไชมันในชั้นใต้ผิวหนังเพิ่มขึ้นจนถึงอายุ 70 ปีแต่จะแตกต่างกันไป ส่วน ไชมันใต้ผิวหนังลดลงบริเวณหน้าและหลังมือ แต่เพิ่มมากขึ้นบริเวณหน้าท้องและต้นขา ต่อม เหงื่อลดลงทำให้เหงื่อออกน้อยลง ต่อมกัลลินลดลงทำให้กัลลินตัวลดลง ต่อมไขมัน (sebaceous gland) โตขึ้นแต่หลังน้ำมันออกน้อยลงทำให้ผู้สูงอายุมีผิวหนังแห้ง อัตราการงอกของผมลดลง เส้นผมจะมีขนาดเล็กลงด้วย เส้นผมบนศีรษะลดน้อยลงแต่มีขนเพิ่มขึ้นบริเวณหู คิ้ว รูกุมก

2. ระบบสมองและประสาท การรับความรู้สึกของผู้สูงอายุจะลดน้อยลง การประสาน ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะแวดล้อมก็ลดลงด้วย น้ำหนักของสมองจะลดลงเซลล์ประสาท ของสมองตายและสูญเสียไปแต่ก็ไม่ได้เกิดกับเซลล์ประสาททุกชนิด สารสื่อประสาทมีจำนวนลด น้อยลงทำให้การสื่อสารลดลง มีการเปลี่ยนแปลงในสติปัญญา ความจำ และข้อมูลทางจิตวิทยา ของผู้สูงอายุพบว่าความฉลาด (Intellectual performance) พบว่าคนมีความสามารถสูงสุดใน ช่วงอายุ 20-30 ปี ความสามารถนี้จะคงอยู่ตลอดชีวิตเว้นแต่มีโรคแทรกซ้อน ความสามารถ เริงความเร็วในการจัดการกับข้อมูลจะลดลงช้าๆ ตลอดเวลาของอายุที่มากขึ้น ความสามารถใน ด้านการพูด (Verbal skill) ของผู้สูงอายุจะลดลง พฤติกรรมและกระบวนการด้านใช้ความเร็ว ด้านกายภาพของร่างกายลดลง การเรียนรู้และความจำการหลงลืมเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ มีความเสื่อมของการเรียนรู้และความจำในผู้สูงอายุโดยเฉพาะภายหลังอายุ 70 ปี การเห็นเลื่อม ลงความคมชัดของการเห็นลดลง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สูญเสียความสามารถในการได้ยิน ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ที่มีอายุเกิน 65 ปีจะมีอาการหูตึง การทรงตัวเสื่อมลงทำให้ไม่มั่นคงไม่มีความ สมดุลที่ดี ทำให้ต้องเดินขาเพื่อกันล้มหรือมีความเสี่ยงที่จะหกล้ม ความสามารถในการรับ กัลลินของผู้สูงอายุลดน้อยลงเมื่ออายุ 60 ปี การรับรสลดลงเพราะตุ่มรับรสลดลง การรับสัมผัส แต่ะต้องในผู้สูงอายุจะเลื่อมลงโดยการรับการสัมผัสสะท้อนบริเวณขาจะรู้สึกมากกว่าแขน

ระบบประสาทอัตโนมัติเลื่อมลงพบได้บ่อยคือรูมาตาลีกลองตอบสนองต่อแสงและ accommodation น้อยลง ความดันโลหิตลดลงเมื่อมีการเปลี่ยนอิริยาบถ มีความเสื่อมของการ ควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย

3. ระบบกล้ามเนื้อ การขาดไปแต่สเต็มในกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุทำให้การหดตัวสูงสุด ของกล้ามเนื้อลดน้อยลง ผู้สูงอายุจึงบ่นว่ามีอาการเหนื่อยง่ายและไม่ค่อยมีแรง เลือดที่ไหลผ่าน กล้ามเนื้อลดลงเป็นผลให้การขนส่งอาหารและสิ่งจำเป็นต่างๆ ที่มาตามเลือดลดลง ผลโดยรวม จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้กำลังกล้ามเนื้อลดลง

4. ระบบหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจเมื่ออายุมากขึ้น collagen จะหนาขึ้นเป็นผลให้ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงประสิทธิภาพของการหดและคลายตัวของหัวใจลดลง น้ำหนักของหัวใจลดลง และมีสาร amyloid ไปสะสมที่กล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้นตามอายุ ลิ้นหัวใจเมื่ออายุมากขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงมากที่เอออร์ติกและไมตรัล เกิดจากการลดลงของนิวเคลียส มีการสะสมไขมันใน fibrous stroma และมีการเสื่อมของ collagen ประกอบกับมีการสะสมของแคลเซียม มีผลทำให้ลิ้นหัวใจเคลื่อนไหวเปิด-ปิดน้อยลง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นอาจดึงลิ้นหัวใจเอออร์ติกแคบเล็กลง ส่วนไมตรัลก็เปลี่ยนแปลงคล้ายคลึงกันแต่น้อยกว่า หลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary Arteries) ปริมาณเนื้อยืดหยุ่น (elastic) ในผนังหลอดเลือดจะลดลง 1 ใน 3 (เป็นผลมาจากการเสื่อมของ elastic laminae) มีการสะสมของแคลเซียมและไขมันมากขึ้นคล้ายกับการเกิดหลอดเลือดแข็งตัว (arteriosclerosis) อัตราการเต้นของหัวใจลดลงเพราะ S-A node ทำงานลดลง การไหลเวียนของเลือดเข้าสู่ Ventricle ช้าช้าลง ปริมาณเลือดของหัวใจ (Cardiac output) ขณะพักจะลดลงทั้งนี้เป็นผลจากการเต้นของหัวใจช้าลง และ stroke volume ลดลง เมื่ออายุสูงขึ้นผนังหลอดเลือดจะลดความยืดหยุ่นและเส้นเลือดแข็งตัวเพิ่มขึ้น มีโปรตีนมาเกาะมากขึ้น ผนังชั้นกลางมีการเสื่อมสลายและมีไขมันมาพอกพูนมากขึ้น ในระยะหลังจะเริ่มมีแคลเซียมมาเกาะติดมากตามไปด้วย ทำให้เกิดภาวะเส้นเลือดแข็ง

5. ระบบหายใจ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นถุงลมจะแบนและบางลง ยืดหยุ่นขยายตัวได้น้อยลงผนังของถุงลมจะโป่งพอง ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าและออกในแต่ละครั้ง (Tidal volume – TV) ลดลง เนื่องจากความยืดหยุ่นของปอดและทรวงอกลดน้อยลง หลอดลมมีพังผืดเพิ่มขึ้นและแข็งตัวมากขึ้น เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงของปริมาตรปอดความยืดหยุ่นของปอดลดลง ถุงลมมีขนาดใหญ่ขึ้น ทางเดินหายใจบริเวณส่วนล่างของปอดมักจะถูกปิดตันไปบางส่วน ทำให้การกระจายอากาศในปอดไม่สม่ำเสมอเกิดความรู้สึกหายใจไม่เพียงพอ

6. ระบบทางเดินอาหาร กระเพาะอาหารจะหลังกรดและน้ำย่อยลดลง เป็นผลทำให้สมรรถภาพในการย่อยอาหารลดลง ลำไส้เล็กจะมีการเคลื่อนไหวลดน้อยลงชัดเจน ส่วนการดูดซึมอาหารพบว่าการดูดซึมสารคาร์โบไฮเดรตลดลง โปรตีนคงเดิม ไขมันโดยทั่วไปลดลง วิตามินที่ละลายในไขมันดูดซึมได้มากขึ้น วิตามินดีดูดซึมได้ลดลง ส่วนเกลือแร่พบว่าดูดซึมแคลเซียมได้น้อยลง การเปลี่ยนแปลงของลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบว่าเยื่อบุลำไส้ฝ่อลีบลงมีการเปลี่ยนแปลงที่ต่อมผนังลำไส้อาหารผ่านลำไส้ช้าลง ทำให้เศษอาหารค้างค้ำนานเป็นผลให้ช่องลำไส้ใหญ่โตขึ้น ความไวต่อการถูกกระตุ้นลดลงมีผลทำให้มีอาการท้องผูกมากขึ้น ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อที่บริเวณทวารหนักลดลง เนื้อตับอ่อนมีพังผืดเพิ่มขึ้นและมีไขมันเข้าแทรกมากขึ้น ท่อน้ำดีโตขึ้น น้ำหลังจะมีปริมาตรลดลงทั้ง amylase และ trypsin ตับมีขนาดเล็กลงเลือดไหลเข้าสู่ตับน้อยลง เซลล์ของตับมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีการตายเกิดขึ้นสังเคราะห์โปรตีนได้

น้อยลง ระบบท่อต่างๆ ในตับมีการแตกแขนงเพิ่มมากขึ้น ท่อน้ำดี (common bile duct) มีขนาดโตขึ้น น้ำดีปริมาณของไขมันเข้มข้นขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่ทำลายพิษของตับลดลง

7. ระบบทางเดินปัสสาวะ ไตจะมีจำนวนหน่วยกรอง (glomerulus) ลดลง 30-50 % และมีลักษณะผิดปกติมากขึ้น โดยมีแคลเซียมมาตกสะสม บริเวณเนื้อไตชั้นนอก (cortex) มีหลอดเลือดมาเลี้ยงน้อยลง ในขณะที่บริเวณเนื้อชั้นใน (medulla) มีหลอดเลือดเลี้ยงเพิ่มขึ้น ทำให้ปัสสาวะมีความเข้มข้นมากขึ้น เลือดที่ไหลผ่านไตจะลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น อัตราการกรองของหน่วยกรองลดลงและมีขนาดเล็กลง จึงทำให้อัตราการกรองของเสียออกจากเลือดลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น การขับถ่ายปัสสาวะพบว่าช่องขับถ่ายปัสสาวะและกล้ามเนื้อหูรูดของผู้สูงอายุมีสมรรถภาพลดต่ำลง บางคนจึงไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ดีเท่ากับเมื่อยังเป็นหนุ่มสาว ทำให้ต้องเข้าห้องน้ำบ่อย

8. ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine gland) วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบต่อมไร้ท่อต่างๆ พบว่าต่อมใต้สมอง (Pituitary gland) มีการเหี่ยวของเนื้อต่อมปริมาณเลือดไปเลี้ยงลดลง ต่อมหมวกไต (adrenal gland) พบว่า adrenal androgens และ mineral corticoid function มีปริมาณลดลงทำให้ dehydroepiandrosterone (DHEA) ลดลง ต่อมธัยรอยด์ (Thyroid gland) พบว่าระยะครึ่งชีวิตฮอร์โมน (half-life) ของ T4 ในเลือดจะเพิ่มขึ้นตามอายุ และตับอ่อน (pancreas) เป็นอวัยวะที่สร้างฮอร์โมนอินซูลิน (insulin) ทำหน้าที่ให้น้ำตาลกลูโคสของร่างกายอยู่ในภาวะดุลยภาพ เมื่อสูงอายุพบว่าเซลล์ของตับอ่อนฝ่อลีบลง แม้ทางโครงสร้างจะเปลี่ยนไม่มาก แต่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา คือ ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดของผู้สูงอายุจะสูงกว่าคนอายุน้อย ทำให้พบโรคเบาหวานมากขึ้นในผู้สูงอายุ

9. ระบบสืบพันธุ์ เพศชายลูกอัณฑะจะมีขนาดเล็ก เซ็่อสุจิมีการเคลื่อนไหวลดน้อยลง การสร้างเซ็่อสุจิในแต่ละวันของคนสูงอายุจะลดน้อยลง และมีโอกาสเกิดภาวะไม่มีเซ็่อสุจิได้มากกว่าคนอายุน้อย โดยคุณภาพของน้ำอสุจิจะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ การสร้างฮอร์โมน testosterone น้อยลงทำให้ระดับ testosterone ในเลือดลดลง ต่อมลูกหมากจะขยายโตขึ้น ถุงเก็บน้ำอสุจิจะมีขนาดเล็กลง ความสามารถในการแข็งตัวขององคชาติจะลดลง ทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

เพศหญิงพบว่า อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเหี่ยวลง ไขมันใต้ผิวหนังจะลดลง ขนในที่ลับบางลง ช่องคลอดมีพื้นผิวบางลงและความยืดหยุ่นลดลง น้ำหลังต่างๆ จากผิวช่องคลอดลดลง ปากมดลูกจะมีขนาดเล็กลง cervical canal แคบลง น้ำหลังจาก endocervix ลดลง มดลูกจะมีขนาดลดลง มี fibrous และแคลเซียมเกาะสะสมมากขึ้น เยื่อบุผิวมดลูกจะเสื่อมลง จำนวนต่อมต่างๆ ลดลงมีพังผืดมาแทรกแซมมากขึ้น เยื่อภายใน cecilia จะเสื่อมหายไป แต่มีเยื่อพังผืด

มาแทนมากขึ้น รังไข่มีขนาดเล็ก Atretic follicles จะค่อยๆ หายไป และมีพังผืดมาแทนที่ เมื่ออายุมากขึ้นรอบเดือนจะสั้นลงจนถึงอายุประมาณ 45-50 ปีประจำเดือนจึงเริ่มขาดรังไข่จะฝ่อ เล็กและหยุดการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจน

10. การเปลี่ยนแปลงทางจิตและพฤติกรรม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงด้าน ภายภาพและสังคมสิ่งแวดล้อมมากและรวดเร็ว ทำให้เกิดความเครียดซึ่งต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่ง ที่เปลี่ยนแปลงให้ได้ ถ้าชีวิตมีการเตรียมตัวดี (สุขภาพจิตดี) ก็ปรับตัวได้ ถ้าชีวิตไม่มีการเตรียม ตัว (สุขภาพจิตไม่ดี) ก็ปรับตัวได้ยาก จะเกิดพฤติกรรมหรืออาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น อาการเหงา ว้าเหว่ หลงลืม วิตกกังวล หวาดระแวง ซึมเศร้า ฯลฯ ซึ่งบางครั้งอาจรุนแรงถึงขั้น เจ็บป่วยได้มากน้อยแล้วแต่บุคคล

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุเป็นผลต่อเนื่องมาจากกระบวนการชรา เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับ ผู้สูงอายุทุกคนและยังขึ้นกับกระบวนการเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลด้วย (บรรลุ ศิริพานิช, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับนิยามของความชราของ Green (1981 อ้างใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ที่ว่า การเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากความชราจะต้องมีลักษณะ "ปรากฏเสมอ" (Universal) "เสื่อม" (Degenerative) "ดำเนินต่อเนื่อง" (Progressive) และ "เหตุจากปัจจัยภายใน" (Intrinsic) ช่วยให้เข้าใจถึงความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากวัยชราชากับวัยเจริญเติบโตได้ชัดเจน ดังนั้นผู้ที่มิพบาบทให้การดูแลผู้สูงอายุจึงควรมีความรู้เรื่องทฤษฎีการสูงอายุ การเปลี่ยนแปลง ของผู้สูงอายุ สามารถเข้าใจถึงกระบวนการสูงอายุเพื่อนำไปประกอบในการให้การพยาบาลช่วย เหลือดูแลผู้สูงอายุเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตต่อไป

2. แนวคิดเกี่ยวกับความตาย

ความตาย (Death) มีที่มาจากคำกริยาในภาษาเยอรมัน ย้อนกับไปถึงภาษาอินโด-ยูโร เปียนว่า dheu ซึ่งเหมือนกับคำว่า die ในภาษาอังกฤษ แปลตามตัวว่า "act or process of dying" ในพจนานุกรมอเมริกัน (American Heritage Dictionary) ให้ความหมายคำว่า Death ว่าคือ ภาวะการสิ้นสุดของชีวิตหรือของปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่ง (กฤตยา อาชวนิจกุล และวรชัย ทองไทย, 2549)

แนวคิดเรื่องความตายของมนุษย์จะพัฒนาไปตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล การได้ รับประสบการณ์เกี่ยวกับความตายตั้งแต่วัยเด็ก เช่น การได้เห็นกระบวนการตาย เห็นศพ หรือ การได้มีส่วนร่วมในพิธีบรรจุศพของบิดามารดา ปู่ย่า ตายาย หรือเพื่อนบ้าน การได้ฟังหรือได้ เห็นการตายจากภาพยนตร์ ทีวี วิทยู และหนังสือพิมพ์ ไม่ว่าจะ เป็นความตายแบบธรรมชาติซึ่งเป็นเรื่องของความชราภาพ หรือความตายผิดธรรมชาติซึ่งอาจมีสาเหตุจากการเจ็บป่วย อุบัติเหตุ ทุพพลภาพ และอื่นๆ เหตุการณ์เหล่านี้จะช่วยให้เกิดการรับรู้และการเข้าใจถึงความหมายของ ความตาย ยอมรับเหตุผลของความตายที่เป็นจริงในรูปแบบต่างๆ ตรงไปตรงมา และช่วยสร้าง

ความเชื่อเรื่องความตาย แนวคิดเกี่ยวกับความตายเป็นการสรุปความคิดของบุคคลแต่ละคนหรือแต่ละกลุ่ม ตามความสามารถของการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ และประสบการณ์เฉพาะของแต่ละคน ดังนั้นจึงมีผู้ให้ความหมายของความตายไว้แตกต่างกัน ดังนี้

3.1 ความหมายของความตายทางการแพทย์

ในอดีตที่ผ่านมาการวินิจฉัยความตายเป็นสิ่งที่ไม่สลับซับซ้อน คือ ผู้ป่วยหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น แต่ความก้าวหน้าทางการแพทย์ในปัจจุบันทำให้การวินิจฉัยความตายต้องกระทำด้วยความรอบคอบระมัดระวัง เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้สามารถปรับระบบควบคุมระบบต่างๆ ให้ทำงานต่อไปได้ชั่วระยะเวลาหนึ่ง เช่น เมื่อผู้ป่วยหยุดหายใจก็สามารถใช้เครื่องช่วยหายใจทำหน้าที่แทนการหายใจ สามารถนำออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายและขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกายได้ ส่วนระบบไหลเวียนโลหิตสามารถใช้เครื่องมือและยาต่างๆ กระตุ้นให้หัวใจทำงานต่อไปได้ ซึ่งการปรับระบบเหล่านี้ทำให้มีเวลารักษาพยาธิสภาพหรือโรคต่างๆ ที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพดังกล่าว รรระบบต่างฟื้นกลับเป็นปกติ แต่มีระบบหนึ่งที่เมื่อเกิดเสียหายแล้ววิวัฒนาการทางการแพทย์ในปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาให้ฟื้นคืนเป็นปกติได้ คือ ระบบประสาท เมื่อเกิดการทำลายของแกนสมองอย่างถาวรซึ่งเรียกว่า "สมองตาย" ผู้ป่วยจะหยุดหายใจต่อมาหัวใจจะหยุดเต้น เทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้สามารถใส่เครื่องช่วยหายใจช่วยการหายใจต่อไป และใช้ยากระตุ้นการทำงานของหัวใจไปได้อีกชั่วคราว แต่ผู้ป่วยจะไม่ฟื้นและในที่สุดหัวใจจะหยุดเต้น ซึ่งระยะเวลาที่หัวใจหยุดเต้นนี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นความหมายของการตายในปัจจุบัน หมายถึง สมองตาย คือ การสิ้นสุดการทำงานของก้านสมอง (Brainstem) โดยสิ้นเชิงตลอดไป (รินเริง สีสานุกรม, 2549)

อีกความหมายหนึ่งของความตายหรือหลักการหรือบรรทัดฐานที่นิยามความตายทางการแพทย์นั้นให้ไว้โดย The Harvard Ad Hoc Committee ที่เรียกว่า "โคมาที่ไม่อาจฟื้นคืนมาอีกได้" (Irreversible Coma) ได้บัญญัติไว้โดยเรียกว่า "บรรทัดฐานใหม่สำหรับความตาย" (a new criterion for death) มี 3 ประเด็นคือ (วัชรดารา อมิตาภาพร, 2549)

1. ไม่มีการตอบรับเกี่ยวกับระบบประสาทและไม่มีการตอบสนอง (Unreceptivity and unresponsivity)
2. ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อหรือการหายใจได้เองตามธรรมชาติ (No spontaneous muscular movements or spontaneous breathing)
3. ไม่มีปฏิกิริยาของการตอบสนอง (No reflex)

การตาย หมายถึง การสิ้นสุดการทำงานของร่างกาย การดับหรือการหยุดของชีวิตในทางปฏิบัติ ได้แก่ การหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น ซึ่งเป็นการสิ้นสุดการทำงานของระบบหายใจและระบบไหลเวียนเลือด ทำให้ร่างกายไม่สามารถรับออกซิเจนและขับคาร์บอนไดออกไซด์ ทำให้เซลล์ต่างๆขาดออกซิเจนไม่สามารถสร้างพลังงานและตายในที่สุด แต่ความเป็นจริงแล้ว

ขณะที่ร่างกายหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น เซลล์ทุกเซลล์ในร่างกายยังไม่ตายและยังจะทำงานอยู่ชั่วคราวจนกระทั่งออกซิเจนที่เหลืออยู่นั้นจะถูกใช้หมด ดังนั้นการตายหมายถึงกระบวนการรับส่งออกซิเจนนั้นสิ้นสุดการทำงาน ซึ่งแพทย์วินิจฉัยการตายโดยการหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น การตายไม่ได้หมายถึงเซลล์ทุกเซลล์ในร่างกายตายหมด เพราะถ้าเอาเซลล์ของคนผู้นั้นไปเพาะเลี้ยงหรือเก็บรักษาไว้ เช่น เซลล์เม็ดเลือดแดง เซลล์นั้นจะคงอยู่ได้แต่คนผู้นั้นได้ตายไปแล้ว ดังนั้นแนวทางการวินิจฉัยการตายในปัจจุบันจึงถือเกณฑ์สมองตายคือบุคคลผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าสมองตาย ถือว่าบุคคลนั้นถึงแก่ความตายและมีผลทางกฎหมาย (รีนเรจ ลีลานุกรม, 2549)

ความหมายที่เป็นสากลคือเป็นสิ่งยอมรับตรงกันว่า ความตาย หมายถึง การสิ้นสุดของชีวิต เป็นภาวะที่มีการหยุดการทำงานของระบบหายใจ ขณะบุคคลถึงแก่ความตายจะไม่หายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต หัวใจหยุดเต้นไม่ทำงาน และระบบประสาทและสมองจะค่อยๆ หมดความรู้สึก ไม่มีการเคลื่อนไหวใดๆ อันเป็นระยะสุดท้ายของชีวิต (สันต์ หัตถ์รัตน์, 2521 ; นิภาพวินเกียรติคุณ, 2529 ; สิวลี ศิริไล, 2531 ; พจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ.2530, 2531 ; Dorland, 1981)

3.2 ความหมายความตายทางสังคม ความเชื่อ และศาสนา

ความหมายของความตายเป็นการสรุปความคิดของบุคคลแต่ละคนหรือแต่ละกลุ่ม ตามความสามารถของการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจและประสบการณ์เฉพาะของแต่ละคน ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบริบท ความเชื่อ ศาสนา สิ่งแวดล้อมทางสังคม สิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรม ดังนี้

ความตาย ความหมายทางพุทธศาสนา

พุทธศาสนากำหนดสภาพความเป็นชีวิตของมนุษย์อยู่ที่ส่วนประกอบต่างๆ คือ ชันธ์ 5 หรือกายกับจิตประชุมเข้าด้วยกัน ทำงานประสานสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน แต่เมื่อใดช่วงเวลาที่ชันธ์ 5 หรือกายกับจิตดับลง คือไม่สามารถดำรงสภาพดังกล่าวจุดนั้นเรียกว่า ความตาย ดังปรากฏคำอธิบายในพระไตรปิฎกว่า (ณัฎฐยา วาสิงหน, 2541)

“ผู้ตายไม่ว่าเป็นมนุษย์หรือสัตว์ ทั้งกายและสังขาร คือลมหายใจเข้าออกก็ดับไป วจิตสังขารได้แก่ วิตก วิจาร คือความตรึกตรองก็ดับไป และจิตสังขาร คือสัญญาและเวทนา คือความกำหนดได้หมายรู้ก็ดับไป อายุก็สิ้นไป โอรุณคือไปที่เกิดแก่กรรมก็สงบ อินทรีย์ ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น กาย ก็แตกทำลายไป” หรือ

“ความตาย คือการที่ชันธ์ 5 (รูป เวทนา สัญญา สังขาร วิญญาณ) แตกสลาย การทอดทิ้งร่างกาย หรือการที่ชีวิตสูญสิ้น” หรือ

“ความสิ้นไป ความเสื่อมไป ความแตก ความทำลาย ความไม่เที่ยง ความหายไปแห่งธรรมเหล่านั้นอันใดนี้เรียกว่า มรณะ” เป็นต้น

ชั้น 5 หรือเบญจชั้น หมายถึง กองแห่งรูปธรรมและนามธรรมห้าหมวดที่ประชุมกันเข้าเป็นชีวิต (พระธรรมปิฎก, 2546) ซึ่งประกอบด้วย

1. รูปชั้น กองรูป ส่วนที่เป็นรูป ร่างกาย พฤติกรรม และคุณสมบัติต่างๆ ของส่วนที่เป็นร่างกาย ส่วนประกอบฝ่ายรูปธรรมทั้งหมด สิ่งที่เป็นร่างพร้อมทั้งคุณและอาการ
2. เวทนาชั้น กองเวทนา ส่วนที่เป็นการเสวยรสอารมณ์ ความรู้สึกสุข ทุกข์ หรือเฉยๆ
3. สัญญาชั้น กองสัญญา ส่วนที่เป็นความกำหนดหมายให้จำอารมณ์นั้นๆ ได้ ความกำหนดได้หมายรู้ในอารมณ์ 6 เช่นว่า ชาว เขียว ดำ แดง เป็นต้น
4. สังขารชั้น กองสังขาร ส่วนที่เป็นความปรุงแต่ง สภาพที่ปรุงแต่งจิตให้ดีหรือชั่วหรือเป็นกลางๆ คุณสมบัติต่างๆ ของจิตมีเจตนาเป็นตัวนำที่ปรุงแต่งคุณภาพของจิตให้เป็นกุศล อกุศล อัมพยากฤต
5. วิญญาณชั้น กองวิญญาณ ส่วนที่เป็นความรู้แจ้งอารมณ์ ความรู้อารมณ์ทางอายตนะทั้ง 6 มีการเห็น การได้ยิน เป็นต้น ได้แก่ วิญญาณ 6

ชั้น 5 นี้ย่อลงมาเป็น 2 คือ นามและรูป รูปชั้นจัดเป็นรูป 4 ชั้นนอกจากเป็นนามอีกอย่างหนึ่งจัดเข้าในปรมัตถธรรม 4 วิญญาณชั้นเป็นจิต เวทนาชั้น สัญญาชั้น และสังขารชั้นเป็นเจตสิก ส่วนนิพพานเป็นชั้นวินิมุต คือ พ้นจากชั้น 5

พระมหาสิงห์หน คำขาว (2542) กล่าวว่า ตามทัศนะแห่งพุทธศาสนาถือว่าความตายไม่ใช่สิ่งที่เราจะหลีกเลี่ยง เป็นกุญแจที่จะเปิดความลึกซึ้งของชีวิต ความตายเป็นกระบวนการหนึ่งของชีวิต และท่านกล่าวถึงชีวิตไว้ว่า การเกิดของสิ่งมีชีวิตเกิดขึ้นจากการรวมกันของนามและรูปที่เรียกว่าชั้น 5 คนเราเกิดมาก็เพราะชั้น 5 รวมกัน ได้แก่ รูปชั้นส่วนที่เป็นร่างกาย เวทนาชั้นส่วนที่เป็นความรู้สึก สัญญาชั้นส่วนที่ทำหน้าที่กำหนดได้หมายรู้ สังขารชั้นส่วนที่ปรุงแต่งจิตใจ และวิญญาณชั้นส่วนที่รู้แจ้งอารมณ์ ชั้น 5 ประกอบขึ้นเป็นสัตว์ เป็นบุคคลที่มีรูปร่างลักษณะต่างๆ ตามกฎแห่งเหตุผล ในส่วนของความตายพระมหาสิงห์หน คำขาว กล่าวว่า ตามมติของพุทธโฆษาจารย์ที่ให้ไว้ในคัมภีร์วิสุทธิมรรค หมายถึง การเข้าไปตัดอินทรีย์คือ ชีวิต ได้แก่ การสิ้นชีวิตของสัตว์โลกในภพหนึ่งๆ โดยปกติการสิ้นชีวิตซึ่งกำหนดเอาชาติหนึ่งๆ ที่สมมติกันว่าเป็นคน สัตว์ อัตตา (Soul) เป็นต้น แต่ตามหลักพระอภิธรรมความตายเกิดขึ้นแก่สังขารคือสิ่งที่เกิดขึ้นเพราะเหตุปัจจัยทั้งนามและรูปซ้ำแล้วซ้ำเล่า ดังนั้นความตายจึงเกิดขึ้นทุกขณะ

ในทัศนะของพุทธศาสนาสาเหตุของความตายสามารถพิจารณาได้หลายระดับ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาความตายพุทธศาสนามีหลักธรรมที่อธิบายว่าเหตุใดมนุษย์ต้องมีสภาพเป็นสิ่งที่ต้องตายอยู่ 2 หมวด คือ หลักธรรมที่เรียกว่าไตรลักษณ์ และหลักธรรมที่ปรากฏอยู่ในเรื่องสังสารวัฏ โดยพิจารณาตามลำดับดังนี้

1. ไตรลักษณ์ พุทธศาสนาจำแนกกรรมหรือสิ่งทั้งหลายทั้งปวงที่ทรงตัวอยู่ออกเป็น 2 อย่าง คือ

1) สังขตธรรม หมายถึง ธรรมที่ถูกปรุงแต่ง ได้แก่ ธรรมที่มีปัจจัย สภาพะที่เกิดจากปัจจัยปรุงแต่งขึ้น สภาพะที่ปัจจัยทั้งหลายมารวมกันแต่งสรรคขึ้น สิ่งที่มีปัจจัยประกอบเข้าหรือสิ่งที่ปรากฏและเป็นไปตามเงื่อนไขของปัจจัย เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า สังขาร หมายถึง สภาพะทุกอย่างทั้งทางวัตถุและจิตใจ ทั้งรูปธรรมและนามธรรม ทั้งที่เป็นโลกียะและโลกุตตระ ทั้งที่ตีที่ชั่วและที่เป็นกลางๆ ทั้งหมดเว้นแต่นิพพาน

2) อสังขตธรรม หมายถึง ธรรมที่ไม่ถูกปรุงแต่ง ได้แก่ ธรรมที่ไม่มีปัจจัย หรือสภาพะที่ไม่เกิดปัจจัยปรุงแต่ง ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขของปัจจัย เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า วิสังขาร ซึ่งแปลได้ว่า ปลอดสังขาร หรือสภาพะที่ไม่มีปัจจัยปรุงแต่งหมายถึง นิพพาน

พุทธศาสนาเห็นว่าทุกสิ่งที่มีสภาพเป็นสังขตธรรมหรือสังขารธรรม ย่อมตกอยู่ภายใต้กฎธรรมชาติที่เรียกว่า ไตรลักษณ์ ซึ่งแปลว่าลักษณะ 3 ประการ หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า สามัญญลักษณะ แปลว่า ลักษณะของสิ่งทั้งหลาย 3 ประการ คือ

1) อนิจจตา คือ ความไม่เที่ยง ความไม่คงที่ ความเปลี่ยนแปลง ความไม่ยั่งยืน ภาวะที่เกิดขึ้นแล้วเสื่อมและสลายไป

2) ทุกขตา คือ ความเป็นทุกข์ ความคงทนอยู่ในสภาพเดิมไม่ได้ ภาวะที่ไม่สมบูรณ์มีความบกพร่องหรือขัดแย้งในตัว

3) อนัตตตา คือ ความไม่มีตัวตน ความไม่มีตัวตนที่แท้จริง

ความตายหากพิจารณาในกรอบของไตรลักษณ์ก็คือ รูปแบบหนึ่งของอนิจจตาและทุกขตา หรือความไม่เที่ยง ความคงทนของสภาพชีวิตอยู่อย่างเดิมไม่ได้หากแต่ต้องแตกสลายหรือตายไปเป็นธรรมดา ในแง่หนึ่งหากพิจารณาให้ละเอียดลงตามหลักปรมัตถ์ ความเป็นอนิจจตาและทุกขตาหรือความไม่เที่ยง ความเปลี่ยนแปลงตลอดจนความตายย่อมเกิดขึ้นกับมนุษย์หรือนามรูปนี้อยู่ทุกขณะตลอดเวลา

