

บทที่ 2

ทบทวนงานวิจัย กระบวนทัศน์และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2.1 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

- 2.1.1 ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการกระทำกันทางสัญลักษณ์
- 2.1.2 การให้ความหมายทางสังคม
- 2.1.3 การสื่อสารทางสุขภาพ
- 2.1.4 กระบวนทัศน์และแนวคิดเกี่ยวกับความตาย

2.1.1 ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction) และการกระทำกันทางสัญลักษณ์ (Symbolic Interactionism)

เนื้อหาของกรกระทำทางสังคม ซึ่งถือว่าฝังลึกในระบบสังคม ดังนั้นระบบสังคมเป็นสิ่งที่สำคัญต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างคนและกลุ่มคน ซึ่งมีการกระทำซึ่งกันและกันจึงมีการเชื่อมโยงกันตลอดเวลา ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเป็นการมองปฏิภริยาของระบบสังคมในจุดที่มีปฏิสัมพันธ์กันซึ่งเกี่ยวพันกับลักษณะโดยทั่ว ระบบสัญลักษณ์ ระบบวัฒนธรรมที่บุคคลดำรงอยู่

Parson (1972 : 55-57) กล่าวว่าสังคมเป็นระบบหนึ่งที่มีส่วนต่างๆ (part) มีความสัมพันธ์และสนับสนุนซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ที่คงที่ของแต่ละส่วนจะเป็นปัจจัยทำให้เกิดความสมดุล (equilibrium) ส่วนในด้านการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เมื่อความสมดุลถูกทำลายลง เพราะองค์ประกอบของสังคม คือ บุคลิกภาพ (personality) อินทรีย์ (organism) และวัฒนธรรม (culture) เกิดความแตกร้าง โดยมีสาเหตุมาจากทั้งสาเหตุภายนอกระบบสังคม เช่นการเกิดสงคราม การแพร่กระจายวัฒนธรรม และสาเหตุภายในสังคม ที่เกิดจากความตึงเครียด ความเจ็บป่วยของคนในสังคม เพราะความสัมพันธ์ของโครงสร้างบางหน่วยหรือหลายๆหน่วยทำงานไม่ประสานกัน เช่น การเปลี่ยนแปลงของประชากร การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี เมื่อส่วนใดส่วนหนึ่งมีการเปลี่ยนแปลงจะเป็นสาเหตุทำให้ส่วนอื่นๆมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจเกิดขึ้นเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งหรือทั้งระบบ โดยให้ความสำคัญที่ระบบวัฒนธรรม ความเชื่อ บรรทัดฐาน และค่านิยมของสังคม ซึ่งเป็นตัวยึดเหนี่ยวให้สังคมมีการรวมตัวเข้าด้วยกันและเป็นตัวต้านทานต่อการเปลี่ยนแปลงในสังคม

Nelson (1972 : 55-57) กล่าวไว้ว่า ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจะเกี่ยวข้องกับ 3 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ

1. เป็นความคาดหวังของผู้กระทำ ซึ่งส่วนของบุคคลหรือผู้กระทำประกอบด้วย ตัวเราและตัวเขา ที่เกิดปฏิสัมพันธ์ขึ้นในแต่ละสถานการณ์ที่ได้พบเจอ

2. ผู้กระทำจะถูกควบคุมโดยค่านิยมหรือบรรทัดฐานโดยผู้กระทำต้องนำมาพิจารณาเลือกวิธีการให้บรรลุเป้าหมาย

3. ความคาดหวังและการตัดสินใจของตัวเราอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อบังคับและสถานการณ์ที่พบเจอ

King (1997 : 84-87) ได้กล่าวไว้ว่า ระบบปฏิสัมพันธ์ (dynamic interaction systems) กล่าวถึงปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม โดยอธิบายว่า บุคคลมีลักษณะเป็นระบบเปิด และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นระบบปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์จึงไม่คงที่ มีการปรับเปลี่ยนตามสิ่งแวดล้อมที่แปรเปลี่ยนไปในทัศนระบบปฏิสัมพันธ์ซึ่งระบบของบุคคล (personal systems) บุคคลจะมีแบบแผนเฉพาะของตนเองในการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสภาวะรอบตัว บุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนของตนเอง ในเรื่องเกี่ยวกับการเรียนรู้ (perception) การมองตนเองหรืออัตตา (self) ภาพลักษณ์ของตนเอง (body image) การเจริญเติบโตและพัฒนาการ เวลา และความเป็นสัดส่วน หรือ ขอบเขตระหว่างบุคคล (time and space)

Watson (1985 : 1-30) เชื่อว่ากระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกิดจากสัมพันธภาพในการดูแลระหว่างผู้ดูแล (caregiver) และผู้ได้รับการดูแล (care recipient) บุคคลมีศักดิ์ศรี มีคุณค่าในตนเองที่ควรแก่การได้รับการดูแล เคารพนับถือ เลี้ยงดู เข้าใจ และสนับสนุนช่วยเหลือให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเต็มความสามารถ บุคคลมีความเป็นหนึ่งเดียวเป็นองค์รวม ไม่สามารถทดแทนด้วยบางส่วนหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของบุคคลนั้น กล่าวคือกระบวนการดูแลมนุษย์เป็นกระบวนการที่มีความเป็นพลวัต แต่ละองค์ประกอบของทฤษฎีมีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบและมีความเป็นองค์รวม ทุกคนต่างมีตัวตน และภูมิหลัง (phenomenal field) ที่แตกต่างกัน เมื่อมาพบกันกระบวนการดูแลที่เกิดขึ้น หมายถึงการพบสัมผัสกันตามธรรมดาเหมือนการดูแลวัตถุหรือการดูแลโดยทั่วไป แต่ต้องเป็นลักษณะต่างฝ่ายต่างเข้าถึงความรู้สึกและสัมผัสจิตใจของกันและกันในลักษณะที่จิตใจ ร่างกาย จิตวิญญาณของฝ่ายหนึ่งประสานเข้ากับร่างกายและจิตใจ

จิตวิญญาณของอีกฝ่ายหนึ่ง จนกระทั่งจิตวิญญาณของทั้งสองฝ่ายหลอมรวมเป็นหนึ่งเดียวกัน อย่างที่เรียกว่าการดูแลระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นการดูแลที่เข้าถึงความรู้สึกของกันและกัน

Orem (1991 : 140-184) เชื่อว่า คนมีลักษณะเป็นระบบปิด มีการเปลี่ยนความ ต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอยู่ตลอดเวลา คนและ สิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กัน แยกออกจากกันไม่ได้ บุคคลทุกคนมีความสามารถซึ่ง เป็น ความสามารถในการกระทำ โดยมีระเบียบแบบแผนและมีขั้นตอน มีจุดมุ่งหมายเพื่อการดูแล ตนเองและบุคคลอื่น บุคคลมีความสามารถในการค้นหา พัฒนา และถ่ายทอด วิธีการสนองตอบ ต่อความต้องการของตนเองและบุคคลอื่นบุคคลที่อยู่ร่วมกันในรูปแบบของครอบครัวหรือสังคม จะแบ่งกันรับผิดชอบเพื่อที่จะดูแลสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งสรุปได้ว่าบุคคลทุกคนมีศักยภาพในการ เรียนรู้และพัฒนาตนเอง สามารถวางแผนการกระทำอย่างมีเหตุผล มีจุดมุ่งหมาย และเมื่อมี ข้อจำกัดหรือมีข้อบกพร่องในการดูแลตนเอง จะมีการพึ่งพาซึ่งกันและกันในสังคม

Klein man (1996 : 1-20) กล่าวว่า การตีความหมายในเรื่องการรับรู้ ความรู้สึก แรงจูงใจและปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยเกิดขึ้นในบริบทของวัฒนธรรม นั้นๆ เมื่อวัฒนธรรมเปลี่ยนไป การบ่งบอกว่าลักษณะใดเป็นการเจ็บป่วยก็เปลี่ยนแปลงไปด้วย เพราะมนุษย์ในแต่ละวัฒนธรรมมีกระบวนการเรียนรู้ว่าอะไรคือสิ่งปกติ อะไรคือสิ่งผิดปกติ ที่ จำเป็นต้องได้รับการเยียวยาแก้ไข การตอบสนองต่ออาการเจ็บป่วย การที่บุคคลเผชิญและจัดการ กับการเจ็บป่วย ตลอดจนปฏิสัมพันธ์ต่อสถาบันทางสังคมอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการป่วยนั้นๆ และเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นระบบ อยู่ภายใต้ตัวกำหนดทางวัฒนธรรม

การกระทำกันทางสัญลักษณ์ (Symbolic Interactionism)

สัญลักษณ์เป็นสื่อที่ทำให้เข้าใจความหมายและต้องอาศัยการตีความตามสถานการณ์ที่ เกิดขึ้น (context) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า

- มนุษย์เกิดจากสัญลักษณ์ที่มนุษย์รุ่นก่อนเป็นผู้สร้างและสะสมพัฒนา
- บุคลิกของคนขึ้นอยู่กับการหล่อหลอมของสังคม ซึ่งมนุษย์เป็นผู้สร้างขึ้น
- การเกิดการเจริญเติบโต หรือการเสื่อมสลายของสังคมขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของ สมาชิกสังคม

- พฤติกรรมเบี่ยงเบน เกิดจากการให้ความหมายของมนุษย์บางกลุ่ม
- พฤติกรรมสังคมขึ้นอยู่กับความคาดหวังของสังคม
- การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเกิดจากการกระทำกันระหว่างมนุษย์
- อำนาจของบุคคลหรือกลุ่มใดๆ ขึ้นอยู่กับการมอบหมายของอีกคนหรือกลุ่มหนึ่ง

Mead (1943) การกระทำระหว่างกันทางสัญลักษณ์ คือการที่มนุษย์คนอื่นเป็นอย่างไร สร้างสรรค์สังคมขึ้นมาอย่างไร บำรุงรักษาสังคมไว้อย่างไร หรือเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ซึ่งสะท้อนปรากฏการณ์ในสังคมนั้น

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2545 : 22) กล่าวว่า สัญลักษณ์ (symbol) มีความสำคัญต่อมนุษย์ เพราะมนุษย์ใช้สัญลักษณ์ในการสื่อสารทำความเข้าใจกัน ทำให้เข้าใจว่าการอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มก้อน เป็นสังคมมนุษย์เป็นประโยชน์ต่อชีวิต ทำงานเล็กใหญ่ได้ดี สร้างความเจริญก้าวหน้าและทำให้ชีวิตมีความปลอดภัย

กลไกที่ช่วยให้ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการกระทำกันทางสัญลักษณ์ดำเนินได้ประกอบด้วย

1. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล โดยโครงสร้างของสัมพันธภาพอาจเกิดขึ้นภายในครอบครัว เช่น คู่สมรส บิดา – มารดา บุตร และญาติสนิท หรืออาจเป็นบุคคลในเครือข่ายของสังคม เช่น เพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาจะได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่องนับถือ มีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งจะเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดหรือปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากแนวคิดเกี่ยวกับสังคม ได้มีผู้ศึกษาดังนี้

Cobb (1996 : 246-266) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าและมีความผูกพันกัน โดยการที่บุคคลได้รับการเอาใจใส่จากบุคคลอื่น

House (1981 : 10) (cited in Brown) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่ประกอบด้วย ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือ

ด้านการเมือง สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการให้ข้อมูลย้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ประเมินตนเอง

2. แหล่งการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ซึ่งประกอบด้วย ชนิด ปริมาณ และแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

Pender (1987 : 76-80) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบ คือ

1. การสนับสนุนตามธรรมชาติ (natural support system) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดที่สุด

2. การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (peer support system) เป็นการสนับสนุนที่บุคคลได้รับจากผู้ที่มีประสบการณ์

3. การสนับสนุนทางด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ (religion organization or denomination) เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้บุคคลได้มีการพบปะแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน จากพระ นักบวช หมอสอนศาสนา หรือกลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม

4. การสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (health professional system) เป็นแหล่งการสนับสนุนทางสังคมแห่งแรกที่ทำให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย และมีความสำคัญ เมื่อการสนับสนุนที่ได้จากครอบครัว และกลุ่มเพื่อนสนิทไม่เพียงพอ

5. การสนับสนุนจากวิชาชีพอื่นๆ (organization support system not directed by health professional) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นกลุ่มสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆของชีวิต

Brown (2004 : 45-95) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotion support) หมายถึง การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ ยอมรับนับถือ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) แนะนำข้อเท็จจริง แนวทางในการปฏิบัติ หรือทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่

3. การสนับสนุนด้านวัตถุ (tangible or instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องการให้หรือยืมเงิน สิ่งของ แรงงาน การบริการช่วยเหลือกิจการต่างๆ

