

การสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการ
ดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลัก

เล่ม 1

นางสาวดารณี ทั้งไพศาล

คุณฉันทน์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2564

**Communication about Death among Healthcare Personnel, Cancer Patients in
Palliative Care and Primary Caregivers
Volume I**

Miss Daranee Tungphaisal



A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Doctor of Philosophy in Communication Arts

School of Communication Arts


Sukhothai Thammathirat Open University

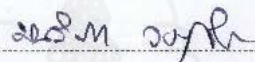
2021


หัวข้อคชฎีนิพนธ์ การสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ช่วยมะเร็งที่ได้รับ
การดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก
ชื่อและนามสกุล นางสาวดารณี ทังไพศาล
สาขาวิชา นิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.มนวิภา วงรุจิระ
2. รองศาสตราจารย์ ดร.อุณาโลม จันทร์รุ่งมณีกุล
3. รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ผาณิตรัตน์


คชฎีนิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาเอก เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2564


คณะกรรมการสอบคชฎีนิพนธ์

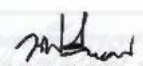

..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.เอมอัชฌา วัฒนบูรานนท์)

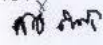

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.มนวิภา วงรุจิระ)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อุณาโลม จันทร์รุ่งมณีกุล)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ผาณิตรัตน์)


..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.กัลยากร นัตรแก้ว)


..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.นราธิป ศรีราม)



ชื่อคุณฉันทิพนธ์ การสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลัก

ผู้วิจัย นางสาวดารณี ทั้งไพศาล **รหัสนักศึกษา** 4601500046 **ปริญญา** ปรัชญาคุณวุฒิบัณฑิต (นิเทศศาสตร์)

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร.มนวิภา วงรุจิระ (2) รองศาสตราจารย์ ดร.อุณาโลม จันทร์รุ่งมณีกุล

(3) รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ **ปีการศึกษา** 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) การประกอบสร้างความหมายความตาย 2) กระบวนการสื่อสารความตาย และ 3) แนวทางการสื่อสารความตาย ระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก สันทนาการกลุ่ม และสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมในโรงพยาบาลกรณีศึกษาและที่บ้านผู้ป่วย ใช้วิธีเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจงและแบบสโนบอลจากทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา รวมจำนวน 8 คน และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 4 คนและผู้ดูแลหลัก 4 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการสร้างข้อสรุป

ผลการศึกษาพบว่า 1) การประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักล้วนแตกต่างกันตามมุมมองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (1) แพทย์เน้นมุมมองการแพทย์อย่างเดียว ความหมายความตายจึงเป็นเพียงภาวะหัวใจหยุดเต้น แต่แพทย์รังสีรักษาและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเน้นมุมมองสังคม ศาสนา การดูแลแบบประคับประคอง และประสบการณ์การทำงานที่คำนึงความต้องการผู้ป่วย ความหมายความตายจึงมากกว่าเพียงหัวใจหยุดเต้น (2) ขณะที่สหวิชาชีพอื่น ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักเน้นมุมมองศาสนา ความหมายความตายจึงมองว่าเป็นธรรมชาติ และเชื่อเรื่องภพภูมิหลังความตาย (3) แต่ผู้ป่วยมะเร็งยังมีปัจจัยเพื่อนผู้ป่วยข้างห้องที่บางคนอายุน้อยกว่า บางคนเป็นเพศหญิง จึงมีกำลังใจในการรักษาและค่อย ๆ ยอมรับความตายมากขึ้น (4) ส่วนผู้ดูแลหลักมีปัจจัยเรื่องระยะเวลา การดูแล อารมณ์ ความรู้สึก ความผูกพัน ความใกล้ชิด ความสัมพันธ์ในครอบครัว 2) กระบวนการสื่อสารความตายในแต่ละช่วง คือ (1) การแรกรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แพทย์เน้นให้ข้อมูลการรักษาผู้ป่วยตามอาการ โดยไม่เน้นเครื่องมืออุปกรณ์การช่วยชีวิต โดยแพทย์ยอมรับว่ามีความลำบากในการสื่อสารและสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเมื่อเทียบกับผู้ป่วยมะเร็งระยะแรก (2) การแจ้งอาการผู้ป่วยและการประชุมทีมสหวิชาชีพ แพทย์เน้นให้ผู้ป่วยร่วมวางแผนรักษาโรคด้วยตนเอง แพทย์เป็นความหวังเดียวของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักจึงเชื่อฟังแพทย์และยินยอมการรักษาเพื่อสร้างกำลังใจให้กับตนเองซึ่งถือเป็นการต่อรองลักษณะหนึ่งของผู้ป่วยที่เข้ามารักษาในพื้นที่กรณีศึกษา ขณะที่แพทย์เองก็ต่อรองกับผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพอื่นตามอำนาจความรู้วิชาชีพแพทย์ (3) การรักษาไประยะหนึ่งใกล้กลับบ้าน สหวิชาชีพอื่นมีความสำคัญให้การดูแลผู้ป่วย เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยตามมุมมองศาสนา ให้ความสำคัญกับจิตวิญญาณตามความสนใจและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และ (4) การกลับไปรักษาตัวที่บ้านเท่ากับผู้ป่วยได้กลับสู่ความเป็นจริงในชีวิตประจำวันที่บ้านทำให้มีการต่อรองการสื่อสารความตายกับพื้นฐานความเชื่อเดิมอย่างเช่นเรื่องร่างทรง และ 3) แนวทางการสื่อสารความตาย สหวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์ควรเป็นผู้ให้คำปรึกษา ให้ความรู้การดูแลแบบประคับประคอง สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับผ่านการสื่อสารทั้งคำพูด (วันภาษา) และแววตา ท่าทาง (อวัจนภาษา) เป็นเพื่อนร่วมทางพร้อมช่วยแก้ปัญหา ให้เวลารับฟังเรื่องราวผู้ป่วย และควรเน้นการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมทั้งการสื่อสารกลุ่มเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ การประชุมครอบครัว การประชุมทีมสหวิชาชีพ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ที่สำคัญแพทย์ควรบอกความจริงโรคอย่างตรงไปตรงมา เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยด้วยความจริงใจอย่างแท้จริง

คำสำคัญ การประกอบสร้างความหมาย การสื่อสารความตาย การดูแลแบบประคับประคอง บุคลากรทางสุขภาพ

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

Dissertation title: Communication about Death among Healthcare Personnel, Cancer Patients in Palliative Care and Primary Caregivers

Researcher: Miss Daranee Tungphaisal; **ID:** 4601500046;

Degree: Doctor of Philosophy (Communication Arts)

Dissertation advisors: (1) Dr. Monwipa Wongrujira, Associate Professor; (2) Dr. Unalom Chanrunmaneekul, Associate Professor; (3) Dr. Rungnapa Phanitrat, Associate Professor;

Academic year: 2021

Abstract

The objectives of this research were to study: 1) construction of the meaning of death; 2) the process of communicating about death; and 3) approaches for best practices for communicating about death for healthcare personnel, cancer patients in palliative care and primary caregivers.

This was a qualitative research based on in-depth interviews, focus group discussions and non-participatory observation in the case study hospital and patients' homes. The key informants were chosen through purposive sampling method and snowball technique from among allied health professionals including doctors, nurses, radiologists, welfare workers and psychologists (8 individuals) along with 4 palliative care cancer patients and their 4 primary caregivers. Data were analyzed by drawing conclusions.

The results showed that 1) for the construction of the meaning of death, (1) doctors tended to emphasize only the medical perspective, that is, death is when the heart stops beating. However, radiologists and medical specialists also considered social and religious perspectives and the meaning for palliative caregivers as well as their personal experiences that were involved with the desires of dying patients, so the meaning for them was more than simply when the heart stops beating; (2) other allied health professionals, cancer patients and primary caregivers tended to emphasize the religious meaning of death as a natural change and they mostly believed in an afterlife or reincarnation; (3) hospital roommates were another factor that influenced the cancer patients; some had roommates who were younger or female, and often their presence gave the patients a morale boost and helped them gradually accept the idea of death; (4) primary caregivers were impacted by the factors of time, care, emotions, feelings of attachment and closeness as well as family relations. 2) The process of communicating about death consisted of several stages: (1) in the initial admittance of a terminal-stage cancer patients, doctors focused on giving information about treatment of various symptoms but did not focus on life-saving devices or equipment. Doctors acknowledged that it is more difficult to communicate with patients in terminal cancer cases than patients in early-onset cases. (2) In the next stage of describing the symptoms and meeting with allied professionals, the doctors tried to let the patients plan their own course of treatment, and because the doctors were the patients' only hope, patients and primary caregivers tended to consent to whatever the doctors suggested because treatment can help boost morale and is a way of bargaining after the patients were transferred to palliative care. At the same time, the doctors bargained with the patients and the allied health team using the weight of their medical authority. (3) As treatment progressed and the patients were getting ready to move back home for hospice, the other allied health professionals played a greater role in caring for the patients and tried to understand their emotions and give them full sympathy according to their religious views, paying attention to the spiritual needs and interests of the patients and their primary caregivers. (4) Finally, when they went home for hospice, the patients returned to the reality of their former daily lives and negotiated through the communication about dying by relying on their fundamental beliefs, such as in spirit mediums. 3) Recommended approaches to communicating about death are that healthcare professionals, especially doctors, should consult and provide information about palliative care, and should build good relationships with patients from the very beginning by communicating verbally with language and nonverbally through facial expressions and body language. They should communicate that they are fellow travelers on the journey and can help solve problems. They should always take time to listen to what the patients want to say and should promote participatory communication, both formal and informal, such as family meetings, allied healthcare personnel team meetings, and home visits. Most importantly, doctors should tell the truth about the disease course and say it directly, while at the same time understanding the feelings of the patients and being sincerely sympathetic.

Keywords: Construction of meaning, Death communication, Palliative care, Healthcare personnel, Terminal stage cancer patients

กิตติกรรมประกาศ

คุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ลุล่วงได้ด้วยความเมตตาของคณาจารย์และกำลังใจจากบุคคลหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. มนวิภา วรจุริระ เป็นอย่างสูงที่ท่านให้ความกรุณาได้รับเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาคุษฎีนิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. อุณาโลม จันทร์รุ่งมณีกุล อาจารย์ที่ปรึกษาคุษฎีนิพนธ์ร่วมที่ดูแลเอาใจใส่ ช่วยควบคุมการวิจัยและวางแนวทางให้คำแนะนำ ตลอดจนตรวจและแก้ไขคุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. เอ็มอัชมา วัฒนานุรานนท์ ประธานกรรมการสอบคุษฎีนิพนธ์ที่เมตตาผู้วิจัยตลอดมา รองศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ภาณิตรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาคุษฎีนิพนธ์ภายนอกที่กรุณาให้คำแนะนำและติดตามการทำคุษฎีนิพนธ์ครั้งนี้อย่างใกล้ชิด และอาจารย์ ดร. กัลยากร ฉัตรแก้ว กรรมการ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ให้คุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้ มีความเรียบร้อยสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่งและตระหนักถึงจิตวิญญาณของความเป็นครูของคณาจารย์ทุกท่านมีคุณค่าเพียงใด

ขอกราบระลึกถึงและขอบพระคุณบิดา ปาป้าสงวน ทั้งไพศาล ที่คอยให้ขวัญกำลังใจในช่วงเวลาตลอดการศึกษา ที่สำคัญป้ายังได้เป็นตัวอย่างการตายดีให้กับผู้วิจัยได้เรียนรู้ในสถานการณ์จริงของความตายที่เกิดขึ้น ขอบคุณมารดา มาม้าชุตีมา ทั้งไพศาล ที่คอยถามไถ่และอวยพรให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จจนมาถึงวันนี้ กราบขอบคุณอาจารย์ปู้ นายแพทย์ธวัช จายนีย โยธิน ผู้บุกเบิกกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ผู้ให้ความเมตตา ตรวจแก้ไข แนะนำตลอดเวลาที่พบกัน ขอบคุณเพื่อนคู่ชีวิต คุณมงคล เกษสุนทร ที่ให้กำลังใจ ร่วมเดินทางผ่านทุกข์และสุขด้วยกัน

ขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลพื้นที่กรณีศึกษา รวมถึงผู้ให้ข้อมูลหลักได้แก่บุคลากรทางสุขภาพทุกท่านที่ให้ความรัก เมตตา แบ่งปันเรื่องราวชีวิตและความตาย ให้ผู้วิจัยได้เป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ตลอดการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามจนคุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ ขอบคุณเพื่อนๆ ทุกคนที่ส่งกำลังใจ ขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องสมุด เจ้าหน้าที่สาขาวิชานิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือตลอดการศึกษาเป็นอย่างดี และสุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณทุกๆ ท่าน รวมทั้งท่านที่มีได้กล่าวนามมาในที่นี้ ซึ่งได้มีส่วนช่วยให้คุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้อย่างสมบูรณ์

คุณค่าและประโยชน์ของงานวิจัยนี้ ขอมอบแต่ มารดา บิดาและคณาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัย

ดารณี ทั้งไพศาล

พฤศจิกายน 2564

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
คำถามวิจัย	7
กรอบแนวคิดการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	11
นิยามศัพท์เฉพาะ	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	17
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	18
การสื่อสารสุขภาวะ	18
ทฤษฎีการประกอบสร้างความเป็นจริงทางสังคม	29
กระบวนการสื่อสารความตาย	34
แนวคิดเกี่ยวกับชีวิตและความตาย	51
แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง	84
แนวคิดการให้การปรึกษาผู้ป่วยระยะเรื้อรัง	99
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	106
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	141
การเลือกพื้นที่ข้อมูลและผู้ให้ข้อมูลหลัก	141
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	144
การเก็บรวบรวมข้อมูล	146
การวิเคราะห์ข้อมูล	149
การตรวจสอบข้อมูล	150

สารบัญ (ต่อ)

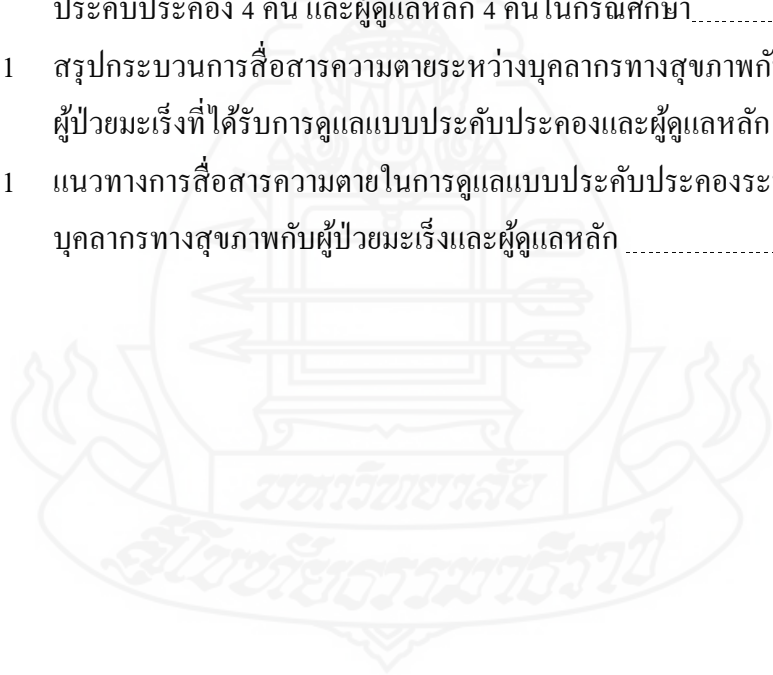
	หน้า
การนำเสนอข้อมูล	150
ประเด็นจริยธรรมในการศึกษาวิจัย	151
ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัย	151
บทที่ 4 การประกอบสร้างความหมายความตาย	153
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก	153
ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก	168
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการประกอบสร้างความหมายความตาย	177
การประกอบสร้างความหมายความตาย	177
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประกอบสร้างความหมายความตาย	204
ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกในการประกอบสร้างความหมายความตายของ บุคลากรทางสุขภาพในพื้นที่สนาม 5 วิชาชีพ	204
ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกในการประกอบสร้างความหมายความตายของ แพทย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญ	218
ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกในการประกอบสร้างความหมายความตายของ ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก	226
บทที่ 5 กระบวนการสื่อสารความตาย	244
กระบวนการสนับการแพทย์	244
กระบวนการสนับการแพทย์ของบุคลากรทางสุขภาพในพื้นที่สนาม 5 วิชาชีพ	245
กระบวนการสนับการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก	251
กระบวนการสื่อสารความตาย	253
การแรกรับผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับการรักษา	254
การแจ้งอาการเพื่อดำเนินการรักษาและการประชุมทีมสหวิชาชีพ	265
การรักษาโรคไประยะหนึ่งเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน	284
การกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน	292

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 6 แนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคอง	323
แนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคอง.....	323
รูปแบบการสื่อสาร	324
ประเด็นเนื้อหาสารเกี่ยวกับความตาย.....	331
กลวิธีที่ใช้ในการสื่อสารความตาย.....	333
บทบาทหน้าที่ผู้ส่งสารและบุคคลผู้ส่งสาร.....	337
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ส่งสารกับผู้รับสาร	339
บริบทพื้นที่โรงพยาบาลและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง	341
บทที่ 7 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	356
สรุปการวิจัย	356
อภิปรายผล	376
ข้อเสนอแนะ	408
บรรณานุกรม	412
ภาคผนวก	428
ก แผนที่การดูแล care map 14 days พื้นที่สนาม	429
ข แบบสัมภาษณ์บุคลากรสุขภาพ 5 วิชาชีพ.....	431
ค แบบสัมภาษณ์ผู้ประสบความสำเร็จ PC ทางโทรศัพท์	434
ง แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก	436
จ แบบสนทนากลุ่มชุดที่ 1	439
ฉ แบบสนทนากลุ่มชุดที่ 2	442
ช แบบสังเกตการณ์	444
ซ หนังสือ EC ม. สงขลาและ รพ.....	446
ประวัติผู้วิจัย	451

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 Parson' Doctor-Patient System Model	44
ตารางที่ 2.2 ความสัมพันธ์ของแพทย์กับผู้ป่วย	46
ตารางที่ 4.1 รายละเอียดผู้ให้ข้อมูลหลัก กรณีศึกษา บุคลากรทางสุขภาพ 5 วิชาชีพ ในโรงพยาบาลพื้นที่กรณีศึกษา.....	154
ตารางที่ 4.2 รายละเอียดผู้ให้ข้อมูลหลัก กรณีศึกษา ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคอง และผู้ดูแลหลักในพื้นที่กรณีศึกษา.....	162
ตารางที่ 4.3 สรุปการประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพ 5 วิชาชีพ ในพื้นที่กรณีศึกษา	233
ตารางที่ 4.4 สรุปการประกอบสร้างความหมายความตายของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคอง 4 คน และผู้ดูแลหลัก 4 คนในกรณีศึกษา.....	218
ตารางที่ 5.1 สรุปกระบวนการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก	304
ตารางที่ 6.1 แนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่าง บุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก	344



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	10
ภาพที่ 2.1 ความหมายความตายตามกระบวนทัศน์การแพทย์	28
ภาพที่ 2.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสื่อสารโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	48
ภาพที่ 2.3 ความสำคัญของการเกิดทางพุทธศาสตร์	53
ภาพที่ 2.4 กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์หลัก WHO Public Health Model	86
ภาพที่ 2.5 การรักษาแบบประคับประคองยุคก่อน และ ปัจจุบัน	98
ภาพที่ 6.1 รูปแบบการสื่อสารทางเดียว (One-way communication)	328



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

“เสียใจด้วยนะครับ หมอช่วยเต็มที่แล้ว” หลายคนคงคุ้นเคยกับประโยคทองของละครไทยหลังข่าวที่มักนำเสนอกระบวนการสื่อสารสั้นๆ ของแพทย์กับผู้ป่วยและญาติ เมื่อมีการตายเกิดขึ้นดูเรียบง่ายและไร้หัวใจเกินไปหรือไม่ เมื่อเปรียบเทียบกับบทบาทของแพทย์ที่สังคมไทยให้การยกย่องในอดีตถึงปัจจุบัน แพทย์ถูกยกให้เป็นภาพที่ไม่ต่างจากเทวดาที่ลงมาจากสวรรค์เป็นผู้วิเศษให้พร 3 ประการ สามารถคลब्ฉบัครักษาโรคร้ายให้หายได้ ซึ่งแท้จริงแล้วเป็นการรักษาตามบทบาทหน้าที่เพียงทางกายจากการใช้ยาและเทคโนโลยี เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ถือเป็นศาสตร์การรักษาที่ทำให้ชีวิตคนเจ็บป่วยได้ จนเกิดความศรัทธาและเข้าใจว่า โรคทุกโรคสามารถรักษาหายได้ และผู้ป่วยไม่ควรต้องตาย แพทย์และบุคลากรทางสุขภาพถูกสอนในตำราว่าต้องช่วยชีวิตผู้ป่วย ซึ่งทำให้ระบบการแพทย์มีอิทธิพลมากขึ้นในฐานะที่เป็นผู้รู้ ผู้เชี่ยวชาญในโรคต่างๆ รวมทั้งเชื่อว่ามนุษย์สามารถเอาชนะโรคต่างๆ ได้เสมอ ทุกชีวิตมนุษย์ผูกขาดกับการรักษาของแพทย์ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาความขัดแย้งขึ้น (พระไพศาล วิสาโล, 2548) หากแต่ในความเป็นจริงแล้ว การรักษาที่เป็นยาทางจิตใจและส่งผลทางร่างกายที่วิเศษสุดคือ การสื่อสารของแพทย์กับผู้ป่วยต่างหากที่ยังขาดความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย

การสื่อสารถือเป็นหัวใจและทักษะสำคัญในการถ่ายทอดความรู้ เชื่อมโยงความคิด ความรู้สึก และแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้พูดและผู้ฟังเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจระหว่างกัน โดยเฉพาะการสื่อสารในวิชาชีพแพทย์ที่ดูเหมือนจะเป็นยาขมที่อาจกลืนไม่เข้าคายไม่ออก ด้วยในตำราไม่ได้เน้นการเรียนการสอนด้านการสื่อสารที่เปรียบเหมือนยาที่รักษาทางใจ เมื่อเทียบกับหลักการทางการแพทย์ที่เน้นรักษาทางร่างกาย ทำให้ปัญหาที่พบเห็นและได้ยินบ่อยๆ จากสื่อในปัจจุบันจึงมีไม่น้อยที่เป็นปัญหาจากการสื่อสาร ทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทางที่แสดงออกไปยังผู้ป่วยและญาติ ทำให้ประเด็นการร้องเรียนร้องทุกข์ตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันมีอยู่อย่างต่อเนื่อง

จากการรวบรวมข้อมูลของกลุ่มระดับข้อพิพาททางการแพทย์ กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ระบุถึงสถิติการฟ้องร้องแพทย์ในระยะเวลากว่า 20 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่

ปี พ.ศ.2559 – 2563 (ณ วันที่ 30 เมษายน 2563) เป็นคดีแพ่ง จำนวน 352 คดี และคดีอาญา จำนวน 44 คดี (สืบค้นจากเว็บไซต์ <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/34770>) ซึ่งในจำนวนนี้เป็นการร้องเรียนจากปัญหาการสื่อสาร การพูดคุยที่ไม่เข้าใจ รวมอยู่ในจำนวนดังกล่าวด้วยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นที่นำไปสู่ขั้นตอนการรักษา เกิดความไม่เข้าใจกันจากการสื่อสารที่สับสนระหว่างกลุ่มแพทย์กับผู้ป่วยและญาติ หรือการสื่อสารที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละตัวโรคแต่ละคนที่ย่อมต้องมีเทคนิคการสื่อสารที่แตกต่างกัน ซึ่งแพทย์ส่วนใหญ่แทบจะไม่มีเวลาพูดคุยรับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยที่เป็นปัญหาอยู่ในปัจจุบัน

ดังผลงานวิจัยของ Buckman. R, et al(1984) พบว่า แพทย์ใช้เวลาเฉลี่ย 18 วินาทีในการฟังผู้ป่วย เมื่อเริ่มสนทนาก่อนที่จะขัดจังหวะด้วยคำถามปลายปิด เช่น ปวดตรงไหน ปวดอย่างไร ปวดที่ไหน แสดงให้เห็นว่า ในความเป็นจริงแพทย์ต้องทำให้คนไข้รู้สึกว้าแหว่ แพทย์สนใจฟังสิ่งที่พวกเขาพูดออกมาจริงๆ เรื่องราวของคนไข้อาจแฝงด้วยคำใบ้หรือเบาะแสบางอย่างที่แพทย์นึกไม่ถึง และจากการศึกษาเดียวกันนี้เองพบว่า ถ้าแพทย์ให้ผู้ป่วยพูดเมื่อเริ่มสนทนาโดยไม่ขัดจังหวะ ผู้ป่วยจะใช้เวลาพูดเฉลี่ยเพียงแค่ 90 วินาทีเท่านั้น (Frederic W.Platt & Geoffery H.Gordon, 2004)

พฤติกรรมดังกล่าวทำให้แพทย์เป็นผู้ถามแต่ฝ่ายเดียว การสนทนาหยุดชะงักและข้อมูลในการวินิจฉัยผิดพลาด เพราะหลายครั้งที่ผู้ป่วยต้องใช้เวลาคิดหรือไตร่ตรองก่อนตอบ หลายครั้งที่ผู้ป่วยพยายามเดาใจแพทย์และดัดแปลงคำตอบเพื่อตอบในสิ่งที่แพทย์จะสนใจ สภาพการณ์ดังกล่าวทำให้ข้อมูลที่แพทย์ได้รับคลาดเคลื่อน การวินิจฉัยโรคจึงขึ้นอยู่กับข้อมูลที่คลาดเคลื่อนนั้นไปด้วย นอกจากนี้สารที่ผู้ป่วยสื่อมาถึงแพทย์มักไม่ใช่เพียงคำพูด แต่ลักษณะน้ำเสียง หน้าตา ท่าทาง สีหน้า อากัปกิริยาเป็นข้อมูลสำคัญที่แพทย์ส่วนใหญ่มักละเลยและไม่ให้ความสำคัญสารเหล่านี้มักเป็นสารที่สื่อถึงความเจ็บป่วยที่แท้จริงมากกว่าคำพูดถึงเกือบ 10 เท่า ดังนั้นทักษะ การสื่อสารจึงมีความสำคัญและควรถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการสื่อสารที่สามารถใช้สืบหาข้อมูลทางการแพทย์ได้มากและครอบคลุม ทั้งด้านชีวภาพ จิต อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม

การสื่อสารจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยที่แพทย์และทีมสุขภาพจะต้องฝึกให้เกิดทักษะ ไม่เพียงแต่ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างเดียวเท่านั้น เพราะแม้ว่าในปัจจุบันเทคโนโลยีการแพทย์จะก้าวล้ำหน้าไปอย่างมากมายเพียงใด แต่ไม่มีคำตอบใดที่เอาชนะความตายได้ เพียงแค่ยื้อเวลาไว้ ดังนั้นแพทย์จึงเผชิญหน้ากับภาวะกระอักกระอ่วนที่ผู้ป่วยและญาติคาดหวังสูงขึ้นกับเทคโนโลยีล้ำยุคเหล่านี้ ก่อให้เกิดความห่างเหินและขาดการสื่อสารระหว่างกันลงไปเรื่อย ๆ ปัจจัยสำคัญหนึ่งที่ทำให้การสื่อสารขาดตอนระหว่างแพทย์ผู้รักษากับผู้ป่วยด้วยโรคที่

หมดหวังคือความกลัวของแพทย์ที่จะต้องทำหน้าที่สื่อข่าวอันไม่เป็นมงคลแก่ผู้ป่วย จึงมักเกิดการปิดบังข่าวร้าย แต่จริงหรือที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ต้องการรับรู้ และในทางกลับกันหากแพทย์ป่วยด้วยโรคที่หมดหวังเสียเอง แพทย์จะยอมถูกรักษาและไม่อยากรู้วินิจฉัยโรคนั้นๆ จริงหรือ (สายพิณ หัตถิรัตน์, 2551, น. 316)

ทั้งนี้คงไม่สามารถปฏิเสธได้ว่า บุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ต้องให้ความสำคัญกับการสื่อสารในฐานะเป็นทั้งผู้พูดและผู้ฟัง เมื่อเป็นผู้พูดก็ต้องพูดอย่างให้ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ เมื่อเป็นผู้ฟังก็ต้องฟังอย่างตั้งใจและให้เวลาผู้ป่วยได้เล่าอาการและเรื่องราวต่างๆ อย่างใส่ใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังต้องการคำพูดหรือการสื่อสารที่ให้ความเข้าใจด้วยการใช้ใจบำบัด เยียวยารักษาความเจ็บปวดทางกายในเวลาระยะสุดท้ายที่เหลืออยู่ก็จะทำให้ความเจ็บปวดทางกายหายเป็นปลิดทิ้งได้ เพราะการสื่อสารและการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับมนุษย์น่าจะอยู่เหนือกรอบของวิชาใดๆ ทางการแพทย์ เป็นไปดั่งแนวทางที่สอดคล้องกับพระราชดำรัสของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนกที่ว่า “ฉันไม่ได้ต้องการให้เธอมีความรู้ทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ฉันต้องการให้เธอเป็นคนด้วย” (จารุรินทร์ ปิตานุงพงษ์ และ อานนท์ วิทยานนท์, 2557)

การสื่อสารในการดูแลแบบประคับประคอง จึงเป็นหัวใจสำคัญที่ทีมสุขภาพต้องมีทักษะในการสื่อสารที่ดีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเริ่มตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพ การซักประวัติเพื่อประเมินและค้นหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การบอกข่าวร้าย การให้ข้อมูลเรื่องการพยากรณ์โรคและทางเลือกของการรักษา การช่วยผู้ป่วยเลือกเป้าหมายและการดูแลและการวางแผน การดูแลล่วงหน้า การสื่อสารที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสบอกเล่าข้อมูลที่ตรงจริง บอกความต้องการ ความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยรับทราบว่ามีทีมที่จะรับฟังและตอบสนองต่อความต้องการของเขาและช่วยให้เกิดความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับเมื่อโรคร้ายดำเนินเข้าสู่ระยะท้าย การรักษาโรคให้หายและพยายามยืดชีวิตอาจไม่เป็นประโยชน์อีกต่อไป และเป็นการเพิ่มภาระทั้งความไม่สุขสบายทางกายและภาระด้านเศรษฐกิจสังคมและครอบครัว การศึกษาต่างๆ พบว่าเมื่อโรคร้ายดำเนินถึงระยะท้ายความต้องการของผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเป็นการดูแลให้สุขสบาย โดยการจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบายทางกายอื่นๆ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีโอกาสใช้เวลาที่เหลือกับคนที่รัก ไม่ต้องการสร้างภาระแก่ครอบครัวและให้ตัดสินใจเลือกเป้าหมายการดูแลที่ต้องการ (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2560)

ดังที่ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2553) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่ใกล้ตายและญาติเกิดความกลัวและเกรงใจที่จะสอบถามทั้งด้านการวินิจฉัยโรค แนวทางการรักษาโดยถือว่าการตัดสินใจของแพทย์ คนทั่วไปคิดว่าเป็นสิ่งที่ดีที่สุด ปัญหาเหล่านี้จะสามารถแก้ไขโดยแนวคิดการสื่อสาร บางครั้ง

ก่อให้เกิดความสับสนในการรักษาหรือทำอะไรสวนทางต่อความเป็นจริง และกระบวนการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่มีสายระโยงระยางต่อเข้ากับร่างกายผู้ป่วยถือเป็นการทำลายศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (dehumanization) ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งประเด็นดังกล่าวถือเป็นปัญหาสังคมที่มีผลกระทบต่อประเทศ ดังนั้นจึงไม่ใช่แพทย์เพียงผู้เดียวเท่านั้นที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย หากแต่สามารถกระตุ้นเตือนหน่วยงานด้านสุขภาพให้มีความสำคัญกับการสื่อสารเข้ามาเป็นเครื่องมือช่วยเหลือผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็คงจะทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องทรมานกับการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์

โดยเฉพาะหากต้องสื่อสารกับผู้ป่วยที่เป็นโรคร้ายแรงซึ่งปัจจุบันโรคมะเร็งนับเป็นโรคร้ายแรงที่รักษาไม่หาย โดยข้อมูลล่าสุดของกระทรวงสาธารณสุข โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของคนไทย โดยมีผู้เสียชีวิตปีละ 56,965 คน และพบมากขึ้นทุกปี คิดเป็นร้อยละ 112.8 ต่อประชากร 100,000 คน (สถิติสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ซึ่งโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง เมื่อระยะของโรคลุกลามเข้าสู่ระยะสุดท้ายรักษาไม่หาย ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ที่เกิดจากความเจ็บปวด กระวนกระวาย ซึมเศร้า หายใจลำบาก ท้องผูกและอาการไม่สบาย อื่นๆ รวมทั้งมีผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม ทำให้ต้องเข้าออกโรงพยาบาลตลอดจนถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตได้ (จิตใจ ศิริโส, 2559)

ดังนั้นการแจ้งข่าวโรคหรือระยะของโรค รวมถึงการสื่อสารโรคกับผู้ป่วยไม่ว่ากรณีใดก็ตามจึงเป็นทักษะที่สำคัญและต้องอาศัยประสบการณ์ชีวิตในการเป็นแพทย์ หรือบุคลากรทางสุขภาพไม่ว่าวิชาชีพใดก็ตาม จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีศาสตร์และศิลป์ในการรักษาผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่เน้นทางจิตใจควบคู่กับการรักษาทางกาย ซึ่งย่อมสามารถส่งผลถึงระหว่างกันได้ โดยเฉพาะการดูแลแบบประคับประคองตามแนวการปฏิบัติวัฒนธรรมสังคมไทยกล่าวได้ว่ามีมาช้านานแล้วตั้งแต่ในอดีตที่นิยมให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การเยี่ยมชมไปมาหาสู่กันและกัน ซึ่งกระบวนการดังกล่าวในปัจจุบันถูกเรียกว่า เป็นการดูแลแบบประคับประคอง (กัลยากร ฉัตรแก้ว, สัมภาษณ์, 25 พฤศจิกายน 2564) และเป็นไปตามหลักการสากลขององค์การอนามัยโลก (WHO) เมื่อปี 2557 ที่ได้ประกาศบังคับใช้ให้ประเทศสมาชิกรวมถึงประเทศไทยด้วยมีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

อย่างไรก็ตามการดูแลแบบประคับประคองถือเป็นวิธีการดำเนินการเพื่อดูแลผู้ป่วยให้มีความสุขสบายทางกายไม่ทุกข์ทรมานภายใต้กระบวนการที่สนักการแพทย์แบบสังคมและการแพทย์แบบนิเวศน์สังคมในปัจจุบันหรือทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพที่เน้นการดูแลครบทุกมิติ คือ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ด้วยภาวะเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคภัยไข้เจ็บของผู้คน

มากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมความเชื่อและการกินที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงนี้ ทำให้เกิดโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย ที่ไม่เคยมีในสังคมไทยก็เกิดภาวะผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เบาหวาน โรคอ้วน โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง เป็นต้น เป็นการแสดงให้เห็นถึงการแพทย์สมัยใหม่ที่ไม่ได้รักษาโรคทุกโรคให้หายได้เสมอไป และแสดงให้เห็นข้อบกพร่องในการดูแลสุขภาพ ระบบการแพทย์ถูกวิพากษ์ถึงระบบการให้บริการ การไม่ใส่ใจความรู้สึของผู้ป่วย ค่าบริการมีราคาแพงและปัญหาต่างๆ นานา (เพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์, 2553)

ดังที่ กัจจร หลุยยะพงษ์ (2560) กล่าวว่า เมื่อกระบวนการทัศนคติสื่อสารเริ่มปรับเปลี่ยนสู่ยุคการสื่อสารสุขภาพ การสื่อสารเริ่มปรับมาใช้ทิศทางสื่อสารที่หลากหลาย โดยจำแนกระดับการสื่อสารเป็น 6 ระดับ โดยใช้เกณฑ์เรื่องปริมาณของคนที่ทำการสื่อสารและความสัมพันธ์ระหว่างคนเหล่านั้น นับตั้งแต่ระดับการสื่อสารภายในบุคคล การสื่อสารระหว่างบุคคล การสื่อสารกลุ่ม การสื่อสารองค์กร การสื่อสารสาธารณะ และการสื่อสารมวลชน ซึ่งมีความแตกต่างกัน หากเป็นการสื่อสารสุขภาพในยุคแรก ทิศทางมักจะเน้นการสื่อสารจากศูนย์กลางหรือรัฐ ซึ่งมีลักษณะบนลงล่างเป็นสำคัญ และยังมีรูปแบบการสื่อสารแนวระนาบ เช่น การสื่อสารกลุ่ม จำนวนคนมากกว่าสองคนขึ้นไป มีความใกล้ชิดกันทั้งในแง่ของวิถีชีวิต/รสนิยมด้านสุขภาพ หากมีการเสริมพลังให้แก่กลุ่มจะส่งผลให้กลุ่มรวมตัวเป็นพลังในการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การสื่อสารจึงเป็นกลไกสำคัญที่เข้ามามีบทบาทต่อกระบวนการทางสังคมในทุกภาคส่วน โดยเฉพาะการสื่อสารสุขภาพ มีพื้นฐานสำคัญมาจากศาสตร์ 2 แขนงคือ การสื่อสาร (Communication) และสาธารณสุข (Public Health) การสื่อสารนับเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบต่างๆ โดยเฉพาะเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วย (Patient Communication) การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ (Consumer Health Communication) เพื่อทำความเข้าใจการสื่อสารสุขภาพที่เกิดขึ้นในสังคมไทย ซึ่งเป็นไปเพื่อสังคมและสุขภาพให้มากที่สุด และครอบคลุมการสื่อสารสุขภาพในทุกระดับ ทั้งภายในระดับภายในบุคคล (Intrapersonal Level) การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication) และการสื่อสารระดับกลุ่ม (Group Communication) ก็จะมีมีความสำคัญและลักษณะแตกต่างกัน ระดับมหภาค (The Macro Level) ซึ่งภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงควรให้ความสำคัญต่อการพัฒนากระบวนการทัศนคติด้านการสื่อสารสุขภาพให้เป็นกระบวนการทัศนคติแบบองค์รวมซึ่งมีลักษณะของการบูรณาการความรู้ด้านกระบวนการสื่อสารสุขภาพ (หนึ่งหทัย ขอผลกลาง และ กิตติ กันภัย, 2553, น.71)

การสื่อสารจึงเปรียบเสมือนประตูด่านแรกที่ต้องเปิดเข้าไป เพื่อพบกับเรื่องราวของผู้ป่วย การสื่อสารเป็นการได้พูดคุย บอกเล่าเรื่องราวของผู้ป่วยให้มีผู้ได้รับฟังจากการป่วย

ด้วยโรคมะเร็งที่ต้องใช้เวลารักษานาน ดังนั้นแพทย์จึงต้องคำนึงถึงแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวม (holistic care) และการดูแลผู้ป่วยทั้งครอบครัว (family-based medicine) โดยเฉพาะควรให้ความสำคัญกับศาสตร์เรื่องการสื่อสาร มีความเข้าใจด้านจิตวิทยาและสังคมวิทยาซึ่งสามารถช่วยให้การดูแลผู้ป่วยประสบความสำเร็จ มีคุณภาพและเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยและครอบครัว อย่างไรก็ตามปัญหาและข้อขัดข้องที่พบบ่อยในการสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญ คือการขาดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติการพูดให้ข้อมูลที่มากเกินไป ไม่เข้าใจในปัญหาและความกังวลใจของผู้ป่วยอย่างแท้จริง เป็นการสื่อสารทางเดียวกับผู้ป่วย การไม่ให้ความสำคัญกับอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยรวมทั้งการชี้แนะแก้ไขปัญหาก็กับผู้ป่วยด้วย (ชัชฎุ พันธุ์เจริญ, 2551, น.13)

ดังนั้นงานวิจัยเรื่อง “การสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก” มุ่งศึกษาการประกอบสร้างความหมายความตาย ตามทฤษฎีการสร้างความเป็นจริงทางสังคมของ Berger and Luckmann (1967, p.1) ที่ระบุว่าความเป็นจริงในชีวิตประจำวัน (The reality of everyday life) เป็นความเป็นจริง (reality) ที่เกิดขึ้นจากการสะสมความรู้ในชีวิตประจำวัน ที่เราสามารถเข้าไปแลกเปลี่ยนและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคมซึ่งการประกอบสร้างความจริงถูกประกอบสร้างทั้งจากโลกจริงที่เป็นบรรทัดฐานและโลกในความคิดและการกระทำนั่นเอง “Reality is socially constructed and that the sociology of knowledge must analyze the processes in which this occurs. The key terms in these contentions are “reality” and “knowledge”

ทั้งนี้เราต่างไม่สามารถอยู่ได้ในชีวิตประจำวันหากไม่มีการปฏิสัมพันธ์และสื่อสารกับผู้อื่นด้วยเช่นกัน ซึ่งทำให้เกิดแนวคิดย่อย 2 ลักษณะที่เกี่ยวข้อง คือ การเผชิญหน้า (face-to-face) ซึ่งถือเป็นการแลกเปลี่ยนกันตามเวลาและสถานที่ซึ่งกันและกัน และการต่อรอง (negotiation) ภายใต้การสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในรูปแบบสถานการณ์ที่ต้องมีการเผชิญหน้ากันดังกล่าวในชีวิตประจำวันจะมีการต่อรองซึ่งกันและกันอยู่ตลอดเวลา การแสดงออกทั้งสองฝ่ายซึ่งกันและกันจะมีความต่อเนื่องกันที่จะนำไปสู่การประกอบสร้างความหมายที่สอดคล้องกันหรือการต่อรองกัน

ดังนั้นความรู้ตามความเป็นจริงในชีวิตประจำวันที่สะสมเป็นคลังความรู้ของแต่ละบุคคลยังถูกส่งต่อผ่านกระบวนการสื่อสารที่มีปฏิสัมพันธ์กันในสถานการณ์การเผชิญหน้าและการต่อรองตามกลวิธีการสื่อสารและรูปแบบต่างๆ ระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก เพื่อให้เห็นการประกอบสร้างความหมายความตายจากความรู้

ดั้งเดิมและความรู้ที่สั่งสมในโลกความเป็นจริงในชีวิตประจำวันของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ดูแลหลัก และกระบวนการสื่อสารความตาย เพื่อนำเสนอแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ จะเป็นจุดเริ่มต้นให้ทุกองค์กรและภาคส่วนจุกคิดการดำเนินการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก โดยมุ่งเสนอแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักต่อไป โดยผู้เกี่ยวข้องในการดูแลแบบประคับประคองสามารถนำแนวทางการสื่อสารความตายดังกล่าวไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทภาวะแวดล้อมต่างๆ ตามสังคม วัฒนธรรมในพื้นที่ต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เพื่อลดปัญหาการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลักที่ขาดความเข้าใจในกระบวนการสื่อสาร การขาดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่บุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้พูดที่ให้ข้อมูลมากเกินไปฝ่ายเดียว และสื่อสารทางเดียว การไม่เข้าใจในปัญหา และความกังวลของผู้ป่วย รวมทั้งการไม่ให้ความสำคัญกับอารมณ์ และความรู้สึกของผู้ป่วยต่างๆ เหล่านี้ ให้ทุเลาลง

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาการประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลัก

2.2 เพื่อศึกษากระบวนการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลัก

2.3 เพื่อเสนอแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก

3. คำถามการวิจัย

3.1 บุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก มีการประกอบสร้างความหมายความตายอย่างไร

3.2 บุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก มีกระบวนการสื่อสารความตายอย่างไร

3.3 แนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักเป็นอย่างไร

4. กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเสนอแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก เพื่อเป็นแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยวิเคราะห์การประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลัก ตามแนวคิดทฤษฎีการสร้างความเป็นจริงทางสังคมของ Berger and Luckmann (1967) และมิติที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย มุมมองต่างๆ ได้แก่ นิยามความหมายความตาย มุมมองการแพทย์ ศาสนา สังคม กฎหมายและเศรษฐศาสตร์ ตามแนวคิดความตายมรณศึกษาของเอมอซ์ฌา (รัตนริมจิง) วัฒนบูรานนท์ (2554)

นอกจากนี้ยังมีมิติด้านปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการประกอบสร้างความหมายความตายที่แสดงถึงการประกอบสร้างความหมายความตายจากการสะสมความรู้จนเป็นคลังความรู้ของแต่ละบุคคล (The Social Stock of Knowledge) ดังที่ Berger & Luckmann (1967) ระบุว่า ความรู้ที่ผ่านการสะสมจากแหล่งต่างๆ นี้ถูกประกอบสร้างโดยจะถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น และจะถูกนำมาใช้ในชีวิตประจำวัน อาจจะเป็นความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ของตนเอง รวมถึงข้อจำกัดต่างๆ ในแต่ละสถานการณ์ และนำไปสู่การวิเคราะห์กระบวนการสื่อสารความตายภายใต้แนวคิดการรักษาแบบประคับประคองของพื้นที่ที่กรณีศึกษาผ่านการสื่อสารระดับระหว่างบุคคล และระดับกลุ่มในแต่ละบริบทกระบวนการรักษาจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในชีวิตประจำวัน (Social Interaction in Everyday life) ตามที่ Berger & Luckmann (1967) กล่าวว่า ต้องมีการแบ่งปันแลกเปลี่ยนกับผู้อื่นที่ต่างมีประสบการณ์ในชีวิตประจำวันแตกต่างกันไป ซึ่งมีการเผชิญหน้า (face-to-face) และการต่อรอง (negotiation) ภายใต้อการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมดังกล่าว และแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยของ Tacott Parsons (1972) ที่ได้นำเอาบทบาทหน้าที่ทางสังคม (social role) และบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วย (sick role) โดยใช้กลไกเรื่องบทบาทของการเจ็บป่วยมาอธิบาย รวมทั้งรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย 3 รูปแบบ ของ Szasz and Hollender (1956) มาอธิบาย

โดยเฉพาะวิวัฒนาการการรักษา/กระบวนการที่ศัลยกรรมแพทย์ของ โกมาตริ จึงเสถียรทรัพย์ (2546) ระบุในมิติสุขภาพ: กระบวนการที่ศัลยกรรมแพทย์ เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาพะ ที่นำมาอธิบายการรักษา

ผู้ป่วยมะเร็งประกอบด้วย 1) การแพทย์พื้นบ้าน 2) แบบชีวจิต 3) แบบสังคม และ 4) แบบนิเวศน์สังคม ภายใต้บริบทหรือภาวะแวดล้อมที่เกิดขึ้นภายในกระบวนการสื่อสารบริบทต่างๆ ผ่านการสื่อสารระดับต่างๆ ทั้งระดับระหว่างบุคคล และระดับกลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน เริ่มต้นตั้งแต่การเข้ารับการรักษา การแจ้งอาการ การประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการรักษา ร่วมกัน การรักษาไประยะหนึ่งใกล้กลับบ้าน ที่เป็นการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งวิเคราะห์ตามแผนที่การดูแล 14 วันของโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยเลือกเป็นพื้นที่กรณีศึกษา และการกลับไปรักษาตัวที่บ้านผ่านช่องทางการสื่อสาร เช่น สื่อบุคคล สื่อกิจกรรม และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น โทรศัพท์มือถือที่สมาร์ทโฟนผ่านโปรแกรมไลน์ วิดีโอคอลที่สามารถสื่อสารระหว่างกัน เกิดผลลัพธ์ด้านการดูแลและความเข้าใจที่ดีกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก และได้แนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักต่อไป ดังกรอบแนวคิดในการวิจัยที่แสดงในภาพที่ 1.1



บุคลากรทางสุขภาพ	ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	ผู้ดูแลหลัก
บึงจัยภายใน -เพศ การศึกษา อายุ -เชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อ -ประสบการณ์การทำงาน -บทบาทหน้าที่ -ความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง บึงจัยภายนอก -นโยบาย ข้อกำหนดระเบียบปฏิบัติ -เพื่อนร่วมงาน -ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก	บึงจัยภายใน -เพศ การศึกษา อายุ ศาสนา ความเชื่อ - ความรุนแรง/ระยะของโรค -ประสบการณ์การเจ็บป่วยของตัวเองและญาติ -การเปิดรับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อเกี่ยวกับโรคและความตาย บึงจัยภายนอก -บุคลากรทางสุขภาพ -ผู้ดูแลหลัก -ผู้ป่วยข้างเคียง - รูปแบบการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจาก รพ. และผู้ดูแลหลัก - ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวและผู้ป่วย	บึงจัยภายใน -เพศ การศึกษา อายุ ศาสนา ความเชื่อ -ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ดูแลหลักเองและผู้ป่วยที่ต้องดูแล -ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย -การเปิดรับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อเกี่ยวกับโรคและความตาย บึงจัยภายนอก -บุคลากรทางสุขภาพ -ภาวะเศรษฐกิจครอบครัวของผู้ดูแลหลัก -ระยะเวลาในการรักษาที่ผู้ดูแลหลักดูแลผู้ป่วย -ตั้งกมวัฒนธรรมของชุมชน

กระบวนการสื่อสารดูแลแบบประคับประคอง	การเตรียมเข้ารับการรักษา	การแจ้งอาการโรคและการประชุมทีมสหวิชาชีพ	การรักษาไประยะหนึ่งเตรียมตัวกลับบ้าน	การกลับไปรักษาตัวที่บ้าน
เนื้อหาสาร (Message)	-การส่งต่อมาคัดกรอง -การตรวจอาการ -การแลกเปลี่ยนข้อมูลแจ้งนโยบายพื้นที่การรักษา -ประเมินเศรษฐกิจ -ประเมินความเครียด	-การรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ -แนวทางการรักษาแบบประคับประคอง -เป้าหมายและการวางแผนการรักษา -การสื่อสารด้วยเทคนิค SPIKES	-ความต้องการทำในสิ่งที่ค้างคา -ฐานะที่ยังทำไม่สำเร็จของผู้ป่วย -การกลับไปพักฟื้นดูแลต่อที่บ้านให้ความรู้การดูแล เช่น โภชนาการ การทำกายภาพบำบัดผู้ป่วย	-ติดตามอาการทั่วไป เช่น ความปวด การใช้ชีวิต -ความเป็นอยู่ การรับประทานอาหาร อารมณ์ทางร่างกายต่างๆ
ช่องทางการสื่อสาร (Channel)	-การคัดกรอง/เตรียม -การตรวจผู้ป่วยในห้องพัก -บอร์ดประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้การดูแลแบบประคับประคอง -กิจกรรมบำบัดเช่น สุขาภิบาล ศิลปะ ดนตรี	-การประชุมครอบครัว (Family Meeting) ให้ความรู้การดูแลแบบประคับประคอง ไม่เจาะไม่บีม -การตรวจผู้ป่วยในห้องพัก -การประชุมทีมสหวิชาชีพ	-การประชุมครอบครัว (Family Meeting) ให้ความรู้การดูแลแบบประคับประคอง ไม่เจาะไม่บีม -การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในห้องพักผ่าน กิจกรรมการประชุมทีมสหวิชาชีพ	-เยี่ยมบ้านผู้ป่วย (Home Visited) -สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น โทรศัพท์ วิดีโอคอล, ไลน์ igrup
ระดับการสื่อสาร (Level of Communication)	-ระดับระหว่างบุคคล	-ระดับภายในบุคคล -ระดับระหว่างบุคคล -ระดับกลุ่ม	-ระดับภายในบุคคล -ระดับระหว่างบุคคล -ระดับกลุ่ม	-ระดับภายในบุคคล -ระดับระหว่างบุคคล -ระดับกลุ่ม
ผู้ส่งข่าวสาร (Communicators)	แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์รังสีรักษา นักจิตวิทยา ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ดูแลหลัก	แพทย์ พยาบาลแพทย์รังสีรักษา ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ดูแลหลัก	แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์รังสีรักษา นักจิตวิทยา ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ดูแลหลัก	แพทย์ / ทีมสหวิชาชีพ พยาบาล ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ดูแลหลัก

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

5. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้มีขอบเขตการดำเนินงานด้านเนื้อหา เวลา และพื้นที่ ดังนี้

5.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

ผู้วิจัยต้องการศึกษา 1) การประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก 2) กระบวนการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ กับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก และ 3) เสนอแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก

5.2 ขอบเขตด้านเวลา ผู้วิจัยศึกษาวิจัยและเก็บข้อมูลช่วงผู้ป่วยมะเร็งรักษาตัวในโรงพยาบาลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2563 – เดือนเมษายน 2564 ระยะเวลา 6 เดือน (เนื่องจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พื้นที่กรณีศึกษาจึงงดเยี่ยมหรือพบผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักทุกกรณี) และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมช่วงผู้ป่วยรักษาตัวที่บ้าน (ภายหลังจากสถานการณ์ COVID-19 ดีขึ้น) ระหว่างเดือน ธันวาคม 2564 – เดือนเมษายน 2565 ระยะเวลา 6 เดือน

5.3 ขอบเขตด้านพื้นที่ งานวิจัยชิ้นนี้เลือกเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่อยู่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในเขตภาคกลาง และเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่กลับไปพักที่บ้าน

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ความตาย หมายถึงการเสียชีวิตหรือการหมดสิ้นลมหายใจ ซึ่งแต่ละคนเป็นผู้ให้นิยาม ในทางการแพทย์มองภาวะที่ผู้ป่วยสิ้นสุดชีวิตด้วยการทำงานของก้านสมองสิ้นสุดการทำงานโดยสิ้นเชิง เนื่องจากสมองส่วนนี้ทำหน้าที่ควบคุมระบบต่างๆ ของร่างกาย ผู้ที่สมองตายจะหมดสติและหยุดหายใจ ส่วนหัวใจอาจเต้นต่อไปอีกชั่วคราวแต่จะหยุดลงในที่สุด แต่ในนิยามความตายยังมีอีกหลายมุมมอง เช่น ความตายในมุมมองสังคม ศาสนา พิธีกรรมต่างๆ ความตายในมิติที่เน้นการรักษาด้านจิตใจควบคู่กับกาย รวมทั้งการคำนึงความตายในแบบองค์รวมที่ประกอบด้วย กาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย เป็นต้น ดังนั้นการให้ความหมายความตายในความคิดของผู้ป่วยและญาติที่แต่ละคนเป็นผู้ให้นิยามจึงแตกต่างกันไป

6.2 การประกอบสร้างความหมายความตาย

ในงานวิจัยชิ้นนี้ได้นำทฤษฎีการประกอบสร้างความเป็นจริง ของ Berger & Luckmann (1967) มาเป็นกรอบในการวิเคราะห์การประกอบสร้างความเป็นจริงทางสังคมจากความเป็นจริงใน

ชีวิตประจำวันและกระบวนการสื่อสารความตาย ดังที่ Berger & Luckmann (1967, p.1,23) ระบุว่า การสร้างความเป็นจริงในสังคมเป็นแนวคิดที่อธิบายถึงความเป็นจริง (reality) เกิดขึ้นจากการสะสมความรู้ในชีวิตประจำวัน และถูกยอมรับโดยปริยายว่าเป็นความเป็นจริงที่ไม่ต้องพิสูจน์ใดๆ นอกจากสิ่งที่ปรากฏอยู่ในปัจจุบัน

ทั้งนี้ มีแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย 2 แนวคิด ได้แก่ 1) การปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในชีวิตประจำวัน (Social Interaction in Everyday life) และ 2) การสะสมความรู้เชิงสังคม (The Social Stock of Knowledge)

6.2.1 การปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในชีวิตประจำวัน (Social Interaction in Everyday life) หมายถึง การสร้างการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในชีวิตประจำวันที่ต้องมีการแบ่งปันแลกเปลี่ยนกับผู้อื่นที่ต่างมีประสบการณ์ในชีวิตประจำวันแตกต่างกันไป (Berger & Luckmann, 1967, p.28)

Berger & Luckmann (1967) ระบุว่า ความรู้ในชีวิตประจำวันยังได้ถูกประกอบสร้างขึ้นในลักษณะความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีความเกี่ยวเนื่องกัน มีบางส่วนของความรู้ปฏิบัติที่ตามความสนใจ ขณะที่ความรู้อื่นๆ เป็นเพียงสถานการณ์ทั่วไปในสังคม ทั้งนี้เราต่างไม่สามารถอยู่ได้ในชีวิตประจำวันหากไม่มีการปฏิสัมพันธ์และสื่อสารกับผู้อื่นด้วยเช่นกัน ซึ่งทำให้เกิดแนวคิดย่อย 2 ลักษณะที่เกี่ยวข้อง คือ การเผชิญหน้า (face-to-face) และการต่อรอง (negotiation) ภายใต้การสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ดังนี้

1) การเผชิญหน้า (face-to-face) หมายถึง การสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงในชีวิตประจำวันที่จะต้องมีส่วนร่วมกับผู้อื่น ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ต้องเผชิญหน้ากัน เรียกว่าการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งถือเป็นการแลกเปลี่ยนกันตามเวลาและสถานที่ซึ่งกันและกัน

Berger & Luckmann (1967, p. 27) ระบุว่า ประสบการณ์ที่สำคัญที่สุดของผู้อื่นเกิดขึ้นในสถานการณ์ที่ต้องเผชิญหน้ากัน ซึ่งเป็นต้นแบบของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ส่วนสถานการณ์อื่นๆ ทั้งหมดที่ไม่ได้เผชิญหน้ากัน ถือเป็นปพลิเคชันของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งในสถานการณ์ที่ต้องเผชิญหน้ากันกับผู้อื่น สามารถปรากฏให้เห็นด้วยการแบ่งปันความสดีไสรระหว่างกันและกันได้อย่างชัดเจน

2) การต่อรอง (negotiation) หมายถึง รูปแบบสถานการณ์ที่ต้องมีการเผชิญหน้ากันดังกล่าว ไม่ต่างกับการซื้อขายที่ต้องมีคนซื้อคนขาย ซึ่งในชีวิตประจำวันจะมีการต่อรองซึ่งกันและกันอยู่ตลอดเวลา การแสดงออกทั้งสองฝ่ายซึ่งกันและกันจะมีความต่อเนื่องกันที่จะนำไปสู่การประกอบสร้างความหมายที่สอดคล้องกันหรือการต่อรองกัน เป็นต้น

Berger & Luckmann (1967, p. 25, 26, 40) ระบุว่า โรงละครเป็นภาพสะท้อนที่ดีที่สุดในการนำมาเปรียบเทียบกับแนวคิด Social Interaction in Everyday life โดยการรับรู้ของเรา ก่อนที่โรงละครจะความจริงในชีวิตประจำวัน กับความจริงอื่นๆ ที่เมื่อเวลาสิ้นสุดเปรียบได้กับม่านโรงละครที่ถูกปิดเปิดม่านจะมีประสบการณ์บางประการอยู่ก่อนแล้ว ซึ่งถือเป็นความจริงในชีวิตประจำวัน จนเมื่อโรงละครเปิดม่าน ความจริงอีกชุดหนึ่งบนเวทีละครได้ปรากฏขึ้น เป็นการเปลี่ยนผ่านไปมาระหว่างลง ผู้ชมจะกลับคืนสู่ความจริงสูงสุดของชีวิตในชีวิตประจำวัน

นอกจากนี้ Berger & Luckmann (1967) ยังเปรียบเทียบกับโลกทางศาสนา และโลกของความฝันที่ถือเป็นความเป็นจริงในชีวิตประจำวันอีกด้านหนึ่งที่ทุกคนต้องกระ โจนเข้าไป เนื่องด้วยความหมายของความฝันได้ถูกกำหนดอยู่ในแบบแผนของชีวิตประจำวัน เท่ากับนำเอาความจริงที่ไม่ปะติดปะต่อกันของความฝันเข้าไปอยู่ในวงล้อมของความจริง ความฝันจึงมีความหมายในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน

6.2.2 คลังความรู้เชิงสังคม (The Social Stock of Knowledge) Berger & Luckmann (1967, p. 41-42) กล่าวถึง คลังความรู้เชิงสังคม หมายถึง ความรู้ที่ผ่านการสะสมจากแหล่งต่างๆ การสะสมนี้ถูกประกอบสร้างโดยจะถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น และจะถูกนำมาใช้ในชีวิตประจำวัน อาจจะเป็นความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ของตนเอง รวมถึงข้อจำกัดต่างๆ ในแต่ละสถานการณ์ เหล่านี้ล้วนเป็นการสะสมความรู้จนเป็น “คลังความรู้” ในชีวิตแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตาม ความรู้เหล่านั้นมีทั้งที่เป็นสูตรสำเร็จ และความรู้ที่ถูกจำกัดการใช้ความสามารถในการแสดงออกในชีวิตประจำวัน

อย่างไรก็ตาม Berger & Luckmann (1967, p. 45) ระบุว่า องค์ประกอบที่สำคัญของความรู้ในชีวิตประจำวันคือ ความรู้ที่เป็นโครงสร้างที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ เช่น ตัวผู้ป่วยย่อมมีความรู้ด้านศาสนาความเชื่อของตน และเศรษฐกิจของครอบครัวมากกว่าแพทย์ที่รักษา ญาติผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาจิตใจของผู้ป่วยมากกว่าพยาบาล เป็นต้น

องค์ประกอบสำคัญของ “คลังสะสมความรู้” ประการหนึ่ง คือความรู้ในชีวิตประจำวันของผู้อื่นมีความสอดคล้องกับความสนใจหรือความต้องการของเราอย่างไร ดังนั้น ความรู้ทั้งหลายในชีวิตประจำวันจึงถูกประกอบสร้างในลักษณะของความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทุกอย่างล้วนเกี่ยวโยงกัน บางส่วนของความรู้จึงถูกกำหนดโดยการปฏิบัติที่เกิดขึ้นตามความสนใจตามโครงสร้างความรู้ในชีวิตประจำวัน

6.3 กระบวนการสื่อสารความตาย หมายถึง การสื่อสารสุขภาพในการดูแลรักษา โรคมะเร็งแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก และการสื่อสารตอบกลับจากผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักกับบุคลากรทางสุขภาพ ภายใต้ช่วงเวลากิจกรรมการสื่อสาร ในการดูแลแบบประคับประคองตามแผนที่การดูแล 14 วัน ซึ่งผู้วิจัยนำมา

วิเคราะห์เป็นกระบวนการสื่อสาร ดังนี้ 1) การแกร็บเข้ารับการรักษา 2) การแจ้งอาการโรคและการประชุมทีมสหวิชาชีพ 3) การรักษาไประยะหนึ่งเตรียมตัวกลับบ้าน และ 4) การกลับไปรักษาตัวที่บ้าน ซึ่งมีทั้งระดับการสื่อสารในระดับภายในบุคคล (Intrapersonal Communication) การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication) และการสื่อสารระดับกลุ่ม (Group Communication) ซึ่งมีทั้งที่เป็นการสื่อสารผ่านการประชุมครอบครัว (Family Meeting) ประกอบด้วยแพทย์ และผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักร่วมวางแผนรักษาตนเองล่วงหน้าเป็นสิ่งสำคัญ และการสื่อสารภายในกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ (Intragroup Communication) เช่น กิจกรรมการประชุมทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล พื้นที่สนามที่เรียกว่า Grand Round Conference หรือ การประชุมทีมสหวิชาชีพที่ไม่มีผู้ป่วยร่วมด้วย ทั้งนี้กระบวนการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองดังกล่าวยังขึ้นอยู่กับรายละเอียดต่างๆ ดังนี้

1) กระบวนการทัศนัยการแพทย์/วิวัฒนาการการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน ประกอบด้วยแพทย์พื้นบ้าน แบบชีวภาพ แบบสังคม และแบบนิเวศน์สังคม

2) กระบวนการสื่อสารภายใต้การรักษาโรคมะเร็งแบบประคับประคองในพื้นที่กรณีศึกษาที่ผู้วิจัยนำแผนที่การดูแลแบบประคับประคอง 14 วันมาเป็นกรอบการวิเคราะห์กระบวนการสื่อสาร 4 ช่วงเวลา ได้แก่ การแกร็บเข้ารับการรักษา การแจ้งอาการโรคและการประชุมทีมสหวิชาชีพ การรักษาไประยะหนึ่งเตรียมตัวกลับบ้าน และการกลับไปรักษาตัวที่บ้าน ซึ่งแต่ละบริบทจะประกอบด้วย เนื้อหาสาร (message) ช่องทางการสื่อสาร (channel) ระดับการสื่อสาร (level of communication) และผู้ส่งข่าวสาร (communicators) ที่แตกต่างกันไปแต่ละบริบท

6.4 บุคลากรทางสุขภาพ หมายถึง ผู้ให้บริการทางสุขภาพในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่รักษาโรคมะเร็งเฉพาะทางในเขตภาคกลาง ซึ่งเป็นพื้นที่กรณีศึกษาที่ผู้วิจัยเลือกไปเก็บข้อมูล และเลือกผู้ให้ข้อมูลที่เป็นบุคลากรทางสุขภาพในพื้นที่สนาม 5 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา รวมถึงแพทย์ 2 คน พยาบาล 1 คน ที่เชี่ยวชาญเป็นที่ยอมรับและประสบความสำเร็จในการดูแลแบบประคับประคอง

6.5 มะเร็ง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งทุกชนิด โดยเลือกผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งทุกชนิดไม่จำกัดประเภทหรือตำแหน่งที่เป็น ซึ่งจะรับรู้หรือไม่รับรู้ก็ตามว่าเป็นมะเร็ง และได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พร้อมกับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลางที่เป็นโรงพยาบาลที่รักษาเฉพาะทางโรคมะเร็งเท่านั้น

6.6 ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทั้งทางกายและทางใจ หรือบาดเจ็บรุนแรง โดยความเจ็บป่วยดังกล่าวไม่มีโอกาสที่จะรักษาให้หายขาด หรือดีขึ้นด้วยหลักฐานทางการแพทย์สามารถประเมินได้ว่า ผู้ป่วยน่าจะมีชีวิตอยู่ได้น้อยกว่า 6 เดือน หรือ 1 ปี

6.7 การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
 ในพื้นที่กรณีศึกษาที่ให้การรักษามะเร็งด้วยการฉายรังสีรักษาแบบประคับประคอง หรือเคมีบำบัด
 ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยได้จัดสถานที่ สิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการเยียวยา ภายใต้แนวคิด
 second home for cancer patients / A hospice style centre aims to prepare end-stage cancer patients
 for their peaceful death หรือบ้านหลังที่สองของผู้ป่วยมะเร็งโดยจัดสถานที่และห้องต่างๆ ไว้เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ห้องครัว ห้องรับประทานอาหาร ห้องปฏิบัติกิจทาง
 ศาสนา ห้องศิลปะบำบัด ห้องรับแขกคนตรีบำบัด ห้องให้ความรู้ เตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแล
 ห้องธนาคารเครื่องมือสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน
 เป็นต้น

ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการดูแลตามแผนที่การดูแล 14 วัน หรือ care map 14 days
 (รายละเอียดในภาคผนวก ก) และการทำ Family Meeting หรือประชุมครอบครัว ที่ประกอบด้วย
 แพทย์เจ้าของคนไข้ ผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัว นอกจากนี้จะมีการประชุมทีมสหวิชาชีพ หรือ
 Grand Round Conference และการประชุม Palliative Care Conference สำหรับผู้ป่วยใหม่ทุกราย
 ซึ่งการประชุมทีมสหวิชาชีพจะมีผู้ป่วยร่วมด้วยหรือไม่ขึ้นอยู่กับแพทย์เจ้าของคนไข้ เพื่อแลกเปลี่ยน
 ข้อมูลผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ทีมสหวิชาชีพอย่างทั่วถึง โดยมีแพทย์เป็นผู้ควบคุมการประชุม
 ทั้งนี้เพื่อสามารถตอบสนองให้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายรวมถึงผู้ดูแลหลักด้วย

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งจะมีการดูแลแบบบูรณาการ Integrated Cancer Care ซึ่งเป็นกิจกรรม
 ที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น กิจกรรมศิลปะบำบัด มีการนำกิจกรรมศิลปะบำบัด
 มาผสมผสานกับการให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับกับภาวะที่กำลังเผชิญ เข้าใจและค้นหา
 ความหมาย ความเข้าใจแท้จริงของชีวิต ได้จัดการกับสิ่งที่ค้างคาใจ ได้ทำในสิ่งที่ปรารถนา
 ครั้งสุดท้าย เพื่อการจากไปอย่างสงบท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยและบุคคลอันเป็นที่รัก

สำหรับหลักการ/มาตรการของโรงพยาบาลพื้นที่กรณีศึกษามีขั้นตอนการรักษา
 ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามแผนที่การดูแล 14 วัน ประกอบด้วยการประเมินสภาพผู้ป่วย (วันที่ 1-
 3) มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ การรักษาไประยะหนึ่ง
 และเตรียมตัวกลับบ้าน (วันที่ 4-11) มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับและมีความพร้อมใน
 การดูแลและการประเมินผล (วันที่ 12-14) มีเป้าหมายให้ผู้ดูแลหลักมีความสามารถในการดูแล
 ผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์ต่างๆ การแก้ไขภาวะฉุกเฉินและการดูแลระยะใกล้เสียชีวิตที่บ้าน และผู้วิจัย
 ศึกษาเพิ่มเติมต่อเนื่องด้วยการกลับไปเยี่ยมผู้ป่วยที่กลับไปรักษาตัวที่บ้าน ดังนี้

- 1) แรกเริ่มเข้ารับการรักษา (วันที่ 1) การประเมินสภาพผู้ป่วย
- (1) พยาบาลทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยแรกเริ่มจากการส่งต่อ

(2) ตรวจสอบการรับรู้ของผู้ป่วย/ญาติ โดยแพทย์แจ้งการดำเนินของโรคและแนวทางการรักษาแบบประคับประคอง

(3) พยาบาลแนะนำสถานที่ ระเบียบ และกิจกรรมในพื้นที่สนามที่ผู้ป่วยพักรักษาตัว

2) การแจ้งอาการวางแผนรักษาและการประชุมทีมสหวิชาชีพ (วันที่ 2-3)

(1) แพทย์นำประชุมครอบครัว (Family Meeting/Family Conference) เพื่อวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ และเพื่อสอบถามรายละเอียดได้แก่ มีการมอบอำนาจผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย เป้าหมายการมารักษา ฐานะที่ผู้ป่วยยังทำไม่เสร็จ การช่วยเหลือผู้ป่วย หยุดหายใจในระยะท้ายของชีวิต เช่น ใส่ท่อ บีมหัวใจ หรือ อนุญาตให้เสียชีวิตตามธรรมชาติ สถานที่เสียชีวิต และการทำเอกสารการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) หรือ (หนังสือเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553 ตามมาตรา 12 วรรค 2 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2554)

(2) การประชุมทีมสหวิชาชีพ โดยนำข้อมูลจากแต่ละวิชาชีพเข้ามาสื่อสารในระดับกลุ่มโดยมีทุกวิชาชีพเข้าร่วมการประชุมโดยเป็นการประชุมแบบทางการ ซึ่งมีแพทย์เป็นผู้ควบคุมการประชุม

3) การรักษาไประยะหนึ่ง(วันที่ 4-11)เพื่อเตรียมตัวกลับบ้าน(วันที่ 12-14)เป็นช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา มีกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ และเตรียมตัวกลับบ้าน มีเป้าหมายให้ผู้ดูแลหลักมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์ต่างๆ การแก้ไขภาวะฉุกเฉินและการดูแลระยะใกล้เสียชีวิตที่บ้าน

4) การกลับไปรักษาตัวที่บ้านของผู้ป่วย ภายหลังรักษาจนเสถียรถึงสัปดาห์ที่กำหนด และพักฟื้นร่างกายในโรงพยาบาลในเวลา 14 วัน โดยจะมาพบแพทย์ตามนัดอีกครั้ง ขึ้นอยู่กับอาการแต่ละคน เช่น 3 เดือน หรือ 6 เดือน

6.8 ผู้ดูแลหลัก หมายถึง พ่อ แม่ พี่น้อง ญาติ ในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการจ้างดูแล

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษาดังกล่าวเป็นการนำเสนอหตุวิธีคิดเกี่ยวกับแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ซึ่งจะเป็ประโยชน์กับกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

7.1 พบช่องว่างหรือปัญหาการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก โดยเฉพาะการสร้างปฏิสัมพันธ์ หรือความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยที่เป็นส่วนสำคัญในการเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

7.2 มีแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักให้กับหน่วยงานผู้ให้บริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน โดยคำนึงความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพตามกระบวนทัศน์สุขภาพแบบใหม่ และเป็นวิทยาทานแก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ที่ไม่ทุกข์ทรมาน

7.3 นำเสนอแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักเชิงนโยบาย กระตุ้นภาครัฐ ผู้บริหารระดับสูง กระทรวงสาธารณสุข ให้เห็นความสำคัญของการสื่อสารเรื่องความตาย หรือการสื่อสารสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ กับผู้ป่วยที่เน้นการเยียวยาทางด้านจิตใจไปพร้อมๆ กับการรักษาทางกาย โดยเฉพาะมีการสื่อสารแบบเห็นอกเห็นใจตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง เพื่อนำไปสู่การตายดีที่ไม่ทุกข์ทรมาน

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเรื่อง “การสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก” เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก กระบวนการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก และเพื่อเสนอแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก เพื่อให้เกิดกรอบแนวทางในการศึกษาและความเข้าใจที่ละเอียดลึกซึ้งในประเด็นที่เกี่ยวข้องอย่างครบถ้วน แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจึงประกอบด้วย

1. การสื่อสารสุขภาวะ
2. ทฤษฎีการประกอบสร้างความเป็นจริงทางสังคม
3. กระบวนการสื่อสารความตาย
4. แนวคิดเกี่ยวกับชีวิตและความตาย
5. แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง
6. แนวคิดการให้การปรึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การสื่อสารสุขภาวะ

การสื่อสารสุขภาวะหรือการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) หมายถึง การผสมผสานระหว่าง “การสื่อสาร” และ “สุขภาพ” ดังนั้นการสื่อสารสุขภาพ คือการแลกเปลี่ยนสื่อสารระหว่างกันที่เชื่อมั่นว่าคนเราเป็นได้ทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสาร พร้อมทั้งจะรับความคิดเห็นของผู้อื่น และยินดีที่จะแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ของตนเองร่วมกับผู้อื่นได้ (ปาจริย์ ทัศสมบุญณกิจและคณะ, 2550 น.4-7) การสื่อสารสุขภาพมีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทางสังคมสู่การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สร้างความตระหนัก เปลี่ยนทัศนคติและสร้างแรงจูงใจในการนำความรู้สู่การปฏิบัติ (Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2010) การสื่อสารสุขภาพจึงเป็นการ

สื่อสารสองทางระหว่างผู้รับสารและผู้ส่งสารที่เปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพได้ง่ายและทั่วถึง มีการจัดการองค์ความรู้แบบมีส่วนร่วม และการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในหมู่ประชาชน อย่างไรก็ตามที่ผ่านมามคนไทยมีการพึ่งพิงผู้รู้ทางการแพทย์มากเกินไป จนลืมไปว่าสังคม ชุมชน และตัวเองก็สามารถเป็นที่พึ่งได้ในเรื่องการดูแลสุขภาพ โดยอาศัย กระบวนการสื่อสารเป็นเครื่องมือในการสื่อสารเรื่องสุขภาพของประชาชนให้ประชาชนสามารถ พึ่งตนเองได้มากขึ้น อีกทั้งความต้องการคุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพที่สูงขึ้นของประชาชนเป็น แรงผลักดันให้เกิดการสื่อสารสุขภาพอย่างกว้างขวาง (Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2010)

ดังนั้นการสื่อสารสุขภาพจึงเป็นศาสตร์ที่ให้ความสนใจถึงการสื่อสาร เป็นหนึ่งใน เครื่องมือการสื่อสารส่งเสริมด้านสุขภาพะ ซึ่งถือได้ว่าเป็นลูกผสมระหว่างศาสตร์ด้านการสื่อสาร กับศาสตร์ด้านสุขภาพ และเมื่อศาสตร์ด้านสุขภาพะมีการพัฒนาอย่างน้อยสองกระบวนการที่สนี้ดังที่จะ กล่าวในเรื่องกระบวนการสนี้การแพทย์ในหัวข้อต่อไป จึงขอมทำให้การสื่อสารกับสุขภาพะมีการ พัฒนาเช่นเดียวกัน (กำจร หลุยยะพงศ์, 2560)

ในหัวข้อนี้ ผู้วิจัยจะอธิบายใน 2 ประเด็นใหญ่ๆ คือ (1) ประวัติศาสตร์และพัฒนาการ ของการศึกษาการสื่อสารกับสุขภาพะ และ (2) กระบวนการสนี้สุขภาพกับความหมายความตาย ดังต่อไปนี้

1.1 ประวัติศาสตร์และพัฒนาการของการศึกษาการสื่อสารกับสุขภาพะ

จากข้อมูลการสำรวจด้านแวดวงการสื่อสารซึ่งเริ่มต้นในช่วงศตวรรษที่ 20 วาสนา จันทรสว่าง (2548) ระบุว่า ในกลางศตวรรษที่ 20 ได้เริ่มมีการก่อตั้งศาสตร์ด้านการสื่อสารใน มหาวิทยาลัยประเทศสหรัฐอเมริกา โดย Wilbur Schramm ส่วนการศึกษาเรื่องการสื่อสารในงาน ด้านสุขภาพนั้นปรากฏขึ้นในปี ค.ศ.1986 เมื่อเริ่มมีการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยสาขาการสื่อสาร เพื่อสุขภาพเป็นเล่มแรก และจากนั้น The Center for Disease Control and Prevention (CDC) ได้จัดตั้ง The Office of Health Communication (1993) โดยจัดพิมพ์ผลงานศึกษาด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพ เผยแพร่ออกมาอย่างต่อเนื่อง โดยคาดว่าทิศทางในด้านการนำการสื่อสารสุขภาพไปใช้ประโยชน์ ด้านการแพทย์/สาธารณสุขตามพันธกิจของหน่วยงาน หลังจากนั้น Tufts University of School of Medicine และ Emerson College (ค.ศ.1994) เป็นสถาบันแห่งแรกที่เปิดการเรียนการสอน ด้านการ สื่อสารสุขภาพในระดับปริญญาโท

ขณะที่ T.L Thompson (2011) ชี้ให้เห็นอีกเส้นทางหนึ่ง ในปี ค.ศ. 1975 สมาคม วิชาการด้านการสื่อสาร (The International Communication Association) ก่อตั้งแผนกการสื่อสาร สุขภาพ (The Health Communication) ขึ้น ก่อนหน้านั้นเริ่มมีการศึกษาการสื่อสารสุขภาพะอยู่บ้าง

แต่กระจัดกระจายตามสถาบันต่างๆ และเริ่มใช้การสื่อสารเพื่อสุขภาพ เช่น Cotton Mother (1721) ใช้แผ่นพับและการตระเวนออกแสดงสุนทรพจน์เพื่อรณรงค์ป้องกันไข้ทรพิษในบอสตัน นอกจากนี้ ในช่วงปี ค.ศ.1989 สำนักพิมพ์ Lawrence Erlbaum Associates (LEA) ก่อตั้งวารสารวิชาการด้านการสื่อสารสุขภาพ และอีก 7 ปีต่อมา วารสาร Journal of Health Communication ก่อตัวขึ้น ทำให้เกิดการให้ความสนใจพัฒนาศาสตร์ด้านการสื่อสารกับสุขภาพเติบโตขึ้นอย่างมาก แม้ว่าโดยส่วนใหญ่ นักวิชาการที่ให้ความสนใจจะเป็นสาขาสุขภาพและสังคมศาสตร์มากกว่าด้านการสื่อสาร

จากการทบทวนเรื่องสุขภาพในสื่อสารศึกษา ในต่างประเทศและในประเทศไทย พบว่า มีการค้นคว้าวิจัยเรื่องการสื่อสารสุขภาพมาอย่างกระจัดกระจายอยู่ตามสถาบันต่างๆ Atkin & Silk (1996) ระบุว่า ถึงแม้เราเพิ่งจะได้เห็นการนำเอาการสื่อสารมาใช้ในงานสุขภาพ อย่างเป็นทางการ เป็นคำเมื่อไม่กี่สิบปีมานี้ แต่ความจริงแล้วการนำความรู้ด้านการสื่อสารมาใช้ในงานสุขภาพนั้นเกิดขึ้นมาอย่างน้อย 300 ปีมาแล้ว

Northouse (1992) ตั้งข้อสังเกตว่า ผลพวงของการผนวกรวม 2 สาขาคือการสื่อสารกับสุขภาพเข้าด้วยกัน ได้ก่อให้เกิดมิติใหม่ๆ แนวคิดใหม่ๆ หรืออาจเป็นแนวคิดเดิมแต่ได้รับความสำคัญเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะตัวแปรที่ Northouse เรียกว่าเป็นตัวแปรด้านการสื่อสารในงานบริการสุขภาพ เช่น การสื่อสารเพื่อสร้างความรู้สึกร่วมใจ เข้าอกเข้าใจ (empathy) การสื่อสารเพื่อควบคุม (control) ซึ่งอาจจะมีหลายมิติ ตั้งแต่การควบคุมพฤติกรรม การควบคุมข้อมูลข่าวสาร ฯลฯ การสื่อสารเพื่อสร้างความไว้วางใจ (trust) การสื่อสารเพื่อการเปิดเผยตนเอง (self-disclosure) และการสื่อสารเพื่อการตอกย้ำความมั่นใจ (confirmation) เป็นที่น่าสังเกตว่าตัวแปรด้านการสื่อสารเหล่านี้ จะมีความเกี่ยวข้องกับด้านความสัมพันธ์ และด้านอารมณ์ความรู้สึก ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ามิติด้านการสื่อสารที่ผสมผสานกับงานสุขภาพนั้นโดดเด่นใน 2 มิติดังกล่าว

อย่างไรก็ตามเนื่องจากในครึ่งหลังศตวรรษที่ 20 มา นี้ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในสาขาสุขภาพและการสื่อสารอย่างมากมาหลายระดับ ตั้งแต่ระดับกระบวนทัศน์ แนวคิดพื้นฐานแนวทางในการปฏิบัติ เช่น ในปริมณฑลด้านสุขภาพอนามัยของสังคมไทยนั้นมีการแพทย์แทบจะทุกระบบชุมนุมกันอย่างถ้วนหน้า ทั้งการแพทย์กระแสหลัก/การแพทย์ตะวันตก การแพทย์พื้นบ้าน เช่น การใช้สมุนไพร การนวด การแพทย์ทางเลือก การรักษาด้วยไสยศาสตร์ รวมทั้งการรักษาตัวเอง เป็นต้น ซึ่งนับเป็นวิวัฒนาการของการแพทย์สำคัญที่ส่งผลต่อการศึกษารื่องการสื่อสารสุขภาพในมิติมุมมองต่างๆ ที่หลากหลายตามมาซึ่งจะกล่าวในบทต่อไปตามลำดับ

งานวิจัยของวาสนา จันทร์สว่างและคณะ (2548) ระบุว่า แนวทางการส่งเสริมสุขภาพเกิดขึ้นจากการประชุมนานาชาติ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 1 ณ กรุงออตตาวา เมื่อ ค.ศ.1986 หรือที่เรียกว่า กฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (The Ottawa Charter for Health

Promotion) ซึ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ โดยให้ความสำคัญทั้งการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อสุขภาพ การสร้างเสริมให้ชุมชนเข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ และการขับเคลื่อนจากภาคประชาชน ดังงานวิจัยของ ฌัฐวิภา สินสุวรรณ (2559) ที่สรุปให้เห็นภาพรวมของการสื่อสารสุขภาพยุคใหม่มีลักษณะสำคัญ คือ

1) ประชาชนเป็นศูนย์กลางไม่เพียงแต่ชุมชน แต่รวมถึงที่ทำงาน องค์กรเอกชน ประชาชนชาวบ้าน ซึ่งต่างคนต่างเข้ามาเกี่ยวข้องกับกาเป็นผู้ส่งสารสุขภาพะ ในจุดนี้เอง Dutta (2011) มองว่า เป็นการลดอำนาจและความไม่เท่าเทียมที่เกิดขึ้นของสุขภาพะของผู้คน

2) การเน้นข้อมูลเชิงประจักษ์ หมายถึงการทำงานด้านการสื่อสารสุขภาพะที่จะประสบความสำเร็จจำเป็นต้องมีข้อมูลด้านสุขภาพะที่ชัดเจน ไม่เพียงแต่ข้อมูลเกี่ยวกับตัวคนไข้หรือผู้รับสาร แต่หมายรวมถึงบริบทสังคม สิ่งแวดล้อม นโยบายสุขภาพะ

3) สหวิทยาการ หมายถึง การดำเนินงานสุขภาพะ นอกจากสายสุขภาพะ และการสื่อสารแล้วยังคงเกี่ยวข้องกับสายอื่นๆ เพราะประเด็นสุขภาพะจะมีความสลับซับซ้อน

4) การสร้างสรรค์กลยุทธ์การสื่อสาร จะขยายตัวขึ้นจากเดิม

5) กระบวนการ หมายถึงการดำเนินการสุขภาพะต้องมีกระบวนการ ตั้งแต่ศึกษาปัญหาทำความเข้าใจกับชุมชน

6) การสร้างความสัมพันธ์ หมายถึงการสื่อสารสุขภาพะจะต้องมีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับคนที่เกี่ยวข้อง หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้เกิดการดำเนินงานสุขภาพะแบบเครือข่ายและทำงานไปร่วมกัน

จากการตื่นตัวของปัญหาสุขภาพะนี้เอง ทำให้การสื่อสารสุขภาพะเข้ามามีบทบาทสำคัญ โดยบทบาทแรกคือการทำหน้าที่เผยแพร่ และการแจ้งข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพะ การแก้ไขข่าวสารข้อมูลที่สร้างความเข้าใจผิดด้านสุขภาพะ และบทบาทที่สองคือ การทำหน้าที่โน้มน้าวใจ คือการใช้การสื่อสารเป็นเครื่องมือที่จะจูงใจให้ปัจเจกบุคคลและสังคมให้ความสำคัญต่อประเด็นด้านสุขภาพะ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ หากกลุ่มเป้าหมายเป็นคนในสังคมวงกว้างก็จะใช้การณรงค์ต่างๆ เช่น การงดเหล้า บุหรี่ การออกกำลังกาย การสวมหมวกกันน็อก เป็นต้น

การสื่อสารจึงเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งในการขับเคลื่อนให้ข้อมูลข่าวสารความรู้ทางสุขภาพะ วิธีปฏิบัติตัวต่อโรคอุบัติใหม่ต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะประเด็นเรื่องการรักษา การป้องกัน หรือ การส่งเสริมสุขภาพะที่ผ่านมาในแต่ละยุคของสุขภาพะหรือกระบวนการทัศนัยการแพทย์ที่เกิดเหตุการณ์ต่างๆ ที่สำคัญเป็นกลไกในการนำเสนอแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อให้ทุกคนในสังคมมีสุขภาพะที่ดี ซึ่งในอดีตสุขภาพะส่วนหนึ่งเกิดจากความเชื่อ การสื่อสารจึงมี

หน้าที่เข้าไปให้ความรู้และปรับเปลี่ยนตามแนวทางของการแพทย์ในแต่ละยุค ต่อมาโลกได้เกิดโรคอุบัติใหม่ขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคไข้หวัดนก ในปี 2547 เกิดการระบาดของไข้หวัดนกที่แพร่เชื่อมากับสัตว์ปีกที่เป็นอาหารของประชาชนคือไก่และไข่

รายงานวิจัยของ รัตนารักษ์ ทองอรุณนิกุล (2547) เรื่อง การนำเสนอข้อมูลข่าวสารในหน้าหนังสือพิมพ์เกี่ยวกับไข้หวัดนก และการนำไปใช้ของผู้ประกอบการธุรกิจสัตว์ปีก ถือเป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นว่าขอบเขตเนื้อหาประเด็นเรื่องการสื่อสารสุขภาพมีลักษณะเฉพาะ คือเป็นการสื่อสารสุขภาพในภาวะพิเศษ/ภาวะวิกฤติ สังคมปัจจุบันที่เป็นอยู่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การสื่อสารภายใต้ภาวะวิกฤตินั้นเป็นรูปแบบการสื่อสารที่มีลักษณะเฉพาะเช่นกัน เช่นเดียวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อวันที่ 24 มกราคม 2563 การแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ไปยังทั่วโลก การสื่อสารได้ขยายตัวไปมากทุกด้านทั้งตัวผู้ส่งสาร เนื้อหาสาร ช่องทางและผู้รับสารที่หลากหลายและสร้างความสับสนแก่ประชาชน จึงเป็นเรื่องที่หน่วยงานภาครัฐ กระทรวงสาธารณสุข องค์กรสุขภาพ และภาคเอกชนต่างๆ องค์กรสื่อ เป็นต้น ต้องให้ความสำคัญในการสื่อสารดังกล่าว ซึ่งโดยเบื้องต้นการสื่อสารจะเน้นเรื่องสุขภาพที่ถูกสุขลักษณะ การป้องกันด้วยตัวเองอย่างเคร่งครัดตามข้อแนะนำต่างๆ เช่น การสวมใส่หน้ากากอนามัยในที่ชุมชน แออัด หรือกลางแจ้งตลอดเวลา การสวมใส่หน้ากากอนามัยที่ถูกวิธี การล้างมือเป็นประจำ การไม่อยู่ใกล้ผู้มีอาการไอและจาม เป็นต้น รวมทั้งอยู่ในกระแสความสนใจและการติดตามข่าวสารจากสื่อทุกช่องทาง ซึ่งเชื่อไวรัสได้พัฒนาสายพันธุ์ต่อเนื่องมาจนปี 2565 ทั่วโลกก็ยังคงอยู่กับการเฝ้าระวังติดตามข้อมูลข่าวสารดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง

โดยสรุปการสื่อสารสุขภาพส่วนใหญ่ในอดีตที่ผ่านมาจะมีความหลากหลายและพัฒนาการไปตามกระบวนการแพทย์ โดยเน้นการศึกษาเพื่อการสื่อสารสุขภาพ เช่น การสื่อสารเชิงรณรงค์ การงดสูบบุหรี่เพื่อสุขภาพที่ดี เช่น งานวิจัยประภิต วาทีสาชกกิจ (2539) เรื่องกลยุทธ์ในการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสังคม: ศึกษาเฉพาะกรณีการดำเนินงานของโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน พบว่า การรณรงค์สามารถส่งผลในระดับนโยบายและระดับปัจเจกบุคคล นอกจากนั้นการสื่อสารสุขภาพยังเน้นเรื่องการให้ความรู้ประชาชน การป้องกันโรคที่เป็นกระแสความรุนแรงมาอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคเอดส์ รายงานวิจัย อุไรวรรณ กุวัจิตรสุทิน (2534) เรื่อง การเปิดรับและการยอมรับข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ของนักเรียนและนิสิตนักศึกษาในกรุงเทพมหานคร ที่พบว่า นักเรียน นิสิตนักศึกษา เปิดรับข่าวสารเรื่องโรคเอดส์จากวิทยุโทรทัศน์ เพื่อและนิทรรศการตามลำดับ ต่อมาเริ่มปรับทัศนคติให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามกระแสการตื่นตัวสุขภาพ

ดังที่ Peterson & Lupton (1996) ได้ขนานนามคนที่ต้องสนใจสุขภาพของตนเองว่า entrepreneurial self ซึ่งหมายถึง คนที่ต้องมีความระมัดระวังในการใช้ชีวิตอย่างมีสติ เช่น เวลาขับรถไม่ควรใช้โทรศัพท์ หรือเวลารับประทานอาหารต้องคำนวณแคลอรี เฝ้าระวังความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น เช่น น้ำหนักตัว ดังนั้น เมื่อปัจจัยของลักษณะโรคเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อมาเป็นโรคที่เกิดจากลึลาชีวิต การสื่อสารที่เข้ามาเกี่ยวกับเรื่องของสุขภาพก็ต้องเปลี่ยนรูปแบบไป เช่น จากเดิมที่สนใจให้คำแนะนำของแพทย์ต่อคนไข้ในการกินยา ต้องเปลี่ยนมาเป็นการสื่อสารที่โน้มน้าวใจให้คนไข้เห็นความสำคัญของโรคที่ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ร่วมมือกับแพทย์ในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง สอดคล้องกับกาญจนา แก้วเทพ และชนิษฐา นิลผึ้ง (2556) ที่ศึกษาพบว่า การสื่อสารสุขภาพเน้นกระบวนการทัศนแบบจำลองการสื่อสารแบบถ่ายทอดข่าวสาร จากส่วนกลางไปสู่ประชาชนผู้ไม่รู้ ข่าวสารเผยแพร่ก็เน้นข่าวสุขภาพที่เป็นสิ่งใหม่ เน้นการสื่อสารแบบทางเดียว เชื่ออิทธิพลของสื่อในการเผยแพร่ความรู้ควบคู่กับการใช้การโน้มน้าวใจผู้รับสาร ให้เปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมด้านสุขภาพะ ดังงานวิจัยของปานใจ กันยะมี (2553) เรื่อง ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยมีผลการสื่อสารปรากฏอยู่ในการออกแบบ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สื่อกิจกรรม สไลด์ แผ่นซีดี บทความ เป็นต้น

อย่างไรก็ตามในขณะที่ประเด็นการสื่อสารสุขภาพะได้มีวิวัฒนาการและพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการทัศนสุขภาพ ขณะเดียวกันก็ยังมีประเด็นเรื่องสุขภาพะที่เกี่ยวกับความตายที่เป็นอีกมุมมองหนึ่งที่มีมีการสื่อสารและนำเสนอผ่านช่องทาง หรือสื่อกิจกรรมเครือข่ายต่างๆ ที่พยายามปลุกกระแส กระตุ้นให้ตระหนักถึงชีวิตที่สมบูรณ์ของมนุษย์ที่มีเกิดก็ต้องมีตายอยู่เป็นของคู่กัน แสดงให้เห็นในอีกมุมมองหนึ่งที่มองข้ามไม่ได้ ยังมีกลุ่มคนที่ให้ความสนใจโดยเน้นในการให้ความรู้ ผ่านความเชื่อและพฤติกรรม รวมถึงการนำเสนอมาเป็นงานวิจัยที่แม้พอมียู่บ้าง แต่จำนวนที่ไม่มากพอ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะชี้ให้เห็นถึงการสื่อสารสุขภาพในอีกมุมมองหนึ่งเกี่ยวกับความตายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งในงานวิจัยนี้เราจะเรียกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งการเจ็บป่วยนี้เป็นไปตามกระบวนการทัศนสุขภาพที่มีการเกิดขึ้นอย่างหลากหลายสาเหตุ จากการทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่ งานวิจัยด้านการสื่อสารมีตัวแปรสำคัญ เรื่องการณรงค์ ส่งเสริม ป้องกัน การรักษาประเด็นเรื่องโรคและสุขภาพะเพื่อลดการเกิดโรค หากแต่ยังมีผู้ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวกับความตายอยู่จำนวนน้อยในกระบวนการสุขภาพตามวัฏสงสารของมนุษย์ที่มีเกิด แก่ เจ็บ ตาย งานวิจัยชิ้นนี้ผู้วิจัยจึงต้องการหาแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับ

ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักผ่านกระบวนการสื่อสารที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและแต่ละบุคคลมีการประกอบสร้างความหมายความตายอย่างไรซึ่งจะนำเสนอลำดับต่อไป

1.2 กระบวนทัศน์สุขภาพกับความหมายความตาย

กระบวนทัศน์ (paradigm) หมายถึง ทัศนคติพื้นฐานอย่างหนึ่งอย่างใดหรือหลายอย่างอันกำหนดแบบแผนการคิดและการปฏิบัติในประชาคมหนึ่งๆ เมื่อทัศนคติพื้นฐานดังกล่าวเปลี่ยนแปลงไป จะทำให้แบบแผนการคิดและการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องเปลี่ยนแปลงไปด้วยทั้งกระบวนทัศน์ไม่ได้มีอยู่เพียงหนึ่งเดียวแต่จะประกอบกันเป็นความคิดที่มีความเชื่อมโยงสอดคล้องกันในระดับหนึ่งครอบคลุมตั้งแต่กรอบความเชื่อพื้นฐานกว้างๆ ไปจนถึงพื้นฐานความเชื่อในเรื่องที่เฉพาะเจาะจง (วิชิต เปานิล, 2546)

ในช่วงเกือบสองทศวรรษที่ผ่านมา ได้มีนักวิชาการมากมาย ทบทวน รวบรวม และกล่าวถึงกระบวนทัศน์สุขภาพหรือกระบวนทัศน์การแพทย์ เช่น คณะผู้วิจัยโครงการทบทวนกระบวนทัศน์ความตายและมีติสุขภาพ (2546) ได้แบ่งกระบวนทัศน์และแนวคิดเกี่ยวกับความตายเป็นสามประการคือ

- 1) กระบวนทัศน์แบบกลไก แยกส่วน ลดส่วน เป็นรากฐานของแนวคิด “เวชศาสตร์ชีวภาพ” (biomedical model)
- 2) กระบวนทัศน์แบบเสรีนิยม/ปัจเจกชนนิยม เป็นรากฐานของแนวคิด “สิทธิการตาย” (right to die)
- 3) กระบวนทัศน์แบบองค์รวม เป็นรากฐานของแนวคิด “กาย-จิต-สังคม-จิตวิญญาณ” (bio-psycho-social-spiritual model)

ต่อมา รุจินาด อรรถสิทธิ์ (2548, หน้า 5-7) ได้ประมวลกระบวนทัศน์ของสุขภาพในยุคปัจจุบันว่า มี 3 กระบวนทัศน์ใหญ่ๆ ดังมีรายละเอียด ดังนี้

- 1) กระบวนทัศน์ของการแพทย์แบบชีวภาพ (biomedical paradigm) หรือทฤษฎีโรค กำเนิดของการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ก่อรูปขึ้นในศตวรรษที่ 16 ภายใต้ทัศนะแบบกลไกหรือกระบวนทัศน์แบบคาร์ทีเซียน (The mechanistic of cartesian paradigm) ทัศนะดังกล่าวมองชีวิตหรือร่างกายประดุจเครื่องจักรหรือนาฬิกา มองความเจ็บป่วยหรือโรคไม่ผิดกับความขัดข้องของเครื่องจักร แพทย์หรือนักวิชาชีพจะสนใจเฉพาะสิ่งผิดปกติหรือเป็นโรคเท่านั้น เปรียบเสมือนผู้ซ่อมแซมเครื่องจักรทำให้เกิดมุมมองและการรักษาโรคแบบแยกส่วนพัฒนาเป็นการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์แบบชีวภาพ (biomedicine) มีทัศนะแบบกลไกและแยกส่วน กลายเป็นแพทย์แบบเฉพาะทางหลายสาขาโดยอาศัยแผนปัจจุบันการผ่าตัดและเทคโนโลยีที่ซับซ้อน อันส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น และในกระบวนการรักษาโรคนั้นยังส่งผลต่อความสัมพันธ์

ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยห่างเหินและเป็นไปแบบกลไกแพทย์มีเวลาให้ผู้ป่วยจำกัด และสนใจจัดอาการเจ็บป่วยที่วัดได้หรือตรวจพบเท่านั้น ผู้ป่วยถูกคาดหวังจากแพทย์ว่า ผู้ป่วยจะต้องเชื่อฟังแพทย์โดยปราศจากคำถาม

คังงานวิจัยที่เน้นมุมมองด้านการสื่อสารที่จะเข้าไปช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการทัศน์ของการแพทย์แบบชีวภาพ เช่น งานวิจัยของสุกัญญา อามีน (2539) เรื่องการศึกษาความรู้และทัศนคติที่มีต่อการปลูกถ่ายอวัยวะของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยเริ่มต้นที่มาของปัญหาวิจัยด้วยรายงานความก้าวหน้าของการแพทย์แบบชีวภาพที่สามารถจะนำเอาอวัยวะบางส่วนของผู้ที่เสียชีวิตไปแล้วมาปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะให้แก่ผู้ป่วยด้วยโรคบางชนิด เช่น โรคไต โรคหัวใจ ฯลฯ แต่ทั้งๆ ที่มีความก้าวหน้าด้านการแพทย์ และมีผู้ที่มีศักยภาพที่จะบริจาคแต่กลับขาดการบริจาค ทำให้แพทย์ขาดแคลนอวัยวะที่จะมาใช้ปลูกถ่าย องค์กรด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีความเห็นว่า การที่อัตราการบริจาคอวัยวะมีน้อยนั้นน่าจะเนื่องจากการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมทั้ง การมีทัศนคติในด้านลบต่อเรื่องการบริจาคอวัยวะของคนไทย เช่น ความเชื่อดั้งเดิมเกี่ยวกับการตายว่า หากบริจาคอวัยวะไปแล้ว เมื่อไปเกิดใหม่จะมีอวัยวะไม่ครบ เป็นการรบกวนผู้ตาย ผิดหลักศาสนา ซึ่งในส่วนนี้เป็นการให้ความหมายความตายของยุคแรกๆ ที่เน้นมิติทางศาสนาเป็นหลัก ความตายจึงเป็นเรื่องของธรรมชาติที่เกิดขึ้นดังนั้นจึงควรเคารพผู้ตายและไม่ควรทำอะไรกับศพผู้ตาย

2) กระบวนทัศน์ของการแพทย์แบบสังคม (socio-medical paradigm) ในระหว่างศตวรรษที่ 17 ถึง ศตวรรษที่ 19 จากพัฒนาการของการแพทย์แบบสังคม (social medicine) แสดงให้เห็นถึงปัจจัยทางเศรษฐกิจและด้านสังคมวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพหรือความเจ็บป่วย ทำให้มีการศึกษาเชิงประจักษ์อย่างต่อเนื่องในทวีปยุโรปและประเทศสหรัฐอเมริกา จนถึงประมาณกลางศตวรรษที่ 19 หลายประเทศยอมรับร่วมกันว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมจะต้องได้รับ การดูแลและปฏิรูปเพื่อสุขภาพที่ดี

3) กระบวนทัศน์ของสุขภาพแบบนิเวศน์สังคม (Socio-ecological Paradigm of Health) สำหรับกระบวนทัศน์ของสุขภาพได้แปรเปลี่ยนจากกระบวนทัศน์สุขภาพแบบแยกส่วนสู่กระบวนทัศน์แบบองค์รวม ในการเคลื่อนไหวของการสร้างเสริมสุขภาพจะให้ความสำคัญกับกระบวนทัศน์สุขภาพแบบนิเวศน์สังคม (Socio-ecological Paradigm of Health)

กระบวนทัศน์สุขภาพแบบนิเวศน์สังคมเป็นการอธิบายสุขภาพในมุมมองแบบองค์รวมหรือมองสุขภาพในลักษณะผสมผสานระหว่างการแพทย์แบบชีวภาพด้านสังคมวิทยา ด้านจิตวิทยา และด้านสุขภาพเชิงนิเวศน์ประกอบกับกระบวนทัศน์นี้เกิดขึ้นในช่วงปลายศตวรรษที่ 19 จนกระทั่งถึงหลังศตวรรษที่ 20 แนวคิดและตัวกำหนดสุขภาพและโรคแบบปัจจัยเดียวเริ่มมีความ

จำกัดมากขึ้น ข้อมูลเชิงประจักษ์จากสหวิทยาการ ตัวอย่างเช่น psychosomatic medicine, medicine sociology, social epidemiology, humanistic medicine, social ecology & transpersonal psychology เป็นต้น ทำให้เกิดข้อพิจารณาที่สำคัญคือ 1) สุขภาพหรือความเจ็บป่วยมีเพียงขึ้นกับปัจจัยด้านสังคมและปัจจัยสิ่งแวดล้อมเท่านั้น แต่ยังขึ้นกับศักยภาพทางใจและทางกายของบุคคลที่จะเผชิญกับภัยคุกคามจากภายในและภายนอกด้วย และ 2) โรคและความเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นผลผลิตของหลายปัจจัยและหลายเงื่อนไขที่ปฏิสัมพันธ์กันหลายด้าน ข้อค้นพบเหล่านี้ได้รับการสนับสนุนจากการวิจัยด้านระบาดวิทยาหลายเรื่อง เช่น ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ ความดันโลหิต น้ำหนักของร่างกาย ระดับคลอเรสเตอรอล การสูบบุหรี่ และการขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น

การแพทย์สมัยใหม่ได้ปรับตัวให้เข้ากับระบบสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน กระบวนทัศน์การแพทย์แบบใหม่ภายใต้ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพจึงได้เกิดขึ้นมาเพื่อตอบคำถามที่ว่า สุขภาพเป็นของทุกคน ไม่ได้อยู่ในมือของหมออีกต่อไป ความตายเท่านั้นที่เป็นจริงและเป็นไปตามธรรมชาติมากที่สุด แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (palliative care) จึงเกิดขึ้นภายใต้ต้นนโยบายองค์การอนามัยโลก ที่ให้ประเทศสมาชิกร่วมกันดำเนินการ โดยให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือระยะประคับประคองว่าเป็น “วิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นระยะสุดท้ายของโรคและครอบครัว โดยให้การป้องกันและบรรเทาอาการตลอดจนความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น การดูแลจะเน้นการดูแลที่เป็นองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพอันได้แก่ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย” เพื่อจัดการกับความตายการแพทย์แบบใหม่ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม โดยเฉพาะเข้ากับบริบทสังคมวัฒนธรรมพื้นที่ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในความหมายความตายในอดีตถึงปัจจุบันจึงมีความจำเป็นต้องย้อนกลับไปศึกษาความตายในแต่ละช่วงเวลาที่เกิดขึ้นที่มีผู้ได้ศึกษามาก่อนเพื่อความเข้าใจพอสังเขปจนถึงความหมายความตายตามกระบวนทัศน์สุขภาพอดีตสู่ปัจจุบัน (กรมการแพทย์, 2557)

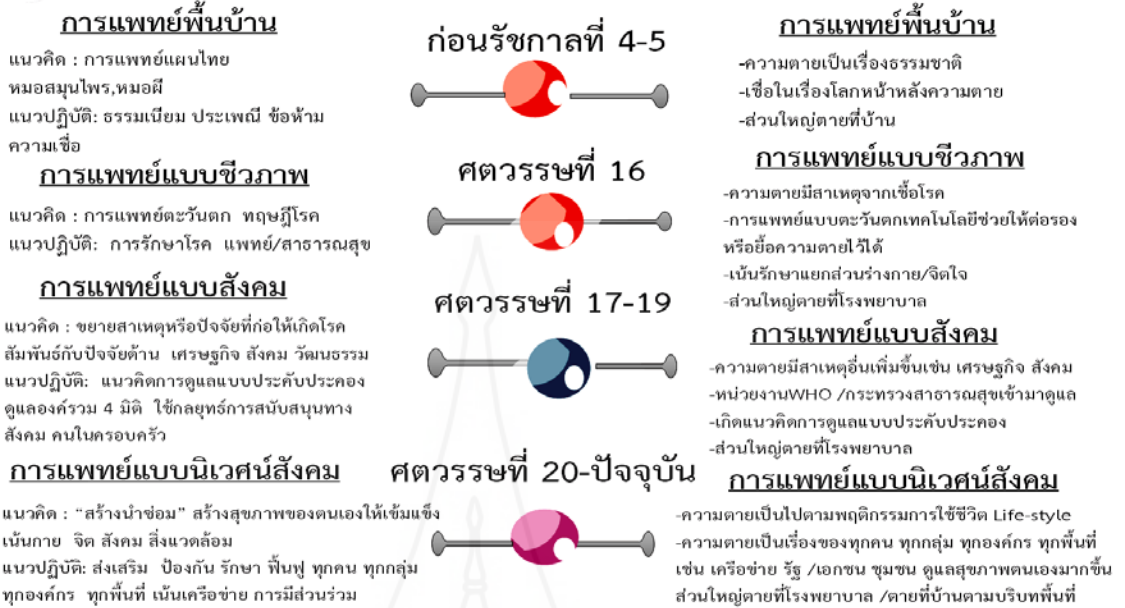
เมื่อเราต้องอยู่บน โลกที่เต็มไปด้วยวิวัฒนาการของการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ไม่เว้นแม้แต่ความตายก็เช่นกัน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2550, หน้า 5) กล่าวว่า กระแสความตื่นตัวในเรื่องการตายอย่างสันติและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นเกิดขึ้นควบคู่ไปกับการตระหนักถึงข้อจำกัดของกระบวนทัศน์สุขภาพกระแสหลักที่เน้นการใช้วิทยาศาสตร์ในการเอาชนะธรรมชาติ จึงมีความจำเป็นต้องปรับกระบวนทัศน์ ทำให้มิติต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นมิติทางด้านสังคม วัฒนธรรม และมิติทางจิตวิญญาณกลับมีความสำคัญขึ้นมา การปรับกระบวนทัศน์เรื่องความตายจึงเป็นส่วนหนึ่งของการปรับเปลี่ยนวิธีคิดด้านสุขภาพที่มองชีวิตและสุขภาพเชื่อมโยงไปสู่ปัญญาทางศาสนาธรรมหรือมิติทางจิตวิญญาณ

นอกจากนี้การเสริมสร้างสุขภาพยังให้ความสำคัญกับรูปแบบพฤติกรรมร่วมที่ปรากฏไปในสังคม (collective action and behavior) อันเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความสัมพันธ์ทางสังคม วัฒนธรรม หรือ อาจเรียกได้ว่า “ลีลาชีวิต” (lifestyle) ลีลาชีวิตของบุคคลได้รับมาจากอิทธิพลและการปรับประยุกต์มาจากระบวนการขัดเกลาทางสังคมตลอดชีวิต (Lifelong socialization process) ภายในสิ่งแวดล้อมทางจิตและสังคม ตลอดจนคุณค่า และบรรทัดฐานทางสังคม วัฒนธรรม รูปแบบจำลองนี้ยังให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้น และเกิดผลต่อสุขภาพโดยตรง ตัวอย่างเช่น การออกแบบเมืองและชุมชน ระบบอุตสาหกรรมการใช้และการอนุรักษ์พลังงาน การคมนาคม การทำงานและระบบชีวิตทางเศรษฐกิจ เป็นต้น รูปแบบจำลองนี้นับเป็นประโยชน์ต่อการพิจารณาและการวิเคราะห์สุขภาพทั้งในแบบอุตสาหกรรมและสังคมเกษตรกรรม (รุจิชาติ อรรถดิษฐ์, 2548, น.7)

เมื่อนำกระบวนการทัศน์สุขภาพในแต่ละยุคมาอธิบายจะมีความสัมพันธ์กับความหมายความตายในแต่ละยุคอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งผู้วิจัยขออธิบายไล่เรียงเริ่มต้นจากยุคแรกในอดีตที่ความตายอยู่ในมิติศาสนา ดังที่ นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ (2550, น. 34) กล่าวว่า เมื่อพ้นจากยุคโบราณชุมชนเริ่มมีขนาดใหญ่โตขึ้น จากชุมชนเล็กๆ กลายเป็นเมืองใหญ่และอาณาจักรเช่นเดียวกับคำอธิบายเรื่องโลกและธรรมชาติที่ซับซ้อนมากขึ้น อำนาจในการปกครองและศาสนากลายเป็นสิ่งที่อ้างอิงกันและกันเพื่อผลในทางปกครอง เมื่อพุทธศาสนาและศาสนาพราหมณ์-ฮินดูได้เข้ามามีอิทธิพลในดินแดนที่เป็นประเทศไทยในปัจจุบัน ศาสนาทั้งสองจึงมีส่วนในการกำหนดทำที่ต่อชีวิตและความตายในสังคมยุคต่อมาด้วยการอธิบายโลกและชีวิตเชื่อมไปกับโลกทัศน์และชีวทัศน์ศาสนาดังกล่าว พร้อมกับการผนวกเอาความเชื่อดั้งเดิมเข้ามาด้วย

หากพิจารณาความหมายความตายตามกระบวนการทัศน์สุขภาพที่ผ่านมามาจนถึงปัจจุบันตามวิวัฒนาการกระบวนการทัศน์การแพทย์ คงปฏิเสธไม่ได้ว่าความหมายความตายในแต่ละช่วงเวลานั้นย่อมมีความแตกต่างกันตามบริบทภาวะแวดล้อมที่เกิดขึ้นในขณะนั้น เป็นภาพสะท้อนให้เห็นถึงความหมายความตายที่เปรียบเสมือนกงล้อที่หมุนตามวิวัฒนาการของกระบวนการทัศน์การแพทย์แต่ละกระบวนการ ดังแสดงในภาพที่ 2.1

กระบวนทัศน์การแพทย์ กับ ความหมายความตาย



ภาพที่ 2.1 ความหมายความตายตามกระบวนทัศน์การแพทย์

ที่มา: รวบรวม โดยผู้วิจัย

จากภาพที่ 2.1 แสดงให้เห็นว่า เมื่อกระบวนทัศน์การแพทย์ไทย มีวิวัฒนาการเปลี่ยนไปตามอดีตถึงปัจจุบัน ความหมายความตายก็มีความหมายในอีกรูปแบบหนึ่งตามไปด้วย ในอดีต (ช่วงก่อนรัชกาลที่ 4-5) การแพทย์จะเป็นการรักษาโดยหมอสมุนไพรพื้นบ้านหรือหมอผีที่ชุมชนนั้นให้ความเคารพศรัทธา ความหมายความตายจึงเป็นเรื่องธรรมชาติ เป็นความเชื่อเรื่องเวรกรรม ต่อมาการแพทย์ได้พัฒนามาสู่การแพทย์แบบใหม่ (ศตวรรษที่ 16) ได้รับอิทธิพลจากโลกตะวันตกที่มีความเชื่อในเทคโนโลยีทางการแพทย์ การรักษาโรคให้หายขาดจึงเป็นเป้าหมายหลักของแพทย์ ความหมายความตายกลายเป็นสิ่งที่โรงเรียนแพทย์ไม่มีการเรียนการสอน ความตายมีความหมายแบบชีวภาพ (Biomedical Paradigm) ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อโรค โรคภัยนำมาซึ่งความน่าเกลียดน่ากลัว อับมงคล ต้องหลบซ่อน หลีกหนี เน้นไปรักษาที่โรงพยาบาล และแพทย์ต้องทุ่มเทการรักษาโรคทางกายด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ที่ทันสมัย โดยไม่คำนึงถึงด้านจิตใจผู้ป่วย เป็นการต่อรองหรือเอาชนะความตาย ต่อมาการแพทย์แบบสังคม (Socio-medical paradigm) (ศตวรรษที่ 17-19) สาเหตุของการตายหรือปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรค มีความสัมพันธ์กับเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม หน่วยงานระหว่างประเทศองค์การอนามัยโลก WHO เข้ามำหนดให้ประเทศสมาชิกมีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นไปตามอาการโรคไม่ทุกข์ทรมาน เกิดแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง เมื่อปัจจัย เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมโลกเปลี่ยนไปตามพฤติกรรมการใช้ชีวิตของมนุษย์ และมาสู่

การแพทย์แบบนิเวศน์สังคม (Socio-ecological paradigm of health) (ศตวรรษที่ 20-ปัจจุบัน) หรือทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพได้สะท้อนให้เห็นว่าสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน ทุกกลุ่ม ทุกองค์กร ทุกพื้นที่ ต้องสร้างเสริมสุขภาพด้วยตัวเอง เน้นองค์รวมคือกาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อมและการมีส่วนร่วมของชุมชน ความหมายความตายจึงเป็นไปตามพฤติกรรมการใช้ชีวิตของแต่ละคน ความตายเป็นเรื่องของทุกคน ทุกกลุ่ม ทุกองค์กร ทุกพื้นที่ เกิดการมีส่วนร่วมในชุมชน องค์กรต่างๆ ในรูปแบบของเครือข่ายมากขึ้น

2. ทฤษฎีการประกอบสร้างความเป็นจริงทางสังคม

ในหัวข้อนี้ ผู้วิจัยจะอธิบายใน 2 ประเด็นใหญ่ๆ คือ (1) การประกอบสร้างความเป็นจริงทางสังคม (social construction of reality) และ (2) การรับรู้การให้ความหมายความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังต่อไปนี้

2.1 การประกอบสร้างความเป็นจริงทางสังคม

ในการศึกษาความหมายความตาย ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการประกอบสร้างความเป็นจริง (social construction of reality) มาเป็นกรอบแนวคิด ซึ่งทฤษฎีดังกล่าวเกิดมาจากแนวคิดของกลุ่มนักสังคมวิทยาเยอรมัน สำนักปรากฏการณ์นิยม (Phenomenology) เช่น A. Schutz และได้รับการพัฒนาอย่างมากจากนักสังคมวิทยาอเมริกัน คือ G.H. Mead โดยมีแก่นความคิดหลักในประโยชน์ของ Schutz ที่ว่า โลกแห่งความจริงในชีวิตประจำวันของเราทุกคนล้วนแต่เป็นอัตวิสัยร่วม (intersubjectivity) ที่เกิดขึ้นจากการประกอบสร้าง (construction) ระหว่างความเป็นจริงที่หยิบยื่นมาจากคนอื่น บวกผสมกับความเป็นจริงที่เราสร้างขึ้นมาเอง (กาญจนา แก้วเทพ, 2560, น. 7-31)

ทฤษฎีการประกอบสร้างความเป็นจริง (social construction of reality) ได้พัฒนาจากแนวคิดการประกอบสร้างนิยม (constructionism) ซึ่งเป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากแนวคิดปฏิสัมพันธ์ สัญลักษณ์ ต่อมานักวิชาการที่นำเสนอแนวคิดเรื่องการประกอบสร้างความเป็นจริงทางสังคมที่รู้จักกันดีคือ งานของ Berger & Luckmann ในหนังสือชื่อ The Social Construction of Reality (1967)

ในงานวิจัยชิ้นนี้ได้นำทฤษฎีการประกอบสร้างความเป็นจริงของ Berger & Luckmann (1967) มาเป็นกรอบในการวิเคราะห์การประกอบสร้างความเป็นจริงทางสังคมจากความเป็นจริงในชีวิตประจำวัน ดังที่ Berger & Luckmann (1967, p. 1, 23) ระบุว่า การสร้างความเป็นจริงในสังคมเป็นแนวคิดที่อธิบายถึงความเป็นจริง (reality) เกิดขึ้นจากการสะสมความรู้ในชีวิตประจำวัน และถูกยอมรับ โดยปริยายว่าเป็นความเป็นความจริงที่ไม่ต้องพิสูจน์ใดๆ นอกจากสิ่งที่ปรากฏอยู่ในปัจจุบัน

ทั้งนี้ มีแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย 2 แนวคิด ได้แก่ 1) การปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในชีวิตประจำวัน (Social Interaction in Everyday life) ซึ่งแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจะนำมาวิเคราะห์ในวัตถุประสงค์ข้อ 2 กระบวนการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก และ 2) คลังความรู้เชิงสังคม (The Social Stock of Knowledge) ซึ่งแนวคิดดังกล่าวนี้ผู้วิจัยจะนำมาวิเคราะห์ในวัตถุประสงค์ข้อ 1 การประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ดูแลหลักต่อไป

1) การปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในชีวิตประจำวัน (Social Interaction in Everyday life) หมายถึง การสร้างการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในชีวิตประจำวันที่ต้องมีการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนกับผู้อื่นที่ต่างมีประสบการณ์ในชีวิตประจำวันแตกต่างกันไป (Berger & Luckmann, 1967, p.28)

Berger & Luckmann (1967) ระบุว่า ความรู้ในชีวิตประจำวันยังได้ถูกประกอบสร้างขึ้นในลักษณะความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีความเกี่ยวเนื่องกัน มีบางส่วนของความรู้ปฏิบัติที่ตามความสนใจ ขณะที่ความรู้อื่นๆ เป็นเพียงสถานการณ์ทั่วไปในสังคม ทั้งนี้เราต่างไม่สามารถอยู่ได้ในชีวิตประจำวันหากไม่มีการปฏิสัมพันธ์และสื่อสารกับผู้อื่นด้วยเช่นกัน ซึ่งทำให้เกิดแนวคิดย่อย 2 ลักษณะที่เกี่ยวข้อง คือ การเผชิญหน้า (face-to-face) และการต่อรอง (negotiation) ภายใต้การสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ดังนี้

(1) การเผชิญหน้า (face-to-face) หมายถึง การสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงในชีวิตประจำวันที่จะต้องมีส่วนร่วมกับผู้อื่น ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ต้องเผชิญหน้ากัน เรียกว่าการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งถือเป็นการแลกเปลี่ยนกันตามเวลาและสถานที่ ซึ่งกันและกัน

Berger & Luckmann (1967, p. 27) ระบุว่า ประสบการณ์ที่สำคัญที่สุดของผู้อื่นเกิดขึ้นในสถานการณ์ที่ต้องเผชิญหน้ากัน ซึ่งเป็นต้นแบบของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ส่วนสถานการณ์อื่นๆ ทั้งหมดที่ไม่ได้เผชิญหน้ากัน ถือเป็นปดิกย่อยของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งในสถานการณ์ที่ต้องเผชิญหน้ากันกับผู้อื่น สามารถปรากฏให้เห็นด้วยการแบ่งปันความสดีระหว่างกันและกันได้อย่างชัดเจน

(2) การต่อรอง (negotiation) หมายถึง รูปแบบสถานการณ์ที่ต้องมีการเผชิญหน้ากันดังกล่าว ไม่ต่างกับการซื้อขายที่ต้องมีคนซื้อคนขาย ซึ่งในชีวิตประจำวันจะมีการต่อรองซึ่งกันและกันอยู่ตลอดเวลา การแสดงออกทั้งสองฝ่ายซึ่งกันและกันจะมีความต่อเนื่องกันที่จะนำไปสู่การประกอบสร้างความหมายที่สอดคล้องกันหรือการต่อรองกัน เป็นต้น

Berger & Luckmann (1967, p. 25, 26, 40) ระบุว่า โรงละครเป็นภาพสะท้อนที่ดีที่สุดในการนำมาเปรียบเทียบกับแนวคิด Social Interaction in Everyday life โดยการรับรู้ของเราก่อนที่โรงละครจะเปิดม่านจะมีประสบการณ์บางประการอยู่ก่อนแล้ว ซึ่งถือเป็นความจริงใน

ชีวิตประจำวัน จนเมื่อโรงละครเปิดม่าน ความจริงอีกชุดหนึ่งบนเวทีละครได้ปรากฏขึ้นเป็นการเปลี่ยนผ่านไปมาระหว่างความจริงในชีวิตประจำวันกับความจริงอื่นๆ ที่เมื่อเวลาสิ้นสุดเปรียบได้กับม่านโรงละครที่ถูกปิดลง ผู้ชมจะกลับคืนสู่ความจริงสูงสุดของชีวิตในชีวิตประจำวัน

นอกจากนี้ Berger & Luckmann (1967) ยังเปรียบเทียบเกี่ยวกับโลกทางศาสนา และโลกของความฝันที่ถือเป็นความเป็นจริงในชีวิตประจำวันอีกด้านหนึ่งที่ทุกคนต้องกระโจนเข้าไป เนื่องด้วยความหมายของความฝันได้ถูกกำหนดอยู่ในแบบแผนของชีวิตประจำวัน เท่ากับนำเอาความจริงที่ไม่ปะติดปะต่อกันของความฝันเข้าไปอยู่ในวงล้อมของความจริง ความฝันจึงมีความหมายในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน

2) คลังความรู้เชิงสังคม (The Social Stock of Knowledge) Berger & Luckmann (1967, p. 41-42) กล่าวถึง คลังความรู้เชิงสังคม หมายถึง ความรู้ที่ผ่านการสะสมจากแหล่งต่างๆ การสะสมนี้ถูกประกอบสร้างโดยจะถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น และจะถูกนำมาใช้ในชีวิตประจำวัน อาจจะเป็นความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ของตนเอง รวมถึงข้อจำกัดต่างๆ ในแต่ละสถานการณ์ เหล่านี้ล้วนเป็นการสะสมความรู้จนเป็น “คลังความรู้” ในชีวิตแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตาม ความรู้เหล่านั้นมีทั้งที่เป็นสูตรสำเร็จ และความรู้ที่ถูกจำกัดการใช้ความสามารถในการแสดงออกในชีวิตประจำวัน

อย่างไรก็ตาม Berger & Luckmann (1967, p. 45) ระบุว่า องค์ประกอบที่สำคัญของความรู้ในชีวิตประจำวันคือ ความรู้ที่เป็นโครงสร้างที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ เช่น ตัวผู้ป่วยย่อมมีความรู้ด้านศาสนาความเชื่อของตน และเศรษฐกิจของครอบครัวมากกว่าแพทย์ที่รักษา ญาติผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาจิตใจของผู้ป่วยมากกว่าพยาบาล เป็นต้น

องค์ประกอบสำคัญของ “คลังสะสมความรู้” ประการหนึ่ง คือความรู้ในชีวิตประจำวันของผู้อื่นมีความสอดคล้องกับความสนใจหรือความต้องการของเราอย่างไร ดังนั้น ความรู้ทั้งหลายในชีวิตประจำวันจึงถูกประกอบสร้างในลักษณะของความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทุกอย่างล้วนเกี่ยวโยงกัน บางส่วนของความรู้จึงถูกกำหนดโดยการปฏิบัติที่เกิดขึ้นตามความสนใจตามโครงสร้างความรู้ในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้ผู้วิจัยจะนำแนวคิดดังกล่าวข้างต้นนี้มาวิเคราะห์ในวัตถุประสงค์ข้อ 1 การประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก และวัตถุประสงค์ข้อ 2 กระบวนการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลักต่อไปในส่วนที่เกี่ยวข้องตามลำดับต่อไป

2.2 การรับรู้และการให้ความหมายความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การรับรู้ (perceive) ของคนเราเกี่ยวข้องกับการใช้ประสาทสัมผัส (sensation) และการให้ความหมาย (meaning) และการให้ความหมายของสิ่งที่รับรู้นั้นมีอิทธิพลของ cognitive factors

ร่วมอยู่ด้วย ซึ่งจะมีผลให้ perception หรือ meaning นั้นเปลี่ยนไป Fisher, BA.; & Adams KL. (1994, P.45-91) ได้นำเสนอปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้และการให้ความหมายซึ่งเป็นแนวคิดที่คล้ายกับ Berger & Luckmann (1967) ได้แก่

1) การคัดเลือกเอาเฉพาะส่วน คือ เมื่อเรารับรู้สิ่งใดประสาทสัมผัสของเราจะเลือกเอาข้อมูลบางอย่างเข้ามาตีความ ไม่สามารถเอาทั้งหมดที่มีอยู่ในสิ่งนั้นมาใช้ เนื่องมาจากข้อจำกัดของจิตใจและความสามารถทางจิตใจ

2) ประสบการณ์ ที่แต่ละบุคคลเคยประสบ โดยคนเรามักแปลความหมายของสิ่งที่รับรู้ไปตามประสบการณ์ในอดีตของตนเอง

3) การตัดสินใจลงความเห็นว่า การรับรู้ นั้นมีความหมายใด ซึ่งบางครั้งอาจเป็นการตีความที่ไม่สอดคล้องกับข้อมูลทางประสาทสัมผัสเท่าใดนัก และมักลงความเห็น โดยมีข้อมูลไม่ชัดเจน

4) การประเมินคุณค่า เป็นการประเมินโดยการให้คุณค่าเป็นการส่วนตัวของผู้ประเมินไม่มากนักน้อย เช่น ประเมินว่า ดีหรือเลว สวยหรือไม่สวย ถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง

5) สภาพแวดล้อม มีผลต่อการให้ความหมายของการรับรู้เป็นอย่างมาก เช่น พบว่า เราอาจจำคนในสถานที่แห่งหนึ่งได้ดี เมื่อเราเจอพวกเขาในสถานที่แห่งนั้น แต่ถ้าไปเจอในสถานที่ที่ไม่คาดคิดเราอาจจะจำพวกเขาไม่ได้

ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ สอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องของมิติต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการให้ความหมายความตาย กล่าวคือ สภาพแวดล้อมและประสบการณ์ที่บุคคลประสบ มีความเกี่ยวข้องกับการให้ความหมายเรื่องความตาย ขณะเดียวกันการรับรู้ก็เป็นส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการให้ความหมายความตาย อย่างไรก็ตามความตายในการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีความหมายแตกต่างกัน และโดยทั่วไปความตายมักมีความหมายเชิงลบ กรณีของผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องเผชิญกับสภาวะการลุกลามของมะเร็งและอื่นๆ อีกมากมาย ความตายในความหมายของผู้ป่วยมะเร็ง จึงเป็นทั้งความพ่ายแพ้ต่อโรคร้าย การต้องจากบุคคลอันเป็นที่รัก และความทุกข์ทรมานในลักษณะต่างๆ ในขณะที่บางช่วงเวลาและบางอารมณ์ ความตายยังอาจหมายถึง การพ้นทุกข์หมดเวรหมดกรรม หรือการพักผ่อนหลังจากมีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทรมานอันยาวนาน

คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (2548) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทั้งทางกายและทางใจหรือขาดเจ็บรุนแรง โดยความเจ็บป่วยดังกล่าวไม่มีโอกาสที่จะรักษาให้หายขาด หรือดีขึ้นด้วยหลักฐานทางการแพทย์สามารถประเมินได้ว่า ผู้ป่วยน่าจะมีชีวิตอยู่ได้น้อยกว่า 6 เดือน

กองบริหารการสาธารณสุข (2561) ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระยะท้ายของโรคและครอบครัว โดยให้การป้องกันและบรรเทาอาการ ตลอดจนความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น การดูแลจะเน้นการดูแลที่เป็นองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพอันได้แก่ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทั้งนี้เป้าหมายหลักของการดูแลคือ การลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวและทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบหรือตายดี

นอกจากนี้ มีผู้ให้ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้หลากหลาย ดังนี้ Smith & Bohnet (1983) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ ผู้ที่หมดหวังจะหายขาดจากโรคอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค เป็นความเจ็บป่วยที่ไม่มีทางรักษาให้หายด้วยวิธีใดๆ อาการทรุดลงไปเรื่อยๆ ร่างกายไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมๆ ได้และเสียชีวิตในที่สุด William Sullivan (2003) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ ผู้ที่มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้โดยการรักษาทางการแพทย์ ทำได้เพียงเยียวยาในสิ่งที่ทำได้ เช่น เรื่องของจิตวิญญาณ

สันต์ หัตถิรัตน์ (2543) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่หมดหวัง ที่ป่วยด้วยโรคทางกายและหรือทางใจที่ไม่มีโอกาสจะฟื้นความทุกข์ทรมานและไม่สามารถใช้เวลาที่เหลือในชีวิตของตนให้เป็นประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้

ห้องสิน ตระกูลทิวากร (2553) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และมีชีวิตอยู่ได้ภายใน 6 เดือน สรุปได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ทำได้เพียงการดูแลแบบประคับประคอง ในเรื่องของการเจ็บปวด และอาการอื่นๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงไปเรื่อยๆ และจะเสียชีวิตในที่สุด (Smith & Bohnet, 1983; William Sullivan, 2003; ห้องสิน ตระกูลทิวากร, 2553 อ้างในสุวคนธ์ กุรัตนและคณะ, 2556)

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล (10 ตุลาคม 2561, สัมภาษณ์) ระบุว่า เมื่อเรียกว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความวิตกกังวล ความเครียด ความบีบคั้นทางใจ สร้างความทุกข์แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากผู้ป่วยมักมีท่าทีทางลบต่อความตายจึงพยายามปฏิเสธ ผลักไส และไม่ยอมรับ บางรายกลัวถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยวไร้ความหวัง กลัวเป็นภาระลูกหลาน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงทุกข์ทรมานเพราะขาดกำลังใจ มิใช่ทุกข์เพราะความเสื่อมสลายทางกาย สภาพจิตใจและร่างกายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ดังนั้น ผู้ดูแลรักษาทั้งแพทย์ พยาบาล หรือผู้เกี่ยวข้องหากมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม จะทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันกับผู้ป่วยและครอบครัว การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและความสัมพันธ์ที่ดีจะช่วยผู้ป่วยได้

คือ ช่วยผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากขึ้น ช่วยประเมินความต้องการของผู้ป่วย ช่วยผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกต่างๆ ออกมา และช่วยในการวางแผนให้การช่วยเหลือด้านอื่นๆ แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ดังนั้น การให้ความหมายความตายจึงมีความหลากหลาย การทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้และการให้ความหมายความตาย จึงไม่อาจทำได้เพียงแค่การศึกษาจากบุคคลเพียงคนสองคน เนื่องจากความตายเป็นเรื่องอ่อนไหวทางอารมณ์ และจิตใจ การศึกษาการประกอบสร้าง ความหมายหรือจะเรียกว่าการให้ความหมายความตายจึงมีความสำคัญที่เป็นฐานคิดของการให้ความหมายความตายผ่านการสื่อสารที่เป็นเครื่องมือสำคัญที่เป็น ได้ทั้งบวกและลบ และนำไปสู่ การศึกษากระบวนการสื่อสารความตายต่อไป ซึ่งกรณีศึกษาทั้งบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งที่ ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลักต่างมีความแตกต่างหลากหลายในแง่บริบทการ ดำเนินชีวิตตามความเป็นจริงในชีวิตประจำวันและสะสมเป็นความรู้ของแต่ละบุคคล ภูมิหลัง ประสบการณ์ และสถานการณ์ที่เผชิญ ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าควรให้ความสำคัญ เพื่อนำไปสู่แนวทางการ สื่อสารสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับบุคลากรทางสุขภาพและผู้ให้บริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง กับผู้ป่วยต่อไป

3. กระบวนการสื่อสารความตาย

การสื่อสารมีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า “communis” หมายถึงพร้อมกันหรือร่วมกัน ในอดีตนักวิชาการและ นักการศึกษานิยมใช้คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารอย่างหลากหลาย เช่น การปะทะสังสรรค์ การติดต่อ สัมพันธ์ การติดต่อสื่อสาร การสื่อความหมาย แต่ปัจจุบันนิยมใช้คำ ว่าการสื่อสารเพื่อหมายรวม ความหมายของคำศัพท์ดังกล่าว ทั้งนี้ นักวิชาการและนักการศึกษาได้ นำเสนอความหมายของการสื่อสาร (communication) ไว้ดังนี้

ราชบัณฑิตยสถาน (2556, น.118) ได้นิยามความหมายของคำว่าสื่อสารใน พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554 ว่าหมายถึงวิธีการนำถ้อยคำ ข้อความ หรือหนังสือ จากบุคคลหนึ่ง หรือสถานที่หนึ่งไปยังอีกบุคคลหรือสถานที่หนึ่ง ความรู้สึก และความคิดจากผู้ส่งสาร ไปสู่ผู้รับสาร

Lussier (2019, p.221) ได้ให้ความหมายของการสื่อสารว่าเป็นกระบวนการที่ผู้ส่งทำ การส่งผ่านข้อมูลข่าวสาร ไปยังผู้รับด้วยความเข้าใจอันดี

George Gerbner (1996: 2 อ้างถึงใน คณะกรรมการวิชาภาษาไทยเพื่อการสื่อสาร ศูนย์วิชา บูรณาการ หมวดวิชาศึกษาทั่วไป, 2554: 7) ได้นิยามความหมายของการสื่อสารไว้ว่า “การสื่อสาร คือ การแสดงปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction) โดยใช้สัญลักษณ์และระบบสาร”

George A. Miller (กิตติมา สุรสนธิ, 2544: 3 อ้างถึงใน คณะกรรมการวิชาภาษาไทย เพื่อการสื่อสาร ศูนย์วิชาบูรณาการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี, 2552: 3) ได้กล่าวว่าการสื่อสารว่า “คือกระบวนการที่เกิดขึ้นเมื่อเหตุการณ์ต่างเหตุการณ์มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันในด้านจิตวิทยาการสื่อสารนั้น การสื่อสารจะต้องเกี่ยวข้องกับสภาวะทางจิตใจ กับเหตุการณ์ซึ่งแสดงพฤติกรรมที่แตกต่างกันและนอกจากจะหมายถึงการสื่อสารด้วยถ้อยคำแล้ว การสื่อสารยังหมายรวมถึง การศึกษาปฏิสัมพันธ์ (interact) และการสื่อสารชนิดต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างสัตว์อีกด้วย”

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าการสื่อสารคือ กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ ซึ่งทำให้อีกฝ่ายหนึ่งได้รับรู้เข้าใจ การสื่อสารจึงเป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความหมายซึ่งเป็นกระบวนการพื้นฐานของมนุษย์ โดยมีการสื่อสารเป็นส่วนประกอบสำคัญประกอบด้วยแหล่งคือผู้ส่งสาร สารคือ ข้อมูลและวิธีการ และปลายทางคือผู้รับสาร การสื่อสารจึงไม่ใช่การพูดคุยเท่านั้น แต่เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์รับส่งและถ่ายทอดข้อมูลในบริบทต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์

การสื่อสารได้เข้ามาเป็นเครื่องมือสร้างความตระหนักรู้สู่วิถีความตายอย่างสงบ ตลอดจนเป็นพื้นที่สาธารณะเพื่อการเข้าถึงข้อมูลความตายและสนทนาเรื่องความตายผ่านกิจกรรมการสื่อสารหลายรูปแบบ เช่น โทรศัพท์สายด่วน การฝึกอบรม จัดหมายข่าว กิจกรรม ฯลฯ และกลายเป็นประเด็นหนึ่งที่นำศึกษาในบริบทของการสื่อสารสภาวะความตายดูให้ความสำคัญมากขึ้นในมิติการสื่อสาร

ในหัวข้อนี้ ผู้วิจัยจะอธิบาย 4 ประเด็นใหญ่ๆ คือ (1) กระบวนการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก (2) ระดับการสื่อสารในทฤษฎีการสื่อสาร (3) หลักของการสื่อสารความจริงด้วยเทคนิค SPIKES และ (4) แนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

3.1 กระบวนการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก

การสื่อสารระหว่างบุคคลบุคคล (Interpersonal Communication) คือ การสื่อสารโดยตรงระหว่างคนสองคนที่มีปฏิสัมพันธ์กันแบบเผชิญหน้าโดยใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การสัมผัส ตลอดจนการลิ้มรส และมีปฏิริยาตอบสนองแบบปัจจุบันทันทีพจน์ี เซขจรธา และคณะ (2534 : 47) ได้อธิบายถึง สถานการณ์ของการสื่อสารในการสื่อสารระหว่างบุคคลไว้ดังนี้ คือ เป็นสถานการณ์ของการสื่อสารที่ผู้ส่งสารและผู้รับสารส่งสัญญาณเพื่อติดต่อสื่อสารกันในวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งอาจจะเป็นการสนทนาระหว่างคน 2 คน หรือกับกลุ่มย่อยในลักษณะของการเผชิญหน้า (Face to Face) ได้แก่ การพูดคุยกับเพื่อนร่วมงาน การอภิปรายในกลุ่มประชุม เป็นต้น โดยที่ทั้งผู้ส่งสาร และผู้รับสารจะสื่อสารได้อย่างอิสระเป็นตัวของตัวเอง มักจะเป็นการสื่อสารด้วยเรื่องที่เป็นส่วนตัว ช่องทางการสื่อสารแบบเผชิญหน้าสามารถทำให้ทราบปฏิริยาสะท้อนกลับ และทราบถึงผลของการสื่อสารได้ทันที

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2560) ให้ความหมายของการสื่อสารระหว่างบุคคลว่า การสื่อสารระหว่างบุคคล เป็นการถ่ายทอดความรู้ ความคิด ความรู้สึก และความต้องการของผู้ส่งสารไปยังผู้รับสาร และเกิดปฏิกิริยาตอบสนอง โดยจะต้องสื่อสารกันระหว่าง 2-3 คน ในระยะใกล้กัน (Dyad) เห็นหน้ากัน (face to face) หรือ ไม่เห็นหน้ากันก็ได้ และมีการเข้าใจความหมายร่วมกัน (sharing of meaning) ทั้งในแบบของวัจนภาษา และอวัจนภาษา เพื่อให้คนได้รู้จักตัวเอง เข้าใจผู้อื่นหรือโลกภายนอก สร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างกัน และเพื่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรมของตนเองและผู้อื่น การสื่อสารระหว่างบุคคลเกิดขึ้นพร้อมกับความสัมพันธ์ระหว่างคู่สื่อสารเสมอไม่ว่าจะเป็นความสัมพันธ์ในลักษณะผิวเผินหรือลึกซึ้งก็ตาม

Floyd (2012) สรุปลักษณะสำคัญของการสื่อสารระหว่างบุคคล ไว้ดังนี้

1. การสื่อสารระหว่างบุคคลต้องประกอบด้วยบุคคลเป็นคู่สื่อสารสองคนซึ่งมีการสื่อสารและปฏิกิริยาตอบสนองกันและกันทั้งในรูปแบบของการสื่อสารแบบเห็นหน้าหรือผ่านเทคโนโลยีที่ช่วยให้คู่สื่อสาร พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกหรือความต้องการผ่านสื่อ เช่น การพูดผ่าน โปรแกรม สไกป์ วิดีโอคอล ฯลฯ หรือผ่านสื่อแบบไม่เห็นหน้า เช่น โทรศัพท์ หรือการสื่อสาร หรือการสื่อสารผ่านข้อความเช่น ข้อความและภาพสติกเกอร์แสดงความรู้สึกที่ส่งระหว่างกันออนไลน์ ข้อความใน messenger ฯลฯ

2. การสื่อสารระหว่างบุคคลเกิดขึ้นภายใต้บริบทของความสัมพันธ์ ทุกครั้งของการสื่อสารระหว่างกันของคนสองคน สิ่งที่สื่อความหมายออกไปไม่ใช่เพียงแค่เนื้อหาเท่านั้น แต่ยังประกอบไปด้วยมิติของความสัมพันธ์ที่เชื่อมร้อยไปพร้อมกับคำพูดที่สื่อความหมายนั้นด้วย

3. การสื่อสารระหว่างบุคคลเป็นเครื่องมือในการเพิ่มพูนความสัมพันธ์ระหว่างกันของคู่สื่อสาร ทั้งนี้ยังสื่อสารระหว่างกันมากและยาวนานมากเท่าไรความสนิทสนม เรื่องส่วนตัวที่พูดคุยเปิดเผยระหว่างกันและความสัมพันธ์ระหว่างกันจะยิ่งมากขึ้น

4. รูปแบบการสื่อสารระหว่างบุคคลระหว่างกันของคู่สื่อสารบ่งบอกถึงระดับความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันของคู่สื่อสาร

5. การสื่อสารระหว่างบุคคลเกิดขึ้นท่ามกลางความแตกต่างของคู่สื่อสารทั้งเชื้อชาติ วัฒนธรรม ชีวิตความเป็นอยู่ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อการแปลความหมายร่วมกันให้เกิดขึ้นระหว่างคู่สื่อสาร การทำความเข้าใจเกี่ยวกับบริบทความแตกต่างระหว่างกันจะช่วยให้การสื่อสารเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ที่สำคัญในความเป็นจริงแล้ว ในกระบวนการสื่อสารทั่วไปจึงต้องมีทั้งผู้ให้สารตัวสารและผู้รับสาร การสื่อสารต้องเกิดขึ้นระหว่าง 2 ฝ่าย คือ ผู้ส่งสารและผู้รับสารไปมาระหว่างกันตลอดเวลา ดังที่สายพิณ หัตถิรัตน์ (2551, น.10) กล่าวว่า ทักษะการสื่อสารของบุคคลากรทาง

สุขภาพกับผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลนั้น จากเดิมที่แพทย์มักเป็นผู้ควบคุมการสนทนาในเวชปฏิบัติประจำวัน แพทย์มักตัดบทสนทนาด้วยคำถามอื่นที่ตนต้องการจะรู้เพื่อการวินิจฉัยโรคเท่านั้น แพทย์รู้สึกไร้ค่าญาติที่ผู้ป่วยพูดออกนอกเรื่องที่เราต้องการรู้ และถือว่าไม่ใช่เรื่องสำคัญทางคลินิก ผู้ป่วยมีหน้าที่ตอบให้ตรงกับคำถามที่แพทย์ถามเท่านั้น และหลายครั้งที่ผู้ป่วยมีหน้าที่ตอบเพียงใช่หรือไม่ใช่ ทั้งนี้ในเวชปฏิบัติผู้ป่วยเป็นผู้ให้สาร แพทย์ต้องฝึกเป็นผู้รับสารให้ครบถ้วนและเข้าใจ พร้อมทั้งตอบสนองต่อสารนั้นอย่างเหมาะสม สารที่ได้รับคือ ข้อมูลสำคัญทางการแพทย์ที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

ดังนั้น ปัญหาและข้อขัดข้องที่พบบ่อยในการสื่อสารของแพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพสาขาวิชาชีพอื่นๆ สิ่งสำคัญคือการขาดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแล หลักการพูดให้ข้อมูลที่มากเกินไป การไม่เข้าใจในปัญหาและความกังวลใจของผู้ป่วยอย่างแท้จริง การสื่อสารทางเดียวกับผู้ป่วย การไม่ให้ความสำคัญกับอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย (ชิษณุ พันธุ์เจริญ และ จรุงจิตร์ งามไพบูลย์, 2552, น. 13)

กระบวนการสื่อสารคือการส่งและรับสาร หรือการไหลเวียนของข่าวสารจากผู้ส่งคือบุคลากรทางสุขภาพ ไปยังผู้ป่วยในความดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลัก และการสื่อสารตอบกลับจากผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ไปยังบุคลากรทางสุขภาพ ตามกรอบการวิเคราะห์บริบทกระบวนการสื่อสารของผู้วิจัย ซึ่งจำแนกตามรายละเอียดการสื่อสารในโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษาได้ประกอบด้วยภายใต้บริบทการสื่อสาร สาร ช่องทางการสื่อสาร ผู้ส่งสารและผู้รับสาร

1) สภาวะแวดล้อมในกระบวนการสื่อสารความตายในโรงพยาบาลดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองที่เกิดขึ้นระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ กับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก เช่น กระบวนการสื่อสารในช่วงการแรกเริ่มเข้ารับการรักษาผู้ป่วย การแจ้งอาการ โรคและประชุมทีมสหวิชาชีพ การรักษาไประยะหนึ่งเพื่อเตรียมตัวกลับบ้าน และการกลับไปพักฟื้นรักษาตัวที่บ้าน

2) สาร คือ ข้อมูลที่บุคลากรทางสุขภาพ สื่อสารกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก เช่น อาการที่เป็นอยู่ แนวทางรักษา การวางแผนร่วมกันรักษา กับครอบครัว การคาดการณ์ในแนวทางการรักษาต่อไป แนวโน้มการเสียชีวิตอันใกล้ การส่งต่อรักษา หรือการส่งผู้ป่วยกลับบ้าน เป็นต้น

3) ช่องทางการสื่อสาร คือ สื่อในกระบวนการสื่อสาร ในระหว่างการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ สื่อบุคคล สื่อกิจกรรม สื่อประเภทต่างๆ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (อาทิ การพบแพทย์พยาบาลตามนัดหมายปกติ, เยี่ยมบ้านผู้ป่วย, การจัดกิจกรรมของโรงพยาบาลเพื่อให้กำลังใจผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก เช่น กิจกรรมดนตรี ศิลปะบำบัด สัตว์เลี้ยงบำบัด และกิจกรรมตามความต้องการสุดท้ายของผู้ป่วย (last wish) เช่น งานแต่งงานในห้องพัก, บรรยากาศทะเลในห้องพัก สื่อ

สิ่งพิมพ์ เช่น เอกสารประชาสัมพันธ์กิจกรรม ใบปลิว หนังสือธรรมะ เป็นต้น) นอกจากนี้ยังมีสื่ออิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ เช่น Infographic, โทรศัพท์, vdo call, Line group

4) คู่สื่อสาร (ผู้ส่งสาร และผู้รับสาร) คือ บุคลากรทางสุขภาพได้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา และผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก

กาญจนา แก้วเทพและคณะ (2543, น.33) กล่าวว่า การสื่อสารนั้นจะต้องเกิดขึ้นภายใต้บริบทใดบริบทหนึ่งเสมอ (contextual) และความสัมพันธ์ระหว่าง กระบวนการสื่อสาร กับ บริบทแวดล้อม ก็จะมีลักษณะซึ่งกันและกัน กล่าวคือ บริบทจะเป็นตัวกำหนดรูปแบบการสื่อสาร และในทางกลับกัน การสื่อสารก็จะย้อนกลับไปเปลี่ยนแปลงบริบท

ทั้งนี้บุคคลจะกระทำการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงไรขึ้นอยู่กับบริบทในสถานการณ์ทางการสื่อสาร โดยมีปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดกระบวนการสื่อสาร (1) สถานที่ขณะทำการสื่อสาร บรรยากาศแวดล้อม (ปัจจัยกายภาพ) (2) อารมณ์ ความรู้สึกภายใน แรงจูงใจ ความตั้งใจ ตลอดจนบุคลิกภาพของผู้ร่วมกระทำการสื่อสาร (ปัจจัยทางจิตวิทยา) และ (3) สถานภาพและบทบาททางสังคมของผู้ร่วมกระทำการสื่อสารที่ส่งผลต่อรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ร่วมกระทำการสื่อสาร (ปัจจัยทางสังคม) และบริบทด้านหน้าที่ทางการสื่อสาร หมายถึงหน้าที่กระทำการสื่อสารต่างกันย่อมทำให้การสื่อสารมีทิศทางสื่อสารที่แตกต่างกันออกไป (ภัสวดี นิติเกษตรสุนทร, 2560)

Trenholm (1995) กล่าวว่า วัตถุประสงค์ในการสื่อสารต่างกันไปเพื่อตอบสนองต่อหน้าที่หลักเบื้องต้น 3 ประการของการสื่อสาร คือ (1) การพัฒนาสัมพันธ์ภาพ (relation development) (2) การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร (information exchange) และ (3) การโน้มน้าวใจ (persuasion) อย่างไรก็ตามการระบุนว่าการสื่อสารในแต่ละครั้งมีหน้าที่อะไรบางนั้นเป็นเรื่องซับซ้อนพอสมควร เนื่องจากการสื่อสารที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้ง ประกอบด้วยหน้าที่อันหลากหลาย ซึ่งอาจเป็นหน้าที่ทั้งที่เกิดขึ้นโดยความตั้งใจและเกิดขึ้นเฉพาะหน้าตามสถานการณ์ที่พาไป ดังนั้นการกำหนดหน้าที่ออกมาชัดเจนจึงเป็นเรื่องยากเมื่อเทียบกับบริบทในสถานการณ์ทางการสื่อสารที่กล่าวไปข้างต้น

กาญจนา แก้วเทพ (2560, น.7-11) กล่าวว่า ความหมายจะอยู่ในองค์ประกอบสื่อสาร 3 ส่วนด้วยกันคือ

1) ความหมายอยู่ที่องค์ประกอบที่ตัวคนหรือผู้กระทำการสื่อสาร (communicator) ผู้รับสาร ซึ่งทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสารต่างมีอำนาจในการสร้างความหมายที่เกิดขึ้น

2) ความหมายอยู่ที่ตัวบท (text) ความหมายจะเกิดขึ้นบนความสัมพันธ์/ตรรกะภายใน (internal relationship/logic) ของตัวบท ซึ่งเป็นจุดยืนสำคัญของทฤษฎีสัญญาวิทยา คือ ถ้าความสัมพันธ์ภายในตัวบทเปลี่ยนสัญญาะนั้นๆ ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงความหมายตามไปด้วย

3) ความหมายอยู่ที่บริบท (context) ได้แก่ สภาพแวดล้อมของการสื่อสารซึ่งมีตั้งแต่ เวลา สถานที่ จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก วัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคม สถานการณ์เงื่อนไข ฯลฯ ทั้งนี้ หากสภาพแวดล้อมเปลี่ยนแปลง ความหมายในการสื่อสารก็จะแปรเปลี่ยนไปด้วย

ขณะเดียวกันผู้วิจัยยังได้ให้ความสำคัญกับผู้รับสารในกระบวนการสื่อสารที่มี ปฏิกริยาตอบกลับของผู้รับสารซึ่งในที่นี้คือผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลักที่มีความแตกต่างตามตัวแปรที่หลากหลายโดยสามารถจำแนกเกณฑ์ที่หลากหลายได้ดังนี้ (1) ความแตกต่างเชิงประชากรศาสตร์-จิตวิทยา โดยพิจารณาว่าผู้รับสารมีความหลากหลายทั้ง เพศ วัย อาชีพ รายได้ พื้นที่ วัฒนธรรม เพราะแต่ละกลุ่มมีความต้องการที่แตกต่างกัน ทำให้การสื่อสารมีความแตกต่างกันด้วย (2) ผู้รับสารที่ถูกกระทำ-กระตือรือร้น (passive and active audience) ในอดีต จะมองผู้รับสารเป็นผู้ถูกกระทำแต่ปัจจุบันเริ่มมองผู้คนในฐานะผู้กระทำและมองว่าสามารถเป็นผู้สื่อสารได้ เช่นเดียวกันแม้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง แต่หากมีความรู้มิติด้าน สุขภาพและการเปิดรับสื่อด้วยแล้วจะทำให้กลายเป็นผู้ส่งสารที่กระทำได้และมีความรู้เท่าทันสื่อในตัว (3) ความป่วยและไม่ป่วย เกณฑ์นี้มุ่งเน้นมิติเชิงสุขภาพเป็นหลัก หมายถึง ในการสื่อสารสุขภาพ ผู้รับสารจึงมีทั้งผู้ป่วยและไม่ป่วย หากเป็นกลุ่มผู้ป่วยการสื่อสารอาจไม่ยากเท่าไร เพราะผู้ป่วยมี แนวโน้มเชื่อในสิ่งที่บอก แต่หากเป็นกลุ่มคนปกติ การสื่อสารอาจจะยุ่งยากมากขึ้น ต้องใช้การโน้มน้าวต่างๆ เป็นต้น ในกรณีนี้แม้เป็นผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่จะมีความเชื่อตามที่บุคลากรทางสุขภาพ สื่อสารก็ตาม หากแต่ผู้รับสารเองก็สามารถเป็นผู้สื่อสารได้เช่นกัน โดยเฉพาะภายใต้เกณฑ์ดังกล่าว หากผนวกกับแนวคิดจิตวิทยาการสื่อสาร ยังพบว่าแม้จะป่วยแต่หากไม่ได้ตระหนักเรื่องสุขภาพ การสื่อสารดังกล่าวก็จะยากกว่าคนที่ไม่ป่วยแต่ตระหนักเรื่องสุขภาพ ที่จะแสวงหาข้อมูลและสนใจ การป้องกันสุขภาพมากกว่าดังแนวคิดของ ริมัล และเรียล (Rimal และ Real, 2005 อ้างถึงใน Littlejohn และคณะ, 2017)

3.2 ระดับการสื่อสารในทฤษฎีการสื่อสาร

นิธิตา แสงสิงแก้ว (2561, น.33-35 อ้างถึงในบุญบา สุธีธร, 2560) กล่าวว่า ระดับ การสื่อสารในทฤษฎีการสื่อสารหลักประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้

1) *ระดับการสื่อสารภายในบุคคล (Intrapersonal communication)* การสื่อสารภายใน บุคคลเป็นเรื่องเฉพาะตัว เป็นการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก และแนวความคิดที่แต่ละ บุคคลมีต่อตนเอง เป็นกระบวนการซึ่งเกิดขึ้นภายในระดับปัจเจก ทั้งนี้เพื่อการสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนการกำหนดความหมายของสิ่งต่างๆ รอบตัว เป็นรูปแบบการสื่อสารกับตัวเอง ที่ทำให้ได้คำตอบว่าเราคือใคร คิดอะไรอยู่ ผ่านกระบวนการคิดและพูดคุยกับตัวเอง รูปแบบการ สื่อสารภายในบุคคลที่เกิดขึ้นอาจเป็นการพูดคุยกับตนเอง (self-talk, self-dialogue, inner speech)

เป็นลักษณะของการปฏิสัมพันธ์กับตัวเอง ชักชวนให้ตัวเองคิด ทำ หรือเชื่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งหมายถึง การต่อต้านต่อรองทางความคิดอันเป็นความขัดแย้งภายในใจ อันเป็นผลมาจากความคิด ความเชื่อและทัศนคติที่หลอมรวมความเป็นตัวตน ลักษณะของการสื่อสารเพื่อการสร้างสุขภาพที่เป็นตัวอย่างของการใช้การสื่อสารภายในบุคคลเข้ามาช่วยเพื่อการเยียวยาโดยเฉพาะอย่างยิ่งทางจิตใจ เช่น การก้าวข้ามความรู้สึกบางอย่าง เช่นการรณรงค์ Just say no ไม่ให้ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ของวัยรุ่น การรณรงค์ให้ชาวไทยสวมหมวกกันน็อกเพื่อชำระจิตใจแทนการฉลองในผับบาร์ การให้กำลังใจตัวเองของผู้ที่เพิ่งเลิกบุหรี่หรือเลิกเหล้าว่าจะไม่กลับไปอบายมุขเหล่านั้นอีก

2) *ระดับการสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal communication)* การสื่อสารระหว่างบุคคลใช้มากสำหรับงานสื่อสารสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ข้อมูลแบบสุขศึกษา ไปจนถึงการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมรวมถึงการเยียวยาที่เน้นการสื่อสารในแนวราบ ดังเช่น ปัจจุบันเป็นการสื่อสารในระดับ “คู่สื่อสาร” ซึ่งแต่ละบุคคลสามารถเป็นทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสารได้ในปริมาณค่อนข้างใกล้เคียงกัน เช่น การสื่อสารระหว่างแพทย์กับคนไข้ การสื่อสารในระดับนี้จะเปิดโอกาสให้คู่สนทนามีโอกาสพูดคุย ถามตอบ และผลัดกัน ทำหน้าที่ผู้ส่งสาร โดยมีหัวใจสำคัญได้แก่ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สื่อสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งลักษณะความสัมพันธ์ที่มีพื้นฐานความไว้วางใจ (trust) จะสำคัญมากสำหรับการสื่อสารระหว่างบุคคลนี้ เนื่องจากความพิเศษอยู่ที่การสื่อสารด้วยอารมณ์ ความรู้สึก

การสื่อสารจึงเป็นเครื่องมือและองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล ซึ่งถือเป็นระดับการสื่อสารที่เป็นรากฐานของมนุษย์ และเป็นระดับการสื่อสารที่มนุษย์ใช้มากที่สุด จากข้อมูลของ รจิตลักษณ์ แสงอุไร (2548) กล่าวว่าในแต่ละวันมนุษย์ใช้เวลาในการสื่อสารประมาณร้อยละ 80 ของเวลาทั้งหมดและใช้เวลาร้อยละ 75 ในการสื่อสารระหว่างบุคคล

3) *ระดับการสื่อสารภายในกลุ่มย่อยหรือกลุ่มเล็ก (small group communication)* หมายถึงการสื่อสารระหว่างบุคคลตั้งแต่สามคนขึ้นไปรวมกัน เป็นการสื่อสารปฏิสัมพันธ์กันแบบเห็นหน้า (face to face) โดยมีวัตถุประสงค์ เป้าหมายเดียวกัน สมาชิกของกลุ่มมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและมีอิทธิพลต่อกันในแนวระนาบไม่มากก็น้อย เป็นต้น ดังเช่นการทำงานในบุคลากรทางสุขภาพที่ประกอบไปด้วยวิชาชีพที่หลากหลาย เช่นแพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา ทั้งนี้องค์ประกอบสำคัญของการสื่อสารกลุ่มเล็กคือปฏิสัมพันธ์ ซึ่งในการสื่อสารกลุ่มเล็กนี้สมาชิกแต่ละคนจะมีปฏิสัมพันธ์กันในลักษณะที่แต่ละคนมีอิทธิพลต่อกัน มีความใส่ใจกัน มีความรวมตัวและมีระดับของความคุ้นเคยอยู่ ดังนั้นการสื่อสารที่ดี

ของกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพด้วยกันเอง หรือสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้สึกผ่อนคลายจากความเจ็บปวดทั้งทางกายและจิตใจ

3.3 หลักของการสื่อสารความจริงด้วยเทคนิค SPIKES

หลักการสื่อสารความจริงกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นสิ่งที่สำคัญมาก และควรทำเป็นขั้นตอนและทำในจังหวะเวลาที่เหมาะสม ดังที่ ชิษณุ พันธุ์เจริญ (2552) กล่าวว่า การปล่อยเวลาที่จะสื่อสารให้ผ่านไปเนิ่นนานและการขาดการติดตามที่ดี หลังจากการสื่อสารกับผู้ป่วยไปแล้ว มักก่อให้เกิดปัญหาและทำให้กระบวนการสื่อสารไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร บางครั้งอาจถึงขั้นล้มเหลวและมีผลกระทบที่สำคัญต่อการดูแลรักษาได้ เพื่อขจัดปัญหาดังกล่าว จึงควรมีขั้นตอนการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้

1) **ขั้นเตรียมการ** ทีมรักษาพยาบาลควรเริ่มพูดคุยทันทีเมื่อเริ่มสงสัยว่าผู้ป่วยอาจเป็นโรคเรื้อรัง เป็นโรคร้าย โดยทั่วไปไม่มีความจำเป็นต้องประวิงเวลาออกไป เพื่อให้มีข้อมูลครบถ้วน การเริ่มพูดคุยตั้งแต่แรกจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจว่า ทีมรักษาพยาบาลกำลังทำอะไร กำลังรออะไรอยู่ และมีเวลาให้เขาได้ปรับใจและเตรียมใจเพื่อรับทราบข่าวร้ายต่อไปได้ง่ายขึ้น

2) **ขั้นตอนเมื่อผู้ป่วยมีอาการหนัก** หลังจากแจ้งข่าวร้าย การสื่อสารควรอยู่ในลักษณะติดตามเป็นระยะๆ และเลือกใช้ประเด็นที่ผู้ป่วยและญาติมีความสนใจหรือมีความคับข้องใจเป็นเรื่องในการพูดคุย นอกจากนั้นควรพูดคุยกับผู้ป่วยหรือญาติ เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่ดี

3) **ขั้นตอนเมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต** ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาใดๆ อาจเสียชีวิตในระยะเวลาอันใกล้ ทีมรักษาพยาบาลควรพูดคุยกับผู้ป่วย หากผู้ป่วยยังรู้สึกตัว เพื่อให้เขาจากไปโดยไม่ทรมานด้วยจิตใจที่สงบ และควรพูดคุยกับญาติให้เข้าใจถึงแผนการรักษาที่ได้ตัดสินใจร่วมกัน รวมทั้งรับรู้และเข้าใจความรู้สึกที่กำลังจะสูญเสีย และเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ควรให้ญาติได้ใช้เวลาอยู่ด้วยกันสักระยะหนึ่ง สมาชิกในทีมรักษาพยาบาลควรอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยและญาติในห้อง เพื่อให้ความช่วยเหลือหรือตอบคำถามญาติ หากญาติมีความประสงค์จะอยู่ตามลำพังจึงสามารถออกจากห้องได้

ลัญจันศักดิ์ อรรถชยากร (2557) ได้อธิบายหลักสำคัญของการให้การปรึกษาที่ต้องอาศัยการพูดคุยพร้อมกันกับครอบครัว หรือ Family conference คือการรับฟังความทุกข์ แสร้งความจริง สร้างศรัทธาและสร้างทีมร่วมกับญาติ เพื่อเป็นเวลาที่ดียิ่งที่สุดของผู้ป่วย โดยเฉพาะการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เกี่ยวข้องกับการแจ้งข่าวร้ายกับผู้ป่วย ซึ่งต้องมีขั้นตอน ตามหลักของ Dr. Robert Buckman (2000) แพทย์มะเร็งวิทยา ได้แนะนำด้วยเทคนิค SPIKES ดังนี้

1) *Setting หรือ Set up* จัดสถานที่ให้เหมาะสม และแนะนำทีมงานในการดูแล ทีมควรจัดสถานที่ในการประชุมที่เหมาะสม มิดชิด เป็นส่วนตัว จากนั้นทีมงานในการดูแลแบบองค์รวม แนะนำตัว เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เป็นต้น และให้ญาติแนะนำตัว ให้เกียรติผู้ป่วยและญาติสำคัญที่สุดทำให้ญาติเข้าใจกระบวนการรักษาและให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ในเรื่องนี้ความสำคัญอยู่ที่การช่วยเหลือหลังจากบอกความจริง ต้องแสดงความเข้าใจให้ความเชื่อมั่นว่าจะไม่ทอดทิ้ง แสดงถึงการให้เกียรติและให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและญาติ

2) *Perception* คือการสอบถามความจริงที่ญาติรู้ให้ตรงกันกับทางแพทย์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ซึ่งอยู่ในขั้นตอนหลังจากที่ญาติได้แนะนำตัวแล้ว ประเมินว่าผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลอะไรมาบ้าง ทั้งเรื่องโรค ความรุนแรงของโรค สังเกตพื้นฐานอารมณ์ และบุคลิกภาพของผู้ป่วยไปด้วย กรณีนี้ อาจสะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วยที่สังเกตได้

3) *Invitation* ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญ เพราะต้องอาศัยประสบการณ์จากหมอและพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย เพื่อวิเคราะห์ว่าคนไข้อยู่ในสถานการณ์ที่พร้อมจะรับฟังหรือไม่ หลังการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยแล้ว ควรถามผู้ป่วยว่าอยากรู้ข้อมูลเพิ่มเติมหรือไม่ และอาจต่อยอดคำถามเชิงสมมติเพื่อประเมินความคิดเบื้องต้นของผู้ป่วย เช่น สมมติว่าพบเนื้อร้ายอย่างที่คิดจริงๆ คุณจะทำอย่างไรต่อไป คุณอยากให้หมอพยาบาลบอกคุณอย่างไรแล้วนำข้อมูลนี้ไปแจ้งกับทีมแพทย์และผู้ดูแลคนอื่นๆ ในการวางแผนต่อไป

4) *Knowledge* หลังจากรู้ความคิดและความต้องการอยากรู้ข้อมูลของผู้ป่วยแล้ว จึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรคหรืออาการเท่าที่มี ด้วยภาษาที่ฟังเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อนหรือเฉพาะทางมากเกินไป ควรถามผู้ป่วยเป็นระยะๆ ว่าเข้าใจอย่างไร คิดเห็นอย่างไร หลังจากนั้นจึงตัดสินใจว่าสามารถบอกข่าวได้มากน้อยขนาดไหน ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ป่วยในขณะนั้น กรณีนี้เนื่องจากการวินิจฉัยโรดยังไม่แน่นอน พยาบาลสามารถบอกข้อเท็จจริงในปัจจุบันได้และเมื่อทราบผลแน่นอนจะแจ้งให้ทราบอีกครั้ง

5) *Empathy /Emotion* การสอบถามความรู้สึกของญาติว่ามีความคิดเห็นอย่างไร มีข้อสงสัยอะไรบ้าง การแสดงความเข้าใจเห็นอกเห็นใจในความทุกข์ที่สุดของผู้ป่วยอย่างจริงใจ การพูดปลอบใจให้มีสติอยู่กับปัจจุบัน เป็นสิ่งที่พยาบาลสามารถทำได้ตลอดช่วงสนทนา นอกจากภาษาพูดแล้ว ภาษากายที่อ่อนโยน เช่นการสบตา การสัมผัส ก็สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายหายกังวลได้เช่นกัน

6) *Summarization and Strategies* การสรุปแผนการดูแลรักษา ให้ผู้ป่วยฟังอีกครั้ง เพราะระหว่างการสนทนากัน อารมณ์ต่างๆ อาจทำให้ผู้ป่วยจับใจความได้ไม่ครบถ้วน อาจบอกได้

ว่าช่วงนี้เป็นขั้นตอนการตรวจหาสาเหตุที่แน่ชัดก่อน ทีมแพทย์ และพยาบาลจึงจะวางแผนการดูแลรักษาได้เหมาะสมที่สุด

กล่าวโดยสรุป การแจ้งข่าวร้ายแท้จริงแล้วคือ การตั้งใจสื่อสารพูดคุยเรื่องความเจ็บป่วยที่กำลังเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยโดยไม่จำกัดชนิดของโรค บุคลากรที่เกี่ยวข้องพึงตระหนักถึงความสำคัญของการพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วยทุกรายอย่างใส่ใจในความคิด ความรู้สึก และความต้องการอย่างรู้ข้อมูลของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจะใช้ประเด็นนี้ในการวิเคราะห์วัตถุประสงค์ข้อ 2 เพื่อศึกษากระบวนการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก

อย่างไรก็ตามการบอกความจริงยังต้องคำนึงถึงหลักความจริงในพระพุทธศาสนา และระดับการประเมินในการยอมรับความตายด้วย ดังที่ ลัญจนันต์ศักดิ์ อรรถนยากร (2559) กล่าวว่า ความจริงในพระพุทธศาสนามี 3 หลักการได้แก่ ความจริงต้องเป็นความจริง ความจริงต้องเป็นประโยชน์ และไม่ว่าความจริงนั้นจะน่าพอใจหรือไม่น่าพอใจ ต้องขึ้นกับกาลที่จะพูดออกไป ดังนั้นการบอกความจริงคือต้องยึดว่า ต้องเป็นความจริงและมีประโยชน์ แต่ต้องรู้จักกาลเทศะในการพูดพูดให้ได้มากที่สุดเท่าที่ผู้รับจะรับได้ พูดให้น้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นประโยชน์แก่ผู้รับ และควรหลีกเลี่ยงคำว่า End of Life ที่หมายถึงระยะสุดท้าย เพราะญาติอาจทราบความหมายและการแสดงออกของญาติสามารถทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ จึงอาจใช้ตัวย่อแทนในการพูด คือ EOL

3.4 แนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

Tacott Parsons (1972, pp. 55-57) ได้นำแนวคิดจาก Freud นักจิตวิทยาสังคมให้ ความสำคัญเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในเชิงเปรียบเทียบเหมือนว่า แพทย์คือพ่อ แม่และผู้ป่วยคือลูก นั่นคือ แพทย์ทำหน้าที่คอยให้การดูแลเอาใจใส่แก่ผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยหายดี

Parsons (1972) ได้นำเอาทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่มาอธิบายเรื่องบทบาทหน้าที่ทางสังคม (social role) และบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วย (sick role) โดยใช้กลไกเรื่องบทบาทของการเจ็บป่วยมาอธิบาย กล่าวคือ ผู้ป่วยคือ ผู้ที่คาดหวังและแสวงหาแพทย์ที่จะมารักษาตนให้ดีที่สุด บทบาทของแพทย์คือ ผู้ที่มีอำนาจในการดูแลรักษาผู้ป่วยเอาไว้ในช่วงระยะเวลาของการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยผู้ที่ยอมรับว่าป่วยจะถูกสังคมกำหนดบทบาทให้ ดังนี้

- 1) ได้รับความยกเว้นจากความรับผิดชอบในการแสดงบทบาททางสังคมตามปกติ ผู้ให้การยกเว้นในข้อนี้จะต้องเป็นผู้มีอำนาจในการรักษาพยาบาลโดยตรง เช่น แพทย์ พยาบาล
- 2) ได้รับความยกเว้นจากความรับผิดชอบสำหรับการป่วยหมายความว่าผู้ป่วยต้องได้รับการดูแล

3) เนื่องจากความเจ็บป่วยไม่ใช่สิ่งที่พึงปรารถนาผู้ป่วยจึงมีความต้องการอยากที่จะหายป่วย

4) ผู้ป่วยจึงต้องแสวงหาความร่วมมือที่จะทำให้ตนหายป่วย

ตารางที่ 2.1 Parson' Doctor-Patient System Model

บทบาทของผู้ป่วย (Sick role)	บทบาทของแพทย์ (Professional role)
บทบาทและหน้าที่ตามกฎหมาย	บทบาทด้านความคาดหวัง
1. ทำให้ตนหายดีเป็นปกติให้ได้	1. เป็นผู้กระทำการรักษาตามหลักประกัน
2. ค้นหาผู้มีความสามารถและมีเทคนิคในการช่วยเหลือดูแล	สุขภาพของผู้ป่วย (ให้เป็นไปอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน)
3. เชื่อมั่น ในการดูแล และยอมรับในความสามารถของแพทย์ (ความสัมพันธ์ไม่เท่าเทียมกัน)	2. สามารถให้คำแนะนำตามจรรยาบรรณที่แพทย์พึงมี
	3. สามารถประยุกต์พัฒนาทักษะด้านการรักษาผู้ป่วยให้หายได้
	4. มีความเป็นกลางในการรักษาผู้ป่วยทุกรูปแบบ

ที่มา: วิทยานิพนธ์เรื่อง พลวัตความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและผลต่อมุมมองของโรคเบาหวานของผู้ป่วย ศึกษากรณีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายหลังการใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (รุ่งกมล โพธิสมบัตติ 2553, น.33)

จากตารางที่ 2.1 แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่มีความสำคัญตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม โดยใช้กลไกการเจ็บป่วยมาอธิบาย ซึ่งแพทย์มีบทบาทหน้าที่ตามกฎหมายและตามความคาดหวังและเป็นผู้มีอำนาจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง อำนาจได้มาจึงเกิดขึ้นจากโครงสร้างบทบาทหน้าที่ทางสังคมและความสัมพันธ์แพทย์กับผู้ป่วย

R. Kaba, and P. Sooriaumaran, (2007, pp. 57-65) เสนอว่า Szasz and Hollender (1956) อธิบายเพิ่มเติมแนวคิดของ Parsons โดยได้เสนอรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยไว้ 3 รูปแบบ โดยนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ข้อ 2 เพื่อศึกษากระบวนการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก

1) *The model of activity-passivity* หมายถึง รูปแบบความสัมพันธ์แบบฝ่ายหนึ่งเป็นผู้กระทำและอีกฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ถูกกระทำ รูปแบบความสัมพันธ์เช่นนี้อยู่บนพื้นฐานระบอบการปกครองแบบปิตาธิปไตย ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับรูปแบบความสัมพันธ์แบบบิดามารดากับบุตร (ทารก) มีการโต้แย้งว่ารูปแบบความสัมพันธ์เช่นนี้เป็นความสัมพันธ์ที่ไม่ได้มีการปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ได้มีการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเลย เพราะการกระทำของบุคคลฝ่ายหนึ่งย่อมขึ้นอยู่กับการกระทำของอีกฝ่ายอยู่เสมอไม่ได้เป็นลักษณะของการร่วมมือกัน ซึ่งผู้ป่วยถือว่าเป็นผู้ที่สิ้นหวังและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงต้องการได้รับความช่วยเหลือจากแพทย์ที่มีความรู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าภายใต้ความสัมพันธ์เช่นนี้ แพทย์จะเป็นผู้ควบคุมสถานการณ์ทั้งหมด เพราะแพทย์เป็นผู้สั่งการในการรักษาผู้ป่วย ผู้ป่วยจะรอการคิดตัดสินใจและการรักษาจากแพทย์เสมอ ซึ่งรูปแบบวิธีการต่างๆ ที่แพทย์เลือกมาใช้จะขึ้นอยู่กับความชำนาญของแพทย์เป็นหลัก ส่งผลให้แพทย์เกิดความรู้สึกว่าอยู่ในตำแหน่งที่เหนือกว่าผู้ป่วยโดยสิ้นเชิง

2) *The model of guidance-co-operation* หมายถึง รูปแบบความสัมพันธ์แบบฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ให้คำแนะนำและอีกฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ปฏิบัติตาม ในความเป็นจริงแล้วผู้ป่วยก็คือผู้ที่มีสติ มีความรู้สึกและมีความปรารถนา ดังนั้นในช่วงที่เจ็บป่วยก็จะเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน วิตกกังวล และเจ็บปวด พวกเขาจะพยายามมองหาบุคคลที่สามารถจะมาช่วยเยียวยารักษาอาการเจ็บป่วยเหล่านั้นให้หาย ดังนั้นผู้ป่วยจึงคาดหวังว่าแพทย์จะเป็นผู้ที่ จะช่วยให้พวกเขาหายจากความเจ็บปวดได้ จึงพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างเต็มที่ อีกทั้งมอบตำแหน่งให้แพทย์มีสถานภาพเป็นผู้ที่มีอำนาจในความสัมพันธ์ที่เหนือกว่าตนเองด้วย แพทย์จึงมีหน้าที่ที่จะพูดคุยในลักษณะของการให้คำแนะนำต่างๆ และผู้ป่วยก็ปฏิบัติตามทุกอย่างโดยไม่ถามอะไรทั้งสิ้น จึงอธิบายได้ว่ารูปแบบความสัมพันธ์เช่นนี้เป็นความสัมพันธ์ เป็นต้นแบบของความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับบุตร (วัยรุ่น) โดยผู้วิจัยใช้ข้อนี้ในการวิเคราะห์หัวข้อประสงค์ข้อ 2 เพื่อศึกษากระบวนการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลักในกระบวนการสื่อสารบริบทแรกรับการรักษาและบริบทแจ้งอาการ โรค

3) *The model of mutual participation ; also advocated by Balint (1964)* หมายถึง รูปแบบความสัมพันธ์แบบการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าความเท่าเทียมกันในหมู่มนุษย์ ก็คือการที่มนุษย์ได้ประโยชน์ร่วมกัน ในรูปแบบความสัมพันธ์เช่นนี้แพทย์จะไม่บอกกว่าสิ่งที่เขารู้คือสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย พวกเขาได้มีการถกเถียงกันว่า ความเท่าเทียมกันในหมู่มนุษย์ มีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อโครงสร้างทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของความเสมอภาคและประชาธิปไตยเพื่อให้แนวคิดการมีส่วนร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วยสามารถคงอยู่ได้ต่อไป สิ่งสำคัญคือการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยบนพื้นฐานของการมีอำนาจที่เท่า

เทียมกันมีอิสระซึ่งกันและกัน และได้รับความพึงพอใจที่เท่าเทียมกัน สิ่งเหล่านี้เองจะสามารถทำให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองและจัดการกับโรคที่เผชิญได้ดีมากยิ่งขึ้น เพราะผู้ป่วยได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการรักษาอาการเจ็บป่วยของตนเอง พร้อมทั้งรับฟังคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญอยู่เสมอ โดยผู้วิจัยใช้ข้อนี้ในการวิเคราะห์วัตถุประสงค์ข้อ 3 เพื่อเสนอแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก

สอดคล้องกับงานวิจัยของ R. Kaba, P. Sooriakumaran เรื่อง The evolution of the doctor-patient relationship ที่ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ตามวิวัฒนาการความสัมพันธ์ของแพทย์กับผู้ป่วยมี 3 รูปแบบ ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 ความสัมพันธ์ของแพทย์กับผู้ป่วย Three basic models of the doctor-patient relationship

รูปแบบ	บทบาทของแพทย์	บทบาทของผู้ป่วย	รูปแบบการนำไปใช้	ภาพต้นแบบ
1. Activity-Passivity	เป็นฝ่ายกระทำบางสิ่งบางอย่างต่อผู้ป่วยเพียงฝ่ายเดียว	ผู้รับ (ไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งต่างๆได้ด้วยตนเอง)	เมื่อผู้ป่วยสลบ, ประสบอุบัติเหตุหรือได้รับบาดเจ็บอย่างฉับพลัน, อาการโคม่า กลุ่มคลัง	บิดามารดา กับ บุตร (ทารก)
2. Guidance-cooperation	บอกให้ผู้ป่วยทราบว่าจะกระทำการรักษาอย่างไรบ้าง	เป็นผู้ร่วมคิด (เชื่อฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เสมอ)	เมื่อผู้ป่วยอยู่ในสภาวะติดเชื้อมีอาการรุนแรง	บิดามารดา กับ บุตร (วัยรุ่น)
3. Mutual-Participation	ช่วยให้ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้	เข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาตนเองมากขึ้น (โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้ความช่วยเหลืออยู่เสมอ)	เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยอย่างเรื้อรังหรือเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต	ผู้ใหญ่กับ ผู้ใหญ่

จากตารางที่ 2.2 แสดงให้เห็นถึงวิวัฒนาการความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย โดยอธิบายตามบทบาทของแพทย์ และผู้ป่วย ใน 3 รูปแบบที่แตกต่างกัน เปรียบเทียบกับภาพ

ต้นแบบตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นที่แพทย์มีอำนาจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง อำนาจที่เป็นไปตามบทบาทหน้าที่ทางสังคมและความสัมพันธ์แพทย์กับผู้ป่วยในแบบพ่อกับลูกกับแบบผู้ใหญ่กับผู้ใหญ่

ดังที่พระไพศาล วิสาโล (2548) กล่าวว่า ส่วนหนึ่งที่สำคัญในการทำงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องอาศัยการทำงานระหว่างทีมต่างๆ ทั้งในส่วนของทีมบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งญาติของผู้ป่วยจึงทำให้ผลที่ได้รับในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ค่อยประสบความสำเร็จเท่าที่ควรจะเป็น

Trummer (2005) ได้กล่าวไว้ว่า การติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นที่ยอมรับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญในกระบวนการดูแลรักษาให้มีคุณภาพ แต่บริบทรอบๆ ตัวก็มีผลกระทบต่อสื่อสาร เช่น ความเอาใจใส่ของสังคม พฤติกรรมที่แสดงออก หลักเกณฑ์ในการสื่อสารเป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นตลอดเวลาในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มต้นเข้าโรงพยาบาล การผ่าตัด การรักษาตัว และการให้ความรู้เมื่อกลับบ้าน

Epstein (2005) กล่าวไว้ว่า การสื่อสารโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนั้นถือว่าเป็นส่วนประกอบสำคัญ ที่ทำให้ระบบการดูแลสุขภาพมีคุณภาพสูงขึ้น โดยมองที่