2. สังสารวัฏ พุทธศาสนาชี้ให้เห็นว่าความจริงว่า แท้จริงแล้วมนุษย์หรือตัวเราเป็นผลของการหมุนเวียน สัตว์ทั้งหลายทุกรูปทุกนามต่างต้องท่องเที่ยววนเวียน เกิด แก่ เจ็บ ตาย อยู่ในภพภูมิต่างๆ อย่างไม่มีวันสิ้นสุด สภาพเช่นนี้เรียกว่า สังสารวัฏ

สังสารวัฏ หมายถึง สภาพเวียนเกิด เวียนตาย อยู่ในโลกหรือวงจรแห่งทุกข์ อีกนัยหนึ่งสังสารวัฏก็คือ วัฏวนหรือภาวะที่เนื่องกัน เป็นเหตุเป็นปัจจัยของกันและกันเป็นวงกลม ซึ่งเป็นเหตุให้สัตว์ทั้งหลายต้องท่องเที่ยวหรือเวียนว่ายตายเกิด สังสารวัฏประกอบด้วยองค์ 3 คือ กิเลส กรรม และวิบาก ตามหลักพุทธศาสนาชีวิตไม่สิ้นสุดเมื่อบุคคลตาย เพราะตราบเท่าที่บุคคลยังมีกิเลสและกรรมอยู่ ชีวิตใหม่หรือชาติหน้าจะต้องมีอยู่ด้วย นั่นคือความตายในชีวิตปัจจุบันจะนำไปสู่การเกิดใหม่ ซึ่งจะนำไปสู่การตายอีก วนเวียนไปเช่นนี้เรื่อยไปจนกว่าบุคคลจะรู้แจ้งความจริงอยู่เหนืออกภพแห่งกรรมได้ จึงจะหยุดและสิ้นสุดการเกิด แก่ เจ็บ และตาย

ในคัมภีร์วิสุทธิมรรค พระพุทธโฆษาจารย์จำแนกความตายออกเป็นประเภทต่างๆ ดังนี้ (มหามงกุฏราชวิทยาลัย, 2510 อ้างถึงใน ฌัญญา วาสิงหน, 2541)

1. ความขาดแห่งชีวิตินทรีย์ที่เนื่องอยู่กับภพอันหนึ่งชื่อว่า มรณะ
2. สมุจเจทมรณะ คือความสิ้นไปอย่างเด็ดขาดแห่งวัฏฏทุกข์ของพระอรหันต์ทั้งหลาย
3. ชนิกมรณะ คือความดับในขณะแห่งสังขารทั้งหลาย
4. สมมติมรณะ คือความตายโดยสมมติของชาวโลก เป็นคำที่ใช้สื่อสารกันในชีวิตประจำวัน เช่น ต้นไม้ตาย รถตาย นาฬิกาตาย เป็นต้น

ความตายเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับมนุษย์และสิ่งมีชีวิตทุกชนิด แต่ระยะเวลาและลักษณะความตายของมนุษย์ก็แตกต่างกัน พระเทพวิสุทธิกวี (พิจิตร วิจิตรวาทิน) (2542) กล่าวถึงการตายของมนุษย์มี 2 ลักษณะ ได้แก่

1. กาลมรณะ หมายถึง การตายเมื่อถึงกาลเวลามี 3 ประการคือ ตายเพราะสิ้นบุญ ตายเพราะสิ้นอายุ และตายเพราะสิ้นทั้งสองอย่าง
2. อกาลมรณะ หมายถึง การตายเมื่อยังไม่ถึงกาล เวลาคือทั้งบุญก็ยังไม่หมด แต่กรรมมาบันดาลให้ต้องตายเมื่อถึงเวลาที่ยังไม่ควรตาย เช่น ตายด้วยโรคกรรม ตายด้วยอุบัติเหตุ เป็นต้น

พุทธศาสนาจำแนกสาเหตุของความตาย หรือที่เรียกในภาษาบาลีว่า มรณูปัตติ แปลว่า การเกิดขึ้นแห่งความตาย ไว้ 4 ประการ คือ (มหามงกุฏราชวิทยาลัย, 2520 อ้างถึงใน ฌัญญา วาสิงหน, 2541)

1. อายุภยมรณะ ตายเพราะสิ้นอายุ หมายความว่า สัตว์ทั้งหลายต้องตายโดยสิ้นอายุ เพราะสัตว์ทุกชนิดย่อมจะมีชีวิตอยู่ภายในขอบเขตของอายุขัย สัตว์ทั้งหลายมีอายุมากบ้างน้อยบ้าง เมื่อผ่านพ้นวัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยกลางคนไปแล้วก็สู่วัยชรา จากแรกเริ่มชรา น้อยไปหาชรามากที่สุด ท้ายสุดก็สิ้นอายุเวลา เรียกว่า ตายเพราะสิ้นอายุ
2. กัมมภยมรณะ ตายเพราะสิ้นกรรม หมายความว่า การที่สัตว์ทั้งหลายเกิดขึ้นมาและเป็นไปต่างๆ นานา นั้น อาศัยกำลังของกรรมหล่อเลี้ยงหรือสนับสนุนไว้ หากหมดกำลังของกรรมเมื่อใด ผู้นั้นก็จะถึงแก่ความตาย
3. อุภยภยมรณะ ตายเพราะสิ้นอายุและสิ้นกรรม หมายความว่า บุคคลถึงแก่ความตายด้วยเหตุทั้งสอง คือ สิ้นอายุ แก่เฒ่า อายุมาก ร่างกายก็หมดกำลัง ทั้งกรรมที่สนับสนุนให้คงชีวิตอยู่ก็หมดลงด้วย
4. อุปัจเจกมรณะ ตายเพราะอุบัติเหตุ หมายถึง ความตายของผู้มีอายุยังมีครบกำหนด หรือยังมีถึงอายุขัยและยังไม่สิ้นกรรมแต่ผู้นั้นก็มาเสียชีวิตลงก่อน อาจจะเป็นด้วยอุบัติเหตุต่างๆ แต่กระนั้นการตายในลักษณะนี้ก็อาศัยกรรมแต่อดีตเป็นแรงส่งให้เกิดขึ้นได้เช่นกัน

สำหรับการตายทั้ง 4 ประการนี้ มีการเปรียบไว้กับดวงประทีปที่ใช้น้ำมัน กล่าวคือ ชีวิตทั้งหลายเปรียบเหมือนประทีปหรือโคมไฟที่อาศัยน้ำมัน ธรรมดาโคมไฟที่อาศัยน้ำมันนั้นไฟจะดับได้ก็ด้วยเหตุ 4 ประการ ได้แก่ (ถัมปิยา วาสิงหน, 2541; วคิน อินทสระ, 2531)

1. เพราะเหตุที่น้ำมันหมด เมื่อโคมไฟหมดน้ำมันไฟก็จะดับ ข้อนี้หมายถึงชีวิตทั้งหลายจะถึงแก่ความตายเมื่อสิ้นอายุ
2. เพราะเหตุที่ไส้หมด เมื่อโคมไฟหมดไส้ไฟก็จะดับ หมายถึงชีวิตทั้งหลายเมื่อสิ้นกำลังของกรรมที่จะสนับสนุนให้มีชีวิตคงอยู่แล้ว ก็ถึงแก่ความตาย
3. เพราะเหตุที่หมดทั้งน้ำมันและหมดไส้ เมื่อโคมไฟหมดทั้งน้ำมันและหมดไส้ หมายความว่า ชีวิตทั้งหลายต้องดับสลายไปเพราะหมดอายุและกำลังของกรรมที่จะให้คงอยู่
4. เพราะเหตุที่มีอุบัติเหตุอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ลมพัดไฟดับ หรือมีอะไรที่มาทับทำให้ไฟดับ เมื่อโคมไฟถูกลมพัดดับ หมายความว่า ในกรณีที่ยังไม่สิ้นอายุและยังไม่สิ้นกรรมแต่ต้องตายด้วยได้รับอุบัติเหตุอย่างใดอย่างหนึ่ง

ความตายหรือจุดขณะทีชันร 5 หรือกายกับจิตไม่สามารถประชุมกันได้อีกต่อไปเป็นช่วงเวลาที่ยืนหรือเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วเพียงแค่ขณะจิตเดียว แต่ก่อนที่จะเกิดขณะแห่งความตายดังกล่าว ปรากฏการณ์ของภาวะใกล้ตายย่อมเกิดขึ้นเสมอในช่วงเวลาที่มนุษย์จะตายลงจริงๆ หรือที่เรียกว่า "มรณาสันนกาล" จะมีอารมณ์เกิดขึ้น โดยมากเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นทางจิต ทั้งนี้เพราะขณะก่อนดับจิตนั้นประสาทสัมผัสไม่ว่า ตา หู จมูก ลิ้น หรือกาย ต่างก็อ่อนกำลังหรือหมดความรู้สึกลง คงเหลือแต่จิตที่ยังคงทำงานในระดับภวังค์ (คือจิตในขณะที่ทำงานอยู่โดยไม่มีความรู้สึกตัว) จิตจะจับอารมณ์ที่เป็นอดีตเป็นส่วนใหญ่ เพราะไม่อาจรับรู้สิ่งที่ปัจจุบันได้ และอารมณ์ของจิตที่เกิดขึ้นในขณะที่ใกล้จะตาย จะมีวิถึจิตเกิดขึ้นเรียกว่า "มรณาสันนวิถึ" คือวิถึจิตใกล้ดับจิตหรือใกล้ตาย จะรับอารมณ์ครั้งสุดท้ายอันเป็นบุญหรือบาปของบุคคลที่ใกล้จะตาย ซึ่งได้แก่ กรรม กรรมนิमित และคตินิमित บุคคลผู้จะถึงแก่ความตายจะต้องผ่านเขตมรณาสันนกาลและมรณาสันนวิถึ แล้วหลังจากนั้นจึงจะจตุตตายไปจากภพชาติ ในคัมภีร์อภิธรรมมัตถสังคหะและอภิธรรมมัตถวิภาวินีฎีกา (มหามกุฏราชวิทยาลัย, 2520 อ้างถึงใน ถัมปิยา วาสิงหน, 2541) กล่าวถึงอารมณ์ทั้ง 3 ประการ ไว้ดังนี้

1. กรรม หมายถึง กรรมหรือการกระทำที่บุคคลผู้กำลังจะตายนั้นได้กระทำไว้ในชีวิตที่ผ่านมา จะเป็นกรรมดีหรือกรรมชั่วก็ได้ แล้วแต่กรรมที่เคยทำมาชนิดไหนมีกำลังมากจะทำหน้าที่เป็นชนกกรรม กรรมที่บุคคลนึกถึงก่อนที่จะดับจิตนี้บางทีเรียกว่า อาสันนกรรม แปลว่า กรรมใกล้ดับจิต กรรมชนิดนี้จะส่งผลแก่ผู้กำลังจะตายก่อนกรรมอื่นๆ ทั้งหมด การนึกถึงกรรมที่เคยทำไว้ตอนกำลังจะดับจิตนี้ เป็นนิमितประการแรกที่จะเข้ามาเป็นอารมณ์จิตของบุคคลที่กำลังจะตาย ตามปกติการให้ผลของกรรมจะเป็นไปตามลำดับของความหนักเบาของกรรม ถ้ามีครุกรรมหรือกรรมหนักอยู่ก็จะให้ผลก่อนกรรมอื่นๆ ทั้งหมด หากไม่เคยทำครุกรรมไว้ ลหุกรรมหรืออาจิณณ

กรรมอันได้แก่กรรมที่ทำไว้มากจะเข้าไปผลก่อนกรรมอื่นๆ ดังนั้นถ้ามีกรรมอยู่ก็จะมาเป็นชนกกรรมหรืออาสันนกรรมของบุคคลที่กำลังจะดับจิต โอกาสที่กรรมซึ่งเขาทำใหม่ตอนใกล้ดับจิตจะให้นำไปเกิดหลังจากตายแล้วนี้มีไม่มากนัก

2. กรรมนิमित อารมณ์ประการที่สองที่จะปรากฏแก่จิตของบุคคลที่กำลังจะตาย ได้แก่ กรรมนิमित คำว่ากรรมนิमितในที่นี้หมายถึง อุปกรณ์ที่ให้กระทำกรรม การนึกถึงอุปกรณ์ที่ใช้กระทำกรรมนี้เป็นไปอัตโนมัติ คือเมื่อนึกถึงกรรมก็ย่อมนึกถึงเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ใช้กระทำพร้อมๆ กันไป เช่น การนึกถึงกรรมคือการฆ่าสัตว์ก็ต้องนึกถึงสิ่งที่ใช้ฆ่าพร้อมกันไปด้วย เช่น ปืน มีด แห เบ็ด เป็นต้น ถ้าเป็นการกุศล เช่น การใส่บาตรพระ อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำกรรมเช่นนั้นก็ได้แก่ ข้าวปลาอาหารที่ใช้ใส่บาตร อุปกรณ์ที่ใช้กระทำกรรมโดยมากจะปรากฏแก่จิตพร้อมๆ กับที่เขานึกถึงกรรม

3. คตินิมิต คือ สัญลักษณ์หรือมิติต่างๆ ที่บ่งบอกถึงคติภพหน้าของผู้กำลังจะตาย จะต้องไปเกิดหลังจากที่ได้ดับจิตตายไปจากโลกนี้แล้ว ในโลกที่ปณี (พระธรรมธีรราชกุมาร, 2535) แบ่งออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่

1) เกิดในภพนรก เมื่อจุติจิตดับนั้นย่อมจะเห็นเปลวไฟร้อนระอุมาก หรืออาจเห็นภูตผีปีศาจรูปร่างน่าเกลียดน่ากลัวเป็นอันมาก หรือเห็นภาพปีศาจมาหลอกหลอนจุดกระชากลากตัวไป หรือสัตว์นรกมาจิกเนื้อหนัง มีความตกใจมาเมื่อเห็นภาพนั้น ผู้ใกล้ตายจะร้องเอะอะโวยวายขอความช่วยเหลือ จะเห็นได้ชัดว่าใบหน้าของผู้กำลังจะตายมีลักษณะซีดเผือด เจ็บปวดทรมาน หน้าตาบูดเบี้ยว ลืมตาโพล่ง ดังนั้นบุคคลผู้ตายจะต้องไปเกิดในโลกนรกหรือทุคติแน่นอน

2) เกิดในภพเปรต ถ้าผู้ตายจะไปเกิดเป็นเปรตตอสุรกาย ย่อมเห็นคตินิมิตเป็นหุบเขาหรือถ้ำอันมืดมิดอึดอัดมองไม่เห็นอะไร มีความหิวอาหารและกระหายน้ำเป็นกำลัง บางครั้งอาจเห็นภาพที่มีน้ำเลือดน้ำหนองเหม็นเน่าน่ารังเกียจสะอิดสะเอียน ดังนี้ชี้ให้เห็นว่าบุคคลผู้นั้นจะได้ไปเกิดเป็นเปรตนรก ก่อนจะตายบุคคลผู้นั้นมักจะขอน้ำเพราะหิวกระหายจนคอแห้งผาก กระสับกระส่ายทรมานทรมานเห็นได้ชัด ดังนี้ เป็นต้น

3) เกิดในภพเดรัจฉาน บุคคลที่จะไปเกิดเป็นสัตว์เดรัจฉาน ย่อมเห็นคตินิมิตเป็นทุ่งหญ้า ป่าไม้ เซึ่งเขา ชายป่าภูเขา แม่น้ำ บางทีก็เห็นเป็นรูปสัตว์ต่างๆ เช่น ช้าง ม้า วัวควาย นก ฯลฯ เหล่านี้เป็นต้น จะมาปรากฏให้เห็นชัดทางมโนทวาร ดังนี้เป็นนิมิตบ่งชี้ให้รู้ว่าบุคคลผู้นั้นจะไปบังเกิดเป็นสัตว์เดรัจฉาน

4) เกิดในภพมนุษย์ บุคคลผู้ตายจะกลับมาเป็นมนุษย์นี้อีก ย่อมเห็นนิมิตในขณะที่จวนจะดับจิตเป็นก้อนเนื้อ คือ เห็นเป็นก้อนเนื้อเล็กๆ อยู่ในครรภ์มารดา หรือเห็นครรภ์มารดาในชาติที่จะไปเกิดใหม่นี้ ก็เป็นนิมิตชี้ให้รู้ว่าจะต้องกลับมาเกิดเป็นมนุษย์อีก

5) เกิดในภพสวรรค์ บุคคลจะตายย่อมเห็นภาพนิมิตที่เป็นภพสวยสดงดงามวิจิตรพิสดาร ซึ่งไม่มีให้เห็นในโลกมนุษย์ อาจจะเป็นประสาทราชวัง เทวดา นางฟ้า นางสวรรค์ เครื่องตกแต่งสถานที่ที่อยู่อาศัยก็วิเศษสวยงามไปทั้งสิ้น ขณะบุคคลผู้จะตายนั้นหลับตาสนิทลง มักจะยิ้มปรากฏบนใบหน้า แสดงว่าได้คตินิมิตที่จะไปเกิดในสวรรค์

การปรากฏให้เห็นของคตินิมิตแก่ผู้ที่กำลังจะตายนี้ ส่วนมากจะเป็นการเห็นทางมโนทวารหรือทางใจ ทำนองเดียวกับภาพที่เห็นในฝัน แต่ก็อาจปรากฏให้เห็นทางจักขุทวารหรือทางตาอย่างที่ย่อมเห็นสิ่งต่างๆ ได้เหมือนกัน อนึ่งคตินิมิตอันเป็นสัญลักษณ์ของภพภูมิใหม่สำหรับผู้ที่กำลังจะตายที่จะไม่เกิดขึ้นนี้ ย่อมสัมพันธ์กับสภาพหรือภูมิจิตของผู้ตายเป็นสำคัญ พฤติภาพทางจิตใจในช่วงมรณาสันนกาลนี้จะต้องมีอารมณ์อย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งหมดดังกล่าวมานี้เป็นอารมณ์เสมอและทุกคนไป เมื่อช่วงมรณาสันนกาลนี้สิ้นสุดลงจิตของผู้ที่กำลังจะตายผ่านเข้าสู่มรณาสันนวิถี ภาวะมรณาสันนกาลนี้อาจเกิดเพียงครั้งเดียวแล้วผ่านเข้าสู่มรณาสันนวิถีเลยก็ได้ หรืออาจเกิดขึ้นอย่างซ้ำๆ หลับไปกลับมาเป็นเวลานานหลายชั่วโมงหรือหลายวันก็ได้ เมื่อถึงเวลาตายจริงๆ จิตของผู้กำลังจะตายจะผ่านเข้าสู่มรณาสันนวิถี พอสิ้นสุดมรณาสันนวิถีจิตจิตซึ่งเป็นจิตดวงสุดท้ายของชีวิตนี้จะเกิดขึ้น จิตจิตตั้งอยู่เพียงชั่วขณะเดียวกับ พอจิตจิตดับไปชีวิตในปัจจุบันของบุคคลก็สิ้นสุดลงทันที จากขณะนั้นไปบุคคลนั้นก็ชื่อว่าตายแล้ว (สุนทร ฌ รั้งสี, 2530)

ความตายตามความเข้าใจของคนทั่วไปมักจะหมายถึงความสิ้นสุดของชีวิตโดยพิจารณาการหยุดการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย แต่มุมมองของพระพุทธศาสนาความตายมีความหมายกว้างขวางกว่าความเข้าใจของคนทั่วไปอย่างมาก หากพิจารณาธรรมหรือคำสอนของพระพุทธเจ้าให้ละเอียดจะเห็นว่าธรรมะหรือคำสอนของพระพุทธเจ้านั้น แท้จริงก็คือการกล่าวถึงความจริงที่เป็นจริงโดยไม่ขึ้นต่อหรือไม่ถูกจำกัดด้วยมิติของเวลา(อกาลิโก)กรณีความตายก็เช่นกัน โดยทั่วไปคำว่าตายมักจะถูกบัญญัติขึ้นมาเพื่อใช้เรียกสภาพหรืออาการที่แสดงถึงความสิ้นสุดหรือดับลงของสิ่งต่างๆ เมื่อกล่าวเฉพาะมนุษย์เมื่อใดที่ชีวิตของบุคคลได้สิ้นสุดลง คนทั่วไปก็เรียกว่าบุคคลนั้นถึงแก่ความตาย ตามทัศนะของพุทธศาสนาแม้จะถือว่าการที่ชีวิตของบุคคลสิ้นสุดลงจะเรียกว่า "ความตาย" โดยพุทธศาสนาเรียกความตายในลักษณะนี้ว่า ความขาดแห่งชีวิตินทรีย์หรือความสิ้นชีวิตจากภพชาติ แต่ความตายในพระพุทธศาสนาก็มิได้หมายเอาเฉพาะการสิ้นหรือดับลงแห่งชีวิตในภพชาติหนึ่งๆ เท่านั้น แต่ความตายยังหมายรวมไปถึงความดับลงของนามรูปหรือกายกับจิตในขณะหนึ่งๆ ด้วย เพราะชีวิตมนุษย์ประกอบด้วยขันธ์ 5 หรือกายกับจิตนี้แท้จริงมิได้สิ้นสุดหรือดับลงเฉพาะเมื่อสิ้นลมหายใจเท่านั้น หากแต่เกิดดับสืบต่อกันอยู่ทุกขณะ การดับลงในขณะหนึ่งๆ ของกายกับจิตนั้นพุทธศาสนาเรียกว่า ชณิกมรณะ ในแง่ที่ย่อมถือได้ว่ามนุษย์เกิดและตายตลอดเวลา เพราะขันธ์ 5 หรือกายกับจิตนี้ย่อมเกิดดับสืบเนื่องกันไปจนกว่าจะเข้าถึงอนุภาติเสสนิพพาน (ณัญญา วาสิงหน, 2541)

ในเรื่องเกี่ยวกับความตายพุทธศาสนาเห็นว่า แม้ความตายเป็นสิ่งที่ทุกคนจะต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้อย่างแน่นอน แต่หากมนุษย์รู้และเข้าใจความหมายที่แท้จริงความตายก็ไม่ใช่สิ่งที่น่ากลัวเพราะความตายเป็นเพียงปรากฏการณ์ที่เป็นไปตามธรรมชาติของชีวิต ความตายตามความหมายของพุทธศาสนาเป็นเพียงแต่การแตกดับในครั้งหนึ่งๆ ของขันธ 5 หรือการแตกดับลงของนามรูปในชาติหนึ่ง (เพราะการชาติสิ้นแห่งชีวิตินทรีย์) ความตายเป็นเพียงการเปลี่ยนแปลงช่วงหนึ่งของกระแสชีวิตที่หมุนเวียนอยู่ในสังสารวัฏ การตายแล้วเกิดจะยังคงดำเนินต่อไปตราบเท่าที่เหตุปัจจัยคือ กิเลสยังไม่ถูกทำลาย เมื่อใดหากมนุษย์สามารถกำจัดกิเลสอันเป็นเหตุปัจจัยของการเวียนว่ายในสังสารวัฏได้ เมื่อนั้นการเวียนว่ายตายเกิดจึงจะสิ้นสุดลง การที่ความตายเป็นปัญหาหรือกลายเป็นสิ่งที่สร้างความทุกข์ให้แก่มนุษย์ ก็เพราะความไม่รู้ไม่เข้าใจความจริงของชีวิตตลอดจนกระบวนการของชีวิต ในอีกแง่มุมหนึ่งของพุทธศาสนาได้ใช้ประโยชน์จากความตายโดยวิธีที่เรียกว่า มรณสติ กล่าวคือ พุทธศาสนาถือว่าการเจริญมรณสติ หรือการมีสติระลึกถึงความตายอยู่เสมอเป็นสิ่งที่มีคุณค่าอย่างยิ่งต่อชีวิต มรณสติช่วยให้มนุษย์สามารถเผชิญกับความตายได้อย่างมีสติและสงบ (ณัญญา วาสินท, 2541)

ความตาย ความหมายทางคริสต์ศาสนา

ความตายดูเหมือนว่าเป็นปรากฏการณ์ที่ทุกคนรู้จักคุ้นเคยกันเป็นอย่างดี แต่ละคนก็เคยมีประสบการณ์ในการไปร่วมงานพิธีฝังศพหรือเผาศพญาติสนิทมิตรสหาย ชาวคริสต์เชื่อว่าพระเจ้าเป็นผู้สร้างโลกและสรรพสิ่งทั้งมวลรวมทั้งชีวิตของคนเราด้วย ดังนั้นโลกและสรรพสิ่งตลอดจนชีวิตของมนุษย์จึงเป็นของประทานจากพระเจ้า ตามแนวความเชื่อของชาวคริสต์ที่มีต่อความตายได้แก่ (วรยุทธ ศรีวรกุล, 2549)

ความหมายประการแรกของความตายที่ชาวคริสต์คุ้นเคยที่สุดคือ ความตายในฐานะที่เป็นการแยกออกจากกันของวิญญาณและกาย ชาวคริสต์สั่งสอนลูกหลานในความหมายนี้ตั้งแต่ยังเด็ก เวลาที่เด็กๆ เรียนคำสอน (Catechism) จะสอนเรื่องความตายในความหมายนี้ให้แก่เด็กๆ เสมอ ในพันธสัญญาเดิม (The old testament) มีบันทึกความตายในแง่ที่ว่า "ผู้ใดจะกลับไปสู่โลกที่มันมา ส่วนจิตวิญญาณจะกลับไปสู่พระเจ้าผู้ทรงประทานให้มา" นอกจากนี้ยังมีบันทึกไว้อีกหลายแห่งในพันธสัญญาใหม่ ที่น่าแปลกใจคือความตายโดยนัยนี้ของชาวยิวและชาวคริสต์ ตรงกันกับความคิดของชาวกรีก ในเฟโด (Phaedo) เพลโตกล่าวผ่านปากของโสกราตีสว่า "ความตายไม่ใช่การแยกออกจากกันของวิญญาณและกายดอกหรือ และการถึงแก่ความตายก็คือการที่วิญญาณแยกออกจากกายอย่างเด็ดขาด เมื่อวิญญาณดำรงอยู่ในตนเองและเป็นอิสระจากร่างกายและร่างกายเป็นอิสระจากวิญญาณ นี่ไม่ใช่ความตายดอกหรือ"

ความหมายประการที่สองของความตายที่ชาวคริสต์รู้จักและเข้าใจกันเป็นอย่างดี คือ ความตายในฐานะที่เป็นการสิ้นสุดของการดำรงชีวิตในโลกนี้ ชาวคริสต์ทั้งหมดต่างก็เชื่อว่าแรกเริ่มที่พระเจ้าทรงสร้างมนุษย์นั้นพระองค์ทรงโปรดประทานให้เขามีสถานะพิเศษในสวนเอเดนหรือ

สรวงสวรรค์ กล่าวคือไม่รู้จักเจ็บปวดและไม่ตาย แต่มนุษย์คู่แรกทำบาปผิดก็เลยสูญเสียสถานะดังกล่าว พระเจ้าตรัสแก่อดัมว่า "เพราะเจ้ามาจากดิน เจ้าก็จะกลับคืนสู่ดิน" และผลจากบาปดังกล่าวยังคงตกทอดมาถึงลูกหลานทุกคน ถ้าหากเปรียบเทียบชีวิตในโลกนี้เป็นการเดินทาง ความตายเปรียบเสมือนการสิ้นสุดของการเดินทาง ดังนั้นความตายจึงไม่ใช่สิ่งน่ากลัวสำหรับคนดีแต่อย่างใด แต่สำหรับคนชั่วแล้วความตายจะเป็นสิ่งที่น่ากลัวที่สุดเพราะพวกเขาจะถูกพระเจ้าตัดสินลงโทษ ชาวเวตุนิยม อเทวนิยม และคนที่ไม่เชื่อในเรื่องโลกหน้าโลกหลังดูเหมือนว่าจะยอมรับนิยามนี้ แต่พวกเขาไม่เชื่อในเรื่องนรกสวรรค์และไม่เชื่อในชีวิตนิรันดร เพราะฉะนั้นความตายสำหรับพวกเขาแล้วจึงดูเหมือนเป็นสิ่งที่น่ากลัวสำหรับทุกคนไม่ว่าจะเป็นคนดีหรือคนชั่วก็ตาม เพราะเมื่อความตายมาถึงใครคนใดคนหนึ่งนั้นก็ย่อมหมายความว่าเขาหมดโอกาสที่จะทำดีทำชั่ว หมดโอกาสที่จะแก้ตัวหรือกลับใจ หมดโอกาสที่จะได้รับทุกขรับสุข หมดโอกาสที่จะสร้างเนื้อสร้างตัวหรือพัฒนาตัวเอง ฯลฯ ความน่ากลัวของความตายสำหรับคนเหล่านี้ไม่ได้อยู่ที่กลัวการตัดสินลงโทษในโลกหน้า แต่กลัวการหมดสิ้นโอกาสอย่างถาวรในโลกนี้ต่างหาก

ความตายโดยนัยที่สามที่ชาวคริสต์ยึดถือคือ ความตายในฐานะเป็นรหัสธรรมล้ำลึก (mystery) ความลึกลับของความตายอาจพิจารณาได้หลายแง่ ประการแรกความตายลึกลับในแง่ที่ว่า "ยิ่งสาวยิ่งลึก" แบบหาที่สิ้นสุดไม่ได้เหมือนโยนลูกดิ่งลงไปโนมหาสมุทรที่ล้ำลึกและกว้างไพศาล ประการที่สองความตายความรู้เกี่ยวกับความตายเป็นสิ่งที่มาจากการสังเกตภายนอกแต่เพียงเท่านั้น ไม่มีใครเคยประสบกับความตายโดยตรงและอธิบายให้คนอื่นฟังเกี่ยวกับธรรมชาติและความหมายของประสบการณ์ดังกล่าว เพราะฉะนั้นจึงไม่แปลกที่มีคนพูดถึงหรือนิยามความตายไปต่างๆ นานา ประการที่สามเป็นการยากที่จะแสวงหาคำตอบที่น่าพึงพอใจในทางปรัชญาเกี่ยวกับการวิเคราะห์หมิ่นโทศน์เรื่องความตาย ความลึกลับของความตายในเชิงเทวนิยมของชาวคริสต์ ความลึกลับของความตายพิจารณาได้สองแง่คือ แง่บวกและแง่ลบ ความตายถูกมองในแง่ลบเพราะเป็นผลมาจากบาป อดัมและเอวาได้ทำบาปผลที่ได้คือความตาย ความตายจึงเป็นสิ่งที่น่าเกลียดน่ากลัวและไม่น่าพึงปรารถนา ในอีกด้านหนึ่งของความตายถูกมองในแง่บวกถูกมองว่าเป็นวิถีหรือประตูสู่นิรันดร ความตายในแง่นี้ไม่ใช่จุดจบแต่เป็นจุดเริ่มต้นหรือเป็นทางผ่านไปสู่อีกชีวิตใหม่ที่ไมเจ็บปวดทรมานและไม่รู้จักตายอีกต่อไป ความตายโดยนัยที่สามนี้จึงเป็นเงื่อนไขจำเป็นที่คนดีใช้เป็นทางผ่านไปสู่อีกชีวิตใหม่ในอาณาจักรของพระเจ้า

ชาวคริสต์ถือว่าคนเราควรจะต้องเตรียมพร้อมไว้เสมอสำหรับความตาย แต่ไม่มีสิทธิ์เรียกหาความตายโดยการฆ่าตัวตายหรือขอร้องให้คนอื่นฆ่าเพื่อจะได้ไปพบพระเจ้าเร็วขึ้น ชาวคริสต์ถือว่าความหมายของความตายทั้งสามแบบนี้ไม่มีอะไรขัดแย้งกัน ความหมายทั้งสามต่างเสริมซึ่งกันและกันช่วยทำให้เข้าใจความตายได้ดีขึ้น

สิวลี ศิริไล (2539) ได้กล่าวถึงแนวความคิดสำคัญประการหนึ่งของชาวคริสต์เถียน คือ จุดมุ่งหมายที่แท้จริงของชีวิตอันเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดได้แก่ การกลับเข้าไปสู่อาณาจักรของพระเจ้า

เจ้า มนุษย์ไม่มีสิทธิทำลายชีวิตไม่ว่าจะชีวิตตนเองหรือผู้อื่น ความตายช่วยให้ชีวิตมนุษย์พ้นจากโลกของวัตถุซึ่งมีความเห็นแก่ตัวและไม่ดีงาม และสรุปได้ว่ามนุษย์ไม่ควรปฏิเสธความตายหรือหวาดกลัวต่อความตาย แต่ควรเข้าใจว่าความตายเป็นจุดหนึ่งของชีวิตและมีความหวัง

สุวรรณา สถาอานันท์ (2539) ได้สรุปความหมายของความตายในศาสนาคริสต์ไว้ว่า หมายถึง การที่วิญญาณแยกออกจากร่าง ส่วนกายเนื้อเน่าเปื่อยผุพังไปกลับคืนสู่สภาพเดิม ส่วนวิญญาณนั้นจะคงสภาพ "ชีวิต" ซึ่งต้องรับคำตัดสินให้รางวัลหรือถูกลงโทษตามผลสะสมแห่งการกระทำที่ทำได้ด้วย "ความรัก" และ "การให้อภัย" ตามคำสั่งสอนของพระคริสต์ หรือการทำให้บาปอันผิดต่อพระเจ้าและต่อมนุษย์ด้วยกัน ความเชื่อในจุดเปลี่ยนผ่านจากชีวิตกายเข้าสู่ชีวิตจิตวิญญาณนี้มีนัยสำคัญอย่างยิ่งยวดต่อวิถีการดำเนินชีวิตในปัจจุบันของมนุษย์

