

มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรง  
ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง



นางสาววรรณน บุนนรัช

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสังคมวิทยามหาบัณฑิต

สาขาวิชาสังคมวิทยา ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

PERSPECTIVES OF DYING AND DEATH OF THE LIFE – THREATENING ILLNESS  
PATIENTS UNDER PALLIATIVE CARE

Miss Wassamon Buranaruch



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Arts Program in Sociology

Department of Sociology and Anthropology

Faculty of Political Science

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรค  
ร้ายแรงภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง

โดย

นางสาววรรณชน บวรณรัช

สาขาวิชา

สังคมวิทยา

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ

.....คณบดีคณะรัฐศาสตร์

(ศาสตราจารย์ ดร.ศุภชัย ยาวะประภาษ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(อาจารย์ ดร.จิตติยา เพชรมณี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปรีชา คุณินทร์พันธุ์)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

วรรณมน บุรณรัช : มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง. (PERSPECTIVES OF DYING AND DEATH OF THE LIFE – THREATENING ILLNESS PATIENTS UNDER PALLIATIVE CARE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์, 232 หน้า.

โรคร้ายแรง อันได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและโรคเอดส์จัดเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าตนป่วยเป็นโรคร้ายแรงจึงต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วย ภาวะใกล้ตายและความตาย แต่การวิจัยในประเด็นนี้มีอยู่จำกัดเมื่อเทียบกับปริมาณแนวโน้มของผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ 1.) เพื่อศึกษามุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคองและ 2.) เพื่อศึกษาอิทธิพลของมุมมองดังกล่าวต่อการใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง เพื่อที่จะเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จวบจนลมหายใจสุดท้ายและจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษาและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ทำหน้าที่คอยให้การดูแลแก่ผู้ป่วยโรคร้ายแรงอย่างใกล้ชิดมาโดยตลอดกระบวนการของการเจ็บป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตและได้จากไปอย่างสงบเป็นจำนวนทั้งหมด 10 ราย โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การฟังอย่างคิดพิจารณาและบันทึกข้อมูล แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยการตีความเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากภาคสนาม

ผลการวิจัยพบว่าการใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคร้ายแรงตั้งแต่ช่วงขณะเจ็บป่วยจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิตได้รับอิทธิพลมาจากมุมมองทางความคิดที่เกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย ซึ่งมุมมองดังกล่าวของผู้ป่วยเป็นผลมาจากปัจจัยที่หลากหลาย ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม, การกำหนดความหมายของความตายตามระบอบวัฒนธรรม, รูปแบบการดูแลรักษา, ความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่และอื่น ๆ ที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยพบว่าปัจจัยที่สำคัญต่อมุมมองความคิด การใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยมากที่สุดคือปัจจัยด้านรูปแบบการดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองจากทีมสุขภาพและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอจะสามารถใช้ช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตไปกับการเตรียมพร้อมที่จะเข้าสู่ความตายได้อย่างมีคุณค่าทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เมื่อเตรียมพร้อมแล้วทุกด้านจะทำให้ผู้ป่วยหมดห่วง ปล่อยวาง เกิดความสงบทางจิตใจและจากโลกนี้ไปได้อย่างสุขสงบ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดความเข้าใจในมิติของมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย ตลอดจนการใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่กำลังจะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตได้เป็นอย่างดี โดยบุคลากรทางการแพทย์หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคร้ายแรงตั้งแต่ขณะเริ่มเจ็บป่วยจนกระทั่งเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดกระบวนการรักษาและจากโลกนี้ไปได้อย่างสุขสงบตรงตามความต้องการของผู้ป่วย

ภาควิชา สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา

ลายมือชื่อนิสิต .....

สาขาวิชา สังคมวิทยา

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก .....

ปีการศึกษา 2556

# # 5480621624 : MAJOR SOCIOLOGY

KEYWORDS: DYING / DEATH / LIFE-THREATENING ILLNESS PATIENTS / PALLIATIVE CARE

WASSAMON BURANARUCH: PERSPECTIVES OF DYING AND DEATH OF THE LIFE - THREATENING ILLNESS PATIENTS UNDER PALLIATIVE CARE. ADVISOR: ASST. PROF. PAVIKA SRIRATANABAN, Ph.D., 232 pp.

Life - Threatening Illness such as Cancer, Heart disease and AIDS, is a life threatening disease. Persons diagnosed from Physician that be diseased with Life - Threatening Illness, have to cope with their illness including their dying and death. Since researches in this are limited when compared to the amount of patients increasing steadily. The purpose of this research was to explore two respects : 1) To examine the perspectives of dying and death of the life - threatening illness patients under palliative care 2) To examine the influence of that perspectives towards living and adapting of the life - threatening illness patients under palliative care. In order to be part of the solution in promoting better patients quality of life till the last breath and to the dignity of the human person. The researcher used Qualitative Methodology in this study and collected the data from a case study of an act to closely provide care to the life - threatening illness patients throughout the illness until the patient reaches the end of their life and died peacefully that a total of 10 cases. Data were collected by in-depth interview, deep listening and audio-recorded. Interpretation and content comparison method was applied for data analysis.

The main results of this research revealed the following : The living and adapting of the life - threatening illness patients since illness until at the end of life influenced of perspectives on dying and death, which that perspectives of the life - threatening illness patients as a result of variety of factors such as social, definition of death as culture system, type of care, the severity of the disease and other that vary in individuals. The main factor for perspectives on dying and death include living and adapting of patients indicated is type of care. When the life - threatening illness patients under palliative care always take care from health providers and family to make patients will be used at the end of their life with preparing to death was very valuable to both of the physical, psychological, social and spiritual. And when ready to make all aspects of the patients is concerned, let the peace of mind and peaceful death.

The results of this research, hence, are useful for better understanding the dimensions of perspectives of dying and death include living and adapting among end-of-life of the life - threatening illness patients. Health providers or all concerned can use the finding of this research to develop nursing care for the life - threatening illness patients, since they have got a diseases until at the end of life, for they have a quality of life in process of medical treatment and peaceful death straight to demand of the life - threatening illness patients.

Department: Sociology and Anthropology

Student's Signature .....

Field of Study: Sociology

Advisor's Signature .....

Academic Year: 2013

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายท่าน ผู้วิจัยจึงใคร่ขอขอบพระคุณในความกรุณาจากท่านทั้งหลายที่สนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์ อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ที่ได้ช่วยเปิดโลกทัศน์ในการเรียนรู้ การพัฒนากระบวนการคิดและช่วยเหลือให้คำแนะนำ พร้อมทั้งช่วยชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ให้ความหวังใจ และเอาใจใส่เสมอมาตั้งแต่แรกเริ่มทำวิทยานิพนธ์จนกระทั่งเสร็จสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ฐิติยา เพชรมุณี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และรองศาสตราจารย์ ดร.ปรีชา คุวินทร์พันธุ์กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ท่านได้เมตตาตอบคำปรึกษา ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และกรุณาสละเวลามาตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความชัดเจนและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณพี่หวาน วิรมลล์ จันทรี นักสังคมสงเคราะห์ หนึ่งในเจ้าหน้าที่ ทีมสุขภาพที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแบบประคับประคองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่ได้สละเวลาในการปฏิบัติหน้าที่อันมีค่ามาให้ความช่วยเหลือในการชี้แนะแนวทางในการเก็บข้อมูลวิจัย ตลอดจนช่วยเอื้อเฟื้อหากกลุ่มตัวอย่างวิจัยให้แก่ ผู้วิจัยด้วย อีกทั้งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณกลุ่มผู้ให้ข้อมูลวิจัย ซึ่งเป็นผู้ที่คอยให้การดูแลผู้ป่วยอย่าง ใกล้ชิดมาตลอดกระบวนการรักษาจนกระทั่งผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบทั้ง 10 ท่าน ที่ได้สละเวลามาให้ ข้อมูลที่ล้วนแล้วแต่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยและต่อเพื่อนมนุษย์คนอื่นๆ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สามารถเสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี ผู้วิจัยจึงใคร่กราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงและขออวยพรให้ทุกท่าน ประสบแต่สิ่งที่ดี เจริญก้าวหน้าและมีความสุขในชีวิตตลอดไป

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ รวมถึงครอบครัวและญาติพี่น้องทุกท่านที่คอยให้การสนับสนุน ให้คำปรึกษาและคอยอยู่เคียงข้างให้กำลังใจเสมอมาจนทำให้ผู้วิจัยสามารถทำวิจัยฉบับนี้ได้เสร็จสมบูรณ์และสามารถสำเร็จการศึกษาได้อย่างภาคภูมิใจ ขอขอบคุณเพื่อนที่เป็นกัลยาณมิตร ทุกคนที่คอยเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยเสมอมา และท้ายสุดที่สำคัญยิ่งขอขอบพระคุณความรู้ทั้งหมดทั้งมวลที่ผู้วิจัยได้รับจากการทำวิจัยฉบับนี้เพราะตลอดระยะเวลาที่ทำวิจัย ผู้วิจัยได้รับทั้งความรู้ มุมมอง วิสัยทัศน์ รวมถึงได้ตระหนักถึงคุณค่าของการมีชีวิตอยู่มากขึ้นจึงทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนโลกทัศน์ และมุมมองที่มีต่อชีวิตไปมาก ซึ่งนับจากนี้เป็นต้นไปผู้วิจัยตั้งใจว่าจะดำเนินชีวิตให้มีความสุข และทำคุณประโยชน์เพื่อผู้อื่นและสังคมตลอดไป

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
บทที่ 1.....	1
บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามในการวิจัย.....	7
1.3 วัตถุประสงค์.....	7
1.4 สมมติฐานของการวิจัย.....	7
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
1.6 ขอบเขตในการศึกษา.....	8
1.7 นิยามศัพท์.....	8
1.8 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	10
บทที่ 2.....	11
ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
2.1 กระบวนทัศน์และแนวคิดเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย.....	11
2.2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care).....	51
2.3 แนวคิดจริยธรรมทางการแพทย์ (Medical Ethics).....	61
2.4 ทฤษฎีการให้ความหมายทางสังคม (Social Constructivism).....	65
2.5 ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Interaction).....	67
2.6 ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (Doctor and Patient Relationship).....	73
2.7 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	77
บทที่ 3.....	82
ระเบียบวิธีการวิจัย.....	82
3.1 รูปแบบการวิจัย.....	82
3.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา.....	84

3.3	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	85
3.4	การวิเคราะห์ข้อมูล .....	86
3.5	แผนการดำเนินการวิจัย .....	87
3.6	จริยธรรมการวิจัย .....	87
บทที่ 4	.....	89
ผลการศึกษา	.....	89
4.1	ข้อมูลส่วนบุคคลโดยรวม.....	90
4.2	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยสรุป .....	95
4.3	มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแล รักษาแบบประคับประคอง .....	127
ผู้ป่วยคนที่ 1	: ชมนาด .....	131
ผู้ป่วยคนที่ 2	: ปาหนัน.....	136
ผู้ป่วยคนที่ 3	: ต้นหยง .....	141
ผู้ป่วยคนที่ 4	: โมกข์ .....	146
ผู้ป่วยคนที่ 5	: มณฑา .....	151
ผู้ป่วยคนที่ 6	: สารภี.....	156
ผู้ป่วยคนที่ 7	: ยี่สุน.....	162
ผู้ป่วยคนที่ 8	: พุดซ้อน .....	167
ผู้ป่วยคนที่ 9	: พิกุล .....	173
ผู้ป่วยคนที่ 10	: บุนนาค.....	179
4.4	อิทธิพลของมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายต่อการใช้ชีวิตและการปรับตัวของ ผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง .....	187
	การเตรียมด้านร่างกาย .....	188
	การเตรียมด้านจิตใจ.....	191
	การเตรียมด้านสังคม .....	194
	การเตรียมด้านจิตวิญญาณ .....	196
บทที่ 5	.....	201
บทสรุป	อภิปรายและข้อเสนอแนะ .....	201



5.1 อภิปรายผลการวิจัย.....	201
5.2 สรุปผลการวิจัย.....	210
5.3 ข้อจำกัดและอุปสรรคในการวิจัยครั้งนี้.....	216
5.4 จริยธรรมการวิจัย .....	218
5.5 ข้อเสนอแนะ .....	218
รายการอ้างอิง .....	220
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	234



## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 แสดงสาเหตุการตายในแถบประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และทั่วโลก.....	2
2 แสดงอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 – 2553.....	3
3 แสดง Parsons' Doctor – Patient System Model.....	73
4 แสดง Three basic models of the doctor – patient relationship.....	75
5 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษา แบบประคับประคอง.....	90
6 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษา แบบประคับประคอง.....	92

## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 แสดงขบวนการตาย 3 ขั้นตอน สร้างแบบจำลองโดย Simon และ Schuster.....	30
2 แสดงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตั้งแต่ช่วงแรกจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต.....	55
3 แสดงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยทีมสหวิชาชีพ.....	56
4 แสดงลำดับขั้นตอนการดูแลแบบประคับประคองของมาส์โลว์.....	60



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ความตาย หมายถึงการที่หัวใจหยุดเต้นและมีการหยุดหายใจทำให้ร่างกายหยุดการทำงานและไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้อีกเป็นผลให้เกิดการสิ้นสุดของชีวิต ความตายจึงเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ณ จุดปลายท้ายสุดของชีวิตและไม่มีอะไรจากนั้นอีกต่อไป ความคิดเกี่ยวกับความตายมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไปตามสภาพของแต่ละสังคมและวัฒนธรรม จึงทำให้มาตรฐานความตายในแต่ละสังคมมีความแตกต่างกันและไม่สามารถกำหนดแน่นอนได้ว่าความตายที่แท้จริงมีลักษณะอย่างไร รู้แต่เพียงว่าความเจ็บป่วยและความตายเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนจะต้องเผชิญและไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงได้พ้นเพราะความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์ (สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2549 : 200)

สังคมไทยในอดีตมองว่าความตายมิได้เป็นเพียงแค่ส่วนหนึ่งของชีวิตหากยังเป็นส่วนหนึ่งของวัฏสงสารที่มีการเวียนเกิดเวียนตายนับครั้งไม่ถ้วน ความตายจึงเป็นเหตุการณ์ธรรมชาติ มนุษย์ทุกคนย่อมมีเกิด แก่ เจ็บและตาย ด้วยเหตุนี้คนไทยทั่วไปจึงยอมรับความตายว่าเป็นเรื่องธรรมดาไม่ใช่สิ่งที่น่ากลัว เพราะความตายสามารถเป็นทางผ่านไปสู่ภพภูมิที่ดีกว่าได้หากทำบุญมามากพอ มีความเชื่อว่าการทำดีและน้อมจิตให้เป็นกุศลก่อนตายเป็นการส่งสมบุญกุศลเพื่อให้ได้ไปสู่สุคติ การตระหนักว่ามีชีวิตหลังความตายทำให้ภาวะหลังความตายมิใช่สิ่งลึกลับ ในสังคมและวัฒนธรรมเช่นนี้ มิติด้านจิตใจสำคัญกว่าร่างกาย วัตถุและชื่อเสียง อีกทั้งยังถือว่าความตายเป็นปรากฏการณ์ของชุมชนเป็นเรื่องสาธารณะที่ทุกคนในหมู่บ้านรับรู้และเข้าไปมีส่วนร่วมทั้งขณะใกล้ตายและหลังตายแล้ว เช่น พวกกันไปเยี่ยมเยียนผู้ป่วยที่บ้าน และอยู่กับเขาจนหมดลม เมื่อตายแล้วก็ตั้งศพที่บ้านโดยชาวบ้านช่วยกันจัดงานตั้งแต่เข้าจรดค้ำเมื่อจะเผาก็ไปร่วมพิธีทั้งหมู่บ้าน แต่เมื่อช่วงระยะเวลาที่ล่วงเลยผ่านไปผ่านมา สังคมไทยได้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา ศาสนาและเทคโนโลยีเป็นอย่างมาก ทำให้วัฒนธรรมความตายแปรเปลี่ยนไป ความตายมิใช่เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตดังแต่ก่อน หากแต่กลายเป็นสิ่งที่ตรงข้ามและเป็นจุดสุดท้ายของชีวิต การพูดถึงความตายกลายเป็นเรื่องอับมงคล แม้กระทั่งคำว่า “ความตาย” ก็กลายเป็นคำไม่สุภาพต้องเลี่ยงไปใช้คำอื่น เช่น หมดลม, จากไปและสิ้นชีวิต หากจะมีใครตายก็ต้องไปตายในที่รโหฐานคือที่มีดิดหรือลับตามิครู้เห็นเพียงไม่กี่คน การตายที่โรงพยาบาลโดยเฉพาะในห้องไอซียูจึงถือว่าดีกว่าตายที่บ้านและหากตายแล้วก็ไม่ควรตั้งศพที่บ้าน แต่ต้องไปตั้งในวัดซึ่งมักเป็นที่ที่แยกออกไปจากชุมชน วัฒนธรรมดังกล่าวนี้ว่าตรงกันข้ามกับสมัยก่อนอย่างสิ้นเชิง (พระไพศาล วิสาโล, 2552)

จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกได้แบ่งสาเหตุการตายออกเป็น 3 ประเภทหลักๆ คือ การตายจากโรคติดต่อ, การตายจากโรคไม่ติดต่อและการตายจากอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ ข้อมูลจากการตายในปีพ.ศ.2551ของประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่ามีคนตายทั้งหมดเกือบ 15 ล้านคน ในจำนวนนี้มีมากกว่าครึ่งหนึ่งที่ตายจากโรคไม่ติดต่อ (ร้อยละ 54.5) อีกหนึ่งในสามตายจากโรคติดต่อ (ร้อยละ 35.0) และตายจากอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ (ร้อยละ 10.5)

ตารางที่ 1 : สาเหตุการตายในแถบประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และทั่วโลก พ.ศ.2551

สาเหตุการตาย	จำนวนคนตายในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้	จำนวนคนตายทั่วโลก	ร้อยละของการตายในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้
โรคติดต่อ	5,033,000	15,637,000	35.0
โรคไม่ติดต่อ	7,914,000	36,122,000	54.5
อุบัติเหตุและบาดเจ็บ	1,552,000	5,129,000	10.5
รวม	14,498,000	56,888,000	100.0

*ที่มา:* WHO Geneva, World Health Report 2008 จาก Health Situation in South - East Asia Region, 2008

ปัจจุบันคนจำนวนมากป่วยและเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อกันมากขึ้น จากรายงานขององค์การอนามัยโลกปีค.ศ.2008 พบว่าอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก ร้อยละ 63.5 เกิดจากโรคไม่ติดต่อชนิดเรื้อรัง ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของโรคเรื้อรังเอาไว้ว่าหมายถึงโรคที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการรักษาและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาเป็นเพียงการพุงไม่ให้มีการสูญเสียการทำงานของร่างกายมากขึ้น มักรักษาเกิน 6 เดือน โดยให้ความสำคัญกับโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ 4 โรค ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคมะเร็ง, โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังและโรคเบาหวาน พบว่าโรคเรื้อรังร้ายแรงที่ผู้คนทั่วโลกเป็นกันมากที่สุดก็คือ โรคหัวใจ (ร้อยละ 30.5) รองลงมาคือโรคมะเร็ง (ร้อยละ 13.3) และโรคทางเดินหายใจ (ร้อยละ 7.4) และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 73 ในปีค.ศ.2020 (WHO, 2008)

จึงกล่าวได้ว่าสถานการณ์ความเจ็บป่วยอันเกิดจากโรคเรื้อรังร้ายแรงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอันดับแรกและทวีความรุนแรงมากขึ้นในศตวรรษที่ 21 เรียกว่าเป็นการระบาดและแพร่กระจายไปทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา พบว่าประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีแนวโน้มของการเกิดโรคเรื้อรังร้ายแรงเพิ่มมากขึ้น เพราะเมื่อเกิดการขยายตัวของชุมชนเมืองทำให้ขาดแหล่งประโยชน์และ

บริการที่จำเป็นสำหรับการมีสุขภาพดี เช่น ที่อยู่อาศัย น้ำดื่ม น้ำใช้ สิ่งแวดล้อม การกำจัดขยะมูลฝอย ความยากจน ชีวิตความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิต ความเครียดและบริการสุขภาพ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คนในสังคมที่ก้าวเข้าสู่ความทันสมัย ทำให้ผู้คนในสังคมต่างมีพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิตที่เสี่ยงมากขึ้น เช่น การทานอาหารที่ไม่เหมาะสม, การไม่ออกกำลังกาย, การรีบเร่ง, การทำงานหนัก, การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ, การดื่มสุราและการสูบบุหรี่ (ประคอง อินทรสมบัติ, 2548 : 1) และเมื่อเทคโนโลยีเจริญก้าวหน้ามากขึ้น เวลาจึงกลายเป็นปัจจัยที่สำคัญสำหรับมนุษย์ วัฒนธรรมนิยมบริโภคอาหารจานด่วน (Fast food) จึงเกิดขึ้น ซึ่งพบว่าอาหารจานด่วนเป็นปัจจัยหลักสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดโรคเรื้อรังร้ายแรง เพราะยิ่งมนุษย์เร่งรีบกันมากเท่าไรปริมาณการรับประทานอาหารจานด่วนก็ยิ่งทวีสูงมากขึ้นเท่านั้นส่งผลให้เกิดโรคมามากขึ้นตามไปด้วย อีกทั้งพบว่าบริบททางด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ขับเคลื่อนให้เกิดสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่ผู้คนทั่วโลกป่วยเป็นโรคเรื้อรังร้ายแรงเช่นนี้เกิดขึ้น ดังนั้นโรคเรื้อรังร้ายแรงจึงเป็นภัยเงียบที่คุกคามชีวิตประชาชนทั่วโลกที่อยู่ในวัยแรงงานและผู้สูงอายุอย่างรุนแรงมากที่สุด มีการคาดการณ์ว่าในอีก 18 ปีข้างหน้า คือ ในปี พ.ศ.2573 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังร้ายแรง โดยเฉพาะโรคมะเร็งในทุกประเทศทั่วโลกมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเกือบ 75 เปอร์เซ็นต์และจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้นี้ทั่วโลกประมาณ 17 ล้านคนต่อปี ซึ่งถือว่าเป็นตัวเลขที่สูงมาก (ทิพวรรณ ลัมประไพพงษ์, 2555)

จากสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ.2553 พบว่าอัตราการตายของโรคมะเร็งทุกชนิดของประเทศไทยมีลักษณะที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังนี้

ตารางที่ 2 อัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน ทัวราชอาณาจักรไทยตั้งแต่ปีพ.ศ.2546 – 2553

ปีพ.ศ.	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งทุกชนิดต่อประชากร 100,000 คน
2546	78.94
2547	81.27
2548	81.39
2549	83.14
2550	84.91
2551	87.64
2552	88.34
2553	91.17

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ.2553

สำหรับประเทศไทย ข้อมูลล่าสุดจากกระทรวงสาธารณสุขเมื่อปีพ.ศ.2553 พบว่า คนไทยร้อยละ 90 เสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง ซึ่งโรคเรื้อรังจะแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ โรคเรื้อรังธรรมดา เช่น โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ส่วนโรคเรื้อรังร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคปอดอักเสบและโรคเอดส์ ซึ่งการตายด้วยโรคมะเร็งมีมากเป็นอันดับหนึ่งคือร้อยละ 91.2 รองลงมาคือตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.4, โรคหัวใจร้อยละ 28.9 และโรคปอดอักเสบร้อยละ 25.7 ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่า สถานการณ์โรคเรื้อรังร้ายแรงกำลังเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทยด้วยเช่นกัน จากสถิติในปีพ.ศ.2552 พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงอันดับ 1 ของคนไทยต่อเนื่องมานานกว่า 10 ปี กล่าวคือคนไทยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเฉลี่ยวันละ 156 คนหรือชั่วโมงละ 6 - 7 คน โดยร้อยละ 53 ของผู้เสียชีวิตเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป รองลงมาคือวัยแรงงาน อายุ 15 - 59 ปี ร้อยละ 46 เมื่อรวมผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทั่วโลกจะพบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตสูงถึง 6 วินาทีต่อ 1 คน หรือ 14,400 คนต่อวัน (นักเขียนหมอชาวบ้าน, 2553) แพทย์หญิงวิลาวัลย์ จึงประเสริฐ อธิบดีกรมการแพทย์ กล่าวว่าสถิติล่าสุดปีพ.ศ.2553 ทั่วประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังร้ายแรงเข้ารับการรักษาจำนวนมาก ซึ่งมะเร็งเป็นโรคที่มีจำนวนผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด คือ 269,204 คนและมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิดเป็นจำนวนมากที่สุดถึง 58,076 คน และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้นอีกอย่างต่อเนื่องในอนาคต (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

ในช่วงกว่า 25 ปีที่ผ่านมา พบว่า สถานการณ์โรคร้ายแรงได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ เพราะโรคร้ายแรงต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีและมีความก้าวหน้าในการรักษาไม่มากนัก ทำให้การดำเนินการตรวจวินิจฉัยโรคมักจะหาไม่พบในขั้นระยะแรกๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคร้ายแรงรายใหม่ที่พบในประเทศไทยมักจะเป็นผู้ป่วยในระยะที่มีอาการลุกลามของโรคไปมากและกำลังจะก้าวเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายที่คุกคามชีวิตเช่นนี้ทำให้ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนฝูงต่างพยายามที่จะแสวงหาวิธีการที่จะได้เข้าถึงเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ แม้ว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาในอัตราที่สูงมากที่สุดก็ตาม เพราะแม้ว่าความตายจะเป็นความจริงที่ไม่สามารถปฏิเสธได้ของชีวิต แต่เนื่องด้วยค่านิยม ความคิด ความเชื่อของสังคมและวัฒนธรรมในปัจจุบันทำให้ความตายมีความหมายไปในทางที่ไม่ดีสร้างความทุกข์ให้กับมนุษย์ คนส่วนใหญ่มองความตายว่าเป็นเรื่องของความสูญเสีย ความพลัดพรากและความเจ็บปวดทรมาน ความตายกลายเป็นเรื่องที่น่ากลัวที่ฟังต้องปกปิด หลีกเลียง หลีกหนีให้ไกลที่สุดและจะต้องพยายามยืดระยะเวลาวาระสุดท้ายของชีวิตให้ยาวนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ (พระไพศาล วิสาโล, 2552)

ความตายจึงกลายเป็นเรื่องใหญ่และเกิดเป็นปัญหาสังคมที่หลายฝ่ายกำลังให้ความสนใจมากขึ้น ในหลายๆ ด้าน เพราะความตายมีความเกี่ยวข้องกับมนุษย์ทั้งในเรื่องของชีวิตและสุขภาพ กล่าวคือเมื่อการให้ความหมายเกี่ยวกับความตายแปรเปลี่ยนไป จากเดิมที่ความตายเป็นเรื่องของวัฒนธรรมและประเพณี ความตายกลับกลายเป็นเรื่องของกฎหมายและการแพทย์ กระบวนการในการช่วยยืดชีวิตผู้ป่วย

ด้วยวิธีการต่างๆทางการแพทย์จึงเกิดขึ้น ยิ่งในปัจจุบันพบว่าเทคโนโลยีทางการแพทย์มีการพัฒนา ก้าวหน้าจนกระทั่งสามารถรักษาและช่วยยืดชีวิตผู้ที่เจ็บไข้ได้ป่วยได้ดีขึ้น ระบบบริการทางการแพทย์จึงมี บทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคร้ายแรงมากขึ้น ดังนั้นเมื่ออัตราของผู้ป่วยด้วยโรคร้ายแรงมีการเพิ่มขึ้น อย่างรวดเร็วย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสังคม เศรษฐกิจ ปัญหาทางสุขภาพและการจัดการทรัพยากรทาง สุขภาพและสังคมในระยะยาวมากขึ้น นอกจากนี้พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นมากที่สุดก็คือปัญหาเรื่องของการ ละเมิดสิทธิมนุษยชนดังที่พบเห็นตามหน้าหนังสือพิมพ์ เช่น ปัญหาการฟ้องร้องแพทย์ เนื่องจากการรักษา ที่ผิดพลาดทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล เครียดจนกระทั่งฆ่าตัวตาย, ปัญหาการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยและประชาชน ทั่วไปมองว่าแพทย์ได้ทำหน้าที่บกพร่องทำให้ผู้ป่วยเจ็บหนักมากขึ้นและถึงแก่ความตาย ตลอดจนปัญหา เรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ ผู้ป่วยและญาติที่มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกัน (แสง บุญเฉลิมวิภาส , 2552 : 397 – 404) จึงกล่าวได้ว่าการตายและการจัดการกับความตายภายใต้ระบบการแพทย์สมัยใหม่ กลับกลายเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อนและสร้างปัญหาต่างๆตามมามากมาย เพราะภายหลังจากที่ระบบ การแพทย์สมัยใหม่ได้รับอิทธิพลมาจากสังคมตะวันตกทำให้แพทย์มองการรักษาพยาบาลแต่เฉพาะมิติ ทางกายภาพ จึงเข้าใจว่าโรคทุกโรคสามารถรักษาให้หายได้และผู้ป่วยไม่ควรถูกต้องตายเพราะความตายเป็น เรื่องที่สามารถควบคุมได้แม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตก็ตาม การรักษาจึงมุ่งเน้นไปที่การ ใช้จ่ายและกระบวนการยืดชีวิตให้ผู้ป่วยโรคร้ายแรงสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้อาหารทางสายยางและการปั๊มหัวใจ เป็นต้น

ซึ่งพบว่าวิธีการทางการแพทย์เหล่านี้ ล้วนแล้วแต่เป็นการดูแลรักษาที่ละเลยมิติทางด้านจิตใจใน เรื่องของอารมณ์ ความรู้สึกและจิตวิญญาณของผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นการทำลายศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยลง (Dehumanization) ส่งผลให้ผู้ป่วยในช่วงภาวะใกล้ตายมี คุณภาพชีวิตที่แย่งและเกิดความทุกข์ทรมานมากขึ้นไปอีกด้วย (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2553 : 129 – 131) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าตลอดช่วงเวลาแห่งการรักษาเยียวยา ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจจากการถูกเทคโนโลยีทางการแพทย์ช่วยยืดชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสตายตามธรรมชาติได้ น้อยลงความตายอย่างสงบจึงไม่เกิดขึ้น เพราะผู้ป่วยจะไม่มีโอกาสได้ตายอย่างสงบที่บ้าน หากแต่ต้องตาย อย่างโดดเดี่ยวและทรมานในโรงพยาบาลท่ามกลางสายระโยงระยางที่เข้าออกจากร่างกายและเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆที่อยู่รายล้อมรอบตัว (สุมาลี นิมนานนิตย์, 2553 : 13 – 22) นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อผู้ป่วย ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วพบว่าตนกำลังเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ สุขภาพของผู้ป่วยจะไม่สามารถกลับมาแข็งแรงได้เหมือนเดิม ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ เสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ในการดำเนินชีวิตประจำวันผู้ป่วยจะสามารถช่วยเหลือ ตนเองได้น้อยลงและต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า หดหู่ หวาดวิตก ลึกลับหวัดคิดว่า ตนเองไร้คุณค่าและมักจะครุ่นคิดถึงความเจ็บป่วยและความตายของตนเองอยู่ตลอดเวลาส่งผลให้ผู้ป่วย บางรายกลัวความตายที่กำลังจะมาเยือนในอีกไม่ช้าเพราะยังคงยึดติดกับสถานภาพทางสังคม ภาระหน้าที่



ทางการทำงานและกลัวที่จะพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก (จินต์จุฑา รอดพาล, 2549 : 1 – 3) ภาวะเช่นนี้ถือว่าเป็นช่วงสภาวะการณวิฤกตที่มีความสำคัญมากต่อการรักษาพยาบาลทางการแพทย์เพราะผู้ป่วยจะสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้อีกนานเท่าไรย่อมขึ้นอยู่กับอาการของโรค การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและกำลังใจจากคนรอบข้างเป็นสำคัญ

ฉะนั้นแล้วการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคร้ายแรงจึงควรอยู่บนพื้นฐานของการรักษาทางการแพทย์ วัฒนธรรมและจริยธรรมที่ได้มาตรฐานและดึงกันไปพร้อมๆกัน เพราะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคร้ายแรงเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนและต้องให้การใส่ใจดูแลหลายมิติ ทั้งมิติทางกายภาพ จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณควบคู่กัน รูปแบบการดูแลรักษาจึงควรเป็นไปในลักษณะของการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ที่ถึงแม้ว่าโรคร้ายแรงจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ก็สามารถช่วยผ่อนหนักเป็นเบา ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เจ็บปวดทรมานน้อยลงและมีชีวิตยืนยาวขึ้นได้ ดังนั้นแล้วการเรียนรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจเรื่องภาวะใกล้ตายและความตายจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ปัจจุบันที่แนวโน้มโครงสร้างประชากรมีจำนวนผู้สูงอายุสูงขึ้นและสถานการณ์โรคร้ายแรงต่างๆก็เพิ่มขึ้นมากในอัตราก้าวกระโดด ประเทศต่างๆจึงได้มีการตื่นตัวในเรื่องเกี่ยวกับความตายกันมากขึ้น กระบวนการของภาวะใกล้ตายและความตายจึงกลายเป็นคำถามที่ผู้คนในสังคมต่างๆได้ให้ความสนใจและมักจะหยิบยกขึ้นมาเป็นประเด็นทางสังคมอยู่เสมอ เพราะ *“เราทุกคนต้องตายไม่ช้าก็เร็วและทุกคนล้วนตายได้ครั้งเดียวในชีวิตนี้จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่มนุษย์ทุกคนพึงจะได้รับการดูแลเอาใจใส่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต”* (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550 : 2)

จากที่กล่าวมาข้างต้นทำให้ทราบถึงความสำคัญและความจำเป็นในการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องของภาวะใกล้ตายและความตายจากมุมมองของผู้ป่วยโรคร้ายแรง ซึ่งยังคงขาดแคลนองค์ความรู้เป็นอย่างมากในสังคมไทย ในขณะที่สถานการณ์โรคร้ายแรงได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นจนทำให้มีจำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคร้ายแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องพบว่าการศึกษาวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวกับความตายมีอยู่ไม่มากนัก โดยเฉพาะเรื่องของมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยนั้นไม่มีให้เห็นเท่าที่ควร ผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายจากมุมมองของผู้ป่วยโรคร้ายแรงภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคองเพื่อเอื้อประโยชน์ให้กับบุคคลที่ต้องป่วยเป็นโรคร้ายแรงที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงต้องเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ตลอดชีวิต ทั้งนี้เพื่อก่อให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยตามสภาพและอาการของโรค โดยให้ผู้ป่วยยังคงศักดิ์ศรีและเกียรติภูมิของความเป็นมนุษย์ไปจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวม เพื่อคืน "สุขภาพ" ให้แก่ประชาชน ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในอาณาเขตแห่งสุขภาพ ตั้งแต่ระดับกระบวนการทัศน์ ระดับความสัมพันธ์ทางสังคมและระดับโครงสร้าง อีกทั้งการเกี่ยวข้องเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายยังเป็นโอกาสสำคัญที่มนุษย์จะได้เรียนรู้คุณค่าและความหมายของชีวิตได้อย่างดีที่สุด การเปิดใจรับรู้และเข้าใจมุมมองเกี่ยวกับความตายจะ

สามารถช่วยปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อชีวิตโดยจะเห็นถึงคุณค่าของชีวิตและดำรงชีวิตเพื่อคนอื่นมากขึ้น โดยผู้วิจัยจะทำการศึกษเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายผ่านมุมมองการให้ความหมาย วิธีคิดและการใช้ชีวิต ตลอดจนการปรับตัวในช่วงวาระแห่งความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยโรคร้ายแรงแต่ละรายย่อมจะมีมุมมองทางความคิด ประสบการณ์ในชีวิต รูปแบบในการจัดการกับปัญหาต่างๆในชีวิตที่แตกต่างกันออกไป เพื่อที่จะได้เห็นถึงโลกทัศน์ที่มีต่อชีวิตและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงในบริบทสังคมไทย เพื่อเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งให้หน่วยงานด้านสุขภาพใช้ประกอบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคร้ายแรง ในอนาคตจะได้มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมและมีคุณภาพต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและสอดคล้องกับวัฒนธรรมและสังคมไทย

## 1.2 คำถามในการวิจัย

เมื่อบุคคลได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและพบว่าตนกำลังป่วยด้วยโรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและโรคเอดส์ เป็นต้น สถานภาพของบุคคลจึงเปลี่ยนไปจากคนสุขภาพดีกลายเป็นผู้ป่วยโรคร้ายแรง ผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคองได้ให้ความหมายและมีมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายในลักษณะใด ซึ่งการให้ความหมายและมีมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายเช่นนี้มีผลต่อการปรับตัวและการใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยอย่างไรบ้าง

## 1.3 วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษามุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของมุมมองดังกล่าวต่อการใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง

## 1.4 สมมติฐานของการวิจัย

1. โรคร้ายแรงและการดูแลรักษาแบบประคับประคองมีผลให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อชีวิต ภาวะใกล้ตายและความตาย
2. มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงเป็นผลมาจากปัจจัยที่หลากหลาย ทั้งปัจจัยทางสังคม, การกำหนดความหมายของความตายตามระบบวัฒนธรรม, รูปแบบการดูแลรักษา, ความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่และอื่นๆที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล
3. มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายมีอิทธิพลต่อการใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคร้ายแรง

### 1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้ความหมายของภาวะใกล้ตายและความตายที่มาจากมุมมองของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง
2. เพื่อทราบถึงแนวทางการใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคร้ายแรงในช่วงเจ็บป่วยถึงวาระสุดท้ายของชีวิตได้เป็นอย่างดี
3. เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคร้ายแรง
4. เพื่อเป็นแนวทางในการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคร้ายแรงให้สามารถดำเนินชีวิตไปพร้อมกับการดำเนินของโรคได้เป็นอย่างดีและทำให้ผู้ป่วยโรคร้ายแรงได้ตระหนักถึงคุณค่าที่มีต่อตนเองตามหลักสิทธิของความเป็นมนุษย์
5. เพื่อสรุปให้เห็นถึงความสำคัญของมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงและพยายามจะผลักดันให้กลายเป็นสิ่งที่ผู้คนในสังคมให้ความสำคัญเพื่อเอื้อประโยชน์ให้กับตัวของผู้ป่วยโรคร้ายแรงทั้งในตลอดช่วงของการเจ็บป่วยจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

### 1.6 ขอบเขตในการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษามุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่ได้เข้ารับการดูแลรักษาแบบประคับประคองมาเป็นระยะเวลานานพอสมควรจากทีมสุขภาพและครอบครัว ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้านจนกระทั่งเสียชีวิต หากแต่ด้วยจริยธรรมทางการแพทย์ที่ปกป้องดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงทำให้ผู้วิจัยซึ่งไม่ใช่หนึ่งในทีมสุขภาพ อันได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยทำให้โอกาสในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างเป็นไปได้ยาก ด้วยข้อจำกัดนี้ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยด้วยรูปแบบวิธีการ After death interview โดยดำเนินการศึกษามุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่ได้เข้ารับการดูแลรักษาแบบประคับประคองผ่านกลุ่มตัวอย่างที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมาโดยตลอดนับตั้งแต่แรกเริ่มเจ็บป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 10 ราย โดยมีข้อกำหนดว่าผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจะต้องเสียชีวิตไปไม่เกิน 1 ปี

### 1.7 นิยามศัพท์

**ผู้ป่วยโรคร้ายแรง (Life-threatening illness patients)** หมายถึงผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องอาศัยระยะเวลานานในการรักษาและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ รูปแบบการรักษาจะเป็นเพียงการช่วยพยุงไม่ให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียการทำงานของร่างกายมากขึ้นเท่านั้น เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและโรคเอดส์ เป็นต้น

**ภาวะใกล้ตาย (Dying)** หมายถึงช่วงสถานะที่ผู้ป่วยถูกคุกคามด้วยโรคร้ายแรงต่างๆที่ไม่สามารถดำเนินการรักษาให้หายขาดได้อีกต่อไปทำให้อาการของผู้ป่วยค่อยๆทรุดลงเรื่อยๆและเสียชีวิตในที่สุด

**ความตาย (Death)** หมายถึงภาวะการที่หัวใจหยุดเต้นและเกิดการหมดสิ้นลมหายใจทำให้อวัยวะหยุดการทำงานเป็นผลให้เกิดการสิ้นสุดของชีวิต ความตายจึงเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ณ จุดปลายท้ายสุดของชีวิตและจะไม่มีอะไรจากนั้นอีกต่อไป

**การใช้ชีวิตและการปรับตัว (Living and Adapting)** หมายถึงลักษณะพฤติกรรมต่างๆของบุคคล (ผู้ป่วยโรคร้ายแรง) ในการดำเนินชีวิตประจำวันและความพยายามของบุคคลในการที่จะเตรียมความพร้อมสำหรับการเผชิญหน้ากับความตายที่กำลังจะมาเยือน ซึ่งการปรับตัวของผู้ป่วยจะมีทั้งทางด้านความคิด ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยผู้ป่วยจะดำเนินการแสวงหาวิธีการต่างๆที่จะทำให้ตนเองสามารถใช้ชีวิตท่ามกลางสถานะแห่งความเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุขมากที่สุด ได้แก่ การเข้าถึงธรรมชาติ, การทำกิจกรรมเพื่อสังคม, การทำบุญกรรมชีวิต, การใช้สิทธิการตายและการบริจาคอวัยวะ ฯลฯ

**การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care)** หมายถึงการบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยให้แก่ผู้ป่วยที่อาการของโรคอยู่ในช่วงระยะที่ลุกลามไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้อีกต่อไป การรักษาจึงถูกปรับเปลี่ยนจากการบำบัดเพื่อให้หายขาดมาเป็นการบำบัดตามอาการ วิธีการดูแลรักษาส่วนใหญ่ก็จะเน้นไปที่การช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวดต่างๆที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ความไม่สุขสบายให้แก่ผู้ป่วย ด้วยวิธีการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในช่วงสถานะแห่งความเจ็บป่วย ตลอดจนถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตได้อย่างปกติสุขและมีคุณค่ามากที่สุด

## 1.8 กรอบแนวคิดการวิจัย



## บทที่ 2

### ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง “มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง” นี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการอธิบายความรู้ความเข้าใจในประเด็นเรื่องของภาวะใกล้ตายและความตายในกลุ่มผู้ป่วยที่ชีวิตถูกคุกคามด้วยโรคร้ายแรงต่างๆ ซึ่งผู้วิจัยได้พยายามศึกษาและรวบรวมเนื้อหาสาระที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับงานวิจัย ดังนี้

- 2.1 กระบวนทัศน์และแนวคิดเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย (Paradigm and concept of death and dying)
- 2.2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)
- 2.3 แนวคิดจริยธรรมทางการแพทย์ (Medical Ethics)
- 2.4 ทฤษฎีการให้ความหมายทางสังคม (Social Constructivism)
- 2.5 ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Interaction)
- 2.6 ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (Doctor and Patient Relationship)
- 2.7 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1 กระบวนทัศน์และแนวคิดเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย

##### 2.1.1 ความตาย

ความตาย (Death) มีที่มาจากคำกริยาในภาษาเยอรมันกับภาษาอินโด - ยูโรเปียนว่า dheu ซึ่งเหมือนกับคำว่า die ในภาษาอังกฤษ ซึ่งจะแปลตามตัวได้ว่า "act or process of dying" ในพจนานุกรมอเมริกัน (American Heritage Dictionary) ให้ความหมายคำว่า Death ว่าเป็นภาวะการสิ้นสุดของชีวิตหรือของปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่ง (กฤตยา อาชวนิจกุลและวรชัย ทองไทย, 2549)

แนวคิดเรื่องความตายของมนุษย์จะพัฒนาไปตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล การได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับความตายตั้งแต่วัยเด็ก เช่น การได้เห็นกระบวนการตาย เห็นศพหรือการได้มีส่วนร่วมในพิธีบรรจุศพของบิดามารดา ปู่ย่าตายายหรือเพื่อนบ้าน รวมถึงการได้ฟังหรือได้เห็นการตายจากภาพยนตร์ โทรทัศน์ วิทยุและหนังสือพิมพ์ ไม่ว่าจะเป็นการตายแบบธรรมชาติ ซึ่งเป็นเรื่องของความชราภาพหรือจะเป็นการตายในลักษณะที่ผิดธรรมชาติอันเกิดจากสาเหตุของการประสบอุบัติเหตุการเจ็บป่วย การทุพพลภาพและอื่นๆ เหตุการณ์เหล่านี้จะช่วยให้มนุษย์เกิดการรับรู้และเข้าใจถึงความหมายของความ

ตาย ตลอดจนสามารถยอมรับเหตุผลของความตายที่เป็นจริงได้ในรูปแบบที่ง่าย ๆ และตรงไปตรงมา จนนำไปสู่การสร้างความสำเร็จในเรื่องที่เกี่ยวกับความตายขึ้นมา

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับความตายเป็นการสรุปความคิดของบุคคลแต่ละคนหรือแต่ละกลุ่มตามความสามารถของการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจและประสบการณ์เฉพาะของแต่ละคน ส่งผลให้มีผู้ให้ความหมายของความตายไว้แตกต่างกันตามแต่ละมิติ ดังนี้

### 2.1.1.1 ความตายในมิติสังคมศาสตร์

นิตยา เหล่าบุญเกื้อ (2550 : 24) ได้เสนอมุมมองความคิดเกี่ยวกับความตายในมุมมองทางสังคมศาสตร์ ซึ่งสามารถจำแนกได้ตามสำนักคิดต่างๆ ดังนี้

**สำนักปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์** มองว่าความตายคือความเป็นความจริงทางชีววิทยา ความหมายของความตายเกิดจากกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของคนในสังคมที่กระทำต่อกันผ่านภาษาและสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่สามารถเข้าใจร่วมกันได้ ซึ่งมนุษย์แต่ละคนจะให้นิยามความหมายของความตายในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับประสบการณ์การใช้ชีวิตและการให้คุณค่าต่อความหมายของสิ่งนั้นๆของแต่ละคน เช่น บางคนมองว่าความตายหมายถึงความสูญเสีย, บางคนมองว่าความตายคือการเปลี่ยนผ่านและบางคนก็มองว่าความตายหมายถึงความสงบ เป็นต้น

**สำนักโครงสร้าง-หน้าที่นิยม** มองสังคมเป็นระบบหนึ่งที่ประกอบไปด้วยหน่วยย่อยต่างๆ ซึ่งแต่ละหน่วยย่อยมีหน้าที่ที่จะต้องคอยรักษาสมดุลของสถาบันทางสังคมต่างๆเอาไว้ สำนักนี้จึงมุ่งที่จะตั้งคำถามกับความตายว่า “ความตายมีความเชื่อมโยงกับสังคมอย่างไร” ซึ่งสำนักนี้ได้ให้คำตอบว่าความตายเปรียบเสมือนเป็นเหตุการณ์หนึ่งที่ได้สร้างช่องว่างให้เกิดขึ้นในโครงสร้างทางสังคม ส่งผลให้เกิดพิธีกรรมต่างๆเกี่ยวกับความตายขึ้นมาเพื่อทำหน้าที่ประสานให้ภายในสังคมเกิดภาวะความแตกแยกน้อยที่สุด

**สำนักสังคมนิยมมาร์กซิสต์** มองว่าความตายเป็นเรื่องของความไม่เท่าเทียมกันระหว่างชนชั้น เช่น คนจนจะมีอัตราการตายสูงกว่าคนรวยเพราะสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาทางการแพทย์ได้น้อยกว่า แนวคิดนี้จะมองอุดมการณ์ของความตายในเชิงปัจเจก กล่าวคือความเจ็บป่วยและความตายหมายถึงความแปลกแยกและความไร้อำนาจ ส่งผลให้คนป่วยใกล้ตายถูกปฏิบัติประหนึ่งไม่ใช่คนและถูกลดทอนสถานภาพและบทบาทให้กลายเป็นเพียงแค่วัตถุสิ่งหนึ่งที่ต้องอยู่ภายใต้การจัดการดูแลและควบคุมโดยผู้อื่น จนในที่สุดตัวตนของผู้ป่วยก็จะถูกถอดถอนออกไปจากตัวของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

**สำนักปรัชญาชีวิตและการดำรงชีวิต** มองว่าการมีชีวิตอยู่ของมนุษย์มีเวลาจำกัดและทุกคนต่างต้องเผชิญหน้ากับความตายอันเป็นสมบัติเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลตั้งที่มาร์ติน ไฮเดกเกอร์ มองว่าความตายเป็นสิ่งสมบูรณ์ที่ได้มีการผูกจิตวิญญาณเข้ากับร่างกายเอาไว้แล้ว ความตายจึงมิใช่เหตุการณ์ที่ทำให้

ชีวิตจบลง หากแต่เป็นส่วนหนึ่งของการดำรงชีวิตอยู่เพราะความตายเป็นจุดหมายที่ทำให้มนุษย์มีเสรีภาพมากกว่าจะเป็นสิ่งที่น่ากลัว

**สำนักปรากฏการณ์วิทยา** สนใจวิเคราะห์และทำความเข้าใจแก่นหรือพื้นฐานของปรากฏการณ์ต่างๆที่ถูกสร้างขึ้นทางสังคม ซึ่งแยกตัวมันเองออกจากวัตถุหรือเหตุการณ์อื่นๆ จุดมุ่งหมายสำคัญของการค้นคว้าวิจัยทางปรากฏการณ์วิทยาก็คือการค้นหาโลกทางสังคมภายในจิตใจของคนแต่ละคน รวมถึงค้นหามุมมองร่วมของสังคมที่ถูกสร้างขึ้นในชีวิตประจำวัน ด้วยเหตุนี้เป็นไปได้อย่างมากว่าความหมายของความตายจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยผู้คนจะเลือกเชื่อตามชุดคำอธิบายที่ตนอยากจะทำเชื่อบนพื้นฐานทางความคิด ความรู้และประสบการณ์ที่ตนมีรวมถึงพื้นฐานของสังคมและวัฒนธรรมนั้นๆ ที่ตนเป็นสมาชิกอยู่ ซึ่งได้สืบเนื่องต่อกันมาภายในสังคมและวัฒนธรรมของตน

### 2.1.1.2 ความตายในมิติศาสนา

ศาสนาแต่ละศาสนาล้วนแล้วแต่มีหลักธรรมคำสั่งสอนที่แตกต่างกัน อันเนื่องจากมีความเชื่อเรื่องชีวิต ความตายและวิญญาณไม่เหมือนกัน ซึ่งความเชื่อดังกล่าวได้ส่งผลให้มนุษย์ที่อยู่ในแต่ละสังคม วัฒนธรรมมีเป้าหมายในการใช้ชีวิตและปรับตัวต่างกันออกไป ดังนี้

#### **ศาสนาพุทธ**

ศาสนาพุทธมีความเชื่อว่า“ความตายเป็นความจริงตามธรรมชาติ” ความตายเป็นสัจธรรมแห่งชีวิต เมื่อมนุษย์และสิ่งมีชีวิตทั้งหลายเกิดมาแล้วก็ต้องตายทั้งสิ้นตรงกับคติที่ว่าทุกสิ่งเป็นอนิจจังเป็นอนัตตา ทุกสิ่งเกิดมาตั้งอยู่แล้วดับไป ความตายจึงเป็นของธรรมดาของชีวิตเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่เสมอเป็นประจำเพราะเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการชีวิตที่ไม่มีใครสามารถจะล่วงพ้นหลีกเลี่ยงความตายหรือเปลี่ยนกฎแห่งความเป็นจริงนี้ได้ ความตายจึงมิใช่เป็นเพียงจุดสิ้นสุดของชีวิตโดยสมบูรณ์เท่านั้น หากแต่คือการเปลี่ยนสภาพจากโลกที่อาศัยอยู่หรือจากสิ่งมีชีวิตในโลกนี้ไปสู่อีกโลกหนึ่งหรืออีกภาวะหนึ่ง ความตายในพุทธศาสนาจึงมุ่งเน้นไปที่การดับหรืออาการดับของขั้น 5 อันประกอบไปด้วยรูป วิญญาณ สัญญา เวทนาและสังขาร เมื่อใดที่ขั้น 5 หรือกายกับจิตดับลง มนุษย์ก็ไม่สามารถที่จะดำรงสภาพความเป็นมนุษย์ได้อีกต่อไป จุดนั้นจึงเรียกว่า“ความตาย” อันเกิดจากการแตกสลาย การทอดทิ้งร่างกายหรือการใช้ชีวิตสูญสิ้น (ณัฐยา วาสิน, 2541 : 18)

นอกจากนี้ยังมีความเชื่อในเรื่องของกรรมหรือผลอันเกิดจากการกระทำและการเวียนว่ายตายเกิดหรือสังสารวัฏด้วย กล่าวคือ ในพระพุทธานุศาสนามีคติความเชื่อที่ว่ามนุษย์เราไม่ได้มีชีวิตอยู่แค่เพียงในชาตินี้เท่านั้น หากแต่มนุษย์ได้มีการเวียนเกิดเวียนตายมาแล้วนับครั้งไม่ถ้วนเพื่อชดใช้กรรมที่ได้เคยกระทำมาก่อนให้เกิดความเชื่อเรื่องของกฎแห่งกรรมขึ้นมาว่า การกระทำใดๆก็ตามของมนุษย์ย่อมมีผลในเรื่องของบาปบุญคุณโทษเสมอ ดังสุภาษิตที่ว่าทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว มนุษย์ทุกคนจึงเป็นผลิตผลของการ



กระทำของตนเอง ส่วนความเชื่อในเรื่องของสังสารวัฏหรือการเวียนว่ายตายเกิดหรือการเกิดใหม่ พุทธศาสนามีความเชื่อว่าชีวิตของมนุษย์ ฐานะของมนุษย์ในชาตินี้ย่อมสะท้อนให้เห็นถึงผลบุญที่ทำมาในชาติก่อน ถ้าในชาติก่อนได้ทำบุญสร้างกุศลมากสถานะในชาตินี้ก็จะมีดี และท้ายสุดเชื่อว่าการเกิดในโลกหน้าหรือชาติหน้าย่อมแปรผันตรงตามผลบุญที่ได้กระทำลงไปในชาตินี้ ผู้ที่มีผลบุญมากที่สุดก็สามารถที่จะหลุดพ้นจากการเวียนว่ายตายเกิดตลอดจนสามารถเข้าถึงพระนิพพานได้ (ปราณี วงษ์เทศ, 2543: 53)

ด้วยเหตุนี้พุทธศาสนิกชนที่ศรัทธาในพุทธศาสนาจึงให้การยอมรับและมองความตายว่าเป็นเรื่องธรรมดา ไม่ใช่สิ่งที่น่ากลัวเพราะความตายไม่ใช่เป็นแค่วิกฤตของชีวิตเท่านั้น หากแต่ความตายสามารถเป็นทางผ่านไปสูภพภูมิที่ดีกว่าได้หากทำบุญมากพอในภพนี้และการตระหนักว่ามีชีวิตหลังความตายทำให้ภาวะหลังความตายมีชื่อเสียงลึกลับ ส่งผลให้ผู้ที่หมั่นทำกรรมดีและสร้างกุศลอยู่เสมอเมื่อต้องเผชิญหน้ากับความตายย่อมเกิดความรู้สึกอุ่นใจและมั่นใจว่าตนจะต้องได้ไปสู่สุคติแน่นอน ตรงข้ามกับผู้ที่ทำกรรมชั่วย่อมเกิดความทุกข์ทั้งกายและใจเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้เข้ามาถึงเพราะกลัวจะไปสู่ทุคติภูมิ อีกทั้งการเข้าถึงแก่นของพุทธศาสนาอย่างแท้จริงตามหลักอริยสัจสี่ คือ เกิด แก่ เจ็บและตายจะช่วยให้มนุษย์รู้จักน้อมจิตให้เป็นกุศลก่อนตาย ซึ่งจิตที่สงบเป็นกุศลอันเกิดจากการยก ระดับจิตใจให้่องใสสามารถช่วยให้ตายอย่างไม่ทุกข์ทรมานและจิตวิญญาณของผู้ตายก็มีโอกาสที่จะไปสูภพภูมิที่ดีกว่าเดิมได้ วัฒนธรรมความตายเช่นนี้นอกจากจะทำให้มนุษย์มองความตายว่าเป็นธรรมดาของชีวิตแล้ว ยังทำให้มนุษย์เกิดการตระหนักเห็นถึงคุณค่าของการตายอย่างสงบ และรู้จักใช้ความตายให้เป็นโอกาสในการยกกระดับทางจิตวิญญาณ โดยอยู่อย่างพร้อมจะตายทุกขณะหรือดียิ่ง กว่านั้นก็คือเรียนรู้ที่จะ “ตายก่อนตาย” อยู่เสมอดังคำกล่าวของท่านอาจารย์พุทธทาสภิกขุ (พระไพศาล วิสาโล, 2552)

### **ศาสนาคริสต์**

ศาสนาคริสต์มีความเชื่อว่าชีวิตมนุษย์มาจากพระเจ้า ตลอดช่วงการดำเนินชีวิตพระเจ้าจะมอบความดีไว้ให้เป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ยังเชื่อในเรื่องดวงวิญญาณที่ถาวรในโลกหน้า ศาสนาคริสต์สอนว่าชาวคริสต์ทุกคนจะกลับคืนชีพในวันสุดท้ายและพระเยซูจะทรงพิพากษาว่าผู้ที่ยอมรับการไถ่บาปของพระองค์ก็จะได้ไปสวรรค์เพื่อไปรวมเป็นหนึ่งเดียวกับพระเจ้าตลอดนิรันดร์ ส่วนผู้ที่ไม่ได้รับการไถ่บาปก็จะไปนรกชั่วนิรันดร์ โดยพระเจ้าจะเป็นผู้กำหนดเวลาที่มนุษย์จะได้ก้าวไปสู่อีกโลกที่สมบูรณ์กว่านี้ ส่งผลให้เกิดความเชื่อว่าตลอดชีวิตในโลกนี้เป็นเวลาเพียงชั่วคราวเท่านั้น ชาวคริสต์จึงมีทัศนคติต่อความตายว่าไม่ใช่จุดสิ้นสุดหากแต่เป็นจุดเริ่มต้นสู่การไปพบกับพระเจ้า ซึ่งเป็นอีกมิติหนึ่งของชีวิตที่ต่างจากชีวิตปัจจุบันชาวคาทอลิกจึงเชื่อว่า “ความตาย” คือภาวะที่ร่างกายและวิญญาณแยกออกจากกัน มนุษย์เกิดมาครั้งเดียวและก็จะตายเพียงครั้งเดียวเท่านั้น เมื่อมนุษย์ตายร่างกายก็จะสลายกลายเป็นธุลีตามเดิม ขณะที่วิญญาณซึ่งแยกออกจากร่างกายจะถูกนำไปพิพากษาทันทีตามบาปบุญของตน ความตายจึงไม่ใช่เรื่องลึกลับเพราะความตายไม่มีคุณค่าในตนเอง แต่อยู่ที่จุดหมายของความตายมากกว่า ชาวคริสต์ถือว่าความตายเป็นแค่ทางผ่านแล้วชีวิตใหม่ก็จะเกิดขึ้นพร้อมกับอาณาจักรใหม่ ความ

เชื่อเช่นนี้ทำให้ชาวคริสต์ไม่กลัวตายพร้อมทั้งกล้าที่จะเผชิญกับความยากลำบาก การเบียดเบียนและความตายอีกด้วย ดังนั้นช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตจึงถือเป็นช่วงเวลาที่มียิ่ง คริสต์ศาสนิกชนจึงให้ความสำคัญกับการดูแลจิตวิญญาณในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นอย่างมากเพราะเป็นโอกาสสุดท้ายที่มนุษย์จะเปลี่ยนแปลงความรู้สึกที่ผิดพลาดเกี่ยวกับการกระทำในอดีตได้เพื่อให้วิญญาณสามารถไปสู่ความเป็นอมตะนิรันดร์ โดยมีพระเจ้าเป็นเจ้าของผู้มานำมนุษย์เหล่านี้กลับไปสู่ที่พำนักอันสงบ ซึ่งก็คือบ้านอันถาวรของจิตวิญญาณของมนุษย์นั่นเอง (มธ 23 : 21 - 225)

### ศาสนาอิสลาม

ศาสนาอิสลามให้ความสำคัญต่อพระเจ้าเป็นเจ้าในทุกมิติของชีวิต ส่วนเรื่อง“ความตาย”นั้นตามหลักของศาสนาอิสลามถือว่ามิใช่การดับสูญ ไม่ใช่จุดสิ้นสุด แต่เป็นจุดเริ่มต้นของโลกใหม่และเป็นโลกที่ไม่มีจุดจบของเวลา ความตายเป็นเสมือนการเปลี่ยนผ่าน (Transition) เปลี่ยนสภาพหรือมิติของการดำรงอยู่นั้นคือการเคลื่อนย้ายสถานที่จากโลกหนึ่งไปสู่อีกโลกหนึ่งที่ดีกว่าและถาวรกว่า โดยถือว่าเนื้อแท้ของมนุษย์มิใช่เรือนร่างอันเป็นวัตถุ แต่เป็น“วิญญาณ”ซึ่งยังคงสภาพอยู่และเตรียมพร้อมสำหรับการเคลื่อนย้ายไปสู่ชีวิตในโลกใหม่แม้ว่าเนื้อหนังจะสูญสลายไปหมดสิ้นแล้วก็ตาม อิสลามจึงส่งเสริมให้มนุษย์สร้างความผูกพันกับความตายด้วยการหมั่นรำลึกถึงและเตรียมพร้อมเสมอสำหรับความตาย เพราะเมื่อความตายมาเยือน พวกเขาจะไม่มีโอกาสกลับมาสู่โลกนี้ได้อีกเพื่อแก้ไขความผิดพลาดต่างๆที่ได้กระทำลงไป (Puchalski and Donnell, 2005 : 118)

ชาวมุสลิมมองว่าศาสนาเป็นเสมือนวิถีทางของจิตวิญญาณที่ชี้้นำการดำเนินชีวิตเพราะชาวมุสลิมได้รับการสอนให้ปฏิบัติตามพระคัมภีร์และนบอบมอบตนอย่างสิ้นเชิงต่อพระเจ้าเพื่อจะได้บรรลุสวรรค์ในโลกหน้า ชาวมุสลิมเชื่อว่าเมื่อตายลงจิตวิญญาณของพวกเขาจะยังคงอยู่เพื่อรอที่จะกลับฟื้นคืนชีพในวันสุดท้ายของโลกและรอรับการพิพากษาจากพระเจ้าว่า วิญญาณของเขาจะได้ไปสวรรค์หรือนรกชั่ววินันต์ตามเงื่อนไขที่เขาได้มอบต่อพระองค์คือปฏิบัติตามพระคัมภีร์หรือไม่ ซึ่งพระองค์ทรงเป็นผู้มีพระเมตตาและทรงเที่ยงธรรมอย่างที่สุด ดังนั้นชาวมุสลิมจึงมีศรัทธาต่อวิถีทางของอิสลามและศรัทธาต่อพระเจ้าเป็นเจ้าในทุกมิติของชีวิต การตายในทัศนะของอิสลามจึงถือว่าไม่ได้เป็นความทุกข์ หากแต่เป็นการพ้นทุกข์ เพราะในศาสนาอิสลามถือว่าการตายคือการกลับสู่ความเมตตาของพระเจ้าหรือพระเจ้า เช่นเดียวกับเรื่องของความเจ็บป่วยที่ชาวมุสลิมไม่ได้ถือว่าเป็นเรื่องของเคราะห์กรรมแต่อย่างใดหากแต่เป็นไปตามพระประสงค์ของพระองค์ที่ประทานมาให้ด้วยความเมตตา ทั้งการเจ็บป่วยหรือปรากฏการณ์ต่างๆที่มนุษย์ได้รับล้วนแต่เป็นสิ่งที่เสมือนข้อทดสอบความศรัทธา ความยำเกรงและความหนักแน่นอดทนของเขาเหล่านั้นและพวกเขาจะได้รับการตอบแทนจากพระองค์อย่างมหาศาลทั้งในปัจจุบันและโลกหน้า (วรัญญา เพ็ชรคง, 2550: 235 - 241)

สรุป คือ ศาสนาพุทธมีมุมมองเกี่ยวกับความตายว่าเป็นสัจธรรมแห่งชีวิต ทุกคนเกิดมาแล้วแต่ต้องตายและเมื่อสิ้นใจไปแล้ววิญญาณจะเวียนเกิดเวียนตายอีกหลายภพหลายชาติเพื่อใช้กรรมที่ตนได้เคยกระทำมาด้วยตนเองให้หมดสิ้นไปแล้วทำสุดจึงจะเข้าสู่นิพพานและดับสูญ ส่วนศาสนาคริสต์มองความตายว่าไม่ใช่จุดสิ้นสุดหากแต่เป็นเสมือนทางผ่านไปสู่อุบัติเริ่มต้นในการได้พบกับพระเจ้า เมื่อสิ้นใจไปแล้วเชื่อกันว่าวิญญาณจะฟื้นคืนชีพในวันสุดท้ายเพื่อรับคำพิพากษาจากพระเยซู ผู้ใดที่ได้รับการไถ่บาปจากพระองค์จะได้ไปสวรรค์ไปอยู่ร่วมกับท่าน ส่วนผู้ที่ไม่ได้รับการไถ่บาปจากพระองค์จะต้องเดินทางไปนรกชั่วนิรันดร์ และศาสนาอิสลามมีมุมมองเกี่ยวกับความตายว่าไม่ใช่จุดสิ้นสุดเช่นเดียวกันหากแต่เป็นจุดเริ่มต้นของโลกใหม่ที่ไม่มีจุดจบของเวลา ความตายเป็นเสมือนการเปลี่ยนผ่านมิติของการดำรงอยู่จากโลกหนึ่งไปสู่อีกโลกหนึ่งที่ดีและถาวรกว่า เชื่อว่าเมื่อตายลงวิญญาณจะคืนชีพในวันสุดท้ายเพื่อรับคำพิพากษาจากพระอัลเลาะห์ว่าจะไปนรกหรือสวรรค์ชั่วกาล

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าศาสนามีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อมุมมองความคิดในการมองชีวิตและความตายของมนุษย์ ความเชื่อทางศาสนาและจิตวิญญาณจึงเป็นเสมือนกรอบแนวทางในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมองว่าความตายคือสิ่งที่ป็นธรรมชาติเป็นขั้นตอนหนึ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องประสบพบเจอ ผู้ป่วยจะมีกำลังใจที่เข้มแข็งและพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความตายของตนเองได้อย่างกล้าหาญมากขึ้น แต่หากผู้ป่วยมองว่าความตายคือผลแห่งกรรม ความเจ็บป่วยและโรคร้ายที่ตนกำลังประสบอยู่คือบทลงโทษจากพระเจ้าจะส่งผลให้ทั้งคุณภาพชีวิต จิตใจและร่างกายของผู้ป่วยนั้นแย่งลงทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ในช่วงระยะสุดท้ายอย่างไม่มีความสุขและจากไปอย่างไม่สงบ ดังนั้นเพื่อที่จะเข้าใจถึงการให้ความหมายและมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยจึงต้องเริ่มต้นจากการทำความเข้าใจถึงความเชื่อทางศาสนาและจิตวิญญาณของผู้ป่วยก่อน เมื่อเข้าใจตรงนี้อย่างถ่องแท้แล้วบุคคลรอบข้างทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัวและคนใกล้ชิดจะได้วางแผนและเลือกสรรวิธีการดูแลให้มีความสอดคล้องเหมาะสมกับความเชื่อและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเพื่อผู้ป่วยจะได้มีชีวิตที่ดีในช่วงระยะสุดท้ายและจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์

### 2.1.1.3 ความตายในมิติทางการแพทย์

ด้วยรากฐานวิธีคิดของการแพทย์สมัยใหม่ที่อิงอยู่กับมุมมองแบบวิทยาศาสตร์ทำให้“ความตาย” ในระบบสุขภาพถูกลดทอนลงเป็นเพียงแค่ส่วนหนึ่งของกระบวนการทางวัตถุวิสัยที่เรียกว่า “ชีวิต” และความตายก็เป็นเพียงจุดสุดท้ายของชีวิตเท่านั้น ทั้งนี้พบว่ามุมมองทางการแพทย์โดยส่วนใหญ่ในปัจจุบันมักมองความตายว่าเป็นเพียงความเสื่อมสลายทางร่างกาย โดยปราศจากการคำนึงถึงเรื่องของจิตใจและจิตวิญญาณ สำหรับทัศนคติทางการแพทย์กระบวนการกู้ชีวิตทั้งหมดมักจะดำเนินไปตามแบบแผนพื้นฐานเดียวกันภายใต้วิธีคิดการแพทย์แบบชีวกลไก (Biomedicine) ซึ่งมุ่งความสนใจไปที่กระบวนการทางกายภาพของผู้ป่วย โดยใช้ความรู้เทคโนโลยีทางการแพทย์เข้ามาจัดการกับอวัยวะต่างๆในร่างกายเพื่อ

ยับยั้งความตาย ทั้งนี้พบว่านอกจากจะเป็นการลดทอนความตายให้เหลือเพียงมิติทางกายภาพแล้วยังมีความพยายามที่จะลดทอนความตายให้กลายเป็นเรื่องของความผิดปกติของอวัยวะบางส่วนในร่างกายอีกด้วย (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550: 13)

ทัศนคติดังกล่าวได้ก่อให้เกิดผลกระทบตามมาอีกหลายอย่าง เช่น ความนิยมที่นำคนป่วยหรือคนที่ใกล้สิ้นใจไปรักษาที่โรงพยาบาลและฝากชีวิตไว้ในมือแพทย์ เพื่อให้แพทย์ได้ใช้ความรู้และเทคโนโลยีเข้ามาควบคุม จัดการและต่อสู้กับความตาย โดยทำทุกวิถีทางตามกระบวนการทางการแพทย์เพื่อที่จะยืดลมหายใจคนไข้ให้นานที่สุดแม้ว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากก็ตาม ส่งผลให้การทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลขาดความละเอียดอ่อน เพราะมุ่งเน้นมิติทางกายแต่เพียงด้านเดียวที่เป็นเช่นนี้เพราะระบบการแพทย์ในปัจจุบันมองแต่ในแง่ของการกำจัดโรคให้หมดไปหรือมุ่งเน้นไปที่การต่อสู้กับเชื้อโรคเพียงอย่างเดียว โดยละเลยและลืมองค์รวมของชีวิตของมนุษย์ไป ทัศนคติดังกล่าวมีรากฐานมาจากวิธีคิดวิธีการมองความตายแต่ในเชิงวิทยาศาสตร์ เชิงวัตถุและเชิงกลไก ซึ่งมักสรุปว่าความตายเป็นจุดสุดท้ายและท้ายสุดของชีวิตที่ไม่มีอะไรหลังจากนั้นอีกต่อไป มนุษย์จึงเกิดความกลัวตาย ทำให้พยายามที่จะดิ้นรนเพื่อหนีจากความตายไปให้พ้น (พระไพศาล วิสาโล, 2547: 115-118)

พรเลิศ ฉัตรแก้ว (2552 : 391 – 396) ได้กล่าวว่าทัศนคติการมองความตายทางการแพทย์เช่นนี้ได้ส่งผลให้เกิดนิยามและปฏิบัติการใหม่ต่อความตาย ดังนี้

- คนป่วยด้วยโรคร้ายแรงชนิดต่างๆทั้งในขณะที่เริ่มเจ็บป่วยไปจนกระทั่งช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตมักจะถูกผลักไสให้ไปรับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลมากกว่าการดูแลที่บ้านเพราะบ้านไม่ใช่สถานที่ที่สมควรจะมีคนตาย ผู้ป่วยจึงถูกฝากชีวิตไว้ในมือของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหลาย เพื่อให้บุคคลเหล่านี้ได้ใช้ความรู้และเทคโนโลยีเข้ามาควบคุม จัดการและต่อสู้กับความตาย โดยทำทุกวิถีทางตามกระบวนการทางการแพทย์ที่จะสามารถช่วยยืดลมหายใจผู้ป่วยให้นานที่สุด

- มีการพัฒนาและนำเทคโนโลยีมาจัดการกับความตายอย่างเต็มที่ เพื่อเอาชนะและยับยั้งความตาย ภาพความตายในสังคมสมัยใหม่คือคนที่นอนหมดลมหายใจอยู่ในโรงพยาบาลโดยมีสายระโยงระยางเชื่อมติดกับเครื่องยนต์ต่างๆเต็มไปหมด ส่งผลให้เกิดการแสวงหากำไรจากความตายเพิ่มทวีขึ้นสูงเพราะเมื่อผู้คนกลัวความตายและต้องการที่จะประวิงเวลาให้ความตายมาถึงช้าที่สุด ธุรกิจชะลอความตายจึงเกิดขึ้นอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในโรงพยาบาล ยาและเทคโนโลยี ตลอดจนจันทักษะป้องกันและชะลอความตายก็ได้กลายเป็นสินค้าที่ทำกำไรได้อย่างมาก

- เกิดความสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและทรัพยากรในการชะลอความตาย ซึ่งไม่เพียงแต่จะทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากในการยืดชีวิตผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเป็นภาระสิ้นเปลืองทรัพยากรของส่วนรวม (ในกรณีการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐ) เพราะเตียงและงบประมาณการรักษาของรัฐแทนที่จะถูกนำไปใช้เพื่อช่วยชีวิตของสมาชิกคนอื่นในสังคมในกรณีที่เกิด

เหตุการณ์ฉุกเฉินเร่งด่วน หรือในกรณีที่สามารถรักษาให้หายได้ แต่กลับถูกใช้ไปเพียงเพื่อช่วยยืดชีวิตหรือต่อลมหายใจให้กับคนป่วยที่มีสถานะเสมือนคนไร้ชีวิตแล้ว

- ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเกิดจากการถูกปฏิบัติเสมือนประหนึ่งว่าเป็นวัตถุ ไม่มีสิทธิในร่างกายของตนเอง การพยายามทำทุกวิถีทางเพื่อยืดลมหายใจของผู้ป่วยให้ได้นานที่สุด โดยมักจะใช้วิธีการที่รุนแรง เช่น การเจาะคอ ผ่าท้อง ใส่ท่อให้อาหาร ซึ่งล้วนแต่เป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดทุกข์ทรมานเป็นอย่างยิ่ง แม้กระทั่งในวาระสุดท้ายของชีวิตก็ไม่มีโอกาสได้อยู่อย่างสงบท่ามกลางลูก หลาน และญาติมิตร ผู้ป่วยถูกลดสภาพความเป็นมนุษย์กลายเป็นแค่วัตถุรองรับการกระทำของแพทย์และเทคโนโลยีเท่านั้น

- ผู้ป่วยไม่มีโอกาสที่จะได้ใช้ช่วงสุดท้ายของชีวิตให้เกิดคุณค่าแก่ตนเองอย่างเต็มที่ โดยเฉพาะในทางจิตวิญญาณเพราะผู้ป่วยในโรงพยาบาลมักจะเต็มไปด้วยความสับสนวุ่นวาย เนื่องจากแพทย์และพยาบาลจะพยายามช่วยยืดชีวิตให้ยืนนานต่อไป ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับโอกาสหรือการช่วยเหลือให้เกิดความสงบทางจิตใจ

สรุปได้ว่าความตายในมิติทางการแพทย์ มักจะต้องประกอบไปด้วยองค์ประกอบอย่างน้อย 3 ประการ คือ 1) บุคคลนั้นต้องหยุดหายใจ 2) หัวใจของบุคคลนั้นต้องหยุดเต้น 3) สมองของบุคคลนั้นต้องหยุดทำงานโดยสิ้นเชิง สะท้อนให้เห็นได้ว่าความตายในแง่มุมของการแพทย์นั้นเป็นความตายแต่เพียงมิติทางกายภาพเท่านั้น ไม่ได้ให้ความสนใจความตายในมิติทางจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของมนุษย์เลย ซึ่งการมองความตายเช่นนี้อาจส่งผลต่อมุมมองความคิดเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเมื่อต้องเข้ามารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลได้ นั่นคือ ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกทุกข์ทรมาน หดหู่ทางจิตใจและหวาดกลัว เพราะการถูกปฏิบัติดูแลแต่เพียงทางกายจะส่งผลให้การใช้ชีวิตในช่วงระยะเวลาเจ็บป่วย จนกระทั่งวาระสุดท้ายแห่งชีวิตของผู้ป่วยเป็นไปในลักษณะที่ไม่เหมาะสมและไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตัวของผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

#### 2.1.1.4 ความตายในมิติทางกฎหมาย

การตายตามกฎหมายไทย ตามหลักประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ 2550 มาตรา 15 บัญญัติถึงเรื่องการสิ้นสุดสภาพบุคคลไว้ว่า “สภาพบุคคลย่อมสิ้นสุดลงเมื่อตาย” การตายนี้แยกออกเป็น 2 กรณี คือ การตายตามธรรมชาติและการตายโดยผลของกฎหมาย (พิชัย นิลทองคำ, 2554)

- 1) ตายธรรมดา เป็นการตายตามธรรมชาติ หมายถึง การหยุดทำงานของระบบร่างกาย 3 ระบบ ได้แก่ แกนสมองของระบบประสาทกลางต้องหยุดทำงาน, ระบบไหลเวียนโลหิต(เลือด)หยุดทำงาน ได้แก่ หัวใจหยุดเต้นและระบบหายใจหยุดทำงาน ได้แก่ ปอดต้องหยุดหายใจ ซึ่งหมายความว่าคนคนนั้นไม่

สามารถหายใจด้วยตนเองได้ สภาพบุคคลย่อมสิ้นสุดลงตั้งแต่วันที่ตายโดยปกติเมื่อบุคคลใดตายก็ย่อมสามารถทราบได้ว่าบุคคลนั้นตายเมื่อใด

2) สาบสูญ เป็นการตายโดยผลของกฎหมาย กล่าวคือบุคคลใดเมื่อถูกศาลสั่งให้เป็นคนสาบสูญแล้วกฎหมายถือว่าบุคคลนั้นได้ถึงแก่ความตาย การจะถือว่าบุคคลใดเป็นคนสาบสูญต้องประกอบด้วยหลักเกณฑ์ตามที่กฎหมายได้กำหนดไว้ดังนี้คือ บุคคลนั้นต้องสูญหายไปโดยไม่มีผู้ใดพบเห็นอย่างน้อย 5 ปี และญาติทำการร้องขอต่อศาลให้ศาลสั่งให้เป็นคนสาบสูญ ซึ่งมีสภาพเท่ากับคนที่ตายไปแล้วนั่นเอง ทำให้ทายาทสามารถรับมรดกของผู้ที่ศาลสั่งให้ตายทางกฎหมายนี้ได้

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าความตายในแง่กฎหมายคือความตายแต่ในมิติทางกายภาพเท่านั้น เพราะเน้นไปที่การสิ้นสุดสภาพความเป็นบุคคล สะท้อนให้เห็นว่าเป็นการมองความตายแต่ในเชิงวัตถุและไม่ได้ให้ความสนใจต่อความตายในแง่ของจิตใจและจิตวิญญาณ

#### 2.1.1.5 ความตายในมิติความคิดของมนุษย์

##### 1) ความตายในทัศนะที่ไม่ดี (Bad death)

พระไพศาล วิสาโล (2546 : 113 - 114) ได้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับความตายในทัศนะสังคมเอาไว้ว่าการตายมีหลายแง่มุม ในมุมมองหนึ่งจะมองว่าความตายเป็นสภาวะที่อยู่คนละชั่วหรือแยกขาดออกจากชีวิตเพราะความตายหมายถึงการสิ้นสุดของชีวิตเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ณ จุดปลายท้ายสุดของชีวิตหาใช่เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตไม่ อีกทั้งเมื่อความรู้ทางการแพทย์ได้เข้ามาครอบงำความคิดและวิธีการดำรงชีวิตของผู้คนในสังคม ประกอบกับสังคมเกิดทัศนสมัยใหม่เกี่ยวกับความสะอาดและสุขอนามัย ความตายจึงกลายเป็นเรื่องของความเจ็บป่วย เชื้อโรคและความสกปรก ทำให้ผู้คนรังเกียจและกลัวความตายและคนตายเพราะมองว่าคนป่วยใกล้ตายและคนตายเป็นแหล่งเชื้อโรค ความตายจึงถูกย้ายออกจากบ้านไปสู่โรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้คนที่มีความวิตกกังวลในด้านนี้จะมองว่าความตายไม่ใช่ปรากฏการณ์ตามธรรมชาติเพราะความตายตามธรรมชาตินั้นไม่มี มีแต่ความตายที่เกิดจากการเป็นโรคเท่านั้น ความตายจึงเป็นเรื่องของความเศร้าโศกทุกข์ทรมานและเป็นเรื่องที่เลวร้ายที่สุดเท่าที่จะเกิดขึ้นได้กับชีวิตของบุคคลหนึ่ง โดยมีสื่อต่างๆ อันได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์และหนังสือพิมพ์กระทำการผลิตซ้ำและตอกย้ำภาพความตายที่น่ากลัวอยู่ตลอดเวลา ทำให้ความตายกลายเป็นสิ่งที่ผู้คนต่างพากันหวาดกลัวและอยากที่จะหลีกเลี่ยงให้ไกลที่สุดเท่าที่จะทำได้ ผู้คนทั้งหลายจึงพยายามแสวงหาวิธีการต่างๆ ที่จะช่วยประวิงเวลาให้ความตายมาถึงช้าที่สุดเพื่อช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วยให้ได้มีลมหายใจอยู่ต่อไปได้ยาวนานที่สุด ที่เป็นเช่นนี้เพราะมนุษย์ลดทอนความตายให้เหลือแต่เพียงมิติทางกายภาพและผลักไสให้ความตายเกิดจากความผิดปกติจากอวัยวะบางส่วนของร่างกาย โดยละเลยมิติทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณไปอย่างสิ้นเชิง ทำให้บุคคลที่กำลังก้าวเข้าสู่ความ

ตายเต็มไปด้วยความรู้สึกหดหู่ ท้อแท้ ทุกข์ทรมาน หวาดกลัวและไม่สบายใจ ผู้ป่วยที่เต็มไปด้วยความรู้สึกเหล่านี้จึงจากไปอย่างไม่สงบและไม่สมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์

จากบทความในหนังสือเรื่อง“การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี” ของศ.นพ.สันต์ หัตถิรัตน์ (2552) ได้กล่าวเอาไว้ว่า มีปัจจัยหลายปัจจัยที่สามารถก่อให้เกิดการมีพฤติกรรมอันไม่เหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การตายแบบทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจหรือที่เรียกว่า“การตายไม่ดี” ดังนี้ เช่น

## 1. การปกปิดความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่มักจะเกรงใจและไม่กล้าถามแพทย์ว่าตนป่วยเป็นโรคอะไร, รูปแบบวิธีการดูแลรักษามีลักษณะอย่างไร, ต้องรักษานานไหม, เสียค่าใช้จ่ายเท่าใดและจะหายหรือจะมีโรคแทรกซ้อนอะไรเกิดขึ้นบ้าง เป็นต้น อีกทั้งแพทย์ส่วนใหญ่ก็ไม่ค่อยจะมีเวลาที่จะชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรงหรือโรคที่รักษายากหรือรักษาแล้วมักทรุดลง ผู้ป่วยจึงมักไม่ทราบรายละเอียดการเจ็บป่วยของตน ประกอบกับญาติของผู้ป่วยจำนวนมากไม่ยอมให้แพทย์บอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยให้ผู้ป่วยทราบเพราะกลัวว่าผู้ป่วยจะเสียกำลังใจ

ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยบางรายเมื่อทราบว่าตนกำลังป่วยแทนที่จะตกใจหรือเสียใจกลับปฏิเสธว่าตนไม่ได้ป่วยเป็นโรคนั้น แล้วก็เปลี่ยนหมอเปลี่ยนโรงพยาบาลไปเรื่อยๆเพื่อจะให้ตนไม่ได้เป็นโรคที่ตนไม่อยากจะ เป็น ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับรู้และเข้าใจรายละเอียดต่างๆเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเกิดเป็นความรู้สึกไม่สบายใจหรือสับสน เมื่อยังรักษา ก็ยังมีอาการมากขึ้น เกิดโรคแทรกซ้อน, ทุกข์ทรมาน, ต้องเข้าๆออกๆโรงพยาบาลบ่อยขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดความกังวลเพิ่มขึ้น อาการจึงทรุดลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ

## 2. การให้ความหวังที่ไม่อาจเป็นจริงได้

แพทย์และพยาบาลจำนวนมากมักให้ความหวังที่ไม่อาจเป็นจริงได้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะในการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความหวังผิดๆว่าจะสามารถหายจากโรคที่เป็นอยู่ได้จึงยอมรับการรักษาที่มีผลเพียงแต่การยืด "กระบวนการการตาย" ออกไปเรื่อยๆเท่านั้น อีกทั้งญาติบางคนก็หวังว่าจะเกิดปาฏิหาริย์ที่ทำให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยได้จึงไม่บอกความจริงแก่ผู้ป่วยและขอร้องให้แพทย์และพยาบาลร่วมมือในการหลอกผู้ป่วยด้วย ซึ่งพบว่ายิ่งนานวันไปโอกาสที่จะเกิดปาฏิหาริย์ก็ยิ่งน้อยลง ในขณะที่อาการเจ็บป่วยของโรคกลับทวีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยที่ไม่ได้เตรียมใจไว้แต่เนิ่นๆจะก่อให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานอย่างฉับพลัน เป็นผลให้สภาพจิตใจและความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองและโรคร้ายเป็นไปในทางลบมากขึ้นเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจึงควรชี้แจงให้ผู้ป่วยและญาติได้ทราบความจริงดังกล่าวแต่เนิ่นๆ

### 3. การให้การรักษาพยาบาลที่เพิ่มความทุกข์ทรมาน

การรักษาพยาบาลเพื่อยื้อชีวิตหรือยืดเวลาการตายเกือบทั้งหมดเป็นการรักษาพยาบาลที่เพิ่มความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมไม่ว่าทางใดก็ตาม เช่น ทางกาย ทางใจ ทางจิตวิญญาณ และทางเศรษฐกิจโดยไม่จำเป็นและก่อให้เกิดค่านิยมผิดๆว่านั่นเป็น “การรักษาพยาบาลที่ดีที่สุด” การรักษาพยาบาลเพื่อยื้อชีวิตและยืดเวลาการตาย ได้แก่ การปั๊มหัวใจ (การกู้ชีพ), การช่วยหายใจ, การให้ออกซิเจน, การให้อาหารทางสายยาง (ท่อให้อาหารทางจมูกหรือทางหน้าท้อง) หรือทางเส้นเลือด (total parenteral nutrition, TPN) และการให้เลือด/น้ำเกลือ/ยาเพื่อยื้อชีวิต เป็นต้น ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นการรักษาพยาบาลเพื่อทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานนานมากยิ่งขึ้น

### 4. การให้การรักษาพยาบาลที่ตรงข้ามกับความต้องการของผู้ป่วย

ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนย่อมไม่เหมือนกัน แพทย์ พยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติควรจะให้การรักษาพยาบาลตามที่ต้องการหรือได้แสดงเจตนาชัดเจนไว้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ “สมหวัง” ในสิ่งที่ตนต้องการในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ เช่น ถ้าผู้ป่วยไม่ต้องการไปโรงพยาบาล ก็ควรอนุโลมให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการ หากผู้ป่วยไม่ต้องการการเจาะเลือดหรือเจาะคอก็ไม่ควรทำในสิ่งต่างๆเหล่านั้น เพราะการฝืนใจหรือฝืนความต้องการของผู้ป่วยจะเป็นการทำร้ายจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยอย่างรุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถจากไปได้อย่างสงบและอย่างมีความสุขได้

### 5. การปฏิเสธที่จะรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย

แพทย์ พยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือญาติมิตรมักจะคิดว่าผู้ป่วยที่เจ็บหนักหรือใกล้ตายมีสติฟุ้งเฟือน สับสน มึนงงและเลอะเลือน ซึ่งในบางช่วงเวลาอาจจะเป็นอย่างนั้นได้จริง หากแต่ในบางครั้งหรือหลายครั้ง ผู้ป่วยอาจจะรู้เรื่องดีและแสดงความคิดเห็นได้ถูกต้องและสมเหตุสมผล ซึ่งพบว่าการปฏิเสธที่จะรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยแม้แต่ในภาวะที่คิดว่าผู้ป่วยสับสน, หลงหรือเลอะเลือนย่อมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขัดเคืองใจ โกรธแค้นและทำให้สุขภาพจิตของผู้ป่วยยิ่งเสื่อมทรุดลงเร็วขึ้น ดังนั้นความอดทนอดกลั้นที่จะรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยได้ระบายสิ่งที่ตนคับข้องใจส่งผลให้จิตใจของผู้ป่วยสงบลง

### 6. การทอดทิ้งผู้ป่วย

ผู้ป่วยบางรายอาจจะจู้จุกจิกขี้บ่นหรือปากร้าย โดยเฉพาะในขณะที่เจ็บป่วย บางคนอาจจะพูดแต่เรื่องเก่าๆซ้ำซากไปมา บางคนอาจจะหงุดหงิด ท้อแท้หรือมีอาการที่ทำให้ผู้ดูแล (แพทย์ พยาบาล ญาติ) เกิดอารมณ์อันไม่เป็นมงคลขึ้นได้ง่าย เช่น บางคนอาจจะอยู่ในสภาพที่น้ำสนิมเพชเวทนาจนผู้ดูแลเกิดความหดหู่เศร้าหมองและไม่อยากเห็นหรือดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มักถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ ไม่ว่าจะอยู่ที่บ้าน โรงพยาบาลหรือสถาน



สงครามแห่งใดก็ตาม ซึ่งการทอดทิ้งผู้ป่วยให้อยู่อย่างโดดเดี่ยวเดี๋ยวเดียวดายเช่นนี้จะเป็นการสร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยยิ่งกว่าสิ่งอื่นใด ยกเว้นแต่ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการเช่นนั้น

### 7. การพูดหรือการแสดงออกที่ปฏิกิริยาอันไม่สมควร

ผู้ป่วยที่เจ็บหนักหมดหวังหรืออยู่ในระยะสุดท้ายมักจะอ่อนไหวต่อคำพูดและออกปฏิกิริยาของแพทย์ พยาบาล ผู้ดูแลและญาติมิตรได้มาก การพูดจา (แม้ว่าจะเป็นการพูดจาระหว่างกันโดยไม่พูดกับผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยได้ยิน) ก็อาจจะกระทบกระเทือนจิตใจที่อ่อนไหวและบอบบางของผู้ป่วยได้ รวมทั้งออกปฏิกิริยาที่แสดงออกถึงความสมเพชเวทนา ความเศร้าหมอง หดหู่หรือความไม่เป็นมงคลอื่นๆ การร้องไห้ ร้องไห้ คร่ำครวญ การทะเลาะเบาะแว้งขัดแย้งเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยมักจะก่อให้เกิดความวิตกกังวล สับสน ความไม่สงบสุขทางจิตใจแก่ผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยโดยไม่จำเป็นอีกด้วย

### 8. การกู่ชีพผู้ป่วยที่หมดหวังหรืออยู่ในระยะสุดท้าย

การพยายามช่วยหายใจ โดยการใส่ท่อเข้าไปในหลอดลมเพื่อดูดเสมหะ ให้ออกซิเจน ให้อาหารเพื่อยื้อชีวิตและยืดการตายออกไป หรือแม้กระทั่งการพยายามปั๊มหัวใจและกู่ชีพผู้ป่วยที่หมดสติและเสียชีวิตแล้ว ย่อมเป็นสิ่งที่ไม่สมควรอย่างยิ่งเพราะจะทำให้ผู้ป่วยเต็มไปด้วยความหวาดกลัว เจ็บปวดและกลัวความตายมากขึ้น ซึ่งแพทย์ พยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยที่หมดหวังหรืออยู่ในระยะสุดท้ายจำเป็นต้องเรียนรู้และฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ เพื่อให้เกิดจิตสำนึกแห่งความรักความเมตตาและทักษะแห่งการดูแลผู้ป่วย เพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตได้อย่างสุขสงบและจากไปสู่สุคติอย่างสมบูรณ์ตามอัธยาศัยของตนได้

### 2) ความตายในทัศนะที่ดี (Good death)

แนวคิดการตายดีถูกพูดถึงในสังคมไทยมาช้านาน แต่เนื่องจากกระแสสังคมที่มุ่งเน้นการใช้ความรู้ทางเทคโนโลยีและเครื่องมือที่ทันสมัยในโรงพยาบาล ทำให้บุคลากรทางการแพทย์และคนโดยส่วนใหญ่มองว่าการตายดีคือการตายในโรงพยาบาลมีผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และอุปกรณ์ที่ทันสมัย ซึ่งแนวคิดดังกล่าวได้ทำให้เกิดปัญหาขึ้นมากมายในสังคมปัจจุบัน ทั้งเรื่องค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยยังต้องตายอย่างทรมานท่ามกลางบรรยากาศที่ไม่สงบหรือปัญหาความขัดแย้งระหว่างหมอคนไข้และญาติที่ต่างก็มีความคิดและความต้องการในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่แตกต่างกัน

สันต์ หัตถิรัตน์ (2552 : 38 - 50) ได้กล่าวเอาไว้ว่าสถาบันทางการแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้พยายามให้คำจำกัดความของการตายดีไว้ว่า “การตายดี” คือการตายที่ปลอดจากความทุกข์ทรมานที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ของคนป่วย ญาติและผู้ให้การรักษา และโดยทั่วไปควรเป็นไปตามความ

ประสงค์ของคนป่วยและญาติบนพื้นฐานของการรักษาทางการแพทย์ วัฒนธรรมและจริยธรรมที่ได้มาตรฐานและดีงาม

ส่วน“การตายดี”ในแง่พุทธศาสนานั้น ท่านเจ้าคุณพระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต) ได้เขียนไว้ในหนังสือการแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์ เรื่องช่วยให้ตายเร็วหรือช่วยให้ตายช้าว่าในพุทธศาสนาพูดถึงเสมอว่าการตายที่ดีคือการตายอย่างมีสติไม่หลงตาย ไม่ใช่เฉพะตายแล้วจะไปสู่สุคติเท่านั้น แต่ขณะที่ตายก็เป็นจุดสำคัญที่ว่าต้องมีจิตใจที่ดี คือมีสติไม่หลงตาย มีจิตใจไม่ฟั่นเฟือน ไม่เศร้าหมอง ไม่ขุ่นมัว มีจิตใจดีงาม ผ่องใส เบิกบาน จิตใจนึกถึงอยู่กับสิ่งที่ดี จึงมีประเพณีที่ว่าจะให้ผู้ตายได้ยินได้ฟังสิ่งที่ดีงาม เช่น บทสวดมนต์หรือคำกล่าวเกี่ยวกับพุทธคุณ อย่างที่ใช้คำว่า“บอกอรหัง”ก็เป็นคติที่รู้ว่าเป็นการบอกสิ่งสำหรับยึดเหนี่ยวทางจิตใจให้แก่ผู้ที่กำลังป่วยหนักในขั้นสุดท้าย ให้จิตใจเกาะเกี่ยวยึดเหนี่ยวอยู่กับพระรัตนตรัย เรื่องบุญกุศลหรือเรื่องที่ได้ทำความดีมา เป็นต้น อย่างไรก็ตามยังมีการตายที่ดีกว่านี้คือการตายที่มีความรู้หมายถึงความรู้เท่าทันชีวิตจนยอมรับความจริงของความตายหรือความเป็นอนิจจังได้ เพียงแค่ว่าคนที่จะตายมีจิตยึดเหนี่ยวอยู่กับบุญกุศลความดีก็นับว่าดีแล้ว

พระไพศาลกล่าวถึงแนวคิดเรื่องการตายดีว่าเป็นการตายโดยไม่เจ็บปวด ไม่ทรมานทรมาย ไม่น่าเกลียด ไม่มีใครมาทำให้ตายหรือตายเพราะอุบัติเหตุ ความตายที่พึงปรารถนายั้งรวมถึงความตายท่ามกลางคนรัก ญาติมิตรอยู่พร้อมหน้า ไม่จากไปอย่างโดดเดี่ยวอ้างว้างในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคยและไม่สร้างความเดือดร้อนแก่คนที่ยังอยู่ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือตายในสภาวะทางกายและทางสังคมที่เกื้อกูลในสภาวะจิตที่สงบโปร่งเบาเพราะได้ปล่อยวางทุกสิ่งไม่มีอะไรเป็นภาระให้ต้องห่วงกังวลน้อยรับทุกอย่างในวาระสุดท้ายโดยไม่ปฏิเสธผลก่อกำเนิดและไม่หวาดกลัวต่อความตาย (พระไพศาล วิสาโล, 2548 : 34-35)

ในขณะที่กลุ่มศึกษาระบบสหวิชาชีพ ได้กล่าวถึงแนวคิดนี้ในอีกมุมมองหนึ่งว่า“การตายดี”หมายถึงการตายด้วยจิตที่รับรู้ความตายด้วยสติปัญญา มีสติสัมปชัญญะเต็มที่ ตายด้วยจิตที่อยู่เหนือความตาย คือปราศจากความรู้สึกกระวนกระวาย กระเสือกกระสน ขลาดกลัวต่อความตาย ห่วงกังวลต่างๆหรือด้วยความอยากจะตายเร็วๆเพื่อที่จะได้ไปเสียจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดจากการหมดเปลืองค่ารักษาอันเป็นภาระแก่ลูกหลาน เป็นต้น (กลุ่มศึกษาระบบสหวิชาชีพ, 2548 : 71-77)

จากบทความงานวิจัยเรื่อง“Thai Buddhist families’ perspective of a peaceful death in ICUs” ในวารสาร Nursing in Critical Care (Waraporn Kongsuwan et. , 2012 : 151 - 158) พบว่าบนพื้นฐานความเชื่อทางพระพุทธศาสนา สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยถือว่าเป็นบุคคลสำคัญที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตายดีตายอย่างสงบได้ ซึ่งการตายดีตายอย่างสงบสามารถเกิดขึ้นได้เมื่อมีปัจจัยครบทั้ง 5 ปัจจัย คือ 1) การตระหนักรู้ถึงความตายที่กำลังจะใกล้เข้ามา 2) การเตรียมความพร้อมเพื่อให้จิตใจเกิดความสงบ 3) การไม่ทุกข์ทรมาน 4) การได้อยู่พร้อมหน้าพร้อมตากับครอบครัวและไม่ได้อยู่เพียงลำพังอย่างโดดเดี่ยว 5) สมาชิกในครอบครัวจะต้องไม่แสดงอาการเศร้าโศกเสียใจ ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าการ

ตายดีไม่ใช่สิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและฉับพลัน หากแต่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมอย่างเหมาะสมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณมาชั่วระยะเวลาอันยาวนานพอสมควรแล้วก่อนที่จะผู้ป่วยจะก้าวเข้าสู่ช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต

จากหนังสือ “ณ มรณา รวบรวมบทความคัดสรรของดั่งตถุณ” (2550 : 30 - 40) ได้กล่าวเอาไว้ว่า มนุษย์สามารถตายดี ตายอย่างสงบ ตายอย่างสบายใจได้ หากปฏิบัติตามหลัก 7 วิธีการสำคัญ ดังต่อไปนี้

### 1. ตระหนักว่าความสบายใจเกิดขึ้นได้อย่างไร

ความสบายใจเกิดจากการไม่มีเรื่องให้ห่วง แต่ปัญหาคือชีวิตของมนุษย์ล้วนเต็มไปด้วยเรื่องน่าห่วง โดยเฉพาะในยามใกล้ตาย ทั้งเรื่องของสมบัติ, ครอบครัว, ความอยากที่จะมีชีวิตอยู่ต่อและเหตุการณ์ในอนาคตที่กำลังจะเกิดขึ้น ดังนั้นสิ่งสำคัญที่จะต้องทำเป็นอันดับแรกก็คือ การแยกให้ออกว่า “เรื่องน่าห่วง” กับ “อาการเป็นห่วง” ไม่ใช่สิ่งเดียวกัน แม้ว่าจะยังมีเรื่องน่าห่วงก็ไม่จำเป็นต้องไปห่วงไปคิดคำนึงถึง โดยให้หมั่นตระหนักคิดถึงโทษของอาการห่วงว่ามีแต่จะทำให้อาการแย่งเกิดความเครียด วิตกกังวลร้อนรนและไม่สบายใจทั้งต่อตนเองและคนรอบข้าง ความตระหนักจะทำให้เกิดความฉลาดเลือกและแน่นอนว่าจิตที่ฉลาดย่อมเลือกความสบายใจมากกว่าอาการห่วงกังวล เมื่อจิตเห็นว่าเรื่องน่าห่วงทั้งหลาย (บุคคล วัตถุ นอกตัว อนาคต) เป็นของแปลกปลอมรบกวนจิตมันก็จะค่อยๆหายไปเอง เมื่อใดความกังวลหายไป ความสบายใจก็จะปรากฏขึ้นมาให้มนุษย์ได้เห็นเอง

### 2. ระลึกถึงความดีที่ทำมา

ช่วงเวลาแห่งความเจ็บป่วยจนกระทั่งถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต มนุษย์มักจะเกิดนิมิตถึงการกระทำต่างๆที่ผ่านมาในอดีต แม้ว่าเวลาจะผ่านไปเนิ่นนานมาสักเพียงไหนจิตก็สามารถที่จะดึงภาพเหล่านั้นย้อนคืนกลับมาให้ได้นึกถึงอีกทั้งที่ปกติหลงลืมไปแล้วอย่างสนิท ฉะนั้นแทนที่จะให้จิตซึ่งใกล้หมดสติสุมเลือกการกระทำขึ้นมาแสดงซึ่งอาจมีทั้งดีทั้งร้ายคละกัน มนุษย์ควรจึงนึกถึงแต่การกระทำที่ดีๆของตนเองขึ้นมาให้ได้มากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเหตุการณ์จำพวกที่ตัวเราสามารถเอาชนะต่อกิเลสของตนเองได้ เช่น เลือกปฏิเสธเครื่องยั่วใจให้ผิดศีลธรรม, เลือกอภัยแทนที่จะแก้แค้นและเลือกช่วยเหลือผู้คนที่จะทอดทิ้งพวกเขา แต่หากนึกกรรมดีที่เคยทำมาได้บ่อยหรือนึกไม่ออกอย่ามัวแต่เสียเวลาติดยึดอยู่แต่ความชั่วที่เคยทำมา ขอให้นึกถึงความชั่วเหล่านั้นในลักษณะของการสำนึกผิดครั้งสุดท้าย แล้วกลับทับด้วยการระลึกถึงคุณงามความดีที่แม้ว่าจะจะเป็นเพียงการกระทำที่เล็กน้อยก็ตามแล้วให้ถามตัวเองว่าถ้าย้อนเวลากลับไปได้จะทำดีให้มากกว่าที่เคยทำมาได้อย่างไร ตลอดจนให้ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ในปัจจุบันให้ดีที่สุดโดยการพูดให้ใครก็ได้รู้สึกดีหรือทำอะไรก็ได้ให้ใครสักคนได้รับประโยชน์จากชีวิตอันสั้นน้อยของเราให้ได้มากที่สุดเพื่อที่จะได้เอากรรมดีที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเป็นใบเบิกทางสู่รังษีแห่งความสว่าง เพราะค่าของคนอยู่ที่ผลของการทำดีไว้กับโลก ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการหมั่นระลึกถึงความดีบ่อยครั้งและจินตนาการได้ชัดมากเท่าไรจะช่วยให้เกิดความเคยชิน พอถึงเวลาใกล้จิตดับอำนาจความเคยชินนั้นจะดึงเอาความทรง

จำด้านดีออกมาจากคลังกรรมมากมายได้อย่างรวดเร็ว เมื่อใจเข้าไปถึงความดีก็จะบังเกิดเป็นความปิติยินดีทวีขึ้น ส่งผลให้ช่วงภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเต็มไปด้วยความสุขสงบและสบายใจ

### 3. ยอมรับความจริง

ความจริงเป็นสิ่งที่น่ายอมรับ เพราะอย่างไรมันก็ต้องเป็นของมันอยู่อย่างนั้น การที่จิตใจจะปลอดโปร่งต้องเริ่มต้นจากการยอมรับความจริงต่อเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองและคนรอบข้าง ทั้งเรื่องของความเจ็บป่วย การสูญเสีย การพลัดพราก การจากลา การยอมรับผิด การสารภาพบาป ตลอดจนการเปิดเผยความลับต่างๆที่ปกปิดเอาไว้ เพราะการยอมรับความจริงต่างๆเหล่านี้จะช่วยคลายม่านหมอกทั้งจากใจเขาและจากใจของผู้ป่วยเอง ยิ่งยอมรับความจริงได้มากเท่าไรย่อมทำให้ใจสบายมากขึ้นเท่านั้น

### 4. เพื่อใจให้กับการมีอยู่ของโลก

ขณะใกล้ตายเป็นช่วงแห่งสังขาร โดยเฉพาสังขารเกี่ยวกับภพข้างหน้า มนุษย์สามารถมองเห็นรากของอนาคตปรากฏขึ้นในนิมิต ใจที่สงบจะชวนให้นึกถึงแสงสว่างและสภาพแวดล้อมที่น่ารื่นรมย์ ใจที่กระสับกระส่ายจะชวนให้นึกถึงม่านมืดและสภาพแวดล้อมชวนขนหัวลุก ส่วนใจที่ครึ่งๆกลางๆเพียงสงบเดี่ยวกระสับกระส่ายจะไม่ชวนให้มั่นใจได้ว่าจะต้องเผชิญกับอะไรกันแน่ ขณะยังมีชีวิตช่วงต้นและช่วงกลางถ้าไม่คิดถึงโลกหน้าก็อ้างได้ว่าต้องเอาเวลาไปทำประโยชน์อย่างอื่น แต่สำหรับช่วงท้ายๆของชีวิตการไม่คิดถึงโลกหน้าถือว่าประมาทเพราะเวลาที่เหลือน้อยเช่นนี้ไม่อาจเอาไปใช้ประโยชน์อื่นใดได้อีก จึงควรทบทวนหรือเตรียมตัวเผชิญอนาคตไว้บ้างเพราะละครโรงใหญ่ของชีวิตไม่ได้ยุติลงเมื่อเราตาย หากแต่ละครโรงใหญ่กำลังจะเกิดขึ้นอีกครั้งหลังความตาย

### 5. อภัยโลก

มนุษย์เมื่อต้องมาอาศัยอยู่ร่วมโลกใบเดียวกันย่อมต้องมีเรื่องบาดหมางใจต่อกันบ้างเป็นธรรมดาจนบางครั้งความบาดหมางนั้นอาจกัดกินใจจนนำไปสู่การอาฆาตพยาบาทและคิดอยากที่จะจองเวรแก้แค้น มนุษย์ที่เต็มไปด้วยใจพยาบาทเช่นนี้ย่อมไม่สามารถที่จะตายดีได้เพราะจากไปอย่างไม่สงบและอาจนำไปสู่หนทางแห่งความทุกข์ในโลกหน้าได้ ดังนั้นในช่วงระหว่างที่ยังไม่ตายมนุษย์สามารถด้บัญญัติอาฆาตลงได้ด้วยความคิดให้อภัย และเมื่อเชื้อแห่งทุกข์ร้อนดับลงแล้ว หลังตายก็ไม่นำหลงเหลือวิญญาณอาฆาตอยู่ ณ ที่ใดอีก ให้ค่อยๆนึกถึงคนที่เคยผูกใจเจ็บและไม่เคยคิดที่จะให้อภัยต่อเขาแม้ว่าเวลาจะผ่านไปนานนานจนลืมไปแล้วก็ตาม ขอให้ขุดขึ้นมาระลึกถึงนึกให้ออกทีละคน หากสามารถติดต่อกันได้ก็ขอให้มาพูดคุยเพื่อโอบล้อมกันด้วยใจบริสุทธิ์แท้จริงว่าเลิกแล้วต่อกัน ไม่มีภัยเวร ไม่มีเส้นสายมีดดาโยงโยระหว่างใจกันอีก ยิ่งคิดโอบได้มากเท่าไร เวลาที่จากโลกนี้ก็จักจากไปด้วยใจอภัยโลกเต็มดวงขึ้นเท่านั้น และก่อนตายก็จะรับรู้ถึงใจที่สบายหายห่วง

## 6. ฝึกสติก่อนหลับ

การหมดสติเพื่อหลับกับการหมดสติเพื่อตายมีความเหมือนกันคือ “หมดสติ” ฉะนั้นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อแห่งการใกล้หมดสติ หากพยายามตั้งสติไปจนถึงเสี้ยววินาทีสุดท้ายย่อมเป็นกำไร เป็นการถ่วงน้ำหนักของชีวิตมาใช้จนถึงที่สุด สติที่ยอดเยี่ยมทางพุทธคือสติระลึกรู้ความไม่เที่ยง ความมีอันต้องดับไปและก่อนสติใกล้ดับไม่ว่าดับเป็นหรือดับตาย สิ่งที่เหลือให้ระลึกได้ก็คือลมหายใจ ดังนั้นมนุษย์จึงควรฝึกสติของตนเองให้สงบนิ่งด้วยการหมั่นระลึกถึงลมหายใจของตนเองอยู่เสมอ เพื่อให้เกิดความคุ้นชินเพราะผู้ที่หมั่นระลึกถึงลมหายใจของตนเองทุกขณะจิตจะสามารถรับรู้ได้ว่าเป็นลมหายใจสุดท้ายของชีวิต ซึ่งนับจากนี้ไปจะไม่สามารถรู้สึกถึงลมหายใจไหนๆได้อีก การจากไปพร้อมกับการรับรู้ได้ถึงลมหายใจสุดท้ายของตน เท่ากับว่ามนุษย์ผู้นั้นได้เข้าใจความตายอย่างแท้จริง

## 7. ปลอ่ยวางทุกสิ่ง

การเกิดและการตายของสรรพสิ่งต่างๆเกิดขึ้นได้อย่างไร จักรวาลนี้เกิดมาได้อย่างไรและจะตายไปด้วยท่าไหน มนุษย์ต่างพากันหาเหตุที่มาของสิ่งเหล่านี้ แต่ก็พบเพียงแต่ “ความไม่รู้” เพราะถ้ารู้ว่าทำอย่างไรจึงจะไม่ตายมนุษย์คงจะรีบทำไปแล้ว จากการขบคิดมานับพันๆปีพบว่าหนทางเดียวที่จะไม่ต้องตายก็คือไม่ต้องเกิดเพราะไม่มีใครที่เกิดมาแล้วจะสามารถหลีกเลี่ยงความตายได้พ้น ต่อให้อาศัยเทคโนโลยีขั้นสูง อาศัยเทคโนโลยีปลูกถ่ายอวัยวะหรืออาศัยเทคโนโลยีชะลอความแก่ใดๆ มนุษย์ก็ต้องเผชิญหน้ากับความตายอยู่ดี ดังนั้นมนุษย์จึงควรปลอ่ยวางจากทุกสิ่งแม้กระทั่งร่างกายของตนเอง เพื่อจิตจะได้เป็นอิสระและบอกลาสรรพสิ่งต่างๆได้อย่างไม่กังวล พร้อมกับจากไปด้วยใจสงบ สบายใจและรู้สึกถึงความคุ้มค่าที่ได้เกิดมาในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ตลอดจนได้สัมผัสกับความตายด้วยตัวของตนเอง

จากความหมายของการตายดี คติทางพุทธเกี่ยวกับจิตตอนที่ตายและเงื่อนไขต่างๆที่จะนำไปสู่การตายดี พบว่าศาสนาทุกศาสนาก็ให้ความสำคัญต่อจิตใจเมื่อใกล้ตายเช่นเดียวกัน โดยจะมีพระหรือบาทหลวงในศาสนานั้นๆมาเยี่ยมและปลอบขวัญผู้ป่วยที่โรงพยาบาล เพื่อช่วยให้คนใกล้ตายได้ตายด้วยจิตอันสงบ ตายกับสติไม่หลงตาย ซึ่งถือว่าเป็นการตายที่ดี จะเห็นว่าความหมายของการตายดีในแง่ของศาสนานั้นมีความลุ่มลึกและลึกซึ้งกว่าความหมายด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ทางตะวันตกและในปัจจุบันก็กำลังได้รับความสนใจจากวงการแพทย์และคนทั่วไปเป็นอย่างมาก นอกจากนั้นทางพุทธศาสนาก็ว่าชีวิตมนุษย์ย่อมมีโอกาสอยู่ตลอดเวลาจนกระทั่งถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต แม้ถึงวาระสุดท้ายมนุษย์ก็ยังไม่หมดโอกาสที่จะได้สิ่งที่ดีที่สุดของชีวิต หากบุคคลผู้นั้นมีปัญญารู้เท่าทันชีวิตและบรรลุนิพพานในขณะจิตสุดท้ายตอนจะดับทำให้เกิดการตระหนักรู้ว่าการตายดีไม่ใช่แค่การสวดมนต์และทำบุญเท่านั้น แต่หมายถึงสภาวะที่จากไปอย่างสงบทั้งกายและใจ โดยปราศจากเรื่องค้างคาหรือห่วงข้องหมองใจ ดังนั้นการทำจิตให้ผ่องใสในช่วงภาวะที่เจ็บป่วย ตลอดจนถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมากต่อผู้ป่วย การทำความเข้าใจที่ตระหนักรู้เรื่องการตายไม่ดีและการตายดีจึงถือว่าเป็นการทำความเข้าใจพื้นฐานการรับรู้ ความเชื่อ ทศนคติและมุมมองที่มีต่อภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน ซึ่งความรู้

นี่เป็นประโยชน์ในการที่เราจะให้การดูแลและให้ความช่วยเหลือได้ตรงและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่อยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านจิตใจ

## 2.1.2 ภาวะใกล้ตาย

ภาวะใกล้ตายเป็นโอกาสสำคัญยิ่งในการทำให้ผู้ป่วยที่ชีวิตถูกคุกคามด้วยโรคร้ายแรงต่างๆ จนกระทั่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดสามารถยอมรับถึงความเป็นไปของชีวิตที่ผ่านมาของตนเองได้ โดยพบว่าผู้ป่วยใกล้ตายจำนวนมากได้ใช้เวลาช่วงนี้ในการคิดทบทวนถึงชีวิตของตนเองและความตายที่กำลังจะเกิดขึ้น ทำให้เกิดการรู้จักตนเองในแง่มุมที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น อีกทั้งยังเกิดการตระหนักรู้ถึงคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนตนเองในหลายๆด้านให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น เพื่อให้ตลอดช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตเต็มไปด้วยคุณค่าและเปี่ยมไปด้วยความสุข

### 2.1.2.1 ขั้นตอนของการตาย (Stages of Dying)

จากหนังสือคู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย (2547 : 11 - 13) ได้นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนของการตายเอาไว้ว่า ถึงแม้จะไม่มี การแบ่งหรือบ่งบอกไว้อย่างชัดเจนว่าช่วงชีวิตของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เมื่อใดที่บุคคลนั้นจึงจะถูกจัดว่าอยู่ในภาวะของความใกล้ตายอย่างชัดเจน แต่อย่างไรก็ตามในต้นค.ศ.1960 Dr.Elisabeth Kubler Ross นักจิตวิทยาได้นำเสนอทฤษฎีเกี่ยวกับขั้นตอนของการปรับตัวของผู้ป่วยที่ใกล้ตาย ซึ่งต่อมาได้รับการตั้งชื่อว่า “The Kubler – Ross Staging System of Dying” โดยมีการแบ่งขบวนการของภาวะใกล้ตาย (Dying) ออกเป็น 5 ขั้นตอน โดยขั้นตอนต่างๆที่นำเสนอเป็นรูปแบบหรือแบบแผนหรืออุบายของบุคคลที่ใกล้ตายใช้ในการปรับหรือดัดแปลงด้านจิตใจ เพื่อพยายามใช้เป็นเครื่องมือในการต่อสู้ครั้งสุดท้ายเมื่อการป่วยไข้เข้าสู่ระยะสุดท้าย โดยขั้นตอนต่อเนื่องที่ Kubler Ross นำเสนอประกอบด้วย การปฏิเสธ (Denial) โกรธ (Anger) ตอรอง (Bargaining) ซึมเศร้า (Depression) และจบลงด้วยการยอมรับ (Acceptance) ดังนี้

**1) การปฏิเสธ (Denial)** เป็นอุบายชนิดแรกที่ผู้ป่วยโรคร้ายแรงต่างๆมักจะนำมาใช้ในการสนองตอบต่อการรับรู้ถึงข้อมูลว่าตนเองนั้นป่วยหนักและกำลังจะต้องตายในอีกไม่ช้านี้ ซึ่งบ่อยครั้งพบว่าการปฏิเสธเป็นเพียงพฤติกรรมที่ใช้ต่อต้านจนกว่าพร้อมที่จะเคลื่อนไปสู่ลำดับขั้นต่อไป โดยมากแล้วจะเป็นประโยชน์ถ้ามีช่วงเวลามากพอสำหรับใช้ในการค้นหาหนทางในการจัดการกับความตายในช่วงเวลานี้ ผู้ที่ให้การดูแลควรปฏิบัติตนเป็นกลางไม่แสดงถึงการเห็นด้วยหรือช่วยส่งเสริมถึงการปฏิเสธของผู้ป่วยหรือพยายามโน้มน้าวหรือบีบบังคับให้ผู้ป่วยเกิดการคล้อยตามไปในทิศทางที่ไม่เห็นด้วย

**2) ความโกรธ (Anger)** เป็นการสนองตอบต่อความไม่สมหวัง โดยเฉพาะเมื่อบุคคลอยู่ในสภาวะใกล้ตายจะเกิดความรู้สึกถึงการสูญเสียการควบคุมการมีชีวิตอยู่ของตนเองทำให้คิดถึงการหมด

หนทางในการเยียวยารักษาตนเองได้อีกต่อไปจึงแสดงออกถึงความโกรธและความรู้สึกที่สิ้นหวัง ผู้ที่ให้การดูแลไม่ควรนำเอาพฤติกรรมที่แสดงออกมาเหล่านั้นของผู้ป่วยมาคิดมากและโกรธเคือง หากแต่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยได้แสดงออกมาได้อย่างเต็มที่โดยไม่ต้องไปโต้เถียงด้วยเพื่อให้เหตุการณ์ไม่บานปลาย

**3) การต่อรอง (Bargaining)** เป็นอีกขั้นตอนหนึ่งที่ผู้อยู่ในสภาวะใกล้ตายมักจะนำมาใช้ โดยเริ่มต้นด้วยการใช้ความพยายามในการให้สัญญาหรือตกลงบางอย่าง เช่น ยอมเลิกการกระทำหรือการปฏิบัติตนบางอย่างเพื่อแลกกับการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ทั้งนี้การต่อรองส่วนมากจะกระทำกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยให้ความเชื่อถือศรัทธา ได้แก่ การบ่น การเข้าพิธีทางศาสนาที่ตนเคารพนับถือ ซึ่งผู้ป่วยมีความเชื่อว่าจะทำให้ตนมีกำลังใจและช่วยทำให้สามารถมีชีวิตยืนยาวขึ้นได้

**4) การซึมเศร้า (Depression)** เป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ผู้ใกล้ตายยอมสละทุกสิ่งทุกอย่างที่เขารู้ว่าจะต้องสูญเสียหรือจากไปในไม่ช้า เมื่อผู้ป่วยโรคร้ายแรงได้เข้าสู่ระยะสุดท้ายจะเกิดความรู้สึกกลัวที่จะยอมรับความจริงถึงการสูญเสียของเขาและพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความเป็นจริง โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะแสดงออกถึงความโศกเศร้าเสียตาย ณ ตรงจุดนี้อาจมีพฤติกรรมการถอยหนีจากสังคมจากบุคคลอื่น ๆ โดยแสดงออกถึงความต้องการที่จะอยู่เพียงลำพัง ผู้ให้การดูแลจะต้องเข้าใจและเคารพสิทธิความปรารถนาของผู้ป่วยด้วยการยอมให้ผู้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ต้องการพร้อมกับให้การดูแลอยู่ห่างๆโดยทำตัวเสมือนเพื่อนและเข้าร่วมสมาคมกับผู้ผู้ป่วยบ่อยๆตามความเหมาะสม

**5) การยอมรับ (Acceptance)** จะเป็นขั้นตอนสุดท้ายซึ่งเกิดขึ้นในระหว่างช่วงเวลาของผู้ป่วยให้การยอมรับถึงความสูญเสีย โดยเฉพาะเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย สภาวะใกล้ตาย ความตายและช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตของพวกเขา ซึ่งขั้นตอนนี้ช่วงท้ายสุดจะเกิดความสงบสุขบางระดับขึ้นในตัวผู้ป่วยซึ่งไม่เหมือนกับการละเลิกหรือปล่อยตัวหรือลดความขุ่นเคืองต่างๆโดยให้เป็นที่ไปตามเวรกรรม ซึ่งเป็นการยอมรับที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ หากเป็นเช่นนี้ผู้ป่วยจะมีความสุขแต่เป็นการยอมรับที่เป็นการบอกอย่างนอัยที่สุดพวกเขาก็ได้ชนะการต่อสู้กับความกลัวและความโศกเศร้า พร้อมหยุดการขัดขืนต่อความตายพร้อมที่จะพักผ่อนและเตรียมตัวเพื่อจะจากโลกนี้ไป ช่วงเวลานี้จึงเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่ผู้ใกล้ตายพร้อมที่จะใช้เวลาอยู่ร่วมกับผู้คนที่เขารักใคร่ รวมถึงบุคคลอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยต้องการให้อยู่ใกล้ บ่อยครั้งที่พบว่าผู้ที่มีโอกาสได้อยู่กับผู้ใกล้ตายในช่วงเวลาเช่นนี้จะได้รับการบอกกล่าวจากตัวผู้ใกล้ตายว่าเป็นช่วงเวลาที่มีความหมายมากที่สุดของตลอดช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาในชีวิตและสิ่งที่ผู้ใกล้ตายกลัวมากที่สุดในช่วงเวลานี้ ก็คือ การถูกละทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยวเพียงลำพังนั่นเอง

แต่ทั้งนี้จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม พบว่า The Kubler – Ross Staging System of Dying นั้นมีข้อบกพร่องและขาดอีกหลายอุปายที่ใช้ในการบ่งชี้ถึงการยอมรับความตายที่กำลังเผชิญอยู่ของผู้ใกล้ตาย นอกจากนี้การนำเอาการบ่งชี้ของผู้ใกล้ตายตามระบบของ Kubler – Ross มาใช้ในการพิจารณาถึงขบวนการของการตาย โดยใช้เป็นเครื่องมือที่สะท้อนถึงขั้นตอนการตายของผู้ป่วย

พบว่ายังใช้ไม่ได้อย่างเป็นทางการเป็นสากลเพราะขั้นตอนต่างๆที่ได้นำเสนอนั้น โดยมากแล้วผู้ป่วยจะไม่ได้ประพฤติไปตามลำดับขั้นตอนอย่างเป็นลำดับ เนื่องจากอาจจะมีการข้ามขั้นตอนไปมาได้และในช่วงระหว่างของแต่ละขั้นตอนก็อาจจะมียารมณ์หรืออุบายชนิดอื่นๆเข้ามาแทรกได้ ที่เป็นเช่นนี้เพราะในโลกแห่งความเป็นจริงอารมณ์ของคนเราไม่ได้เป็นไปในรูปแบบของอนุกรมและอารมณ์ของแต่ละบุคคลก็จะมีลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลนั้นๆ อีกทั้งพบว่าบางครั้งบางอารมณ์หรือบางอุบายก็อาจจะเกิดขึ้นพร้อมๆกันได้เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับการถูกคุกคามของโรคร้ายต่างๆที่สาหัสสากรรจ์โดยเฉพาะเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายที่อยู่เฉพาะหน้า

ดังนั้นหากศึกษาขั้นตอนของอารมณ์ของภาวะใกล้ตายและความตายตามที่ Kubler – Ross ได้นำเสนอเอาไว้ จะเห็นได้ว่าขั้นตอนที่ 1, 2 และ 4 (การปฏิเสธ, ความโกรธและการซิมเศร่า) สามารถนำมาพิจารณาใช้กับการให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณประโยชน์มากกว่าเป็นการแสดงถึงปฏิกิริยาของการตายเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการแสดงออกที่ไม่เป็นไปตามลำดับ แต่จะเกิดขึ้นในลักษณะที่พร้อมๆกัน และที่คล้ายคลึงกันก็คือ ในขั้นตอนที่ 3 การต่อรอง พบว่าเป็นปฏิกิริยาที่เป็นประโยชน์มาก โดยเป็นความพยายามของตัวผู้ป่วยในการสรรหาทางเชื่อมระหว่างความหวัง (Hope) กับความกลัว (Fear) เช่น โดยคาดหวัง ผู้ป่วยก็จะบนบานศาลกล่าวต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ขอให้โรคร้ายแรงต่างๆที่เป็นอยู่สามารถรักษาให้หายได้และถ้าเป็นไปตามที่คาดหวังไว้ก็สัญญาว่าจะกระทำตามที่บนบานเอาไว้ เช่นการบริจาคโลงศพ บวชชีพราหมณ์ กินเจ งดอาหารเนื้อสัตว์ต่างๆ เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามการต่อรองเช่นนี้ก็ไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยทุกคนจะนำมาใช้ปฏิบัติ แต่ก็ยังเป็นสิ่งที่มีประโยชน์โดยเฉพาะเมื่อนำมาใช้เผชิญหน้ากับปัญหาที่ยากลำบาก ไม่จำเพาะเฉพาะเจาะจงว่าต้องเป็นช่วงเวลาใกล้ตายเท่านั้น

นอกจากนี้จะเห็นได้ว่า 5 ขั้นตอนของระบบที่ Kubler – Ross นำเสนอนั้นพบว่ามีอารมณ์และการสนองตอบที่ขาดหายไปและมีความสำคัญซึ่งพบเห็นได้เป็นปกติอย่างชัดเจนหลายชนิด คือ

1. ความกลัว (Fear) ซึ่งความกลัวถือว่าเป็นเรื่องปกติวิสัยที่บุคคลทุกคนจะมีความกลัวต่อภาวะใกล้ตายและความตาย และโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าหากมีการบอกกล่าวให้ผู้ใกล้ตายทราบถึงความจริงที่กำลังจะเกิดขึ้น

2. ความรู้สึกผิด (Guilt) แม้ว่าจะไม่ได้พบเห็นทั่วไปในกลุ่มผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่กำลังเจ็บป่วย หากแต่จะมีผู้ป่วยบางรายที่มักจะมีความรู้สึกในบางสิ่งบางอย่างจนทำให้การพูดจาในบางครั้งได้กล่าวถึงโทษชะตาของตนเองว่าที่ตนกำลังป่วยหนักเช่นนี้เป็นเพราะความผิดที่ตนเคยกระทำมาหรือเป็นผลมาจากกรรมเก่า

3. ความหวัง (Hope) และความสิ้นหวัง (Despair) ผู้ป่วยในช่วงภาวะใกล้ตายมักจะมีอารมณ์ที่ผันแปรไปมาและทดแทนกันเกือบตลอดเวลา ซึ่งปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ทั้งสองชนิดนี้มักจะเกิดขึ้นต่อการสนองตอบของข้อมูลที่ได้รับมาแม้ว่าจะเป็นเรื่องเดียวกันก็ตาม เช่น ถ้าหากผู้ป่วยในสภาวะใกล้ตายถามผู้ให้การรักษาว่าร่างกายมีการสนองตอบต่อวิธีการบำบัดได้เพียงใด หากได้คำตอบว่า “มีโอกา



เพียง 30% เท่านั้นที่อาจจะดีขึ้น” ผู้ป่วยอาจเกิดความหวังว่าเขาจะอยู่ในกลุ่มผู้โชคดี 30% นั้นที่จะมีโอกาสดีขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่อาจจะเกิดความกลัวว่าตนเองนั้นโชคร้ายเพราะมีโอกาสที่จะไม่ดีขึ้นถึง 70% ซึ่งโดยความเป็นจริงแล้วข้อมูลที่ได้รับก็มุลชุดเดียวกัน แต่อารมณ์ของผู้ป่วยต่างหากที่ตอบสนองต่อข้อมูลที่ได้รับต่างกันทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลง ซึ่งการมีอารมณ์ที่ผันแปรเช่นนี้อยู่ตลอดเวลาของผู้ป่วยย่อมทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแลตามการดำเนินโรคของผู้ป่วยอยู่เสมอ

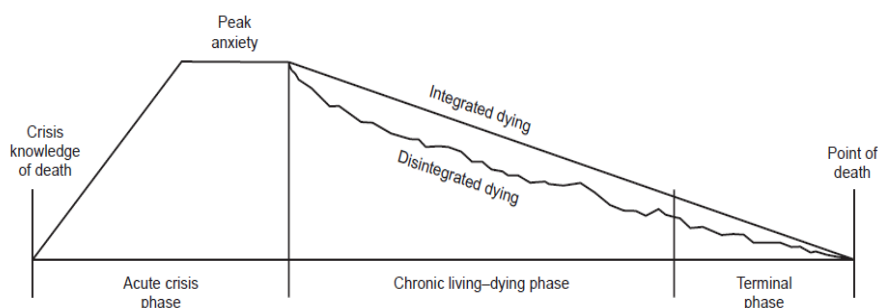
จากที่ได้กล่าวถึงจุดบกพร่องของ The Kubler – Ross Staging System of Dying ต่อมาในปี ค.ศ.1972 Robert Buckman ได้นำเสนอ A Three – Stage Model of the Process of Dying ขึ้นมาทดแทน โดยอาศัยประสบการณ์จากคลินิกและพื้นฐานหลัก 2 ประการ คือ

1. ผู้ป่วยในช่วงสภาวะใกล้ตายและกำลังจะต้องเผชิญหน้ากับความตายจะมีการแสดงออกอย่างเปิดเผยถึงสิ่งที่เป็นการผสมผสานกันระหว่างปฏิกิริยา (Reactions) และการสนองตอบ (Responses) ที่เป็นลักษณะเฉพาะตัวของผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งแต่ละคนจะมีการสนองตอบที่แตกต่างกันออกไปเพราะการแสดงออกนั้นไม่ใช่เกิดจากผลของการวินิจฉัยโรคหรือเป็นขั้นตอนของขบวนการตาย

2. จากความคับหน้าของขบวนการตายที่เด่นชัดขึ้น ไม่ใช่การเปลี่ยนแปลงของชนิดของอารมณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติแต่เกิดขึ้นจากความตั้งใจที่จะทำให้ส่วนต่างๆของอารมณ์นั้นๆสลายไป

จากวารสารการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของสถาบันวิจัยมะเร็ง ของมหาวิทยาลัยลอนดอน ประเทศอังกฤษ Gina Copp (1998 : 382 – 390) กล่าวว่าขบวนการตายสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ขั้นตอน โดยขั้นตอนแรก คือ The initial stage หรือ acute crisis phase ขั้นตอนที่สอง คือ The chronic stage หรือ chronic – living dying phase และขั้นตอนที่สาม คือ The final stage หรือ Terminal phase

ภาพที่ 1 : ขบวนการตาย 3 ขั้นตอน สร้างแบบจำลองโดย Simon และ Schuster จาก The Experience of Dying by E. Mansell



**ที่มา :** A review of current theories of death and dying , Institute of Cancer Research , The Royal Marsden Hospital , University of London, England , 1998.