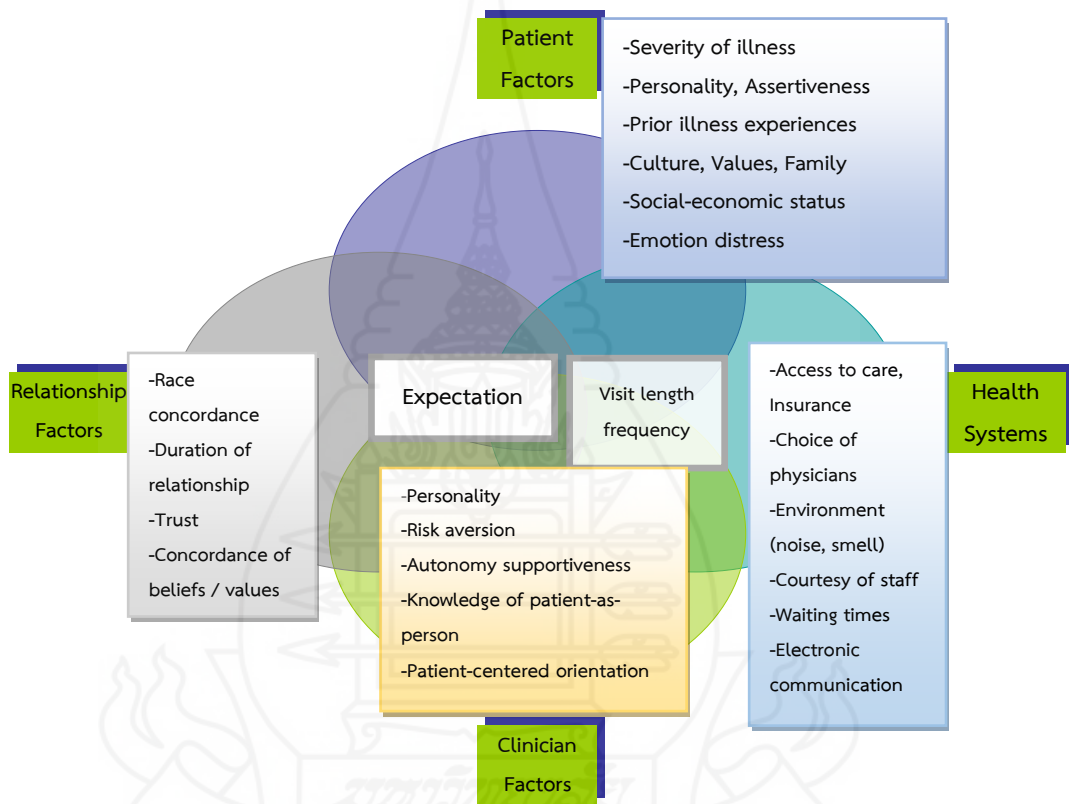
- 1) การทำความเข้าใจมุมมองของผู้ป่วย ซึ่งเกี่ยวข้องกับความคิด ความคาดหวัง ความต้องการ และความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้น
- 2) เข้าใจผู้ป่วยในบริบทสังคมที่ผู้ป่วยอยู่
- 3) แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทำความเข้าใจในปัญหา รวมทั้งการรักษาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยคงไว้ซึ่งคุณค่าในตัวผู้ป่วย
- 4) ช่วยเสริมพลังอำนาจ รวมทั้งเสนอแนวทางที่ผู้ป่วยสามารถเลือกได้ มีการกล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดต่อสื่อสารในระบบบริการสุขภาพ ประกอบไปด้วย

1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย (patient factors) ได้แก่ Severity of illness Personality, Assertiveness Prior illness experiences Culture, values, Family Social-economic status Emotion distress หมายถึง ต้องให้ความสำคัญเกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ลักษณะส่วนบุคคล ประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เศรษฐฐานะ อารมณ์ความนึกคิด

2) ปัจจัยด้านระบบสุขภาพ (health systems factors) ได้แก่ Access to care, Insurance, Choice of physicians, Environment (noise, smell), Courtesy of staff, Waiting times, Electronic communication หมายถึงความเกี่ยวข้องกับการเลือกแพทย์ที่จะรักษา ระบบสิ่งแวดล้อม (เสียง กลิ่น) ระยะเวลาในการรักษา

3) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ (relationship factors) ได้แก่ Race concordance, Duration of relationship, Trust, Concordance of beliefs / Values ประกอบด้วย ระยะเวลาของสัมพันธ์ภาพ ความไว้วางใจเชื่อใจความเชื่อของบุคคล

4) ปัจจัยด้านแพทย์ผู้รักษา (clinician factors) ได้แก่ Personality, Risk aversion, Autonomy supportiveness, Knowledge of patient-as-person, Patient-centered orientation ประกอบด้วย บุคลิกภาพ ความไม่ชอบ ลักษณะความเป็นตัวตนของบุคคล ประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 4 ด้านในกระบวนการสื่อสาร ดังภาพที่ 2.2 ดังนี้



ภาพที่ 2.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสื่อสาร โดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ที่มา: The Rochester center to improve Communication in Healthcare

จากภาพที่ 2.2 แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ หรือความเกี่ยวข้องกันระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่สำคัญ เช่น ปัจจัยผู้ป่วยกับปัจจัยความสัมพันธ์ทำให้เกิดความคาดหวังในการรักษาและนอกจากการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยแล้วยังมีบริบทรอบๆ ตัวก็มีผลกระทบต่อการสื่อสารทั้งสิ้น

Stewart (2001) การใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแลแบบองค์รวมนั้นต้องประกอบไปด้วย การมีปฏิสัมพันธ์อย่างเฉพาะระหว่างผู้ป่วย แพทย์ อย่างไรก็ตามระบบการดูแลสุขภาพและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ยังมีโครงสร้างที่จะเจาะจงลงไป อันประกอบด้วย

1) พื้นฐานของทฤษฎีของการสื่อสารจะมองส่วนประกอบที่เน้นที่การสื่อสารที่ดี และควรขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคล

2) กระบวนการที่สำคัญคือ ต้องนำความคิดและมุมมองของผู้ป่วยออกมา

3) การสื่อสารเป็นพฤติกรรมส่วนบุคคล โดยอยู่บนพื้นฐานของปฏิสัมพันธ์ ดังนั้นพฤติกรรมที่แพทย์แสดงออกมาเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของผู้ป่วยด้วย

(1) การสื่อสาร โดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นการประยุกต์รูปแบบการให้คำปรึกษาซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย และผู้ป่วยแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน รูปแบบจึงมีความยืดหยุ่น ได้ตามความเหมาะสม

(2) ควรระมัดระวังในการตีความระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพจะเป็นปัจจัยทำให้เกิดการปะทะระหว่างผู้ป่วยและแพทย์

การสื่อสารจะประสบความสำเร็จต้องอาศัยการสร้างสัมพันธภาพและกระบวนการสื่อสารที่ดี ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักถือเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะทำให้กระบวนการสื่อสารประสบความสำเร็จ โดยยึดหลักเป็นเพื่อนคิดให้การปรึกษาแทนแนวคิดเดิมซึ่งเป็นเรื่องของผู้เชี่ยวชาญและข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ บุคลากรทางสุขภาพควรเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักด้วยการทักทาย การแนะนำตัว การถามความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลหลักก่อนที่จะเข้าสู่การรับฟังปัญหาและความกังวลของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ฟังตระหนักว่าการสร้างสัมพันธภาพควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องในระหว่างกระบวนการสื่อสาร โดยมิได้หยุดอยู่ในช่วงทักทายและแนะนำตัวเท่านั้น

ดังนั้นกระบวนการสื่อสารจึงเป็นสิ่งสำคัญ การใช้เวลาผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาและความกังวลใจของตนเอง โดยสนับสนุนแนวคิด “ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” เป็นทางออกที่ผู้เชี่ยวชาญด้านการสื่อสารเชื่อว่า จะช่วยแก้ไขและป้องกันความขัดแย้งที่เกิดจากการสื่อสาร การฟังผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเล่าเรื่องราวของตนด้วยความใส่ใจจึงเป็นทักษะที่ต้องการฝึกฝน ทำความเข้าใจซึ่งปัญหาและความกังวลใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักก่อน ถึงขั้นตอนการแก้ปัญหาหรือให้ข้อมูลต่างๆ การเข้าใจปัญหาและความกังวลใจของผู้ป่วยและญาติ โดยเลือกใช้ข้อมูลเท่าที่จำเป็น จะช่วยประหยัดเวลาที่เรามักใช้กับการให้ข้อมูลจำนวนมาก ซึ่งมักเป็นข้อมูลทั่วไปที่ครอบคลุมในแนวกว้างจนเกินไป และมีใช้ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการรับฟังจริงๆ (ชิษณุ พันธุ์เจริญ และจรงค์จิตร งามไพบุลย์, 2552, น. 84)

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเปรียบเสมือนหัวใจหลักในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะการสื่อสารที่ดีนำไปสู่การสร้างสัมพันธภาพอันอบอุ่นเต็มไปด้วยความไว้วางใจ ภายใต้อสัมพันธภาพนี้ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้แลกเปลี่ยนความคิด ทศนคติต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยได้ยกระดับภาวะจิตใจจากความไม่มั่นคงไปสู่ความหนักแน่นมั่นคงยิ่งขึ้น โดยมีหลักการในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายดังนี้ (ชัชฎา พันธุ์เจริญ และ จรุงจิตร์ งามไพบุลย์, 2552, น. 42-46)

1) การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นขั้นตอนและต่อเนื่อง เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ต้องสื่อสาร แพทย์มักกังวลหรือรังเกียจที่จะสื่อสารกับผู้ป่วย บ่อยครั้งที่ทำให้รู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ และเกิดผลความไม่มั่นใจในการรักษา ขณะเดียวกันแพทย์สามารถพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นขั้นตอน โดยช่วงแรกอาจยังได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน แต่การพูดคุยเพื่อให้เกิดความเข้าใจจะทำได้ง่ายกว่า ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติปรับตัวปรับใจได้เร็วขึ้น โดยเฉพาะการประเมินด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยทำการประเมินติดตามเป็นระยะๆ และให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม ซึ่งต้องอาศัยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ควรให้โอกาสผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจร่วมกับทีมบุคลากรทางสุขภาพ

2) การดูแลผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวม เมื่อคนในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยรุนแรง เรื้อรัง จะมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การมุ่งเน้นดูแลแต่ผู้ป่วยอย่างเดียวคงไม่ได้ จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับสมาชิกในครอบครัวที่มีความใกล้ชิดและมีความสำคัญ (key person) กับผู้ป่วย เป็นการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) มีความสำคัญอย่างยิ่งและต้องการสื่อสารที่เหมาะสม ดังนั้น นอกจากการสื่อสารกับผู้ป่วยแล้ว ควรพูดคุยกับผู้ดูแลหลักด้วย โดยเฉพาะเรื่องสำคัญๆ เช่น การแจ้งข่าวร้าย (telling bad news) และประเด็นที่ต้องการตัดสินใจจากครอบครัว

มุมมองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีหลากหลายมิติ และอาจเปลี่ยนไปตามกาลเวลาและสภาพของผู้ป่วย บางครั้งทีมรักษาพยาบาลต้องการให้ทุ่มเทเพื่อการรักษาต่อไป ในขณะที่ญาติไม่ต้องการให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษา และในทางกลับกัน บางครั้งทีมรักษาพยาบาลเห็นว่าหมดหวังที่จะรักษาต่อไปและอยากให้อุทิศการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยทรมานน้อยที่สุด ในขณะที่ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยยังอยากให้ทุ่มเทและทำการรักษาเพื่อยืดอายุของผู้ป่วยต่อไป ทีมบุคลากรทางสุขภาพ ควรพูดคุยในลักษณะปรึกษาหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อหาทางออกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ทีมบุคลากรทางสุขภาพต้องยอมรับความคิดเห็น ความเชื่อและการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักซึ่งอาจไม่ตรงกับความคิดเห็นของทีมบุคลากรทางสุขภาพก็ได้ ซึ่งทีมบุคลากรทางสุขภาพ ไม่มีหน้าที่ไปตัดสินใจให้กับผู้ป่วยและญาติ แต่ควรมีบทบาทในการทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง เกี่ยวกับรายละเอียดและเหตุผลในการตัดสินใจของแต่ละครอบครัว

3) การให้โอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยคนอื่น การให้โอกาสผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้พบกับผู้ป่วยคนอื่นที่เจ็บป่วยจากโรคเดียวกันจะทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น สามารถปรับประคับประคองภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยและญาติได้ และหาทางออกในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ ทีมบุคลากรทางสุขภาพควรจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่มีลักษณะโรคเดียวกันหรือคล้ายกันมาพบปะกัน (peer group) โดยสมาชิกในทีมบุคลากรทางสุขภาพ จะทำหน้าที่ในการนำกลุ่มเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจและความรู้สึกให้เป็นไปในลักษณะสร้างสรรค์ ช่วยขยายประเด็นที่เขามีความสนใจ ทำความเข้าใจในประเด็นต่างๆ ให้มีความชัดเจน และสรุปเนื้อหาทำกิจกรรม

4) การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ในช่วงชีวิตคนเรามีหลายกิจกรรมที่ยังไม่ได้ทำ และโดยเฉพาะในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเต็มที่ ทีมบุคลากรทางสุขภาพต้องชี้แนะให้ผู้ดูแลหลักเห็นถึงความสำคัญในเรื่องดังกล่าวและช่วยให้เกิดความเป็นไปได้ การผ่อนคลายกฎระเบียบบางอย่าง เช่น ให้อาตมิผู้ชายเฝ้าผู้ป่วยได้ การเพิ่มเวลาเยี่ยมให้นานขึ้น ให้เด็กเล็กมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะยินยอมให้จัดกิจกรรมตามความเชื่อของผู้ป่วย เป็นต้น โดยผู้วิจัยใช้ประเด็นการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนี้ในการวิเคราะห์วัตถุประสงค์ข้อ 3 เพื่อเสนอแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วย มะเร็งและผู้ดูแลหลัก

4. แนวคิดเกี่ยวกับชีวิตและความตาย

เพราะชีวิตและความตายเป็นเรื่องของคู่กัน ความหมายของชีวิต (The meaning of life) แตกต่างกันไปตามวิธีการมองแต่ละบุคคลตลอดจนสังคมและวัฒนธรรม ความหมายของชีวิตยังเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของแต่ละบุคคลในการค้นหาและแสวงหาคำตอบเกี่ยวกับชีวิตในมิติต่างๆ ที่ส่งผลต่อการให้ความหมายของแต่ละคน

เมื่อการเกิดและการตายมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันการอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตกับการตายอย่างสงบจึงเป็นเรื่องเดียวกันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งต้องอยู่ภายใต้บริบทสังคมและชุมชนที่ช่วยเหลือกัน ดังที่โกมาตร เสดียรทรัพย์ (2550) กล่าวว่า การทำความเข้าใจเรื่องราวความตายในมิติทางสังคมและวัฒนธรรมในท้องถิ่นต่างๆ และกลุ่มคนที่ต่างชาติพันธุ์กันจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะการศึกษาความตายในเชิงประวัติศาสตร์ที่สามารถแสดงให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงในวิถีคิดต่อความตายที่ไม่คงที่ในทุกสังคม

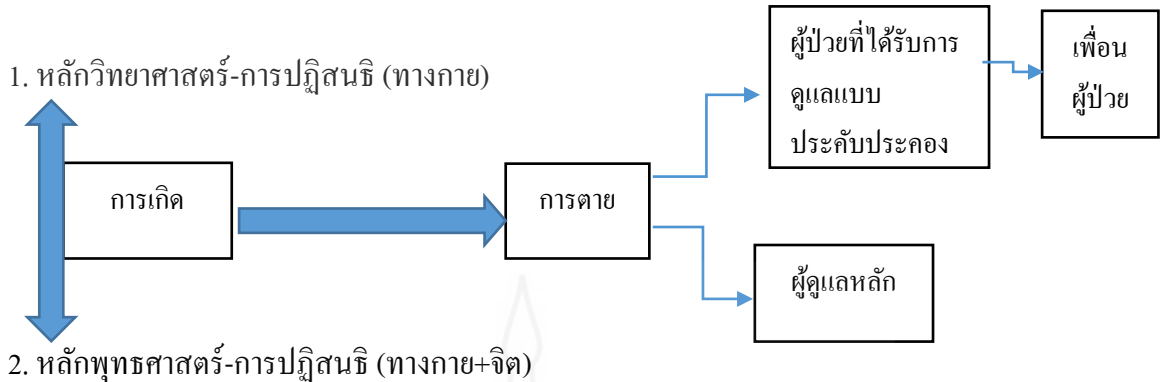
ในหัวข้อนี้ ผู้วิจัยจะอธิบายใน 3 ประเด็นคือ (1) ชีวิตและความตายเป็นของคู่กันตามแนวคิดทางพุทธศาสนา (2) แนวคิดความหมายความตาย (3) ความหมายความตายกับการตายดี และ (4) ความตายในมุมมองต่างๆ โดยนำแนวคิดของเอมอซมา (รัตนรัสมิ) วัฒนบูรานนท์ และ เอกภพสิทธิวรรณธนะ มาอธิบายวัตถุประสงค์ข้อ 1 เพื่อศึกษาการประกอบสร้าง ความหมายความตาย ดังต่อไปนี้

4.1 ชีวิตและความตายเป็นของคู่กัน

Sogyal Rinpoche (2558, น. 9) กล่าวว่า ชีวิตกับความตายนั้นแยกจากกันไม่ออก เปรียบเสมือนเหรียญสองด้าน หากมองให้ลึกแล้ว ชีวิตกับความตายใกล้ชิดยิ่งกว่านั้นจนสามารถพูดได้ว่ามันเป็นเรื่องเดียวกัน ชีวิตกับความตายเป็นเรื่องเดียวกันเพราะเราอยู่อย่างไรก็ตายอย่างนั้น ถ้าเราอยู่โดยไม่สนใจพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ความตายของเราจะมี “คุณภาพ” ที่ดีไม่ได้เลย และในทางกลับกัน ถ้าเรามีทำที่ถูกต้องต่อความตาย เราก็จะมีทำที่ถูกต้องต่อชีวิต คนที่เข้าใจความตายเป็นเรื่องเดียวกันก็จะเข้าใจชีวิตและรู้จักใช้ชีวิตทุกขณะอย่างมีคุณค่า ยิ่งไปกว่านั้น หากเราเชื่อเรื่องภพชาติหลังตาย ก็ย่อมตระหนักว่าเราตายอย่างไร “ชีวิตใหม่” ก็จะเป็นอย่างนั้น

ทัศนคติของคนทั่วไปในสังคมปัจจุบันที่มองว่า ความตายเป็นภาวะที่อยู่กันคนละขั้วหรือแยกขาดกับชีวิต เป็นการสิ้นสุดของชีวิต ทำให้บางคนมองความตายเป็นเรื่องของความสูญเสีย พลัดพราก และความเจ็บปวดทรมานและถ้าเทียบระหว่างการมีชีวิตกับความตาย ความตายเป็นเรื่องของอนาคต เป็นสิ่งที่มนุษย์หลายคนหวาดกลัวหรือไม่ต้องการ ด้วยความคิดนี้เอง จึงทำให้ต้องมีการยืดระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตให้นานที่สุด (กัญญฐิตา ศรีภา, 2554, น. 1)

มนุษย์เราต่างเวียนว่ายตายเกิดหมุนเวียนไป แต่จะมีกี่คนที่รู้จักที่มาของการเกิดที่แท้จริง ดังที่พระอาจารย์มั่น ภูริทัตตะเถระ กล่าวในหนังสือ “มุตโตทัย” ในเรื่องมูลการของสังสารวัฏฏ์ ให้ความสำคัญถึงการเกิดว่า คนเราทุกรูปนามที่ได้กำหนดมาเป็นมนุษย์ล้วนแล้วแต่มีที่ก่อกำเนิดขึ้นคือ มีบิดามารดาเป็นแดนเกิด แต่มีจิตดั้งเดิมประกอบไปด้วยความหลง จึงมีเครื่องต่อของอวิชชาเกิดขึ้น เมื่อมีอวิชชาแล้วจึงเป็นปัจจัยให้ปรุงแต่งเป็นสังขารพร้อมกับความเข้าไปยึดถือ จึงเป็นภพชาติคือต้องเกิดก่อต่อกันไป ท่านเรียกปัจจัยการ เพราะเป็นอาการสืบต่อกันไป นอกจากนี้ยังได้กล่าวว่าตัวของเรานี้แล อันได้กำเนิดเกิดมาเป็นมนุษย์ซึ่งเป็นชาติสูงสุด เป็นผู้เลิศตั้งอยู่ในฐานะอันเลิศด้วยดีสามารถนาค้นเข้าสู่มรรคผลเข้าสู่พระนิพพานอันบริสุทธิ์ได้แล ทุกอย่างอาศัยอาการของจิตเข้าไปยึดถือเอาสิ่งทั้งปวงเหล่านั้นมาหลายภพหลายชาติ จึงเป็นเหตุให้เป็นไปตามสมมตินั้น อาการของจิตนั้นแลไม่เที่ยง เมื่อเห็นจริงลงไปแล้วก็เป็นเครื่องแก้อาการของจิตจึงปรากฏขึ้นว่า สังขารทั้งหลายที่เที่ยงแท้ไม่มี สังขารเป็นอาการของจิตต่างหาก (พระอาจารย์มั่น ภูริทัตตะเถระ, 2556, น. 17) ดังภาพที่ 2.3



ภาพที่ 2.3 ความสำคัญของการเกิดทางพุทธศาสตร์

ที่มา: นพ. ชวซ์ จายนีโยธิน ผู้ก่อตั้งกองระบาศวทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

จากภาพที่ 2.3 ที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเกิดในหลักคิดทางวิทยาศาสตร์และพุทธศาสตร์ที่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากหลักตะวันตกที่เป็นวิทยาศาสตร์จะมองเฉพาะการเกิดทางกายอย่างเดียว แต่หลักพุทธศาสตร์แบบไทยจะให้ความสำคัญที่ใจ (จิต) ด้วย ซึ่งทำให้การมองความตายของตะวันตกที่ยึดทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เน้นเครื่องมืออุปกรณ์ ต่างจากหลักพุทธศาสตร์ที่ให้ความสำคัญกับความรู้สึกภายในจิตใจของผู้ป่วย โดยเฉพาะประเทศไทยนั้นให้ความสำคัญสัมพันธ์กับมิติทางศาสนาเป็นหลัก โดยเฉพาะการเรียนรู้ความตายอย่างสงบนั้น ไม่มีอะไรดีไปกว่าการได้มีประสบการณ์สัมผัสกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย พระไพศาล วิสาโล (2549) กล่าวว่า การได้เป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากจะเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยที่มีเพื่อนคอยรับฟังและช่วยเหลือทางด้านจิตใจแล้ว ยังได้ประโยชน์ไม่น้อยกว่าตัวผู้ป่วยเพราะการได้สัมผัสและดูแลผู้ป่วยเหล่านั้นอย่างใกล้ชิดมีพลังพอที่จะกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และใคร่ครวญชีวิตของตนเองอย่างจริงจัง ซึ่งในสิ่งแวดล้อมหรือในชีวิตประจำวันปกติไม่สามารถจะทำได้ (สุวรรณกมล จันทร์มะโน, 2558, น.318)

4.2 ความหมายของความตาย

ความตายเป็นสิ่งที่มนุษย์ รวมทั้งสิ่งมีชีวิตทั้งหลายไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เป็นกฎธรรมชาติที่แน่นอนที่สุด แม้ความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในปัจจุบันจะเจริญรุดหน้าไปมาก แต่ไม่สามารถเอาชนะความตายได้ ทำได้เพียงชะลอความตายและบรรเทาความเจ็บป่วยทุกข์ทรมานออกไปเท่านั้น และเมื่อความตายเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องพบเจอจึงเป็นสิ่งที่ต้องเรียนรู้และศึกษา ดังที่ เอมอัชมา (รัตนริมจง) วัฒนบูรานนท์ (2554) กล่าวว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความตาย จึงเป็นเรื่องที่บุคคลควรที่จะเรียนรู้ เพื่อให้สามารถปรับตัวและปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง เมื่อมีความตายหรือภาวะใกล้ตายเกิดขึ้น

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 (2546, น.460) ให้ความหมายของคำว่า ตาย ไว้ว่าหมายถึง สิ้นใจ สิ้นชีวิต ไม่เป็นอยู่ต่อไป สิ้นสภาพของการมีชีวิต หากเป็นคำประกอบท้ายประโยคหรือหน้าประโยคจะหมายความว่า เย่ เต็มที่ หรือยิ่งนัก เช่น ร้อนจะตาย อึ้งตาย ตายแล้ว เป็นต้น

คำว่า ตาย ในภาษาไทยนั้น ทุกคนเหมือนจะเข้าใจกันดีว่าหมายถึง การสิ้นชีวิตในทางกายภาพ แต่เมื่อพิจารณาไปในรายละเอียด จะพบว่า ตาย มีความหมายและมีมุมมองที่หลากหลาย ตั้งแต่คำว่า Death หรือความตาย กับคำว่า Dying หรือการตาย และ Mortality หรือภาวะการตาย มีความแตกต่างกัน

คำว่า ความตาย (Death) มีที่มาจากคำกริยาในภาษาเยอรมันกับภาษาอินโด-ยูโรเปียนว่า dheu ซึ่งเหมือนกับคำว่า die ในภาษาอังกฤษซึ่งจะแปลตามตัวได้ว่า act or process of dying คือภาวะการสิ้นสุดลงของชีวิตเป็นสภาวะของผู้ที่ตายไปแล้ว หรือสภาวะนามธรรมที่บ่งถึงการที่คนๆ หนึ่งไม่อยู่ในโลกนี้อีกแล้ว ในพจนานุกรมอเมริกัน (American Heritage Dictionary) ให้ความหมายคำว่า Death ว่าคือ ภาวะการสิ้นสุดของชีวิตหรือของปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่ง (สราวุธ ษะการ, 2555, น.25)

ส่วนคำว่า การตาย (Dying) เป็นกระบวนการที่นำไปสู่ความตายและการปฏิบัติต่อคนที่กำลังจะตาย และคำว่า ภาวะการตาย (Mortality) หมายถึงปรากฏการณ์ของความตายที่เน้นในเชิงจำนวนมากๆ เช่น การตายเพราะโรคระบาด เป็นต้น และให้ความหมายในเชิงอัตราการตายหรืออัตราการสูญเสียและส่วนใหญ่ใช้เป็นศัพท์ทางวิชาการด้านประชากรศาสตร์ (กฤตยา อาชวนิจกุล และ วรชัย ทองไทย, 2549, น. 8-9)

สำหรับความหมายของความตาย แม้ว่าแต่ละคนต่างรู้ดีว่าสรรพสิ่งในโลกล้วนมีเกิดและดับไปเป็นธรรมดา แต่หากต้องเอ่ยถึง ผู้คนส่วนใหญ่ยังคงกลัวความตาย ไม่อยากคิด ไม่อยากพูดถึง และไม่อยากให้ความตายเกิดกับตนเองหรือกับคนรู้จักใกล้ชิดผู้เป็นที่รักเพราะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเศร้าโศกเสียใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่ต้องเผชิญความตายอันใกล้ที่ไม่อาจล่วงรู้ได้

เมื่อความตายถูกมองว่า “อัปมงคล” “น่ากลัว” เหตุผลก็คือคนส่วนใหญ่ในปัจจุบันไม่รู้จักและไม่เข้าใจความตาย เพราะความตายถูกทำให้เป็นเรื่องไกลตัว Philippe Aries นักประวัติศาสตร์สังคมให้ทรรศนะไว้ว่าน่าสนใจว่า ในอดีตความตายเป็นเรื่องที่ใกล้ตัว ใกล้ชิด การตายมักจะเกิดที่บ้านและคนในครอบครัวก็จะเป็นที่รับรู้และเข้าใจความตาย (ถาวร หลุยยะพงศ์, 2561) ดังนั้นหากว่ามีบุคคลใกล้ชิดหรือคนรู้จักเสียชีวิตลง ก็อาจรู้สึกถึงความตายได้ หรือหากเมื่อต้องประสบเหตุการณ์ที่เสี่ยงชีวิตก็มักจะมีความรู้สึกหวาดกลัวในเรื่องความตายขึ้นมา ความรู้ความเข้าใจ

เกี่ยวกับความตาย จึงเป็นเรื่องที่บุคคลควรจะเรียนรู้ เพื่อให้สามารถปรับตัวและปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง เมื่อมีความตายหรือภาวะใกล้ตายเกิดขึ้น (เอมอชมา (รัตนริมจง) วัฒนธรรมานนท์, 2554, น.1) สอดคล้องกับท่านพุทธทาสภิกขุกล่าวไว้ว่า การเรียนรู้ชีวิตใกล้ตาย ทำให้มีปัญญาที่สมบูรณ์ขึ้น เราจะศึกษาความเจ็บ ความตาย ความทุกข์ให้มันชัดเจน ไม่สบายทุกข์ที่กลัดกลืนทุกข์ที่เหมือนกัน การตายเป็นหน้าที่ของสังขารอย่างไม่มีทางเปลี่ยนแปลงแก้ไข นอกจากการต้อนรับให้ถูกวิธี (พุทธทาสภิกขุ, 2548, น. 4)

ท่านพุทธทาสภิกขุพูดเสมอว่า “ตายเสียตั้งแต่ยังไม่ตาย” คือ มรณานุสติ ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่สำคัญอย่างหนึ่งของชาวพุทธ ถ้านึกถึงความตายไว้เสมอๆ ว่า คนเราเกิดมามีความตาย เป็นธรรมดา หรือหัดตาย หรือฝึกจิตรับความตายไว้ทุกวัน จิตใจจะได้ไม่กำเริบลอคองหังการลง ทำให้มีความสงบและอิสระ (ประเวศ วะสี, มปป.) ตั้งแต่การปฏิสนธิจนคลอดออกมาเป็นทารก ในทางพุทธศาสนาบอกว่าชีวิตประกอบด้วย ชั้น 5 คือ รูปธรรม (corporeality) ประกอบด้วยอวัยวะ ภายนอก ภายในร่างกายหลายอย่าง ซึ่งทำหน้าที่เพื่อให้ชีวิตดำรงอยู่ เวทนา (feeling หรือ sensation) เป็นความรู้สึกต่างๆ ทุกข์ๆ เฉยๆ สัญญา (perception) คือ การกำหนดได้ การรับรู้ในลักษณะต่างๆ ทำให้จำอารมณ์นั้นได้ สังขาร (mental formations หรือ volitional activities) เป็นเครื่องปรุงของจิต ของความคิด ของกรรม วิญญาณ (consciousness) เป็นความรู้แจ้งอารมณ์

ความหมายของความตาย โดยสังคมทั่วไป ความตายมักถูกสื่อความหมายในแง่ลบ คนส่วนใหญ่มักมีความเข้าใจความตายเป็นเรื่องอัปมงคล เป็นสัญญาณของความสูญเสีย ความพลัดพราก และความเศร้าโศกเสียใจ อีกทั้งยังเป็นเรื่องไม่พึงปรารถนาของคนทุกๆ ไป บุคคลส่วนใหญ่ จึงหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวถึงความตายตรงๆ โดยการใช้ศัพท์อื่นๆ ที่ทำให้ความตายมีความหมายในทางที่ดีขึ้นเช่น ไปสวรรค์ สู่อุคติ ไปดี รวมถึงหลีกเลี่ยงจะกล่าวถึงสิ่งที่เป็นลางนำไปสู่ความตาย เช่น ชะตาขาด ดวงถึงฆาต แม้แต่ในงานมงคลก็มักห้ามพูดถึงเรื่องความตายเพราะเชื่อว่าจะเกิดสิ่งที่ไม่ดีตามมาแก่ผู้พูด และแม้คนทั่วไปจะพูดถึงเรื่องความตายเหมือนกัน แต่เราก็ไม่อาจแน่ใจได้ว่าบุคคลเหล่านั้นจะเข้าใจเรื่องความหมายความตายตรงกัน ทั้งนี้พิจารณาจากการให้นิยามเกี่ยวกับความตาย ซึ่งพบว่ามี ความซ้ำซ้อนเกิดขึ้นกับความหมายของคำๆ นี้อยู่ไม่น้อย

ขณะที่ Avery D. Weissman (1972) กล่าวถึงเรื่อง Personal meaning of death โดยได้กลั่นกรองทัศนคติเกี่ยวกับความตายและความหมายแบ่งได้ 4 กลุ่มใหญ่ คือ

- 1) ความตายเป็นมายา (illusion) และเป็นการขยายขอบเขตของชีวิต เป็นจุดเริ่มต้นของชีวิตอีกรูปแบบหนึ่ง ดังนั้นความตายจึงเป็นเพียงการเปลี่ยนสถานภาพไม่ใช่การสิ้นสุด
- 2) ความตายเป็นความจริงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ของชีวิต เป็นการเผชิญหน้ากับความจริง เป็นการสิ้นสุดของการรวมกันของสังขารไม่มีใครหนีได้

3) ความตายเป็นคำอธิบายและการไถ่บาปของชีวิต เป็นการตัดสินครั้งสุดท้ายต่อการดำรงชีวิตที่ผ่านมา ซึ่งจะนำมาสู่การลงโทษหรือการให้รางวัล

4) ความตายเป็นความพ่ายแพ้ และเป็นเหตุฉุกเฉินของชีวิต เป็นโศกนาฏกรรมทำให้ชีวิตหมดคุณค่า แสดงถึงความล้มเหลวและไร้สาระ แต่ทั้งหมดนี้ก็ขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตนั่นเอง

จากการศึกษาที่ผ่านมา มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับความตายไว้อย่างหลากหลาย ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน สะท้อนถึงความตายว่าไม่ได้เป็นเรื่องเพียงมิติทางกายภาพ ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากแพทย์สมัยใหม่ หากแต่ความหมายแตกต่างออกไปตามแต่ละสังคมวัฒนธรรม โดยพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2556) อธิบายความหมายของความตายไว้ หมายถึง “สภาพของการสิ้นใจ สิ้นชีวิต ไม่เป็นอยู่ต่อไป สิ้นสุดการมีชีวิต ไม่มีการเคลื่อนไหวได้เอง”

ส่วนความหมายในทางการแพทย์นั้น ในพจนานุกรมแพทยศาสตร์ วิทยา เทียงบูรณธรรม, และเกษม เทียงบูรณธรรม (2541, น.146) ได้นิยามความหมายของความตายไว้ใกล้เคียงกัน โดยกล่าวถึงความตายในแง่ของการหยุดทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ที่สำคัญอย่างถาวร อันได้แก่สมอง ระบบหายใจ และระบบหมุนเวียนโลหิต ในขณะที่เมื่อพิจารณาความหมายของการตายและความตายในทางคหิชาชาวบ้าน จะพบการอธิบายความหมายของการตายและความตายที่ต่างออกไป ดังที่เสฐียรโกเศศ (2505, น. 90) ได้กล่าวถึงการตายและความตายตามความเชื่อของคนในสมัยก่อน ในประเพณีเนื่องในการตาย ไว้ว่า “วิญญาณเป็นผู้ทำให้คนและสัตว์มีชีวิตกระตุกระตือรือร้น ถ้าคนหรือสัตว์หลับหรือตายไปก็เป็นเพราะว่าวิญญาณออกจากร่างไป คือเมื่อนอนหลับวิญญาณออกไปชั่วคราว ส่วนตายนั้น เป็นเพราะวิญญาณออกไปเลยไม่กลับคืนสู่ร่างกายอีก” ดังนั้นความตายในความหมายนี้ก็คือการที่วิญญาณแยกออกจากร่างกายไปเด็ดขาด มนุษย์ในสมัยนั้นจึงเห็นว่าการนอนหลับกับการตายไม่แตกต่างกัน เพียงแต่ตายนั้นเป็นการหลับที่นานจนไม่ตื่นขึ้นมาอีก (กัญญ์ฐิตา ศรีภา, 2554, น. 19) นอกจากนี้ความตายยังมีความหมายในมิติแตกต่างกันไปตามภาวะแวดล้อมอีกด้วย

ในคัมภีร์พระพุทธศาสนา (สุชญา ศิริชัยภร, 2552, น.40) นั้น ได้กล่าวถึงความตายไว้ว่า ความตายเป็นการทอดทิ้งร่างกายไว้หรือการขาดสิ้นชีวิตในภพหนึ่งๆ หรืออาจกล่าวได้ว่าความตายคือ การหมดสิ้นลมหายใจ ความขาดสูญของชีวิตในภพหนึ่งๆ หรือการที่ร่างกายแตกสลาย ไม่มีการเคลื่อนไหว อวัยวะทุกส่วนหยุดการทำงานลง (สนใจโปรดดู เอ็มอัชมา วัฒนบูรานนท์, 2554)

ดังที่ เพียว เกษตรสมบูรณ์ (2538, น.125-126) ให้ความเห็นว่า ความหมายของความตายมีความหลากหลาย เช่น สังคมบอกว่าความตายน่ากลัว ไม่อยากพูดถึง ทางการแพทย์ยึดที่สมองตาย พระถือว่ากระบวนการตายเป็นเรื่องของธรรมชาติ ทางกฎหมายถือว่าการหยุดหายใจ ฯลฯ คนเรากลัวตายเพราะกลัวความทุกข์ทรมาน ไม่มีความเข้าใจว่าตายแล้วไปไหน ในสังคมไทย

วัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่บ้านจะเหมาะสมกว่า ขณะที่สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเหมาะสมกับสังคมตะวันตกที่ไม่มีญาติดูแลมากกว่า อีกประเด็นคือในระบบของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาลมีหน้าที่ทำตามคำสั่งแพทย์ ขาดอำนาจในการตัดสินใจ โดยเฉพาะปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาใช้ เป็นการขัดขวางการสัมผัสคนไข้ของพยาบาล ตัวบุคลากรเองยังมีปัญหาว่ากลัวตาย พยาบาลบางคนไม่รู้ว่าพูดกับคนไข้ใกล้ตายหรือญาติคนไข้อย่างไร เป็นต้น

Charles A. Corr et al (2009, pp. 10-11) ได้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายในการศึกษาเรื่องเกี่ยวกับความตาย (Goals of death education) ประกอบด้วย 6 ประการ ดังนี้

1) เพื่อสร้างคุณค่าให้กับชีวิตของบุคคล (to enrich the personal lives) เพราะการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องความตายจะทำให้เข้าใจถึงข้อจำกัดของการเป็นมนุษย์ ว่ามีความตายรออยู่เมื่อเข้าใจความจริงอันนี้แล้วก็มุ่งที่จะทำชีวิตให้ดีและมีคุณค่า

2) เพื่อเป็นแนวทางแก่ปัจเจกชนในการประพฤติปฏิบัติตัวในสังคม (to inform and guide individuals in their personal transactions with society) ทั้งนี้เนื่องจากปลายทางของชีวิตมนุษย์ทุกคนต้องตาย เมื่อตายก็ต้องเกี่ยวข้องกับพิธีกรรมงานศพ การเรียนรู้เรื่องความตายก็เท่ากับการการเรียนรู้ถึงวิธีการปฏิบัติต่อพิธีกรรมงานศพด้วย รวมถึงการตระหนักว่าอะไรควรปฏิบัติหรืออะไรไม่ควรปฏิบัติ อันเป็นการเรียนรู้ถึงวัฒนธรรมเกี่ยวกับการตายด้วย

3) เพื่อความพร้อมในการแสดงบทบาทของตนต่อสาธารณะในฐานะพลเมือง (to prepare individuals for their public roles as citizens) การเรียนรู้เรื่องการตายนั่น ก็เพื่อประโยชน์ในการแสดงบทบาทของตัวเอง เพื่อประโยชน์สาธารณะในเรื่องเกี่ยวกับความตาย เช่น ในเรื่องของการบริจาคร่างกาย การช่วยลดการฆ่าตัวตาย การทำความเข้าใจเรื่องการุณยฆาต เป็นต้น

4) เพื่อเตรียมและส่งเสริมปัจเจกชนให้มีความพร้อมในบทบาทเชิงวิชาการและวิชาชีพ (to help prepare and support individuals in their professional and vocational roles) การเรียนรู้เรื่องการตายจะเป็นการขยายองค์กรในเรื่องที่เกี่ยวกับความตายเป็นมากขึ้น เช่น การดูแลผู้ป่วย การให้คำปรึกษาแก่ผู้ใกล้ตาย เป็นต้น

5) เพื่อส่งเสริมความสามารถของปัจเจกในการสื่อสารเกี่ยวกับเรื่องความตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (to enhance the ability of individuals to communicate effectively about death-related matters) เนื่องจากประเด็นเกี่ยวกับความตายนั่น ในหลายๆ เรื่องเป็นเรื่องยากที่คนทั่วไปจะเข้าใจได้ โดยเฉพาะเรื่องการดูแลสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงจากโรคระบาดต่างๆ หากการสื่อสารมีประสิทธิภาพก็ทำให้สามารถป้องกันโรคระบาด และป้องกันการเสียชีวิตได้

6) เพื่อให้ตระหนักว่าคนแต่ละวัยได้แก่ วัยเด็ก วัยกลางคน และวัยผู้ใหญ่หรือวัยชรา เมื่อต้องเผชิญหน้ากับความตายนั่นเกิดจากสาเหตุใดและมีประเด็นที่แตกต่างกันอย่างไร

(to assist individuals in appreciating how development across the human life course interacts with dearth-relates issues) ทั้งนี้เนื่องจากการเผชิญหน้ากับความตายของคนแต่ละวัยนั้นอาจจะแตกต่างกัน เช่น การตายในวัยทารก (infant death) อาจจะมาจกสาเหตุเรื่องสูชอนามัย ส่วนในวัยกลางคน ซึ่งเป็นวัยที่สุขภาพแข็งแรง สาเหตุการตายอาจจะมาจากการฆ่าตัวตายหรือประสบอุบัติเหตุ ส่วนในวัยผู้ใหญ่หรือวัยชรา การตายอาจจะมาจากความเสื่อมสภาพของร่างกาย ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติ เป็นต้น (สรายุทธ ยะการ, 2555, น. 1-3)

พระไพศาล วิสาโล (2549, น. 15-19) ได้อธิบายสาเหตุที่คนเรากลัวตาย พอสรุปได้ดังนี้

1) เพราะคนเราโดยธรรมชาติปฏิเสธความตาย ความตายไม่ว่าจะน่ากลัวอย่างไรในสายตาของคนทั่วไปก็ยังไม่น่ากลัวเท่ากับความกลัวตาย เพราะความกลัวตายใช้เวลานานกว่าความตายสามารถหลอกหลอนคุกคามผู้คนนานนับปี ความตายจึงน่ากลัวตรงที่ถูกผลักออกไปให้ไกลที่สุด ดังนั้น หากเรียนรู้และยอมรับความตายได้ ความทุกข์ก็จะน้อยลงมาก เมื่อความตายอยู่ตรงหน้าแล้วสามารถปล่อยวางทุกอย่างได้ กลับพบว่าจิตใจนิ่งสงบอย่างยิ่ง

2) เพราะความเจ็บปวดและความพลัดพรากจากสิ่งที่เป็นที่รัก หากมองให้ลึกกว่านั้น เพราะยังมีความยึดติดในตัวคน จึงมีความทุกข์อยู่ในอดีตอิทธิพลทางศาสนาทำให้ผู้คนเชื่อว่าแม้หมดลมแล้วตัวตนก็ยังไม่แตกดับสูญ หากแต่ยังสืบต่อในโลกหน้า หรือมีสวรรค์เป็นที่รองรับ จึงไม่มีความหวาดกลัวความตาย แต่สมัยนี้ไม่ค่อยเชื่อโลกหน้า ความตายจึงหมายถึงการดับสูญของตัวเองอย่างสิ้นเชิง ดังนั้นจึงเป็นสิ่งที่น่ากลัวอย่างยิ่ง แต่สำหรับคนที่ไม่แน่ใจว่าจะมีอะไรอยู่หลังความตาย ความตายก็ยังน่ากลัวอยู่นั่นเอง เพราะไม่รู้ว่าจะตายแล้วจะไปไหน อะไรที่ไม่รู้ ความมืดข่มเป็นสิ่งที่น่ากลัวเสมอ

3) ความไม่คุ้นชินเป็นสาเหตุอีกประการหนึ่งทำให้คนกลัวความตายกันมาก ในปัจจุบันความตายถูกแยกออกจากชีวิตประจำวันจนกลายเป็นสิ่งลึกลับ ยามเจ็บป่วยก็เข้าโรงพยาบาล และเมื่อป่วยหนักใกล้ตายก็ถูกพาเข้าห้องไอซียู ผู้คนนับวันจะตายในที่มิดชิดโดยมีคนรับรู้เพียงไม่กี่คน เมื่อตายแล้วก็ตั้งศพทำพิธีกันในวัด ซึ่งไกลหูไกลตาของผู้คนโดยเฉพาะในเมือง ผิดกับอดีตที่เมื่อเจ็บป่วยก็รักษาพยาบาลกันที่บ้าน เมื่อใกล้ตายก็มีเพื่อนบ้านมาดูใจกัน ความตายเป็นเหตุการณ์สาธารณะที่คนทั้งชุมชนรับรู้ร่วมกัน เมื่อตายก็จะตั้งศพที่บ้าน คนทั้งชุมชนมาช่วยกัน เมื่อจะปลงศพจึงหามไปเผาในวัดหรือป่าช้า สำหรับคนที่เติบโตมาในวัฒนธรรมดังกล่าว ความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่รับรู้และเห็นเป็นอาจินตั้งแต่เกิดจนโต จึงเป็นเรื่องที่ไม่น่ากลัวมากนัก ตรงกันข้ามกับวัฒนธรรมปัจจุบัน ซึ่งเห็นความตายเป็นปฏิปักษ์กับชีวิต

นอกจากนี้โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ (2550, น. 19-23) กล่าวว่า การที่จะเรียนรู้เรื่องความตายให้ลึกซึ้งจึงต้องเริ่มจากความเข้าใจธรรมชาติของการเรียนรู้กับความตายในมิติต่างๆ ซึ่งธรรมชาติของการเรียนรู้ในสังคมไทยมีลักษณะสำคัญ 8 ประการ ดังนี้

(1) ความตายกลายเป็นเรื่องต้องห้าม ด้วยความเชื่อว่าเป็นเรื่อง “อัปมงคล” ความตายเป็นเรื่องที่ถูกกีดกันให้แยกออกจากชีวิต เช่น แยกการตายไปไว้ที่โรงพยาบาล หรือไปตายที่วัด ในขณะที่การตายที่บ้านจะกลายเป็นเรื่องเฉพาะผู้ใหญ่ที่ไม่กี่คนที่ใกล้ชิด และไม่เปิดเผยให้เด็กวัยรุ่นหรือผู้ที่ไม่ได้เข้าไปเกี่ยวข้องโดยตรงกับเรื่องการตายได้เรียนรู้

(2) ความตายไม่ได้เป็นเรื่องเหตุผล แต่เป็นเรื่องเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ ที่ผสมกัน เนื่องจากการนิยามความหมายของความตายเป็นเรื่องราวของการพลัดพราก การสูญเสีย และการสิ้นสุดของความผูกพันที่มีต่อกันมาตลอดช่วงชีวิต

(3) ความตายเป็นเรื่องที่สัมพันธ์กับมิติสังคมวัฒนธรรม ในทุกสังคมวัฒนธรรมมักจะมีพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับความตายหลากหลาย รวมถึงการสร้างอนุสรณ์สถานต่างๆ เช่น ทัชมาฮาล พีระมิด หรือสุสานขนาดใหญ่ ซึ่งแต่ละวัฒนธรรมต่างก็มีแบบแผนในการปฏิบัติและข้อห้ามต่างๆ ที่เป็นกฎเกณฑ์เฉพาะเกี่ยวกับความตาย

(4) ความตายเป็นเรื่องที่ถูกมองด้วยทัศนคติที่หลากหลาย ทำให้การเรียนรู้และการทำงานเกี่ยวกับเรื่องความตายเป็นเรื่องยาก แม้สังคมจะมีความตายกว้างๆ อยู่จุดหนึ่ง แต่ในครอบครัวเดียวกันอาจมีมุมมองหรือมีทัศนคติต่อความตายไม่เหมือนกัน ส่งผลให้วิธีการจัดการเกี่ยวกับความตายแตกต่างกัน

(5) ความตายต้องเรียนรู้ผ่านกรณีศึกษาที่หลากหลาย อาจกล่าวได้ว่าไม่มีกรณีศึกษาเรื่องความตายเรื่องใดที่เหมือนกันทุกประการ เนื่องจากการแสดงออกของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการเรียนรู้เรื่องความตายจึงไม่มีวันสิ้นสุด และไม่สามารถจะคาดการณ์หรือกำหนดวิธีการที่จะเข้าไปเกี่ยวข้องล่วงหน้าได้

(6) การเรียนรู้เรื่องความตายเป็นศิลปะอย่างหนึ่ง การเรียนรู้เรื่องความตายเป็นไปเพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความยืดหยุ่นและการปรับตามบริบทของสถานการณ์ซึ่งไม่สามารถกำหนดตายตัวได้

(7) ความตายต้องการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ แม้ว่าการเรียนรู้เรื่องความตายจะมีทั้งมิติทางสังคม วัฒนธรรมทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณ แต่ไม่ใช่ว่าเทคโนโลยีการแพทย์จะเป็นสิ่งที่ไม่สำคัญและไม่ควรมีทัศนคติปฏิเสธเทคโนโลยีเสียทั้งหมด ควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับแต่ละกรณี และ

(8) ความตายไม่ใช่เรื่องของบุคคลแต่เป็นเรื่องของชุมชน การทำงานเกี่ยวกับความตายมิใช่งานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยตามลำพัง แต่เป็นเรื่องที่จะเข้าไปเกี่ยวข้องกับผู้คนอีกหลายฝ่าย เช่น ญาติพี่น้อง และสมาชิกในชุมชนของผู้ป่วย รวมถึงบุคลากรในระบบสุขภาพด้วย ดังนั้นจึงเป็นการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนและองค์กรที่ทำงานด้านสุขภาพในทางที่จะให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละกรณีมีความสมบูรณ์ได้

โดยสรุป ความหมายของความตายของแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ตามความเชื่อ การรับรู้ และสาเหตุแห่งการตาย ซึ่งถ้าพิจารณาตามหลักการแพทย์ ความตายคือหัวใจหยุดเต้น สมองตาย อวัยวะทุกส่วนหยุดทำงาน ถ้าตามศาสนาพุทธ เน้นให้ระลึกถึงความตายอยู่เสมอ เพื่อให้มีสติ และการบรรลุนิพพาน ถ้าเป็นศาสนาอื่นคือการไปอยู่กับพระเจ้า ความเชื่อเรื่องความตาย ถ้ามีมุมมองเฉพาะด้านร่างกาย บุคคลจะพยายามหยุดยั้งความไม่ตายไม่ให้อาเจียนและมีความทุกข์มากเมื่อเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต แต่ถ้ามุมมองต่อความตายพิจารณาด้านจิตวิญญาณร่วมด้วยบุคคลจะนำหลักความเชื่อ ศาสนา มาช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับร่างกาย ปล่อยวางได้เกิดความสงบปราศจากทุกข์ (ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ และ อุบลวรรณ วันศรี, 2552, น. 4-7) อย่างไรก็ตามความหมายของความตายยังสามารถอธิบายได้ในมิติหรือแนวคิดต่างๆ ได้อีกด้วย

4.3 ความหมายความตายกับการตายดี

“คุณหมอครับ หากผมจะหยุดหายใจจะทำอะไรให้ผมเจ็บนะขอให้ผมหมดลมหายใจไปโดยธรรมชาติ” ประโยคสุดท้ายของคุณพ่อผู้วิจัยที่กล่าวกับแพทย์ผู้ให้การรักษาเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2562 จนกระทั่งเวลา 14.25 น. ณ ที่แห่งนั้นความตายได้เกิดขึ้น และความหมายความตายของคุณพ่อคือ การจากไปโดยธรรมชาติ สงบ ไม่ยึดชีวิตตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เน้นการตายดีและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

การตายดีคืออะไร ก่อนอื่นต้องทำความเข้าใจกับธรรมชาติของการตายก่อนว่ามีลักษณะอย่างไร ลัญจันศักดิ์ อรรถชยากร (2559) กล่าวว่าในทางพุทธศาสนาสามารถแบ่งการตายออกเป็น 4 อย่าง ได้แก่ (1) อายุขยะมรณะ คือตายเพราะหมดอายุขัย (2) กัมมขยะมรณะ คือตายเพราะหมดกรรม คือ ชดใช้กรรมหมดและจิตดับไม่เหลือ (3) อุภยขยะมรณะ คือ ตายเพราะสิ้นอายุขัย และ (4) อุปัจเฉทกะมรณะ คือ ตายทั้งที่ยังไม่หมดกรรม เช่นตายเพราะประสบอุบัติเหตุ

นอกจากนี้การตายทางการแพทย์ยังจำแนกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มตายได้ (acceptably able to die) ส่วนใหญ่คือผู้ป่วยโรคมะเร็งหรือโรคที่สามารถทำนายได้ว่าจะสามารถมีชีวิตอยู่ได้ประมาณเท่าไร ผู้ป่วยเองสามารถยอมรับความจริงเรื่องอาการป่วยได้พอสมควร เพราะมีการเตรียมใจและเตรียมความพร้อมในหลายๆ ด้านไว้บ้างแล้ว เช่น บอกคนรอบข้างว่าป่วยแต่อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถระบุผู้ป่วยในกลุ่มตายได้ เป็นกลุ่มที่ตายดี เนื่องจากต้องขึ้นอยู่กับการ

ดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (2) กลุ่มตายด่วน (rapidly predicted to die soon) เนื่องจากการตายที่กะทันหัน ญาติของผู้ป่วยมักจะเสียใจและต้องการรู้ว่าใครคือผู้รับผิดชอบ ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องมีวิธีการบอกความจริงที่เหมาะสมและช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยได้ (3) กลุ่มตายคือ (unstable / predominant) ส่วนใหญ่คือ ผู้ป่วยกลุ่ม โรคเบาหวาน ไ้ไขมันสูง ความดันสูง มีอาการเจ็บป่วยที่เกินจะเยียวยา ความยากของเรื่องนี้อยู่ที่ผู้ป่วยมีสติ รู้ตัว ญาติจึงรับไม่ได้หากจะปล่อยให้จากไป ดังนั้นญาติจึงขอให้มีการรักษาและดูแลอย่างเต็มที่ ทางแพทย์จึงควรมุ่งเน้นการทำ family conference อย่างสม่ำเสมอ หากสามารถทำความเข้าใจกับญาติและผู้ป่วยได้ มีมรณะสติได้ จะทำให้ผู้ป่วยตายดี คือไปตามธรรมชาติ หากไม่เกิดความเข้าใจส่วนใหญ่อุปการะจะไปเสียชีวิตในห้อง ICU จากการยื้อชีวิต และ (4) กลุ่มตายทั้งเป็น (chronic / poorly responsive bed ridden) กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่สูญเสียระบบประสาทต้องนอนติดเตียงตลอดเวลา รวมถึงผู้ป่วยกลุ่มจิตเวชด้วย คือ การสูญเสียจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยถูกทิ้ง ไม่ได้รับการดูแล ไม่มีคุณภาพชีวิต

คำว่า “ตายดี” เป็นศัพท์วิชาการที่มีความหมายลึก หมายถึงการตายด้วยจิตที่รับรู้ ความตายด้วยสติปัญญา มีสติสัมปชัญญะเต็มที่ ตายด้วยจิตที่อยู่เหนือความตาย คือปราศจากความรู้สึกกระวนกระวาย กระเสือกกระสน ขลาดกลัวต่อความตาย ห่วงกังวลต่างๆ หรือด้วยความอยากจะตายเร็วๆ เพื่อที่จะได้ไปเสียจากความทุกข์ทรมาน จากความเจ็บปวด จากการหมดเปลืองค่ารักษาอันเป็นภาระแก่ลูกหลาน

โดยเฉพาะหากจิตรับรู้ได้ถูกต้องว่า ร่างกายนี้เป็นธรรมชาติ ความตายเป็นการเปลี่ยนแปลงไปตามกฎของธรรมชาติ ไม่เข้าไปยึดถือว่าร่างกายเป็นของฉัน ซึ่งพอรู้ตัวว่าจะตายจะต้องตาย ส่วนใหญ่จะเกิดความรู้สึกว่า “ฉัน” ขึ้นมาเป็น “ฉันกำลังจะตาย” ทั้งๆ ที่แท้จริงแล้ว ฉันมิได้มีอยู่ก่อนความรู้สึกว่าฉันกำลังจะตายเพิ่งเกิดเมื่อเราคิดขึ้นมาวูบหนึ่ง ดังนั้น ถ้าจิตรับรู้ได้ถูกต้อง ฉันกำลังจะตาย ก็ไม่มีความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ ไม่มีความรู้สึกทรมานทรมาย กลัวตาย ห่วงกังวล แต่ตายอย่างมีชัยชนะต่อความตาย ด้วยเห็นว่าถึงเวลาแล้วที่จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างนั้น จิตจึงไม่หวั่นไหวไปตามสภาพของร่างกาย ผู้นั้นจะตายด้วยจิตที่สงบเย็น เรียกว่า “ตายดี” (กลุ่มศึกษาศาสนาธรรม สระบุรี, 2530, น. 72)

พระพรหมคุณภรณ์ (ป.อ.ปยุต.โต), (2551) กล่าวว่า “ในคัมภีร์พุทธศาสนา พูดถึงเสมอว่าอย่างไรเป็นการตายที่ดี ซึ่งมักใช้คำสั้นๆ ว่า “มีสติ ไม่หลงตาย” และที่ว่าตายดีนั้น ไม่ใช่เฉพาะตายแล้วจะไปสู่สุคติเท่านั้น แต่ขณะที่ยังเป็นจุดสำคัญที่ว่า ต้องมีจิตใจที่ดี คือมีสติไม่หลงตาย คือมีจิตใจที่ไม่ผันเพี้ยน ไม่เศร้าหมอง ไม่ขุ่นมัว จิตใจดีงาม ผ่องใส เบิกบาน จิตใจนี้ถึงหรือเกาะเกี่ยวอยู่กับสิ่งที่ดีจึงมีประเพณีที่ให้ผู้ใกล้ตายได้ยิน ได้ฟังสิ่งที่ดีงาม เช่น บทสวดมนต์หรือคำกล่าวเกี่ยวกับพุทธคุณ ที่มักใช้คำว่า บอกรอหัง ซึ่งเป็นคติที่ให้ผู้รู้ว่าเป็นการบอกสิ่งสำหรับยึดเหนี่ยวทาง

ใจให้แก่ผู้ที่กำลังป่วยหนักในขั้นสุดท้าย ให้มีจิตใจเกาะเกี่ยวยึดเหนี่ยวอยู่กับพระรัตนตรัย เรื่องบุญกุศลหรือเรื่องที่ได้ทำความดีมา”อย่างไรก็ตามยังมีการตายที่ดีกว่านี้ คือการตายที่ใจมีความรู้หมายถึงความรู้เท่าทันชีวิตจนยอมรับความจริงของความตายหรือความเป็นอนิจจังได้ เพียงแค่รู้ว่าคนที่จะตายมีจิตยึดเหนี่ยวอยู่กับบุญกุศลความดีก็นับว่าดีแล้ว

การตายดีทางพุทธศาสนา คือการตายขณะมีสติสมบูรณ์ ไม่หลงตาย มีความรู้ตัว ไม่ตกอยู่ในสภาพครึ่งหลับครึ่งตื่น จิตใจไม่เพ้อฝัน ไม่พัวพันเพื่อน ไม่เศร้าหมอง ไม่ขุ่นมัว ไม่กระสับกระส่าย แต่มีจิตใจที่ผ่องใส เบิกบาน ประกอบด้วยปัญญา นึกถึงหรือเกาะเกี่ยวอยู่กับสิ่งที่ดี การตายดีในพุทธศาสนามีหลายระดับ ขึ้นอยู่กับการพัฒนาปัญญาของแต่ละคน ในขั้นสูงสุด จิตใจจะมีความสว่าง ไม่เกาะเกี่ยว ไม่มีความยึดติดเป็นจิตที่โปร่งโล่งเป็นอิสระที่แท้จริง การตายดีเป็นผลสะท้อนจากการมีชีวิตอยู่ที่ดี เรามีชีวิตอยู่อย่างไรก็ตายอย่างนั้น หากปรารถนาการตายดี ต้องบ่มเพาะความสงบในจิตใจ และมีวิถีชีวิตที่ดี (พระไพศาล วิสาโล, 2558)

การตายเป็นสภาวะตามธรรมชาติ โดยทั่วไปการตายดี คือ การตายที่ปลอดจากความทุกข์ทรมานที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทั้งของผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้การรักษา โดยทั่วไปควรเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติบนพื้นฐานการรักษาทางการแพทย์ วัฒนธรรม และจริยธรรมที่เหมาะสมและดีงาม ที่ผ่านมามีผู้สรุปหลักการของการตายดีหลายท่าน สามารถเรียบเรียงองค์ประกอบของการตายดีได้ ดังนี้

การตายดีเป็นการตายโดยธรรมชาติ เกิดจากการถดถอย เสื่อมสภาพของร่างกาย อวัยวะ หรือระบบการทำงานของร่างกายไม่ว่าจากสาเหตุใด มิได้เกิดจากการถูกฆาตกรรม ทำร้ายฆ่าตัวตาย อุบัติเหตุรุนแรงที่ทำให้เสียชีวิตทันทีหรือไม่มีโอกาสกลับมาสติสมบูรณ์ได้อีกเลย เป็นการตายที่ผู้ตายยอมรับได้ พร้อมทั้งจะจากไป เป็นการตายอย่างมีสติ ทราบว่าการตายกำลังจะมาถึง และเข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้นต่อไป ได้รับการปฏิบัติอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และมีความเป็นส่วนตัว ได้รับข้อมูลและการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญต่างๆ ตามความจำเป็น ได้รับการดูแลรักษาบรรเทาอาการปวดและอาการทางกายอื่นๆ สามารถเลือกได้ว่าจะตายที่ไหน (ที่บ้านหรือที่โรงพยาบาล) ได้รับการดูแลทางอารมณ์และจิตวิญญาณตามต้องการ สามารถเลือกได้ว่าควรมีใครอยู่ด้วยในวาระสุดท้ายของชีวิต สามารถแสดงเจตนาล่วงหน้าได้ว่าต้องการได้รับการปฏิบัติอย่างไรในวาระสุดท้าย (advance directive) มีเวลากล่าวลาบุคคลที่ตนเองรัก สะสางสิ่งที่ค้างค้างในใจ และสามารถจากไปอย่างสงบเมื่อถึงเวลา ไม่ถูกเหนี่ยวรั้ง หรือยึดชีวิตโดยไร้ประโยชน์ (พรทิว ยอดมงคล, เอกภพ สิทธิวรรณธนะ และ ธุนิดา อภิชนะกุลชัย, 2558, น. 10-11)

แนวคิดความตายเกี่ยวกับการตายดี เป็นประเด็นที่เป็นตัวแทนของความตายในกระบวนการทัศนัยการแพทย์สังคมและกระบวนการทัศนัยแบบนิเวศน์สังคมที่เป็นอยู่ในปัจจุบันอย่างชัดเจน

เพราะความตายได้ถูกกำหนดความหมายให้คุณค่าโดยสังคม ชุมชน ตามกรอบความคิดความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตและความตาย

โดยทั่วไปแล้ว การตายดีมักเป็นการตายด้วยโรค การตายเพราะสิ้นอายุขัย การตายที่ผ่านการเตรียมตัวเตรียมใจของญาติมิตรคนสนิท ซึ่งจะได้รับการจัดงานศพอย่างสมเกียรติ การตายท่ามกลางคนรักผ่านการเฝ้าดูแลจากคนในครอบครัวและญาติ ผ่านพิธีกรรมทางศาสนาหรือกระบวนการแสวงหาทางจิตวิญญาณในช่วงเวลาแห่งความไม่แน่นอนของชีวิต ในขณะที่การตายร้ายมักเป็นการตายด้วยอุบัติเหตุ การตายของเด็ก การฆ่าตัวตาย การตายอย่างกะทันหัน พิธีศพจะมีวิธีการจัดพิธีและข้อห้ามที่แตกต่างจากการตายดี (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2550)

อย่างไรก็ตาม แนวคิดการตายดีถูกพูดถึงในสังคมไทยมาช้านาน แต่เนื่องจากกระแสสังคมที่มุ่งเน้นการใช้ความรู้ทางเทคโนโลยีและเครื่องมือที่ทันสมัยในโรงพยาบาล ทำให้บุคลากรทางการแพทย์และคนโดยส่วนใหญ่คิดว่าการตายดี คือการตายในโรงพยาบาลมีผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และอุปกรณ์ที่ทันสมัย ซึ่งแนวคิดดังกล่าวได้ทำให้เกิดปัญหาขึ้นมากมายในสังคมปัจจุบัน ทั้งเรื่องค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยยังต้องตายอย่างทรมานท่ามกลางบรรยากาศที่ไม่สงบหรือปัญหาความขัดแย้งระหว่างหมอ คนไข้และญาติที่ต่างก็มีความคิดและความต้องการในเรื่องดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่แตกต่างกัน

สันต์ หัตถิรัตน์ (2552, น. 38-50) ได้กล่าวว่า สถาบันทางการแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้พยายามให้คำจำกัดความของการตายดีว่า “การตายดี” คือการตายที่ปลอดจากความทุกข์ทรมานที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ของคนป่วย ญาติ และผู้ให้การรักษา โดยทั่วไปควรเป็นไปตามความประสงค์ของคนป่วยและญาติบนพื้นฐานของการรักษาทางการแพทย์ วัฒนธรรมและจริยธรรมที่ได้มาตรฐานและดีงาม

พระไพศาล วิสาโล (2548, น. 34-35) กล่าวถึง แนวคิดเรื่องการตายดีว่า เป็นการตายโดยไม่เจ็บปวด ไม่ทรมานทรมาย ไม่น่าเกลียด ไม่มีใครมาทำให้ตายหรือตายเพราะอุบัติเหตุ ความตายที่พึงปรารถนายังรวมถึงความตายท่ามกลางคนรัก ญาติมิตรอยู่พร้อมหน้า ไม่จากไปอย่างโดดเดี่ยวอ้างว้างในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคยและไม่สร้างความเดือดร้อนแก่คนที่ยังอยู่ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือตายในสภาวะทางกายภาพและทางสังคมที่เกื้อกูลในสภาวะจิตที่สงบโปร่งเบาเพราะได้ปล่อยวางทุกสิ่งไม่มีอะไรเป็นภาระให้ต้องห่วงกังวลน้อมรับทุกอย่างในวาระสุดท้ายโดยไม่ปฏิเสธผลกัไส และไม่หวาดกลัวต่อความตาย

อย่างไรก็ตาม กระแสความตื่นตัวในเรื่องการตายอย่างสันติ หรือการตายดี และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น เกิดขึ้นควบคู่ไปกับความตระหนักถึงข้อจำกัดของกระบวนการทัศนทางการแพทย์กระแสหลักที่เน้นการใช้วิทยาศาสตร์ในการเอาชนะธรรมชาติ จึงมีความจำเป็นต้องปรับ

กระบวนการทัศน์ ทำให้มิติต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพไม่ว่าจะเป็นมิติทางด้านสังคม วัฒนธรรม และมิติทางจิตวิญญาณกลับมีความสำคัญขึ้นมา

การปรับกระบวนการทัศน์เรื่องความตายจึงเป็นส่วนหนึ่งของการปรับเปลี่ยนวิธีคิดด้านสุขภาพที่มองชีวิตแลสุขภาพเชื่อมโยงไปสู่ปัญญาทางศาสนาหรือมิติทางจิตวิญญาณ ประกอบกับเมื่อรัฐต้องดำเนินการตามแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองตามนโยบายประกาศขององค์การอนามัยโลก ในปี 2558 แต่ความพร้อมทั้งด้านบุคลากร เช่น แพทย์ พยาบาลที่มีความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองก็มีอยู่อย่างจำกัด ยิ่งทำให้การสร้าง ความหมาย ความตาย จากยุคแรกๆ ที่เรียกว่าการแพทย์แบบชีวภาพที่มีวิธีคิดทางการแพทย์ที่ทำให้สังคมทั่วไปปฏิเสธว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของการมีชีวิตและมองว่าเป็นศัตรูของสุขภาพ และเห็นร่างกายมนุษย์ไม่ต่างจากเครื่องจักรการแพทย์ในยุคการแพทย์แบบสังคมต่อมา รัฐเริ่มเปลี่ยนมุมมองและการให้ความหมายความตายใหม่ ที่ให้ความสำคัญด้านเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม-สิ่งแวดล้อมที่เข้ามากำหนดความหมาย ความตาย โดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานรัฐที่รับผิดชอบในการอบรมความรู้เรื่องการดูแลและประคับประคองตามแนวทางองค์การอนามัยโลก หากแต่บริบทในโลกตะวันตก กับสังคมไทยย่อมแตกต่างกัน ขณะที่ยุคการแพทย์แบบนิเวศน์สังคมที่มีการนำเอาหลักการมองสุขภาพแบบองค์รวม ผสมผสานระหว่างการแพทย์แบบชีวภาพ ด้านสังคมวิทยา ด้านจิตวิทยาและด้านสุขภาพเชิงนิเวศน์ ที่สุขภาพเป็นเรื่องของเจ้าของสุขภาพเอง

ที่สำคัญ ในอีกมุมมองหนึ่งของการตายดีที่รองรับแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีสิทธิเลือกความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต (Living Will) หรือพินัยกรรมชีวิต ที่ไม่จำเป็นต้องฝืนธรรมชาติ ยื้อการตายออกไปโดยไม่จำเป็น ที่เริ่มเป็นที่รู้จักและมีกระแสกล่าวถึงในวงวิชาการแพทย์มากขึ้น จากกรณีที่ปัจจุบันมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 บัญญัติว่า

“มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้.. ซึ่งการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิด และให้พ้นจากความรับผิดชอบ”

ดังที่ ศาสตราจารย์นายแพทย์ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2561) กล่าวว่า ข้อความในวรรคข้างต้นควรตีความให้เข้าใจง่ายๆ ว่า ใครๆ ก็มีสิทธิทำหนังสือปฏิเสธการรับบริการสาธารณสุขใดๆ เพื่อจะทำให้ได้ตายธรรมชาติ อย่างมีสุขภาวะ หรือจะเรียกว่าเป็นการตายดีโดยสงบหรือตายดีไม่ควรไปตีความว่าเป็นการรับรองสิทธิที่จะตายอย่างฝรั่ง และถือเป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะช่วย

สะท้อนความต้องการของผู้ป่วยไปยังแพทย์ พยาบาลและบุคลากรที่ให้การดูแลรักษา ถือเป็น การวางแผนการรักษาล่วงหน้าอย่างหนึ่ง ซึ่งควรเคารพความประสงค์ของผู้ป่วยที่จะปฏิเสธการรักษาที่ไม่จำเป็นของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย ที่สามารถเลือกตายได้อย่างสงบได้ พร้อมกับได้มีโอกาสรำลึกกับคนใกล้ชิด ขณะเดียวกันแพทย์ พยาบาลก็ได้ทอดทิ้งผู้ป่วยแต่อย่างใด หากยังให้การดูแลรักษาตามอาการ เพื่อลดความทุกข์ทรมาน

หนังสือแสดงเจตนาจึงช่วยให้มีโอกาสได้เตรียมพร้อมทางจิตวิญญาณ เพื่อระลึกถึงความตายในวันข้างหน้า ทำให้เห็นความเป็นอนิจจังของชีวิตมนุษย์ที่ต่างเวียนว่ายตายเกิดเป็นวัฏสงสาร และประกอบสร้างความหมายความตายกันไปตามยุคและกาลเวลาอันเป็นพลวัต อย่างไม่มีที่สิ้นสุด

4.4 ความตายในมุมมองต่างๆ

ในเมื่อเรื่องของความตายไม่ได้มีวิธีคิดเดียวดังกล่าว ดังนั้นการเรียนรู้และทำความเข้าใจองค์ความรู้เรื่องความตายทั้งในสังคมวัฒนธรรมอื่นๆ และในสังคมไทยจึงมีความสำคัญอย่างมาก เพราะถึงแม้ความคิดเรื่องความตายตามหลักการแพทย์สมัยใหม่จะยังคงเป็นความคิดหลัก แต่ขณะเดียวกันวิธีคิดและทัศนคติที่มนุษย์มีต่อความตายแบบอื่นๆ ก็ยังคงดำรงอยู่ในชีวิตของผู้คนด้วย เช่นเดียวกันการทำความเข้าใจต่อความตายยังมีมุมมองที่แตกต่างกันไป

เอมอัชมา (รัตน์ริมจง) วัฒนบูรานนท์ (2554) กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับความตายในมุมมองต่างๆ ดังนี้ คือ 1) แนวคิดเกี่ยวกับความตายในมุมมองทางการแพทย์ และวิทยาศาสตร์ 2) แนวคิดเกี่ยวกับความตายในมุมมองทางศาสนา 3) แนวคิดเกี่ยวกับความตายในมุมมองทางสังคม และ 4) แนวคิดเกี่ยวกับความตายในมุมมองทางกฎหมาย และ 5) แนวคิดเกี่ยวกับความตายในมุมมองทางเศรษฐศาสตร์

1) แนวคิดเกี่ยวกับความตายในมุมมองทางการแพทย์

ในสมัยก่อน การวินิจฉัยการตายเป็นสิ่งที่ไม่ซับซ้อน หากมองในทางการแพทย์ การตายคือ การที่ผู้ป่วยหยุดหายใจ และหัวใจหยุดเต้นหรือภาวะสิ้นสุดของสัญญาณชีพ แต่จากความก้าวหน้าของวิทยาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์และเวชศาสตร์พันธุวิศวกรรมในเรื่องการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะและการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อในร่างกายมนุษย์ ทำให้มีการพิจารณาประเด็นในเรื่องการให้ความหมายชีวิตและความตายหลายมิติขึ้น ซึ่งสะท้อนแนวคิดที่ต่างกัน ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้สามารถช่วยให้ระบบต่างๆ ทำงานต่อไปได้ชั่วคราวหนึ่ง แม้ผู้ป่วยหยุดหายใจก็สามารถใช้เครื่องช่วยหายใจทำหน้าที่แทนการหายใจ มีเพียงระบบเดียวคือ ระบบประสาทที่ทางการแพทย์ยังไม่สามารถสามารถรักษาให้ฟื้นคืนเป็นปกติได้ แกนสมองหรือก้านสมอง (brainstem) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับความรู้สึกตัวและเป็นศูนย์ควบคุมระบบหายใจและระบบไหลเวียน

โลหิต หากถูกทำลายอย่างถาวร เราจะเรียกว่า สมองตาย ซึ่งก็คือตำแหน่งก้านสมองที่เป็นศูนย์กลางควบคุมการหายใจหยุดทำงาน อันจะมีผลให้ร่างกายหยุดการหายใจและร่างกายทั้งหมดก็จะตาย ทางกรแพทย์จึงถือว่าการตาย ก็คือ การที่สมองตาย เส้นกราฟสมองนิ่งสนิท คนที่ตายก็คือคนที่การทำงานของอวัยวะที่สำคัญคือ การไหลเวียนโลหิตและการหายใจสิ้นสุดหรือหยุดไป เป็นการหยุดโดยไม่หวนกลับมาของการหายใจและการเต้นของหัวใจโดยธรรมชาติหรือโดยตนเอง

อดีตวิวัฒนาการการแพทย์ยังไม่ก้าวหน้า ความตายส่วนใหญ่เกิดจากโรคระบาดและเป็นเรื่องปกติที่มีความตายเกิดขึ้นในบ้าน ต่อมาความตายได้กินพื้นที่ในโรงพยาบาลมากขึ้นตามพัฒนาการของเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย ความตายในปัจจุบันในทางการแพทย์และสาธารณสุข จึงมองความตายเป็นปฏิบัติ เป็นสิ่งที่ไม่พึงมีพึงเป็นในสังคม การตายในทารก การตายของแม่เป็นดัชนีชี้วัดความคืบพัฒนา อายุที่ยืนยาวเป็นสิ่งที่ดี (กฤตยา อาชวนิจกุล และ วรชัย ทองไทย, 2549) และด้วยการไม่มีหลักสูตรการเรียนการสอนในวิชาชีพแพทย์ให้รู้จักกับความตาย ประกอบกับภาวะความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการตายเป็นโรค ที่สาธารณสุขมองว่าไม่ควรเกิดขึ้น ต้องทำการรณรงค์เพื่อลดตัวเลขของภาวะความเจ็บป่วยโรคต่างๆ สำหรับการแพทย์และสาธารณสุขแล้ว ไม่มีวิธีการตายแบบใดที่เป็นวิธีที่ดี ไม่ปรากฏภาวะการณตายใดที่ถูกให้คุณค่าว่าเป็นวิธีตายที่น่าพึงปรารถนา ความตายที่ดีแบบหนึ่งในมุมมองสาธารณสุข เป็นภาวะการณตายแบบเลขอายุขัยค่าเฉลี่ย (life expectancy) การตายในผู้สูงอายุจึงเป็นความตายที่พอยอมรับได้ในแนวคิดการแพทย์และสาธารณสุข

ความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุจำนวนมากที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตก็ไม่ได้เป็นเช่นนั้น แม้ว่าผู้ป่วยหรือญาติจะรู้ว่าผู้ป่วยจะต้องตายในไม่ช้า แต่สถานการณ์ของการยื้อชีวิตด้วยอุปกรณ์ช่วยในห้องไอซียู เพื่อถ่วงเวลาการประสพกับความตายออกไป ก็เป็นที่พบเห็นได้ทั่วไป แม้ว่าวิธีการดังกล่าวจะแพงและไม่สะดวกก็ตาม ในปี 2553 โครงการประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกา ต้องใช้จ่ายค่ารักษาในช่วงสองเดือนสุดท้ายของชีวิตกว่า 5 หมื่นล้านดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งมากกว่างบประมาณของกระทรวงความมั่นคงภายในและกระทรวงศึกษาธิการ (นภนาท อนุพงศ์พัฒน์, 2550) และ ค่ารักษาในช่วงเวลา 6 เดือนสุดท้ายของชีวิตนี้เองที่มีราคาแพงมากกว่าค่ารักษาทั้งหมดของชีวิตรวมกันเสียอีก (โกมาตรจึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2550)

สำหรับแพทย์ ความตายถูกลดทอนเหลือเพียงมิติทางกายภาพ ที่มีความล้มเหลวหรือผิดปกติของอวัยวะบางส่วน Sherwin, B. Nuland แพทย์ชาวอเมริกันกล่าวว่า ตลอดชีวิตการเป็นแพทย์ของเขา เขาไม่สามารถเขียนสาเหตุการตายในใบมรณบัตรได้ว่า ชราภาพ แต่ต้องระบุเป็นความผิดปกติของอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่ง หรือการคุกคามของโรคใดโรคหนึ่ง ใบมรณบัตรที่เขียน

ว่าตายด้วยความชราจะถูกดำเนินคดีเพราะทำผิดกฎหมาย Nuland สรุปว่า ทุกหนแห่งในโลกนี้การตายเพราะชราภาพเป็นสิ่งผิดกฎหมาย (Sherwin. B. Nuland, 2003)

อย่างไรก็ตาม การยื้อชีวิตของแพทย์ก็พบข้อจำกัด กล่าวคือ ขณะที่ผู้ป่วยอาจอยู่ในวัฒนธรรมที่ยอมรับความตาย ขณะที่แพทย์ก็มีจรรยาบรรณที่ต้องช่วยชีวิตผู้ป่วยให้ดีที่สุด การแสดงหนังสือเจตนาการปฏิเสธการรักษา สำหรับประเทศไทย มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ที่บัญญัติไว้ว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้” พ.ร.บ. ดังกล่าวเป็นความพยายามที่จะหาทางออกจากความขัดแย้งของคุณค่าในเรื่องการตายและหน่วยงานหลายแห่งพยายามให้ข้อมูลว่าการทำพินัยกรรมชีวิต เป็นกระบวนการตายตามธรรมชาติที่สั้นและเจ็บปวดน้อยกว่ายื้อชีวิต

ความคิดเกี่ยวกับความตายในมุมมองทางการแพทย์และสาธารณสุขน่าจะเป็นมุมมองหลักที่ดำรงอยู่ในบริบทของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เพราะบุคลากรในโรงพยาบาลล้วนมีความเชื่อมโยงกับแนวคิดด้านสาธารณสุขในทางใดทางหนึ่ง เช่น ศึกษาในสถาบันที่สอนวิชาสาธารณสุขการรับภารกิจการทำงานจากนโยบายกระทรวงสาธารณสุขอยู่ในโครงสร้างการทำงานในระบบโรงพยาบาล ดังนั้นการสังเกตการณ์ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกำลังคาบเกี่ยวอยู่กับความเป็นความตายน่าจะสะท้อนให้เห็นถึงวิถีคิดจากระบบการแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่ที่มีปฏิสัมพันธ์ในทางใดทางหนึ่งต่อความตาย ทั้งในทางที่สอดคล้องกับแนวคิดการแพทย์สมัยใหม่และในทางที่แตกต่างออกไป

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการมองความตายในมุมมองใหม่ ที่ความตายสามารถจัดการได้ ออกแบบได้ และเรียนรู้เพื่อเผชิญความตายอย่างสงบให้ได้ก็ตาม แต่ด้วยพฤติกรรมการใช้ชีวิตหรือ Life Style ของคนในสังคม ที่ทำให้สาเหตุความตายขยายวงกว้างออกไปมากขึ้น ไม่ใช่เพียงแค่เชื้อโรคร้ายที่ผ่านมา แต่ยังมีส่วนสำคัญมาจากพฤติกรรมบริโภคอาหาร การใช้ชีวิต การไม่ออกกำลังกาย ฯลฯ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ จึงทำให้ความตายไม่ว่าจะมีแนวโน้มอยู่ในกระบวนการแพทย์แบบใด พื้นที่ความตายก็ยังคงขยายวงกว้างไปสู่ความตายในโรงพยาบาลมากขึ้น

ดังที่ Sherwin. B. Nuland (2003) ได้ให้ข้อมูลว่า โรงพยาบาลเป็นสถาบันที่เข้ามามีส่วนดูแลความตายของผู้คนแทนการดูแลของญาติพี่น้อง โรงพยาบาลถูกสถาปนาเป็นสถาบันที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ ในการช่วยชีวิตด้วยวิธีการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ เครื่องมือเครื่องใช้ ยารักษาโรคถูกผูกโยงเข้ากับการประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพของประชาชนให้มีอายุยืนยาวและมีสุขภาพที่ดี ด้วยเหตุนี้ความตายจึงกลายเป็นเรื่องลึกลับเหลวทางการแพทย์ ที่ต้องถูกซ่อนเร้นไว้ในโรงพยาบาล ความเจ็บปวดทรมานถูกซ่อนไว้ในยาระงับปวด เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตย่อมมีการ

ตกแต่งศพให้สวยงามด้วยเทคโนโลยีการฉีดยาคันศพเน่า ห้องเก็บศพมีห้องแยกมิดชิด มีตู้เก็บศพที่ซ่อนความอับกลิ่นไว้ภายใน ศพจะถูกขนออกจากโรงพยาบาลอย่างลับๆ ในยามวิกาล ดูเหมือนแพทย์จะหวาดกลัวต่อความตายมากกว่าคนอื่นๆ แพทย์ไม่ใช่ผู้ถูกฝึกฝนให้ใช้ศิลปะแห่งการตายอีกต่อไป แต่ถูกฝึกฝนให้ใช้ศิลปะแห่งการช่วยชีวิต

ขณะที่ทางด้านผู้ป่วยเองไม่ได้คำนึงถึงเรื่องการรักษาทางร่างกายอย่างเดียว หากแต่สิ่งสำคัญคือทางด้านจิตใจ ดังงานวิจัย บวรสรรพ์ เจียคำรงค์ (2557) ที่เสนอว่ากระบวนการทัศนทางพุทธศาสนาเป็นกระบวนการทัศนหลักที่รักษาทางใจผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมทั้งช่วงอดีต ปัจจุบันและอนาคต แต่กระบวนการทัศนการแพทย์สมัยใหม่เป็นกระบวนการทัศนรองในการรักษาเพียงแค່กาย

ด้วยรากฐานวิธีคิดของการแพทย์สมัยใหม่ที่อิงอยู่กับมุมมองแบบวิทยาศาสตร์ทำให้ความตายในระบบสุขภาพถูกลดทอนลงเป็นเพียงแค่ส่วนหนึ่งของกระบวนการทางวัตถุวิสัยที่เรียกว่า ชีวิตและ ความตายก็เป็นเพียงจุดสุดท้ายของชีวิตเท่านั้น ทั้งนี้พบว่ามุมมองทางการแพทย์โดยส่วนใหญ่ในปัจจุบันมักมองความตายเป็นเพียงความเสื่อมสลายทางร่างกาย โดยปราศจากการคำนึงถึงเรื่องของจิตใจและจิตวิญญาณ สำหรับทัศนะทางการแพทย์กระบวนการกู้ชีวิตทั้งหมดมักจะดำเนินการไปตามแบบแผนพื้นฐานเดียวกันภายใต้วิธีคิดการแพทย์แบบชีวกลไก (Biomedicine) ซึ่งมุ่งความสนใจไปที่กระบวนการทางกายภาพของผู้ป่วย โดยใช้ความรู้เทคโนโลยีทางการแพทย์เข้ามาจัดการกับอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเพื่อยับยั้งความตาย ทั้งนี้พบว่านอกจากจะเป็นการลดทอนความตายให้เหลือเพียงมิติทางกายภาพแล้วยังมีความพยายามที่จะลดทอนความตายให้กลายเป็นเรื่องของความผิดปกติของอวัยวะบางส่วนในร่างกายอีกด้วย (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550, น. 13)

พระไพศาล วิสาโล (2547, น. 115-118) กล่าวว่า ทัศนคติดังกล่าวได้ก่อให้เกิดผลกระทบตามมาอีกหลายอย่าง เช่น ความนิยมที่นำคนป่วยหรือคนที่ใกล้ตายไปรักษาที่โรงพยาบาลและฝากชีวิตไว้ในมือแพทย์ เพื่อให้แพทย์ได้ใช้ความรู้และเทคโนโลยีเข้ามาควบคุม จัดการและต่อสู้กับความตายโดยทำทุกวิธีตามกระบวนการทางการแพทย์เพื่อที่จะยืดลมหายใจคนไข้ให้ได้นานที่สุดแม้ว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากก็ตาม ส่งผลให้การทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลขาดความละเอียดอ่อน เพราะมุ่งเน้นมิติทางกายแต่เพียงด้านเดียวที่เป็นเช่นนี้เพราะระบบการแพทย์ในปัจจุบันมองแต่ในแง่ของการกำจัดโรคให้หมดไปหรือมุ่งเน้นไปที่การต่อสู้กับเชื้อโรคเพียงอย่างเดียว โดยละเลยและลืมนองครวมของชีวิตของมนุษย์ไป ทัศนคติดังกล่าวมีรากฐานมาจากวิธีคิดวิธีการมองความตายแต่ในเชิงวิทยาศาสตร์ เชิงวัตถุและเชิงกลไกซึ่งมักสรุปว่าความตายเป็นจุดสุดท้ายและท้ายสุดของชีวิตที่ไม่มีอะไรหลังจากนั้นอีกต่อไป มนุษย์จึงเกิดความกลัวตาย ทำให้พยายามที่จะดิ้นรนเพื่อหนีจากความตายไปให้พ้น

พรเลิศ ฉัตรแก้ว (2548, น. 391-396) ได้กล่าวว่าทัศนคติการมองความตายทางการแพทย์เช่นนี้ได้ส่งผลให้เกิดนิยามและปฏิบัติการใหม่ต่อความตาย ดังนี้

(1) คนป่วยด้วยโรคร้ายแรงชนิดต่างๆ ทั้งในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ไปจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิตจะถูกผลักไสให้ไปรับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลมากกว่าการดูแลที่บ้าน เพราะบ้านไม่ใช่สถานที่สมควรจะมีคนตาย ผู้ป่วยจึงถูกฝากชีวิตไว้ในมือแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหลายเพื่อให้บุคคลเหล่านี้ได้ใช้ความรู้และเทคโนโลยีเข้ามาควบคุม จัดการและต่อสู้กับความตาย โดยทำทุกวิถีทางตามกระบวนการทางแพทย์ที่จะสามารถช่วยยืดลมหายใจผู้ป่วยให้ได้นานที่สุด

(2) มีการพัฒนาและนำเทคโนโลยีมาจัดการกับความตายอย่างเต็มที่ เพื่อเอาชนะและยับยั้งความตาย ภาพความตายในสังคมสมัยใหม่ คือคนที่นอนหมดลมหายใจอยู่ในโรงพยาบาล โดยมีสายระโยงระยางเชื่อมติดกับเครื่องยนต์ต่างๆ เต็มไปหมด ส่งผลให้เกิดการแสวงกำไรจากความตายเพิ่มทวีขึ้นสูงเพราะเมื่อผู้คนกลัวตายและต้องการที่จะประวิงเวลาให้ความตายมาถึงช้าที่สุด ธุรกิจชะลอความตายจึงเกิดขึ้นอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในโรงพยาบาล ยา และเทคโนโลยี ตลอดจนทักษะป้องกันและชะลอความตายก็ได้กลายเป็นสินค้าที่ทำกำไรได้อย่างมาก

(3) เกิดความตื่นปเลื่องค่าใช้จ่ายและทรัพยากรในการชะลอความตาย ซึ่งไม่เพียงแต่จะทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากในการยืดชีวิตผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเป็นภาระสิ้นเปลืองทรัพยากรของส่วนรวม (ในกรณีการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐ) เพราะเตียงและงบประมาณการรักษาของรัฐแทนที่จะถูกนำไปใช้เพื่อช่วยชีวิตของสมาชิกคนอื่นในสังคมในกรณีที่เกิดเหตุการณ์เร่งด่วน หรือในกรณีที่สามารถรักษาให้หายได้ แต่กลับถูกใช้ไปเพียงเพื่อช่วยยืดชีวิตหรือต่อลมหายใจให้กับคนป่วยที่มีสภาวะเสมือนคนไร้ชีวิตแล้ว

(4) ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเกิดจากการถูกปฏิบัติเสมือนประหนึ่งว่าเป็นวัตถุไม่มีสิทธิในร่างกายของตนเอง การพยายามทำทุกวิถีทางเพื่อยืดลมหายใจของผู้ป่วยให้ได้นานที่สุด โดยมักจะใช้วิธีการที่รุนแรง เช่น การเจาะคอ ผ่าท้อง ใส่ท่อให้อาหาร ซึ่งล้วนแต่เป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดทุกข์ทรมานเป็นอย่างยิ่ง แม้กระทั่งในวาระสุดท้ายของชีวิตก็ไม่มีโอกาสได้อยู่อย่างสงบท่ามกลางลูกหลานและญาติมิตร ผู้ป่วยถูกลดสภาพความเป็นมนุษย์กลายเป็นแค่วัตถุรองรับการกระทำของแพทย์และเทคโนโลยีเท่านั้น

(5) ผู้ป่วยไม่มีโอกาสที่จะได้ใช้ช่วงสุดท้ายของชีวิตให้เกิดคุณค่าแก่ตนเองอย่างเต็มที่ โดยเฉพาะในทางจิตวิญญาณเพราะผู้ป่วยในโรงพยาบาลมักจะเต็มไปด้วยความสับสนวุ่นวายเนื่องจากแพทย์และพยาบาลจะพยายามช่วยยืดชีวิตให้ยืนนานต่อไป ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับโอกาสหรือการช่วยเหลือให้เกิดความสงบทางจิตใจ

สรุปได้ว่าความตายในมิติทางการแพทย์ มีองค์ประกอบอย่างน้อย 3 ประการ คือ (1) บุคคลนั้นต้องหยุดหายใจ (2) หัวใจของบุคคลนั้นต้องหยุดเต้น (3) สมองของบุคคลนั้นต้องหยุดทำงานโดยสิ้นเชิง สะท้อนให้เห็นว่าความตายในแง่มุมมองทางการแพทย์นั้นเป็นความตายแต่เพียงมิติทางกายภาพเท่านั้น ไม่ได้ให้ความสนใจความตายในมิติทางจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของมนุษย์เลย ซึ่งการมองความตายเช่นนี้อาจส่งผลกระทบต่อมุมมองความคิดเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเมื่อต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลได้ นั่นคือ ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกทุกข์ทรมาน หดหู่ทางจิตใจและหวาดกลัวเพราะการถูกปฏิบัติดูแลแต่เพียงทางกายภาพจะส่งผลให้การใช้ชีวิตในช่วงระยะเวลาเจ็บป่วย จนกระทั่งวาระสุดท้ายแห่งชีวิตของผู้ป่วยเป็นไปในลักษณะที่ไม่เหมาะสมและไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตัวของผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

นอกจากนี้หากมองความตายทางการแพทย์ยังเกี่ยวข้องกับกระบวนการแพทย์ในแต่ละช่วงเวลา เช่น การแพทย์ทางชีวภาพ การแพทย์แบบสังคม และการแพทย์แบบนิเวศน์สังคม ซึ่งจะกล่าวในลำดับต่อไป ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการให้ความหมายความตายในมุมมองทั้งจากแพทย์และผู้ป่วย รวมถึงวัฒนธรรมความตายที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน

คังงานวิจัย เอกภพ สิทธิวรรณธนะ (2556) ได้ศึกษามิติทางวัฒนธรรมความตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่: การศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ระบบการให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลสมัยใหม่มีทัศนคติต่อความตายที่มีฐานจากกระบวนการทัศนวิทยาศาสตร์ที่มองระบบชีวิตเป็นกลไก สามารถศึกษา ลดทอน แยกส่วน และจัดการควบคุมได้ด้วยความรู้ เครื่องมือ การบริหารจัดการแบบสมัยใหม่ กรอบคิดต่อความตายดังกล่าวยังมีแนวโน้มที่จะแผ่ซ่านไปยังผู้รับบริการที่มีแนวโน้มร่วมต่อสู่ปฏิเสธความตายไว้ด้วย การป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทั้งที่เป็นบุคคลอันเป็นที่รักและผู้รับบริการสุขภาพ อาจถูกให้ความหมายว่าเป็นการแสดงความรักความห่วงใย การให้การดูแลอย่างถึงที่สุด วิธีคิดดังกล่าวประกอบกับสภาพครอบครัวที่เป็นปัจเจกมากขึ้น ชุมชนที่มีความสามารถในการจัดการการตายด้วยตัวเองได้น้อยลง ทำให้การตายในโรงพยาบาลเป็นวิธีการตายที่เป็นปกติ เนื่องด้วยกรอบคิดการจัดการการตายเป็นของวิชาชีพสุขภาพมากกว่าครอบครัวหรือชุมชน ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในร่างกายของผู้ป่วยและวิธีการตายได้น้อยลง โดยมีข้อค้นพบผลลัพธ์จากการประกอบสร้างขึ้น พบว่า ระบบการให้บริการในโรงพยาบาลมีทัศนคติต่อความตาย ดังนี้คือ ความตาย คือ ความเสียหายของอวัยวะหรือระบบอวัยวะ ความตายเป็นสภาวะเลวร้าย น่ากลัว มีพิษภัย และ ความตายคือสภาวะที่สามารถควบคุม ป้องกัน ตอบโต้ได้ด้วยบริการทางการแพทย์สมัยใหม่

หากพิจารณาพื้นที่ในโรงพยาบาล อาจจำแนกวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับความตายได้ 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ วัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับความตายแบบชีวการแพทย์ ซึ่งถูกออกแบบจาก

ระบบการให้บริการสุขภาพทั้งในระดับประเทศและระดับโลกที่มีพื้นฐานจากกระบวนการค้นคว้า วิจัยทางวิทยาศาสตร์บุคลากรกรในสายงานที่สำคัญต่อการให้บริการมักได้รับการศึกษาอบรมฝึกฝนความรู้ ทักษะที่สอดคล้องจากสถาบันการศึกษาที่จัดการเรียนการสอนเรื่องสุขภาพบนกระบวนการค้นคว้า วิจัยทางวิทยาศาสตร์อีกทีหนึ่ง ดังนั้นวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการตาย การจัดการความตายในระบบ โรงพยาบาลจึงน่าจะเป็นวัฒนธรรมที่ได้รับอิทธิพลจากทัศนคติการแพทย์และสาธารณสุขดังที่ได้ กล่าวไว้แล้วในความตายตามแนวคิดการแพทย์และสาธารณสุข

อย่างไรก็ตามความตายในมุมมองการแพทย์กับวิทยาศาสตร์คงไม่แตกต่างกัน เพราะความตายในวิทยาศาสตร์ หมายถึงการสิ้นสุดของสิ่งมีชีวิต คนตายเปรียบได้กับกลุ่มของ สารอินทรีย์ที่หยุดทำงานแล้ว และกำลังรอที่จะย่อยสลาย หรือ คนตาย คือสสารวัตถุที่มีมวลอยู่ ปริมาณหนึ่ง จิตสำนึกเป็นผลของการทำงานของร่างกาย ถ้าการทำงานของร่างกายหยุดลง จิตสำนึก ก็จะหมดลงไปด้วย ส่วนชีวิตหลังตายในมุมมองทางวิทยาศาสตร์มองว่า ไม่มีการเกิดหลังการตาย แน่นนอน เนื่องจากความตายในความหมายทางวิทยาศาสตร์คือ การดับสูญไป ตายไปแล้วก็หมด ความรู้สึกเหมือนกับก่อนเกิดและวิทยาศาสตร์ยังมองอีกว่าวิญญาณไม่มีจริง

2) แนวคิดเกี่ยวกับความตายในมุมมองทางศาสนา

ศาสนามีส่วนสำคัญในการกำหนดความหมายของการตาย มีระบบการอธิบาย โลกทัศน์เกี่ยวกับชีวิตทั้งโลกปัจจุบันและโลกหลังความตาย เช่น ในศาสนาที่มีพระเจ้า ก็จะมีโลก หรือดินแดนของพระเจ้าต้อนรับชีวิตหลังความตายหากมนุษย์ปฏิบัติตามบทบัญญัติได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมในครั้งที่มีชีวิต ในขณะที่ศาสนาพุทธ-พราหมณ์-ฮินดู ได้เข้ามามีบทบาทในการอธิบาย โลกและจักรวาลแบบไตรภูมิ (กามาวจรภูมิ-รูปาวจรภูมิ-อรุปาวจรภูมิ) รวมถึงหลักกรรมและ วิบากกรรมในดินแดนสุวรรณภูมิ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2550) นอกจากคำอธิบาย ระบบโลกและชีวิตแล้ว ศาสนายังมีระเบียบแบบแผนปฏิบัติพิธีกรรมและนักบวชที่จะช่วยชี้แนะ ช่วยเหลือให้ผู้คนผ่านชีวิตหลังความตายที่ดีด้วย

ความตายเป็นประเด็นสำคัญของศาสนาทุกศาสนา ศาสนาในฐานะที่เป็นสถาบัน ทางสังคมมีชุดคำอธิบายเกี่ยวกับความจริง ความดี ความงาม และแบบแผนปฏิบัติที่นำไปสู่ความ สงบสุขของชีวิตส่วนตัวและสังคมส่วนเกี่ยวข้องพันเชื่อมโยงในทางใดทางหนึ่งต่อโลกหลังความตาย

ศาสนาหลักทุกศาสนาไม่ปฏิเสธการมีอยู่ของชีวิตหลังความตาย และเราควรใช้ ชีวิตในโลกนี้เพื่อเตรียมตัวสู่ชีวิตหลังความตายนั่น (โสรัจจ์ หงษ์ลดารมย์, 2549) เพราะนอกเหนือจาก ความจริงทางร่างกายแล้ว มนุษย์ยังมีจิต (บางศาสนาเรียกวิญญาณ) ที่ยังคงต้องเดินทางสืบเนื่อง หลังจากที่เราตายหมดสภาพไม่สามารถใช้งานได้ต่อไป

ในขณะที่คำสอนทางศาสนาส่วนใหญ่มองว่า ความตายที่แท้จริงเป็นเพียงขั้นตอนหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของชีวิตที่มีความสืบเนื่อง กล่าวคือ เชื่อว่าหลังจากมนุษย์ตายแล้วยังมีรูปแบบของกายทิพย์ หรือจิตวิญญาณ หรือจิต ที่ต้องเดินทางไปสวรรค์ นรก หรือเกิดใหม่ ในดินแดนของพระเจ้าหรือพุทธภูมิ การมองความตายไม่ใช่จุดสิ้นสุดจะทำให้มนุษย์ให้ความสำคัญ กำหนดทำที่ที่แตกต่างกันออกไป เช่น ตั้งสมณูปการไว้ เพื่อเกิดในภพชาติที่สูงยิ่งขึ้นไป หรือบรรลุนิพพาน เพื่อหลุดออกจากความสืบเนื่องในวัฏฏะสงสารนั้น หรือประพฤตินตามข้อห้ามคำสอน เพื่อเมื่อตายแล้วจะได้อยู่ในดินแดนของพระเจ้าแห่งความสันติสุข

ในศาสนาที่นับถือพระเจ้าเช่น ศาสนาคริสต์ ศาสนาอิสลาม หลังจากความตาย วิญญาณของผู้ตายสามารถกลับไปหาดินแดนของพระเจ้าได้ หากได้เข้าถึงพระองค์แล้วด้วยการแสวงหาความหมายต่อชีวิตและพระองค์ได้ในขณะที่มีชีวิตอยู่ผ่านหลักปฏิบัติที่ศาสดาให้ไว้ แต่ถ้าไม่ได้ปฏิบัติตามหลักวิญญาณก็จะเดินทางไปยังสถานที่เพื่อถูกลงโทษ

ในขณะที่ศาสนาพุทธ การตายคือการแตกดับของปัจจัยแห่งชีวิต (สังขาร) ที่ประกอบด้วยส่วนที่เป็นรูปหรือกาย และส่วนที่เป็นนาม (เวทนา สัญญา สังขาร วิญญาณ) ส่วนที่เป็นกายจะย่อยสลายใช้การไม่ได้ แต่ส่วนที่เป็นจิตจะไปจุติหรือเกิดใหม่ ขึ้นอยู่กับกรรมที่ได้กระทำไว้ในอดีต และความปรารถนาที่จะไปเกิด (ตัณหา) จิตที่จะไปเกิดในภพใดภพหนึ่งใน 3 ภพได้แก่ กามภพ ภพที่สัตว์ยังเสวยสุขทางอินทรีย์ทั้ง 5 ได้แก่ ออบาย 4 มนุษย์โลก และกามาวจรสวรรค์ทั้ง 6 อรูปภพ ภพของสัตว์ผู้เข้าถึงรูปฌาน ได้แก่รูปพรหมทั้ง 16 และอรูปภพ ภพของสัตว์ผู้เข้าถึงรูปฌาน ได้แก่ อรูป พรหม 4 (พระพรหมคุณาภรณ์, 2551)

พุทธทาสภิกขุ (2548) กล่าวว่า การตายจึงเป็นขั้นตอนหนึ่งของวัฏฏะสงสาร การเวียนวนอยู่ในวงกลมแห่งการเกิดขึ้น ตั้งอยู่ ดับไปของสัตว์ เพราะมีความหลงคิดยึดคิดว่าเรามีตัวตน เป็นตัวกูและของกู ความหลงยึดเช่นนั้นก่อให้เกิดอยากขึ้น (ตัณหา) เมื่อพบกับสิ่งเป็นที่รักที่พอใจ จึงเกิดการกระทำบางอย่างเพื่อสนองความอยากนั้น (กรรม) ก่อให้เกิดผลการกระทำนั้น (วิบาก) ผลนั้นย้อนกลับมาทำให้เกิดความอยากอีกเช่นนี้เป็นวงจรแห่งการเวียนว่ายตายเกิด ทั้งในมิติของการเกิดข้ามภพข้ามชาติเพราะเชื่อว่าวัฏฏะสงสารเป็นกองสุข และในมิติของการเกิดในระดับการปรุงแต่งของจิต

อุดมคติของชาวพุทธคือนิพพาน ซึ่งเป็นสถานะแห่งการหลุดพ้นเสียจากวงจรการเวียนว่ายตายเกิด ทั้งนี้ด้วยการขจัดกิเลสตัณหา ด้วยการทำให้จิตว่างจากการปรุงแต่งอันเป็นการตัดเหตุปัจจัยทำให้เกิดกิเลสตัณหา หรือด้วยการพิจารณาวงจรแห่งการเวียนว่ายว่าเป็นความทุกข์ จนละความอยากที่จะเกิดลงได้หมดจด หรือการมองเห็นสภาวะธรรมของความว่างว่า โดยแท้จริงแล้วอัตตา คือความเป็นตัวกู และของกู เป็นสิ่งที่ไม่ได้อยู่จริง ความเป็นสัตว์ ตัวตน บุคคล เรา เขา จึงเป็นมายาที่

เกิดขึ้นด้วยกระแสแห่งการปรุงแต่ง ในทางปรมาตม์แล้วจึงไม่มีใครตายเพราะไม่มีผู้ตายความตาย จึงเป็นเพียงสมมติสัจจะท่ามกลางกระแสแห่งเหตุปัจจัยที่ไม่เที่ยงแท้ยั่งยืน

ผู้ป่วยที่กำลังเผชิญความตาย ย่อมเป็นผู้นับถือศาสนาใดศาสนาหนึ่ง หรือแม้จะ ประกาศตัวว่าไม่นับถือศาสนาใด ก็ยังคงอยู่ท่ามกลางคนรอบที่นับถือศาสนาใดศาสนาหนึ่ง การ เข้าใกล้และสวตากับความตาย ย่อมมีท่าทีประการใดประการหนึ่งที่มีมิติทางศาสนา ตั้งแต่ขั้นตอน การบอกทางก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต ขั้นตอนการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเมื่อเสียชีวิต และพิธีกรรมต่อจากนั้น ซึ่งในกระบวนการทางศาสนาทุกศาสนาล้วนมีพิธีกรรมต่างๆ ที่เป็นสัญลักษณ์ให้เห็นถึงการสื่อสาร ความตายด้วยกันทั้งสิ้น

หากแต่เมื่อผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลซึ่งมีระบบปฏิบัติและข้อจำกัดโดยภาพรวมที่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา เช่น พื้นที่ในโรงพยาบาลคับแคบ การจำกัดเวลาการเยี่ยม ผู้ป่วยระเบียบกฎเกณฑ์ที่บุคลากรของโรงพยาบาลเป็นผู้ควบคุมอยู่ภายใต้กรอบคิดการบริหาร จัดการเพื่อการรักษาผู้ป่วยในภาพรวมภายใต้บริบทอันมีความจำกัด ทว่าก็ถูกเรียกร้องต่อการปฏิบัติ ต่อผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตสูง บุคลากร โรงพยาบาลซึ่งก็เป็นบุคคลผู้นับถือศาสนาใดศาสนาหนึ่งด้วย ความเข้มข้นระดับใดระดับหนึ่งตามแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง จะมองสถานการณ์ที่ตน ต้องเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างไร และในความเป็นจริงได้ปฏิบัติอย่างไรต่อสถานการณ์เช่นนั้น

แม้ศาสนาแต่ละศาสนาจะมีหลักธรรมคำสอนที่แตกต่างกันในเรื่องของการทำ ความดี แต่หากเป็นมิติของความตายแล้วแต่ละศาสนาจะมีคำสอนที่แตกต่างกันตามความเชื่อเรื่อง ชีวิต ความตายและวิญญาณที่ไม่เหมือนกัน ซึ่งความเชื่อดังกล่าวได้ส่งผลให้มนุษย์ที่อยู่ในแต่ละ สังคม วัฒนธรรมมีเป้าหมายในการใช้ชีวิตและปรับตัวต่างกันออกไป

ศาสนาต่างๆ มีแนวคิดเกี่ยวกับความตายในมุมมองต่างๆ กัน ในที่นี้ขอเสนอ มุมมอง 3 ศาสนาหลักด้วยกัน คือ แนวคิดเกี่ยวกับความตายในมุมมองศาสนาพุทธศาสนา แนวคิด เกี่ยวกับความตายในมุมมองศาสนาอิสลาม และ แนวคิดเกี่ยวกับความตายในมุมมองศาสนาคริสต์

(1) ความตายในศาสนาพุทธ

พระพุทธเจ้าได้ตรัสไว้ในมัชฌิมนิกาย (ประกายธรรม, 2542, น. 18) ว่า ผู้ตาย ไม่ว่าจะ เป็นมนุษย์หรือสัตว์ ทั้งกายสังขารหรือลมหายใจเข้าออกก็ดับไป วิจิสังขารได้แก่ วิตก วิจารณ์ หรือความตรึก ความตรองก็ดับไป และจิตตสังขาร คือ สัญญาและเวทนา หรือความกำหนดได้ ความรู้ และความรู้สึกก็หมดไป อายุก็สิ้นไป ไออุ่นคือไฟที่เกิดแต่กรรมก็สงบ อินทรีย์ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น กาย ก็แตกทำลายไป

หากพิจารณาตามมติของพระพุทธโฆษาจารย์ที่ให้ไว้ในกัมภีร์วิสุทฺธิมรรค (ประกายธรรม, 2542, น. 18) ความตาย หมายถึง การเข้าไปตัดอินทรีย์ คือชีวิต ซึ่งได้แก่ การสิ้นชีวิตของ

สัตว์โลกในภพหนึ่งๆ โดยปกติจะหมายถึง การสิ้นชีวิต ซึ่งกำหนดเอาชาติหนึ่งๆ ที่สมมติกันว่าเป็นคน สัตว์ ส่วนหลักพระอภิธรรมระบุว่า ความตายเกิดขึ้นแก่สังขารคือ สิ่งที่เกิดขึ้น เพราะเหตุปัจจัย ทั้งรูปและนาม ช้าแล้วช้าเล่า ความตายจึงเกิดขึ้นทุกขณะ

ในมุมมองศาสนาพุทธ พระพุทธเจ้าได้ทรงมองว่าความตายเป็นเรื่องที่ต้องพูด (ทุกลมหายใจเข้าออก) การศึกษาเรียนรู้เรื่องความตายเป็นสิริมงคลแห่งชาติ และเป็น ผลดีต่อการดำรงอยู่ในปัจจุบัน ควรมองความตายในแง่บวก และหมั่นระลึกถึงความตายบ่อยๆ เพื่อความไม่ประมาท

ศาสนาพุทธมีความเชื่อว่า ความตายเป็นความจริงตามธรรมชาติ ความตายเป็นสังขารแห่งชีวิต เมื่อมนุษย์และสิ่งมีชีวิตทั้งหลายเกิดมาแล้วก็ต้องตายทั้งสิ้นตรงกับคติที่ว่าทุกสิ่งเป็นอนิจจังเป็นอนัตตา ทุกสิ่งล้วนเกิดมาตั้งอยู่ดับไป ความตายจึงเป็นของธรรมดาของชีวิต เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่เสมอเป็นประจำ เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการชีวิตที่ไม่มีใครสามารถจะล่วงพ้นหลีกเลี่ยงความตายหรือเปลี่ยนกฎแห่งความเป็นจริงนี้ได้ ความตายจึงมิใช่เป็นเพียงจุดสิ้นสุดของชีวิตโดยสมบูรณ์เท่านั้น หากแต่คือการเปลี่ยนสภาพจากโลกที่อาศัยอยู่จากสิ่งมีชีวิตในโลกนี้ไปสู่อีกโลกหนึ่งหรืออีกภาวะหนึ่ง ความตายในพุทธศาสนาจึงมุ่งเน้นไปที่การดับหรืออาการดับของขั้น 5 อันประกอบไปด้วยรูป วิญญาณ สัญญา เวทนาและสังขาร เมื่อใดที่ขั้น 5 หรือกายกัมภิจดับลง มนุษย์ก็ไม่สามารถที่จะดำรงสภาพความเป็นมนุษย์ได้อีกต่อไป จุดนั้นจึงเรียกว่า ความตาย อันเกิดจากการแตกสลาย การทอดทิ้งร่างกายหรือการใช้ชีวิตสูญสิ้น (ฉัฐยา วาสิน, 2541, น. 18)

นอกจากนี้ยังมีความเชื่อในเรื่องของกรรมหรือผลอันเกิดจากการกระทำ และการเวียนว่ายตายเกิดหรือสังสารวัฏด้วย กล่าวคือ ในพระพุทธศาสนามีคติความเชื่อว่ามีมนุษย์เราไม่ได้มีชีวิตอยู่แค่เพียงในชาตินี้เท่านั้น หากแต่มนุษย์ได้มีการเวียนเกิดเวียนตายมาแล้วนับครั้งไม่ถ้วน เพื่อชดใช้กรรมที่ได้เคยกระทำมาก่อนให้เกิดความเชื่อเรื่องของกฎแห่งกรรมขึ้นมาว่า การกระทำใดๆ ก็ตามของมนุษย์ย่อมมีผลในเรื่องของบาปบุญคุณโทษเสมอ ดังสุภาษิตที่ว่า ทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว มนุษย์ทุกคนจึงเป็นผลผลิตของการกระทำของตนเอง ส่วนความเชื่อในเรื่องสังสารวัฏหรือการเวียนว่ายตายเกิดหรือการเกิดใหม่ พุทธศาสนามีความเชื่อว่าชีวิตของมนุษย์ ฐานะของมนุษย์ในชาตินี้ ย่อมสะท้อนให้เห็นถึงผลบุญที่ทำมาในชาติก่อน ถ้าในชาติก่อนได้ทำบุญสร้างกุศลมามาก สถานะในชาตินี้ก็จะดีและท้ายสุดเชื่อว่าการเกิดในโลกหน้าหรือชาติหน้าย่อมแปรผันตรงตามผลบุญที่ได้กระทำลงไป ในชาตินี้ ผู้ที่มีผลบุญมากที่สุดก็สามารถที่จะหลุดพ้นออกจากการเวียนว่ายตายเกิดตลอดจนสามารถเข้าถึงพระนิพพานได้ (ปราณี วงษ์เทศ, 2543, น. 53)

ด้วยเหตุนี้พุทธศาสนิกชนที่ศรัทธาในพุทธศาสนาจึงให้การยอมรับและมองความตายว่าเป็นเรื่องธรรมดา ไม่ใช่สิ่งที่น่ากลัวเพราะความตายไม่ใช่เป็นแค่วิกฤตของชีวิตเท่านั้น หากแต่ความตายสามารถเป็นทางผ่านไปสู่ภพภูมิที่ดีกว่าได้หากทำบุญมาพอในภพนี้ และการ

ตระหนักว่ามีชีวิตหลังความตายทำให้ภาวะหลังความตายมิใช่สิ่งลึกลับ ส่งผลให้ผู้ที่หมั่นทำกรรมดี และสร้างกุศลอยู่เสมอเมื่อต้องเผชิญหน้ากับความตายย่อมเกิดความรู้สึกอุ่นใจและมั่นใจว่าตน จะต้องได้ไปสู่สุคติแน่นอน ตรงข้ามกับผู้ที่ทำกรรมชั่วย่อมเกิดความทุกข์ทั้งกายและใจเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้เข้ามาถึงเพราะกลัวจะไปสู่ทุกขภูมิ อีกทั้งการเข้าถึงแก่นของพุทธศาสนาอย่างแท้จริงตามหลักอริยสัจสี่คือ เกิด แก่ เจ็บและตาย จะช่วยให้มนุษย์รู้สึกน้อมจิตให้เป็นกุศลก่อนตาย ซึ่งจิตที่สงบเป็นกุศลอันเกิดจากการยกระดับจิตใจให้ผ่องใสสามารถช่วยให้ตายอย่างไม่ทุกข์ทรมานและจิตวิญญาณของผู้ตายก็มีโอกาสที่จะไปสู่ภพภูมิที่ดีกว่าเดิมได้ วัฒนธรรมความตายเช่นนี้นอกจากจะทำให้มนุษย์มองความตายว่าเป็นธรรมดาของชีวิตแล้ว ยังทำให้มนุษย์เกิดการตระหนักเห็นถึงคุณค่าของการตายอย่างสงบ และรู้จักใช้ความตายให้เป็น โอกาสในการยกระดับทางจิตวิญญาณ โดยอยู่อย่างพร้อมจะตายทุกขณะหรือดียิ่งกว่านั้นคือเรียนรู้ที่จะตายก่อนตายอยู่เสมอดังคำกล่าวของท่านอาจารย์พุทธทาสภิกขุ (พระไพศาล วิสาโล,2552)

(2) ความตายในศาสนาอิสลาม

ศาสนาอิสลามมีแนวคิดว่า ความตายมิได้หมายความว่า เป็นการสิ้นสุดหรือจุดสุดท้ายของชีวิต แต่เป็นจุดเริ่มต้นที่จะก้าว ไปสู่ชีวิตที่แท้จริงและเป็นนิรันดร์ (ประมุท อุทัยพันธ์, 2532) โดยชาวมุสลิมถือว่า ชีวิตในโลกนี้คือการเตรียมตัวสำหรับการใช้ชีวิตในโลกหน้าที่มีความถาวร

ชาวมุสลิมเชื่อว่า เมื่อมนุษย์เสียชีวิตแล้ว ดวงวิญญาณของทุกคนจะไปรวมตัวกันอยู่ในโลกที่เรียกว่า บัรซัค ซึ่งเป็น โลกที่คั่นกลางระหว่าง โลกนี้กับ โลกหน้า เพื่อรอจนถึงวันแห่งการสิ้นสุด ทุกชีวิตที่ได้รับการฝังไว้ใต้ดินจะฟื้นขึ้นมาเพื่อรอรับการตัดสินการกระทำต่างๆ ที่เขาได้กระทำไว้ในขณะที่มีชีวิตอยู่บน โลกนี้

ในขณะที่ศพถูกฝังอยู่ในสุสานหรืออยู่ใน โลกของบัรซัคนั้น จะมีมาลาอิกะฮ์หรือเทวดา ซึ่งทำหน้าที่สอบสวนพฤติกรรมของผู้ตายเมื่อครั้งยังมีชีวิตอยู่ หากผู้ตายเป็นคนดีปฏิบัติตามบทบัญญัติของพระเจ้าอย่างเคร่งครัด เขาผู้นั้นก็จะตอบคำถามของมาลาอิกะฮ์ เกี่ยวกับศรัทธาและบทบัญญัติของพระเจ้าอย่างเคร่งครัด เขาผู้นั้นก็จะตอบคำถามของมาลาอิกะฮ์เกี่ยวกับศรัทธา และบทบัญญัติต่างๆ ของศาสนาได้อย่างถูกต้องและง่ายดาย ทำให้ได้รับความสุขสบายเหมือนอยู่ในสวรรค์ในระหว่างที่อยู่ใน โลกบัรซัค ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ตายเป็นคนชั่วที่มักจะหลงลืมคำตอบเหล่านั้นและจะถูกมาลาอิกะฮ์ลงทัณฑ์ให้ได้รับความเจ็บปวดทรมานในระหว่างที่อยู่ใน โลกบัรซัค

ศาสนาอิสลามให้ความสำคัญต่อพระเจ้าผู้เป็นเจ้าของทุกมิติของชีวิต ส่วนเรื่องความตาย นั้นตามหลักของศาสนาอิสลามถือว่ามีใช้การดับสูญ ไม่ใช่จุดสิ้นสุด แต่เป็นจุดเริ่มต้นของโลกใหม่และเป็นโลกที่ไม่มีจุดจบของเวลา ความตายเป็นเสมือนการเปลี่ยนผ่าน (Transition)

เปลี่ยนสภาพหรือมิติของการดำรงอยู่นั้นคือ การเคลื่อนย้ายสถานที่จากโลกหนึ่งไปสู่อีกโลกหนึ่งที่ ดีกว่าและถาวรกว่า โดยถือว่าเนื้อแท้ของมนุษย์มิใช่เรือนร่างอันเป็นวัตถุ แต่เป็นวิญญาณ ซึ่งยังคง สภาพอยู่และเตรียมพร้อมสำหรับการเคลื่อนย้ายไปสู่ชีวิตในโลกใหม่แม้ว่าเนื้อหนังจะสูญสลายไป หมดสิ้นแล้วก็ตาม อิสลามจึงส่งเสริมให้มนุษย์สร้างความผูกพันกับความตายด้วยการหมั่นรำลึกถึง และเตรียมพร้อมเสมอสำหรับความตาย เพราะเมื่อความตายมาเยือน พวกเขาจะไม่มีโอกาสกลับมาสู่โลกนี้ได้อีกเพื่อแก้ไขความผิดพลาดต่างๆ ที่ได้กระทำลงไป (Puchalski and Donnell, 2005, น. 118)

ชาวมุสลิมมองว่าศาสนาเป็นเสมือนวิถีทางจิตวิญญาณที่ชี้นำการดำเนินชีวิต เพราะชาวมุสลิมได้รับการสอนให้ปฏิบัติตามพระคัมภีร์และนบอบมอบตนอย่างสิ้นเชิงต่อ พระอัลเลาะห์เพื่อจะได้บรรลุสวรรค์ในโลกหน้า ชาวมุสลิมเชื่อว่าเมื่อตายลงจิตวิญญาณของพวกเขาจะยังคงอยู่เพื่อจะได้บรรลุสวรรค์ในโลกหน้า ชาวมุสลิมเชื่อว่าเมื่อตายลงจิตวิญญาณของพวกเขาจะยังคงอยู่เพื่อรอที่จะกลับฟื้นคืนชีพในวันสุดท้ายของโลกและรอรับการพิพากษาจากพระอัลเลาะห์ว่า วิญญาณของเขาจะได้ไปสวรรค์หรือนรกชั่ววันรันดร์ ตามเงื่อนไขที่ว่าเขาได้นบอบต่อ พระองค์คือปฏิบัติตามพระคัมภีร์หรือไม่ ซึ่งพระองค์ทรงเป็นผู้มีพระเมตตาและทรงเที่ยงธรรม อย่างที่สุด ดังนั้นชาวมุสลิมจึงมีศรัทธาต่อวิถีทางของอิสลามและศรัทธาต่อวิถีทางของอิสลามและ ศรัทธาต่อพระผู้เป็นเจ้าหรือพระอัลเลาะห์ เช่นเดียวกับเรื่องของความเจ็บป่วยที่ชาวมุสลิมไม่ได้ถือว่าเป็นเรื่องของเคราะห์กรรมแต่อย่างใด หากแต่เป็นไปตามพระประสงค์ของพระองค์ที่ประทานมา ไปด้วยความเมตตา ทั้งการเจ็บป่วย หรือปรากฏการณ์ต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับล้วนแต่เป็นสิ่งที่เสมือน ข้อทดสอบความศรัทธา ความขยัน และความหนักแน่นอดทนของเขาเหล่านั้นและพวกเขาจะ ได้รับการตอบแทนจากพระองค์อย่างมหาศาล ทั้งในปัจจุบันและโลกหน้า (วรัญญา เพ็ชรคง, 2550, น. 235-241)

(3) ความตายในศาสนาคริสต์

ชาวคริสต์เชื่อมโยงความตายกับแนวคิดเรื่องบาปติดตัวของบรรพบุรุษต้น กำเนิดของตนว่า ความตายเป็นผลมาจากบาปของมนุษย์ที่ได้ฝ่าฝืนต่อพระเจ้า (ช.ชลัท และป.เป่าน, 2548) ซึ่งปรากฏอยู่ในสวนสวรรค์เอเดน อันเป็นสวนสวรรค์ที่มีความอุดมสมบูรณ์ อันเป็นสวน สวรรค์ที่มีความอุดมสมบูรณ์ มนุษย์สามารถครอบครองได้ทุกอย่าง อย่างไรก็ตามพระเจ้าทรงมีข้อ ห้ามเพียงข้อเดียวที่ได้กำหนดไว้คือ ห้ามมนุษย์กินผลไม้ต้นหนึ่ง ต่อมาเมื่ออาดัมฝ่าฝืนกินผลไม้ ต้องห้ามตามคำขู่ของซาตาน ทำให้ทั้งอาดัมและอีฟ ถูกขับออกจากสวนเอเดนมาใช้ชีวิตบนโลก กลายเป็นต้นกำเนิดเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ทั่วโลกในเวลาต่อมา และบาปที่เกิดจากการฝ่าฝืนข้อห้ามของ พระเจ้านั้นก็ได้ฝังอยู่ในสายเลือดและติดตัวมนุษย์ทุกคน ต่อมาเมื่อมีความเชื่อศาสนาว่า พระเยซูได้ กำเนิดมาเพื่อล้างบาปเหล่านี้ให้แก่มนุษย์

ตามคติของศาสนาคริสต์ จึงเป็นที่รับรู้กันว่า มนุษย์ทุกคนที่เกิดมาล้วนมีวิญญาณจิตของตนเอง และมีบาปติดตัวมาด้วย ซึ่งจะสถิตอยู่ในร่างกายของตนจนสิ้นสุดอายุขัยตามกำหนดของพระเจ้า โดยมนุษย์ทุกคนต้องตายทางร่างกายครั้งหนึ่ง ส่วนวิญญาณจิตก็จะดำเนินต่อไปโดยไม่ต้องอาศัยร่างกาย จึงทำให้ช่วงเวลาที่มิมีชีวิตอยู่นั้นเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดของมนุษย์ที่จะได้ชำระล้างบาป ที่ตกทอดกันมาในวิญญาณจิตตั้งแต่เกิด เพราะเมื่อหมดอายุขัยของร่างกายโดยที่ยังไม่ได้ชำระล้างบาป วิญญาณจิตจะไม่ได้รับการปลดปล่อย และจะตกลงในทะเลไฟนรกที่พระเจ้าทรงสร้างไว้สำหรับซาตาน ส่วนวิญญาณจิตที่ได้รับการปลดปล่อยชำระบาปแล้วก็จะได้ดำเนินต่อไปอย่างนิรันดร์ในอาณาจักรของพระเจ้า

ศาสนาคริสต์มีความเชื่อว่าชีวิตมนุษย์มาจากพระเจ้า ตลอดช่วงเวลาดำเนินชีวิตพระเจ้าจะมอบความดีไว้ให้เป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ยังเชื่อในเรื่องดวงวิญญาณที่ถาวรในโลกหน้า ศาสนาคริสต์สอนว่า ชาวคริสต์ทุกคนจะกลับคืนชีพในวันสุดท้ายและพระเยซูจะทรงพิพากษาว่าผู้ที่ยอมรับการไถ่บาปของพระองค์ก็จะได้ไปสวรรค์เพื่อไปรวมเป็นหนึ่งเดียวกับพระเจ้าตลอดนิรันดร์ ส่วนผู้ที่ไม่ได้รับการไถ่บาปก็จะไปนรกชั่วนิรันดร์ โดยพระเจ้าจะเป็นผู้กำหนดเวลาที่มนุษย์จะได้ก้าวไปสู่อีกโลกที่สมบูรณ์กว่านี้ ส่งผลให้เกิดความเชื่อว่าตลอดชีวิตในโลกนี้เป็นเวลาเพียงชั่วคราวเท่านั้น ชาวคริสต์จึงมีทัศนคติต่อความตายว่าไม่ใช่จุดสิ้นสุดหากแต่เป็นจุดเริ่มต้นสู่การไปพบกับพระเจ้า ซึ่งเป็นอีกมิติหนึ่งของชีวิตต่างจากชีวิตปัจจุบันชาวคาทอลิกจึงเชื่อว่า “ความตาย” คือ ภาวะที่ร่างกายและวิญญาณแยกออกจากกัน มนุษย์เกิดมาครั้งเดียวและก็จะตายเพียงครั้งเดียวเท่านั้น เมื่อมนุษย์ตายร่างกายก็จะสลายกลายเป็นธาตุตามเดิม ขณะที่วิญญาณซึ่งแยกออกจากร่างกายจะถูกนำไปพิพากษาทันทีตามบาปบุญของตน ความตายจึงไม่ใช่เรื่องเลวร้ายเพราะความตายไม่มีคุณค่าในตนเอง แต่อยู่ที่จุดหมายของความตายมากกว่า ชาวคริสต์ถือว่าความตายเป็นแค่ทางผ่านแล้วชีวิตใหม่ก็จะเกิดขึ้นพร้อมกับอาณาจักรใหม่ ความเชื่อเช่นนี้ทำให้ชาวคริสต์ไม่กลัวตายพร้อมทั้งกล้าที่จะเผชิญกับความยากลำบาก การเบียดเบียนและความตายอีกด้วย ดังนั้นช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตจึงถือเป็นช่วงที่มีค่ายิ่ง คริสต์ศาสนิกชนจึงให้ความสำคัญกับการดูแลจิตวิญญาณในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นอย่างมาก เพราะเป็นโอกาสสุดท้ายที่มนุษย์จะเปลี่ยนแปลงความรู้สึกที่ผิดพลาดเกี่ยวกับการกระทำในอดีตได้ เพื่อให้วิญญาณสามารถไปสู่ความเป็นของจิตวิญญาณของมนุษย์นั่นเอง (มธุรส ศิริสถิตกุล, 2550, น.221-225)

สรุปคือ ศาสนาพุทธมีมุมมองเกี่ยวกับความตายว่าเป็นวัฏจักรแห่งชีวิต ทุกคนเกิดมาแล้วแล้วแต่ต้องตายและเมื่อสิ้นใจไปแล้ววิญญาณจะเวียนเกิดเวียนตายอีกหลายภพหลายชาติ เพื่อใช้กรรมที่ตนได้เคยกระทำมาด้วยตนเองให้หมดสิ้นไปแล้วท้ายสุดจึงจะเข้าสู่นิพพานและดับสูญ ส่วนศาสนาคริสต์มองความตายว่าไม่ใช่จุดสิ้นสุดหากแต่เป็นเสมือนทางผ่านไปสู่จุดเริ่มต้น

ในการได้พบกับพระเจ้า เมื่อสิ้นใจไปแล้วเชื่อกันว่าวิญญาณจะฟื้นคืนชีพในวันสุดท้ายเพื่อรับคำพิพากษาจากพระเยซู ผู้ใดที่ได้รับการไถ่บาปจากพระองค์จะได้ไปสวรรค์ไปอยู่ร่วมกับท่าน ส่วนผู้ที่ไม่ได้รับการไถ่บาปจากพระองค์จะต้องเดินทางไปในรกชั่ววันรันดร์ และศาสนาอิสลามมีมุมมองเกี่ยวกับความตายว่าไม่ใช่จุดสิ้นสุดเช่นเดียวกันหากแต่เป็นจุดเริ่มต้นของโลกใหม่ที่ไม่มีจุดจบของเวลา ความตายเป็นเสมือน การเปลี่ยนผ่านมิติของการดำรงอยู่จากโลกหนึ่งไปสู่อีกโลกหนึ่งที่ดีและถาวรกว่า เชื่อว่าเมื่อความตายลงวิญญาณจะคืนชีพในวันสุดท้ายเพื่อรับคำพิพากษาจากพระอัลเลาะห์ว่าจะไปนรกหรือสวรรค์ชั่วคราว

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า ศาสนามีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อมุมมองความคิดในการมองชีวิตและความตายของมนุษย์ ความเชื่อทางศาสนาและจิตวิญญาณจึงเป็นเสมือนกรอบแนวทางในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมองว่าความตายคือสิ่งที่เป็นธรรมชาติเป็นขั้นตอนหนึ่งที่มนุษย์ทุกคนหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ป่วยจะมีกำลังใจที่เข้มแข็งและพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความตายของตนเองได้อย่างกล้าหาญมากขึ้น แต่หากผู้ป่วยมองว่าความตายคือผลแห่งกรรม ความเจ็บป่วยและโรคร้ายที่กำลังประสบอยู่คือ บทลงโทษจากพระเจ้าจะส่งผลให้ทั้งคุณภาพชีวิต จิตใจและร่างกายของผู้ป่วยนั้นแย่ลงทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ในช่วงระยะสุดท้ายอย่างไม่มีความสุขและจากไปอย่างไม่สงบ ดังนั้นเพื่อที่จะเข้าใจถึงการให้ความหมายและมุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยจึงต้องเริ่มต้นจากการทำความเข้าใจถึงความเชื่อทางศาสนาและจิตวิญญาณของผู้ป่วยก่อน เมื่อเข้าใจตรงนี้อย่างถ่องแท้แล้ว บุคลากรรอบข้างทั้งบุคลากรทั้งทางการแพทย์ ครอบครัว และคนใกล้ชิดจึงจะได้วางแผนและเลือกสรรวิธีการดูแลให้มีความสอดคล้องเหมาะสมกับความเชื่อและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเพื่อผู้ป่วยจะได้มีชีวิตที่ดีในช่วงระยะสุดท้ายและจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

3) แนวคิดเกี่ยวกับความตายในมุมมองทางสังคม

ความตายเชิงสังคม เป็นการสืบสานสภาพทางสังคมที่เคยเป็นอยู่ เช่น ความเคารพ เลื่อมใสของผู้อื่น อำนาจหน้าที่ที่สิ้นสุดลงเมื่อพ้นตำแหน่ง สำหรับสภาพแวดล้อมทางสังคม ค่านิยม วัฒนธรรม ความเชื่อและสื่อมวลชนนั้นก็มิอิทธิพลยิ่งต่อความรู้ ความเข้าใจและการยอมรับเกี่ยวกับความตายด้วย

ในสังคมแต่ละยุคสมัย วิถีชีวิตของผู้คนและความเป็น ไปในสังคม สามารถเรียนรู้ได้จากแนวคิด ทศนคติหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับความตาย ซึ่งเป็นแบบแผนของสังคมที่อาจเรียกว่า “วัฒนธรรมความตาย” อันเป็นตัวกำหนดวิถีชีวิตและสังคมนั้นๆ ในอดีตวัฒนธรรมความตายของสังคมไทย โดยเฉพาะในชนบทนั้น คนไทยมองว่าความตายมิใช่เป็นเพียงส่วนหนึ่งของชีวิตเท่านั้น แต่เป็นส่วนหนึ่งของวัฏสงสาร คือ การเกิด แก่ เจ็บ ตาย เวียนเกิดเวียนตาย ไม่มีที่สิ้นสุด

ความตายจึงเป็นสิ่งที่ไม่น่ากลัว เพราะความตายเป็นทางผ่านไปสู่อภภูมิตี่ดีกว่าถ้าทำบุญมากพอในชีวิตนี้ มีการยอมรับความตาย ทำจิตใจเป็นกุศลก่อนตาย ถ้าทำดีก็ได้ไปสู่สุคติ การใช้ชีวิตของผู้คนจึงไม่ขวนขวายหรือกระตือรือร้นนัก ทำมาหากินพอเลี้ยงตัวได้ แม้แต่ในเรื่องชื่อเสียงเกียรติยศก็ยังไม่เห็นความสำคัญมาก ผู้คนจึงมองมิติด้านจิตใจสำคัญกว่าร่างกายวัตถุหรือชื่อเสียง เนื่องจากจิตใจสามารถส่งผลไปถึงภพภูมิภพภาคหน้าหรือชาติหน้าได้ ด้วยบุญกุศลจะทำให้ไปสู่สุคติ ส่วนร่างกายวัตถุ เงินทองหรือชื่อเสียงเป็นของชั่วคราวตายไปก็ไร้ความหมาย ไม่สามารถนำติดตัวไปพร้อมกับความตายได้ ดังนั้นการดำเนินชีวิตของคนในอดีตจึงให้ความสำคัญในเรื่องบุญกุศลมากในภาวะใกล้ตาย จะมีการช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบหรือเปี่ยมด้วยบุญกุศล

จากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนาและเทคโนโลยีต่างๆ ทำให้วัฒนธรรมความตายแปรเปลี่ยนไป สังคมในปัจจุบันจึงมีการมองว่า ความตายเป็นสิ่งที่ตรงข้ามกับชีวิต และคนเรามองว่า ความตายเป็นจุดสุดท้ายของชีวิต ไม่มีอะไรหลังจากนั้น ความตายจึงเป็นสิ่งน่ากลัว ควรหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวถึง การพูดเกี่ยวกับความตายเป็นสิ่งอับมงคล ทำให้คนไทยส่วนใหญ่ไม่ชอบสนทนาหรือพูดคุยเรื่องความตาย เช่น พ่อแม่ปกปิดลูกๆ เกี่ยวกับความจริงเรื่องความตาย ผู้ใหญ่บอกให้เด็กรู้ว่าคนที่ตายนั้น ไปอยู่ในที่ไกลๆ หรือขึ้นสวรรค์แล้ว ผู้ใหญ่ห้ามเด็กไปเข้าร่วมงานศพ คนไทยหลายคนมีความเชื่อและความหวาดกลัวเรื่องผีหรือวิญญาณ เช่น ถ้าเห็นคนตายหรือกลับจากงานศพจะต้องรีบล้างหน้าเพื่อชำระสิ่งไม่ดีออกไป เป็นต้น

ความตายเป็นเหตุการณ์ทางสังคมเหตุการณ์หนึ่ง เป็นเหตุการณ์ที่มีความพิเศษ เช่นเดียวกับการเกิด การบวช การแต่งงาน เป็นเหตุการณ์ทางสังคมเพราะการตายส่งผลกระทบต่อทางสังคม กล่าวคือ จำนวนสมาชิกในชุมชนนั้นๆ ย่อมลดลงอย่างถาวร สำหรับชุมชนระดับเมือง การลดลงของสมาชิกอาจไม่มีความหมายมากนัก แต่สำหรับชุมชนระดับหมู่บ้านหรือครอบครัว ความตายของคน ๆ หนึ่งเป็นเหตุการณ์ใหญ่ที่มีความสำคัญส่งผลอย่างมากจนอาจก่อให้เกิดภาวะวิกฤติได้

ในภาวะวิกฤติของสังคมที่มีคนตาย สังคมอาจจัดการตัวเองให้การเปลี่ยนผ่านนั้นเป็นไปอย่างสมบูรณ์ด้วยการใช้พิธีกรรมศพซึ่งเป็นพิธีแห่งการเปลี่ยนผ่าน (Van Gennep, 1960 อ้างจาก อธิตาสุนทรโรทก, 2550) ในงานศพในสังคมชนบทจะมีรายละเอียดของพิธีและขนาดของการจัดการที่ใหญ่ ที่ชุมชนต้องเข้าร่วมจัดการ พิธีกรรมงานศพจึงทำหน้าที่ช่วยให้คนในครอบครัวไม่รู้สึกลิดเคี้ยวเศร้าสร้อย ขณะที่ชุมชนที่เข้าร่วมจัดการงานศพก็ช่วยให้เกิดความสามัคคีสามัคคี ดอกยี่ว่าชุมชนแห่งนี้มีความเอื้อเฟื้อเกื้อกูล เพื่อช่วยประคับประคองการเปลี่ยนผ่านให้ครอบครัวผู้ตายข้ามพ้นความทุกข์เบื้องต้นไปได้ในภาวะวิกฤติ ในชุมชนมอญถึงขั้นมองว่าชุมชนใด

ที่มีสัปเหร่อ ผู้จัดพิธีศพเป็นอาชีพ สังคมนั้นเป็นสังคมที่เจ็บป่วยเพราะไม่มีความเอื้อเฟื้อเกื้อกูลกัน (ณรร ตันสมพงษ์, 2548)

พิธีกรรมเกี่ยวกับศพยังเป็นพื้นที่ที่แสดงสถานะหรือชนชั้นทางสังคมของผู้ตายหรือญาติ เช่น ความใหญ่โตของการจัดงานศพ การถวายผ้าบังสุกุลจำนวนมาก การขนานศพพระราชทาน จำนวนพวงหรีดในงานศพ จำนวนคนที่มางานศพ จำนวนกินสวดบำเพ็ญกุศล ความสวยงามของเครื่องประดับในงาน เช่น โลงศพ การทำโกศ อัฐิเจดีย์ เป็นต้น (พระไพศาล วิสาโล และคณะ, 2545)

วัฒนธรรมอันเนื่องกับความตายในชุมชนท้องถิ่น ที่ได้รับอิทธิพลในการกำหนดทัศนคติจากศาสนา ประเพณี ที่ตกทอดมาในรุ่นสู่รุ่น ดำรงอยู่ในประเพณี พิธีกรรม ที่เกี่ยวเนื่องกับความตาย เช่น งานศพ งานบุญ อาจอยู่ในคำสั่งสอน ค่านานเรื่องเล่า อาจเรียกวัดธรรมในลักษณะนี้ว่า วัฒนธรรมที่เกี่ยวเนื่องกับความตายของชาวบ้าน

ในงานเขียนประเพณีที่เกี่ยวกับชีวิตของเสฐียร โกเศศ ได้อภิปรายเหตุแห่งการทำศพซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งของการจัดการความตายไว้ว่า เพื่อทำพิธีเช่น ไหว้อุทิศแก่ผู้ตาย เพื่อทำพิธีปัดรังควานป้องกันผีร้ายมารบกวน และทำพิธีทางลัทธิศาสนาให้ผู้ตายได้รับประโยชน์แห่งความสุขในโลกหน้ามากที่สุด (เสฐียร โกเศศ, 2539) ดังนั้นเหตุที่ต้องทำศพ ก็เพราะสังคมมีโลกทัศน์เกี่ยวกับชีวิตหลังความตาย โดยเชื่อว่าผู้ตายมีลักษณะความเป็นอยู่คล้ายคนเป็น แต่อยู่คนละโลกบ้างเชื่อว่าหากไม่ทำพิธีศพ ความชั่วร้ายจะมารังควานคนที่ยังมีชีวิตอยู่บ้าง รวมถึงความเชื่อว่ามีพลังอำนาจจากศาสนาจะช่วยอำนวยความสะดวกแก่คนตายในโลกหน้าได้ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างมิติทางสังคมกับศาสนาซึ่งเป็นพื้นที่เดียวที่ความตายได้รับอนุญาตให้ถูกกล่าวถึง จึงเกิดช่องว่างที่ขาดหาย ดังที่นิธิตา แสงสิงแก้ว (2561) ให้ความเห็นว่า มุมมองของผู้คนส่วนใหญ่ในปัจจุบันต่างเข้าใจว่าประเด็นเรื่องความตายเป็นเรื่องน่าเกรงขามวิวัฒนาการทางการแพทย์และสิ่งอำนวยความสะดวกจากการทดลองทางวิทยาศาสตร์ อันล้ำสมัยถูกใช้เป็นเครื่องมือให้มนุษย์ต่อรองกับชีวิตได้มากขึ้น อาทิ การปลูกถ่ายอวัยวะเทียมอย่างหัวใจเทียมและปอดเทียม (ECMO) หุ่นยนต์ช่วยผ่านตัดหรือแขนกล หุ่นยนต์ช่วยผ่านตัดที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดมากขึ้น การคิดค้นเครื่องมือทางการแพทย์มากมายที่ใช้ช่วยผู้ป่วยอย่างเครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้า (AED) หรือการใส่ท่ออาหาร (NG Tube) เพื่อให้อาหารผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้

อุปกรณ์เหล่านี้ทำให้ผู้คนหลงลืมแก่นแท้ของสังขารเรื่องการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ทำให้ต้องพบเจออยู่ทุกเมื่อเชิ้อวัน โดยเฉพาะแพทย์ ก็ทำเป็นมองไม่เห็น และแม้จะมองเห็น แต่ก็ไม่อาจเข้าใจความหมายของความตายอย่างถ่องแท้ เพราะมีมายาคติจากมุมมองของการแพทย์แบบสมัยใหม่ครอบงำทำให้เครื่องมือดังกล่าวกลายเป็นการต่อรองต่อสู้อุปกรณ์กับความตายจากจุดยืนการแพทย์

ทั้งๆ ที่แท้ที่จริงแล้วแพทย์และพยาบาลเองก็มีความเจ็บป่วยแต่ก็ยังคงยืนฝั่งของการแพทย์แบบชีวภาพที่เชื่อมั่นในสิ่งที่ตนเรียนการรักษาซ่อมแซมมากกว่าการเยียวยาและความเข้าใจ

นักมานุษยวิทยาได้สรุปลักษณะพื้นฐานสำคัญของวัฒนธรรมไว้ 6 ประการ (ยศ สันตสมบัติ, 2537) คือ 1) วัฒนธรรมเป็นความคิดร่วม 2) วัฒนธรรมเป็นสิ่งที่มนุษย์เรียนรู้ผ่านการอบรมและประสบการณ์ 3) วัฒนธรรมมีพื้นฐานจากการใช้สัญลักษณ์เป็นเครื่องมือสื่อสารความหมายระหว่างกัน 4) วัฒนธรรมเป็นองค์รวมของความรู้และภูมิปัญญา 5) วัฒนธรรมคือกระบวนการที่มนุษย์กำหนดนิยามความหมายให้กับชีวิต 6) วัฒนธรรมเป็นสิ่งที่ไม่หยุดนิ่งแปรเปลี่ยนตลอดเวลา จากความหมายของวัฒนธรรมใน 6 ข้อนี้ เปรียบได้กับความหมายความตายเช่นกัน ตามกระบวนการทัศน์การแพทย์อดีตถึงปัจจุบัน ที่ต้องเกิดจากภูมิปัญญาการแพทย์ในอดีต ที่ส่งผลให้เกิดชื่อเรียก หมอธรรม หมอตำแย หมอเขียวตามชื่อเรียกการรักษาต่างๆ ความหมายความตายจึงเป็นไปตาม ธรรมชาติ หรือการแพทย์แบบชีวภาพ ที่เกิดจากความคิดร่วมค่านิยมกำหนดมาตรฐานการรักษาที่อาศัยเทคโนโลยีอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย ทำให้ความหมายความตายแปรเปลี่ยนเป็นการรักษาอย่างเต็มที่ หรือการแพทย์แบบสังคมนี่เริ่มมีการเรียนรู้ผ่านการอบรมและประสบการณ์ ทำให้เกิดแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองขึ้น ความหมายความตายจึงเป็นในเรื่องของการรักษาทั้งทางกายและทางใจ ดูแลอย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น และกระบวนการทัศน์การแพทย์ปัจจุบัน การแพทย์แบบนิเวศน์สังคมนี่เน้นให้ความสำคัญกับทุกคน ทุกกลุ่ม ทุกองค์กร ที่มีการใช้สัญลักษณ์เป็นเครื่องมือสื่อสารความหมายระหว่างกัน ความหมายความตายก็เช่นกัน มีการสื่อสารผ่านกิจกรรม เครือข่าย ชุมชน การรวมกลุ่มกันเกิดขึ้นมากมาย เป็นต้น

หากแต่ปัจจุบันที่สังคมไทยได้แปรเปลี่ยนไป จากเดิมที่เน้นการรักษาดูแลที่บ้าน เมื่อมีการเจ็บป่วย หรือการใช้จ่ายสมุนไพรที่หาได้จากแพทย์พื้นบ้าน ก็มาเป็นการซื้อยกินเอง หรือการรักษาในโรงพยาบาล โรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งประดิษฐ์ทางสังคม ไม่อาจปลอดพ้นจากการให้คุณค่า การให้ความหมาย ดังงานวิจัยของเอกภพ สิทธิวรรณธนะ (2556) มิติทางวัฒนธรรมของความตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่: การศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษา พบว่า การตายในโรงพยาบาลมีความหลากหลาย แปรผันไปตามสาเหตุความเจ็บป่วย เพศ วัย สถานะทางเศรษฐกิจสังคม ความคิดความเชื่อการให้ความหมายต่อความตายทั้งของผู้รับบริการสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพสถานการณ์การตายในโรงพยาบาลเป็นผลลัพธ์จากพลังทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมของสังคม

เมื่อมนุษย์อยู่ในวัฒนธรรมเดียวกัน เช่น นับถือศาสนาเดียวกัน อยู่ในชาติพันธุ์หรือชุมชนเดียวกันจะมีความคิดเกี่ยวกับความตาย โลกทัศน์และค่านิยมเกี่ยวกับความตายร่วมกัน ความตายเป็นสิ่งที่คนในสังคมค่อยๆ เรียนรู้ผ่านการเข้าร่วมมีประสบการณ์จัดการความตาย เช่น

การดูแลคนใกล้ตาย ประเพณีงานศพ ซึ่งมีสัญลักษณ์ทางสังคมสื่อความหมายระหว่างสมาชิกในชุมชน ความตายเป็นสิ่งที่มนุษย์กำหนดให้ความหมาย จึงเกิดความคิดเกี่ยวกับการตายดี การตายร้าย และวิธีการที่นำไปสู่การจัดการให้ตายดี ตลอดจนสร้างสถาบันทางสังคมหรือองค์กรที่อำนวยความสะดวกให้การตายดีได้ การจัดการความตายเป็นภูมิปัญญาที่ผ่านการสืบทอด วัฒนธรรมความตายก็ไม่หยุดนิ่งถาวร แต่แปรผันเป็นพลวัตรตามบริบทสังคม การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีและวิถีชีวิต

ความตายเป็นประเด็นหนึ่งที่นักมานุษยวิทยาวัฒนธรรมสนใจ เพราะความตายเป็นสิ่งที่มีความหมายทางสังคม (Strange, 2009) วัฒนธรรมไม่เพียงแต่ให้ความหมายเกี่ยวกับความตายเท่านั้น แต่ยังกำหนดแบบแผนการปฏิบัติต่อความตาย ทำให้คนมีทัศนคติต่างๆ ต่อเรื่องความตายที่แตกต่างกันไปตามวิถีวัฒนธรรมต่างๆ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2550)

หากพิจารณาพื้นที่ในโรงพยาบาล อาจจำแนกวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับความตายได้ 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ วัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับความตายแบบชีวการแพทย์ ซึ่งถูกออกแบบจากระบบการให้บริการสุขภาพทั้งในระดับประเทศและระดับโลก ที่มีพื้นฐานจากกระบวนการวิทยาศาสตร์บุคลากรในสายงานที่สำคัญต่อการให้บริการมักได้รับการศึกษาอบรมฝึกฝนความรู้ทักษะทัศนคติจากสถาบันการศึกษาที่จัดการเรียนการสอนเรื่องสุขภาพบนกระบวนการวิทยาศาสตร์อีกทีหนึ่ง ดังนั้นวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการตาย การจัดการความตาย ในระบบโรงพยาบาลจึงน่าจะเป็นวัฒนธรรมที่ได้รับอิทธิพลจากทัศนคติการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งได้กล่าวไว้แล้วในความตายตามแนวคิดการแพทย์ และสาธารณสุข

4) แนวคิดเกี่ยวกับความตายในมุมมองทางกฎหมาย

การตายในมุมมองทางกฎหมายมีลักษณะเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้บุคคลเกิดความเข้าใจ และนำไปปฏิบัติได้ตรงกัน เนื่องจากกฎหมายเป็นข้อบังคับ กติกาของรัฐที่กำหนดขึ้นมาเพื่อใช้บังคับ ควบคุมความประพฤติของบุคคลในสังคมให้ปฏิบัติตาม หากมีการฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามจะมีความผิดและได้รับโทษตามที่กำหนดไว้ ซึ่งกฎหมายมีความเกี่ยวข้องข้องกับการดำรงชีวิตของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย

การตายตามกฎหมายไทย ตามหลักประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ 2550 มาตรา 15 บัญญัติถึงเรื่องการสิ้นสภาพบุคคลไว้ว่า “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

ซึ่งหมายความว่าคนคนนั้นไม่สามารถหายใจด้วยตนเองได้ สภาวะบุคคลย่อมสิ้นสุดลงตั้งแต่วันที่ตายโดยปกติเมื่อบุคคลใดตายก็ย่อมสามารถทราบได้ว่าบุคคลนั้นตายเมื่อใด

(2) *สาบสูญ เป็นการตายโดยผลของกฎหมาย* กล่าวคือ บุคคลใดเมื่อถูกศาลสั่งให้เป็นคนสาบสูญแล้วกฎหมายถือว่าบุคคลนั้นได้ถึงแก่ความตาย การจะถือว่าบุคคลใดเป็นคนสาบสูญต้องประกอบด้วยหลักเกณฑ์ตามที่กฎหมายได้กำหนดไว้ดังนี้คือ บุคคลนั้นต้องสูญหายไปโดยไม่มีผู้ใดพบเห็นอย่างน้อย 5 ปีและญาติทำการร้องขอต่อศาลให้ศาลสั่งให้เป็นคนสาบสูญ ซึ่งมีสภาพเท่ากับคนที่ตายไปแล้วนั่นเอง ทำให้ทายาทสามารถรับมรดกของผู้ที่ศาลสั่งให้ผู้ตายทางกฎหมายนี้ได้

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าความตายในแง่กฎหมายคือความตายแต่ในมิติทางกายภาพเท่านั้น เพราะเน้นที่การสิ้นสุดสภาพความเป็นบุคคล สะท้อนให้เห็นว่าเป็นการมองความตายแต่ในเชิงวัตถุและไม่ได้ให้ความสำคัญต่อความตายในแง่ของจิตใจและจิตวิญญาณ

5) *แนวคิดเกี่ยวกับความตายในมุมมองทางเศรษฐศาสตร์*

จากบทความเรื่องความตายในแนวทางเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม โดยบ๊ิงปอนด์ รักอำนวยกิจและพิริยะ ผลพิรุฬห์ (2549) ให้มุมมองทางเศรษฐศาสตร์ต่อความตายว่า เศรษฐศาสตร์เชิงพฤติกรรมให้ความสำคัญต่อการเลือก เศรษฐศาสตร์มักตั้งคำถามว่าการเลือกแบบใดมีประโยชน์กว่าการเลือกแบบใด และทางเลือกแต่ละทางมีต้นทุนที่แฝงเร้นอยู่อย่างไรบ้าง แต่เศรษฐศาสตร์ไม่เคยคิดที่จะให้ความสำคัญเป็นทางเลือก เพราะความตายมีต้นทุนทางการเงิน และต้นทุนทางจิตใจที่ไม่อาจประเมินค่าได้ การตายไม่มีประโยชน์มีแต่โทษ และต้นทุน ในทางเศรษฐศาสตร์มนุษย์ผู้มีเหตุผลจะหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือทางเลือกที่คุกคามต่อความตาย ส่วนคนที่มีความเสี่ยงจะถูกมองว่าเป็นคนที่ไม่มีความเสี่ยง ตัวเลขการตายเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดการพัฒนาเช่นเดียวกับในทางประชากรศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์

พื้นฐานการมองชีวิตเป็นพื้นฐานการมองความตาย เศรษฐศาสตร์สุขภาพมองว่าการมีชีวิตเป็นความสุข หากตายจะเสียโอกาสในการมีความสุขและเสียอรรถประโยชน์ นอกจากนี้การตายของคนๆ หนึ่งจะส่งผลต่อสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ที่ต้องรับภาระ ทำให้ครอบครัวต้องประสบความยากจน เศรษฐศาสตร์ยังสามารถคำนวณหาต้นทุนชีวิตเชิงสถิติ (Value of Statistical Life) คำนวณชีวิตออกมาเป็นมูลค่าได้ เพื่อการคำนวณทางเศรษฐกิจ และการตัดสินใจทางนโยบายได้ ขณะเดียวกัน เมื่อพูดถึงความตายตามการมองของมาร์กซิสต์จะมีความแตกต่างกันตามโครงสร้างสังคมที่ทำให้เกิดกลุ่มชนชั้นในสังคมที่มีความไม่เท่าเทียมกันทางอำนาจและทรัพย์สิน

5. แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง

ปัจจุบันประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้นจากวิวัฒนาการทางการแพทย์ แบบแผนการเจ็บป่วยและการเกิดโรคที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้สาเหตุการตายจากโรคติดเชื้อ กลายมาเป็นโรคมะเร็ง และกลุ่มโรคทางหลอดเลือด จนกระทั่งความรู้การแพทย์ปัจจุบันไม่สามารถขี้อความตายออกไปได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักถูกมองว่าเป็น ผู้ป่วยที่หมดหวัง ที่ไม่มีวิธีรักษาใดๆ เพิ่มเติม ใดๆ ที่ยังมีอีกหลายวิธีที่บุคลากรสายสุขภาพสามารถทำได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วย และใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

ในหัวข้อนี้ ผู้วิจัยจะอธิบายในประเด็นดังต่อไปนี้ (1) องค์การอนามัยโลกกับการดูแลแบบประคับประคอง (2) การดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยและพื้นที่กรณีศึกษา (3) หลักสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง

5.1 องค์การอนามัยโลกกับการดูแลแบบประคับประคอง

คำว่า palliative care ในภาษาไทยอาจเรียกได้หลายอย่าง เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยประคับประคองหรือแบบประคับประคอง หรือการดูแลเพื่อบรรเทาอาการหรือวิธีแห่งการคลายทุกข์

ในปี 2533 องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความการดูแลรักษาแบบประคับประคองว่าเป็น วิธีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หาย โดยให้การป้องกันและบรรเทาอาการตลอดจนการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น เป็นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพอันได้แก่ กาย ใจ ปัญญาและสังคม ของผู้ป่วย มีเป้าหมายหลักของการดูแลเพื่อลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบหรือตายดี (กิตติพล นาควิโรจน์, 2560, น.33)

ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความใหม่ของการดูแลรักษาแบบประคับประคองไว้ว่า เป็นวิธีการดูแลที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการเข้าไปดูแลปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะแรกๆ ของโรค รวมทั้งทำการประเมินปัญหาสุขภาพทั้งทางด้าน กาย ใจ ปัญญา และสังคม อย่างละเอียดครบถ้วน

เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี (2548, น. 1) ได้กล่าวถึงหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ หลักการดูแลแบบประคับประคอง คือการจัดการให้ผู้ป่วยที่กำลังเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามถึงชีวิตและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการป้องกันและการบรรเทาทุกข์

ทรมานต่างๆ ด้วยการวินิจฉัยแต่เนิ่นๆ การประเมินอย่างแม่นยำ และการรักษา ความปวดและปัญหาอื่นๆ ให้ครบถ้วนทั้งทางร่างกาย จิตวิญญาณ

ทั่วโลกมีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมาอย่างยาวนาน โดยอันดับ 1 ได้แก่ ประเทศอังกฤษ อันดับ 2 ประเทศออสเตรเลีย และอันดับ 3 ประเทศนิวซีแลนด์ ขณะที่ในเอเชีย ประเทศที่มีการดำเนินการในเรื่องนี้ตามลำดับ ได้แก่ ใต้หวัน สิงคโปร์ ฮองกง ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ มาเลเซีย จีน และอินเดีย ขณะที่ประเทศไทยยังไม่มีความรู้ในเรื่องนี้ จนกระทั่งในการจัดประชุมองค์การอนามัยโลก World Health Organization (WHO) World Health Assembly 2014 “Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course” ที่ระบุนให้ประเทศสมาชิกต้องสร้างความเข้มแข็ง พัฒนาการดูแลแบบประคับประคอง ให้เกิดขึ้นและต้องเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาแบบบูรณาการ (integrated treatment) และตลอดการดูแลของผู้ป่วยด้วย โดยสามารถสรุปเนื้อหาการประชุมดังกล่าวที่ประเทศสมาชิกทั่วโลกต้องปฏิบัติ 9 ข้อดังนี้

1) พัฒนา สร้างความเข้มแข็งของการให้บริการดูแลแบบประคับประคองโดยกำหนดเป็นนโยบายให้เกิดระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพต่อเนื่องในทุกระดับ เน้นการดูแลแบบปฐมภูมิการดูแลที่บ้านและครอบคลุมประชากรทั้งหมดสามารถเข้าถึงได้

2) สนับสนุนงบประมาณ บุคลากรในระดับที่เพียงพอ เพื่อขับเคลื่อนการบริการดูแลแบบประคับประคองในทุกด้าน ตั้งแต่ นโยบาย พัฒนาการฝึกอบรมบุคลากร การพัฒนาคุณภาพ และการเข้าถึงที่จำเป็นในการดูแลแบบประคับประคอง

3) ให้บริการขั้นพื้นฐาน โดยผ่านความร่วมมือระหว่างหลายภาคส่วน ดูแลครอบครัวและจิตอาสาในชุมชนและผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยภายใต้การควบคุมดูแลของบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมแล้ว

4) การดูแลแบบประคับประคอง เป็นองค์ประกอบของการศึกษาต่อเนื่องมีความสำคัญ 3 ระดับได้แก่ (1) การฝึกอบรมขั้นพื้นฐาน หลักสูตรปริญญา หลังจบปริญญา แพทย์ พยาบาลศาสตร์ in-service training ระดับปฐมภูมิ อาสาสมัคร ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องได้รับการอบรมขั้นพื้นฐาน (2) การฝึกอบรมระดับกลาง เป็นบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วย life-threatening illness ผู้ทำงานสาขาโรคมะเร็ง โรคติดเชื้อ กุมารแพทย์ เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และอายุรศาสตร์ ต้องได้รับการอบรมในระดับกลาง และ (3) การฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญ เตรียมบุคลากรสุขภาพเป็นส่วนสำคัญมากที่ต้องได้รับการอบรม

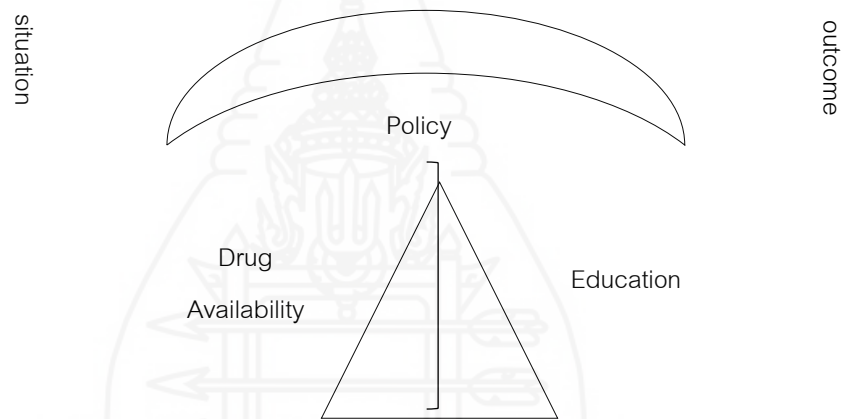
5) ต้องมีการประเมินความต้องการท้องที่ รวมถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวดที่บ้านและยาที่จำเป็นให้มั่นใจซึ่งการมียาใช้ที่ต่อเนื่อง ไม่ขาดแคลนซึ่งยาที่สำคัญการดูแลแบบประคับประคองก็คือยา opioids

6) ทบทวนและปรับปรุงนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่เกี่ยวข้องกับยาควบคุม โดยอ้างอิง WHO Policy Guidance เพื่อให้มีมาตรฐานการใช้ยาและการเข้าถึงยาระงับปวด และยึดตามองค์การสหประชาชาติ (United Nation Interaction Drug Control Conventions)

7) ปรับบัญชียาหลักแห่งชาติให้ทันสมัยยึด WHO Model List of Essential Medicines for Children

8) สนับสนุนความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคสังคม รวมถึงองค์กรผู้ป่วยด้านต่างๆ เพื่อให้เกิดการบริการแบบประคับประคองกับผู้ป่วย

9) ดำเนินการและติดตามกิจกรรมด้านต่างๆ ของการดูแลแบบประคับประคอง ตามที่องค์การอนามัยโลกระบุไว้ WHO's Global Action Plan for the Prevention and Control of non-communicable diseases 2013-202



ภาพที่ 2.4 กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์หลัก WHO Public Health Model

ที่มา: Stjernsward (2007) Journal of Pain and Symptom Management

จากภาพที่ 2.4 แสดงให้เห็นว่า องค์การอนามัยโลกได้มีกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์หลักที่กำหนดเป็นนโยบายในการดำเนินการชัดเจน โดยเน้น 2 เรื่องคือ การให้ความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นโดยการจัดการอบรม กับ การจัดหาให้เพียงพอตามความต้องการ

จากกรอบแนวคิดยุทธศาสตร์หลักของ WHO ทำให้ประเทศไทยต้องมากำหนดนโยบาย ภารกิจ กิจกรรมต่างๆ รองรับ โดยนโยบายการดูแลแบบประคับประคอง Palliative Care ได้อยู่ในนโยบายชาติและระบบประกันสุขภาพ มีงบประมาณสนับสนุนระบบ/อัตราค่าสิ่ง/การบริการ/ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ผนวกเข้าสู่การทำงานในทุกระดับของกระทรวงและแผนงาน

จัดหายาที่จำเป็นและเข้าถึงได้ง่ายในระดับชุมชน โดยในปี 2554 บุคลากรสุขภาพวิชาชีพต่างๆ กลุ่มจิตอาสาและองค์กรภาคประชาชน จัดตั้งชมรมผู้ป่วยระยะสุดท้ายแห่งประเทศไทยขึ้น โดยมี รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นประธานชมรมฯ คนแรกที่วางรากฐานการกระจายความรู้การดูแลแบบประคับประคองออกไปยังเครือข่ายใกล้เคียงใน ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นที่รู้จักมากขึ้นในสังคมไทย

5.2 การดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยและพื้นที่กรณีศึกษา

วันที่ 20 ตุลาคม 2557 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในสมัยนั้น (ส.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน) ได้ประกาศนโยบายด้านสุขภาพสนับสนุนการจัดตั้งหน่วยงาน และจัดสรรบุคลากรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั่วประเทศ กำหนดให้โรงพยาบาลทุกแห่งจัดตั้งหน่วยงานดูแลประคับประคองและระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โดยมีเป้าหมายเพื่อจัดตั้งหน่วยงานดูแลประคับประคอง (Palliative Care Unit) และหน่วยดูแลคุณภาพชีวิต (Quality of life care Unit) ที่ รพศ. รพท. และ รพช. ทุกแห่ง โดยมีพยาบาลที่ผ่านการอบรมปฏิบัติงานเต็มเวลาให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในทุกโรงพยาบาลภายในเดือนธันวาคม 2558 โดยมีกรมการแพทย์ เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก เพื่อเป็นของขวัญปีใหม่ให้กับประชาชนในขณะนั้น (กรมการแพทย์, 2557)

การประกาศนโยบายครั้งนั้นจึงถือเป็นจุดเริ่มต้นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย ในรูปแบบของการสื่อสารจากนโยบายหรือระดับองค์กรการสื่อสารแบบบนลงล่างจากผู้บังคับบัญชาไปยังผู้ใต้บังคับบัญชา มีลักษณะของการสั่งงาน บอกเป้าหมายวัตถุประสงค์การมอบหมายงาน การให้ข้อมูลย้อนกลับในการทำงาน ซึ่งเป็นเพียงนโยบายการสั่งการที่ส่วนใหญ่มหาการมีส่วนร่วม สอดคล้องกับที่ กัจจร หลุยยะพงศ์ (2560) กล่าวว่า ในการสื่อสารเพื่อการพัฒนาพื้นที่ชุมชนหรือชนบทในอดีตจะเริ่มจากรัฐที่เป็นศูนย์กลาง เน้นการพัฒนาให้ทันสมัยแบบตะวันตก ตู้อการตั้งคำถามถึงการฟังฟังคนอื่น นำมาสู่การฟังฟังตนเองและการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนมากขึ้นในปัจจุบันที่มีการศึกษาการสื่อสารชุมชนในรูปแบบใหม่ต่างไปจากอดีตที่ผ่านมา มากขึ้น โดยเฉพาะในบริบทสังคมไทยที่มี สถานีอนามัย หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน (รพ.สต.) ในปัจจุบัน ประกอบกับมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. คอยดูแลชาวบ้านในแต่ละชุมชนทำให้ประชาชนได้รับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเพื่อปรับพฤติกรรม การกินอยู่ให้ถูกสุขลักษณะมากขึ้น มีความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคเรื้อรังตามลำดับ

แม้องค์การอนามัยโลก (WHO, 2005) ได้ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองไว้ว่าเป็นการดูแลเพื่อทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน ด้วยการค้นหา ประเมิน

และให้การรักษาภาวะเจ็บปวดของผู้ป่วย รวมไปถึงปัญหาด้านอื่นๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่เริ่มต้นเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ต้องอาศัยการทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพหลายวิชาชีพให้การดูแลต่อเนื่องจนกว่าจะเสียชีวิตและดูแลประคับประคอง ผู้สูญเสีย และจากงานวิจัยที่ผ่านมารวมถึงคำสัมภาษณ์ของแพทย์หลายท่านต่างยอมรับว่า แนวทางการดูแลแบบประคับประคองของ WHO นั้นเป็นเพียงแนวความคิดที่ให้ประเทศสมาชิกมีการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจนวาระสุดท้ายของชีวิต หากแต่ประเด็นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในบริบทต่างประเทศกับสังคมไทยนั้นมีความแตกต่างกัน

อย่างไรก็ตามศรีเวียง ไพโรจน์กุล (2560) กล่าวว่า ประเทศไทยคงไม่สามารถนำวิธีการในแบบต่างประเทศมาใช้ได้ทันที เพราะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีเรื่องของวัฒนธรรม ประเพณีเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยปี 2556-2557 ที่ผ่านมามีสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายและภาคีเครือข่าย สสส. ได้จัดทำโครงการเสริมสร้างสุขภาพช่วงท้ายของชีวิตเพื่อสร้างความตระหนักรู้ของประชาชน วิเคราะห์ความเชื่อมโยงระบบสุขภาพ จัดทำหลักสูตรอบรม โรงเรียนแพทย์ 4 ภาค อบรมจิตอาสา และระดมสมองผู้ปฏิบัติงานดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่เป็นบริบทของคนไทยโดยเฉพาะการให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้มีการพัฒนามาประมาณ 2-3 ทศวรรษ (20-30 ปี) ที่ผ่านมา และเริ่มมีในประเทศไทยเมื่อไม่นานนี้ ตลอดระยะเวลาดังกล่าวได้มีการพัฒนาความรู้ ทักษะต่างๆ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นไปด้วยดี อย่างไรก็ตามเนื่องจากเป็นศาสตร์ที่ค่อนข้างใหม่จึงต้องให้ความรู้ความเข้าใจเพื่อให้เกิดความชัดเจนเกี่ยวกับความหมายและวัตถุประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ถูกต้อง

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล (2560) กล่าวว่า

“ในปัจจุบันโรคที่พบว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ส่วนใหญ่เกิดจากโรคเรื้อรังที่ต้องการรักษายาวนานและซับซ้อน สถานการณ์นี้เกิดขึ้นทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย แพทย์มักมุ่งเน้นแต่การรักษาตัวโรคและการใช้เทคโนโลยียืดชีวิตให้ผู้ป่วยอยู่ได้นานที่สุด ทำให้ละเลยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมถึงการขาดการจัดการความทุกข์ทรมานจากตัวโรค และการรักษาจนเมื่อโรคอยู่ในระยะที่เกินกว่าจะรักษาได้และผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวทุกข์ทรมาน สร้างภาระและเกิดการรักษาที่เกินจำเป็นไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ซึ่งในต่างประเทศ พบว่า ร้อยละ 12 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องการการรักษาแบบประคับประคอง การศึกษาในต่างประเทศรวมถึงประเทศไทยพบว่า การรักษาแบบประคับประคองช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต หลีกเลียงการรักษาที่รุกราน และช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ การศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยที่โรคอยู่ในระยะท้ายมักไม่ได้รับ

การจัดการอาการที่ดี รวมถึงไม่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในผู้ป่วยระยะท้าย การดูแลแบบประคับประคอง จึงเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในทุกมิติ”

การดูแลแบบประคับประคอง ถือเป็น การดูแลผู้ป่วยหรือการจัดการความตายที่อยู่ในกระบวนการที่สหวิชาชีพทางการแพทย์ทางสังคมที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งจากการประกาศนโยบายขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในการประชุม ปี ค.ศ.2014 หรือปี พ.ศ.2557 ต่อมาได้กำหนดในประเทศสมาชิกต้องปฏิบัติตามข้อบังคับดังกล่าว จนในปี 2558 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ศาสตราจารย์นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน ได้ประกาศนโยบายให้โรงพยาบาลทุกแห่งจัดตั้งศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง

นอกจากนี้แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการรองรับ เพื่อให้การสนับสนุนการจัดบริการดูแลแบบประคับประคองแล้วก็ตาม หากแต่ยังไม่มีการกำหนดคำนิยามปฏิบัติการและความหมายของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ในช่วงระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา (2561-2562) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงร่วมกับองค์กรยุทธศาสตร์หลัก 4 องค์กร ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จัดทำคำนิยามปฏิบัติการของคำ เรื่องการดูแลแบบประคับประคองกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลดูแลแบบประคับประคอง อาทิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม ชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ศูนย์ชีวาภิบาล คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศูนย์บริรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ศูนย์ชีวันตาภิบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รวมทั้งแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ บุคลากรด้านสุขภาพสาขาต่างๆ ได้ร่วมกันทำคำจำกัดความหรือนิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563 โดยคำว่า การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) คือ “การดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดการดำรงชีวิต (life limiting conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (life threatening conditions) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัดเยียวยาและบรรเทา ความทุกข์ทรมานทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้นั้นด้วย ทั้งนี้อาจจัดบริการทั้งในและนอกสถานบริการ”

ทั้งนี้ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษามีผลบังคับใช้ วันที่ 14 ตุลาคม 2563 เพื่อให้หน่วยงานและองค์กรต่างๆ นำไปใช้ตามอำนาจหน้าที่ของตนเองให้เกิดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ รวมทั้งบุคลากรด้านสุขภาพหรือสถานพยาบาลสามารถกำหนดแนวทางในการรักษา เกิดการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรด้านสุขภาพต่อไป

อย่างไรก็ตามการดูแลแบบประคับประคองเป็นพื้นฐานที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ หากต้องการมุ่งสู่การตายดี ตามมาตรา 12 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ดังที่ ศรีเวียง ไพโรจน์กุล (10 ธันวาคม, สัมภาษณ์) อธิบายว่า การดูแลแบบประคับประคอง ไม่เพียงเป็นการดูแลเพื่อลดความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย และการเชื่อมต่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ แต่ยังรวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค เช่น หากผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งที่รักษายาก อาจมีการให้ข้อมูลเฉลี่ยระยะเวลารอดชีวิตให้คนไข้รับรู้เวลาที่ตนเองเหลืออยู่เพื่อการวางแผนล่วงหน้าให้ตัวเอง เพื่อเวลาที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรังเกียจได้มีคนเข้าใจว่าเขาต้องการการรักษาแบบไหน โดยเฉพาะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ต้องการการรักษา รุกราน ซึ่งอาจจะวางแผนดูแลไว้ล่วงหน้าหากโรคเดินทางมาสู่ระยะสุดท้ายแล้ว อย่างมารักษารุกรานอย่างบ้าบิ่นหัวใจ ใส่ท่อ ซึ่งสามารถทำตรงนี้ได้ภายใต้การดูแลแบบประคับประคองช่วยให้ผู้ป่วยไปถึงมาตรา 12 ได้ แต่ไม่ได้หมายความว่าคนไข้ทุกคนจะไปถึงมาตรา 12 คนไข้บางคนอาจจะบอกว่าเอาไว้ก่อน ยังไม่อยากจะคิดนะคุณหมอ แต่บางคนก็มีการพูดคุยกับครอบครัวที่บ้าน แล้วตัดสินใจทำมาตรา 12 เป็นต้น

ผู้วิจัยได้คัดเลือกสถานพยาบาลแห่งหนึ่งเพื่อเป็นกรณีศึกษา โดยเป็นสถานพยาบาลที่รับเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นระยะสุดท้าย

โดยจากข้อมูลที่ส่งตัวเข้ารับการรักษา ปี พ.ศ. 2564 ได้แก่ อันดับ 1 กลุ่มโรคมะเร็งที่สมองและคอ ร้อยละ 29.33 อันดับ 2 กลุ่มโรคมะเร็งอื่นๆ ร้อยละ 27.31 อันดับ 3 กลุ่มโรคมะเร็งปอด ร้อยละ 24.48 และอันดับ 4 กลุ่มโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 18.88

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในพื้นที่กรณีศึกษาซึ่งมีการจัดการสถานที่สิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการเยียวยาภายใต้แนวคิด second home for cancer patients / A hospice style centre aims to prepare end-stage cancer patients for their peaceful death หรือบ้านหลังที่สองของผู้ป่วยมะเร็งโดยจัดสถานที่และห้องต่างๆ ไว้เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ครอบครัว เช่น ห้องครัว ห้องรับประทานอาหาร ห้องปฏิบัติกิจทางศาสนา ห้องศิลปะบำบัด ห้องให้ความรู้ เตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแล ห้องธนาคารเครื่องมือสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ผู้ป่วยและครอบครัว จะได้รับการดูแล หรือ care map 14 days และการทำ family meeting ร่วมกับครอบครัวร่วมกับครอบครัว นอกจากนี้ทีมสหสาขาวิชาชีพ จะร่วมกันประชุม palliative care conference สำหรับผู้ป่วยใหม่ทุกราย เพื่อสามารถตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งจะมีการดูแลแบบบูรณาการ Integrated Cancer care ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น กิจกรรมศิลปะบำบัด มีการนำกิจกรรมศิลปะบำบัดมาผสมผสานกับการให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับกับภาวะที่กำลังเผชิญ เข้าใจและค้นหาความหมาย ความเข้าใจแท้จริงของชีวิต ได้จัดการกับสิ่งที่ค้างคาใจ ได้ทำในสิ่งที่เป็นความปรารถนาครั้งสุดท้าย เพื่อการจากไปอย่างสงบท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยและบุคคลอันเป็นที่รัก

ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามแผนที่ 14 วันในการดูแลแบบประคับประคองในพื้นที่กรณีศึกษา ประกอบด้วยการประชุมสภาพผู้ป่วย (วันที่ 1-3) มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ กิจกรรมพยาบาล (วันที่ 4-11) มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับและมีความพร้อมในการดูแล และการประเมินผล (วันที่ 12-14) มีเป้าหมายให้ผู้ดูแลหลักมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์ต่างๆ การแก้ไขภาวะฉุกเฉินและการดูแลระยะใกล้เสียชีวิตที่บ้าน ดังนี้

1) แกรับเข้ารับการรักษา (วันที่ 1) การให้ข้อมูล (Information)

- (1) พยาบาลทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยแรกรับจากการส่งต่อ
- (2) ตรวจสอบการรับรู้ของผู้ป่วย/ญาติ โดยแพทย์แจ้งการดำเนินของโรคและแนวทางการรักษาแบบประคับประคอง
- (3) พยาบาลแนะนำสถานที่ ระเบียบ และกิจกรรมในพื้นที่สนามที่ผู้ป่วยพักรักษาตัว

2) การแจ้งอาการ วางแผนรักษาและการประชุมทีมสหวิชาชีพ (วันที่ 2-3)

- (1) แพทย์นำประชุมครอบครัว (Family meeting/Family conference) เพื่อวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ และเพื่อสอบถามรายละเอียดได้แก่ มีการมอบอำนาจผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย เป้าหมายการมารักษา ฐานะที่ผู้ป่วยยังไม่เสร็จ การช่วยเหลือผู้ป่วย หยุดหัวใจในระยะท้ายของชีวิต เช่น ใส่ท่อ บีมหัวใจ หรือ อนุญาตให้เสียชีวิตตามธรรมชาติ สถานที่เสียชีวิต และการทำเอกสารการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) หรือ (หนังสือเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายหรือเพื่อยุติการทรมานจาก

การเจ็บป่วย พ.ศ.2553 ตามมาตรา 12 วรรค 2 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2554)

(2) การประชุมทีมสหวิชาชีพ โดยนำข้อมูลจากแต่ละวิชาชีพเข้ามาสื่อสารในระดับกลุ่มโดยมีทุกวิชาชีพเข้าร่วมการประชุมโดยเป็นการประชุมแบบทางการ ซึ่งมีแพทย์เป็นผู้ควบคุมการประชุม

การประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่ยึดหลักการดูแลองค์รวมครบ 4 มิติ คือ การประเมินด้านร่างกาย (physical) ระดับคะแนนที่ผู้ป่วยให้กับความปวดต่างๆ และได้แก่ความปวด ความเหนื่อย อาการคลื่นไส้ อาการง่วงนอน การกระหาย การหายใจ มีแผล หรือเลือดออก การสิ้นอายุ ฯลฯ แพทย์ พยาบาลจะให้การพยาบาล ดูแลตามอาการศึกษาอาการแสดงของโรค การจัดการโรค สภาพแวดล้อม โภชนาการ การให้ยา การดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงการแจ้งตาย และการเตรียมความพร้อมผู้ดูแล เตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็น และให้ช่องทางปรึกษาทางโทรศัพท์

การประเมินด้านจิตใจ (psycho) ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะอ่อนล้าทางอารมณ์ ภาวะซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย แพทย์ พยาบาลเข้าช่วยเหลือโดยการนำกิจกรรมศิลปะบำบัด การให้การปรึกษา การให้ทีมสหวิชาชีพดูแล กิจกรรมสุนัขนบำบัด และจิตอาสา ดูแล ฯลฯ

การประเมินด้านสังคม (social) ได้แก่ อาชีพ สถานภาพ รายได้ การเดินทางมารักษาผู้ป่วย ส่งผลต่อเศรษฐกิจ แพทย์ พยาบาล ส่งปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ ส่งนักให้คำปรึกษา จัดให้มีการทำ family meeting นำจิตอาสามาดูแล และแนะนำช่องทางช่วยเหลือ

การประเมินด้านจิตวิญญาณ (spiritual) เกี่ยวกับศาสนา ความเชื่อ และความผูกพันของครอบครัว ได้แก่ ความหวัง การให้อภัย อโหสิกรรม สิ่งค้างคาใจ ความสูญเสีย ฯลฯ แพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพ ส่งเสริมกิจกรรมทางศาสนา เพื่อค้นพบความต้องการ และจัดการความปรารถนาครั้งสุดท้าย (last wish)

3) การรักษาไประยะหนึ่ง (วันที่ 4-11) เตรียมตัวกลับบ้าน (วันที่ 12-14)

ทั้งนี้การประเมินอาการผู้ป่วยก่อนกลับบ้านจะประเมิน 4 มิติเช่นกันคือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่หากมีอาการใดๆ ต้องได้การตอบสนองครบทุกมิติ เช่น ด้านร่างกาย หากผู้ป่วยมีอาการแสดงของโรคใดๆ ที่เกี่ยวข้องจะให้เจ้าหน้าที่ต่างๆ มาดูแลเช่น ปรึกษากายภาพบำบัด ปรึกษาโภชนาการ และหากแพทย์ประเมินร่างกายผู้ป่วยกลับบ้านได้ ต้องเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ต้องเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็น ด้านจิตใจ มีการให้การปรึกษา การจัดกิจกรรมบำบัดต่างๆ เช่น ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด และสุนัขนบำบัดเพื่อผ่อนคลายความเครียด ความกังวล ภาวะอ่อนล้าทางอารมณ์