โดยสรุปแล้วพบว่าในทัศนะของคริสต์ศาสนานั้น ความเป็นความตายของมนุษย์เป็นไปตามประสงค์ของพระเจ้าการทำลายชีวิตมนุษย์เป็นบาป การกระทำใดๆที่เป็นการผิดกฎธรรมชาติและเป็นอันตรายต่อชีวิตมนุษย์เป็นการขัดต่อประสงค์ของพระเจ้า ทัศนะเกี่ยวกับชีวิตและความตายตามคติคริสต์ศาสนานี้สะท้อนให้เห็นโลกทัศน์ศาสนเทวนิยมเป็นความเชื่อที่ว่า พระเจ้าสร้างโลก พระคริสต์คือผู้ไถ่บาปซึ่งล้วนแต่เป็นกระบวนการแห่งศรัทธาททั้งสิ้น

ความตาย ความหมายของศาสนาอิสลาม

บรรจง บินกาชัน (2539) กล่าวถึงสังขรรณจากคัมภีร์กุรอาน ซึ่งเป็นคัมภีร์ที่อัลลอฮ์ทรงประทานให้แก่มนุษยชาติในเรื่องความตายไว้ว่า "ทุกชีวิตจะต้องได้รับรสความตาย" ในอิสลามความตายมิได้เป็นการสิ้นสุดหรือเป็นจุดสุดท้ายของชีวิต หากแต่มันเป็นจุดเริ่มต้นของการที่มนุษย์จะก้าวไปสู่ชีวิตที่แท้จริงและนิรันดร์ ในอิสลามมนุษย์จะไม่กลับชาติมาเกิดอีกหลังจากที่เขาตายไปแล้ว แต่อิสลามถือว่าชีวิตในโลกนี้คือการเตรียมตัวสำหรับชีวิตในโลกหน้าอันถาวร เมื่อสิ้นชีวิตลงวิญญาณจะไปรวมกันอยู่ในอีกโลกหนึ่งซึ่งเรียกว่าโลก "บารซัค" อันเป็นโลกที่คั่นกลางระหว่างโลกนี้กับโลกหน้า และเมื่อถึงวันหนึ่งซึ่งเป็นวันแห่งการสิ้นสุดทุกสิ่งทุกอย่าง ทุกชีวิตจะถูกทำให้ฟื้นขึ้นเพื่อรับรองการตัดสินการกระทำที่ดีทำได้ในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ในโลกนี้ ชีวิตที่แท้จริงจะเป็นอย่างไรนั้นจึงขึ้นอยู่กับงานที่เขาได้ทำได้ คำสอนของอิสลามนั้นต้องการให้มุสลิมพยายามดิ้นรนต่อสู้กับความยากลำบาก เขาไม่ได้รับอนุญาตให้ละทิ้งและวิ่งหนีชีวิตที่ขื่นๆลงๆ หรือเมื่อต้องเผชิญกับความโศกเศร้าและผิดหวัง ความจริงแล้วผู้ศรัทธานั้นถูกสร้างมาเพื่อการต่อสู้ มิใช่เพื่อมานั่งงอมืองอเท้าไม่ทำอะไร เขาถูกสร้างมาเพื่อให้บุกมิใช่เพื่อหนี เขามีอาวุธยุทธภัณฑ์ที่ไม่มีวันหมดนั่นคืออาวุธแห่งความศรัทธาที่ไม่สิ้นคลอน และยุทธภัณฑ์แห่งความเหนียวแน่นทางศีลธรรมของเขา ท่านศาสดาได้เตือนว่าใครก็ตามที่ฆ่าตัวตายจะไม่ได้รับความเมตตาจากอัลลอฮ์ และจะไม่ได้เข้าสวรรค์ เขาจะได้รับความกริ้วโกรธจากอัลลอฮ์ และจะถูกโยนลงไปไนไฟนรก

โดยสรุปแล้วในศาสนาอิสลามความตายไม่ใช่การสิ้นสุดของชีวิต เป็นวาระที่วิญญาณและร่างกายถูกแยกออกจากกันร่างกายจะหมดหน้าที่ลงและแปรเปลี่ยนเป็นดินในที่สุด ส่วนวิญญาณ

จะดำเนินต่อไปในโลกสุสานเพื่อรอการฟื้นคืนชีพใหม่ในอ้อมกอด เป็นจุดเริ่มต้นของการก้าวไปสู่ชีวิตอันแท้จริง ชีวิตในโลกนี้คือการเตรียมตัวสำหรับชีวิตในโลกหน้าอันถาวร และมนุษย์จะไม่กลับชาติมาเกิดอีกหลังจากที่เขาตายไปแล้ว

ในสังคมไทยยังมีการศึกษาถึงความหมายของความตายในบริบทต่างๆ จากการศึกษาของ เปรมใจ วงศิริไพศาล (2545) ได้ศึกษาความหมายของความตายของสังคมไทยโดยการประชุมระดมสมองผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 10 คน พบว่ามีการให้ความหมายของความตายที่แตกต่างกันระหว่างศาสนาและทางการแพทย์ กลุ่มเป้าหมายเชื่อว่าชีวิตไม่สิ้นสุดที่ความตายและเห็นเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติ ความเชื่อดังกล่าวทำให้ไม่ปฏิเสธความตาย ต่างจากทัศนคติทางการแพทย์ที่ต้องการเอาชนะความตายและเห็นว่าชีวิตสิ้นสุดที่ความตาย และวาสิณี วิเศษฤทธิ์ (2547) ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตายในชุมชนชนบทอีสาน พบว่ามีการให้ความหมายของความตายด้วยโรคเอดส์ 3 ลักษณะ ได้แก่ ความตายหมายถึง "หมดบุญหมดกรรม" "หลุดพ้น" และ "ดับสูญ" ซึ่งเป็นความหมายที่สะท้อนถึงการกระทำความดีความเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเอดส์ทุกข์ทรมาน ให้ตายตาหลับ ไม่หวั่น

ความหมายของความตายเป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นตามความคิดและความเชื่อที่แตกต่างกัน การตีความและทำความเข้าใจอธิบายได้ใช้ฐานความคิดและมุมมองเกี่ยวกับชีวิตที่ต่างกัน ทำให้นิยามของความตายแตกต่างกันตามการรับรู้ของบุคคลในแต่ละสังคม ความเชื่อ ศาสนา และค่านิยมในสังคมนั้นๆ ผู้สูงอายุที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นผู้ที่อยู่ระหว่างความเป็นและความตาย เป็นช่วงเวลาของผู้สูงอายุตระหนักได้ว่าชีวิตของตนจะอยู่ต่อไปได้อีกไม่นาน ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาที่แสดงออกต่อความตายมีความแตกต่างกัน

ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตาย

ความตายเป็นสัจธรรมของชีวิต เป็นกระบวนการธรรมชาติของชีวิตสิ่งที่ทุกคนจะต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อความตายนั้นไม่เหมือนกันเพราะมีความเข้าใจมีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายที่แตกต่างกัน ดังนั้นปฏิกิริยาต่อความตายของแต่ละคนจึงแตกต่างกันไป จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้กล่าวถึงปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความตายไว้ดังนี้

1. แนวคิดการตอบสนองต่อความตายของ Kubler-Ross

Kubler-Ross (1969) จิตแพทย์ชาวสวิสเซอร์แลนด์ได้ศึกษาพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยเมื่อทราบว่าตนเป็นโรคร้ายหมดหวังที่จะรักษาให้หายได้และต้องตาย บุคคลจะเกิดปฏิกิริยาทางจิตใจ ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ปฏิเสธและแยกตัว (Denial and isolation) เมื่อผู้ป่วยทราบว่าตนเองกำลังจะตาย ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นคือ เกิดอาการช็อคตกใจอย่างรุนแรง และหลังจากนั้นจะปฏิเสธไม่เชื่อการวินิจฉัยโรคหรือคิดว่ามีบางอย่างในการวินิจฉัยผิดพลาด เมื่อทำให้ความกลัวตายของตนเองลดลง

บางคนอาจแยกตัวออกจากสังคม ไม่ยอมพูดเกี่ยวกับโรคร้ายแรง ไม่อยากเผชิญความจริง หรือไม่ต้องการให้ใครมายืนยันว่าตนเองต้องตายแน่นอน

ระยะที่ 2 โกรธ (Anger) เมื่อไม่สามารถปฏิเสธความตายได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกโกรธมีทั้งดูร้ายอิจฉาริษยา ต่อต้าน และมีคำถามตลอดเวลา "ทำไมต้องเป็นฉัน" ซึ่งไม่มีใครสามารถตอบคำถามนี้ได้ ความโกรธที่เกิดขึ้นไม่ว่าด้วยสาเหตุใดจะกระจายไปรอบด้านโดยไม่เลือกกว่าเป็นใคร อาจโกรธโชคชะตา วาสนา เพื่อน ครอบครัว คนรัก สังคม แพทย์ พยาบาล หรือกระทั่งตนเอง

ระยะที่ 3 ตอรอง (Bargaining) ในระยะนี้มีช่วงเวลาสั้น ถ้าไม่สังเกตอย่างถี่ถ้วนมักจะมองไม่เห็นกลไกอย่างชัดเจน ซึ่งมีลักษณะการต่อรองของผู้ป่วยออกมาในรูปของคำพูดต่อไปนี้ "ฉันยังไม่อยากตาย" การต่อรองจึงเป็นความคาดหวัง ความปรารถนา ความพยายามขอให้ตนมีชีวิตหรือวิงวอนต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายที่ตนเชื่อ

ระยะที่ 4 ซึมเศร้า (Depression) ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเหมือนชีวิตของตนได้สูญเสียไปหมดทุกอย่าง เช่น ความสวยงามของร่างกาย ตกงาน ความสัมพันธ์ทางสังคมกับเพื่อนหรือคนรัก จะเกิดความรู้สึกห่อเหี่ยวและซึมเศร้าเข้ามาแทนที่ ไม่พูดหรือพูดน้อยลง รับประทานอาหารได้น้อยลง ชอบอยู่คนเดียว นอนไม่หลับ ตาเหม่อลอย ร้องไห้ นอกจากนี้ยังอาจเศร้าโศกจากการเตรียมตัวที่จะอำลาจากโลกนี้ไป

ระยะที่ 5 ยอมรับ (Acceptance) เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับความสูญเสียของตนเองในการยอมรับโดยความเข้าใจในธรรมชาติแห่งชีวิต ยอมรับสภาพของตนเองได้ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะไม่มี ความเศร้าโศกหรือโกรธต่อโชคชะตาของตนเอง ผู้ป่วยจะเหนื่อยและอ่อนเพลีย บางคนจะบอกว่าเขาพร้อมที่จะตายแล้วและสามารถบอกเล่าถึงความรู้สึกที่เคยมีออกมาให้ฟังได้ ในระยะของการยอมรับนี้ผู้ป่วยจะไม่มี ความหวังใดๆ สูงส่ง ไม่เรียกร้อง ไม่กระวนกระวาย การต่อสู้ดิ้นรนก็หมดไป เป็นระยะที่ต้องการการพักผ่อนเป็นครั้งสุดท้าย ผู้ป่วยจะเริ่มพบกับความสงบทางจิตใจและยอมรับ ความสนใจของเขาจะหยุดเพียงนั้น ผู้ป่วยบางคนต้องการอยู่คนเดียวและบางครั้งไม่ต้องการที่จะรู้ข่าวความเคลื่อนไหวหรือปัญหาภายนอก และอาจมีการกล่าวอำลาเป็นครั้งสุดท้าย

แต่ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมรับการตาย และมีชีวิตอยู่ด้วยความหวังจนกระทั่งเสียชีวิต ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีลักษณะเฉพาะตามที่เขาเลือกในการเผชิญกับความตาย ซึ่งผู้ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายไม่ใช่ทุกคนจะผ่านขั้นตอนดังกล่าวทุกราย ในรายที่ปรับตัวไม่ได้หรือปรับตัวได้ยากมากทำให้จิตใจอ่อนแอลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบทางร่างกายทำให้อาการทรุดหนักลงอย่างรวดเร็วผู้ป่วยจะถึงแก่กรรมเร็วขึ้น จากแนวคิดของ Kubler-Ross นั้น ลักษณะภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยใกล้ตายจะเกี่ยวข้องกับกลุ่มของการตอบสนองทางอารมณ์ที่แตกต่างกัน

2. แนวคิดการตอบสนองต่อวิถีความตายของเกลเซอร์และสเตราส์ (Glaser & Strauss, 1966 cited in Pattison, 1978) เป็นการตอบสนองต่อวิถีความตายที่แตกต่างกันของบุคคล (Different trajectory) โดยเชื่อมโยงกับความแน่นอนหรือความไม่แน่นอนของการรับรู้ความตายและเวลาที่จะตายไว้ 4 ลักษณะดังนี้คือ

ลักษณะที่ 1 เป็นความตายที่รู้แน่นอนว่าจะตายและรู้เวลาที่คาดว่าจะตาย (Certain death at a known time) เพราะผู้ป่วยเข้าใจถึงกรอบเวลาของความตายอย่างชัดเจน โดยสามารถพบในกรณีการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันจนถึงเรื้อรัง ถึงแม้ว่าการรับรู้ว่าตนเองจะต้องตายอย่างแน่นอนจะไม่ใช่ว่าดี แต่ก็พบว่าเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลลงและสามารถวางแผนชีวิตของตนได้

ลักษณะที่ 2 เป็นความตายที่รู้แน่นอนว่าจะตาย แต่ไม่รู้เวลาที่คาดว่าจะตายเมื่อไร (Certain death at an unknown time) พบในกรณีการเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งรู้ว่าจะตายแน่นอนแต่ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะตายเมื่อไร ทำให้ผู้ป่วยมีช่วงของการใช้ชีวิตอยู่กับความตายเป็นเวลายาวนานเป็นปีและต้องจัดการกับการมีชีวิตอยู่ต่อไปในลักษณะวันต่อวัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดทางอารมณ์เป็นระยะเวลาตามไปด้วย

ลักษณะที่ 3 เป็นความตายที่ไม่รู้แน่นอน แต่รู้เวลาแน่นอนว่าเมื่อไหร่ปัญหาจะได้รับการแก้ไข (Uncertain death, but a known time when the question will be resolved) พบในกรณีการเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญอยู่กับช่วงวิกฤตของชีวิตอย่างต่อเนื่องและ เป็นเวลานาน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลจากความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมีความหวังและคาดหวังว่าจะได้รับสิ่งที่ดี เช่น การรอคอยและคาดหวังที่จะได้เห็นว่าอวัยวะที่ได้รับการปลูกถ่ายสามารถทำงานได้ การรอคอยและคาดหวังที่จะได้เห็นว่าตนเองสามารถรอดชีวิตจากการเจ็บป่วยรุนแรง เป็นต้น แต่ถ้าผู้ป่วยต้องเผชิญกับความจริงว่าไม่เป็นไปดังหวังหรือมีอาการเลวลงและกำลังจะตาย ก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหม่นหมองและรู้สึกโกรธ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกตนเองกำลังเผชิญกับอันตรายที่คุกคามอย่างรุนแรง

ลักษณะที่ 4 เป็นความตายที่ไม่รู้แน่นอนและไม่รู้ว่าเมื่อไหร่ปัญหาจะได้รับการแก้ไข (Uncertain death, and an unknown time when the question will be resolved) ความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลในระดับที่สูงมาก ซึ่งจะพบในผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางพันธุกรรมและโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เช่น ผู้ป่วยโรค Multiple sclerosis

จากแนวคิดวิถีความตายที่แตกต่างกันทั้ง 4 ลักษณะนี้ ทำให้มีการใช้กลไกการปรับตัวที่แตกต่างกัน ซึ่งจะขึ้นอยู่กับความวิตกกังวล ความเครียด และความแตกต่างในการจัดการกับปัญหาทางคลินิกของแต่ละบุคคล (Pattison, 1978)

3.แนวคิดการตอบสนองต่อวิถีการมีชีวิตกับภาวะใกล้ตาย(Living-Dying trajectory) เป็นแนวคิดที่กล่าวถึงการมีชีวิตอยู่กับภาวะใกล้ตายของบุคคล ซึ่งสามารถแบ่งตามระยะทางคลินิกได้ 3 ระยะ (Pattison, 1978) คือ

ระยะที่ 1 ระยะวิกฤตแบบเฉียบพลัน (Acute crisis phase) เป็นระยะที่บุคคลต้องเผชิญกับความตายของตนเอง โดยอาจอธิบายความตายว่าเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต สร้างความเครียดอย่างรุนแรง เป็นประสบการณ์ใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อน และเป็นสถานการณ์ที่ไม่สามารถจะแก้ไขได้ด้วยระยะเวลาอันสั้น บุคคลที่อยู่ในภาวะนี้จะเกิดความวิตกกังวลและความเครียดอย่างรุนแรง หากกลไกป้องกันทางจิตไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลจะเกิดความรู้สึกขัดแย้งเพิ่มมากขึ้น

ระยะที่ 2 ระยะการมีชีวิตอยู่กับภาวะใกล้ตายอย่างเรื้อรัง (Chronic living-dying phase) เป็นระยะที่บุคคลต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย และต้องประสบกับความรู้สึกอย่างหลากหลายที่เกี่ยวข้องกับความกลัว ซึ่งเป็นความกลัวที่เกิดจากความไม่รู้ ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความทุกข์ การสูญเสียร่างกาย ภาวะลักษณะและความมั่นใจในตัวเอง ความสูญเสียการควบคุมตนเอง ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน ความสูญเสียชื่อเสียง และมีความกลัวต่อความเสื่อมถอย

ระยะที่ 3 ระยะสุดท้าย (Terminal phase) เป็นระยะที่บุคคลมีความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมถดถอยจากบุคคลและสิ่งต่างๆ รอบตัว ไม่ว่าจะป็นวัตถุและสถานการณ์แวดล้อม มีความวิตกกังวลลดลง และมีความรู้สึกซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น

จากแนวคิดการตอบสนองต่อวิถีการมีชีวิตอยู่กับภาวะใกล้ตายแสดงให้เห็นว่าบุคคลจะมีการตอบสนองต่อการมีชีวิตกับภาวะใกล้ตายมีความแตกต่างกันในแต่ละระยะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตอบสนองทางด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกวิตกกังวล ความเครียด ความกลัว และความรู้สึกซึมเศร้า เพื่อใช้เป็นกลไกป้องกันตนเองให้สามารถดำรงชีวิตต่อไปกับภาวะใกล้ตายได้ โดยสรุปแนวคิดการตอบสนองต่อภาวะใกล้ตาย แสดงให้เห็นว่าผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตายจะต้องเผชิญกับปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมต่างๆ อย่างมากมาย นอกเหนือจากปัญหาที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกายซึ่งก่อให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน โดยมีการตอบสนองต่อความตายอย่างหลากหลายลักษณะตามมุมมองของแนวคิดแต่ละทฤษฎี

3. การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต นอกจากจะประสบกับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายที่เกิดจากการเสื่อมสมรรถภาพและการทำงานของอวัยวะในร่างกายลดลงแล้ว ยังก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตสังคมและด้านจิตวิญญาณจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และความรู้สึกสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้นกับตนเองที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ การพยาบาลผู้ป่วยเหล่านี้จึงต้องตระหนักถึงความต้องการด้านร่างกายเพื่อให้สูญสลายลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย และ

สนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับตัวด้านจิตสังคม ได้รับการตอบสนองในด้านจิตวิญญาณและสามารถปฏิบัติตามความเชื่อได้ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยยอมรับความตายสามารถที่จะเตรียมตนเองก่อนตายได้เหมาะสม การพยาบาลผู้ที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตมีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้เกิดการจากไปอย่างสงบโดยได้รับการตอบสนองที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย (นิตยาสมบัติแก้ว, 2541)

1. การป้องกันความว้าเหวและการแยกตัว (Prevention of loneliness and social isolation) ความว้าเหวในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดเนื่องจากเป็นระยะที่ตนเองไม่ต้องการเผชิญ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีสภาพการเปลี่ยนแปลง เช่น ไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย มีกลิ่น สับสนหรือไม่สามารถควบคุมตนเองได้ การจัดให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังหรือแยกจากผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานโดดเดี่ยว การพยาบาลเพื่อป้องกันมิให้เกิดความรู้สึกว้าเหวและแยกตัว จนเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะพรากความรู้สึก (Sensory deprivation) คือ

1.1 จัดสภาพแวดล้อมมีสภาพที่เหมาะสม มีสิ่งกระตุ้นอย่างเพียงพอ

1.2 ให้ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมจากญาติและบุคคลใกล้ชิด รวมทั้งการตรวจเยี่ยม

ของพยาบาล

1.3 อนุญาตให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และเยี่ยมผู้ป่วยได้ตามความต้องการ โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก

2. คงไว้ซึ่งความเป็นอิสระ (Maintenance of independence) พยาบาลจะต้องช่วยส่งเสริมให้คงไว้ซึ่งอิสระและความมีศักดิ์ศรี โดย

2.1 สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการได้รับการดูแล

2.2 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกสถานที่สำหรับตนเองในระยะสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วย เช่น ภาวะฉุกเฉินควรได้รับการดูแลในโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการประคับประคองจากครอบครัวผู้ป่วยอาจต้องการอยู่บ้านหรือสถานพยาบาล

2.3 สนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามปกติ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การสวมแว่นตา การใส่ฟันปลอม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีศักดิ์ศรีมีคุณค่า

2.4 ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หรือได้รับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลหรือญาติจะเป็นผู้กระทำ

2.5 กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล เพราะการดูแลจากบุคคลที่ตนรักจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้หรือควบคุมตนเองได้ดีขึ้น

3. การคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าในตนเอง (Maintenance of self-esteem) การคงไว้ซึ่งความหวัง (Maintenance of hope) การคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ (Maintenance of power) ได้แก่

3.1 ส่งเสริมความเชื่อมั่น ยอมรับผู้ป่วย พยาบาลต้องคำนึงถึงฐานะทางสังคม บทบาทหน้าที่ และศักดิ์ศรีของผู้ป่วย เคารพในความเป็นบุคคล รับฟังและตอบสนองความต้องการ รวมทั้งการดูแลความสุขสบาย และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองใน ระยะที่เหลืออยู่ให้มีคุณค่ามากที่สุด

3.2 สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยการให้กำลังใจและให้การดูแลผู้ป่วย อย่างใกล้ชิด จะช่วยลดความกลัว การปฏิเสธ การแยกตัว และความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ

3.3 ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ความจริง มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามี ความคิดหรือการตัดสินใจของตนเอง มีคุณค่าแม้จะตายก็ตาม เป็นการพยาบาลเพื่อป้องกัน ความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจหรือล้มเหลว

3.4 ดูแลสภาพร่างกายผู้ป่วยให้สะอาด ไม่มีกลิ่น หิวผม สวมเสื้อผ้าที่เรียบร้อย เพื่อให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย

3.5 ฟังฟูและประคับประคองความรู้สึกควบคุมตนเองได้ โดยเปิดโอกาสให้ ผู้ป่วยเลือกสถานที่ที่ต้องการ หรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

4. การช่วยเหลือความโศกเศร้าของผู้ป่วยและครอบครัว (Support for the grieving family) การตายเป็นการสูญเสียที่ก่อให้เกิดความเศร้าโศกทั้งบุคคลที่เสียชีวิตและครอบครัว พยาบาลจะต้องระลึกถึงความมีคุณค่าของบุคคลต่อครอบครัว โดย

4.1 เตรียมใจญาติในการยอมรับสิ่งที่จะเกิดขึ้น โดยรายงานอาการเป็นระยะๆ ตามความเป็นจริงด้วยท่าทีที่สงบ

4.2 ให้อาญติมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้รู้สึกว่าได้ปฏิบัติหน้าที่หรือตอบแทน บุญคุณ มิได้ทอดทิ้งผู้ป่วย

5. การส่งเสริมสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ (Promotion of spiritual comfort) ได้แก่

5.1 สนับสนุนเกี่ยวกับความเชื่อปรัชญา เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักต้องการ การวิเคราะห์คุณค่าชีวิตและความตาย รวมทั้งรู้สึกผิดถ้าชีวิตยังไม่สมบูรณ์ตามความเชื่อ ต้องการการอภัยจากบุคคลอันเป็นที่รัก โดยเฉพาะการต้องการความรักและความหวังในชีวิต

5.2 ให้ความรักและความหวังกับผู้ป่วยตามความเป็นจริง โดยปฏิบัติต่อผู้ป่วย ด้วยความนุ่มนวลมีเมตตา

5.3 พยาบาลและญาติจะต้องสนับสนุนด้านจิตวิญญาณโดยการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย แสดงความเห็นใจ เข้าใจความรู้สึก การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ เช่น การสวดมนต์ การร้องเพลง หรืออ่านบทประพันธ์ที่ผู้ป่วยชื่นชอบ

5.4 อนุญาตให้ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติกิจตามหลักศาสนา ความเชื่อ โดยไม่ขัดต่อการรักษาหรือรบกวนผู้ป่วยอื่น พยาบาลต้องไม่นำความเชื่อทางศาสนาของตนเองเกี่ยวกับความตายเสนอให้กับผู้ป่วย

5.5 ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและความตายที่จะเกิดขึ้น โดยช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับการห่วงใยและความนับถือ

การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพยาบาลจะต้องตระหนักถึงความรู้สึก ปฏิภาณกรรม รวมทั้งการเผชิญกับความตายของผู้ป่วยซึ่งจะมีความแตกต่างกันไป เพื่อให้การพยาบาลที่สามารถตอบสนองตรงตามความต้องการทำให้เกิดการจากไปในมรณะวิถีที่ผู้ป่วยต้องการ

การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมุมมองของพุทธศาสนา

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการดูแลรักษาทางจิตใจไม่น้อยกว่าการดูแลทางร่างกาย ซึ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ที่หมดหวังจะรักษาร่างกายให้หายหรือดีขึ้นกว่าเดิมแล้ว การดูแลช่วยเหลือทางจิตใจกลับจะมีความสำคัญยิ่งกว่า เพราะแม้ร่างกายจะเสื่อมถอยลงไปเรื่อยๆ แต่จิตใจยังมีโอกาสที่จะกลับมาดีขึ้น หายทรมานทรมานจนเกิดความสงบขึ้นได้แม้กระทั่งในวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้เพราะกายกับใจแม้จะสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด แต่เมื่อกายทุกอย่างไม่จำเป็นว่าใจจะต้องเป็นทุกข์ไปกับกายด้วยเสมอ เราสามารถรักษาใจไม่ให้ทุกข์ไปกับกายด้วยเสมอไป ในทางศาสนาพุทธได้นำคำสอนของพระพุทธเจ้ามาประยุกต์สำหรับแพทย์ พยาบาล และญาติมิตร ที่ต้องการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยนำประสบการณ์จากกรณีตัวอย่างอื่นๆ มาประกอบเป็นแนวทางดังนี้ (พระไพศาล วิสาโล, 2547)

1. ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ ความทุกข์ที่รบกวนจิตใจผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมากได้แก่ความกลัว เช่น กลัวตาย กลัวที่จะถูกทอดทิ้ง กลัวที่จะตายไปอย่างโดดเดี่ยว ตลอดจนกลัวความเจ็บปวดที่รุมเร้า ในยามนี้ความรักหรือเมตตาจิตของญาติมิตร แพทย์ และพยาบาล จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความกลัวน้อยลง จิตใจเข้มแข็งมั่นคงขึ้น ในสภาวะที่จิตประวาหอ่อนแออย่างยิ่ง ผู้ป่วยต้องการใครสักคนที่เขาจะพึ่งพาได้ และพร้อมที่จะอยู่กับเขาในยามวิกฤตพร้อมจะให้ความรักแก่เขาได้อย่างเต็มเปี่ยมหรือไม่มีเงื่อนไข เขาก็จะมีกำลังใจที่จะเผชิญกับทุกข์ภัยนานาประการที่เข้ามา ความสงบและความอ่อนโยนจะช่วยให้ผู้ป่วยสงบนิ่ง การเตือนสติอาจเป็นสิ่งจำเป็นในบางครั้งแต่พึ่งทำด้วยความนุ่มนวลอย่างมีเมตตาจิต สิ่งหนึ่งที่ญาติมิตรขาดไม่ได้คือ มีสติอยู่เสมอ สติช่วยไม่ให้ลืมตัวประคองใจให้มีเมตตาความรักและความอดกลั้นอย่างเต็มเปี่ยม สำหรับผู้ที่เคยทำสมาธิภาวนาขณะที่สัมผัสตัวผู้ป่วยให้น้อมจิตอยู่ในความสงบ เมตตาจากจิตที่สงบและเป็นสมาธิจะมีพลังจนผู้ป่วยสามารถสัมผัสได้

2. ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง ผู้ป่วยจำนวนมากนึกไม่ถึงว่าตนเองกำลังเป็นโรคที่ร้ายแรง และอาการได้พัฒนามาถึงระยะสุดท้ายชนิดที่มีโอกาสรักษาให้หายได้น้อยมาก

ผู้ป่วยเหล่านี้ยากที่จะยอมรับว่าตนเองกำลังจะตายจึงพยายามปฏิเสธที่จะรับรู้เรื่องนี้ การปฏิเสธความตายดังกล่าวยอมทำให้ผู้ป่วยทรมานทรมายด้นรอนชดชืน ดังนั้นจึงทำให้ยากที่จะเผชิญความตายด้วยใจสงบได้ ญาติมิตร แพทย์ และพยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยดังกล่าวได้ด้วยการพูดคุยให้เขายอมรับความจริงในที่สุด โดยทั่วไปแล้วแพทย์จะมีบทบาทสำคัญในเรื่องนี้ โดยเฉพาะหลังจากที่ได้สร้างความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดหรือได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยแล้ว แต่แม้กระนั้นการทำให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นมักเป็นกระบวนการที่ใช้เวลานาน นอกเหนือจากความรักและความไว้วางใจแล้ว แพทย์ พยาบาล ตลอดจนญาติมิตร จำต้องมีความอดทนและพร้อมที่จะฟังความในใจจากผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับความตายที่จะมาถึงอาจเป็นเพราะมีบางสิ่งบางอย่างที่ยังค้างคาหรือเพราะความกังวลกับบางเรื่องรวมทั้งความกลัวต่าง ๆ นานา สิ่งเหล่านี้ควรได้รับการเปิดเผยหรือระบายออกมาเพื่อจะได้บรรเทาและเยียวยา ในการนี้แพทย์ พยาบาล และญาติมิตร ไม่ควรเริ่มต้นด้วยการเทศนาสั่งสอน แต่ควรเป็นฝ่ายซักถามและรับฟังเขาด้วยใจเปิดกว้างให้มากที่สุด หากเขามั่นใจว่ามีคนที่พร้อมจะเข้าใจเขาเขาจะรู้สึกปลอดภัยที่จะเผยความในใจออกมา ขณะเดียวกันการซักถามที่เหมาะสมอาจช่วยให้เขาระลึกได้ว่าอะไรคือสิ่งที่ทำให้เขามีอายุยอมรับความตายได้ หรือทำให้เขาได้คิดขึ้นมาว่าความตายเป็นสิ่งที่มิอาจหลีกเลี่ยงได้และไม่จำเป็นต้องลงเอยอย่างเลวร้ายอย่างที่เขากลัว การช่วยให้เขาคลายความกังวลเกี่ยวกับลูกหลานหรือคนที่เขารัก อาจช่วยให้เขาทำใจรับความตายได้มากขึ้น บางกรณีผู้ป่วยอาจจะบายโทษใส่แพทย์ พยาบาล และญาติมิตร ทั้งนี้เพราะโกรธที่ปิดบังความจริงเกี่ยวกับอาการของเขาเป็นเวลานาน ปฏิกริยาดังกล่าวสมควรได้รับความเข้าใจจากผู้เกี่ยวข้อง หากผู้ป่วยสามารถข้ามพ้นความโกรธและการปฏิเสธความตายไปได้เขาจะยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดกับตัวเขาได้ง่ายขึ้น

3. ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม การนึกถึงสิ่งดีงามช่วยให้จิตใจเป็นกุศลและบังเกิดความสงบ ทำให้ความกลัวคุกคามจิตใจได้น้อยลง และสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้น เราสามารถน้อมนำให้ผู้ป่วยนึกถึงสิ่งดีงามได้หลายวิธี เช่น นำเอาพระพุทธรูปหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยเคารพนับถือมาตั้งไว้ในห้องเพื่อเป็นเครื่องระลึกนึกถึง หรือชักชวนให้ผู้ป่วยทำวัตรสวดมนต์ร่วมกัน การเปิดเทพธรรมาหรือพระสวดมนต์เป็นอีกวิธีหนึ่งในการน้อมจิตของผู้ป่วยให้บังเกิดความสงบ นอกจากนั้นเรายังสามารถน้อมใจผู้ป่วยให้เกิดกุศลด้วยการชักชวนให้ทำบุญถวายสังฆทาน หรือชวนให้ผู้ป่วยระลึกถึงความดีที่ตนเองได้บำเพ็ญในอดีต ซึ่งไม่จำเป็นต้องหมายถึงการทำบุญกับพระหรือศาสนาเท่านั้น แม้แต่การเลี้ยงดูลูกๆ ให้เป็นคนดี เสียสละ ดูแลพ่อแม่ด้วยความรัก หรือสอนศิษย์อย่างไม่เห็นแก่ความเหนื่อยยาก เหล่านี้ล้วนเป็นบุญกุศลหรือความดีที่ช่วยให้เกิดความปีติปลื้มแก่ผู้ป่วย และบังเกิดความมั่นใจว่าตนจะได้ไปสู่คติ ความมั่นใจดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยในยามที่ตระหนักชัดว่าทรัพย์สินเงินทองต่างๆ ที่สะสมมานั้นตน

ไม่สามารถจะเอาไปได้ มีแต่บุญกุศลเท่านั้นที่จะพึ่งพาได้ในภพหน้า คนทุกคนไม่ว่าจะยากดีมีเงินหรือทำตัวผิดพลาดมาอย่างไร ย่อมเคยทำความดีที่น่าระลึกถึงไม่มากนักน้อย

4. ช่วยปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้มาแล้วสิ่งหนึ่งซึ่งจะทำความทุกข์แก่จิตใจและทำให้ไม่อาจตายอย่างสงบ (หรือ “นอนตายตาหลับ”) ได้ก็คือ ความรู้สึกค้างคาใจในบางสิ่งบางอย่าง สิ่งนั้นอาจได้แก่ภารกิจงานที่ยังค้างค้ำ ทรัพย์สินที่ยังแบ่งสรรไม่แล้วเสร็จ ความโกรธแค้นใครบางคน หรือความรู้สึกผิดบางอย่างที่เกาะกุมจิตใจมานาน ความปรารถนาที่จะพบคนบางคนเป็นครั้งสุดท้ายโดยเฉพาะคนที่ตนรัก หรือคนที่ตนปรารถนาจะขออโหสิกรรม ความห่วงกังวลหรือความรู้สึกไม่ดีที่ค้างคาใจเป็นสิ่งที่สมควรได้รับการปลดเปลื้องอย่างเร่งด่วน หากไม่แล้วจะทำให้ผู้ป่วยทรมานพยายามปฏิเสธผลลึกลับความตายและตายอย่างไม่สงบ ซึ่งนอกจากจะหมายถึงความทุกข์อย่างมากแล้ว ในทางพุทธศาสนาเชื่อว่าจะส่งผลให้ผู้ตายไปสู่สุคติด้วยแทนที่จะเป็นสุคติ ญาติมิตร ตลอดจน แพทย์ และพยาบาล ควรเปิดใจและจับใจกับเรื่องดังกล่าว บางครั้งผู้ป่วยไม่พูดตรงๆ ผู้รอบข้างควรมีความละเอียดอ่อน และสอบถามด้วยความใส่ใจและมีเมตตา ไม่รู้สึกรำคาญ ในกรณีที่เป็นภารกิจที่ยังค้างค้ำควรรหาทางช่วยเหลือให้ภารกิจนั้นเสร็จสิ้น หากเขาปรารถนาพบใครควรรีบตามหาเขามาพบ หากฝังใจโกรธแค้นใครบางคนควรแนะนำให้เขาให้อภัยไม่ถือโทษโกรธเคืองอีกต่อไป ในกรณีที่เป็นความรู้สึกผิดที่ค้างคาใจเนื่องจากทำสิ่งที่ไม่สมควรในยามนี้ไม่ใช่เวลาที่จะประณามหรือตัดสินเขา หากควรช่วยให้เขาปลดเปลื้องความรู้สึกผิดออกไป อาทิเช่น ช่วยเปิดใจและรู้สึกปลอดภัยที่จะขอโทษหรือขออโหสิกรรมกับใครบางคน ขณะเดียวกันการแนะนำให้ฝ่ายหลังยอมรับคำขอโทษและให้อภัยผู้ป่วยก็เป็นสิ่งสำคัญที่คนรอบข้างสามารถช่วยได้

5. ช่วยให้รู้จักปล่อยวางสิ่งต่างๆ การปฏิเสธความตายชัดเจนไม่ยอมรับความจริงที่อยู่เบื้องหน้า เป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และเหตุที่เขาชัดเจนตื่นตระหนกเพราะยังติดยึดกับบางสิ่งบางอย่างไม่สามารถพลาจากสิ่งนั้นได้ อาจจะได้แก่ ลูกหลาน คนรัก พ่อแม่ ทรัพย์สินสมบัติ งานการ หรือโลกทั้งโลกที่ตนคุ้นเคย ความรู้สึกติดยึดอย่างแน่นหนานี้สามารถเกิดขึ้นได้แม้กับคนที่มีได้มีความรู้สึกผิดค้างคาใจ(ดังกล่าวในข้อ ๓.) เมื่อเกิดขึ้นแล้วย่อมทำให้เกิดความกังวลควบคู่กับความกลัวที่จะต้องพลัดพรากสิ่งอันเป็นที่รักเหล่านั้น ญาติมิตร ตลอดจน แพทย์และพยาบาลควรช่วยให้เขาปล่อยวางให้มากที่สุด เช่น ให้ความมั่นใจแก่เขาว่าลูกหลานสามารถดูแลตนเองได้ หรือพ่อแม่ของเขาจะได้รับการดูแลด้วยดี หรือเตือนสติแก่เขาว่าทรัพย์สินสมบัตินั้นเป็นของเราเพียงชั่วคราว เมื่อถึงเวลาก็ต้องให้คนอื่นดูแลต่อไป ในบรรดาความติดยึดทั้งหลายไม่มีอะไรที่ลึกซึ้งแน่นหนากว่าความติดยึดในตัวตน ความตายในสายตาของคนบางคนหมายถึงความดับสูญของตัวตนซึ่งเป็นสิ่งที่เขาทนไม่ได้และทำใจยาก เพราะลึกๆคนเราต้องการความสืบเนื่องของตัวตน ความเชื่อว่ามีสวรรค์นั้นช่วยตอบสนองความต้องการส่วนลึกดังกล่าว

เพราะทำให้ผู้คนมั่นใจว่าตัวตนจะดำรงคงอยู่ต่อไป แต่สำหรับคนที่ไม่เชื่อเรื่องสวรรค์หรือภพหน้า ความตายกลายเป็นเรื่องที่น่ากลัวอย่างที่สุด ในทางพุทธศาสนาตัวตนนั้นไม่มีอยู่จริงหากเป็นสิ่งที่เราที่กักขังขึ้นมาเองเพราะความไม่รู้ สำหรับผู้ป่วยที่มีพื้นฐานทางพุทธศาสนามาก่อนอาจมีความเข้าใจในเรื่องนี้ไม่มากนักน้อย แต่คนที่สัมผัสพุทธศาสนาแต่เพียงด้านประเพณีหรือเฉพาะเรื่องทำบุญสร้างกุศล การที่จะเข้าใจว่าตัวตนนั้นไม่มีอยู่จริง (อนัตตา) คงไม่ใช่เรื่องง่าย อย่างไรก็ตามในกรณีที่ญาติมิตร แพทย์ และพยาบาลมีความเข้าใจในเรื่องนี้ดีพอ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยค่อยๆ ปลดปล่อยวางในความยึดถือตัวตน เริ่มจากความปล่อยวางในร่างกายว่าเราไม่สามารถบังคับร่างกายให้เป็นไปตามปรารถนาได้ ต้องยอมรับสภาพที่เป็นจริงว่าสักวันหนึ่งอวัยวะต่างๆ ก็ต้องเสื่อมทรุดไป ขั้นตอนต่อไปก็คือการช่วยแนะนำให้ผู้ป่วยปล่อยวางความรู้สึกไม่ยึดเอาความรู้สึกใดๆ เป็นของตน วิธีนี้จะช่วยลดทอนความทุกข์ความเจ็บปวดได้มาก เพราะความทุกข์มักเกิดขึ้นเพราะไปยึดเอาความเจ็บปวดนั้นเป็นของตน หรือไปสำคัญมั่นหมายว่า “ฉันเจ็บ” แทนที่จะเห็นแต่อาการเจ็บเกิดขึ้นเฉยๆ การละความสำคัญมั่นหมายดังกล่าวจะทำให้ต้องอาศัยการฝึกฝนจิตใจพอสมควร แต่ก็ไม่เกินวิสัยที่ผู้ป่วยธรรมดาจะทำได้โดยเฉพาะหากเริ่มฝึกฝนขณะที่เริ่มป่วย มีหลายกรณีที่ผู้ป่วยด้วยโรคร้ายสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดอย่างรุนแรงได้โดยไม่ต้องใช้ยาแก้ปวดเลย หรือใช้แต่เพียงเล็กน้อย ทั้งนี้เพราะสามารถละวางความสำคัญมั่นหมายในความเจ็บปวดได้ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือใช้ธรรมโอสถเยียวยาจิตใจ

6. สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ ความสงบใจและความปล่อยวางสิ่งค้ำคาตติยึดในใจผู้ป่วยนั้น จะเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องมีบรรยากาศรอบตัวเอื้ออำนวยด้วย ในห้องที่พลุกพล่านด้วยผู้คนเข้าออกมีเสียงพูดคุยกตลอดเวลาหรือมีเสียงเปิดปิดประตูทั้งวัน ผู้ป่วยย่อมยากที่จะระบองจิตให้เป็นกุศลและเกิดความสงบได้ กล่าวในแง่จิตใจของผู้ป่วยแล้วสิ่งที่ญาติมิตรรวมทั้งแพทย์และพยาบาลสามารถช่วยได้เป็นอย่างดีน้อยก็คือ ช่วยสร้างบรรยากาศแห่งความสงบงดเว้นการพูดคุยกั้รบกวนผู้ป่วย งดการตกเตียงในหมู่ญาติพี่น้อง หรือร้องไห้ร้องให้ ซึ่งมีแต่จะเพิ่มความวิตกกังวลและความซุ่นเคืองใจแก่ผู้ป่วย เพียงแค่ญาติมิตรพยายามรักษาจิตใจของตนให้ดี ไม่เศร้าหมอง สลดหดหู่ ก็สามารถช่วยผู้ป่วยได้มาก เพราะสภาวะจิตของคนรอบตัวนั้นสามารถส่งผลต่อบรรยากาศและต่อจิตใจของผู้ป่วยได้ จิตของคนเรานั้นละเอียดอ่อนสามารถรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นได้แม้จะไม่พูดออกมาก็ตาม ความละเอียดอ่อนดังกล่าวมิได้เกิดขึ้นเฉพาะในยามปกติหรือยามรู้ตัวเท่านั้นแม้กระทั่งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะโคม่าก็อาจสัมผัสกับกระแสจิตของผู้คนรอบข้างได้ นอกจากนั้นญาติมิตรยังสามารถสร้างบรรยากาศแห่งความสงบได้ด้วยการชักชวนผู้ป่วยร่วมกันทำสมาธิภาวนา อาทิจานาปานสติหรือการเจริญสติด้วยการกำหนดลมหายใจ การชักชวนผู้ป่วยทำวัตรสวดมนต์ร่วมกันโดยมีการจัดห้องให้สงบและดูศักดิ์สิทธิ์ (เช่น มีพระพุทธรูปหรือสิ่งที่น่าเคารพสักการะติดอยู่ในห้อง) เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะสร้างบรรยากาศแห่งความสงบและ

น้อมจิตของผู้ป่วยในทางที่เป็นกุศลได้ ความทุกข์นั้นถึงที่สุดแล้วอยู่ที่ใจเป็นสำคัญแม้ว่ากายจะเจ็บปวดแต่หากวางจิตวางใจได้ถูกต้อง ความเจ็บปวดทางกายก็ไม่สามารถสร้างความทุกข์ให้แก่จิตใจได้ ทั้งนี้เพราะความทุกข์ของคนเรานั้นไม่ได้อยู่ที่ว่าเกิดอะไรขึ้นกับเรา แต่อยู่ที่ว่าเรามีท่าทีหรือตอบสนองกับสิ่งนั้นอย่างไร ความตายหรือภาวะใกล้ตายก็เช่นกันสิ่งที่สร้างความทุกข์แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นถึงที่สุดแล้วมิใช่ความเจ็บปวดหรือความเสื่อมทรุดแตกสลายทางกาย หากได้แก่ความกลัว ความวิตกกังวล และความบีบคั้นทางใจมากกว่า การเยียวยาและให้ความช่วยเหลือทางจิตใจจึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการเป็นอย่างยิ่ง ไม่ว่าจะร่ำรวยเพียงใด ประสบความสำเร็จแค่ไหนเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่มีอะไรอีกแล้วที่มนุษย์เราต้องการมากไปกว่าการตายอย่างสงบ ความสงบในยามนี้ เงิน ชื่อเสียง ก็ช่วยไม่ได้ ส่วนเทคโนโลยีก็มีใช้คำตอบ มีแต่ความรักของญาติมิตร ตลอดจนแพทย์ และพยาบาลเท่านั้นที่จะช่วยประคองให้เขามาถึงวาระสุดท้ายของชีวิตได้อย่างสงบนี้เป็นกุศลกรรมอย่างยิ่งที่มนุษย์พึงกระทำต่อมนุษย์ด้วยกัน

7. กล่าวคำอำลา ขณะที่ผู้ป่วยกำลังจะจากไปและสัญญาอนันตจิตพออนลงเป็นลำดับ หากลูกหลาน ญาติมิตร พรารณาจะกล่าวคำอำลาขอให้ตั้งสติระงับความโศกเศร้า จากนั้นกระซิบที่ข้างหูพูดถึงความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อเขา ชื่นชมและขอบคุณในคุณงามความดีของเขาที่ได้กระทำพร้อมทั้งขอขมาในกรรมใดๆที่ล่วงเกิน จากนั้นก็น้อมนำจิตผู้ป่วยให้เป็นกุศลยิ่งขึ้นโดยแนะนำให้เขาปล่อยวางสิ่งต่างๆ ทั้งหลายลงเสีย อย่าได้มีความเป็นห่วงกังวลใดๆ อีกเลย แล้วให้ระลึกถึงพระรัตนตรัยหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เขานับถือ หากผู้ป่วยมีพื้นฐานทางด้านธรรมะก็ขอให้เขาปล่อยวางความสำคัญมั่นหมายในตัวตนและสังขารทั้งปวง น้อมจิตไปสู่ “ความดับไม่เหลือ” ตั้งจิตจดจ่อในพระนิพพาน จากนั้นก็กล่าวคำอำลา แม้ว่าจะได้กล่าวคำอำลาผู้ป่วยไปแล้วในขณะที่เขายังมีสติรู้ตัวอยู่ แต่การกล่าวคำอำลาอีกครั้งก่อนที่เขาจะสิ้นลมก็ยังมิมีประโยชน์อยู่ ข้อที่พึงตระหนักก็คือการกล่าวคำอำลาและน้อมจิตผู้ป่วยให้มุ่งต่อสิ่งดีงามนั้น จะเป็นไปด้วยดีก็ต่อเมื่อบรรยากาศรอบตัวของผู้ป่วยอยู่ในความสงบไม่มีการพยายามเข้าไปแทรกแซงใดๆกับร่างกายผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตจะเป็นผู้ที่มีชีวิตเปราะบางที่สุด เพราะชีวิตอาจสิ้นสุดลงได้ทุกขณะ ด้วยเหตุนี้พยาบาลที่ให้การดูแลจึงต้องมีคุณสมบัติพิเศษแตกต่างจากพยาบาลทั่วไป คุณสมบัติที่สำคัญที่สุดคือเป็นคนมีจริยธรรม เพราะจริยธรรมจะทำให้พยาบาลอยู่ข้างเคียงผู้ป่วย ไม่รังเกียจและทอดทิ้งให้ผู้ป่วยให้อยู่โดดเดี่ยวในขณะที่จะจากไป จะพยายามทุกทางที่จะช่วยบรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วยให้เหลืออยู่น้อยที่สุดหรือให้หมดไป และจะไม่เพิ่มความทุกข์ให้แก่ผู้ป่วยไม่ว่าด้วยคำพูดหรือด้วยการกระทำอื่นใด (พินิจ รัตนกุล, 2547)

4. ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แม้ว่าความตายเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อน เนื่องจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นทีมสุขภาพ ผู้ป่วย หรือครอบครัว ต่างก็ต้องเลือกการดูแลที่เหมาะสมเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัว แต่เนื่องจากมนุษย์มีคุณค่า (values) ความเชื่อ (beliefs) ประสบการณ์ และมุมมองเกี่ยวกับชีวิต และความตายที่แตกต่างกัน ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงก่อให้เกิดประเด็นจริยธรรมอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หลักจริยธรรมที่สำคัญซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพสามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติหน้าที่เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นไปตามเป้าหมายได้แก่ การเคารพสิทธิ์/ความเป็นอิสระ (Respect for autonomy) การทำในสิ่งที่ดี/เป็นประโยชน์ (Beneficence) การไม่ทำอันตราย (Non-maleficence) ความยุติธรรม/เสมอภาค (Justice) การบอกความจริง (Veracity : truth telling) และความซื่อสัตย์ (Fidelity) อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็อาจเกิดประเด็นจริยธรรม (Ethical issues) ที่เกี่ยวข้องกับหลักจริยธรรมดังต่อไปนี้ (อรัญญา เชาวลิต, 2547)

1. ประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับการเคารพสิทธิ์ของผู้ป่วย (Respect for autonomy)

หมายถึง การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีอิสระที่จะตัดสินใจและกระทำตามที่ได้ตัดสินใจบนพื้นฐานคุณค่า และความเชื่อของตน โดยปราศจากการควบคุม บังคับ หรือข่มขู่จากผู้อื่น หลักการข้อนี้ครอบคลุมทั้งการตัดสินใจและการกระทำ ซึ่งประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับการเคารพสิทธิ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่

1.1 การรักษาเพื่อยืดชีวิตและการยุติหรือยับยั้งการรักษาที่ยืดชีวิต ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์มีสิทธิที่จะตัดสินใจรับการรักษาที่เหมาะสม และเป็นประโยชน์สูงสุดสำหรับตนเอง และมีสิทธิปฏิเสธการรักษาใดๆ ซึ่งทีมสุขภาพจะต้องยอมรับแม้ว่าจะไม่เห็นด้วยก็ตาม แต่ทั้งนี้ทีมสุขภาพจะต้องให้ข้อมูลเพียงพอและถูกต้องแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อประกอบการตัดสินใจ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในสภาพที่จะตัดสินใจได้เอง ครอบครัวของผู้ป่วยย่อมมีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วย ซึ่งกรณีนี้เป็นประเด็นจริยธรรมที่สำคัญเมื่อจะต้องให้ผู้อื่นตัดสินใจแทนผู้ป่วย โดยเฉพาะการตัดสินใจว่าควรรับการรักษาที่ยืดชีวิตของผู้ป่วยหรือควรยุติการรักษาเหล่านั้น

ประเทศไทยไม่ได้มีกฎหมายเช่นในประเทศสหรัฐอเมริกาที่กำหนดขึ้นเพื่อเคารพเอกลิทธิของผู้ป่วยโดยกฎหมายให้สิทธิผู้ป่วยในการตัดสินใจด้วยตนเอง กฎหมายดังกล่าว คือ Patient Self-Determination Act (PSDA) ซึ่งให้ผู้ป่วยสามารถแสดงความจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า (Advance directives) โดยการทำพินัยกรรมชีวิต (Living will) หรือการมอบหมายให้มีผู้

ตัดสินใจแทนเมื่อถึงวาระที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะตัดสินใจเองได้ การปฏิบัติของทีมสุขภาพจะมีความสอดคล้องกับพันธกรรมชีวิตที่ได้ทำไว้ในขณะมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ หรือให้ผู้ที่ผู้ป่วยมอบหมายให้เป็นตัวแทนของตนเป็นผู้ตัดสินใจแทน ซึ่งเป็นการตัดสินใจที่อยู่บนพื้นฐานของหลักจริยธรรมข้อนี้ การที่ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายที่เฉพาะในลักษณะดังกล่าว ทำให้เกิดปัญหาในการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย และปัญหาในการกำหนดว่าใครเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย แต่ในทางปฏิบัติคนในสังคมไทยยังมีความเชื่อมั่นและศรัทธาผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ ดังนั้นจึงมอบความไว้วางใจให้เป็นผู้ตัดสินใจแทน ซึ่งหากทีมสุขภาพไม่เข้าใจไม่เข้าใจถึงคุณค่า ความเชื่อ ทั้งของตนเอง ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ ทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยอย่างแท้จริง การตัดสินใจแทนก็จะเป็นการตัดสินใจที่ไม่สอดคล้องกับคุณค่า ความเชื่อ และความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

1.2 การละเมิดสิทธิผู้ป่วยที่มีความปวด ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักเผชิญกับความปวด ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดมักก่อให้เกิดประเด็นจริยธรรมที่สำคัญ คือการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนถึงการละเมิดหลักจริยธรรมเรื่องการเคารพเอกลิทธิ ทีมสุขภาพจะต้องตระหนักว่าผู้ป่วยเท่านั้นที่จะเป็นผู้ตัดสินใจความปวด แต่ก็พบว่าทีมสุขภาพส่วนหนึ่งประเมินความปวดของผู้ป่วยตามการรับรู้ของตนเอง ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับการรับรู้ของผู้ป่วย นอกจากนี้ทีมสุขภาพจะต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการบรรเทาปวดแต่ละวิธี เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีที่จะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัว

การป้องกันความขัดแย้งที่เกิดจากประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับการเคารพเอกลิทธิของผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถทำได้โดยการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจ หากผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ทีมสุขภาพจะต้องให้อิสระแก่ผู้ป่วยที่จะตัดสินใจ และยอมรับการตัดสินใจนั้น แม้จะไม่เห็นด้วย โดยทีมสุขภาพมีหน้าที่ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย สำหรับกรณี que ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้โดยอิสระ เช่น ผู้ป่วยหมดสติ ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางจิต ฯลฯ ทีมสุขภาพจะต้องค้นหาบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยที่เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยและบุคคลนั้นทำหน้าที่ตัดสินใจแทนร่วมกับทีมสุขภาพ

2. ประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับการทำประโยชน์ (Beneficence) เป็นหลักจริยธรรมที่สนับสนุนว่าการกระทำที่มีจริยธรรมเป็นการกระทำที่บ่งบอกถึงความเมตตา กรุณา ความปรารถนาดี และความเอื้อเฟื้อแก่เพื่อนมนุษย์ หลักจริยธรรมข้อนี้อยู่บนหลักการที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) การทำประโยชน์ ซึ่งประกอบด้วย การป้องกันสิ่งเลวร้ายหรืออันตราย การขจัดสิ่งเลวร้ายหรืออันตราย และการกระทำและการส่งเสริมสิ่งที่ดี 2) การสมดุลระหว่างประโยชน์และอันตราย

ประเด็นจริยธรรมที่เกี่ยวข้องเรื่องนี้ คือ สิ่งที่ดีหรือเป็นประโยชน์นั้นใครเป็นผู้ตัดสินใจ บางกรณีทีมสุขภาพเชื่อว่าการรักษาบางอย่างเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยแต่เป็นการมองจากมุมมองและ

ประสบการณ์ของทีมสุขภาพ ในขณะที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับรู้ว่าเป็นประโยชน์เนื่องจากไม่สอดคล้องกับคุณค่า ความเชื่อ และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งลักษณะการคิดและการกระทำดังกล่าวเรียกว่า การกระทำแบบผู้ปกครอง (paternalism) ซึ่งการกระทำในลักษณะนี้ในทางจริยธรรมถือว่าเป็นการละเมิดเอกลัทธิของผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยตามมุมมองของผู้ตัดสินใจ เนื่องจากการตัดสินใจหรือการกระทำของทีมสุขภาพเกิดจากความตั้งใจที่จะให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย เพราะเชื่อว่าการเจ็บป่วยทำให้ความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจน้อยลง ทีมสุขภาพจึงต้องทำหน้าที่ตัดสินใจแทนเพราะเป็นผู้มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษามากกว่า การตัดสินใจแทนจะทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์มากกว่าแทนที่จะปล่อยให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเอง แต่ผู้ป่วยคิดว่าสิ่งนั้นไม่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง เพราะไม่ได้เป็นการตัดสินใจที่สอดคล้องกับคุณค่า ความเชื่อ และความต้องการที่แท้จริงของตน ประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับการทำประโยชน์สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่

2.1 การบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวด และการพัฒนาคุณภาพชีวิต เป้าหมายที่สำคัญประการหนึ่งในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ การช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยการควบคุมไม่ให้ได้รับความทุกข์ทรมานจากความปวด แต่การที่ทีมสุขภาพมีความรู้ไม่เพียงพอในการจัดการกับความปวดให้แก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะความรู้ความสามารถในการประเมินความปวดและการให้ยาบรรเทาปวด จึงเกิดความกลัวในการให้ยาบรรเทาแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่ไม่สามารถควบคุมความปวดได้ ทำให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่มุ่งเน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

2.2 การยุติการรักษาที่ไร้ประโยชน์ เนื่องจากการรักษาบางอย่างเป็นการรักษาที่สิ้นเปลืองโดยที่ไม่สามารถให้ผู้ป่วยฟื้นชีวิตได้ ถือว่าเป็นการรักษาที่ไร้ประโยชน์ อย่างไรก็ตามในบางกรณีทีมสุขภาพเห็นว่าควรยุติการรักษาในผู้ป่วยบางรายเพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพราะนอกจากจะไม่เป็นประโยชน์ในทางการรักษาแล้ว ยังทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียเศรษฐกิจและเพิ่มภาระการดูแลแก่ครอบครัว แต่ครอบครัวผู้ป่วยกลับเรียกร้องให้แพทย์รักษาต่อด้วยวิธีการต่างๆ ซึ่งทีมสุขภาพก็มักจะยอมทำตามที่ครอบครัวของผู้ป่วยต้องการแม้ว่าจะไม่เห็นด้วยก็ตาม ประเด็นจริยธรรมในลักษณะดังกล่าว ส่วนหนึ่งเป็นผลจากคุณค่า ความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตและความตายที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ จึงทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างคุณค่า (Value conflict) ระหว่างทีมสุขภาพ และผู้ป่วย/ครอบครัว

3. ประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับการไม่ทำอันตราย (Non-maleficence) เป็นหลักจริยธรรมที่สนับสนุนว่าการกระทำที่มีจริยธรรมคือ การไม่นำสิ่งเลวร้ายหรืออันตรายมาสู่บุคคลอื่นทั้งด้านร่างกายและจิตใจไม่ว่าจะโดยทางตรงหรือทางอ้อม รวมทั้งไม่ทำให้บุคคลอื่นเสี่ยงต่ออันตราย กฎเกณฑ์เกี่ยวกับการห้ามบุคคลไม่ให้ทำอันตรายผู้อื่นนับเป็นแกนของคุณธรรม กฎเกณฑ์เหล่านี้

ได้แก่ ห้ามฆ่า ห้ามทำให้ปวด ห้ามทำให้ไร้ความสามารถ ห้ามทำให้ปราศจากความสุข ห้ามจำกัดอิสรภาพ เป็นต้น การไม่ทำอันตรายต่อผู้ป่วยไม่ได้หมายถึงเฉพาะอันตรายด้านร่างกายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการไม่ทำอันตรายต่อผู้ป่วยทั้งด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับการไม่ทำอันตรายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่

3.1 การรักษาที่ยืดชีวิตแต่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและครอบครัว ประเด็นจริยธรรมที่พบเสมอคือ การตัดสินใจว่าการรักษาที่ยืดชีวิตควรยุติเมื่อใดจึงไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย เนื่องจากการยุติการรักษาที่ยืดชีวิต (Life sustaining treatment) ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้นซึ่งส่งผลต่อสภาพจิตใจของครอบครัวผู้ป่วย แต่การรักษาเพื่อยืดชีวิตต่อไปเรื่อยๆ ก็อาจก่อให้เกิดอันตรายหรือผลเสียอื่นๆ ต่อผู้ป่วยและครอบครัวได้แก่ความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการรักษาและเพิ่มภาระการดูแลของครอบครัว

3.2 การให้และงดการให้อาหารและน้ำ มีการวิเคราะห์ประเด็นของการให้อาหารแก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานได้เองจากมุมมองของพุทธศาสนาว่า การให้อาหารต่างจากการรักษาเพราะวัตถุประสงค์ของการให้ต่างกัน กล่าวคือ การรักษามีจุดมุ่งหมายที่จะให้ผู้ป่วยมีสภาพดีขึ้น ถ้าหากรักษาเป็นระยะเวลายาวนานพอสมควรแล้วผู้ป่วยยังมีสภาพเช่นเดิมก็อาจยกเลิกการรักษาได้ แต่การให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วยไม่ได้มีวัตถุประสงค์ที่จะรักษาโดยเฉพาะ ดังนั้นจึงไม่ได้พิจารณาเลือกอาหารเป็นพิเศษ การให้อาหารแก่ผู้ป่วยมีเพียงวัตถุประสงค์เดียวคือการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้เท่านั้น ดังนั้นการหยุดให้อาหารแก่ผู้ป่วยจึงเป็นการผิดจริยธรรมของพุทธศาสนา เพราะเท่ากับเป็นการทำลายชีวิตโดยตรง

4. ประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับความยุติธรรม/เสมอภาค (Justice) ประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับความยุติธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สำคัญคือ จะกระจายทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดความยุติธรรมได้อย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยและราคาแพงซึ่งใช้ในการรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น ประเด็นที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งที่สำคัญคือ จะใช้หลักเกณฑ์ใดในการจัดสรรทรัพยากรที่จำกัดให้เกิดความยุติธรรมสูงสุด นอกจากนี้การรักษาด้วยเทคโนโลยีราคาแพงโดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่หมดหวัง ถือเป็นการรักษาที่ไร้ประโยชน์และเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดอย่างสิ้นเปลืองและไม่ยุติธรรม เพราะทรัพยากรเหล่านี้ควรสงวนไว้สำหรับการรักษาที่จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและสังคม หากทรัพยากรราคาแพงที่มีอยู่อย่างจำกัดได้ถูกใช้ไปกับการรักษาที่ไร้ประโยชน์แล้ว ก็จะส่งผลต่อผู้ป่วยอื่นๆ หรือคนรุ่นหลังที่อาจจะหมดโอกาสในการใช้ทรัพยากรเหล่านั้น

5. ประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับบอกความจริง (Veracity : Telling the truth) การบอกความจริงเป็นหลักการพื้นฐานของการพัฒนาและการคงไว้ซึ่งความเชื่อถือไว้วางใจระหว่างมนุษย์ มนุษย์มีความคาดหวังที่จะได้รับการบอกความจริง เพราะการบอกความจริงเป็นความจำเป็น

พื้นฐานสำหรับการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพในสังคม ดังนั้นบุคคลจึงมีหน้าที่ที่ต้องพูดความจริง ไม่โกหกหรือหลอกลวงผู้อื่น และบุคคลทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการบอกความจริงและไม่ถูกหลอกลวง แม้ว่าการบอกความจริงจะได้รับการยอมรับว่าเป็นการกระทำที่ถูกต้องตามหลักจริยธรรม และที่มสุขภาพมีหน้าที่ที่จะบอกความจริง ไม่โกหกหรือหลอกลวงผู้ป่วย และการบอกความจริงก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยหลายประการ ได้แก่ ช่วยส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับข้อมูลสำหรับการตัดสินใจ และได้รับการเคารพในสิทธิอันชอบธรรมของตนเอง รวมทั้งเกิดความเชื่อถือไว้วางใจในสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับที่มสุขภาพ แต่บ่อยครั้งที่ที่มสุขภาพอาจจะรู้สึกว่าการบอกความจริงในบางสถานการณ์อาจจะไม่ใช่การกระทำที่ถูกต้อง หรือบางครั้งอาจจะรู้สึกว่าการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบอกความจริงที่เกี่ยวกับวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งเป็นข่าวร้าย มักจะก่อให้เกิดปฏิกิริยาทางด้านจิตใจแก่ผู้ที่ได้รับการบอกความจริง

การบอกความจริงแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะข่าวร้ายผู้ป่วยจะต้องประเมินความพร้อมและความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว มีทักษะในการสื่อสาร แม้ว่าในทางปฏิบัติแพทย์เป็นผู้ทำหน้าที่ในการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษา รวมทั้งการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยก็ตาม แต่พบว่าพยาบาลมักไม่สามารถหลีกเลี่ยงการตอบคำถามในประเด็นดังกล่าวแก่ผู้ป่วยได้ ซึ่งทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะทำอย่างไรจึงจะเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย และไม่เกินขอบเขตหน้าที่ของตน ประเด็นจริยธรรมอีกประเด็นหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การให้ยาหลอก (placebo) แก่ผู้ป่วยที่มีความปวด ทั้งๆที่ยาหลอกไม่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาในการบรรเทาปวด และผู้ให้ไม่สามารถบอกความจริงแก่ผู้ป่วยได้ เพราะต้องการให้ผู้ป่วยเชื่อว่าเป็นยาบรรเทาปวดจริง การให้ยาหลอกจึงเป็นการกระทำที่ผิดจริยธรรมเกี่ยวกับการบอกความจริง เหตุผลที่ที่มสุขภาพให้ยาหลอกแก่ผู้ป่วยเนื่องจากกลัวผู้ป่วยติดยา ได้รับยาเกินขนาด กลัวผลข้างเคียงของยาโดยเฉพาะการกดศูนย์หายใจ และบางครั้งเกิดจากความสงสัยหรือไม่เชื่อว่าผู้ป่วยปวดจริง

6. ประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับปกปิดความลับ (Confidentiality) ความลับเป็นข้อตกลงสัญญาและพันธะหน้าที่ที่บุคคลหนึ่งทำกับอีกบุคคลหนึ่ง ในสถานการณ์ที่มีการให้ข้อมูลที่เป็นความลับผู้ที่ได้รับข้อมูลจะถูกคาดหวังให้ทำหน้าที่ปกปิดข้อมูล และใช้ข้อมูลนั้นอย่างเหมาะสม การปกปิดความลับเป็นการปฏิบัติในการเก็บข้อมูลที่เป็นอันตรายหรือน่าอับอายของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ การปกปิดความลับเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความซื่อสัตย์ ซึ่งเป็นหลักการทางจริยธรรมข้อหนึ่งสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทางสุขภาพ การปกปิดความลับยังอาจอธิบายในลักษณะของสิทธิที่ข้อมูลของผู้ป่วยจะนำไปเปิดเผยได้เฉพาะกับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเปิดเผยความลับ ที่มสุขภาพจึงมีหน้าที่ที่จะต้องปกปิดข้อมูล

เหล่านี้เหมาะสม ประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับการปกปิดความลับของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ การเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยแก่ผู้อื่นที่ไม่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยทั้งโดยไม่ได้ตั้งใจและโดยตั้งใจ ข้อมูลบางอย่างเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ต้องการให้ผู้อื่นทราบ เช่นไม่ต้องการให้ครอบครัวทราบว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคใด เช่นโรคเอดส์ ทีมสุขภาพอาจมีคำถามว่าเป็นการเหมาะสมหรือไม่ที่จะปกปิดความลับของผู้ป่วย ในขณะที่คู่สมรสหรือผู้ที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดอาจได้รับอันตรายจากการติดเชื้อ เพราะทีมสุขภาพไม่สามารถเตือนบุคคลเหล่านั้นให้ป้องกันตนเองจากการติดเชื้อได้ จึงเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมระหว่างการปกปิดความลับของผู้ป่วยกับการป้องกันผู้อื่นจากอันตราย ในบางกรณีแม้ว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ได้ป่วยเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ แต่อาจมีข้อมูลบางประเภทที่ไม่ต้องการให้ผู้อื่นรับทราบ แต่ทีมสุขภาพอาจไม่ให้ความสำคัญในการปกปิดข้อมูลดังกล่าว จึงทำให้เปิดเผยความลับของผู้ป่วยโดยไม่ได้ตั้งใจ

ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องมีความร่วมมือประสานงานกันระหว่างทีมสุขภาพ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว อย่างไรก็ตามการทำงานร่วมกันอาจทำให้เกิดประเด็นปัญหาทางจริยธรรมขึ้นได้ ซึ่งพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องตระหนักและไวต่อประเด็นจริยธรรมในเรื่องดังกล่าว เพื่อหาทางป้องกันและตัดสินใจแก้ไขความขัดแย้งที่จะเกิดขึ้น และให้การดูแลที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการจากไปอย่างสงบ

5. ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

จากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และการพัฒนาเครื่องมือจากเทคโนโลยีสมัยใหม่ เข้ามามีส่วนช่วยในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย แต่อาจก่อให้เกิดปัญหาถึงความเหมาะสมที่จะใช้หรือไม่ใช้หรือยุติการใช้เครื่องมือต่างๆในการชะลอหรือยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป ความรู้ด้านกฎหมายเกี่ยวกับแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตจึงมีความจำเป็นสำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในสถานะที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ดังนั้นบทบาทหน้าที่คุ้มครองผู้ที่พึ่งตนเองมิได้ เพื่อป้องกันมิให้เกิดภยันตรายขึ้นโดยที่แม้ผลจะยังไม่เกิด แต่ถ้าการกระทำนั้นมีลักษณะเป็นการทอดทิ้ง และการทอดทิ้งนั้นมีลักษณะก่ออันตรายก็ถือเป็นความผิดได้ตามบทบัญญัติในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 307 ความว่า "ผู้ใดมีหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามสัญญา ต้องดูแลผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้ เพราะอายุ ความเจ็บป่วย กายพิการ หรือจิตพิการ ทอดทิ้งผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้นั้นเสีย โดยประการที่น่าจะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ" และในเรื่องละเมิดตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420 บัญญัติว่า "ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างใดอย่างหนึ่งก็ดี ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิด จำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อ

การนั้น" ซึ่งข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตประกอบด้วย (วิชัย วงศ์ชนะภัย, 2546)

1. สิทธิผู้ป่วย ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายต้องคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยเกี่ยวกับ สิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ผู้รักษา (The right to be informed) รวมทั้งสิทธิที่จะปฏิเสธ การรักษา (The right to refuse treatment) และสิทธิส่วนบุคคล (Right of privacy) โดย รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ให้ความคุ้มครองสิทธิดังกล่าว ตามมาตรา 31 ความว่า "บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย"

โดยหลักกฎหมายแล้วเจ้าของแห่งสิทธิผู้ป่วย คือ ตัวผู้ป่วยเองเท่านั้น ผู้ป่วยเท่านั้นที่มี อำนาจอันชอบธรรมที่จะแสดงสิทธิที่ได้รับการคุ้มครอง เว้นแต่ผู้ป่วยขาดความสามารถตาม กฎหมาย (incompetent) ที่จะแสดงเจตนา เช่น ผู้เยาว์ หรือผู้ที่ไร้ความสามารถ ซึ่งจะต้องมี ผู้ดูแลที่มีอำนาจตามกฎหมายแสดงเจตนาแทน ประเด็นสำคัญอยู่ที่ว่าขณะที่แสดงเจตนา นั้น ผู้ป่วยจะต้องมีสติรู้สึกตัวดี (good consciousness) มีความสามารถในการตัดสินใจโดยที่ผู้ป่วย จะดำเนินการตามสิทธิด้วยตนเองหรือแสดงเจตนาแต่งตั้งตัวแทน (proxy) เพื่อให้ตัดสินใจดำเนินการ ตามสิทธิแทนตนได้ เมื่อตัวแทนได้ดำเนินการแทนผู้ป่วยย่อมมีผลบังคับใช้ได้แม้ผู้ป่วยขาด ความสามารถในการตัดสินใจแล้วก็ตาม

ผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต เมื่อผู้ป่วยไม่มีความสามารถ ตัดสินใจได้ ต้องพิจารณาว่าผู้ป่วยได้แสดงเจตจำนงที่มอบให้ผู้อื่นผู้ใดมีอำนาจตัดสินใจแทน (Surrogate selected by patient) ซึ่งอาจเป็นทายาทหรือไม่ใช่ทายาทก็ได้ ด้วยการแสดง เจตนาชัดแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษร หากไม่ได้แต่งตั้งผู้ใดไว้ ตามประเพณีปฏิบัติสมาชิกใน ครอบครัวหรือญาติจะเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจ ซึ่งทายาทในครอบครัวจะมีลำดับความใกล้ชิด ผู้ป่วยแตกต่างกัน โดยประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ได้บัญญัติเกี่ยวกับลำดับทายาทตาม ลักษณะความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย มาตรา 1629 และมาตรา 1635 กำหนดให้ทายาทโดย ธรรมมีสิทธิได้รับมรดกก่อนหลังดังต่อไปนี้ คือ

1. คู่สมรสและผู้สืบสันดาน (บุตรธิดา)
2. บิดามารดา
3. พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน
4. พี่น้องร่วมบิดาหรือร่วมมารดาเดียวกัน
5. ปู่ ย่า ตา ยาย
6. ลุง ป้า น้า อา

ประเด็นสำคัญคือ ผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยจะต้องแสดงเจตนาใช้สิทธิของผู้ป่วย ตามเจตจำนงของผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยมีความสามารถตัดสินใจได้

2. สิทธิการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ผู้รักษา. องค์กรวิชาชีพต่างๆได้ร่วมกันประกาศสิทธิผู้ป่วยเมื่อปี พ.ศ. 2541 ตามคำประกาศข้อ 3 ที่ว่า "ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพ มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น" เมื่อแพทย์ตรวจพบว่าผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้าย ควรบอกให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติของผู้ป่วยรู้ โดยเฉพาะญาติที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง รวมถึงญาติที่เป็นทายาทใกล้ชิด เช่น คู่สมรส บุตรธิดา บิดามารดา เมื่อทราบความจริงจะได้เตรียมตัวเตรียมใจไว้ก่อน จัดการภาระหน้าที่ที่ค้างอยู่ให้เรียบร้อย และผู้ป่วยอาจจะยังมีสติพอที่จะทำนิติกรรมต่าง ๆ รวมทั้งพินัยกรรมก่อนตายได้ และอาจแสดงเจตนาหรือสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาได้

3. สิทธิปฏิเสธการรักษาหรือสิทธิส่วนบุคคล ตามประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อ 6 ความว่า "ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้" และตามร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 24 บัญญัติไว้ "บุคคลมีสิทธิแสดงความจำนงเกี่ยวกับวิธีการรักษาหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเอง เพื่อกำหนดตายอย่างสงบ และมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์" โดยหลักการของกฎหมายนี้เพื่อให้บุคคลมีสิทธิเลือกตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในบั้นปลายของชีวิต โดยไม่ถูกยืดชีวิตหรือถูกแทรกแซงการตายเกินความจำเป็นและไม่ให้เป็นภาระในทุกๆด้าน โดยให้มีสิทธิแสดงความจำนงล่วงหน้าได้ (Living will)

ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยหรือญาติได้แสดงเจตนาโดยชัดแจ้งว่าปฏิเสธการรักษาโดยการนำผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปรักษาตัวและถึงแก่กรรมที่บ้าน หรือแสดงความประสงค์ไม่ยอมให้ใส่ท่อช่วยหายใจ หรือไม่ยอมรับการทำ CPR เป็นต้น จึงเป็นการแสดงสิทธิปฏิเสธการรักษาด้วยเครื่องมืออุปกรณ์ใดๆ ที่จะช่วยยืดหรือพยุงชีวิต ซึ่งเป็นการใช้สิทธิของผู้ป่วยที่จะขอตายอย่างสงบและตายอย่างมีศักดิ์ศรีตามธรรมชาติ เมื่อผู้ป่วยที่สิ้นหวังได้แสดงเจตจำนงไว้อย่างชัดเจนก่อนที่ทีมสุขภาพจะดำเนินการรักษาให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ทีมสุขภาพพึงยึดหลักการทางวิชาชีพและจริยธรรมมาช่วยในการตัดสินใจ โดยต้องทบทวนประเมินว่าผู้ป่วยหมดหวังที่จะฟื้นจริงหรือ การรักษาที่ให้เพียงพอและเหมาะสมแล้วหรือยัง มีการบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่นที่จะทำให้ผู้ป่วยพ้นจากสภาวะนี้หรือไม่ หากประเมินแล้วผู้ป่วยยังคงอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต แพทย์ต้องอธิบายให้เห็นถึงผลหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการยุติการรักษาให้ญาติผู้ป่วยได้ทราบก่อน หากยังคงได้รับการยืนยันปฏิเสธการรักษาจากญาติผู้ป่วย เมื่อได้ปฏิบัติตามเจตนาของผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยแล้ว ในแง่กฎหมายย่อมถือได้ว่าหมดหน้าที่ที่จะต้องรักษาผู้ป่วยอีกต่อไป แต่ควรถือปฏิบัติดำเนินการตามขั้นตอนและมีหลักฐาน ดังนี้

1. มีหลักฐานที่สามารถให้ความเห็นได้ว่าผู้ป่วยหมดโอกาสฟื้นอีก
2. มีญาติที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่สามารถเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยได้ว่าไม่ต้องการอยู่ในสภาพเช่นนั้น
3. ญาติในข้อ 2 ประสงค์จะรับผู้ป่วยกลับหรือประสงค์ไม่รับการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยต้องเขียนหนังสือแสดงการไม่ยินยอมให้รักษาเป็นหลักฐานไว้

แนวทางปฏิบัติของแพทย์ต่อการตัดสินใจของญาติต่อผู้ป่วย แพทย์เป็นผู้มีหน้าที่รักษาหรือยุติการรักษาผู้ป่วยโดยตรง หากผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่จะแสดงเจตจำนงให้แพทย์ทราบได้ แพทย์มีความจำเป็นตามจริยธรรมที่จะต้องพิสูจน์ความจริงและปกป้องผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมของญาติผู้ป่วย แพทย์ต้องทราบถึงความสัมพันธ์ของญาติกับผู้ป่วยและความเข้าใจของญาติต่อความประสงค์ของผู้ป่วย โดยพิจารณา ดังนี้

1. การตัดสินใจของญาติขัดต่อความปรารถนาของผู้ป่วยหรือไม่ แพทย์สามารถเน้นให้ญาติทราบว่า การตัดสินใจเลือกรักษาต่อหรือการหยุดการรักษานั้นไม่ใช่เพื่อตัวญาติเองแต่เพื่อผู้ป่วย
2. ญาติผู้ป่วยสามารถบอกเหตุผลและความจำเป็นของการตัดสินใจได้หรือไม่
3. ระดับความสัมพันธ์ของญาติกับผู้ป่วยเกี่ยวข้องของเป็นทายาทลำดับเท่าใดตามกฎหมาย ซึ่งโดยหลักแล้วทายาทตามกฎหมายลำดับต้นย่อมมีอำนาจโดยชอบธรรมที่จะตัดสินใจ

กรณีผู้ป่วยไม่ได้ปฏิเสธการรักษาแต่อยู่ในภาวะไม่รู้สึกรู้ตัว หรืออาจรู้ได้บ้างและร้องขอให้หยุดการรักษา เช่น หยุดการใส่ท่อช่วยหายใจ ถอดสายยางต่างๆ เนื่องจากเจ็บปวดทรมาน แต่มิได้ปฏิเสธการรักษาอื่น หากถ้าหยุดทำการรักษาแล้วผู้ป่วยจะต้องตาย หรือกรณีที่ญาติผู้ป่วยเรียกร้องให้แพทย์ยุติการรักษาผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกรู้ตัว โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้ปฏิเสธการรักษาหรือไม่ทราบเจตนาของผู้ป่วยก็ดี ในต่างประเทศจำเป็นต้องนำเรื่องไปให้ศาลตัดสินใจก่อน แพทย์จึงจะตัดสินใจได้ว่าจะหยุดหรือไม่หยุดทำการรักษา แต่ในประเทศไทยจะรอฟังการตัดสินใจของศาลไม่ได้ เพราะยังไม่มีกลไกในการนำคดีสู่ศาล ดังนั้นแพทย์จึงปฏิบัติตามหลักวิชาชีพและจริยธรรม โดยพิจารณาอย่างรอบคอบ ครอบคลุมถึงประเด็นต่างๆ ทางสังคม ศีลธรรม เศรษฐกิจ เป็นกรณีไปตามกาลเทศะและบุคคลนั้น โดยอาศัยข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาดังนี้

1. ผู้ป่วยมีความรู้สึกผิดชอบเพียงใด
2. ผู้ป่วยมีความปรารถนาอย่างไร
3. โอกาสที่จะหายมีมากน้อยเพียงใด
4. ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย รวมทั้งภาระของญาติมากน้อยเท่าใด
5. ความจำเป็นของผู้ป่วยอื่นที่รอเครื่องมือที่มีอยู่จำกัดมีอย่างไร

บางครั้งอาจพบกรณีขัดแย้งทางความคิดในหมู่ญาติของผู้ป่วย ในเรื่องการตัดสินใจยอมรับสภาพความเป็นจริงของวาระสุดท้ายของผู้ป่วย แต่บางตนไม่ยอมรับสภาวะนั้น อาจเกิดจากยังปรับสภาพจิตใจของเองไม่ได้ หรือตั้งความหวังไว้ค่อนข้างสูงว่าผู้ป่วยจะมีโอกาสกลับมาเป็นปกติ หรือมีเรื่องการจัดการทรัพย์สินผลประโยชน์ยังไม่ลงตัวต้องการขยายเวลาการตายออกไป ปัญหาต่างๆ ที่อยู่เบื้องหลังความขัดแย้งนี้ที่มรสุมสภาพคงไม่เข้าไปเกี่ยวข้องด้วย แต่สิ่งสำคัญของความเข้าใจไม่ตรงกันเกิดจากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่เท่าเทียมหรือไม่ต่อเนื่อง แพทย์ผู้รักษาจำเป็นจะต้องบอกกล่าวให้ญาติผู้ป่วยทราบเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง ถึงสภาพของผู้ป่วย การพยากรณ์โรค และหากจำเป็นอาจต้องอาศัยความเห็นของแพทย์ที่ไม่ได้ร่วมรักษา หากไม่สามารถตกลงกันได้ การยุติปัญหาคงต้องพึ่งศาลเพื่อให้พิจารณาตัดสิน โดยจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยจนถึงที่สุดตามวิธีการทางการแพทย์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน จนกว่าจะได้ข้อยุติ

การทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ เมื่อการยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปโดยปราศจากความหวัง ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน สุดท้ายผู้ป่วยก็ต้องตายอย่างไรศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของเขา ฉะนั้นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้นอนอยู่บนเตียงและใช้เครื่องช่วยชีวิตอยู่นั้นถือว่าเป็นชีวิตที่ไม่มีศักดิ์ศรี เครื่องช่วยชีวิตที่แพทย์พยายามนำมาใช้ช่วยชีวิตผู้ป่วยนั้นมิได้เป็นการช่วยชีวิตแต่เป็นการชะลอระยะเวลาตายให้ยาวออกไปเป็นเดือนเป็นปีเท่านั้นเอง (พินิจ รัตนกุล, 2541) ปัญหาดังกล่าวนำมาสู่แนวความคิดในเรื่อง Living will คือให้มีการแสดงความจำนงไว้ล่วงหน้า หรือบางครั้งเรียกว่า Advance Directives คือการระบุแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ไว้ล่วงหน้า ซึ่งในหลายประเทศมีกฎหมายรับรองในเรื่องนี้ สำหรับประเทศไทยได้บัญญัติเรื่องดังกล่าวในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ โดยในมาตรา 24 ได้บัญญัติไว้ว่า "บุคคลมีสิทธิในการแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาล ที่เป็นไปเพียงการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเองเพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์" การกำหนดสิทธิให้บุคคลเลือกที่จะตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นเรื่องที่กำหนดให้บุคคลเลือกที่จะตายอย่างธรรมชาติ ไม่ถูกแทรกแซงด้วยเครื่องมือจากเทคโนโลยีต่างๆ จนอยู่ในภาวะที่เรียกว่า "ฟื้นก็ไม่ได้ ตายก็ไม่ลง" ส่วนข้อความที่กล่าวถึง "ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์" ก็เป็นข้อความที่กฎหมายรัฐธรรมนูญได้บัญญัติรับรองไว้ มาตรา 24 ในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติจึงเป็นการกำหนดหลักการให้แสดงความจำนงไว้ล่วงหน้า ส่วนรายละเอียดจะต้องทำอย่างไรให้เป็นกฎกระทรวงตามมา แต่ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ยังไม่มีผลบังคับใช้ (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2547)

Euthanasia มีรากศัพท์มาจากภาษากรีก (eu+thanathos) แปลว่า good death หมายถึงการให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังที่ทนทุกข์ทรมานจากโรคที่รักษาไม่หาย ได้ตายลงโดยไม่เจ็บปวด เพื่อให้พ้น

จากความทุกข์ทรมานนั้น หรือ การทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ หรือเรียกว่า การุณยฆาต (mercy killing) โดยแบ่งตามวิธีการกระทำเป็น 2 ประเภท คือ (วิชัย วงศ์ชนะภัย, 2546)

1. Active euthanasia (การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ) หมายถึง การที่แพทย์ ฉีดยา ให้ยา หรือกระทำโดยวิธีการอื่น ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยตายโดยตรง

2. Passive euthanasia (การปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ) หมายถึง การที่ แพทย์ยอมหรือปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายโดยไม่ให้การรักษา (withholding treatment) หรือ ยกเลิกการรักษาที่ช่วยหรือยืดชีวิต (withdrawing treatment) ของผู้ป่วยไว้ เช่น ไม่ทำการผ่าตัด รักษาผู้ป่วยที่สิ้นหวัง ไม่ให้ยา หรือไม่ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อยืดเวลาตาย หรือไม่รักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นด้วย เป็นต้น รวมถึงคำสั่งไม่ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ "DNR หรือ NR" (do not resuscitate หรือ no resuscitation) หมายถึง คำสั่งไม่ต้องช่วยหัวใจที่หยุดเต้นและการหายใจที่หยุดทำงานของผู้ป่วยที่สิ้นหวังให้กลับมาทำงานอีก แต่ทั้งนี้แพทย์ยังคงให้การรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยหายจากความเจ็บปวดและลดความทุกข์ทรมาน รวมทั้งการรักษาที่พึงให้ตามปกติแก่ผู้ป่วยที่ใกล้ จะตาย

หลักการพิจารณา Euthanasia เป็นประเด็นปัญหาที่ได้รับการพิจารณาอย่างกว้างขวาง ทั้งด้านกฎหมาย จริยธรรม และปรัชญา โดยประเทศต่าง ๆ ยอมรับเรื่อง Euthanasia ในระดับที่ ต่างกันแต่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของสิทธิตามรัฐธรรมนูญ (Constitutional rights) แม้รัฐธรรมนูญของประเทศต่างๆ จะไม่ได้กำหนดสิทธิที่จะตาย (Right to die) แต่สิทธิดังกล่าวมีรากฐานมาจากสิทธิ ส่วนตัว โดยองค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึงเรื่องสิทธิที่จะตายไว้ว่า "ปัญหาเกิดขึ้นเสมอเมื่อ ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดหรือจากการที่เป็นคนไร้ สมรรถภาพ ซึ่งเขามีความปรารถนาแน่วแน่ที่ต้องการจะตายในสถานการณ์เช่นนั้นเป็นที่ยอมรับ กันว่า แม้แพทย์จะไม่มีเจตนาทำลายชีวิตผู้ใด แพทย์ก็ควรจะทำตามหน้าที่ที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วย สบายใจว่าเขาจะตายโดยไม่เจ็บปวด และมีศักดิ์ศรีของมนุษย์ ทั้งๆที่แพทย์รู้อยู่แล้วว่าวิธีการช่วย ผู้ป่วยนั้นอาจเป็นการเร่งให้ผู้ป่วยสิ้นชีวิตเร็วขึ้นก็ตาม สิทธิที่จะตายอาจแสดงให้เห็นได้บ่อย ใน กรณีผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งแพร่กระจายทั่วแล้วพยายามจะฆ่าตัวตาย ทำให้เกิดปัญหาขึ้นกับแพทย์ ว่า จะพยายามประคับประคองชีวิตผู้ป่วยไว้ทุกวิถีทางโดยไม่คำนึงถึงค่าใช้จ่ายและขีดความ ประสงค์ของผู้ป่วย หรือควรปล่อยให้เหตุการณ์ดำเนินไปไปตามวิถีทางของธรรมชาติ"

กรณี Passive euthanasia ในทางปฏิบัติประเทศต่างๆ เช่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ ออสเตรเลีย แคนาดา ฝรั่งเศส เดนมาร์ก สวีเดน อิสราเอล และเยอรมัน เป็นต้น ได้ยอมรับใน เรื่อง Passive euthanasia โดยผู้ป่วยต้องแสดงเจตนาหรือสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา

สำหรับกรณีของ Active euthanasia ประเทศเนเธอร์แลนด์เป็นประเทศแรกที่มีกฎหมายรองรับให้แพทย์สามารถทำให้คนไข้ที่สิ้นหวังจบชีวิตตามคำขอได้โดยชอบด้วยกฎหมาย ซึ่งบังคับใช้เฉพาะกับพลเมืองในประเทศเนเธอร์แลนด์ แต่กำหนดเงื่อนไขดังนี้

1. สภาพของผู้ป่วยต้องสิ้นหวัง ไม่มีหนทางใด ๆ ที่จะรักษาได้ และไม่สามารถฟื้นทนต่อทุกซ์ทรมานที่เป็นอยู่ได้อีกต่อไป
2. ต้องมีการบอกกล่าวและร้องขอโดยผู้ป่วยที่ต้องมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และให้ความยินยอมเต็มที่
3. ต้องมีความเห็นร่วม (Second opinion) โดยแพทย์ที่ไม่มีส่วนในการรักษาผู้ป่วยหรือเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (Independent doctor)
4. แพทย์จะต้องทำรายละเอียดเป็นลายลักษณ์อักษรถึงคณะกรรมการตรวจสอบ (The Review Committee).

สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกา มีเพียงรัฐโอเรกอนเท่านั้นที่มีกฎหมาย (The Oregon death with dignity act) ยอมให้อำนาจแก่แพทย์จิตอาสาช่วยให้ผู้ป่วยที่ไม่มีทางรอดและได้ร้องขอให้ช่วยจบชีวิตตายอย่างสงบ โดยมีหลักเกณฑ์คล้ายกับกฎหมายของประเทศเนเธอร์แลนด์ และบังคับใช้เฉพาะกรณีพลเมืองที่อยู่ภายในรัฐโอเรกอนเท่านั้น นอกจากนี้ในประเทศออสเตรเลียมีกฎหมายของรัฐ Northern Territory เรียกว่า Rights of the terminally ill act ว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่จะให้แพทย์ยุติชีวิตของตน โดยกฎหมายระบุให้ใช้ potassium chloride ฉีด กฎหมายนี้ใช้ได้ไม่ถึงปีมีผู้ใช้สิทธิเพียง 4 คนก่อนที่จะถูกยกเลิก

สำหรับในบริบทของกฎหมายไทย ยังไม่พบว่ามีนักกฎหมายท่านใดให้คำรับรองได้ว่าถ้าแพทย์ปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยที่สั่งไว้เป็นลายลักษณ์อักษรแล้วจะไม่ต้องรับผิดชอบตามกฎหมาย หรือในทำนองกลับกันถ้าแพทย์ฝ่าฝืนต่อคำสั่งดังกล่าวแล้วต้องรับผิดชอบตามกฎหมาย แม้ว่ารัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันจะได้บัญญัติคุ้มครองและรับรองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เนื่องจากในประเทศไทยยังไม่มีการตีตัวอย่างที่มีข้อโต้แย้งในทางคดีความอย่างชัดเจนเกิดขึ้น ผู้ที่สนใจเรื่องนี้จำนวนหนึ่งจึงเห็นว่าควรจะมีการออกกฎหมายรับรองในเรื่องนี้ให้ชัดเจน เช่น กำหนดรูปแบบและเงื่อนไขในการแสดงเจตนาของผู้ป่วย (Living will) ที่กฎหมายยอมรับให้แพทย์ต้องปฏิบัติตามได้ โดยที่คนส่วนหนึ่งซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ในกลุ่มที่ศึกษาเห็นว่า ควรจะมีการทำคำสั่งในลักษณะดังกล่าวได้โดยควรจะมีกฎหมายรับรองด้วย (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2548)

ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต นอกจากได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายที่จะไม่ถูกทอดทิ้งจนเกิดอันตรายแก่ชีวิต สิทธิผู้ป่วยก็เป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญโดยเฉพาะสิทธิปฏิเสธการรักษาและสิทธิที่จะตายของผู้ป่วยที่สิ้นหวัง เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความลำบากใจในทางปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วยและญาติ แม้ว่ายังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนหากทีมสุขภาพได้ปฏิบัติ

ตามหลักวิชาชีพและจริยธรรมโดยพิจารณาอย่างรอบคอบแล้ว ย่อมไม่มีผู้ใดตกเป็นจำเลยแห่งคดี และเมื่อ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติมีผลบังคับใช้ การปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

6. การวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม

การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการวิจัยที่ทำในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ มีเป้าหมายเพื่อหาความจริงโดยการพิจารณาปรากฏการณ์จากสภาพแวดล้อมตามความจริงในทุกมิติ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น ใช้วิธีการศึกษาและเครื่องมือในการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย แต่เครื่องมือที่สำคัญในการเก็บข้อมูล คือ ตัวนักวิจัยเอง การวิจัยแบบนี้มีการออกแบบที่ยืดหยุ่น ดำเนินการศึกษาและทำการวิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปนัย คือไม่ด่วนตั้งสมมติฐานก่อนลงมือเก็บข้อมูลในภาคสนาม การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นกระบวนการที่สามารถดำเนินไปพร้อมกันได้ในสนาม การวิเคราะห์เริ่มจากการพินิจวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างละเอียด จนมองเห็นแนวคิดที่มีความหมายจากข้อมูลและเห็นความเชื่อมโยงของแนวคิดเหล่านั้น จนนักวิจัยสามารถสรุปเป็นคำอธิบาย แนวคิด หรือทฤษฎีเบื้องต้นได้ การวิจัยเชิงคุณภาพมุ่งตีความเพื่อทำความเข้าใจความหมายของพฤติกรรม หรืออธิบายปรากฏการณ์ในทัศนะของผู้ที่ถูกรศึกษา โดยมีจุดยืนอยู่บนบริบทของปรากฏการณ์หรือของคนที่ถูกศึกษาเหล่านั้น (ชาย โพธิ์สิตา, 2547; นิสา ชูโต, 2545; ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2548; สุภางศ์ จันทวานิช; 2543)

ลักษณะเชิงกลยุทธ์สำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวความคิดของ Patton (1990) และ LeCompte and Schensul (1999a) (อ้างถึงใน ชาย โพธิ์สิตา, 2547) ได้แก่

1. เป็นการวิจัยที่ทำในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ (Natural setting) เป็นสถานการณ์ที่ไม่มีการดัดแปลงหรือไม่มีการจัดการโดยนักวิจัย เป็นสถานการณ์ที่เป็นอยู่และดำเนินไปตามธรรมชาติ

2. ใช้ตรรกะแบบอุปนัยเป็นหลัก (Inductive approach) การทำวิจัยแบบอุปนัย (inductive) คือ การทำวิจัยที่เริ่มต้นจาก "สิ่งที่จำเพาะเจาะจง" ไปสู่ "สิ่งที่ทั่วไป" (from the particular to the general) สิ่งที่จำเพาะเจาะจงในที่นี้คือ ข้อมูลซึ่งได้มาจากประชากรตัวอย่างที่เลือกมาโดยเฉพาะจำนวนหนึ่ง สิ่งทั่วไปคือ ข้อสรุปในรูปของคำอธิบายหรือกรอบแนวคิดทฤษฎี ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้ทั่วไปกับประชากรและสถานการณ์ในวงกว้างมากกว่าที่ถูกเลือกมาเพื่อการวิจัยนั้น การเริ่มต้นจากข้อมูลไปสู่การหาข้อสรุปทั่วไปเช่นนี้เป็นรูปแบบของการทำวิจัยเชิงคุณภาพขนานแท้ ในการดำเนินการแบบอุปนัยนักวิจัยอาศัยเพียงคำถามและวัตถุประสงค์การวิจัยที่ชัดเจนเป็นแนวทางในการเก็บข้อมูลในสนาม จากนั้นเมื่อได้ข้อมูลมาพอสมควรแล้วจึงตั้งสมมติฐานเพื่อ "คล่าทาง" ทิศทางในการหาคำตอบสำหรับคำถามในการวิจัยหรือหาคำอธิบาย โดยการพิสูจน์และปรับสมมติฐานซ้ำแล้วซ้ำอีกกับข้อมูลที่เก็บมาในกระบวนการทำงานภาคสนาม