4. การสนับสนุนทางการประเมินตัดสิน (appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรม การให้การยืนยัน ซึ่งจะทำให้ผู้รับเกิดมั่นใจ และนำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในสังคม

Pender (1987:76-80) ได้เสนอแนวคิดและกลไกเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ไว้ดังนี้

1. ส่งเสริมการเจริญเติบโตและการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกาย พัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อเป็นการเพิ่มคุณค่าของตนเอง ทำให้มีอารมณ์มั่นคงและมีความสุขในชีวิต
2. ลดความเครียดของเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต ถือว่าการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ
3. มีการป้องกัน ยืนยัน รับรอง หรือทำให้มั่นใจและคาดการณ์กับการกระทำของบุคคลนั้นว่าเป็นที่ต้องการของสังคม
4. ซึ่งถือเป็นกันชนหรือที่รองรับเหตุการณ์ที่เป็นวิกฤติในชีวิต โดยมีอิทธิพลต่อการแปลเหตุการณ์และการตอบสนองทางอารมณ์ของบุคคล ทำให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น จึงช่วยลดการเจ็บป่วยและเป็นการป้องกันโรค

ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นความจำเป็นพื้นฐานที่บุคคลควรได้รับ ทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่มีต่อสุขภาพ เนื่องจากเมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมก็จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมทำให้เผชิญเหตุการณ์ในชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤติได้ดีขึ้น รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการปรับตัว การเผชิญปัญหากับความเครียดของบุคคล และเป็นแรงจูงใจให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี

2.1.2 การให้ความหมายทางสังคม (Social Constructivism)

การที่เราจะรู้อะไรนั้น เราไม่ได้ค้นพบความรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้น แต่เราสร้าง (Construct) ภาพลึกลับนั้นมาในใจของเรา เราสร้างความคิดรวบยอด สร้างแบบจำลอง หรือสร้างแบบแผนของสิ่งที่ได้ประสบนั้นขึ้นมาในใจ เพื่อทำความเข้าใจและเข้าใจความหมายของสิ่งนั้น สิ่งที่เราสร้างขึ้นมานั้น จะถูกทดสอบและปรับปรุงเสมอ โดยอาศัยสิ่งใหม่สิ่งใหม่ที่เรได้ประสบในเวลาต่อมา นอกจากนี้ การสร้างความรู้เกี่ยวกับสิ่งที่เราประสบนั้น ยังมีมิติทางประวัติศาสตร์และทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย กล่าวคือ เราสร้างความรู้ขึ้นมาบนพื้นฐานของความเข้าใจ การปฏิบัติ และบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่ยึดถือร่วมกันและที่มีอยู่ก่อนแล้วเป็นหลัก เราไม่ได้สร้างความรู้ขึ้นมาจาก

สัญญาภาค หรือสร้างขึ้นมาอย่างปราศจากพื้นฐาน ซึ่งมีผู้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการให้ความหมายไว้ดังนี้

อมรา พงศาพิชญ์ (2547) กล่าวว่าไว้ว่า การให้ความหมายทางสังคมวัฒนธรรมนั้น ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงได้ และการกำหนดความหมายไว้เดิมนั้นอาจจะไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง หรือถ้าสอดคล้องกันตามความเป็นจริงในสมัยก่อนอาจจะไม่เหมาะสมกับสภาพสังคมสมัยใหม่ก็ได้

Holloway (1997) กล่าวว่าไว้ว่า ความหมายของสัญลักษณ์เป็นสิ่งที่คนในสังคมสร้างขึ้น หรือกำหนดให้แก่การกระทำ เป็นสิ่งที่คนในสังคมเดียวกันเข้าใจตรงกัน และถือปฏิบัติเหมือน การปฏิบัติเหมือนกัน การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของคนในสังคม ดำเนินไปได้ปกติ ก็เพราะคนมีความเข้าใจตรงกันในความหมายของการกระทำ หรือพฤติกรรม (สัญลักษณ์) อย่างเดียวกัน

Geertz (1973) กล่าวว่าไว้ว่า วัฒนธรรมเป็นระบบความหมาย ระบบสัญลักษณ์ หรือ ระบบความคิดที่มนุษย์ในสังคมหนึ่ง วัฒนธรรมหนึ่งสร้างขึ้น

Kim, B. (2001) การให้ความหมายทางสังคม เป็นการเน้นและให้ความสำคัญใน วัฒนธรรมและบริบทที่ปรากฏในสังคม รวมทั้งเป็นการสร้างความรู้โดยอยู่บนพื้นฐานของความ เข้าใจของคนในสังคมนั้นๆ ซึ่งประกอบด้วยสภาพความเป็นจริง รวมทั้งการสร้างหรือให้ ความหมายของสิ่งต่างๆในกลุ่มมนุษย์ขึ้นอยู่กับความนึกคิดของบุคคลและสมาชิกในสังคม

Schwandt (1994) การให้ความหมายทางสังคม เป็นการกระทำทางสังคมที่เกิดขึ้น ถูก กระทำซ้ำ และเป็นที่ยอมรับร่วมกันภายใต้สถานการณ์และบริบทอย่างใดอย่างหนึ่ง กล่าวคือ การ กระทำทางสังคมแต่ละอย่าง เป็นสัญลักษณ์ที่บ่งบอกถึงความหมายเฉพาะเจาะจงซึ่งซ่อนเร้นอยู่ เบื้องหลังการกระทำนั้น แต่ความหมายไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กันอย่างตรงไปตรงมา นั่นคือ การ กระทำอาจเป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่ความหมายของมันอาจเป็นอีกอย่างหนึ่งก็ได้ เช่น การให้ ความหมายของความตาย แต่ละสังคมวัฒนธรรมย่อมให้ความหมายของการตายที่แตกต่างกัน ด้วย รวมทั้งวิวัฒนาการของวัฒนธรรมก็ทำให้ความหมายของสิ่งต่างๆเปลี่ยนแปลงไปด้วยเช่นกัน

2.1.2 การสื่อสารทางสุขภาพ (Health Communication)

การสื่อสารเป็นการแสดงถึงการแสดงออกที่ถ่ายทอดความคิด อารมณ์ มุมมอง ความเข้าใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่เป็นอยู่ภายในตัวบุคคลหนึ่งไปสู่บุคคลอยู่ เพราะมนุษย์เป็นสัตว์สังคม มีความคิด อารมณ์และประสบการณ์เกิดขึ้นจำกัดภายในการรับรู้ของตนเอง ถ้าต้องการให้ผู้อื่นทราบต้องสื่อสารกับผู้อื่น การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น หรือการเข้าสังคมย่อมมีการแลกเปลี่ยนข่าวสาร ความคิดเห็น เพื่อสร้างความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน บุคลากรทางสุขภาพและผู้ป่วยแม้จะไม่ได้มีความรู้ความสามารถเท่าเทียมกัน แต่การสื่อสารกันด้วยพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ มีความรู้สึก มุมมอง ความคาดหวังอยู่เบื้องหลังการพูดคุยสื่อสารและพฤติกรรมที่แสดงออก เช่นเดียวกันแต่ต่างกันที่เนื้อหา บุคลากรทางการแพทย์ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ และพยาบาล ย่อมรู้เรื่องข้อมูลทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับโรคภัยไข้เจ็บและการบำบัดรักษามากกว่า แต่ตัวผู้ป่วยเองก็เป็นผู้เชี่ยวชาญในประวัติความเจ็บป่วยของตนเองมากกว่าแพทย์ การสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลมักต้องรวมถึงข้อมูลทางอารมณ์ ความรู้สึก มุมมองจากฝั่งและความคาดหวังในสถานการณ์ต่างๆ ร่วมเข้ามาด้วย โดยทุกคนต่างมีจุดมุ่งหมายร่วมกันคือ ช่วยให้ผู้ป่วยหันทุกข์ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และมีความเข้าใจเชื่อมโยงให้การสื่อสารดำเนินไปได้ด้วยดีตามจุดมุ่งหมายและสิ่งสำคัญที่สุดของการสื่อสาร คือการติดต่อสื่อสารเชื่อมโยงระหว่างผู้ให้การรักษากับผู้ป่วยและครอบครัว การยอมรับพฤติกรรม การเข้าใจความรู้สึก การระมัดระวังในคำพูด การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ครอบครัวได้ทำในสิ่งที่ต้องการความเชื่อ ด้านจิตวิญญาณ การสื่อสารที่ดีต่อกันระหว่างทุกฝ่าย ทั้งทีมสุขภาพ ผู้ป่วยญาติพี่น้อง เป็นหัวใจสำคัญและจำเป็นที่เอื้อให้เกิดความเข้าใจกัน ทั้งในการรักษาและยอมรับความจริง และตายที่สุด คือ เพื่อการจากไปอย่างสงบสุขได้มีผู้กล่าวถึงการสื่อสารสุขภาพไว้ดังนี้

Trummer U.F. et al (2005) ได้กล่าวไว้ว่า การติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นที่ยอมรับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญในกระบวนการดูแลรักษาให้มีคุณภาพ แต่บริบทรอบๆตัวก็มีผลกระทบต่อสื่อสาร เช่น ความเอาใจใส่ของสังคม พฤติกรรมที่แสดงออก หลักเกณฑ์ในการสื่อสาร การสื่อสารเป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นตลอดเวลาในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มต้นเข้าโรงพยาบาล การผ่าตัด การรักษาตัว และการให้ความรู้เมื่อกลับบ้าน

Epstein R.M .et al (2005) กล่าวไว้ว่า การสื่อสารโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนั้นถือว่าเป็นส่วนประกอบที่สำคัญ ที่ทำให้ระบบการดูแลสุขภาพมีคุณภาพสูงขึ้น โดยมีสิ่งที่

1. การทำความเข้าใจมุมมองของผู้ป่วย ซึ่งเกี่ยวข้องกับความคิด ความคาดหวัง ความต้องการ และความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้น

2. เข้าใจผู้ป่วยในบริบทสังคมที่ผู้ป่วยอยู่

3. แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทำความเข้าใจในปัญหา รวมทั้งการรักษาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยคงไว้ซึ่งคุณค่าในตัวผู้ป่วย

4. ช่วยเสริมพลังอำนาจ รวมทั้งเสนอแนวทางที่ผู้ป่วยสามารถเลือกได้

ได้มีการกล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดต่อสื่อสารในระบบบริการสุขภาพ ประกอบไปด้วย

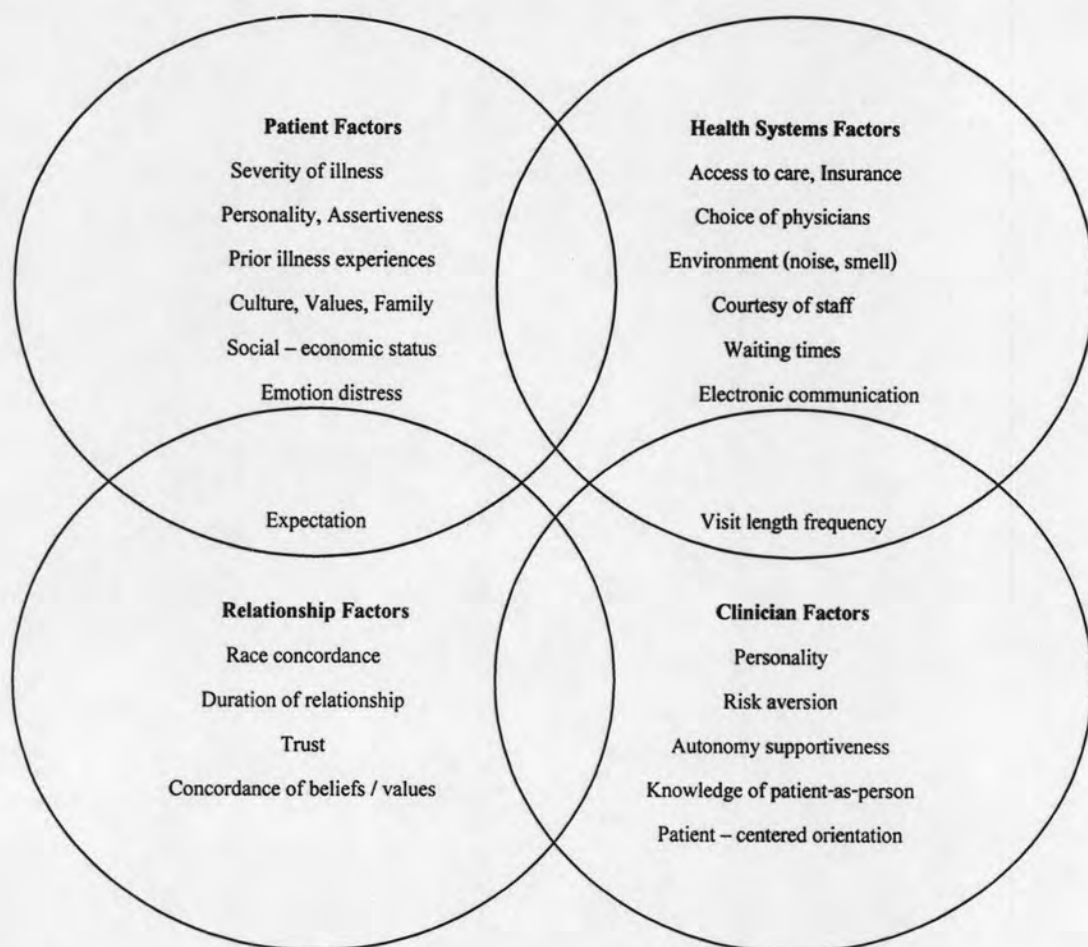
1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ต้องให้ความสำคัญเกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ลักษณะส่วนบุคคล ประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เศรษฐฐานะ อารมณ์ความนึกคิด