ต่างๆ เหล่านี้ต้องลดลงจนถึงสุขภาพจิตใจดีจึงกลับบ้านได้ ด้านสังคม ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาแล้ว และด้านจิตวิญญาณ เช่น สิ่งค้างคาใจ ผู้ป่วยต้องได้รับการปฏิบัติส่งเสริมกิจกรรมทางศาสนาที่ต้องการจนถึงการระบุนความปรารถนาครั้งสุดท้ายเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

นอกจากนี้ยังได้ตรวจสอบการดูแลครบทุกมิติจำหน่ายตามแผนที่การดูแล 14 วัน จะต้องมีการประเมินผลผู้ป่วยผู้ดูแลหลักทางสภาพด้านร่างกายต่างๆ อาการปวดลดลง เป็นต้น ผู้ดูแลพร้อมดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือไม่ การส่งเยี่ยมบ้าน การไม่มีภาวะซึมเศร้า ความเครียด วิตกกังวล ลดลง การได้รับความช่วยเหลือด้านสังคมสงเคราะห์ และการได้รับปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น

4) การพักฟื้นกลับไปรักษาตัวที่บ้าน เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยอยู่นอกเหนือจากการดูแลในกระบวนการ 14 วัน ตามนโยบายของพื้นที่การศึกษา ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยเมื่อได้รับการฉายรังสีครบแล้วจะต้องกลับไปรักษาตัวที่บ้าน และมาพบแพทย์ตามนัดทุก 3 เดือนเพื่อดูอาการ หาก 3 เดือนมาแล้วอาการดีขึ้น แพทย์จะนัดทุก 6 เดือน

5.3 หลักสำคัญของ การดูแลแบบประคับประคอง

เดมส์คัลด์ ฟิงรังสี (2553) ระบุว่า หลักการของการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย

1) *ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก (Centered at patient and family)* การให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของการรักษาบนพื้นฐานการตัดสินใจร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว เช่นเดียวกับหลักการของ Patient-centered medicine ความพึงพอใจ ความสบายใจของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสูงสุด การดูแลรักษา การตรวจวินิจฉัยหัตถการ หรือ กิจกรรมใดๆ จะกระทำเมื่อเห็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเท่านั้น ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้มากที่สุด

2) *ครอบคลุมความต้องการทุกด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (Comprehensive)* การให้บริการครอบคลุมความต้องการทุกด้านของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้ความสำคัญต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย เจตคติส่วนตัว การให้คุณค่าต่อ สิ่งต่างๆ ความเชื่อ ศรัทธาทางศาสนา การใช้เครื่องช่วยชีวิตเมื่อเข้าสู่ภาวะสุดท้าย การเลือกสถานที่เสียชีวิต การร่วมงานศพ และการช่วยเหลือครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว

3) *การปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์ (Coordinated)* การทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ รวมไปถึงคนในครอบครัวของผู้ป่วยและชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของบุคลากรทางการแพทย์หลายสาขาทั้งแพทย์เฉพาะทาง พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา ทำงานประสานกันและ

เข้าใจบทบาทของ กันและกัน ครอบครัว ผู้ดูแล ญาติสนิทมิตรสหาย ก็เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญ ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าทีมสาธารณสุข ในฐานะผู้ร่วมดูแลและเป็นกำลังใจที่สำคัญของผู้ป่วยรวมถึง ความช่วยเหลือจากชุมชน ผู้นำทางศาสนา สมาคม และอาสาสมัครต่างๆ

4) **ความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย (Continuous)** มีความต่อเนื่องในการดูแล ผู้ป่วยและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นเวลาที่อยู่โรงพยาบาล กลับบ้าน หรือ เสียชีวิตแล้ว ในความเป็นจริงไม่มีสูตรสำเร็จที่เป็นคำตอบที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย ครอบครัว สถานการณ์ที่เกิดขึ้น จึงต้องมีการประเมินผลเป็นระยะ เพื่อให้เกิดประโยชน์ สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยรายนั้น

ทีมสหสาขาวิชาในการดูแลแบบประคับประคอง

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้มีประกาศ ณ วันที่ 14 ตุลาคม 2563 เรื่อง **นิยาม ปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับ เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563** โดยได้กำหนดนิยามทีมสหสาขาวิชา (Interdisciplinary Team) หมายถึง กลุ่มของผู้ให้การดูแลที่มีความรู้ความสามารถหลากหลายทำงานร่วมกันในหน่วยงาน หรือระบบเดียวกันรวมถึงชุมชนที่ผู้ป่วยพำนักอยู่เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้านและต่อเนื่อง โดยมี เป้าหมายร่วมกันเพื่อแก้ปัญหาที่ซับซ้อนของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ประกอบด้วย บุคลากร ทางการแพทย์และทางสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ผู้นำศาสนา อาสาสมัคร และ อื่นๆ โดยสมาชิกของทีมมีการประสานการทำงานร่วมกัน

ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง ของสถานพยาบาลกรณีศึกษา จะมีทีมสหสาขาวิชาที่ทำหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ ผู้นำทางศาสนาและความเชื่อ อาสาสมัคร ผู้ใกล้ชิดในครอบครัว เป็นต้น โดยแต่ละฝ่ายจะมีบทบาทดังนี้

บทบาทแพทย์ /แพทย์รังสีรักษา

แพทย์มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งในฐานะผู้ให้การรักษา ในฐานะเพื่อนมนุษย์ที่พึงปฏิบัติต่อกัน และในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลรักษาทั้งหมด ในฐานะผู้ให้การรักษาผู้ป่วย ความรับผิดชอบโดยตรงของแพทย์คือ การวินิจฉัยที่ถูกต้อง การให้ ข้อมูลที่ครบถ้วน สามารถเข้าใจได้ง่าย และการดูแลรักษาที่เหมาะสมสำหรับอาการทุกข์ทรมานของ ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในฐานะเพื่อนมนุษย์ หากแพทย์ให้ความสนใจ ให้โอกาส รับฟัง ความคิดเห็นและมุมมองของผู้ป่วย ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวหรือจากสังคม ซึ่งอาจต่างไปจากตนแล้ว ย่อมทำให้การรักษาอาการต่างๆ มีความสมบูรณ์ครบถ้วน ตอบสนองทั้งความต้องการด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วย และเกิดความขัดแย้งน้อยที่สุด และยังเป็น โอกาสได้สำรวจตนเอง

เรียนรู้และสั่งสมประสบการณ์ ในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยแพทย์ควรดำรงตนอย่างผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพหนึ่งที่ต้องแสดงองค์ความรู้ในวิชาชีพของตนให้ประจักษ์ ในขณะที่เดียวกันก็ต้องรับฟังความเห็นจากมุมมองอื่นๆ ด้วย ดังนั้นแพทย์จึงไม่ใช่หัวหน้าหรือผู้ที่รู้ดีที่สุดที่ต้องตัดสินใจทุกเรื่อง

บทบาทของพยาบาล

การปฏิบัติงานของพยาบาลนับเป็นแกนหลักของงาน เนื่องจากมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและ โดยวิชาชีพที่ให้ความสำคัญกับการดูแลที่มีความหมายมากกว่าผลของการรักษาพยาบาล สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ทั้งในด้านการตอบสนองความต้องการทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ โดยนำแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลักมาใช้ในการประเมินวางแผนการให้การพยาบาลและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

บทบาทของเภสัชกร

ความก้าวหน้าทางการแพทย์เกี่ยวกับยาที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความทันสมัยและสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เภสัชกรมีบทบาทในการจัดเตรียมยาที่จำเป็นให้เพียงพอ รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา ปฏิกริยาของยาต่างๆ จะช่วยให้การดูแลของแพทย์มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์

ในประเทศไทยซึ่งประชากรส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ถึงแม้จะมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาระค่าใช้จ่ายลดลงแต่ค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิต ค่าเดินทางของสมาชิกในครอบครัว ยังคงเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลและให้ความสำคัญมาก ภาระงานและเวลาของนักสังคมสงเคราะห์จึงถูกใช้ในการพิจารณาให้ความช่วยเหลือด้านการเงินด้วย

บทบาทของนักจิตวิทยา

มีบทบาทในการประเมินสภาพจิตใจ ความเครียด ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เพื่อเฝ้าระวังอาการทางภาวะจิตใจที่ส่งผลต่อร่างกาย โดยเป็นผู้ที่ทำงานกับผู้ป่วยในหลากหลายบริบทการรักษาโดยมีทักษะเข้าอกเข้าใจผู้อื่น มีทักษะการฟังเชิงรุก เป็นผู้ฟังที่ดีและมีความปรารถนาดี

บทบาทของผู้นำทางศาสนาและความเชื่อ

คือผู้ที่มีวุฒิภาวะที่สามารถชี้นำการดำเนินชีวิตของผู้อื่นได้ด้วยการสอนหลักธรรมทางศาสนา ความเชื่อ ความศรัทธา ขนบธรรมเนียมประเพณี หรือวิถีชีวิต สามารถช่วยเหลือผู้ป่วย

และครอบครัวในการเผชิญภาวะวิกฤตของชีวิตจากความเจ็บป่วยและความตายได้โดยความต้องการและสมัครใจของผู้ป่วย ด้วยการให้คำที่ปรึกษา ซึ่งแนะแนวทางในการดำรงชีวิต

บทบาทของอาสาสมัคร

อาสาสมัครที่ปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน มีบทบาทสำคัญในการเติมช่องว่างที่เกิดจากการขาดแคลนผู้รักษาหลัก เช่น แพทย์หรือพยาบาลที่มีภาระงานมาก และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วย รับฟังเรื่อง que ผู้ป่วยอยากพูดรับรู้อารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย

บทบาทของผู้ใกล้ชิดในครอบครัวและเพื่อนฝูง

ญาติพี่น้องผู้ใกล้ชิด เพื่อนฝูงที่สนิท เพื่อนบ้าน ต่างมีบทบาทในเรื่องความช่วยเหลือดูแลเป็นกำลังใจสนับสนุนซึ่งแนะแนวทางหรือแม้กระทั่งในด้านลบ ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวควรได้รับการทราบข้อมูลเกี่ยวกับกรวินิจฉัย การรักษาและการพยากรณ์โรคและมีโอกาสได้ร่วมตัดสินใจในเรื่องการดูแลรักษาให้มากที่สุด โดยเฉพาะในประเด็นที่มีผลดีผลเสีย หรืออาจมีความขัดแย้งในอนาคต เช่น การปฏิบัติการในการกู้ชีวิต และควรมีการพูดคุยร่วมกับแพทย์และพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยและแม่แต่ตัวของผู้ป่วยเอง

ทั้งนี้ Dr.Ned H. Cassem (1975) (ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล) ได้แนะนำหลักการดูแลแบบองค์รวมในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเอาไว้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และครอบครัวของผู้ป่วยควรมีคุณสมบัติให้ครบทั้ง 9 ประการต่อไปนี้

1) ความสามารถ (competence) ผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้ความสามารถในเรื่องกระบวนการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีปัญหาค่อนข้างซับซ้อน ทั้งปัญหาเรื่องของอาการ โรค ปัญหาทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจและปัญหาครอบครัว เศรษฐกิจ

2) ความเข้าใจและความเห็นใจ (concern) ผู้ให้การดูแลจะต้องมีความเมตตา กรุณา เข้าอกเข้าใจและห่วงใยผู้ป่วยและญาติในระหว่างการรักษา ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นถึงคุณค่าในตนเองมากขึ้น

3) ความรู้สึกสบาย (comfort) ผู้ให้การดูแลต้องคำนึงถึงความสุขสบายของผู้ป่วยเป็นหลัก การดูแลรักษาจึงควรเน้นที่บรรเทาอาการปวดและอาการไม่สบายต่างๆ ไม่ทำหัตถการที่ต้องเจ็บปวด จัดสิ่งแวดล้อมให้มีแสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทสะดวก

4) การติดต่อสื่อสาร (communication) ผู้ให้การดูแลจะต้องเป็นผู้ฟังที่ดี (Active listening) มีการพูดคุยกับผู้ป่วยถึงขั้นตอนและแผนการรักษาให้ผู้ป่วยเข้าใจหรือตัดสินใจพูดคุย

เกี่ยวกับแผนการต่างๆ ในชีวิตที่ผู้ป่วยต้องการจะทำหรือยัง ไม่ได้ทำหรือช่วยประสานให้ผู้ป่วยกับครอบครัวหรือบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการพบหรือขอโหสิกรรม

5) การเยี่ยมของบุตรหลาน (children) ผู้ให้การดูแลเป็นผู้จัดโอกาสและเวลาให้บุตรหลานของผู้ป่วยมาเยี่ยมให้กำลังใจ โดยหาช่วงเวลาที่เหมาะสม

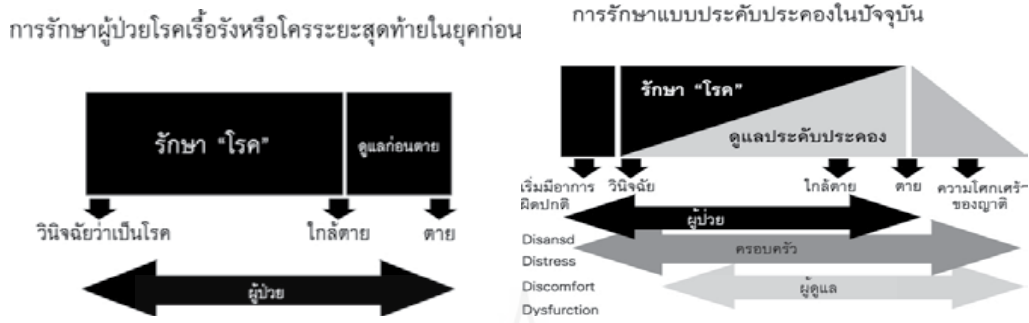
6) ความสัมพันธ์ในครอบครัว (cohesion) ผู้ให้การดูแลจะเป็นผู้เชื่อมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวให้สมาชิกในครอบครัวได้ช่วยเหลือเกื้อกูลให้กำลังใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองไม่เป็นภาระของครอบครัวและยังช่วยให้ญาติสามารถปรับตัวกับความรู้สึกที่จะสูญเสียบุคคลที่รักไปได้

7) ความร่าเริงแจ่มใส (cheerfulness) ผู้ให้การดูแลต้องมีอารมณ์ที่แจ่มใส สีหน้าสดชื่น ท่าทางเป็นมิตรมากกว่าห้วงกังวล ซึมเศร้าหรือแสดงความเบื่อหน่ายท้อแท้เพราะจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยหดหู่มากขึ้น

8) ความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (consistency) ผู้ให้การดูแลต้องมีความสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพราะผู้ป่วยเหล่านี้มีความกลัวที่จะถูกทอดทิ้ง กลัวเผชิญกับความตายอย่างโดดเดี่ยว จึงควรไปเยี่ยมผู้ป่วยสม่ำเสมอตามที่นัดหมายไว้ เวลาเล็กน้อยของผู้ดูแลหรือผู้มาเยี่ยมนั้นล้วนมีคุณค่ามากสำหรับผู้ป่วย

9) การมีจิตใจที่สงบ (calmness of mind equanimity) ผู้ให้การดูแลควรมีการดูแลจิตใจที่สงบสุข สามารถเผชิญกับผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างเหมาะสม ผู้ดูแลควรประเมินถึงมิติทางจิตวิญญาณ สิ่งผู้ป่วยศรัทธา สิ่งผู้ป่วยกังวลเป็นห่วง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหมดห่วงและเมื่อผู้ป่วยมีสิ่งใดค้างคาใจหรือไม่ชัดเจนถึ่มั่นกับสิ่งใด แม้กระทั่งตนเองแล้วย่อมได้รับความสงบสุข

สำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องในปัจจุบันจะแตกต่างจากการดูแลในอดีต โดยเอาใจใส่ต่อความเป็นไปในชีวิตของผู้ป่วย จะช่วยให้แพทย์สามารถเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมรับมือกับสภาพของเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เป็นไปตามธรรมชาติของโรคตามหลักวิชาการแพทย์ แพทย์ต้องมองภาพการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคที่ไม่หายขาดเหล่านี้ ด้วยความต่อเนื่องและครอบคลุมถึงระยะเวลาหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต ดังภาพที่ 2.5



ภาพที่ 2.5 การรักษาแบบประคับประคองยุคก่อน และ ปัจจุบัน
 ที่มา: แพทย์หญิงสายพิน หัตถิรัตน์

จากภาพที่ 2.5 จะเห็นว่า การดูแลผู้ป่วยที่หมดหวังเป็นการลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ควรเริ่มต้นตั้งแต่แรกที่วินิจฉัยได้ว่าโรคนั้นไม่หายขาด และทำควบคู่ไปกับการรักษาเฉพาะโรค ในระยะแรกเน้นการรักษาเฉพาะโรรมากกว่า ต่อเมื่อโรคดำเนินไปตามเวลา แม้ว่าเทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่จะสามารถยืดเวลาให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ยาวนานขึ้นได้ แต่ในที่สุดเมื่อโรคดำเนินไปถึงขั้นสุดท้ายที่การรักษาเฉพาะโรคมักกว่า ต่อเมื่อโรคดำเนินไปตามเวลา แม้ว่าเทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่จะสามารถยืดเวลาให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ยาวนานขึ้นได้ แต่ในที่สุดเมื่อโรคดำเนินไปถึงขั้นสุดท้ายที่การรักษาเฉพาะโรคไม่มีประโยชน์อีกต่อไป แพทย์ควรหยุดการรักษาเฉพาะโรคนั้นๆ และเพิ่มการรักษาที่ลดทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจนถึงวาระสุดท้ายการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจะต้องกระทำให้ครอบคลุมไปถึงหลังการตายของผู้ป่วยด้วย เพื่อให้ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ต่อไปได้ (สายพิน หัตถิรัตน์, 2551, น.74-75)

การดูแลรักษาแบบประคับประคองในอดีตที่เป็นโรคเรื้อรังจะดูแลตามอาการ โดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับผู้ดูแลหรือครอบครัว แต่ในการดูแลแบบประคับประคองปัจจุบันถือเป็นการร่วมมือกันระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล ซึ่งควรเริ่มต้นการดูแลกันตั้งแต่แรกที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ส่วนการดูแลครอบครัวและผู้ดูแล จะครอบคลุมไปจนถึงระยะเวลาหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตที่สำคัญ การดูแลรักษาแบบประคับประคองควรมีลักษณะ “เชิงรุก” คือสามารถปรับเปลี่ยนแผนการดูแลได้ตามการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาของการดำเนินโรค (คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข, 2561, น.35)

ทั้งนี้ในปัจจุบัน มีการบูรณาการแนวคิดปฏิบัติทางพุทธศาสนามาใช้เป็นยา รักษาทางใจกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้น เช่น การทำสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ เจริญภาวนา หรือธรรมชาติบำบัดรักษาความเจ็บปวดทางร่างกายด้วยทางใจ

แม่ชีสันสนีย์ เสถียรสุด (2560) ผู้ก่อตั้งเสถียรธรรมสถานกล่าวภายหลังตรวจพบว่า เป็นมะเร็ง และได้ใช้ธรรมชาติบำบัดในการรักษา โรคมะเร็งว่า ร่างกายจะส่งสัญญาณและต้องฟังร่างกาย เมื่อตรวจพบ แพทย์และครอบครัวไม่มีใครกล้าบอกความจริงกับคุณแม่ แต่ทุกคนไม่รู้ว่าคุณแม่รู้สึกอย่างไร วันที่คุณหมอนัดฟังผล คุณแม่ใช้วิธีตั้งใจอธิษฐานจิต เตรียมพร้อมรับฟังในสิ่งที่คุณหมอบอกและบอกกับตัวเองว่าสิ่งที่คุณหมอบอกสิ่งนั้นต้องเป็นประโยชน์ หลังจากทีรูว่าเป็นมะเร็ง คุณแม่ก็ปรับพฤติกรรมเพื่อการรักษาด้วยตัวเอง 3 หลักใหญ่ คือ 1) ปฏิบัติตามที่คุณหมอสั่ง 2) ปรับพฤติกรรมการกินการอยู่ ให้โอกาสตัวเองในการดูแลเรื่องการกิน เป็นเวลาเมตตาตัวเอง ธรรมชาติบำบัดพิจารณาอาหารที่ข่อยง่ายที่สุด ทานผลไม้ตลอดเป็นเวลา 1 เดือน และที่สำคัญคือ 3) ธรรมชาติบำบัดด้วยการใช้เวลาทวนกับการเจ็บป่วยครั้งนี้มากเป็นพิเศษ การเจริญภาวนากำหนดลมหายใจ คือการคุยกับร่างกายตัวเองโดยการปรับตารางเวลานอนเร็วขึ้น หันมาเยียวยาตัวเองคุยกับร่างกายตัวเองมากขึ้น คุณแม่อยากให้ทุกคนเชื่อมั่นในการเรียนรู้รูปร่างกายตัวเอง

ดังนั้นจากกรณีดังกล่าวจะเห็นว่า การดูแลตามแนวคิดแบบประคับประคอง จึงไม่ได้มีวิธีการแพทย์วิธีเดียวที่เป็นการรักษาทางกายเท่านั้น ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลต่างต้องพยายามหาหนทางหรือวิธีที่จะเยียวยา บำบัดรักษาตัวเองให้มีความทุเลาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานทางกาย และที่สำคัญส่งผลให้มีความมั่นคงทางจิตใจมากขึ้นจากการกระทำผ่านพิธีกรรมความเชื่อทางศาสนาที่ตนนับถือ เป็นต้น

6. แนวคิดการให้การปรึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง

เมื่อคนในครอบครัวต้องป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเตรียมความพร้อมในการยอมรับ ปรับตัวกับสถานการณ์ใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อโรคมะเร็งว่า เป็นโรคร้ายรักษาไม่หาย เป็นแล้วต้องตายทุกคน เป็นโรคที่ทุกข์ทรมาน มีการลุกลามกระจายของโรคและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง จึงทำให้สร้างความทุกข์ทั้งกายและใจต่อผู้ป่วยและครอบครัว

การให้การปรึกษา สามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจปัญหา รู้ความต้องการ เข้าใจตนเอง และมีทางเลือกในการแก้ปัญหาดังกล่าวได้ด้วยการใช้การสื่อสารที่ดี สร้างความสัมพันธ์เพื่อให้ผู้ป่วยได้ร่วมวางแผนรักษาตนเอง ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนต่างมีภูมิหลัง การดำเนินชีวิต ความเชื่อที่แตกต่างกัน การรับรู้และการยอมรับต่อโรคมะเร็งในแต่ละระยะย่อมแตกต่างกัน โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความตายรออยู่เบื้องหน้า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งตั้งแต่ระยะ

เริ่มต้นจึงย่อมมีภาวะสูญเสียและเศร้าโศก ซึ่งก่อให้เกิดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการสูญเสีย ในรูปของอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม การแสดงออกตามกระบวนการสูญเสียและเศร้าโศก (กัญญา บุญธรรมโม, 2556) โดยมีปฏิกิริยาตอบสนองของแต่ละบุคคลต่อความตายแตกต่างกัน ดังนั้นหากบุคลากรทางสุขภาพมีความเข้าใจให้ผู้ป่วยให้ได้รับการปรึกษา ได้รับความรู้เกี่ยวกับความกลัวความตาย ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจมีความหวังในการรักษาและการดูแลแบบประคับประคองต่อไป ในหัวข้อนี้ ผู้วิจัยจะอธิบาย 2 ประเด็นคือ (1) ปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อความตาย และ (2) กระบวนการให้การปรึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง

6.1 ปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลต่อการตาย

โรคมะเร็งเป็นโรคร้ายแรงที่ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมาน เนื่องจากผู้ป่วยมักจะมีอาการต่างๆ ที่หลากหลายและซับซ้อนขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็งที่แตกต่างกันไป เช่น หายใจลำบาก หายใจเหนื่อยจนไม่สามารถ หายใจได้เอง ซึ่งเป็นภาวะคุกคามชีวิต โดยเฉพาะ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งการเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจคือ ทำให้เกิดภาวะสูญเสีย และเศร้าโศก เมื่อบุคคลมีภาวะสูญเสียและเศร้าโศกจะก่อให้เกิดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการสูญเสีย ในรูปของอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม การแสดงออกตามกระบวนการสูญเสียและเศร้าโศก ปกติตามทฤษฎีของ Kubler Ross. (1996 อ้างใน ศิริวรรณ เครือวิริยะพันธ์, 2544)

ความกลัวความตายจึงเป็นประเด็นสำหรับการศึกษาปรากฏการณ์ทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับความตายในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเมื่อผู้ป่วยทราบความจริงที่ว่าตนจะต้องเสียชีวิตอีกในระยะเวลาไม่นาน ปฏิกิริยาต่อความตาย 5 ขั้น ได้แก่ ปฏิเสธ (denial) โกรธ (anger) ต่อรอง (bargaining) ซึมเศร้า (depression) และยอมรับ (acceptance) ถือเป็น การแสดงออกทาง การสื่อสารอย่างหนึ่ง โดยระยะเวลาแต่ละขั้นมีความสั้นยาวแตกต่างกัน หรืออาจมีการกระโดดข้ามขั้นได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ของผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม จากความรู้เรื่องปฏิกิริยาต่อความตาย Kubler Ross (1996) ให้ความสนใจเรื่องการตอบสนองต่อความตาย 5 ระดับที่สอดคล้องกับระดับการสื่อสารที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง อีกมุมมองหนึ่งเมื่อรู้ว่าความตายใกล้เข้ามา ได้เสนอแนะวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยในขั้นตอนต่างๆ ที่มีความสอดคล้องกับสถานะในขั้นตอนต่างๆ ของผู้ป่วย เช่น การเข้าใจยอมรับผู้ป่วย การรับฟัง การให้กำลังใจ การอยู่เป็นเพื่อน เป็นต้น จากการศึกษาธรรมชาติในมิติของจิตใจต่อความตาย โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ก็ยังมีอารมณ์ ความรู้สึก ปฏิกิริยาต่อความตายที่แม้เริ่มยอมรับความตายได้มากขึ้นแต่ก็ยังมีความหวังในการรักษาเพื่อมีชีวิตอยู่กับครอบครัว นานที่สุด

จากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะเข้าใจใกล้ความตายในปี ค.ศ.1996 Kubler Ross (1996) เป็นจิตแพทย์ที่มีความสนใจและศึกษากลไกการต่อสู้อุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างการเจ็บป่วยระยะ

สุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยใกล้ตาย (Dying) จำนวนมากกว่า 200 คน และได้แบ่งปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลต่อการตายและความตาย เรียกว่า ลำดับขั้นของความเศร้า (The 5 stages of grief and loss) ออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้

1) ช่วงการปฏิเสธและแยกตัว (*Denial and isolation*) หรือ *ระยะปฏิเสธ* เป็นระยะที่ผู้ป่วยรู้สึกตกใจกับการรับทราบถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่ได้และปฏิเสธสิ่งที่ได้ยินจากแพทย์ โดยเมื่อผู้ป่วยได้รับการบอกการวินิจฉัยจากแพทย์ ผู้ป่วยมักจะไม่นยอมรับและรู้สึกว่าสิ่งที่ได้ยิน ไม่ได้เกิดขึ้นกับตนเอง Kubler Ross (1996) กล่าวว่า การปฏิเสธเป็นวิธีที่ผู้ป่วยใช้ในการเผชิญกับความปราชัยที่ปวกฉ่ำเพื่อปกป้องความรู้สึกของตนเองไม่ให้สะเทือนใจ การช่วยเหลือที่สำคัญในระยะนี้คือ ให้เวลากับผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยตัดสินใจถึงความพร้อมในการสนทนาเกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยบุคลากรสุขภาพควรยุติการสนทนาเมื่อผู้ป่วยไม่ต้องการรับฟังหรือพูดถึงเรื่องเหล่านั้นอีกต่อไป

การหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธที่จะรับรู้ความตาย ส่วนใหญ่เนื่องจากผู้ป่วยไม่ยอมรับความตาย คาดหวังว่าตนเองยังมีชีวิตอยู่ ผู้ป่วยที่มีท่าทีลักษณะนี้ มักมองความตายในแง่ลบ เช่น ความตายคือความพลัดพรากจากคนที่เป็นที่รัก จากการไม่ยอมรับความตายทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงจะรับรู้เป็นผลให้ไม่พร้อมเผชิญความตาย และอยู่ในขั้นปฏิเสธดังกล่าว การเลี้ยงรับรู้เพื่อลดความกังวลหรือความสะเทือนใจคลายไปได้ระยะเวลาหนึ่งเพราะส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยรับรู้ได้ถึงสภาพการณ์อันจะเกิดได้จากมะเร็ง

2) ช่วงขุ่นเคือง (*Anger*) หรือ *ระยะโกรธ* เกิดขึ้นหลังจากการปฏิเสธสิ้นสุดลง ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกโกรธที่เกิดขึ้น อารมณ์รุนแรง ก้าวร้าว อิจฉาริษยา และต่อต้าน การโกรธแพทย์ โกรธบุคคลอื่นในครอบครัว หรือโกรธโชคชะตาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ไม่ยุติธรรม ผู้ป่วยจะตั้งคำถามกับสิ่งที่เกิดขึ้นในลักษณะ “ทำไมต้องเป็นฉัน” พยายามคิดหาคำตอบและสุดท้ายจบลงด้วยความรู้สึกโกรธ ผู้ป่วยจึงกลายเป็นผู้ป่วยที่ “ขุ่นขุก” ในการดูแล Kubler Ross (1996) แนะนำว่า บุคลากรสุขภาพควรให้ความเคารพผู้ป่วยและเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เอาใจใส่ สละเวลาอยู่กับผู้ป่วยด้วยความอดทนต่อความโกรธของผู้ป่วย

3) ช่วงคิดต่อรอง (*Bargaining*) หรือ *ระยะต่อรอง* มักเกิดขึ้นในช่วงสั้นๆ เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับความจริงที่ตนเองจะต้องตาย ผู้ป่วยจะพยายามต่อรองกับแพทย์ หรือตกลงสัญญาบางอย่างกับพระเจ้าเบื้องบนหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ที่ผู้ป่วยนับถือ เช่น การสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองโดยปฏิบัติตัวให้ดีขึ้นเพื่อให้มีชีวิตอยู่ต่อไป ผู้ป่วยหวังว่าหากประพฤติตัวดีขึ้นตนเองอาจจะได้รับการตอบแทนในสิ่งที่ปรารถนา Kubler Ross (1996) กล่าวว่า ในทางจิตวิทยา การสัญญาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระยะนี้ มีสาเหตุจากความรู้สึกผิดในสิ่งที่ผู้ป่วยเคยกระทำในอดีต ดังนั้นบุคลากรสุขภาพ

ควรไวต่อความรู้สึก ค้นหาความจริงในสิ่งที่ผู้ป่วยรู้สึกผิด และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อแก้ไขความรู้สึกผิดนั้น

การต่อรองเป็นปฏิกิริยาที่ผู้ป่วยแสดงออกทางพฤติกรรม เพื่อหวังให้ตนเองหายหรือทุเลาจากสภาพเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะยอมรับความเจ็บป่วยได้ตามจริงว่าไม่สามารถรักษาได้ แต่ก็ยังพยายามแสวงหาหนทางต่อรองความเจ็บป่วยตามความเชื่อส่วนตัวของผู้ป่วยเอง การต่อรองเช่นนี้ ความหวังสูงสุดคือการหายขาดจากสภาวะที่เป็น แม้แพทย์จะให้ข้อมูลว่าหมดสิ้นหนทางแล้วก็ตาม อย่างน้อยก็เป็นความพยายามในการผ่อนหนักเป็นเบา เป็นที่พึงพิงทางใจให้ผู้ป่วยมีความหวังขึ้นมาได้

4) ช่วงซึมเศร้า (Depression) หรือ ระยะซึมเศร้า เมื่ออาการป่วยไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยรู้สึกว่าต้องตายแน่นอน ผู้ป่วยจะเจ็บบขีรึมลง เริ่มยอมรับความจริงว่าตนเองต้องตายแน่ เกิดความรู้สึกว่าต้องสูญเสียตนเอง สูญเสียทุกสิ่งทุกอย่าง เป็นระยะที่บุคคลเริ่มจะเข้าใจอย่างชัดเจนว่าไม่สามารถปฏิเสธความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดำเนินโรคได้ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะรู้สึกเศร้า หมดหวัง สลดใจและเตรียมตัวอำลาจากโลกนี้ไป Kubler Ross (1996) แนะนำว่าบุคลากรสุขภาพควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความโศกเศร้า รับฟังอย่างตั้งใจ

5) ช่วงรับความจริงและเข้าใจได้ (Acceptance) หรือ ระยะยอมรับ ผู้ป่วย เริ่มทำใจยอมรับได้ หลังจากเห็นว่าการซึมเศร้าเสียใจต่อความตายที่เกิดขึ้น ไม่ก่อประโยชน์ ผู้ป่วยใกล้ตายสามารถเข้าสู่ระยะยอมรับได้หากได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพในการจัดการกับความรู้สึกเศร้าโศกจากระยะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะยอมรับจะมีเวลาเตรียมตัวสำหรับความตาย ระยะนี้ผู้ป่วยจะเล่าถึงประสบการณ์ความรู้สึกในช่วงเวลาที่ผ่านมา และรอคอยช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ ผู้ป่วยจะสั่งเสียญาติ ต้องการอยู่ใกล้คนที่ตนรักมากที่สุด ระยะนี้บุคลากรสุขภาพควรให้การดูแลความสุขสบายทั่วไป บรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการและให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายสามารถคิดและตระหนักในการจัดการกับภาระที่ค้างคาได้เกิดจากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ผ่านกลไกในการเผชิญปัญหาภายในขั้นของการยอมรับ เป็นการยอมรับความจริงที่ว่า ความตายกำลังใกล้เข้ามา และกล้าที่จะเผชิญความตายด้วยอารมณ์สงบ มีการจัดการกับภาระที่ค้างคาอย่างเหมาะสมกับบริบทของครอบครัว

อย่างไรก็ตามด้วยความแตกต่างกันที่หลากหลายของผู้ป่วยนี้เอง ปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลต่อการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแต่ละคน จึงไม่จำเป็นต้องเรียงลำดับมาจากขั้นที่ 1 มาถึงขั้นที่ 5 เพราะความรู้สึก อารมณ์ของผู้ป่วยแต่ละคนที่ไม่คงที่แน่นอน และแปรเปลี่ยนไปตามอารมณ์ความรู้สึกที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้ป่วยระยะสุดท้าย แม้ผ่านการรักษามาเป็น

เวลานาน จึงสามารถมีปฏิกิริยาตอบสนองดังกล่าวที่กลับไปกลับมาในช่วง 1 - 5 ได้โดยไม่จำเป็นต้องเรียงลำดับขั้นตอน

ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นใน 5 ระยะของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ความตายใกล้มาถึง จากการศึกษาของ Kubler Ross (1996) ถือเป็นสิ่งสำคัญที่บอกถึงสัญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระยะต่างๆ หลังการรับรู้ว่าตนเองเป็น โรคที่รักษาไม่หายขาด การยอมรับความตายจะค่อยๆ เกิดขึ้นทีละน้อยตามระยะเวลาของอาการโรค โดยเฉพาะโรคที่มีระยะอาการโรคที่เข้าใกล้สู่ระยะสุดท้ายมากขึ้นก็จะยิ่งง่ายต่อการยอมรับแต่หากกรณีเป็น โรคที่ไม่มีระยะสุดท้ายของโรค ผู้ป่วยและญาติก็อาจจะยื้อชีวิตจนทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานทางร่างกายและจิตใจได้ อย่างไรก็ตาม การยอมรับหรือไม่ยอมรับความตายที่แสดงออกตามปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลในแต่ละระยะนั้นต้องอาศัยกลยุทธ์การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่มีความแตกต่างกันออกไปด้วย ซึ่งปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลต่อการตายและความตาย 5 ระยะ คือ ระยะปฏิเสธ ระยะโกรธ ระยะต่อรอง ระยะซึมเศร้า และระยะยอมรับ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะต้องผ่านปฏิกิริยาทั้ง 5 ดังกล่าว และจะมีการสลับไปมาในแต่ละระยะของการตอบสนอง ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญและให้การสื่อสารพูดคุยแนะนำการปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ สบายใจกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษากับอาการโรคในระยะสุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดการต่อต้านหรือความเครียด เกิดความสงบภายในจิตใจในที่สุด ซึ่งผู้วิจัยใช้ประเด็นนี้ในการวิเคราะห์วัตถุประสงค์ข้อ 3 แนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก

6.2 กระบวนการให้การปรึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความสนใจศึกษากระบวนการตายและปฏิกิริยาตอบสนองต่อการตายและความตายอย่างกว้างขวาง ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการสื่อสารที่เกิดขึ้นจากผลพวงของการสื่อสารสุขภาพเกี่ยวกับความตาย คือ อารมณ์ในเรื่องของความตาย ในชีวิตของคนเรา สิ่งที่มีจะกลัวมากที่สุดคือ “ความตาย” ดังที่เอมอซมา วัฒนบูรานนท์ (2554) กล่าวว่า ความกลัวตายเป็นความรู้สึกพื้นฐานที่มีอยู่ในตัวคนเราทุกคน ถึงแม้ว่าความตายเป็นสัจธรรม ความรู้สึกต่อภาวะการณตาย หรือการสูญเสียย่อมเกิดขึ้นได้ในรูปแบบที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ย่อมเกิดขึ้นกับตัวบุคคลและสภาพแวดล้อม หรือสถานการณ์ในขณะนั้น การจัดการกับอารมณ์เรื่องความตายที่ถูกต้องเหมาะสมจึงสำคัญ

โดยเฉพาะผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งไม่ว่าจะอยู่ในระยะใดต้องเผชิญกับการรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งซึ่งส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อโรคมะเร็งว่าเป็นโรคร้ายแรงที่เป็นแล้วต้องตายทุกคน เป็นโรคที่รักษาไม่หาย และมีความทุกข์ทรมานนั้นต่างต้องเผชิญกับความผิดหวัง ไม่ได้ตั้งใจ สูญเสีย

โศกเศร้า ต้องเผชิญหน้ากับการตัดสินใจเรื่องใหญ่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความรู้สึก ทำให้คับข้องใจ กลัว กังวล ไม่แน่ใจ และหลายครั้งที่จัดการปัญหาไม่ได้ ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงและความเชื่อมั่นในตนเอง

การให้การปรึกษาจึงเป็นทางเลือกหนึ่งและเป็นรูปแบบหนึ่งในการดูแลแบบ ประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการให้ข้อมูล พுகุญ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและเห็นปัญหา ของตนเองเพื่อกำหนดการแก้ปัญหาด้วยตนเอง (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2557)

Pietrofesa (1978) ระบุว่า การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการของสัมพันธภาพในการ ให้ความช่วยเหลือ ซึ่งเต็มไปด้วยความอบอุ่น การยอมรับและความเข้าใจ ระหว่างผู้ให้บริการ ปรึกษาซึ่งเป็นนักวิชาชีพ ที่ได้รับการฝึกอบรมในการให้ความช่วยเหลือกับผู้รับบริการซึ่งต้องการ ความช่วยเหลือ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการได้เข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น ได้เรียนรู้พฤติกรรม ใหม่ ๆ มีทัศนคติใหม่เกิดขึ้นสำหรับนำไปประกอบการตัดสินใจแก้ปัญหา หรือวางโครงการศึกษา และประกอบอาชีพ ตลอดจนเพื่อพัฒนาตนเองในด้านต่างๆ

Burks and Steffire (1979) ระบุว่า การให้การปรึกษาเป็นสัมพันธภาพทางวิชาชีพ ระหว่างผู้ให้บริการปรึกษากับผู้รับบริการ สัมพันธภาพนี้ปกติเป็นสัมพันธภาพส่วนบุคคล มีจุดหมาย เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อม สามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง

Ivey (2007) การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือบุคคลปกติให้ สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาหรือสามารถพัฒนาตนเองได้

บุคลากรทางสุขภาพ จึงจำเป็นต้องมีทักษะและสัมพันธภาพที่ดีในการให้คำปรึกษา ทักษะการฟัง ทักษะการตั้งคำถาม ทักษะการเจียบ ทักษะการทวนซ้ำ ทักษะการตีความ ทักษะการ ให้ข้อมูล ทักษะการพูดแบบเผชิญหน้า ทักษะการให้กำลังใจ เป็นต้น เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแล หลักให้เข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น และเข้าใจสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น จนสามารถตัดสินใจหรือแก้ปัญหา ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ต้องมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความศรัทธา และไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งสัมพันธภาพที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้รับบริการสำรวจ ความคิด ความรู้สึก ทัศนคติ ค่านิยมและพฤติกรรมต่างๆ ของตน ซึ่งจำเป็นต้องมีการฝึกฝนจน สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างคล่องแคล่วและถูกต้องเพื่อให้การปรึกษาเกิดประสิทธิภาพ

ดั่งที่ สิริพร ตาละชีพ (2558) ระบุว่า การให้การปรึกษา (counseling) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนรับทราบผลตรวจ มีขั้นตอนให้การปรึกษาหลักด้วยการ สร้างความสัมพันธ์ ค้นหาแรงจูงใจ ประเมินความรู้ ความเชื่อ และมีเป้าหมายหลักเพื่อตัดสินใจ เข้ารับการตรวจและเตรียมความพร้อมทางจิตใจก่อนรับฟังผลตรวจ 2) ระยะรับทราบผล มีขั้นตอน เตรียมความพร้อมก่อนบอกผลตรวจ แจ้งผล ตรวจสอบความเข้าใจ และวางแผนแก้ปัญหา 3) ระยะรับ

การบำบัด มีขั้นตอนด้วยการสร้างสัมพันธภาพ ทบทวนเรื่องราว แนวทางการรักษา รวบรวมและวางแผนแก้ไขปัญหา และ 4) ระยะสุดท้าย มีขั้นตอนด้วยการประเมินความคาดหวังต่อผลการรักษา สร้างสัมพันธภาพ ทบทวนการรักษา บอกรผลและระยะของโรค ประเมินความต้องการคุณภาพชีวิต จัดการภาระกิจที่ค้างค้างและพูดเรื่องความตาย ซึ่งผู้วิจัยใช้ข้อนี้ในการวิเคราะห์วัตถุประสงค์ข้อ 2 กระบวนการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก และในวัตถุประสงค์ข้อ 3 แนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก

ทั้งนี้แม้ว่าในแต่ละระยะจะมีเป้าหมายการให้การปรึกษาต่างกันไป แต่ส่วนใหญ่เป็นกระบวนการที่อาศัยการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา ซึ่งผู้ให้การปรึกษาใช้ทักษะต่างๆ เพื่อช่วยเหลือและเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาดำรงและทำความเข้าใจปัญหา สาเหตุของปัญหา และความต้องการของตน ตลอดจนสามารถหาวิธีแก้ไขปัญหานั้นด้วยตนเอง ดังนั้นการให้การปรึกษาถือเป็นหนึ่งในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สำคัญที่บุคลากรทางสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และสาขาวิชาชีพอื่น โดยเฉพาะแพทย์ต้องคำนึงถึงการดูแลทางใจผ่านการสื่อสาร การให้การปรึกษา ดังงานวิจัยของ กัญญฐิตา ศรีภา (2554) พบว่า หากเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างการดูแลทางกายและการเยียวยาทางจิตวิญญาณแล้ว การทำงานของแพทย์จะมุ่งไปที่การดูแลรักษาและเยียวยาทางด้านร่างกายมากกว่าการใส่ใจอย่างลึกซึ้งในด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ทำให้การดูแลในส่วนดังกล่าวนี้ ตกเป็นภาระหน้าที่ของพยาบาลเป็นส่วนใหญ่

กระบวนการในการให้การปรึกษาเป็นเทคนิคที่มีลักษณะเฉพาะ เป็นการให้ความช่วยเหลือในปัญหาที่เกิดจากจิตใจ อารมณ์และสังคม รวมถึงความเชื่อ ค่านิยมและวัฒนธรรม เน้นสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาให้เกิดความไว้วางใจ ผ่อนคลายกล้าเปิดเผยตนเอง ยอมรับรู้และแก้ไขปัญหของตนเอง เน้นองค์ประกอบการสื่อสารสองทางเป็นการสร้างความเข้าใจให้ตรงกันระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา ด้วยคำพูดและอากัปกริยาเป็นกระบวนการที่พูดคุยกันอย่างมีเป้าหมาย โดยเฉพาะองค์ประกอบของสารนั้นที่เน้นความรู้สึกในลักษณะเสมอภาค ไม่ได้กำหนดความหวังของผู้ให้บริการ แต่ต้องอาศัยเวลาในการสื่อสารระหว่างกัน

การให้การปรึกษากับผู้ป่วยมะเร็งจึงมีขั้นตอนและมีการใช้ทักษะเฉพาะที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับ โอกาส จังหวะ ปัญหาและความต้องการ โดยเฉพาะเน้นการแก้ไขปัญหในปัจจุบัน ไม่มีคำตอบสำเร็จรูปหรือตายตัวที่ผู้ให้การปรึกษาเตรียมไว้ล่วงหน้าเนื่องจากเป็นการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก คำตอบขึ้นอยู่กับความต้องการ การตัดสินใจ

เลือกและศักยภาพของผู้รับการปรึกษาดังกล่าว การให้การปรึกษาจึงเป็นการช่วยรับการปรึกษาที่มีแนวทางแก้ไขปัญหา สามารถพิจารณาทางเลือกได้มากขึ้นและตัดสินใจง่ายขึ้น

ดั่งที่ สายพิน หัตถิรัตน์ (สัมภาษณ์, 19 ธันวาคม 2560) ระบุว่า ยุทธศาสตร์และยุทธวิธีในการสื่อสารกับผู้ป่วยเรื้อรังแต่ละโรคมียุทธศาสตร์ที่คล้ายคลึงกัน บรรยากาศการสื่อสารทั่วไป ควรมีลักษณะเป็นกันเอง เต็มไปด้วยความเข้าใจ ความเห็นใจ และพร้อมที่จะให้กำลังใจกับผู้ป่วยหรือบุคคลในห้องตรวจที่มีบุคคลอื่นซึ่งไม่เกี่ยวข้องอยู่ด้วย ผู้ทำหน้าที่สื่อสารควรมีคุณสมบัติที่น่าเชื่อถือ น่าไว้วางใจ เริ่มจากการแนะนำตนเองและผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด ใช้หลักการให้การปรึกษา (counseling) เป็นหลัก

การให้การปรึกษาจึงเปรียบเสมือนการเดินทางร่วมกันระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ที่มีได้มีคนใดคนหนึ่งเป็นผู้นำหรือผู้ตาม บุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์เป็นผู้ช่วยเหลือไปถึงจุดหมายปลายทางสุดท้ายของผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นตัวของตัวเองและพึ่งตนเองได้ ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพที่ให้การปรึกษาจึงต้องมีความตั้งใจดีในการช่วยเหลือ มีท่าทีเป็นมิตรพร้อมจะรับฟัง มองโลกในแง่ดี รู้จักใช้คำพูดที่เหมาะสม มีความอดทนใจเย็นในการช่วยแก้ปัญหา จะทำให้กระบวนการให้การปรึกษาบรรลุวัตถุประสงค์ที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้ในที่สุด (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2557)

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเรื่อง “การสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก” เป็นงานสหวิทยาการที่มีผู้ศึกษามาก่อนในหลากหลายประเด็น และใช้วิธีการศึกษาและทฤษฎีที่แตกต่างกัน โดยมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

งานวิจัยของ เปรมใจ วังศิริไพศาล (2545) ศึกษาเรื่อง “ความตายและทัศนคติในการเตรียมตัวตายของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชุมชนแออัดคลองเตย กรุงเทพมหานคร” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความหมาย ความเชื่อและประสบการณ์การเตรียมตัวเกี่ยวกับความตายของสังคมไทย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพในเชิงเทคนิคการสนทนาแบบกลุ่ม (Focus group Discussion) เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 10 คนระดมสมอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้สูงอายุจำนวน 28 คน ดำเนินการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม เก็บข้อมูลโดยวิธีการบันทึกเทป การสังเกตและการจดบันทึกภาคสนามทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการอุปนัยเชิงวิเคราะห์ (Analytic Induction) และการตีความ (Interpretation) โดยใช้ทฤษฎีการให้ความหมายทางสังคมและแนวคิดเรื่องผู้สูงอายุและแนวคิดความตาย

ผลการศึกษา พบว่า มีการให้ความหมายของความตายแตกต่างกันระหว่างศาสนาและทางการแพทย์ ซึ่งมีผลต่อความเชื่อและท่าทีของคนไทย ส่วนหนึ่งเชื่อว่า ชีวิตไม่ได้สิ้นสุดที่ความตายและเห็นว่าการตายเป็นเพียงปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ ทำให้ไม่ปฏิเสธความตาย ต่างจากทัศนคติทางการแพทย์ที่ต้องการเอาชนะความตาย และเห็นว่าชีวิตสิ้นสุดที่ความตาย

งานชิ้นนี้พบช่องว่างทางการศึกษา ได้แก่ งานวิจัยชิ้นนี้ศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น ยังมีได้ขยายไปถึงกลุ่มโรคภัยแรง เช่น มะเร็ง ที่สามารถมีผู้ป่วยหลากหลายเพศและวัยได้ไม่เฉพาะผู้สูงอายุ รวมทั้งมิได้ศึกษากลุ่มแพทย์ หรือ กลุ่มที่ให้บริการสุขภาพในวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับดูแลผู้ป่วย โดยใช้ทฤษฎีการประกอบสร้างความเป็นจริงทางสังคม แนวคิดเรื่องชีวิตและความตายในการวิเคราะห์

งานวิจัยของ วิลาสินี วิเศษฤทธิ์ (2546) ศึกษาเรื่อง “ความหมายของความตาย : ทัศนะของผู้ป่วยโรคเอดส์ ระยะใกล้ตายและครอบครัว” โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ในรูปแบบของการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography) ในการดำเนินการวิจัย มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความหมายของความตายในทัศนะของผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตายและครอบครัวในชุมชนชนบทอีสาน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเอดส์ในระยะใกล้ตาย จำนวน 5 คน และสมาชิกของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต ขณะเสียชีวิต และหลังจากเสียชีวิต จำนวน 12 ครอบครัวในหมู่บ้าน 5 แห่งในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากภาคสนาม โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและทำการจดบันทึกข้อมูลและใช้วิธีการอุปนัยเชิงวิเคราะห์ (Analytic Induction) การตีความ (Interpretation) และการเปรียบเทียบข้อมูล (Content comparison) ในการดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย แนวคิดเรื่องโรคเอดส์ และความเป็นวัฒนธรรมชุมชนบริบทอีสาน

ผลการศึกษา พบว่า ความหมายของความตายสามารถอธิบายได้ 3 ลักษณะ คือ (1) ความตายหมายถึง “หมดบุญหมดกรรม” อธิบายได้ว่าคนเราเกิดมาและมีชีวิตอยู่ย่อมขึ้นอยู่กับบุญกรรมที่ทำเอาไว้ ถ้าตายไปก็ถือว่าหมดบุญหมดกรรม 2) ความตายหมายถึง “การหลุดพ้น” อธิบายได้ว่า โรคเอดส์เป็นโรคภัยแรงที่น่ากลัวเพราะรักษาไม่หายและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมากทั้งทางร่างกายและจิตใจ เวลาเจ็บป่วยจะทุกข์ทรมานมากถ้าตายไปคงหลุดพ้น (3) ความตายหมายถึง “การดับสูญ” อธิบายได้ว่า เมื่อถึงเวลาที่จะต้องตายจะไม่มีความรู้สึกตัว ไม่ทันตั้งตัว สูญสิ้น ดับสิ้นไปแล้วไม่คืนอีกเลย และการให้ความหมายดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับบริบทต่างๆ สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อความคิดการให้คุณค่าของความเป็นมนุษย์และผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว

งานชิ้นนี้พบช่องว่างทางการศึกษา ได้แก่ งานวิจัยชิ้นนี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตายในชุมชนชนบทอีสาน จำนวน 5 ราย และศึกษาสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์เฉพาะชุมชนชนบทอีสานจังหวัดขอนแก่น จำนวน 12 ราย และใช้กระบวนการทัศน์วัฒนธรรมอีสานในการวิเคราะห์บริบททางสังคมการดูแลผู้ป่วยตามธรรมเนียมปฏิบัติ ในขณะที่กระบวนการทัศน์แนวคิดทางการสื่อสาร และแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยใกล้ตายยังมิได้ถูกนำมาศึกษา และ การศึกษาความหมายความตายเฉพาะโรคก็ยังมีได้ครอบคลุมไปถึงโรคร้ายแรงอื่นๆ

งานวิจัยของ จิตตากรณ์ กล่อมแดง (2546) ศึกษาเรื่อง “การสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงวิธีการ และปัญหาในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์จำนวน 25 คน ประจำโรงพยาบาลรัฐบาล 3 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 3 แห่ง กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรคในโรงพยาบาลดังกล่าว จำนวน 100 คน แบ่งเป็นคนไข้ประเภทผู้ป่วยนอก 50 คน กับคนไข้เดิมที่เคยเข้ารับการตรวจรักษา 50 คน รวมทั้งเปรียบเทียบปัญหาที่พบระหว่างสูตินรีแพทย์เพศชายกับสูตินรีแพทย์หญิงและคนไข้ที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบสหวิธีการ (Multiple Methodology) ซึ่งเน้นการวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก สืบหาความคิดเห็นด้วยแบบสอบถามและวิจัยจากเอกสาร ทั้งนี้ได้วิเคราะห์โดยใช้กรอบความคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการสื่อสารระหว่างบุคคล แนวคิดเรื่องแพทย์กับความสัมพันธ์เชิงอำนาจ แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศในสังคมไทย เป็นต้น

ผลการศึกษา พบว่า วิธีการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรคประกอบด้วยเหตุการณ์สื่อสาร 6 ขั้นตอนคือ การกล่าวทักทายและต้อนรับ การซักถามอาการและตรวจวินิจฉัยโรค การชี้แจง การอธิบายวิธีการรักษา การกล่าวอำลา ซึ่งบทบาทหลักทุกขั้นตอนจะอยู่ที่แพทย์ ปัญหาที่พบในการสื่อสารแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) ปัญหาการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ 2) ปัญหาของคนไข้เมื่อต้องการเข้ารับการตรวจ และ 3) วิธีการเสริมสร้างการสื่อสารเชิงบวกของสูตินรีแพทย์กับคนไข้

งานชิ้นนี้พบช่องว่างทางการศึกษา ได้แก่ งานวิจัยชิ้นนี้ศึกษาเฉพาะการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์ กับคนไข้ โดยเน้นการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์ หากแต่ไม่ได้มีการสังเกตการณ์ในบริบทการสื่อสารต่างๆ และยังมีได้ขยายไปถึงการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพในวิชาชีพอื่นๆ กับผู้ป่วยในกลุ่มโรคร้ายแรง เช่น มะเร็ง โดยใช้แนวคิดการสื่อสารระหว่างบุคคล และทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ในการวิเคราะห์

งานชิ้นนี้ยังสามารถใช้ต่อยอดกับงานวิจัยของนักศึกษาผู้วิจัย งานชิ้นนี้เริ่มศึกษาโดยใช้แนวคิดด้านการสื่อสารในประเด็นสำคัญคือ การสื่อสารระหว่างบุคคล และการสื่อสารระดับ

กลุ่มเล็ก ที่มีการวางแผนรักษาร่วมกันในการประชุมครอบครัว ระหว่างแพทย์ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก รวมถึงญาติเพื่อรับรู้และร่วมการวางแผนรักษาผู้ป่วย โดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

บทความวิชาการของ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2548) ระบุว่า ผู้ป่วยที่ใกล้ตายจะเกิดความกลัวในการถูกทอดทิ้ง โดดเดี่ยว ผู้ป่วยปรารถนาใครสักคนที่อยู่ข้างๆ และปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่อยู่รายรอบเพื่อต้องการลดความวิตกกังวลของตนเองและญาติ สิ่งหนึ่งที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพ จากอัตราการเจ็บป่วยและผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น ผู้ป่วยและญาติ เกิดความกลัวและเกรงใจที่จะสอบถามทั้งด้านการวินิจฉัยโรค แนวทางการรักษาโดยถือว่าการตัดสินใจของแพทย์ คนทั่วไปคิดว่าเป็นสิ่งที่ดีที่สุด ปัญหาเหล่านี้น่าจะสามารรถแก้ไขโดยแนวคิดการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ญาติ บางครั้งก่อให้เกิดความสับสนในการรักษาหรือทำอะไรสวนทางต่อความเป็นจริง และกระบวนการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่มีสายระโยงระยางต่อเข้ากับร่างกายผู้ป่วยถือเป็นการทำลายศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (dehumanization) ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งประเด็นดังกล่าวถือเป็นปัญหาสังคมที่มีผลกระทบต่อประเทศ ดังนั้นหากมีหลักการสื่อสารเข้าช่วยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พร้อมกระตุ้นเตือนหน่วยงานด้านสุขภาพให้ให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ซึ่งไม่ใช่แพทย์ผู้เดียวเท่านั้นที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย

งานวิจัยของ นิตยา เหล่าบุญเกื้อ (2550) ศึกษาเรื่อง “ปฏิสัมพันธ์และพลวัตของมุมมองต่อความตายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้สึคนึกคิด ความหมาย ค่านิยม วัฒนธรรมและอุดมการณ์ของบุคคล โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ในรูปแบบการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกชนิดในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง ที่แพทย์ได้วินิจฉัยว่าอยู่ในระยะสุดท้ายสามารถมีชีวิตอยู่ได้ในเวลา 3 – 6 เดือน โดยจะเน้นความหลากหลายของอายุซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมีจำนวน 6 คน ญาติผู้ป่วยจำนวน 6 คน พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย 3 คนและแพทย์ 3 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากภาคสนาม โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และทำการจัดบันทึกข้อมูลและใช้วิธีการอุปนัยเชิงวิเคราะห์ (Analytic Induction) การตีความ (Interpretation) และการเปรียบเทียบข้อมูล (Content comparison) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการกระทำกันทางสัญลักษณ์

ผลการศึกษา พบว่า ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและพลวัต มุมมองต่อความตายในผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน 8 รูปแบบ ประกอบด้วย (1) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและญาติ (2) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และพยาบาล (3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย (4) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (5) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ กับ ญาติ (6) ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ป่วยกับ ผู้ป่วย (7) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติ และ (8) ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง พยาบาลกับญาติ

ซึ่งปฏิสัมพันธ์แต่ละแบบมีผลต่อมุมมองความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยจะถูกสั่งสมมาตามระบบวัฒนธรรม ไม่ว่าจะเป็นด้านบวกหรือด้านลบ ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย ญาติเป็นส่วนที่ทุกคนได้ให้ข้อมูลกันและกัน วางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ผลสามารถทำให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับสภาพที่รออยู่ ช่วยปรับเปลี่ยนเกี่ยวกับความตายทำให้ผู้ป่วยยอมรับและเตรียมตัวเผชิญความตาย และปัญหาสำคัญในเรื่องนี้คือ การสื่อสารโดยตรงกับปฏิสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นมีผลต่อการรับรู้และมุมมองต่อความตายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย อีกทั้งยังสามารถช่วยตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างครบถ้วน

งานชิ้นนี้พบช่องว่างทางการศึกษา ได้แก่ งานวิจัยชิ้นนี้ศึกษาแบบวิธีวิทยาชาติพันธุ์ วรรณนาในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ป่วย จำนวน 6 คน ญาติผู้ป่วยจำนวน 6 คน พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย 3 คนและแพทย์ 3 คน ในขณะที่มิได้ศึกษากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นวิชาชีพอื่นๆ นอกจากแพทย์ พยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิด เช่น แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา ในบริบทพื้นที่ศึกษาเฉพาะ โรคมะเร็งแบบกรณีศึกษา โดยใช้ทฤษฎีการประกอบสร้างความหมายความตายและแนวคิดการสื่อสารระหว่างบุคคล

งานชิ้นนี้ยังสามารถใช้ต่อยอดกับงานวิจัยของนักศึกษาผู้วิจัย ในประเด็นปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ทำให้เข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยระยะสุดท้ายรวมทั้งแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดังกล่าว สามารถนำไปปรับใช้เป็นข้อมูลในการสร้างแนวทางการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก

งานวิจัยของ เรืองฟ้า บุราคร (2550) ที่ศึกษาเรื่อง “การสื่อสารกับการสร้างอัตลักษณ์ ‘กะเทย’ ในพื้นที่คาบารด์โซว์” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสื่อสารของผู้เข้ารหัสและผู้ถอดรหัสที่อยู่ในพื้นที่คาบารด์โซว์ การนิยามของกลุ่มชายรักชายและกลุ่มรักต่างเพศต่อ “กะเทย” และ “คาบารด์โซว์” และการสื่อสารกับการประกอบสร้างอัตลักษณ์แบบกะเทย ผู้วิจัยอาศัยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ และอาศัยแนวคิด 2 แนวคิด คือ แนวคิดการสื่อสารประกอบด้วย กระบวนการสื่อสารเชิงพิธีกรรม (ritualistic model) และแนวคิดการสื่อสารกับวัฒนธรรมย่อย (subculture) และแนวคิดเรื่องอัตลักษณ์ (identity) ซึ่งกลุ่มกะเทยที่เป็นนางโซว์มีกระบวนการสร้างอัตลักษณ์และสื่อสารความเป็นวัฒนธรรมย่อยออกมาอย่างไร

ผลการศึกษา พบว่า ในพื้นที่การสื่อสารปกติของชีวิตประจำวันสถานะคนกลุ่มนี้จะถูกกำหนดนิยามไว้ว่าเป็นกลุ่มที่เบี่ยงเบน ถูกสร้างให้มีความเป็นอื่น (otherness) เช่น พวกลักเพศ ฯลฯ แต่สำหรับพื้นที่การสื่อสารคาบารด์โซว์แล้ว คาบารด์โซว์เป็นช่องทางการสื่อสารที่นางโซว์สร้างสรรค์ภาษาเพื่อต่อต้านกฎระเบียบเรื่องเพศสภาพได้ ทำให้คาบารด์โซว์กลายเป็นพื้นที่แห่ง

การเปิดเผยตัวในระดับสาธารณะ หากแต่งานวิจัยในประเด็นเรื่องความหมายความตายและการประกอบสร้างความหมายความตาย ยังมีผู้ศึกษาอยู่จำนวนไม่มาก ซึ่งผู้วิจัยมองว่าการนำเสนอเนื้อหาดังกล่าวจะทำให้เกิดมุมมองใหม่ๆ ในวงวิชาการที่ให้ความสนใจในเรื่องของความหมายและการประกอบสร้างความตายมากขึ้น

บทความวิชาการของ มลินี สมภพเจริญ (2551) เรื่อง “สถานการณ์การสื่อสารสุขภาพ” เพื่อทำความเข้าใจในตัวอย่างการใช้สื่อเพื่อการสื่อสาร โดยเฉพาะการทำความเข้าใจประเภทของการสื่อสารต่างๆ ที่ใช้เกณฑ์จำนวนคนทำการสื่อสารเป็นตัวแบ่งและการเผยแพร่ข่าวสารสุขภาพมีการดำเนินการอย่างไร ซึ่งสามารถแบ่งการสื่อสารออกได้เป็น 5 ประเภท ดังนี้ 1) การสื่อสารภายในบุคคล 2) การสื่อสารระหว่างบุคคล แบ่งได้ 2 ประเภท คือ (1) การสื่อสารระหว่างบุคคลชนิด 2 คน และ (2) การสื่อสารระหว่างบุคคลชนิดกลุ่มเล็ก 3) การสื่อสารกลุ่มใหญ่และการสื่อสารสาธารณะ 4) การสื่อสารองค์กร และ 5) การสื่อสารมวลชน โดยการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่ผ่านมา

ผลการศึกษาจากบทความวิชาการ พบว่า ที่ผ่านมาในการสื่อสารแต่ละระดับจะมีรายละเอียดที่เกี่ยวข้องแตกต่างกัน โดยการสื่อสารระหว่างบุคคลจะมีอิทธิพลของบุคคลมาเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ (Personal influence) สื่อบุคคลจึงจัดเป็นบุคคลที่มีความสำคัญตามแนวคิดทางสังคมวิทยา ซึ่งสอดคล้องกับเรื่องผู้นำความคิด (Opinion leader) ในทฤษฎีการไหลของข้อมูลแบบสองขั้นตอน (Two-step flow information theory) และทฤษฎีความน่าเชื่อถือของแหล่งสาร (Source credibility) ของนิเทศศาสตร์ และการสื่อสารระดับองค์กรก็สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการสื่อสารในกลุ่มทีมงานด้านสาธารณสุข นอกจากนี้ในกลยุทธ์การใช้สื่อต้องเข้าใจธรรมชาติของสื่อต่างๆ ด้วย โดยเฉพาะตัวนักสุขศึกษา หรือนักสาธารณสุข ที่ถือเป็นผู้ส่งสารที่เป็นสื่อบุคคลที่สำคัญมากที่ต้องเป็นผู้มีทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลทั้งหมดเข้ามาปรับใช้โดยมีบุคลิกเปิดกว้าง และทักษะเอาใจเขามาใส่ใจเรา (empathy)

งานชิ้นนี้พบช่องว่างทางการศึกษา ได้แก่ งานชิ้นนี้เป็นบทความวิชาการจากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารงานวิจัยที่ผ่านมา โดยให้ความสำคัญการทำความเข้าใจกับการใช้สื่อ โดยเฉพาะสื่อบุคคล ที่ถือว่ามีอิทธิพลมากที่สุดสื่อหนึ่ง กับการพัฒนา โดยเฉพาะการผลิตนักการสื่อสารสุขภาพที่มีคุณภาพ ซึ่งไม่เพียงแต่การกำหนดกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพเท่านั้นที่จะทำให้ประสบความสำเร็จได้ หากแต่ต้องมีรูปแบบการสื่อสารที่เกี่ยวข้อง เช่น ระดับการสื่อสาร โดยเฉพาะการสื่อสารระหว่างบุคคล เทคนิคการสื่อสารในรูปแบบต่างๆ โดยเฉพาะกับผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่รักษาไม่หายขาดอย่างโรคมะเร็ง โดยเฉพาะการสื่อสารระดับกลุ่มเล็กที่จะสร้างความเข้าใจให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ส่งสารที่เป็นแพทย์กับผู้รับสารที่เป็นผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีขึ้น

งานชิ้นนี้ยังสามารถใช้ต่อยอดกับงานวิจัยของนักศึกษาผู้วิจัย ในการศึกษาประเด็นการสื่อสารสุขภาพ โดยเฉพาะบุคลากรทางสุขภาพที่เป็นผู้ส่งสารข้อมูลหลักในการรักษากับผู้ป่วยและถือเป็นสื่อบุคคลที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักให้ความเคารพและความคาดหวัง ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพจึงถือเป็นสื่อบุคคลที่สำคัญที่ต้องมีทักษะในการสื่อสาร มีบุคลิกเปิดกว้างและมีทักษะเอาใจเขามาใส่ใจเรา

บทความวิชาการของสายพิน หัตถิรัตน์ (2551) เรื่อง “คู่มือหมอบรรอบครอบครัวฉบับสมบูรณ์” ได้สรุปการดูแลผู้ป่วยด้วยบุคลากรทางสุขภาพ ไว้ดังนี้ (1) การดูแลผู้ป่วยด้วยทีมบุคลากรทางสุขภาพมีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (2) ทุกคนในทีมต้องศรัทธาในความสามารถของกันและกัน จึงจะมีส่วนช่วยผู้ป่วยในแง่มุมที่ต่างกัน แต่เสริมกันได้ (3) ทีมบุคลากรทางสุขภาพต้องมีการประสานกัน และผ่านการประชุมกลุ่มเป็นระยะ ไม่ใช่ต่างคนต่างทำ และ (4) การเยี่ยมบ้านเป็นเครื่องมือสำคัญในการเปลี่ยนแปลงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว โดยจัดการกับปัญหาสุขภาพด้านต่างๆ ได้ครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีพลังความสามารถและพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาตนเองได้ดีขึ้น และส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในที่สุด

ดังนั้นทีมบุคลากรวิชาชีพประกอบไปด้วย แพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ศูนย์ดูแลประคับประคอง (Palliative Care : PC) พยาบาลศูนย์ PC แพทย์ Pain Team ที่ให้ยาระงับปวด พยาบาลหอผู้ป่วยศูนย์ดูแลต่อเนื่อง นักกายภาพ/กิจกรรมบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ ผู้นำจิตวิญญาณ จิตอาสา และผู้ดูแลอื่นๆ เป็นต้น ซึ่งการทำงานจะต้องมีความเกี่ยวข้องกับหลายฝ่ายหลายวิชาชีพ และต่างมีความสำคัญในแต่ละวิชาชีพ กับผู้ป่วยและญาติ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานะแวดล้อมของแต่ละพื้นที่ว่าสามารถมีวิชาชีพใดได้บ้าง ไม่จำเป็นต้องครบทุกวิชาชีพ

งานชิ้นนี้พบช่องว่างทางการศึกษา ได้แก่ งานชิ้นนี้เป็นบทความวิชาการจากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารงานวิจัยที่ผ่านมา โดยให้ความสำคัญบุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพที่ต้องดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะกับผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่รักษาไม่หายขาดอย่างโรคมะเร็ง

งานชิ้นนี้ยังสามารถใช้ต่อยอดกับงานวิจัยของนักศึกษาผู้วิจัย ในการศึกษาประเด็นโครงสร้างทีมบุคลากรทางสุขภาพที่ให้เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งไม่จำเป็นต้องครบทุกวิชาชีพ หากแต่ขึ้นอยู่กับว่าสถานะแวดล้อมของแต่ละพื้นที่สามารถมีวิชาชีพใดได้บ้างและที่สำคัญความต้องการของผู้ป่วยต้องการได้รับการดูแลจากวิชาชีพใดบ้างตามอาการโรค

งานวิจัยของ เอมอัชฌา (รัตนริมจง) วัฒนบูรานนท์ (2552) เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้มรรคศึกษาเพื่อสร้างเสริมความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการจัดการเรียนรู้และความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้มรรค

ศึกษาเพื่อสร้างเสริมความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา ผู้ให้ข้อมูลมี 4 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 นิสิตที่เรียนมรรคศึกษาของคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2552 กลุ่มที่ 2 นิสิตที่เรียนมรรคศึกษาของคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยปีการศึกษา 2553 กลุ่มที่ 3 นิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ไม่ได้เรียนมรรคศึกษาและกลุ่มที่ 4 นักศึกษาที่ไม่ได้เรียนมรรคศึกษาจากมหาวิทยาลัยอื่นของรัฐ กลุ่มละ 30 คน รวม 120 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ แผนการจัดการเรียนรู้ แบบประเมินความรู้เนื้อหา แบบประเมินความรู้ด้านความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ แบบประเมินการจัดกิจกรรม และแบบประเมินความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ในด้านความดี ความจริงและความรู้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ANOVA ANCOVA MANOVA และ MANCOVA

ผลการศึกษาพบว่า ได้รูปแบบการเรียนรู้ “รูปแบบความรัก (Love Model) ซึ่งประกอบด้วย ชั้นเรียนรู้ (Learning) ชั้นเปิดใจ (Openness) ชั้นเห็นคุณค่า (Value) และชั้นเห็นคุณงามความดี (Excellence) นิสิตที่เรียนมรรคศึกษาปีการศึกษา 2552 และ 2553 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เนื้อหาและความรู้ด้านความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์หลังการเรียนแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้เรียนที่เป็น นิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและนักศึกษามหาวิทยาลัยอื่นของรัฐอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นิสิตที่เรียนมรรคศึกษาปีการศึกษา 2553 มีคะแนนเฉลี่ยด้านความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์สูงกว่านิสิตที่เรียนปีการศึกษา 2552 โดยระบุว่า เรียนรู้ความดีในด้านความรัก ความเมตตา ความเข้าใจตนเองและผู้อื่น การช่วยเหลือผู้อื่น มองชีวิตมีค่า และรู้จักแผ่เมตตา เรียนรู้ความจริงว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติซึ่งต้องยอมรับ โดยใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษา (Contemplative Education) ความสำคัญของความรู้ภายใน (Tacit Knowledge) แต่ละคน

งานชิ้นนี้พบช่องว่างทางการศึกษา ได้แก่ งานวิจัยชิ้นนี้ศึกษาเฉพาะเชิงปริมาณ ในการหาคำตอบของการเรียนรู้ความดีในด้านความรัก ความเมตตา การมองชีวิตมีค่าและความจริงว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ ขณะที่ยังมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพที่สามารถนำมาใช้หาคำตอบและอธิบายความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ โดยทำการศึกษากับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่แตกต่างหลากหลายออกไปไม่เฉพาะนิสิตนักศึกษาเท่านั้น ยังมีกลุ่มบุคลากรทางการ กลุ่มผู้ป่วยเองและผู้ดูแลหลัก โดยใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาให้คำปรึกษาในการวิเคราะห์

บทความวิชาการของจิตชญา บุญนันท์ (2552) เรื่อง “บทบาทพยาบาลในการสื่อสารเรื่อง ไม่พึงประสงค์หรือแจ้งข่าวร้ายในผู้ป่วยมะเร็ง” เพื่อเสนอความหมาย ผลกระทบจากการสื่อสารเรื่องไม่พึงประสงค์หรือแจ้งข่าวร้าย บทบาทของพยาบาล และแนวทางในการสื่อสารเรื่องดังกล่าวในผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้แนวทาง SPIKES6 ขั้นตอนที่ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมก่อนการสนทนา การประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยการประเมินความต้องการการรับทราบข้อมูล

การให้ความรู้ การสนใจความรู้สึกของผู้ป่วย และการสรุปวิธีเผชิญปัญหาและวางแผนในอนาคต โดยศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อกล่าวถึงความหมายของเรื่องไม่พึงประสงค์หรือข่าวร้าย ผลกระทบจากการสื่อสารที่เกิดกับผู้สนทนาทั้งผู้ป่วยครอบครัว แพทย์ผู้ให้ข้อมูล และพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยตามลำดับ จากนั้นจึงเป็นบทบาทของพยาบาลในการสื่อสารเกี่ยวกับเรื่องไม่พึงประสงค์หรือข่าวร้าย และแนวทางที่พยาบาลสามารถนำไปใช้ในการสื่อสารเรื่องไม่พึงประสงค์หรือข่าวร้ายในผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้แนวทาง SPIKES

ผลการศึกษาจากบทความวิชาการ พบว่า บทบาทของพยาบาลควรเริ่มตั้งแต่การประเมินสถานการณ์เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ครอบครัวและตัวพยาบาลเองก่อนแพทย์เริ่มการสนทนาเรื่องไม่พึงประสงค์หรือแจ้งข่าวร้ายกับผู้ป่วย พยาบาลควรอยู่ร่วมในการสนทนา สนับสนุนส่งเสริมการสนทนาระหว่างแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการสื่อสารเรื่องไม่พึงประสงค์หรือแจ้งข่าวร้ายของแพทย์ให้ผู้ป่วยมะเร็งทราบ หรืออาจต้องสื่อสารเพื่อยืนยันข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับทราบจากแพทย์ตอบคำถามของผู้ป่วย รวมถึงต้องดูแลประคับประคองจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัวที่เกิดภายหลังจากทราบข่าวร้าย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญทั้งในขั้นตอนของการเตรียมพร้อมก่อนการสนทนา สนับสนุนส่งเสริมแพทย์ให้มีความมั่นใจในการสื่อสาร รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องไม่พึงประสงค์หรือข่าวร้ายนั้นกับผู้ป่วย โดยการใช้แนวทางของ SPIKES6 ขั้นตอนจะช่วยให้การสื่อสารเรื่องไม่พึงประสงค์หรือแจ้งข่าวร้ายกับผู้ป่วยมะเร็งมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวล สามารถยอมรับ และปรับตัวเผชิญกับโรค ความเจ็บป่วยของตนได้

งานชิ้นนี้พบช่องว่างทางการศึกษา ได้แก่ งานชิ้นนี้เป็นบทความวิชาการจากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารงานวิจัยที่ผ่านมา โดยให้ความสำคัญกับบทบาทพยาบาลในการสื่อสารเกี่ยวกับเรื่องไม่พึงประสงค์หรือข่าวร้ายเมื่อผู้ป่วยมะเร็งรับรู้จากแพทย์ โดยใช้แนวทาง SPIKES ที่มี 6 ขั้นตอน ในขณะที่ยังมีบริบทการสื่อสารอื่นๆ อีกหลายรูปแบบที่พยาบาลสามารถมีบทบาทช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักด้วยการสื่อสารที่ใช้การสร้างสัมพันธ์ การมีเทคนิคการสื่อสารด้วยการออกแบบสารที่คำนึงถึงจิตใจของผู้ป่วย และการฟังผู้ป่วยให้มากที่สุดเพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีได้มีเพียงบทบาทพยาบาลที่มีส่วนสำคัญกับการสื่อสารกับผู้ป่วย แต่ยังมีวิชาชีพอื่นๆ เช่น แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา ที่สำคัญไม่แพ้กัน โดยใช้แนวคิดการสื่อสารระหว่างบุคคล และการสื่อสารระดับกลุ่มเล็ก และเพื่อเสนอแนวทางการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักต่อไป

บทความวิชาการของหนึ่งหทัย ขอผลกลาง และ กิตติ กันภัย (2553) เรื่อง “งานวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพ: กลไกในการพัฒนาสังคม” เพื่อชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการศึกษาวิจัย

ด้านการสื่อสารสุขภาพที่ควรมีบทบาทในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยทั้งในระดับจุลภาคและระดับมหภาค โดยคำนึงถึงบริบททางสังคมเป็นกรอบแนวคิด ซึ่งให้เห็นองค์ความรู้ที่ขาดหายไปในงานวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพของไทยโดยมีข้อเสนอแนะต่อการกำหนดเป้าหมายหรือทิศทางในการวิจัยให้ชัดเจน เพื่อนำมาสู่การใช้ประโยชน์จากงานวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพให้เป็นรูปธรรม โดยการทบทวนเอกสารงานวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพ ประมวลข้อคิด ความเห็นจากบทความบทวิเคราะห์ด้านการสื่อสารสุขภาพทั้งของไทยและต่างประเทศ

ผลการศึกษาจากบทความวิชาการ พบว่า การผนวกรวมการศึกษาเรื่องสุขภาพเข้ากับการศึกษาเรื่องการสื่อสารในลักษณะสหสาขาวิชา (Multidisciplinary) เริ่มต้นรวมทศวรรษที่ 1970 โดยในช่วงระหว่าง ค.ศ. 1983-1987 ประเทศสหรัฐอเมริกามีงานวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพถึง 322 เรื่อง โดยระดับของการสื่อสารที่มีผู้ศึกษาวิจัยมากที่สุดช่วงเวลาดังกล่าว คือ การสื่อสารระหว่างบุคคล และหัวข้อที่มีการศึกษามากที่สุดคือ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคนไข้กับบุคลากรทางการแพทย์ รองลงมาเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ภายในแวดวงวิชาชีพ ศึกษาปฏิสัมพันธ์ภายในผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์ การศึกษาการฝึกอบรมของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ และการรณรงค์เพื่อสุขภาพ โดยเน้นการสื่อสารระหว่างบุคคลภายในวิชาชีพ

งานชิ้นนี้พบช่องว่างทางการศึกษา ได้แก่ นอกจากการสื่อสารระหว่างบุคคลที่มีผู้ศึกษาวิจัยมากที่สุดแล้วการสื่อสารกลุ่มย่อย (Small Group Communication) ก็มีความสำคัญไม่แพ้กันเนื่องจากการสื่อสารสองทางเช่นกัน โดยการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพ หรือบุคลากรทางการแพทย์ใน 5 วิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยผ่านการสื่อสารระหว่างกัน

งานชิ้นนี้ยังสามารถใช้ต่อยอดกับงานวิจัยของนักศึกษาผู้วิจัยในการกรอบแนวคิดกระบวนการศึกษาวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพมาปรับใช้จากปัจจัยสังคม นำมาสู่ประเด็นปัญหาสุขภาพ โดยใช้การสื่อสารเป็นกลไกสำคัญในการถ่ายทอดข่าวสาร ความรู้ ความคิดเห็นระหว่างบุคคลผ่านสื่อประเภทต่างๆ เช่น สื่อบุคคล หรือบุคลากรทางสุขภาพ 5 วิชาชีพที่มีบทบาทการดูแลผู้ป่วยในบริบทพื้นที่โรงพยาบาลรักษามะเร็งเฉพะทาง รวมทั้งแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่มีผลต่อเนื่องกับการสื่อสารระหว่างบุคคล

งานวิจัยของไพโรจน์ วิไลนุช (2553) ศึกษาเรื่อง “บทสนทนาแห่งอันตรายภัย” โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อนำเสนอตัวอย่างการสื่อสารสุขภาพด้วยการวิเคราะห์การสนทนาระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม หลังจากที่รักษาไปแล้วในระดับหนึ่งเพื่อติดตามผลการรักษาพิจารณาผลที่ผ่าตัดไปแล้ว ผลข้างเคียงจากการใช้เคมีบำบัด (chemotherapy) โดยวิเคราะห์บทสนทนาจากการพูดคุยระหว่างพยาบาลจำนวน 3 คน และผู้ป่วย 4 คน (พยาบาลคนเดียวกั้นคุยกับผู้ป่วย 2 คน) ผู้ป่วย 2 คนมีโอกาสหายเพราะการรักษาเป็นไปในทางที่ดี ส่วนอีก 1 คน แพทย์ยังไม่

ยืนยันว่าอาการดีขึ้น ทั้งนี้ใน 4 กรณีศึกษาดังกล่าวเก็บข้อมูลด้วยการบันทึกวิดีโอทัศนในจังหวัดทางภาคเหนือที่รู้จักกันดีว่า “ล้านนาตะวันออก” และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา ผ่านกระบวนการซักถามพูดคุยระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยใช้หลายคำถามและคำถามมีหลายลักษณะ โดยใช้แนวความคิดการสื่อสารระหว่างบุคคลซึ่งเป็นการสื่อสารสองทางเกี่ยวข้องกับกลไกการโต้ตอบ คู่สนทนา (interlocutors) ผลัดกันถามและผลัดกันตอบอย่างเป็นธรรมชาติ ต้องพยายามเข้าใจในบริบท โดยใช้วิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา (conversation analysis) ในการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า การวิเคราะห์การสนทนาทำให้รู้ว่าผู้ป่วยทุกคนมีความกังวลในใจ แต่ระดับของความกังวลต่างกัน โดยบทสนทนาแห่งถันยรักษ์เป็นบทสนทนาระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม มิได้เป็นการพูดคุยแบบทั่วๆ ไป แต่เป็นการพูดคุยของผู้ป่วยในฐานะที่เป็นเจ้าของประสบการณ์ของความเจ็บปวด ความกังวลและความกลัวและเป็นการแลกเปลี่ยนการพูดคุยกับพยาบาล ซึ่งมีประสบการณ์ในเรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วย การวิเคราะห์การสนทนาทำให้เห็นว่าพยาบาลและผู้ป่วยใช้เทคนิค เช่นการอ้างอิงบุคคลที่ 3 และการสร้างชุดของเหตุผลเพื่อจัดการความวิตกกังวล เมื่อต้องนำประเด็นความตายเข้าสู่การสนทนา บุรุษพยาบาลใช้รูปแบบประโยคขอโทษ คู่สนทนาอ้างอิงความตายเป็นเรื่องอ้อมกมลเพราะเขาไม่อ้างอิงความตายโดยตรงไปตรงมา และเมื่อเวลาผ่านไป หากพยาบาลต้องการเปิดประเด็นเรื่องความตายอีกครั้ง พยาบาลใช้ท่าทางเฉพา ใช้คำถามนำที่กล่าวด้วยความเร็วว่าคำพูดอื่นในบทพูดของพยาบาล

งานชิ้นนี้พบช่องว่างทางการศึกษา ได้แก่ การศึกษาการสื่อสารระหว่างบุคคลมิได้ศึกษาเฉพาะวิชาชีพพยาบาลเท่านั้นที่มีการสื่อสารพูดคุยกับผู้ป่วย แต่ยังมีบุคลากรทางสุขภาพวิชาชีพอื่น ที่สำคัญในการดูแลพูดคุยกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีได้เป็นเพียงระยะแรก หากแต่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย และยังมีผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นๆ ที่มีใช้เฉพาะมะเร็งเต้านมเท่านั้น โดยศึกษาความหมายความตายในประเด็นการประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ตามทฤษฎีการประกอบสร้างความเป็นจริงทางสังคม (Social Construction of Reality) ผ่านการสื่อสารระหว่างบุคคลและระดับกลุ่ม

งานวิจัยของกัญญ์ฐิตา ศรีภา (2554) เรื่อง “ประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจการรับรู้และการให้ความหมายความตายและภาวะใกล้ตาย รวมถึงสภาพการณ์ชีวิตในภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวคิด Martin Heidegger โดยดำเนินการศึกษาวิจัยตามกระบวนการวิจัยของ Van Manen การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant)

ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 6 รายและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลรองซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้แก่ ครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 5 ราย และทีมสุขภาพจำนวน 3 ราย รวมถึงการใช้การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (Informal Interview) การสังเกต (Observation) และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ทฤษฎีปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความตามแนวคิด Heideggerian phenomenology

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรับรู้ภาวะใกล้ตายใน 2 ลักษณะคือรับรู้ตามจริง และรับรู้เพียงบางส่วน ซึ่งมีผลต่อการให้ความหมายชีวิตในภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยใน 5 ลักษณะ ได้แก่ เป็นมะเร็งหนีไม่พ้นความตาย ภาวะใกล้ตายท่ามกลางความทุกข์ทรมาน ภาวะใกล้ตายกับภาระที่ต้องดูแล ภาวะที่ไม่ปกติหรือแปลกแยก และความทุกข์ใจกับภาวะใกล้ตาย และให้ความหมายความตายใน 5 ลักษณะ ได้แก่ ความตายทำให้พลัดพราก ความตายทำให้ต้องพลาดหวัง ความตายทำให้หลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน ความตายเป็นเรื่องปกติธรรมดา และความตายเป็นเรื่องไม่แน่นอน ไม่แน่ว่าจะตายหรืออยู่ โดยการให้ความหมายความตายและชีวิตในภาวะใกล้ตายนี้เป็นการให้ความหมายที่ไม่ตายตัว มีการแปรเปลี่ยนไปตามกาลเวลาหรือช่วงเวลา ในขณะที่การให้ความหมายของการมีชีวิตในภาวะใกล้ตายจะเชื่อมโยงกับการให้ความหมายความตายกับบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ส่วนความคาดหวังกับชีวิตที่เป็นอยู่ในภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยจะมีความคาดหวังในเรื่องต่างๆ ได้แก่ หวังปาฏิหาริย์ให้ช่วยอยู่ต่อไป ไม่มีมีความคาดหวัง ปล่อยให้ไปตามเวรกรรม ความหวังความชัดเจนจากทีมสุขภาพ ความหวังผลการรักษา ฯลฯ โดยสรุปผู้ป่วยมีการเผชิญหน้ากับความตายและภาวะใกล้ตายในลักษณะต่างๆ ได้แก่ ปฏิเสธที่จะรับรู้สิ่งที่เป็นและความตาย เลือกว่าความตายเป็นหนทางหลีกเลี่ยงปัญหาต่อรองกับความเจ็บป่วยและความตาย ยอมรับและพร้อมเผชิญความตาย

งานชิ้นนี้พบช่องว่างทางการศึกษา ได้แก่ การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาไม่ได้มีเพียงแบบตีความ (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวคิด Martin Heidegger เท่านั้น แต่ยังมีแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบคลาสสิก หรือทฤษฎีการประกอบสร้างความเป็นจริงทางสังคม (Social Construction of Reality) อีกหลายแนวคิด ซึ่งสามารถนำมาศึกษาความหมายความตายในประเด็นการประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักและกระบวนการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก

งานชิ้นนี้ยังสามารถใช้ต่อยอดกับงานวิจัยของนักศึกษาผู้วิจัย ในประเด็นกรอบผลการศึกษาคำให้ความหมายความตายใน 5 ลักษณะรวมถึงความคาดหวังกับชีวิตที่เป็นอยู่ในภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยจะมีความคาดหวังในเรื่องต่างๆ ได้แก่ หวังปาฏิหาริย์ให้ช่วยอยู่ต่อไป ไม่มีมีความคาดหวัง ปล่อยให้ไปตามเวรกรรม ความหวังความชัดเจนจากทีมสุขภาพ ความหวังผลการรักษา ฯลฯ

งานวิจัยของ เสาวลักษณ์ ไวพรพรทา (2554) ได้ศึกษาเรื่อง “การสะท้อนตัวตนจากการเขียนใบบันทึกการสื่อสารของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ใส่ท่อช่วยหายใจในไอซียู” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวตนของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ใส่ท่อช่วยหายใจในไอซียู จากการเขียนในใบบันทึกการสื่อสาร ตั้งแต่ใส่ท่อช่วยหายใจจนวาระสุดท้ายของชีวิต วิวิทย์เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้การวิเคราะห์ตัวบทคือ ข้อความในใบบันทึกการสื่อสารของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ใส่ท่อช่วยหายใจในไอซียู จำนวน 36 คน จากข้อความ 1,905 ประโยค โดยการนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์มาช่วยในการจัดระเบียบและจัดกลุ่มข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้โดยใช้กรอบแนวคิดปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์มาเป็นฐานแนวคิดในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า ตัวตนของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ใส่ท่อช่วยหายใจในไอซียูที่สะท้อนจากข้อความในใบบันทึกการสื่อสารของผู้ป่วยตั้งแต่ใบแรกจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต แบ่งออกได้ 2 ประเด็น ประเด็นแรก ได้แก่ ตัวตนเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับกระบวนการรักษาพยาบาล โดยแบ่งออกได้ 5 ความหมายคือ 1) ตัวตนที่มองเห็นความจริงเมื่อยังมีลมหายใจ 2) ตัวตนในการจัดการทางการแพทย์ให้ชีวิตรอด 3) ความไม่สอดคล้องของตัวตนกับกระบวนการรักษาพยาบาล 4) ตัวตนที่เคร่งครัดกับการรักษา 5) ตัวตนที่ถูกพันนาการ สำหรับประเด็นที่ 2 ได้แก่ ตัวตนเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว แบ่งได้ 4 ความหมาย คือ 1) ตัวตนในบทบาทเดิม 2) ตัวตนใกล้ชิดก่อนพลัดพรากในภาวะใกล้ตาย 3) ตัวตนกับการยอมรับ และ 4) ตัวตนกับสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

งานชิ้นนี้พบช่องว่างทางการศึกษา ได้แก่ การศึกษาการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ กับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ไม่เพียงระดับการสื่อสารภายในตัวเอง (Intrapersonal communication) ของผู้ป่วย เท่านั้น แต่ยังมีสื่อสารระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal communication) ที่เป็นการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ 5 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยา กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักอีกด้วย รวมถึงการสื่อสารระดับกลุ่ม (Group communication) ที่ทำให้มีการวางแผนการรักษาร่วมกันหรือที่เรียกว่า Family meeting ระหว่างแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสามารถวางแผนรักษาร่วมกันและผู้ป่วยเองสามารถเลือกการรักษาตนเองได้โดยไม่ต้องทุกข์ทรมาน โดยใช้แนวคิดการ ดูแลแบบประคับประคอง และแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างบุคคล ทำให้ได้แนวทางการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลหลัก

บทความวิชาการของ โชติรส ทิมพัฒน์พงษ์ (2555) เรื่อง “มุมมองด้านการสื่อสารสุขภาพ ใครสื่อสาร ใครรับสาร ใครได้ประโยชน์” เพื่อศึกษาการสื่อสารสุขภาพที่มีหลากหลายมิติ โดยเฉพาะผู้ทำหน้าที่การสื่อสารสุขภาพ หรือ นักสื่อสารสุขภาพโดยตรงที่จะต้องมียุทธศาสตร์ความรู้ มีข้อมูลที่ถูกต้อง มีแหล่งข้อมูลเชื่อถืออ้างอิงได้ ถูกต้องและมีการวางแผนและกลยุทธ์ที่เหมาะสม

กับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม ซึ่งเป็นหลักประกันได้ว่าผู้รับสารจะได้รับประโยชน์จากการสื่อสาร สุขภาพได้อย่างแท้จริง โดยการศึกษาข้อมูลเอกสารการสื่อสารสุขภาพที่ผ่านมาเพื่อนำเสนอองค์ความรู้ในการกำหนดกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพ

ผลการศึกษาจากบทความวิชาการ พบว่า การสื่อสารสุขภาพ เป็นการสื่อสารที่ต้องอาศัย ทั้งด้านศาสตร์และศิลป์ มีความคิดสร้างสรรค์ เพื่อวางแผนและกำหนดกลยุทธ์ กลุ่มเป้าหมายชัดเจนเพื่อกำหนดการตรงกับวัตถุประสงค์ที่ได้ตั้งไว้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดโดยทุกคนสามารถเป็นนักสื่อสารสุขภาพได้ หากได้รับความรู้ การอบรมเพื่อพัฒนานักสื่อสารสุขภาพให้มีความรู้ความสามารถ และเพิ่มพูนประสบการณ์ในการสื่อสาร ก็จะทำให้นำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้การสื่อสารสุขภาพที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน

งานชิ้นนี้พบช่องว่างทางการศึกษา ได้แก่ งานชิ้นนี้เป็นบทความวิชาการจากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารงานวิจัยที่ผ่านมา โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนา โดยเฉพาะการผลิตนักการสื่อสารสุขภาพที่มีคุณภาพ ซึ่งไม่เพียงแต่การกำหนดกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพเท่านั้นที่จะทำให้ประสบผลสำเร็จได้ หากแต่ต้องมีรูปแบบการสื่อสารที่เกี่ยวข้อง เช่น ระดับการสื่อสาร โดยเฉพาะการสื่อสารระหว่างบุคคล เทคนิคการสื่อสารในรูปแบบต่างๆ โดยเฉพาะกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดอย่างโรคมะเร็ง โดยเฉพาะการสื่อสารระดับกลุ่มเล็กที่จะสร้างความเข้าใจให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ส่งสารที่เป็นแพทย์กับผู้รับสารที่เป็นผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีขึ้น และมีทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และผู้ดูแลหลักมากขึ้นตามความต้องการของผู้ป่วย โดยการเอาใจเขามาใส่ใจเรา

งานวิจัยของเอกภพ ลิทธิวรรณธนะ (2556) ได้ศึกษาเรื่อง “มิติทางวัฒนธรรมของความตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่: การศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจปรากฏการณ์การจัดการความตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่ อธิบายและวิเคราะห์มิติทางวัฒนธรรมของความตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่ โดยผู้วิจัยพาตัวเองเข้าไปอยู่ในปรากฏการณ์การจัดการความตาย มีส่วนร่วมกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันของทั้งบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความตาย โดยเหตุการณ์ที่ผู้วิจัยเข้าไปมีส่วนร่วม เช่น สถานการณ์การให้บริการในหอผู้ป่วยต่างๆ การให้บริการแบบประคับประคอง (Palliative care) ของเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การกู้ชีพด้วยการกระตุ้นชีพจรและหัวใจ (CPR) การชันสูตรพลิกศพ การจัดการร่างกายหลังการตาย การให้บริการที่เกี่ยวข้องกับนิติศาสตร์และจิตวิญญาณ และสภาพทั่วไปในโรงพยาบาล โดยใช้เครื่องมือการจดบันทึกข้อมูลใช้สมุดโน้ตขนาดเล็กเพื่อบันทึกข้อมูลและข้อสังเกตแบบสั้น (jotting note) และเขียนบันทึกภาคสนาม (field note)

โดยใช้คอมพิวเตอร์ และใช้กล้องถ่ายรูป โดยได้รับการอนุญาต และใช้เครื่องบันทึกเสียงกรณีขออนุญาตสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และสร้างประเด็นสำคัญ (Theme) โดยใช้แนวคิดความตายในมิติต่างๆ โดยเฉพาะมิติวัฒนธรรมความตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่

ผลการศึกษาพบว่า การตายในโรงพยาบาลมีความหลากหลาย การตายแปรผันไปตามสาเหตุความเจ็บป่วย เพศ วัย สถานะทางเศรษฐกิจสังคม ความคิดความเชื่อการให้ความหมายต่อความตายทั้งของผู้รับบริการสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพ สถานการณ์การตายในโรงพยาบาลเป็นผลลัพธ์จากพลังทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมของสังคม โรงพยาบาลเป็นสถาบันหลักที่มีอิทธิพลต่อการจัดการการตายทั้งก่อนตาย ขณะตายและหลังตาย ทั้งนี้ระบบประกันสุขภาพ ระบบยุติธรรม ระบบประกันชีวิต มีอิทธิพลต่อการจัดการร่างกายหลังการตายอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ระบบบริการสุขภาพมีทัศนคติต่อความตายชุดหลักตามแนวคิดการแพทย์สมัยใหม่ ที่ประกอบด้วยทัศนคติมองความตายเป็นความเสียหายล้มเหลวของอวัยวะหรือระบบอวัยวะ ความตายเป็นภัยอันตรายที่น่ากลัว และความตายเป็นสภาวะที่สามารถควบคุม ป้องกัน ตอบโต้ได้ด้วยระบบบริการทางการแพทย์สมัยใหม่ชุดทัศนศึกษาดังกล่าวดำรงอยู่ในกิจกรรมบริการสุขภาพในลักษณะที่เป็นปกติอัตโนมัติ เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง ระบบบริการสุขภาพยังมีทัศนคติต่อความตายชุดรองที่ได้รับอิทธิพลจากวิธีการมองความตายแบบงานดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้าย และแนวคิดแบบศาสนาและจิตวิญญาณ ซึ่งดำรงอยู่ในลักษณะกิจกรรมพิเศษ และด้วยทัศนคติความตายเป็นหลากหลายได้ทับซ้อนลงในกรณีการตายหนึ่งๆ ทำให้การตายช่วงเวลาของชีวิตที่ยาก ซับซ้อน การดูแลการตายจึงตกอยู่ในมือของวิชาชีพสุขภาพมากขึ้น เพราะเชื่อว่าสามารถจัดการตายได้มีประสิทธิภาพกว่าความรู้แบบชาวบ้าน ปรากฏการณ์ดังกล่าวสร้างวิกฤติและความทุกข์ทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัวผู้ดูแล ผู้ให้บริการและต่อระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลสมัยใหม่

งานชิ้นนี้พบช่องว่างทางการศึกษา ได้แก่ การวิจัยเชิงคุณภาพไม่ได้มีเพียงแบบชาติพันธุ์วรรณนา ยังมีแบบกรณีศึกษาที่ศึกษาในโรงพยาบาลที่รักษาโรคมะเร็งเฉพาะทางที่เน้นการตายดีไม่พึ่งการยื้อชีวิตด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมัยใหม่เมื่อวาระสุดท้ายมาถึง โดยไม่ได้มีเพียงวัฒนธรรมความตายเป็นที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเท่านั้น หากแต่ยังมีมิติการประกอบสร้างความหมายความตาย มิติกระบวนการสื่อสารความตายในบริบทต่างๆ ที่เกิดขึ้น ระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก โดยใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่ม เพื่อเสนอแนวทางการสื่อสารความตายต่อไป โดยใช้แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองและแนวคิดการสื่อสารระหว่างบุคคล

งานวิจัยของวรัณมณ บุรณรัช (2556) ได้ศึกษาเรื่อง “มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย และความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงภายใต้การดูแลแบบประคับประคอง” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลแบบประคับประคอง และเพื่อศึกษาอิทธิพลของมุมมองดังกล่าวต่อการใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษาและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ทำหน้าที่คอยให้การดูแลแก่ผู้ป่วยโรคร้ายแรงอย่างใกล้ชิดโดยตลอดกระบวนการของการเจ็บป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตและได้จากไปอย่างสงบ จำนวน 10 คน โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การฟังอย่างคิดพิจารณาและบันทึกข้อมูล แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยการตีความเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากภาคสนาม โดยใช้แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ และทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

ผลการศึกษา พบว่า การใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคร้ายแรงตั้งแต่ช่วงขณะเจ็บป่วยจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิตได้รับอิทธิพลมาจากมุมมองความคิดเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายซึ่งมุมมองดังกล่าวของผู้ป่วยเป็นผลมาจากปัจจัยที่หลากหลาย เช่น ปัจจัยสังคม การกำหนดความหมายของความตายตามระบบวัฒนธรรม รูปแบบการดูแลรักษา ความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่และอื่นๆ ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งปัจจัยที่สำคัญต่อมุมมองความคิด การใช้ชีวิต และการปรับตัวของผู้ป่วยมากที่สุดคือ ปัจจัยด้านรูปแบบการดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองจากทีมสุขภาพและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอจะสามารถใช้ช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตไปกับการเตรียมพร้อมที่จะเข้าสู่ความตายได้อย่างมีคุณค่าทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เมื่อเตรียมพร้อมแล้วทุกด้านจะทำให้ผู้ป่วยหมดห่วง ปลื้มใจ เกิดความสงบทางจิตใจและจากโลกนี้ไปได้อย่างสุขสงบ

งานชิ้นนี้พบช่องว่างทางการศึกษา ได้แก่ การศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ทำหน้าที่คอยให้การดูแลแก่ผู้ป่วยโรคร้ายแรงอย่างใกล้ชิดโดยตลอดกระบวนการของการเจ็บป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตและจากไปอย่างสงบ จำนวน 10 คน ในขณะที่เป็นการศึกษากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 5 ราย กลุ่มผู้ดูแลหลัก จำนวน 5 ราย รวมทั้งกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพที่ทำการดูแลรักษาจำนวน 5 รายตามวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยา โดยใช้หลักทฤษฎีปรากฏการณ์วิทยาในการวิเคราะห์ที่ไม่ได้มีเพียงแบบตีความเท่านั้น หากแต่มีปรากฏการณ์วิทยาแบบคลาสสิกที่นำมาวิเคราะห์มิติและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประกอบสร้างความหมายความตาย

งานชิ้นนี้ยังสามารถใช้ต่อยอดกับงานวิจัยของนักศึกษาผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ทำหน้าที่คอยให้การดูแลแก่ผู้ป่วยโรคร้ายแรงอย่างใกล้ชิดโดยตลอดกระบวนการของการเจ็บป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตและได้จากไปอย่างสงบ หรือกลุ่มผู้ดูแลหลักในประเด็นปัจจัยสังคม การกำหนดความหมายของความตายตามระบบวัฒนธรรม รูปแบบการดูแลรักษา ความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่และอื่นๆ ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล

งานวิจัยของไพโรจน์ วิไลนุช (2557) ศึกษาเรื่อง “การสื่อสารระหว่างบุคคลระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครอบครัวเพื่อฟื้นฟูการสื่อสารและกำลังใจของผู้ป่วยในจังหวัดน่าน” โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อค้นหาโครงสร้างของการสื่อสารระหว่างบุคคลในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อค้นหาและระบุวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมในพื้นที่สำหรับฟื้นฟูการสื่อสารและกำลังใจของผู้ป่วยภายใต้โครงสร้างการสื่อสารในบริบทโรคนี้ และเพื่อค้นหาและระบุความสามารถในการสื่อสารและการมีส่วนร่วมของญาติในครอบครัวเพื่อฟื้นฟูการสื่อสารและให้กำลังใจผู้ป่วย โดยอาศัยแนวคิดการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) และใช้วิธีวิทยาผสมระหว่างวิธีวิทยาชาติพันธุ์วรรณาและการวิเคราะห์การสนทนา เก็บข้อมูลโดยการสังเกต สัมภาษณ์ และบันทึกการสนทนาระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ จำนวน 30 ครั้ง มีพยาบาล 10 คน (พยาบาลในโรงพยาบาลอำเภอจำนวน 4 คนและพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 6 คน) ผู้ป่วย 17 คนและญาติ 20 คนในอำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน โดยใช้ทฤษฎีการสื่อสารระหว่างบุคคลและการประยุกต์ใช้วิธีวิทยาการวิเคราะห์บทสนทนา (Conversation Analysis)

ผลการศึกษา พบว่า การสื่อสารปรากฏเป็นขั้นตอนคือ เริ่มการสนทนา พัฒนาและยุติการสนทนา เป็นการสื่อสารไม่สมดุล เทคนิคในการสื่อสารเพื่อฟื้นฟูการสื่อสารและให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติได้แก่ เทคนิคการเลือกใช้คำถามและการตอบ วิธีการสื่อสารโดยใช้วัฒนธรรม (การใช้คำถามเฉพาะเกี่ยวกับการกิน) วิธีการหาคำ วิธีการปรับแก้ วิธีการอาสาเล่าเรื่องและบอกความต้องการวิธีการใช้คำเฉพาะและการจัดการ วิธีการเปรียบเทียบเพื่อให้กำลังใจ วิธีการใช้ท่าทางของผู้ป่วย คนในครอบครัวจัดการความเครียดด้วยการทำงานอื่น สื่อสารกับผู้ป่วยน้อยลง ทักทายการฟัง การเดาและการถามของญาติมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลแก่พยาบาลและการให้กำลังใจผู้ป่วย โดยใช้หลักศาสนาพุทธและการอ้างอิงบุคคลที่ 3 ผลการวิจัยสะท้อนศักยภาพและวิธีการสื่อสาร การวิเคราะห์การสนทนาซึ่งเป็นการสื่อสารระหว่างบุคคลช่วยให้เข้าใจวิธีการสื่อสารและศักยภาพในการสื่อสารชัดเจนกว่าการวิเคราะห์จากการให้ผู้ป่วยสื่อสารทางเดียวโดยบอกชื่อของคนหรือสิ่งของต่างๆ

งานชิ้นนี้พบช่องว่างทางการศึกษา ได้แก่ การสื่อสารระหว่างบุคคลในงานพยาบาลไม่เพียงแต่บทบาทพยาบาลเท่านั้น หากแต่ยังมีบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา ที่มีความสำคัญในการสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเฉพาะกับโรคภัยแรงที่มีได้มีเพียงโรคหลอดเลือดสมองเท่านั้น หากแต่ยังมีโรคภัยแรงเช่น โรคมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หากผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย ที่สำคัญเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษาในบริบทพื้นที่รักษาโรคมะเร็งเฉพาะทาง ที่เน้นการดูแลแบบประคับประคอง และเน้นการวางแผนร่วมกันระหว่างแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัวในการรักษา โดยใช้ทฤษฎีการสื่อสารระหว่างบุคคล ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เป็นต้น

บทความวิจัยของ มนต์ศักดิ์ ชัยวีระเดช (2558) ศึกษาเรื่อง “การสื่อสารเรื่องความตายผ่านเฟซบุ๊กแฟนเพจ *Peaceful Death* : ปรากฏการณ์การทำความเข้าใจเรื่องการเผชิญความตายอย่างสงบในโลกดิจิทัล” โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษามิติการสื่อสารประเด็นความตายผ่านสื่อใหม่ในเฟซบุ๊กแฟนเพจ *Peaceful Death* ของเครือข่ายพุทธิกา ไปยังกลุ่มเป้าหมายกลุ่มใหม่ที่ไม่ได้ตระหนักในประเด็นนี้มาก่อน ด้วยรูปแบบการสื่อสารต่างไปจากเดิมที่ต้องสื่อสารแบบตัวต่อตัว และต้องเห็นหน้ามาสู่การปรับให้เข้ากับเทคโนโลยีซึ่งสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ตลอดเวลาตามพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ด้วยการใช้อีเมลออนไลน์ซึ่งเป็นสื่อใหม่ที่สร้างปรากฏการณ์การทำความเข้าใจเรื่องการเผชิญความตายอย่างสงบผ่านการนำเสนอและเลือกเนื้อหา รวมถึงการวางกลยุทธ์ทางการสื่อสารที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยศึกษาการนำเสนอประเด็นเรื่องความตายผ่านเพจดังกล่าว โดยการทบทวนวรรณกรรมที่มีการศึกษาและมีการวิเคราะห์ทางจิตวิทยาตามหลักทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการและทฤษฎีพัฒนาบุคลิกภาพ

ผลการศึกษา พบว่า มิติของการสื่อสารประเด็นความตายถูกเปลี่ยนแปลงด้วยประสบการณ์ร่วมของชุมชนผ่านเทคโนโลยีบนสื่อสังคมออนไลน์ ทำให้การสื่อสารเรื่องความตายปรับรูปแบบการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในบริบทที่กว้างขวางขึ้น เช่นการสร้างการตระหนักรู้ การทำความเข้าใจเพื่อให้ทุกคนเข้าถึงความตายได้ และการเตรียมเผชิญความตายอย่างมีสติผ่านการนำเสนอและคัดสรรเนื้อหา รวมถึงการวางกลยุทธ์ทางการสื่อสาร เพื่อสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยวางรูปแบบการสื่อสารไปยังกลุ่มเป้าหมายกลุ่มใหม่ที่มีอายุ ระหว่าง 25-35 ปี ที่มีสมาร์ทโฟนและใช้สื่อสังคมออนไลน์ติดต่อสื่อสารระหว่างกัน เฟซบุ๊กแฟนเพจ *PeacefulDeath* เกิดขึ้นแทนโครงการเผชิญความตายอย่างสงบ เป็นการลดทอนภาพจำในเชิงลบที่มีต่อประเด็นความตาย โดยโพสต์เนื้อหาอาทิตย์ละหนึ่งครั้งและพูดได้ในหลายแง่มุม โดยเฉพาะมีการตั้งคำถาม คำสละสลวยแทนคำว่าตาย มีผู้แสดงความคิดเห็นผ่านเฟซบุ๊กแฟนเพจกว่า 120 คำ ดังนั้นคำว่าตายจึงมีนิยามหลากหลายขึ้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละคน

งานชิ้นนี้พบช่องว่างทางการศึกษา ได้แก่ การใช้เทคโนโลยีเข้ามาหาคำตอบเรื่องความหมายความตายผ่านเฟซบุ๊กแฟนเพจ ที่เป็นสื่อสังคมออนไลน์สามารถแลกเปลี่ยนได้ตลอดเวลาแต่ไม่สามารถตอบสื่อสารระหว่างกันได้ทันที หากแต่ยังมีการสื่อสารผ่านเทคโนโลยีที่เป็นสมาร์ตโฟนหรือโทรศัพท์มือถือที่สามารถสื่อสารกันได้ทันทีผ่านทางไลน์แอปพลิเคชัน และวิดีโอคอลที่สามารถได้ยินเสียงและเห็นหน้าคู่สื่อสารระหว่างกันได้พร้อมกันทันที เพื่อให้เห็นถึงปัจจัยที่มีการประกอบสร้างความหมายความตายผ่านการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ 5 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยาที่มีบทบาทหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย และผู้ดูแลหลัก โดยนำเทคโนโลยีดังกล่าวเช่น ไลน์ และวิดีโอคอล ผ่าน โทรศัพท์มือถือ หรือสมาร์ตโฟนมาใช้ในการสื่อสารติดตามอาการกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่กลับไปรักษาตัวที่บ้าน โดยเฉพาะในสถานการณ์โรคระบาดโควิด 19 ที่เกิดขึ้นในช่วงที่นักศึกษาผู้วิจัยทำการศึกษา เทคโนโลยีการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยกล่าวได้ว่ามีความจำเป็นและสามารถลดความเครียดและความกังวลใจกับการรักษาในผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ในภาวะที่ไม่สามารถเดินทางไปพบแพทย์ได้จากสถานการณ์โรคระบาดดังกล่าว ในบริบทพื้นที่เฉพาะทางผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เป็นแบบกรณีศึกษาที่นอกจากจะใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมยังนำเทคโนโลยีการสื่อสารมาใช้ในการสนทนากลุ่มอีกด้วย

งานวิจัยของร่มหทัย โชติกโสภณ (2559) ศึกษาเรื่อง “การบริหารจัดการกองบรรณาธิการสู่แนวทางการสื่อสารความตายอย่างสงบ กรณีศึกษา จดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง เครือข่ายพุทธิกา” โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาแนวทางการบริหารจัดการกองบรรณาธิการจดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง โครงการเผชิญความตายอย่างสงบ เครือข่ายพุทธิกา มีขอบเขตการศึกษาการบริหารงาน 3 ด้าน ประกอบด้วยด้านเนื้อหา ด้านบุคลากร และด้านงบประมาณ และเพื่อวิเคราะห์เนื้อหาเรื่องความตายที่ปรากฏในบทความของจดหมายข่าวอาทิตย์อัสดงซึ่งตีพิมพ์ตั้งแต่ปีที่ 6 ฉบับที่ 22 เดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ.2557 ถึงปีที่ 8 ฉบับที่ 29 เดือนกรกฎาคม-กันยายน พ.ศ.2559 รวมทั้งสิ้น 8 ฉบับ โดยมุ่งวิเคราะห์ผู้เขียนประเภทเนื้อหา และประเด็นบทความ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูล ทั้งในรูปแบบการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure Interview) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Depth Interview) ร่วมกับการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) รวมไปถึงการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง (Documentary Research) จากสื่อสิ่งพิมพ์และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับสื่อสิ่งพิมพ์ และแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความตายและการสื่อสารความตาย

ผลการศึกษา พบว่า แนวทางการบริหารจัดการกองสารานุกรมของจดหมายข่าวอาทิตย์ อัสดง (กองบรรณาธิการ) มีนโยบายสื่อสารความหมายเรื่องความตายในแง่มุมใหม่ ผ่านการถ่ายทอดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน 4 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ (ปัญญา) ส่วนแนวทางการสื่อสารความตายจำเป็นต้องศึกษาผ่านแนวความคิดของกระบวนการทางสังคมซึ่งความตายนั้นปรากฏเป็นส่วนหนึ่ง เพราะความคิดเกี่ยวกับความตายตัวตน ความมุ่งหวังในชีวิตของปัจเจกถูกประกอบสร้างมาจากประสบการณ์ในชีวิตและวิถีทางสังคมที่ปัจเจกดำรงอยู่ ผู้ส่งสารต้องเพิ่มเติมความเข้าใจในมิติวัฒนธรรมและความเชื่อของสังคมผสมผสานทุกมิติเข้าด้วยกัน ซึ่งจะสัมพันธ์โดยตรงกับการปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับความตาย เกิดเป็นนิยามความตายในแง่มุมใหม่ เช่น นำเรียนรู้ เตรียมพร้อม เข้าถึงและเข้าใจได้ ควบคุมและต่อรองได้ ธรรมชาติ ปกติวิสัย ฯลฯ จดหมายข่าวอาทิตย์อัสดงได้ใช้กลยุทธ์ทางการสื่อสารหลายรูปแบบ เพื่อรื้อถอนวัฒนธรรมการปฏิเสธความตาย เช่น การให้ผู้อ่านได้สัมผัสกับประสบการณ์ความตายอย่างตรงไปตรงมา (Direct Experience) การลดทอนความซับซ้อน (Simplify) ของเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ผู้อ่านในทุกระดับเข้าถึงความตายได้อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น หรือการสร้างเครือข่ายชุมชน (Community) ผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างหลากหลายในประเด็นความตายและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง ยังใช้ทุนทางสังคมอย่างศาสนามาใช้เป็นภาพตัวแทน (Representation) เพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสารความตายกับผู้รับสารให้ปรับเปลี่ยนและรื้อถอนวัฒนธรรมการปฏิเสธความตายในสังคม

งานชิ้นนี้พบช่องว่างทางการศึกษา ได้แก่ การศึกษาการทำงานกรณีศึกษา จดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง เครือข่ายพุทธิกาเป็นการประกอบสร้างความหมายความตายจากนักคิดทฤษฎีที่ชี้ให้เห็นถึงความหมายความตายที่มีการรื้อถอนและประกอบสร้างความหมายใหม่ ผ่านการสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจเรื่องความตายในมุมมองใหม่ทางสื่อสิ่งพิมพ์ภายใต้ชื่อจดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง หากแต่ยังมีนักคิดทฤษฎีที่มองความตายตามการประกอบสร้างทางสังคมโดยทั่วไปที่ดำเนินไปตามชีวิตประจำวันผ่านประสบการณ์และการขัดเกลาทางสังคมซึ่งจากความหมายความตายที่เป็นปัจเจกบุคคล ก็ทำให้เกิดความหมายความตายในสังคมหรือชุมชนนั้น โดยใช้ทฤษฎีการประกอบสร้างความจริงทางสังคม แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความตายและการสื่อสารความตาย

งานวิจัยของสร้อยศิริ คงปั้น (2561) ศึกษาเรื่อง “มายาคติความตายที่สื่อสารผ่านพิธีกรรมงานศพของกลุ่มชาติพันธุ์ที่นับถือศาสนาพุทธ: กรณีศึกษากลุ่มชาติพันธุ์ไท และกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ” โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาความหมาย และความเชื่อเชิงมายาคติเกี่ยวกับความตายที่สื่อสารผ่านพิธีกรรมงานศพของกลุ่มชาติพันธุ์ที่นับถือศาสนาพุทธในประเทศไทย กรณีศึกษากลุ่มชาติพันธุ์ไท และกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ และเพื่อวิเคราะห์การประกอบสร้าง

ความหมายของความตาย ของกลุ่มชาติพันธุ์ที่นับถือศาสนาพุทธในประเทศไทย ผ่านสัญญาณที่ปรากฏในพิธีกรรมงานศพ กรณีศึกษากลุ่มชาติพันธุ์ไท และกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) จากการพูดคุยแบบไม่เป็นทางการ และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือผู้ที่เกี่ยวข้องกับพิธีกรรมงานศพในแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ ได้แก่ ผู้นำชุมชน ปราชญ์ชุมชน คนเฒ่าคนแก่ และชาวบ้านในชุมชน รวมทั้งศึกษาข้อมูลจากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บันทึกทางประวัติศาสตร์เกี่ยวกับพิธีกรรมงานศพในประเทศไทย และหนังสือเอกสาร ตำรา โดยใช้ทฤษฎีมายาคติ แนวคิดสัญญาณในพิธีกรรมงานศพ ทฤษฎีการประกอบสร้างความเป็นจริงทางสังคม และกระบวนการผลิตซ้ำ

ผลการศึกษา พบว่า การสื่อสารความหมายเชิงมายาคติความตายในพิธีกรรมงานศพของกลุ่มชาติพันธุ์ไท และกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ถูกประกอบสร้างมาจากความเชื่อเรื่องผีและสิ่งลึกลับเหนือธรรมชาติ ผสมผสานกับความเชื่อเกี่ยวกับความตายตามหลักการทางพุทธศาสนา โดยความเชื่อเหล่านี้ถูกสื่อสารมาทางสัญญาณต่างๆ ที่กลุ่มชาติพันธุ์ทั้งสองนำมาประกอบใช้ในพิธีกรรมงานศพ ในแต่ละยุคก็จะมีการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบบางอย่างที่ใช้ในพิธีกรรม แต่ยังคงความหมายของความตายตามความเชื่อของกลุ่มชาติพันธุ์ตนเองไว้ โดยมีหลักการทางพุทธศาสนาเป็นตัวกำกับความเชื่อดังกล่าว

งานชิ้นนี้พบช่องว่างทางการศึกษา ได้แก่ การศึกษาการประกอบสร้างความหมายความตายมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ไม่เพียงกรณีศึกษากลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ตามสัญญาณในพิธีกรรมงานศพเท่านั้น ยังมีกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มผู้ดูแลหลัก และบุคลากรทางสุขภาพและกระบวนการสื่อสารที่เป็นกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ 5 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา ที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในบริบทต่างๆ และกรณีศึกษาบริบทพื้นที่รักษาโรคมะเร็งเฉพาะทาง โดยใช้แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองและแนวคิดการสื่อสารระหว่างบุคคล

งานชิ้นนี้ยังสามารถใช้ต่อยอดกับงานวิจัยของนักศึกษาผู้วิจัย มายาคติใหญ่จากสัญญาณที่ถูกนำมาใช้ในพิธีกรรมงานศพ ผู้วิจัยพบมายาคติใหญ่ทั้งหมด 6 ประเภทสะท้อนถึงความเชื่อที่เป็นความหมายเชิงค่านิยมและอุดมการณ์ที่เกี่ยวกับความตายของกลุ่มชาติพันธุ์ นั่นคือความหมายมายาคติความตายที่เป็นความหมายทางวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ในที่นี่ ได้แก่ ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ ไม่ใช่จุดจบของชีวิต แต่เป็นการเปลี่ยนผ่านของภพภูมิจากคนไปสู่ผีและการเกิดใหม่ตามบุญกรรมเพื่อเริ่มต้นอีกชีวิตในชาติต่อไป

เอกสารวิชาการของ นิธิดา แสงสิงแก้ว (2561) ประเด็นศึกษาเรื่อง “การสื่อสารสุขภาพ” เพื่อทำความเข้าใจเรื่องการศึกษาความตายในโลกหลังสมัยใหม่เคลื่อนตัวไปสู่เรื่องการจัดการความ

ตายมากขึ้น โดยในช่วงกว่าทศวรรษที่ผ่านมา การประกอบสร้างความหมาย “ความตาย” ได้แปรเปลี่ยนไปจากเดิมมาก ได้มีองค์กร เครือข่าย กลุ่มภาคประชาชน จิตอาสา รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมในลักษณะต่างๆ จัดตั้งขึ้นเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในบริบทการประกอบสร้างความหมายความตาย เพื่อให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ความตายก่อนตายที่แตกต่างกันออกไปตามพลวัตแต่ละสังคม วัฒนธรรม ยุคสมัย เกิดกลุ่มเครือข่ายมากมายที่ให้ความรู้และสร้างกิจกรรมการสื่อสารความตาย เพื่อให้สังคมเข้าใจความตาย สามารถวางแผนและจัดการกับความตายที่จะเกิดขึ้นในอนาคตให้เกิดการตายดีมีความสุขโดยการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่ผ่านมา

ผลการศึกษาทหความวิชาการพบว่า การศึกษาเรื่องความตายในโลกหลังสมัยใหม่ เคลื่อนตัวไปสู่เรื่องการจัดการความตายมากขึ้น แต่เดิมกระบวนการทัศน์ในการทำความเข้าใจความหมายความตายถูกประกอบสร้าง (constructed) เป็นเรื่องธรรมชาติ เป็นเรื่องของชุมชน มีวัฒนธรรมและพิธีกรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง ต่อมาเป็นการรื้อถอน (deconstruct) วิชิตคิดแบบเดิมๆ ว่าความตายเป็นเรื่องห้ามพูด เป็นเรื่องอัปมงคล หรือเป็นเรื่องของผู้เชี่ยวชาญ เช่น แพทย์ พระ เป็นต้น จนนำไปสู่ยุคหลังสมัยใหม่ มีการสร้างวิชิตคิด (reconstruct) ขึ้นใหม่ว่าความตายเป็นเรื่องของคนธรรมดา ทุกคนที่มีสิทธิ์ “เลือก” ในการที่จะตัดสินใจหรือจัดการความตายในรูปแบบที่ตัวเองพึงพอใจ โดยให้น้ำหนักความสำคัญกับปัจเจกในฐานะที่เป็นผู้ที่สามารถตัดสินใจเรื่องการตายให้กับตัวเองและคนใกล้ชิดได้

ความตายจึงเป็นเรื่องใกล้ตัวและเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตของคนไทยมาโดยตลอด และเกี่ยวข้องเชื่อมโยงในหลายมิติ เราจึงไม่อาจแบ่งแยกเรื่องความตายให้เป็นเพียงมิติทางชีวภาพอย่างที่วิทยาศาสตร์ยึดถือได้ ในขณะที่ความเข้าใจเรื่องสุขภาวะได้ครอบคลุมมิติเรื่องจิตวิญญาณหรือปัญญาร่วมด้วยกับปัญหาสุขภาพ จึงทำให้การอธิบายเรื่องความตายขยายขอบเขตออกไปจากเรื่องการแพทย์ แต่เป็นการอธิบายแบบองค์รวมและผสมผสาน ขณะที่จำนวนโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ยังมีไม่เพียงพอและไม่ทั่วถึงที่จะเปิดมุมมองเพื่อทำความเข้าใจความตายในมิติอื่นๆ นอกจากมุมมองทางชีวภาพ

งานชิ้นนี้พบช่องว่างทางการศึกษา ได้แก่ การศึกษาการประกอบสร้างความหมายความตายไม่ได้มีเพียงกระบวนการรื้อถอน และสร้างใหม่ หากแต่การประกอบสร้างความหมายยังเกิดขึ้นได้จากการประกอบสร้างความจริงในชีวิตประจำวัน (The Reality of Everyday life) ตามทฤษฎีการประกอบสร้างความเป็นจริงทางสังคม (The Social Reality of Everyday life ของ P. Berger & T. Luckman, 1967) ที่เกิดจากการสะสมความรู้ (Social Stock of Knowledge) และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในชีวิตประจำวัน (Social Interaction in Everyday life)

งานชิ้นนี้ยังสามารถใช้ต่อยอดกับงานวิจัยของนักศึกษาผู้วิจัย ในการศึกษาเชิงคุณภาพในการกลับมาทบทวนการสื่อสารความหมายความตายในหลายมิติตามกระบวนการสื่อสารที่

เกิดขึ้นภายใต้ระบบสุขภาพไทย ไม่ว่าจะใช้ชื่อเรียกว่า ยุคสมัยของสุขภาพไทยที่มีมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันหรือกระบวนทัศน์สุขภาพในยุคปัจจุบันที่ประกอบด้วย 3 กระบวนทัศน์ใหญ่ก็ตาม ความหมายความตายย่อมต้องเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยหรือกระบวนทัศน์สุขภาพดังกล่าว โดยปัจจุบัน ได้ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบทั้ง 4 ของสุขภาพคือ กาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพดีคือการมีคุณภาพระหว่างองค์ประกอบทั้ง 4 ข้างต้นตามแนวคิดทฤษฎีใหม่ ด้านสุขภาพ

บทความวิชาการของ เบญจวรรณ นันทชัย (2561) ศึกษาเรื่อง “รูปแบบการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทประเทศไทยและต่างประเทศ” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทประเทศไทยและต่างประเทศ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาจากบทความวิจัยต่างประเทศที่เผยแพร่ในวารสารวิชาการจากวารสารต่างประเทศที่ปรากฏในฐานข้อมูล Science Direct ระหว่าง พ.ศ.2550-2558 จำนวน 10 ชื่อเรื่อง และเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทย จำนวน 10 ชื่อเรื่อง โดยทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ได้แก่ ทฤษฎีวิจ্ঞากรรม ทฤษฎีการดูแลมนุษย์และทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวิเคราะห์รูปแบบการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เจาะจงเฉพาะวิจ্ঞากรรมสื่อความหมายตามคำตรงและวิจ্ঞากรรมปฏิบัติที่จำแนกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มบอกกล่าว กลุ่มชี้แนะ กลุ่มแสดงความรู้สึก กลุ่มผูกมัดและกลุ่มแถลงการณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติคำร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาศิลปะบทความวิชาการพบว่า ผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพในประเทศไทยใช้วิจ্ঞากรรมสื่อความหมายตามคำตรงมากกว่าผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพต่างประเทศร้อยละ 64.90 หมายถึงการสื่อสารของผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพที่จะส่งถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายมุ่งเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ วิธีการรักษา ภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิตภายหลังการรักษาแต่ละวิธี ซึ่งเป็นลักษณะการสื่อสารเพื่อการบำบัด และผู้ป่วยระยะสุดท้ายในต่างประเทศใช้วิจ্ঞากรรมปฏิบัติในกลุ่มแสดงความรู้สึกมากที่สุด ร้อยละ 60.01 คือเป็นถ้อยคำที่บ่งบอกให้ผู้ฟังได้รับรู้ความรู้สึก นึกคิด ทัศนคติ และสภาวะทางอารมณ์ของผู้พูดที่มีต่อผู้ฟัง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ข้อความเจ็บป่วยของตนเองที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้จากการบอกกล่าวโดยตรงของผู้ปฏิบัติงานทางสุขภาพ ส่วนกลุ่มบอกกล่าวและกลุ่มชี้แนะมีระดับใกล้เคียงกันทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ กลุ่มวิจ্ঞากรรมที่พบน้อยที่สุดและไม่ปรากฏเลยคือ วิจ্ঞากรรมกลุ่มผูกมัดและกลุ่มแถลงการณ์

งานชิ้นนี้พบช่องว่างทางการศึกษา ได้แก่ การศึกษาการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในแต่ละโรคมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะแบบกรณีศึกษา โรคมะเร็งที่ส่วนใหญ่จะถูกตีความว่าเป็น

แล้วตายแน่นอน โดยเฉพาะการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ 5 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา ที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ในบริบทพื้นที่รักษาโรคมะเร็งเฉพาะทางตามบริบทการสื่อสารต่างๆ กันตามอาการ โรคแต่ละคน โดยใช้ทฤษฎีการสื่อสารระหว่างบุคคลและระดับกลุ่ม

งานวิจัยของ ปรียานุช โขชนวนิชย์ (2561) ศึกษาเรื่อง “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และครอบครัว: การจัดบริการและบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์คลินิก” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล และศึกษาบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์คลินิกในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงผสานวิธี โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ในรูปแบบนำ-แบบรอง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณเป็นหลัก และเสริมด้วยข้อมูลการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการศึกษาเอกสาร (Documentary Study) การศึกษาจากภาคสนาม (Field Study) แบ่งเป็น 2 วิธีการคือ การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยการใช้แบบสอบถามกับนักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ปฏิบัติหน้าที่สังคมสงเคราะห์ที่ให้บริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวในโรงพยาบาลของรัฐบาล จำนวน 131 แห่งทั่วประเทศ ได้รับแบบสอบถามกลับมาจำนวน 80 ชุด (คิดเป็นร้อยละ 61.06) และเสริมด้วยข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกกับนักสังคมสงเคราะห์ที่มีประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3 ปีขึ้นไป จำนวน 4 คน โดยใช้แนวคิดมนุษยนิยม การเคารพคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และแนวคิดทางด้านความเชื่อทางศาสนาโดยยึดผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง ด้านเทคนิคหรือทักษะสำคัญคือ ทักษะของสัมพันธภาพทางวิชาชีพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการให้การปรึกษา และเทคนิคการบอกความจริง (Telling Truth) แก่ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัว

ผลการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.3 ช่วงอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 35.7 มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ที่ 5.5 ปี ไม่เคยเข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร้อยละ 68.8 สำหรับรูปแบบการจัดบริการในกระบวนการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ พบว่า ในขั้นตอนการแสวงหาข้อเท็จจริง (Fact finding) นักสังคมสงเคราะห์มีการสัมภาษณ์ ประวัติข้อมูลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 96.9 บทบาทในการให้บริการโดยตรงของนักสังคมสงเคราะห์ พบว่า มีบทบาทหลักในสัดส่วนร้อยละ 90 คือ บทบาทเป็นผู้ประสานทรัพยากรทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวและบทบาทพิทักษ์สิทธิ์ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว บทบาทในการให้บริการ โดยอ้อมร้อยละ 17 คือ บทบาทเป็นอาจารย์นิเทศงานนักศึกษาสังคมสงเคราะห์ในการฝึกภาคปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว สำหรับผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ

พบว่า บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวมีบทบาทที่หลากหลาย นำองค์ความรู้มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน คือ ฐานคิดการดูแลแบบองค์รวม

งานชิ้นนี้พบช่องว่างทางการศึกษา ได้แก่ การศึกษาการประกอบสร้างความหมายความตายและกระบวนการสื่อสารความตายของบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย มิได้มีเพียงบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์เท่านั้น หากแต่ยังมีบทบาทของวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา และนักจิตวิทยา ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และในบริบทพื้นที่เฉพาะทางในการรักษาโรคมะเร็ง และยังมีกลุ่มผู้ดูแลหลักที่สามารถศึกษาได้ โดยใช้ทฤษฎีการประกอบสร้างความเป็นจริงทางสังคม และแนวคิดการสื่อสารระหว่างบุคคล

งานชิ้นนี้ยังสามารถใช้ต่อยอดกับงานวิจัยของนักศึกษาผู้วิจัย ในการศึกษาเชิงคุณภาพในบทบาทนักสังคมสงเคราะห์กับการทำงานทีมสหวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ที่มีบทบาทการสร้างสัมพันธภาพและทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว

งานวิจัยของ ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์ และอภิวัฒน์ รัตนวราหะ(2563) ศึกษาเรื่อง “คนเมือง 4.0: อนาคตชีวิตเมืองในประเทศไทย ในมิติการตายในเมือง” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและวิเคราะห์รูปแบบการตายในบริบทเมืองปัจจุเชิงโครงสร้างของกระบวนการเป็นเมืองที่ส่งผลกระทบต่อ การตายและการจัดการการตายในปัจจุบัน และวิเคราะห์ช่องว่างเชิงนโยบายและเสนอทางเลือกนโยบายที่สอดคล้องกับการพัฒนารวม ไปถึงการจัดการเชิงพื้นที่ของเมืองต่อการตายในอนาคต เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการเมืองกับการตายและการจัดการร่างในสังคมไทยร่วมสมัย ผ่านมุมมองเชิงสังคมวิทยา โดยใช้กรอบแนวคิดอนาคตศึกษามาเป็นเครื่องมือในการเผยภาพของความเป็นไปได้ 4 รูปแบบที่การตายและการจัดร่างจะเกิดขึ้นในวันข้างหน้า

ผลการศึกษาพบว่า จากวิธีการวิจัยแบบ projection สามารถจัดกลุ่มรูปแบบการตายได้ 7 ชนิด ได้แก่ 1) การตายจากการเจ็บป่วยและโรค (Illness and Disease related death) ที่เรียกว่าเป็น Hospital Death ซึ่งพบว่าเป็นการตายที่เกิดขึ้นในเมืองจำนวนมากไม่เฉพาะเมืองไทย แต่คือปัญหาของทั่วโลกแม้กระทั่งในประเทศสหราชอาณาจักรที่การตายดีที่สุดใน โลกก็ยังคงพบ Hospital Death คือรูปแบบที่ชัดเจนของการตายเมื่อมีคนป่วยคือเกือบร้อยละ 55 โดยเฉลี่ยของผู้ป่วยจะเสียชีวิตในโรงพยาบาล 2) การตายที่เรียกว่า Lonely death คือความตายอย่างโดดเดี่ยวจากสภาวะบิบบิ้นในเมืองที่คนใช้ชีวิตอยู่ลำพัง เช่นสังคมญี่ปุ่น สภาพสังคมที่คนอยู่คนเดียวเป็นหลักไม่มีญาติพี่น้อง 3) การตายที่เป็นการฆ่าตัวตาย (Suicide) 4) การตายหมู่จากอุบัติเหตุที่เรียกว่าเป็น Accident & Mass death การตายที่พบที่มีการเสียชีวิตหมู่จำนวนมาก เช่นการโดยสารรถตู้ หรือการถูกรถราดยิง 5) การตายจากฆาตกรรมเป็นการตายที่สังคมไทยกำลังเผชิญชัดเจนที่สุดเรียกว่าเป็น Brutal murder death หรือการตายอย่างโหดร้ายและไร้มนุษยธรรม ทั้งนี้การตายแบบการรุนแรงฆาตต่างจากการฆ่า

ตัวตายตรงที่ต้องการบุคคลที่ 3 มาช่วยให้จบชีวิตอย่างไม่เจ็บปวดทรมาน 6) ความตายที่เกิดจากความเสียหายทางสังคม (Risk-related death) เช่น PM 2.5 เป็นความเสี่ยงที่นำไปสู่โอกาสการเจ็บป่วยที่ไม่รู้ตัวและซ่อนอยู่ข้างในทำให้อายุสั้นลงทุกวัน คือความน่ากลัวของการมีชีวิตในเมือง และ 7) การตายทางเลือก (Alternative death) ที่ไม่เฉพาะรูปแบบการตายแต่ปัจจุบันเลือกไปถึงสถานที่คือ อียาคตายบ้าน แต่เมืองทำให้การเป็นเจ้าของพื้นที่เป็นได้ยากขึ้น ขณะเดียวกันสาธารณสุขไทยก็เริ่มเน้นให้ตายที่บ้านและสนับสนุนผ่านแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเรื่องนี้เป็นนโยบายที่ว่าด้วยเรื่องการจัดการของผู้ที่ใกล้เสียชีวิตในระยะท้าย คือการทำให้เกิดระบบการดูแลที่ผู้ป่วยระยะท้ายเป็นศูนย์กลางให้ทางเลือกผู้ป่วยแ่งวิธีการรักษา สถานที่ที่ต้องการเสียชีวิต สิ่งผู้ป่วยต้องการและไม่ต้องการเช่น ไม่เจาะคอ ไม่ปั๊มหัวใจกำลังเป็นสิ่งที่เกิดขึ้น

งานชิ้นนี้พบช่องว่างทางการศึกษา ได้แก่ การศึกษาแบบกรณีศึกษาที่ศึกษาการประกอบสร้างความหมายความตายและกระบวนการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักในบริบทพื้นที่โรงพยาบาลเฉพาะทางที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และได้แนวทางการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก โดยใช้แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง

งานชิ้นนี้ยังสามารถใช้ต่อยอดกับงานวิจัยของนักศึกษาผู้วิจัย ในประเด็นการศึกษาการประกอบสร้างความหมายความตาย และแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองที่เน้นความต้องการของผู้ป่วยหรืออีกผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยสามารถเลือกแผนการรักษาไม่เจาะ ไม่ปั๊ม เป็นต้น

บทความวิจัยของ สมรภัศ์ เจียมธีรสกุล (2562) ศึกษาเรื่อง “การสื่อสารเพื่อการเตรียมตัวตายในศตวรรษที่ 21” โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการสื่อสารเรื่องความตายและการเตรียมตัวตายตามยุควัฒนธรรมการสื่อสาร และเพื่อศึกษารูปแบบการสื่อสารเพื่อการเตรียมตัวตายกรณีศึกษาเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร สังเกตการณ์กิจกรรมการสื่อสารเรื่องความตาย และการสัมภาษณ์กรณีศึกษา 1 คนในการเตรียมตัวตาย โดยใช้ทฤษฎีการสื่อสาร

ผลการศึกษาพบว่า คนในสังคมร่วมสมัยสื่อสารเพื่อการเตรียมตัวตายทุกระดับ ตั้งแต่การสื่อสารภายในบุคคล ระหว่างบุคคล การสื่อสารกลุ่มเล็ก กลุ่มใหญ่ และการสื่อสารต่อสาธารณะ ผู้ส่งสารเพื่อการเตรียมตัวตายมีทั้งบุคคลและองค์กร บุคคลใช้สื่อหลากหลายประเภทเพื่อสื่อสารความประสงค์ในวาระสุดท้ายของชีวิต ได้แก่ การสนทนากับคนในครอบครัว การเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น พินัยกรรม หนังสือแสดงเจตจำนง หนังสือบริจากร่างกายหรืออวัยวะ อัดชีวประวัติ หนังสือสำหรับงานศพตัวเอง วิดีทัศน์เพื่อเปิดในงานศพสื่อโซเชียล เนื้อหาสารการเตรียมตัวตาย สื่อสารเป้าหมายความประสงค์เฉพาะตัวบุคคล การจัดทำสื่ออัดชีวประวัติ หนังสืองานศพ เป็นการเล่าเรื่องเพื่อสื่อสารอัตลักษณ์ที่ต้องการให้สังคมจดจำ องค์กรสื่อสารความรู้เรื่องความตายต่อ

สาธารณะ โดยใช้สื่อการเทศน์ การอบรม การเสวนา การจัดกิจกรรม สื่อหนังสือเล่ม หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ งานวิจัย และด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล การสื่อสารเพื่อการเตรียมตัวตายในสังคมร่วมสมัยได้เปิดพื้นที่เรื่องความตายจากกลุ่มสังคมเครือข่าย ชุมชน ผู้พื้นที่สาธารณะ วรรณคดีให้คนในสังคมตระหนักรู้และ วางแผนการตายดี

งานชิ้นนี้พบช่องว่างทางการศึกษา ได้แก่ การศึกษาการประกอบสร้างความหมายความตายตามประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะสุดท้ายกรณีศึกษา จำนวน 5 คน และผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชีวิต จำนวน 5 คน รวมถึงยังศึกษากลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ 5 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา ที่มีการสื่อสารความตายกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักและสามารถเสนอแนวทางการสื่อสารต่อไป โดยใช้แนวคิดชีวิตและความตาย ทฤษฎีการประกอบสร้างความเป็นจริงทางสังคม และทฤษฎีการสื่อสารระหว่างบุคคล

งานวิจัยต่างประเทศ

งานวิจัยของ R. Kaba, P. Spooriakumaran (2007) ได้ศึกษาเรื่อง “*Evolution of the doctor-patient relationship*” โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อชี้ให้เห็นถึงประวัติศาสตร์หรือวิวัฒนาการความสัมพันธ์ของหมอกับคนไข้แต่ละยุค ที่มีรูปแบบความสัมพันธ์ที่แตกต่างกัน เพื่อต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีการทางการแพทย์ที่เดิมแพทย์เป็นศูนย์กลางมาเป็นยึดคนไข้เป็นศูนย์กลางเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาประวัติศาสตร์ History research ศึกษาวิวัฒนาการของความสัมพันธ์หมอกับคนไข้ในยุคต่างๆ โดยวิจัยจากเอกสาร Documentary research ทบทวนวรรณกรรม การวิจัยที่ผ่านมา ใช้กรอบแนวคิดเรื่องสุขภาพ ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ของ Talcott Parsons ได้แนวคิดจาก Freud ซึ่ง Parsons ได้นำทฤษฎีบทบาทหน้าที่มาอธิบายบทบาทผู้ป่วย และบทบาทแพทย์ ทฤษฎีทางจิตวิทยา Breuer and Freud คนไข้เป็นคนไม่ใช่วัตถุ และทฤษฎี Balint ความสัมพันธ์ทางอารมณ์ของแพทย์กับคนไข้

ผลการศึกษา พบว่า จากลำดับเหตุการณ์ความสัมพันธ์หมอกับคนไข้ คนไข้ช่วงแรกจะถูกเพิกเฉย และความสัมพันธ์ก็ยิ่งห่างกันออกไปตามภาวะการเมือง สังคม เศรษฐกิจ พันธมิตรใหม่ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเข้ามาอยู่บนพื้นฐานความร่วมมือมากกว่าการเผชิญหน้า ซึ่งในส่วนของแพทย์เองก็ต้องเข้าใจความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยด้วย ดังนั้นการยึดการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจึงเข้ามาแทนการเน้นความสัมพันธ์แบบแพทย์ครอบงำฝ่ายเดียว โดยบิดเบือนอำนาจกระบวนการตัดสินใจ ดังนั้น แพทย์ต้องยอมรับความรับผิดชอบในการสนับสนุนบทบาทระหว่างกันกับความเชี่ยวชาญต่างๆ โดยแบ่งปันการตัดสินใจร่วมกันแทนที่จะต้องปฏิบัติตามฝ่ายเดียว ซึ่งจะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมกันและกันมากขึ้น และหากแพทย์ยึดรูปแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและความต้องการ

ของผู้ป่วยได้นั้นจะสามารถลดช่องว่างระหว่างโลกของทางการแพทย์กับประสบการณ์ส่วนตัว ซึ่งงานวิจัยชิ้นนี้สามารถต่อยอดการศึกษาที่ให้ความสำคัญในแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมวางแผนการรักษาตัวเองร่วมกับแพทย์ได้ ไม่เพียงการยอมรับการรักษาจากความเป็นแพทย์ฝ่ายเดียว

งานชิ้นนี้พบช่องว่างทางการศึกษา ได้แก่ ไม่เพียงแต่แพทย์เท่านั้นที่สำคัญแต่ยังมีวิชาชีพอื่นๆ ได้แก่ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา ที่มีส่วนในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และผู้ดูแลหลัก ผ่านการสื่อสารและนำไปสู่แนวทางการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

งานชิ้นนี้ยังสามารถใช้ต่อยอดกับงานวิจัยของนักศึกษาผู้วิจัย ในประเด็นการนำทฤษฎีทางจิตวิทยา โดย Breuer and Freud (1955) ให้ความสำคัญกับผู้ป่วย คือ มนุษย์คนหนึ่ง โดยเป็นรูปแบบการรักษาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้ ซึ่งสิ่งสำคัญที่สุดคือการฟังคนไข้ เป็นการพัฒนาความสัมพันธ์การสื่อสารที่แท้จริง และส่งเสริมให้คนไข้ได้เป็นผู้กระทำการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วม ในที่สุดแล้วก็จะนำไปสู่การพัฒนาทางการแพทย์ที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

งานวิจัยของ Eriksson, Arve and Lauri (2008) ศึกษาเรื่อง “*Informational and emotional support for cancer patients’ relatives*” โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อค้นหาว่าผู้ดูแลผู้ป่วยคิดอย่างไรกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ของบุคลากรทางการแพทย์ โดยการวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยการออกแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องจำนวน 168 คน ในหอการรักษาผู้ป่วยแผนกเนื้องอกวิทยาในประเทศฟินแลนด์ และใช้วิธีการทางสถิติในการวิเคราะห์แบบ (Non-parametric test) โดยใช้แนวคิดความสำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ชัดเจน แต่อย่างไรก็ตามยังมีจำนวนประมาณน้อยกว่า 1 ใน 3 ของผู้ดูแล (หรือประมาณ 40-50 คน) ที่ตอบแบบสอบถาม ระบุว่าได้รับข้อมูลด้านการรักษาอาการผู้ป่วยอย่างมากก็จริง หากแต่ต้องการได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์จากบุคลากรทางการแพทย์ด้วยเช่นกัน ซึ่งจากผลที่ออกมายังได้รับในระดับที่ต่ำกว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลทางการรักษาที่ผู้ดูแลหลักได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ ถึงกระนั้นแม้ว่าจะเป็นผลที่ออกมาต่อการสนับสนุนเพียงเล็กน้อยแต่ก็เป็นสิ่งที่บุคลากรทางสุขภาพต้องสนับสนุนทางด้านอารมณ์เกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลหลัก นั้นด้วย

งานชิ้นนี้พบช่องว่างทางการศึกษา ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ของบุคลากรทางการแพทย์มิได้จำเป็นเฉพาะต่อผู้ดูแลหลักเท่านั้น แต่ยังคงคำนึงถึงความต้องการทางด้านนี้ของผู้ป่วยด้วยเป็นสำคัญ โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มี

ความซับซ้อนและการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจทุกวันยังจำเป็นต้องสนับสนุนทางข้อมูลและอารมณ์ โดยเฉพาะบุคลากรทางสุขภาพ ทั้งนี้ยังสามารถศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพที่มีการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ สังเกตการณ์ และสนทนากลุ่ม จะสามารถค้นหาคำตอบที่แสดงออกถึงความต้องการทางด้านข้อมูลและอารมณ์ที่แท้จริงของทั้งผู้ป่วย และผู้ดูแลหลักได้ชัดเจนขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการแสดงความเห็นอกเห็นใจ การตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ การสร้างความหวัง และสร้างทัศนคติในทางบวก และการปลอบโยนด้วยการสัมผัส โดยใช้แนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และแนวคิดการสื่อสารระหว่างบุคคล

งานวิจัยของ Sarah Brabant (2011) เรื่อง “*Death : The Ultimate Social Construction of Reality*” มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความตายจากการวาดภาพของนักศึกษาที่ลงเรียนวิชาความตายในมหาวิทยาลัย ตั้งแต่ปี 1985-2004 และเพื่อสืบค้นการประกอบสร้างคำต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คำว่า “ตาย” “ใกล้ตาย” “ในภาวะของความตาย” “หลังความตาย” “หลังการมีชีวิต” และ “การปลิดชีพ” ที่มีความเกี่ยวข้องกับข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ เชื้อชาติ ศาสนา โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการประกอบสร้างความเป็นจริง (The Social Construction of Reality) ของ Berger and Luckmann ได้ระบุในงานวิจัยโดยมีแนวความคิด 2 อย่างเป็นรากฐานอยู่คือ ความเป็นจริง กับ ความรู้ ซึ่งปรากฏการณ์ความเป็นจริงเป็นความแน่นอนและเป็นคุณลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลที่ย่อมมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการนำเสนอภาพวาดความตายของนักศึกษาจึงมีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิงตามการประกอบสร้างของแต่ละคน เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรม SPSS11 หาความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปรเพื่อกำหนดระดับนัยสำคัญ โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือวิจัยในหัวข้อคำถาม “คุณกับความตาย” และประเด็นเหตุผลที่ลงทะเบียนเรียนวิชานี้ และสุดท้ายให้วาดภาพ หัวข้อ “คิดถึงความตายคิดถึงอะไร” ด้วยสีเทียน โดยไม่แจ้งล่วงหน้าในการวาดภาพดังกล่าวนี้ โดยใช้เวลา 15 นาที

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยเรื่องสังคมและวัฒนธรรม มีความสำคัญต่อการประกอบสร้างความตายแต่ละคนตามความจริงตามประสบการณ์แต่ละคน ทำให้ภาพวาดที่ออกมาไม่เหมือนหรือคล้ายกันเลย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไม่มีอคติการวิจัย เช่น การตอบแบบสอบถามโดยการเขียน และการวาดภาพที่ให้ทำในเวลานั้นทันที การวาดภาพถือเป็นการสื่อสารที่ให้ความหมายที่ดีระหว่างกันให้ความสำคัญไว้ใจกันกับผู้ที่ทำกิจกรรมด้วยกัน การวาดภาพเป็นการให้แต่ละคนได้เปิดเผย การประกอบสร้างที่เป็นพื้นฐานที่สุดที่แสดงถึงทัศนคติ ความเชื่อ ฯลฯ สามารถถ่ายทอดการประกอบสร้างความตายแต่ละคนได้ตามความจริง

งานชิ้นนี้พบช่องว่างทางการศึกษา ได้แก่ การศึกษาด้วยวิจัยเชิงคุณภาพในกรณีศึกษาด้วยการสัมภาษณ์ สังเกตการณ์และสนทนากลุ่ม ประเด็นการประกอบสร้างความหมายความตาย

ผ่านการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ในบริบทการรักษาพื้นที่ การดูแลแบบประคับประคอง โดยศึกษาบุคลากรทางสุขภาพ 5 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์ รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก และได้แนวทางการ สื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคอง

งานชิ้นนี้ยังสามารถใช้ต่อยอดกับงานวิจัยของนักศึกษาผู้วิจัย ในทฤษฎีการประกอบ สร้างความเป็นจริง ของ Berger and Luckmann เป็นกรอบการวิเคราะห์การประกอบสร้างความเป็นจริง เรื่องความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ในมิติต่างๆ ที่หลากหลายเกี่ยวข้องกับการประกอบสร้างความหมายความตาย

งานวิจัยของ Pirote Wilainuch (2013) ศึกษาเรื่อง “*Communicative practices in talking about death and dying in the context of Thai cancer care*” โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อค้นหา การสื่อสารในบริบทของพยาบาลกับการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องความตายและภาวะใกล้ ตายอย่างไร โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมคือ วิธีวิทยาการวิเคราะห์บท สนทนา (Conversation analysis) การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยและวิธีชาติพันธุ์ วรรณนา (Ethnography) เก็บรวบรวมข้อมูลในภาคเหนือจากพยาบาลจำนวน 14 คน ผู้ป่วย 40 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และรักษาไม่หาย และครอบครัว 24 ครอบครัว ประกอบด้วย โรงพยาบาลระดับอำเภอจำนวน 3 แห่ง ผู้ป่วย 9 ราย โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนผู้ป่วย 4 ราย และเยี่ยมบ้านผู้ป่วย จำนวน 27 ราย โดยการสัมภาษณ์ การสังเกตการณ์โดยตรง และการสัมภาษณ์เจาะลึก รวมถึงให้คำปรึกษาโดยใช้วิธีการบันทึกเทป วิดีทัศน์และใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลดิบโดยการวิเคราะห์บทสนทนา

ผลการศึกษา พบว่า การให้คำปรึกษาในไทยไม่สอดคล้องกัน พยาบาลเป็นผู้เริ่มเปิดประเด็น การสื่อสารการตายโดยกล่าวถึงการตายของบุคคลที่ 3 โดยมีโครงสร้างตามหลักการวิเคราะห์บท สนทนา คนไทยส่วนใหญ่จะเน้นพุทธศาสนากฎศีลห้าหลักศาสนาเป็นเรื่องที่นำมาอธิบายในประเด็น ละเอียดอ่อน มักยึดหลักหลักพุทธศาสนากับภาวะใกล้ตายในบริบทโรคมะเร็งของไทยมีการพูดคุย หลักคำสอนพุทธศาสนา มีการสอนในโรงเรียน หรือในครอบครัวไทยว่าความตายเป็นหนึ่งในวงจร ชีวิตเป็นเรื่องปกติมี เกิด แก่ เจ็บ ตาย เพื่อให้คนไทยระลึกถึงการเกิดและการตาย ทั้งนี้ในคู่มือของ องค์การอนามัยโลก (WHO) อาจจะใช้ไม่ได้กับบริบทไทย พร้อมให้ข้อเสนอว่าระบบสุขภาพไทย ควรจะปฏิรูปและบูรณาการงานวิจัยผู้ป่วยระยะสุดท้ายอื่นๆ เข้าด้วยกัน

งานชิ้นนี้พบช่องว่างทางการศึกษา ได้แก่ การศึกษาการสื่อสารของบุคลากรทางสุขภาพ ในหลายวิชาชีพ ไม่เพียงเฉพาะพยาบาลเท่านั้น แต่ยังเน้นศึกษาการสื่อสารระหว่างบุคลากรทาง

สุขภาพ 5 วิชาชีพ คือแพทย์ แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยา ที่ทำการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในบริบทพื้นที่การรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้แนวทางการสื่อสารความตายต่อไป และยังเป็นกรวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษาใช้ทฤษฎีการประกอบสร้างความเป็นจริงในการวิเคราะห์ความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก และ แนวคิดการสื่อสารระหว่างบุคคล

งานวิจัยของ Elizabeth Forster and Alaa Hafiz (2015) ศึกษาเรื่อง “*Pediatric death and dying: exploring coping strategies of health professionals and perceptions of support provision*” โดย มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อค้นหาการรับรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ ในการสนับสนุนให้ความช่วยเหลือผู้สูญเสียการตายของผู้ป่วยที่เป็นเด็ก ระเบียบวิธีวิจัยชิ้นนี้เป็นกรวิจัยโดยสร้างจากพื้นฐานเป็นกระบวนการประกอบสร้างทางสังคม เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพใช้รูปแบบการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในบุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าร่วมสัมภาษณ์ จำนวน 10 คน ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน พยาบาล 6 คน และนักสังคมสงเคราะห์ 2 คน ผู้เข้าร่วมมีอายุระหว่าง 24-57 ปี และมีประสบการณ์การทำงานเฉพาะสาขามากกว่า 20 ปี ซึ่งมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย 7 กรณีศึกษา โดยการสัมภาษณ์ด้วยการบันทึกข้อมูลผ่านเครื่องบันทึกเสียง และถอดข้อความด้วยระบบโปรแกรม Nvivo เวอร์ชัน 7

ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องดูแลเด็กที่กำลังจะตายและครอบครัว ต้องใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายในการรับมือกับเรื่องนี้ตามภารกิจ การค้นพบกลยุทธ์ในการรับมือภาวะใกล้ตายและการตายในเด็กของบุคลากรทางการแพทย์ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ มีการประกอบสร้างการรับมือด้วยประสบการณ์ของวิชาชีพนั้นๆ ในการดูแลเด็กและครอบครัว ในห้วงเวลาการตายของเด็กซึ่งมีมากมายหลายวิธี รวมถึงการหาเจ้าหน้าที่ด้วยกันเพื่อแบ่งปันประสบการณ์เดียวกัน หาเพื่อนร่วมงานที่ไว้ใจกันให้กำลังใจกัน การใช้กลยุทธ์การรับมือส่วนตัว เช่น การแยก หรือ ให้ความสำคัญด้านบวกตามจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยมี 3 วิธีคือ 1) การช่วยเหลือวิชาชีพด้วยตนเอง 2) กลยุทธ์การรับมือกับบุคคลที่สูญเสีย และ 3) การให้ความช่วยเหลือครอบครัว โดยจุดเน้นอยู่ที่การสื่อสารระดับกลุ่มหรือทีมบุคลากรทางการสุขภาพ รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวที่มีความหมายหลายมิติ ทั้งด้านศาสนา สังคม วัฒนธรรมและชุมชน และแต่ละกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ก็มีจุดเด่นที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะมีความจำเป็นต้องใช้บุคลากรสาขาวิชาชีพเฉพาะตามความเชี่ยวชาญที่แตกต่างกัน

งานวิจัยชิ้นนี้พบช่องว่างการศึกษาได้แก่ การดูแลผู้ป่วยในวัยอื่นๆ ที่ไม่เฉพาะผู้ป่วยที่เป็นเด็กเท่านั้นและยังเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์

แบบเป็นทีมที่ต้องการวิชาชีพหลากหลาย และกระบวนการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก

งานวิจัยชิ้นนี้สามารถต่อยอดกับงานวิจัยของนักศึกษาผู้วิจัยในการศึกษาทฤษฎีการประกอบสร้างความเป็นจริง วิเคราะห์การประกอบสร้างความจริงเรื่องความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ในมุมมองต่างๆ นอกจากนี้ยังศึกษากับบุคลากรทางสุขภาพ วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยา ที่เป็นทีมสหวิชาชีพที่นอกจากจะดูแลผู้ป่วยแล้วยังต้องแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างทีมสหวิชาชีพด้วยกัน เพื่อให้ การดูแลผู้ป่วย

สรุปการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่างานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังมีจำนวนน้อยแต่ก็ยังพบงานวิจัยที่อยู่ในกลุ่มการประกอบสร้างความหมาย และการวิจัยเกี่ยวกับการสื่อสารสุขภาพ การสื่อสารระหว่างบุคคล โดยเฉพาะระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ซึ่งนักศึกษาผู้วิจัยพบช่องว่างในการศึกษาการสื่อสารระดับกลุ่มเล็กที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ควรให้แสดงออกถึงความต้องการการรักษาโรคด้วยตนเองผ่านกิจกรรมการประชุมครอบครัว หรือ Family Meeting ที่เป็นการวางแผนการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายร่วมกันระหว่างแพทย์ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่มีความสำคัญมาก รวมทั้งในบริบทการสื่อสารเรื่องความตายกับกรณีศึกษาในพื้นที่โรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเฉพาะที่เน้นการดูแลแบบประคับประคองเพื่อนำไปสู่การตายดีมีคุณภาพไม่ทุกข์ทรมาน โดยเป็นพื้นที่รักษาที่มีนโยบายไม่ยื้อชีวิตผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยได้แสดงเจตนาไม่รับบริการสาธารณสุขใดๆ หรือเรียกว่า พินัยกรรมชีวิต (Living Will) เช่น เจาะคอ ปั่นหัวใจ ใส่ท่อช่วยหายใจเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินแต่อย่างใด

นอกจากนี้ยังพบประเด็นที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยของนักศึกษาผู้วิจัยที่สำคัญคือ ในประเด็นการศึกษาการประกอบสร้างความหมายความตาย ที่มีผู้สนใจให้การศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีการประกอบสร้างความเป็นจริงทางสังคม (Social Construction of Reality) มาตามลำดับบนพื้นฐานการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) โดยมีกรอบวิธีการวิเคราะห์หับนทฤษฎีที่แตกต่างกันไป ตามระเบียบวิธีวิทยาที่ใช้ศึกษาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography) การวิเคราะห์หับสนทนา (Conversation Analysis) และการศึกษาแบบกรณีศึกษา (Case Study)

ขณะเดียวกันประเด็นการศึกษาการสื่อสารเกี่ยวกับสุขภาพ ได้เริ่มเข้ามามีบทบาทในการดำรงชีวิตของผู้คนมากขึ้นตามภาวะเศรษฐกิจ สังคม ในชีวิตประจำวัน ทำให้งานวิจัยด้านการสื่อสารกับสุขภาพเริ่มเกิดขึ้นและมีการศึกษามากขึ้น มีผู้สนใจศึกษาเรื่อยมาและเริ่มมาจริงจังต่อเนื่องปี 2546 ตามลำดับจนถึงปัจจุบัน โดยการสื่อสารเป็นทักษะที่สำคัญมากกับบุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพ โดยระยะแรกเน้นการศึกษาการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ต่อมาเริ่มให้

ความสนใจในบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาวิชาชีพอื่นๆ ที่มีใช้เพียงแพทย์เท่านั้น เช่น พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ที่ต่างมีความสำคัญและเรียกว่าเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ขณะเดียวกันผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยก็เริ่มมีผู้สนใจศึกษาตามลำดับเช่นเดียวกัน

รวมทั้งเมื่อสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนการที่ศรัทธาการแพทย์แต่ละยุคสมัย เกิดภาวะโรคร้ายแรง เร็วรั้งที่รักษาไม่หาย เช่น โรคมะเร็ง ซึ่งทำให้เกิดความตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ งานวิจัยในช่วงปี 2550 เป็นต้นมาจึงเป็นเรื่องที่เริ่มมีผู้สนใจศึกษาเรื่องของความตาย และการสื่อสารเรื่องความตายมากขึ้น ตลอดจนในยุคปัจจุบันที่เริ่มนำเทคโนโลยีมาใช้ในงานวิจัยการสื่อสาร แม้แต่โลกออนไลน์ การสื่อสารเรื่องความตายก็สามารถเปิดพื้นที่สื่อสารใหม่ๆ ได้เช่นกัน เพื่อท้ายที่สุดแล้วให้เกิดความเข้าใจในการสื่อสารเรื่องความตาย โดยเฉพาะกับผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพต้องอาศัยความสัมพันธ์ที่ดี และการให้ความสำคัญกับการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ยึดแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองที่ให้ความสำคัญกับการวางแผนรักษาร่วมกันตามความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด และอย่างไรก็ตาม พบช่องว่างทางการศึกษาสำคัญ ดังนี้

1. ช่องว่างทางทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา พบว่า ยังไม่มีผู้ศึกษาทฤษฎีการสื่อสารโดยตรงที่เกี่ยวข้องกับความตาย หรืออาจมีอยู่จำนวนน้อย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการสื่อสารความตายผ่านสื่อประเภทต่างๆ ตามยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงไป จากเดิมที่เป็นการศึกษาการสื่อสารความตายผ่านหนังสือ สื่อกิจกรรมต่างๆ ที่หน่วยงานภาคีเครือข่ายร่วมกันจัดขึ้นให้เห็นถึงความสำคัญในการเรียนรู้เรื่องความตาย เช่น กิจกรรมการเสวนาเรื่องความตาย กิจกรรมการจัดงานศพตายก่อนตายผ่านสื่อบุคคลที่มีชื่อเสียง และการสื่อสารความตายที่สำคัญอีกรูปแบบหนึ่ง เมื่อโลกเข้าสู่สังคมออนไลน์ทำให้เกิดการสื่อสารทางเว็บไซต์ความรู้ และ สื่อสังคมออนไลน์มากขึ้นตามสถานการณ์ โดยเฉพาะเมื่อเกิดเหตุการณ์แพร่ระบาดเชื้อไวรัส COVID-19 ที่เกิดขึ้นมาตั้งแต่ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562-ปัจจุบัน (พ.ศ.2565) และยังมีภาระบาอยู่ต่อเนื่อง การสื่อสารเรื่องความตายผ่านสื่อออนไลน์ หรือ Social media ช่องทางต่างๆ เช่น เฟซบุ๊กแฟนเพจหน่วยงานต่างๆ การจัดเสวนาหรือประชุมผ่านออนไลน์ VDO Conference หรือผ่านระบบ Zoom เพิ่มขึ้นตามลำดับ ซึ่งเป็นพื้นที่ใหม่ที่เป็นสถานที่รวมกลุ่มผู้คนที่สนใจในเรื่องเดียวกันแม้จะไม่รู้จักกันก็ตาม

ทั้งนี้ทฤษฎีการสื่อสารโดยตรงที่เกี่ยวข้องกับความตายที่มีอยู่หลายระดับเช่น การสื่อสารภายในตัวเอง การสื่อสารระหว่างบุคคล การสื่อสารกลุ่มเล็ก การสื่อสารระดับองค์กรและการสื่อสารสาธารณะ ประเด็นกระบวนการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักเพื่อสร้างแนวทางการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็ง

และผู้ดูแลหลักเพื่อชี้ให้เห็นปัญหาการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเป็นกรอบการดำเนินงานต่อไปเพื่อลดปัญหาการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

2. ช่องว่างทางกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ พบว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักมีความแตกต่างหลากหลายกันทางการศึกษา ไม่ว่าจะเป็น เพศ อายุ การศึกษา ต่างมีผลกับประเด็นต่างๆ เช่น กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ให้การรักษาดูแลผู้ป่วย หลากหลายวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา หรืออาจเรียกว่าทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีบทบาทหน้าที่ดูแลผู้ป่วย และผู้ดูแลหลัก และกลุ่มผู้ป่วยเป็นอีกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่สำคัญ ไม่เพียงแต่กลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังมีทุกเพศทุกวัยที่สามารถเป็นผู้ป่วยได้ รวมถึงความหลากหลายทางโรคที่เป็นด้วย เช่น โรคมะเร็งที่นับว่าเป็น โรคร้ายที่รักษาไม่หายและเป็นสาเหตุต้นๆ ของการตายในปัจจุบัน อีกทั้งยังเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่แพทย์วินิจฉัยด้วยแล้ว ยังมีความสำคัญกับการศึกษาในระยะเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิตที่ไม่สามารถระบุได้แน่ชัดว่ามากน้อยเพียงใด รวมถึงผู้ดูแลหลักที่นับว่าเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหนึ่งที่สำคัญที่ต้องให้การดูแลเช่นเดียวกับผู้ป่วย ทำให้เห็นมุมมองการให้ความหมายความตายที่หลากหลายมากขึ้น

3. ช่องว่างทางพื้นที่ศึกษาวิจัย พบว่า การวิจัยเชิงคุณภาพมีการศึกษาหลายรูปแบบ รูปแบบกรณีศึกษาในบริบทพื้นที่การศึกษาก็เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่สำคัญ ทำให้มองเห็นความแตกต่างและความลุ่มลึกและวิธีการดำเนินการต่างๆ ในเรื่องดังกล่าว ดังนั้นการเลือกพื้นที่เป็นกรณีศึกษาในโรงพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเฉพาะทางที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จะทำให้เห็นความแตกต่างจากบริบทพื้นที่ในโรงพยาบาลทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นพื้นที่มีแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองมาเป็นระยะเวลายาวนานก่อนที่ภาครัฐจะกำหนดเป็นนโยบายตามข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลก (WHO) ด้วยแล้วตามบริบทสังคมไทยที่มีการเอื้ออาทรกันก็จะยิ่งทำให้เห็นมิติการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ข้อเสนอแนะจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น นักศึกษาผู้วิจัยพบว่า ยังมีมุมมองการศึกษาที่ขาดหายไปได้แก่ มุมมองกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ทำให้เห็นมุมมองการให้ความหมายความตายที่หลากหลายมากขึ้น รวมทั้งประเด็นการนำแนวคิดทฤษฎีการประกอบสร้างความหมายมาปรับใช้ และอธิบายกับการสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพวิชาชีพต่างๆ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลักและประเด็นกระบวนการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักเพิ่มเติม เพื่อสร้างแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก พร้อมกับมีการนำแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง

มาปฏิบัติจริงจึงกับการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในบริบทพื้นที่โรงพยาบาลเฉพาะทางที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ยืดหลักการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมวางแผนรักษาตนเองหรือ Advance Care Plan ในการประชุมครอบครัว หรือ Family Meetingตามความต้องการของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่สุด

จึงกล่าวได้ว่าที่ผ่านมาแม้ว่ามีผู้ศึกษาในประเด็นเรื่องการสื่อสารความตาย กลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ดูแลหลักอยู่บ้างก็ตาม แต่ยังไม่มีการศึกษาทั้ง 3 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีบุคลากรทางสุขภาพหลากหลายวิชาชีพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่รักษาในบริบทพื้นที่เฉพาะ โรคมะเร็ง โดยมีกระบวนการรวบรวมข้อมูลแบบเชิงคุณภาพ คือการสัมภาษณ์เชิงลึก ในระยะรักษาตัวโรงพยาบาลและที่บ้าน รวมทั้งใช้วิธีวิจัยอื่น ได้แก่ การสังเกตการณ์ และการสนทนา กลุ่มเสริมเพิ่มเติมเข้ามาด้วย

ดังนั้นงานวิจัยชิ้นนี้จึงเพิ่มเติมช่องว่างดังกล่าว โดยศึกษาเพื่อขยายความรู้เรื่องการประกอบสร้างความหมายกับความตาย โดยนำทฤษฎีการประกอบสร้างความจริงในชีวิตประจำวันของ Berger & Luckmann (1967) เป็นทฤษฎีหลักในการอธิบายการประกอบสร้างความหมายความตายที่ผ่านการสะสมความรู้เชิงสังคม โดยอาศัยการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมผ่านการสื่อสารที่มีการเผชิญหน้าและการต่อรอง รวมถึงการนำแนวคิดทฤษฎีการสื่อสารต่างๆ ที่สำคัญได้แก่ ระดับการสื่อสาร กระบวนการสื่อสาร การพูดคุยกับผู้ป่วยในการบอกความจริงด้วยเทคนิค SPIKES ปฏิบัติตอบสนองต่อความตายของผู้ป่วยที่มี 5 ระยะ และแนวคิดการให้การปรึกษาผู้ป่วยมะเร็งเหล่านี้ล้วนมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ 5 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยากับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก และเสนอแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเป็นการศึกษาเฉพาะกรณี (case study) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เชื่อถือได้จึงต้องผสมผสานการเก็บข้อมูลหลายรูปแบบ ตั้งแต่การสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การอ่านเอกสาร และอื่นๆ รวมถึงการสนทนากลุ่ม

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาเชิงพรรณนาโดยผู้วิจัยนำเสนอเนื้อหาด้วยเทคนิคการบรรยาย ให้ความสำคัญกับการให้รายละเอียดพร้อมด้วยบริบทของกรณีศึกษา เพื่อทำความเข้าใจกลุ่มตัวอย่างอย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้วิจัยเลือกกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและอยู่ในระยะสุดท้าย ทำให้เห็นระดับการสื่อสารที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะการศึกษาการสื่อสารระดับระหว่างบุคคลและระดับกลุ่ม ได้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยา กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลักในแต่ละกรณีศึกษา ซึ่งงานวิจัยชิ้นนี้ให้ความสำคัญกับการสื่อสารระดับระหว่างบุคคลและระดับกลุ่มตามบริบทของการสื่อสารในหลายวิชาชีพที่มีความเกี่ยวข้องกับการสื่อสารกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลัก โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการทำวิจัย ประกอบด้วย (1) การลงพื้นที่เน้นการศึกษาเฉพาะกรณี โดยการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม (2) การสัมภาษณ์เชิงลึกและ (3) การสนทนากลุ่ม โดยมีวิธีวิจัยดังนี้

1. การเลือกพื้นที่ และผู้ให้ข้อมูลหลัก

ในหัวข้อนี้ ผู้วิจัยจะอธิบายถึงความสำคัญของการเลือกพื้นที่ และผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยประกอบด้วยหัวข้อย่อยดังนี้ 1) การเลือกพื้นที่เพื่อสังเกตการณ์ 2) ผู้ให้ข้อมูลหลักสำหรับการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย กลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ บุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและมีการสื่อสารระหว่างกัน รวมทั้งกับผู้ดูแลหลักที่มาดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ และพยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญและประสบความสำเร็จในการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นบุคคลที่ความรู้ความเชี่ยวชาญและมีชื่อเสียงในการสื่อสารการดูแลแบบประคับประคอง และ 3) ผู้ให้ข้อมูลหลักในการสนทนากลุ่ม

1.1 การเลือกพื้นที่เพื่อสังเกตการณ์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เลือกพื้นที่เก็บข้อมูลใน โรงพยาบาลรักษาเฉพาะทาง โรคมะเร็ง โดยให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง และมีสถานที่ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองตามที่ภาครัฐกำหนดนโยบาย

1.2 ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key of informant) สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก 2 กลุ่มใหญ่

กลุ่มที่ 1 บุคลากรทางสุขภาพ แบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ

(1) กลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยผู้วิจัยเลือกเจาะจง ประกอบด้วย 5 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา ซึ่งทั้ง 5 วิชาชีพนี้ต้องมีประสบการณ์ทำงานในการรักษามะเร็งและดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 1 ปีไม่จำกัดเพศและอายุ ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ที่โรงพยาบาล หรืออาจเป็นสถานที่ที่บุคลากรทางสุขภาพใน 5 วิชาชีพเป็นผู้ระบุนตามความสะดวกของบุคลากรทางสุขภาพดังกล่าว ทั้งสถานที่และเวลา ไม่ต่ำกว่า 2 ครั้ง

(2) แพทย์ พยาบาล ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญและมีชื่อเสียงในการสื่อสารการดูแลแบบประคับประคอง โดยผู้วิจัยเลือกเจาะจงโดยใช้เกณฑ์เป็นที่ยอมรับและประสบความสำเร็จในการทำงานการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้เทคนิคสโนว์บอล โดยให้แพทย์ในโรงพยาบาลอ้างอิงได้แนะนำ เลือกเป็นแพทย์ 2 คน พยาบาล 1 คน เพื่อสัมภาษณ์ในประเด็นการประกอบสร้างความหมายความตายและกระบวนการสื่อสารความตาย โดยขออนุญาตเป็นการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ในกรณีแพทย์ พยาบาลดังกล่าวอยู่ในพื้นที่ต่างจังหวัดหรือไม่สะดวกเข้าพบเพื่ออำนวยความสะดวกในการเดินทาง โดยสัมภาษณ์ไม่ต่ำกว่า 2 ครั้ง

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลักมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 พยาบาลประจำที่ดูแลสถานที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลดังกล่าวจะเป็นผู้ช่วยผู้วิจัยในการรวบรวมรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลักที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยจะเป็นผู้แนะนำผู้วิจัยให้กับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักในครั้งแรก เพื่อทำความคุ้นเคยให้ ความไว้วางใจ และแสดงความจริงใจทุกครั้งก่อนการสัมภาษณ์

ขั้นที่ 2 นักจิตวิทยาจะทำการประเมินภาวะด้านจิตใจ ความเครียด ความวิตกกังวล รวมถึงแนวโน้มในการฆ่าตัวตายก่อนตามแบบสำรวจของหน่วยงาน เพื่อสามารถประเมินการยอมรับโรคมะเร็งและความตายของผู้ป่วย ได้จึงเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในการเข้าไปสัมภาษณ์ ดังนั้น

ผู้วิจัย จึงได้กรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีสภาพจิตใจที่ดี และยินดีให้การสัมภาษณ์และสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ที่เป็นไปตามเงื่อนไขการขอจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

ทั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria) เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นระยะสุดท้าย และเลือกการดูแลรักษาแบบประคับประคอง และเข้ารับการรักษา ซึ่งเป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ครอบคลุมมะเร็งทุกประเภท จำนวน 4 คน เพื่อสัมภาษณ์ในประเด็นการประกอบสร้างความหมายความตายและกระบวนการสื่อสารความตาย และผู้ดูแลหลักจำนวน 4 คน ภายในโรงพยาบาลที่ทำการรักษา ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสะดวกและไม่รบกวนต่อเวลาการพักผ่อน ทั้งนี้ต้องมีบุคลากรทางสุขภาพอยู่ด้วยอย่างน้อย 1 คน เช่นพยาบาล ผู้วิจัย ไม่มีเกณฑ์การนำอาสาสมัครออกจากการศึกษาทดลองหลังเข้าร่วมการศึกษาไปแล้ว (exclusion criteria) แต่ยกเว้นกรณีหากผู้ป่วยมะเร็งเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง ในผู้ป่วยมะเร็งกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีอาการที่เกิดจากผลของโรครุนแรงมากขึ้นตามลำดับ เช่น อ่อนเพลียมากขึ้น การรับประทานอาหารและน้ำลดลง สติสัมปชัญญะเปลี่ยนแปลง การหายใจผิดปกติ ปลายมือเท้าเย็นหรือคล้ำ กลืนปัสสาวะไม่อยู่ และหลับตาไม่สนิท เป็นต้น ซึ่งมีผลต่อการให้สัมภาษณ์จนไม่สามารถสื่อสารได้ จึงต้องนำอาสาสมัครออกในระหว่างการวิจัย ผู้วิจัยจึงต้องเปลี่ยนอาสาสมัครและหาอาสาสมัครใหม่ โดยสัมภาษณ์ไม่ต่ำกว่า 2 ครั้ง

กลุ่มที่ 3 ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informant) สำหรับการสนทนากลุ่ม การสนทนากลุ่มจะดำเนินการภายหลังการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสังเกตการณ์และสัมภาษณ์ทั้งหมดแล้ว และได้แนวทางการสื่อสารสำหรับการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ผู้วิจัยจะดำเนินการจัดสนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม กลุ่มละ 1 ครั้ง ด้วยวิธีตามลำดับขั้นตอน (Sequential) ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย กลุ่มแพทย์ 2 คน พยาบาล 1 คน ที่มีชื่อเสียงและเชี่ยวชาญในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับที่ผู้วิจัยได้เคยสัมภาษณ์ในประเด็นการประกอบสร้างความหมายความตายและกระบวนการสื่อสารไปก่อนหน้านี้ เพื่อให้ข้อเสนอแนะในแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก

กลุ่มที่ 2 คัดเลือกแบบเจาะจงประกอบด้วย กลุ่มผู้ดูแลหลัก จำนวน 4 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเดิมที่เคยสัมภาษณ์และสังเกตการณ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยมีการใช้เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ 2) แบบสังเกตการณ์ 3) แบบสนทนากลุ่ม โดยจะมีการทดสอบความถูกต้องแม่นยำของเครื่องมือใช้หลักตรวจสอบความตรงของข้อมูล (validity) เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยใช้การหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item objective congruence: IOC)

ตามสูตร $IOC = \frac{\text{ผลรวมของ R}}{N}$

N

โดยให้อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านนิเทศศาสตร์ จำนวน 2 ราย พิจารณาให้คะแนนเครื่องมือวิจัยดังกล่าว พร้อมกับให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้เรื่องจิตวิทยาการปรึกษาและการดูแลแบบประคับประคอง 1 ราย เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของข้อมูลจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญรวม 3 ราย ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.81 และนำแบบสัมภาษณ์ แบบสังเกตการณ์ ไปใช้กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักต่อไป ทั้งนี้เครื่องมือการวิจัยที่ผู้วิจัยใช้ประกอบด้วย

2.1 เครื่องมือชิ้นที่ 1 คือ แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง มี 3 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยผู้วิจัยเลือกเจาะจง ประกอบด้วย 5 วิชาชีพได้แก่ แพทย์พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยาในประเด็นการประกอบสร้างความหมายความตาย และกระบวนการสื่อสารความตาย

ชุดที่ 2 สำหรับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria) เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นระยะสุดท้าย และเลือกการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ตามขั้นตอนที่คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ให้ดำเนินการ โดยเป็นผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครอบคลุมมะเร็งทุกประเภท จำนวน 4 คน และผู้ดูแลหลัก จำนวน 4 คน เพื่อสัมภาษณ์ในประเด็นการประกอบสร้างความหมายความตายและกระบวนการสื่อสารความตาย โดยผู้วิจัยไม่ระบุคำว่ามะเร็งในแบบสัมภาษณ์ หนังสือคำชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอม

ชุดที่ 3 สำหรับแพทย์ พยาบาล ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญและมีชื่อเสียงในการสื่อสารการดูแลแบบประคับประคอง เป็นที่ยอมรับและประสบความสำเร็จในการดูแลแบบประคับประคอง ในประเด็นการประกอบสร้างความหมายความตาย และกระบวนการสื่อสารความตาย

2.2 เครื่องมือชิ้นที่ 2 คือ แบบสังเกตการณ์ ผู้วิจัยจะสังเกตกระบวนการสื่อสารในการรักษาการดูแลแบบประคับประคองภายใต้บริบทการสื่อสารต่างๆ ในโรงพยาบาล ประกอบด้วย

กระบวนการสื่อสารการรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ การเรอรับเข้ารับการรักษา การแจ้งอาการโรค การรักษาไประยะหนึ่งเตรียมกลับไปรักษาตัวที่บ้าน และกลับไปรักษาตัวที่บ้าน เนื้อหาสาร (Message) ที่สื่อสาร เช่น การแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน การรับรู้ของผู้ป่วยและญาติแนวทางการรักษาแบบประคับประคองช่องทางการสื่อสาร (Channel) ได้แก่ สื่อบุคคล สื่อกิจกรรมและสื่ออื่นๆ และคู่สื่อสาร ได้แก่ ผู้ส่งสาร (Sender) ผู้รับสาร (Receiver) ประกอบด้วย กลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ 5 วิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา ผู้ป่วย มะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสารที่ผู้วิจัย เจาะจง โดยสังเกตการณ์การปฏิบัติการทำงานปกติ (routine) การตรวจผู้ป่วยในห้องพัก (Round ward) กรณีการทำงานแบบ Non-routine เช่น การประชุมร่วมกับญาติ (Family Meeting) เพื่อวางแผนการรักษาร่วมกัน (Advance Care Plan) กับครอบครัวที่จะแสดงออกกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในทาง วัจนภาษาคือภาษาที่ใช้พูดออกมา และอวัจนภาษาคือภาษากาย สีหน้า แววตา ท่าทาง การไหลของ ข้อมูลเป็นรูปแบบการสื่อสารใดมีอำนาจสั่งการเกี่ยวข้องหรือไม่ มีบริบทการสื่อสารที่เกี่ยวข้อง ของผู้ส่งสารทั้งในมุมมองบุคลากรทางสุขภาพและผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักอย่างไร ปัญหาและความต้องการ ในการสื่อสาร รวมทั้งการพูดคุยหรือกระทำสิ่งค้างคาใจ กิจกรรมทางพุทธศาสนา กิจกรรมต่างๆ ที่มีให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เช่น กิจกรรมบำบัดผู้ป่วยด้วยดนตรี ศิลปะ หรือ สุนัข ตามความ สนใจและช่วยผ่อนคลายกับผู้ป่วยโดยลงพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 5 ครั้ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนมากที่สุด