จนกระทั่งสมมติฐาน “ อยู่ตัว ” คือ “ ไม่ถูกทำลาย ” โดยข้อมูลที่รวบรวมมาใหม่อีกต่อไป ถึงจุดนี้นักวิจัยก็พร้อมที่จะสรุปหรือตีความ เพื่อหาคำอธิบายเชิงแนวคิดหรือทฤษฎีทั่วไปที่จะได้ใช้กับประชากรหรือบริบทที่คล้ายกันนอกเหนือจากที่นำมาศึกษา

3. เน้นการทำความเข้าใจแบบเป็นองค์รวม (Holistic perspective) องค์รวมหมายถึง การที่ส่วนต่างๆ ของระบบมีความสัมพันธ์กันแบบหลายมิติต่อกันภายในบริบทที่ระบบนั้นเป็นอยู่ การทำความเข้าใจขององค์รวมโดยสาระสำคัญก็คือการค้นหามีส่วนประกอบอะไรบ้างภายในระบบนั้น และส่วนต่างๆ เหล่านั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างไร การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการรวบรวมข้อมูลหลายมิติของปรากฏการณ์ที่ศึกษา เพื่อให้ได้ภาพรวมที่สมบูรณ์และเกิดความเข้าใจรอบด้าน ในทางปฏิบัตินักวิจัยต้องถือว่าแต่ละส่วน แต่ละกรณี แต่ละเหตุการณ์ ภายในระบบที่ศึกษานั้น ไม่เพียงแต่มีความหมายในตัวเองเท่านั้น แต่ยังมีความสัมพันธ์อย่างมีความหมายกับส่วนอื่นๆ ที่ไม่สามารถแยกจากกันได้

4. ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก (Qualitative data) โดยทั่วไปข้อมูลเชิงคุณภาพ หมายถึง ข้อมูลทุกรูปแบบที่เป็นข้อความ (text) อยู่ในรูปของคำพูด หรือที่ไม่ได้อยู่ในรูปของตัวเลข ยังรวมถึงข้อมูลข่าวสารที่อยู่ในรูปอื่นด้วย เช่น แถบบันทึกเสียง (บทสัมภาษณ์ เพลงดนตรี) และแถบบันทึกภาพ (ภาพยนตร์ ภาพวิดีโอ) ที่สื่อข้อมูลอย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งนักวิจัยสามารถใช้ประโยชน์ในการศึกษาได้ ที่มาของข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ การทำงานในภาคสนาม (fieldwork) ซึ่งนักวิจัยมีการติดต่อโดยตรงกับกลุ่มประชากรตัวอย่างเป็นเวลานาน ทำการรวบรวมข้อมูลจากสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ

5. นักวิจัยติดต่อโดยตรงกับกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย (Direct contact with participants) ภารกิจสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การเข้าไปอยู่ในสนามและเรียนรู้สิ่งที่ต้องการศึกษาโดยตรง การเข้าไปมีความสัมพันธ์โดยตรงกับกลุ่มประชากรเป้าหมายของการวิจัย เป็นโอกาสที่ดีที่สุดที่นักวิจัยจะได้สัมผัสกับเหตุการณ์หรือพฤติกรรมที่ศึกษาด้วยตนเอง ในขณะที่สิ่งเหล่านั้นกำลังเกิดขึ้นและดำเนินไปอย่างเป็นธรรมชาติภายในบริบทของสิ่งที่ศึกษาอย่างแท้จริง

6. ให้ความสำคัญแก่พลวัตของสิ่งที่ศึกษา (Dynamic perspective) การวิจัยเชิงคุณภาพมองปรากฏการณ์ที่ศึกษาว่าเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง แต่เคลื่อนไหวและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งนักวิจัยสามารถทำได้เฉพาะในช่วงเวลาที่มีการวิจัยครอบคลุมถึงเท่านั้น ด้านนอกกรอบเวลาที่ทำการศึกษาออกไปสิ่งนี้นักวิจัยจะทำได้อาจเป็นเพียงการเสนอแบบแผนพลวัตของปรากฏการณ์เท่านั้น ทั้งนี้เพราะสถานการณ์ที่ศึกษาเปลี่ยนแปลงไปอยู่ตลอดเวลา

7. ให้ความสำคัญแก่การศึกษาเฉพาะกรณี (Unique case orientation) การวิจัยเชิงคุณภาพมุ่งทำความเข้าใจในทางลึกมากกว่าทางกว้าง ซึ่งนักวิจัยจำเป็นต้องเก็บรายละเอียดของข้อมูลอย่างรอบด้านมีความจำเป็นที่จะต้อง “ ฝ่าสังเกตุการณ์ ” สิ่งที่ศึกษาอยู่เป็นเวลานาน

(extended fieldwork) และนักวิจัยต้องให้ความสำคัญแก่การศึกษากรณีที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญคือการได้ความรู้ความเข้าใจในทางลึกและอย่างเป็นองค์รวมเกี่ยวกับประเด็นที่ศึกษา ความละเอียดลุ่มลึกของการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นได้มาจากการศึกษากรณีที่เฉพาะเจาะจงจำนวนน้อย มากกว่าที่จะมาจากการศึกษากรณีจำนวนมากๆ

8. ให้ความสำคัญแก่บริบทของสิ่งที่ศึกษา (Context sensitivity) การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการวิจัยที่เน้นการเข้าถึงความหมายของผู้กระทำ (Actor's meaning) เรียกว่า emic หรือความหมายในทัศนะของผู้กระทำ จะมีความหมายที่ดีที่สุดก็เฉพาะในบริบทที่ศึกษา หรือสิ่งแวดล้อมที่เขาอาศัยอยู่เท่านั้น การให้ความสำคัญแก่บริบทที่ศึกษานักวิจัยต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบริบทอย่างเพียงพอ เพื่อประกอบการตีความข้อค้นพบและข้อเสนอของนักวิจัยเอง บริบทอาจเป็นเรื่องของสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม ศาสนา ความเชื่อ และขนบธรรมเนียม เป็นต้น

9. มีความยืดหยุ่นในการออกแบบการวิจัย (Design flexibility) การออกแบบการวิจัยเชิงคุณภาพไม่ใช่สิ่งกำหนดไว้ตายตัวตั้งแต่เริ่มต้นเก็บข้อมูล แต่สามารถยืดหยุ่นได้ตามความจำเป็น トラบเท่าที่การยืดหยุ่นนั้นเป็นไปเพื่อการเข้าถึงข้อมูลที่ดีและน่าเชื่อถือได้มากกว่า และトラบเท่าที่ไม่ได้ทำให้วัตถุประสงค์และเป้าหมายของการวิจัยเปลี่ยนไปอย่างสิ้นเชิง

10. ใช้เครื่องมือหลายอย่างในการเก็บข้อมูล แต่นักวิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุด (Researcher as an important research instrument) การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการศึกษาในแนวลึกมากกว่าแนวกว้าง จำเป็นที่นักวิจัยต้องได้ข้อมูลหลายชนิดและได้รายละเอียดเพียงพอเกี่ยวกับประเด็นการศึกษา นักวิจัยจึงมักจะใช้หลายวิธีเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการรวบรวมข้อมูลเอกสาร มีจุดมุ่งหมายเพื่อการเข้าถึงข้อมูลหลายชนิดและเพื่อลงลึกในประเด็นที่ศึกษา

การใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพในการแสวงหาความรู้ความจริงทางสังคมเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์และสังคม ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก โลกทัศน์ ความหมาย การตีความ การเรียนรู้ของมนุษย์ในบริบทของวัฒนธรรม ฯลฯ ซึ่งมีความสลับซับซ้อนและเป็นพลวัต มนุษย์เท่านั้นที่จะเข้าใจกันเองถ้าเข้าไปใกล้ชิดอยู่กับสภาพการณ์นั้นๆนานเพียงพอ และเกิดการเรียนรู้เข้าใจได้ด้วยวิธีการสังเกต สัมภาษณ์ สนทนา ค้นหาความจริงจากบุคคลและจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง มีคำหลายคำที่หมายถึงการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา การวิจัยเชิงมานุษยวิทยา การวิจัยเชิงธรรมชาติ การวิจัยภาคสนาม การวิจัยเชิงศึกษาชีวิตประจำวันบุคคล การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา การวิจัยศึกษาแบบเฉพาะกรณี การวิจัยแบบสนทนากลุ่ม เป็นต้น ชื่อเหล่านี้แม้จะแตกต่างกันและรายละเอียดของการดำเนินการที่ต่างกันไปบ้าง แต่ในแง่ของแนว

ทางและวิธีดำเนินการหลักๆแล้วไม่แตกต่างกันมากนัก และทั้งหมดอยู่ในกลุ่มการวิจัยเชิงคุณภาพ (ชาย โพธิสิตา, 2547; นิศา ชูโต, 2545)

การศึกษาค้นคว้าวิจัยเลือกใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม เนื่องจากเป็นการศึกษาถึงความหมายของการตายดีจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ การสนทนากลุ่มเป็นวิธีที่ช่วยเก็บข้อมูลจากตัวอย่างจำนวนหลายคนทำให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย ในกลุ่มสนทนานั้นสมาชิกในกลุ่มจะเกิดความรู้สึกว่าตัวเองมีอำนาจ (empowered) เพราะไม่ได้เผชิญหน้าอยู่กับผู้วิจัยเพียงลำพัง ความรู้สึกเช่นนี้จะทำให้สมาชิกของกลุ่มมีความมั่นใจที่จะพูดและแสดงความคิดเห็น รวมถึงการอยู่ในกลุ่มคนที่มีคุณสมบัติพื้นฐานบางประการคล้ายกัน (Homogeneous group) เช่น อายุใกล้เคียง มีประสบการณ์ชีวิตคล้ายกัน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความมั่นใจที่จะแสดงความคิดเห็นของตนเอง ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มเป็นข้อมูลที่เกิดจากการมีปฏิริยาต่อกันของสมาชิกในกลุ่มผ่านการพูดคุยโต้ตอบกันภายใต้สถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ ทำให้มั่นใจได้ในความถูกต้องแม่นยำ ความน่าเชื่อถือ และความหลากหลายของข้อมูล (ชาย โพธิสิตา, 2547)

การสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่มได้เริ่มนำมาใช้ในปี ค.ศ.1914 โดย Robert Merton ซึ่งได้เชิญผู้ฟังรายการวิทยุมาร่วมวงสนทนาเพื่อประเมินการจัดรายการ ต่อมาได้มีการนำเทคนิคการสนทนากลุ่มไปใช้ในการวิจัยทางการตลาดเพื่อรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจ และมูลเหตุจูงใจของผู้บริโภคที่มีต่อสินค้า (บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์, 2547) ได้มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในทางการศึกษาทางด้านสังคมศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ และกำลังเป็นที่นิยมในการวิจัยทางการแพทย์ (Reed and Payton, 1997) การสนทนากลุ่มแปลมาจากภาษาอังกฤษซึ่งมีการใช้คำที่แตกต่างกัน ได้แก่ Focus group interview, Focus group, Focus group discussion, Group indepth Interview ส่วนภาษาไทยที่นิยมใช้ได้แก่ การสัมภาษณ์กลุ่ม และการสนทนากลุ่ม วงการสังคมศาสตร์ของไทยเริ่มรู้จักการสนทนากลุ่มเมื่อกว่า 20 ปีมาแล้ว เมื่อ John Knodel และคณะ นำเอาวิธีการนี้มาใช้ในการศึกษาเพื่ออธิบายการลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทย ในราวปี พ.ศ. 2526 (ชาย โพธิสิตา, 2547) การสนทนากลุ่มเป็นเทคนิคในการวิจัยที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากการมีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่มในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) ต้องมีความชัดเจนในปรากฏการณ์นั้นๆ ซึ่งการสนทนากลุ่มเป็นวิธีการวิจัยที่จำเป็นต้องใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างมาก 2) การเก็บรวบรวมข้อมูลได้มาจากการสนทนาและการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม 3) ผู้วิจัยต้องเป็นที่ยอมรับและมีบทบาทอย่างมากในจัดกลุ่มสนทนาให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนาให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Morgan, 1996)

การสนทนากลุ่ม หมายถึง การวางแผนในการพูดคุยแลกเปลี่ยน สันทนากันอย่างรัดกุม โดยมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ ความรู้สึก ทศนคติ และความคิดรวบยอดของกลุ่มในการสนทนา เพื่อศึกษาในประเด็นที่สนใจ (Kahan, 2001) การสนทนากลุ่มเป็นการรวมบุคคลที่มีประสบการณ์เดียวกันมาร่วมกันสนทนาพร้อมๆ กันเพื่อที่จะค้นหาหรือรวบรวมความรู้สึก หรือความคิดของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มว่าคิดอย่างไร มีความรู้สึกอย่างไรในผลผลิต หรือการบริการ (Krueger and Casey, 2000)

การสนทนากลุ่มเป็นเทคนิคการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากกลุ่มบุคคลที่มีภูมิหลัง และคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน ทั้งในด้านภูมิหลังทางสังคม ความรู้ และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่นำมาสนทนากลุ่ม โดยกลุ่มบุคคลเหล่านั้นจะมาร่วมวงสนทนาแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันในลักษณะของการสนทนาที่เรียกว่า "จับเขาคคุยกัน" กล่าวคือเป็นการสนทนาอย่างอิสระ และแสดงความคิดเห็นตามมุมมองที่แท้จริงของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม โดยมีผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Moderator) เป็นผู้ตั้งประเด็นคำถาม เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มหรือผู้ร่วมสนทนาได้ให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ขณะสนทนากลุ่มจะมีผู้จดบันทึกการสนทนากลุ่ม (Note taker) โดยบันทึกคำสนทนาอย่างละเอียด บันทึกบรรยากาศระหว่างการสนทนากลุ่ม บันทึกพฤติกรรมและสีหน้าท่าทางของผู้ร่วมการสนทนากลุ่ม นอกจากนี้มีผู้คอยให้บริการ (Provider) 1-3 คน สำหรับบริการความสะดวกแก่ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม และจัดเตรียมสิ่งเอื้ออำนวยสำหรับการสนทนากลุ่ม (บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์, 2547) ในกลุ่มสนทนานั้นสมาชิกในกลุ่มจะเกิดความรู้สึกว่าตัวเองมีอำนาจ (empowered) เพราะไม่ได้เผชิญหน้าอยู่กับนักวิจัยเพียงลำพัง ความรู้สึกเช่นนี้จะทำให้สมาชิกรู้สึกไม่ประหม่ามีความมั่นใจที่จะพูดและแสดงความคิดเห็นต่างจากการเผชิญหน้าแบบตัวต่อตัวกับนักวิจัยในการสัมภาษณ์ทั่วๆ ไป ความรู้สึกนี้จะได้รับการตอกย้ำจากข้อเท็จจริงที่ว่าทุกคนที่อยู่ในกลุ่มนั้นมีลักษณะบางอย่างร่วมกัน เช่น อายุรุ่นราวคราวเดียวกัน มีอาชีพหรือประสบการณ์ชีวิตคล้ายคลึงกัน และส่วนมากอาจเป็นคนที่รู้จักหรือคุ้นหน้ากันอยู่แล้ว การตระหนักในข้อเท็จจริงเช่นนี้จะทำให้สมาชิกกลุ่มมั่นใจและรู้สึกไม่เกร็งประหม่าที่จะแสดงความคิดเห็นอย่างเปิดเผยต่อหน้าผู้อื่นที่ตนไม่มีความคุ้นเคย (ชาย โพธิสิตา, 2547)

ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่มเป็นการวิจัยที่ต้องการทรัพยากรสนับสนุนที่จำเป็นทั้งด้านเวลา พหุสวรค์ ความสามารถ และงบประมาณ สิ่งเหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์กัน โดยการสนทนากลุ่มมีขั้นตอนในการสนทนากลุ่ม 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน 2) การหาผู้เข้าร่วมสนทนา 3) การดำเนินการสนทนากลุ่ม และ 4) การวิเคราะห์และรายงานผล (Morgan, 1998) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning)

เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญในการสนทนากลุ่ม เพราะการที่จะประสบความสำเร็จในการสนทนากลุ่มหรือไม่ขึ้นอยู่กับวางแผนในขั้นแรก คือ ต้องมีการกำหนดประเด็นหรือหัวข้อในการวิจัยที่ต้องการคำตอบจากการสนทนากลุ่ม และมีการวางแผนในเรื่องต่อไปนี้ ได้แก่ วัตถุประสงค์และผลลัพธ์ที่ต้องการจากการสนทนากลุ่ม ระบุบทบาทของผู้ให้การสนับสนุน ระบุบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องในการทำงาน วางแผนตารางเวลาสำหรับการทำงาน กำหนดคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมการสนทนา จัดเตรียมสถานที่วันเวลาที่ทำการสนทนากลุ่ม วางแผนการวิเคราะห์ วางแผนการรายงานผล ซึ่งลักษณะและประเภทของคำถามตามรูปแบบการจำแนกการสร้างแนวคำถามของ Krueger and Casey (2000) ได้แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่

1) คำถามเปิดการสนทนา (Opening questions) เป็นคำถามง่าย ๆ ทั่วไป ช่วยให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มได้มีโอกาสพูดทุกคนในเวลาอันรวดเร็ว และช่วยให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มรู้สึกสบาย ไม่เป็นคำถามที่ทำให้รู้สึกถึงความแตกต่างกันในกลุ่ม เช่น ระดับการศึกษา เป็นต้น

2) คำถามเกริ่น (Introduction Questions) เป็นคำถามแนะนำหัวข้อในการสนทนา เพื่อให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มเชื่อมโยงความคิดของตนกับหัวข้อการสนทนา เป็นคำถามปลายเปิดที่ให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มบอกถึงความรู้สึก ความเข้าใจเกี่ยวกับหัวข้อในการสนทนา เป็นการเปิดโอกาสให้เล่าประสบการณ์ของตนเอง

3) คำถามเข้าสู่ประเด็น (Transition questions) เป็นการเปลี่ยนการสนทนาเข้าสู่ประเด็นหลักที่สนใจศึกษา เป็นคำถามที่เชื่อมโยงกับคำถามเกริ่นกับคำถามหลักในการสนทนา แต่เป็นคำถามที่ลึกกว่าคำถามเกริ่น ช่วงนี้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มจะตระหนักว่ามองเห็นประเด็นนี้เป็นอย่างไ

4) คำถามหลัก (Key questions) เป็นคำถามหลักที่ใช้ในการศึกษา จะมีคำถามประมาณ 2-5 คำถาม ให้เวลาในการอภิปรายกลุ่มอย่างเพียงพอ คือประมาณ 10-20 นาที และผู้ดำเนินการสนทนาต้องมีการหยุดและใช้คำถามเจาะลึกเมื่อได้ข้อคำตอบในประเด็นที่ต้องการ ซึ่งคำถามหลักจะใช้เวลาประมาณครึ่งหนึ่ง หรือหนึ่งในสามของการสนทนา

5) คำถามจบการสนทนา (Ending questions) คำถามนี้จะช่วยปิดการอภิปรายและเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มแสดงความคิดเห็นของตนเกี่ยวกับประเด็นที่สนทนากันมาอีกครั้ง คำถามจบการสนทนามี 3 ชนิด

5.1) คำถามที่ช่วยกันพิจารณาทั้งหมดอีกครั้ง (All-things-considered questions) เป็นคำถามที่ช่วยอภิปรายว่าสิ่งที่พูดมาอะไรที่สำคัญที่สุด ต้องการให้ทำอะไรมากที่สุด และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ความกระจ่างในเรื่องดังกล่าว จะมีประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการแปลความ หรือให้นำนักข้อมูล

5.2) คำถามสรุป (The summary questions) เป็นคำถามที่ถามหลังจากดำเนินการสนทนากลุ่มได้สรุปสิ่งที่ได้ในการสนทนากลุ่มใช้เวลา 2-3 นาที และถามผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มว่าข้อสรุปที่ได้เพียงพอหรือไม่

5.3) คำถามสุดท้าย (The final questions) มีวัตถุประสงค์เพื่อประกันว่าได้วิเคราะห์สรุปผลการสนทนากลุ่มเรียบร้อยแล้ว เช่น ถามว่าเราได้ลิ้มอะไรไปหรือไม่ หรือมีอะไรที่เราควรจะคุยกันแต่ไม่ได้คุยหรือไม่ หรือเป็นคำถามที่ถามถึงทักษะการเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มว่าเป็นอย่างไร โดยผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มต้องถามด้วยความจริงจังด้วยรอยยิ้ม และบอกจุดประสงค์ว่าต้องการที่จะปรับปรุงในการสนทนากลุ่มครั้งต่อไป รวมแล้วจะใช้เวลาประมาณ 10 นาที

โดยมีวิธีการสร้างแนวคำถามตามรูปแบบของ Krueger and Casey (2000) 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. การระดมสมอง (Brainstorming) โดยมีการจัดกลุ่มในการสนทนา โดยให้มีจำนวนผู้เข้าร่วมสนทนาประมาณ 4-6 คน ซึ่งมีความแตกต่างในพื้นฐานส่วนบุคคล เช่น เป็นผู้ชำนาญการในเรื่องที่ต้องการศึกษา เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการสนทนากลุ่ม หรือเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่ต้องการศึกษา ทำการสนทนาประมาณ 1-2 ชั่วโมง โดยเริ่มจากการทบทวนจุดประสงค์ในการศึกษาวิจัย โดยให้ผู้เข้าร่วมสนทนาตั้งใจฟังและให้ผู้เข้าร่วมสนทนาแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นคำถามที่จะใช้ โดยให้มีผู้จดบันทึก 1 ราย และมีการพูดคุยเกี่ยวกับข้อคำถามที่เสนอมาโดยไม่จำเป็นต้องแยกชนิดของข้อคำถาม

2. การจัดกลุ่มข้อความของคำถาม (Phrasing the question) การจัดกลุ่มข้อความของคำถาม และการจัดลำดับข้อคำถาม (Sequencing the question) มักจะทำเวลาเดียวกัน โดยผู้วิจัยเริ่มคัดเลือกข้อคำถามที่รวบรวมได้ทั้งหมด และเริ่มแยกคำถามตามที่มีประเด็นหลักในการศึกษาและจัดคำถามที่เหมาะสมในการสนทนากลุ่ม และสร้างแนวคำถามขึ้นจากประเด็นหลักที่รวบรวมได้ในการสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ 1 โดยสร้างเป็นคำถามที่มีลักษณะ ดังนี้

1) เป็นคำถามปลายเปิด ช่วยให้ผู้ร่วมสนทนาสามารถบอกเรื่องราวได้อย่างกว้างขวาง ไม่ปิดกั้น และควรระวังคำถามปลายเปิดที่มีลักษณะปิดกั้นคำตอบ เช่น ลักษณะคำถาม "ราคาเท่าไร" เป็นต้น และควรมีการเปรียบเทียบระหว่างข้อคำถามที่มีคล้ายคลึงกันและเลือกข้อคำถามที่สามารถให้ผู้เข้าร่วมสนทนาสามารถอธิบายได้มากกว่า

2) เป็นคำถามที่ช่วยให้ผู้นำร่วมสนทนาเกิดความคิด กระตุ้นให้คิด หรือทำให้ผู้ร่วมสนทนาสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างกว้างขวาง เช่น "กรุณาแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ....."

3) หลีกเลี่ยง การใช้คำถามว่า "ทำไม" เนื่องจากเป็นคำถามที่ทำให้ผู้เข้าร่วมสนทนา รู้สึกว่าตนเองผิด หรือทำไม่เหมาะสม

4) ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามที่เข้าใจง่าย มีความชัดเจน ไม่คลุมเครือหรือทำให้เกิดความสับสน ใช้คำพูดเหมือนบุคคลในวงสนทนาหรือใช้ภาษาท้องถิ่น และใช้น้ำเสียงในการถามเหมือนการสนทนาดังตามปกติ

5) ควรระมัดระวังในการยกตัวอย่าง เนื่องจากในการศึกษาประเด็นที่ต้องการศึกษาเป็นเรื่องที่กว้าง แต่หากมีการยกตัวอย่างจะทำให้ผู้เข้าร่วมการสนทนายึดติดกับตัวอย่าง และไม่ได้ข้อมูลในด้านอื่นๆ เพิ่มเติม

3. การจัดลำดับข้อคำถาม (Sequencing the question) เรียงลำดับตามความสำคัญของคำถาม โดยเริ่มด้วยคำถามที่ทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจง เป็นคำถามง่ายๆหลีกเลี่ยงการใช้คำถามหลักในการเริ่มต้น จนไปถึงคำถามที่เฉพาะเจาะจงตามประเด็นที่สนใจศึกษา ซึ่งมีข้อควรคำนึงถึงในการเรียงลำดับข้อคำถาม ดังนี้

1) ควรใช้คำถามเชิงบววก่อนคำถามเชิงลบ ซึ่งในการใช้ข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบเพื่อให้ผู้เข้าร่วมสนทนาสามารถแสดงความคิดเห็นได้ทั้ง 2 ด้าน และในการจัดลำดับข้อคำถามเชิงบววก่อนเชิงลบ เพื่อให้การสนทนาเป็นไปอย่างสะดวกและราบรื่น เพราะในการแสดงความคิดเห็นในทางบววก่อน ย่อมมีผู้ที่มีความคิดเห็นไม่ตรงกัน หรือไม่เห็นด้วย ก็จะพยายามที่จะแสดงความคิดเห็นของตนออกมา ซึ่งง่ายต่อผู้ดำเนินการสนทนาในการให้ผู้เข้าร่วมการสนทนาแสดงความคิดเห็นเชิงลบต่อไป

2) ใช้คำถามที่ไม่บอกใบ้ก่อนคำถามที่บอกใบ้ ในการถามคำถามที่ไม่บอกใบ้ก่อนเพื่อให้คำตอบที่ได้มีหลากหลายประเด็น และเกิดการพิจารณาถึงประเด็นต่างๆ ที่ได้ทั้งหมด เพื่อนำไปสู่ประเด็นที่กลุ่มสนทนาสนใจและเห็นว่ามีความสำคัญ และเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ซึ่งพบว่าบ่อยครั้งที่ประเด็นที่กลุ่มสนทนาให้ความสนใจมากๆ มักจะเป็นประเด็นที่สำคัญด้วย

4. กำหนดระยะเวลาในแต่ละข้อคำถาม (Estimating time for question) ควรมีการกำหนดระยะเวลาในการถามแต่ละคำถาม โดยในการทำกลุ่มสนทนาแต่ละครั้งควรใช้ระยะเวลาประมาณ 1 ½ ถึง 2 ชั่วโมง ในการกำหนดระยะเวลาในแต่ละข้อคำถาม มีข้อควรคำนึงดังนี้

1) ข้อคำถามควรเป็นคำถามที่มีความสมบูรณ์ ควรมีปรับข้อคำถามให้เหมาะสมไม่ควรใช้ข้อคำถามหลายๆคำถามเพื่อให้ได้คำตอบในประเด็นที่ต้องการเพียงประเด็นเดียว โดยอาจรวบข้อคำถามเหล่านั้นให้สามารถถามเพียงคำถามเดียว แล้วได้คำตอบตามประเด็นที่ต้องการได้

2) ประเภทของข้อคำถาม โดยคำถามคำถามเปิดการสนทนาและคำถามเกริ่นไม่ควรใช้เวลามาก ควรใช้เวลากับคำถามหลักให้มากกว่า

3) การจัดกลุ่มผู้เข้าร่วมการสนทนาที่มีความรู้ความชำนาญ ในกลุ่มที่มีผู้มีความรู้ความชำนาญจะใช้เวลาค่อนข้างมากในการสนทนา เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีความรู้ความชำนาญน้อยกว่า เช่น ควรใช้ข้อคำถาม 10 ข้อในกลุ่มที่มีความรู้ความชำนาญ และใช้คำถาม 14 ข้อในกลุ่มที่มีความรู้ความชำนาญน้อยกว่า

4) ขนาดของกลุ่มสนทนา ในกลุ่มที่มีขนาดใหญ่หรือมีผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนา มากก็ จะใช้ระยะเวลาในการสนทนา มากกว่ากลุ่มที่มีผู้เข้าร่วมการสนทนา น้อย

5) ระดับของการสนทนาที่ผู้วิจัยต้องการในแต่ละข้อคำถาม ถ้าผู้วิจัยต้องการ ข้อมูลในเชิงลึกในข้อคำถามนั้นๆ ก็จะใช้เวลามากกว่าข้อคำถามที่ไม่ต้องการข้อมูลในเชิงลึก

5. การนำข้อคำถามให้ผู้อื่นตรวจสอบ (Getting Feedback from Others) เมื่อได้แนว คำถามเสร็จสิ้นแล้ว ส่งคำถามไปยังกลุ่มที่ช่วยในการระดมสมองเพื่อทบทวนข้อคำถามต่างๆว่า เป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่อย่างไร ข้อคำถามช่วยให้ได้ข้อมูลในประเด็นต่างๆครอบคลุม หรือไม่ เข้าใจข้อคำถามหรือไม่ ข้อคำถามทำให้เกิดความสับสนหรือไม่ ยังขาดประเด็นใดในการถามอีกหรือไม่

6. นำข้อคำถามไปทดลองใช้ (Testing The Question) ก่อนนำข้อคำถามไปใช้ควรมีการ ทดสอบ โดยนำคนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มที่จะศึกษานำมาถามด้วยแนวคำถาม โดยให้เขา ช่วยบอกใน 2 ประเด็น

1) เป็นคำถามที่มีความยากง่ายในการถามอย่างไร คำถามสั้นไหล หรือไม่ ข้อ คำถามซ้ำไปซ้ำมาหรือไม่ ง่ายในการเขียนหรือไม่ หากมีข้อสงสัย ขอให้ช่วยแนะนำคำถามที่ง่าย ขึ้นในการนำไปสนทนา

2) คำถามทำให้เกิดความสับสนหรือไม่ ยาวไปหรือไม่ ชัดเจนหรือไม่ ถ้าไม่ชัดเจน ช่วยบอกคำถามที่ง่ายขึ้น

หลังจากทดสอบแล้วให้นำไปใช้ในการสนทนากลุ่มที่ 1 ได้เลย ไม่จำเป็นต้องทำ Pilot Study เนื่องจากสิ้นเปลืองและยุ่งยาก ถ้าผลที่ได้จากการสนทนากลุ่มที่ 1 ไม่ดี ให้นำข้อคำถาม กลับไปทบทวนอีกครั้ง ก่อนนำมาใช้ในการสนทนากลุ่มที่ 2 และก่อนการจบการสนทนากลุ่มที่ 1 ให้ผู้ร่วมสนทนาช่วยบอกเกี่ยวกับคำถาม ว่าทำให้เกิดความสับสนหรือไม่ เข้าใจยากหรือไม่ (Kruger and Casey, 2000)

ขั้นที่ 2 การหาผู้เข้าร่วมสนทนา (Recruiting)

ขณะที่ทำการหาผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มต้องระบุประชากรเป้าหมาย ตั้งคุณสมบัติที่ เหมาะสมในการเลือกผู้เข้าร่วมการสนทนา พิจารณาจากเกณฑ์คุณสมบัติของผู้ที่จะเข้าร่วม สนทนากลุ่ม ประเด็นที่ควรคำนึงในการกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติของผู้ร่วมสนทนากลุ่มคือ ความ คล้ายคลึงในด้านภูมิหลังความรู้และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่สนทนากลุ่มให้มีความ

คล้ายคลึงกัน (Homogeneous) ไม่ใช่เพื่อจุดประสงค์ให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มได้แสดงความคิดเห็นไปในแนวทางเดียวกันในทุกๆ เรื่องที่นำมาสนทนากลุ่ม แต่จุดประสงค์ที่สำคัญคือ ให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มไม่รู้ลึกประหม่า กล้าที่จะแสดงความคิดเห็น ทั้งในลักษณะที่คล้อยตามหรือลักษณะการมองต่างมุมกับผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เพราะหากผู้ร่วมสนทนากลุ่มมีคุณสมบัติที่ต่างกันมาก เช่น ผู้ร่วมสนทนากลุ่มที่มีการศึกษาค่ำกว่ารู้สึกด้อยหรือไม่กล้าแสดงความคิดเห็น เพราะเกรงว่าจะไม่ได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมเข้าสนทนา กลุ่มที่มีการศึกษาค่ำกว่าก็มักจะแสดงความคิดเห็นในลักษณะให้การสนับสนุนหรือคล้อยตามผู้ร่วมสนทนาที่มีการศึกษาสูงกว่า (บุญใจ ศรีสถิตินรากร, 2547)

ในการหาผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มมีวิธีการหาผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม 7 วิธี ได้แก่ (Kruger and Casey, 2000)