### 1) *The initial stage หรือ acute crisis phase*

เป็นจุดเริ่มต้นที่ผู้ป่วยเริ่มเผชิญหน้าครั้งแรกกับความเป็นไปได้ของความตายจากโรคที่เป็นอยู่ ไม่ใช่เพียงแค่เกิดจากความรู้สึกนึกคิดเท่านั้น แต่เป็นสิ่งที่ เป็นความจริงที่เกิดขึ้นและสามารถพบเห็นได้ อย่างชัดเจนจากการวินิจฉัยโรค ในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะที่เผชิญหน้ากับการถูกคุกคามจากโรค ร้ายแรงต่างๆ ตัวผู้ป่วยจึงอาจแสดงออกถึงอารมณ์ที่ผสมผสานกันเพื่อตอบสนองต่อสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่ ซึ่ง เป็นการแสดงถึงการปรุงแต่งทางอารมณ์ของเฉพาะบุคคลในการใช้เป็นมาตรการในการต่อสู้เพื่อเป็น ปฏิกริยาในการตอบโต้ อาทิเช่น บุคคลที่เคยใช้การแสดงออกถึงความโกรธเมื่อพบกับความเครียดก็จะ แสดงออกถึงความโกรธในขณะนั้น หรือผู้ที่เคยใช้ปฏิกริยาการปฏิเสธอยู่ตลอดเวลา ก็จะใช้การปฏิเสธใน ขั้นตอนนี้ โดยอาจจะผสมผสานกันกับอีกอารมณ์ใดอารมณ์หนึ่งหรืออีกหลายๆอารมณ์พร้อมๆกัน โดย อารมณ์ที่จะถูกเลือกนำมาใช้ในขั้นตอนนี้มีมากมาย เช่น ความกลัว, ความวิตกกังวล, ความตื่นตระหนก งงวยหรือซ้อค, ความไม่เชื่อ, ความโกรธ, ปฏิเสธ, รู้สึกผิด, มีอารมณ์ขัน, เกิดความหวัง/สิ้นหวังและการ ต่อรอง

### 2) *The chronic stage หรือ chronic – living dying phase*

เป็นขั้นตอนที่ดำเนินต่อจากขั้นตอนแรก ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้ทำการแก้ไขเรื่องราว ต่างๆ โดยเฉพาะปฏิกริยาที่เกิดขึ้นในช่วงแรกเริ่มก็จะค่อยๆถูกกระทำการให้เบาบางลงหรือหมดไป ทั้งนี้ อาจเกิดขึ้นจากการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในขั้นตอนนี้ไม่ใช่การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เพราะมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่สามารถแก้ไขอารมณ์ที่เกิดขึ้นตั้งแต่แรกได้และยังคงจมอยู่กับปฏิกริยาต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยไม่มีการปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงจนกระทั่งวาระสุดท้าย ในกรณีของผู้ป่วยที่เป็นเช่นนี้ อาการต่างๆของโรคที่ป่วยอย่างเรื้อรังและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นที่จะต้องมีบุคคลากรทาง การแพทย์คอยให้การดูแลช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ สำหรับผู้ป่วยบางรายที่ได้รับการช่วยเหลือจน สามารถเข้าใจสถานการณ์ที่เป็นอยู่ได้อย่างชัดเจนมากขึ้น มีแนวโน้มที่จะมีการสนองตอบทางอารมณ์ใน ลักษณะที่บรรเทาเบาบางลงและดีขึ้น ความรุนแรงในขั้นตอนนี้มักจะเกิดขึ้นในช่วงเริ่มต้นเท่านั้นและ ผู้ป่วยจะค่อยๆพัฒนาจิตใจให้เข้าสู่ภาวะของการยอมรับหรือยอมจำนนในเวลาต่อมา

ลักษณะสำคัญที่พบในขั้นตอนนี้คือความซึมเศร้า บ่อยครั้งที่พบว่าผู้ป่วยมีการแสดงออกทางด้าน อารมณ์ที่รุนแรงในช่วงแรกและอาจจะอยู่ในสภาพแวดล้อมของญาติและเพื่อนๆที่มีการแสดงออกทางด้าน อารมณ์ที่รุนแรงเช่นกัน ในขณะที่ขบวนการตายยังคงดำเนินต่อไปอารมณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นโดยมากจะค่อยๆ ลดความรุนแรงลง บ่อยครั้งที่พบว่าครอบครัวและตัวผู้ป่วยเกือบทั้งหมดจะมีปฏิกริยาในลักษณะที่ต่อต้าน กับสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยจะแสดงอาการถดถอย เฉื่อยชา ไม่แยแสต่อทุกสิ่งทุกอย่าง รวมถึงมีอาการซึมเศร้าอย่างเห็นได้ชัด ในช่วงเวลาเช่นนี้ผู้ป่วยอาจต้องการได้รับความช่วยเหลือเป็นพิเศษ ในการสนับสนุนคำจูนในด้านต่างๆจากผู้ชำนาญการ โดยเฉพาะผู้ที่มีความเข้าใจทางด้านจิตใจ ซึ่งอาจต้อง

รวมถึงญาติและบุคคลในครอบครัวด้วย ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลานี้จึงต้องใช้การดูแลแบบประคับประคองที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม ได้แก่ การดูแลทั้งทางด้านกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่ยังเหลืออยู่ได้อย่างปกติสุขมากที่สุด

ในขั้นตอนนี้ มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่อาจเกิดภาวะของการหวาดวิตก รวมถึงความกลัวด้วย ซึ่งความกลัวที่เกิดขึ้นมีหลากหลายสาเหตุ เช่น

- กลัว เนื่องจากไม่รู้ว่าเกิดอะไรขึ้น (Fear of the unknown) เช่น จะเกิดอะไรขึ้นกับร่างกายของตนเองก่อนที่จะตาย แล้วตัวของผู้ป่วยเองนั้นจะสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้อีกนานเพียงใด ถ้าเป็นผู้นำครอบครัวผู้ป่วยก็จะรู้สึกหวั่นไหวว่าจะเกิดอะไรกับครอบครัวของตนเองบ้างภายหลังจากที่ตนเองได้ตายไป
- กลัวการถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวเพียงลำพัง (Fear of loneliness)
- กลัวความเศร้าโศกเสียใจ (Fear of sorrows)
- กลัวการพลัดพรากจากครอบครัวและคนใกล้ชิด (Fear of loss of family and friends)
- กลัวการสูญเสียบางส่วนของร่างกายของตนเอง (Fear of loss of body) เพราะจะทำให้เกิดภาพลักษณ์ที่ไม่ดี
- กลัวการสูญเสียระบบการควบคุมตนเอง (Fear of loss of self - control) ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น
- กลัวการสูญเสียความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง (Fear of loss of identity)
- กลัวความทรมานและความเจ็บปวด (Fear of suffering and pain)
- กลัวการถดถอย (Fear of regression)

### 3) The final stage หรือ Terminal phase

เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ผู้ป่วยโดยมากจะยอมจำนนและยอมรับกับชะตากรรม ซึ่งพบว่าเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยอย่างมาก เพราะเมื่อผู้ป่วยเกิดการยอมรับต่อความเป็นจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากโรคร้ายแรงต่างๆที่ตนกำลังประสบอยู่ได้ ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ต่อการเข้าสู่ขบวนการของการตายได้น้อยลง สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและญาติมิตรได้อย่างปกติสุข ตลอดจนสามารถประกอบกิจกรรมต่างๆรวมถึงการคิดตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งต่างๆได้ด้วยตนเองตามปกติ ดังนั้นจึงไม่จำเป็นที่จะต้องมีการเข้าแทรกแซงให้ความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์มากนัก แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีสภาวะทางด้านร่างกายที่ทรุดลงอย่างชัดเจน ผู้ป่วยจึงมักจะซึมเศร้ามากขึ้น และใช้ชีวิตอยู่แต่บนเตียงมากขึ้น มีความต้องการอาหารและน้ำดื่มลดลงตามลำดับ ขั้นตอนนี้บางคนอาจจะใช้เวลาช่วงสั้นๆไม่กี่ชั่วโมง บางรายอาจใช้เวลาเป็นวันๆหรือสัปดาห์หรืออาจจะยาวนานเป็นเดือนก็ได้

ในช่วงเวลาเช่นนี้อาจมีขบวนการอีกขบวนการหนึ่งเกิดขึ้นซึ่งเป็นขบวนการของการรำพึงรำพันของครอบครัวร่วมกับตัวผู้ป่วยถึงความเศร้าโศกที่จะต้องพลัดพรากจากกัน อันเนื่องจากความตายที่กำลังจะสืบคลานเข้ามา (Anticipatory grief) ซึ่งบ่อยครั้งพบว่า เป็นขบวนการที่มีประโยชน์ มีคุณค่าและจำเป็นอย่างมากในการทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถมีการปรับตัวร่วมกันต่อระยะสุดท้ายของชีวิตได้เป็นอย่างดีและร่วมกันทำให้ทุกอย่างดีขึ้น ซึ่งพฤติกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวในขณะเข้าสู่ขบวนการของ Anticipatory grief จะประกอบด้วย

1. มีการแสดงออกถึงความวิตกกังวลและความเครียดอย่างมาก ซึ่งประกอบด้วย การเสียใจ โกรธ โศกเศร้า ร้องไห้อย่างฟูมฟาย รวมถึงการมีความรู้สึกว่าเป็นความผิด การแสดงออกของอารมณ์ต่างๆจะเป็นไปอย่างเปิดเผยและอ่อนไหวต่อการถูกกระตุ้น

2. มีการพูดคุยกันถึงปรัชญาแห่งการมีชีวิตกันมากขึ้น พยายามทำให้เกิดความคุ้นเคยกับความตายให้มากขึ้น มีการใช้เวลาในการทำใจร่วมกัน แต่ก็อาจมีอาการวอกแวกเกิดขึ้นมาแทรกได้เป็นช่วงๆที่บ่งบอกถึงอาการที่ยังมีความทุกข์ใจร่วมกัน เช่น การเกิดคำถามขึ้นว่าทำไมต้องเป็นฉันที่จะต้องตาย ?

3. มีการพูดคุยและหวนรำลึกถึงสิ่งต่างๆที่ผ่านมาของชีวิตทั้งความสุขและความเศร้า โดยเฉพาะกับเรื่องของความหลัง ความผูกพันและโดยเฉพาะกับสิ่งที่มีความหมายจากการที่ได้อยู่ร่วมกัน รวมถึงความดีใจในความรู้สึกของแต่ละคนในครอบครัวที่มีต่อกันและกัน

4. มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ที่เคยผูกพันลึกซึ้งกันภายในครอบครัว เช่น ผู้ป่วยอาจมีการแสดงถึงการแยกตนเองออกจากชีวิตครอบครัวหรือคนในครอบครัว อาจแสดงออกถึงความท้อแท้และความหมดหวังเมื่ออยู่ต่อหน้าผู้ป่วย เป็นต้น

5. การพูดคุยและการรับรู้ซึ่งกันและกันอยู่กับเรื่องเฉพาะของอนาคตที่ไม่ห่างไกลจะไม่พูดกันถึงเรื่องที่อยู่ในอนาคตที่ยาวนานหรือห่างไกลและหากมีการพูดถึงก็มักจะไม่พูดตรงๆและใช้ถ้อยคำที่ไม่ให้สะเทือนใจ

จากการศึกษาวิจัยในปีค.ศ.1965 ของเกลเซอร์และสเตราส์ (Glaser and Strauss, 1965 : 10) พบว่า มนุษย์แต่ละคนจะมีการตอบสนองต่อวิถีความตายแตกต่างกัน (Different trajectory) ซึ่งจะเชื่อมโยงกับประเด็นเรื่องของความแน่นอนกับความไม่แน่นอนของการรับรู้เกี่ยวกับความตายและเวลาที่จะตาย สามารถแบ่งเป็นลักษณะที่สำคัญได้ 4 ลักษณะ คือ

**ลักษณะที่ 1 เป็นความตายที่รู้แน่นอนว่าจะต้องตายและสามารถคาดเวลาที่ตายได้ (certain death at a known time)** พบเห็นได้ในกรณีที่มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นอย่างฉับพลันจนถึงขั้นเรื้อรัง ถึงแม้ว่าการที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเองว่าจะต้องตายอย่างแน่นอนจะไม่ใช่ว่าที่ดี หากแต่การที่ผู้ป่วยเข้าใจถึงกรอบเวลาของความตายได้อย่างชัดเจนจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลต่างๆลงได้ตลอดจนสามารถวางแผนชีวิตที่เหลืออยู่ของตนเองได้อีกด้วย

**ลักษณะที่ 2 เป็นความตายที่รู้แน่นอนว่าจะต้องตาย แต่ไม่รู้เวลาว่าจะตายเมื่อไร (certain death at an unknown time)** ส่วนใหญ่จะพบเห็นในกรณีของการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยเรื้อรังมักจะรู้แน่นอนว่าตนจะต้องตาย หากแต่การที่ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะตายเมื่อไร ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้ชีวิตอยู่กับความตายเป็นเวลายาวนานเป็นปีๆและจะต้องจัดการกับการมีชีวิตอยู่ต่อไปในลักษณะวันต่อวัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดทางอารมณ์เป็นระยะเวลานานตามไปด้วย

**ลักษณะที่ 3 เป็นความตายที่ไม่รู้แน่นอนว่าจะต้องตาย แต่รู้เวลาแน่นอนว่าเมื่อไรปัญหาจะได้รับการแก้ไข (uncertain death, but a known time when the question will be resolved)** พบในกรณีการเจ็บป่วยที่ทำให้ทั้งตัวของผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญอยู่กับช่วงเวลาวิกฤติของชีวิตอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลาที่ยาวนาน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลจากความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้น ทำให้ตลอดช่วงระยะเวลาดังกล่าวผู้ป่วยจะเต็มไปด้วยความหวังและคาดหวังว่าจะได้รับสิ่งที่ดีๆ เช่น คาดหวังและรอคอยว่าจะได้เห็นอวัยวะที่ได้รับการปลูกถ่ายสามารถทำงานได้ คาดหวังและรอคอยที่จะได้เห็นตนเองสามารถรอดชีวิตจากการเจ็บป่วยรุนแรงนั้นได้ เป็นต้น แต่ถ้าผู้ป่วยได้เผชิญหน้ากับความจริงที่ว่าตนเองไม่สามารถเป็นได้ดังที่หวังเอาไว้ นั้นหมายถึงอาการทางกายต่างๆมีแนวโน้มที่แยลงเรื่อยๆ และกำลังจะตายในไม่ช้าก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง หมดกำลังใจ หมดหนทางที่จะรักษาให้หาย และเต็มไปด้วยความรู้สึกโกรธมากขึ้น ภาพการณ์ดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองกำลังเผชิญอยู่กับอันตรายที่เข้าคุกคามชีวิตอย่างรุนแรงอยู่ตลอดเวลา

**ลักษณะที่ 4 เป็นความตายที่ไม่รู้แน่นอนและไม่รู้ว่าเมื่อไรปัญหาจะได้รับการแก้ไข (uncertain death, and an unknown time when the question will be resolved)** ความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลในระดับที่สูงมาก ซึ่งจะพบได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางพันธุกรรมและป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เช่น ผู้ป่วยโรคปลอกประสาทอักเสบ (Multiple sclerosis)

จากแนวคิดวิถีความตายที่แตกต่างกันทั้ง 4 ลักษณะนี้ ทำให้มีการใช้กลไกการปรับตัวที่แตกต่างกัน ซึ่งจะขึ้นอยู่กับความวิตกกังวล ความเครียดและความแตกต่างในการจัดการกับปัญหาทางคลินิกของแต่ละบุคคล นอกจากนี้เกิลเซอร์และสเตรสยังได้กล่าวถึงปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความตาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยใกล้ตาย บุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวของผู้ป่วย เรียกว่า "ความตระหนักรู้ต่อภาวะใกล้ตาย" (Awareness of dying) ไว้ 4 ลักษณะ (Stefan Timmermans, 1994 : 329 - 330) ดังนี้

**ลักษณะที่ 1 การตระหนักรู้ต่อความตายแบบปิด (Closed awareness)** เป็นสถานการณ์ที่ครอบครัวของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ทราบว่าผู้ป่วยกำลังจะตายแต่ปกปิดไม่ทำให้ผู้ป่วยทราบ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองถูกแยกตัวออกจากสังคมและเกิดความรู้สึกถดถอย นอกจากนี้ครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ยังปกปิดผู้ป่วยด้วยการพยายามแก้ข้อสงสัยต่างๆที่ผู้ป่วยซักถาม

รวมถึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำในสิ่งต่างๆตามความสามารถของตน ทำให้ผู้ป่วยวางแผนในการดำเนินชีวิตของตนโดยปราศจากการนึกคิดและตระหนักถึงความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นในไม่ช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ในช่วงภาวะใกล้ตายแบบไม่ทุกข์ทรมานมากเท่าใดนัก โดยส่วนใหญ่จะพบได้ในช่วงระยะแรกเริ่มของการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงต่างๆ

**ลักษณะที่ 2 การตระหนักต่อความตายแบบสงสัย (Suspicion awareness)** เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเริ่มสงสัยถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยจะเริ่มสงสัยจากพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ที่แตกต่างไปจากเดิม เช่น ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดมีท่าทางเครียดหรือหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวถึงการจัดการหรือการวางแผนในอนาคตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยพยายามที่จะสอบถามความจริงจากบุคลากรทางการแพทย์

**ลักษณะที่ 3 การตระหนักต่อความตายแบบเสแสร้งซึ่งกันและกัน (Mutual pretense)** เป็นสถานการณ์ที่ทั้งผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดต่างก็รับรู้แล้วว่าผู้ป่วยกำลังจะตาย แต่ทั้งสองฝ่ายต่างแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายด้วยการปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้น โดยมักแสดงออกด้วยการเสแสร้งว่าไม่รู้ด้วยกันทั้งสองฝ่าย และฝ่ายผู้ป่วยก็มักชอบที่จะพูดถึงอนาคตและความปลอดภัยของตนเองอยู่เสมอในลักษณะคำพูดที่สะท้อนให้เห็นถึงการอยากที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป

**ลักษณะที่ 4 การตระหนักต่อความตายแบบเปิดเผย (Open awareness)** เป็นสถานการณ์ที่ทุกคนยอมรับถึงความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นในระยะเวลานี้ ใกล้เคียงนี้ ทั้งผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวของผู้ป่วยมักจะมาพูดถึงเกี่ยวกับประสบการณ์ความตายอย่างเปิดเผย และจะร่วมกันวางแผนเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเอาไว้แต่เนิ่นๆ โดยให้ผู้ป่วยเป็นคนตัดสินใจเกี่ยวกับการเลือกรูปแบบการดูแลรักษาด้วยตัวเอง รวมถึงให้ผู้ป่วยจัดการภารกิจต่างๆที่ค้างค้างอยู่ให้แล้วเสร็จทั้งหมด

จากแนวคิดการตระหนักต่อภาวะใกล้ตายของเกลเซอร์และสเตราส์นี้ แสดงให้เห็นว่าการเผชิญหน้ากับความตายนอกจากจะส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายของผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตายแล้วย่อมส่งผลต่อภาวะทางจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของทุกคนที่อยู่ในสถานการณ์นั้นด้วย ทำให้การดำเนินการวางแผนจัดการกับชีวิตที่เหลืออยู่และเตรียมพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความตายเป็นเรื่องแตกต่างกันออกไป ซึ่งพบว่าทั้งหมดล้วนแล้วแต่ขึ้นอยู่กับความรู้ การตระหนักถึงและการยอมรับต่อความตายของผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างทั้งสิ้น

ต่อมาในปี.ศ.1994 สเตฟาน ทิมเมอร์แมนส์ (Stafan Timmermans, 1994 : 330 - 335) ได้วิพากษ์ว่าความตระหนักต่อภาวะใกล้ตาย (Awareness of dying) ของเกลเซอร์และสเตราส์เป็นการกล่าวถึงการจัดการของข้อมูลในเชิงโครงสร้างมากเกินไปจนละเลยความสำคัญต่อปัจจัยทางด้านอารมณ์ที่เป็นปัจจัยหนึ่งในการสร้างพฤติกรรมการตระหนักถึงความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติๆของผู้ป่วย อีกทั้งทฤษฎีดั้งเดิมยังมุ่งความสำคัญไปที่บุคลากรทางการแพทย์ในฐานะผู้ส่งสารมากกว่าการดูแลพฤติกรรมของผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยที่เป็นผู้รับสาร จึงได้ต่อขยายทฤษฎีดังกล่าวมาเป็นเรื่อง "Dying

of awareness : the theory of awareness contexts revisited" ซึ่งมุ่งเน้นความสำคัญไปที่มุมมองของผู้ป่วยที่เป็นผู้ได้รับผลกระทบจากข้อมูลนั้น ทิมเมอร์แมนส์ได้นำเสนอจุดหลักของงานวิจัยไว้ 3 ประเด็นคือ

1. เขาค้นพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลจะกล้าที่จะอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะโรคหรือผลของโรคโดยตรงไปตรงมาเมื่อไม่ทราบว่าจะตนเองกำลังพูดคุยอยู่กับผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วย หากทราบว่ากำลังพูดคุยอยู่กับผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์เหล่านั้นจะเปลี่ยนรูปคำอธิบายถึงรายละเอียดต่างๆให้เบาขึ้นหรือคลุมเครือมากขึ้น
2. อารมณ์ของผู้ป่วยและญาติมีผลอย่างมากต่อการตระหนักรู้ถึงโรคและอาการในขั้นสุดท้าย ซึ่งจะนำไปสู่การเตรียมความพร้อมสำหรับช่วงสุดท้ายของชีวิต
3. การพัฒนาการตระหนักรู้ให้มากขึ้นสามารถทำได้เมื่อผู้ป่วยและญาติสามารถยอมรับต่อสภาวะการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น

การวิจัยในฐานะ "คนใน" โดยใช้ระเบียบวิธีวิทยาแบบ Ground Theory ของทิมเมอร์แมนส์พบว่าเขาได้ให้ความสำคัญกับการตระหนักต่อความตายแบบเปิดเผย (Open awareness) ของเกลเซอร์และสตรีสว่าหากจะใช้ปัจจัยด้านอารมณ์ของผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยที่ได้รับสารข้อมูลต่างๆจากแพทย์และพยาบาลนั้นสามารถแบ่งการตระหนักรู้ถึงความตายออกได้เป็น 3 ระดับใหญ่ๆ ซึ่งในแต่ละระดับสามารถเกิดการเปลี่ยนแปลงแบบกลับไปมาได้ โดยระดับการตระหนักรู้ของผู้ป่วยมีดังนี้

1. **Suspended Open awareness** เป็นระดับที่ผู้ป่วยปฏิเสธสารข้อมูลต่างๆที่ได้จากแพทย์และพยาบาล ถึงแม้ว่าแพทย์และพยาบาลจะให้ข้อมูลที่ชัดเจนทั้งในส่วนของคุณลักษณะโรคและกระบวนการรักษาแล้วก็ตาม หากแต่ผู้ป่วยและญาติก็ยังคงปิดกั้นข้อมูลเหล่านั้น เนื่องจากยังคงสะท้อนใจต่อข่าวร้ายที่ได้รับฟังอยู่ โดยสถานการณ์ทั่วไปที่ผู้ป่วยและญาติจะประสบกับการตระหนักรู้ในขั้นนี้จะแบ่งออกเป็น 3 กรณีใหญ่ๆ คือ

1.1 เกิดขึ้นในช่วงแรกที่ได้รับทราบผลตรวจ (Transitory condition) ผู้ป่วยและญาติจะเกิดอาการสะท้อนใจมากจนไม่อยากที่จะคิดถึงหรือรับฟังรายละเอียดข้อมูลใดๆที่แพทย์หรือพยาบาลอธิบายให้ทราบ อีกทั้งผู้ป่วยและญาติจะไม่เชื่อในสิ่งที่เกิดขึ้นและอาจไม่ยอมให้ความร่วมมือกับแพทย์และพยาบาลในกระบวนการรักษาด้วย หากแต่เมื่อหายจากอาการสะท้อนใจแล้วจะพัฒนาไปสู่ขั้นต่อไป

1.2 มีลักษณะเช่นเดียวกับขั้นแรก แต่ต่างกันตรงที่ผู้ป่วยและญาติจะปิดกั้นข้อมูล ตลอดจนไม่เชื่อข้อมูลเหล่านั้นอย่างถาวรด้วย โดยส่วนใหญ่จะปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลและหันไปแสวงหาการแพทย์ทางเลือกอื่นที่มีความเป็นไปได้ในการรักษามากกว่าเดิม

1.3 ผู้ป่วยและญาติปิดกั้นและจะไม่เชื่อถือข้อมูลจากแพทย์และพยาบาล เนื่องจากอาการป่วยมีแนวโน้มที่จะทรุดลงหนักขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งไม่ตรงกับสภาพที่แพทย์และพยาบาลบอก

อย่างไรก็ตามในทุกๆขั้นที่กล่าวมาของระดับการตระหนักรู้แบบปฏิเสธการพูดถึงความตายที่ใกล้จะมาถึงจะเหมือนเช่นนี้จะถือว่าประเด็นการพูดถึงความตายจัดว่าเป็นเรื่องต้องห้าม (Taboo topic) ที่ใครๆก็ห้ามพูดให้ผู้ป่วยได้ยิน เนื่องจากเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยไม่อยากจะรับทราบและถ้าได้ยินจะกระทบ กระเทือนต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยอย่างยิ่ง

**2. Uncertain Open awareness** ในขั้นนี้เป็นขั้นที่ผู้ป่วยสามารถทำใจยอมรับฟังข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย กระบวนการรักษาและความตายได้มากขึ้น เนื่องจากหายจากอารมณ์ความรู้สึกที่สะเทือนใจได้บ้างแล้วหรือเป็นการค่อยๆยอมรับมาทีละน้อย แต่ถึงแม้ว่าผู้ป่วยและญาติจะยอมรับทราบข้อมูลมากขึ้น แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าตระหนักรู้ถึงการตายของผู้ป่วยในอนาคตได้ด้วยดี เพราะยังไม่สามารถปลงได้นั่นเอง แพทย์และพยาบาลจึงพยายามที่จะให้ข้อมูลทั้งหมดรวมถึงสร้างกำลังใจและให้ความหวังให้กับผู้ป่วยและญาติไปพร้อมกัน เช่น จะพูดในทำนองที่ว่าในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ อาจจะมีการรักษาแบบใหม่ๆเกิดขึ้นซึ่งจะสามารถช่วยผู้ป่วยให้หายไ้ขึ้นได้ เป็นต้น การให้ความหวังแก่ผู้ป่วยและญาติเช่นนั้นจะทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกลัวชีวิตของตนกำลังจะหมดสิ้นหวังและต้องใช้ชีวิตอยู่เพียงเพื่อรอคอยความตายเท่านั้น ซึ่งถือว่ามีผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยและญาติๆของผู้ป่วยมากที่สุดทีเดียว ทักษะในการพูดจาของผู้ให้ข้อมูลสามารถส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยและญาติๆเป็นอย่างมากในขั้นนี้

**3. Active Open awareness** ในขั้นนี้ผู้ป่วยและญาติจะยอมรับและตระหนักรู้ถึงสภาพของผู้ป่วยในอนาคต ตลอดจนจะจัดเตรียมความพร้อมทางด้านต่างๆจนกระทั่งถึงช่วงวาระสุดท้ายของผู้ป่วย การตระหนักรู้เช่นนี้เกิดขึ้นได้จากการที่ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบข้อมูลที่แน่ชัดจากแพทย์และพยาบาล รวมถึงสภาวะทางอารมณ์และจิตใจสามารถปลงได้มากขึ้น รวมถึงมีผลเกี่ยวเนื่องจากระยะเวลาที่รับทราบและทำความเข้าใจในข้อมูลต่างๆด้วย พบว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมาถึงระดับนี้ได้ ตลอดช่วงระยะเวลาที่อยู่ในระดับนี้ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์และครอบครัวจะมาช่วยกันเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับสภาพและเข้าใจความเป็นไปทั้งหมดของเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคตของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

ทั้งนี้ทิมเมอร์แมนส์ได้กล่าวเอาไว้ว่าทฤษฎีนี้จะมีความชัดเจนมากขึ้นถ้าได้คำนึงถึงวัฒนธรรมในการบอกข้อมูลข่าวสารของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการมีความเชื่อเรื่ององภาวะใกล้ตายและความตายของแต่ละวัฒนธรรมด้วย เพราะสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นตัวกำหนดสภาพของการตระหนักรู้และความยากง่ายในการเปลี่ยนขั้นของการตระหนักรู้ถึงความตายที่สำคัญมากอย่างยิ่ง

อย่างไรก็ตามถ้าหากพิจารณาจากสิ่งต่างๆที่กล่าวมาแล้วข้างต้นพบว่าขอบบวนการของการตายจะเห็นได้ชัดเจนเฉพาะกับผู้ที่มีการป่วยไข้ด้วยโรคร้ายแรงชนิดเรื้อรังต่างๆ โดยเป็นช่วงเวลาหลังจากที่การป่วยไข้ได้เข้าสู่ขบวนการสุดท้ายของโรคที่ไม่มีการบำบัดรักษาให้หายขาดได้ การบำบัดจึงเป็นไปเพียงเพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างไม่ทุกข์และจากโลกนี้ไปอย่าง



ไม่ทุรนทุราย ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขาวิชาชีพ สมาชิกในครอบครัว รวมถึงญาติมิตรของผู้ป่วย ใกล้ตายจึงจำเป็นที่จะต้องมีส่วนร่วมในการกระทำหรือจัดหาวิธีการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ใกล้ตายลดความทุกข์ ให้พวกเขาสามารถใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายได้อย่างมีความสุขสบายให้ได้นานที่สุด โดยไม่มีการเร่งหรือยืดเวลาของการตายออกไป

### 2.1.2.2 การเตรียมตัวในช่วงสภาวะใกล้ตาย

เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาและดำเนินชีวิตมาถึงช่วงสภาวะใกล้ตายจะพบว่า การเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความตายของผู้ป่วยถือได้ว่าเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง เพราะการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยสามารถสะท้อนให้เห็นถึงมุมมองทางความคิดเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย ตลอดจนสะท้อนให้เห็นถึงแนวทางการใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้พบว่า การเตรียมตัวในช่วงสภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยจะมีความเกี่ยวข้องกับแนวคิดเรื่องของสิทธิเป็นอย่างมาก ซึ่งพบว่าแนวคิดเกี่ยวกับสิทธิ (Right based approach) ทางสุขภาพในบริบทสังคมไทยมี 4 มิติ คือ สิทธิของผู้ป่วย, สิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาล, สิทธิในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลและสิทธิที่จะตาย ดังนี้

#### 1) สิทธิของผู้ป่วย

สิทธิของผู้ป่วยมาจากแนวคิดเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน เพราะเป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นหลักประกันความมั่นคง ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และคุณภาพชีวิตให้แก่ประชาชนโลก โดยเป็นการให้สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคแก่มนุษย์รอบด้านในการดำรงชีวิต ซึ่งผู้ศึกษาจะเน้นไปที่หมวดที่ 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2550 ที่มีใจความสำคัญว่าบุคคลย่อมเสมอและมีสิทธิเท่าเทียมกันในเรื่องของสภาพทางกายและสุขภาพ

แสวง บุญเฉลิมวิภาส (2546 : 263 - 264) ได้กล่าวไว้ในหนังสือเรื่อง “กฎหมายการแพทย์ : การวิเคราะห์ปัญหากฎหมายจากการเริ่มต้นของชีวิตในครรภ์มารดาถึงภาวะแกนสมองตาย” ว่า สิทธิหมายถึงความชอบธรรมที่บุคคลอาจใช้ยื่นกับผู้อื่นเพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันเป็นส่วนพึงมีพึงได้ของบุคคลนั้น การกล่าวถึง “สิทธิของผู้ป่วย” จึงหมายถึงความชอบธรรมที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับจากบริการทางการแพทย์เพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันพึงมีพึงได้ของผู้ป่วย โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่นนั่นเอง นอกจากนี้พบว่าสิทธิผู้ป่วย หมายถึง ความคิด ความต้องการและความเป็นธรรมที่ผู้ป่วยซึ่งรวมถึงผู้ที่ไปรับบริการด้านสุขภาพสาขาต่างๆจะพึงได้รับเพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันพึงมีพึงได้ของตนเอง สำหรับประเทศไทยองค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภาและคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลป์ได้ร่วมกันจัดทำคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย (Declaration of PATIENT'S RIGHTS) ซึ่งประกาศ ณ วันที่ 16 เมษายน พ.ศ. 2541 มีสาระสำคัญที่ประชาชนทั่วไปพึงควรทราบเพื่อประโยชน์ในด้านการขอรับบริการด้านสุขภาพของตน 10 ข้อ ดังนี้

**1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ตามที่บัญญัติไว้ใน รัฐธรรมนูญ**

คำอธิบาย ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 51 “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ตลอดจนบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์”

**2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีทางเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา ลัทธิการเมือง เพศ อายุและลักษณะของความเจ็บป่วย**

คำอธิบาย ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการสุขภาพในมาตรฐานที่ดีที่สุดตามฐานานุกรม โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ ทั้งนี้ มิได้หมายรวมถึงสิทธิอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือบทบัญญัติของกฎหมาย เช่น การไม่ต้องชำระค่ารักษาพยาบาล การพักในห้องพักพิเศษต่างๆ และบริการพิเศษอื่นๆ เป็นต้น

**3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอม หรือไม่ยินยอม ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือ รีบด่วนหรือจำเป็น**

คำอธิบาย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีหน้าที่ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการ การดำเนินโรค วิธีการรักษา ความยินยอมของผู้ป่วยนั้นจึงจะมีผลตามกฎหมายยกเว้นเป็นการช่วยเหลือในกรณีเร่งด่วนและฉุกเฉิน ตามข้อ 4

**4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่**

**5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน**

คำอธิบาย ในสถานพยาบาลมีผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพต่างๆ หลายสาขาปฏิบัติงานร่วมกันในการช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรผู้ช่วยต่างๆ หลายอาชีพ ซึ่งบ่อยครั้งก่อให้เกิดความไม่แน่ใจและความไม่เข้าใจแก่ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป การกำหนดสิทธิข้อนี้ทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะสอบถามข้อมูลที่จะช่วยให้เกิดความเข้าใจและสามารถตัดสินใจเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของตนเอง โดยเฉพาะจากผู้ให้บริการซึ่งไม่มีคุณภาพเพียงพอ

**6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการ**

**คำอธิบาย** ปัจจุบันผู้ป่วยยังมีความเกรงใจและไม่ตระหนักถึงสิทธินี้ ทำให้เกิดความไม่เข้าใจและความขัดแย้ง ขณะเดียวกันผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพจำนวนมากก็ยังมีความรู้สึกไม่พอใจเมื่อผู้ป่วยขอความเห็นจากผู้ให้บริการสุขภาพผู้อื่นหรือไม่ให้ความร่วมมือในการที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนผู้ให้บริการหรือสถานบริการ การกำหนดสิทธิผู้ป่วยนี้จึงมีประโยชน์ที่จะลดความขัดแย้งและเป็นการรับรองสิทธิผู้ป่วยที่จะเลือกตัดสินใจด้วยตนเอง

**7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบการวิชาชีพ ด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติ หน้าที่ตามกฎหมาย**

**คำอธิบาย** สิทธิส่วนบุคคลที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนี้ถือเป็นสิทธิที่ได้รับ การรับรองตามกฎหมายอาญามาตรา 323 พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร พ.ศ. 2540 ข้อบังคับแพทยสภา พ.ศ.2526 ซึ่งถือว่าสังคมได้ให้ความสำคัญกับสิทธิผู้ป่วยในข้อนี้มากเพราะถือว่าเป็นรากฐานที่ผู้ป่วย ให้ความไว้วางใจต่อแพทย์

**8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ**

**9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตน ที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิด สิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น**

**คำอธิบาย** ข้อมูลที่ปรากฏในเวชระเบียนถือเป็นข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งเจ้าของประวัติมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลนั้นได้ ทั้งนี้รวมถึงกรณีผู้ป่วยยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลของตนต่อบุคคลที่สาม เช่นในกรณีที่มีการประกันชีวิตหรือสุขภาพ

**10. บิดา มารดา หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็ก อายุยังไม่เกินสิบแปดปี บริบูรณ์ และผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเอง**

**คำอธิบาย** เมื่อท่านได้ทราบถึงสิทธิของผู้ป่วยหวังว่าท่านจะนำไปปรับใช้ให้เหมาะสม เพื่อให้ เกิดประโยชน์สูงสุดกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

**2) สิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาล**

สุขภาพนับเป็นเรื่องสำคัญในชีวิตมนุษย์ เมื่อมนุษย์เกิดการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลโดย มาตรฐานแห่งวิชาชีพจึงเป็นหนทางที่จะช่วยให้หายจากโรคร้ายไข้เจ็บที่เป็นอยู่ หน้าที่นี้จึงเป็นภาระสำคัญ ของผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จะพึงปฏิบัติต่อผู้ป่วย การได้รับการรักษาพยาบาล ตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพจึงถือเป็นสิทธิของผู้ป่วยประการหนึ่งที่จะได้รับการปฏิบัติและได้รับความ คุ้มครองตามกฎหมาย (แสง บุญเฉลิมวิภาสและอเนก ยมจินดา, 2546: 233)

สิทธิและหน้าที่ของประชาชนตามรัฐธรรมนูญได้กล่าวเอาไว้ว่า ประชาชนทุกคนจะได้รับการบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างเท่าเทียมกันและผู้ป่วยไร้มีสิทธิได้รับการรักษาฟรีจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

**มาตรา 52** บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ

การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพโดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

### 3) สิทธิในการปฏิเสธการรักษา

ในอดีตความตายถือว่าเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ เป็นเหตุการณ์ระยะสุดท้ายของชีวิต แต่เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการแพทย์ ความตายจึงกลายเป็นเรื่องที่น่ากลัวที่ผู้คนพยายามหาหนทางที่จะหลีกเลี่ยงให้ได้มากที่สุด ความตายถูกกันให้ออกไปจากชีวิตของผู้คน กลายเป็นสิ่งที่ถูกปกปิด เพราะถูกมองว่ามีใช้เรื่องปกติธรรมดาสำหรับคนทั่วไปอีกต่อไป อีกทั้งทัศนคติใหม่เกี่ยวกับความสะอาดและสุขอนามัยก็ทำให้ผู้คนเกิดความรู้สึกรังเกียจความตายหรือคนตายมากขึ้นเพราะมองว่าเป็นสิ่งสกปรกและเป็นแหล่งเชื้อโรค ความตายจึงเป็นสิ่งที่ผู้คนพยายามประวิงเวลาให้มาช้าที่สุดและพยายามที่จะยืดเวลาตายออกไป การมีลมหายใจถูกทำให้เหมือนเป็นสิ่งที่มีความหมายในตนเองทำให้คุณภาพของชีวิตก่อนตายมีความหมายน้อยกว่าการมีลมหายใจที่ยืนยาว แต่ทุกขุทรมานท่ามกลางเครื่องช่วยต่างๆ ทางการแพทย์ ทำให้เกิดแนวคิดเกี่ยวกับสิทธิของความเป็นมนุษย์ในการที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดชีวิตขึ้นมา เพื่อช่วยให้บุคคลในระยะ ใกล้ตายได้มีโอกาสมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพและสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ ส่งผลให้เกิดแนวคิดเกี่ยวกับการทำ “พินัยกรรมชีวิต” (Living Will) ขึ้นมา

#### ① การทำพินัยกรรมชีวิต

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2553) ได้กล่าวว่าพินัยกรรมชีวิตเป็นเอกสารทางกฎหมายที่บุคคลใช้แสดงความปรารถนาของผู้ป่วยต่อการดูแลทางการแพทย์ในการยืดชีวิตออกไป มักถูกอ้างอิงในฐานะเป็นคำสั่งในการดูแลสุขภาพแบบก้าวหน้าหรือคำสั่งสำหรับการทำงานของแพทย์ พินัยกรรมชีวิตไม่ใช่พินัยกรรมทรัพย์สิน หากแต่เป็นเรื่องสำคัญที่จะมีผลต่อชีวิตในช่วงวาระสุดท้ายของผู้ป่วย เนื้อหาของพินัยกรรมชีวิตจะแจ้งให้บุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวของผู้ป่วยได้ทราบถึงความต้องการของผู้ป่วย เรื่องการดูแลรักษาในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถจะพูดหรือแสดงความต้องการนั้นได้ แต่ละประเทศอาจมีรายละเอียดเงื่อนไขของพินัยกรรมชีวิตแตกต่างกันไป บางประเทศผู้ป่วยอาจ

จำเป็นต้องมีทนายความด้วย และทนายความที่ทำงานเรื่องพินัยกรรมทรัพย์สินบางคนจะจัดการทำพินัยกรรมชีวิตรวมกับการทำพินัยกรรมทรัพย์สินด้วย

Harriet Etheredge (2008 : 13 – 16) พินัยกรรมชีวิตโดยทั่วไปจะอธิบายถึงเรื่องกระบวนการรักษาเพื่อยืดชีวิตออกไป โดยผู้ป่วยในฐานะผู้แสดงเจตจำนงได้ระบุไว้แล้วว่าการดูแลรักษาแบบใดที่ผู้ป่วยต้องการหรือไม่ต้องการในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายหรืออยู่ในภาวะกลายเป็นผัก ซึ่งพินัยกรรมชีวิตจะมีผลต่อเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะไร้ความสามารถในการตอบสนอง ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ว่าการรักษาแบบไหนที่เขาต้องการหรือไม่ต้องการ พินัยกรรมชีวิตส่วนใหญ่ต้องได้รับการรับรองจากแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยหรือแพทย์ที่ทำการดูแลผู้ป่วยอยู่ ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายหรือไม่สามารถตอบสนองได้ก่อนจะนับว่าพินัยกรรมชีวิตมีผลบังคับใช้ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าพินัยกรรมชีวิตคือเอกสารอ้างอิงที่ใช้เฉพาะในขณะที่ต้องดำเนินการดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับเรื่องของความตายโดยเฉพาะ พินัยกรรมชีวิตจึงเป็นเสมือนกลวิธีหนึ่งที่ใช้สำหรับช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีอิสรภาพทางอำนาจในตนเอง ผู้ป่วยสามารถมีความเป็นส่วนตัวในช่วงวาระสุดท้ายมากขึ้น อีกทั้งยังเป็นการอนุญาตให้ผู้ป่วยสามารถที่จะควบคุมความตายของตนเองได้ด้วยตนเองในขณะที่สภาพทางด้านร่างกายกำลังเสื่อมสมรรถภาพไปเกือบหมด แล้วนั่นเอง

### **พินัยกรรมชีวิตมี 2 ประเภท คือ**

- 1) Instructional directive พินัยกรรมชีวิตในลักษณะของการเป็นคำสั่ง ตามหลักกฎหมาย ผู้ป่วยสามารถออกคำสั่งเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลสุขภาพต่างๆของตนเองเอาไว้ก่อนได้ ซึ่งผลของคำสั่งจะสามารถใช้ได้ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้ตกอยู่ในสภาวะเป็นผู้ไร้สมรรถภาพ
- 2) Proxy directive พินัยกรรมชีวิตในลักษณะของการมอบอำนาจ นั่นคือ ผู้ป่วยจะทำการมอบอำนาจให้แก่ผู้ใดผู้หนึ่งให้สามารถมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาตนเองได้(เป็นเสมือนตัวแทนของผู้ป่วย)ผู้ได้รับมอบอำนาจจะสามารถดำเนินการใช้สิทธินี้ได้ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้สูญเสียความสามารถในการคิดตัดสินใจสิ่งต่างๆเกี่ยวกับตนเองไป

แนวคิดเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตในลักษณะ “Instructional directive” จะเป็นคำสั่งของผู้ป่วยที่มีรูปแบบพื้นฐานเรียบง่าย ไม่ซับซ้อน แต่กลับสามารถก่อให้เกิดปัญหาในภายหลังได้ การทำพินัยกรรมชีวิตในลักษณะเช่นนี้จะเป็นการระบุบ่งชี้ไปเลยว่าผู้ป่วยชอบวิธีการรักษาแบบไหนมากกว่า จากนั้นก็จะทำการเขียนระบุเอาไว้ถือเป็นคำสั่งทางการแพทย์ โดยให้มีการระบุวันที่และเซ็นชื่อกำกับไว้ด้วย ในขณะที่พินัยกรรมแบบที่สองคือการระบุมอบอำนาจในการคิดตัดสินใจแก่บุคคลใกล้ชิด ไม่ว่าจะเป็นญาติหรือคนในครอบครัว ซึ่งจะต้องพิจารณาในเรื่องของความเป็นบุคคล เรื่องของค่านิยม ความเชื่อทางศาสนาและศีลธรรมเป็นสำคัญ กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยยังคงมีสมรรถภาพทางร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ หากแต่อาจบกพร่องทางการตัดสินใจ ผู้ที่ได้รับมอบอำนาจนี้จะต้องทำหน้าที่ในการคิดตัดสินใจว่าผู้ป่วยจะอยากได้

อะไร รูปแบบไหนต้องพยายามคิดและเลือกสิ่งต่างๆให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยให้มากที่สุด พบว่าพินัยกรรมชีวิตที่มีประสิทธิภาพคือพินัยกรรมชีวิตที่มีการใช้ร่วมกันทั้งสองรูปแบบนั่นเอง

ในบทความเรื่อง “Living Wills and DNR: Is Patient Safety Compromised?” Mirarchi and Conti (2007 : 66) ได้ชี้ให้เห็นว่าพินัยกรรมชีวิตไม่ได้เป็นแค่เรื่องของปัจเจกบุคคล และบ่อยครั้งที่ผู้คนมักจะตีความเรื่องนี้ไปในทางที่ผิดๆซึ่งในความเป็นจริงแล้วพินัยกรรมชีวิตเป็นการช่วยให้ปัจเจกที่ขาดความเป็นตัวของตัวเองได้กลับมาใช้ชีวิตในตนเองมากขึ้น บุคคลจะสามารถแสดงเจตจำนงความต้องการได้อย่างชัดเจน ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนก็จะมีความต้องการที่แตกต่างกันออกไป อีกทั้งพินัยกรรมชีวิตยังมีประโยชน์ในการช่วยบอกเจตนาที่แท้จริงของผู้ป่วยให้บุคคลอื่นๆได้รับรู้ในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถจะบอกสิ่งเหล่านั้นได้ด้วยตนเองอันเนื่องจากสภาวะความเจ็บป่วยที่รุนแรง ส่งผลให้บุคคลรอบข้างทั้งแพทย์และญาติสามารถกระทำตามความปรารถนาที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ถูกต้อง โดยส่วนใหญ่แล้วพบว่าผู้ป่วยไม่อยากจะได้รับความช่วยเหลือและยืดชีวิตให้อยู่ได้นานขึ้นด้วยเครื่องมือทางการแพทย์อีกต่อไป แต่ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยไม่ค่อยอัปเดตข้อมูลในพินัยกรรมชีวิตของตนเองจึงไม่สามารถเหมารวมความคิดของผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างชัดเจน อีกทั้งพบว่าพินัยกรรมชีวิตไม่สามารถที่จะใช้ให้กับผู้ป่วยที่บาดเจ็บฉุกเฉินหรือไม่สามารถใช้ได้กับหลายสถานการณ์ที่ผู้ป่วยบาดเจ็บหนัก และบุคคลที่สามารถทำได้จะต้องมีสติสัมปชัญญะครบบริบูรณ์ สุขภาพแข็งแรงและมีอายุ 18 ปีขึ้นไปหากอายุต่ำกว่า 18 ปีจะต้องให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองยินยอม โดยต้องถามความต้องการของเด็กก่อน

มีการทำสำรวจว่าทำไมพินัยกรรมชีวิตจึงเป็นสิ่งที่ผู้คนในสังคมของเขาให้ความสนใจเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตกันมาก พบว่า

1) เมื่อการรักษาทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น ทำให้สามารถช่วยยืดชีวิตของมนุษย์ให้ยืนยาวมากขึ้นได้ แต่มันกลับไม่สัมพันธ์กับความสามารถที่จะทำให้มนุษย์มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

2) ในช่วงก่อนที่มนุษย์จะถึงแก่ความตาย มนุษย์จะกลายเป็นเพียงแค่ผู้ป่วยคนหนึ่งที่ขาดการมีอำนาจในตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าพินัยกรรมชีวิตสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้ามามีส่วนร่วมต่อการจัดการชีวิตของตนเองมากขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเป็นบุคคลสำคัญ ทุกคนรับฟังและยอมรับความคิดเห็นของเขาและพวกเขาที่ไม่ได้เจ็บปวดและอยู่อย่างอ้างว้างโดดเดี่ยวบนโลกใบนี้อีกต่อไปเพราะในช่วงสภาวะที่อ่อนไหวเช่นนี้ผู้ป่วยมักจะมีทัศนคติในเชิงลบต่อตนเองและคนรอบข้างพวกเขาจะมองว่าบริการทางการแพทย์ไม่มีความเสมอภาคและยุติธรรม แต่เมื่อเริ่มมีการยอมรับและอนุญาตให้ใช้พินัยกรรมได้ในหลายๆสังคมพบว่าการทำพินัยกรรมชีวิตช่วยให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับแพทย์และคนรอบข้างดีขึ้นและสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตมากขึ้นด้วย ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า การทำพินัยกรรมชีวิตสามารถก่อให้เกิดประโยชน์มากถึง 3 ประการหลักๆ คือ

1. ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นเพราะเมื่อผู้ป่วยสามารถระบุความปรารถนาที่แท้จริงของตนเองให้ครอบครัวข้างทราบได้ ก็เกิดความมั่นใจได้ว่า ภายหลังจากที่ตนไร้สมรรถภาพแล้ว ตนจะได้รับการรักษาตามอย่างที่ตนเองต้องการเท่านั้น

2. ทำให้คุณภาพชีวิตของบุคคลที่สามคือครอบครัวหรือผู้ที่ได้รับมอบฉันทะมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามไปด้วย เพราะไม่ต้องสับสนกับปัญหาในการเลือกตัดสินใจวิธีการรักษาเพียงลำพังอีกต่อไป

3. ทำให้แพทย์ผู้รักษามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเช่นกัน เพราะในบางสถานการณ์มันยากที่แพทย์จะต้องตัดสินใจแต่เพียงลำพัง แต่เมื่อมีพินัยกรรมชีวิตและแพทย์ก็มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยทำให้แพทย์มั่นใจได้ว่าสิ่งที่ตนกำลังลงมือกระทำนั้นคือสิ่งที่มาจากความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อผู้ป่วยมีแนวคิดเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตแล้วยังมีแนวคิดที่จะทำการบริจาคอวัยวะหรือการบริจาคร่างกาย เพื่อประโยชน์ต่อการศึกษาทางการแพทย์และเพื่อประโยชน์ต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกันอีกด้วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้ การบริจาคอวัยวะและร่างกาย

## ② การบริจาคอวัยวะและร่างกาย

1. **การบริจาคอวัยวะ** คือ การบริจาคเฉพาะอวัยวะภายในที่ใช้ประโยชน์ได้ เช่น หัวใจ ตับ ปอด ไต เป็นต้น เพื่อนำไปปลูกถ่ายช่วยเหลือผู้ป่วยที่อวัยวะสำคัญเสื่อมสภาพ เมื่อแพทย์ทำผ่าตัดนำอวัยวะไปปลูกถ่ายแล้ว จะตกแต่งร่างของผู้เสียชีวิตให้อยู่ในสภาพเรียบร้อย แล้วส่งคืนให้ญาตินำไปประกอบพิธีทางศาสนาต่อไป

2. **การบริจาคร่างกายหรือการมอบร่าง** คือ การบริจาคทั้งร่างกายหลังจากเสียชีวิต เพื่อการศึกษาในทางการแพทย์ โดยร่างที่จะนำไปศึกษาต้องมีอวัยวะครบ ยกเว้นดวงตาเพื่อเป็นความรู้และแนวทางในการรักษาผู้ป่วยต่อไปในอนาคต แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ บริจาคเพื่อให้นักศึกษาแพทย์ได้ศึกษา, บริจาคเพื่อให้แพทย์เฉพาะทางฝึกผ่าตัดและบริจาคเพื่อให้เก็บโครงกระดูกไว้เพื่อการศึกษา อย่างไรก็ตามสามารถแสดงความจำนงบริจาคได้ทั้งอวัยวะและร่างกาย แต่เมื่อเสียชีวิตจะบริจาคอะไรได้ขึ้นอยู่กับสาเหตุการเสียชีวิตเพราะผู้ที่สามารถบริจาคอวัยวะได้ต้องเสียชีวิตด้วยภาวะสมองตายเท่านั้น เช่น เส้นเลือดในสมองแตก เนื้องอกในสมอง ส่วนผู้ที่บริจาคร่างกายเสียชีวิตด้วยภาวะปกติ เช่น ชราภาพ เป็นต้น

สภาวิชาชีพ (2555) กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในสภาวะใกล้ความตายมากขึ้น ส่วนหนึ่งจะอยากที่จะสร้างกุศลทานอันยิ่งใหญ่ด้วยการบริจาคร่างกายและอวัยวะ กล่าวคือในปัจจุบันการบริจาคร่างกายและการบริจาคอวัยวะเริ่มเป็นที่สนใจของคนไทยมากขึ้น ด้วยปัจจัยความต้องการจากทั้งผู้ให้และผู้รับ แต่ก็ยังมีคำถามอีกมากมายเกี่ยวกับการบริจาคร่างกายและอวัยวะที่มีผลให้ผู้บริจาคเกิดความลังเล ในขณะที่ความต้องการในการขอรับบริจาคกลับมีมากขึ้นเรื่อยๆด้วยความเชื่อที่ว่า การมอบร่างเพื่อนำไป

เป็นอาจารย์ใหญ่จะทำให้วิญญาณของผู้ตายไม่ไปสู่สุคติและได้รับความเจ็บปวดก็ดี ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนว่า การนำอวัยวะออกจากร่างกายทำในขณะที่ผู้บริจาคยังไม่เสียชีวิต เหมือนเป็นการทำให้เสียชีวิตก็ดีและความเชื่อที่ว่าหากบริจาคร่างกายหรืออวัยวะไปแล้ว เกิดชาติหน้าร่างกายจะไม่สมบูรณ์อวัยวะจะไม่ครบ 32 กิติ โดยเฉพาะความเชื่อเรื่องภพหน้าตามคติของชาวไทยส่วนใหญ่นั้น ได้กลายเป็นอุปสรรคสำคัญของการบริจาคอันเป็นมหากุศลนี้

ตามหลักธรรมคำสอนขององค์พระสัมมาสัมพุทธเจ้า การบริจาคนับเป็นหลักธรรมสำคัญทางพระพุทธศาสนาปรากฏอยู่ใน *ทศพิธราชธรรม* และยังเป็นคุณธรรมข้อแรกในการบำเพ็ญบารมีของพระพุทธเจ้าเมื่อครั้งยังทรงเป็นพระโพธิสัตว์ เรียกว่า *ทานอุปัชฌายะ* ซึ่งหนึ่งในนั้นคือการเสียสละถึงขั้นสามารถสละอวัยวะเพื่อช่วยเหลือผู้อื่นได้ การบริจากร่างกายและอวัยวะมีแต่จะเป็นบุญเป็นกุศลทานอันยิ่งใหญ่และเป็นอานิสงส์ให้ผู้บริจาคมิมีร่างกายที่สมบูรณ์ดังงามในชาติหน้า มากไปกว่านั้นมหากุศลอันเกิดจากจิตที่ปรารถนาดีต่อผู้อื่น อยากรู้ให้ผู้อื่นมีความสุข พ้นจากความทุกข์ นับเป็นจิตที่ผ่องใสดีงาม เบิกบาน และเป็นสุข ซึ่งจิตที่ดียิ่งนี้จะติดตามเราไปตลอดไม่ว่าภพภูมิใด นั่นคืออานิสงส์ที่จะเกิดในภพภูมิหน้า ส่วนประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นทันทีของการบริจากร่างกายและอวัยวะคือ สิทธิประโยชน์มากมาย เช่น การได้รับพระราชทานเพลิงศพเพื่อเป็นเกียรติแก่ผู้บริจาค การมอบสมาชิกกิตติมศักดิ์สภาภคชาติไทยแก่ทายาทผู้บริจาค จำนวน 1 คน ซึ่งจะได้รับสิทธิการลดหย่อนค่าห้อง ค่าบริการจากสถานพยาบาลในสังกัดสภาภคชาติไทย หรือของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

#### 4) สิทธิที่จะตาย

ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยหนักหรืออยู่ในสภาวะที่ไม่มีหนทางใดที่จะสามารถรักษาให้หายขาดได้มีสิทธิที่จะสามารถแสดงเจตจำนงยื่นขอตายได้ด้วยตนเอง ภายหลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อย่างชัดเจนแล้วว่าการดำเนินของโรคจะไม่สามารถรักษาให้หายได้และผู้ป่วยกำลังจะเข้าสู่ช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต

แสวง บุญเฉลิมวิภาสและอเนก ยมจินดา (2546 : 175) กล่าวว่า “การุณยฆาต” มาจากคำว่า “Euthanasia” ในภาษาอังกฤษ ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษากรีก ประกอบด้วยคำศัพท์ 2 คำ คือ eu หมายถึง good และ thanatos หมายถึง death แปลรวมความได้ว่า ตายดีหรือตายสงบ (good death) ซึ่งหมายถึง การทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนาด้วยวิธีการที่ไม่รุนแรงหรือวิธีการที่ทำให้ตายอย่างสะดวกหรือหมายถึงการงดเว้นการช่วยเหลือและรักษาโดยปล่อยให้ผู้ป่วยตายไปเองอย่างสงบ ทั้งนี้เพื่อเป็นการทำให้ผู้ป่วยที่ทนทุกข์ทรมานจากโรคที่รักษาไม่หายให้ตายลงโดยไม่เจ็บปวดและจากไปอย่างสงบพ้นจากความทุกข์ ซึ่งสามารถจำแนกประเภทได้ ดังนี้



### การจำแนกประเภทตามเจตนา

1. **การุณยฆาตโดยเจตจำนง (Voluntary Euthanasia)** คือ การที่บุคคลซึ่งเจ็บป่วยสาหัส หรือได้รับทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยสามารถแสดงเจตนาให้บุคคลอื่นกระทำการุณยฆาตแก่ตนได้

2. **การุณยฆาตโดยไร้เจตจำนง (Involuntary Euthanasia)** คือ ในกรณีที่บุคคลดังกล่าวไม่อยู่ในฐานะที่จะสามารถแสดงเจตนาดังกล่าวได้ด้วยตนเอง ผู้แทนโดยชอบธรรม ซึ่งก็คือ ทายาทโดยธรรม จะเป็นผู้มีสิทธิใช้อำนาจปกครอง ผู้พิทักษ์หรือผู้อภิบาลตามกฎหมาย ตลอดจนศาลอาจพิจารณาใช้อำนาจตัดสินใจให้กระทำการุณยฆาตแก่บุคคลนั้นแทนได้ ซึ่งการุณยฆาตโดยไร้เจตจำนงนั้นยังคงเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ทั้งความชอบธรรมทางด้านกฎหมาย ศาสนา ศีลธรรม เพราะไม่สามารถมั่นใจได้ว่าเป็นเจตจำนงของผู้ป่วยที่ต้องการจะให้กระทำการุณยฆาตอย่างแท้จริง พบว่าในบางประเทศได้มีการยอมรับในการทำการุณยฆาตในรูปแบบนี้ว่าสามารถปฏิบัติได้

### การจำแนกประเภทตามวิธีฆ่า

1. **การุณยฆาตโดยตัดการรักษาหรือการุณยฆาตเชิงรับ (Passive Euthanasia)** คือการุณยฆาตที่กระทำโดยการตัดการรักษาให้แก่ผู้ป่วย เช่น ไม่ทำการผ่าตัดรักษาผู้ป่วย ไม่ให้ยาหรือไม่ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยแต่การดูแลรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายและลดความทุกข์ทรมานแบบทั่วไปก็ยังคงมีอยู่ วิธีนี้ได้รับการยอมรับมากที่สุดและเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปในสถานพยาบาลหลายแห่ง

2. **การุณยฆาตโดยตัดปัจจัยดำรงชีวิตหรือการุณยฆาตเชิงสงบ (Non - Aggressive Euthanasia)** คือ การุณยฆาตที่กระทำโดยการหยุดให้ปัจจัยดำรงชีวิตแก่ผู้ป่วย ซึ่งยังไม่เป็นที่ยอมรับ

3. **การุณยฆาตโดยเร่งให้ตายหรือการุณยฆาตเชิงรุก (Aggressive Euthanasia หรือ Active Euthanasia)** คือการุณยฆาตที่กระทำโดยการให้สารหรือวัตถุใดๆ อันเป็นการช่วยเร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย ซึ่งวิธีนี้เป็นที่ถกเถียงอยู่ในปัจจุบันเช่นกัน

### การจำแนกแบบอื่นๆ

ข้อมูลจากวิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี (2555) กล่าวว่า ในพจนานุกรมกฎหมายของเฮนรี แคมป์เบล แบล็ก (Black's Law Dictionary) ได้จำแนกประเภทการุณยฆาตไว้คล้ายคลึงกับสองประเภทข้างต้น ดังนี้

1. **การุณยฆาตโดยตัดการรักษา (Passive Euthanasia หรือ Negative Euthanasia)** คือ การปล่อยให้ผู้ป่วยตายไปเอง เป็นวิธีที่ปฏิบัติกันทั่วไปในสถานบริการสาธารณสุข โดยเขียนไว้ในบันทึกการรักษาไว้ว่าผู้ป่วยคนนั้นไม่ต้องการให้รักษาอีกต่อไปและไม่ต้องช่วยยืดชีวิตในวาระสุดท้าย ปล่อยให้นอนตายสบาย เช่นในกรณีของท่านพุทธทาสภิกขุที่ท่านได้สั่งลูกศิษย์ของท่านไว้ว่า เมื่อท่านป่วยหนักห้ามไม่ให้ใช้เทคโนโลยีที่จะช่วยชีวิตท่านไว้อย่างผิดธรรมชาติและเมื่อท่านจะมรณภาพขออย่าให้มี

เครื่องช่วยชีวิตใดๆติดตัวท่าน แต่คณะแพทย์ผู้ทำการรักษาปรารถนาจะยืดชีวิตของท่านไว้ให้นานที่สุด จึงใช้ทั้งเครื่องช่วยหายใจ ให้อาหารเพิ่มความดันทางเส้นเลือดดำและยาคลายกล้ามเนื้อเพื่อควบคุมการหายใจ ด้วยยึดว่าหน้าที่ของแพทย์คือรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้อย่างเต็มความสามารถ

## 2. การุณยฆาตโดยเร่งให้ตาย (Active Euthanasia หรือ Positive Euthanasia)

2.1 การุณยฆาตโดยเจตจำนงและโดยตรง (Voluntary and Direct Euthanasia) คือการที่ผู้ป่วยเลือกปลงชีวิต เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขวางยาที่มีปริมาณมากเกินขนาดจนทำให้ผู้ป่วยเข้าไปตายได้ หรือยาอันเป็นพิษไวใกล้ๆผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยตัดสินใจหยิบกินเอง

2.2 การุณยฆาตโดยเจตจำนงแต่โดยอ้อม (Voluntary and Indirect Euthanasia) คือการที่ผู้ป่วยตัดสินใจล่วงหน้าแล้วว่าถ้าไม่รอดก็ขอให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขกระทำการุณยฆาตแก่ตนเสีย โดยอาจแสดงเจตจำนงเช่นว่าเป็นหนังสือหรือเป็นพินัยกรรม ซึ่งเรียกว่าพินัยกรรมชีวิตก็ได้

2.3 การุณยฆาตโดยไร้เจตจำนงและโดยอ้อม (Involuntary and Indirect Euthanasia) คือผู้ป่วยไม่ได้ร้องขอความตาย แต่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขสังเคราะห์ให้เพราะความสงสาร

แต่ทั้งนี้พบว่าการทำการุณยฆาตนั้นนอกจากจะมีประเด็นเรื่องสิทธิที่จะตายของผู้ป่วยแล้วยังมีประเด็นเรื่องของศีลธรรมและจรรยาบรรณของแพทย์ผู้รักษาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ซึ่งถ้าพิจารณาในแง่มุมของหลักสิทธิมนุษยชนที่มนุษย์พึงมี จะพบว่าถ้าให้เลือกระหว่างการมีชีวิตอยู่กับการตาย คนที่มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีมีความสุขสบายย่อมต้องเลือกที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างแน่นอนและต้องการให้คนรอบข้างของตนมีชีวิตอยู่กับตนด้วยเช่นกัน หากแต่ในทางตรงกันข้ามคนที่ชีวิตเต็มไปด้วยความทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและรู้ว่าถึงอย่างไรตนก็ไม่มียวันที่จะรักษาให้หายได้ย่อมอยากที่จะให้ชีวิตจบสิ้นลงอย่างรวดเร็วเพื่อที่จะได้ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานอีกต่อไป จึงนำไปสู่แนวคิดเรื่องของการตายอย่างสมศักดิ์ศรี (Death with dignity) แห่งความเป็นมนุษย์ตามหลักสิทธิเสรีภาพ จนกำเนิดเป็นกฎหมายสิทธิการตายขึ้นมา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองว่าอยากที่จะมีชีวิตอยู่ต่อหรืออยากที่จะจบชีวิตลง เพราะผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้แล้วย่อมมีชีวิตอยู่เพียงเพื่อรอวันตายอย่างทนทุกข์ทรมานเท่านั้น แต่ในกรณีที่เขาตัดสินใจเองไม่ได้ เช่น ภาวะจิตใจไม่สมบูรณ์ สมองไม่ทำงานหรือเป็นผู้เยาว์ก็ต้องมาพิจารณากันว่าใครจะเป็นคนตัดสินใจแทน ใช้หลักเกณฑ์อะไรในการตัดสินใจและควรจะได้รับผิดอย่างไรในกรณีที่ตัดสินใจผิดพลาด อีกทั้งสังคมก็ควรที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการตรวจสอบในเรื่องนี้และไม่ควรปล่อยให้เป็นเรื่องระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเท่านั้นเพราะอาจจะนำไปสู่ปัญหาต่างๆตามมาได้ เช่น ปัญหาการฆาตกรรม ปัญหาการค้ามนุษย์ ปัญหาจริยธรรมทางการแพทย์และปัญหาความขัดแย้งต่างๆ

อย่างไรก็ตาม พบว่า การการุณยฆาตถือเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายและเป็นความผิดทางอาญาอยู่ในบางประเทศ อีกทั้งยังมีผู้ไม่เห็นด้วยกับการฆ่าคนชนิดนี้เพราะมองว่าเป็นการกระทำที่เป็นบาป จากบทความเรื่อง “การุณยฆาตกับความชอบด้วยกฎหมาย” ของคณิงนิจ แซ่เฮง (2550) ได้เสนอว่า

มีผู้ไม่เห็นด้วยกับการฆ่าคนชนิดนี้เพราะมองว่าเป็นการกระทำที่เป็นบาป ตลอดจนมีข้อถกเถียงกันว่าเป็น การกระทำที่ขัดต่อจริยธรรมของแพทย์ โดยแพทยสมาคมโลก (The Medical Association) ได้มีมติว่า การการุณยฆาตและการช่วยฆ่าตัวตาย (Assisted suicide) เป็นการขัดต่อจริยธรรมทางการแพทย์ แต่ การทำตามเจตนาของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษาซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลไม่ถือเป็นการกระทำ ที่ขัดต่อจริยธรรม สำหรับ “Active Euthanasia” มีกฎหมายของหลายประเทศที่ยินยอมให้กระทำได้ โดยไม่มีความผิด ได้แก่

- ประเทศสหรัฐอเมริกา กฎหมายในประเทศอเมริกากำหนดให้การฆ่าตัวตายและการช่วยผู้อื่น ฆ่าตัวตายเป็นความผิด แต่ในมลรัฐโอเรกอนและมลรัฐวอชิงตันมีกฎหมาย The Death with Dignity Act กำหนดให้การช่วยผู้ป่วยฆ่าตัวตายไม่ถือเป็นการผิด แต่ถือเป็นการรักษาทางการแพทย์ (Medical Treatment) หากการกระทำดังกล่าวทำโดยแพทย์

- ประเทศออสเตรเลีย ในปี ค.ศ.1995 มลรัฐทางเหนือ (Northern Territory) มีกฎหมาย Rights of the Terminally Ill (ROTI) Act รองรับให้แพทย์สามารถทำการุณยฆาตและช่วยเหลือ ผู้ป่วยในการฆ่าตัวตาย (Assisted suicide) ได้ โดยกฎหมายฉบับนี้มีผลใช้บังคับในเดือนกรกฎาคม 1996 แต่ต่อมาเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 1997 กฎหมายดังกล่าวก็ถูกยกเลิกโดยรัฐบาลกลาง (Commonwealth Parliament) ทั้งนี้ ระหว่างที่กฎหมายดังกล่าวมีผลใช้บังคับมีผู้ป่วย 4 ราย ฆ่าตัวตายด้วยอุปกรณ์ที่ติดตั้ง โดยแพทย์

- ประเทศเนเธอร์แลนด์ยอมรับการทำการุณยฆาตโดยการเร่งให้ตายได้หากว่ามีการทำ พิณยกรรมชีวิตเอาไว้ล่วงหน้า โดยมีการออกกฎหมาย Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act ขึ้นมา เพื่อแก้ไขประมวลกฎหมายอาญาให้การทำ การุณยฆาตและการช่วยเหลือผู้ป่วยในการฆ่าตัวตาย (Assisted suicide) ในลักษณะนี้ไม่ผิดกฎหมาย และไม่ถูกลงโทษ หากว่าเป็นการกระทำโดยแพทย์ซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยและเป็นคำสั่งของ คนไข้ในขณะที่ยังมีสติบริบูรณ์และมีความสามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ ซึ่งคนไข้สามารถเขียนคำสั่ง ไว้ล่วงหน้าเพื่อที่จะเลือกจะให้แพทย์ใช้เครื่องมือการแพทย์ยืดชีวิตตนเองไว้หรือไม่ในกรณีที่ป่วยรักษา ไม่หาย เพราะถ้ารอให้ถึงเวลาป่วยหนัก คนไข้อาจหมดสติหรือไม่สามารถคิดและตัดสินใจด้วยตนเองได้ ดังนั้นเมื่อมีคำสั่งนี้ ญาติจะต้องนำไปแสดงให้แพทย์ผู้ดูแลทราบเพื่อตั้งมาตรการดูแลคนป่วยให้เป็นไป ตามความประสงค์ของผู้ป่วย คำสั่งของคนไข้เช่นนี้ได้รับการยอมรับโดยศาลสมัชชาเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2003 ซึ่งกฎหมายนี้ได้ระบุเอาไว้ว่าอนุญาตให้เด็กอายุ 16 ถึง 18 ปี ร้องขอให้จบชีวิตตัวเองได้ โดยขอคำปรึกษาจากบิดามารดาหรือผู้ปกครองก่อนโดยบุคคลดังกล่าวไม่มีสิทธิที่จะคัดค้าน ส่วนเด็กอายุ 12 ถึง 16 ปีนั้นจะต้องได้รับอนุญาตจากบิดามารดาหรือผู้ปกครองก่อนเสมอ ทั้งนี้พบว่าสถิติการตาย ประมาณร้อยละ 9.1 ของการตายทั้งหมดต่อปีเกิดจากการุณยฆาต โดยมีผู้ป่วยจำนวน 2,300 ราย สมัคร

ใจตาย ผู้ป่วยจำนวน 400 ราย ตายโดยแพทย์ลงมือเอง และผู้ป่วยจำนวน 1,040 ราย ถูกทำการรณขมาต โดยผู้ป่วยไม่มีส่วนรับรู้หรือให้ความยินยอม

- ประเทศเบลเยียม ออกกฎหมายเมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ.2545 และมีผลบังคับใช้ใน วันที่ 23 กันยายน พ.ศ.2545 อนุญาตเฉพาะผู้ป่วยที่บรรลุนิติภาวะให้สามารถทำการรณขมาตได้ ต่อมาใน ปีค.ศ.2005 กฎหมายรองรับให้เกสัซครและแพทย์สามารถจำหน่ายและใช้อุปกรณ์การทำการรณขมาตได้

- ประเทศสวิตเซอร์แลนด์มีความแตกต่างจากกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา เบลเยียม และเนเธอร์แลนด์ กล่าวคือ ใน 3 ประเทศดังกล่าวการทำการรณขมาตและการช่วยเหลือผู้ป่วยในการฆ่า ตัวตตาย (Assisted suicide)เป็นความชอบด้วยกฎหมาย โดยกฎหมายในประเทศเหล่านี้มองว่าการ กระทำดังกล่าวเป็นการรักษาทางการแพทย์ (Medical Treatment) ในขณะที่กฎหมายของประเทศ สวิตเซอร์แลนด์ได้กำหนดเอาไว้ตามมาตรา 115 แห่งประมวลกฎหมายอาญา ตั้งแต่ปีค.ศ.1941 ว่าการ ทำการรณขมาตหรือการช่วยเหลือผู้ป่วยฆ่าตัวตตายที่ไม่ได้ทำเพื่อประโยชน์ของตัวเอง (selfish motives) เป็น ความผิดแต่ไม่ต้องรับโทษไม่ว่าจะทำโดยแพทย์หรือไม่ก็ตาม ดังนั้นจึงมีผู้ป่วยที่ต้องการจบชีวิตตนเองจึง หลั่งไหลเข้ามาในประเทศนี้เป็นอย่างมาก ข้อมูลเชิงสถิติตั้งแต่ปีค.ศ.1998 - 2011 ขององค์กรที่ชื่อว่า DIGNITAS ซึ่งเป็นองค์กรเดียวในประเทศนี้ที่เปิดรับชาวต่างชาติเข้ามา“จบชีวิต” โดยความช่วยเหลือของ องค์กร โดยได้ดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยในการฆ่าตัวตตายไปแล้ว 1,169 คน พบว่าส่วนมากเป็นชาว เยอรมัน ตามมาด้วยชาวอังกฤษและชาวฝรั่งเศส ตามลำดับ เพราะกฎหมายทั้งสามประเทศไม่อนุญาตให้ ช่วยเหลือผู้ป่วยฆ่าตัวตตาย

- ประเทศเยอรมัน ก็เช่นเดียวกันกับประเทศสวิตเซอร์แลนด์ เพราะการฆ่าให้ตตายตามคำขอ ของผู้ป่วย เป็นการกระทำผิดในฐานะฆ่าคนตตายตามกฎหมายอาญาเยอรมันและผู้กระทำจะต้องถูกลงโทษ ตามกฎหมายแม้ว่าผู้ป่วยจะเป็นฝ่ายร้องขอให้กระทำอย่างเร่งเร้าเจาะจงก็ตาม

ส่วนการรณขมาตในรูปแบบ “Passive Euthanasia” พบว่ามีหลายประเทศที่อนุญาตให้ทำได้ โดยการทำหนังสือแสดงเจตนาด้วยตัวของผู้ป่วยเองที่เรียกว่า Living will เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา, ประเทศอังกฤษ, ประเทศสิงคโปร์, ประเทศเดนมาร์กและประเทศออสเตรเลีย เป็นต้น ซึ่งในปัจจุบัน ประเทศไทยก็เป็นประเทศหนึ่งที่มีกฎหมายเกี่ยวกับเรื่องของการรณขมาตเอาไว้เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ ทำ Passive Euthanasia ได้ด้วยการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตาม มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ซึ่งมีความสำคัญดังนี้

#### มาตราที่ 12 บัญญัติว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไป เพื่อยืดการตตาย ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้” การดำเนินการตามหนังสือแสดง

เจตนาตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวงเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง

หมายความว่าผู้ป่วยสามารถออกคำสั่ง “ไม่ต้องช่วยฟื้นชีวิต” (do not resuscitate or no resuscitation) คำสั่งที่ไม่ต้องช่วยฟื้นชีวิตนี้เป็นเพียงการบอกกล่าวว่าจะไม่ต้องใช้เครื่องมือจากเทคโนโลยีสมัยใหม่มาช่วยเท่านั้น แต่การดูแลรักษาพยาบาลโดยทั่วไปจะยังคงมีอยู่เพราะ no resuscitation มิได้หมายความว่าถึง no treatment ดังนั้นตามกฎหมายแล้วผู้ป่วยจึงยังคงได้รับการดูแลรักษาและป้องกันมิให้ได้รับอันตรายใดๆจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อยู่เสมอ ซึ่งในแง่มุมของกฎหมายจะถือว่าสิทธิการตายหรือสิทธิขอตายเช่นนี้ก็คือการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยตามหลักสิทธิประการหนึ่งของผู้ป่วย (the right to refuse treatment) เมื่อผู้ป่วยได้แสดงเจตนาโดยชัดแจ้งเช่นนี้ทางโรงพยาบาลจะต้องดำเนินการให้เป็นไปตามความประสงค์ แต่จะต้องมีการอธิบายให้เห็นถึงผลหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นให้แก่ผู้ป่วยและญาติทราบเสียก่อน (แสง บุญเฉลิมวิภาสและอเนก ยมจินดา, 2546 : 174)

จากมาตรา 12 จะเห็นได้ว่าประเทศไทยได้ยอมรับการทำกรณุฆาตโดยการตัดการรักษา (Passive Euthanasia) ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกว่าตนต้องการที่จะไม่ขอรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อช่วยยืดชีวิตของตนเองได้ เช่น ประสงค์จะไม่ให้ใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่ใช้เครื่องปั๊มหัวใจ ไม่ให้ใส่ท่อเพื่อให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น แต่ประเทศไทยไม่ยอมรับการทำกรณุฆาตโดยการเร่งให้ตาย (Active Euthanasia) เพราะเป็นเรื่องของคุณธรรมและศีลธรรมตามหลักคำสั่งสอนทางพระพุทธศาสนา ซึ่งเป็นศาสนาหลักที่คนส่วนใหญ่ในประเทศนับถือ ดังนั้นถ้าผู้ป่วยที่เป็นโรคร้ายแรงชนิดหนึ่งหมดหวังกับชีวิตและได้รับความทุกข์ทรมานจากการเป็นโรคนั้นจะร้องขอให้แพทย์ผู้รักษาคิดยาให้ตนตายและจากไปอย่างสงบไม่ได้ และถ้าแพทย์ผู้นั้นได้กระทำลงไปแพทย์ผู้นั้นย่อมได้รับโทษทางอาญา

ดังนั้นในการศึกษาวิจัยเรื่อง “มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง” ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยที่ค้นหามุมมองความคิด ทศนคติความเชื่อ การรับรู้ ความเข้าใจและการนำไปปฏิบัติทั้งในเรื่องของการใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยเมื่อต้องอยู่ในสภาวะแห่งความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การทบทวนเพื่อทำความเข้าใจและให้ความสำคัญกับประเด็นเรื่องของการตายจากมิติต่างๆ เช่น มิติทางสังคมศาสตร์, ศาสนา, การแพทย์, กฎหมายและความตายในมิติความคิดของมนุษย์ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้วิจัยในการที่จะทำความเข้าใจต่อการรับรู้ การตีความมุมมอง ความคิดและทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะใกล้ตายและความตายของตนเอง เพราะมุมมองความคิดล้วนแล้วแต่เป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นมาบนพื้นฐานของความคิด ความเชื่อและการมองชีวิตที่แตกต่างกัน ซึ่งผู้ป่วยโรคร้ายแรงแต่ละรายก็จะมีให้ความหมายต่อภาวะใกล้ตายและความตายแตกต่างกันออกไปตามการรับรู้ของบุคคล อันเกิดจากปัจจัยเรื่องของการเชื่อทางศาสนา ค่านิยมในแต่ละสังคม บริบทสังคมวัฒนธรรมและประสบการณ์ในการ

ดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นๆ เป็นต้น อีกทั้งกล่าวได้ว่าผู้ป่วยโรคร้ายแรงเป็นบุคคลที่มีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นและความตาย ในช่วงสภาวะเช่นนี้ผู้ป่วยจะเกิดการตระหนักรู้ถึงชีวิตของตนเองมากขึ้นว่าตนจะสามารถมีชีวิตอยู่ต่อได้อีกไม่นานส่งผลให้ผู้ป่วยแต่ละรายเกิดปฏิกิริยาที่แสดงต่อภาวะใกล้ตายและความตายแตกต่างกัน

เพื่อที่จะได้เข้าใจถึงความต่างในเรื่องของมุมมองความคิด จึงต้องเริ่มต้นจากการเข้าใจถึงฐานความเชื่อของการมองความตายก่อนว่าผู้ป่วยได้มองความตายในมิติไหน และในช่วงที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายที่คุกคามถึงชีวิตเช่นนี้ผู้ป่วยได้มีการใช้ชีวิตและมีการปรับตัวเพื่อเตรียมความพร้อมสู่ความตายอย่างไรบ้าง เพื่อที่จะได้ทราบว่าเมื่อผู้ป่วยมองความตายในรูปแบบหนึ่งแล้ว ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตนในช่วงภาวะใกล้ตายในทางที่สอดคล้องกับมุมมองดังกล่าวที่ตนมีหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อที่จะได้เอื้อประโยชน์ความรู้ตรงนี้ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์เพื่อนำไปใช้สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคร้ายแรงให้ได้ตรงกับมุมมองความคิด ความเชื่อและความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น เพื่อผู้ป่วยจะได้มีชีวิตตลอดช่วงที่เจ็บป่วยอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความสุขและจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์

## 2.2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)

เนื่องจากในปัจจุบันประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้น ลักษณะของความเจ็บป่วยก็เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยมีจำนวนผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี สาเหตุการตายส่วนใหญ่เปลี่ยนจากโรคติดเชื้อมาเป็นโรคที่คุกคามชีวิต อันได้แก่ โรคมะเร็ง โรคเบาหวานและกลุ่มโรคทางหลอดเลือด เช่น โรคหัวใจและสมองเสื่อม ผู้ป่วยกลุ่มนี้บางรายอาจจะป่วยอยู่ในระยะที่พอจะรักษาให้หายได้ แต่บางรายก็อาจจะป่วยหนัก อาการป่วยของโรคอยู่ในช่วงระยะที่ลุกลามไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จนกระทั่งความรู้ทางการแพทย์ในปัจจุบันไม่สามารถช่วยยืดชีวิตให้ออกห่างจากความตายได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักถูกมองว่าเป็น “ผู้ป่วยที่หมดหวัง” ที่ไม่มีวิธีการรักษาใดๆเพิ่มเติมได้อีกทั้งๆที่ยังมีอีกหลายวิธีที่บุคลากรทางการแพทย์สามารถทำได้ ส่งผลให้เกิดรูปแบบการดูแลรักษาที่แตกต่างออกไปจากผู้ป่วยทั่วไป นั่นคือการบำบัดรักษาจะถูกปรับเปลี่ยนจากการบำบัดเพื่อให้ออกห่างมาเป็นการบำบัดตามอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตช่วงที่ยังเหลืออยู่ได้อย่างปกติสุขมากที่สุด ซึ่งรูปแบบวิธีการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็คือการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยและสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณค่าจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

สถาพร สีสานนทกิจ (2553 : 23 – 29) กล่าวว่าในช่วงแรกคือช่วงประมาณปี.ศ.1990 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ริเริ่มการดูแลแบบประคับประคองขึ้นมา โดยมีเป้าหมายหลักที่จะให้บริการเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาหนักหนางบางประการ ซึ่งส่วนใหญ่แล้วก็จะจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย แต่ต่อมามีความเข้าใจกันเพิ่มมากขึ้นว่าหลายๆอาการและปัญหาที่เกิดขึ้นกับ

ผู้ป่วยในช่วงท้ายของชีวิตนั้น มีจุดกำเนิดมาตั้งแต่ช่วงแรกเริ่มป่วยไข้และหากไม่ได้รับการบำบัดแก้ไขแต่เนิ่นๆ อาการและปัญหาเหล่านั้นจะกลายเป็นเรื่องยากในการบริหารจัดการในวันท้ายๆของชีวิต ในปัจจุบันจึงได้มีการนำมาใช้กับผู้ป่วยระยะท้ายอื่นๆ เช่น ระยะท้ายของโรคหัวใจ ปอด ไตหรือตับล้มเหลว โรคมุมักัมกับบพร่อง โรคทางประสาทวิทยา เป็นต้น ซึ่งการดูแลในรูปแบบนี้สามารถดำเนินการหรือจัดให้เกิดขึ้นได้ทั้งที่บ้าน สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice) สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ดูแลแบบไม่เป็นการเฉพาะ (nursing home) หรือในโรงพยาบาลทั่วไป

ในปีค.ศ.2002 องค์การอนามัยโลกก็ได้ให้นิยามสำหรับการดูแลแบบประคับประคองเอาไว้ว่า หมายถึงการจัดให้ผู้ป่วยที่กำลังเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามถึงชีวิตและครอบครัว ได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้วิธีการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆด้วยการวินิจฉัยแต่เนิ่นๆ การประเมินอย่างแม่นยำและมีการรักษาความเจ็บปวดและปัญหาอื่นๆให้ครบถ้วนทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งในทางปฏิบัติไม่ควรที่จะรอให้หมดหนทางในการรักษาก่อนแล้วจึงพิจารณาเรื่องนี้เป็นอันดับสุดท้าย แต่สามารถใช้วิธีการดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยได้ตั้งแต่ในระยะแรกของโรคไปพร้อมกับการรักษาหลักอื่นๆ (เต็มศักดิ์ พิงศ์มี, 2552 : 15 – 16)

ปัจจุบันทางองค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความแก่การดูแลรักษาแบบประคับประคองใหม่ว่า เป็นวิธีการดูแลที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการเข้าไปดูแลปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะแรกของโรค รวมทั้งทำการประเมินปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญา และสังคมอย่างละเอียดครบถ้วนเพื่อให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบหรือตายดีนั่นเอง (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554 : 33) ซึ่งการดูแลรักษาแบบประคับประคองไม่ได้เป็นการเร่งหรือช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วว่าการดำเนินของโรคตามธรรมชาติและไม่ใช้การใช้เครื่องมือหรือความรู้ทางการแพทย์เพื่อยื้อความทรมานของผู้ป่วยโดยไม่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การยื้อชีวิตของผู้ป่วยอาจจะทำได้ในกรณีเดียวเท่านั้น คือเป็นความต้องการของผู้ป่วยเอง เช่น ต้องการรอใครบางคนให้ทันกลับมาพบกัน ในช่วงสุดท้ายของชีวิตหรือไม่ต้องการเสียชีวิตในช่วงที่เป็นงานมงคลของครอบครัว เป็นต้น

ฉะนั้นการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึงการดูแลทางการแพทย์การพยาบาลทุกชนิด ตามความต้องการของผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่การรักษาให้หายจากโรคที่ป่วยอยู่นั้นไม่มีความเป็นไปได้ ซึ่งการดูแลในรูปแบบนี้จะเป็นการช่วยให้เกิดการบรรเทาอาการเจ็บปวดต่างๆที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ความไม่สุขสบาย โดยเฉพาะความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย การดูแลในรูปแบบนี้แม้จะใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วยในทุกระยะของการป่วยไข้ แต่จะเน้นให้การดูแลในรูปแบบนี้ เมื่อโรคที่ป่วยไข้อยู่นั้น การบำบัดให้หายขาดไม่อาจกระทำได้อีกต่อไป จุดหมายของการบำบัดรูปแบบนี้คือการทำให้ความเจ็บปวดที่เป็นอยู่นั้นบรรเทาเบาบางลง ลดความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ การดูแลแบบประคับประคองเช่นนี้จึงจะให้การรักษาเท่าที่จำเป็น โดยจะเน้นการดูแลแบบครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ

สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ในช่วงสภาวะแห่งความเจ็บป่วย ตลอดจนถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยมีความสุขสงบด้วยวิธีการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (สิรินทร์ ศาสตราอนุรักษ์, 2547: 41 – 42) ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดหลักการสำคัญของการดูแลรักษาแบบประคับประคองไว้ดังนี้

1. ยอมรับ“การเสียชีวิต”ว่าเป็นกระบวนการตามธรรมชาติของชีวิต
2. ให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก มิใช่ที่ตัวโรค
3. ให้ความสำคัญกับการดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการดูแลอาการทางกาย
4. มุ่งช่วยเหลืออาการเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจตลอดช่วงระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร้ายและจนถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยจะเน้นการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณเป็นหลักสำคัญ
5. ให้ความสำคัญสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยและให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการคิดตัดสินใจเรื่องแนวทางและเป้าหมายของการดูแล
6. การดูแลควรให้ความสำคัญต่อค่านิยม ความเชื่อและศาสนาของผู้ป่วยและครอบครัว มีระบบการดูแลที่ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในช่วงระยะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ตลอดจนมีการให้การดูแลภาวะเศร้าโศกของครอบครัวภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้เสียชีวิตไปแล้ว
7. การดูแลควรทำในลักษณะของคณะสหวิชาชีพ เพื่อให้คณะผู้ดูแลสามารถดูแลปัญหาสุขภาพด้านต่างๆของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างดีที่สุด
8. สามารถทำควบคู่ไปพร้อมๆกับการรักษาอื่นๆ เช่น การผ่าตัด รังสีรักษาหรือเคมีบำบัด ตั้งแต่ระยะแรกของโรค
9. เพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญหน้ากับการเจ็บป่วย ภาวะใกล้ตายและความตายได้ดีขึ้น
10. ไม่เหนียวรั้งหรือเร่งรัดความตายจนเกินกว่าเหตุ

ทั้งนี้ Dr.Ned H Cassem (ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล) ได้แนะนำหลักการดูแลแบบองค์รวมในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเอาไว้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์และครอบครัวของผู้ป่วยควรมีคุณสมบัติให้ครบทั้ง 9 ประการดังต่อไปนี้

1. ความสามารถ (Competence) ผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้ความสามารถในเรื่องของกระบวนการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีปัญหาที่ค่อนข้างซับซ้อน ทั้งปัญหาเรื่องของอาการของโรค ปัญหาทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจและปัญหาครอบครัว เศรษฐกิจ



2. ความเข้าใจและความเห็นใจ (Concern) ผู้ให้การดูแลจะต้องมีความเมตตา กรุณา เข้าอกเข้าใจและห่วงใยผู้ป่วยและญาติในระหว่างการรักษา ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นถึงคุณค่าในตนเองมากขึ้น

3. ความรู้สึกสบาย (Comfort) ผู้ให้การดูแลต้องคำนึงถึงความสะดวกสบายของผู้ป่วยเป็นหลัก การดูแลรักษาจึงควรเน้นที่บรรเทาอาการปวดและอาการไม่สบายต่างๆ ไม่ทำหัตถการที่ต้องเจ็บปวด จัดสิ่งแวดล้อมให้มีแสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทสะดวก

4. การติดต่อสื่อสาร (Communication) ผู้ให้การดูแลจะต้องเป็นผู้ฟังที่ดี (Active listening) มีการพูดคุยกับผู้ป่วยถึงขั้นตอนและแผนการรักษาให้ผู้ป่วยเข้าใจหรือตัดสินใจพูดคุยเกี่ยวกับแผนการต่างๆ ในชีวิตที่ผู้ป่วยต้องการจะทำหรือยังไม่ได้ทำหรือช่วยประสานให้ผู้ป่วยกับครอบครัวหรือบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการพบหรือขอโหสิกรรม

5. การเยี่ยมของบุตรหลาน (Children) ผู้ให้การดูแลเป็นผู้จัดโอกาสและเวลาให้บุตรหลานของผู้ป่วยมาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ โดยหาช่วงเวลาที่เหมาะสม

6. ความสัมพันธ์ในครอบครัว (Cohesion) ผู้ให้การดูแลจะเป็นผู้เชื่อมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวให้สมาชิกในครอบครัวได้ช่วยเหลือเกื้อกูลให้กำลังใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองไม่เป็นภาระของครอบครัวและยังช่วยให้ญาติสามารถปรับตัวกับความรู้สึกที่จะสูญเสียบุคคลที่รักไปได้

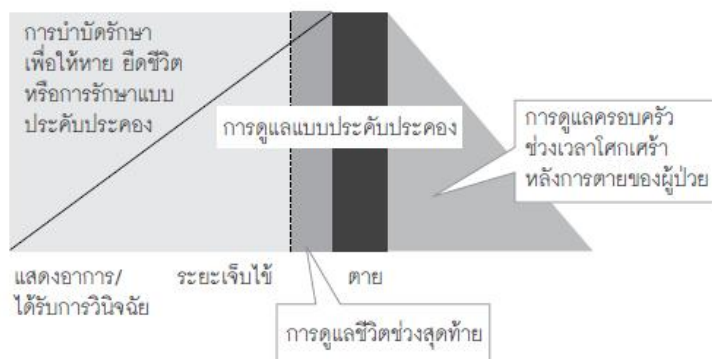
7. ความร่าเริงแจ่มใส (Cheerfulness) ผู้ให้การดูแลต้องมีอารมณ์ที่แจ่มใส สีหน้าสดชื่น ท่าทางเป็นมิตรมากกว่าท่าที่ห่อหุ้ม ซึมเศร้าหรือแสดงความเบื่อหน่ายท้อแท้เพราะจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยหดหู่มากขึ้น

8. ความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (Consistency) ผู้ให้การดูแลต้องมีความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพราะผู้ป่วยเหล่านี้มีความกลัวที่จะถูกทอดทิ้ง กลัวที่จะต้องเผชิญกับความตายอย่างโดดเดี่ยว จึงควรไปเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอหรือตามที่นัดหมายไว้ เวลาเพียงเล็กน้อยของผู้ดูแลหรือผู้ที่มาเยี่ยมนั้นล้วนมีคุณค่ายิ่งนักสำหรับผู้ป่วยที่มีเวลาในชีวิตกำลังจะหมดลง

9. การมีจิตใจที่สงบ (Calmness of mind, Equanimity) ผู้ให้การดูแลควรมีจิตใจที่สงบสุขสามารถเผชิญกับผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างเหมาะสม ไม่รู้สึกหวาดหวั่นเกินเหตุ หรือแสดงอาการเฉยเมยต่อผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแลควรประเมินถึงมิติทางจิตวิญญาณ สิ่งผู้ป่วยศรัทธา สิ่งผู้ป่วยกังวลเป็นห่วง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหมดห่วงและเมื่อผู้ป่วยไม่มีสิ่งใดค้างคาใจหรือไม่ยึดมั่นถือมั่นกับสิ่งใด แม้กระทั่งตนเองแล้วย่อมได้รับความสงบสุข

รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่ผสมผสานกับการดูแลรักษาให้หาย หากเขียนแผนภาพจะได้เป็นภาพดังนี้

ภาพที่ 2 : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตั้งแต่ช่วงแรกจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต



(Modified from "World Health Organization. Pain Relief and Palliative Care" in *National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial guidelines*. 2nd, ed. WHO Geneva, 2002; : 83 — 91)

**ที่มา :** หลักการสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จากหนังสือก่อนวันผลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย พ.ศ. 2553 หน้า 26

หัวใจหรือหลักสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองสามารถสรุปสั้นๆได้เป็น “4 C” ดังนี้

1) *Centered at patient and family* : ให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก

ความพึงพอใจ ความสบายของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสูงสุด การดูแลรักษา การตรวจวินิจฉัย หัตถการหรือกิจกรรมใดๆจะกระทำเมื่อเห็นว่าก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยเท่านั้น ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้มากที่สุด เช่น การใส่ท่อให้อาหาร การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือใต้ผิวหนัง รวมไปถึงปฏิบัติการกู้ชีวิต เป็นต้น

2) *Comprehensive* : ครอบคลุมความต้องการทุกด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

นอกจากการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานทางร่างกายแล้วยังต้องให้ความสำคัญกับปฏิกริยาทางจิตใจของผู้ป่วยที่มีต่อโรค การรักษา ภาวะใกล้ตายและความตายอีกด้วย บุคลากรทางการแพทย์จึงควรที่จะรับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก อารมณ์ ปมขัดแย้ง เจตคติส่วนตัว การให้คุณค่าต่อสิ่งต่างๆหรือความเชื่อและศรัทธาทางศาสนาที่สั่งสมมาตลอดอายุขัย ซึ่งอาจจะแตกต่างออกไปจากผู้ดูแลรักษา เช่น ความกลัวการได้รับเลือดจากผู้อื่น การได้ปรนนิบัติดูแลบิดามารดาด้วยตนเองของบุตรหรือความต้องการเสียชีวิตอย่างธรรมชาติที่บ้านของตนเองโดยไม่ใช้เครื่องช่วยชีวิต นอกจากนี้ผู้ให้การดูแลก็ควรระลึกอยู่เสมอว่ามิติและมุมมองทางการแพทย์เป็นเพียงส่วนหนึ่งของมิติทางสังคม จึงไม่สามารถนำมาอธิบายหรือแก้ปัญหาทั้งหมดได้เพียงลำพังเพราะบางครั้งก็จำเป็นที่จะ ต้องอธิบายให้ความรู้ แกไขความเชื่อที่ไม่ถูกต้องอันเนื่องมาจากความไม่รู้ของผู้ป่วยด้วย

### 3) *Coordinated* : เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัวและสังคม

การดูแลแบบประคับประคอง นอกจากจะเป็นการดูแลพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยที่การรักษาในรูปแบบเพื่อให้หายขาดไม่อาจกระทำได้อีกต่อไปแล้วยังเป็นการให้การดูแล ตลอดจนให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวของผู้ป่วยด้วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคร้ายแรงในลักษณะของการดูแลแบบประคับประคองเช่นนี้ จะเป็นการบูรณาการทั้งทางด้านการแพทย์ การพยาบาล สิ่งแวดล้อม ศาสนา วัฒนธรรมและจิตวิญญาณ เข้าด้วยกัน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบนี้จำเป็นที่จะต้องดำเนินงานแบบเป็นทีมเพราะต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญหลายๆฝ่าย ทั้งจากแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักกฎหมาย โดยทุกฝ่ายจะต้องร่วมกันประสานงานและเข้าใจบทบาทหน้าที่ของกันและกันเป็นอย่างดี อีกทั้งครอบครัวผู้ใกล้ชิดและเพื่อนฝูงของผู้ป่วยก็ควรที่จะให้ความร่วมมือในการดูแล สนับสนุนและเป็นกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยด้วยความผูกพัน รวมถึงสังคมภายนอก เช่น ผู้นำทางศาสนา สมาคมและอาสาสมัครก็ควรที่จะให้ความช่วยเหลือด้วย โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางและมีแกนหลักที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยคือการให้ความร่วมมือและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

ภาพที่ 3 : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยทีมสหวิชาชีพ



**ที่มา :** หลักการสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จากหนังสือก่อนวันพลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย พ.ศ. 2553 หน้า 27

### 4) *Continuous* : มีความต่อเนื่องและการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองควรครอบคลุมอย่างต่อเนื่องตลอด โดยเริ่มตั้งแต่ช่วงที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ขณะเสียชีวิตและให้การดูแลแก่ครอบครัวของผู้ป่วยภายหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว ดังที่แสดงในภาพที่ 2 ซึ่งรูปแบบการดำเนินการจะไม่มีสูตรสำเร็จที่ตายตัวและเป็นคำตอบที่ดีที่สุดเสมอสำหรับผู้ป่วยทุกคนในทุกสถานการณ์ เพราะด้วยบริบทแวดล้อมของผู้ป่วยแต่ละคนก็จะแตกต่างกันออกไป ดังนั้นการพิจารณาให้ความช่วยเหลือดูแลรักษาจึงขึ้นอยู่กับสถานการณ์นั้นๆเป็นสำคัญจึงต้อง

อาศัยการประเมินเป็นระยะๆ เนื่องจากสภาพของผู้ป่วยจะมีความแตกต่างกันและมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาโดยมีใจความหลักสำคัญ คือ

- ให้การบรรเทาความเจ็บปวดและอาการอื่นๆที่ก่อให้เกิดความทุกข์แก่ผู้ป่วย
- คำนึงถึงการมีชีวิตและความตายให้ดำเนินไปตามกระบวนการปกติของธรรมชาติ
- ไม่ช่วยเร่งหรือเหนี่ยวรั้งการเสียชีวิต
- นำเอาการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณเข้ามารวมไว้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแล
- จัดให้มีระบบสำหรับการช่วยเหลือคำจูนแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุขมากที่สุดเท่าที่จะกระทำให้ได้จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต
- จัดให้มีระบบสำหรับการช่วยเหลือคำจูนแก่ครอบครัวผู้ป่วยในการรับมือกับสิ่งต่างๆตลอดช่วงเวลาผู้ป่วยเจ็บป่วยและในช่วงเวลาที่โศกเศร้าจากการที่ผู้ป่วยเสียชีวิต
- จัดให้มีทีมงานเข้าถึงการค้นหาถึงความต้องการต่างๆของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงช่วยหาคำปรึกษาชี้แนะสำหรับช่วงเวลาโศกเศร้าหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย
- เป็นมาตรการที่จะช่วยเสริมคุณภาพชีวิตและยังมีผลทางด้านบวกในอีกหลายๆแง่มุมตลอดช่วงเวลาของการป่วยไข้
- สามารถนำมาปรับใช้ตั้งแต่ระยะแรกเริ่มของการเจ็บป่วย ร่วมกับการบำบัดรักษาชนิดอื่นที่มีความมุ่งหมายในการคงชีวิตให้อยู่ยาวนาน อาทิ การผ่าตัด การใช้เคมีบำบัดและการใช้รังสีในการรักษา

พระไพศาล วิสาโล (2547: 33 – 37) ได้กล่าวเอาไว้ว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีส่วนสำคัญอยู่ที่ตัวผู้ป่วย ซึ่งเจ้าหน้าที่และบุคลากรทางด้านสาธารณสุขควรหมั่นที่จะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคร้ายแรงอยู่เสมอ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะใกล้ตายและความตายได้อย่างสงบ โดยปราศจากการตื่นตระหนกและทรมานทรมาย ทั้งนี้พระไพศาลได้นำเสนอแนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเอาไว้ 6 แนวทาง เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นให้แก่ญาติ เจ้าหน้าที่และบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในการให้ความดูแลแก่ผู้ป่วย ดังนี้

**1. การให้ความรัก** เนื่องจากความทุกข์ที่รบกวนจิตใจผู้ป่วยโรคร้ายแรงอย่างมากก็คือความกลัว เช่น กลัวตาย กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวที่จะตายไปอย่างโดดเดี่ยว ตลอดจนกลัวความเจ็บปวดที่รุมเร้า ในยามนี้ความรักหรือความเมตตาของญาติมิตร แพทย์และพยาบาลจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความกลัวน้อยลงและทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจเข้มแข็งมั่นคงขึ้นได้ เพราะในช่วงสภาวะที่จิตใจเปราะบางอ่อนแอเช่นนี้ ผู้ป่วยมีความต้องการอยากที่จะให้มีใครสักคนที่มาคอยอยู่เคียงข้างเขาและเขาสามารถที่จะพึ่งพาได้ในยามวิกฤต ถ้ามีใครสักคนที่พร้อมจะให้ความรักแก่เขาได้อย่างเต็มเปี่ยมอย่างไม่มีเงื่อนไข จะทำให้ผู้ป่วยเกิดมีกำลังใจ

ในการต่อสู้กับโรคร้ายและกล้าที่จะเผชิญกับความตายมากขึ้นได้ เพราะแท้จริงแล้วความรักเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดมากกว่ายารักษาโรคด้วยซ้ำไป

**2. การช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง** ผู้ป่วยจำนวนมากนึกไม่ถึงว่าตนเองกำลังเป็นโรคที่ร้ายแรงและอาการได้พัฒนามาถึงระยะสุดท้ายชนิดที่มีโอกาสรักษาให้หายได้น้อยมาก ผู้ป่วยเหล่านี้ยากที่จะยอมรับว่าตนเองกำลังจะตายจึงพยายามปฏิเสธที่จะรับรู้เรื่องนี้ การปฏิเสธความตายดังกล่าวยอมทำให้ผู้ป่วยทรมานทรมาย ดิ้นรนขัดขืน จึงทำให้ยากที่จะเผชิญกับภาวะใกล้ตายและความตายด้วยใจที่สงบได้ ญาติมิตร แพทย์และพยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยดังกล่าวได้ด้วยการพูดคุยให้เขายอมรับความจริงให้ได้ ซึ่งต้องอาศัยความอดทนและพร้อมที่จะรับฟังความในใจของผู้ป่วยอยู่เสมอเพราะการที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับภาวะใกล้ตายและความตายที่จะมาถึงอาจเป็นเพราะมีบางอย่างที่ยังคงติดค้างอยู่ในจิตใจ ซึ่งอาจเกิดจากประสบการณ์ในอดีต ดังนั้นเพื่อที่จะได้บรรเทาและเยียวยาสภาพจิตใจของผู้ป่วย แพทย์พยาบาลและญาติมิตรจึงไม่ควรเริ่มต้นด้วยการเทศนาสั่งสอน แต่ควรเป็นฝ่ายซักถามและรับฟังเขาด้วยใจเปิดกว้างให้มากที่สุด เมื่อเขารู้สึกปลอดภัยและมั่นใจว่ามีคนพร้อมที่จะเข้าใจเขา เขาก็จะเผยความในใจออกมา ซึ่งการซักถามที่เหมาะสมจะช่วยให้เขาระลึกได้ว่าอะไรคือสิ่งที่ทำให้เขามีอาการยอมรับภาวะใกล้ตายและความตายได้ หรือทำให้เขาได้คิดขึ้นมาว่าความตายเป็นสิ่งที่อาจหลีกเลี่ยงได้ และไม่จำเป็นที่จะต้องลงเอยอย่างเลวร้ายตามที่เขากลัว การช่วยคลายความกังวลเกี่ยวกับลูกหลานหรือคนที่เขารักก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เขาสามารถทำใจต่อภาวะใกล้ตายและความตายที่กำลังจะมาเยือนได้มากขึ้น

**3. การช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม** การนึกถึงสิ่งดีงามจะช่วยทำให้จิตใจเป็นกุศลและบังเกิดความสงบ และทำให้ความกลัวเข้ามาคุกคามจิตใจได้น้อยลง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้น ทั้งนี้ผู้ให้การดูแลสามารถโน้มน้าวให้ผู้ป่วยนึกถึงสิ่งดีงามได้หลายวิธี เช่น การนำพระพุทธรูปหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยเคารพนับถือมาตั้งไว้ในห้องเพื่อเป็นเครื่องระลึกถึง, ซักชวนผู้ป่วยทำวัตรสวดมนต์ร่วมกันและการเปิดเทปธรรมะหรือพระสวดมนต์เพื่อเป็นการน้อมจิตของผู้ป่วยให้บังเกิดความสงบ จากนั้นก็ซักชวนให้ผู้ป่วยทำบุญถวายสังฆทาน หรือชวนให้ผู้ป่วยระลึกถึงความดีที่ตนเองได้ทำมาในอดีต ซึ่งไม่จำเป็นต้องหมายถึงการทำบุญกับพระหรือศาสนาเท่านั้น แม้แต่การเลี้ยงดูลูกๆให้เป็นคนดีเสียสละ ดูแลพ่อแม่ด้วยความรักหรือสอนศิษย์อย่างไม่เห็นแก่ความเหนื่อยยาก เหล่านี้ล้วนเป็นบุญกุศลหรือความดีที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลาบปลื้มยินดีได้ จนกระทั่งเกิดความมั่นใจว่าตนจะไปสู่สุคติ

**4. การช่วยปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ** เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้มาถึง สิ่งหนึ่งที่จะนำความทุกข์มาสู่จิตใจของผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจากไปอย่างสงบได้ก็คือ ความรู้สึกบางอย่างที่ยังคงติดค้างอยู่ในจิตใจ ได้แก่ ภารกิจงานที่ยังค้างค้างทำไม่เสร็จ, เงินทองและทรัพย์สินสมบัติต่างๆที่ยังจัดสรรไม่เรียบร้อย, ความโกรธแค้นใครบางคน, ความรู้สึกผิดบางอย่างที่เกาะกุมจิตใจมานาน, ความปรารถนาที่จะขอโทษกรรมและความห่วงกังวลต่างๆ ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้สมควรที่จะได้ รับการปลดเปลื้อง

ออกไปจากจิตใจของผู้ป่วยให้ได้อย่างเร็วที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้ไม่ทรมานทรมายทรมาย ทลัวต่อความตายและจากไปอย่างไม่สงบ ในทางพุทธศาสนาเชื่อว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยไปสู่สุคติแทนที่จะเป็นสุคติภูมิ ดังนั้นแพทย์พยาบาลและญาติควรเปิดใจกับเรื่องดังกล่าวเพราะผู้ป่วยอาจไม่พูดตรงๆ แต่ผู้รอบข้างก็ควรที่จะมีความละเอียดอ่อน สอบถามด้วยความใส่ใจ มีเมตตาและไม่รู้สึกรำคาญ ในกรณีที่เป็นภารกิจคั่งค้างก็ควรหาทางช่วยเหลือให้ภารกิจนั้นเสร็จสิ้น หากเขาปรารถนาพบใครควรรับตามหาเขามาพบ หากฝังใจโกรธแค้นใครก็ควรแนะนำให้เขาให้อภัยไม่ถือโทษโกรธเคืองอีกต่อไป ในกรณีที่มีความรู้สึกผิดเนื่องจากทำสิ่งที่ไม่สมควรก็ไม่ควรที่จะประณามหรือตัดสินเขา แต่ควรช่วยเขาปลดเปลื้องความรู้สึกผิดนั้นให้ออกไปจากใจให้ได้ เช่น ช่วยให้เขาเปิดใจและรู้สึกปลอดภัยที่จะขอโทษหรือขออโหสิกรรมกับใครบางคน โดยให้การแนะนำแก่ฝ่ายหลังว่าให้อยอมรับคำขอโทษและให้อภัยผู้ป่วย ก็เป็นสิ่งสำคัญที่คนรอบข้างสามารถช่วยได้

**5. การช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ** การปฏิเสธความตาย ชัดขึ้นไม่ยอมรับความจริงที่กำลังจะมาเยือน เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ตลอดช่วงระยะเวลาสุดท้ายแห่งชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าเกิดจากการไม่สามารถหักห้ามจิตใจเมื่อต้องพลัดพรากจากบุคคลหรือสิ่งอันเป็นที่รักไป เช่น ลูก หลาน คนรัก พ่อแม่ ทรัพย์สินสมบัติ งานการหรือโลกทั้งโลกที่ตนคุ้นเคย ความรู้สึกติดยึดเช่นนี้เมื่อเกิดขึ้นแล้วย่อมทำให้เกิดความวิตกกังวลควบคู่ไปกับความกลัวที่ต้องพลัดพรากจากสิ่งอันเป็นที่รักเหล่านั้น บุคคลรอบข้างจึงควรที่จะช่วยกันทำให้ผู้ป่วยสามารถปล่อยวางให้ได้มากที่สุด เช่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่า ลูกหลานสามารถดูแลตนเองได้หรือพ่อแม่ของเขาจะได้รับการดูแลอย่างดีหรือเตือนสติแก่เขาว่า ทรัพย์สินมัตตินั้นเป็นของเราเพียงชั่วคราว เมื่อถึงเวลาก็ต้องให้คนอื่นดูแลต่อไป

**6. การสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อความสงบใจ** ความสงบทางจิตใจและความปล่อยวางต่อสิ่งต่างๆที่ยังคงติดยึดและค้างคาอยู่ในใจของผู้ป่วยสามารถเกิดขึ้นได้ท่ามกลางบรรยากาศรอบตัวที่เอื้ออำนวยกล่าวคือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประคองจิตใจให้เป็นกุศลและเกิดความสงบทางจิตใจ บุคคลรอบข้างควรช่วยกันสร้างบรรยากาศแห่งความสงบให้แก่ผู้ป่วย โดยการงดเว้นการพูดคุยที่รบกวนผู้ป่วย งดการถกเถียงในหมู่ญาติพี่น้องหรืองดการร้องไห้ร้องไห้ เพราะสิ่งต่างๆเหล่านี้มีแต่จะเพิ่มความวิตกกังวลและความขุ่นเคืองใจให้แก่ผู้ป่วย และเพียงแต่ญาติมิตรพยายามรักษาจิตใจของตนให้ดีไม่เศร้าหมองสลดหดหู่ก็สามารถช่วยผู้ป่วยได้มาก เพราะสภาวะจิตใจของคนรอบตัวนั้นสามารถส่งผลต่อบรรยากาศและต่อจิตใจของผู้ป่วยได้ แม้กระทั่งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะโคม่าก็อาจสัมผัสกับกระแสจิตของผู้คนรอบข้างได้ อย่างไรก็ตามพบว่ายังมีการนำหลักธรรมคำสอนทางพุทธศาสนามาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายทั้งในระบบบริการสาธารณสุขและในชุมชน ไม่ว่าจะเป็แนวทางการเผชิญความตายอย่างสงบ การมรณานุสติและพุทธวิธีเสริมสุขภาพอีกด้วย

จากหนังสือคู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย (2548 : 37 – 38) พบว่าสิ่งที้อาจช่วยให้ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่ทำงานในชั้นตอนนี้ สามารถปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้นและได้เข้าใจถึงขั้นตอน

ของความต้องการในด้านสรีระของมนุษย์ ซึ่ง Abraham Maslow ได้ตั้งเป็นทฤษฎีลำดับความต้องการของมนุษย์ (Hierarchy of needs) ขึ้นมา เพราะมองว่ามนุษย์ทุกคนล้วนแล้วแต่ต้องการที่จะค้นหาเป้าหมายที่จะทำให้ชีวิตของเขาได้รับความต้องการ ความปรารถนาและได้รับสิ่งที่มีความหมายต่อตนเอง โดยเฉพาะในเรื่องของชีวิตและความตาย ซึ่งความปรารถนาของมนุษย์นั้นจะติดตัวมาแต่กำเนิดและความปรารถนาเหล่านี้จะเรียงลำดับชั้นของความปรารถนาตั้งแต่ขั้นแรกไปสู่ขั้นสูงขึ้นไปเป็นลำดับ โดยจัดลำดับชั้นตอนถึงความต้องการในตัวผู้ป่วยโดยเน้นเฉพาะถึงบุคคลที่มีช่วงเวลาของการมีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างจำกัดไว้ดังนี้

ภาพที่ 4 : ลำดับชั้นการดูแลแบบประคับประคองของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy palliative care)



ที่มา : Hospice care is better care, the study on palliative care, Published in the New England Journal of Medicine จาก Saybrook University in San Francisco, USA, 2011.

- ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological needs) ผู้ป่วยโรคร้ายแรงชนิดต่างๆต้องการที่จะมีพื้นฐานของการดำรงชีวิตอยู่ต่อไปอย่างมีความสุขสบายไม่ทุกข์ทรมาน
- ความต้องการความปลอดภัย (Safety needs) จะเป็นประโยชน์อย่างมากถ้าผู้ป่วยและพยาบาลมีการจัดตั้งกลุ่มในการร่วมออกความคิดเห็นในการดูแล โดยมีการอธิบายและการให้ข้อมูลข่าวสารต่างๆอย่างชัดเจน
- ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ (Belongingness and love needs) ผู้ป่วยปรารถนาที่จะได้รับความรัก ความเข้าใจ การเป็นที่ยอมรับและได้รับความสะดวกสบายจากการดูแล ตลอดจนสามารถแบ่งปันความรู้สึกต่างๆกับคนรอบข้างทั้งบุคคลในครอบครัว รวมถึงบุคลากรด้านการแพทย์ต่างๆที่ได้เข้ามาช่วยให้การดูแลได้ด้วย

- ความต้องการได้รับความนับถือยกย่อง (Esteem needs) ในด้านการมีคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยต้องการที่จะได้รับการรับรู้ถึงความต้องการในการมีความเป็นอิสระในชีวิตของตนเองและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียมกันกับผู้อื่น โดยปรารถนาอยากที่จะให้มีการวางแผนการดูแลร่วมกันเป็นเฉพาะบุคคลรายกรณีไป พร้อมกับได้รับความช่วยเหลือให้สามารถบรรลุถึงเป้าประสงค์ต่างๆที่ตั้งเอาไว้ได้ เช่น การทำพินัยกรรมชีวิต การยื่นเจตจำนงขอบริจาคอวัยวะ เป็นต้น
- ความต้องการที่จะเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง (Self - actualization needs) ผู้ป่วยอยากที่จะได้รับความช่วยเหลือในด้านการค้นหาถึงความหมายของภาวะใกล้ตายและความตาย โดยหลายฝ่ายต้องพยายามช่วยให้ผู้ป่วยสามารถไปถึงการยอมรับความจริงตามธรรมชาติเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บที่ตนกำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น รวมถึงการช่วยให้ผู้ป่วยหลุดพ้นจากกฎเกณฑ์ข้อบังคับต่างๆที่มีอยู่ล้อมรอบตัวผู้ป่วยในขณะนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่ช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างปกติสุขและจากไปอย่างสงบ

ในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคร้ายแรงจำเป็นที่จะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองอย่างชัดเจนเพราะการดูแลในรูปแบบนี้มีความแตกต่างจากการดูแลแบบทั่วไปเพราะเป็นการดูแลในทุกมิติของความเป็นมนุษย์นั่นคือ ทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพกายและจิตที่ดีตลอดช่วงเวลาแห่งความเจ็บป่วย อีกทั้งการดูแลก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญยิ่งต่อกระบวนการตัดสินใจและแนวคิดเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรง เพราะหากการดูแลได้เอื้อประโยชน์แก่ตัวของผู้ป่วยมาก ผู้ป่วยก็มีแนวโน้มที่จะมองความตายเป็นเหตุการณ์ธรรมชาติที่ทุกคนต้องเจอและมีการเตรียมความพร้อม ความสงบทางจิตใจและกล้าที่จะเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ในอนาคตที่จะมาเยือน หากแต่การดูแลไม่สามารถช่วยตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกไม่ดีต่อสภาวะความเจ็บป่วย ชีวิตและความตายของตนได้ ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองเช่นนี้จึงถือว่าเป็นประเด็นหลักสำคัญของงานวิจัยชิ้นนี้

### 2.3 แนวคิดจริยธรรมทางการแพทย์ (Medical Ethics)

แม้ว่าความตายเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตก็ถือว่าเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อน เนื่องจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นทีมสุขภาพ ผู้ป่วยหรือครอบครัวของผู้ป่วยต่างก็ต้องเลือกการดูแลที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัว แต่เนื่องจากมนุษย์มีค่านิยม (values) ความเชื่อ (beliefs) ประสบการณ์และมุมมองเกี่ยวกับชีวิตและความตายที่แตกต่างกัน จึงทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคร้ายแรง ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดประเด็นในเรื่องของจริยธรรมเกิดขึ้นอย่างไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งหลักพื้นฐานทางจริยธรรมที่



แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคร้ายแรง และผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีอยู่ 4 ประการ (ดุสิต สถาวร, 2552 : 405 – 407) ได้แก่

1. หลักการทำแต่ความดี (Beneficence)
2. หลักการหลีกเลี่ยงอันตรายอันพึงเกิดกับผู้ป่วย (Non-maleficence)
3. หลักการแห่งเสรีภาพส่วนบุคคล (Autonomy)
4. หลักแห่งความยุติธรรม (Justice)

### 1) หลักการทำแต่ความดี (Beneficence)

หลักข้อนี้ต้องการให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มีการพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบว่าการรักษาใดๆก็ตามที่จะมอบให้แก่ผู้ป่วยนั้นจะต้องก่อให้เกิดประโยชน์โดยตรงต่อตัวของผู้ป่วยเอง มิใช่เพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้ให้การดูแลรักษาหรือเพราะแพทย์มีขีดความสามารถและศักยภาพในการให้การรักษาได้เท่านั้น ซึ่งแพทย์จะมองว่าประโยชน์ที่แท้จริง คือการกระทำทุกอย่างที่พวกเขาสามารถที่จะทำได้ เพื่อเยียวยาอาการและรักษาหรือแม้กระทั่งยืดชีวิตผู้ป่วยให้สามารถมีชีวิตอยู่รอดต่อไปอีกได้นั่นเอง

Tonelli (1996) ได้กล่าวถึงหลักการสำคัญของการกระทำแต่ความดีเอาไว้ว่า จากแนวคิดการปกครองแบบชายเป็นใหญ่ ทำให้แพทย์กลายเป็นบุคคลที่สามารถจะกระทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วยของเขาได้มากที่สุด นั่นคือแพทย์จะคอยจดบันทึกข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับผู้ป่วย เช่นวันนี้ผู้ป่วยยิ้มแย้มดูเสมือนว่าเขามีความสุขกับสภาพที่เป็นอยู่อย่างมาก ผู้ป่วยให้การเต็มใจและยืนยันที่จะทำพินัยกรรมชีวิตเพราะเขาเกิดการรับรู้เกี่ยวกับอำนาจและการนับถือตนเองอย่างสูงสุด และผู้ป่วยจะยื่นเจตจำนงไม่ยอมที่จะมีชีวิตอยู่อีกต่อไปแล้ว ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่อยากที่จะมีความสุขในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตและสิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยได้มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงวาระสุดท้ายก็คือการได้มีอำนาจในเนื้อตัวร่างกายของตนเองได้ด้วยตนเองอย่างแท้จริง

หลักการข้อนี้ครอบคลุมทั้งการตัดสินใจและการกระทำ ซึ่งประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับการเคารพสิทธิของผู้ป่วยโรคร้ายแรงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ การรักษาเพื่อยืดชีวิตและการยุติหรือยับยั้งการรักษาที่เป็นไปเพื่อต้องการที่จะยืดชีวิตของผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตแล้วก็ตาม ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์มีสิทธิสามารถที่จะกระทำการตัดสินใจระงับการรักษาในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้กระบวนการรักษาเป็นไปในลักษณะที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์อย่างสูงสุดสำหรับตนเอง อีกทั้งยังมีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาใดๆก็ตามที่ซึ่งทีมสุขภาพก็ต้องให้การยอมรับ แม้ว่าจะไม่เห็นด้วยก็ตาม แต่ทั้งนี้ทีมสุขภาพจะต้องดำเนินการให้ข้อมูลที่เพียงพอและถูกต้องแก่ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยด้วยเพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการประกอบการตัดสินใจ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในสภาพที่จะคิดตัดสินใจได้ด้วยตนเองครอบครัวของผู้ป่วยย่อมมีอำนาจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ทันที ซึ่งในกรณีนี้ประเด็นจริยธรรมถือว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพราะเมื่อใดก็ตามที่มีการมอบอำนาจให้ผู้อื่นมากระทำ

การคิดและตัดสินใจแทนผู้ป่วย โดยเฉพาะการตัดสินใจว่าผู้ป่วยควรที่จะได้รับการดูแลรักษาแบบยืดชีวิต หรือควรที่จะดำเนินการยุติการรักษาที่เป็นไปเพื่อการยื้อชีวิตเหล่านั้น จากกรณีเช่นนี้จึงนำไปสู่การเกิดกฎหมายที่สำคัญ คือ Patient Self - Determination Act (PSDA) ขึ้นมาทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะแสดง ความจำนงเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลรักษาตนเองเอาไว้ล่วงหน้าได้ (Advance directives) โดยการทำ พินัยกรรมชีวิต (Living will) หรือการมอบหมายให้มีผู้ตัดสินใจแทนเมื่อผู้ป่วยถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ที่สภาพร่างกายและจิตใจ ตลอดจนกระบวนการรับรู้และรู้คิดไม่เอื้อต่อการคิดตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ซึ่ง การปฏิบัติของทีมสุขภาพก็จะต้องสอดคล้องกับพินัยกรรมชีวิตที่ผู้ป่วยได้กระทำเอาไว้

### 2) หลักการหลีกเลี่ยงอันตรายอันพึงเกิดกับผู้ป่วย (Non-maleficence)

หลักข้อนี้ต้องการให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ได้มีการพิจารณาไตร่ตรองอย่าง รอบคอบว่าการรักษาใดๆก็ตามที่จะมอบให้แก่ผู้ป่วยจะต้องไม่ก่อให้เกิดอันตรายขึ้นแก่ตัวของผู้ป่วย ซึ่ง แพทย์จะมีหน้าที่โดยตรงในการป้องกันอันตรายอันพึงเกิดกับผู้ป่วยอย่างสุดความสามารถ คำว่า “อันตราย” ในที่นี้ หมายรวมถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิต วิญญาณ ตัวอย่างการนำหลักการในข้อนี้ไปใช้ทางคลินิก ได้แก่ กรณีการรักษาที่เข้าข่ายการทดลองที่อาจ ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยในขณะที่ประโยชน์ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับก็ยังไม่ปรากฏเป็นที่แน่ชัด เป็นต้น

### 3) หลักการแห่งเสรีภาพส่วนบุคคล (Autonomy)

หลักข้อนี้ต้องการให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์รับทราบและเคารพในเสรีภาพและ ศักดิ์ศรีของผู้ป่วยเสมอ โดยคำว่า “เสรีภาพ” ในที่นี้ หมายรวมถึง เสรีภาพในการคิด ตัดสินใจและเสรีภาพ ในการกระทำ

การเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วยในที่นี้ หมายถึง การยอมรับในความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละ รายในแง่ของความรู้สึกนึกคิดและการเลือกปฏิบัติ

เสรีภาพในการตัดสินใจ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรู้ความจริงหรือทราบข้อมูลทั้งหมดที่ เกี่ยวข้องกับสถานะความเจ็บป่วยและการเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเอง ก่อนที่ผู้ป่วยจะกระทำการตัดสินใจ เลือกปฏิบัติอย่างหนึ่งอย่างใดที่ผลจะเกี่ยวข้องกับตัวของผู้ป่วยเอง

เสรีภาพในการกระทำในที่นี้ หมายถึงการที่ผู้ป่วยมีเสรีภาพในการเลือกกระทำโดยปราศจาก การบังคับขู่เข็ญ หลอกลวง แจ้งเท็จ กักขัง ทั้งโดยตรงหรือโดยอ้อม รวมถึงการปฏิเสธการรักษาพยาบาล ด้วย

ดังนั้น “การมีอิสรภาพในตนเองของมนุษย์” จึงหมายถึงการที่มนุษย์มีความสามารถที่จะทำ การคิดตัดสินใจสิ่งต่างๆได้ด้วยตนเอง มนุษย์เป็นผู้กระทำทุกสิ่งทุกอย่างได้ด้วยตนเองอย่างแท้จริง แม้แต่ ในสถานะที่ยุงยากลำบากเป็นวิกฤตแห่งชีวิตก็ตาม ในทางการแพทย์การมีอิสรภาพทางอำนาจ หมายถึง การที่บุคคลสามารถเลือกวิธีการรักษาต่างๆได้ด้วยตัวของผู้นั้นเพียงผู้เดียว

ตัวอย่างการนำหลักข้อนี้ไปใช้ ได้แก่ กรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เมื่อแพทย์ให้ข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวกับหนทางการรักษาแก่ผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามเพิ่มเติมแล้ว ผู้ป่วยมีสิทธิโดยชอบธรรมที่จะคิดตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาต่างๆทางการแพทย์ได้ด้วยตนเองโดยอิสระ เช่น ในสภาวะใกล้ตาย ผู้ป่วยด้วยโรคร้ายแรงอาจคิดตัดสินใจที่จะทำพิธีกรรมชีวิตเพื่อแสดงเจตจำนงเอาไว้ล่วงหน้าต่อบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวว่าเมื่อผู้ป่วยต้องตกอยู่ในสภาวะที่หมดอิสรภาพและไร้สมรรถภาพเป็นระยะเวลาอันยาวนานตนได้เลือกที่จะปฏิเสธการรักษาที่เป็นไปเพียงแคื่อยืดชีวิตที่ทุกข์ทรมานเอาไว้เท่านั้น โดยเลือกที่จะขอตายอย่างสงบ มีคุณภาพชีวิตที่ดี เข้าถึงศาสนาที่ตนศรัทธาและจากโลกนี้ไปอย่างสงบหรือแม้แต่เลือกที่จะตัดสินใจบริจาคอวัยวะเพื่อเป็นประโยชน์ต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน ซึ่งพบว่าพิธีกรรมชีวิตเป็นสิ่งที่ช่วยตอบสนองความต้องการให้แก่ปัจเจกแต่ละคนได้อย่างแท้จริง อย่างไรก็ตามเสรีภาพในข้อนี้มีข้อจำกัดอยู่บ้าง เช่น กรณีผู้ป่วยเด็กผู้ปกครองจะเป็นผู้ตัดสินใจแทนจนกว่าบุคคลนั้นจะมีสิทธิในการตัดสินใจได้เองตามกฎหมายหรือกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในสภาพที่จะสามารถควบคุมสติของตนเองได้ก็ไม่อาจที่จะใช้สิทธิและเสรีภาพที่กล่าวถึงได้จนกว่าสติสัมปชัญญะจะกลับคืนมา

#### 4) หลักแห่งความยุติธรรม (Justice)

หลักข้อนี้ต้องการให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์คำนึงถึงความยุติธรรมเมื่อมีการพิจารณาเลือกวิธีการรักษาใดๆก็ตามให้แก่ผู้ป่วย โดยกรณีเหมือนกันต้องได้รับการพิจารณาที่เหมือนกันหรือคนที่เท่าเทียมกันก็ควรจะได้รับ การพิจารณาอย่างเท่าเทียมและเสมอภาคกัน หลักข้อนี้ได้นำมาใช้ในการพิจารณาจัดสรรทรัพยากรต่างๆ ได้แก่ สิ่งอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์และบริการต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยหวังว่าจะทำให้เกิดความเท่าเทียมกันในสังคม อย่างไรก็ตามในความเป็นจริงแล้วโรงพยาบาลอาจจะไม่มีทรัพยากรที่เพียงพอต่อการจัดสรรปันส่วนให้เหมาะสมกับความจำเป็นของทุกคนก็เป็นได้

หลักการข้อนี้เป็นเรื่องที่เป็นปัญหามากในทางปฏิบัติ เนื่องจากอุปสรรคที่สำคัญก็คือเกณฑ์ที่จะใช้ยึดถือในการให้นิยามคำว่า “ยุติธรรม” ซึ่งพบว่าในทางปฏิบัติมีความหลากหลายอยู่พอสมควรว่าเกณฑ์สำหรับการแบ่งปันปันส่วนเรื่องของการรักษาพยาบาลที่จะก่อให้เกิดความยุติธรรมทางสังคมมากที่สุดควรเป็นเกณฑ์ใด ตัวอย่างเช่น

- ความเป็นไปได้ที่จะประสบผลสำเร็จ (likelihood of success)
- ความต้องการ (Needs) ของผู้ป่วย
- การตอบแทน (Rewards)
- ความเสมอภาค (Equal shares)
- ความสามารถในการจ่ายเงินทดแทน (Ability to pay)
- แบบสุ่ม (Random)

การศึกษามุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการมีมุมมองทัศนคติ ความคิดและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย อันเกี่ยวเนื่องกับเรื่องของชีวิต สภาวะความเจ็บป่วย ภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องใหญ่เพราะการดูแลผู้ป่วย โรคร้ายแรงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเกี่ยวข้องกับเรื่องของสิทธิแห่งความเป็นมนุษย์ ประเด็นจริยธรรมจึง เป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ บุคลากรทางการแพทย์และบุคคลใกล้ชิดจึงควรยึดหลักนี้ในการปฏิบัติ ดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ โดยพบว่าหลักพื้นฐานทางจริยธรรมที่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ใช้เป็น แนวทางในการกำหนดแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคร้ายแรงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4 ประการ ได้แก่ หลักการทำแต่ความดี, หลักการหลีกเลี่ยงอันตรายอันพึงเกิดกับผู้ป่วย, หลักการแห่งเสรีภาพส่วนบุคคล และหลักแห่งความยุติธรรม เป็นหลักจริยธรรมทางการแพทย์ที่ครอบคลุมทุกบริบทของการดูแลผู้ป่วย ทั้งสิ้น

## 2.4 ทฤษฎีการให้ความหมายทางสังคม (Social Constructivism)

ทฤษฎีการให้ความหมายทางสังคมเป็นทฤษฎีที่มีรากฐานมาจากแนวคิดของไวโกตสกี (Vygotsky) ซึ่งมีแนวคิดสำคัญที่ว่า “ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาด้านปัญญาของมนุษย์” ซึ่งไวโกตสกีได้ให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมและสังคมมาก เขาอธิบายว่ามนุษย์ได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมตั้งแต่แรกเกิด นอกจากสิ่งแวดล้อมจากธรรมชาติแล้วยังมีสิ่งแวดล้อมทางสังคมซึ่งก็คือ วัฒนธรรมที่แต่ละสังคมสร้างขึ้น ดังนั้นสถาบันทางสังคมต่างๆ เริ่มตั้งแต่สถาบันครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อ พัฒนาการทางเชาวน์ปัญญาของมนุษย์ด้วย กล่าวคือ มนุษย์สร้างความรู้ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นในขณะที่บุคคลนั้นๆ ได้ดำรงชีวิตอยู่ในบริบทของวัฒนธรรมและสังคมหนึ่งๆ เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่, เด็กกับพ่อแม่, ครูกับลูกศิษย์และแพทย์กับผู้ป่วย เป็นต้น อีกทั้งสามารถกล่าวได้ว่าการให้ความหมายทางสังคมเป็นทฤษฎีการเรียนรู้หรือสร้างองค์ความรู้ด้วยการกระทำของตนเอง (Theory of Active Knowing) ซึ่งมีแนวคิดหลักว่าบุคคลเรียนรู้ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมด้วยวิธีการต่างๆ โดยอาศัยทั้งจากประสบการณ์เดิม โครงสร้างทางปัญญาที่มีอยู่และแรงจูงใจภายในเป็นพื้นฐาน เมื่อบุคคลได้เผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาซึ่งไม่สามารถแก้หรืออธิบายได้ด้วยโครงสร้างทางปัญญาที่มีอยู่หรือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นจะเป็นแรง จูงใจให้เกิดการคิดไตร่ตรองและนำไปสู่การสร้างความรู้ใหม่ทางปัญญา (Cognitive Restructuring) ที่สามารถคลี่คลายสถานการณ์ที่เป็นปัญหาหรือจัดความขัดแย้งทางปัญญาที่เกิดขึ้นได้ จึงกล่าวได้ว่าการให้ความหมายทางสังคมก็คือการที่บุคคลหนึ่งสามารถสร้างสรรค์ความรู้ต่างๆขึ้นได้ด้วยตนเอง (นริรัตน์ สร้อยศรี, 2555)

การที่มนุษย์รู้หรือทราบสิ่งต่างๆ มนุษย์ไม่ได้ค้นพบความรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้นอย่างแท้จริง หากแต่ มนุษย์ได้สร้าง(Construct) ภาพของสิ่งนั้นให้เข้ามาอยู่ในใจของตนเอง โดยการสร้างความคิดรวบยอด

สร้างแบบจำลองหรือสร้างแบบแผนของสิ่งที่ได้ประสบพบเจอเหล่านั้นขึ้นมาในใจเพื่อทำความรู้จักและเข้าใจความหมายของสิ่งเหล่านั้น ซึ่งสิ่งต่างๆที่มนุษย์ได้สร้างขึ้นมาแล้วจะถูกทดสอบ ถูกปรับปรุง อยู่เสมอ โดยอาศัยสิ่งใหม่ๆที่มนุษย์ได้ประสบพบเจอในเวลาต่อมามาช่วยในการปรับปรุง นอกจากนี้การสร้างความรู้เกี่ยวกับสิ่งที่เราได้ประสบนั้นยังมีมิติทางประวัติศาสตร์และทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย กล่าวคือมนุษย์ได้สร้างความรู้ต่างๆขึ้นมาบนพื้นฐานของความเข้าใจ การนำไปปฏิบัติและบริบททางสังคม วัฒนธรรมที่ยึดถือร่วมกันทั้งที่มีอยู่ก่อนแล้วและในปัจจุบันเป็นหลัก เพราะมนุษย์ไม่ได้สร้างความรู้ขึ้นมาอย่างปราศจากพื้นฐานหากแต่มนุษย์ได้ให้ความสำคัญกับกระบวนการ, วิธีการแปลความหมายและสร้างความรู้ความเข้าใจจากประสบการณ์ต่างๆ ซึ่งการแปลความหมายของมนุษย์แต่ละคนย่อมมีความแตกต่างกันออกไปเพราะขึ้นอยู่กับความรู้, ประสบการณ์, ความเชื่อ, ความต้องการ, ความสนใจและภูมิหลังของแต่ละคน ดังนั้นการสร้างความหมายของข้อมูลความรู้และประสบการณ์ต่างๆจึงเป็นเรื่องเฉพาะตนที่มนุษย์จะต้องใช้กระบวนการทางสติปัญญาในการจัดกระทำไม่ใช่เป็นเพียงแต่การรับข้อมูลเท่านั้น ซึ่งมีผู้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการให้ความหมายทางสังคมไว้ดังนี้

อมรา พงศาพิชญ์ (2547) กล่าวว่า การให้ความหมายทางสังคมและวัฒนธรรมย่อมมีการเปลี่ยนแปลงได้อยู่เสมอ เพราะความหมายที่ถูกกำหนดเอาไว้แต่เดิมนั้นอาจจะไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน เนื่องจากว่าสิ่งที่มีความสอดคล้องกับความเป็นจริงในสมัยก่อนอาจจะไม่ใช่สิ่งที่เหมาะสมกับสภาพของสังคมในสมัยใหม่ก็เป็นได้

Geertz (1973) กล่าวเอาไว้ว่าวัฒนธรรมเป็นระบบความหมาย ระบบสัญลักษณ์หรือระบบความคิดที่มนุษย์ในสังคมและวัฒนธรรมหนึ่งๆได้สร้างขึ้น มา มนุษย์ที่อาศัยอยู่ในสังคมและวัฒนธรรมหนึ่งๆจะมีการสร้างแนวคิดของตนเองขึ้นมา ซึ่งจะประกอบไปด้วยแนวคิดที่หลากหลายและกว้างขวางจากสิ่งต่างๆที่อยู่รอบตัว เช่น ครอบครัว ครู กลุ่มเพื่อน และหนังสือ เป็นต้น ซึ่งมนุษย์แต่ละคนจะต้องทำการรวบรวมแนวคิดที่หลากหลายเหล่านั้นและทำการสังเคราะห์สิ่งเหล่านี้ให้กลายเป็นแนวคิดที่ถูกบูรณาการขึ้นมาใหม่

Schwandt (1994) กล่าวว่า การให้ความหมายทางสังคมเป็นการกระทำทางสังคมที่เกิดขึ้น ถูกกระทำซ้ำและเป็นที่ยอมรับร่วมกันภายใต้สถานการณ์และบริบทหนึ่ง กล่าวคือการกระทำทางสังคมแต่ละอย่างล้วนแล้วแต่เป็นสัญลักษณ์ที่บ่งบอกถึงการให้ความหมายที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งซ่อนเร้นอยู่เบื้องหลังของการกระทำนั้นๆ ซึ่งความหมายก็ไม่จำเป็นที่จะต้องสัมพันธ์กันอย่างตรงไปตรงมานั้นคือการกระทำอาจเป็นอย่างหนึ่ง แต่ความหมายของมันก็อาจจะเป็นอีกอย่างหนึ่งก็ได้ เช่น การให้ความหมายของการตาย พบว่าแต่ละสังคมวัฒนธรรมยอมให้ความหมายของการตายที่แตกต่างกันออกไป รวมทั้งวิวัฒนาการของวัฒนธรรมก็ทำให้ความหมายของสิ่งต่างๆเปลี่ยนไปด้วยเช่นกัน

Holloway (1997) กล่าวว่า ความหมายของสัญลักษณ์ต่างๆ ล้วนแล้วแต่เป็นสิ่งที่ผู้คนในสังคมได้สร้างหรือกำหนดขึ้นมาทั้งสิ้น เพื่อให้คนที่อยู่ในสังคมเดียวกันเกิดความเข้าใจและถือนำไปปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้จึงกล่าวได้ว่าการที่ปฏิสัมพันธ์ของคนในสังคมสามารถดำเนินไปได้ปกติก็เพราะว่าผู้คนในสังคมมีความเข้าใจในความหมายของพฤติกรรมหรือการกระทำอย่างเดียวกัน

Kim B. (2001) การให้ความหมายทางสังคมเกิดขึ้นจากการให้ความสำคัญกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่ปรากฏอยู่ในสังคมนั้นๆ เป็นสิ่งสำคัญ รวมทั้งเป็นการสร้างความรู้โดยอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจของคนในสังคมนั้นๆ ซึ่งจะประกอบไปด้วยสภาพความเป็นจริง รวมทั้งการสร้างหรือให้ความหมายของสิ่งต่างๆ ในกลุ่มมนุษย์ย่อมขึ้นอยู่กับความนึกคิดของบุคคลและสมาชิกในสังคม

สรุปได้ว่า การให้ความหมายทางสังคม คือ การสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่สิ่งต่างๆ ที่มนุษย์ในสังคมสร้างขึ้นมา ซึ่งการสร้างหรือให้ความหมายต่อสิ่งต่างๆ ทางสังคมเช่นนี้มักจะอยู่บนพื้นฐานของความรู้ ความเข้าใจของบุคคลและสมาชิกในสังคมที่มีต่อสิ่งนั้นๆ และจะเกิดการเรียนรู้ การแปลความหรือตีความจากความเข้าใจภายใต้สถานการณ์ปัจจุบัน ประกอบเชื่อมสัมพันธ์กับความรู้ที่มีในภายหลัง ซึ่งความคิดความเข้าใจต่อสิ่งต่างๆ นั้นจะเป็นไปตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นและจะมีความสอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของสังคมนั้นๆ อยู่เสมอ เช่น การให้ความหมายของภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงก็มีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละสังคมและวัฒนธรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยแต่ละคนมีการให้ความหมายและมีมุมมองในเรื่องนี้ต่างกัน ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการศึกษเกี่ยวกับมุมมองความคิดเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงนั้นจำเป็นต้องใช้แนวคิดการให้ความหมายทางสังคมมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล เพราะการให้ความหมายทางสังคมเป็นตัวสะท้อนกระบวนการทางความคิดที่สำคัญอย่างยิ่งของผู้ป่วยโรคร้ายแรง และสามารถช่วยนำไปอธิบายประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคร้ายแรงได้เป็นอย่างดี ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับมุมมองความคิดของมนุษย์ย่อมต้องอาศัยการรับรู้ การตีความ ซึ่งแต่ละคนก็จะมี การรับรู้และการตีความที่แตกต่างกันออกไป โดยจะดูว่าโดยส่วนใหญ่แล้วมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยแต่ละรายมีลักษณะอย่างไร ตลอดจนผู้ป่วยมีมุมมองต่อภาวะใกล้ตายเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรภายหลังจากที่ต้องกลายมาเป็นผู้ป่วยที่ชีวิตถูกคุกคามด้วยโรคร้ายแรงและไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ และเมื่อพวกเขามีมุมมองต่อภาวะใกล้ตายและความตายเช่นนั้นพวกเขาได้มีการใช้ชีวิตและการปรับตัวในระยะประคับประคองเช่นนี้อย่างไรเพื่อให้ตนเอง ครอบครัว ตลอดจนคนรอบข้างมีการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติและมีความสุข

## 2.5 ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Interaction)

ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์เป็นการศึกษาสังคมในระดับปัจเจกหรือระดับจุลภาคเหมือนกับการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) และการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnomethodology) จุดเน้นในการศึกษาของปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์จะเน้นไปที่การพยายามทำความเข้าใจ

ปัจเจกบุคคลจากประสบการณ์จริงๆในชีวิตประจำวันของบุคคลนั้น เน้นการศึกษาภาวะอัตวิสัย (Subjective) ของคน โดยจะทำการศึกษาความรู้สึก ความคิด ความเข้าใจ ซึ่งเป็นการรับรู้ของปัจเจก ภายใต้อาสาของเขาเองและที่สำคัญที่สุดก็คือ ปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์จะเน้นไปที่การศึกษาตีความ และการให้ความหมายของประสบการณ์ของปัจเจกแต่ละคน เพื่อที่ว่าปัจเจกแต่ละคนมีการตีความ อย่างไรต่อสิ่งต่างๆที่อยู่รอบตัว มีความคิดอย่างไรต่อประสบการณ์นั้นๆและพวกเขาสามารถเชื่อมโยง ประสบการณ์ในชีวิตประจำวันอย่างไรเพื่อให้สามารถเข้ากับคนอื่นๆรอบข้างได้ จึงถือได้ว่าปฏิสัมพันธ์เชิง สัญลักษณ์เป็นทฤษฎีที่อยู่ในกลุ่มสังคมวิทยาชีวิตประจำวัน (Sociologies of Everyday life) ที่หันมาเน้น มุมมองของคนในชีวิตประจำวันมากขึ้นโดยมองว่าปัจเจกในฐานะผู้กระทำ (Active actor) จะสามารถใช้ ความคิด ความรู้สึกและอารมณ์ในการตีความและให้ความหมาย ตลอดจนประเมินสถานการณ์ต่างๆที่ตน ได้เข้าไปมีส่วนร่วมอยู่ด้วย ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้ได้ก่อให้เกิดกระบวนการสร้างความคิดเห็น กระบวนการ ตัดสินใจและได้นำไปสู่การกำหนดแนวทางการกระทำต่างๆของปัจเจกแต่ละคน ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า ปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์เป็นทฤษฎีที่มีมุมมองทางด้านจิตวิทยาสังคมที่มุ่งเข้าไปที่การศึกษาพฤติกรรม ของปัจเจกบุคคล ซึ่งพฤติกรรมของปัจเจกได้รวมไปถึงความคิด อารมณ์ ตัวตน รวมถึงการปฏิสัมพันธ์ซึ่ง กันและกันโดยตรงระหว่างปัจเจกด้วย

แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์มีหลายหลายแนวคิด โดย George Herbert Mead ซึ่งเป็นนักทฤษฎีคนสำคัญของปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ได้กล่าวเอาไว้ว่ามนุษย์มีกลไกทางความคิด ที่ทำให้มนุษย์มีการรับรู้เกี่ยวกับตัวตนของมนุษย์เอง มนุษย์รู้จักวางแผนและปรับพฤติกรรมให้เข้ากับ สถานการณ์และเป้าหมายที่ตนได้วางเอาไว้และมนุษย์ได้รู้จักพัฒนาความสามารถในการสื่อสารกับผู้อื่น ผ่านสัญลักษณ์ต่างๆด้วย พบว่า สัญลักษณ์ที่สำคัญที่สุดคือภาษา กล่าวคือมนุษย์มีการกระทำการโต้ตอบ หรือสื่อสารกับคนอื่นๆในสังคมผ่านทางภาษาและสัญลักษณ์ โดยต่างฝ่ายจะส่งความหมายและตีความ ให้แก่กันและกัน ซึ่งจะเป็นความหมายที่ยืดหยุ่นไปตามบริบทและสถานการณ์ต่างๆในโลกทางสังคม มนุษย์จึงต้องมีการรับรู้ความหมายของสัญลักษณ์ต่างๆร่วมกัน ตลอดจนมีการสวมบทบาทต่างๆเพื่อ กระทำการโต้ตอบกันและกันด้วย ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า “การปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์” เป็นการกระทำ โต้ตอบกันโดยอาศัยกระบวนการทางความคิด ความหมายและสัญลักษณ์เป็นสำคัญ แนวความคิด ดังกล่าวได้ส่งผลให้เกิดความคิดหลักในเรื่องของ “จิต อัตตะและสังคม” (Mind Self and Society) ขึ้นมา โดยสามารถนำไปอธิบายเรื่องของการให้ความหมายและการมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างแพทย์ กับผู้ป่วย, ครอบครัวกับผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างกับผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน (Blumer, Herbert, 1969 : 61- 68)

นอกจากนี้ยังมีแนวคิดปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์จากมุมมองของ Herbert Blumer (1969: 5-6) ซึ่งเป็นนักคิดคนสำคัญที่ได้รับแนวคิดมาจาก George Herbert Mead โดยBlumer ได้ให้นิยามทัศนภาพ

การปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์เอาไว้ว่าประกอบไปด้วยกระบวนการให้ความหมาย ซึ่งมีหลักการพื้นฐานทางความคิด 3 ประการ คือ

1. มนุษย์กระทำต่อสิ่งต่างๆบนพื้นฐานของความหมายที่เขาได้ให้กับสิ่งต่างๆเหล่านั้น กล่าวคือมนุษย์ไม่ได้ตอบสนองโดยตรงต่อตัวกระตุ้น แต่มนุษย์ตอบสนองต่อความหมายที่ให้กับตัว กระตุ้นนั้น ดังนั้นในแต่ละสถานการณ์จะต้องมีกระบวนการนิยามสถานการณ์อยู่เสมอ ซึ่งการนิยามสถานการณ์ต่างๆถือว่าเป็นหัวใจหลักสำคัญที่ทำให้มนุษย์เข้าใจการกระทำของมนุษย์ด้วยกันเองและยังเป็นตัวชี้แนะแนวทางการกระทำต่างๆของมนุษย์อีกด้วย เช่น การให้ความหมายของแพทย์ว่ามีหน้าที่ในการรักษาดูแลสุขภาพของผู้ป่วย, โรงพยาบาลเป็นสถานที่ให้ความช่วยเหลือแก่มนุษย์เมื่อเจ็บป่วย โดยมีแพทย์และพยาบาลทำหน้าที่ให้การดูรักษา, การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงคือการเจ็บป่วยที่ไม่มีวันหายและจะต้องทนต่อสภาวะเช่นนี้ตลอดไปและความตายคือการสิ้นสุดของการดำเนินชีวิตและต้องพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รักไป

2. ความหมายของสิ่งต่างๆได้มาจากกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างบุคคลนั้นกับคนอื่น กล่าวคือความหมายต่างๆล้วนแล้วแต่เป็นสิ่งที่ได้มาจากการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ไม่ใช่เป็นความหมายที่กำหนดขึ้นมาเองหรือนิยามอย่างไรก็ได้ ซึ่งหมายความว่าทำให้นิยามความหมายย่อมเกิดจากการที่คนในกลุ่มได้มาอยู่อาศัย ทำกิจกรรมและมีประสบการณ์ต่างๆร่วมกันในกลุ่มของตนเองเป็นระยะเวลายาวนานพอสมควรก่อให้เกิดการมีระบบสัญลักษณ์ที่ยึดถือร่วมกันจนกระทั่งนำไปสู่การพัฒนา ระบบความหมายร่วมกันได้ เช่น แพทย์ปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลให้หายจากอาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจึงมองว่าแพทย์คือผู้มีพระคุณต่อชีวิตของเขา แต่หากแพทย์ไม่สามารถรักษาให้หายจากความเจ็บป่วยได้แพทย์ก็จะถูกมองว่าไร้ความสามารถ

3. ความหมายมีการปรับเปลี่ยนได้ผ่านกระบวนการตีความ กล่าวคือผู้กระทำจะทำการเลือกสรรตรวจสอบ หดขยี้หรือปรับเปลี่ยนการให้ความหมายต่อสิ่งต่างๆตามสถานการณ์ที่เขากำลังเผชิญอยู่ ดังนั้นระบบความหมายที่สร้างขึ้นจึงไม่ใช่สิ่งที่แน่นอนตายตัว แต่จะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอตามการให้ความหมายของแต่ละสถานการณ์ เช่น ในสถานการณ์การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยกำลังเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจะให้ความหมายต่อภาวะใกล้ตายและความตายแปรเปลี่ยนไปจากเดิม นั่นคือ แต่เดิมอาจมองว่าความตายคือเรื่องธรรมดาที่ทุกคนต้องเผชิญจึงไม่รู้สึกหวาดกลัวใดๆหากแต่พอได้เข้ามาอยู่ในช่วงสภาวะแห่งความเป็นความตายเสียเองกลับมองว่าความตายน่ากลัว เจ็บปวด ทุกข์ทรมานและไม่อยากที่จะเผชิญกับความตาย

ดังนั้นทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ตามหลัก 3 ข้อ ของ Blumer จึงเป็นการอธิบายการกระทำที่ผู้กระทำรู้ตัวว่าตัวเองต้องการอะไร อีกทั้งยังเป็นการมองทุกอย่างในลักษณะที่เคลื่อนไหว ความหมายจึงเป็นสิ่งที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์และกลุ่มที่กำลังเผชิญหน้าอยู่ด้วย



เมื่อมองการปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ในแง่มุมมองที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของระบบสุขภาพจะพบว่าการตีความหมายในเรื่องของการรับรู้ ความรู้สึก แรงจูงใจและปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของสุขภาพอนามัยมักจะเกิดขึ้นในแต่ละบริบทของสังคมและวัฒนธรรมนั้นๆ เมื่อสังคมและวัฒนธรรมเกิดการเปลี่ยนแปลง การบ่งบอกว่าลักษณะใดคือความเจ็บป่วยก็จะเปลี่ยนแปลงตามไปด้วยเพราะมนุษย์ในแต่ละสังคมวัฒนธรรมย่อมมีการเรียนรู้ว่าสิ่งใดคือความปกติและสิ่งใดคือความผิดปกติที่จำเป็นต้องได้รับการเยียวยารักษา ซึ่งพบว่าการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย การจัดการต่ออาการเจ็บ ปวดและการมองความตายก็ย่อมแตกต่างกัน โดยมีวัฒนธรรมเป็นตัวกำหนดการให้ความหมายต่อสิ่งต่างๆ เหล่านั้น (Kleinman, 1996: 1 – 20) อีกทั้งยังมีความเชื่อว่าการบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกิดจากสัมพันธภาพในการดูแลระหว่างผู้ดูแล (care giver) และผู้ได้รับการดูแล (care recipient) จะก่อให้เกิดการมีมุมมองความคิดเกี่ยวกับการมีศักดิ์ศรี, มีคุณค่าในตนเอง, การให้ความเคารพนับถือ, การเข้าใจ, การเชื่อใจ, การไว้วางใจและให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งกระบวนการดูแลจะมีลักษณะเป็นพลวัตเพราะทุกคนต่างมีความเป็นปัจเจก มีตัวตน มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต ตลอดจนมีภูมิหลังทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันออกไป เมื่อบุคคลทั้งสองฝ่ายต้องมาปฏิสัมพันธ์ทางสังคมร่วมกัน ทั้งสองฝ่ายจึงต้องมีการปรับตัวเข้าหากันอยู่เสมอ โดยจะต้องมีความพยายามที่จะเข้าถึงและเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของอีกฝ่าย และต้องพยายามที่จะประสานกันให้กลายเป็นองค์รวมเดียวกัน จึงจะถือว่าการดูแลที่เข้าถึงความรู้สึกของกันและกันได้เป็นอย่างดี ซึ่งการดูแลในรูปแบบการประคับประคองจะเป็นไปในลักษณะเช่นนี้เพราะการดูแลผู้ป่วยโรคร้ายแรงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนมาก (Watson J., 1985: 1–30) ส่งผลให้ในขณะช่วงเวลาแห่งการปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ซึ่งกันและกันระหว่างปัจเจกเกิดอุปสรรคต่างๆ เกิดขึ้น อันเกิดจากการมีกระบวนการรับรู้, การรู้คิด, การมีมุมมอง, มีทัศนคติ, มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต ตลอดจนบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ซึ่งพบว่ามีกลไกหลักสำคัญที่สามารถช่วยให้การปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์สามารถดำเนินต่อไปได้อย่างราบรื่นมากขึ้นได้ ดังต่อไปนี้

### 1. การสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support)

การสนับสนุนทางด้านสังคม เป็นส่วนหนึ่งของการทำให้บุคคลในสังคมเกิดการรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น จนนำไปสู่การเกิดความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ ความสำเร็จช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเกิดความรู้สึกผูกพันกับคนรอบข้างมากขึ้นตามไปด้วย พบว่าความรู้สึกเช่นนี้มักเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้างอย่างสม่ำเสมอ จึงกล่าวได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล โดยส่วนใหญ่แล้วจะเกิดขึ้นภายในครอบครัว เช่น คู่สมรส, บิดา – มารดา, บุตร และญาติพี่น้อง ตลอดจนบุคคลที่อยู่ในเครือข่ายของสังคมด้วย เช่น เพื่อนร่วมงาน, แพทย์, พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

แรงสนับสนุนทางด้านจิตใจจะทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง เคารพนับถือ มีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้ได้ก่อให้เกิดประโยชน์นานับประการ นั่นก็คือสามารถช่วยให้บุคคลมีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถปรับตัวต่อสภาวะความตึงเครียด เกิดการตระหนักรู้และยอมรับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดช่วงระยะเวลาแห่งความเจ็บป่วย จนกระทั่งถึงช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตนั่นเอง (Cobb and Kasl, 1966 : 246 -266)

## 2. แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมี 5 ระบบ (Pender,1987 อ้างถึงใน นิตยา เหล่าบุญเกื้อ,2550 : 15)

- 1) การสนับสนุนตามธรรมชาติ (natural support system) เป็นแหล่งการสนับสนุนที่มาจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดมากที่สุด ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง
- 2) การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (peer support system) เป็นการสนับสนุนที่บุคคลจะได้รับจากผู้ที่มีประสบการณ์
- 3) การสนับสนุนทางด้านศาสนาหรือแหล่งอุปลักษณ์ต่างๆ (religion organization or denomination) เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้บุคคลได้มีการพบปะแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอนต่างๆที่มาจากพระนักบวช หรือกลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม เป็นต้น
- 4) การสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (health professional system) เป็นแหล่งการสนับสนุนทางสังคมแห่งแรกที่จะให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและจะมีความสำคัญยิ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนที่มาจากครอบครัวและกลุ่มเพื่อนสนิทไม่เพียงพอ
- 5) การสนับสนุนจากวิชาชีพอื่นๆ (organization support system not directed by health professional) เป็นการสนับสนุนที่มาจากกลุ่มอาสาสมัคร ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีหน้าที่เป็นสื่อกลางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆของชีวิตได้เป็นอย่างดีมากยิ่งขึ้น เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญอยู่ในสภาวะแห่งความเจ็บป่วย

## 3. องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

- 1) ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน
- 2) ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์ จะต้องประกอบด้วยข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามี ความเอาใจใส่และมีความรัก ความหวังดีในสังคมอย่างจริงจัง, ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ทำให้ผู้รับรู้สึกว่าตนเองมีค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม และจะต้องเป็นข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่สามารถทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม
- 3) ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

#### 4. ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพอนามัยสามารถสรุปได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ

1) ผลต่อสุขภาพกาย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ จะมีภูมิคุ้มกันทางด้านจิตใจมากขึ้น ส่งผลให้สุขภาพทางด้านร่างกายอันเกิดจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ มีลักษณะอาการการดำเนินของโรคเป็นไปในทางที่ดีขึ้น ผู้ป่วยจะมีกำลังใจในการอยากที่จะมีชีวิตอยู่ต่อเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม หากแต่ผู้ป่วยที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการอ่อนแอทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้เกิดการติดโรคแทรกซ้อนได้ง่ายขึ้นและมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลงอีกด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรมอยู่เสมอ ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจสุขภาพร่างกายเป็นประจำ มีการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารเหมาะสม จึงกล่าวได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากจะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าและส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

2) ผลต่อสุขภาพจิต กล่าวคือผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิตจะมีลักษณะเช่นเดียวกับสุขภาพกาย นั่นคือ แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคลตลอดจนช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องจากความเครียดได้เพราะการสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งที่ช่วยลดผลของความเครียดที่มีผลต่อการเกิดโรคร้ายแรงในผู้ป่วยได้

จึงสรุปได้ว่า แนวความคิดเรื่องการปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์และการสนับสนุนทางสังคมเป็นเสมือนความจำเป็นขั้นพื้นฐานที่ผู้ป่วยควรได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคร้ายแรงได้มีพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตควบคู่ไปกับการดำเนินของโรคได้อย่างปกติและราบรื่นมากยิ่งขึ้นเพราะปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์เป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่มีผลต่อมุมมองความคิดเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงเพราะความสัมพันธ์ทางสังคมต่างๆที่เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่กับโรคภัยไข้เจ็บที่รุนแรงเช่นนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อสภาวะทางจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยอย่างมาก เมื่อผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นที่อยู่รอบตัวในทางที่ดีและเหมาะสมมากขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเกิดกำลังใจ สามารถยอมรับ ปรับตัวและพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นวิกฤตของชีวิตได้ดีขึ้น อีกทั้งการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมยังสามารถเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเข้าใจ เกิดมุมมองความคิด การใช้ชีวิตและการปรับตัวในช่วงภาวะใกล้ตายตลอดจนถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจนเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นเพื่อที่จะได้ทราบมุมมองภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงอย่างชัดเจนความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว ผู้ป่วยกับญาติมิตรและผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์จึงเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง

## 2.6 ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (Doctor and Patient Relationship)

Talcott Parsons (1972: 55 – 57) ได้นำแนวคิดจาก Freud ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาสังคมมามองเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในเชิงเปรียบเทียบเสมือนว่าแพทย์คือพ่อแม่และผู้ป่วยคือลูก นั่นคือแพทย์มีหน้าที่คอยให้การดูแลเอาใจใส่แก่ผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยหายดี พาร์สันได้นำเอาทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่มาอธิบายเรื่องของบทบาทหน้าที่ทางสังคม (Social role) และบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วย (Sick role) โดยใช้กลไกเรื่องของบทบาทของการเจ็บป่วยมาอธิบาย กล่าวคือ ผู้ป่วยคือผู้ที่คาดหวังและแสวงหาแพทย์ที่จะมารักษาตนให้ดีที่สุด บทบาทของแพทย์คือผู้ที่กุมอำนาจในการดูแลรักษาผู้ป่วยเอาไว้ ในช่วงขณะของการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วย ผู้ที่ยอมรับว่าป่วยจะถูกสังคมกำหนดบทบาทให้ดังนี้

1. ได้รับการยกเว้นจากความรับผิดชอบในการแสดงบทบาททางสังคมตามปกติ ผู้ให้การยกเว้นในข้อนี้จะต้องเป็นผู้มีอำนาจในการรักษาพยาบาลโดยตรง เช่น แพทย์ พยาบาล
2. ได้รับการยกเว้นจากความรับผิดชอบสำหรับการป่วยหมายความว่าผู้ป่วยต้องได้รับการดูแล
3. เนื่องจากความเจ็บป่วยไม่ใช่สิ่งที่พึงปรารถนาผู้ป่วยจึงมีความต้องการอยากที่จะหายป่วย
4. ผู้ป่วยจึงต้องแสวงหาความร่วมมือที่จะทำให้ตนหายป่วย

ตารางที่ 3 : Parsons' Doctor – Patient System Model

บทบาทของผู้ป่วย (Sick role)	บทบาทของแพทย์ (Professional role)
บทบาทและหน้าที่ตามกฎหมาย	บทบาทด้านความคาดหวัง
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทำให้ตนหายดีเป็นปกติให้ได้</li> <li>2. ค้นหาผู้มีความสามารถและมีเทคนิคในการช่วยเหลือดูแล</li> <li>3. เชื่อมั่นในการดูแล และยอมรับในความสามารถของแพทย์ (ความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมกัน)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เป็นผู้กระทำการรักษาตามหลักประกันสุขภาพของผู้ป่วย (ให้เป็นไปอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน)</li> <li>2. สามารถให้คำแนะนำตามจรรยาบรรณที่แพทย์พึงมี</li> <li>3. สามารถประยุกต์พัฒนาทักษะด้านการรักษาผู้ป่วยให้หายได้</li> <li>4. มีความเป็นกลางในการรักษาผู้ป่วยทุกรูปแบบ</li> </ol>

**ที่มา :** วิทยานิพนธ์เรื่อง “พลวัตความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและผลต่อมุมมองโรคเบาหวานของผู้ป่วย : ศึกษากรณีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายหลังการใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ.2553 น.

Kaba, R. and Sooriakumaran, P. (2007: 57 – 65) เสนอว่า Szasz and Hollender (1956) ได้อธิบายเพิ่มเติมแนวคิดของ Parsons โดยได้เสนอรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยไว้ 3 รูปแบบ ดังนี้

(a) **The model of activity-passivity** หมายถึง รูปแบบความสัมพันธ์แบบฝ่ายหนึ่งเป็นผู้กระทำและอีกฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ถูกกระทำ รูปแบบความสัมพันธ์เช่นนี้อยู่บนพื้นฐานระบอบการปกครองแบบปิตาธิปไตย ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับรูปแบบความสัมพันธ์แบบบิดามารดากับบุตร (ทารก) มีการโต้แย้งว่ารูปแบบความสัมพันธ์เช่นนี้เป็นความสัมพันธ์ที่ไม่ได้มีการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเลยเพราะการกระทำของบุคคลฝ่ายหนึ่งย่อมขึ้นอยู่กับกระทำของอีกฝ่ายอยู่เสมอไม่ได้เป็นลักษณะของการร่วมมือกัน ซึ่งผู้ป่วยถือได้ว่าเป็นผู้ที่สิ้นหวังและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงต้องการได้รับความช่วยเหลือจากแพทย์ที่มีความรู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ซึ่งการรักษาของแพทย์ในรูปแบบความสัมพันธ์เช่นนี้จะไม่ค่อยคำนึงถึงผลที่จะเกิดกับผู้ป่วยเลย หากแต่จะให้ความยุติธรรมกับผู้ป่วยทุกคนอย่างเสมอภาคเมื่อต้องเผชิญกับสภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์เพราะเวลาถือว่าเป็นเหตุปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจในการดำเนินการรักษาสุขภาพของผู้ป่วย ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าภายใต้ความสัมพันธ์เช่นนี้ แพทย์จะเป็นผู้ควบคุมสถานการณ์ทั้งหมด เพราะแพทย์เป็นผู้สั่งการในการรักษาผู้ป่วย ผู้ป่วยจะรอการตัดสินใจและการรักษาจากแพทย์เสมอ ซึ่งรูปแบบวิธีการต่างๆที่แพทย์เลือกมาใช้จะขึ้นอยู่กับความชำนาญของแพทย์เป็นหลัก ส่งผลให้แพทย์เกิดความรู้สึกว่าอยู่ในตำแหน่งที่เหนือกว่าผู้ป่วยโดยสิ้นเชิง

(b) **The model of guidance-co-operation** หมายถึงรูปแบบความสัมพันธ์แบบฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ให้คำแนะนำและอีกฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ปฏิบัติตาม ในความเป็นจริงแล้วผู้ป่วยก็คือผู้ที่มีสติ มีความรู้สึกและมีความปรารถนา ดังนั้นในช่วงที่เจ็บป่วยผู้ป่วยก็จะเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน วิดกกังวลและเจ็บปวด พวกเขาจะพยายามมองหาบุคคลที่สามารถจะมาช่วยเยียวยารักษาอาการเจ็บป่วยเหล่านั้นให้หาย ดังนั้นผู้ป่วยจึงคาดหวังว่าแพทย์จะเป็นผู้ที่ จะช่วยให้พวกเขาหายจากความเจ็บปวดได้ จึงพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างเต็มที่ อีกทั้งยังมอบตำแหน่งให้แพทย์มีสถานภาพเป็นผู้ที่มีอำนาจในความสัมพันธ์ที่เหนือกว่าตนเองด้วย แพทย์จึงมีหน้าที่ที่จะพูดคุยในลักษณะของการให้คำแนะนำต่างๆและผู้ป่วยก็ปฏิบัติตามทุกอย่างโดยไม่ถามอะไรทั้งสิ้น จึงอธิบายได้ว่ารูปแบบความสัมพันธ์เช่นนี้เป็นความสัมพันธ์เป็นต้นแบบของความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับบุตร (วัยรุ่น)

(c) **The model of mutual participation ; also advocated by Balint (1964)** หมายถึง รูปแบบความสัมพันธ์แบบการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าความเท่าเทียมกันในหมู่มนุษย์ก็คือการที่มนุษย์ได้ประโยชน์ร่วมกัน ในรูปแบบความสัมพันธ์เช่นนี้แพทย์จะไม่บอกว่าสิ่งที่เขารู้คือสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย พวกเขาได้มีการถกเถียงกันว่า ความเท่าเทียมกันในหมู่มนุษย์มีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อโครงสร้างทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของความเสมอภาคและ

ประชาธิปไตย เพื่อให้แนวคิดการมีส่วนร่วมร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วยสามารถคงอยู่ได้ต่อไป สิ่งสำคัญก็คือการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยบนพื้นฐานของการมีอำนาจที่เท่าเทียมกัน, มีอิสระซึ่งกันและกันและได้รับความพึงพอใจที่เท่าเทียมกัน สิ่งเหล่านี้เองที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถที่จะดูแลตัวเอง และจัดการกับโรคต่างๆที่ตนกำลังเผชิญอยู่ได้ดีมากยิ่งขึ้น อีกทั้งรูปแบบความสัมพันธ์เช่นนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบและเอาใจใส่ดูแลตนเองสูงขึ้น ส่งผลให้ความสัมพันธ์แบบมิตรภาพเกิดขึ้นท่ามกลางการรักษา เพราะเมื่อผู้ป่วยได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการรักษาอาการเจ็บป่วยของตนเอง พร้อมทั้งรับฟังคำแนะนำทางการแพทย์จากผู้เชี่ยวชาญอยู่เสมอ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในศักยภาพของตนเองมากขึ้น แพทย์ก็พึงพอใจกับผลที่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าจะสูญเสียอำนาจที่ตนมีไปบ้าง เพราะไม่ได้เป็นผู้ควบคุมกระบวนการทั้งหมดเพียงผู้เดียวอีกต่อไป

ตารางที่ 4 : Three basic models of the doctor – patient relationship

รูปแบบ	บทบาทของแพทย์	บทบาทของผู้ป่วย	รูปแบบการนำไปใช้	ภาพต้นแบบ
1. Activity - passivity	เป็นฝ่ายกระทำบางสิ่งบางอย่างต่อผู้ป่วยเพียงฝ่ายเดียว	ผู้รับ(ไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งต่างๆได้ด้วยตนเอง)	เมื่อผู้ป่วยสลบ, ประสบอุบัติเหตุหรือได้รับบาดเจ็บอย่างฉับพลัน, อาการโคมาคุ้มคลั่ง	บิดามารดากับบุตร (ทารก)
2. Guidance cooperation	บอกให้ผู้ป่วยทราบว่า จะกระทำการรักษาอย่างไรบ้าง	เป็นผู้ร่วมคิด (เชื่อฟังและยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เสมอ)	เมื่อผู้ป่วยอยู่ในสภาวะติดเชื้อมีอาการรุนแรง	บิดามารดากับบุตร (วัยรุ่น)
3. Mutual participation	ช่วยผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้	เข้ามีส่วนร่วมในการรักษาตนเองมากขึ้น (โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้ความช่วยเหลืออยู่เสมอ)	เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยอย่างเรื้อรังหรือเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต	ผู้ใหญ่กับผู้ใหญ่

ที่มา : The evolution of the doctor-patient relationship, International Journal of Surgery, Thomas School of Medicine, King's College London ,UK and Postgraduate Medical School, University of Surrey, UK (2007),61.

Felicity Goodyear – Smith (2001: 450 – 451) ได้กล่าวว่ารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในเชิงอำนาจ (Power in the Doctor - patient Relationship) มีหลายรูปแบบ ดังนี้

1. แพทย์เป็นผู้กระทำการตัดสินใจ (Doctor-as-agent) ความสัมพันธ์ภายใต้ระบบชายเป็นใหญ่ (paternalism) แพทย์จะเป็นผู้คิดตัดสินใจทุกอย่างเพียงฝ่ายเดียว ในขณะที่ผู้ป่วยมีหน้าที่เป็นเพียงผู้เชื่อฟังและปฏิบัติตามเท่านั้น
2. ผู้ที่ได้รับข้อมูล/ผู้ป่วยเป็นผู้คิดตัดสินใจ (Informed-decision-making model) แพทย์มีบทบาทหน้าที่เพียงแค่แจ้งข้อมูลข่าวสารต่างๆที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยรับทราบ ซึ่งผู้ป่วยในที่นี้ก็เป็นเสมือนลูกค้าที่ได้กลายมาเป็นผู้ตัดสินใจทุกอย่างทั้งหมดเพียงฝ่ายเดียวเท่านั้น
3. การตัดสินใจร่วมกัน (Shared decision-making) เมื่อแพทย์ได้แจ้งข้อมูลทั้งหมดให้แก่ผู้ป่วยแล้ว ทั้งสองฝ่ายก็จะมาร่วมกันคิดตัดสินใจ ถือว่าเป็นการใช้อำนาจในลักษณะที่สมดุลต่อกัน

แนวความคิดทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยสามารถช่วยให้นักวิจัยนี้สมบูรณ์ขึ้นมากเพราะรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยคือปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อมุมมองความคิดเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรง เนื่องจากเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่กับโรคร้ายไข้เจ็บที่รุนแรงย่อมส่งผลกระทบต่อสภาวะทางจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย อีกทั้งความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยยังสามารถช่วยเป็นเครื่องชี้นำทางความคิดของผู้ป่วยที่มีต่อมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย ตลอดจนการใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยเป็นอย่างมากเพราะคุณภาพชีวิตของบุคคลย่อมขึ้นอยู่กับการรับรู้ การเข้าใจ การตีความ การคาดหวังจากบุคคลที่ตนได้มีปฏิสัมพันธ์ด้วย อีกทั้งเรื่องของบทบาทความเป็นผู้ป่วยก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้เกิดการตระหนักรู้ถึงบทบาทหน้าที่ที่ตนมีอยู่ในขณะนั้น ซึ่งผู้ป่วยจะมีการประเมินคุณค่าของบทบาทที่ตนได้ครอบครองอยู่ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า แนวความคิดทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยสามารถนำมาช่วยในการวิเคราะห์ทฤษฎีทางสังคมเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การให้ความช่วยเหลือ ให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยและแรงจูงใจของคนในสังคมเกี่ยวกับเรื่องของความเจ็บป่วยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเจ็บป่วยของผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังร้ายแรงที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการดูแลรักษาและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อีกทั้งความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อมุมมองความคิดเกี่ยวกับชีวิต ความเจ็บป่วย, ภาวะใกล้ตายและความตายที่จะนำไปสู่การใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยในช่วงขณะที่ต้องรักษา พยาบาลจนกระทั่งถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตอีกด้วย ดังนั้นจึงนับได้ว่า “บทบาทผู้ป่วย” เป็นหัวใจสำคัญของความคิดทางสังคมวิทยาเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย

## 2.7 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย สามารถแบ่งกลุ่มงานศึกษาวิจัยทั้งหมดได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

### 2.7.1 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องภายในประเทศ

เปรมใจ วังศิริไพศาล (2545) ศึกษาความตายและทัศนคติในการเตรียมตัวตายของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาชุมชนแออัดคลองเตย กรุงเทพมหานคร มีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะศึกษาหาความหมาย ความเชื่อ และประสบการณ์การเตรียมตัวเกี่ยวกับความตายของสังคมไทยโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพในเชิงเทคนิคการสนทนาแบบกลุ่ม (Focus group discussion) ในการดำเนินการวิจัย เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหลายจำนวน 10 คนได้ช่วยกันระดมสมอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้สูงอายุจำนวน 28 คน ดำเนินการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม เก็บข้อมูลโดยวิธีการบันทึกเทป การสังเกตและการจดบันทึกภาคสนาม แล้วจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการอุปนัยเชิงวิเคราะห์ (Analytic Induction) และการตีความ (Interpretation) ทั้งนี้ผลการวิจัยพบว่ามีทำให้ความหมายของความตายแตกต่างกันระหว่างศาสนาและทางการแพทย์ ซึ่งมีผลต่อความเชื่อและท่าทีของคนไทย ส่วนหนึ่งเชื่อว่าชีวิตไม่ได้สิ้นสุดที่ความตายและเห็นว่าการตายเป็นเพียงปรากฏการณ์ตามธรรมชาติทำให้ไม่ปฏิเสธความตาย แม้ว่าบางคนยังมีความกลัวแต่ก็น้อยลงกว่าตอนอายุน้อยต่างจากทัศนคติทางการแพทย์ที่ต้องการเอาชนะความตายและเห็นว่าชีวิตสิ้นสุดที่ความตาย จากกลุ่มเป้าหมายพบว่าผู้สูงอายุที่มีการยอมรับต่อสภาพที่เป็นอยู่และปัญหาในชีวิตเพราะมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในชุมชนและได้รับการเกื้อหนุนจากหน่วยงานต่างๆ แต่บางคนก็ไม่ยอมรับต่อสภาพชีวิตความเป็นอยู่ในขณะนั้น หากแต่ทุกคนก็ไม่ปฏิเสธความตายและมองว่าเป็นขั้นตอนหนึ่งของชีวิต ซึ่งมีบางคนกลัวช่วงสภาวะก่อนตายว่าจะเจ็บปวดทรมาน แต่คนที่ศรัทธาในศาสนาจะมีการเตรียมตัวด้านจิตใจสะสมบุญตามความเชื่อเรื่องกรรมที่จะส่งผลต่อชีวิตในโลกหน้า ในขณะที่คนไม่ศรัทธาต่อศาสนาจะค่อนข้างทุกข์ใจในช่วงก่อนตายและพบว่าส่วนใหญ่ต้องการที่จะตายตามธรรมชาติ ปราศจากเครื่องช่วยยืดชีวิตและต้องการที่จะตายที่บ้านเพราะเป็นสถานที่ที่คุ้นเคยโดยให้ครอบครัวได้อยู่กันพร้อมหน้าพร้อมตาก่อนที่จะจากไปอย่างสงบ

วิลาสินี วิเศษฤทธิ์ (2546) ศึกษาความหมายของความตาย : ทัศนคติของผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะ ใกล้ตายและครอบครัว โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ในรูปแบบของการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography) ในการดำเนินการวิจัยเพื่อใช้ในการอธิบายความหมายของความตายในทัศนคติของผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตายและครอบครัวในชุมชนชนบทอีสาน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเอดส์ในระยะใกล้ตาย จำนวน 5 คนและสมาชิกของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต ขณะเสียชีวิตและหลังจากเสียชีวิตจำนวน 12 ครอบครัวใน



หมู่บ้าน 5 แห่ง ในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากภาคสนามโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและทำการจดบันทึกข้อมูลและใช้วิธีการอุปนัยเชิงวิเคราะห์ (Analytic Induction), การตีความ (Interpretation) และการเปรียบเทียบข้อมูล (Content comparison) ในการดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งนี้ผลการวิจัยพบว่า ความหมายของความตายสามารถอธิบายได้ 3 ลักษณะ คือ 1) ความตาย หมายถึง “หมดบุญหมดกรรม” อธิบายได้ว่าคนเราเกิดมาและมีชีวิตอยู่ย่อมขึ้นอยู่กับบุญกรรมที่ทำเอาไว้ ถ้าตายไปก็ถือว่าหมดบุญหมดกรรม 2) ความตายหมายถึง “การหลุดพ้น” อธิบายได้ว่าโรคเอดส์เป็นโรคร้ายแรงที่มักกลัวเพราะรักษาไม่หายและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมากทั้งทางร่างกายและจิตใจ เวลาเจ็บป่วยจะทุกข์ทรมานมากถ้าตายไปคงหลุดพ้น 3) ความตาย หมายถึง “การดับสูญ” อธิบายได้ว่าเมื่อถึงเวลาที่จะต้องตายจะไม่มีความรู้สึกตัว ไม่ทันตั้งตัว สูญสิ้น ดับสิ้นไปแล้วไม่ตื่นอีกเลย ซึ่งพบว่าการให้ความหมายของความตายจะมีความเกี่ยวข้องกับบริบทต่างๆ ได้แก่ การรับรู้ต่อความตาย, ทักษะต่อความตาย, ประสบการณ์ของการได้รับความสูญเสียจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนที่ได้เสียชีวิตไปแล้วและขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมด้วย เพราะวัฒนธรรมอีสานมีธรรมเนียมที่ต้องคอยดูแลญาติพี่น้องที่เจ็บป่วยแม้ว่าจะป่วยด้วยโรคเอดส์ก็ตาม สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อความคิดการให้คุณค่าของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว

จินต์จุฑา รอดพาล(2549) ศึกษาความหมายการตายดีที่มาจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพในเชิงเทคนิคการสนทนาแบบกลุ่ม (Focus group discussion) ในการดำเนินการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยาจำนวน 5 ชมรม รวมเป็น 40 คน โดยจะแบ่งออกเป็นกลุ่มได้ 5 กลุ่ม และดำเนินการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม เก็บข้อมูลโดยวิธีการบันทึกเทป การสังเกตและ การจดบันทึกภาคสนามและทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการอุปนัยเชิงวิเคราะห์ (Analytic Induction) และการตีความ (Interpretation) ทั้งนี้ผลการวิจัยพบว่าความหมายการตายดีที่มาจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ ประกอบไปด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ตายอย่างสงบ เป็นการจากไปอย่างสงบเหมือนคนนอนหลับจิตไม่ฟุ้งซ่าน รักษาใจให้เป็นปกติ สามารถน้อมนำจิตใจให้สงบโดยการระลึกถึงสิ่งที่เป็นบุญกุศลที่ได้สร้างสมมา 2) ตายตามธรรมชาติ เป็นการตายตามอายุขัยหมดสภาพของสังขารร่างกายจะค่อยๆหมดไปตามธรรมชาติไม่ป่วยนานให้ลูกหลานต้องมาคอยดูแล ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานด้วยการรังชีวิต ในยามที่จะจากไปมีลูกหลานมาห้อมล้อมและเกิดการยอมรับต่อการจากไป 3) การตายอย่างหมดห่วง เป็นการตายที่หมดห่วงหลังจากที่ได้มีการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆไว้แล้ว ทั้งในด้านเตรียมใจตนเอง ครอบครัว ทรัพย์สินสมบัติ และการเตรียมทำบุญสะสมบุญทำความดี จากผลการศึกษาทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของการตายดีที่มาจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ โดยบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำข้อ

ค้นพบจากงาน วิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้เกิดการจากไปอย่างสงบตามความต้องการของผู้สูงอายุ

นิตยา เหล่าบุญเกื้อ (2550) ศึกษาปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและพลวัตของมุมมองต่อความตายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ในรูปแบบของการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography) เนื่องด้วยเป็นการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด ความหมาย ค่านิยม วัฒนธรรม และอุดมการณ์ของบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง เช่น มะเร็งลำไส้ มะเร็งตับ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด เป็นต้น ที่แพทย์ได้วินิจฉัยว่าอยู่ในระยะสุดท้ายสามารถมีชีวิตอยู่ได้ในระยะเวลา 3 – 6 เดือน โดยจะเน้นความหลากหลายของอายุ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมีจำนวน 6 ราย ญาติผู้ป่วยจำนวน 6 ราย พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย 3 รายและแพทย์จำนวน 3 ราย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากภาคสนาม โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและทำการจดบันทึกข้อมูลและใช้วิธีการอุปนัยเชิงวิเคราะห์ (Analytic Induction), การตีความ (Interpretation) และการเปรียบเทียบข้อมูล (Content comparison) ในการดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งนี้ผลการวิจัยพบว่าปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีผลต่อมุมมองต่อความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยแต่ละบุคคลจะถูกสั่งสมมาตามระบบวัฒนธรรมไม่ว่าจะเป็นในด้านบวกหรือด้านลบ เมื่อเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางสุขภาพที่เหมาะสมสามารถปรับเปลี่ยนมุมมองของความตายและสามารถเผชิญกับความตายได้ ซึ่งการทำความเข้าใจในรูปแบบการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพจะสามารถทำให้เข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นได้ อีกทั้งยังสามารถช่วยตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างครบถ้วน

## 2.7.2 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างประเทศ

Tsai J.S. (2005) ศึกษาถึงความกลัวตายและการตายดีของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุในประเทศไต้หวัน ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ในลักษณะของการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้แบบประเมิน Quality of Dying ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 224 คน ประกอบด้วยวัยสูงอายุ 110 คนและกลุ่มวัยผู้ใหญ่จำนวน 114 คน พบว่าระดับความกลัวของทั้งสองกลุ่มลดลงหลังจากได้รับการดูแลแบบประคับประคองในสถานบริการ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มที่มีระดับความกลัวตายต่ำจะมีระดับคะแนนการตายดีสูง โดยเฉพาะในช่วง 2 วันก่อนที่จะเสียชีวิตและถ้าผู้ป่วยได้รับฟังคำสอนจากพระในศาสนาพุทธในช่วง 2 วันก่อนที่จะเสียชีวิต ผู้ป่วยจะมีระดับความกลัวตายต่ำกว่าผู้ป่วยทั่วไป การวิจัยนี้ได้เสนอแนะว่าการลดระดับความกลัวตายให้ต่ำลงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การตายดี สิ่งที่มีผลต่อความกลัวตายโดยส่วน

ใหญ่แล้วจะมีความเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ในศาสนา การสนับสนุนทางสังคมและความตระหนักถึงความมีคุณค่าในตัวเอง

Hattori K. (2006) ศึกษาถึงการวิเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับการตายดีของสังคมชาวญี่ปุ่นตามกรอบแนวคิดของRoger's (2000) เพื่อหาความหมายของการตายดีของสังคมชาวญี่ปุ่น ทำการทบทวนวรรณกรรมในเดือนมีนาคม ค.ศ.2004 ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Methodology) ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและทำการจัดบันทึกข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจะมุ่งเน้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ได้พบเห็นเกี่ยวข้องกับเรื่องเกี่ยวกับความตาย งานวิจัยนี้ได้ใช้วิธีการอุปนัยเชิงวิเคราะห์ (Analytic Induction) ในการดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าคุณลักษณะของการตายดีประกอบไปด้วยบรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรม ประสบการณ์ของบุคคลที่ได้พบเห็นเกี่ยวข้องกับความตายในช่วงระยะเวลาตลอดชีวิตที่ผ่านมา บริบททางสังคม สิทธิของผู้ป่วยและการดูแลเกี่ยวกับกระบวนการตาย ซึ่งผลลัพธ์ที่จะตามมาคือเรื่องของคุณภาพการดูแลในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต เมื่อเกิดการตายที่ดีจะส่งผลให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกพึงพอใจ เกิดการยอมรับและปรับตัวเกี่ยวกับการจากไปในทางบวกมากขึ้น ตลอดจนจะเกิดความรู้สึกพึงพอใจแก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานดูแลมากขึ้นด้วย

Hirai (2006) ศึกษาการตายดีของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศญี่ปุ่น โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรค มะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ดูแล แพทย์และพยาบาล พบว่าองค์ประกอบของการตายดีของชาวญี่ปุ่นมี 17 ประการ ประกอบด้วย 1) มีความเป็นอิสระปราศจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจ 2) มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว ครอบครัวมีการเตรียมพร้อมและยอมรับต่อการจากไปได้ด้วยดี 3) ได้ตายอย่างสงบในสถานที่ที่พึงประสงค์ 4) มีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมสุขภาพที่ให้การดูแล มีแพทย์ที่ไว้วางใจได้ มีพยาบาลคอยให้ความ สุขสบายและมีผู้คอยรับฟังความคิดเห็น 5) ไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและผู้อื่น 6) มีคุณค่าศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ 7) มีความสมบูรณ์ของชีวิตในการเตรียมตัวสำหรับความตาย 8) ดำเนินชีวิตโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น 9) สามารถต่อสู้กับความเจ็บปวดและมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุด 10) มีความคิดเชิงบวก 11) ได้ตายตามธรรมชาติไม่ต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์ช่วยยืดชีวิต 12) คงไว้ซึ่งบทบาทต่างๆ เช่น ครอบครัว อาชีพ สังคมและการช่วยเหลือผู้อื่น 13) วางแผนสำหรับการจากไปอย่างสงบและจัดเตรียมงานศพของตน 14) ระลึกถึงความตายว่าเป็นเหมือนการนอนหลับและยอมรับว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต 15) มีการกล่าวลากับบุคคลอันเป็นที่รักและขอบคุณสำหรับความห่วงใยของผู้อื่น 16) มีความภาคภูมิใจและไม่แสดงความอ่อนแอให้ครอบครัวเห็น ไม่ยอมรับความเห็นอกเห็นใจจากผู้อื่นและ 17) มีความเชื่อมั่นและศรัทธาในชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่างานวิจัยเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายที่มาจากมุมมองของผู้ป่วยนั้นมีน้อย ส่วนใหญ่จะเป็นภาวะใกล้ตายและความตายจากมุมมองของผู้สูงอายุที่มีการเตรียมความพร้อมสำหรับความตายมาเป็นช่วงระยะเวลาอันยาวนานพอสมควรแล้ว หากแต่มีมุมมองที่มาจากบุคคลที่ต้องมีการเปลี่ยนสถานภาพจากคนปกติทั่วไปกลายเป็นผู้ป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่ไม่มีโอกาสรักษาให้หายขาดได้และต้องเผชิญกับสภาวะใกล้ตายและความตายในช่วงเวลาไม่นาน ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีการยอมรับและเตรียมพร้อมสำหรับภาวะใกล้ตายและความตายที่ยากลำบากกว่า ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วด้วยสถานการณ์ในปัจจุบันที่มีการเจริญเติบโตทางด้านเทคโนโลยี อุตสาหกรรมและการขยายตัวของเมืองส่งผลให้ผู้คนในสังคมมีสุขภาพที่แยลงและป่วยด้วยโรคร้ายแรงกันมากขึ้น ในขณะที่องค์ความรู้ในเรื่องนี้ที่มีอยู่ในสังคมไทยยังไม่มากพอที่จะช่วยตอบ สนองต่อการดูแลผู้ป่วยโรคร้ายแรงชนิดต่างๆได้ ส่งผลให้ในบางครั้งการดูแลผู้ป่วยที่ต้องอยู่ในสภาวะแห่งความเจ็บป่วยเช่นนี้มีการเลือกรูปแบบวิธีการดูแลไม่สอดคล้องต่อกระบวนการที่สัมพันธ์ทางความคิดเกี่ยวกับชีวิต การใช้ชีวิตและความตายของผู้ป่วย ทำให้การดูแลไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายที่มาจากมุมมองของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับ ประคองเพื่อที่จะได้เป็นข้อมูลเบื้องต้นให้แก่ระบบสาธารณสุขในการช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยโรคร้ายแรง ผู้ป่วยจะได้มีชีวิตในช่วงเวลาแห่งความเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข

## บทที่ 3

### ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง” เป็นการศึกษาที่ต้องการแสวงหาความรู้และความเข้าใจของกลุ่มคนในสังคม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคร้ายแรงในประเด็นเรื่องมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย เพื่อที่จะได้สามารถอธิบายได้ว่าภายหลังจากที่บุคคลได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและพบว่าตนกำลังป่วยด้วยโรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและโรคเอดส์ เป็นต้น สถานภาพของบุคคลจึงเปลี่ยนไปจากคนสุขภาพดีกลายเป็นผู้ป่วยโรคร้ายแรง ผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองเหล่านี้ได้ให้ความหมายและมีมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายในลักษณะใด ซึ่งการให้ความหมายและมีมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายเช่นนั้นได้มีผลต่อการใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยอย่างไร โดยมีลำดับขั้นตอนวิธีการศึกษาดังนี้

#### 3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเรื่องมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคองเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Methodology) เพราะการวิจัยมุ่งเน้นไปที่การทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยโรคร้ายแรงระยะสุดท้ายรับรู้และให้ความสำคัญ ตลอดจนมีมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายในลักษณะใดและเมื่อมีมุมมองต่อภาวะใกล้ตายและความตายเช่นนั้นแล้วพวกเขาได้ใช้ชีวิตและปรับตัวอย่างไรบ้าง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยและเพื่อให้ได้ข้อค้นพบในการตอบปัญหาวิจัยได้อย่างลึกซึ้งและครบถ้วน ผู้วิจัยได้นำการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ในลักษณะของการตีความ (Hermeneutic) มาใช้ในการศึกษาวิจัย ซึ่งเป็นวิธีวิทยาที่เหมาะสมกับการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบุคคลที่เผชิญกับประสบการณ์นั้นโดยตรง โดยเน้นที่ภาวะการเป็น (being) ของบุคคลก่อนตาย ซึ่งเป็นสถานการณ์หรือภาวะที่เกี่ยวข้องกับภาพในอดีตของบุคคล อันได้แก่ ภูมิหลัง บริบทแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม รวมถึงเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับภาวะการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ (being-with-other) (Annells Marilyn, 1996: 43) การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความจะทำให้สามารถอธิบายถึงภาวะการเป็นของมนุษย์ได้อย่างลึกซึ้ง ครอบคลุมภายใต้บริบทที่ศึกษา และเนื่องจากประเด็นศึกษาดังกล่าวเป็นเรื่องที่ลึกซึ้งละเอียดอ่อน มีผลกระทบต่ออารมณ์ ความรู้สึกของทั้งตัวผู้ถูกศึกษาและผู้ที่เกี่ยวข้องใกล้ชิดกับผู้ถูกศึกษา อีกทั้งข้อมูลดังกล่าวยังมีความเกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์จึงเป็นเรื่องที่เข้าถึงได้ยาก ดังนั้นการศึกษาเชิงคุณภาพในลักษณะนี้จึงเป็นวิธีการที่เหมาะสมกับเงื่อนไขและข้อจำกัดดังกล่าว

ทั้งนี้เนื่องจากประเด็นสำคัญของงานวิจัยคือมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยที่ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและมีความเกี่ยวข้องกับบริบทและมิติต่างๆ ซึ่งล้วนแล้วแต่มีความซับซ้อนต้องผ่านการตีความของบุคคลด้วยกันทั้งสิ้น ดังนั้นเพื่อความสมบูรณ์ของงานวิจัยจึงได้นำการวิจัยเชิงมานุษยวิธี (Ethnomethodology) และปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic interactionism) มาดำเนินการวิจัยด้วย ซึ่งเป็นวิธีวิจัยที่มุ่งแสวงหาความรู้ที่มีความเป็นพลวัตโดยพิจารณาปรากฏการณ์ทางสังคมจากสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในทุกมิติเพื่อหาความสัมพันธ์และอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามกรอบคิดทฤษฎีที่กำหนดไว้ในกรอบอธิบายและตีความข้อมูลที่ได้มา รวมถึงได้นำการให้ความหมายทางสังคม (Social Constructivism) มาร่วมในการดำเนินการวิจัยด้วยเพราะมีความเกี่ยวข้องกับเรื่องของมุมมองที่ต้องอธิบายความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม วัฒนธรรมและอุดมการณ์ของบุคคลภายใต้กระบวนการของสังคมในปัจจุบัน ผู้วิจัยจึงต้องสะท้อนมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่มีผลต่อการปรับตัวและการใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยออกมาให้เห็นอย่างชัดเจนจึงทำให้ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลนานเพราะต้องเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) จากกลุ่มตัวอย่างเพื่อที่จะได้ให้เข้าใจถึงมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วย รวมทั้งได้ศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการรับรู้มุมมองต่อความตายของผู้ป่วย เพื่อนำมาสู่การค้นหาคำตอบในประเด็นการวิจัย โดยมีลำดับขั้นตอนวิธีการศึกษาดังนี้

1. การศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร (Documentary study) โดยศึกษาค้นคว้าข้อมูลและดำเนินการวิเคราะห์จากเอกสารต่างๆ เช่น หนังสือ เอกสารวิชาการ บทความ งานวิจัย วิทยานิพนธ์และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย (dying and death) ทั้งในแง่มุมมองของการให้ความหมาย, การใช้ชีวิต, การปรับตัวของผู้ป่วย, การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง, จริยธรรมทางการแพทย์, ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยและที่สำคัญคือแนวคิดการให้ความหมายทางสังคมของประเทศไทยและต่างประเทศเพื่อนำมาประกอบอ้างอิงเป็นแนวทางในการศึกษาและเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล

2. การศึกษาเชิงคุณภาพแบบการให้ความหมายทางสังคม (Social Constructivism) เป็นการศึกษาการให้ความหมายและมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคองว่ามีลักษณะใด เพื่อค้นหาว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคร้ายแรงมีมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายเช่นนี้ โดยศึกษาจากปัจจัยภายในของผู้ป่วย (ได้แก่ ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วย, รูปแบบการดูแลรักษา, ความรุนแรงของโรค, การรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง, ความเชื่อทางศาสนา, ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย ฯลฯ) และปัจจัยภายนอกของผู้ป่วย (ได้แก่ ครอบครัว, ระยะเวลาในการรักษา, เครื่องมืออุปกรณ์ในการรักษา, สังคมวัฒนธรรม, การเงินและเศรษฐกิจ ฯลฯ) ตลอดจนศึกษาแนวทางการใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคร้ายแรงด้วย เพื่อให้ได้เห็นและเข้าใจถึงมุมมองความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและ

ความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงได้อย่างชัดเจนผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากภาคสนาม โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) การฟังอย่างคิดพิจารณาและบันทึกข้อมูล (Field note) แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยการตีความเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากภาคสนาม

ทั้งนี้เนื่องด้วยประเด็นการวิจัยคือมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง หากแต่ด้วยจริยธรรมทางการแพทย์ที่ปกป้องดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงทำให้ผู้วิจัย ซึ่งไม่ใช่หนึ่งในทีมสุขภาพ อันได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยจึงทำให้โอกาสในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างเป็นไปได้ยาก ด้วยข้อจำกัดทางการแพทย์นี้ผู้วิจัยจึงได้แก้ปัญหาดังกล่าวด้วยการดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยในรูปแบบ After death interview นั่นหมายถึงว่าผู้วิจัยจะตอบคำถามวิจัยด้วยวิธีการเก็บข้อมูลต่างๆ จากกลุ่มบุคคลที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคร้ายแรงอย่างใกล้ชิดมาโดยตลอดกระบวนการรักษาจำนวน 10 รายแทน โดยมีข้อกำหนดเอาไว้ว่ากลุ่มตัวอย่างดังกล่าวจะต้องเป็นผู้ที่คอยให้การดูแลผู้ป่วยโรคร้ายแรงอย่างใกล้ชิดมาตั้งแต่แรกเริ่มที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งผู้ป่วยทุกรายจะต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากทีมสุขภาพและครอบครัวเป็นระยะเวลาอันพอสมควรก่อนที่จะเสียชีวิตและผู้ป่วยจะต้องเสียชีวิตไปไม่เกิน 1 ปีเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตาม After death interview อาจส่งผลกระทบต่อความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น (Validity and Reliability) ของข้อมูลเพราะข้อมูลที่ได้รับล้วนมาจากผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งสิ้น ซึ่งถือว่าเป็นข้อมูลที่ผ่านมากระบวนการตีความของผู้ดูแลมาก่อนแล้วว่าพวกเขาคิดว่าผู้ป่วยมีมุมมองต่อภาวะใกล้ตายและความตายอย่างไร หากแต่ด้วยการดูแลอย่างใกล้ชิดมาโดยตลอดและด้วยความสัมพันธ์ที่สนิทสนมเพราะส่วนใหญ่แล้วผู้ดูแลก็คือบุคคลในครอบครัว อันได้แก่ บิดา มารดา บุตรและญาติสนิทของผู้ป่วยจึงทำให้ข้อมูลทั้งหมดไม่พลาดไปจากข้อมูลจากมุมมองของผู้ป่วยเท่าใดนัก ดังนั้นข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจึงถือว่ามี ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของข้อมูลอยู่มากทีเดียว

### 3.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ในการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ได้ทำการศึกษามุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่ได้เข้ารับการดูแลรักษาแบบประคับประคองผ่านกลุ่มตัวอย่างที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมาโดยตลอดนับตั้งแต่แรกเริ่มเจ็บป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน โดยมีข้อกำหนดว่าผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจะต้องเสียชีวิตไปไม่เกิน 1 ปี ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

- ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) จะต้องเป็นผู้ที่ทำหน้าที่คอยให้การดูแลแก่ผู้ป่วยโรคร้ายแรงอย่างใกล้ชิดมาโดยตลอดกระบวนการของการเจ็บป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตและได้จากไปอย่างสงบเป็นจำนวนทั้งหมด 10 ราย ซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลเป็นอย่างดีและสม่ำเสมอจากทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาและ

ครอบครัวในลักษณะของการดูแลรักษาแบบประคับ ประคองมาเป็นระยะเวลานานพอสมควรเพื่อที่จะได้เห็นถึงผลของปัจจัยด้านการดูแลรักษาที่มีต่อกระบวนการทางความคิดและใช้ชีวิตของผู้ป่วยตั้งแต่ขณะช่วงเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิตได้อย่างชัดเจน กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวจะต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคร้ายแรงอย่างใกล้ชิดมาโดยตลอดจึงทำให้สามารถทราบถึงมุมมองความคิด ความรู้สึก ตลอดจนรูปแบบการใช้ชีวิต การปรับตัวและการเตรียมความพร้อมสู่ความตายของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

- การศึกษาวิจัยจะเน้นความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างทั้งเรื่องของเพศ อายุ โรคภัยไข้เจ็บ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระยะเวลาที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคองความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลที่แตกต่างกัน เพื่อจะได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับมุมมองของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะใกล้ตายและความตายได้อย่างครบถ้วนชัดเจน

### 3.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3.1 ข้อมูลจากเอกสาร (Documentary study) โดยศึกษาค้นคว้าข้อมูลและดำเนินการวิเคราะห์จากเอกสารต่างๆ เช่น หนังสือ เอกสารวิชาการ บทความ งานวิจัย วิทยานิพนธ์ สื่ออินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวข้องกับมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย (dying and death) ทั้งในแง่มุมมองของการให้ความหมาย, การปรับตัว, การใช้ชีวิตของผู้ป่วย, การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง, จริยธรรมทางการแพทย์, ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยและที่สำคัญคือแนวคิดการให้ความหมายทางสังคม โดยได้ทำการศึกษาทั้งจากของประเทศไทยและต่างประเทศเพื่อนำมาเป็นความรู้เบื้องต้นประกอบแนวทางในการศึกษาและในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.3.2 ข้อมูลภาคสนาม (Field research) ใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแบบการให้ความหมายทางสังคม (Social Constructivism) และปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ในลักษณะของการตีความ (Hermeneutic) ซึ่งเป็นการศึกษาเพื่อให้ทราบและเข้าใจถึงการให้ความหมายและการมีมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงว่ามีลักษณะใด เพื่อค้นหาว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีมุมมองเกี่ยวกับความตายเช่นนั้น โดยจะดำเนินการศึกษาจากปัจจัยภายในของผู้ป่วย (ได้แก่ ประสบการณ์การเจ็บป่วย, รูปแบบการดูแลรักษา, ความรุนแรงของโรค, การรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง, ความเชื่อทางศาสนา, ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย ฯลฯ) และปัจจัยภายนอกของผู้ป่วย (ได้แก่ ครอบครัว, ระยะเวลาในการรักษา, เครื่องมืออุปกรณ์ในการรักษา, สังคมวัฒนธรรม, การเงินและเศรษฐกิจ ฯลฯ) ตลอดจนศึกษาแนวทางการใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคร้ายแรงด้วย

โดยผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากภาคสนาม โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) เป็นระยะเวลานานพอสมควร เนื่องจากประเด็นวิจัยเป็นประเด็นที่ค่อนข้างจะละเอียดอ่อนต่อความคิดและความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยจะสัมภาษณ์เชิงลึกถึงมุมมอง



เกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยผ่านเรื่องราวของกิจวัตรที่ผู้ป่วยปฏิบัติในแต่ละวัน กระบวนการรักษาของแพทย์ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นและการให้การดูแลของทีมนุรุษภาพและครอบครัวเพื่อให้ทราบข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายในเชิงประจักษ์อย่างละเอียด แล้วจึงดำเนินการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกถึงเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นจริง ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับภาวะการเจ็บป่วย ภาวะใกล้ตาย และวาระสุดท้ายในชีวิตของผู้ป่วย เพื่อจะให้ได้ว่าซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยอย่างจริง ผู้วิจัยจะไม่ได้มีการตั้งคำถามไว้อย่างตายตัวเพราะจะได้ไม่เกิดความตึงเครียดและหลังจากนั้น จึงได้ทำการจดบันทึกข้อมูล (Field note)

### 3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลนั้น ผู้วิจัยจะนำเนื้อหาจากข้อมูลจากเอกสารต่างๆที่เป็นแนวคิดทฤษฎีและข้อมูลจากภาคสนามมาวิเคราะห์ โดยการวิเคราะห์จะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

- ส่วนแรก การวิเคราะห์ข้อมูลประเภทที่ไม่ต้องตีความ เช่น ข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่สอง เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ต้องใช้รูปแบบของการตีความ (Interpretative) เช่น การรับรู้มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรง, ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลรอบข้าง, การใช้ชีวิตและการปรับตัว ตลอดจนการเตรียมพร้อมที่จะเข้าสู่ความตายของผู้ป่วย

**1. การวิเคราะห์ข้อมูลประเภทที่ไม่ต้องตีความ** เป็นการศึกษาเนื้อหาจากการสัมภาษณ์ที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย เป็นลักษณะการบรรยายให้เห็นภาพภูมิหลังทางสังคมโดยรวมของผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ การนับถือศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพและลักษณะครอบครัว

**2. การวิเคราะห์ข้อมูลประเภทที่ต้องตีความ** เป็นการนำเนื้อหาจากการสัมภาษณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การมีมุมมองต่อภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรง รวมถึงการศึกษาถึงปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อมุมมองความคิดของผู้ป่วย ตลอดจนวิธีการใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยด้วย เช่น โรคร้ายไข้เจ็บ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การเตรียมความพร้อมให้กับตนเองทางด้านต่างๆ ตลอดจนความต้องการในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย

#### 2.1 การสร้างข้อสรุปด้วยวิธีอุปนัย (Analytic induction)

การสร้างข้อสรุปด้วยวิธีอุปนัย เป็นการนำเนื้อหาที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาสร้างข้อสรุปด้วยความรู้และกรอบแนวคิดทฤษฎีที่วางไว้ เช่น กระบวนทัศน์และแนวคิดเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย, แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง, การให้ความหมายทางสังคม, ปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์และรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งนำเสนอโดยรูปแบบการบรรยาย

## 2.2 การตีความ (Interpretation)

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการพยายามตีความหมายออกมาจากข้อมูลที่มีอยู่ เป็นการทำความเข้าใจความหมายแฝงที่อยู่ในข้อมูล เช่น ข้อมูลมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงเพื่อทำความเข้าใจความหมายเชิงลึกของข้อมูลมากขึ้น รวมทั้งนำข้อมูลที่ได้จากส่วนต่างๆมาตีความในภาพรวม ตลอดจนหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลต่างๆที่ได้จากการเก็บข้อมูลในภาคสนาม

## 2.3 การวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูล (Content comparison)

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบเป็นการนำข้อมูลมาเทียบเป็นปรากฏการณ์ให้เห็นความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น โดยการเปรียบเทียบข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าไปศึกษาจะทำให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงมุมมองความคิดเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงทั้งก่อนและภายหลังจากที่ได้เข้ารับการดูแลรักษาแบบประคับประคองอย่างชัดเจนมากขึ้น

## 3.5 แผนการดำเนินการวิจัย

แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลเอกสารต่างๆและนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2555 – มกราคม 2556 ใช้เวลาประมาณ 7 เดือน

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาภาคสนาม ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2556 จนกระทั่งถึงสิงหาคม 2556 ระยะเวลาประมาณ 7 เดือน ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างไม่เป็นทางการ เนื่องจากให้ความสนใจข้อมูลของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง ดังนั้นจึงต้องทำการเจาะกลุ่มเป้าหมายแล้วดำเนินการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การฟังอย่างคิดพิจารณาและบันทึกข้อมูลแล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยการตีความเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากภาคสนาม

ขั้นตอนที่ 3 เขียนรายงานนำเสนอผลการวิจัย ผู้วิจัยจะกระทำการเขียนรายงานตลอดกระบวนการเก็บข้อมูลจนกระทั่งแล้วเสร็จสมบูรณ์ โดยจะทำการตรวจสอบข้อมูลให้ได้ความสมบูรณ์ครบถ้วนเพื่อทำการสังเคราะห์ข้อมูลเขียนเป็นรายงานการวิจัยและนำเสนอผลการวิจัยในลำดับต่อไป

## 3.6 จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับมุมมองภาวะใกล้ตายและความตายของบุคคล ซึ่งจะมีข้อมูลด้านความรู้สึกนึกคิด ทศนคติ การมองชีวิตและการปฏิบัติตน ตลอดจนการมีทัศนคติต่อบุคคลอื่นรอบข้างด้วย ซึ่งผู้วิจัยได้พิจารณาถึงผลกระทบที่มีต่อกลุ่มตัวอย่างและจะดำเนินการทุกขั้นตอนอย่างเป็นประโยชน์ต่อผู้ให้ข้อมูล โดยการรักษาไว้ซึ่งสิทธิส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลเสมอ

**การติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยจะเน้นไปที่การสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างเจาะลึกภายหลังจากที่ได้มีความคุ้นเคยกันแล้วพอสมควร โดยจะอธิบายให้ทราบถึงจุดประสงค์ในการขอสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อความสบายใจในการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยไม่บีบบังคับ การสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล โดยจะทำการสัมภาษณ์ตามเวลาและสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ซึ่งมีลำดับขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

- ผู้วิจัยจะรักษาไว้ซึ่งสิทธิส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลด้วยการไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลสู่สาธารณะ ได้แก่ ชื่อจริง นามสกุลจริง โดยจะใช้ชื่อหรือสถานที่สมมติแทนในกรณีที่ผู้วิจัยต้อง การเปิดเผยข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูลจะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรก่อน
- การสัมภาษณ์จะเป็นไปตามการได้รับความยินยอมตามวันและเวลาที่สะดวกของกลุ่มตัวอย่าง
- ผู้วิจัยจะแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าจะมีการจดบันทึกและบันทึกเสียงขณะสนทนาโดยแสดงอุปกรณ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นอย่างชัดเจนก่อนการบันทึกเสียง

**การนำเสนอผลงานการวิจัย** ผู้วิจัยจะดำเนินการทำวิจัยโดยปราศจากอคติและจะนำเสนอผลวิจัยแบบตรงไปตรงมาตามข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลและนำมาวิเคราะห์

## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อต้องการที่จะแสวงหาความรู้ความเข้าใจในประเด็นเรื่องของ มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย ตลอดจนการใช้ชีวิตและการปรับตัวของกลุ่มคนในสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นกลุ่มคนที่ต้องตกอยู่ในสภาวะแห่งความเจ็บป่วย อันเกิดจากการที่ชีวิตถูกคุกคาม ด้วยโรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและโรคเอดส์ เป็นต้น ซึ่งโรคดังกล่าวล้วนแล้วแต่เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจึงต้องอยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคองเท่านั้น เมื่อ ประเด็นสำคัญของการศึกษาวิจัยนี้คือประเด็นเรื่องของภาวะใกล้ตายและความตาย ซึ่งถือว่าเป็นประเด็น เรื่องที่ละเอียดอ่อนมาก ดังนั้นเพื่อที่จะได้สามารถเข้าถึงข้อมูลในส่วนของมุมมองทางความคิด ทักษะคิด และความรู้ความเข้าใจที่เกี่ยวกับเรื่องของภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้ การดูแลรักษาแบบประคับประคองในเชิงลึกอย่างแท้จริง ผู้วิจัยจึงได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพใน การศึกษาและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เทคนิคการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การฟังอย่างคิด พิจารณาและวิเคราะห์ ประกอบกับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ทำหน้าที่คอยให้ การดูแลแก่ผู้ป่วยโรคร้ายแรงอย่างใกล้ชิดมาโดยตลอดกระบวนการของการเจ็บป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยถึง ช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตและได้จากไปในท้ายที่สุดเป็นจำนวนทั้งหมด 10 ราย ซึ่งสามารถสรุปเป็น ผลการวิจัยได้ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นการนำเสนอข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย อันประกอบด้วยเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ภูมิลำเนา สถานภาพสมรส ศาสนา ภาวะการเจ็บป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วยและรูปแบบการดูแลรักษาที่ผู้ป่วย เคยได้รับในขณะที่เจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต รวมถึงข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ทำหน้าที่คอยให้การดูแล ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดกระบวนการของการเจ็บป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและจากไป ในท้ายที่สุด เพื่อทำให้เห็นภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการให้ความหมายและการมีมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย ของผู้ป่วย เป็นการนำเสนอข้อมูลรายละเอียดในเรื่องของมุมมองที่เกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย ของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคองและอิทธิพลของมุมมองดังกล่าวที่ ส่งผลต่อการใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคร้ายแรงในตลอดช่วงระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนกระทั่งถึงวาระ สุดท้ายของชีวิต

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

### 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลโดยรวม

ตารางที่ 5 : แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง

กลุ่มตัวอย่าง	เพศ	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา	อาชีพ	สถานภาพสมรส	ศาสนา	การเจ็บป่วย	ระยะเวลาเจ็บป่วยถึงเสียชีวิต / ระยะเวลา Palliative care	ผู้ดูแล
1	หญิง	27	มัธยมศึกษาปีที่ 6	ช่างทำ จิ๋วเวลรี่	โสด	พุทธ	มะเร็งต่อม น้ำเหลือง	- ประมาณ 10 ปี - PC 5 เดือน	พี่สาว
2	หญิง	18	มัธยมศึกษาปีที่ 3	แม่บ้าน	สมรส	อิสลาม	มะเร็งเม็ด เลือดขาว	- ประมาณ 2 ปี - PC 2 เดือน	มารดา
3	หญิง	52	ปริญญาตรี	ค้าขาย (วัสดุ ก่อสร้าง)	สมรส	พุทธ	มะเร็งเต้านม	- ประมาณ 5 ปี - PC 5 เดือน	บุตรชาย
4	ชาย	89	ประถมศึกษาปีที่ 4	ข้าราชการ บำนาญ	สมรส	พุทธ	มะเร็งตับ	- ประมาณ 3 เดือน - PC 3 เดือน	บุตรสาว
5	หญิง	54	มัธยมศึกษาปีที่ 6	ค้าขาย (อาหาร)	หม้าย	พุทธ	มะเร็งปอด	- ประมาณ 4 ปี - PC 2 เดือน	บุตรสาว

ตารางที่ 5 : แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง	เพศ	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา	อาชีพ	สถานภาพสมรส	ศาสนา	การเจ็บป่วย	ระยะเวลาเจ็บป่วยถึงเสียชีวิต / ระยะเวลา Palliative care	ผู้ดูแล
6	หญิง	54	ปริญญาตรี	ค้าขาย (ของชำ)	โสด	พุทธ	มะเร็งเต้านม	- ประมาณ 2 ปี - PC 3 เดือน	น้องสาว
7	หญิง	80	ประถมศึกษาปีที่ 4	เจ้าของสวนยาง	สมรส	พุทธ	มะเร็งเต้านม	- ประมาณ 3 ปี - PC 2 เดือน	บุตรสาว
8	หญิง	73	ประถมศึกษาปีที่ 4	ค้าขาย (อาหาร)	สมรส	พุทธ	มะเร็งลำไส้ใหญ่	- ประมาณ 7 เดือน - PC 2 เดือน	บุตรสาว
9	หญิง	78	ประถมศึกษาปีที่ 4	เจ้าของสวนผลไม้	โสด	พุทธ	มะเร็งหลอดอาหาร	- ประมาณ 4 ปี - PC 4 เดือน	น้องสาว
10	ชาย	62	ปริญญาตรี	ค้าขาย (ต้นไม้)	หย่าร้าง	พุทธ	มะเร็งปอด	- ประมาณ 5 เดือน - PC 5 เดือน	หลานสาว

ตารางที่ 6 : แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง

กลุ่มตัวอย่าง	เพศ	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา	อาชีพ	สถานภาพสมรส	ศาสนา	ระยะเวลาดูแล	ผู้ป่วย
1	หญิง	36	มัธยมศึกษาปีที่ 6	ช่างทำจิวเวลรี่	สมรส	พุทธ	ประมาณ 10 ปี	น้องสาว
2	หญิง	50	มัธยมศึกษาปีที่ 3	รับจ้างเย็บเสื้อผ้า	สมรส	อิสลาม	ประมาณ 2 ปี	บุตรสาว
3	ชาย	24	ปริญญาตรี	กำลังศึกษาปริญญาโท	โสด	พุทธ	ประมาณ 5 ปี	มารดา
4	หญิง	40	ปริญญาตรี	ค้าขาย (ร้านน้ำชา)	สมรส	พุทธ	ประมาณ 3 เดือน	บิดา
5	หญิง	25	อนุปริญญา	ค้าขาย (อาหาร)	โสด	พุทธ	ประมาณ 4 ปี	มารดา
6	หญิง	48	ปริญญาตรี	รับราชการครู	สมรส	พุทธ	ประมาณ 2 ปี	พี่สาว
7	หญิง	62	ปริญญาตรี	เจ้าของสวนยาง	สมรส	พุทธ	ประมาณ 3 ปี	มารดา
8	หญิง	45	มัธยมศึกษาปีที่ 6	ค้าขาย (อาหาร)	สมรส	พุทธ	ประมาณ 7 เดือน	มารดา
9	หญิง	70	มัธยมศึกษาปีที่ 6	เจ้าของสวนผลไม้	สมรส	พุทธ	ประมาณ 4 ปี	พี่สาว
10	หญิง	25	ปริญญาโท	นักวิจัยสิ่งแวดล้อม	โสด	พุทธ	ประมาณ 5 เดือน	อา

จากตารางที่ 5 : แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบ ประคับประคอง จำนวน 10 ราย สามารถสรุปรายละเอียดสำคัญได้ดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยด้านเพศ จากการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามพบว่าเพศหญิงมีการ เเชิญหน้ากัภวการณั้เจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคร้ายแรงมากกว่าเพศชาย กล่าวคือ จากกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 10 ราย พบว่า 8 ใน 10 ของผู้ที่เจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคร้ายแรงเป็นเพศหญิง และรองลงมา คือ 2 ใน 10 เป็นเพศชาย หากแต่ในความเป็นจริงทั้งเพศหญิงและเพศชายล้วนแล้วแต่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะ ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคร้ายแรงได้เท่าๆกัน ขึ้นอยู่กับรูปแบบการดำเนินชีวิต การ รับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพ สภาพแวดล้อมและพันธุกรรมด้วย จากข้อมูลทางสถิติของกระทรวง สาธารณสุข ปีพ.ศ.2553 พบว่าคนไทยร้อยละ 90 เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังร้ายแรง ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคปอดอักเสบและโรคเอดส์ เป็นต้น โดยมะเร็ง เช่น มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็ง เต้านมและมะเร็งลำไส้ถือได้ว่าเป็นโรคร้ายแรงที่คร่าชีวิตผู้ป่วยทั่วประเทศทั้งเพศชายและเพศหญิงไป มากที่สุด

2) ปัจจัยด้านอายุ มนุษย์โดยส่วนใหญ่มักจะดำเนินชีวิตไปเรื่อยๆในแต่ละวันโดยปราศจากการ คิดคำนึงถึงการเจ็บป่วยและความตาย เพราะมองว่าความตายเป็นเรื่องไกลตัวและจะมาเยือนเมื่อยาม ชราเท่านั้น หากแต่ในความเป็นจริงการเจ็บป่วยและความตายสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาทั้งกับมนุษย์ทุก ช่วงวัย ไม่ว่าจะเป็นวัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่หรือวัยชรา โดยมีโรคภัยไข้เจ็บเป็นชนวนสำคัญที่นำไปสู่ความ ตาย แต่ความต่างของอายุจะส่งผลให้มนุษย์มองช่วงเวลาภาวะใกล้ตายและความตายไม่เหมือนกัน กล่าวคือ ผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่มักจะได้รับผลกระทบจากความรุนแรงของโรคมมากกว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในวัยชรา เนื่องจากมีปัจจัยหลายสิ่งมากระทบต่อสุขภาพต่างกัน เช่น โรคภัยที่เคยประสบพบ มา ประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต สภาพความพร้อมของร่างกาย การดูแลสุขภาพ อาหารการกิน สภาพ แวดล้อม ครอบครัวและสังคม เป็นต้น

3) ปัจจัยด้านการศึกษา จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีทักษะในการดูแล สุขภาพได้ดีกว่า เนื่องจากสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ วิธีการรักษาและ แนวทางการดูแลตนเองได้อย่างรวดเร็ว ตลอดจนให้ความสำคัญกับการไปตรวจสุขภาพเป็นประจำ มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยที่ให้ความสำคัญกับเรื่องของการหางานหาเงินมาจุนเจือครอบครัวทำให้ต้อง ทำงานหนักและมีรายได้จึงจะไปพบแพทย์ก็ต่อเมื่อมีอาการเจ็บป่วยมาก ซึ่งหมายถึงว่าโรคได้ดำเนินไปถึง ช่วงระยะท้ายๆของการเจ็บป่วยแล้วจึงทำให้ยากแก่การรักษาให้หาย การรักษาจึงเป็นไปเพียงเพื่อ ประคับประคองตามอาการเท่านั้น



4) ปัจจัยด้านศาสนา ศาสนามีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อมุมมองความคิดในการมองชีวิตและความตายของมนุษย์ ความเชื่อทางศาสนาและจิตวิญญาณจึงเป็นเสมือนกรอบแนวทางในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมองว่าความตายคือสิ่งที่เป็นธรรมชาติ เป็นขั้นตอนหนึ่งที่มีมนุษย์ทุกคนต้องประสบพบเจอ ผู้ป่วยจะมีกำลังใจที่เข้มแข็งและพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความตายของตนเองได้อย่างกล้าหาญมากขึ้น แต่หากผู้ป่วยมองว่าความตายคือผลแห่งกรรม ความเจ็บป่วยและโรคร้ายที่ตนกำลังประสบอยู่คือบทลงโทษจะส่งผลให้ทั้งคุณภาพชีวิต จิตใจและร่างกายของผู้ป่วยแย่ลง การใช้ชีวิตอยู่ในช่วงระยะสุดท้ายของผู้ป่วยก็จะเป็นไปอย่างไม่มีความสุขและจากไปอย่างไม่สงบ ดังนั้นบุคคลรอบข้างทั้งทีมสุขภาพ ครอบครัวและคนใกล้ชิดจึงควรเลือกสรรวิธีการดูแลให้มีความสอดคล้องเหมาะสมกับความเชื่อและโน้มน้าวให้ผู้ป่วยระลึกถึงสิ่งดีงามตามหลักคำสอนทางศาสนา เพื่อช่วงระยะสุดท้ายในชีวิตของผู้ป่วยจะได้เต็มไปด้วยความสุขกายสบายใจและจากไปอย่างสงบ

5) ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างทั้ง 10 คนเป็นผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคองเหมือนกันทั้งสิ้น แต่จะมีความแตกต่างกันออกไปในส่วนของคุณภาพชีวิตที่เป็น เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งเต้านม มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งหลอดอาหาร ซึ่งมะเร็งแต่ละชนิดก็จะมีภาวะการเจ็บป่วยที่ต่างกันออกไป ได้แก่ อ่อนเพลีย อาเจียน เวียนศีรษะ ปวดตามร่างกาย หายใจไม่ออก ไอเรื้อรัง ทานอาหารไม่ได้ ขับถ่ายไม่ได้ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการรักษาไม่เหมือนกัน แต่สุดท้ายผู้ป่วยทุกรายก็ต้องมานอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลโดยอยู่ภายใต้การดูแลแบบประคับประคองเป็นอย่างดีจากทีมสุขภาพจนกระทั่งจากไป ดังนั้นปัจจัยนี้จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งต่อการมีมุมมองต่อภาวะใกล้ตายและความตายตลอดจนการใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วย

6) ปัจจัยด้านระยะเวลาเจ็บป่วยถึงเสียชีวิต ช่วงระยะเวลาการเจ็บป่วยจะมีผลต่อการรับรู้และมุมมองต่อชีวิต ภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก กล่าวคือผู้ป่วยที่มีช่วงระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานอาจก่อให้เกิดการค่อยๆอมรับความจริงและพร้อมเผชิญหน้ากับความตายได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีช่วงระยะเวลาเจ็บป่วยน้อย ซึ่งอาจจะยังรับไม่ได้ต่อความตายและการจากลาที่กำลังจะเกิดขึ้น อีกทั้งช่วงระยะเวลาที่มากน้อยจะมีผลต่อการวางแผนอนาคตให้กับครอบครัวและตัวของผู้ป่วย

7) ปัจจัยด้านผู้ดูแล ผู้ที่คอยให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดถือว่าเป็นบทบาทสำคัญยิ่งต่อคุณภาพชีวิตและมุมมองทางความคิดต่างๆของผู้ป่วย เพราะผู้ดูแลมีหน้าที่ที่ติดต่อด้านใจเกี่ยวกับกระบวนการรักษาผู้ป่วย รวมถึงมีหน้าที่ติดต่อพูดคุยกับแพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพอื่นๆอยู่เสมอ อีกทั้งยังเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นทัศนคติ มุมมอง พฤติกรรม การดูแลเอาใจใส่และความอบอุ่นของผู้ดูแลจะมีอิทธิพลต่อมุมมองการใช้ชีวิต ภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงเป็นอย่างมาก

#### 4.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยสรุป

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคร้ายแรงในตาราง ทำให้เห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคองทั้ง 10 ราย มีประวัติส่วนตัว, การเจ็บป่วย, ระยะเวลาเจ็บป่วยถึงเสียชีวิตและมีผู้ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดกระบวนการแห่งการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยสามารถสรุปลักษณะของผู้ป่วยแต่ละรายได้ดังนี้

##### ผู้ป่วยคนที่ 1 : ชมนาด

"ชมนาด" เป็นหญิงสาววัย 27 ปี สถานภาพโสด นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาอยู่อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี เป็นบุตรคนที่ 9 ในบรรดาพี่น้องทั้งหมด 11 คน จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพเป็นช่างสรรเครื่องประดับจิวเวลรี่ที่บริษัทแห่งหนึ่งในเขตบางนา จังหวัดกรุงเทพฯ

##### ประวัติการเจ็บป่วย

เมื่อประมาณ 10 ปีก่อน ชมนาดในวัย 17 ปีกำลังเรียนอยู่ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เริ่มมีอาการเจ็บปวดบริเวณลำคอ หายใจไม่สะดวกและมีไข้จึงขอหยุดเรียนเพื่อกลับมาพักผ่อนที่บ้าน ต่อมาอาการดังกล่าวเริ่มเป็นบ่อยมากขึ้น พ่อแม่จึงพาไปตรวจดูอาการที่โรงพยาบาลแถวบ้าน แพทย์ได้วินิจฉัยว่าเป็นอาการเจ็บไข้ได้ป่วยธรรมดาไม่นานก็หายและจ่ายยามาให้ทาน แต่เมื่อเวลาผ่านไปกลับพบว่าอาการดังกล่าวมีลักษณะเป็นๆหายๆและชมนาดมักจะมีเหงื่อออกมากในตอนกลางคืน ครอบครัวจึงปรึกษาหารือและตกลงใจให้พี่สาวคนที่ 8 ซึ่งสนิทกับชมนาดมากเป็นคนพาไปตรวจที่โรงพยาบาลของรัฐชื่อดังแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ ภายหลังจากที่แพทย์ได้ทำการตรวจด้วยการนำเลือดและตัดชิ้นเนื้อบริเวณคอที่มีอาการเจ็บไปตรวจอย่างละเอียดประมาณ 3 ครั้ง ผลการวินิจฉัยก็ออกมาว่าอาการเจ็บและปวดบริเวณคอ ดังกล่าวเกิดจากเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma cancer) ต่อไปจะเจ็บที่รักแร้และขาหนีบด้วยส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลียง่ายและหายใจไม่ค่อยสะดวก แพทย์จึงได้พูดคุยเกี่ยวกับแนวทางการรักษากับชมนาดว่าจะใช้วิธีการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) เพื่อที่จะให้ยาเคมีบำบัดไปทำลายเซลล์มะเร็ง ขั้นตอนการรักษาจะต้องทำอย่างต่อเนื่องหลายคอร์ส เป็นระยะเวลานาน ซึ่งชมนาดก็ไปเข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่องมาโดยตลอดทำให้อาการเริ่มดีขึ้นบ้างแต่พอหยุดรักษาก็เป็นอีกต่อมา ภายหลังจากแพทย์ได้ใช้วิธีการรักษาด้วยการฉายรังสี (Radiation Therapy) เพื่อใช้รังสีปริมาณสูงมาช่วยทำลายเซลล์มะเร็งมาช่วย แต่การรักษาด้วยวิธีการดังกล่าวหลายครั้งทำให้ชมนาดเริ่มมีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนและอ่อนเพลียตลอดเวลา อีกทั้งยังก่อให้เกิดสภาวะแทรกซ้อนของโรคภัยไข้เจ็บมากขึ้นด้วย เช่น เกิดเป็นโรคหัวใจและไตทรอยด์ทำให้ร่างกายเหนื่อยง่ายมากไม่สามารถนั่งทำงานเป็นเวลานานๆได้อีกต่อไป ชมนาดจึงลาออกจากงานเพื่อให้ร่างกายได้มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

จนท้ายที่สุดเมื่อมะเร็งได้ลุกลามและกระจายไปยังส่วนต่างๆของร่างกาย อาการของขนาดก็ยิ่งทรุดลงเรื่อยๆจึงต้องกลับเข้ามานอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลโดยอยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคองนานเป็นเดือนๆ จนกระทั่งเมื่ออาการเริ่มทุเลาลงขนาดจึงได้ขอกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านเกิดคือที่จังหวัดเพชรบุรีเพื่อจะได้อยู่พร้อมหน้าพร้อมตา กับพ่อแม่ญาติพี่น้อง หากแต่เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวได้นานประมาณ 3 เดือน เกิดอาการโคมาขึ้นต้องพาส่งเข้าห้องฉุกเฉินที่โรงพยาบาลแถวบ้านและทำเรื่องส่งตัวกลับเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลเดิมอีกครั้ง ซึ่งในขณะนั้นอาการของขนาดได้ทรุดหนักลงไปมากแล้วจึงมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อย เหนือออกมาก ทานอะไรไม่ได้และเจ็บปวดไปทั่วทั้งตัว ขนาดนอนรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลภายใต้การดูแลแบบประคับประคองนานเกือบ 1 เดือน โดยมีทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาและครอบครัวคอยดูแลอย่างใกล้ชิด จนท้ายที่สุดเมื่อถึงช่วงวาระสุดท้ายแพทย์ได้หารือกับครอบครัวของขนาดว่าการรักษาไม่สามารถที่จะทำอะไรเพิ่มเติมได้อีกเพราะจะยิ่งเป็นการทำให้ทรมานมากขึ้น จึงได้ตกลงกันทำตามความประสงค์ของผู้ป่วยที่อยากจะตายที่บ้านจึงได้พาขนาดกลับไปพักที่บ้านของพี่สาวแถวจังหวัดสมุทรปราการ ขนาดกลับมานอนพักที่บ้านได้ 5 วันก็จากไปอย่างสงบเมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ.2555 ท่ามกลางพ่อแม่ ญาติพี่น้องและบุคคลอันเป็นที่รักอย่างพร้อมหน้าพร้อมตา รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจนกระทั่งเสียชีวิตประมาณ 10 ปี

#### บุคลิกพื้นฐาน อุปนิสัยและการดำเนินชีวิต

ขนาดเป็นสาวโสดอาศัยอยู่กับพี่สาว พี่เขยและหลานชายวัย 12 ปีที่บ้านของพี่สาวแถวจังหวัดสมุทรปราการเนื่องจากทำงานอยู่บริษัทจิ๋วเวลรี่แห่งเดียวกันโดยทำงานเป็นช่างสรรเครื่องประดับจิ๋วเวลรี่เอาหัวเพชรพลอยใส่ในตัวเรือน ซึ่งเป็นงานที่ชอบและถนัดจึงมักจะทำโอทีเล็กมีดค่าอยู่เสมอแม้ว่าในขณะนั้นจะเริ่มมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้นแล้วก็ตามเพราะอยากจะได้เงินให้ได้มากๆเพื่อส่วนหนึ่งจะได้เอาไว้ใช้สำหรับค่ารักษาพยาบาลและเลี้ยงดูตนเอง อีกส่วนส่งให้พ่อแม่เป็นประจำทุกเดือนและอีกส่วนไว้ตอบแทนพี่สาวที่ช่วยส่งเสียให้เรียนหนังสือ แต่ถ้าช่วงไหนที่มีนัดต้องเข้าไปทำคิโมหรือฉายแสงที่โรงพยาบาล ขนาดจะหยุดงานเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับร่างกายและจิตใจของตนเองก่อนเสมอ หากแต่การทำงานหนักตั้งแต่เข้าจนค่ำทุกวันตั้งแต่จันทร์ถึงเสาร์ทำให้ร่างกายได้รับการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอการรักษาจึงได้ผลช้าไม่ทันกับการลุกลามและกระจายตัวของมะเร็ง ภายหลังจากอาการเริ่มทรุดลงทำให้ต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ขนาดและพี่สาวซึ่งทำงานอยู่ที่บริษัทเดียวกันจึงตัดสินใจลาออกจากงานพร้อมกัน เพื่อขนาดจะได้มีเวลาพักผ่อนอย่างเพียงพอและพี่สาวก็ได้มีเวลามาดูแลใกล้ชิดได้เต็มที่มากขึ้น