2.3 เครื่องมือชิ้นที่ 3 คือ แบบการสนทนากลุ่ม เพื่อพิจารณาแนวทางการสื่อสารสำหรับการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก มี 2 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 ประกอบด้วยกลุ่มแพทย์ 2 คน พยาบาล 1 คนที่มีชื่อเสียงและเชี่ยวชาญในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับที่ผู้วิจัย ได้เคยสัมภาษณ์ในประเด็นการประกอบสร้างความหมายความตายและกระบวนการสื่อสารไปก่อนหน้า เพื่อให้ข้อเสนอแนะในแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก

ชุดที่ 2 ประกอบด้วย กลุ่มผู้ดูแลหลัก จำนวน 4คน ซึ่งเป็นกลุ่มเดิมที่เคยสัมภาษณ์ และสังเกตการณ์

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

สำหรับขั้นตอนการทำวิจัย ประกอบด้วย (1) การลงพื้นที่เพื่อทำความคุ้นเคยกับสถานที่และผู้เกี่ยวข้อง โดยเน้นการศึกษาเฉพาะกรณี โดยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (2) การสัมภาษณ์เชิงลึกและ (3) การสนทนากลุ่ม โดยมีวิธีวิจัยของผู้วิจัยเป็นแบบเชิงคุณภาพ โดยเก็บข้อมูล 3 วิธี

3.1 วิธีแรกผู้วิจัยเก็บข้อมูลในรูปแบบคู่ขนาน (parallel) โดยในขั้นตอนแรกเมื่อผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลในโรงพยาบาล หลังจากแนะนำตัวแล้วจะใช้วิธีสังเกตการณ์ในครั้งแรกจะสังเกตโดยทั่วไปในภาพรวมของหน่วยงาน บุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ดูแลที่มารับบริการรักษา ตลอดจนเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและสร้างมนุษยสัมพันธ์อันดีกับผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ผู้ให้การต้อนรับ หรือผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และทำความรู้จักกับแพทย์ที่จะแนะนำผู้ป่วย หรือ สโนว์บอล การเลือกกรณีผู้ป่วยในขั้นตอนต่อไป ซึ่งในความเป็นจริงไม่สามารถหลีกเลี่ยงการพูดคุยในลักษณะไม่เป็นทางการได้ เพื่อสามารถทำการนัดหมายการสัมภาษณ์ต่อไปในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้การสังเกตการณ์ไม่สามารถทำได้เพียงครั้งเดียว จึงต้องมีการสังเกตการณ์ในครั้งที่ 2,3 และ 4 ฯลฯ เพื่อเก็บข้อมูลจากการสังเกตการณ์การปฏิบัติงานปกติ (routine) ในประเด็นกระบวนการสื่อสารของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักต่อไป ผู้วิจัยจะสังเกตในโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยสังเกตกระบวนการสื่อสารระหว่างแพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา กับผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ดูแลหลักผ่านารปฏิบัติงานประจำหลัก บริบทที่เกี่ยวข้อง การพูดคุยหรือกระทำสิ่งค้างคาใจ กิจกรรมทางพุทธศาสนา กิจกรรมต่างๆ ที่มีให้กับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก เช่น กิจกรรมบำบัดผู้ป่วยด้วยดนตรี ศิลปะ หรือ สุนัขเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย เป็นต้น

3.2 วิธีที่ 2 ใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (non-structure interview) การสัมภาษณ์อาจเกิดขึ้นขณะสังเกตได้ แต่เป็นลักษณะไม่เป็นทางการ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับแพทย์ และพยาบาล รวมทั้งเป็นการเริ่มต้นของการใช้เทคนิคสโนว์บอลไปยังผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่สามารถเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยได้ โดยให้บุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้แนะนำ เพื่อสัมภาษณ์ในประเด็นการประกอบสร้างความหมายความตายและกระบวนการสื่อสารตามลำดับ ในการสัมภาษณ์บุคลากรทางสุขภาพประกอบด้วย 5 วิชาชีพๆ ละ 1 คน ดังนี้ แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา รวม 5 คน และ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและอยู่ในระยะสุดท้าย จำนวน 4 คน และผู้ดูแลหลัก จำนวน 4 คน ซึ่งก่อนสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะสร้างความคุ้นเคย ความจริงใจและความไว้วางใจเพื่อการพูดคุยสัมภาษณ์

ข้อมูลต่อไป และยังรวมถึงการสัมภาษณ์ แพทย์ 2 คน พยาบาล 1 คน ที่ประสบความสำเร็จในด้านการสื่อสารเรื่องการรักษาแบบประคับประคองเพื่อนำไปสู่การนัดสัมภาษณ์ในประเด็นการประกอบสร้างความหมายความตายและกระบวนการสื่อสารความตายต่อไป

ทั้งนี้ในการสัมภาษณ์ประกอบด้วย 2 กลุ่มใหญ่

กลุ่มที่ 1 บุคลากรทางสุขภาพ แบ่งเป็นแบบ 2 กลุ่มย่อย คือ

(1) กลุ่มบุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยและมีการสื่อสารกับผู้ดูแลหลักในโรงพยาบาล 5 วิชาชีพๆ ละ 1 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา ซึ่งทั้ง 5 วิชาชีพนี้ต้องมีประสบการณ์ทำงานในการรักษามะเร็งไม่ต่ำกว่า 1 ปี ไม่จำกัดเพศและอายุ ทั้งนี้ต้องเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ในโรงพยาบาล หรืออาจเป็นสถานที่ที่บุคลากรทางสุขภาพใน 5 วิชาชีพเป็นผู้ระบุตามความสะดวกของบุคลากรทางสุขภาพดังกล่าว ทั้งสถานที่และเวลา ไม่ต่ำกว่า 2 ครั้ง

(2) แพทย์ พยาบาล ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญและมีชื่อเสียงในการสื่อสารการดูแลแบบประคับประคอง โดยผู้วิจัยเลือกเจาะจงโดยใช้เกณฑ์เป็นที่ยอมรับและประสบความสำเร็จในการทำงานการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้เทคนิคสโนว์บอล โดยให้แพทย์ในโรงพยาบาลอ้างอิงได้แนะนำ เลือกเป็นแพทย์ 2 คน พยาบาล 1 คน เพื่อสัมภาษณ์ในประเด็นการประกอบสร้างความหมายความตายและกระบวนการสื่อสารความตาย โดยขออนุญาตเป็นการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ในกรณี แพทย์ พยาบาลดังกล่าวอยู่ในพื้นที่ต่างจังหวัด เพื่ออำนวยความสะดวกในการเดินทาง ไม่ต่ำกว่า 2 ครั้ง

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 พยาบาลที่เป็นผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้รวบรวมผู้ป่วยที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก

ขั้นที่ 2 นักจิตวิทยาจะทำการประเมินภาวะด้านจิตใจ ความเครียด ความวิตกกังวล รวมถึงแนวโน้มในการฆ่าตัวตายก่อนตามแบบสำรวจของหน่วยงาน เพื่อสามารถประเมินการยอมรับโรคมะเร็งและความตายของผู้ป่วยได้จึงเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในการเข้าไปสัมภาษณ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้กรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีสภาพจิตใจที่ดีและยินดีให้การสัมภาษณ์และสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมที่เป็นไปตามเงื่อนไขการขอจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

ทั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria) เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นระยะสุดท้าย และเลือกการดูแลรักษาแบบประคับประคองและเข้ารับการรักษา ซึ่งเป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ครอบคลุมมะเร็งทุกประเภท จำนวน 4 คน เพื่อสัมภาษณ์ในประเด็นการประกอบสร้างความหมายความตายและกระบวนการสื่อสารความตาย และผู้ดูแลหลักจำนวน 4 คน ภายในโรงพยาบาลที่ทำการรักษา

ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสะดวกและไม่รบกวนต่อเวลาการพักผ่อน ทั้งนี้ต้องมีบุคลากรทางสุขภาพอยู่ด้วยอย่างน้อย 1 ราย เช่นพยาบาล ไม่ต่ำกว่า 2 ครั้ง

ทั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ 2 ระยะ คือ ระยะที่ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และ ระยะที่รักษาตัวที่บ้าน โดยผู้วิจัยจะใช้วิธีสัมภาษณ์หลายช่องทางตามที่ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักสะดวกและอนุญาต ได้แก่ การลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ สัมภาษณ์ทางสื่อออนไลน์ เช่น ทาง LINE แอปพลิเคชัน เป็นต้น

3.3 วิธีที่ 3 ใช้การสนทนากลุ่ม ซึ่งจะดำเนินการภายหลังการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสังเกตการณ์และสัมภาษณ์ทั้งหมดแล้วและได้แนวทางการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ผู้วิจัยจะดำเนินการจัดสนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม กลุ่มละ 1 ครั้ง ด้วยวิธีตามลำดับขั้นตอน (Sequential) ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน พยาบาล 1 คน ที่มีชื่อเสียงและเชี่ยวชาญในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับที่ผู้วิจัยได้เคยสัมภาษณ์ในประเด็นการประกอบสร้างความหมายความตายและกระบวนการสื่อสารไปก่อนหน้านี้ เพื่อให้ข้อเสนอแนะแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองภายในหน่วยงานหรือศูนย์การดูแลแบบประคับประคองที่อยู่ในโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน รวมถึงเผยแพร่ไปยังภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่ให้ความสำคัญกับกิจกรรมการสื่อสารให้ความรู้เรื่องความตายและกิจกรรมการตายดีต่อไป

กลุ่มที่ 2 คัดเลือกแบบเจาะจงประกอบด้วย กลุ่มผู้ดูแลหลัก จำนวน 4 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเดิมที่เคยสัมภาษณ์และสังเกตการณ์ ซึ่งวัตถุประสงค์การสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้ป่วยนั้น ผู้วิจัยต้องการแสดงความจริงใจต่องานวิจัยที่ทำกับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลหลักที่ได้ตลอดเวลาแลกเปลี่ยนข้อมูล รวมทั้งต้องการให้ร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก ร่วมกันเสนอแนะแนวทางการสื่อสารดังกล่าว ด้วยสถานการณ์การระบาด COVID-19 ต่อเนื่องเป็นปีที่ 3 (พ.ศ. 2565) ผู้วิจัยจึงใช้วิธีสนทนากลุ่มผ่านระบบออนไลน์เพื่อดำเนินการตามนโยบายภาครัฐในมาตรการป้องกันการติดโรค COVID-19 แบบครอบจักรวาล (Universal Prevention)

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) ถอดเทปการสัมภาษณ์เชิงลึก และจัดระเบียบข้อมูลการสังเกตการณ์ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการประกอบสร้างความเป็นจริงทางสังคม ของ Berger & Luckmann (1967)

2) จัดระเบียบ วิเคราะห์ข้อมูลสังเกตการณ์ตาม Theme หรือ Key concept จากขั้นตอนที่ 1 ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการประกอบสร้างความเป็นจริงทางสังคมได้แก่ ประเด็นความเป็นจริงในชีวิตประจำวัน (The reality of everyday life) ประเด็นการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในชีวิตประจำวัน (Social interaction in everyday life) และประเด็นการสะสมความรู้เชิงสังคม (Social stock of knowledge) ภายในบริบทการสื่อสารต่างๆ ที่มีรูปแบบการสื่อสาร สไตล์หรือลักษณะการสื่อสารตามบทบาทของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก

3) วิเคราะห์ข้อมูล 2 ข้อมูลไขว้กันที่ได้คือ จากการถอดเทปการสัมภาษณ์กับการสังเกตการณ์ข้างต้น โดยวิเคราะห์กระบวนการสื่อสารภายใต้แผนการดูแล 14 วัน (care map 14 days) ของโรงพยาบาลพื้นที่กรณีศึกษา

4) นำข้อมูลการสังเกตการณ์และการสัมภาษณ์ที่วิเคราะห์แล้ว ภายใต้แผนการดูแล 14 วัน (care map 14 days) ของ โรงพยาบาลพื้นที่กรณีศึกษามาสร้างเป็นแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก

5) นำแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักมารับฟังความคิดเห็น สะท้อนกลับมาในการสนทนากลุ่มในกลุ่ม แพทย์ 2 คน พยาบาล 1 คน ที่มีชื่อเสียงและเชี่ยวชาญในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับที่ผู้วิจัยได้เคยสัมภาษณ์ในประเด็นการประกอบสร้างความหมายความตายและกระบวนการสื่อสารไปก่อนหน้านี้ และในกลุ่มผู้ดูแลหลักจำนวน 4 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเดิมที่เคยสัมภาษณ์และสังเกตการณ์เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับประโยชน์สูงสุด

6) วิเคราะห์ข้อมูลแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักจากข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ได้จากการสนทนากลุ่มข้างต้น เพื่อสรุปและปรับแก้ไข และนำแนวทางดังกล่าวนำเสนอเชิงนโยบายต่อผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขและนำไปปรับใช้ในหน่วยงานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองต่อไป

5. การตรวจสอบข้อมูล

ใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้าด้วยวิธีการดังต่อไปนี้

5.1 การตรวจสอบโดยวิธีการรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกัน คือ โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่ม

5.2 การตรวจสอบโดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลหลักคือ กลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ 2 กลุ่มคือ 1) กลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งและมีการสื่อสารกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักในโรงพยาบาล 5 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยา 2) แพทย์ 2 คน พยาบาล 1 คน ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญและมีชื่อเสียงในการสื่อสารการดูแลแบบประคับประคองและ 3) กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลักซึ่งมีลักษณะทางประชากรศาสตร์และภูมิหลังที่แตกต่างกัน เพื่อให้ได้คำอธิบายการประกอบสร้างความหมายความตาย กระบวนการสื่อสารความตาย ในหลากหลายสภาพการณ์และมิติที่ต่างกัน

5.3 การตรวจสอบโดยใช้ผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านนิเทศศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน พิจารณาให้คะแนนเครื่องมือวิจัยดังกล่าว และอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้เรื่องจิตวิทยาการปรึกษาและการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ และความครอบคลุมของคำถามให้เป็นไปตามแนวคิดและทฤษฎี รวมทั้งแบบสังเกตและแบบสนทนากลุ่ม เพื่อให้เกิดความแม่นยำถูกต้องในการใช้เครื่องมือในการวิเคราะห์

6. การนำเสนอข้อมูล

ผู้วิจัยได้กำหนดนำเสนอข้อมูลที่เป็นผลการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 2 กระบวนการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 3 แนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก

7. ประเด็นจริยธรรมในการศึกษาวิจัย

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมนุษย์ การวิจัยอาจส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างได้ ประกอบกับพื้นที่ศึกษาที่เป็นโรงพยาบาลมีคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดังนั้นในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้มีการนำเสนอแนวทางการวิจัยดังกล่าว ประกอบด้วย เอกสารแบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ แบบฟอร์มใบยินยอม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเช่น แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกตการณ์ และแบบสนทนากลุ่ม รวมถึงประวัติผู้วิจัย เพื่อขออนุมัติไปยังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยหรือสถาบันการศึกษาเพื่อพิจารณา โดยผู้วิจัยได้รับการอนุมัติรับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ 2 แห่ง คือจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (รหัสโครงการ HSc-HREC- 63-126-2-3) วันที่รับรอง 18 สิงหาคม 2563 และยังได้ขออนุมัติคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลพื้นที่สนามในการเก็บรวบรวมข้อมูล (เอกสารรับรองเลขที่ MTH 2020-16) รหัสโครงการ 186 วันที่รับรอง 22 ตุลาคม 2563

นอกจากนี้ ผู้วิจัยมีวิธีรักษาความเป็นส่วนตัวและมาตรการปกป้องความลับของอาสาสมัคร โดยในการเก็บข้อมูลจากอาสาสมัคร ไม่ว่าจะเป็นการสังเกต สัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยจะบันทึกข้อมูลที่ไม่สามารถสืบเสาะถึงตัวบุคคลผู้เป็นเจ้าของข้อมูล หรือเปิดเผยตัวตนของเจ้าของข้อมูล โดยผู้วิจัยจะหลีกเลี่ยงการเปิดเผยข้อมูลที่บ่งชี้ตัวบุคคล ปกป้องความลับของข้อมูล โดยมีมาตรการที่เหมาะสม ไม่ระบุชื่อนามสกุลจริงของผู้ป่วย แต่ใช้รหัสแทน เมื่อมีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเพื่อเป็นการปกป้องข้อมูลส่วนตัวผู้ป่วยให้เป็นความลับ เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับอย่างดี หากใช้ข้อมูลเรียบร้อยแล้วจะทำลายข้อมูลดังกล่าวตามที่ได้ระบุไว้ในแบบขอความยินยอมที่เป็นลายลักษณ์อักษรกับอาสาสมัครต่อไป

8. ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัย

ด้วยเกณฑ์ในการประเมินคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ดูแลหลักจะต้องเป็นผู้ที่ผ่านการประเมินแล้วจากนักจิตวิทยาว่าเป็นผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่ไม่หวาดกลัวต่อความตาย จึงได้ถูกคัดเลือกมาเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนั้นกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลักที่ถูกคัดเลือกมาจึงเป็นกลุ่มที่มีสุขภาพจิตที่อยู่ในเกณฑ์ดี ไม่มีความเครียด

วิตกกังวลใดๆ กับอาการเจ็บป่วย หรือแนวโน้มการฆ่าตัวตายใดๆ และพร้อมยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้น

นอกจากนี้ในกระบวนการสื่อสารในบริบทการดูแลแบบประคับประคอง ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสัมภาษณ์ และสังเกตการณ์ 2 ระยะ คือ ช่วงที่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล และช่วงที่ผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นรักษาตัวที่บ้าน โดยส่วนใหญ่ผู้วิจัยจะใช้วิธีสัมภาษณ์เป็นหลัก ในส่วนวิธีการสังเกตการณ์ที่เป็นช่วงเวลาการแจ้งอาการ การวางแผนการรักษา ไม่สามารถเข้าไปสังเกตการณ์ได้ ประกอบกับช่วงเวลาเก็บข้อมูล บางช่วงเวลาอยู่ในสถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พื้นที่กรณีศึกษาจึงงดเยี่ยมหรือพบผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักทุกกรณี และเมื่อสถานการณ์ระบาด COVID-19 เริ่มผ่อนคลาย ผู้วิจัยจึงสามารถสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพิ่มเติม ในช่วงที่กลับไปรักษาตัวที่บ้าน ไม่ต่ำกว่า 2 ครั้ง แต่ในผู้ป่วยบางรายที่อยู่พื้นที่ห่างไกล ผู้วิจัยไม่สามารถเดินทางได้ จึงใช้การสื่อสารด้วยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ทางไลน์ และวิดีโอคอล ทั้งนี้เพื่อปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาด COVID-19 ของภาครัฐ โดยเฉพาะการเว้นระยะห่างในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเพื่อไม่นำเชื้อโรคไวรัส COVID-19 ไปสู่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้ป่วยเป็นสำคัญ



บทที่ 4

การประกอบสร้างความหมายความตาย

การวิจัยเรื่อง การสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลัก เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และสังเกตการณ์ ที่มุ่งศึกษาการประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลัก กระบวนการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลัก รวมถึงแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก

ในบทที่ 4 นี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์การประกอบสร้างความหมายความตาย โดยนำแนวคิดการสร้างความเป็นจริงในชีวิตประจำวัน (The reality of everyday life) ตามทฤษฎีการประกอบสร้างความเป็นจริงทางสังคม (The Social of Construction of Reality) โดย P. Berger & T. Luckmann (1967) มาวิเคราะห์วัตถุประสงค์ข้อ 1 การประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพในพื้นที่สนาม 5 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา และแพทย์ พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญเป็นที่ยอมรับในการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลัก โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลโดยรวม ประกอบด้วย

- 1) ข้อมูลตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางสุขภาพ 5 วิชาชีพในโรงพยาบาลพื้นที่กรณีศึกษา
- 2) ข้อมูลตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลักในพื้นที่กรณีศึกษา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการประกอบสร้างความหมายความตาย

1.2 การประกอบสร้างความหมายความตาย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

ตารางที่ 4.1 รายละเอียดผู้ให้ข้อมูลหลัก กรณีศึกษา บุคลากรทางสุขภาพ 5 วิชาชีพในโรงพยาบาลพื้นที่กรณีศึกษา

บุคลากรทางสุขภาพ	อายุ (ปี)	เพศ	อาชีพ	การศึกษา/ สาขา	ประสบการณ์ การทำงาน	สถานภาพ	บทบาทหน้าที่	ศาสนา/ความเชื่อ	ความถี่ในการพบ ผู้ป่วย
A1	37	หญิง	แพทย์	ปริญญาตรี	5 ปีขึ้นไป	สมรส	แพทย์อายุรกรรม / แพทย์ห้องฉุกเฉิน (ER) ดูแลผู้ป่วยที่ถูก ส่งตัวมา /ตรวจเยี่ยม อาการทั่วไปของ ผู้ป่วยที่ห้องพัก (round ward)	พุทธ/สวดมนต์/ ทำบุญทั่วไป/ ไม่ เชื่อเรื่องภพหน้า พิสูจน์ไม่ได้	สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง (ประมาณทุกวัน อังคารและ พฤหัสบดี) หากติด ประชุมจะไม่ได้มา round ward

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

บุคลากร ทางสุขภาพ	อายุ (ปี)	เพศ	อาชีพ	การศึกษา/ สาขา	ประสบการณ์ การทำงาน	สถานภาพ	บทบาทหน้าที่	ศาสนา/ความเชื่อ	ความถี่ในการพบ ผู้ป่วย
A2	28	หญิง	พยาบาล	ปริญญาตรี	5 ปี	โสด	คัดกรองสอบถาม ประวัติผู้ป่วยและ ผู้ดูแลหลัก ที่แรก รับมาใหม่ แนะนำให้ ข้อมูลสถานที่รักษา ฯลฯ และให้การดูแล ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ภายในห้องพัก ตาม เวรที่รับผิดชอบ	พุทธ/สวดมนต์/ ทำบุญ เชื่อเรื่อง หลังความตายภพ หน้า	มีการผลัดเวรดูแล ผู้ป่วย 2 รอบๆ ละ 12 ชั่วโมง (ตลอด 24 ชั่วโมง)

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

บุคลากร ทางสุขภาพ	อายุ (ปี)	เพศ	อาชีพ	การศึกษา/ สาขา	ประสบการณ์ การทำงาน	สถานภาพ	บทบาทหน้าที่	ศาสนา/ความเชื่อ	ความถี่ในการพบ ผู้ป่วย
A3	41	หญิง	แพทย์รังสี รักษา	ปริญญาตรี	13 ปีขึ้นไป	โสด	เป็นผู้ส่งสารหลักใน ประเด็นการแจ้งข่าว เรื่องโรค/ ระยะแก่ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก /นำการประชุม ครอบครัว ให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลหลักร่วม วางแผนการรักษา ตามวิธีการดูแลแบบ ประคับประคอง โดย ผู้ดูแลหลักต้องลง นามยินยอมการรักษา	พุทธ/สวดมนต์/ ทำบุญ เชื่อเรื่องภพ หน้าแม่ยังพิสุจน์ ตามหลัก วิทยาศาสตร์ไม่ได้ ก็ตาม	ทุกวันพุธที่ห้องพัก ผู้ป่วย และสัปดาห์ ละ 2-3 ครั้ง ตาม อาการความรุนแรง ของผู้ป่วย (โดยให้ เวรเปลไปรับและ พาผู้ป่วยมาพบที่ ห้องของแพทย์)

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

บุคลกร ทางสุขภาพ	อายุ (ปี)	เพศ	อาชีพ	การศึกษา/ สาขา	ประสบการณ์ การทำงาน	สถานภาพ	บทบาทหน้าที่	ศาสนา/ความเชื่อ	ความถี่ในการพบ ผู้ป่วย
							<p>อาจไม่ทำพินัยกรรม ชีวิต (living will) ก็ ได้แต่ต้องมีการทำ Family meeting เป็น สิ่งสำคัญที่ทำให้ ผู้ป่วยและครอบครัว รับรู้แนวทางการ รักษาแบบ ประคับประคอง ที่มี เครื่องพยุงชีพใดๆ เช่น เจาะคอ ป้อน หัวใจเมื่อมีเหตุ ฉุกเฉิน</p>		

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

บุคลากร ทางสุขภาพ	อายุ (ปี)	เพศ	อาชีพ	การศึกษา/ สาขา	ประสบการณ์ การทำงาน	สถานภาพ	บทบาทหน้าที่	ศาสนา/ความเชื่อ	ความถี่ในการพบ ผู้ป่วย
A4	55	ชาย	นักสังคม สงเคราะห์	ปริญญาตรี	15 ปีขึ้นไป	โสด	เป็นผู้ให้คำปรึกษา เรื่องเศรษฐกิจ ภาวะทางเศรษฐกิจ ในครอบครัว เพื่อทำ การประเมินรายได้ รายจ่ายในครอบครัว ของผู้ป่วย ให้ความ ช่วยเหลือในส่วนที่ โรงพยาบาลจัดหาให้ ได้เช่น ค่ารถเดินทาง มาโรงพยาบาลและ	พุทธ/สวดมนต์/ ทำบุญประจำ/เคย บวชเป็นพระสงฆ์ กว่า 20 ปี/ เชื่อ เรื่องจิตสุดท้ายการ เดินทางหลังความ ตายในภพหน้า	สัปดาห์ละ 5-6 ครั้ง โดยมาพบผู้ป่วย และผู้ดูแลหลักตาม รายการจำนวน ผู้ป่วยที่เข้ามาพักวัน แรก ระหว่างการ รักษาและวันกลับ บ้าน และขึ้นอยู่กับ ผู้ป่วย และผู้ดูแล หลักมีประเด็น สอบถาม

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

บุคลากร ทางสุขภาพ	อายุ (ปี)	เพศ	อาชีพ	การศึกษา/ สาขา	ประสบการณ์ การทำงาน	สถานภาพ	บทบาทหน้าที่	ศาสนา/ความเชื่อ	ความถี่ในการพบ ผู้ป่วย
							ค่ารถเดินทางกลับ บ้าน หรืออุปกรณ์ จำเป็นเมื่อกลับบ้าน พร้อมทั้งแนะนำสิทธิ ประโยชน์พึงได้หรือ สวัสดิการจากรัฐที่ ผู้ป่วยควรได้รับ เช่น เงินประกันสังคม เป็นต้น		โดยพยาบาลจะเป็น ผู้ประสาน

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

บุคลากร ทางสุขภาพ	อายุ (ปี)	เพศ	อาชีพ	การศึกษา/ สาขา	ประสบการณ์ การทำงาน	สถานภาพ	บทบาทหน้าที่	ศาสนา/ความเชื่อ	ความถี่ในการพบ ผู้ป่วย
A5	35	หญิง	นักจิตวิทยา	ปริญญาโท	1-2 ปี	โสด	เป็นผู้เข้ามาทำการ ประเมินตาม แบบฟอร์ม เพื่อหา ภาวะความเครียด วิตกกังวล การ ยอมรับเรื่องความตาย หรือแนวโน้มการฆ่า ตัวตายให้กับผู้ป่วย และผู้ดูแลหลัก ใน วันแรกที่เข้ารับรักษา	พุทธ/สวดมนต์/ ทำบุญศึกษา พระไตรปิฎก จริงจัง/ เชื่อเรื่อง ภพหน้าหลังความ ตายและการทำดี ได้ดีทำชั่วได้ชั่ว บาปบุญคุณ โทษมี จริง	สัปดาห์ละ 5-6 ครั้ง (ในรายที่มีภาวะ เครียดมาวันละ 2 ครั้ง) โดยมาพบ ผู้ป่วยและผู้ดูแล

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

บุคลากร ทางสุขภาพ	อายุ (ปี)	เพศ	อาชีพ	การศึกษา/ สาขา	ประสบการณ์ การทำงาน	สถานภาพ	บทบาทหน้าที่	ศาสนา/ความเชื่อ	ความถี่ในการพบ ผู้ป่วย
							พร้อมกับพูดคุยให้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก คลายความเครียด หรือความวิตกกังวล กับการรักษา และ ยังให้คำปรึกษา ปัญหาด้านจิตใจ ผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักอีก ด้วย		หลักตามผู้ป่วยที่ เข้ามาพักวันแรก ระหว่างการรักษา และวันกลับบ้าน โดยพยาบาลจะเป็น ผู้ประสาน

ตารางที่ 4.2 รายละเอียดผู้ให้ข้อมูลหลัก กรณีศึกษา ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลักในพื้นที่กรณีศึกษา

ผู้ป่วย	อายุ (ปี)	เพศ	อาชีพ	สถานภาพ	ชนิด ของโรค มะเร็ง	อาการก่อน เข้ารับการ รักษา	การรักษาฉาย แสงรังสี	ศาสนา/ ความเชื่อ	ระดับ การศึกษา	รายได้ (บาทต่อ เดือน)	ความถี่ที่ แพทย์มา ตรวจ	ผู้ดูแล หลัก	ความสัมพันธ์กับ ผู้ป่วย
B1	30	หญิง	พนักงาน บริษัท / ป่วย ลาออก มาขาย ของผ่าน ระบบ ออนไลน์	สมรส ไม่มีบุตร	มะเร็ง เต้านม	ปวดขา ปวด หลัง มี อาการชัก หมดสติ ลุก นั่งเดินไม่ได้ คิดเดียว	ฉายแสงครบ 10 ครั้ง ครบ ตามขั้นตอน การรักษาที่ หมอแจ้งไว้ และเตรียมตัว กลับบ้าน	พุทธ/สวด มนต์/ ทำบุญ ยึดถือร่าง ทรงพ่อบุ ประจำ บ้านขอให้ ดีขึ้น	ประกาศ นียบัตร ชั้นสูง (ปวส.) ประจำ	12,000/ป่วย ต้องออก จากงาน ไม่ มีรายได้ ครอบครัว นำเงินเก็บ มาใช้จ่าย	สัปดาห์ ละ 2-3 ครั้ง	C1	มารดา

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ผู้ป่วย	อายุ (ปี)	เพศ	อาชีพ	สถานภาพ	ชนิด ของโรค มะ เริง	อาการก่อน เข้ารับการ รักษา	การรักษาฉาย แสงรังสี	ศาสนา/ ความเชื่อ	ระดับ การศึกษา	รายได้ (บาทต่อ เดือน)	ความถี่ที่ แพทย์มา ตรวจ	ผู้ดูแล หลัก	ความสัม พันธ์กับ ผู้ป่วย
B2	50	หญิง	รับจ้าง ฉีดยา สวน ผลไม้/ บุค มะพร้าว/ มีรายชำ ที่บ้าน	ไม่ได้ สมรส มี บุตรสาว 1 คน	มะเริง เต้านม	เคยปวดท้อง ลำไส้ และ มาเป็นทีนม ตัดทิ้งไป ข้างหนึ่ง ต่อมาไม่มี แรงเดิน หมดแรง ปวดหัว	ฉายแสงครั้ง ที่ 5 ใน จำนวน 10 ครั้ง ตาม ขั้นตอนที่ หมอแจ้งไว้	พุทธ/สวด มนต์/ ทำบุญบน บานขอให้ เดินได้จะ บวชชีแต่ ไม่ต้องการ หายเพราะ รู้ว่าไม่หาย	ประถม ศึกษา ปีที่ 6	5,000/ ป่วยออก จากงาน รายได้ไม่มี แต่ทำ ประกันสังคม ไว้และ ครอบครัว ช่วยเหลือ	สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง	C2	สามี

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ผู้ป่วย	อายุ (ปี)	เพศ	อาชีพ	สถานภาพ	ชนิด ของโรค มะ เริง	อาการก่อน เข้ารับการ รักษา	การรักษาฉาย แสงรังสี	ศาสนา/ ความเชื่อ	ระดับ การศึกษา	รายได้ (บาทต่อ เดือน)	ความถี่ที่ แพทย์มา ตรวจ	ผู้ดูแล หลัก	ความสัมพันธ์ กับ ผู้ป่วย
B3	52	ชาย	พนักงาน รัฐ เจ้าหน้าที่ ดับไฟ ป่า/จิต อาสา อป พร. มูลนิธิ / สัปปะ เหเรือ	สมรส บุตร สาว 1 คน บุตร ชาย 2 คน	มะเร็ง ปอด	ปวดหลัง ปวดหัวข้าง ลูกนั่งไม่ ไหว เดิน ไม่ได้ ไม่ อยากพลิก ตัวไปมา มี อาการเจ็บ	ฉายแสงครั้ง ที่ 3 ใน จำนวน 5 ครั้งตาม ขั้นตอนที่ หมอแจ้งไว้	พุทธ/สวด มนต์/บน บานถ้ำหาย หรือขอดี ขึ้นจะบวช 7 วันให้เจ้า กรรมนาย เวร	มัธยม ศึกษา ปีที่ 6	15,000/ ป่วยทำงาน ตามปกติ ไม่ได้ ยังมี รายได้ ประจำผู้ บังคับ บัญชา ช่วยเหลือ	สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง	C3	ภรรยา

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ผู้ป่วย	อายุ (ปี)	เพศ	อาชีพ	สถานภาพ	ชนิด ของโรค มะ เริง	อาการก่อน เข้ารับการ รักษา	การรักษาฉาย แสงรังสี	ศาสนา/ ความเชื่อ	ระดับ การศึกษา	รายได้ (บาทต่อ เดือน)	ความถี่ที่ แพทย์มา ตรวจ	ผู้ดูแล หลัก	ความสัมพันธ์ กับ ผู้ป่วย
B4	74	หญิง	แม่บ้าน	หม้าย (สามีเสียชีวิต)	มะเร็ง ปาก มดลูก	ปวดท้อง มาก ถ่าย หนัก ถ่าย เบาไม่ออก เบ่งออกมา มีเลือดไหล เป็นก้อน	ฉายแสงครั้ง ที่ 1 ใน จำนวน 8 ครั้ง ตาม ขั้นตอนที่ หมอแจ้งไว้	พุทธ/สวด มนต์/ ทำบุญขอ พรสิ่ง ศักดิ์สิทธิ์ ให้หาย หรือดีขึ้น	ประถม ศึกษาปีที่ 2	10,000 ลูกหลานให้ รายเดือน	สัปดาห์ ละ 2 ครั้ง	C4	ลูกสาว

ตารางที่ 4.1.1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ 5 วิชาชีพ ในพื้นที่
กรณีศึกษา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา

ตารางที่ 4.1.2 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 4 ราย และ ผู้ดูแลหลัก
ผู้ป่วย จำนวน 4 ราย

ผู้วิจัยขอสรุปข้อมูลทั่วไปและภูมิหลังที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ข้อมูล ในส่วนของ
ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นกรณีศึกษาที่สำคัญ สามารถสรุปรายละเอียดดังนี้

1) ปัจจัยด้านอายุ ปัจจุบันสถิติการเสียชีวิตเกิดขึ้นได้ทุกวัยเท่าๆ กัน ไม่ว่าจะเป็นวัย
เด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ หรือวัยชรา และโรคที่น่าพาให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตคือ โรคมะเร็ง
ซึ่งพบว่า คนไทยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเฉลี่ยวันละ 230 คน หรือ 84,073 คนต่อปี โดยโรคมะเร็งที่
พบมาก 5 อันดับแรกในคนไทย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้
ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งปากมดลูก โดยเฉลี่ยเป็นผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ วันละ 381 คน หรือ
คิดเป็น 139,206 คนต่อปี ซึ่งเปรียบเสมือนภัยเงียบที่คร่าชีวิตคนไทยและทั่วโลก โดยส่วนใหญ่
อาการของโรคจะแสดงอาการเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 2 ถึงระยะที่ 3 ของโรคทำให้เป็นการยากต่อการรักษา
และลูกกลมแพร่กระจายไปยังจุดต่างๆ ที่สำคัญของร่างกายจนผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค
โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีการเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์ในร่างกาย ดังนั้นในผู้ป่วยที่อยู่ในวัยรุ่นหรือ
วัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีความรุนแรงของโรคมะเร็งมากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในวัยชรา เนื่องจากปัจจัยหลายอย่าง
ที่มากกระทบต่อสุขภาพ เช่น อาหาร สิ่งแวดล้อม การประกอบอาชีพ และพัฒนาการของโรคต่างๆ
ที่เพิ่มมากขึ้น

จากข้อมูลในโรงพยาบาลพื้นที่กรณีศึกษา มีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ส่งตัวเข้ารับการรักษา
ปี พ.ศ. 2564 ได้แก่ อันดับ 1 กลุ่มโรคมะเร็งที่สมองและคอ ร้อยละ 29.33 อันดับ 2 กลุ่ม
โรคมะเร็งอื่นๆ ร้อยละ 27.31 อันดับ 3 กลุ่มโรคมะเร็งปอด ร้อยละ 24.48 และอันดับ 4 กลุ่ม
โรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 18.88

2) ปัจจัยด้านเพศ จากการเก็บข้อมูลภาคสนามพบว่า เพศหญิงมีการเสียชีวิตจาก
โรคมะเร็งมากกว่าเพศชาย จากข้อมูลทางสถิติการเสียชีวิตของมะเร็งของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาลพื้นที่กรณีศึกษา พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตตั้งแต่ปี 2548-2550 มีอัตราการเสียชีวิต
จากโรคมะเร็งทั้งหมด 23 คน เป็นเพศหญิง 13 คนและเพศชาย 10 คน ทั้งนี้จากข้อมูลสถาบัน
มะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ อุบัติการณ์โรคมะเร็งในชายไทยเฉลี่ยวันละ 173.1 คนต่อประชากร
100,000 คน (อันดับที่ 16 ของทวีปเอเชีย) โดย 5 มะเร็งที่พบบ่อยในชายไทยได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี
ร้อยละ 33.2 มะเร็งปอด ร้อยละ 22.8 มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 18.7 มะเร็งต่อม
ลูกหมาก ร้อยละ 7.7 และมะเร็งต่อมไทรอยด์ร้อยละ 6.6 ขณะที่อุบัติการณ์โรคมะเร็งในหญิงไทย

เฉลี่ยวันละ 159 คนต่อประชากร 100,000 คน (อันดับที่ 15 ของทวีปเอเชีย) โดย 5 มะเร็งที่พบบ่อยในหญิงไทย ได้แก่ มะเร็งเต้านม ร้อยละ 34.2 มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 13.3 มะเร็งตับและท่อน้ำดี ร้อยละ 12.2 มะเร็งปอด ร้อยละ 11.5 และมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 11.1

3) ปัจจัยด้านการศึกษา จากการเก็บข้อมูลภาคสนามพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาไม่สูงมากนักจึงทำให้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องได้มีความหวาดกลัวโรคมะเร็ง และวิธีการรักษาอาการต่างๆ รวมถึงกลัวการไปพบแพทย์ทำให้ละทิ้งการรักษาที่ต่อเนื่องเกิดการลุกลาม ประกอบกับเน้นการรักษาโรคไปตามสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่และส่วนใหญ่มีประสบการณ์การรักษาตามครอบครัวจัดหาและดำเนินการให้ โดยเฉพาะการใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้านตามคำบอกเล่าของญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน การซื้อยากินเองไปตามอาการด้วยผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องหาเลี้ยงครอบครัว ไม่มีเวลาไปพบแพทย์และเมื่ออาการโรคเป็นมากขึ้นจึงมาพบแพทย์ทำให้การดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายในระยะเวลารวดเร็ว จึงไม่สามารถรักษาโรคให้ทุเลาหรือหายได้ทันเวลานอกจากการการรักษาแบบประคับประคองอาการเท่านั้น

4) ปัจจัยด้านความเชื่อในศาสนาพุทธ สอนให้ทุกคนมรณานุสติ ไม่ยึดติดและรับรู้อยู่เสมอว่าชีวิตมีเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องปกติทั่วไป โดยเฉพาะความตายที่เป็นเรื่องธรรมชาติ คำสอนของพุทธศาสนานับเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถก้าวข้ามผ่านระยะต่างๆ ของการรับรู้เกี่ยวกับความตายได้ โดยเฉพาะพิธีกรรมความเชื่อต่างๆ ที่ผู้ป่วยบางรายยึดถือเช่น พิธีกรรมร่างทรง ในการขอพรให้อาการเจ็บปวดทรมานทุเลาเบาบางลงหรือดีขึ้นจนถึงหายจากอาการป่วย ซึ่งยอมรับว่าพิธีกรรมความเชื่อทางศาสนาดังกล่าวนี้นับเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่มีส่วนช่วยให้กำลังใจผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เพื่อทำการรักษาต่อไป และสามารถทำให้ผู้ป่วยค่อยๆ ยอมรับความตายเกิดความสงบในจิตใจและจากไปอย่างสงบได้

5) ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ภาวะเศรษฐกิจในครอบครัวผู้ป่วยและระเบียบราชการกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้ ซึ่งการพบโรคมีความแตกต่างกันไป ผู้ป่วยบางรายพบโรคเร็วแต่ด้วยอยู่ในวัยทำงานหาเงินจึงไม่ได้ทำการรักษาต่อเนื่อง ขณะที่ผู้ป่วยบางรายพบโรคในวัยชราภาพ และเป็นที่ยึดสำคัญ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการด้านร่างกายเพิ่มเติมจากเดิมในระยะแรกๆ ที่เป็นจุดใดจุดหนึ่งเป็นหลัก เมื่อเวลาผ่านไปโรคได้ลุกลามแพร่กระจายไปยังจุดต่างๆ ของร่างกาย ทำให้การดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย จึงทำให้ต้องมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยต้องพบกับความเจ็บปวด อาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อย เบื่ออาหาร อาเจียน ร่างกายอ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรง ไม่สามารถลุกนั่ง เดิน หรือช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อเข้ารับการรักษาทำให้เคมีบำบัดหรือการฉายแสงรังสีครบกำหนดจะกลับไปรักษาตัวดูแลที่บ้าน ซึ่งย่อมส่งผลต่อการเข้าถึงยารักษาโรคที่แตกต่างกัน ในผู้ป่วยรายที่มีภาวะเศรษฐกิจ

ครอบครัวที่พอมีรายได้อาจสามารถได้รับยาที่มีคุณภาพที่ดีได้ ขณะที่ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยเมื่อเกิดภาวะอาการเจ็บปวด ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลหมดลง ทำให้ต้องหายาแก้ปวดที่ราคาถูกลงมารับประทานประทังความปวด ประกอบกับขั้นตอนการส่งตัวผู้ป่วยตามระเบียบราชการถือเป็นอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไม่สามารถได้รับยาแก้ปวดที่ควรได้อย่างต่อเนื่องและเพียงพอ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทุกคนรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานจากอาการปวดตลอดระยะเวลาการรักษาโรค โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้จกคำว่า การดูแลแบบประคับประคองแต่ผู้ป่วยทุกคนต่างแจ้งแพทย์ตรงกันว่าหากเกิดเหตุฉุกเฉินใดๆ ระยะสุดท้าย ไม่ต้องช่วยชีวิตใดๆ ให้กับตน เช่น ไม่ต้องเจาะคอ ไม่ต้องปั๊มหัวใจ ไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และ ขอกลับไปตายที่บ้าน แม้เป็นระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ก็จะไม่ต้องการเสียชีวิตในโรงพยาบาล

6) ผู้ดูแลหลักเป็นบุคคลที่มีผลต่อตัวผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นผู้มีอิทธิพลต่อการดูแลรักษาโรคโดยเฉพาะการตัดสินใจในการรักษาอาการที่จะเป็นไปเพื่อยื้อชีวิตหรือประคับประคองเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ที่สำคัญผู้ดูแลหลักเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดซึ่งอาจทำให้การตัดสินใจที่ไม่ได้สอบถามความต้องการของผู้ป่วยที่แท้จริงก่อนเกิดความผิดพลาดในการรักษาได้ โดยเฉพาะการบอกความจริงของโรคที่ผู้ดูแลหลัก มักแจ้งกับแพทย์ไม่ให้บอกกับผู้ป่วยโดยตรง ด้วยเกรงว่าจะทำให้ผู้ป่วยเสียกำลังใจแต่ในความเป็นจริงผู้ป่วยต่างรู้ตัวดีว่าผู้ดูแลหลักและส่วนใหญ่ทำใจได้ ดังนั้นในการสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพเพื่อวางแผนการรักษา ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักจึงอยู่ด้วยพร้อมกันกับแพทย์เพื่อสามารถร่วมวางแผนรักษาโรคร่วมกันอย่างเปิดเผยได้ตามความเป็นจริงของโรคที่ดำเนินอยู่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก

จากข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักในตาราง ทำให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลัก ทั้งสิ้นจำนวน 8 ราย มีประวัติส่วนตัว การเจ็บป่วย และมีผู้ดูแลใกล้ชิดตลอดกระบวนการแห่งการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยสามารถสรุปลักษณะของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายได้ดังนี้

(1) B1

“มีครอบครัว มีพอไปให้กำลังใจ มีป้าทนายผ่านจุดนั้นมาแล้ว จะเป็นอะไรขอตายที่บ้าน”

เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรส ไม่มีบุตร อายุ 30 ปี จบการศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) เป็นพี่สาวคนโตมีน้องสาวอีก 1 คน เดิมประกอบอาชีพลูกจ้างในโรงงาน

หลังจากป่วยต้องออกจากงานมาขายของผ่านทางออนไลน์ที่บ้าน รายได้เดิม 12,000 ต่อเดือน ปัจจุบันรายได้ไม่แน่นอน ไม่พอกับรายจ่าย มีภาระต้องผ่อนรถยนต์ ครอบครัวยังมีประวัติเป็นโรคมะเร็ง ภูมิถ่านจังหวัด ปทุมธานี นับถือศาสนาพุทธ

เริ่มต้นเจ็บป่วยด้วยมีก้อนบริเวณหน้าอก มาพบแพทย์แต่แพทย์ฝึกหัดบอกว่าก้อนชนิดเดียวยังไม่ต้องผ่าตัดออกไปก่อน หลังจากนั้นเริ่มใหญ่ขึ้นและปวด มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเดิม แต่คนละคน แพทย์ได้ตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม (Breast cancer: CA breast) และเข้ารับการผ่าตัด และแพทย์นัดให้มาพบแพทย์แต่ตนไม่ได้มา พร้อมกับส่งตัวไปรักษาโดยการฉายรังสี แต่ไม่กล้าไปเนื่องจากระหว่างรักษาตัวที่โรงพยาบาล ได้ยินผู้ป่วยและญาติด้านนอกพูดว่าฉายรังสีแล้วร้อน ผิวไหม้ อาจตายได้ทำให้กลัวมากจึงไม่ไปทำการรักษา และหายไปจากการรักษาในโรงพยาบาล 2 ปี ระหว่างนั้นผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นมารดาได้นำยาสมุนไพรที่หลายๆ คนบอกว่าได้ผลรักษามะเร็งผู้ป่วยและมีอาการดีขึ้น ทำงานได้มากขึ้น

การรับรู้ครั้งแรกว่าเป็นมะเร็ง ผู้ป่วยกลัวอย่างเฉียวเลย “รับรู้แล้วว่าถ้าเป็นโรคนี้อาจตายแน่นอน” ไม่ต้องการรับรู้อะไรทำให้ไม่ได้ไปรับการรักษาต่อ และมีญาติใช้ยาสมุนไพรแล้วดีขึ้น มารดาจึงลองให้รักษาโดยใช้ยาสมุนไพรเป็นเวลา 2 ปี แรกๆ ก็ปกติดีไม่มีอาการอะไร แต่ต่อมาระหว่างทำงานอยู่ยกของเริ่มมีอาการปวดขาปวดหลัง เหมือนจะเดินไม่ได้ และเป็นเลือดจางร่วมกับเป็นมะเร็งทำให้ตอนนั้นมีอาการชัก และหมดสติเข้ารักษาตัวในห้องฉุกเฉิน (ICU) โรงพยาบาลเอกชนใกล้บ้าน ไม่รู้สึกตัวหลายวัน คิดว่าตัวเองเสียชีวิตไม่รอดแล้ว คงมีปาฏิหาริย์อาการดีขึ้น โรงพยาบาลจึงได้ส่งตัวมารักษาต่อด้วยการฉายแสงรังสีรักษาที่โรงพยาบาลเฉพาะทางตนเองรู้สึกเสียใจที่ตอนนั้นไม่ได้ไปพบแพทย์ “ไม่รู้จะปรึกษาใครตอนนั้น ไม่รู้เลยว่าการฉายแสงมันเป็นยังไง ก็มันเป็นยังไง ถ้ารู้ว่าไม่น่ากลัวแบบนี้ก็คงมารักษาฉายแสงแล้ว ถ้ามาตั้งแต่แรกปานนี้คงหายไปแล้ว”

ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลเฉพาะทางวันที่ 29 พฤศจิกายน 2563 และทำการฉายรังสีครั้งที่ 1 ประมาณวันที่ 2 ธันวาคม 2563 ไปจนครบจำนวน 10 แสง บริเวณที่ศีรษะ ต่อเนื่องครั้งที่ 2 ฉายแสง 6 แสง (แต่ปริมาณยาเท่าเดิม) บริเวณหน้าอก และนัดต่อมาในครั้งที่ 3 ฉายแสง 10 แสง บริเวณช่วงตัว เสร็จสิ้นประมาณกลางปี 2564 รวมฉายแสงทั้งหมด 26 แสง ปัจจุบันอาการดีขึ้น เดินเองได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ ช่วยทำงานบ้านได้ จากเดิมที่นอนติดเตียง ทั้งนี้ยังต้องพบแพทย์ด้านกระดูกที่โรงพยาบาลเฉพาะทาง ทุก 3 เดือน พบแพทย์โรงพยาบาลปทุมเวช ดูแลเรื่องความดัน ส่วนแพทย์รังสีรักษา เนื่องจากอาการดีขึ้นก้อนมะเร็งฝ่อหายไป แพทย์ฉายรังสีซึ่งเป็นแพทย์เจ้าของคนไข้ นัดตรวจทุก 6 เดือน ผู้ป่วยพบแพทย์ตามนัด ปฏิบัติตัวตามแพทย์สั่งทุก

อย่าง จนเมื่อช่วงสงกรานต์ 2565 ที่ผ่านมามีการอาการช็อก ครอบครัวนำส่งโรงพยาบาลเอกชน ใกล้บ้าน ไม่ดำเนินการซื้อชีวิตตามที่ผู้ป่วยแจ้งไว้และจากไปอย่างสงบในโรงพยาบาล

C1 ผู้ดูแล B1 “มีพ่อปู่ประจำบ้าน สงสารลูก ถ้าวันหนึ่งเค้าจะไม่อยู่กับเราก็คงทำใจ”

เป็นมารดาของผู้ป่วย อายุ 58 ปี จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 ศาสนาพุทธ เป็นแม่บ้าน ทำงานขายส่งตามที่มีลูกค้าสั่งไว้ล่วงหน้า ได้ให้การดูแลบุตรสาวที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม มาโดยตลอด นับตั้งแต่บุตรสาวป่วย และเป็นผู้ตัดสินใจในการรักษาเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งหมด และเป็น ผู้ที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ อาการและ โรคของผู้ป่วยทั้งจากแพทย์ และพยาบาล และวิชาชีพอื่นๆ ร่วมกับบุตรสาวอีกคนซึ่งเป็นน้องสาวของผู้ป่วยที่ช่วยกันรับรู้อาการและดูแล ซึ่งในแต่ละวัน ระหว่างการรักษาฉายแสงรังสี มารดาจะเป็นผู้มาเฝ้าดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงที่รักษาตัวใน โรงพยาบาล

บุคลิกพื้นฐานเป็นคนจิตใจดี รักครอบครัวและรักบุตรสาวมาก ขอมทำทุกอย่าง เพื่อลูก เป็นคนคิดมาก และคิดว่าตนทำให้บุตรสาวต้องป่วยจากการนำยาสมุนไพรมาต้มให้ดื่มช่วง 2 ปีที่ผ่านมาทำให้ช่วงนั้นผู้ดูแลกลัวโทษตัวเองและไม่อยากมีชีวิตอยู่ ประกอบกับเป็นคนขี้กลัว ไม่กล้าฟังหรือรับรู้อาการต่างๆ เช่น เวลาที่แพทย์มาตรวจที่ห้องพัก หรือเวรเปลมารับไปพบแพทย์ หรือไปทำการฉายแสงรังสีรักษา หรือการแจ้งผลการรักษาจากแพทย์ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องรับฟัง ผลการรักษาผู้เดียว

ต่อมาเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเรื่อยๆ ตามลำดับ กลับไปรักษาตัวที่บ้าน ลูกเดินเอง ได้ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้ผู้ดูแลมีความสุขมีชีวิตใหม่กลับมาอีกครั้ง พยายามทำใจถ้าวันใดที่เขา จะต้องจากไปก็คงต้องยอมรับถ้าวันนั้นมาถึง

(2) B2

“ทำใจแล้วตายก็ตาย ยึดการรักษาแพทย์ปัจจุบัน ถ้าตายขอตายที่บ้าน”

เป็นเพศหญิง อายุ 50 ปี จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6 สถานภาพไม่ได้สมรสอยู่ ด้วยกัน มีบุตรสาว 1 คน ประกอบอาชีพรับจ้างโรงงานมะพร้าว รายได้ 5,000 บาทต่อเดือน หลังจากป่วยได้ออกจากงานรักษาตัว และที่บ้านเปิดเป็นร้านขายของชำ มีรายได้วันละ 500 ใช้จ่ายวันต่อวัน

ในช่วงระยะเวลา 6 ปีก่อน ผู้ป่วยเคยมีอาการปวดท้อง ช่วงนั้นฐานะเศรษฐกิจดีเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลเอกชน แพทย์บอกเป็นมะเร็งลำไส้ รักษาจนหมดตัวโดยมารดาของผู้ป่วย ขายที่นาเพื่อมาเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษา ต่อมาประมาณเดือนเมษายน 2563 ผู้ป่วยมีอาการปวดที่หน้าอกและเป็นแผลหนัก ไปพบแพทย์ที่คลินิกไม่ได้บอกว่าเป็นอะไรนึกอยากแก้ปวดให้อย่างเดียว อาการดีขึ้น ไปทำงานโรงงานมะพร้าว ทำหน้าที่ผ่ามะพร้าวและกรอกน้ำมะพร้าวใส่ขวด ผู้ป่วยไม่กล้าไปโรงพยาบาล มีโรคเบาหวานร่วมด้วยกลัวไปหมดในขณะนั้น หลังจากนั้นแพทย์คลินิกได้ทำ

หนังสือส่งตัวผู้ป่วยให้ไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน โดยมีอาการไม่มีแรงเดิน หดแรงแรง เมื่อเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านม (Breast cancer:CA breast) และได้ทำคีโม ต่อมาผู้ป่วยทำการรักษาผ่าตัดจนมไปข้างหนึ่ง แต่ระยะต่อมาได้ลามที่ตับ ปอด และสมอง โดยจะมีอาการมองไม่ค่อยเห็นและปวดหัวบางครั้ง โรงพยาบาลดังกล่าวได้ส่งตัวผู้ป่วยมาทำการรักษาด้วยการฉายแสงรังสี ประมาณปลายเดือนพฤศจิกายน 2563 ทำการฉายรังสีจนครบจำนวน 10 ครั้ง กลับไปรักษาตัวต่อที่บ้านได้

ภายหลังที่ผู้ป่วยรักษาตัวที่บ้าน หน้าตาสดใสดีขึ้น เดินเองพอได้ ผู้ป่วยได้จัดการแบ่งสมบัติให้คนในครอบครัวตามที่ตั้งใจไว้ ขณะเดียวกันโรงพยาบาลใกล้บ้านได้โทรสอบถามติดตามให้ไปรักษาแต่เนื่องจากอยู่ในช่วงการระบาดโรคโควิด 19 หากเข้าโรงพยาบาลก็จะงดการเยี่ยมหรือฟ้าไข้ ผู้ป่วยจึงเลือกที่จะไม่ไปรักษาที่โรงพยาบาล โดยให้เหตุผลว่าหากไปอยู่โรงพยาบาลก็ตายคนเดียว และได้แจ้งครอบครัวทุกคนว่าขอตายที่บ้าน จนประมาณเดือนมกราคม 2564 เริ่มเข้าสู่อากาศหนาวเย็น อาการเริ่มแยลง กินไม่ได้ จนประมาณกลางเดือนกุมภาพันธ์ 2564 ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวดท้องบ่อยๆ ทานยาแก้ปวด น้ำร้อนประคบ พออาการดีขึ้น ผู้ป่วยชวนทุกคนที่มาห้อมล้อมคุยเรื่องราวทั้งคืนไม่หยุดจนน่าแปลกใจ จนตอนสายๆ ของเช้าอีกวัน ผู้ป่วยเริ่มไม่พูดจา นอนนิ่ง หลับตา เงียบไปเฉยๆ ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบที่บ้านห้อมล้อมครอบครัว

บุคลิกพื้นฐานเป็นคนเข้มแข็ง ใจเด็ดเดี่ยว ไม่เครียดไม่คิดมาก ยอมรับความจริงที่จะเกิดขึ้น โดยเฉพาะความตายที่เป็นเรื่องธรรมชาติและรู้ตัวเสมอว่าโรคนี้อาจไม่มีทางหายแต่ไม่ได้กลัวโรคมะเร็ง ไม่กลัวความตาย ซึ่งผู้ป่วยได้ขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยให้มีอาการดีขึ้น สามารถเดินเองได้ จะบวชชเป็นการชดเชย ไม่ต้องถึงกับหาขาด ที่สำคัญผู้ป่วยได้รับกำลังใจที่ดีจากครอบครัว จากสามีและลูกที่คอยผลัดเปลี่ยนมาดูแล ทั้งนี้ผู้ป่วยได้แจ้งกับแพทย์ พยาบาล และครอบครัวไว้แล้ว หากมีเหตุฉุกเฉินใดๆ ไม่ต้องทำอะไรให้ทุกข์ทรมาน ไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ไม่ปั๊ม ทำใจไว้เรียบร้อยแล้ว นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้ฝากให้แฟนของบุตรสาวได้ดูแลต่อเมื่อวันที่ตนไม่อยู่ รวมถึงฝากให้สามีดูแลมารดาและบุตรสาวด้วย อย่างไรก็ตามโดยส่วนตัววิธีการรักษาโรค ผู้ป่วยจะเชื่อมั่นการรักษาการแพทย์แบบปัจจุบันมากกว่าการแพทย์แบบพื้นบ้าน ซึ่งสามีและน้องชายจะพยายามหา ยาสมุนไพรดี ราคาแพง และมีชื่อเสียงหลายแบบเพื่อรักษาโรค แต่ผู้ป่วยเป็นคนไม่ชอบยาสมุนไพรอย่างมาก ทั้งร่างกายและจิตใจจึงมีการต่อต้านทุกครั้งที่ได้ดื่มยาสมุนไพรจะอ่อนเพลีย ไม่มีแรง และอาเจียน และปฏิเสธยาสมุนไพรสิ้นเชิงหลังจากกลับไปรักษาตัวที่บ้าน อาการดีขึ้นช่วงแรก ต่อมาลุกเดินไม่ไหว อาการค่อยๆทรุดลง และจากไปอย่างสงบที่บ้านท่ามกลางครอบครัว

C2 ผู้ดูแล B2 “รักเค้านัก สงสารไม่อยากให้ปวดทรมาน ก็คงต้องเสียใจถ้าเค้าจากไป”

เป็นสามีของผู้ป่วย อายุ 47 ปี จบการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 6 สถานภาพไม่ได้สมรส อยู่ด้วยกัน 20 ปี ภูมิลำเนา จังหวัด ราชบุรี แยกกันอยู่หลังจากที่บิดาผู้ป่วยเสียชีวิตทำให้ผู้ป่วยต้องแยกไปดูแลมารดา ที่จังหวัดปทุมธานี โดยผู้ดูแลอยู่กับบุตรสาว ประกอบอาชีพรับจ้างตามสวนผลไม้ ห่อฝรั่ง ห่อชมพู รายได้วันละ 300 - 400 บาทแต่ไม่แน่นอน รายได้ต่อเดือนประมาณ 6,000 บาท สภาพเศรษฐกิจครอบครัวใช้จ่ายวันต่อวัน นับถือศาสนาพุทธ

ปัจจุบันประกอบอาชีพรับจ้างรายวันห่อผลไม้ในสวนทั่วไป ขณะเดียวกันเป็นเจ้าของหน้าทีล้ามแปล เรียกว่า เชียกง ให้กับช่างทรงเรียกว่า “ตั้งกี” ในศาลเจ้าเงินอาเนี้ยกวนอิม มากกว่า 10 ปี รายได้ในส่วนนี้ไม่ได้คิดอะไรทำด้วยความศรัทธาที่ถูกร่างทรงเลือกมาเป็นผู้ทำหน้าที่ล้ามแปลภาษาจีน ส่วนใหญ่จะช่วยศาลเจ้าฟรีหรือแล้วแต่จะมีผู้บริจาคตามศรัทธา โดยส่วนตัวมีความเชื่อในพิธีกรรมดังกล่าว เคยขอพรกับช่างทรง ซึ่งทรง 2 ร่าง ร่างหนึ่งเป็นเจ้าแม่กวนอิม หรืออาเนี้ยอีกร่างหนึ่งเป็น อั้งเสี่ย แล้วแต่จะเป็นร่างใดมา ซึ่งด้วยอาชีพที่อยู่กับช่างทรง จึงมีบ้างที่ผู้ดูแลจะขอให้ช่างทรงช่วยให้ภรรยาไม่ต้องทุกข์ทรมานเจ็บปวด และเคยสื่อสารสอบถามช่างทรง อั้งเสี่ยถึงอาการของภรรยาว่าเป็นอย่างไร ร่างทรงอั้งเสี่ยได้แจ้งกับตนว่า ภรรยาอายุไม่ยืน จะอยู่ได้ไม่เกินวันตรุษจีน 2564 ที่ผ่านมา ประกอบกับช่วงที่ผู้ป่วยกลับมาดูแลที่บ้าน ตนได้นิมนต์พระมาที่บ้าน จัดให้ผู้ป่วยได้ถวายสังฆทานผ้าไตรใหม่ทำพิธีบังสุกุลเป็นบังสุกุลตาย เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องทุกข์ทรมานมาก รวมทั้งตนได้บันทึกสิ่งศักดิ์สิทธิ์ไว้ว่าจะขอวชพระทดแทน ขอให้ภรรยาไม่ต้องทุกข์ทรมาน ซึ่งหลังจากภรรยาเสียชีวิตอย่างสงบหลังวันตรุษจีน 2564 ตามที่ช่างทรงแจ้งไว้ ตนได้บวชตามคำบนบานไว้พรหมากว่าตั้งแต่วันที่ 18 เมษายน 2564 ถึงวันที่ 14 มกราคม 2565 เพื่อให้ภรรยาสู่ภพภูมิที่ดี

บุคลิกพื้นฐานเป็นคนจิตใจดี ชอบช่วยเหลือผู้อื่น และมีความรักต่อผู้ป่วยอย่างมาก คอยดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจสม่ำเสมอ อารมณ์ดี ไม่เครียด หลังจากรับรู้ว่าภรรยาป่วยเป็นโรคนี้นยอมรับว่ามีความเศร้า ด้วยความรักภรรยาไม่ต้องการให้เจ็บปวดทรมาน พยายามทำทุกอย่างให้อาการดีขึ้น เช่น ขอยาสมุนไพรจีนจากช่างทรงที่ศาลเจ้ามาต้มให้ภรรยาดื่ม แต่ภรรยาก็อาเจียนตลอดด้วยร่างกายและส่วนตัวภรรยาไม่ชอบทานยาสมุนไพรจึงต่อต้าน แต่สุดท้ายต้องตามใจผู้ป่วยไม่บังคับใดๆ แม้ตนกับผู้ป่วยจะไม่ได้อยู่ด้วยกันด้วยภาระที่ผู้ป่วยต้องดูแลมารดาทำให้ต้องแยกบ้านกันนั้น แต่ตลอดระยะเวลาช่วงหลัง 3-4 เดือนที่ผู้ป่วยอาการหนัก ตนมาดูแลเฝ้าอาการตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน โดยมีบุตรสาวมาสลับกันบ้าง ซึ่งยอมรับว่าทุกวันนี้ยังคิดถึงภรรยาตลอดเวลา

(3) B3

“ผมพร้อมยอมรับความตาย ตัวผมเองไม่ร้องไห้ แต่ลูกสาวร้องไห้ตลอด”

เป็นเพศชาย อายุ 52 ปี จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 การศึกษานอกโรงเรียน (กศน.) สถานภาพสมรส มีบุตร 3 คน ประกอบอาชีพรับพนักงานเจ้าหน้าที่ดับไฟฟ้า จังหวัดกาญจนบุรี และเป็นจิตอาสาช่วยเหลือผู้ประสบภัย เป็นจิตอาสามูลนิธิ และจิตอาสาสัปะปะหระอได้เมื่อไม่มีคนดำเนินการ รายได้ 15,000 ต่อเดือน ภาวะเศรษฐกิจพอดีกับการใช้จ่าย นับถือศาสนาพุทธ

ในระยะแรกผู้ป่วยจะมีอาการไอต่อเนื่อง และรู้สึกเหนื่อยมากขึ้น ขณะที่ทำงาน ได้เข้ารับรักษาตัวใน โรงพยาบาลใกล้เคียงแต่ไม่มีเครื่องมือรักษา จึงส่งตัวผู้ป่วยมารักษาตัวที่ โรงพยาบาลเฉพาะทาง และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอด (Lung cancer: CA lung) ระยะสุดท้าย ประมาณ ปลายปี 2561 โดยครั้งแรกที่มาทำการรักษา แพทย์ไม่กล้าแจ้ง ด้วยเกรงจะทำให้ผู้ป่วยเสียกำลังใจ แต่ผู้ป่วยแจ้งแพทย์ว่า ตนรับได้กับเรื่องความตายเสมอ แจ้งตรงๆ ได้เลย หลังจากนั้นก็วางแผนรักษาร่วมกับแพทย์ และทำการรักษาฉายแสงรังสีมาโดยตลอดต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปีกว่า ตามที่แพทย์จะจัดการในแต่ละจุดสำคัญเช่น ศีรษะ ปอด ตามลำดับ

ในระยะต่อมาล่าสุดประมาณ ปลายปี 2563 ผู้ป่วยมีอาการ มีปวดศีรษะ ปวดหลัง และลุกเดินไม่ได้ ขยับตัวมีอาการเจ็บ จึงเข้ามาฉายแสงรังสีจำนวน 5 ครั้ง บริเวณหน้าอกกับช่วงหลัง เนื่องจากมะเร็งได้ลุกลามเข้ากระดูกสันหลัง หลังจากฉายแสงครบก็กลับรักษาตัวต่อที่บ้านเพื่อรักษาต่อโดยการทำคีโมในโรงพยาบาลใกล้บ้าน หลังจากกลับบ้านได้ 7 วัน ผู้ป่วยมีอาการขาอ่อนแรง เดินไม่ได้ และได้ไปทำคีโมที่โรงพยาบาลดังกล่าว แต่ร่างกายผู้ป่วยรับไม่ไหว จึงขอหยุดการทำคีโม และรักษาตามอาการที่บ้าน และมีอาการแทรกซ้อนลำไส้อุดตัน ทำให้เข้าโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อทำการผ่าตัดเปิดทวารทางหน้าท้องเพื่อระบายอุจจาระ (Transverse loop colostomy) ประมาณต้นปี 2564

ในระยะสุดท้าย 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีอาการหายใจไม่ทัน เข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน แพทย์ให้ออกซิเจนตลอดเวลา ให้อาหารทางสายยาง หลังจากนั้นกลับมาพักฟื้นที่บ้านมีช่วงที่หายใจไม่ทันต้องรีบนำส่งโรงพยาบาลใกล้บ้าน แพทย์ทำการติดเครื่องวัดคลื่นหัวใจและเครื่องวัดความดันเพื่อดูอาการตลอดเวลา ต่อมาผู้ป่วยมีอาการความดันต่ำ แพทย์ได้ฉีดยากระตุ้นความดันหลายรอบแต่ความดันยังไม่ดีขึ้น แพทย์แจ้งให้ผู้ป่วยสามารถนำผู้ป่วยกลับมาดูอาการที่บ้านได้ หลังจากนั้นไม่กี่วันผู้ป่วยจากไปอย่างสงบที่บ้าน

บุคลิกพื้นฐานเป็นคนมีน้ำใจ อารมณ์ดี ไม่เครียด ชอบฟังคลิโปอาจารย์ยอด ชอบช่วยเหลือทุกคนที่ได้รับความเดือดร้อน มองโลกในแง่บวกเสมอ ยอมรับได้กับทุกเรื่อง แม้ความตายที่มองว่าเป็นเรื่องปกติ เท่าเทียมกันทุกคน ไม่ว่าจะยากดีมีจนก็กว้างสอกยาววาเท่านั้นเอง

หนีไม่พ้น หลังจากทราบว่า เป็นโรคนี้อีกทำให้สบาย ถ้าใจยอมรับเข้มแข็งมีครอบครัวให้กำลังใจดี มีกำลังใจตัวเองดี โดยเฉพาะกำลังใจจากครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยโรคนี้นี้ไม่ทุกข์ทรมาน โดยปกติผู้ป่วยจะเป็นคนที่ทำงานหนักตลอดเวลา จากการทำงานเดินขึ้นเขาดับไฟฟ้าเป็นเวลานานกว่า 20 ปี ที่ผ่านมาในสมัยนั้นยังได้มีเครื่องป้องกันมากนัก แม้แต่หน้ากากอนามัยปิดจมูกปากที่ใช้ในโรงพยาบาลก็ยังไม่เคยได้ป้องกัน ดังนั้นการใช้ชีวิตประจำวันนี่เองเป็นจุดที่ทำให้ผู้ป่วยพลาด ประกอบกับอาหารในปัจจุบันก็ต้องยอมรับว่ามีสารเคมีปนในผัก ผลไม้ยังเป็นจำนวนมาก ดังนั้นแม้จะหลีกเลี่ยงยังไงก็ย่อมมีผลต่อเนื่องจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตและสภาพแวดล้อมเป็นสำคัญ

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความเชื่อในพุทธศาสนา การไหว้พระทำบุญ โดยการเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยยังได้บนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์ขอพรให้ร่างกายดีขึ้น แม้รู้ว่าโรคนี้อันตรายไม่หาย แต่ขอให้เดินได้ดีขึ้น ไม่เป็นภาระครอบครัว ซึ่งหากเป็นไปได้ตามนั้น ผู้ป่วยจะบวชพระ 7 - 9 วัน และอุทิศส่วนกุศลให้เจ้ากรรมนายเวร และในวาระสุดท้ายก็ยอมรับความตายด้วยความสงบด้วยการแจ้งกับแพทย์ และผู้ดูแลล่วงหน้าไม่รับบริการสาธารณสุขที่ไม่เกิดประโยชน์และเป็นภาระผู้ดูแล ด้วยการลงนามในหนังสือดังกล่าวเป็นการยืนยันกับแพทย์ไม่เจาะ ไม่ปั๊ม ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจด้วยศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และภูมิใจในการเป็นจิตอาสาของตัวเองมาทั้งชีวิต

C3 ผู้ดูแล B3 “โรคนี้อันตราย แต่เขาอยากได้อะไรจะช่วยทุกอย่าง จะดูแลเขาให้ดีที่สุด”

เป็นภรรยาของผู้ป่วย อายุ 48 ปี จบการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 3 สถานภาพสมรส รายได้ 9,000 บาทต่อเดือน ปัจจุบันประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป และนับถือศาสนาพุทธ ให้การดูแลสามีที่ป่วยเป็นมะเร็งปอดระยะสุดท้ายมาตลอดนับตั้งแต่สามีเริ่มเจ็บป่วย โดยจะดูแลสามีตลอด 24 ชั่วโมง และมีบุตรสาวมาช่วยกันดูแลบ้างด้วยต่างมีครอบครัว แต่ก็ติดตามสอบถามอาการผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

บุคลิกพื้นฐานเป็นคนอารมณ์ดี ไม่เครียด รักครอบครัว ให้กำลังใจสามีและทุกคนในครอบครัว หลังจากสามีป่วยเป็นโรคนี้อ ยอมรับว่ารู้สึกกลัวและเครียดกับโรคนี้นี้มากและตกใจที่วันหนึ่งสามีก็ต้องจากไป แต่ก็ใช้เวลาระยะหนึ่งทำใจยอมรับเรื่องนี้ได้ เนื่องจากโรคมะเร็งที่ได้ยินมาไม่ว่าใครก็ตามที่เป็นก็เสียชีวิตทุกคน ไม่มีทางรักษาหาย ยอมรับว่าเครียดมาก แต่เมื่อใช้ชีวิตประจำวันอยู่กับการเป็นผู้ดูแล และเห็นการรักษาโรคมะเร็งของแพทย์ในแต่ละวันเดือนปีผ่านไป ก็เริ่มทำใจยอมรับ เกิดแก่เจ็บตาย เป็นเรื่องธรรมชาติ ปล่อยวางบ้างเหมือนกันก็สบายใจทุกวันนี้ ไม่ยึดติด โดยเฉพาะคำว่ามะเร็ง ก่อนหน้านี้จะกลัวมากกับคำว่ามะเร็ง แต่พอได้มาดูแล มะเร็งไม่ได้น่ากลัวอย่างที่คิด ก็เหมือนโรคต่างๆไป กินยา หาหมอ ทำความสะอาด บำบัดทางด้านร่างกายและจิตใจก็อยู่ไปเพียงแต่ที่น่ากลัวคือ ความรวดเร็วของโรคมะเร็งที่ดำเนินไปอย่างรวดเร็วมาก ผู้ป่วยจะเสียชีวิตไว้มาก ซึ่งยอมรับว่าไม่เคยคิดเลยว่าจะเกิดกับคนรักใกล้ชิดตัวในครอบครัว แต่อย่างน้อยก็ยังดีใจที่สามี

เป็นที่รักของเจ้านายแม่ในยามเจ็บป่วยเจ้านายก็ยังเมตตา ให้มารักษาตัวโดยไม่หักเงินเดือน จนทำให้เพื่อนร่วมงานบางคนอิจฉาและที่ไม่พอใจ แต่ขณะเดียวกันก็ยังมีเพื่อนร่วมงานอีกส่วนหนึ่งที่ให้กำลังใจ ผู้ดูแลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุดและอยู่ดูแลผู้ป่วยจนวาระสุดท้ายของชีวิต

(4) B4

“ทุกวันนี้กินอิ่ม นอนหลับ ชิวๆ ที่ทำไปทั้งหมดวันนี้ได้กลับมาหมดแล้ว”

เป็นเพศหญิง สถานภาพ หม้าย สามีเสียชีวิต มีบุตร 3 คน อายุ 74 ปี จบการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 2 ประกอบอาชีพแม่บ้าน เป็นจิตอาสาหมอบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข หมอบ้าน (อสม.) รุ่นแรกของหมู่บ้าน เป็นตัวแทนของชาวบ้านในการดำเนินการต่างๆ ที่เป็นสาธารณกุศลซึ่งผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่รัฐให้ความเคารพ รายได้บุตรให้เป็นรายเดือน สถานภาพเศรษฐกิจ ไม่ขัดสน ภูมิลำเนาจังหวัด ปราจีนบุรี นับถือศาสนาพุทธ

พื้นฐานครอบครัวมีบิดา มารดา เป็นจิตอาสา หมอโบราณหมอบ้านช่วยเหลือรักษาลูกบ้าน ทำให้เป็นที่รักเคารพของคนในหมู่บ้าน มีการมองชีวิตเป็นไปโดยธรรมชาติ อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด และทำใจยอมรับความตายที่ทุกคนต้องเจอไม่ว่าช้าหรือเร็ว เน้นการรักษาผสมผสานระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันกับแพทย์แผนไทยตามความรู้ในครอบครัวที่สะสมมา เพียงแต่ส่วนตัวเห็นว่าแพทย์แผนปัจจุบันจะเห็นผลไวกว่าแผนโบราณและมีความเชื่อในเรื่องการทำความดี ทุกวันนี้ตนถือว่าได้รับความสุขคืนมาแล้วจากสิ่งที่ได้ทำไปตลอดมาในชีวิตจิตอาสาของหมู่บ้าน กำลังใจของลูกบ้าน และกำลังใจจากครอบครัวที่ดี ได้รับความรักจากทุกคน ชีวิตนี้คุ้มแล้ว โดยบั้นปลายชีวิตในวันที่ไม่อยู่แล้วก็ไม่ต้องทำอะไรให้ทรมาณ ให้ไปอย่างสงบและได้ออกแบบความตายของตัวเองเช่น การจัดงานศพต่างๆ ได้แจ้งกับลูกหลานไว้ทุกอย่างแล้ว

ประมาณเดือนพฤษภาคม 2563 น้ำหนักตัวเริ่มลดลง แต่เท่าๆ กันเดือนพฤศจิกายน 2563 เริ่มมีอาการปวดท้องทรมาณ ถ่ายหนักเบาไม่ออก มีก้อนแข็ง เบ่งออกมามีเลือดออกแต่ก้อนยังอยู่ บุตรสาวพาไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน ได้ตรวจและตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ แพทย์ได้วินิจฉัยว่าเป็น มะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer: CA cervical) และต้องส่งตัวไปรักษาโรงพยาบาลเฉพาะทาง หลังจากส่งตัวมารักษาด้วยการฉายแสงรังสี ปลายเดือนพฤศจิกายน 2563 และเริ่มดำเนินการฉายแสงรังสี ครั้งแรก วันที่ 2 ธันวาคม 2563 เป็นต้นไป ช่วงฉายแสงครั้งที่ 3-4 ผู้ป่วยเริ่มอ่อนเพลีย เหนื่อยและมีอาเจียน ยังถ่ายเบาหนักไม่ออก และยังมีเลือดออกจนฉายแสงครบ 8 ครั้ง อาการเริ่มดีขึ้นสามารถปัสสาวะออกได้ โดยแพทย์ไม่แนะนำให้ผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยอายุมากแล้ว แพทย์จึงให้กลับบ้านรักษาตัว และนัดทำคีโม จำนวน 6 ครั้ง (ไป-กลับ) จนครบ หลังจากนั้นนัดตรวจทุก 3 เดือน ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดี มีมุมมองชีวิตและความตายที่เข้าใจทำให้อาการดีขึ้นเรื่อยๆ ตามลำดับ ปัจจุบันสามารถเดินทำกิจกรรมชีวิตประจำวันต่างๆ ที่เคยทำ เช่น ทำกับข้าว

ทานเองและให้คนในครอบครัว ซึ่จักรยานภายในบริเวณบ้านเพื่อออกกำลังกาย แต่งคกิจกรรมกับ หมูบ้านด้วยแพทย์สั่งให้อย่าทำงานหนัก และแพทย์นัดตรวจอาการทุก 6 เดือน

ปัจจุบันผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านที่เคยอยู่กับสามี แต่เมื่อสามีเสียชีวิตแล้ว ผู้ป่วยมีความ ต้องการอยู่คนเดียวที่บ้านดังกล่าว โดยมีบุตรสาวที่เป็นผู้ดูแลอาการป่วย อยู่บ้านละแวกเดียวกัน แวะเวียนมาหาผู้ป่วยอยู่ทุกวัน ขณะเดียวกันจะมีลูกหลานมาหาบ่อยๆ แต่ช่วงสถานการณ์ระบาด COVID-19 ทำให้ต่างคนต่างดูแลตนเองมากขึ้น การไปมาหาสู่หรืองานจิตอาสาจึงลดลงและต้องงด การเข้าร่วม โดยปกติผู้ป่วยจะมีความศรัทธาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทุกสถานที่ที่ผ่าน จะไหว้พระขอพรทุก อย่างที่พบเห็นและระลึกถึงขอให้สุขภาพแข็งแรง ให้อาการดีขึ้น และส่วนตัวผู้ป่วยก็ต้องการหาย จากโรคนี้อาจจะได้อยู่กับครอบครัวที่รักไปนานที่สุด

บุคลิกพื้นฐานเป็นคนสนุกสนาน ร่าเริง ชอบงานสังคม ฟังเพลง ร้องเพลง ชอบ ทำงานจิตอาสาช่วยเหลือทุกคนที่เดือดร้อน เป็นคนชอบทำอาหารทานเองและให้ครอบครัวทานกัน จะมีความสุขทุกครั้งทีครอบครัวมารวมตัวกันในวันเทศกาล ผู้ป่วยเป็นคนที่มีจิตใจเข้มแข็ง ใจสู้ และเด็ดเดี่ยว มีความรู้การแพทย์ดีจากการที่ในวัยเด็กจนโตได้เห็นบิดา มารดา เป็นหมอชาวบ้าน ออกรักษาชาวบ้านทั่วไป ทำให้ครูพักลักจำความรู้ต่างๆ และเป็นคนช่างสังเกตคิดตัวมาจนปัจจุบัน ทำให้ทุกครั้งทีไปพบแพทย์ แม้ว่าแพทย์จะไม่แจ้งอาการตรงๆ หรือรายละเอียดมากนัก ผู้ป่วย สามารถเดาอาการที่เป็นได้จากประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา พร้อมกันนี้ผู้ป่วยได้แจ้งความต้องการ การไม่รับบริการสาธารณสุขใดๆ กับแพทย์และครอบครัวให้เป็นไปตามธรรมชาติและความสะดวกใน วาระสุดท้ายของชีวิต

C4 ผู้ดูแล B4 “แม่เป็นหญิงแกร่ง จะดูแลแม่ให้ดีที่สุดเท่าที่ลูกคนหนึ่งจะทำได้”

เป็นบุตรสาวของผู้ป่วย อายุ 53 ปี จบการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 6 สถานภาพสมรส มีบุตร 2 คน ประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงาน แต่ลาออกมาดูแลมารดา ปัจจุบันเป็นแม่บ้าน มีรายได้ จากเงินเดือนที่ลูกๆ ให้ แต่สามีรับราชการ มีรายได้ประจำ ภูมิลำเนา จังหวัด ปราจีนบุรี สภาพเศรษฐกิจ ครอบครัวพอกับค่าใช้จ่าย นับถือศาสนาพุทธ

ปัจจุบันกิจวัตรประจำวันช่วงที่รักษาใน โรงพยาบาลจะอยู่กับมารดาตลอดเวลา นอนเฝ้าตลอด 24 ชั่วโมง ครั้งแรกที่รู้ว่ามารดาเป็นโรคมะเร็ง ทุกคนในครอบครัวตกใจหมด เพราะไม่มีสัญญาณอะไรเลย มารดาก็รักษาสุขภาพดี ทำอาหารรับประทานเองไม่เคยซื้อรับประทาน เลยแต่อาจจะชอบทำอาหารรสจัด ใสเครื่องปรุงและผงชูรส ช่วงหลังพยายามลดการปรุงรสให้น้อยลง ด้วยผู้ป่วยมีโรคเบาหวานร่วมด้วย สำหรับวิธีการรักษาการแพทย์แผนโบราณนั้น ครอบครัวสรุป ตรงกันว่าให้รักษาทางเดียวทางการแพทย์แผนปัจจุบันด้วยการฉายแสงรังสีพอ เนื่องจากแพทย์แจ้ง ว่าผู้ป่วยมีอายุมากและเป็นปริมาณมากด้วย ทั้งนี้ในวันแรกที่พบแพทย์ พร้อมกันทั้งครอบครัว

มารดาได้เจอกับแพทย์และทุกคนในครอบครัวรับรู้ร่วมกันแล้วว่าหากเกิดอะไรขึ้น ไม่ต้องซื้อชีวิต ไม่จะคอ ไม่บีบหัวใจ ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจใด ๆ

บุคลิกพื้นฐานเป็นคนอ่อนโยน ใจดี ไม่ชอบความขัดแย้ง ดังนั้นจะคล้อยตามความเห็นของทุกๆ คนที่เป็นไปในทางประนีประนอม และเป็นกำลังใจให้กับมารดาและทุกคน หลังจากรับรู้ว่ามารดาป่วยเป็นโรคนี้ออมรับว่าเป็นเรื่องใหญ่ที่สุดในชีวิต ด้วยครอบครัวยังไม่มีประสบการณ์ที่จะต้องทำใจยอมรับการการสูญเสีย มีความเครียดวิตกกังวลบ้าง พยายามเรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์เล่าให้ฟัง และอ่านหนังสือที่เกี่ยวข้อง เมื่ออยู่ในช่วงที่เฝ้าอาการมารดาในโรงพยาบาล ทำให้ได้พบเห็นผู้ป่วยหลากหลายเพศ อายุก็ช่วยให้คลายความเครียดลงได้บ้างว่า ขณะเดียวกันต้องยอมรับว่ามารดาของตนนั้นเป็นคนเก่งมากที่เจอเรื่องนี้ในวัยขนาดนี้ ยังมีกำลังใจที่ดีไม่ตื่นกลัวกับสิ่งที่เกิดขึ้น ดังนั้นในฐานะที่เป็นบุตรสาวเป็นผู้ดูแลมารดาใกล้ชิดก็ต้องมีสติและสร้างกำลังใจให้ตัวเอง ให้มารดาและให้ครอบครัวทุกคนซึ่งกล่าวได้แพทย์ก็รักษาทางกายโดยการให้ยา แต่ครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่ให้ยารักษาทางจิตใจ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการประกอบสร้างความหมายความตาย

2.1 การประกอบสร้างความหมายความตาย

2.1.1 มิตินี้เกี่ยวข้องในการประกอบสร้างความหมายความตาย มีรายละเอียดดังนี้

1) นิยามความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพในพื้นที่สนาม 5
วิชาชีพ

(1) แพทย์ในกรณีศึกษา

ความหมายความตายของแพทย์ผู้ให้ข้อมูลคือ ภาวะหัวใจหยุดเต้น อวัยวะภายในไม่ทำงานซึ่งเป็นการให้นิยามความหมายความตายทั้งในความหมายของแพทย์ผู้ให้ข้อมูลและความหมายทางวิชาชีพแพทย์และไม่มีอะไรพิสูจน์ได้ในเรื่องภพหน้าหลังความตาย ทั้งนี้แม้แพทย์จะยึดหลักการแพทย์ที่เรียนมาแต่ก็ยังคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลักร่วมด้วยเช่นกัน

“...ในทางการแพทย์ความหมายความตายคงไม่แตกต่างกันคือ การที่หัวใจหยุดเต้น ส่วนภพภูมิหลังความตายมีจริงมั้ย หมอคิดว่าเฉยๆ นะเพราะยังไม่มีหลักฐานพิสูจน์ได้...”

(แพทย์ในพื้นที่สนาม A1, สัมภาษณ์, 24 ธันวาคม 2563)

(2) พยาบาลในกรณีศึกษาที่

ความหมายความตายของพยาบาลผู้ให้ข้อมูลคือ เรื่องที่ทุกคนต้องเจอ ไม่กำหนดวันแน่นอนและไม่ได้เป็นไปตามอายุมากหรืออายุน้อย ไม่ได้เป็นเรื่องน่ากลัวแต่เป็นเรื่องที่ต้องวางแผน เตรียมพร้อมทั้งตัวเองและครอบครัว แต่หากในมุมมองวิชาชีพพยาบาล นิยามความหมายความตายเป็นของผู้ป่วยเส้นทางแต่ละคนจึงแตกต่างกัน

“...หนุมองว่าความตายไม่ใช่เรื่องน่ากลัว แต่เราต้องเจอและถ้าเราได้เตรียมความพร้อมแล้ว เราก็จะไม่กลัวมัน ยิ่งหนูเป็นลูกคนเดียว ถ้าเป็นอะไรที่บ้านคงยื้อให้สุด แต่หนุมองว่าเวลาของเราไม่เหมือนกัน ถ้ายื้อไว้ ทำให้คนที่อยู่ทุกข์ทรมานใจ หนูสงสารเขามากกว่า คิดว่าเป็นเรื่องที่ต้องเตรียมตัวเองด้วย เตรียมครอบครัวด้วย...”

(แพทย์ในพื้นที่สนาม A2, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2563)

(3) แพทย์รังสีรักษาในกรณีศึกษาที่

ความหมายความตายของแพทย์รังสีรักษาผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าความเป็นจริงของการตายคือ การที่สัญญาณเตือนหัวใจหยุด แต่ขณะเดียวกันมีความเชื่อในภพหน้าหลังความตายแม้จะไม่มีหลักฐานที่พิสูจน์ได้ก็ตาม หากแต่กระบวนการทำงานของแพทย์รังสีรักษาที่จะต้องรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยเทคโนโลยีที่เป็นการแพทย์ชีวภาพเพื่อการรักษา (curative) ชีวิตผู้ป่วยขณะเดียวกันแพทย์รังสีรักษาก็ยึดหลักการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เป็นหลักด้วย ดังนั้นแม้นิยามความหมายความตายคือ หัวใจหยุดเต้น แต่จะมีมิติที่มองผู้ป่วยแตกต่างจากวิชาชีพแพทย์หรือวิชาชีพแพทย์รังสีรักษาด้วยกัน ที่อาจให้ความหมายความตายแตกต่างกัน โดยมองว่าผู้ป่วยที่นอนติดเตียงไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ไม่ต่างกับการตาย แต่สำหรับแพทย์รังสีรักษาคนนี้เมื่อยังมีสัญญาณเตือนหัวใจก็ต้องดูแลผู้ป่วยต่อไป ดังนั้นการที่ผู้ป่วยได้พบกับแพทย์ หรือนุคลากรวิชาชีพใดก็ตามจึงเท่ากับได้รับความหมายความตายอีกนัยยะหนึ่งที่แพทย์ หรือนุคลากรทางสุขภาพได้หยิบยื่นหรือประกอบสร้างนิยามความหมายความตายกับผู้ป่วยไปด้วย

“...ความหมายความตายของแต่ละบุคคลย่อมแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ทั้งประสบการณ์ การเลี้ยงดู ก็เกี่ยวเพราะบางคนความตายอาจไม่เหมือนกัน อย่างของหมอความตายคือหัวใจหยุดเต้น ขณะที่บางคนอาจบอกว่า การที่อยู่เป็นผัก นั่นคือตายไปแล้ว แต่สำหรับหมอเป็นผัก คือคนไข้ยังมีชีวิตอยู่ เราก็ยังต้องดูแลต่อไป...”

(แพทย์รังสีรักษาในพื้นที่สนาม A3, สัมภาษณ์, 24 ธันวาคม 2563)

(4) นักสังคมสงเคราะห์ในกรณีศึกษาที่

ความหมายความตายของนักสังคมสงเคราะห์ผู้ให้ข้อมูลคือ トラバド ที่มนุษย์ยังไม่สิ้นกิเลสจะต้องมีการเวียนว่ายตายเกิด และทุกอย่างขึ้นอยู่กับ การดำเนินชีวิตที่ผ่านมา ว่าคนๆ นั้น ได้ประกอบกรรมทำความดีหรือความชั่วอย่างไร หากทำดีจิตบริสุทธิ์ ชีวิตหลังความตาย จะนำไปสู่ภพภูมิที่ดีหรือขึ้นสวรรค์ ทั้งนี้หากเป็นการนิยามความหมายความตายในทางวิชาชีพของผู้ให้ข้อมูลย่อมต้องพิจารณาไปตามศาสนาของผู้ป่วยที่นับถือเป็นหลัก เพราะนิยามความหมายความตายผู้ให้บริการกับผู้รับบริการแต่ละคนย่อมแตกต่างกันไปตามศรัทธาของศาสนาแต่ละศาสนาที่ยึดถือ

“...ความหมายความตายของผมยึดตามหลักพุทธศาสนา ชีวิตหลังความตายเป็น ยังไง ขึ้นอยู่กับขณะมีชีวิตอยู่ได้กระทำความดีหรือชั่วอย่างไร ถ้าทำดี ไม่ละเมิดศีล 5 จิตบริสุทธิ์ ชีวิตหลังความตายจะไปภพภูมิที่ดีไปสวรรค์...”

(นักสังคมสงเคราะห์ในพื้นที่สนาม A4, สัมภาษณ์, 24 ธันวาคม 2563)

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความสำคัญของการผ่านการอบรมวิชาชีพ ดังกล่าวที่จะเป็นส่วนสำคัญทำให้เกิดมุมมองใหม่ที่แตกต่างจากเดิมด้วยการฟังผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้มองเห็นบริบทของผู้ป่วยมากขึ้นจากเดิมที่ผู้ให้ข้อมูลมองผู้ป่วยเป็นฝั่งตรงข้าม ได้ปรับเปลี่ยน มุมมองผู้ป่วยเป็นผู้ที่เราต้องไปยื่นเคียงข้าง เดินไปด้วยกันเพื่อส่งผู้ป่วยยังปลายทางที่ดีที่สุด

(5) นักจิตวิทยาในกรณีศึกษาที่

ความหมายความตายของนักจิตวิทยาผู้ให้ข้อมูลคือ ความตายไม่ใช่ การสิ้นสุดในชาตินี้ แต่ยังมี การเวียนว่ายตายเกิด เป็นการสะสมมาตั้งแต่ในอดีตชาติทั้งบุญและบาป ความตายยังเป็นเรื่องธรรมชาติ เป็นเรื่องปกติ ไม่ใช่เรื่องน่ากลัว ซึ่งผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับ เรื่องการทำจิตให้เป็นกุศล และให้ความสำคัญทางศาสนาพุทธอย่างมาก

“...ในอดีตคิดว่า การตายคือการสิ้นสุดจบทุกอย่าง เพราะเชื่อทางวิทยาศาสตร์นะ แต่ตอนนี้โดยส่วนตัวมีความเชื่อทางพุทธศาสนา มาก และเชื่อว่าความตายเป็นเรื่องปกติ เป็น ธรรมชาติ ไม่ได้กลัวเรื่องความตาย แค่อึดว่าทำปัจจุบันให้ดีที่สุด ทุกวันนี้ก็บริจาคร่างกายหมดแล้ว ไม่ยึดติดอะไร คิดว่าอาจทำให้เราทำงานตรงนี้ง่ายขึ้น เพราะมีคนตายทุกวันและตัวเองมองว่ายังไม่ใช่จุดสิ้นสุด แต่ยังมีภพหน้า...”

(นักจิตวิทยาในพื้นที่สนาม A5, สัมภาษณ์, 30 พฤศจิกายน 2563)

ผู้ให้ข้อมูลยังให้ความเห็นว่า นิยามความหมายความตายในแต่ละวิชาชีพ ย่อมแตกต่างกัน ตามความเชื่อแต่ละบุคคล และแม้การให้ความหมายความตายเป็นปัจเจกแต่ละบุคคลก็ตาม หากแต่ในความเป็นบุคลากรทางสุขภาพไม่ว่าวิชาชีพใดก็ตามย่อมต้องคำนึงถึงความถูกต้องและความเป็นกลางในการดูแลรักษาต่อผู้ป่วยเป็นสำคัญที่สุด และความตายก็เป็นสิ่งที่ทุกคนต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ไม่เว้นแม้แต่บุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพ

เมื่อเปรียบเทียบนิยามความหมายความตายของแพทย์ด้วยกันเองยังมีความแตกต่างกัน โดยแพทย์กับแพทย์รังสีรักษาในพื้นที่สนาม ที่แม้มองความหมายความตายทางร่างกายตามวิชาการแพทย์ที่ต้องพิสูจน์ได้คือ การมีสัญญาณชีพ (vital signs) ทางกายของมนุษย์ประกอบด้วย (1) ลมหายใจ (2) การเต้นของหัวใจ (3) ความดันโลหิต และ (4) อุณหภูมิของร่างกาย ทั้ง 4 สิ่งนี้ต้องมีการทำงานสม่ำเสมอ ไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเกณฑ์ปกติตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่ศึกษามา แต่ในส่วนของแพทย์รังสีรักษาที่เป็นแพทย์ด้านการดูแลแบบประคับประคองด้วยจึงมีนิยามความหมาย มุมมองความตายที่เน้นดูแลทางด้านจิตใจควบคู่กับร่างกายของผู้ป่วยไปด้วยกัน และเข้าใจถึงการตายดีที่ไม่ทนทุกข์ทรมานในแบบที่ไม่ว่าจะจะเป็นบุคลากรทางสุขภาพผู้ป่วยมะเร็ง หรือผู้ดูแลหลัก ล้วนต่างต้องการความตายแบบดีที่ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานในตอนสุดท้ายของชีวิต ซึ่งในท้ายที่สุดแล้วแม้ว่าแพทย์เองจะให้ความสำคัญกับความหมายความตายที่พิสูจน์ได้ทางร่างกายตามหลักวิทยาศาสตร์ก็ตาม แต่โดยส่วนตัวแพทย์เองแล้วเมื่อถึงเวลาที่ความตายมาถึงและต้องตัดสินใจก็คงเลือกความตายที่ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานด้วยเครื่องพุงซิฟใดๆ ตามแนวความคิดดูแลแบบประคับประคองเช่นกัน ดังที่แพทย์ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“...หมอมองยอมรับว่าการดูแลแบบประคับประคองทำให้หมอเข้าใจความตายมากขึ้น ยอมรับความจริงมากขึ้นว่า รักษาไปก็เสียชีวิตอยู่ดี ถ้าเกิดกับพ่อแม่พี่น้องคนในครอบครัวเรา หมอก็คงเลือกแบบประคับประคองเหมือนกันเพราะมันทำให้คนไข้ไม่ทุกข์ทรมาน ถึงแม้คนไข้ส่วนใหญ่จะไม่รู้จักคำว่าประคับประคองแต่ถ้าเขาบอกว่าไม่เอาทุกข์ทรมานก็คือคำนี้...”

(แพทย์ในพื้นที่สนาม A1, สัมภาษณ์, 2 ธันวาคม 2563)

โดยสรุปจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า นิยามความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพในพื้นที่สนาม 5 วิชาชีพ วิเคราะห์ได้เป็น 2 กลุ่มได้แก่

(ก) วิชาชีพแพทย์เหมือนกันมีมุมมองนิยามความหมายความตายแตกต่างกัน ซึ่งแพทย์และแพทย์รังสีรักษา แม้จะมีมุมมองนิยามความหมายความตายในแบบวิทยาศาสตร์เหมือนกันคือ หัวใจหรือสัญญาณชีพหยุดเต้น แต่ก็ยังมีความแตกต่างกันที่แพทย์รังสีรักษามีความเชื่อเรื่องการมีอยู่ของภพภูมิหน้า ที่ไม่สามารถมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์พิสูจน์ยืนยัน ได้ก็ตาม

และเน้นการดูแลด้านจิตใจควบคู่กับกาย ตามแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองเพื่อการตายดีที่ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานด้วยการไม่รับบริการสาธารณสุขใดๆ เมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึง

อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า แม้ในความเป็นวิชาชีพแพทย์เหมือนกัน กัน ไม่ว่าจะเป็แพทย์ในพื้นที่สนาม แพทย์รังสีรักษาที่ทำหน้าที่ฉายแสงและยังเป็นแพทย์ที่ทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคองให้นิยามความหมายความตายแตกต่างกัน ดังนั้นการให้นิยามความหมายความตายดังกล่าวนี้จึงเป็นเรื่องเฉพาะตัว เฉพาะบุคคลอย่างแท้จริง ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ มากมาย ไม่ว่าจะเป็นความรู้ ความคิด ความเชื่อ ศรัทธา อารมณ์ ความรู้สึก ภาวะทางจิตใจ ครอบครัว การอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก ตลอดจนการเติบโต และการศึกษา ฯลฯ สิ่งต่างๆ เหล่านี้มีการสะสมจนเป็นคลังความรู้เกิดภายในล้วนมีผลต่อการให้นิยามความหมายความตายของแต่ละบุคคล

(ข) วิชาชีพที่เรียกว่าเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพนอกเหนือจากแพทย์ ได้แก่ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา วิชาชีพเหล่านี้ต่างให้นิยามความหมายความตายไปในทิศทางเดียวกัน คือความตายเป็นเรื่องธรรมชาติเกิดขึ้นได้กับทุกคนทุกเพศทุกวัย ความตายเป็นการหยุดเพียงร่างกาย แต่จิตวิญญาณยังคงเดินทางต่อไปยังภพภูมิหน้า ซึ่งไม่สามารถล่วงรู้ได้ว่าดีหรือร้าย ทุกอย่างขึ้นอยู่กับผลกรรมที่ได้กระทำตอนมีชีวิตอยู่เป็นกฎแห่งกรรมตามหลักคำสอนของพุทธศาสนาที่นับถือและจากวัฒนธรรมการปฏิบัติของคนในครอบครัวที่มีการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ด้วยการเน้นการทำบุญที่วัด การไหว้พระสวดมนต์ หรือการยึดมั่นเรื่องบาปบุญคุณโทษเป็นสำคัญ

2) นิยามความหมายความตายของแพทย์ พยาบาลที่เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคอง

(ก) แพทย์ 2 คนเชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคอง

ให้นิยามความหมายความตายที่แตกต่างกันตามมุมมองความสนใจที่ แวดล้อมประกอบสร้างเป็นนิยามความหมายความตายแต่ละบุคคล โดยแพทย์คนหนึ่งให้นิยามความหมายความตายที่ไม่ได้มองเพียงว่าความตายคืออะไรเท่านั้น เพราะความเป็นจริงความตายมีหลายบริบทที่ลึกลงไปที่หลากหลาย เช่น มองแบบวิทยาศาสตร์ ปรัชญา สังคมศาสตร์ ดังนั้นหากจะมองความหมายความตายให้ปฏิบัติได้จริงต้องมองความตายแบบมีผลกับพฤติกรรม เรื่องราว หรือการใช้ชีวิตของคนๆ นั้น ในช่วงที่ยังมีชีวิตอยู่ได้กระทำอะไรให้เกิดประโยชน์ เป็นที่รักควรจดจำ หรือควรกล่าวถึง ที่เรียกว่า อยู่ดี (good life) ดังนั้นเมื่อความตายมาถึง และแม้ว่าความหมายความตายคือ การหยุด ก็ไม่มีอะไรที่จะต้องเสียดายเนื่องจากการใช้ชีวิตที่ดีก่อนตายที่ผ่านมา ได้แสดงให้เห็นในตอนที่ยังมีชีวิตอยู่ที่ได้ทำสิ่งดีดีก่อนตาย (meaningful to life) เมื่อตายก็จะเรียกว่า ตายดี (good death)

ดร.นพ.สกล สิงหะ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หัวหน้าประธานหน่วยชีวทันตภิบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
กล่าวว่า

“...good death คือ good life เวลาใช้ชีวิตอยู่ต้องใช้ชีวิตให้ดีไม่ประมาทเป็นการเตรียมตัวตายดี สิ่งต่างๆ ที่เราทำล้วนเป็น story ของเราทุกเรื่องที่เราทำไว้ในอดีตมันไม่เคยลืมหรือมันซ่อนไว้และมันจะกลับมาตอนที่เราเปราะบางที่สุดที่เราใกล้ตาย ซึ่งเราต้อง aware เรื่องนี้เพื่อให้เกิดการตายดีได้ต้องใช้ชีวิตอยู่ให้ดี ไม่ทำร้ายใคร ไม่ทำให้ใครเดือดร้อน...”

(สกล สิงหะ, สัมภาษณ์, 28 เมษายน 2564)

นอกจากนี้แพทย์คนดังกล่าวยังมองความหมายความตายในเชิงปรัชญาที่มีอยู่มากมาย เช่น ปรัชญาจีนที่กล่าวว่า ความตายที่หนักประจวบเหมาะมีเบาบางเหมือนอย่างขนนก โดยส่วนตัวผู้ให้ข้อมูลมองความตายที่ไกลกว่าความตายคืออะไรเท่านั้น แต่จะมองไปถึงเรื่องของการตายดีที่ต้องทิ้งร่องรอยอะไรไว้ให้ผู้ตายภูมิใจหรือคนที่มาเห็นร่องรอยเหล่านี้ที่ผ่านมาแล้วเกิดการเรียนรู้ เป็นบทเรียนทำให้ชีวิตผู้อื่นดีขึ้น เพราะความตายจริงๆ เป็นเรื่องธรรมชาติและมีอยู่แล้วซึ่งไม่จำเป็นต้องให้ความหมาย เพราะความตายเป็นข้อเท็จจริงอยู่แล้ว

จากการทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคองมาอย่างยาวนานของแพทย์ผู้ให้ข้อมูล ได้กล่าวกับผู้วิจัย โดยย้ำว่า แพทย์จะทำเรื่องนี้ได้ดี ต้องมีความเชื่อก่อนว่า การตายเป็นเรื่องธรรมชาติและทุกคนต้องการตายดี (good death) ซึ่งจะทำให้ ต้องมีศรัทธาความเชื่อในเรื่องนี้ ดังนั้น แพทย์ที่จะทำเรื่องนี้ได้ต้องเคยใคร่ครวญจนเกิดความเชื่อเรื่องความตายให้ได้ก่อน เพราะเมื่อถึงเวลานั้น แพทย์จะต้องเผชิญกับสถานภาพทางด้านจิตใจแบบหนึ่งก่อน จึงจะเข้าใจ ต้องการปฏิบัติและจึงจะปฏิบัติได้ดี

ด้วยเหตุที่แพทย์ผู้ให้ข้อมูลได้ปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบประคับประคองมาระยะเวลาานาน ทำให้เห็นความตายและนำมาใคร่ครวญชีวิตความเป็นแพทย์ที่ได้ประโยชน์มากกว่าเมื่อเทียบกับอาชีพอื่นในการได้มีโอกาสเรียนรู้ความตายจากผู้ป่วย ดังนั้นแพทย์ในปัจจุบันที่ต้องปฏิบัติงานกับผู้ป่วยและพบกับเรื่องความตายเป็นประจำ จึงควรกลับมาใคร่ครวญงานดังกล่าวเพื่อทำความเข้าใจเรื่องความตายอย่างถ่องแท้ เว้นเสียแต่ว่าแพทย์ดังกล่าวเพิกเฉย ละเลยการทำความเข้าใจไม่เผชิญหน้ากับสิ่งที่เห็นอยู่ทุกวัน ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญในการทำความเข้าใจเรื่องความตาย การดูแลแบบประคับประคองเพื่อการตายดี ให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานดังที่ผู้ให้ข้อมูลย้ำว่า

“...หากสังขรณ์การเห็นความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ ในส่วนของงานของเรา ต้องทำเรื่องนี้ให้ดี คงเป็นจุดเริ่มต้นกับเรื่องนี้ที่บุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ต้องให้ความสำคัญเรื่องความตายในการดูแลผู้ป่วย...”

(สกล สิงหะ, สัมภาษณ์, 28 เมษายน 2564)

ด้านแพทย์อีกคนหนึ่ง ศ.ดร.นพ.อิสรพงศ์ นุชประยูร ผู้ร่วมก่อตั้งและผู้อำนวยการบริษัท เอียนเอ็น วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด ให้บริการชีวิบาลที่บ้านผู้ป่วย อุปนายกสมาคมบริหารระยะท้ายแห่งประเทศไทย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งในเด็ก คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้ก่อตั้งและเลขาธิการ มูลนิธิสายธารแห่งความหวังเพื่อสานฝันแก่เด็กโรคมะเร็งที่รักษายาก กล่าวว่า

“...ความหมายความตายคือ การเป็นวัฏจักร เมื่อมีการใช้ชีวิตมาช่วงเวลาหนึ่งก็เกิดการหยุด ไม่สามารถทำได้อีก แต่เป็นการหยุดการทำกิจกรรมหนึ่งเพื่อไปทำกิจกรรมอีกรูปแบบหนึ่ง ไม่ได้หยุดเสียทีเดียว ผมเชื่อโดยสนิทใจว่า ความตายมันก็แค่เปลี่ยนไปทำกิจกรรมอีกแบบหนึ่งคนที่เข้าใจตรงกัน *spiritual* แบบนี้ก็ไม่ได้แตกต่างกันมากนัก เหมือนรถไฟขบวนหนึ่งเดินทางต่อไป แต่เป็นความไม่ต่อเนื่องเท่านั้นเอง...”

(อิสรพงศ์ นุชประยูร, สัมภาษณ์, 5 พฤษภาคม 2564)

เมื่อเปรียบเทียบนิยามความหมายความตายระหว่างแพทย์กับแพทย์รังสีรักษาในพื้นที่สนามกับแพทย์ที่ประสบความสำเร็จในการดูแลแบบประคับประคอง แม้ในภาพรวมแพทย์กับแพทย์รังสีรักษาในพื้นที่สนาม จะให้นิยามความหมายความตายที่ดูเหมือนจะสอดคล้องกันในคำว่า ตาย ก็คือภาวะหัวใจหยุดเต้น อวัยวะภายในไม่ทำงาน ขณะที่แพทย์รังสีรักษา นอกจากมองความเป็นจริงของการตายคือสัญญาณเตือนหัวใจหยุดแล้ว แต่หากต้องการให้เกิดการตายดีต้องให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคองและตระหนักว่าผู้ป่วยเองก็ไม่ต้องการความทุกข์ทรมานก่อนตาย ซึ่งแพทย์ทั่วไปอาจลืมนึกในประเด็นนี้ หากแพทย์ขาดความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง และไม่เข้าใจอย่างลึกซึ้งเรื่องการดูแลแบบประคับประคองให้กับผู้ป่วย หรือการดูแลที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ต้องทุกข์ทรมานหรือทรมานน้อยที่สุดก่อนตาย หรือเรียกว่าตายดี นั่นคือเรื่องเดียวกัน

ความหมายความตายจึงเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคลที่เป็นระดับจิตใจสำนึกความคิด ความรู้สึกของแต่ละบุคคล ซึ่งแพทย์รังสีรักษาในพื้นที่สนามมีความรักและสนใจในศาสตร์ด้านการดูแลแบบประคับประคอง (*palliative care*) ร่วมด้วย จึงส่งผลต่อมุมมองการให้ความหมายความตายที่แตกต่างออกไปจากแพทย์ในพื้นที่สนาม ความหมายความตายของแพทย์รังสีรักษาในพื้นที่สนาม

มีความสอดคล้องกับแพทย์ 2 คนที่เชี่ยวชาญๆ ที่มีการทำความเข้าใจการเป็นแพทย์ที่เป็นโอกาสได้เห็นเรื่องความตายและให้ความสำคัญกับผู้ป่วยกับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อการตายที่ดีอีกด้วย

“...หมอมองว่าการที่เรามีความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (*palliative care*) มีส่วนเข้าใจความตายต่างจากคนที่ไม่รู้เรื่องนี้ หมอว่ามันต่างกันนะ เพราะหมอรู้อะไรเรื่องการดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งให้ผู้ป่วยตายดี ถ้าหมอไม่เรียนเรื่องนี้ก็ไม่เข้าใจ ถ้าเขาไม่ *keep in mind* ว่ามันมีเรื่องนี้อยู่ จนบางทีหมอทั่วไปอาจลืมไปเลยว่าการตายดีมันคืออะไร...”

(แพทย์รังสีรักษาในพื้นที่สนาม A3, สัมภาษณ์, 24 ธันวาคม 2563)

อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า แม้ในความเป็นวิชาชีพแพทย์เหมือนกัน ไม่ว่าจะแพทย์ในพื้นที่สนาม แพทย์รังสีรักษาเป็นแพทย์เจ้าของคนไข้ และเป็นแพทย์ที่สนใจแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงแพทย์ที่ประสบความสำเร็จในการดูแลแบบประคับประคองมาอย่างยาวนาน ก็ยังให้นิยามความหมายความตายแตกต่างกัน ดังนั้นการให้นิยามความหมายความตายดังกล่าวนี้จึงเป็นเรื่องเฉพาะตัว เฉพาะบุคคลอย่างแท้จริง ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ประกอบ ไม่ว่าจะเป็น ความคิด ความเชื่อ ศรัทธา อารมณ์ ความรู้สึก ภาวะทางจิตใจ ครอบครัว การอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก ตลอดจนการเติบโต และการศึกษา ฯลฯ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนมีผลต่อการให้การประกอบสร้างความหมายความตายของแต่ละบุคคล

(ข) พยาบาลที่เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคอง

ให้นิยามความหมายความตายของผู้ให้ข้อมูลคือ การเดินทางต่อในอีกภพหน้าไม่ได้หยุดแค่กาย แต่ต้องประกอบด้วย กายและใจหรือจิต การตายเป็นเพียงแค่กาย แต่จิตยังมีการเดินทางต่อไปภพภูมิที่ดีตามความเชื่อของผู้นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีความศรัทธาความเชื่อในทางศาสนาพุทธอย่างมาก

นางเกื้อจิตร แชรรัมย์ ข้าราชการบำนาญพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ กล่าวว่า

“...ความหมายความตายที่ว่าเป็นเรื่องส่วนบุคคลว่าจะเข้าใจยังไง ส่วนใหญ่ชาวพุทธที่ที่ดูช่วงเวลา 10 ปีมาแล้วตายแล้วไม่ได้จบ ตายแค่ร่างกาย จบคือจิตวิญญาณที่ต้องมีการทำบุญอุทิศส่วนกุศลไปให้ ไม่อย่างนั้นจะเทศน์ให้คนตายทำไม คงไม่ต้องทำบุญให้ ก็ฝังๆ ทิ้งไป...”

(เกื้อจิตร แชรรัมย์, สัมภาษณ์, 29 เมษายน 2564)

พยาบาลผู้ให้ข้อมูลคนนี้จะยึดหลักธรรมคำสอนทางพุทธศาสนาด้วยวัฒนธรรมความเชื่อในชุมชนตามภูมิปัญญาที่ผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่ ก็จะเน้นพิธีกรรมความเชื่อทางศาสนา โดยก่อนตายจะมีพิธีทำบุญเรียกว่า สะเดาะเคราะห์ต่ออายุตัดกรรม เป็นการปิดป่าตามแบบแผนประเพณีที่ยึดถือปฏิบัติมา เชิญพระมาเทศน์ผู้ป่วยให้ได้ทำบุญทำทานก่อนตาย

การปฏิบัติหน้าที่ในวิชาชีพการเป็นพยาบาลของผู้ให้ข้อมูลคนนี้จะใช้วิธีการที่เป็นเฉพาะตัว โดยการเป็นจิตอาสาช่วยเหลือผู้ป่วยโดยสมมติขึ้นเองว่ามีแผนกให้กำลังใจ ทุกครั้งที่ไปพบผู้ป่วย จะเน้นการสร้างกำลังใจ ซึ่งการปฏิบัติงานลักษณะนี้มีความคล้ายกับสิ่งที่ภาครัฐเรียกว่า การดูแลแบบประคับประคอง หากแต่พยาบาลคนนี้ได้ดำเนินการมาก่อนที่รัฐจะมีนโยบายสั่งการให้โรงพยาบาลทุกแห่งจัดตั้งศูนย์หรือแผนกการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อดูแลเป็นองค์รวมทั้งกายและใจ หรือเน้นให้หน่วยงานสถานพยาบาลทุกแห่งได้รับการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งประเด็นนี้มีความสอดคล้องกับพยาบาลในพื้นที่สนามที่ปฏิบัติหน้าที่พยาบาล ด้วยความรักและมุ่งมั่นในการทำงานการดูแลแบบประคับประคอง รู้ว่าตนเองต้องการอะไรจึงได้พยายามเข้าสู่งานที่ตนรัก เพื่อเป้าหมายได้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองให้ไม่ทุกข์ทรมาน ซึ่งผู้วิจัยพบว่า การปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลทั้งพยาบาลในพื้นที่สนามและพยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการดูแลแบบประคับประคอง ต่างมีเป้าหมายเดียวกัน คือการได้ช่วยเหลือผู้ป่วยจากจิตใจภายในอย่างแท้จริง ไม่ใช่เพียงกายที่ปฏิบัติงานให้ผ่านไปแต่ละวัน ซึ่งการปฏิบัติงานที่ออกมาจากความรักภายในใจนี้เองก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่เข้าใจผู้ป่วยแท้จริง และทำให้การปฏิบัติงานเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

เมื่อเปรียบเทียบนิยามความหมายความตายระหว่างพยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการดูแลแบบประคับประคอง กับพยาบาลในพื้นที่สนาม พบว่า มีความหมายไม่แตกต่างกัน ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติที่ทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หากแต่เส้นทางแตกต่างกัน เพราะเมื่อมาทำหน้าที่เป็นพยาบาล ความตายจะเป็นของผู้ป่วย ในฐานะพยาบาลจึงต้องให้การช่วยเหลือทุกอย่างทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักอย่างดีที่สุด กล่าวคือในมุมมองของผู้ป่วย พยาบาลมีหน้าที่ให้กำลังใจผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและมีความสุขที่สุด ส่วนในมุมมองของผู้ดูแลหลักพยาบาลก็มีหน้าที่ให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยและให้กำลังใจและดูแลใจผู้ดูแลหลักต่อเนื่องเมื่อสูญเสียคนที่รัก ดังนั้นในฐานะพยาบาลจึงต้องพยายามให้มุมมองเชิงบวกทั้งกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่มีต่อความตายที่จะเกิดขึ้นให้สามารถไปถึงปลายทางนั้นได้อย่างมีความหมายที่สุด

จากข้อมูลความหมายความตายดังกล่าวของพยาบาลในพื้นที่สนามและพยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการดูแลแบบประคับประคอง ทั้ง 2 คนทำให้ผู้วิจัยค้นพบว่า พยาบาลผู้ให้ข้อมูล 2 คนนี้ แม้วัยและประสบการณ์จะแตกต่างกันตามกาลเวลา ตามยุคสมัยและรูปแบบของ

การปฏิบัติงานในแต่ละสถานที่ที่แตกต่างกัน แต่สิ่งที่เหมือนกันคือ อุดมการณ์ ความมุ่งมั่นและเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองทั้งทางร่างกายและจิตใจครบทุกมิติ โดยเฉพาะการให้กำลังใจผู้ป่วยระยะสุดท้ายผ่านการสื่อสารที่แสดงออกด้วยความเมตตา ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการรักษาทางใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีพลังในการเผชิญโรคของตนเองต่อไป ดังคำกล่าวของพยาบาลในพื้นที่สนามและพยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการดูแลแบบประคับประคองให้กล่าวไว้ ดังนี้

“...พยาบาลเหมือนเป็นตัวกลางตัวเชื่อมระหว่างคนไข้กับญาติและทีมสหวิชาชีพอื่นๆ ทั้งหมดให้มาจูนกันเพราะคนไข้จะให้ความหมายแต่ละวิชาชีพไม่เท่ากัน แม้แพทย์เป็นตัวหลักในการรักษา แต่พยาบาลก็แสดงความเห็นได้ถ้าความหมายความตายของคนไข้คือ ตามธรรมชาติไม่อยากสู้อะไรแล้ว อยากเอาเวลาไปอยู่กับครอบครัว พยาบาลสามารถบอกทีมสหวิชาชีพเพื่อนั้นคนไข้และญาติเป็นศูนย์กลาง...”

(พยาบาลในพื้นที่สนาม A2, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2563)

“...ที่เน้นเรื่องใจ ครึ่งๆ เลย สุดท้ายการตายมันจบทางกายก็จริงแต่มันไม่จบทางจิต ฉะนั้นคนไข้และญาติสำคัญมาก หมอที่ดีช่วย 50% หมอรักษากาย พยาบาล คนไข้ญาติรักษาใจ ถ้าอยากให้คนไข้ดีขึ้นคนไข้เอง ญาติเองต้องช่วยกัน ให้กำลังใจกัน เก่งยังไงก็ไม่หายถ้าจิตใจคนไข้ไม่ดี...”

(เกื้อจิตร แชรรัมย์, สัมภาษณ์, 29 เมษายน 2564)

3) นิยามความหมายความตายของผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ดูแลหลักในพื้นที่กรณีศึกษา

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็ง ส่วนใหญ่ให้นิยามความหมายความตายที่ไปในทิศทางเดียวกัน คือความตายเป็นเรื่องปกติ ธรรมชาติ ตามศาสนาที่สอนมาให้เรารู้ว่าชีวิตมีเกิด แก่ เจ็บ ตายเป็นเรื่องธรรมดา ทุกคนจะต้องเจอ และส่วนใหญ่ไม่กลัวความตายถ้าวันหนึ่งจะมาถึง

ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์ ต่างเคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยหรือเคยพบเห็นเรื่องราวความเจ็บป่วยและความตายจากญาติพี่น้องหรือบุคคลในครอบครัวมาอยู่บ้าง ความหมายความตายของผู้ป่วยมะเร็งผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้นิยามความหมายความตายไม่แตกต่างกัน โดยสรุปได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งจะไม่กลัวความตาย และต่างยอมรับว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดา เป็นเรื่องปกติที่ทุกคนต้องเจอและพร้อมยอมรับเมื่อความตายมาถึง แม้ว่าส่วนใหญ่ยังรับรู้ถึงความน่ากลัวของโรคมะเร็งที่เป็นแล้วก็ต้องตายแต่เมื่อต้องมาเจอกับตัวเองจนทำการรักษา

มาถึงระยะสุดท้ายที่ดูแลแบบประคับประคองนี้ก็ทำใจยอมรับได้แต่อย่างไรก็ยังมีหวังที่อยากจะหายอยากกลับไปใช้ชีวิตเหมือนเดิมได้อีกครั้งหนึ่ง

“...ความตายนี้มันก็เป็นเรื่องปกติของมนุษย์โลก ไม่ว่าใครต้องเกิดกับตัวเอง ไม่ว่าผม ไม่ว่าคุณก็ต้องไปทุกคน ยากดีมีเงินก็กว้างสอก ยาววาเท่านั้นเอง ผมบอกหมอไปแล้ว ไม่ต้องทำอะไร ไม่บีบ ไม่แห่ เจาะไม่เอาอะไร มันน่าสมเพช ทุเรศมาก แหะให้ระโยงระยางไปหมด คนต้องมาเฝ้าดูแลทุกวันจะตายก็ไม่ตายชะะที เสียเวลาเปล่าๆ บอกภรรยาแล้วค่อยให้ปล่อยไปเลยดีกว่า ถ้าวันไหนไม่หายใจแล้วก็ปล่อยไปเลย...”

(ผู้ป่วยมะเร็ง B3, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2563)

ทั้งนี้จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การให้นิยามความหมายความตายของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งอยู่ในระยะที่ 4 ของโรคมะเร็ง หรือเรียกว่าเป็นระยะสุดท้ายนั้น ความหมายความตายไม่แตกต่างกันจากข้อมูลข้างต้น แม้ว่าข้อมูลพื้นฐานส่วนตัวต่างๆ ของผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความแตกต่างกัน เช่น เพศ อายุ อาชีพ รายได้ สถานภาพเศรษฐกิจครอบครัว แต่เมื่อกกล่าวถึงนิยามความหมายความตายกลับมีความหมายที่ไม่แตกต่างกัน

โดยเฉพาะเมื่อศึกษาข้อมูลภูมิหลังของผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 2 คน ใน 4 คนนี้แม้เพศต่างกันแต่มีพื้นฐานการดำเนินชีวิตที่คล้ายคลึงกัน คนหนึ่งเป็นเพศหญิง เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน หรือ อสม.รุ่นแรกของชุมชนถึงปัจจุบัน พื้นฐานครอบครัวเป็นหมอชาวบ้านที่คอยช่วยเหลือชาวบ้านมาตลอด ทำให้มีแบบอย่างในการดำเนินชีวิต และเรียนรู้จากสิ่งที่พ่อและแม่กระทำให้เห็นทุกวัน ทำให้เป็นคนช่างสังเกตจนถึงปัจจุบัน ขณะที่ผู้ป่วยอีกคนหนึ่งเป็นเพศชาย มีอาชีพพนักงานรัฐดับไฟฟ้า เป็นกู้ภัย จิตอาสา เก็บศพ ชอบช่วยเหลือชาวบ้านทุกอย่างมาตลอดระยะเวลา 20 ปี

ผู้ป่วยดังกล่าวทั้ง 2 คนนี้มีใจรักเป็นจิตอาสา ชอบช่วยเหลือผู้อื่นเป็นประจำ มีใจรักและสนุกกับการทำงาน จากการบ่มเพาะวิชาชีพที่ให้ความช่วยเหลือคนอื่นผ่านวันเวลายาวนานทำให้ได้เห็นชีวิตและความตายเป็นเรื่องปกติ ดังนั้นเมื่อถึงเวลาที่ตัวเองต้องป่วยด้วยโรคมะเร็งจึงสามารถทำความเข้าใจกับโรคมะเร็งที่เป็นอยู่ และยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้นได้ ก่อนที่แพทย์จะแจ้งข่าวให้คนทั้ง 2 รับรู้โดยตรงว่าเป็นมะเร็งเสียอีก ที่สำคัญตลอดระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่ที่ผ่านมา ผู้ป่วยมะเร็ง 2 คนนี้เชื่อมั่นในความคิดที่ตนได้ปฏิบัติทำความดีช่วยเหลือผู้อื่นมาโดยตลอด ดังนั้นเมื่อความตายจะมาถึงตัวเองก็สามารถตั้งรับกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้และมองว่าชีวิตนี้ที่เกิดมาคุ้มและได้ทำครบแล้ว หากความตายจะมาเมื่อไหร่ก็เมื่อนั้น

จากกรณีความหมายความตายของผู้ป่วยมะเร็งผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 คนนี้เป็นตัวอย่างของการมีชีวิตอยู่ที่ดี (good life) และตายดี (good death) สอดคล้องกับความคิดของแพทย์ที่ประสบความสำเร็จในการดูแลแบบประคับประคองที่กล่าวไว้ก่อนหน้านี้นี้ว่า “ความหมายความตายมีผลกับพฤติกรรม เรื่องราวหรือการใช้ชีวิตของคนๆ นั้น ในช่วงที่ยังมีชีวิตอยู่ได้ทำอะไรให้เกิดประโยชน์ เป็นที่รักควรจดจำ แสดงให้เห็นว่าในตอนที่ยังมีชีวิตอยู่ได้ทำสิ่งดีดีก่อนตายทำให้ชีวิตมีความหมาย (meaningful to life) เมื่อตายก็จะเรียกว่า ตายดี (good death) ดังที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทั้ง 2 คนนี้กล่าวว่า

“...ผมเป็นอาสาสมัคร มูลนิธิ เรื่องความตายพวกนี้เจอบ่อย บางทีสัปปะหรือไม่พอผมก็ไปช่วยจัดการ เรื่องนี้ปกติมากๆ บอกมาเลย รับได้หมด ทุกวันนี้ถึงรู้แล้วก็ยังสบายๆ สบายมาก...”

(ผู้ป่วยมะเร็ง B3, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2563)

“...ยายรู้อยู่แล้ว ตอนนี้อยากกินอิมมูนอลับ ชิวๆ เลย ชีวิตยาย วาสนายายได้แค่นี้ก็ดีมากแล้ว ยายมีความสุขแล้วตอนนี้ได้ครบทุกอย่างแล้วที่ยายทำมา ถ้าบุญเราได้มาแค่นี้ก็พอแล้ว...”

(ผู้ป่วยมะเร็ง B4, สัมภาษณ์, 12 ธันวาคม 2563)

ด้วยเหตุที่ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ทั้ง 4 คนนี้แม้ว่าจะยอมรับความตายแต่ขณะเดียวกันการที่ตัดสินใจมารักษาในกระบวนการฉายรังสีหรือฉายแสงนี้ ทุกคนต่างมีความหวังโดยไม่จำกัดอายุว่าต้องน้อยหรือมาก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะตั้งความหวังไว้มากกว่าเพราะยังใช้ชีวิตได้ไม่นานและต้องการเวลาที่จะสร้างฐานะครอบครัว ต้องการเวลาในการประกอบอาชีพที่ตนรัก ดังนั้นความหวังที่ต้องการจะหายจากโรคมะเร็งนี้จึงเป็นสิ่งเดียวที่ผู้ป่วยทุกคนตั้งเป้าหมายไว้ ด้วยเหตุผลเดียวกันคือ ต้องการกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว ลูกหลาน การได้ทำงานที่รัก การได้อยู่พร้อมหน้าพร้อมตากัน ดังที่ผู้ป่วยมะเร็งกล่าวว่า

“...สำหรับหนูคิดว่าเป็นได้ก็หายได้นะถึงจะไม่หายขาดก็รักษาตามอาการไปตอนนี้อยากเดิน ใ้้อยากกลับไปขายของออนไลน์ อยากกลับบ้านอยู่กับครอบครัว...”

(ผู้ป่วยมะเร็ง B1, สัมภาษณ์, 2 ธันวาคม 2563)

โดยสรุปจากการวิเคราะห์ข้อมูลการให้ความหมายความตายผู้ป่วยมะเร็ง 4 คนนี้พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะให้ความหมายความตายไปในทิศทางเดียวกัน และมีทัศนคติเชิงบวกต่อความตายที่ไม่กลัวหากวันนั้นมาถึง เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ทำความเข้าใจ

เข้าใจกับโรคมะเร็งที่เกิดขึ้นในร่างกายและคุ้นชินกับการรักษาตามระยะเวลาที่ผ่านมาระยะหนึ่ง เกิดการรับรู้และ การยอมรับ มีกลไกการปกป้องตนเอง ไม่ให้มีความเครียดไปมากกว่าเดิมที่เป็นอยู่ และผู้ป่วยเองส่วนใหญ่รับรู้ด้วยว่า ความเครียดจะเป็นจุดอันตรายที่ส่งผลให้โรคมะเร็งเติบโตหรือ แพร่กระจายไปส่วนอื่นๆ ของร่างกายได้ ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่จึงเลือกที่จะบอกตัวเองไม่ให้เครียด ให้กำลังใจตัวเองและพยายามทำจิตใจให้สบายยอมรับกับสิ่งที่เป็นอย่างนี้ นอกจากนั้นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วย มะเร็งส่วนใหญ่รับรู้เมื่อความตายใกล้มาถึง คือ กำลังใจที่ได้รับจากครอบครัวทำให้ผู้ป่วยมะเร็ง ส่วนใหญ่สามารถมีกำลังใจในการรักษาเพื่อต่อสู้กับโรคมะเร็งที่เน้นการดูแลแบบประคับประคองไม่ ยื้อชีวิตให้ทนทุกข์ทรมาน และเป็นภาระกับครอบครัว

“...บ่าคิดว่าข้างในร่างกายคงไม่ค่อยไหวแล้ว แต่มันอยู่ที่กำลังใจนะ บ่าบอกกับลูก ว่าแม่เดินไม่ได้นะ ลูกก็บอกไม่เป็นไร แม่กินได้ก็อยู่ได้แล้ว ก็มีลูกสาวจะสลับกับพ่อมาดูแลบ่่า...”
(ผู้ป่วยมะเร็ง B2, สัมภาษณ์, 12 ธันวาคม 2563)

“...โรคนี้อ้าเรารับไม่ได้ก็จะทรุดๆ ลงไป แล้วแต่บางคน ถ้าเรามีจิตใจยอมรับเข้มแข็ง รับ ได้ ครอบครัวให้กำลังใจด้วย และเราต้องมีกำลังใจให้ตัวเองด้วย สำคัญเลย คือคนดูแลเรา ผม โชคดี มีภรรยาใกล้ชิดตลอด...”
(ผู้ป่วยมะเร็ง B3, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2563)

“...ตอนนี้ยายไม่คิดอะไร เราก็อ่าใจนะ ตายก็ตาย ไม่กลัวหรอก อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด คิดมากไปก็เท่านั้น บ่าก็บอกลูกไว้แล้วถึงวันนั้น ไม่ต้องทำอะไรให้ทรมานไม่ต้องเจอะไม่ต้องบ่้ม...”
(ผู้ป่วยมะเร็ง B4, สัมภาษณ์, 12 ธันวาคม 2563)

ส่วนนิยามความหมายความตายของผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมี 2 ลักษณะคือ

(ก) นิยามความหมายความตายที่เหมือนกันกับผู้ป่วยมะเร็ง ในลักษณะที่ ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ เกิดแก่เจ็บตายเป็นของธรรมดา คนเราเกิดมาต้องตายทุกคน และไม่มีใครรู้ว่าใครจะไปก่อนใคร ผู้ดูแลอาจไปก่อนผู้ป่วยก็เป็นได้ ซึ่งทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงหนีพ้น โดยเฉพาะศาสนาพุทธที่สอนให้ทำความดี ละเว้นความชั่วและเกรงกลัวต่อบาป เพื่อตายไปแล้วจะได้สู่ภพภูมิที่ดี ซึ่งผู้ดูแลคอยให้ความช่วยเหลือทุกอย่างตามที่ผู้ป่วยต้องการ ดังที่ผู้ดูแลหลักผู้ให้ ข้อมูลคนนี้ได้กล่าวว่า

“...ถ้ามีโอกาสก็พาไปวัดทำบุญ นั่งสมาธิให้ใจสงบสุข ชอบไปวัดกันประจำ มีโอกาสจะใส่บาตรเลยที่โรงพยาบาลมีก็จะทำทุกครั้ง สามิเองก็จะบวชนะถ้ากลับมาเดินได้ เราก็อช่วยทุกอย่างเตรียมของให้ แต่ตอนนี้ถึงไปวัดก็นั่งไม่ได้ปวดหลัง”

(ผู้ดูแลหลัก C3 ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง B3 ในพื้นที่สนาม, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2563)

(ก) ความหมายความตายที่แตกต่างกับผู้ป่วยมะเร็ง ในลักษณะที่ความตายเป็นเรื่องของความสูญเสีย ความเศร้าโศก เสียใจ ความน่ากลัวของโรคมะเร็ง ความเครียด ความวิตกกังวล ฯลฯ

เนื่องจากผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นคนที่ครอบครัว มีความใกล้ชิด มีความรักความผูกพันกับผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อถามถึงนิยามความหมายความตายของแต่ละบุคคลจะแสดงออกด้วยความรู้สึกทาง สีหน้าแวตาผ่านความรู้สึกภายในลึกๆ ส่วนตัวของแต่ละบุคคลออกมาที่ไม่แตกต่างกันก็จะให้คำจำกัดความที่เป็นไปในทิศทางใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยเรื่องราวและความหมายไปที่ผู้ป่วยซึ่งเป็นคนในครอบครัวอันเป็นที่รัก ดังที่ผู้ดูแลหลักผู้ให้ข้อมูลคนนั้นกล่าวว่า

“...พีคิดว่าเราเกิดแก่เจ็บตายเราก็ปลงตกได้เหมือนกัน แค่ว่าเราตาย เหมือนกัน เผลอๆ เราอาจตายก่อนเค้า พยายามทำใจปล่อยวาง แต่ก็อดใจหายใจว่าไม่ได้ กลัวเหมือนกัน ก็ไม่อยากให้คนที่เรารักสูญเสียไม่ว่าใคร มันรวดเร็วเกินไป โรคนี้อันตรายไปไวแต่ตอนนี้เรายังกังวลอยู่ว่าจะไปเมื่อไร...”

(ผู้ดูแลหลัก C3 ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง B3 ในพื้นที่สนาม, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2563)

“...ทุกคนเกิดมาก็ต้องตายทุกคน เรากลัวมั๊ยก็ไม่กลัวหรอก เรายังไม่รู้ว่าจะไปไวไหนเหมือนกัน แต่พอภรรยาป่วยแบบนี้ เค้าเป็นอะไรแบบนี้ก็ต้องเสียใจธรรมดาเพราะเรารักเค้ามาก ตอนสาว ๆ เค้าสวยมากตาม ตอนแรกก็รู้ว่าเค้าป่วย น้ำตาไหลเลย ตอนนั้นก็ไม่น่าอะไรแล้ว พยายามให้เค้าสบายใจที่สุด เพราะไม่รู้ว่าจะอยู่กับเราได้นานแค่ไหน..”

(ผู้ดูแลหลัก C2 ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง B2 ในพื้นที่สนาม, สัมภาษณ์, 12 ธันวาคม 2563)

เมื่อความตายมาเชื่อมโยงกับคนที่เรารักหรือคนในครอบครัว ผู้ดูแลหลักผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งกล่าวว่า ไม่คาดคิดว่าเรื่องนี้จะเกิดขึ้นกับคนในครอบครัวหรือคนที่เรารัก และถือว่าการนี้เราได้เรียนรู้ความตายไปด้วยกันกับผู้ป่วย และทำให้ระมัดระวังพฤติกรรมการใช้ชีวิต เช่น การกินอาหารต่างๆ มากขึ้น หรืออะไรที่ไม่เคยทำก็เริ่มหันมาสนใจ เช่น การอ่านหนังสือธรรมะช่วยให้เข้าใจชีวิตและความตายได้ ทำให้ผู้ดูแลหลักได้เรียนรู้และทำใจเรื่องของความตายว่าเป็นเรื่อง

ปกติ พร้อมๆ ไปด้วยการฝึกให้มีสติ ปล่อยวางไม่ยึดติดกับสิ่งต่างๆ ซึ่งเท่ากับว่าการดูแลผู้ป่วยได้ เตือนสติกลับมาดูแลกายและใจตัวเองด้วย

“...แม่มาเป็นแบบนี้ ตอนแรกก็ตกใจมาก ไม่มีสัญญาณว่าจะเป็น โรคนี้อยู่ อีกอย่างที่อยู่บ้านคนละหลังกับแม่ด้วย แม่เป็นหญิงแกร่งชอบทำอะไรเอง ตอนที่กำลังทำใจ มองความตายเป็นเรื่องปกติ พยายามหาหนังสือธรรมะมาอ่านให้คลายเครียด จากเดิมที่พี่ไม่เคยอ่านเลย ก็เริ่มผ่อนคลายลงช่วยได้บ้าง และปรับพฤติกรรมกรรมการกินอาหาร การใช้ชีวิตด้วย เพราะเริ่มกลัวขึ้นมาเหมือนกัน ระวังมากขึ้น...”

(ผู้ดูแลหลัก C4 ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง B4 ในพื้นที่สนาม, สัมภาษณ์, 12 ธันวาคม 2563)

ด้วยเหตุที่การให้นิยามความหมายความตายเป็นมิติหนึ่งของการประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ดูแลหลัก ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพแต่ละวิชาชีพเองก็มีนิยามความหมายความตายของแต่ละคนที่แตกต่างกันบ้าง เหมือนกันบ้าง ดังนั้นเมื่อบุคลากรทางสุขภาพมีโอกาสในการเข้าถึงผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักตามบทบาทหน้าที่ เวลาความถี่ที่แตกต่างกัน ย่อมส่งผลต่อการประกอบสร้างความหมายความตายระหว่างกันมากบ้างน้อยบ้างแตกต่างกัน ไปอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นนิยามความหมายความตายจึงเป็นอีกมิติหนึ่งในการประกอบสร้างความหมายความตายที่สำคัญของบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก

ดังที่กล่าวไปก่อนหน้านี้ถึงนิยามความหมายความตาย โดยเฉพาะบุคลากรทางสุขภาพที่เป็นวิชาชีพแพทย์จะให้นิยามความหมายความตายในทางการแพทย์คือ การมีสัญญาณชีพเป็นหลัก แต่วิชาชีพอื่นๆ ได้แก่ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยาจะมีประเด็นอื่นๆ มาเกี่ยวข้องในการให้นิยามความหมายความตายที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับนิยามความหมายความตายของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก คือ ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ และมีการเดินทางไปสู่ภพภูมิหน้า หากแต่มีประเด็นที่แตกต่างแต่สำคัญและเพิ่มเติมมาในส่วนของผู้ดูแลหลัก คือมิติความหมายความตายที่เป็นเรื่องความสูญเสีย ความเศร้าโศก ความเสียใจ ความน่ากลัวของโรค ความเครียด ความวิตกกังวล และอื่นๆ อีกมากมายเข้ามาเกี่ยวข้องซึ่งเป็นที่บุคลากรทางสุขภาพจะต้องให้ความสนใจการดูแลผู้ดูแลหลักร่วมด้วยไปพร้อมๆ กับการดูแลผู้ป่วย

โดยสรุปการให้นิยามความหมายความตายของผู้ให้ข้อมูล 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มบุคลากรทางสุขภาพในพื้นที่สนาม 5 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยา 2) กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และ 3) กลุ่มผู้ดูแลหลัก ซึ่งแต่ละกลุ่มต่างมีนิยามความหมายความตายในการประกอบสร้างความหมายความ

ตาย เหมือนและแตกต่างกันไปตามความรู้ที่ได้รับมาและสะสมมาเป็นคลังความรู้ โดยจะเลือกรับความรู้ตามความสนใจของแต่ละบุคคลตามมุมมองความหมายความตาย และปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการประกอบสร้างความหมายความตายอีกด้วยซึ่งจะกล่าวในหัวข้อต่อไป

4) มุมมองที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การแพทย์/วิทยาศาสตร์ ศาสนา สังคม กฎหมาย และเศรษฐศาสตร์ของบุคลากรทางสุขภาพในพื้นที่สนาม 5 วิชาชีพ

(1) แพทย์ในกรณีศึกษา

แพทย์ผู้ให้ข้อมูลมีการประกอบสร้างความหมายความตายโดยอาศัยมุมมองทางการแพทย์/วิทยาศาสตร์เป็นลำดับแรก ตามความรู้วิชาการแพทย์ที่ศึกษาเฉพาะด้านมาเป็นเวลานาน รองลงมาเป็นมุมมองทางสังคมในภาพรวมทั้งสังคมหรือกลุ่มคนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง เช่น การที่สังคมไทยเริ่มให้ความสนใจเรื่องความตาย หรือแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ที่เข้ามาใช้ในระบบบริการสาธารณสุขไทยในช่วงกว่าทศวรรษที่ผ่านมา ส่งผลให้วิชาชีพแพทย์ถูกกำหนดให้ต้องอบรมความรู้การดูแลแบบประคับประคองเพิ่มเติม จากการเป็นประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก (WHO) แพทย์ส่วนใหญ่จึงต้องเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยในแนวคิดแบบประคับประคองดังกล่าวจนถึงปัจจุบัน

นโยบายดังกล่าวทำให้มุมมองการประกอบสร้างความหมายความตายของแพทย์ที่เน้นการแพทย์/วิทยาศาสตร์ด้านเดียว รวมถึงอำนาจทางการรักษาที่แพทย์มีเพียงผู้เดียวในอดีตนั้นเริ่มเปลี่ยนแปลงไป จากการเปิดรับมุมมองด้านอื่นๆ เข้ามาร่วมด้วยเพื่อให้มีผลต่อการรักษาทางใจร่วมกับทางกาย เช่น ทางศาสนา การนิมนต์พระที่วัดที่อยู่ใกล้โรงพยาบาลเข้ามาถึงข้างเตียงผู้ป่วยก่อนตายตามความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับพรทำบุญก่อนตายได้ให้ชีวิตได้ถึงความสุขและการปล่อยวางในวาระสุดท้าย หรือ การนิมนต์พระสงฆ์มาทำให้ผู้ป่วยได้ทำบุญใส่บาตรเป็นประจำหนึ่งวันในหนึ่งสัปดาห์ ซึ่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะกำหนดไว้เป็นประจำ

ขณะที่มุมมองทางกฎหมายถือว่าเป็นเรื่องที่ไกลตัวจากความรู้เฉพาะด้านในวิชาชีพแพทย์ ที่จะมีความเกี่ยวข้องเมื่อเปรียบเทียบกับมุมมองอื่นๆ แต่มุมมองทางเศรษฐศาสตร์อาจมีความเกี่ยวข้องด้านแผนการรักษาและการเข้าถึงยาของผู้ป่วยที่มีสภาพเศรษฐกิจที่ดี ดังที่แพทย์ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“...สภาพเศรษฐกิจผู้ป่วยน่าจะมีผลกับการรักษาในแง่การเข้าถึงยาบางอย่างที่มีราคาแพงตามเศรษฐฐานะคนไข้ ก็สามารพพุ่งเป้าที่มันอาจจะช่วยยืดระยะเวลาออกไปได้ ดังนั้นการมี

เศรษฐานะดีของคนไข้ เมื่อเข้าถึงยาบางอย่างได้ก็จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตก่อนตายแต่สุดท้ายการตายไม่ต่างกัน...”

(แพทย์ในพื้นที่สนาม A1, สัมภาษณ์, 24 ธันวาคม 2563)

(2) พยาบาลในกรณีศึกษาที่

พยาบาลผู้ให้ข้อมูลมีการประกอบสร้างความหมายความตายตามมุมมองทางศาสนาเป็นหลัก โดยเฉพาะด้านศาสนาของผู้ป่วยที่ถือเป็นการดูแลด้านจิตวิญญาณควบคู่กับมุมมองทางสังคม ที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตที่ดีก่อนตายและการตายดีตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และ มุมมองทางเศรษฐศาสตร์ตามลำดับ

เนื่องด้วยวิชาชีพพยาบาลไม่มีความเกี่ยวข้องชัดเจนในมุมมองกฎหมายและมุมมองเศรษฐศาสตร์ แต่ผู้ให้ข้อมูลยอมรับว่าปัจจุบันการเข้าถึงยา หรือการเข้าถึงการรักษาโรคที่เร็วตามเศรษฐานะของผู้ป่วยมีส่วนสำคัญกับการมีชีวิตอยู่ก่อนตายจนถึงมีคุณภาพการตายที่ดีได้ เพราะในผู้ป่วยบางรายแม้จะเป็นมะเร็งระยะต้นๆ มีโอกาสหายแต่ด้วยภาวะเศรษฐานะทำให้โรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“...ผู้ป่วยหลายคนเพิ่งเป็นระยะแรกๆ แต่ไม่มารักษาเพราะเสียเวลาทำมาหากินและเงินที่สะสมมา และต้องการเก็บเงินให้ลูกเรียนมากกว่ามารักษาตัวเอง เมื่อเวลาผ่านไปโรคลุกลามจนเป็นระยะสุดท้ายและเสียชีวิตในที่สุด พอครอบครัวมารู้เหตุผลของการไม่รักษา ทำให้ทุกคนรู้สึกเสียใจ ไม่คิดว่าผู้ป่วยจะมีความคิดเช่นนี้...”

(พยาบาลในพื้นที่สนาม A2, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2563)

(3) แพทย์รังสีรักษาในกรณีศึกษาที่

การวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า แพทย์รังสีรักษาเป็นวิชาชีพเดียวที่มีการประกอบสร้างความหมายความตายครบทุกมิติ คือ มีทั้งมุมมองการแพทย์/วิทยาศาสตร์ควบคู่กับศาสนา สังคม และเศรษฐศาสตร์ยกเว้นมุมมองทางกฎหมาย

ด้วยเหตุที่แพทย์รังสีรักษาในพื้นที่สนามเป็นทั้งแพทย์เจ้าของคนไข้ และแพทย์การดูแลแบบประคับประคอง ทำให้แพทย์รังสีรักษามีมุมมองการประกอบสร้างความหมายความตายที่หลากหลายแตกต่างจากบุคลากรทางสุขภาพวิชาชีพแพทย์ด้วยกัน สามารถให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้อย่างชัดเจน ทั้งในการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์หรือชีวภาพ หากผู้ป่วยเลือกทางชีวภาพจะพบกับการรักษาอะไรบ้าง โดยแพทย์รังสีรักษาผู้ให้ข้อมูลจะแสดงรูปภาพให้

เห็นก่อนการตัดสินใจรักษา เช่น รูปภาพเจาะคอ การปั๊มหัวใจ หรือใส่ท่อช่วยหายใจเป็นอย่างไร พร้อมอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยต้องพบ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ที่จะมาเป็นแพทย์รังสีรักษาไม่ใช่เพียงแพทย์ผู้ที่มาทำการฉีดเส้นฉายแสงรังสีให้กับผู้ป่วยเท่านั้น แต่การเป็นแพทย์รังสีรักษาที่ดี ต้องมีทักษะหรือมีเทคนิคในการแสดงออกให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องพบเจอหากตัดสินใจเลือกทำการรักษาในแนวทางใดแนวทางหนึ่ง ซึ่งถือเป็นวิธีการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาด้วยตัวเอง

“...หมอรังสีรักษาเป็นได้ทั้ง *curative* และ *palliative* แต่เมื่อไรก็ตามที่คนไข้เริ่มกระจาย ถอดน้มนี่ *bleed active* ก็ส่งมาปรึกษาเพราะมันเป็น *local treatment* ก็เห็นว่า *palliative* ต้องช่วยคนไข้คือมันคู่กับรังสีรักษา เพียงแต่ว่าหมอเอง *deep* มาทาง *palliative* มากกว่า *radioactive treatment* ซึ่งมากกว่าหมอบางคนเท่านั้นเอง...”

(แพทย์รังสีรักษาในพื้นที่ในสนาม A3, สัมภาษณ์, 24 ธันวาคม 2563)

ด้วยเหตุที่การฉายแสงรังสีรักษาเป็นวิธีการที่มีค่าใช้จ่ายพอสมควร จึงมีความเกี่ยวข้องกับมุมมองทางเศรษฐศาสตร์หรือภาวะเศรษฐกิจในครอบครัวหรือเศรษฐกิจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยบางรายมีเศรษฐกิจหรือรายได้ในครอบครัวน้อยทำให้ไม่สามารถเข้ารับการรักษาแต่ละระยะแรกๆ ขณะที่บางรายมีเศรษฐกิจดี แต่ไม่มีการวางแผนรักษาทำให้โรคแพร่กระจายและลุกลามจนเข้าสู่ระยะสุดท้าย

ดังนั้นความรวยและความจนจึงเป็นส่วนสำคัญกับกระบวนการรักษาฉายแสงรังสี ซึ่งในบางครั้งแพทย์รังสีรักษาก็อยู่ในภาวะต้องตัดสินใจรักษาด้วยเช่นกัน แม้ว่าการรักษานั้นจะไม่เกิดประโยชน์ใดๆ แล้ว แต่หากเป็นความฝัน และเป็นความหวังเดียวของผู้ป่วยที่เฝ้ารอเวลาเก็บหอมรอมริบเพื่อสามารถให้ตัวเองอยู่ในระบบการฉายแสงที่ต้องใช้เงินจำนวนหนึ่ง แม้เพียงครั้งเดียวในชีวิต และจะต้องเสียชีวิตก็ตาม หากนั่นคือความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายผู้เป็นแพทย์รังสีรักษาก็ต้องทำดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“...คนไข้บอกหมอว่า วันนี้หนูมีตั้งมาเพื่อฉายแสง มันเป็น *need* ของคนไข้ มันเป็นปางเส้นสุดท้ายของเขา ถ้าฉายแสงแล้วต้องตาย แต่อย่างน้อยคนไข้ทำสำเร็จในสิ่งที่เขาต้องการ ก็ต้องทำให้คนไข้สมปรารถนา...”

(แพทย์รังสีรักษาในพื้นที่ในสนาม A3, สัมภาษณ์, 24 ธันวาคม 2563)

(4) นักสังคมสงเคราะห์ในกรณีศึกษาที่

การประกอบสร้างความหมายความตายในมุมมองของนักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้ข้อมูลจะเน้นมุมมองทางศาสนาเป็นหลัก และทางเศรษฐศาสตร์เป็นรอง ควบคู่ไปกับทางกฎหมายและทางสังคม โดยเฉพาะการดูแลแบบประคับประคองที่เน้นความร่วมมือกันในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยแบบการทำงานเป็นทีม แต่จะไม่มีมีความเกี่ยวข้องกับโดยตรงกับมุมมองทางการแพทย์/วิทยาศาสตร์แต่อย่างใด

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า แพทย์รังสีรักษายึดทางศาสนาเป็นหลักเนื่องจากในอดีตเคยบวชเป็นพระสงฆ์เป็นเวลากว่า 20 ปี ทำให้รับรู้และเข้าใจเรื่องความตาย ประกอบกับเคยได้รับนิมนต์ในกิจของสงฆ์สวดมนต์ข้างเตียงผู้ป่วยใกล้ตายเป็นประจำ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถเข้าใจและสามารถปฏิบัติต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักอย่างเป็นธรรมชาติ

“...การบวชเป็นพระทำให้ผมเชื่อในทางศาสนามากและผมศรัทธามากคือเรื่องจิตก่อนตายเรียกว่า อาสังขจิต จิตดวงสุดท้ายที่จะหลุดออกจากร่างกาย ถ้าเป็นจิตดวงสุดท้าย ไปสู่สุคติก็จะไปดีนะ เพราะฉะนั้นในพุทธศาสนาให้ภาวนาพุท โรบ้างหรือนึกถึงความดีที่เคยทำ ถ้าผมจะตาย ผมจะทำตรงนี้ อยากรู้จิตดวงสุดท้าย ตัวผมเองยังไม่มั่นใจเลยเมื่อถึงวันนั้นจะทำได้หรือเปล่า ผมเชื่อนะดวงจิตสุดท้ายนี้ถึงตรงไหนไปตรงนั้น...”

(นักสังคมสงเคราะห์ในพื้นที่สนาม A4, สัมภาษณ์, 24 ธันวาคม 2563)

ด้วยเหตุที่ผู้ให้ข้อมูลเป็นพระสงฆ์มาในอดีตและยึดมั่นในคำสอนทางศาสนาพุทธที่ย้ำให้ทุกคนทำความดีเมื่อตายไปจะได้ขึ้นสวรรค์ หากแต่ในปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลอยู่ในวิชาชีพนักสังคมสงเคราะห์มากกว่า 13 ปี ทำให้ต้องมีมุมมองทางเศรษฐศาสตร์ พร้อมๆ ทางกฎหมายในมาตราต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการ เพื่อให้คำแนะนำและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในความรู้เรื่องสวัสดิการจากระบบการทำงานที่ทำในปัจจุบันที่ผู้ป่วยควรได้รับตามสิทธิ์ ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงมีหน้าที่ประเมินรายรับรายจ่ายหรือเศรษฐฐานะทางครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลในการช่วยเหลือเบื้องต้น และประสานงานกับโรงพยาบาลอำนวยความสะดวกให้ในเรื่องต่างๆ เช่นค่าเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาล ทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้เมื่อกลับบ้าน และเงินชดเชยในสวัสดิการของผู้ป่วยที่ควรได้จากการทำงานในระเบียบต่างๆ โดยเฉพาะความสำคัญของทีมสหวิชาชีพที่จะทำให้ผู้ป่วยคนหนึ่ง

จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การที่นักสังคมสงเคราะห์ได้มีความรู้คงเข้าใจเรื่องศาสนาจะสามารถทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเกิดความสบายใจ ไร้กังวลนักสังคมสงเคราะห์มากขึ้น เนื่องจากไม่ได้มีจุดประสงค์เข้ามาเพื่อพูดในเรื่องที่ตนรับผิดชอบตามหน้าที่เพียงอย่างเดียว คือเรื่อง

เศรษฐฐานะ แต่ยังเข้าใจถึงความมีชีวิตอยู่และความตายตามที่ได้ศึกษาพระธรรมมาเป็นอย่างดี ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสามารถช่วยวางแผนด้านเศรษฐฐานะ แนะนำพูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักให้รู้สึกผ่อนคลายตามหลักศาสนาให้เกิดความไว้วางใจ สามารถปล่อยวาง ไม่กังวลทั้งต่อเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา และลดความกระวนกระวายใจจากโรคร้าย ที่จะทำให้เกิดความทรมานทรมายตามมาในจิตสุดท้ายที่จะมาถึงลงได้ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“...ผมว่าทุกวิชาชีพสำคัญหมด ถ้าเราคิดแบบนี้ เราต้องเข้าใจคนป่วยเรียกว่า อุตตนา นัง อุปปามัง กะเร คือเอาใจเขามาใส่ใจเรา ถ้าทุกวิชาชีพทำตามนี้ได้สมบูรณ์แบบนี้ ถ้าเรามีจิตตรง นี้ก็จะดูแลคนไข้เหมือนญาติเรา หรือถ้าเป็นเราอยากได้แบบไหน พุดง่าย ๆ คือ มองคนป่วยเป็น ศูนย์กลางให้กำลังใจ คุยกับผู้ป่วยดี ๆ โดยเฉพาะรับฟังให้สุดกระแสความ ไม่ใช่แค่ฟังผ่านหู...”

(นักสังคมสงเคราะห์ในพื้นที่สนาม A4, สัมภาษณ์, 24 ธันวาคม 2563)

อย่างไรก็ตามข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยได้ข้อค้นพบในประเด็นของความเห็นอกเห็นใจ (empathy) และประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับบุคลากรทางสุขภาพในพื้นที่สนาม รวมถึงแพทย์ พยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งจะนำไปสู่แนวทางการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่สำคัญ ซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดในบทที่ 5 ตามลำดับต่อไป

(5) นักจิตวิทยาในกรณีศึกษาที่

การประกอบสร้างความหมายความตายในมุมมองของนักจิตวิทยา ผู้ให้ข้อมูลเน้นมุมมองทางศาสนาเป็นหลักร่วมกับทางสังคม เนื่องด้วยนักจิตวิทยามีความเชื่อเลื่อมใสศรัทธาในคำสอนของศาสนาพุทธอย่างมาก ประกอบกับการศึกษาหาความรู้ในตำราคำสอนพระไตรปิฎกเชื่อในเรื่องการเวียนว่ายตายเกิด สิ่งที่เหมาะสมทั้งในอดีตชาติจะส่งผลถึงในปัจจุบันและภพหน้า

ผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าศาสนามีส่วนสำคัญที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยยอมรับโรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและความตายที่จะเกิดขึ้นอย่างมาก ในกรณีที่ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธเหมือนกัน ผู้ให้ข้อมูลสามารถอธิบายคำสอนทางพุทธศาสนาให้ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักได้เข้าใจความตายได้ แต่หากกรณีที่ผู้ป่วยนับถือคนละศาสนา ผู้ให้ข้อมูลจะทำการศึกษาจากหนังสือคำสอนศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือก่อน เพื่อสามารถเข้าใจคำสอนศาสนาของผู้ป่วย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า นักจิตวิทยามีการประกอบสร้างความหมายความตายตามมุมมองทางศาสนาเป็นหลักแม้จะเชื่อมั่นในการแพทย์วิทยาศาสตร์ก็ตาม ด้วยความเชื่อมั่น

5) มุมมองที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การแพทย์/วิทยาศาสตร์ ศาสนา สังคม กฎหมาย และเศรษฐศาสตร์ของแพทย์ พยาบาลที่เชี่ยวชาญ

(ก) แพทย์ 2 คนที่เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคอง

มีมุมมองการประกอบสร้างความหมายความตายที่ไม่แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่จะมีการประกอบสร้างความหมายความตายทางสังคมผสมผสานกับทางศาสนาเป็นหลัก หากแต่ด้วยบุคลิกภาพ ความสนใจแต่ละคน แพทย์ผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่ง มีการประกอบสร้างความหมายความตายที่เน้นไปทางสังคมที่เป็นเรื่องราวของการใช้ชีวิตในช่วงที่มีชีวิตอยู่เป็นหลัก ผสมผสานกับทางศาสนาเป็นรอง แต่เป็นศาสนาในแบบเฉพาะตัวหลักปรัชญาของการมีชีวิตอยู่และความตายในเชิงลึกให้ความสำคัญกับหลักคำสอนทางศาสนาดั้งเดิมตามกฎแห่งกรรมและคำสอนของพระอาจารย์ที่เลื่อมใส

ด้วยเหตุที่แพทย์ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งมาอย่างยาวนานมองเห็นชีวิตและความตายที่บุคลากรทางสุขภาพควรทำ โดยเฉพาะวิชาชีพแพทย์ทุกคน หากเรียนรู้นำวิชาชีพมาและความตายที่เกิดขึ้นทุกวันของผู้ป่วยมาทำความเข้าใจ จะทำให้ได้ประโยชน์จากวิชาชีพการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อนมนุษย์อย่างแท้จริง รวมทั้งการทำงานเรื่องความตายในสังคมไทย จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง ดังที่แพทย์ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“...การตายหรือการตายดีจะเกิดขึ้นได้ต้องมีหลายหน่วยงานบูรณาการกัน ภาครัฐก็กระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทรวงศึกษานำเข้าสู่บทเรียน เอกชน มูลนิธิ แวดวงการสื่อสาร Health promotion หรือแม้แต่สื่อหนึ่งละครต่างๆ ควรจะพูดเรื่องความดีความจริงความงามให้คุณได้ซึมซับนับเป็นการหว่านเมล็ดพันธ์ที่ดี เพราะเรื่องนี้ไม่ได้เป็นเรื่องของ medicine แต่มันเป็นเรื่องของ social เรื่องนี้มีหลายมิติ ทุกฝ่ายช่วยกัน ไม่ใช่เน้นมิติใดมิติเดียวมันจะไม่เวิร์ก เพราะมันต้องคิดถึง social...”

(สกล สิงหะ, สัมภาษณ์, 28 เมษายน 2564)

ส่วนมุมมองด้านอื่นๆ เช่นมุมมองทางการแพทย์/วิทยาศาสตร์ ด้วยเวลาการทำงานที่มีการเปลี่ยนผ่านทำให้เกิดการเรียนรู้และใคร่ครวญถึงระดับที่ผู้ให้ข้อมูล เรียกว่า ตกผลึกจากการสั่งสมของเวลาทำให้มุมมองการแพทย์/วิทยาศาสตร์ที่เคยศึกษามาแรกเริ่มเป็นต้นทุนั้นเปลี่ยนแปลงไปโดยไม่ได้อยู่ในความสนใจเหมือนเดิมที่เป็นวิชาชีพแพทย์ในระยะแรก ด้วยแพทย์ผู้ให้ข้อมูลคนนี้ได้ใคร่ครวญและเข้าใจการรักษาของการมีชีวิตอยู่และความตายที่มี

คุณภาพหรือตายดี ดังคำกล่าวที่ว่า “การมองครบทุกมิติเป็นเรื่อง อิทิปปัจฉยตา ที่ท่านพุทธทาสภิกขุ เขียนไว้ว่า เหตุปัจจัยต่างๆ ย่อมมีเหตุและผล เช่นเดียวกับการไคร้ครวญความตายย่อมมีหลาย level”

จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ความสามารถในการแสดงออกได้ถูกต้องถึงความเข้าใจในการปฏิบัติกับผู้ป่วยที่เห็นการดูแลแบบประคับประคองนั้นเกิดจากการสะสมความรู้ตามประสบการณ์กาลเวลา จากแพทย์รุ่นก่อนที่มีมุมมองทางปรัชญาศาสนาในการประกอบสร้างความหมายความตายตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้น และเป็นผู้นุกเบิกขับเคลื่อนวางรากฐานแนวคิดการรักษาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางไม่ต้องทนทุกข์ทรมานสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือที่เรียกว่าเป็นการดูแลแบบประคับประคองในปัจจุบัน

ขณะที่ในทางเศรษฐศาสตร์การดูแลแบบประคับประคองยังสามารถช่วยลดภาวะเรื่องค่ารักษาพยาบาลได้อย่างมหาศาลทั้งภาพรวมของประเทศระดับมหภาคและครอบครัวระดับจุลภาคเองเมื่อมีการวางแผนการรักษาในแนวทางการดูแลแบบประคับประคองร่วมกันทุกฝ่าย โดยเฉพาะตามความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลักแล้ว การสูญเสียที่เป็นภาระค่าใช้จ่ายการรักษาในภาพรวมลดลงอย่างมาก

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ภาวะเศรษฐกิจครอบครัวมีส่วนสำคัญอยู่เบื้องการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเนื่องจากการใช้จ่ายบางตัวมีราคาค่อนข้างสูง หากเศรษฐกิจไม่ดีก็ไม่สามารถเข้าถึงยาดียาแพงได้แต่ก็ไม่ได้หมายถึงคนจนจะตายได้ไม่ได้ และการรักษาทางกายก็ไม่ได้สำคัญทั้งหมด หากแต่ยังมีเรื่องยาของจิตใจผู้ป่วยที่สำคัญกว่า ด้วยเหตุที่มนุษย์มีศักยภาพในการเล่าเรื่องสำคัญ การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างกันสามารถช่วยเยียวยาจิตใจผู้สร้างกายได้ดีเช่นกัน ดังคำกล่าวแพทย์ผู้ให้ข้อมูล

“...เมื่อคนจนสามารถตายดีได้ และคนรวยตายดีได้ก็ไม่เสมอไป เรื่องนี้ก็ไม่ใช่ none อนันต์ ถ้าเรามีเงินก็สามารถซื้อบางอย่างที่เราพอมีพอใช้เงินได้ แต่มันก็ไม่ใช้ทั้งหมด มันยังมีปัจจัยเรื่องอื่นๆ ประกอบกัน...”

(สกล สิงหะ, สัมภาษณ์, 28 เมษายน 2564)

ขณะที่แพทย์ผู้ให้ข้อมูลอีกคนหนึ่งมีการประกอบสร้างความหมายความตายในมุมมองที่หลากหลาย ทั้งทางศาสนาที่เห็นความตายเป็นเรื่องของการเดินทางต่อในภพหน้า และทางสังคมที่ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ในครอบครัว และทางเศรษฐศาสตร์ที่เน้นให้ค่าปรึกษาด้วยการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน การวางแผนการรักษาที่ทุกคนในครอบครัวต้องรับรู้และร่วมกันตัดสินใจ โดยเฉพาะการฟังความต้องการของผู้ป่วยหรือให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจหลัก

“...ทางศาสนาผมจะหาความรู้จากพระอาจารย์ที่ทำเรื่องความตายเพื่อ *searchout* ว่ามีอะไรที่เราควรทำ และด้านคนไข้ผมจะเคารพวิธีการ ไม่ว่าจะอยู่ใน *spiritual* ใด โดยไม่ไปแทรกแซง คุณคนไข้เป็นหลักและคอย *empower* คนไข้ และญาติตามที่เค้ายึดถือ...”

(อิสรรงค์ นุชประยูร, สัมภาษณ์, 5 พฤษภาคม 2564)

ด้วยเหตุที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญคนนี้มีความรู้ในระบบการแพทย์เดิมด้วยการรักษาทางชีวภาพมายาวนานและค้นพบว่าในการรักษาการแพทย์วิทยาศาสตร์ ผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานระหว่างการรักษาระยะสุดท้าย จากการยึดชีวิตที่เต็มไปด้วยเครื่องมือต่างๆ และต้องตายอย่างโดดเดี่ยวในห้องไอซียู เมื่อเวลาผ่านไปกว่า 15 ปี แพทย์ผู้ให้ข้อมูลคนนี้ได้มีอุดมการณ์การรักษาแบบใหม่ เน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้านพร้อมการดูแลของครอบครัวเพื่อสร้างความแตกต่างให้กับสังคมไทย โดยการนำแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองมาปรับใช้ ซึ่งกล่าวได้ว่ามีมุมมองทางเศรษฐศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง หากสามารถทำความเข้าใจในเรื่องนี้ได้ในครอบครัวและกลับมาดูแลที่บ้านก็จะทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายกับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมาก (ยกเว้นผู้ป่วยต้องการรักษาในโรงพยาบาล) เพราะบ้านคือความคุ้นเคยของผู้ป่วยและเป็นสถานที่ที่ทำให้เกิดความสบายใจ ไม่ต้องถูกทอดทิ้งไว้โดดเดี่ยวเพียงลำพังเหมือนเช่นในโรงพยาบาล สำหรับทางด้านกฎหมายก็มีความเกี่ยวข้องในแง่ที่ผู้ให้ข้อมูลเน้นให้บริการการดูแลที่บ้านและเน้นการดูแลภาพรวมชีวิตผู้ป่วย จึงต้องเตรียมการเรื่องทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแจ้งตายให้ความช่วยเหลือกับครอบครัวผู้ป่วยไว้ด้วย

“...ถ้าไม่ใช้หมอ *palliative* จะไม่ดูภาพรวมของชีวิต จะทำในสิ่งที่ชั่วร้ายเช่นให้ยาแก้ปวดก็หาย การเป็นมะเร็งมันต้องผ่าตัด *so complicate* หมอผ่าตัด หมอรังสี แต่ละคนก็ทำหน้าที่ตัวเอง ไม่มีใครดูภาพรวม แต่เวลาคนไข้เจอหมอจะคิดว่าหมอกคนนั้นดูแลชีวิตเค้า แต่คนไข้ไม่รู้ว่าจะส่งต่อถ้าทำไม่เป็น สุดท้ายพอผ่านไปหลายรอบ ฉายไปหลายรอบ *failed* ก็ส่งต่อให้หมอ *palliative* นี้แหละคนที่สนใจชีวิตจริงๆ แต่มาเจอตอนสุดท้ายแล้วคนไข้ก็ตาย...”

(อิสรรงค์ นุชประยูร, สัมภาษณ์, 5 พฤษภาคม 2564)

(จ) พยาบาลที่เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคอง

เน้นมุมมองทางศาสนาเป็นหลัก โดยมองว่าความตายเป็นเรื่องของการเดินทางต่อในภพหน้า ญาติครอบครัวมีการทำบุญอุทิศส่วนกุศลไปให้ มีการเทศน์ให้ผู้ตายสิ่งต่างๆ เหล่านี้ คือความตายที่ไม่ได้จบสิ้นแค่งาย แต่ยังมีการเดินทางต่อด้านจิตใจหรือจิตวิญญาณ คือมีการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาทุกอย่างให้ผู้ป่วยเพราะนั่นคือเรื่องจิตวิญญาณที่ไม่มีใครกล่าวถึง

“...สำหรับพี่ไม่ใช่แค่เรื่องเชื่อหรือไม่เชื่อ แต่เราต้องเคารพความเชื่อของคนไข้ โดยส่วนตัวพี่เองในชุมชนที่จะเชื่อว่าก่อนตายควรมีพิธีทำบุญเรียกว่า สะเดาะเคราะห์ต่ออายุตัดกรรม ตัดเวรตัดกรรมไม่ใช่การรำผีฟ้า แต่คือให้พระมาเทศน์คนไข้ได้ทำบุญให้ทานแล้วจะรู้สึกทันที บางคนเชื่อว่าคนไข้ทรมาณใกล้ตายอาจมีกรรมเลยต้องมีพิธีตัดกรรมก็จะสงบลง พี่ก็เชื่อ พอตายไปแล้วก็ต้องทำบุญกรวดน้ำไปให้ด้วย...”

(เกื้อจิตร แชรรัมย์, สัมภาษณ์, 29 เมษายน 2564)

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังสรีทธาการปฏิบัติธรรม ยึดมั่นคำสอนพระอาจารย์ที่นับถือ เช่น พระอาจารย์ครรชิต พระไพศาล หลวงพ่อเจียน มาปรับใช้ในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการฝึกคิดให้เป็น และนำมาแบ่งปันกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้เข้าใจและรู้เท่าทันความคิด ไม่ให้เป็นมะเร็งที่กายแล้วลาม ไปเป็นที่ใจด้วยการฝึกคิดให้มีความสุขทางใจให้รู้เท่าทันความคิด

“...ความรู้ที่พี่ได้จากพระอาจารย์ และการปฏิบัติธรรมพี่ก็เอามาใช้กับคนไข้ ทำให้เข้าใจเพื่อนมนุษย์ ความรัก ทำให้เกิดความเมตตา และปัญญา เวลาพี่ไปหาคนไข้จะทำการบ้านก่อน คนไข้บางคนรู้อยู่แล้วว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดา แต่บางคนต้องใช้เวลา ให้สติคนไข้ พอนานเข้า คนไข้มีสติคิดได้ ก็รู้แล้วว่าเกิดมาก็ตายทุกคนแหละ...”

(เกื้อจิตร แชรรัมย์, สัมภาษณ์, 29 เมษายน 2564)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ให้ข้อมูลยังให้ความสำคัญกับมุมมองทางสังคมที่เป็นความร่วมมือกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่ควรมีพลังบวกเชื่อมต่อกันเพื่อช่วยอารมณ์ ความรู้สึกต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กันระหว่างร่างกายและจิตใจ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกบวกหรือลบอย่างไรเช่น ความสุข ความเครียด ความกังวล ความโกรธ ก็จะส่งผลต่อระบบร่างกายภายในทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ปอดทำงานแย่ลง เป็นต้น จึงเป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่ผู้เป็นแพทย์จะต้องให้ความสนใจในเรื่องเหล่านี้ที่จะทำให้อาการผู้ป่วยดีขึ้นหรือแย่ลงได้ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ให้ความสนใจต่อมุมมองทางการแพทย์/วิทยาศาสตร์ ทางกฎหมายและทางเศรษฐศาสตร์แต่อย่างใด เนื่องจากไม่มีความเกี่ยวข้องโดยตรง

๘) มุมมองที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การแพทย์/วิทยาศาสตร์ ศาสนา สังคม กฎหมาย และเศรษฐศาสตร์ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก

ผู้ป่วยมะเร็งผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีการประกอบสร้างความหมายความตายในมุมมองทางด้านศาสนาที่ตนยึดถือเป็นหลัก รองลงมาเป็นมุมมองการแพทย์ปัจจุบันที่ยอมรับว่าการรักษาแผนปัจจุบันมีประสิทธิภาพและได้ผลรวดเร็วกว่าแบบสมุนไพร และทางสังคมที่เน้น

การรักษาแบบไม่ทรมานหรือประคับประคอง โดยใช้หลักธรรมคำสอนทางศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ รวมถึงมีการขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือให้มีอาการดีขึ้นแลกเปลี่ยนกับการกระทำสิ่งหนึ่ง ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นการต่อรองกับความตายที่จะเกิดขึ้นในอนาคตทั้งกับตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแลหลักที่ขอพรให้ผู้ป่วย นอกเหนือจากการประกอบกิจกรรมทางศาสนาพุทธปกติทั่วไป เช่น สวดมนต์ ไหว้พระที่โรงพยาบาลจัดไว้ให้ ทำบุญตักบาตร ทำบุญสังฆทานพระสงฆ์ที่มาข้างเตียงตามวันเวลาแต่ละสัปดาห์ที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ หรือกรณีผู้ป่วยมะเร็งหรือผู้ดูแลนับถือศาสนาอิสลาม โรงพยาบาลได้จัดห้องเฉพาะให้ผู้ดูแลศาสนาอิสลามทำการละหมาดตามปกติ เป็นต้น

“...หนูก็นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตลอด ก็พอมีความเชื่อ ปกติจะชอบไปวัดไหว้พระขอพร พอเราเป็นโรคนี้อย่างนี้ ไม่ได้ไปวัด ก่อนนอนหนูจะสวดมนต์ตามแม่ตลอด”

(ผู้ป่วยมะเร็ง B1, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2563)

“...ป้า นับถือพุทธนะ ไหว้พระขอพรทุกคืน ก็บนบานไว้ว่าให้ป้าเดิน ได้ นะจะบวชชีให้ แต่ก็ไม่ได้คิดอะไรมากเรื่องนี้ ถ้าป้าเป็นอะไรไป ก็ฝากลูกสาวไว้กับพ่อเค้าแล้วและไม่ทำอะไรทั้งนั้น...”

(ผู้ป่วยมะเร็ง B2, สัมภาษณ์, 12 ธันวาคม 2563)

“...ลูกก็คนพุทธ ไหว้พระทำบุญปกติ ก็มีความเชื่อ นะ ได้บนบานไว้ถ้าลูกหายดีก็จะบวช 7-9 วัน อุทิศส่วนกุศลให้เจ้ากรรมนายเวรหรือคนนี้ๆ ก็จะไปบอก เพราะลูกมีความเชื่ออยู่ระดับหนึ่ง แค่อขอให้ดีขึ้นใช้ชีวิตได้เกือบปกติก็ยินดี แต่หายคงยากเพราะลูกระดับ 4 ไปแล้ว...”

(ผู้ป่วยมะเร็ง B3, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2563)

“...ยายมีความเชื่อพิธีกรรมนะ ที่ทำๆ ไป ได้ไม่ได้ไม่รู้แต่เราก็ทำๆ ทำมาแล้ว ทำบุญปล่อยสัตว์ตัดกรรม แต่ไม่รู้ ปล่อยไป ทำไปได้มัยไม่รู้ แต่ตอนนี้เรารู้ว่าเราได้แล้วยายทำบุญมาตลอด ได้ ไม่ได้ ไม่รู้ ก็ทำไปเรื่อยๆ แต่ตอนนี้ยายรู้แล้ว ยายได้แล้ว ยายมีความสุขเพื่อนฝูงพี่น้องเพื่อนบ้านมาเยี่ยมที่โรงพยาบาลทุกวัน ไม่ขาดเลย ยายไม่ต้องไปขอไปทวงเอากับใคร เราได้แล้ว...”

(ผู้ป่วยมะเร็ง B4, สัมภาษณ์, 12 ธันวาคม 2563)

ด้วยเหตุที่ผู้ป่วยมะเร็งผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ผ่านการรักษาทางการแพทย์ทุกรูปแบบ ทั้งแบบพื้นบ้านจนถึงแบบแผนปัจจุบัน มีมุมมองทางศาสนาที่ช่วยปลอบประโลมจิตใจไปพร้อมกับการรักษาทางกายเป็นสำคัญ โดยเฉพาะการรักษาตามอาการที่ไม่ต้องการให้ชีวิตที่เหลืออยู่ทรมาน

การไม่ต้องการใส่ท่อช่วยหายใจ การไม่ปั๊มหัวใจ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินขึ้น ดังนั้นการประกอบสร้าง ความหมายความตายของผู้ป่วยผ่านการรักษาในกระบวนการต่างๆ มานี้เองทำให้ผู้ป่วยเข้าใจใน เรื่องความตายที่ดี ไม่ต้องการทุกข์ทรมาน และแม้ปัจจุบัน โรคจะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของผู้ป่วยก็ยังคง มีความหวังหายหรือทุเลาจากโรคที่เป็น ด้วยการร่วมตัดสินใจวางแผนรักษาระหว่าง แพทย์รังสี รักษา ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในการรักษาฉายแสงรังสีตามกำหนดเวลาของโรค เช่น 5 ครั้ง 10 ครั้ง ขึ้นอยู่กับประเภท ตำแหน่งและชนิดของมะเร็งที่ผู้ป่วยเป็น ตามแนวความคิดดูแลแบบประคับประคอง และดำเนินการรักษาตามเศรษฐฐานะที่มีอยู่แต่ละครอบครัวและสิทธิสวัสดิการมีให้ เพื่อบรรเทาอาการ ที่ไม่ทุกข์ทรมานจากความปวดและมีเวลาอยู่กับครอบครัวที่รักให้นานที่สุด ส่วนมุมมองทางกฎหมาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความเกี่ยวข้องโดยตรง

ด้านของผู้ดูแลหลักผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เป็นคนใน ครอบครัวส่วนใหญ่มีมุมมองการประกอบสร้างความหมายความตายทางศาสนาเป็นหลักไม่ แตกต่างกัน โดยจะเน้นการไหว้พระ สวดมนต์ บนบาน ขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทุกสถานที่ เพื่อให้ผู้ป่วย ซึ่งเป็นคนที่รักหรือคนในครอบครัวอาการดีขึ้น รongลงมาเป็นมุมมองทางการแพทย์/วิทยาศาสตร์ ทางสังคม ทางเศรษฐศาสตร์และทางกฎหมายตามลำดับ ซึ่งให้ความสนใจและให้ความสำคัญ ลดหลั่นกันไปตามลำดับของความเกี่ยวข้องและความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก

“...บ้านบ่อพุทธร จะพาลุงไปทำบุญที่วัดประจำ นั่งสมาธิให้ใจสงบสุข ชอบไปวัด กัน มีโอกาสก็ใส่บาตร ถ้าลุงดีขึ้นเขาก็บอกว่าจะบวชนะ ถ้าลุงเขาเดินได้ป่าก็บปไปด้วยให้เดินได้ เราก็ช่วยทุกอย่าง ดูแลกันไป ตอนนี่ถึงไปวัดก็คงนั่งไม่ได้แล้ว ปวดหลัง...”

(ผู้ดูแลหลัก C3 ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง B3, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2563)

“...ผมคนพุทธรทำบุญใส่บาตรปกติ แต่ตอนนี้ทำเพิ่มคือ บนให้ภรรยา ที่ดำเนินฯ มี ศาลเจ้าจีนเยอะ ผมก็ทำงานที่ศาลเจ้าด้วยเกือบ 10 ปีแล้ว เวลาวันทรง ผมเป็นคนช่วยแปล คนทรง จากภาษาจีนแปลเป็นภาษาไทย ทำมานานจนไม่รู้ตัวเหมือนกันว่าทำไมสื่อกับคนทรงได้ ผมก็บปไว้ กับคนทรงให้ช่วยภรรยา ยี่คอายุเค้าออกไปก่อนนะ อย่าเพิ่งรีบเอาไป เราไม่ถึงกับขอให้หายแค่ ขอให้อยู่กับเรานิดหน่อย..”