2. ปัจจัยด้านระบบสุขภาพ เกี่ยวข้องกับการเลือกแพทย์ที่จะรักษา ระบบสิ่งแวดล้อม (เสียง กลิ่น) ระยะเวลาในการรักษา

3. ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ ประกอบด้วย ระยะเวลาของสัมพันธภาพ ความไว้นั่นเชื่อใจ ความเชื่อของบุคคล

4. ปัจจัยด้านแพทย์ผู้รักษา ประกอบด้วยบุคลิกภาพ ความไม่ชอบ ลักษณะความเป็นตัวตนของบุคคล ประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วย

ซึ่งสามารถแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 4 ด้านในกระบวนการสื่อสาร ดังนี้



แผนภาพที่ 1 Factors influencing patient- centered communication. The Rochester center to Improve Communication in Health Care

Stewart (2001) การใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแลแบบองค์รวมนั้นต้องประกอบไปด้วย การมีปฏิสัมพันธ์อย่างเฉพาะระหว่าง ผู้ป่วย – แพทย์ อย่างไรก็ตามระบบการดูแลสุขภาพและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ยังมีโครงสร้างที่เจาะจงลงไป อันประกอบด้วย

1. ซึ่งพื้นฐานของทฤษฎีของการสื่อสารจะมองที่ส่วนประกอบอันเน้นที่การสื่อสารที่ดีและควรขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคล
2. กระบวนการที่สำคัญต้องนำความคิดและมุมมองของผู้ป่วยออกมา
3. ซึ่งถือว่าการสื่อสารเป็นพฤติกรรมส่วนบุคคลโดยอยู่บนพื้นฐานของปฏิสัมพันธ์ ดังนั้นพฤติกรรมที่แพทย์แสดงออกมาเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของผู้ป่วยด้วย

3.1 การสื่อสารโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นการประยุกต์รูปแบบการให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นสำคัญสำหรับผู้ป่วย และผู้ป่วยแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน รูปแบบจึงมีความยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสม

3.2 ควรระมัดระวังในการตีความระหว่างผู้ป่วย และแพทย์ ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพจะเป็นปัจจัยทำให้เกิดการปะทะระหว่างผู้ป่วยและแพทย์

สันต์ หัตถิรัตน์ (2544 : 25) ได้กล่าวไว้ว่าวัฒนธรรมไทยนั้นเป็นวัฒนธรรมที่นิยมความสุภาพอ่อนโยน ไม่ชอบความแข็งกร้าว เป็นวัฒนธรรมที่สอนให้มนุษย์ด้วยกันมีความเกรงใจต่อกัน แต่ขณะเดียวกันวัฒนธรรมไทยไม่นิยมการเผชิญหน้าแต่มักเลือกให้มีการหันหน้าเข้าหากัน การบอกความจริงซึ่งเป็นข่าวดีนั้นคนไทยไม่ค่อยมีปัญหาเพราะถือว่าเป็นสิ่งที่ดีและสร้างความสบายใจ แต่ขณะเดียวกันคนไทยมักอึดอัดที่จะต้องแจ้งข่าวร้าย โดยเฉพาะคนที่รู้จักคุ้นเคยกัน เพราะมีความรู้สึกเป็นสิ่งที่ต้องเกรงใจ ด้วยสำนึกในวัฒนธรรมไทยที่ว่าคนเราไม่ควรที่จะสร้างความยุ่งยากให้คนอื่น

จริยธรรมทางการแพทย์ถือว่าเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่จะต้องสื่อสารกับผู้ป่วยหรือบุคคลอื่นๆ หลักการบอกความจริงเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บของผู้ป่วยนั้น แพทย์มีความจำที่จะต้องบอกความจริงทั้งหมด มีไข้บอกเพียงครั้งเดียวให้หมด ต้องบอกพร้อมแผนการรักษาขั้นต่อไปให้ผู้ผู้ป่วยได้ทราบ การบอกความจริงกับผู้ป่วยเน้นแพทย์ ฟังตระหนักเสมอว่า นี่ไม่ใช่กิจกรรมอันแค่เพียงส่วนของงานประจำ เนื่องจากชีวิตของคนๆหนึ่งเป็นเรื่องสำคัญ การได้รับข่าวร้าย โดยมิได้มีการตั้งตัวให้ดีก่อนนั้นเป็นเรื่องที่อันตรายเป็นเรื่องที่อันตรายเป็นอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยเองและต่อญาติ แพทย์จำเป็นต้องประครองขวัญและกำลังใจของผู้ป่วยไปด้วยเสมอเพื่อให้ผู้ป่วยยังคงมีความหวังในการที่จะมีชีวิตอย่างมีคุณภาพเสมอ แต่กระนั้นเองแพทย์จำเป็นต้องแจ้งข่าวร้ายนั้นด้วยความเคารพในความเป็นจริง ไม่เสมอไปที่ผู้ป่วยจะมีอารมณ์โกรธ หรือปฏิเสธข่าวร้ายนั้น ด้วยอารมณ์รุนแรง ผู้ป่วยแต่ละคนนั้นต้องแตกต่างกัน และมีอัตลักษณ์ของตนแตกต่างกันไปเสมอ บางคนเกิดอาการเศร้าโศกต้องการเพื่อปลอบใจ แต่บางคนกลับอยากอยู่คนเดียว ปฏิบัติกิริยาทั้งหมดส่วนใหญ่มีพื้นฐานมาจากการเลี้ยงดูตั้งแต่วัยเด็ก การศึกษา ความเชื่อในเรื่องศาสนาเป็นสิ่งที่มอิทธิพลมากเช่นกัน

ภุขงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ (2548 : 67-65) ได้กล่าวถึงหลักในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย

1. เตรียมใจบอกความจริง โดยมากแพทย์มักเป็นผู้บอกความจริงกับผู้ป่วย แต่ก็อาจให้ญาติบอกได้ หากแพทย์เห็นว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงได้มาก ผู้ที่ทำหน้าที่ควรสำรวจตนเองก่อนว่าเข้าใจความรู้สึกของคนที่กำลังจะรับรู้ถึงวาระสุดท้ายของตนมากแค่ไหน การรับรู้ความจริงอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสับสน การมีใครสักคนอยู่เป็นเพื่อน จะช่วยลดทอนความรู้สึกแสบๆ ได้ การพูดแล้วเดินจากไปจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแค้นแค้นและโดดเดี่ยวที่สุด

2. เลือกบรรยากาศที่เหมาะสม หากประเมินว่าผู้ป่วยพร้อมรับฟังความจริง มีทัศนคติที่ดี และไม่มีประสบการณ์ที่เลวร้ายต่อการตาย ก็ควรหาสถานที่ที่บรรยากาศดีๆ และผ่อนคลายในการบอก จะช่วยให้การรับรู้ของผู้ป่วยดีขึ้น

3. การสื่อสารจากใจ การสื่อสารไม่ได้สำคัญเฉพาะคำพูดหรือข้อมูล แต่อยู่ที่ทุกอย่างที่เราสื่อออกมาจากความรู้สึกเป็นภาษากายและใจ ใช้การสัมผัส น้ำเสียง สีหน้า แววตาที่เมตตา อ่อนโยน สื่อความรู้สึกดีๆ ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจอย่างสม่ำเสมอและไม่มีเงื่อนไข

4. บอกความจริงอย่างมีความหวัง การให้ความสำคัญกับเรื่องที่จะบอก โดยละเลยความรู้สึกของผู้ฟังนั้น ทำให้การสื่อสารที่แท้จริงเกิดขึ้นไม่ได้ นอกจากผู้บอกจะเล่าถึงผลการวินิจฉัยและพยากรณ์โรคแล้ว ควรให้กำลังใจความหวังและทางเลือกกับผู้ป่วยด้วย การบอกความจริงอย่างมีหวัง ไม่ใช่เป็นความหวังให้หายหรือไม่ตาย แต่เป็นความหวังที่จะมีความสุขสงบกับชีวิตในช่วงเวลาที่มีค่าเหลืออยู่ได้อย่างดีที่สุด

5. ฟังอย่างตั้งใจ หลายครั้ง แพทย์ พยาบาล หรือแม้แต่ญาติ มักใช้ท่าทีในการบอกความจริงเป็นการสั่งสอนผู้ป่วยว่า เขาควรทำอะไร ผู้บอกความจริงต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติพูดและถามได้เสมอ โดยต้องฟังอย่างตั้งใจ ไม่ได้ตัดสินความคิด ความรู้สึกความเชื่อของอีกฝ่ายหนึ่งเป็นพื้นฐานของตนเอง เพราะการฟังอย่างตั้งใจคือหัวใจของการบอกความจริง

6. การสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ การสื่อสารที่ดีต่อกันระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติ จำเป็นต้องทำอย่างสม่ำเสมอตลอดการดูแลรักษา ทีมสุขภาพควรให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ทั้งเรื่องโรค อาการของโรค วิธีการรักษา ผลที่จะเกิดและผลของการรักษาหรือทางเลือกอื่นๆที่เป็นไปได้

2.1.4 กระบวนทัศน์และความคิดที่นำไปสู่ความตาย

2.1.4.1 ความตายกับมุมมองทางทางสังคมศาสตร์

นักคิดในแนวปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ มองว่าความตายเป็นความตายเป็นจริงทางชีววิทยา ความหมายของความตายเกิดจากกระบวนกรปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของคนในสังคม ที่กระทำผ่านทางภาษาและสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่เข้าใจร่วมกัน เช่น อาจหมายถึงความสูญเสีย การเปลี่ยนผ่าน และความสงบ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการให้คุณค่าความหมายของแต่ละคน

นักคิดในแนวโครงสร้าง-หน้าที่นิยม มองสังคมเป็นระบบที่แต่ละหน่วยย่อยมีหน้าที่รักษาสมดุลของสถาบันทางสังคมต่างๆ แนวคิดนี้ตั้งคำถามว่าความตายเชื่อมโยงกับสังคมอย่างไร เช่น ความตายได้สร้างช่องว่างให้เกิดขึ้นในโครงสร้างทางสังคม พิธีกรรมเกี่ยวกับความตายจึงเกิดขึ้นเพื่อทำหน้าที่ประสานให้ภาวะแตกแยกในสังคมน้อยที่สุด

นักคิดในแนวสังคมนิยม / มาร์กซิสต์ มองว่าความตายเป็นเรื่องของความไม่เท่าเทียมระหว่างชนชั้น เช่น คนจนจะมีอัตราการตายสูงกว่าคนรวย เพราะเข้าถึงการดูแลสุขภาพทางการแพทย์ได้น้อยกว่า แนวคิดนี้มองอุดมการณ์ของการตายในเชิงปัจเจก ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความแปลกแยกและความไร้อำนาจ คนป่วยใกล้ตายถูกปฏิบัติประหนึ่งไม่ใช่คน ถูกทอดถอนออกจากตัวตนของตนเอง กลายเป็นวัตถุอย่างหนึ่งที่ถูกจัดการควบคุมโดยคนอื่น

นักคิดแนวปรัชญาชีวิตและการดำรงชีวิต มองว่าการมีชีวิตอยู่ของมนุษย์มีเวลาจำกัด และทุกคนต่างต้องเผชิญหน้ากับความตายอันเป็นสมบัติเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล ดังที่ มาร์ติน ไฮเดกเกอร์ มองว่าความตายผูกจิตวิญญาณเข้ากับร่างกายเป็นสิ่งสมบูรณ์ ความตายมิใช่เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ชีวิตจบลง หากแต่เป็นส่วนหนึ่งของการดำรงชีวิตอยู่ เป็นจุดหมายที่ทำให้มนุษย์มีเสรีภาพมากกว่าจะเป็นสิ่งหนักอึ้ง