1. การเลือกจากรายชื่อ (The list) เป็นวิธีการคัดเลือกที่รวดเร็ว เนื่องจากได้รายละเอียดหรือข้อมูลพื้นฐานได้ง่าย เนื่องจากจะมีบันทึกของแต่ละองค์กร แต่ข้อมูลต้องมีความทันสมัย
2. การเลือกแบบ "Piggyback" (Piggyback focus group) เป็นการสนทนากลุ่มที่จัดขึ้นระหว่างเหตุการณ์หนึ่งที่ไม่ทำให้รบกวนจุดประสงค์หลักของเหตุการณ์นั้น เช่น จัดระหว่างว่างจากการประชุม ระหว่างมื้ออาหาร เป็นต้น
3. การคัดเลือกโดยใช้สถานที่ (On location) เป็นการจัดสนทนากลุ่มตามสถานที่ที่ผู้มีความรู้ลักษณะตามที่ต้องการมารวมตัวอยู่ เช่น ศูนย์การค้า สวนสาธารณะ สวนสัตว์ เป็นต้น
4. การคัดเลือกจากการเสนอชื่อ (Nominations) เป็นการคัดเลือกที่เหมาะสมจะทำการสนทนากลุ่มในชุมชน ผู้วิจัยจะมีความรู้ของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มอยู่แล้วจึงสอบถามบุคคลที่เป็นกลางที่จะให้รายชื่อบุคคลที่มีความรู้ตามที่ผู้วิจัยต้องการได้ได้แก่ พ่อค้า พระภิกษุ เป็นต้น
5. การคัดเลือกจาก Services (Screening/Selection service) การให้บริการนี้จะอยู่ตามเมืองใหญ่ทั่วประเทศใช้ในการวิจัยด้านธุรกิจการตลาด มีการแบ่งตามลักษณะทางสังคมประชากร แต่จะมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าคัดเลือกกลุ่มทางโทรศัพท์
6. การคัดเลือกจากการสุ่มทางโทรศัพท์ (Random telephone screening) นิยมใช้ในการวิจัยทางการตลาด โดยการเลือกเบอร์โทรศัพท์จากสมุดโทรศัพท์และโทรศัพท์ตามถึงคุณสมบัติที่ต้องการ
7. ประกาศในหนังสือพิมพ์หรือบอร์ดประกาศ (Ads or Announcements in Newspaper and Bulletin Boards) นิยมใช้ในการวิจัยทางการตลาดและจะมีค่าตอบแทนเป็นเครื่องกระตุ้นการติดต่อกลับเพื่อเป็นผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

เมื่อเลือกวิธีการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการสนทนาเสร็จแล้ว กลุ่มควรมีขนาดที่พอเหมาะไม่เล็กและไม่ใหญ่จนเกินไป ขนาดที่พอเหมาะนั้นโดยทั่วไปควรมีผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มประมาณ 6-8 คน กลุ่มที่เล็กเกินไปอาจทำให้การอภิปรายและข้อมูลที่ได้จำกัดอยู่กับความคิดของคนจำนวน

น้อยเกินไปอาจไม่กว้างพอ แต่กลุ่มที่มีขนาดใหญ่เกินไปก็อาจมีปัญหาในการจัดการพลวัตของกลุ่ม ทำให้การมีส่วนร่วมในการอภิปรายกระจายไปไม่ทั่วถึงเท่าที่ควร การสนทนากลุ่มที่ใหญ่มากก็อาจใช้เวลามากเกินไป ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมกลุ่มนั้นควรคัดเลือกไว้มากกว่าจำนวนที่ต้องจริงๆ 1 หรือ 2 คน เพื่อสำรองในกรณีที่บางคนอาจติดภารกิจกะทันหันไม่สามารถเข้าร่วมในการสนทนาได้ (ชาย โพธิสิตา, 2547) ซึ่ง Krueger and Casey (2000) กล่าวว่าจำนวนของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจน แต่ถ้าเป็นการสนทนากลุ่มด้านการตลาดควรมีจำนวนผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มประมาณ 10-12 คน ถ้าเป็นการสนทนากลุ่มอื่น ๆ ควรมีจำนวนผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม 6-8 คน แต่ไม่ควรเกิน 10 คน สำหรับจำนวนกลุ่มที่จะทำการสนทนา Morgan (1996) กล่าวว่าควรมีจำนวนกลุ่มการสนทนา 4 – 6 กลุ่ม แต่ในการพิจารณาว่าจะมีจำนวนกลุ่มสนทนาก็กลุ่มนั้นขึ้นอยู่กับความอิ่มตัวของข้อมูล (Saturated) เป็นหลัก ซึ่งความอิ่มตัวของข้อมูลหมายถึงการที่ได้รับข้อมูลหรือข้อคิดเห็นอย่างเพียงพอและไม่ได้รับข้อมูลใหม่ๆ เพิ่มเติมขึ้นมาอีก หลังจากการสนทนากลุ่มแรกเสร็จแล้ว กลุ่มต่อไปจะได้ข้อมูลใหม่ๆ เพิ่มขึ้นมาเพียงเล็กน้อย ซึ่งผู้ดำเนินการสนทนาจะสามารถคาดเดาได้ถึงการสนทนาต่อไปของผู้เข้าร่วมการสนทนา แต่ในการเพิ่มจำนวนกลุ่มการสนทนายังมีความจำเป็นหากข้อมูลที่ได้ยังไม่มี ความอิ่มตัว

ขั้นที่ 3 ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Moderating)

ในการดำเนินการสนทนากลุ่มควรใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง ผู้ดำเนินการสนทนาจะเป็นผู้นำและกำกับการณ์การสนทนาให้ดำเนินไปตามหัวข้อการวิจัยและตามแนวทางการสนทนากลุ่ม แต่สามารถยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ของกลุ่มพิจารณาถึงความเหมาะสม (Denzin and Lincoln, 1994) โดยมีขั้นตอนการสนทนากลุ่ม ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

1. เตรียมการสนทนากลุ่ม โดยเตรียมความพร้อมทางด้านต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น และเตรียมความพร้อมของทีมงานในการสนทนากลุ่ม รวมทั้งสถานที่ และอุปกรณ์ต่างๆ ในการสนทนากลุ่ม
2. เมื่อเริ่มการสนทนากลุ่ม เมื่อผู้ร่วมการสนทนากลุ่มมาถึงสถานที่สนทนาครบแล้ว ผู้วิจัยกล่าวต้อนรับผู้ร่วมการสนทนากลุ่มด้วยน้ำเสียงและสีหน้าที่เป็นมิตร และสร้างบรรยากาศให้อบอุ่น
3. กล่าวแนะนำคณะผู้วิจัย ทีมงาน และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่มโดยผู้วิจัยได้กล่าวแนะนำคณะผู้วิจัย และทีมงานทุกคน แนะนำผู้ร่วมการสนทนากลุ่มให้รู้จักกัน อาจสร้างกิจกรรมกลุ่มสร้างความคุ้นเคย ชี้แจงประเด็น วัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่ม ประโยชน์ที่ได้รับจากการสนทนากลุ่ม รวมทั้งเหตุผลที่พิจารณาคัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้มาร่วมการสนทนาในประเด็นหรือหัวข้อเรื่องที่ศึกษา เพื่อให้ผู้ร่วมการสนทนายรู้สึกเป็นเกียรติที่ตนได้รับการ

คัดเลือก และควรขออนุญาตในการบันทึกการสนทนาโดยผู้บันทึกการสนทนาและการบันทึกโดยใช้เครื่องบันทึกเสียงรวมทั้งขอถ่ายภาพการสนทนากลุ่ม

4. ขณะสนทนากลุ่มผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มควรต้องกระทำบทบาทของตนในฐานะเป็นผู้นำการสนทนากลุ่มอย่างมีประสิทธิภาพ โดยคุณสมบัตินี้ของผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม มีดังนี้ (Kruger, 1998)

1) มีความเข้าใจในกระบวนการกลุ่ม ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มต้องมีความรู้ มีทักษะทางด้านกระบวนการกลุ่มหรือได้รับการอบรมเพื่อใช้ในการดำเนินการอภิปรายกลุ่ม ควบคุมกลุ่มเมื่อผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มพูดคุยก่อนนอกประเด็น หรือพยายามเข้าสู่ประเด็นเดิมโดยผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มไม่รู้ตัว และต้องเป็นบุคคลที่รักษาเวลาในการสนทนา

2) มีความอยากรู้อยากเห็นเกี่ยวกับหัวข้อที่ทำการสนทนา และอยากรู้ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมการสนทนา ไม่เป็นผู้เมินเฉย ไม่ใช้คำพูดเยาะเย้ยถากถาง สามารถแก้ไขสถานการณ์คับขันได้ในขณะสนทนา สามารถติดตามคำถามและเจาะลึกเมื่อต้องการข้อมูลในประเด็นนั้นได้ตลอดการสนทนา

3) มีทักษะในการสื่อสาร สามารถสื่อสารได้อย่างกระชับชัดเจน ทั้งการพูดและการเขียนเพื่อไม่ให้เกิดความสับสนในการถามคำถามในการสนทนา

4) มีความเป็นมิตรและมีอารมณ์ขัน และควรจะมีอยู่เสมอเพื่อเป็นการเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดำเนินการสนทนาและผู้เข้าร่วมการสนทนา

5) สนใจในผู้เข้าร่วมการสนทนา ต้องเป็นผู้ที่ชอบอยู่กับผู้คน มีความเป็นมิตรให้กับทุกคนให้เกียรติซึ่งกันและกัน

6) ใจกว้างยอมรับความคิดเห็นใหม่ๆ ต้องเป็นผู้ยอมรับในการแสดงความคิดเห็นใหม่ๆ ต้องเปิดใจยอมรับ ไม่ควรปิดกั้นคำแนะนำต่างๆ

7) มีทักษะในการฟัง ให้ความสนใจในการฟังไม่ยั่วเย้าผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มให้ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มสามารถพูดได้อย่างอิสระ

5. การสิ้นสุดการสนทนากลุ่มกล่าวขอบคุณผู้ร่วมการสนทนากลุ่ม และมอบของที่ระลึกแก่ผู้ร่วมการสนทนากลุ่ม เพื่อเป็นการแสดงความขอบคุณต่อผู้ร่วมการสนทนากลุ่มที่ได้ให้ความสนใจที่เป็นประโยชน์ต่อประเด็นที่สนทนากลุ่ม

6. จัดเตรียมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ โดยการนำเทปที่ได้จากการบันทึกการสนทนากลุ่ม การจดบันทึกรายละเอียดต่างๆเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม เก็บรวบรวมไว้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นต่อไป

ขั้นที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูล (Analying)

ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการสนทนากลุ่ม ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ต้องการ ซึ่งควรจัดบันทึกไว้เพื่อเขียนรายงานการวิจัย ไม่ควรที่จะวิเคราะห์ถึงรายละเอียดปลีกย่อยซึ่ง Goldman และ McDonald (1987 อ้างใน Fern, 2001) กล่าวว่าควรพิจารณาวิเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญ โดยคำนึงถึง 1) จุดประสงค์ในประเด็นที่ทำการสนทนากลุ่ม 2) ความหนักแน่นหรือความรุนแรงของความรู้สึกที่เกิดขึ้น 3) เหตุผลเบื้องหลังที่ทำให้เกิดความรู้สึกเช่นนั้น 4) การสนทนาที่มีความมั่นใจหรือทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดี 5) การสนทนาที่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง และประเภทในการวิเคราะห์ข้อมูลขึ้นอยู่กับที่จะนำข้อมูลผลการศึกษาที่ได้ไปใช้อย่างไร ซึ่งMorgan(1998) กล่าวว่าการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มไม่มีวิธีใดที่ดีที่สุดหรือถูกต้องเหมาะสมที่สุด ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การวิจัยและข้อมูลที่ได้มา ควรมีการจัดประเภทข้อมูลตามความเข้าใจ มีการแปลความและสรุปผลให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ในการวิจัยเชิงคุณภาพจะทำการวิเคราะห์ให้เร็วที่สุดในกลุ่มแรก และมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบความหลากหลายของข้อมูลเพื่อใช้ในการสนทนาครั้งต่อไป โดยส่วนใหญ่ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้วิจัยจะเป็นผู้ถอดเทปและปรับข้อคำถามเพื่อให้ข้อคำถามเจาะลึกในการสนทนากลุ่มครั้งต่อไป

กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีองค์ประกอบหลักๆ อยู่ 3 ประการ (Miles and Huberman, 1994 อ้างถึงใน ชาย โพธิสิตา, 2547) คือ

1. การจัดระเบียบข้อมูล (Data organizing) เป็นกระบวนการจัดการด้วยกรรมวิธีต่างๆ เพื่อให้ข้อมูลเป็นระเบียบทั้งในด้านกายภาพและในทางด้านเนื้อหา พร้อมทั้งจะแสดงและนำเสนออย่างเป็นระบบได้ หรือการทำข้อมูลหลายประเภทซึ่งมาจากหลายแหล่งวิธีการ เช่น ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ข้อมูลจากการสังเกต ให้อยู่ในรูปของเอกสารที่เป็นระเบียบและเป็นระบบสามารถเรียกมาใช้ได้สะดวก และตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือได้ง่าย

2. การแสดงข้อมูล (Data display) เป็นกระบวนการนำเสนอข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในรูปของการพรรณนา อันเป็นผลมาจากการเชื่อมโยงข้อมูลที่จัดระเบียบแล้วเข้าด้วยกัน ตามกรอบแนวคิดที่ใช้วิเคราะห์เพื่อบอก “เรื่องราว “ ของสิ่งที่ศึกษาและตามความหมายของข้อมูลซึ่งได้ถูกจัดระเบียบไว้ดีแล้ว “พูด” ออกมา

3. การหาข้อสรุป การตีความ และการตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำตรงของผลการวิจัย (Conclusion, interpretation and verification) เป็นกระบวนการการหาข้อสรุปและการตีความหมายของผลหรือข้อค้นพบที่ได้จากการแสดงข้อมูล รวมถึงการตรวจสอบว่าข้อสรุป/ความหมายที่ได้นั้นมีความถูกต้องแม่นยำตรงน่าเชื่อถือเพียงใด ข้อสรุปและสิ่งที่ตีความออกมานั้นอาจจะอยู่ในรูปของคำอธิบาย กรอบแนวความคิด หรือทฤษฎีเกี่ยวกับเรื่องที่ทำกรวิเคราะห์นั้น

ทั้งสามอย่างนี้องค์ประกอบอย่างแรก คือ การจัดระเบียบข้อมูลนั้น อาจเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของการวิจัยคือ ก่อนการเก็บข้อมูล ระหว่างการเก็บข้อมูล และหลังจากการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ส่วนองค์ประกอบอีกสองอย่างที่เหลือคือการแสดงข้อมูลกับการหาข้อสรุปและการตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำนั้น เป็นสิ่งที่นักวิจัยควรเริ่มทำตั้งแต่ขั้นตอนที่กำลังเก็บข้อมูลอยู่ และควรทำต่อเนื่องไปจนถึงตอนที่เก็บข้อมูลเสร็จแล้ว การวิเคราะห์จะสิ้นสุดก็ต่อเมื่อนักวิจัยได้เขียนและปรับปรุงรายงานการวิจัยจนเป็นที่พอใจแล้ว

โดยการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถวิเคราะห์ได้ตามข้อมูลที่ได้อาจได้แก่ (Morgan, 1998; Kruger and Casey, 2000)

1. วิเคราะห์ข้อมูลจากบทสนทนาที่ถอดออกมาเป็นตัวอักษร (Transcript based) การวิเคราะห์ข้อมูลแบบนี้จะทำโดยการถอดเทปทั้งหมดควบคู่กับบันทึกการสนทนา และบันทึกภาคสนาม โดยการพิมพ์ทุกคำพูดในการสนทนาที่ละคนสลับกัน เมื่อผู้ดำเนินการสนทนาพูดจะพิมพ์เป็นตัวหนา และเว้นที่ด้านขอบไว้จดบันทึกหลังหรือจัดกลุ่ม รวมแล้วจะได้บทสนทนาจากการถอดเทปประมาณ 30-50 หน้า ในการสนทนาดังกล่าวจะใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมงจะใช้เวลาในการถอดเทปประมาณ 8-12 ชั่วโมง หลังจากนั้นใช้ปากกาสีต่างๆ (marking pen) ทำเครื่องหมายสิ่งที่ได้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยหรือใช้กรรไกรตัดเพื่อแบ่งเป็นหมวดหมู่ก็ได้ และวิเคราะห์เปรียบเทียบสิ่งที่เหมือนกันและแตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม

2. วิเคราะห์ตามการบันทึกเสียงในเทป (Tape based-abridged transcript) การวิเคราะห์ตามเทปจะใช้เวลาน้อยกว่าการวิเคราะห์จากบทสนทนาที่ถอดออกมาเป็นตัวอักษร แต่จะได้จำนวนหน้าประมาณ 15-30 หน้าเท่านั้น และความน่าเชื่อถือของข้อมูลขึ้นอยู่กับการฟังของผู้ถอดเทป โดยจะใช้ข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น ส่วนอื่นที่ไม่มีความสัมพันธ์หรือข้อมูลที่ซ้ำๆจะตัดออก ซึ่งผู้ที่ใช้การวิเคราะห์แบบนี้ได้จำเป็นต้องอยู่ในทีมการวิจัยด้วย

3. วิเคราะห์ตามการจดบทสนทนา (Note based) ข้อดีของการวิเคราะห์แบบนี้คือจะมีความไวมากกว่าวิธีอื่น แต่ความน่าเชื่อถือขึ้นอยู่กับความสามารถในการจดบันทึกการสนทนา เพราะฉะนั้นผู้บันทึกการสนทนาต้องมีความตั้งใจ และจดจ่ออยู่กับการสนทนาดูตลอดเวลา เนื่องจากผู้วิจัยต้องทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามบันทึกการสนทนา อาจมีองค์ประกอบอื่นช่วยในการจดได้ เช่น การอัดเสียง หรือการบันทึกวีดิทัศน์ เพื่อให้การบันทึกการสนทนากระจำขึ้น

4. วิเคราะห์ตามความทรงจำ (Memory based) การวิเคราะห์ด้วยวิธีนี้เหมาะสำหรับผู้เชี่ยวชาญหรือมืออาชีพเท่านั้น เพราะต้องอาศัยทักษะ ศักยภาพ และประสบการณ์อย่างมาก ในการเป็นผู้ดำเนินการสนทนาดูและเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูล หลังจากเสร็จสิ้นการสนทนาดู

ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มต้องหาที่สงบเพื่อที่จะร่างโครงร่างการสนทนากลุ่มอย่างคร่าวๆ และสรุปข้อมูลทั้งหมดออกมาจากความทรงจำในภายหลัง

หลังจากเลือกข้อมูลที่จะใช้ในการวิเคราะห์แล้ว การวิเคราะห์ข้อมูลขั้นต่อไปที่นิยมใช้กันมากคือ เทคนิคการตัดปะ (Scissors and sort technique หรือ cut and paste technique) (Stewart and Shamdasani, 1990) เป็นการทำเครื่องหมายหรือใช้สัญลักษณ์ในข้อมูลของผู้เข้าร่วมการสนทนาแต่ละคนแต่ละกลุ่ม จัดหมวดหมู่โดยพิจารณาความเหมือนความแตกต่างของข้อมูลที่ได้และวิเคราะห์เนื้อหาตามประเด็นที่ต้องการ ซึ่งการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เป็นการวิเคราะห์ที่เหมาะสมกับการสนทนากลุ่มอย่างหนึ่ง เนื่องจากการวิเคราะห์เนื้อหามีข้อดีคือสิ่งที่สังเกตได้มีความเหมือนหรือเกิดขึ้นซ้ำๆ นำไปสู่การตีความสรุปได้ในที่สุด ซึ่ง Janis (1965, cited in Stewart and Shamdasani, 1990) ได้แบ่งชนิดของการวิเคราะห์เนื้อหาเป็น 3 ชนิดคือ

1. การวิเคราะห์เนื้อหาตามความเป็นจริง (Pragmatical content analysis) เป็นการวิเคราะห์ตามสาเหตุ ผลกระทบที่เกิดขึ้น และเน้นว่าทำไมจึงพูดเช่นนั้น ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความพอใจในผลผลิตของผู้บริโภค ความเชื่อในกลุ่มเพื่อนวัยรุ่นที่มีผลกระทบต่อการแพร่กระจายเชื้อเอดส์ เป็นต้น

2. การวิเคราะห์โดยการให้ความหมายของคำ (Semantical content analysis) เป็นการวิเคราะห์ค้นหาความหมาย เช่น ใช้ในการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนพรรคิ์พับลิแกน หรือเดโมแครตในสหรัฐอเมริกา เป็นต้น แบ่งเป็น 3 ชนิด ได้แก่

- 2.1 Designation analysis เป็นการวิเคราะห์โดยการดูความถี่ที่แน่นอน เช่น บุคคล สถาบัน แนวคิด เป็นต้น โดยการนับอย่างง่าย

- 2.2 Attribution analysis เป็นการวิเคราะห์โดยการนับตามลักษณะเฉพาะ หรือตามคำบรรยายเป็นการนับอย่างง่ายเช่นเดียวกัน แต่เน้นที่คำคุณศัพท์ คำกริยาวิเศษณ์ คำอธิบาย วลี มากกว่าคำพูดทั้งหมด

- 2.3 Assertions analysis เป็นการวิเคราะห์เจาะจงในบางสิ่ง เป็นการรวมการวิเคราะห์สองชนิดข้างต้นไว้ด้วยกัน เช่น การวิเคราะห์โดยใช้สิ่งที่ต้องการรู้เป็นหลัก (Matrix) โดยสิ่งที่เราต้องการอยู่ในแนวนอนคำบรรยายอยู่ในแนวตั้ง เป็นต้น

- 3 การวิเคราะห์โดยใช้เครื่องหมาย (Sign-vehicle analysis) ใช้ในการวิเคราะห์ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงของจิตใจที่มีผลกระทบต่อร่างกาย (Psychophysical) เช่น หาความกดดันของนายจ้างที่มีผลกระทบทางอารมณ์ของพนักงาน เป็นต้น

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

Guba and Lincoln (1989) ได้กล่าวถึงการพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลการวิจัยคุณภาพไว้ 4 ประการ คือ

1. ความเชื่อถือได้ (Credibility) โดยใช้เทคนิคการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยใช้หลากหลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำมาตรวจสอบว่าตรงกันหรือไม่ เช่น การตรวจสอบจากสิ่งที่สังเกตได้ การบันทึกภาคสนาม และข้อมูลที่ได้จากการสังเกต เป็นต้น
2. การถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) โดยการที่ให้ผู้อ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาแล้วสามารถเข้าใจเรื่องราว ตรวจสอบติดตาม และมองเห็นภาพของประสบการณ์ดังกล่าวเหมือนเกิดขึ้นจริงกับตนเอง ซึ่งเรียกว่า "Audit trail"
3. การใช้เกณฑ์พึ่งพาอื่นๆ (Dependability) โดยการใช้หลากหลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Multiple methods of data collection) ซึ่งมีการเชื่อมโยงข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกตเข้าไว้ด้วยกัน รวมถึงข้อมูลที่ได้จากเอกสารต่าง ๆ เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง
4. การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) ซึ่งความสามารถในการยืนยันจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อการวิจัยนั้นผ่านเกณฑ์ทั้ง 3 ด้านแล้ว และทำการตรวจสอบความสามารถในการยืนยัน โดยมีการตรวจสอบจากข้อมูลดิบ ได้แก่ เทปบันทึกการสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม และการบันทึกประจำวันว่ามีความสอดคล้องกัน ตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบการพัฒนาข้อสรุป การตรวจสอบกระบวนการวิจัย การตรวจสอบการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

องค์ประกอบของการสนทนากลุ่ม

1. ผู้เข้าร่วมการสนทนา (Participant) ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มคือ ผู้ที่จะให้ข้อมูลคำตอบและแสดงความคิดเห็นร่วมกันในช่วงของการสนทนากลุ่ม คัดเลือกมาจากประชากรเป้าหมายซึ่งพิจารณาจากวัตถุประสงค์ของการศึกษา
2. บุคลากรในการจัดสนทนากลุ่ม คือ บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสนทนากลุ่มประกอบไปด้วย
 - 2.1 ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Moderator) เป็นผู้ที่มิบทบาทสำคัญในการสนทนากลุ่มอย่างมาก ซึ่งทำหน้าที่ในการดำเนินการสนทนาตั้งประเด็นคำถามเพื่อค้นหาคำตอบและสร้างบรรยากาศในการสนทนา
 - 2.2 ผู้บันทึกการสนทนากลุ่ม (Note taker) คือผู้ที่บันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่ม มีหน้าที่ในการจดบันทึกการสนทนาโดยย่อ พฤติกรรมของผู้เข้าร่วมการสนทนา รวมทั้งบรรยากาศในการสนทนากลุ่ม

2.3 ผู้เอื้ออำนวยความสะดวก (Facilitator or Provider) ซึ่งมีหน้าที่ในการอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆในการสนทนากลุ่ม ทั้งการเตรียมสถานที่ เครื่องดื่ม อาหารว่าง จัดเตรียมอุปกรณ์ในการบันทึกการสนทนา อุปกรณ์ในการบันทึกภาพ นัดหมายผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม รวมทั้งควรจัดสิ่งรบกวนขณะสนทนาเพื่อให้การสนทนากลุ่มเป็นไปอย่างราบรื่น

3. อุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้สามารถบันทึกเรื่องราวได้ทั้งคำพูดกิริยาอาการ และบุคลิกลักษณะท่าทางของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จำเป็นต้องมีอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ (โยธิน แสงวดี, 2530)

3.1 เครื่องบันทึกเสียง เทปเปล่า ถ่านวิทยุ สำหรับการบันทึกเสียงและควรมีอย่างน้อย 2 เครื่อง สำหรับบันทึกการสนทนาได้อย่างต่อเนื่อง และป้องกันความผิดพลาดในการบันทึกเสียง

3.2 สมุดบันทึกและปากกาหรือดินสอสำหรับการจดบันทึก เพื่อเป็นแนวทางในการถอดเทปได้อย่างสะดวกขึ้น และทำให้สามารถจดบันทึกสภาพแวดล้อมรวมทั้งบรรยากาศในการสนทนากลุ่มได้

4. แบบฟอร์มสำหรับคัดเลือกผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (Screening form) เป็นแบบฟอร์มในการจดบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม เพื่อใช้ในการจัดกลุ่มผู้เข้าร่วมการสนทนา และสามารถนำตัวแปรส่วนบุคคลในด้านต่างๆ มาร่วมวิเคราะห์ได้

5. สิ่งเสริมสร้างบรรยากาศ (Refreshment / Snack) เช่น เครื่องดื่ม ของขบเคี้ยว เป็นต้น ซึ่งสามารถเสริมสร้างบรรยากาศให้รู้สึกเป็นกันเองเพิ่มมากขึ้น และช่วยให้การสนทนากลุ่มเป็นไปอย่างราบรื่น หลีกเลี่ยงการเสิร์ฟอาหารว่างที่ต้องขบเคี้ยวนานหรือชิ้นใหญ่เกินไป และควรหลีกเลี่ยงการเสิร์ฟน้ำหวานและน้ำอัดลมเพื่อป้องกันผู้เข้าร่วมการสนทนาถูกเข้าห้องน้ำบ่อย

6. ของสมนาคุณแก่ผู้เข้าร่วมการสนทนา (Remuneration) เพื่อเป็นการตอบแทนผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม แม้จะเป็นสิ่งเล็กน้อยแต่ในทางจิตวิทยาถือว่าเป็นสิ่งสำคัญมากเพื่อแสดงออกถึงซึ่งความมีน้ำใจของผู้วิจัย และเป็นการขอบคุณผู้เข้าร่วมการสนทนาที่ได้เสียสละเวลามาเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

7. สถานที่และระยะเวลา (Location and Time) ควรเป็นสถานที่ที่มีความสะดวกเป็นส่วนตัวเย็นสบายปราศจากสิ่งรบกวนการสนทนากลุ่ม เช่น เสียงดังรบกวน แดด เป็นต้น ที่นั่งควรมีความสบายและจัดเป็นตัวยู วงกลม หรือสี่เหลี่ยม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มสามารถมองเห็นหน้าได้อย่างทั่วถึง ระยะเวลาที่ใช้ในการสนทนากลุ่มประมาณ 1 ½ - 2 ชั่วโมง สามารถยืดหยุ่นได้ตามกระบวนการกลุ่มและข้อมูลที่ต้องการได้รับ

ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการสนทนากลุ่ม (บุญใจ ศรีสถิตนราฎร, 2547)

1. สมาชิกการสนทนากลุ่มไม่ครบตามจำนวนที่กำหนด ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น ผู้เข้าร่วมการสนทนามีภาระสำคัญเร่งด่วน ลืมวัน เวลาที่นัดหมายหรือไม่ได้รับใบเชิญ
2. ผู้ร่วมสนทนากลุ่มไม่สามารถเข้าร่วมการสนทนากลุ่มได้ตั้งแต่ต้นจนจบการสนทนา
3. ผู้ร่วมการสนทนาบางคนอาจแสดงความคิดเห็นน้อย และบางคนอาจผูกขาดการแสดงความคิดเห็น

จุดเด่นในการสนทนากลุ่ม

ในปัจจุบันการสนทนากลุ่มได้พัฒนามาถึงจุดที่มีหลักการและมีทฤษฎีรองรับที่มั่นคงพอสมควร จึงได้รับการยอมรับและถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางในวงการวิจัยหลายสาขาวิชา การได้รับการยอมรับอาจจะเป็นเนื่องมาจากลักษณะเด่นหลายประการ (ชาย โพธิสิตา, 2547) ดังต่อไปนี้

- 1) การสนทนากลุ่มเป็นวิธีที่ช่วยให้เก็บข้อมูลจากตัวอย่างจำนวนหลายคนได้ในเวลาอันสั้น และสามารถเสนอผลการศึกษาได้ในเวลาอันจำกัด(แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ด้วย ถ้าการวิเคราะห์มุ่งเพียงหาข้อสรุปที่สำคัญจากข้อมูลเท่านั้นก็ใช้เวลาอันน้อย แต่ถ้าเป็นการวิเคราะห์ที่มุ่งหาคำอธิบายเชิงวิชาการดังเช่นในการวิจัยเชิงพื้นฐานก็อาจใช้เวลามากเหมือนกัน)
- 2) มีโครงสร้างที่ยืดหยุ่น สามารถปรับใช้ได้ในการวิจัยเพื่อวัตถุประสงค์ต่างๆ และใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้หลายแบบ
- 3) นักวิจัยสามารถเลือกใช้ได้ตามความต้องการ กล่าวคือสามารถใช้เพื่อเสริมวิธีการวิจัยแบบอื่นได้ เช่น ใช้ก่อนหรือหลังการวิจัยแบบสำรวจ หรือจะใช้เป็นการวิจัยที่มีความสมบูรณ์เบ็ดเสร็จในตัวเองก็ได้
- 4) ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มเป็นข้อมูลที่ผ่านการถกเถียงโต้ตอบกันของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเอง ทำให้มั่นใจได้ในความถูกต้องแม่นยำ ความน่าเชื่อถือและความหลากหลายของข้อมูล
- 5) พลวัตของกลุ่มซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการสนทนากลุ่มทำให้ได้ข้อมูลที่มีชีวิตชีวา
- 6) การสนทนากลุ่มเป็นวิธีที่ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกมีอำนาจ คือสามารถดำเนินการสนทนาไปตามที่ตัวเองอยากจะพูดอยากจะแสดงออกมาได้มากกว่าโดยไม่รู้สึกรู้ว่า "ถูกกำกับ" เพราะการอยู่ในกลุ่มคนที่มีคุณสมบัติพื้นฐานบางประการคล้ายกัน (Homogeneous group) ย่อมทำให้ผู้พูดรู้สึกมั่นใจในการพูดหรือการแสดงออกมากกว่า เรื่องนี้เป็นข้อเท็จจริงทางจิตวิทยาของกลุ่ม (Group psychology) การอภิปรายโต้ตอบกันเองทำให้ผู้ร่วมสนทนาสามารถคุมทิศทางการสนทนาได้มากกว่าในการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว

Morgan (1998) กล่าวว่า การสนทนากลุ่มเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่ทำให้สามารถเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อ ประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ซึ่งมีจุดแข็ง (Strengths) ที่เป็นพื้นฐานเช่นเดียวกับวิจัยเชิงคุณภาพอื่น ดังนี้