(ผู้ดูแล C2 ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง B2, สัมภาษณ์, 12 ธันวาคม 2563)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งนั้นเป็นเรื่องที่สำคัญทั้งต่อ ตัวผู้ป่วยเองและต่อตัวผู้ดูแลเองที่จะแสดงออกไปยังผู้ป่วยและต่อตนเอง ซึ่งผู้ดูแลทุกคนต่าง ต้องการให้ผู้ป่วยที่เป็นคนที่รักและคนในครอบครัวพ้นจากความทุกข์ทรมาน มีชีวิตอยู่ต่อ หายจาก

โรค ไม่ว่าจะนับถือศาสนาใดก็ตาม โดยเฉพาะหลักคำสอนทางศาสนาพุทธ ความตายไม่ใช่การสิ้นสุดแต่ยังมีการเดินทางต่อของจิตวิญญาณไปยังอีกภพภูมิหนึ่งที่ทุกคนมีเป้าหมายเดียวกัน

โดยสรุปการประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลักนี้ มีมุมมองศาสนาเป็นส่วนสำคัญ และมุมมองทางสังคมเป็นความรู้ที่มีการปฏิบัติต่อกันมา มีแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองที่ไม่ได้เน้นการดูแลรักษาทางกายเพียงอย่างเดียวแต่นำการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม 4 มิติ คือ ทั้งกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยหรือทางศาสนานั้นเอง นอกจากนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการประกอบสร้างความหมายความตาย เช่น เพศ อายุ ศาสนา ความเชื่อ ประสบการณ์ เป็นอีกหนึ่งในปัจจัยภายในที่เกี่ยวข้องกับการประกอบสร้างความหมายความตาย ซึ่งผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียดดังกล่าวในหัวข้อต่อไป

ทั้งนี้สำหรับมุมมองทางเศรษฐศาสตร์และทางกฎหมายนั้น ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักไม่ได้ให้ความสำคัญเนื่องจากไม่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงเมื่อเทียบกับมุมมองอื่นๆ ในการประกอบสร้างความหมายความตาย

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประกอบสร้างความหมายความตาย มีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกในการประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพในพื้นที่สนาม 5 วิชาชีพ

1) แพทย์ในกรณีศึกษา

ปัจจัยภายในที่เกี่ยวข้องกับการประกอบสร้างความหมายความตายของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้พบว่า มี 3 ปัจจัย คือ ความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง บทบาทหน้าที่และประสบการณ์การทำงาน ขณะที่ปัจจัยภายในเรื่องอื่นๆ เช่น เพศ การศึกษา อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อไม่มีความเกี่ยวข้องชัดเจน

ปัจจัยเรื่องความรู้การดูแลแบบประคับประคอง มีส่วนช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์เองเข้าใจเรื่องความตายมากขึ้น เน้นไปที่เรื่องการยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้นกับคนไข้หลากหลายที่ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ไม่ได้สอน จากความพยายามทำการรักษาแต่ก็ต้องเสียชีวิตอยู่ดี ในประเด็นนี้เองที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกที่ยอมรับความจริงมากขึ้น หากวันหนึ่งเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นกับครอบครัว

“...แพทย์ควรได้รับการอบรม มีความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองนะ เพราะจะช่วยให้เข้าใจความตายมากขึ้น รักษาไปก็เสียชีวิตอยู่ดี ถ้าวันใดเกิดกับครอบครัวหมอก็

เลือกแบบประคับประคองเพราะมันทำให้คนที่ป่วยไม่ทุกข์ทรมาน แม้ว่าคนป่วยจะไม่รู้จักคำว่า ประคับประคองแต่ถ้าเค้าบอกไม่อยากทรมานก็คือคำนี้แหละ...”

(แพทย์ในพื้นที่สนาม A1, สัมภาษณ์, 24 ธันวาคม 2563)

จากข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่า แพทย์มีการยอมรับแนวคิดความรู้การดูแลแบบ ประคับประคองซึ่งสามารถนำมาปรับใช้ให้การดูแลผู้ป่วยครบทุกมิติ คือทั้ง กาย ใจ สังคม และจิต วิญญาณ โดยเฉพาะด้านจิตใจกับผู้ป่วยด้วยตามแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งสอดคล้อง กับกระบวนการที่ศูนย์การแพทย์แบบนิเวศน์สังคมที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน และหากแพทย์ต้องพบกับสถานการณ์ เช่นเดียวกับผู้ป่วย ก็คงจะตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองเพราะทำให้ไม่ต้องทุกข์ทรมาน จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า แม้แต่แพทย์เองที่มีความเชื่อและยอมรับในกระบวนการที่ศูนย์การแพทย์ แบบชีวภาพ หรือมีมุมมองการแพทย์ในทางวิทยาศาสตร์ที่มองความหมายความตายว่าเป็นเพียง ภาวะหัวใจหยุดเต้นมายาวนานจากการร่ำเรียนตามตำราแพทย์ แต่เมื่อมีแนวคิดความรู้ใหม่เกิดขึ้น เข้ามาท้าทายกระบวนการรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิม และใช้ความเข้าใจในปฏิบัติงานตาม ความเป็นจริงในชีวิตประจำวันอย่างเปิดใจยอมรับการเปลี่ยนแปลง ทำให้เห็นความตายในมุมมองที่ เปลี่ยนไปผ่านประสบการณ์การทำงานและความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองที่แสดงให้เห็นว่า สามารถช่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในวาระสุดท้ายก่อนการเสียชีวิตสามารถตายดีได้ ซึ่งในวาระ สุดท้ายของแพทย์เองก็เลือกแนวทางนี้ ด้วยการเปิดใจ เข้าใจและ ยอมรับความตายมากขึ้น

ปัจจัยภายในเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่แพทย์มีความเกี่ยวข้องกับการประกอบสร้าง ความหมายความตายด้วยแพทย์เป็นความหวังเดียวในการรักษาโรคให้หาย หรือช่วยให้อาการดีขึ้น ซึ่งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่จะฝากชีวิตไว้กับแพทย์ เพราะด้วยความเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง นี้ ความกลัวต่อโรคและต่อความตายที่มีอยู่ภายในจิตใจผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักทุกคน ดังที่แพทย์ใน พื้นที่สนาม กล่าวว่

“...คนไข้มะเร็งทุกคนจะกลัวหมดเลย ไม่ว่าจะ เป็นระยะไหน ก็อยากจะรู้ว่า มี โอกาสหายมั้ย...”

(แพทย์ในพื้นที่สนาม A1, สัมภาษณ์, 24 ธันวาคม 2563)

ปัจจัยภายในเรื่องประสบการณ์การทำงาน เป็นปัจจัยสำคัญกับการประกอบสร้าง ความหมายความตาย ด้วยการสั่งสมความรู้ประสบการณ์ในการทำงาน และจากเพื่อนร่วมงานที่ ปฏิบัติงานอยู่ก่อนต่างมีส่วนสำคัญในการให้คำแนะนำ ทำให้การปฏิบัติงานกับผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้ายที่ต้องให้การดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งมีความซับซ้อนละเอียดอ่อนหลายประเด็น

สามารถดำเนินการได้ดี โดยเฉพาะการทำงานดังกล่าวอาศัยความร่วมมือแบบการทำงานเป็นทีมของบุคลากรทางสุขภาพที่หลากหลายวิชาชีพเฉพาะด้าน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด เป็นต้น เพื่อช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วย หรือเรียกว่า ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความสำคัญตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก แม้กระทั่งแพทย์เองก็ยืนยันถึงความจำเป็นของการมีทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมดูแลผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักแบบองค์รวมครบทุกมิติ

“...แรกๆ ก็ได้รับคำแนะนำจากเพื่อนร่วมงาน ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อนที่มีประสบการณ์มีความสำคัญ มีผลกับการช่วยแนะนำให้เราเข้าใจมากขึ้นนอกจากในตำรา โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองนี้ ต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพร่วมกันให้ความเห็นแบบ *family meeting* ร่วมวางแผนล่วงหน้าให้คนไข้ แต่ด้วยตนเองไม่ค่อยมีเวลาว่างขนาดนั้น การประชุมก็จะได้แค่เดือนละครั้งสองครั้งก็ยังมี...”

(แพทย์พื้นที่สนาม A1, สัมภาษณ์, 24 ธันวาคม 2563)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า เมื่อการแพทย์ปัจจุบันแบบนิเวศน์สังคมได้นำมาปรับใช้ตามสถานการณ์ที่ยึดความต้องการผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคองซึ่งต้องอาศัยการทำงานร่วมกันแบบทีมสหวิชาชีพ ไม่ใช่วิชาชีพแพทย์วิชาชีพเดียวหรือมีอำนาจนำและเป็นหนึ่งเดียวเท่านั้น แต่การทำงานแบบองค์รวมจะเกิดขึ้นได้และมีประสิทธิภาพได้ ต้องขับเคลื่อนด้วยการทำงานเป็นทีม ดังนั้นทีมสหวิชาชีพจึงมีความสำคัญมากขึ้นตามวิวัฒนาการการแพทย์ที่มีการดูแลแบบประคับประคอง ตามบทบาทหน้าที่ เน้นการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบายทางกายและใจมากที่สุดซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นการประกอบสร้างความหมายความตายที่สำคัญ

จากข้อมูลข้างต้นทำให้เห็นข้อค้นพบว่า ปัจจัยภายในที่เกี่ยวข้องกับการประกอบสร้างความหมายความตายคือ ความรู้การดูแลแบบประคับประคอง และประสบการณ์การทำงานของบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะวิชาชีพแพทย์ต้องให้ความสำคัญอย่างมาก ผู้วิจัยพบว่า การรักษาโรคในโรงพยาบาล แพทย์คือความหวังของผู้ป่วย ไม่ว่าจะรักษาหายหรือไม่ แพทย์จึงเป็นวิชาชีพที่มีโอกาสมากที่สุดในการประกอบสร้างความหมายความตายกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ในการเผชิญหน้าจากการแสดงออกทั้งคำพูดหรือวัจนภาษา และสีหน้าแววตาท่าทาง หรือวัจนภาษา ผ่านปัจจัยภายในดังกล่าวคือ ความรู้การดูแลแบบประคับประคอง และประสบการณ์การทำงานไปยังผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

สำหรับปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการประกอบสร้างความหมายความตายในส่วนของแพทย์ ผู้วิจัยพบว่า มี 2 ปัจจัยที่สำคัญได้แก่ นโยบาย ข้อกำหนดระเบียบปฏิบัติ และปัจจัยผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

ปัจจัยภายนอกนโยบายภาครัฐหรือกระทรวงสาธารณสุขต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ที่กำหนดเป็นกรอบแนวคิดยุทธศาสตร์หลักโดยเน้น 2 เรื่อง ที่ประเทศสมาชิกทุกประเทศต้องดำเนินการ คือเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง และการจัดหายาให้เพียงพอตามความต้องการ จากกรอบแนวคิดยุทธศาสตร์หลักขององค์การอนามัยโลกนี้เองทำให้ประเทศไทยต้องกำหนดนโยบาย ภารกิจ กิจกรรมรองรับโดยนโยบายการดูแลแบบประคับประคองได้อยู่ในนโยบายชาติและระบบประกันสุขภาพมีงบประมาณสนับสนุนระบบ อัตราค่าจ้าง การบริการ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ผนวกเข้าผู้การทำงานในทุกระดับของกระทรวงและแผนงาน รวมถึงการจัดหายาที่จำเป็นและเข้าถึงได้ง่ายในระดับชุมชน

วันที่ 20 ตุลาคม 2557 รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขสมัยนั้น (ส.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน) ได้ประกาศนโยบายด้านสุขภาพสนับสนุนการจัดตั้งหน่วยงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและจัดสรรบุคลากรดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทั่วประเทศขึ้นในระบบสาธารณสุข โดยกำหนดให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งจัดให้มีหน่วยหรือศูนย์การดูแลแบบประคับประคองขึ้น โดยทุกแห่งต้องมีพยาบาลที่ผ่านการอบรมการดูแลแบบประคับประคองปฏิบัติงานเต็มเวลาให้การดูแลผู้ป่วยเป็นมาตรฐานเดียวกันทุกโรงพยาบาล

ด้วยเหตุนี้เองหน่วยงานทุกระดับโดยเฉพาะส่วนกลางที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ได้กำหนดให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในโครงการของแผนระดับบริการภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พร้อมกับได้ระบุนโยบายในตัวชี้วัดการทำงานของระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขทั้งสิ้น 13 เขตทั่วประเทศ ทำให้หน่วยงานสถานพยาบาลทุกแห่งต้องปรับตัวปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าว โดยเฉพาะสถานพยาบาลขนาดเล็กเช่นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หลายแห่งยังไม่พร้อมทั้งด้านบุคลากร และสถานที่ ขอบข่ายของระบบบริการ โดยเฉพาะความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองในขณะนั้น กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขจึงเริ่มต้นระดมการจัดอบรมหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคอง ต่อมาโรงพยาบาลเอกชนและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุขเริ่มให้ความสนใจและจัดการอบรมให้ความรู้ในเรื่องนี้ต่อเนื่องมากขึ้นจนถึงปัจจุบัน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยภายนอกด้านนโยบายภาครัฐนี้เองมีส่วนสำคัญกับการประกอบสร้างความหมายความตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ด้วยการนำความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองเข้ามาในประเทศไทยอย่างเป็นทางการกำหนดเป็นนโยบายภาครัฐ

แม้ว่าจะมีหน่วยงานหรือกลุ่มคนบางส่วนที่ริเริ่มสนใจความรู้การดูแลแบบประคับประคองมาก่อน รัฐที่กำหนดเป็นนโยบายก็ตาม ดังนั้น การก่อเกิดของนโยบายดังกล่าวจากปี 2557 จนถึงปัจจุบันถือเป็นการกำหนดนโยบายการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้แพทย์ที่มีอยู่เดิม และแพทย์พยาบาลที่จบใหม่ต้องให้ความสำคัญเข้ารับการอบรมหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคอง ตามที่หน่วยงานได้จัดให้อย่างไม่มีเงื่อนไข ด้วยเหตุที่ได้ถูกกำหนดเป็นนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลมี หน่วยหรือศูนย์การดูแลแบบประคับประคองไว้ในโรงพยาบาลทุกแห่ง ซึ่งด้วยเงื่อนไขนี้เอง บริบท สถานที่ที่ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลใน โรงพยาบาลแห่งนี้ก็เป็น โรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบ ประคับประคองและมีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมารักษาที่แห่งนี้ จึงเป็นการตอบประเด็นวิจัยภายนอก ที่รัฐกำหนดนโยบายดังกล่าวที่มีผลกับการประกอบสร้างความหมายความตาย ดังคำกล่าวของแพทย์ ในพื้นที่สนามกล่าวว่า

“...สำหรับ โรงพยาบาลแห่งนี้ถือกำเนิดเป็น โรงพยาบาลที่รักษาโรคมะเร็งเฉพาะ ทางแต่เริ่มแรกและมีการดูแลแบบประคับประคองมาก่อนหน้าที่ WHO จะกำหนดให้ดำเนินการ ดังนั้นบุคลากรที่นี้จึงเข้าใจในบริบทของพื้นที่ และในส่วนของผู้ป่วยและญาติที่เข้ามาทำการรักษา ก็จะได้รับรู้ข้อมูลการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งที่นี้จะไม่มีการพยามชีวะใดๆ แต่จะเน้นการดูแล รักษาตามอาการ บรรเทาอาการ ไม่สุขสบายของคนไข้ ซึ่งทั้งคนไข้และญาติรับรู้ก่อนแล้วจะเข้าทำ การรักษาตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง...”

(แพทย์ในพื้นที่สนาม A1, สัมภาษณ์, 24 ธันวาคม 2563)

นอกจากนี้ปัจจัยผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเป็นปัจจัยภายนอกด้านหนึ่งที่มีผลกับการ ประกอบสร้างความหมายความตายของแพทย์ ด้วยผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักมีความแตกต่างกัน อย่างสิ้นเชิง ไม่ว่าด้านใดแม้ว่าจะมีความใกล้ชิดกันก็ตาม ซึ่งโดยทั่วไปแพทย์ต้องให้ความสำคัญทั้ง ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเท่าเทียมกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีสิทธิ์ในการรับรู้โรคหรือระยะโรคของตัวเอง แต่ที่ปฏิเสธไม่ได้ว่าผู้ดูแลหลักก็มีความสำคัญไม่แพ้กัน ซึ่งในบางกรณีผู้ดูแลหลักก็เป็นปัจจัย ภายนอกที่สำคัญกว่าผู้ป่วยในแง่อารมณ์ความรู้สึกที่แพทย์ต้องมีเทคนิคและทักษะหลายอย่างในการ เข้าถึงผู้ดูแลหลัก ดังที่แพทย์ในพื้นที่สนามกล่าวว่า

“...หมอมจะแนะนำว่าจริงๆ คนไข้ควรรับรู้อะไรก็ตาม เพราะมันเป็นสิทธิ์ของคนไข้ แต่สุดท้ายเราก็ต้องขึ้นกับญาติ เพราะญาติจะประเมินว่าคนไข้จะรับได้มั้ย แต่หมอก็จะย้าให้ญาติเข้าใจว่า คนไข้ต้องรู้เพื่อวางแผนชีวิตของตัวเอง แต่สุดท้ายประตูด่านแรก หมอมจะญาติก่อนว่า จะให้เราทำอะไร กลัวญาติไม่พอใจ แล้วกับคนไข้ก็จะให้ญาติจัดการมากกว่า...”

(แพทย์ในพื้นที่สนาม A1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 24 ธันวาคม 2563)

(2) พยาบาลในกรณีศึกษาที่

ปัจจัยภายในที่เกี่ยวข้องกับการประกอบสร้างความหมายความตายของพยาบาลผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้พบว่า มี 3 ปัจจัย คือ ประสบการณ์การทำงาน บทบาทหน้าที่ และความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ขณะที่ปัจจัยภายในเรื่องอื่นๆ เช่น เพศ การศึกษา ไม่มีความเกี่ยวข้องกับชัดเจน

ปัจจัยประสบการณ์การทำงานเป็นปัจจัยภายในที่เกี่ยวข้องกับการประกอบสร้างความหมายความตาย การมีประสบการณ์มากย่อมส่งผลให้เข้าใจเรื่องความตายมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลจะใช้วิธีการหาความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเองเช่น การเข้าอบรม การอ่านหนังสือที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อนำมาปรับใช้กับผู้ป่วย ไปพร้อมๆ กับการปฏิบัติงานจริง ซึ่งการฝึกฝนจากสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักบ่อยๆ นี้เองจะทำให้เกิดความเชี่ยวชาญชำนาญในงานนั้นๆ มากขึ้น โดยเฉพาะสิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องค้นหาเรื่อง que ผู้ป่วยต้องการทำในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตก่อนที่จะเสียชีวิต (last week) เป็นสิ่งที่ทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจะต้องค้นหาให้พบ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ค้างคาใจให้สำเร็จ ด้วยเหตุนี้จึงต้องอาศัยประสบการณ์การทำงานที่มากพอเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักตามความต้องการของผู้ป่วย ดังที่พยาบาลผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“...เมื่อเราได้ทำงานกับผู้ป่วยหลายๆ เคส จะทำให้เราเกิดประสบการณ์และเก่งขึ้น เพราะร้อยเคสก็ร้อยอย่าง เราจะใช้ประสบการณ์เดิมๆ มาแก้ปัญหาคงไม่ได้ มันเป็น individual case ไม่ใช่ว่าเป็น CA ที่เดียวกันจะเหมือนกัน...”

(พยาบาลในพื้นที่สนาม A2, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2563)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า นอกจากประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลจะได้จากการค้นคว้าด้วยตัวเอง โดยเฉพาะจากการปฏิบัติงานที่สั่งสมให้เกิดประสบการณ์แล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังยอมรับว่า ด้วยความแตกต่างของวัยและอายุการทำงาน ทำให้การทำงานในช่วงแรก ต้องอาศัย

คำแนะนำจากพี่ๆ พยาบาลที่มีอายุมากกว่า และเพื่อนร่วมงานที่ปฏิบัติมาก่อนหน้านี้ ซึ่งทั้งหมดนี้มีส่วนทำให้ได้เทคนิคต่างๆ จากผู้มีประสบการณ์เมื่อเกิดปัญหาสามารถนำมาปรับใช้ได้

เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกันทั้งด้านชนิดของโรคมาเร็งที่เป็นบริเวณต่างๆ ภาวะทางจิตใจ สังคม ศาสนา ความเชื่อ และจิตวิญญาณที่หลากหลาย ดังนั้นการประกอบสร้างความหมายความตายของผู้ป่วยจึงมีความแตกต่างกันไปด้วย พยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่สุดจึงต้องรู้ชัดเจนในรายละเอียดของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เพื่อสามารถแนะนำหรือให้ความช่วยเหลือได้ถูกต้องตามความเป็นจริงของผู้ป่วย แต่ถ้าหากประสบการณ์ยังไม่เพียงพอที่ยังสั่งสมประสบการณ์การทำงานการดูแลผู้ป่วยไม่มากพอซึ่งต้องใช้เทคนิคและทักษะด้านต่างๆ ประกอบ ก็อาจทำให้พบกับการตั้งคำถามจากผู้ป่วยกลับมายังบุคลากรทางสุขภาพ ดังที่พยาบาลผู้ให้ข้อมูลคนนี้กล่าวว่า

“...สำหรับคนไข้หนุ่มมองว่าเค้าไม่ได้ต้องการหัตถการเยอะ หนุ่มมองว่าเค้าต้องการด้านอื่นมากกว่า มันไม่ใช่แค่คนไข้ต้องการกินยา ฉีดยาเท่านั้น เค้าต้องการมากกว่านั้น แต่ช่วงแรกหนุ่มมาทำงานที่นี่ หนุ่มเป็นน้องใหม่อายุน้อยสุด ประสบการณ์ก็น้อย บางทีพูดกับคนไข้ บางคนรู้สึก บางคนไม่รู้สึกรู้หาย โดยเฉพาะคำว่าตาย คนไข้จะย้อนกลับมาถามหนุ่มเสมอว่า คุณพยาบาลเคยมีัยละ คุณพยาบาลจะมาพูดได้ยังไงในเมื่อคุณพยาบาลยังไม่เคยตาย..”

(พยาบาลในพื้นที่สนาม A2, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม)

สำหรับปัจจัยบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องกับการประกอบสร้างความหมายความตายของผู้ให้ข้อมูล แม้ว่าพยาบาลจะไม่มีหน้าที่บอกเรื่องตัวโรคนอกจากแพทย์ และบางครั้งอาจจะต้องช่วยญาติปกปิดความจริงตามคำขอร้องของญาติก็ตาม แต่ด้วยบทบาทหน้าที่พยาบาลสามารถให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความเข้าใจ ความเป็นไปในระยะอาการของผู้ป่วยได้ เนื่องจากพยาบาลถือเป็นตัวเชื่อมกลางระหว่างแพทย์หรือทีมสหวิชาชีพอื่นๆ กับผู้ป่วยมาเร็งและผู้ดูแลหลัก

ปัจจัยภายในเรื่องความรู้การดูแลแบบประคับประคองมีความเกี่ยวข้องในการประกอบสร้างความหมายความตายนั่น เป็นส่วนที่มีความสำคัญ จากการสั่งสมความรู้การดูแลแบบประคับประคองมาโดยตลอดในสถานการณ์จริง ทำให้บุคลากรทางสุขภาพต่างรับรู้และยอมรับในคำกล่าวที่ว่า หมอรักษากาย พยาบาลรักษาใจ ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นกลไกสำคัญที่จะสร้างความเข้าใจเรื่องการดูแลแบบประคับประคองกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ซึ่งความรู้ดังกล่าวถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการประกอบสร้างความหมายความตายตามบริบทสถานที่โรงพยาบาลแห่งนี้ที่รักษาผู้ป่วยมาเร็งระยะสุดท้ายที่เน้นแนวคิดแบบประคับประคอง ดังนั้นพยาบาลในพื้นที่สนามจึงต้องขวนขวายในการหาองค์ความรู้ใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมไม่เพียงด้านการพยาบาลอย่างเดียว เรื่องของการทำงาน

เป็นทีมที่เรียกว่าทีมสหวิชาชีพก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การดูแลแบบประคับประคองมีประสิทธิภาพมากขึ้น

(3) แพทย์รังสีรักษาในกรณีศึกษา

ปัจจัยภายในที่เกี่ยวข้องกับการประกอบสร้างความหมายความตายของผู้ให้ข้อมูลพบว่ามี 3 ปัจจัย คือ ความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ประสบการณ์การทำงาน และบทบาทหน้าที่ ขณะที่ปัจจัยภายในเรื่องอื่นๆ เช่น เพศ การศึกษา อายุ ไม่มีความเกี่ยวข้องกับชัดเจน

ปัจจัยภายในความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) มีความเกี่ยวข้องกับการประกอบสร้างความหมายความตายของแพทย์รังสีรักษาผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากแพทย์รังสีรักษาเป็นแพทย์เจ้าของคนไข้ นอกจากจะทำการรักษาตามการแพทย์ด้วยการฉายรังสีรักษาแล้วยังเป็นแพทย์ที่สนใจและศึกษาเรื่องการดูแลแบบประคับประคองอีกด้วย ดังนั้นจึงเป็นผู้มีความรู้และความเข้าใจเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง พร้อมกับมีประสบการณ์และมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการประกอบสร้างความหมายความตาย

“...หมอู้เรื่อง palliative care มีมุมมองความตายแตกต่างกันกับหมอู้ที่ไมู้เรื่องนี้ เพราะหมอู้เรื่องนี้ก็รู้แล้วว่ามันเป็นส่วนหนึ่งของการตายดี ดังนั้นหมอู้ที่ไมู้ความรู้อีกก็ลืมเรื่องนี้ไปเลย ไม่ keep in mind ว่ามันมีเรื่องนี้อยู่ เพราะส่วนใหญ่ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย palliative care ทุกคนเค้าหวังเรื่องการตายดีเพราะยังใ้ผู้ป่วย palliative care ก็ต้องตายแน่ๆ แต่จะทำยังไงให้เค้าไม่ทุกข์ทรมาน...”

(แพทย์รังสีรักษาในพื้นที่สนาม A3, สัมภาษณ์, 24 ธันวาคม 2563)

ด้วยเหตุนี้บุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องผ่านการอบรมและมีความรู้เรื่องดังกล่าวทั้งกับตัวแพทย์เองและเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยที่แพทย์จะสามารถถ่ายทอดให้ผู้ป่วยได้รับองค์ความรู้ไปด้วย โดยเฉพาะเมื่อถึงการตัดสินใจเลือกจะเข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง แพทย์จะได้นำความรู้ที่นำมาอธิบายให้ผู้ป่วยรับรู้และเห็นภาพที่ชัดเจนหากเลือกการรักษาแบบประคับประคองเพื่อสร้างความเข้าใจล่วงหน้าก่อนว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะไม่ได้รับบริการใดๆ ทางสาธารณสุข เช่น ป้อนหัวใจ ใส่ท่อช่วยหายใจ เจาะคอ หรือไม่มีหัตถการใดๆ เพื่อยื้อชีวิตให้ทุกข์ทรมาน หรืออีกนัยหนึ่งหากผู้ป่วยที่ต้องการรับบริการดังกล่าวอยู่ แพทย์ก็จำเป็นต้องแสดงภาพให้ผู้ป่วยได้เห็นอย่างชัดเจนเช่นกันว่าการเจาะคอ การป้อนหัวใจ และการใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยจะมีสภาพอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยได้ร่วมตัดสินใจในการรักษาตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับประสบการณ์การทำงานมีส่วนสำคัญอย่างมากในการประกอบสร้างความหมายความตาย ด้วยแพทย์รังสีรักษาผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่มีความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองและมีประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยการฉายแสงรังสีมายาวนาน ทำให้เห็นความแตกต่างของการเป็นแพทย์รังสีรักษาอย่างเดียวกับที่หลายคนเน้นไปที่การรักษา (curative) เท่านั้น แต่หากแพทย์หรือแพทย์รังสีรักษาสามารถเพิ่มเติมความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคองและสั่งสมประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามประสบการณ์มากขึ้นไปด้วย ก็จะทำให้แพทย์หรือแพทย์รังสีรักษาเข้าใจเรื่องการรักษาแบบประคับประคองซึ่งเป็นกระบวนการรักษาที่มีอยู่ในพื้นที่นั้นๆ (local treatment) มากขึ้นควบคู่กับความตายและการตายดีที่ไม่จำเป็นต้องมุ่งการรักษาทางร่างกายเพียงอย่างเดียว ดังแพทย์รังสีรักษากล่าวว่า

“...ผมเองมีประสบการณ์ด้าน *palliative care* มา 15 ปีแล้ว และเป็นหมอรังสีรักษาด้วย เวลามีคนไข้จะรักษาคู่กันกับรังสีรักษา เพียงแต่ว่าผมจะ *deep* มาทาง *palliative care* มากกว่าทาง *radioactive treatment* จากประสบการณ์ที่ผ่านมามากกว่าคนอื่นเท่านั้นเอง...”

(แพทย์รังสีรักษาในพื้นที่สนาม A3, สัมภาษณ์, 24 ธันวาคม 2563)

สำหรับปัจจัยบทบาทหน้าที่ของแพทย์รังสีรักษาผู้ให้ข้อมูลคนนี้มี ความเกี่ยวข้องกับ ในการประกอบสร้างความหมายความตายด้วยเหตุที่เป็นแพทย์เฉพาะทางด้านโรคมะเร็งด้วยการฉายแสงรังสีรักษาควบคู่กับเป็นแพทย์แบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยมีความยากง่ายแตกต่างกันไป โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกคือผู้ป่วยมะเร็งที่ดูแลกันมาตลอดระยะเวลายาวนาน มีความไว้ใจและมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเข้าใจเรื่องการตายได้อย่างแน่นอนตามความต้องการที่ระบุกับแพทย์รังสีรักษาผู้ให้ข้อมูล เช่น ไม่ต่อท่อช่วยหายใจ ไม่เจาะคอ ไม่ปั๊มหัวใจ หรือไม่ยื้อชีวิต เป็นต้น ก็จะมีแนวโน้มให้เกิดการตายอย่างสงบหรือตายดีไม่ทรมาณได้ ขณะที่ผู้ป่วยอีกกลุ่ม คือ กลุ่มที่ส่งตัวมารักษาและเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มาพบแพทย์ครั้งแรก โรคมะเร็งมีการแพร่กระจายไปในร่างกายต่างๆ เช่น กระดูก สมอง ซึ่งเป็นความยากในการสร้างความสัมพันธ์เมื่อแพทย์กับผู้ป่วยมาทำความรู้จักกันในระยะสุดท้ายแล้ว จึงต้องอาศัยสัมพันธ์ภาพที่ดีสร้างความไว้วางใจระยะหนึ่ง เนื่องจากมีผู้ป่วยบางส่วนที่ยอมรับตัวเองได้ว่าเป็นระยะสุดท้ายกับบางส่วนที่ยอมรับไม่ได้และอยากสู้ต่อไปถึงที่สุด

“...ถ้าคนไข้ที่ดูแลกันนานๆ ก็จะเป็นคนไข้แบบ *successful natural death* แต่เพราะมันเป็นไปไม่ได้ที่ทุกคนจะยอมรับทันที เราก็เสนอผู้ป่วยถึงแนวทางการดูแลแบบประคับประคองแบบนี้บ่อยๆ ได้มัย ที่ไม่ต้องทรมาน และนำไปสู่การตายดี...”

(แพทย์รังสีรักษาในพื้นที่สนาม A3, สัมภาษณ์, 24 ธันวาคม 2563)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า บทบาทหน้าที่ของแพทย์เจ้าของคนไข้ หรือแพทย์รังสีรักษามีส่วนสำคัญอย่างมากในการประกอบสร้างความหมายความตายให้กับผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้ขอค้นพบใหม่จากปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการประกอบสร้างความหมายความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ กับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักคือ ปัจจัยเรื่องของเวลา ที่หากแพทย์เจ้าของคนไข้มีการใช้เวลาที่สร้างความสัมพันธ์ ความไว้วางใจ เชื่อใจและความคาดหวัง สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะตามมา

สำหรับปัจจัยภายนอก ได้แก่ปัจจัยนโยบายรัฐระเบียบข้อกำหนด และปัจจัยผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก สามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้

ปัจจัยนโยบายรัฐระเบียบข้อกำหนดที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการประกอบสร้างความหมายความตาย ดังที่องค์การอนามัยโลกได้มาข้อกำหนดให้ประเทศสมาชิกมีการดูแลแบบประคับประคอง หรือ palliative care เมื่อปี พ.ศ. 2557 นั้น ด้วยเหตุที่เรื่องการดูแลแบบประคับประคองได้เกิดขึ้นมาก่อน จากการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สถานพยาบาลภายใต้ความร่วมมือของเครือข่ายจิตอาสาหลายๆ แห่งที่จัดตั้งขึ้นในโรงพยาบาลเฉพาะทาง เช่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น โดยมี รศ.ดร.แพทย์หญิงศรีเวียง ไพโรจน์กุล เป็นผู้ริเริ่มร่วมกับภาคีเครือข่ายที่ให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น ศูนย์ชีวภิกษาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศูนย์ชีววันตาภิบาล โรงพยาบาลสงขลา ดร.นพ.สกล สิงหะ เป็นต้น เพื่อเน้นการดูแลแบบประคับประคองด้วยทีมสหวิชาชีพ

ดังนั้นการกำหนดนโยบายภาครัฐเรื่องการดูแลแบบประคับประคองออกมาให้โรงพยาบาลทุกแห่งจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หลายแห่งจึงต้องปรับตัวขณะที่หลายแห่งมีการดำเนินการอยู่ก่อนหน้าแล้ว ด้วยบริบทพื้นที่แต่ละพื้นที่แตกต่างกัน ทำให้การเริ่มต้นแนวความคิดการดูแลแบบประคับประคองต่างกัน ทำให้เห็นความแตกต่าง ในบางพื้นที่บางจังหวัดมีเรื่องการดูแลแบบประคับประคองเริ่มต้นก่อน มีประสบการณ์ก่อนก็ทำให้หน่วยงานที่ดำเนินการก่อนในช่วงแรกทำหน้าที่ถ่ายทอดบทเรียนหรือเป็นที่เลี้ยงให้กับหน่วยงานที่จัดตั้งตามนโยบายรัฐ

ขณะที่ปัจจัยด้านผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักเกี่ยวข้องกับการประกอบสร้างความหมายความตาย แพทย์รังสีรักษาผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“...ผู้ป่วยมะเร็งมีผลนะ โดยเฉพาะในคนที่เจอหน้ากันครั้งแรกจะคิดว่าตัวเองเป็นน้อย ทั้งที่มารอดนอนแล้ว ซึ่งทำให้เรารู้ว่าคนไข้ไม่ยอมรับแน่ เขาก็จะเป็นกลุ่ม *bargain* เพราะเค้าหวังว่าตัวเองจะหาย แต่ถ้ามีความยากลำบากขึ้น หมอจะไปทีญาติ ไป *approach caregiver* เพื่อประเมินว่าญาติคิดยังไง และชักนำหน้ากระดาษของคนไข้กับคนดูแล แบ่งรับแบ่งสู้ จะไปทางใดทางหนึ่งเน้นๆ ไม่ได้...”

(แพทย์รังสีรักษาในพื้นที่สนาม A3, สัมภาษณ์, 24 ธันวาคม 2563)

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า บุคลากรทางสุขภาพ เช่น แพทย์ และ แพทย์รังสีรักษา ถือเป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญ ในการประกอบสร้างความหมายความตาย กับผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ดูแลหลัก โดยตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเองถือเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการประกอบสร้างความหมายความตายด้วยตัวเอง โดยไม่รู้ตัว โดยแพทย์ที่มีประสบการณ์จะพิจารณาการรับรู้ ความรู้สึกของผู้ป่วยระหว่างการรักษาว่ายอมรับหรือปฏิเสธ ขณะเดียวกันผู้ดูแลหลักก็มีส่วนสำคัญที่ทำให้แพทย์รับรู้และเข้าถึงผู้ป่วยได้ระหว่างการรักษาในการประกอบสร้างความหมายความตายตามความต้องการของผู้ป่วย โดยมีปัจจัยเรื่องของเวลาเป็นตัวแปรสำคัญ

(4) นักสังคมสงเคราะห์ในกรณีศึกษาที่

ปัจจัยภายในที่เกี่ยวข้องกับการประกอบสร้างความหมายความตายของผู้ให้ข้อมูลคือการมีความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง การมีประสบการณ์และศาสนาคความเชื่อ และบทบาทหน้าที่ ขณะที่ปัจจัยภายในอื่นๆ ไม่มีความเกี่ยวข้อง

ด้วยเหตุที่นักสังคมสงเคราะห์บวชเรียนเป็นพระสงฆ์กว่า 20 ปี ทำให้เข้าใจในคำสอนทางพุทธศาสนา โดยที่ผ่านมามีโอกาสพบเจอผู้ป่วยระยะสุดท้าย สวดมนต์ข้างเตียงให้ผู้ป่วยทำบุญใส่บาตรก่อนเสียชีวิต ทำให้เข้าใจเรื่องชีวิตและความตาย และเมื่อปัจจุบันได้มาเป็นนักสังคมสงเคราะห์ มีประสบการณ์กว่า 13 ปี ทำให้นักสังคมสงเคราะห์ได้นำความรู้เรื่องดังกล่าวมาปรับใช้ในวิชาชีพและมีส่วนสำคัญในการประกอบสร้างความหมายความตายกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“...การทำงานเป็นนักสังคมสงเคราะห์มา 13 ปีบวกกับเคยเป็นพระมาก่อน มีส่วนช่วยทำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจมากขึ้นในช่วงแรกผมทำงานก็ยิ่งขาดความรู้วิชาชีพนี้และเรื่องการทำงานเป็นทีม แรกๆ ผมเอาแต่ความคิดตัวเองซึ่งพอทำงานไปเราต้องฟังคนอื่น ดูพื้นฐานคนไข้ทุกอย่างก็สั่งสมมา แน่นอนมีผลต่อการประกอบสร้างความหมายความตายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น...”

(นักสังคมสงเคราะห์ในพื้นที่สนาม A3, สัมภาษณ์, 24 ธันวาคม 2563)

ปัจจัยเรื่องความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ให้ข้อมูลได้รับการอบรมความรู้ดังกล่าวทำให้มีข้อมูลทางวิชาการในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น สามารถนำมาใช้ประกอบกันกับเทคนิคที่มีประสบการณ์ตรงผสมผสานด้วยกัน โดยเฉพาะการนำเนื้อหาข้อมูลจากความรู้การดูแลแบบประคับประคองปรับใช้และถ่ายทอดกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้รับองค์ความรู้ที่เป็นข้อมูลที่หลากหลายเช่น ความรู้ทางศาสนา ความรู้ทางวิชาชีพนักสังคมสงเคราะห์ การแนะนำสิทธิรักษาต่างๆ และความรู้การดูแลแบบประคับประคอง เป็นต้น

ด้วยเหตุที่ผู้ให้ข้อมูลมีบทบาทหน้าที่หลักในการให้ความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก บางรายไม่มีปัญหาแต่ได้รับคำแนะนำ ความช่วยเหลือที่จำเป็น ขณะที่บางรายมีปัญหาและต้องการความช่วยเหลือสามารถเข้าไปดูแลได้เต็มที่ ประกอบกับประสบการณ์การทำงานวิชาชีพนักสังคมสงเคราะห์ทำให้เข้าถึงความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก โดยเฉพาะสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลเน้นคือ การทำงานกับผู้ป่วยแบบเป็นทีมสหวิชาชีพ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“...การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่สำคัญคือ การดูแลแบบประคับประคอง เท่าที่อ่านหนังสือทั้งไทยและต่างประเทศจะเน้นการทำงานเป็นทีม นักสังคมสงเคราะห์เป็นฟันเฟืองหนึ่งเท่านั้น ในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นหากวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งการดูแลผู้ป่วยจะไม่สมบูรณ์ทุกคนมีส่วนช่วยเติมเต็มกันและกัน ซึ่งต้องยอมรับเพื่อนร่วมงานในทีมมีส่วนสำคัญในการแนะนำการทำงานได้มาก...”

(นักสังคมสงเคราะห์ในพื้นที่สนาม A3, สัมภาษณ์, 24 ธันวาคม 2563)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า บุคลากรทางสุขภาพเองไม่ว่าวิชาชีพใด หากมีเวลาสามารถเข้าถึงผู้ป่วยด้วยความรู้ในระดับหนึ่งที่สามารถแบ่งปันเรื่องราว แลกเปลี่ยนข้อมูล องค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ก็สามารถประกอบสร้างความหมายความตายยังผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้ ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักแม้เป็นปัจจัยภายนอกแต่ก็มีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการสร้างความหมายความตาย

ด้วยเหตุนี้จึงเป็นเรื่องยากและต้องใช้เวลาพอสมควรสำหรับบุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพที่จะต้องเข้าใจ เข้าถึงบริบทต่างๆ ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก โดยเฉพาะต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เพื่อไขความลับในใจที่ผู้ป่วยรู้สึก และความต้องการทำในสิ่งที่ค้างคา หรือฐานะที่ยังทำไม่เสร็จ หรือความต้องการสุดท้ายก่อนเสียชีวิตเท่าที่จะทำได้

(5) นักจิตวิทยาในกรณีศึกษา

นักจิตวิทยาให้ข้อมูลการประกอบสร้างความหมายความตายปัจเจกภายในเรื่องความรู้การดูแลแบบประคับประคอง ประสบการณ์การทำงาน และความเชื่อศาสนาว่าความรู้ในเรื่องการอบรมการดูแลแบบประคับประคองมีส่วนช่วยให้เข้าใจความตายดีขึ้น ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ นอกจากนี้ยังทำให้สามารถเข้าใจภาวะหลายๆ อย่างที่เกิดขึ้นเมื่อร่างกายเข้าสู่ระยะสุดท้ายของผู้ป่วยได้ดี โดยเฉพาะภาวะทางด้านจิตใจที่บุคลากรทางสุขภาพต้องให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สำหรับเรื่องประสบการณ์การทำงาน นักจิตวิทยาผู้ให้ข้อมูลยอมรับว่าเป็นเรื่องสำคัญมาก ด้วยตนเองยังมีประสบการณ์ด้านนี้น้อยจึงต้องการความรู้เพิ่มเติมเช่น การอบรมการดูแลแบบประคับประคอง หรือหาข้อมูลจากหนังสือเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อสามารถเข้าใจผู้ป่วยและแลกเปลี่ยนเรื่องราวต่างๆ กับผู้ป่วย ควบคู่กับการที่ผู้ให้ข้อมูลยึดมั่นในหลักคำสอนพุทธศาสนาและเชื่อในการทำดีได้ดีทำชั่วได้ชั่ว จึงทำให้ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้สามารถหล่อหลอมรวมกันเป็นกรอบการทำงานการดูแลแบบประคับประคองของผู้ให้ข้อมูลที่ในฐานะนักจิตวิทยาวิชาชีพหนึ่งที่สามารถมีโอกาสเข้าถึงผู้ป่วยระยะและผู้ดูแลหลักในช่วงแรกๆ และทุกครั้งหากมีประเด็นเรื่องความวิตกกังวลหรือความเครียด นักจิตวิทยาจะเป็นวิชาชีพเดียวที่มีบทบาทหน้าที่ในการประเมินภาวะด้านจิตใจของผู้ป่วยระยะและผู้ดูแลหลัก ดังนั้นจึงเป็นอีกวิชาชีพหนึ่งที่สำคัญในการประกอบสร้างความหมายความตายกับผู้ป่วยระยะและผู้ดูแลหลักเช่นกัน

“...ในช่วงเวลาที่ดีที่สุดของผู้ป่วย ในฐานะนักจิตวิทยาจะพยายามทำให้ช่วงเวลานั้นของผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่ดีที่สุด ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กันกับจิตใจไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดหรือซึมเศร้า จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะท้าย ณ ขณะนั้นเป็นอยู่อย่างดีที่สุดและนักจิตวิทยาจะพยายามทำให้ดีขึ้นกว่าเดิม...”

(นักจิตวิทยาในพื้นที่สนาม A5, สัมภาษณ์, 30 พฤศจิกายน 2563)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การปฏิบัติงานการดูแลแบบประคับประคองในผู้เริ่มทำงานใหม่ๆ ต้องอาศัยการสั่งสมเวลา ความเข้าใจ การปรับตัวในสถานการณ์การรักษาโรคตามอาการในบริบทสถานที่เน้นการดูแลแบบประคับประคองสร้างการรับรู้ต่อความเป็นไปของชีวิต การสั่งสมประสบการณ์การทำงานด้านนี้จะมีผลกับการประกอบสร้างความหมายความตายและการตายดีในที่สุด เมื่อความตายเป็นเรื่องธรรมดาปกติ หากแต่ไม่ได้เกิดขึ้นจากความเคยชินจากการปฏิบัติงานไปแต่ละวัน แต่เกิดขึ้นจากความสนใจ ใส่ใจ การหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อผู้ป่วย และใช้เวลา

ปฏิบัติกับผู้ป่วยมะเร็งตามความต้องการอย่างดีที่สุด เพียงเท่านี้ก็ถือเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักอย่างเข้าใจ

นอกจากนี้แม้ปัจจัยภายในอื่นๆ ไม่มีความเกี่ยวข้องชัดเจน แต่เมื่อวิเคราะห์ประเด็นเรื่องเพศและครอบครัวของบุคลากรทางสุขภาพในพื้นที่สนาม พบว่า มีแนวความคิดที่คล้ายคลึงกันคือ ภูมิหลังครอบครัว 2 ใน 5 คนของบุคลากรทางสุขภาพในพื้นที่สนาม 5 วิชาชีพ คือ พยาบาลและนักจิตวิทยาที่เป็นลูกสาวคนเดียวในครอบครัวให้ข้อมูลตรงกันว่า แม้ว่าเป็นบุคลากรทางสุขภาพเองที่วิชาชีพและการทำงานต้องเกี่ยวข้องและพบเห็นกับเรื่องความตายของผู้ป่วยก็ตาม แต่ในครอบครัวก็ยังไม่สามารถพูดเรื่องความตายได้อย่างเปิดเผยตรงไปตรงมาได้ ซึ่งครอบครัวมองว่าการที่ทั้งคู่มีความคิดดังกล่าวได้มาจากการทำงานดูแลผู้ป่วยและคนใกล้เสียชีวิตทำให้มีความคิดเรื่องนี้ หากแต่ผู้ให้ข้อมูลย้ำว่าเกิดจากความสนใจและความรักในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ให้ทนทุกข์ทรมานอย่างแท้จริง และด้วยความสนใจหลักธรรมพุทธศาสนา ศึกษาความรู้การเกิด แก่ เจ็บ ตาย การทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว โดยเฉพาะสนใจความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองที่ไม่เน้นการรักษาที่ยื้อชีวิต นิยามความหมายความตายของทั้งพยาบาลและนักจิตวิทยาจึงไม่แตกต่างกัน คือ ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติที่ทุกคนหนีไม่พ้น และยังมีการเดินทางต่อไปในภพภูมิหน้าตามแต่กรรมดีหรือชั่วที่ทำมา อย่างไรก็ตามทั้ง 2 คนมีความหวังว่าวันหนึ่งด้วยปัจจัยของเวลานี้เองจะทำให้ครอบครัวเปิดใจ และยอมรับเรื่องความตายได้ในที่สุด ดังที่พยาบาลและนักจิตวิทยากล่าวว่า

“...ถ้าวันหนึ่งหนูเกิดอุบัติเหตุแล้วไม่ไหวและตัดสินใจความตายตัวเองได้ก็จะบอกแม่ว่าปล่อยไปเหอะ เอาจริงๆ ที่บ้านยังไม่เข้าใจเรื่องนี้ เค้ายื้อไว้เพราะหนูเป็นลูกคนเดียว แต่เวลาของเราไม่เหมือนกัน ถ้ายื้อไว้ทำให้คนอยู่ทรมานใจ หนูสงสารเค้ามมากกว่า ต้องเตรียมตัวเอง เตรียมครอบครัว และยิ่งตอนเรียนมาทางนี้ หนูช่วยให้ last week ผู้ป่วยสำเร็จ ตอนนั้นหนูมีความสุขมาก...”

(พยาบาลในพื้นที่สนาม A2, สัมภาษณ์, 3 เมษายน 2564)

“...เราเรียนรู้เรื่องนี้ด้วยตัวเอง ศึกษาหาความรู้เอง ครอบครัวเราก็อาจจะคิดไม่เหมือนเรา คุณแม่ยังไม่เคยพูดถึงเรื่องนี้...”

(นักจิตวิทยาในพื้นที่สนาม A5, สัมภาษณ์, 30 พฤศจิกายน 2563)

ด้วยเหตุนี้ บุคลากรทางสุขภาพในพื้นที่สนาม 5 วิชาชีพ ไม่ว่าจะวิชาชีพใด เมื่อได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาทางกายและทางใจไปตามอาการควบคู่กัน มีส่วนสำคัญในการสร้างความสัมพันธ์อันดีต่อกันได้ในระดับหนึ่ง และย่อมต้องทำให้เกิดการถ่ายทอดนิยามความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพดังกล่าวนี้ต่อผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล

หลักที่ทำให้การดูแลในระดับหนึ่ง ซึ่งผู้วิจัยจะกล่าวในรายละเอียดในบทที่ 5 กระบวนการสื่อสารความตายตามลำดับต่อไป

2.2.2 ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกในการประกอบสร้างความหมายความตายของแพทย์ พยาบาลที่เชี่ยวชาญ

1) แพทย์ 2 คนที่เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคอง

ต่างยอมรับความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองที่แพทย์จำเป็นต้องเรียนรู้ เนื่องจากแพทย์ส่วนใหญ่มีความรู้เพียงเรื่องการบรรเทาอาการปวด ด้วยการให้ยาแก้ปวด (symptom control) เพียงผิวเผิน แต่หากได้รับการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง การให้ยาลดความปวด เช่น การใช้มอร์ฟินในประเภทต่างๆ ที่มีอยู่ในเนื้อหาการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง ด้วยอย่างถ่องแท้ก็จะช่วยผู้ป่วยด้วยยาลดปวดที่ถูกต้อง นอกจากนี้เนื้อหาเรื่องการสื่อสารถือเป็นทักษะที่มีความสำคัญในการอบรม ไม่แพ้กับความรู้เรื่องยาที่ใช้รักษาทางกาย ด้วยการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ถูกต้องนั้นเปรียบเสมือนยารักษาทางใจ เหล่านี้ถือเป็นวิชาการที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้สำเร็จในช่วงระยะเวลาหนึ่ง

“...ยาดีมีอยู่ รู้แล้วก็กล้าสั่งยาไปให้คนไข้ *pain free* คือมอร์ฟิน สิ่งที่ได้ทำให้มากพอ คนไข้ทุกคนจะได้ไม่ปวดทรมาน แต่ถ้ายังปวดแปลว่าหมอไม่กล้าให้ยามากพอ ซึ่งต้องมีการอบรมเรื่องการให้ยาในการดูแลคนไข้แบบประคับประคอง เพื่อให้ทุกคนจัดการมันได้...”

(อิสรางค์ นุชประยูร, สัมภาษณ์, 5 พฤษภาคม 2564)

“...เรื่องพวกนี้เป็นแค่ส่วนหนึ่งที่มันยังไม่ได้การันตีว่าหมอทั่วไปจะทำได้ดี แต่เขาจะทำได้บางส่วนเท่านั้นถ้าทำแบบ *robot* พวกนี้ทำได้ ถ้าคนไข้คนนั้นต้องการเพียงให้ยา แต่ถ้าเรื่อง *palliative* จริงๆ จะต้องมีการ *session* หนึ่งที่สำคัญคือเรื่อง *communication* ซึ่งเป็น *soft science* ที่ต้อง *add* เข้าไปอีกเรื่องจะได้ครบว่าต้องสื่อสารกับคนไข้ยังไง เพราะงานสื่อสารนี้ต้องใช้เวลามากกว่า ยากกว่า ใช้ *contemplation* คือการใคร่ครวญมาก ซึ่งตรงนี้การันตีไม่ได้ หมอต้องทำเอง เพราะการสอนการอบรมให้รู้ มันง่ายนิดเดียว แต่ไปสอนให้มันเกิดความคิด ความจริงมันยาก...”

(สกล สิงหะ, สัมภาษณ์, 28 เมษายน 2564)

ด้วยเหตุที่กระบวนการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ที่เป็นไปตามกระบวนการทัศนัยการแพทย์ตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน ได้แก่ การรักษาด้วยยาสมุนไพร การผ่าตัดแบบการแพทย์ชีวภาพ จนถึงกระบวนการทัศนัยปัจจุบันที่ใช้ควบคู่กัน คือกระบวนการทัศนัยการแพทย์แบบสังคัม ที่มีการดูแลแบบ

ประคับประคองเข้ามาเป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยที่ไม่ต้องการยืดชีวิตด้วยเครื่องพยุงชีพ เช่น การเจาะคอ การใส่ท่อช่วยหายใจ และการปั๊มหัวใจให้กลับมาเมื่อหัวใจหยุดเต้น ควบคู่กับกระบวนการตัดสินใจ การแพทย์นิเวศสังคมในปัจจุบัน เพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ครบทุกมิติ ทั้ง กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่ต้องทุกข์ทรมาน โดยในความจริงแล้วแพทย์สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตั้งแต่ระยะแรกๆ ด้วยการสื่อสารสร้างความเข้าใจในวิธีการรักษาเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังแพทย์กล่าวว่า

“...ผมอยากเจอคนไข้ตั้งแต่วันแรกที่มาไม่ใช่ส่งต่อมาจนเย็นแล้ว เพราะผมรู้ว่าถ้าผมคุยกับเค้า เค้าจะ ไม่อยากรักษาแล้ว *failed* เพราะเค้าตั้งความหวังว่าจะหาย แต่อยู่ที่เทคนิคการคุย และที่สำคัญส่วนมากมันไม่มีเวลาคุย เรื่องแบบนี้มันใช้เวลาเยอะ ไม่ใช่ที่ทำอยู่ทุกวันนี้ คุยกับคนไข้คนละ 5 นาที แบบนี้คนไข้เจ็บตัว 3 รอบ ในที่สุดคนไข้ก็หายไปแล้วก็มี...”

(อิสรพงศ์ นุชประยูร, สัมภาษณ์, 5 พฤษภาคม 2564)

ดังนั้นปัจจัยเรื่องความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง และ ผู้ดูแลหลักจะไม่คุ้นเคยกับคำนี้หรือกระบวนการเรื่องนี้ว่าคืออะไร มีความสำคัญอย่างไร ส่วนใหญ่ แพทย์ หรือบุคลากรทางสุขภาพจะให้ความรู้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักว่า เป็นการดูแลแบบไม่ทุกข์ทรมาน เพื่อให้เกิดความเข้าใจแทนคำว่าแบบประคับประคอง ดังที่แพทย์ประสบความสำเร็จในการดูแลแบบประคับประคองกล่าวว่า

“...คนไข้เค้าไม่รู้จักรอคอก การดูแลแบบประคับประคอง หรือ *palliative care* แต่ส่วนใหญ่คนไข้จะบอกหมอว่า ผมนะ ตายไม่กลัว กลัวทรมาน นั่นก็มีความหมาย นัยเดียวกันว่าผู้ป่วยได้เลือกการดูแลแบบประคับประคองแล้ว...”

(สกล สิงหะ, สัมภาษณ์, 28 เมษายน 2564)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การปฏิบัติงานการดูแลแบบประคับประคองในผู้เริ่มทำงานใหม่ๆ ต้องอาศัยการสั่งสมเวลา ความเข้าใจ การปรับตัวในสถานการณ์การรักษาโรคตามอาการ ในบริบทสถานที่เน้นการดูแลแบบประคับประคองสร้างการรับรู้ต่อความเป็นไปของชีวิต การสั่งสมประสบการณ์การทำงานด้านนี้จะมีผลกับการประกอบสร้างความหมายความตายและการตายดี ในที่สุด เมื่อความตายเป็นเรื่องธรรมดาปกติ หากแต่ไม่ได้เกิดขึ้นจากความเคยชินจากการปฏิบัติงานไปแต่ละวัน แต่เกิดขึ้นจากความสนใจ การหาความรู้เพิ่มเติม และใช้เวลาปฏิบัติกับผู้ป่วยตามความต้องการอย่างดีที่สุด เพียงเท่านี้ก็ถือเป็นการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักอย่างเข้าใจ

“...ถ้าบุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพ มีการใคร่ครวญ หรือ ภาวนา *contemplation* จากสิ่งที่มี โอกาส ได้เห็นผู้ป่วยใกล้ตาย และคนตายมากที่สุด นำมาเป็นแนวทางให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นกว่าเดิมได้ก็เป็นเรื่องที่ดี...”

(สกล สิงหะ, สัมภาษณ์, 28 เมษายน 2564)

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยภายในเรื่องความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ระหว่างแพทย์ในพื้นที่สนามและแพทย์ประสบความสำเร็จในการดูแลแบบประคับประคองต่างเห็นตรงกันว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำเป็นต้องมีความรู้เรื่องนี้ และเป็นปัจจัยสำคัญในการประกอบสร้างความหมายความตายในปัจจุบัน เมื่อความตายเป็นความจริงแท้ของมนุษย์ที่ทุกคนหลีกเลี่ยงไม่ได้แต่หากเลือกได้ก็ต้องการความตายที่ไม่ทนทุกข์ทรมานทุกคน ดังที่แพทย์ในพื้นที่สนามได้ยอมรับความจริงข้อนี้ แม้ในการเรียนวิชาชีพแพทย์จะสอนให้ทำการรักษาผู้ป่วยจนถึงที่สุด แต่วันนี้แพทย์ค้นพบแล้วว่า แม้รักษาไปก็ตายอยู่ดี และแพทย์เองก็ยังเลือกการรักษาแบบประคับประคองเช่นกัน และด้วยประสบการณ์การทำงานของแพทย์ที่ประสบความสำเร็จในการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า ความสำคัญในจิตใจของผู้ป่วยจากการสื่อสารที่ดีของแพทย์และวิชาชีพอื่นๆ เป็นสิ่งที่ได้มาจากการสั่งสมประสบการณ์ในการทำงานอย่างเข้าใจใคร่ครวญมากกว่า การพุ่งความสำคัญไปที่การใช้จ่ายแก้ปวดทรมานทางกายเท่านั้น

“...หมอทำงานไปนานๆ ต้องมีคุณสมบัติที่เดินคู่กันกับผู้ป่วย เดินไปด้วยกัน คอยช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยว่าเหนื่อยมั้ย ใจหวนมั้ย ไม่ใช่ว่าแพทย์จะมา *set gold* ตัวเองฝ่ายเดียว ก็อาจจะ *push* ไปในทางที่ลึกไป เพราะฉะนั้นต้อง *counseling* ไปด้วยกัน เดินคู่กันกับคนไข้...”

(สกล สิงหะ, สัมภาษณ์, 28 เมษายน 2564)

ด้วยเหตุที่แพทย์ที่ประสบความสำเร็จในการดูแลแบบประคับประคองคนนี้ได้ผ่านการดูแลรักษาผู้ป่วยมายาวนานและผ่านกระบวนการพัฒนาระบบชีวิตภาพจากการเรียนในวิชาการแพทย์มาก่อน เมื่อปฏิบัติงานไประยะหนึ่ง เกิดการตกผลึกในความรู้ต่างๆ ทั้งความรู้เก่า ความเชื่อศรัทธา ทำให้ได้เข้าใจถึงคุณค่าความเป็นแพทย์ ที่ไม่ได้เป็นแพทย์ในแบบหุ่นยนต์ที่ผู้ป่วยไม่ได้ประโยชน์อะไรเลย ดังนั้นความเข้าใจกับทักษะจึงเป็นคนละเรื่องกัน เปรียบเป็นนักกีฬาทั่วไปกับ นักกีฬามีอาชีพ ก็เช่นกัน ถ้ามีอาชีพจะต้องใคร่ครวญว่าเกิดอะไรขึ้น เอาเรื่องราวขึ้นมาวิเคราะห์ หรือเอามาภาวนา ดังนั้นประสบการณ์การทำงานของแพทย์จึงเปรียบเสมือนเครื่องมือสำคัญที่เมื่อเจอผู้ป่วยแต่ละรายจะหยิบเครื่องมือชนิดใดมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน

“...หมอบางคนทำมาทั้งชีวิตก็เป็น *automatic* แต่ไม่เข้าใจก็มี มีก็ทำไปตามปกติ เหมือน *robot* เพราะฉะนั้น ประสบการณ์เป็นเครื่องมือที่สำคัญ มันต้องมีประสบการณ์ตรง พอมีแล้วเราไปใคร่ครวญกับมันก็จะได้ประโยชน์สูงสุด เพราะประสบการณ์ต่างๆ ที่เข้ามา มัน *shape* ทำให้เราเกิดสิ่งนี้ที่เปลี่ยนไปจากเดิม แต่ถ้ามีประสบการณ์แล้วแต่ไม่ใคร่ครวญกับมัน สิ่งที่ได้คือ ร่างกายของเราก็จะชินกับการทำเรื่องนี้ทุกวันๆ เก่งขึ้นแต่ปัญญาไม่ได้งอกงามอะไร ไม่ได้ใช้ปัญญาจัดการ...”

(สกล สิงหะ, สัมภาษณ์, 28 เมษายน 2564)

ปัจจัยภายในเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่แพทย์มีความเกี่ยวข้องกับการประกอบสร้าง ความหมายความตาย ด้วยแพทย์เป็นความหวังเดียวในการรักษาโรคให้หาย หรือช่วยให้อาการดีขึ้น ซึ่งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่จะฝากชีวิตไว้กับแพทย์ เพราะด้วยความเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงนี้ ความกลัวต่อโรคและต่อความตายก็ต้องมีอยู่ในจิตใจผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักทุกคน ซึ่งแพทย์ส่วนใหญ่ที่เข้าใจการดูแลแบบประคับประคองจะสื่อสารกับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายที่ทำให้กำลังใจเพราะเป็นการรักษาใจควบคู่กับกาย ดังที่แพทย์ในพื้นที่สนาม กล่าวว่า

“...คนไข้มะเร็งทุกคนจะกลัวหมดเลย ไม่ว่าจะ เป็นระยะไหน ก็อยากจะรู้ว่ามีโอกาสหายมั้ย...”

(แพทย์ในพื้นที่สนาม A1, สัมภาษณ์, 24 ธันวาคม 2563)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า เรื่องบทบาทหน้าที่แพทย์ถือเป็นปัจจัยในการประกอบสร้างความหมายความตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ด้วยความเป็นแพทย์ที่เป็นทุกอย่างของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก โดยเฉพาะความหวังในการรักษาโรค แต่ด้วยวิวัฒนาการของการแพทย์ที่ปัจจุบันเป็นยุคที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม ทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามแบบนิเวศน์สังคมที่ใช้ในปัจจุบัน โดยเฉพาะการมีเรื่องการดูแลแบบประคับประคองเข้ามาใช้ในประเทศไทยทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการรักษาด้วยตนเองมากขึ้น และอีกนัยหนึ่งเป็นความโชคชะตของแพทย์ ที่โรคบางอย่างเมื่อรักษาไม่หายก็ต้องยอมรับความจริงที่ผู้ป่วยก็ต้องเสียชีวิต โดยที่แพทย์ไม่ต้องรู้สึกผิดเหมือนในอดีต เพราะได้รักษาตามอาการ โรคที่เป็นในในระยะสุดท้าย ไม่ได้รักษาตัวโรค การแพทย์แบบนิเวศน์สังคมปัจจุบันนี้จึงเป็น โอกาสทองที่ดีของทั้งสองฝ่ายคือ ทั้งผู้ป่วยที่สามารถร่วมวางแผนรักษาให้กับตัวเองได้และแพทย์เองที่ไม่ต้องมีความรู้สึกผิดในใจหากการรักษาผู้ป่วยจนสุดความสามารถแล้วไม่หายหรือต้องเสียชีวิต โดยมีเครื่องมือสำคัญที่แพทย์ทุกคนสามารถเรียนรู้และฝึกฝนได้นั่นคือ การสื่อสารที่ดี ทั้งนี้ยังขึ้นอยู่กับบทบาทหน้าที่แพทย์ที่แตกต่างกันของแต่ละคน

ที่มีปัจจัยหลายอย่างประกอบกันในการประกอบสร้างความหมายความตาย โดยเฉพาะบริบททางพื้นที่สถานพยาบาล หรือโรงพยาบาลที่แพทย์นั้นๆ สังกัด เช่น ราชการ หรือเอกชน เป็นต้น

“...แพทย์แต่ละคนมีการออกแบบในบทบาทหน้าที่ของตัวเองที่แตกต่างกัน และเรื่องนี้เป็นองค์รวมหรือภาพรวม อาชีพก็เป็นส่วนหนึ่งเพราะการที่แพทย์คนหนึ่งรำเรียนมา อบรมมา มีการเลี้ยงดูในครอบครัว ทุกอย่างเป็นสิ่งที่บอกว่าเราเป็นใคร ไม่ใช่เฉพาะวิชาชีพแพทย์เท่านั้น เพราะทุกอาชีพมีทั้งดีและไม่ดี และแพทย์ก็เป็นคนธรรมดาทั่วไป เพียงแต่มีโอกาสได้เห็นคนตายมากกว่าอาชีพอื่นเท่านั้น ซึ่งขึ้นอยู่กับแพทย์คนนั้น ได้นำมาเรียนรู้ให้เกิดประโยชน์หรือไม่...”

(สกล สิงหะ, สัมภาษณ์, 28 เมษายน 2564)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า เมื่อการแพทย์ปัจจุบันแบบนิเวศน์สังคมได้นำมาปรับใช้ตามสถานการณ์ที่ยึดความต้องการผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยให้ความสำคัญกับการนำความรู้ การดูแลแบบประคับประคองและประสบการณ์การทำงานของบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ต้องให้ความสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ในพื้นที่สนามหรือแพทย์ในบริบทพื้นที่อื่นๆ ก็ตาม ดังนั้น แพทย์จึงเป็นความหวังของผู้ป่วยไม่ว่าจะหายหรือไม่หาย แพทย์จึงเป็นวิชาชีพที่มีโอกาสมากที่สุดในการประกอบสร้างความหมายความตายกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ในการแสดงออกทั้งคำพูดหรือ วจนภาษา และสีหน้าแววตาท่าทางหรืออวจนภาษาผ่านปัจจัยภายในดังกล่าวคือ ความรู้การดูแลแบบประคับประคอง และประสบการณ์การทำงานไปยังผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ รวมทั้งอาศัยการทำงานร่วมกันแบบทีมสหวิชาชีพ ไม่ใช่วิชาชีพแพทย์ วิชาชีพเดี่ยวแต่การทำงานแบบองค์รวมจะเกิดขึ้นและมีประสิทธิภาพได้ ต้องขับเคลื่อนด้วยการทำงานเป็นทีม ดังนั้นทีมสหวิชาชีพจึงมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้นตามบทบาทหน้าที่ ซึ่งแตกต่างกันจากในอดีต

นอกจากนี้ปัจจัยภายนอกที่เป็นนโยบายกำหนดจากภาครัฐ ที่ให้โรงพยาบาลทุกแห่งจัดเตรียมไว้บริการแบบประคับประคองเป็นรูปธรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น การทำงานเพื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความละเอียดอ่อนและซับซ้อนในความต้องการที่หลากหลายนี้ จึงไม่ควรดำเนินการเฉพาะในภาคของความรับผิดชอบภายใต้กระทรวงสาธารณสุขเพียงด้านเดียว แต่ควรมีการบูรณาการกันอย่างจริงจังระหว่างกระทรวงที่เกี่ยวข้องในการดูแลความเจ็บป่วย ความทุกข์ความสุขของประชาชน เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น โดยเฉพาะในส่วนของกระทรวงศึกษาธิการที่ควรเน้นการศึกษาของประชาชน เรื่องการมีชีวิตอยู่ที่ดีและการตายที่ดี และการทำให้เกิดกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมโดยความ

ร่วมมือของทุกภาคส่วนเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้นทุกระบบ ไม่ใช่เพียงสาธารณสุขด้านยา หรือการรักษาเท่านั้น เนื่องจากแพทย์ไม่ได้มีความรู้ทุกเรื่อง จะรู้เฉพาะเรื่องยาเป็นสำคัญ

“...เราจะติดกับการรักษามากไป แต่ต้อง *integrated* กัน ต้องมีส่วนอื่นๆ มาร่วมด้วย ไม่ใช่ *part medicine* เท่านั้น เพราะถ้าเรื่องยา สาธารณสุขก็รับไป แต่เรื่องนี้เป็น *wellness* มืองค์รวม และหมอเองก็ไม่ได้เรียนลึกซึ่งทุกเรื่อง ศาสนาก็ไม่แข็งแกร่ง อาจต้องบูรณาการกับสายสังคมศาสตร์ นิเทศศาสตร์ มาช่วยกันร่วมกันทำเรื่องนี้ไม่ได้เป็นเรื่องหมอเท่านั้น...”

(สกล สิงหะ, สัมภาษณ์, 28 เมษายน 2564)

2) พยาบาลที่เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคอง

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ประสพการณ์มีผลต่อการประกอบสร้างความหมายความตาย ด้วยประสพการณ์การทำงานในวิชาชีพพยาบาลคนนี้กว่า 40 ปี ทำให้มีเทคนิคการพูดคุย ในการสอบถามหรือคุยกับผู้ป่วยเรื่องความตายจะไม่ถามไปตรงๆ และจะไม่พูดว่าตายกับผู้ป่วย หากแต่จะสร้างความคุ้นเคยด้วยการฟังเรื่องเล่าของผู้ป่วยไปเรื่อยๆ ก่อน แล้วหลังจากนั้นคำว่าตายก็จะออกมาจากปากผู้ป่วยเองโดยที่ไม่ต้องตั้งคำถาม

“...เวลาที่ไปหาคนไข้ พี่จะบอกว่าพี่มาจากแผนกกำลังใจ เราจะสมมติแผนกนี้ขึ้นให้คนฟังรู้สึกดี และชวนคุยให้คนไข้เล่ามันนี่ชีวิตเค้า แต่ก่อนเจอคนไข้พี่จะดูประวัติเคื่อก่อน และคุยกับญาติก่อน ญาติจะเรียกพี่ว่าหมอ ก็จะบอกพี่ว่า คนไข้ไม่รู้โรคนะหมอ อย่าบอกเค้านะ ก็ธรรมดาญาติเคื่อก็อ้วหวังให้เค้าหาย ถ้าเราไปพูดแต่เรื่องตายเป็นเค้าจะฟังมัย ซึ่งพี่จะบอกคนไข้กับญาติตลอดว่า หมอดี ยาคี จิตใจดีและคนดูแลดีก็จะหายนะ...”

(เกื้อจิตร แชรรัมย์, สัมภาษณ์, 29 เมษายน 2564)

สำหรับปัจจัยบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องกับการประกอบสร้างความหมายความตายของผู้ให้ข้อมูล แม้ว่าพยาบาลจะไม่มีหน้าที่บอกเรื่องตัวโรคนอกจากแพทย์ และบางครั้งอาจจะต้องช่วยญาติปกป้องความจริงตามคำขอร้องของญาติก็ตาม แต่ด้วยบทบาทหน้าที่พยาบาลสามารถให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความเข้าใจ ความเป็นไปในระยะอาการของผู้ป่วยได้ เนื่องจากพยาบาลถือเป็นตัวเชื่อมตรงกลางระหว่างแพทย์หรือทีมสหวิชาชีพอื่นๆ กับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก

พยาบาลจึงเป็นวิชาชีพที่มีความสำคัญ ต้องอาศัยประสพการณ์การทำงาน โดยเฉพาะจิตใจภายในที่พร้อมจะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังที่บุคลากรทางสุขภาพ เช่น หมอ หรือ พยาบาลในอดีตมักถูกหยาบคายและเปรียบเปรยหม่อว่าเป็นเทวดา พยาบาลเป็นนางฟ้าอันมีอยู่จริงเมื่อผู้ป่วย

คนหนึ่งได้รับการดูแลอย่างดีทั้งกายและใจจากพยาบาลคนนี้เหมือนดังนางฟ้ามาโปรดนั้น นั่นหมายความว่าสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับ สามารถรับรู้ได้ว่าพยาบาลคนนี้ทำหน้าที่พยาบาลมากกว่าเพียงแค่หน้าที่

“...ก็จริงนะเพราะถ้าเราดูแลเค้าด้วยหัวใจ ความรู้สึกที่คนไข้ได้จากเราไปจะเป็นความสุข พี่จะบอกคนไข้ตลอดว่า ใจส่งผลกับกาย ส่งผลต่อเซลล์มะเร็ง เวลาพี่ไปเจอคนไข้พี่จะใช้เวลานานหน่อย เป็นชั่วโมงแล้วแต่สภาพคนไข้ เพราะฉะนั้น คนไข้หรือญาติที่มาเจอพี่ เค้าจะบอกที่เค้ารู้สึกที่ดีจิงเลยเหมือนนางฟ้ามาโปรด...”

(เกื้อจิตร แชรรัมย์, สัมภาษณ์, 29 เมษายน 2564)

นอกจากนี้จากการสังเคราะห์ความรู้การดูแลแบบประคับประคองของวิชาชีพพยาบาล มีอยู่ตลอดเวลาในสถานการณ์จริงกับผู้ป่วย ทำให้บุคลากรทางสุขภาพต่างรับรู้และยอมรับในคำกล่าวที่ว่า หมอรักษากาย พยาบาลรักษาใจ พยาบาลจึงเป็นกลไกสำคัญที่จะสร้างความเข้าใจเรื่องการดูแลแบบประคับประคองกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ซึ่งความรู้ดังกล่าวถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการประกอบสร้างความหมายความตายตามบริบทสถานที่โรงพยาบาลแห่งนี้ที่รักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เน้นการดูแลแบบประคับประคอง หากแต่ในรายละเอียดการปฏิบัติได้จริงตามที่ องค์การอนามัยโลกกำหนดให้ประเทศสมาชิกทุกประเทศให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานที่เป็นองค์รวม คือ กาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ นั้น ในส่วนของจิตวิญญาณยังมีอยู่น้อยในระบบบริการสาธารณสุข คำกล่าวในการดูแลแบบองค์รวม ยังเป็นนามธรรมในเรื่องจิตวิญญาณที่การอบรมการดูแลแบบประคับประคองต้องชี้ให้เห็นชัดเจนมากขึ้น

“...การอบรม *palliative care* เป็นเรื่องดี แต่เท่าที่เห็นมีเรื่องจิตใจน้อย เพราะไปเน้นแค่กายรักษาอาการปวด โดยถ้าเราเปรียบเทียบกับมะม่วงสุกที่กำลังจะหล่นต้น อะไรที่พาไปเกิด เนื้อ เปลือก หรือเมล็ด คำตอบคือ เมล็ดเพราะเมล็ดคือจิตใจ ที่จะพาเราไปได้ต่อไป แต่ถ้าเราทิ้งเมล็ด เราไปเน้นเนื้อกับเปลือกก็เท่านั้น แต่ถ้าเราเน้นเมล็ดหรือใจดีก็ ที่จะพาไปเกิดในที่ดี...”

(เกื้อจิตร แชรรัมย์, สัมภาษณ์, 29 เมษายน 2564)

ด้วยเหตุที่ แพทย์และพยาบาลผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ ต่างใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมาอย่างยาวนาน ทำให้ได้เห็นวิธีการรักษาผ่านวิวัฒนาการการแพทย์ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างจากอดีต ซึ่งแพทย์ในอดีตจะให้ความสำคัญกับการแพทย์แบบชีวภาพเน้นการรักษาเพียงร่างกายด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย แต่แพทย์และพยาบาลผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ มีมุมมองใหม่แบบนิเวศน์สังคม ที่เน้นบูรณาการการรักษาเป็นองค์

รวม ทั้งกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ จากประสบการณ์การปฏิบัติงานการดูแลแบบประคับประคองให้ ความสำคัญกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเป็นศูนย์กลางย่อมส่งผลดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักไม่เพียงแต่ ในฐานะผู้รับบริการทางสาธารณสุขเท่านั้น แต่คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยและมอง ความตายในเชิงคุณภาพที่เป็นมุมมองใหม่ที่จากที่เป็นอยู่

“...คนไข้ทุกคนหวังหาย หมอมีหน้าที่รักษากาย คนไข้กับญาติต้องช่วยกัน โดยที่ จะบอกวิธีรักษาใจให้คนไข้กับญาติ แล้วคนไข้จะเข้าใจการเกิดแก่เจ็บตายเอง เมื่อเขาเข้าใจเรื่องการ รักษาใจแล้ว วันสองวันเค้าจะเข้าใจเรื่องความตายเป็นเรื่องธรรมดา เหมือนเราปูทางให้เขารู้สึกก่อน ว่าใจสำคัญกว่ากายอย่างไร ก็ตายดีตายสงบ...”

(เกื้อจิตร แชรรัมย์, สัมภาษณ์, 29 เมษายน 2564)

“...เวลาผม *approach* ผู้ป่วย ผมจะชวนเค้าคุยให้เล่าเรื่องราวต่างๆ โดยเฉพาะ ความเป็นจิตวิญญาณ *spirituality* ของเค้า ที่เป็นตัวตนของเค้าอย่างแท้จริงว่าคืออะไร ซึ่งผมจะคุย กับเค้าตั้งแต่วันแรกที่เจอ และใช้เวลานานเท่าไรผมก็จะใช้ เพราะคนป่วยเองก็อยากเล่า อยากให้มี คนฟัง ซึ่งผมเชื่อว่าไม่มีหมอกคนไหนมาฟังเรื่องแบบนี้...”

(อิสรรงค์ นุชประยูร, สัมภาษณ์, 5 พฤษภาคม 2564)

“...การดูแลคนไข้แบบประคับประคองเป็นแค่ส่วนหนึ่งที่แพทย์จะทำได้ดีเท่านั้น เพราะบางคนทำมาทั้งชีวิตเป็นอัตโนมัติ แต่ไม่เข้าใจ ทำไปด้วยความเคยชินเหมือน *robot* แล้วแต่ บุคคล ซึ่งความจริงแล้วแพทย์มีโอกาสเห็นความตายมากมาย ควรสะสมด้วยคำว่า *good death* มี อะไรบ้างเหมือนติดอาวุธ เมื่อถึงเวลาที่ยิบมาใช้ให้เป็นประโยชน์ ไม่ใช่ว่าถึงหน้างานก็ทำอะไรไม่ ถูกหรือทำตามความเคยชินไปอย่างนั้น...”

(สกล สิงหะ, สัมภาษณ์, 28 เมษายน 2564)

โดยสรุป จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า บุคลากรทุกวิชาชีพมีความสำคัญ โดยมี แพทย์รักษากาย พยาบาลรักษาใจ และทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์ เป็นความหวังการรักษา พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิด ปฏิสัมพันธ์ผ่านการสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมากที่สุด และหาก เปรียบเทียบการประกอบสร้างความหมายความตาย กระบวนการสื่อสารการดูแลแบบประคับประคอง ในพื้นที่สนาม 5 วิชาชีพ กับ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และการประกอบสร้างความหมายความตาย และหลักการสื่อสารการดูแลแบบประคับประคอง ของแพทย์ พยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการ ดูแลแบบประคับประคอง ต่างมีมุมมองต่างๆ ในการประกอบสร้างความหมายความตาย นิยาม

ความหมายความตาย กระบวนการแพทย์ แตกต่างกันดังที่กล่าวแล้วข้างต้น ซึ่งพบว่า ความรู้ การดูแลแบบประคับประคอง ประสบการณ์การทำงาน และบทบาทหน้าที่ มีส่วนสำคัญอย่างมากในการประกอบสร้างความหมายความตาย และการสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่มีการเผชิญหน้า และการต่อรองเสมอ และจากการวิเคราะห์ข้อมูล ยังย้ำว่าการสั่งสมประสบการณ์การทำงานของ แพทย์ พยาบาล ที่มีความเชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคองทั้ง 3 คน ได้ยื่นยันถึงแนวคิดการปฏิบัติที่มีการเคลื่อนย้ายกระบวนการแพทย์อย่างแท้จริง ตามทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพในปัจจุบัน ที่ต้องการเน้นให้แพทย์เรียนรู้และใช้ระยะเวลาใคร่ครวญตามความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้นหรือเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้มีคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองที่ผู้ป่วยไม่ต้องทนทุกข์ทรมานด้วยการยื้อชีวิต ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้..”

2.2.3 ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกในการประกอบสร้างความหมายความตายของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักในกรณีศึกษา

ปัจจัยภายในที่เกี่ยวข้องกับการประกอบสร้างความหมายความตายของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ศาสนา ความเชื่อ ประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเองและญาติ สำหรับปัจจัยภายนอก ได้แก่ บุคลากรทางสุขภาพ ผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยข้างเคียง รูปแบบการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจากโรงพยาบาล และภาวะเศรษฐกิจครอบครัว อธิบายได้ดังนี้

ปัจจัยภายในเรื่องเพศ อายุของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อการประกอบสร้างความหมายความตาย แต่ยังสามารถเยียวยาหรือให้กำลังใจผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าเมื่อเห็นผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า รวมถึงการเป็นเพศหญิงด้วยก็จะมีผลทางด้านจิตใจต่อผู้ป่วยที่เป็นเพศชายให้มีความกำลังใจเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน

ด้วยเหตุนี้เมื่อผู้ป่วยเพศชายเห็นผู้ป่วยแต่เป็นเพศหญิงและอายุน้อยกว่า จะเป็นผลทางจิตวิทยาให้ผู้ป่วยเพศชายนั้นมีกำลังใจต่อสู้กับการรักษาด้วยการฉายแสงรังสีเพื่อให้ครบกำหนดและเพื่อมีชีวิตอยู่ในมุมของผู้ป่วยมะเร็งด้วยกัน ดังที่ผู้ป่วยมะเร็งคนนี้ก็กล่าวว่า

“...บางทีเห็นเด็ก ๆ อายุก็ยังไม่ถึงอายุเราเลยก็มาเป็น สงสารมากเลย อย่างว่าแต่เราไหนจะเป็นผู้หญิงอีก...”

(ผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่สนาม B3, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2563)

ขณะที่ในมุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักครอบครัวนี้ ที่นับถือศาสนาพุทธและมีความเชื่อมั่นในพิธีกรรมการยึดถือในร่างทรงเป็นสิ่งเดียวที่ทำให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักและคนในครอบครัวมีกำลังใจกับการรักษาโรคมะเร็งต่อไป ดังที่ผู้ป่วยกล่าวว่า

“...แล้วแต่ความเชื่อ ที่บ้านหนูมีพ่อปู่ เป็นญาติกัน เขาเป็นร่างทรง หนูเป็นลูกหลานท่าน ตั้งแต่หนูป่วยนอกจากหาหมอปกติ หนูก็ยังมีพ่อปู่เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เชื่ออย่างมีสติ ไม่มมงาย ทุกอย่างอยู่ที่จิตใจเรา ทุกคนในครอบครัวและร่างพ่อปู่ไปไหว้พระธาตุนครพนมตั้งจิตอธิษฐานให้หนูดีขึ้นให้หนูหาย ทำให้หนูขนาดนี้หนูจะท้อได้ไง วันนี้หนูไม่คิดว่าหนูเป็นมะเร็งนะ แคंप่วยก็กินยารักษาหาหมอไป ...”

(ผู้ป่วยมะเร็ง B1 ในพื้นที่สนาม, สัมภาษณ์, 17 ธันวาคม 2564)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยเรื่องศาสนา ความเชื่อ ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยถือเป็นปัจจัยสำคัญในการประกอบสร้างความหมายความตายตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะการยึดถือร่างทรง สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่กล่าวได้ว่าเป็นความรู้ที่สืบทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่นและยังเป็นการต่อรองกับความตายที่จะเกิดขึ้นในอนาคตที่ไม่มีใครล่วงรู้ได้ว่าเมื่อไหร่ แต่การมีพิธีกรรมร่างทรงตั้งจิตอธิษฐานดังกล่าวนี้เพื่อต่อรองให้อาการโรคได้ทุเลาเบาบางลงได้ตามความเชื่อ ศรัทธาของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

นอกจากนี้ปัจจัยเรื่องการศึกษาของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีส่วนสำคัญในการประกอบสร้างความหมายความตาย ซึ่งการศึกษาในที่นี้ไม่ได้หมายถึงการได้รับการศึกษาในระบบอย่างเป็นทางการ หรือการได้รับการศึกษาในระดับสูงเท่านั้น แต่ยังหมายถึงการมีความรู้เกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา จากการแสวงหาความรู้ หรือการมีความพยายามในการหาความรู้ทางเลือกการรักษาที่หลากหลาย เป็นต้น ซึ่งไปตามกระบวนการค้นคว้าหาความรู้จากอดีตถึงปัจจุบันทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้หาความรู้ที่ได้รับจากการบอกกล่าวเล่าต่อ ไปสู่การการแพทย์พื้นบ้าน จนมีวิวัฒนาการมาถึงการแพทย์ปัจจุบันที่มีการรักษาแบบฉายแสงรังสีรักษาแบบประคับประคองที่ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนรักษาโรคด้วยตัวเองได้ ยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และบุคลากรทางสุขภาพต้องคำนึงถึงการรักษาแบบองค์รวมคือ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ซึ่งกระบวนการรักษาดังกล่าวนี้สามารถทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องความตายและประกอบสร้างความหมายความตายแบบประคับประคองในปัจจุบัน

ในขณะเดียวกันกรณีตัวอย่างเรื่องการศึกษาของผู้ป่วยมะเร็งคนนี้แม้จบการศึกษาในระบบอย่างเป็นทางการของระดับปริญญาตรีในวุฒิ ปวส. แต่ด้วยการได้รับรู้ข้อมูลจากการบอกเล่ากล่าวต่อกันมาทำให้เข้าใจผิดและหวาดกลัวกับการรักษาด้วยการฉายแสงรังสีรักษา ประกอบกับ

ไม่ได้แสวงหาความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง หรือการรักษาแบบรังสีรักษาที่มีอยู่ในปัจจุบัน จึงไม่ได้มาทำการรักษาต่อ รวมทั้งปัจจัยภาวะเศรษฐกิจในครอบครัวที่ต้องการหารายรับให้พอกับรายจ่าย จึงไม่ได้คิดถึงสิ่งที่ตนจะต้องเจอในอนาคตข้างหน้า ดังที่ผู้ป่วยมะเร็งคนนี้กล่าวว่า

“...หนูกลัวฉายแสงตอนแรกเลยไม่มารักษาต่อ กลัวร้อนเพราะได้ยินคนพูดให้ฟังเยอะมาก พอรักษาก็ไม่มีอะไร รู้ตั้งแต่แรกแล้ว ตอนนี้อคิดอย่างเดียวอยากลุก อยากเดิน ได้อยากกลับไปขายของ อยากกลับบ้านจะได้ไปขายของออนไลน์...”

(ผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่สนาม B1, สัมภาษณ์, 2 ธันวาคม 2563)

ในส่วนของปัจจัยประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยเองและผู้ดูแลหลักมีความเกี่ยวข้องกับการประกอบสร้างความหมายความตายในแง่ของการยอมรับความตายมากขึ้นจากการเห็นตัวอย่างในครอบครัวหรือญาติที่ผ่านมา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ตรงด้วยตัวเองจากการดำเนินของโรคที่ใช้ระยะเวลาทำให้ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักได้เรียนรู้เรื่องความตายไปพร้อมๆ กัน โดยไม่รู้ตัว

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า เมื่อระยะเวลาของการป่วยด้วยโรคมะเร็งผ่านไปตามอาการโรคระยะหนึ่ง ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ที่มีอายุน้อยได้เรียนรู้ความตายในมุมมองที่กลัวความทุกข์ทรมานจากความตายมากกว่าความกลัวตาย และยังมีความหวังหายจากโรค มีการต่อรองความตายกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือแลกเปลี่ยนกับการหายด้วยการบวช หรือปฏิบัติธรรมตามความเชื่อศรัทธาทางศาสนาที่นับถือและหากไม่สมปรารถนาก็สามารถยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้นได้ โดยผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่พร้อมที่จะทำการรักษาตามกระบวนการ ให้ความเชื่อฟังคำสั่งหรือคำแนะนำของแพทย์ในการดูแลตัวเองให้ดีที่สุดเพื่อที่จะได้อยู่มีชีวิตร่วมอยู่กับครอบครัวได้นานที่สุด

ด้วยเหตุที่ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ตัดสินใจมารักษาตัว ณ โรงพยาบาลนี้ส่วนใหญ่เป็นการส่งตัวมารักษาจากที่อื่นที่ไม่มีเครื่องมือการแพทย์การฉายแสงรังสีรักษา ด้วยบริบทของพื้นที่ก่อนจะรับการรักษาผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักต้องทำความเข้าใจและยอมรับว่าพื้นที่ดังกล่าวเป็นพื้นที่เพื่อการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ไม่มีเครื่องมือหัตถการในการช่วยชีวิต คือไม่มีการใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่เจาะคอ และไม่ปั๊มหัวใจใดๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานโดยไม่เกิดประโยชน์ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักต้องเข้าใจในประเด็นนี้ และลงนามยินยอมการรักษาดังกล่าว ซึ่งนั่นหมายความว่า ปัจจัยภายนอกด้านรูปแบบการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจากการบริการในโรงพยาบาลพื้นที่สนามนี้มีส่วนเกี่ยวข้องในการประกอบสร้างความหมายความตายด้วยเช่นกัน

เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีการประกอบสร้างความหมายความตายตามระยะของโรคที่ผ่านมารวมทั้งบุคลากรทางสุขภาพ แพทย์ พยาบาล ที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันตาม

ระยะเวลาย่อมมีความผูกพันกันเกิดความเชื่อถือ ความรัก ความศรัทธา จากกระบวนการรักษาผ่าน ระยะเวลาตนเอง หรือแม้แต่จากบริบทพื้นที่โรงพยาบาล และเพื่อนผู้ป่วยข้างห้อง ข้างเตียง บัจฉัย ภายในและบัจฉัยภายนอกเหล่านี้ ต่างมีส่วนสำคัญกับการประกอบสร้างความหมายความตายให้กับ ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักในภาพรวมตามบริบทต่างๆ ที่ต้องเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับ ลักษณะที่ต้องมีการสร้างความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันตามบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทางสุขภาพที่ แตกต่างกัน ขณะที่บัจฉัยการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งและความตายมีผลต่อการประกอบสร้าง ความหมายความตายน้อยมาก

สำหรับเรื่องแนวความคิดดูแลแบบประคับประคอง ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ดูแล หลักผู้ให้ข้อมูลไม่คุ้นเคยกับคำนี้หรือกระบวนการเรื่องนี้ว่าคืออะไร มีความสำคัญอย่างไรส่วนใหญ่ แพทย์ หรือบุคลากรทางสุขภาพจะให้ความรู้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักว่า เป็นการดูแลแบบไม่ทุกข์ ทรمان เพื่อให้เกิดความเข้าใจแทนคำว่าแบบประคับประคอง

อย่างไรก็ตามสังคมไทยกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนั้นเป็นเรื่องเข้ามา ดำเนินการจริงจังในกว่าทศวรรษที่ผ่านมา โดยในต่างประเทศจะมีการดูแลดังกล่าวนี้มาก่อนหน้า หลายสิบปีแล้ว แต่ประเทศไทยการดูแลแบบประคับประคองนี้เพิ่งเกิดขึ้นอย่างจริงจังในช่วงกว่า ทศวรรษที่ผ่านมาเอง โดยในกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพบางกลุ่มบางพื้นที่ มีการจัดตั้งกลุ่มดูแล ผู้ป่วยมะเร็งกันเอง และจากนโยบายภาครัฐทำให้เห็น โรงพยาบาลรัฐและเอกชน ระดมการอบรม บุคลากรทางสุขภาพ ให้รู้จักเรื่องการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น เพื่อช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย ที่ไม่ต้องการหัตถการใดๆ ทางสาธารณสุขมากไปกว่าการดูแลทางจิตใจ ขณะที่ด้าน ร่างกายการดูแลแบบประคับประคองจัดการอาการปวดต่างๆ ปัจจุบันเริ่มเป็นที่รู้จักแพร่หลายใน วงการสาธารณสุขมากขึ้น หากแต่ยังขาดแรงสนับสนุนที่จริงจังจากภาครัฐอย่างต่อเนื่อง หากแต่เป็น เพียงโครงการในระบบบริการตามยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้ได้มาซึ่งการจัดสรรงบประมาณใน หน่วยงานเพียงอย่างเดียวเท่านั้น

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า บัจฉัยภายนอกเรื่องเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันเองมีความ เกี่ยวข้องกับการประกอบสร้างความหมายความตาย ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมองเห็นผู้ป่วยข้างห้องกันหรือ ข้างเตียง อาจจะอายุน้อยกว่าหรืออาการหนักกว่า ส่งผลให้มีกำลังใจมากขึ้น เป็นผลทางจิตวิทยาที่ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก มีกำลังใจในการรักษาและเข้าใจการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มมา กขึ้น มีส่วนสำคัญต่อการประกอบสร้างความหมายความตายของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสอดคล้องกัน เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งการมองคนที่ เป็น โรคเหมือนๆ กัน หรือมองคนที่มีอาการหนักกว่า สามารถส่งผลต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักให้ยอมรับได้กับสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและ ความตายที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

กล่าวโดยสรุปจากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก พบว่า บุคลากรทางสุขภาพในพื้นที่สนาม 5 วิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์ และแพทย์รังสีรักษา แม้เป็นวิชาชีพแพทย์เหมือนกันยังให้นิยามความหมายความตายแตกต่างกัน ด้วยความสนใจความรู้เพิ่มเติมที่แตกต่างกัน ความหมายความตายของแพทย์จึงเป็นภาวะที่หัวใจหยุดเต้นหรือสัญญาณชีพหยุดที่พิสูจน์ได้ด้วยวิทยาศาสตร์เท่านั้น แต่ความหมายความตายของแพทย์รังสีรักษามีมุมมองศาสนาที่แม้ยังพิสูจน์ไม่ได้ แต่ก็มีความเชื่อและด้วยความสนใจความรู้การดูแลแบบประคับประคอง ทำให้เห็นถึงการสั่งสมของประสบการณ์การทำงานการเป็นแพทย์ดูแลแบบประคับประคองควบคู่ไปกับการเป็นแพทย์รังสีรักษา การประกอบสร้างความหมายความตายของแพทย์รังสีรักษามีความแตกต่างจากแพทย์ทั่วไปที่เน้นทางการแพทย์/วิทยาศาสตร์เพียงชั้นเดียว

สำหรับวิชาชีพอื่นๆ ได้แก่ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา มีการประกอบสร้างความหมายความตายเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ในมุมมองการประกอบสร้างความหมายความตาย ทั้งนิยามความหมายความตาย และมุมมองศาสนาเป็นหลัก โดยให้ความหมายความตายว่าเป็นเรื่องธรรมชาติที่ทุกคนต้องเจอและความตายแม้เป็นการสิ้นสุดแก่กายแต่ยังมีภพหน้าต่อไป มีการเขียนว่าตายเกิดไม่จบสิ้นตามหลักพุทธศาสนาที่เป็นความเชื่อดั้งเดิมสืบทอดกันมาของการเกิด แก่ เจ็บ ตาย การมีอยู่ในโลกหน้าหลังความตายตามความเชื่อจากรุ่นสู่รุ่นต่อๆ กันมา หากแต่ในผู้ดูแลหลักที่มีนิยามเพิ่มเติมขึ้นมาแตกต่างกับผู้ป่วยมะเร็ง คือ การมีปฏิสัมพันธ์ความสัมพันธ์ระหว่างกันในครอบครัวที่มีอยู่ตั้งแต่เกิดเป็นพ่อ แม่ ลูก หรือ ระดับความสัมพันธ์ในแบบสามี ภรรยา ที่เพิ่งมาพบกัน โดยมีการใช้ระยะเวลาบ้างน้อยบ้างแตกต่างกัน แต่ด้วยความรัก ความหวังดี ความผูกพัน ที่มีต่อกันในการใช้ชีวิตร่วมกัน ย่อมมีความห่วงหาอาทร ความโศกเศร้า ความเครียด และความกังวลกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยผู้เป็นคนรักและคนในครอบครัวอันเป็นที่รักอยู่ตลอดเวลา เป็นต้น

สำหรับปัจจัยภายในการประกอบสร้างความหมายความตายเรื่องความรู้การดูแลแบบประคับประคองถือว่ามีความสำคัญกับการประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพอย่างมาก จากการสั่งสมความรู้การดูแลแบบประคับประคองมาโดยตลอดในสถานการณ์จริง ทำให้บุคลากรทางสุขภาพต่างรับรู้และยอมรับในคำกล่าวที่ว่า หมอรักษากาย พยาบาลรักษาใจ ดังนั้นในกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ กล่าวได้ว่า พยาบาลเป็นกลไกสำคัญที่จะสร้างความเข้าใจเรื่องการดูแลแบบประคับประคองกับผู้ดูแลและผู้ดูแลหลัก ซึ่งความรู้ดังกล่าวถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการประกอบสร้างความหมายความตายตามบริบทสถานที่โรงพยาบาลแห่งนี้ที่รักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เน้นแนวคิดแบบประคับประคอง ดังนั้นพยาบาลในพื้นที่สนามจึงมีบทบาทหน้าที่

สำคัญที่สุดในการดูแลกายภายหลังแพทย์ทำการรักษา และดูแลจิตใจให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ด้วยบทบาทหน้าที่ที่มีเวลาอยู่กับผู้ป่วยมากที่สุด และมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันมีความสัมพันธ์ซึ่งกัน และกันตลอดเวลา วิชาชีพพยาบาลจึงเป็นวิชาชีพที่อยู่เคียงข้างผู้ป่วยผู้ดูแลตลอดเวลา

ดังนั้นการแบ่งปันความรู้ใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมไม่เพียงด้านการพยาบาลอย่างเดียว เช่นขอบข่ายของการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพในวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การดูแลแบบประคับประคองมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะแพทย์ ที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยมากตามบทบาทหน้าที่และเป็นความหวังผู้ป่วย ซึ่งหากแพทย์ใช้ประสบการณ์ที่สะสมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมาให้เกิดความเข้าใจและตระหนักกับความตายของผู้ป่วยที่พบเจออยู่เป็นประจำร่วมกับการมีความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองด้วย ก็จะทำให้แพทย์ดังกล่าว สามารถเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ให้การดูแลนั้นได้ อย่างเอาใจเขามาใส่ใจเรา

เป้าประสงค์หลักของการดำเนินการเรื่องนี้คงไม่ใช่บุคลากรทางสุขภาพด้านเดียวที่เป็นบุคคลสำคัญในการประกอบสร้างความหมายความตายให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ขณะเดียวกันผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ต้องรักษาตัวและร่วมรับรู้อาการตลอดการรักษา ย่อมมีความรู้สึกหวาดกลัวความตายในช่วงแรกการรับรู้ แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไป ความรู้สึกกลัวนั้นจะเบาบางลงตามเวลาในการเรียนรู้ ยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้นไปพร้อมๆ กับการรักษา โดยยึดหลักทางศาสนาเข้าช่วยข่มความกลัวภายในจิตใจ จึงค่อยๆ ดีขึ้นๆ และสามารถยอมรับมองความหมายความตายเป็นเรื่องธรรมดา เป็นธรรมชาติได้ แม้ว่าภายในจิตใจลึกๆ ของผู้ป่วยมะเร็งทุกคนและผู้ดูแลหลักเอง ก็ย่อมยังมีความคาดหวังการรักษาที่จะช่วยให้อาการดีขึ้น หรือ หายจากโรคร้าย ไม่ว่าจะด้วยทางใด ทั้งจากการรักษาการแพทย์โดยตรงจากแพทย์ และ โดยเฉพาะจากสิ่งที่ไม่มองเห็นแต่เป็นความเชื่อของความรู้ที่ปฏิบัติกันมายาวนานจากรุ่นสู่รุ่นผ่านพิธีกรรมการบนบานหรือขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ ที่ไม่เพียงผู้ป่วยเท่านั้น แต่ผู้ร่วมทางที่สำคัญมาตลอดเส้นทางนี้ก็คือ ผู้ดูแลหลัก ถือเป็นคนใกล้ชิดกับผู้ป่วยมะเร็งมากที่สุด มีความรัก เข้าใจ และหวังดีกับผู้ป่วยที่สุด ซึ่งผู้ดูแลหลักมีการประกอบสร้างความหมายความตายที่ไม่แตกต่างไปจากผู้ป่วย ทั้งนิยามความหมายความตาย หากแต่ในมุมมองของผู้ดูแลหลักเป็นผู้สูญเสีย และจะต้องมีชีวิตอยู่ต่อไป ดังนั้นจะเป็นผู้รับความรู้สึกต่างๆ ประปนกันทั้งความรัก ความโศกเศร้า ความเสียใจ ความผูกพัน ความคิดถึง ภายหลังที่ผู้ป่วยเสียชีวิต

อย่างไรก็ตามเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการวิเคราะห์การประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลัก ตามวัตถุประสงค์ข้อ 1 นั้น ผู้วิจัยได้สรุปการประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากร

ทางสุขภาพในพื้นที่สนาม 5 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยาที่แตกต่างกันตามการสะสมของความรู้ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยวิเคราะห์ตามแนวคิดทฤษฎีการประกอบสร้างความเป็นจริงทางสังคม ของ Burger & Luckmann (1967) ในตารางที่ 4.3 และการประกอบสร้างความหมายความตายของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 4 คน และผู้ดูแลหลักผู้ป่วยดังกล่าว 4 คนที่เป็นกรณีศึกษาในพื้นที่สนาม ในตารางที่ 4.4 ดังนี้



ตารางที่ 4.3 สรุปการประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพ 5 วิชาชีพในพื้นที่
กรณีศึกษา

แนวคิดการ ประกอบสร้าง ความเป็นจริงใน ชีวิตประจำวัน ของ Berger & Luckmann (1967)	กรณีศึกษา: บุคลากรทางสุขภาพ 5 วิชาชีพในโรงพยาบาล				
	แพทย์ : A1	พยาบาล :A2	แพทย์รังสี รักษา : A3	นักสังคม สงเคราะห์ : A4	นักจิตวิทยา : A5
1. การสะสม ความรู้เชิงสังคม (Social Stock of Knowledge) ประกอบด้วย - นิยามความ หมายความตาย	ภาวะหัวใจ หยุดเต้น อวัยวะภายใน ไม่ทำงาน และไม่มี อะไรพิสูจน์ ได้ในเรื่องภพ หน้าหลัง ความตาย	ทุกคนต้องเจอ ไม่ได้เป็นไป ตามอายุมาก หรืออายุน้อย ไม่ได้เป็นเรื่อง น่ากลัวแต่เป็น เรื่องที่ต้อง วางแผน เตรียมพร้อม ทั้งตัวเองและ ครอบครัว	ความจริง ของ การที่ สัจ ญ ญ าน เต็ม หัว ใจ หยุด แต่ยัง เชื่อ ใน ภพ หน้า หลัง ความ ตาย แม้จะ ไม่มี หลักฐานที่ พิสูจน์ได้ก็ ตาม	การเวียนว่ายตาย เกิด ทุกอย่าง ขึ้นอยู่กับ การ ดำเนินชีวิตที่ผ่าน มา หากทำดีจิต บริสุทธิ์ ชีวิตหลัง ความตายจะ นำไปสู่ภพภูมิที่ดี หรือขึ้นสวรรค์	ความตายไม่ใช่ การสิ้นสุด แต่ยัง มีภพหน้า เป็น เรื่องปกติ เป็น เรื่องธรรมชาติ ไม่ได้กลัวเรื่อง ความตาย เน้น ทำจิตเป็นกุศล ไม่ยึดติด

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

แนวคิดการประกอบสร้างความเป็นจริงในชีวิตประจำวันของ Berger & Luckmann (1967)	กรณีศึกษา: บุคลากรทางสุขภาพ 5 วิชาชีพในโรงพยาบาล					
	แพทย์ : A1	พยาบาล :A2	แพทย์รังสีรักษา : A3	นักสังคมสงเคราะห์ : A4	นักจิตวิทยา : A5	
- มุมมองทางการแพทย์	การแพทย์แผนปัจจุบันมีหลักฐานยืนยันทางวิทยาศาสตร์ได้ผลจริงตามที่ได้ศึกษาแต่หากผู้ป่วยต้องการใช้ยาสมุนไพรก็ทำได้แต่ต้องไม่ส่งผลอันตรายกับผู้ป่วย	มองการแพทย์แบบผสมผสานควบคู่กันทั้งการแพทย์ทางเลือก นำข้อดีแต่ละแบบมาปรับใช้และให้อยู่ในความดูแลแพทย์ส่วนใหญ่เน้นการแพทย์ปัจจุบันที่มีประสิทธิภาพมากกว่า	การแพทย์ปัจจุบัน แต่เน้นแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองร่วมด้วยเป็นหลักเพื่อให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานด้วยเครื่องมือ พยาธิ และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมวางแผนรักษา ยึดความ ต้องการของผู้ป่วย	การแพทย์ปัจจุบันเน้นทีมสหวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ เป็นส่วนหนึ่งในการทีมดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ขาดวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งก็ไม่สมบูรณ์	การแพทย์ปัจจุบันเน้นทีมสหวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ เป็นส่วนหนึ่งในการทีมดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ขาดวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งก็ไม่สมบูรณ์	เชิง อ ท า ง ก า ร แ พ ท ย์ บั จ จ ุ บั น วิทยาศาสตร์ที่พิสูจน์ได้ในการรักษาผู้ป่วย แต่สุดท้ายจะไม่ยึดชีวิต

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

แนวคิดการ	กรณีศึกษา: บุคลากรทางสุขภาพ 5 วิชาชีพในโรงพยาบาล				
	แพทย์ : A1	พยาบาล :A2	แพทย์รังสี รักษา : A3	นักสังคม สงเคราะห์ : A4	นักจิตวิทยา : A5
ประกอบสร้าง ความเป็นจริงใน ชีวิตประจำวัน ของ Berger & Luckmann (1967)					
- มุมมองทาง ศาสนา	นับถือศาสนา พุทธ ปกติ ทั่วไป	นับถือศาสนา พุทธ ทำบุญ สวดมนต์ปกติ	นับถือ ศาสนาพุทธ ทำบุญปกติ ทั่วไป	นับถือศาสนา พุทธ มี ประสบการณ์ เป็นพระ 20 ปี เน้นจิตสุดท้ายจิต วิญญาณผู้ป่วย เป็นพื้นฐาน ศรัทธา ความเชื่อ ที่ต้องอำนวยความสะดวก ให้ ได้ปฏิบัติ	นับถือศาสนา พุทธ ทำบุญ ปกติ แต่เน้น การศึกษาอ่าน พระไตรปิฎกทำ ให้เชื่อและเข้าใจ เรื่องการเวียน ว่ายตายเกิดการ สะสมสิ่งที่มีมา ในอดีตชาติ และ เรื่องบาปบุญ
- มุมมองทาง สังคม	เข้าใจความ ตายมากขึ้น เมื่อใช้ แนวคิดการ ดูแลแบบ ประคับประค อง ทำให้รู้ว่า รักษาก็ตายอยู่ ดี มีทีมสห วิชาชีพ เข้ามา ดูแล	สังคมไทยเป็น ครอบครัวใหญ่ เหมาะกับการ ดูแลแบบ ประคับประค อง ที่มองการ เกิดแก่เจ็บตาย เป็นเรื่องปกติ แตกต่างกันไป ตามวัฒนธรรม ชุมชน	ความรู้เรื่อง การดูแล แบบ ประคับประ คองทำให้ แพทย์เข้าใจ เรื่องความ ตายต่างจาก แพทย์ที่ไม่ มีความรู้ เรื่องนี้	นักสังคม สงเคราะห์กับการ ดูแลแบบ ประคับประคอง ประสานกัน ช่วยเหลือผู้ป่วย มากขึ้น	ผู้ป่วยที่โคด เดี่ยว ไร้ ครอบครัว มีผล ต่อการรักษา ทำ ให้ส่งผลต่อ จิตใจและ ร่างกาย ตามลำดับ

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

แนวคิดการประกอบสร้างความเป็นจริงในชีวิตประจำวันของ Berger & Luckmann (1967)	กรณีศึกษา: บุคลากรทางสุขภาพ 5 วิชาชีพในโรงพยาบาล					
	แพทย์ : A1	พยาบาล :A2	แพทย์รังสีรักษา : A3	นักสังคมสงเคราะห์ : A4	นักจิตวิทยา : A5	
- มุมมองทางเศรษฐศาสตร์ (เศรษฐฐานะ)	ผู้ป่วยเศรษฐฐานะดีเข้าถึงยาพุ่งเป้าได้ ช ่ว ย ยี่ ค ระยะเวลา มีคุณภาพชีวิตก่อนเสียชีวิตดีขึ้น	สิทธิประโยชน์ การเข้าถึงการรักษา เศรษฐกิจ ครอบครัว ว่าเป็นโรคมะเร็ง เข้าถึงการรักษาได้ ตัดสินใจได้เร็ว	สิทธิประโยชน์ ผู้ป่วยดี ทำให้มีโอกาสวางแผน รักษา ไม่ว่าจะ การเข้าถึง แพทย์ ปัจจุบัน หรือแพทย์ทางเลือก เพราะมี กำลังในการ ใช้จ่ายทำให้ ผู้ป่วยได้รับ โอกาส มากกว่า	เศรษฐกิจ ครอบครัวที่ แตกต่างกันเป็น ปัญหาการรักษา เรียกว่าคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยจะ กระทบในเรื่อง ของค่าใช้จ่าย ก่อนเสียชีวิต	เศรษฐกิจ ครอบครัว จะ ได้รับการรักษา แตกต่างกันกับ ผู้ป่วยที่ไม่พร้อมทางการเงิน ส่งผลให้สภาพจิตใจต่างกัน เศรษฐฐานะจึงมีผลต่อร่างกาย และจิตใจ	ผู้ป่วยที่มีความพร้อมทาง เศรษฐกิจ

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

แนวคิดการประกอบสร้างความเป็นจริงในชีวิตประจำวันของ Berger & Luckmann (1967)	กรณีศึกษา: บุคลากรทางสุขภาพ 5 วิชาชีพในโรงพยาบาล				
	แพทย์ : A1	พยาบาล :A2	แพทย์รังสีรักษา : A3	นักสังคมสงเคราะห์ : A4	นักจิตวิทยา : A5
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ประสบการณ์การทำงาน แพทย์ ประสบการณ์การทำงาน	ประสบการณ์การทำงาน แพทย์ อายุรกรรม	ประสบการณ์กว่า 5 ปี แตกต่างกันในแต่ละแบบของผู้ป่วย โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ จิตวิญญาณ ความเชื่อ ศาสนาที่แตกต่างกัน	ประสบการณ์รังสีรักษา ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง กว่า 13 ปี โดยเน้นการดูแลแบบประคับประคองเป็นหลัก ที่เชื่อว่าผู้ป่วยไม่ต้องทุกข์ทรมาน	ประสบการณ์นักสังคมสงเคราะห์กว่า 13 ปี และมีประสบการณ์เป็นพระ 20 ปี เข้าใจผู้ป่วยลึกซึ้ง โดยเฉพาะความเชื่อด้านศาสนา และจิตวิญญาณที่ต้องตอบสนองผู้ป่วย	ประสบการณ์ 1-2 ปี หากแต่ไม่เคยมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับความตายในครอบครัว เรียนรู้จากการปฏิบัติงาน

ตารางที่ 4.4 สรุปการประกอบสร้างความหมายความตายของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบ
ประคับประคอง 4 คน และผู้ดูแลหลัก 4 คนในกรณีศึกษา

แนวคิดการประกอบ สร้างความเป็นจริงใน ชีวิตประจำวัน ของ Berger & Luckmann (1967)	กรณีศึกษา: ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก			
	ผู้ป่วยและผู้ดูแล หลัก B1/C1 (บุตรสาว/มารดา)	ผู้ป่วยและผู้ดูแล หลัก B2/C2 (ภรรยา/สามี)	ผู้ป่วยและ ผู้ดูแลหลัก B3/C3 (สามี/ภรรยา)	ผู้ป่วยและผู้ดูแล หลัก B4/C4 (มารดา/บุตรสาว)
การสะสมความรู้เชิง สังคม (Social Stock of Knowledge) - นิยามความ หมายความตาย	B1- เป็นเรื่อง ธรรมชาติ ไม่กลัว ความตาย และไม่ สิ้นสุด ยังมีการ เดินทางไปสู่ภพภูมิ หน้า C1- เป็นเรื่อง ธรรมชาติ เกิด แก่ เจ็บ ตาย ถึงเวลาถ้า ต้องไปก็ต้องทำใจ	B2- เป็นเรื่อง ธรรมชาติ มาแก่ ไหนมีแก่นนั้น ไม่ กลัวความตาย เมื่อไรเมื่อนั้น C2- ทุกคนเกิด มาต้องตาย ไม่ กลัวความตาย ไม่รู้ว่าจะไปวัน ไหนเหมือนกัน ถ้าต้องจากกันก็ เสียใจธรรมดา	B3- ความตาย เป็นเรื่องปกติ ของมนุษย์ โลก ไม่ว่าจะใคร ต้องเกิดกับ ตัวเอง ทุกคน ยากดีมีจนก็ กว้างสอกยาว วาเท่านั้นเอง C3- ยาก เหมือนกัน แต่ ก็คือ เกิดแก่ เจ็บตายต้อง ปลงให้ตก เขา ก็ตาย ตัวเราก็ ต้องตาย ผลๆ ตัวเรา อาจตายก่อน ธรรมชาติ	B4- ไม่คิดอะไร ทำ ใจแล้ว ถ้าต้องตายก็ ตาย ไม่กลัว รู้แล้ว ว่าเป็นโรคนี้นี้ไม่รอด จะช้าเร็ว บอก แพทย์/ครอบครัว ไม่ต้องทำอะไร รักษาไปพอผู้ได้ ร่างกายไหว C4- ความตายเป็น การสูญเสียครั้ง ใหญ่ เป็นความ เสียใจ ถือว่าเป็น เรื่องใหญ่ในชีวิต

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

แนวคิดการประกอบ สร้างความเป็นจริงใน ชีวิตประจำวัน ของ	กรณีศึกษา: ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก			
	ผู้ป่วยและผู้ดูแล หลัก B1/C1 (บุตรสาว/มารดา)	ผู้ป่วยและผู้ดูแล หลัก B2/C2 (ภรรยา/สามี)	ผู้ป่วยและ ผู้ดูแลหลัก B3/C3 (สามี/ภรรยา)	ผู้ป่วยและผู้ดูแล หลัก B4/C4 (มารดา/บุตรสาว)
- มุมมองทาง การแพทย์	B1- ช่วงแรกรักษา แพทย์แผนปัจจุบัน ผ่าตัด แต่ได้ยื่นว่า ผลการฉายรังสี จาก ผู้อื่น กลัว ไม่มา รักษา ลองใช้ สมุนไพรมีญาติกิน แล้วหาย ต่อมา อาการหนักขึ้น ซื้อหมดสติ ส่งตัว มาฉายแสงดีขึ้น แจ้งแพทย์และ ครอบครัวว่าไม่ต้อง ทำอะไรที่ทรมาณ และขอเสียชีวิตที่ บ้าน	B2- เน้นการ รักษาแพทย์แผน ปัจจุบันเป็น หลักตั้งแต่ต้น ปฏิเสธยา สมุนไพรทุก ชนิด แจ้งทุกคน ว่าไม่ต้องทำ อะไรที่ทรมาณ C2- ด้วยการ ทำงานกับร่าง ทรงที่ศาลเจ้าจีน ที่ตนนับถือ ศรัทธามา ยาวนาน นิยมนำ ยาสมุนไพรจีนที่ ร่างทรงแนะนำ และปลุกเสกให้ ผู้ป่วยดื่ม	B3- การแพทย์ แบบ ผสมผสาน ปัจจุบันฉาย รังสีอย่างเดียว แจ้งแพทย์และ ครอบครัวว่า ไม่ทำอะไรให้ ทรมาณ C3- ทุกอย่าง ขึ้นอยู่กับ ผู้ป่วย ตัดสินใจ รักษาทางใดก็ได้ขอให้ อาการดีขึ้น ยา สมุนไพรหรือ ทางแผน ปัจจุบันตาม ความต้องการ ของผู้ป่วย พร้อม	B4- การแพทย์แบบ ผสมผสาน ปัจจุบัน มั่นใจการแพทย์ แผนปัจจุบัน มากกว่ามี ประสิทธิภาพเห็น ผลรวดเร็วกว่า แจ้ง แพทย์และ ครอบครัวว่าไม่ทำ อะไรที่ทรมาณ C4- ขึ้นอยู่กับความ ต้องการผู้ป่วย ผู้ป่วยย้ำว่าไม่ต้อง ทำอะไรที่ทรมาณ

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

แนวคิดการประกอบ สร้างความเป็นจริงใน ชีวิตประจำวัน ของ Berger & Luckmann (1967)	กรณีศึกษา: ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก			
	ผู้ป่วยและผู้ดูแล หลัก B1/C1 (บุตรสาว/มารดา)	ผู้ป่วยและผู้ดูแล หลัก B2/C2 (ภรรยา/สามี)	ผู้ป่วยและ ผู้ดูแลหลัก B3/C3 (สามี/ภรรยา)	ผู้ป่วยและผู้ดูแล หลัก B4/C4 (มารดา/บุตรสาว)
	รักษาแพทย์แผน ปัจจุบันว่ามี ประสิทธิภาพมากที่สุด การฉายแสงรังสี สามารถฆ่าเนื้อร้ายได้		ช่วยเหลือ	
- มุมมองทางศาสนา	B1- นับถือศาสนา พุทธ เริ่มป่วยแน่น สวดมนต์ตาม มารดาทุกคืน มีญาติ ในครอบครัวเป็น ช่างทรง เรียกว่า พ่อ ปู่ประจำบ้านคอย ให้กำลังใจ เป็นที่ ยึดเหนี่ยวจิตใจที่ สำคัญที่สุด C1- นับถือศาสนา พุทธ ชอบสวดมนต์ ไหว้พระ ไปวัด ทำบุญเป็นประจำ ที่ สำคัญครอบครัวมี พ่อปู่ประจำบ้าน คอยดูแลและให้ กำลังใจ	B2- นับถือ ศาสนาพุทธ ไหว้พระสวด มนต์ขอพรพระ ทุกคืน บนบาน สิ่งศักดิ์สิทธิ์ไว้ ขอให้ดีขึ้นลูก เดินได้ไม่ต้อง หยา จะบวช 7 วัน C2- นับถือ ศาสนาพุทธ มี เชื้อสายจีน ทำงานที่ศาลเจ้า จีน แปลภาษาจีน จากร่างทรงกว่า 10 ปี ขอให้ร่าง ทรง ช่วยให้ ผู้ป่วยไม่ทรมาน	B3- นับถือ ศาสนาพุทธ ไปวัดไหว้ พระทำบุญ ยึด มั่นคำสอน พุทธศาสนา บนไว้จะบวช หากเดินได้ C3- นับถือ ศาสนาพุทธ ใส่บาตรเป็น ประจำ นั่ง สมาธิทำให้ใจ สงบ ปกติไม่มี พิธีกรรมอะไร พิเศษ	B4- นับถือศาสนา พุทธ ไหว้พระ ไป วัดทำบุญเป็น ประจำทุกเช้า หลังจากป่วย ขอพร สิ่งศักดิ์สิทธิ์ เทพ เทวดาทุกองค์ให้ อาการดีขึ้น C4- นับถือศาสนา พุทธ ไปวัดทำบุญ ไหว้พระ สวดมนต์ เป็นประจำ ไม่มี พิธีกรรม บนบาน ใดสิ่งศักดิ์สิทธิ์ใด ๆ

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

แนวคิดการประกอบ สร้างความเป็นจริงใน ชีวิตประจำวัน ของ	กรณีศึกษา: ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก			
	ผู้ป่วยและผู้ดูแล หลัก B1/C1 (บุตรสาว/มารดา)	ผู้ป่วยและผู้ดูแล หลัก B2/C2 (ภรรยา/สามี)	ผู้ป่วยและ ผู้ดูแลหลัก B3/C3 (สามี/ภรรยา)	ผู้ป่วยและผู้ดูแล หลัก B4/C4 (มารดา/บุตรสาว)
Berger & Luckmann (1967)				
- มุมมองทางสังคม	B1 ครอบครัวมีร่าง ทรงพ่อปู่ที่เป็นญาติ อยู่ในครอบครัว ตั้งแต่รุ่นพ่อแม่ ส่วนตัวไม่รู้จักการ ดูแลแบบ ประคับประคอง C1 ญาติที่ใช้จ่าย สมุนไพรมะเขือ แนะนำให้ผู้ป่วยกิน ยาสมุนไพรมะเขือ ระยะแรก แต่ต่อมา อาการทรุดลงทำให้ รู้สึกผิดกลัวโทษ ตนเอง	B2 เตรียมพร้อม ยอมรับความ ตายตลอดเวลา รับรู้อาการตาม ระยะโรค ตามลำดับ ไม่ รู้จักคำว่า ประคับประคอง แต่เอาที่ไม่ ทรมาณ C2 ยอมรับว่า ร่างทรงศาลเจ้า สามารถช่วย ผู้ป่วยไม่ทรมาณ ได้	B3 การทำงาน จิตอาสาและ งานปัจจุบัน ทำให้ชินกับ เรื่องความตาย เข้าใจคำว่า การดูแลแบบ ประคับประค อง คือสิ่งที่ตน ได้รับอยู่ ปัจจุบัน C3 เห็น คน ป่วยโรคนี้นไม่ นานก็ไป	B4 เป็นตัวแทนของ ชุมชนหมู่บ้าน ได้รับกำลังใจจาก ชาวบ้านและคิดว่า วันนี้ได้รับสิ่งที่ทำ ไปแล้ว C4 ผู้ป่วย มารดา ของตนเป็นหญิง แกร่ง เป็นตัวแทน หมู่บ้าน ชอบ ช่วยเหลือชาวบ้าน เป็นที่รักของทุกคน
- มุมมองทาง เศรษฐศาสตร์ (เศรษฐฐานะ)	B1 ต้องออกจาก งานประจำ ต้อง ผ่อนรถยนต์ ครอบครัวหมดค่า รักษาไปจำนวน มาก พยายามขาย ของออนไลน์ช่วย แบ่งเบาครอบครัว	B2 แม่ขายที่นา เป็นค่าใช้จ่าย รักษา โรงพยาบาล เอกชนจำนวน มาก รักษาตาม สิทธิ ประกันสังคม	B3 มีรายได้ ประจำจาก การเป็น พนักงานรัฐ มี ผู้บังคับบัญชา ช่วยเหลือ ค่าใช้จ่าย และ ทำ	B4 ไม่มีรายได้ มีลูก หลานช่วยกันดูแล ตน ได้เงินเดือนจาก ลูกๆ รักษาไปตาม สิทธิ C4 ครอบครัวยังไม่ มีปัญหาด้าน การเงิน รักษาผู้ป่วย

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

แนวคิดการประกอบ สร้างความเป็นจริงใน ชีวิตประจำวัน ของ Berger & Luckmann (1967)	กรณีศึกษา: ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก			
	ผู้ป่วยและผู้ดูแล หลัก B1/C1 (บุตรสาว/มารดา)	ผู้ป่วยและผู้ดูแล หลัก B2/C2 (ภรรยา/สามี)	ผู้ป่วยและ ผู้ดูแลหลัก B3/C3 (สามี/ภรรยา)	ผู้ป่วยและผู้ดูแล หลัก B4/C4 (มารดา/บุตรสาว)
	C1 ในอดีต ครอบครัวมีเงิน เหลือเพียงพอใช้ จ่าย แต่ต้องนำเงิน สะสมมาใช้ในการ รักษา หหมดไป จำนวนมาก ทุก วันนี้ต้องขายของ ไปกินรายวันไป	C2 รับจ้างดูแล สวนผลไม้ รายวัน เลี้ยงกับ สารเคมีก็ต้องทำ สลัดกับเป็นล่ำม แปลศาลเจ้าเวลา ว่างทรง ไม่มี ค่าจ้างอะไร	ประกันสังคม ด้วย C3 ผู้ป่วยและ ครอบครัวไม่ มีปัญหาภาวะ เศรษฐกิจ ครอบครัว สามารถ จัดการได้ไม่มี ปัญหาการเงิน	ตามสิทธิ์ ถูกหลาน ช่วยเหลือได้ให้ มารดา ไม่เดือดร้อน อะไรตนเองออก จากงานมาดูแลท่าน ให้ดีที่สุด
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่นประสบการณ์ ความเจ็บป่วย	B1 ครอบครัวไม่มี ใครเป็น เคยซัก หมดสติไปหลายวัน คิดว่าไม่ฟื้นแล้ว แต่ มีปาฏิหาริย์ทำให้ รอดมาได้ C1 ไม่เคยมี เหตุการณ์อะไรที่ ใหญ่ที่บุตรสาวป่วย และตนให้การดูแล หลักมาตลอดกว่า 3 ปี	B2 ครอบครัวมี ประวัติป่วยคง เป็นกรรมพันธุ์ เมื่อต้องมาป่วย กับตัวเองครั้งนี้ ถือว่ารุนแรง ที่สุด C2 เคยเห็นตอน มารดาเสียชีวิต ด้วยโรคหัวใจ แต่พอมาเจอกับ ภรรยาคนที่เรา รักมากที่สุด	B3 อาชีพที่ เป็นเจ้าของน้ำที่ ดับไฟฟ้า จิต อาสาทุก อย่าง ทำให้ เห็นความตาย เป็นเรื่องปกติ ยอมรับและ เข้าใจเรื่องนี้ ได้ดีจึงไม่กลัว ความตายที่จะ เกิดขึ้น	B4 เต็บโตมาใน ครอบครัวหมอ ชาวบ้านเห็น โรคภัย ไข้เจ็บและความ ตาย มาเป็นเองต้อง ทำใจ ไม่กลัว วันนี้ ได้ในสิ่งที่ทำไป แล้ว C4 ครอบครัวมี ญาติเสียชีวิต โรคมะเร็งอาจเป็น กรรมพันธุ์

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

แนวคิดการประกอบ สร้างความเป็นจริงใน ชีวิตประจำวัน ของ Berger & Luckmann (1967)	กรณีศึกษา: ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก			
	ผู้ป่วยและผู้ดูแล หลัก B1/C1 (บุตรสาว/มารดา)	ผู้ป่วยและผู้ดูแล หลัก B2/C2 (ภรรยา/สามี)	ผู้ป่วยและ ผู้ดูแลหลัก B3/C3 (สามี/ภรรยา)	ผู้ป่วยและผู้ดูแล หลัก B4/C4 (มารดา/บุตรสาว)
		โรคนี้น่าไม่อยาก ให้เขาปวด ทรมาน ก็ดูแล ภรรยาเต็มที่ เท่าที่จะทำได้	C3 เคยเห็น เพื่อนเสียชีวิต ด้วยโรคนี้นี้เร็ว มาก ไม่เคยคิด ว่าจะเกิดกับ คนใกล้ตัว พอ สามีมาป่วย ยอมรับว่า ตกใจมาก ช่วงแรก เหนื่อยมาก ใช้ เวลาทำใจดีขึ้น	แต่มารดาเป็น โรคนี้นยอมรับว่า ตกใจมากไม่มี สัญญาณอะไรเลย

บทที่ 5

กระบวนการการสื่อสารความตาย

บทนี้ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์เพื่อตอบคำถามการวิจัยวัตถุประสงค์ข้อ 2 ในกระบวนการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก โดยนำทฤษฎีการสื่อสารมาอธิบายกระบวนการสื่อสารร่วมกับทฤษฎีการประกอบสร้างความเป็นจริงทางสังคม (The Social of Construction of Reality) โดย P. Berger & T. Luckmann (1967) ที่ระบุว่า เราต่างไม่สามารถอยู่ได้ในชีวิตประจำวันหากไม่มีการปฏิสัมพันธ์และสื่อสารกับผู้อื่นด้วยเช่นกัน ซึ่งทำให้เกิดแนวคิดย่อย 2 ลักษณะที่เกี่ยวข้อง คือ การเผชิญหน้า (face-to-face) เป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันที่มีส่วนร่วมกับผู้อื่น และการต่อรอง (negotiation) ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์เผชิญหน้าในชีวิตประจำวันที่มี การต่อรองซึ่งกันและกันตลอดเวลา ซึ่งการแสดงออกทั้งสองฝ่ายนำไปสู่การประกอบสร้างความหมายที่สอดคล้องกันหรือต่อรองกันผ่านความรู้ที่สะสมมาในกระบวนการแพทย์แต่ละบุคคลที่ได้รับแต่ละช่วงเวลาและการสะสมความรู้ที่เกิดขึ้นภายใต้โครงสร้างการใช้ชีวิตประจำวัน โดยวิเคราะห์กระบวนการสื่อสารตามแผนการดูแล 14 วันของโรงพยาบาลพื้นที่กรณีศึกษา ขณะเดียวกันนำแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยของ Tarcott Parson (1972) ระดับการสื่อสารที่เกี่ยวข้องมาอธิบาย โดยมีรายละเอียดด้านกระบวนการทัศนและด้านกระบวนการสื่อสาร ดังนี้

1. กระบวนการทัศนการแพทย์

บุคลากรด้านสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลักต่างมีพื้นฐานกระบวนการทัศนการแพทย์แตกต่างกันไป โดยกระบวนการทัศนการแพทย์ หรือแนวปฏิบัติตามวิวัฒนาการ การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง 4 กระบวนทัศน์ ได้แก่ 1) กระบวนทัศน์การแพทย์พื้นบ้าน 2) กระบวนทัศน์การแพทย์แบบชีวภาพ 3) กระบวนทัศน์การแพทย์แบบสังคม และ 4) กระบวนทัศน์การแพทย์แบบนิเวศน์สังคม ซึ่งทั้ง 4 กระบวนทัศน์นี้เป็นประเด็นสำคัญเบื้องหลังของการสื่อสารสุขภาพที่แต่ละบุคคลจะใช้ในกระบวนการสื่อสารและการต่อรองเกี่ยวกับความตาย ดังนี้

1.1 กระบวนทัศน์การแพทย์ของบุคลากรทางสุขภาพในพื้นที่สนาม 5 วิชาชีพ

1.1.1 แพทย์ในกรณีศึกษาที่

กระบวนทัศน์การแพทย์ของแพทย์ผู้ให้ข้อมูล คือ กระบวนทัศน์การแพทย์แบบชีวภาพตามที่ได้มีการศึกษาทางการแพทย์มา ซึ่งแพทย์ยอมรับและเชื่อมั่นในการแพทย์แผนปัจจุบันเนื่องจากมีหลักฐานยืนยันทางวิทยาศาสตร์ชัดเจน ขณะเดียวกัน ไม่ได้ปฏิเสธการแพทย์แบบพื้นบ้านเป็นทางเลือกหากเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ทั้งนี้แม้เป็นแพทย์ที่เน้นการรักษา (curative) แต่ไม่ปิดกั้นกระบวนทัศน์การแพทย์แบบสังคมนิยมที่มองความรู้การดูแลแบบประคับประคองหรือการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) เป็นสิ่งที่บุคลากรทางสุขภาพควรมีความรู้และได้รับการอบรม เพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยไม่ต้องเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการรักษา โดยปัจจุบันมีการดูแลแบบประคับประคองเป็นทางเลือกหนึ่ง

“...หมอเชื่อในการแพทย์แผนปัจจุบัน มันมีหลักฐานยืนยันทางวิทยาศาสตร์ว่ามันได้ผลจริง แต่ก็ยังมีบางกลุ่ม โรคที่รักษาไม่หาย ถ้าคนไข้ต้องการไปใช้การแพทย์ทางเลือก หมอก็ไม่คัดค้านนะ ถ้าสิ่งนั้นไม่เป็นอันตรายกับคนไข้...”

(แพทย์พื้นที่สนาม A1, สัมภาษณ์, 24 ธันวาคม 2563)

นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับกระบวนทัศน์การแพทย์แบบนิเวศน์สังคมนิยมที่มองว่าทุกวิชาชีพหรือทีมสหวิชาชีพมาร่วมกันดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ไม่ยึดติดกับอำนาจแพทย์เพียงผู้เดียวจากข้อมูลข้างต้นนี้ชี้ให้เห็นว่า แพทย์ได้เปิดใจกว้างในการยอมรับกระบวนทัศน์การแพทย์และเริ่มเข้าใจบริบทการรักษาที่อาจมีแนวโน้มไม่หาย และอาจต้องเสียชีวิตได้ในเวลาต่อมาตามอาการระยะของโรค โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากขึ้น เปลี่ยนไปจากในอดีตที่แพทย์เน้นกระบวนทัศน์แบบชีวภาพอย่างเดียว ตามที่ได้ศึกษามาในระยะแรกของการเป็นวิชาชีพแพทย์ที่มีหน้าที่ต้องรักษาโรคให้หายและไม่ให้เสียชีวิตเท่านั้น

จากวิวัฒนาการทางการแพทย์นี้เอง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคองคนนี้ ย้ำว่า

“...แพทย์ต้องตระหนักถึงความเป็นวิชาชีพแพทย์ ที่มีโอกาสได้เรียนรู้ความตายจากผู้ป่วย เข้าใจและใคร่ครวญการรักษาผู้ป่วย โดยไม่ได้คำนึงถึงการรักษาทางร่างกายเพียงอย่างเดียวแต่คำนึงถึงการดูแลจิตใจผู้ป่วยเป็นสำคัญในฐานะเป็นมนุษย์คนหนึ่งเหมือนๆ กัน...”

(สกล สิงหะ, สัมภาษณ์, 28 เมษายน 2564)

ตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองซึ่งทีมทีมสหวิชาชีพที่ทุกวิชาชีพต่างรับรู้ว่าจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่เน้นจิตใจมากที่สุด ดังแพทย์ผู้ให้ข้อมูล กล่าวว่า

“การดูแลคนไข้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายซึ่งจะเสียชีวิตอีกไม่นาน ในแง่ของการดูแลแบบประคับประคอง ทีมสหวิชาชีพจะให้การดูแลที่เน้นด้านจิตใจกับคนไข้เป็นพิเศษ”

(แพทย์พื้นที่สนาม A1), สัมภาษณ์, 24 ธันวาคม 2563)

1.1.2 พยาบาลในกรณีศึกษา

เนื่องจากพยาบาลผู้ให้ข้อมูลเป็นแกนหลักของงานดูแลผู้ป่วย โดยบทบาทหน้าที่ที่มีความใกล้ชิดให้ความช่วยเหลือตามความต้องการทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ผู้ป่วย พบว่าพยาบาลผู้ให้ข้อมูลมีกระบวนการทัศนัยการแพทย์แบบสังคมและแบบนิเวศน์สังคมที่เน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งในแบบผสมผสานควบคู่กันไปกับการแพทย์พื้นบ้านหากเป็นความต้องการของผู้ป่วย แต่พยาบาลจะให้คำแนะนำและผลข้างเคียงเท่าที่สามารถจะอธิบายได้ แต่จะไม่ให้ข้อมูลหรือสื่อสารที่ขัดกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการปฏิบัติ แม้ว่าภายในใจลึกๆ พยาบาลเองต้องการให้ผู้ป่วยรักษาทางนี้ทางเดียวก็ตาม

“...การรักษาขึ้นอยู่กับคนไข้จะเลือกใช้ด้วยส่วนหนึ่ง มันแล้วแต่มะเร็งแต่ละคนแต่ละชนิดไม่เหมือนกันส่วนหนึ่ง หรือกรณีที่คนไข้บางคนพอเป็นมะเร็งแล้วไม่กินเนื้อสัตว์เพราะกลัวจะไปเพิ่ม ถ้าแบบนี้หนูจะบอกคนไข้ว่าฉายแสงอยู่ต้องการพลังงาน โปรตีน จะอธิบายว่าทำไมต้องกินเนื้อสัตว์ คนไข้จะฟังเหตุผล ขณะที่บางคนไม่รับฟังก็มี...”

(พยาบาลในพื้นที่สนาม A2, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2563)

อย่างไรก็ตามพยาบาลผู้ให้ข้อมูลย้ำว่า การให้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนกระบวนการทัศนัยการแพทย์ในการรักษานั้น เป็นเรื่องส่วนบุคคลที่จะเลือกรับฟังและปฏิบัติตาม ขณะที่ก็มีบางคนที่ไม่ปฏิบัติตาม ดังนั้นจึงเป็นเรื่องของความเชื่อแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้พยาบาลผู้ให้ข้อมูลจะนำข้อดีของแต่ละกระบวนการแพทย์มาปรับใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีทางเลือกในการแพทย์แบบที่เข้ากับระยะโรคและอาการของผู้ป่วยประกอบกัน โดยจะไม่ด่วนตัดสินใจหรือตัดสินสิทธิ์ผู้ป่วยที่ต้องการใช้การแพทย์แบบพื้นบ้าน ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานยาสมุนไพรหรือการแพทย์แบบนิเวศน์สังคม การฉายแสงแบบประคับประคอง โดยพยาบาลจะให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลที่เป็นในการดำเนินการควบคู่ไปกับข้อมูลบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ถูกต้องตามที่แพทย์ระบุไว้

ด้วยเหตุที่ พยาบาลผู้ให้ข้อมูลคนนี้มีเชื่อใจในกระบวนการทัศนการแพทย์แบบสังคมและแบบนิเวศน์สังคมเป็นหลัก คือเน้นการดูแลแบบประคับประคอง ดังคำกล่าวที่พยาบาลผู้ประสบความสำเร็จในการทำงานการดูแลแบบประคับประคองได้กล่าวไว้ว่า “หมอดูแลกาย พยาบาลดูแลใจ” และพยาบาลเหมือนเป็นตัวกลางเชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก รวมทั้งทีมสหวิชาชีพอื่นๆ เพื่อพ่วงความสนใจในการดูแลไปยังผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาฉายแสงหรือรังสีรักษาแล้ว พยาบาลจะให้คำแนะนำกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กระบวนการทัศนการแพทย์ หรือวิวัฒนาการการแพทย์แต่ละยุคที่ผ่านมาจากอดีตถึงปัจจุบัน ที่มีการสื่อสารจากบุคลากรทางสุขภาพย่อมมีผลต่อความเชื่อในกระบวนการดังกล่าว วิชาชีพพยาบาลมีความศรัทธาในการแพทย์แบบสังคม และการแพทย์แบบนิเวศน์สังคม ส่วนกระบวนการทัศนการแพทย์แบบชีวภาพที่ประกอบด้วยเทคโนโลยีต่างๆ เพื่อการพ่วงชีพนั้น ไม่ได้เป็นตัวเลือกในการรักษาในสถานพยาบาลแห่งนี้ เนื่องจากเป็นสถานที่รักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งจะไม่มีเครื่องมือหรืออุปกรณ์พ่วงชีพนี้อะไรๆ ดังนั้นเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน พยาบาล และทีมสหวิชาชีพทุกคน ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักจะรับรู้โดยอัตโนมัติว่าจะไม่มีเครื่องมือพ่วงชีพแต่อย่างใด ดังพยาบาลผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“...การรักษาด้วยการฉายแสงรังสีรักษา ไม่เชิงว่าเป็นการแพทย์ชีวภาพ แต่เป็นการดูแลแบบประคับประคองคือดูตามอาการโรค ถ้าผ่าตัดถึงจะเป็นชีวภาพ ถ้าคนไข้ไปกินยาต้มเป็นทางเลือกเสริม เราไม่ห้ามนะแต่อาจจะบอกว่ากินทำไมเคี้ยวแปลแตก เพราะบางคนกินแล้วเหมาะกับโรคเขา มะเร็งแต่ละคนไม่เหมือนกัน ถ้าจะใช้สมุนไพรร่วมด้วยก็ได้แต่ต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์ ให้ผู้ป่วยปลอดภัยที่สุด...”

(พยาบาลในพื้นที่สนาม A2, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2563)

1.1.3 แพทย์รังสีรักษาในกรณีศึกษา

แพทย์รังสีรักษาผู้ให้ข้อมูลมีกระบวนการทัศนการแพทย์แบบสังคมที่ยอมรับ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และแบบนิเวศน์สังคมที่มองการดูแลแบบองค์รวมให้ความสำคัญกับการวางแผนร่วมกัน และการมีทีมสหวิชาชีพทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเข้ามาดูแลผู้ป่วยไม่ให้ทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะแนวความคิดการดูแลแบบประคับประคองที่บุคลากรทางสุขภาพ ทีมสหวิชาชีพจะต้องได้รับความรู้เรื่องนี้ เนื่องจากบุคลากรทางสุขภาพสามารถให้อรรถความรู้ดังกล่าวกับผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักได้พิจารณาเลือกแนวทางการดูแลรักษา

ให้กับตัวเองหรือให้กับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม หากเวลานั้นมาถึงจะตัดสินใจอย่างไร เช่น การเจาะคอ การปั๊มหัวใจ การใส่ท่อช่วยหายใจ ในระยะท้ายของผู้ป่วยหรือไม่ และหากเลือกแนวทางนี้จะต้องพบกับอะไรบ้าง ในทางตรงกันข้ามหากเลือกแนวทางการดูแลแบบประคับประคองจะพบกับอะไรบ้าง เป็นต้น

เมื่อเปรียบเทียบวิชาชีพแพทย์ด้วยกันระหว่างแพทย์ในกรณีศึกษานี้ และแพทย์รังสีรักษาในกรณีศึกษานี้ สิ่งหนึ่งที่เหมือนกันคือ จะไม่ได้กล่าวถึงการแพทย์พื้นบ้าน แต่จะให้ความสำคัญกับการแพทย์แบบนิเวศน์สังคมที่ใช้อยู่ในพื้นที่กรณีศึกษา คือการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นองค์รวม มีการใช้เทคโนโลยีในการรักษาทางร่างกาย และดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่เน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยตามอาการ โรคแบบประคับประคอง การเป็นแพทย์รังสีรักษาที่เน้นฉายแสงรังสีในการรักษาโรคร่วมกับความเข้าใจเรื่องการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า จึงไม่ได้เน้นไปทางการแพทย์ชีวภาพที่เน้นเพียงรักษากายอย่างเดียว แต่จะเน้นการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งไม่ต้องทุกข์ทรมานในระยะสุดท้าย แต่ให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายทางกายและใจมากที่สุด ตามระยะเวลาการรักษาที่มาถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลหลักไม่ต้องรู้สึกผิดในการร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาตามแนวทางนี้โดยคำนึงถึงความต้องการผู้ป่วยเป็นสำคัญ แม้ว่าการฉายแสงครั้งนั้นจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต แต่หากเป็นความต้องการของผู้ป่วยก็ต้องทำให้เพราะถือเป็นธุระที่ทำไม่เสร็จสิ้น (unfinished business) ของผู้ป่วยซึ่งแพทย์รังสีรักษาเป็นความหวังเดียวของผู้ป่วยที่ต้องการฉายรังสี แม้ว่าการฉายรังสีครั้งนั้นจะเป็นการฉายรังสีครั้งแรกและครั้งสุดท้าย และต้องแลกด้วยชีวิตก็ตาม

จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ได้ข้อค้นพบใหม่คือ วิวัฒนาการการแพทย์ในยุคอดีตถึงปัจจุบัน นอกจากมีผลกับการประกอบสร้างความหมายความตายผ่านการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลักแล้ว ยังทำให้เห็นพัฒนาการของแพทย์จากอดีตที่เน้นการรักษาโรคให้หาย แต่แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองปัจจุบันทำให้แพทย์มีทางเลือกให้กับผู้ป่วยสามารถเลือกการรักษาให้กับตนเองไม่ต้องทนทุกข์ทรมานได้ กล่าวได้ว่าแพทย์ย่อมสามารถส่งต่อความรู้ที่มีและตามความสนใจให้กับผู้ป่วยที่รักษาผ่านการสื่อสารถ่ายทอด โนมิน่าอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง ดังแพทย์ที่ผู้เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคองกล่าวว่า

“...ถ้าแพทย์มีความเข้าใจความตายที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยจนสามารถใคร่ครวญ และตระหนักพร้อมปฏิบัติไปด้วยในการดูแลผู้ป่วย ด้วยการคิดสลบบทบาทกับผู้ป่วย การสวมบทบาทการเป็นผู้ป่วยหรือ ได้นำมุมมองของผู้ป่วยเข้ามาตีความในกระบวนการรักษามากขึ้น ถือเป็นนิมิต

หมายใหม่ที่ดีในวงการแพทย์ปัจจุบัน ที่กล่าวได้ว่าเป็นการเคลื่อนย้ายกระบวนทัศน์ (paradigm shift) ของวิชาชีพแพทย์ที่ในอดีตจะถูกสอนให้รักษาโรคอย่างเดียวนั้นเป็นหลักหรือการมองเพียงสิ่งที่มองเห็นหรือร่างกายเป็นหลักที่เน้นให้รักษาหาย หรือช่วยชีวิตเท่านั้น แต่ปัจจุบันมุมมองของแพทย์ที่มีต่อผู้ป่วยเริ่มเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น แพทย์สมัยใหม่ให้ความสำคัญกับสิ่งที่อยู่ภายในผู้ป่วยคือจิตใจ ความรู้สึกมากขึ้น...”

(สกล สิงหะ, สัมภาษณ์, 28 เมษายน 2563)

1.1.4 นักสังคมสงเคราะห์ในกรณีศึกษา

นักสังคมสงเคราะห์ผู้ให้ข้อมูลมีกระบวนทัศน์การแพทย์แบบนิเวศน์สังคมหรือทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพแบบองค์รวม ที่เน้นดูแลกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ ในปัจจุบันเป็นหลักควบคู่กับแบบสังคมที่ให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคองไม่ยื้อชีวิตผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการวางแผนรักษา รับฟังความต้องการของผู้ป่วยและเน้นการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ โดยให้ความสำคัญกับทุกวิชาชีพ

นักสังคมสงเคราะห์ผู้ให้ข้อมูลไม่มีกระบวนทัศน์การแพทย์แบบพื้นบ้านและแบบชีวภาพ เนื่องจากไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกับด้านการรักษาโรคของผู้ป่วยโดยตรง หากแต่มีความเกี่ยวข้องในด้านการให้ความช่วยเหลือในวิชาชีพนักสังคมสงเคราะห์ที่ต้องให้คำแนะนำเรื่องสถานะทางเศรษฐกิจครอบครัว อำนวยความสะดวกการเดินทางมาโรงพยาบาลตลอดช่วงเวลาที่มาทำการรักษา ดังนั้นกระบวนทัศน์การแพทย์ของนักสังคมสงเคราะห์จึงเป็นไปในรูปแบบที่เป็นแบบสังคมและนิเวศน์สังคมที่เห็นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นเรื่องที่จำเป็น ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพควรมีความรู้เรื่องนี้และให้ความสำคัญในการนำความรู้การดูแลแบบประคับประคองมาปรับใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมากขึ้น โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยเป็นทีมสหวิชาชีพ เพื่อช่วยเติมเต็มความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละด้าน

“...ในฐานะนักสังคมสงเคราะห์จะระดมความช่วยเหลือที่เกี่ยวข้องให้ผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ร่วมวางแผนการมาพบแพทย์ การเดินทางมาโรงพยาบาล ปัญหาอุปสรรค ต่างๆ มีอะไรติดขัดตรงไหน ที่เราช่วยแบ่งเบาช่วยเหลือได้ก็จะช่วย โดยจะทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่น เช่นพยาบาล นักจิตวิทยา เพราะการทำงานลักษณะนี้ เรื่องที่มสำคัญมาก...”

(นักสังคมสงเคราะห์ A4, สัมภาษณ์, 24 ธันวาคม 2563)

1.1.5 นักจิตวิทยาในกรณีศึกษาที่

นักจิตวิทยาผู้ให้ข้อมูลมีกระบวนการทัศนคติการแพทย์แบบนิเวศน์สังคม หรือ ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพในปัจจุบันเป็นหลัก เมื่อต้องปฏิบัติกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ซึ่งให้ความสำคัญด้านจิตใจมากที่สุด หรือการดูแลแบบเน้นองค์รวม โดยนักจิตวิทยาจะเน้นการสื่อสารพูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเพื่อการประเมินด้านจิตใจ โดยเฉพาะการให้ข้อมูลที่แสดงถึงความสัมพันธ์ หรือ ความเชื่อมโยงกันระหว่างร่างกายกับจิตใจ หากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักมีความเครียด วิตกกังวล ก็จะส่งผลกระทบต่อร่างกายให้ทรุดลงได้ทันทีเช่นกัน

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า แม้นักจิตวิทยาจะมีความเชื่อในประสิทธิภาพของการแพทย์แบบปัจจุบันที่เป็นการแพทย์ชีวภาพอยู่ผสมผสานกันกับการแพทย์แบบนิเวศน์สังคม แต่อย่างไรก็ตามหากวันใดวันหนึ่งที่นักจิตวิทยาผู้ให้ข้อมูลต้องตกอยู่ในภาวะการเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก็จะไม่เลือกทางการแพทย์แบบชีวภาพที่เน้นการรักษาร่างกายให้รอดชีวิตเพียงอย่างเดียว แต่จะเลือกการดูแลตามการแพทย์แบบสังคมและนิเวศน์สังคม โดยเฉพาะเน้นการดูแลแบบประคับประคอง ไม่ยื้อชีวิต ไม่เจาะคอ ไม่บีบหัวใจ ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ หรือไม่รับบริการสาธารณสุขใดๆ ตามมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ แต่จะรักษาตามอาการที่ร่างกายจะรับไหว ไม่ต้องทนทุกข์ทรมาน

“...เราเชื่อในการแพทย์ปัจจุบันนะถ้าเป็นอะไรก็รักษาไปตามอาการ ฉายแสงแล้วช่วยให้เราต่อเวลาเพื่อจัดการหรือดูแลคนที่เรารัก ก็จะทำ ถ้าถึงวันที่เป็นระยะสุดท้ายรักษาไหวก็รักษา ไม่ไหวก็ไม่ยื้อ ไม่อยากทรมาน...”

(นักจิตวิทยาพื้นที่สนาม A5, สัมภาษณ์, 30 พฤศจิกายน 2563)

กล่าวโดยสรุปการสื่อสารสุขภาพตามกระบวนการทัศนคติการแพทย์ที่กลุ่มบุคลากรทางสุขภาพในพื้นที่สนาม 5 วิชาชีพ ส่วนใหญ่ยึดแบบการแพทย์สังคม และ นิเวศน์สังคมแม้แต่วิชาชีพแพทย์ และแพทย์รังสีรักษาเองที่ร่ำเรียนด้านการแพทย์แบบชีวภาพมาโดยตลอด แต่เมื่อเวลาผ่านไป การดูแลรักษาผู้ป่วยไม่ได้เน้นเพียงทางร่างกายอย่างเดียวเหมือนการแพทย์ในอดีต แพทย์ผู้ให้ข้อมูล และแพทย์รังสีรักษาผู้ให้ข้อมูล รวมถึงวิชาชีพแพทย์ส่วนใหญ่จึงหันมาให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศนคติการแพทย์นี้ตามวิวัฒนาการการรักษาโรคที่ปัจจุบันมีโรคหลายอย่างที่รักษาไม่หาย ดังนั้นจึงให้ความสำคัญในการรักษาจิตใจของผู้ป่วยเป็นสำคัญ การแพทย์แบบนิเวศน์สังคมหรือทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพจึงถือกำเนิดและปฏิบัติต่อเนื่องมาโดยเน้นการรักษาร่างกายในแบบประคับประคองควบคู่กับการรักษาใจ กล่าวได้ว่าบุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพต่าง

มีการส่งต่อความรู้ตามความรู้ของตนและความสนใจที่แต่ละวิชาชีพยึดถือปฏิบัติอยู่ผ่านการสื่อสารให้กับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักตามกระบวนการพันธกิจการแพทย์ที่ทำการรักษาปัจจุบันในพื้นที่กรณีศึกษาที่ดำเนินไปตามนโยบายการดูแลแบบประคับประคอง และสามารถดูแลภายใต้แผนการดูแลผู้ป่วย 14 วัน และผู้ดูแลหลักในพื้นที่กรณีศึกษาที่จะกล่าวในลำดับต่อไป

1.2 กระบวนการพันธกิจการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก

ผู้ป่วยมะเร็งผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ผ่านทุกกระบวนการพันธกิจการแพทย์เริ่มตั้งแต่กระบวนการพันธกิจการแพทย์ที่บ้านตามความเชื่อการรักษาในอดีตและในครอบครัว ต่อมาเมื่อโรคลุกลามได้ผ่านการรักษากระบวนการแบบชีวภาพ เช่นการผ่าตัด จนมาถึงการแพทย์แบบสังคมนาและนิเวศน์สังคมนาตามลำดับในพื้นที่กรณีศึกษาที่มีการดูแลแบบประคับประคองที่เน้นคุณภาพชีวิตในระยะสุดท้ายไม่ทุกข์ทรมานทางกาย การรักษาจึงเป็นไปตามช่วงระยะต่างๆ ของโรคที่ผ่านมาทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก รับรู้และเข้าใจการรักษาในทุกแบบที่ผ่านมา และเรียนรู้ว่าการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่รักษาอยู่ในปัจจุบันเป็นการรักษาที่ไม่ทรมาน แม้จะเป็นการรักษาด้วยการฉายรังสีรักษาแต่ก็แบบประคับประคองที่ไม่ทรมาน ซึ่งผู้ป่วยยังคงรักษากระบวนการพันธกิจการแพทย์แบบสังคมนาแบบนิเวศน์สังคมนาในโรงพยาบาลพื้นที่กรณีศึกษา

ด้วยเหตุที่ผู้ป่วยมะเร็งผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เมื่อรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็ง ล้วนมีความต้องการหายจากโรคนี้อย่างยิ่ง ทั้งผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยเองด้วยพยายามหาทุกวิถีทางเพื่อมารักษาโรคนี้อย่างเต็มที่ ผู้ป่วยมะเร็งผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ผ่านการรักษาแบบพื้นบ้านมาระยะหนึ่ง แม้ถึงปัจจุบันในบางรายก็ยังมีการใช้แบบพื้นบ้านผสมผสานร่วมด้วยอยู่กับแบบนิเวศน์สังคมนา เพราะผู้ป่วยรู้สึกว่าการใช้แบบพื้นบ้านนั้นสามารถทำให้ตนอาการดีขึ้น เช่น ทานอาหาร ได้มากขึ้น นอนหลับได้เป็นต้น ขณะเดียวกันก็ยังมีผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่สนามบางรายไม่มีความศรัทธาในการแพทย์แบบพื้นบ้าน แม้ผู้ดูแลหลักจะหาหาสมุนไพรดีจากที่ต่างๆ หรือพิธีกรรมปลุกเสกก็ตาม เมื่อผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่กรณีศึกษาได้ทดลองแล้วต้องได้รับความทรมาน ทานอาหารไม่ได้ เวียนหัว อาเจียนตลอด ทำให้กลัวและปฏิเสธการแพทย์แบบพื้นบ้านทั้งทางจิตใจและร่างกาย ซึ่งเรื่องของความเชื่อและการยอมรับการรักษาแบบแพทย์พื้นบ้านของร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยนั้นเป็นเรื่องของแต่ละบุคคลอย่างแท้จริง ดังผู้ดูแลหลักผู้ให้ข้อมูลกล่าว ดังนี้

“...ผมจะคอยหาหาตัวยาสมุนไพร ทั้งกัญชาตากแห้ง ที่มีคนแนะนำหรือที่ศาลเจ้าสั่งมาให้กินมีไมยราพ ลูกได้ใบ มาล้างสะอาดตากแดดไปคั่วให้กินต้มกินเป็นชาให้กินก็ไม่กิน เค้าไม่ชอบไม่เอาเลยสมุนไพร อาเจียนตลอด ผมก็ต้องหยุดตามใจเค้าสงสารเค้า...”

(ผู้ดูแลหลัก C2 ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยมะเร็ง B2, สัมภาษณ์, 12 ธันวาคม 2563)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า เมื่อการรักษาเข้าสู่ระยะสุดท้ายหรือระยะที่ 4 ผู้ป่วย และผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่จะมั่นใจในกระบวนการแพทย์แบบนิเวศน์สังคมที่รับการรักษาอยู่ ปัจจุบันที่ไม่ทุกข์ทรมาน ด้วยบริบทกระบวนการรักษาแบบประคับประคองของพื้นที่กรณีศึกษา และ มีความเชื่อมั่นในสิ่งที่แพทย์ พยาบาลในพื้นที่กรณีศึกษาสื่อสารให้ข้อมูล โดยเฉพาะการเข้าสู่กระบวนการรักษาฉายรังสีแบบประคับประคองแล้ว ควรจะมุ่งกระบวนการรักษาทางเดียว หากรักษาผสมผสานกับพื้นบ้านอาจมีผลต่อกระบวนการรักษาในปัจจุบัน ได้ โดยทั้งผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ดูแลหลักต่างมีความหวังการรักษาจึงให้ความเชื่อฟังแพทย์และปฏิบัติตามแพทย์สั่งอย่างจริงจัง ด้วยความหวังว่ากระบวนการฉายแสงรังสีรักษาแต่ละครั้งเป็นการฆ่าเชื้อโรคดังกล่าวได้ เมื่อดำเนินการฉายแสงครบกำหนดเวลา ก็จะทำให้เชื้อโรคที่อยู่ในร่างกายหายไป อาการเจ็บปวดทุเลาลง และหวังหายในที่สุด ดังที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ข้อมูล ดังนี้

“...ตอนนั้นหนูไปหาหมอ ได้ยินคนที่เป็นมะเร็งเหมือนกันรักษาด้วยการฉายแสง ที่นั่น เค้าบอกว่าร้อน ผิวไหม้ ไม่ไหวแล้ว ทำให้หนูกลัวการรักษาด้วยการฉายแสง หนูผ่าออกไปแล้ว แต่ไม่ได้มาทำคีโม ฉายแสงเพราะไม่รู้มันคืออะไร ก็เลยไม่มาหาหมอ จนแม่และญาติให้กินยา ต้มสมุนไพรมา 2 ปีก็ช่วยให้ดีขึ้น แต่ตอนนี้เริ่มมีอาการ ยกของแล้วปวดหลัง ปวดขา เดินไม่ค่อยไหวเลยต้องมาฉายแสงก็คืนะไม่เห็นร้อนเลย รู้จักมานานแล้ว...”

(ผู้ป่วยในพื้นที่สนาม B1, สัมภาษณ์, 2 ธันวาคม 2563)

“...ตอนนั้นผมเอาทุกอย่าง ยาเสริมอาหาร จ่ายไปหลายพัน ยาสมุนไพร กินยาหม้อหมดไปหลายหมื่น กินยาต้มแล้วกินข้าวได้อร่อย แต่พอมารักษาปัจจุบันตรวจเลือด ผลเลือดมันไม่ได้ หมอเลยบอกให้หยุดกินสมุนไพร ให้กินยาตัวเดียวแบบนี้ก่อน ฉายแสงไป ยังไงก็ตามทางนี้ทางเดียว ให้กลับไปกินสมุนไพรด้วยไม่เอาแล้ว เดียวดีกัน ฉายแสงก็ทางนี้อย่างเดียว...”

(ผู้ป่วยในพื้นที่สนาม B3, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2563)

“...ป่าไม่เคยกินยาต้ม ใช้ยาสมุนไพร รักษาทางแผนปัจจุบันมาตลอด หมอรักษาทางนี้ดีแล้ว ป่าเคยกินกัญชานะ ญาติให้กิน นอนชมเลย กินข้าวไม่ได้ ลูกไม่ขึ้น คิดว่าไม่ถูกกับสมุนไพร ใครคิดว่ายาแพงๆ สมุนไพรกินดี ป่าไม่เอาไปคลินิกหาหมอดีกว่า...”

(ผู้ป่วยในพื้นที่สนาม B2, สัมภาษณ์, 12 ธันวาคม 2563)

โดยสรุป ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ผ่านการรักษาที่เป็นไปตามกระบวนการแพทย์ จากจุดเริ่มต้นผู้ป่วยส่วนใหญ่มีกระบวนการแพทย์แบบพื้นบ้าน ผ่านการใช้ยาสมุนไพร ยาต้ม การทดลองรักษาทั้งจากผู้ดูแลหลัก ครอบครัว และมีการรักษาในกระบวนการแพทย์แบบ วิทยาศาสตร์ เช่น การผ่าตัดด้วยเทคโนโลยีทันสมัยควบคู่กันไประยะหนึ่ง แต่ด้วยปัจจัยภาวะ เศรษฐกิจครอบครัวการทำมาหาเลี้ยงชีพทำให้ไม่มีเวลาทำการรักษาต่อ ประกอบกับความกลัว การรักษาแบบฉายรังสีแม้เป็นการรักษาการแพทย์แบบสังคมและนิเวศน์สังคมที่ดูแลแบบ ประคับประคอง แต่ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องดังกล่าว บางรายกลัวการฉายรังสีจากการ ได้ยินหรือรับข้อมูลมาผิดๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่มาทำการรักษาแบบนิเวศน์สังคม ทำให้ผู้ป่วยหันกลับไป รักษาการแพทย์แบบพื้นบ้านอีก ทำให้โรคลุกลามแพร่กระจายไปส่วนอื่นๆ และกลับมารักษา การแพทย์แบบสังคมและนิเวศน์สังคมที่เน้นการดูแลแบบประคับประคองในพื้นที่กรณีศึกษา

โดยเฉพาะในบริบทตามนโยบายพื้นที่กรณีศึกษาที่เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง ที่อยู่ในกระบวนการสังคมและนิเวศน์สังคม ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือก การรักษาและวางแผนรักษาได้ด้วยตนเองในระยะสุดท้ายในช่วงเวลาการดูแลตามแผนที่การดูแล 14 วันของพื้นที่กรณีศึกษา ถือเป็นจุดเปลี่ยนที่ทำให้การสื่อสารสุขภาพภายใต้กระบวนการแพทย์ ปัจจุบันให้ความสำคัญในการตัดสินใจของผู้ป่วย มองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient center) และแม้ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักจะไม่รู้จักความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง แต่หากผู้ป่วยระบุว่า ต้องการการรักษาที่ไม่ทรมานนั่นคือ ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง ที่ผู้ป่วยเข้าใจตามบริบทโรงพยาบาลพื้นที่กรณีศึกษาที่เน้นการดูแลแบบประคับประคองที่เน้น คุณภาพของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานตามความต้องการของผู้ป่วยเป็นสิ่ง สำคัญซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดกระบวนการสื่อสารต่อไป

2. กระบวนการสื่อสารความตาย

กระบวนการสื่อสารความตายนี้วิเคราะห์ภายใต้บริบทกรณีศึกษานี้เป็นพื้นที่ โรงพยาบาล เฉพาะทางซึ่งรักษาโรคมะเร็งและดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองด้วยการฉายรังสีรักษา เคมีบำบัด ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะได้รับการฉายแสง หรือวิธีการอื่นตามอาการใน ช่วงเวลาตั้งแต่แรกรับนับเป็นวันที่ 1 และดูแลรักษาไปจนถึงวันที่ 14 โดยประมาณ หรือ care map 14 days ซึ่งกรณีศึกษาซึ่งในโรงพยาบาลอื่นๆ อาจจะมีการสื่อสารที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำ กระบวนการแพทย์ทั้งของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ได้รับความรู้และ สะสมเป็นคลังความรู้แต่ละคนในสถานการณ์ การเผชิญหน้าและการต่อรองระหว่างกันผ่าน

กระบวนการสื่อสารใน 3 ช่วงเวลาตามแผนที่การดูแล 14 วันของพื้นที่กรณีศึกษาดังกล่าวมาวิเคราะห์ โดยผู้วิจัยได้เพิ่มเติมกระบวนการสื่อสารช่วงเวลาการกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านเพื่อให้มองเห็น วงจรของกระบวนการสื่อสารต่อเนื่องที่ผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้าน ในระหว่างรอเวลากลับมาพบ แพทย์ตามนัด 3 เดือน และ 6 เดือนตามลำดับ โดยมีรายละเอียด 4 ช่วงเวลา ดังนี้

2.1 การแรกรับผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับการรักษา หมายถึง การรับผู้ป่วยมะเร็งที่ถูกส่งต่อ (ส่งตัว) มารักษาด้วยการฉายรังสีรักษาแบบประคับประคอง

2.2 การแจ้งอาการเพื่อดำเนินการรักษา และการประชุมทีมสหวิชาชีพ หมายถึง การแจ้ง อาการโรคกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวเพื่อวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า และการประชุมทีมสหวิชาชีพต่างๆ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน

2.3 การรักษาในระยะหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งเตรียมกลับบ้าน หมายถึง การรักษาโรค ด้วยการฉายแสงรังสีรักษาในระยะหนึ่งแบบประคับประคองตามแผนการรักษา

2.4 การกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทำการรักษาฉาย แสงรังสีครบกำหนดและต้องกลับไปพักฟื้นรักษาตัวที่บ้าน โดยแพทย์นัด 3 เดือนและ 6 เดือน

2.1 การแรกรับผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับการรักษา (วันที่ 1-2) เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยด้วย บริบทพื้นที่ที่รักษาเป็นโรงพยาบาลที่ดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเฉพาะทาง และมีหน่วยบริการการ ดูแลแบบประคับประคองรองรับผู้ป่วยมะเร็งที่เข้าสู่ระยะสุดท้าย โดยแนวคิดดังกล่าวเน้นการดูแล แบบไม่ยึดชีวิต ซึ่งเป็นไปตามหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือพินัยกรรมชีวิต (Living Will) ตามมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ระบุว่า บุคคลมีสิทธิทำ หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระ สุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยมะเร็งที่ถูกส่งตัวมารักษา ก่อนเข้ารับการรักษาในสถานี่แห่งนี้ จะได้รับการสื่อสารจากแพทย์ถึงระยะโรค อาการ โรค และ การรักษาแบบประคับประคอง ในกระบวนการสื่อสารการแจ้งอาการโรคที่เรียกว่าเป็นการประชุม ครอบครัว หรือ ทำ Family meeting ซึ่งจะกล่าวในลำดับต่อไป

การแรกรับนี้ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลทั้งจากการสัมภาษณ์และการสังเกตการณ์อย่าง ไม่มีส่วนร่วมมีความเกี่ยวข้องกับบุคลากรทางสุขภาพ 4 วิชาชีพประกอบด้วย พยาบาล แพทย์ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ เป็นผู้ส่งสารหลักตามลำดับ โดยใช้เวลานำแรกในการสื่อสาร ช่วงแรกรับผู้ป่วย แยกประเด็นวิเคราะห์ได้ 2 ช่วงคือ (1) การคัดกรองและแรกรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา และ (2) ผู้ป่วยเข้าห้องพักเพื่อรอการรักษาตัว ดังนี้

2.1.1 การคัดกรองและแรกรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

การแรกรับเพื่อเข้าพักในโรงพยาบาลแห่งนี้ ผู้ป่วยทุกรายที่ถูกส่งต่อมารักษา ด้วยการฉายแสงรังสีที่นี้จะต้องผ่านกระบวนการคัดกรองโดยพยาบาลจะทำหน้าที่ผู้ส่งสารคนแรกในการชักประวัติการรักษาจากที่เก่าโดยมีเป้าหมายการสื่อสาร เพื่อรายงานให้แพทย์ทราบข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย หลังจากนั้นแพทย์ที่ประจำเวรวันดังกล่าว ซึ่งส่วนใหญ่แพทย์ที่นี้จะต้องผ่านการอบรมและมีความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองก่อนจึงดูแลผู้ป่วยได้ จะเป็นผู้ส่งสารคนต่อไปในการเข้าหาผู้ป่วยเพื่อทำการตรวจอาการโรค และระยะของโรคของผู้ป่วย และเป็นผู้ให้คำปรึกษาหลังจากทำการประเมินการรักษาและแจ้งกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักว่าสถานที่ดังกล่าวเป็นการรักษาด้วยการฉายแสงรังสีแบบประคับประคองโดยมีผู้ดูแลหลักอยู่กับผู้ป่วยด้วยตลอดเวลา

หลังจากแพทย์ตรวจอาการโรคและระยะโรคแล้ว กรณีผู้ป่วยรายที่ถูกส่งตัวมาหากมาในอาการหนักฉุกเฉินจะทำการบรรเทาอาการก่อน และเมื่อดีขึ้นแพทย์จะเป็นผู้ส่งสารโดยมีเป้าหมายหลักในการสื่อสารเพื่อแจ้งผู้ดูแลหลักพร้อมกับผู้ป่วยก่อนถึงหลักการรักษาที่นี้ที่ถือเป็น การดำเนินการตามนโยบายของโรงพยาบาลในการเน้นการดูแลแบบประคับประคอง ดังตัวอย่างผู้ป่วยคนนี้ก็กล่าวว่

“...วันแรกที่ส่งตัวมารักษา หนูซู้ก หมคสติ พออาการดีขึ้น หมอถามว่า ถ้าไม่ไหวแล้ว จะให้คุณหมอช่วยมั๊ย จะให้เจาะมั๊ย วันที่เราไม่ไหวแล้วจะช่วยปั้ม ช่วยอะไรมั๊ย หนูบอกหมอว่าไม่ค่ะ หนูขอที่หนู ไม่ทรมาณดีกว่า ไม่ต้องช่วยอะไรหนูเลย หนูบอกอย่างนี้...”

(ผู้ป่วยมะเร็ง B1 ในพื้นที่สนาม, 6 ธันวาคม 2564)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ในประเด็นเนื้อหาหลักแรกรับที่เป็นการคัดกรองโดยแพทย์จะเป็นผู้ส่งสารหลักตามนโยบายการรักษาที่นี้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักหลังจากถูกส่งตัวมารักษาถือเป็นจุดเริ่มต้นของการสื่อสารความตายในบริบทแรกรับ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ส่งตัวมารักษาจะแจ้งแพทย์ก่อนว่าไม่ต้องการทรมาณ จึงทำให้สถานการณ์การเผชิญหน้าในการสื่อสารเป็นไปตามบริบทพื้นที่กรณีศึกษาที่ไม่มีอุปกรณ์ช่วยชีวิต เช่น เจาะคอ ปั๊มหัวใจ ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยแพทย์จะแจ้งนโยบายดังกล่าวเบื้องต้น และพยาบาลจะเป็นผู้ยื่นเนื้อหาดังกล่าวอีกครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักเข้าใจตรงกันกับประเด็นสำคัญที่แพทย์แจ้งไว้ก่อนหน้านั้น เนื่องจากแพทย์จะทำการรักษาผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักต้องลงนามยินยอมการรักษาเป็นสิ่งที่สำคัญ

ในกรณีผู้ป่วยบางรายที่ถูกส่งตัวมาด้วยอาการหนักจะต้องรีบทำการรักษาและได้พบกับแพทย์โดยผู้ดูแลหลักจะเป็นผู้สื่อสารกับแพทย์เพื่อร่วมตัดสินใจและทำการรักษาในภาวะ

ฉุกเฉิน หลังจากนั้นจึงมาที่จุดแรกรับดังกล่าวนี้ ซึ่งเป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยการฉายรังสีรักษาและดูแลแบบประคับประคองต่อไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่ล้วนผ่านการรักษาในกระบวนการที่ศูนย์แพทย์พื้นบ้านตามความเชื่อและประสบการณ์ด้วยการรักษายาต้ม ยาสมุนไพร ฝังอยู่ในความรู้สึกตลอดเวลา ซึ่งในส่วนของแพทย์เองแม้มีอำนาจทางการรักษา แต่ด้วยความเชื่อของผู้ป่วยที่เข้ามารักษาในระยะแรก หากต้องการใช้ยาพื้นบ้านร่วมด้วย แพทย์ก็ไม่คัดค้านแต่ต้องไม่ส่งผลต่อผู้ป่วยหรือมีผลทางการรักษา เมื่อรักษาไประยะหนึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่งดการใช้ยาสมุนไพรร่วมกันกับแผนปัจจุบัน เพราะกลัวว่าจะมีผลต่อการรักษาที่อาจทำให้ยาออกฤทธิ์ไม่เต็มที่ หรือกลัวยาตีกัน ผู้ป่วยจึงเน้นการรักษาแผนปัจจุบันตลอดเวลาที่รักษาในโรงพยาบาลและเชื่อฟังคำสั่งแพทย์ ดังนั้นกล่าวได้ว่าเป็นการต่อรองการรักษากับแพทย์ในแบบยินยอมกับการรักษาด้วยความหวังการรักษาจากแพทย์ให้อาการดีขึ้นตามลำดับ ตลอดระยะเวลาแผนการดูแล 14 วัน ขณะเดียวกันแพทย์เองก็มีการต่อรองในแง่ของความรู้และสร้างความมั่นใจในการแพทย์แผนปัจจุบันเช่นกัน

ขณะเดียวกันในส่วนของเนื้อหาสาร นอกจากพยาบาลจะรับข้อมูลจากผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักแล้ว ยังให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ในโรงพยาบาล รวมทั้งกิจกรรมให้ความรู้เรื่องความตายและการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลผ่านบอร์ดประชาสัมพันธ์ที่เป็นการสื่อสารทางเดียว (one way communication) ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถรับทราบข้อมูล หรือ กิจกรรมที่จัดให้ เช่น ศิลปะบำบัด (Art therapy), สุนัขบำบัด (Pet Therapy) และ ดนตรีบำบัด (Music Therapy) กิจกรรมทางศาสนา โดยมีพระสงฆ์มาที่เตียงผู้ป่วยทุกสัปดาห์เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใส่บาตรตามความเชื่อศาสนา ซึ่งเป็นการสื่อสารสองทาง (Two-way communication) ช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวลโรคได้อย่างมาก โดยเฉพาะกิจกรรมสุนัขบำบัดที่ได้รับความนิยมจากผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในทุกบริบท ด้วยสัตว์เลี้ยงที่แม้จะสื่อสารภาษามนุษย์ไม่ได้แต่ด้วยสีหน้า แววตา การสัมผัส ระหว่างสุนัขกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ต่างสามารถถ่ายทอดความรู้สึกผ่อนคลาย และความเพลินเพลินทางด้านกายสัมผัสและจิตใจได้อย่างมาก นอกจากนี้โรงพยาบาลยังมีมุมสวนหย่อม ทะเลสาบหน้าห้องพัก ห้องพระสวดมนต์ ศาลาธรรม ไว้ให้สามารถทำกิจกรรมผ่อนคลายได้ ซึ่งส่วนใหญ่เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่คนในครอบครัวต้องป่วยด้วยโรคร้ายผู้ดูแลหลัก และครอบครัวจะเริ่มมาสนใจหาความรู้จากสื่อสิ่งพิมพ์หรือหนังสือเกี่ยวกับธรรมชาติ ความตาย การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อทำความรู้จักและทำความเข้าใจกับเรื่องดังกล่าวมากขึ้น

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ในจุดแรกรับ แพทย์ยังเป็นวิชาชีพหลักในการสื่อสารตามนโยบายการรักษาแบบประคับประคอง ต่อมาคือพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ได้พบกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่น พยาบาลจึงเป็นผู้

ส่งสารหลักในการสร้างความสัมพันธ์ ขอข้อมูลผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลัก ขณะเดียวกันผู้ดูแลหลักจะเป็นส่งสารและผู้รับสารแทนผู้ป่วยในรายที่ไม่สามารถนั่งสื่อสารกับพยาบาลได้ โดยเบื้องต้นพยาบาลมีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการเข้ารับบริการ สอบถามประวัติ อาการต่างๆ การครองในแง่ของแนวความคิดดูแลแบบประคับประคองจึงเกิดขึ้นจากภายในความต้องการของผู้ป่วยเองส่วนใหญ่โดยที่แพทย์ยังไม่ได้ถาม หากแต่ผู้ป่วยต้องการรับรู้ว่าการรักษาที่ไม่ทรمانนั้น

โดยภาพรวมของผู้ป่วยในวันแรกรับ พยาบาลจะเป็นผู้ยื่นนโยบายการรักษาต่อจากแพทย์ ในรายละเอียดการไม่มีหัตถการหรืออุปกรณ์เครื่องมือเพื่อการพุงซิปใดๆ เท่ากับเป็นการครองการรักษาด้วยบริบทของพื้นที่กรณีศึกษาที่ดูแลแบบประคับประคอง จึงไม่มีเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ ในการช่วยชีวิตเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินกับผู้ป่วย โดยเฉพาะการวางแผนการรักษาร่วมกันที่จะต้องสื่อสารกันก่อนทำการรักษา โดยเฉพาะแนวความคิดดูแลแบบประคับประคอง หากกรณีผู้ป่วยที่มาด้วยอาการไม่ฉุกเฉิน หรือผู้ดูแลหลักยังมีข้อกังวล แพทย์จะยังไม่ทำการรักษาจนกว่าจะได้วางแผนการรักษาที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักตัดสินใจเลือกและวางแผนการรักษาในแนวทางการดูแลแบบประคับประคองด้วยตนเอง ทั้งนี้พยาบาลจะให้ข้อมูลถึงกระบวนการดูแลแบบประคับประคองอีกครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักทำความเข้าใจตามที่ได้รับข้อมูลเบื้องต้นจากแพทย์ก่อนหน้านี้เพื่อดำเนินการแรกรับเข้ารับการรักษาตามรายละเอียดแผนที่การดูแล 14 วันต่อไป

สำหรับรูปแบบการสื่อสารเป็นการสื่อสารระหว่างบุคคล คือพยาบาลเป็นผู้ส่งสารหลักสอบถามรายละเอียดของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เช่นระดับความปวดในขณะนี้ การรักษาโรคจากสถานที่เดิม และอาการล่าสุดของผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมา โดยผู้ดูแลหลักเป็นผู้ตอบคำถามส่วนใหญ่ พยาบาลจะสื่อสารไปพร้อมกับการจดบันทึกรายละเอียด ตามแบบฟอร์มรายการในวันแรกรับผู้ป่วยเพื่อรายงานแพทย์ต่อไป รวมทั้งเป็นข้อมูลเบื้องต้นให้กับทีมสหวิชาชีพอื่นๆ ขณะเดียวกัน พยาบาลจะเป็นผู้ส่งสารทำความเข้าใจต่อจากแพทย์ข้างต้นเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเข้าใจแนวความคิดดูแลแบบประคับประคองที่เป็นนโยบายของสถานที่ตั้งกล่าวตามนโยบายโดยเป้าหมายหลักของการดูแลเพื่อลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบหรือตายดีตามมาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

1.1.2 ผู้ป่วยเข้าห้องพักเพื่อเข้ากระบวนการรักษา หลังจาก que ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้เข้าพักรักษาตัวแล้ว จะมี 3 วิชาชีพพบในห้องตามลำดับความสำคัญดังนี้

1) พยาบาลในพื้นที่กรณีศึกษา

พยาบาลผู้ให้ข้อมูลยังคงเป็นวิชาชีพหลักที่เป็นผู้ส่งสารหลักในห้องพักผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก โดยบริบทนี้มีเป้าหมายการสื่อสารเพื่อการดูแลเรื่องการอำนวยความสะดวกการพักรักษาตัวในห้องพัก การรับประทานอาหาร และยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการเบื้องต้น

พยาบาลมีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยที่พักรักษาตัวเมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเข้าห้องพัก พยาบาลจะเปลี่ยนผลัดเวร 2 ช่วงเวลาเป็นประจำทุกวัน 12 ชั่วโมงสลับกันเป็นผู้เข้ามาดูแลแต่ละห้องพักตามปกติ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้พบพยาบาลไม่ซ้ำกันในวันแรกๆ แต่หลังจากนั้นจะพบพยาบาลคนเดิมและเริ่มคุ้นเคยกันมากขึ้น การสื่อสารหลังจากวันแรกเริ่มเข้ารับการรักษาของพยาบาลแต่ละคนส่วนใหญ่จะไม่แตกต่างกันมาก ซึ่งพยาบาลจะเริ่มมีการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมากขึ้นและทำให้เนื้อหาการสื่อสารในห้องพักระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเป็นการเริ่มต้นสร้างความคุ้นเคย การแสดงออกด้วยความเมตตาและความห่วงใยระหว่างรอการรักษา ดังตัวอย่างนี้

พยาบาล: สวัสดีค่ะคุณลุง วันนี้เหนื่อยมั๊ย หิวรึยัง

ผู้ป่วย B3: ไม่เหนื่อย หิวนิดๆ

พยาบาล: คุณลุงปวดอะไรตรงไหน ต้องการอะไรก็บอกหนูนะ หนูอยู่หน้าห้องนี้เอง เดินมาบอกพยาบาลได้ทุกคนค่ะ (พร้อมรอยยิ้ม) ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักก็ยิ้มรับและขอบคุณ

จากตัวอย่างการสนทนาข้างต้นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยชี้ให้เห็นว่า พยาบาลมีการสร้างความสัมพันธ์เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก ด้วยการสื่อสารแบบเข้าใจ แสดงความเห็นอกเห็นใจในรูปแบบทั้งภาษาพูดด้วยการสื่อสารที่มีน้ำเสียงอ่อนโยน ห่วงใย และภาษากายที่เป็นอวัจนภาษา เช่น สีหน้า แววตา การสัมผัสตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักรู้สึกผ่อนคลาย แสดงออกถึงความห่วงใย และเกิดความไว้วางใจพยาบาลในเวลาต่อมาที่เข้ามาดูแล

กล่าวโดยสรุปการสื่อสารของพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในบริบทแรกรับพยาบาลเป็นด่านหน้าที่พบกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เป็นทั้งผู้ให้ข้อมูลตามแบบฟอร์ม ระเบียบเอกสารต่างๆ ขณะเดียวกันก็เป็นผู้รับข้อมูลจากผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการ โรค ภูมิหลัง ความเป็นมา โดยเน้นให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกตามบริบทพื้นที่โรงพยาบาลที่จัดให้ มีรูปแบบการสื่อสารระหว่างบุคคล โดยให้ความสำคัญกับการสื่อสาร โดยใช้กลวิธีแสดงออกถึงความเป็นญาติพี่น้องที่จะให้การดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักตลอดการรักษาตัวที่นี่ มีความเห็นอกเห็นใจ ให้ความอุ่นใจ สบายใจ เกิดความไว้วางใจ โดยมีความถี่การสื่อสารทุกวัน วันละ 4-5 ครั้ง ตามอาการและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก นอกจากนี้ยังมีประเด็นเนื้อหาที่ส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักจะมีความกังวลในกระบวนการขั้นตอนการรักษามากกว่าผู้ป่วยและสอบถามการนัดหมายวันเวลาที่พบบ่อยครั้ง ซึ่งจะกล่าวในบริบทการแจ้งอาการต่อไป พยาบาลจึงมีบทบาทเป็นผู้ส่งสารหลักใน

บริบทนี้มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลสุขภาพ ใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก รวมถึงให้ข้อมูลการดูแลแบบประคับประคองตามบริบทของพื้นที่รักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ไปพร้อมกัน

สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการสื่อสารของวิชาชีพพยาบาลในเรอรับนี้คือ (1) การสื่อสารที่สร้างความเข้าใจต่อจากแพทย์ถึงการรักษาของพื้นที่กรณีศึกษาที่รักษาแบบประคับประคองไม่มีเครื่องมือการแพทย์เพื่อการพยุงชีพหรือช่วยชีวิตใดๆ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่เข้าใจคำว่าประคับประคอง แต่ผู้ป่วยจะแจ้งการรักษาตนเองว่าไม่ต้องการทรมาน (2) ความกังวลกับการรักษาด้วยการฉายแสงรังสีรักษา ผู้ป่วยบางรายยังติดกับการแพทย์พื้นบ้าน หรือสมุนไพรพยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด บางครั้งต้องให้ข้อมูลสร้างความมั่นใจกับการฉายแสงรังสีหากไปปรับสมุนไพรด้วย อาจทำให้ไม่ได้ผลการรักษาเท่าที่ควรได้ (3) บุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์มีจำนวนน้อยและมีเวลาจำกัดทำให้ไม่มีการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันกับผู้ป่วย การสื่อสารหลักจึงเป็นหน้าที่ของพยาบาล ที่ต้องมีความรู้ เทคนิค และประสบการณ์ ในการให้ข้อมูลแทนแพทย์บางส่วนซึ่งไม่สามารถสื่อสารได้ทั้งหมดตามที่ผู้ป่วยต้องการ

2) นักจิตวิทยาในพื้นที่กรณีศึกษา

นักจิตวิทยาเป็นวิชาชีพด้านหน้าต่อจากพยาบาลที่ต้องเข้ามาพบผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในห้องพัก โดยมีเป้าหมายหลักในการสื่อสารเพื่อประเมินความเครียด ความวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้าจนถึงแนวโน้มนการฆ่าตัวตายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก จากการเป็นโรคมะเร็งและเข้าสู่การรักษาเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลังจากเรอรับเข้ารับการรักษา ทั้งนี้ นักจิตวิทยาต้องศึกษาข้อมูลประวัติการรักษาโรค อาการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักจากพยาบาลทุกครั้งก่อนการเข้าพบผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเพื่อทำการประเมิน

การสื่อสารของนักจิตวิทยานอกจากจะเน้นประเด็นสารเรื่องการประเมินภาวะจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักตามเอกสารแบบฟอร์ม เพื่อขยับยั้งหรือสกัดกั้นความคิด ความรู้สึกเชิงลบในจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ที่จะมีอาการทางจิตที่ไปถึงภาวะที่รุนแรงให้ได้ และเพื่อเน้นการสื่อสารลักษณะให้ความช่วยเหลือ หรือคำแนะนำในมุมมองการมีทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินชีวิต รวมถึงการสื่อสารแบบเห็นอกเห็นใจกับผู้ป่วยอีกด้วย ซึ่งไม่ได้ดูแลเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังต้องประเมินภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลหลักด้วยเช่นกัน นักจิตวิทยาจึงต้องมีการสื่อสารและทำการประเมินภาวะทางจิตใจกับผู้ดูแลหลักด้วย หลังจากที่ประเมินผู้ป่วยแล้วเสร็จ และหากกรณีผลการประเมินพบว่า ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลหลักมีภาวะความเครียด หรือ แนวโน้มนการฆ่าตัวตาย นักจิตวิทยาจะต้องมีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องและเข้าพบเพื่อทำการประเมินอาการทางจิตใจถี่มากขึ้น

กรณีตัวอย่าง ภายหลังจากประเมินผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ดียอมรับความตายได้ แต่ผู้ดูแลหลัก C2 มีความสัมพันธ์เป็นมารดาผู้ป่วย B1 มีภาวะระดับความเครียด ความวิตกกังวลสูง และมีแนวโน้มฆ่าตัวตาย นักจิตวิทยาจึงต้องประเมินเพื่อติดตามอาการผู้ดูแลหลักดังกล่าวมีความถี่มากขึ้นวันละ 2 ครั้ง หรือตามอาการที่พยาบาลแจ้ง ซึ่งประเด็นที่นักจิตวิทยาสื่อสารกับผู้ดูแลหลัก จะเน้นการแสดงออกให้เห็นถึงความเห็นอกเห็นใจ สื่อสารเพื่อสร้างการผ่อนคลาย แนะนำกิจกรรมที่โรงพยาบาลจัดไว้ เช่น ห้องศิลปะ ห้องพระ มุมหนังสือธรรมะ กำแพงให้กำลังใจ (wall of love) ที่สามารถอ่านหรือเขียนไว้ที่กระดานดังกล่าวได้ ซึ่งผู้ดูแลหลักได้ใช้บริการตามจุดต่างๆ ที่ผู้วิจัยสังเกตเห็นก็ทำให้ผู้ดูแลหลักผ่อนคลายความตึงเครียดลงได้มากขึ้น จากตัวอย่างนี้เองจึงเป็นข้อสรุปได้ว่า นักจิตวิทยาต้องมีการสื่อสารกับผู้ดูแลหลักร่วมด้วยไม่ได้สื่อสารกับผู้ป่วยฝ่ายเดียวเท่านั้น ดังที่นักจิตวิทยากล่าวว่า

“...เวลาที่นักจิตเข้าไปหาผู้ป่วย ต้องประเมินผู้ดูแลหลักด้วย เพื่อพูดคุยและประเมินความเครียด ส่วนใหญ่ผู้ป่วยพูดคุยได้ดีเข้าใจความตายดี แต่นักจิตก็ไม่ใช้คำว่าตายก่อนนะ จะใช้คำว่า ความสงบในบั้นปลายของชีวิต แทนคำที่ใช้กันว่า การเดินทางสู่เส้นทางของชีวิต ก่อนเข้าไปนักจิตจะศึกษาข้อมูลหาความรู้เรื่องการตายดีหรือประสบการณ์ของผู้ป่วยอื่นๆ ที่ผ่านความทุกข์ทรมานต่างๆ หากเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ได้ไปพบ ก็จะนำไปเล่าให้ฟังเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับมากขึ้น...”