จากการสัมภาษณ์พี่สาวของขนาดพบว่าขนาดมีบุคลิกลักษณะเรียบร้อยค่อนข้างจะใจเย็น ง่ายๆ ไม่ค่อยช่างพูดและเป็นคนใจดี มีน้ำใจคอยเอื้อเฟื้อพ่อแม่และช่วยเหลือญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงและคนรอบข้างอยู่เสมอทำให้มีเพื่อนมาก ประกอบกับเป็นคนขยันขันแข็งตั้งใจทำงาน ทำงานเก่งจึงเป็นที่รัก

ใคร่เอ็นดูของหัวหน้างานด้วย เมื่อมีเวลาว่างถ้าอยู่บ้านขนาดจะชอบเล่นอินเทอร์เน็ต ฟังเพลงและดูโทรทัศน์ ถ้าออกไปนอกบ้านก็ชอบไปเดินห้างสรรพสินค้ากับเพื่อนๆหรือเที่ยวพักผ่อนต่างจังหวัดกับครอบครัว เวลาที่มีคอนเสิร์ตนั้นก็ชอบก็มักจะชักชวนกันกับเพื่อนๆไปดูด้วยกันเสมอ อีกทั้งยังชอบเล่นกีฬา เช่น แฮร์บอล ฟุตบอลและตะกร้อ เมื่อบริษัทมีงานกีฬาสี่ก็จะเป็นตัวแทนของแผนกแข่งกีฬาอยู่เสมอ ทำให้ดูลักษณะภายนอกเป็นคนที่มีบุคลิกคล่องแคล่ว กระฉับกระเฉง แข็งแรง คนรอบข้างจำนวนมากจึงไม่ทราบอาการเจ็บป่วยของขนาดเลย จนมาถึงช่วงระยะสองสามปีหลัง ขนาดเริ่มมีอาการอ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย การออกกำลังกายเล่นกีฬาต่างๆจึงค่อยๆลดลง หากแต่กำลังกายและกำลังใจของขนาดยังคงดีอยู่มากในสายตาของคนรอบข้าง จนกระทั่งช่วงปีสุดท้ายขนาดเริ่มเจ็บหนักมากขึ้น ต้องเข้าออกโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาบ่อยครั้งทำให้ไปทำงานไม่ไหวจึงตัดสินใจลาออกจากงานมาพักผ่อนอยู่ที่บ้าน โดยมีพี่สาวคอยอยู่เฝ้าดูแลอาการอย่างใกล้ชิด

### ผู้ดูแลขนาด

ผู้ที่คอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมาโดยตลอดนับตั้งแต่ที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยจนกระทั่งจากไปอย่างสงบก็คือพี่สาวคนที่ 8 ของขนาด ซึ่งมีความใกล้ชิดและสนิทสนมกันมากตั้งแต่เล็ก ๆ ผู้ดูแลขนาดมีอายุ 36 ปี นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 สมรสแล้วและมีบุตรชายหนึ่งคนอายุ 12 ปี เดิมทำงานอยู่ที่บริษัทจิวเวลรี่แห่งเดียวกันและภายหลังเมื่อขนาดเริ่มมีอาการเจ็บหนักจึงได้ลาออกมาอยู่ช่วยดูแลขนาดอย่างเต็มที่ ปัจจุบันประกอบอาชีพเป็นแม่บ้านและรับจ้างทำงานเล็กน้อย ด้วยวัยที่ห่างกันหลายปีจึงทำให้พี่สาวต้องทำหน้าที่เสมือนเป็นแม่ให้แก่ขนาดมาตั้งแต่เล็ก ๆ เนื่องจากพ่อแม่ของทั้งสองมีอายุมากแล้ว ปัจจุบันอายุ 80 กว่าปีทั้งคู่ หน้าที่ทุกอย่างในการดูแลที่เกี่ยวข้องกับตัวของขนาดทั้งหมดจึงตกเป็นของพี่สาว ซึ่งพี่สาวก็เต็มใจจะทำหน้าที่ดูแลน้องสาวทุกเรื่องเพราะรักและสนิทกันมากไม่ว่าจะเป็นเรื่องของความเป็นอยู่ การใช้ชีวิต การเรียน การงาน ตลอดจนเรื่องของปัญหาสุขภาพต่างๆด้วย ดังนั้นตลอดช่วงระยะเวลาที่ขนาดเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล พี่สาวซึ่งเป็นผู้ดูแลและคอยหมั่นสอบถามและแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและอาการเจ็บป่วยของขนาดจากแพทย์พยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์อยู่เสมอ รวมถึงได้คอยเฝ้าให้กำลังใจและอยู่เคียงข้างขนาดตลอดเวลา โดยยังคงมีความหวังว่าสักวันน้องจะต้องหายขาดอย่างแน่นอนเพราะน้องเป็นคนดีและหมั่นทำบุญเสมอ

บุคลิกและอุปนิสัยของผู้ดูแลขนาด คือ เป็นคนอารมณ์ดี พุดคุยเก่งเป็นกันเอง สนุกสนาน ใช้ชีวิตเรียบง่าย ธรรมะธรรมโมชอบไปทำบุญที่วัดอยู่เสมอ ช่วงที่ขนาดยังไม่ป่วยหนักก็จะพาไปใส่บาตรทุกเช้าและชวนกันไปทำบุญที่วัดเป็นประจำเมื่อทราบว่าขนาดอยู่ในช่วงวาระสุดท้ายก็พยายามทำให้ได้โดยตั้งใจเอาไว้ว่าจะทำหน้าที่ดูแลน้องให้ดีที่สุดโดยจะคอยอยู่เคียงข้างให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือแก่ขนาดในการทำกิจวัตรประจำวันทุกอย่าง รวมถึงชวนขนาดสวดมนต์ตอนเช้า-ก่อนนอน ไหว้พระ ทำบุญและพยายามชวนพูดคุยถึงสิ่งที่ดีๆและเรื่องต่างๆที่ขนาดชอบเพื่อให้ไม่เครียด ไม่กังวล ให้รู้สึกผ่อนคลายและสบายใจมากขึ้น

## ผู้ป่วยคนที่ 2 : ปาหนัน

"ปาหนัน" เป็นหญิงสาวชาวมุสลิมวัย 18 ปี นับถือศาสนาอิสลาม มีภูมิลำเนาอยู่ที่หนองจอก จังหวัดกรุงเทพฯ จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 และเป็นบุตรสาวคนเดียวของครอบครัว ปาหนันป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวหรือลูคีเมียตั้งแต่อายุ 16 ปี ซึ่งในขณะนั้นกำลังศึกษาอยู่ชั้นปวช. ปีที่ 2 จึงต้องทำเรื่องขอพักการศึกษาเพื่อที่จะได้มาเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาล โดยมีแม่เป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดกระบวนการรักษาจนกระทั่งจากไปอย่างสงบ

### ประวัติการเจ็บป่วย

เมื่อประมาณ 2 ปีที่ก่อน ปาหนันในวัย 16 ปีกำลังเรียนอยู่ชั้นปวช.ปีที่ 2 เริ่มมีอาการเมื่อยตัว อ่อนเพลียและไม่มีแรงที่จะไปโรงเรียนจึงบอกกับแม่ว่า **"มะห์ หนูเหนื่อย หนูไปโรงเรียนไม่ไหว"** (ผู้ดูแล ปาหนัน, สัมภาษณ์, 1 มีนาคม 2556) ผู้เป็นแม่เห็นอาการลูกไม่ค่อยดีกลัวเป็นไข้หวัด 2009 จึงพาไปหาหมอที่โรงพยาบาลแถวบ้าน เมื่อวัดความดัน วัดอัตราการเต้นของหัวใจและตรวจเลือด ผลการตรวจพบว่าปาหนันมีอาการของโรคโลหิตจาง เพื่อจะยืนยันผลการวินิจฉัยแม่จึงพาไปตรวจที่โรงพยาบาลรัฐที่มีชื่อเสียงแห่งหนึ่ง แต่เนื่องจากโรงพยาบาลแห่งนี้มีผู้ป่วยมาก ปาหนันจึงต้องนอนที่เตียงสำรองข้างนอก ก่อนเพราะเตียงในห้องรักษาเต็ม ขณะนั้นเป็นช่วงเวลาที่คุณแม่ทุกซึ้งใจยิ่งนักเพราะอาการของลูกดูไม่ค่อยดี ที่นั่งเฝ้าก็ไม่มี ผู้คนพลุกพล่านเต็มไปหมดและอาหารการกินก็ลำบากเพราะเป็นอิสลาม ผ่านไป 3 วัน ปาหนันจึงได้เตียงในห้องรักษาและได้เข้ารับการรักษาอย่างละเอียดอีกครั้ง ผลการตรวจพบว่าปามะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia) ควรที่จะเข้ารับการรักษาโดยการให้เลือดทันที ซึ่งทางโรงพยาบาลได้แจ้งให้ทราบว่าผู้ป่วยควรไปรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครนายกเพราะจะได้สิทธิรักษาฟรี หากแต่จะต้องดำเนินการส่งตัวผู้ป่วยด้วยตนเอง ขณะนั้นจึงถือเป็นช่วงภาวะวิกฤตอย่างยิ่งสำหรับครอบครัวของปาหนันเพราะเงินทั้งหมดที่ครอบครัวมีไม่เพียงพอสำหรับค่ารถส่งตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงก้มใจมากกว่าจะไปหาเงิน 3,000 บาทจากที่ไหน ประกอบกับใจไม่ตึกกลัวลูกอาการหนักกว่าเดิมจึงตัดสินใจขอยืมเงินจากเพื่อนฝูง โดยจะรีบกลับบ้านเอาทองสองสิ่งที่เป็นสมบัติชิ้นเดียวที่มีอยู่ไปขายมาจ่ายค่ารถ แต่ท้ายที่สุดปาหนันและครอบครัวก็ได้รับความอนุเคราะห์ช่วยเหลือจากโรงพยาบาลแถวบ้านที่ไปรักษาแห่งแรกช่วยนำผู้ป่วยไปส่งให้ถึงที่นครนายก

เมื่อไปถึงโรงพยาบาลที่นครนายก แพทย์ได้ดำเนินการให้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) ในการรักษาเม็ดเลือดขาวแก่ปาหนันเพื่อที่จะให้ยาเคมีไปทำลายเซลล์มะเร็ง ซึ่งขั้นตอนการรักษานั้นต้องทำหลายครั้งโดยจะทำทุกๆ 10 วันเป็นเวลาหลายเดือน ปาหนันจึงต้องนอนรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลนานหลายเดือนโดยมีแม่อยู่เคียงข้างเฝ้าดูแลและให้กำลังใจอยู่เสมอจนกระทั่งอาการต่างๆดีขึ้นมาก แพทย์จึงให้กลับบ้านได้ โดยปาหนันจะต้องเข้ามาตรวจดูอาการและทำคีโมอย่างต่อเนื่องทุกเดือน การรักษาดำเนินต่อเนื่องนานหลายเดือน แพทย์ก็ได้แจ้งให้ทราบว่าปาหนันหายจากมะเร็งแล้วแต่ยังคงต้อง

มาตรวจดูอาการเป็นประจำ ภายหลังจากที่กลับมามีสุขภาพแข็งแรงได้ไม่นานพาหนันก็ได้แต่งงานและตั้งครรภ์ พาหนันจึงได้มาฝากครรภ์และหมั้นไปให้แพทย์ตรวจดูอาการอย่างใกล้ชิดอยู่เสมอจนกระทั่งครบกำหนดคลอด บุตรของพาหนันเป็นเพศชายหนัก 3.9 กิโลกรัมแข็งแรงสมบูรณ์ดี ต่อมาไม่นานสามีของพาหนันเกิดตงงานจึงทำให้รายได้ในครอบครัวลดน้อยลง ประกอบกับมีค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตรเพิ่มขึ้น พาหนันจำต้องขาดการไปรักษาที่โรงพยาบาล 3 - 4 ครั้งเพราะต้องการช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายของครอบครัวที่ถึงแม้ว่าจะไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล แต่ค่ารถไปกลับในแต่ละครั้งก็ต้องใช้เงินจำนวนมาก ผ่านไปไม่นานพาหนันได้ตั้งครรรภ์อีกครั้ง แต่ครั้งนี้ไม่ได้ไปตรวจและฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเพราะว่าไกล พออายุครรภ์ได้ 5 เดือนเกิดมีอาการปวดที่สะโพกด้านซ้าย เวลาให้นมลูกก็มีอาการเจ็บและปวด บางครั้งปวดมากถึงกับร้องทรมาณ ต่อมาเริ่มอ่อนเพลียไม่มีแรง เป็นไข้หนาวสั่น ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร และในที่สุดก็แท้งบุตร

ครอบครัวจึงตัดสินใจให้พาหนันกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลเดิมที่อยู่แถวบ้าน พอรักษาไปได้ระยะหนึ่งทางโรงพยาบาลก็ได้ทำเรื่องส่งตัวให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐชื่อดังอีกแห่งหนึ่ง พาหนันนอนรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลนานเกือบหนึ่งเดือนจนอาการเริ่มทุเลาลง แพทย์ได้เชิญครอบครัวของพาหนันไปปรึกษาโดยแจ้งให้ทราบว่าพาหนันจะอยู่ได้อีกเพียง 1 ปีเท่านั้น ช่วงเวลาที่เหลืออยู่นี้จึงอยากให้ครอบครัวใช้เวลาให้คุ้มค่าและเตรียมใจให้พร้อม เมื่อกลับไปอยู่บ้านพาหนันก็ยังคงมาเข้ารับการรักษาตามที่แพทย์นัดอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งถึงช่วงเดือนตุลาคม - ต้นเดือนธันวาคม ปีพ.ศ.2554 กรุงเทพฯ และปริมณฑลได้ประสบปัญหาน้ำท่วมหนัก ซึ่งบ้านของพาหนันก็ประสบปัญหาด้วยเช่นกันจึงทำให้ไม่สะดวกที่จะเดินทางไปเข้ารับการรักษาตามที่แพทย์นัดได้ส่งผลให้อาการของพาหนันเริ่มทรุดหนักลง พอ น้ำลดครอบครัวจึงรีบพาพาหนันไปโรงพยาบาลทันที แพทย์ได้แจ้งให้ทราบว่าโรคได้ดำเนินมาถึงขั้นสุดท้ายแล้ว พาหนันจำเป็นที่จะต้องนอนพักรักษาและให้เลือดอยู่ที่โรงพยาบาล ซึ่งการรักษาจะเป็นแบบประคับประคองตามอาการเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องทรมาณจากความเจ็บปวดจากโรคและจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ พาหนันอยู่ภายใต้การดูแลแบบประคับประคองจากทีมสุขภาพอย่างใกล้ชิดนานประมาณ 1 เดือน ซึ่งในขณะนั้นก็มีอาการเจ็บและปวดไปทั่วทั้งตัวจากการลุกลามของมะเร็ง จึงมีเลือดออกตามส่วนต่างๆของร่างกายทั้งไรฟัน ผิวหนัง ตาและปวดกระดูกมากจึงจำเป็นที่จะต้องใส่สายทางช่องคลอดเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย อีกทั้งได้เกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นไตอักเสบต้องคอยเจาะใส่ถุงให้น้ำเกลือด้วยด้วยความคิดถึงลูกพาหนันจึงขอกลับไปรักษาที่บ้านและจะมาตรวจดูอาการที่โรงพยาบาลเป็นระยะๆ หากแต่กลับไปบ้านได้ไม่นานพาหนันก็ต้องเข้าออกห้องฉุกเฉินหลายครั้ง จนท้ายที่สุดแพทย์ได้แจ้งให้ครอบครัวทราบว่าพาหนันสามารถมีชีวิตอยู่ได้อีกเพียง 7 วันเท่านั้น ครอบครัวจึงตัดสินใจให้พาหนันมานอนพักรักษาที่โรงพยาบาลแถวบ้านภายใต้การดูแลเป็นอย่างดีในห้องพิเศษปลอดเชื้อ พาหนันนอนไม่มีแรงอยู่หลายวันและได้จากไปอย่างสงบเมื่อต้นเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2555 ท่ามกลางครอบครัวอันเป็นที่รักทั้งพ่อ แม่ สามีและลูกน้อยของเธอ รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจนกระทั่งเสียชีวิตทั้งหมดประมาณ 2 ปี

### บุคลิกพื้นฐาน อุปนิสัยและการดำเนินชีวิต

ปาหนันเป็นหญิงสาวชาวมุสลิมวัย 18 ปีอาศัยอยู่กับสามีและมีบุตรหนึ่งคนเป็นเพศชายอายุ 1 ปี รวมทั้งอยู่ในครอบครัวที่มีพ่อและแม่อยู่รวมกันด้วยเป็นครอบครัวใหญ่ในบริเวณชุมชนมุสลิมแห่งหนึ่งในเขตหนองจอก ก่อนที่จะเริ่มมีอาการเจ็บป่วย ปาหนันกำลังเรียนอยู่ชั้นปวช.ปี 2 ที่โรงเรียนพาณิชย์การแห่งหนึ่งที่อยู่แถวบ้าน จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลพบว่าปาหนันเป็นนักเรียนที่มีความขยันตั้งใจเรียนและมีผลการเรียนดีสม่ำเสมอ บุคลิกลักษณะเป็นคนเรียบร้อย อ่อนโยน ขี้อายและมีโลกส่วนตัวค่อนข้างสูง เมื่อมีเวลารว่างปาหนันจะชอบอยู่บ้านดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือ แต่งกลอนหรือไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจกับครอบครัวมากกว่าไปเที่ยวกับเพื่อนฝูง ภายหลังจากที่ต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันยาวนานทำให้ต้องทำเรื่องขอพักการศึกษาเอาไว้ ปาหนันเริ่มแสดงออกให้เห็นว่าเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่ตนกำลังประสบอยู่และเรื่องของการเรียนที่กลัวเรียนตามเพื่อนไม่ทัน อีกทั้งโรงพยาบาลที่รักษาอยู่ไกลจึงทำให้เพื่อนๆ ไม่สะดวกมาเยี่ยม ปาหนันจึงเริ่มมีภาวะซึมเศร้า เหงาและอารมณ์เสียง่าย แต่ผู้ดูแลก็ยังคงอยู่เคียงข้างคอยปลอบและให้กำลังใจแก่ปาหนันอยู่เสมอจนกระทั่งการรักษาผ่านพ้นไปได้ด้วยดี

ภายหลังจากที่การรักษาเริ่มประสบผลสำเร็จ ปาหนันกลับมามีสุขภาพแข็งแรงอีกครั้งจึงได้แต่งงานและมีบุตร 1 คน ปาหนันกลายเป็นหญิงสาวที่ร่าเริง สดชื่น แจ่มใสและอารมณ์ดี ทุกๆวันจะช่วยแม่ทำอาหาร ทำงานบ้านและใส่ใจต่อการเลี้ยงดูบุตรเป็นอย่างดี แต่เมื่อครอบครัวประสบปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากสามีตกงานและมารดาของปาหนันก็สามารถรับงานมาทำได้น้อยลงเพราะต้องช่วยเลี้ยงหลาน รายได้ของครอบครัวจึงเหลือเพียงทางเดียวคือจากงานรับจ้างทั่วไปของบิดาปาหนันเท่านั้น ปาหนันจึงขาดการไปตรวจดูอาการตามที่แพทย์นัดเพราะต้องการช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายเอาไว้สำหรับเป็นค่านมและค่าแพมเพิร์สของลูก เมื่อขาดการตรวจสุขภาพนานหลายเดือนอาการจึงทรุดลง ทั้งอ่อนเพลียไม่มีแรงจึงทำให้แท้งบุตรคนที่ 2 ไปในขณะที่ตั้งครรภ์ได้ 5 เดือน ปาหนันเสียเลือดมากจึงนอนป่วยอยู่หลายวัน ครอบครัวพยายามรักษาหลากหลายวิธีก็ไม่หายจึงรีบพาส่งโรงพยาบาล ซึ่งครั้งนี้เป็นการรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานแก่ปาหนันยิ่งนักเพราะนอกจากจะต้องเจ็บปวดทางกายจากการรักษาทางการแพทย์แล้วยังต้องเจ็บปวดทางจิตใจที่ไม่สามารถเห็นหน้าลูกน้อยเป็นเวลานาน แต่ปาหนันก็ยังโชคดีที่ได้รับการเยียวยาทางด้านจิตใจได้รับความรักความอบอุ่นจากแม่และสามีที่ทำหน้าที่อยู่เคียงข้างเฝ้าดูแลและให้กำลังใจอยู่เสมอ จนท้ายที่สุดเมื่อแพทย์เห็นว่าปาหนันสามารถอยู่ได้อีกเพียง 7 วันจึงอนุญาตให้ปาหนันกลับบ้านไปหาลูกได้ ช่วงวาระสุดท้ายของปาหนันจึงเต็มไปด้วยความสุขเพราะได้อยู่ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รักทั้งพ่อ แม่ สามีและลูกน้อยแล้วก็ได้จากไปอย่างสงบในอ้อมกอดอันอบอุ่นของครอบครัว

### ผู้ดูแลพาหนัน

ผู้ที่คอยดูแลพาหนันอย่างใกล้ชิดมาโดยตลอดนับตั้งแต่ที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยจนกระทั่งจากไปอย่างสงบก็คือมารดาของพาหนัน ซึ่งมีอายุ 50 ปี นับถือศาสนาอิสลาม ประกอบอาชีพรับจ้างเย็บเสื้อผ้าตลอดระยะเวลาที่เจ็บป่วยและต้องมาเข้ารับการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่โรงพยาบาล ผู้ดูแลจะคอยหมั่นสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคและอาการของผู้ป่วยจากแพทย์และพยาบาลอยู่เสมอจึงทำให้เป็นผู้ที่รับทราบข้อมูลและอาการของพาหนันเป็นอย่างดี ทั้งนี้ผู้ดูแลจะคอยมาอยู่เคียงข้างเฝ้าดูแลให้กำลังใจและปลอบประโลมจิตใจให้แก่พาหนันอยู่เสมอทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้านอย่างไม่รู้จกเห็นเหนื่อยแต่เนื่องจากพาหนันต้องรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลนานหลายเดือนครอบครัวจึงขาดรายได้จากการเย็บเสื้อผ้าไปมากและถึงแม้ว่าค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ในการรักษาจะสามารถใช้สิทธิรักษาได้ฟรี แต่ก็มีบางส่วนที่ต้องจ่ายเอง โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการมาดูแลในแต่ละวัน เช่น ค่าอาหาร ค่าเดินทาง ด้วยความรักความห่วงใยที่มีต่อบุตรสาวเพียงคนเดียวจึงทำให้ผู้ดูแลทุ่มเททั้งแรงกายและแรงใจอย่างเต็มที่ซึ่งตัดสินใจขายวัวซึ่งเป็นสมบัติล้ำค่าของครอบครัวไป 1 ตัวจากที่มีอยู่เพียง 2 ตัวเพื่อเอาเงินมาจุนเจือครอบครัว

บุคลิกและอุปนิสัยของผู้ดูแลผู้ป่วย คือ เป็นคนใจดี มีน้ำใจ พุดคุยเป็นกันเอง ใช้ชีวิตเรียบง่าย คอยช่วยสามีทำมาหากิน ดูแลครอบครัว ทำงานบ้าน ดูแลบุตรสาวและหลาน ภายหลังจากที่บุตรสาวป่วยเป็นมะเร็งทำให้เกิดความรู้สึกทุกซอกทุกซัดัน เครียด จนต้องแอบไปร้องไห้บ่อยๆเพราะสงสารที่ลูกต้องมาป่วยทรมานตั้งแต่อายุยังน้อย ยิ่งเมื่อพาหนันร้องครวญครางด้วยความเจ็บปวดก็รู้สึกหัวใจแทบแตกสลาย หากแต่ต้องแสดงให้คนอื่นเห็นว่าเข้มแข็งสามารถเป็นที่พึ่งสำหรับลูกได้ ตลอดช่วงที่พาหนันนอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลผู้ดูแลจะคอยมาอยู่เคียงข้างเฝ้าดูแลและให้กำลังใจอยู่เสมอ รวมถึงจะหมั่นเตรียมอาหารที่พาหนันชอบมาให้ทานเป็นประจำ ช่วงที่พาหนันยังไม่ป่วยหนักก็จะพาไปมัสยิดทุกวันศุกร์เพื่อให้เกิดความจรรโลงใจ เมื่อทราบว่าพาหนันอยู่ในช่วงวาระสุดท้ายและกำลังจะจากไปผู้ดูแลก็รู้สึกเศร้าเสียใจมากแต่ก็ได้พยายามทำหน้าที่ดูแลพาหนันอย่างดีที่สุด โดยจะคอยช่วยพาหนันในการทำกิจวัตรประจำวันทุกอย่าง ชวนพาหนันระลึกถึงองค์พระอัลเลาะห์ทั้งตอนเช้าและก่อนนอน อีกทั้งได้ชวนพาหนันพุดคุยถึงสิ่งที่ดีๆและเรื่องต่างๆที่จรรโลงจิตใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องหลานชายเพื่อให้พาหนันมีกำลังใจและรู้สึกผ่อนคลายสบายใจมากขึ้น

### ผู้ป่วยคนที่ 3 : ตันหยง

"ตันหยง" เป็นสตรีวัย 52 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส มีบุตรชาย 2 คน มีภูมิลำเนาอยู่อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีด้านบัญชีจากมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ปัจจุบันประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวทำการค้าขายพวกวัสดุอุปกรณ์ก่อสร้าง ซึ่งเป็นธุรกิจครอบครัวของสามี



### ประวัติการเจ็บป่วย

เมื่อประมาณเกือบ 5 ปีก่อน ต้นหยงในวัย 47 ปี เริ่มสังเกตเห็นถึงความผิดปกติของเต้านมตนเองในขณะที่กำลังอาบน้ำอยู่ โดยพบว่ามึ้ก้อนเนื้อแข็งในเต้านมและผิวหนังบริเวณนั้นมีลักษณะขรุขระคล้ายผิวมะกรูดและเมื่อลองกดดูก็รู้สึกเจ็บผิดปกติ จึงตัดสินใจไปตรวจที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งแถวบ้าน ซึ่งแพทย์ได้ทำการตรวจด้วยวิธีการเอกซเรย์เต้านม (Mammography) พบว่ามีก้อนเนื้อในเต้านมขนาด 1.5 ซม. ควรที่จะผ่าตัดเพื่อตรวจชิ้นเนื้อว่าเป็นเนื้อดีหรือร้าย แต่ต้นหยงไม่ยอมเข้ารับการผ่าตัดในทันทีเพราะกลัวผลการตรวจจะออกมาว่าเป็นมะเร็งจึงขอกลับไปคิดตัดสินใจปรึกษากับครอบครัวและทำใจก่อน เนื่องจากเคยเห็นคนแถวบ้านป่วยเป็นมะเร็งและต้องเข้ารับการรักษากับวิธีทำให้ยาเคมีบำบัดและการฉายแสง ส่งผลให้ผมร่วง ผิวหนังค่อนข้างเกรียมและดูทรุดโทรมมาก แต่เมื่อกลับถึงบ้านต้นหยงก็ไม่ได้บอกเล่าให้ครอบครัวทราบเพราะตัดสินใจแล้วว่าจะไม่เข้ารับการผ่าตัด ผ่านไปประมาณ 1 ปี พบว่าก้อนเนื้อยิ่งโตและใหญ่ขึ้นกว่าเดิม อีกทั้งผิวหนังบริเวณเต้านมมีลักษณะขรุขระ แดงและบวมมากขึ้นด้วย จึงรีบไปพบแพทย์และเข้ารับการผ่าตัดเพื่อตรวจชิ้นเนื้อทันที ผลการตรวจออกมาว่าเป็นเนื้อร้าย ต้นหยงเป็นมะเร็งเต้านมอักเสบ (Inflammatory breast cancer) ระยะที่สาม ซึ่งสามารถลุกลามเข้าไปในหลอดเลือดและหลอดน้ำเหลืองทำให้เกิดการกระจายไปยังอวัยวะอื่นๆได้ เพื่อหยุดการเจริญเติบโตของเนื้องอกและป้องกันการลุกลามของมะเร็งไม่ให้ลามไปยังส่วนอื่น ต้นหยงจึงได้ทำการผ่าตัดเต้านมข้างขวานั้นทิ้งไปและมาเข้ารับการรักษากับยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อเวลาผ่านไปประมาณ 2 ปีแพทย์ได้ตรวจพบว่ามะเร็งได้ลุกลามไปยังมดลูกจึงต้องทำการตัดมดลูกและให้ยาเคมีบำบัดต่ออีก โดยให้ทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีดเข้าบริเวณกล้ามเนื้อ

ต่อมาไม่นาน ต้นหยงได้ตกอยู่ในภาวะแห่งความเครียดอย่างสูงเพราะครอบครัวได้ประสบปัญหาด้านการเงินทั้งจากการสูญเสียเงินจำนวนมากสำหรับค่ารักษาพยาบาล รายได้ต่างๆก็น้อยลงเพราะภาวะเศรษฐกิจตกต่ำแล้วยังมาถูกลูกค้าโกงไม่ยอมจ่ายหนี้ก็อีก รวมถึงวิตกกังวลเรื่องที่เป็นมะเร็งแล้วมีแนวโน้มว่าจะรักษาไม่หายทำให้อาการเริ่มทรุดมากจนมีอาการปวดท้องอย่างรุนแรง ครอบครัวจึงพาส่งโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน โดยตรวจพบว่าอาการปวดท้องดังกล่าวเกิดจากป่วยเป็นมะเร็งตับอ่อน ซึ่งทางโรงพยาบาลไม่มีเครื่องมือเพียงพอสำหรับการผ่าตัดมะเร็งตับอ่อนให้แก่ต้นหยงจึงได้ทำการย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนอีกแห่งหนึ่งผลการรักษาผ่านลุล่วงไปด้วยดี หากแต่ด้วยค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดที่ผ่านมามีค่าใช้จ่ายจำนวนมากจนเกิดหนี้สิน ต้นหยงจึงตัดสินใจเปลี่ยนรูปแบบวิธีการรักษาจากการให้ยาเคมีบำบัด ทานยาต่างประเทศและการผ่าตัดตามคำแนะนำของแพทย์ในโรงพยาบาลต่างๆที่มีชื่อเสียงมาเป็นการทานยาโบราณจำพวกยาสมุนไพรต่างๆและเข้าร่วมปฏิบัติกรรมฐานในสถานปฏิบัติธรรมที่ต่างจังหวัดตามคำแนะนำของเพื่อนแทน ช่วงนั้นต้นหยงรู้สึกว่าคุณภาพกายและใจดีขึ้นมาก หากแต่เมื่อผ่านไปหลายเดือนต้นหยงพบว่ามึ้ก้อนเนื้อปูดขึ้น มาใกล้กับกระดูกสันหลังจึงได้ไปตรวจที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ผลปรากฏว่ามะเร็งได้ลุกลามไปยังกระดูกมากแล้ว แพทย์จึงให้ยาเคมีบำบัดและ

ทำการฉายรังสีเพื่อยับยั้งการลุกลามไม่ให้ไปไวมากขึ้น เนื่องจากต้นหยงอยู่ในสถานะที่ไม่สามารถจะทำการผ่าตัดได้ การรักษาก็จึงสามารถทำได้เพียงแค่ประคองอาการไปเรื่อยๆเท่านั้น ต่อมาไม่นานเมื่อมะเร็งได้ลุกลามไปทุกส่วนของร่างกาย ต้นหยงจึงมีอาการปวดตามตัวและกระดูกมากขึ้น จากนั้นครั้งก็เริ่มถี่ขึ้นเรื่อยๆจึงต้องฉีดยามอร์ฟีนเข้าเส้นเลือดดำและใช้ยาแปะที่ผสมมอร์ฟีนมาแปะตามส่วนต่างๆของร่างกายเพื่อช่วยบรรเทาอาการปวด ต้นหยงนอนรักษาตัวโดยอยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคองนานประมาณ 5 เดือนแล้วจึงเสียชีวิตไปอย่างสงบที่โรงพยาบาลในคืนวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ.2555 ท่ามกลางความรักความอบอุ่นจากครอบครัว ซึ่งรวมระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมจนกระทั่งเสียชีวิตประมาณ 5 ปี

### บุคลิกพื้นฐาน อุปนิสัยและการดำเนินชีวิต

ต้นหยงสมรสแล้วอาศัยอยู่กับสามีและบุตรชาย 2 คน บุตรชายคนโตอายุ 24 ปีกำลังศึกษาอยู่ระดับปริญญาโท ส่วนบุตรชายคนเล็กอายุ 18 ปี กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ต้นหยงและสามีประกอบอาชีพค้าขายวัสดุอุปกรณ์ก่อสร้างที่อำเภอพระประแดง จากการสัมภาษณ์บุตรชายคนโต ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมาโดยตลอด พบว่าต้นหยงเป็นคนที่มีความมั่นใจ เชื่อมมั่นในตนเอง มีความเป็นผู้นำ แต่หัวใจดี มีอารมณ์ขัน พูดคุยสนุกสนาน รักครอบครัว ยามว่างจะชอบหนังสือนวนิยาย หนังสือพิมพ์ เล่นอินเทอร์เน็ตและทำอาหาร ถ้ามีวันหยุดยาวก็มักจะชักชวนครอบครัวและญาติพี่น้องไปเที่ยวต่างจังหวัดด้วยกันเสมอ โดยส่วนใหญ่แล้วก็จะไปเที่ยวทะเล เล่นน้ำและทำอาหารปิ้งย่างทานกัน แต่ภายหลังเมื่อต้นหยงต้องมารับผิดชอบกิจการค้าขายวัสดุก่อสร้างแต่เพียงลำพังเพราะสามีมักชอบออกไปสังสรรค์กับเพื่อนฝูงอยู่เสมอ (ทราบภายหลังว่าไปมีบ้านน้อย) ภาระหน้าที่ค้าขายทั้งหมดจึงตกอยู่กับต้นหยงแต่เพียงคนเดียว ทั้งในเรื่องของการขาย การเช็คสต็อก การสั่งซื้อของ การทำบัญชีและการคุมคนงาน เมื่อภาระหน้าที่มีมากทำให้ในแต่ละวันต้นหยงต้องทำงานหนักและต้องเผชิญปัญหาต่างๆอยู่เสมอ จึงทำให้มีเวลาพักผ่อนน้อย ทานอาหารไม่เป็นเวลา ร่างกายของผู้ป่วยจึงอ่อนแอป่วยเป็นหวัดบ่อย แต่ด้วยความที่เป็นคนไม่ค่อยใส่ใจเรื่องสุขภาพมากนักจึงยังคงหักโหมทำงานหนักอยู่เช่นเคย จนบางครั้งกลายเป็นคนเจ้าอารมณ์ ใจร้อน ชี้้หุดหงิดและเคร่งเครียดอยู่ตลอดเวลา ส่งผลให้ลูกๆไม่ค่อยกล้าเข้ามา มีปฏิสัมพันธ์ใกล้ชิดสนิทสนมกับต้นหยงเท่าใดนัก

แม้กระทั่งยามที่เจ็บป่วยเป็นมะเร็งเต้านมอักเสบ ซึ่งต้องไปเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องในหลายรูปแบบทั้งผ่าตัด ทำเคมีบำบัดและฉายรังสี แต่ต้นหยงก็ยังคงเข้มแข็งไม่เคยที่จะปริกบั่นหรือแสดงความอ่อนแอใดๆออกมาให้คนอื่นได้เห็นเพราะไม่ต้องการให้ครอบครัวกังวลใจ อีกทั้งต้นหยงไม่ต้องการที่จะพึ่งพาผู้อื่นและอยากที่จะทำสิ่งต่างๆได้ด้วยตนเองเหมือนเช่นเคย จึงพยายามที่จะช่วยเหลือตนเองในเรื่องต่างๆ ทั้งการควบคุมดูแลกิจการร้าน การเข้าพูดคุยกับแพทย์เพื่อรับรู้ข้อมูลการดำเนินของโรค ข้อมูลการรักษาและตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยตนเอง หากแต่ความมุ่งมั่นที่จะต้องรักษา

มะเร็งให้หาย ต้นหยงจึงค่อยๆมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทัศนคติในการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการดำเนินของโรคมามากขึ้น เพื่อให้การรักษาเป็นไปได้ด้วยดีต้นหยงจึงทำงานต่างๆน้อยลง รับประทานอาหารที่มีประโยชน์มากขึ้น หมั่นออกกำลังกาย ฟังเพลง ทำจิตใจให้สงบด้วยการเข้าวัดปฏิบัติธรรมกับลูกชายและพี่สาวอยู่เสมอเพื่อลดความเครียดและความใจร้อนลง ตลอดจนหันมาทำกิจกรรมกับลูกๆมากขึ้นด้วย ภายหลังเมื่อต้องมานอนรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลโดยอยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคองต้นหยงก็ยังมีสถานะทางด้านจิตใจดีขึ้นเพราะได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากทีมสุขภาพ หากแต่เมื่อผ่านไปนานหลายเดือนโรคก็ได้ลุกลามไปยังทุกส่วนของร่างกายทำให้ต้นหยงมีอาการเจ็บปวดอย่างรุนแรง จึงเริ่มหมดกำลังใจ เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้าและท้อแท้ ครอบครัวและญาติจึงผลักดันมาโรงพยาบาลทุกวันเพื่ออยู่เฝ้าดูแลและคอยพูดคุยให้กำลังใจต้นหยงจนกระทั่งต้นหยงจากไปอย่างสงบ

### ผู้ดูแลต้นหยง

ผู้ที่คอยดูแลต้นหยงอย่างใกล้ชิดมาโดยตลอดนับตั้งแต่ที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยจนกระทั่งจากไปอย่างสงบ ก็คือ บุตรชายคนโตของต้นหยง ซึ่งมีอายุ 24 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพโสด กำลังศึกษาปริญญาโทด้านเทคโนโลยีและการสื่อสารอยู่ที่มหาวิทยาลัยรัฐแห่งหนึ่ง บุคลิกและอุปนิสัยของผู้ดูแล คือเป็นคนนิ่งๆเสียบๆ ใช้ชีวิตเรียบง่าย ค่อนข้างจะมีโลกส่วนตัว ไม่ค่อยสนใจใครและติดเกม ขณะที่ต้นหยงเจ็บป่วยเป็นมะเร็ง ผู้ดูแลกำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 4 และกำลังทำโปรเจกจบอยู่ จึงไม่ค่อยมีเวลามาพบปะพูดคุยกับต้นหยงมากเท่าใดนัก จึงทำให้ผู้ดูแลไม่เคยทราบมาก่อนว่ามารดาป่วยเป็นมะเร็งเต้านมและได้ทำการผ่าตัดไปแล้วเพราะลักษณะทางกายภาพภายนอกของต้นหยงก็ดูปกติดี จนกระทั่งวันหนึ่งต้นหยงมีอาการปวดท้องอย่างรุนแรงจึงต้องรีบพาไปส่งโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน โดยแพทย์ผู้รักษาได้แจ้งให้ญาติผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งตับอ่อนควรรีบทำการผ่าตัดทันที

ภายหลังจากที่ทราบว่ามารดาป่วย ผู้ดูแลก็อยากที่จะทำหน้าที่เป็นลูกที่ดีเพื่อตอบแทนพระคุณของท่านจึงได้ทำเรื่องขอพักการศึกษาเอาไว้ก่อนเพื่อที่จะได้มีเวลามาดูแลต้นหยงได้อย่างเต็มที่ตลอดทั้งวัน โดยได้คอยดูแลอย่างใกล้ชิดในทุกๆเรื่อง ทั้งในเรื่องของกิจวัตรประจำวัน อาหารการกิน ขวนพุดคุยให้กำลังใจ คอยพาไปตรวจตามที่แพทย์นัดและพูดคุยซักถามอาการของมารดาจากแพทย์และพยาบาลอยู่เสมอ โดยทราบดีว่ามารดาคงไม่หาย แต่ก็พยายามทำหน้าที่ของลูกให้ดีที่สุดเพราะอยากให้มารดาอยู่กับครอบครัวได้นานที่สุดเท่าที่จะนานได้ ในขณะที่ดูแลต้นหยงผู้ดูแลรู้สึกเครียดมากมีแอบร้องไห้อยู่บ่อยครั้งเพราะสงสารมารดาที่ต้องนอนเจ็บปวดทรมานและเมื่อทราบว่ามารดาอยู่ในระยะสุดท้ายก็ยังเสียใจที่ท่านกำลังจะจากไป แต่เมื่อได้รับคำปลอบใจจากพยาบาลและครอบครัวจึงเริ่มทำใจได้และหันมาทำหน้าที่ดูแลแม่อย่างดีที่สุด ในแต่ละวันก็จะมมีหน้าที่คอยอ่านหนังสือธรรมะ หนังสือพิมพ์ให้แม่ฟัง นำแม่สวดมนต์ทำสมาธิและให้กำลังใจแม่อยู่เสมอเพื่อให้ท่านจากไปอย่างสงบและมีความสุข

#### ผู้ป่วยคนที่ 4 : โมกษ์

"โมกษ์" เป็นชายสูงวัย อายุ 89 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส มีภรรยา 3 คน บุตร 5 คนเป็นบุตรชาย 3 คนและบุตรสาว 2 คน มีภูมิลำเนาอยู่ที่อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เดิมประกอบอาชีพรับราชการตำรวจ ปัจจุบันเป็นข้าราชการบำนาญ

#### ประวัติการเจ็บป่วย

โมกษ์เริ่มป่วยเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่เมื่อมีอายุ 58 ปี ซึ่งได้เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอดในรูปแบบของการผสมผสานกันระหว่างแพทย์แผนไทยกับแพทย์แผนปัจจุบัน หลังจากทราบว่าตนเป็นเบาหวานโมกษ์ก็หันมาสนใจดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองมากขึ้น ด้วยการนอนแต่หัวค่ำเพื่อจะได้ตื่นแต่เช้ามาออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผัก ผลไม้ ลดปริมาณเนื้อสัตว์และของทอดๆมันๆ อีกทั้งได้เลิกดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ด้วย ทุกอย่างดำเนินมาด้วยดีจนกระทั่งอายุ 89 ปี โมกษ์เริ่มมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องบวม มีอาการจุกแน่นท้องหลังรับประทานอาหารไปได้ไม่มาก หายใจไม่สะดวกและไออยู่ตลอดเวลา โมกษ์ไม่ยอมไปพบแพทย์เพื่อตรวจดูอาการหากแต่แก้ไขด้วยการทานยาสามัญประจำบ้านเพื่อบรรเทาอาการปวดท้องเท่านั้น เมื่อเป็นอยู่หลายวันอาการไม่ทุเลาลงลูๆจึงพาไปหาหมอ ทางโรงพยาบาลได้ทำการตรวจด้วยการเอาเข็มเจาะผ่านทางหน้าท้องเพื่อเอาชิ้นเนื้อไปตรวจ ซึ่งต้องรอผลการตรวจนานหลายวันและที่อยู่โรงพยาบาล โมกษ์และญาติได้รับการดูแลไม่เต็มที่เท่าที่ควร ญาติพี่น้องจึงตัดสินใจย้ายโมกษ์ไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐที่มีชื่อเสียงอีกแห่งหนึ่งในอำเภอหาดใหญ่ แทน แพทย์ที่นี่ทำการตรวจเช็คอาการเบื้องต้นและได้เจาะเลือดไปตรวจ ไม่นานก็ทราบผลว่าโมกษ์ป่วยเป็นมะเร็งตับ (Liver Cancer) ระยะสุดท้ายสามารถอยู่ได้ไม่เกินสามเดือน โดยคาดว่าคงเป็นมะเร็งตับมานานไม่ต่ำกว่า 7 ปี ก่อนมะเร็งจึงมีขนาดใหญ่จนไม่สามารถทำการผ่าตัดได้ ประกอบกับผู้ป่วยอายุมากสภาพร่างกายไม่พร้อมสำหรับการผ่าตัดจึงอาจทำให้เสียชีวิตได้ในทันทีหากผ่าตัด ดังนั้นการรักษาจึงเป็นแต่เพียงการดูแลแบบประคับประคองตามอาการเท่านั้น โดยโมกษ์จะต้องนอนรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลเพื่อที่แพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพจะสามารถมาดูแลได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ขณะที่อยู่โรงพยาบาลท้องของโมกษ์ก็ยิ่งบวมมากขึ้นเรื่อยๆจนกระทั่งทนไม่ไหวนอนร้องครวญครางตลอดทั้งวัน แพทย์จึงให้พยาบาลดูดน้ำในท้องออกให้วันละ 2 รอบ ซึ่งน้ำที่ดูดออกมาในแต่ละครั้งจะมีปริมาณมากและมีสีเหมือนน้ำเหลือง ภายหลังจากที่ดูดเสร็จท้องของโมกษ์จะยุบกลับมาเป็นเหมือนปกติ จึงทำให้รู้สึกสบายตัวมากขึ้นส่งผลให้สามารถรับประทานอาหารและพูดคุยกับผู้คนรอบข้างได้ปกติ แต่พอผ่านไปไม่กี่ชั่วโมงท้องก็จะค่อยๆบวมขึ้นอีกครั้งทำให้โมกษ์กลับมามีอาการทางอารมณ์ที่ไม่ดี ชุณมัว โดยมักจะหงุดหงิด อาละวาดและทานอาหารไม่ได้ ซึ่งโมกษ์ก็รู้ตนเองดีจึงขอให้พยาบาลช่วยดูดน้ำในท้องออกให้บ่อยๆ หากแต่ตามหลักการแพทย์ไม่สามารถทำได้เพราะอาจทำให้เกิดการติดเชื้อ แพทย์จึงช่วยด้วยการให้ยาตามระบบเพื่อช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวดด้วยอีกทาง เมื่ออยู่โรงพยาบาลได้ประมาณ

3 สัปดาห์ โมกข์ก็ร้องขอกลับบ้านแพทย์เห็นว่าอาการยังทรงๆอยู่จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้โดยมีข้อแม้ว่าผู้ป่วยจะต้องอยู่ภายใต้การดูแลใกล้ชิดเป็นอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ลูกๆไม่ยอมมาให้โมกข์กลับบ้านเพราะอยากให้อยู่ที่ใกล้มือแพทย์และพยาบาลมากกว่า แต่ก็ไม่ยอมขัดใจผู้ป่วยจึงยอมพากลับบ้าน เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ไม่กี่วันโมกข์ก็เกิดมีอาการเจ็บท้องอย่างรุนแรงลูกๆจึงพาไปส่งโรงพยาบาลอีกครั้ง ซึ่งครั้งนั้นก็เป็นการครั้งสุดท้ายเพราะเมื่อผ่านไปประมาณ 2 เดือนกว่า โมกข์มีอาการขับถ่ายอุจจาระออกมาเป็นสีดำอันเป็นสัญญาณบ่งชี้ให้ทราบว่าข้างในร่างกายนั่นแย่มากและวาระสุดท้ายของโมกข์ได้มาถึงแล้ว ลูกๆหลานๆจึงผลัดกันมาเยี่ยมให้กำลังใจกันทุกวัน และในที่สุดโมกข์ก็ได้เสียชีวิตลงอย่างสงบในโรงพยาบาลท่ามกลางความรักความห่วงใยของครอบครัว เมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ.2555 รวมระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจนกระทั่งเสียชีวิตประมาณ 3 เดือน

#### บุคลิกพื้นฐาน อุปนิสัยและการดำเนินชีวิต

โมกข์เป็นชายสูงอายุวัย 89 ปี มีภรรยาตามกฎหมาย 3 คนและมีบุตรทั้งหมด 5 คน เป็นบุตรชาย 3 คนและบุตรสาว 2 คน ปัจจุบันภรรยาทั้งสามคนได้เสียชีวิตไปหมดแล้ว โมกข์จึงอาศัยอยู่กับบุตรสาวและบุตรชายที่เกิดจากภรรยาคนที่สาม ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วบุตรสาวจะเป็นผู้ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดมากกว่าเพราะบุตรชายทำงานอยู่ต่างอำเภอจะกลับบ้านแค่เพียงวันเสาร์อาทิตย์เท่านั้น จากการสัมภาษณ์บุตรสาวของโมกข์พบว่าโมกข์เป็นข้าราชการวัยเกษียณที่ค่อนข้างจะดู เจ้าระเบียบ เข้มงวดจริงจังกับชีวิตและเครียดกับทุกสิ่งที่อยู่รอบตัว อีกทั้งเคยประกอบอาชีพรับราชการตำรวจจึงทำให้มีบุคลิกลักษณะชอบออกคำสั่ง บังการวางแผนทุกอย่างให้กับสมาชิกในครอบครัวอยู่เสมอ โดยจะให้ผู้อื่นทำตามแต่ความคิดของตนเองและไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นเลย จึงทำให้ทะเลาะเบาะแว้งกับสมาชิกในครอบครัวอยู่เป็นประจำ ตลอดช่วงชีวิตการรับราชการตำรวจ โมกข์เป็นคนขยันตั้งใจทำงานและประกอบอาชีพด้วยความซื่อสัตย์สุจริตเสมอมา แต่ด้วยความที่เป็นคนชอบเข้าสังคมจึงมักจะไปงานเลี้ยงสังสรรค์และเข้าร่วมกลุ่มงานเลี้ยงตามบ้านเพื่อนๆอยู่เป็นประจำทำให้ดื่มเหล้าและสูบบุหรี่มากมาตั้งแต่สมัยหนุ่มๆ โมกข์ใช้ชีวิตเช่นนี้มาโดยตลอดจนกระทั่งอายุ 58 ปี ร่างกายเริ่มไม่ค่อยมีแรงอ่อนเพลียและมีมือสั่นบ่อย เมื่อไปตรวจก็พบว่าป่วยเป็นโรคพาร์กินสันและเป็นเบาหวานซึ่งต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมาจึงเริ่มหันมาดูแลสุขภาพมากขึ้นด้วยการงดดื่มเหล้า งดสูบบุหรี่และหมั่นไปออกกำลังกายเข้าโยคะ จนทำให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง จิตใจแจ่มใสและอารมณ์ดีขึ้น

ผู้ป่วยเข้าออกโรงพยาบาลเพื่อตรวจสุขภาพร่างกายอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอดเป็นระยะเวลา นานกว่า 20 ปีแล้วจึงไม่ยอมไปหาหมออีก โดยให้เหตุผลว่า **"ไปทำไม ไม่ได้เป็นอะไรสักหน่อย คนมารอคิวก็นานน่าเบื่อ หมอคุยสามสี่คำเอง อยู่บ้านตั้มยาकिनเองยังจะดีเสียกว่า"** (ผู้ดูแลโมกข์, สัมภาษณ์, 23 เมษายน 2556) ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมาโมกข์ก็หันมาแก้เบาหวานด้วยการทานยาสมุนไพรที่ต้มด้วยตนเอง งานอดิเรกจึงกลายเป็นปลูกพืชผักสวนครัว ปลูกผลหมากรากไม้และพืชสมุนไพรชนิดต่างๆ ทุกเช้า

โมกซ์จะให้เด็กในบ้านไปหาบอระเพชรแล้วนำไปตากแดดจากนั้นก็เอามาบดและปั้นเป็นลูกกลอนเอาไว้ทานกับน้ำผึ้งทุกเช้าเย็นโดยเชื่อว่าบอระเพชรสามารถช่วยแก้เบาหวานได้ดี ต่อมาโมกซ์ได้รับคำแนะนำจากเจ้าของร้านยาแผนโบราณที่สนิทกันว่าใบชุมเห็ดสามารถช่วยรักษาโรคเบาหวานได้ โมกซ์จึงนำใบชุมเห็ดมาต้มทานทุกวัน แต่เนื่องจากใบชุมเห็ดหายากจึงต้องต้มซ้ำหลายรอบเป็นผลให้พืชสมุนไพรที่ต้มซ้ำๆ เหล่านั้นเก่าจนเป็นขึ้นรา ส่งผลให้โมกซ์กลายเป็นโรคมะเร็งตับ ทั้งนี้แพทย์ได้วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเป็นมานานไม่ต่ำกว่า 7 ปีแล้วและในขณะนี้ก็เป็นระยะสุดท้ายซึ่งไม่สามารถทำการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือฉายแสงใดๆ ได้ ผู้ป่วยจึงต้องนอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลโดยอยู่ภายใต้การดูแลแบบประคับประคองจากทีมสุขภาพเท่านั้น และด้วยภาวะความเจ็บป่วยที่ทุกข์ทรมานจึงทำให้โมกซ์มักจะซีหุดหงิด ฉุนเฉียว เครียด วิตกกังวลและซึมเศร้า ครอบครัวและญาติๆ จึงต้องผลัดกันมาเยี่ยมให้กำลังใจกันทุกวันจนกระทั่งโมกซ์จากไปอย่างสงบ

### ผู้ดูแลโมกซ์

ผู้ที่คอยดูแลโมกซ์อย่างใกล้ชิดมาโดยตลอดนับตั้งแต่ที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยจนกระทั่งจากไปอย่างสงบก็คือ บุตรสาวคนเล็กของโมกซ์ ซึ่งมีอายุ 40 ปี นักร้องศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีด้านบัญชีจากมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งที่กรุงเทพฯ สมรสแล้วและมีบุตรสาวหนึ่งคนอายุ 8 ปี เดิมทำงานอยู่ที่บริษัทแห่งหนึ่งที่กรุงเทพฯ แต่ภายหลังเมื่อมารดาป่วยจึงกลับมาดูแลจนกระทั่งมารดาเสียชีวิตตั้งแต่นั้นเป็นต้นมาก็ทำหน้าที่ช่วยสืบทอดกิจการร้านน้ำชาของครอบครัวมาจนปัจจุบัน ผู้ดูแลมีความใกล้ชิดและสนิทสนมกับโมกซ์มากเป็นพิเศษเพราะได้อยู่บ้านเดียวกันและคอยดูแลกันมาตลอด โดยจะคอยดูแลทั้งเรื่องของอาหารการกิน สุขภาพอนามัยและการดำเนินชีวิต และตลอดช่วงระยะเวลาที่โมกซ์เจ็บป่วยเป็นเบาหวาน และพาร์กินสัน ผู้ดูแลก็ได้ทำหน้าที่ดูแลโมกซ์อย่างใกล้ชิดด้วยการพาไปหาหมอ จัดเตรียมยา ดูแลสุขภาพอนามัยและพาไปออกกำลังกายเป็นประจำ จนกระทั่งเมื่อโมกซ์ป่วยเป็นมะเร็งตับระยะสุดท้ายต้องเข้ารับการรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลนาน 3 เดือน ซึ่งตลอดระยะเวลาระยะสุดท้ายโมกซ์จะมีการปวดท้องตลอดเวลาส่งผลให้โมกซ์อารมณ์ไม่ดี ซึมโห หงุดหงิดและซึมเศร้า ผู้ดูแลจึงต้องปิดร้านชั่วคราวเพื่อมาทำหน้าที่เฝ้าดูแลและให้กำลังใจ ช่วงนั้นผู้ดูแลจึงรู้สึกเครียดมากจนแอบมีไปร้องไห้กับสามีบ้างเพราะทั้งเหนื่อย เครียดและสงสารบิดาที่ต้องบวมนอนเจ็บปวดทรมานร้องครวญครางอยู่ตลอดเวลา

บุคลิกและอุปนิสัยของผู้ดูแลโมกซ์ คือ เป็นคนมีมนุษยสัมพันธ์ดี คุยเก่ง อารมณ์ดี มีบุคลิกคล่องแคล่วและขยันทำมาหากิน ช่วงที่โมกซ์ยังแข็งแรงดีอยู่ ทุกวันเสาร์และอาทิตย์ผู้ดูแลกับโมกซ์มักจะชักชวนกันไปเที่ยวตามสถานที่ต่างๆ ที่อยากไป ชวนกันไปทำบุญที่วัดและพากันไปทานอาหารอร่อยๆ ตามร้านต่างๆ ตลอดจนหมั่นใส่ใจดูแลสุขภาพของกันและกันอยู่เสมอ แต่เนื่องจากโมกซ์เป็นคนค่อนข้างเอาแต่ใจและดื้อ ทั้งสองจึงมักมีเรื่องถกเถียงกันเป็นประจำโดยเฉพาะเรื่องที่ว่าโมกซ์เอาแต่ทานยาสมุนไพรและไม่ยอมไปหาหมอ แต่เมื่อทราบว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายสามารถอยู่ได้อีกไม่กี่เดือน ผู้ดูแลจึงตั้งใจที่

จะทำหน้าที่ลูกด้วยการดูแลพ่อให้ดีที่สุด ทุกวันทีไปเยี่ยมและอยู่เฝ้าพ่อ ผู้ดูแลจะคอยหมั่นไปสอบถามเกี่ยวกับโรคและอาการของผู้ป่วยจากแพทย์และพยาบาลอยู่เสมอ รวมถึงคอยอยู่เคียงข้างให้กำลังใจ ช่วยทำกิจวัตรประจำวันทุกอย่าง ยอมตามใจเพื่อให้พ่อไม่เครียดและพยายามชวนพูดคุยถึงสิ่งที่ดี ๆ และคุยถึงเรื่องราวต่างๆที่พ่อชอบเพื่อให้ท่านรู้สึกผ่อนคลายและสบายใจ ทั้งนี้ตลอดช่วงระยะสุดท้ายที่อยู่โรงพยาบาล ผู้ดูแลก็ได้นิมนต์พระสงฆ์มาให้พ่อได้ใส่บาตรถึงเตียงและบ่อยครั้งก็ได้ชวนให้พ่อทำบุญและให้ระลึกถึงแต่สิ่งที่ดีงามจนกระทั่งจากไปอย่างสงบ

### ผู้ป่วยคนที่ 5 : มณฑา

"มณฑา" เป็นสตรีวัย 54 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพหม้าย มีบุตรสาว 1 คน มีภูมิลำเนาอยู่ที่อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวทำร้านอาหาร ซึ่งเป็นกิจการของครอบครัวทำร่วมกับพี่สาวอีกสองคน

#### ประวัติการเจ็บป่วย

ประมาณ 4 ปีก่อน มณฑาในวัย 50 ปี มีอาการเป็นไข้ตัวร้อนๆ ไอเรื้อรัง มีเสมหะ เสียงแหบ เจ็บแน่นหน้าอกและหายใจไม่ค่อยออก มณฑาคิดว่าเป็นไข้หวัดธรรมดาเพราะช่วงนั้นฝนตกหนักทุกวันจึงไม่ได้ไปหาหมอและแก้ไขอาการเจ็บป่วยด้วยยาสามัญประจำบ้าน แต่เมื่อผ่านไปหลายวันอาการต่างๆไม่มีทีท่าว่าจะดีขึ้น แต่กลับยิ่งอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เหนื่อยง่ายและไม่อยากทานอาหาร ร่างกายจึงค่อยๆผอมซูบลงเรื่อยๆ พี่สาวเห็นท่าไม่ค่อยดีจึงพาไปโรงพยาบาล แพทย์ทำการตรวจร่างกายด้วยการเอกซเรย์ปอดและตรวจเสมหะ ผลการตรวจพบว่ามีแนวโน้มว่าจะเป็นเซลล์มะเร็งจึงขอตัดชิ้นเนื้อในปอดไปตรวจดูอีกทีผ่านไปหลายวันแพทย์ได้แจ้งให้ทราบว่า ผู้ป่วยเป็นมะเร็งปอด (Lung Cancer) ชนิด non-small cell ระยะที่สอง ซึ่งมีเหตุสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ หากแต่ผู้ป่วยไม่ได้สูบบุหรี่เองจึงเป็นไปได้ว่าได้หายใจสะสมเอาควันบุหรี่เข้าปอดมานานแล้วจากการใช้ชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยควันบุหรี่ เรียกว่าบุหรี่มือสอง (Second hand smoke) แพทย์แนะนำว่าควรรักษาเพราะยังพอมีโอกาสที่จะหายอยู่ โดยจะรักษาด้วยการผ่าตัดและฉายรังสีเฉพาะที่ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดและภายหลังการรักษาผู้ป่วยจะต้องมาตรวจดูอาการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพื่อเฝ้าระวังการกลับมาเป็นซ้ำ และเพื่อดูผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นหลังการรักษาด้วย หากแต่มณฑาไม่ยอมเข้ารับการรักษาทันทีเพราะทราบดีว่าการทำคีโมและฉายแสงไม่ได้ทำลายเฉพาะแต่เซลล์มะเร็งเท่านั้น แต่จะไปทำลายเซลล์ปกติด้วย ซึ่งจะยิ่งทำให้ทรมาณและตายเร็วมากขึ้นได้ อีกทั้งมณฑายังกังวลกลัวลูกสาวที่กำลังเรียนอยู่ชั้นปีที่ 2 ที่มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯจะตกใจและกังวลจนไม่มีสมาธิในการเรียนจึงขอผัดผ่อนการรักษาไปก่อน

แต่แล้ววันหนึ่งในขณะที่กำลังทำอาหารเพื่อเตรียมจะเปิดร้านในตอนเช้า มณฑาเกิดมีอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่ค่อยออกและไออยู่หลายครั้งจนเหนื่อยหอบ พี่สาวคนโตเห็นมณฑาทหน้าตาซีดเซียวจึงรีบพาส่งโรงพยาบาล ครั้งนี้แพทย์ได้เกลี้ยกล่อมจนมณฑายอมเข้ารับการรักษาผ่าตัด ภายหลังจากที่ผลการ

ผ่าตัดผ่านไปได้ด้วยดี มณฑาก็ไปเข้ารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องตลอด โดยไม่ได้บอกให้ลูกสาวรู้เลยว่าตนป่วย จนกระทั่งถึงช่วงปิดภาคการศึกษา เมื่อลูกสาวได้กลับมาอยู่บ้านจึงได้สังเกตเห็นว่ามณฑาคูไม่ค่อยสบาย ทานอาหารได้น้อยเพราะว่าไอและมีเสมหะมาก จึงไปถามป้าจนได้ความว่ามณฑาเป็นมะเร็งตัดผ่าตัดและฉายแสงแล้วแต่ยังไม่ยอมทำคีโม อาการจึงไม่ทุเลาลงเท่าที่ควร เมื่อทราบดังนั้นลูกสาวจึงไปขอร้องให้มณฑาเข้ารับยาเคมีบำบัด พุดคุยกันอยู่หลายวันมณฑาจึงยอมไป ก่อนจะเข้ารับยาเคมีบำบัดแพทย์ได้ทำการตรวจร่างกายอย่างถี่ถ้วนอีกครั้งทำให้พบว่าในตอนนั้นมะเร็งได้ลุกลามกระจายไปตามต่อมน้ำเหลืองในช่องอก ซึ่งทำให้ไม่สามารถทำการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดได้และโอกาสที่จะหายนั้นมีน้อย การรักษาที่เหมาะสมที่สุดสำหรับสถานการณ์ในตอนนั้นก็คือการให้ยาเคมีบำบัดและฉายรังสีเพื่อยับยั้งการลุกลามของมะเร็งไม่ให้ไปไว้มากไปกว่านี้ร่วมกับดูแลประคองอาการไปเรื่อยๆด้วยการและให้ผู้ป่วยทานยาที่มีคุณสมบัติในการรักษาโรคมะเร็งปอดรวมด้วย ซึ่งส่วนของยาที่ราคาเม็ดละ 3,000 บาท จะไม่สามารถใช้บัตร 30 บาทรักษาทุกโรคได้ ครอบครัวจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง การรักษาดำเนินไปได้ด้วยดีเพราะมณฑาได้รับกำลังใจที่ดีจากครอบครัวที่หมั่นมาดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีอยู่เสมอจึงทำให้อาการสามารถทรงๆตัวอยู่ได้นานถึง 3 ปี จนภายหลังมะเร็งได้ลุกลามไปยังตับและกระดูกส่งผลให้มณฑาปวดตามตัวและกระดูกมากจึงต้องนอนรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลท่ามกลางเครื่องช่วยชีวิตมากมาย ทั้งเครื่องช่วยหายใจ การให้อาหารทางสายยาง ใช้ยามอร์ฟินฉีดเข้าเส้นเลือดดำและใช้ยาแปะที่ผสมมอร์ฟินมาแปะตามส่วนต่างๆของร่างกายเพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดนานประมาณเกือบ 6 เดือน จนกระทั่ง 2 เดือนสุดท้ายการดูแลจึงได้เริ่มปรับไปในลักษณะดูแลแบบประคับประคองตามอาการมากขึ้น โดยมณฑาเป็นผู้ร้องขอให้แพทย์ช่วยยุติการช่วยชีวิตด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้วยตนเองเพราะว่าไม่อยากทรมานอีกต่อไป มณฑานอนรักษาตัวโดยปราศจากเครื่องมือช่วยชีวิตอยู่ในโรงพยาบาลนาน 1 สัปดาห์แล้วจึงเสียชีวิตไปอย่างสงบในช่วงสายของวันที่ 14 สิงหาคม พ.ศ.2555 ท่ามกลางความรักความอบอุ่นจากครอบครัวและเพื่อนๆ รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดจนกระทั่งเสียชีวิตประมาณ 4 ปี

#### บุคลิกพื้นฐาน อุปนิสัยและการดำเนินชีวิต

มณฑาเป็นสตรีวัย 54 ปี สมรสแล้ว มีบุตรสาว 1 คน ปัจจุบันสถานภาพเป็นหม้ายเพราะสามีประสบอุบัติเหตุเสียชีวิตไปเมื่อหลายปีก่อน มณฑาอาศัยอยู่ในครอบครัวใหญ่ประกอบไปด้วยบุตรสาวอายุ 25 ปี, พี่สาว 2 คน อายุ 56 และ 59 ปีและเด็กชายที่พี่สาวรับมาอุปการะเลี้ยงดูอีก 1 คนอายุ 12 ปี จากการสัมภาษณ์พบว่ามณฑาเป็นสตรีวัยกลางคนที่มีผิวขาว รูปร่างค่อนข้างเจ้าเนื้อ อารมณ์ดี ร่าเริง สนุกสนาน ไม่เครียด ชอบฟังเพลง ร้องเพลง ทำอาหารและไปทำบุญถวายสังฆทานที่วัดเสมอ เดิมครอบครัวของมณฑาเป็นร้านน้ำชาที่ได้สืบทอดกิจการกันมาตั้งแต่สมัยรุ่นปู่ แต่ด้วยสถานะเศรษฐกิจที่ไม่ดีในปัจจุบันจึงทำให้กิจการร้านน้ำชาไปได้ไม่ค่อยดี รายรับจากการขายน้ำชา กาแฟไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว พี่น้องทั้งสามคนจึงคิดหารายได้เพิ่มด้วยการขายน้ำเต้าหู้ ขนมจีบ ซาลาเปา



และข้าวแกง จึงทำให้ทุกคนต้องทำงานหนักกันมากขึ้น จากเดิมที่ตื่นเวลา 4.30 น. เพื่อมาเตรียมวัตถุดิบ และต้มน้ำสำหรับเตรียมเปิดร้านตอน 6.00 น. มาเป็นตื่นตั้งแต่เวลา 3.00 น. เพื่อทำอาหารประมาณ 4 - 5 อย่าง โดยส่วนใหญ่ก็จะเป็นไข่พะโล้ แกงเหลือง แกงส้ม มีส้มมัน พะแนงหมูหมูทอดและผัดผัก เป็นต้น เมื่อทำอาหารเสร็จก็มาทำขนมจีบ ซาลาเปา น้ำเต้าหู้และเตรียมตั้งหม้อน้ำชาเพื่อให้ทันเปิดร้านตอน 6.00 น. เพราะช่วงเช้าจะมีลูกค้ามาซื้ออาหารไปใส่บาตรกันมาก ช่วงสายไปจนถึงเย็นก็จะมีลูกค้าแวะเวียนเข้าออกตลอดทั้งวัน เมื่อต้องขายของอยู่แต่ในบ้านจึงทำให้มณฑาไม่ค่อยได้ออกไปเดินสูดอากาศบริสุทธิ์ข้างนอก ประกอบกับร่างกายได้รับสะสมควันทันทีมาเป็นเวลานานหลายสิบปีจากลูกค้าที่มักจะมาตั้งสภากาแฟที่ร้านกันทุกวันจึงเป็นเหตุให้ป่วยเป็นมะเร็ง

แม้สุขภาพจะไม่แข็งแรงมากพอที่จะเอื้ออำนวยให้ทำงานได้เหมือนเดิม แต่มณฑาซึ่งไม่รู้สึกว่าตนป่วยหนักอะไรจึงยังคงตื่นแต่เช้ามืดเพื่อมาช่วยต้มน้ำเต้าหู้และทำขนมจีบ ซาลาเปาอยู่ทุกวัน หากแต่ก็มักจะถูกพี่สาวห้ามปรามไม่ให้มาช่วยเพราะอยากให้มณฑาได้นอนพักผ่อนมากๆ เพื่อร่างกายจะได้แข็งแรง พร้อมรับการรักษาอยู่เสมอ ทำให้ในแต่ละวันมณฑาได้มีเวลาทำกิจกรรมต่างๆที่ชอบมากขึ้น เช่น เย็บปัก ถักร้อย ร้องเพลง ปลูกต้นไม้และอ่านหนังสือ ทั้งนี้ตลอดระยะเวลาที่เจ็บป่วยมณฑาได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีจากพี่สาวและบุตรสาวเสมอทั้งในเรื่องอาหารการกิน การพักผ่อนหย่อนใจ การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพ การให้กำลังใจ ตลอดจนพากันไปเที่ยวสถานที่ต่างๆเพื่อให้มณฑาได้รับอากาศบริสุทธิ์และจะได้รู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น ช่วงที่นอนรักษาตัวอยู่โรงพยาบาล บุตรสาวก็ได้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลตลอดทั้งวันทั้งคืน ส่วนพี่สาว ญาติพี่น้องและเพื่อนๆก็จะผลัดกันมาเยี่ยมทุกวัน แต่เมื่อต้องนอนรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลนานหลายเดือนมณฑาจึงเริ่มแสดงออกให้เห็นถึงภาวะความตึงเครียด วิตกกังวล และหวาดกลัวเกี่ยวกับโรคร้ายไข้เจ็บที่ตนกำลังประสบอยู่มากขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าและไม่ยิ้มแย้มเหมือนเช่นเคย ทั้งวันจะไม่ค่อยอยากมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างโดยจะนอนฟังเพลง อ่านหนังสือ และจดบันทึกสูตรอาหารต่างๆเพื่อมอบให้แก่บุตรสาวเอาไว้เป็นตัวแทนเมื่อยามที่ตนได้จากไป จนกระทั่ง 2 เดือนสุดท้าย สุขภาพจิตใจของมณฑาก็กลับมาดีขึ้นมากเมื่อได้รับการดูแลเอาใจใส่และได้รับกำลังใจดีๆ จากทีมสุขภาพที่หมั่นมาเยี่ยมพูดคุยกันเป็นประจำ วาระสุดท้ายในชีวิตของมณฑาที่ได้รับการดูแลทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเป็นอย่างดีจึงทำให้สามารถปล่อยวาง เกิดความสงบทางจิตใจและจากไปอย่างสงบ

#### ผู้ดูแลมณฑา

ผู้ที่คอยดูแลมณฑาอย่างใกล้ชิดมาโดยตลอดจนกระทั่งจากไปอย่างสงบก็คือบุตรสาวของมณฑา ซึ่งปัจจุบันมีอายุ 25 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพโสด จบการศึกษาระดับอนุปริญญาจากมหาวิทยาลัยรัฐบาลแห่งหนึ่งที่กรุงเทพฯ ผู้ดูแลไม่ได้ทราบตั้งแต่แรกเริ่มว่ามารดาป่วยเพราะมณฑาไม่ยอมบอก เนื่องจากกลัวว่าผู้ดูแลจะตกใจและกังวลจนกระทั่งไม่มีสมาธิในการเรียน แต่ภายหลังเมื่อทราบผู้ดูแลก็รู้สึกตกใจ กลัวและกังวลใจด้วยว่ามารดาจะอยู่กับตนได้อีกนานเท่าไร เมื่อเห็นว่ามารดาอาการไม่ค่อยดี

จึงตัดสินใจดำเนินการขอพักการศึกษาเพื่อที่จะได้มีเวลามาอยู่เฝ้าดูแลมารดาได้อย่างเต็มที่ ทั้งนี้ตลอดระยะเวลาที่มณฑาเจ็บป่วย ผู้ดูแลได้ทำหน้าที่ลูกที่ดีด้วยการดูแลมารดาในทุกๆ เรื่องทั้งในเรื่องของกิจวัตรประจำวัน อาหารการกิน สุขภาพอนามัยและการใช้ชีวิตทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้านอย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย รวมถึงได้หมั่นไปพุดคุยสอบถามอาการของมณฑาจากแพทย์และพยาบาลอยู่เสมอจึงทำให้ทราบอาการของผู้ป่วยเป็นอย่างดี อีกทั้งได้หมั่นค้นหาความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปอด อาการ ขั้นตอนการรักษา และการดูแลจากหนังสือและอินเทอร์เน็ตอยู่เป็นประจำเพื่อที่จะได้นำมาปรับประยุกต์ใช้กับมารดา อีกทั้งยังคอยอยู่เคียงข้างให้กำลังใจและคอยปลอบประโลมทางด้านจิตใจให้แก่มารดาอยู่เสมอ

บุคลิกและอุปนิสัยของผู้ดูแลผู้ป่วย คือเป็นหญิงสาวพอมบางสุภาพเรียบร้อย มีน้ำใจ ขยันตั้งใจเรียนและประพฤติตนเป็นเด็กดีเชื่อฟังผู้ใหญ่เสมอ ผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความรักใคร่สนิทสนมกันมากสามารถพูดคุยปรึกษาปัญหากันได้ทุกเรื่อง ตลอดระยะเวลาที่อยู่ดูแลมารดา ผู้ดูแลจะเครียด วิตกกังวล และรู้สึกสงสารมารดาอย่างยิ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเห็นมารดาอ่อนร้องครวญครางด้วยความเจ็บปวดก็ยิ่งทำให้ผู้ดูแลเป็นกังวลมากยิ่งขึ้นแต่ต้องคอยกลั่นน้ำตาเอาไว้เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเห็น ช่วงไหนที่อาการของมารดาทุเลามากขึ้นผู้ดูแลก็จะชักชวนให้สวดมนต์ ทำสมาธิ ฟังเทปธรรมะและไปทำบุญถวายสังฆทานที่วัดด้วยกัน จนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายเพื่อให้มีกำลังใจที่ดีผู้ดูแลจึงได้พยายามชวนมารดาพูดคุยถึงเรื่องผลแห่งความดี สิ่งที่ดีงามและเรื่องราวต่างๆ ที่ชอบและเคยทำมา เพื่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ และจากไปอย่างสงบ

### ผู้ป่วยคนที่ 6 : สารภี

"สารภี" เป็นสตรีวัย 54 ปี สถานภาพโสด นับถือศาสนาพุทธ มีภูมิลำเนาอยู่ที่อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา เป็นบุตรสาวคนโตในบรรดาพี่น้องทั้งหมด 6 คน จบการศึกษาระดับปริญญาตรีด้านศึกษาศาสตร์จากมหาวิทยาลัยรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ปัจจุบันประกอบอาชีพธุรกิจค้าขายของชำ

#### ประวัติการเจ็บป่วย

เมื่อปลายปี 2553 สารภีได้ไปพบแพทย์เพื่อรับการตรวจเต้านมด้วยการทำ mammography ตามคำชักชวนของน้องสาว พบว่าเนื้อเต้านมของสารภีมีลักษณะที่รังผดปกติเล็กน้อย แพทย์จึงนัดให้มาตรวจใหม่อีกครั้งใน 6 เดือนข้างหน้า เมื่อมาตรวจกลับพบว่าลักษณะที่รังผดผิดปกติดังกล่าวได้หายไปแล้วจึงนัดให้มาตรวจในปีถัดไป หากแต่ผ่านไปไม่กี่เดือน สารภีลองคลำๆ เต้านมก็พบก้อนเนื้อแข็งๆ จึงให้น้องสาวพาไปโรงพยาบาล เมื่อแพทย์ได้ทำการตรวจด้วยวิธีการเอ็กซเรย์เต้านม (Mammogram) และตัดชิ้นเนื้อจากก้อนที่เต้านมไปตรวจอย่างละเอียดแล้วจึงได้แจ้งให้ทราบว่าสารภีเป็นมะเร็งเต้านม (Breast cancer) ระยะเบื้องต้น ซึ่งก้อนมะเร็งยังมีขนาดเล็ก แต่มีการลุกลามอยู่ภายในเต้านมแล้วหากรีบทำการรักษาโอกาสหายขาดจะสูงมาก แพทย์ได้แนะนำให้รักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเอาเนื้อเต้านมด้านซ้ายออกทั้งหมด ผลการตรวจเซลล์ภายหลังการผ่าตัดพบว่าไม่ใช่เนื้อร้ายจึงไม่ต้องทำการฉายแสงและนัดมาตรวจ

อีกครั้งในปีถัดไป ระยะเวลาหลังผ่าตัด สุขภาพของสารภียังคงแข็งแรงปกติดีทุกอย่างจึงทำให้สารภีคิดว่าตนเองรักษาหายขาดแน่แล้วจึงใช้ชีวิตปกติเหมือนเช่นเดิม แต่ได้มีการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสุขภาพมากขึ้น โดยเน้นทานข้าวกล้อง ปลา ผักใบเขียว ผลไม้ที่ไม่มีรสหวาน หมั่นออกกำลังกายเบาๆ และพักผ่อนให้มาก

จนกระทั่งผ่านไปครึ่งปีสารภีเกิดป่วยมีอาการเป็นไข้หายใจขัดๆ คัดจมูกและไอบ่อยจึงไปตรวจที่คลินิกแถวบ้าน แพทย์ได้วินิจฉัยว่าป่วยเป็นวัณโรคต้องทานยารักษาต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือนจึงจะหาย แต่เมื่อทานยาได้เพียง 3 เดือน อาการกลับแย่ลง ร่างกายเริ่มบวมและอ่อนเพลีย น้องสาวจึงพาไปตรวจอย่างละเอียดอีกครั้งที่โรงพยาบาลจึงทำให้พบว่าโรคที่เป็นอยู่นั้นมันร้ายแรงกว่าวัณโรคมากเพราะสารภีกำลังป่วยเป็นมะเร็งเกือบระยะสุดท้ายจะอยู่ได้อีกไม่เกิน 3 เดือน เนื่องจากมะเร็งได้ลุกลามไปมากแล้ว โดยได้ลุกลามเข้าผิวหนัง กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองของรักแร้ด้านซ้ายและกระจายไปตามกระแสโลหิตเข้าสู่ปอด ทั้งนี้แพทย์และญาติได้แจ้งให้สารภีทราบเพียงว่าเป็นมะเร็งแต่ไม่ได้บอกว่าเป็นระยะท้ายๆ เพราะเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดกะทันหันพอสมควรจึงไม่ยอมให้สารภีได้รับความกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจ แพทย์ได้ชี้แจงให้ทราบว่าในกรณีนี้ไม่สามารถจะรักษาด้วยการผ่าตัดหรือให้ยาเคมีบำบัดและฉายแสงได้ การรักษาที่เหมาะสมสำหรับสารภีในตอนนี้คือการดูแลรักษาแบบประคับประคองตามอาการเท่านั้น เช่น การรับยาแก้ไอ ยาแก้ปวดและใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้ไม่เจ็บปวดทุกข์ทรมานมากไปกว่านี้ ตลอดระยะเวลาวาระสุดท้ายของชีวิตสารภีได้อยู่ภายในการดูแลอย่างดีจากทีมประคับประคองและได้รับความอบอุ่นจากครอบครัวอยู่เสมอจึงทำให้เกิดความสงบขึ้นในจิตใจจนสามารถปล่อยวางและได้จากไปอย่างสงบที่โรงพยาบาลในคืนวันที่ 25 กันยายน พ.ศ.2555 รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมจนกระทั่งเสียชีวิตประมาณ 2 ปี

#### บุคลิกพื้นฐาน อุปนิสัยและการดำเนินชีวิต

สารภีเป็นสาวโสดอาศัยอยู่กับบิดาวัย 75 ปี ซึ่งป่วยเป็นอัมพฤกษ์มานานกว่าสิบปีแล้ว ส่วนมารดาป่วยเป็นไข้เลือดออกเสียชีวิตไปตั้งแต่เมื่อสารภียังเล็ก สารภีในฐานะพี่สาวคนโตจึงต้องทำหน้าที่ดูแลบ้านและเลี้ยงน้องๆ แทนแม่มาตั้งแต่เด็ก จึงทำให้มีบุคลิกลักษณะที่หัวเราะๆ เข้มแข็ง ขยัน อดทน เป็นผู้นำ คอยให้ความช่วยเหลือและเป็นพี่เลี้ยงให้กับน้องๆ เสมอมา เดิมทีสารภีประกอบอาชีพรับราชการเป็นครูสอนวิชาภาษาไทยให้แก่นักเรียนชั้นประถมศึกษาอยู่ที่โรงเรียนแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดสงขลา แต่ภายหลังเมื่อบิดาป่วยเป็นอัมพฤกษ์เดินไม่ได้จึงได้ลาออกจากงานมาคอยดูแลบิดา โดยเปิดร้านขายของชำที่หน้าบ้านไปด้วยเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ทุกวันสารภีจะตื่นแต่เช้ามาเตรียมทำอาหารให้บิดา แล้วก็ใส่บาตร สวดมนต์ ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันให้แก่บิดาและขยันขายของตลอดทั้งวัน เมื่อมีเวลาว่างจะพักผ่อนด้วยการไปพบปะสังสรรค์หรือไปเที่ยวต่างจังหวัดกับเพื่อนๆ ไปทำบุญที่วัดกับน้องๆ หรือพักผ่อนอยู่บ้านอ่านหนังสือและดูโทรทัศน์รายการบันเทิงต่างๆ จากการสัมภาษณ์พบว่าสารภีเป็นสตรีวัยกลางคนที่ผิวขาว รูปร่างสูงโปร่ง ใจดี ใช้ชีวิตเรียบง่าย สบายๆ ไม่เครียด สนุกสนานมี

อารมณ์ขัน ชอบร้องรำทำเพลงอยู่เสมอ อีกทั้งยังเป็นคนมีน้ำใจคอยเอื้อเฟื้อและให้ความช่วยเหลือ โดยเฉพาะเรื่องเงินทองแก่ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงและเพื่อนบ้านอยู่เป็นประจำ จึงทำให้สารภีเป็นที่รักและเคารพของญาติสนิทมิตรสหายทุกคน

โดยปกติแล้วสารภีจะเป็นคนไม่เคยไปตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาล ส่วนหนึ่งเกิดจากความเข้าใจว่าตนเองเป็นคนที่มีความสุขร่างกายแข็งแรงดี ไม่เคยเจ็บไข้ได้ป่วยเป็นอะไร นานๆถึงจะเป็นไข้หวัดสักทีหนึ่ง อีกทั้งอายุยังไม่มาก รักษาสุขภาพด้วยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และออกกำลังกายด้วยการเดินแอโรบิกและเล่นฮูลาฮูปทุกวัน แต่เนื่องด้วยรูปแบบการดำเนินชีวิตของสารภีที่ต้องทำงานหนักหลายอย่าง ทั้งดูแลบิดาที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เนื่องจากป่วยเป็นอัมพฤกษ์ ต้องทำงานบ้านและรับผิดชอบบ้านขายของชำไปด้วย จึงทำให้ในแต่ละวันมีเวลาพักผ่อนน้อยและทานอาหารไม่เป็นเวลา ร่างกายจึงค่อยๆอ่อนแอลงจนกระทั่งเกิดภาวะการเจ็บป่วยตามมา หากแต่เมื่อถึงยามเจ็บ สารภีก็ยังคงเข้มแข็งอดทนไม่แสดงความอ่อนแอให้ผู้อื่นได้เห็นเพราะไม่ต้องการให้ครอบครัว โดยเฉพาะบิดาต้องมากังวลใจและไม่อยากที่จะพึ่งพาอาศัยผู้อื่น สารภียังคงอยากที่จะทำสิ่งต่างๆได้ด้วยตนเองเหมือนเช่นเคย ทั้งในเรื่องของกิจวัตรประจำวัน การดูแลบิดาและการขายของ ตลอดจนอยากที่จะเข้าพูดคุยกับแพทย์เพื่อรับทราบข้อมูลการรักษาและตัดสินใจเลือกรักษาได้ด้วยตนเอง ช่วงวาระสุดท้ายที่นอนรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลสารภีได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากทีมสุขภาพและได้รับความรักความอบอุ่นจากครอบครัวและเพื่อนๆที่ผลัดกันมาอยู่เฝ้าดูแลและพูดคุยเป็นกำลังใจให้ทุกวันจนกระทั่งจากไปอย่างสงบ

### ผู้ดูแลสารภี

ผู้ที่คอยดูแลสารภีอย่างใกล้ชิดมาโดยตลอดนับตั้งแต่ที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยจนกระทั่งจากไปอย่างสงบก็คือน้องสาวคนกลางของสารภี ซึ่งมีอายุ 48 ปี สมรสแล้วแต่ยังไม่มีบุตร นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีด้านศึกษาศาสตร์จากมหาวิทยาลัยรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลาเช่นเดียวกับผู้ช่วยปัจจุบันประกอบอาชีพรับราชการครูสอนหนังสืออยู่ที่โรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในอำเภอหาดใหญ่ บุคลิกและอุปนิสัยของผู้ดูแล คือ เป็นหญิงกลางคนที่มีผิวขาว รูปร่างสมส่วนดูคล่องแคล่ว กระฉับกระเฉง และพูดเก่ง ผู้ดูแลเป็นน้องที่มีความใกล้ชิดและสนิทสนมกับสารภีมากมาตั้งแต่สมัยเด็กจึงทำให้พอโตก็ยังคงไปมาหาสู่กันอยู่เป็นประจำ ก่อนที่พี่สาวจะป่วยหนักผู้ดูแลได้หมั่นแวะเวียนมาหา มาช่วยดูแลบิดาที่ป่วย ช่วยสารภีทำอาหาร ทำงานบ้าน ชวนกันออกกำลังกาย ไปทำบุญที่วัดและไปจ่ายตลาดเพื่อมาทำอาหารทานด้วยกันเสมอ ทั้งนี้ด้วยความที่สารภีเป็นคนหัวท้าวลุยกุ๊กเข้มแข็ง อดทนไม่ค่อยบอกล่าปัญหาหรือเรื่องใดๆให้ผู้อื่นทราบไม่ว่าจะเป็นเรื่องของความเจ็บไข้ได้ป่วย ความเครียดหรือความทุกข์ใจต่างๆ ผู้ดูแลจึงต้องคอยหมั่นสังเกตท่าทีและอาการของพี่สาวเอาเองและเมื่อเห็นว่าพี่สาวมีท่าทีหรืออาการที่ผิดปกติไปจากเดิมก็จะรีบหาทางช่วยแก้ไขทันที

ตลอดระยะเวลาที่สารภีป่วย ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดและคอยดูแลสารภีมาโดยตลอดทั้งช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน จัดเตรียมอาหารที่ชอบและมีประโยชน์มาให้ ซึ่งจะเน้นไปที่พวก

ปลานึ่ง ผักและผลไม้ รวมถึงชวนพูดคุยเล่าเรื่องราวที่สนุกสนานให้กำลังใจและหมั่นพาสารภีไปตรวจตามที่แพทย์นัดสม่ำเสมอด้วยจึงทำให้ทราบเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของสารภีเป็นอย่างดี ตลอดช่วงที่สารภีป่วย ผู้ดูแลได้หมั่นไปพูดคุยซักถามอาการของพี่สาวจากแพทย์และพยาบาลอยู่ทุกวันจึงทำให้ทราบดีว่าสารภีคงไม่หาย แต่ก็พยายามปลอบใจตัวเองให้เข้มแข็ง ห้ามร้องไห้และตั้งใจทำหน้าที่ดูแลพี่สาวให้ดีที่สุดเพราะอยากให้พี่สาวอยู่กับครอบครัวได้นานที่สุดเท่าที่จะนานได้ ช่วงที่สารภีป่วยหนักต้องนอนอยู่โรงพยาบาล พี่น้องและญาติๆจะผลัดกันไปเยี่ยมและเฝ้าดูแลสารภีและบิดากันอยู่เสมอ โดยผู้ดูแลจะแวะไปเยี่ยมสารภีตอนพักเที่ยงทุกวันเพราะโรงเรียนที่สอนอยู่ใกล้กับโรงพยาบาลและจะกลับมาเยี่ยมอีกครั้งตอนโรงเรียนเลิก โดยจะอยู่จนกระทั่งหมดเวลาเยี่ยมแล้วจึงกลับไปนอนที่บ้านของสารภีเพื่อทำหน้าที่ดูแลบิดา ขณะที่ดูแลสารภีควบคู่กับดูแลบิดาที่เป็นอัมพฤกษ์ ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้เหนื่อยทั้งเครียดมากจนป่วยไปหลายครั้งเพราะพักผ่อนน้อย แต่เพราะรักและสงสารพี่สาวที่ต้องนอนเจ็บปวดทรมานจึงได้พยายามอดทนฝืนความเจ็บป่วยมาอยู่เป็นเพื่อนช่วยดูแลสารภีทุกวัน โดยจะคอยอ่านหนังสือตลกที่สารภีชอบเปิดซีดีธรรมะให้ฟัง ขวนขวายทำสมาธิและให้กำลังใจกันและกันอยู่เสมอ จึงทำให้วาระสุดท้ายของสารภีเต็มไปด้วยความสุขสบายใจและได้จากไปอย่างสงบสุข

### ผู้ป่วยคนที่ 7 : ยี่สุน

"ยี่สุน" เป็นคุณยายวัย 80 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส มีบุตรทั้งหมด 5 คน เป็นบุตรสาว 3 คนและบุตรชาย 2 คน ซึ่งแต่งงานมีครอบครัวกันหมดแล้วทุกคน ยี่สุนมีภูมิลำเนาอยู่ที่อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ประกอบอาชีพเป็นเจ้าของสวนยางและสวนผลไม้

#### ประวัติการเจ็บป่วย

ยี่สุนเริ่มต้นเจ็บป่วยด้วยการคล้ำแล้วพบก้อนแข็งๆที่เต้านมด้านซ้าย แต่ไม่ได้รู้สึกว่ามีปวดหรือเจ็บที่บริเวณนั้นแต่อย่างไร หากแต่เจ็บๆบริเวณรักแร้ด้านซ้ายบ้างบางครั้งจึงไม่คิดที่จะไปตรวจ ผ่านไป 2 สัปดาห์ลูกสาวคนโตซึ่งประกอบอาชีพเป็นพยาบาลได้แวะมาเยี่ยมที่บ้านสวน ยี่สุนจึงบอกเล่าอาการให้ฟัง ลูกสาวจึงได้ทำการตรวจเช็คเบื้องต้นให้แล้วพบว่าเต้านมของยี่สุนมีลักษณะผิดปกติจึงรีบพาไปตรวจอย่างละเอียดที่โรงพยาบาลทันที ภายหลังจากตรวจเอ็กซเรย์เต้านม (Mammogram) อย่างละเอียดก็ค้นพบว่าภายในเต้านมมีก้อนเนื้อขนาดโตเกือบ 3 ซม. แพทย์จึงทำการตัดชิ้นเนื้อจากก้อนที่เต้านมไปตรวจทางพยาธิวิทยา ผ่านไปประมาณ 1 สัปดาห์แพทย์ก็ได้แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม (Breast cancer) ระยะที่สอง ซึ่งก้อนเนื้อดังกล่าวเป็นเนื้อร้ายและได้มีการแพร่กระจายเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ด้านเดียวกันข้างแล้วด้วย ดังนั้นทางเดียวที่จะช่วยให้ยี่สุนสามารถหายขาดจากมะเร็งนี้ได้ก็คือการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเอาเนื้อเต้านมด้านซ้ายออกทั้งหมด รวมถึงผ่าตัดเอาต่อม

น้ำเหลืองรักแร้ด้านเดียวกันนี้ออกด้วย และเพื่อหยุดการเจริญเติบโตของเนื้องอกยีสู่จึงต้องทำการฉายแสงและใช้ยาเคมีบำบัดร่วมด้วย ภายหลังจากผ่าตัดผู้ป่วยได้นอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลนานประมาณ 1 เดือนจนกระทั่งอาการต่างๆดีขึ้นแล้วจึงกลับบ้าน

ตลอดช่วงระยะเวลา 2 ปีหลังการผ่าตัด ยีสู่ได้มาตรวจตามนัดและเข้ารับการรักษาด้วยการฉายแสงและให้ยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ซึ่งการรักษาก็ดำเนินไปด้วยดี หากแต่ด้วยอายุที่มากจึงทำให้สุขภาพร่างกายของยีสู่ไม่ค่อยๆทรุดลง ยีสู่ยังมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย ผม่วงและเบื่ออาหารจนกระทั่งร่างกายดูผ่ายผอมไปจากเดิมมาก บางครั้งเป็นหนักจนต้องนอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลนานเป็นเดือน แม้สุขภาพกายจะไม่เอื้ออำนวย แต่สุขภาพใจยังคงแข็งแรงดีอยู่ ยีสู่จึงยังคงมาเข้ารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ จนกระทั่งระยะหลังๆเริ่มไม่มีแรงลุกๆจึงให้หยุดพักการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันและหันมารักษาด้วยวิธีการแพทย์แผนโบราณ ได้แก่ การรับประทานยาสมุนไพร การนวดแผนโบราณ การทำสมาธิ ถือกีฬาและวิปัสสนา พบว่ายีสู่กลับมามีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและมีสุขภาพจิตใจที่สดชื่นแจ่มใสมากขึ้น จนมีแรงพอที่จะไปเดินตรวจตราดูแลสวนผลไม้และสวนยางด้วยตนเองเป็นประจำทุกสามวัน ตลอดจนถึงตั้งแต่เข้ามาทำอาหารสำหรับใส่บาตรด้วยตนเองเป็นประจำทุกวันด้วย ชีวิตของยีสู่ดำเนินเป็นปกติราบรื่นดี จนกระทั่งผ่านไปหลายเดือนเกิดมีอาการเป็นไข้ตัวร้อน หายใจไม่สะดวก ปวดศีรษะและมักจะหลงๆลืมๆอยู่บ่อยๆ ลุกๆจึงพาไปตรวจที่โรงพยาบาล แพทย์ได้วินิจฉัยว่ามะเร็งได้แพร่กระจายไปตามกระแสโลหิตและลูกกลมเข้าสู่สมองและปอด ซึ่งขณะนี้ปอดระยะสุดท้ายแล้ว ยีสู่จะสามารถมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่เกิน 2 เดือนเท่านั้น นับแต่นั้นเป็นต้นมา ยีสู่จึงต้องมานอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลโดยได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นอย่างดีจากทีมสุขภาพ ซึ่งในกรณีของยีสู่นี้จะได้รับยาแก้ไอ ยาแก้ปวดและมีการใช้เครื่องช่วยหายใจ ร่วมด้วยเมื่อหายใจเองไม่พอได้ ทั้งนี้จึงกล่าวได้ว่าการได้รับความช่วยเหลือทั้งในรูปแบบของการช่วยฟื้นฟูทั้งสุขภาพกายและจิตใจอย่างสม่ำเสมอเป็นอย่างดีจากแพทย์ พยาบาลและครอบครัวจึงทำให้ตลอดช่วงระยะเวลา 2 เดือนสุดท้ายของยีสู่ได้รับการเติมเต็มทั้งในส่วนของคุณภาพชีวิตและจิตวิญญาณอย่างดีจึงทำให้สามารถปล่อยวางและจากไปได้อย่างสงบโดยปราศจากเทคโนโลยีและอุปกรณ์เพื่อช่วยยืดชีวิตในโรงพยาบาล ณ วันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ.2555 รวมระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมจนกระทั่งเสียชีวิตประมาณ 3ปี

#### บุคลิกพื้นฐาน อุปนิสัยและการดำเนินชีวิต

ยีสู่เป็นสตรีสูงอายุวัย 80 ปี มีบุตรทั้งหมด 5 คน ซึ่งทุกคนก็ได้แต่งงานและมีครอบครัวกันหมดแล้วทุกคน ปัจจุบันยีสู่อาศัยอยู่ที่บ้านเดิมของตนเอง ซึ่งเป็นบ้านสวนมีพื้นที่หลายร้อยไร่เพียงลำพัง เนื่องจากสามีเสียชีวิตไปนานหลายปีแล้วเนื่องจากเป็นถุงลมโป่งพองเพราะสูบบุหรี่จัด โดยมีแม่บ้าน 2 คนคอยช่วยดูแลเพราะลูกๆได้แยกย้ายไปมีครอบครัวกันหมด แต่ก็ยังคงผลัดกันมาเยี่ยมเยียนดูแลอยู่เป็นประจำเสมอ จากการสัมภาษณ์พบว่ายีสู่เป็นคุณยายที่มีสุขภาพอ้วนท้วนสมบูรณ์แข็งแรง ไม่ค่อย

เจ็บป่วยไม่สบาย อุบัติภัยใจคอดี มีอารมณ์ขัน มีน้ำใจชอบช่วยเหลือชาวบ้านและชอบทำบุญ เนื่องด้วย ยี่สุนและสามีประกอบอาชีพเป็นเจ้าของสวน ปลูกต้นยางพาราและผลไม้มากมายหลายชนิดเพื่อเอาไว้ขาย ได้แก่ เงาะ ทุเรียน มังคุด ลองกองและสัปะรด เป็นต้น ด้วยความที่ทั้งสองเป็นคนขยัน เข้มแข็ง อดทนและมีธรรมาจริยธรรม จึงทำให้ช่วยกันทำมาหากินและเก็บหอมรอมริบมาเรื่อยๆจนกระทั่งในปัจจุบันมีที่ดินหลายร้อยไร่โดยตั้งใจจะมอบให้เป็นมรดกทรัพย์สินแก่ลูกๆหลานๆต่อไป ทั้งนี้แม้ว่ายี่สุนจะมีอายุมากแล้วแต่ก็ยังคงแข็งแรงดีอยู่จึงมักชอบที่จะทำกิจวัตรประจำวันต่างๆด้วยตนเองเสมอ ทุกวันยี่สุนจะตื่นแต่เช้ามืดเพื่อมาเตรียมทำอาหารสำหรับใส่บาตร พอใส่บาตรเสร็จก็จะสวดมนต์และเริ่มทานอาหารเช้าตอน 8.00 น. พร้อมทั้งดูข่าวและอ่านหนังสือพิมพ์ไปด้วย พอสายๆก็จะเข้าไปเดินตรวจตราดูสวนที่แกร็กด้วยตนเองทุกวัน พอเที่ยงก็จะกลับไปทานอาหารกลางวันที่บ้านแล้วนอนพักผ่อนตอนบ่าย ตื่นมาอีกทีตอน 15.30 น. เพื่อทานของว่างและนั่งเล่นพูดคุยกับลูกๆหลานๆที่ผลัดกันมาเยี่ยมเยียนกันเป็นประจำ ช่วงเย็นๆผู้ป่วยจะลงมือตำน้ำพริกไว้ทานและแบ่งส่งขายที่ตลาดด้วยเสมอ เมื่อทานอาหารเย็นเสร็จก็จะดูโทรทัศน์ทั้งข่าวและละคร พอละครจบก็จะเข้าห้องพระสวดมนต์แล้วเข้านอนตอนประมาณห้าทุ่ม ยี่สุนดำเนินกิจวัตรประจำวันเช่นนี้มาโดยตลอดแม้กระทั่งยามที่เจ็บป่วยเป็นมะเร็ง

โดยปกติยี่สุนจะไปตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลและได้รับการดูแลเอาใจใส่เรื่องสุขภาพร่างกาย อาหารการกินและโรคภัยไข้เจ็บเป็นอย่างดีมาโดยตลอดเพราะมีบุตรสาวเป็นพยาบาลคอยดูแลเป็นพิเศษ เมื่อถึงยามเจ็บป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ยี่สุนจึงไม่ได้รู้สึกตกใจ เครียด วิตกกังวลหรือทุกข์ใจแต่อย่างใด โดยมองว่าเป็นเรื่องธรรมดา มนุษย์ทุกคนมีโอกาสที่ป่วยกันได้ทั้งสิ้น ด้วยทัศนคติในการมองโลกในเชิงบวกจึงทำให้มีกำลังใจที่ดีในการต่อสู้กับโรคร้ายจนกระทั่งอาการต่างๆเริ่มดีขึ้น ยามเจ็บป่วยยี่สุนก็ยังคงดำเนินกิจวัตรประจำวันของตนเองเหมือนเช่นที่ผ่านมาและไม่ค่อยได้แสดงอาการเจ็บปวดหรืออ่อนแอให้ลูกหลานได้เห็น ตลอดช่วงระยะ 2 เดือนสุดท้ายที่นอนอยู่โรงพยาบาล ยี่สุนได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากทีมสุขภาพและได้รับความรักความอบอุ่นจากทุกคนในครอบครัวที่ผลัดกันมาเยี่ยมและพูดคุยเป็นกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยทุกวันและแม้ว่าจะเริ่มมีอาการหลงๆ ลืมๆแต่ผู้ป่วยก็ยังคงจำลูกๆหลานๆได้ทุกคน โดยจะคอยถามถึงคนนั้นคนนี้เป็นประจำเพราะคิดถึงอยากจะเห็นหน้า ด้วยสัมพันธภาพในครอบครัวที่มีความอบอุ่น รักใคร่และสนิทสนมกันมาก สามารถพูดคุยกันได้ทุกเรื่อง ดังนั้นเมื่อยี่สุนเจ็บหนักทุกคนในครอบครัวรวมทั้งตัวยี่สุนเองต่างได้มีการปรึกษาหารือเรื่องของการดำเนินของโรคและการเลือกรูปแบบการรักษากันอยู่เสมอ ทำให้ทั้งยี่สุนและลูกหลานสามารถยอมรับและพร้อมที่จะเผชิญกับการสูญเสียได้ วาระสุดท้ายของยี่สุนจึงเต็มไปด้วยรอยยิ้มและจากไปอย่างสงบท่ามกลางครอบครัวอันเป็นที่รักยิ่ง

#### ผู้ดูแลยี่สุน

ผู้ที่คอยดูแลยี่สุนอย่างใกล้ชิดมาโดยตลอดนับตั้งแต่ที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยจนกระทั่งจากไปอย่างสงบก็คือบุตรสาวคนโตของยี่สุน ซึ่งมีอายุ 62 ปี นัภถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีด้าน

พยาบาลจากมหาวิทยาลัยรัฐแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ สถานภาพสมรส มีบุตร 2 คน แต่เดิมผู้ดูแลประกอบอาชีพเป็นพยาบาลดูแลผู้ป่วยมะเร็งอยู่ที่โรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงแห่งหนึ่งในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ปัจจุบันเป็นข้าราชการบำนาญอยู่บ้านเลี้ยงหลานและดูแลสวนต่อจากมารดา ส่วนสามีอายุ 70 ปี อดีตทหารม้าระดับชั้นนายพล ปัจจุบันเป็นข้าราชการบำนาญเช่นเดียวกัน ส่วนบุตร 2 คนของผู้ดูแล คนโตเป็นผู้หญิง อายุ 34 ปี เป็นกุมารแพทย์อยู่ที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในอำเภอหาดใหญ่ สมรสแล้วมีบุตรสาวหนึ่งคนอายุ 7 ปี ส่วนบุตรคนเล็กเป็นผู้ชายอายุ 29 ปี เป็นทหารอากาศ

บุคลิกและอุปนิสัยของผู้ดูแล คือเป็นสตรีวัยกลางคนรูปร่างสูงใหญ่ ผิวคล้ำ หน้าตาค่อนข้างดูแต่ว่าใจดี มีน้ำใจ พุดเก่ง เป็นกันเอง คล่องแคล่ว กระฉับกระเฉง ใช้ชีวิตเรียบง่าย ชอบไปปฏิบัติธรรม และชอบอยู่กับธรรมชาติ ผู้ดูแลเป็นบุตรที่มีความใกล้ชิดและสนิทสนมกับย่าสู่นมากเป็นพิเศษมาตั้งแต่สมัยเด็กๆ เพราะผู้ดูแลมักจะคอยตามเข้าครัวไปช่วยมารดาทำอาหารอยู่เสมอ และถึงแม้ว่าจะแต่งงานมีครอบครัวไปแล้วผู้ดูแลก็ยังคงหมั่นมาเยี่ยมเยียนดูแลเอาใจใส่มารดาอยู่เป็นประจำ ทั้งพาไปตรวจสุขภาพหาอาหารเสริมวิตามินมาบำรุงและพามารดาไปเที่ยวต่างจังหวัดและต่างประเทศด้วยกันเสมอ แต่ด้วยความที่ยี่สู่นเป็นคนเข้มแข็ง อดทนไม่ค่อยแสดงอาการเจ็บป่วยใดๆให้ผู้อื่นได้เห็น ผู้ดูแลจึงต้องคอยหมั่นสังเกตท่าทีและอาการของผู้ป่วยเอาเองและเมื่อเห็นว่ามีการทำหรืออาการที่ผิดปกติไปจากเดิมก็จะรีบหาทางช่วยแก้ไข ทั้งนี้ตลอดระยะเวลาที่มารดาป่วย ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดและคอยให้การดูแลมาโดยตลอด ทั้งพาผู้ป่วยไปตรวจตามที่แพทย์นัด ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน จัดเตรียมอาหารที่ผู้ป่วยชอบและมีประโยชน์มาให้ โดยจะเน้นไปที่อาหารที่ย่อยง่าย มีกากใยอาหารและรสไม่จัด เช่น ปลา ผัก ผลไม้ นมถั่วเหลืองและจะงดอาหารจำพวกเนื้อเพราะจะไปกระตุ้นเซลล์มะเร็ง งดของทอด ของมัน ของหวาน ตลอดจนงดอาหารที่มีรสจัดด้วย รวมถึงจะคอยชวนพูดคุยให้กำลังใจพาไปเที่ยวพักผ่อนในสถานที่ที่มารดาชอบ เช่น ไปทำบุญที่วัด ไปเดินเล่นที่ชายหาดและไปตลาดเพื่อเยี่ยมเยียนพูดคุยกับพ่อค้าแม่ค้าและเพื่อนฝูง

ขณะป่วยหนัก ยี่สู่นและผู้ดูแลถือว่าโชคดีมากเพราะทีมสุขภาพที่มาดูแลแล้วแต่มีความสนิทสนมกันเป็นอย่างดีทั้งสิ้น กล่าวคือ แพทย์เจ้าของไข้เป็นสามีของรุ่นน้องที่สนิทสนมกันมาก พยาบาลทั้งหลายก็เป็นรุ่นน้องที่ทำงานด้วยกันมาหลายสิบปี จึงทำให้ผู้ดูแลสามารถพูดคุยซักถามอาการของมารดาจากแพทย์และพยาบาลได้อย่างลึกซึ้งจึงทราบดีว่าอาการเจ็บป่วยของมารดาคงจะใกล้เข้าสู่ช่วงวาระสุดท้ายแล้ว จึงได้แจ้งให้พี่น้องและญาติๆทราบ ทุกคนจึงผลัดกันมาเยี่ยมและให้กำลังใจแก่ยี่สู่นกันอยู่เสมอ ทั้งนี้ตลอดสองเดือนที่อยู่โรงพยาบาล ผู้ดูแลได้อยู่เคียงข้างเฝ้าดูแลตลอดไม่ห่างทั้งกลางวันและกลางคืน โดยจะคอยอ่านหนังสือพิมพ์จำพวกข่าวที่สร้างสรรค์ อ่านหนังสือธรรมะ เปิดซีดีธรรมะ นำผู้ป่วยสวดมนต์ แผ่เมตตา ทำสมาธิ นิมนต์พระมาให้ใส่บาตรรวมถึงไปทำบุญบริจาคทานให้แก่วัดและมูลนิธิต่างๆเพื่อมอบบุญกุศลให้แก่ยี่สู่น ตลอดจนชวนพูดคุยให้กำลังใจและให้หมั่นระลึกถึงความดีทั้งหมดที่เคยทำมาจนกระทั่งในที่สุดคุณยายยี่สู่นก็ได้จากไปอย่างสงบ



### ผู้ป่วยคนที่ 8 : พุดซ้อน

"พุดซ้อน" เป็นคุณยายวัย 73 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส มีบุตรทั้งหมด 3 คน เป็นบุตรชาย 2 คนและบุตรสาว 1 คน ซึ่งแต่งงานมีครอบครัวกันหมดแล้วทุกคน มีภูมิลำเนาอยู่ที่กรุงเทพฯ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ประกอบอาชีพค้าขายอาหาร (โจ๊ก ต้มเลือดหมู)

#### ประวัติการเจ็บป่วย

เมื่อช่วงต้นปีพ.ศ.2555 พุดซ้อนเริ่มมีอาการปวดท้อง ถ่ายกะปริดกะปรอย ท้องเสียสลับกับท้องผูก ซึ่งบางครั้งมีเลือดปนออกมาในอุจจาระด้วย ลูกสาวจึงพาไปตรวจที่คลินิกแถวบ้าน แพทย์วินิจฉัยว่าอาหารเป็นพิษให้ทานยา แก้อาเจียรและนอนพักผ่อนมากๆ หากแต่ผ่านไปหลายวันพุดซ้อนก็ไม่หายแต่กลับยังมีอาการอ่อนเพลีย เป็นไข้ต่ำๆ คลื่นไส้ อาเจียน ทานอาหารได้น้อย คุณหมอฉีดผิปกติ ลูกสาวจึงพาไปตรวจที่โรงพยาบาลรัฐชื่อดังแห่งหนึ่ง แพทย์ได้นำเอาอุจจาระไปตรวจ จากนั้นก็ทำการตรวจด้วยวิธีการส่องกล้องทางทวารหนักและได้ตัดชิ้นเนื้อบริเวณนั้นไปตรวจ ซึ่งผลการตรวจก็ออกมาว่าพุดซ้อนเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colorectal Cancer) ระยะที่ 3 มะเร็งได้ลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงแล้ว จึงได้ทำการรักษาด้วยการผ่าตัดเอาลำไส้ส่วนที่เป็นโรค (ด้านขวา) และต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียงออกไป การผ่าตัดผ่านพ้นไปด้วยดี พุดซ้อนนอนพักฟื้นอยู่ที่โรงพยาบาลนานประมาณ 3 สัปดาห์แล้วจึงกลับบ้าน โดยจะต้องมาตรวจและมารับการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดและฉายแสงตามที่แพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ ผ่านไป 3 เดือนพุดซ้อนต้องกลับเข้ามารักษาที่โรงพยาบาลอีกครั้งเนื่องจากมีอาการปวดและเจ็บในท้องมาก เวลาขับถ่ายก็มีเลือดปนอุจจาระออกมาด้วย พอตรวจเสร็จแพทย์ก็แจ้งให้พุดซ้อนและญาติทราบว่ามีมะเร็งได้ลุกลามไปมากควรผ่าตัดเปิดหน้าท้องทำทวารเทียมโดยเอาปลายลำไส้ส่วนที่เหลืออยู่เปิดออกทางหน้าท้องเพื่อระบายของเสีย ซึ่งถือเป็นการรักษาตามสภาพและอาการของผู้ป่วย พุดซ้อนนอนพักฟื้นเพื่อดูอาการอยู่ที่โรงพยาบาลอยู่นาน 1 เดือนแล้วจึงกลับไปพักผ่อนที่บ้าน

ผ่านไปไม่ถึงเดือนอาการของพุดซ้อนก็ทรุดลงอย่างหนักจนหายใจไม่ค่อยออกและทานอาหารไม่ได้จึงได้แต่นอนขมอยู่ตลอดทั้งวันทั้งคืน ลูกสาวจึงพาไปตรวจดูอาการที่โรงพยาบาลอีกครั้ง เมื่อแพทย์ตรวจอย่างถี่ถ้วนแล้วจึงได้อธิบายเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและอาการต่างๆของพุดซ้อนให้ญาติๆทราบ ว่าโรคได้ดำเนินมาถึงระยะสุดท้ายแล้วจึงทำให้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เพราะมะเร็งได้ลามไปที่ปอดและตับของผู้ป่วยแล้ว ส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลีย เหนื่อย ไม่มีแรง ซุปซิด ตาเหลือง หายใจอ่อนแรง รวมถึงมีอาการปวดตามตัวจากการกระจายตัวของมะเร็งด้วย ดังนั้นการรักษาจึงสามารถทำได้เพียงรักษาแบบประคับประคองตามอาการเท่านั้นและควรให้ผู้ป่วยนอนรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลเพื่อที่จะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมสุขภาพ ซึ่งแพทย์ได้ดูแลรักษาโดยการให้อาหารทางสายยาง ขับถ่ายทางทวารเทียม ให้ออกซิเจนและให้ยาแก้ปวดทางหลอดเลือดดำอยู่ตลอด พุดซ้อนพักรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลนานเกือบ 2 เดือนแล้วจึงขอลากลับไปใช้ชีวิตในช่วงวาระสุดท้ายที่บ้าน พอกลับไปถึงบ้านได้เพียง 15 นาทีก็ได้

จากไปอย่างสงบในคืนวันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ.2555 ซึ่งรวมระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่จนกระทั่งเสียชีวิตประมาณ 7 เดือน

### บุคลิกพื้นฐาน อุปนิสัยและการดำเนินชีวิต

พุดซ้อนเป็นสตรีสูงอายุวัย 73 ปี อาศัยอยู่ในครอบครัวใหญ่ ซึ่งประกอบไปด้วยสามีอายุ 76 ปี สุขภาพไม่ค่อยแข็งแรง ป่วยเป็นอัมพฤกษ์มานานจึงมักนอนอยู่แต่ในบ้าน ลูกสาวคนเล็กกับสามีและหลานๆอีกสองคน ส่วนลูกชาย 2 คนของพุดซ้อนเมื่อแต่งงานแล้วจึงได้ย้ายออกไปสร้างครอบครัวอยู่ต่างหากนานๆจึงจะมาเยี่ยมสักหนหนึ่ง ชีวิตของพุดซ้อนดำเนินมาอย่างเรียบง่ายและมีความสุขตามอัตภาพด้วยการประกอบอาชีพค้าขายมาตั้งแต่วัยสาว โดยเริ่มจากขายข้าวแกง ขายอาหารตามสั่ง จนกระทั่งมาเปิดร้านขายโจ๊กและต้มเลือดหมูอยู่ที่ตลาดแห่งหนึ่งย่านชานเมืองกรุงเทพฯ ซึ่งขายมานานกว่า 30 ปีแล้ว จากการสัมภาษณ์พบว่าพุดซ้อนเป็นคุณยายที่มีรูปร่างท้วม สูงใหญ่ ผิวดำแดง ดูสดชื่น กระปรี้กระเปร่า อุปนิสัยใจคอร่าเริง อารมณ์ดี มีมนุษยสัมพันธ์ดี เป็นคนขยันขันแข็ง ทำอะไรอย่างใจและชอบทำสิ่งต่างๆด้วยตนเองไม่ชอบพึ่งพาผู้อื่น ทั้งนี้แม้ว่าจะมีอายุมากและได้ยกกิจการร้านโจ๊กให้แก่ลูกสาวแล้ว แต่พุดซ้อนก็ยังคงตื่นเช้ามาช่วยเตรียมวัตถุดิบ ช่วยเปิดร้านอยู่เสมอทุกวันและเมื่อไรที่ลูกค้าเข้าร้านมากก็จะมาช่วยทำช่วยเสิร์ฟด้วยเสมอ เมื่อช่วยเปิดร้านเสร็จพุดซ้อนก็จะใส่บาตรและเดินไปตลาดเพื่อซื้อขนม ผักสด ผลไม้ ตลอดจนจวนแฉะเวียนพุดคุยกับพ่อค้าแม่ค้าอย่างสนุกสนานทุกวัน วันไหนเป็นวันพระใหญ่ขึ้น 15 ค่ำก็จะไปถวายสังฆทานและนั่งฟังเทศน์ที่วัด อีกทั้งยังได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของชุมชนจึงทำให้มีกิจกรรมทำตลอดทุกวัน ทั้งวิปัสสนา นั่งสมาธิ รำกระบี่กระบอง ไทเก๊ก ช่วยจัดเตรียมกิจกรรมต่างๆให้แก่ทางวัดและมีไปเที่ยวต่างประเทศและต่างจังหวัดกับเพื่อนสมาชิกในชมรมด้วย ดูภายนอกแล้วผู้ป่วยถือว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดีมีคนหนึ่งเลยทีเดียว

หากแต่ด้วยความที่เป็นคนชอบทำและชอบทานอาหารจึงทำให้พุดซ้อนป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับลำไส้เพราะอาหารที่ชอบมากเป็นพิเศษก็คือ ข้าวขาหมู เป็ดพะโล้ แกงเขียวหวาน ข้าวหมูแดง หมูกรอบ หมูπίงและหมูสามชั้นผัดกะปิ ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นอาหารที่มัน ย่อยยากและไม่มีการออกกำลังกาย พุดซ้อนจึงมีอาการแน่นท้องและท้องผูกอยู่เสมอ โดยจะทานพวกขมิ้นชัน ยาหอม ยาถ่ายหรือทำการสวนทวารเพื่อช่วยบรรเทาอาการดังกล่าว แต่เมื่อโรคได้ดำเนินมาถึงระยะท้ายอาการเจ็บป่วยต่างๆจึงเป็นมาจนกระทั่งถูกนำส่งโรงพยาบาล เมื่อทราบว่าตนเป็นมะเร็งก็มีการตกใจ เครียด วิตกกังวลอยู่บ้าง แต่ด้วยพื้นฐานที่เป็นคนอารมณ์ดีจึงทำให้พุดซ้อนมีใจที่เข้มแข็งและมีกำลังใจที่ดีในการต่อสู้กับโรคร้าย จนกระทั่ง 2 เดือนสุดท้ายที่นอนอยู่โรงพยาบาลพุดซ้อนก็ยังคงมีกำลังใจดีอยู่ หากแต่ไม่ยอมที่จะอยู่คนเดียว อยากจะให้ลูกหลานมาอยู่เป็นเพื่อนพุดคุยด้วยตลอดเวลา ขณะอยู่โรงพยาบาลก็มีญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านและเพื่อนในชมรมแฉะเวียนมาเยี่ยมกันเสมอ โดยลูกสาวจะมาเยี่ยมหลังปิดร้านประมาณห้าโมงเย็นและอยู่จนกระทั่งหมดเวลาเยี่ยมประมาณสองทุ่ม แต่ช่วง 2 สัปดาห์สุดท้ายลูกสาวก็ได้ปิดร้านและมาอยู่เป็นเพื่อนตลอดทั้งวันทั้งคืนเพื่อให้พุดซ้อนรู้สึกอุ่นใจ โดยจะคอยอ่านหนังสือกุแห่งกรรมที่พุด

ซ้อนชอบ เปิดเทปธรรมะให้ฟังทุกวัน วาระสุดท้ายของพุทธซ้อนจึงเต็มไปด้วยความอึ้งโง่และจากไปอย่างสงบท่ามกลางครอบครัวอันเป็นที่รัก

### ผู้ดูแลพุทธซ้อน

ผู้ที่คอยดูแลพุทธซ้อนอย่างใกล้ชิดมาโดยตลอดนับตั้งแต่ที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยจนกระทั่งจากไปอย่างสงบก็คือบุตรสาวคนเล็กของพุทธซ้อน ซึ่งมีอายุ 45 ปี นัภถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียนแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ สถานภาพสมรส มีบุตร 2 คน แต่เดิมประกอบอาชีพเป็นพนักงานอยู่ที่บริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง พอตั้งครุภังจึงได้ลาออกจากงานมาช่วยมารดาค้าขาย ส่วนสามีอายุ 48 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี รับราชการอยู่ที่กระทรวงอุตสาหกรรม ส่วนบุตร 2 คนของผู้ดูแล คนโตเป็นชาย อายุ 20 ปี กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นปีที่ 2 ด้านวิทยาศาสตร์ที่มหาวิทยาลัยรัฐ ส่วนคนเล็กเป็นผู้หญิงอายุ 18 ปี กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 บุคลิกและอุปนิสัยของผู้ดูแลคือจะเป็นสตรีวัยกลางคนรูปร่างท้วม ผิวสองสี ดูใจดี คุยเก่ง อัจฉริยะดี แต่เป็นคนค่อนข้างจริงจัง เครียดและเอาเรื่องอยู่เหมือนกัน วิธีการดำเนินชีวิตเรียบง่าย ชอบไปพักผ่อนหย่อนใจตามน้ำตก ทะเลและภูเขา กับครอบครัวเสมอ ผู้ดูแลเป็นบุตรที่มีความใกล้ชิดและสนิทสนมกับพุทธซ้อนมากเพราะว่าคอยช่วยทำงานบ้านและทำกับข้าวอยู่เป็นประจำ ในขณะที่พี่ชายจะค่อนข้างติดเพื่อนและไม่ค่อยอยู่บ้าน ด้วยภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวไม่ค่อยดีเมื่อเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 แล้วจึงไม่ได้เรียนต่อเพราะต้องไปทำงานหารายได้มาช่วยจุนเจือครอบครัว ทำงานไปได้ 2 ปีก็ได้พบกับสามีแล้วแต่งงานกัน พอมีบุตรก็ได้ลาออกจากงานมาช่วยมารดาค้าขายแทน ผู้ดูแลได้ทำหน้าที่ลูกที่ดูแลพุทธซ้อนเสมอมาทั้งในเรื่องของอาหารการกิน สุขภาพอนามัยและการดำเนินชีวิต โดยจะพาไปตรวจสุขภาพประจำปี คอยเตือนให้ลดปริมาณการทานของมันๆและชวนให้ออกกำลังกายเสมอ