นักคิดในสำนักปรากฏการณ์วิทยา สนใจวิเคราะห์และทำความเข้าใจแก่นหรือแบบพื้นฐานของปรากฏการณ์ที่ถูกสร้างขึ้นทางสังคม ซึ่งแยกตัวมันเองออกจากวัตถุหรือเหตุการณ์อื่นๆ จุดมุ่งหมายสำคัญของการค้นคว้าวิจัยทางปรากฏการณ์วิทยาก็คือ เพื่อค้นหาโลกทางสังคมภายในจิตใจแต่ละคนและมุมมองร่วมของสังคมถูกสร้างขึ้นในชีวิตประจำวัน

2.1.4.2 ความคิดที่นำไปสู่ความตาย

พระไพศาล วิสาโล (2545: 113-114) ได้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับความคิดที่นำไปสู่ความตายไว้ดังนี้

- การมองชีวิตว่าเป็นเครื่องจักรทางชีวเคมี ชีวิตและความตายเป็นแค่กระบวนการทางเคมี ปรากฏการณ์ของชีวิตและความตายสามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผลทางเคมี แม้แต่จิตใจก็เป็นปรากฏการณ์ที่รวมศูนย์อยู่ที่สมอง ทศณะดังกล่าวเป็นทั้งเหตุและผลทางการแพทย์แบบชีวภาพ (biomedicine) ซึ่งเน้นการรักษาโรคและการจัดการกับความตายโดยมุ่งกระทำกับอวัยวะเฉพาะส่วน

- การมองแบบแยกส่วนลดทอน ความตายถูกมองเป็นปรากฏการณ์เพียงแค่มิติทางกายภาพเท่านั้น ความรู้สึกของผู้ป่วยจึงถูกมองข้าม ไม่ได้ได้รับความสำคัญจากแพทย์ การรักษาผู้ป่วยใกล้ตายจะเน้นแต่การรักษาทางกาย ไม่มีการบำบัดรักษาหรือให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ

- ทศณะเรื่องเชื้อโรคและความสกปรก ความรู้ทางการแพทย์ที่ทำให้เห็นว่าความสกปรกนั้นเป็นบ่อเกิดของเชื้อโรคซึ่งนำความเจ็บป่วยมาให้ ทำให้รังเกียจความตายและคนตาย ความตายจึงถูกย้ายออกจากบ้านไปสู่โรงพยาบาล

- ความเชื่อที่ปฏิเสธโลกหน้าชีวิตหน้า คนนั้นมีสัญชาตญาณต้องการให้ตัวตนดำรงอยู่ต่อไป การมีสวรรค์หรือชาติหน้ารองรับหลังตายแล้วทำให้คนในอดีตไม่กลัวความตายมากเท่ากับคนปัจจุบันซึ่งนับวันจะไม่เชื่อว่ายังมีโลกหน้าก็เลยทำให้ไม่เห็นความสำคัญของการที่ผู้ป่วยใกล้ตายจะใช้วาระสุดท้ายในการทำจิตใจให้สงบเพื่อไปสู่สุคติ วาระสุดท้ายกลายเป็นโอกาสสุดท้ายของแพทย์ที่จะใช้เทคโนโลยีทุกอย่างเอาชนะความผิดปกติในร่างกายของผู้ป่วย

- เงื่อนไขทางสังคมเศรษฐกิจ เกิดจากชุมชนเสื่อมสลาย คนในชุมชนมีความสัมพันธ์กันน้อยลง จึงไม่สนใจที่จะมาร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยใกล้ตายทั้งในด้านการดูแลรักษาและการช่วยเหลือด้านจิตใจ รวมทั้งประกอบกับครอบครัวมีขนาดเล็กลง ในอดีตการรักษาพยาบาลที่บ้านทำได้ไม่ยากเนื่องจากในครอบครัวมีคนหลายช่วงอายุ ต่างผลัดกันมาดูแลรักษาผู้ป่วยได้แต่ใน

ปัจจุบันครอบครัวได้เปลี่ยนไปจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ทุกคนมีกิจที่ต้องออกจากบ้าน จึงไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย เป็นเหตุให้อิโณความรับผิดชอบไปให้โรงพยาบาล

นอกจากนี้พระไพศาล วิสาโล ได้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับความตายในทัศนะสังคมไว้ดังนี้

- ความตายเป็นสภาวะที่อยู่คนละขั้วหรือแยกขาดจากชีวิต ความตายหมายถึง การสิ้นสุดของชีวิตหรือเกิดขึ้น ณ จุดปลายท้ายสุดของชีวิตหาใช่เป็นส่วนหนึ่ง ของชีวิตไม่

- ความตายเป็นเรื่องน่ากลัวที่ต้องหลีกเลี่ยงให้ได้มากที่สุด ความตายถูกกันให้ออกไปจากชีวิตของผู้คนกลายเป็นสิ่งที่ถูกปกปิดหรือจำกัดให้คนรับรู้เพียงไม่กี่คน การเห็นคนตายมิใช่เรื่องปกติธรรมดาสำหรับคนทั่วไปอีกต่อไป ผู้คนจึงรู้สึกว่าการความตายเป็นเรื่องน่ากลัว ขณะเดียวกันทัศนะสมัยใหม่เกี่ยวกับความสะอาดและสุขอนามัย ก็ทำให้รู้สึกรังเกียจความตาย(หรือคนตาย) มากขึ้น เพราะมองว่าเป็นสิ่งสกปรกและเป็นแหล่งเชื้อโรค

- ความตายเป็นสิ่งซึ่งต้องประวิงเวลาให้มาช้าที่สุด การยืดเวลาตายออกไป หรือให้มีลมหายใจนานที่สุด กลายเป็นสิ่งที่มีค่าในตนเอง คุณภาพของจิตใจ (หรือของชีวิต) ก่อนตายมีความหมายน้อยกว่าการมีลมหายใจยืนยาวให้ได้มากที่สุด

- ความตายถูกลดทอนเหลือเพียงแค่มิติกายภาพ ความตายถูกนิยามด้วยอาการทางกายภาพล้วนๆ (เช่นสมองไม่ทำงาน) ขณะเดียวกันในการช่วยผู้ป่วยไม่ให้ตาย แพทย์จะสนใจแต่กระบวนการทางกายภาพของผู้ป่วย มุ่งใช้ยาและเทคโนโลยีเข้ามาจัดการกับอวัยวะนานาชนิดเพื่อยับยั้งความตาย โดยมองข้ามเรื่องจิตใจของผู้ป่วย (และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับคนอื่น ๆ เช่นญาติมิตร) นอกจากจะลดทอนความตายเหลือเพียงมิติกายภาพแล้ว ยังมีความพยายามที่จะลดทอนต่อไปให้ความตายกลายเป็นเรื่องของความผิดปกติของอวัยวะบางส่วนเท่านั้น ความตายไม่ใช่ปรากฏการณ์ธรรมชาติ ความตายอย่างเป็นทางการนั้นไม่มี มีแต่ความตายเพราะเป็นโรค กล่าวคือความตายนั่นถือว่าเป็นโรค (disease) อย่างหนึ่ง

- ความตายเป็นความทุกข์ทรมานและเป็นเรื่องเลวร้ายที่สุดเท่าที่จะเกิดกับบุคคลคนหนึ่ง การมองว่าความตายเป็นจุดสิ้นสุดของชีวิต ประกอบกับการมองความตายแต่ในแง่ที่เป็นกายภาพ

ล้วน ๆ โดยไม่ได้มองว่าจิตใจของผู้ป่วยก็เป็นปัจจัยสำคัญ และไม่ได้ตระหนักด้วยว่าความตายหรือภาวะใกล้ตายเป็นได้ทั้ง "วิกฤต" และ "โอกาส" ในทางจิตวิญญาณทำให้มองว่าความตายนั้นนำมาแต่ความทุกข์ทรมานอย่างเดียว และเป็นความเลวร้ายที่สุดในชีวิต ดังนั้นจึงเป็นเรื่องน่ากลัวที่ต้องหลีกเลี่ยงหรือระงับยับยั้งทุกวิถีทาง แม้ว่าวิธีการดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดเพียงใดก็ตาม (ความเจ็บปวดนั้นวัดเป็นตัวเลขหรือทำเป็นกราฟไม่ได้ ผิดกับชีพจรและการเต้นของหัวใจ)

- ตายดีคือตายอย่างปุบปับแบบไม่รู้ตัวและไม่น่าเกลียด เนื่องจากความตายนั้นเป็นเรื่องทุกข์ทรมาน ความตายที่คนทั่วไปปรารถนา คือ ตายอย่างกะทันหันไม่รู้รู้สึกเจ็บ และไม่รู้ตัวล่วงหน้า เป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้แพทย์ไม่นิยมบอกความจริงแก่ผู้ป่วยด้วยโรคร้ายถึงชีวิต

- ความตายเป็นสิ่งที่ควบคุมหรือจัดการได้และเป็นเรื่องต้องเข้าไปควบคุมจัดการด้วย เนื่องจากความตายอย่างเป็นธรรมชาตินั้นไม่มี ตราบใดที่บุคคลยังมีร่างกายประกอบเป็นชิ้นเดียวกัน ความตายของบุคคลนั้นย่อมเป็นผลจากความผิดปกติของอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งคือเป็น "โรค" นั้นเองและเมื่อเป็นโรคแล้ว ก็ย่อมอยู่ในวิสัยที่จะรักษาได้ หากรักษาไม่ได้นั่นหมายถึงความล้มเหลวของแพทย์หรือการแพทย์ และถึงแม้ในปัจจุบันแพทย์ยังไม่พบวิธีการรักษา แต่อย่างน้อยแพทย์ก็ยังสามารถจัดการกับกระบวนการความตายได้ เช่น ประวิงเวลาให้เกิดขึ้นช้าที่สุด ดังนั้นการปล่อยให้ผู้ป่วยตายไปเอง หรือตายอย่างธรรมชาตินั้นจึงไม่สมควรทำ

- การช่วยชีวิตผู้ป่วยไม่ให้ตายเป็นหน้าที่สำคัญที่สุดของแพทย์ ดังนั้นจึงต้องทำทุกวิถีทางไม่ให้ตาย หรือทำให้ตายช้าที่สุด หรือต่อลมหายใจให้นานที่สุด

ได้กล่าวถึงผลของความตายตามทัศนะสังคมไว้ดังนี้

- ความตายถูกผลักดันออกไปจากบ้าน บ้านไม่ใช่ที่ๆควรตายนอกจากคนจะตายนอกบ้านกันมากแล้ว พิธีศพ ก็ย้ายออกไปนอกบ้านมากขึ้นส่งผลให้คนถูกพาไปตายที่โรงพยาบาลกันมากขึ้น เพราะมีอุปกรณ์ยับยั้งความตายมากมาย

- การจัดการกับความตายตกอยู่ในกำมือของแพทย์ความตายมิใช่สิ่งที่ผู้ป่วยมีส่วนในการกำหนดอีกต่อไป แพทย์เป็นผู้กำหนดการรักษา และจัดการความตายแต่เพียงผู้เดียว ทั้งนี้เนื่องจากความตายถูกลดทอนเหลือเพียงมิติทางกายภาพ และแพทย์ถือว่าเป็นผู้ที่รู้ดีที่สุดด้าน

กายภาพจึงอยู่ในฐานะเหนือกว่าผู้อื่นในการยับยั้งความตายหรือประวิงความตายให้มาถึงช้าลงที่สุด

- มีการพัฒนาและนำเทคโนโลยีมาจัดการกับความตายอย่างเต็มที่ทั้งเพื่อเอาชนะความตายและยับยั้งความตาย ยา การผ่าตัด และอุปกรณ์นาฬิกาชีวิตจึงได้รับความสำคัญและถูกพัฒนานำมาใช้กับอวัยวะแต่ละส่วนของผู้ป่วยอย่างเต็มที่ คนก็ถูกพาออกไปจากบ้านไปตายที่โรงพยาบาลมากขึ้น ภาพความตายสมัยใหม่คือคนที่นอนหมดลมอยู่ในโรงพยาบาล โดยมีสายระโยงระยางเชื่อมติดกับเครื่องยนต์เต็มไปหมด

- การแสวงหากำไรจากความตายเพิ่มพูนขึ้น เมื่อผู้คนกลัวความตายและต้องการประวิงความตายให้เกิดช้าที่สุด ธุรกิจชะลอความตายจึงเกิดขึ้นอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในโรงพยาบาล ยาและเทคโนโลยีตลอดทั้งชะงักงันและชะลอความตายกลายเป็นสินค้าที่ทำกำไรได้เป็นอย่างมากแต่ในอีกด้านการใช้ทรัพยากรต่างๆเพื่อชะลอความตายให้เกิดช้าที่สุด จนบ่อยครั้งเป็นเพียงการยึดลมหายใจของผู้ป่วย โดยไม่มีทางรักษาให้หายกลับสู่สภาพเดิมทำให้ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก เต็มและงบประมาณของรัฐแทนที่จะใช้เพื่อรักษาและช่วยชีวิตของคนในกรณีที่เร่งด่วน

- ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและการถูกปฏิบัติอย่างวัตถุ ไม่มีสิทธิ์ในร่างกายของตนเอง การพยายามทำทุกวิถีทางเพื่อยึดลมหายใจของผู้ป่วยให้นานที่สุด มักอาศัยวิธีที่รุนแรง เช่น การเจาะคอ ผ่าท้องใส่ท่อให้อาหาร ล้วนแต่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดทุกข์ทรมานอย่างยิ่งแม้กระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิตก็ไม่มีโอกาสสงบสุขท่ามกลางลูกหลานและญาติมิตร ผู้ป่วยถูกลดสภาพความเป็นคน กลายเป็นแค่วัตถุรองรับการกระทำของแพทย์และเทคโนโลยีเท่านั้น

2.1.4.3 การวินิจฉัยการตายทางการแพทย์

พรเลิศ ฉัตรแก้ว (2548 : 224-228) ได้กล่าวถึง การวินิจฉัยการตายไว้ดังนี้

1. การตายของเซลล์

สิ่งมีชีวิตประกอบขึ้นด้วยเซลล์ พลังงานที่เซลล์ใช้ทำกิจกรรมของชีวิตได้จากเชื้อเพลิง ได้แก่ น้ำตาล คีโตน การสันดาปเชื้อเพลิงให้มีประสิทธิภาพคือได้พลังงานมากพอต้องให้

ออกซิเจน ร่างกายของสัตว์ชั้นสูงสร้างปอดเพื่อดูดซับก๊าซออกซิเจนจากบรรยากาศ สร้างเม็ดเลือดแดงเป็นรถบรรทุกเพื่อขนส่ง และสร้างหัวใจเพื่อสูบฉีดโลหิตไปหล่อเลี้ยงอวัยวะต่างๆของร่างกาย เมื่อเกิดอาการหัวใจล้มเหลว เกิดการสูญเสียเม็ดเลือดหรือเกิดการไหลเวียนโลหิตล้มเหลว ออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์ไม่เพียงพอทำให้หยุดทำงานและแตกสลายในที่สุด เซลล์ชนิดต่างๆ ทนต่อการขาดออกซิเจนและตายในเวลาไม่เท่ากัน ขึ้นกับเชื้อเพลิงสำรองและอัตราการใช้พลังงาน กล้ามเนื้อลายซึ่งมีกลัยโคเจนสำรองมากและให้พลังงานต่ำสามารถทนต่อการขาดเลือดได้นานนับชั่วโมง ในขณะที่เซลล์สมองและหัวใจทนต่อการขาดเลือดได้เพียงไม่เกิน 4 นาทีเท่านั้น

2. การตายของอวัยวะสำคัญและร่างกาย

การหยุดทำงานของอวัยวะอันนำไปสู่ความตาย มีลำดับขั้นที่แตกต่างกันขึ้นกับสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิต เช่น เมื่อการหายใจหยุด ทำให้ขาดออกซิเจน เกิดหมดสติในเวลาอันรวดเร็ว ส่วนหัวใจจะหยุดเต้นเป็นเวลาประมาณ 5- 10 นาที หรือ เมื่อหัวใจหยุดเต้นจากระบบไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ เราสามารถบอกให้ผู้ป่วยหายใจได้อีกไม่เกินหนึ่งนาที จากนั้นจะหยุดหายใจ บางครั้งมีรีเฟริกการหายใจเฮือกและหยุดหายใจและสมองจะขาดเลือดรุนแรงและตายในเวลาประมาณ 3- 5 นาที หรือ เมื่อสมองตาย ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเองได้ส่วนหัวใจทำงานโดยไม่มีระบบประสาทควบคุมได้ระยะหนึ่ง ส่วนใหญ่ความดันโลหิตตกลงต่อมาหัวใจมักจะหยุดเต้นประมาณครึ่งหนึ่งในทุก 24 ชั่วโมง แม้จะได้รับการพุงชีวิตอย่างเต็มที่ โดยทั่วไปจะอยู่ได้ไม่เกิน 48 – 72 ชั่วโมง ในผู้ป่วยเกือบทั้งหมดที่เป็นข่าวว่าอยู่ได้นานเป็นเดือนหรือเป็นปีนั้น มีการตายของสมองส่วนบน ส่วนของก้านสมองยังทำงานควบคุมการหายใจและหัวใจได้คืออยู่

3. การเปลี่ยนแปลงทางกายหลังตาย

แบ่งช่วงเวลาการเปลี่ยนแปลงหลังตายเป็น 2 ช่วงเวลา คือการหลังการตายในช่วงต้น และในช่วงท้าย

3.1. การเปลี่ยนแปลงหลังตายในช่วงต้น (Early post – mortem changes)

คือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วง 2 ชั่วโมงแรกหลังตาย ซึ่งเราพบว่าผิวหนังโดยทั่วไปจะเริ่มซีดเนื่องจากการที่เนื้อเยื่อ และเซลล์ขาดเลือดมาเลี้ยง เป็นผลมาจากการหยุดทำงานของหัวใจและระบบไหลเวียนเลือด สามารถสังเกตได้ในช่วงเวลา 15- 30 นาทีภายหลังกการตาย กล้ามเนื้อ

ลายรวมถึงกล้ามเนื้อที่เป็นส่วนประกอบของหูรูด (Sphincters) จะเริ่มคลายตัว การเปลี่ยนแปลงพบแถบสีน้ำตาลเข้มเป็นแนวขวางบนผิวของเยื่อตาขาวและกระจกตา มีการแข็งตัวของเลือดทั่วร่างกาย และตามมาด้วยกระบวนการทำให้เลือดเป็นของเหลวอีกครั้งหนึ่ง

3.2 การเปลี่ยนแปลงภายหลังตายในช่วงท้าย (Late post – mortem changes)

- การแข็งตัวของกล้ามเนื้อหลังตาย (rigor mortis)
- การตกสู่เบื้องต่ำของเลือด (livor mortis)
- การลดลงของอุณหภูมิภายในร่างกายภายหลังตาย (algor mortis)
- กระบวนการเน่าของศพ (decomposition of the body) เริ่มตรวจพบได้ด้วยตาเปล่าภายหลัง 24 ชั่วโมง การเน่ามี 2 รูปแบบคือ autolysis ซึ่งเกิดจากเอนไซม์ที่อยู่ในเซลล์ปล่อยออกมาทำลายเนื้อเยื่อ และ putrefaction ซึ่งเป็นการย่อยโดยจุลชีพภายในร่างกาย ทำให้เกิดก๊าซที่มีกลิ่นเหม็นเมื่อร่างกายเน่าเปื่อยหมดแล้วจะเหลือเป็นโครงกระดูก ซึ่งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วที่สุดใน 9-10 วัน แต่บางรายอาจกลายเป็นลักษณะมัมมี่ (mummification) ถ้าอยู่ในบริเวณที่แห้งและร้อนมาก ๆ น้ำในร่างกายถูกระเหยออกอย่างรวดเร็ว ในอีกลักษณะคล้ายเป็นหุ่นขี้ผึ้ง (adipocere) ถ้าศพอยู่ในบริเวณที่ชื้น เชื้อแบคทีเรียบางชนิดจะสร้างกรดไขมันสะสมเนื้อเยื่อทำให้ไม่เน่าเปื่อย

2.1.4.4 ความตายในมุมมองของศาสนา

1. ความตายในมุมมองของศาสนาพุทธ

สุมาลี นิมนานนิตย์ (2548 : 160-163) กล่าวว่าไว้ว่าความตาย หมายถึง การไม่เป็นทุกข์ การหลุดพ้นจากความทุกข์ทั้งปวง ปราศจาก รัก โลภ โกรธ หลง

คัมภีร์มรณศาสตร์ ในศาสนาพุทธแบบวัชรยาน กล่าวว่าไว้ ความตายคือการเปลี่ยนจุดหนึ่งของกระแสชีวิตที่ดวงวิญญาณย้ายจากสัญญาหนึ่งไปสู่อีกสัญญาหนึ่งเท่านั้น

2. ความตายในมุมมองของศาสนาอิสลาม

Puchalski & Donnell (2005 : 118) กล่าวว่าไว้ว่า ความตายมิใช่จุดสิ้นสุด แต่เป็นจุดเริ่มต้นของโลกใหม่ และเป็นโลกที่ไม่มีจุดจบของเวลา เป็นการเปลี่ยนถ่าย (Transition) จากโลกนี้ไปสู่โลกใหม่ที่ดีและถาวรกว่าอิสลามส่งเสริมให้มนุษย์สร้างความผูกพันกับความตายด้วย

หมั้นรำลึกถึงและเตรียมพร้อมเสมอสำหรับความตายและเมื่อชีวิตหลังความตายมาถึงแล้ว เขาจะไม่มีโอกาสกลับสู่โลกนี้ เพื่อแก้ไขความผิดพลาดต่างๆได้อีก เมื่อมนุษย์ตายไปดวงวิญญาณของเขา จะพำนักอยู่ชั่วคราวในโลก "บรัชค" (โลกคั่นกลาง) จนถึงวันปรโลก วันที่ทุกชีวิตจะถูกทำให้ฟื้นขึ้นมาเพื่อการพิพากษา

คัมภีร์อัลกุรอาน กล่าวไว้ว่า ความตายเป็นการเปลี่ยนสภาพ หรือมิติของการดำรงอยู่เท่านั้นไม่ใช่การสิ้นสุดชีวิต

3. ความตายในมุมมองของศาสนาคริสต์

Puchalski & Donnell (2005 : 116) กล่าวไว้ว่า ความตายเป็นจากการทำงานของบาป ครั้นต้นเหตุเกิดขึ้นแล้วก็ทำให้เกิดบาป และเมื่อบาปเจริญเต็มที่ แล้วจะนำไปสู่ความตายความตายเป็นการแย่งจาก ไม่ใช่เป็นการสิ้นสุด การตายฝ่ายร่างกายเป็นการแยกจากวิญญาณออกจากร่างกาย และกายที่ปราศจากวิญญาณนั้น ไร้ชีพ

ซูลีพรรณ ศรีสุนทร (2548 : 1999) กล่าวไว้ว่า ความตายเป็นเหมือนการกลับบ้านสู่ชีวิตนิรันดรในอ้อมกอดของพระเจ้า

2.1.4.5 กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เต็มศักดิ์ พิงรัมย์ (2548 : 1) ได้กล่าวถึงหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ หลักการ Palliative Care คือการจัดการให้ผู้ป่วยที่กำลังเผชิญปัญหา ที่เกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามถึงชีวิตและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยการป้องกัน และการบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆด้วยการวินิจฉัยแต่เนิ่นๆ การประเมินอย่างแม่นยำ และการรักษา ความปวด และปัญหาอื่นๆ ให้ครบถ้วนทั้งทางร่างกาย จิตวิญญาณ

คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์(พ.ศ.2548)ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทั้งทางกายและทางใจหรือขาดเจ็บบรรเทา โดยความเจ็บป่วยดังกล่าวไม่มีโอกาสที่จะรักษาให้หายขาดหรือดีขึ้นด้วยหลักฐานทางการแพทย์สามารถประเมินได้ว่า ผู้ป่วยน่าจะมียุติขีวิตอยู่ได้น้อยกว่า 6 เดือน

หลักสำคัญของ Palliative Care ประกอบด้วย

1. ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก

ความพึงพอใจ ความสบายของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสูงสุด การดูแลรักษา การตรวจวินิจฉัย หัตถการหรือกิจกรรมใดๆ จะกระทำเมื่อเห็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเท่านั้น ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้มากที่สุด

2. ครอบคลุมความต้องการทุกด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

นอกจากการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานทางร่างกายแล้ว ยังต้องให้ความสำคัญกับปฏิกริยาทางจิตใจของผู้ป่วยต่อโรค การรักษา และความตาย ควรรับฟังและหาโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก อารมณ์ปมขัดแย้ง เจตคติส่วนตัว การให้คุณค่าต่อสิ่งต่างๆ หรือความเชื่อและศรัทธาทางศาสนาที่สั่งสมมาซึ่งอาจแตกต่างจากไปจากผู้ดูแลรักษา

3. การปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัวและสังคม

งานหลายด้าน ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาที่เข้ามามีส่วนร่วม ในช่วงใดช่วงหนึ่ง โดยประสานงานและเข้าใจบทบาทของกันและกันเป็นอย่างดี องค์ประกอบที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าบุคลากรทางการแพทย์ คือ ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวและเพื่อนฝูงที่ร่วมดูแล สนับสนุนเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยด้วยความผูกพัน รวมทั้งความช่วยเหลือจากสังคมภายนอกด้วยความต่อเนื่องและการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอการดูแลครอบคลุมอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ขณะเสียชีวิต และสำหรับครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว

*บทบาทของแพทย์

แพทย์มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งในฐานะผู้ให้การรักษา ในฐานะเพื่อนมนุษย์ที่ฟังปฏิบัติต่อกัน และในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลรักษาทั้งหมด ในฐานะผู้ให้การรักษาผู้ป่วย ความรับผิดชอบโดยตรงของแพทย์ คือ การวินิจฉัยที่ถูกต้อง การให้ข้อมูลที่ครบถ้วนสามารถเข้าใจได้ง่าย และการดูแลรักษาที่เหมาะสมสำหรับอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในฐานะเพื่อนมนุษย์ หากแพทย์ให้ความสนใจ ให้โอกาส รับฟังความคิดเห็นและมุมมองของผู้ป่วย ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวหรือจากสังคม ซึ่งอาจต่างไปจากตนแล้ว

ย่อมจะทำให้การรักษาอาการต่างๆมีความสมบูรณ์ครบถ้วน ตอบสนองทั้งความต้องการด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและเกิดความขัดแย้งน้อยที่สุด และยังเป็นโอกาสได้สำรวจตนเอง เรียนรู้และสะสมประสบการณ์ ในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย แพทย์ควรดำรงตนอย่างผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพหนึ่งที่ต้องแสดงองค์ความรู้ในวิชาชีพของตนให้ประจักษ์ ในขณะที่เดียวกันก็ต้องรับฟังความเห็นจากมุมมองอื่นๆด้วย ดังนั้นแพทย์จึงไม่ใช่หัวหน้าหรือผู้ที่รู้ดีที่สุดที่ต้องตัดสินใจทุกเรื่อง

***บทบาทของพยาบาล**

การปฏิบัติงานของพยาบาลนับเป็นแกนหลักของงาน เนื่องจากมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย และโดยวิชาชีพที่ให้ความสำคัญกับการดูแล ที่มีความหมายมากกว่าผลของการรักษา พยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ทั้งในด้านการตอบสนองความต้องการทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยนำแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลักมาใช้ในการประเมิน วางแผนการให้การพยาบาล และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

***บทบาทของเภสัชกร**

ความก้าวหน้าทางการแพทย์เกี่ยวกับยาที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความทันสมัยและสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เภสัชมีบทบาทในการจัดเตรียมยาที่จำเป็นให้เพียงพอ รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา ปฏิกริยาของยาต่างๆ จะช่วยให้การดูแลของแพทย์มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

***บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์**

ในประเทศไทยซึ่งประชากรส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ถึงแม้จะมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาระค่าใช้จ่ายลดลงแต่ค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิต ค่าเดินทางของสมาชิกในครอบครัว ยังคงเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลและให้ความสำคัญมาก ภาระงานและเวลาของนักสังคมสงเคราะห์จึงถูกใช้ในการพิจารณาให้ความช่วยเหลือด้านการเงินด้วย

*บทบาทของผู้นำทางศาสนาและความเชื่อ

คือผู้ที่มีคุณลักษณะที่สามารถชี้แนะการดำเนินชีวิตของผู้อื่นได้ด้วยการสอนหลักธรรมทางศาสนา ความเชื่อ ความศรัทธา ขนบธรรมเนียมประเพณี หรือวิถีชีวิต สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญภาวะวิกฤติของชีวิตจากความเจ็บป่วยและความตายได้โดยความต้องการและสมัครใจของผู้ป่วย ด้วยการให้คำที่ปรึกษา ชี้แนะแนวทางในการดำรงชีวิต

*บทบาทของอาสาสมัคร

อาสาสมัครที่ปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน มีบทบาทสำคัญในการเติมช่องว่างที่เกิดจากการขาดแคลนผู้รักษาหลัก เช่น แพทย์หรือพยาบาลที่มีภาระงานมาก และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วย รับฟังเรื่อง que ผู้ป่วยอยากพูด รับรู้อารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย

*บทบาทของผู้ใกล้ชิดในครอบครัวและเพื่อนฝูง

ญาติพี่น้องผู้ใกล้ชิด เพื่อนฝูงที่สนิท เพื่อนบ้าน ต่างมีบทบาทในเรื่องความช่วยเหลือดูแล เป็นกำลังใจสนับสนุนชี้แนะแนวทางหรือแม้กระทั่งในด้านลบ ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวควรได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย การรักษาและการพยากรณ์โรคและมีโอกาสได้ร่วมตัดสินใจในเรื่องการดูแลรักษาให้มากที่สุด โดยเฉพาะในประเด็นที่มีผลดีผลเสีย หรืออาจมีความขัดแย้งในอนาคต เช่น การปฏิบัติการณ์ในการกู่ชีวิต และควรมีการพูดคุยกัน ร่วมกับแพทย์และพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยและแม้แต่ตัวของผู้ป่วยเอง

ปัจจัยการดูแล 10 ประการ

การดูแลที่สามารถตอบสนองกับความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมต้องอาศัยความตั้งใจ(Intention) การให้คุณค่าต่อการดูแล (caring values) และความรู้ (knowledge) ความตั้งใจ(willing) สัมพันธภาพ (relationship) และการกระทำ (action) กระบวนการดูแลจะต้องอยู่บนพื้นฐานของรับผิดชอบ (commitment) ต่อการดูแล และดำรงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์ของบุคคล และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่เกิดผลดีและสวัสดิภาพของบุคคล

1. การสร้างค่านิยมเกี่ยวกับการเห็นประโยชน์ของผู้อื่นและมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ (the formation of a humanistic – altruistic value system) เป็นปัจจัยประการแรกที่สำคัญที่สุด ซึ่งเน้นการให้คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์แก่กันและกัน มีความเมตตาและเห็นแก่ประโยชน์ของผู้ป่วย ต้องเข้าใจพฤติกรรมที่แสดงถึงความความเข้าใจและยอมรับถึงความแตกต่างของบุคคล ค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรมและปรัชญาชีวิตที่แตกต่าง เคารพในความเป็นบุคคลไม่ว่าจะอยู่ในสภาพที่น่ารังเกียจ อุดทนและรอคอยเวลาให้เกิดการค้นพบตัวเอง โดยมองว่าผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ เพื่อนมนุษย์คนหนึ่งที่ต้องการความช่วยเหลือความรักและความเมตตาอย่างมาก

2. ความศรัทธาและความหวัง (faith hope) ในภาวะที่การรักษาแผนปัจจุบันไม่สามารถรักษาการเจ็บป่วยได้ การส่งเสริมการปฏิบัติตามความเชื่อ สามารถทำให้เกิดความหวัง และเกิดความสุขในชีวิต (self-being) ตามความเชื่อและการให้ความหมายของบุคคลนั้นๆ ความศรัทธาและความหวังในชีวิต ช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความหวังในการดำเนินชีวิตตามสภาพที่เป็นจริงของตน เช่น การทำสมาธิ การฝึกสมาธิ การฝึกสติ การทำจิตบำบัด ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกวิธีการตายตามความเชื่อของเขา ส่งเสริมความเชื่อพื้นฐานของผู้ป่วยที่อาจไม่ได้อยู่ในแนวทางศาสนา ยอมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อของเขา เช่น การสวดบทคาถาอาคม สบายสิญจน์ ไชยกลาง เป็นต้น

3. การสร้างทักษะในการรับรู้ความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น (The cultivation of sensitivity to one's self and to others) การแสดงความจริงใจช่วยส่งเสริมการเติบโตและการพัฒนาสู่ความต้องการสูงสุด การไวต่อการรับรู้ต่อตนเองและผู้อื่น เป็นพฤติกรรม การดูแลที่สำคัญคือการตระหนักรู้ตัวอยู่เสมอถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตน ด้วยการเริ่มมองเข้าไปในตนเอง และรับรู้ตนเองตามสภาพที่แท้จริง

4. การสร้างสัมพันธภาพในการช่วยเหลือและการไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Establishing a helping – trust relationship) เป็นการสื่อสารที่ใช้ในการสร้างสัมพันธภาพในการเกื้อกูลดูแลแบบช่วยทำให้เกิดความไว้วางใจ อาจแสดงออกด้วยภาษากาย การสัมผัสและน้ำเสียง

5. การส่งเสริมและยอมรับกับการแสดงความรู้สึกด้านบวกและลบ (The promotion and acceptance of the expression of positive and negative feelings) การแสดงออกความรู้สึก

เป็นวิธีการช่วยให้บุคคลเกิดความตระหนักถึงสัมพันธภาพ อารมณ์หรือความรู้สึกเป็นตัวชี้นำการ แสดงออกของพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อระบบความคิด การตัดสินใจ และพฤติกรรม

6. การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์ในการตัดสินใจ (The systematic use of scientific problem – solving method for decision making) การใช้กระบวนการทาง วิทยาศาสตร์ในการค้นหาวิธีการดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องให้การยอมรับกับการ เจ็บป่วยหรือความตายอย่างสงบ โดยเริ่มจากการประเมินปัญหา ทั้งด้านร่างกายและจิตใจและจิต วิญญาณ โดยการพูดคุย การสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุม โดย นำข้อมูลและปรากฏการณ์ต่างๆไม่ว่าจะเป็นด้านจิตสังคม ความเชื่อ ความผูกพัน แหล่งความหวัง และกำลังใจ มาใช้ให้มากที่สุด

7. การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (The promotion of interpersonal) การให้ ข้อมูลเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยลดความวิตกกังวล ดังนั้นการได้รับข้อมูลที่เพียงพอร่วมกับการดูแล จะทำ ให้เกิดการตอบสนองที่เหมาะสม

8. การเตรียมการเพื่อสนับสนุน ปกป้อง หรือแก้ไขภาวะสุขภาพกาย จิตสังคม และจิต วิญญาณ (the provision of supportive ,protective and corrective mental , physical sociocultural and spiritual environment) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ปัจจัยภายนอก คือปัจจัย ด้านร่างกาย ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม ปัจจัยภายใน คือ สุขภาพจิต จิตวิญญาณ และ กิจกรรมทางวัฒนธรรม เป็นการกระทำเพื่อสนับสนุนและป้องกัน ทำให้บุคคลเกิดความผาสุกใน ชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งปัจจัยทั้งสองมีความสัมพันธ์กันเพราะเป็นการรับรู้ของบุคคล ต่อสิ่งแวดล้อมว่าเป็นภาวะคุกคามหรือไม่คุกคาม การรับรู้ภาวะคุกคามถือเป็นความเครียดที่เกิด กับบุคคล

9. การช่วยให้ได้รับการตอบสนองความต้องการ (Assistance with the gratification of human needs)

ระดับที่ 1 ความต้องการด้านชีวภาพ เป็นความต้องการเพื่อการมีชีวิตอยู่ เช่น ความ ต้องการอาหาร น้ำ การขับถ่าย และการหายใจ

ระดับที่ 2 ความต้องการด้านจิตใจ เป็นความต้องการด้านการทำหน้าที่ เช่น การมีกิจกรรมและการพักผ่อน ความต้องการด้านเพศ

ระดับที่ 3 ความต้องการด้านจิตสังคม เป็นความต้องการในระดับสูง เช่น ความต้องการประสบความสำเร็จ การติดต่อเชื่อมโยงกับบุคคลและสิ่งแวดล้อม

ระดับที่ 4 ความต้องการเกิดขึ้นภายในบุคคลและระหว่างบุคคล ความต้องการประสบความสำเร็จสูงสุดในชีวิต

10. การเปิดโอกาสให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับบุคคลในภาวะที่เขาเป็นอยู่ (Allowance for existential phenomenological factors) เพื่อช่วยให้บุคคลค้นหาความหมายของชีวิตช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับการมีชีวิตอยู่หรือตายได้โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะมีควมลับสนว่า วุ่นวิตกกังวลต่อสภาพที่ต้องมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย ทำให้ต้องค้นหาความหมายของชีวิต หากขาดการประคับประคองอาจมีความคิดที่ฆ่าตัวตาย หรือปฏิเสธความตายจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตได้

แนวทางดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แม้ว่าแพทย์และพยาบาลจะหมดหวัง หมดความสามารถ ที่จะดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้พ้นจากความทุกข์ทรมานและให้สามารถใช้เวลาที่เหลือในชีวิตของตนให้เป็นประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่น แต่แพทย์และพยาบาลก็สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยให้พ้นความทุกข์ทรมานได้ระดับหนึ่ง โดยเฉพาะด้านความเจ็บปวด ความกังวลความทรมานทรมาน และอาการไม่สบายต่างๆ ซึ่งแม้จะไม่สามารถทำให้อาการทั้งหมดหายไปได้อย่างครบถ้วนและถาวร รวมทั้งสามารถอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้าใจถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคและอาการเจ็บป่วยทั้งหมด เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้วิจารณญาณของตนเองในการตัดสินใจว่าจะต้องการให้แพทย์และพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไรต่อไป

1. ยึดประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นประโยชน์สูงสุด คือการรักษาพยาบาลหรือการดำเนินการใดๆ ให้ถึงประโยชน์ของผู้ป่วยก่อนประโยชน์ของญาติหรือของใครอื่น เพราะผู้ที่ได้รับความทุกข์ทรมานคือผู้ป่วย ดังนั้นจะต้องลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยลงให้มากที่สุดไม่ว่าจะเป็นทางกายหรือทางใจ เมื่อไม่สามารถรักษาให้หายได้แล้วแม้ว่ายาแก้ปวดหรือยาบรรเทาความทุกข์ทรมานนั้นอาจจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้นก็ตามเพราะไม่มีประโยชน์อันใดเลยที่จะปล่อยให้ผู้ป่วยทรมาน

ทรมานจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ในบางครั้งญาติผู้ป่วยก็ไม่เข้าใจมีแต่จะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องทรมานมากขึ้นและนานขึ้น เพราะแม้แต่ยึดประโยชน์ของตนสำคัญโดยไม่คำนึงถึงความทรมานของผู้ป่วย

2. อย่าทอดทิ้งผู้ป่วย แม้ผู้ป่วยจะอยู่ในระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่ผู้ป่วยต้องการความรัก ความอบอุ่น และการเอาใจใส่จากญาติ แพทย์และพยาบาล การทอดทิ้งผู้ป่วย หรือการไม่เอาใจใส่ผู้ป่วย จะทำให้เกิดความเจ็บช้ำและว่าเหว่ เศร้าหมอง พอๆ กับความเจ็บปวดทรมานหรือมากกว่า การนำผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปไว้ที่โรงพยาบาล ก็เปรียบเสมือนการทอดทิ้งผู้ป่วย เช่นกัน เพราะผู้ป่วยจะเปล่าเปลี่ยวเดี๋ยวกัน อยู่ท่ามกลางคนแปลกหน้า และในสถานที่ไม่คุ้นเคย แล้วถูกเจาะเลือด สายสวนปัสสาวะ ใส่ท่ออาหารและอื่นๆ ดังนั้นแพทย์พยาบาลควรแนะนำวิธีการรักษาที่ดีที่สุดและเป็นประโยชน์ที่สุดสำหรับผู้ป่วยและญาติรวมทั้งการดูแลรักษาที่เหมาะสม การไม่เอาใจใส่ หรือไม่พูดจาทำความเข้าใจกับญาติให้ดีจะมีปัญหาตามมาเมื่อผู้ป่วยเกิดเสียชีวิต หรือได้รับการรักษาที่ญาติไม่ต้องการ หรือไม่สามารถจะสู้ค่าใช้จ่ายได้

2.1 ให้ลดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยให้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ ความทุกข์ทรมานเกิดจากความวิตกกังวล ความโศกเศร้า ความผิดหวังและอื่นๆ อันเกิดจากความไม่รู้ว่าตนเป็นอะไร จะดีขึ้นหรือไม่ จะทำอย่างไรกับตนเอง กับครอบครัว และภาระค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับอาการของตนเอง

2.2 หากทางให้การจากไปของผู้ป่วยเป็นไปโดยสงบและสะดวกสบายที่สุด คนทุกคนไม่ว่าจะป่วยหรือไม่ป่วย ย่อมอยากให้อวาระสุดท้ายของตนเป็นไปโดยสงบและสะดวกที่สุด ในอดีตกาลที่วิทยาการทางการแพทย์ยังไม่ก้าวหน้า คนชราและคนเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมดจะได้รับการดูแลในบ้านตนเอง ท่ามกลางญาติมิตรและคนที่ตนรัก ทำให้มีการพูดคุยกัน ให้กำลังใจกันและกัน ผู้ป่วยมีโอกาที่จะสั่งเสียทุกสิ่งทุกอย่างที่ตนห่วงกังวลอยู่ ช้าแล้วช้าเล่าจนหมดหวังหมดกังวลก่อนจะจากไป ในปัจจุบัน วิทยาการทางการแพทย์ก้าวหน้าขึ้นมาก ทำให้คนเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายถูกนำไปโรงพยาบาลด้วยสาเหตุต่างๆ กัน เช่น

- คิดว่าโรงพยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น หรือรอดจากความตายได้ แม้ว่าจะหมดหวัง ที่จะรักษาให้ดีขึ้น
- ไม่อยากให้ผู้ป่วยตายที่บ้าน จึงผลักดันให้มาตายที่บ้านที่โรงพยาบาล การตายในโรงพยาบาลเกือบทั้งหมดจึงเป็นการตายลำบาก ตายยึดเยื้อ ตายโดยน้ำมือผู้อื่น ไม่สามารถตายอย่างสงบและตายเองตามธรรมชาติ

- ไม่อยากดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพราะกลัวที่จะเห็นในระยะสุดท้าย กลัวจะถูกญาติมิตรหาว่าไม่พาผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล เพราะไม่อยากเสียค่าใช้จ่ายอื่นๆไว้ การหาทางให้ผู้ป่วยได้จากไปโดยสงบและโดยสะดวกสบายมากที่สุด จึงเป็นสิ่งที่ยังประโยชน์อย่างยิ่งแก่ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้รับในสิ่งที่ตนพอใจและต้องการในวาระสุดท้ายแห่งชีวิตให้มากที่สุดเท่าที่สามารถตอบสนองได้

3. หาแนวทางที่ชัดเจนในแต่ละสถานการณ์ เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายมีรูปธรรมที่แตกต่างในแต่ละชุมชน แต่ละท้องถิ่น แต่ละประเทศ เศรษฐฐานะ วัฒนธรรมความเชื่อถือ และอื่นๆ

- ความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม หรืออื่นๆ อาจทำให้ความหมัดหวังในการรักษา กลับเป็นความหวังในการก้าวไปสู่ชีวิตใหม่ คนที่นับถือศาสนาคริสต์นิกายวิทยาศาสตร์ คริสต์ ซึ่งเคร่งครัดในศาสนา มาก และไม่เชื่อในการรักษาพยาบาลแผนใหม่ๆ ทั้งสิ้น หลายคนในกลุ่มนี้มีสติปัญญาดี และมีชื่อเสียงระดับโลกแต่เวลาเจ็บป่วยจะไม่ยอมไปหาแพทย์ และใช้วิธีการรักษาตนเองแบบเก่า

- เศรษฐฐานะ ในประเทศไทยในอดีต การรักษาพยาบาลโรคภัยไข้เจ็บด้วยการแพทย์แผนไทย ไม่ว่าจะด้วยสมุนไพร การบีบนวด วิถีโยคะ และอื่นๆ

2.1.4.6 ประเด็นจริยธรรมกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ประกอบกับในปัจจุบัน ความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีมีอิทธิพลอย่างมากในการเปลี่ยนแปลงการรักษาให้แตกต่างไปจากอดีต ก่อให้เกิดความสับสนไม่ชัดเจนในการรักษาพยาบาล เช่น กรณีผู้ป่วยอาการหนัก สมองถูกทำลายไปมากจนไม่สามารถกลับมาทำงานได้แล้ว แต่แพทย์ยังสามารถช่วยให้หายใจและหัวใจยังเต้นอยู่ได้ ซึ่งบางครั้งยังขาดความชัดเจนในการให้ความหมายของการมีชีวิต และการเสียชีวิต ว่าใครควรเป็นผู้ตัดสินใจกันแน่ และนอกเหนือจากความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีแล้วการเปลี่ยนแปลงทางสังคมประชาธิปไตยก็ช่วยสนับสนุนให้ประชาชนมีปากมีเสียงที่จะถามหรือปฏิเสธการให้บริการทางการแพทย์มากกว่าในอดีต มีความตื่นตัวอย่างมากในแง่สิทธิมนุษยชน (human right) รัฐบาลเองก็ตอบสนองโดยการออกกฎหมายมาควบคุมเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยในแง่ต่างๆมากขึ้น เช่น สิทธิความเป็นส่วนตัว (right to privacy) จากผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว มีผลทางการแพทย์และพยาบาลอย่างมาก โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งปัญหาในการรักษาพยาบาล ซึ่งหลายกรณีเป็นแบบทวิลักษณ์ (dilemmas) มีทั้งในแง่บวกและลบ เช่น ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่มีการรักษาหายขาด มีอาการทุกข์ทรมาน และขอร้องให้แพทย์ทำให้สั้นชีวิตลงด้วยความเต็มใจ กรณีดังกล่าวอาจมีปัญหากฎหมายเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งการรักษาแบบใดแม้เป็นทวิลักษณ์ก็จำเป็นต้องมีความโปร่งใสและคำนึงถึงปัญหาทางจริยธรรมด้วยเสมอ

1. ศีลธรรม (Principles)

การบริการทางสาธารณสุข จำเป็นอย่างยิ่งในการใช้หลักศีลธรรม หรือความถูกต้องมาเป็นบรรทัดฐาน หลักที่ยอมรับโดยทั่วไปมี 4 ประการ คือ

1.1 การเคารพความเห็นส่วนบุคคล (Autonomy) ผู้ดูแลรักษาควรมีความสำนึกในการให้ความเคารพหรือให้เกียรติผู้รับบริการ โดยรับฟังความคิดเห็น ยอมรับการตัดสินใจ รวมทั้งไม่ปฏิเสธความต้องการ แต่มิได้หมายความว่า ผู้ป่วยจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาทั้งหมด เพราะบางสถานการณ์จำเป็นต้องใช้ความรู้ความชำนาญหรือเทคนิคในแนวลึกซึ่งต้องศึกษาทั้งหมด เพราะบางสถานการณ์จำเป็นต้องใช้ความชำนาญหรือเทคนิคในแนวลึกซึ่งต้องศึกษามาโดยเฉพาะ ในทำนองเดียวกัน ก็มีใ้เชื่อว่าผู้ดูแลรักษาจะเป็นผู้กำหนดหรือเลือกแนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถปฏิเสธได้ แพทย์และพยาบาลควรเป็นผู้แนะนำให้ข้อมูลที่ถูกต้องง่ายต่อความเข้าใจ ส่วนตัวผู้ป่วยและครอบครัวควรเป็นผู้เลือก

1.2 การกระทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ (Beneficence) ผู้ดูแลรักษาควรสร้างความสัมพันธ์ที่ดี และสื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจได้ว่าวิธีที่ผู้ดูแลรักษาเลือกใช้นั้น สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ และควรทำใจได้ในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธสิ่งที่ผู้ดูแลรักษาคิดว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุดแล้ว

1.3 การไม่ทำสิ่งที่เป็นอันตราย (Non-maleficence) ผู้ดูแลรักษาต้องเลือกวิธีที่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ไม่ว่าจะด้วยเจตนาหรือไม่ก็ตาม เพราะการรักษาพยาบาลบางกรณีก็มีอันตรายต่อผู้ป่วยเช่นกัน ในปัจจุบันมีปัญหาดกเถียงกันมากกว่าการกระทำบางอย่างเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหรือไม่ เช่น การทำการุณยฆาต (active voluntary euthanasia) โดยผู้ป่วยยินยอมด้วยความเต็มใจให้ผู้รักษาทำการจบชีวิตของเขาเอง เพราะไม่สามารถทนความทุกข์

ทรมานจากโรคบางชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่บางครั้งอาจมองเป็นทั้งการช่วยเหลือและทำร้ายผู้ป่วย รวมทั้งการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพ เพื่อยืดหรือชะลอความตายของผู้ป่วย ก็เป็นเรื่องที่ตัดสินใจได้ยากกว่าเป็นเมตตารธรรมหรือเป็นการเพิ่มพูนทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วย บางครั้งก็ไม่สามารถบอกได้ว่า การรักษานั้นเป็นการรักษาผู้ป่วย รักษาญาติ หรือรักษาแพทย์

1.4 การกระทำด้วยความยุติธรรม (Justice) ผู้ดูแลรักษาต้องมีความยุติธรรมในการเลือกวิธีการรักษาโดยไม่ลำเอียงในเรื่องต่างๆ เช่น ฐานะ เชื้อชาติ เพศ หรือ อายุ ซึ่งยังคงเป็นปัญหาในแง่ปฏิบัติ โดยเฉพาะการดูแลรักษาที่ใช้จ่ายสูง ในความเป็นจริงมนุษย์ทุกคนที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตคงไม่มีโอกาสได้รับการดูแลที่เหมือนกัน

2. กฎ (Rules)