(นักจิตวิทยาในพื้นที่สนาม A5, สัมภาษณ์, 30 พฤศจิกายน 2563)

จากกรณีตัวอย่างข้างต้นผู้ดูแลหลักเป็นมารดาของผู้ป่วยทำให้เห็นว่า บุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะวิชาชีพที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก คือนักจิตวิทยา และพยาบาลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ เป็นวิชาชีพที่ให้ความสำคัญการดูแลจิตใจมากกว่าร่างกาย ซึ่งมีส่วนช่วยชี้นำ บรรเทาความรู้สึกรวดกักร่างกายต่างๆ ที่แทรกซ้อนได้ตลอดเวลาในแง่ลบที่มีผลต่อการรักษาทางร่างกายและจิตใจต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ขณะเดียวกันนักจิตวิทยา พยาบาลเองหรือทุกวิชาชีพสามารถเป็นสาเหตุให้เกิดความกังวลภายในจิตใจผู้ป่วย และผู้ดูแลหลักได้เช่นกัน จากการสื่อสารผ่านภาษาคำพูดวัจนภาษา และภาษากาย อวัจนภาษาที่แสดงออกผ่านสีหน้า แววตา ท่าทาง

ดังนั้นรูปแบบการสื่อสารของนักจิตวิทยากับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักจึงเป็นการสื่อสารระหว่างบุคคล ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเป็นผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก นักจิตวิทยาเป็นผู้รับข้อมูลส่วนใหญ่ แต่หากในกรณีผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความเครียดกังวลที่จะนำไปสู่ความรุนแรง นักจิตวิทยา

จะสลับบทบาทเป็นผู้ให้ข้อมูลต่างๆ ที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่สามารถช่วยให้มีมุมมองทัศนคติที่ดีขึ้นต่อการมองชีวิต เช่น การนำเรื่องเล่าประสบการณ์การทำงาน หรือกรณีตัวอย่างผู้ป่วยอื่นๆ รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากหนังสือตำรามาถ่ายทอดแลกเปลี่ยนข้อมูลกันกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เพื่อให้เห็นคุณค่าของการมีชีวิตอยู่

สำหรับปัญหาและอุปสรรคการสื่อสารของนักจิตวิทยา คือ การเข้าไปพบผู้ป่วยของนักจิตวิทยา ที่เป็นการพบกันครั้งแรก ด้วยภาระงานตามหน้าที่บุคลากรและเวลาที่มีจำกัดในแต่ละวิชาชีพ บางครั้งพยาบาลจะไม่ได้แจ้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักล่วงหน้าก่อน ทำให้เกิดกรณีผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักบางคนไม่พร้อมกับการตอบคำถามการประเมินกับนักจิตวิทยาส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ อึดอัด ความไม่พร้อมสื่อสารจึงทำให้ไม่ประสบความสำเร็จ

3) นักสังคมสงเคราะห์ในพื้นที่กรณีศึกษา

นักสังคมสงเคราะห์เป็นวิชาชีพสุดท้ายที่มาสื่อสารในห้องพักผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในช่วงแรกรับรักษาตัวที่นี่ เมื่อผู้ป่วยเข้าพักได้ 1-2 วัน จะมีการนัดหมายล่วงหน้าโดยนักสังคมสงเคราะห์จะศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องก่อนเข้าพบผู้ป่วย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า นักสังคมสงเคราะห์มีเป้าหมายการสื่อสารหลักกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเพื่อให้ข้อมูลในมิติเศรษฐกิจ การให้ความช่วยเหลือในสิทธิประโยชน์ที่พึงได้ตามสิทธิ์ที่ผู้ป่วยเข้าร่วมสมทบจากประกันสังคม ให้คำแนะนำในขั้นตอนต่างๆ เพื่อรักษาสิทธิประโยชน์นั้นๆ ให้ผู้ป่วย โดยจะไม่เน้นการสื่อสารข้อมูลที่มุ่งโน้มน้าวจิตใจใดๆ แต่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเท่านั้น ดังตัวอย่างที่นักสังคมสงเคราะห์สนทนากับผู้ป่วย

นักสังคมสงเคราะห์: ตอนนี้คุณป้าใช้สิทธิ์อะไรครับ

ผู้ป่วยมะเร็ง B2: จ่ายประกันสังคมทุกเดือนตามมาตรา 39 เดือนละ 432 บาท แต่เมื่อก่อนทำงานก็จ่ายทุกเดือนตามมาตรา 33 (ผู้ป่วยในพื้นที่สนามผู้ให้ข้อมูลคนนี้มีความรู้และการศึกษาเกี่ยวกับสวัสดิการการทำประกันสังคมที่ตนได้รับ โดยรับรู้ว่าเป็นสิทธิตามกฎหมายในมาตราใดเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยรายอื่นๆ ยังไม่รับรู้ข้อมูลดังกล่าวนี้)

จากข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยคนนี้มีความรู้เรื่องสิทธิ ก็จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิทางมิติเศรษฐกิจอย่างละเอียด ขณะผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รับรู้สิทธิการจ่ายเงินกองทุนที่สมทบต่างๆ นักสังคมสงเคราะห์จะเป็นผู้ที่เข้ามาให้ข้อมูลที่ตรงตามสิทธิ์กลับไปยังผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่รู้ว่าตนมีสิทธิ์อะไร ซึ่งจะแตกต่างกันกับช่วงแรกกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักจะเป็นผู้ให้ข้อมูลกับพยาบาลและนักจิตวิทยาเป็นส่วนใหญ่ ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักจึงเป็น

ผู้รับข้อมูลจากนักสังคมสงเคราะห์มากกว่าผู้ให้ข้อมูล หรืออีกนัยหนึ่ง นักสังคมสงเคราะห์ เป็นผู้ให้ข้อมูลที่ เป็นความรู้ เป็นประโยชน์โดยเน้นเรื่องมิติเศรษฐกิจต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เปรียบเหมือนเป็นผู้มาให้ความช่วยเหลือ ดังที่ผู้ป่วยคนหนึ่งกล่าวด้วยความดีใจว่า

“ไม่รู้ข้อมูลนี้มาก่อนเลย ไม่เคยมีใครบอก ที่เข้ารับการรักษาที่เก่าก็ไม่เคยแจ้งสิทธิประโยชน์แบบนี้เลย”

(ผู้ป่วยมะเร็ง B3, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2563)

นักสังคมสงเคราะห์มีกลวิธีการสื่อสารที่มีลำดับขั้นตอนเป็นการสื่อสารที่มีความชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความไว้วางใจและเชื่อมั่นในการสื่อสาร เช่น มีการแนะนำตัวทุกครั้งและอธิบายความหมายของชื่อวิชาชีพนักสังคมสงเคราะห์เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในมิติใดบ้าง และด้วยเหตุที่นักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ และช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักด้านสิทธิประโยชน์ที่ไม่เคยพบในพื้นที่รักษาก่อนหน้านี้ จึงทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเกิดความไว้วางใจ เชื่อมั่นและศรัทธาการเข้ามาสื่อสารของนักสังคมสงเคราะห์

รูปแบบการสื่อสารระหว่างบุคคล ที่ไม่ได้รับข้อมูลเพียงฝ่ายเดียว แต่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน คือผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเป็นทั้งผู้รับข้อมูลและผู้ให้ข้อมูล ขณะเดียวกันประเด็นเนื้อหาสาระที่เป็นเรื่องของการเข้ามาให้ความช่วยเหลือคล้ายกับกรณี นักจิตวิทยาทำให้อกลวิธีการสื่อสารมุ่งไปสู่การแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ซึ่งจะแสดงออกให้เห็นมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับบุคลิกลักษณะของผู้ส่งสารที่แสดงออกมา แต่ละบุคคล ทั้งนี้ในวิชาชีพพยาบาล นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ล้วนแสดงออกถึงบุคลิกลักษณะการสื่อสารดังกล่าวนี้

นอกจากนี้ ด้วยความเชื่อมั่นศรัทธานักสังคมสงเคราะห์ของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักนี้เองทำให้นักสังคมสงเคราะห์สามารถสื่อสารพูดคุยเรื่องอื่นๆ ที่นอกเหนือมิติเศรษฐกิจตามบทบาทหน้าที่ได้ ประกอบกับภูมิหลังและประสบการณ์ในทางศาสนาพุทธยาวนาน จึงทำให้การสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักนั้นไหลไปยังข้อมูลอื่นๆ เช่น คำสอนทางพุทธศาสนาการทำดีทำชั่ว การสื่อสารเรื่องความตายและการตายที่ให้ความสำคัญกับจิตสุดท้าย ด้วยการนึกถึงสิ่งที่ดีงามเป็นต้น ซึ่งเป็นไปตามบุคลิกลักษณะที่เป็นธรรมชาติเฉพาะบุคคล ทำให้นักสังคมสงเคราะห์สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในช่วงแรกรับได้กว้างขวางหลากหลายประเด็นเนื้อหาสาระ โดยยึดหลักการสื่อสารแบบเข้าใจ เห็นอกเห็นใจเป็นจุดเริ่มต้น ซึ่งทำให้เกิดช่องทางการสื่อสารต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักต้องการคำปรึกษา ด้วยการสื่อสารผ่านโปรแกรมไลน์กับผู้ป่วย

และผู้ดูแลหลัก เป็นต้น ซึ่งกล่าวได้ว่า นักสังคมสงเคราะห์ได้เพิ่มช่องทางการสื่อสารให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักเพื่อนคลายและมีเพื่อนพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยมีเป้าหมายหลักคือ การสื่อสารที่เน้นความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ การใช้เวลาผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักอย่างต่อเนื่องไม่เฉพาะ แต่ในเวลาทำการปกติเท่านั้น

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การสื่อสารกับนักสังคมสงเคราะห์ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีบทบาทเป็นผู้ส่งสารมากขึ้น (active audience) เกิดความเท่าเทียมกันในแง่ผู้ส่งสารและผู้รับสารทิศทางการสื่อสารเป็นแนวระนาบเดียวกันอย่างแท้จริง บนพื้นฐานความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ และเสมอภาค ดังที่นักสังคมสงเคราะห์กล่าวว่า “ผมได้เรียนรู้ตัวเองและลดความเป็นตัวตนให้มีความสำคัญกับทีมและผู้ป่วยมากขึ้น” (นักสังคมสงเคราะห์ในพื้นที่สนาม A4, สัมภาษณ์, 24 ธันวาคม 2563)

สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการสื่อสารของนักสังคมสงเคราะห์กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ด้วยการพบกันครั้งแรกผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเฉพาะบางคนยังมีตัวตน ความเกรียดย ความกังวล เช่น ตัวโรค อาการโรค ระยะที่เป็น และเวลาที่เหลืออยู่ ฯลฯ ส่งผลให้ไม่ต้องการเปิดเผยภาวะเศรษฐกิจในครอบครัว หรือการขอความช่วยเหลือมิติเศรษฐกิจ หรือไม่ต้องการความช่วยเหลือใดๆ แต่ผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักในกรณีศึกษาส่วนใหญ่ประทับใจการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ที่ให้คำแนะนำช่วยเหลือเหมือนคนในครอบครัว ทำให้การสื่อสารประสบความสำเร็จ

กล่าวโดยสรุปในช่วงเวลาการแรกเริ่มผู้ป่วยมะเร็ง วิชาชีพที่มีบทบาทหน้าที่เข้ามาดูแลและสื่อสารกับผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ พยาบาล นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ตามลำดับ โดยเป็นการสื่อสารระหว่างบุคคล เป้าหมายการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูล และแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน โดยเน้นการสร้างความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นด้วยการใช้กลวิธีการสื่อสารแบบเข้าใจ เห็นอกเห็นใจที่แสดงออกทั้งในรูปแบบภาษาพูด (วจนภาษา) ด้วยการสื่อสารที่มีน้ำเสียงนุ่มนวล และภาษากาย (อวจนภาษา) ด้วยการแสดงออกผ่านสีหน้า แววตา ท่าทางที่เป็นมิตรผ่านการสัมผัสด้วยความเมตตา ซึ่งการเผชิญหน้าในแรกเริ่มการรักษานี้ บุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพเข้ามาสื่อสารตามบทบาทหน้าที่ ขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักเองต่างก็ต้องการด้วยการตัดสินใจรักษาตามนโยบายในโรงพยาบาลกรณีศึกษาโดยไม่มีการสอบถามข้อมูลใดๆ เป็นการต่อรองแบบยินยอมการรักษา ระดับหนึ่ง

ทั้งนี้ในการแรกเริ่มการสื่อสารและการต่อรองมีความแตกต่างกันไปตามบทบาทหน้าที่ บุคลิกลักษณะ และประสบการณ์การทำงาน ซึ่งทำให้เป้าหมายการสื่อสาร รูปแบบวิธีการสื่อสาร ประเด็นเนื้อหาสารหรือการออกแบบสารแตกต่างกัน เช่น กรณีพยาบาลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมากที่สุดจึงต้องอาศัยการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ที่ต้องค่อยเป็นค่อยไปในการ

พัฒนาความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักอย่างต่อเนื่อง จึงต้องมีวิธีการสื่อสารที่เป็นกันเองและเข้าใจผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักด้วยความจริงใจ บางวิชาชีพอาจมีวิธีการสื่อสารคล้ายกัน เช่น นักจิตวิทยากับนักสังคมสงเคราะห์ที่เป็นผู้เข้ามาให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก การสื่อสารจึงต้องมีกลวิธีแบบแสดงความเห็นอกเห็นใจพร้อมไปกับการออกแบบเนื้อหาที่เป็นธรรมชาติให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเกิดความสบายใจผ่อนคลาย โดยเฉพาะนักจิตวิทยาที่มีเป้าหมายเข้ามาประเมินภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เป็นต้น ขณะเดียวกันการให้ข้อมูลและรับข้อมูลระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักด้วยกันอาจมีเท่าๆ กัน หรือ แตกต่างกันด้วยเช่นกัน ดังที่ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดข้างต้น

ด้วยเหตุนี้ การสื่อสารเรื่องความตายจึงมีความเกี่ยวข้องกับบุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์/แพทยรังสีรักษา ที่มีเวลาจำกัดทำให้ขาดการสร้างความสัมพันธ์ช่วงแรกกับผู้ป่วยเน้นการให้ข้อมูลและรับข้อมูลแลกเปลี่ยนกันระหว่าง พยาบาล นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อนำข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ไปสื่อสารในระดับกลุ่มต่อไปที่อยู่ในขั้นตอนการดูแลการแจ้งอาการของแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัว และในการประชุมทีมสหวิชาชีพที่ประกอบด้วยบุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งมีการประชุมเดือนละ 1-2 ครั้ง เพื่อนำกรณีตัวอย่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมานำเสนอและร่วมแลกเปลี่ยนกัน โดยมีแพทย์เป็นผู้ชักถาม ควบคุมการประชุมเป็นหลัก ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอในรายละเอียดตามลำดับต่อไป

ในช่วงการแรกรับแพทย์จะมีการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยช่วงเวลาสั้นๆ และช่วงที่ตรวจอาการในห้องพัก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ส่งตัวมารักษาที่พื้นที่กรณีศึกษา ล้วนผ่านการดูแลรักษาแบบยาหอมยาสมุนไพร ตามกระบวนการแพทย์แบบพื้นบ้านมาก่อนและบางรายยังมีการใช้ยาสมุนไพรดังกล่าวร่วมกันในระยะแรก การต่อรองของแพทย์จึงเป็นการยอมรับความต้องการใช้ยาสมุนไพรของผู้ป่วยหากแต่ ยาสมุนไพรดังกล่าวต้องไม่ส่งผลอันตรายกับผู้ป่วยหรือมีผลกับการรักษาแบบแผนปัจจุบัน และยอมรับว่าการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนี้ต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพหลายวิชาชีพที่มีความเฉพาะเข้ามาดูแล โดยเฉพาะด้านจิตใจของผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักที่ต้องให้วิชาชีพ พยาบาลหรือนักจิตวิทยา หรือเศรษฐานะที่คอยให้นักสังคมสงเคราะห์ช่วยเหลือ ขณะที่พยาบาลนักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยา ดำเนินการตามบทบาทหน้าที่เป็นหลัก โดยจะเน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักให้เกิดความไว้วางใจ มีมุมมองศาสนา เข้าใจจิตวิญญาณผู้ป่วยเป็นหลัก และเน้นกระบวนการแพทย์แบบสังคมและนิเวศน์สังคมที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบไม่ทรมานหรือแบบประคับประคอง และที่สำคัญตามความต้องการของผู้ป่วย จึงทำให้การเผชิญหน้าในแต่ละช่วงเวลามีการสื่อสารระหว่างกันที่ดี โดยเฉพาะพยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ที่มีประสบการณ์การทำงานมาเป็นเวลานาน ทำให้เข้าใจความต้องการของผู้ป่วยในแบบเอาใจเขามาใส่

ใจเรา ที่สามารถสื่อสารให้กับผู้ดูแลหลักได้เข้าใจในประเด็นนี้อีกด้วย และแม้ในทีมสหวิชาชีพที่ทำงานร่วมกันก็ตามก็ล้วนมีการต่อรองเช่นกัน ดังเช่นนักสังคมสงเคราะห์ที่ย้ำว่าทุกวิชาชีพนั้นเท่าเทียมกัน ไม่มีวิชาชีพใดเด่นกว่าใคร แต่ควรพุ่งความสนใจไปที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นสิ่งสำคัญ

2.2 การแจ้งอาการเพื่อดำเนินการรักษา (วันที่ 2-3) และการประชุมทีมสหวิชาชีพ

ในการวิเคราะห์การแจ้งอาการ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และการสังเกตการณ์อย่างไม่มีส่วนร่วม 2 หัวข้อ คือ (1) การแจ้งอาการโดยแพทย์เจ้าของคนไข้ และ (2) การตรวจเยี่ยมอาการ (round ward) โดยแพทย์ทั่วไปตามสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ ซึ่งจะไม่ได้มีการแจ้งข่าวร้ายเป็นครั้งแรกโดยตรง แต่เป็นการพบแพทย์รังสีรักษาที่เป็นแพทย์เจ้าของคนไข้เพื่อประชุมครอบครัว หรือเรียกว่า ทำ Family meeting ซึ่งจะแจ้งอาการล่าสุดที่ผู้ป่วยเข้ามารักษาพร้อมกับครอบครัว เพื่อร่วมวางแผนการรักษาล่วงหน้าด้วยตนเอง โดยกระบวนการฉายรังสีจะดำเนินการวันละ 1 ครั้งในวันเวลาราชการ จำนวนที่ครั้งนั้นขึ้นอยู่กับชนิดมะเร็ง อายุของผู้ป่วยที่จะรับรังสีได้โดยปริมาณรังสีจะเท่ากัน ซึ่งผู้ป่วยมีสิทธิ์เลือกได้ เช่น ฉายรังสี 5 วัน, 8 วัน หรือ 10 วัน ตามที่ได้ตกลงร่วมกัน และผู้ดูแลหลักต้องลงนามในเอกสารยินยอมให้แพทย์รักษา ซึ่งเป็นการต่อรองการรักษาตามปกติของแพทย์ ขณะเดียวกันแพทย์จะย้ำเรื่องการไม่มีบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยื้อชีวิตหากกรณีฉุกเฉินในวันดังกล่าวด้วยมีรายละเอียด ดังนี้

2.2.1 การแจ้งอาการโดยแพทย์เจ้าของคนไข้

ในประเด็นนี้ผู้สื่อสารหลักประกอบด้วย แพทย์รังสีรักษาที่เป็นแพทย์เจ้าของคนไข้ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ดูแลหลัก และครอบครัว ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าแพทย์รังสีรักษาหรือแพทย์เจ้าของคนไข้จะเป็นผู้สื่อสารหลักกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ประเด็นเนื้อหาสาระเกี่ยวกับอาการโรคที่จุดใดและมีการลูกกลมไปที่ใดกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก แพทย์แต่ละคนจะมีการสื่อสารแตกต่างกันไป เป้าหมายการสื่อสารของแพทย์รังสีรักษาเพื่อดำเนินการประชุมครอบครัว (Family meeting) ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ครอบครัวได้รับรู้การแจ้งอาการโรคพร้อมกัน เน้นผู้ป่วยวางแผนล่วงหน้ารักษาด้วยตนเอง และแพทย์จะแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบรายละเอียดแนวทางการรักษา เช่น การให้เคมีบำบัด การฉายรังสีรักษาบริเวณที่เป็นมะเร็ง ทั้งนี้ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการรักษาร่วมกับแพทย์พื้นบ้านหรือสมุนไพรด้วยการติดการรักษาดั้งเดิมมานั้น แพทย์จะทำความเข้าใจกับผู้ป่วยถึงผลกระทบและจะไม่คัดค้านหากยาสมุนไพรดังกล่าวไม่ส่งผลเสียต่อการฉายแสง หากแต่ในระยะต่อมาการรักษาไม่ดีขึ้น แพทย์จะอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและรักษาฉายแสงทางเดียวก่อนเพื่อดูผลการรักษาที่ชัดเจน

ดังนั้น ในขั้นตอนนี้ที่พบกับแพทย์เจ้าของคนไข้ เพื่อทำการฉายแสงรังสีรักษาในรายที่เป็นการฉายแสงครั้งแรก แพทย์จะเน้นสื่อสารประเด็นเรื่องการดูแลแบบประคับประคองเป็นหลักตามนโยบายการรักษาพื้นที่สนาม ที่ไม่มีอุปกรณ์การช่วยชีวิตใดๆ เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะการให้ผู้ป่วยวางแผนรักษาตนเองร่วมกัน ส่วนการลงนามในเอกสารพินัยกรรมชีวิตเป็นเรื่องรองลงมา เพื่อเป็นการย้ำเตือนข้อมูลอีกครั้งถึงความหมายการรักษาแบบประคับประคอง รักษาตามอาการ ไม่ยื้อชีวิตที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องทุกข์ทรมาน โดยไม่จำเป็นต้องมีการโน้มน้าวใดๆ หากแต่ผู้ป่วยได้สื่อสารแสดงความต้องการรักษาแบบไม่ทรมานด้วยตนเอง ทั้งนี้การสื่อสารขึ้นอยู่กับแพทย์เจ้าของคนไข้ แพทย์บางคนจะไม่พูดตรงๆ ใช้คำพูดนุ่มนวล ขณะที่แพทย์บางคนอาจใช้คำพูดตรงๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยฟังแล้วรุนแรง หรือกระทบจิตใจผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการสื่อสารที่มีแพทย์เป็นผู้ส่งสารหลักย่อมมีอำนาจทางวิชาชีพที่เป็นผู้รักษาแฝงอยู่ ตามภูมิหลัง ประสบการณ์ของแพทย์แต่ละบุคคลที่แตกต่างกันไป ดังกรณีตัวอย่างผู้ป่วย กล่าวว่า

“...วันที่พบหมอพร้อมครอบครัว หมอบอกกับหนูและทุกคนว่าจะรักษาประคับประคอง หนูไม่เข้าใจ หนูถามว่าเป็นระยะที่เท่าไร หมอก็บ่ได้บอกระยะ หมอบอกแต่ว่ามันลามไปหมดแล้วกระจายไปตามตัว และศีรษะ จะรักษาได้จุดสำคัญก่อนเอาที่ศีรษะก่อน พอหมอบอกว่าถ้ารักษาไม่ตอบสนองจะยุติการรักษาหนูจิตตกเลย แม่และครอบครัวร้องไห้กันหมด ...”

(ผู้ป่วยมะเร็ง B1 ในพื้นที่สนาม, 6 ธันวาคม 2564)

จากข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่า การสื่อสารในการแจ้งอาการของแพทย์เจ้าของคนไข้ ผู้เป็นแพทย์ที่รักษาด้วยการฉายรังสีรักษาในฐานะผู้ส่งสารมีการเผชิญหน้าและการต่อรองผ่านการสื่อสารในลักษณะที่ใ้รับบทบาทเป็นอำนาจแพทย์ที่เป็นอยู่ และบางครั้งเคยชินกับการสื่อสารในบทบาทผู้บังคับบัญชากับผู้ใต้บังคับบัญชา หรือการสั่งการที่มีระดับการสื่อสารแบบบนลงล่าง (Top-down communication) แม้แพทย์รังสีรักษาจะมีการออกแบบสารให้ไม่กระทบจิตใจผู้ป่วย เช่น การเปลี่ยนคำพูดว่าระยะสุดท้าย เป็นระยะแพร่กระจายก็ตาม แต่ด้วยการสื่อสารที่ผ่านคำพูดวัจนภาษาออกไปพร้อมกับน้ำเสียง ท่าทาง สีหน้า แววตาที่เป็นอวัจนภาษาโดยอัตโนมัตินั้นเอง ย่อมส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว โดยอัตโนมัติหลังจากรับข้อมูลดังกล่าว ดังนั้นการใช้คำพูดว่า “แพร่กระจายไปหมดแล้ว” และ “ถ้าไม่ตอบสนองจะยุติการรักษา” เป็นเนื้อหาสารที่ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสิ้นหวัง หมกมุ่นกังวล และติดติดกับการได้ยินคำพูดดังกล่าวทันที เพราะ

ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะรับรู้ว่าคุณเป็นมะเร็งและยังต้องการรับรู้ระยะของโรคอีกด้วย แต่ผู้ป่วยก็ยังมี ความหวังที่แพทย์จะทำการรักษาอาการป่วยดังกล่าวให้ทุเลาลงได้

การสื่อสารดังกล่าวของแพทย์เจ้าของคนไข้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในช่วงแจ้ง อาการ ถือเป็น การต่อรองการรักษาในเชิงอำนาจความเป็นแพทย์กับผู้ป่วย ด้วยการทำข้อตกลงกับ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักไว้ล่วงหน้าก่อนการรักษา ซึ่งเมื่อแพทย์พุดจบและจากไป เท่ากับแพทย์ได้ทิ้ง ความวิตกกังวล และความสิ้นหวังต่างๆ ที่ยังไม่ได้ทำการรักษาไว้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก อย่างไรก็ ตามการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยนี้ขึ้นอยู่กับสไตล์หรือบุคลิกลักษณะการแสดงออกของ แพทย์เจ้าของคนไข้แต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า แพทย์ก็ยังมี การต่อรองการรักษา กับผู้ป่วยและ ผู้ดูแลหลัก ด้วยแพทย์ในยุคปัจจุบันได้เรียนรู้การรักษาโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่แม้รักษาไปก็ต้อง เสียชีวิตอยู่ดี ซึ่งขัดกับภาพรวมของแพทย์ และวิชาแพทย์ที่ได้เรียนรู้มาในอดีตที่เชื่อมั่นใน การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์การรักษาด้วยเทคโนโลยี เป็นผู้มีความรู้สามารถรักษาโรคทุกโรคได้ ซึ่งเป็นไปตามวิวัฒนาการการรักษาโรค เมื่อกระบวนการแพทย์เปลี่ยนไปตามกาลเวลาทำให้ ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คนเป็นไปตามการใช้ชีวิต และนำมาซึ่งโรคเรื้อรังมากมายที่รักษาไม่หาย

ดังนั้นจากอดีตที่แพทย์สามารถรักษาเอาชนะความตายได้ แต่ปัจจุบันได้ยอมรับว่า โรคเรื้อรังเช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ประกอบกับยังมีแนวคิดความรู้ ที่เป็นการดูแลแบบประคับประคองเกิดขึ้นที่เน้นการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตให้ไม่ทุกข์ทรมาน ทำให้แพทย์ที่ต้องเผชิญหน้ากับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักผ่านเครื่องมือคือ การสื่อสารกับผู้ป่วยนี้ใน ลักษณะต่อรองการรักษาในวิชาชีพแพทย์ของตนเองกับผู้ป่วย วันนี้เราจึงได้ยินคำพูดจากปากแพทย์ กับผู้ป่วยว่า “หากไม่ตอบสนองจะยุติการรักษา” ด้วยแพทย์รับรู้ถึงปลายทางการรักษาโรคดังกล่าว ว่า โรคมะเร็งเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และรักษาไปก็เสียชีวิตอยู่ดี

อย่างไรก็ตาม การแสดงออกผ่านการสื่อสารของแพทย์เจ้าของคนไข้ข้างต้น เป็นการสื่อสารที่พุ่งเป้าในความต้องการเข้ามาต่อรองการรักษาของแพทย์ที่ปฏิบัติงานวิชาชีพแพทย์ ตามปกติในชีวิตประจำวันจนเป็นความเคยชินเพียงฝ่ายเดียวกับผู้ป่วย ขณะที่ความต้องการของ ผู้ป่วยที่เข้ามาปรึกษาและต้องการฟังการสื่อสารแบบเห็นอกเห็นใจจากแพทย์ที่เป็นความหวังเดียว ดังนั้นการมีปฏิสัมพันธ์ผ่านการสื่อสารครั้งแรกดังกล่าวของแพทย์กับผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นมะเร็งระยะ ใดก็ตามจึงไม่ควรที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสิ้นหวังในการเข้ามารักษา ด้วยอำนาจความเป็นวิชาชีพ แพทย์ดังกล่าว แม้ว่าแพทย์จะสื่อสารด้วยคำพูดที่แสดงออกในลักษณะนั้น ผู้ดูแลหลักเองก็พร้อมที่ จะเข้าใจ และกล่าวโทษว่าเป็นความผิดของตนเอง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าในการสื่อสารเผชิญหน้ากันนั้นมิ การต่อรองกันตลอดเวลาดังที่ผู้ดูแลหลัก C1 กล่าวไว้

“...ที่หมอบอกว่าจะไม่รักษาต่อ หมอคงโกรธแม่ที่พาลูกไปรักษาสมุนไพรนานจนเป็นแบบนี้...”

(ผู้ดูแลหลัก C1 ของผู้ป่วย B1, สัมภาษณ์, 6 ธันวาคม 2564)

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ในสถานการณ์เผชิญหน้า ไม่ว่าจะอยู่ในช่วงเวลาใด ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ที่มีกระบวนการแพทย์แบบพื้นบ้าน หรือใช้ยาสมุนไพรในการรักษาผู้ป่วยมาก่อน และเมื่อมาอยู่ในกระบวนการแพทย์แบบปัจจุบันที่ต้องรักษาด้วยการฉายรังสี ซึ่งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ว่าจะอะไรคือการดูแลแบบประคับประคองทำให้กล่าวโทษตนเองและรู้สึกผิดที่นำผู้ป่วยไปรักษาแบบพื้นบ้านใช้ยาต้ม ยาสมุนไพรจนอาการหนักในเวลาต่อมา ซึ่งทำให้ผู้ดูแลหลักมีการต่อรองบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์อย่างชัดเจนด้วยการเงียบ การยินยอมในการรักษาทุกอย่าง การรับฟังโดยดี ไม่กล้าสอบถามคำถามใดๆ เชื่อฟังและปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์เปรียบได้กับบทบาทของพ่อกับลูก

อย่างไรก็ตามหากพิจารณาในเนื้อหาการสื่อสารในกระบวนการแจ้งอาการรักษาในพื้นที่กรณีศึกษา นี้ ประกอบด้วยการสื่อสารผ่านการประชุมครอบครัว (Family meeting) โดยแพทย์เจ้าของคนไข้ หรือแพทย์รังสีรักษาส่วนใหญ่สามารถใช้เทคนิค SPIKES ประกอบด้วย (Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Empathy/Emotion, Summarization) ครอบคลุม มีบางส่วนที่ขาดการเข้าใจอารมณ์ผู้ป่วยไปบ้าง ด้วยบุคลิกลักษณะ ภูมิหลัง ประสบการณ์ การอบรมเลี้ยงดูของแพทย์ที่แตกต่างกันแต่ละคน ซึ่งตามปกติแพทย์ในพื้นที่สนามส่วนใหญ่เน้นหลักการแบบประคับประคองจะให้ความสำคัญกับการสื่อสารแบบเข้าใจความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยเป็นหลัก แต่กรณีศึกษาข้างต้น ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านอายุของผู้ป่วยมีผลต่อการสื่อสารกับแพทย์ เช่น กรณีตัวอย่างผู้ป่วยยังอยู่ในวัยรุ่นวัยทำงานแพทย์จะสื่อสารเป็นกันเอง ทำให้เห็นการต่อรองการรักษาอย่างชัดเจน เมื่อเปรียบเทียบกับ การสื่อสารกับผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ แพทย์จะระมัดระวังคำพูดมากกว่า แต่ในความเป็นจริงทุกเพศทุกวัยต่างมีความหวังในการรักษาทั้งสิ้น โดยเฉพาะยังในวัยรุ่นที่ยังอยู่ในวัยทำงานมีเวลาสร้างอนาคตยังมีความหวังในการรักษาเนื่องจากต้องการมีเวลาทำงานสร้างเนื้อสร้างตัวสร้างฐานะครอบครัวมากกว่าการป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย ดังผู้ป่วยกล่าวว่า

“...สำหรับหนูคิดว่าเป็นได้ก็หายได้นะถึงจะไม่หายขาดก็รักษาตามอาการไปตอนนี้อยากเดินได้ อยากกลับไปขายของออนไลน์ อยากกลับบ้านอยู่กับครอบครัว...”

(ผู้ป่วยมะเร็ง B1, สัมภาษณ์, 2 ธันวาคม 2563)

ขณะเดียวกัน ในอีกด้านหนึ่งมีกรณีที่ผู้ดูแลหลัก C4 ไม่ต้องการให้ผู้ป่วย B4 ได้รับความรู้ระยะ โรคด้วยความกังวลกลัวผู้ป่วยจะเสียกำลังใจ แพทย์เองก็ต้องรับฟังและปฏิบัติตามคำขอของผู้ดูแลหลัก แต่ก็จะมีแพทย์บางคนที่ทำให้เหตุผลกับผู้ดูแลหลักเช่นกัน หากปกปิดการรับรู้โรคหรือระยะของผู้ป่วยกับผู้ป่วยแล้วจะเกิดผลเสียมากกว่าผลดี ในทางกลับกันผู้ป่วยเองที่เป็นผู้ที่ต้องอยู่กับโรคนั้น ย่อมรู้ดีที่สุด ซึ่งแพทย์เองจะอธิบายข้อดีข้อเสียของการที่ผู้ดูแลปกปิดความจริงกับผู้ป่วย ในลักษณะใจเขาใจเรา คังแพทย์เจ้าของคนไข้ถามผู้ดูแลหลักว่า “...หากผู้ดูแลเป็นผู้ป่วยเองล่ะ จะอยากรู้มั๊ย...” ทำให้ผู้ดูแลหลักเข้าใจ และเวลาต่อมาผู้ดูแลหลักสามารถแจ้งอาการกับผู้ป่วยโดยตรงในแบบเข้าใจกันตามความสัมพันธ์แม่กับลูก ดังตัวอย่าง “...หมอบอกว่าแม่เป็นเยอะแล้วเราก็กินยาไปตามอาการนะแม่นะ...” ส่วนใหญ่จะใช้คำว่ารักษาตามอาการแบบประคับประคองไปไม่ต้องทรมาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็จะเข้าใจความหมายดังกล่าวนั้นได้

อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะผู้ดูแลหลักจะต้องการให้แพทย์สื่อสารความจริงกับผู้ป่วยหรือไม่ก็ตาม แต่แพทย์รังสีรักษาส่วนใหญ่จะออกแบบสารที่สื่อสารกับผู้ป่วย ไม่เน้นการสนทนาที่มีคำพูดในเชิงลบ เช่น คำว่าตาย หรือคำว่า “ระยะสุดท้าย” กับผู้ป่วย โดยจะเลี่ยงเป็นการใช้คำพูดว่า “ระยะแพร่กระจาย” หรือ ระยะที่ 4 ตามระยะของโรคมะเร็ง ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เองไม่มีความรู้ว่โรคมะเร็งมี 4 ระยะ ระยะสูงสุดคือระยะที่ 4 ซึ่งทำให้ผู้ป่วยบางรายสื่อสารกับแพทย์ด้วยว่า ดินะที่ขยายเป็นแค่ระยะที่ 4 คำพูดดังกล่าวของผู้ป่วยนี้เองทำให้สะท้อนให้เห็นถึงความหวังในการตัดสินใจเข้าสู่กระบวนการไม่ว่าผลการรักษาจะเป็นอย่างไร ไม่ว่าจะระยะไหนแม้ระยะสุดท้ายผู้ป่วยก็ยังมี ความหวัง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ในพื้นที่กรณีศึกษานี้เน้นการรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะสุดท้าย ซึ่งแพทย์ส่วนใหญ่ต้องผ่านการอบรม ความรู้การดูแลแบบประคับประคองที่ในเนื้อหาส่วนใหญ่จะมีทั้งความรู้เรื่องการรักษา โดยชี้ยา ความรู้เทคนิคการสื่อสารกับผู้ป่วย เป็นต้น การส่งมอบประสบการณ์การทำงาน และความรักความสนใจในการดูแลแบบประคับประคองดังกล่าวร่วมกันจะมีความเข้าใจบริบทของผู้ป่วยทำให้เกิดความรู้ที่แท้จริงจากความเข้าใจ ใคร่ครวญการปฏิบัติกับผู้ป่วย ดังนั้นในการสื่อสารกับผู้ป่วยจึงสามารถใช้หลักการเอาใจเขามาใส่ใจเรา อีกส่วนหนึ่งคือต้องใช้เวลาระหว่างแพทย์ผู้ทำการรักษา กับผู้ป่วยระยะหนึ่งในการใช้คำพูดที่จะสื่อสารกับผู้ป่วย ซึ่งถือว่าแพทย์เจ้าของคนไข้แพทย์รังสีรักษายังมีความเข้าใจเรื่องการออกแบบสารที่จะสื่อสารกับผู้ป่วย เช่น การสื่อสารกับผู้ป่วยว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากมีผู้ป่วยบางส่วนที่ยังอยากสู้ต่อ แม้จะรักษาในสถานที่ดูแลแบบประคับประคองที่ยังไม่ยอมรับตัวเองว่าเป็นระยะท้าย กับบางส่วนที่ยอมรับว่าเป็นระยะท้าย ดังนั้นหากแพทย์สามารถใช้เวลาจากการเผชิญหน้าดังกล่าวสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยได้ระยะหนึ่ง

ของการรักษา หรือแม้แต่ช่วงระยะเวลาสั้นๆ ที่เป็นระยะสุดท้ายแล้วก็ตาม จะสามารถช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่การตายที่ดีที่ผู้ป่วยต้องการ (successful natural death) ดังที่แพทย์รังสีรักษาคนนี้กล่าวไว้

“...พอกันใช้ถามหมอกลับ หมอกก็จะตอบตามความจริงนะแต่จะไม่ใช้คำว่า ระยะสุดท้าย จะใช้คำว่า เป็นระยะแพร่กระจายไปตรงนั้นตรงนี้ จะเน้นการรักษาอาการให้ยาเคมีบำบัด ฉายแสงแบบประคับประคอง ไม่ได้รักษาตัวโรคระยะถ้าไปเน้นรักษาตัวโรคระยะแย่มากกว่า...”

(แพทย์รังสีรักษาในพื้นที่สนาม A3, สัมภาษณ์, 24 ธันวาคม 2563)

รูปแบบการสื่อสารในช่วงเวลาการแจ้งอาการนี้ จึงมี 3 รูปแบบ คือ

(1) รูปแบบการสื่อสารภายในตนเอง คือ ความรู้สึกจิตตกของผู้ป่วยที่ได้รับการสื่อสารจากแพทย์ หากร่างกายไม่ตอบสนองจะไม่ได้รับการรักษาต่อ ทำให้เกิดการสื่อสารภายในตัวผู้ป่วยเองที่ย่อมเป็นความวิตกกังวลกับการรักษาที่จะเกิดขึ้นต่อไป

(2) รูปแบบการสื่อสารระหว่างบุคคล คือการสื่อสารระหว่างแพทย์รังสีรักษากับผู้ป่วยหรือกับผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นแพทย์เจ้าของคนไข้ โดยแพทย์จะเป็นผู้เปิดประเด็นการสื่อสาร โดยมีเป้าหมายการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลการแจ้งอาการ หรือข้อมูลโรคและบริเวณที่เป็น การแพร่กระจาย รวมถึงแนวทางการรักษา หลังจากนั้นผู้ป่วยก็สามารถซักถาม แพทย์และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน

(3) รูปแบบการสื่อสารแบบกลุ่ม ที่ประกอบด้วยแพทย์รังสีรักษา ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักหรือครอบครัว เรียกว่า การประชุมครอบครัว (family meeting) ที่มีผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก มีเป้าหมายการสื่อสารเพื่อวางแผนรักษาตนเอง และแสดงถึงความต้องการในการรักษาด้วยกระบวนการรังสีรักษาตามระยะเวลา บริเวณที่เป็น และสภาพร่างกายที่สามารถดำเนินการได้ ซึ่งมีความหลากหลายในแต่ละกรณี โดยท้ายที่สุดเมื่อผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก ครอบครัวเข้าใจในทางเดียวกันแล้วต้องลงนามเอกสารการยินยอมการรักษาจากแพทย์ แต่ผู้ป่วยในพื้นที่สนามที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์ส่วนใหญ่รับรู้ระยะโรคที่เป็น และสามารถร่วมกันวางแผนรักษาด้วยแพทย์รังสีรักษาและผู้ดูแลหลักได้ ขณะเดียวกันก็มีรูปแบบการสื่อสารระหว่างบุคคลอีกด้านหนึ่ง คือระหว่างแพทย์รังสีรักษากับผู้ดูแลหลัก ในกรณีที่ผู้ดูแลหลักประเมินผู้ป่วยแล้วว่ายังไม่ต้องการให้ผู้ป่วยรับรู้โรคและระยะตามความเป็นจริง ผู้ดูแลหลักจะแจ้งแพทย์ไว้ล่วงหน้าก่อน รวมถึงการสื่อสารระหว่างบุคคลในระดับผู้ดูแลหลักกับครอบครัว และผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลัก เป็นต้น

อย่างไรก็ตามแม้การประชุมครอบครัวในบริบทนี้เพื่อการวางแผนการรักษา ร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และมีแพทย์เป็นผู้ควบคุมการสื่อสาร แต่แพทย์ไม่ได้แสดงออกให้เห็นถึงอำนาจทางความรู้ในวิชาชีพของแพทย์ และประเด็นเนื้อหาสาระจะเน้นไปที่การสื่อสารที่ช่วยเหลือกันหาทางออกที่ดีที่สุดเป็นรูปแบบการสื่อสารที่เป็นระนาบเดียวกัน (Horizontal Communication) การสื่อสารที่แสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลดังกล่าวยึดถือปฏิบัติมายาวนานก่อนรัฐกำหนดนโยบาย โดยเน้นผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากการรักษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ในประเด็นอำนาจของแพทย์เจ้าของคนไข้การแสดงอำนาจออกมาให้เห็นชัดเจนเป็นเรื่องกรณีแต่ละบุคคล หากแพทย์นั้นนอกจากอำนาจวิชาชีพแพทย์แล้วยังมีอำนาจทางการบริหารด้วยก็จะทำให้มีการแสดงออกทางอำนาจมากขึ้น ซึ่งขึ้นอยู่กับนิสัยส่วนตัวแต่ละบุคคล แต่หากไม่มีตำแหน่งทางการบริหารร่วมด้วย การแสดงอำนาจแพทย์ในด้านบวกประกอบด้วย 2 ประเด็น (1) การได้รับการอบรมความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองที่มีเนื้อหาสำคัญต่อวิชาชีพแพทย์ ความรู้หนึ่งในนั้นคือเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นนโยบายของภาครัฐที่ต้องการให้ดำเนินการเรื่องนี้ขึ้นอย่างจริงจังตามข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลก World Health Organization (WHO) ที่ได้กำหนดให้แพทย์และบุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพเข้ารับการอบรมดังกล่าว ทำให้แพทย์เกิดความเข้าใจในเรื่องของการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้นและปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเข้าใจตัวผู้ป่วยมากขึ้น และ (2) ความสนใจและความรักในความรู้การดูแลแบบประคับประคองอย่างแท้จริงของแพทย์ที่แตกต่างกันไปแต่ละคน ต้องการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีการตายดี ไม่ต้องทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บปวด และแพทย์บางคนสนับสนุนการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน ดังจะเห็นได้ในปัจจุบันที่เริ่มมีหน่วยงานให้ความรู้และให้บริการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านและมีเครือข่ายมากขึ้น

ดังนั้น แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นตัวกำหนดให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพื้นที่กรณีศึกษานี้ จะต้องรับรู้เรื่องการไม่มีบริการสาธารณสุขใดๆ ที่เป็นไปเพื่อการยื้อชีวิต เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การปั๊มหัวใจ โดยผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องทำพินัยกรรมชีวิต หรือ living will เพียงรับรู้นโยบายการรักษาพื้นที่กรณีศึกษานี้ และร่วมวางแผนการรักษาตนเองที่ส่วนใหญ่ไม่ต้องการทรมาน และลงนามยินยอมการรักษาของแพทย์ เข้าใจตามกระบวนการรักษาด้วยรังสีรักษาแบบประคับประคอง ผู้ป่วยก็จะได้รับการรักษาตามแผนการรักษาที่ได้ร่วมกันวางแผนระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก และครอบครัว รับรู้ทั่วถึงกัน ดังตัวอย่างกรอบการสนทนา

แพทย์รังสีรักษา (แพทย์เจ้าของคนไข้) : สวัสดีครับคุณยาย

ผู้ป่วยมะเร็ง B4 และผู้ดูแลหลัก C4: สวัสดีค่ะคุณหมอ

ผู้ป่วยมะเร็ง B4: คุณหมอมะเร็งจะรักษาอย่างไรก็ได้แต่ยายไม่เจาะไม่ป้อนะ

แพทย์รังสีรักษา: หมอถามคุณยายกะญาตินะ ถ้ามีอะไรเกิดขึ้นกับคุณยายต้องการให้หมอช่วยอะไรบ้าง

ผู้ดูแลหลัก: แล้วมันมีอะไรบ้างคะ

แพทย์รังสีรักษา : เช่นเจาะคอ ใส่เครื่องช่วยหายใจ

ผู้ป่วยมะเร็ง B4: (รีบบอก) ไม่เอาะหมอ ขอแค่ปวดน้อยลงก็พอ

แพทย์รังสีรักษา : ครับคุณยาย เรายุทธรักษาแบบประคับประคองให้ยายปวดน้อยลง แต่มันจะอยู่กับคุณยายไปตลอดนะ มันไม่หายนะ

ผู้ป่วยมะเร็ง B4: ไม่เป็นไรยายรู้แล้วอาการแบบนี้ หมอที่เก่าบอกแล้วว่ายายเป็นมะเร็งมดลูก เลือดออกเยอะ

แพทย์รังสีรักษา : คุณยายเก่งมากครับ หน้าตาสดใสมากเลย

ผู้ป่วยมะเร็ง B4: ยายรับได้ แต่ถ้าหายได้ก็อยากหาย ไม่อยากเป็นอะไร ไม่อยากเป็นภาระ อยากรอยู่กับลูกหลาน

แพทย์รังสีรักษา : แกสู้ๆนะเนี่ย (มองไปที่ผู้ดูแลหลัก)

ผู้ป่วยมะเร็ง B4: ยายเตรียมตัวแล้ว ตายยายไม่กลัวหรอก ถ้ายิ่งกลัวจะยิ่งแย่

แพทย์รังสีรักษา : เยี่ยมมากครับคุณยาย วันนี้เราจะวางแผนรักษาคุณยายกันนะครับด้วยการฉายแสงรักษาตามอาการ แบบประคับประคองครับ

ผู้ดูแลหลัก: ยาย โอเคม๊าย

ผู้ป่วยมะเร็ง B4 : โอเคๆ ชิวๆ อยู่แล้ว

เมื่อวิเคราะห์กรอบการสนทนาดังกล่าว พบว่า ในการสื่อสารการแจ้งอาการจากแพทย์รังสีรักษา ซึ่งเป็นแพทย์เจ้าของคนไข้ส่วนใหญ่ในพื้นที่กรณีศึกษา นี้ กล่าวได้ว่ามีองค์ประกอบครบตามเทคนิคการแจ้งข่าว เรียกว่า SPIKES ประกอบด้วย (Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Empathy/Emotion, Summarization) โดยเฉพาะการสื่อสารที่แสดงออกให้เห็นถึงความเห็นอกเห็นใจเข้าใจในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและความรู้สึกของผู้ดูแลหลัก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยจะพบกับแพทย์รังสีรักษาที่เป็นแพทย์เจ้าของคนใด ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถเลือกหรือกำหนดเองได้ ดังนั้นแพทย์เจ้าของคนไข้แต่ละคนย่อมมีความแตกต่างกันไปทั้งเพศ อายุ ประสบการณ์ การมีตำแหน่งบริหาร ความเชื่อ ทศนคติ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจผู้ป่วย และบทบาทหน้าที่ที่เพิ่มเติมจาก

แพทย์ และอื่นๆ ที่หลากหลาย ดังนั้นผู้ป่วยแต่ละคนจึงได้พบกับการสื่อสารจากแพทย์เจ้าของคนไข้ ที่รักษาคนที่แตกต่างกันไป แต่อย่างไรก็ตามมีเป้าหมายรักษาและการประชุมครอบครัวเดียวกันคือ เพื่อวางแผนการรักษาให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาโรคของตนเอง (participation) ซึ่งแพทย์จะไม่มี การ โน้มน้าวหรือบังคับใดๆ เป็นไปตามการรักษาของพื้นที่กรณีศึกษาคือ คูแลแบบ ประคับประคองที่ไม่ดำเนินการใดๆ เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินกับผู้ป่วย

กรณีตัวอย่างผู้ป่วยคนนี้จะมีการสื่อสารโต้ตอบ (interactive) กับแพทย์รังสีรักษา ตลอด และส่วนใหญ่จะรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งจากระยะเวลาการรักษาโรค ดังนั้นเนื้อหาสารที่ผู้ป่วย สื่อสารกับแพทย์จึงเป็นการแสดงออกให้แพทย์รับรู้ว่าคุณป่วยยอมรับในความตายที่จะเกิดขึ้นได้ โดยผู้ป่วยสื่อสารคำว่า “ตาย” ขึ้นก่อนด้วยตัวเอง ผู้ป่วยในกรณีศึกษานี้ มีภูมิหลังเป็นอาสาสมัคร สาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ชอบช่วยเหลือชาวบ้าน มีครอบครัวเป็นเป็นหมอบ้านเป็นแบบอย่าง ทำให้ผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยครอบครัวเป็นจุดเริ่มต้นของการปลูกฝัง บ่มเพาะบุคลิกลักษณะนิสัยและอุดมการณ์ที่สำคัญ ประกอบกับการสั่งสมประสบการณ์ด้านจิตอาสาช่วยเหลือคนจำนวนมากเท่าใดก็ยิ่งทำให้เข้าใจในบริบทต่างๆ ได้ง่ายและพร้อมยอมรับเผชิญกับทุกอย่างที่จะเกิดขึ้นกับตนเองแม้แต่ความตาย ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“...ความตายของยาย ก็ไม่ให้หมอทำอะไรนะ รู้แล้วว่าเป็นโรคนี้นั้นไม่รอดแล้ว จะช้าหรือไว ยายก็ไม่อยากให้อะไรให้อายอยู่เฉยๆ อยากสบายรักษาไปรักษาได้ก็พอสู้ได้ ร่างกายไหว หมอสู้ได้ คนไข้สู้ได้ เราไหวก็ทำไป...”

(ผู้ป่วยมะเร็ง B4, สัมภาษณ์, 12 ธันวาคม 2563)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลยังพบว่า แม้ผู้ป่วยจะกล้าสื่อสารกับแพทย์และยอมรับความตายแล้วก็ตาม หากแต่ลึกๆ ในใจผู้ป่วยเองก็ยังคงต้องการรู้ระยะของโรค แต่ไม่กล้าถามเรื่องระยะโรคกับแพทย์รังสีรักษา อาจเป็นเพราะความกังวลภายในจิตใจเกี่ยวกับโรค ซึ่งในการสื่อสารบริบทดังกล่าวนี้ แพทย์จะสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักโดยตรงไปตรงมา โดยเฉพาะภาวะอาการโรคที่มีการแพร่กระจายไปจุดใดบ้างเพื่อทำการวางแผนรักษา เพียงแต่ภาษาคำพูดที่แพทย์สื่อสารมามีการออกแบบสารที่ไม่ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ได้ยินหรือฟังแล้วต้องเสียกำลังใจ เช่น คำว่าระยะสุดท้าย จึงทำให้บางครั้งการสื่อสารของแพทย์ยังไม่ตรงกับใจที่ผู้ป่วยต้องการ และโดยส่วนลึกแล้ว ผู้วิจัยเชื่อว่าผู้ป่วยยอมรับรู้อาการและระยะโรคของตนเป็นอย่างดี เพียงแต่เป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่ต้องการได้ยินได้รับรู้สิ่งต่างๆ ชัดเจนในการสื่อสารของฝ่ายตรงข้าม ดังกรณีตัวอย่างผู้ป่วยในพื้นที่สนามที่มีความต้องการรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะที่เท่าไร กล่าวว่า

“...ยายรักษาโรคนี้นานจากที่เก่าที่เคยไปหาหมอครั้งแรกหมอยังไม่บอกยายเลยว่าเป็นอะไร แต่ยายรู้ดี ตอนนั้นยายปวดท้องทรมานทุรนทุราย จับท้องแข็งๆ ก็มีเลือดออกมา เป็นมาเดือนกว่า ก็ส่งตัวยามารักษาที่นี่ ยายไม่กลัวตายนะบอกมาได้โดยตรงๆ ไม่ต้องปิด นี่ขนาดหมอไม่บอกยายยังรู้เลยว่า เป็นมะเร็ง แต่ไม่รู้รึ้อยหรือมาก นี่ยังอยากรู้ว่าน้อยหรือมาก ขึ้นไหนเท่านั้นแหละ หมอยังไม่เปิด หมอยังตัวอยู่...”

(ผู้ป่วยในพื้นที่สนาม B4, สัมภาษณ์, 12 ธันวาคม 2563)

ดังนั้นการที่แพทย์สื่อสารโดยการออกแบบสารคำพูดในเชิงบวกกับผู้ป่วยย่อมส่งผลดีทางด้านจิตใจให้ผู้ป่วยมีกำลังใจรักษาต่อไปแบบประคับประคอง และแม้ว่าปัจจุบันแพทย์และผู้ดูแลหลักบางครั้งจะไม่เปิดเผยให้ผู้ป่วยรับรู้ระยะของโรคชัดเจน และผู้ป่วยอาจไม่ได้เตรียมความต้องการในชีวิตที่เหลืออยู่ได้ด้วยตัวเอง แต่ในช่วงเวลาที่ทำการรักษาอย่างยาวนาน และการดูแลเต็มทีจากแพทย์และผู้ดูแลหลัก ย่อมทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และยอมรับไปกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นหรือความตายที่อยู่เบื้องหน้าอย่างสงบตามระยะเวลาและอาการโรค ดังที่ผู้ป่วยคนหนึ่งที่กล่าวด้วยน้ำเสียงสั่นพร้อมน้ำตาว่า

“...ไม่มีอะไร ที่ยายอยากรู้ว่าเป็นมากหรือน้อย เพราะยายจะทำได้ใจว่าเมื่อไรเดือนนั้นเดือนนี้ ปีนั้นปีนี้ก็ว่าไป หรือถ้ามันจะหายวันพรุ่งนี้เราเตรียมตัวละ ภูหายได้ แต่ถ้ากูเป็นก็เป็นไปเรื่อยๆ ถึงวันก็ไปเอง...”

(ผู้ป่วยในพื้นที่สนาม B5, สัมภาษณ์, 12 ธันวาคม 2563)

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ในด้านของผู้ป่วยสิ่งสำคัญที่ต้องเผชิญคือการต่อสู้กับโรคและในการเผชิญหน้ากับแพทย์เจ้าของคนไข้ที่เป็นแพทย์รังสีรักษา ที่มีการสื่อสารกับผู้ป่วยแบบเห็นอกเห็นใจและไม่ต้องการให้ผู้ป่วยวิตกกังวลใจกับอาการโรครก็ตาม แต่ผู้ป่วยเองก็ยังคงต้องการได้ยินจากแพทย์ว่าตนเป็นระยะใด มากหรือน้อยซึ่งนอกจากผู้ป่วยจะมีการต่อรองกับแพทย์ในความต้องการล่วงรู้ระยะเพื่อทำใจและใช้เวลาที่เหลืออยู่ให้คุ้มค่าและเตรียมตัวแล้ว ยังต่อรองกับตนเองโดยผ่านการสื่อสารระดับภายในบุคคล (intrapersonal communication) จากคำกล่าวข้างต้น “ภูหายได้ แต่ถ้ากูเป็นก็เป็นไปเรื่อยๆ ถึงวันก็ไปเอง...” แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกำลังต่อสู้ต่อรองกับความตายที่จะมาถึงที่ไม่รู้ชัดเจนว่าเมื่อไรภายในตัวเอง โดยลึกๆ แล้วแม้จะเตรียมทำใจเตรียมพร้อมยอมรับกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นตลอดการรักษาแต่ก็มีการแสดงออกปฏิกิริยาต่อความตายถึงน้ำเสียง

สีหน้า แหวดตาให้เห็นถึง ความโกรธ ความเสียใจที่ตนจะต้องเป็นโรคดังกล่าวและต้องการมีชีวิตอยู่กับลูกหลานไปนานๆ

อย่างไรก็ตามการสื่อสารบริบทการแจ้งอาการ โดยทั่วไปมีความละเอียดอ่อนไม่เพียงแต่กับผู้ป่วยเท่านั้น หากแต่การสื่อสารผู้ดูแลหลักก็เช่นกัน แพทย์รังสีรักษาที่เป็นแพทย์เจ้าของคนไข้จะให้ข้อมูลตรงไปตรงมาว่าผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งบริเวณใด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายแข็งแรงก็สามารถเดินทางมารักษาคนเดียวได้ แต่หากมีผู้ดูแลหลักมาด้วย ส่วนใหญ่เป็นที่ยอมรับในบุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพว่า ผู้ดูแลหลักถือเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ย่อมเป็นผู้ประเมินการรับรู้และการยอมรับของผู้ป่วยได้ดีที่สุด ดังนั้นในบริบทแจ้งอาการโดยแพทย์เจ้าของคนไข้ แพทย์ส่วนใหญ่จึงต้องการสื่อสารกับผู้ดูแลหลักก่อน เพื่อสอบถามรายละเอียดผู้ป่วยจากผู้ดูแลหลักและให้ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ประเมินการแจ้งอาการ โรคกับผู้ป่วยเบื้องต้น เพื่อร่วมกันวางแผนการรักษาผู้ป่วยต่อไป ดังที่นักจิตวิทยาที่ถือได้ว่าเป็นวิชาชีพแรกที่สื่อสารกับผู้ดูแลหลักก่อนเพื่อประเมินภาวะทางจิตใจในช่วงแรกเริ่มเข้ารับการรักษา กล่าวว่

“...ญาติค่อนข้างมีความคาดหวังจากแพทย์สูง ว่าต้องรักษาให้หาย และไม่ยอมรับระยะท้ายว่าต้องรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งถ้าเราพูดในข้อมูลที่เป็นความจริง หรือตรงเกินไป เค้าก็จะปฏิเสธ ไม่อยากฟัง ไม่อยากรับรู้...”

(นักจิตวิทยาในพื้นที่สนาม A5, สัมภาษณ์, 30 พฤศจิกายน 2563)

ดังตัวอย่างกรณีแพทย์รังสีรักษา แพทย์เจ้าของคนไข้คนหนึ่งวางแผนรักษากับผู้ป่วยซึ่งต้องมีผู้ดูแลหลักร่วมตัดสินใจด้วย ผู้ดูแลหลักถือเป็นบุคคลที่มีอำนาจเบ็ดเสร็จ (power of autonomy) เป็นผู้ที่มีสิทธิ์ตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยเช่นกัน หากมีผู้ดูแลหลักคนเดียวจะผ่านไปด้วยดี แต่หากมีผู้ดูแลหลักหลายคนต้องร่วมตัดสินใจตรงกันก็จะผ่านไปด้วยความยากลำบาก ซึ่งในการแก้ปัญหาดังกล่าวแพทย์รังสีรักษาในพื้นที่สนามจะใช้วิธีให้ทีมสหวิชาชีพมาช่วยสื่อสารกับผู้ดูแลหลัก เนื่องจากทีมสหวิชาชีพมีความสามารถหลากหลายตามความถนัดวิชาชีพของแต่ละคนจึงสามารถช่วยเหลือแพทย์ได้เป็นอย่างดี ดังที่แพทย์รังสีรักษาในพื้นที่สนาม ยอมรับว่า

“...การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนี้ต้องทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ แพทย์ไม่สามารถทำงานเพียงผู้เดียวได้...”

(แพทย์รังสีรักษาในพื้นที่สนาม, สัมภาษณ์, 24 ธันวาคม 2563)

2.2.2 การตรวจเยี่ยมอาการ (round ward) โดยแพทย์ทั่วไป

เมื่อผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาด้วยการฉายแสงรังสีภายหลังจากที่ได้มีการวางแผนรักษาร่วมกันกับแพทย์รังสีรักษาซึ่งเป็นแพทย์เจ้าของคนไข้แล้ว ในระหว่างการพักรักษาตัวในห้องพัก เพื่อรอการฉายแสงรังสีในครั้งต่อไปนั้น จะมีแพทย์ทั่วไปเข้าตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยตามปกติสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งตามเวลาที่แพทย์สะดวก โดยใช้เวลาเข้าตรวจเยี่ยมผู้ป่วยครั้งละประมาณ 10 -15 นาที โดยในหัวข้อนี้จะมีผู้ส่งสารหลักที่อยู่ในห้องพักได้แก่ แพทย์ทั่วไปที่มาตรวจเยี่ยม พยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก โดยจะมีการสื่อสารในประเด็นอาการที่เกิดขึ้นหลังการฉายแสงรังสี ดังตัวอย่างกรอบการสนทนา ดังนี้

แพทย์: คุณยายปวดตรงไหนมัย
 ผู้ป่วย: วันนี้ไปฉายแสง ไม่เจ็บไม่ร้อน
 แพทย์: ทานอะไรได้มัยคะ
 ผู้ป่วย: กินได้นิดหน่อยแต่ไม่อร่อย
 แพทย์: ยายสบายตัวขึ้นมัย
 ผู้ป่วย: ตอนนี่ดีใจสบายตัวขึ้นเยอะ ก็ออกแล้วโล่ง ตอนนี่ไม่ออกทรมานมากแล้วเอาสายก็ออกด้วย
 ก็สบายละใส่แอมเพิร์สไปเลย ไม่ทรมาน (สีหน้าแววตาที่มีความสุขและหัวเราะ)
 แพทย์: คุณยายฉายแสงอีกทีเมื่อไรคะคุณหมอบอกหรือยัง
 ผู้ดูแลหลัก: คุณหมอลายรังสีให้พักก่อนค่อยบอกอีกทีละ วันนั้น ไปฉายได้คุยพร้อมกันกับ
 คุณยายแล้ว วางแผนกันแล้ว

ภายใต้กรอบการสนทนาี้ จะเห็นได้ว่า ในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยของแพทย์ทั่วไปเป็นรูปแบบการสื่อสารระหว่างบุคคล มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อตรวจสอบถามอาการผู้ป่วยที่เกิดขึ้นภายหลังจากการฉายแสงรังสีรักษาว่าผู้ป่วยมีผลข้างเคียงจากการฉายรังสีรักษา เพื่อสามารถติดตามประเมินผลการรักษาด้วยการลงบันทึกในเอกสารผู้ป่วย และกรณีแพทย์เจ้าของคนไข้ต้องการทราบก็จะแจ้งกลับไปยังแพทย์รังสีรักษาที่เป็นแพทย์เจ้าของคนไข้ได้ทั้งในรูปแบบที่เป็นการติดต่อสื่อสารทางกลุ่มไลน์ระหว่างแพทย์ด้วยกัน และหรือกลุ่มไลน์กับทีมสหวิชาชีพส่วนหนึ่ง รวมทั้งนำข้อมูลดังกล่าวเข้ากลับไปสื่อสารในระดับกลุ่มเรียกว่าการประชุมทีมสหวิชาชีพได้ หากในระยะต่อไปการรักษาของผู้ป่วยรายนี้มีภาวะฉุกเฉิน

ประเด็นเนื้อหาสาระระหว่างแพทย์ทั่วไปที่มาตรวจเยี่ยมในห้องพักผู้ป่วยจึงเป็นเนื้อหาตรวจอาการทั่วไปที่ผู้ป่วยได้รับเป็นกระบวนการรักษาปกติของการฉายรังสีแต่ละครั้ง

ไม่ได้มีการสื่อสารในรายละเอียดอื่นๆ และไม่ได้เป็นแพทย์ที่ทำการรักษาโดยตรง ดังนั้นการเข้ามาตรวจเยี่ยมของแพทย์จึงเป็นลักษณะการทำหน้าที่แพทย์ที่ออกตรวจตามเวรที่ได้รับมอบหมายหรือที่กำหนดไว้ในแต่ละวัน หากเปรียบเทียบกับ พยาบาลและแพทย์เจ้าของคนไข้ในบริบทนี้ ที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงในการดูแลรักษาผู้ป่วย ที่เน้นการสร้างความสัมพันธ์และมีเวลาสื่อสารกันมากกว่า จึงแตกต่างกับแพทย์ทั่วไปที่เข้ามาตรวจอาการตามปกติ แต่อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะเป็นแพทย์ด้านใด หากมีเวลาได้เข้ามาพบพูดคุยกับผู้ป่วย ผู้ป่วยก็จะมีสีหน้า แววตาที่ดีขึ้นทุกครั้ง

“...จะมีคุณหมอมารตรวจอาหาร มาหาที่ห้องหนู 1-2 ครั้ง ในสัปดาห์ จะคุย 5 นาที ไม่นานเท่าหมอฉายรังสี จะถามอาการทั่วไป เป็นยังไงบ้าง ยังไออยู่รึเปล่า ปกติ ทุกวิชาชีพดีทุกคน ดูแลหนูดีทุกคน หมอมารตรวจคุยได้ไม่นานเพราะหมอต้องไปดูแล ไปตรวจห้องอื่นๆ อีก...”

(ผู้ป่วยมะเร็ง B1 ในพื้นที่สนาม, สัมภาษณ์, 6 ธันวาคม 2564)

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยของแพทย์เป็นงานประจำ (routine) ที่แพทย์ต้องทำตามปกติภายหลังจากผู้ป่วยที่ส่งต่อมาเข้ารับการรักษา ในบทบาทของแพทย์มีอำนาจมากที่สุดซึ่งเป็นผู้ส่งสารหลักจะสื่อสารสอบถามอาการทั่วไป ด้วยบุคลิกความเป็นแพทย์ทั่วไปรักษาครอบคลุมทุกโรคและไม่ได้เรียนมาในด้านการดูแลแบบประคับประคองจึงเน้นการดูแลร่างกายมากกว่า เช่น เน้นการถามอาการปวด เป็นต้น ส่วนด้านจิตใจจะเป็นหน้าที่ของพยาบาลเป็นหลัก แต่การสื่อสารที่มีการแสดงออกของแพทย์ด้วยการเข้ามาพบในห้องพัก มีความใกล้ชิดได้เข้ามาสอบถามอาการผู้ป่วยข้างเตียงทำให้เกิดความรู้สึกอุ่นใจ ใจวางใจและเชื่อมั่นในตัดสินใจรักษา ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่มักแสดงกิริยา อาการ หรือคำพูดที่คล้ายกับการสวมบทบาทความเป็นลูกที่ต้องเชื่อฟังคำสั่งของพ่อแม่ ปฏิบัติตามอยู่ในระเบียบ ทุกครั้งที่แพทย์มาตรวจเยี่ยม และที่ต้องไปฉายรังสีกับแพทย์รังสีรักษา ก็จะปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด เช่น การไม่ทานอาหาร แสดง หรือยาอื่นๆ ที่ไม่ขัดกับยาปัจจุบันที่แพทย์สั่ง ซึ่งเท่ากับว่าการสื่อสารของแพทย์มีส่วนโน้มน้าวให้ปฏิบัติตามคำสั่งด้วยผู้ป่วยทุกคนต้องการหายหรือดีขึ้น จึงต้องเชื่อฟังตามที่แพทย์สั่ง ขณะเดียวกันผู้ดูแลหลักก็มีส่วนร่วมในการสื่อสารร่วมกับผู้ป่วย และร่วมปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด

นอกจากนี้ในระหว่างที่ผู้ป่วยรอการรักษาจากแพทย์รังสีรักษาครั้งต่อไปหรือรอแพทย์ทั่วไปมาตรวจเยี่ยมอาการในห้องพัก ในโรงพยาบาลดังกล่าวได้จัดให้มีกิจกรรมเพื่อการผ่อนคลายความเครียดความกังวลต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยหลายรายที่สามารถลุกเดินได้ ก็จะใช้พื้นที่หรือกิจกรรมต่างๆ ที่จัดไว้ให้ผ่อนคลาย โดยเฉพาะสุนัขบำบัด ถือเป็นกิจกรรมที่ได้รับความนิยมมากจากผู้ป่วย

ที่บางรายไม่มีผู้ดูแลหลักมาเฝ้าอาการ ก็สามารถใช้บริการศูนย์บำบัด ช่วยผ่อนคลายเหงาและเป็นเพื่อนเล่นกับคนมาอย่างยาวนาน ดังที่สาธารณุกรมไทยฉบับเยาวชนกล่าวว่า กว่า 9,000 ปีมาแล้วที่มนุษย์รู้จักเลี้ยงสัตว์ และสัตว์ชนิดแรกที่มนุษย์นำมาเลี้ยงเป็นเพื่อนก็คือ สุนัข ดังนั้นสุนัขจึงสามารถช่วยบำบัดความเครียด ความทุกข์ของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการสื่อสารในการแจ้งอาการนี้โดยภาพรวมระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก คือ (1) แพทย์มีภาระงานมากจนทำให้ไม่มีเวลาที่รับฟังผู้ป่วย (2) แพทย์แสดงออกกับผู้ป่วยในรูปแบบการต่อรองการรักษาหรือทำความเข้าใจกับผู้ป่วยผ่านการสื่อสารที่มีผลต่อภาวะจิตใจผู้ป่วยผู้ดูแลหลักโดยไม่รู้ตัว (3) บังคับเรื่องอายุของผู้ป่วยมีผลต่อการสื่อสารที่ดี ในกรณีหากแพทย์เข้าใจว่าผู้ป่วยในวัยรุนสามารถสื่อสารแบบเป็นกันเองโดยไม่ได้คำนึงอารมณ์ความรู้สึกผู้ป่วยที่อยู่ในวัยรุน (4) ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแม้จะบอกว่ายอมรับความตายได้ แต่ลึกๆ ในจิตใจยังมีการต่อรองกับตนเองตลอดเวลา และ (5) ผู้ดูแลหลักถือเป็นบุคคลที่มีอำนาจเบ็ดเสร็จ (power of autonomy) เป็นผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยจึงมีการต่อรองกับแพทย์ ต่อรองกับผู้ป่วย ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น การแจ้งแพทย์ไม่ให้บอกโรคผู้ป่วย การหาสมุนไพรมาให้ผู้ป่วยกิน การบนบาน ขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ร้างทรง เป็นต้น

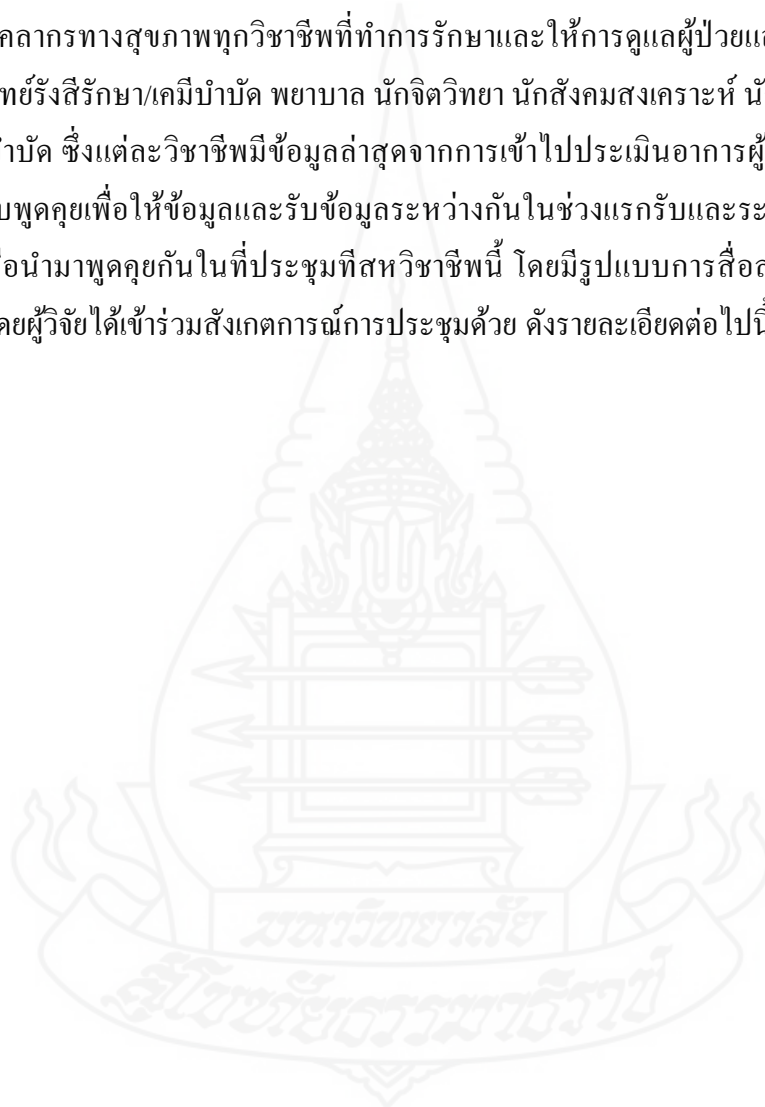
สำหรับแพทย์รังสีรักษาซึ่งเป็นแพทย์เจ้าของคนไข้ การเผชิญหน้าหลักๆ จึงเป็นช่วงเวลาการแจ้งอาการ การรักษาไประยะหนึ่ง ที่ต้องมีการประชุมครอบครัวพร้อมกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้วางแผนรักษาล่วงหน้าด้วยตนเอง และที่สำคัญต้องสื่อสารให้เข้าใจถึงนโยบายการรักษาแบบประคับประคองของโรงพยาบาลพื้นที่กรณีศึกษาที่จะไม่มีอุปกรณ์การช่วยชีวิตใดๆ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นผู้แจ้งความประสงค์ดังกล่าวนี้เองก่อนที่แพทย์รังสีรักษาจะสอบถาม การสื่อสารเผชิญหน้าที่แพทย์รังสีรักษาต้องแจ้งอาการโรคที่มีการลุกลามไปจุดใดบ้าง และรับรู้เป้าหมายการรักษาของผู้ป่วยถือเป็นการต่อรองการรักษาของแพทย์ไปโดยปริยายแม้ว่าผู้ป่วยจะคาดหวังการรักษาจากแพทย์ก็ตาม

ในด้านของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในพื้นที่กรณีศึกษาในแต่ละช่วงเวลาที่มีการสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ ล้วนมีการเผชิญหน้าและการต่อรองเช่นกัน แม้ว่าส่วนใหญ่จะไม่กล้าสอบถามแพทย์ เกี่ยวกับระยะโรคที่เป็นอยู่ การยินยอมในการรักษาจากแพทย์ตามกระบวนการดังกล่าวถือเป็นการต่อรองแบบยอมรับ หรือผู้ป่วยบางรายที่ยังแอบจิบน้ำสมุนไพรบ้างบางครั้งก็เท่ากับเป็นการต่อรองกับแพทย์และโรคนั่นเอง ด้วยการมีพื้นฐานความรู้แบบการแพทย์พื้นบ้านดั้งเดิมที่ฝังอยู่ในพฤติกรรมการรักษาโรคของตน ทำให้แม้จะอยู่ในกระบวนการที่สนสังคัมที่มีแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง ก็ยังผสมผสานกับความเชื่อเดิมที่ตนเคยได้รับรู้ ด้วยการใช้สมุนไพรสำหรับผู้ป่วย บางคนถือเป็นการเชื่อมั่นด้านจิตใจที่สร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะผู้ดูแล

หลักที่จะต่อรองแพทย์ในการแจ้งความจริงกับผู้ป่วยตรงๆ ด้วยกลัวผู้ป่วยเสียใจ หรือความพยายามในการหาสาเหตุของโรคมืดบอด บอกรู้ๆ กันมาว่ารักษาโรคได้ก็นำมาให้ผู้ป่วยทดลอง

การประชุมทีมสหวิชาชีพ (Grand Round Conference)

การสื่อสารกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลได้กำหนดให้มีกิจกรรมที่สำคัญคือการประชุมกรณีศึกษาผู้ป่วยกรณีที่มีอาการของโรคที่รุนแรง ลุกคลาม เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพที่ทำการรักษาและให้การดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ได้แก่ แพทย์ แพทย์รังสีรักษา/เคมีบำบัด พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการและนักกายภาพบำบัด ซึ่งแต่ละวิชาชีพมีข้อมูลล่าสุดจากการเข้าไปประเมินอาการผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และเข้าพบพูดคุยเพื่อให้ข้อมูลและรับข้อมูลระหว่างกันในช่วงแรกรับและระหว่างรอการรักษาที่ผ่านมา เพื่อนำมาพูดคุยกันในที่ประชุมที่สหวิชาชีพนี้ โดยมีรูปแบบการสื่อสารระดับกลุ่มที่เป็นทางการ โดยผู้วิจัยได้เข้าร่วมสังเกตการณ์การประชุมด้วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้



แพทย์รังสีรักษา: ด้านกายภาพทาง physical มีปัญหาอะไรมั๊ย

พยาบาล: ตอนรับตอนแรกมีภาวะสับสน delirium มีดึงสายอาหารทางจมูก Ng tube ดึงสายน้ำเกลือ

คิดว่า เป็นผลจากโรค ให้ยาไปก็ดีขึ้น ตอนนี้ไม่สับสนแล้วหลับได้

แพทย์รังสีรักษา: มีญาติดูแลมั๊ย

แพทย์: มี ภรรยาดูแล แต่ภรรยาเหมือนกังวลตอนทำแผลถ้ากลับบ้านเลยไม่อยากกลับบ้าน

พยาบาล: จะสอนภรรยาให้ทำแผลให้ผู้ป่วย แต่ไม่เอาญาติกังวล บอกถ้ากลับบ้านก็จะพาไปนอนมั๊ย

ถ้ากลับบ้านแล้วมีปัญหา เตรียมความพร้อมเรื่อง ออกซิเจน ตอนนี้รอคุยกับลูกสาวผู้ดูแลอีกที

ถ้าจะเช่าเครื่องช่วยหายใจที่ รพ.ธรรมศาสตร์ พอดีลูกสาวทำงานที่ รพ. ธรรมศาสตร์จะทุน

เรื่องค่าใช้จ่ายการมัดจำ

แพทย์รังสีรักษา: ด้านจิตใจละ

นักจิตวิทยา: มีอาการเพื่อ ไม่สะดวกในการให้สัมภาษณ์ ได้พูดคุยกับผู้ดูแลเป็นภรรยาแทน ให้ข้อมูลได้

ละเอียด ไม่มีภาวะความเครียด เรื่องโรคผู้ป่วยอยู่ในภาวะการณ็ยอมรับได้ ในเรื่องของ การ

เสียชีวิตเป็นเรื่องของความไม่แน่นอนทำให้ยอมรับได้ ซึ่งผู้ป่วยมี last week จากการ

สอบถามกับภรรยา ออกก็มีหลานมาก ผู้ป่วยดูแลไม่มีปัญหาในด้านจิตใจ แต่ด้านญาติ

หรือภรรยาที่ดูแล จาก counseling psychology ค้นพบปัญหาด้านจิตใจเป็นภาวะ

depression เก็บกคมีบางอย่างเก็บไว้มานาน เวลาดูแลผู้ป่วยจะระบายออกตรงนี้

แพทย์รังสีรักษา: เป็นภาวะเอาคืน (ในวงสนทนาหัวเราะขึ้นมาทุกคน)

นักจิตวิทยา: ภรรยาเล่าว่าที่ผ่านมามีเคยถูกทำร้ายจิตใจร่างกายในอดีต ตอนนี้ผู้ป่วยค่อนข้างดี พยายาม

ดึงสายที่จมูก ก็หงุดหงิด ภรรยาที่มีบ้างใส่ผู้ป่วย เช่นพูดว่า อยากตายก็ตายไปเลย ซึ่ง

ภรรยาที่รู้สึกผิดเหมือนกัน แต่ก็ได้เก็บในใจ ตอนนักจิตไปคุยภรรยาเล่าว่าเคยถูกทำร้าย

ร่างกายมาก่อน ก็มาวันนี้สถานะกลับกัน คือผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ดังนั้นก็

เป็นสิ่งที่ระบายออกมา

แพทย์รังสีรักษา: ถ้ากลับบ้านไปจะไม่มีปัญหาการดูแลไข้ป่าว ภรรยาเป็น caregiver หลัก ไข้มั๊ย

พยาบาล: ถ้ากลับไปบ้าน จะทำร้ายกันมั๊ย

แพทย์รังสีรักษา: เคสนี้น่าจะต้องดูแลผู้ดูแลหลักมากกว่าผู้ป่วยละ น่าจะต้องเอาอะไรไปช่วยให้ผ่อน

คลาย เช่น art ไปให้ผู้ดูแลผ่อนคลาย

แพทย์รังสีรักษา 2: เค้ามักคนเปลี่ยนในการดูแลมั๊ย

นักจิตวิทยา: ตอนนี้หลักๆ มีลูกสาวช่วยดูแลด้วย

นักสังคมสงเคราะห์: ตอนนี้อยู่บ้านลูกสาว แฉวรังสิต ลูกสาวช่วยสนับสนุนการเงินไม่ขัดสนอะไร

มีบ้านอยู่เชียงใหม่

แพทย์รังสีรักษา: ได้คุยเรื่อง place of death มั้ย อยากกลับไปเชียงใหม่

นักจิตวิทยา: ยังไม่ได้คุยตรงนั้น ตอนนี้แนะนำให้ผู้ดูแลปรับทัศนคติเชิงบวก ให้อภัย และอยู่กับ

ปัจจุบัน ผ่อนคลายความเครียด ถ้าหงุดหงิดให้ออกมาข้างนอกก่อน

แพทย์รังสีรักษา: ด้าน social เป็นไง

นักสังคมสงเคราะห์: องค์กรประกอบ ครอบครัวอยู่กับลูกสาว ลูกสาวเรียนจบปริญญาโท ทำงานที่

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ก็จะเป็นผู้ดูแลหลัก ลูกชายคนโตอยู่สาทร ทำงานออกแบบ

จิ๋วเวอรี่ มีครอบครัวแล้ว ไม่มีลูก ก็มาดูแลแค่น้อยกว่าลูกสาว เศรษฐฐานะไม่มีปัญหา

อะไร ลูกสาวก็มีรายได้ปานกลาง การเดินทางมาด้วยรถส่วนตัวปกติ สัมพันธภาพดีกับ

ลูกสาวมากที่สุด มีความผูกพันมาก

แพทย์รังสีรักษา: ฟังดูแล้วไม่มีปัญหา เค้าอยากให้เราไปเยี่ยมบ้านเค้ามั๊ย ได้คุยยัง

พยาบาล: การเยี่ยมบ้านก็ยังไม่ได้คุยกัน แค่อเตรียมไว้ก่อน

แพทย์รังสีรักษา: ก็น่าจะได้เนาะ ลองคุยกับเค้าก่อน

แพทย์รังสีรักษา: ฉายแสงเท่าไรแล้ว

พยาบาล: วันนี้ได้ครบ 5 แสง จะครบ 10 แสงวันที่ 30 ธันวาคม 2563

แพทย์รังสีรักษา: ช่วงปิดปีใหม่ อาจต้องเคลียร์คนไข้ญาติเนิ่นๆ ถ้าไม่ยากกลับบ้านต้องบอกเรื่องคน

เยี่ยมไข้ new normal จะยืดเยื้อๆ ไม่ได้นะให้ได้ทีละคน ด้านจิตวิญญาณ

spiritual เป็นไง

นักสังคมสงเคราะห์: คนใช้นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อทางพุทธ สวดมนต์ประจำแนะนำให้ภรรยา

สวดมนต์ด้วยให้จิตคนไข้ไปเน้นกับบทสวด

แพทย์รังสีรักษา: เรื่องอื่นๆ ด้านโภชนาการเป็นไง

นักโภชนาการ: ทานอาหารทางสายยางอยู่ใส่ Ng tube ยังไม่ดึงออก มาปรับ step อาหารให้ตอนนี้

กินทางสายยางอย่างเดียว อาหาร น้ำ ให้ทางปากยังทานเองไม่ได้

พยาบาล: จะมีปัญหาการกลืน ยังมีเสมหะในคอบ้าง

นักกายภาพบำบัด: ต้องเคาะปอดให้มั๊ยคะ

แพทย์รังสีรักษา 2 แพทย์เจ้าของคนไข้: ไม่ต้อง

นักกายภาพบำบัด: ที่หนูเข้าไปดูมาแขนขาหนูวัดไม่ได้เลย คนไข้หลับอยู่ มีเหงื่อออก

เวลานอนจะมีการเกร็ง มือแข็งๆ กลัวข้อติด ได้สอนผู้ดูแลให้นวดข้อไม่ให้ข้อติด

แพทย์รังสีรักษา: มันมีอะไรติดที่คอใช่ปะ ก็คิดว่ายังไม่แน่จะต้องเคาะปอด ฉายแสงแล้วยุบลง

พยาบาล: ยุบลง ไม่มีกลิ่น ใซยาโรยแผล เข้าเย็นเลย

แพทย์รังสีรักษา: ครบทุกมิติละนะ เหลือติดตาม เยี่ยมบ้าน โฮมแคร์ วันนี้เท่านี้ค่ะ

จากกรอบการสนทนาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า แพทย์มีอำนาจตามบทบาทหน้าที่ตามวิชาชีพแพทย์ ควบคู่กับบทบาททางการบริหารด้วยทำให้บุคลิกของแพทย์ที่มีอำนาจตามวิชาชีพอยู่แล้ว มีอำนาจในการเป็นผู้ควบคุมการประชุมเพิ่มขึ้น มีการไหลของสื่อสารทั่วถึงกัน (Flow of Information) แต่ก็เป็นการเดินทางไหลแบบมีอำนาจวิชาชีพแพทย์กำหนดทิศทางอยู่ ร่วมกับการสื่อสารจากผู้บังคับบัญชาถึงผู้ใต้บังคับบัญชา (Top-down Communication) ทำให้การประชุมทีมสหวิชาชีพเป็นไปด้วยบรรยากาศของการบังคับบัญชา โดยมีกระบวนการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ที่แพทย์มีอำนาจทางความรู้สูงสุด หากแต่เมื่ออยู่ในบริบทพื้นที่โรงพยาบาลกรณีศึกษาที่เน้นการดูแลแบบประคับประคองทำให้บุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์เปลี่ยนกระบวนการทัศนมาเพิ่มเติมความรู้การดูแลแบบประคับประคอง

ด้วยปัจจุบันอยู่ในกระบวนการทัศนการแพทย์แบบสังคมและนิเวศน์สังคมที่เน้นให้การดูแลผู้ป่วยครบทุกมิติ ทั้งกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ ในสถานการณ์ดังกล่าวทำให้อำนาจแพทย์ที่เป็นหนึ่งเดียวมาในอดีตถูกการต่อรองจากภาวะโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้นตามพฤติกรรมการใช้ชีวิตและตามการเคลื่อนย้ายกระบวนการแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงไปด้วยการดูแลแบบประคับประคองที่ต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพ หรือวิชาชีพอื่นๆ ร่วมดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

สำหรับการนั่งประชุมทีมสหวิชาชีพมีลักษณะเป็นล้อมวงเป็นรูปวงกลม โดยมีวิชาชีพแพทย์ทั้งหมดที่รักษาผู้ป่วย เช่น แพทย์อายุรกรรม แพทย์รังสีรักษาทุกคน แพทย์เคมีบำบัด เป็นต้น นั่งอยู่บริเวณด้านบนของรูปวงกลมบริเวณเดียวกัน ถัดมาเป็นวิชาชีพพยาบาลเปรียบเสมือนเลขาของแพทย์ ที่คอยทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกแก่การการประชุม ตั้งแต่เริ่มต้นจนจบและไล่วิชาชีพอื่นๆ ตามลำดับ ไป เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เกสซิกเกอร์ เป็นต้น ทำให้เห็นถึงการแสดงออกหรือตำแหน่งของบทบาทการประชุมได้อย่างชัดเจน ที่มีการแบ่งอำนาจทางความรู้ของทีมสหวิชาชีพแต่ละวิชาชีพที่แพทย์ผู้ควบคุมการประชุมสื่อสารด้วยวจนภาษา และอวจนภาษาว่าไม่เท่าเทียมกัน

จากการสังเกตการณ์ พบว่า กระบวนการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพในทีมสหวิชาชีพด้วยกันประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา แพทย์เจ้าของคนไข้ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ มีกระบวนการสื่อสารที่แม้จะเป็นแบบแนวระนาบเดียวกัน (Horizontal Communication) ที่สื่อสารระหว่างเพื่อนร่วมงานในหน่วยงานเดียวกันรับส่งข้อมูลทั่วถึงกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประสานข้อมูลการทำงานและเชื่อมความสัมพันธ์อันดี สามารถถามตอบไปมาได้ตลอดทุกวิชาชีพแต่ก็ยังมีอำนาจการบังคับบัญชาควบคุมอยู่โดยแพทย์เป็นผู้ควบคุมการสนทนาตลอดการประชุม ทำให้เห็นว่าตำแหน่งการบริหาร

มีส่วนสำคัญในการสื่อสารการประชุมทีมสหวิชาชีพที่ทำให้การสื่อสารเป็นแบบบนลงล่าง (Downward Communication) เป็นการสื่อสารจากตำแหน่งที่สูงกว่าลงมาตำแหน่งที่ต่ำกว่า

สำหรับรูปแบบการสื่อสารจะเป็นการสื่อสารแบบกลุ่ม แพทย์รังสีรักษาเป็นผู้ควบคุมดำเนินการประชุม โดยสอบถามข้อมูลจากทีมสหวิชาชีพตามลำดับ ซึ่งทีมสหวิชาชีพเป็นผู้ตอบคำถามหรือให้ข้อมูลตามแพทย์ซักถามรายวิชาชีพ เช่น พยาบาล นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ ที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่แต่ละคนเข้าไปดำเนินการกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ดังนั้นการสื่อสารในช่วงเวลานี้ที่เป็นการให้ข้อมูลกลับไปยังแพทย์เจ้าคนไข้หรือแพทย์รังสีรักษาที่ดูแลผู้ป่วย ร่วมรับฟังปัญหาผู้ป่วยและให้ข้อเสนอแนะในทีมสหวิชาชีพดังกล่าว

ดังนั้นการประชุมดังกล่าวมีเป้าหมายการสื่อสารดังนี้

(1) เพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก จากการทำงานตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนอย่างทั่วถึง

(2) เพื่อร่วมกันวางแผนการรักษาผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันในทีมสหวิชาชีพก่อนที่แพทย์จะพูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักต่อไป

(3) เพื่อร่วมกันรับรู้และร่วมมือกันตอบสนองความต้องการสุดท้ายหรือธุระที่ยังทำไม่สำเร็จ (unfinished business) ของผู้ป่วย

(4) เพื่อร่วมแก้ปัญหาหรือหาทางออกเรื่องต่างๆ ให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักให้สำเร็จ ทั้งนี้การสื่อสารรูปแบบดังกล่าวเป็นการสื่อสารระดับกลุ่ม ที่มีลักษณะเป็นการสื่อสารที่เป็นทางการมีความถี่ในการประชุมเดือนละ 1-2 ครั้ง

อย่างไรก็ตามแม้ว่าการประชุมทีมสหวิชาชีพลักษณะนี้จะไม่มีการผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักเข้าร่วมแต่เป็นลักษณะการสื่อสารระดับกลุ่มผู้ทำงานในทีมสหวิชาชีพด้วยกันเองร่วมรับรู้รายละเอียด ของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่ขมมาเป็นกรณีศึกษาแต่ละครั้ง เนื่องจากการประชุมดังกล่าวนี้มีส่วนสำคัญเป็นตัวกลางหรือจุดเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยที่อยู่ช่วงการแรกกับช่วงแจ้งอาการที่จะกล่าวต่อไป ซึ่งเป็นไปตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย

ดังนั้นในช่วงเวลาการดูแลผู้ป่วย 14 วันที่เกิดขึ้นตั้งแต่แรกรับและไปจนถึงช่วงรักษาไประยะหนึ่งเตรียมตัวกลับบ้าน และผู้วิจัยได้เพิ่มเติมช่วงเวลาการกลับไปพักผ่อนดูแลที่บ้านต่อเนื่อง ซึ่งในช่วงเวลาการดูแล 14 วันสามารถนำข้อมูลรายละเอียดอาการต่างๆ ของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักกลับมาสื่อสารกัน ในที่ประชุมทีมสหวิชาชีพดังกล่าวนี้ได้ตลอดเวลาเพื่อร่วมกันช่วยเหลือ และให้การดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักตามความต้องการให้ได้มากที่สุดตามกระบวนการดูแลแบบประคับประคองที่เน้นการตายดีและมีคุณภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ในช่วงการแจ้งอาการและการประชุมทีมสหวิชาชีพ ชี้ให้เห็นว่า ในส่วนของการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพด้วยกัน แพทย์ควบคุมการประชุมและมีอำนาจสายบังคับบัญชากับวิชาชีพอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในการทำงานร่วมกัน ขณะเดียวกัน พยาบาลเป็นวิชาชีพหลักที่นอกจากประสานเป็นตัวกลางเชื่อมต่อระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักและครอบครัวแล้ว ยังเชื่อมต่อระหว่าง แพทย์กับทีมสหวิชาชีพต่างๆ อีกด้วย นอกจากนี้ด้วยอำนาจรักษาของแพทย์จึงย่อมมีการต่อรองการรักษา นั่นที่เป็นการทำความเข้าใจกับผู้ป่วยด้วยทุกครั้งที่เป็นไปในรูปแบบเข้าใจอารมณ์ เห็นอกเห็นใจผู้ป่วยหรือไม่ นั่นขึ้นอยู่กับภูมิหลัง บุคลิกส่วนตัว หรืออำนาจการบริหารร่วมด้วยของแพทย์เจ้าของคนไข้ นั่นๆ ขณะเดียวกัน ผู้ป่วยเองแม้จะมีการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพที่เข้าใจและยอมรับกับ โรคหรือการทำใจกับความตายที่จะเกิดขึ้นก็ตาม แต่ก็ยังต่อรองการรักษาทั้งกับตนเองและกับแพทย์ด้วยการยินยอมการรักษาตลอดเวลา รวมทั้งผู้ดูแลหลักเองก็ต่อรองกับแพทย์และกับผู้ป่วยที่ยึดอำนาจการรับรู้โรคจากผู้ป่วยมาเป็นของตนเองทั้งแบบรู้ตัวและไม่รู้ตัวก็ตาม ร่วมกับการต่อรองขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และร่างทรงในบ้านที่ตนและครอบครัวนับถือมาจากภูมิลำเนา

สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการประชุมทีมสหวิชาชีพ สรุปได้ดังนี้ (1) แพทย์มีเวลาจำกัดทำให้การประชุมทีมสหวิชาชีพไม่ต่อเนื่องและขึ้นอยู่กับแพทย์ผู้เดียว เป็นการผูกขาดการสื่อสารโดยวิชาชีพแพทย์ (2) ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก รายที่ไม่ได้ถูกหยิบมาเป็นกรณีศึกษาในการประชุมทีมสหวิชาชีพทำให้ไม่ได้รับการแก้ปัญหาที่หลบซ่อนอยู่ได้ทันทั่วถึง (3) พยาบาลรับหน้าที่ดำเนินการประสานทุกวิชาชีพเพิ่มเติมจากภาระงานที่ต้องดูแลผู้ป่วย (4) ไม่มีการกำหนดสถานที่หรือห้องประชุมประจำชัดเจนทำให้ต้องประชุมในที่เปิดโล่งที่ทำให้เกิดสิ่งรบกวนในการประชุม ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยกรณีศึกษาที่อาจกีดกันระหว่างสื่อสารที่ได้ยินเสียงไม่ชัดเจน เป็นต้น (5) อำนาจวิชาชีพแพทย์ที่แสดงออกชัดเจนต่อวิชาชีพอื่นๆ เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ทำให้ถูกลดทอนความสำคัญในวิชาชีพอื่นที่ไม่ใช่แพทย์ ส่งผลต่อความรู้สึกหรือความสัมพันธ์ที่ดีในการปฏิบัติงานร่วมกันแบบทีมสหวิชาชีพต่อไปในอนาคต

2.3 การรักษาโรคไประยะหนึ่ง (วันที่ 4-11) เตรียมตัวก่อนกลับบ้าน (วันที่ 12-14)

กระบวนการสื่อสารในช่วงเวลาการรักษาโรคไประยะหนึ่ง และการประเมินก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในส่วนนี้ผู้วิจัยขออธิบายเป็น 2 หัวข้อหลัก ประกอบด้วย 1) การสื่อสารแบบเป็นทางการ ได้แก่ (1) การรักษาใกล้ครบกำหนดฉายรังสี (ใกล้กลับบ้าน) (2) การเยี่ยมบ้าน และ 2) การสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ ได้แก่ การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักบนโทรศัพท์ผ่านกลุ่มไลน์ แอปพลิเคชัน

2.3.1 การสื่อสารแบบเป็นทางการ ได้แก่

1) การรักษาใกล้ครอบครัวกำหนดฉายรังสี (ใกล้กลับบ้าน)

การสื่อสารในช่วงฉายรังสีระยะหนึ่งและใกล้ครอบครัวกำหนดเวลา ประกอบด้วยผู้สื่อสารหลัก ได้แก่ แพทย์รังสีรักษา แพทย์ทั่วไป พยาบาล นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ หรือบุคลากรทางสุขภาพในทีมสหวิชาชีพ เป็นผู้ส่งสารทุกคนตามบทบาทหน้าที่ โดยเฉพาะนักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ จะเข้าพบผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในห้องพักซึ่งการสื่อสารต่างๆ จะคล้ายคลึงกับช่วงแรกรับ แต่จะต่างกันว่านักสังคมสงเคราะห์นอกจากอำนวยความสะดวกจัดหารถเพื่อส่งผู้ป่วยกลับบ้านแล้วยังจัดหาอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นต้องไปใช้ที่บ้าน ทั้งนี้ผู้ส่งสารหลักในช่วงนี้จะเป็นแพทย์รังสีรักษาที่เป็นแพทย์เจ้าของคนไข้ฉายแสงรังสีครอบครัวกำหนดขึ้นตอนการรักษา โดยขออธิบายแยกรายวิชาชีพในภาพรวมของการสื่อสาร ดังนี้

(1) แพทย์รังสีรักษาในพื้นที่กรณีศึกษา

การรักษาโรคไประยะหนึ่งของผู้ป่วยด้วยการฉายรังสีรักษาอย่างต่อเนื่อง จนถึงช่วงเวลานี้ที่เป็นวันสุดท้ายของการฉายแสงครอบครัวกำหนดและผู้ป่วยจะได้กลับบ้าน แพทย์รังสีรักษายังคงเป็นผู้ส่งสารหลัก สักคำห้ละครั้ง ขึ้นอยู่กับอาการโรคผู้ป่วยแต่ละคน โดยครั้งนี้มีเป้าหมายการสื่อสารที่เน้นทบทวนข้อมูลจำนวนครั้งที่ฉายรังสี บริเวณใดบ้าง ซึ่งประเด็นเนื้อหาสารที่สื่อสารสั้นๆ กำชับเรื่องการปฏิบัติตัว การรับประทานอาหารเมื่ออยู่ที่บ้าน หลังจากนั้นพยาบาลเป็นผู้สื่อสารรายละเอียด นอกจากนี้ยังเน้นย้ำการรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ การหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่เป็นประโยชน์กับร่างกาย เช่น เหล้า บุหรี่ ขณะที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่เป็นผู้รับข้อมูลอย่างเชื่อฟัง ไม่ได้แย้ง มีเพียงการสอบถามประเด็นที่ไม่เข้าใจหรืออาหารที่รับประทานได้ และอาหารที่ควรเลี่ยง ทั้งนี้ยังสื่อสารผ่านอวัจนภาษาด้วยการไหว้ขอบคุณแพทย์ พยักหน้า และยิ้มด้วยความดีใจที่ทำการรักษามาถึงวันสุดท้ายและจะได้กลับบ้านด้วยการรักษามีความคืบหน้าในทิศทางที่ดี ดังผู้ป่วยคนนี้ที่เข้ามารักษายาฉายแสงเป็นรอบที่ 2 มีอาการดีขึ้นตามลำดับกล่าวว่า

“...คุณหมอเข้ามาเยี่ยมดูอาการที่ห้องเยอะมาก มาล้อมเตียงเลย 8-9 คน มาทุกคน คุณหมอก็บอกว่าไหนคนเก่ง ได้ข่าวว่าขยับขาขึ้นได้แล้ว ทำให้ดูเหนื่อยๆ หนักก็ทำให้เขาดู ว่ายกขาได้ เพราะครั้งแรกทำไม่ได้เลย พอรักษากับคุณหมอ ฉายแสงไม่กี่ครั้ง ก็ทำได้ ขยับขาได้ เหมือนเราเข้ากับการรักษายาฉายแสง รักษาแล้วดีขึ้น ช่วงหนูใกล้กลับบ้าน นักกายภาพจะมาหาทุกวันเพื่อทำกายภาพให้ และสอนทำให้หนูมาทำที่บ้าน...”

(ผู้ป่วยมะเร็ง B1 พื้นที่สนาม, 6 ธันวาคม 2564)

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า แพทย์รังสีรักษาในฐานะเป็นแพทย์เจ้าของคนไข้ นำทีมสหวิชาชีพทุกวิชาชีพมาเยี่ยมดูอาการผู้ป่วยในห้องพัก โดยกำหนดให้ผู้ป่วยคนนี้เป็นกรณีศึกษา เพื่อทำกิจกรรมการประชุมทีมสหวิชาชีพ ที่ในครั้งนี้พิเศษกว่าการประชุมทีมสหวิชาชีพ โดยทั่วไปที่ไม่มีผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก แต่เป็นการยกทีมสหวิชาชีพมาประชุมกรณีศึกษาที่ห้องผู้ป่วย และมีผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักร่วมด้วย ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นกิจกรรมที่ดีและได้ประโยชน์ทุกฝ่าย โดยในฝ่ายทีมสหวิชาชีพเองได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคืบหน้าในการทำบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนโดยมีผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก การสื่อสารแต่ละวิชาชีพจะผ่อนคลายมากกว่าการประชุมทีมสหวิชาชีพแบบที่กล่าวไปก่อนหน้าที่ไม่มีผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก โดยเฉพาะแพทย์เจ้าของคนไข้ที่เป็นแพทย์รังสีรักษา คนอื่นๆ ได้เรียนรู้วิธีการรักษาที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ขณะที่ฝ่ายผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความดีใจมาก ที่มีทีมบุคลากรทางสุขภาพมาเยี่ยมหลายคน ถ้ามองอาการคนในห้องพักสร้างขวัญกำลังใจและผลทางจิตวิทยาที่ดี ทั้งต่อตัวแพทย์ผู้ทำการรักษา ทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักถือเป็นการสร้างความเชื่อใจ (trust) และสร้างความมั่นใจในแนวทางการรักษาของแพทย์ต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ตามความคาดหวังผู้ป่วย และเป็นการต่อยอดสร้างความเชื่อใจให้กับทีมสหวิชาชีพต่ออำนาจวิชาชีพ แพทย์ที่สามารถรักษาให้ผู้ป่วยฟื้นความทุกข์ทรมานด้วยอีกด้านหนึ่งซึ่ง

(2) พยาบาลในพื้นที่กรณีศึกษา

พยาบาลเป็นผู้ดูแลหลักในฐานะบุคลากรทางสุขภาพในทุกช่วงเวลา ซึ่งเมื่อผู้ป่วยฉายรังสีครบกำหนดใกล้กลับบ้านในระยะดังกล่าว พยาบาลและผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถเป็นทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสาร ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสื่อสารเปิดประเด็นก่อนด้วยการสอบถามข้อสงสัยกังวลใจเรื่องต่างๆ เช่น การดูแลผู้ป่วยหลังจากฉายรังสี ไประยะหนึ่ง การรับประทานอาหารต้องห้ามหรือของแสลง บริเวณที่ฉายรังสีต้องมีการให้การดูแลอย่างไร เป็นต้น

การสื่อสารจึงเป็นรูปแบบระหว่างบุคคล มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน พยาบาลเป็นจุดเชื่อมสำคัญของแพทย์กับผู้ป่วย และระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลกันและกันมากขึ้นเมื่อกลับถึงบ้าน ซึ่งเป็นไปตามการให้ระยะเวลาเพื่อสื่อสารกันภายในห้องพักมากขึ้นมีความใกล้ชิดในการดูแลกันตลอด 24 ชั่วโมงของพยาบาล จึงทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีอย่างมากตั้งแต่วันแรกรับจนถึงวันนี้ โดยเฉพาะพยาบาลจะเพิ่มประเด็นเนื้อหาการสอนวิธีการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ เมื่อกลับไปรักษาตัวที่บ้าน เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง โดยเฉพาะยาที่บรรเทาการปวดที่สามารถจัดให้ผู้ป่วยได้หลายแบบตามแพทย์สั่ง และควรงดยาที่แพทย์ไม่ได้สั่งที่จะส่งผลข้างเคียง รวมถึงการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ที่ทางโรงพยาบาลให้ยืมได้ เช่น เครื่องอ็อกซิเจนแบบดูลม ไม้วอล์กเกอร์ หรือยาแปะแก้ปวด เป็นต้น

“...พยาบาลดูแลเรามากที่สุด ตลอดเวลา ก็มาสอนหายใจขึ้น ลง ซ้ำๆ ในห้อง เห็น ปอดมันแฟบ เข้ามาดูดี วัดความดันตลอด หลายนรอบ คอยมาดูแลตลอด กลางวันกลางคืน ไม่มีมาคุยอะไรที่ทำให้เรารู้สึกไม่ดีเลย พุดเอาใจเราดีตลอด พยาบาลจะถามเราว่าอยากกินอะไรบอกนะ จะให้แม่ครัวทำ จะได้สั่งล่วงหน้า ไม่เอาหวานหรืออะไรบอกได้หมด เขาอยากให้เรากินได้เยอะๆ ตอนแรกๆ อาหารมาหนูไม่ค่อยกินกินไม่หมด พยาบาลถามไม่กินเลย หนูเลยบอกว่ามันออกหวานหนูไม่ค่อยกินหวาน เขาก็เลยบอกว่า บอกได้ไม่กินหวานเดี๋ยวให้แม่ครัวทำให้...”

(ผู้ป่วยมะเร็ง B1 ในพื้นที่สนาม, 6 ธันวาคม 2564)

(3) แพทย์ทั่วไปในพื้นที่กรณีศึกษาที่

แพทย์ทั่วไปจะมาตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับรังสีระยะหนึ่งและใกล้ครบกำหนดเพื่อกลับบ้าน แพทย์จะสื่อสารหลักในประเด็นเนื้อหาการดูแลรักษาบริเวณที่ฉายรังสี และมีบางครั้งที่แพทย์มักสื่อสารกับพยาบาลถึงภาวะต่างๆ ภายในร่างกายของผู้ป่วย โดยใช้ภาษาอังกฤษหรือภาษาวิชาการ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักไม่เข้าใจ แต่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักไม่ได้สอบถามอะไร เว้นแต่ต้องการทราบข้อมูลนั้นจริงๆ ผู้ดูแลหลักจะไปสอบถามกับพยาบาล ทั้งนี้แพทย์ทั่วไปจะไม่ได้ตรวจเยี่ยม (round ward) บ่อยเหมือนที่ผ่านมา เนื่องจากตั้งแต่ปี 2563 เริ่มเข้าสู่สถานการณ์โรคระบาดไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้แพทย์ทั่วไปที่มีหน้าที่ตรวจเยี่ยม ต้องปรับไปให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่ติดเชื้อ COVID-19 และการตรวจเยี่ยมก็ค่อยๆ ยกเลิกไปรวมถึงการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยมะเร็ง ยกเว้นผู้ดูแลหลักที่เฝ้าได้เพียง 1 คน และเข้มงวดในพื้นที่กรณีศึกษามากขึ้น โดยต้องมีการตรวจหาเชื้อ COVID-19 เจ้าหน้าที่ทุกคนที่เข้ามาในพื้นที่ด้วยชุดตรวจด้วยตัวเอง (ATK) ทุก 3 วัน รวมทั้งงดการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่กลับไปรักษาตัวที่บ้านในพื้นที่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาล

(4) นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ในพื้นที่กรณีศึกษาที่

สองวิชาชีพนี้มาสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อให้ข้อมูลคล้ายกับช่วงแรกรับ โดยนักจิตวิทยาจะพูดคุยในประเด็นภาวะด้านจิตใจ อารมณ์ และความเครียด ความกังวล ความสบายใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เป้าหมายการสื่อสารเพื่อประเมินความกังวลต่างๆ ทางจิตใจก่อนกลับบ้าน ซึ่งหากพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักยังมีความกังวลอยู่จะต้องเข้าพบบ่อยขึ้นเพื่อสื่อสารและทำการประเมินเพื่อให้ผ่อนคลายจึงจะสามารถกลับบ้านได้ซึ่งบางครั้งนักจิตวิทยาอาจมีความกังวลใจเองและเข้ามาประเมินบ่อยครั้ง ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักรู้สึกเบื่อในประเด็นการสื่อสารของนักจิตวิทยาที่เข้ามาพูดคุยเรื่องเดิมๆ เช่น เรื่องการเกิด แก่ เจ็บ ตาย โดยเฉพาะการย้ำการยอมรับความตาย จนทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักบางรายเกิดความไม่พอใจ ดังนั้นนักจิตวิทยาจึงต้องมีเทคนิคการ

สื่อสาร การออกแบบสารที่สามารถนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก โดยเฉพาะต้องมีการศึกษาภูมิหลังของผู้ป่วยให้ลึกซึ้งมากขึ้นก่อนที่จะเข้าไปสื่อสารในเรื่องของความตาย เนื่องจากผู้ป่วยบางรายปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับความตายจนเคยชิน และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักรับรู้และยอมรับเรื่องนี้อยู่แล้ว ดังกรณีตัวอย่างที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก กล่าวว่า

“...สำหรับลุงทุกคนที่นี้ทำหน้าที่ดีหมดนะ พุคคุยกันได้ทุกเรื่องไม่มีปัญหาอะไร คิดใจนักจิตวิทยาที่แหละที่เข้ามาทีไรจะมาคุยให้ยอมรับความตาย ถามเรื่องนี้บ่อยๆ เหมือนมาย้ำ นอนๆ อยู่ก็เข้ามาจะพูดเรื่องจะตายนี้แหละ เหมือนสอนจระเข้ว่ายน้ำเพราะผมยอมรับความตายได้ 100%...”

(ผู้ป่วยในพื้นที่สนาม B3, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2563)

“...ก็เป็นตามนั้น เวล่านักจิตวิทยาเข้ามา แต่ไม่ว่าอะไรนะแค่ย้ายออกไป ส่วนคนอื่น ๆ ก็ดีถามอาการ เข้ามาทำให้เราผ่อนคลาย อธิบายดีชัดเจนก็ต้องยกให้กำลังใจคนสงเคราะห์โดยรวมๆ แต่ละคนทำหน้าที่ดีมาก...”

(ผู้ดูแลหลัก C3 ของผู้ป่วย B3 ในพื้นที่สนาม, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2563)

“...ทุกคนดูแลหนูดีค่ะ อย่างที่นักจิตเข้ามาหา ก็ถามหนูว่า เราอยากทำอะไร ประมาณนี้ เราเครียดมั๊ย เรามีอาการซึมเศร้ามั๊ย คิดมากมั๊ย นอนหลับมั๊ย หนูก็บอกที่นักจิตว่าหนูไม่มีอะไรเลย ไม่คิด ไม่เครียด นอนหลับสบาย หนูผ่านจุดนั้นมาแล้ว...”

(ผู้ป่วยในพื้นที่สนาม B1, สัมภาษณ์, 6 ธันวาคม 2564)

“...นักจิตมาคุยกับแม่ตอนแรกๆ ที่ไปรักษาคือตอนนั้นลูกยังหนักมาก แม่ไม่อยากจะพูดเลย คืออยากจะอยู่เฉยๆ ถ้ามีคนมาทักมาถาม จะกลั้นน้ำตาไม่ได้ พาให้ตั้งเครียดขึ้นอีก ถ้าไม่มีใครมาพูดก็ไม่มีอะไร เราก็สบายขึ้นดูแลลูกไป ช่วงนั้นนักจิตเข้ามา 2-3 รอบนะ และคุยกับลูกกับแม่ ก่อนจะกลับบ้านแม่รู้สึกดีขึ้นแล้ว พูดให้กำลังใจ เอาใจแม่ ปลอดภัยอย่าคิดมาก...”

(ผู้ดูแลหลัก C1 ของผู้ป่วย B1 ในพื้นที่สนาม, สัมภาษณ์, 6 ธันวาคม 2564)

ขณะที่นักสังคมสงเคราะห์จะเป็นผู้ส่งสารหลักกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในประเด็นการรับสิทธิประโยชน์ทางนิติเวชธุรกิจ การยื่นเตือนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักแจ้งกับพยาบาลเพื่อรับสิทธิค่าพาหนะในการเดินทางมารักษาตัวที่นี้ การขอใบรับรองเอกสารหลักฐานต่างๆ จากพยาบาลเพื่อนำไปแนบการเบิกค่าใช้จ่ายตามสิทธิ์ และสื่อสารพูดคุยเรื่องอื่นๆ ที่ผู้ป่วยและ

ผู้ดูแลหลักสนใจซักถาม เช่น พิธีกรรมทางศาสนาพุทธ การเดินทางของจิตสุดท้าย ภพหน้า ซึ่งทำให้รูปแบบการสื่อสารระหว่างบุคคลนี้มีความใกล้ชิดสนิทสนมเหมือนคนในครอบครัว ซึ่งตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้เข้ามารักษาตัวที่นี่ กลวิธีหลักที่นักสังคมสงเคราะห์ใช้ในการสื่อสารคือการสื่อสารแบบเห็นอกเห็นใจที่เข้าใจไปกับอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก จึงทำให้การสื่อสารที่แสดงออกเต็มไปด้วยความหวังดีและความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

จากการวิเคราะห์ พบว่า เรื่องของระยะเวลาที่บุคลากรทางสุขภาพ สามารถมีให้กับผู้ป่วยในการสร้างความสัมพันธ์โดยใช้การสื่อสารเป็นเครื่องมือ เพื่อล่วงรู้ความคิดจนสามารถเข้าไปนั่งในใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ซึ่งถือเป็นเป้าหมายหลักของทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักต่างเป็นทั้งผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูลสลับกันไปในแต่ละช่วงเวลาพยาบาลเป็นผู้รับข้อมูลต่างๆ จากผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมากที่สุด เป็นผู้ฟังผู้ป่วยมากที่สุด เพื่อในท้ายที่สุดจะต้องสามารถดึงสิ่งที่ค้างคาใจ หรือธุระที่ยังทำไม่เสร็จสิ้นของผู้ป่วย (unfinished business) ออกมาให้ได้มากที่สุด

ดังนั้นในประเด็นดังกล่าวนี้ พยาบาลจะเป็นผู้นำเนื้อหาสารดังกล่าวของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักนั้นกลับไปสื่อสารในการประชุมสหวิชาชีพเพื่อให้ทุกวิชาชีพรับรู้ร่วมกันตามเป้าหมาย การสื่อสารในการประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลและช่วยเหลือผู้ป่วย และผู้ดูแลหลักให้มากที่สุด อย่างไรก็ตามแม้วิชาชีพพยาบาลจะเป็นผู้มีความใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ทุกวิชาชีพสามารถสื่อสารเพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยและสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด

2) การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยทีมสหวิชาชีพ

ในช่วงปกติที่ไม่มีสถานการณ์ระบาด COVID-19 โรงพยาบาลพื้นที่กรณีศึกษาดังกล่าว ได้จัดให้มีทีมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักพักรักษาตัวอยู่ที่บ้าน (home visit) ซึ่งจะลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่กลับไปรักษาตัวทุกวันอังคารหรือวันพฤหัสบดี ในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ของเดือน โดยทีมบุคลากรทางสุขภาพที่ไปเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งขึ้นอยู่กับรายละเอียดของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่มีความต้องการในวิชาชีพใด ทั้งนี้การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ต้องอยู่ในบริเวณโรงพยาบาลพื้นที่กรณีศึกษาไม่เกิน 50 กิโลเมตร หากกรณีบ้านผู้ป่วยอยู่ห่างไกลออกไปที่กำหนดโรงพยาบาลได้ส่งต่อให้โรงพยาบาลตำบลที่เรียกว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแทน

รูปแบบการสื่อสารการเยี่ยมบ้านนี้จะเป็นแบบกลุ่ม ขณะเดียวกันก็เป็นการสื่อสารระหว่างบุคคล เมื่อต้องการข้อมูลเฉพาะเจาะจงกับนักวิชาชีพนั้นๆ เช่น การสอบถามเรื่องยาระหว่างเภสัชกรกับผู้ดูแลหลัก เป็นต้น ทั้งนี้บุคลากรทางสุขภาพที่ออกเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่ ประกอบด้วย

พยาบาล นักกายภาพบำบัด เกสัชกร นักโภชนาการ สำหรับแพทย์จะออกเยี่ยมบ้านกรณีมีผู้ป่วยอาการหนัก โดยในการเยี่ยมบ้าน พยาบาลจะเป็นผู้ส่งสารหลัก เป็นผู้นำทีมสหวิชาชีพ ในการเปิดประเด็นการสื่อสาร กล่าวทักทายผู้ป่วยและครอบครัว และแนะนำทีมสหวิชาชีพที่มาเยี่ยมบ้านโดยมีผู้ดูแลหลักเป็นคู่สื่อสารกับพยาบาลเพื่อแจ้งรายละเอียดต่างๆ ของผู้ป่วยในระหว่างรักษาตัวที่บ้าน เช่น อาการปวด การรับประทานอาหารได้หรือไม่ การนอนหลับ อาการแทรกซ้อนอื่นๆ เป็นต้น

สำหรับประเด็นการสื่อสารหลักคือ การตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพที่หลากหลายตามที่ผู้ป่วยมีความต้องการรับบริการต่างๆ โดยพยาบาลจะเข้าไปดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด (กรณียังไม่มีโรค COVID-19) หากผู้ป่วยนอนติดเตียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พยาบาลจะทำการตรวจสอบอนามัยร่างกายที่เป็นที่อับ และผู้ดูแลหลักหลังสิ้นการดูแล เช่น ช่องปาก หรืออวัยวะสำคัญ โดยเฉพาะสอนผู้ดูแลหลักให้ดูวิธีการทำความสะอาด เพื่อให้สามารถทำให้ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องในแต่ละส่วนของร่างกายผู้ป่วยเพื่อให้มีสุขอนามัยที่ดีเมื่อรักษาตัวอยู่ที่บ้าน ขณะวิชาชีพอื่น เช่น นักโภชนาการจะให้คำแนะนำการปรุงอาหารที่เหมาะสมกับชนิดมะเร็งของผู้ป่วย หรือนักกายภาพบำบัด จะเน้นสื่อสารการสาธิตทำการออกกำลังกายที่บ้าน สอนวิธีการบีบนิ้วร่างกายให้ผู้ป่วย

ทั้งนี้ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 ที่เกิดขึ้นรุนแรงในปี 2563 ต่อเนื่อง ทำให้งดการเยี่ยมบ้านเพื่อป้องกันการนำโรคติดต่อดังกล่าวไปซ้ำให้ผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งการระบาดของ COVID-19 ต่อเนื่องมาจนถึงปี 2564 - 2565 เป็นปีที่ 3 ขณะเดียวกันทางทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลได้เพิ่มช่องทางการสื่อสารใช้สื่อเทคโนโลยีในการติดต่อสอบถามอาการกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักแทน เช่น การใช้โทรศัพท์ ไลน์ส่วนตัว หรือ วิดีโอคอล เพื่อเห็นหน้าผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถสอบถามปัญหาต่างๆ ได้เช่นกัน เพื่อเป็นช่องทางประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินได้ทันที

2.3.2 การสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ

การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักบน โทรศัพท์ผ่านโปรแกรมไลน์ (Line Application ในช่วงการรักษาไประยะหนึ่งของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก นอกจากจะมีรูปแบบการสื่อสารเป็นทางการที่มีทั้งการสื่อสารแบบกลุ่ม และแบบระหว่างบุคคล ยังมีการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการในรูปแบบผ่านกลุ่มไลน์ (Line Group) ของทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จัดตั้งขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อเป็นศูนย์กลางในการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก โดยบุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพเป็นผู้ส่งสาร มีเนื้อหาสาระเพื่อแจ้งข่าวสารหรือให้ข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก กับบุคลากรทางสุขภาพวิชาชีพอื่นๆ สามารถ

ติดตามอาการผู้ป่วย และรายงานผลการรักษา และแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ได้ทันต่อเหตุการณ์

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การรักษาโรคไประยะหนึ่งโดยเฉพาะการฉายแสงรังสีรักษาแบบประคับประคองนี้ ผู้ป่วยเองเป็นผู้ตัดสินใจเข้ามารับการรักษา โดยมีผู้ดูแลหลักเป็นผู้ร่วมตัดสินใจและให้การดูแลตลอดการรักษา ซึ่งผลการรักษาส่วนใหญ่ มีส่วนช่วยให้อาการที่รุนแรงทุเลาลง ซึ่งทำให้เห็นมุมมองของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้รับสาร (receiver) ปรับบทบาทมาเป็นผู้ส่งสาร (sender) ในพื้นที่ที่มีการดูแลแบบประคับประคองภายใต้กระบวนการแพทย์แบบนิเวศน์สังคมหรือทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพปัจจุบัน กระบวนการดูแลแบบประคับประคองนี้เองเน้นการทำ Family Meeting หรือประชุมครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยได้วางแผนการรักษา หรือ advance care plan (ACP) โรคด้วยตนเอง ถือเป็นกำลังถึงผู้ป่วยมากขึ้นมากกว่าในอดีต ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีสิทธิในการเลือกการรักษาให้กับตัวเอง (active audience) เมื่อถึงระยะสุดท้ายตามความต้องการจากเดิมที่แพทย์เป็นผู้ยื่นข้อเสนอการรักษาให้ฝ่ายเดียวในอดีตตามกระบวนการแพทย์แบบชีวภาพ

การเปลี่ยนแปลงของกระบวนการแพทย์นี้เอง ซึ่งให้เห็นว่าเป็นจุดสำคัญที่ทำให้รูปแบบการสื่อสารเปลี่ยนแปลงไป มีการสลับบทบาทเป็นความต้องการของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยสามารถเป็นผู้ส่งสาร และแพทย์เป็นผู้รับสาร ซึ่งในบางครั้งแพทย์ที่เคยชินกับการรักษา (curative) เพียงอย่างเดียวในอดีต และไม่รู้จักการดูแลแบบประคับประคอง ด้วยการแพทย์สมัยใหม่ได้เปลี่ยนไปตามกลไกโลกที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (palliative) เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้เป็นผลดีของทั้งในบทบาทแพทย์และผู้ป่วย กล่าวคือในบทบาทแพทย์เองตามภาวะเศรษฐกิจ สังคมการดำเนินชีวิตของคนในสังคมไทยทำให้เกิดโรคเรื้อรังเช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็งที่รักษาไม่หาย การดูแลแบบประคับประคองทำให้แพทย์ถูกกำหนดให้เรียนรู้วิธีการรักษาแบบใหม่ที่ไม่ได้เฉพาะชีวภาพเสมอไปและปรับทัศนคติยอมรับในการรักษาที่มีโรคที่รักษาไม่หาย ความเป็นอำนาจแพทย์จึงถูกตั้งคำถามและท้าทายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งสุดท้ายแพทย์จะค่อยๆ ใจกว้างและทำความเข้าใจ ดังที่แพทย์ในพื้นที่กรณีศึกษาเล่าว่า “แม้รักษาไปก็เสียชีวิตอยู่ดี” ขณะที่ด้านของผู้ป่วยเองถือว่าได้ประโยชน์อย่างมากจากการดูแลแบบประคับประคองได้เข้ามาช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการรักษาทั้งทางกายและจิตใจเมื่ออยู่ในระยะสุดท้าย เพราะการรักษาแบบการแพทย์ชีวภาพเดิมที่เต็มไปด้วยอุปกรณ์ช่วยชีวิตต่างๆ จึงไม่ใช่ทางออกและไม่เกิดประโยชน์ใดๆ

อย่างไรก็ตามแม้จะมีการดูแลแบบประคับประคอง แต่ก็ไม่สามารถยืนยันได้ว่าการฉายรังสีจะทำให้หายจากโรคมะเร็งได้เพราะการที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาแบบฉายรังสีแบบประคับประคองคืออาการโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายแล้ว แต่ก็ยังมีผู้ป่วยไม่น้อยที่ยังมีความหวัง ด้วยคำว่าฉายแสงรังสีเปรียบได้กับแสงความหวังของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรับรู้และสื่อสารคำว่า

“แสงสุดท้าย” ในวันที่ฉายรังสีครั้งสุดท้าย เป็นการสื่อสารทั้งภายในตัวเอง และสื่อสารระหว่างบุคคลกับแพทย์ พยาบาล และผู้ดูแลหลักทุกคนที่เกี่ยวข้อง โดยผู้ป่วยให้ความหมายกับตัวเองถึงความอดทนในการรักษาด้วยการฉายรังสีวันนี้เป็นครั้งสุดท้าย โดยผู้ป่วยต้องมีการต่อสู้กับรังสีรักษาทุกครั้งที่ทำกรฉายแสงจะมีอาการต่างๆ ดังที่ผู้ป่วยรายนี้กล่าวว่า “วันนี้แสงสุดท้ายแล้ว” ซึ่งเท่ากับว่าผู้ป่วยนอกจากจะเป็นผู้ส่งสารแล้ว ยังมีการออกแบบสาร (message design) ให้กับตัวเองในทางบวก เป็นการให้กำลังใจตัวเองกับการรักษาโรคมะเร็ง ทำให้ผู้รับสารคือ แพทย์ พยาบาล หรือผู้ดูแลหลัก สามารถรับรู้ความหมายจากความรู้สึกของผู้ป่วย ที่แสดงออกมาพร้อมกับอวัจนภาษา เช่น น้ำเสียง สีหน้า แววตาที่มีพลังเปรียบเหมือนการเดินทางที่มาถึงเส้นชัย และให้ความหวังกับแสงรังสีแสงสุดท้ายที่เข้าไปฆ่าและทำลายเชื้อโรคร้ายทุเลาลงได้และอาจหายจากโรค

การฉายแสงรังสีรักษาในระยะสุดท้ายนี้ จึงเป็นหนทางเดียวที่ผู้ป่วยจะได้มีชีวิตอยู่ไม่ต้องอยู่กับโรคร้ายอย่างทนทุกข์ทรมานจากความปวด สามารถกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวคนที่เรารักในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ และผ่านการใช้จ่ายทุกระทบวนทัศนังการแพทย์ โดยเฉพาะการแพทย์พื้นบ้านที่ผู้ป่วยคนนี้เคยกลัวการฉายรังสีในตอนนั้นจากการได้ยินจากคนอื่น ทำให้ผู้ดูแลหลักและครอบครัวหายสาบสูญไปพรที่บอกต่อกันว่าได้ผลมารักษากว่า 2 ปี ซึ่งแม้อาการดีขึ้นช่วงหนึ่งก็กลับมาหนักและกลับมารักษาแพทย์ปัจจุบันที่เป็นการฉายรังสีแบบประคับประคอง ดังผู้ป่วยมะเร็ง B1 กล่าวว่า “...ถ้าตอนนั้นมาฉายรังสี ป่านนี้หายไปนานละ...” ทั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่พร้อมจะเข้าสู่การรักษาทุกระทบวนทัศนังและการรักษาพยาบาลที่บ้านมาทุกคนด้วยต้องการหายจากโรค และแม้ทุกครั้งจะบอกว่าตนพร้อมรับความตายจะรออยู่ตรงหน้าก็ตามแต่ภายในลึกๆ ของจิตใจผู้ป่วยทุกคนต่างต้องการมีชีวิตอยู่กับคนที่รักและครอบครัว

2.4 การกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน (นอกเหนือจากแผนการดูแล 14 วันในโรงพยาบาล)

การสื่อสารในช่วงที่ผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้าน หลังจากฉายรังสีครบตามจำนวน แพทย์จะนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการ อีก 3 เดือน หากดีขึ้นจะนัดให้มาพบแพทย์อีก 6 เดือน โดยความถี่ที่แพทย์หรือบุคลากรทางสุขภาพติดต่อไปทางโทรศัพท์เดือนละ 1 ครั้ง โดยเป็นการแจ้งเตือนให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด ในช่วงแรกๆ ของการกลับบ้าน หากแต่กลับไปบ้านระยะหนึ่งเลย 6 เดือนไปแล้วการติดต่อสื่อสารจากบุคลากรทางสุขภาพจะลดน้อยลง เนื่องด้วยเวลาที่จำกัดของแพทย์ พยาบาลและปริมาณของผู้ป่วยที่มีเข้ามาหมุนเวียนตลอดเวลา ทำให้หน้าที่ของบุคลากรทางสุขภาพต้องดูแลผู้ป่วยรายใหม่ๆ ดังนั้นผู้ป่วยรายเก่าๆ ที่เคยเข้ามารักษา เคมีบำบัด หรือฉายแสงก็จะเป็นไปตามความคุ้นชินปกติทั่วไปจนบางครั้งอาจลืมการติดต่อสื่อสารหรือการดูแลต่อเนื่อง แม้ผู้ป่วยกลับไปบ้าน ที่เป็นหลักสำคัญหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคองคือ การดูแลที่มีความต่อเนื่อง

เมื่อผู้ป่วยที่กลับไปรักษาตัวที่บ้านและต้องกลับมาพบแพทย์ตามนัดทุก 3 เดือน หรือ 6 เดือนเพื่อติดตามอาการ หรือแม้แต่กรณีที่มีอาการฉุกเฉินใดๆ ก็ตามที่ทำให้ต้องกลับมารักษาตัวนั้น การสื่อสารในช่วงนี้จะมีความคุ้นเคยกันทั้งผู้ให้บริการ คือ บุคลากรทางสุขภาพ กับ ผู้รับบริการ คือผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เนื่องจากการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งจะมีบุคลากรทางสุขภาพแทบทุกวิชาชีพเข้ามาสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักตามบทบาทหน้าที่ตามลำดับและความต้องการของผู้ป่วย แต่ผู้ส่งสารหลัก ได้แก่ แพทย์รังสีรักษาซึ่งเป็นแพทย์เจ้าของคนไข้ พยาบาล แพทย์ทั่วไป และนักสังคมสงเคราะห์ หากแต่ในระหว่างที่รักษาตัวอยู่ที่บ้านการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักจะไม่ต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมีความแตกต่างกัน บางรายที่มีอาการแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นต้องฉายแสงรังสีต่อ บางรายมาเพื่อติดตามอาการที่ฉายรังสีไปครบและหลายรอบรังสีว่าผลเป็นอย่างไร เป็นต้น

การกลับไปรักษาตัวที่บ้าน เมื่อถึงวันที่แพทย์นัด พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นผู้ส่งสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักคล้ายกับในช่วงแรกๆ เพื่อรับทราบข้อมูลแต่ละครั้งจะต่างกับช่วงแรกที่ผู้ป่วยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลและพยาบาลเป็นผู้รับข้อมูล ทั้งด้านอาการ โรค ภาวะ โรคทางร่างกายและสภาพจิตใจเพื่อรายงานให้แพทย์ทราบ หลังจากนั้นพยาบาลจะพาไปพบแพทย์เจ้าของคนไข้เพื่อดูอาการ โดยแพทย์รังสีรักษาจะเป็นผู้สื่อสารหลักกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เป้าหมายการสื่อสารเพื่อดูความคืบหน้าของผลการรักษาที่ผ่านมาในการฉายแสงรังสีล่าสุด และเพื่อวางแผนรักษาในระยะต่อไป เป็นการทำ Family Meeting อีกครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นความคืบหน้าการรักษาโรคของตนเอง จากตั้งแต่วันแรกมาจนถึงวันนี้ หากผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีแพทย์เจ้าของคนไข้จะชมผู้ป่วยหากโรคไม่กลับมา หรือหายไปตามการฉายแสงรังสี เท่ากับผู้ป่วยปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ทั้งการดูแลแผล และการรับประทานอาหาร หากโรคมีการลุกลามไปจุดอื่นแพทย์จะอธิบายรายละเอียดและเสนอแนวทางการรักษาเท่าที่ร่างกายผู้ป่วยจะรับไหวโดยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมวางแผนรักษาตามปกติด้วย แต่หากไม่มีอาการรุนแรงอะไร แพทย์จะส่งยาบำรุง ยาแก้ปวดให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

อย่างไรก็ตามในช่วงแรกที่ผู้ป่วยฉายแสงครบและกลับไปพักผ่อนรักษาตัวที่บ้านที่อาการยังไม่ดีขึ้นทันที ผู้ป่วยบางคนจึงต้องติดตามใกล้ชิด บุคลากรทางสุขภาพจะใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น โทรศัพท์ วิดีโอคอลผ่านทางไลน์ สื่อสารติดตามผู้ป่วยที่สามารถเห็นภาพผู้ป่วยเพื่อให้คำปรึกษาแนะนำ ผู้ดูแล ครอบครัวที่บ้านได้ โดยแพทย์อาจจะใช้เป็นกรณีศึกษาตัวอย่างในการประชุมทีมสหวิชาชีพได้ขึ้นอยู่กับแพทย์เจ้าของคนไข้ เพื่อให้ทุกวิชาชีพได้รับรู้และแลกเปลี่ยนความรู้ตามบทบาทหน้าที่แต่ละวิชาชีพได้เรียนรู้ไปพร้อมกัน ดังที่ผู้ป่วยกล่าวว่า

“...คือตอนนั้นฉายแสงแล้วแต่ยังติดเตียงอยู่ยังยกขา พลิกร่างกายตัวเองไม่ได้ตอนที่หนูนอนติดเตียง มีคุณหมอ โทรมมาแบบวิถีไอคอลล 2 - 3 ครั้ง จะมีพยาบาล หมอ นักจิตวิทยา ทุกคนเลย นั่งล้อมวง วิถีไอคอลลมาหาหนู ถามอาการเป็นยังไงบ้าง กินข้าวได้มั้ย การกินยา หนูนั่งนอน นั่งไม่ได้ มีแผลกดทับนิดหน่อย แม่ช่วยหนูจับนอนตะแคง มีรอยฉายแสงมันก็ร้อนทะลุขาวออกก้นเลย คือตอนทำไม่รู้สึก พอออกมาไม่เจ็บอะไร ปกตินะ แม่ต้องเอาไม้กระดานมาวางอีกข้างให้จับตะแคง พัดลมสายไม่ให้มีแผลกดทับ ตอนติดเตียงนอนนานมาก ทั้งกลิ่นทั้งอะไรกว่าจะผ่านตรงนั้นได้...”

(ผู้ป่วยมะเร็ง B1, สัมภาษณ์, 6 ธันวาคม 2564)

การกลับมาพักรักษาตัวที่บ้านทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายใจ ด้วยมีอำนาจเต็มที่ในการแสดงออกทุกอย่างที่บ้านตามบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ต่างจากในโรงพยาบาลที่มีบทบาทผู้ป่วยที่ต้องเชื่อฟังแพทย์และบุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพเท่านั้น หากแต่ในเวลาที่พักรักษาตัวที่บ้านแต่มีแพทย์และทีมสหวิชาชีพมาเยี่ยมดูแลผ่านทางวิถีไอคอลลนี้เป็นจุดเปลี่ยนที่สามารถให้ผู้ป่วยได้รู้สึกเข้าไปสู่โลกในความฝันเหมือนอยู่ในโรงพยาบาลอีกครั้งที่เคยมีแพทย์ พยาบาล และทุกคนดูแล ดังนั้นการที่แพทย์เจ้าของคนไข้ได้ประชุมทีมสหวิชาชีพผ่านวิถีไอคอลลดังกล่าวเปรียบได้กับมานในโรงละครที่เปิดขึ้น แม้เพียงช่วงเวลาหนึ่งก็ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีกำลังใจในการรักษาต่อไป และเมื่อสายโทรศัพท์ทางวิถีไอคอลลงเปรียบได้กับมานโรงละครปิดลงก็เท่ากับได้ดึงผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักกลับเข้ามาสู่โลกความเป็นจริง

ดังนั้นการกลับมาอยู่ที่บ้านจึงเป็นโลกแห่งความเป็นจริงในชีวิตที่แท้จริงของผู้ป่วย หากในผู้ป่วยรายที่สามารถลุกเดินเองได้ จีจ็กรยานเองได้เหมือนเดิม ใช้ชีวิตปกติเท่ากับไม่ได้เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลอีกต่อไป ผู้ป่วยได้กลับเข้าสู่โลกความเป็นจริงในชีวิตประจำวันของตนอีกครั้ง สามารถทำกิจกรรมตามต้องการทุกอย่างในบ้านตามโครงสร้างในชีวิตประจำวันที่ดำเนินอยู่ตามปกติได้กลับมาเป็นตัวของตัวเองอย่างเต็มที่การรักษาในกระบวนการแพทย์ปัจจุบันเป็นสิ่งยืนยันให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยอมรับมากกว่าการแพทย์แบบพื้นบ้านที่เคยผ่านการรักษาแม่อาการจะดีขึ้นก็เพียงชั่วเวลาหนึ่ง ดังนั้นแม้ผู้ป่วยกลับบ้านส่วนใหญ่ไม่มีผู้ป่วยที่กลับไปรักษาการแพทย์พื้นบ้านร่วมกับแผนปัจจุบันที่รักษาอยู่ ด้วยเชื่อฟังและศรัทธาแพทย์มากที่สุด การต่อรองของผู้ป่วยในช่วงกลับบ้านจึงเป็นการเข้าหาทางศาสนา ไหว้พระ สวดมนต์และสื่อสารร่างทรงในครอบครัวเพื่อเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ มีความหวังและเกิดความสุขสบายใจมากที่สุด

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า หลังจากรักษาฉายแสงรังสีตามเวลาที่แพทย์กำหนดอาการดีขึ้นตามลำดับ จากที่นอนติดเตียงก็สามารถลุกขึ้นนั่ง ยืน เดิน ช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ แม้จะไม่สมบูรณ์มากนักแต่ก็ยังดีใจที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่เป็นภาระครอบครัว และแม้ถึง

จะเป็นอะไรถูกเงินก็ตาม ผู้ป่วยยังยืนยันคำเดิมกับแพทย์และครอบครัวว่าไม่ต้องทำอะไรให้
 ทรมาณให้ปล่อยไปตามธรรมชาติ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ดังผู้ป่วย B1 กล่าวว่า

“...หนูก็อยากหายนะ พอหมอบอกหนูไม่มีเชื้อ หนูดีใจมากเลย ยิ่งหมอบอกไม่มี
 เชื้อ ไม่ต้องให้คีโม หนูดีใจมากเลย กินฮอร์โมน ก็เข้ากันดี ดีใจมากเลยคะ หนูกำลังใจดีถ้าจะ
 ไปคีคี ไม่ต้องทำอะไรทั้งหมด ไม่อยากทรมาณ มาวันนี้ที่น้องบอกไม่คิดไม่ฝันจะมานั่งคุย มีแต่คนตกใจ
 ไม่น่าเชื่อ เคื่อบอกคนนั้นตายไปแล้วหรือ คนนั้นตายไปแล้ว คนนี้คนใหม่แล้ว...”

(ผู้ป่วยมะเร็ง B1, สัมภาษณ์, 31 ธันวาคม 2564)

การที่ผู้ป่วยกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านผู้วิจัย พบว่า บรรยากาศ อารมณ์ ความรู้สึก
 ในการสื่อสารระหว่างกันแตกต่างกับที่โรงพยาบาลอย่างมาก เช่น การสื่อสารอังกฤษ อัจฉริยะ
 ที่แสดงออกมาผ่านทั้งหน้าตา ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ด้วยการรักษาฉายแสงรังสีที่ผ่านมา
 หลายครั้งเป็นเวลานานหลายปี และการรักษาได้ผลตอบสนองที่ดีกับร่างกายช่วยบรรเทาอาการ
 ทรมาณ โดยเฉพาะทำให้ก้อนที่เป็นหายไปผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ จนแพทย์เองยังประหลาด
 ใจทำให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลมีกำลังใจใช้ชีวิตต่อสู้นิวทนาการดูแลแบบประคับประคองที่ไม่ทุกข์ทรมาณ
 มีความหวังกับการรักษาและเชื่อมั่นศรัทธาวิชาชีพแพทย์ที่อยู่ในกระบวนการรักษาทาง
 การแพทย์แบบนิเวศน์สังคมที่มีการดูแลแบบประคับประคองหรือไม่ทุกข์ทรมาณ ผู้ป่วยและผู้ดูแล
 หลักจึงมีภาวะจิตใจที่ดีขึ้นจนสามารถลุกเดิน ช่วยเหลือตัวเองได้ผลดี

ความเจ็บป่วยของโรคนี้นำให้ส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจการเงินครอบครัว
 แต่ละครอบครัวต่างกัน บางครอบครัวต้องนำเงินที่สะสมมา ใช้หมดไปกับการรักษา ตัวผู้ป่วยเองก็
 ต้องออกจากงานเป็นผู้ไม่มีรายได้ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยได้กลับบ้านและพามีแรงทำงานช่วยเหลือ
 ครอบครัวหาเงินเล็กๆ น้อยๆ ถือเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการอย่างมากที่สุดเพื่อสร้างความภาคภูมิใจใน
 ตนเองที่สามารถช่วยเหลือแบ่งเบาครอบครัว ไม่เป็นภาระของครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยเองที่ผ่านการรักษา
 มาระยะเวลาานทุกกระบวนการแพทย์จะมีการสื่อสารกับตัวเองว่าไม่ได้เป็นโรคมะเร็งแล้ว

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาการแพทย์ปัจจุบันด้วยการ
 ฉายแสงรังสีที่ไม่ได้ผ่าน ไปแค่รอบเดียวซึ่งใน 1 รอบต้องฉายแสงถึง 10 ครั้ง ขึ้นอยู่กับร่างกาย
 บริเวณที่เป็นมะเร็ง และอายุของผู้ป่วย และเมื่อการรักษาร่างกายได้ผล มีการตอบสนองด้วยดีอาการ
 ทางร่างกาย ดีขึ้นตามลำดับ ส่งผลให้มีกำลังใจในการอดทนกับการรักษาต่อไป ด้วยความหวังให้
 รังสีสามารถฆ่าเชื้อ โรคร้ายออกจากร่างกาย หรืออย่างน้อยให้มีชีวิตอยู่กับครอบครัวที่รักได้นาน
 ที่สุด โดยเฉพาะความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่เป็นภาระกับครอบครัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่

มีการสื่อสารภายในตนเอง และให้กำลังใจกับตัวเองว่าโรคที่เป็นอยู่นี้แค่โรคทั่วไปชนิดหนึ่ง ดังที่ผู้ป่วยกล่าวว่า

“...ถามตัวเองนะใจหนูไม่เคยคิดเลยว่าตัวเองเป็นมะเร็ง หนูบอกตัวเองว่า เคี้ยวก็หายๆ แค่นี้เอง คนอื่นยังหายได้เลย ไม่เคยคิดทำอะไรมาก ไม่เคยคิดว่าตัวเองเป็นมะเร็งด้วย ถึงแม้ตัวเองจะเป็นแต่หนูไม่คิดว่าเป็นมะเร็งเคี้ยวก็หาย กำลังใจหนูมีเยอะ พี่น้องครอบครัวให้กำลังใจ...”

(ผู้ป่วยมะเร็ง B1, สัมภาษณ์, 17 ธันวาคม 2564)

“...มาถึงวันนี้ยายไม่รู้มันจะเป็นอะไรนะ หรือมันไม่เป็นอะไร เหมือนมันก็ได้นอน มันไม่เหมือนเป็นโรค ไม่เหนื่อย ไม่อะไรยายเป็นคนดี ขนาดศิยังไม่อยากรับเลย คนแถวบ้านเป็นโรคนี้อายุน้อยกว่ายายทยอยตายไปหมดแล้ว...”

(ผู้ป่วยมะเร็ง B4, สัมภาษณ์, 19 ธันวาคม 2564)

หากแต่มีบางประเด็นที่ผู้วิจัยพบว่า มีความเหมือนกันกับในช่วงอยู่โรงพยาบาล คือความไม่หวาดกลัวความตายที่ผู้ป่วยจะต้องพบเจอที่ไม่อาจรู้ว่ามีเมื่อไหร่ แต่เข้าใจชีวิตและความตายมากขึ้นก็จะใช้ชีวิตที่มีอยู่ให้มีความสุขที่สุดและรักษาไปตามที่ร่างกายไหวในแบบที่ไม่ต้องทรมาน ขณะเดียวกันการสื่อสารของแพทย์มีทั้งด้านบวกและลบ เช่น การที่แพทย์แจ้งกับผู้ป่วยหากไม่ได้ผลจะยุติการรักษา ซึ่งผู้ป่วยและผู้ดูแลยอมรับว่าได้ยินแพทย์สื่อสารแบบนั้นแล้วทำให้หดหู่ ใจเสียกังวล หรือการที่แพทย์แสดงอาการประหลาดใจกับความสามารรถที่ผู้ป่วยยกขาสูงขึ้นได้จนแพทย์เจ้าของคนไข้ กล่าวว่า “..ไม่น่าเชื่อ มาไกลมากนะ เสียหายไม่ได้ถ้ารูปตอนแรกที่มา..” หลังจากกลับบ้านไปและมาพบแพทย์ การแสดงออกต่างๆ เหล่านี้ของแพทย์ทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษาที่เป็นตามความจริงในชีวิตประจำวันโดยอัตโนมัติ หรืออาจเกิดขึ้นจากจิตวิทยาการสื่อสารของแพทย์แต่ละคนที่มีเทคนิคกลวิธีที่ส่งผลทางด้านจิตใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดีขึ้นได้ ดังตัวอย่างผู้ป่วย กล่าวว่า

“...หนูกลับไปหาหมอตตามนัด หมอบอกว่าไหนได้ข่าวว่าเดินได้แล้วนี่ ไหนทำให้หมอดูเหนื่อยชิ หนูก็ยกขาให้ดูสูงเลย หมอตกใจมาก เราก็เห็นหมอตตกใจ หมอเป็นอะไรคะหมอบอก ไม่คิดว่าหนูจะยกได้สูงขนาดนี้ หมอบอกเสียตายมากที่ไม่ได้ถ้ารูปตอนที่มาครั้งแรก หมอย้ำๆ หลายรอบ หมอบอกไม่คิดว่าหนูจะมาได้ไกลขนาดนี้ เทียบกับวันแรกที่มา หนูชั๊ก หมดสติ

นอนติดเตียงนานเลย พอหนูจะกลับบ้าน หมอจะแซวหนูว่าอีก 6 เดือนเจอกันคงไม่มาก่อนวันนัดนะ หนูบอกไม่เจอแน่นอนค่ะ...”

(ผู้ป่วยมะเร็ง B1 พื้นที่สนาม, 6 ธันวาคม 2564)

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กรณีตัวอย่างนี้แพทย์เจ้าของคนไข้แสดงออกถึงความประหลาดใจที่ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายแข็งแรงขึ้นมาก จนสามารถยกขาขึ้นสูงขึ้นได้เกินคาดหมายทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความรู้สึกดีใจและเชื่อมั่นในการตัดสินใจรักษาการแพทย์ปัจจุบันดังที่ผู้ป่วยกล่าวว่า “..ถ้าการรักษาทางนี้ ป่านนี้ก็หายนานแล้ว..” และสร้างกำลังใจกับการรักษาเพื่อมีชีวิตอยู่ต่อไป ซึ่งแพทย์เป็นความหวังเดียวของผู้ป่วยอย่างแท้จริง โดยผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์อย่างเข้มงวด เช่น การให้รับประทานอะไร ไม่ให้รับประทานอะไร เป็นต้น ทั้งนี้การกำหนดข้อห้ามต่างๆ ของแพทย์ในการรักษานั้นเท่ากับแพทย์เองกำลังต่อรองการรักษากับผู้ป่วยที่หากต้องการให้โรคทุเลาลงหรือดีขึ้นต้องปฏิบัติตามที่แพทย์สั่งนั่นเอง

ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้านแม้การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพหรือแพทย์กับผู้ป่วยจะไม่บ่อยนัก แต่ก็สามารถทำให้ผู้ป่วยได้แสดงออกความเป็นตัวตนและมีส่วนร่วมในการรักษาร่วมกันกับแพทย์ในลักษณะให้ความร่วมมือ โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่ขึ้นอยู่กับมะเร็งแต่ละชนิดแต่ละคนที่แตกต่างกันไป ดังตัวอย่างผู้ดูแลหลัก กล่าวว่า

“...คุณยายเป็นมะเร็งปากมดลูก เลือดออกและพอดีขึ้นแล้ว คุณหมอสั่งให้เน้นกินไข่ขาวเยอะๆ วันละ 7-8 ฟอง เพื่อเพิ่มเม็ดเลือดขาว...”

(ผู้ดูแลหลัก C4, สัมภาษณ์, 19 ธันวาคม 2564)

ขณะที่ผู้ป่วยอีกคนที่เป็นมะเร็งเต้านมกล่าวว่า

“...หนูถามมองทุกเรื่อง หมอบอกหนูกินเนื้อสัตว์ได้ทุกอย่าง ต้องสร้างโปรตีนพวกนม แต่ยกเว้นของหมักดอง ส่วนไข่ให้แค่ฟองเดียวไม่ให้กินเยอะ...”

(ผู้ป่วยมะเร็ง B1, สัมภาษณ์, 17 ธันวาคม 2564)

ประเด็นสำคัญการกลับไปรักษาตัวที่บ้านที่แตกต่างจากการรักษาในโรงพยาบาลอย่างชัดเจน พบว่า ผู้ป่วยกล้าสื่อสารเปิดเผยเรื่องราวความเชื่อศรัทธาที่ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความเคารพ ยึดถือ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยได้ค้นพบในช่วงที่ผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้าน และผู้วิจัยได้มา

เยี่ยมบ้านบ่อยครั้งจนเกิดความคุ้นชิน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการมีปฏิสัมพันธ์ในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ต้องอาศัยความถี่ของเวลาในการปฏิสัมพันธ์เพื่อสร้างความไว้วางใจ เชื่อใจ จึงกล้าสื่อสารเปิดเผยเรื่องราวต่างๆ โดยเฉพาะการมีร่างกายฟอปปูที่เป็นคนในครอบครัวเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ฟอปปูจึงเป็นสิ่งที่เดียวที่ทุกคนในครอบครัวยึดถือ ศรัทธา และบ่อยครั้งที่ขอพรร่างกายฟอปปูให้คุ้มครอง ให้หายหรืออาการดีขึ้น

เมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักกล่าวถึงร่างกายฟอปปูจะแสดงออกถึงความศรัทธาอย่างมากผ่านวัจนภาษา และอวัจนภาษาโดยผู้ดูแลหลักเป็นผู้เริ่มต้น ใช้น้ำเสียงกระซิบเบาๆ ไปพร้อมกับสีหน้าแววตาที่ชิงชังเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมในทางเคารพเชื่อถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่สูงส่ง จะไม่กล่าวถึงพร่าเพื่อไม่ให้พูดอธิบายอะไรเกี่ยวกับฟอปปูให้ฟังมากมายด้วยอาจเกรงว่าจะผิดหรือถูกต่อว่าจากสิ่งที่มองไม่เห็นฟอปปูเป็นสิ่งสำคัญที่บ้านเคารพนับถือ เป็นกำลังใจให้ทุกคนในครอบครัว

อย่างไรก็ตามการรักษาตัวอยู่ที่บ้านที่เป็นสถานที่ที่ปลอดภัยที่สุดในความรู้สึกของผู้ป่วยทุกคน ทำให้เกิดความสุขสบายใจ และเมื่ออยู่บ้านก็ได้รับความสบายใจ อุ่นใจ มากกว่าการอยู่ในโรงพยาบาลที่ให้ความรู้สึกแตกต่างกัน แม้ในโรงพยาบาลจะมีแพทย์ที่ทำการรักษาโรค แต่เมื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยมีร่างกายเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ทุกคนนับถือและพร้อมปฏิบัติตามที่ร่างกายแนะนำทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในอาการจะต้องดีขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นจากการสื่อสารและการต่อรองกับแพทย์หรือบุคลากรทางสุขภาพที่รักษาในโรงพยาบาลกรณีศึกษา แต่เมื่อกลับบ้านผู้ป่วยจะมีการสื่อสารและการต่อรองกับร่างกายที่เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักและครอบครัว

ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่มีพื้นฐานความรู้ดั้งเดิมในแบบมุมมองศาสนา เน้นพิธีกรรม ความเชื่อ ที่ปฏิบัติสืบเนื่องกันมาจากรุ่นสู่รุ่น หรือปฏิบัติอยู่ตามปกติในชีวิตประจำวัน เมื่อกลับมาที่บ้านและมีความคิดเห็นของตนเองมากกว่าการรักษาในโรงพยาบาล โดยไม่มีแพทย์เข้ามาสื่อสารหลักในห้องพัก การต่อรองโรคหรือความตายของผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน จึงเป็นการกลับไปยังความรู้เดิมที่มีอยู่ในครอบครัวตามที่ตนและครอบครัวนับถือ ศรัทธา เช่น การเข้าพบร่างกายที่เป็นคนในครอบครัว ที่มีความรัก เคารพ อบอุ่นใจด้วยตัวเองอย่างแท้จริง มากกว่าในขณะที่รักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล ที่มีความรู้สึกที่แตกต่างจากความเคารพแพทย์ ที่เป็นไปด้วยการเข้าไปต่อรองการรักษาที่เต็มไปด้วยอารมณ์ความรู้สึกที่หลากหลาย ซับซ้อน เช่น ความกังวล ความกลัวต่างๆ มากมายระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล หากแต่เมื่ออยู่ที่บ้านจะมีมุมมองการต่อรองที่แตกต่างกัน ดังที่ผู้ป่วย และผู้ดูแลหลัก กล่าวว่า

“...ที่บ้านหนูนับถือฟอปปูตั้งแต่หนูเกิดเป็นญาติกัน แล้วแต่ความเชื่อค่ะ หนูเป็นลูกหลานท่าน หนูไม่ค่อยรบกวนท่านนานๆ ไปที ยิ่งช่วงนี้โควิดฟอปปูไม่รับแขก ร่างมึงงานเยอะไม่

ค่อยได้ลง คือคนเดือดร้อนจริงๆ ถึงจะลง หนูเป็นแบบนี้ ต้องหาหมอกินยาด้วย พ่อปู่คือที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ตั้งแต่หนูป่วย ทุกคนแห้วบ้าน ไปกราบพระขอพรไกลๆ ต้องเหมารถบัสไป มีร่างปู่ไปด้วยญาติพี่น้อง ไปขอพร ตั้งจิตอธิษฐานให้หนู เป็นกำลังใจให้หนูทุกคน แบบนี้ หนูจะท้อได้อย่างไรพี่...”

(ผู้ป่วยมะเร็ง B1, สัมภาษณ์, 17 ธันวาคม 2564)

“...ผมก็ชอบร่างทรงศาลเจ้าจันทน์ที่ผมทำงานเป็นล่ามแปลภาษามา 10 ปี ให้ภรรยาไม่ต้องเจ็บหนัก ทรมาณ ไม่ถึงกับขอให้หาย ขอให้ไม่ทุกข์ทรมาณมาก แฟนผมบ่นไว้ว่าจะบวชถ้าดีขึ้น ผมเลยจัดถวายสังฆทาน ผ้าไตรใหม่ให้ถวายพระ ให้พระทำพิธี บังสุกุลเป็นบังสุกุลตายให้แกไม่ต้องทรมาณมาก วันต่อมาแกบอกผมว่า ถ้าเป็นอะไร ไปไม่ต้องร้องไห้ให้เขานะ แต่มันก็อดไม่ได้เหมือนกัน ตนก็ได้ขอโทษที่ผ่านมา พอสายๆ ไม่พูดไม่จา นอนนิ่งหลับตา ก็เงียบไปเฉยๆ เลย หลังจากนั้นผมเลยบวชเก็บบิณฑบาตให้ ไม่ให้เค้าทุกข์ทรมาณตั้งแต่วันที่ 18 เมษายน 2564 - 14 มกราคม 2565...”

(ผู้ดูแลหลัก C2 ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง B2, สัมภาษณ์, 7 มกราคม 2565)

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ชี้ให้เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยได้กลับไปพักฟื้นรักษาตัวที่บ้าน ไม่ได้มีแพทย์มาทำการรักษา หรือเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสุขภาพใดๆ เข้ามาสื่อสารพูดคุย หรือดูแลอาการใดๆ เท่ากับผู้ป่วยได้กลับเข้าสู่โลกความเป็นจริงในชีวิตประจำวันของตนเองโดยสมบูรณ์ แบบที่แม้ผู้ป่วยจะไม่ต้องมีการเผชิญหน้ากับแพทย์หรือบุคลากรทางสุขภาพกับการรักษาโรค แต่ก็ต้องกลับมาเผชิญหน้ากับโรคของตนเอง ดังนั้นเปรียบได้กับผู้ป่วยจึงต้องเข้าไปสู่โลกของความฝันที่สร้างขึ้นหรือโลกทางศาสนา ซึ่งถือเป็นความจริงในชีวิตประจำวันอีกด้านหนึ่งที่ทุกคนต้องกระโจนเข้าไปหา เป็นการต่อรงโรคและความตาย โดยใช้ความรู้กับสิ่งที่ตนสนใจยึดถือ เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ศรัทธา เป็นกำลังใจสำคัญในพิธีกรรมทางศาสนา ดังเช่น ร่างทรงในครอบครัว ที่ไม่ว่าจะกี่รุ่นจะผ่านไปก็ยังเป็นที่ยึดมั่น ศรัทธาเปรียบเป็นการสะสมความรู้ที่ถูกประกอบสร้างโดยจะถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นและจะถูกนำมาใช้ในชีวิตประจำวัน และความรู้นั้นก็กลายเป็นความจริงทางสังคมหนึ่งๆ ขอมรับกันโดยปริยายที่ปฏิบัติสืบต่อกันในชุมชนหรือวัฒนธรรมมายาวนาน อย่างไรก็ตามความรู้นั้นมีทั้งที่เป็นสูตรสำเร็จ และที่ถูกจำกัดการใช้ความสามารถในการแสดงออกในชีวิตประจำวัน ความรู้ดังกล่าวยังถูกยอมรับโดยปริยายโดยไม่ต้องหาข้อพิสูจน์ใดๆ อีกด้วย

การกลับไปรักษาตัวที่บ้านของผู้ป่วยที่เป็นที่พักอาศัยที่คุ้นชิน ปลอดภัย อบอุ่นเปรียบได้กับเป็นการกลับไปสู่โลกความเป็นจริงในชีวิตประจำวันอย่างแท้จริงของผู้ป่วย ดังนั้น ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก โดยเฉพาะผู้ป่วยเป็นผู้เผชิญหน้ากับโรคของตนเองอย่างแท้จริงยอมทำทุกวิถีทางเพื่อต่อรงโรค และความตายจากความเชื่อ ศาสนา พิธีกรรม ร่างทรงที่แต่ละครอบครัวหาก

มีไว้ในความเชื่อศรัทธา หรือพิธีทางศาสนาพุทธ เช่น การตัดเคราะห์ตัดกรรม ทำบังสุกุลเป็นบังสุกุลตายเพื่อต่ออายุให้กับผู้ป่วยและจากการที่ผู้ป่วยผ่านการรักษาโรคมาระยะเวลานาน ผ่านกระบวนการที่ศรัทธาแพทย์ต่างๆ และความรู้สึกที่หลากหลายมานี้ ผู้ป่วยในพื้นที่กรณีศึกษาส่วนใหญ่กล่าวว่า “..ไม่ได้เป็นมะเร็ง ..รักษาฉายแสงกินยาไป ..เป็นได้หายได้..” เหล่านี้ล้วนเป็นการต่อรองของผู้ป่วยทั้งสิ้น เพราะโดยส่วนลึกของผู้ป่วยแล้วไม่ได้ยอมรับความตายเสียทีเดียว แต่หากต้องตายขอไม่ทรมาณ ถ้าเลือกได้ทุกคนยังไม่อยากตาย ยังอยากอยู่กับครอบครัว แต่ต้องต่อรองกับความตายทุกวันที่ผ่านมา พยายามทำใจยอมรับความตายที่จะมาถึง

สำหรับรูปแบบการสื่อสารในช่วงกลับไปรักษาตัวที่บ้าน ประกอบด้วย

- 1) การสื่อสารระดับภายในตนเองเพื่อให้กำลังใจตัวเองในเชิงบวกกับการรักษาโรคมะเร็งที่เป็นโรคร้ายรักษาไม่หาย
- 2) การสื่อสารระหว่างบุคคลทั้งบุคคลทางสุขภาพที่ติดต่อมาทางโทรศัพท์ ไลน์ หรือวิดีโอคอล เพื่อติดตามอาการและเตือนวันมาพบแพทย์และกับคนในครอบครัว เพื่อให้กำลังใจ
- 3) การสื่อสารระดับกลุ่ม กรณีแพทย์เจ้าของคนไข้ประชุมทีมสหวิชาชีพ โดยใช้ผู้ป่วยที่รักษาเป็นกรณีศึกษา เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การรักษาร่วมกัน

สำหรับปัญหาและอุปสรรคในช่วงเวลาการสื่อสารการกลับไปรักษาตัวที่บ้านนี้ ประกอบด้วย

- 1) ระเบียบราชการในการส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ต้องใช้หนังสือส่งตัวผู้ป่วยจึงเข้าทำการรักษา ขอรับยากแก้ปวดได้ เพื่อเข้าระบบรอกิวจึงจะเข้ารับรักษาได้ แม้เป็นสถานที่เดิมถือเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเดิมไม่สามารถเข้าถึงยาและการรักษาได้ทันเวลา ดังผู้ดูแลหลักกล่าวว่า

“...คนไข้ฉายแสงครบกลับมาบ้านหน้าตาสดใสดีขึ้น พอต้นปีเริ่มมีอาการปวดหัวมาก ผมติดต่อขอรับยาที่โรงพยาบาลที่ไปฉายแสง เขาบอกสั่งยาให้ไม่ได้ จะเข้ามาฉายแสงก็ไม่ได้ ต้องมีหนังสือ โรงพยาบาลต้นสังกัดแจ้งมาก่อน ไม่งั้นต้องเสียตัวเอง สงสัยจะแพง ผมเลยซื้อยาร้านทั่วไปให้แกกินแก้ปวดไปก่อน ต่อมาแกอาการหนักขึ้นแต่ไม่อยากไปนอนโรงพยาบาลแถวบ้าน เพราะมีโควิดด้วย ไปนอนก็ไม่มีคนเฝ้า ห้ามเยี่ยม เลยซื้อยากินเอง รักษาที่บ้านไป...”

(ผู้ดูแลหลัก C2 ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง B2, สัมภาษณ์, 7 ธันวาคม 2564)

- 2) การกำหนดวันเวลาการสื่อสารของแพทย์ไปยังผู้ป่วยระหว่างรักษาตัวที่บ้าน เพื่อติดตามอาการที่บ้านโดยใช้การสื่อสารผ่านเทคโนโลยี เช่น วิดีโอคอล โทรศัพท์ ไลน์ เป็นต้น

เพื่อสร้างความสัมพันธ์และสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแนวความคิดดูแลแบบประคับประคองอย่างแท้จริง ดังผู้ดูแลหลัก กล่าวว่า

“ถ้าเป็นไปได้ ก็อยากให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่โทรมาสอบถามอาการผู้ป่วยหรือพูดคุยกับผู้ดูแลหลักที่กลับไปรักษาตัวที่บ้านบ้าง ก่อนจะถึงวันที่มาหาหมอ ที่นัดไว้ 6 เดือนเจอกันทีก็นานเหมือนกัน ช่วงแรกมีโทรมาเดือนละครั้ง หลังๆ หายไป ถ้าโทรมาคุยทุกเดือนสม่าเสมอก็คงดี จะทำให้เรารู้สึกอุ่นใจมากขึ้น ดีกว่าเงียบหายไปเลย แต่ก็เข้าใจว่าเจ้าหน้าที่มีคนไข้ที่ต้องดูแลอีกมาก...”