ตลอดระยะเวลาที่พุทธซ้อนป่วย ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดและคอยให้การดูแลมาโดยตลอดทั้งช่วยทำกิจวัตรประจำวัน จัดเตรียมอาหารที่พุทธซ้อนชอบและมีประโยชน์มาให้ ซึ่งจะเน้นไปที่อาหารที่ย่อยง่าย มีกากใยอาหาร เช่น ข้าวต้มปลา ผักผักรวมมิตร ซุปผัก น้ำเต้าหู้ ผักและผลไม้ รวมถึงจะคอยชวนพุทธซ้อนให้กำลังใจพาพุทธซ้อนไปทำบุญที่วัด อีกทั้งยังเป็นคนพาผู้ป่วยไปตรวจตามที่แพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ เมื่อทราบว่าพุทธซ้อนป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งเป็นระยะท้ายๆแล้วจึงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ช่วงแรกยังทำใจไม่ได้ คิดมากและพยายามที่จะหาวิธีการต่างๆมารักษาให้แก่มารดาทั้งทางแพทย์แผนปัจจุบันและแผนโบราณเพื่อต้องการที่จะยื้อให้มารดาอยู่ต่อได้อีกนานๆ เมื่อวาระสุดท้ายมาถึงจึงได้แจ้งให้ญาติพี่น้องทราบ ทุกคนจึงผลัดกันมาเยี่ยมและให้กำลังใจพุทธซ้อนกันอยู่เสมอ ซึ่งผู้ดูแลก็ได้มาคอยอยู่เคียงข้างให้กำลังใจแก่พุทธซ้อนตลอดทั้งวัน จนเริ่มทำใจได้และไม่อยากเห็นมารดาต้องทุกข์ทรมานภายใต้เครื่องมือแพทย์ต่างๆจึงหันไปเน้นการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้นโดยเฉพาะประคองทางด้านจิตใจและวันสุดท้ายก็ได้ตัดสินใจทำตามความประสงค์ครั้งสุดท้ายของพุทธซ้อนด้วยการพากลับบ้านและเมื่อถึงบ้านได้ 15 นาทีพุทธซ้อนก็ได้จากไป

### ผู้ป่วยคนที่ 9 : พิกุล

"พิกุล" เป็นสตรีสูงอายุวัย 78 ปี สถานภาพโสด นับถือศาสนาพุทธ มีภูมิลำเนาอยู่ที่อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม เป็นบุตรคนที่ 4 ในบรรดาพี่น้องทั้งหมด 10 คน จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ประกอบอาชีพเป็นเจ้าของสวนผลไม้

#### ประวัติการเจ็บป่วย

พิกุลเริ่มป่วยเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่อายุ 60 ปี ซึ่งได้เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ทั้งในรูปแบบของแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย โดยจะเน้นไปที่การรักษาแพทย์แผนไทยมากกว่า เพราะด้วยรูปแบบการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันที่เน้นรักษาทางกายภาพเพื่อให้หายขาดจากโรคเท่านั้นพิกุลจึงเต็มไปด้วยความเครียด วิตกกังวลและสุขภาพทรุดโทรมลง ในขณะที่แพทย์แผนไทยจะเน้นการรักษาแบบบำรุงสุขภาพควบคู่ไปกับการฟื้นฟูทางด้านจิตใจ ได้แก่ ดื่มน้ำแต่เข้ามาออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีประโยชน์จำพวกผัก ผลไม้ ลดปริมาณเนื้อสัตว์ ของทอด ของมันและของหวาน ทานยาสมุนไพร นวดคลายกล้ามเนื้อ ทำสมาธิและวิปัสสนา เป็นต้น ทุกอย่างดำเนินมาด้วยดีจนกระทั่งพิกุลมีอายุได้ 74 ปี เริ่มมีอาการกลืนอาหารไม่สะดวก รู้สึกติดขัด กลืนอาหารแล้วเจ็บ มีอาการไอ สำลัก ขณะรับประทานอาหารและมักมีเสลดอยู่บ่อยๆ จึงทำให้รู้สึกเบื่ออาหาร น้ำหนักลด และผอมลงเรื่อยๆ ซึ่งพิกุลไม่ยอมไปหาหมอเพื่อตรวจดูอาการเพราะคิดว่าเป็นอาการของคนอายุมาก จึงแก้ไขด้วยการทานชาร้อน ชูร้อนและทานยาสมุนไพรต่างๆเพื่อบำรุงสุขภาพและช่วยให้ชุ่มคอ หากแต่เมื่อเป็นอยู่หลายวันอาการก็ยิ่งแย่งเพราะพิกุลจะมีอาการไอแห้งๆ เสียงแหบและสำลักอยู่บ่อยครั้ง ญาติๆ จึงพาไปโรงพยาบาล

เมื่อไปถึงโรงพยาบาล แพทย์ได้ทำการตรวจด้วยการเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อดูการลุกลามแล้วได้ทำการส่องกล้องทางเดินอาหารเพื่อตรวจชิ้นเนื้อ ไม่นานก็ทราบผลว่าพิกุลเป็นมะเร็งหลอดอาหาร (Esophageal cancer) ระยะที่สอง สาเหตุเนื่องจากชอบทานของร้อนๆเป็นประจำทำให้หลอดอาหารเกิดการอักเสบและเสื่อมได้ง่าย ซึ่งขณะที่ตรวจพบก้อนมะเร็งได้ลุกลามออกมานอกหลอดอาหารและกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้เคียงแล้ว พิกุลจึงได้เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการฉายรังสีเพื่อลดขนาดก้อนมะเร็ง จากนั้นจึงทำการผ่าตัดก้อนมะเร็งทิ้ง หากแต่ไม่สามารถเอาออกทั้งหมดได้ต้องใช้การทำเคมีบำบัดกับการฉายแสงเข้าร่วมด้วย ภายหลังการผ่าตัด พิกุลได้นอนพักฟื้นอยู่ที่โรงพยาบาลประมาณ 1 เดือนจนกระทั่งอาการโดยรวมดีขึ้นมาแล้วจึงกลับบ้าน พิกุลได้มาเข้ารับการรักษาด้วยการฉายรังสีประมาณ 2 ครั้งแล้วก็ไม่ไปเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอีก โดยหันกลับไปรักษาด้วยวิธีแพทย์แผนไทยเหมือนเช่นที่ผ่านมาแทน ผ่านไป 3 ปี อาการของพิกุลก็ทรุดลงมาก หายใจติดขัด อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยเนื้อตัวและไม่สามารถกลืนอาหารทางปากได้ ทานได้แต่พวกของเหลว เช่น ชูบ นม น้ำเท่านั้น ร่างกายจึงผ่ายผอมลง น้องสาวจึงพาไปตรวจที่โรงพยาบาล พบว่ามะเร็งได้ลุกลามไปมากเข้าสู่ต่อม

น้ำเหลือง อวัยวะข้างเคียง จนลามไปที่ปอดและกระดูก ซึ่งไม่สามารถทำการผ่าตัดหรือทำเคมีบำบัดได้ เพราะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคแล้ว ประกอบกับพิกุลอายุมากสภาพร่างกายไม่พร้อมสำหรับการผ่าตัด เพราะอาจทำให้เสียชีวิตได้ในทันที การรักษาจึงเป็นไปแต่เพียงเพื่อช่วยประคองอาการเอาไว้เท่านั้น ทั้งนี้ แพทย์ได้แจ้งให้ทราบว่าพิกุลสามารถมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่เกิน 3 เดือน แต่ก็ขึ้นกับกำลังใจของผู้ป่วยเองด้วย และเบื้องต้นก็ควรให้พิกุลนอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลเพื่อทีมสุขภาพจะสามารถมาดูแลได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ขณะที่อยู่โรงพยาบาลพิกุลไม่สามารถกลืนอาหารทางปากได้จึงมีการผ่าตัดให้อาหารทางสาย บริเวณหน้าท้องเข้าทางลำไส้เล็กแทน เพื่อให้ร่างกายของสามารถรับสารอาหารได้ อยู่โรงพยาบาลได้ 1 เดือน พิกุลเกิดภาวะซีมเศร้า ทั้งวันจะเอาแต่นอนหลับตา ไม่ค่อยพูดจากับใคร จะมีพูดคุยบ้างกับญาติสนิทและกับนักสังคมสงเคราะห์ที่มาช่วยให้กำลังใจเท่านั้น แล้วพิกุลก็ได้ร้องขอให้พากลับบ้าน แพทย์เห็นว่า เป็นความประสงค์สุดท้ายของผู้ป่วยและเห็นว่า มีญาติคอยดูแลอย่างใกล้ชิดจึงอนุญาตให้กลับไปพักฟื้นที่บ้านได้ ทั้งนี้ที่บ้านของพิกุลก็ได้ให้การดูแลเป็นอย่างดีเหมือนที่โรงพยาบาล คือมีทั้งเตียงผู้ป่วย ที่นอนพองลมกันแผลกดทับ มีเครื่องให้ออกซิเจน ที่ดูดเสมหะและเครื่องช่วยให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น โดยจะมีทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์มาเยี่ยมพูดคุยให้กำลังใจถึงที่บ้านด้วยเป็นจำนวน 2 ครั้ง ซึ่งการมาเยี่ยมของทีม Palliative care นี้สามารถช่วยให้พิกุลกลับมายิ้มและพูดคุยกับครอบครัวได้อีกครั้ง พิกุลหันมาฟังข่าว ฟังเพลงและสวดมนต์ได้เป็นปกติเหมือนเช่นเคย ตลอดจนช่วงวาระสุดท้ายพิกุลได้อยู่ท่ามกลางครอบครัวญาติพี่น้องมากมายจึงทำให้เกิดความสุขใจ พิกุลอยู่นานประมาณ 3 เดือนกว่าแล้วจึงได้จากไปอย่างสงบในช่วงเช้าเวลา 10.00น. วันที่ 5 กันยายน พ.ศ.2555 รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจนกระทั่งเสียชีวิตประมาณ 4 ปี

#### บุคลิกพื้นฐาน อุปนิสัยและการดำเนินชีวิต

พิกุลเป็นสตรีสูงวัยชาวอัมพวาอาศัยอยู่ในบริเวณบ้านสวนซึ่งอยู่ไม่ห่างจากริมคลองท่าไคร่นัก ภายในบริเวณบ้านสวนประกอบไปด้วยบ้านหลายหลัง เพราะที่ๆนี้เองที่แต่งงานออกเรือนกันไปแล้ว มักจะมาปลูกเรือนอยู่ภายในบริเวณเดียวกัน ผู้ป่วยไม่ได้แต่งงานจึงอาศัยอยู่บนเรือนใหญ่เพียงลำพังกับแม่บ้านอีก 2 คน จากการสัมภาษณ์พบว่าพิกุลเป็นคุณยายที่มีรูปร่างค่อนข้างเล็ก ผอม ผิวคล้ำและมีสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรงเท่าไรนัก เนื่องจากป่วยเป็นเบาหวานและความดันมานานหลายสิบปี พิกุลมีอุปนิสัยใจคอดี มีน้ำใจคอยให้ความช่วยเหลือญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน รวมถึงเข้ามีส่วนร่วมงานบุญของวัดและทำกิจกรรมต่างๆของหมู่บ้านอยู่เสมอ อีกทั้งยังเป็นคนขยันขันแข็งคอยช่วยดูแลบ้านและดูแลสวนแทนพ่อแม่มาตั้งแต่สมัยเด็กๆ ในแต่ละวันพิกุลจะตื่นแต่เช้ามาเดินเล่นที่สนามหญ้า เมื่อยืดเส้นยืดสายเสร็จก็จะไปทำบุญใส่บาตรกับพี่น้องและหลานๆที่ริมคลอง แล้วจะรับประทานเมื่อเช้าตอน 7.30 น. เมื่อทานเสร็จก็จะไปเข้าสวนเพื่อตรวจตราดูแลต้นไม้พืชพันธุ์ชนิดต่างๆที่ปลูกไว้ ได้แก่ ส้มโอ ชมพู่ กล้วย มะพร้าว ขนุน มะม่วง มะละกอและต้นตาล เมื่อจัดการควบคุมดูแลการเก็บผลผลิตและจัดส่งผลไม้

เรียบร้อยแล้วก็จะกลับไปทานมื้อเที่ยงที่บ้าน ยามบ่ายซึ่งเป็นช่วงเวลาพักผ่อน พิภูลมักจะอ่านหนังสือพิมพ์ ดูโทรทัศน์ เปิดเพลงฟังและนอนหลับพักผ่อน พอถึงเวลาบ่ายสี่โมงเย็นจะมานั่งที่ชานเรือนเพื่อทำขนมไว้แจกญาติมิตร ขนมที่พิภูลชอบทำมีมากมายหลายชนิด เช่น ข้าวต้มมัด แกงบวดฟักทอง ก๋วยเตี๋ยว ลูกชุบและมะม่วงแช่อิ่ม ช่วงเย็นจะเป็นช่วงเวลาที่พักผ่อนและหลานๆมารวมตัวกันที่เรือนใหญ่เพื่อทานมื้อเย็นพร้อมกัน จึงเป็นเวลาที่พิภูลมีความสุขมากที่สุดเพราะได้อยู่กันพร้อมหน้าพร้อมตากันครบเกือบหมดทุกคนเว้นแต่บางครอบครัวที่ไปทำงานและอาศัยอยู่ที่จังหวัดอื่น ซึ่งนานๆจะมาเยี่ยมสักหนหนึ่ง พอทานมื้อเย็นเสร็จหลานๆจะมารุมล้อมให้คุณยายช่วยสอนการบ้านและเล่าเรื่องโน้นเรื่องนี้ให้ฟังอยู่เป็นประจำ ทุกคนจะอยู่นั่งเล่นพูดคุยกันจนประมาณ 20.30 น.แล้วจึงแยกย้ายกันกลับบ้าน เมื่อคุณละครจบพิภูลก็จะเข้าห้องพระสวดมนต์แล้วจึงเข้านอน

พิภูลดำเนินชีวิตเรียบง่ายและมีความสุขตามอัตภาพเช่นนี้มาโดยตลอดจนกระทั่งเจ็บป่วยเป็นเบาหวานและความดัน วิถีชีวิตจึงเริ่มเปลี่ยนแปลงไปบ้างโดยจะต้องหมั่นไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลและไปฟื้นฟูสุขภาพที่สถานปฏิบัติธรรมที่จังหวัดสิงห์บุรีอยู่บ่อยครั้ง รวมถึงได้รักษาสุขภาพของตนเองมากขึ้น โดยการทำงานหนักให้ลดลง พักผ่อนให้มากขึ้น ควบคุมอาหารและหมั่นออกกำลังกายเป็นประจำ แม้ว่าป่วยแต่พิภูลก็ยังดูสดชื่นแจ่มใส อารมณ์ดีอยู่ หากแต่ต่อมาเมื่อตรวจพบว่าเป็นมะเร็งหลอดอาหารก็เกิดเครียด วิดกกังวล สุขภาพจึงทรุดลงอย่างรวดเร็ว แต่เมื่อได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีจากครอบครัวและทีมสุขภาพ ประกอบกับมีคนมาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจมากมาย พิภูลจึงมีกำลังใจดีขึ้นในการต่อสู้กับโรคร้าย แต่เนื่องจากอายุมากจึงทนต่อภาวะการเจ็บป่วยไม่ได้นานเท่าคนวัยหนุ่มสาว ท้ายสุดพิภูลก็ได้จากไปพร้อมรอยยิ้มอย่างสงบท่ามกลางครอบครัวอันเป็นที่รัก

### ผู้ดูแลพิภูล

ผู้ที่คอยดูแลพิภูลอย่างใกล้ชิดมาโดยตลอดตั้งแต่ที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยจนกระทั่งจากไปอย่างสงบ ก็คือ น้องสาวคนสุดท้องของพิภูล ซึ่งมีความใกล้ชิดและสนิทสนมกับพิภูลมากที่สุดตั้งแต่เล็กแต่น้อย ผู้ดูแลมีอายุ 70 ปี นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 สมรสแล้วและมีบุตรชาย 2 คน เมื่อเรียนจบผู้ดูแลก็ไปทำงานอยู่ที่บริษัทนำเข้าและส่งออกสินค้าแห่งหนึ่งที่กรุงเทพฯ ซึ่งทำมาตลอดจนกระทั่งเกษียณอายุ ส่วนสามีก็มีอายุเท่ากันและทำงานที่บริษัทแห่งเดียวกัน ลูกชายคนโตอายุ 41 ปี เป็นวิศวกร แต่งงานมีครอบครัวแล้ว ส่วนลูกชายคนเล็ก อายุ 35 ปี เป็นพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่งซึ่งไม่มีครอบครัว ทั้งนี้ด้วยวัยที่ห่างกันหลายปีทำให้พิภูลมีบทบาทเสมือนเป็นแม่คนที่สองที่ต้องคอยดูแลน้องๆ ผู้ดูแลซึ่งเป็นน้องคนเล็กของครอบครัวจึงถูกดูแลเป็นพิเศษในหลายๆเรื่อง ทั้งสองจึงสนิทกันมากเป็นพิเศษ ตลอดช่วงที่อยู่กรุงเทพฯผู้ดูแลจะหมั่นไปเยี่ยมพี่สาวที่บ้านสวนเพื่อถามไถ่สารทุกข์สุกดิบกันทุกเดือน และตลอดช่วงระยะเวลาที่พิภูลไม่สบายตั้งแต่เป็นเบาหวาน ความดันและมะเร็งต้องเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล น้องสาวซึ่งเป็นผู้ดูแลจะคอยหมั่นสอบถามและแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและอาการของพิภูลจากแพทย์และพยาบาลอยู่เสมอ

บุคลิกและอุปนิสัยของผู้ดูแล คือ เป็นคนใจเย็น สุภาพเรียบร้อย ถ้อยทีถ้อยอาศัย มีน้ำใจดี ใช้ชีวิตเรียบง่าย ธรรมชาติชอบไปทำบุญที่วัด ช่วงที่พิกุลยังไม่ป่วยหนักก็จะพากันใส่บาตรทุกเช้าและชวนกันไปทำบุญที่วัดเป็นประจำ เมื่อทราบว่าพิกุลอยู่ในช่วงวาระสุดท้ายก็ได้พยายามทำหน้าที่ดูแลให้ดีที่สุด โดยคอยอยู่เคียงข้างให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือแก่พิกุลในการทำกิจวัตรประจำวันทุกอย่าง รวมถึงชวนพิกุลสวดมนต์ตอนเช้า - ก่อนนอน ไหว้พระ ทำบุญและพยายามชวนพูดคุยถึงสิ่งที่ดีและเรื่องต่างๆ ที่ชอบเพื่อให้พิกุลสบายใจและรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น เช่น เรื่องธรรมะ สิ่งดีงาม ความเจริญก้าวหน้าของลูกๆ หลานๆ เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้มีกำลังใจมากขึ้น อีกทั้งยังคอยนิมนต์พระให้มาบิณฑบาตถึงข้างเตียง เพื่อให้พิกุลได้ทำบุญใส่บาตรด้วยตนเองและท้ายสุดได้ช่วยให้พิกุลสมหวังได้เป็นเจ้าภาพทำบุญอุทิศเพื่อส่งผลบุญครั้งสุดท้ายในโลกนี้ให้แก่พ่อ แม่และตนเอง เมื่อพิกุลได้บุญนี้เรียบร้อยแล้วก็ได้จากไปอย่างสงบ

### ผู้ป่วยคนที่ 10 : บุนนาค

"บุนนาค" เป็นชายวัย 62 ปี สถานภาพหย่าร้าง นับถือศาสนาพุทธ มีภูมิลำเนาอยู่ที่อำเภอพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี เป็นบุตรชายคนที่ 4 ในบรรดาพี่น้องทั้งหมด 8 คน จบการศึกษาระดับปริญญาตรีด้านรัฐศาสตร์จากมหาวิทยาลัยรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพฯ เดิมประกอบอาชีพพนักงานการรถไฟ ปัจจุบันเปิดร้านขายต้นไม้

#### ประวัติการเจ็บป่วย

เมื่อช่วงกลางปี 2555 บุนนาคเริ่มมีอาการอ่อนเพลีย ตัวร้อน ไอเรื้อรัง มีเสมหะมาก เสียงแหบแน่นหน้าอกและหายใจไม่สะดวก แต่บุนนาคไม่ยอมไปตรวจที่โรงพยาบาลเพราะคิดว่าเป็นแค่ไข้หวัดธรรมดา ทานยาแก้ไข้และพักผ่อนมากๆ ก็คงจะหายเอง แต่ผ่านไปเป็นเดือนก็ไม่หาย จนกระทั่งเข้าสู่เดือนกรกฎาคม บุนนาคมีนัดตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ครั้งนี้แพทย์ได้ตรวจสุขภาพร่างกายด้วยเครื่อง Bone scan ผลการตรวจพบว่าบุนนาคเป็นมะเร็งปอด (Lung Cancer) ซึ่งในขณะนั้นมะเร็งได้ลามไปยังต้นคอ กระดูกสันหลังเริ่มโค้งงอ คอเริ่มบวมดำใหญ่ แพทย์ใหญ่ได้วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดจากข้อปอดกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงในทรวงอกด้านซ้ายและได้กระจายไปถึงหลอดลมใหญ่ ไหล่ปลาร้า ไตคอและเข้ากระดูกไขสันหลัง โดยเป็นมะเร็งมาแล้วไม่ต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งอาการจัดว่าอยู่ในระยะเกือบสุดท้าย คือระยะ 3 เกือบระยะ 4 แล้ว เพราะปอดด้านซ้ายมีการแฟบไปแล้วเกือบทั้งปอดยากแก่การรักษาให้หายขาดได้ แพทย์จึงได้แนะนำว่าการรักษาที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยในตอนนี้ก็คือการดูแลรักษาแบบประคับประคองอาการเท่านั้น นั่นคือมีการให้รังสีรักษาเฉพาะที่ร่วมกับการใช้เคมีบำบัดแบบประคับประคองและช่วงหลังๆ มีการฉายแสงจากภายนอกเพื่อลดอาการปวดให้แก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ไอ ยาแก้ปวดและเครื่องช่วยหายใจด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้ไม่เจ็บปวดทรมานมากไปกว่าที่เป็นอยู่

บุณนาครับทราบอาการเจ็บป่วยต่างๆของตนเองมาตลอดทุกกระยะจึงค่อยๆให้การยอมรับต่อภาวะการเจ็บป่วยได้ทีละน้อย จากที่ตกใจมาก วิดกกังวล จนกระทั่งยอมรับและปรับตัวได้ดีขึ้น โดยมีทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์และครอบครัวคอยอยู่ช่วยให้กำลังใจอยู่เสมอ 1 เดือนสุดท้ายบุณนาคจึงขอออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปหามารดาที่จังหวัดสระบุรี แพทย์เห็นว่าอาการยังทรงๆอยู่จึงอนุญาต บุณนาคอยู่บ้านกับมารดาและญาติพี่น้องอย่างสบายใจตรงกันข้ามกับสุขภาพกายที่ค่อยๆทรุดลงเรื่อยๆ พอคครบ 3 สัปดาห์ อาการก็ทรุดหนักลงมาก ร่างกายผอมซูบผิวคล้ำดำ ร่างกายอ่อนล้าไม่มีแรง หายใจแผ่ว ไอหนัก มีเสมหะปนเลือด ทานอะไรไม่ได้และในที่สุดก็พูดไม่ได้ ต้องนอนอยู่บนเตียงนั่งๆปัดตาตลอด ลืมตาไม่ขึ้น ญาติๆจึงรีบพาส่งโรงพยาบาลทันที บุณนาคนอนอยู่โรงพยาบาลได้ประมาณ 2 วัน ญาติๆจึงปรึกษารื้อกับทีมสุขภาพและเห็นพ้องต้องกันว่าผู้ป่วยไม่ไหวแล้ว การยื้อจะยิ่งทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจึงตัดสินใจถอดเครื่องช่วยหายใจออกและท้ายที่สุดบุณนาคก็ได้เสียชีวิตไปอย่างสงบที่โรงพยาบาลในคืนวันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ.2555 รวมระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดจนกระทั่งเสียชีวิตประมาณ 5 เดือน

#### บุคลิกพื้นฐาน อุปนิสัยและการดำเนินชีวิต

บุณนาคเป็นชายวัยกลางคนที่อาศัยอยู่เพียงลำพังคนเดียวเพราะเป็นพ่อหม้าย หย่าขาดกับภรรยามานานกว่า 20 ปีแล้วและไม่มีบุตร ส่วนบรรดาพี่น้องทั้ง 8 คน ต่างก็แยกย้ายไปมีครอบครัวนานๆ จึงจะมาพบปะกันสักหนหนึ่ง โดยจะมารวมตัวพบกันที่บ้านของมารดา ซึ่งอยู่ที่จังหวัดสระบุรี ชีวิตของผู้ป่วยดำเนินมาอย่างเรียบง่ายและมีความสุขตามอัตภาพด้วยการประกอบอาชีพค้าขายต้นไม้อยู่ที่ตลาดต้นไม้แห่งหนึ่งย่านชานเมืองกรุงเทพฯ จากการสัมภาษณ์พบว่าบุณนาคเป็นชายที่มีรูปร่างค่อนข้างเล็ก ผอม ผิวคล้ำ แต่แข็งแรง อุปนิสัยใจคอค่อนข้างจะเงิบๆ ใจดี มีความขยันขันแข็ง กระตือรือร้น คล่องแคล่วกระฉับกระฉ่ง ไม่ชอบพึ่งพาผู้อื่น ภายหลังจากเกษียณจากการรถไฟก็มาเปิดร้านขายต้นไม้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ชอบและถนัดมากที่สุดเพื่อหารายได้มาเลี้ยงดูตนเองยามชรา โดยทุกๆวันบุณนาคจะตื่นแต่เช้ามาวิ่งรอบหมู่บ้านแล้วก็ไปจ่ายตลาด จากนั้นก็กลับมานั่งทานมื้อเช้าพร้อมดูข่าวไปด้วย จนกระทั่งประมาณ 9.30 น. จึงไปเตรียมจัดร้านและเปิดร้านตอนประมาณ 10.00 น. และปิดร้านประมาณ 19.00 น. ยามว่างมักจะนอนดูหนัง อ่านหนังสือพิมพ์และทำอาหารทานเองทุกวัน เช่น ข้าวผัดกะเพราหมู ไช้เจียว ผัดผัก ก๋วยเตี๋ยวและแกงจืด เป็นต้น และทุกวันศุกร์บุณนาคจะปิดร้านเร็วเพื่อไปเยี่ยมมารดาวัย 94 ปีที่จังหวัดสระบุรี ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่บุณนาคมีความสุขมากที่สุดเพราะนอกจากได้เยี่ยมมารดาแล้วยังได้พบปะสังสรรค์กับญาติพี่น้อง โดยจะมีกิจกรรมร่วมกันทั้งทำอาหารและร้องเพลงกันอย่างสนุกสนาน

ทั้งนี้เมื่อดูภายนอกจะเห็นว่าบุณนาคเป็นชายวัย 62 ปีที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดีมีคนหนึ่ง เพราะนอกจากจะรักษาสุขภาพตนเองด้วยการตื่นแต่เช้ามาวิ่งออกกำลังกายแล้วยังห่วงเรื่องความสะอาด จึงมักจะทำอาหารทานเองและได้อยู่กับธรรมชาติตลอดทั้งวัน หากแต่ก็จิวัดอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้อง



มาเจ็บป่วยเป็นมะเร็งปอดก็คือ การสูบบุหรี่ ในแต่ละวันผู้ป่วยจะสูบบุหรี่วันละประมาณ 1 ซอง โดยสูบมานานตั้งแต่วัยหนุ่มจึงก่อให้เกิดการสะสมของสารก่อมะเร็งในปริมาณที่มาก ประกอบกับไม่เคยไปตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลเลยเพราะเข้าใจว่าตนเองมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี ไม่เคยป่วยเป็นอะไร ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นอย่างกะทันหัน จึงทำให้สุขภาพทางด้านจิตใจและอารมณ์ของบุรณาคค่อนข้างจะแย่มากเพราะรับไม่ได้ว่าตนเป็นมะเร็งและสามารถอยู่ได้อีกไม่กี่เดือน เมื่อจิตใจทรุดร่างกายจึงค่อยๆอ่อนแอลง ดังนั้นตลอดช่วงที่รักษาอยู่ที่โรงพยาบาลจึงค่อนข้างที่จะมีอาการเหนื่อย หงุดหงิด เครียดและต้องการให้มีญาติพี่น้องมาอยู่ด้วยตลอดเวลา โดยจะกั้นม่านแยกจากผู้ป่วยคนอื่นเพราะอยากอยู่เพียงลำพังไม่อยากจะพบปะกับใคร จะพูดคุยแต่กับแพทย์และพยาบาลเท่านั้น เนื่องจากญาติพี่น้องส่วนใหญ่อยู่ต่างจังหวัดและบางคนก็ต้องทำงานจึงมักจะมาเยี่ยมบุรณาคันในวันเสาร์และอาทิตย์ ส่วนวันธรรมดาจะมีหลานสาว 2 คนผลัดกันมาเฝ้าดูแล ช่วงวาระสุดท้ายที่นอนรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลผู้ป่วยก็เริ่มยอมรับต่อภาวะความเจ็บป่วยได้ ตลอดจนมีความสงบทางด้านจิตใจดีขึ้นมากเพราะได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพและได้รับความรักความอบอุ่นจากครอบครัวเป็นอย่างดีจนกระทั่งครบ 5 เดือนก็จากไปอย่างสงบ

#### ผู้ดูแลบุรณาค

ผู้ที่คอยดูแลบุรณาคอย่างใกล้ชิดมาโดยตลอดนับตั้งแต่ที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยจนกระทั่งจากไปอย่างสงบก็คือหลานสาวของบุรณาค ซึ่งมีอายุ 25 ปี สถานภาพโสด นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาโทด้านวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อมจากมหาวิทยาลัยรัฐ ปัจจุบันประกอบอาชีพเป็นนักวิจัยด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ที่บริษัทแห่งหนึ่ง บุคลิกและอุปนิสัยของผู้ดูแลผู้ป่วยจะเป็นคนสุภาพ เรียบร้อย ไม่ค่อยพูด หากแต่มีความคล่องแคล่ว ละเอียดกระฉับกระเฉงสามารถให้ความช่วยเหลือแก่บุรณาคได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้ผู้ดูแลเป็นหลานที่สนิทกับบุรณาคมากเพราะแต่ก่อนอยู่บ้านเดียวกัน บุรณาคคอยช่วยเหลือส่งไปรับส่งที่โรงเรียนเป็นประจำและแม้ว่าบุรณาคจะย้ายไปอยู่ที่อื่นก็ยังคงไปมาหาสู่กันอยู่เสมอจึงรักใคร่สนิทสนมกันดี เมื่อผู้ดูแลทราบจากผู้เป็นบิดาว่าอาของตนป่วยเป็นมะเร็งปอดระยะเกือบสุดท้ายจึงตกใจและเห็นใจมากเพราะว่าอาอยู่ตัวคนเดียวไม่มีคนมาคอยดูแลและให้กำลังใจจึงอาสาไปอยู่เฝ้าดูแลให้

ตลอดระยะเวลาที่อาป่วย ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดและคอยให้การดูแลมาโดยตลอด ทั้งช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน จัดเตรียมอาหารที่มีประโยชน์มาให้ ชวนพูดคุยให้กำลังใจ รวมถึงหมั่นไปพูดคุยซักถามอาการของบุรณาคจากแพทย์และพยาบาลอยู่เสมอจึงทำให้ทราบเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยเป็นอย่างดีว่าคงไม่หายและสามารถอยู่ได้อีกไม่นาน จึงได้พยายามทำหน้าที่ดูแลให้ดีที่สุดเพราะอยากให้อาอยู่กับครอบครัวนานๆ ช่วงขณะที่บุรณาคนอนรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล ผู้ดูแลสามารถแวะมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน เพราะมหาวิทยาลัยที่เรียนอยู่ใกล้กับโรงพยาบาลที่รักษา โดยจะเข้าเยี่ยมตอนพักเที่ยงและจะกลับมาอีกครั้งตอนเลิกเรียนแล้วจะอยู่จนกระทั่งหมดเวลาเยี่ยม การดูแลผู้ป่วยควบคู่ไปกับการเรียนและทำวิจัยทำให้ผู้ดูแลทั้งเหนื่อย เครียดและอ่อนเพลียมาก ส่งผลให้ไม่สบายจึงได้ผลัดให้

น้องสาวมาเฝ้าแทน แต่พอหายดีก็รีบกลับมาดูแลต่อ โดยตั้งใจเอาไว้ว่าจะพยายามดูแลอย่างดีที่สุดจะคอยช่วยกันกับทีมสุขภาพชั้นนำทางสงบสุขให้แก่จิตใจและจิตวิญญาณของบุรุษนาทังเปิดเทพธรรมะให้ฟัง ให้หมั่นสวดมนต์ ให้ระลึกถึงสิ่งที่ตั้งงาม ทำสมาธิและให้กำลังใจบุรุษนาทังอยู่เสมอเพื่อให้บุรุษนาทังสามารถทำใจยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นและสามารถจากไปด้วยใจที่สงบ

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการให้ความหมายและการมีมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วย

### 4.3 มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง

ความตายเป็นสิ่งที่ติดตัวมนุษย์มาตั้งแต่เกิด เมื่อมีการเกิดก็ต้องมีการตายติดมาด้วยเสมอ เพราะทั้งสองสิ่งเป็นของคู่กันและไม่มีใครสามารถหลีกเลี่ยงความตายไปได้พ้น กล่าวคือความตายเปรียบเสมือนเป็นเงาคอยตามติดไปทุกแห่งหนไม่ว่ามนุษย์จะไปที่ไหนก็ตาม และไม่ช้าก็เร็วมนุษย์ทุกคนก็จะต้องเผชิญหน้ากับบททดสอบที่ความตายเป็นผู้หยิบยื่นให้ ซึ่งถือว่าเป็นบททดสอบที่สำคัญที่สุดในชีวิตของมนุษย์ เพราะบททดสอบอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นสอบปลายภาค สอบเข้ามหาวิทยาลัย สอบใบขับขี่ สอบเข้าทำงานหรือสอบTOEIC ก็ยังมีโอกาสให้สอบแก้ตัวใหม่ได้หากสอบตก แต่บททดสอบที่ชื่อว่าความตายจะให้โอกาสมนุษย์ได้เข้าสอบแค่เพียงครั้งเดียวและจะไม่ให้โอกาสมาสอบแก้ตัวใดๆได้อีก ยิ่งไปกว่านั้นความตายยังเป็นบททดสอบที่ยากมาก เนื่องจากเต็มไปด้วยความไม่แน่นอน คาดเดายาก สามารถเกิดขึ้นเมื่อใดก็ได้โดยไม่ทันตั้งตัว และด้วยความไม่แน่นอนนี้เองจึงทำให้มนุษย์ไม่สามารถเข้าควบคุมสิ่งใดได้เลย ไม่ว่าจะเป็นทั้งเรื่องของเวลา สถานที่หรือแม้กระทั่งร่างกายและจิตใจของตัวเอง

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าความตายจะเป็นบททดสอบที่สำคัญอย่างยิ่งของชีวิต แต่น้อยคนนักที่จะเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับบททดสอบดังกล่าว ที่เป็นเช่นนี้เพราะชีวิตของผู้คนในสังคมส่วนใหญ่มักจะหมกมุ่นไปกับเรื่องอื่นๆ โดยเฉพาะเรื่องการทำมาหากิน การแสวงหาทรัพย์สินเงินทอง ชื่อเสียง อำนาจ และความบันเทิงสนุกสนาน มนุษย์ใช้เวลาเป็นปีๆสำหรับการฝึกอาชีพ เข้าคอร์สร้องเพลง ท่องโลกอินเตอร์เน็ตและช้อปปิ้ง แต่กลับไม่เคยสนใจที่จะเตรียมตนเองให้พร้อมเผชิญหน้ากับภาวะใกล้ตายและความตายเลย ดังนั้นเมื่อล้มป่วยและเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต ผู้คนจำนวนมากจึงต้องประสบกับความทุกข์ทรมานอย่างรุนแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ เนื่องจากมีทุนที่สะสมไว้ในจิตใจไม่เพียงพอที่จะเอามาช่วยตนเองในยามวิกฤตเช่นนี้ได้ ผู้คนเหล่านี้จึงมักจะลงเอยด้วยการพยายามต่อสู้กับความตายอย่างถึงที่สุด โดยฝากความหวังไว้ที่บุคลากรทางการแพทย์และอุปกรณ์เทคโนโลยีทุกชนิด หากแต่การพยายามยืดชีวิตและยื้อการตายหรือภาวะใกล้ตายให้ยาวออกไปเช่นนั้นกลับยิ่งทำให้ตลอดช่วงระยะเวลาแห่งการรักษาเยียวยา มนุษย์ต้องทนทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจมากขึ้น เพราะการถูกเทคโนโลยีทาง

การแพทย์ช่วยยืดชีวิตจะทำให้มีโอกาสตายตามธรรมชาติได้น้อยลง ความตายอย่างสงบจึงไม่เกิดขึ้น ช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตจึงเต็มไปด้วยความทุกข์ทรมานและต้องจากโลกนี้ไปอย่างโดดเดี่ยวในห้องไอซียูท่ามกลางสายระโยงระยางที่เข้าออกจากร่างกายและมีเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆอยู่รายล้อมรอบตัวมากมาย

การพยายามหนีความตายเช่นนี้เกิดขึ้นจากการมองความตายแต่เพียงมิติทางกายภาพที่วัดกันด้วยตัวเลขการเต้นของหัวใจ ความดันเลือดและเส้นกราฟจากสมอ่งเท่านั้น เมื่อมองเพียงแค่นี้ ภาวะใกล้ตายและความตายก็จะกลายเป็นเรื่องที่น่ากลัวมากเพราะจะทำให้เกิดความเข้าใจว่าความตายเป็นเรื่องของความเจ็บปวดทรมาน มีแต่ความเสื่อมสลายและเป็นจุดสุดท้ายของชีวิต เมื่อชีวิตดำเนินมาถึงความตายย่อมหมายถึงการจบและสูญเสียทุกสิ่งทุกอย่าง ดังนั้นเมื่อความตายมาอยู่ใกล้ตัว ย่อมทำให้มนุษย์เกิดความวิตกกังวลระสับระส่าย หนไม่ได้ที่ตัวตนจะดับสูญ ตรงนี้เองจึงเป็นจุดที่ทำให้ความตายกลายเป็นเรื่องที่น่ากลัวมากขึ้น จนนำไปสู่การกระตุ้นเร้าให้เกิดความวิตกกังวลและเต็มไปด้วยความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว เครียด ซึมเศร้าอย่างไม่เคยประสบมาก่อน

จากวารสารการปฏิบัติกรพยาบาลขั้นสูงของสถาบันวิจัยมะเร็ง ของมหาวิทยาลัยลอนดอน ประเทศอังกฤษ Gina Copp (1998 : 382 – 390) กล่าวว่าบุคคลที่กำลังเผชิญกับภาวะใกล้ตายและความตายจะมองว่าความตายเป็นสิ่งที่น่าหวาดวิตกและน่ากลัว ซึ่งจะแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล โดยสามารถแบ่งความกลัวในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดังนี้

- 1) กลัว เนื่องจากไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นหลังความตาย (Fear of the unknown) เพราะมีความเชื่อว่าแม้ร่างกายจะดับสูญไป หากแต่ยังมีส่วนของ "จิตวิญญาณ" หลงเหลืออยู่ ความเชื่อในสิ่งนี้จึงมีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละศาสนา สังคมและวัฒนธรรม เช่น จะเกิดอะไรขึ้นกับร่างกายของตนเองก่อนที่จะตาย แล้วตัวของผู้ป่วยเองนั้นจะสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้อีกนานเพียงใด ถ้าเป็นผู้นำครอบครัว ผู้ป่วยก็จะรู้สึกหวั่น กังวลว่าจะเกิดอะไรกับครอบครัวของตนเองบ้างภายหลังจากที่ตนเองได้ตายไป
- 2) กลัวการถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวเพียงลำพัง (Fear of loneliness) เพราะบุคคลที่อยู่ในช่วงภาวะใกล้ตายมักจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวล หวาดกลัวต่อความตายที่กำลังจะมาเยือน จึงไม่อยากอยู่เผชิญหน้ากับสิ่งนั้นเพียงลำพังและไม่อยากจากไปอย่างโดดเดี่ยวคนเดียว จึงรู้สึกภูมิใจมากกว่าหากมีคนมาอยู่ข้างกาย
- 3) กลัวความเศร้าโศกเสียใจ (Fear of sorrows) ผู้ที่อยู่ในช่วงภาวะใกล้ตายหลายรายยังคงมีความรู้สึกที่ตนเองยังไม่พร้อมที่จะเผชิญกับความตายในช่วงเวลานี้เพราะยังคงมีความผูกพันกับบุคคลอันเป็นที่รัก อาชีพการงาน สถานภาพทางสังคม ทรัพย์สินสมบัติ ตลอดจนมีภารกิจบางอย่างที่ยังไม่ได้ทำหรือยังไม่เสร็จสิ้นจึงทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าเสียใจเป็นอย่างมากต่อการจะต้องจากโลกนี้ไป

- 4) กลัวการต้องพลัดพรากจากครอบครัวและคนใกล้ชิด (Fear of loss of family and friends) มีบุคคลหลายรายรู้สึกว่าจะยังไม่พร้อมที่จะตายจึงมีความปรารถนาที่จะยืดชีวิตให้ยืนยาวออกไปเพราะกลัวการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น ครอบครัว คนรักและคนใกล้ชิดแล้วจะไม่มีโอกาสได้กลับมาพบกันอีกตลอดกาล จึงทำใจไม่ได้ต่อการจากลาในครั้งนี้
- 5) กลัวการสูญเสียบางส่วนของร่างกายของตนเอง (Fear of loss of body) เพราะจะทำให้เกิดภาพลักษณ์ที่ไม่ดี เช่น ตัดอวัยวะต่างๆ
- 6) กลัวการสูญเสียระบบการควบคุมตนเอง (Fear of loss of self-control) ทำให้ไม่สามารถคิดตัดสินใจกำหนดเลือกรูปแบบการรักษาหรือใช้ชีวิตได้ด้วยตนเองเหมือนเช่นที่ผ่านมา ส่งผลให้ตลอดช่วงเวลาแห่งการเยียวยารักษาจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น เช่น แพทย์พยาบาล บุคลากรอื่นๆ ครอบครัวและคนใกล้ชิดในทุกๆเรื่อง ซึ่งบางคนก็เต็มใจบางคนก็ไม่เต็มใจเพราะต้อง สูญเสียทั้งเงินและเวลาไปกับการดูแลรักษา ผู้ป่วยจึงเกิดความรู้สึกว่าตนนั้นเป็นภาระ ชีวิตช่วงสุดท้ายจึงเต็มไปด้วยความละอายและอึดอัดใจ การมีชีวิตอยู่อย่างสิ้นหวังไร้สมรรถภาพเช่นนี้จะทำให้ผู้ป่วยจากไปด้วยความรู้สึกไร้ศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์
- 7) กลัวการสูญเสียความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง (Fear of loss of identity) เพราะผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งระยะสุดท้ายมักจะผ่านกระบวนการรักษามากหลายวิธี ประกอบกับ ถูกรุมเร้าด้วยโรคภัยไข้เจ็บ จึงทำให้สภาพร่างกายทรุดโทรม อ่อนเพลีย ไม่สดชื่นมีชีวิตชีวา สภาพจิตใจก็หดหู่ เครียด วิตกกังวล กลัวอยู่ตลอดเวลา ลักษณะโดยทั่วไปจึงดูคล้ายกันและ ไม่มีความแตกต่างกันเท่าใดนัก
- 8) กลัวความทรมานและความเจ็บปวด (Fear of suffering and pain) เพราะความเจ็บป่วย ในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตมักจะทำให้เกิดอาการเจ็บปวดมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่เจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็ง นอกจากความเจ็บปวดภายในร่างกายแล้วยังรวมถึงอาการทางกายอื่นๆอีก เช่น รับประทานอะไรไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ตาพร่ามัว อ่อนเพลีย ไอ หายใจติดขัด มีเสมหะ ปวดท้อง ท้องเดิน บวมตามเนื้อตัว ซึ่งอาการเหล่านี้ล้วนแล้วแต่ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจยิ่งนัก
- 9) กลัวการถดถอย (Fear of regression) บุคคลบางคนจะเกิดความรู้สึกกลัวว่าความเจ็บป่วย และความตายที่กำลังจะมาถึงจะทำให้ตนเองเกิดสภาวะถดถอยไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ ตลอดจนถึงนอนอยู่เฉยๆท่ามกลางอุปกรณ์ช่วยยืดชีวิตต่างๆ

บุคคลที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและพบว่าตนกำลังป่วยด้วยโรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและโรคเอดส์ สถานภาพของบุคคลจึงเปลี่ยนไปจากคนสุขภาพดีกลายเป็นผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าการรักษาเพื่อให้หายขาดนั้นเป็นไปได้ยากและต้องใช้ชีวิตอยู่ท่ามกลางกระบวนการรักษาที่ยาวนาน ส่งผลให้ตลอดระยะเวลาการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้จะเต็มไปด้วยความเครียด วิตกกังวลและหดหู่เพราะพวกเขาสามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้น้อยลงและต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น จึงเกิดความคิดว่าตนเองไร้สมรรถภาพและไม่มีคุณค่า และเมื่อการรักษาผ่านไปนาน ประกอบกับโรคได้ดำเนินมาถึงช่วงระยะที่เจ็บหนัก ผู้ป่วยจะยิ่งเกิดภาวะซึมเศร้า หดหู่ หวาดวิตก ท้อแท้ สิ้นหวังและมักจะครุ่นคิดถึงความเจ็บป่วย ภาวะใกล้ตายและความตายของตนเองอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นรูปแบบการดูแลรักษาที่ดีและเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็คือ การดูแลรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นการดูแลที่ไม่เน้นบำบัดรักษาแต่เพียงทางกายของผู้ป่วยเท่านั้น หากแต่เน้นประคองตามอาการของผู้ป่วย โดยจะคำนึงถึงสุขภาพจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบแบบองค์รวมจากทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์และบุคลากรอื่นๆจะสามารถเข้าใจและยอมรับต่อความจริงที่เกิดกับชีวิตในปัจจุบันของตนเองดีขึ้น เมื่อผู้ป่วยสามารถยอมรับต่อภาวะการเจ็บป่วยของตนได้แล้วจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายไปในทางที่ดีมากขึ้นตามลำดับ ซึ่งผลของการปรับเปลี่ยนมุมมองดังกล่าวจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวและใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีคุณค่ามีความสุขและพร้อมที่จะจากไปด้วยภาวะจิตที่นิ่งสงบและปล่อยวางมากที่สุด

ดังนั้นในส่วนนี้จะเป็นการนำเสนอข้อมูลรายละเอียดในประเด็นเรื่องของมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งข้อมูลได้มาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมาโดยตลอด กระบวนการรักษาจำนวน 10 ราย ทั้งนี้จากการศึกษาผู้วิจัยพบว่า การให้ความหมายและการมีมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคองจะมีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล โดยมีปัจจัยต่างๆที่อยู่แวดล้อมผู้ป่วยเป็นตัวกำหนดการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจและการยอมรับความตายของผู้ป่วย เช่น ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วย, รูปแบบการดูแลรักษา, ความรุนแรงของโรค, การรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง, ความเชื่อทางศาสนา, ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย, ครอบครัว, ระยะเวลาการรักษา, เครื่องมืออุปกรณ์ในการรักษา, สังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจการเงิน ซึ่งสามารถแสดงให้เห็นได้จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ดังนี้

**ผู้ป่วยคนที่ 1 : ขนาด** อายุ 27 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองมานานเกือบ 10 ปี ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมานับตั้งแต่ทราบว่า เป็นมะเร็ง ขนาดก็ปฏิบัติตนเป็นผู้ป่วยที่ดีด้วยการมาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ครั้งแรกที่ขนาดรับรู้ว่าคุณเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง คือวันที่แพทย์นัดไปฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อบริเวณคอ ขนาดไปฟังผลด้วยตนเองโดยรับฟังอย่างเป็นเรื่องปกติธรรมดาและมีท่าทีตกใจเพียงเล็กน้อยเท่านั้น อีกทั้งยังสามารถพูดคุยกับแพทย์เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย วิธีการรักษา รวมถึงเรื่องของค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาได้ด้วยตนเองอีกด้วย เมื่อกลับถึงบ้านขนาดก็ได้บอกกับพ่อแม่และญาติพี่น้องว่า **"หมอบอกว่าที่หนูเจ็บที่คอและหายใจไม่ค่อยออกเป็นเพราะว่าหนูเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง หมอบอกว่าโอกาสหายยังมีอยู่แต่ต้องไปทำคีโมและพักฟื้นมากๆ"**(ผู้ดูแลขนาด, สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2556) บรรดาสมาชิกในครอบครัวต่างรับฟังด้วยความตกใจและค่อนข้างที่จะยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นได้ยากเพราะสงสารที่ต้องมาป่วยเป็นมะเร็งตั้งแต่อายุยังน้อย ซึ่งต่างจากตัวของขนาดเองที่สามารถทำใจยอมรับความจริงเกี่ยวกับโรคร้ายที่ตนกำลังประสบอยู่ได้ด้วยจิตใจที่เข้มแข็งและมีการให้กำลังใจตนเองเป็นอย่างดีมาโดยตลอด ทั้งนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้เล่าให้ฟังว่า

*"คนป่วยคู่มือมีกำลังใจดีมาก เขาพยายามค้นหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตจากหนังสือเกี่ยวกับโรคที่เขาเป็นว่าเมื่อเป็นแล้วจะมีอาการอย่างไร ต้องรักษาแบบไหน อาหารการกินต้องเป็นยังไง แล้วก็พยายามหารูปแบบการรักษาที่ดีที่สุดเพื่อให้หายไวๆ พอค้นข้อมูลอย่างถี่ย้นแล้วก็ตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เขาเป็นผู้ป่วยที่ดี เชื่อฟังและทำตามคำแนะนำของหมออย่างเคร่งครัดมาก"*(ผู้ดูแลขนาด, สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2556)

สะท้อนให้เห็นว่าตลอดช่วงภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วยไปในทางที่ดีมาตั้งแต่ต้น กล่าวคือเมื่อขนาดรับทราบคำวินิจฉัยของแพทย์ว่าป่วยเป็นมะเร็งจะต้องมาเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยวิธีการให้ยาเคมีบำบัดและการฉายรังสีเพื่อช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วย ขนาดรับทราบแต่โดยดีสามารถทำได้ภายในช่วงระยะเวลาอันรวดเร็ว พร้อมทั้งแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาอยู่ตลอดเวลา การแสดงออกทั้งหมดของขนาดล้วนแล้วแต่เต็มไปด้วยความหวังว่าในภายภาคหน้าตนจะต้องหายขาดจากโรคมะเร็งได้อย่างแน่นอน แต่ภายหลังจากให้ยาเคมีบำบัดและฉายรังสีไปหลายครั้งก็เริ่มมีอาการเวียนศีรษะ อาเจียนและอ่อนเพลียมากขึ้น แพทย์จึงได้แนะนำให้เตรียมความพร้อมสำหรับการมาเข้ารับการรักษาทุกครั้งโดยให้นอนพักผ่อนให้เพียงพอไม่ทำงานหนัก ไม่เครียดทำจิตใจให้ผ่อนคลาย ดูรายการบันเทิง ฟังเพลง หัวเราะให้มาก ทานอาหารที่มีประโยชน์กับร่างกายและออกกำลังกายเบาๆ ซึ่งขนาดก็ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เสมอ เพราะมีความหวังว่าสักวันจะต้องหายจากมะเร็งให้ได้ แม้แต่การให้ยาเคมีบำบัดกับการฉายรังสีที่ไม่ชอบขนาดก็พยายามอดทนเข้ารับการรักษาทุกครั้งเพราะเชื่อว่าจะช่วยทำให้อาการดีขึ้น ผู้ดูแลขนาดเล่าว่า

"พี่ว่าผู้ป่วยก็พยายามไม่เครียดวิตกกังวลอะไรนะ เขาอยากไปเที่ยวผ่อนคลายที่ไหนก็ไป บางทีก็ไปกับพวกเพื่อนบางทีก็ไปกับพี่น้องๆ แต่ส่วนมากกลุ่มเพื่อนเขาจะชวนกันไปดูคอนเสิร์ตไปหาของกินที่นั่นที่นี้กันบ่อย เขาสนุกเวลาอยู่กับเพื่อนๆ ตอนนั้นเพื่อนบางคนยังไม่รู้เลยว่าเขาป่วย เพราะเขาดูสดชื่น แข็งแรง เป็นนักกีฬาของบริษัทด้วยนะ อาหารการกินนี่เขาก็ควบคุม พวกผักดิบผักสด ผลไม้เปลือกบางจะทานไม่ได้ มันแสดงต่อโรคร่างกายรับได้ไม่ค่อยดีจะทำให้เกล็ดเลือดต่ำ ท้องเสียบางส่วนเรื่องไปหาหมอนี่ก็ไปตามนัดทุกครั้งเลย... ช่วงแรกๆอาการดีขึ้นมากแต่พอรักษาไปหลายปีก็เริ่มดูแลตัวเองน้อยลง ทำงานค่อนข้างหนักไม่ค่อยได้พักผ่อนชอบอยู่ทำโอทีเลิกมีค่าเลยทรุดลงเรื่อยๆ จนปีสุดท้ายไม่มีแรงทำงานแล้วเลยต้องลาออกมาพักที่บ้านเพราะว่าอ่อนเพลียมาก" (ผู้ดูแลขนาด, สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2556)

จากคำบอกเล่าของผู้ดูแลสามารถสะท้อนให้เห็นได้ว่าตลอดช่วงระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ขนาดมีการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยไปในทางที่ดี สามารถทำใจได้พร้อมทั้งสามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับการดำเนินของโรคได้อย่างเหมาะสม หากแต่เมื่อการรักษาดำเนินไปนานหลายปีและไม่มีทีท่าว่าจะหายจากโรคร้ายจึงเริ่มรู้สึกท้อแท้ โดยมักจะมีการพูดกับพี่สาวที่เป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดอยู่เสมอว่า

"รักษามานานแล้วทำไมไม่หายสักทีละ เปื่อมานอนโรงพยาบาลแล้ว...แต่สักวันเค้าจะต้องหายจากมะเร็งให้ได้ เค้ายังอยากทำอะไรอีกมากมายในชีวิตนะ อยากจะทำงานหาเงินให้ได้มากๆเพื่อจะได้เลี้ยงดูตัวเองได้ แล้วจะส่งเงินให้พ่อให้แม่และอยากตอบแทนพี่ด้วยที่ช่วยส่งเสียให้เรียนและอยู่ดูแลกันมาตลอด" (ผู้ดูแลขนาด, สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2556)

ทั้งนี้นอกจากจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องแล้ว ขนาดยังพยายามแสวงหาหนทางการรักษาด้วยวิธีการอื่นๆอีก ทั้งในเรื่องของอาหารการกิน วิธีการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจของตนเองให้ดีขึ้น เช่น ใช้วิธีการแพทย์ทางเลือกด้วยการรักษาแบบแผนโบราณทั้งฝังเข็ม ทำสมาธิ ตลอดจนพยายามหาซื้อยาสมุนไพรชนิดต่างๆที่ไปอ่านเจอมาว่ามีสรรพคุณดีมากสามารถช่วยให้หายจากมะเร็งได้มาทาน แต่ก็ก็เป็นเพียงแค่ช่วงระยะเวลาสั้นๆเท่านั้นเพราะเมื่อพบว่าไม่สามารถช่วยให้หายขาดจากโรคที่เป็นอยู่ได้ก็จะเลิกทานยาชนิดนั้นแล้วไปแสวงหาตัวยาคือชนิดอื่นๆมาบริโภคอีกเรื่อยๆ นอกจากจะแสวงหารูปแบบการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนโบราณแล้ว ขนาดยังเข้าหาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นด้วยการหมั่นไปทำบุญที่วัดและเข้าถึงพิธีกรรมต่างๆทางศาสนามากขึ้น เพราะขนาดมีความเชื่อว่าการมาทำบุญเช่นนี้จะทำให้ตนมีกำลังใจและช่วยทำให้สามารถมีชีวิตยืนยาวขึ้นได้ แต่ยิ่งเมื่อเวลาผ่านไปนานเท่าไร อาการก็ไม่มีทีท่าว่าจะดีขึ้นขนาดที่จากเดิมมีความเข้มแข็งทางจิตใจอย่างมากก็เริ่มมีการแสดงออกให้เห็นถึงความสิ้นหวัง ท้อแท้ วิตกกังวล หวาดกลัว

เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะใกล้ตายและความตายออกมาให้คนรอบข้างได้เห็นมากขึ้น ดังเช่นในวันหนึ่งที่เพื่อนๆของชมนาดมาเยี่ยมที่โรงพยาบาล เพื่อนๆก็ได้เล่าให้ผู้ดูแลชมนาดฟังว่า

"หลายวันก่อนแอบเห็นเขาร้องไห้ในห้องน้ำด้วยนะพี่ สะอึกสะอื้นเสียงดังเลย แต่พอออกมาก็ดูว่าเร็งปกติดี เลยไม่มีใครกล้าพูดถามอะไรหรอกเพราะรู้ว่าเขาคงไม่อยากให้ใครมาเห็นในช่วงเวลาที่อ่อนแอและคงไม่อยากให้พวกเราเป็นกังวลด้วยมั้ง"  
(ผู้ดูแลชมนาด, สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2556)

นอกจากนั้นชมนาดเริ่มหวาดกลัวกับการต้องอยู่คนเดียวเพียงลำพัง จึงขอร้องให้ผู้ดูแลมาอยู่เฝ้าทั้งกลางวันและกลางคืน ถ้าหากผู้ดูแลติดธุระสำคัญจริงๆก็จะขอให้พยาบาลหรือเพื่อนหรือญาติพี่น้องสักคนหนึ่งมาอยู่เป็นเพื่อน ดังเช่นในช่วงบ่ายของวันที่ผู้ดูแลได้อยู่เฝ้า เมื่อเห็นว่าชมนาดหลับจึงจะลงไปหาซื้อของข้างล่าง แต่เพียงเดินไปได้ไม่กี่ก้าวชมนาดก็ตื่นขึ้นมาและโวยวายว่า**"พี่จะไปไหน อย่าทิ้งเค้าไว้คนเดียว พี่จะไปไหน"** (ผู้ดูแลชมนาด, สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2556) อีกทั้งชมนาดได้เริ่มมีการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องของชีวิต ภาวะใกล้ตายและความตายกับบุคคลใกล้ชิดมากขึ้น จากแต่ก่อนที่แทบจะไม่เคยพูดถึงเลยแม้แต่บ่อย โดยมักจะพูดในลักษณะที่เศร้า เสียใจ กังวลและไม่มั่นใจถึงหนทางในภายภาคหน้าที่ตนจะต้องได้เผชิญในอนาคตนี้ว่า

"หมอบอกเค้าว่าอยากทำอะไรก็ทำอยากกินอะไรก็กิน ทำไมหมอมไม่ให้กำลังใจกันเลย เค้าจะไม่รอดแล้วใช่ไหม...ความตายน่ากลัวไหม เค้าไม่กลัวตายนะแต่ไม่อยากทรมาณกลัวเจ็บ ถ้าเค้าไม่ไหวแล้วอย่าลืมใส่ออกซิเจนให้ด้วย กลัวหายใจไม่ออก...ตอนอยู่ในโลงแล้วเข้าไปในเตาเผามันจะร้อนมากไหม แล้วเราจะได้เจอกันอีกหรือเปล่าเค้าอยากกลับบ้านอยากเจอพ่อเจอแม่" (ผู้ดูแลชมนาด, สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2556)

เมื่อเข้าสู่ช่วงวาระสุดท้าย มะเร็งก็ได้ลุกลามและกระจายไปยังอวัยวะส่วนต่างๆภายในร่างกายเกือบหมด อาการของชมนาดจึงยิ่งทรุดลงมากทั้งทางกายและจิตใจ รูปแบบการดูแลรักษาจึงเปลี่ยนเป็นการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่เน้นดูแลทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยมีทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยามาคอยเยี่ยมเยียนดูแลให้กำลังใจและชี้แนะหนทางความสงบทางจิตใจให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล เมื่อชมนาดได้รับการดูแลแบบองค์รวม รวมถึงได้รับฟังเกี่ยวกับเรื่องของภาวะใกล้ตายและความตายในทัศนะที่ต้อย่อยครั้งจากทีมสุขภาพจึงทำให้เข้าใจและเปิดใจยอมรับความเป็นจริงของชีวิตได้ดีขึ้น จากแต่ก่อนที่ทราบเพียงเรื่องของการทำงานบุญทำทานประกอบกับไม่เคยประสบกับเหตุการณ์การสูญเสียของญาติพี่น้องมาก่อนทำให้ชมนาดและสมาชิกในครอบครัวไม่ค่อยสนใจเรื่องของความตายเพราะมองว่าไกลตัว แต่พอได้รับการดูแลแบบประคับประคองมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของชมนาดและผู้ดูแลจึงได้เปลี่ยนไป ดังนี้



"เขาเคยพูดกับพ่อแม่ว่าเค้าจะไปก็ไปเลยนะ พ่อกับแม่ทำใจเอาไว้ดี ๆ นะ หนูดีใจที่เป็นลูกพ่อกับแม่ ยังไม่ทันได้ดูแลพ่อดูแลแม่เลยหนูเสียใจ อโหสิให้หนูด้วย...โทรหาแม่ให้หน่อยอยากฟังเสียง อยากขออโหสิ โทรหาหัวหน้าให้ด้วยจะขออโหสิ...หนูเชื่อเรื่องโลกหลังความตายนะ เข้าใจมากขึ้นหลังจากได้คุยกับพี่หวาน (หนึ่งในทีมดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย) แต่ก็ไม่มีมั่นใจว่าจะต้องเจอกับอะไรแต่ใครๆก็ต้องตายอยู่ดี" (ผู้ดูแลขนาด, สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2556)

ช่วงสัปดาห์สุดท้ายก่อนที่จะจากไป ชมนาดได้กลับมาอนพักรักษาอยู่ที่บ้านของผู้ดูแลเพราะไม่ยอมตายที่โรงพยาบาล ตลอดช่วงระยะเวลาที่เจ็บหนัก ชมนาดก็ยังพอมีแรงบ้างเล็กน้อยสำหรับการสวดมนต์ไหว้พระเข้าเฝ้าและพยายามทำจิตใจให้สงบ โดยจะมีครอบครัวญาติพี่น้อง เพื่อนๆ และทีมสุขภาพมาคอยเยี่ยมเยียนให้กำลังใจและชวนพูดคุยแต่สิ่งที่ดีๆ จึงทำให้ชมนาดมีแต่ความสุขสงบในจิตใจ สามารถทนต่อสภาวะความเจ็บปวดทรมานทางกายและจากไปด้วยความสงบปล่อยวางได้ในที่สุด ผู้ดูแลได้เล่าถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยให้ฟังว่า

"ช่วงนั้นก็พูดกับผู้ป่วยเรื่องความตายบ่อย บอกให้เขาสวดมนต์ทุกวันตอนเช้าและก่อนนอน ให้นึกถึงแต่ความดีและสิ่งดีงามที่เขาเคยทำมา พี่ก็พูดว่าเขาเป็นคนดีมาตลอด เป็นลูกที่ดีน้องที่ดี เพื่อนร่วมงานที่ดีและเป็นลูกน้องที่ดีขยันทำงานด้วย ให้เขาภูมิใจที่เกิดมาแล้วเป็นคนดี วันสุดท้ายเขานอนสงบที่บ้านที่กินอะไรไม่ได้แล้วกินแต่น้ำพูดก็ไม่ได้ พี่ก็ทำตามหลักศาสนาสวดมนต์นำทางให้เขาไปดี เอารูปเทียนใส่ในมือเขา เห็นเขาตาเหลือกแต่ไม่มีอาการทรมานอะไร พี่ก็พูดไปว่าไปดีนะไม่ต้องห่วงอะไรทางนี้แล้วพี่จะดูแลพ่อกับแม่ให้ ไม่มีเวรกรรมอะไรติดตัวนะมีแต่สิ่งดีๆ พระธรรมจะนำทางไปสู่นิพพาน แล้วเขาก็จ้องหน้าพี่แล้วก็จากไป ตัวพี่ก็สบายใจขึ้นด้วยที่ช่วยน้องให้จากไปอย่างสงบได้" (ผู้ดูแลขนาด, สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2556)

## สรุป

มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของชมนาดไม่ได้เกิดขึ้นตั้งแต่วันแรกที่ทราบว่าตนเองเจ็บป่วยเป็นโรคร้ายแรงที่ซึ่งโอกาสจะรักษาให้หายขาดนั้นเป็นไปได้ยาก หากแต่มุมมองดังกล่าวได้ถูกสร้างขึ้นเมื่อชมนาดต้องมาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหลายครั้งจากอาการเดิมๆ การรักษาถูกปรับเปลี่ยนไปหลากหลายวิธีแต่ก็ไม่สามารถทำให้หายจากโรคได้ เมื่อเวลาผ่านไปนานเข้าจากที่คิดหวังว่ามีโอกาสหาย ความหวังก็ค่อยๆ ทรุดหรือลงจนกระทั่งเกิดความท้อแท้ต่อโชคชะตาและภาวะการเจ็บปวดที่ค่อยๆ ปรากฏขึ้นมาเรื่อยๆ ทั้งนี้ตลอดระยะเวลาที่เข้าออกโรงพยาบาล แพทย์ผู้รักษาก็ได้อธิบายเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย การดำเนินของโรค ตลอดจนรูปแบบวิธีการรักษาในแต่ละขั้นตอนให้ชมนาดและผู้ดูแลทราบอยู่เสมอ เพื่อให้ชมนาดผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดการเข้าใจ ยอมรับและปรับตัวต่อสภาวะการณที่ที่เกิดขึ้นในอนาคตได้

เมื่อความหวังที่จะหายจากโรคค่อยๆ แปรผันไปในทิศทางเดียวกันกับสภาพร่างกายที่ค่อยๆ ทรุดลงเรื่อยๆ ชมนาดก็เริ่มที่จะตระหนักถึงความตายที่กำลังจะมาเยือนมากขึ้น ความหมายของภาวะใกล้ตายและความตายของชมนาดจึงได้เริ่มเปลี่ยนแปลงไป จากเดิมที่มองว่าห่างไกลกลับรู้สึกว่ายู่ใกล้แค่นี้เองจึงเกิดความกลัวที่จะต้องเผชิญกับเหตุการณ์ทั้งหลายก่อนที่จะตาย เช่น กลัวการเจ็บ ปวดจากการลุกลามของมะเร็งที่แพร่กระจายไปตามอวัยวะต่างๆ กลัวการทรมาณในช่วงขณะที่กำลังจะหมดลมหายใจ จึงขอให้เครื่องช่วยหายใจ กลัวการสูญเสียความเป็นเอกลักษณ์ของตนเองแล้วกลายเป็นเพียงคนป่วยที่นอนอยู่แต่บนเตียงเหมือนกับผู้ป่วยหนักรายอื่นๆ ที่ตนได้เคยประสบพบมา ตลอดจนถึงกลัวเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นหลังจากที่ตนได้ตายไปแล้วด้วยว่าพ่อแม่และญาติพี่น้องจะอยู่กันอย่างไร และที่สำคัญคือกลัวความเศร้าโศกเสียใจ เนื่องจากมีความมุ่งหวังอยากที่จะตอบแทนพระคุณของพ่อแม่และพี่สาว แต่ต้องมาเจ็บหนักเสียก่อนจึงยังไม่ทันจะได้ตอบแทนสิ่งใด ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแต่ยังทำให้เกิดความรู้สึกเครียด วิตกกังวล หดหู่และหวาดกลัวความตายมากยิ่งขึ้น ชมนาดจึงไม่อยากที่จะอยู่เพียงลำพังคนเดียวไม่ว่าจะกลางวันหรือกลางคืนเพราะกลัวการพลัดพรากจากครอบครัวและคนใกล้ชิดไปอย่างโดดเดี่ยวและจะไม่มีโอกาสได้บอกลา

เห็นได้ชัดว่าเมื่ออาการเจ็บป่วยมีมากขึ้น มุมมองภาวะใกล้ตายและความตายของชมนาดได้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ง หากแต่ภายหลังจากที่แพทย์ได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการรักษาจากเดิมที่เน้นแต่เพียงรักษาทางกายภาพเพื่อให้หายขาดจากโรคมะเร็งเป็นรูปแบบการดูแลรักษาแบบประคับประคองตามอาการที่เป็นโดยเน้นบำบัดทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณให้แก่ผู้ป่วย โดยนำหลักธรรมของพระพุทธศาสนามาให้ผู้ป่วยยึดเหนี่ยว สุขภาพกายและสุขภาพจิตของชมนาดจึงค่อยๆ ดีขึ้น การดูแลเช่นนี้สามารถช่วยให้ชมนาดเกิดการยอมรับต่อสภาวะการเจ็บป่วยของตนเองได้ดีขึ้นส่งผลให้ความสัมพันธ์ทางสังคมกับคนรอบข้างดีตามไปด้วย อีกทั้งช่วยให้ชมนาดเกิดการรับรู้และเข้าใจภาวะใกล้ตายและความตายได้อย่างถ่องแท้มากขึ้น เมื่อความกลัวต่อภาวะใกล้ตายและความตายลดลง ความหดหู่ วิตกกังวล ซึมเศร้าและความเครียดที่มีอยู่ภายในจิตใจจึงค่อยๆ หายไปส่งผลให้ช่วงวาระสุดท้ายในชีวิตของชมนาดเต็มไปด้วยความสุขสงบและจากไปด้วยความปล่อยวาง

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การดูแลรักษาแบบประคับประคองที่เน้นดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยเป็นสำคัญสามารถช่วยปรับเปลี่ยนมุมมองและทัศนคติที่มีต่อภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยให้เป็นมุมมองในเชิงบวกมากขึ้นได้ เมื่อความสงบเกิดขึ้นในจิตใจ ผู้ป่วยก็จะสามารถใช้ชีวิตและปรับตัว ตลอดจนเตรียมความพร้อมสำหรับช่วงวาระสุดท้ายในชีวิตของตนเองได้เหมาะสมจนสามารถก้าวผ่านช่วงเวลานาทีทองของความตายไปได้เป็นอย่างดีสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์

**ผู้ป่วยคนที่ 2 : ปาหนัน** อายุ 18 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว จากวันที่มีอาการผิดปกติอ่อนเพลียไม่มีแรง เมื่อยเนื้อเมื่อยตัวและมีไข้ต่ำๆ แม่จึงพาปาหนันไปตรวจที่โรงพยาบาลเพราะคิดว่าเป็นไข้หวัด 2009 หรือโรคโลหิตจาง หากแต่ผลการตรวจออกมาว่าเป็นลูคีเมียหรือมะเร็งเม็ดเลือดขาว ทั้งปาหนันและแม่อึ้งรู้สึกตกใจมาก โดยปาหนันได้พูดกับแม่ว่า **“มะเร็งหนูเป็นมะเร็ง เป็นได้ยังไง หนูจะตายหรือเปล่า หนูจะหายไหมมะเร็ง”** (ผู้ดูแลปาหนัน, สัมภาษณ์, 1 มีนาคม 2556)

เมื่อได้รับการยืนยันจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่าป่วยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวจริง ปาหนันจึงไปทำเรื่องขอพักการศึกษาที่โรงเรียนเนื่องจากการรักษาต้องใช้เวลาและโรงพยาบาลที่ได้รับสิทธิการรักษาอยู่ไกลคนละจังหวัดจากโรงเรียนอีกด้วย ตลอดระยะเวลาที่รักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลปาหนันได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีจากแม่ที่มาคอยดูแลอย่างใกล้ชิด ตลอดจนได้รับกำลังใจอย่างท่วมท้นจากครอบครัวและเพื่อนๆ จึงทำให้มีแรงฮึดต่อสู้กับโรคร้ายด้วยวิธีการต่างๆ ทั้งการให้ยาเคมีบำบัด ฉายแสงและให้เลือด จนกระทั่งในที่สุดเมื่อใช้เวลาในการรักษานานหลายเดือนปาหนันก็สามารถเอา ชนะโรคร้ายและกลับมามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงได้เหมือนเดิม แต่ทั้งนี้ก็ยังต้องมาให้แพทย์ตรวจดูอาการอย่างสม่ำเสมอ ช่วงแรกปาหนันยังคงไปตรวจสุขภาพตามที่แพทย์นัดอย่างต่อเนื่อง หากแต่ภายหลังจากที่แต่งงานและคลอดบุตรชาย ปาหนันก็ไม่ได้มาให้แพทย์ตรวจเช็คสุขภาพอีก เนื่องจากครอบครัวได้ประสบปัญหาทางการเงินปาหนันจึงอยากจะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายของครอบครัว *โดยมักจะบอกกับผู้ดูแลว่า* **“มะห์ เดือนนี้ไม่ต้องไปหาหมอได้ไหม หนูไหวนะ หนูไม่เป็นอะไรแล้ว เก็บเงินไว้เป็นค่านมให้เจ้าตัวเล็กดีกว่า ไปครั้งหนึ่งเสียค่ารถตั้งห้าทศวรรษมะห์นะ”** (ผู้ดูแลปาหนัน, สัมภาษณ์, 1 มีนาคม 2556)

ผ่านไปหลายเดือน ขณะที่ปาหนันตั้งครรถ์บุตรคนที่ 2 ก็เริ่มมีอาการอ่อนเพลีย มีไข้ เมื่อยเนื้อตัวและพออายุครรภ์ถึง 5 เดือนก็ล้มป่วย ไม่มีแรงและในที่สุดก็แท้งไป ภายหลังแท้งบุตรหลายวันอาการต่างๆ ก็ยังไม่ดีขึ้น ปาหนันยังคงมีไข้ เจ็บปวดกาย อ่อนเพลียและไม่มีแรงเคลื่อนไหวร่างกายแต่อย่างใด ญาติพี่น้องเห็นอาการดังกล่าวก็หรือกันว่าอาการเหล่านี้ไม่น่าจะเป็นการเจ็บป่วยธรรมดา แต่น่าจะเป็นเพราะถูกทำของทางอิสลามใส่แน่นอน ญาติพี่น้องจึงเชิญหมอผู้เชี่ยวชาญทางมนต์ดำมาสวดและรดน้ำมนต์ให้แก่ผู้ป่วย แต่ไม่ว่าจะรักษาด้วยวิธีใดผู้ป่วยก็ยังไม่หายและกลับยังมีอาการทรุดโทรมมากยิ่งขึ้นไปอีก ในที่สุดแม่ของปาหนันทนเห็นลูกนอนซมไม่ไหวจึงตัดสินใจพาปาหนันกลับไปตรวจดูอาการที่โรงพยาบาลเดิม ผลการตรวจก็ทำให้ทราบว่าจากการที่ผู้ป่วยขาดการมาตรวจสุขภาพตามที่แพทย์นัดนานหลายเดือนทำให้มะเร็งกลับมาลุกลามอีกครั้ง ซึ่งครั้งนี้พบเมื่อมะเร็งได้ลุกลามและกระจายไปยังอวัยวะต่างๆ มากแล้ว การรักษาเพื่อให้หายขาดจากโรคร้ายจึงเป็นไปได้ยาก แต่ด้วยความมุ่งมั่นอยากที่จะกลับบ้านไปหาลูก ปาหนันจึงฮึดสู้อดทนเข้ารับการรักษาทุกอย่างตามที่แพทย์แนะนำทั้งการให้ยาเคมีบำบัด ฉายแสงและการให้เลือด ทั้งนี้ตลอดระยะเวลาที่รักษาผู้เป็นแม่อึ้งก็เสียใจและสงสารปาหนันมากที่ต้องมาเจ็บป่วยทรมานจากทั้งมะเร็งและจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ในขณะที่มีวัยเพียงเท่านี้ จึงมักจะพูดปลอบขวัญและให้กำลังใจแก่ปาหนันอยู่เสมอว่า **“มะห์หวังว่าสักวันหนูจะต้องหายเพราะหนู**

**เป็นเด็กดี ประพฤติตนดีมาตลอดและเราก็มีกันอยู่เพียงเท่านี้องค์พระอัลเลาะห์จะต้องเมตตาอย่างแน่นอน"** (ผู้ดูแลพาหนัน, สัมภาษณ์, 1 มีนาคม 2556)

ตลอดช่วงเวลาที่รักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล พาหนันต้องทนต่อความเจ็บปวดทรมานจนทำให้เกือบที่จะพ่ายแพ้และยอมแพ้ต่อโรคร้ายด้วยการปฏิเสธการรักษาอยู่หลายครั้ง โดยมักจะบอกเล่าอาการและความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นในแต่ละวันให้แม่ฟังอยู่เสมอว่า

*"มะห์หนูเหนื่อย อยากกลับบ้าน หนูอยากเห็นหน้าลูก หนูจะได้กลับบ้านใหม่ ไม่อยากตายที่นี่นะขอตายที่บ้าน...หนูไม่อยากฉายแสงแล้วมันรู้สึกไม่ดีเลยทำแล้วเวียนหัว คลื่นไส้อยากอาเจียน เหนื่อย ไม่มีแรงแล้ว กินอะไรก็ไม่ได้ มะห์บอกหมอให้หนอยเถอะว่าหนูไม่อยากทำแล้วนะมะห์นะ"* (ผู้ดูแลพาหนัน, สัมภาษณ์, 1 มีนาคม 2556)

หากแต่เพราะใบหน้าของบุคคลผู้เป็นที่รักทั้งพ่อ แม่ สามีและลูกชายจึงทำให้พาหนันกัดฟันยอมทนต่อความเจ็บปวดทรมานจากการฉายแสง ประกอบกับได้รับการปลอบโยนและได้ฟังคำพูดที่ทำให้กำลังใจจากสามีมักจะนำเรื่องราวความน่ารักของลูกชายมาเล่าให้ฟังอยู่บ่อยครั้งจึงทำให้พาหนันเกิดความมุ่งมั่นอยากที่จะต่อสู้กับโรคร้ายขึ้นมาอีกครั้ง สามีของพาหนันมักจะมาเยี่ยมและอยู่เฝ้าดูแลทุกวัน หลังเลิกงาน วันไหนไม่มีงานก็จะมาเยี่ยมตั้งแต่เช้าโดยจะคอยชวนคุยเล่าเรื่องสนุกสนานต่างๆให้ฟังจนทำให้พาหนันรู้สึกผ่อนคลาย หายเครียด หายวิตกกังวล จนกระทั่งสามารถลิ้มความเจ็บปวดทรมานทางกายไปได้บ้าง นอกจากชวนคุยแล้วสามียังช่วยพาหนันในการทำกิจวัตรประจำวันและหมั่นนำอาหารที่พาหนันชอบมาให้ด้วยเสมอ ทุกครั้งเมื่อสามีมายเยี่ยม พาหนันจะดูสดชื่นแจ่มใสมากเป็นพิเศษสามารถพูดคุย ยิ้มแย้ม หัวเราะและทานอาหารได้มากกว่าเดิม แต่พอหมดเวลาเยี่ยมประมาณ 20.00 น. สามีก็กลับบ้าน พาหนันจะมีอาการซึมลง ไม่ค่อยขยับเขยื้อนเหมือนตอนที่สามีอยู่ และในบางครั้งพาหนันจะขี้โมโหให้สามีกลับด้วยการพูดว่า **"ไม่กลับได้ไหม อยากให้อยู่เป็นเพื่อน กลัว ตอนกลางคืนมันมืด เจ็บมากเลย...พรุ่งนี้จะมาก็ไม่ง มาไวๆนะ ถ่ายรูปตัวเล็กมาให้ดูด้วย"** (ผู้ดูแลพาหนัน, สัมภาษณ์, 1 มีนาคม 2556)

วันหนึ่งภายหลังจากการเข้ารับการรักษาฉายแสงมาแล้วหลายครั้ง แม่ซึ่งเป็นผู้ดูแลพาหนันอย่างใกล้ชิดมาตลอดได้เริ่มสังเกตเห็นอาการของลูกสาวที่แปลกไปจากเดิมจึงได้ถามอาการของพาหนันว่าตอนนี้รู้สึกอย่างไรบ้าง พาหนันก็ตอบมาว่า **"มะห์หนูเหนื่อยจัง ขยับตัวแทบไม่ไหวแล้วมันปวดไปหมดทั้งตัวเลย มีนหัวด้วย หายใจไม่ออก อึดอัด"** (ผู้ดูแลพาหนัน, สัมภาษณ์, 1 มีนาคม 2556) เมื่อผู้ดูแลได้ยินเช่นนั้นก็รู้สึกสงสารจึงพูดปลอบใจและให้ผู้ป่วยนอนพักเพื่อที่จะได้ตื่นมาสดชื่นพร้อมที่จะทานอาหารกลางวันเพื่อร่างกายจะได้แข็งแรงขึ้น แต่พอถึงเวลาทานอาหารพาหนันก็บอกแม่ด้วยเสียงแหบๆว่า **"หนูไม่อยากกินข้าว กินไม่ไหว ขอแค่น้ำผลไม้ก็พอ"** (ผู้ดูแลพาหนัน, สัมภาษณ์, 1 มีนาคม 2556) ผู้ดูแลรู้สึกสงสารลูกมากจึงไปปรึกษากับแพทย์ผู้รักษาและขอความเห็นใจให้ช่วยรักษาให้ลูกมีอาการดีขึ้น ซึ่ง

แพทย์ก็ได้อธิบายให้ฟังว่าอาการของปาหนันได้ดำเนินมาถึงเกือบระยะสุดท้ายแล้วเพราะผู้ป่วยเสียเลือดไปมากจากการแท้งบุตร รวมถึงขาดการตรวจดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องไปนานหลายเดือน มะเร็งจึงลุกลามไปไวกว่าที่ควรจนเกินกว่าที่จะรักษาให้หายขาดได้ แต่แพทย์และพยาบาลก็ได้รับปากว่าจะพยายามช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างดีที่สุด โดยเปลี่ยนรูปแบบการรักษาจากเดิมที่ใช้เทคโนโลยีช่วยกำจัดโรคร้ายมาเป็น การดูแลแบบประคับประคองตามอาการเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานและเจ็บปวดให้น้อยที่สุดและเพื่อที่จะช่วยให้ช่วงวาระสุดท้ายของผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณมากยิ่งขึ้น โดยอยากให้ผู้ป่วยและครอบครัวใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่า สงบจิตใจและเตรียมพร้อมยอมรับกับการจากไปของผู้ป่วย

ตลอดช่วงระยะเวลาเกือบ 2 เดือนที่ปาหนันได้อยู่ภายใต้การดูแลแบบประคับประคอง ทีมสุขภาพได้คอยหมั่นมาเยี่ยมให้กำลังใจ ชวนพูดคุยให้รู้สึกผ่อนคลาย ไม่ให้คิดมาก โดยนำหลักทางศาสนาอิสลามมาช่วยกล่อมเกล่าจิตใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว จนกระทั่งผู้ป่วยจากที่ซึม เจ็บ ไม่ค่อยพูด เพราะว่าเจ็บปวดทรมาน เกรียด ห่วงลูกและหวาดกลัวความตาย ก็เริ่มตระหนักและยอมรับความจริงได้มากขึ้นว่าตนกำลังป่วยหนักและจะสามารถมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน เมื่อได้ยินได้ฟังเรื่องราวเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายในทางบวกจากทีมสุขภาพบ่อยๆ ในที่สุดปาหนันก็สามารถยอมรับความตายที่กำลังจะมาเยือนได้ ส่งผลให้ไม่ค่อยหวาดกลัวความตาย เริ่มหันมาฟังเพลง เขียนกลอน อ่านนิยายเหมือนแต่ก่อนตอนที่ยังไม่เจ็บหนัก และไม่หวาดกลัวต่อความมืด สามารถนอนหลับตอนกลางคืนได้ตามปกติและจากเดิมที่ไม่อยากฟังหรือพูดถึงเกี่ยวกับความตายก็เริ่มหันมารับฟังและพูดถึงเกี่ยวกับโลกหลังความตายมากขึ้น โดยมีคำถามมาถามผู้ดูแลอยู่เสมอว่า

*"พระอัลเลาะห์จะมารับหนูหรือเปล่า ถ้าหนูตายหนูจะมาหามะห์มาหลุกได้อีกไหม ถ้ามาได้หนูจะมาหาทุกวันเลย แล้วตอนจะตายจะอึดอัดหรือเปล่า มะห์บอกหมอให้หน่อยนะว่าไม่ต้องใส่ท่อหายใจหรอก ไม่ต้องป้อนหัวใจด้วย หนูอยากไปแบบไม่เจ็บ"*  
(ผู้ดูแลปาหนัน, สัมภาษณ์, 1 มีนาคม 2556)

ตลอดจนมีปฏิสัมพันธ์พูดคุยกับคนรอบข้างมากขึ้น โดยจะยิ้มมีความสุขมากเป็นพิเศษเมื่อได้พูดคุยหรือเห็นภาพของลูกชาย แต่เมื่อโรคได้ดำเนินมาถึงระยะสุดท้าย มะเร็งได้ลุกลามและกระจายไปยังอวัยวะส่วนต่างๆภายในร่างกายเกือบหมด อาการทางกายของปาหนันจึงทรุดลงมาก เมื่อพูดคุยกันนาน ปาหนันจะมีอาการเหนื่อย เจ็บปวดทรมานและมีอารมณ์หงุดหงิดมากขึ้น ซึ่งสังเกตได้จากการนอนหลับตาแล้วตอบแต่เพียง **"อิม อิม"** หรือใช้การพยักหน้าแทนคำตอบ เมื่อทีมสุขภาพเห็นอาการปฏิกิริยาดังกล่าวจึงหมั่นคอยมาเยี่ยมเยียนดูแล ให้กำลังใจและชี้แนะหนทางความสงบทางจิตใจให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลบ่อยขึ้น เมื่อผู้ป่วยได้รับฟังเรื่องราวเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายบนพื้นฐานความเชื่อของศาสนาอิสลามในทัศนะเชิงบวกบ่อยครั้ง จึงเกิดรับรู้และเปิดใจยอมรับความจริงได้ว่าความตายนั่นเป็นเรื่องธรรมชาติ โดยมีผู้ดูแลคอยพูดปลอบประโลมจิตใจอยู่เสมอว่า

"ความตายเป็นการเปลี่ยนมิติของการดำรงอยู่จากโลกหนึ่งไปสู่อีกโลกหนึ่งที่ดีกว่า ร่างกายไม่ถาวรสิ่งที่ถาวรคือจิตวิญญาณ หนูต้องสร้างความผูกพันกับความตายด้วยการหมั่นรำลึกถึงและเตรียมพร้อมเสมอสำหรับความตาย ความเจ็บป่วยและทรมาณ เป็นบททดสอบของพระอัลเลาะห์ ถ้าสามารถทนได้พระองค์จะมารับไปอยู่สวรรค์... คนเราเกิดมามีชีวิตที่ไม่เหมือนกันหรอกไม่ต้องคิดมากนะทำให้สบาย" (ผู้ดูแลปาหนัน, สัมภาษณ์, 1 มีนาคม 2556)

เมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึง แพทย์กับครอบครัวของผู้ป่วยก็ได้ปรึกษาหารือและเห็นพ้องต้องกันว่าจะทำตามความประสงค์สุดท้ายของผู้ป่วยนั้นคือการได้กลับบ้านไปหาลูก แต่ด้วยสภาวะทางกายของผู้ป่วยแย่มากแล้วและควรที่จะได้อยู่ในความดูแลของทีมบุคลากรทางแพทย์อย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ทางโรงพยาบาลจึงประสานไปยังโรงพยาบาลที่อยู่แถวบ้านของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตอยู่พร้อมหน้าพร้อมตากับครอบครัวและอยู่ภายใต้การดูแลแบบประคับประคองเป็นอย่างดี ดังนั้นตลอด 11 วันของช่วงวาระสุดท้าย ผู้ป่วยจึงได้ไปนอนพักรักษาตัวอยู่ภายในห้องพิเศษตลอดเชื้อ ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่อยู่ใกล้บ้าน ซึ่งผู้ดูแลได้เล่าให้ฟังว่า

"ช่วงท้ายๆน้องบอกว่าอยากอาบน้ำ แต่ด้วยร่างกายเขามันอาบไม่ได้หรอก มะห์เลยได้แต่เช็ดตัวและสระผมให้วันเว้นวัน ให้น้องนอนบนเตียงนั้นแหละแล้วก็สระ เขาบอกว่าชอบมากเลย อยากให้มะห์ทำให้ทุกวันสบายหัวสบายตัวดี ช่วงนั้นน้องทานอะไรไม่ได้เลย ป้อนแอปเปิ้ลให้ก็ทานได้แค่คำเดียวเพราะว่ากลิ่นไม่ได้แล้ว เลยให้ทานน้ำผลไม้ น้องก็ไม่ค่อยทานหรอกร้องขอแต่น้ำแข็ง ผอมซูบมาก ต้องหยดน้ำผึ้งให้จะได้มีอะไรไปบำรุงร่างกายบ้าง" (ผู้ดูแลปาหนัน, สัมภาษณ์, 1 มีนาคม 2556)

ทั้งนี้ผู้ดูแลก็ได้เล่าเหตุการณ์ช่วงวาระสุดท้ายให้ฟังว่าปาหนันได้พูดสั่งลาเอาไว้ก่อนที่จะไม่มีแรงพูดและนอนหลับตานั้นว่า **"หนูเกิดมาแค่นี้หนูก็มีความสุขแล้ว ได้มีลูก มีคนรักหนู ชอบคุณมะห์ที่ดูแลหนูมาตลอด ขอหนูดูแลหน่อย"** (ผู้ดูแลปาหนัน, สัมภาษณ์, 1 มีนาคม 2556) เมื่อผู้ดูแลได้ยินเช่นนั้นจึงไปอุ้มหลานชายมาไว้ในอ้อมกอดของปาหนัน พอปาหนันเห็นหน้าลูกก็น้ำตาไหลแล้วก็กอดหอมอยู่สักพักแล้วก็ส่งคืนแล้วก็นอนหลับไป พอตื่นขึ้นมาก็บอกกับผู้ดูแลว่า **"มะห์หนูเจ็บ หนูปวด"** ผู้ดูแลจึงปลอบว่า **"หนูต้องคิดว่าไม่เจ็บไม่ปวดทำตัวให้สบายไม่ใช่เราเป็นคนเดียวให้นึกถึงพระอัลเลาะห์เอาไว้ พระองค์จะอยู่กับหนูเสมอ"** (ผู้ดูแลปาหนัน, สัมภาษณ์, 1 มีนาคม 2556) เมื่อผู้ป่วยทุเลาจากความเจ็บปวดไปบ้างก็ได้พูดคุยกับผู้ดูแลถึงยายที่เสียชีวิตไปนาน 8 ปีว่า **"หนูคิดถึงยาย ตอนยายตายหนูยังเด็กมาก หนูนอนกับยายทุกวัน พอยายตายหนูเลยร้องให้คิดถึงยายมะห์จะร้องให้คิดถึงหนูหรือเปล่า หนูรักมะห์นะมะห์ดูแลตัวเล็กให้หนูด้วย"** (ผู้ดูแลปาหนัน, สัมภาษณ์, 1 มีนาคม 2556) เมื่อผู้ดูแลเห็นว่าอาการของปาหนันไม่ค่อยดีจึงเรียกทุกคนในครอบครัวมาลา ทุกคนพยายามกลั้นร้องให้พร้อมจับมือให้กำลังใจผู้ป่วย จากนั้นผู้ดูแลได้กล่าวคำขังหูปาหนันเป็นภาษาอิสลามเหมือนกับคำว่าพุทธโธของศาสนาพุทธแล้วบอกให้ผู้ป่วย

นึกถึงพระอัลเลาะห์ทุกลมหายใจเพื่อจะได้ไปสวรรค์ ขณะนั้นเสียงละหมาดก็ดังขึ้นเนื่องจากวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิตกับวันศุกร์มีพิธีละหมาดที่มีสยิดของชาวมุสลิมพอดี ผู้ป่วยนอนนิ่งฟังเสียงและคำกระซิบข้างหูอยู่นานสักพักหนึ่งก็จากไปอย่างสงบ

## สรุป

มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของปาหนันได้ถูกสร้างขึ้นมาตั้งแต่วันแรกที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวเพราะปาหนันได้รับการซึมซับผ่านสื่อทั้งจากภาพยนตร์ ละครและนวนิยายว่า ตัวเอกของเรื่องมักจะป่วยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวหรือลูคีเมีย ซึ่งรักษาอย่างไรก็ไม่หายและในที่สุดก็ต้องตาย แต่เมื่อปาหนันได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่แห่งหนึ่งที่มีความทันสมัยและก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ประกอบกับได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ทั้งจากแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ต่างๆทำให้ปาหนันเริ่มตั้งความหวังให้กับชีวิตว่าอาการเจ็บป่วยที่ตนกำลังประสบอยู่นั้นมีแนวโน้มว่าจะหายอย่างแน่นอนเพราะการพักผ่อนหลังเข้ารับการรักษาในแต่ละครั้งทำให้ปาหนันรู้สึกมีแรง เจ็บปวดทรมานน้อยลงและทานอาหารได้มากขึ้นจึงคิดว่าความก้าวหน้าทางการแพทย์และความเชี่ยวชาญของแพทย์จะสามารถรักษามะเร็งให้หายขาดได้ ปาหนันจึงให้ความร่วมมือโดยการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เสมอจนในที่สุดก็หายจากมะเร็งได้ มุมมองที่มีต่อภาวะใกล้ตายและความตายสำหรับปาหนันจึงเปลี่ยนจากกลัวมาเป็นรู้สึกธรรมดาและเฉยๆ เมื่อสุขภาพกลับมาแข็งแรงดี ปาหนันก็ได้แต่งงานและมีบุตร ในแต่ละวันจึงมีความสุขอยู่กับครอบครัวจนกระทั่งลืมเลือนช่วงภาวะวิกฤตที่เคยประสบมา

ผ่านไป 1 ปี ปาหนันกลับมาป่วยเป็นมะเร็งอีกครั้ง คราวนี้มะเร็งได้ลุกลามไปยังอวัยวะต่างๆมากแล้ว การรักษาเพื่อให้หายขาดจึงทำได้ยาก ปาหนันจึงกลับไปคิดถึงภาวะใกล้ตายและความตายอีกครั้ง หากแต่ครั้งนี้วิตกกังวลมากกว่าเดิมเพราะความตายอยู่เพียงแค่อ้อมเนื่องจากไม่สามารถยับยั้งให้มะเร็งหยุดการกระจายตัวได้ ปาหนันจึงเริ่มกลัวที่จะต้องเผชิญกับเหตุการณ์ช่วงก่อนที่จะตาย คือกลัวไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับครอบครัวและลูกน้อยภายหลังจากที่เธอตาย กลัวไม่รู้ว่าโลกหน้าที่ตนกำลังจะไปนั้นเป็นเช่นไร การกลัวความตายจึงทำให้ปาหนันกลัวการอยู่คนเดียว โดยเฉพาะอย่างยิ่งตอนกลางคืน ปาหนันจะนอนไม่หลับ กระสับกระส่ายอยากให้เปิดไฟและอยากให้มีคนมาเฝ้าอยู่ข้างๆเพราะกลัวว่าตนจะหมดลมหายใจไปแล้วไม่มีใครรู้ อีกทั้งด้วยบทบาทหน้าที่ของความเป็นแม่ที่เพิ่งคลอดบุตรมาได้ไม่นานแล้วต้องมาป่วยหนักนอนอยู่โรงพยาบาลนานหลายเดือนจึงทำให้รู้สึกเศร้าเสียใจมากที่ไม่ได้เห็นหน้าและอยู่ดูแลลูก กลัวว่าความตายจะมาพรากครอบครัวและทำให้ไม่สามารถกลับมาพบกันได้อีกและท้ายที่สุดคือกลัวความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดอันเกิดจากการลุกลามของมะเร็งและการเข้ารับการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัด ฉายแสงและให้เลือดด้วย เห็นได้ชัดว่ามุมมองภาวะใกล้ตายและความตายของปาหนันเปลี่ยนไปในทางที่แย่งลงหลังจากที่ทราบแน่ชัดว่าเทคโนโลยีการแพทย์ไม่สามารถช่วยยืดชีวิตให้กับเธอได้ แต่ภายหลังจากได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่เน้นบำบัดทั้งทางกาย จิตใจ

สังคมและจิตวิญญาณ สุขภาพกายและสุขภาพจิตของปาหนันจึงค่อยๆดีขึ้นเรื่อยๆสามารถยอมรับต่อการเจ็บป่วยและเข้าใจความตายมากขึ้น ส่งผลให้มีความสัมพันธ์กับครอบครัวดีขึ้น ความกลัวต่อภาวะใกล้ตายและความตาย ตลอดจนความเครียด วิตกกังวล หดหู่และซึมเศร้าที่มีอยู่ภายในจิตใจก็ค่อยๆหายไป ด้วย ช่วงวาระสุดท้ายในชีวิตจึงเต็มไปด้วยความสงบและปล่อยวาง

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการดูแลแบบประคับประคองที่ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคร้าย ความเจ็บปวดทางกายและสามารถปรับสภาวะทางจิตใจให้เข้มแข็งพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความตายที่กำลังจะมาเป็นในไม่ช้าได้ เมื่อมีมุมมองและทัศนคติในเชิงบวกต่อภาวะใกล้ตายและความตายส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความสงบในจิตใจสามารถใช้ชีวิตและปรับตัวสำหรับช่วงวาระสุดท้ายในชีวิตของตนเองได้เป็นอย่างดี

**ผู้ป่วยคนที่ 3 : ต้นหยง** อายุ 52 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคมะเร็งมานานหลายปี โดยเริ่มต้นจากเป็นมะเร็งเต้านมแล้วลุกลามมาเป็นมะเร็งมดลูก มะเร็งตับอ่อน จนท้ายที่สุดมะเร็งได้ลุกลามไปยังกระดูกและอวัยวะอื่นๆภายในร่างกาย ตลอดช่วงระยะเวลาที่ผ่านมานับตั้งแต่ทราบว่า เป็นมะเร็งเต้านมและได้ทำการผ่าตัดทิ้งไป ต้นหยงไม่เคยบอกกล่าวให้สมาชิกในครอบครัวได้ทราบเลยเพราะด้วยความที่เป็นเสมือนหัวหน้าครอบครัวมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบหลายอย่าง ทั้งหน้าที่แม่ดูแลลูกๆ หน้าที่ภรรยาดูแลสามีและหน้าที่ดูแลกิจการของครอบครัว ประกอบกับลูกๆอยู่ในวัยหัวเลี้ยวหัวต่อ คนโตกำลังเรียนมหาวิทยาลัย คนเล็กกำลังเตรียมสอบเข้ามหาวิทยาลัย รวมถึงกิจการเริ่มขาดทุน ต้นหยงจึงไม่ยอมบอกข่าวร้ายให้ทุกคนในครอบครัวทราบเพราะไม่อยากให้ทุกคนเครียดและเป็นกังวล แต่วันหนึ่งอาการทางกายของต้นหยงก็ได้แสดงออกมาให้สมาชิกในครอบครัวได้เห็นว่าต้นหยงมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย และไม่มีแรงผิดปกติ จากตอนแรกที่ลูกๆคิดว่าแม่คงพักผ่อนน้อยและเครียดถึงไม่มีแรงจึงให้แม่นอนพักผ่อน แต่เมื่อต้นหยงเกิดมีอาการปวดท้องอย่างรุนแรง สามีและลูกๆของต้นหยงจึงรีบพาส่งโรงพยาบาล ภายหลังจากที่แพทย์ได้ตรวจอย่างละเอียดแล้วจึงแจ้งให้ทราบว่า ต้นหยงเป็นมะเร็งตับอ่อน ควรรีบผ่าตัดทันที ผู้ดูแลได้เล่าให้ฟังว่า

*"ตกใจมากที่แม่เป็นมะเร็ง ไม่เคยคิดมาก่อนว่าแม่ป่วย เห็นแข็งแรงทำงานอยู่ทุกวัน แต่คงเป็นเพราะเราไม่ค่อยได้คุยกับแม่ มั้งกลับมาบ้านก็เข้าห้องทำรายงาน เล่นเกม เข้ามาก็คุยกันนิดหน่อยตอนกินมื้อเช้าเลยไม่ทันสังเกตว่าแม่ป่วย"* (ผู้ดูแลต้นหยง, สัมภาษณ์, 17 มีนาคม 2556)

ภายหลังจากที่การรักษาผ่านไปด้วยดี ต้นหยงเริ่มคลายความกังวลลง ประกอบกับได้พักผ่อนมากขึ้น โดยมีสามีและลูกๆคอยเฝ้าดูแลและช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันทุกอย่างด้วยดี จึงได้เล่าถึงอาการเจ็บป่วยที่เป็นมานานกว่า 3 ปีให้ครอบครัวฟังว่า



"ตอนแรกคลำแล้วเจ็บนิดๆเลยไปหาหมอไม่ได้คิดขนาดว่าเป็นมะเร็งหรอก แต่พอตรวจแล้วเห็นเป็นก้อนหมอกก็ทำให้ผ่าดูว่าเป็นเนื้อร้ายหรือดี แต่แม่ไม่อยากจะรู้ ไม่พร้อมจะรู้ในตอนนั้น แม่ยังต้องรับผิดชอบอะไรอีกมาก ถ้าหมอบอกว่าเป็นมะเร็ง แม่ไม่รู้ว่าจะรับได้ไหมเลยไม่ไปผ่าตามหมอนัด พอนานไปทำงานทุกวันก็ลืมๆไม่ได้สนใจอะไร ที่นี้มันแดงบวมด้วยเลยกลัว คิดถึงมะเร็งที่บ้านโน้นเป็นเลยไปหาหมอ ที่นี้หมอบอกว่าเป็นระยะที่สามมันจะลามไปส่วนอื่นๆอีกแล้วจะรักษายาก แม่เลยผ่าตัดทิ้งเต้านมทิ้งเลยแล้วใส่แบบเสริมหน้าอกเอา ที่นี้มันลามไปมดลูกแม่ก็ตัดมดลูกอีก" (ผู้ดูแลต้นหยง, สัมภาษณ์, 3 มีนาคม 2556)

เมื่อผู้ดูแลได้ฟังรายละเอียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทั้งหมดที่แม่ต้องฟันฝ่าความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานแต่เพียงลำพังคนเดียวมานานจึงรู้สึกสงสารและเห็นใจมากจึงตัดสินใจหยุดพักงานไปตรวจวินิจฉัยแล้วมาดูแลแม่อย่างเต็มที่ โดยผ่านการตัดสินใจอย่างถี่ถ้วนแล้วว่าแม่สำคัญที่สุดในชีวิต

"พอแม่ป่วยเราเลยตัดสินใจเข้าไปคุยกับอาจารย์ที่ปรึกษาขอพักงานไปดูแลแม่เพราะอยากจะทำอะไรดีๆเพื่อแม่บ้าง แม่ทำงานหนักเพื่อครอบครัวมาเยอะแล้ว...ทุกนาที่มันมีค่า เราอยากอยู่กับแม่จนวินาทีสุดท้ายก่อนที่แม่จะจากไป ไม่อยากมาเสียใจทีหลังว่าไม่ได้ทำอะไรให้แม่ในวันที่แม่ไม่อยู่กับเราแล้ว" (ผู้ดูแลต้นหยง, สัมภาษณ์, 17 มีนาคม 2556)

หลังการผ่าตัดมะเร็งตับอ่อน ต้นหยงยังคงเข้ารับการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดและทานยาต่างประเทศตามคำแนะนำของแพทย์อยู่พักหนึ่ง แต่แล้วเมื่อตระหนักถึงค่าใช้จ่ายที่เสียไปมาก ประกอบกับสถานการณ์ทางการเงินของครอบครัวเริ่มไม่ค่อยดีและเกี่ยวกับการรักษาด้วยเทคโนโลยีที่ทำให้ร่างกายทรุดโทรมลงและไม่มีทีท่าว่าจะหายจึงตัดสินใจหันไปรักษาด้วยวิธีทางธรรมชาติ ทานยาแผนโบราณ ทานอาหารที่มีประโยชน์เน้นผักผลไม้ งดเนื้อสัตว์และเข้าร่วมปฏิบัติกรรมฐานในสถานปฏิบัติธรรมที่ต่างจังหวัดตามคำแนะนำของเพื่อนแทน ตลอดระยะเวลาที่ไปปฏิบัติธรรม ผู้ดูแลซึ่งเป็นลูกชายคนโตของต้นหยงก็ได้ไปเป็นเพื่อนเพื่ออยู่ดูแลด้วยทุกครั้งจึงทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างแม่ลูกกลับมาแน่นแฟ้นอีกครั้ง การรักษาที่เน้นสุขภาพกายควบคู่ไปกับสุขภาพจิตทำให้ต้นหยงมีความสุข สดชื่นและแจ่มใสมาก จึงมักจะชักชวนญาติพี่น้องและเพื่อนๆมาปฏิบัติธรรมด้วยกันเสมอ ผ่านไปหลายเดือน ต้นหยงเริ่มมีอาการปวดหลังนั่งสมาธิไม่ได้ ประกอบกับมีก้อนเนื้อปูดขึ้นมาที่บริเวณกระดูกสันหลัง ผู้ดูแลจึงพาไปตรวจที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปรากฏว่ามะเร็งได้ลุกลามไปทุกส่วนของร่างกายแล้วการรักษาจึงทำได้แต่เพียงประคับประคองไปตามอาการเท่านั้น ขณะนั้นอาการของต้นหยงเริ่มเป็นหนักหายใจลำบาก ปวดตามตัว และกระดูกจากนานๆครั้งก็เริ่มถี่ขึ้นเรื่อยๆและนานเป็นชั่วโมงกว่าอาการปวดจะคลายลง ต้นหยงจึงนอนร้องครวญครางอยู่นาน แพทย์และพยาบาลจึงต้องมาให้ยามอร์ฟีนทั้งแบบฉีดเข้าเส้นเลือดดำและแบบ

แปะบริเวณที่ปวดเพื่อช่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมานให้ แต่การให้ยาในแต่ละครั้งไม่อาจช่วยลดความเจ็บปวดให้แก่ต้นหยงได้นาน ต้นหยงมักจะพุดกับผู้ดูแลอยู่เสมอว่า

*"แม่นอนไม่หลับ มันปวดมากๆ มันรู้สึกเจ็บจะตายราวไปถึงกระดูก ทรมาน แม่ไม่ไหวแล้ว ถ้าตายคงไม่เจ็บไม่ปวดไข้ไหม...ไม่ต้องปิดไฟ ปิดไฟแล้วแม่นอนไม่หลับ มีเงาอะไรไม่รู้เดินในห้อง แม่กลัว"* (ผู้ดูแลต้นหยง, สัมภาษณ์, 17 มีนาคม 2556)

ผู้ดูแลเห็นแม่นอนร้องครวญครางอยู่หลายวันก็รู้สึกสงสารมากจึงไปขอคำปรึกษาจากแพทย์ซึ่งแพทย์เห็นสมควรว่าสามารถช่วยได้ด้วยการให้ยามอร์ฟินแก้ปวดตลอดเวลา แต่เพื่อช่วยลดความเจ็บปวดให้ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเพิ่มขนาดความแรงของตัวยามากขึ้นและเมื่อแพทย์จ่ายยาแรงให้มากกว่าเดิมผู้ป่วยจึงเริ่มสงบไม่นอนร้องให้ครวญคราง พออาการปวดลดลงสุขภาพจิตใจของผู้ป่วยก็ดีขึ้นจึงทำให้สามารถพูดคุยกับผู้อื่นได้มากขึ้น อีกทั้งด้วยต้นหยงยังได้รับการดูแลเอาใจใส่แบบประคับ ประคองตามอาการเป็นอย่างดีจากทีมสุขภาพที่ได้หมั่นมาเยี่ยมให้กำลังใจทุกวัน โดยจะชวนพุดคุยถึงหลักธรรมะอยู่เสมอจึงทำให้จิตใจของต้นหยงสงบขึ้น อาการกลัวต่างๆค่อยๆลดลงสามารถนอนหลับตอนกลางคืนได้และเบิกบานแจ่มใสมากขึ้นด้วย ซึ่งผู้ดูแลเล่าให้ฟังว่า *"พอหายปวด หายเครียดหายกังวล แม่จะคุยได้ตอบเหมือนปกติเลย เวลาญาติหรือเพื่อนๆมาเยี่ยมก็คุยกันเฮฮาดี ทุกคนจะบอกแม่ว่าเดี๋ยวก็หายหายแล้วไปเที่ยวกัน"* (ผู้ดูแลต้นหยง, สัมภาษณ์, 3 มีนาคม 2556)

ผ่านไปกว่า 1 สัปดาห์หลังจากเพิ่มขนาดความรุนแรงของตัวยามากขึ้น ผู้ป่วยมีอาการหลับนานมากกว่าแต่ก่อนและไม่ตื่นขึ้นมาวุ่นวายในตอนกลางคืนอีก บางครั้งก็ดูหลับสนิทยาวนานเกินไป จึงต้องคอยปลุกเรียกและชวนคุย พอได้นอนหลับนานๆผู้ป่วยก็จะตื่นขึ้นมาด้วยจิตใจที่แจ่มใส อารมณ์ดี ไม่เครียดและไม่หงุดหงิดเจ้าอารมณ์เหมือนก่อน ทั้งนี้ผู้ดูแลได้เล่าว่า *"เห็นแม่หลับไปนานมาก บางทีทานตอนเช้าเสร็จก็นอนนานเกือบเย็นก็มี พอไปปลุกแม่ก็จะพิมพ์ว่าเจ็บ เบาสบายหรือบางทีก็เพื่อหายยา เราเฝ้าอยู่คนเดียวก็ไม่รู้ทำไงเลยเรียกพยาบาลมาดู"* (ผู้ดูแลต้นหยง, สัมภาษณ์, 17 มีนาคม 2556) อีกทั้งผลจากการให้ยาหลายครั้งทำให้ต้นหยงสามารถขยับเคลื่อนไหวร่างกายได้ช้าลง รวมถึงมีอาการเบลอหลงๆ ลืมๆบ่อยๆ โดยจะคอยถามผู้ดูแลว่า *"วันนี้วันอะไร ไม่ไปเรียนหรือ กินอะไรหรือยัง น่องไปไหน ร้านขายดีหรือเปล่า พ่ออยู่ร้านไหม โทรหาพ่อหน่อย แม่อยากคุย"* (ผู้ดูแลต้นหยง, สัมภาษณ์, 17 มีนาคม 2556) ทั้งที่ในความเป็นจริงต้นหยงก็ทราบดีว่าผู้ดูแลลาพักการศึกษามาดูแลตน, ลูกชายคนเล็กจะมาเยี่ยมแค่ช่วงวันหยุดเสาร์อาทิตย์และกิจกรรมที่ร้านก็เหมือนเดิม เมื่อต้นหยงตื่นก็มักจะให้ผู้ดูแลอ่านข่าวหนังสือพิมพ์ อ่านหนังสือธรรมะให้ฟังหรือบางครั้งก็จะให้เปิดเทปบทสวดมนต์หรือเพลงบรรเลงให้ฟัง ช่วงขณะนั้นจะเป็นช่วงที่ต้นหยงนอนหลับตาฟังอย่างตั้งใจรู้สึกสุขสงบ ไม่เจ็บปวดทรมานจนกระทั่งหลับไป และด้วยภาวะเจ็บป่วยเกือบถึงระยะสุดท้ายจึงทำให้ร่างกายของต้นหยงซูบผอมลงไปมากเพราะทานอาหารไม่ค่อยได้ พอทานเข้าไปก็จะอาเจียนออกมา อีกทั้งระบบการขับถ่ายทั้งปัสสาวะและอุจจาระก็มักจะออกมาแบบไม่รู้ตัวจึงต้องให้ใส่แพมเพิร์สเอาไว้ ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่ากระเพาะไม่

สามารถดูดซึมสารอาหารได้ ท้องจึงป่องบวม ไม่สามารถลุกเดินเองได้ต้องมีคนมาคอยดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา

ต้นหยงนอนรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลนานประมาณ 5 เดือนก็เริ่มทนต่อสภาวะความเจ็บปวด และทุกข์ทรมานของตนเองไม่ไหวจึงให้ผู้ดูแลเรียกญาติพี่น้องที่สนิทมาหา เมื่อทุกคนมาพร้อมหน้าแล้ว ต้นหยงก็ได้พูดสิ่งลาทุกคนว่า **"ฉันทนไม่ไหวแล้วนะ อยากเห็นหน้าทุกคนก่อนไป ดูแลตัวเองกันให้ดีๆ ทำความดีกันให้มากๆ รักกันช่วยเหลือกัน ไม่ทิ้งกันนะ"** (ผู้ดูแลต้นหยง, สัมภาษณ์, 17 มีนาคม 2556) ญาติพี่น้องมักจะอยู่พูดคุยกับต้นหยงนานพอสมควรจนเห็นว่าต้นหยงมีอาการอ่อนเพลียจึงลากลับเพราะอยากให้พักผ่อนมากๆ เมื่อทุกคนกลับไปต้นหยงก็ร้องบอกผู้ดูแลว่า **"แม่อยากไปทำบุญที่วัด แต่แม่ปวดมากเลย ตามหมอให้หน่อย"** พอทีมแพทย์เข้ามาในห้อง ต้นหยงก็ได้แจ้งเจตจำนงว่า **"หมอลงมือขอเครื่องช่วยหายใจและขอให้หมอสวมหน้ากากเพิ่มอีกเพราะตอนนี้ฉันทนปวดทรมานมากเหลือเกิน"** (ผู้ดูแลต้นหยง, สัมภาษณ์, 17 มีนาคม 2556) แพทย์จึงมาปรึกษากับทีมสุขภาพและครอบครัวของต้นหยงโดยชี้แจงให้ทุกคนทราบว่า **"ถ้าให้เพิ่มมากกว่านี้ผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิตได้เพราะยาแรงมาก แต่ถ้าไม่เพิ่มผู้ป่วยก็จะปวดและทรมานอยู่แบบนี้"** (ผู้ดูแลต้นหยง, สัมภาษณ์, 17 มีนาคม 2556) ในที่สุดทุกฝ่ายก็ตัดสินใจฉีดยาเพิ่มเพื่อช่วยให้ความปวดเบาบางลง เป็นผลให้ต้นหยงไม่สามารถขยับร่างกายได้อีก ทำได้แค่เพียงกระพริบตาและขยับมุมปากได้เล็กน้อยเท่านั้น

ผู้ดูแลรู้สึกสงสารและเห็นใจแม่่มากที่ต้องมาเจ็บปวดทรมานและต้องมาอยู่โรงพยาบาลนานหลายเดือนจึงได้ปรึกษากับผู้เป็นพ่อว่าอยากจะบวชให้แม่ เมื่อพ่ออนุญาตจึงโทรศัพท์ไปกราบนิมนต์พระอาจารย์ที่ครอบครัวเคารพนับถือให้มาช่วยเทศน์ให้แม่ฟังก่อนตาย รุ่งขึ้นต้นหยงมีอาการไม่ค่อยดีแล้วแต่ยังพยายามอดทนต่อความเจ็บปวดเพื่อรอพระอาจารย์ เมื่อพระอาจารย์มาถึงก็ได้พูดคุยกันเล็กน้อยแล้วเริ่มเทศน์ พอเทศน์เสร็จ ในวันนั้นผู้ดูแลก็ได้ขอลาบวชกับผู้ป่วยและได้กล่าวคำอธิษฐานกรรมกับผู้ป่วยด้วย โดยนำผ้าไตรจีวรไปวางข้างกายแล้วบอกกับผู้ป่วยว่า **"ถ้าแม่รับรู้แล้วขอให้แม่กระพริบตา"** (ผู้ดูแลต้นหยง, สัมภาษณ์, 17 มีนาคม 2556) แล้วต้นหยงก็กระพริบตา 2 ครั้งเป็นอันว่ารับรู้ถึงผลบุญกุศลที่ครอบครัวได้ทำในวันนี้ แล้วจึงจัดการให้ต้นหยงได้ถวายสังฆทานโดยการยกของต่างๆ ไปถึงมือให้ต้นหยงแตะแล้วจึงประเคนให้แก่พระอาจารย์พอถวายสังฆทานเสร็จผู้ดูแลก็บอกกับต้นหยงว่า **"แม่ได้ทำบุญสังฆทานตามที่แม่ตั้งใจแล้วนะ แล้วลูกได้ขอบวชให้แม่ด้วยแม่จะได้เกาะผ้าเหลืองขึ้นสวรรค์นะครับ"** (ผู้ดูแลต้นหยง, สัมภาษณ์, 17 มีนาคม 2556)

ช่วงบ่ายสามมีเห็นอาการของต้นหยงไม่ค่อยดี ประกอบกับพยาบาลที่คอยดูแลอย่างใกล้ชิดได้พูดเปรยๆ เอาไว้ว่าใกล้ถึงช่วงวาระสุดท้ายของต้นหยงแล้ว ให้เตรียมทุกอย่างไว้ให้พร้อมจึงชวนลูกชายกลับไปเตรียมเอกสารและเสื้อผ้าชุดที่ต้นหยงโปรดเป็นพิเศษมาเตรียมไว้ พอกลับมาเห็นต้นหยงนอนหลับตานิ่งเหมือนคนกำลังนอนหลับปกติ แต่พยาบาลที่กำลังตรวจดูการทำงานของชีพจรและหัวใจของต้นหยงได้แจ้งให้ทราบว่าชีพจรอ่อนและหัวใจเริ่มทำงานช้าลง ผู้ดูแลจึงไปนั่งข้างเตียงและจับมือแม่เอาไว้

จับอยู่นานจนกระทั่งต้นหยงล้มตาแล้วล้มบางๆให้แล้วก็กลับไปอีก ขณะที่จับมืออยู่นั้นผู้ดูแลจะคอยพูดว่า "ขอให้แม่ปล่อยวางจากทุกสิ่งให้หมด ให้แม่พยายามนึกถึงแต่องค์พระนิกถึงบุญที่แม่สร้าง ให้นึกถึงคำว่าสัมมาอะระหังไปตลอด...ผมภูมิใจที่ได้เกิดมาเป็นลูกแม่ ขอให้แม่ไปภพภูมิที่ดีมีความสุขเราคงได้พบกันอีกนะครับ" (ผู้ดูแลต้นหยง, สัมภาษณ์, 17 มีนาคม 2556)

ผู้ดูแลนั่งกุมมือผู้ป่วยอยู่นานจนผลอหลับไป แต่แล้วก็ตื่นขึ้นมาในช่วงกลางดึกเมื่อได้ยินเสียงเครื่องสัญญาณคลื่นหัวใจดังขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนานอันเป็นสัญญาณแจ้งให้ทราบว่าหัวใจของผู้ป่วยได้หยุดเต้นลงแล้ว ณ วินาทีนั้นผู้ดูแลรู้สึกตกใจมากจึงไปตามแพทย์ พยาบาลมาช่วยยื้อชีวิตผู้ป่วย แต่เพราะผู้ป่วยเคยขอเอาไว้ว่าไม่ให้ยื้อชีวิตด้วยการปั๊มหัวใจจะให้ใช้เพียงเครื่องช่วยหายใจเท่านั้นเพราะกลัวช่วงภาวะจะหมดลม ผู้ดูแลจึงไม่ได้ให้ทีมสุขภาพช่วยยื้อชีวิต โดยปล่อยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

### สรุป

มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของต้นหยงเริ่มก่อตัวขึ้นตั้งแต่วันแรกที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีก้อนเนื้อในเต้านมเพราะต้นหยงได้รับการซึมซับจากข่าวสารและประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาว่าบุคคลใดเมื่อป่วยเป็นมะเร็งน้อยมากที่จะสามารถรักษาให้หายได้และในขณะที่รักษาผู้ป่วยย่อมต้องผ่านรูปแบบการรักษามากมาย ไม่ว่าจะเป็นการให้คีโม ฉายแสงและผ่าตัด ส่งผลให้บางคนผมร่วง อาเจียน ผิวหนังแห้งไหม้เกรียม พอมชมพูไม่มีแรงและในที่สุดก็ตาย ซึ่งต้นหยงได้คุ้นเคยกับเพื่อนบ้านที่ป่วยเป็นมะเร็งดีจึงเห็นว่ารักษาอย่างไรก็ไม่หาย ต้นหยงจึงปฏิเสธว่าตนมีเนื้องอกและไม่ยอมเข้ารับการรักษาตั้งแต่แรก พอผ่านไปเมื่อเห็นว่าบริเวณเต้านมทั้งบวมและแดงจึงเริ่มกลัวความตาย ประกอบกับช่วง 1 ปีที่ผ่านมาทำใจกับผลของการตรวจมาบ้างพอสมควรแล้วจึงยอมผ่าตัดเต้านมทิ้งเพื่อป้องกันมะเร็งลุกลามไปอวัยวะส่วนอื่น ภายหลังผ่าตัดทุกอย่างประสบผลสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีและอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัยทำให้ต้นหยงมีมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายเปลี่ยนไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยมองว่ามะเร็งก็เป็นเหมือนโรคร้ายไข้เจ็บธรรมดาที่เทคโนโลยีสามารถช่วยรักษาให้หายได้