การบริการทางการแพทย์มียึดหลักทางจริยธรรม ซึ่งสัมพันธ์กับการสร้างมั่นใจเชื่อถือระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

2.1 การรักษาสัญญา (Fidelity) กฎข้อนี้มีความหมายกว้าง เช่น แพทย์ควรรักษาสัญญาที่จะพร้อมให้บริการเมื่อมีการร้องขอ รักษาสัญญาที่จะให้การรักษาด้วยวิชาความรู้หรือเครื่องมือที่ทันสมัย หรือรักษาสัญญาที่จะอยู่เคียงข้างผู้ป่วยและครอบครัวตลอดการเจ็บป่วยจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

2.2 การบอกความจริง (Veracity) การบอกความจริงเป็นเรื่องแพทย์จำเป็นต้องระลึกเสมอ แต่ในบางภาวะแพทย์ก็ควรใช้ปัญญาไตร่ตรองถึงประโยชน์และโทษที่อาจเกิดจากการบอกความจริงนั้นด้วยบางครั้งนอกจากไม่มีประโยชน์แล้วยังทำให้ผู้ป่วยแค้น

2.3 การรักษาความลับ (confidential) การรักษาความลับของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญ เพราะการดูแลรักษาผู้ป่วยต้องทำงานเป็นทีม จำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลทั้งในส่วนที่เล่าสู่กันฟังและในเวชระเบียน จึงต้องมีการควบคุมเรื่องนี้ตามความเหมาะสม เพราะหากมีการรั่วไหลของข้อมูลที่มีความลับบางอย่าง อาจมีผลกระทบต่อผู้ป่วย และปัญหาทางกฎหมายได้

2.4 ความเป็นส่วนตัว (Privacy) เรื่องบางเรื่องเป็นเรื่องส่วนตัว แม้ผู้ป่วยในมรณวิถีซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในสภาพอ่อนเปลี้ยไม่มีแรง แต่ความอายต่อการถูกร่างกายบางส่วนหรือมีความลับในการตอบคำถามบางคำถาม ไม่ได้แตกต่างจากคนธรรมดา การตรวจร่างกายและซักประวัติอย่างนุ่มนวลในสถานที่ที่มิดชิดเป็นส่วนตัว เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติ

3. ขนบธรรมเนียมประเพณี (Mores or Customs)

ขนบธรรมเนียมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์เท่ากับหรือมากกว่าศีลธรรมและกฎ เพราะถือเป็นโครงสร้างของสังคม อาจพบได้ว่า ในสังคมหนึ่งอาจไม่ยอมรับสิ่งที่แม้ถูกต้องตามหลักศีลธรรมและกฎ แต่ขัดต่อขนบธรรมเนียมของท้องถิ่นนั้น

การตอบสนองทางจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณ หมายถึง ตัวตนภายในของบุคคล เป็นส่วนที่ลึกซึ้งที่สุด อาจเป็นความผูกพัน การยอมรับ ความเคารพรักและบูชาต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง บุคคลใดบุคคลหนึ่ง ความเชื่อหรือศรัทธาต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทางศาสนา จิตวิญญาณมีผลต่อชีวิตโดยรวมของบุคคลทุกคน กล่าวคือ ทั้งผู้ดูแลรักษา ผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิดในครอบครัว ต่างมีจิตวิญญาณเป็นของตนเอง

2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วาสนี วิเศษฤทธิ์ (2546 : 223-225) ทำการศึกษาความหมายของความตาย : ทัศนะของผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตายและครอบครัว ซึ่งเป็นการศึกษาชาติพันธุ์ ในการอธิบายความหมายของความตายในทัศนะของผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตายและครอบครัวชุมชนชนบทอีสาน ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเอดส์ในระยะใกล้ตาย จำนวน 5 คน และสมาชิกของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยเอดส์รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต ขณะเสียชีวิต และหลังจากการเสียชีวิต จำนวน 12 ครอบครัว ในหมู่บ้าน 5 แห่งในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ความหมายของความตายสามารถอธิบายได้ 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) ความตาย หมายถึง “ หมดบุญหมดกรรม ” อธิบายได้ว่าคนเราเกิดมาและมีชีวิตอยู่นั้นขึ้นอยู่กับบุญกรรมที่ทำไว้ ถ้าตายไปก็หมดบุญหมดกรรม 2) ความหมายหมายถึง “ หลุดพ้น ” อธิบายได้ว่าโรคเอดส์เป็นโรคร้ายแรงน่ากลัว รักษาไม่หายและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมากทั้งทางร่างกายและจิตใจ เวลาเจ็บป่วยจะทุกข์ทรมานมากถ้าตายไปคงหลุดพ้น 3) ความตาย หมายถึง “ ดับสูญ ” อธิบายได้ว่าเมื่อถึงเวลาที่จะต้องตายไม่มี

ความรู้สึก ไม่รู้สึกตัว ไม่ทันตั้งตัว สูญสิ้น ดับสิ้นไม่ตื่นอีกต่อไป ซึ่งการให้ความหมายของความตายมีความเกี่ยวข้องกับบริบทต่างๆ ได้แก่ 1) การรับรู้ต่อความตาย 2) ทศนะคติต่อความตาย 3) ประสบการณ์ของการได้รับความสูญเสียหรือเห็นเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวเสียชีวิตไปแล้ว 4) บริบททางสังคมวัฒนธรรมอิสลาม ได้แก่ ความเชื่อในศาสนาพุทธ การอยู่ร่วมกันแบบเครือญาติ บทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งประเพณีพิธีกรรมต่างๆตามความเชื่อ ความศรัทธาที่เกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตของคนในชุมชนชนบทอิสลาม ข้อค้นพบดังกล่าวมีผลต่อวัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตขณะเสียชีวิต และหลังจากเสียชีวิตแล้ว ผลการศึกษาช่วยให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในทัศนคติของตัวผู้ป่วยเอดส์และสมาชิกครอบครัวและสามารถที่จะนำไปดูแลผู้ป่วย โดยคำนึงถึงบริบททางสังคมวัฒนธรรมและคุณค่าของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว

Kathy (1980 : 115-120) ได้ศึกษาเรื่องความตายในสังคมอเมริกันใหม่ ได้ข้อสรุปแนวทางการมองความตายออกเป็น 4 ลักษณะคือ

1. มองความตายในฐานะที่เป็นเหตุการณ์ ทั้งลักษณะและผลที่ตามมาของเหตุการณ์ เช่น หมายถึงการหยุดชะงักของชีวิตในทางชีววิทยา เป็นกระบวนการในช่วงเวลาที่ไม่มีเส้นแบ่งที่แน่นอน หรือการเปลี่ยนผ่าน แสดงถึงการก้าวผ่าน การไปถึงหรือการเปลี่ยนไปสู่ความไม่มีอะไร ความตายเป็นการแยกจากการมีชีวิต เป็นเหตุการณ์ของการพรากจากและความโดดเดี่ยว

2. มองความตายเป็นในฐานะขั้นตอน ตรงข้ามกับแนวแรกที่มีมองว่าเป็นสิ่งไม่สิ้นสุด ไม่จำกัด ความตายเป็นขั้นตอน ต่อเนื่องจากขั้นตอนหน้า ภาวะนั้นๆ อาจจะเรียกว่า เป็นช่องว่าง หรือความว่างเปล่า หรือมองว่าความตายเป็นขั้นตอนหนึ่งของการมีอยู่

3. มองความตายในฐานะที่เป็นจุดมุ่งหมาย ได้แก่ การมองว่าความตายเป็นความสงบ เป็นรางวัล เป็นความสอดคล้อง หรือแม้กระทั่งเป็นความสูญเสีย รวมไปถึงการเลื่อนหรือลดสถานะการกลับไปหาพระเจ้า คินส์ธอร์มชาติ

4. มองความตายอย่างอุดมคติ ความคิดในทางอุดมคติของความตาย คือ การตายโดยธรรมชาติ ซึ่งไม่มีความเจ็บปวด ไม่เป็นภาระแก่ตัวเองและคนอื่น ในวัยอันสมควรในเวลาที่เหมาะสม

Carey(1977:108-121) ศึกษาอิทธิพลของคุณค่าทางจิตวิญญาณและศาสนาที่มีผลต่อการปรับตัวด้านอารมณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่มีความเชื่อหรือความศรัทธาที่

แท้จริงต่อศาสนาของตน ในขณะที่กำลังสิ้นชีวิตสามารถแสดงออกซึ่งอารมณ์ ในการยอมรับความตายได้ดีกว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั่วไป และจากการศึกษาพบว่า ผู้ที่นับถือคริสต์ศาสนามีความสามารถในการยอมรับความตายได้ดีกว่าผู้ที่ไม่นับถือศาสนาหรือผู้ที่ไม่มีความศานา

ศึกษาความสามารถในการยอมรับความตายของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ที่นับถือศาสนาเดียวกันโดยการศึกษา Carey ได้แยกแยะความแตกต่างของความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระหว่างผู้ที่ปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาอย่างแท้จริงออกจากผู้ที่ปฏิบัติตนตามคำสอนศาสนาแต่เพียงภายนอกเท่านั้น โดยให้คำนิยามว่าผู้ที่ปฏิบัติตามคำสอนอย่างแท้จริงหมายถึงผู้ที่นำคำสอนด้านศาสนามาใช้ดำเนินในชีวิตประจำวัน ในการแสดงออกซึ่งความรัก ความเอื้ออาทรต่อเพื่อนมนุษย์ โดยปราศจากความเห็นแก่ตัว ส่วนผู้ที่ปฏิบัติตามคำสอนเพียงภายนอก หมายถึง ผู้ที่เลือกปฏิบัติตามศาสนาตนเฉพาะที่ตนสนใจ และปฏิบัติเพื่อชีวิตของตนเองเท่านั้น และจากการศึกษาดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาของตนอย่างแท้จริงด้วยความจริงใจ มีความสามารถยอมรับความตายอย่างสงบได้ดี กว่าผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่ปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาแต่เพียงภายนอกที่นับถือศาสนาเดียวกัน

Ben - Zur et al. (2001) ได้ทำการศึกษาทางด้านจิตวิทยาเกี่ยวกับความเสียใจ การปรับตัวและการจัดการความเจ็บป่วยของตัวผู้ป่วยและคู่สมรส ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 และ 3 และหลังได้รับการวินิจฉัย 2-3 เดือนว่าเป็นมะเร็ง ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่า ศาสนามีความสัมพันธ์กับความตายและความเสียใจ แต่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวทางจิตวิทยาและทางด้านสังคม รวมทั้งการจัดการทางศาสนาไม่มีความสำคัญทางสถิติในจุดที่ผู้ป่วยเผชิญ

Gall et al. (2000) ได้ทำการสำรวจปัจจัยทางศาสนาที่มีผลต่อการปรับตัวในระยะยาวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 32 ราย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางศาสนามีการอ้างว่าไม่ได้ใช้ศาสนาในการจัดการกับความเจ็บป่วย 14% มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ 11 และ 6 % มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตเพื่อเป็นการชดเชย

Nairn and Merluzzi (2003) ได้ศึกษาข้อกำหนด 3 รูปแบบของศาสนาและวิธีจัดการที่เกี่ยวข้องกับกับคุณภาพชีวิตและการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็ง ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 154 คน

ศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และ 138 คน ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต โดยทำการศึกษาในคลินิกโรคมะเร็งและชุมชนในโรงพยาบาล ผลจากการศึกษาพบว่าการศึกษาทางวิทยาศาสตร์แสดงให้เห็นด้านบวกของความสัมพันธ์ภาพและการปรับตัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย แต่ไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

Trummer U.F. et al. (2005) ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกในการส่งเสริมพลังอำนาจของผู้ป่วยจากการสื่อสาร โดยทำการศึกษาในแผนกการผ่าตัดหัวใจ ในโรงพยาบาล Austrian University จุดประสงค์เพื่อทดสอบผลลัพธ์จากการปรับตัว การติดต่อสื่อสาร เพื่อสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ โดยได้มีการออกแบบบุคลากรทางด้านทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด มีการเลือกชนิดของการทำผ่าตัด ประกอบด้วย การทำ by pass stent valve insertion วัดจากการสังเกตผู้ป่วยจำนวน 199 ราย แบ่งเป็น control group 100 ราย intervention group 99 ราย โดยวัดผลจากการวิเคราะห์ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ความถี่ของภาวะแทรกซ้อน ความพึงพอใจในการได้รับการดูแลระบบการหายใจและการออกกำลังกาย ผลลัพธ์ที่ได้พบว่า ใน intervention group มีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลสั้นมาก (1 วัน) อุบัติการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยหยุดหายใจลดลง 15% การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากห้องดูแลพิเศษอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยที่ได้รับการพูดคุยและคอยดูแลจากแพทย์และพยาบาล