(ผู้ดูแลหลัก C4 ของผู้ป่วย B4 ในพื้นที่สนาม, สัมภาษณ์, 7 มกราคม 2565)

สรุปการสื่อสารความตายใน 4 ช่วงเวลาที่มีความแตกต่างกัน พบว่า การสื่อสารความตายในแรกเริ่มเข้ารับรักษาช่วงแรก แพทย์จะเป็นผู้ส่งสาร โดยมีเป้าหมายหลักในการสื่อสารเพื่อแจ้งผู้ดูแลหลักพร้อมทั้งผู้ป่วยก่อนถึงการรักษาที่เป็นนโยบายของโรงพยาบาลกรณีศึกษาที่เน้นการดูแลแบบประคับประคองที่เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินจะไม่มีอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตใดๆ ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการสื่อสารความตายช่วงแรกรับตามนโยบายการรักษา พร้อมกับการสื่อสารกับผู้ป่วยถึงอาการต่างๆ

ช่วงการแจ้งอาการต่อเนื่องจากแรกเริ่ม จะเน้นการสื่อสารแบบประชุมร่วมกับครอบครัว แพทย์เป็นผู้ส่งสารหลักในรูปแบบการสื่อสารแบบกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยได้วางแผนรักษาตัวเองล่วงหน้า โดยในช่วงเวลานี้แพทย์เจ้าของคนไข้จะอธิบายการรักษาแบบประคับประคองโดยละเอียดที่จะไม่มีอุปกรณ์เครื่องมือที่เป็นไปเพื่อยื้อชีวิตเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน โดยผู้ป่วยและครอบครัวสามารถสอบถามการรักษาได้ตลอดการประชุม

การประชุมทีมสหวิชาชีพ มีรูปแบบการสื่อสารแบบกลุ่มที่มีเป้าหมายเดียวกัน ประกอบด้วยบุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพที่ให้การรักษาดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก แลกเปลี่ยนข้อมูลแต่ละวิชาชีพซึ่งกันและกันร่วมกันรับรู้และร่วมมือกันตอบสนองความต้องการสุดท้ายหรือธุระที่ยังทำไม่สำเร็จ (unfinished business) ของผู้ป่วยหรือสิ่งที่ผู้ป่วยยังค้างคาใจ โดยให้พยาบาลรับหน้าที่ดังกล่าวด้วยมีเวลาและมีความรู้สึกใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด การประชุมดังกล่าวนี้มีส่วนสำคัญที่เป็นตัวกลางหรือจุดเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงแรกเริ่มเข้ารับรักษาและช่วงแจ้งอาการหรือแม้แต่ช่วงการรักษาไประยะหนึ่งใกล้กลับบ้านที่ผู้ป่วยได้ผ่านการฉายรังสีรักษาใกล้ครบกำหนด การสื่อสารจะคล้ายกับช่วงแรกเริ่มและมีการประชุมครอบครัวร่วมด้วยเพื่อทบทวนการรักษาและวางแผนรักษาต่อไป ผู้ป่วยจะมีการสื่อสารภายในตนเองมากขึ้นเพื่อให้กำลังตัวเองจนค่อยๆ ใช้เวลาในการยอมรับโรคของตนเองไปด้วย

ช่วงการเยี่ยมบ้าน พยาบาลเป็นผู้ส่งสารหลักและมีเวลาในการดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยและผู้ดูแลมากที่สุดทำให้เข้าใจจิตใจและความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด หากแต่ในช่วงที่ผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้านนั้นที่พ้นการดูแลในแผนที่การดูแล 14 วันของโรงพยาบาลกรณีศึกษาเปรียบได้กับผู้ป่วยได้กลับสู่โลกความเป็นจริงในชีวิตประจำวันตามปกติ ไม่ได้มีแพทย์ พยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพมาดูแลเช่นเดิมเหมือนโรงพยาบาล ทำให้การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเกิดช่องว่างการสื่อสาร การเผชิญหน้าและการต่อรองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักจึงกลับเข้าสู่โลกความฝันที่เป็นความจริงอีกด้านหนึ่งที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นคือ การเข้าฟังโลกทางศาสนา การไหว้พระ สวดมนต์ ขอพร บนบานลี้ภัยศักดิ์สิทธิ์ โดยเฉพาะการยึดถือร่างทรงที่กล่าวได้ว่าเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความหมายว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญอีกด้านหนึ่งที่ตรงข้ามกับผู้เชี่ยวชาญแบบแพทย์ ซึ่งเป็นที่เคารพนับถือในครอบครัวจากรุ่นสู่รุ่น เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจที่สำคัญของผู้ป่วย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลตามกระบวนการสื่อสารดังกล่าวข้างต้นนี้ทำให้ผู้วิจัยได้ข้อเสนอเป็นแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ในกระบวนการสื่อสารแต่ละช่วง ดังที่จะกล่าวในบทที่ 6 ต่อไป

กล่าวโดยสรุปในกระบวนการสื่อสารการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก พบประเด็นสำคัญที่เป็นส่วนสนับสนุนและปัญหาในแต่ละช่วงเวลาการสื่อสารที่เกิดขึ้น ได้แก่

(1) การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี (relation) ควรมีทุกช่วงเวลาระบบการสื่อสาร โดยเฉพาะแรกเริ่มและแจ้งอาการ โดยเฉพาะแพทย์แม้มีเวลาจำกัด แต่หากได้ใช้เวลาที่จำกัดนั้นสร้างความสัมพันธ์ให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ก็จะส่งผลให้เวลาจำกัดนั้นเป็นนาทีทองได้

(2) มีการออกแบบสาร (message design) ในทุกช่วงเวลาที่สื่อสารกับผู้ป่วย โดยเฉพาะช่วงแจ้งอาการของแพทย์ การบอกความจริงตรงไปตรงมาที่แม้ไม่ต้องสละสลวย แต่ก็ไม่ควรใช้คำพูดหรือภาษาที่ตรงเกินไป ควรเน้นการเข้าใจอารมณ์ (empathy) ใช้ความรู้สึกเข้าใจ เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสบายใจไม่ตัดสินใจ ไม่ต่อรองการรักษากับผู้ป่วยด้วยวงจภาษาและอวัจนภาษาที่ทำให้ผู้ป่วยหดหู่หรือวิตกกังวลจิตใจ

(3) การใช้ศัพท์เทคนิคถึงอาการผู้ป่วย บุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์พยาบาลมีการสื่อสารระหว่างกันทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่ได้ยินศัพท์เหล่านั้นเกิดความวิตกกังวลกับอาการและการรักษามากขึ้น

(4) ให้ความสำคัญกับมุมมองทางศาสนา โดยเน้นจิตวิญญาณ (spiritual) ของผู้ป่วย เป็นสำคัญ ซึ่งหากมีความสอดคล้องกันกับบุคลากรทางสุขภาพก็สามารถสื่อสารความหมายความ ตายให้เป็นไปในทิศทางร่วมกันเกิดความเข้าใจในความหมายเดียวกันได้

(5) การประชุมครอบครัว ทำให้เกิดการวางแผนรักษาล่วงหน้า และการสื่อสาร แบบมีส่วนร่วมวางแผนรักษาด้วยตนเองและเลือกการรักษาแบบประคับประคอง โดยแพทย์อธิบาย ด้วยภาพชัดเจน

(6) บุคลากรทางสุขภาพไม่ว่าวิชาชีพใดก็ตาม หากไม่มีความรู้การดูแลแบบ ประคับประคอง และประสบการณ์การทำงานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ย่อมส่งผลต่อความ เข้าใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ต้องอาศัยการสื่อสารที่เข้าใจอารมณ์และความต้องการ ของผู้ป่วย โดยใช้การฟังผู้ป่วยอย่างเข้าใจ (Deep Listening)

(7) บุคลากรทางสุขภาพมีจำนวนน้อย โดยเฉพาะแพทย์ทำให้มีเวลาจำกัดในการ สื่อสารกับผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยขาดโอกาสสื่อสารความสงสัยภายในใจ สอบถามอาการหรือระยะโรค

(8) บางครอบครัวผู้ดูแลหลักใช้สิทธิยึดอำนาจการรับรู้โรคหรือระยะของผู้ป่วย โดยแจ้งแพทย์ไม่ให้สื่อสารความจริง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลใจไม่เกิดประโยชน์เพราะ ผู้ป่วยเป็นเจ้าของร่างกายย่อมรู้อาการของตนดีกว่าผู้ดูแลหลัก และแม้ว่าบางครั้งแพทย์จะใช้ผู้ดูแล หลักเป็นผู้ประเมินการยอมรับโรครก็ตาม แต่การแจ้งอาการควรเน้นแจ้งกับผู้ป่วยเป็นหลัก

(9) กระบวนการสื่อสารทุกช่วงเวลา เมื่ออยู่ในสถานการณ์การเผชิญหน้ากัน ย่อม มีการต่อรองเกิดขึ้นตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก หากแต่ การต่อรองนั้นแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสถานที่และเวลานั้นๆ โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วย เป็นสำคัญด้วยความเมตตาในการดูแลรักษาผ่านการสื่อสารที่ดียอมทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายใจ ได้ตลอดการรักษาแบบประคับประคองที่เน้นกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณอย่างแท้จริง

กล่าวโดยสรุปแต่ละกระบวนการสื่อสารการดูแลแบบประคับประคอง โดยผู้วิจัย นำขึ้นตอนแผนที่การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลกรณีศึกษามาเป็นกรอบใน การวิเคราะห์นั้น ในแต่ละกระบวนการล้วนมีความแตกต่างกัน ตามบริบทที่มีเป้าหมายการสื่อสาร รูปแบบการสื่อสาร ฯลฯ ทั้งนี้ผู้วิจัยขอสรุปกระบวนการสื่อสารการดูแลแบบประคับประคอง ระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก (ภายใต้แผนที่การดูแล 14 วันของพื้นที่ กรณีศึกษา) ดังตารางที่ 5.1 ดังนี้

ตารางที่ 5.1 สรุปกระบวนการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ การดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก (ภายใต้แผนที่การดูแล 14 วัน ของพื้นที่กรณีศึกษา)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ ประเด็น (Message)	ช่องทางการ สื่อสาร (Channel)	ระดับการ สื่อสาร	คู่สื่อสาร การเผชิญหน้า / การต่อรอง	ส่วนสนับสนุน/ ปัญหาการ สื่อสาร	การสะสม ความรู้ในการ ประกอบสร้าง ความ หมายความ ตาย (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
1.การแรกรับ ผู้ป่วย -การคัดกรอง เข้ารับการ รักษาใน โรงพยาบาล (วันที่ 1-2) ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นัก สังคม สงเคราะห์ นักจิตวิทยา ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อผู้ป่วย ได้รับการดูแล และบรรเทา อาการไม่สุขสบายต่าง ๆ	1.1 การส่ง ต่อมาคัด กรอง ตรวจ อาการ 1.2 การ แลกเปลี่ยน ข้อมูลแจ้ง นโยบาย พื้นที่การ รักษา 1.3 ประ เมินเสริม ฐานะ 1.4 ประเมิน ความเครียด	1.1 การส่ง ต่อมาจาก โรงพยาบาล ต้นสังกัดของ ผู้ป่วย 1.2 การคัด กรอง/แรกรับ ผู้ป่วยใน ห้องพัก 1.3 บอร์ด ประชามัชฌิม การให้ความรู้ 1.4 การดูแลแบบ ประคับประคอง 1.5 กิจกรรม บำบัดเช่น สุนัข ศิลปะ คนตรี	1.1 การ สื่อสารระดับ ระหว่าง บุคคล เช่น -แพทย์ ผู้ป่วย/ -แพทย์ ผู้ดูแล หลัก -พยาบาล ผู้ป่วย/ผู้ดูแล หลัก	1.1 ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคม สงเคราะห์แพทย์ รังสีรักษา นักจิตวิทยา ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ดูแลหลักแพทย์ 1.2 พยาบาล สื่อสารกับผู้ป่วย/ ผู้ดูแลหลักตาม บทบาทหน้าที่ นื่องานที่ถูกส่ง ตัวมารักษาต่อ ด้วยระยะสุดท้าย 1.3 ผู้ป่วย/ผู้ดูแล หลักต่อรองด้วย การตัดสินใจเข้า มาในระเบียบ การรักษาใน	<u>ส่วนสนับสนุน</u> 1.1 เน้นการให้ และรับข้อมูล แลกเปลี่ยนกัน ตามบทบาท หน้าที่ทุก วิชาชีพ 1.2 แพทย์เวร / แพทย์ทั่วไป สื่อสารกับผู้ป่วย ผู้ดูแลตามหน้าที่ <u>ปัญหาการ สื่อสาร</u> 1.3 บุคลากรทาง สุขภาพมีจำกัด ทำให้มีเวลา จำกัดในการ สื่อสาร และ จำกัดนั้นเป็น	1.1 แพทย์มี นิยามความตาย ยึดในมุมมอง วิทยาศาสตร์ คือ หัวใจหยุด เต็ม และไม่มี สัญญาณชีพ ขณะที่แพทย์ รังสีรักษาแม่ ความหมายความ ตายคือหัวใจ หยุดเต็มแต่ ด้วยความ สนใจการดูแล ประคับประคองและหา เพิ่มเติมความรู้ ดังกล่าว จึงเชื่อ ว่ามีภพภูมิหน้า แม้ยังพิสูจน์ ไม่ได้

ตารางที่ 5.1 (ต่อ)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ ประเด็น (Message)	ช่องทางการ สื่อสาร (Channel)	ระดับการ สื่อสาร	คู่สื่อสาร การเผชิญหน้า / การต่อรอง	ส่วนสนับสนุน/ ปัญหาการ สื่อสาร	การสะสม ความรู้ในการ ประกอบสร้าง ความ หมายความ ตาย (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
				โรงพยาบาลที่ รักษาแบบ ประคับประคอง เป็นการต่อรอง แบบยินยอม ระดับหนึ่งเพื่อ ได้ทำการรักษา	นาทีทอง	1.2 พยาบาล เน้น ความรู้ สนใจการดูแล แบบ บ ประคับประคอง ชี้ค มุม มอง ทางศาสนาและ จิต วิญ ญา ณ ของผู้ป่วยและ การ ส ร ้าง ความสัมพันธ์ ผ่ า น ก า ร สื่ อ ส า ร กั บ ผู้ป่ ว ย ผู้ดูแล ห ลั ก ใ ห้ กั ำ ลั ง ใจ ใกล้ชิด 1.3 นักสังคม สงเคราะห์เน้น มุมมองศาสนา มีประสบการณ์ เป็น พระและ ในวิชาชีพ

ตารางที่ 5.1 (ต่อ)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ ประเด็น (Message)	ช่องทางการ สื่อสาร (Channel)	ระดับการ สื่อสาร	คู่สื่อสาร การเผชิญหน้า / การต่อรอง	ส่วนสนับสนุน/ ปัญหาการ สื่อสาร	การสะสม ความรู้ในการ ประกอบสร้าง ความ หมายความ ตาย (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
						ช่วยเหลือ ผู้ป่วยทุกด้าน ทางเศรษฐฐานะ และสิทธิ สวัสดิการ ต่างๆ 1.4 นักจิตวิทยา เน้นความ สนใจมุมมอง ศาสนาศึกษา



ตารางที่ 5.1 (ต่อ)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ ประเด็น (Message)	ช่องทางการ สื่อสาร (Channel)	ระดับการ สื่อสาร	คู่สื่อสาร การเผชิญหน้า / การต่อรอง	ส่วนสนับสนุน/ ปัญหาการ สื่อสาร	การสะสม ความรู้ในการ ประกอบสร้าง ความ หมายความ ตาย (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
						จาก พระไตรปิฎก ตำราหนังสือ ความรู้ความ ตายมาถ่ายทอด ผู้ป่วย 1.5 ผู้ป่วยและ ผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่มี นิยามความ หมายความตาย เป็นเรื่องปกติ เป็นเรื่อง ธรรมชาติ และ หากเกิดขึ้นจริง ก็ต้องทำใจ ยึด มั่นในมุมมอง ศาสนาที่ความ ตายไม่ได้จบ แค่ร่างกาย แต่ ยังมีการเดินทาง ต่อไปในภพ ภูมิที่ดีต่อไป

ตารางที่ 5.1 (ต่อ)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ ประเด็น (Message)	ช่องทางการ สื่อสาร (Channel)	ระดับการ สื่อสาร	คู่สื่อสาร การเผชิญหน้า / การต่อรอง	ส่วนสนับสนุน/ ปัญหาการ สื่อสาร	การสะสม ความรู้ในการ ประกอบสร้าง ความ หมายความ ตาย (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
2. การแจ้ง อาการ วางแผนรักษา และการ ประชุมทีมสห วิชาชีพใน โรงพยาบาล (วันที่ 2-3) ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและ ผู้ดูแลหลัก เพื่อผู้ป่วย ได้รับการดูแล และบรรเทา อาการไม่สุข สบายต่าง ๆ	2.1 การ รับรู้ของ ผู้ป่วยและ ญาติ 2.2 แนว ทางการ รักษาแบบ ประคับปร ะคอง 2.3 เป้าหมาย และการ วาง แผนการ รักษา 2.4 การ สื่อสารด้วย เทคนิค SPIKES	2.1 การ ประชุม ครอบครัว (Family Meeting) ให้ ความรู้การ ดูแลแบบ ประคับประค อง ไม่เจาะ ไม่บีบ ไม่ใส่ ท่อช่วยหายใจ ไม่มีเครื่องมือ พยุงชีพ 2.2 การตรวจ ผู้ป่วยใน ห้องพัก 2.3 การ ประชุม ทีมสหวิชาชีพ (grand conference)	2.1 การ สื่อสารระดับ ภายในบุคคล 2.2 การ สื่อสารระดับ ระหว่าง บุคคล 2.3 การ สื่อสารระดับ กลุ่ม	2.1 ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ดูแลหลัก 2.2 ผู้ป่วยต่อรอง กับตนเองให้ อดทน สู้กับการ ฉายแสงรังสี และต่อรองกับ แพทย์ในการ ยืนยัน'ไม่ต้องทำ อะไรให้ทรมาณ และขอกลับไป เสียชีวิตที่บ้าน ผู้ป่วยบางราย กล้าสอบถาม บางรายไม่กล้า สอบถามถือเป็น การต่อรองการ รักษาในแบบ ยอมตามที่แพทย์ แจ้งแนวทางไว้	<u>ส่วนสนับสนุน</u> 2.1 พยาบาล มี หน้าที่ดูแล ผู้ป่วยใกล้ชิด ทำ ให้มีเวลาสร้าง ความสัมพันธ์ที่ ดี <u>ปัญหาการ</u> <u>สื่อสาร</u> 2.1 แพทย์มี เป้าหมายรักษา ครบทุกมิติแต่ เน้นทางกายเป็น หลัก ทำให้เคย ชิน ลืมการรักษา ใจที่ใช้การ สื่อสาร โดยยก ให้เป็นหน้าที่ ของพยาบาล หรือทีมสห วิชาชีพ 2.2 การสื่อสาร ตามอารมณ์	2.1 แพทย์รังสี รักษา (แพทย์ เจ้าของคนไข้) เน้นความรู้ สนใจศึกษา อบรม คือการ ดูแลแบบ ประคับประค อง และการไม่ รักษาที่ไม่เกิด ประโยชน์ (ไม่ เจาะคอ ไม่บีบ หัวใจ ไม่ใส่ท่อ ช่วยหายใจ) รวมถึงแพทย์ ทั่วไป แม้ไม่ เชื่อกฎหมายหน้า แต่คิดว่ารักษา ไปก็ตายอยู่ดี ในระยะ สุดท้ายถ้าเป็น ตัวเองก็เลือก แบบ

ตารางที่ 5.1 (ต่อ)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ ประเด็น (Message)	ช่องทางการ สื่อสาร (Channel)	ระดับการ สื่อสาร	คู่สื่อสาร การเผชิญหน้า / การต่อรอง	ส่วนสนับสนุน/ ปัญหาการ สื่อสาร	การสะสม ความรู้ในการ ประกอบสร้าง ความ หมายความ ตาย (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
				2.3 ผู้ดูแลหลัก ต่อรองกับแพทย์ แบบยินยอม ให้ แพทย์รับรู้ถึง การยอมรับผิดที่ ผู้ป่วยมาด้วย อาการหนัก การ ไม่กล้าสื่อสาร/ สอบถาม เพื่อให้ แพทย์ดูแลรักษา ผู้ป่วย และลง นามยินยอมการ รักษาโดยไม่ได้ อ่านว่าเป็น เอกสารอะไร	ความคิด ทำให้ ผู้ป่วยและ ครอบครัวเกิด ความรู้สึกลึก กังวลกับการ สื่อสารที่แพทย์ จะไม่รักษา อาการผู้ป่วย 2.3 แพทย์มีเวลา จำกัด ส่งผลให้ ไม่มีเวลาสื่อสาร เพื่อสร้าง ความสัมพันธ์ที่ ดีกับผู้ป่วย จึงทำ ให้แพทย์ขาด	ประคับประคอง 2.2 พยาบาล ใช้พื้นฐาน ความเป็นลูก คนเดียวใน ครอบครัว มี แนวคิดความ ตายเป็นเรื่อง ต้องเตรียมตัว เน้นเนื้อหาการ ดูแลแบบ ประคับประคอง ร่วมกับมุมมอง ศาสนา เกิด แก่ เจ็บ ตายเป็น เรื่องปกติที่ทุก คนต้องเจอ และหากตน ต้องอยู่ในระยะ สุดท้ายจะไม่ รับบริการ สาธารณสุข ใดๆ
				2.4 แพทย์ พยาบาล จะ ต่อรองการรักษา ด้วยการอธิบาย หลักการดูแลใน โรงพยาบาลให้ เห็นภาพชัดเจน การ ไม่มี	ทักษะการฟัง 2.4 แพทย์ที่มี ประสบการณ์มี เทคนิคการ สื่อสาร มีการ ออกแบบสารแต่ ขณะสื่อสารต้อง คำนึงถึง	

ตารางที่ 5.1 (ต่อ)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ ประเด็น (Message)	ช่องทางการ สื่อสาร (Channel)	ระดับการ สื่อสาร	คู่สื่อสาร การเผชิญหน้า / การต่อรอง	ส่วนสนับสนุน/ ปัญหาการ สื่อสาร	การสะสม ความรู้ในการ ประกอบสร้าง ความ หมายความ ตาย (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
				เครื่องมือ ช่วยเหลือใดๆ โดยทำที่สุด ผู้ดูแลหลักต้อง ลงนามใน เอกสาร	อวัจนภาษาเช่น สีหน้า แววตา ท่าทาง น้ำเสียง เป็นสิ่งสำคัญที่ แสดงออกมา พร้อมกับคำพูด หรืออวัจนภาษา โดยอัตโนมัติ	2.3 ผู้ป่วยและ ผู้ดูแลหลักผ่าน การรักษาตาม กระบวนการที่ การแพทย์ โดยเฉพาะ สมุนไพรมแม่ ใจยอมรับเรื่อง ความตาย
				2.5 การประชุม ทีมสหวิชาชีพมี การเผชิญหน้า และต่อรองแต่ ละวิชาชีพ	2.5 การประชุม ทีมสหวิชาชีพ ทำให้เห็นถึง	

ตารางที่ 5.1 (ต่อ)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ ประเด็น (Message)	ช่องทางการ สื่อสาร (Channel)	ระดับการ สื่อสาร	คู่สื่อสาร การเผชิญหน้า / การต่อรอง	ส่วนสนับสนุน/ ปัญหาการ สื่อสาร	การสะสม ความรู้ในการ ประกอบสร้าง ความ หมายความ ตาย (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
				การดูแล ระดับประคอง ต้องอาศัยทีมสห วิชาชีพ ทำให้ แพทย์ต้อง สอบถามจาก วิชาชีพอื่นถึง อาการผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก เพื่อให้ได้ข้อมูล ครบถ้วน	ความสำคัญของ วิชาชีพอื่น หากแต่รูปแบบ สื่อสารที่เป็น สายบังคับบัญชา ทำให้บรรยากาศ อึดอัด และเป็น ทางการมาก เกินไป เป็นแบบ ผู้บังคับบัญชา สูงกว่าซักถาม วิชาชีพ	แต่ก็ยังมี ความหวัง เข้า มารักษาด้วยใจ ร่างกายที่รักษา เท่าที่ไหว ให้มี ชีวิตอยู่กับ ครอบครัว ส่วนใหญ่ไม่ รู้จักคำว่า การ ดูแลแบบ ประคับประคอง ถ้าจะรักษา ขออย่างเดียว คือไม่ต้อง ทรมาน

ตารางที่ 5.1 (ต่อ)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ ประเด็น (Message)	ช่องทางการ สื่อสาร (Channel)	ระดับการ สื่อสาร	ผู้สื่อสาร การเผชิญหน้า / การต่อรอง	ส่วนสนับสนุน/ ปัญหาการ สื่อสาร	การสะสม ความรู้ในการ ประกอบสร้าง ความ หมายความ ตาย (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
3. การรักษา ไประยะหนึ่ง เพื่อเตรียมตัว กลับบ้าน (วันที่ 4-11) และการ ประเมินก่อน กลับบ้าน (วันที่ 12-14) การดูแลผู้ป่วย แบบองค์รวม ครบ 4 มิติ ใน โรงพยาบาล ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคม สงเคราะห์ นักจิตวิทยา ผู้ป่วยและ ผู้ดูแลหลัก เพื่อผู้ป่วยและ	3.1 ความ ต้องการทำ ในสิ่งที่ค้าง คา 3.2 ชุระที่ ยังทำไม่ สำเร็จของ ผู้ป่วย 3.3 การ กลับไปพัก ฟื้นดูแลต่อ ที่บ้านให้ ความรู้การ ดูแล เช่น โภชนาการ ที่จำเป็น การทำ กายภาพบำ บัดผู้ป่วยที่ บ้าน	3.1การ ประชุม ครอบครัว (Family Meeting) ให้ ความรู้การ ดูแลแบบ ประคับประค อง ไม่เจาะ ไม่บีม ไม่ใส่ ท่อช่วยหายใจ ไม่มีเครื่องมือ พยุงชีพ / 3.2 การตรวจ เยี่ยมผู้ป่วยที่ ห้องพัก ผ่าน กิจกรรมการ ประชุม ทีมสหวิชาชีพ	3.1 การ สื่อสารภายใน ตัวเองของ ผู้ป่วย 3.2 การ สื่อสารระดับ ระหว่าง บุคคล 3.3 การ สื่อสารระดับ กลุ่มเล็ก (แพทย์/ ผู้ป่วย/ผู้ดูแล หลัก/ ครอบครัว)	3.1 ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคม สงเคราะห์ แพทย์รังสีรักษา นักจิตวิทยา ผู้ช่วยมะเร็ง ผู้ดูแลหลัก 3.2 ผู้ป่วยต่อรอง ด้วยการมีสิ่งค้าง คาใจหรือชุระที่ ยังทำไม่เสร็จ พยาบาลจึงต้อง ทำหน้าที่สำคัญ สื่อสารกับผู้ป่วย ให้แจ้งสิ่งค้างคา ใจหรือชุระที่ยัง ทำไม่สำเร็จ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ มีการต่อรองด้วย เงื่อนไขนี้ ให้ หมดห่วงสบาย ใจ	ส่วนสนับสนุน 3.1 แพทย์รังสี รักษาเป็นผู้ส่ง สารหลัก โดยมี เป้าหมายให้ ข้อมูลการฉาย รังสีทั้งหมด ย้ำ โภชนาการที่ ทานได้ไม่ได้ เมื่อกลับบ้าน 3.2 แพทย์รังสี รักษา นำกรณี ผู้ป่วยที่คืบหน้า เป็นcaseในการ ประชุมทีมสห วิชาชีพมาเยี่ยม ผู้ป่วยที่เตียง สร้างกำลังใจ ผู้ป่วยได้อย่างดี 3.3 พยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแล หลักต่างเป็นทั้ง ผู้ให้ข้อมูลและ	3.1 แพทย์ / แพทย์รังสี รักษา ให้ ความสำคัญกับ ความรู้การดูแล แบบ ประคับประค องที่เน้นการดูแล ครบ 4 มิติตาม กระบวนการทศน์ การแพทย์แบบ นิเวศน์สังคม และตามความ ต้องการของ ผู้ป่วย ประสบการณ์ ทำให้เข้าใจ ผู้ป่วยมากขึ้น โดยต้องอาศัย การสร้าง ความสัมพันธ์ ที่ดีแลกเปลี่ยน กันกับผู้อื่นที่มี

ตารางที่ 5.1 (ต่อ)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ ประเด็น (Message)	ช่องทางการ สื่อสาร (Channel)	ระดับการ สื่อสาร	คู่สื่อสาร การเผชิญหน้า / การต่อรอง	ส่วนสนับสนุน/ ปัญหาการ สื่อสาร	การสะสม ความรู้ในการ ประกอบสร้าง ความ หมายความ ตาย (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
ครอบครัว ยอมรับและมี ความพร้อม ในการดูแล และผู้ดูแลมี ความสามารถ ในการดูแล ผู้ป่วย การใช้ อุปกรณ์ต่างๆ การแก้ไข ภาวะฉุกเฉิน และการดูแล ระยะใกล้ เสียชีวิตที่บ้าน				3.3 ผู้ดูแลหลัก บางคนต่อรอง ไม่ยอมกลับไป ดูแลที่บ้านด้วย กังวลจะดูแล ผู้ป่วยได้ไม่ดี พยาบาลและทุก วิชาชีพจึงต้อง เข้ามาสอน วิธีการต่างๆ ให้ ผู้ดูแลมั่นใจเมื่อ กลับบ้าน (การต่อรองใน สถานการณ์ ต่างๆ เกิดขึ้น ตลอดเวลา)	ผู้รับข้อมูล สลับกัน ไป เป็น ผู้ฟังผู้ป่วยมาก ที่สุด เพื่อดึงสิ่ง ค้างคาใจ/เรื่องที่ ยังทำไม่เสร็จสิ้น ของผู้ป่วย 3.4 พยาบาลเป็น ผู้นำเนื้อหาที่ เป็นปัญหาของ ผู้ป่วยและผู้ดูแล หลักกลับไป สื่อสารใน ช่องทาง ประชุมสห วิชาชีพ ปัญหาการ สื่อสาร 3.1 แพทย์มีจำกัด และ ปริมาณ งานมากทำให้ ไม่สามารถ ตรวจเยี่ยมได้ทุก	ประสบการณ์ แตกต่างกัน ผ่านการ สื่อสาร 1.2 พยาบาลมี ประสบการณ์ การทำงานใน การดูแลแบบ ประคับประคอง จะสามารถ เข้าใจ เข้าถึง ผู้ป่วยได้ โดยมี เทคนิค กลยุทธ์ การสื่อสาร โดยเฉพาะการ ออกแบบสารที่ ทำให้ผู้ป่วยมี กำลังใจมากขึ้น 1.3 การสั่งสม ประสบการณ์ ของนักสังคม สงเคราะห์ทั้ง ในด้านศาสนา

ตารางที่ 5.1 (ต่อ)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ ประเด็น (Message)	ช่องทางการ สื่อสาร (Channel)	ระดับการ สื่อสาร	คู่สื่อสาร การเผชิญหน้า / การต่อรอง	ส่วนสนับสนุน/ ปัญหาการ สื่อสาร	การสะสม ความรู้ในการ ประกอบสร้าง ความ หมายความ ตาย (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
					ห้องผู้ป่วย 3.2กิจกรรมก่อน คลายผู้ป่วยให้ ความสำคัญน้อย การโน้มน้ำหนัก บริการน้อยไม่ สามารถดึงความ สนใจได้ บวก เป็นความชอบ ส่วนตัว	และวิชาชีพ ทำ ให้สามารถ ช่วยเหลือ ผู้ป่วยได้อย่าง เข้าอกเข้าใจ เอาใจเขามาใส่ ใจเราได้อย่างดี ผ่านการ สื่อสารแบบ เห็นอกเห็นใจ

ตารางที่ 5.1 (ต่อ)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ ประเด็น (Message)	ช่องทางการ สื่อสาร (Channel)	ระดับการ สื่อสาร	คู่สื่อสาร การเผชิญหน้า / การต่อรอง	ส่วนสนับสนุน/ ปัญหาการ สื่อสาร	การสะสม ความรู้ในการ ประกอบสร้าง ความ หมายความ ตาย (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
						1.4 นักจิตวิทยา เน้นความรู้ที่ ตนสนใจทำให้ บางครั้งพุ่งเป้า ไปที่การ ประเมินภาวะ ความเครียด หรือการโน้มน ้าวให้ผู้ป่วย ยอมรับการเกิด แก่เจ็บตายมาก เกินไป โดยเฉพาะกับ ผู้ป่วยที่มีอายุ มาก ย่อมรับรู้ดี ว่า ความตาย เป็นเรื่อง

ตารางที่ 5.1 (ต่อ)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ ประเด็น (Message)	ช่องทางการ สื่อสาร (Channel)	ระดับการ สื่อสาร	คู่สื่อสาร การเผชิญหน้า / การต่อรอง	ส่วนสนับสนุน/ ปัญหาการ สื่อสาร	การสะสม ความรู้ในการ ประกอบสร้าง ความ หมายความ ตาย (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
						ธรรมชาติ ด้วย มีปัจจัยหลาย อย่างที่สามารถ ประกอบสร้าง ความ หมายความตาย ให้เกิดขึ้นใน แต่ละคนตาม ความเป็นจริง ในชีวิตประจำวัน ของแต่ละคน ซึ่งเกิดขึ้นจาก การสะสม ความรู้ใน ชีวิตประจำวัน และถูกยอมรับ โดยปริยายว่า เป็นความจริงที่ ไม่ต้องพิสูจน์ ใดๆ

ตารางที่ 5.1 (ต่อ)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ ประเด็น (Message)	ช่องทางการ สื่อสาร (Channel)	ระดับการ สื่อสาร	คู่สื่อสาร การเผชิญหน้า / การต่อรอง	ส่วนสนับสนุน/ ปัญหาการ สื่อสาร	การสะสม ความรู้ในการ ประกอบสร้าง ความ หมายความ ตาย (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
						1.5 ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเองนอกจากจะมีความรู้จากพื้นฐานในครอบครัวของคนที่เกี่ยวข้องมาจากผู้รู้แล้วยังผ่านความรู้ในการรักษาโรคตามความสนใจและจากครอบครัวเช่นการรักษาด้วยสมุนไพร และการฉายรังสีตามการแพทย์แผนปัจจุบัน

ตารางที่ 5.1 (ต่อ)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ ประเด็น (Message)	ช่องทางการ สื่อสาร (Channel)	ระดับการ สื่อสาร	คู่สื่อสาร การเผชิญหน้า / การต่อรอง	ส่วนสนับสนุน/ ปัญหาการ สื่อสาร	การสะสม ความรู้ในการ ประกอบสร้าง ความ หมายความ ตาย (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
4. การกลับไป พักฟื้นรักษา ตัวที่บ้าน และ แพทย์นัดให้ มาตรวจครั้ง ต่อไปทุก 3 เดือน และ 6 เดือน ขึ้นอยู่ กับอาการ ผู้ป่วย (บริบทนี้ ผู้วิจัยได้ ข้อมูลจากการ ไปเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยใช้ วิธีการ สัมภาษณ์และ สังเกตการณ์)	4.1 ติดตาม อาการ ทั่วไป เช่น ความปวด การใช้ชีวิต ความ เป็นอยู่ การ รับประทานอาหาร อาการทาง ร่างกาย ต่างๆ	4.1 การลง พื้นที่เยี่ยม บ้าน (Home Visited) โดย ทีมสหวิชาชีพ เยี่ยมบ้าน 4.2 สื่อ อุปกรณ์ อิเล็กทรอนิกส์ เช่น โทรศัพท์ ไลน์กรุป วิดีโอคอล	4.1 การ สื่อสารระดับ ภายในบุคคล 4.2 การ สื่อสารระดับ ระหว่าง บุคคล 4.3 การ สื่อสารระดับ กลุ่มผ่าน ระบบวิดีโอ คอล ทาง โทรศัพท์ เพื่อ ติดตามอาการ ผู้ป่วยที่มี อาการหนัก	4.1 ประกอบด้วย แพทย์ / ทีมสห วิชาชีพ พยาบาล ผู้ปวยมะเร็ง ผู้ดูแลหลัก 4.2 แพทย์ เจ้าของคนไข้ใช้ วิดีโอคอลคิด ตามอาการผู้ป่วย ที่พักที่บ้าน ช่วงแรก มี จิตวิทยาที่ดีใน การสร้างกำลังใจ ให้ผู้ป่วย ชื่นชม ผู้ป่วยกับทีมสห วิชาชีพ สื่อสาร ให้ผู้ป่วยมั่นใจ กับการรักษา เปรียบเทียบกับคน ปัจจุบันกับคน เก่าเป็นคนละคน 4.2 ผู้ป่วยต่อรอง ให้เห็นว่าอาการ	<u>ส่วนสนับสนุน</u> 4.1 ทีมเยี่ยมบ้าน คือพยาบาล นัก กายภาพฯ นัก โภชนาการฯ และมีแพทย์ บางครั้ง จะเยี่ยม อาการผู้ป่วยที่ บ้านในบริเวณ 50 เมตรจาก พื้นที่กรณีศึกษา ผ่านการ ประสานทาง ไลน์ <u>ปัญหาการ</u> <u>สื่อสาร</u> 4.1 ด้วย สถานการณ์โค วิด 19 ทำให้งด การเยี่ยมบ้าน และเปลี่ยนเป็น โทรศัพท์และ วิดีโอคอลแต่	4.1 แพทย์/ แพทย์รังสี รักษา แม้ผ่าน การศึกษามี ความรู้ทาง การแพทย์ที่ เน้นหลักฐานที่ พิสูจน์ได้ทาง วิทยาศาสตร์ แต่เมื่อเวลา เปลี่ยนไป กระบวนการที่ การแพทย์ใน ยุคปัจจุบันที่มี แนวคิดการ ดูแลแบบ ประคับประคอง เป็นความรู้ที่ ประเทศไทย ในฐานะ ประเทศ สมาชิก องค์การอนามัย

ตารางที่ 5.1 (ต่อ)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ ประเด็น (Message)	ช่องทางการ สื่อสาร (Channel)	ระดับการ สื่อสาร	คู่สื่อสาร การเผชิญหน้า / การต่อรอง	ส่วนสนับสนุน/ ปัญหาการ สื่อสาร	การสะสม ความรู้ในการ ประกอบสร้าง ความ หมายความ ตาย (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
				ดีขึ้นมาก	นานๆ ครั้ง	โลกกำหนด
				หลังจากกลับ บ้านและกลับไป พบแพทย์ตาม นัด	4.2 ขาดความ ต่อเนื่องในการ สื่อสารกับผู้ป่วย ที่กลับไปรักษา	นโยบายให้ ปฏิบัติแพทย์ จึงหลีกเลี่ยง ไม่ได้ที่ต้องรับ
				4.3 เมื่ออยู่บ้าน ผู้ป่วยและผู้ดูแล หลักต่อรองด้วย การหาความรู้ เดิมที่ยึดถือเป็น ผู้เชี่ยวชาญคือ ร่างทรงพ่อปู่ใน ครอบครัว	ตัวที่บ้าน จาก ปัจจัยจำนวน บุคลากรน้อย พยาบาลจะ สื่อสารทาง โทรศัพท์เดือน ให้ผู้ป่วยมาพบ แพทย์ตามนัด	ความรู้นี้มา ปรับใช้ด้วย ภาครัฐจึงได้ กำหนดให้ บุคลากรทาง สุขภาพได้รับ การอบรม
				เกิดขึ้นใน ชีวิตประจำวัน ปฏิบัติต่อกันมา จากรุ่นสู่รุ่น และ ร่างทรงพ่อปู่เป็น ที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ที่สำคัญของ ผู้ป่วย	ซึ่งบ่อยครั้งที่ พยาบาลสื่อสาร ไปหาผู้ป่วยจะ พบว่า ผู้ป่วยได้ เสียชีวิตแล้ว	ความรู้ดังกล่าว เพื่อช่วยเหลือ ผู้ป่วยในระยะ สุดท้ายให้ ได้รับความสุข สบายทางกาย ไม่ทรมานมาก ที่สุด ผนวกกับ


ตารางที่ 5.1 (ต่อ)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ ประเด็น (Message)	ช่องทางการ สื่อสาร (Channel)	ระดับการ สื่อสาร	คู่สื่อสาร การเผชิญหน้า / การต่อรอง	ส่วนสนับสนุน/ ปัญหาการ สื่อสาร	การสะสม ความรู้ในการ ประกอบสร้าง ความ หมายความ ตาย (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
						ประสบการณ์ การทำงานที่ สะสมมา ทำให้ การสะสม ความรู้ของ แพทย์เปลี่ยนไป ตามเวลาและ สถานที่พื้นที่ กรณีศึกษาเป็น โรงพยาบาลที่ ดูแลแบบ ประคับประคอง เน้นการไม่ใช้ เครื่องยื้อชีวิต ในระยะ สุดท้ายแพทย์ จึงต้องเข้าใจ ในความรู้การ ดูแลแบบ ประคับประคอง

ตารางที่ 5.1 (ต่อ)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ ประเด็น (Message)	ช่องทางการ สื่อสาร (Channel)	ระดับการ สื่อสาร	คู่สื่อสาร การเผชิญหน้า / การต่อรอง	ส่วนสนับสนุน/ ปัญหาการ สื่อสาร	การสะสม ความรู้ในการ ประกอบสร้าง ความ หมายความ ตาย (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
						4.2 พยาบาล / นักสังคม สงเคราะห์ / นักจิตวิทยา สะสมความรู้ ทั้งจากมุมมอง ศาสนาที่ยึดถือ ความเชื่อเรื่อง ความตายยังมี ภพหน้า การมี โอกาสได้ ใกล้ชิดดูแล ผู้ป่วย มีเวลา ตามบทบาท หน้าที่และมี การสื่อสาร ผ่านการสร้าง สัมพันธ์อันดี กับผู้ป่วย มี ความรู้ผ่านการ อบรมการดูแล แบบประทับใจ ประคองที่เป็น

ตารางที่ 5.1 (ต่อ)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ ประเด็น (Message)	ช่องทางการ สื่อสาร (Channel)	ระดับการ สื่อสาร	คู่สื่อสาร การเผชิญหน้า / การต่อรอง	ส่วนสนับสนุน/ ปัญหาการ สื่อสาร	การสะสม ความรู้ในการ ประกอบสร้าง ความ หมายความ ตาย (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
						วิธีการดูแล ผู้ป่วยรูปแบบ ใหม่ตาม กระบวนการที่ การแพทย์ตาม ยุคสมัย และ การสั่งสม ประสบการณ์ การทำงาน ทำ ให้เข้าใจความ ต้องการของ ผู้ป่วยในระยะ สุดท้าย และ สนองความ ต้องการของ ผู้ป่วยให้ ได้มากที่สุด ตามความรู้ที่ ได้สะสมมา

บทที่ 6

แนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคอง

บทนี้ ผู้วิจัยนำเสนอแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก เพื่อตอบคำถามการวิจัยในวัตถุประสงค์ข้อ 3 คือ เสนอแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก จากการวิเคราะห์การประกอบสร้างความหมายความตายและกระบวนการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลักภายใต้แผนการดูแล 14 วัน ในโรงพยาบาลพื้นที่กรณีศึกษา ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำหลักการสื่อสารที่แพทย์ และพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคองและเป็นที่ยอมรับในเรื่องสื่อสารการดูแลแบบประคับประคองเสนอมาเป็นแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1. แนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคอง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการประกอบสร้างความหมายความตายและหลักการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก โดยผู้เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคอง และกระบวนการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักในพื้นที่กรณีศึกษาที่ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ภายใต้กระบวนการตามแผนการดูแลแบบประคับประคอง 14 วัน ได้แก่ การแรกรับผู้ป่วย การแจ้งอาการผู้ป่วยและการประชุมทีมสหวิชาชีพ การรักษาไประยะหนึ่งเตรียมตัวกลับบ้าน และการกลับไปดูแลที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยได้เพิ่มเติมในส่วนสุดท้ายที่ผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้านรวมเป็น 4 ช่วงเวลา ทำให้ได้รับทราบข้อมูลความต้องการของผู้ป่วย และผู้ดูแลหลักในระหว่างรักษาตัวที่บ้านและมาพบแพทย์ตามนัด

ทั้งนี้เพื่อเสนอเป็นแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพควรเน้นให้การสื่อสารกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ต้องคำนึงถึงประเด็นสำคัญ ดังนี้ (1) รูปแบบการสื่อสาร

(2) ประเด็นเนื้อหาสาร (3) กลวิธีที่ใช้ในการสื่อสารความตาย (4) บทบาทหน้าที่และบุคลิกภาพผู้ส่งสาร (5) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร (แพทย์กับผู้ป่วย) และ (6) บริบทพื้นที่โรงพยาบาล ตามลำดับ ดังนี้

1.1 รูปแบบการสื่อสาร

บุคลากรทางสุขภาพควรเน้นการสื่อสารกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ในประเด็นดังต่อไปนี้ 1) การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม 2) รูปแบบการสื่อสารสองทางผ่านกิจกรรมต่างๆ และ 3) การสื่อสารแบบกลุ่มที่เป็นแบบทางการและไม่เป็นทางการ

1.1.1 การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม (participatory communication) เป็นการสื่อสารที่ประกอบด้วยบุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์ ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก มีวัตถุประสงค์การสื่อสารเพื่อวางเป้าหมายปลายทางของชีวิตตามความปรารถนาของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นหลัก เช่น การวางแผนรักษาที่เป็นไปตามการดูแลแบบประคับประคอง และการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อการไม่ยื้อชีวิตด้วยการจัดทำข้อตกลงด้วยการทำเอกสารพินัยกรรมชีวิต (living will) การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมจึงเป็นการวางแผนการรักษาที่ร่วมกัน โดยมีแนวทางดังนี้

1) การใช้กระบวนการสื่อสารหรือการประชุมครอบครัว (Family meeting) รูปแบบการประชุมลักษณะนี้จะเกิดขึ้นในช่วงแรกเริ่มที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลและช่วงแจ้งอาการ เพื่อเป็นการสื่อสารถึงเป้าหมายการรักษาผู้ป่วย โดยสื่อสารพร้อมกันประกอบด้วยแพทย์ ผู้ป่วย และผู้ดูแลหลักใกล้ชิด เพื่อรับรู้ข้อมูลของโรค อาการข้างเคียงและทางเลือกในการรักษา โดยควรเป็น การประชุมครอบครัวในรูปแบบใหม่ที่ให้ผู้ป่วยเป็นฝ่ายสื่อสารเล่าเรื่องราวชีวิตของตนเองออกมามากกว่าการถามตอบโดยแพทย์ปกติทั่วไปในรูปแบบเดิม ดังที่ เกื้อจิตร แชรรัมย์ พยาบาลวิชาชีพที่ประสบความสำเร็จในการดูแลแบบประคับประคองกล่าวว่า

“...การประชุมครอบครัวแบบเดิมๆ หมอพูดให้เขาฟัง 90% คนไข้พูด 10% ระวังอย่างถ้าเราไปตามเป็นคำถาม คนไข้ตอบไม่เป็นหรอก แต่ถ้าเราใช้การคุยกับคนไข้ว่ากินได้มัย นอนหลับมัย อยู่บ้านกับใคร พวกนี้เขาจะตอบได้เรื่อยๆ แล้วก็สังเกตคนไข้ ทุกอย่างมันอยู่ในคำตอบเค้าแหละ เพราะนั่นการสื่อสารกับคนไข้ อย่าเป็นทางการมากอย่าไปสอนแต่เหมือนเพื่อนคุยกัน...”

(เกื้อจิตร แชรรัมย์, สัมภาษณ์, 29 เมษายน 2564)

การสื่อสารในรูปแบบการประชุมร่วมกับครอบครัวผู้ป่วยนี้ถือเป็นแนวทางการสื่อสารความตายที่เริ่มนิยมใช้กันใน โรงพยาบาลต่างๆ ที่มีการดูแลแบบประคับประคอง เป็นการสื่อสารรูปแบบใหม่ที่แตกต่างไปจากอดีตที่มีเพียงแพทย์กับผู้ป่วยเท่านั้นที่สื่อสารกัน เช่น ในอดีตที่

อยู่ในกระบวนการทัศนัยการแพทย์แบบชีวภาพ เน้นการรักษาทางร่างกายของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยต้องเสียชีวิต แพทย์จะกล่าวสั้นๆ กับญาติว่า “..เสียใจด้วยนะ หมอช่วยเต็มที่แล้ว..” แต่ปัจจุบันแนวทางการสื่อสารความตายเปลี่ยนกระบวนการทัศนัยใหม่เป็นการแพทย์แบบนิเวศน์สังคม ที่เน้นการรักษาองค์รวม คือ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย และเน้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักร่วมวางแผนและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษา

โดยเฉพาะหากผู้ป่วยไม่ทราบอาการที่แท้จริงของตนเอง ไม่สามารถเลือกแนวทางการรักษาที่ต้องการได้ ขณะเดียวกันญาติก็ไม่กล้าตัดสินใจและยิ่งไปกว่านั้นบางรายมีญาติหลายคน ความเห็นญาติไม่ตรงกัน ฝ่ายหนึ่งอาจให้ดูแลเต็มที่ อีกฝ่ายไม่ต้องการให้อายุชีวิต เหล่านี้สร้างความทุกข์ใจแก่ ทุกฝ่าย ดังนั้นการทำความเข้าใจเรื่องแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) จึงเป็นกระบวนการสอบถามและทำความเข้าใจร่วมกันตัดสินใจ ประกอบด้วย การวางแผนด้วยตัวเอง การบอกให้ลูกหลานหรือคนรอบข้างรับรู้ การทำความเข้าใจโรคและการดำเนินของโรค การดูแลแบบประคับประคอง การเคารพสิทธิของผู้ป่วย ญาติ และแพทย์ผู้รักษา มีการแลกเปลี่ยนและปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติและทีมบุคลากรทางสุขภาพทั้งหมดให้มากเพียงพอเพื่อเป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจ โดยมีเป้าหมายให้การดูแลเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยให้มากที่สุดซึ่งปัจจุบันระบบสาธารณสุขฯ ได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีทางเลือกการรักษาแบบประคับประคองมากขึ้น

ดังนั้นการวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วย (advance care planning) จัดขึ้นเพื่อสอบถามผู้ป่วยถึงความต้องการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์ทางเลือก หรือแพทย์แบบผสมผสานหรือไม่บำบัดด้วยวิธีใดเลยหรืออื่นๆ สอบถามความต้องการรักษาตัวที่บ้าน หรือ ที่โรงพยาบาลหรือผสมผสาน และจะนำไปสู่การทำ Living Will หนังสือแสดงความต้องการไม่ขอรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้าย เพื่อลดความทรมานจากการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็น โดยเป็นกฎหมายตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 โดยไม่รับบริการทางการแพทย์เพื่อชีวิต เช่นการเข้าห้องไอ.ซี.ยู. การกระตุ้นหัวใจกลับมาเต้นใหม่ การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ

ทั้งนี้ผู้ป่วยหรือครอบครัวต้องมอบหมายให้ญาติคนเดียวในครอบครัวเป็นผู้ให้การตัดสินใจรักษาในท้ายที่สุดของอาการผู้ป่วยแทน กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ ดังนั้นจึงต้องมีการสื่อสารพร้อมกันระหว่างแพทย์รังสีรักษาซึ่งเป็นแพทย์เจ้าของคนไข้ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และผู้ดูแลหลักที่มีอำนาจตัดสินใจ โดยได้รับสิทธิ์เด็ดขาดจากคนในครอบครัว ซึ่งจะมีการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งมีครอบครัวของผู้ป่วยร่วมประชุมรับฟังอาการและวางแผนรักษาผู้ป่วยร่วมกันกับแพทย์ด้วย เพื่อให้เกิดการยอมรับร่วมกันและเพื่อขจัดปัญหาการโต้แย้งทักท้วงใดๆ ที่จะเกิดขึ้นในระหว่างการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

อย่างไรก็ตามการวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าใช้ได้ทุกสถานการณ์ แม้สถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา หรือ COVID-19 ในช่วงปี พ.ศ. 2562 เป็นต้นมาถือเป็นภาวะวิกฤตที่ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะท้ายไม่ว่าวัยใด จำเป็นต้องทำแผนสุขภาพล่วงหน้าทุกราย เนื่องจากเป็นการแจ้งความจำนงแนวทางการรักษาที่ตนต้องการ ในขณะที่ยังมีภาวะสติปกติ การรับรู้เพียงพอที่จะตัดสินใจให้แก่ทีมบุคลากรทางสุขภาพที่ให้การดูแลได้

2) การยี่คิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในการดูแลแบบประคับประคองเป็นรูปแบบการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกการรักษาตามความต้องการของผู้ป่วยซึ่งเป็นแนวทางการสื่อสารความตายในมุมมองใหม่ที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และควรกระทำทุกครั้งที่มีการสื่อสารกันในการประชุมครอบครัว ทุกบริบทที่มีการสื่อสารร่วมกัน ระหว่างทีมบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ในช่วงแรกผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ในบริบทแจ้งอาการและการรักษาไประยะหนึ่ง เพื่อทราบเป้าหมายความต้องการการรักษของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาชีวิตของตนเองด้วยตัวของตัวเอง จากเดิมที่แพทย์ให้ความสำคัญกับกระบวนการ หรือการแพทย์แบบชีวภาพหรือวิทยาศาสตร์เท่านั้น ทั้งๆ ที่โดยแท้จริงแล้ว การรักษาแบบ Curative Care และ Palliative Care สามารถทำควบคู่กันไปได้ ตั้งแต่เริ่มมีการวินิจฉัยโรค ซึ่งในท้ายสุดอาจจะไม่หายขาด แต่บทบาทของการรักษาแบบประคับประคองจะค่อยๆ ชัดเจนขึ้นในช่วงระยะสุดท้ายที่ร่างกายไม่ตอบสนองต่อการรักษาทางการแพทย์ ซึ่งการสื่อสารปัจจุบันมองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากขึ้น เน้นความเข้าใจในจิตวิญญาณของผู้ป่วย เช่น ความเชื่อ หรือศาสนาเข้ามาร่วมเป็นเป็นหลัก โดยเฉพาะการเน้นการรักษาครบทุกมิติคือร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยให้ความสำคัญในการเน้นด้านจิตใจผู้ป่วยมากขึ้น

ด้วยเหตุนี้ การทำงานของบุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพมีส่วนกับการประกอบสร้างความหมายความตายของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา จึงต้องให้ความสำคัญระมัดระวังในการสื่อสารการแสดงออกเป็นพิเศษ จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า วิชาชีพพยาบาล ในกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพเปรียบเสมือนตัวกลางหรือผู้เชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล กับ ทีมสหวิชาชีพให้มีความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยในทิศทางเดียวกัน ดังคำกล่าวที่ นางเกื้อจิตร แชรรัมย์ ข้าราชการบำนาญพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ผู้ประสบความสำเร็จในการดูแลแบบประคับประคองผู้ให้ข้อมูลคนนี้ กล่าวว่า

“...หมอมีหน้าที่รักษากาย พยาบาลมีหน้าที่รักษาใจ โดยเฉพาะกับผู้ป่วย พยาบาลมีส่วนช่วยทำให้ผู้ป่วยมีภาวะทางจิตใจที่ดีขึ้นได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถคิดได้เองว่าทุกคนเกิดมาก็ต้องตาย...”

(เกื้อจิตร แชรรัมย์, สัมภาษณ์, 29 เมษายน 2564)

3) การสื่อสารด้วยการฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ (Deep listening) โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองนั้น เป็นผู้ส่งสารหรือผู้พูด (Sender) มากกว่าเป็นผู้รับสาร (Receiver) หรือผู้ฟังหรือผู้ตอบคำถามแต่ฝ่ายเดียวเหมือนในอดีต เพราะการสื่อสารที่ดีนั้นต้องเน้นการรับฟังอย่างลึกซึ้ง (Deep Listening) ในปัญหาเรื่องราวของผู้ป่วยอย่างใคร่ครวญและเข้าใจความรู้สึก ดังนั้นทีมบุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์ควรรับฟังผู้ป่วยและให้เวลาในการฟังผู้ป่วยให้มากขึ้น ดังที่ ศ.ดร.นพ.อิสรางค์ นุชประมุข แพทย์ผู้ประสบความสำเร็จในการดูแลแบบประคับประคองกล่าวว่า

“...การทำงานด้านนี้ตลอด 15 ปีที่ทำให้ประสบความสำเร็จคือ การที่เราพูดคุยหรือการสื่อสารกับคนไข้ โดยเฉพาะการฟังคนไข้ ด้วยการที่เรารู้จักตั้งคำถาม ชีวิตเรื่องราวของคนไข้ ให้เค้าพูดและเราเป็นคนฟังก็จะได้ข้อมูลทุกอย่าง...”

(อิสรางค์ นุชประมุข, สัมภาษณ์, 5 พฤษภาคม 2564)

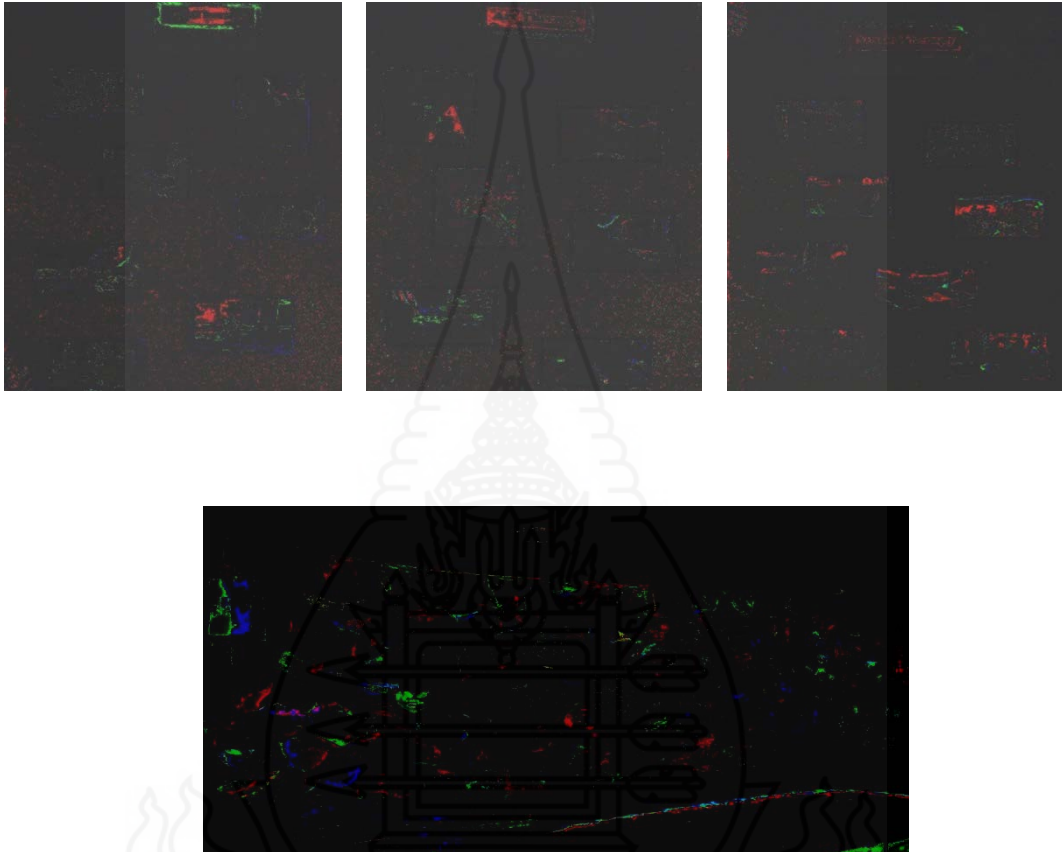
ดังนั้นแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นการสลับบทบาทให้ผู้ป่วยได้เป็นผู้พูดเพื่อเล่าเรื่องราวของผู้ป่วยให้มากที่สุด และแพทย์หัดเป็นผู้ฟังให้มากและให้นานที่สุด โดยไม่ต้องเน้นพูดคุยเรื่องโรคหรือความตายที่จะเกิดขึ้น หากแต่สนใจเรื่องราวชีวิตของผู้ป่วยเพื่อเป็นการเติมเต็มและแสดงความจริงใจให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าแพทย์สนใจในชีวิตของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

1.1.2 การสื่อสารผ่านกิจกรรมต่างๆ

แนวทางการสื่อสารที่ควรจัดให้กับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักแม้การสื่อสารที่เป็นทางเดียวดูเหมือนไม่น่าสนใจหรือผลใดๆ เป็นรูปธรรมชัดเจน แต่ในความรู้สึกผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักแล้ว การได้มีกิจกรรมที่จัดวางไว้ให้ได้เดินอ่าน หรือเข้าร่วมจะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้รับความผ่อนคลายอย่างมาก และหากเป็นกิจกรรมที่เป็นการสื่อสารสองทางที่มีผู้มาถ่ายทอดเรื่องราวกันที่เป็นการสื่อสารระหว่างบุคคลด้วยแล้ว ก็ยิ่งทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจสบายใจมากยิ่งขึ้น

เป้าหมายการสื่อสารทางเดียวผ่านประกาศ บอร์ดประชาสัมพันธ์นี้เพื่อให้ความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง และกิจกรรมต่างๆ ที่ทางโรงพยาบาลจัดไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้รับข้อมูลความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองอย่างง่าย ดังนั้นการไหลของข่าวสารแบบทางเดียวนี้นับเป็นการสื่อสารที่สามารถทำได้รวดเร็วเหมาะกับการสื่อสารในเรื่องที่เข้าใจง่าย เนื่องจากในสถานการณ์การสื่อสารบางอย่างมีความจำเป็นต้องใช้การสื่อสารทางเดียวแม้ว่า

เรื่องราวนี้อาจซับซ้อน เช่น กรณีผู้รับและผู้ส่งไม่อาจพบปะหรือติดต่อสื่อสารกันได้โดยตรงผู้รับไม่มีโอกาสแสดงความคิดเห็น เช่นแพทย์ที่มีเวลาน้อย หรือสถานการณ์ COVID-19 ที่งดการเยี่ยมชมครอบครัวกเว้นผู้ดูแลหลัก ดังนั้นอาจรับข้อมูลข่าวสารทางประกาศและหากมีข้อสงสัยใดๆก็สามารถสอบถามกับพยาบาลได้ตลอดเวลา ดังแสดงในภาพ 6.1



ภาพที่ 6.1 รูปแบบการสื่อสารทางเดียว (One-way communication)

การจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายลดความตึงเครียด จะช่วยประคับประคองอารมณ์ จิตใจ ความรู้สึกของผู้ป่วยให้สงบและชักจูงให้ผู้ป่วยออกจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานได้ ดังนั้นการเลือกกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักจะมีส่วนร่วมได้ ขึ้นอยู่กับความพร้อม และความพึงพอใจของผู้ป่วย ความเหมาะสมด้านปัจจัยอายุ เพศ การรับรู้ ข้อจำกัดการรักษา ความเชื่อ คติ ศาสนา วัฒนธรรม และข้อจำกัดของครอบครัวผู้ป่วยด้วย แต่สิ่งที่สำคัญคือต้องไม่ขัดแย้งวิธีการและความเชื่อของผู้ดูแลที่มีหน้าที่เพียงผู้ให้คำแนะนำ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกกิจกรรมนั้นๆ

สำหรับสื่อกิจกรรมที่เป็นการสื่อสารสองทาง ที่ควรจัดให้มีเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดและความวิตกกังวล หรือความเจ็บปวดในการรักษา ได้แก่

- กิจกรรมสุนัขบำบัด (Pet therapy) โดยคัดเลือกพันธุ์สุนัขที่มีนิสัยใจดีไม่ดุ เพื่อจัดให้มีสุนัขมาเล่นกับผู้ป่วย ข้างเตียง หรือหากผู้ป่วยสามารถลุกเดินได้ก็สามารถมาเล่นภายนอกห้องพักจะช่วยผ่อนคลายได้มาก

- กิจกรรมศิลปะบำบัด (Art therapy) การวาดรูประบายสี ปั้นดิน ทั้งในห้องพักหรือบนเตียง หรือห้องกิจกรรมทำให้ผู้ป่วยผลิตเพลิวิน ได้ระบายความรู้สึกออกมา ซึ่งระหว่างการทำงานศิลปะอาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความรู้สึก ประสบการณ์ รับฟังทั้งปัญหา ข้อคิดเรื่องอื่นๆ ร่วมด้วย

- กิจกรรมดนตรีบำบัด (Music therapy) ควรเปิดดนตรีในแนวที่ผู้ป่วยชอบ หรือจัดให้มีนักดนตรีมาร้องเพลงและเล่นดนตรีสด ให้กับผู้ป่วยได้ผ่อนคลาย ผลิตเพลิวินในห้องพักข้างเตียงผู้ป่วย ร่วมร้องเพลงกันทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ทีมบุคลากรสุขภาพ เพื่อสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น สนุกสนาน

- การนวดและสัมผัส เป็นการสื่อสารความรู้สึกที่ไร้คำพูด แต่การสัมผัสมือลูบแขนผู้ป่วยอย่างอ่อนโยนจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ได้และรู้สึกดี การกอด อุ้ม นวด ลูบสัมผัสด้วยความรักทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย การนวดยังช่วยให้กล้ามเนื้อที่ยึดเกร็งจากความปวดได้ผ่อนคลายมากขึ้น

- การหางานอดิเรกที่ผู้ป่วยชื่นชอบ เป็นกิจกรรมไม่ออกแรงมากนัก สร้างความเพลิดเพลินลดการคิดฟุ้งซ่าน หรือเปลี่ยนสถานที่เดินเล่นพักผ่อนต่างๆ

- การชมภาพยนตร์ที่สร้างเลิหวหวัระ เป็นการหันเหความสนใจของผู้ป่วยจากความทรมานทางกาย หานั่งตลกหรือหนังสือตลกมาอ่าน ให้มีการหัวเราะติดต่อกัน 5-10 นาทีให้ร่างกายได้ขยับ บริหารอวัยวะภายใน กล้ามเนื้อใบหน้า จิตใจโปร่งเบาจากความเครียด กิจกรรมต่างๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่ดีและโรงพยาบาลทุกแห่งที่มีการดูแลแบบประคับประคองควรจัดไว้ให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ผ่อนคลายและเพิ่มความสุขให้กับผู้ป่วย

1.1.3 การสื่อสารแบบกลุ่มที่เป็นแบบทางการและไม่เป็นทางการ

การสื่อสารกลุ่มระหว่างทีมสหวิชาชีพ (grand round conference) ซึ่งเป็นการสื่อสารแบบเป็นทางการ ประกอบด้วยบุคลากรทุกวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา แพทย์เจ้าของคนไข้ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพได้เข้าไปพบผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

การประชุมทีมสหวิชาชีพลักษณะนี้จะมีส่วนสำคัญที่เป็นตัวกลางหรือจุดเชื่อมโยง ข้อมูลผู้ป่วยในทุกบริบทที่จำเป็นต้องนำข้อมูลรายละเอียดอาการต่างๆ ของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก กลับมาสื่อสารกันในที่ประชุมทีมสหวิชาชีพดังกล่าวนี้ได้ตลอดเวลาเพื่อร่วมกันช่วยเหลือ และให้การดูแลผู้ป่วย และผู้ดูแลหลักตามความต้องการให้ได้มากที่สุดตามกระบวนการดูแลแบบ ประคับประคองที่เน้นคุณภาพชีวิต

นอกจากนี้วิธีการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ที่สำคัญอีกรูปแบบ หนึ่งคือ การมีระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ สามารถรับรู้ปัญหาผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด และแก้ไขได้ทันที โดยจะมีสหวิชาชีพทุกวิชาชีพไปดูแลและมีแพทย์มาตรวจเยี่ยมด้วยตามเวลาที่จัดไว้ได้ ทั้งนี้บุคลากรทางสุขภาพที่ออกเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่ ประกอบด้วย พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ ทั้งนี้การนำเทคโนโลยีการสื่อสารมาใช้โดยปกติเป็นผลดีกับการติดต่อ ผู้ป่วยที่สะดวกมากขึ้นแล้ว หากในกรณีที่เกิดโรคระบาด เช่นเกิดสถานการณ์ COVID-19 ในช่วงปี 2563 เป็นต้นมา การเยี่ยมบ้านได้ปรับรูปแบบไปเป็นการสื่อสารทางไลน์ และใช้เทคโนโลยีการ สื่อสารเข้าช่วยมากขึ้น รวมทั้งทีมสหวิชาชีพควรให้คำแนะนำในการจัดสภาพแวดล้อมและสิ่ง อำนวยความสะดวกที่บ้าน จัดผู้ดูแลค่าใช้จ่ายกรณีที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ โดยให้นักสังคม สงเคราะห์ให้คำปรึกษาช่วยเหลือต่อไป และการใช้แนวทางการเยียวยาทางจิตวิญญาณกับผู้ป่วยไม่ว่าจะดูแลรักษาที่บ้านหรือที่โรงพยาบาลด้วยการสวดมนต์ ฟังธรรม เป็นต้น

สำหรับการสื่อสารแบบกลุ่มที่ไม่เป็นทางการ ที่ควรมีในโรงพยาบาลที่ให้การดูแล ผู้ป่วยแบบประคับประคอง คือ การให้คำปรึกษา (Counseling) ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักบน โทรศัพท์ ผ่านโปรแกรม ไลน์ (Line Group) ของทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จัดตั้งขึ้นโดยมีเป้าหมายเพื่อเป็นศูนย์กลางในการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบุคลากรทาง สุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักอย่างทั่วถึงในทุกบริบทการรักษาเพื่อดูแลและให้คำปรึกษาผู้ป่วย และผู้ดูแลหลักที่รักษาตัวที่บ้าน สามารถติดตามอาการผู้ป่วย และรายงานผลการรักษา และแก้ปัญหา ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้ทันต่อเหตุการณ์ ดังที่ ศ.ดร.นพ.อิสรพงศ์ นุชประยูร ผู้ประสบความสำเร็จในการดูแลแบบประคับประคองและผู้ก่อตั้งวิสาหกิจเอกชนเพื่อให้บริการ ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน กล่าวขำว่า

“... ผมจะใช้การสื่อสารทุกอย่างที่คนไข้ต้องการ ให้ถึงกันมากที่สุด ส่วนใหญ่จะใช้ ไลน์สื่อสารกับผู้ป่วย สามารถส่งรูปภาพมาได้ ค่อยได้ทันทีผ่าน วิดีโอคอลก็ได้ จะน้อยมากที่วันนี้ ผมจะไม่สื่อสารกับคนไข้ทางไลน์ และหากคนไข้และญาติต้องการให้ผมไปรักษาที่บ้าน ผมก็จะ ไปทันทีถ้าผู้ป่วยหรือญาติต้องการความช่วยเหลือ ไปได้จะไปทันที เช่นจะวางแผนรักษาที่บ้าน จะ

ให้ผมช่วยเอาศพกลับบ้านต่างจังหวัด ทุกอย่างจะใช้การสื่อสารกันทุกรูปแบบ ผมจะ Coaching ญาติทั้งการคุยทางโทรศัพท์และคุยทางไลน์ตลอด...”

(อิสรารักษ์ นุชประยูร, สัมภาษณ์, 5 พฤษภาคม 2564)

อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลทุกแห่งที่มีการดูแลรักษาแบบประคับประคองแล้วควรจัดให้มีการใช้ระบบแพทย์ทางไกล (telemedicine / telehealth) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านด้วยการนำเทคโนโลยีการสื่อสารรูปแบบต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์กับแพทย์ในลักษณะการปรึกษาหรือแพทย์กับผู้ป่วย พยาบาลกับแพทย์ การให้ความรู้ทางสุขภาพแก่ประชาชนหรือวิธีการต่างๆ ที่ผ่านการสื่อสารส่งข้อมูลกันได้ผ่านโทรศัพท์ หรือผ่าน video call หรือการรับส่งข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบและเทคโนโลยีอื่นๆ ที่จำเป็นที่ควรศึกษาในกลุ่มทีมสหวิชาชีพเพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้อย่างต่อเนื่อง

1.2 ประเด็นเนื้อหาสาระเกี่ยวกับความตาย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ประเด็นเนื้อหาสาระเกี่ยวกับความตายที่สำคัญของผู้ป่วยที่บุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสนใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก มีดังนี้ 1) การช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ต้องการหรือค้างคาใจ 2) การแจ้งอาการป่วยด้วยการบอกความจริงเกี่ยวกับอาการโรค และ 3) การให้ความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง

1.2.1 การช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ต้องการหรือค้างคาใจ รวมถึงสิ่งที่ใฝ่ฝันในชีวิตให้สำเร็จ เพราะสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยทุกข์ใจ โดยเฉพาะเป้าหมายเพื่อสิ่งที่คุณต้องการทำหรือธุระที่ผู้ป่วยยังทำไม่สำเร็จ (unfinished business) หรือสิ่งที่ค้างคาใจ โดยทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์ ต้องมีการสื่อสารที่เป็นการดูแลแบบต่อเนื่อง (continuity of care) ดังนั้นแพทย์และผู้ดูแลหลักจึงต้องให้ความสนใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างมาก แม้ว่าพยาบาลมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ที่พยาบาลต้องพยายามหาความต้องการของผู้ป่วยหรือสิ่งที่ค้างคาที่ยังทำไม่แล้วเสร็จ ดังที่ พยาบาลในพื้นที่สนามกล่าวว่า

“...หน้าที่ของพยาบาลคือ ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เตรียมพร้อมรับกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นด้วยการให้มุมมองบวกที่มีความหมายที่สุดกับคนที่ต้องอยู่ต่อไป (ผู้ดูแล) และแม้แต่กับผู้ป่วยที่กำลังจะจากไป ด้วยทักษะการสื่อสารที่ต้องอาศัยการฟังผู้ป่วยให้มากที่สุด โดยเฉพาะการฟังจนได้รับรู้ถึงความต้องการครั้งสุดท้าย (last week) สิ่ง que ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการอย่างแท้จริงเพื่อให้ผู้ป่วยได้ตายดี...”

(พยาบาลในพื้นที่สนาม A2, สัมภาษณ์, 2 ธันวาคม 2563)

1.2.2 การแจ้งอาการป่วยด้วยการบอกความจริงเกี่ยวกับอาการโรค เป็นประเด็นการสื่อสารความตายที่แพทย์ควรให้ความสำคัญโดยตรงไปตรงมาไม่ใช่คำสละสลวย แต่ให้ความสำคัญกับอารมณ์เข้าใจเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย นอกจากเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยแล้วยังเป็นประโยชน์ต่อญาติ เพราะจะทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติและบุคลากรทางสุขภาพ ในวิธีการรักษาอาการ รวมถึงการเตรียมความพร้อมกับสิ่งที่จะเกิดขึ้น ไม่ว่าจะดีหรือร้าย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีโอกาสตัดสินใจล่วงหน้าถึงวิธีการรักษากรณีอาการทรุดหนักจนไม่รู้สติตัว

ดังนั้นการที่ผู้ดูแลหลักปิดบังไม่แจ้งอาการจึงอาจส่งผลกระทบต่อวิธีการดูแลให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย และผู้ป่วยก็สามารถคาดเดาสภาพอาการป่วยได้เองจากพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากผู้ดูแลหลัก เช่น การนั่งเงียบคนเดียวไม่พูดคุยกับผู้ป่วย การซุบซิบเบาๆ คุยกันเองในกลุ่มญาติ หรือเอาใจผู้ป่วยผิดปกติ ซึ่งด้วยอาการที่ทรุดลงเรื่อยๆ แต่ผู้ป่วยไม่รับรู้อาการจริงของอาการโรคตัวเองนั้นจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยเป็นกังวลมากขึ้น

ผู้ดูแลหลักจึงมีส่วนสำคัญในการพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อแจ้งอาการ โดยสามารถนำเทคนิคการแจ้งอาการของแพทย์มาปรับใช้คือ ผู้ดูแลหลักที่แจ้งอาการต้องเป็นคนที่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เป็นผู้ที่ผู้ป่วยรักและเชื่อใจ ใช้คำพูดที่เข้าใจง่ายด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล พูดคุยสื่อสารตามความเป็นจริงที่แพทย์วินิจฉัยพร้อมกับให้กำลังใจสม่ำเสมอและมีทีมสหวิชาชีพคอยให้ความช่วยเหลือให้คำปรึกษาและเพื่อร่วมกันวางแผนการรักษาและเลือกแผนการรักษาที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและเป็นทางออกที่ดีที่สุด

1.2.3 การให้ความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ในทางปฏิบัติเนื่องจากเป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทย มีบทบาทสำคัญในการเป็นทางเลือกการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพร่างกายที่เอื้ออำนวย ไม่ต้องทุกข์ทรมานจากเครื่องมือแพทย์ที่เป็นไปเพื่อการพยุงชีพหรือยื้อชีวิต ที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาราคาแพง แต่การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาลทุกชนิดที่ครอบคลุมทั้งด้านจิตใจ สังคม และวิญญาณ ให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย รวมไปถึงการดูแลภาวะ โศกเศร้าของญาติที่ต้องสูญเสียผู้ป่วย โดยมีเป้าหมาย

ให้ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ทั้งทางร่างกายและจิตใจจนจากไปอย่างสงบซึ่งทีมรักษาประคับประคอง ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ร่วมกันดูแลรักษาโรคทางกายไปพร้อมกับดูแลจิตใจด้วย ทั้งนี้สิ่งสำคัญที่แพทย์ต้องให้ความสนใจเพิ่มเติมนอกจากเนื้อหาวิชาความรู้ด้านการรักษา คือ เรื่อง การสื่อสารเป็นอีกเรื่องสำคัญที่อยู่ในหลักสูตรการอบรมและต้องให้ความสำคัญ ดังที่ ดร.นพ.สกล สิงหะ แพทย์ผู้ประสบความสำเร็จการดูแลแบบประคับประคอง กล่าวว่า

“...เนื้อหาการอบรมการดูแลประคับประคองจะมีเรื่องจัดการอาการ ให้ยาแก้ปวด พวกนี้เป็นแค่ส่วนหนึ่งยังไม่การันตีว่าจะทำได้ดี แต่เขาจะทำได้บางส่วนเท่านั้น ทำแบบ robot คนใช้ไม่ได้ประโยชน์อะไร เพราะจริงๆ แล้ว palliative care มันต้องมี session หนึ่งที่มีเรื่องของ communication เป็น soft science ที่ add เข้าอีกอัน จะได้ครบว่าต้องสื่อสารอย่างไร ซึ่งใช้เวลามากกว่า ยากกว่าและใช้ contemplation คือใคร่ครวญเยอะมาก เวลาสอนให้รู้มันง่าย แต่สอนแล้ว เกิดการทำได้จริงมันยาก...”

(สกล สิงหะ, สัมภาษณ์, 28 เมษายน 2564)

1.3 กลวิธีที่ใช้ในการสื่อสารความตาย

ด้วยเหตุที่การสื่อสารความตายเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและการสื่อสารไม่ว่าจะด้วย ภาษาคำพูดหรือภาษาท่าทาง ล้วนมีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์จึงควรมีเทคนิค หรือมีกลวิธีใช้ในการ สื่อสารประกอบกับการรักษาควบคู่กัน ประกอบด้วย (1) การออกแบบสารที่แสดงออกถึงความเห็น ออกเห็นใจ และ (2) การสื่อสารเชิงอวัจนภาษา

1.3.1 การออกแบบสารที่แสดงออกถึงความเข้าใจอารมณ์เห็นอกเห็นใจ

การใช้กลวิธีการออกแบบสารตามประเด็นเนื้อหาการสื่อสารที่แตกต่างกัน จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ด้วยอำนาจวิชาชีพแพทย์ที่มีความรู้ทางการแพทย์และมีความ เชี่ยวชาญ และเป็นความหวังในการรักษาของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ตามบริบทของพื้นที่เป็น โรงพยาบาลรักษาโรคมะเร็งเฉพาะทางและผู้ป่วยจะถูกส่งตัวจากที่เดิมเพื่อเข้ามารักษาด้วยการฉาย แสงรังสีรักษาแบบประคับประคอง ดังนั้นการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก จะนำไปตามอาการและระยะของโรคเพื่อวางแผนการรักษาและเป้าหมายปลายทางของชีวิต ซึ่งแต่ละช่วงจะมีการออกแบบสารแตกต่างกัน และเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญในการออกแบบสารที่ ไม่ได้เพียงเน้น คำสละสลวย แต่เป็นกลวิธีการสื่อสารความจริงที่ตรงไปตรงมาแบบมีศิลปะ

แพทย์ต้องสื่อสารด้วยการให้กำลังใจ โดยทั่วไปจะไม่ใช้คำว่า ระยะเวลาสุดท้าย เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจและมีอาการทรุดลง จึงใช้คำที่เป็นระยะของโรคมะเร็งตามปกติว่า ระยะที่ 4 ซึ่งผู้ป่วยบางรายเองไม่ทราบความหมายของระยะที่ 4 ทำให้สื่อสารกับพยาบาลว่า ดินะเป็นแค่ระยะที่ 4 จากตัวอย่างนี้การที่ผู้ป่วยเข้าใจระยะตามความรู้สึกของตนดีกว่าไปขยายความหมายของระยะที่ 4 ก็คือระยะสุดท้าย ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ซึ่งวิชาชีพพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงาน มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจะเข้าใจเรื่องนี้ดีที่สุด และจากการสังสมประสบการณ์การทำงานอย่างยาวนาน สามารถมีเทคนิคในการสื่อสารมีการใช้กลวิธีการ ออกแบบสารเพื่อสื่อสารกับผู้ป่วยในเชิงบวก

การเริ่มสนทนาสร้างสัมพันธภาพและความรู้จักกับผู้ป่วยครั้งแรกนี้ ควรเริ่มต้นพูดคุยด้วยการตั้งคำถามหรือใช้คำเริ่มต้นพูดคุยกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม แพทย์ พยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการดูแลแบบประคับประคองให้ข้อมูลที่ตรงกันคือ การสื่อสารกับผู้ป่วยโดยตั้งคำถามที่ใช้คำว่า “ถ้า..” หรือ “สมมติ..” โดยเฉพาะแพทย์มีหน้าที่แจ้งข่าวร้ายหรือบอกความจริงกับผู้ป่วย ดังตัวอย่างเช่น “สมมติ นะสมมติว่าวันใดวันหนึ่งเราหายใจไม่ได้ หัวใจหยุดเต้น อยากให้หมอทำอะไรได้บ้าง” การสื่อสารลักษณะนี้คล้ายเป็นการตั้งคำถามล่วงหน้าไว้ก่อนสามารถทำได้ เนื่องจากคนไทยส่วนใหญ่จะไม่ค่อยทำพินัยกรรมชีวิต (living will) ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่แสดงเจตจำนงไม่รับบริการสาธารณสุขใดๆ เช่น ไม่เจาะคอ ไม่ปั๊มหัวใจ ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น รวมถึงการชวนคุยเรื่องราวชีวิตของผู้ป่วยทุกเรื่องให้ผู้ป่วยเล่าให้ฟังออกมาให้มากที่สุด ดังนั้นการตั้งคำถามเริ่มต้นคุยกันกับผู้ป่วย ด้วยคำว่า “สมมติ..” สามารถทำได้ตลอดเมื่อแพทย์ต้องการทราบความในใจของผู้ป่วยซึ่งเป็นเทคนิคการสื่อสาร โดยใช้คำถามที่ถูกต้องและเหมาะสม

นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้ป่วยตั้งคำถามกับแพทย์ว่า “จะหายมั้ย” แพทย์สามารถใช้การตั้งคำถามคำว่า “ถ้า” ถามกลับไปผู้ป่วยว่า “ถ้าไม่หายจะทำยังไง” เพื่อชวนให้ผู้ป่วยได้คิดกับคำถามที่ตัวเองถามและตอบเองต่อไป ก็จะเป็นการเริ่มสนทนากับผู้ป่วยได้ต่อเนื่องไปเรื่อยๆ ก็จะทำให้ได้คำตอบจากผู้ป่วยเองว่าคิดอย่างไรตามธรรมชาติ ซึ่งผู้ป่วยบางรายตอบกลับมาแย้งแพทย์ว่า “โธ่หมอกันเราเกิดมาก็ต้องตาย” จะเห็นว่าแพทย์ได้คำตอบจากผู้ป่วยออกมาเอง จะทำให้แพทย์สื่อสารเรื่องต่างๆ ต่อไปง่ายขึ้น แพทย์สามารถตั้งคำถามต่อไปอีกได้ว่า “แล้วกลัวอะไร” ผู้ป่วยตอบว่า “กลัวทรมาณ” แพทย์ก็จะถามต่ออีกว่า “เป็นอย่างไรเรียกว่าทรมาณ” บางรายบอก “กลัวเป็นภาระลูกหลาน” บางรายบอก “กลัวพิการ” แต่ละคนจะมีความกลัวแตกต่างกันไป แต่คำถามเหล่านี้จะออกมาได้จากการเริ่มต้นการสื่อสารว่า “ถ้า” และสามารถช่วยให้มีการสื่อสารกันถึงรายละเอียดอื่นๆ ของผู้ป่วยได้ต่อไป เป็นต้น

การสื่อสารเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนและอาศัยเทคนิคประสบการณ์พอสมควร เพื่อที่จะทำให้การสื่อสารนั้นประสบความสำเร็จได้ โดยเฉพาะการสื่อสารที่เป็นเรื่องความตายกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลหลัก ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพส่วนใหญ่ต้องเรียนรู้เรื่องการสื่อสารเพิ่มเติมในทุกวิชาชีพ ด้วยการสื่อสารนั้นเป็นทั้งศาสตร์และเป็นทั้งศิลปะ และอาศัยความละเอียดอ่อนของผู้ส่งสาร ความใส่ใจในประเด็นเนื้อหาสารที่จะสื่อออกไป โดยเฉพาะการออกแบบสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง กล่าวได้ว่าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า เมื่อการสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญและเป็นพลวัต (dynamic) ระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสารตลอดเวลา ดังนั้นการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักจึงต้องมีการออกแบบสารหรือประเด็นเนื้อหาข้อความก่อนที่จะสื่อสารออกไป เช่น แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยาในพื้นที่สนาม รวมทั้งแพทย์ พยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการดูแลแบบประคับประคอง จะไม่ใช่คำพูดหรือเนื้อหาสารข้อความที่ทำให้ผู้ป่วยฟังแล้วไม่สบายใจหรือสิ้นหวัง เช่นคำว่า “ตาย” แต่จะออกแบบสารนี้เป็นคำที่หลากหลาย ได้แก่คำว่า “ออกเดินทาง” “เส้นทางสงบ” “เส้นทางของชีวิต” “เป็นไปได้” “หายได้” หรือคำว่า “ระยะสุดท้าย” ที่แพทย์มักใช้คำว่า “มีการแพร่กระจาย” คำว่า “มะเร็ง” ก็มักใช้คำว่า “เนื้อร้าย” หรือแม้แต่คำว่า “สู้ ๆ” จะออกแบบสารใหม่ว่า “การอยู่กับมันอย่างมีความสุข” ทั้งนี้การออกแบบสารก็เป็นได้ทั้งบวกและลบ ด้านบวกจะช่วยผ่อนคลายความรู้สึกกลัวของผู้ป่วยบรรเทาลงได้ แต่ด้านลบหากแพทย์ไม่ได้สื่อสารกับผู้ป่วยให้รับรู้ระยะของโรคและความจริงว่าเป็น โรอะไรก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับรู้อาการ โรคหรือระยะที่ตนเป็นอยู่อย่างชัดเจน ซึ่งความจริงแล้วหากสามารถรู้ระยะของตนเองจะทำให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการดำเนินชีวิตในช่วงที่เหลืออยู่ กระทำสิ่งที่อยากทำ หรือสิ่งที่ค้างคาใจได้สำเร็จ

อย่างไรก็ตามไม่เพียงแต่บุคลากรทางสุขภาพเท่านั้นที่จะเป็นผู้ออกแบบสารหลักได้เท่านั้น หากแต่ผู้ป่วยเองก็สามารถเป็น key sender และออกแบบสารที่ส่งออกมายังบุคลากรทางสุขภาพได้เช่นกัน เช่น การฉายแสงรังสีรักษาที่เป็นครั้งสุดท้าย และเป็นความหวังที่ผู้ป่วยทุกคนเฝ้ารอคอยผ่านความอดทนมายาวนาน เมื่อวันที่ฉายแสงรังสีวันสุดท้ายมาถึง ผู้ป่วยจะเรียกว่า “แสงสุดท้าย” ซึ่งนอกจากจะสื่อได้ถึงความหมายที่ผู้วิจัยกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีความหมายแฝงในใจของผู้ป่วยถึงการรักษาที่เป็นความหวัง ความต้องการหายจากโรคเปรียบเหมือนเป็นแสงสุดท้ายของความหวังที่เหลืออยู่

ดังนั้นสิ่งสำคัญของบุคลากรทางสุขภาพต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ดังที่แพทย์ผู้ประสบความสำเร็จได้กล่าวไว้ เมื่อปฏิบัติหน้าที่เป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ต้องดูแลผู้ป่วย

มะเร็งระยะสุดท้ายแล้วจึงต้องเรียนรู้ในประเด็นการสื่อสารความตายในลักษณะเน้นการแสดง ความเห็นอกเห็นใจหรือมีวิธีเทคนิคการสื่อสาร โน้มน้าว ซึ่งต้องอาศัยเวลาและการสั่งสม ประสบการณ์ของนักจิตวิทยาเพื่อเข้าใจผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่อาศัยความเข้าใจผู้ป่วยมากกว่าการ ทำตามบทบาทหน้าที่ในการประเมินภาวะจิตใจของผู้ป่วยให้มีการยอมรับกับความตายที่มีความถึ เกินไปจนทำให้เกิดความเครียดมากขึ้นกว่าเดิมเพราะแท้จริงแล้วทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักแต่ละคน ล้วนมีความแตกต่างกัน และที่สำคัญต่างรับรู้อาการ โรคของตนเองอยู่ตลอดเวลา

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ประเด็นเนื้อหาสาระ และกลวิธีการสื่อสารจำเป็นอย่างยิ่ง ที่ผู้ส่งสารต้องมีเป้าหมายการสื่อสารที่แสดงความเห็นอกเห็นใจ (empathy) ที่แพทย์มีมุมมองใหม่กับ ผู้ป่วย ให้ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยมากขึ้น แพทย์สื่อสารบนพื้นฐานของการเป็นผู้รับสาร หรือมีมุมมองผู้ป่วยมากขึ้นว่าต้องการอะไร โดยยึดหลักเอาใจเขามาใส่ใจเรา มีทิศทางสื่อสารใน แนวระนาบเดียวกัน (Horizontal communication) ที่ยื่นเคียงข้างกัน ดังที่แพทย์ประสบความสำเร็จใน การดูแลแบบประคับประคองคนนี้ก็กล่าวว่

“...ปัญหาการสื่อสารระหว่างคน 3 กลุ่ม เกิดจากการที่แพทย์ไร้ความเห็นอกเห็น ใจ (lack of empathy) แพทย์ไม่ได้สนใจเรื่องราวของผู้ป่วย ดังนั้นหากทุกคนหันมาใส่ใจในการ สื่อสารที่นำความคิดของคนอื่นหรือผู้ป่วยมาเป็นโจทย์บ้างก็จะทำให้แพทย์เปลี่ยนวิธีการพูด การคิด และการทำไปอย่างมากมายซึ่งนั่นก็คือการฟังผู้ป่วยมากขึ้นนั่นเอง...”

(สกล สิงหะ, สัมภาษณ์, 28 เมษายน 2564)

1.3.2 การสื่อสารเชิงอวัจนภาษา

แนวทางการสื่อสารความตายที่ควรให้ความสำคัญอีกเรื่องหนึ่งในประเด็น กลวิธีที่ใช้ในการสื่อสารความตาย นอกจากความสามารถในการใช้เทคนิคการออกแบบสารแล้ว บุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล ต้องมีเทคนิคการสื่อสารเชิงวัจนภาษา และอวัจนภาษาที่ดี กล่าวคือ ขณะที่บุคลากรทางสุขภาพมีการออกแบบสารไปพร้อมๆ กันนั้น การสื่อสาร ทั้งภาษาพูด หรือ วัจนภาษา (verbal language) และภาษากาย หรือ อวัจนภาษา (non-verbal language) จะสื่อออกไปยังผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักโดยอัตโนมัติพร้อมกันเสมอ โดยเฉพาะอวัจนภาษา มีความสำคัญ มาก เป็นการสื่อสารในลักษณะการแสดงออกภาพรวมทั้งสีหน้า แววตา และเกิดขึ้นตามธรรมชาติ จากจิตใจและได้รับการยกย่องว่าเป็นการสื่อสารที่มีการใช้สติปัญญามากกว่า

ดังนั้น จึงเป็นสิ่งที่บุคลากรทางสุขภาพต้องระมัดระวัง เนื่องจากผู้ป่วยสามารถรับรู้ ได้ถึงสีหน้าแววตาท่าทางและท่าที อารมณ์ของบุคลากรทางสุขภาพที่สื่อสารกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

เช่น การวางยาให้ผู้ป่วยแล้วรีบเดินออกไป การสื่อสารกับผู้ป่วยแบบหันหลังพูด หรือการสื่อสารกับผู้ป่วยไปพร้อมกับทำตาโตและแบะปาก ที่สามารถแสดงออกถึงอารมณ์ ความเชื่อของผู้พูดได้ นอกจากนี้การสัมผัส เช่น การจับมือให้กำลังใจ เป็นการแสดงออกทางอวัจนภาษาที่บางครั้งไม่ต้องมีคำพูดก็สามารถรับรู้ได้ ซึ่งเป็นการแสดงออกที่ดีที่สุดที่บุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์คนหนึ่งสามารถแสดงออกต่อผู้ป่วยคนหนึ่งได้

นอกจากนี้การสื่อสารกับผู้ป่วยมะเร็งยังต้องคำนึงถึงภูมิหลัง โดยเฉพาะจิตวิญญาณ (spiritual) เรื่องราวชีวิตของผู้ป่วย ความศรัทธา ความเชื่อ การนับถือศาสนา โดยไม่จำเป็นต้องสื่อสารแต่เรื่องความตายเท่านั้น ด้วยผู้ป่วยเป็นเจ้าของร่างกายที่โรคกำลังคุกคามอยู่จึงย่อมรู้ดีว่าตนรู้สึกอย่างไร ไม่ใช่แพทย์หรือบุคลากรทางสุขภาพอื่นๆ หรือแม้แต่ผู้ดูแลหลัก

1.4 บทบาทหน้าที่ผู้ส่งสาร และ บุคลิกผู้ส่งสาร

แนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก โดยทั่วไปผู้ส่งสารที่มีบทบาทมากที่สุดคือ แพทย์รังสีรักษา หรือแพทย์เจ้าของคนไข้ที่ทำการรักษาผู้ป่วย และแพทย์ที่ทำการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า แพทย์รังสีรักษาหรือแพทย์เจ้าของคนไข้ มีบทบาทผู้ส่งสารในระหว่างการวางแผนรักษาและระหว่างการทำกรักษาที่มีการสื่อสารระดับหนึ่ง หากแต่แพทย์เจ้าของคนไข้บางรายมีประสบการณ์ 1 - 2 ปี ทำให้ไม่กล้าที่จะสื่อสารแจ้งอาการตามความเป็นจริงกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ขณะที่แพทย์เจ้าของคนไข้ที่มีประสบการณ์มากกว่า และมีความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคองสามารถสื่อสารและแสดงบทบาทหน้าที่ได้เต็มที่และครอบคลุมมากกว่าในทุกบริบทการสื่อสารซึ่งชี้ให้เห็นว่าประสบการณ์การทำงานของแพทย์เจ้าของคนไข้ย่อมมีผลต่อบทบาทหน้าที่ผู้ส่งสาร

ทั้งนี้ด้วยบทบาทหน้าที่ของแพทย์ย่อมมีผลต่อการสร้างความคาดหวัง ความเชื่อมั่นในการรักษาของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับแต่ละคนได้มีการออกแบบบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างไรตามการศึกษาและการอบรมเลี้ยงดูมาในแต่ละครอบครัวดังที่ ดร.นพ.สกล สิงหะ ผู้ประสบความสำเร็จในการดูแลแบบประคับประคองกล่าวว่า

“...อาชีพเป็นภาพรวมเป็นส่วนหนึ่ง มันเป็นแค่ part เดียว แต่ละคนจะ design role ของตัวเองเป็นภาพรวม เพราะอยู่ที่การเลี้ยงดูในครอบครัว ทุกอย่างเป็นสิ่งที่บอกว่าเขาเป็นใคร ไม่ใช่เฉพาะวิชาชีพอย่างเดียว เพราะนั่นเราจึงเห็น แต่ละวิชาชีพมีดีและไม่ดี เราไม่ควรไปมองว่าอาชีพนี้ต้องเป็นแบบนี้มันไม่ได้ work แบบนั้น...”

(สกล สิงหะ, สัมภาษณ์, 28 เมษายน 2564)

ดังนั้น หากแพทย์จะทำหน้าที่ผู้ส่งสารก็ควรใช้เวลากับผู้ป่วยมากขึ้น โดยสลับเป็นผู้ฟังผู้ป่วย เพื่อรับรู้เรื่องราวชีวิตและสามารถเติมเต็มชีวิตผู้ป่วยในการรักษาระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิต บุคลิกลักษณะของแพทย์ แม้ด้วยวิชาชีพที่แสดงถึงอำนาจทางความรู้มากที่สุด ในวิชาชีพอื่นๆ แต่หากสามารถปรับบุคลิกการแสดงออกของแพทย์ให้สามารถเป็นลักษณะเป็นผู้ให้คำปรึกษาที่อยู่เคียงข้างมากกว่าการสอน สิ่ง ในลักษณะแบบเพื่อนช่วยแก้ปัญหาผู้ป่วยได้ ก็จะทำให้การดำเนินการรักษาต่างๆ เป็นไปด้วยดีมากกว่าการยึดอำนาจทางความรู้ในความเป็นแพทย์เป็นหลักสำคัญเพียงอย่างเดียว ซึ่งคงต้องใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติงานระยะหนึ่งจนเกิดการเรียนรู้และใคร่ครวญในเรื่องชีวิตและความตายของผู้ป่วยที่ทำการรักษาจึงจะสามารถแสดงออกต่อผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องทั้งภาษาสื่อสารที่ควรเน้นภาษาที่ผู้ป่วยใช้ทั่วไป ไม่ใช่ภาษาวิชาการหรือศัพท์ภาษาอังกฤษ สื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก รวมทั้งไม่ควรสื่อสารภาษาวิชาการระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ เช่นกับ พยาบาล กับแพทย์ ด้วยกันเองในห้องที่มีผู้ป่วยทำการรักษาหรือพักอยู่ เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเกิดความสงสัยในอาการ โรคของผู้ป่วยและเพิ่มความกังวล ความเครียดมากขึ้น

นอกจากนี้ในส่วนของการประชุมร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพอื่นๆ กล่าวได้ว่าเป็นส่วนที่มีความสำคัญที่จะทำให้ทีมบุคลากรทางสุขภาพได้มาร่วมพบปะพูดคุยกันพร้อมหน้าตามบทบาทหน้าที่ที่ได้ดูแลและสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลเหล่านั้นมาแลกเปลี่ยนในวงสนทนาซึ่งกันและกัน หากแต่ด้วยบทบาทแพทย์ที่มีสายการบริหารควบคุมในการดำเนินการประชุม จึงทำให้บรรยากาศการประชุมเป็นทางการมากเกินไป ทำให้ความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างทีมบุคลากรทางสุขภาพมีลำดับชั้นตามวิชาชีพ การสื่อสารจึงขาดความสัมพันธ์ที่ดี มีความเป็นทางการทำให้บางวิชาชีพรู้สึกถึงความไม่เท่าเทียมกัน ซึ่งหากเป็นไปได้การประชุมทีมสหวิชาชีพควรเน้นการสื่อสารที่เป็นกันเอง เน้นความสัมพันธ์อันดีระหว่างวิชาชีพ และให้ความช่วยเหลือกันในทีมสหวิชาชีพด้วยกัน (peer group) ซึ่งหากไม่มีทีมสหวิชาชีพ แพทย์ก็จะไม่ได้ข้อมูลสำคัญในด้านต่างๆ จากวิชาชีพอื่นๆ ดังนั้นแพทย์ในฐานะผู้ควบคุมการประชุมควรแสดงออกถึงความจริงใจและการให้เกียรติในทุกวิชาชีพในทีมเพื่อให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นไปเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ด้วยเหตุที่การแสดงออกในบุคลิกลักษณะของผู้ส่งสารในแต่ละวิชาชีพจะมีความแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นภาษาพูดหรือภาษากาย ที่แสดงออกทางสีหน้าแววตา อาการท่าทาง และน้ำเสียงในทางโดยอัตโนมัติตามธรรมชาติของการปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรทางวิชาชีพต่างๆ ร่วมด้วย ขณะที่วิชาชีพอื่น เช่น พยาบาล นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์จะมีบทบาทหน้าที่ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักตามปกติ ด้วยบุคลิกการสื่อสารที่แสดงออกมาในฐานะผู้ส่งสารแตกต่างกัน ดังนี้

พยาบาล ผู้มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ควรใช้เวลาที่มีอยู่ให้คุ้มค่าที่สุด ที่สุดในการสร้างความสัมพันธ์และแสดงออกด้วยความจริงใจในการให้ความช่วยเหลือทุกรูปแบบ โดยเฉพาะการสื่อสารที่มีเทคนิคความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย และการออกแบบสารเพื่อให้เกิดความสบายใจมากที่สุดทุกครั้งที่ได้พบและสื่อสารกับพยาบาล และเพื่อเป้าหมายการค้นหาความปรารถนาครั้งสุดท้ายของผู้ป่วยเพื่อทีมสหวิชาชีพได้ช่วยจัดการให้ผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

นักสังคมสงเคราะห์ เป็นผู้คอยให้คำปรึกษา แนะนำและให้ความช่วยเหลือในมิติ ด้านเศรษฐกิจ และอื่นๆ หากสามารถสื่อสารได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสบายใจที่มีผู้ให้ความช่วยเหลือ ซึ่งต้องมีบุคลิกภาพที่แสดงความเป็นมิตรชอบช่วยเหลือผู้อื่นด้วยความจริงใจไม่หวังผลประโยชน์ และมีความอ่อนน้อมถ่อมตนก็จะสามารถทำให้การสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก บรรลุผลสำเร็จได้

นักจิตวิทยา เป็นผู้ที่มีประสบการณ์เรื่องชีวิตและความตายเพื่อในโอกาสที่ได้เข้ามา ประเมินความเครียดผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก จะได้ไม่เจอกับผลประเมินจากผู้ป่วยมากเกินไป แต่ใช้ความเข้าใจในสังขารชีวิต และมีทักษะการสื่อสารที่เน้นเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ไม่ใช่ความคิดของตนเองนำ ดังนั้นการเข้ามาประเมินความเครียดผู้ป่วย จึงต้องไม่เพิ่มความเครียดให้ผู้ป่วยด้วยการสอบถามเรื่องการยอมรับความตาย หากแต่ควรเข้ามาเพื่อสื่อสารเรื่องราวอื่นๆ ที่ทำให้เกิดความสบายใจ โดยไม่จำเป็นต้องพุ่งเป้าไปเฉพาะเรื่องความตายอย่างเดียว การไปประเมินทางจิตใจผู้ป่วยทุกครั้งอาจคิดว่าเป็นการไปเยี่ยมเยียนครอบครัวก็จะทำให้มีความผ่อนคลายได้ไม่เช่นนั้นนักจิตวิทยาจะเป็นผู้มีความเครียดมากกว่าผู้ป่วยเสียเอง

1.5 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ส่งสารกับผู้รับสาร

แนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ควรมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคู่สื่อสาร โดยแพทย์กับผู้ป่วย แพทย์ต้องเป็นผู้ส่งสารที่ร่วมทางหรือเคียงข้างผู้ป่วย ให้คำปรึกษาและคำแนะนำการรักษา ชี้แจงอาการโรคได้อย่างชัดเจน หากแต่เมื่อผู้ป่วยถามถึง แพทย์ยอมสื่อสาร โอกาสหายและโอกาสตายนั้นอย่างตรงไปตรงมาไม่ใช่คำสละสลวยเกินไปจนเป็นความหวัง แต่ต้องสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสดวงแผนชีวิต แพทย์จึงเป็นเหมือนเพื่อนที่จริงใจกับผู้ป่วยอย่างแท้จริงดังที่แพทย์ประสบความสำเร็จในการดูแลแบบประคับประคองกล่าวว่า

“...เราต้องมีการสื่อสารสองทางแบบ *unfinishable* ไม่มีรูปแบบชัดเจน ที่สำคัญต้องเป็น *relationship therapy* และเป็น *continuity of care* ที่ต้องดูแลต่อเนื่อง...”

(อิสรารักษ์ นุชประยูร, สัมภาษณ์, 5 พฤษภาคม 2564)

ในการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ไม่ว่าจะผู้ส่งสารจะเป็น วิชาชีพใด ควรแสดงออกให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้รับรู้ถึงความจริงใจ และความเห็นอกเห็นใจในการต้องการให้ความช่วยเหลือ พร้อมทั้งจะอยู่เคียงข้างและเข้าใจผู้ป่วย ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยการสร้างและการพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน โดยต้องใช้ระยะเวลาพบพูดคุยสื่อสาร ถามไต่ต้องการรับฟังเรื่องราวชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นเวลาจึงเป็นปัจจัยสำคัญ แต่ขณะเดียวกันหากมีเวลาแต่ผู้ส่งสารที่เป็นบุคลากรทางสุขภาพไม่มีทักษะในการสื่อสารเพื่อสร้างความเชื่อใจหรือสื่อสารแบบเห็นอกเห็นใจเข้าใจผู้ป่วยแล้ว ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสารย่อมไม่เกิดขึ้นและการสื่อสารจะไม่ราบรื่นหรือเกิดความประทับใจใดๆ

ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์ ผู้เป็นคู่สื่อสารและผู้ส่งสารหลักที่ผู้ป่วยต้องการสื่อสารมากที่สุด มีความคาดหวังมากที่สุด จึงต้องพยายามสร้างความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เน้นสื่อสาร โดยเป็นผู้ฟังผู้ป่วยมากขึ้น แบ่งหรือจัดสรรเวลาเพื่อมาพบผู้ป่วย หรือตรวจเยี่ยมผู้ป่วยตามเวลาที่กำหนดทุกครั้งเพื่อทำให้เกิดความต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่น ศรัทธาและไว้วางใจแพทย์หรือบุคลากรทางสุขภาพวิชาชีพนั้นๆ มากขึ้น ซึ่งจะสามารถให้การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์ในแบบประคับประคองไม่ทนทุกข์ทรมานตามความปรารถนาของผู้ป่วย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การสื่อสารกับผู้ป่วยมะเร็งอย่างไม่เป็นทางการในรูปแบบของเพื่อน (companion) เป็นอีกแนวทางการสื่อสารความตายในมุมมองที่แตกต่างจากที่ผ่านมา โดยเป็นการสื่อสารในรูปแบบดั้งเดิม เช่น ตามวัฒนธรรมในชุมชนมักนิยมไปมาหาสู่พูดคุยกับเพื่อนบ้านแบบเยี่ยมเยียนเพื่อน ถามสารทุกข์สุขดิบ โดยอาศัยการสร้างความสัมพันธ์ (relationship) เป็นหลัก หรือเป็นรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย (home visited) ในปัจจุบันก็เป็นการสื่อสารอีกแนวทางหนึ่ง ที่เป็นการพัฒนาความสัมพันธ์นอกโรงพยาบาล ทำให้บุคลากรทางสุขภาพได้เข้าถึงและมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว ขณะที่ในระบบบริการสาธารณสุขเองที่มีแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองมีการพัฒนารูปแบบการสื่อสารแบบกลุ่มในปัจจุบันแบบรวมกลุ่มกันทุกวิชาชีพ ผู้ป่วย ผู้ดูแลเป็นการประชุมร่วมกับครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งในทางปฏิบัติเจ้าหน้าที่หรือแพทย์ พยาบาลจะเป็นฝ่ายสื่อสารก่อน โดยแพทย์จะเป็นผู้สื่อสารหลัก ให้อัฒมอการโรคของผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่จะมีผู้ดูแลหลักรับฟังเนื้อหา แนวทางการรักษาและร่วมกันตัดสินใจ และจะคัดเลือกผู้ดูแลหลักเพียงหนึ่งคนเพื่อเป็นผู้ตัดสินใจหากผู้ป่วยเกิดเหตุฉุกเฉิน เพื่อแพทย์จะได้สื่อสารกับผู้ดูแลหลักคนเดียวที่ได้รับการลงความเห็นจากครอบครัว หากในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ บุคคลดังกล่าวจะเป็นผู้ทำการตัดสินใจอย่างใดอย่างหนึ่ง

ทั้งนี้การประชุมครอบครัวจะเกิดขึ้นอีกครั้งเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ใกล้เสียชีวิต แพทย์จะให้พยาบาลเชิญครอบครัวมาร่วมรับฟังอาการของผู้ป่วยและทางออกให้ผู้ป่วยไม่ต้องทุกข์ทรมานตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองที่ผู้ดูแลหลักและครอบครัวได้เลือกในแบบ ประคับประคองแล้ว ดังนั้นก็จะไม่มีการพุงซีพด้วยหัตถการใดๆ เช่น การเจาะคอ การปั๊มหัวใจ และการใส่ท่อช่วยหายใจ การประชุมรูปครอบครัวนี้เพื่อร่วมรับรู้ข้อมูล อาการ และการวางแผน รักษาและการตัดสินใจถือเป็นรูปแบบการสื่อสารที่ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมการสื่อสารเพื่อผู้ป่วยได้จาก ไปอย่างสงบ

เทคนิคการสื่อสารดังกล่าวนี้บุคลากรทางสุขภาพ ต้องอาศัยประสบการณ์การทำงานพอสมควร และมีธรรมชาติในใจที่พร้อมจะเมตตา ไม่เร่งรัด มีเวลารอคอยผู้ป่วยอย่างอ่อนโยน มีความเข้าใจผู้ป่วย เข้าใจตนเอง เข้าใจเพื่อนร่วมวิชาชีพที่หลากหลาย และเน้นความเสมอภาค เท่าเทียมกัน ก็จะทำให้เกิดการสื่อสารที่ไม่มีใคร มีอำนาจเหนือใคร แต่เป็นเพื่อนร่วมทางผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเกิดความร่วมมืออย่างแท้จริง

1.6 บริบทพื้นที่โรงพยาบาลและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ด้วยบริบทของพื้นที่การรักษาโรคมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตของ โรงพยาบาลพื้นที่กรณีศึกษานี้ได้กำหนดขอบเขตและนโยบายการรักษาไว้อย่างชัดเจน สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาจะต้องผ่านการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลดังกล่าวจะไม่มีเครื่องช่วยพุงซีพใดๆ เพื่อชีวิต ซึ่งไม่จำเป็นต้องจัดทำเอกสารการไม่ขอรับบริการใดๆ ทางสาธารณสุข (living will) ลายลักษณ์อักษร แต่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักต้องยอมรับกระบวนการดังกล่าวจึงสามารถเข้ารับการรักษาได้ เนื่องจากการรักษาอาการ และการพยาบาลที่นี่ เป็นเพียงการรักษาด้วยการฉายแสงรังสีตามอาการแบบ ประคับประคองตามที่ได้วางแผนรักษาร่วมกันไว้ รวมถึงให้ยาลดปวดชนิดต่างๆ โดยจะไม่มี การเจาะคอ ปั๊มหัวใจ ใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักต้องรับรู้และลงนามยินยอมการรักษา แพทย์จึงทำการรักษาและเป็นที่รับทราบทั่วกันก่อนจึงรับเข้ารักษาตัวตั้งแต่บริบทแรกเริ่ม

ดังนั้นด้วยบริบทพื้นที่การรักษาแบบประคับประคองจึงมีกระบวนการต่างๆ ที่นำไปสู่การดูแลแบบประคับประคองเพื่อคุณภาพชีวิตตั้งแต่บริบทแรกเริ่มที่ต้องเข้าใจเรื่องการไม่มีการให้บริการสาธารณสุขเพื่อการพุงซีพ บริบทการแจ้งอาการ ที่เน้นการประชุมครอบครัว โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้วางแผนรักษาล่วงหน้ากับแพทย์รังสีรักษาด้วยตัวเอง โดยมีผู้ดูแลหลักและครอบครัว ร่วมประชุมด้วย รวมทั้งบริบทการรักษาไประยะหนึ่ง ที่การรักษาครบกำหนดและการกลับไปรักษาตัวที่บ้าน หลังจากนั้น ทีมสหวิชาชีพจะมีการติดตามอาการในช่วง 1-2 เดือนแรกหากไม่มีโรค

ระบาด จะมีการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย แต่เมื่อมีโรคระบาดจะเน้นการติดต่อสอบถามอาการทางกลุ่มไลน์ ทางโทรศัพท์ และไลน์ส่วนตัวประมาณเดือนละครั้ง

ขณะที่ในบริบทพื้นที่รักษาผู้ป่วยมะเร็งอื่นๆ ที่ไม่ได้เน้นหรือให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคอง กระบวนการรักษาและแนวทางการสื่อสารย่อมแตกต่างกันกับบริบทพื้นที่ที่ผู้วิจัยทำการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น โดยบริบทโรงพยาบาลทั่วไป จะเน้นหรือให้ความสำคัญทำการรักษาด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างเต็มที่ (curative care) โดยเป็นการรักษาทางการแพทย์ด้วยยา และเครื่องมือต่างๆ ตามอาการของโรค ผู้ป่วยต้องแลกกับความทุกข์ทรมานทางกาย เช่น ไล่สายยางให้อาหาร แทะเข็มให้น้ำเกลือหรือสอดท่อช่วยหายใจ ซึ่งส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นตามความต้องการของญาติหรือผู้ดูแลหรืออาจสืบสอบถามตามความต้องการของผู้ป่วย และอาจช่วยยืดชีวิตให้นานขึ้นแต่ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานมากและยาวนานขึ้น ด้วยบริบทของโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นบริบทพื้นที่รักษาผู้ป่วยที่ไม่มีการดูแลแบบประคับประคองยอมทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานกับการรักษาด้วยเครื่องมือต่างๆ ในห้องไอ.ซี.ยู. ที่ต้องอยู่ตามลำพัง ผู้ดูแลหรือญาติไม่สามารถเข้าเยี่ยมได้ตลอดเวลา ขณะเดียวกันค่ารักษาพยาบาลในกระบวนการรักษานี้จะมีราคาแพงกว่าการรักษาแบบประคับประคอง

ดังนั้นการสื่อสารในกระบวนการรักษาข้างต้นจะมีความแตกต่างสิ้นเชิงกับแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากผู้ดูแลหลัก หรือญาติส่วนใหญ่และตัวผู้ป่วยเองยังไม่รู้จักคำว่า การดูแลแบบประคับประคอง ประกอบกับต้องการรักษาผู้ป่วยซึ่งเป็นคนในครอบครัวที่รัก และต้องการให้ได้รับการรักษาที่ดีที่สุด ช่วยชีวิตให้ได้มากที่สุด โดยไม่ได้คำนึงถึงผู้ป่วยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายก็ตาม การสื่อสารกับแพทย์จึงเป็นเพียงความต้องการของญาติที่ต้องการให้แพทย์ทำการรักษาผู้ป่วยให้เต็มที่จนถึงที่สุด ดังนั้นความเจ็บปวดทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจจึงตกอยู่กับผู้ป่วยเพียงผู้เดียวอย่างไม่มีทางใดช่วยเหลือได้

กล่าวโดยสรุป บริบทในพื้นที่โรงพยาบาลที่ให้การรักษาเป็นปัจจัยสำคัญต่อแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ บริบทพื้นที่โรงพยาบาลการดูแลแบบประคับประคองจะคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกันด้วยการดูแลที่คำนึงถึงคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่วางแผนล่วงหน้าให้ตนเอง สามารถเลือกแผนการรักษาที่บ้าน หรือที่โรงพยาบาลได้ สามารถเลือกและแจ้งแพทย์ได้ว่าหากเกิดเหตุฉุกเฉินไม่ต้องทำอะไรให้และต้องการตายที่บ้าน สามารถบอกความต้องการหรือความปรารถนาครั้งสุดท้ายของชีวิตหรือได้ทำความฝันที่ปรารถนาก่อนความตายมาถึงได้

ดังนั้นแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพที่พร้อมให้ความช่วยเหลือดูแลในบทบาทและตามความต้องการนั้นๆ ของผู้ป่วย มีการสื่อสารวางแผนรักษาล่วงหน้าให้กับตนเองผ่านการประชุมครอบครัวที่ไม่เป็นทางการมากเกินไป เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เป็นผู้ส่งสาร มีกระบวนการแจ้งข้อมูลที่ชัดเจนด้วยการยอมรับความเป็นจริงตามธรรมชาติอย่างตรงไปตรงมาแบบเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกผู้ป่วย เพื่อสามารถวางแผนชีวิตที่ดีในระยะท้ายผู้ป่วยได้เตรียมใจและสำรวจตัวเองว่ายังมีอะไรค้างคาและวางแผนจัดการก่อนการจากไปได้อย่างสงบ และที่สำคัญบุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์ได้โอกาสทองในชีวิตเรียนรู้เรื่องการสื่อสารความตายกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ถือเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในฐานะมนุษย์คนหนึ่งที่เกิดมาและสามารถทำให้กับมนุษย์อีกคนหนึ่งได้

ในอีกด้านหนึ่งสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลหลักแล้วไม่ว่าจะอยู่ในบริบทใด แนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ที่ควรจะเป็นคือ บุคลากรทางสุขภาพจะต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักเป็นจุดเริ่มต้น เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ สามารถเป็นกุญแจไขความลับในใจที่เป็นความต้องการสุดท้ายก่อนเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยเริ่มต้นจากการใช้เวลาในการเป็นผู้ฟังเรื่องราวของผู้ป่วย ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลาย สบายใจ และโล่งใจกับความวิตกกังวลต่างๆ และสื่อสารทุกอย่างกับแพทย์ด้วยตนเอง โดยที่แพทย์ยังไม่ต้องประดิษฐ์คำ หรือออกแบบสาร เพียงให้เวลารับฟัง และสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยความจริงใจ เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกผู้ป่วย การสื่อสารกับผู้ป่วยในช่วงเวลานั้นก็จะเป็ นนาที่ทองและประสบความสำเร็จอย่างแน่นอน

ผู้วิจัยได้เสนอแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักในพื้นที่กรณีศึกษาสอดคล้องตามแผนที่มีการดูแล 14 วัน เพื่อเป็นแนวทางที่ลดปัญหาการสื่อสารที่อาจเกิดขึ้น หรือปิดช่องว่างการสื่อสารในแต่ละช่วงเวลาการสื่อสารตามแผนที่มีการดูแล 14 วัน ระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ให้มีการสื่อสารระหว่างกันดีขึ้นตามลำดับ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการนำแนวทางการสื่อสารความตายดังกล่าวผ่านกระบวนการสนทนากลุ่มเรียบร้อยแล้ว และได้มีการปรับปรุง โดยได้ข้อสรุปดังตาราง ดังนี้

ตารางที่ 6.1 แนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก
(ภายใต้แผนการดูแล 14 วันของพื้นที่กรณีศึกษา)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ประเด็น (Message)	ช่องทางการสื่อสาร	รูปแบบการสื่อสาร/ ระดับการสื่อสาร/ คู่ สื่อสาร	กลวิธีที่ควรใช้ในการ สื่อสาร	การสะสมความรู้ (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
1. การแรกรับผู้ป่วย -การคัดกรองเข้ารับกร รักษาในโรงพยาบาล กรณีศึกษา (วันที่ 1-2) ประกอบด้วย บุคลากรทางสุขภาพที่ เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคม สงเคราะห์ นักจิตวิทยา ผู้ป่วยและ ผู้ดูแลหลัก เพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแล และบรรเทาอาการไม่สุข	1.1 การรับข้อมูล ประวัติ/อาการผู้ป่วย ด้วยการรับฟังจาก ผู้ป่วย (ในกรณี สื่อสารได้) 1.2 การให้ความรู้ เรื่องการดูแลแบบ ประคับประคองที่ ผู้ป่วยเข้าใจว่ารักษา แบบไม่ทรมาณให้ ชัดเจน	1.1 เน้นสร้างการ สื่อสารแบบมีส่วนร่วม โดยเฉพาะกับ ผู้ป่วย 1.4 ให้ความสำคัญ กับการสื่อสารทาง เดียว (one-way communication)เช่น บอร์ดประชาสัมพันธ์ ทันสมัย ข้อมูลล่าสุด ให้ความรู้การดูแล แบบประคับประคอง	1.1 แพทย์/พยาบาล เน้นการสื่อสารสอง ทาง (two-way communication) เน้น ให้ผู้ป่วยเป็นผู้สื่อสาร เรื่องราวของตนเอง 1.2 แพทย์เน้นการ สื่อสารในระดับ เดียวกัน (Horizontal communication) แบบ เพื่อนกับผู้ป่วยที่พร้อม เดินเคียงข้างตั้งแรก	1.1 สร้างความสัมพันธ์ที่ดี ทุกครั้งเมื่อพบผู้ป่วย และ ผู้ดูแลหลัก (relationship therapy) 1.2 ด้วยแพทย์มีเวลาจำกัด แพทย์จึงควรใช้ช่วงเวลาที่ สื่อสารกับผู้ป่วยเป็นนาที่ ทองด้วยการฟังผู้ป่วย อย่างตั้งใจ(deep listening) โดยเน้นผู้ป่วยเป็นผู้ สื่อสาร ยึดผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง	1.1 ความรู้ดั้งเดิมของแพทย์มี ความรู้การแพทย์เชิง วิทยาศาสตร์ เชื่อในสิ่งที่พิสูจน์ ได้ การเปลี่ยนแปลงไปตาม กระบวนการศัลยกรรมแพทย์ ตาม ภาวะเศรษฐกิจสังคมและ พฤติกรรมการใช้ชีวิตของคนใน สังคมที่เปลี่ยนแปลงไปปัจจุบัน อยู่ในกระบวนการศัลยกรรมแพทย์ แบบนิเวศน์สังคม คือ การดูแล ผู้ป่วยที่คำนึงถึงครบ 4 มิติ คือ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ตารางที่ 6.1 (ต่อ)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ประเด็น (Message)	ช่องทางการสื่อสาร	รูปแบบการสื่อสาร/ ระดับการสื่อสาร/ คู่ สื่อสาร	กลวิธีที่ควรใช้ในการ สื่อสาร	การสะสมความรู้ (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
สหายต่าง ๆ	1.3 การให้ความรู้ เรื่องการวางแผน รักษาล่วงหน้า (advance care plan) และการทำ พินัยกรรมชีวิต (living will) และการ ตายดีในรูปแบบการ สื่อสารทางเดียวผ่าน บอร์ดหรือประกาศ ในบริเวณพื้นที่ โรงพยาบาล	(palliative care) ให้ เป็นที่รู้จัก / เผยแพร่ การดูแลแบบ ประคับประคองที่ เป็นรูปแบบ hospice care ในประเทศไทย และต่างประเทศ ให้ ผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัวได้รู้จัก	รับ ที่ไม่ได้เป็นการสั่ง การแบบผู้บังคับบัญชา กับผู้ใต้บังคับบัญชา 1.3 เน้นการสื่อสาร ระดับระหว่างบุคคล เช่น -แพทย์ ผู้ป่วย/ผู้ดูแล หลัก -พยาบาล ผู้ป่วย/ผู้ดูแล หลัก เพื่อให้เกิดความ เข้าใจตรงกัน	1.3 หลีกเลี่ยงการสื่อสารที่ มีการใช้ศัพท์วิชาการ ภาษาอังกฤษกับผู้ป่วย และผู้ดูแลหลัก 1.4 หลีกเลี่ยงการสื่อสาร ระหว่างบุคลากรทาง สุขภาพด้วยกันเอง เช่น แพทย์ สื่อสาร กับ พยาบาล ด้วยศัพท์ภาษาอังกฤษ โดยที่มีผู้ป่วย และผู้ดูแล หลักอยู่ด้วย 1.5 เป้าหมายการสื่อสาร ของบุคลากรทางสุขภาพ	ทำให้แพทย์ต้องปรับตัวเรียนรู้ เรื่องจิตใจร่วมกับร่างกาย 1.2 การเพิ่มเติมความรู้เรื่องการ ดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เป็นสิ่งสำคัญที่ บุคลากรทางสุขภาพควรได้รับ ความรู้เพิ่มเติม โดยเฉพาะแพทย์ แม้ไม่ใช่ความรู้ที่อยู่ในความ สนใจแต่เมื่อต้องปฏิบัติงานดูแล ผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบ ประคับประคองจึงต้องมีความรู้ ดังกล่าว 1.3 ความรู้ของแต่ละบุคคลได้รับ

ตารางที่ 6.1 (ต่อ)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ประเด็น (Message)	ช่องทางการสื่อสาร	รูปแบบการสื่อสาร/ ระดับการสื่อสาร/ คู่ สื่อสาร	กลวิธีที่ควรใช้ในการ สื่อสาร	การสะสมความรู้ (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
				กับผู้ป่วยคือการแสดงออกถึงความเข้าใจอารมณ์และเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยมากที่สุด	ตามวิชาชีพ รวมทั้งผู้ป่วย ประกอบกับการอบรมเลี้ยงดูมาในครอบครัว และสะสมมาเป็นคลังความรู้ตามความสนใจ และเกิดการสั่งสมเป็นประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความเชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ โดยเฉพาะวิชาชีพแพทย์ ที่มีโอกาสเรียนรู้ชีวิตและความตายจากผู้ป่วย เป็นโอกาสทองที่แพทย์จะนำความรู้ ประสบการณ์นั้นมาใคร่ครวญกับการรักษาผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ

ตารางที่ 6.1 (ต่อ)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ประเด็น (Message)	ช่องทางการสื่อสาร	รูปแบบการสื่อสาร/ ระดับการสื่อสาร/ คู่ สื่อสาร	กลวิธีที่ควรใช้ในการ สื่อสาร	การสะสมความรู้ (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
					1.4 ควรมีการปรับบทบาท เพิ่มเติมให้ทุกวิชาชีพต้องให้ ความสำคัญกับความรู้การดูแล จิตใจผู้ป่วย ไม่ใช่หน้าที่ของ พยาบาลฝ่ายเดียว เพราะความ เป็นจริงแล้ว ใจสำคัญเท่ากายหรือ ออมากกว่า ดังคำโบราณกล่าวว่า “ใจเป็นนายกายเป็นบ่าว” ยัง ใช้ได้ในปัจจุบันนี้

ตารางที่ 6.1 (ต่อ)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ประเด็น (Message)	ช่องทางการสื่อสาร	รูปแบบการสื่อสาร/ ระดับการสื่อสาร/ คู่ สื่อสาร	กลวิธีที่ควรใช้ในการ สื่อสาร	การสะสมความรู้ (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
2. การแจ้งอาการและ วางแผนรักษา โรงพยาบาลกรณีศึกษา (วันที่ 2-3) ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและ ผู้ดูแลหลัก เพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแล	2.1 การให้ความรู้ เรื่องการดูแลแบบ ประคับประคองที่ ผู้ป่วยเข้าใจว่ารักษา แบบไม่ทรمانให้ ชัดเจน 2.2 การให้ความรู้ เรื่องการวางแผน รักษาล่วงหน้า	2.1 การพูดคุยสื่อสาร กันในครอบครัว (family meeting) ร่วมกับแพทย์ แบบ ไม่เป็นทางการ โดย ให้ผู้ป่วยได้พูด เรื่องราวอาการ โดยเฉพาะความ ต้องการของตน	2.1 เน้นการสื่อสาร สองทาง (two way communication) ให้ ผู้ป่วยไว้วางใจ เน้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย เป็นผู้พูดให้มากที่สุด โดยแพทย์เป็นผู้รับฟัง ผู้ป่วยตลอดการ สนทนา	2.1 สร้างความสัมพันธ์ที่ดี ทุกครั้งเมื่อพบผู้ป่วย และ ผู้ดูแลหลัก (relationship therapy) 2.2 แพทย์ควรมีเทคนิค การตั้งคำถามนำใช้คำว่า “ถ้า” หรือ “สมมติ” และ ใช้ทวนคำถามที่ผู้ป่วยถาม เช่น ผู้ป่วยถามว่าฉายแสง	2.1 ในทุกกระบวนการสื่อสาร บุคลากรสุขภาพต้องเข้าใจว่า บริบทของผู้ป่วยที่เลือกคุณภาพ ชีวิต หรือ การดูแลแบบ ประคับประคอง (Palliative Care) จะเน้นการการพูดถึง ความสุข คุณภาพชีวิต การเข้าใจ สัจธรรม มองความพยายามการ รักษาว่าเป็นความทรมาน

ตารางที่ 6.1 (ต่อ)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ประเด็น (Message)	ช่องทางการสื่อสาร	รูปแบบการสื่อสาร/ ระดับการสื่อสาร/ คู่ สื่อสาร	กลวิธีที่ควรใช้ในการ สื่อสาร	การสะสมความรู้ (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
และบรรเทาอาการไม่สุข สบายต่าง ๆ	(advance care plan) และการทำ พินัยกรรมชีวิต (living will) เน้นการ รักษาตามอาการ ไม่ มีเครื่องพยุงชีวิตใด ๆ 2.3 เป้าหมายของ การดูแลรักษาที่ ผู้ป่วยต้องการ 2.4 ค้นหาสิ่งค้างคา ใจ สิ่งที่ผู้ป่วย ปรารถนา หรือฐานะที่	มากกว่าแพทย์เป็นผู้ พูด 2.2 การตรวจผู้ป่วย ในห้องพักด้วยการใช้ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น วิดีโอคอล เพื่อให้เกิดความ ต่อเนื่องการดูแล 2.3 การประชุม ทีมสหวิชาชีพ (grand conference)	2.2 การประชุมทีมสห วิชาชีพเน้นแบบไม่ เป็นทางการ ให้ผู้ป่วย สบายใจ การ แสดงออกของทีมสห วิชาชีพควรเป็นไปใน แบบเท่าเทียมกัน โดย มีเป้าหมายเดียวกันคือ การดูแลผู้ป่วยเป็น หลัก 2.3 เน้นการสื่อสาร แนวระนาบเดียวกัน (Horizontal	จะหายหรือไม่ แพทย์ถาม กลับผู้ป่วยโดยใช้คำว่า “ถ้าไม่หายล่ะ” เพื่อให้ ผู้ป่วยได้คิดคำตอบตัวเอง 2.3 หลีกเลี่ยงการสื่อสารที่ มีการใช้ศัพท์วิชาการ ภาษาอังกฤษกับผู้ป่วย และผู้ดูแลหลัก 2.4 แพทย์สื่อสารกับผู้ป่วย เน้นให้ความสำคัญกับ อารมณ์ (empathy) ของ ผู้ป่วย เอาใจเขามาใส่ใจ เรา	2.2 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อมูลว่า การเป็นแพทย์รังสีรักษาแบบ ประคับประคอง (Palliative Radiation) ควรเน้นฉายแสง ปริมาณต่ำสุดที่หายปวด ฉาย น้อยวัน รีบดำเนินการให้ผู้ป่วย ไม่ควรนัดนาน เพื่อความสะดวก ของผู้ป่วย 2.3 แพทย์ควรให้ความสำคัญ ความรู้ที่เป็นศิลปะ เช่น การ สื่อสาร เพื่อให้เกิดความเข้าใจ กับผู้ที่สื่อสาร โดยเฉพาะกับ ผู้ป่วย การสื่อสารที่มี

ตารางที่ 6.1 (ต่อ)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ประเด็น (Message)	ช่องทางการสื่อสาร	รูปแบบการสื่อสาร/ ระดับการสื่อสาร/ คู่ สื่อสาร	กลวิธีที่ควรใช้ในการ สื่อสาร	การสะสมความรู้ (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
	ยังทำไม่เสร็จ (unfinished business) ของผู้ป่วย		communication) แพทย์มีมุมมองใหม่ ของการเป็นผู้รับสาร โดยแพทย์สวมบทบาท การเป็นผู้ป่วยมากขึ้น ว่าหากตนเป็นผู้ป่วย แพทย์มีมุมมองใหม่ ของการเป็นผู้รับสาร โดยแพทย์สวมบทบาท การเป็นผู้ป่วยมากขึ้น ว่าหากตนเป็นผู้ป่วย ต้องการอะไรจาก แพทย์	2.5 ในการสื่อสาร บุคลากรทางสุขภาพทุก วิชาชีพ ควรคำนึงถึงความ พร้อมของผู้ป่วยในการ สื่อสารสนทนา/พูดคุย 2.6 เน้นใช้เทคนิคการฟัง อย่างลึกซึ้ง (deep listening) โดยให้ผู้ป่วย เป็นผู้พูด 2.7 ทุกวิชาชีพที่สื่อสาร กับผู้ป่วยควรให้ ความสำคัญกับการ สื่อสารอวัจนภาษา ได้แก่	ประสบการณ์ตรงและเข้าใจคู่ สื่อสารอย่างแท้จริงจึงจะประสบ ความสำเร็จ โดยเฉพาะแม้จะมี การออกแบบสาร เลี่ยงคำว่า ระยะสุดท้าย แต่แพทย์ใช้อารมณ์ ร่วมกับคำพูด ว่า “อยู่ในระยะ แพร่กระจายไปหมดแล้ว”ขณะ สื่อสารย่อมส่งผลผู้ป่วยให้มี อารมณ์ร่วมกับคำพูดที่แพทย์ แจ้ง หรือได้ยินแล้ว ผู้ป่วยรู้สึก แย่มากเช่นกัน 2.4 ให้ความสำคัญกับความรู้ทาง ความเชื่อแต่ละศาสนา จิต

ตารางที่ 6.1 (ต่อ)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ประเด็น (Message)	ช่องทางการสื่อสาร	รูปแบบการสื่อสาร/ ระดับการสื่อสาร/ คู่ สื่อสาร	กลวิธีที่ควรใช้ในการ สื่อสาร	การสะสมความรู้ (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
				สีหน้า แววตา ท่าทาง น้ำเสียง พร้อมกับคำพูด หรือวจนภาษาโดย อัตโนมัติ	วิญญานของผู้ป่วยที่ต้องการ สม่ำเสมอ เช่น การทำบุญใส่ บาตร การละหมาด
3. การรักษาไประยะหนึ่ง (วันที่ 4-11) และการ ประเมินก่อนกลับบ้าน (วันที่ 12-14) การดูแล ผู้ป่วยแบบองค์รวมครบ 4 มิติในโรงพยาบาล ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์	3.1 การดูแลผู้ป่วย ด้วยกิจกรรมการ พยาบาลใน โรงพยาบาล ได้แก่ การจัดการอาการ แสดงของโรค การ ให้คำปรึกษา กายภาพบำบัด โภชนาการ การ	3.1 การพูดคุยสื่อสาร กันในครอบครัว (family meeting) ร่วมกับแพทย์ แบบ ไม่เป็นทางการ 3.2 การประชุม ทีมสหวิชาชีพ (grand conference) 3.3 การตรวจเยี่ยม	3.1 เน้นการสื่อสาร สองทาง (two way communication) ให้ ผู้ป่วยไว้วางใจ เน้น ผู้ป่วยเป็นผู้พูดสามารถ เล่าเรื่องราว บอกความ ต้องการตนเองได้ 3.2 เน้นกิจกรรมที่ให้ ผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก ได้	3.1 บุคลากรสุขภาพ ควร เน้นการสื่อสารแบบไม่ เป็นทางการหรือแบบ เพื่อน เป็นผู้ร่วมเดินทางที่ ดี (companion) กับผู้ป่วย โดยเน้นคำถามปลายเปิด ให้ผู้ป่วยผ่อนคลายได้ พูดคุยเล่าเรื่องชีวิตของ ผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ	3.1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ผ่านการ รักษาทุกรูปแบบ โดยผ่าน การแพทย์พื้นบ้านจนถึงปัจจุบัน แม้รักษาไประยะหนึ่ง ก็มีบ้างที่ จะขอจิบน้ำสมุนไพรที่ถือว่าเป็น ความรู้ในครอบครัวที่ถือปฏิบัติ ต่อกันมาในทางการรักษา ส่งผล ต่อความเชื่อมั่นทางจิตใจผู้ป่วย หากแต่เมื่อการรักษามาถึงจุด

ตารางที่ 6.1 (ต่อ)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ประเด็น (Message)	ช่องทางการสื่อสาร	รูปแบบการสื่อสาร/ ระดับการสื่อสาร/ คู่ สื่อสาร	กลวิธีที่ควรใช้ในการ สื่อสาร	การสะสมความรู้ (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
<p>นักจิตวิทยาผู้ป่วยและ ผู้ดูแลหลัก เพื่อผู้ป่วยและ ครอบครัวยอมรับและมี ความพร้อมในการดูแล และผู้ดูแลมี ความสามารถในการดูแล ผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์ ต่างๆ การแก้ไขภาวะ ฉุกเฉิน และการดูแล ระยะใกล้เสียชีวิตที่บ้าน</p>	<p>เตรียมความพร้อม ผู้ดูแล เตรียม อุปกรณ์ที่จำเป็น ครบ 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ 3.2 ประเมินผลผู้ป่วย ตามสภาพผู้ป่วยก่อน จำหน่าย และ ประเมินผลผู้ดูแล หลัก เพื่อพร้อมดูแล ผู้ป่วยที่บ้าน</p>	<p>ผู้ป่วยที่ห้องพัก โดย ทีมสหวิชาชีพ 3.4 ประเมินผลผู้ป่วย ผู้ดูแลผ่านเทคโนโลยี สารสนเทศ เช่น กรุปไลน์ วิดีโอคอล ไลน์ส่วนตัวผู้ป่วย หรือ Tele palliative medicine 1.5 จัดให้มีช่องทาง ระบายความรู้สึกใน ใจของผู้ป่วย/ให้ กำลังใจผ่านการเขียน</p>	<p>ผ่อนคลาย การจัดให้มี ดนตรีบำบัด ศิลปะ บำบัด หรือสัตว์เลี้ยง บำบัด 3.3 การสื่อสารทาง เดียว one way communication ผ่าน กระดานแสดงกิจกรรม หรือประชาสัมพันธ์ เนื้อหาการดูแลแบบ ประคับประคองเพื่อ คุณภาพชีวิตที่ดีของ ผู้ป่วยมะเร็ง หรือมุม</p>	<p>3.2 เน้นความร่วมมือของ ผู้ป่วย การให้กำลังใจญาติ การบำบัดอาการแทรก ซ้อน (supportive care) 3.2 การสื่อสารของ วิชาชีพที่เฉพาะกิจ เช่น นักจิตวิทยา ควรเข้าใจ อารมณ์ของผู้ป่วย มากกว่าการสื่อสารตาม บทบาทหน้าที่เพื่อ ประเมินความเครียดหรือ การยอมรับความตาย เนื่องจากการเป็นกรรไกร</p>	<p>หนึ่ง ผู้ป่วยจะเป็นผู้รับรู้อะไร ตัดสินใจเองว่า จะเลือกกรรไกร ด้วยกระบวนการทัศนคติการแพทย์ แบบใดแบบเดียว หรือ ผสมผสานกัน ซึ่งแพทย์ส่วน ใหญ่แม้ไปคัดค้านทีเดียว แต่ก็ ให้ผู้ป่วยได้รับรู้และเลือกเองว่า จะใช้ยาสมุนไพรร่วมกับการ ฉายแสงรังสีหรือไม่ ซึ่งส่วน ใหญ่เมื่อฉายรังสีระยะหนึ่งจะ เลือกกรรไกรแบบการแพทย์แผน ปัจจุบันทางเดียว ด้วยกลัวแพทย์ ที่ทำการรักษาจะไม่พอใจที่</p>

ตารางที่ 6.1 (ต่อ)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ประเด็น (Message)	ช่องทางการสื่อสาร	รูปแบบการสื่อสาร/ ระดับการสื่อสาร/ คู่ สื่อสาร	กลวิธีที่ควรใช้ในการ สื่อสาร	การสะสมความรู้ (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
		ข้อความระหว่าง บุคลากรทางสุขภาพ กับผู้ป่วย	หนังสือธรรมะ ฯลฯ 3.4 บุคลากรทาง สุขภาพควรมีฐานะ เป็นที่ปรึกษาที่เป็น กลาง (neutral counselor)	ความรู้ที่คัดค้านลบให้ ผู้ป่วย 3.3 แพทย์เจ้าของคนไข้ ควรมีจิตวิทยาการสื่อสาร ที่ดีเพื่อสร้างกำลังใจผู้ป่วย 3.4 พยาบาล ผู้ป่วยและ ผู้ดูแลหลักต่างเป็นทั้งผู้ให้ ข้อมูลและผู้รับข้อมูล สลับกันไป เป็นผู้ฟังผู้ป่วย มากที่สุด เพื่อดึงสิ่งที่ค้าง คาใจ/ทฐะที่ยังทำไม่เสร็จ สิ้นของผู้ป่วย	ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควรดั่งนั้น ความรู้ในกระบวนการทัศน์ การแพทย์จึงมีผลกับการรักษา และเป็นสิ่งที่บุคลากรควรให้ ความสำคัญ

ตารางที่ 6.1 (ต่อ)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ประเด็น (Message)	ช่องทางการสื่อสาร	รูปแบบการสื่อสาร/ ระดับการสื่อสาร/ คู่ สื่อสาร	กลวิธีที่ควรใช้ในการ สื่อสาร	การสะสมความรู้ (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
4. การกลับไปรักษาตัวที่บ้าน และแพทย์นัดให้มาตรวจครั้งต่อไปทุก 3 เดือน และ 6 เดือน ขึ้นอยู่กับอาการผู้ป่วย (ช่วงเวลานี้ผู้วิจัยได้ข้อมูลจากการไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยใช้วิธีการสัมภาษณ์และสังเกตการณ์)	4.1 สอบถาม/ติดตามอาการผู้ป่วยหลังจากกลับไปรักษาตัวที่บ้าน	4.1 การลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้าน 4.2 สื่ออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เช่น โทรศัพท์ ไลน์กรุป วิดีโอคอล 4.3 ลดขั้นตอนเรื่องระเบียบหนังสือราชการที่เป็นของว่าง/อุปสรรคการรักษาศูนย์แพทย์ที่ต้องการขยายบทบาท	4.1 เน้นการใช้ความสัมพันธ์ และต้องมีการสื่อสารแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไม่ทอดทิ้ง (continuity of care) สื่อสารสองทาง (two way communication) ให้ผู้ป่วยสบายใจไม่ว่าจะเป็นกลางเยี่ยมบ้านปกติสม่ำเสมอ (หากมี) 4.2 ติดตามอาการผู้ป่วย ผู้ดูแลผ่าน	4.1 การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ กับผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ดูแลหลักที่กลับไปรักษาตัวที่บ้าน ควรกำหนด วัน เวลา ความถี่ชัดเจน ในการสื่อสารหลังจากผู้ป่วยกลับไปรักษาที่บ้านให้ เป็นเสมือนหนึ่งในงานประจำ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรึกษา หรือ มีความรู้สึกไม่ได้ถูกทอดทิ้ง	4.1 บุคลากรสุขภาพ ควรให้ความสำคัญกับจิตวิญญาณ (spiritual) เข้าใจพิธีกรรมของผู้ป่วย ที่นับถือศรัทธาตามความเชื่อทางศาสนาแต่ละศาสนา โดยเฉพาะในแต่ละครอบครัวที่ยึดถือแตกต่างกันไป เช่น ร้างทรงประจำบ้าน หรือในครอบครัว หรือ การทรงในศาลเจ้าเงิน ที่ผู้ป่วยยอมยึดถือตามวัฒนธรรมตามความเป็นจริงในชีวิตประจำวัน ที่ถูกประกอบสร้างขึ้น โดยไม่ต้องการพิสูจน์

ตารางที่ 6.1 (ต่อ)

กระบวนการ (Process)	เนื้อหา/ประเด็น (Message)	ช่องทางการสื่อสาร	รูปแบบการสื่อสาร/ ระดับการสื่อสาร/ คู่ สื่อสาร	กลวิธีที่ควรใช้ในการ สื่อสาร	การสะสมความรู้ (social stock of knowledge) ของคู่สื่อสาร
		<p>ปวด เพื่อให้เข้าถึงยา และการรักษาแบบ ประคับประคอง แท้จริง</p>	<p>เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น โทรศัพท์สอบถาม หรือ สื่อสารผ่าน ไลน์ ไลน์ส่วนตัวผู้ป่วย สม่ำเสมอ</p>	<p>4.2 ต้องมีการสื่อสารสอง ทางแบบ unfinishable ไม่ มีรูปแบบชัดเจน ที่สำคัญ ต้องเป็น relationship therapy และเป็น continuity of care ที่ต้อง ดูแลต่อเนื่อง</p>	<p>ใดๆ จนยอมรับว่าเป็นความรู้ และความรู้ดังกล่าวได้มีการ สะสมสืบทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่น 4.2 การปฏิบัติงานปกติในชีวิตประจำวันตามความรู้จนเคย ชินนั้น บุคลากรทางสุขภาพ / แพทย์เจ้าของคนไข้ ควรเปิด โอกาสและลดช่องว่างการ สื่อสาร ให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก ได้ สื่อสาร โดยตรง เพื่อให้ผู้ป่วยราย เดิมได้เข้าถึงยา เข้าถึงการรักษา แบบประคับประคองอย่างแท้จริง</p>



บทที่ 7

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลัก เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์มุ่งศึกษา 1) การประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก 2) กระบวนการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลัก และ 3) แนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ สัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม ในบทนี้เป็นการสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะจากงานวิจัย รายละเอียด ดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลัก ผู้วิจัยขอสรุปผลการวิจัย 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1.1 การประกอบสร้างความหมายความตาย

การประกอบสร้างความหมายความตายพิจารณาใน 2 มิติ คือ มุมมองการประกอบสร้างความหมายความตาย และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประกอบสร้างความหมายความตาย ผู้วิจัยขอสรุปเป็นภาพรวมการประกอบสร้างความหมายความตาย 2 กลุ่มคือ 1) กลุ่มวิชาชีพบุคลากรทางสุขภาพ และ 2) กลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มผู้ดูแลหลัก ดังนี้

1.1.1 กลุ่มวิชาชีพบุคลากรทางสุขภาพ

บุคลากรทางสุขภาพในพื้นที่สนาม 5 วิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์ และแพทย์รังสีรักษา มีมุมมองการประกอบสร้างความหมายความตาย นิยามความหมายความตายแตกต่างกัน แม้เป็นวิชาชีพแพทย์เหมือนกัน แต่ด้วยความสนใจความรู้เพิ่มเติมที่แตกต่างกัน รวมทั้งกับกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพวิชาชีพอื่นๆ ได้แก่ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา ย่อมประกอบสร้างความหมายความตายแตกต่างกันตามวิชาชีพที่ได้รับมาตามพื้นฐานความรู้ดั้งเดิมของแต่ละคน

ดังนั้นความหมายความตายของแพทย์จึงเป็นภาวะที่หัวใจหยุดเต้นหรือสัญญาณชีพหยุดที่พิสูจน์ได้ด้วยวิทยาศาสตร์เท่านั้น แต่ขณะเดียวกันความหมายความตายของแพทย์รังสีรักษาแม้ผ่านมุมมองการแพทย์วิทยาศาสตร์มาก่อน หากด้วยมีความสนใจความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองที่อยู่ในมุมมองสังคม และมุมมองศาสนาที่ความตายมีภพหน้าแม้ยังพิสูจน์ไม่ได้ก็ตาม ทำให้สังฆการีการประกอบสร้างการทำงานการเป็นแพทย์ดูแลแบบประคับประคองควบคู่ไปกับเป็นแพทย์รังสีรักษาการประกอบสร้างความหมายความตายของแพทย์รังสีรักษาจึงมีความแตกต่างจากแพทย์ทั่วไปที่เน้นการแพทย์วิทยาศาสตร์เพียงชั้นเดียว

สำหรับวิชาชีพอื่นๆ ได้แก่ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา มีการประกอบสร้างความหมายความตายเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ทั้งนิยามความหมายความตาย และมุมมองด้านศาสนาเป็นหลัก โดยให้ความหมายความตายว่าเป็นเรื่องธรรมชาติที่ทุกคนต้องเจอ ความตายแม้เป็นการสิ้นสุดแต่ยังมีภพหน้าต่อไป ยังมีการเดินทางต่อมีการเวียนว่ายตายเกิดไม่จบสิ้นตามหลักพุทธศาสนาที่เป็นความรู้ดั้งเดิมสืบทอดกันมาเป็นเรื่องของ การเกิด แก่ เจ็บ ตาย และการมีอยู่ในโลกหน้าหลังความตายตามการสะสมความรู้จากรุ่นสู่รุ่นต่อๆ กันมา

สำหรับปัจจัยภายในของบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการประกอบสร้าง ความหมายความตาย คือความรู้การดูแลแบบประคับประคอง ถือว่ามีความสำคัญกับการประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพอย่างมาก จากการสังเคราะห์ความรู้การดูแลแบบประคับประคองมาโดยตลอดในสถานการณ์จริง ทำให้บุคลากรทางสุขภาพต่างรับรู้และยอมรับใน คำกล่าวที่ว่า หมอรักษากาย พยาบาลรักษาใจ โดยเฉพาะแพทย์ที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยมากตาม บทบาทหน้าที่และเป็นความหวังผู้ป่วย ซึ่งหากแพทย์ใช้ประสบการณ์ที่สะสมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความเข้าใจและตระหนักกับความตายของผู้ป่วยที่พบเจออยู่เป็นประจำร่วมกับการมี ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองด้วย ก็จะทำให้แพทย์ดังกล่าว สามารถเข้าใจความต้องการ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ให้การดูแลนั้นได้อย่างเอาใจเขามาใส่ใจเรา

ดังนั้นพยาบาลเป็นกลไกสำคัญที่จะสร้างความเข้าใจเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ซึ่งความรู้ดังกล่าวถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการประกอบสร้าง ความหมายความตายตามบริบทสถานที่ โรงพยาบาลกรณีศึกษาที่รักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เน้น แนวคิดแบบประคับประคอง พยาบาลในพื้นที่สนามจึงมีบทบาทหน้าที่สำคัญที่สุดในการดูแลความ ไม่สุขสบายทางกายภายหลังแพทย์ทำการรักษา และดูแลจิตใจให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ด้วยบทบาท หน้าที่ที่มีเวลา มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันมีความสัมพันธ์ซึ่งกัน และกัน วิชาชีพพยาบาลจึงเป็นวิชาชีพที่อยู่เคียงข้างผู้ป่วยผู้ดูแลหลักตลอดเวลา ซึ่งประสบการณ์ ของพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการสะสมความรู้ ดังนั้นการแบ่งปันความรู้ใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้อง

เพิ่มเติมไม่เพียงด้านการพยาบาลอย่างเดียว เช่น ขอบข่ายของการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ ในวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การดูแลแบบ ประคับประคองมีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.1.2 กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง และกลุ่มผู้ดูแลหลัก

การประกอบสร้างความหมายความตายของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีมุมมองนิยามความหมายความตาย คือความตายเป็นเรื่องปกติ เป็นธรรมชาติ มีเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดาและยังมีภพหน้ารออยู่ รวมทั้งปัจจัยเรื่องการดูแลแบบประคับประคองที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักต้องการการดูแลรักษาตามอาการที่ไม่ทุกข์ทรมาน ประกอบกับการมีประสบการณ์การเจ็บป่วย หรือพบเห็นเรื่องราวความเจ็บป่วยและความตายจากญาติพี่น้อง ผู้ป่วยมะเร็งจึงพบกับวิธีการรักษาต่างๆ จนคุ้นชิน

ขณะเดียวกันผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ต้องรักษาตัวและร่วมรับรู้อาการตลอดการรักษา ย่อมมีความรู้สึกลัวความตายในช่วงแรกการรับรู้ แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไป ความรู้สึกลัวนั้นจะเบาบางลงตามเวลาในการเรียนรู้ ยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้น ไปพร้อมๆ กับการรักษา โดยยึดหลักทางศาสนาเข้าช่วยข่มความกลัวภายในจิตใจจึงค่อยๆ ดีขึ้นๆ และสามารถยอมรับตามมุมมองศาสนาที่มองความหมายความตายเป็นเรื่องธรรมดา เป็นธรรมชาติได้ แม้ว่าภายในจิตใจลึกๆ ของผู้ป่วยมะเร็งทุกคนและผู้ดูแลหลักเองยังมีความคาดหวังการรักษาที่จะช่วยให้อาการดีขึ้น หรือหายจากโรคร้าย ทั้งจากการรักษาการแพทย์ และจากสิ่งที่ไม่เห็นแต่เป็นความเชื่อที่ปฏิบัติกันมายาวนานจากรุ่นสู่รุ่น เช่น พิธีกรรมการบนบานหรือขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักมีการประกอบสร้างความหมายความตายไปพร้อมๆ กับ ผู้ป่วย ได้แก่ (1) วิธีการดูแลรักษาตามระยะของโรคที่ผ่านมาด้วยกัน (2) วิธีการเลือกการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายมากที่สุดเท่าที่สามารถทำได้ในช่วงสุดท้ายของชีวิต (3) บุคลากรทางสุขภาพ แพทย์ พยาบาล มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเพื่อสามารถสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูล หรือแนะนำผู้ป่วยเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (4) บริบทพื้นที่โรงพยาบาลที่เน้นการดูแลแบบประคับประคอง และ (5) เพื่อนผู้ป่วยข้างห้องข้างเตียงที่ทำการรักษาโรคแบบเดียวกัน

ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลหลักถือเป็นคนใกล้ชิดกับผู้ป่วยมะเร็งมากที่สุด มีความรัก เข้าใจ และหวังดีกับผู้ป่วยที่สุด ทำให้ผู้ดูแลหลักมีการประกอบสร้างความหมายความตายที่ไม่แตกต่างไปจากผู้ป่วย ทั้งนิยามความหมายความตาย หากแต่ในมุมมองของผู้ดูแลหลักที่เป็นผู้สูญเสีย และจะต้องมีชีวิตอยู่ต่อไป ดังนั้นผู้ดูแลหลักจึงเป็นผู้รับความรู้สึกต่างๆ ที่หลากหลายทั้งความรัก ความโศกเศร้า ความเสียใจ ความผูกพัน ความคิดถึง ภายหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิต

โดยสรุป การประกอบสร้างความหมายความตายของบุคคลทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลัก 2 มิติใหญ่ๆ ได้แก่ (1) มุมมองต่างๆ ที่ทำให้เกิดนิยามความหมายความตาย และ (2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประกอบสร้างความหมายความตายพบว่า วิชาชีพแพทย์เหมือนกันก็ยังให้ความสำคัญความตายแตกต่างกัน โดยแพทย์ทั่วไป ความตายคือ หมดลมหายใจ หัวใจหยุดเต้นตามความรู้วิชาชีพแพทย์ดั้งเดิมที่ร่ำเรียนมา แต่ขณะที่แพทย์รังสีรักษา เมื่อมีความสนใจในความรู้เพิ่มเติมจากแหล่งต่างๆ เช่น มุมมองทางศาสนา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องสะสมเป็นประสบการณ์การทำงาน of แพทย์ และที่สำคัญการมีความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองร่วมด้วย มีผลทำให้ความหมายความตายของแพทย์รังสีรักษาเปลี่ยนไปไม่ได้จำกัดเพียงว่าความตายจะเป็นเพียงหัวใจหยุดเต้น หรือสัญญาณชีพหยุด หากแต่ก็ยังมีความเชื่อในภพภูมิหน้า การประกอบสร้างความหมายความตายของแพทย์จึงแตกต่างกันตามการสะสมของความรู้ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ซึ่งขึ้นอยู่กับแพทย์แต่ละคนว่าจะมีความรู้และนำความรู้การดูแลแบบประคับประคองรวมทั้งประสบการณ์การทำงานมาปรับใช้แบบเข้าใจผู้ป่วยมะเร็งอย่างแท้จริงตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้หรือไม่

ขณะที่ความหมายความตายของบุคคลทางสุขภาพวิชาชีพอื่นๆ ที่เรียกว่า ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา คือ ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ และยังมีภพหน้ารออยู่ ซึ่งเป็นไปตามพื้นฐานความรู้เดิมที่แต่ละคนเชื่อถือในมุมมองศาสนาเป็นหลัก และความสนใจในความรู้การดูแลแบบประคับประคอง ร่วมกับปัจจัยการสั่งสมประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่มีมุมมองความหมายความตายในทิศทางเดียวกันคือ ความตายเป็นเรื่องธรรมดา ธรรมชาติ ตามมุมมองศาสนามี เกิด แก่ เจ็บ ตาย และมีภพหน้ารออยู่ ด้วยผู้ป่วยมะเร็งผ่านวิธีการรักษาทั้งแพทย์ทางเลือกสมุนไพรและแผนปัจจุบัน ซึ่งต้องใช้ระยะเวลานานกับการรักษาในชีวิตประจำวันทำให้ต้องทำใจกับโรคที่เป็นอยู่ ขณะเดียวกันก็ยังมีหวัง ดังนั้นแม้จะรับรู้ถึงความน่ากลัวของโรคมะเร็งที่เป็นแล้วต้องตาย แต่ก็ทำการรักษาแบบประคับประคองไปพร้อมกับค่อยๆ ทำใจยอมรับความตายไปในเวลาเดียวกัน โดยยึดหลักทางศาสนาเข้าช่วยข่มความกลัวภายในจิตใจ มีความหวังการรักษา ไม่ว่าจะด้วยทางใด ทั้งจากการรักษาจากแพทย์ และะจากสิ่งที่ไม่เห็นแต่เป็นความเชื่อที่ปฏิบัติกันมายาวนาน เช่น พิธีกรรมการบนบานขอพรผ่านพิธีกรรมร่างทรงในครอบครัวที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ดังนั้นในมิติความหมายความตายของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก บางคนอาจให้ความหมายว่า “ขอให้ตายดี” ขณะที่บางคนอาจบอกว่า “ถึงอย่างไรหากเป็นไปได้ขอให้ยังไม่ตาย” ซึ่งผู้ดูแลหลักมีการประกอบสร้างความหมายความตายที่ไม่แตกต่างไปจากผู้ป่วย ทั้งนิยามความหมายความตาย หากแต่ในมุมมองของผู้ดูแลหลักเป็นผู้สูญเสีย

และจะต้องมีชีวิตอยู่ต่อไป ดังนั้นจะเป็นผู้รับความรู้สึกต่างๆ ปะปนกันทั้งความรัก ความโศกเศร้า ความเสียใจ ความผูกพัน ความคิดถึง ภายหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิต

1.2 กระบวนการสื่อสารความตาย

กระบวนการสื่อสารความตายของโรงพยาบาลกรณีศึกษานั้น ประกอบด้วย 4 ช่วงเวลา ได้แก่ (1) การแรกรับผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับการรักษา (2) การแจ้งอาการโรค และการประชุมทีมสหวิชาชีพ (3) การรักษาโรคไประยะหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งเพื่อเตรียมตัวกลับบ้าน และ (4) การกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน ภายใต้อาการดูแลรักษาตามแผนที่การดูแล หรือ care map 14 days เป็นกรณีตัวอย่างที่เป็นกรณีศึกษาซึ่งในโรงพยาบาลอื่นๆ อาจจะมีการสื่อสารที่แตกต่างกันไป ซึ่งผลการศึกษา 4 ช่วงเวลานี้ มีรูปแบบการสื่อสารระดับระหว่างบุคคล และระดับกลุ่ม และการสื่อสารทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการที่แตกต่างกันไปตามช่วงเวลาซึ่งล้วนมีกระบวนการสื่อสารความตาย และมีการต่อรอง ตลอดเวลา ดังนี้

1.2.1 การแรกรับผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับการรักษา (วันที่ 1-2) เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย

ด้วยบริบทพื้นที่การรักษาเป็นโรงพยาบาลที่ดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเฉพาะทาง และมีหน่วยบริการการดูแลแบบประคับประคองรองรับผู้ป่วยมะเร็งที่เข้าสู่ระยะสุดท้าย เน้นการดูแลแบบไม่ยื้อชีวิตซึ่งเป็นไปตามหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือพินัยกรรมชีวิต (Living Will) ตามมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ทำให้ผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมารักษาที่นี่ต้องลงนามในเอกสารทำพินัยกรรมชีวิตในการไม่รับบริการสาธารณสุขใดๆ ที่โรงพยาบาลนี้ การสื่อสารความตายจึงเน้นการดูแลแบบประคับประคองเพื่อการตายดี

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การแรกรับนี้ทุกวิชาชีพมีบทบาทเข้ามาดูแลและสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักตามลำดับคือ แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ โดยเป็นการสื่อสารระหว่างบุคคล เป้าหมายการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลนโยบายการรักษา และแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักตามบทบาทหน้าที่ เช่น แพทย์ตรวจสอบอาการเบื้องต้นที่เข้ามาจุดแรกรับของผู้ป่วย พยาบาลทำการคัดกรองและให้ข้อมูลพื้นที่กรณีศึกษาที่ทำการรักษากับผู้ดูแลหลัก แพทย์รังสีรักษาที่เป็นแพทย์เจ้าของคนไข้พบผู้ป่วยเพื่อวางแผนการรักษา นักสังคมสงเคราะห์สอบถามข้อมูลสิทธิประโยชน์สวัสดิการผู้ป่วย และนักจิตวิทยาประเมินภาวะจิตใจความเครียดผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก โดยเน้นการสร้าง ความเข้าใจและสร้างสัมพันธ์ให้เกิดขึ้น ด้วยการใช้กลวิธีการสื่อสารแบบเห็นอกเห็นใจที่แสดงออกทั้งในรูปแบบภาษาพูด (วจนภาษา) ด้วยการสื่อสารที่มีน้ำเสียงนุ่มนวล และภาษากาย (อวจนภาษา) ด้วยการแสดงออกผ่านสีหน้า แววตา ท่าทางที่เป็นมิตร ผ่านการสัมผัสด้วยความเมตตา ซึ่งการเผชิญหน้าในแรกรับเข้ารับการรักษา นี้ บุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพเข้ามาสื่อสารตามบทบาทหน้าที่ ขณะที่ผู้ป่วยมะเร็ง

และผู้ดูแลหลักเองต่างก็ต่อรองด้วยการตัดสินใจรักษาตามนโยบายในโรงพยาบาลกรณีศึกษาโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักไม่มีการสอบถามข้อมูลใดๆ เป็นการต่อรองแบบยินยอมการรักษาระดับหนึ่ง

1.2.2 การแจ้งอาการเพื่อดำเนินการรักษา (วันที่ 2-3) และการประชุมทีมสหวิชาชีพ

ประเด็นเนื้อหาหลักเป็นการสื่อสารความตายเกี่ยวกับการแจ้งอาการ โดยแพทย์เจ้าของคนไข้ ต้องแจ้งอาการผู้ป่วยก่อนวางแผนการรักษา โดยเรียกว่าทำ Family Meeting หรือการประชุมครอบครัวที่ให้ผู้ป่วยร่วมวางแผนรักษาตนเองล่วงหน้าร่วมกับแพทย์ และครอบครัว

ประเด็นนี้ผู้สื่อสารหลักประกอบด้วยคือ แพทย์ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และผู้ดูแลหลัก โดยมีเนื้อหาเรื่องอาการโรคที่ลุกลามถึงระยะที่ 4 มีเป้าหมายการสื่อสารเพื่อวางแผนรักษาล่วงหน้าร่วมกันกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักด้วยการให้เคมีบำบัด หรือฉายรังสีรักษาบริเวณที่เป็น แพทย์จะเป็นผู้สื่อสารยาในแนวทางการดูแลแบบประคับประคองที่ไม่มีอุปสรรคการพียงชีพเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ดังนั้นการสื่อสารที่มีแพทย์เป็นผู้ส่งสารหลักย่อมมีอำนาจทางวิชาชีพที่เป็นผู้รักษาแฝงอยู่ และในบางครั้งการสื่อสารระหว่างแพทย์ กับ พยาบาลที่ใช้ศัพท์เทคนิค ศัพท์ภาษาอังกฤษ ส่งผลให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักที่ไต่ถามเกิดความสงสัย กังวลใจได้

การสื่อสารช่วงการแจ้งอาการ โดยทั่วไปมีความละเอียดอ่อนไม่เพียงแต่กับผู้ป่วยเท่านั้น หากแต่การสื่อสารกับผู้ดูแลหลักก็เช่นกัน แพทย์รังสีรักษาที่เป็นแพทย์เจ้าของคนไข้จะให้ข้อมูลตรงไปตรงมาว่าผู้ป่วยเป็น โรคมะเร็งบริเวณใด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายแข็งแรงดี สามารถเดินทางมารักษาคนเดียวได้ แต่หากมีผู้ดูแลหลักมาด้วย การแจ้งอาการโดยแพทย์เจ้าของคนไข้ จึงสื่อสารกับผู้ดูแลหลักก่อน เพื่อสอบถามรายละเอียดผู้ป่วยจากผู้ดูแลหลักและ ให้ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ประเมินการแจ้งอาการ โรคกับผู้ป่วยเบื้องต้นเพื่อร่วมกันวางแผนการรักษาผู้ป่วยต่อไป

รูปแบบการสื่อสารในบริบทนี้ จึงมี 3 รูปแบบ คือ (1) รูปแบบการสื่อสารภายในตนเองของผู้ป่วยมะเร็งคือ ความรู้สึกจิตตกของผู้ป่วยที่ได้รับการสื่อสารจากแพทย์ หากร่างกายไม่ตอบสนองจะไม่ได้รับการรักษาต่อ ทำให้เกิดการสื่อสารภายในตัวผู้ป่วยเองที่ย่อมเป็นความวิตกกังวลกับการรักษาที่จะเกิดขึ้นต่อไป (2) รูปแบบการสื่อสารระหว่างบุคคล คือการสื่อสารระหว่างแพทย์รังสีรักษากับผู้ป่วยหรือกับผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นแพทย์เจ้าของคนไข้ โดยแพทย์จะเป็นผู้เปิดประเด็นการสื่อสาร โดยมีเป้าหมายการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลการแจ้งอาการ หรือข้อมูลโรคและบริเวณที่เป็น การแพร่กระจาย รวมถึงแนวทางการรักษา หลังจากนั้นผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักก็สามารถซักถาม แพทย์และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน (3) รูปแบบการสื่อสารแบบกลุ่ม ที่ประกอบด้วยแพทย์รังสีรักษา ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักหรือครอบครัว เรียกว่า การประชุมครอบครัว (family meeting) ที่มีผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก มีเป้าหมายการสื่อสารเพื่อวางแผนรักษาตนเอง และแสดงถึงความต้องการ

ในการรักษาด้วยกระบวนการรังสีรักษาตามระยะเวลา บริเวณที่เป็น และสภาพร่างกายที่สามารถดำเนินการได้ ซึ่งการสื่อสารมีความหลากหลายในแต่ละกรณี โดยท้ายที่สุดเมื่อผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก ครอบครัวเข้าใจในทางเดียวกันแล้วต้องลงนามเอกสารการยินยอมการรักษาจากแพทย์ ผู้ป่วยในพื้นที่กรณีศึกษาส่วนใหญ่รับรู้ระยะ โรคที่เป็น และสามารถร่วมกันวางแผนรักษากับแพทย์รังสีรักษาและผู้ดูแลหลักได้ ขณะเดียวกันก็มีรูปแบบการสื่อสารระหว่างบุคคลอีกด้านหนึ่ง คือระหว่างแพทย์รังสีรักษากับผู้ดูแลหลัก ในกรณีที่ผู้ดูแลหลักประเมินผู้ป่วยแล้วว่ายังไม่ต้องการให้ผู้ป่วยรับรู้โรคและระยะตามความเป็นจริง ผู้ดูแลหลักจะแจ้งแพทย์ไว้ล่วงหน้าก่อน รวมถึงการสื่อสารระหว่างบุคคลในระหว่างผู้ดูแลกับครอบครัว และผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลัก เป็นต้น

อย่างไรก็ตามแม้การประชุมครอบครัวในบริบทนี้จะมีแพทย์เป็นผู้ควบคุมการสื่อสาร แต่แพทย์ไม่ได้แสดงออกให้เห็นถึงอำนาจทางความรู้ในวิชาชีพของแพทย์ และประเด็นเนื้อหาสาระจะเน้นไปที่การสื่อสารที่ช่วยเหลือกันหาทางออกที่ดีที่สุดเป็นรูปแบบการสื่อสารที่เป็นระนาบเดียวกัน (Horizontal Communication) การสื่อสารที่แสดงความเห็นนอกเหนือใจผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลดังกล่าวยึดถือปฏิบัติมาชยาวนานจึงเป็นแก่นสำคัญในกรณีนี้

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การแสดงอำนาจของแพทย์เจ้าของคนไข้ออกมาให้เห็นชัดเจนเป็นเรื่องแต่ละบุคคล หากแพทย์นั้นมีอำนาจทางการบริหารด้วยก็จะทำให้มีการแสดงออกทางอำนาจมากขึ้น ซึ่งขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล แต่หากไม่มีตำแหน่งทางการบริหารร่วมด้วย การแสดงอำนาจแพทย์ในด้านบวกจะมาจากปัจจัย 2 ประเด็น คือ (1) การได้รับการอบรมความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองเพื่อปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเข้าใจตัวผู้ป่วยมากขึ้น และ (2) ความสนใจและความรักในความรู้การดูแลแบบประคับประคองอย่างแท้จริงของแพทย์ที่แตกต่างกันไปแต่ละคน

การประชุมทีมสหวิชาชีพ (Grand Round Conference)

การประชุมทีมสหวิชาชีพมีเป้าหมายเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพที่ทำการรักษาและให้การดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย แพทย์ แพทย์รังสีรักษาเคมีบำบัด พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด ในการประชุมมีกระบวนการสื่อสารแบบแนวระนาบเดียวกัน (Horizontal Communication) เป็นการสื่อสารระหว่างเพื่อนร่วมงานในหน่วยงานเดียวกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประสานข้อมูลการทำงานและเชื่อมความสัมพันธ์อันดี โดยรูปแบบการประชุมสามารถสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ตลอดทุกวิชาชีพแต่ก็ยังมีอำนาจการบังคับบัญชาโดยแพทย์เป็นผู้ควบคุมการประชุม

การประชุมดังกล่าวจึงมีเป้าหมายการสื่อสาร ดังนี้ (1) เพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักอย่างทั่วถึง (2) เพื่อร่วมกันวางแผนการ

รักษาผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันในทีมสหวิชาชีพ (3) เพื่อร่วมกันรับรู้และร่วมมือกันตอบสนองความต้องการสุดท้ายหรือระยะที่ยังทำไม่สำเร็จ (unfinished business) ของผู้ป่วย และ (4) เพื่อร่วมแก้ปัญหาหรือหาทางออกเรื่องต่างๆ ให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักให้สำเร็จ ทั้งนี้การสื่อสารรูปแบบดังกล่าวเป็นการสื่อสารระดับกลุ่ม (Group Communication) ที่เป็นทางการมีความดีในการประชุมเดือนละ 1-2 ครั้ง

อย่างไรก็ตามแม้ว่าการประชุมทีมสหวิชาชีพลักษณะนี้จะไม่มีผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเข้าร่วม แต่ก็ยังเป็นลักษณะการสื่อสารระดับผู้ทำงานทีมสหวิชาชีพด้วยกันเองแต่ก็ถือเป็นช่วงที่สำคัญในการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงการแรกรับเข้ารับการรักษากับช่วงการแจ้งอาการ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะถูกป้อนกลับเข้ามาในการประชุมทีมสหวิชาชีพเป็นกระบวนการต่อเนื่องต่อไป

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ในบริบทการแจ้งอาการและการประชุมทีมสหวิชาชีพชี้ให้เห็นว่า การสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพด้วยกัน แพทย์ควบคุมการประชุมและมีอำนาจสายบังคับบัญชากับวิชาชีพอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในการทำงานร่วมกัน ขณะเดียวกัน พยาบาลเป็นวิชาชีพหลักที่ประสานเป็นตัวกลางเชื่อมต่อระหว่างทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักและครอบครัว นอกจากนี้ด้วยอำนาจรักษาของแพทย์การทำความตกลงกับผู้ป่วยเป็นไปในแบบเข้าใจอารมณ์ เห็นอกเห็นใจผู้ป่วยหรือไม่ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง บุคลิกส่วนตัวของแพทย์เจ้าของคนไข้ นั่นๆ ขณะเดียวกัน ผู้ป่วยเองแม้จะเข้าใจและยอมรับกับโรคหรือการทำใจกับความตายที่จะเกิดขึ้นก็ตาม แต่ก็ยังต้องการรักษาทั้งกับตนเองและกับแพทย์ รวมทั้งผู้ดูแลหลักเองก็ต้องการกับแพทย์และกับผู้ป่วย โดยยึดอำนาจการรับรู้โรคจากผู้ป่วยมาเป็นของตนเองทั้งแบบรู้ตัวและไม่รู้ตัว และทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักก็มีการต่อรองขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ร้างทรงที่ครอบครัวนับถือมาจากรุ่นสู่รุ่น

1.2.3 การรักษาโรคไประยะหนึ่ง (วันที่ 4-11) ประเมินก่อนกลับบ้าน (วันที่ 12-14)

ช่วงการรักษาโรคไประยะหนึ่งเพื่อเตรียมตัวกลับบ้านมีการสื่อสารแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ 1) การสื่อสารแบบเป็นทางการ ได้แก่ (1) การรักษาใกล้ครบกำหนดเวลาฉายรังสี (ใกล้กลับบ้าน) (2) การเยี่ยมบ้าน และ 2) การสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ ได้แก่ การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักบนโทรศัพท์ผ่านกลุ่มไลน์ แอปพลิเคชัน

โดยภาพรวมการสื่อสารความตายในช่วงเวลานี้ มีเป้าหมายการสื่อสารเพื่อติดตามอาการ โดยมีทั้งการประชุมวางแผนรักษากับแพทย์ และการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพในรายที่กลับบ้านแล้วและในช่วงที่ยังไม่มีสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด รวมถึงการสื่อสารผ่านเทคโนโลยีเพื่อติดตามอาการและนัดหมายในการรักษาครั้งต่อไป บุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์เจ้าของคนไข้จะเป็นผู้ส่งสารหลัก และมีอำนาจในการรักษาตามวิชาชีพ โดยมีเป้าหมายให้ข้อมูลเรื่อง

อาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย เช่น มีการลุกลามหรือมีการยุบตัว ทั้งนี้แพทย์รังสีรักษาที่เป็นแพทย์เจ้าของคนไข้สามารถโน้มน้าวให้มีทัศนคติเชิงบวกต่อการรักษาโรคได้ ขณะเดียวกันด้วยบริบทพื้นที่โรงพยาบาลเน้นการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยสามารถสลับบทบาทการสื่อสารกับแพทย์มาเป็นผู้ส่งสาร และสามารถวางแผนการรักษาให้กับตนเองซึ่งแม้ว่าจะรับรู้ข้อมูลนี้ตั้งแต่เริ่มต้นการแรกรับเข้ารักษาแล้วก็ตาม แต่ในแต่ละช่วงเวลามูลค่าทางสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลด้วยเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงเป็นผู้ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เพื่อย้ายข้อมูลจากแพทย์และสร้างความเข้าใจการดูแลในพื้นที่กรณีศึกษาดังกล่าวพร้อมกับค้นหาสิ่งค้างคาใจของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นการสื่อสารและการต่อรองตามบริบทพื้นที่ที่ไม่มีอุปสรรคการช่วยชีวิตใดๆ ระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก โดยการให้ข้อมูลผ่านการพูดคุยสื่อสารเป็นกันเองในทุกช่วงเวลานี้เองย่อมทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักรับรู้และยอมรับเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินและผู้ป่วยค่อยๆ ทำความเข้าใจตามระยะเวลา ประกอบกับการประกอบสร้างความหมายความตายของผู้ป่วยแต่ละคนที่ส่วนใหญ่ล้วนมีมุมมองทางศาสนาเป็นหลักจึงทำให้สามารถยอมรับความตายได้

เนื่องจากการรักษาต่อเนื่อง การสื่อสารในบริบทนี้จะเน้นการสื่อสารระหว่างบุคคลที่สามารถสื่อสารกันสองฝ่ายใกล้ชิดกัน รับส่งข้อมูลข่าวสาร ถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้ ทัศนคติ และจนถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านใดด้านหนึ่งได้ โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลจะเป็นผู้ส่งสารหลักมีความใกล้ชิดผู้ป่วยและผู้ดูแลมากที่สุด ดังนั้น พยาบาลที่มีเทคนิคการสื่อสารที่ดีและมีประสบการณ์การทำงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจะเข้าใจจิตใจผู้ป่วย ดังนั้นคำพูดหรือเนื้อหาสารที่พยาบาลสื่อสารกับผู้ป่วยจะใช้คำว่า “ออกเดินทาง” แทนคำว่า ตาย เป็นการออกแบบเนื้อหาสาร ที่ทำให้ผู้ป่วยได้ยินแล้วไม่รู้สึกลัวหวาดวิตกกังวลกับโรคที่ตนเป็นหรือความตายที่กำลังจะมาถึง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การรักษาโรคไประยะหนึ่งโดยเฉพาะการฉายแสงรังสีรักษาแบบประคับประคองนี้ ผู้ป่วยเองเป็นผู้ตัดสินใจเข้ามารับการรักษา โดยมีผู้ดูแลหลักร่วมทางการดูแลมาตลอด ผลการรักษาส่วนใหญ่ มีส่วนช่วยให้อาการที่รุนแรง หายไปจากความเจ็บปวดความไม่สุขสบายทางกายและใจ ซึ่งทำให้เห็นมุมมองของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้รับสาร (receiver) โดยปกติ สลับบทบาทมาเป็นผู้ส่งสาร (sender) ในบริบทของพื้นที่ที่มีการดูแลแบบประคับประคองภายใต้กระบวนการทัศนคติการแพทย์แบบนิเวศน์สังคมหรือทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพที่ผู้ป่วยมีสิทธิ์ในการเลือกการรักษาให้กับตัวเอง (active audience) หรือวางแผนการรักษาตัวเองล่วงหน้าในระยะสุดท้ายจากเดิมที่แพทย์เป็นผู้กำหนดการรักษาให้ผู้ป่วยฝ่ายเดียวในอดีตตามกระบวนการแพทย์แบบชีวภาพ ซึ่งในบางครั้งแพทย์ที่เคยชินกับการรักษา (curative) และการสื่อสารสั้นๆ ในอดีต แต่การแพทย์สมัยใหม่ได้เปลี่ยนไปตามกาลโลกที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (palliative) ทำให้แพทย์ต้อง

หันมาให้ความสำคัญกับการสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อสนองความต้องการผู้ป่วย

อย่างไรก็ตามแม้จะมีการดูแลแบบประคับประคอง แต่ก็ไม่สามารถยืนยันได้ว่าการฉายรังสีจะทำให้หายจากโรคมะเร็งได้เพราะการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบฉายรังสีแบบประคับประคองคืออาการ โรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายแล้ว แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีความหวัง ด้วยคำว่าฉายแสงรังสีเปรียบได้กับแสงความหวังของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรับรู้และสื่อสารคำว่า “แสงสุดท้าย” นี้กับทุกคน ทั้งสื่อสารภายในตัวเอง สื่อสารระหว่างบุคคลกับแพทย์ พยาบาล และผู้ดูแลหลักทุกคนที่เกี่ยวข้อง เพื่อถ่ายทอดความรู้สึกผู้ป่วยต่อผู้กับรังสีรักษาในความหมายเป็นแสงสุดท้ายก็ยังมีหวัง ดังที่นักสังคมสงเคราะห์ในพื้นที่กรณีศึกษาให้ความเห็นว่า “..ในมุมมองของผู้ป่วยต้องหมดเงินไปกับค่าใช้จ่ายการรักษาจำนวนมากบ้างน้อยบ้างแตกต่างกันไป ซึ่งในเรื่องความตายนี้เอง ผู้ป่วยบางคนแม้ยอมรับได้แต่ก็อยากดีขึ้น อยากหาย เพราะลึกๆ แล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ยอมรับความตายเสียทีเดียว ทุกคนยังไม่อยากตาย อยากอยู่กับครอบครัว..” จากกรณีศึกษาข้อมูลชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยมะเร็งทุกคนล้วนมีการต่อรองความตายตลอดเวลา แม้ด้วยวาจาจะกล่าวว่ายอมรับความตายได้ก็ตาม ด้วยเพราะผู้ป่วยทุกคนต่างมีความหวังกับการรักษาทุกครั้ง

สิ่งที่ผู้ป่วยรายนี้กล่าวว่า “วันนี้แสงสุดท้ายแล้ว” ซึ่งเท่ากับว่าผู้ป่วยนอกจากจะเป็นผู้ส่งสารแล้ว ยังมีการออกแบบสาร (Message Design) ให้กับตัวเองในทางบวก เป็นการให้กำลังใจตัวเอง ทำให้ผู้รับสารคือ แพทย์ พยาบาล หรือผู้ดูแลหลัก สามารถรับรู้ความหมายจากความรู้สึกของผู้ป่วยที่แสดงออกมาพร้อมกับ อวัจนภาษา เช่น น้ำเสียง สีหน้า แววตาที่จะมีพลัง เปรียบเหมือนการเดินทางที่มาถึงเส้นชัย และให้ความหวังกับแสงรังสีแสงสุดท้ายที่เข้าไปฆ่าและทำลายเชื้อโรคร้ายได้ และอาจหายจากโรค การฉายแสงรังสีรักษาในระยะสุดท้ายนี้ จึงเป็นหนทางเดียวที่ผู้ป่วยจะได้มีชีวิตอยู่ กลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวได้ตามปกติ

1.2.4 การกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน (นอกเหนือจากแผนการดูแล 14 วันในโรงพยาบาล)

การสื่อสารในช่วงที่ผู้ป่วยกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน หลังจากฉายรังสีครบตามจำนวนที่แพทย์กำหนดและพบแพทย์ตามนัดช่วง 3 เดือน หรือ 6 เดือนตามลำดับ โดยแพทย์หรือนุคลากรทางสุขภาพจะติดต่อเดือนละ 1 ครั้งทางโทรศัพท์ ทางไลน์ หรือวิดีโอคอลเพื่อสอบถามติดตามอาการ แต่ก็มีบางรายที่พบปัญหาการกลับมารักษา ที่ผู้ดูแลหลักไม่มีความรู้เรื่องการประสานงานราชการ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงอยู่ภายใต้กฎระเบียบหนังสือราชการเพื่อส่งตัวผู้ป่วยจากโรงพยาบาลต้นสังกัดเข้ารับการรักษาได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงการรักษาและยาแก้ปวดได้ทันท่วงที

จากการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกรณีศึกษาดังกล่าว พบว่า ผู้ป่วยคนนี้พักกับครอบครัว มีมารดา บิดา สามีน้องสาวและลูกน้องสาว เป็นบ้านของตนเอง มีพื้นที่ 50 ตารางวา บรรยากาศ อารมณ์ ความรู้สึก ในการสื่อสารระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักแตกต่างจากครั้งก่อนโดยสิ้นเชิง เช่น การสื่อสารผ่านคำพูด (วัจนภาษา) และการสื่อสารท่าทาง (อวัจนภาษา) ที่แสดงออกมา ทั้งหน้าตา ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ด้วยการรักษาฉายแสงรังสีหลายครั้งและเป็นเวลานาน ตั้งแต่รับรู้ว่าเป็นมะเร็ง และรักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ปัจจุบัน และพื้นบ้านอีกครั้งจนอาการหนักต้องถูกส่งตัวกลับมารักษาแผนปัจจุบันในแบบการดูแลแบบประคับประคองในพื้นที่กรณีศึกษา การรักษาได้ผลตอบสนองดีกับร่างกายทำให้ผู้ป่วยในกรณีศึกษาคนนี้อาการดีขึ้นทั้งความอ่อนเพลีย อาเจียน เหนื่อยหายไป ไม่มีก้อนมะเร็งที่แพทย์เคยพบครั้งแรกจนแพทย์ยังประหลาดใจ ทำให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักมีกำลังใจใช้ชีวิตต่ออย่างมีความสุข มีความหวังและเชื่อมั่นศรัทธาการรักษาทางการแพทย์แบบนิเวศน์สังคมที่มีการดูแลแบบประคับประคองหรือไม่ทุกซ์ทรมาน ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีภาวะจิตใจที่ดีขึ้นตามภาวะร่างกาย โดยเฉพาะผู้ป่วยสามารถลุกเดินช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ แม้ไม่สมบูรณ์เหมือนเดิม แต่ได้ทำงานช่วยเหลือแม่และครอบครัวหารายได้เล็กๆ น้อยๆ ผู้ป่วยก็มีความภูมิใจที่มีคุณค่าอีกครั้ง

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า หลังจากผู้ป่วยกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านและกลับมาพบแพทย์ตามเวลาที่แพทย์นัด ในผู้ป่วยกรณีตัวอย่างนี้หลังจากทำการรักษาและพบแพทย์ตามนัด 6 เดือน แพทย์เจ้าของคนไข้แสดงออกถึงความประหลาดใจที่ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายแข็งแรงขึ้นมาก จากเดิมที่นั่งรถเข็นมา ครั้งนี้ผู้ป่วยเดินมาได้ด้วยตนเอง และเมื่อตรวจอาการ ผู้ป่วยสามารถยกขาสูงขึ้น ได้เกินความคาดหวังแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกดีใจอย่างมากต่อผลการรักษาและสร้างกำลังใจในการรักษาและมีชีวิตอยู่ต่อเนื่อง ซึ่งถือว่าแพทย์เป็นความหวังเดียวของผู้ป่วยอย่างแท้จริง โดยผู้ป่วยปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ เช่น การให้รับประทานอะไรและไม่ให้รับประทานอะไร พร้อมกับความมั่นใจในการตัดสินใจรักษาแพทย์ปัจจุบันแบบนิเวศน์สังคมที่ตนตัดสินใจถูกต้อง จนเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและสื่อสารภายในตนเองเพื่อให้กำลังใจว่า ตนไม่ได้คิดว่าเป็นโรคมะเร็ง ขณะเดียวกันแพทย์เองก็มีความหวังในวิธีการรักษาของตนเองเช่นกันจึงทำให้แพทย์มีการสื่อสารและการต่อรองกับผู้ป่วยที่กลับไปรักษาตัวที่บ้านต้องปฏิบัติตามแพทย์สั่งเคร่งครัดเพื่อไม่ให้โรคกลับมาอีก

การกลับมาพักรักษาตัวที่บ้านทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายใจ ด้วยมีอำนาจเต็มที่ในการแสดงออกทุกอย่างที่บ้านตามบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ต่างจากในโรงพยาบาลที่มีบทบาทผู้ป่วยที่ต้องเชื่อฟังแพทย์และบุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพเท่านั้น หากแต่ในเวลาการรักษาตัวที่บ้านแต่มีแพทย์และทีมสหวิชาชีพมาเยี่ยมดูแลผ่านทางวิดีโอคอลนี้ เป็นจุดเปลี่ยนที่สามารถให้ผู้ป่วยได้

รู้สึกเข้าไปสู่โลกในความฝัน ที่มีแพทย์ พยาบาล และทุกคนดูแลได้ช่วงเวลานึงเหมือนขณะรักษา อยู่โรงพยาบาล แม้เป็นช่วงเวลาไม่นาน และเมื่อสายโทรศัพท์ทางวิดีโอจบลงก็เท่ากับได้ดึงผู้ป่วย และผู้ดูแลหลักกลับเข้ามาสู่โลกความเป็นจริง ดังนั้นการกลับมาอยู่ที่บ้านจึงเป็นโลกแห่งความเป็นจริงในชีวิตที่แท้จริงของผู้ป่วย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ในบริบทที่บ้านผู้ป่วยและครอบครัวมีการสื่อสาร และการต่อรองกับความตายตลอดเวลากับร่างทรงพ่อปู่ที่เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ โดยครอบครัวจะขอ พ่อปู่ให้คุ้มครองให้หายหรืออาการดีขึ้นตามความเชื่อมุมมองศาสนา เน้นพิธีกรรมที่ปฏิบัติสืบเนื่อง กันมาจากรุ่นสู่รุ่นหรือปฏิบัติตามปกติในชีวิตประจำวัน เมื่อกลับมาที่บ้านและมีความคิดเป็นของตัวเองมากกว่าการรักษาในโรงพยาบาล โดยไม่มีแพทย์เข้ามาสื่อสารหลักในห้องพัก การต่อรองโรค หรือความตายของผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน จึงเป็นการกลับไปยังความเชื่อเดิมที่มีอยู่ในครอบครัวตามที่ ตนและครอบครัวนับถือ ศรัทธา เช่น การเข้าพบร่างทรงที่เป็นคนในครอบครัวมีความรัก เคารพ อบอุ่นใจ ขณะเดียวกันการกลับบ้านเป็นการกลับมาเผชิญหน้ากับโรคของตนเอง ผู้ป่วยจึงต้องเข้าสู่ โลกของความฝันที่ผู้ป่วยประกอบสร้างขึ้น เช่น โลกทางศาสนาซึ่งเป็นการเชื่อดั้งเดิมที่สืบทอด กันมายาวนาน ซึ่งถือเป็นความจริงในชีวิตประจำวันอีกด้านหนึ่งที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักกระโจนเข้าไปหา เป็นการต่อรองโรคและความตาย ขณะที่การรักษาตัวที่โรงพยาบาล ความรู้สึกเคารพแพทย์ เป็นไปด้วยการสื่อสารระดับภายในตนเอง ระหว่างบุคคลและการต่อรองการรักษาเฉพาะหน้าที่เต็ม ไปด้วยอารมณ์ความรู้สึกที่หลากหลาย ซับซ้อน เช่น ความกังวล ความเกรงใจ ความรู้สึกผิด ความกลัวต่างๆ มากมายระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล

ดังนั้นรูปแบบการสื่อสารในบริบทการกลับไปรักษาตัวที่บ้าน ประกอบด้วย

- 1) การสื่อสารระดับภายในตนเอง การสื่อสารระดับระหว่างบุคคล และการสื่อสารระดับกลุ่มทั้งใน ครอบครัวและกับทีมสหวิชาชีพ การที่ผู้ป่วยรักษาตัวที่บ้านและผ่านการรักษามายาวนาน จึงมีการ สื่อสารการต่อรองภายในตนเองเพื่อให้กำลังใจตัวเองในเชิงบวกกับการรักษาโรคมะเร็ง เหมือนโรค ทั่วไปและบอกกับตัวเองว่า ไม่ได้เป็นมะเร็ง รวมทั้งสื่อสารกับมารดาหรือคนในครอบครัวเพื่อให้ กำลังใจกัน
- 2) การสื่อสารระดับกลุ่มผ่านระบบวิดีโอคอล ทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามอาการผู้ป่วยที่มี อาการหนักซึ่งขึ้นอยู่กับแพทย์เจ้าของคนไข้จะติดตามอาการซึ่งส่วนใหญ่จะติดตามเดือนละครั้ง และ
- 3) การสื่อสารระดับระหว่างบุคคล และการสื่อสารระดับกลุ่ม กรณีที่ผู้ป่วยกลับเข้ามารักษา ตามแพทย์นัดหมายในโรงพยาบาลตามปกติ

1.3 แนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก

จากการที่ผู้วิจัยได้วิเคราะห์กระบวนการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก ตามแผนที่การดูแล 14 วันของโรงพยาบาลพื้นกรณีศึกษา และแนวคิด ความรู้ ประสบการณ์ที่เป็นพื้นฐานการประกอบสร้างความหมายความตายและการสื่อสารความตายที่ควรจะเป็นจากแพทย์ พยาบาลที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลแบบประคับประคองข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยได้แนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย (1) รูปแบบการสื่อสาร (2) ประเด็นเนื้อหาสาร (3) กลวิธีที่ใช้ในการสื่อสารความตาย (4) บทบาทหน้าที่และบุคลิกผู้ส่งสาร (5) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร (แพทย์กับผู้ป่วย) และ (6) บริบทพื้นที่โรงพยาบาลตามลำดับ

1.3.1 รูปแบบการสื่อสาร

บุคลากรทางสุขภาพควรเน้นให้การสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ได้แก่

1) การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย

(1) เน้นการใช้กระบวนการสื่อสารการประชุมครอบครัว (family meeting)

เป็นลำดับแรกแบบเป็นกันเอง ไม่เป็นทางการลำดับชั้นมากกับผู้ป่วย ซึ่งควรเกิดขึ้นในบริบทแรกเริ่ม ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้วางแผนการรักษาด้วยตัวเองเป็นหลักกับแพทย์ โดยมีผู้ดูแลหลักและครอบครัวร่วมรับรู้แต่ให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจทำการรักษาตัวเองด้วยตัวเองอย่างแท้จริง รวมถึงการจัดทำพินัยกรรมชีวิต (living will) ไม่รับบริการสาธารณสุขใดๆ ที่ไม่เกิดประโยชน์ เป็นลายลักษณ์อักษรในวันดังกล่าว เพื่อป้องกันการตัดสินใจแทนผู้ป่วยในภายหลัง

(2) ควรรับฟังผู้ป่วยและให้เวลาในการฟังผู้ป่วยให้มากขึ้น การสื่อสารที่ดีต้องเน้นการรับฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเป็นผู้ส่งสารหรือผู้พูดหรือผู้ส่งสารให้มากที่สุด โดยบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ควรให้เวลากับผู้ป่วยได้เล่าเรื่องชีวิตให้ได้มากที่สุด