แต่ภายหลังที่มะเร็งได้ลุกลามไปอย่างรวดเร็วจนไม่สามารถที่จะยับยั้งได้ทัน ต้นหยงก็เริ่มกลับมาครุ่นคิดและหวาดกลัวภาวะใกล้ตายและความตายอีกครั้ง กล่าวคือ ต้นหยงกลัวไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับครอบครัวหลังจากที่เธอได้จากโลกนี้ไปเพราะสำหรับต้นหยงความตายไม่ได้เป็นเพียงแค่การสูญเสียที่จะเกิดขึ้นกับตนเองเท่านั้น หากแต่ในฐานะที่เป็นเสมือนหัวหน้าครอบครัวที่ต้องดูแลรับผิดชอบทุกอย่างมาตลอด การที่เธอตายจะทำให้เกิดผลเสียต่อลูกๆกิจการของครอบครัว ทั้งนี้ความตายได้ทำให้ต้นหยงกลัวการถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพังโดยเฉพาะอย่างยิ่งตอนกลางคืน เธอมักจะนอนไม่หลับ ไม่ยอมให้ปิดไฟและอยากให้มีคนมาอยู่เป็นเพื่อนเสมอ นอกจากนี้ยังกลัวความเศร้าโศกเสียใจเพราะผูกพันกับสิ่งต่างๆ รอบตัวมากทั้งลูกๆ ธุรกิจ สมบัติและสถานภาพทางสังคม โดยกลัวว่าความตายจะมาพรากสิ่งเหล่านี้ไปจากเธอตลอดกาลและด้วยความที่พึ่งพาตนเองมาโดยตลอดจึงกลัวว่าสภาวะใกล้ตายจะทำให้ต้องสูญเสีย

การควบคุมตนเองไปจึยังคงเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเองแม้กระทั่งยามที่ป่วยหนักแล้วก็ตาม โดยบอกกับแพทย์ไว้ล่วงหน้าว่าเธอขอเครื่องช่วยหายใจและยาแก้ปวดตลอดเวลาเพราะกลัวจะต้องทรมาณขณะที่กำลังจะหมดลมหายใจและกลัวที่จะต้องเจ็บปวดจากการลุกกลมของมะเร็งและท่ายที่สุดคือกลัวการถดถอยต้องนอนนิ่งเป็นผักไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เธอจึงพยายามแสวงหาหนทางช่วยตนเองอยู่เสมอ เห็นได้ชัดว่ามุมมองภาวะใกล้ตายและความตายของต้นหยงเปลี่ยนไปในทางที่แย่งลง ภายหลังจากที่ทราบแน่ชัดว่าเทคโนโลยีการแพทย์ไม่สามารถช่วยยืดชีวิตให้กับเธอได้ แต่การที่เธอได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างดีจากลูกชาย ญาติพี่น้องและทีมสุขภาพที่คอยมาเยี่ยมให้กำลังใจอยู่เสมอ ต้นหยงจึงยังมีแรงใจที่จะมีชีวิตอยู่โดยเริ่มหันมาศึกษาธรรมะและระลึกถึงหลักคำสอนทางพระพุทธศาสนาอยู่เสมอ จึงทำให้ต้นหยงเกิดความสงบขึ้นในจิตใจ เริ่มตระหนักได้ว่าตนไม่สามารถหลีกเลี่ยงความตายได้ เพราะความตายเป็นสมบัติที่ติดตัวมนุษย์มาตั้งแต่เกิดจึงปล่อยวางจากสิ่งรอบตัวโดยเฉพาะกิจการของครอบครัวและสามีไปได้มาก

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว, การได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีจากครอบครัวและการมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจเปรียบเสมือนเป็นเครื่องช่วยชี้ทางสว่างให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับความจริงและไม่หวาดกลัวต่อภาวะใกล้ตายและความตายที่กำลังจะมาเยือนตนเองได้ดีขึ้น การให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสมีเวลามาพูดคุยความรู้สึกที่มีต่อกัน ได้บอกเล่าถึงความต้องการของตนเองและที่สำคัญคือได้มีโอกาสที่จะล่ำลากัน เมื่อร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณได้รับการดูแลเป็นอย่างดีเสมอมาจึงทำให้ผู้ป่วยสามารถจากไปได้อย่างหมดกังวลและมีความสุข

**ผู้ป่วยคนที่ 4 : โมกษ์** อายุ 89 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคมะเร็งตับ จากวันที่มีอาการผิดปกติ คือ น้ำหนักลด เบื่ออาหาร ท้องบวม จุกแน่นท้องหลังรับประทานอาหารไปได้ไม่มาก หายใจไม่สะดวกและไออยู่ตลอดเวลา แต่ก็ไม่ยอมไปหาหมอตั้งแต่วแรก ใช้วิธีแก้ไขด้วยการทาน ยาสามัญประจำบ้านเพื่อบรรเทาอาการเท่านั้น จนวันหนึ่งเกิดมีอาการท้องบวมและปวดท้องอย่างรุนแรงลูกๆจึงรีบพาส่งโรงพยาบาล เมื่อผลการตรวจออกมาว่าโม่กษ์ป่วยเป็นมะเร็งตับมานานกว่า 7 ปีแล้ว ซึ่งตอนนี้กำลังอยู่ในระยะสุดท้าย ก้อนมะเร็งจึงมีขนาดโตและมีการแพร่กระจายไปที่อวัยวะอื่นๆมากแล้วจึงสามารถอยู่ได้อีกไม่เกิน 3 เดือนเท่านั้น ลูกๆตกใจมากเพราะว่าโม่กษ์ไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยอันเป็นสัญญาณเตือนให้รู้ล่วงหน้ามาก่อนเลยว่าป่วยหนัก จึงตกลงกันว่าจะไม่บอกว่าเป็นระยะสุดท้ายเพราะกลัวผู้ป่วยทำใจไม่ได้ ในขณะที่ตัวโม่กษ์เองเมื่อทราบว่าเป็นมะเร็งตับกลับรู้สึกไม่เชื่อกับผลการตรวจโดยพูดว่า *"เป็นมะเร็งตับได้ยังไงกัน ไม่ได้กินเหล้า สูบบุหรี่มาตั้งนาน ออกกำลังกายอยู่ทุกวันจะเป็นมะเร็งได้ไงหมอ"* (ผู้ดูแลโม่กษ์, สัมภาษณ์, 23 เมษายน 2556)

เพื่อความสบายใจของผู้ป่วย แพทย์จึงทำการตรวจอย่างถี่ถ้วนให้อีกครั้ง ซึ่งผลก็ออกมาเหมือนเดิมเมื่อโมกซ์ได้รับการยืนยันว่าเป็นมะเร็งตับจริงจากทีมสุขภาพและคนรอบข้าง ประกอบกับถูกย่ำเตือนจากอาการปวดท้องอย่างรุนแรงจึงเริ่มเชื่อว่าตนเป็นมะเร็งจริง ช่วงแรกที่รับรู้ว่าเป็นมะเร็งตับ โมกซ์มีท่าทีปฏิเสธ ไม่ยอมรับและงงกับสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งโมกซ์ได้มาระบายความรู้สึกให้ลูกสาวได้ฟังว่า **"พ่อรักษาสุขภาพมาตลอด ไม่คิดมาก่อนเลยว่าจะเป็นมะเร็ง ขนาดเบาหวานพ่อยังหายได้ แล้วแก๊ปุนนี้ทำไมเพิ่งจะมาเป็นมะเร็งกัน นึกว่าจะได้แก่ตายแบบไม่มีโรคเสียอีก"** (ผู้ดูแลโมกซ์, สัมภาษณ์, 23 เมษายน 2556) ทั้งนี้ผู้ดูแลได้เล่าให้ฟังว่า

"พอมอบอกว่าเป็นมะเร็งตับ คนป่วยเขาผิดหวัง รู้สึกเหมือนว่าตัวเองพ่ายแพ้ต่อโรคร้าย เขาภูมิใจมาตลอดว่าเอาชนะเบาหวานกับพาร์กินสันได้และเขาดูแลตัวเองดีมาตลอด ทุกวันจะตื่นเช้ามากไปออกกำลังกาย ไปวิ่งที่สวนเสรี ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่มา 30 ปีแล้ว...เขาปลูกผัก ปลูกพืชสมุนไพรต้มยาแก้โรคนั้นนี้สารพัด แล้วก็แข็งแรงมาตลอด พ่อได้ยืนยันว่าเป็นมะเร็งเลยรู้สึกแย่ พี่ว่าความเครียด เจ้าอารมณ์ชอบโมโหก็เป็นการทำร้ายตัวเองอย่างหนึ่ง ถึงจะดูแลสุขภาพกายดียังไง แต่สุขภาพใจเครียดทุกวันมันก็สะสมความเลื่อมอยู่ข้างในอยู่ดี พอร่างกายอ่อนแอ อาการต่างๆจึงปรากฏออกมา...นี่ถ้ามาหาหมอ มาตรวจร่างกายบ้างก็คงจะรักษาทัน แต่เขาไม่เอาเลย เอาแต่ดื่มใบชუმเห็ด บดบอระเพชรกินทุกวัน ของพวกนี้มันหายากก็เลยต้องต้มซ้ำต้มซากจนขึ้นรา พอกินเข้าไปทุกวันนี้เลยสะสมในตับ" (ผู้ดูแลโมกซ์, สัมภาษณ์, 23 เมษายน 2556)

ขณะที่อยู่โรงพยาบาล ทุกครั้งที่ปวดท้องโมกซ์จะมีอารมณ์ขุ่นมัว หงุดหงิด โมโหและฉุนเฉียวกับทุกสิ่งที่อยู่รอบตัวและจะไม่อยากพูดคุยกับผู้อื่น โดยจะพูดคุยแต่กับเพียงทีมแพทย์ พยาบาลที่มาตรวจดูอาการเป็นประจำและกับลูกๆหลานๆที่สนิทเท่านั้น แต่เมื่อโมกซ์ได้รับการบรรเทาอาการท้องบวมและปวดท้องอย่างรุนแรงด้วยการเจาะท้องดูดเอาน้ำออกจนท้องยุบและหายปวด โมกซ์จะรู้สึกสบายตัวขึ้นและหายหงุดหงิด สามารถพูดคุยกับคนอื่น ๆ ได้ดี แต่นานไปอาการปวดท้องได้ยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้นจากที่นานๆครั้งกลายเป็นถี่ขึ้น โมกซ์จึงบอกกับแพทย์และพยาบาลว่า **"หมอช่วยเจาะดูดเอาน้ำออกจากท้องให้บ่อยๆได้ไหมผมปวดท้องไม่ไหวแล้ว ขอยาแก้ปวดให้ผมอีกนะหมอ ผมปวดท้องมากจนนอนไม่ได้เลย ธรรมดาจริงๆ"** (ผู้ดูแลโมกซ์, สัมภาษณ์, 23 เมษายน 2556)

หากแต่หลักการแพทย์ไม่สามารถทำได้บ่อยๆเพราะจะทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ดังนั้นเพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดท้องจึงต้องนอนร้องครวญครางให้แก่ผู้ป่วย แพทย์จึงจ่ายยาออร์ฟินเพื่อช่วยแก้ปวดให้ ผ่านไป 1 สัปดาห์ โมกซ์เริ่มสงสัยเกี่ยวกับโรคที่เป็นจึงได้ถามแพทย์เจ้าของไข้ว่า **"ทำไมท้องผมบวมขนาดนี้ ปวดท้องทั้งวันเลย ตกลงผมเป็นโรคอะไรกันแน่ ใช้มะเร็งตับไหม ทำไมหมอไม่ผ่าตัดให้จะได้หายอยากกลับบ้านแล้วไม่อยากตายที่นี่"** (ผู้ดูแลโมกซ์, สัมภาษณ์, 23 เมษายน 2556)

ภายหลังที่มสุขภาพจึงมาปรึกษาหารือกับครอบครัวของโมกซ์และตกลงกันได้ว่าจะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยว่าตอนนี้เหลือเวลาอีกไม่มากเพราะมะเร็งได้ลุกลามไปมากแล้วเพื่อที่โมกซ์จะได้เตรียมตัวให้พร้อมสำหรับสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นในไม่ช้านี้

แพทย์ได้บอกกับโมกซ์ว่ามะเร็งตับที่เป็นได้ลุกลามมากแล้วและตับของโมกซ์ก็ไม่สามารถทำงานได้ดีเนื่องจากมีก้อนเนื้อขนาดใหญ่อยู่บริเวณนั้น ภายหลังจากที่ได้ทราบความจริงว่าตนป่วยหนักและกำลังจะตาย โมกซ์เริ่มตระหนักและครุ่นคิดถึงชีวิตที่ผ่านมาและความตายที่กำลังจะมาเยือนในไม่ช้า ผ่านไป 2 - 3 วัน โมกซ์เริ่มทำใจได้มากขึ้นเพราะเคยประสบกับเหตุการณ์การเสียชีวิตของพ่อแม่ พี่น้อง ภรรยาและชาวบ้านมาหลายครั้ง หากแต่โมกซ์ก็ยังมีท่าทีวิตกกังวลอยู่บ้างเพราะกลัวการเจ็บปวดทรมาน และกลัวการต้องนอนตอนกลางคืนเพียงลำพังเนื่องจากกลัวหมดลมไปโดยที่ลูกไม่ทันได้มาดูใจจึงบอกกับลูกสาวที่ทำหน้าที่ดูแลอย่างใกล้ชิดชื่อว่า **"พ่ออยากกลับบ้าน นอนที่นี่ไม่สบายเลย นอนที่บ้านสบายกว่า ถ้าเกิดตายขึ้นมา พ่อจะได้นอนตายสบายหน่อย"** (ผู้ดูแลโมกซ์, สัมภาษณ์, 23 เมษายน 2556) ผู้ดูแลไม่อยากจะใจจึงปรึกษาแพทย์ แพทย์เห็นอาการยังทรงๆตัวอยู่จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ แต่จะต้องมีคนคอยดูแลตลอด 24 ชั่วโมง พอกลับไปอยู่บ้านได้ไม่กี่วัน โมกซ์เกิดมีอาการปวดท้อง ท้องบวม น้ำอย่างรุนแรง หายใจไม่ค่อยออก ทานอะไรไม่ค่อยได้เพราะมีเสมหะมาก ในที่สุดโมกซ์จึงต้องกลับมาอยู่โรงพยาบาลอีกครั้ง ซึ่งครั้งนี้โมกซ์ที่ทราบว่าตัวเองใกล้จะตายจึงนอนไม่หลับเพราะกลัวความมืดและกลัวที่ต้องนอนทรมานปวดท้องอยู่เพียงลำพังจึงบอกกับผู้ดูแลว่า

*"พยาบาลคอยดูดูน้ำออกจากท้องให้ แล้วหมอให้ยาแก้ปวดก็ดีขึ้น พ่อปวดน้อยลง แต่พอนอนไม่หลับ ได้ยินเสียงคนคุยกันตลอดทั้งคืน พอกำลังจะหลับก็คุยกันอีก ลูกมานอนเป็นเพื่อนพ่อได้ไหม จะได้นอนหลับกับเค้าบ้าง นี่ไม่ได้นอนเลย ไม่ต้องห่วง เจ้ามะลิ (นามสมมติของลูกสาวของผู้ดูแล) หรอก แฟนเราเขาดูแลได้ ร้านก็ปิดไปก่อนไม่กี่วันไม่เจ๊งหรอก"* (ผู้ดูแลโมกซ์, สัมภาษณ์, 23 เมษายน 2556)

เมื่อผู้ดูแลไม่เห็นว่าไม่เห็นด้วยกับการให้ปิดร้าน โมกซ์จึงพูดเปรยขึ้นมาว่า **"เออเนะ ห่วงร้าน ไม่ห่วงพ่อ กลับไปดูร้านเถอะ พ่อใกล้ตายแล้ว อยู่คนเดียว ตายมันคนเดียวนี่ละ"** (ผู้ดูแลโมกซ์, สัมภาษณ์, 23 เมษายน 2556) ได้ยินดังนั้นจึงรู้ว่าผู้ป่วยน้อยใจ ผู้ดูแลจึงโทรศัพท์ไปปรึกษากับสามีว่าจะนอนเฝ้าผู้ป่วยที่โรงพยาบาลและจะปิดร้านสักพักหนึ่ง เมื่อตกลงกันได้เรียบร้อยแล้ว ผู้ดูแลจึงไปขออนุญาตกับพยาบาลว่า **"เห็นว่าคนป่วยนอนร้องครวญครางปวดท้องตอนกลางคืน เกรงว่าจะรบกวนคนอื่น ๆ ขอมานอนเฝ้าได้ไหมคะเพื่อช่วยอะไรได้บ้าง"** (ผู้ดูแลโมกซ์, สัมภาษณ์, 23 เมษายน 2556) พยาบาลจึงช่วยจัดสภาพแวดล้อมที่เป็นส่วนตัวให้แก่โมกซ์กับผู้ดูแลเพื่อที่จะได้เป็นพื้นที่ส่วนตัวมากขึ้น เมื่อมีคนมาอยู่เฝ้าเป็นเพื่อนในตอนกลางคืนจึงทำให้โมกซ์คลายความวิตกกังวลและสามารถนอนหลับได้ และไม่นานร้องครวญครางปวดท้องอีก พอได้นอนพักผ่อนอย่างเต็มที่และได้ รับประทานแก้ปวดทางน้ำเกลือตลอดเวลาจึงทำให้โมกซ์ตื่นมาสดชื่น ลูกนั่งได้ ไม่หงุดหงิดกับคนรอบข้างสามารถพูดคุยได้มากขึ้น และ

ถึงแม้ว่าอาการปวดท้อง แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวกและทานอะไรได้น้อยจะยังมีอยู่ แต่โมกซ์ก็ไม่  
เกรี้ยวกราดฉุนเฉียวอีก ทั้งแพทย์ พยาบาลและผู้ดูแลจึงพากันโล่งใจ

วันหนึ่งในขณะที่ผู้ดูแลได้พาลูกสาวซึ่งเป็นหลานสาวของโมกซ์มาอยู่เฝ้าและชวนโมกซ์คุย โมกซ์  
ก็รู้สึกอารมณ์ดีมากขึ้น เพราะหลานสาววัย 7 ปีนั้นช่างพูดช่างคุยยิ่งนัก พอดตกตอนกลางคืนที่ผู้ดูแลอยู่  
นอนเฝ้าเป็นเพื่อนผู้ป่วย โมกซ์ก็ได้บอกเล่าความในใจของตนเองให้ทราบว่า **"พ่ออยากเจอลูกๆทุกคน  
อยากเจอญาติของเราทุกคนด้วย บอกทุกคนนะว่าพ่อป่วย พ่ออยากเห็นหน้าทุกคนสักครั้งก่อนพ่อ  
ตาย"** (ผู้ดูแลโมกซ์, สัมภาษณ์, 23 เมษายน 2556) เมื่อได้ทราบความประสงค์ของผู้ป่วยผู้ดูแลจึงรีบ  
โทรศัพท์ไปแจ้งข่าวการป่วยของโมกซ์ให้ทุกคนได้ทราบ พอทุกคนทราบข่าวจึงผลัดกันมาเยี่ยมให้กำลังใจ  
โมกซ์กันทุกวัน โมกซ์จึงมีความสุขมากเมื่อได้อยู่พร้อมหน้าพร้อมตากับครอบครัวได้พูดคุยกับคนโน้นคนนี้  
ช่วยคลายความเหงารวมถึงได้มีโอกาสบอกความในใจกับลูกๆว่า

*"ชอบใจที่มาหา ทั้งที่พ่อเคยดูว่าพวกลูก ไม่โกรธพ่อกันใช่ไหม ตอนนี้ทุกคนโตมี  
ครอบครัว ดูแลตัวเองกันได้หมดแล้ว พ่อไม่มีอะไรต้องห่วง...ทำไมกลัว (นามสมมติ  
ของลูกชายคนหนึ่ง) ไม่มาเยี่ยมพ่อเลย ไม่เห็นหน้ากันมาก็สิบปีแล้ว ไม่รู้เป็นตาย  
ร้ายดียังไง สงสัยยังโกรธเรื่องวันนั้นอยู่ โกรธขนาดไม่มาหากันยามจะตายเชียวรี"*  
(ผู้ดูแลโมกซ์, สัมภาษณ์, 23 เมษายน 2556)

เมื่อพูดเสร็จโมกซ์ก็ซึมไป ไม่พูดจากับใครอีก ตลอดช่วง 1 เดือนก่อนที่จะเสียชีวิต โมกซ์ยังคงคิดถึง  
อยากเจอลูกชายคนกลางที่เคยทะเลาะกันและไม่ได้พบเจอกันมานานหลายสิบปีจึงทุกซอกทุกซอกที่ลูกๆตามหา  
ไม่พบกลัวว่าจะไม่ได้มาเห็นกันก่อนที่ตนจะตาย ทั้งวันจึงเอาแต่นอนหลับตาซึมๆแต่ยังคงมีการรับรู้ที่อยู่  
เวลาใครมาเยี่ยมผู้ดูแลจะคอยบอกให้ทราบ โมกซ์ก็จะลืมตามาทักทายครู่หนึ่งแล้วก็หลับตานิ้งเหมือนเดิม  
โมกซ์อยู่ในสภาวะซึมเศร้าอยู่หลายวัน หากแต่ได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลกับนักสังคมสงเคราะห์  
ที่มาช่วยพูดประคับประคองจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องของการเตรียมเสปียงให้พร้อมสำหรับการจะ  
จากไปซึ่งเป็นเรื่องราวที่อยู่บนพื้นฐานหลักคำสอนของพระพุทธศาสนา พร้อมทั้งเปิดเทปธรรมะช่วย  
กล่อมเกล่าจิตใจทำให้โมกซ์รู้สึกสงบและปล่อยวางให้กับชีวิตของตนเองมากขึ้น หลังจากที่นอนหลับตาไม่  
ค่อยพูดจามานานเป็นสัปดาห์ โมกซ์ก็เริ่มพูดคุยมิปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างมากขึ้นและไม่ถามถึงลูกชาย  
คนกลางอีกว่าลูกๆตามหาเจอหรือยัง หากแต่จะมุ่งเน้นไปที่การสวดมนต์และการทำบุญมากขึ้น  
จนกระทั่งเคยเปรยกับผู้ดูแลว่า **"อยากตัดบาตร ถ้ายิ่งแข็งแรงดีอยู่ พ่อคงได้ไปตัดบาตรที่วัดชิราทุกเช้า  
นึกถึงตอนเราไปทำบุญสังฆทานที่วัดนะนานแล้วที่พ่อไม่ได้ไป"** (ผู้ดูแลโมกซ์, สัมภาษณ์, 23 เมษายน  
2556) ผู้ดูแลเห็นพ่ออยากทำบุญจึงได้ไปนิมนต์พระสงฆ์มาให้พ่อได้ตัดบาตรถึงเตียงที่โรงพยาบาลอยู่  
หลายครั้ง เมื่อได้ทำในสิ่งที่ปรารถนาผู้ป่วยจึงดูสดชื่น สบายใจและมีความสุขขึ้นมา



สามวันก่อนที่จะเสียโมกข์ตื่นขึ้นมาในช่วงสายๆ แล้วลุกนั่งมาพูดคุยกับผู้ดูแลและญาติพี่น้องได้ปกติ โดยคุยถามไถ่สารทุกข์สุกดิบกันได้สักพักใหญ่ โมกข์ก็หันมาพูดกับผู้ดูแลว่า **"พ่อขอข้าวต้มปลา ไข่เจียวกับน้ำแอมป์เปลี่ยนะ อยากกิน ไม่ได้กินมาตั้งนานแล้ว"** (ผู้ดูแลโมกข์, สัมภาษณ์, 23 เมษายน 2556) เมื่อผู้ดูแลได้ยินดังนั้นจึงรีบไปซื้อร้านอร่อยเจ้าประจำมาให้ทันที จากที่ทานอะไรไม่ค่อยได้และนอนนิ่งๆมานาน วันนี้โมกข์กลับดูสดชื่น แข็งแรงไม่เหมือนคนป่วย สามารถลุกนั่งได้เอง ทานอาหารหมดและคุยได้ตั้งนานหลายชั่วโมง ซึ่งสร้างความประหลาดใจให้แก่ผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ช่วงบ่ายมีลูกหลานมาเยี่ยมกันหลายคน โมกข์ก็พูดกับทุกคนว่า

*"ดูหู่พ่อ พับหรือยัง ถ้าพ่อจะไปหู่จะพับไปข้างหลัง แล้วถ้าพ่อเป็นอะไรไปใส่ชุดตำรวจให้พ่อนะแล้วพาไปวัดแหลมหทรายพ่อจะได้อยู่กับแม่แก้ว(นามสมมติของภรรยาคนที่ 3 ซึ่งเป็นแม่ของผู้ดูแล) ติดต่อไว้เลยก็ดี บอกเขาว่าเป็นพ่อเองเขาจะได้บริหารจัดการให้...อยากกลับบ้าน ขอหมอกลับบ้านได้ไหมลูก"* (ผู้ดูแลโมกข์, สัมภาษณ์, 23 เมษายน 2556)

วันสุดท้ายก่อนที่จะหมดลมหายใจ โมกข์นอนหลับตานิ่งอยู่ในห้องพักรักษาท่ามกลางลูกๆหลานๆพร้อมหน้า พยาบาลเข้ามาเปิดเทปบทสวดมนต์และอัญเชิญพระพุทธรูปมาให้โมกข์ได้ไหว้พร้อมทั้งพูดกระซิบบ้างให้โมกข์ภาวนา "พุทโธ พุทโธ" ไปเรื่อยๆ ผ่านไปสักครู่หนึ่งลมหายใจก็ค่อยๆเบาบางลงทีละน้อยๆแล้วในที่สุดจิตก็ดับไป

## สรุป

มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของโมกข์ได้ถูกสร้างขึ้นมาเรื่อยๆตลอดเวลาที่ประกอบอาชีพเป็นตำรวจจึงทำให้ต้องเผชิญหน้ากับความตายของผู้คนมาไม่น้อย ประกอบกับอายุที่มากทำให้ผ่านประสบการณ์ชีวิตมาเยอะจึงรับรู้และเข้าใจเรื่องราวเหล่านี้ หากแต่เรื่องราวเหล่านี้กลับยิ่งชัดเจนมากขึ้นเมื่อโมกข์ต้องมาเผชิญหน้ากับความตายด้วยตัวของเขาเอง นั่นคือเมื่อเขาได้รับทราบผลการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ากำลังเจ็บป่วยเป็นมะเร็งตับระยะสุดท้าย ซึ่งไม่มีหนทางที่จะรักษาให้หายได้เพราะว่าก้อนมะเร็งโตมากจึงไม่สามารถทำการผ่าตัดได้ ตอนแรกโมกข์ไม่เชื่อว่าตนเป็นมะเร็ง เพราะตลอดระยะเวลากว่า 20 ปีที่ผ่านมาได้ดูแลและรักษาสุขภาพด้วยการออกกำลังกาย ทานอาหารที่มีประโยชน์ งดเหล้าและบุหรี่มาตลอด แต่เมื่อได้ฟังการยืนยันผลวินิจฉัยจากทั้งแพทย์และทีมสุขภาพหลายครั้ง ประกอบกับอาการทางกายที่เริ่มจะเจ็บหนักขึ้นเรื่อยๆ จึงทำให้เริ่มตระหนักและยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นว่าความตายคงใกล้จะมาเยือนตนในอีกไม่ช้า

เนื่องด้วยโมกข์เป็นชายวัยสูงอายุที่ได้ใช้ชีวิตมากมั่งคั่งมาแล้ว รวมถึงได้ผ่านประสบการณ์ความเป็นและความตายมาหลายครั้งจากความตายของคนในครอบครัว ญาติพี่น้องและบุคคลอื่นจากการประกอบอาชีพตำรวจจึงทำให้โมกข์ไม่ได้หวาดกลัวต่อความตาย หากแต่สิ่งที่โมกข์รู้สึกหวาดกลัวคือช่วง

ภาวะก่อนตายเพราะช่วงดังกล่าวเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะต้องทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดอันเนื่องจากการลุกลามของมะเร็งอย่างมาก ซึ่งความเจ็บปวดจะส่งผลให้มีอาการทางกายทั้งปวดท้อง แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เดินไม่ไหว ตาพร่ามัวและทานอาหารไม่ได้ รวมถึงส่งผลให้สุขภาพจิต ชุ่มมัวตามไปด้วย ทั้งนี้ความกลัวการเจ็บปวดทรมานทางกายได้ทำให้โมกซ์กลัวการอยู่คนเดียวเพียงลำพัง เพราะวิตกกังวล หวาดระแวงกลัวว่าจะไม่มีใครมาช่วยยามที่เจ็บหนักและจะทำให้เขาต้องตายอย่างทุกข์ทรมาน ดังนั้นโมกซ์จึงขอให้มีคนมาอยู่เป็นเพื่อนข้างกายตลอดเวลาเพื่อจะได้รู้สึกอุ่นใจและนอนหลับได้ นอกจากนี้โมกซ์ยังมีความกลัวที่จะต้องพลัดพรากและลาจากครอบครัวอันเป็นที่รักไป ดังนั้นช่วงวาระสุดท้ายเขาจึงอยากที่จะได้พบและเห็นหน้าญาติพี่น้องทุกคน หากแต่เขากลับไม่ได้เห็นหน้าของบุตรชาย คนกลางที่เคยมีเรื่องบาดหมางใจกันมานานหลายสิบปี จึงเกิดความรู้สึกห่วงลูกและทุกข์ใจอยู่นานหลายวัน ญาติพี่น้องจึงช่วยกันตามหาเพื่อหวังให้พ่อลูกได้พบกันเป็นครั้งสุดท้าย แต่ก็หาไม่พบ โมกซ์ตกอยู่ในสภาวะซึมเศร้ามานานหลายวัน จนกระทั่งได้รับความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพที่มาช่วยดูแลประคับประคองจิตใจพร้อมทั้งนำพาโมกซ์ให้เข้าถึงหลักศาสนามากขึ้น การได้รับความช่วยเหลือแบบประคับประคองจากทีมสุขภาพนี้เองสามารถช่วยให้โมกซ์ผ่านช่วงภาวะวิกฤตดังกล่าวได้อย่างราบรื่นเป็นผลให้วาระสุดท้ายในชีวิตของโมกซ์มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว รู้สึกสงบ ปล่อยวางและปราศจากความหวาดกลัวต่อการเจ็บป่วย การอยู่เพียงลำพังคนเดียวและการพลัดพรากจากครอบครัวได้ในที่สุด

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่เน้นดูแลทั้งทางด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยเป็นสำคัญสามารถช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความทุกข์ทั้งกายและทางใจจนสามารถเข้มแข็งพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความตายที่กำลังจะมาเยือนได้ด้วยดี

**ผู้ป่วยคนที่ 5 : มณฑา** อายุ 54 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคมะเร็งปอด จากแรกเริ่มที่มีอาการเป็นไข้ตัวร้อน รุมๆ ไอเรื้อรัง มีเสมหะ เสียงแหบ เจ็บแน่นหน้าอกและหายใจไม่ออก แต่คิดว่าเป็นไข้หวัดธรรมดาจึงไม่ยอมไปหาหมอ ผ่านไปหลายวันอาการก็ยิ่งทรุดลงเรื่อยๆ พี่สาวจึงพาส่งโรงพยาบาล ผลการตรวจออกมาว่ามณฑาเป็นมะเร็งปอดระยะที่สอง ซึ่งสาเหตุเกิดจากได้สะสมรับควันบุหรี่มาเป็นเวลานาน ให้รีบทำการรักษาเพราะโอกาสหายยังมีอยู่มาก โดยรักษาด้วยการผ่าตัดและฉายรังสีเฉพาะที่ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด หากแต่มณฑาไม่ยอมรับการรักษาโดยให้เหตุผลว่า *"วันก่อนแอ้เพิ่งโทรมาบ่นเครียดเรื่องเรียน สงสารไม่ยากให้ต้องมาเครียดเรื่องนี้อีก ค่อยรักษาก็ได้ ฉันทยังไม่เป็นอะไรมากสักหน่อย แค่เปลี่ยๆเท่านั้นเองกินยานอนพักเดียวก็ดีขึ้น ไว้เจ้าแอ้เรียนจบค่อยมาหาหมออีกที"* (ผู้ดูแลมณฑา, สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2556)

วันหนึ่งในขณะที่กำลังทำอาหารเพื่อเตรียมจะเปิดร้านในตอนเช้า มณฑาเกิดมีอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่ออกและไอจนเหนื่อยหอบ พี่สาวคนโตเห็นมณฑาหน้าตาซีดเซียวจึงรีบพาส่งโรงพยาบาล ครั้งนี้แพทย์ได้เกลี้ยกล่อมจนมณฑายอมเข้ารับการผ่าตัด ภายหลังจากที่ผลการผ่าตัดผ่านไป

ได้ด้วยดี มณฑาก็ไปเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอด โดยกำชับกับญาติพี่น้องเอาไว้ว่า **"ไม่ต้องบอกเจ้าแฉะว่าฉันป่วย ฉันไม่อยากให้ลูกกลัวใจป้านี้คงกำลังเตรียมตัวสอบอยู่ ไว้แฉะกลับมาแล้วฉันจะบอกลูกเอง"** (ผู้ดูแลมณฑา, สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2556) จนกระทั่งถึงช่วงปิดภาคการศึกษาเมื่อลูกสาวได้กลับมาอยู่บ้านจึงสังเกตเห็นว่ามณฑาไม่ค่อยสบาย ทานอาหารได้น้อยแล้วยังมีอาการไอแห้งๆอยู่ตลอดเวลาด้วย เมื่อถามมณฑาก็มักจะได้รับคำตอบว่า **"แม่ไม่ได้เป็นอะไร แค่เป็นหวัด คั้นคองเอง ลูกทำน้ำมะนาวผสมน้ำผึ้งให้แม่ จิบๆเดี๋ยวคงดีขึ้น"** (ผู้ดูแลมณฑา, สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2556)

ผ่านไปหลายวันอาการของมณฑาก็ไม่มีทีท่าว่าจะหายดีขึ้น ให้ไปหาหมอก็ไม่ยอมไป ผู้ดูแลจึงไปปรึกษาหารือกับป้าทั้งสองว่าจะทำเช่นไรดี จึงทำให้ผู้ดูแลได้ทราบความจริงว่ามณฑाप่วยเป็นมะเร็งปอด ซึ่งได้ทำการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดและฉายแสงแล้วแต่มณฑาไม่ยอมทำคีโม อาการจึงไม่ทุเลาลงเท่าที่ควร เมื่อทราบดังนั้นผู้ดูแลจึงไปขอร้องไห้มณฑาเข้ารับยาเคมีบำบัด พุดคุยกันอยู่หลายวันมณฑาก็ไม่ยอมไปโดยให้เหตุผลกับผู้ดูแลว่า

**"ทำคีโมมันไม่ได้ทำลายเฉพาะแต่เซลล์มะเร็งเท่านั้นนี่ แต่มันไปทำลายเซลล์ปกติด้วย ถ้าแม่ทำแม่จะยิ่งทรมาณและตายเร็วมากขึ้น ลูกอยากให้แม่ทรมาณหรือ แม่ขอตายแบบไม่เจ็บไม่ปวดได้ไหม เป็นมะเร็งยังงี้ก็ต้องตาย มีใครรอดจากมะเร็งบ้าง แถมเงินทองเราก็ไม่ได้มีมากมายเหลือกินเหลือใช้ แล้วทำคีโมแม่จะต้องผมร่วง แม่ไม่อยากไปงานรับปริญญาลูกแบบหัวล้านทรอกนะ ไม่ต้องห่วงแม่ทรอก แม่ยังไหวอยู่"** (ผู้ดูแลมณฑา, สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2556)

ผู้ดูแลและญาติพี่น้องพากันเกลี้ยกล่อมอยู่หลายวันกว่ามณฑาจะยอมเข้ารับยาเคมีบำบัด หากแต่การตัดสินใจดังกล่าวได้ซ้ำเกินไปเสียแล้วเพราะมะเร็งได้ลุกลามแพร่กระจายไปตามต่อมน้ำเหลืองในช่องอกแล้ว จึงทำให้โอกาสที่จะหายขาดมีน้อย การรักษาจึงเป็นไปแต่เพียงเพื่อยับยั้งการลุกลามของมะเร็งไม่ให้ไปไว้มากกว่าเดิมเท่านั้น เมื่อผู้ดูแลได้ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทั้งหมดที่แม่ต้องฟันฝ่าและทุกข์ทรมานเป็นอย่างมากก็รู้สึกสงสารและเห็นใจจึงตัดสินใจขอหยุดพักการศึกษาแล้วมาดูแลแม่อย่างใกล้ชิด หากแต่มณฑาไม่ต้องการให้ลูกทำเช่นนั้นจึงพุดกับลูกสาวว่า

**"แม่ไม่อยากให้ครอบครัว จะครอบครัวทำไม ตอนนี้แม่ไม่ได้เป็นอะไรมาก ลูกต้องกลับไปเรียนให้จบ อย่าให้ความเจ็บป่วยของแม่ต้องมาเป็นอุปสรรคต่อการเรียนเลย ถ้าไม่กลับไปเรียนแม่ก็จะหยุดรักษาซะเดี๋ยวนี้ ดีเหมือนกันไม่ต้องสิ้นเปลือง แล้วก็ไม่ต้องทรมาณสังขารด้วย ทุกวันนี้แม่ยอมไปหาหมอเพราะแม่อยากอยู่กับลูกนานๆ รอเห็นลูกเรียนจบ แม่อยากไปงานรับปริญญาของลูก แต่ถ้าไม่เรียนแม่ก็เลิก ไม่ต้องรักษา ไม่ต้องไปหาแล้วหมอ"** (ผู้ดูแลมณฑา, สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2556)

แต่ในที่สุดมณฑาก็ต้องยอมรับการตัดสินใจของลูกสาวเพราะป่าทั้งสองช่วยกันเกลี้ยกล่อมอยาก  
ให้แม่ลูกได้มีเวลาอยู่ด้วยกันมากๆ โดยเฉพาะในสถานการณ์เจ็บป่วยเช่นนี้ ภายหลังจากที่การรักษา  
ดำเนินผ่านไปด้วยดี ประกอบกับได้พักผ่อนมากขึ้น โดยมีลูกสาวและญาติคอยเฝ้าดูแลและช่วยเหลือ  
กิจวัตรประจำวันทุกอย่างด้วยดี มณฑาก็เริ่มคลายความตึงเครียดและความวิตกกังวลลงจนกระทั่ง  
สามารถกลับมามีความสุขจิตใจที่ดี มีอารมณ์ขันได้เหมือนเดิม ตลอดระยะเวลา 3 ปีที่อาการของมณฑา  
สามารถทรงตัวอยู่นั้น มณฑาได้ใช้ชีวิตอยู่ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รักและงานอดิเรกที่ชอบ ได้แก่ ร้อง  
เพลง เย็บปักถักร้อย ปลูกต้นไม้และอ่านหนังสือ รวมถึงคอยช่วยทำอาหารและช่วยงานบ้านเล็กๆน้อยๆ  
ไปด้วย จนกระทั่ง 6 เดือนก่อนที่จะเสียชีวิต อาการของมณฑาเริ่มทรุดลงเนื่องจากมะเร็งได้ลุกลามไปยังตับ  
และกระดูกส่งผลให้มณฑาปวดตามตัวและกระดูกมากจนไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ หายใจก็ไม่  
สะดวกต้องคอยพ่นยาช่วยหายใจบ่อยๆ ทั้งวันจึงได้แต่นอนร้องครวญครางด้วยความเจ็บปวดและมักจะ  
พูดกับลูกสาวซึ่งเป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดว่า

*"แม่ปวดมากเลย แม่ไม่ไหวแล้ว...ไม่ต้องพาแม่ไปโรงพยาบาลหรอก แม่ไม่ไป แม่จะ  
อยู่ที่นี้ อยู่บ้านมันอุ่นใจทุกคนอยู่พร้อมหน้า ถ้าไปอยู่โรงพยาบาล แล้วตอนแม่ตาย  
ทุกคนจะมาดูใจแม่ทันไหม แม่ขอตายที่นี่ดีกว่าในบ้านของเรา ตายบนเตียงแม่นี้ ไม่  
อยากตายเตียงของโรงพยาบาล"* (ผู้ดูแลมณฑา, สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2556)

แต่ด้วยสภาพร่างกายที่ทรุดหนักญาติพี่น้องจึงรีบพาส่งโรงพยาบาล ด้วยอาการที่ไม่ค่อยดีจึงทำ  
ให้มณฑาต้องนอนรักษาตัวท่ามกลางเครื่องช่วยชีวิตมากมาย ทั้งเครื่องช่วยหายใจ เครื่องให้อาหาร  
ทางสายยางและมีการให้ยามอร์ฟินเพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดด้วย

ขณะที่นอนรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล มณฑาทราบคิดว่าตนคงมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นานเพราะอาการ  
ทางกายได้ฟ้องให้เห็นชัดแล้วว่าไม่ไหวอีกต่อไปแล้ว นับวันจะยิ่งเจ็บยิ่งปวดมากขึ้นทุกที แต่แม้ว่าร่างกาย  
จะอ่อนแอมากแล้วก็ตามแต่เมื่อถึงมือหมอแล้วมณฑาก็เลือกที่จะเข้ารับการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัด  
โดยบอกกับครอบครัวว่า **"ไม่อยากรอดคอยความตาย ถ้าทำเคมีแล้วจะทำให้ยืดเวลาได้อีกสักเดือน  
สองเดือนฉันก็อยากทำ ยังมีสิ่งที่ต้องการจะทำอีกหลายอย่าง ฉันไม่พร้อมที่จะตายไปตอนนี้"** (ผู้ดูแล  
มณฑา, สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2556) เมื่อต้องนอนรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลนานหลายเดือนมณฑาก็  
เริ่มแสดงออกให้เห็นถึงภาวะความตึงเครียด วิตกกังวลและหวาดกลัวเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บที่ตนกำลัง  
ประสบอยู่มากขึ้น อารมณ์ที่ขุ่นมัวดังกล่าวได้ส่งผลให้มณฑามีอาการซึมเศร้าและไม่ยิ้มแย้มเหมือนเช่น  
เคย ตลอดทั้งวันมณฑาจะนั่งเงียบ มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างน้อยและใช้เวลาอยู่กับตนเองมาก โดยจะ  
ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการนอนฟังเพลง อ่านหนังสือและจดบันทึกสูตรอาหารต่างๆเพื่อมอบให้แก่ลูกสาว  
เอาไว้เป็นตัวแทนยามที่ตนได้จากโลกนี้ไป ทั้งนี้ผู้ดูแลได้เล่าให้ฟังว่าสิ่งที่ปัญหาและทำให้มณฑารู้สึก  
หวาดกลัวต่อภาวะความเจ็บป่วยนี้ก็คือเวลากลางคืน เพราะมณฑาจะรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยวอยู่เพียงลำพัง  
จึงทำให้นอนไม่ค่อยหลับ มีอาการกระสับกระส่ายและหลับๆตื่นๆตลอดทั้งคืน ซึ่งมณฑาได้บอกเล่า

ความรู้สึกนี้ให้แก่ผู้ดูแลและพยาบาลฟังว่า "ไม่รู้มันเป็นอย่างไง นอนไม่ได้เลย รู้สึกไม่ดี มันมีตึงเกินไป เห็นเงาตะคุ่มๆที่ปลายเตียงด้วย ท้องพุงโรๆก็แล้ว สวดสัมนมาอะระหังก็แล้วก็ไม่หลับ ไม่รู้จะทำยังไงแล้ว อยากให้ลูกมานอนเป็นเพื่อน" (ผู้ดูแลมณฑา, สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2556)

เมื่อทีมสุขภาพทราบว่ามีมณฑานอนไม่หลับ ซึ่งคาดกันว่าอาจเกิดจากความวิตกกังวลและเครียดมากเกินไปจึงนำเพลงบรรเลงเพราะๆมาให้ฟัง ซึ่งก็ช่วยคลายความเครียดและทำให้นอนหลับสบายมากขึ้นได้บ้าง เมื่อได้นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ สภาพจิตใจจึงแจ่มใส อารมณ์ดีและมีความเป็นมิตรกับคนรอบข้างมากขึ้น เมื่อญาติพี่น้องและเพื่อนๆมาเยี่ยม มณฑาก็จะชวนคุยถามสารทุกข์สุกดิบและถามถึงคนโน้นคนนั้นไปเรื่อย พร้อมทั้งได้ให้ลูกสาวคอยจัดเตรียมผลไม้ ขนมและเครื่องดื่มมาต้อนรับผู้ที่มาเยี่ยมเสมอ โดยจะพูดคุยสนุกสนานว่า "วันนี้มีขนมไข่กับขนมครกเจ้าดังนะ กินเยอะๆเลย กินเผื่อด้วยละฉันกินมากไม่ได้ จะเอาอะไรอีกไหม เตียวให้เจ้าแอบไปซื้อมาให้ น้ำเต้าหู้หน้าโรงพยาบาลก็อร่อยนะ" (ผู้ดูแลมณฑา, สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2556)

ช่วง 2 เดือนสุดท้ายก่อนที่จะจากไป มณฑาเริ่มมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง มีอาการซึมๆ พูดได้น้อยและทานอะไรไม่ค่อยได้เหมือนเช่นเคย ทีมสุขภาพจึงปรับรูปแบบการดูแลรักษาให้เป็นไปในลักษณะประคับประคองตามอาการมากขึ้น โดยมณฑาเป็นผู้ร้องขอให้แพทย์ช่วยยุติการช่วยยืดชีวิตด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นการให้ยาเคมีบำบัด การฉายแสง การให้อาหารทางสายยางการใช้เครื่องช่วยหายใจและการปั๊มหัวใจด้วยตนเองเพราะว่าไม่อยากทรมานอีกต่อไป ช่วงเวลานี้ครอบครัวและเพื่อนๆจะผลัดกันมาเยี่ยมทุกวัน เมื่อใครมาเยี่ยมมณฑาก็มักจะพูดว่า

"ตอนนี้ฉันไม่ไหวแล้ว ไม่รู้จะอยู่ได้อีกกี่วัน ถ้าฉันจะไปไม่ต้องปั๊มหัวใจนะ ไม่ต้องต่อท่อหายใจด้วยมันเจ็บขอไปสบายๆเจ็บปวดน้อยๆ...ขอบคุณทุกคนมากที่มาเยี่ยมอยู่เสมอ ฉันไม่มีอะไรต้องกังวลหรอก ร้านก็มีพี่ๆคอยดูแลอยู่แล้ว ห่วงก็แต่ลูก ทุกคนช่วยดูแลลูกให้ฉันด้วยนะ ช่วยให้คำปรึกษา แนะนำทางเดินชีวิตให้ลูกแทนฉัน ผ่ากดูแลลูกด้วย" (ผู้ดูแลมณฑา, สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2556)

เมื่อได้ยุติการรักษาที่ทำให้เกิดการเจ็บปวดทรมาน รวมถึงได้รับการดูแลเอาใจใส่และได้รับกำลังใจดีจากทีมสุขภาพ ทั้งจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ครอบครัวและเพื่อนๆที่หมั่นมาเยี่ยมพูดคุยให้กำลังใจกันเป็นประจำ วาระสุดท้ายในชีวิตของมณฑาที่ได้รับการดูแลทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเป็นอย่างดีจึงทำให้เกิดความสงบทางจิตใจและสามารถปล่อยวางได้มากขึ้นกว่าตอนแรกมาก มณฑาใช้เวลาตลอดทั้งวันไปกับการทำสมาธิ สวดมนต์ ฟังธรรมะ ฟังเพลงและร่วมทำบุญต่างๆ จนกระทั่งสัปดาห์สุดท้าย มณฑาก็ได้บอกกับลูกสาวว่า

"แม่กำลังจะไปแล้วนะลูกหนูต้องเข้มแข็งนะต้องช่วยดูแลบ้านของเราให้ดี แม่ภูมิใจในตัวลูกมาก ลูกเป็นเด็กดีของแม่มาตลอด เมื่อแม่ตายแม่ขอให้ลูกกลับไป

เรียนให้จบทำให้แม่ได้ใช้ใหม่ ไม่ต้องร้องไห้แม่ไม่ได้ไปไหนเดี่ยวเราก็ได้เจอกัน คิดซะว่าแม่ไปเที่ยว...เปิดซีดีธรรมะไว้ตลอดนะจนกว่าแม่จะไป ไม่ต้องห่วงเรื่องงาน หรอก ป้าเขาทำให้เองละ ลูกมาอยู่ข้างๆอยู่เป็นเพื่อนแม่ก็พอ...คอกแห่งจิ้ง แม่อยาก กินน้ำผลไม้เย็นๆร้อนไปหมด อยากกินน้ำแข็งใสด้วยไปซื้อมาให้แม่กินหน่อย คง เป็นครั้งสุดท้ายแล้วที่จะได้กิน" (ผู้ดูแลมณฑา, สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2556)

ผู้ดูแลได้นำคำขอร้องของมณฑามาปรึกษากับแพทย์ พยาบาลและญาติๆ ซึ่งทุกคนเห็นชอบ ตรงกันว่าจะทำตามความปรารถนาของผู้ป่วย จึงไปซื้อหาน้ำแข็งใสมาให้ผู้ป่วยทาน เมื่อผู้ป่วยได้ทาน น้ำแข็งใสก็ดูสดชื่นขึ้นมาก ทั้งนี้ช่วงวาระสุดท้ายของมณฑานั้นตรงกับวันแม่แห่งชาติ ผู้ดูแลจึงอยากที่จะ ทำสิ่งที่ดีที่สุดในชีวิตให้กับแม่เป็นครั้งสุดท้ายจึงได้ไปนิมนต์พระสงฆ์มาให้แม่ได้ดับบาตรถึงเตียง รวมถึง ให้แม่ได้ร่วมทำบุญกุศลและผ้าป่าหลายแห่งด้วย เมื่อทำบุญครบทุกอย่างแล้วผู้ดูแลก็ไหว้แม่ด้วย พวงมาลัยดอกมะลิพร้อมกับพูดบอกรักและขอโหสิกรรมแก่แม่ อีกทั้งยังมีทีมสุขภาพมาช่วยประคับ ประคองจิตใจให้หมั่นนึกถึงแต่สิ่งดีงาม นึกถึงแต่กุศลผลบุญที่เคยทำมาจึงทำให้ช่วงระยะเวลา 2 วันก่อน ที่จะจากไป มณฑาคูสดชื่นและมีใบหน้าเปื้อนรอยยิ้มอยู่ตลอดและช่วงวาระสุดท้ายก่อนที่จะหมดลม มณฑาได้นอนหลับตาแล้วพูดกับทุกคนที่อยู่รอบข้างว่า **"ไม่ต้องเสียใจ คนเราไม่จากเป็นก็จากตาย ฉันท แค้นไปก่อนเอง ขอขอบคุณจริงๆที่ไม่ทิ้งกัน อย่าลืมกันล่ะ...แม่รักแอม่มาก ผาตุดูแลแอมด้วย"** (ผู้ดูแลมณฑา, สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2556) เมื่อพูดเสร็จมณฑาก็นอนหลับตาและหายใจแผ่วเบาอยู่ท่ามกลางเสียง สวดมนต์จากซีดีธรรมะอยู่ประมาณครึ่งชั่วโมงแล้วก็จากไปอย่างสงบ

## สรุป

มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของมณฑาถูกสร้างขึ้นเมื่อมณฑาได้รับทราบว่ ตนเองป่วยเป็นมะเร็งปอด ซึ่งจากประสบการณ์ที่สั่งสมมาตลอดชีวิตจึงทำให้เกิดการรับรู้ว่มะเร็งเป็นโรค ร้ายแรงที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ไม่ว่าจะรักษาด้วยวิธีใดๆก็ตาม อีกทั้งก่อนที่จะตายต้องทรมาน จากการให้ยาเคมีบำบัดและฉายแสงอยู่หลายครั้งจนสภาพร่างกายสู้ไม่ไหว สุดท้ายคนที่เป็นมะเร็งก็ต้อง เผชิญกับความตายอยู่ดี อีกทั้งมณฑาไม่ต้องการเป็นภาระให้กับครอบครัวและไม่อยากให้ลูกสาวคนเดียว ที่อยู่ในวัยกำลังเรียนต้องมาลำบากทุกซีกกับโรคร้ายที่ตนกำลังประสบอยู่จนกระทั่งส่งผลกระทบต่อ การเรียนของลูก

ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้มณฑาไม่ยอมเข้ารับการรักษาตั้งแต่แรก แต่เมื่อลูกสาวและญาติที่ น้องได้ช่วยกันเกลี้ยกล่อมจึงยอมเข้ารับการรักษา ภายหลังกการผ่าตัด ให้ยาเคมีบำบัดและฉายแสงผ่านไป ด้วยดี ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีและอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัยทำให้มณฑามีมุมมองเกี่ยวกับ โรคมะเร็ง ภาวะใกล้ตายและความตายเปลี่ยนไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยมองว่มะเร็งก็เป็นเหมือนโรคร้ายใช้ เจ็บธรรมดาที่เทคโนโลยีสามารถช่วยรักษาให้หายได้ แต่ภายหลังกที่มะเร็งได้ลามไปยังต่อมต่อมน้ำเหลือง อย่างรวดเร็วจนไม่สามารถที่จะยับยั้งได้ทัน มณฑาก็เริ่มกลับมาครุ่นคิดและกลัวภาวะใกล้ตายและความ

ตายอีกครั้ง เธอกลัวไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับลูกสาวและครอบครัวภายหลังที่เธอได้จากไปเพราะสำหรับมณฑาความตายไม่ได้เป็นเพียงการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นกับตนเองเท่านั้น หากแต่ในฐานะที่เป็นแม่คนเดียวที่เลี้ยงลูกเพียงลำพัง การตายของเธอจะทำให้เกิดผลเสียต่อลูกสาวมาก อีกทั้งความตายยังทำให้มณฑากลับการถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวเพียงลำพังโดยเฉพาะอย่างยิ่งตอนกลางคืน เธอมักจะนอนไม่หลับ กระสับกระส่ายและหลับๆตื่นๆอยู่เสมอ จึงขอให้ลูกสาวมานอนเป็นเพื่อนเพื่อจะได้อุ่นใจว่ามีคนที่รักอยู่เคียงข้างกัน นอกจากนี้มณฑายังกลัวความเศร้าโศกเสียใจเนื่องจากรู้สึกว่าการตายมาเยือนเธอเร็วเกินไปเธอยังไม่พร้อมที่จะตายเพราะว่ามีสิ่งที่จะต้องการทำอีกมาก แล้วยังห่วงลูกสาวที่อยู่ในวัยเรียน อยากที่จะอยู่รอเห็นวันที่ลูกประสบความสำเร็จในชีวิตก่อนและด้วยความกลัวว่าจะต้องพลัดพรากจากครอบครัวจึงพยายามที่จะอดทนอดกลั้นต่อความเจ็บปวดทรมานจากการรักษาทางกายภาพเพราะอยากที่จะยืดชีวิตของตนเองให้ยืนยาวต่อไปเพื่อจะได้มีเวลาอยู่กับลูกและครอบครัวได้อีกนานๆและท้ายสุดคือเธอกลัวความทรมานและความเจ็บปวดในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตอันเกิดจากการลุกลามของมะเร็งและจากอุปกรณ์ต่างๆจึงร้องขอกับแพทย์ว่าจะขอยุติการรักษาและการยืดชีวิตด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ทุกอย่างโดยจะรับแค่เพียงยาแก้ปวดเท่านั้น

ดังนั้นจึงเห็นได้ชัดว่ามุมมองภาวะใกล้ตายและความตายของมณฑาเปลี่ยนไปในทางที่แยกลงภายหลังจากที่ทราบแน่ชัดว่าเทคโนโลยีการแพทย์ไม่สามารถช่วยยืดชีวิตให้กับเธอได้อีกต่อไปแต่การได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีจากลูกสาว ญาติพี่น้อง เพื่อนๆที่หมั่นมาเยี่ยมให้กำลังใจและมีทีมสุขภาพที่คอยให้การดูแลแบบประคับประคองที่เน้นทั้งกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณอยู่เสมอทำให้มณฑามีแรงใจที่จะใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ให้มีความสุขมากที่สุดโดยเริ่มหันมาสงบจิตใจด้วยการฟังเพลง ฟังธรรมะ สวดมนต์ ทำ บุญ ระลึกถึงศาสนาและบุญกุศลที่เคยทำมาอยู่เสมอ ส่งผลให้มณฑาตระหนักได้ว่าความตายเป็นเหมือนการเดินทางตามธรรมชาติที่ทุกคนต้องเผชิญด้วยกันทั้งสิ้นจึงพยายามทำใจให้เข้มแข็ง ตั้งมั่นนึกถึงสิ่งดีงามและปล่อยวางใจให้สงบ

### จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ผู้ป่วยคนที่ 6 : สารภี** อายุ 54 ปี ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม จากตอนแรกที่ไปตรวจเช็คสุขภาพร่างกายปกติที่โรงพยาบาลตามคำชักชวนของน้องสาว แต่กลับพบว่าตนเองนั้นมีอาการผิดปกติที่บริเวณเต้านมจึงต้องให้แพทย์เฉพาะทางตรวจอย่างละเอียด ภายหลังจากการตรวจแพทย์ได้วินิจฉัยให้ทราบว่าสารภีมีลักษณะของก้อนมะเร็งขนาดเล็กลุกลามอยู่ในเต้านม ซึ่งต้องรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเอาเนื้อเต้านมด้านซ้ายออกทั้งหมดเพื่อป้องกันการลุกลามไปยังอวัยวะอื่นๆ เมื่อได้ฟังเช่นนั้นสารภีก็รู้สึกเป็นกังวลมาก ผู้ดูแลสารภีอย่างใกล้ชิดได้เล่าให้ฟังว่า

*"ไปฟังผลตรวจเบื้องต้นด้วยกัน พอหมอบอกว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะแรก เจ็บเขาก็  
นั่งเรียบไปเลย เขาตกใจมาก ตอนแรกจะไม่ยอมผ่าตัดด้วย เขาบอกว่าอะไรกันต้อง  
ตัดออกทั้งเต้านมหรือ ไม่ผ่าตัดได้ไหม หมอต้องอธิบายหลายรอบเลยว่าจะถ้าไม่ผ่าตัด*

*มันจะยิ่งลามแล้วจะรักษาไม่หายนะ เจ้ถึงยอมผ่า"* (ผู้ดูแลสารภี, สัมภาษณ์, 27 เมษายน 2556)

เมื่อผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยแล้ว แพทย์ก็ได้นัดให้สารภีมาฟังผลการตรวจเซลล์ว่าเป็นเนื้อร้ายหรือเนื้อดีในเดือนถัดไป ตลอดช่วงระยะเวลา 1 เดือนก่อนฟังผล แม้ว่าสารภีจะไม่พูดถึงเรื่องของโรคร้ายไข้เจ็บที่ตนเป็น หากแต่ท่าทีของสารภีก็แสดงออกมาให้คนรอบข้างได้เห็นบ้างบางครั้งว่าเต็มไปด้วยความเครียด วิดกกังวลและไม่สบายใจเนื่องจากหวาดกลัวผลการวินิจฉัยโรค จนกระทั่งใกล้ถึงวันไปฟังผลตรวจสารภีก็พูดกับผู้ดูแลว่า *"ถ้าผลออกมาว่าเป็นเนื้อร้ายจะทำอย่างไร ต้องไปทำคีโมหรือว่าฉายแสงใช่ไหม เห็นอาเจ้กร้านขายสือเป็น ผมร่วง ผิวเกรียมเดินผอมโซเซเลย (ถอนหายใจ)...คงไม่เป็นหรอกเนอะ บ้านเราไม่มีใครเคยเป็นเลยแล้วจะเป็นได้ยังไง"* (ผู้ดูแลสารภี, สัมภาษณ์, 27 เมษายน 2556) เมื่อผู้ดูแลได้ยินพี่สาวที่ปกติจะเข้มแข็งอดทนไม่ค่อยบอกเล่าปัญหา ความเครียดหรือความทุกข์ใจใดๆให้ใครฟังบนเช่นนั้นจึงรู้ว่าพี่สาวคงไม่สบายใจมากจึงได้ชวนพี่สาวไปทำบุญถวายสังฆทานและปล่อยนกปล่อยปลาที่วัด เมื่อสารภีได้ทำบุญจิตใจก็เริ่มคลายจากความหวาดวิตกกังวลลงและเริ่มมีกำลังใจเข้มแข็งพร้อมที่จะรับมือกับผลการตรวจเซลล์มากขึ้น

ถึงวันนัดฟังผลตรวจสารภีตื่นแต่เข้ามาใส่บาตรและชวนน้องสาวซึ่งเป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดไปไหว้พระที่วัดแถวบ้านด้วยกัน ทั้งนี้ผู้ดูแลได้เล่าว่า *"เจ้เขาไปไหว้ขอหลวงปู่ทวด ท่านศักดิ์สิทธิ์มาก ต่างชาติข้ามน้ำข้ามทะเลกันมาราบไหว้ เจ้แก่ก็ขอให้ผลตรวจออกมาว่าเป็นเนื้อดี มีสุขภาพแข็งแรง ถ้าผลออกมาตามที่ขอจะมาถึงศีลปฏิบัติธรรมที่วัดนี้ 5 วัน"* (ผู้ดูแลสารภี, สัมภาษณ์, 27 เมษายน 2556) พอไปฟังผลแล้วพบว่าเนื้อดีไม่ต้องฉายแสง ทั้งสารภีและผู้ดูแลต่างพากันโล่งอกและดีใจมากจึงรีบกลับบ้านไปบอกข่าวดีนี้กับครอบครัวทันที แล้ววันรุ่งขึ้นสารภีก็รีบไปแก้บนด้วยการเข้าร่วมถือศีลและปฏิบัติธรรมตามที่ได้ให้สัญญาไว้กับหลวงปู่ทวด หลังจากที่พบว่าตนไม่ได้เป็นมะเร็งและสุขภาพก็แข็งแรงปกติดี สารภีจึงคิดว่าตนคงรักษาหายขาดแน่แล้วจึงใช้ชีวิตปกติเหมือนเช่นเดิม แต่ได้มีการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสุขภาพมากขึ้น โดยงดอาหารของทอดของมันและของหมักของดอง หันมาเน้นทานข้าวกล้อง ปลา ผักใบเขียว ผลไม้ที่ไม่มีรสหวาน พักผ่อนมากๆ ไม่เครียด ทำจิตใจให้ผ่องใสและออกกำลังกายสม่ำเสมอ ตั้งแต่เกิดกรณีตัวอย่างของสารภีที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งจึงทำให้สมาชิกในครอบครัวหันมาให้ความสนใจเรื่องสุขภาพกันมากขึ้น ทุกเย็นพี่น้องๆและหลานๆจะมารวมตัวกันเต้นแอโรบิกและเล่นฮูลาฮูปด้วยกันเป็นประจำเสมอ

ภายหลังจากผ่านช่วงวิกฤตของการเจ็บป่วยมาได้ สารภีเริ่มเห็นถึงความสำคัญของการมีชีวิตอยู่และหันมาสนใจทางธรรมมากขึ้น ทุกวันสารภีจะตื่นแต่เข้ามาใส่บาตร สวดมนต์และถ้ามีเวลาว่างก็จะพาพ่อและครอบครัวไปทำบุญที่วัดด้วยกันเสมอ จนเวลาผ่านไปประมาณครึ่งปีสารภีเกิดป่วยเป็นไข้หายใจซัดๆ คัดจมูกและไอบ่อยจึงไปตรวจที่คลินิกแถวบ้าน ซึ่งแพทย์ได้วินิจฉัยว่าป่วยเป็นวัณโรคต้องทานยา รักษาต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือนจึงจะหาย แต่เมื่อทานยาได้เพียง 3 เดือน อาการกลับแย่ลง ร่างกายเริ่ม



บวมและอ่อนเพลีย สารภีจึงมาปรึกษากับผู้ดูแลว่า **"ให้ยาอะไรมาก็ไม่รู้ ยิ่งกินยิ่งแย่ ไม่เห็นจะดีขึ้นเลย เหนื่อยง่าย เพลียทั้งวัน แกรมตัวร้อนแล้วรู้สึกหงุดหงิด กระวนกระวายใจยิ่งงังก็ไม่ได้ แล้วดูสิ ยามันทำให้ตัวบวมมากเลย"** (ผู้ดูแลสารภี, สัมภาษณ์, 27 เมษายน 2556) เมื่อพูดคุยกันเข้าใจแล้วสารภีก็ตัดสินใจทั้งยาและไปตรวจสุขภาพอย่างละเอียดที่โรงพยาบาลทันที จึงทำให้พบว่าแท้จริงแล้วสารภีกำลังป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายโดยแพทย์ได้ให้รายละเอียดกับญาติๆว่า

*"กรณีนี้ไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดหรือให้ยาเคมีบำบัดหรือแม้แต่จะฉายแสงได้ เพราะมะเร็งได้ลุกลามไปมากแล้วโดยได้ลุกลามเข้าผิวหนัง กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองของรักแร้ด้านซ้ายและกระจายไปตามกระแสโลหิตเข้าสู่ปอดแล้ว ผู้ป่วยจะอยู่ได้อีกไม่เกิน 3 เดือนเท่านั้น...การรักษาที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับตอนนี้คือการรักษาแบบประคับประคองตามอาการเท่านั้น หมอจะให้ยาแก้ไอ ยาแก้ปวด และใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้ไม่ทรมานมากไปกว่านี้"* (ผู้ดูแลสารภี, สัมภาษณ์, 27 เมษายน 2556)

ทั้งนี้แพทย์และญาติได้แจ้งให้สารภีทราบเพียงว่าเป็นมะเร็งแต่ไม่ได้บอกว่าเป็นระยะท้ายๆ เพราะเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นกะทันหันหมอสวมครจึงไม่ยอมให้สารภีได้รับความกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจ และด้วยสภาวะทางกายที่ค่อยๆอ่อนแรงและมีแนวโน้มที่จะทรุดลงเรื่อยๆ สารภีจึงต้องนอนรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน เมื่อต้องอยู่ในสภาพคนป่วยนอนอยู่บนเตียงท่ามกลางบุคลากรทางการแพทย์และเครื่องช่วยชีวิตมากมายนานหลายสัปดาห์ สารภีก็เริ่มมีอาการเซื่องซึม ไม่พูดจากับใครบางครั้งเมื่อผู้ดูแลเข้าไปดูใกล้ๆก็จะพบว่าสารภีนอนน้ำตาซึมอยู่และที่สำคัญคือสารภีไม่เคยบ่นว่าเจ็บปวดทรมานหรือมีท่าทีที่แสดงออกให้เห็นว่าทนไม่ไหวต่อภาวะการเจ็บป่วยเหมือนดังผู้ป่วยรายอื่นๆและบางครั้งสารภีก็จะถามผู้ดูแลว่า **"ทำไมพunyaแล้วยังหายใจไม่ค่อยออกอีก บอกมาเถอะพี่เป็นมะเร็งขั้นไหนแล้ว เป็นมากหรือหมอดังไม่ให้กลับบ้าน...เหลือเวลาอีกเท่าไร จะได้เตรียมใจเอาไว้"** (ผู้ดูแลสารภี, สัมภาษณ์, 27 เมษายน 2556) ซึ่งผู้ดูแลก็มักจะตอบว่า **"ไม่ได้เป็นอะไรร้ายแรงหรอก หมอแค่อยากให้นอนพักมากๆเดี๋ยวก็ได้กลับบ้านแล้ว"** (ผู้ดูแลสารภี, สัมภาษณ์, 27 เมษายน 2556) หากแต่ผู้ป่วยก็ดูยังไม่คลายความสงสัย ผู้ดูแลจึงไปขอคำปรึกษาจากทีมสุขภาพที่มักจะแวะเวียนมาเยี่ยมสารภีอยู่เป็นประจำ ซึ่งทีมสุขภาพก็ได้ช่วยแก้ไขสถานการณ์นี้ด้วยการชวนสารภีพูดคุยในลักษณะมุ่งเน้นไปที่การประคับประคองทางจิตใจเป็นสำคัญ จนกระทั่งสารภียอมเปิดใจให้ฟังว่า

*"ได้ยินคนใช้คนอื่นเขาร้องครวญครางเสียงดังฉันทนเลยกลัวว่าก่อนที่จะตายจะต้องทรมานแบบนั้น ส่วนใหญ่เขาทรมานกันก็วันถึงจะตาย ฉันทนไหวไหม...พอตายแล้วจะเป็นยังไง ต้องทำอะไรบ้าง เขาไปที่ไหนกัน จะมีคนมารับใช้ไหม ตอนป่าเสียเห็นป่าเพื่อว่ายายมารับตามารับ ถ้าไม่มีใครมารับละจะมีใครไปด้วยกันไหม พอไปแล้วจะกลับมาหาคนที่ยังอยู่ได้หรือเปล่า...ที่จริงฉันทำบุญมาตลอดคนจะจิต"*

น่าจะนิ่งได้ดีกว่านี้ แต่พอเอาเข้าจริงๆเกิดกลัวตายขึ้นมา กลัวว่าจะไม่เจอคนรู้จักเลยแล้วจะทำยังไง" (ผู้ดูแลสารภี, สัมภาษณ์, 27 เมษายน 2556)

เมื่อได้ฟังสารภีระบายความในใจออกมาเช่นนั้น หนึ่งในทีมสุขภาพจึงกล่าวปลอบโยนและพูดให้สารภีได้เข้าใจชีวิตอย่างถ่องแท้ว่า

"เวลาเกิดเราก็เกิดมาคนเดียว ไม่ได้มีใครเกิดมากับเราด้วย เวลาตายเราก็ต้องตายคนเดียวเช่นกัน ไม่ว่าใครจะรักคุณมากแค่ไหนเขาก็ไม่สามารถตายไปเป็นเพื่อนคุณได้ แต่คุณเป็นคนดี เป็นลูกที่ดีคอยดูแลพ่อแม่ เป็นพี่ที่ดีคอยดูแลน้องๆ เป็นเพื่อนที่ดีคอยช่วยเหลือทุกคนมาโดยตลอดโดยไม่หวังสิ่งตอบแทนใดๆเลย ถึงยังงี้ก็ต้องตายไปกับความดี พวกเราจะอยู่ช่วยดูแลคุณจนลมหายใจสุดท้าย" (ผู้ดูแลสารภี, สัมภาษณ์, 27 เมษายน 2556)

พอสารภีได้ฟังเช่นนั้นก็มีท่าทีคลายความกังวลลงและดูมีกำลังใจดีขึ้นกว่าเดิมมาก การได้รับความรัก ความอบอุ่นและการหมั่นดูแลเอาใจใส่จากคนรอบข้างช่วยให้ตลอดระยะเวลาที่รักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลสารภีค่อยๆยอมรับต่อความเจ็บป่วยอันเกิดจากโรคมะเร็งได้มากขึ้น รวมถึงเริ่มมีทัศนคติต่อชีวิตและความตายไปในทิศทางบวกมากขึ้นด้วย

ช่วงระยะเวลา 3 สัปดาห์ก่อนที่สารภีจะเสียถือว่าเป็นช่วงที่สารภีป่วยหนักมากเนื่องจากมะเร็งได้ลุกลามไปยังอวัยวะต่างๆภายในร่างกายมากแล้วจึงทำให้สารภีมีอาการกระสับกระส่ายและร้องเจ็บปวดอยู่หลายครั้ง แพทย์จึงให้ยาระงับปวดไป ซึ่งก็ช่วยให้สงบลงได้แค่ประมาณ 20 นาทีเท่านั้น จากนั้นก็เริ่มมีอาการกระสับกระส่ายอีก ทั้งแพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพต่างพากันแปลกใจว่าทำไมยาแก้ปวดที่ให้ไปถึงหมดฤทธิ์ไป ทุกคนจึงพยายามช่วยหาทางแก้ไขให้กับสารภี โดยหนึ่งในทีมสุขภาพที่เคยมาเยี่ยมสารภีอยู่บ่อยๆก็ได้พยายามสื่อสารกับสารภีจนพอจะจับใจความได้ว่าผู้ป่วยเป็นห่วงพ่อที่ป่วยเป็นอัมพฤกษ์จึงอยากกลับบ้านไปหาพ่อเนื่องจากกังวลว่าถ้าตายไปแล้วจะไม่ได้พบกับพ่ออีก แล้วยังคงกังวลอีกว่าจะไม่มีใครมาคอยดูแลพ่อแทนตนเอง เมื่อผู้ดูแลได้ทราบความต้องการเหล่านั้นของสารภีจากทีมสุขภาพจึงได้เข้าไปพูดปลอบใจแก่สารภีว่า

"ใจไม่ต้องห่วงหรอกนะ ฉันจะดูแลตัวเองให้เอง จะทำทุกอย่างเหมือนที่ใจเคยทำ จะคอยจัดยาให้เต็ม พาเดินไปหาหมอ ช่วยกายภาพบำบัด จะบีบนิ้วให้ทุกเช้าเย็น และจะพาเดินไปไหว้พระที่วัด พาไปสูดอากาศบริสุทธิ์ริมทะเลเหมือนที่ใจเคยทำบ่อยๆนะ" (ผู้ดูแลสารภี, สัมภาษณ์, 27 เมษายน 2556)

พอผู้ดูแลพูดจบสารภีก็มีท่าทีคลายความวิตกกังวลลง เริ่มมีการตอบสนองต่อยาระงับปวดดีขึ้นและไม่มีอาการกระสับกระส่ายเหมือนที่ผ่านมา เมื่อความเจ็บปวดภายในร่างกายถูกบรรเทาลงด้วยยาแก้ปวดจึงทำให้สารภีสามารถนอนหลับพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ เมื่อตื่นขึ้นมาจึงสดชื่นและอารมณ์ดี ทั้งนี้

ตลอดทั้งวันจะมีพยาบาลผลัดกันมาเฝ้าดูแลสารภีกันเป็นพิเศษ เนื่องจากว่าญาติพี่น้องต้องทำงาน แต่ทุกคนก็จะคอยผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนมาเยี่ยมกันเป็นประจำ โดยผู้ดูแลจะมาเยี่ยมสารภีตอนพักเที่ยงทุกวัน เพราะโรงเรียนที่สอนอยู่ใกล้กับโรงพยาบาลและจะกลับมาเยี่ยมอีกครั้งตอนโรงเรียนเลิก โดยจะอยู่จนกระทั่งหมดเวลาเยี่ยมและกลับไปนอนที่บ้านของสารภีเพื่อทำหน้าที่ดูแลพ่อแม่ให้ ซึ่งพ่อจะคอยถามหาสารภีถามว่าหายไประยะไหนทำไมยังไม่กลับบ้าน ผู้ดูแลจึงต้องคอยตอบบายเบี่ยงเพราะเกรงว่าท่านจะรับไม่ได้กับการเจ็บป่วยและใกล้จะจากไปของลูกสาวคนโปรด อันเนื่องจากทั้งสองมีความสนิทสนมกันมาก อยู่บ้านเดียวกันมาตลอดทั้งชีวิต ผู้ดูแลจึงตอบพ่อไปว่า **"เจ็บป่วยเป็นไข้หมอให้นอนพักอยู่ที่โรงพยาบาล รอจนหายดีถึงจะให้กลับบ้านได้ แต่ไม่ต้องห่วง เดี่ยวเจ็กก็ได้กลับบ้านแล้ว คิดถึงลูกสาวละสิ เดี่ยวโทรให้"** (ผู้ดูแลสารภี, สัมภาษณ์, 27 เมษายน 2556) แล้วผู้ดูแลจึงให้บิดาคุยกับสารภีทางโทรศัพท์เพราะไม่เช่นนั้นบิดาจะเอาแต่เป็นกังวลและพยายามที่จะให้พาไปหาสารภีที่โรงพยาบาล

ช่วง 2 - 3 วันก่อนที่จะเสียชีวิต สารภีได้พูดถึงเรื่องราวเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายอันเป็นสัญญาณบอกให้คนรอบข้างได้รู้ว่าเธอกำลังจะไปแล้ว โดยพูดกับผู้ดูแลว่า

*"ร้อนข้างในมากอยากกินน้ำหวานเย็นๆอยากกินมันฝรั่งไปซื้อให้หน่อย นี่เดือนสิบแล้วใช้ไหมเอาขนมเดือนสิบมาให้กินบ้างสินี่คงได้กินเป็นปีสุดท้ายแล้ว...อยากเจอแต่สักครั้งก่อนตายอยากเจอทุกคนบอกให้รับมาเดี๋ยวจะไปแล้วอยู่อีกไม่นาน หรอกทนไม่ไหวแล้วละปวดไปหมดเลย ผากดูแลด้วย เงินบัญชีทั้งหมดเก็บไว้เป็นค่ารักษาแต่จะได้อะไรไม่ได้อะไรคนอื่น ๆ บ้านรถผ่อนหมดแล้วไปแบ่งกัน"* (ผู้ดูแลสารภี, สัมภาษณ์, 27 เมษายน 2556)

วันที่สารภีจากไป สภาพร่างกายของเธอทรุดหนักต้องพินยาให้ทุกชั่วโมงเพราะว่าไม่สามารถหายใจได้ด้วยตนเอง แพทย์จึงแนะนำให้ใส่ท่อออกซิเจนเพื่อช่วยหายใจ แต่เธอยังคงมีสติและรู้ตัวอยู่เสมอ เพราะก่อนที่จะหมดลมหายใจราวๆหกโมงเย็น เธอได้ขอให้พยาบาลช่วยถอดหน้ากากออกซิเจนแล้วพูดลากับญาติพี่น้อง เพื่อนๆและทีมสุขภาพที่คอยอยู่ช่วยดูแลมาตลอดว่า **"จะไปแล้วนะคืนนี้ละเอาสร้อยพระมาคล้องคอให้หน่อย"** (ผู้ดูแลสารภี, สัมภาษณ์, 27 เมษายน 2556) พอผู้ดูแลคล้องสร้อยพระให้เรียบร้อย สารภีก็พยายามยกมือมาทาบที่องค์พระแล้วพิมพ์สวดมนต์ว่า **"พุทธโธ อัมโม สังฆะ สัมมา อาระหัง สัมมา อาระหัง"** (ผู้ดูแลสารภี, สัมภาษณ์, 27 เมษายน 2556) ขณะนั้นพี่ๆน้องๆที่มาเยี่ยมก็มาจับมือจับเท้า สัมผัสกายเพื่อให้สารภีอุ่นใจว่าทุกคนยังอยู่เคียงข้างเสมอแล้วน้องๆก็พูดกับสารภีว่า **"เจ้ไม่ต้องห่วงอะไรแล้วนะ ทุกคนโตดูแลตัวเองกันได้หมดแล้ว ขอขอบคุณที่คอยดูแลพวกเราแทนแม่มาตลอด เจ้ไปให้สบายนะ ทุกคนจะช่วยดูแลตัวเอง"** (ผู้ดูแลสารภี, สัมภาษณ์, 27 เมษายน 2556) สารภีซึ่งในขณะนั้นเริ่มพูดไม่ได้แล้วจึงได้แต่กระพริบตาเพื่อแสดงให้ทุกคนทราบว่าตนรับรู้ทุกอย่างแล้วหลังจากนั้นก็นอนหลับตาพิมพ์สวดมนต์ไปเรื่อยๆท่ามกลางเสียงสวดพุทธมนต์จากเครื่องเล่นซีดีที่ทีมสุขภาพเปิดไว้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงวาระสุดท้ายได้เกิดความสุขทางจิตใจ ประมาณ 2 ทุ่มสารภีก็จากไปอย่างสงบ

## สรุป

มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของสารภีได้ถูกสร้างขึ้นตั้งแต่วันที่แพทย์ได้วินิจฉัยว่ามีลักษณะของก้อนมะเร็งขนาดเล็กลูกกลมอยู่ภายในเต้านม ซึ่งต้องรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเอาเนื้อเต้านมด้านซ้ายออกทั้งหมดเพื่อป้องกันการลุกลามไปยังอวัยวะอื่นๆ เมื่อได้ฟังเช่นนั้นสารภีก็รู้สึกกลัวและกังวลใจมาก จนกระทั่งผ่าตัดเสร็จก็ยังไม่คลายจากความวิตกเพราะยังต้องรอลุ้นผลการตรวจเซลล์ก้อนเนื้ออีกว่าเป็นเนื้อดีหรือร้าย ซึ่งหากเป็นเนื้อร้ายก็เท่ากับว่าเธอกลายเป็นผู้ป่วยโรคร้ายแรงอย่างบริบูรณ์ด้วยความกลัวต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเธอจึงไปบนบานขอพึ่งอำนาจของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ช่วยและนับตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา สารภีก็เริ่มตระหนักถึงความสำคัญของชีวิตและความตายมากขึ้นว่าอยู่ใกล้เพียงแค่อ้อมเท่านั้นเอง

สารภีเป็นผู้ป่วยที่มีสถานภาพเป็นเสมือนหัวหน้าครอบครัว เป็นพี่คนโตที่ต้องคอยดูแลน้องๆ และดูแลพ่อที่ป่วยเป็นอัมพฤกษ์มานานจึงทำให้ภายนอกดูเป็นคนเข้มแข็งเป็นที่พึ่งของครอบครัว หากแต่แท้จริงแล้วภายในจิตใจของเธอนั้นหวาดกลัวต่อความเจ็บป่วย ภาวะใกล้ตายและความตายที่กำลังจะมาเยือนยิ่งนัก อันเนื่องจากประสบการณ์ในชีวิตของเธอที่ผ่านมาแทบไม่เคยที่ได้ประสบพบเจอหรือเข้าไปเกี่ยวข้องกับเรื่องเหล่านี้เลย อีกทั้งเธอยังเป็นสมาชิกคนแรกของครอบครัวที่ป่วยเป็นมะเร็งจึงทำให้ตลอดช่วงที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดอันเนื่องจากการลุกลามของมะเร็งเธอต้องเผชิญกับความกลัวมากมายทั้งกลัวกับการไม่รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับตนเองและครอบครัวภายหลังจากที่เธอตายเพราะด้วยบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบต่อการดูแลพ่อที่ป่วยเป็นอัมพฤกษ์ ดูแลครอบครัวและดูแลร้านค้าของตนจึงเกิดกังวลว่าถ้าตายไปแล้วใครจะทำหน้าที่เหล่านี้แทนเธอ รวมถึงโลกหลังความตายก็เป็นสิ่งที่เธอกลัวมากเช่นกันจึงทำให้พยายามที่จะค้นหาคำตอบเกี่ยวกับโลกหลังความตายจากคนรอบข้างอยู่เสมอ นอกจากนี้เธอยังกลัวความเศร้าโศกเสียใจด้วยเพราะด้วยความรู้สึกที่ตนยังไม่พร้อมที่จะตายจึงทำให้เศร้าเสียใจต่อโชคชะตาของตน อีกทั้งยังมีความผูกพันกับสิ่งต่างๆ รอบตัวทั้งพ่อ ญาติพี่น้อง เพื่อนและธุรกิจจึงกลัวว่าความตายจะมาพรากสิ่งเหล่านี้ไป ทั้งนี้เมื่อพูดถึงกระบวนการรักษาก็พบว่าช่วงตอนต้นของการรักษาสารภีต้องถูกผ่าตัดเต้านมข้างซ้ายไปเพื่อป้องกันการลุกลามของมะเร็งจึงทำให้ต้องใช้เวลาทำใจอยู่นานพอสมควรที่จะต้องทำใจกับการสูญเสียอวัยวะบางอย่างของร่างกายไปและด้วยความที่พึ่งพาตนเองมาโดยตลอดจึงทำให้สารภีกลัวว่าเมื่อต้องตกอยู่ในสภาวะใกล้ตายตนจะต้องสูญเสียการควบคุมตนเองไปจึงยังคงอยากที่จะรับรู้ คิดตัดสินใจและเป็นผู้เลือกรูปแบบการรักษาด้วยตนเองทุกขั้นตอนแม้กระทั่งยามป่วยหนักเธอยังบอกกับแพทย์ไว้ล่วงหน้าว่าขอให้แพทย์ยุติการใช้เทคโนโลยีต่างๆ ในการช่วยยื้อชีวิตเพราะเธออยากที่จะจากไปด้วยใจที่สงบ สารภีตกอยู่ในช่วงสภาวะแห่งความกลัวความตายอยู่นาน จนกระทั่งได้ทีมสุขภาพเข้ามาช่วยดูแลประคับประคองจิตใจโดยนำศาสนามาเป็นพื้นฐานทางความคิด รวมถึงได้รับความรักความอบอุ่นจากครอบครัวอยู่เสมอจึงทำให้สารภีสามารถก้าวข้ามผ่านช่วงวิกฤตของชีวิตไปได้ด้วยดี

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่เน้นดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยเป็นสำคัญสามารถช่วยบรรเทาความทุกข์ทั้งทางกายและใจให้แก่ผู้ป่วยได้และเมื่อผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูทางกายและใจด้วยดีแล้วก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความตายที่กำลังจะมาเยือนได้ด้วยดี

**ผู้ป่วยคนที่ 7 : ยี่สุน** อายุ 80 ปี ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม จากตอนแรกขณะที่กำลังอาบน้ำในตอนเช้าตามปกติ ยี่สุนได้คลำแล้วพบก้อนแข็งๆที่เต้านมด้านซ้ายแต่ไม่ได้รู้สึกปวดหรือเจ็บที่บริเวณนั้นแต่อย่างใด มีเพียงแค่รู้สึกเจ็บๆบริเวณรักแร้ด้านซ้ายบ้างบางครั้งเท่านั้นจึงไม่ได้สนใจอะไรมากนักและไม่ได้คิดว่าตนจะเป็นมะเร็งด้วยเพราะว่าในครอบครัวไม่เคยมีประวัติเป็นมะเร็งมาก่อน จนกระทั่งผ่านไปประมาณ 2 สัปดาห์ลูกสาวคนโตซึ่งเป็นพยาบาลได้แวะมาเยี่ยมที่บ้านสวน คุณยายยี่สุนจึงบอกเล่าให้ลูกสาวฟังว่า **"รู้สึกเจ็บรักแร้ มันบวมๆด้วยสงสัยเคล็ด นวดก็แล้ว ทายาก็แล้ว ทั้งยาหม่อง ยาแก้เคล็ด แต่ไม่เห็นดีขึ้นเลยลูก"** (ผู้ดูแลยี่สุน, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2556) เมื่อทราบดังนั้นผู้ดูแลจึงทำการตรวจเช็คอาการเบื้องต้นให้ แล้วเมื่อพบว่าเต้านมของคุณยายมีลักษณะผิดปกติจริงจึงรีบพาไปตรวจอย่างละเอียดที่โรงพยาบาลทันที หลังจากที่แพทย์คลำตรวจดูและได้ทำการตรวจเอ็กซเรย์เต้านมอย่างละเอียดถี่ถ้วนแล้วจึงแจ้งให้ทราบว่าภายในเต้านมของคุณยายยี่สุนมีก้อนเนื้อโตขนาดเกือบ 3 ซม.และมีความเสี่ยงที่จะเป็นเนื้อร้ายสูงถึง 50/50 ซึ่งแพทย์จะนัดให้มาเจาะชิ้นเนื้อจากก้อนที่เต้านมไปตรวจทางพยาธิวิทยาอีกครั้ง เมื่อได้ฟังคำอธิบายต่างๆจากแพทย์ผู้รักษาเรียบร้อยแล้วคุณยายยี่สุนก็มีท่าทีดูแปลกไปจากเดิม นั่นคือ ค่อนข้างที่จะเงียบ ซึม พูดน้อยและมีท่าทีวิตกกังวลตลอดเวลา ผู้ดูแลเห็นดังนั้นจึงพาคุณยายไปผ่านคลายความตึงเครียดด้วยการพาไปทำบุญไหว้พระที่วัดแถวบ้าน ทั้งนี้ผู้ดูแลได้เล่าว่า **"พอออกจากโรงพยาบาลยายแก่ก็ซึมๆไม่พูดไม่จา ดูตกใจกับคำวินิจฉัยของหมอว่าแกมีโอกาสเป็นมะเร็งที่นม แกคงกลัวขึ้นตอนการรักษา"** (ผู้ดูแลยี่สุน, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2556)

ช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาผ่าตัดเพื่อเจาะชิ้นเนื้อที่เต้านมไปตรวจ คุณยายยี่สุนได้มาพำนักอาศัยอยู่ที่บ้านของผู้ดูแลที่อำเภอหาดใหญ่เพราะว่าอยู่ใกล้โรงพยาบาลสามารถเดินทางไปมาได้สะดวกกว่าที่บ้านสวน ทุกเช้าคุณยายจะตื่นแต่หัวรุ่งเพื่อมาสวดมนต์และใส่บาตร พอสายๆก็จะชวนผู้ดูแลซึ่งเกษียณอายุราชการแล้วไปทำบุญถวายสังฆทานที่วัดทุกวัน โดยคุณยายมักจะไหว้พระขอพรเสมอว่า **"ขอให้ลูกมีสุขภาพแข็งแรง ขออย่าให้เป็นโรคร้ายนี้เลย ลูกทำบุญทำทานมาตลอด ขอผลบุญทั้งหลายช่วยให้รอดพ้นจากมะเร็งที่เกิด ถ้าลูกหายจะมาทำบุญช่วยบูรณะวัด"** (ผู้ดูแลยี่สุน, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2556)เวลาผ่านไปหลายสัปดาห์ทุกชั้นตอนดำเนินไปด้วยดีจนกระทั่งถึงวันที่ต้องไปฟังผล วันฟังผลลูกๆต่างพากันมาให้กำลังใจคุณยายกันหลายคน แต่เมื่อทุกคนได้ฟังผลการตรวจจากแพทย์ว่า

"ผู้ป่วยกำลังเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่สอง ผลของชิ้นเนื้อที่เอาไปตรวจพบว่าเป็นเนื้อร้ายซึ่งได้มีการแพร่กระจายเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ด้านเดียวกันข้างแล้ว ทางเดียวที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหายขาดจากมะเร็งนี้ได้ก็คือต้องผ่าตัดเอาเนื้อเต้านมด้านซ้ายออกทั้งหมด รวมถึงผ่าตัดเอาต่อมน้ำเหลืองรักแร้ด้านเดียวกันนี้ออกด้วยเพื่อหยุดการเจริญเติบโตของเนื้องอก หลังจากนั้นผู้ป่วยต้องมาทำการฉายแสงและเข้ารับการให้ยาเคมีบำบัดเป็นระยะเวลาประมาณหนึ่งเดือน" (ผู้ดูแลเยี่ยม, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2556)

เมื่อทุกคนในครอบครัวได้รับทราบเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วย ตลอดจนขั้นตอนการรักษาจากแพทย์เรียบร้อยแล้วก็พากันเข้ามาสวมกอดและพูดให้กำลังใจคุณยายอยู่เสมอว่า **"แม่ไม่ต้องห่วงนะเดี๋ยวก็หาย แม่แข็งแรงมาตลอด...สู้ๆนะยาย ทำตามทีหมอบอกเดี๋ยวก็หายแล้ว"** (ผู้ดูแลเยี่ยม, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2556) เมื่อได้รับคำปลอบและได้รับกำลังใจจากลูกๆหลานๆคุณยายอยู่เสมอก็มีรอยยิ้มและตอบกลับมาว่า

"ยายไม่เป็นไรหรอก ไม่อยากรักษาเลย คนเราเกิดมาก็ต้องเจ็บต้องป่วยแล้วก็ตายกันทั้งนั้น ถ้าจะตายขอให้ตายอย่างไม่ทุกข์ทรมาน นอนหลับ กินอิ่ม แล้วกลับไปเลยดีกว่า รักษาไปก็เจ็บตัวเปล่าๆ" (ผู้ดูแลเยี่ยม, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2556)

หลังจากทราบผลการตรวจวินิจฉัยว่าคุณยายเยี่ยมป่วยเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่สอง สมาชิกทุกคนในครอบครัวก็พากันไปรวมตัวกันที่บ้านสวนเพื่อร่วมกันพูดคุยปรึกษาหารือเกี่ยวกับการรักษาของคุณยาย ทั้งนี้ผู้ดูแลได้เล่าให้ฟังว่า

"พยายแแก่ป่วย บรรยากาศภายในบ้านก็ดูหม่นหมองไม่สดชื่นเหมือนเดิม เพราะทุกคนเครียด วิดกกังวลและพยายามหาหนทางออกให้กับยายแแก่อย่างดีที่สุด เสียงข้างหนึ่งเห็นด้วยกับหมอบอกว่าควรให้รักษาตามหลักการแพทย์เพราะโอกาสจะหายมันมีสูง แต่อีกข้างหนึ่งก็บอกว่ายายแแก่แก่มากแล้วไม่ควรไปเข้ารับการรักษาแบบนั้นมันอันตรายและจะยิ่งทำให้ยายไม่สบายหนักกว่าเดิม และตัวยายเองก็ไม่อยากไปรักษาด้วย" (ผู้ดูแลเยี่ยม, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2556)

ท้ายสุดสมาชิกทุกคนในครอบครัวก็ลงความเห็นกันว่า ชั้นแรกควรรักษาไปตามกระบวนการทางการแพทย์ก่อน แต่ถ้าการรักษาไม่สามารถช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วยให้แก่คุณยายได้ค่อยมาพูดคุยหารือถึงแนวทางการรักษาที่เหมาะสมสำหรับคุณยายกันใหม่อีกครั้ง เมื่อผู้ดูแลได้ไปพูดคุยถึงการเตรียมตัวสำหรับการเข้ารับการผ่าตัดเต้านม คุณยายก็ได้พูดกลับมาว่า **"แม่ยังทำใจไม่ได้ที่ต้องตัดนมออกทั้งหมด แม่แแก่แล้วไม่ต้องรักษาหรอก แล้วรักษาแบบอื่นไม่มีแล้วริลูก"** (ผู้ดูแลเยี่ยม, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2556) เมื่อรู้ถึงเจตนาารมณ์ของคุณยายว่าแท้จริงแล้วที่ไม่อยากผ่าตัดเพราะกลัวว่าจะต้องเสีย

เต้านมไป ผู้ดูแลจึงเข้าไปปรึกษากับแพทย์ผู้รักษาซึ่งเป็นสามีของรุ่นน้องที่สนิทกันอีกครั้ง เมื่อเข้าใจตรงกันแล้วจึงได้ร่วมกันวางแผนการรักษาว่าจะให้คีโมบำบัดไปก่อน 3 ครั้งเพื่อลดขนาดของก้อนเนื้อให้เล็กลงเพื่อที่การผ่าตัดจะได้ทำได้ง่ายขึ้น หากแต่ก้อนเนื้อที่ไม่มีท่าทีว่าจะลดขนาดลงจนท่ายที่สุดคุณยายก็ต้องตัดสินใจตัดเต้านมด้านซ้ายออกทั้งหมด ภายหลังจากผ่าตัดผู้ป่วยได้นอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลนานประมาณ 1 เดือนจนกระทั่งอาการต่างๆดีขึ้นแล้วจึงกลับบ้าน

ตลอดช่วงระยะเวลา 2 ปีหลังการผ่าตัด คุณยายยี่สุนได้มาตรวจตามนัดและเข้ารับการรักษาด้วยการฉายแสงและให้ยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด การรักษาก็ดำเนินไปด้วยดีหากแต่ด้วยอายุที่มากจึงทำให้สุขภาพร่างกายของคุณยายค่อยๆทรุดลงอย่างรวดเร็ว ทุกครั้งที่เดินเข้าไปในห้องรักษาและได้กลิ่นยาตลอดมากระทบจมูก คุณยายก็มีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้และอาเจียนก่อนเข้ารับการรักษาเสมอ อีกทั้งตลอดช่วงระยะเวลาแห่งการรักษาคุณยายมักจะมีทำให้อ่อนเพลีย ซึมเศร้าและเบื่ออาหาร จนกระทั่งร่างกายดูผ่ายผอมไปจากเดิมมาก ส่วนหน้าอกเมื่อได้ตัดเต้านมออกไปแล้วผู้ดูแลก็ได้หาเต้านมปลอมมาให้คุณยายใส่ ส่วนผมที่ร่วงไปมากจนเกือบหมดศีรษะผู้ดูแลก็ไปหาซื้อวิกผมมาให้คุณยายใส่ โดยคุณยายได้พูดคุยกับผู้ดูแลว่า **"วิกอันนี้ผมสวยแม่ชอบ คราวหน้าเปลี่ยนเอาทรงตัดลอนมาให้แม่นะ เอาทรงแบบในละครที่ดูเมื่อคืนนะ...แต่ผมปลอมไม่ต้องใส่ดีกว่าไม่ถนัด ไหนๆก็ตัดไปแล้วช่างมันเถอะ ไม่มีก็ไม่เห็นเป็นไรเลย"** (ผู้ดูแลยี่สุน, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2556)

แม้สุขภาพกายจะไม่เอื้ออำนวย แต่สุขภาพใจยังคงแข็งแรงดีอยู่ คุณยายยี่สุนจึงยังคงมาเข้ารับการรักษาย่างสม่ำเสมอ จนกระทั่งระยะหลังๆสุขภาพร่างกายเริ่มทรุดหนักลงมากจนกระทั่งไม่มีแรงที่จะลุกขึ้นมาล้างจานอาหารได้ตามปกติ ทั้งนี้ผู้ดูแลได้ยินคุณยายพูดด้วยเสียงอันเบาว่า **"แม่จะไปแล้ว ไม่ไหวแล้ว ไม่ไปโรงหมอแล้ว"** (ผู้ดูแลยี่สุน, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2556) จึงนำความมาปรึกษากับพี่ๆน้องๆ แล้วจึงตกลงกันว่าให้คุณยายหยุดพักการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยจะปรับเปลี่ยนมารักษาด้วยวิธีการแพทย์แผนโบราณแทน โดยให้คุณยายทานยาสมุนไพร นวดแผนโบราณ ทำสมาธิ ถูศีลและวิปัสสนา ทั้งนี้พบว่าเมื่อทำไปเรื่อยๆสักระยะหนึ่งสุขภาพร่างกายและจิตใจของคุณยายได้กลับมาแข็งแรงและสดชื่นแจ่มใสเหมือนเช่นเดิมอีกครั้ง คุณยายจึงสามารถกลับมาดำเนินกิจวัตรประจำวันเหมือนเช่นที่ผ่านมานั้นคือ ตื่นแต่เช้ามาทำอาหารสำหรับใส่บาตรด้วยตนเอง พอช่วงเย็นๆก็มาช่วยแม่บ้านทำอาหาร โดยบอกกับแม่บ้านว่า **"ทำหมีสามชั้นผัดหวาน ไข่ปลาริวิวทอดและผัดสะตอกุ้งสดนะ ฉันจะกินมื้อเย็นนี้"** (ผู้ดูแลยี่สุน, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2556) แต่แม่บ้านไม่ยอมทำให้เพราะลูกๆของคุณยายสั่งห้ามไว้ว่าไม่ให้ทานอาหารจำพวกเนื้อเพราะจะไปกระตุ้นเซลล์ ให้ทานได้แต่ผัก เนื้อปลาและผลไม้เท่านั้น เมื่อแม่บ้านไม่ทำให้คุณยายก็โมโหและลงมือทำเอง อีกทั้งคุณยายยังอยากที่จะเข้าไปเดินตรวจตราดูสวนผลไม้และสวนยางด้วยตนเองโดยจะพูดบอกลูกๆหลานๆให้พาไปว่า **"ยายไม่หวังอะไรแล้ว ทุกคนโตดูแลตัวเองกันได้หมดแล้ว แต่หวังสวนพาไปดูหน่อยนั่งรถเวียนเฉยๆก็ได้ยายไม่ลงเดินหรอก"** (ผู้ดูแลยี่สุน, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2556)

ชีวิตของคุณยายดำเนินเป็นปกติราบรื่นคืออยู่นานหลายเดือน โดยมีลูกหลานคอยมาเยี่ยมให้กำลังใจ พาไปเที่ยวพักผ่อนในสถานที่ที่คุณยายชอบ เช่น พาไปทำบุญที่วัด ไปเดินเล่นที่ชายหาด ไปตลาดเพื่อเยี่ยมเยียนพูดคุยกับพ่อค้าแม่ค้าและเพื่อนๆ และเมื่อมีลูกหลานมาเยี่ยมที่บ้าน คุณยายยิ้มสู้ก็จะชวนพูดคุยและเล่าถึงเรื่องราวแต่หนหลังเมื่อครั้งเป็นเด็กให้คนรอบข้างฟังอยู่เสมอว่าตนเคยผ่านชีวิตเช่นไรมาบ้าง ไปเที่ยวที่ไหนมา เจอกับตาได้อย่างไร ชีวิตของคุณยายดำเนินปกติดีจนกระทั่งเช้าวันหนึ่ง ขณะเข้าห้องน้ำคุณยายก็เกิดหน้ามืดเป็นลม แต่โชคดีที่ผู้ดูแลเกิดผิตสังเกตุว่าคุณยายเข้าห้องน้ำนานจึงเดินมาดูและทำให้สามารถช่วยไว้ได้ทัน เมื่อเข้าช่วยพุงแล้วผู้ดูแลก็บอกคุณยายว่า **"แม่ค่อยๆหายใจเข้าออกช้าๆให้จิตรู้ กายรู้พร้อมกันและค่อยๆตั้งสติเคลื่อนไหวมือและขาช้าๆเลือดจะได้ไม่แข็งตัว"** (ผู้ดูแลยิ้ม, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2556) ซึ่งผู้ดูแลได้อธิบายเพิ่มเติมว่าการทำเช่นนั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลิ้มความเจ็บปวดได้ชั่วคราว จนกระทั่งร่างกายสามารถเยียวยาตนเองได้ จากนั้นก็ให้ผู้ป่วยนอนพักสักครู่ เมื่อตื่นมาก็ให้ดื่มน้ำ รับประทานอาหารชนิดอ่อนๆและพาออกไปสูดอากาศบริสุทธิ์นอกบ้าน จากเหตุการณ์ดังกล่าวทำให้คุณยายเริ่มตระหนักถึงสภาวะใกล้ตายและความตายว่าอยู่ใกล้เพียงแค่อึดมเท่านั้นซึ่งสะท้อนออกมาให้เห็นผ่านกระบวนการความคิดและถ้อยความสนทนาระหว่างญาติพี่น้องว่า

"วันที่เป็นลมนึกว่าจะตายซะแล้วอยู่ๆก็วูบไป คนเรานีบทจะไปที่ไหนก็ไปกันได้ง่ายๆ เหมือนกันนะ ตอนนั้นแม่เห็นพระลอยมาตรงหน้า แม่ก็สาธุๆในใจ แล้วได้ยินเสียงบอกให้ตั้งสติ หายใจช้าๆเลยรอดตาย เกือบไปแล้วนะ...เตรียมทุกอย่างให้แม่ไว้แต่เนิ่นๆ ประเดี๋ยวฉุกฉะหูกจะหาของ หาที่ทางไม่ทัน ดอกไม้เอาเป็นช่อนกลั่นอยู่ได้นานจะได้ไม่เปื่อย เอากุหลาบมอญที่แม่ปลูกใส่แจกันตั้งข้างรูปแม่ด้วยนะ แม่ชอบโลงนี้วันไหนว่างก็พาแม่ไปดู อยากเลือกเอง สั่งพิมพ์หนังสือสวดมนต์ด้วยนะลูก เอาไว้แจกแขกที่มางาน สั่งเยอะๆเลย ถ้าเหลือก็เอาไปถวายวัด คนมาทำบุญจะได้หยิบเอาไปอ่านไปสวดกัน...สมบัติทั้งหลายแหล่ สวนยาง สวนเงาะแม่จะแบ่งโอนให้ลูกทุกคนเท่าๆกัน บ้านหลังนี้แม่ยกให้ (ผู้ดูแลซึ่งเป็นพี่คนโต) บ้านที่หาดใหญ่ก็ยกให้ลูกเราไป แล้วเราก็มายูเซอที่นี่ล่ะจะได้มาคอยดูแลน้องๆ ดูแลสวนแทนแม่...งานของแม่ให้เอาเงินในบัญชีแม่จ่ายไป เงินที่เหลือก็ไปตั้งมูลนิธิตระกูลเราช่วยเหลือเด็กให้ได้มีทุนเรียนหนังสือ...แล้วนี่ถ้าแม่อยากบริจาคอวัยวะจะต้องทำไง พวกเอ็งบริจาคตากัน แม่บริจาคด้วยได้ไหม แต่ไม่รู้ตาคนแก่เขาจะรับรีเปล่า" (ผู้ดูแลยิ้ม, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2556)

ผ่านไปประมาณ 3 เดือน คุณยายเกิดมีอาการเป็นไข้ตัวร้อน หายใจไม่สะดวก ปวดศีรษะและมักจะเบลอๆหลงๆลืมๆอยู่บ่อยครั้ง ผู้ดูแลจึงพาส่งโรงพยาบาล ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่ามะเร็งได้แพร่ กระจายไปตามกระแสโลหิต ลูกหลานเข้าสู่ปอดและสมองจึงทำให้ความจำเลอะเลือนและในขณะนี้ เป็นระยะสุดท้ายแล้วคุณยายจะอยู่อีกไม่เกิน 2 เดือนนี้เท่านั้น นับแต่นั้นเป็นต้นมาคุณยายยิ้มสู้จึงต้องมานอน



พักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลโดยอยู่ภายใต้การดูแลแบบประคับประคองเป็นอย่างดีจากทีมสุขภาพและครอบครัว ซึ่งในกรณีของคุณยายจะได้รับยาแก้ไอ ยาแก้ปวดและมีการใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมด้วยเมื่อหายใจเองไม่ค้อยได้ โดยมีผู้ดูแลมาคอยอยู่เคียงข้างเฝ้าดูแลตลอดไม่ห่างทั้งกลางวันและกลางคืน คอยอ่านหนังสือพิมพ์จำพวกข่าวที่สร้างสรรค์ อ่านหนังสือธรรมะ เปิดซีดีธรรมะ ชวนกันสวดมนต์ แผ่เมตตาทำสมาธิ นิมนต์พระมาให้ใส่บาตร รวมถึงไปทำบุญบริจาคทานให้แก่วัดและมูลนิธิต่างๆเพื่อมอบบุญกุศลให้แก่คุณยายยี่สุน่ อีกทั้งยังมีทีมแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาและนักสังคมเข้ามาเยี่ยมให้กำลังใจและพูดให้คุณยายเตรียมพร้อมทางจิตใจเสมอว่า

"วาระสุดท้ายสำคัญมากที่สุด ให้หมั่นนึกถึงบุญกุศลที่ได้เคยสร้างมา ทั้งที่ทำความดีเพื่อศาสนา เพื่อพ่อแม่ เพื่อครอบครัว จิตใจที่แจ่มใสจะนำพาคุณยายไปสู่สุคติ ไปเกิดในภพภูมิที่ดี อย่าไปคิดถึงความเจ็บปวดทรมานเพราะจิตที่เศร้าหมองจะนำพาเราดิ่งลงไปสู่ทุกข์คดี ให้ทำใจให้ปล่อยวาง วาง เบาสบาย นึกถึงองค์พระสัมมาสัมพุทธเจ้าเข้าไว้ ไม่ต้องไปคิดถึงสิ่งรอบกายเพราะไม่มีสิ่งใดที่เราจะสามารถนำพาติดตัวไปในโลกหลังความตายได้นอกจากจิตใจอันบริสุทธิ์และกุศลผลบุญทั้งหลายของเราเท่านั้นเอง" (ผู้ดูแลยี่สุน่, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2556)

วันที่จะจากไปคุณยายยี่สุน่ได้ขอให้เอาเครื่องช่วยหายใจออกและบอกผู้ดูแลให้ตามญาติพี่น้องมาให้ครบทุกคนโดยบอกว่า "โทรบอกทุกคนให้มาหาแม่วันนี้ แม่ใกล้จะไปแล้ว พ่อมารอแม่มานานแล้ว นี่ยายก็มา ทวดก็มาหา ไม่พันคืนนี้แน่ลูกเอ๊ย" (ผู้ดูแลยี่สุน่, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2556) แล้วตลอดทั้งวันคุณยายก็มีอาการเพ้อพูดถึงญาติพี่น้องที่ตายไปแล้วว่ามาหา จนกระทั่งช่วงเย็นที่ครอบครัวมาจับพร้อมหน้า คุณยายก็เรียกทุกคนให้เข้าไปใกล้ๆแล้วก็ยื่นมือมาจับ จับแล้วก็บอกว่า "จะไปแล้ว" (ผู้ดูแลยี่สุน่, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2556) พูดเสร็จก็ถอนหายใจ 2 - 3 หนแล้วจึงจากไปด้วยใบหน้าอัมเอบที่มีลูกหลานมาห้อมล้อมกันพร้อมหน้า

## สรุป

มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของคุณยายยี่สุน่ถูกสร้างขึ้นเมื่อแพทย์ได้ทำการตรวจเอ็กซเรย์เต้านมอย่างละเอียดถี่ถ้วนแล้วแจ้งให้คุณยายทราบว่ามียีนเนื้อขนาด 3 ซม. อยู่ภายในเต้านมข้างซ้ายและมีความเสี่ยงที่จะเป็นเนื้อร้ายสูง เมื่อได้ยินเช่นนั้นคุณยายก็ซึมๆและมีท่าทีวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลา เพราะจากประสบการณ์ที่สั่งสมมาตลอดชีวิตทั้งจากการอ่านหนังสือ ดูทีวีและพบเห็นคนเกิดแก่ เจ็บ ตายมากมายจึงทำให้รับรู้ว่ามีเรื่องเป็นโรคร้ายแรงที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และก่อนตายจะต้องไปเข้ารับยาเคมีบำบัดและฉายแสงอยู่หลายครั้งจนสภาพร่างกายสู้ไม่ไหวและตายไปด้วยความทรมาน ดังนั้นช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ก่อนที่จะเข้ารับการรักษา คุณยายจึงหมั่นสวดมนต์ ใส่บาตรและไปทำบุญถวายสังฆทานที่วัดทุกวันเพื่อหวังให้บุญกุศลช่วยจัดโรคร้ายให้หายไป และในที่สุดเมื่อการผ่าตัดผ่านไปด้วยดีคุณยายก็เริ่มคลายความวิตกกังวล

ช่วงแรกเริ่มเจ็บป่วย คุณยายมีท่าทีกังวลต่อการต้องสูญเสียอวัยวะส่วนหนึ่งของตนเองไปจึงพยายามต่อรองกับแพทย์ให้ช่วยหาหนทางอื่นในการรักษาเพราะไม่อยากถูกตัดเต้านม หากแต่ภายหลังการผ่าตัดที่ทุกอย่างผ่านไปด้วยดี เมื่ออาการเจ็บป่วยทางกายทุเลาลง สภาพทางจิตใจของคุณยายจึงกลับมาสดชื่นแจ่มใสอีกครั้ง จนกระทั่งลิ้มความสูญเสียดังกล่าวไปได้และกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ ทุกอย่างดำเนินไปด้วยดีจนกระทั่งวันหนึ่งที่คุณยายเกิดอุบัติเหตุเป็นลมในห้องน้ำ ช่วงสภาวะใกล้หมดสติและหมดลมหายใจนั่นเองที่ทำให้คุณยายเริ่มกลับมาตระหนักครุ่นคิดถึงภาวะใกล้ตายและความตายอีกครั้ง นั่นคือคุณยายกังวลไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตนเองก่อนที่จะตายและกลัวไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นหลังจากที่ตนได้ตายไปแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสวนยางและสวนผลไม้ที่แกร้งมากที่สุดจึงได้เตรียมจัดการทุกอย่างเอาไว้แต่เนิ่นๆ และหมั่นทำบุญสร้างกุศลอยู่เรื่อยๆ เพื่อหวังให้ผลบุญเหล่านั้นช่วยให้ตนมีสติรู้ตัวเสมอจนกระทั่งลมหายใจสุดท้าย ทั้งนี้คุณยายมีความกลัวต่อการถูกพลัดพรากจากครอบครัวอันเป็นที่รักไปจึงพยายามที่จะอดทนอดกลั้นต่อความเจ็บปวดทรมานจากการรักษาทางกายภาพเพราะอยากที่จะยืดชีวิตของตนเองให้ยืนยาวต่อไปเพื่อจะได้มีเวลาอยู่กับครอบครัวได้อีกนานๆ และไม่ยากที่จะจากไปอย่างโดดเดี่ยวจึงได้ให้ลูกสาวมาคอยอยู่เคียงข้างดูแลตลอดเวลา และทำที่สุดคุณยายกลัวการเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากโรคร้ายจึงขอให้แพทย์ยุติการรักษาด้วยเครื่องช่วยยื้อชีวิตต่างๆ โดยขอรับเพียงแค่น้ำเกลือ ยาแก้ปวดและเครื่องช่วยหายใจเมื่อหายใจเองไม่คอยได้เท่านั้น ช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตคุณยายยังได้รับ การดูแลเป็นอย่างดีจากทั้งครอบครัวและทีมสุขภาพที่หมั่นมาเยี่ยมพูดคุยให้กำลังใจอยู่เสมอๆ โดยมีการช่วยฟื้นฟูทางจิตใจและจิตวิญญาณด้วยการอ่านหนังสือธรรมะ ฟังซีดีธรรมะ สวดมนต์ แผ่เมตตา ทำสมาธิ ใส่บาตร รวมถึงทำบุญบริจาคทานให้แก่วัดและมูลนิธิต่างๆ มากมาย จนกระทั่งครบ 2 เดือนตามที่แพทย์ได้แจ้งไว้ล่วงหน้าคุณยายก็ได้จากไปอย่างสงบท่ามกลางลูกๆ หลานๆ ที่มาห้อมล้อมกันพร้อมหน้า

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการได้รับความช่วยเหลือทั้งในรูปแบบของการช่วยฟื้นฟูสุขภาพกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเป็นอย่างดีจากทีมสุขภาพและครอบครัวสามารถช่วยให้ช่วงระยะเวลา 2 เดือนสุดท้ายของคุณยายยังได้รับ การเติมเต็มทั้งในส่วนของคุณภาพชีวิตและจิตวิญญาณอย่างดี จึงทำให้คุณยายสามารถตั้งมั่นนึกถึงสิ่งดีงาม เตรียมจิตใจให้พร้อมที่จะปล่อยวางและในที่สุดก็ได้จากไปอย่างสงบโดยปราศจากเทคโนโลยีและอุปกรณ์ช่วยยืดชีวิตต่างๆ ได้

**ผู้ป่วยคนที่ 8 : พุดซ้อน** อายุ 73 ปี ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยเริ่มต้นจากตอนแรกมีอาการปวดท้อง ถ่ายกะปริดกะปรอย ท้องเสียสลับกับท้องผูกและบางครั้งมีเลือดปนออกมาในอุจจาระด้วย ผู้ดูแลซึ่งเป็นลูกสาวจึงจะพาไปตรวจที่คลินิกแถวบ้าน แต่พุดซ้อนไม่อยากไปจึงบอกกับลูกสาวว่า **"ไปทำไม แต่ต้องเสียเงินยากกระต่ายบินก็หาย ไม่ไปหรอก เปลืองเงินเปลืองทองเปล่าๆ"** (ผู้ดูแลพุดซ้อน, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2556) แต่เมื่อป่วยอยู่นานหลายวันจนร่างกายอ่อนเพลียไม่มีแรงในที่สุดพุดซ้อนจึงยอมไปตรวจที่คลินิก ภายหลังจากที่แพทย์ได้ตรวจอาการเบื้องต้นแล้วก็แจ้งผลวินิจฉัยให้พุดซ้อนและผู้ดูแลทราบว่าอาการดังกล่าวเกิดจากอาหารเป็นพิษให้ทานยา เกลือแร่และนอนพักผ่อนมากๆ 2 - 3

วันก็หาย หากแต่ผ่านไปหลายวันนอกจากอาการจะไม่ทุเลาลงแล้วพุดซ้อนกลับยังมีอาการอ่อนเพลีย เป็นไข้ต่ำๆ คลื่นไส้ อาเจียน ทานอาหารได้น้อยและดูผอมซีดผิดปกติ ผู้ดูแลเห็นท่าไม่ค่อยดีจึงรีบพาไปตรวจที่โรงพยาบาลรัฐชื่อดังแห่งหนึ่ง แพทย์ได้นำเอาอุจจาระไปตรวจ จากนั้นก็ทำการตรวจด้วยวิธีการส่องกล้องทางทวารหนักและได้ตัดชิ้นเนื้อบริเวณนั้นไปตรวจ ผลตรวจออกมาว่าพุดซ้อนเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ระยะที่ 3 ซึ่งมะเร็งได้ลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียงแล้ว แพทย์แนะนำให้รักษาด้วยการผ่าตัดเอาลำไส้ส่วนที่เป็นโรค (ด้านขวา) และต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียงออกไป ทันทันที่ได้ฟังคำอธิบายเกี่ยวกับโรคร้ายไข้เจ็บที่ตนกำลังประสบอยู่พุดซ้อนก็มีท่าที่ตกใจเป็นกังวลเครียดมากจนทำอะไรไม่ถูกไปชั่วขณะเพราะข่าวร้ายที่ได้รับฟังมันเกิดขึ้นอย่างกะทันหันและรวดเร็วเกินกว่าที่เตรียมรับมือเอาไว้ พุดซ้อนจึงได้ถามแพทย์ซ้ำๆ อยู่หลายครั้งว่า

*"แล้วมันจะหายไหมคะ ผ่าตัดเจ็บรีเปลา่ ผ่าแล้วหายเลยใช่ไหม ถ้าไม่ผ่าละฉันจะตายเร็วๆ นี้เลยหรือ ทำไมเพิ่งมามีอาการ ก่อนหน้านี้ฉันแข็งแรงดีมาตลอด ไปออกกำลังกายทุกวันเลยนะ ทำไมต้องมาเกิดขึ้นกับคนแก่อย่างฉันด้วย"* (ผู้ดูแลพุดซ้อน, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2556)

ทั้งแพทย์และผู้ดูแลต้องอธิบาย ให้กำลังใจและเกลี้ยกล่อมอยู่นานพักหนึ่งพุดซ้อนจึงยอมเข้ารับการผ่าตัด เมื่อการผ่าตัดผ่านพ้นไปด้วยดี พุดซ้อนได้นอนพักฟื้นอยู่ที่โรงพยาบาลนานประมาณ 3 สัปดาห์แล้วจึงกลับบ้าน โดยแพทย์ได้อธิบายให้ทราบว่

*"จะต้องมาตรวจและมาเข้ารับการรักษาดูแลด้วยการให้ยาเคมีบำบัดและฉายแสงตามทีมนัดอย่างสม่ำเสมอ พักผ่อนมากๆ ให้ทานอาหารอ่อนๆ ย่อยง่าย มีกากใย เช่นพวกข้าวต้มปลา ผักต้มรวมมิตร ซุปผัก น้ำเต้าหู้ ผัก ผลไม้ อย่าเครียดทำให้เบื่อกับงานแล้วพอรักษาหาย คุณยายก็จะกลับมาสุขภาพดีเหมือนเดิม"* (ผู้ดูแลพุดซ้อน, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2556)

พุดซ้อนปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ผู้รักษาอย่างเคร่งครัดเพราะหวังว่าจะหายขาดจากโรคได้ หากแต่พอผ่านไป 3 เดือนพุดซ้อนต้องกลับเข้ามารักษาที่โรงพยาบาลอีกครั้งเนื่องจากมีอาการปวดและเจ็บในท้องมาก เวลาขับถ่ายก็มีเลือดปนออกจากรูด้วย เมื่อแพทย์ตรวจเสร็จก็ได้แจ้งให้ทราบว่า *"ตอนนี้มะเร็งได้ลุกลามไปมากแล้ว ควรผ่าตัดเปิดหน้าท้องทำทวารเทียมโดยเอาปลายลำไส้ส่วนที่เหลืออยู่เปิดออกทางหน้าท้องเพื่อระบายของเสีย ซึ่งถือเป็นการรักษาตามสภาพและอาการของผู้ป่วย"* (ผู้ดูแลพุดซ้อน, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2556) เมื่อได้ยินดังนั้นพุดซ้อนก็ตกใจกลัว ประกอบกับสามารถทำใจกับความเจ็บปวดขงโรคร้ายได้มากขึ้นแล้วจึงปฏิเสธที่จะเข้ารับการผ่าตัดตามที่แพทย์แนะนำ โดยให้เหตุผลว่า *"แม่แก่มากแล้วรักษาไปก็ไม่หาย ต้องมารักษาอีกก็ครั้งกว่าแม่จะตาย แม่ทนเจ็บปวดตอนนี้แล้วตายไปด้วยโรคร้ายใจแม่ยังสงบมากกว่าต้องมาตายเพราะทนเจ็บจากการรักษา"*

*พวกนี้"* (ผู้ดูแลพุดซ้อน, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2556) แต่ในที่สุดพุดซ้อนก็ยอมเข้ารับการรักษาเพราะได้รับกำลังใจดีจากลูกๆหลานๆที่หมั่นมาคอยเยี่ยมเยียนกันเสมอทุกวัน โดยพุดซ้อนได้บอกกับลูกสาว ซึ่งเป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดว่า *"แม่อยากอยู่ถึงวันที่เจ้าเอก(นามสมมติของหลายชาย)เรียนจบรับปริญญา ถ้าการผ่าตัดนี้จะทำให้แม่อยู่ถึงวันนั้นได้ แม่ฝากก็ได้"* (ผู้ดูแลพุดซ้อน, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2556)

ภายหลังผ่าตัดเปิดหน้าท้องทำทวารเทียมเรียบร้อยแล้ว พุดซ้อนได้อยู่บนอนพักฟื้นที่โรงพยาบาลนานประมาณ 1 เดือน แล้วจึงกลับไปพักฟื้นที่บ้าน แต่เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ไม่ถึงเดือนพุดซ้อนก็มีอาการทรุดลงอย่างรุนแรง ทั้งทานอาหารไม่ได้ หายใจไม่ค่อยออกและนอนขมตลอดทั้งวัน ลูกสาวและหลานชายจึงพามาตรวจดูอาการที่โรงพยาบาลอีกครั้ง เมื่อแพทย์ตรวจอย่างถี่ถ้วนแล้วจึงได้อธิบายให้ญาติๆทราบว่