1. การวิจัยเชิงคุณภาพใช้ในการค้นหาหรือค้นพบ (Exploration and discovery) สิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นพิเศษ การสนทนากลุ่มสามารถทำได้ทั้งสองอย่าง ถ้าผู้วิจัยต้องการรู้ในสิ่งที่ไม่รู้ให้ทำการสนทนากลุ่มกับผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มที่มีประสบการณ์ด้านที่เราต้องการ โดยการถามคำถามที่เราต้องการถามกับผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มๆก็จะพูดในสิ่งที่ตนเองมีประสบการณ์หรือสิ่งที่สนใจ ทำให้สามารถหาข้อค้นพบใหม่ได้

2. บริบทและความลุ่มลึก (Context and depth) ในการสนทนากลุ่มจะช่วยให้เข้าใจเบื้องหลังความคิดและประสบการณ์ทั้งที่เหมือนกันและต่างกันในกลุ่ม เช่น ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มจะสรุปความคิดของตนเอง แต่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มคนอื่นจะให้การตอบสนองที่แตกต่างกันไป เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมสนทนา

3. การวิจัยเชิงคุณภาพจะเป็นวิธีที่ให้การตีความ (Interpretation) ที่ดีกว่าโดยให้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกระทำว่าทำไมถึงทำสิ่งนั้นและจะทำได้อย่างไร การสนทนากลุ่มจะช่วยให้เข้าใจซึ่งกันและกันในกลุ่มว่า ทำไมคนจึงมีความคิดที่เหมือนกันทั้งที่มีประสบการณ์แตกต่างกัน ทำไมคนที่ดูว่าแตกต่างกันจึงมีความเชื่อที่เหมือนกัน

จุดด้อยในการสนทนากลุ่ม

จุดด้อยในการสนทนากลุ่มมีความคล้ายกับจุดเด่นในการสนทนากลุ่ม ซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการในการสร้างให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มการสนทนา บทบาทของผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มในการสรุปวิเคราะห์ข้อมูล (Morgan, 1996) ซึ่งเทคนิคการสนทนากลุ่มมีข้อจำกัดหลายประการ กล่าวคือการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีความเป็นเอกพันธ์ และเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรเพื่อการสรุปอ้างอิงนั้นดำเนินการได้ยาก แต่ Guba and Lincoln (1998) กล่าวว่าผู้ที่อ่านบททวนวรรณกรรมจะเป็นผู้พิจารณาและตัดสินใจเกี่ยวกับความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในสถานการณ์ของตน และในการที่จะได้ข้อมูลต้องอาศัยทักษะ ความรู้ความเข้าใจ และประสบการณ์จากผู้ดำเนินการสนทนา จึงจะทำให้การสนทนากลุ่มประสบความสำเร็จ บางครั้งผู้ดำเนินการสนทนาอาจมีความลำเอียงในการสนทนาเกี่ยวกับประเด็นคำตอบที่ต้องการ หรือมีความคิดการสนทนากลุ่มเป็นเพียงวิธีการที่จะสนับสนุนแนวคิดเบื้องต้น (Preconception) ที่ต้องการเท่านั้น (Kingry et al., 1990) และการเกิดความลำเอียงของผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มขึ้นอยู่กับบุคลิกส่วนบุคคลของผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม ประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการดำเนินการสนทนากลุ่ม ความเชื่อส่วนบุคคล การคิดเอาเองของผู้ดำเนินการสนทนา และการคาดเดาไปก่อนล่วงหน้าถึงผลของการศึกษานั้นๆ (Fern, 2001) รวมทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้มีความยากในการวิเคราะห์ และสรุปผล (Krueger, 1998)

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กรแก้ว กำพลศิริ (2542) ศึกษาการตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุ ในกรุงเทพมหานคร โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร จำนวน 240 คน พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 74.67 ตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตาย สถานการณ์ที่ตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายมากที่สุดคือ ให้แพทย์หยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจเมื่อเขาอยู่ในภาวะที่ไม่รู้สึกตัว และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา เหตุผลที่ตัดสินใจใช้สิทธิมากที่สุดเพราะไม่ต้องการทรมานตนเองและไม่ต้องการเป็นภาระแก่ผู้ใกล้ชิด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายคือ ลักษณะความเชื่อที่เน้นคุณธรรม ประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย และปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมด้านสิ่งของและบริการมีผลทำให้มีผู้ตัดสินใจใช้สิทธิลดลง

ณัญญา วาสิงหน (2541) ศึกษาความหมายของความตาย : การตีความตามพุทธปรัชญา ศึกษาวิเคราะห์จากหลักฐานชั้นต้น (Primary sources) คือ พระไตรปิฎกภาษาไทยฉบับหลวง และฉบับภาษาบาลีจากชุดพระไตรปิฎกและอรรถกถา รวมทั้งเอกสารอื่นๆ ของนักวิชาการทางพระพุทธศาสนาที่เกี่ยวข้องเป็นการวิจัยจากเอกสาร (Documentary Research) กำหนดให้ความตายเป็นหน่วยสำหรับการวิเคราะห์ โดยใช้พุทธศาสนาเป็นกรอบในการพิจารณาตีความ ศาสนาพุทธ ได้ให้ความหมายของความตายว่า คือ ความดับหรืออาการดับของขันธ์ 5 หรือกายกับจิต ส่วนระยะเวลาตั้งแต่การเกิดจนถึงการดับจะครอบคลุมระยะเวลาเท่าใด ย่อมขึ้นอยู่กับว่าเป็นการดับลงในขณะหนึ่งของกายและจิตหรือความสิ้นชีวิตจากภพชาติ

นุจรินทร์ ลภณฑกุล (2540) ศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 19 คน โดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายบุคคล พบว่าพยาบาลได้ให้นิยามความหมายผู้ป่วยใกล้ตายใน 3 ลักษณะ คือ ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะตาย ผู้ป่วยที่มีหน้าที่การทำงานของร่างกายล้มเหลว และผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษา ส่วนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) การติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยใกล้ตาย 2) การดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ 3) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ คือ การตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและความสุขสบาย การจัดหาสิ่งก่อสร้างความสุขและความพึงพอใจ การสนองความต้องการกลับบ้าน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ใกล้ชิดกับในวาระสุดท้ายของชีวิต การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบ และการส่งเสริมให้ประกอบกิจกรรมตามความเชื่อ 4) การให้ข้อมูลที่จำเป็น โดยจากผลการวิจัยพบเพิ่มเติมว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาล จะแตกต่างและแปรเปลี่ยนอย่างเป็นพลวัตรกับนิยามความหมายผู้ป่วยใกล้ตาย คือ การดูแลผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะตายจะเน้นการประคับ

ประสงค์ให้ผู้ป่วยไปสู่ความตายอย่างสงบ ส่วนผู้ป่วยที่มีหน้าที่การทำงานของร่างกายล้มเหลวจะเน้นการช่วยชีวิต ในขณะที่การดูแลผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษาให้หายจะเน้นการประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างเหมาะสมกับศักยภาพและสอดคล้องกับอาการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย

บุบผา ขอบใจ (2536) ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง โดยใช้แบบสัมภาษณ์อย่างมีแบบแผนและแบบสัมภาษณ์ชนิดเจาะลึกผู้สูงอายุ จำนวน 75 คนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะที่ 3-4 ได้รับการรักษาด้วยรังสีบำบัดหรือเคมีบำบัด ในหอผู้ป่วยต่างๆ ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าความต้องการด้านจิตวิญญาณประกอบด้วย สิ่งที่ทำให้ความหมายแก่ชีวิต ได้แก่ ศาสนา ลูก หลาน คู่สมรส หน้าที่การงาน สิ่งที่เป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของชีวิต ได้แก่ การหายจากโรคและการมีสุขภาพดี การปฏิบัติความเชื่อทางศาสนา การมีชีวิตอยู่ให้ยาวนานที่สุดเพื่อดูความเจริญเติบโตและความสำเร็จของลูกหลาน สิ่งที่ทำให้ความหวังและกำลังใจ ได้แก่ ศาสนา ความสำเร็จในหน้าที่ตนเอง ยอมรับว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นสิ่งที่ให้ความหวังและกำลังใจ ความเชื่อและค่านิยมเป็นสิ่งที่ให้ความสบายใจและเป็นสิริมงคลในการดำเนินชีวิต

เปรมใจ วังศิริไพศาล (2545) ศึกษาถึงความตายและทัศนคติในการเตรียมตัวตายของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาชุมชนแออัดคลองเตย กรุงเทพมหานคร ศึกษาความหมายความเชื่อและประสบการณ์การเตรียมตัวที่เกี่ยวกับความตายของสังคมไทย โดยการประชุมระดมสมองผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 10 คน และศึกษาทัศนคติและการเตรียมตัวของผู้สูงอายุ 28 คน โดยการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เจาะลึก และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม พบว่ามีการให้ความหมายของความตายแตกต่างกันระหว่างศาสนาและทางการแพทย์ ซึ่งมีผลต่อความเชื่อและท่าทีของคนไทย ส่วนหนึ่งเชื่อว่าชีวิตไม่สิ้นสุดที่ความตายและเห็นเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติ ทำให้ไม่ปฏิเสธความตาย แม้บางคนยังมีความกลัวแต่ลดลงกว่าเมื่ออายุน้อย ต่างจากทัศนคติทางการแพทย์ที่ต้องการเอาชนะความตายและเห็นว่าชีวิตสิ้นสุดที่ความตาย ในกลุ่มเป้าหมายพบว่าความเป็นอยู่ที่ยากลำบากมีทั้งคนที่ยอมรับสภาพที่เป็นอยู่และปัญหาในชีวิต เพราะมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในชุมชนและได้รับการเกื้อหนุนจากหน่วยงานต่างๆ บางคนไม่พอใจภาวะที่เป็นอยู่และไม่พอใจในชีวิต แต่ทั้งหมดไม่ปฏิเสธความตายยอมรับว่าเป็นขั้นตอนหนึ่งของชีวิต บางคนกลัวภาวะก่อนตายที่อาจเจ็บปวดทรมาน คนที่ศรัทธาในศาสนามีการเตรียมตัวด้านจิตใจสะสมบุญตามความเชื่อเรื่องกรรมที่จะส่งผลไปชีวิตหน้า คนที่ศรัทธาในศาสนาน้อยไม่มีการเตรียมตัวและเห็นความตายเป็นทางออกไปจากภาวะที่เป็นทุกขในปัจจุบัน และเตรียมเรื่องกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยซึ่งสำคัญสำหรับชาวชุมชน เตรียมค่าใช้จ่ายในการจัดงานศพโดยเป็นสมาชิกกลุ่มฌาปนกิจ กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ต้องการตายที่บ้านเพราะมีความคุ้นเคย มีบุตรหลานหรือเพื่อนบ้านคอยดูใจ

และบางคนเห็นว่าจะเป็นบทเรียนสอนคนที่ยังอยู่ให้เข้าใจธรรมชาติของชีวิต ต้องการตายตามธรรมชาติไม่ต้องการยืดความตายด้วยอุปกรณ์ช่วยชีวิต

พัชรียา ไชยลังกา (2534) ศึกษาการเปรียบเทียบแนวความคิดเกี่ยวกับความตายของผู้มีสุขภาพดีและผู้ป่วยเรื้อรังผู้มีสุขภาพดีในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถามแนวความคิดเกี่ยวกับความตาย ผู้มีสุขภาพดีจำนวน 140 คน ผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 100 คน พบว่าผู้มีสุขภาพดีที่มีอายุต่างกันมีแนวคิดเกี่ยวกับความตายแตกต่างกัน ผู้มีสุขภาพดีที่มีการศึกษาต่างกันมีแนวคิดเกี่ยวกับความตายแตกต่างกัน ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอายุต่างกันมีแนวคิดเกี่ยวกับความตายแตกต่างกัน ผู้ป่วยเรื้อรังที่นับถือศาสนาต่างกันมีแนวคิดเกี่ยวกับความตายแตกต่างกัน ผู้มีสุขภาพดีและผู้ป่วยเรื้อรังที่มีเพศ อายุ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และศาสนาเดียวกัน มีแนวคิดเกี่ยวกับความตายแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และสุลี ทองวิเชียร (2533) ศึกษาทัศนคติที่มีต่อความตายและการเลือกสถานที่ตายของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยการใช้แบบสอบถามและแบบวัดอัตมโนทัศน์ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความตายและการเลือกสถานที่ตายของผู้สูงอายุประมาณ 200 คน พบว่าผู้สูงอายุยอมรับในเรื่องการเกิด แก่ เจ็บ และตาย ว่าเป็นสิ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ มีการระลึกถึงความตายอยู่เป็นประจำ มีความคิดว่าบุคคลที่อยู่ในภาวะใกล้ตายมีความต้องการธรรมะจากศาสนา ต้องการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี การเลือกสถานที่ตายต้องการตายอยู่ท่ามกลางญาติพี่น้องซึ่งรักใคร่ใกล้ชิด

ลดารัตน์ สาภินันท์ (2545) ศึกษาภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุและการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ ภาวะธรรมทัศน์เป็นภาวะที่ผู้สูงอายุมีความเข้าใจและยอมรับประสบการณ์ของชีวิต โดยใช้แบบประเมินภาวะธรรมทัศน์และแบบสัมภาษณ์การเตรียมตัวเกี่ยวกับความตาย สร้างจากแนวคิดเรื่องรูปแบบพื้นฐานของสิ่งที่พึงกระทำสำหรับการเผชิญกับภาวะใกล้ตายของคอร์กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเชียงใหม่ จำนวน 200 ราย พบว่าผู้สูงอายุมีลักษณะการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตายทั้ง 4 ด้าน ที่พบมากที่สุดดังนี้ ด้านร่างกายคือ การเลือกวิถีจัดการศพของตนเอง ด้านจิตใจคือ การเห็นใจผู้อื่นที่มีอาการป่วยหนักในระยะใกล้ตายและตระหนักว่าความตายเป็นธรรมชาติที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ด้านจิตวิญญาณคือ การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา และด้านสังคมคือ การมอบความรักความห่วงใยหรือปรับความเข้าใจกับสมาชิกในครอบครัวและผู้อื่น และผู้สูงอายุที่มีระดับภาวะธรรมทัศน์ต่างกันจะมีลักษณะการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตายต่างกัน

วาสนี วิเศษฤทธิ์ (2547) ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตายในชุมชนชนบท อีสาน ข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การจดบันทึกสนทนา การสนทนากลุ่ม ผู้ป่วยโรคเอดส์ 5 คนและสมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 12

ครอบครัว การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตายในชุมชนชนบทอีสานเป็นกระบวนการต่อเนื่อง เริ่มจากสัญญาณแสดงความตายที่ปรากฏด้านร่างกายและประสบการณ์ของผู้ป่วยเอดส์ การให้ความหมายของความตายด้วยโรคเอดส์ 3 ลักษณะ ได้แก่ ความตายหมายถึง "หมดบุญหมดกรรม" "หลุดพ้น" และ "ดับสูญ" ซึ่งเป็นความหมายที่สะท้อนถึงการกระทำความดีความเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเอดส์ทุกข์ทรมาน ให้ตายตาหลับ ไม่หวั่น เช่น บรรเทาอาการปวดทุกข์ทรมาน อาการเหนื่อยหายใจไม่อิ่ม การจัดการธุระสำคัญ ได้ประกอบพิธีกรรมตามธรรมเนียมประเพณีทุกขั้นตอนที่ครอบครัวสามารถจัดการได้และปรับตัวได้หลังการเสียชีวิตแล้วของผู้ป่วยเอดส์

สิริจิตต์ ปันเงิน (2542) ศึกษาถึงความตายในทัศนะของกามูส โดยการศึกษาผลงานของกามูสทั้งหมดและบทวิเคราะห์วิจารณ์ที่นักวิชาการต่างๆ มีต่องานและแนวคิดของกามูส พบว่ากามูสชี้ให้เห็นว่าความตาย คือ ส่วนหนึ่งและเป็นส่วนสำคัญของชีวิต ความหมายของความตายก็คือ ความหมายและคุณค่าของชีวิต ความหมายที่สำคัญของความตายมีอยู่ก่อนปรากฏการณ์ของความตาย นั่นคือ มีอยู่ในชีวิตทุกช่วงขณะในฐานะเป็นปรากฏการณ์อย่างหนึ่งของชีวิต ความตายหมายถึงการจบลงของกระบวนการสร้างความหมายและให้คุณค่าแก่ชีวิต

สุภาณี ทิวฒนานนท์ (2540) ศึกษาสิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุ : ปัญหาจริยธรรมแพทย์ โดยการสัมภาษณ์เฉพาะบุคคลที่ให้ข้อมูล คือ แพทย์ นักวิชาการทางด้านจริยศาสตร์ ผู้สูงอายุเพศชายและหญิง อย่างละ 1 ท่าน พบว่าส่วนหนึ่งการใช้สิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุสามารถที่จะเลือกตัดสินใจได้ด้วยตนเองในกรณีที่คุณสมบัติของความเป็นมนุษย์หมดไป รวมทั้งสังคมยอมรับได้และไม่ถูกติเตียนทางด้านจริยธรรม แต่อีกส่วนหนึ่งยังคงมีปัญหาทางด้านกฎหมายในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง

สุภาวดี วรพันธุ์ (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงความจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้สิทธิที่จะตายอย่างสงบ และแบบสัมภาษณ์เป็นสถานการณ์การแสดงความจำนงล่วงหน้าผู้สูงอายุเพศชายและหญิงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุเขตปทุมวัน จำนวน 155 คน พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 67.8 เห็นด้วยกับการแสดงความจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบ เห็นด้วยกับทุกสถานการณ์ร้อยละ 64.5 โดยเฉพาะกรณีที่ควรได้รับยาแก้ปวดเพื่อให้พ้นความทรมาน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงความจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบได้แก่ รายได้ การรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ความรุนแรงของการตายอย่างไม่สงบ ประโยชน์และสิ่งที่ต้องเสียไปในการตายอย่างสงบ สามารถร่วมกันทำนายการแสดงความจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิได้ร้อยละ 22.6

อุทยา นาคเจริญ (2544) ศึกษาการเตรียมตัวสำหรับความตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้แบบสอบถามการเตรียมตัวสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้ายและความตายกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีใน

จังหวัดเชียงใหม่ 200 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.50 มีการเตรียมตัวสำหรับความตาย ด้านจิตใจมีการทำใจว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติและใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ด้วยการสร้างเสริมคุณค่าและประโยชน์แก่ผู้อื่น ด้านร่างกายใช้วิธีสอบถามการดูแลจากเพื่อนผู้ติดเชื่อ พุดคุยกับครอบครัวเรื่องการรักษาเมื่อป่วยหนักและเลือกผู้ไว้วางใจตัดสินใจแทน ด้านจิตวิญญาณมีการทำบุญและประกอบพิธีกรรมทางศาสนาอยู่เสมอและมีการปรับเปลี่ยนเป้าหมายในชีวิต ด้านสังคมวางแผนสำหรับสมาชิกในครอบครัวสะสมเงินสำหรับผู้ที่ยังมีชีวิต และสถานที่ที่ต้องการอยู่ในวาระสุดท้าย

Beckstrand et al. (2006) ศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมเพื่อให้เกิดการตายที่ดี : คำแนะนำของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการสำรวจพยาบาลจำนวน 1409 คนที่เป็นสมาชิก The American Association of Critical-Care Nurse พบว่าการเตรียมเพื่อให้เกิดการตายที่ดีประกอบด้วย การได้รับคำแนะนำที่เฉพาะเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการจากไปอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี มีการดูแลอย่างใกล้ชิดไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่อย่างโดดเดี่ยวในระยะใกล้ตาย การได้รับการดูแลจัดการกับอาการปวดและความไม่สุขสบายต่างๆ อย่างเหมาะสม ให้ความรู้และให้การดูแลตอบสนองตรงตามความปรารถนาของผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต ให้การรักษาพยาบาลพยาบาลอย่างเหมาะสม และยังพบว่าอุปสรรคของการเตรียมเพื่อให้เกิดการตายที่ดีเกิดจากระยะเวลาในการดูแลที่จำกัด แบบแผนการดูแลรักษาพยาบาล ประสิทธิภาพการติดต่อสื่อสาร และการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของแพทย์มากกว่า คำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วย

Carr (2003) ศึกษาการตายดีเพื่อใคร? คุณภาพการตายของคู่สมรสและความทุกข์ทรมานด้านจิตใจของคู่สมรสของผู้ที่จากไป เป็น Prospective study ผู้สูงอายุที่แต่งงานและมีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับคู่สมรสในช่วงวันสุดท้ายของชีวิตก่อนการจากไป พบว่าองค์ประกอบของการตายดีเป็นการได้รับความสุขสบายทางด้านร่างกาย การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เกิดการยอมรับการจากไป ได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม และครอบครัวมีการปรับตัวที่ดีมีเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจหลังการจากไป

Geest (2004) ศึกษาการตายดีของผู้สูงอายุในประเทศกานา โดยการศึกษาข้อมูลทางมานุษยวิทยาตั้งแต่ปี ค.ศ.1971 ถึงปัจจุบัน พบว่าการตายดีของผู้สูงอายุเป็นการตายตามธรรมชาติหลังจากได้ใช้ชีวิตที่มีคุณค่ามาอย่างยาวนาน เป็นการตายของบุคคลที่ได้จัดการธุระเสร็จสิ้นแล้ว เกิดความสงบทั้งต่อตัวเองและผู้อื่น ได้ตายที่บ้านแวดล้อมไปด้วยบุคคลอันเป็นที่รัก และท้ายที่สุดเป็นการตายที่ได้รับการยอมรับจากผู้ที่เกี่ยวข้อง

Grant et al. (2003) ศึกษาถึงความต้องการตายดีของผู้ป่วยใกล้ตายในประเทศเคนยา โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัว พบว่าความต้องการการตายดีประกอบด้วยด้าน

ร่างกายได้แก่ การควบคุมความปวดอย่างเหมาะสม ด้านจิตใจต้องการคงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจในตนเอง มีคุณค่าเป็นที่รักในครอบครัวและชุมชน ด้านจิตวิญญาณได้รับการดูแลทางด้านจิตใจไปโบสถ์และได้สวดมนต์ร่วมกับผู้อื่น ด้านสังคมไม่เป็นภาระต่อผู้อื่นได้รับความช่วยเหลือทางการเงินเพื่อนำมาซื้อยา อาหาร ผ้าห่ม ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

Hattori et al.(2006) ศึกษาถึงการวิเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับการตายดีของสังคมชาวญี่ปุ่น ตามกรอบแนวคิดของ Roger's(2000) เพื่อหาความหมายของการตายดีของสังคมชาวญี่ปุ่น โดยการทบทวนวรรณกรรมในเดือนมีนาคม ค.ศ. 2004 มุ่งเน้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ได้พบเห็นเกี่ยวข้องในเรื่องเกี่ยวกับความตาย พบว่าคุณลักษณะของการตายดีประกอบด้วย บรรทัดฐานทางวัฒนธรรมสังคม ประสบการณ์ของบุคคลได้พบเห็นเกี่ยวข้องกับความตายที่ผ่านมา บริบททางสังคม สิทธิของผู้ป่วย และการดูแลเกี่ยวกับกระบวนการตาย ผลลัพธ์ที่ตามมาจะเป็นคุณภาพการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต เมื่อเกิดการตายที่ดีจะส่งผลให้ครอบครัวเกิดความพึงพอใจ เกิดการปรับตัวเกี่ยวกับการจากไปในทางบวก และเกิดความพึงพอใจแก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้การดูแล

Hirai (2006) ศึกษาถึงการตายดีของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศญี่ปุ่น โดยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผู้ดูแล แพทย์ พยาบาล พบว่าองค์ประกอบของการตายดีของชาวญี่ปุ่นมี 17 ประการ ประกอบด้วย 1) ความเป็นอิสระปราศจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจ 2) มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมีการเตรียมตัวยอมรับการจากไป 3) ได้ตายอย่างสงบในสถานที่ที่พึงประสงค์ 4) มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับทีมสุขภาพที่ให้การดูแล มีแพทย์ที่ไว้ใจได้ พยาบาลเป็นผู้ดูแลด้านความสงบสบาย มีผู้ที่ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย 5) ไม่เป็นภาระต่อผู้อื่นและครอบครัว 6) คงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ได้รับการเคารพการดูแลที่เป็นปกติไม่ดูแลเหมือนผู้ป่วยเป็นเด็ก 7) มีความสมบูรณ์ของชีวิตในเรื่องการเตรียมตัวสำหรับความตาย ครอบครัวไม่เกิดความเศร้าโศกเสียใจหลังผู้ป่วยเสียชีวิตคิดว่าความตายเป็นสิ่งที่สมบูรณ์ของชีวิต 8) คงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น 9) ต่อสู้กับความเจ็บป่วยมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุด 10) คงไว้ซึ่งความหวังมีความคิดเชิงบวก 11) ได้ตายตามธรรมชาติ ไม่ยืดชีวิตให้ยืนยาวออกไปโดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์ 12) คงไว้ซึ่งบทบาทในครอบครัว อาชีพการงาน สังคม ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้ 13) ควบคุมสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต วางแผนสำหรับการจากไปอย่างสงบ มีการจัดเตรียมสำหรับพิธีศพ 14) ระลึกถึงความตายว่าเปรียบเหมือนการนอนหลับ ยอมรับว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต 15) ขึ้นชมยินดีกับผู้อื่น มีการกล่าวลาบุคคลอันเป็นที่รัก แสดงความขอบคุณการห่วงใยจากผู้อื่น 16) คงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจไม่แสดงการเปลี่ยนแปลงความอ่อนแอให้

ครอบครัวได้รับทราบ ไม่ยอมรับความเห็นอกเห็นใจจากผู้อื่น 17) มีความเชื่อและความศรัทธาในชีวิต

Ming-Lin and Lang (1998) ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อความตายของผู้สูงอายุชาวจีน โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ในประเทศฮ่องกง จำนวน 10 คน พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีความกลัวต่อความตาย เนื่องจากยอมรับได้ว่าความตายเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นในชีวิตตามธรรมชาติ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเชื่อทางศาสนา สมควรเกิดขึ้นในวัยสูงอายุ มีความยินดีที่จะพูดถึงการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตาย ไม่ต้องการเป็นภาระในการดูแล

Pool (2004) ศึกษาการตายอย่างสงบและการตายดีในประเทศเนเธอร์แลนด์ จากการทบทวนวรรณกรรมทางมานุษยวิทยาเกี่ยวกับการตายดีในสังคมของตะวันตก พบว่าการตายดีจะอยู่ในบริบทของการดูแลแบบประคับประคอง การให้การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตแบบองค์รวม โดยการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประกอบการดูแลที่ได้มาตรฐานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ที่ตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความสุขสบาย ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลที่จะทำให้เกิดการตายอย่างสงบ มีการจัดการกับความปวดและอาการอย่างเพียงพอเหมาะสม ได้ตายอย่างสงบเหมือนการนอนหลับ ตายอย่างมีศักดิ์ศรี และมีการยอมรับต่อความตาย

Reitjen et al. (2006) ศึกษาเรื่องการตายดีของชาวเนเธอร์แลนด์เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจถึงทัศนคติต่อความตายเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต โดยการใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อการแสดงความจำนงในเรื่องความตาย (Euthanasia) การให้ยาระงับอาการปวดและยานอนหลับ พบว่าการตายดีของชาวเนเธอร์แลนด์ประกอบด้วย การปราศจากความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานตายอย่างสง่างาม ได้มีการกล่าวอำลากับบุคคลอันเป็นที่รัก สามารถตัดสินใจเรื่องการรักษาพยาบาลได้ด้วยตนเองเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต การตายที่ดีควรเป็นการตายในบ้านของตนเอง มีสติรู้สึกตัวอยู่ตลอดเวลาจนกระทั่งจากไป ไม่เป็นภาระการดูแลต่อผู้อื่น มีโอกาสได้ตัดสินใจเกี่ยวกับการตายของตนเองเพื่อให้เกิดการตายอย่างฉับพลัน นอกจากนี้ยังยอมรับต่อการแสดงความจำนงในเรื่องความตายโดยการใช้ยานอนหลับและยาแก้ปวดในขนาดสูงเพื่อการจากไปอย่างสง่างามไม่เป็นภาระการดูแลแก่ลูกหลาน

Steinhauser et al. (2000) ศึกษาถึงการตายดีโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ อนุศาสนาจารย์ อาสาสมัครดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แพทย์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และสมาชิกในครอบครัวผู้ที่เสียชีวิต พบว่าผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้การดูแล มองลักษณะของการตายดีว่าประกอบด้วย การจัดการกับอาการและอาการปวด การได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างเพียงพอต่อการตัดสินใจ การมีการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตาย ปัญหาข้อ

ข้อใจได้รับการแก้ไข ใช้เวลาที่เหลืออยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอันเป็นที่รัก ได้กล่าวอำลาแลกเปลี่ยน ความรู้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มองผู้ป่วยว่าเป็นบุคคลมากกว่าที่จะมองว่าเป็นโรค

Tsai et al. (2005) ศึกษาถึงความกลัวตายและการตายดีของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ ประเทศไต้หวัน โดยใช้แบบประเมิน Quality of Dying ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 224 คน ประกอบด้วยวัยสูงอายุ 110 คน และกลุ่มวัยผู้ใหญ่จำนวน 114 คน พบว่าระดับความกลัวของทั้งสองกลุ่มลดลงหลังจากได้รับการดูแลแบบประคับประคองในสถานบริการ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มที่มีระดับความกลัวตายต่ำจะมีระดับคะแนนการตายดีสูงโดยเฉพาะในช่วง 2 วันก่อนเสียชีวิต และผู้ป่วยที่ได้รับฟังคำสอนจากพระในศาสนาพุทธช่วง 2 วันก่อนเสียชีวิตจะมีระดับความกลัวตายต่ำกว่าผู้ป่วยทั่วไป การวิจัยนี้เสนอแนะว่า การลดระดับความกลัวตายให้ต่ำลงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การตายดี สิ่งที่มีผลต่อความกลัวตายเกี่ยวข้องกับความเชื่อในศาสนา การสนับสนุนทางสังคม และความตระหนักถึงคุณค่าในตัวเอง

Vig et al. (2002) ศึกษาเรื่องการตายดี การตายไม่ดี และความต้องการของผู้สูงอายุเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุชาย-หญิงจำนวน 16 คนที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ให้ข้อมูลไม่เป็นโรคหัวใจระยะสุดท้ายและโรคมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่าการตายดีเป็นการตายที่ปราศจากความเจ็บปวดทรมาน เป็นการจากไปอย่างฉับพลัน เป็นการจากไปในลักษณะเหมือนคนนอนหลับ ไม่มีความรู้สึกกลัวต่อความตายที่ใกล้เข้ามา ได้มีการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตาย ก่อนตายได้อยู่กับครอบครัวและญาติมิตร

8. สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในเชิงปริมาณเกี่ยวกับความคิดเห็น ทศณะการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตาย และสิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุ ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพเป็นการศึกษาความหมาย ความเชื่อ และประสบการณ์การเตรียมตัวที่เกี่ยวกับความตายของสังคมไทยโดยการประชุมระดมสมองผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆ มีการให้ความหมายของความตายที่แตกต่างกันระหว่างศาสนา และทางการแพทย์ และมีการศึกษาความหมายของความตายด้วยโรคเอดส์ซึ่งเป็นความหมายที่สะท้อนถึงความเฉพาะโรค ส่วนการศึกษาในต่างประเทศมีการศึกษาเกี่ยวกับการตายดีซึ่งมีความแตกต่างในเรื่องขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ ศาสนา บริบททางสังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม การศึกษายังขาดความชัดเจนเกี่ยวกับความหมายของการตายดีที่มาจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธในบริบทสังคมไทย เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ได้ผ่านขั้นตอนการพัฒนามาถึงจุดปลายของชีวิต ย่อมผ่านประสบการณ์ เคยประสบ พบเห็น หรือเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย การเสียชีวิตของบุคคลต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ดังนั้นเขาย่อมสามารถแสดงความรู้สึกข้อคิดเห็น

จากประสบการณ์ที่ผ่านมา บอกถึงความหมายของการตายดีจากความ คิดความรู้สึกของการตาย ในมิติที่เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุมองว่าน่าปรารถนามีลักษณะเป็นไปในทางที่ต้องการ การศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้รูปแบบการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) จะเป็นเทคนิคที่ใช้ในการ ค้นหาข้อมูลที่ต้องการได้อย่างลุ่มลึก จึงเหมาะที่จะใช้ในการศึกษาในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก นึกคิด การค้นหาความหมายของผู้ที่ประสบหรือเกี่ยวข้องกับสถานการณ์นั้น ความรู้ที่ได้จะเป็น ประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจ บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลและสาธารณสุขที่จะได้เรียนรู้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการพัฒนาการบริการที่ตอบสนองของความต้องการเพื่อการตายตามความปรารถนาของผู้สูงอายุ