*"ตอนที่ผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายแล้ว มะเร็งลามไปที่ปอดและตับจึงทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เหนื่อย ไม่มีแรง ซุปซิด ตาเหลือง หายใจอ่อน รวมถึงมีอาการปวดตามตัวจากการกระจายตัวของมะเร็งด้วย การรักษาที่ดีที่สุด在这种情况下คือรักษาแบบประคับประคองตามอาการและควรให้ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวอยู่ที่นี้เพื่อที่จะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากหมอและพยาบาล"* (ผู้ดูแลพุดซ้อน, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2556)

เมื่อทุกคนได้ยินคำบอกเล่าเช่นนั้นจากแพทย์ผู้รักษาต่างก็พากันเสียใจ เครียดและวิตกกังวลกันไปต่างๆนาๆ ทั้งนี้ทุกคนได้ตกลงกันว่าจะไม่บอกให้พุดซ้อนรู้เพราะไม่อยากให้เครียดและหวาดกลัวต่อความตายที่กำลังจะมาเยือนจึงพยายามที่จะบ่ายเบี่ยงไม่พูดถึงเรื่องนี้กับพุดซ้อน แต่เมื่อพุดซ้อนต้องนอนรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลนานเป็นสัปดาห์โดยอยู่ท่ามกลางการให้ออกซิเจน ให้อาหารทางสายยาง ขับถ่ายทางทวารเทียมและให้ยาแก้ปวดทางหลอดเลือดดำตลอดเวลาจึงทำให้ยิ่งเกิดความสงสัยมากขึ้น แต่เมื่อถามใครก็ไม่มีการบอก จนในที่สุดวันหนึ่งเมื่อหลานชายสุดที่รักมาเยี่ยมพุดซ้อนจึงถามหลายชายตรงๆว่า

*"บอกยายมาเถอะลูก ยายเป็นมะเร็งถึงขั้นไหนแล้ว หมอว่าไงบ้างใกล้หายหรือยังถามแม่เราเขาก็ไม่บอก บอกแต่ว่าเดี๋ยวก็หาย หมอให้ออนดูอาการสักพัก แต่ไม่เอาแล้ว ยายอยากกลับบ้าน อยู่ที่นี่อี๊ดอัด บรรยากาศไม่ดี มันเศร้าๆโหวงๆพิกลกลางคืนยายต้องนอนคนเดียว น่ากลัว นอนไม่ค่อยหลับ พายายกลับบ้านเถอะ"* (ผู้ดูแลพุดซ้อน, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2556)

คำขอร้องของพุดซ้อนทำให้หลานชายรู้สึกสงสารและเห็นใจมากจึงนำความมาปรึกษามารดาซึ่งเป็นผู้ดูแลพุดซ้อนอย่างใกล้ชิด ทั้งสองตกลงใจกันว่าจะค่อยๆพุดบอกความจริงกับพุดซ้อนทีละน้อยเพื่อไม่ให้ตกใจและวิตกกังวล ดังนั้นตลอดระยะเวลา 2 เดือนสุดท้ายก่อนที่พุดซ้อนจะจากไปผู้ดูแลก็ได้หมั่น

มาเยี่ยมชวนพูดคุย ปล่อยขวัญและให้กำลังใจอยู่เสมอ โดยมีทีมหมอ พยาบาลและเจ้าหน้าที่คอยปลัดกัน มาเยี่ยมเยียนดูแลอยู่เป็นประจำทุกวัน หากแต่ยิ่งเวลาผ่านไปผู้ดูแลก็พบว่าพูดคุยค่อนข้างจะซึมๆ และพูดคุยกับคนรอบข้างน้อยลง ตลอดจนไม่ค่อยบอกหรือแสดงท่าทีเจ็บปวดให้ได้เห็น ซึ่งอาจเกิดจากความพยายามที่จะอดทนอดกลั้นต่ออาการเจ็บปวดและพยายามทำใจต่อการพลัดพรากที่กำลังจะเกิดขึ้นในไม่ช้า ยิ่งพูดคุยอดทนต่อความเจ็บปวดมากเท่าไรก็ยิ่งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกแย่มากขึ้นเพราะเสียใจที่ไม่สามารถช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับมารดาได้ ดังนั้นเมื่อทีมสุขภาพที่เข้ามาช่วยดูแลประคับประคองผู้ป่วยสังเกตเห็นเช่นนั้นจึงได้แนะนำว่า **"ให้คอยมาจับ มาสัมผัสลูบเนื้อตัวผู้ป่วย ให้มาคอยช่วยเช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้าและให้คอยเอาลิปมันมาทาปากให้แก่ผู้ป่วย ปากจะได้ไม่แห้ง"** (ผู้ดูแลพูดคุย, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2556) ซึ่งผู้ดูแลได้เล่าว่า

*"ความจริงแล้วสิ่งเหล่านี้เป็นหน้าที่ของพยาบาล แต่พอน้ำได้มาทำสิ่งเหล่านี้ให้กับแม่ด้วยตัวเองก็ทำให้น้ำรู้สึกว่าย่างน้อยน้ำก็ได้มีส่วนช่วยดูแลแม่ยามที่แม่ป่วยหนัก เพราะการได้สัมผัสและเนื้อต้องตัวก็เป็นเหมือนการถ่ายทอดความรักที่มีต่อแม่วิธีหนึ่ง" (ผู้ดูแลพูดคุย, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2556)*

เมื่อทำเช่นนี้ทุกวัน ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลต่างก็รู้สึกดีขึ้นกล้าพูดคุยกล้าคุยกันมากขึ้นกว่าเดิม ส่งผลให้ตลอดช่วงที่ได้ดูแลในช่วงวาระสุดท้ายของพูดคุย ผู้ดูแลก็มักจะถามมารดาอยู่เสมอว่า **"แม่เป็นยังไงบ้าง แม่ปวดตรงไหนหรือเปล่า แม่ปวดยังไง"** (ผู้ดูแลพูดคุย, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2556) พอพูดคุยกันได้ยินเช่นนั้นพร้อมได้รับสัมผัสอ่อนอบอุ่นใกล้ชิดจากลูกก็จะยิ้มให้และตอบแต่เพียงว่า **"ไม่ปวดหรอกลูก"** และบางครั้งเมื่ออยู่กันเพียงลำพังสองคน ผู้ดูแลก็มักจะพูดคุยกับผู้ดูแลว่า **"ถ้าหากว่าแม่เป็นอะไรไปก็อย่าเสียใจนะลูกเพราะลูกได้ทำหน้าที่ของลูกอย่างดีที่สุดแล้ว แม่โชคดีที่มีลูกคอยมาดูแล"** (ผู้ดูแลพูดคุย, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2556) ทุกอย่างดำเนินเช่นนี้ไปเรื่อยๆ จนกระทั่งถึงช่วง 2 สัปดาห์สุดท้ายพูดคุยกันก็ได้พูดคุยกับผู้ดูแลว่า **"แม่อยากกลับบ้าน แม่อยากไปวัด วันพระวันไหน อยากฟังเทศน์ ถ้าตายขอตายที่บ้านนะ ตายที่นี่ไม่เอาใจมันไม่เป็นสุข"** (ผู้ดูแลพูดคุย, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2556)

เมื่อได้ยินเช่นนั้นผู้ดูแลก็ก้มหน้าแล้วบอกกับพูดคุยว่า **"เดี๋ยวหนูจะปิดร้านมาอยู่เป็นเพื่อนแม่ที่นี้เอง จะอยู่กับแม่ทั้งวันเลย...เลยวันพระมาแล้ว เปิดซีดีฟังเอาแล้วกันนะ"** (ผู้ดูแลพูดคุย, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2556) ดังนั้นตลอดทั้งวันที่ได้อยู่เฝ้าดูแลมารดา ผู้ดูแลก็จะคอยอ่านหนังสือกุแห่งกรรมที่พูดคุยชอบและเปิดเทปธรรมะให้ฟังเสมอทุกวัน พร้อมทั้งได้รับคำแนะนำจากพยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์ของทีมประคับประคองว่าให้คอยพูดคุยถึงสิ่งดีๆ เพื่อให้พูดคุยสบายใจและผ่อนคลาย ผู้ดูแลจึงมักพูดคุยกับพูดคุยอยู่บ่อยๆว่า

*"ขอให้แม่นึกถึงบุญกุศลทั้งหมดที่เคยทำมา แม่ช่วยบำรุงวัดวาอารามอยู่เสมอ แม่ร่วมสร้างพระพุทธรูปมากมายและได้ช่วยอุปถัมภ์พระสงฆ์สามเณร มีใจศรัทธาใน*

พระพุทธรูปศาสนามาตลอด ขอให้แม่นึกถึงพระพุทธรูปที่แม่ช่วยสร้างเอาไว้เสมอเนะ แม่เป็นคนคืออยู่ในศีลในธรรมเสมอมา แม่ได้ใส่บาตรทุกเช้า ไปถวายสังฆทานเป็นประจำ แม่มั่นใจได้เลยว่าบุญกุศลทั้งหลายและความดีทั้งหมดที่แม่เคยทำมาตลอด ทั้งชีวิตจะช่วยนำพาแม่ให้ไปสู่สัมปรายภพที่ดี สิ่งเหล่านี้จะเป็นแสงสว่างส่องนำทางให้แม่เอง" (ผู้ดูแลพุทซ้อน, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2556)

การได้รับกำลังใจและการดูแลอย่างใกล้ชิดอย่างสม่ำเสมอสามารถช่วยให้อาการทางกายของพุทซ้อนทรงตัวอยู่ได้นานหลายวัน ในขณะที่อาการทางใจก็เริ่มมีที่ท่าว่าจะสงบและปล่อยวางได้มากขึ้น พุทซ้อนเริ่มกลับมาเป็นคุณยายที่ยิ้มแย้ม อารมณ์ดีและคุยเก่งอีกครั้ง ซึ่งทำให้ครอบครัวทั้งทีมีสุขภาพครอบครัวและเพื่อนต่างพากันสบายอกสบายใจไปตามๆกัน เหตุการณ์ความสงบผ่านไปด้วยดีจนกระทั่งถึงช่วงเวลา 2 - 3 วันก่อนที่จะเสียชีวิต อาการของพุทซ้อนได้ทรุดลงอย่างรวดเร็วจนไม่สามารถพูดได้ ได้แต่นอนหลับตาอยู่นิ่งๆท่ามกลางเครื่องช่วยชีวิตมากมาย เมื่อผู้ดูแลเห็นดังนั้นจึงโทรตามญาติพี่น้องให้รีบมาดูใจพุทซ้อนอย่างเร่งด่วน พอหลานชายมาถึงก็เข้าไปจับมือลูบแขนพุทซ้อน ปรากฏว่าพุทซ้อนได้บีบมือกลับและลืมตาพร้อมทั้งส่งสัญญาณให้เอาเครื่องให้ออกซิเจนออก พุทซ้อนได้พูดกับหลานชายว่า **"ยายคงไม่ไหวแล้วคงไม่ได้เห็นวันที่หลานเรียนจบ ตั้งใจเรียนนะลูก ดูแลตา ดูแลพ่อแม่และน้องนะ"** (ผู้ดูแลพุทซ้อน, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2556) และไม่รู้ว่เพราะเหตุใด พุทซ้อนสามารถลุกขึ้นมานั่งพูดคุยกับญาติพี่น้องได้อีกครั้ง ทั้งนี้พุทซ้อนได้เล่าว่า

"พ่อของยายตายไปตั้งแต่ยายยังเด็ก แต่ตอนนั้นยายก็จำความได้แล้วว่าพ่อหนะตายแล้วพิน เข้าโลงไปแล้วสองวันก็เคาะเรียก ลับหรือไปเปิดฝาโลง เชื้อไหมพอกแกลงไม่ตาย พินมาขอกินน้ำ ล้างหน้า พินมาได้สองคืน มาพูดเล่าให้ทุกคนทำบุญ อย่าทำบาป ตอนแกตายแกไปเห็นคนเป็นซู้ คนทำบาปโดนทรมานน่ากลัว แล้วแกก็เล่าเยอะเยะเลยพอกครบสองคืนก็ตายจริง...อย่าร้องให้ ยายไม่ได้ไปไหน เกิด แก่ เจ็บ ตายเป็นธรรมดา ลักวันเอกกับเอ็งก็ต้องตาย หมั่นทำบุญกันนะ ชาติหน้าจะได้เจอกันอีก" (ผู้ดูแลพุทซ้อน, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2556)

พอตกตอนเย็น พุทซ้อนก็ขอลับบ้าน ผู้ดูแลจึงไปขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้ หากแต่แพทย์ติงว่า "ผู้ป่วยไม่มีแรงมากพอที่จะกลับบ้านได้ ใกล้ถึงเวลาที่เขาจะไปแล้วให้เตรียมสภาพจิตใจของผู้ป่วยให้พร้อมดีกว่า" แต่ผู้ดูแลอยากที่จะทำตามความประสงค์สุดท้ายของผู้ป่วยจึงได้รีบรื้อกับแพทย์อยู่นาน ในที่สุดแพทย์จึงอนุญาตให้พุทซ้อนกลับบ้านได้ เมื่อพุทซ้อนรู้ว่าจะได้กลับบ้านก็ยิ้มให้ผู้ดูแลตลอดทางกลับบ้าน ผู้ดูแลก็คอยจับมือและพูดปลอบขวัญให้กำลังใจกับพุทซ้อนตลอดทางจนกระทั่งถึงบ้าน ทั้งหมดเดินทางมาถึงบ้านราวๆ 2 ทุ่ม วาระสุดท้ายของพุทซ้อนจึงเต็มไปด้วยความอึ้งใจเพราะได้กลับมาเห็นหน้าสามีที่ป่วยเป็นอัมพฤกษ์อีกครั้งหลังจากที่ไม่ได้เห็นหน้ากันมานานหลายเดือน พุทซ้อนกลับมานอนพักอยู่บนเตียงชั้นล่างอยู่ประมาณ 15 นาที ซึ่งในขณะนั้นผู้ดูแลก็คอยกระซิบข้างหูอยู่ตลอดว่า **"พุทโรพุทโร"**

พุทธโธ" (ผู้ดูแลพุดซ้อน, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2556) แล้วในที่สุดพุดซ้อนก็ค่อยๆหลับตาและจากไปอย่างสงบท่ามกลางบ้านและครอบครัวอันเป็นที่รัก

### สรุป

มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของพุดซ้อนมีภาพชัดเจนขึ้นเมื่อผลตรวจออกมาว่าตนป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 3 ซึ่งมะเร็งได้ลุกลามเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียงแล้ว จึงต้องผ่าตัดเอาลำไส้ส่วนที่เป็นโรคและต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียงนั้นออกไป ทันทันที่ได้ยินวินิจฉัยจากแพทย์ เช่นนั้นพุดซ้อนก็มีท่าทีตกใจ กังวลและเครียดมากจนพุดตัดพ้อต่อโชคชะตาชีวิตของตนเองที่ต้องมาป่วยตอนอายุมากให้คนรอบข้างฟังและยิ่งเมื่อเวลาผ่านไปการดำเนินของโรครก็ยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้นส่งผลให้ลักษณะอาการทางกายภาพของพุดซ้อนดูไม่มีที่ท่าว่าจะทุเลาลงจึงต้องนอนรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลนานเป็นเดือน และเมื่อต้องใช้ชีวิตอยู่ในโรงพยาบาลนานหลายเดือนก็ยิ่งทำให้พุดซ้อนเกิดความรู้สึกหวาดกลัวต่อภาวะใกล้ตายและความตายที่กำลังจะมาเยือนตนเองมากขึ้นเพราะตลอดระยะเวลาที่นอนรักษาตัวพุดซ้อนได้พบเห็นความเจ็บปวดและความทรมานทรมานอันเกิดจากโรคร้ายแรงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยรายอื่นๆจำนวนหลายรายจึงทำให้พุดซ้อนเริ่มตระหนักคิดถึงความเจ็บป่วย ภาวะใกล้ตายและความตายในแง่ลบมากยิ่งขึ้น

กล่าวคือพุดซ้อนหวาดกลัวต่อภาวะใกล้ตายและความตายเพราะกังวลไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้น กับตนเองก่อนที่จะตาย โดยกลัวว่าตนจะต้องทุกข์ทรมานทรมานทรมานเหมือนภาพที่ได้เห็น ประกอบกับกังวลไม่รู้ว่าตนจะมีชีวิตอยู่ได้อีกนานแค่ไหนจึงทำให้ในแต่ละวันเฝ้าครุ่นคิดถึงแต่ความตายจนละเลยที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างไป อีกทั้งพุดซ้อนยังรู้สึกกลัวกับการที่จะต้องอยู่คนเดียวเพียงลำพังในโรงพยาบาลจึงรู้สึกอุ่นใจเสมอเมื่อมีคนมาเยี่ยมและมาอยู่เป็นเพื่อนคอยพุดคุยและให้กำลังใจ ที่เป็นเช่นนี้เพราะพุดซ้อนกลัวความเศร้าโศกเสียใจกับความตายที่กำลังจะมาเยือน เนื่องจากการป่วยที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันยังไม่ทันได้เตรียมตัวและเตรียมใจเอาไว้ล่วงหน้า ภาวะทางจิตใจจากเดิมที่แจ่มใสอารมณ์ดีจึงเกิดภาวะซ็อกและดึงไปทางลบทันทีเพราะถึงแม้ว่าอายุจะมากผ่านชีวิตมาเยอะ หากแต่พุดซ้อนก็ยังกลัวที่จะต้องพลัดพรากจากครอบครัวที่ตนรักไปตลอดกาลจึงทำให้ทำใจต่อการจากลาในครั้งนี้ได้ยาก นอกจากนี้พุดซ้อนได้กลัวกับการต้องสูญเสียระบบการควบคุมตนเองจนต้องไปพึ่งพาผู้อื่นเพราะตลอดชีวิตที่ผ่านมาพุดซ้อนพึ่งพาตนเองมาโดยตลอดจึงทำให้บ่อยครั้งเธอปฏิเสธที่จะเข้ารับการรักษาไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัด การทำคีโมหรือการฉายแสงด้วยเหตุผลที่ว่าไม่อยากจะเสียทั้งเงินและเวลา ตลอดจนไม่อยากจะจะเป็นภาระให้กับคนอื่นด้วย แต่เมื่อทุกอย่างไม่เป็นดังใจหวังจึงเกิดความ รู้สึกอึดอัดใจยิ่งขึ้น และท้ายที่สุดเมื่อโรคได้ดำเนินมาถึงระยะสุดท้ายพุดซ้อนก็เกิดกลัวความเจ็บปวดและทรมานทั้งจากโรคร้ายแรงและจากกระบวนการรักษาพุดซ้อนจึงขอยุติการรักษาต่างๆและกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน หากแต่เมื่อพุดซ้อนได้รับการประคับประคองเอาใจใส่และการดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นอย่างดีจากครอบครัวและทีมสุขภาพที่คอยมาช่วยช่วยฟื้นฟูทั้งทางกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณให้อยู่เสมอจึงทำให้ช่วงวาระสุดท้าย

ของพุดซ้อนเกิดความเข้าใจต่อสัจธรรมของโลกที่มีเกิด แก่ เจ็บและตายมากขึ้น ความสงบจึงเกิดขึ้นในจิตใจและในที่สุดก็ได้จากไปด้วยความอ้อมเอมใจที่ได้จากไปอย่างสงบท่ามกลางสามี ลูกๆ และหลานๆ ภายในบ้านอันอบอุ่นของเธอเอง

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการได้รับความช่วยเหลือทั้งในรูปแบบของการช่วยฟื้นฟูสุขภาพกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเป็นอย่างดีจากทีมสุขภาพและครอบครัวสามารถช่วยให้ช่วงระยะเวลา 2 เดือนสุดท้ายของพุดซ้อนได้รับการเติมเต็มทั้งในส่วนของคุณภาพชีวิตและจิตวิญญาณอย่างดี จึงทำให้เกิดความสงบทางจิตใจสามารถปล่อยวางและในที่สุดก็ได้จากไปอย่างสงบโดยปราศจากเทคโนโลยีและอุปกรณ์ช่วยยืดชีวิตต่างๆ ได้

**ผู้ป่วยคนที่ 9 : พิกุล** อายุ 78 ปี ป่วยเป็นมะเร็งหลอดอาหารตั้งแต่เมื่ออายุ 74 ปี จากตอนแรกที่คุณยายเริ่มมีอาการกลืนอาหารไม่สะดวก รู้สึกติดขัด กลืนอาหารแล้วเจ็บ รวมถึงมีอาการไอและสำคัญขณะรับประทานอาหารและมักมีเสลดอยู่บ่อยๆ จึงทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อไม่อยากจะทานอาหาร จนทำให้น้ำหนักลดและร่างกายผ่ายผอมลงเรื่อยๆ หากแต่คุณยายเข้าใจว่าอาการเหล่านี้เป็นอาการทั่วไปของคนอายุมากจึงไม่ได้ไปหาหมอเพื่อตรวจดูอาการ แต่แก้ไขอาการเหล่านั้นด้วยการทานชาร้อน ชุปร้อน และทานยาลมยาหอมสมุนไพรต่างๆ เพื่อช่วยให้ชุ่มคอและเป็นการบำรุงสุขภาพไปในตัวด้วย หากแต่เมื่อป่วยอยู่นานเป็นสัปดาห์อาการเรื้อรังเหล่านั้นก็ยิ่งแยลงเรื่อยๆ คุณยายเริ่มมีอาการเสียงแหบ ไอแห้งๆ และสั่นบ่อยขึ้น ญาติจึงพาไปโรงพยาบาล

ภายหลังจากที่แพทย์ได้ทำการตรวจเอ็กซเรย์เพื่อดูการลุกลามและได้ส่องกล้องทางเดินอาหารเพื่อตรวจชิ้นเนื้อ ก็ทำให้ทราบว่าคุณยายพิกุลเป็นมะเร็งหลอดอาหารระยะที่สอง ซึ่งขณะที่ตรวจพบนี้ มะเร็งได้ลุกลามออกมานอกหลอดอาหารและกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้เคียงแล้ว เมื่อคุณยายได้ยินว่าเป็นมะเร็งก็เกิดเครียด วิตกกังวลและไม่แน่ใจถึงผลการวินิจฉัยจึงซักถามแพทย์ว่า **"ยายเป็นมะเร็งระยะ มะเร็งหลอดอาหารมันเป็นยังไง เคยได้ยินแต่มะเร็งปอด มะเร็งตับ เต้านม มะเร็งลำไส้ก็ว่าไปอย่าง นี่มะเร็งหลอดอาหารเกิดจากอะไร พอจะหายไหม ถ้าไม่รักษาล่ะจะอยู่ได้อีกกี่ปี"** (ผู้ดูแล พิกุล, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556) แพทย์จึงได้อธิบายให้เข้าใจว่า **"สาเหตุของการเจ็บป่วยของคุณยายเกิดจากการรับประทานของร้อนๆ เป็นประจำจึงทำให้หลอดอาหารเกิดการอักเสบและเสื่อมง่าย แนะนำให้คุณยายรักษาด้วยวิธีการฉายรังสีเพื่อลดขนาดก้อนมะเร็ง จากนั้นจึงค่อยผ่าตัดก้อนมะเร็งทิ้ง โอกาสหายยังมีสูงมาก"** (ผู้ดูแลพิกุล, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

เนื่องจากยังมีภารกิจที่อยากจะทำให้สำเร็จอีกหลายสิ่งทั้งไปร่วมเป็นเจ้าของทำบุญทอดกฐินประจำปี ร่วมเข้าพิธีเฉลิมฉลองทำบุญโบสถ์ใหม่ ไปเที่ยวภาคเหนือกับครอบครัวและรอดูหน้าเหลนคนใหม่ที่กำลังจะคลอดในอีกไม่กี่เดือนข้างหน้า คุณยายพิกุลจึงอยากที่จะมีชีวิตอยู่ต่อได้อีกนานๆ จึงไปอาราธนาหลวงปู่ทวด ให้หลวงปู่ท่านช่วยหาหนทางให้ได้พบเจอกับรูปแบบการรักษาที่ดีที่สามารถช่วยให้



อาการเจ็บป่วยเหล่านี้ทุเลาลงจนกระทั่งหายจากโรคภัย ภายหลังจากผ่าตัด คุณยายได้นอนพักฟื้นอยู่ที่โรงพยาบาลประมาณเกือบ 1 เดือนจนกระทั่งอาการโดยรวมดีขึ้นแล้วจึงกลับบ้าน เมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้านคุณยายได้มาเข้ารับการรักษาด้วยการฉายรังสีที่โรงพยาบาลอีกประมาณ 2 ครั้งแล้วก็ไม่ไปเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอีก โดยบอกกับน้องสาวผู้ที่คอยให้การดูแลอย่างใกล้ชิดว่า

"ไม่ไปแล้วนะ ไม่เอาแล้ว ร่างกายมันสู้ไม่ไหว แก่จนปุนนี่จะให้ไปฉายสงฉายแสง ทำไม่ฉายไปก็ยิ่งจะทำให้ตายไวเท่านั้น สู้กินยาสมุนไพร รักษาแบบพื้นบ้านของเรา นี้อายุท่าจะยืนกว่าอีก ดูเบาหวาน ความดันเป็นมาหลายสิบปียังไม่ตาย นี้อ่าหาหมอ กินยาเบาหวานตามหมอสั่ง ตายไปตั้งแต่มะโว้แล้ว" (ผู้ดูแลพิกุล, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

นับแต่นั้นเป็นต้นมาคุณยายพิกุลก็หันไปรักษาโรคมะเร็งด้วยวิธีแพทย์แผนไทย ซึ่งจะเน้นการรักษาแบบบำรุงสุขภาพควบคู่ไปกับการฟื้นฟูทางด้านจิตใจด้วย ได้แก่ การตื่นแต่เช้ามาออกกำลังกายรับประทานอาหารที่มีประโยชน์จำพวกผัก ผลไม้ ลดปริมาณเนื้อสัตว์ ของทอด ของมัน และของหวาน ทานยาสมุนไพร นวดคลายกล้ามเนื้อ ทำสมาธิและวิปัสสนา เป็นต้น การรักษารูปแบบนี้ทำให้คุณยายที่แม้ว่าจะป่วยกายแต่สีหน้าและแววตากลับดูสดชื่นแจ่มใส อารมณ์ดี อีกทั้งยังดูอ้วนท้วนมากขึ้นเพราะสามารถกินอึมนอนหลับได้ตามปกติ ทุกอย่างดำเนินมาด้วยดีจนกระทั่งผ่านไป 3 ปี อาการของคุณยายเกิดทรุดลงอย่างกะทันหัน ทั้งมีอาการอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยเนื้อตัว หายใจติดขัดและไม่สามารถกลืนอาหารทางปากได้ ทานได้แต่เพียงของเหลวจำพวกซूप นมและน้ำเท่านั้น ร่างกายจึงค่อยๆ ผ่ายผอมลงเรื่อยๆ เป็นเช่นนี้อยู่เกือบสัปดาห์ผู้ดูแลจึงพาไปโรงพยาบาล เมื่อแพทย์ตรวจอย่างละเอียดถี่ถ้วนแล้วก็ได้แจ้งให้ผู้ดูแลและญาติสนิทของคุณยายฟังว่า

"ตอนนี่มะเร็งได้ลามไปต่อมน้ำเหลือง ลามไปที่ปอดและกระดูกทำให้ไม่สามารถดำเนินการผ่าตัดหรือทำเคมีบำบัดให้ผู้ป่วยได้...คือคุณยายอยู่ในระยะสุดท้ายแล้ว ถ้าผ่าตัดเกรงว่าอาจทำให้เสียชีวิตได้เพราะสภาพร่างกายในตอนนี่ไม่พร้อมสำหรับการผ่าตัด หมอขอให้ญาติทำใจผู้ป่วยจะอยู่ได้อีกไม่เกิน 3 เดือน แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับกำลังใจของผู้ป่วยเองด้วย หมออยากให้ตลอดช่วง 3 เดือนนี้ผู้ป่วยนอนพักอยู่ที่นี้ เพราะมีหมอ พยาบาล เจ้าหน้าที่มาคอยมาดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง" (ผู้ดูแลพิกุล, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

ขณะอยู่โรงพยาบาลคุณยายพิกุลไม่สามารถกลืนอาหารทางปากได้จึงต้องผ่าตัดให้อาหารทางสายบริเวณหน้าท้องเข้าทางลำไส้เล็กแทน เพื่อให้ร่างกายของสามารถรับสารอาหารได้ตามปกติ ตลอดช่วงระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล 1 เดือนแรก คุณยายมักจะมีอาการซึมเศร้า ทั้งวันจะเอาแต่นอนหลับตา นิ่งๆไม่ค่อยพูดจากับใครและมักจะร้องขอให้ผู้ดูแลพากลับบ้านเสมอ โดยมักจะพูดว่า "เลิกพาที่กลับบ้าน

**ได้ไหม ไม่อยากอยู่ที่นี้แล้ว พยายามกลับบ้าน พยายามกลับไปตายที่บ้าน"** (ผู้ดูแลพิกุล, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556) ผู้ดูแลรู้สึกสงสารจึงไปปรึกษากับแพทย์ แพทย์เห็นว่าเป็นความประสงค์สุดท้ายของผู้ป่วยและเห็นว่ามิญาติคอยดูแลอย่างใกล้ชิดจึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ ก่อนที่จะพาคุณยายกลับไปพักผ่อนที่บ้านผู้ดูแลก็ได้รับคำแนะนำที่ดีๆจากทีมสุขภาพที่คอยหมั่นมาเยี่ยมเยียนดูแลระดับประคองกันมาตลอด 1 เดือนว่า

*"คุณยายจะนอนสบายขึ้นนะถ้าใช้เตียงแบบผู้ป่วยโดยเฉพาะเพราะปรับเอนได้สะดวก ต้องเตรียมที่นอนพองลมกันแผลกกดทับ มีเครื่องให้ออกซิเจน ที่ดูดเสมหะ เครื่องช่วยให้อาหารทางสายยาง...คอยชวนคุณยายพูดคุยถึงสิ่งที่ชอบ ฟังเพลง ฟังธรรมะคุณยายจะได้ใจสงบลืมความปวดได้บ้าง"* (ผู้ดูแลพิกุล, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้เกือบ 1 สัปดาห์ คุณยายพิกุลก็ร้องขออยากจะไปใช้ช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตที่วัด ซึ่งเป็นวัดที่อยู่แถวบ้านและเป็นวัดที่ครอบครัวมักจะไปทำบุญกันอยู่เสมอเป็นประจำ โดยบอกกับผู้ดูแลว่า **"เล็ก พยายามไปใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่วัด ไปเตรียมตัวตายที่วัดเลย ขอพักที่กุฏิหลังแรก ใกล้ศาลาทำวัตรที่สร้างใหม่จะได้ฟังเสียงสวดมนต์ ฟังพระเทศน์บ่อยๆและถ้าวันไหนมีแรงก็จะได้เดินไปฟังได้ใกล้ๆ ตายไปจะได้ไปสวรรค์"** (ผู้ดูแลพิกุล, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556) แต่ด้วยสภาพร่างกายที่อ่อนแอมากทำให้คุณยายไม่สามารถทำตั้งใจปรารถนาเช่นนั้นได้จึงได้แต่นอนฟังเสียงสวดมนต์จากซีดีธรรมะที่ผู้ดูแลเปิดให้ฟังเท่านั้น

ทั้งนี้พบว่าตลอดช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่คุณยายกลับมาพักผ่อนที่บ้าน คุณยายมักจะมีอาการนอนไม่หลับ ตกกลางคืนมักจะนอนกระสับกระส่าย เหงื่อออกมากและบางครั้งก็เพ้อถึงญาติพี่น้องที่เสียชีวิตไปแล้วว่า **"พ่อๆ มารับหรือ ไม่ไปยังไม่ไป...ยาย ยาย คิดถึงยาย...เดี๋ยวไปขอทำบุญก่อน"** (ผู้ดูแลพิกุล, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556) พอผู้ดูแลได้ยินเช่นนั้นก็รู้สึกใจไม่ตีจึงรีบเดินไปเปิดซีดีธรรมะแล้วกลับมาจับมือลูบแขนแล้วเรียกชื่อคุณยายเบาๆ เมื่อบทสวดมนต์ดำเนินผ่านเครื่องเล่นซีดีไปได้สักพักหนึ่งอาการกระสับกระส่ายก็ค่อยๆสงบนิ่งและหลับลงไปในที่สุด และเมื่อตื่นมาในตอนเช้าคุณยายก็จะมาเล่าให้พี่น้องฟังว่า **"เมื่อคืนพ่อมา พ่อมารับแล้ว แต่ฉันยังไม่ไปหรอก รอดูหน้าเหลนกับทอดกฐินให้เสร็จก่อน"** (ผู้ดูแลพิกุล, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556) ทั้งนี้พบว่านอกจากอาการนอนไม่หลับแล้วคุณยายแทบไม่เคยแสดงท่าทีถึงความเจ็บปวดทรมานอันเกิดจากการลุกลามของมะเร็งให้ผู้ดูแลและคนรอบข้างได้เห็นเลย ทั้งที่ในความจริงแล้วมะเร็งได้ลุกลามไปมากเกือบทุกส่วนของร่างกายแล้วก็ตาม ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลถามว่า **"ตอนนี้รู้สึกยังไง เป็นยังไงบ้าง อยากได้อะไรบ้างไหม"** (ผู้ดูแลพิกุล, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556) คุณยายก็จะตอบกลับมาด้วยเสียงแหบๆและเบาว่า

"เจ็บคอ กลืนน้ำลายแล้วเจ็บ ปวดไปหมด ไม่มีแรงจะขยับตัว แต่ยังพอทนไหว เจ็บป่วยแค่นี้ดีกว่าเกิดอุบัติเหตุเพราะยังได้รู้ตัวได้มีเวลาสั่งเสีย...มนุษย์เราเขาให้เกิดมาเพื่อได้พบเจอกับการเกิด การแก่ เจ็บป่วยแล้วก็ตาย ตอนนี้นำถึงเจ็บแล้ว อีกไม่นานก็คงถึงตาย ตายแล้วคงไม่เจ็บไม่ปวดแบบนี้อีก...อยากใส่บาตร พรุ่งนี้พาไปใส่ด้วยนะ อย่าลืมกองทุนปฏิสนธิ์ปีนี้จะทำให้พ่อให้แม่ อย่าลืมทำ แต่ไม่รู้จะอยู่ถึงไหม เหนื่อย" (ผู้ดูแลพิกุล, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

เมื่อผู้ดูแลได้ฟังคำปรารภรณาสุดท้ายของคุณยายพิกุล รุ่งเช้าผู้ดูแลจึงนิมนต์หลวงตาที่มาบิณฑบาตที่หน้าหลังบ้านทุกวัน ซึ่งมีความคุ้นเคยกันดีให้ขึ้นมาที่เรือนใหญ่เพื่อให้คุณยายได้ใส่บาตรถึงข้างเตียง พอใส่บาตรเสร็จหลวงตาก็ให้พรและถามไถ่อาการของคุณยายพร้อมทั้งพูดคุยกันเรื่องเป็นเจ้าภาพทำบุญอุทิศของที่วัดกัน เมื่อได้ใส่บาตรและได้พูดคุยถึงการทำบุญใหญ่กับหลวงพ่อก็ทำให้คุณยายดูสดชื่นขึ้นมากจนกระทั่งลุกขึ้นมานั่งเอนชวนผู้ดูแลพูดคุยถามไถ่ถึงเรื่องราวต่างๆมากมายทั้งเรื่องราวของสมาชิกในครอบครัว เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชุมชน ตลอดจนสนทนาธรรมกันและจบลงที่การพูดถึงช่วงภาวะใกล้ตายและความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นกับตนเองว่า

"ถ้ามีแรงมีกำลังอยากไปทำบุญ อยากไปเที่ยวไหนก็ไปเลยนะ จะได้ไม่เสียดายว่าไม่ได้ทำไม่ได้ไป พี่เสียดายอยู่อย่าง อยากบวชซีแต่ก็ไม่ได้บวช ผัดวันประกันพรุ่งเอา แต่ทำงานจนเวลาล่วงเลยมาจนแก่เฟิงนี่ก็ได้ พอจะไปแข่งเขาก็ไม่ดีช่วยตัวเองไม่ได้ สุดท้ายต้องมานั่งเสียดายจนทุกวันนี้...งานที่ไม่ต้องทำเยอะนะสิ้นเปลือง ไปเตรียมเข้าหลวงปู่ทวดได้แล้ว เข้าสัก 200 องค์กร เอาไว้แจกเพื่อนบ้านที่มา เหลือก็แบ่งให้ลูกให้หลานกันไป ค่างานก็เอาเงินในกระปุกในถังข้าวสารนั่นแหละที่เก็บไว้ต่างหากไว้สำหรับงานพี่โดยเฉพาะเลย จะได้ไม่เดือดร้อนคนอื่นเขา ถ้ากระตุกห่อผ้าเอาไปใส่ช่องในผนังโบสถ์นะ พี่จองกับเจ้าอาวาสไว้นานแล้ว อยู่ในโบสถ์มันดี ไม่โดนแดดโดนฝน ได้อยู่ใกล้พระฟังพระสวดทุกวันวิญญานจะได้ไปที่ดีๆ ทำบุญแค่ครบ 100 วันกับครบ 1 ปีก็พอ แล้วปีถัดไปก็ทำพร้อมของพ่อ เล็กทำแทนพี่นะ ทำทุกปีอย่าให้ขาด ปู่ย่าตายายจะได้คอยคุ้มครอง ครอบครัวเราก็จะอยู่เย็นเป็นสุขไปตลอด...สวนไร่ก็แบ่งกันไปหมดแล้วเหลือแต่เรือนนี้ ใจพี่อยากยกถวายวัด เขาว่าได้บุญมาก แต่สงสารแม่สนกับแดงจะไปอยู่กับเสียดที่ไหน" (ผู้ดูแลพิกุล, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

พูดคุยกันอยู่นานจนกระทั่งผู้ดูแลอดกลั้นความเศร้าโศกไม่ไหวจึงร้องไห้ออกมา คุณยายจึงพูดปลอบผู้ดูแลซึ่งเป็นน้องสาวสุดที่รักว่า

"เล็ก ความตายเป็นเรื่องธรรมดา นะ พวกเราเคยพบเห็นความตายกันมามาก จัดการความตายให้พ่อแม่ ย่ายาย น้าอามาหลายงาน มันเป็นเรื่องตาของมนุษย์ เราเป็นชาวสวนเราต้องเข้มแข็ง ไม่อ่อนแอ ต้องเข้มแข็งทั้งกายและใจให้ได้ ตายก็ตาย ทุกคนต้องตายอยู่แล้ว อายุพี่ก็มากแล้ว อยู่มาจนแก่ขนาดนี้ยังไ้งก็หนีไม่พ้นหรอก" (ผู้ดูแลพิภูล, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

แม้ว่าสภาพร่างกายของคุณยายจะเริ่มแยลง แต่ว่ากำลังใจของคุณยายยังดีอยู่มากเพราะการได้กลับมานอนพักรักษาตัวอยู่ที่บ้านท่ามกลางญาติพี่น้องคนสนิทมากมาย ประกอบกับได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยและได้มีเวลาคิดทบทวนถึงเรื่องราวต่างๆที่ผ่านมาในชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องราวของการทำบุญสร้างกุศลจึงทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจต่อกรรมดีที่ตนได้ทำมา ส่งผลให้ปราศจากความกลัวที่จะมีต่อภาวะใกล้ตายและความตายที่กำลังจะมาถึง ทั้งนี้เพื่อให้ช่วงวาระสุดท้ายในชีวิตของพิภูลได้จัดจ้อยู่แต่กับสิ่งที่เป็นกุศลกรรม จะได้มีจิตใจที่สงบ ปล่อยวางแล้วไปเกิดในภพภูมิที่ดีบรรดาญาติพี่น้องจึงได้ร่วมกันจัดการทอดกฐินให้กับคุณยาย โดยให้คุณยายเป็นเจ้าภาพเพราะคุณยายอยากส่งนำผลบุญในครั้งนั้นมอบให้แก่พ่อและแม่ผู้ล่วงลับไปแล้วรวมถึงสร้างบุญกุศลให้กับตนเองเป็นครั้งสุดท้ายก่อนที่จะจากโลกนี้ไป พอใกล้ครบ 3 เดือนตามที่แพทย์เคยบอกไว้ ผู้ดูแลจึงไปนิมนต์เจ้าอาวาสมารับกองบุญกฐินของคุณยาย พอคุณยายถวายกองบุญกฐินกับท่านเจ้าอาวาสเสร็จ ท่านจึงกล่าวว่า

"โยมได้สร้างบุญใหญ่ด้วยการเป็นเจ้าภาพกฐินของวัด กรรมดีนี้จะเป็นบุญกุศลติดตัวโยมไปตลอด ตั้งใจรับพรแล้วน้อมจิตให้รู้ระลึกถึงพระรัตนตรัย ใจที่เป็นกุศลนี้จะนำทางโยมไปสู่ทางสว่างไปเจอหนทางแห่งความสุขในภาคหน้าทำจิตใจให้สบายอย่า คิดกังวลวิตกลสิ่งใด ขอให้โยมระลึกถึงพระพุทธ พระธรรมและพระสงฆ์ ภาวนาอะระหัง สัมมาสัมพุทธโธไปตลอดนะ" (ผู้ดูแลพิภูล, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

เมื่อกล่าวกับคุณยายเสร็จท่านเจ้าอาวาสก็สวดให้พรพร้อมประพรมน้ำมนต์ให้กับคุณยายและญาติๆทุกคนที่ได้ร่วมทำบุญกฐินนี้ พอพรมน้ำมนต์เสร็จเรียบร้อย คุณยายก็เปล่งเสียงออกมาซัดถ้อยซัดคำกว่าปกติว่า "สาธุ สาธุ สาธุ" (ผู้ดูแลพิภูล, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556) แล้วคุณยายก็นอนพนมมือกำพวงมาลัยพร้อมหลับตานิ่ง แล้วพึมพำไปตลอดว่า "สัมมาอะระหัง สัมมาสัมพุทธโธ" (ผู้ดูแลพิภูล, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556) โดยมีญาติพี่น้อง ลูกๆหลานๆมานั่งล้อมรอบบนบานเรือนกันมากมาย เวลาดำเนินผ่านไปช้าๆจนกระทั่งนาฬิกาตีบอกเวลา 10 นาฬิกา คุณยายก็ลืมตาขึ้นมาแล้วมองหาผู้ดูแล หากแต่คุณยายพูดไม่ได้แล้วจึงได้แต่มองนิ่งๆ ผู้ดูแลเห็นเช่นนั้นจึงไปอุ้มพระพุทธรูปมาให้คุณยายดู เพื่อให้จิตใจของคุณยายได้จัดจ้อยและจับนึ่งอยู่ที่องค์พระ คุณยายนอนหายใจแผ่วๆ หากแต่ดวงตาจับจ้องอยู่ที่องค์พระท่ามกลางเสียงพระสวดจากซีดีธรรมะไปเรื่อยๆอยู่นานประมาณอีก 5 นาทีแล้วตาก็ค่อยๆหลับและมือก็ตกมาอยู่ข้างลำตัวอันเป็นสัญญาณให้ทราบว่า คุณยายได้จากไปแล้วอย่างสุขุคติด้วยใจที่สงบและปล่อยวาง

## สรุป

มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของคุณยายพิกุลได้ถูกสะสมสร้างมาเรื่อยๆตลอดชีวิตที่ผ่านมา คุณยายเคยประสบพบเจอกับช่วงเวลาภาวะใกล้ตายและความตายของพ่อแม่ ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้านมาหลายครั้งหลายคราจนเข้าใจและมองว่าความตายเป็นของธรรมดาที่มนุษย์ทุกคนต้องเผชิญ หากแต่เมื่อต้องมาเผชิญกับภาวะใกล้ตายและความตายของตนเองก็ทำให้คุณยายอดที่จะหวาดกลัวต่อสิ่งเหล่านั้นไม่ได้ กล่าวคือภายหลังจากที่ได้ฟังคำวินิจฉัยจากแพทย์ว่าตนป่วยเป็นมะเร็งหลอดอาหารระยะที่สอง ซึ่งจะต้องเข้ารับการรักษาลากหลายวิธีทั้งการผ่าตัด การฉายแสงและรับยาเคมีบำบัดอยู่หลายครั้งก็ยิ่งทำให้ภาพความตายที่เคยมองว่าเป็นของธรรมดากลับกลายเป็นของไม่ธรรมดาอีกต่อไป เพราะช่วงระยะเวลาก่อนที่จะตายคุณยายต้องเผชิญกับทั้งความเจ็บปวดจากการลุกลามของมะเร็งและยังต้องมาเผชิญกับกระบวนการรักษาที่เน้นแต่เพียงรักษาทางกายภาพที่มุ่งแต่การขจัดโรคร้าย โดยละเลยสุขภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ด้วยสภาวะการณ์เช่นนั้นจึงทำให้อารมณ์และความรู้สึกเกิดเป็นความกลัวตายขึ้นมา ทั้งนี้พบว่าคุณยายพิกุลมีความหวาดวิตกและกลัวอยู่หลายประการ ดังนี้

คุณยายกลัวไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นหลังจากที่ตนได้ตายไปแล้วจึงทำให้ช่วงหลังที่เริ่มทำใจต่อภาวะความเจ็บป่วยและความตายที่กำลังจะมาถึงได้ คุณยายจึงได้จัดเตรียมทุกสิ่งอย่างที่เกี่ยวข้องตนเองเอาไว้ให้เรียบร้อยเพื่อไม่ให้เป็นการระของญาติพี่น้อง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของงานศพ ทรัพย์สินสมบัติเงินทอง บ้านเรือนและการสร้างบุญกุศล เป็นต้น อีกทั้งคุณยายยังมีความกลัวที่จะเจ็บปวดทรมานจากการรักษาทางการแพทย์ที่ซึ่งคุณยายบอกว่าอาจจะยิ่งทำให้ตนตายไวกว่าเดิม รวมถึงมีความกลัวที่จะถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวเพียงลำพังในโรงพยาบาลและกลัวที่จะต้องพลัดพรากจากครอบครัวอันเป็นที่รักไป จึงร้องขออยู่ติดการรักษาต่างๆที่เป็นไปเพื่อช่วยยืดชีวิตและขอกลับไปนอนพักฟื้นที่บ้านโดยอยู่ภายใต้เครื่องบรรเทาความเจ็บปวด เช่น เติงพยาบาล เครื่องออกซิเจนและยาสมุนไพรต่างๆเท่านั้น ซึ่งการได้กลับมาอยู่ในสถานที่ที่คุ้นเคยท่ามกลางคนที่คุ้นเคยอย่างญาติพี่น้องทั้งหลายทำให้สภาพจิตใจของคุณยายดีขึ้นมากสามารถกลับมากินอิ่มนอนหลับได้อีกครั้ง จนท้ายที่สุดสามารถกล่าวได้ว่าการได้รับความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพและครอบครัวคนใกล้ชิดที่คอยมาให้การดูแล ให้กำลังใจ ตลอดจนมาช่วยดูแล ประคับประคองทั้งทางกายและใจ พร้อมทั้งนำพาให้เข้าถึงหลักศาสนามากขึ้น สามารถช่วยให้คุณยายพิกุลผ่านช่วงภาวะวิกฤตของชีวิตได้อย่างราบรื่นเป็นผลให้วาระสุดท้ายในชีวิตของคุณยายมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว เกิดความสงบ ปล่อยวางและปราศจากความหวาดกลัวต่อการเจ็บป่วย ภาวะใกล้ตายและความตายไปได้ในที่สุด

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่เน้นดูแลทั้งทางด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยสามารถช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลอันเกิดจากความทุกข์ทรมานที่ชีวิตถูกคุกคามด้วยโรคร้ายแรง ตลอดจนสามารถช่วยฟื้นฟูคุณภาพชีวิตทั้งทางกาย ทางสังคม ทางจิตใจและ

ทางจิตวิญญาณให้แก่ผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยมีความเข้มแข็งพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับช่วงเวลาภาวะใกล้ตายและความตายที่กำลังจะมาเยือนได้ด้วยดีและท้ายสุดก็จากไปด้วยใจที่สุขสงบ

**ผู้ป่วยคนที่ 10 : บุนนาค** อายุ 62 ปี ป่วยเป็นมะเร็งปอด เริ่มแรกมีอาการอ่อนเพลีย ตัวร้อน ไอเรื้อรัง มีเสมหะมาก เสียงแหบ แน่นหน้าอกและหายใจไม่ค่อยออก แต่บุนนาคคิดว่าตนเป็นไข้หวัดธรรมดาจึงไม่ได้ไปหาหมอ เมื่อคนรอบข้างบอกให้ไปตรวจที่โรงพยาบาล บุนนาคก็จะตอบแต่เพียงว่า **"จะ  
ให้ไปหาหมอก็ทำไม่ได้เป็นอะไรมาก เป็นไข้แค่นี้ทานยาแก้ไข้เดี๋ยวก็หาย"** (ผู้ดูแลบุนนาค, สัมภาษณ์, 18 พฤษภาคม 2556) แต่เมื่อเวลาผ่านไปอาการของบุนนาคก็ไม่มีทีท่าว่าจะทุเลาลง จนกระทั่งเข้าสู่เดือนกรกฎาคม บุนนาคมีนัดตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง แพทย์ได้ตรวจสุขภาพร่างกายของบุนนาคด้วยเครื่อง Bone scan ผลการตรวจพบว่าบุนนาคเป็นมะเร็งปอดเกือบระยะสุดท้ายแล้ว เพราะว่ามีมะเร็งได้ลามไปยังต้นคอ กระดูกสันหลังเริ่มโค้งงอ คอเริ่มบวมดำใหญ่และคาดว่าปอดเป็นมะเร็งมาแล้วไม่ต่ำกว่า 5 ปี เมื่อได้ทราบเช่นนั้นบุนนาคก็ทั้งตกใจและประหลาดใจไปพร้อมๆกันเพราะว่าเขาได้มาตรวจสุขภาพประจำปีเป็นปีที่สองแล้วทำไมปีที่แล้วจึงตรวจไม่พบจึงถามแพทย์ว่า **"ผมมาตรวจสุขภาพครั้งนี้เป็นครั้งที่สองแล้วนะ ทำไมก่อนหน้านี้ตรวจไม่พบว่าผมเป็นมะเร็งปอด ถ้าพบตั้งแต่ปีที่แล้วจะได้รักษา รักษาตั้งแต่ตอนนั้นคงไม่ลามขนาดนี้"** (ผู้ดูแลบุนนาค, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556) แพทย์ใหญ่จึงเป็นผู้มาอธิบายให้เข้าใจว่ามะเร็งหลายชนิดจะไม่ค่อยส่งสัญญาณเตือนให้ทราบแต่เนิ่นๆและมักจะแสดงออกมาให้รู้ตัวเมื่อเป็นได้สักระยะหนึ่งแล้ว ซึ่งมะเร็งปอดที่บุนนาคเป็นนั้นเกิดจากที่ขั้วปอดแล้วกระจายไปต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงในทรวงอกด้านซ้ายและกระจายไปหลอดลมใหญ่ ไพบลา ร้า ใต้คอและเข้ากระดูกไขสันหลัง ซึ่งสาเหตุหลักมาจากการสูบบุหรี่ในปริมาณที่มากเป็นระยะเวลานานหลายสิบปี ทั้งนี้บุนนาคได้เล่าให้หลานสาวที่สนิทกันมากซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดขึ้นมาโดยตลอดฟังว่า

*"หมอบอกว่าเป็นมะเร็งมาแล้วไม่ต่ำกว่า 5 ปี ตอนนี้อยู่ในระยะ 3 เกือบระยะ 4 ปอดด้านซ้ายแพบไปแล้วเกือบทั้งปอด หมอว่าโอกาสที่จะรักษาให้หายค่อนข้างจะยากเลย แนะนำให้อาอดมิทอยู่โรงพยาบาลแล้วให้รักษาแบบประคองไปตามอาการ เบื้องต้นจะให้ฉายรังสีเฉพาะที่ควบกับทำคีโมไปด้วยเพื่อลดอาการปวดก่อน นอกนั้นก็จ่ายยาแก้ไอ แก้ปวดและอาจจะต้องใช้เครื่องช่วยหายใจด้วยถ้าหายใจลำบาก...อ้าววางแผนไปเชียงใหม่เชียงรายช่วงปีใหม่กับพ่อเราเอาไว้ สงสัยคงจะไม่ได้ไปแล้ว"* (ผู้ดูแลบุนนาค, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

ทั้งนี้เพราะที่ผ่านมามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดีมาโดยตลอด ไม่ค่อยเจ็บป่วยเป็นอะไรมากนอกจากเป็นแค่ไข้หวัดเล็กๆน้อยๆเท่านั้น รวมถึงได้รักษาสุขภาพร่างกายด้วยการออกกำลังกายทานอาหารที่มีประโยชน์และใช้ชีวิตอยู่กับธรรมชาติอยู่เสมอ ดังนั้นเมื่อทราบผลการตรวจว่าตนป่วยเป็นมะเร็ง

เกือบระยะสุดท้ายอย่างกะทันหันจึงทำให้สุขภาพทางด้านจิตใจและอารมณ์ของบุนนาคค่อนข้างจะแย่ เพราะรับไม่ได้ว่าตนเป็นมะเร็งและสามารถอยู่ได้อีกเพียงแค่วันไม่กี่เดือน เมื่อจิตใจทรุดร่างกายจึงค่อยๆ อ่อนแอลง ส่งผลให้ช่วงระยะแรกที่รักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลบุนนาคมักจะเต็มไปด้วยอารมณ์ที่ฉุนเฉียว หงุดหงิด เครียดและต้องการให้มีญาติพี่น้องมาอยู่ด้วยตลอดเวลา โดยจะกั้นม่านแยกจากผู้ป่วยคนอื่น เพราะอยากอยู่เพียงลำพังไม่อยากจะพบปะกับใคร จะพูดคุยแต่กับแพทย์และพยาบาลที่เข้ามาตรวจดูอาการเท่านั้น หลายครั้งที่ผู้ดูแลมาเยี่ยม บุนนาคมักจะเอ่ยถามว่า

"วันนี้วันอะไร เมื่อไรจะวันเสาร์จะได้มีใครมาเยี่ยมบ้าง นอนอยู่คนเดียวทั้งวันติดอัด ไม่ได้พูดได้คุยกับใคร เบื่อจริงๆ อยากกลับบ้าน ตอนกลางคืนนอนไม่หลับ บางที่ได้ยินเสียงคนป่วยครวญครางอาทึระแวงเลยยังไม่หลับไปกันใหญ่ ทำแลบถึงไหนแล้วจะเสร็จหรือยัง วันนี้จะอยู่เป็นเพื่อนอาได้ถึงกี่โมง อยู่กินข้าวเย็นกันก่อนนะ อาจะได้มีเพื่อนกิน กินคนเดียวกลืนไม่ลง" (ผู้ดูแลบุนนาค, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

เมื่อผู้ดูแลได้ยินเช่นนั้นจึงแนะนำให้บุนนาคเอาที่กั้นม่านออกเพื่อที่จะได้ไม่ติดอัดมืดทึมอยู่แต่เพียงในม่านอยู่คนเดียว และถ้าเอาม่านกั้นออกสภาพแวดล้อมรอบเตียงจะได้ดูโปร่งโล่งสบายขึ้น สภาพจิตใจของบุนนาคจะได้ดีขึ้นตามไปด้วย หากแต่บุนนาคไม่ยอม โดยบอกเหตุผลว่า

"ไม่เอาหรอกไม่ต้องเปิดนะอาไม่อยากเห็นคนป่วยคนอื่น มันทำให้อาคิดว่าตัวเองก็จะมีสภาพไม่ต่างจากคนพวกนั้น ยิ่งเห็นพวกเขาจะยิ่งทำให้ใจอาหดหู่และแย่งลง ได้ยินเสียงครวญครางด้วยความเจ็บปวดทรมานอาที่นอนไม่หลับแล้ว ถ้าต้องมาเห็นสภาพกายด้วยอาไม่รู้ว่าจะทนสังเวจใจตัวเองได้ไหม ปิดแบบนี้แหละ อาอยากอยู่คนเดียว" (ผู้ดูแลบุนนาค, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

ผู้ดูแลจึงนำความในใจของบุนนาคไปเล่าให้พ่อกับแม่ฟัง พ่อของผู้ดูแลซึ่งเป็นพี่ชายแท้ๆ ของบุนนาคจึงให้บุตรสาวเอาซีดีธรรมะไปเปิดให้บุนนาคฟังและถวญไฉนว่าๆ ก็ให้อ่านหนังสือธรรมะ หนังสือให้กำลังใจชีวิตให้บุนนาคฟังด้วย เพื่อหวังว่าการได้ฟังเรื่องราวดีๆ เหล่านี้จะสามารถช่วยบรรเทาจิตใจให้แก่บุนนาคได้มากขึ้น

ตลอดช่วงระยะเวลากว่า 3 เดือนที่บุนนาคนอนรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลโดยอยู่ภายใต้การดูแลแบบประคับประคองเป็นอย่างดีจากแพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพที่หมั่นมาเยี่ยมดูอาการทั้งช่วงเช้า กลางวันและเย็น ตลอดจนได้รับกำลังใจดี ๆ จากญาติพี่น้องที่ผลัดกันมาเยี่ยมอยู่เสมอจึงทำให้บุนนาคเริ่มเปิดใจยอมรับต่อภาวะการเจ็บป่วยของตนเองได้ที่ละน้อย จากที่ตกใจมาก หวาดวิตกและกังวลเกี่ยวกับการขึ้นตอนการรักษา การลุกลามของโรคร้ายและความตายที่กำลังจะมาเยือนก็เริ่มที่จะยอมรับและปรับตัว ได้ดีขึ้นจนกระทั่งช่วง 1 เดือนสุดท้ายก่อนที่จะจากไปบุนนาคก็สามารถยอมรับต่อภาวะความเจ็บป่วย ตลอดจนมีความสงบทางด้านจิตใจดีขึ้นมาก ส่งผลให้สภาพทางอารมณ์ค่อนข้างที่จะคงที่ ไม่หงุดหงิด

คุณเฉียวและพูดคุยกับคนรอบข้างดี เมื่อผู้ดูแลและญาติๆถามไถ่อาการเจ็บป่วย จากแต่ก่อนที่มักจะหน้า  
บึ้ง ไม่ค่อยพูดคุยและจะตอบไปในทางลบว่า

"เจ็บหมดละ ทรมาณจะแยะอยู่แล้ว ไม่อยากรักษาแล้ว กลับบ้านได้ไหม อยู่ที่นี่เหมือน  
อยู่คนเดียว ลูกเมียไม่มี พี่น้องก็ทำงาน ไม่อยากจะรบกวนเวลาใครหรอก เราก็ยุ่ง  
งานวิจัย อากี้ไม่อยากรบกวน เมื่อไรจะตายสักที เจ็บคอ ปวดตัว ปวดหัว...ไม่รู้เป็น  
เวรเป็นกรรมอะไรต้องมาเป็นแบบนี้" (ผู้ดูแลบุรุษ, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม  
2556)

แต่เมื่อได้รับการจรรโลงทางจิตใจจาการสพระธรรมคำสั่งสอนของพระพุทธศาสนาผ่านหนังสือ  
และซีดีธรรมะ รวมถึงได้รับการฟื้นฟูทางจิตใจและจิตวิญญาณจากคำพูดปลอบโยนและให้กำลังใจจากทีม  
สุขภาพที่หมั่นมาเยี่ยมและได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากคนรอบข้างอยู่เสมอส่งผลให้บุรุษเริ่มตระหนัก  
และเข้าใจถึงความเป็นไปชีวิต พร้อมน้อมรับสิ่งที่จะเกิดขึ้นนับจากนี้เป็นต้นไปได้ด้วยใจสงบตลอดทุกครั้ง  
ที่ผู้ดูแลไปเยี่ยมจึงมักจะไต่ถามบุรุษเริ่มพูดถึงชีวิตและความตายในแง่มุมที่ดีและเป็นไปในทิศทางเชิง  
บวกขึ้นมากกว่าเดิมว่า

"การเจ็บป่วยเป็นธรรมชาติของมนุษย์ ไม่มีใครไม่เคยที่จะป่วย มีแต่จะป่วยมากป่วย  
น้อยก็เท่านั้น ความพลัดพราก ความสูญเสียเป็นของธรรมดาที่เกิดขึ้นเป็นปกติในชีวิต  
ของมนุษย์ทุกคน ไม่มีใครบนโลกนี้ที่ไม่เคยพลัดพรากหรือไม่เคยที่จะต้องสูญเสีย  
ของมีค่า มีราคาสำหรับชีวิตและจิตใจ ทุกคนย่อมต้องเคยทำเงินหายทำมือถือนหาย  
ความตายก็เป็นสิ่งปกติที่ทุกคนต้องเจอ ไม่มีใครหนีพ้นการสูญเสียชีวิตไปได้ พระท่าน  
ว่าถ้าใจมีสติ รู้จักปล่อยวางได้มากเท่าไร เมื่อความตายมาถึงเราก็เจ็บปวดน้อยหรือ  
อาจจะไม่เจ็บปวดกับมันเลยเหมาะได้หมั่นฝึกฝนใจมาดีแล้ว" (ผู้ดูแลบุรุษ,  
สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

"ชีวิตคนเรานี้สั้นกว่าที่คิดไว้เยอะเลยนะ บทจะป่วยก็ป่วยบทจะตายก็ตายนี่อย่างไม่ได้  
หันทำอะไรกับชีวิตเลย อดก็อดไม่ได้ไป สวดมนต์ก็ไม่ค่อยได้สวด เคยคิดอยากไป  
ปฏิบัติธรรมที่วัดตอนแก่ๆสักตอนเจ็ดสิบแปดสิบ แต่นี่หกสิบก็ดูทำอะไรจะไม่รอดซะแล้ว  
อายุได้ไม่ถึงที่หวังไว้ เพราะฉะนั้นไม่อยากทำอะไรให้รับทำนะ อย่าย่คิดว่าค่อยทำ ใ้  
ค่อยทำหะมักไม่ค่อยได้ทำหรอก ไปก่อนจะได้ทำทั้งนั้น" (ผู้ดูแลบุรุษ, สัมภาษณ์,  
11 พฤษภาคม 2556)

ทั้งนี้เมื่อบุรุษได้ตระหนักถึงชีวิตและความตายจึงทำให้บุรุษอยากที่จะได้ใช้ชีวิตช่วงบั้น  
ปลายอยู่กับคนที่รักและอยู่ท่ามกลางสภาพแวดล้อมที่อบอุ่น คุณเฉียวจึงเฝ้ากับญาติพี่น้องที่มาเยี่ยมว่า



"พากลับบ้านน้อยอยากไปเยี่ยมแม่ ไม่รู้จะอยู่ได้อีกนานแค่ไหนเจ็บแน่นหน้าอกไปหมด หายใจไม่ค่อยออก ปวดคอ ตาก็เริ่มพร่า กลัวว่าอีกหน่อยจะพูดไม่ได้ ตอนนี่ยังมีแรงยังพอพูดไหว ขอกลับไปคุยกับแม่อยากขอโหลิกรรมกับแม่ด้วย ถ้าได้กอดแม่สักครั้งคงตายตาหลับ" (ผู้ดูแลบุรณาค, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

วันรุ่งขึ้น บุรณาคจึงพูดคุยกับแพทย์ที่มาตรวจดูอาการในตอนเช้าว่าอยากจะทำขอยุติการรักษาที่โรงพยาบาลและอยากกลับไปใช้ชีวิตในช่วงวาระสุดท้ายอยู่กับมารดาที่จังหวัดสระบุรีแพทย์เห็นว่าการของบุรณาคยังคงทรงๆอยู่จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ บุรณาคได้ใช้ช่วงระยะเวลา 1 เดือนสุดท้ายอยู่บ้านกับมารดาและญาติพี่น้องอย่างสบายใจตรงกันข้ามกับสุขภาพกายที่ค่อยๆทรุดลงเรื่อยๆ เมื่อได้มาอยู่กับมารดา บุรณาคก็ได้เอ่ยพูดกับท่านว่า

"ลูกเสียใจที่แต่ก่อนไม่ค่อยมีเวลามารวมหาแม่ เออแต่ทำงานหาเงินอยากจะทำบ้านซื้อรถ สนใจแต่สิ่งของนอกกาย พอถึงวันนี้ลูกมีทุกอย่าง บ้านรถผ่อนหมดเรียบร้อย แต่ทุกอย่างกลับหายไป ลูกกลายเป็นคนป่วยป่วยหนักใกล้ตาย บ้านที่สร้างก็ไม่ได้อยู่ รถที่ซื้อก็ไม่ได้ขับ สมบัติทุกอย่างที่มีลูกยกให้แม่หมดเลยนะ แล้วถ้าสามารถย้อนเวลากลับไปได้ลูกไม่อยากจะอะไรพวกนี้แล้ว ขอแค่เพียงสุขภาพดีมีความสุขได้อยู่กับแม่ อยู่กับพี่กับน้องและหลานๆก็พอแล้ว...ลูกขอโหลิกรรมกับแม่นะ แม่เอ๋ยให้ลูกด้วย ลูกยังไม่ทันได้ตอบแทนบุญคุณแม่ ให้แต่เงินทองแต่ไม่ได้ช่วยดูแลแม่เลย ลูกไม่รู้ว่าคุณค่าของชีวิตที่แท้จริงคืออะไร จนกระทั่งได้กลายมาเป็นคนป่วยใกล้ตายจึงรู้แล้วว่าชีวิตยังมีอะไรอีกมากที่เงินซื้อไม่ได้ เวลาและโอกาส ถ้าผ่านไปแล้วก็เอาคืนมาไม่ได้...ลูกขอตายที่นี้นะ อยากอยู่กับแม่จนนาทีสุดท้าย ชาติหน้ามีจริงขอเกิดเป็นลูกของแม่อีก ลูกจะดูแลแม่ให้ดีกว่าชาตินี้ แต่บุญกุศลลูกทำมาน้อย เวลาที่เหลือไม่นานนี้จะขอให้ลูกสะสมบุญทันไหม" (ผู้ดูแลบุรณาค, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

ท้ายสุดเมื่ออาการของบุรณาคทรุดหนักลงจนร่างกายผอมชুবวมคล้ำดำ หายใจเหนื่อยหอบ ร่างกายอ่อนล้าไม่มีแรง ไอหนัก มีเสมหะปนเลือด ทานอะไรไม่ได้และในที่สุดก็พูดไม่ได้ต้องนอนอยู่บนเตียงนิ่งๆปิดตาตลอดเพราะลืมตาไม่ขึ้น ญาติฯจึงรีบพาส่งโรงพยาบาลทันที บุรณาคนอนอยู่โรงพยาบาลได้ประมาณ 2 วัน ญาติฯจึงปรึกษารื้อกับทีมสุขภาพและเห็นพ้องต้องกันว่าบุรณาคคงไม่ไหวแล้ว การยื้อชีวิตจะยิ่งทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจึงตัดสินใจถอดเครื่องช่วยหายใจออก เหลือเพียงลมหายใจแผ่วๆอยู่นานไม่กี่นาทีแล้วในที่สุดบุรณาคก็ได้เสียชีวิตไปอย่างสงบที่โรงพยาบาลท่ามกลางเสียงสวดมนต์จากเครื่องเล่นซีดีที่ผู้ดูแลเปิดให้ฟังเพื่อให้จิตสุดท้ายของบุรณาคได้ยึดติดอยู่กับศาสนา โดยหวังให้ศาสนา นำพาจิตของบุรณาคไปในภพภูมิที่ดี

## สรุป

มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของบุนนาคได้ถูกสร้างขึ้นเมื่อได้รับฟังผลการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าตนนั้นเจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็งปอด ระยะที่ 3 ซึ่งเกือบจะถึงระยะสุดท้ายแล้วเพราะขณะนี้มะเร็งได้ลามไปต้นคอ คอเริ่มบวมดำใหญ่ กระจกสันหลังเริ่มโค้งงอ อีกทั้งมะเร็งยังได้กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงในทรวงอกด้านซ้ายและได้กระจายไปถึงหลอดลมใหญ่ ไพบลาธา ได้คอและเข้ากระดูกไขสันหลังทำให้ไม่สามารถที่จะรักษาให้หายได้ การรักษาทุกขั้นตอนนับจากนี้จะเป็นเพียงการช่วยบรรเทาความเจ็บปวดทรมานและจะเป็นการรักษาในลักษณะประคับประคองไปตามอาการเท่านั้น การยืนยันถึงภาวะความเจ็บป่วยเช่นนี้ทำให้บุนนาคเริ่มตระหนักถึงความตายและภาวะใกล้ตายที่ตนกำลังจะต้องเผชิญในระยะเสลาอันสั้นนี้ เมื่อไม่สามารถหลีกเลี่ยงความตายที่เป็นธรรมชาติของชีวิตมนุษย์ไปได้ บุนนาคจึงเต็มไปด้วยภาวะความเครียดก่อให้เกิดอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวและต้องการจะอยู่คนเดียวเพียงลำพังเท่านั้น ทั้งนี้พบว่าที่บุนนาคเป็นเช่นนี้เพราะบุนนาคมีความกลัวอยู่หลายอย่าง ดังนี้

บุนนาคกลัวไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นหลังจากที่ตนได้ตายไปแล้ว อีกทั้งไม่รู้อีกด้วยว่าตนจะสามารถมีชีวิตอยู่ได้อีกนานแค่ไหนจึงอยากที่จะกลับบ้านไปอยู่กับมารดาเพื่อใช้ช่วงเวลาสุดท้ายให้มีคุณค่ามากที่สุดเท่าที่จะมากได้ก่อนที่ทุกอย่างจะสายเกินไป นอกจากนี้บุนนาคยังมีความกลัวที่จะเจ็บปวดทรมานจากการรักษาทางการแพทย์จึงขอยุติการรักษาทุกอย่างที่เป็นไปเพียงเพื่อช่วยยืดชีวิตจากความตาย โดยขอตายอย่างสงบปราศจากอุปกรณ์เครื่องมือและเทคโนโลยีต่างๆ รวมถึงมีความกลัวที่จะต้องอยู่คนเดียวเพียงลำพังในโรงพยาบาลจึงคอยหมั่นถามไถ่อยากให้อาาตีพี่น้องมาเยี่ยมบ่อยๆและยังมีความกลัวที่จะต้องพลัดพรากจากครอบครัวอันเป็นที่รักไปโดยไม่ได้บอกลาจึงร้องขอยุติการรักษาต่างๆแล้วขอกลับไปพักฟื้นที่บ้านของมารดา การได้กลับมาอยู่ในสถานที่ที่คุ้นเคยท่ามกลางบุคคลที่รักทั้งหลายทั้งมารดา พี่ๆ น้องๆ และหลานๆ ทำให้บุนนาครู้สึกอุ่นใจ สภาพจิตใจจึงดีขึ้นมากทั้งนี้สามารถกล่าวได้ว่าการได้รับความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพและครอบครัวที่คอยหมั่นมาให้กำลังใจและช่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจ พร้อมทั้งนำพาให้เข้าถึงหลักศาสนามากขึ้น สามารถช่วยให้บุนนาคทำใจยอมรับต่อความเป็นของชีวิต ตลอดจนสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาวะการเจ็บป่วยจนก้าวข้ามผ่านช่วงภาวะวิกฤตของชีวิตได้อย่างราบรื่นเป็นผลให้วาระสุดท้ายในชีวิตของบุนนาคมีเกิดความสงบ ปล่อยวางและปราศจากความหวาดกลัวต่อการเจ็บป่วย ภาวะใกล้ตายและความตายไปได้

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นปัจจัยด้านรูปแบบการดูแลรักษาปัจจัยหนึ่งที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคร้ายแรงทุเลาและคลายจากความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและใจอันเกิดจากการที่ชีวิตถูกคุกคามด้วยโรคร้ายแรงได้ดียิ่งขึ้น เพราะการดูแลแบบองค์รวมทั้งกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเช่นนี้นอกจากจะมีส่วนสำคัญในการช่วยผ่อนหนักเป็นเบา ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เจ็บปวดทรมานน้อยลงและมีชีวิตยืนยาวขึ้นได้โดยปราศจากความทุกข์ทรมานจากเครื่องช่วยยืดชีวิตต่างๆทางการแพทย์ได้แล้ว การดูแลแบบประคับประคองยังสามารถทำให้ผู้ป่วยกับครอบครัวได้ใช้เวลาอยู่ร่วมกันและมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกันมากขึ้น ซึ่งนอกจากจะมีการช่วยปลอบโยนทางจิตใจและให้

กำลังใจให้ผู้ป่วยเข้มแข็งที่จะเผชิญกับภาวะใกล้ตายและความตายได้อย่างกล้าหาญแล้วยังเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสล่ำลากันได้ เปิดเผยความในใจและความรู้สึกที่มีต่อกัน เมื่อความกังวลทั้งหลายหายไปจากจิตใจของผู้ป่วยแล้วย่อมทำให้ผู้ป่วยหมดห่วง ปล่อยวางและท้ายสุดก็สามารถจากโลกนี้ไปได้ด้วยใจที่สงบ

### **สรุป : มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง**

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการให้ความหมายและการมีมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลแบบประคับประคอง พบว่ามุมมองความคิดเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยนั้นมีความแตกต่างกัน หากแต่โดยส่วนใหญ่จะมองความตายบนพื้นฐานความคิดความเชื่อทางศาสนา โดยมองว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดาของโลก มนุษย์ทุกคนที่เกิดมาแล้วแต่ต้องตายด้วยกันทั้งสิ้น หากปฏิบัติตนดีจิตใจสงบอยู่เสมอก็จะพ้นทุกข์และได้ไปอยู่ในภพภูมิที่ดี โดยมีปัจจัยเรื่องของประสบการณ์ชีวิต สังคมวัฒนธรรมเป็นตัวหล่อหลอมมุมมองดังกล่าว อีกทั้งพบว่ามุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยทั้ง 10 รายมีความเป็นพลวัตสามารถแปรเปลี่ยนได้ตลอดเวลา นับตั้งแต่ช่วงแรกเริ่มของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเข้าสู่ช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต กล่าวคือช่วงขณะแรกเริ่มที่บุคคลได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและพบว่าตนป่วยเป็นโรคร้ายแรง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้สึกตกใจ วิดกกังวลและหวาดกลัวต่อความเจ็บป่วย ภาวะใกล้ตายและความตายเพราะจากการสั่งสมประสบการณ์มาตลอดทั้งชีวิตทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ที่โรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและโรคเอดส์ ล้วนแต่เป็นโรคที่รักษาเพื่อให้หายขาดได้ยากและท้ายสุดของการเจ็บป่วยด้วยโรคเหล่านี้ก็คือความตาย เมื่อผู้ป่วยครุ่นคิดถึงแต่ภาวะการเจ็บป่วย กระบวนการรักษา ตลอดจนเรื่องของภาวะใกล้ตายและความตายก็ยิ่งทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตใจของผู้ป่วยค่อยๆทรุดลงเรื่อยๆ

ทั้งนี้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากผู้ป่วยโรคร้ายแรงทั้ง 10 ราย สามารถนำมาสรุปตีความตามแนวคิดการรับรู้เกี่ยวกับความตายและเวลาที่จะตายของเกลเซอร์และสเตราส์ได้ กล่าวคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพัฒนาการของการรับรู้เกี่ยวกับความตายและเวลาที่จะตายตามลำดับ นั่นคือ ในช่วงแรกเริ่มของการเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยได้ทราบผลการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าตนนั้นป่วยเป็นโรคร้ายแรงซึ่งยากแก่การรักษาให้หายขาดได้ ช่วงนี้จะเป็นวิถีความตายใน **ลักษณะที่ 3 คือผู้ป่วยจะยังคงไม่รู้แน่นอนว่าตนจะต้องตาย รู้แต่เพียงว่าเมื่อไรปัญหาการเจ็บป่วยจะได้รับการแก้ไข (uncertain death, but a known time when the question will be resolved)** คือรู้แต่เพียงว่าตนจะต้องไปเข้ารับการบำบัดรักษาด้วยการฉายแสงและการให้คีโมเท่านั้น ผู้ป่วยและครอบครัวจึงต้องเผชิญอยู่กับช่วงเวลาวิกฤตของชีวิตอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลควบคู่ไปกับการคาดหวังรอคอยที่จะได้เห็นตนเองสามารถรอดชีวิตจากการเจ็บป่วยรุนแรงเหล่านั้นได้ หากแต่เมื่อกระบวนการรักษาสืบ

ต่อไปอย่างยาวนานโดยที่อาการเจ็บป่วยไม่มีที่ท่าว่าจะทุเลาลงแต่อย่างใด ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกสิ้นหวังหมดกำลังใจและเต็มไปด้วยความรู้สึกโกรธเคืองมากขึ้น ต่อมาเมื่อผู้ป่วยรักษาไปนานหลายเดือนหรือหลายปีแล้วไม่หาย ผู้ป่วยจะมีวิถีความตายใน**ลักษณะที่ 2 คือเริ่มเกิดการตระหนักรู้ได้ว่าตนเองคงหลีกเลี่ยงความตายไปไม่พ้น หากแต่ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะตายเมื่อไร (certain death at an unknown time)** ผู้ป่วยจึงต้องใช้ชีวิตอยู่กับความตายเป็นเวลานานนับเดือนนับปี รวมถึงต้องจัดการกับการมีชีวิตอยู่ของตนต่อไปในลักษณะวันต่อวัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดทางอารมณ์ตามไปด้วย และลำดับสุดท้ายเมื่อการดำเนินของโรคได้มาถึงระยะท้าย วิถีความตายของผู้ป่วยจะเป็น**ลักษณะที่ 1 คือเกิดการรับรู้ถึงความตายว่าจะต้องเกิดขึ้นกับตนเองอย่างแน่นอน ตลอดจนสามารถคาดเดาเวลาที่ตายได้อย่างคร่าวๆได้ (certain death at a known time)** ช่วงระยะเวลานี้หากผู้ป่วยสามารถเข้าใจถึงกรอบเวลาของชีวิตและความตายได้อย่างชัดเจนจะสามารถช่วยลดความวิตกกังวลต่างๆลงได้ รวมถึงสามารถวางแผนชีวิตที่เหลืออยู่ของตนเองได้อีกด้วย

ทั้งนี้พบว่าจากวิถีความตายดังกล่าวสามารถนำมาอธิบายถึงการมีปฏิริยาการตอบสนองต่อความตายที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาของการเจ็บป่วยได้ โดยมีปัจจัยเรื่องของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์เป็นสำคัญ ซึ่งเรียกว่าเป็น **“ความตระหนักต่อภาวะใกล้ตายและความตาย”** กล่าวคือ จากการเก็บข้อมูลวิจัยทั้ง 10 ราย พบว่า**ผู้ป่วยมีการตระหนักรู้ต่อความตายแบบเปิดเผย (Open awareness)** ด้วยกันทั้งสิ้น นั่นคือ ผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ต่างสามารถทำใจยอมรับต่อความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะอันใกล้นี้ได้ ต่างฝ่ายจะพยายามพูดถึงประสบการณ์ความตายอย่างเปิดเผย ส่งผลให้เกิดการร่วมกันวางแผนเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเอาไว้แต่เนิ่นๆ โดยให้ผู้ป่วยเป็นคนตัดสินใจเกี่ยวกับการเลือกรูปแบบการดูแลรักษาตัวเอง รวมถึงให้ผู้ป่วยจัดการภารกิจต่างๆที่ค้างค้างอยู่ให้แล้วเสร็จทั้งหมด หากแต่การตระหนักรู้ต่อความตายแบบเปิดเผยนั้นได้ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตายแล้วส่งผลต่อภาวะทางจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยด้วย ทำให้การดำเนินชีวิต การเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความตายมีความแตกต่างกันออกไป นั่นคือ **ผู้ป่วยบางรายมีการตระหนักรู้ต่อความตายแบบเปิดเผยในลักษณะของการปฏิเสธข่าวสารข้อมูลต่างๆจากแพทย์ผู้รักษา (Suspended Open awareness)** โดยจะแสดงออกด้วยการปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลและหันไปแสวงหาแพทย์ทางเลือกอื่นๆที่ดูแล้วว่าพอจะมีความเป็นไปได้ในการรักษามากกว่าเดิม แต่โดย**ส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคองจะเกิดการตระหนักรู้ถึงความตายแบบเปิดเผยในลักษณะของ Active Open awareness** กันมาก ผู้ป่วยและครอบครัวจะยอมรับความตายตลอดจนจัดเตรียมความพร้อมทางด้านต่างๆจนกระทั่งถึงช่วงระยะสุดท้ายของผู้ป่วยได้

จึงสรุปได้ว่า การตระหนักรู้ถึงความตายของผู้ป่วยจะชัดเจนมากขึ้นถ้าผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบข้อมูลที่แน่ชัดจากแพทย์และพยาบาล รวมถึงมีความเชื่อเรื่องของภาวะใกล้ตายและความตายว่าเป็นธรรมชาติของโลก เพราะปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่เป็นตัวกำหนดสภาพของการตระหนักรู้ถึงความตายที่กำลังจะมาเยือนที่สำคัญเป็นอย่างยิ่ง และนอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคร้ายแรงทั้ง 10 ราย มีความเหมือนร่วมกันอยู่บางประการ นั่นคือเรื่องของสภาวะทางอารมณ์และจิตใจ ผู้ป่วยมักจะมี **ความกลัว (Fear), ความรู้สึกผิด (Guilt), ความหวัง (Hope) และ ความสิ้นหวัง (Despair)** ซึ่งความรู้สึกและอารมณ์เหล่านี้ถือว่าเป็นเรื่องปกติวิสัยที่บุคคลทุกคนจะมี โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าต้องกลายมาเป็นผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในสถานการณ์ระหว่างความเป็นและความตายเช่นนี้ โดยพบว่าอารมณ์ดังกล่าวของผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงสลับไปมาอยู่เสมอตลอดช่วงระยะเวลาที่อยู่ในขบวนการรักษาโรค หากแต่เมื่อได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการรักษาจากที่เน้นรักษาแต่เพียงทางกายภาพเพื่อให้หายขาดจากโรครมาเป็นการรักษาตามอาการในรูปแบบของการดูแลประคับประคองที่เน้นดูแลทั้งกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จะเห็นได้ว่าการใส่ใจดูแลอย่างใกล้ชิดเช่นนี้สามารถเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วยให้กลับมาแข็งแรงมีกำลังใจดีขึ้นได้อีกครั้งและเมื่อผู้ป่วยมีสภาพจิตใจดี เข้มแข็งมากขึ้นย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับต่อสภาวะการเจ็บป่วยที่ตนกำลังประสบอยู่ได้ว่าเป็นเรื่องธรรมชาติ ตลอดจนสามารถมีมุมมองและทัศนคติต่อการเจ็บป่วย ภาวะใกล้ตายและความตายไปในทิศทางที่ดีมากขึ้นกว่าเดิม และท้ายที่สุดผู้ป่วยเหล่านี้ก็จะสามารถใช้ชีวิตและปรับตัวให้สอดคล้องกับช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตและจากไปได้อย่างใจที่สงบตามลำดับ

#### 4.4 อิทธิพลของมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายต่อการใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง

ความตายเป็นกระบวนการตามธรรมชาติและเป็นสัจธรรมของชีวิตมนุษย์ หากแต่มนุษย์โดยส่วนใหญ่มักจะเพิกเฉยต่อความตายและพยายามผลักไสความตายให้เป็นเรื่องไกลตัวออกไป โดยให้ความสนใจแต่เพียงชีวิตที่ยังมีลมหายใจอยู่ในปัจจุบันเท่านั้น เมื่อมนุษย์ละเลยต่อความตายย่อมทำให้ในแต่ละวันพวกเขาดำเนินชีวิตอยู่บนความประมาท ซึ่งความประมาทนี้เองที่ทำให้มนุษย์ทำใจได้ยากต่อการยอมรับสถานภาพการเป็นคนป่วยของตนเองภายหลังจากที่ได้ทราบผลการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าตนป่วยด้วยโรคร้ายแรง อันได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและโรคเอดส์ และยังทำใจยอมรับได้ยากยิ่งขึ้นไปอีกเมื่อเกิดการรับรู้ภายหลังจากเข้ารับการรักษาไประยะหนึ่งแล้วว่า โรคร้ายแรงที่ตนเป็นอยู่นั้นยากที่จะสามารถรักษาให้หายขาดได้ ช่วงขณะภาวะวิกฤตที่ชีวิตกำลังอยู่ระหว่างความเป็นและความตายนี้เองที่ทำให้มนุษย์ซึ่งมีสถานภาพเป็นผู้ป่วยโรคร้ายแรงเต็มไปด้วยอารมณ์และความรู้สึกที่วิตกกังวล หวาดกลัวต่อทั้งความเจ็บป่วย ภาวะใกล้ตายและความตายที่กำลังจะมาเยือน ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยแต่ละรายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บป่วย ภาวะใกล้ตายและความตายที่แตกต่างกันออกไป กล่าวคือผู้ป่วยบางรายอาจจะเริ่มต้นที่การปฏิเสธไม่ยอมรับความจริงว่าตนป่วย จนกระทั่งเกิดความรู้สึกโกรธแค้นที่ตนเองต้องมาป่วย เกิดการต่อรองหรือวิงวอนต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายที่ตนนับถือเพื่อให้ตนหายป่วย แต่เมื่อไม่หายก็จะเกิดภาวะซึมเศร้า หดหู่ ท้อแท้และสิ้นหวัง แต่เมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยบางรายก็สามารถยอมรับความสูญเสียของตนเองได้ แต่บางรายก็ไม่สามารถทำใจยอมรับความเจ็บป่วยและความตายได้จึงพยายามหาหนทางที่จะยืดชีวิตของตนเอาไว้จนกระทั่งถึงช่วงนาทีสุดท้ายของชีวิตและท้ายสุดก็จากโลกนี้ไปด้วยความเจ็บปวดทรมานทั้งกายและจิตใจ

ดังนั้นเพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคร้ายแรงสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีความสุข ปราศจากความทุกข์และจากโลกนี้ไปอย่างไม่ทรมานทรมาย ไม่มีการเร่งหรือยืดเวลาของการตายออกไป ผู้ป่วยจึงควรได้รับการดูแลเป็นอย่างดีในลักษณะของการช่วยประคับประคองและฟื้นฟูทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยความช่วยเหลือดังกล่าวนี้ผู้ป่วยจะได้รับเป็นพิเศษจากทีมสุขภาพผู้ชำนาญการที่มีความเข้าใจทางด้านจิตใจเป็นอย่างดี ตลอดจนได้รับการจากบุคคลในครอบครัวและญาติพี่น้องและเพื่อนๆ ด้วย เมื่อได้รับการดูแลแบบประคับประคองทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณผู้ป่วยจะสามารถยอมรับถึงความเป็นไปในชีวิตของตนเอง ตลอดจนใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างปกติสุขมากขึ้น ทั้งนี้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลแบบประคับประคองสามารถใช้เวลาขณะเจ็บป่วยคิดทบทวนถึงสิ่งที่ตนกำลังประสบอยู่ในปัจจุบันทั้งในเรื่องของโรคภัย ความเจ็บป่วย ตลอดจนความเป็นไปในชีวิตที่ผ่านมาและความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นอย่างถี่ถ้วน ทำให้มีความทุกข์ต่อการเข้าสู่ขบวนการของการตายได้น้อยลง สามารถคิดตัดสินใจและประกอบกิจกรรมเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ได้

ด้วยตนเองตามปกติมากขึ้น ตลอดจนสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและญาติมิตรได้อย่างปกติสุข และที่สำคัญคือผู้ป่วยจะเกิดการรู้จักตนเองในแง่มุมที่ลึกซึ้ง จนกระทั่งเกิดการตระหนักรู้ถึงคุณค่าของการมีชีวิตอยู่มากขึ้นด้วย ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ได้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนตนเองทั้งในเรื่องของการใช้ชีวิตและการปรับตัวด้านต่างๆ ให้เป็นไปในทางที่ดีสอดคล้องกับการดำเนินของโรค ซึ่งการใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยแต่ละรายจะมีความแตกต่างกันออกไปตามปัจจัยที่หลากหลายและบริบทแวดล้อมที่แตกต่างกัน สิ่งที่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงการมีมุมมอง ทศนคติที่เกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยได้ดีที่สุดก็คือรูปแบบการใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยที่จะสะท้อนออกมาให้เห็นได้อย่างชัดเจนผ่านการจัดเตรียมความพร้อมสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตนั่นเอง ทั้งนี้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามพบว่าผู้ป่วยโรคร้ายแรงทั้ง 10 รายมีการเตรียมความพร้อมสำหรับช่วงชีวิตสุดท้ายของตนเอง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (physical), จิตใจ (psychological), สังคม (social) และจิตวิญญาณ (spiritual) ดังต่อไปนี้

### การเตรียมด้านร่างกาย

การเตรียมด้านร่างกาย หมายถึง การกระทำใดๆ ก็ตามที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นการวางแผนหรือจัดทำเอาไว้ล่วงหน้าเพื่อรับมือกับสถานการณ์ที่ตนรับรู้แล้วว่า จะต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บป่วยทางกายภาพกับการเลือกรูปแบบวิธีการรักษา ตลอดจนเรื่องของการให้ความช่วยเหลือดูแลตลอดทั้งกระบวนการเจ็บป่วย โดยจะเน้นไปที่การตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของร่างกายเป็นสำคัญ ทั้งนี้ถือว่าความต้องการขั้นพื้นฐานของร่างกายเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง ความผิดปกติด้านร่างกายควรที่จะได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม เพราะความต้องการของร่างกายจะสามารถพัฒนาไปสู่ความต้องการขั้นสูงต่อไปได้ กล่าวคือเป็นการยากยิ่งนักที่ผู้ป่วยที่ซึ่งกำลังประสบกับความเจ็บปวดจากการถูกคุกคามด้วยโรคร้ายแรงแล้วกำลังมีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียนอย่างรุนแรงจะสามารถมีสภาพทางจิตใจ สังคมหรือจิตวิญญาณในทางที่ดี ดังนั้นการเตรียมพร้อมทางด้านร่างกายต้องให้มีความสัมพันธ์และสอดคล้องไปในทางเดียวกันกับความต้องการและความผิดปกติของร่างกายด้วย

อย่างไรก็ตามมนุษย์เราสามารถที่จะเลือกปฏิบัติต่อความต้องการของร่างกายและความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ตามค่านิยมและความเชื่อของตนเอง เช่น ผู้ป่วยบางรายจะทนทรมานต่อความเจ็บปวดทรมานทางกายเพื่อให้เกิดคุณค่าทางจิตวิญญาณ ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยบางรายที่กำลังอยู่ในภาวะใกล้ตาย อาจเลือกที่จะยอมรับความเจ็บปวดทรมานหรือความไม่สุขสบายก็เพียงเพื่อที่จะได้นอนพักรักษาตัวอยู่ที่บ้านมากกว่าที่จะเข้าไปรับการรักษาจากโรงพยาบาลที่มีอุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์มากมาย เนื่องจากบ้านเป็นสถานที่คุ้นเคย ถ้าได้อยู่บ้านจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอุ่นใจเพราะมีคนคอยดูแลอยู่ตลอดเวลา ทำให้ไม่รู้สึกลัวสิ่งต่างๆ ไม่เหมือนโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยอาจจะต้องนอนอยู่คนเดียวโดยไม่มีใครมาสนใจ

นานเป็นชั่วโมงๆ จากการรวบรวมข้อมูลพบว่าการเตรียมพร้อมด้านร่างกายประกอบไปด้วยการตัดสินใจเลือกรูปแบบวิธีการรักษา, การระบุญาติที่จะเป็นผู้มาดูแลตนเองในยามที่เจ็บป่วยและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้, การระบุผู้ที่จะมาเป็นตัวแทนในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาหากตนเองมีอาการสับสนและรวมถึงการเตรียมยอมรับความเจ็บปวดทรมานหรือความไม่สุขสบาย ดังเช่น

"คนป่วยดูมีกำลังใจดีมาก เขาพยายามค้นหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตจากหนังสือเกี่ยวกับโรคที่เขาเป็นว่าเมื่อเป็นแล้วจะมีอาการอย่างไร ต้องรักษาแบบไหน อาหารการกินต้องเป็นยังไง แล้วก็พยายามหารูปแบบการรักษาที่ดีที่สุดเพื่อให้หายไวๆ พอเขาค้นข้อมูลอย่างถี่ถ้วนแล้วก็ตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เขาเป็นผู้ป่วยที่ตื่นะ เชื่อฟังและทำตามคำแนะนำของหมออย่างเคร่งครัดมาก" (ผู้ดูแลขนาด, สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2556)

"หนูไม่อยากฉายแสงแล้วมันรู้สึกไม่ดีเลยทำแล้วเวียนหัว คลื่นไส้อยากอาเจียน เหนื่อย ไม่มีแรงแล้ว กินอะไรก็ไม่ได้ มะห้บอกหมอให้หน่อยเถอะว่าหนูไม่อยากทำแล้วนะมะห้...ตอนจะตายจะอี๊ดอัดหรือเปล่า มะห้บอกหมอให้หน่อยนะว่าไม่ต้องใส่ท่อหายใจหรอก ไม่ต้องขี้มหัวใจด้วย หนูอยากไปแบบไม่เจ็บ" (ผู้ดูแลพาหนัน, สัมภาษณ์, 1 มีนาคม 2556)

"หมอนั่นขอเครื่องช่วยหายใจและขอให้หมอฟื้นขนาดมอร์ฟีนเพิ่มอีกเพราะตอนนี้ฉันปวดทรมานมากเหลือเกิน" (ผู้ดูแลต้นหยง, สัมภาษณ์, 17 มีนาคม 2556)

"หมอช่วยเจาะดูดเอาน้ำออกจากท้องให้บ่อยๆ ได้ไหมผมปวดท้องไม่ไหวแล้ว ขอยาแก้ปวดให้ผมอีกนะหมอ ผมปวดท้องมากจนนอนไม่ได้เลย ทรมานจริงๆ" (ผู้ดูแลโมกซ์, สัมภาษณ์, 23 เมษายน 2556)

ทำคิโมมันไม่ได้ทำลายเฉพาะแต่เซลล์มะเร็งเท่านั้น แต่มันไปทำลายเซลล์ปกติด้วย ถ้าแม่ทำแม่จะยิ่งทรมานและตายเร็วมากขึ้นลูกอยากให้แม่ทรมานหรือ แม่ขอตายแบบไม่เจ็บไม่ปวดได้ไหม เป็นมะเร็งยังไงก็ต้องตาย มีใครรอดจากมะเร็งบ้าง แถมเงินทองเราก็ไม่ได้มีมากมายเหลือกินเหลือใช้ แล้วทำคิโมแม่จะต้องผมร่วง แม่ไม่อยากไปงานรับปริญญาลูกแบบหัวล้านหรือกะ ไม่ต้องห่วงแม่หรือแม่ยังไหวอยู่" (ผู้ดูแลมณฑา, สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2556)

"แม่ปวดมากเลยแม่ไม่ไหวแล้ว...ไม่ต้องพาแม่ไปโรงพยาบาลหรือแม่ไม่ไปแม่จะอยู่ที่นี้ อยู่บ้านมันอุ่นใจทุกคนอยู่พร้อมหน้า ถ้าไปอยู่โรงพยาบาลแล้วตอนแม่ตายทุกคนจะมาดูใจแม่ทันไหม แม่ขอตายที่นี้ดีกว่าในบ้านของเราตายบนเตียงแม่นี้ ไม่อยากตายเตียงของโรงพยาบาล" (ผู้ดูแลมณฑา, สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2556)

"ตอนนี้ฉันไม่ไหวแล้วไม่รู้จะอยู่ได้อีกกี่วัน ถ้าฉันจะไปไม่ต้องขี้มหัวใจนะไม่ต้องต่อท่อหายใจด้วยมันเจ็บขอไปสบายๆ เจ็บปวดน้อยๆ" (ผู้ดูแลมณฑา, สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2556)



"ทำไมพ่นยาแล้วยังหายใจไม่ค่อยออกอีก บอกมาเถอะที่เป็นมะเร็งขั้นไหนแล้ว เป็นมากหรือหมอมถึงไม่ให้กลับบ้าน...เหลือเวลาอีกเท่าไร จะได้เตรียมใจเอาไว้...ได้ยินคนใช้คนอื่นเขาร้องครวญครางเสียงดังฉั่นเลยกลัวว่าก่อนที่จะตายจะต้องทนทรมานแบบนั้น ส่วนใหญ่เขาทรมานกันก็วันถึงจะตาย ฉันทจะทนไหวไหม" (ผู้ดูแลสารภี, สัมภาษณ์, 27 เมษายน 2556)

"ยายไม่เป็นไรหรอก ไม่อยากรักษาเลย คนเราเกิดมาก็ต้องเจ็บต้องป่วยแล้วก็ตายกันทั้งนั้น ถ้าจะตายขอให้ตายอย่างไม่ทุกข์ทรมานนอนหลับกินอิ่มแล้วหลับไปเลยดีกว่า รักษาไปก็เจ็บตัวเปล่าๆ" (ผู้ดูแลสี่ส่น, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2556)

"แม่อังทำใจไม่ได้ที่ต้องตัดนมออกทั้งหมด แม่แก่แล้วไม่ต้องรักษาหรอก แล้วรักษาแบบอื่นไม่มีแล้วรึลูก" (ผู้ดูแลสี่ส่น, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2556)

"แล้วนี่ถ้าแม่ออยากบริจาคอวัยวะจะต้องทำไง พวกเอ็งบริจาคตากันแม่บริจาคด้วยได้ไหม แต่ไม่รู้ตาคนแก่เขาจะรับรีเปล่า" (ผู้ดูแลสี่ส่น, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2556)

"แม่ออยากอยู่ถึงวันที่เจ้าเอก(นามสมมติของหลายชาย)เรียนจบรับปริญญา ถ้าการผ่าตัดนี้จะทำให้แม่ออยู่ถึงวันนั้นได้แม่ฝากก็ได้" (ผู้ดูแลพุดซ้อน, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2556)

"บอกยายมาเถอะลูกยายเป็นมะเร็งถึงขั้นไหนแล้ว หมอว่าไงบ้างใกล้หายหรือยัง ถ้าแม่เราเขาก็ไม่บอก บอกแต่ว่าเดี๋ยวก็หาย หมอให้นอนดูอาการสักพัก แต่ไม่เอาแล้วยายอยากกลับบ้าน อยู่ที่นี่อึดอัด บรรยากาศไม่ดี มันเครียดๆโหวงๆพิกล กลางคืนยายต้องนอนคนเดียววน่ากลัว นอนไม่ค่อยหลับ พายายกลับบ้านเถอะ" (ผู้ดูแลพุดซ้อน, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2556)

"ไม่ไปแล้วนะไม่เอาแล้วร่างกายมันสู้ไม่ไหว แก่จนปุ่นนี้จะให้ไปฉายแสงฉายทำไม ฉายไปก็ยิ่งจะทำให้ตายไวเท่านั้น ลูกกินยาสมุนไพร รักษาแบบพื้นบ้านของเรานี้อายุท่าจะยืนกว่าอีก ดูเบาหวาน ความดันเป็นมาหลายสิบปียังไม่ตาย นี่ถ้าหาหมอกินยาเบาหวานตามหมอลสั่งตายไปตั้งแต่มะโว้แล้ว" (ผู้ดูแลพิบูล, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

"ไม่เอาหรอกไม่ต้องเปิดนะอ่าไม่อยากเห็นคนป่วยคนอื่น มันทำให้เฝ้าคิดว่าตัวเองก็คงมีสภาพไม่ต่างจากคนพวกนั้น ยิ่งเห็นพวกเขาจะยิ่งทำให้ใจอาหดหู่และแย่งลง ได้ยินเสียงครวญครางด้วยความเจ็บปวดทรมานอาก็นอนไม่หลับแล้ว ถ้าต้องมาเห็นสภาพกายด้วยอ่าไม่รู้ว่าจะทนสังเวชใจตัวเองได้ไหม ปิดแบบนี้แหละออยากอยู่คนเดียว" (ผู้ดูแลบุษนาค, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

## การเตรียมด้านจิตใจ

การเตรียมด้านจิตใจ หมายถึง การกระทำใดๆก็ตามที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นการวางแผนหรือจัดทำเอาไว้ล่วงหน้าเพื่อรับมือกับสถานการณ์ที่ตนรับรู้แล้วว่าจะต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ภาวะใกล้ตายและความตาย ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของอารมณ์ ความรู้สึก โดยเฉพาะความรู้สึกที่มีอิสระและมีความมั่นคงทางจิตใจ การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจถือเป็นกิจกรรมที่มีสำคัญยิ่งนักยามเมื่อต้องเผชิญหน้ากับภาวะใกล้ตายและความตาย กล่าวคือ การเตรียมด้านจิตใจเป็นการดูแลจิตใจให้มีความเป็นอิสระเข้มแข็งและมั่นคง ถึงแม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่อาจจะไม่ค่อยปลอดภัยนักก็ตาม ผู้ป่วยโรคร้ายแรงหรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยส่วนใหญ่จะยังคงต้องการให้ตนเองมีความเป็นอิสระเสรีทางความคิดและสามารถคิดตัดสินใจสิ่งต่างๆได้ด้วยตนเองทราบนานเท่าที่จะเป็น ไปได้ ความหมายของความ เป็นอิสระก็คือ การมีความสามารถที่จะดูแลหรือควบคุมชีวิตของตนเองได้ แต่ในความเป็นจริงแล้ว ไม่มีมนุษย์ผู้ใดจะสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ทั้งหมดตลอดเวลา เพราะมนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่กำเนิดขึ้นมาเพื่อต้องการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน อีกทั้งยังเป็นการยากยิ่งนักที่ผู้ป่วยโรคร้ายแรงหรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะสามารถควบคุมตนเองได้ยามที่ตนกำลังป่วยหนัก

ดังนั้นผู้ป่วยบางรายจึงปรารถนาที่จะเลือกตัวแทนมาเป็นผู้ตัดสินใจสิ่งต่างๆแทนตัวเองในยามที่ตนกำลังป่วยหนักจนไม่สามารถพูดบอกความต้องการแก่แพทย์ผู้รักษาหรือกับคนรอบข้างได้ อีกทั้งพบว่าการเตรียมด้านจิตใจยังหมายถึงรวมถึงการค้นหาความสุขต่างๆที่มีผลต่อจิตใจด้วย เช่น การได้รับประทานอาหารที่ตนชอบ การได้ทำบางสิ่งบางอย่างกับร่างกายของตนเองตามอย่างที่ต้องการ ได้แก่ ตัดผม สระผม อาบน้ำและสวมใส่เสื้อผ้าชุดที่ชอบ รวมถึงการได้พูดหรือบอกสิ่งที่ตนต้องการให้ผู้อื่นได้ทราบ ได้แก่ การพูดคุยถึงความในใจที่มีต่อคนรอบข้าง การระบายความทุกข์ในใจ ความรู้สึกผิดและการพูดถึงความกลัวต่างๆเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย ตลอดจนการเรียกหาบุคคลอันเป็นที่รักเพื่อให้มาอยู่ด้วยในขณะที่กำลังจะจากโลกนี้ไป ดังเช่น

"พี่ว่าผู้ป่วยก็พยายามไม่เครียดวิตกกังวลอะไรนะ เขาอยากไปเที่ยวผ่อนคลายที่ไหนก็ไป บางทีก็ไปกับพวกเพื่อนบางทีก็ไปกับพี่น้องๆ แต่ส่วนมากกลุ่มเพื่อนเขาจะชวนกันไปดูคอนเสิร์ตไปหาของกินที่นั่นที่นี้กันบ่อย เขาสนุกเวลาอยู่กับเพื่อนๆ ตอนนั้นเพื่อนบางคนยังไม่รู้เลยว่าเขาป่วยเพราะเขาดูสดชื่น แข็งแรง เป็นนักกีฬาของบริษัทด้วยนะ" (ผู้ดูแลขนาด, สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2556)

"รักษามานานแล้วทำไมไม่หายสักทีละ เบื่อมานอนโรงพยาบาลแล้ว...แต่สักวันเค้าจะต้องหายจากมะเร็งให้ได้ เค้ายังอยากทำอะไรอีกมากมายในชีวิตนะ อยากจะทำงานหาเงินให้ได้มากๆเพื่อจะได้เลี้ยงดูตัวเองได้ แล้วจะส่งเงินให้พ่อแม่และอยากตอบแทนพี่ด้วยที่ช่วยส่งเสียให้เรียนและอยู่ดูแลกันมาตลอด" (ผู้ดูแลขนาด, สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2556)

"หมอบอกเค้าว่าอยากทำอะไรก็ทำอยากกินอะไรก็กิน ทำไมหมอบไม่ให้กำลังใจกันเลย เค้าจะไม่รอดแล้วใช่ไหม...ความตายน่ากลัวไหม เค้าไม่กลัวตายนะแต่ไม่อยากทรมาณกลัวเจ็บ ถ้าเค้าไม่ไหวแล้วอย่าลืมนำโลงมาให้ด้วย กลัวหายใจไม่ออก...ตอนอยู่ในโลงแล้วเข้าไปในเตาเผา มันจะร้อนมากไหม แล้วเราจะได้เจอกันอีกหรือเปล่าเค้าอยากกลับบ้านอยากเจอพ่อเจอแม่" (ผู้ดูแลขนาด, สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2556)

"ช่วงท้ายๆน้องบอกว่าอยากอาบน้ำ แต่ด้วยร่างกายเขามันอาบไม่ได้หรอก มะห้เลยได้แต่เช็ดตัวและสระผมให้วันเว้นวัน ให้น้องนอนบนเตียงนั้นแหละแล้วก็สระ เขาบอกว่าชอบมากเลย อยากให้มะห้ทำให้ทุกวันสบายหัวสบายตัวดี" (ผู้ดูแลปานัน, สัมภาษณ์, 1 มีนาคม 2556)

"หนูเกิดมาแค่นี้หนูก็มีความสุขแล้ว ได้มีลูก มีคนรักหนู ชอบคุณมะห้ที่ดูแลหนูมาตลอด ขอหนูดูลูกหน่อย" (ผู้ดูแลปานัน, สัมภาษณ์, 1 มีนาคม 2556)

"พ่ออยากกลับบ้าน นอนที่นี่ไม่สบายเลย นอนที่บ้านสบายกว่า ถ้าเกิดตายขึ้นมา พ่อจะได้นอนตายสบายหน่อย" (ผู้ดูแลโมกซ์, สัมภาษณ์, 23 เมษายน 2556)

"พ่ออยากเจอลูกๆทุกคน อยากเจอญาติของเราทุกคนด้วย บอกทุกคนนะว่าพ่อป่วย พ่ออยากเห็นหน้าทุกคนสักครั้งก่อนพ่อตาย...ขอบใจที่มาหา ทั้งที่พ่อเคยคิดว่าพวกลูก ไม่โกรธพ่อกันใช่ไหม ตอนนี่ทุกคนโตมีครอบครัวดูแลตัวเองกันได้หมดแล้ว พ่อไม่มีอะไรต้องห่วง" (ผู้ดูแลโมกซ์, สัมภาษณ์, 23 เมษายน 2556)

"พ่อขอข้าวต้มปลา ไข่เจียวกับน้ำแอปเปิ้ลนะอยากกินไม่ได้กินมาตั้งนานแล้ว" (ผู้ดูแลโมกซ์, สัมภาษณ์, 23 เมษายน 2556)

"วันก่อนแอ้เพิ่งโทรมาบ่นเครียดเรื่องเรียน สงสารไม่อยากให้ต้องมาเครียดเรื่องนี้อีก ค่อยรักษาก็ได้ฉันยังไม่เป็นอะไรมากสักหน่อยแค่เพลียๆเท่านั้นเอง กินยานอนพักเดียวก็ดีขึ้น ไว้เจ้าแอ้เรียนจบค่อยมาหาหมอบอกอีกที...ไม่ต้องบอกเจ้าแอ้ล่ะว่าฉันป่วย ฉันไม่อยากให้ลูกกลุ้มใจ ป่านนี้คงกำลังเตรียมตัวสอบอยู่ ไว้แอ้กลับมาแล้วฉันจะบอกลูกเอง" (ผู้ดูแลมณฑา, สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2556)

"ไม่อยากนอนรอคอยความตาย ถ้าทำเคมีแล้วจะทำให้ยืดเวลาได้อีกสักเดือนสองเดือน ฉันก็อยากทำ ยังมีสิ่งที่ต้องการจะทำอีกหลายอย่าง ฉันไม่พร้อมที่จะตายไปตอนนี้" (ผู้ดูแลมณฑา, สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2556)

"แม่กำลังจะไปแล้วนะลูก หนูต้องเข้มแข็งนะ ต้องช่วยดูแลป่า ดูแลร้านของเราให้ดี แม่ภูมิใจในตัวลูกมากลูกเป็นเด็กดีของแม่มาตลอด เมื่อแม่ตายแม่ขอให้ลูกกลับไปเรียนให้จบ ทำให้แม่ได้ใช้ไหม ไม่ต้องร้องไห้แม่ไม่ได้ไปไหน เดี่ยวเราก็ได้เจอกัน คิดซะว่าแม่ไปเที่ยว...คอบแห้ง

จ้แง๋ออยากกินน้ำผลไม้เย็นๆ ร้อนไปหมดอยากกินน้ำแข็งใสด้วย ไปซื้อมาให้แม่กินหน่อย คงเป็นครั้งสุดท้ายแล้วที่จะได้กิน" (ผู้ดูแลมณฑา, สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2556)

"ไม่ต้องเสียใจ คนเราไม่จากเป็นก็จากตาย ฉันแค่ไปก่อนเอง ขอขอบคุณจริงๆที่ไม่ทิ้งกันอย่าลืมกันล่ะ...แม่รักแ่่มากฝากดูแลแ่ด้วย" (ผู้ดูแลมณฑา, สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2556)

"ร้อนข้างในมากอยากกินน้ำหวานเย็นๆ อยากกินมันฝรั่งไปซื้อให้หน่อย นี่เดือนสิบแล้วใช้ใหม่เอาขนมเดือนสิบมาให้กินบ้างสิ นี่คงได้กินเป็นปีสุดท้ายแล้ว ...อยากเจอเตี้ยสักครั้งก่อนตาย อยากเจอทุกคน บอกให้รีบมาเดี๋ยวจะไปแล้ว อยู่อีกไม่นานหรอก ทนไม่ไหวแล้วล่ะปวดไปหมดเลย" (ผู้ดูแลสารภี, สัมภาษณ์, 27 เมษายน 2556)

"ทำหุสามชั้นผัดหวาน ไข่ปลาริวักทอดและผัดสะตอกุ้งสดนะ ฉันทจะกินมื่อเย็นนี้" (ผู้ดูแลยี่สุ่น, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2556)

"วิกอันนี้ผมสวยแม่ชอบ คราวหน้าเปลี่ยนเอาทรงดัดลอนมาให้แม่นะเอาทรงแบบในละครที่ดูเมื่อก็นะ...แต่ผมปลอมไม่ต้องใส่ดีกว่าไม่ถนัดไหนๆก็ตัดไปแล้วข้างผมแกะไม่มีก็ไม่เห็นเป็นไรเลย" (ผู้ดูแลยี่สุ่น, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2556)

"โทรบอกทุกคนให้มาหาแม่วันนี้ แม่ใกล้จะไปแล้ว พ่อมารอแม่นานแล้ว นี่ยายก็มาทวดก็มาหาไม่พ่นคืนนี้แน่ลูกเอ๊ย" (ผู้ดูแลยี่สุ่น, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2556)

"แม่แก่มาแล้วรักษาไปก็ไม่หาย ต้องมารักษาอีกก็ครั้งกว่าแม่จะตาย แม่ทนเจ็บปวดตอนนี้แล้วตายไปด้วยโรคร้ายใจแม่ยังสงบมากกว่าต้องมาตายเพราะทนเจ็บจากการรักษาพวกนี้" (ผู้ดูแลพุดซ้อน, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2556)

"ถ้าหากว่าแม่เป็นอะไรไปก็อย่าเสียใจนะลูกเพราะลูกได้ทำหน้าที่ของลูกอย่างดีที่สุดแล้ว แม่โชคดีที่มีลูกคอยมาดูแล" (ผู้ดูแลพุดซ้อน, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2556)

"เลิกพาพี่กลับบ้านได้ไหมไม่อยากอยู่ที่นี่แล้ว พี่อยากกลับบ้าน พี่อยากกลับไปตายที่บ้าน" (ผู้ดูแลพิกุล, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

"เมื่อคืนพ่อมา พ่อมารับแล้ว แต่ฉันยังไม่ไปหรอก รอดูหน้าเหลนกับทอดกฐินให้เสร็จก่อน" (ผู้ดูแลพิกุล, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

"ถ้ามีแรงมีกำลังอยากไปทำบุญ อยากไปเที่ยวไหนก็ไปเลยนะ จะได้ไม่เสียดายว่าไม่ได้ทำอะไรได้ไป พี่เสียดายอยู่อย่างอยากบวชแต่ก็ไม่ได้บวช ผัดวันประกันพรุ่งเอาแต่ทำงานจนเวลาล่วงเลยมาจนแก่เฟ็งนี้ก็ได้ พอจะไปแข่งขาก็ไม่ดีช่วยตัวเองไม่ได้ สุดท้ายต้องมานั่งเสียดายจนทุกวันนี้" (ผู้ดูแลพิกุล, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

"วันนี้วันอะไร เมื่อไรจะวันเสาร์จะได้มีใครมาเยี่ยมบ้าง นอนอยู่คนเดียวทั้งวันอัดอัด ไม่ได้พูดได้คุยกับใคร เบื่อจริงๆอยากกลับบ้าน ตอนกลางคืนนอนไม่หลับบางที่ได้ยินเสียงคนป่วยครวญครางอาทึระแวงเลยยังไม่หลับไปกันใหญ่ แล้วทำแลปถึงไหนแล้วจะเสร็จหรือยัง วันนี้จะอยู่เป็นเพื่อนอาได้ถึงก็เ้มง อยู่กินข้าวเย็นกันก่อนนะอาจะได้มีเพื่อนกิน กินคนเดียวกลืนไม่ลง" (ผู้ดูแลบุณนาค, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

"เจ็บหมดละทรมาณจะแยะอยู่แล้วไม่ยอกรักษาแล้วกลับบ้านได้ไหม อยู่ที่นี่ก็เหมือนอยู่คนเดียว ลูกเมียไม่มี พี่น้องก็ทำงาน ไม่อยากจะรบกวนเวลาใครหรอก เราก็ยุ่งงานวิจัย อาทึไม่ยอกรบกวน เมื่อไรจะตายๆสักที เจ็บคอ ปวดตัว ปวดหัว ไม่รู้เป็นเวรเป็นกรรมอะไรต้องมาเป็นแบบนี้" (ผู้ดูแลบุณนาค, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

"ชีวิตคนเรานี้สั้นกว่าที่คิดไว้เยอะเลยนะบพจะป่วยก็ป่วยบพจะตายก็ตายนี่อย่างไม่ได้หันทำอะไรกับชีวิตเลย วัดก็ไม่ค่อยได้ไปสวดมนต์ก็ไม่ค่อยได้สวด เคยคิดอยากไปปฏิบัติธรรมที่วัดตอนแ่งๆสักตอนเจ็ดสิบแปดสิบ แต่นี้หนักก็ดูท่าจะไม่รอดซะแล้ว อาอยู่ได้ไม่ถึงที่หวังไว้เพราะฉะนั้นอยากทำอะไรให้รับทำนะ ย่อารคิดว่าค่อยทำ ใค่อยทำหนะมักไม่ค่อยได้ทำหรอกไปก่อนจะได้ทำทั้งนั้น" (ผู้ดูแลบุณนาค, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

### การเตรียมด้านสังคม

การเตรียมด้านสังคม หมายถึง การกระทำใดๆก็ตามที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นการวางแผนหรือจัดทำเอาไว้ล่วงหน้าเพื่อรับมือกับสถานการณ์ที่ตนรับรู้แล้วว่าจำเป็นต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ภาวะใกล้ตายและความตาย ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับครอบครัว การงาน การเงิน ความเป็นอยู่ทั่วไปและเรื่องของกฎหมายต่างๆ การเตรียมพร้อมทางด้านสังคมจะมุ่งไปที่ประเด็นเกี่ยวกับการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในสังคมเป็นส่วนใหญ่ อีกทั้งบุคคลที่อยู่ในช่วงภาวะใกล้ตายจะมุ่งความสนใจไปที่บุคลิกภาพของตัวเองและการรับรู้จำนวนคนที่มีความสำคัญในชีวิตของพวกเขา เช่น การได้รับความเอาใจใส่ดูแลจากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ที่มาคอยดูแลอย่างใกล้ชิด อีกทั้งการเตรียมด้านสังคมยังรวมถึงการเตรียมความพร้อมด้านการจัดการทรัพย์สินและการเงิน โดยการทำพินัยกรรมแบ่งมรดกหรือการเตรียมเงินสำหรับใช้จ่ายเกี่ยวกับงานศพของตนเอง, การตัดสินใจเลือกสถานที่สุดท้ายหรือเลือกสถานที่ที่ปรารถนาจะตายหรือการระบุสถานที่บรรจุศพ, การทำประกันชีวิต, การเขียนบันทึกเรื่องราวส่วนตัวหรือเหตุการณ์บางอย่างที่ควรจดจำเอาไว้, การบอกสิ่งเสียแก่ญาติ บุตร สามีและภรรยา, การบอกกับสมาชิกในครอบครัว ญาติและเพื่อนสนิทว่าตัวเองกำลังอยู่ในภาวะใกล้ตาย, การเตรียมการช่วยเหลือครอบครัวภายหลัง จากที่ตนเสียชีวิต, การจัดการงานที่ค้างค้ำ, การจัดการเรื่องหนี้สิน, การเตรียมแผนสำหรับคู่ชีวิต บุตรและญาติในบ้าน ตลอดจนมีการปรึกษาสนทนาและวางแผนเกี่ยวกับพิธีศพของตนเองร่วมกับคนสนิทใกล้ชิด ดังเช่น

"มะห์ เดือนนี้ไม่ต้องไปหาหมอได้ไหม หนูไหวนะ หนูไม่เป็นอะไรแล้ว เก็บเงินไว้เป็นค่านมให้เจ้าตัวเล็กดีกว่า ไปครั้งหนึ่งเสียค่ารถตั้งห้าหกร้อยนะมะห์นะ" (ผู้ดูแลพาหนัน, สัมภาษณ์, 1 มีนาคม 2556)

"มะห์หนูเหนื่อยอยากกลับบ้าน หนูอยากเห็นหน้าลูก หนูจะได้กลับบ้านใหม่ ไม่อยากตายที่นี้นะ ขอตายที่บ้าน...มะห์จะร้องไห้คิดถึงหนูหรือเปล่า หนูรักมะห์นะมะห์ดูแลตัวเล็กให้หนูด้วย" (ผู้ดูแลพาหนัน, สัมภาษณ์, 1 มีนาคม 2556)

"ฉันทนไม่ไหวแล้วนะ อยากเห็นหน้าทุกคนก่อนไป ดูแลตัวเองกันให้ดีๆ ทำความดีกันให้มากๆ รักกันช่วยเหลือกัน ไม่ทิ้งกันนะ" (ผู้ดูแลต้นหยง, สัมภาษณ์, 17 มีนาคม 2556)

"ดูหูกพ่อหูกหรือยัง ถ้าพ่อจะไปหูกจะพบไปข้างหลัง แล้วถ้าพ่อเป็นอะไรไปใส่ชุดตำรวจให้พ่อนะแล้วพาไปวัดแหลมทรายพ่อนะได้อยู่กับแม่แก้ว(นามสมมติของภรรยาคนที่ 3 ซึ่งเป็นแม่ของผู้ดูแล) ติดต่อไว้เลยก็ดี บอกเขาว่าเป็นพ่อเองเขาจะได้รับจัดการให้...อยากกลับบ้าน ขอหมอกลับบ้านได้ไหมลูก" (ผู้ดูแลโมกซ์, สัมภาษณ์, 23 เมษายน 2556)

"วันก่อนแอ้เพิ่งโทรมาบ่นเครียดเรื่องเรียนสงสารไม่อยากให้ต้องมาเครียดเรื่องนี้อีก ค่อยรักษาก็ได้ ฉันยังไม่เป็นอะไรมากสักหน่อย แค่เปลี่ยๆเท่านั้นเองกินยานอนพักเดี๋ยวก็นอนได้ขึ้น ไร่เจ้าแอ้เรียนจบค่อยมาหาหมอกันอีกที" (ผู้ดูแลมณฑา, สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2556)

"แม่ไม่อยากให้ครอบครัวจะดรอปทำไม ตอนนี้แม่ไม่ได้เป็นอะไรมากลูกต้องกลับไปเรียนให้จบ อย่าให้ความเจ็บป่วยของแม่ต้องมาเป็นอุปสรรคต่อการเรียนเลย ถ้าไม่กลับไปเรียนแม่ก็จะหยุดรักษาซะเดี๋ยวนี ดีเหมือนกันไม่ต้องสิ้นเปลืองแล้วก็ไม่ต้องทรมานสังขารด้วย ทุกวันนี้แม่ยอมไปหาหมอเพราะแม่อยากอยู่กับลูกนานๆรอเห็นลูกเรียนจบแม่อยากไปงานรับปริญญาของลูก แต่ถ้าไม่เรียนแม่ก็เลิกไม่ต้องรักษา ไม่ต้องไปหาแล้วหมอ" (ผู้ดูแลมณฑา, สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2556)

"ขอบคุณทุกคนมากที่มาเยี่ยมกันอยู่เสมอ ฉันไม่มีอะไรต้องกังวลหรอก ร้านก็มีพี่ๆคอยดูแลอยู่แล้ว ห่วงก็แต่ลูกทุกคนช่วยดูแลลูกให้ฉันด้วยนะช่วยให้ค่ารักษาแนะนำทางเดินชีวิตให้ลูกแทนฉัน ผูกดูแลลูกด้วย" (ผู้ดูแลมณฑา, สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2556)

"ฝากดูแลเตี้ยด้วย เงินบัญชีทั้งหมดเก็บไว้เป็นค่ารักษาเตี้ยแถมจะไม่ได้เมื่อเดือนก่อนคนอื่นๆ บ้านรถผ่อนหมดแล้ว ไปแบ่งกัน" (ผู้ดูแลสารภี, สัมภาษณ์, 27 เมษายน 2556)

"ยายไม่ห่วงอะไรแล้ว ทุกคนโตดูแลตัวเองกันได้หมดแล้ว แต่ห่วงสวนพาไปดูหน่อยนั่งรถเวียนเฉยๆก็ได้ยายไม่ลงเดินหรอก" (ผู้ดูแลยี่สุน, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2556)

"สมบัติทั้งหลายเหล่านี้ส่วนยงสวณเงาะแม่จะแบ่งโอนให้ลูกทุกคนเท่าๆกัน บ้านหลังนี้แม่ยกให้(ผู้ดูแลซึ่งเป็นพี่คนโต) บ้านที่หาดีใหญ่ก็ยกให้ลูกเราไปแล้วเราก็มาอยู่ชะง่อนชะง่อมได้ มาคอยดูแลน้องๆดูแลสวนแทนแม่...งานของแม่ให้เอาเงินในบัญชีแม่จ่ายไป เงินที่เหลือไปตั้งมูลนิธิตระกูลเราช่วยเหลือเด็กให้ได้มีทุนเรียนหนังสือ" (ผู้ดูแลยี่สิบ, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2556)

"ยายคงไม่ไหวแล้ว คงไม่ได้เห็นวันที่หลานเรียนจบ ตั้งใจเรียนนะลูก ดูแลตา ดูแลพ่อแม่ และน้องนะ" (ผู้ดูแลพุดซ้อน, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2556)

"งานที่ไม่ต้องทำเยอะนะสิ้นเปลือง ไปเตรียมเช่าหลวงปู่ทวดได้แล้ว เช่าสัก 200 องค์ เอาไว้แจกเพื่อนบ้านที่มา เหลือกก็แบ่งให้ลูกให้หลานกันไป ค่างานก็เอาเงินในกระปุกในถังข้าวสารนั่นแหละพี่เก็บไว้ต่างหากไว้สำหรับงานพี่โดยเฉพาะเลยจะได้ไม่ต้องรบกวนคนอื่นเขา ถ้ากระดุกห่อผ้าเอาไปใส่ช่องในผนังโบสถ์นะพี่จงกับเจ้าอาวาสไว้นานแล้ว อยู่ในโบสถ์มันดี ไม่นอนแดดนอนฝน ได้อยู่ใกล้พระฟังพระสวดทุกวันวิญญานจะได้ไปที่ดีๆ ทำบุญแค่ครบ 100 วันกับครบ 1 ปีก็พอ แล้วปีถัดไปก็ทำพร้อมของพ่อ เล็กทำแทนพี่นะทำทุกปีอย่าให้ขาดปู่ย่าตายายจะได้คอยคุ้มครอง ครอบครัวยุ่จะอยู่เย็นเป็นสุขไปตลอด...สวนไร่ก็แบ่งกันไปหมด แล้วเหลือแต่เรือนนี้ ใจพี่อยากยกถวายวัด เขาว่าได้บุญมาก แต่สงสารแม่สนกับแดงจะไปอยู่กันเสียที่ไหน" (ผู้ดูแลพิบูล, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

"ลูกเสียใจที่แต่ก่อนไม่ค่อยมีเวลามาหาแม่ เยี่ยมแม่ เอาแต่ทำงานหาเงินอยากจะทำบ้านซื้อรถสนใจแต่สิ่งของนอกกาย พอถึงวันนี้ลูกมีทุกอย่างบ้านรถผ่อนหมดเรียบร้อย แต่ทุกอย่างกลับสายไปลูกกลายเป็นคนป่วย ป่วยหนักใกล้ตาย บ้านที่สร้างก็ไม่ได้อยู่ รถที่ซื้อก็ไม่ได้ขับ สมบัติทุกอย่างที่มีลูกยกให้แม่หมดเลยนะ" (ผู้ดูแลบุษราคัม, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

## การเตรียมด้านจิตวิญญาณ

การเตรียมด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การกระทำใดๆก็ตามที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นการวางแผนหรือจัดทำเอาไว้ล่วงหน้าเพื่อรับมือกับสถานการณ์ที่ตนรับรู้แล้วว่าต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ภาวะใกล้ตายและความตาย การเตรียมความพร้อมด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่แล้วจะเป็นความสนใจในเรื่องของจิตวิญญาณ ความหวัง ความเชื่อและพิธีกรรมต่างๆผู้ป่วยบางรายอาจจะค้นหาจิตวิญญาณจากการยึดมั่นในศาสนาและพระเจ้า จากอิทธิพลของสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติหรือจากค่านิยมส่วนบุคคล ความพร้อมทางด้านจิตวิญญาณถือว่ามีสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตายมีสภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น กิจกรรมด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตายควรประกอบไปด้วยการค้นหาความหมายของชีวิต ค้นหาความตายที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับเอกลักษณ์ของตนเอง ตลอดจนค้นหาความหวังให้กับตนเอง

ทั้งนี้พบว่า การตอบสนองด้านจิตวิญญาณเพื่อให้ตนเองได้ตายอย่างมีความสุขนั้นเป็นความต้องการอันดับต้นๆของผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงพยายามที่จะปฏิบัติตามหลักความเชื่อทางศาสนาที่ตนนับถือ เพื่อให้ได้ไปถึงสุคติภูมิและสามารถหลุดพ้นจากทุกข์ภูมิได้อย่างสิ้นเชิง ดังนั้นการเตรียมพร้อมทางด้านจิตวิญญาณจึงประกอบไปด้วยการปฏิบัติตามหลักศาสนา เช่น การทำบุญตักบาตร การอุทิศส่วนกุศลให้กับผู้ที่ล่วงลับไปแล้ว, การขอโหลิกรรมจากผู้ที่ตนเคยคิดร้ายหรือกระทำไม่ดี, การทำพิธีกรรมต่างๆตามความเชื่อ, การทำความเข้าใจและตีความเรื่องชีวิตและความตาย, การขอโทษ ขอภัยในเรื่องที่เคยกระทำผิดต่อคนอื่น, การเตรียมวางแผนเกี่ยวกับพิธีงานศพ, การยอมรับว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต, การใช้เวลาที่เหลืออยู่ให้มีคุณค่าและพร้อมที่จะกล่าวคำอำลา ดังเช่น

"เขาเคยพูดกับพ่อแม่ว่าเค้าจะไปก็ไปเลยนะ พ่อกับแม่ทำใจเอาไว้ดีๆนะ หนูดีใจที่เป็นลูกพ่อกับแม่ ยังไม่ทันได้ดูแลพ่อดูแลแม่เลยหนูเสียใจ อโหสิให้หนูด้วย...โทรหาแม่ให้หน่อยอยากฟังเสียงอยากขออโหสิ โทรหาหัวหน้าให้ด้วยจะขออโหสิ...หนูเชื่อเรื่องโลกหลังความตายนะ เข้าใจมากขึ้นหลังจากได้คุยกับพี่หวาน (หนึ่งในทีมดูแลแบบประคับประคองให้ แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย) แต่ก็ไม่มั่นใจว่าจะต้องเจอกับอะไรแต่ใครๆก็ต้องตายอยู่ดี" (ผู้ดูแลขนาด, สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2556)

"ช่วงนั้นก็พูดกับผู้ป่วยเรื่องความตายบ่อย บอกให้เขาสวดมนต์ทุกวันตอนเช้าและก่อนนอนให้นึกถึงแต่ความดีและสิ่งดีงามที่เขาเคยทำมา พูดว่าเขาเป็นคนดีเป็นลูกที่ดีน้องที่ดีเพื่อนร่วมงานที่ดีและเป็นลูกน้องที่ดีขยันทำงานด้วย ให้เขาภูมิใจที่เกิดมาแล้วเป็นคนดี...ทำตามหลักศาสนาสวดมนต์นำทางให้เขาไปดี พูดไปว่าไปดีนะไม่ต้องห่วงอะไรทางนี้แล้วพี่จะดูแลพ่อกับแม่ให้ ไม่มีเวรกรรมอะไรติดตัวนะมีแต่สิ่งดีๆพระธรรมจะนำทางไปสู่นิพพานแล้วเขาก็จ้องหน้าพี่แล้วก็จากไป ตัวพี่ก็สบายใจขึ้นด้วยที่ช่วยน้องให้จากไปอย่างสงบได้" (ผู้ดูแลขนาด, สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2556)

"พระอัลเลาะห์จะมารับหนูหรือเปล่า ถ้าหนูตายหนูจะมาหามาหาลูกได้อีกไหม ถ้ามาได้หนูจะมาหาทุกวันเลย" (ผู้ดูแลปานาน, สัมภาษณ์, 1 มีนาคม 2556)

"ความตายเป็นการเปลี่ยนมิติของการดำรงอยู่จากโลกหนึ่งไปสู่อีกโลกหนึ่งที่ดีกว่า ร่างกายไม่ถาวรสิ่งที่ถาวรคือจิตวิญญาณหนูต้องสร้างความผูกพันกับความตายด้วยการหมั่นรำลึกถึงและเตรียมพร้อมเสมอสำหรับความตาย ความเจ็บป่วยและทรมานเป็นบททดสอบของพระอัลเลาะห์ ถ้าสามารถทนได้พระองค์จะมารับไปอยู่สวรรค์...คนเราเกิดมามีชีวิตที่ไม่เหมือนกันหรอกไม่ต้องคิดมากนะทำให้สบาย" (ผู้ดูแลปานาน, สัมภาษณ์, 1 มีนาคม 2556)

"แม่ได้ทำบุญสังฆทานตามที่แม่ตั้งใจแล้วนะ แล้วลูกได้ขอวชให้แม่ด้วยแม่จะได้เกาะผ้าเหลืองขึ้นสวรรค์...ขอให้แม่ปล่อยวางจากทุกสิ่งให้หมด ให้แม่พยายามนึกถึงแต่องค์พระนึกถึง



บุญที่แม่สร้างให้นี่ถึงคำว่าสัมมาอะระหังไปตลอด ผมภูมิใจที่ได้เกิดมาเป็นลูกแม่ ขอให้แม่ไปภพภูมิที่ดีมีความสุขเราคงได้พบกันอีกนะครับ" (ผู้ดูแลต้นหยง, สัมภาษณ์, 17 มีนาคม 2556)

"อยากต่ักบาตร ถ้ายังแข็งแรงดีอยู่พ่อคงได้ไปต่ักบาตรที่วัดชีราทุกเช้า นี่ถึงตอนเราไปทำบุญสังฆทานที่วัดชนะน่านแล้วที่พ่อไม่ได้ไป" (ผู้ดูแลโมกข์, สัมภาษณ์, 23 เมษายน 2556)

"เปิดศีลธรรมะไว้ตลอดคนจะจนกว่าแม่จะไป ไม่ต้องห่วงเรื่องงานหรอก ป้าเขาทำให้เอง ละลูกมาอยู่ข้างๆ อยู่เป็นเพื่อนแม่ก็พอ" (ผู้ดูแลมณฑา, สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2556)

"เจ้เขาไปไหว้ขอหลวงปู่ทวด ท่านศักดิ์สิทธิ์มาก ต่างชาติข้ามน้ำข้ามทะเลกันมาราบไหว้ เจ้แก่ก็ขอให้ผลตรวจออกมาว่าเป็นเนื้อดีมีสุขภาพแข็งแรง ถ้าผลออกมาตามที่ขอจะมาถือศีลปฏิบัติธรรมที่วัดนี้ 5 วัน" (ผู้ดูแลสารภี, สัมภาษณ์, 27 เมษายน 2556)

"พอตายแล้วจะเป็นยังไงต้องทำอะไรบ้างเขาไปที่ไหนกัน จะมีคนมารับใช้ไหม ตอนป้าเสียเห็นป้าเพื่อว่ายายมารับตามารับ ถ้าไม่มีใครมารับล่ะจะมีใครไปด้วยกันไหม พอไปแล้วจะกลับมาหาคนที่ยังอยู่ได้หรือเปล่า...ที่จริงฉันทำบุญมาตลอดนะจิตน่าจะนิ่งได้ดีกว่านี้ แต่พอเอาเข้าจริงๆ เกิดกลัวตายขึ้นมา กลัวว่าจะไม่เจอคนรู้จักเลยแล้วจะทำยังไง" (ผู้ดูแลสารภี, สัมภาษณ์, 27 เมษายน 2556)

"จะไปแล้วนะคืนนี้ละเอาสร้อยพระมาคล้องคอให้หน่อย...พุทโธ อัมโม สังโฆ สัมมา อาระหัง สัมมา อาระหัง" (ผู้ดูแลสารภี, สัมภาษณ์, 27 เมษายน 2556)

"ขอให้ลูกมีสุขภาพแข็งแรงขออย่าให้เป็นโรคร้ายนี้เลย ลูกทำบุญทำทานมาตลอด ขอผลบุญทั้งหลายช่วยให้รอดพ้นจากมะเร็งที่เกิด ถ้าลูกหายจะมาทำบุญช่วยบูรณะวัด" (ผู้ดูแลยี่สุ่น, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2556)

"วันที่เป็นลมนี้คิดว่าตายซะแล้วอยู่ๆ ก็วูบไป คนเรานี้นับที่จะไปก็ไปกันได้ง่ายๆ เหมือนกันนะ ตอนนั้นแม่เห็นพระลอยมาตรงหน้าแม่ก็สารๆ ในใจแล้วได้ยินเสียงบอกให้ตั้งสติ หายใจช้าๆ เลยรอดตายเกือบไปแล้วนะ...เตรียมทุกอย่างให้แม่ไว้แต่เนิ่นๆ ประเดี๋ยวลูกจะหาวของหาที่ทางไม่ทัน ดอกไม้เอาเป็นช่อนกลืนอยู่ได้นานจะได้ไม่เปลือง เอากุหลาบมอญที่แม่ปลูกใส่แจกันตั้งข้างรูปแม่ด้วยนะแม่ชอบ โลงนี้วันไหนว่างก็พาแม่ไปดู อยากเลือกเอง สั่งพิมพ์หนังสือสวดมนต์ด้วยนะลูกเอาไว้แจกแขกที่มางานสังเอยๆ เลยถ้าเหลือก็เอาไปถวายวัด คนมาทำบุญจะได้หยิบเอาไปอ่านไปสวดกัน" (ผู้ดูแลยี่สุ่น, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2556)

"แม่อยากกลับบ้าน แม่อยากไปวัด วันพระวันไหน อยากฟังเทศน์ ถ้าตายขอตายที่บ้านนะตายที่นี้ไม่เอาใจมันไม่เป็นสุข" (ผู้ดูแลพุดซ้อน, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2556)

"ขอให้แม่นึกถึงบุญกุศลทั้งหมดที่เคยทำมา แม่ช่วยบำรุงวัดวาอารามอยู่เสมอ แม่ร่วมสร้างพระพุทธรูปมากมายและได้ช่วยอุปถัมภ์พระสงฆ์สามเณร มีใจศรัทธาในพระพุทธ ศาสนามาตลอด ขอให้แม่นึกถึงพระพุทธรูปที่แม่ช่วยสร้างเอาไว้เสมอ นะแม่เป็นคนดีอยู่ในศีลในธรรมเสมอมา แม่ได้ใส่บาตรทุกเช้าไปถวายสังฆทานเป็นประจำแม่มั่นใจได้เลยว่าบุญกุศลทั้งหลายและความดีทั้งหมดที่แม่เคยทำมาตลอดทั้งชีวิตจะช่วยนำพาแม่ให้ไปสู่สัมปรายภพที่ดี สิ่งเหล่านี้จะเป็นแสงสว่างส่องนำทางให้แม่เอง" (ผู้ดูแลพุดซ้อน, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2556)

"พ่อของยายตายไปตั้งแต่ยายยังเด็ก แต่ตอนนั้นยายก็จำความได้แล้วว่าพ่อหะตายแล้วฟื้น เข้าโลงไปแล้วสองวันก็เคาะเรียก ลับห่อไปเปิดฝาโลง เชื้อใหม่พ่อแกยังไม่ตายฟื้นมา ขอกินน้ำ ล้างหน้า ฟื้นมาได้สองคืนมาพูดเล่าให้ทุกคนทำบุญ อย่าทำบาป ตอนแกตายแกไปเห็นคนเป็นชู้ คนทำบาปโดนทรมานน่ากลัว แล้วแกก็เล่าเยอะเยะเลยพอครบสองคืนก็ตายจริง...อย่าร้องให้ยายไม่ได้ไปไหน เกิด แก่ เจ็บ ตายเป็นธรรมดา ลักวันเอกกับเอ็งก็ต้องตาย หมั่นทำบุญกันนะ ซาติน้ำจะได้เจอกันอีก" (ผู้ดูแลพุดซ้อน, สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2556)

"เลิกพี่อยากไปใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่วัดไปเตรียมตัวตายที่วัดเลย ขอพักที่กุฏิหลังแรก ใกล้ศาลาทำวัตรที่สร้างใหม่จะได้ฟังเสียงสวดมนต์ฟังพระเทศน์บ่อยๆและถ้าวันไหนมีแรงก็จะได้เดินไปฟังได้ใกล้ๆ ตายไปจะได้ไปสวรรค์" (ผู้ดูแลพิกุล, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

"เจ็บคอ กลืนน้ำลายแล้วเจ็บปวดไปหมด ไม่มีแรงจะขยับตัว แต่ยังพอนไหวเจ็บป่วยแค่นี้ดีกว่าเกิดอุบัติเหตุเพราะยังได้รู้ตัวได้มีเวลาสั่งเสีย...มนุษย์เราเขาให้เกิดมาเพื่อได้พบเจอกับ การเกิด การแก่ เจ็บป่วยแล้วก็ตาย ตอนนี้มีมาถึงเจ็บแล้ว อีกไม่นานก็คงถึงตาย ตายแล้วคงไม่เจ็บไม่ปวดแบบนี้อีก...อยากใส่บาตรพุงนี้พาไปใส่ด้วยนะ อย่าลืมกองทุนบุญกุศลปีนี้จะทำให้พ่อให้แม่อย่าลืมทำ แต่ไม่รู้จะอยู่ถึงไหม เหนื่อย" (ผู้ดูแลพิกุล, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

"ความตายเป็นเรื่องธรรมดา นะ พวกเราเคยพบเห็นความตายกันมาเยอะ จัดการความตายให้พ่อแม่ ย่ายาย น้ำอาฆาหลายงานมันเป็นเรื่องธรรมดาของมนุษย์ เราเป็นชาวสวนเราต้องเข้มแข็งไม่อ่อนแอ ต้องเข้มแข็งทั้งกายและใจให้ได้ ตายก็ตายทุกคนต้องตายอยู่แล้ว อายุพี่ก็มากแล้ว อยู่มาจนแก่ขนาดนี้ยังไ้ก็หนีไม่พ้นหรอก" (ผู้ดูแลพิกุล, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

"โยมได้สร้างบุญใหญ่ด้วยการเป็นเจ้าภาพกุศลของวัด กรรมดีนี่จะเป็นบุญกุศลติดตัวโยมไปตลอด ตั้งใจรับพรแล้วน้อมจิตให้ระลึกถึงพระรัตนตรัย ใจที่เป็นกุศลนี้จะนำทางโยมไปสู่ทางสว่างไปเจอหนทางแห่งความสุขในภาคหน้าทำจิตให้สบายอย่าคิดกังวลวิตกกังวลใจ ขอให้โยมระลึกถึงพระพุทธ พระธรรมและพระสงฆ์ ภาวนาอะระหังสัมมาสัมพุทธโธไปตลอดนะ" (ผู้ดูแลพิกุล, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

"การเจ็บป่วยเป็นธรรมชาติของมนุษย์ ไม่มีใครไม่เคยที่จะป่วย มีแต่จะป่วยมากป่วยน้อยก็เท่านั้น...ความพลัดพราก ความสูญเสียเป็นของธรรมดาที่เกิดขึ้นเป็นปกติในชีวิตของมนุษย์ทุกคน ไม่มีใครบนโลกนี้ที่ไม่เคยพลัดพรากหรือไม่เคยที่จะต้องสูญเสียของมีค่า มีราคาสำหรับชีวิตและจิตใจ ทุกคนย่อมต้องเคยทำเงินหาย ทำมือถือหาย ความตายก็เป็นสิ่งปกติที่ทุกคนต้องเจอ ไม่มีใครหนีพ้นการสูญเสียชีวิตไปได้ พระท่านว่าถ้าใจมีสติ รู้จักปล่อยวางได้มากเท่าไร เมื่อความตายมาถึงเราก็จะเจ็บปวดน้อยหรืออาจจะไม่เจ็บปวดกับมันเลยเหมาะได้หมั่นฝึกฝนใจมาดีแล้ว" (ผู้ดูแลบุรุษ, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

"พากลับบ้านหน่อยอยากไปเยี่ยมแม่ ไม่รู้จะอยู่ได้อีกนานแค่ไหนเจ็บแน่นหน้าอกไปหมด หายใจไม่ค่อยออก ปวดคอ ตาก็เริ่มพร่า กลัวว่าอีกหน่อยจะพูดไม่ได้ ตอนนี้อย่างมีแรงยังพอพูดไหวขอกลับไปคุยกับแม่ อยากขอโหลิกรรมกับแม่ด้วย ถ้าได้กอดแม่สักครั้งคงตายตาหลับ" (ผู้ดูแลบุรุษ, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

"ถ้าสามารถยื้อเวลากลับไปได้ลูกไม่อยากจะอะไรพวกนี้แล้วขอแค่เพียงสุขภาพดี มีความสุขได้อยู่กับแม่อยู่กับพี่กับน้องและหลานๆก็พอแล้ว...ลูกขอโหลิกรรมกับแม่นะ แม่อย่าให้ลูกด้วย ลูกยังไม่ทันได้ตอบแทนบุญคุณแม่ให้แต่เงินทองแต่ไม่ได้ช่วยดูแลแม่เลย ลูกไม่รู้ว่าคุณค่าของชีวิตที่แท้จริงคืออะไร จนกระทั่งได้กลายมาเป็นคนป่วยใกล้ตายจึงรู้แล้วว่าชีวิตยังมีอะไรอีกมากที่เงินซื้อไม่ได้ เวลาและโอกาสถ้าผ่านเลยไปแล้วก็เอาคืนมาไม่ได้...ลูกขอตายที่นี้แหละอยากอยู่กับแม่จนนาทีสุดท้าย ชาติหน้ามีจริงขอเกิดเป็นลูกของแม่อีก ลูกจะดูแลแม่ให้ดีกว่าชาตินี้ แต่บุญกุศลลูกทำมาน้อย เวลาที่เหลือไม่นานนี้จะพอให้ลูกสะสมบุญทันไหม"(ผู้ดูแลบุรุษ, สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ชีวิตถูกคุกคามด้วยโรคร้ายแรงที่ซึ่งมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย (living-dying interval) เรียกได้ว่าเป็นช่วงระยะเวลาที่วิกฤตที่สุดของชีวิตเพราะผู้ป่วยต้องใช้ชีวิตอยู่ท่ามกลางความเจ็บปวดทรมานอันเกิดจากการลุกลามของโรคและเต็มไปด้วยความวิตกกังวล หวาดกลัวต่อความตายที่กำลังจะมาเยือนในไม่ช้า หากแต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองอย่างสม่ำเสมอจากแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ครอบครัวและเพื่อนสามารถช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายจากความวิตกกังวลและหวาดกลัวกับสิ่งต่างๆรอบตัวไปได้มาก และเมื่อคลายจากความทุกข์ทางจิตใจแล้วย่อมส่งผลให้ความทุกข์ทรมานทางร่างกายลดลงตามไปด้วย เมื่อกายและใจเกิดความสงบผู้ป่วยจะเริ่มตระหนักคิดถึงความเป็นไปของชีวิตมากขึ้น ทั้งในแง่มุมมองอดีต ปัจจุบันและอนาคต เมื่อผู้ป่วยได้ตระหนักคิดถึงทุกอย่างอย่างถ่องแท้แล้วจะเกิดการคิดถึงการเตรียมความพร้อมให้กับร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของตนเองตามลำดับ จากการเก็บข้อมูลทั้ง 10 ราย พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดมีการใช้ชีวิตและปรับตัวในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตในลักษณะที่เตรียมพร้อมอย่างรอบด้านทั้ง 4 มิติอย่างเห็นได้ชัดทีเดียว

## บทที่ 5

### บทสรุป อภิปรายและข้อเสนอแนะ

เนื้อหาในบทที่ 5 นี้ เป็นการกล่าวถึงการอภิปราย สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีลำดับการเสนอหัวข้อดังต่อไปนี้

- 5.1 อภิปรายผลการวิจัย
- 5.2 สรุปผลการวิจัย
- 5.3 ข้อจำกัดและอุปสรรคในการวิจัยครั้งนี้
- 5.4 จริยธรรมการวิจัย
- 5.5 ข้อเสนอแนะ

#### 5.1 อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง” (Perspectives of Dying and Death of the Life-Threatening illness patients under Palliative care) นี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อแสวงหาความรู้ความเข้าใจกลุ่มคนในสังคม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1.) เพื่อศึกษามุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคองและ 2.) เพื่อศึกษาอิทธิพลของมุมมองดังกล่าวต่อการใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งแนวคิดที่นำมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ กระบวนทัศน์และแนวคิดเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย (Paradigm and concept of death and dying), แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care), ทฤษฎีการให้ความหมายทางสังคม (Social Constructivism), ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Interaction) และทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (Doctor and Patient Relationship) ซึ่งการวิจัยนี้สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามแนวคิดทฤษฎีต่างๆได้ดังต่อไปนี้

## กระบวนทัศน์และแนวคิดเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย (Paradigm and concept of death and dying) และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)

ความตายคือการที่หัวใจหยุดเต้นและมีการหยุดหายใจทำให้ร่างกายหยุดการทำงานและไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้อีกเป็นผลให้เกิดการสิ้นสุดของชีวิต ความตายจึงเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ณ จุดปลายท้ายสุดของชีวิตและไม่มีอะไรจากนั้นอีกต่อไป ความคิดเกี่ยวกับความตายมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไปตามสภาพของแต่ละสังคมและวัฒนธรรม จึงทำให้มาตรฐานความตายในแต่ละสังคมมีความแตกต่างกันและไม่สามารถกำหนดแน่นอนได้ว่าความตายที่แท้จริงมีลักษณะอย่างไร รู้แต่เพียงว่าความเจ็บป่วยและความตายเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนจะต้องเผชิญและไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงได้พ้นเพราะความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์ ส่วนการดูแลแบบประคับประคองคือการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติของความ เป็นมนุษย์คือดูแลทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี ตลอดช่วงระยะเวลาแห่งความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยในลักษณะการทำงานบูรณาการร่วมกัน ระหว่างแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาและครอบครัวของผู้ป่วย โดยมีเป้าประสงค์เพื่อ ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดทรมานทางกายให้แก่ผู้ป่วย รวมถึงเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเกิดความผ่อนคลายทางอารมณ์และจิตใจ ตลอดจนสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีและจากโลกนี้ไป ด้วยความสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์

จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการให้ความหมายและการมีมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลแบบประคับประคอง พบว่ามุมมองความคิดเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงนั้นมีความแตกต่างกัน กล่าวคือผู้ป่วยแต่ละรายจะมีการให้ความหมายต่อภาวะใกล้ตายและความตายแตกต่างกันออกไปตามการรับรู้ของบุคคล อันเกิดจากปัจจัย เรื่องของความเชื่อทางศาสนา ค่านิยมในแต่ละสังคม บริบทสังคมวัฒนธรรมและประสบการณ์ในการ ดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นๆ หากแต่โดยส่วนใหญ่จะมองความตายบนพื้นฐานความคิดความเชื่อทาง ศาสนา โดยมองว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดาของโลก มนุษย์ทุกคนที่เกิดมาแล้วแต่ต้องตายด้วยกัน ทั้งสิ้น หากปฏิบัติตนดีจิตใจสงบอยู่เสมอก็จะพ้นทุกข์และได้ไปอยู่ในภพภูมิที่ดี โดยมีปัจจัยเรื่อง ของประสบการณ์ชีวิต สังคมวัฒนธรรมเป็นตัวหล่อหลอมมุมมองดังกล่าว อีกทั้งพบว่ามุมมองเกี่ยวกับภาวะ ใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยทั้ง 10 รายมีความเป็นพลวัตสามารถแปรเปลี่ยนได้ตลอดเวลา นับตั้งแต่ ช่วงแรกเริ่มของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเข้าสู่ช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต กล่าวคือช่วงขณะแรกเริ่มที่บุคคล ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและพบว่าตนป่วยเป็นโรคร้ายแรง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้สึกตกใจ วิตกกังวลและ หวาดกลัวต่อความเจ็บป่วย ภาวะใกล้ตายและความตายเพราะจากการสั่งสมประสบการณ์มาตลอดทั้ง ชีวิตทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่าโรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและโรคเอดส์ ล้วนแต่เป็นโรคที่รักษา เพื่อให้หายขาดได้ยากและท้ายสุดของการเจ็บป่วยด้วยโรคเหล่านี้ก็คือความตาย ผู้ป่วยจึงเฝ้าครุ่นคิดถึง

แต่ภาวะการเจ็บป่วย กระบวนการรักษา ตลอดจนเรื่องราวของภาวะใกล้ตายและความตายอยู่ตลอดเวลาจึงยิ่งทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตใจของผู้ป่วยค่อยๆทรุดลงเรื่อยๆ

ดังเช่นกรณีของโมกซ์ ผู้ป่วยรายที่ 4 ที่พบว่าตนป่วยเป็นมะเร็งตับเมื่อตอนอายุ 89 ปี ซึ่งขณะนั้นมะเร็งได้ลุกลามไปมากจนกระทั่งเข้าสู่ช่วงระยะท้ายของโรคแล้ว ทำให้แพทย์ไม่มีหนทางที่จะช่วยรักษาให้หายขาดจากโรคได้เพราะว่าก้อนมะเร็งโตมากจึงไม่สามารถผ่าตัดได้ ทั้งนี้จากการเก็บข้อมูลพบว่าในช่วงแรกโมกซ์มีการตระหนักและรับรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย ภาวะใกล้ตายและความตายในลักษณะเปิดเผยในรูปแบบที่ปฏิเสธข่าวสารข้อมูลที่ได้รับเพราะโมกซ์ไม่เชื่อว่าตนจะเป็นโรคร้ายแรง เนื่องจากเขาได้หันมาดูแลสุขภาพร่างกายของตนเป็นอย่างดีนับตั้งแต่ปลดเกษียณอายุราชการตำรวจ ทุกๆวันโมกซ์จะออกกำลังกาย ทานอาหารที่มีประโยชน์ งดเหล้า งดบุหรี่ แต่แล้วเมื่อผลการตรวจออกมาว่าป่วยหนัก ประกอบกับอาการทางกายก็เริ่มทรุดลงเรื่อยๆส่งผลให้สภาพจิตใจของเขายิ่งแย่ลง โมกซ์กลายเป็นผู้ป่วยที่เครียด ซ้ำหงุดหงิด เอาแต่ใจและมีอารมณ์ฉุนเฉียวมาก ตลอดจนปฏิเสธที่จะปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างด้วย เมื่อไม่ได้ตั้งใจโมกซ์มักจะพูดกับผู้ดูแลซึ่งเป็นลูกสาวว่า *"เออนะ ห่วงร้าน ไม่ห่วงพ่อ กลับไปดูร้านเถอะ พ่อใกล้ตายแล้ว อยู่คนเดียว ตายมันคนเดียวนี่ละ"* (ผู้ดูแลโมกซ์, สัมภาษณ์, 23 เมษายน 2556) ที่โมกซ์มีสภาวะทางอารมณ์เช่นนี้เป็นเพราะความกลัวต่อความตายที่กำลังจะมาเยือน จึงไม่อยากอยู่คนเดียวและตายไปอย่างโดดเดี่ยวเพียงลำพัง

ดังนั้นผู้ดูแลจึงมาปรึกษาและขอความช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล ทุกฝ่ายจึงตกลงกันให้โมกซ์ได้รับการช่วยเหลือดูแลในลักษณะของการประคับประคองตามอาการ โดยอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์และครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยด้วยการประคับประคองเช่นนี้จะเน้นไปที่การช่วยเยียวยาและฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นหลัก ทุกๆฝ่ายในทีมสุขภาพจะใช้เวลากับผู้ป่วยอย่างเพียงพอ โดยจะใช้ทักษะการสื่อสารที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบว่าทุกคนมีความปรารถนาดีและห่วงใยผู้ป่วยอย่างแท้จริง พร้อมทั้งจะค่อยๆบอกเล่าอาการต่างๆให้ทราบเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงของการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้มากขึ้น บางครั้งพยาบาลจะถามผู้ป่วยด้วยถ้อยคำที่สุภาพว่า *"คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง"* *"คุณอยากบอกอะไรให้เราารู้ไหม"* *"วันนี้อาการเป็นอย่างไรบ้าง"* หากผู้ป่วยต้องการสิ่งใด ทีมสุขภาพจะรีบช่วยอำนวยความสะดวกตามต้องการให้เร็วที่สุด ซึ่งการมาเยี่ยมในแต่ละครั้งทุกคนในทีมสุขภาพจะไม่แสดงท่าทีเร่งรีบหรือเบื่อหน่าย หากแต่จะคอยพูดให้กำลังใจ มีการแสดงออกให้ผู้ป่วยเห็นได้อย่างชัดเจนว่าพวกเขานั้นเห็นใจและเข้าใจผู้ป่วยอย่างจริงใจ ตลอดจนมีการสัมผัสด้วยการจับมือ จับแขน จับขาผู้ป่วย เพื่อถ่ายทอดพลังความรู้สึกเห็นอกเห็นใจหรือเสริมสร้างพลังอำนาจให้กำลังใจให้ผู้ป่วยต่อสู้กับโรคต่อไป นอกจากนี้ทีมสุขภาพได้มีการทำประเมินปัญหาความเจ็บป่วยและดำเนินการวางแผนการรักษาร่วมกันกับครอบครัวของผู้ป่วยอยู่เสมอ โดยให้ครอบครัวรวมถึงตัวของผู้ป่วยเองเป็นผู้ตัดสินใจเลือกรูปแบบการรักษาต่างๆ เช่น ผู้ป่วยบางรายเคยประสบกับช่วงสภาวะที่กำลังจะหมดลมหายใจ ซึ่งจะเหมือนคนหายใจไม่ออก

แน่นและอึดอัดมาก เมื่อรอดจากสถานการณ์นั้นมาได้ ผู้ป่วยจึงแจ้งความประสงค์ขอให้ช่วยใส่สายออกซิเจนตลอดเวลา หรือบางรายมะเร็งได้ลุกลามไปเกือบทุกส่วนในร่างกายแล้วจึงทนต่อความเจ็บปวดทรมานนั้นไม่ไหวจึงแจ้งความประสงค์ขอให้แพทย์ช่วยเพิ่มยามอร์ฟินแก้ปวดให้ โดยตกลงกับแพทย์ว่าจะเพิ่มทุกๆ ชั่วโมงและบางรายขอยุติการยื้อชีวิตด้วยอุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ และขอกลับไปพักผ่อนที่บ้าน อันเป็นสถานที่ที่คุ้นเคยแทนการนอนอยู่ที่โรงพยาบาล

นอกจากนี้พบว่า การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยเน้นที่มีจิตทางจิตใจและจิตวิญญาณจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสงบทางจิตใจได้มากกว่าเดิม กล่าวคือ จากการเก็บข้อมูลวิจัยพบว่าผู้ที่ให้การดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยโรคร้ายแรงโดยส่วนใหญ่จะมีการนำวิถีทางศาสนา มาช่วยผู้ป่วย เช่น แนะนำให้ผู้ป่วยได้ทำบุญกุศลและฝึกสมาธิภาวนา เพื่อให้มีสติรู้ตัวแจ่มชัดไม่ปล่อยให้ความทุกข์ความวิตกกังวลเข้าครอบงำ หรือให้มีสมาธิสามารถกำหนดจิตขมกลั้นระงับความเจ็บปวดไว้ได้ รวมทั้งให้มีปัญญาตระหนักถึงความเป็นจริงของชีวิตและยอมรับความตายได้ว่าเป็นเรื่องธรรมดา ตลอดจนสามารถพิจารณาไตร่ตรองจนเห็นชัดถึงความหมายหรือสาระที่แท้ของชีวิต ซึ่งการช่วยเหลือต่างๆ เหล่านี้จากคนใกล้ชิดจะช่วยช่วยให้ผู้ป่วยไม่หวาดหวั่นต่อความตายได้ อีกทั้งพบว่า การสัมผัสทางกาย เช่น การลูบเนื้อตัว การจับมือแล้วส่งกำลังใจให้ผู้ป่วยผ่านการสัมผัสสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่นทางจิตใจและมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคร้ายได้มากขึ้น รวมถึงการสร้างบรรยากาศแห่งความสงบให้แก่ผู้ป่วยก็มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถน้อมจิตให้คิดคำนึงถึงความตายในทางกุศลได้ด้วย เช่น จัดห้องให้สงบให้ดูศุภศีลธรรมมีพระพุทธรูปที่ผู้ป่วยให้ความเคารพบูชาอยู่ในห้องและเปิดเพลงบรรเลงเบาๆ (spiritual music) และจากนั้นก็ชักชวนให้ผู้ป่วยทำวัตรสวดมนต์ ทำสมาธิให้จิตใจจดจ่อกับลมหายใจเข้าออกร่วมกัน พบว่าการทำเช่นนี้บ่อยๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยคลายจากความเจ็บปวดทรมานทางกายได้ อีกทั้งยังสามารถช่วยให้จิตใจของผู้ป่วยมีความสดชื่น แจ่มใส ตื่นตัวได้มากขึ้นด้วย

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่ารูปแบบการดูแลรักษาถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญต่อกระบวนการทัศนคติและแนวคิดเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงยิ่งนัก เพราะถ้าหากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาแบบไม่เหมาะสม เป็นการดูแลที่ไม่สามารถช่วยตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยก็จะเกิดความรู้สึกไม่ดีต่อสภาวะความเจ็บป่วย ทำให้ครุ่นคิดถึงชีวิตและความตายของตนเองในทางที่ไม่ดีอยู่เสมอนจนกระทั่งเสียชีวิต แต่ถ้าหากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่ช่วยมาเติมเต็มให้แก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งถือว่าเป็นการเอื้อประโยชน์ให้แก่ตัวของผู้ป่วยมาก เพราะเป็นการดูแลที่มุ่งเน้นไปที่ผู้ป่วยเป็นสำคัญและเป็นการร่วมมือกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ในการช่วยให้การดูแล สนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยด้วยความผูกพันอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการมีคำพูดช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณาถึงความตายในลักษณะของการสร้างเสริมพลังใจให้ผู้ป่วยด้วยการพูดให้ผู้ป่วยรู้สึกภาคภูมิใจกับตนเอง เช่น ผู้ป่วยเป็นลูกที่ดีของพ่อแม่ ผู้ป่วยเป็นคนดีของสังคม ผู้ป่วยเป็นพ่อแม่ที่ดีของลูก ผู้ป่วยทำบุญสะสมบุญกุศลมากมาย ผลของการทำความดี

เหล่านี้จะนำพาให้ผู้ป่วยไปสู่ภพภูมิที่ดี การกระทำต่างๆเช่นนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะหวาดกลัวต่อความตายน้อยลงและมองความตายในแง่บวกที่ดีจริงใจที่ความตายนั้นเป็นเหตุการณ์ธรรมชาติที่ทุกคนต้องเจอ ส่งผลให้สามารถทำใจยอมรับกับความเจ็บป่วยและความตายได้มากขึ้น เกิดเป็นความสงบทางจิตใจและเตรียมพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ในอนาคตที่กำลังจะมาเยือนได้ด้วยดี

### ทฤษฎีการให้ความหมายทางสังคม (Social Constructivism), ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Interaction) และทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (Doctor and Patient Relationship)

การให้ความหมายทางสังคม คือ การสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่สิ่งต่างๆที่มนุษย์ในสังคมสร้างขึ้นมา ซึ่งการสร้างหรือให้ความหมายต่อสิ่งต่างๆทางสังคมจะอยู่บนพื้นฐานของความรู้ ความเข้าใจของมนุษย์และสมาชิกในสังคมที่มีต่อสิ่งนั้นๆ โดยจะเกิดการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนหรือตีความจากความเข้าใจภายใต้สถานการณ์ปัจจุบันประกอบเชื่อมสัมพันธ์กับความรู้ที่มีอยู่แต่หนหลัง ซึ่งความคิดความเข้าใจต่อสิ่งต่างๆมักจะเป็นไปตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นและจะมีความสอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของสังคมนั้นๆอยู่เสมอ เช่น การให้ความหมายของภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรง พบว่าจะมีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละสังคมและวัฒนธรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยแต่ละคนมีการให้ความหมายและมีมุมมองในเรื่องนี้ต่างกัน เช่น ผู้ป่วยบางรายมองว่าความตายคือความพลัดพรากและลาจากบุคคลอันเป็นที่รักไปตลอดกาล ส่งผลให้เขาเกิดความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจต่อความตายนที่กำลังจะมาเยือนยิ่งนัก ผู้ป่วยบางรายมองว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ แต่หากป่วยด้วยโรคร้ายแรงแล้วตายนั่นคือผลแห่งกรรมที่ได้สั่งสมกระทำมาจากในอดีตทำให้เขาต้องมาเจ็บป่วยและทรมานมากมายก่อนที่จะตาย เขาจึงเร่งสร้างกรรมดีด้วยการหมั่นทำบุญแผ่กุศลให้แก่เจ้ากรรมนายเวร ผู้ป่วยบางรายเคยประสบพบเจอกับความตายนานหลายครั้งหลายหนเนื่องจากมีอาชีพเป็นตำรวจ หากแต่เมื่อต้องมาเผชิญกับความตายของตนเองก็ยากที่จะทำใจยอมรับได้ ต้องใช้เวลาอันพอสมควรจึงจะสามารถยอมรับได้ว่าความตายคือสิ่งธรรมชาติ ทุกคนเกิดมาแล้วต้องตายและเขาเองก็ต้องตายเช่นกัน และเมื่อผู้ป่วยแต่ละรายมีมุมมองต่อภาวะใกล้ตายและความตายต่างกันพวกเขาจะใช้ชีวิตและปรับตัวในระยะสุดท้ายของชีวิตแตกต่างกันออกไปเช่นกัน จึงกล่าวได้ว่าสังคมและวัฒนธรรมล้วนมีอิทธิพลต่อมนุษย์ทั้งทั้งในแง่มุมมอง ความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมต่างๆด้วย

ในขณะที่การปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนทางสังคมก็เป็นเสมือนความจำเป็นพื้นฐานที่ผู้ป่วยควรได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคร้ายแรงได้มีพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตควบคู่ไปกับการดำเนินของโรคได้ราบรื่น กล่าวคือการปฏิสัมพันธ์เป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่มีผลต่อมุมมองความคิดเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงเพราะความสัมพันธ์ทางสังคมต่างๆที่เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่กับโรคร้ายไข้เจ็บที่รุนแรงย่อมส่งผลกระทบต่อสภาวะทางจิตใจ สังคมและจิต



วิญญาณของผู้ป่วยอย่างมาก เมื่อผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นที่อยู่รอบตัวในทางที่ดีและได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ สามารถยอมรับ ปรับตัวและพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นวิกฤตของชีวิตได้ดีขึ้น อีกทั้งการปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนทางสังคมยังสามารถเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดมุมมองความคิดเกี่ยวกับความตายในทางที่สร้างสรรค์ พร้อมทั้งใช้ชีวิตและปรับตัวในช่วงภาวะใกล้ตายตลอดจนถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตได้อย่างมีคุณค่ามากที่สุด จากการศึกษาวิจัยพบว่าปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคร้ายแรง 2 มิติ คือ

1) *มิติสุขภาพจิต* ผู้ป่วยที่มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมอยู่เสมอจะมีภูมิคุ้มกันทางด้านจิตใจมากขึ้น จนเกิดความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาต่างๆตลอดจนช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดได้ เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ได้แก่ การที่แพทย์ พยาบาลคอยหมั่นเข้ามาเยี่ยม ชักถามอาการผู้ป่วย คอยแนะนำสิ่งดีๆให้แก่ผู้ป่วยอยู่เสมอและปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว ได้แก่ การมาเยี่ยมเยียน อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย คอยอ่านหนังสือพิมพ์ให้ผู้ป่วยฟัง ชวนผู้ป่วยสวดมนต์ นิมนต์พระมาทำให้ผู้ป่วยได้ถวายสังฆทานถึงเตียงในโรงพยาบาล การคอยพูดให้กำลังใจ ปลอดภัยโลมจิตใจให้ผู้ป่วยหายจากความทุกข์โศก เป็นต้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้ว่าปฏิสัมพันธ์ทั้งหมดล้วนแล้วแต่แสดงออกถึงความเอาใจใส่ดูแล คอยประคับประคอง และช่วยเยียวยาจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกอุ่นใจ รู้สึกได้รับความรัก ความเอาใจใส่และห่วงใยอยู่เสมอจากคนรอบข้าง ตลอดจนผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกต่อภาวะการเจ็บป่วยว่าไม่ใช่เรื่องเลวร้าย เพราะการเจ็บป่วยทำให้เขาได้รับรู้มากขึ้นว่าเขาเป็นที่รักของครอบครัวและคนรอบข้างมากเพียงใด อีกทั้งทำให้เขาได้รับรู้ด้วยว่าเขาไม่ได้เผชิญหน้ากับโรคร้าย ภาวะใกล้ตายและความตายแต่เพียงลำพังเพราะยังมีผู้คนมากมายคอยอยู่เคียงข้างและร่วมเดินทางไปกับเขาเสมอ เมื่อกำลังใจดีขึ้น ผู้ป่วยจะมีมุมมองต่อภาวะใกล้ตายและความตายในทางที่จริงใจมากขึ้นกว่าเดิมมากทีเดียว

2) *มิติสุขภาพกาย* เมื่อมีสภาพทางจิตใจที่เข้มแข็งมากขึ้นผู้ป่วยจะมีกำลังใจในการอยากที่จะมีชีวิตอยู่ต่อมากขึ้นตามไปด้วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นพยายามทอยากที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปให้ยาวนานที่สุดเท่าที่ร่างกายจะเอื้ออำนวยให้ จึงเชื่อและปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง การพักผ่อนให้เพียงพอ การฝึกทำสมาธิทำจิตใจให้สงบ การออกกำลังกายเบาๆให้อวัยวะส่วนต่างๆในร่างกายได้มีการเคลื่อนไหวอยู่เสมอๆ เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยกำลังใจดี กำลังกายดี การต่อสู้กับโรคร้ายก็สามารถประสบผลสำเร็จได้ด้วยดี นั่นคือ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่หายจากโรค หากแต่ก็สามารถปรับตนให้สอดคล้องกับการดำเนินของโรคได้และท้ายสุดก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ในช่วงสภาวะการเจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขและสามารถจากโลกนี้ไปได้ด้วยความสุขสงบ สดชื่นดีศรีแห่งความเป็นมนุษย์

ทั้งนี้จากการศึกษาวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เสมอ ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนควบคุมพฤติกรรมอยู่เสมอ ผู้ป่วยจึงมาเข้ารับการรักษาสุขภาพร่างกายเป็นประจำ รวมถึงมีการออกกำลังกายและบริโภคอาหารอย่างเหมาะสมอยู่เสมอด้วย ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่ดี รวมถึงขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยเหล่านั้นตกอยู่ในช่วงสภาวะของการอ่อนแอทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลงจนเกิดการติดเชื้อแทรกซ้อนได้ง่าย ซึ่งจะยิ่งทำให้สภาพร่างกายที่แย่ออยู่แล้วยิ่งทรุดลงมากไปอีก และท้ายสุดผู้ป่วยเหล่านั้นก็จะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ค่อยดีในช่วงขณะที่เจ็บป่วยหนักและท้ายที่สุดก็จะจากโลกนี้ด้วยใจที่ไม่เป็นสุข นอกจากนี้ยังพบว่ารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อมุมมองความคิดเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงเป็นอย่างมาก เพราะเนื่องจากเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่กับโรคร้ายไข้เจ็บที่รุนแรงย่อมส่งผลกระทบต่อสภาวะทางจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยอย่างสูง การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในลักษณะของการช่วยเหลือและให้ความช่วยเหลือทางจิตใจจึงเป็นสิ่งที่สามารถช่วยตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยโรคร้ายแรงได้เป็นอย่างดีที่สุด เพราะท้ายสุดแล้ว ผู้ป่วยแต่ละรายที่ถึงแม้จะมีพื้นฐานฐานะทางสังคม การศึกษา สถานภาพทางสังคม ตลอดจนจรรยาบรรณที่ต่างกัน เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตก็ไม่มีสิ่งใดที่จะยึดถือและต้องการได้มากเท่ากับความต้องการอยากที่จะตายอย่างสงบ เพราะในยามเจ็บป่วยระยะสุดท้าย เงินทอง ชื่อเสียง อุปกรณ์เทคโนโลยีต่างๆไม่ใช่คำตอบ มีเพียงแต่ความรักของครอบครัว ญาติมิตรและการเอาใจใส่ดูแลจากแพทย์ พยาบาลเท่านั้นที่จะช่วยประคองให้พวกเขาสามารถมาถึงวาระสุดท้ายของชีวิตได้อย่างสงบ จนกระทั่งผ่านช่วงภาวะใกล้ตายและตายไปอย่างสงบสุข

จากการศึกษาวิจัยพบว่าหากความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นไปในลักษณะที่แพทย์เป็นผู้กระทำการตัดสินใจเลือกรูปแบบการรักษาด้วยตนเองทั้งหมด (*Doctor-as-agent*) ผู้ป่วยที่ตกอยู่ในสถานภาพผู้เชื่อฟังและปฏิบัติตามคำสั่งหรือคำแนะนำของแพทย์เสมอจะเกิดความรู้สึกไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าที่จะเอ่ยปากขอเลือกการรักษาด้วยตนเอง ส่งผลให้ช่วงขณะเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิตเต็มไปด้วยความท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่เห็นถึงคุณค่าของการมีชีวิตของตนเองเท่าที่ควรและไม่เห็นถึงความจำเป็นของการมีชีวิตอยู่ต่อไปของตนเอง แต่ถ้าความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นไปในลักษณะที่แพทย์คอยให้คำแนะนำต่างๆแก่ผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะนำไปปฏิบัติเมื่อเห็นชอบตามนั้น (*Informed-decision-making model*) ความสัมพันธ์เช่นนี้จะทำให้ผู้ป่วยคาดหวังว่าแพทย์จะเป็นผู้ช่วยให้พวกเขาหายจากความเจ็บปวดได้ จึงพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างเต็มที่ ซึ่งพบว่าความสัมพันธ์เช่นนี้มักปรากฏในช่วงแรกเริ่มของการเจ็บป่วยเป็นโรคร้ายแรง กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยทราบว่าตนป่วยเป็นโรคร้ายแรงไม่ว่าจะเป็นขั้นไหนของโรคก็ตาม ผู้ป่วยทุกรายก็มีความหวังอยู่ในใจเสมอว่าจะต้องรักษาให้หายให้ได้ ดังนั้น

เมื่อแพทย์เสนอแนะวิธีการรักษาแบบใดก็ตาม เช่น การฉายแสง การให้ยาเคมีบำบัด การผ่าตัด เป็นต้น ผู้ป่วยทุกรายก็เชื่อฟังและยินยอมพร้อมใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นเสมอ

ท้ายสุดคือความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยที่เป็นไปในลักษณะที่มีการตัดสินใจร่วมกัน (*Shared decision-making*) นั่นคือเมื่อแพทย์ได้แจ้งข้อมูลทั้งหมดซึ่งเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วย การดำเนินของโรคและรูปแบบวิธีการรักษา ตลอดจนโอกาสที่จะหายจากโรคให้ผู้ป่วยทราบ ทั้งสองฝ่ายซึ่งส่วนใหญ่จะมีครอบครัวเข้ามาร่วมในการมีปฏิสัมพันธ์นี้ด้วยเสมอ ก็จะมาร่วมกันคิดตัดสินใจหาแนวทางการรักษาด้วยกัน โดยให้ผู้ป่วยมีอำนาจมากที่สุดในการกำหนดเลือกรูปแบบวิธีการรักษาตัวเองด้วยตนเองเพราะความตายเป็นเรื่องใหญ่ที่สุดในชีวิตของมนุษย์ แพทย์จึงควรให้สิทธิในการคิดตัดสินใจต่างๆ แก่ผู้ป่วยอย่างเต็มที่ โดยแพทย์จะทำหน้าที่เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือตามความประสงค์ของผู้ป่วย เนื่องจากหน้าที่สำคัญของแพทย์ไม่ได้อยู่ที่การช่วยรักษาชีวิตของผู้ป่วยให้ยืนนานที่สุดเท่าที่จะทำได้เท่านั้น หากยังอยู่ที่การช่วยให้ความตายของผู้ป่วยในกรณีที่เหมาะสมแล้วเป็นไปด้วยดี อำนาจที่สมดุลต่อกันเช่นนี้จึงมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการช่วยประคับประคองทั้งกายและใจของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

ฉะนั้นจึงกล่าวได้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นเสมือนเครื่องชี้นำความคิดของผู้ป่วยที่มีต่อมุมมองเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การให้ความช่วยเหลือ การรักษาพยาบาล ภาวะใกล้ตายและความตายที่จะนำไปสู่การใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยในช่วงขณะที่ต้องรักษาพยาบาลจนกระทั่งถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต เพราะคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยย่อมขึ้นอยู่กับการรับรู้ เข้าใจ ตีความและคาดหวังจากบุคคลที่ตนได้มีปฏิสัมพันธ์ด้วย เพราะจากการศึกษาวิจัยพบว่าปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ป่วยกับคนใกล้ชิด ทั้งแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ต่างๆ ครอบครัวและเพื่อนๆ ถือเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญยิ่งต่อการมีมุมมองและความคิดเรื่องภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วย พบว่าหากผู้ใกล้ชิดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบอกเล่าความในใจที่ค้างค้ำรวมทั้งได้ปลดเปลื้องภาระ (ทางการงาน ครอบครัวและภาระทางใจ) ตลอดจนปลดเปลื้องความกังวลห่วงใยที่เคียดสะสมไว้ได้ พร้อมทั้งสามารถช่วยให้กำลังใจและแนะนำให้ผู้ป่วยปล่องวางสิ่งต่างๆ ไม่ให้เก็บบารมณื ตลอดจนได้แสดงความรักความเชื่อมั่นต่อเขาและยอมรับตัวเขาจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยวจนกระทั่งสามารถปล่อยวางความรู้สึกไม่ดีเกี่ยวกับตนเองได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมต่อความต้องการทางจิตใจของผู้ป่วยสามารถช่วยลดทอนความเจ็บปวดทางกายให้แก่ผู้ป่วยได้อีกด้วย ดังเช่นกรณีของปาหนันที่เมื่อแพทย์ได้ชี้แจงทุกอย่างให้เธอทราบ ปาหนันก็เริ่มตระหนักคิดถึงสิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับชีวิตของเธอนั่นก็คือลูก จึงขอยุติการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลแล้วขอไปพักฟื้นที่บ้านเพราะอยากที่จะใช้เวลาสุดท้ายของชีวิตอยู่กับบุคคลที่เธอรักมากที่สุดซึ่งก็คือ ลูก พ่อแม่และสามีของเธอ เมื่อบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวได้ทำตามความประสงค์ของปาหนัน โดยให้ปาหนันได้ไปพักฟื้นที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อที่สามีจะได้อุ้มลูกน้อยมาเยี่ยมเธอได้บ่อยๆ เมื่อช่วงท้ายของชีวิต ปาหนันได้อยู่ท่ามกลางบุคคลที่เธอรักและเขาก็รักเธอ สภาพจิตใจของปาหนันก็ค่อยๆ ดีขึ้น ส่งผลให้สภาพกายค่อยๆ ทรงตัวดีขึ้น ปาหนัน

สามารถมีชีวิตอยู่ได้นานกว่าที่แพทย์คาดการณ์เอาไว้ยาวนานหลายวันแล้วจึงได้เสียชีวิตไปอย่างสงบ ท่ามกลางครอบครัวที่อบอุ่น

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัวกับผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีอิทธิพลต่อทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก ซึ่งพบว่าการสื่อสารระหว่างกันอย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัยที่ช่วยเชื่อมโยงให้ทั้งแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาและครอบครัวสามารถร่วมกันวางแผนการรักษาที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี และนอกจากนี้ยังพบว่าการได้รับปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากคนรอบข้าง อยู่เสมอมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรง หากผู้ป่วยโรคร้ายแรงได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีและสม่ำเสมอจากคนรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนและบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยย่อมมีสภาพจิตใจที่ดี พร้อมทั้งจะก้าวเดินฝ่าฟันความเจ็บป่วยทางกายที่ตนกำลังเผชิญอยู่มากขึ้น และเมื่อคุณภาพชีวิตและสภาพจิตใจได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยจะเกิดการมองโลก มองชีวิต มองความเจ็บป่วยและความตายในทัศนะที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเตรียมพร้อมสำหรับความตายที่กำลังจะมาเยือนได้อย่างสร้างสรรค์อีกด้วย

## 5.2 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้สามารถสรุปผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

### สมมติฐานที่ 1) โรคร้ายแรงและการดูแลรักษาแบบประคับประคองมีผลให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อชีวิต ภาวะใกล้ตายและความตาย

ภาวะใกล้ตาย (dying) และความตาย (death) เป็นกระบวนการตามธรรมชาติของชีวิตมนุษย์ หากแต่เป็นกระบวนการที่มนุษย์ส่วนใหญ่มักจะละเลยและไม่เคยให้ความสำคัญเพราะมองว่าเป็นเรื่องที่ไม่ใกล้ตัวและยังไม่เคยมีประสบการณ์ในชีวิตที่เฉียดเข้าใกล้กับความตายมาก่อน อีกทั้งทัศนคติของคนทั่วไปในสังคมปัจจุบันมักจะมองว่าความตายอยู่คนละขั้วกับการมีชีวิต ความตายจึงหมายถึงการสิ้นสุดของชีวิต เป็นเรื่องของความสูญเสีย ความพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ความเจ็บปวดทุกข์ทรมานและไม่สามารถรู้แน่ชัดได้ว่าอะไรอยู่เบื้องหลังความตาย มนุษย์จึงเต็มไปด้วยความกลัว หวั่นวิตกและกังวลเมื่อตนต้องเผชิญหน้ากับช่วงภาวะใกล้ตายและความตาย ตลอดจนพยายามที่จะผลักไสความตายออกไปให้ไกลห่างด้วยการยึดชีวิตด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อให้ตนเองได้ตายช้าและมีชีวิตอยู่ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยไม่ได้ตระหนักคิดถึงเรื่องของคุณภาพชีวิตและสภาพจิตใจทั้งของตนเองและคนรอบข้างที่อยู่ในสถานการณ์ภาวะวิกฤตนั้นเลยแม้แต่น้อย

มนุษย์เมื่อได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและพบว่าตนกำลังป่วยด้วยโรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคมะเร็ง โรคหัวใจและโรคเอดส์ เป็นต้น ที่ซึ่งถือว่าเป็นโรคเรื้อรังและเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิตด้วยในเวลาเดียวกัน กล่าวคือ โรคร้ายแรงเป็นโรคที่ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานอย่างมากจากการลุกลามของโรคโดยพบว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรคร้ายแรงเพิ่มขึ้นแล้วจะต้องเสียชีวิตแทบทุกราย จึงทำให้ผู้ป่วยบางรายเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคร้ายแรงจะมีการทรุดโทรมลงอย่างรวดเร็วและเสียชีวิตในที่สุด แต่ผู้ป่วยโรคร้ายแรงบางรายจะมีการป่วยเรื้อรังนานหลายเดือนหรือหลายปีก่อนที่จะเสียชีวิต การเจ็บป่วยเป็นโรคร้ายแรงจึงถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตใหญ่ในชีวิตของมนุษย์อย่างยิ่งเพราะเมื่อสถานภาพเปลี่ยนจากคนสุขภาพดีกลายเป็นผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่ซึ่งชีวิตจะต้องถูกคุกคามอยู่ตลอดเวลาเนื่องจากโรคร้ายแรงจะต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อีกทั้งสุขภาพจะไม่สามารถกลับมาแข็งแรงได้เหมือนเดิมอีกต่อไป ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจะสามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงและต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า เครียด หดหู่ หวาดวิตก ท้อแท้และสิ้นหวังอย่างรุนแรง โดยมักจะครุ่นคิดว่าตนเองไร้คุณค่าและจะคิดถึงความเจ็บป่วยและความตายของตนเองอยู่ตลอดเวลาส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายกลัวความตายที่กำลังจะมาเยือนในอีกไม่ช้า เพราะยังคงยึดติดกับสถานภาพทางสังคม ภาระหน้าที่ทางงานและกลัวที่จะพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ที่เป็นเช่นนี้เพราะผู้ป่วยโรคร้ายแรงต้องเผชิญ

อยู่กับความไม่แน่นอนของชีวิตจึงทำให้หมตกำลังใจและไม่มีแรงจูงใจอยากที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปและถ้ายิ่งผู้ป่วยได้รับความรักความอบอุ่น ตลอดจนความเอาใจใส่ใจดูแลจากครอบครัว ญาติพี่น้องและบุคลากรทางการแพทย์น้อยก็จะยิ่งทำให้เกิดการรับรู้ถึงภาวะใกล้ตายและความตายไปในทางลบและอาการทางกายก็จะตอบสนองต่อการรับรู้ด้วยสภาพที่แย่งและจากโลกนี้ไปด้วยใจที่ไม่สงบสุข

หากแต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในขณะที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงอย่างเหมาะสมบนพื้นฐานของการรักษาทางการแพทย์ วัฒนธรรมและจริยธรรมที่ได้มาตรฐานและดิงามไปพร้อมๆกัน นั่นคือได้รับการดูแลแบบองค์รวมทั้ง 4 มิติ คือทั้งมิติทางกายภาพ จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณควบคู่กันไปในลักษณะประคับประคอง (Palliative care) ที่ถึงแม้ว่าโรคร้ายแรงจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ก็สามารถช่วยผ่อนหนักเป็นเบา ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เจ็บปวดทรมานน้อยลงและมีชีวิตยืนยาวขึ้นได้ ผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอจากทีมสุขภาพและครอบครัวจะสามารถปรับจิตใจให้ยอมรับกับสภาพการสูญเสียหรือการพลัดพรากที่จะเกิดขึ้น ตลอดจนสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวได้ดีขึ้นด้วย เมื่อทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมพร้อมยอมทำให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักคิดถึงการเผชิญหน้ากับการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่นี้ได้ด้วยการเริ่มต้นจากการทำความเข้าใจ ความหมายของการเกิด การมีชีวิตและการตายได้อย่างสร้างสรรค์ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการใช้ชีวิตและปรับตัวในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีจบจนลมหายใจสุดท้ายและจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าโรคร้ายแรงและการดูแลรักษาแบบประคับประคองมีผลให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อชีวิต ภาวะใกล้ตายและความตาย เมื่อผู้ป่วยได้รับทราบเกี่ยวกับอาการเจ็บไข้ได้ป่วยของตนเองที่กำลังป่วยเป็นโรคร้ายแรง ซึ่งจะต้องใช้เวลานานในการรักษาและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มนุษย์โดยส่วนใหญ่ก็จะมีกระบวนการในการรับรู้และเข้าใจภาวะการณเช่นนั้นไปในทางลบและเผ่าครุ่นคิดถึงแต่ความตายในทางที่ไม่ดีตั้งแต่เริ่มต้นรักษาจนกระทั่งเจ็บป่วยหนัก เข้าสู่ภาวะใกล้ตายและท้ายสุดก็จากไปด้วยใจที่เป็นทุกข์ แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาแบบประคับ ประคองที่เน้นฟื้นฟูและเยียวยาทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณจากแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ครอบครัวและเพื่อน ผู้ป่วยก็จะมีกำลังใจที่ดี เกิดทัศนคติต่อชีวิต ภาวะใกล้ตายและความตายไปในทางที่สร้างสรรค์ ตลอดช่วงเจ็บป่วยก็จะเต็มไปด้วยความสบายใจ ไม่ทุกข์ ไม่เครียด ใช้ชีวิตและปรับตัวไปตามสภาพการณ์ของโรค โดยใช้เวลาในแต่ละวันไปกับการสงบจิตใจและเตรียมพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความตายด้วยใจที่กล้าหาญและท้ายที่สุดก็สามารถก้าวผ่านช่วงเวลาวิกฤตที่ยิ่งใหญ่ของชีวิตไปด้วยใจที่ปล่อยวางและสงบสุข

สมมติฐานที่ 2) มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงเป็นผลมาจากปัจจัยที่หลากหลาย ทั้งปัจจัยทางสังคม, การกำหนดความหมายของความตายตามระบบวัฒนธรรม, รูปแบบการดูแลรักษา, ความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่และอื่นๆที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

มนุษย์ได้สร้างความรู้ต่างๆขึ้นมาบนพื้นฐานของความเข้าใจ การนำไปปฏิบัติและบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่ยึดถือร่วมกันทั้งที่มีอยู่ก่อนแล้วและในปัจจุบันเป็นหลัก เพราะมนุษย์ไม่ได้สร้างความรู้ขึ้นมาอย่างปราศจากพื้นฐาน หากแต่มนุษย์ได้ให้ความสำคัญกับกระบวนการ, วิธีการแปลความหมายและสร้างความรู้ความเข้าใจจากประสบการณ์ต่างๆ ซึ่งการแปลความหมายของมนุษย์แต่ละคนย่อมมีความแตกต่างกันออกไปเพราะขึ้นอยู่กับการรับรู้ ความเชื่อ ความต้องการ ความสนใจ ประสบการณ์และภูมิหลังของแต่ละคน ดังนั้นการสร้างความหมายของข้อมูลความรู้และประสบการณ์ต่างๆจึงเป็นเรื่องเฉพาะตนที่มนุษย์จะต้องใช้กระบวนการทางสติปัญญาในการจัดกระทำไม่ใช่เป็นเพียงแต่การรับข้อมูลเท่านั้น ซึ่งก็รวมถึงการมีมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายด้วยเช่นกัน

กล่าวคือ สังคมไทยในอดีตมองว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของวัฏสงสารที่มีการเวียนเกิดเวียนตายนับครั้งไม่ถ้วน ความตายจึงเป็นเหตุการณ์ธรรมชาติ มนุษย์ทุกคนย่อมมีเกิด แก่ เจ็บและตาย ด้วยเหตุนี้จึงยอมรับความตายว่าเป็นเรื่องธรรมดาไม่ใช่สิ่งที่น่ากลัว รวมถึงมีความเชื่อว่าการทำดีและน้อมจิตให้เป็นกุศลก่อนตายเป็นการสั่งสมบุญกุศลเพื่อให้ได้ไปสู่สุคติ การตระหนักถึงชีวิตหลังความตายทำให้ภาวะหลังความตายมิใช่สิ่งลึกลับ ในสังคมและวัฒนธรรมเช่นนี้ มิตด้านจิตใจสำคัญกว่าร่างกาย วัตถุและชื่อเสียง อีกทั้งความตายเป็นปรากฏการณ์ของชุมชนที่ทุกคนในหมู่บ้านรับรู้และเข้าไปมีส่วนร่วมทั้งขณะใกล้ตายและหลังตายแล้ว เช่น พวกกันไปเยี่ยมเยียนผู้ป่วยที่บ้านและอยู่กับเขาจนหมดลม เมื่อตายแล้วก็ตั้งศพที่บ้าน โดยจะมีชาวบ้านมาช่วยกันจัดงานตั้งแต่เช้าจรดค่ำ แต่ช่วงระยะเวลาเร็วกว่าปีที่ผ่านมา สังคมไทยได้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา ศาสนาและเทคโนโลยีเป็นอย่างมาก ทำให้วัฒนธรรมความตายแปรเปลี่ยนไป ความตายไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตดังแต่ก่อน หากแต่กลายเป็นสิ่งที่ตรงข้ามและเป็นจุดสุดท้ายของชีวิต การพูดถึงความตายกลายเป็นเรื่องอับมงคล แม้กระทั่งคำว่า “ความตาย” ก็กลายเป็นคำไม่สุภาพต้องเลี่ยงไปใช้คำอื่น เช่น หมดลม, จากไปและสิ้นชีวิต หากจะมีใครตายก็ต้องไปตายในที่มิดชิดมีคนรู้เห็นเพียงไม่กี่คนเช่นที่โรงพยาบาลโดยเฉพาะในห้องไอซียูจึงถือว่าดูดีกว่าตายที่บ้านและหากตายแล้วก็ไปตั้งในวัดซึ่งมักเป็นที่ที่แยกออกไปจากชุมชน

เนื่องด้วยค่านิยม ความคิด ความเชื่อของสังคมและวัฒนธรรมในปัจจุบันทำให้ความตายมีความหมายไปในทางที่ไม่ดีสร้างความทุกข์ให้กับมนุษย์ คนส่วนใหญ่จึงมองความตายว่าเป็นเรื่องของความสูญเสีย ความพลัดพรากและความเจ็บปวดทรมาน ความตายจึงกลายเป็นเรื่องที่น่ากลัวที่พึงต้องปกปิดหลีกเลี่ยง หลีกเลี่ยงให้ไกลที่สุด อีกทั้งเมื่อการให้ความหมายเกี่ยวกับความตายแปรเปลี่ยนไป จากเดิมที่

ความตายเป็นเรื่องของวัฒนธรรมและประเพณี ความตายกลับกลายเป็นเรื่องของกฎหมายและการแพทย์ ภายหลังจากที่ระบบการแพทย์สมัยใหม่ได้รับอิทธิพลมาจากสังคมตะวันตกทำให้แพทย์มองการรักษาพยาบาลแต่เฉพาะมิติทางกายภาพ โดยเข้าใจว่าโรคทุกโรคสามารถรักษาให้หายได้และผู้ป่วยไม่ควรต้องตายเพราะความตายเป็นเรื่องที่สามารถควบคุมได้แม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตแล้วก็ตาม การรักษาจึงมุ่งเน้นไปที่การใช้ยาและกระบวนการยืดชีวิตให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้อาหารทางสายยางและการปั๊มหัวใจ โดยละเลยความใส่ใจในเรื่องของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานและเจ็บปวดจากโรคร้ายแรงที่คุกคามชีวิตและจากเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ต่างๆที่ใช้เพื่อช่วยยืดชีวิตต่างๆ วาระสุดท้ายในชีวิตของผู้ป่วยจึงเต็มไปด้วยความเครียด วิดกกังวล หดหู่ เศร้าหมองและหวาดกลัวความตายอยู่ตลอดเวลาและท้ายสุดก็จากโลกนี้ไปด้วยใจที่ไม่สงบสุข

จากการเก็บข้อมูลทั้งหมดพบว่ารูปแบบการดูแลรักษา ศาสนาและปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อการให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงทั้งตลอดช่วงที่รักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลและอยู่ที่บ้านในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต เพราะการดูแลแบบประคับประคองที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยอยู่ในช่วงสภาวะแห่งการเจ็บป่วยอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีและจากไปอย่างสงบสุขจะเป็นการช่วยฟื้นฟูให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่ดี เข้มแข็งและกล้าที่จะเผชิญหน้ากับความตายอย่างไม่หวาดกลัว โดยมีปัจจัยทางสังคมและการกำหนดความหมายของความตายตามระบบวัฒนธรรมเป็นปัจจัยสำคัญรองลงมาและเมื่อผู้ป่วยต้องมานอนรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล สภาพแวดล้อมต่างๆที่อยู่ทำให้ผู้ป่วยได้พบเห็นผู้ป่วยอื่นเจ็บปวดทรมานจากการลุกลามของโรคและเห็นผู้ป่วยอื่นที่อยู่ข้างเตียงเสียชีวิตไป รวมถึงการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคจากบุคลากรทางการแพทย์ก็เป็นเสมือนปัจจัยเสริมที่มาช่วยหล่อหลอมการมีมุมมองเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยด้วย แต่อย่างไรก็ตามพบว่ามุมมองเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงสามารถเปลี่ยนแปลงได้เสมอตามสิ่งที่มากระทบไม่ว่าจะเป็นทั้งทางกายและจิตใจ

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การที่ผู้ป่วยโรคร้ายแรงมีมุมมองความคิดเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายอย่างไร ย่อมมีผลมาจากปัจจัยที่หลากหลาย ทั้งปัจจัยทางสังคม, การกำหนดความหมายของความตายตามระบบวัฒนธรรม, รูปแบบการดูแลรักษา, ความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่และอื่นๆที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งปัจจัยทั้งหลายเหล่านี้ล้วนแต่เป็นสิ่งสำคัญในการหล่อหลอมความคิดอ่านของพวกเขา และเมื่อผู้ป่วยแต่ละรายได้รับอิทธิพลจากปัจจัยที่ต่างกันย่อมส่งผลให้เกิดการให้ความหมายและมีมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายแตกต่างกันออกไปด้วยเช่นกัน



### สมมติฐานที่ 3) มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายมีอิทธิพลต่อการใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคร้ายแรง

มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงเป็นผลมาจากการได้รับอิทธิพลทางความคิดและถูกหล่อหลอมมาจากปัจจัยแวดล้อมหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยภายนอกของผู้ป่วย เช่น ครอบครัว, ระยะเวลาในการรักษา, เครื่องมืออุปกรณ์ในการรักษา, สังคมวัฒนธรรม, การเงิน และเศรษฐกิจ เป็นต้น และปัจจัยภายในของผู้ป่วย เช่น ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วย, รูปแบบการดูแลรักษา, ความรุนแรงของโรค, การรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง, ความเชื่อทางศาสนาและความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย เป็นต้น ทั้งนี้พบว่ามุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายมีอยู่หลายแง่มุม โดยมีแง่มุมหลักๆอยู่ 2 แ่งมุม คือ ความตายในทัศนะที่ไม่ดีกับความตายในทัศนะที่ดี

ถ้าผู้ป่วยโรคร้ายแรงมองความตายในทัศนะที่ไม่ดี ภาวะใกล้ตายและความตายสำหรับผู้ป่วยจะเต็มไปด้วยเรื่องของความน่ากลัว เจ็บปวดทรมานและพลัดพรากจากครอบครัวไปตลอดกาล โดยจะมีพฤติกรรมเชิงปฏิเสธแสดงออกมาให้เห็นอยู่หลายประการ เช่น จะไม่ยอมรับภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง จึงแสดงออกด้วยการหลีกเลี่ยงที่จะพูดถึงการเจ็บป่วย รูปแบบการรักษา ผู้ป่วยคนอื่นๆ ภาวะใกล้ตายและความตาย ผู้ป่วยบางรายอาจจะไม่อยากจะตาย ยอมรับไม่ได้ที่ตนกำลังจะต้องจากโลกนี้ไปและไม่พร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความตายเพราะมีทัศนคติกับความตายในเชิงลบจึงพยายามเข้าถึงเครื่องมือเทคโนโลยีและอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆเพื่อที่จะยืดชีวิตของตนเองให้อยู่ได้นานที่สุดเท่าที่จะนานได้ โดยไม่สนใจว่าตนจะต้องเจ็บปวดทรมานจากเครื่องช่วยชีวิตเหล่านั้นหรือไม่ก็ตาม อีกทั้งหากผู้ป่วยมองว่าความตายคือผลแห่งกรรม ความเจ็บป่วยและโรคร้ายที่ตนกำลังประสบอยู่คือบทลงโทษจากพระเจ้าจะส่งผลให้ทั้งคุณภาพชีวิต จิตใจและร่างกายของผู้ป่วยแย่ลงทำให้ผู้ป่วยใช้เวลาที่เหลืออยู่ด้วยอารมณ์ที่หงุดหงิด ขุ่นมัว ซึมเศร้า ท้อแท้และสิ้นหวังอยู่ตลอดเวลา ทำให้ช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตไม่มีโอกาสแม้แต่ว่าจะทำในสิ่งที่ตนเองชอบและต้องการเพราะต้องทนทุกข์ทรมานกับการใส่เครื่องช่วยหายใจและใช้ชีวิตอยู่ท่ามกลางสายระโยงระยางที่เข้าออกจากร่างกายและเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆที่อยู่รายล้อมรอบตัวอยู่ตลอดเวลา ส่งผลให้ไม่ได้ใช้ชีวิตและปรับตัวให้สอดคล้องกับการดำเนินของโรค การเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความตายจึงเป็นไปอย่างไม่เหมาะสมและท้ายสุดก็จากโลกนี้ไปด้วยสภาพจิตใจที่ไม่ดี ไม่มีความสุขและจากไปอย่างไม่สงบ

แต่ถ้าผู้ป่วยโรคร้ายแรงมองความตายในทัศนะที่ดี ภาวะใกล้ตายและความตายสำหรับผู้ป่วยจะหมายถึงความเป็นสังขารแห่งชีวิต ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติและมนุษย์ทุกคนเกิดมาต้องตาย ไม่มีใครสามารถหลีกเลี่ยงหนีความตายได้พ้น ผู้ป่วยเหล่านี้จะสามารถยอมรับต่อภาวะใกล้ตายและความตายได้ด้วยใจที่สงบ ตลอดจนสามารถปรับตัวและใช้ชีวิตในช่วงวาระสุดท้ายไปกับการเตรียมตัวให้พร้อมสำหรับความ

ตายได้ด้วยดี โดยมีการนำเอาความเชื่อทางศาสนาและจิตวิญญาณมาเป็นกรอบแนวทางการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่เข้มแข็งและพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความตายของตนเองได้อย่างกล้าหาญมากขึ้น ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นผ่านการเลือกรูปแบบการรักษา ยามเจ็บป่วยหนักด้วยตนเอง จัดการทรัพย์สินมรดกเอาไว้แต่เนิ่นๆ เตรียมจัดการงานศพของตนเองด้วยตนเอง ใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุข พยายามใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ให้คุ้มค่าที่สุด หมั่นทำบุญทำทาน เจริญศีลภาวนา ขอโทษกรรมจากบุคคลอื่นๆ รวมถึงเตรียมใจให้พร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความตายอยู่ตลอดเวลา อีกทั้งขณะเจ็บป่วยจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะแสดงอารมณ์ความรู้สึกออกมาให้เห็นถึงการมีจิตใจที่ดี คือมีสติไม่หลงตาย มีจิตใจไม่พันเพื่อน ไม่เศร้าหมอง ไม่ขุ่นมัว มีจิตใจดีงาม ผ่องใส เบิกบาน จิตใจนี้ก็จะอยู่กับสิ่งที่ดี ๆ อยู่เสมอและท้ายที่สุดก็สามารถจากโลกนี้ไปอย่างสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ด้วยคุณภาพชีวิตที่ดี จิตใจสุขสงบและปล่อย

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่ามุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายมีอิทธิพลต่อการใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคร้ายแรงอย่างมาก เพราะมุมมองต่อความตายดังกล่าวมีผลต่อการเตรียมตัวสำหรับความตายของผู้ป่วยแตกต่างกัน ถ้าผู้ป่วยมีมุมมองต่อความตายในทัศนะที่ไม่ดีสภาพจิตใจจะไม่แจ่มใส ส่งผลให้ไม่มีความเข้มแข็งทางจิตใจมากพอที่จะกล้าเผชิญหน้ากับภาวะใกล้ตายและความตาย จึงทำให้ไม่มีการวางแผนสำหรับภาวะใกล้ตายและความตายเอาไว้ล่วงหน้า เมื่อถึงเวลาที่มีสิ่งเร้าให้ให้ตระหนักว่าต้องเผชิญกับความตายจะทำให้เกิดความเสียสมดุลทางสภาพจิตใจและจิตวิญญาณได้ง่าย เกิดเป็นความรู้สึกหว่านเหว โศกเศร้าและหวาดกลัวได้ง่าย แต่หากผู้ป่วยมีทัศนะต่อความตายในทางที่ดีจะทำให้เกิดการคิดอ่านอยากที่จะเตรียมตัวสำหรับภาวะใกล้ตายและความตาย ซึ่งการเตรียมตนเองก่อนตายนี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตได้อย่างมีจุดหมายก่อให้เกิดประโยชน์สุขทั้งต่อตนเองและคนรอบข้าง พร้อมทั้งจากโลกนี้ไปด้วยจิตใจที่สงบและไม่หวาดกลัว

### 5.3 ข้อจำกัดและอุปสรรคในการวิจัยครั้งนี้

เนื่องด้วยงานวิจัยนี้เป็นการศึกษามุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่ได้เข้ารับการดูแลรักษาแบบประคับประคองมาเป็นระยะเวลาอันยาวนานพอสมควรจากทีมสุขภาพและครอบครัวทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้านจนกระทั่งเสียชีวิต โดยศึกษามุมมองดังกล่าวผ่านกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมาโดยตลอดตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิตจำนวน 10 ราย จากการเก็บข้อมูลภาคสนามพบว่างานวิจัยนี้มีข้อจำกัดด้านต่างๆ ซึ่งผู้วิจัยจะแบ่งข้อจำกัดออกเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

#### 5.3.1 ข้อจำกัดและอุปสรรคด้านการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง

1) แต่เดิมงานวิจัยนี้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเอาไว้คือ ผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคองในโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง หากแต่ด้วยจริยธรรมทางการแพทย์ที่ปกป้องดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงทำให้ผู้วิจัย ซึ่งไม่ใช่หนึ่งในทีมสุขภาพ อันได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างได้ยากมาก ด้วยข้อจำกัดทางการแพทย์นี้ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์จึงเห็นชอบร่วมกันที่จะเปลี่ยนกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยชิ้นนี้ไปเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคร้ายแรงอย่างใกล้ชิดมาโดยตลอด กระบวนการรักษา คือนับแต่แรกเริ่มเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต ที่ซึ่งผู้ป่วยจะต้องไปจากโลกนี้ไปนานเกิน 1 ปีจำนวน 10 รายแทน

2) โดยปกติทั่วไปตามความเป็นจริงแล้วไม่ว่าจะอยู่ในสภาวะการณ์ไหน การพูดถึงเรื่องราวที่เกี่ยวกับความตายก็ถือว่าเป็นเรื่องที่ไม่สมควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับบุคคลที่ไม่เคยได้รู้จักสนิทสนมกันมาก่อน ดังนั้นการมาพูดถึงเรื่องภาวะใกล้ตายและความตายกับบุคคลที่เพิ่งผ่านประสบการณ์การสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ในชีวิต เนื่องด้วยการจากไปของบุคคลอันเป็นที่รักได้แก่ บิดา มารดา บุตร พี่น้องและญาติสนิทที่ซึ่งตนเองได้ทำหน้าที่ดูแลประคับประคองมาอย่างใกล้ชิดตั้งแต่แรกเริ่มเจ็บป่วยเป็นโรคร้ายแรงจนกระทั่งเสียชีวิตและเพิ่งเสียชีวิตไปไม่เกิน 1 ปี กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลจึงคงมีความสับสนเศร้าเสียใจอยู่ทำให้การจะได้ข้อมูลมาในแต่ละครั้งเป็นไปด้วยความยากลำบาก รวมทั้งคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลก็ต้องมีความระมัดระวังเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อสภาพจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง

3) การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างมีอุปสรรคและข้อจำกัดในการถามคำถามกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการสัมภาษณ์ด้วยเรื่องทีละเอียดอ่อนและมีผลต่อความรู้สึก คำตอบที่ได้มาจึงอาจไม่เพียงพอสำหรับการตอบคำถามวิจัย เนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างไม่อยากจะนึกถึงคำพูดสิ่งลา สิ่งเสีย ตลอดจนไม่อยากจะนึกถึงภาพเหตุการณ์ที่เศร้าโศก ผู้วิจัยจึงต้องใช้ระยะเวลาในการสร้างความสัมพันธ์เพื่อให้เกิดความสนิทสนมกับกลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะเข้าพูดคุยสัมภาษณ์เก็บข้อมูล ซึ่งในแต่ละครั้งจะได้ข้อมูลไม่มากนักจึงต้องใช้เวลาในการเข้าไปสัมภาษณ์หลายครั้ง

4) การเก็บข้อมูลจากการพูดคุยสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่าง บางครั้งผู้วิจัยจะเกิดอารมณ์และมีความรู้สึกร่วมกับผู้ให้สัมภาษณ์ เช่น ร้องไห้เสียใจและเห็นใจ จึงต้องใช้เวลาในการเก็บข้อมูลนานพอสมควรทำให้ข้อมูลที่ได้อาจบางส่วนเกินจากขอบเขตงานวิจัยไป

5) การรวบรวมและเก็บบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ในระหว่างการสัมภาษณ์อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความกังวลใจ ช่วงระยะแรกของการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจึงต้องทำความเข้าใจและอธิบายเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลเพื่อสร้างความเชื่อมั่นและมั่นใจในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ และในบางครั้งผู้วิจัยก็ไม่สามารถที่จะบันทึกข้อมูลได้ ดังนั้นเมื่อเข้าไปเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะต้องทำการจดจำและนำข้อมูลกลับมาบันทึกภายหลังการสัมภาษณ์

### 5.3.2 ข้อจำกัดและอุปสรรคด้านกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากประเด็นการวิจัยคือมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง จึงทำให้ผู้วิจัยต้องใช้ระยะเวลาในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพราะถึงแม้ว่าจะมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและโรคเอดส์จำนวนมาก หากแต่ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) จากทีมสุขภาพและครอบครัวอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเป็นระยะเวลานานพอสมควรนั้นหาได้ค่อนข้างยากเพราะส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะอยู่ภายใต้การรักษาทางการแพทย์และเน้นไปที่กระบวนการรักษาเพื่อยืดชีวิตด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์มากกว่า อีกทั้งแม้ว่าจะเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ตามข้อกำหนดกฎเกณฑ์แล้ว แต่ก็ไม่ได้หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างจะพร้อมทางด้านจิตใจที่จะให้สัมภาษณ์เก็บข้อมูลเสมอไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ระยะเวลาในการเลือกกลุ่มตัวอย่างนานทีเดียว

### 5.3.3 ข้อจำกัดและอุปสรรคด้านเวลา

เนื่องด้วยประเด็นการวิจัยเกี่ยวข้องกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรง ซึ่งถือว่าเป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อนต่อความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมาโดยตลอด ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต การที่ผู้วิจัยจะได้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและเพียงพอ นั้นจำเป็นที่จะต้องใช้ระยะเวลานานเพราะจะต้องเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง ถูกต้องและครบถ้วน ซึ่งตลอดช่วงระยะที่เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกนั้น พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ยังคงทำใจต่อการจากไปของผู้ป่วยที่เป็นเสมือนบุคคลอันเป็นที่รักไม่ค่อยได้ เนื่องจากผู้ป่วยที่จากไปนั้นมีสัมพันธภาพเป็นบิดา มารดา บุตร พี่น้องและญาติที่สนิทใกล้ชิดที่ซึ่งตามข้อกำหนดของขอบเขตการวิจัยที่กำหนดเอาไว้ ผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่จากไปนั้นจะต้องเพิ่งจากไปไม่เกิน 1 ปีนี้เท่านั้น จึงทำให้การให้ข้อมูลมีความยากมากขึ้น อีกทั้งต้องหาเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกว่างที่จะมาให้ข้อมูลได้ รวมทั้งข้อมูลที่ละเอียดอ่อนต่อความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างจึงทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลนานพอสมควร

#### 5.4 จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับมุมมอง ทักษะคิดและการให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงจึงมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปในลักษณะที่ละเอียดอ่อนต่อความรู้สึก ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อกลุ่มตัวอย่างอันเกิดจากการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดทั้งการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการทุกขั้นตอนเพื่อประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการรักษาไว้ซึ่งสิทธิส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลและเพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในงานวิจัย ดังนี้

การติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างได้แล้วจะมีการอธิบายวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ ประโยชน์ที่จะได้จากการสัมภาษณ์ ตลอดจนอธิบายถึงวิธีการเก็บข้อมูลของผู้วิจัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาประกอบการตัดสินใจก่อนที่จะดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างที่ดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการต่างๆดังต่อไปนี้

- 1) ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยหลังจากที่ได้มีความคุ้นเคยกันแล้ว โดยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ ความเป็นมา ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ
- 2) เพื่อความสบายใจในการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยไม่บีบบังคับ การสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยจะทำการสัมภาษณ์ตามสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก
- 3) ผู้วิจัยจะให้ความเชื่อมั่นในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยการรักษาไว้ซึ่งสิทธิส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลด้วยการไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลสู่สาธารณะ ได้แก่ ชื่อจริง นามสกุลจริง โดยจะใช้ชื่อหรือสถานที่สมมติแทน ในกรณีที่ผู้วิจัยต้องการเปิดเผยข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูลจะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรก่อน
- 4) ผู้วิจัยจะแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าจะมีการจดบันทึกและบันทึกเสียงขณะสนทนา โดยแสดงอุปกรณ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นอย่างชัดเจนก่อนการบันทึกเสียง

#### 5.5 ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ได้ทราบถึงมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย ตลอดจนอิทธิพลของมุมมองดังกล่าวที่มีต่อการใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นการให้ความหมายและมีมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายตามความรู้สึกนึกคิดจากประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงมาเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดความเข้าใจผ่านกระบวนการรับรู้และตีความตามความคิดความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายประการดังนี้

### 5.5.1 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษามุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย ตลอดจนการใช้ชีวิต และการปรับตัวของผู้ป่วยโรคร้ายแรงภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคองจากกลุ่มผู้ป่วยซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างครบถ้วนงานวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มอื่นบ้าง โดยพิจารณาจากเรื่องของปัจจัยเป็นสำคัญ เช่น ปัจจัยด้านเพศ ได้แก่ ผู้ป่วยเพศหญิงหรือเพศชายแบบเฉพาะเจาะจง, ปัจจัยด้านศาสนา ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นผู้นับถือศาสนาพุทธ ศาสนาอิสลามหรือศาสนาคริสต์แบบเฉพาะเจาะจง, ปัจจัยด้านอายุ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยวัยเด็กและวัยรุ่น และปัจจัยด้านโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งอาจเฉพาะเจาะจงเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคร้ายแรงชนิดอื่นๆเพื่อที่จะได้เห็นถึงความแตกต่างและหลากหลายในผลการวิจัยมากขึ้น ซึ่งอาจจะทำให้ทราบถึงมุมมองความคิด ความรู้สึก การให้ความหมาย รูปแบบการใช้ชีวิตและการปรับตัวที่แตกต่างกัน

2) ในการวิจัยครั้งต่อไปกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยในประเด็นนี้ควรมีจำนวนและสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพื่อที่จะทำให้การวิจัยสามารถมองเห็นถึงภาพรวมของประชากรได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

3) ควรศึกษารูปแบบการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคร้ายแรงสามารถเตรียมตัวสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตและกำลังจะต้องเผชิญกับความตายในไม่ช้าว่ามีรูปแบบเช่นใดบ้างและสามารถช่วยผู้ป่วยได้อย่างไร เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคร้ายแรงได้มีการเตรียมตัวสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้ายและความตายต่อไปได้ด้วยดี

4) ควรศึกษามุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย การใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่ไม่ได้อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้ทราบถึงมุมมองความคิด ความรู้สึก การให้ความหมาย รูปแบบการใช้ชีวิตและการปรับตัวที่แตกต่างกัน

### 5.5.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการและนโยบาย

ควรส่งเสริมให้ทีมสุขภาพ ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดได้เข้ามามีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพจิตใจให้แก่ผู้ป่วยโรคร้ายเรงนับตั้งแต่แรกเริ่มที่เจ็บป่วยจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดภาวะการณแห่งการเจ็บป่วยและเพื่อที่จะได้เป็นการสร้างเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะใกล้ตายและความตายได้ด้วยใจที่สงบและปล่อยวางได้ด้วยดี

ให้ภาครัฐและเอกชนดำเนินการสร้างเอกภาพและบูรณาการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคร้ายแรงชนิดต่างๆ อันได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคเอดส์และรวมถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยสำหรับประชาชนทุกสิทธิเพื่อให้ผู้ป่วยโรคร้ายแรงได้รับบริการตามมาตรฐานการรักษาเดียวกันในรูปแบบของการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยให้เป็นการดูแลระยะยาว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและให้จัดทำโครงการประชาสัมพันธ์รณรงค์ให้ประชาชนมีความตื่นตัวให้ความสำคัญและใส่ใจกับคนในครอบครัวหรือเพื่อนมนุษย์ที่ป่วยด้วยโรคร้ายแรงมากขึ้นด้วย

## รายการอ้างอิง

- กฤตยา อาชวนิจกุลและวรชัย ทองไทย. ภาวะการณ้ตายภาพสะท้อนความมั่นคงของประชากร. กรุงเทพมหานคร : แพลนพรีนติ้ง, 2549.
- กลุ่มศึกษาธรรมสละบุรี. ตายดี. ในพรรณวดี วศินวรรณและอรศรี งามวิทยาพงศ์,บรรณาธิการ. มรรณสตติ : พุทธวิธีต้อนรับความตาย, พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง, 2548.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. วัฒนธรรม ความตายกับวาระสุดท้ายของชีวิต : คู่มือเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2550.
- คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน. กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
- คณิงนิจ แซ่เฮง. การุณยฆาตกับความชอบด้วยกฎหมาย. [ออนไลน์]. 2550. แหล่งที่มา: <http://khanuengnit.blogspot.com/2010/01/death-with-dignity-e-letter.html>[19 สิงหาคม 2555]
- จินต์จุฑา รอดพาล. การตายดี : มุมมองจากผู้สูงอายุไทยพุทธ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.
- ชมรมชีวันดารักษ์. ธรรมะ 4 ศาสนาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร : ชมรมชีวันดารักษ์ ศูนย์มหาชิราลงกรณ ัณบุรี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2548.
- ณัฐยา วาสิงหน. ความหมายของความตาย: การตีความตามพุทธปรัชญา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาปรัชญาและศาสนา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.
- ดั่งตฤณ. ณ มรรณา รวบรวมบทความคัดสรรของดั่งตฤณ. กรุงเทพมหานคร : เครือข่ายพุทธิกา, 2550.
- ดำรงค์ แวอาลี. องค์รวมแห่งชีวิตและสุขภาพตามแนวคิดศาสนาอิสลามและทัศนคติในเรื่องความตาย. ในภัคกร ช่วยคุณูปการ (บรรณาธิการ), รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย/กองการแพทย์ทางเลือก, กรุงเทพมหานคร : สำนักกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรมพัฒนา การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2549.
- ดุสิต สดาวรร. Legal Issues in End-of-Life Care Inter ICU. ในประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้วและฉันทชาย สิทธิพันธ์ุ (บรรณาธิการ), การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of Life Care Improving Care of The Dying), หน้า 405-412.พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2552.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัสมิ. หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.

เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย. ในประเสริญ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้วและฉันทชาย สิทธิพันธุ์ (บรรณาธิการ), การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of Life Care Improving Care of The Dying), หน้า 13- 22. พิมพ์ครั้งที่6. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ อักษรสัมพันธ์, 2552.

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory). [ออนไลน์]. 2555. แหล่งที่มา :

<http://www.gotoknow.org/blogs/posts/115753> [5 กันยายน 2555]

ทัศนีย์ แน่นอุดร. สิทธิผู้ป่วย เรียนรู้และเข้าใจเพื่อใช้ให้เป็น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, 2543.

ทิพวรรณ ลัมประไพพงษ์. วิจัยชี้ผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกพุ่ง เพิ่ม 75 เปอร์เซ็นต์ในอีก 20 ปี. [ออนไลน์]. 2555. แหล่งที่มา : [http://www.prachachat.net/news\\_detail.php?newsid=1338626933](http://www.prachachat.net/news_detail.php?newsid=1338626933) [7 สิงหาคม 2555]

นรินทร์ วรภูมิ. Oncology for Internists. ในวิทยา ศรีตมา (บรรณาธิการ), การดูแลรักษาผู้ป่วยในที่เป็นปัญหา, หน้า 252-274. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.

นริรัตน์ สร้อยศรี. แนวคิดเกี่ยวกับการออกแบบการเรียนการสอนตามทฤษฎีสร้างความรู้ความเข้าใจ (Constructivism). 2555. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://becreativetv.com/blog/2011/11/> แนวคิดเกี่ยวกับการออกแบบการเรียนการสอนตามทฤษฎีสร้างความรู้ความเข้าใจ (Constructivism) [25 สิงหาคม 2555]

นักเขียนหมอชาวบ้าน. มะเร็ง ดับชีวิตคนไทยมากที่สุด ปีละกว่า 5 หมื่นคน แนะนำสูตรปฏิบัติตัว “เพิ่ม 5 ลด 7” ลดเสี่ยงป่วยมะเร็ง. ใน นิตยสารหมอชาวบ้าน 32, 374 (2553).

นิตยา เหล่าบุญเกื้อ. ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและพลวัตของมุมมองต่อความตายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชามานุษยวิทยา ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.

บุรพา ผดุงไทย. เวลาเหลือน้อย. กรุงเทพมหานคร : เอกพิมพ์ไท, 2548.

ประคอง อินทรสมบัติ. การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง : มิติที่ท้าทายการพยาบาล. 2555. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://gotoknow.org/file/pcunurse/Chronic.pdf> [3 สิงหาคม 2555]

ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์. บุคคลตามกฎหมาย. 2555. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:

<http://www.oknation.net/blog/print.php?id=169582> [19 สิงหาคม 2555]

ประสาน ต่างใจ. มุมมองเรื่องความตายและภาวะใกล้ตาย. กรุงเทพมหานคร : โครงการจัดพิมพ์คบไฟ, 2539.

ปรานี วงษ์เทศ. สังคมและวัฒนธรรมในอุษาคเนย์. กรุงเทพมหานคร : ศิลปวัฒนธรรม, 2543.



เปรมใจ วังศิริไพศาล. ความตายและทัศนคติในการเตรียมตัวตายของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาชุมชนแออัด  
คลองเตย กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวัฒนธรรมศึกษา สถาบันวิจัย  
ภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.

ผู้ดูแลขนาด. สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2556.

ผู้ดูแลต้นหยง. สัมภาษณ์, 3 มีนาคม 2556.

ผู้ดูแลบุรณาค. สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556.

ผู้ดูแลปานัน. สัมภาษณ์, 1 มีนาคม 2556.

ผู้ดูแลพิกุล. สัมภาษณ์, 11 พฤษภาคม 2556.

ผู้ดูแลพุดซ้อน. สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2556.

ผู้ดูแลมณฑา. สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2556.

ผู้ดูแลโมกษ์. สัมภาษณ์, 23 เมษายน 2556.

ผู้ดูแลเย้สุน. สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2556.

ผู้ดูแลสารภี. สัมภาษณ์, 27 เมษายน 2556.

พระไพศาล วิสาโล. การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนา  
ระบบสุขภาพชุมชน, 2548.

พระไพศาล วิสาโล. ชีวิตและความตายในสังคมสมัยใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : เครือข่าย  
ชาวพุทธเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคมไทย, 2546.

พระไพศาล วิสาโล. ตื่นก่อนตาย. นนทบุรี : บริษัทบิสซิเดย์ จำกัด, 2553.

พระไพศาล วิสาโล. เตรียมตัวตายอย่างมีสติ. ใน วันชัย ตันติวิทยาพิทักษ์และภิญโญ ไตรสุริยธรรมา  
(บรรณาธิการ), HEALTHY, กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ openbooks, 2547.

พระไพศาล วิสาโล. มองชีวิตและสังคมผ่านวัฒนธรรมความตาย. เครือข่ายพุทธิกา โครงการเผชิญ  
ความตายอย่างสงบ. 2552. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: [http://www.budnet.org/peacefuldeath/  
node/155](http://www.budnet.org/peacefuldeath/node/155) [14 สิงหาคม 2555]

พระไพศาล วิสาโล. เหนือความตาย จากวิกฤตสู่โอกาส. กรุงเทพมหานคร : เครือข่ายพุทธิกา, 2549.

พรเลิศ ฉัตรแก้ว. ความตายและภาวะใกล้ตาย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ  
ฉัตรแก้วและฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of Life Care  
Improving Care of The Dying), หน้า 391 – 396. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์  
อักษรสัมพันธ์, 2552.

พิชัย นิลทองคำ. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บรรพ 1 - 6 อาญา : ข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม  
(ฉบับสมบูรณ์). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์อทธยา มิเลินเนี่ยม, 2554.

- มธุรส ศิริสถิตกุล. ความตายในคริสต์ศาสนา. ใน โภโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (บรรณาธิการ), วัฒนธรรมความตายกับวาระสุดท้ายของชีวิต : คู่มือเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, หน้า 218 – 232. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2550.
- รุ่งกมล โพธิสมบัติ. พลวัตความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและผลต่อมุมมองโรคเบาหวานของผู้ป่วย : ศึกษากรณีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายหลังการใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยา ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553.
- วรัญญา เพ็ชรคง. ทัศนะเรื่องความตายในศาสนาอิสลาม. ใน โภโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, บรรณาธิการ. วัฒนธรรม ความตายกับวาระสุดท้ายของชีวิต : คู่มือเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, 235 – 252. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2550.
- วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. การุณยฆาต. 2555. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://th.wikipedia.org/wiki/การุณยฆาต> [19 สิงหาคม 2555]
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. แนวคิดของนักกฎหมายไทยเกี่ยวกับการปฏิเสธการรักษาที่จะนำไปสู่การตายดี. ใน อัมพล จินดาวัฒน์, แสวง บุญเฉลิมวิภาส, ปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยาและไพศาล ลี้มสถิต (บรรณาธิการ), ก่อนวันผลัดใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย, หน้า 129 – 153. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), 2553.
- วิลาสินี วิเศษฤทธิ. การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตายในชุมชนชนบทอีสาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรี สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2546.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติมะเร็ง ปี 2553. 2553. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: [http://www.nci.go.th/cancer\\_record/cancer\\_rec1.html](http://www.nci.go.th/cancer_record/cancer_rec1.html) [30 กรกฎาคม 2555]
- สถาพร ลีลำนันทกิจ. คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548.
- สถาพร ลีลำนันทกิจ. หลักการสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง. ใน อัมพล จินดาวัฒน์, แสวง บุญเฉลิมวิภาส, ปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยาและไพศาล ลี้มสถิต (บรรณาธิการ), ก่อนวันผลัดใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย, หน้า 23 – 57. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), 2553.
- สภากาชาดไทย. สภากาชาดไทย. 2555. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.redcross.or.th> [6 กันยายน 2555]
- สันต์ หัตถิรัตน์. การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2552.
- สันต์ หัตถิรัตน์. สิทธิ์ที่จะอยู่หรือตายและการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2542.

- สิรินทร์ ศาสตราภรณ์. พยาบาลกับงาน Palliative care. ในลักษมี ชาญเวช, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, 41- 45. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2547.
- สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ก่อนวันผลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2553.
- สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2553.
- สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ. คู่มือการเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน เอกสารประกอบการสัมมนาสังเคราะห์ความรู้ : การส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร : สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2549.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวาระสุดท้าย (ความจริงทางการแพทย์กับขอบเขตทางกฎหมาย). ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้วและฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of Life Care Improving Care of The Dying), หน้า 397 - 404. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2552.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาสและอเนก ยมจินดา. กฎหมายการแพทย์ : วิเคราะห์ปัญหากฎหมายจากการเริ่มต้นของชีวิตในครรภ์มารดาถึงภาวะแกนสมองตาย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2546.
- สุนามาลัย พิพัฒน์บวร. การปรับตัวของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญา สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2547.
- สุมาลี นิมนานิตย์. ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้วและฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of Life Care Improving Care of The Dying), หน้า 24-32. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2552.
- สุมาลี นิมนานิตย์. ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย. ในอำพล จินดาวัฒนะ, แสวง บุญเฉลิมวิภาส, ปิติพร จันทรัตน์ ณ อยุธยาและไพศาล ลี้มสลิต (บรรณาธิการ), ก่อนวันผลัดใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย, หน้า 13 - 22. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.), 2553.
- อมรา พงศาพิชญ์. ความหลากหลายทางวัฒนธรรม (กระบวนทัศน์และบทบาทในประชาสังคม). พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.

อรรวรรณ คล้ายพยัฆ. การศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.

### ภาษาอังกฤษ

Anells, Marilyn. Hermeneutic phenomenology: philosophical perspectives and current use in nursing research. [Online]. 1996. Available from:

<http://www.Phenomenologyonline.com> [2013, August 22]

Blumer, Herbert. Symbolic Interactionism Perspective and Method. New Jersey: Prentice-Hall, Inc, 1969.

Christina M. Puchalski, Edward O'Donnell. Religious and Spiritual belief in end of life care: How major religious view death and dying. Journal Science (2005): 118.

Cobb, S. and Kasl, S.V. Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role behavior. Archives Environment Health Journal 12 (1996): 246 - 266.

Felicity G. Smith. Power Issues in the Doctor - Patient Relationship. Health Care Analysis 9 (2001): 449 - 462.

Geertz, C. The Interpretation of Cultures: Selected Essays. New York: Basic Books, 1973.

Gina Copp. A review of current theories of death and dying. Journal of Advanced Nursing 28, 2 (1998): 382 - 390.

Glaser, B. and Strauss, A. Awareness of Dying. Chicago: Aldine Publishing Company, 1965.

Harriet Etheredge. Enhancing the Doctor - Patient relationship: Living, Dying and Use of the living will. Master's Thesis, Department of Health Sciences (Science in Medicine in the branch of Bioethics and Health Law, University of the Witwatersrand, Johannesburg, 2008.

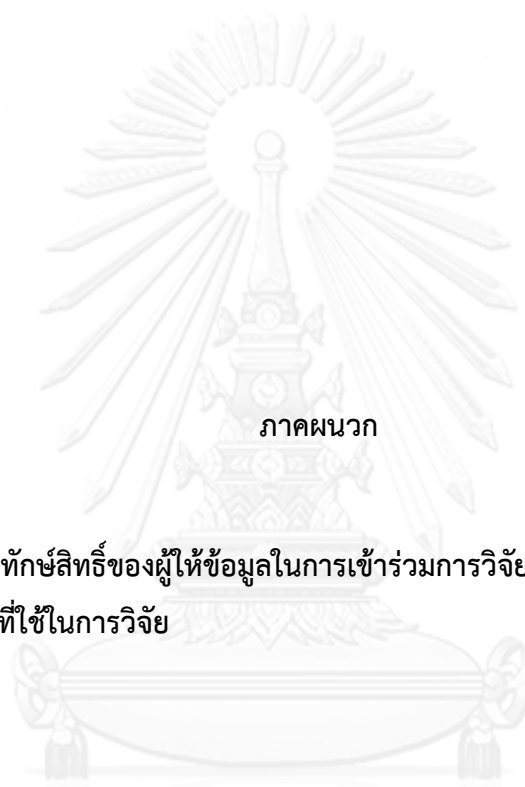
Hattori, K. Concept Analysis of Good Death in the Japanese Community. Journal of Nursing Scholarship 38, 2 (2006): 165 - 170.

Hirai, K. Good death in Japanese Cancer Care: A Qualitative study. Journal of Pain and Symptom Management 31, 2 (2006): 140 -147.

Holloway, I. Basic Concepts of Qualitative Research. London: Blackwell Science, 1997.

Kaba, R. and Sooriakumaran, P. The evolution of the doctor-patient relationship. International Journal of Surgery 5 (2007): 57 - 65.

- Kim, B. Social constructivism. [Online]. 2001. Available from: <http://www.coe.uga.edu/epltt/SocialConstructivism.htm> [2012, August 25]
- Klein man, Arthur. Patient and Healers in the context of Culture. California: University of California Press, 1996.
- Mirarchi, F. L. and Conti, L. Living Wills and DNR : Is Patient Safety Compromised? The Human Life Review [Online]. 2007. 33 (4) 66 – 73. Available from: <http://0web.ebscohost.com.innopac.wits.ac.za/ehost/pdf> [2012, August 20]
- Nelson T. Social Interaction Talcott Parsons and American Sociology. Press Universities de France, 1972.
- Parsons, T. Definitions of health and illness in the light of American values and social structure. New York: The Free Press, 1972.
- Puchalski, C. M., and O'Donnell, E. Religious and spiritual beliefs in end of life care : how major religions view death and dying. Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management, 2005.
- Schwandt, T.A. Constructivist, Interpretivist Approaches to Human Inquiry in N.K. Denzin and Y.S. Lincoln, eds. Hand book of Qualitative Research Thousand Oaks, CA: Sage, 1994.
- Timmermans, S. Dying of awareness: the theory of awareness contexts revisited. Sociology of Health and Illness 16, 3 (1994) : 330 - 335.
- Tsai, J.S. Fear of Death and Good Death Among the Young and Elderly with Terminal Cancer in Taiwan. Journal of Pain and Symptom Management 29, 4 (2005): 344 - 351.
- Waraporn Kongsuwan. Thai Buddhist families' perspective of a peaceful death in ICUs. Nursing in Critical Care 17, 3 (2012) : 151 – 158.
- Watson J. The Philosophy and Science of Caring Colorado. Colorado associated University press, 1985.
- World Health Organization. Palliative care. [Online]. 2012. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/en/> [2012, August 8]
- World Health Organization. Summary of Deaths by cause in WHO Regions estimates for 2008. [Online]. 2008. Available from: <http://www.who.int/gho/publications/en/index.html> [2012 July 8]



ภาคผนวก

1. เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ใบยินยอมเข้าร่วมในการเก็บข้อมูลวิจัย/บันทึกภาพและเสียง

เรื่อง “มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง”

ชื่อผู้ให้ข้อมูล.....อายุ.....ปี  
ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลได้เข้ารับการรักษาพยาบาลเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
การวินิจฉัยโรค.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลจากผู้วิจัย ชื่อนางสาววรรณชน บวรณรัช ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะประโยชน์และแนวทางการศึกษาวิจัยในเรื่องของมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง ข้าพเจ้าได้ซักถามและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมโดยความสมัครใจให้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวของข้าพเจ้า ทั้งข้อมูลส่วนตัว การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของข้าพเจ้า รวมทั้งการบันทึกภาพหรือเสียงเพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะที่เป็นข้อสรุปผลของการวิจัยหรือเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ณ ที่นี้ข้าพเจ้าขอแสดงความ ( ) ยินยอม ( ) ไม่ยินยอม เพื่อการให้ข้อมูลต่างๆ ด้วยความสมัครใจไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อผู้ให้ข้อมูล..... ลงชื่อพยาน.....  
(.....) (.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. .... วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ลงชื่อผู้เก็บข้อมูล.....  
(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

### ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างที่เข้าร่วมเก็บข้อมูลวิจัย

1. ชื่องานวิจัย: มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง
  2. ชื่อผู้วิจัย: นางสาวรชมน บวรณรัช นิสิตหลักสูตรสังคมวิทยามหาบัณฑิต ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
  3. สถานที่ติดต่อ: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์02-2187299 โทรศัพท์เคลื่อนที่087-8229793, Email: mandyrainLove\_26@hotmail.com
- การวิจัยประกอบไปด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

#### a) คำถามในการวิจัย

เมื่อบุคคลได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและพบว่าตนกำลังป่วยด้วยโรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและโรคเอดส์ เป็นต้น สถานภาพของบุคคลจึงเปลี่ยนไปจากคนสุขภาพดีกลายเป็นผู้ป่วยโรคร้ายแรง ผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคองได้ให้ความหมายและมีมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายในลักษณะใด ซึ่งการให้ความหมายและมีมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายเช่นนั้นส่งผลต่อการปรับตัวและการใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยอย่างไรบ้าง

#### b) วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษามุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของมุมมองดังกล่าวต่อการใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง

#### c) สมมติฐานของการวิจัย

1. โรคร้ายแรงและการดูแลรักษาแบบประคับประคองมีผลให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อชีวิต ภาวะใกล้ตายและความตาย
2. มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงเป็นผลมาจากปัจจัยที่หลากหลาย ทั้งปัจจัยทางสังคม, การกำหนดความหมายของความตายตามระบบวัฒนธรรม, รูปแบบการดูแลรักษา, ความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่และอื่นๆที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล
3. มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายมีอิทธิพลต่อการใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคร้ายแรง



## d) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้ความหมายของภาวะใกล้ตายและความตายที่มาจากมุมมองของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง
2. เพื่อทราบถึงแนวทางการใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคร้ายแรงในช่วงเจ็บป่วยถึงวาระสุดท้ายของชีวิตได้เป็นอย่างดี
3. เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคร้ายแรง
4. เพื่อเป็นแนวทางในการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคร้ายแรงให้สามารถดำเนินชีวิตไปพร้อมกับการดำเนินของโรคได้เป็นอย่างดีและทำให้ผู้ป่วยโรคร้ายแรงได้ตระหนักถึงคุณค่าที่มีต่อตนเองตามหลักสิทธิของความเป็นมนุษย์
5. เพื่อสรุปให้เห็นถึงความสำคัญของมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงและพยายามจะผลักดันให้กลายเป็นสิ่งที่ผู้คนในสังคมให้ความสำคัญ เพื่อเอื้อประโยชน์ให้กับตัวของผู้ป่วยโรคร้ายแรงทั้งในตลอดช่วงของการเจ็บป่วยจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

## e) ขอบเขตในการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษามุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่ได้เข้ารับการดูแลรักษาแบบประคับประคองมาเป็นระยะเวลาานพอสมควรจากทีมสุขภาพและครอบครัวทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้านจนกระทั่งเสียชีวิต โดยศึกษามุมมองดังกล่าวผ่านกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมาโดยตลอดตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิตจำนวน 10 ราย

## f) ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องนี้ ได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Methodology) ในรูปแบบของการวิจัยเชิงมานุษยวิธี, ปรากฏการณ์วิทยา, ปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์และการให้ความหมายทางสังคม กล่าวคือเป็นการศึกษาการให้ความหมายและมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงว่ามีลักษณะใด เพื่อค้นหาว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคร้ายแรงมีมุมมองเกี่ยวกับความตายเช่นนี้ โดยศึกษาจากปัจจัยภายในของผู้ป่วย (ได้แก่ ประสบการณ์การเจ็บป่วย, รูปแบบการดูแลรักษา, ความรุนแรงของโรค, การรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง, ความเชื่อทางศาสนา, ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย ฯลฯ) และปัจจัยภายนอกของผู้ป่วย (ได้แก่ ครอบครัว, ระยะเวลาในการรักษา, เครื่องมืออุปกรณ์ในการรักษา, สังคมวัฒนธรรม, การเงินและเศรษฐกิจ ฯลฯ) ตลอดจนศึกษาแนวทางการใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคร้ายแรงด้วย โดยการศึกษาจะเริ่มต้นด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และทำการจดบันทึกข้อมูลเพื่อให้ได้เห็นและเข้าใจถึงความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรง

ได้อย่างชัดเจนผ่านมุมมองของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมาตลอดกระบวนการรักษาจนกระทั่งผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ โดยผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับมุมมองเรื่องของภาวะใกล้ตาย และความตาย อันเป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิตได้อย่างเต็มที่ในฐานะผู้มีประสบการณ์ตรงอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วย ซึ่งกระบวนการเก็บข้อมูลนี้จะแล้วเสร็จเมื่อข้อมูลถึงจุดอิ่มตัว จนสามารถนำไปตอบคำถามการวิจัยตามวัตถุประสงค์ต่างๆได้แล้วอย่างครบถ้วน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### แนวทางการเก็บข้อมูลวิจัยด้วยวิธีการสัมภาษณ์ (Guideline)

แนวคำถามในการเก็บข้อมูลได้สร้างขึ้นมาจากวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยผ่านการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาแล้วเป็นอย่างดี เนื่องจากการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องของภาวะใกล้ตายและความตายในบริบทสังคมไทยถือว่าเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกของคนทั่วไป แนวคำถามที่สร้างขึ้นในการวิจัยจึงจะมีการยืดหยุ่นไปตามพลวัตของสถานการณ์การเก็บข้อมูลซึ่งผู้ให้ข้อมูลจะมีอิสระในการแสดงความคิดเห็นต่างๆ และคำถามก็จะได้รับการพัฒนาให้เหมาะสมในทุกๆสถานการณ์การเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยจะไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยและจะเสนอผลที่ได้เป็นภาพรวมและจะดำเนินการวิจัยตามข้อกำหนดจริยธรรมในมนุษย์ครบถ้วนทุกประการ สำหรับประเด็นและตัวอย่างคำถามในการเก็บข้อมูลมีดังนี้

ประเภทคำถาม	ข้อคำถาม
1. คำถามเปิดการสนทนา	<ul style="list-style-type: none"> <li>● แนะนำตัวผู้วิจัย, วัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูล, ประโยชน์ที่จะได้รับ และขอความยินยอมในการดำเนินการเก็บข้อมูลอีกครั้ง</li> <li>● ผู้ให้ข้อมูลแนะนำตัว (ทั้งข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วย) เช่น ชื่อ อายุ ผู้ให้ข้อมูลเป็นอะไรกับผู้ป่วย (บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อนสนิท) และได้ดูแลผู้ป่วยตลอดช่วงเวลาที่เจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต เป็นระยะเวลาานานเท่าไร เป็นต้น</li> </ul>
2. คำถามเข้าสู่ประเด็น	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ภูมิหลังในชีวิตของผู้ป่วย (ครอบครัว ญาติพี่น้อง อาชีพการงาน ศาสนาที่นับถือ วิธีการดำเนินชีวิต กิจกรรมที่ชอบ เป็นต้น)</li> <li>● ภายหลังจากที่ได้ทราบผลการตรวจวินิจฉัยโรคแล้วพบว่าตนกำลังป่วยเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยมีการแสดง ออกจากด้านอารมณ์ ความรู้สึกและทัศนคติอย่างไรบ้าง ?</li> <li>● อาการของโรคที่ผู้ป่วยเป็นมีลักษณะอย่างไร ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นระยะเวลาานานเท่าไรและมีการดำเนินการรักษาด้วยวิธีการใดบ้าง ?</li> <li>● ผู้ป่วยมีความคิด ความรู้สึกและทัศนคติต่อการรักษาว่าเป็นอย่างไร ?</li> <li>● ผู้ป่วยมีความคาดหวังต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตนเองอย่างไร ?</li> </ul>

ประเภทคำถาม	ข้อความคำถาม
3. คำถามหลัก	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ในชีวิตที่ผ่านมาผู้ป่วยได้เคยประสบพบเห็นหรือเกี่ยวข้องกับความตายของคนใกล้ชิดหรือบุคคลทั่วไปบ้างหรือไม่ อย่างไร ?</li> <li>● ผู้ป่วยมีการพูดถึงเรื่องของชีวิตและความตายของตนเองบ้างไหม มักพูดเรื่องนี้กับใครและพูดในลักษณะใดบ้าง ?</li> <li>● ผู้ป่วยมีความคิด ความรู้สึกและทัศนคติต่อภาวะความเจ็บป่วย ภาวะใกล้ตายและความตายของตนเองอย่างไร ?</li> <li>● ผู้ป่วยได้แสดงออกให้เห็นถึงความวิตกกังวลหรือหวาดกลัวต่อความตายบ้างหรือไม่ อย่างไร ?</li> <li>● ผู้ป่วยอยากให้ครอบครัวหรือบุคคลรอบข้างมีบทบาทอย่างไรเมื่อท่านได้เข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต ?</li> <li>● ในช่วงสภาวะของความเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอดจนรูปแบบการใช้ชีวิตและการปรับตัวอย่างไร ?</li> <li>● สิ่งใดคือสิ่งที่ผู้ป่วยอยากจะทำมากที่สุดในช่วงขณะที่เจ็บป่วย ตลอดจนถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ?</li> <li>● ผู้ป่วยมีความปรารถนาสิ่งใดเป็นพิเศษบ้างตลอดช่วงที่เจ็บป่วย จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ?</li> <li>● สิ่งใดคือสิ่งที่ผู้ป่วยประทับใจหรือภาคภูมิใจมากที่สุดในชีวิต ?</li> <li>● ผู้ป่วยได้มีการยอมรับและเตรียมความพร้อมให้กับชีวิตของตนเองอย่างไรบ้างในช่วงสภาวะที่เจ็บป่วย ?</li> </ul>

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววรรณมน บุรณรัช เกิดเมื่อวันที่ 26 เดือนตุลาคม พ.ศ.2530 ที่จังหวัด กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาบัณฑิต จาก มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปี พ.ศ.2553 เข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษาในหลักสูตรปริญญา มหาบัณฑิต สาขาสังคมวิทยา ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2554



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**