(3) ควรเป็นเพื่อนผู้ร่วมเดินทางที่ดี (companion) กับผู้ป่วยตลอดการรักษา ด้วยการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแม้ผู้ป่วยจะกลับไปรักษาตัวที่บ้านก็ไม่ควรขาดช่องทางการสื่อสารที่ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างกัน โดยเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่องแท้จริง

2) การสื่อสารผ่านกิจกรรมต่างๆ

บางสื่อเป็นลักษณะการให้ข้อมูล บางสื่อมีรูปแบบกิจกรรมที่นำไปสู่กิจกรรมอื่นๆ ได้แก่ การสื่อสารทางเดียวผ่านบอร์ดความรู้หรือบอร์ดให้กำลังใจ ซึ่งโรงพยาบาล

ควรจัดไว้ให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลได้รับความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองเน้นความสุข และคุณภาพชีวิตการตายดี ประกอบกับกิจกรรมที่เป็นการสื่อสารสองทางที่นำไปสู่กิจกรรมอื่นๆ เช่น การจัดให้มีสุนัขนัขบำบัด การจัดศิลปะบำบัด กิจกรรมดนตรีบำบัด การนวดและสัมผัส การชมภาพยนตร์ที่สร้างเสียงหัวเราะ และการหางานอดิเรกที่ผู้ป่วยชื่นชอบ หรือแม้แต่ความต้องการสุดท้ายของผู้ป่วยที่ยังไม่ได้ทำ (last wish) ที่เป็นกิจกรรมผ่านสื่อทางเดียวการสื่อสารกับตัวเอง เหล่านี้ล้วนสามารถช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด ความวิตกกังวลและเกิดความสุขสบายใจแก่ผู้ป่วยได้

3) การสื่อสารกลุ่มที่เป็นแบบทางการและไม่เป็นทางการ

(1) การประชุมทีมสหวิชาชีพซึ่งเป็นการสื่อสารแบบเป็นทางการ ได้แก่ การประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ตามบทบาทหน้าที่ ทั้งนี้การประชุมทีมสหวิชาชีพมีส่วนสำคัญที่เป็นตัวกลางหรือจุดเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยในทุกบริบทที่จำเป็น มีการนำข้อมูลรายละเอียดอาการต่างๆ ของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักกลับมาสื่อสารกันในที่ประชุมทีมสหวิชาชีพได้ตลอดเวลาเพื่อร่วมกันช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

(2) ระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นการสื่อสารแบบเป็นทางการ โดยทีมสหวิชาชีพสามารถรับรู้ปัญหาผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด ทันเหตุการณ์ การลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกครั้ง ทีมสหวิชาชีพควรให้คำแนะนำในการจัดสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกที่บ้าน จัดผู้ดูแลค่าใช้จ่ายกรณีที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ โดยให้นักสังคมสงเคราะห์ให้คำปรึกษาช่วยเหลือ และการใช้แนวทางการเยียวยาทางจิตวิญญาณกับผู้ป่วยด้วยการสวดมนต์ ฟังธรรม และปฏิบัติธรรม เป็นต้น

(3) เน้นการใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ เช่น การใช้ระบบแพทย์ทางไกล (telemedicine / telehealth) ที่เดิมสื่อสารกันระหว่างแพทย์กับแพทย์ในลักษณะการปรึกษา หรือแพทย์กับผู้ป่วย พยาบาลกับแพทย์ หรือให้ความรู้ทางสุขภาพแก่ประชาชนนี้ มาเป็นทางเลือกการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลที่บ้านผ่านทางโทรศัพท์ ผ่านวิดีโอคอล ผ่านโปรแกรมไลน์ (line group) ของทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยมีเป้าหมายเพื่อเป็นช่องทางและศูนย์กลางในการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักอย่างทั่วถึงในทุกบริบทการดูแลเพื่อให้คำปรึกษาผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่รักษาตัวที่บ้าน ติดตามอาการผู้ป่วยและรายงานผลการรักษา และแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้ทันต่อเหตุการณ์ สม่ำเสมอและต่อเนื่อง

1.3.2 ประเด็นเนื้อหาสาระเกี่ยวกับความตาย

ประเด็นเนื้อหาสาระเกี่ยวกับความตายที่บุคลากรทางสุขภาพสื่อสารกับผู้ป่วย มะเร็งและผู้ดูแลหลัก มีดังนี้

1) การช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ต้องการ หรือธุระที่ผู้ป่วยยังทำไม่สำเร็จ (*unfinished business*) หรือสิ่งที่ค้างคาใจ เช่น ความต้องการหรือความปรารถนาของผู้ป่วยที่ต้องการเห็นลูกบวชหรือแต่งงาน เป็นต้น โดยทีมสหวิชาชีพต้องมีการสื่อสารที่เป็นการดูแลแบบต่อเนื่อง โดยเฉพาะพยาบาลมีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยและมีความใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด แม้ว่าพยาบาลจะมีความใกล้ชิดและมีเวลาดูแลผู้ป่วยมากที่สุดในกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ แต่ทุกวิชาชีพก็สามารถช่วยผู้ป่วยในการหาความต้องการของผู้ป่วยหรือสิ่งที่ยังค้างคาที่ยังทำไม่เสร็จออกมาให้ได้ในเวลาที่มีชีวิตอยู่

2) การแจ้งอาการป่วยด้วยการบอกความจริงเกี่ยวกับอาการโรค เป็นประเด็นการสื่อสารความตายที่แพทย์ควรให้ความสำคัญพูดอย่างตรงไปตรงมา แต่ให้ความสำคัญกับอารมณ์เข้าใจเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยแล้วยังเป็นประโยชน์ต่อญาติ เพราะจะทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติและบุคลากรทางสุขภาพในวิธีการรักษาอาการ รวมถึงการเตรียมความพร้อมกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นไม่ว่าจะดีหรือร้าย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีโอกาสตัดสินใจล่วงหน้าถึงวิธีการรักษากรณีอาการทรุดหนักจนไม่รู้สติตัว ที่สำคัญผู้ป่วยได้วางแผนการรักษาด้วยตัวเองล่วงหน้าและวางแผนชีวิตที่เหลืออยู่

ดังนั้นการที่ผู้ดูแลหลักปิดบังไม่แจ้งอาการจึงอาจส่งผลกระทบต่อวิธีการดูแลให้ เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย และผู้ป่วยก็สามารถคาดเดาสภาพอาการป่วยได้เองจากพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากผู้ดูแลหลัก เช่น การนั่งเงียบคนเดียวไม่พูดคุยกับผู้ป่วย การซุบซิบเบาๆ คุยกันเองในกลุ่มญาติ หรือเอาใจผู้ป่วยผิดปกติ ซึ่งด้วยอาการที่ทรุดลงเรื่อยๆ แต่ผู้ป่วยไม่รับรู้ความจริงของอาการ โรคตัวเองนั้นจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยเป็นกังวลมากขึ้น

ผู้ดูแลหลักจึงมีส่วนสำคัญในการพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อแจ้งอาการ โดยสามารถนำเทคนิคการแจ้งอาการของแพทย์มาปรับใช้คือ ผู้ดูแลหลักที่แจ้งอาการต้องเป็นคนที่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เป็นผู้ที่ผู้ป่วยรักและเชื่อใจ ใช้คำพูดที่เข้าใจง่ายด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล พูดคุยสื่อสารตามความเป็นจริงที่แพทย์วินิจฉัยพร้อมกับให้กำลังใจสม่ำเสมอและมีทีมสหวิชาชีพคอยให้ความช่วยเหลือให้คำปรึกษาและเพื่อร่วมกันวางแผนการรักษาและเลือกแผนการรักษาที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและเป็นทางออกที่ดีที่สุด

3) การให้ความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง

เนื่องจากเป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทย และเป็นทางเลือกการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ต้องทุกข์ทรมานจากเครื่องมือแพทย์ที่เป็นไปเพื่อการพยุงชีพหรือยื้อชีวิตไม่เกิดประโยชน์ และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาราคาแพง การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาลทุกชนิดที่ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เรื่องราวชีวิตของผู้ป่วย ศรัทธา ความเชื่อการนับถือศาสนา จนถึงการดูแลภาวะโศกเศร้าของผู้ดูแลหลักภายหลังที่ต้องสูญเสียผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

1.3.3 กลวิธีที่ใช้ในการสื่อสารความตาย

การสื่อสารความตายเป็นเรื่องละเอียดอ่อนการใช้ภาษาพูดและภาษากายสามารถส่งผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักควรมีการออกแบบสารหรือประเด็นเนื้อหาข้อความก่อนที่จะสื่อสารออกไป ตามบริบทพื้นที่โรงพยาบาลที่เน้นการดูแลแบบประคับประคอง ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจึงควรมีเทคนิคกลวิธีใช้ในการสื่อสารประกอบกับการรักษาควบคู่กัน ได้แก่

1) การออกแบบสารที่แสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ

การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีการออกแบบสารที่แตกต่างกันแต่ละบริบท จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ด้วยอำนาจวิชาชีพแพทย์ที่มีความรู้ทางการแพทย์และมีความเชี่ยวชาญ และเป็นความหวังในการรักษาของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักและด้วยบริบทของพื้นที่เป็นโรงพยาบาลรักษาโรคมะเร็งเฉพาะทาง ผู้ป่วยจะถูกส่งตัวจากที่เดิมเพื่อเข้ามารักษาด้วยการฉายแสงรังสีรักษาแบบประคับประคอง ดังนั้นการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักจะเป็นไปตามอาการและระยะของโรคเพื่อวางแผนการรักษาและเป้าหมายปลายทางของชีวิตซึ่งแต่ละช่วงจะมีการออกแบบสารแตกต่างกัน และเป็นเรื่องที่ควรให้ความสำคัญในการออกแบบสารที่ไม่ได้เพียงเน้นคำสละสลวย แต่เป็นกลวิธีสื่อสารความจริงที่ตรงไปตรงมาแบบมีศิลปะ

ดังนั้นการออกแบบสารหรือประเด็นเนื้อหาเกี่ยวกับความตาย บุคลากรทางสุขภาพจะไม่ใช้คำพูดข้อความที่ทำให้ผู้ป่วยฟังแล้วไม่สบายใจหรือสิ้นหวัง เช่นคำว่า “ตาย” แต่จะใช้คำที่หลากหลาย ได้แก่คำว่า “ออกเดินทาง” “เส้นทางสงบ” “เส้นทางของชีวิต” “เป็นไปได้หลาย” หรือคำว่า “ระยะสุดท้าย” ที่แพทย์มักใช้คำว่า “มีการแพร่กระจาย” คำว่า “มะเร็ง” ก็มักใช้คำว่า

“เนื้อร้าย” หรือแม้แต่คำว่า “สู้ ๆ” จะเปลี่ยนใหม่ว่า “การอยู่กับมันอย่างมีความสุข” ทั้งนี้การออกแบบสารสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ดีในด้านบวก ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ความกลัว ความรู้สึกร่างกาย ให้บรรเทาลงได้

ทั้งนี้ไม่เพียงแต่บุคลากรทางสุขภาพเท่านั้นที่จะเป็นผู้ออกแบบสารได้ ผู้ป่วยเองก็สามารถเป็นผู้ส่งสารและออกแบบสารมายังบุคลากรทางสุขภาพได้เช่นกัน เช่น การฉายแสงรังสีรักษาที่เป็นครั้งสุดท้าย ผู้ป่วยจะเรียกว่า “แสงสุดท้าย” ซึ่งนอกจากจะสื่อได้ถึงความหมายของการอดทนรอคอยแล้ว ยังมีความหมายแฝงในใจของผู้ป่วยถึงความหวังในการรักษาจากแพทย์ที่แม้เป็นระยะสุดท้ายก็ยังมีความหวังในแสงสุดท้ายที่เหลืออยู่

2) การใช้วัจนภาษา

แนวทางการสื่อสารการดูแลแบบประคับประคองที่สำคัญ คือ เทคนิคการสื่อสารเชิงวัจนภาษา (non-verbal language) ในขณะที่การสื่อสารที่เป็นวัจนภาษา (verbal language) ที่เกิดขึ้นพร้อมกันตามธรรมชาติโดยอัตโนมัติเสมอกับผู้ป่วย บุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพควรสื่อสารไปพร้อมกับสีหน้าแววตาที่ยิ้มแย้มแจ่มใส แสดงความจริงใจและพร้อมรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจอาจแสดงออกด้วยการสัมผัสมือไปด้วย ขณะที่ในการสื่อสารที่แสดงออกทางอารมณ์ด้วยสีหน้าฉุนเฉียว หรือคิ้วขมวด จากอารมณ์ภายในของบุคลากรทางสุขภาพที่เหนื่อยจากงานหรือจากครอบครัว สามารถแสดงออกถึงวัจนภาษาที่บุคลากรทางสุขภาพต้องระมัดระวังเนื่องจากผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ถึงสีหน้าแววตาท่าทาง และ ท่าที อารมณ์ของบุคลากรทางสุขภาพที่สื่อสารกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

1.3.4 บทบาทหน้าที่และบุคลิกผู้ส่งสาร

แนวทางการสื่อสารการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก โดยปกติทั่วไป แพทย์เป็นผู้ส่งสารหลัก และมีบทบาทมากที่สุดในการรักษาผู้ป่วย ด้วยอำนาจวิชาชีพแพทย์ที่มีความรู้ทางการแพทย์และมีความเชี่ยวชาญ หากแพทย์ขาดปัจจัยเรื่องประสบการณ์การทำงาน ขาดความเชื่อเรื่องชีวิตและความตาย และขาดความรู้เรื่อง การดูแลแบบประคับประคองก็จะทำให้มีผลต่อความเข้าใจในการ โน้มน้าวถ่ายทอดเนื้อหา การออกแบบสารไปยังผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้ไม่เต็มที่ ซึ่งจะต้องใช้เวลาในการสั่งสมประสบการณ์ จึงจะทำให้เป็นผู้ส่งสาร หรือแพทย์สื่อสารมีประสิทธิภาพได้

ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะวิชาชีพแพทย์ แพทย์รังสีรักษา หรือแพทย์เฉพาะทางอื่นๆ จึงควรมีบทบาทเป็นผู้ส่งสารที่ให้เวลากับผู้ป่วยมากขึ้นเพื่อรับรู้เรื่องราวและสามารถเติมเต็มชีวิตผู้ป่วยในการรักษาระยะสุดท้ายด้วยการตายดี บุคลิกลักษณะของแพทย์แม้ด้วยวิชาชีพที่แสดงถึงอำนาจทางความรู้มากที่สุดโดวิชาชีพอื่นๆ แต่หากสามารถปรับบุคลิกภาพ

การแสดงออกของแพทย์ให้สามารถเป็นลักษณะเป็นผู้แนะนำ ผู้ให้การปรึกษามากกว่าการสอนหรือสั่ง เน้นลักษณะแบบเพื่อนช่วยแก้ปัญหาผู้ป่วยได้ ก็จะทำให้การดำเนินการรักษาต่างๆ เป็นไปด้วยดีมากกว่าการยึดอำนาจทางความรู้ในอาชีพแพทย์เป็นหลักสำคัญเพียงอย่างเดียว โดยปรับบทบาทยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งคงต้องใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติงานระยะหนึ่งจนเกิดการเรียนรู้และใคร่ครวญในเรื่องชีวิตและความตายของผู้ป่วย

ด้วยเหตุที่การแสดงออกในบุคลิกลักษณะของผู้ส่งสารในแต่ละวิชาชีพจะมีความแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นภาษาพูดและภาษากาย ที่แสดงออกทางสีหน้า แววตา อากา ร ท่าทาง และน้ำเสียง โดยอัตโนมัติตามธรรมชาติของการปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรทางวิชาชีพต่างๆ ร่วมด้วย ขณะที่วิชาชีพอื่น เช่น พยาบาล นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ จะมีบทบาทหน้าที่ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักด้วยบุคลิกการสื่อสารที่แสดงออกมาในฐานะผู้ส่งสารแตกต่างกัน ดังนี้

พยาบาล ผู้มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ควรใช้เวลาที่มีอยู่ให้คุ้มค่าที่สุดในการสร้างความสัมพันธ์และแสดงออกด้วยความจริงใจในการให้ความช่วยเหลือทุกรูปแบบ โดยเฉพาะการสื่อสารที่มีเทคนิคความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย และการออกแบบสารเพื่อให้เกิดความสบายใจมากที่สุดทุกครั้งที่ได้พบและสื่อสารกับพยาบาล และเพื่อเป้าหมายการค้นหาความปรารถนาครั้งสุดท้ายของผู้ป่วยเพื่อทีมสหวิชาชีพ ได้ช่วยจัดการให้ผู้ป่วยในระย ะสุดท้าย

นักสังคมสงเคราะห์ เป็นผู้คอยให้คำปรึกษา แนะนำและให้ความช่วยเหลือในมิติด้านเศรษฐกิจ และอื่นๆ หากสามารถสื่อสารได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสบายใจที่มีผู้ให้ความช่วยเหลือ ซึ่งต้องมีบุคลิกภาพที่แสดงความเป็นมิตรชอบช่วยเหลือผู้อื่นด้วยความจริงใจไม่หวังผลประโยชน์ และมีความอ่อนน้อมถ่อมตนก็จะสามารถทำให้การสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักบรรลุผลสำเร็จได้

นักจิตวิทยา เป็นผู้มีสนใจแนวคิดพุทธศาสนาและหน้าที่หลักเข้ามาประเมินความเครียดผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก ทำให้มักเจาะจงกับผลประเมินผู้ป่วยมากเกินไป และมุ่งเน้นภาวะจิตใจ ความเครียดผู้ป่วย ทำให้เน้นสื่อสารเรื่องยอมรับความตาย ดังนั้นควรมีทักษะการสื่อสารที่เน้นเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ไม่ใช่ความคิดของตนที่มีหน้าที่การประเมินจิตใจและการยอมรับความตาย ดังนั้นการเข้ามาประเมินความเครียดผู้ป่วย จึงต้องไม่เพิ่มความเครียดให้ผู้ป่วยด้วยการสอบถามเรื่องการยอมรับความตาย หากแต่ควรเข้ามาเพื่อสื่อสารเรื่องราวอื่นๆ ที่ทำให้เกิดความสบายใจ โดยไม่จำเป็นต้องพุ่งเป้าไปเฉพาะเรื่องความตายอย่างเดียว

การไปประเมินทางจิตใจผู้ป่วยทุกครั้งอาจคิดว่าเป็นการไปเยี่ยมเยียนครอบครัวก็จะทำให้มีความผ่อนคลายได้ไม่เช่นนั้นนักจิตวิทยาจะเป็นผู้มีความเครียดมากกว่าผู้ป่วยเสียเอง

1.3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ส่งสารกับผู้รับสาร

แนวทางการสื่อสารสำหรับการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ควรมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สื่อสาร โดยแพทย์กับผู้ป่วย แพทย์ต้องเป็นผู้ส่งสารที่ร่วมทางหรือเคียงข้างผู้ป่วย ให้คำปรึกษาและคำแนะนำการรักษา ซึ่งแจ้งอาการโรคได้อย่างชัดเจน หากแต่เมื่อผู้ป่วยถามถึง แพทย์ย่อมสื่อสารโอกาสหายและโอกาสตายนั้นอย่างตรงไปตรงมาไม่ใช่คำสละสลวยเกินไปจนเป็นความหวัง แต่ต้องสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสวางแผนชีวิต แพทย์จึงเป็นเหมือนเพื่อนที่จริงใจกับผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ข้อค้นพบสำคัญคือ การสื่อสารกับผู้ป่วยมะเร็งควรเป็นการสื่อสารแบบเพื่อน (companion) เป็นอีกแนวทางหนึ่งในมุมมองที่แตกต่างจากที่ผ่านมา เช่น วัฒนธรรมในชุมชนที่นิยมไปมาหาสู่พูดคุยกับเพื่อนบ้านแบบเยี่ยมเยียนเพื่อน ถามสารทุกข์สุขดิบ โดยอาศัยการสร้างความสัมพันธ์ (relationship) เป็นหลัก ซึ่งเทียบได้กับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย (home visited) ในปัจจุบัน ก็เป็นการสื่อสารอีกแนวทางหนึ่งที่พัฒนาความสัมพันธ์นอกโรงพยาบาล ทำให้บุคลากรทางสุขภาพได้เข้าถึงและมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงเพื่อนร่วมวิชาชีพที่หลากหลาย เช่นกันที่ต้องอาศัยความสัมพันธ์ที่ดีเพื่อเกิดความร่วมมือในการทำงานตามความต้องการของผู้ป่วย

อย่างไรก็ตามในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ ผู้ดูแลหลักจะเป็นผู้สื่อสารแทน ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจึงต้องสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ดูแลหลักด้วยการสื่อสารวางแผนรักษาล่วงหน้าผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองให้ผู้ดูแลหลักเข้าใจและสามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

1.3.6 บริบทพื้นที่โรงพยาบาล และ อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ด้วยบริบทของพื้นที่การรักษาโรคมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตของโรงพยาบาลพื้นที่กรณีศึกษานี้ได้กำหนดขอบเขตและนโยบายการรักษาไว้อย่างชัดเจน สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาจะต้องผ่านการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลดังกล่าวจะไม่มีเครื่องช่วยพยุงชีพใดๆ เพื่อยื้อชีวิต ซึ่งไม่จำเป็นต้องจัดทำเอกสารการไม่ขอรับบริการใดๆ ทางสาธารณสุข (living will) ดาลักษณ์อักษร แต่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักต้องยอมรับกระบวนการดังกล่าวจึงสามารถเข้ารับการรักษาได้ เนื่องจากการรักษาอาการ และการพยาบาลที่นี่ เป็นเพียงการรักษาด้วยการฉายแสงรังสีตามอาการแบบประคับประคองตามที่ได้วางแผนรักษาร่วมกันไว้ รวมถึงให้ยาลดปวดชนิดต่างๆ โดยจะไม่มีกร

เจาะคอ ป้อนหัวใจ ใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักต้องรับรู้และลงนามยินยอมการรักษา แพทย์จึงทำการรักษาและเป็นที่รับทราบทั่วกันก่อนจึงรับเข้ารักษาตัวตั้งแต่บริบทแรก

บริบทในพื้นที่โรงพยาบาลที่ให้การรักษาเป็นปัจจัยสำคัญต่อแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งนี้แม้ในบริบทพื้นที่การรักษาในโรงพยาบาลที่บางแห่งมีหรือไม่มี การดูแลแบบประคับประคองก็ตาม ขึ้นอยู่กับบุคลากรทางสุขภาพแต่ละวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์ที่สามารถประกอบสร้างความหมายความตาย และกระบวนการสื่อสารความตายที่แตกต่างกันไป จึงยอมทำให้แนวทางการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักแตกต่างกันไป แต่ละบุคคล

ขณะที่ในบริบทพื้นที่โรงพยาบาลที่เน้นการดูแลแบบประคับประคองจะคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกันด้วยการดูแลที่คำนึงถึงคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่วางแผนล่วงหน้าให้ตนเอง สามารถเลือกแผนการรักษาที่บ้าน หรือที่โรงพยาบาลได้ สามารถบอกความต้องการหรือความปรารถนาครั้งสุดท้ายของชีวิตหรือได้ทำความฝันที่ปรารถนาก่อนความตายมาถึงได้

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลหลักแล้วไม่ว่าจะอยู่ในบริบทใด แนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ควรจะเป็นคือ บุคลากรทางสุขภาพมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักเป็นจุดเริ่มต้นด้วยการสื่อสารพูดคุยแบบสุนทรียสนทนา (dialogue) สร้างความไว้วางใจ สามารถเป็นกุญแจไขความลับในใจที่เป็นความต้องการสุดท้ายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยเริ่มต้นจากการฟังอย่างตั้งใจ อย่างเข้าใจ เห็นอกเห็นใจในเรื่องราวของผู้ป่วยที่ต้องการเล่าให้กับแพทย์หรือบุคลากรทางสุขภาพฟัง ซึ่งเป็นเทคนิคในการสื่อสารพูดคุยกับผู้ป่วยเบื้องต้น สามารถสื่อสารเนื้อหาให้กับผู้ป่วยได้อย่างแยบยลทำให้เกิดทักษะในการคิดสร้างสรรค์เนื้อหาสารด้วยการออกแบบสารที่จริงใจ และไม่กระทบอารมณ์ความรู้สึกผู้ป่วย

2. อภิปรายผล

การสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก ผู้วิจัยขออภิปรายผลตามประเด็นที่เป็นข้อค้นพบงานวิจัยตามวัตถุประสงค์ได้แก่ 1) การประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก 2) กระบวนการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก และ 3) แนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก รายละเอียดดังนี้

2.1 การประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลัก

กลุ่มบุคลากรทางสุขภาพแต่ละวิชาชีพ ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก มีการประกอบสร้างความหมายความตายที่แตกต่างกันไปตามมุมมองต่างๆ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า แม้แต่ในความเป็นแพทย์เหมือนกันยังให้นิยามความหมายความตายต่างกัน โดยแพทย์มีการประกอบสร้างความหมายความตายตามความรู้ดั้งเดิมที่ได้รับตามหลักการที่เป็นพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ คือ หัวใจหยุดเต้นเท่านั้น แต่เมื่อแพทย์อีกคนได้มีความรู้เพิ่มเติมจากความสนใจในความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบกับการสะสมประสบการณ์การทำงาน ทำให้มีการประกอบสร้างความหมายความตายที่แตกต่างกัน รวมทั้งบริบทของโรงพยาบาลพื้นที่กรณีศึกษาที่เน้นการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้แพทย์ต้องให้ความสำคัญและมีความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งส่งผลให้ความหมายความตายแพทย์เปลี่ยนไปจากเดิมที่มองความตายเพียงมิติวิทยาศาสตร์มิติเดียว ดังที่ Berger & Luckman (1967) ระบุว่า ความรู้ในชีวิตประจำวันนั้นได้ถูกประกอบสร้างขึ้นในลักษณะความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีความเกี่ยวเนื่องกัน มีบางส่วนของความรู้ปฏิบัติที่ตามความสนใจ ขณะที่ความรู้อื่นๆ เป็นเพียงสถานการณ์ทั่วไปในสังคม

สำหรับวิชาชีพอื่นๆ ได้แก่ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา มีการประกอบสร้างความหมายความตายตามความรู้ที่ได้รับมาจากแหล่งต่างๆ ในบทบาทแต่ละวิชาชีพและตามความสนใจในทิศทางเดียวกัน โดยเฉพาะมุมมองทางศาสนาเป็นหลัก ซึ่งในแต่ละวิชาชีพมีความเชื่อว่า ความรู้ที่ได้รับและสะสมมาไม่จำเป็นต้องยึดหลักพิสูจน์ได้ด้วยวิทยาศาสตร์เท่านั้น ทำให้ความรู้ที่ได้รับเข้ามาตามวิชาชีพและความสนใจจากแหล่งต่างๆ มีความหลากหลาย โดยเฉพาะทางพุทธศาสนา ความเชื่อเรื่องภพหน้าหลังความตายที่เป็นการสะสมความรู้มาอย่างยาวนานในสังคมไทยที่มีการปฏิบัติและแสดงออกในชีวิตประจำวัน ก็ย่อมทำให้การประกอบสร้างความ

หมายความตายของวิชาชีพดังกล่าวแตกต่างจากแพทย์ที่เน้นการพิสูจน์ด้วยหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เท่านั้น ดังที่ Berger & Luckmann (1967, p.1,23,41-42) ระบุว่า การสร้างความเป็นจริงในสังคม เป็นแนวคิดที่อธิบายถึงความเป็นจริง (reality) เกิดขึ้นจากการสะสมความรู้ในชีวิตประจำวัน และถูกยอมรับโดยปริยายว่าเป็นความเป็นความจริงที่ไม่ต้องพิสูจน์ใดๆ ซึ่งความรู้ในชีวิตประจำวันยังได้ถูกประกอบสร้างขึ้น และการสะสมความรู้ก็ยังถูกประกอบสร้างโดยจะถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น และจะถูกนำมาใช้ในชีวิตประจำวัน อาจจะเป็นความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับสถานการณ์ของตน รวมถึงข้อจำกัดต่างๆ ในแต่ละสถานการณ์ เหล่านี้ล้วนเป็นการสะสมความรู้จนเป็น “คลังความรู้” ในชีวิตแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นทั้งความรู้ที่เป็นสูตรสำเร็จและความรู้ที่ถูกจำกัดการใช้ความสามารถในการแสดงออกในชีวิตประจำวันแตกต่างกันไปแต่ละบุคคล เช่นเดียวกับบุคลากรทางสุขภาพ 5 วิชาชีพที่มีการสะสมความรู้จากแหล่งต่างๆ ต่างกันย่อมแสดงออกแตกต่างกัน

สำหรับการประกอบสร้างความหมายความตายของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีมุมมองนิยามความหมายความตาย คือความตายเป็นเรื่องปกติ เป็นธรรมชาติ มีเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดาและยังมีภพหน้ารออยู่ รวมทั้งปัจจัยเรื่องการดูแลแบบประคับประคองที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักต้องการการดูแลรักษาตามอาการที่ไม่ทุกข์ทรมาน ด้วยการมีประสบการณ์การเจ็บป่วยมายาวนาน หรือพบเห็นเรื่องราวความเจ็บป่วยและความตายจากญาติพี่น้อง ผู้ป่วยมะเร็งจึงพบกับวิธีการรักษาต่างๆ จนคุ้นชินตามความรู้ที่มีอยู่ในชีวิตประจำวัน ดังนั้นในมิติความหมายความตายของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก บางคนอาจให้ความหมายว่า “ขอให้ตายดี” ขณะที่บางคนอาจบอกว่า “ถึงอย่างไรหากเป็นไปได้ขอให้ยังไม่ตาย”

ขณะเดียวกันผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ต้องรักษาตัวและร่วมรับรู้อาการตลอดการรักษา ย่อมมีความรู้สึกหวาดกลัวความตายในช่วงแรกการรับรู้ แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไป ความรู้สึกกลัวนั้นจะเบาบางลงตามเวลาในการเรียนรู้ ยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้นไปพร้อมๆ กับการรักษา โดยเฉพาะใช้หลักทางศาสนาเข้าช่วยข่มความกลัวภายในจิตใจสามารถยอมรับตามมุมมองศาสนามองความหมายความตายเป็นเรื่องธรรมดา เป็นธรรมชาติได้ หากแต่ภายในจิตใจลึกๆ ของผู้ป่วยมะเร็งทุกคนและผู้ดูแลหลักเองย่อมมีความหวังการรักษาไม่ว่าจะด้วยทางใด ทั้งจากการรักษาการแพทย์โดยตรง โดยเฉพาะจากสิ่งที่มองไม่เห็นแต่เป็นความเชื่อของความรู้ที่ปฏิบัติกันมายาวนานจากรุ่นสู่รุ่นผ่านพิธีกรรมการบนบานขอพรผ่านพิธีกรรมร่างทรงในครอบครัวที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

ดังงานวิจัยของ กัญญ์ฐิตา ศรีภา (2554) เรื่อง “ประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา” พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรับรู้ภาวะใกล้ตายใน 2 ลักษณะคือรับรู้ตามจริง และรับรู้เพียงบางส่วน ซึ่งมีผลต่อการให้ความหมายชีวิตในภาวะใกล้

ตายของผู้ป่วยใน 5 ลักษณะ ได้แก่ เป็นมะเร็งหนีไม่พ้นความตาย ภาวะใกล้ตายท่ามกลางความทุกข์ทรมาน ภาวะใกล้ตายกับภาระที่ต้องดูแล ภาวะที่ไม่ปกติหรือแปลกแยก และความทุกข์ใจกับภาวะใกล้ตาย และให้ความหมายความตายใน 5 ลักษณะ ได้แก่ ความตายทำให้พลัดพราก ความตายทำให้ต้องพลาดหวัง ความตายทำให้หลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน ความตายเป็นเรื่องปกติธรรมดา และความตายเป็นเรื่องไม่แน่นอน ไม่แน่ว่าจะตายหรืออยู่ โดยการให้ความหมายความตายและชีวิตในภาวะใกล้ตายนี้เป็นการให้ความหมายที่ไม่ตายตัว มีการแปรเปลี่ยนไปตามกาลเวลาหรือช่วงเวลา ในขณะที่การให้ความหมายของการมีชีวิตในภาวะใกล้ตายจะเชื่อมโยงกับการให้ความหมายความตายกับบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ส่วนความคาดหวังกับชีวิตที่เป็นอยู่ในภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยจะมีความคาดหวังในเรื่องต่างๆ ได้แก่ หวังปาฏิหาริย์ให้ช่วยอยู่ต่อไป ไม่มี ความคาดหวัง ปล่อยให้ไปตามเวรกรรม คาดหวังความชัดเจนจากทีมสุขภาพ คาดหวังผลการรักษา ฯลฯ โดยสรุปผู้ป่วยมีการเผชิญหน้ากับความตายและภาวะใกล้ตายในลักษณะต่างๆ ได้แก่ ปฏิเสธที่จะรับรู้สิ่งที่เป็นและความตาย เลือกความตายเป็นหนทางหลีกเลี่ยงปัญหา ต่อรองกับความเจ็บป่วยและความตาย ยอมรับและพร้อมเผชิญความตาย

หากแต่งงานวิจัยชิ้นนี้ของนักศึกษาผู้วิจัยได้ค้นพบว่า การประกอบสร้างความหมายความตายนอกจากจะไม่ตายตัว มีการแปรเปลี่ยนไปตามกาลเวลาแล้วยังขึ้นอยู่กับบริบทพื้นที่อีกด้วย ทั้งนี้ยังพบว่ายังมีปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่สำคัญในการประกอบสร้างความหมายความตายของผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้การดูแลแบบประคับประคองที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นการดูแลแบบไม่ทรมาน รูปแบบการดูแลของพื้นที่ที่รณศึกษาที่เน้นการประชุมครอบครัวโดยให้ผู้ป่วยได้วางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้าโดยพื้นที่ที่รณศึกษาไม่มีอุปกรณ์การพุงชีพเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อนผู้ป่วยข้างห้องในพื้นที่ที่รณศึกษา เพศและอายุของเพื่อนผู้ป่วยข้างห้อง และความรุนแรง/ระยะของโรค โดยเฉพาะประสบการณ์ของแพทย์ที่เป็นเครื่องมือสำคัญที่แพทย์แต่ละคนจะสามารถเรียนรู้และปรับเปลี่ยนนำมาใช้กับผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างเหมาะสม ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งได้ทำความเข้าใจและค่อยๆ ยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้น และให้ความหมายความตายเป็นเรื่องธรรมชาติที่ทุกคนต้องประสบพบเจอ โดยให้ความสำคัญกับโลกหลังความตายที่มีการเดินทางต่อในภพหน้า เป็นต้น

โดยเฉพาะประเด็นเรื่องของความหวังที่งานวิจัยชิ้นนี้ต่างออกไปจากที่ผ่านมาด้วยการยึดถือในสิ่งที่มองไม่เห็นแต่เป็นความเชื่อของความรู้ที่ปฏิบัติกันมายาวนานจากรุ่นสู่รุ่นผ่านพิธีกรรมการบนบานหรือขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือเพื่อต่อรองกับโรคร้ายที่ไม่เพียงผู้ป่วยเท่านั้น ผู้ร่วมทางที่สำคัญตลอดเส้นทางคือ ผู้ดูแลหลักถือเป็นคนใกล้ชิดกับผู้ป่วยมะเร็งมากที่สุด มีความรักเข้าใจ และหวังดีกับผู้ป่วยที่สุด ซึ่งผู้ดูแลหลักมีการประกอบสร้างความหมายความตายที่ไม่แตกต่าง

ไปจากผู้ป่วย ที่มีการประกอบสร้างความหมายทั้งนิยามความหมายความตาย และมุมมองต่างๆ หากแต่ในมุมมองของผู้ดูแลหลักเป็นผู้สูญเสีย และจะต้องมีชีวิตอยู่ต่อไป ดังนั้นจะเป็นผู้รับความรู้สึกต่างๆ ประปนกันทั้งความรัก ความโศกเศร้า ความเสียใจ ความผูกพัน ความคิดถึง ภายหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ดังที่ Berger & Luckman (1967, p. 45) ระบุว่า องค์ประกอบที่สำคัญของความรู้ในชีวิตประจำวัน คือ ความรู้ที่เป็นโครงสร้างที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ เช่น ตัวผู้ป่วยย่อมมีความรู้ด้านศาสนา ความเชื่อศรัทธาสิ่งที่ไม่เห็น แต่ผู้ป่วยมองเห็นว่าสามารถช่วยเหลือความป่วยของตนได้ โดยเฉพาะเป็นที่ยึดเหนี่ยวภายในจิตใจ หรือแม้แต่ในด้านเศรษฐกิจของครอบครัวที่ผู้ป่วยยอมรับรู้ดีมากกว่าแพทย์ที่รักษาด้วยแพทย์มุ่งแต่การรักษาทางร่างกาย และญาติผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาจิตใจของผู้ป่วยมากกว่าพยาบาล หรือความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เป็นต้น

ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ เปรมใจ วงศิริไพศาล (2545) ศึกษาเรื่อง “ความตายและทัศนคติในการเตรียมตัวตายของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชุมชนแออัดคลองเตย กรุงเทพมหานคร” พบว่า มีการให้ความหมายของความตายแตกต่างกันระหว่างศาสนาและการแพทย์ ซึ่งมีผลต่อความเชื่อและท่าทีของคนไทย ส่วนหนึ่งเชื่อว่า ชีวิตไม่ได้สิ้นสุดที่ความตาย และเห็นว่าการตายเป็นเพียงปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ ทำให้ไม่ปฏิเสธความตาย ต่างจากทัศนคติทางการแพทย์ที่ต้องการเอาชนะความตาย และเห็นว่าชีวิตสิ้นสุดที่ความตาย หากแต่งานวิจัยของผู้วิจัยต่างออกไปที่ความตายไม่ได้เฉพาะเจาะจงที่ผู้สูงอายุเท่านั้น หากแต่ผู้ป่วยมีหลายหลายเพศและวัย ซึ่งเป็นไปตามภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่มีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปทำให้กระบวนการทางการแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยก็เปลี่ยนตามไปด้วย และงานวิจัยของวรรณรัช (2556) ศึกษาเรื่อง “มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงภายใต้การดูแลแบบประคับประคอง” พบว่า การใช้ชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคร้ายแรงตั้งแต่ช่วงขณะเจ็บป่วยจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิตได้รับอิทธิพลมาจากมุมมองความคิดเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายซึ่งมุมมองดังกล่าวของผู้ป่วยเป็นผลมาจากปัจจัยที่หลากหลาย เช่น ปัจจัยสังคม การกำหนดความหมายของความตายตามระบบวัฒนธรรม รูปแบบการดูแลรักษา ความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่และอื่นๆ ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งปัจจัยที่สำคัญต่อมุมมองความคิด การใช้ชีวิต และการปรับตัวของผู้ป่วยมากที่สุดคือ ปัจจัยด้านรูปแบบการดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองจากทีมสุขภาพและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอจะสามารถใช้ช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตไปกับการเตรียมพร้อมที่จะเข้าสู่ความตายได้อย่างมีคุณค่าทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เมื่อเตรียมพร้อมแล้วทุกด้านจะทำให้ผู้ป่วยหมดห่วง ปลดปล่อยวางเกิดความสงบทางจิตใจและจากโลกนี้ไปได้อย่างสุขสงบ ซึ่งเป็นไปตามกระบวนการแพทย์แบบนิเวศน์สังคมในปัจจุบันที่เน้นดูแลผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวม ทั้งกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ

ขณะที่ด้านของผู้ดูแลหลักเองก็รับรู้ความหมายไม่ต่างไปจากผู้ป่วยมะเร็ง หากแต่ผู้ดูแลหลักมีความหมายอยู่ที่ความสัมพันธ์ภายในของตัวบทมากกว่าในด้านการใช้ความรู้สึก ร่วมกับความตายของผู้ป่วยที่หมายถึง ความโศกเศร้า ความเสียใจ การหายใจ ความผูกพัน ความคิดถึง ความอาวรณ์ ฯลฯ และความหมายยังอยู่ที่ตัวบทกับบริบทแวดล้อมคือ การเข้ารับการรักษาในบริบทโรงพยาบาลดังกล่าวที่เน้นการดูแลแบบประคับประคองเพื่อการตายดี เน้นการทำความเข้าใจในการทำเอกสารพินัยกรรมชีวิตไม่รับบริการทางสาธารณสุขก่อนกระบวนการรักษา ทำให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถยอมรับความตายและมีการประกอบสร้างความหมายความตายแบบประคับประคองเพื่อการตายดีได้ในที่สุด ดังงานวิจัยของจรรยา ชำรัมย์ (2547) ที่ศึกษา “ประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม” พบว่า ความเศร้าโศกของผู้ดูแลมี 2 ความหมายคือ 1) ความเศร้าโศกที่มีผลต่อจิตใจและร่างกาย และ 2) ประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลซึ่งมี 2 ประเด็นคือ (1) ประเด็นการปรับตัวประกอบด้วยระยะก่อนการสูญเสีย ระยะแรกเมื่อมีการสูญเสียและระยะยังหลังผ่านความเศร้าโศก กับ (2) ประเด็นการสูญเสียรายได้ เป็นต้น

ผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องงานวิจัยที่ผ่านมา ดังนี้ งานวิจัยของ จิตใจ ศิริโส (2559) ที่ศึกษา “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล ซึ่งศึกษาตัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแล” พบว่า หากผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับความรัก ความอบอุ่น การดูแลเอาใจใส่ที่ดีจากบุคคลในครอบครัว ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง ไม่โดดเดี่ยว มีกำลังใจและสามารถเผชิญกับความตายได้ โดยมีคุณภาพการตาย คือ การตายที่เป็นอิสระจากความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัวโดยสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย จริยธรรม ความเชื่อ วัฒนธรรมและประเพณี เช่นเดียวกับการศึกษาของ วัลภา ทรงคุณ (2556) ที่ศึกษาการตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า การตายดี คือ การตายที่ปราศจากความทุกข์ทรมาน ซึ่งปัจจุบันผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจไม่ว่าจะเป็นอาการปวด อ่อนเพลีย ซึมเศร้า วิตกกังวล เป็นต้น

ประเด็นสำคัญงานวิจัยชิ้นนี้ยังพบว่า มุมมองทางศาสนาเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักนำมาใช้ในการประกอบสร้างความหมายความตายในทางบวก เน้นการทำให้กำลังใจและข่มความกลัวในระยะแรกจนค่อยๆ คุ่นชินยอมรับและมีความพร้อมรับการตายอย่างสงบ ดังที่ ไสรัจจ์ หงส์ดารมย์ (2559) ระบุว่า ความตายเป็นประเด็นสำคัญของศาสนาทุกศาสนา ในฐานะสถาบันสังคมมีชุดคำอธิบายเกี่ยวกับความจริง ความดี ความงาม และแบบแผนปฏิบัติที่นำไปสู่ความสงบสุขของชีวิตส่วนตัวและสังคมล้วนเกี่ยวพันเชื่อมโยงทางใดทางหนึ่งต่อโลกหลังความตาย สอดคล้องกับ Berger & Luckmann (1967, p.40) ระบุว่า การเปรียบเทียบโลกทางศาสนา

และโลกของความฝันที่ถือเป็นความจริงในชีวิตประจำวันอีกด้านหนึ่งที่ทุกคนต้องกระโจนเข้าไป เนื่องด้วยความหมายของความฝันได้ถูกกำหนดอยู่ในแบบแผนของชีวิตประจำวัน เท่ากับนำเอาความจริงที่ไม่ปะติดปะต่อกันของความฝันเข้าไปอยู่ในวงล้อมของความจริง ความฝันจึงมีความหมายในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน และภายใต้การสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เป็นไปตามสถานการณ์ที่มีการเผชิญหน้าย่อมมีการต่อรองตลอดเวลา ตามการสะสมความรู้ในคลังความรู้และประสบการณ์ของแต่ละคน

ดังนั้นการยึดหลักศาสนาของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักจึงเป็นการต่อรองโรคร้ายที่เป็นอยู่ด้วยความหวังให้อาการดีขึ้นหรือหายจากโรค ดังที่งานวิจัยของนิตยา เหล่าบุญเกื้อ (2550) ทำการศึกษา “ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและพลวัตรของมุมมองต่อความตายระหว่างแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยระยะท้ายและญาติ” พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักจะใช้ศาสนาเป็นหลักเข้าช่วยข่มความกลัวเป็นที่พึ่งภายในจิตใจด้วยการไหว้พระ ทำบุญ ใสบาตรเป็นประจำ ขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์บนบานศาลกล่าวกับทุกเทพที่ตนนับถือตามธรรมเนียมปฏิบัติด้วยความหวังในการรักษาต่อไป

ผลการวิจัยชิ้นนี้ยังพบว่า การสั่งสมความรู้ และมีประสบการณ์การทำงานของบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะการมีความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองผ่านการเรียนรู้จากความเป็นจริงในชีวิตประจำวัน ย่อมมีผลต่อการประกอบสร้างความหมายความตาย ดังที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญกล่าวว่า “การมีประสบการณ์ต่างๆ ของแพทย์นั้นถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญ ซึ่งประสบการณ์ต่างๆ เหล่านี้ที่เข้ามาในการปฏิบัติงานของแพทย์เป็นสิ่งที่มาทำให้แพทย์เกิดการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมได้ หากบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์นั้นได้นำมาเรียนรู้ เกิดความเข้าใจจนถึงระดับไคร่ครวญ หรือภาวนา” ซึ่งจะนำไปตามที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคองกล่าวไว้หรือไม่ขึ้นอยู่กับแพทย์และบุคลากรทางสุขภาพแต่ละคนแต่ละวิชาชีพจะนำความรู้และประสบการณ์นั้นมาเป็นความรู้ที่ผ่านการสะสมไว้และเห็นว่าเป็นประเด็นสำคัญจนเรียกว่าเป็นคลังความรู้เชิงสังคมของแต่ละคน

ดังที่ Berger & Luckmann (1967, p.41, 42) ได้กล่าวถึงคลังความรู้เชิงสังคม หมายถึง ความรู้ที่ผ่านการสะสมจากแหล่งต่างๆ การสะสมนี้ถูกประกอบสร้างโดยจะถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น และจะถูกนำมาใช้ในชีวิตประจำวัน อาจจะเป็นความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ของตนเอง รวมถึงข้อจำกัดต่างๆ ในแต่ละสถานการณ์ เหล่านี้ล้วนเป็นการสะสมความรู้จนเป็น คลังความรู้ในชีวิตแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตามความรู้เหล่านั้นมีทั้งที่เป็นสูตรสำเร็จ และความรู้ที่ถูกจำกัดการใช้ความสามารถในการแสดงออกในชีวิตประจำวัน

นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักก็เช่นกัน ล้วนประกอบสร้างความหมายความตาย ตามสถานการณ์ที่ผ่านการรักษาในแต่ละสถานการณ์ ทำให้เกิดการสะสมความรู้จน

เป็นความรู้ในคลังความรู้ของตน โดยไม่รู้ตัว ดังที่ Fisher, BA.; & Adams KL. (1994, p.45,-91) ได้นำเสนอปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้และการให้ความหมายซึ่งเป็นแนวคิดที่คล้ายกับ Berger & Luckmann (1967) ว่าการรับรู้และให้ความหมายของแต่ละคนจะเลือกมาเฉพาะบางส่วนมาตีความ และจากประสบการณ์ที่แต่ละคนเคยประสบ โดยมักแปลความหมายของสิ่งที่รับรู้ไปตาม ประสบการณ์ในอดีตของตน

ดังกรณีตัวอย่างผู้ป่วยคนนี้ระบุว่า “...หนูกลัวฉายแสงตอนแรกเลยไม่มารักษาต่อ กลัวร้อนเพราะได้ยินคนพูดให้ฟังเยอะมาก พอมารักษาก็ไม่มีอะไร รู้ขึ้นมาตั้งแต่แรกแล้ว ตอนนี่คิด อย่างเดียวอยากลุก อยากเดินได้อยากกลับไปหาของ อยากกลับบ้านจะได้ไปหาของออนไลน์...” (ผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่สนาม B1, สัมภาษณ์, 2 ธันวาคม 2563) สามารถอธิบายตามแนวคิด Berger & Luckman (1967) ซึ่งให้เห็นว่า ผู้ป่วยคนนี้รับรู้โรคและผ่านการรักษาในแต่ละสถานการณ์ทำให้ ได้รับความรู้ต่างๆ ซึ่งเป็นความรู้ในสถานการณ์ของตนเองและความรู้ที่ได้รับ ทำให้เกิดการสะสม ความรู้จนเป็นความรู้ในคลังความรู้ของตนทำให้เกิดความกลัวร้อนจากการได้ยินคนพูดถึงการฉาย รังสีในทางลบในสถานการณ์นั้นๆ ดังที่ G.H. Mead โดยมีแก่นความคิดหลักในประโยชน์ของ Schutz กล่าวไว้ว่า “โลกแห่งความจริงในชีวิตประจำวันของเราทุกคนล้วนแต่เป็นอัตวิสัยร่วม (intersubjectivity) ที่เกิดขึ้นจากการประกอบสร้าง (construction) ระหว่างความเป็นจริงที่หยาบยื่นมาจากคนอื่น บวกผสมกับความเป็นจริงที่เราสร้างขึ้นมาเอง” (กาญจนา แก้วเทพ, 2550, น. 7-31) รวมทั้ง Berger & Luckmann (1967, p. 45) ย้ำว่า องค์ประกอบที่สำคัญของความรู้ในชีวิตประจำวัน คือ ความรู้ที่เป็น โครงสร้างที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ

สรุปผลการวิจัยชิ้นนี้ชี้ให้เห็นว่า บุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ดูแลหลัก ต่างมีการประกอบสร้างความหมายความตายตามความรู้ของแต่ละคนที่มีมา และที่ได้รับความรู้มา ในแต่ละสถานการณ์ต่างๆ ทั้งจากความสนใจ และการสั่งสมประสบการณ์ทั้งจากการทำงานใน บุคลากรทางสุขภาพ และประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วย และประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแล หลักตามบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันไปจนเกิดเป็นการสะสมของความรู้เกิดเป็น คลังความรู้เชิง สังคม (The Social Stock of Knowledge) ตามที่ Berger & Luckmann (1967) ได้ระบุว่า ความรู้ใน ชีวิตประจำวันได้ถูกประกอบสร้างขึ้นในลักษณะความสัมพันธ์กันและกัน มีความเกี่ยวเนื่องกัน ดังนั้นองค์ประกอบสำคัญของ “คลังสะสมความรู้” ประการหนึ่ง คือความรู้ในชีวิตประจำวันของ ผู้อื่นมีความสอดคล้องกับความสนใจหรือความต้องการของเราอย่างไร ดังนั้น ความรู้ทั้งหลายใน ชีวิตประจำวันจึงถูกประกอบสร้างในลักษณะของความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทุกอย่างล้วนเกี่ยว โยงกัน บางส่วนของความรู้จึงถูกกำหนดโดยการปฏิบัติที่เกิดขึ้นตามความสนใจตามโครงสร้าง

ความรู้ในชีวิตประจำวันที่ส่วนประกอบสร้างขึ้นแตกต่างกันไปตามเวลาและสถานที่ที่ที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลนั่นเอง

2.2 กระบวนการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก

กระบวนการสื่อสารความตายของโรงพยาบาลกรณีศึกษานั้น ประกอบด้วย 4 ช่วงเวลา ได้แก่ (1) การแรกรับผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับการรักษา (2) การแจ้งอาการโรค และการประชุมทีมสหวิชาชีพ (3) การรักษาโรคไประยะหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งเพื่อเตรียมตัวกลับบ้าน และ (4) การกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน ภายใต้การดูแลรักษาตามแผนที่การดูแล หรือ care map 14 days เป็นกรณีตัวอย่างที่เป็นกรณีศึกษาซึ่งในโรงพยาบาลอื่นๆ อาจจะมีการสื่อสารที่แตกต่างกันไป ซึ่งผลการศึกษา 4 ช่วงเวลานี้ มีรูปแบบการสื่อสารระดับระหว่างบุคคล และระดับกลุ่ม และการสื่อสารทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการที่แตกต่างกันไปตามช่วงเวลาซึ่งล้วนมีกระบวนการสื่อสารความตายและการต่อรอง ตลอดเวลา ดังที่ Berger & Luckmann (1967) ระบุว่า เราต่างไม่สามารถอยู่ได้ในชีวิตประจำวัน หากไม่มีการปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารกับผู้อื่นล้วนมีการเผชิญหน้า (face-to-face) และการต่อรอง (negotiation) ภายใต้การสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมดังกล่าว

ดังนั้นกระบวนการสื่อสารความตายในแต่ละช่วงเวลาระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลักจึงมีการเผชิญหน้าและต่อรองกันตลอดเวลา ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในชีวิตประจำวัน (Social Interaction in Everyday life) ของ Berger & Luckmann (1967, p.28) ระบุว่า การสร้างการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในชีวิตประจำวันที่ต้องมีการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนกับผู้อื่นที่ต่างมีประสบการณ์ในชีวิตประจำวันแตกต่างกันไป ซึ่งความรู้ในชีวิตประจำวันยังได้ถูกประกอบสร้างขึ้นในลักษณะความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีความเกี่ยวเนื่องกันมีบางส่วนของความรู้ปฏิบัติที่ตามความสนใจ ขณะที่ความรู้อื่นๆ เป็นเพียงสถานการณ์ทั่วไปในสังคม ดังที่ Trummer (2005) ได้กล่าวไว้ว่า การติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นที่ยอมรับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญในกระบวนการดูแลรักษาให้มีคุณภาพแต่บริบทรอบๆ ตัวก็มีผลกระทบต่อสื่อสาร เช่น ความเอาใจใส่ของสังคม พฤติกรรมที่แสดงออกหลักเกณฑ์ในการสื่อสารเป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นตลอดเวลาในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มต้นเข้าโรงพยาบาล การผ่าตัด การรักษาตัว และการให้ความรู้เมื่อกลับบ้าน

กระบวนการสื่อสารความตายส่วนใหญ่ในงานวิจัยชิ้นนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการสื่อสารในเรื่องความตายที่มีการใช้ระดับการสื่อสารต่างๆ ที่หลากหลาย ดังบทความวิชาการของคาร์นิ ทัง โฟศาล (2562) ระบุว่า การสื่อสารความตายสามารถอธิบายด้วยระดับการสื่อสารได้แก่ การสื่อสารภายในตนเอง (intrapersonal communication) เป็นการสื่อสารกับตัวเอง เช่นการ

คิดในใจ การพูดกับตัวเอง การเขียนบันทึกประจำวัน ซึ่งรู้คนเดียว การสื่อสารระหว่างบุคคล (interpersonal communication) เป็นการสื่อสารที่เป็นคู่สื่อสาร ผู้ส่งสารและผู้รับสาร การสื่อสารภายในกลุ่ม (group communication) เป็นการสื่อสารที่ปริมาณผู้ส่งสารและผู้รับสารเริ่มมากขึ้น ทำให้การจัดการเรื่องการสื่อสารควบคุมยากขึ้น และการสื่อสารภายในองค์กร (organization communication) เป็นการสื่อสารที่ปริมาณกลุ่มเพิ่มมากขึ้น ต้องใช้กฎระเบียบที่เป็นลายลักษณ์อักษรในการควบคุม ดังนั้นงานวิจัยการสื่อสารความตายที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารในระดับ “คู่สื่อสาร” ซึ่งแต่ละบุคคลสามารถเป็นทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสารได้ในปริมาณค่อนข้างใกล้เคียงกัน เช่น การสื่อสารระหว่างแพทย์กับคนไข้ เปิดโอกาสให้คู่สนทนามีโอกาสพูดคุยถามตอบ และผลัดกันทำหน้าที่ผู้ส่งสาร โดยมีหัวใจสำคัญคือ ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สื่อสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งลักษณะความสัมพันธ์ที่มีพื้นฐานความไว้วางใจ (trust) จะสำคัญมากสำหรับการสื่อสารระหว่างบุคคลนี้กลุ่ม

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันมีผู้ศึกษาให้ความสำคัญกับการสื่อสารในประเด็นเพื่อการเตรียมตัวตายแทบทุกระดับ ดังที่ สมรภัศ์ เจริญศิริสกุล (2563) ระบุว่า คนในสังคมร่วมสมัยสื่อสารเพื่อการเตรียมตัวตายทุกระดับ ตั้งแต่การสื่อสารภายในบุคคล ระหว่างบุคคล การสื่อสารกลุ่มเล็ก กลุ่มใหญ่ และการสื่อสารต่อสาธารณะ ผู้ส่งสารเพื่อการเตรียมตัวตายมีทั้งบุคคลและองค์กร บุคคลใช้สื่อหลากหลายประเภทเพื่อสื่อสารความประสงค์ในวาระสุดท้ายของชีวิต ได้แก่ การสนทนากับคนในครอบครัว การเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น พินัยกรรม หนังสือแสดงเจตจำนง เป็นต้น

หากแต่งงานวิจัยขั้นนี้มีความแตกต่างกับงานวิจัยการสื่อสารที่ผ่านมาด้วยการนำแนวคิด การเผชิญหน้า และการต่อรอง ของ Berger & Luckmann (1967) มาวิเคราะห์ในกระบวนการสื่อสาร ซึ่งในชีวิตประจำวันจะมีการสื่อสารและการต่อรองกันอยู่ตลอดเวลา การแสดงออกทั้งสองฝ่ายซึ่งกันและกันจะมีความต่อเนื่องกันที่จะนำไปสู่การประกอบสร้างความหมายที่สอดคล้องกันหรือการต่อรองกัน โดยบุคลากรทางสุขภาพแต่ละวิชาชีพที่มีการเผชิญหน้ากับผู้ป่วย และผู้ดูแลหลักในแต่ละช่วงเวลาตามแผนการดูแล 14 วันของพื้นที่กรณีศึกษา ย่อมมีการต่อรองที่แตกต่างกันในภาพรวมแต่ละช่วงเวลาที่รักษาในโรงพยาบาลและกลับบ้านรวมทั้งในระหว่างช่วงเวลาที่มีการสื่อสารทั้งบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักยังมีขั้นตอนสำคัญตามเทคนิคการบอกความจริง SPIKES ของ Robert Buckman (2000) และปฏิบัติการตอบสนองต่อความตาย 5 ระยะของ Kubler Ross (1969) ที่ผู้ป่วยแต่ละคนแสดงออกในแต่ละขั้นตอนแตกต่างกันไป ดังรายละเอียด ดังนี้

กระบวนการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลักในช่วงการแรกเริ่ม ด้วยผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกส่งตัวมา

รักษาด้วยการฉายรังสีต่อจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน บางคนมีอาการหนักที่ทำให้ไม่สามารถสื่อสารเรื่องราวได้ ทำให้ต้องสื่อสารกับผู้ดูแลแทน ขณะที่บางคนสามารถสื่อสารได้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก การสื่อสารระยะแรกจึงเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และข้อมูลของพื้นที่กรณีศึกษาโดยภาพรวม โดยเฉพาะการอธิบายในบริบทการรักษาในพื้นที่การดูแลแบบประคับประคอง เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินจะไม่มีเครื่องมือแพทย์ หรืออุปกรณ์การช่วยชีวิตที่ยืดชีวิต

ดังนั้นทำให้การสื่อสารพูดคุยแทบจะไม่มีเวลาเกิดขึ้นด้วยเวลาและปริมาณบุคลากรทางการแพทย์จำกัดในช่วงแรกเริ่ม การสื่อสารในกระบวนการรักษาและดูแลแบบประคับประคองตามบริบทพื้นที่กรณีศึกษานี้และกระบวนการให้ผู้ป่วยร่วมวางแผนรักษาที่สำคัญจึงไปอยู่ในช่วงของการแจ้งอาการที่มีความต่อเนื่องกัน ซึ่งยอมรับว่าการรักษาในโรงพยาบาลสามารถทำตามขั้นตอนของเทคนิคการบอกความจริง SPIKES ได้ บุคลากรทางสุขภาพส่วนใหญ่สามารถสื่อสารได้ครบทุกข้อ เช่น มีการจัดสถานที่ (Setting) มีทีมสหวิชาชีพ มีการสอบถามความจริงที่ญาติรู้ให้ตรงกันกับแพทย์ (Perception) เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยรับรู้อะไรบ้าง มีการเชิญเชิญ (Invitation) ผู้ป่วยสื่อสารเรื่องราวของผู้ป่วย มีการให้ความรู้ (Knowledge) โรคอาการของผู้ป่วยแต่อาจใช้ภาษาที่ผู้ป่วยฟังแล้วไม่เข้าใจ เช่น ดูแลแบบประคับประคอง หรือโรคมีการแพร่กระจาย เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยฟังแล้วเกิดความสงสัย ขณะเดียวกันผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีอายุมากจะไม่กล้าสอบถามแพทย์ด้วยความกลัวจะได้รับฟังสิ่งที่ร้ายแรงมากขึ้นกว่าเดิม นอกจากนี้ยังมีการสอบถามความรู้สึก (Empathy/Emotion) ผู้ป่วย ผู้ดูแล ส่วนใหญ่พยาบาลเป็นผู้สื่อสารมากกว่าแพทย์ และมีการสรุป (Summarization and Strategies) แผนการดูแลรักษาอีกครั้ง

ผู้วิจัยพบว่า ด้วยพื้นฐานความรู้ดั้งเดิมและการสะสมความรู้วิชาชีพแพทย์ ทำให้เน้นการรักษาร่างกายตามความรู้กระบวนการทัศนศาสตร์แบบวิทยาศาสตร์ที่ได้รับความรู้มา การมีเวลาจำกัดในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก การสื่อสารกับผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ในห้องพักช่วงเวลาสั้นๆ หรือแม้แต่ช่วงเวลาสำคัญของการบอกความจริงกับผู้ป่วยทำให้แพทย์ยอมรับว่า มีความยากลำบากในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่ส่งตัวมารักษาและอยู่ในระยะสุดท้าย โดยให้บทบาทสำคัญในการทำหน้าที่สร้างความสัมพันธ์ สื่อสาร และดูแลจิตใจผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักกับวิชาชีพพยาบาลเป็นหลักตั้งแต่การแรกเริ่มผู้ป่วย การร่วมแจ้งอาการ รวมถึงประชุมทีมสหวิชาชีพ การรักษาระยะหนึ่งจนใกล้กลับบ้าน โดยเฉพาะการอธิบายข้อมูลสำคัญของหลักการรักษาในโรงพยาบาลรักษาเฉพาะทางในพื้นที่กรณีศึกษาที่เน้นการดูแลแบบประคับประคองนี้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักให้เข้าใจ จนผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้าน

พยาบาลจึงเป็นผู้ส่งสารหลักมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและผู้ดูแลมากที่สุดทุกช่วงเวลา แม้ในการแจ้งอาการที่แพทย์แจ้งกับผู้ป่วยแล้ว พยาบาลก็ยังมียบทบาทในการสื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจ

มากขึ้น ดังบทความวิชาการของ จิตชญา บุญนันท์ (2552) เรื่อง “บทบาทพยาบาลในการสื่อสารเรื่องไม่พึงประสงค์หรือแจ้งข่าวร้ายในผู้ป่วยมะเร็ง” พบว่า บทบาทของพยาบาลควรเริ่มตั้งแต่การประเมินสถานการณ์เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ครอบครัวและตัวพยาบาลเองก่อนแพทย์เริ่มการสนทนาเรื่องไม่พึงประสงค์หรือแจ้งข่าวร้ายกับผู้ป่วย พยาบาลควรอยู่ร่วมในการสนทนา สนับสนุนส่งเสริมการสนทนาระหว่างแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการสื่อสารเรื่องไม่พึงประสงค์หรือแจ้งข่าวร้ายของแพทย์ให้ผู้ป่วยมะเร็งทราบหรืออาจต้องสื่อสารเพื่อยืนยันข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับทราบจากแพทย์ตอบคำถามของผู้ป่วย รวมถึงต้องดูแลประคับประคองจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัวที่เกิดภายหลังจากทราบข่าวร้าย

พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญทั้งในขั้นตอนของการเตรียมพร้อมก่อนการสนทนา สนับสนุนส่งเสริมแพทย์ให้มีความมั่นใจในการสื่อสาร รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องไม่พึงประสงค์หรือแจ้งข่าวร้ายนั้นกับผู้ป่วย โดยการใช้นาฬิกาของ SPIKES ขั้นตอนจะช่วยให้การสื่อสารเรื่องไม่พึงประสงค์หรือแจ้งข่าวร้ายกับผู้ป่วยมะเร็งมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวลสามารถยอมรับ และปรับตัวเผชิญกับโรค ความเจ็บป่วยของตนได้ ซึ่งสามารถนำหลักการสื่อสารความจริงด้วยเทคนิค SPIKES นี้มาปรับใช้ได้ทั้งในพื้นที่กรณีศึกษาที่มีการดูแลแบบประคับประคองและโดยเฉพาะพื้นที่ที่ไม่มีการดูแลแบบประคับประคอง หากแต่ต้องสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีความสำคัญต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมาก ดังที่ ชิชญา พันธุ์เจริญ (2552) กล่าวว่า การปล่อยเวลาที่ไม่ควรสื่อสารให้ผ่านไปเนิ่นนานและการขาดการติดตามที่ดี หลังจากการสื่อสารกับผู้ป่วยไปแล้วมักก่อให้เกิดปัญหาและทำให้กระบวนการสื่อสารไม่ประสบผลสำเร็จ ดังนั้นเพื่อขจัดปัญหาดังกล่าวจึงควรให้ความสำคัญกับขั้นตอนการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

อย่างไรก็ตามสิ่งสำคัญผู้วิจัยค้นพบว่า บุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพจะมีเทคนิคในการสื่อสารที่ดีเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกแบบเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยได้ ต้องอาศัยประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพที่มากพอเป็นสิ่งสำคัญ ดังที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคอง กล่าวว่า “ความสำคัญในจิตใจของผู้ป่วยจากการสื่อสารที่ดีของแพทย์และวิชาชีพอื่นๆ เป็นสิ่งที่ได้มาจากการสั่งสมประสบการณ์ในการทำงานอย่างเข้าใจใคร่ครวญมากกว่าพุ่งความสำคัญไปที่การใช้ยาแก้ปวดทรมานทางกายเท่านั้น” (สกล สิงหะ, สัมภาษณ์, 28 เมษายน 2564) ประสบการณ์การทำงานของทุกวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์จึงเปรียบเสมือนเครื่องมือสำคัญที่ใช้กับผู้ป่วยแต่ละประเภทแตกต่างกันไป ซึ่งปัจจัยเรื่องประสบการณ์นี้เองที่เป็นสิ่งที่เข้ามาปรับเปลี่ยนรูปร่างมุมมองการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์มาเป็นการแพทย์แบบประคับประคองยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามความต้องการของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ

แม้ว่าแพทย์จะมีการเผชิญหน้าและสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยช่วงเวลาสั้นๆ ในทุกช่วงเวลา การรักษาในโรงพยาบาลพื้นที่กรณีศึกษา ไม่ว่าจะเป็นการแรกรับ การแจ้งอาการ การประชุมทีมสหวิชาชีพที่มีผู้ป่วยด้วย หรือไม่อยู่ด้วย (ขึ้นอยู่กับแพทย์เจ้าของคนไข้) และช่วงรักษาระยะหนึ่งใกล้กลับบ้าน แต่แพทย์ก็คือ ความหวังสุดท้ายและความหวังเดียวของผู้ป่วยที่ส่งตัวมารักษาโรคที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายในช่วงการดูแลแบบประคับประคอง 14 วันในพื้นที่กรณีสศึกษานั้น ช่วงเวลาสั้นๆ ดังกล่าว ถือเป็นนาฬิกาของของผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ โดยเฉพาะในช่วงการแจ้งอาการ ผู้วิจัยพบว่า แม้ว่าแพทย์รังสีรักษาซึ่งเป็นแพทย์เจ้าของคนไข้จะมีประสบการณ์การทำงานการดูแลแบบประคับประคองมาระยะหนึ่งและรักในการดูแลแบบประคับประคอง แต่ก็ยังผลต่อสื่อสารเนื้อหาที่ตัดความหวังของผู้ป่วย เช่น การแจ้งกับผู้ป่วยว่า “..อยู่ระยะแพร่กระจายและโรคได้แพร่กระจายไปหมดทั่วร่างกายแล้ว..” หรือ การที่แพทย์รังสีรักษาที่เป็นแพทย์เจ้าของคนไข้แจ้งว่า “..จะยุติการรักษาหากการฉายแสงไปแล้วร่างกายไม่ตอบสนอง..” การสื่อสารกับผู้ป่วยในลักษณะนี้ได้ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเกิดความวิตกกังวลอย่างมาก ซึ่งหากแพทย์ใช้เหตุผลของอายุหรือวัยของผู้ป่วยคนนี้ ทำให้สามารถสื่อสารแบบตรงๆ เป็นกันเอง หรือหยอกล้อได้นั้นก็คงไม่ใช่สิ่งที่ถูกต้องนัก เพราะในความจริงแล้ว แพทย์ต้องสื่อสาร โดยคำนึงถึงอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ในการแจ้งอาการกับผู้ป่วยกรณีศึกษานี้หากวิเคราะห์ตามเทคนิค SPIKES แพทย์รังสีรักษายังขาดการแสดงความเข้าใจเห็นอกเห็นใจ (Empathy/Emotion) ในความทุกข์ที่สุดของผู้ป่วยอย่างจริงจัง ซึ่งถือว่าการสื่อสารของแพทย์รังสีรักษาเป็นการต่อรองการรักษาโรคกับผู้ป่วย โดยลืมคำนึงถึงอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย ดังนั้นการสื่อสารจะประสบความสำเร็จได้จึงต้องประกอบด้วยหลายปัจจัย เป็นลักษณะของแต่ละบุคคลที่เป็นทักษะและประสบการณ์อย่างแท้จริง

นอกจากกระบวนการสื่อสารแล้ว การสร้างปฏิสัมพันธ์หรือความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยยังเป็นสิ่งสำคัญซึ่งในกระบวนการสื่อสารใน 3 ช่วงเวลา ตั้งแต่การแรกรับ และการแจ้งอาการ/การประชุมทีมสหวิชาชีพ และการรักษาไประยะหนึ่งเพื่อเตรียมตัวกลับบ้าน ดังที่ Tacott Parson (1972) ได้นำเอาทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่มาอธิบายบทบาทของการเจ็บป่วยมาอธิบาย บทบาทหน้าที่ทางสังคม (social role) และบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วย (sick role) โดยใช้กลไกการเจ็บป่วยมาอธิบาย เป็นการสื่อสารตามบทบาทของแพทย์ที่สวมบทบาทตามกฎหมายและด้านความหวัง เป็นผู้ที่มีอำนาจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง ดังงานวิจัยของ รุ่งกมล โพธิสมบัติ (2553) เรื่อง “พลวัตความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและผลต่อมุมมองของ โรคเบาหวานของผู้ป่วย ศึกษากรณีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายหลังการใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” พบว่า อำนาจที่แพทย์ได้มาเกิดขึ้นจากโครงสร้างบทบาทหน้าที่ทางสังคมและความสัมพันธ์แพทย์กับผู้ป่วย ผู้ป่วยคือผู้ที่คาดหวังและแสวงหาแพทย์ที่จะรักษาตนให้ดีที่สุดผู้ที่ยอมรับว่าป่วยจะถูก

สังคมกำหนดบทบาทให้ได้รับการยกเว้นจากความรับผิดชอบในการแสดงบทบาททางสังคมตามปกติ ผู้ให้การยกเว้นในข้อนี้จะต้องเป็นผู้มีอำนาจในการรักษาพยาบาลโดยตรง เช่น แพทย์พยาบาล ได้รับการยกเว้นจากความรับผิดชอบสำหรับการป่วยหมายความว่าผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลเนื่องจากความเจ็บป่วยไม่ใช่สิ่งที่พึงปรารถนาผู้ป่วยจึงมีความต้องการอยากที่จะหายป่วย และผู้ป่วยจึงต้องแสวงหาความร่วมมือที่จะทำให้ตนหายป่วย

นอกจากนี้ Tacott Parsons (1972, pp. 55-57) ได้นำแนวคิดจาก Freud นักจิตวิทยาสังคมให้ความสำคัญเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในเชิงเปรียบเทียบเหมือนว่าแพทย์คือพ่อแม่และผู้ป่วยคือลูก นั่นคือ แพทย์ทำหน้าที่คอยให้การดูแลเอาใจใส่แก่ผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยหายดี หรือ ในรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ดังที่ Szasz and Hollender (1956) (อ้างใน Kaba, R. and Sooriaumaran, P. (2007, pp. 57-65) อธิบายเพิ่มเติมแนวคิดของ Parsons โดยได้เสนอรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยไว้ในรูปแบบที่ 1 *The model of activity-passivity* คือ ความสัมพันธ์แบบฝ่ายหนึ่งเป็นผู้กระทำและอีกฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ถูกกระทำ รูปแบบความสัมพันธ์เช่นนี้อยู่บนพื้นฐานระบอบการปกครองแบบปิตาธิปไตย ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับรูปแบบความสัมพันธ์แบบบิดามารดากับบุตร (ทารก) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าภายใต้ความสัมพันธ์เช่นนี้ แพทย์จะเป็นผู้ควบคุมสถานการณ์ทั้งหมด เพราะแพทย์เป็นผู้สั่งการในการรักษาผู้ป่วย ผู้ป่วยจะรอการคิดตัดสินใจและการรักษาจากแพทย์เสมอ ซึ่งรูปแบบวิธีการต่างๆ ที่แพทย์เลือกมาใช้จะขึ้นอยู่กับความชำนาญของแพทย์เป็นหลัก ส่งผลให้แพทย์ เกิดความรู้สึกว่าอยู่ในตำแหน่งที่เหนือกว่าผู้ป่วยโดยสิ้นเชิง

ดังแนวคิดการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในชีวิตประจำวันของ Berger & Luckmann (1967) ที่มีการสื่อสารเผชิญหน้าและการต่อรองตลอดเวลา แพทย์เป็นผู้ส่งสารหลักย่อมมีอำนาจทางวิชาชีพที่เป็นผู้รักษาแผลงอยู่ และการสื่อสารระหว่างแพทย์กับพยาบาลหรือวิชาชีพแพทย์ด้วยกัน โดยใช้ความรู้ทางวิชาชีพ ศัพท์เทคนิค ศัพท์ภาษาอังกฤษล้วนเป็นการต่อรองทั้งสิ้น ซึ่งทำให้เกิดผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเกิดความกังวลใจ การสร้างปฏิสัมพันธ์การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ ดังเช่นงานวิจัยของ นิตยา เหล่าบุญเกื้อ (2550) ศึกษาเรื่อง “*ปฏิสัมพันธ์และพลวัตของมุมมองต่อความตายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย*” พบว่า ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและพลวัต มุมมองต่อความตายในผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน 8 รูปแบบ ประกอบด้วย (1) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและญาติ (2) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และพยาบาล (3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย (4) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (5) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ กับ ญาติ (6) ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ป่วย กับ ผู้ป่วย (7) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติ และ (8) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับญาติ ซึ่งปฏิสัมพันธ์แต่ละแบบมีผลต่อมุมมองความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยจะ

ถูกตั้งสมมติฐานตามระบบวัฒนธรรมไม่ว่าจะเป็นด้านบวกหรือด้านลบ ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย ญาติเป็นส่วนที่ทุกคนได้ให้ข้อมูลกันและกัน วางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน สามารถทำให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับสภาพที่รออยู่ ช่วยปรับเปลี่ยนเกี่ยวกับความตายทำให้ผู้ป่วยยอมรับและเตรียมตัวเผชิญความตายด้วยการปฏิสัมพันธ์ล้วนมีผลต่อความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จะมีความแตกต่างกันในช่วงเวลาที่เกิดปฏิสัมพันธ์เท่านั้นและทุกรูปแบบสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความตายและสามารถเผชิญกับความตายได้

ปัญหาสำคัญในเรื่องนี้คือ การสื่อสาร โดยตรงกับปฏิสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นมีผลต่อการรับรู้และมุมมองต่อความตายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย อีกทั้งยังสามารถช่วยตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างครบถ้วน หากแต่งงานวิจัยดังกล่าวยังขาดการวิเคราะห์การปฏิสัมพันธ์ในแง่การสื่อสารเผชิญหน้าและการต่อรองของบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ซึ่งงานวิจัยชิ้นนี้ได้เพิ่มเติมประเด็นดังกล่าวให้เห็นถึงความสำคัญของการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์กับผู้ป่วยในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทสถานที่และเวลาหนึ่งๆ ที่แตกต่างกันออกไปที่มีผลต่อการประกอบสร้างความหมายความตายและกระบวนการสื่อสารความตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

อย่างไรก็ตามในระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลตลอดระยะเวลา 14 วันของการดูแลแบบประคับประคอง กล่าวได้ว่าผู้ป่วยต้องมีการสื่อสารเผชิญหน้าและการต่อรองในสถานการณ์ต่างๆ กับแพทย์ และบุคลากรทางสุขภาพตลอดเวลาเช่นกัน ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยยอมแสดงออกถึงปฏิกิริยาตอบสนองความตายที่มี 5 ระยะ ได้แก่ ระยะปฏิเสธ ระยะโกรธ ระยะต่อรอง ระยะซึมเศร้าและระยะการยอมรับ ของ Kubler Ross (1969) ซึ่งในช่วงเวลากระบวนการสื่อสารทั้ง 4 ช่วงเวลา ผู้ป่วยยอมมีอารมณ์ ความรู้สึกภายในตอบสนองต่อสิ่งที่พบสลับกันไปมาได้ตลอดเวลา ดังงานวิจัยของ กัญญา บุญธรรม โม (2556) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายจะรู้สึกเหงา และหลีกหนี (Kubler-Ross, 1996 อ้างตาม ศิริวรรณ พิริยคุณธร, 2544) ซึ่งขั้นซึมเศร้านี้เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลในภาวะปกติ ที่มีสาเหตุมาจากการเสียสมดุลทางอารมณ์ ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า หงุดหงิด หมดหวัง หมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความคิดช้า เคลื่อนไหวช้า รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนืดตนเองมาก ผิดปกติ หากบุคคลสามารถผ่านกระบวนการสูญเสีย และเศร้าโศกปกติได้ จะสามารถก้าวผ่านวิกฤติกลับสู่สภาวะปกติได้ ตรงกันข้ามหากไม่สามารถผ่าน กระบวนการสูญเสียและเศร้าโศกได้ จะทำให้บุคคล ติดอยู่กับระยะซึมเศร้า และนำไปสู่โรคซึมเศร้าได้ ในที่สุด (สายฝน เอกวางกูร, 2554)

กรณีตัวอย่างดังกล่าวถือเป็นปฏิกิริยาตอบสนองความตายที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะต่อรองจนถึงซิมเคร้า แม้จะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็ไม่อาจจะสรุปได้ว่าต้องเข้าสู่ระยะยอมรับความตายได้ทุกคน และได้ตลอดเวลา เช่นเดียวกันกับทุกครั้งที่แพทย์เข้ามาตรวจเยี่ยม หรือ ทุกครั้งที่ผู้ป่วยไปรับการฉายรังสี หรือการสื่อสารกับแพทย์เจ้าของคนไข้ หรือกับวิชาชีพต่างๆ ทุกวิชาชีพในพื้นที่กรณีศึกษา การที่แพทย์ได้เข้ามาเปลี่ยนโลกความเป็นจริงในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาด้วยระยะเวลายาวนาน เปรียบได้กับแพทย์เข้ามาในโลกความเป็นจริงของผู้ป่วยด้วยการเปิดม่านในโรงละคร ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังที่มีแพทย์มาให้การดูแลรักษา และเปลี่ยนผ่านความจำใจในชีวิตประจำวันเดิมๆ และเมื่อแพทย์เดินออกไปจากห้องผู้ป่วยก็เปรียบได้กับม่านในโรงละครนั้นถูกปิดลง ซึ่งเท่ากับผู้ป่วยได้มีการต่อรองกับการรักษาโรคของตนเองตลอดเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ดังที่ Berger & Luckmann (1967, p. 25, 26, 40) ระบุว่า โรงละครเป็นภาพสะท้อนที่ดีที่สุดในการนำมาเปรียบเทียบกับแนวคิด Social Interaction in Everyday life โดยการรับรู้ของเรา ก่อนที่โรงละครจะเปิดม่านจะมีประสบการณ์บางประการอยู่ก่อนแล้ว ซึ่งถือเป็นความจริงในชีวิตประจำวัน จนเมื่อโรงละครเปิดม่าน ความจริงอีกชุดหนึ่งบนเวทีละครได้ปรากฏขึ้น เป็นการเปลี่ยนผ่านไปมาระหว่างความจริงในชีวิตประจำวัน กับความจริงอื่นๆ เช่นเดียวกับอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความตาย 5 ระยะ ของ Kubler Ross (1969) ที่กล่าวข้างต้น ซึ่งเมื่อเวลาการยอมรับความตายในขณะหนึ่งได้สิ้นสุดลง เปรียบได้กับม่านโรงละครที่ถูกปิดลง ผู้ป่วยจะกลับคืนสู่ความจริงสูงสุดของชีวิตในชีวิตประจำวันที่เต็มไปด้วยอารมณ์ความรู้สึกที่หลากหลาย

อย่างไรก็ตามแม้จะมีการดูแลแบบประคับประคอง แต่ก็ไม่สามารถยืนยันได้ว่าการฉายรังสีจะทำให้หายจากโรคมะเร็งได้เพราะการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบฉายรังสีแบบประคับประคองคืออาการโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายแล้ว แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีความหวัง ด้วยคำว่าฉายแสงรังสีเปรียบได้กับแสงความหวังของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรับรู้และสื่อสารคำว่า “แสงสุดท้าย” นี้กับทุกคนทั้งสื่อสารภายในตัวเอง สื่อสารระหว่างบุคคลกับแพทย์ พยาบาล และผู้ดูแลหลักทุกคนที่เกี่ยวข้อง เพื่อถ่ายทอดความรู้สึกผู้ป่วยต่อผู้กับรังสีรักษาในความหมายเป็นแสงสุดท้ายก็ยังมีหวัง

ดังที่ผู้ป่วยรายนี้กล่าวว่า “วันนี้แสงสุดท้ายแล้ว” ซึ่งเท่ากับว่าผู้ป่วยนอกจากจะเป็นผู้ส่งสารแล้ว ยังมีการออกแบบสาร (Message Design) ให้กับตัวเองในทางบวก การออกแบบสารนอกจากจะเป็นการให้กำลังใจตัวเองยังเป็นการต่อรองโรคและความตาย เป็นการสื่อสารภายในตนเองอีกด้านที่ ทำให้ผู้รับสารคือ แพทย์ พยาบาล หรือผู้ดูแลหลัก สามารถรับรู้ความหมายจากความรู้สึกของผู้ป่วยที่แสดงออกมาพร้อมกับ อวัจนภาษา เช่น น้ำเสียง สีหน้า แววตาที่จะมีพลัง

เปรียบเทียบเหมือนการเดินทางที่มาถึงเส้นชัย และให้ความหวังกับแสงรังสีแสงสุดท้ายที่เข้าไปฆ่าและทำลายเชื้อโรคร้ายได้ และอาจหายจากโรค การฉายแสงรังสีรักษาในระยะสุดท้ายนี้ จึงเป็นหนทางเดียวที่ผู้ป่วยจะได้มีชีวิตอยู่ กลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวคนที่เรารักในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ แม้ความตายจะรออยู่ตรงหน้าก็ตามก็พร้อมยอมรับกับสิ่งที่จะเกิดขึ้น ถือเป็น การสะท้อนการสื่อสารภายในบุคคลหรือภายในตัวเองของผู้ป่วยอย่างชัดเจน และเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยให้กำลังใจตัวเองได้ดีที่สุดอีกทางหนึ่ง ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคลากรทางสุขภาพควรรีให้ความสำคัญ

สอดคล้องกับงานวิจัยของ เสาวลักษณ์ ไพรพรทา (2554) ได้ศึกษาเรื่อง “การสะท้อนตัวตนจากการเขียนใบบันทึกการสื่อสารของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ใส่ท่อช่วยหายใจในไอซียู” พบว่า ตัวตนของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ใส่ท่อช่วยหายใจในไอซียูที่สะท้อนจากข้อความในใบบันทึกการสื่อสารของผู้ป่วยตั้งแต่ใบแรกจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต แบ่งออกได้ 2 ประเด็น ประเด็นแรก ได้แก่ ตัวตนเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับกระบวนการรักษาพยาบาล โดยแบ่งออกได้ 5 ความหมายคือ 1) ตัวตนที่มองเห็นความจริงเมื่อยังมีลมหายใจ 2) ตัวตนในการจัดการทางการแพทย์ให้ชีวิตรอด 3) ความไม่สอดคล้องของตัวตนกับกระบวนการรักษาพยาบาล 4) ตัวตนที่เคร่งครัดกับการรักษา 5) ตัวตนที่ถูกพันนาการ สำหรับประเด็นที่ 2 ได้แก่ ตัวตนเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว แบ่งได้ 4 ความหมาย คือ 1) ตัวตนในบทบาทเดิม 2) ตัวตนใกล้ชิดก่อนพลัดพรากในภาวะใกล้ตาย 3) ตัวตนกับการยอมรับ และ 4) ตัวตนกับสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ หากแต่ในงานวิจัยชิ้นนี้ของนักศึกษาผู้วิจัยพบว่า การสื่อสารภายในบุคคลของผู้ป่วยนั้นส่วนใหญ่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่รักษาโรคไประยะหนึ่ง และกลับไปพักฟื้นรักษาตัวที่บ้าน ที่การแพทย์แผนปัจจุบันที่พื้นที่กรณีศึกษายึดแนวความคิดดูแลแบบประคับประคองเน้นความสุขสบายทางกาย ครอบคลุมมิติทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ และคำนึงความต้องการของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถมีกำลังใจในการรักษาและให้กำลังใจตนเองด้วยการสื่อสารกับตนเองว่ารักษามาเรื่อยๆ จนทุกวันนี้คิดว่าไม่ได้เป็นโรคมะเร็งแล้ว กินยาหาหมอไปตามอาการ

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ส่งตัวมารักษาในโรงพยาบาลพื้นที่กรณีศึกษา ล้วนผ่านการดูแลรักษาแบบยาหอมยาสมุนไพร ตามกระบวนการแพทย์แบบพื้นบ้านมาก่อน และบางรายยังมีการใช้ยาสมุนไพรดังกล่าวร่วมกันในระยะแรก การต่อรองของแพทย์จึงเป็นการยอมรับความต้องการใช้ยาสมุนไพรของผู้ป่วยหากแต่ยาสมุนไพรดังกล่าวต้องไม่ส่งผลอันตรายกับผู้ป่วยหรือมีผลกับการรักษาแบบแผนปัจจุบัน และยอมรับว่าการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนี้ ต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพหลายวิชาชีพที่มีความเฉพาะเข้ามาดูแลโดยเฉพาะด้านจิตใจของผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักที่ต้องให้วิชาชีพพยาบาลหรือนักจิตวิทยา หรือเศรษฐานะที่ ต้องให้นักสังคมสงเคราะห์ช่วยเหลือ ขณะที่พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยา ดำเนินการตามบทบาทหน้าที่เป็น

หลัก โดยจะเน้นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักให้เกิดความไว้วางใจ มีมุมมองศาสนา เข้าใจจิตวิญญาณผู้ป่วยเป็นหลัก และเน้นกระบวนการทัศนคติการแพทย์แบบสังคมนาและนิเวศน์สังคมนาที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบไม่ทรมานหรือแบบประคับประคอง และที่สำคัญตามความต้องการของผู้ป่วย จึงทำให้การเผชิญหน้าในแต่ละช่วงเวลาจะมีการสื่อสารระหว่างกันที่ดี โดยเฉพาะพยาบาล และนักสังคมนาสงเคราะห์ที่มีประสบการณ์การทำงานมาเป็นเวลานาน ทำให้เข้าใจความต้องการของผู้ป่วย ในแบบเอาใจเขามาใส่ใจเรา ที่สามารถสื่อสารให้กับผู้ดูแลหลักได้เข้าใจในประเด็นนี้อีกด้วย และแม้ในทีมสหวิชาชีพที่ทำงานร่วมกันก็ตามก็ล้วนมีการต่อรองเช่นกัน ดังเช่น นักสังคมนาสงเคราะห์ ที่ยากับผู้วิจัยว่า ทุกวิชาชีพนั้นเท่าเทียมกัน ไม่มีวิชาชีพใดเด่นกว่าใคร แต่ควรฟังความสนใจไปที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นสิ่งสำคัญ

ดังที่ สายพิณ หัตถิรัตน์ (2551) ได้สรุปการดูแลผู้ป่วยด้วยบุคลากรทางสุขภาพไว้ดังนี้ (1) การดูแลผู้ป่วยด้วยทีมบุคลากรทางสุขภาพมีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (2) ทุกคนในทีมต้องศรัทธาในความสามารถของกันและกัน จึงจะมีส่วนช่วยผู้ป่วยในแง่มุมมองที่ต่างกัน แต่เสริมกันได้ (3) ทีมบุคลากรทางสุขภาพต้องมีการประสานกัน และผ่านการประชุมกลุ่มเป็นระยะ ไม่ใช่ต่างคนต่างทำ และ (4) การเยี่ยมบ้านเป็นเครื่องมือสำคัญในการเปลี่ยนแปลงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว โดยจัดการกับปัญหาสุขภาพด้านต่างๆ ได้ครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีพลังความสามารถและพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาตนเองได้ดีขึ้น และส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในที่สุด

ดังนั้นทีมบุคลากรวิชาชีพประกอบไปด้วย แพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ศูนย์ดูแลประคับประคอง (Palliative Care : PC) พยาบาลศูนย์ PC แพทย์ Pain Team ที่ให้ยาระงับปวด พยาบาลหอผู้ป่วยศูนย์ดูแลต่อเนื่อง นักกายภาพ/กิจกรรมบำบัด เภสัชกร นักสังคมนาสงเคราะห์ ผู้นำจิตวิญญาณ จิตอาสา และผู้ดูแลอื่นๆ เป็นต้น ซึ่งการทำงานจะต้องมีความเกี่ยวข้องกับหลายฝ่ายหลายวิชาชีพ และต่างมีความสำคัญในแต่ละวิชาชีพ กับผู้ป่วยและญาติ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานะแวดล้อมของแต่ละพื้นที่ว่าสามารถมีวิชาชีพใดได้บ้าง และไม่จำเป็นต้องครบทุกวิชาชีพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ งานวิจัยของ Elizabeth Forster and Alaa Hafiz (2015) ศึกษาเรื่อง “*Pediatric death and dying: exploring coping strategies of health professionals and perceptions of support provision*” พบว่า การค้นพบกลยุทธ์ในการรับมือภาวะใกล้ตายและการตายในเด็กของบุคลากรทางการแพทย์ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมนาสงเคราะห์ มีการประกอบสร้างการรับมือด้วยประสบการณ์ของวิชาชีพนั้นๆ ในการดูแลเด็กและครอบครัว รวมถึงการหาเจ้าหน้าที่ที่มดแลร่วมกันเพื่อแบ่งปันประสบการณ์เดียวกัน หาเพื่อนร่วมงานที่ไว้วางใจกันให้กำลังใจกัน การใช้กลยุทธ์การรับมือส่วนตัว เช่น การแยกหรือให้ความสำคัญด้านบวกตามจิตวิญญาณของผู้ป่วยโดยจุดเน้นอยู่ที่การสื่อสารระดับกลุ่มหรือ

ทีมบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวที่มีความหมายหลายมิติ ทั้งด้านศาสนา สังคม วัฒนธรรมและชุมชน และแต่ละกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ก็มีจุดเด่นที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะมีความจำเป็นต้องใช้บุคลากรสาขาวิชาชีพเฉพาะตามความเชี่ยวชาญที่แตกต่างกัน

นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในช่วงแจ้งอาการตามกระบวนการสื่อสารในโรงพยาบาลพื้นที่กรณีศึกษาที่เน้นการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้เน้นสร้างการสื่อสารที่ต้องการให้ผู้ป่วยวางแผนรักษาตนเองล่วงหน้า ด้วยพื้นที่โรงพยาบาลดังกล่าวจะไม่มีเครื่องมือแพทย์ หรืออุปกรณ์ใดๆ เพื่อช่วยชีวิตเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ดังนั้นการสื่อสารดังกล่าวจึงอยู่ภายใต้ความสัมพันธ์ ดังที่ Szasz and Hollender (1956) (อ้างใน Kaba, R. and Sooriaumaran, P. 2007, pp. 57-65) อธิบายเพิ่มเติมแนวคิดของ Parsons โดยได้เสนอรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยไว้ในรูปแบบที่ 3 *The model of mutual participation ; also advocated by Balint* (1964) หมายถึง รูปแบบความสัมพันธ์แบบการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าความเท่าเทียมกันในหมู่มนุษย์ ก็คือการที่มนุษย์ได้ประโยชน์ร่วมกัน ในรูปแบบความสัมพันธ์ เช่นนี้แพทย์จะไม่บอกว่าสิ่งที่เขารู้คือสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย พวกเขาได้มีการถกเถียงกันว่าความเท่าเทียมกันในหมู่มนุษย์ มีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อโครงสร้างทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของความเสมอภาคและประชาธิปไตยเพื่อให้แนวคิดการมีส่วนร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วยสามารถคงอยู่ได้ต่อไป สิ่งสำคัญคือการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยบนพื้นฐานของการมีอำนาจที่เท่าเทียมกัน มีอิสระซึ่งกันและกัน และได้รับความพึงพอใจที่เท่าเทียมกัน สิ่งเหล่านี้เองจะสามารถทำให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองและจัดการกับโรคที่เผชิญได้ดีมากยิ่งขึ้น เพราะผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการรักษาอาการเจ็บป่วยของตนเอง พร้อมทั้งรับฟังคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญอยู่เสมอ โดยเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นรักษาตัวที่บ้าน

สำหรับกระบวนการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลักช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน พบว่าเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยขาดความต่อเนื่องในการติดต่อสื่อสาร โดยมีความถี่ที่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ติดต่อไปเดือนละ 1 ครั้งหรือน้อยกว่านั้น ผ่านโทรศัพท์ ทางไลน์ หรือวิดีโอคอลเพื่อสอบถามติดตามอาการผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้ครบองค์ประกอบการดูแลแบบประคับประคองที่แท้จริง ดังที่เดิมศักดิ์ พิงษ์รังสี (2553) ระบุว่าหลักการดูแลแบบประคับประคอง นอกจากให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก ครอบคลุมความต้องการทุกด้านทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ มีการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์แบบสหสาขาวิชาชีพแล้วที่สำคัญยังต้องมีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

กลับบ้าน แล้วซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนแม้ว่าจะแตกต่างกันไป แต่เพื่อประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยจึงต้องดูแลต่อเนื่องจนกระทั่งเสียชีวิต

อย่างไรก็ตามในบริบทที่ผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้านนั้น เปรียบได้กับผู้ป่วยได้กลับสู่ความเป็นจริงในชีวิตประจำวัน ไม่ได้มีแพทย์ พยาบาล หรือทีมสหวิชาชีพมาดูแลเช่นเดิมเหมือนที่รักษาในโรงพยาบาล ทำให้การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเกิดช่องว่าง การเผชิญหน้าและการต่อรองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักจึงกลับเข้าสู่โลกที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นคือ การเข้าพึ่งโลกทางศาสนา การไหว้พระขอพร บนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์ รวมถึงร่างทรงที่มีอยู่ในครอบครัวที่นับถือกันจากรุ่นสู่รุ่นเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจที่สำคัญของผู้ป่วย เช่นเดียวกับกรณีผู้ป่วยคนนี้เมื่อกลับไปรักษาตัวที่บ้านก็ต่อรองกับโรคและการเผชิญความตายตามความรู้ดั้งเดิมที่นับถือสืบทอดต่อกันมาในรูปแบบที่คุ้นเคยและปฏิบัติในชีวิตประจำวันตามปกติ การยึดหลักศาสนา การสวดมนต์ขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์ บนบานจนถึงพิธีกรรมร่างทรง

ด้วยการกลับไปรักษาตัวที่บ้านของผู้ป่วยในสถานคุ้นเคย ปลอดภัย อบอุ่น เปรียบได้กับเป็นการกลับไปสู่โลกความเป็นจริงในชีวิตประจำวันอย่างแท้จริงของผู้ป่วย ดังนั้น ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก โดยเฉพาะผู้ป่วยเป็นผู้เผชิญหน้ากับโรคของตนเองอย่างแท้จริง หากพิจารณาจากปฏิกิริยาตอบสนองความตายของ Kubler Ross (1969) 5 ระยะนั้น ในช่วงเวลาที่กลับไปรักษาตัวที่บ้าน กล่าวได้ว่าผู้ป่วยได้ผ่านการรักษาด้วยการฉายรังสีมาช่วงระยะเวลาหนึ่ง และส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้นตามลำดับ ซึ่งล้วนมีปฏิกิริยาที่อยู่ในช่วงการยอมรับ ผู้ป่วยเริ่มทำใจยอมรับได้ สามารถเล่าถึงประสบการณ์ความรู้สึกในช่วงเวลาที่ผ่านมา และรอคอยช่วงชีวิตสุดท้ายอย่างสงบได้ ผู้ป่วยจะตั้งเสียดูแลทุกเรื่อง เช่น บอกความต้องการตายที่บ้าน การไม่ต้องการความช่วยเหลือที่เป็นไปเพื่อยื้อชีวิตหรือทำให้ทุกข์ทรมาน ซึ่งในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้านนี้เอง ยอมรับว่าบุคลากรทางสุขภาพขาดการรับรู้ตามขั้นตอนการสื่อสาร SPIKES การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เรื่องของ Perception ทั้งจากการสอบถามอาการ โรค ความรุนแรงของโรคจากญาติ และความรู้สึกต่างๆ ของผู้ป่วย ทำให้เกิดช่องว่างการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ดังนั้น ทำให้ระยะของการยอมรับความตายของผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้านขาดการให้การดูแลความสบายทั่วไปของบุคลากรทางสุขภาพ ที่แตกต่างไปจากการรักษาในโรงพยาบาลพื้นที่กรณีศึกษาตามแผนที่การดูแล 14 วัน ดังนั้นแม้จะได้รับการรักษาตัวอยู่ที่บ้าน แต่ผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่มีผู้ดูแลใกล้ชิดที่บ้านตลอดเวลาเหมือนที่โรงพยาบาล ทำให้ความปวดกลับมารบกวนผู้ป่วยและทนเพียงลำพัง ไม่สามารถจัดการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการดังกล่าวได้ด้วยตัวเอง ซึ่งต้องรอให้ญาติหรือผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยในกรณีศึกษาทุกคนต่างมีความรู้สึกที่ตนเองไม่ได้เป็นโรคมะเร็ง เพื่อให้กำลังใจตนเองยอมรับความตายไปพร้อมกับการต่อรงโดยไม่รู้สึกตัว เพราะโดยส่วนลึกของผู้ป่วยแล้วไม่ได้ยอมรับความตายเสียทีเดียว ทุกคนยังไม่อยากตาย พยายามทำใจยอมรับความตายที่จะมาถึงไปพร้อมกับการดูแลแบบประคับประคอง ดังที่ Berger & Luckmann (1967) เปรียบเทียบโลกศาสนากับโลกของความฝันที่ถือเป็นความเป็นจริงในชีวิตประจำวันอีกด้านหนึ่งของผู้ป่วยต้องกระโจนเข้าไป เนื่องด้วยความหมายของความฝันได้ถูกกำหนดอยู่ในแบบแผนของชีวิตประจำวัน เท่ากับนำเอาความจริงที่ไม่ปะติดปะต่อกันของความฝันเข้าไปอยู่ในวงล้อมของความจริง ความฝันจึงมีความหมายในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน เช่นเดียวกับ ผู้ป่วย B1 และ B4 ที่เมื่อรักษามาระยะยาวนานพอสมควร จนกลับไปอยู่บ้าน จะสร้างชุดความคิดใหม่ที่เป็น โลกความฝันในโลกความเป็นจริงในชีวิตประจำวัน โดยการสื่อสารกับตนเองและกับผู้อื่นว่า “...คุณไม่ได้เป็นโรคมะเร็ง ไม่สบายรักษาไปหาหมอกินยาไป ไหวແ່ไหนແ່นั้น...” เพื่อเป็นการต่อรงในการรักษาตัวที่บ้าน และให้กำลังใจตัวเองเพื่อรักษาโรคต่อไปได้ในเวลาที่เหลืออยู่ ซึ่งท้ายที่สุดความรู้ในชีวิตประจำวัน ที่ผ่านเข้ามาและสะสมเป็นคลังความรู้ล้วนถูกประกอบสร้างในลักษณะความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีความเกี่ยวเนื่องตามความสนใจ ซึ่งเราจะไม่สามารถอยู่ได้ในชีวิตประจำวัน หากไม่มีการปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารกับผู้อื่นด้วยเช่นกัน (Berger & Luckmann, 1967)

ดั่งงานวิจัยของ กัญญ์ฐิตา ศรีภา (2554) เรื่อง “ประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา” พบว่า ผู้ป่วยมีการเผชิญหน้ากับความตายและภาวะใกล้ตายในลักษณะต่างๆ ได้แก่ ปฏิเสธที่จะรับรู้สิ่งที่เป็นและความตาย เลือกรับความตายเป็นหนทางหลีกเลี่ยงปัญหา ต่อรงกับความเจ็บป่วยและความตาย ยอมรับและพร้อมเผชิญความตาย หากแต่ งานวิจัยของนักศึกษาผู้วิจัยได้นำแนวคิดการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ประกอบด้วยการสื่อสารเผชิญหน้าและการต่อรงผ่านการสื่อสารระหว่างกันตลอดเวลาของ Berger & Luckmann (1967) มาอธิบาย ซึ่งให้เห็นถึงความสำคัญของการสื่อสารและการต่อรงของผู้ป่วยที่แม้จะอยู่ในช่วงเวลาการรักษาในช่วงเวลาใด ตามแผนที่การดูแล 14 วันในโรงพยาบาลและกลับไปพักฟื้นรักษาตัวที่บ้าน ล้วนต่างมีการสื่อสารและการต่อรงโรคและความตายตลอดเวลา ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจึงควรคำนึงถึงการสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยเทคนิค SPIKES และให้ความสำคัญกับปฏิริยาตอบสนองต่อความตายของผู้ป่วยที่มี 5 ระยะในช่วงเวลากระบวนการสื่อสารที่ล้วนแตกต่างกันไปของผู้ป่วยที่มีการประกอบสร้างความหมายความตายผ่านการสื่อสารในรูปแบบแตกต่างกันตามการสะสมความรู้ประสบการณ์และความสนใจที่ถูกประกอบสร้างขึ้นในชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล

2.3 แนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก

จากการวิเคราะห์กระบวนการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองใน 4 ช่วงเวลา ได้แก่ (1) การแรกเริ่มผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับการรักษา (2) การแจ้งอาการ โรค และการประชุมทีมสหวิชาชีพ (3) การรักษาโรคไประยะหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งเพื่อเตรียมตัวกลับบ้าน และ (4) การกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน ภายใต้การดูแลรักษาตามแผนที่การดูแล หรือ care map 14 days เป็นกรณีตัวอย่างที่เป็นกรณีศึกษาซึ่งในโรงพยาบาลอื่นๆ อาจจะมีการสื่อสารที่แตกต่างกันไป ซึ่งผลการศึกษา 4 ช่วงเวลานี้ มีรูปแบบการสื่อสารระดับระหว่างบุคคล และระดับกลุ่ม และการสื่อสารทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการแตกต่างกันตามช่วงเวลาซึ่งล้วนมีกระบวนการสื่อสารความตายและมีการต่อรองตลอดเวลา ทั้งนี้เพื่อนำเสนอแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างการรักษาแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก การสื่อสารจึงเป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในชีวิตประจำวันตามโครงสร้างทางสังคม ดังที่ Berger & Luckmann (1967) ระบุว่าเราต่างไม่สามารถอยู่ได้ในชีวิตประจำวันหากไม่มีการปฏิสัมพันธ์และสื่อสารกับผู้อื่น ผู้วิจัยขอเสนอแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ควรจะเป็นในภาพรวม ดังรายละเอียด ดังนี้

ในแต่ละบริบทหรือช่วงเวลา บุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ต้องให้ความสำคัญกับการสื่อสารในฐานะเป็นทั้งผู้พูดและผู้ฟัง เมื่อเป็นผู้พูดก็ต้องพูดอย่างให้ความเข้าใจเห็นอกเห็นใจ เมื่อเป็นผู้ฟังก็ต้องฟังอย่างตั้งใจและใช้เวลาผู้ป่วยได้เล่าอาการและเรื่องราวต่างๆ อย่างใส่ใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังต้องการคำพูดหรือการสื่อสารที่ให้ความเข้าใจด้วยการใส่ใจบำบัด เยียวยารักษาความเจ็บปวดทางกายในเวลาระยะสุดท้ายที่เหลืออยู่ก็จะทำให้ความเจ็บปวดทางกายหายเป็นปลิดทิ้งได้ เพราะการสื่อสารและการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับมนุษย์น่าจะอยู่เหนือกรอบของวิชาใดๆ ทางการแพทย์ เป็นไปดังแนวทางที่สอดคล้องกับพระราชดำรัสของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนกที่ว่า “ฉันไม่ได้ต้องการให้เธอมีความรู้ทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ฉันต้องการให้เธอเป็นคนดี” (จารุรินทร์ ปีตานงพงษ์ และอานนท์ วิทยานนท์, 2556, น. 268)

การสื่อสารในการดูแลแบบประคับประคอง จึงเป็นหัวใจสำคัญที่ทีมสุขภาพต้องมีทักษะในการสื่อสารที่ดีและอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเริ่มตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพ การซักประวัติเพื่อประเมินและค้นหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การบอกข่าวร้าย การให้ข้อมูลเรื่องการพยากรณ์โรคและทางเลือกของการรักษา การช่วยผู้ป่วยเลือกเป้าหมายและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสื่อสารที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสบอกเล่าข้อมูลที่ตรงจริง บอกความต้องการ ความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยรับทราบว่าเขามีทีม

ที่จะรับฟังและตอบสนองต่อความต้องการของเขาและช่วยให้เกิดความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะท้าย การรักษาโรคให้หายและพยายามยืดชีวิตอาจไม่เป็นประโยชน์อีกต่อไป และเป็นการเพิ่มภาระทั้งความไม่สุขสบายทางกายและภาระด้านเศรษฐกิจ สังคมและครอบครัว การศึกษาต่างๆ พบว่า เมื่อโรคดำเนินถึงระยะท้ายความต้องการของผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเป็นการดูแลให้สุขสบาย โดยการจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบายทางกายอื่นๆ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีโอกาสใช้เวลาที่เหลือกับคนที่รัก ไม่ต้องการสร้างภาระแก่ครอบครัว และให้สามารถตัดสินใจเลือกเป้าหมายการดูแลที่ต้องการ (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2559, น. 22)

การสื่อสารที่สำคัญอีกประการคือ ประเด็นการแจ้งข่าวร้ายต่อผู้ป่วยและครอบครัว แพทย์จะเป็นผู้สื่อสารหลัก โดยมีพยาบาลเป็นผู้สื่อสารต่อจากแพทย์เมื่ออยู่กับผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ หากแต่ต้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน การแจ้งข่าวร้ายต่อผู้ป่วยและครอบครัว อาจเกิดขึ้นได้ในช่วงเวลาก่อนแจ้งอาการ หรือในช่วงผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ใกล้เสียชีวิต หรือในช่วงที่มีการประชุมครอบครัว (family meeting) ที่มีผู้ป่วย ญาติ ครอบครัวอยู่พร้อมหน้า มีการให้ผู้ป่วยร่วมวางแผนการรักษาด้วยตนเอง (advance care plan) โดยตั้งเป้าอย่างมีศักดิ์ศรี มีความหมายและตายดี กาแจ้งข่าวร้ายตามเทคนิค SPIKES ของ Robert Duckman (2000) มี 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) Setting จัดสถานที่ให้เหมาะสม แนะนำทีมการดูแล ให้ญาติแนะนำตัว ให้เกียรติผู้ป่วยและญาติ ให้ญาติเข้าใจกระบวนการรักษาและให้ความร่วมมือ สิ่งสำคัญอยู่ที่การช่วยเหลือหลังบอกความจริงที่ต้องแสดงความเข้าใจให้เชื่อมั่นว่าจะไม่ทอดทิ้ง 2) Perception สอบถามความจริงที่ญาติรู้ให้ตรงกับแพทย์ให้เกิดความเข้าใจตรงกัน 3) Invitation ขั้นตอนนี้สำคัญมากต้องอาศัยประสบการณ์แพทย์ พยาบาล หลังจากประเมินการรับรู้ผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยพร้อมจะรับฟังหรือไม่ โดยอาจพูดคุยด้วยคำถามเชิงสมมติ 4) Knowledge หลังจากรู้ความคิดและความต้องการ จึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรค หรืออาการที่มีด้วยภาษาที่ฟังเข้าใจง่าย ไม่เฉพาะทางมากเกินไป ถามผู้ป่วยเป็นระยะๆ 5) Empathy/Emotion การสอบถามความรู้สึก ความคิดเห็นข้อสงสัยญาติ แสดงออกถึงความเข้าใจเห็นอกเห็นใจความทุกข์ของผู้ป่วยอย่างจริงใจ ทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทางที่อ่อนโยน เช่น การสบตา การสัมผัส และ 6) Summarization/Strategies สรุปแผนการดูแลทั้งหมดให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลรับฟัง

อย่างไรก็ตามขั้นตอนการบอกความจริง 6 ขั้นนี้ในการปฏิบัติงานจริงกับผู้ป่วยจะเริ่มต้นไปพร้อมๆ กัน โดยอัตโนมัติแบบมีลำดับขั้นตอนของการสื่อสารที่แสดงออกมาให้เห็นทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทาง ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพต้องแสดงออกด้วยความจริงใจ ดังที่ กวีกันต์ วิรุฑ (2557) กล่าวว่า การแจ้งข่าวร้ายต่อครอบครัว หรือ **Breaking Bad News** ต้องคงความสมดุลระหว่าง ความซื่อสัตย์ ความเมตตา และการให้ความหวัง คำพูดที่ควรหลีกเลี่ยง เช่น “เราทำดีที่สุดแล้ว ตอนนี้คงทำอะไรไม่ได้แล้ว” “ถึงเวลาที่เรากำลังหยุดการรักษาแล้ว” หรือ “คุณต้องการให้เราสู้

เต็มทีหรือเปล่า” ฯลฯ คำพูดเหล่านี้ทำลายความหวังของครอบครัวอย่างสิ้นเชิง แสดงออกถึงการที่หมอเองก็หมดความสามารถที่จะช่วยเหลือแล้ว และการใช้คำถามผลักดันให้ญาติตัดสินใจหยุดการรักษาบางอย่างในระยะที่ทำให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี เพราะ โดยทั่วไปหลังจากแจ้งข่าวร้ายญาติต้องการให้แพทย์ผู้เต็มที หากไม่คำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วย ความทุกข์ทรมานก็จะตกกับผู้ป่วยนั่นเอง

คังที ชิษณุ พันธุ์เจริญ (2550) ระบุว่า ขั้นตอนการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมการ เป็นการเริ่มพูดคุยทันทีเมื่อสงสัยว่าผู้ป่วยอาจเป็น โรคร้าย ไม่มีความจำเป็นต้องประวิงเวลา ให้ข้อมูลครบถ้วน ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่าทีมรักษาจะดำเนินการอะไร และมีเวลาให้ผู้ป่วยได้ปรับใจเตรียมใจทราบข่าวร้ายต่อไปง่ายขึ้น 2) ขั้นตอนที่เมื่อผู้ป่วยมีอาการหนัก หลังแจ้งข่าวร้ายการสื่อสารควรอยู่ในลักษณะติดตามเป็นระยะๆ เลือกประเด็นที่ผู้ป่วยและญาติสนใจ คับข้องใจในการพูดคุย และ 3) ขั้นตอนที่เมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ทีมรักษาควรพูดคุยกับผู้ป่วย หากยังรู้สึกตัวเพื่อให้จากไปโดยไม่ทรมานด้วยจิตใจที่สงบ ทั้งนี้การพูดคุยกับญาติเพื่อให้เข้าใจถึงแผนการรักษาที่ได้ตัดสินใจร่วมกัน และเข้าใจความรู้สึกที่กำลังจะสูญเสีย

ด้วยวิชาชีพแพทย์มีความสำคัญที่สุดในการรักษาและเป็นความหวังกับผู้ป่วย ดังนั้นแพทย์จึงต้องมีเทคนิคการสื่อสารที่ดี เพื่อเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ดังที่ กิติพล นาควิโรจน์ (2558) ได้กล่าวไว้ว่า การพูดคุยกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีหลักการดังนี้ 1) จัดหาสถานที่และเวลาที่เหมาะสม มีความเป็นส่วนตัว ผู้ป่วยรู้สึกสบายกาย ไม่มีอะไรรบกวนขณะพูดคุย 2) ถามผู้ป่วยว่าวันนี้อยากจะพูดอะไรกับเราหรือเปล่า 3) ฟังอย่างตั้งใจ เพื่อเข้าใจเรื่องราวความคิด ความรู้สึกผู้ป่วย แสดงออกเป็นระยะ เช่น พยักหน้า สบตาผู้ป่วย รวมทั้งฝึกการสะท้อนความ เช่น “ที่คุณ..เล่ามา หมอเข้าใจว่า...” 4) หากผู้ป่วยนิ่งไป มักจะหมายถึงผู้ป่วยกำลังคิดอะไรอยู่ อย่าเพิ่งรีบถาม ปล่อยให้ผู้ป่วยคิด และอาจสัมผัสไหล่เบาๆ และถามผู้ป่วย “..พอบอกหมอได้ไหม ว่ากำลังคิดอะไรอยู่...” 5) อย่างกลัวที่จะแสดงความรู้สึกของตัวเองออกมา เช่น “..หมอเองก็รู้สึกอึดอัดใจที่จะพูดเรื่องนี้เหมือนกัน..” เพื่อแสดงความจริงใจในการพูดคุยกับผู้ป่วย 6) พยายามตรวจสอบว่าเราเข้าใจตรงกับผู้ป่วยเป็นระยะๆ เช่น “..ที่คุณ..เล่ามา หมอเข้าใจว่าคุณคงรู้สึก..กับเรื่องนี้มาก” 7) ระวังอย่าเพิ่งให้คำแนะนำกับผู้ป่วยเร็วเกินไป 8) ประเมินความต้องการของผู้ป่วย 9) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด 10) ขอมรับการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ของผู้ป่วยที่แตกต่างกันในแต่ละวัน และ 11) พยายามฝึกฝนทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยอยู่เสมอ

ทั้งนี้การพูดคุยในแต่ละช่วงเวลาของกระบวนการสื่อสารที่รักษาตามแผนที่ 14 วัน ในแต่ละช่วงเวลา กล่าวได้ว่าบุคลากรทางสุขภาพต้องมีทักษะการสื่อสารและการให้การปรึกษา (counseling) ไปพร้อมๆ กัน เพื่อช่วยประคองใจของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเริ่มตั้งแต่การสื่อสาร

เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นไปตามจรรยาบรรณที่สำคัญทางการแพทย์ คือ เคารพ autonomy คือทุกคนมีอิสระที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองได้ (กวีวัฒน์ วีรวรรณ, 2557, น.113)

การนำกระบวนการให้การปรึกษา (counseling) มาใช้ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจปัญหา ระบุความต้องการ เข้าใจตนเอง และมีทางเลือกในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ ด้วยการให้การสื่อสารที่ดี การสร้างความสัมพันธ์เพื่อให้ผู้ป่วยได้ร่วมวางแผนรักษาตนเอง ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนต่างมีภูมิหลัง การดำเนินชีวิต ความเชื่อที่แตกต่างกัน การรับรู้และการยอมรับต่อโรคมะเร็งในแต่ละระยะย่อมแตกต่างกัน โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความตายรออยู่เบื้องหน้า หรือผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็น โรคมะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ย่อมมีภาวะสูญเสียและเศร้าโศกซึ่งก่อให้เกิดปฏิกิริยา การตอบสนองต่อการสูญเสียหรือการตายที่จะเกิดขึ้นในรูปแบบของอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม การแสดงออกตามกระบวนการสูญเสียและเศร้าโศก (กัญญา บุญธรรมโม, 2556) โดยมีปฏิกิริยาการตอบสนองของแต่ละบุคคลต่อความตายแตกต่างกันไป ดังนั้นหากบุคลากรทางสุขภาพมีความเข้าใจให้ผู้ป่วยได้รับการปรึกษา ได้ระบายความรู้สึกอารมณ์ต่อความกลัวความตาย ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความหวังในการรักษาและการดูแลแบบประคับประคองเพื่อมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ดังที่ ศิริพร ตาละชีพ (2558) ระบุว่า กลุ่มผู้ป่วยในระยะที่โรคลุกลามเกินกว่าจะรักษาให้หายขาดได้ด้วยวิธีการแพทย์ การรักษาที่ทำได้ คือช่วยดูแลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนกว่า วาระสุดท้ายของชีวิต ในฐานะผู้ให้การปรึกษาต้องบอกความจริงแก่ผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความตายได้อย่างสงบ

โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็น โรคมะเร็งระยะสุดท้ายต้องทุกข์ทรมานกับความปวด ความไม่สุขสบายทางกาย ซึ่งการเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจทำให้เกิดภาวะสูญเสีย และเศร้าโศกเมื่อบุคคลมีภาวะสูญเสียและเศร้าโศกจะก่อให้เกิดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการสูญเสียในรูปแบบของอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมการแสดงออกตามกระบวนการสูญเสียและเศร้าโศกปกติตามทฤษฎีของ Kubler Ross. (1996 อ้างใน ศิริวรรณ เครือวิริยะพันธ์, 2544)

ดังนั้นปฏิกิริยาต่อการสูญเสียทางอารมณ์ 5 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะช็อก/ปฏิเสธ อาการแสดง ผู้ป่วยจะนิ่งแสดงความตกใจ อาจกล่าวว่าเป็นไปไม่ได้ ไม่ใช่ผม มีความ ผิดพลาดในการตรวจ ไม่ยอมรับความจริง ไม่ยอมพูดถึงการเจ็บป่วยของตนเลย 2) ระยะโกรธ ผู้ป่วยมีอารมณ์รุนแรง พูดจากร้าวร้าว อิจฉาริษยา และต่อต้าน ผู้ป่วยอาจพูดว่า “ทำไมต้องเป็นฉัน” “โทษผู้รักษา” โกรธความโชคร้ายของตน และโกรธคนรอบข้าง 3) ระยะต่อรอง ผู้ป่วยมักพูดขอต่อรองหรือตกลง สัญญาเรื่องขอให้มีชีวิตอยู่ต่อไปกับพระเจ้า หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ ส่วนใหญ่มักปกปิดคำสัญญา/

ต่อรองนั้น สาเหตุมัก เกิดจากความรู้สึกผิดที่ทำในอดีต 4) ระยะซึมเศร้าป่วยเข้าใจแล้วไม่สามารถ ปฏิเสธความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย รู้สึกสูญเสียทุกอย่าง โศกเศร้ากับสิ่งที่เกิดขึ้นกังวลเรื่อง ค่าใช้จ่าย โอกาสที่จะอยู่กับ ครอบครัว ระยะนี้จะหมดหวัง สลดใจผู้ป่วยอาจนอนซึมทั้งวันไม่สนใจ อะไร และ 5) ระยะยอมรับ เริ่มทำใจยอมรับได้ อารมณ์ดีขึ้น ยอมรับความช่วยเหลือต่างๆ ในการ จัดการกับ อารมณ์เศร้า หรือเตรียมตัวสำหรับความตาย รอช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระยะก่อน ระหว่าง และหลังการเสียชีวิตหรือการสูญเสียบุคคลที่รัก ซึ่งอาจ เป็นไปตามลำดับขั้นตอน หรือการสลับไปมาระหว่างขั้นตอนต่างๆ ดังนั้นหากเรานำกระบวนการ ให้การปรึกษามาใช้กับผู้ป่วยแต่ละประเภท (ศิริพร ตาละชีพ, 2558)

การให้การปรึกษาผู้ที่มีภาวะสูญเสียและเศร้าโศก ควรทำภายหลังผ่านพ้นช่วงแรก ที่เป็นระยะช็อคหรือปฏิเสธไปแล้ว เพราะการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะช็อค และปฏิเสธนั้น ผู้สูญเสีย อาจยังไม่สามารถสัมผัส แหล่งให้ความช่วยเหลือและไม่สามารถสร้างความแข็งแกร่งได้ การช่วยเหลือ ระยะนี้จึงควรนำการให้การปรึกษาเข้ามาช่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก โดยบุคลากรทาง สุขภาพผู้ให้การปรึกษาต้องรับฟังผู้ป่วยอย่างเข้าใจและใส่ใจกับปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งให้ความ ช่วยเหลือในการปรับตัวเกี่ยวกับโรค ภาวลักษณะและบทบาท หน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนไป ทั้งนี้ บุคลากรทางสุขภาพผู้ให้การปรึกษาต้องมีทักษะ ความรู้ ความเชี่ยวชาญและกระบวนการให้การ ปรึกษาเป็นอย่างดี

ดังที่สายพิณ หัตถิรัตน์ (สัมภาษณ์, 19 ธันวาคม 2560) ระบุว่า ยุทธศาสตร์และ ยุทธวิธีในการสื่อสารกับผู้ป่วยเรื้อรังแต่ละ โรคมียุทธศาสตร์ที่คล้ายคลึงกัน บรรยายการสื่อสาร ทั่วไป ควรมีลักษณะเป็นกันเอง เต็มไปด้วยความเข้าใจ ความเห็นใจ และพร้อมที่จะให้กำลังใจกับ ผู้ป่วยหรือพูดคุยในห้องตรวจที่มีบุคคลอื่นซึ่งไม่เกี่ยวข้องอยู่ด้วย ผู้ทำหน้าที่สื่อสารควรมีคุณสมบัติ ที่น่าเชื่อถือ น่าไว้วางใจ เริ่มจากการแนะนำตนเองและผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด ใช้หลักการให้การปรึกษา (counseling) เป็นหลัก

การให้การปรึกษาจึงเปรียบเสมือนการเดินทางร่วมกันระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ กับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ที่มีได้มีคนใดคนหนึ่งเป็นผู้นำหรือผู้ตาม บุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์เป็นผู้ช่วยเหลือไปถึงจุดหมายปลายทางสุดท้ายของผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นตัวของตัวเอง และพึ่งตนเองได้ ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพที่ให้การปรึกษาจึงต้องมีความตั้งใจดีในการช่วยเหลือ มีท่าทีเป็นมิตรพร้อมจะรับฟัง มองโลกในแง่ดี รู้จักใช้คำพูดที่เหมาะสม มีความอดทนใจเย็นในการ ช่วยแก้ปัญหา จะทำให้กระบวนการให้การปรึกษาบรรลุวัตถุประสงค์ที่เป็นไปตามความต้องการ ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้ในที่สุด (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2557)

ดั่งที่ศิริพร ตาละชีพ (2558) ระบุว่า การให้การปรึกษา (counseling) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนรับทราบผลตรวจ มีขั้นตอนให้การปรึกษาหลักด้วยการสร้างความสัมพันธ์ ค้นหาแรงจูงใจ ประเมินความรู้ ความเชื่อ และมีเป้าหมายหลักเพื่อตัดจิตใจเข้ารับการตรวจและเตรียมความพร้อมทางจิตใจก่อนรับฟังผลตรวจ 2) ระยะรับทราบผล มีขั้นตอนเตรียมความพร้อมก่อนบอกผลตรวจ แจ้งผล ตรวจสอบความเข้าใจ และวางแผนแก้ปัญหา 3) ระยะรับการบำบัด มีขั้นตอนด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพ ทบทวนเรื่องราว แนวทางการรักษา รวบรวมและวางแผนแก้ไขปัญหา และ 4) ระยะสุดท้าย มีขั้นตอนด้วยการประเมินความคาดหวังต่อผลการรักษา สร้างสัมพันธ์ภาพ ทบทวนการรักษา บอกผลและระยะของโรค ประเมินความต้องการคุณภาพชีวิต จัดการภาระกิจที่ค้างค้ำและพูดเรื่องความตาย เป็นต้น มาปรับใช้เพื่อสื่อสารให้การปรึกษาให้ตรงกับระยะของโรคมะเร็งของผู้ป่วยไปพร้อมๆ กับการพิจารณาถึงปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลต่อการตายที่มี 5 ระยะของอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยนั้นเข้ามาร่วมด้วย ย่อมช่วยทำให้บุคลากรทางสุขภาพเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกผู้ป่วยในแต่ละรายและแต่ละระยะมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ดั่งงานวิจัยของ กัญญา บุญธรรมโม (2556) เรื่อง “ผลของการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง ต่อภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย” พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่ได้รับการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง มีภาวะสูญเสียและเศร้าโศกลดลงมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามปกติเพียงอย่างเดียวแต่ไม่ได้รับการให้การปรึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

อย่างไรก็ตามประเด็นแรกๆของกระบวนการสื่อสารและการให้การปรึกษาที่บุคลากรทางสุขภาพต้องสื่อสารหรือต้องให้การปรึกษา คือ การสร้างสัมพันธ์เพื่อนำไปสู่การทำความเข้าใจปัญหาและวางแผนแก้ปัญหาร่วมกันกับผู้ป่วย ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในทุกช่วงเวลาการสื่อสารจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุด โดยช่วงแจ้งอาการและการรักษาไประยะหนึ่งเตรียมตัวกลับบ้าน ตามกระบวนการสื่อสารในโรงพยาบาลพื้นที่กรณีศึกษาที่เน้นการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้เน้นสร้างการสื่อสารที่ต้องการให้ผู้ป่วยวางแผนรักษาตนเองล่วงหน้าด้วยพื้นที่โรงพยาบาลดังกล่าวจะไม่มีเครื่องมือแพทย์ หรืออุปกรณ์ใดๆ เพื่อช่วยชีวิตเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ดังนั้นการสื่อสารดังกล่าวจึงอยู่ภายใต้ความสัมพันธ์ ดังที่ Szasz and Hollender (1956) (อ้างใน Kaba, R. and Sooriaumaran, P. 2007, pp. 57-65) ระบุว่า ความสัมพันธ์รูปแบบที่ 3 *The model of mutual participation ; also advocated by Balint (1964)* คือ เป็นภาพต้นแบบผู้ใหญ่มากับผู้ใหญ่

รูปแบบความสัมพันธ์แบบการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าความเท่าเทียมกันในหมู่มนุษย์ ก็คือการที่มนุษย์ได้ประโยชน์ร่วมกันในรูปแบบความสัมพันธ์นี้แพทย์จะไม่บอกว่าสิ่งที่เขารู้คือสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย บทบาทของแพทย์เป็นผู้ช่วยให้ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และบทบาทของผู้ป่วยคือการเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาตนเองมากขึ้น โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้ความช่วยเหลืออยู่เสมอ ซึ่งเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ที่แนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักซึ่งสอดคล้องกับภายใต้บริบทโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง

ความสัมพันธ์ของแพทย์กับผู้ป่วย จึงควรเป็นความเท่าเทียมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของความเสมอภาคและประชาธิปไตย เพื่อให้แนวคิดการมีส่วนร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วยสามารถคงอยู่ได้ต่อไป สิ่งสำคัญคือ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยบนพื้นฐานของการมีอำนาจที่เท่าเทียมกัน มีอิสระซึ่งกันและกัน และได้รับความพึงพอใจที่เท่าเทียมกัน สิ่งเหล่านี้เองจะสามารถทำให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองและจัดการกับโรคที่เผชิญได้ดีมากยิ่งขึ้น ด้วยผู้ป่วยได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการรักษาอาการเจ็บป่วยของตนเองภายใต้คำแนะนำจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอยู่เสมอ

ดังนั้น ข้อค้นพบสำคัญในแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักในทุกช่วงเวลา พบว่าบุคลากรทางสุขภาพจะต้องมีสัมพันธภาพที่ดี (relationship therapy) กับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักเป็นจุดเริ่มต้น เน้นการสื่อสารสองทางและในระดับระนาบหรือแนวเดียวกัน เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยเริ่มต้นจากความเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกผู้ป่วยอย่างเห็นอกเห็นใจ (empathy) และฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ (deep listening) ในเรื่องราวของผู้ป่วยที่ต้องการเล่าให้กับแพทย์หรือบุคลากรทางสุขภาพ ดังที่ ชิษณุ พันธุ์เจริญ และจรวงจร จามไพบูลย์ (2552) ระบุว่า การสื่อสารที่ดีนำไปสู่การสร้างสัมพันธภาพอันอบอุ่นเต็มไปด้วยความไว้วางใจ ภายใต้สัมพันธภาพนี้ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้แลกเปลี่ยนความคิด ทศนคติต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยได้ยกระดับภาวะจิตใจจากความไม่มั่นคงไปสู่ความหนักแน่นมั่นคงยิ่งขึ้น โดยมีหลักการในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้ ดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นขั้นตอนและต่อเนื่องมีการสื่อสารที่เหมาะสมเช่น การแจ้งข่าวร้ายหรือการตัดสินใจ มีการดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวม และให้โอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยคนอื่น ทีมบุคลากรทางสุขภาพควรจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่มีลักษณะ โรคเดียวกันหรือคล้ายกันมาพบปะกัน (peer group) และการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย

คั้งงานวิจัยของ R. Kaba, P. Spooriakumaran (2007) ได้ศึกษาเรื่อง “*Evolution of the doctor-patient relationship*” พบว่า คนไข้ช่วงแรกจะถูกเพิกเฉย และความสัมพันธ์ก็ยิ่งห่างกันออกไปตามภาวะการเมือง สังคม เศรษฐกิจ พันธมิตรใหม่ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเข้ามาอยู่บน

พื้นฐานความร่วมมือมากกว่าการเผชิญหน้า แพทย์ต้องเข้าใจความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยดังนั้นการยึด การดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จึงเข้ามาแทนการเน้นความสัมพันธ์แบบแพทย์ครอบงำฝ่ายเดียว ดังนั้น แพทย์ต้องยอมรับความรับผิดชอบในการสนับสนุนบทบาทระหว่างกันกับความเชี่ยวชาญ ต่างๆ โดยแบ่งปัน การตัดสินใจร่วมกันแทนที่จะต้องปฏิบัติตามฝ่ายเดียว ซึ่งจะทำให้เกิดการมีส่วนร่วม ร่วมกันและกันมากขึ้น และหากแพทย์ยึดรูปแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและความต้องการของผู้ป่วย ได้นั้นจะสามารถลดช่องว่างระหว่างโลกของทางการแพทย์กับประสบการณ์ส่วนตัวของคุณลงได้ ทำให้มองเห็นผู้ป่วยชัดเจนมากขึ้น ดังที่ Epstein (2005) ระบุว่า การสื่อสารโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นั้นถือว่าเป็นส่วนประกอบสำคัญที่ทำให้ระบบการดูแลสุขภาพมีคุณภาพสูงขึ้น โดยบุคลากรทาง สุขภาพต้องทำความเข้าใจมุมมองของผู้ป่วย ซึ่งเกี่ยวข้องกับความคิด ความคาดหวัง ความต้องการ และความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้น ต้องเข้าใจผู้ป่วยในบริบทสังคมที่ผู้ป่วยอยู่ สามารถแลกเปลี่ยนความ คิดเห็น ทำความเข้าใจในปัญหา รวมทั้งการรักษาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยคงไว้ซึ่งคุณค่าในตัวผู้ป่วย พร้อมกับช่วยเสริมพลังอำนาจ รวมทั้งเสนอแนวทางที่ผู้ป่วยสามารถเลือกได้

นอกจากนี้แนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคอง จำเป็นต้อง คำนึงถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 4 ด้านในกระบวนการสื่อสาร ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย (patient factors) คือ การให้ความสำคัญเกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ลักษณะส่วนบุคคล ประสบการณ์ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เศรษฐฐานะ อารมณ์ความนึกคิด 2) ปัจจัยด้านระบบสุขภาพ (health systems factors) คือ ความเกี่ยวข้องกับการเลือกแพทย์ที่จะรักษา ระบบสิ่งแวดลอม ระยะเวลาในการรักษา 3) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ (relationship factors) คือ ระยะเวลาของสัมพันธภาพ ความไว้เนื้อเชื่อใจความ เชื่อของบุคคล และ 4) ปัจจัยด้านแพทย์ผู้รักษา (clinician factors) คือ บุคลิกภาพ ความไม่ชอบ ลักษณะ ความเป็นตัวตนของบุคคล ประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วย

ที่สำคัญการสื่อสารของแพทย์ควรสื่อสารกับผู้ป่วยโดยตรงไปตรงไม่ประดิษฐ์ คำสละสลวย (euphemism) ดังที่ Stewart (2001) ระบุว่า การใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนอกจากจะต้อง มี ปฏิสัมพันธ์อย่างเฉพาะระหว่างผู้ป่วย แพทย์ แล้ว ยังต้องมีเทคนิคการสื่อสารที่ดี ซึ่งขึ้นอยู่กับ ลักษณะของแต่ละบุคคลเป็นพฤติกรรมส่วนบุคคลโดยอยู่บนพื้นฐานของปฏิสัมพันธ์ ซึ่งพฤติกรรม ที่แพทย์แสดงออกมาเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของผู้ป่วย และควรระมัดระวัง ในการตีความระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ จากปัจจัยภายในของบุคลากรทางสุขภาพที่มีประสบการณ์ ในการดูแลสุขภาพจะเป็นปัจจัยทำให้เกิดการปะทะระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ได้เช่นกัน ดังนั้นการ สื่อสาร โดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจึงเป็นการประยุกต์รูปแบบการให้คำปรึกษาซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็น สำหรับผู้ป่วย และผู้ป่วยแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน รูปแบบจึงมีความยืดหยุ่นไม่มีอะไรที่

เหมือนกัน บุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์จึงมีเป็นส่วนสำคัญในการนำการสื่อสารผ่านกระบวนการสำคัญคือต้องนำความคิดและมุมมองของผู้ป่วยออกมาให้ได้

ดั่งที่ ชิชญ พันธุ์เจริญ และจรงค์จิตร งามไพบูลย์ (2552) ระบุว่า การให้เวลาผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาและความกังวลใจของตนเอง โดยสนับสนุนแนวคิด “ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” เป็นทางออกที่ผู้เชี่ยวชาญด้านการสื่อสารเชื่อว่า จะช่วยแก้ไขและป้องกันความขัดแย้งที่เกิดจากการสื่อสาร การฟังผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเล่าเรื่องราวของตนด้วยความใส่ใจจึงเป็นทักษะที่ต้องการฝึกฝนทำความเข้าใจซึ่งปัญหาและความกังวลใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักก่อน ถึงขั้นตอนการแก้ปัญหาหรือให้ข้อมูลต่างๆ การเข้าใจปัญหาและความกังวลของผู้ป่วยและญาติ โดยเลือกใช้ข้อมูลเท่าที่จำเป็นจะช่วยประหยัดเวลาที่เรามักใช้กับการให้ข้อมูลจำนวนมาก ซึ่งมักเป็นข้อมูลทั่วไปที่ครอบคลุมในแนวกว้างจนเกินไป และมีข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการรับฟังจริง ๆ

นอกจากนี้การใช้เทคนิคการตั้งคำถาม คำว่า “ถ้า” หรือ “สมมติ” และใช้ทวนคำถามที่ผู้ป่วยถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้คิดคำตอบด้วยตัวเอง ทั้งนี้แพทย์ควรมีเทคนิคการออกแบบสาร (message design) ในการสื่อสารกับผู้ป่วย โดยต้องไม่ใส่อารมณ์ความรู้สึกในสารที่ออกแบบ เช่น “อยู่ในระยะแพร่กระจายไปหมดแล้ว” ซึ่งเป็นการสื่อสารที่แสดงออกมาโดยอัตโนมัติพร้อมกันทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา หรือสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อความดังกล่าวเกิดความสบายใจ ไม่วิตกกังวลหรือกระทบอารมณ์ความรู้สึกผู้ป่วยจากการรับรู้อาการ และเพื่อการวางแผนการรักษาล่วงหน้าด้วยตนเองต่อไป โดยในช่วงการประชุมครอบครัว (family meeting) หรือการประชุมทีมสหวิชาชีพ (grand round conference) ควรเป็นการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการหรือแบบเพื่อนถ้ากับผู้ป่วย แพทย์คือผู้ร่วมทางที่ดี (companion) ถ้ากับทีมสหวิชาชีพก็คือ ผู้ร่วมงานที่มีความเท่าเทียมกันในแต่ละวิชาชีพ

ดั่งงานวิจัยของ ปรียานุช โขทรนวมิษฐ์ (2561) ศึกษาเรื่อง “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว: การจัดบริการและบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์คลินิก” พบว่า บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์คลินิกในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวบทบาทที่หลากหลายตามลำดับตั้งแต่ การสัมภาษณ์ประวัติข้อมูลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว บทบาทในการให้บริการโดยตรงของนักสังคมสงเคราะห์ บทบาทเป็นผู้ประสานทรัพยากรทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวและบทบาทพิทักษ์สิทธิ์ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว บทบาทในการให้บริการโดยอ้อมได้แก่ บทบาทเป็นอาจารย์นิเทศงานนักศึกษาสังคมสงเคราะห์ในการฝึกภาคปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ซึ่งถือนักสังคมสงเคราะห์ได้นำองค์ความรู้มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน คือ ฐานคิดการดูแลแบบองค์รวม ดังนั้นแต่ละวิชาชีพจึงมีความเสมอภาคเท่าเทียมกัน เน้นความความร่วมมือของผู้ป่วย การให้กำลังใจญาติ การบำบัดอาการ

แทรกซ้อน (supportive care) แพทย์เจ้าของคนไข้ควรมีจิตวิทยาการสื่อสารที่ดีเพื่อสร้างกำลังใจผู้ป่วย พยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักต่างเป็นทั้งผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูลสลับกันไป เป็นผู้ฟังผู้ป่วยมากที่สุด เพื่อสิ่งที่ยังค้างคาใจ/ธุระที่ยังทำไม่เสร็จสิ้นของผู้ป่วย

ดังนั้นแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักทุกช่วงเวลาที่มีการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักจึงมีความแตกต่างกันตามประเด็นเนื้อหาสาระสำคัญที่ต้องสื่อสารในช่วงเวลานั้น หากแต่ประเด็นสำคัญจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ในการสร้างปฏิสัมพันธ์หรือการเผชิญหน้านั้นจะมีการต่อรองระหว่างคู่สื่อสารตลอดเวลาเช่นกันในแต่ละช่วงเวลา โดยเฉพาะช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ตามแผนการดูแล 14 วันของพื้นที่กรณีศึกษา ซึ่งเป็นกรณีตัวอย่างที่อาจแตกต่างกับโรงพยาบาลอื่นๆ โดยในช่วงแรกผู้ป่วยจะมีกระบวนการทัศนัยการแพทย์แบบพื้นบ้านติดมากับการรักษาโรคที่ผ่านมาซึ่งถือเป็นการต่อรองการรักษาโรคกับแพทย์ในกระบวนการทัศนัยการแพทย์แบบปัจจุบันที่มีการฉายรังสีรักษาแบบประคับประคองก็ตาม สอดคล้องกับงานวิจัยนิตยา เหล่าบุญเกื้อ (2550) ศึกษาเรื่อง “ปฏิสัมพันธ์และพลวัตของมุมมองต่อความตายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย” พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญในระบบวัฒนธรรมที่ผู้ป่วยเคยอยู่ก่อนที่จะเข้ามารักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้สามารถประเมินความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งล้วนต่างที่มาและความคิดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงควรมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง แนวทางการสื่อสารก็เช่นกัน

นอกจากนี้สิ่งที่ทำให้งานวิจัยการสื่อสารความตายขึ้นนี้แตกต่างจากงานวิจัยการสื่อสารที่ผ่านมา คือผู้วิจัยนำทฤษฎีการประกอบสร้างความเป็นจริงทางสังคมตามแนวคิดการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในชีวิตประจำวันของ Berger & Luckman (1967) มาวิเคราะห์การประกอบสร้างความหมายความตาย และแนวคิดทฤษฎีการสื่อสารระดับต่างๆ และปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อการตาย ในกระบวนการสื่อสาร และแนวคิดการให้การปรึกษาผู้ป่วยมะเร็งการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยเพื่อเสนอแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งการปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวมีการเผชิญหน้า และการต่อรองตลอดเวลาผ่านการสื่อสาร โดยมีแพทย์เป็นผู้ส่งสารหลักย่อมมีอำนาจทางวิชาชีพที่เป็นผู้รักษาแฝงอยู่ และการสื่อสารระหว่างแพทย์กับพยาบาลหรือวิชาชีพแพทย์ด้วยกัน โดยใช้ความรู้ทางวิชาชีพ ทุกรูปแบบล้วนเป็นการต่อรองทั้งสิ้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเองก็ต่อรองแพทย์ในแบบยินยอมกับรูปแบบการรักษาตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองที่ไม่ทรมานที่เน้นการปฏิสัมพันธ์ผ่านการสื่อสารร่วมกันระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

ด้งการสร้างปฏิสัมพันธ์การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ งานวิจัยของ นิตยา เหล่าบุญเกื้อ (2550) ศึกษาเรื่อง “ปฏิสัมพันธ์และพลวัตของมุมมองต่อความตายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย” พบว่า ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและพลวัต มุมมองต่อความตายในผู้ป่วยระยะสุดท้ายในรูปแบบ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย ญาติเป็นส่วนที่ทุกคนได้ให้ข้อมูลกันและกัน วางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน สามารถทำให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับสภาพที่รออยู่ ช่วยปรับเปลี่ยนเกี่ยวกับความตายทำให้ผู้ป่วยยอมรับและเตรียมตัวเผชิญความตายได้ซึ่งไม่เฉพาะในช่วงเวลาการแจ้งอาการเท่านั้น หากแต่หากเป็นไปได้ผู้ป่วยก็ต้องการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย ญาติที่มีส่วนร่วมในการสื่อสารทุกช่วงเวลา

อย่างไรก็ตาม การปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย ญาตินั้น ล้วนมีผลต่อความรู้ตึกนึกคิดเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จะมีความแตกต่างกันในช่วงเวลาที่เกิดปฏิสัมพันธ์เท่านั้น และทุกรูปแบบสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองความรู้ตึกนึกคิดเกี่ยวกับความตายและสามารถเผชิญกับความตายได้ โดยเฉพาะในช่วงกลับไปรักษาตัวที่บ้าน ซึ่งเป็นข้อแตกต่างจากงานที่ผ่านมาที่งานวิจัยชิ้นนี้ของนักศึกษาผู้วิจัยได้วิเคราะห์ขยายเพิ่มเติมจากระบวนการสื่อสารการดูแลแบบประคับประคองภายใต้แผนที่การดูแล 14 วันของพื้นที่กรณีศึกษา พบว่า ในกระบวนการสื่อสารในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้านยังมีช่องว่างของพื้นที่ทางการสื่อสาร ระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยขาดโอกาสการเข้าถึงข้อมูลจากแพทย์ และความต่อเนื่องการสื่อสารการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงขาดโอกาสการเข้าถึงยาแก้ปวด ในผู้ป่วยที่ขาดความรู้ในการประสานกับหน่วยงานพื้นที่กรณีศึกษา ด้วยการรักษาครบกำหนดกรณีฉายรังสีครบแล้ว และแพทย์พิจารณาตามอาการผู้ป่วย กำหนดการพบแพทย์ครั้งต่อไปตามอาการที่แตกต่างกันแต่ละคน ผู้ป่วยบางคนนัด 3 เดือน บางคนนัด 6 เดือน

ด้วยจำนวนบุคลากรทางสุขภาพมีจำกัด ทำให้เวลาที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยมีจำกัดนี้เอง ทำให้แพทย์ พยาบาลและวิชาชีพอื่นๆ มีการสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการช่วงแรกที่กลับบ้านประมาณ เดือนละ 1 ครั้ง แต่หลังจากนั้นอาจไม่มีการสื่อสารติดตามอาการใดๆ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายขาดผู้ให้คำปรึกษาการรักษา การรับยาแก้ปวดต่อเนื่อง โดยเฉพาะระเบียบหนังสือทางราชการ มีผลทำให้ผู้ป่วยบางรายเดิมที่เคยเข้ารับการรักษาไม่ได้เข้าถึงยาแก้ปวดทำให้ต้องซื้อยาแก้ปวดร้านขายยารับประทานเอง เมื่อบุคลากรทางสุขภาพมีเวลาว่าง และติดต่อสื่อสารกลับมาอีกครั้งเพื่อเตือนให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็เสียชีวิตก่อนที่จะมาพบแพทย์ตามนัดในครั้งต่อไป ดังนั้นแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก เพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจนเสียชีวิตอย่างแท้จริงแม้ผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้าน จึงควรมีการกำหนดเวลาหรือความถี่ชัดเจนในการสื่อสารหลังจาก

ผู้ป่วยกลับไปรักษาที่บ้านให้เป็นเสมือนหนึ่งเป็นงานประจำที่ทำในชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักสามารถขอคำปรึกษา ทั้งในเรื่องการขอยาบรรเทาการปวด หรือ การส่งหนังสือการเข้ารับการรักษากรณีฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกถูกทอดทิ้ง มีที่ปรึกษา ดังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคองกล่าวว่า

“... การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องมีการสื่อสารสองทางแบบ *unfinished* ซึ่งไม่มีรูปแบบชัดเจน ที่สำคัญต้องเป็น *relationship therapy* และเป็น *continuity of care* ที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญ...”

(สกล สิงหะ, สัมภาษณ์, 28 เมษายน 2564)

การศึกษาการสื่อสารการดูแลแบบประคับประคองในงานวิจัยของนักศึกษาผู้วิจัย ชี้นี้จึงเน้นการศึกษาที่กลุ่มतिकครอบครัวในผู้มีส่วนได้ส่วนเสียการเป็นผู้บริการ ได้แก่บุคลากรทางสุขภาพ 5 วิชาชีพ และผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและ ผู้ดูแลหลัก ขณะทำงานวิจัยการสื่อสารที่ผ่านมามีศึกษาเฉพาะบางกลุ่ม ดังงานวิจัยของไพโรจน์ วิไลนุช (2013) ศึกษาเรื่อง “*Communicative practices in talking about death and dying in the context of Thai cancer care*” ที่ศึกษาเฉพาะพยาบาลผู้ให้บริการวิชาชีพเดียวกันเท่านั้น พบว่า พยาบาลเป็นผู้เริ่มเปิดประเด็นการสื่อสารการตายโดยกล่าวถึงการตายของบุคคลที่ 3

ทั้งนี้เพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่มีความแตกต่างที่หลากหลายจากงานวิจัยการสื่อสารสุขภาพ หรืองานวิจัยการสื่อสารเกี่ยวกับความตายในการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะในพื้นที่กรณีศึกษาพื้นที่โรงพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ผู้วิจัยเลือกเป็นกรณีศึกษาย่อมแตกต่างกับพื้นที่โรงพยาบาลทั่วไปที่ไม่ได้รักษาผู้ป่วยเฉพาะแนวคิดแบบประคับประคองเพียงอย่างเดียว ดังงานวิจัยของ เอกภพ ลิทจิวรรณชนะ (2556) ได้ศึกษาเรื่อง “*มิติทางวัฒนธรรมของความตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่: การศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*” พบว่า สถานการณ์การตายในโรงพยาบาลเป็นผลลัพธ์จากพลังทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมของสังคม โรงพยาบาลเป็นสถาบันหลักที่มีอิทธิพลต่อการจัดการการตายทั้งก่อนตาย ขณะตายและหลังตาย ความตายเป็นสภาวะที่สามารถควบคุม ป้องกัน อดได้ได้ด้วยระบบบริการทางการแพทย์สมัยใหม่ และแม้ในระบบบริการสุขภาพที่มีทัศนคติต่อความตายชัดเจนที่ได้รับอิทธิพลจากวิธีการมองความตายแบบงานดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้าย และแนวคิดแบบศาสนาและจิตวิญญาณ ซึ่งดำรงอยู่ในลักษณะกิจกรรมพิเศษ และด้วยทัศนคติความตายมีหลากหลายได้ทับซ้อนลงในกรณีการตายหนึ่งๆ ทำให้การตายช่วงเวลาของชีวิตที่ยาก ซับซ้อน การดูแลการตายจึงตกอยู่ในมือของวิชาชีพสุขภาพมากขึ้น เพราะเชื่อว่าสามารถจัดการตายได้มีประสิทธิภาพกว่า

ความรู้แบบชาวบ้าน ปรากฏการณ์ดังกล่าวสร้างวิกฤติและความทุกข์ทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัวผู้ดูแล ผู้ให้บริการและต่อระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลสมัยใหม่

หากแต่งงานวิจัยข้างต้นอธิบายเพียงมิติตามความตายในโรงพยาบาลภาพกว้างซึ่งยังไม่ได้กล่าวถึงกระบวนการสื่อสารความตายในโรงพยาบาลแต่อย่างใด ย่อมมีความแตกต่างกับบริบทโรงพยาบาลที่รักษามะเร็งเฉพาะทางและเน้นการดูแลแบบประคับประคองตามความต้องการของผู้ป่วย โดยไม่ยึดชีวิตใดๆ ที่ไม่เกิดประโยชน์ ซึ่งในงานวิจัยของนักศึกษาผู้วิจัยชั้นนี้ได้ชี้ให้เห็นเป็นกรณีตัวอย่างของพื้นที่โรงพยาบาลกรณีศึกษาที่มีการดูแลแบบประคับประคอง ในแนวทางการสื่อสารสำหรับการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ควรจะเป็น ซึ่งแนวทางการสื่อสารฯ ดังกล่าวในแต่ละช่วงเวลาของการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การแรกรับ การแจ้งอาการและการประชุมทีมสหวิชาชีพ การรักษาไประยะหนึ่งเพื่อเตรียมตัวกลับบ้าน และการกลับไปพักฟื้นรักษาตัวที่บ้าน ไม่เพียงสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเท่านั้น หากแต่ยังสามารถนำไปปรับใช้ได้กับทั้งในส่วนของโรงพยาบาลทั่วไปที่มีและไม่มี การดูแลแบบประคับประคอง กับการรักษาผู้ป่วยโรคทุกโรค และกับผู้ป่วยทั่วไปได้อีกด้วย

อย่างไรก็ตามแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ผู้วิจัยนำเสนอดังกล่าวนี้ เป็นแนวทางการสื่อสารความตายในการดูแลแบบประคับประคองชุดหนึ่ง ที่ต้องการเน้นการสื่อสารที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้ความสำคัญกับการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ผ่านกระบวนการสื่อสารและการให้คำปรึกษาผู้ป่วยอย่างจริงจัง อย่างเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยอย่างแท้จริง

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ สำหรับบุคลากรทางสุขภาพ

3.1.1 บุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ควรมีทักษะการสื่อสารความตายกับผู้ป่วย ทั้งวัจนภาษา โดยใช้เทคนิคการฟังเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ให้ความสำคัญกับอารมณ์จิตวิญญาณ ของผู้ป่วย และอวัจนภาษาท่าทางที่แสดงออกทางสีหน้า แววตา และการสัมผัสด้วยความจริงใจ เน้นสื่อสารกับผู้ป่วยแบบเห็นอกเห็นใจ เอาใจเขามาใส่ใจเรา

3.1.2 ควรจัดตั้งแผนกให้กำลังใจหรือให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก โดยเฉพาะการประสานงานและการติดตามอาการเมื่อผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นรักษาตัวที่บ้านที่บุคลากรทางสุขภาพกำหนดการสื่อสารกับผู้ป่วยจะด้วยทางอิเล็กทรอนิกส์ใดก็ตามเช่น โทรศัพท์ ไลน์ กรุป

วิดีโอคอล ไว้แน่นอนเป็นงานประจำที่ต้องทำในแต่ละเดือน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายหรือบอกเล่าเรื่องราวระหว่างการรักษาตัวที่บ้าน

3.1.3 การสื่อสารแจ้งอาการหรือพูดคุยอาการโรคของแพทย์ ควรสื่อสารโอกาสหายและโอกาสเสียชีวิตโดยตรงไปตรงมาที่สื่อสารแล้วเข้าใจ โดยใช้เทคนิคการออกแบบสาร (message design) ที่ประทับใจประกอบจิตใจผู้ป่วย ไม่สื่อสารด้วยภาษาที่ตัดความหวังผู้ป่วย และไม่ใช้คำสละสลวยที่ดูดีทำให้ผู้ป่วยเข้าใจผิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสดูแผนชีวิต รวมทั้งหลีกเลี่ยงการสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยศัพท์วิชาการ หรือใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษ

3.1.4 ในช่วงที่ผู้ป่วยจะกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน ควรมีเอกสารสรุปด้านการแพทย์ ก่อนกลับบ้าน เพื่อแสดงแก่เจ้าหน้าที่ หากผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน หรือมีเอกสารการไม่รับบริการสาธารณสุขใดๆ (living will) เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อป้องกันผู้ดูแลหลัก ญาติ หรือครอบครัวทำการรักษาที่ขัดความต้องการของผู้ป่วย หากต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลอีกที่ไม่ได้เป็นเป็นโรงพยาบาลที่เน้นการดูแลแบบประคับประคอง

3.1.5 บุคลากรทางสุขภาพควรมีการสื่อสารความตายที่ดีพึงให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วม การวางแผนดูแลรักษาล่วงหน้า (advance care planning) และผู้ดูแลพึงเคารพความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง นอกจากนี้ในส่วนของทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาลที่ส่วนใหญ่มีหน้าที่หลักดูแลผู้ป่วย ควรจัดกิจกรรมการปฏิบัติธรรมให้กับพยาบาลเพื่อสร้างขวัญกำลังใจผ่อนคลายความเครียดในการดูแลผู้ป่วย

3.1.6 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นการให้กำลังใจที่สำคัญ บุคลากรทางสุขภาพวิชาชีพ เดียวกันสามารถไปได้ไม่จำเป็นต้องครบทั้งทีมสหวิชาชีพ หากกำหนดหลายวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพ ว่างไม่ตรงกัน ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยเสียโอกาสการได้รับการดูแล การเยี่ยมบ้านยังเป็นศิลปะที่เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ต้องใช้การสื่อสารที่เป็นกันเองในลักษณะสุนทรียสนทนา (dialogue) ระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ กับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) ไม่ด่วนสรุป การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจึงเป็นกิจกรรมที่ดีสร้างขวัญกำลังใจให้ผู้ป่วยอย่างมาก จึงควรกำหนดวันเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแน่นอนและหากไม่ได้ไปก็ควรแจ้งครอบครัว เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเฝ้ารอ นอกจากนี้บุคลากรทางสุขภาพควรพบกับญาติที่ไม่ได้มาเฝ้าผู้ป่วยที่โรงพยาบาลด้วย เพื่อให้กำลังใจว่าได้ดูแลผู้ป่วยดี และสื่อสารในประเด็นที่อาจไม่สบายใจ รวมทั้งสอนเทคนิคการดูแลที่ญาติต้องการ เป็นต้น

3.1.7 ในการกำหนดแผนที่การดูแลผู้ป่วย 14 วัน ควรให้ความสำคัญกับ clinical flow คือมองเป้าหมายการรักษา (goal of care) ของผู้ป่วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) การเข้ามารักษาด้วยอาการเฉพาะหน้า (immediate goal) 2) intermediate goal/discharge plan หลังแก้ปัญหาการแรกรับเข้ามา ผ่านไป การปรับเป้าหมายการรักษาและกลับบ้านที่ต้องให้การดูแลต่อเนื่องตามการดำเนิน

ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และ 3) long-term goal ที่ควรมีการทบทวนแผนการรักษาอีกครั้งตามความต้องการผู้ป่วย และให้ความสำคัญกับกระบวนการสื่อสารที่ให้อำนาจใจผู้ดูแลหลักและญาติ

3.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในระดับบริหารของสาธารณสุข

3.2.1 ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ควรสนับสนุนงบประมาณในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองอย่างจริงจังในโรงพยาบาลทุกแห่ง พร้อมกับการนำแนวทางการสื่อสารสำหรับการดูแลแบบประคับประคองกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักไปปรับใช้กับโรงพยาบาลโดยคำนึงถึงบริบทพื้นที่ ชุมชน และวัฒนธรรม

3.2.2 ควรรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง และการทำพินัยกรรมชีวิตตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 การไม่รับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตที่เป็นไปเพื่อการยืดความตายออกไป ภายใต้กระบวนการแพทย์แบบนิเวศน์สังคม

3.2.3 ควรจัดให้มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระหว่างผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข/ ผู้บริหารโรงพยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในฐานะผู้ให้บริการผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

3.2.4 ควรมีการบูรณาการเรื่องการให้ความรู้การดูแลแบบประคับประคองหน่วยงานภาครัฐ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย และมหาวิทยาลัยต่างๆ เพื่อให้กำหนดผู้รับผิดชอบเพื่อนำเนื้อหาเกี่ยวกับการชีวิตการอยู่ดีและตายดี และนำการดูแลแบบประคับประคองสอดแทรกไว้ในบทเรียนหลักสูตรแพทย์ รวมทั้งร่วมกับภาคีเครือข่ายในการจัดกิจกรรมเวทีเสวนา หรือเวทีสาธารณะเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ความรู้การดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง

3.2.5 ควรให้ความสำคัญกับการดูแลหรือเยียวยาภาวะจิตใจของบุคลากรทางสุขภาพที่ต้องพบกับการสูญเสียและความ โศกเศร้าจากการตายของผู้ป่วยในการปฏิบัติงานตลอดเวลา ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพกายและใจของแพทย์ และทีมสหวิชาชีพอื่นด้วย ดังนั้นภาครัฐจึงควรมีมาตรการในการดูแล ป้องกัน และรักษาภาวะจิตใจของบุคลากรทางสุขภาพผ่านกระบวนการสื่อสารในแผนการดูแล 14 วันในพื้นที่กรณีศึกษาหรือในบริบทพื้นที่โรงพยาบาลที่ไม่มีการดูแลแบบประคับประคองเพื่อดูแลจิตใจบุคลากรทางสุขภาพหลังการสูญเสียการรักษาผู้ป่วย

3.3 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.3.1 ควรศึกษาเรื่อง การสื่อสารสุขภาพในมิติอื่นๆ หรือวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งที่ยังมีปัญหาคความไม่เข้าใจกันในการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ โดยเฉพาะให้ประชาชนได้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ง่ายขึ้น เน้นองค์ความรู้แบบมีส่วนร่วม เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ประสบการณ์ร่วมกัน โดยอาจนำทฤษฎีการประกอบสร้างความเป็นจริงทางสังคม (The Social Construction of Reality) ของ Berger & Luckman (1967) มาใช้ต่อยอดองค์ความรู้ และสามารถวิเคราะห์ที่ตีความ อธิบายกับการสื่อสารเรื่องอื่นๆ ตามความเป็นจริงในชีวิตประจำวันที่ล้วนประกอบสร้างขึ้นมาตามความสนใจและมีการสังสมประสบการณ์ของแต่ละบุคคลจนเกิดเป็นความรู้หนึ่งในสถานที่และเวลาหนึ่งๆ หรืออาจนำทฤษฎีการสื่อสารในระดับต่างๆ มาปรับใช้กับการสื่อสารสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตกับโรคประเภทอื่นๆ หรือในบริบทแวดล้อมอื่นๆ ที่ต่างกันไป

3.3.2 การศึกษาการสื่อสารเชิงรณรงค์ การเชิญชวน การเสวนา ในการสื่อสารความตาย โดยใช้รูปแบบ online ที่แม้ไม่รู้จักกันหรือมาพบกันครั้งแรกแต่สามารถสื่อสารเรื่องเดียวกันได้ ทำให้เกิดการสื่อสารแบบการมีส่วนร่วม (participatory communication) กับการดูแลแบบประคับประคอง หรือกับการสื่อสารเรื่องความตาย หรือประเด็นอื่นๆ ที่สนใจหรืออยู่ในความสนใจได้อีกมิติหนึ่ง ซึ่งการสื่อสารกับความตายยังมีผู้ศึกษาอยู่จำนวนน้อย ดังนั้นจึงยังมีอีกหลายแง่มุมของการสื่อสารเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อการอยู่ดีและการตายดีที่มีให้ศึกษาอีกหลากหลายกว้างขวางและลุ่มลึกขึ้น

3.3.3 ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดของทีมบุคลากรทางสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองผู้ให้ข้อมูล 5 วิชาชีพ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง ควรต่อยอดการศึกษายังทีมอื่นๆ จึงที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเพิ่มเติมจาก 5 วิชาชีพที่มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ต่างๆ เช่น ทีมให้คำปรึกษา ทีมเยี่ยมบ้าน ทีมให้กำลังใจ หรือทีมจิตอาสาสมัคร เป็นต้น โดยเน้นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้แนวทางการสื่อสารความตายที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนของผู้ป่วยที่สามารถนำไปปรับใช้ได้จริงและเหมาะกับชุมชน

3.3.4 การศึกษาครั้งต่อไปควรเน้นศึกษาเฉพาะกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง เช่น ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลหลัก เนื่องจากแต่ละกลุ่มมีตัวแปรและปัจจัยแตกต่างกันออกไป โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก ที่เป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดและมีบทบาทสำคัญในหลายมิติ ผู้ดูแลหลักเป็นตัวแทนผู้ป่วยในการตัดสินใจการรักษาชีวิตของผู้ป่วยได้ทั้งในแบบตายดี และแบบยื้อชีวิต ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยอย่างแท้จริง รวมถึงการศึกษาในกลุ่มโรคอื่นๆ เพื่อความหลากหลายและขยายกลุ่มเป้าหมายให้ทั่วถึงที่มีความรู้ตามความเป็นจริงในชีวิตประจำวัน เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ในวงการวิจัยด้านการสื่อสารความตายในกลุ่มต่างๆ และเป็นวิทยาทานต่อวงการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยและกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารตามความต้องการของตนเองได้



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2557*. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. นนทบุรี. กระทรวงสาธารณสุข
- กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *สถิติการร้องเรียน*. สืบค้นจาก: <http://www.thaigove.go.th/news/contents/details/34770>
- กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *แนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*. (2561). นนทบุรี:
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *สถิติสาธารณสุขประจำปี 2559*. (2560). นนทบุรี:
- กาญจนา แก้วเทพ. (2549). *สื่อพื้นบ้านขานรับงานสุขภาพ*. มองอนาคตงานสื่อพื้นบ้านกับการปฏิรูประบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- _____. (2552). *ได้ฟากฟ้าแห่งการศึกษาสื่อบุคคลและเครือข่ายการสื่อสาร*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- _____. (2552). *สื่อสารมวลชน ทฤษฎีและแนวทางการศึกษา*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- _____. (2560). *ปรัชญาวิทยาศาสตร์และทฤษฎีการสื่อสาร*. หน่วยที่ 7 ทฤษฎีว่าด้วยเนื้อหา/สารและความหมาย. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- กาญจนา แก้วเทพ, และ สมสุข หินวิมาน. (2551). *สายธารแห่งนักคิดทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมืองกับสื่อสารศึกษา*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- กาญจนา แก้วเทพ, และ ขนิษฐา นิลผึ้ง. (2556). *สื่อสารอาหาร สุขภาพ*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- กาญจนา ไชคหริยญุสุขชัย. (2550). *การสื่อสารเชิงอวัจนภาษา รูปแบบและการใช้*. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ: วี.พรีนท์ (1991).
- กิตติกร นิลมานันต์. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต The end of life care*. สงขลา: ออเรนจ์มีเดีย.
- กิตติพล นาควิโรจน์. (2559). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เซนเตอร์ไพรซ์.
- กลุ่มศึกษารธรรมและปฏิบัติธรรม สระบุรี. (2530). *มรณสติ พุทธวิธีต้อนรับความตาย*. กรุงเทพฯ: ประสิทธิ์ สเตชันเนอรี.

- กุล โปธ์ทอง. (2555). ผลการพัฒนาจิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนววิถีพุทธ: กรณีศึกษาการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลท่าสาย จังหวัดเพชรบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, นงลักษณ์ ตรงศรี, และ พจน์ กริชไกรวรรณ. (2547). มิติสุขภาพ: กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาวะ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- _____. (2550). วัฒนธรรม ความตาย กับความหลากหลายทางชาติพันธุ์. กรุงเทพฯ: หนังสือดีวัน.
- _____. และคณะ. (2548). วัฒนธรรมความตายกับวาระสุดท้ายของชีวิต คู่มือเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- _____. (2552). การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- กัญญา บุญธรรมโม. (2556). ผลของการให้คำปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองต่อภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 33(1), 17-28.
- กัญญ์ฐิตา ศรีภา. (2554). ประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (คุณานิพนธ์ปริญญาเอก) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- กัลยากร นัตถแก้ว (2564, 25 พฤศจิกายน). นักวิชาการอิสระ คณะกรรมการบริหาร ชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง [บทสัมภาษณ์].
- เกื้อจิตร แชรรัมย์. (2564, 29 เมษายน). ข้าราชการบำนาญพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ [บทสัมภาษณ์].
- กัจจกร หลุยยะพงศ์. (2560). การสื่อสารกับชุมชนศึกษา: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. สัมมนาประเด็นศึกษาทางนิเทศศาสตร์ 17903. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- _____. (2561). Tomorrow Never Dies: การเข้าใจความตายในสื่อภาพยนตร์ไทย. วารสารวิชาการวารสารศาสตร์. 12(01), 80-123.
- กฤตยา อาชวนิจกุล, และ วรชัย ทองไชย. (2549). ภาพการตายภาพสะท้อนความมั่นคงของประชากร. กรุงเทพฯ: แปลนพรีนติ้ง.
- คณะกรรมการวิชาภาษาไทยเพื่อการสื่อสาร. (2552). ภาษาไทยเพื่อการสื่อสาร. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2564, 12 กุมภาพันธ์). เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับ เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563. สืบค้น

จาก http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/261/T_0003.PDF

จารุรินทร์ ปิตานูพงศ์, และ อานนท์ วิทยานนท์. (2557). การเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะคิด และตัวตนของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 หลังผ่านการเรียนจิตเวชศาสตร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59 (2), 121-128.

จิตใจ สิริโส. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

จิตตากรณ์ กล่อมแดง. (2546). การสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

จิตชญา บุญนันท. (2552). บทบาทพยาบาลในการสื่อสารเรื่องไม่พึงประสงค์หรือแจ้งข่าวร้ายในผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 24(3) 7-19

จริยา ชำรัมย์. (2547). ประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2564, 10 ธันวาคม). การสื่อสาร. สืบค้นจาก

[http://www.chulapedia.chula.ac.th/index.php?title=%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%AA%E0%B8%B7%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%A3_\(Communication\)](http://www.chulapedia.chula.ac.th/index.php?title=%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%AA%E0%B8%B7%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%A3_(Communication))

ชิษณุ พันธุ์เจริญ. (2551). คู่มือทักษะการสื่อสารสำหรับบุคลากรทางการแพทย์. (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.

ชิษณุ พันธุ์เจริญ, และ จรุงจิตร งามไพบูลย์. (2552). คู่มือทักษะการสื่อสารเพื่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.

เชอร์วิน บี นูแลนด์. (2546). เราตายอย่างไร. สำนวความตายอันหลากหลายของมนุษย์ได้รตรองมองบทสุดท้ายของชีวิต. วเนช แพลด. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง.

โชติรส ทิมพัฒน์พงษ์. (2555). มุมมองด้านการสื่อสารสุขภาพ ใครสื่อสาร ใครรับสาร ใครได้ประโยชน์. *วารสารมหาวิทยาลัยพายัพ*, 23(1), 57-71.

ณฤดี กิจทวิ. (2552). ประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

- ณัฐวิภา สตินสุวรรณ. (2559). รายงานการวิจัยเรื่อง การชี้แนะผ่านสื่อเพื่อผลักดันนโยบายสาธารณะ
เชิงสุขภาพในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรังสี. (2548). หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- _____. (2553). คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง. การดูแลผู้ป่วยใน
ระยะท้าย. ในประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว,
และ นันชาย สิทธิพันธุ์ (บรรณาธิการ). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of Life
Care: Improving Care of the Dying*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- _____. รัชฎา ชลารัตน์, และ ประภัสสร ปัญญา. (2559). *วิทยานิพนธ์ก่อนตาย*. ขอนแก่น:
สมาคมบริหารดูแลผู้ป่วยระยะท้าย THAPS.
- เทพินทร์ พัชราอนุรักษ์. (2548). *สังคมวิทยาการแพทย์*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พรินต์ติ้ง
เฮ้าส์.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, วริศรา กริชไกรวรรณ, วรรณ จารุสมบุญ, และ พรเลิศ ฉัตรแก้ว. (2546).
รายงานวิจัย เรื่อง โครงการทบทวนกระบวนการที่สัมพันธ์เรื่องความตายและมิติสุขภาพ.
กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- นภนาท อนุพงศ์พัฒน์. (2550). ประวัติศาสตร์ความตายและความเปลี่ยนแปลงของโลกทัศน์ต่อชีวิต
ในสังคมไทย, วัฒนธรรม ความตาย กับวาระสุดท้ายของชีวิต *คู่มือเรียนรู้มิติสังคมของ
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด.
- นภา ทวีรทรงกุล. (2557). *ประสบการณ์อาการและการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งลูกกลมที่ได้รับการ
ดูแลแบบประคับประคอง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์).
มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- นภา หลิมรัตน์, และ ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2559). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับผู้ให้การ
ดูแล*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์. (2547). *การส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาองค์ความรู้การสื่อสารเพื่อสุขภาพ*.
โครงการพัฒนาองค์ความรู้การสื่อสารเพื่อสุขภาพ, กรุงเทพฯ.
- นิธิดา แสงสิงแก้ว. (2561). *สัมมนาประเด็นทางนิเทศศาสตร์ ประเด็นสาระหลักที่ 3. ประเด็นศึกษา
เรื่องการสื่อสารสุขภาพ*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- นิตยา เหล่าบุญเกื้อ. (2550). *ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและพลวัตรของมุมมองต่อความตายในผู้ป่วย
ระยะสุดท้าย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
, กรุงเทพฯ.

- นิธิ เอียวศรีวงศ์, ศรีศักร วัลลิโภดม, สุธีวงศ์ พงษ์ไพบูลย์, วิชัย โชควิวัฒน์, ชเนกฐ์ วัลลภ ขุมทอง,...
โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2548). *พรมแดนความรู้ ประวัติศาสตร์การแพทย์และ
สาธารณสุขไทย*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- นริรัตน์ สร้อยศรี. (2555). พฤติกรรมการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมในการเรียนรู้แบบร่วมกันด้วยเว็บ
ควอสท์เชิงสมรรถนะของนักศึกษาสาขาเทคโนโลยีการโทรทัศน์และวิทยุกระจายเสียง.
วารสารการประชุมวิชาการระดับชาติ "ไอตฯ-เทคโนโลยี สัมพันธ์แห่งประเทศไทย"
ครั้งที่ 26., 119-124.
- บรรพต ดันธีรวงศ์. (2560). *ประวัติศาสตร์ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยกับความท้าทาย
การบริหารความขัดแย้งในอนาคต*. สืบค้นจาก <http://164.115.25.41.pdf>
- เบญจวรรณ นันทชัย. (2561). รูปแบบการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายในบริบทประเทศไทยและต่างประเทศ. *วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี*, 7(1),
233-260.
- เบญญาภา ไชยครุณ, รัตยา บุญศักดิ์. (2557). การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
แบบประคับประคองโรงพยาบาลก้นถرارมย์. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*
, 6(5), 763.
- ประกายธรรม. (2542). *ความตายที่ท่านยังไม่รู้จัก*. กรุงเทพฯ: ชรรรมสภา.
- ประกิต วาทีสาชกกิจ. (2559). *รายงานการวิจัยเรื่อง กลยุทธ์ในการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สังคม: ศึกษาเฉพาะกรณีการดำเนินงานของโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่*.
กรุงเทพฯ: มูลนิธิหมอชาวบ้าน.
- ประพัฒน์พร ชาลีวรรณ. (2548). *ผลของการให้คำปรึกษาตามแนวทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง
เพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาโดยการฟอกเลือดด้วย
เครื่องไตเทียม ณ รพ.ทหารผ่านศึก (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*.
มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.
- ปราณี วงษ์เทศ. (2543). *สังคมและวัฒนธรรมในอุษาคเนย์*. กรุงเทพฯ: ศิลปวัฒนธรรม.
- ปริญานูช โชคชนวนิชย์. (2561). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว: การจัดบริการและ
บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์คลินิก*. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 26(2), 108-139.
- ปจาร์ีย์ ณะสมบูรณ์กิจ และคณะ. (2550). *การสื่อสารสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- ปานใจ กันยะมี. (2553). *ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมต่อ
พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. *วารสาร
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 26(5), 15-24.

- เปรมใจ วังศิริไพศาล. (2545). *ความตายและทัศนคติในการเตรียมตัวตายของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชุมชนแออัดคลองเตย กรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยศรีปทุม). มหาวิทยาลัยศรีปทุม, กรุงเทพฯ.
- ปึงปอนด์ รักอำนวยกิจ, และ พิริยะ ผลพิรุฬห์. (2549). *ความตายในแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ พฤติกรรม” ในประชากรและสังคม 2549*. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- พรทวิ ยอดมงคล, เอกภพ สิทธิวรรณนะ, และ ฐนิตา อภิชนะกุลชัย. (2558). *คู่มือสำหรับประชาชนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care)*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- พระพรหมคุณาภรณ์. (ประยุทธ์ ปยุตโต). (2551). *ช่วยให้ตายเร็วหรือช่วยให้ตายดี ในรวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลเพื่อการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- พระไพศาล วิสาโล. (2545). *มิติสุขภาพ: กระบวนทัศน์ใหม่ เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาวะ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- _____. (2546). *ชีวิตและความตายในสังคมสมัยใหม่*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เครือข่ายชาวพุทธเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคมไทย.
- _____. (2548). *การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน.
- _____. (2549). *ประตูสู่สภาวะใหม่ คำสอนทิเบตเพื่อเตรียมตัวตายและช่วยเหลือผู้ใกล้ตาย*. แปลจาก The Tibetan Book of Living and Dying. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- _____. และปรีดา เรื่องวิชาธร. (2549). *เผชิญความตายอย่างสงบ: สาระและกระบวนการเรียนรู้ (ฉบับความรู้พื้นฐาน)*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- _____. (2553). *การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ ในก่อนวันผลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวันระสุดท้าย*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- พระอาจารย์มั่น ภูริทัตตะเถระ. (2556). *มุตโตทัย*. สกลนคร: ธรรมสภาและสถาบันลือธรรม.
- พรเลิศ ฉัตรแก้ว. (2548). *ความตายและภาวะใกล้ตาย: การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พรเลิศ ฉัตรแก้ว, กุซงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, และ วิรมลล์ จันทรดี. (2553). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*.
โครงการแผนงานเครือข่าย Palliative Care ใน โรงเรียนแพทย์ สำนักงานกองทุน
สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติ้ง แอนด์ พับบลิชซิ่ง.
- พระธรรมโกศาจารย์ (พุทธทาสภิกขุ). (2548). *สังขารธรรม: ความตายเป็นหน้าที่ของสังขาร*.
กรุงเทพฯ: ธรรมสภา.
- เพียว เกษตรสมบูรณ์. (2538). *การพยาบาลผู้รับบริการในภาวะใกล้ตายและตาย*. สงขลา: คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. (2542). *ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและชุมชนกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง*.
กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- เพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์. (2553). *ระบบสุขภาพภาคประชาชนกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง: สถานะความรู้
และทิศทางการวิจัย*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สหพัฒนาไพศาล.
- ไพโรจน์ วิไลนุช (2554). *รายงานวิจัยเรื่อง การสื่อสารและการจัดการความวิตกกังวลและภาวะ
วิกฤตระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ป่วยไทยในอำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน*.
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย.
- _____. (2557). *รายงานวิจัยเรื่อง การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากโรคหลอดเลือด
สมอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครอบครัวเพื่อฟื้นฟูการสื่อสารและกำลังใจของ
ผู้ป่วยในอำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย.
- ฟ้า นุราคร. (2550). *การสื่อสารกับการสร้างอัตลักษณ์ของบรรดานางโชว์ที่อยู่ในพื้นที่คาบาเรต์โชว์
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- พจน์ เชยจรรยาและคณะ. (2564, 20 กันยายน). *รูปแบบการสื่อสาร*. สืบค้นจาก
<https://sites.google.com/a/damrong.ac.th/2-9-27-pimpmion/rup-baeb-kar-suxsar>
- ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์, และ อภิวัฒน์ รัตนวราหะ (2563). *รายงานการวิจัยเรื่อง คนเมือง 4.0: อนาคต
ชีวิตเมืองในประเทศไทย ในมิติความตายในเมือง*. กรุงเทพฯ: สำนักงานการวิจัย
แห่งชาติ.
- ภัสร์วี ศรีสุวรรณ. (2563). *คุยเป็นยา: ศิลปะการสื่อสารเพื่อเยียวยาใจผู้ป่วยและครอบครัว*. (พิมพ์
ครั้งแรก). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามลดา.
- ภัสวี นิติเกษตรสุนทร. (2560). *ปรัชญาวิทยาศาสตร์และทฤษฎีการสื่อสาร*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). หน่วยที่ 3
แนวคิดหลักด้านการสื่อสาร. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- มธุรสศิริสถิตย์กุล. (2550). *ความตายในคริสต์ศาสนา*. ใน โภมาทร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ
(บรรณาธิการ), *วัฒนธรรม ความตายกับวาระสุดท้ายของชีวิต*. กรุงเทพฯ: หนังสือดีวัน.

- มนต์ศักดิ์ ชัยวีระเดช. (2558). การสื่อสารเรื่องความตายผ่านเฟซบุ๊กแฟนเพจ Peaceful Death: ปราบกฏการณ์การทำความเข้าใจเรื่องการเผชิญความตายอย่างสงบในโลกดิจิทัล. *วารสารวิชาการ "วารสารศาสตร์"* 8(2), 6-22.
- มลินี สมภพเจริญ (2551) สถานการณ์การสื่อสารสุขภาพ. *วารสารสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*. 13(110), 1-11.
- ยศ สันตสมบัติ. (2537). *มนุษย์กับวัฒนธรรม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รจิตต์กษณ์ แสงอุไร. (2548). *การสื่อสารของมนุษย์*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ร่วมหทัย โชติกโสภณ. (2559). *การบริหารจัดการกองบรรณาธิการสู่แนวทางการสื่อสารความตายอย่างสงบ กรณีศึกษา จดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง เครือข่ายพุทธิกา* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2525). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน*.
- _____. (2542). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน*. พ.ศ.2542. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน.
- _____. (2556). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน*. พ.ศ.2554. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน. นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- ริมโปเช, โฆเกลีย. (2554). *ประสูติสู่ภาวะใหม่ คำสอนที่เบตเพื่อเตรียมตัวตายและช่วยเหลือผู้ใกล้ตาย* (พระไพศาล วิสาโล, ผู้แปล). (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- _____. (2558). *เหนือห้วงมรรณพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- รุ่งกมล โพธิสมบัติ. (2553). *พลวัตความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและผลต่อมุมมองของโรคเบาหวานของผู้ป่วย ศึกษากรณีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายหลังการใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- รุจิณา อรรถสิทธิ์. (2548). *การเสริมสร้างสุขภาพชุมชน*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: อุกการพิมพ์.
- เรืองฟ้า บุราคร. (2550). *การสื่อสารกับการสร้างอัตลักษณ์ "กะเทย" ในพื้นที่คาบารด์โซว์* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ. (2563). *ล้อมวงสนทนา ศิลปะการสื่อสารสำหรับบุคลากรสุขภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและญาติ*. (พิมพ์ครั้งแรก). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามลดา.
- รัตนภรณ์ ทองอรุณนิกุล. (2547). *การนำเสนอข้อมูลข่าวสารในหน้าหนังสือพิมพ์เกี่ยวกับไข้หวัดนกและการนำไปใช้ประโยชน์ของผู้ประกอบธุรกิจสัตว์ปีก* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

- ลัญจันศักดิ์ อรรถนยากร. (2559). *การดูแล...ก่อนจากไปด้วยหัวใจตระหนักรู้*. นนทบุรี: โครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559. นนทบุรี: สถาบันบำราศนราดูร.
- _____. (2561). การยอมรับความตาย. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 62(5), 761-772.
- วรรณมน บุณรัช. (2556). *มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- วาสนา จันทร์สว่างและคณะ. (2548). *รายงานการวิจัยเรื่อง กระบวนการสื่อสารการรณรงค์ด้านสุขภาพ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิจิต เปานิล. (2546). *รายงานการวิจัยเรื่อง พุทธกระบวนการทัศน์เพื่อสุขภาพและการเยียวยาในสังคมไทย*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิทย์ เทียงบุญธรรมและเกษม เทียงบุญธรรม. (2541). *พจนานุกรมแพทย์ เล่ม 1*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: รวมสาส์น.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2548). *จากจรรยาแพทย์มาถึงยุคชีวจริยศาสตร์*. กรุงเทพฯ: วิทยุชน
- _____. (2553). *แนวคิดของนักกฎหมายไทยเกี่ยวกับการปฏิเสธการรักษาที่จะนำไปสู่การตายดี*. ในก่อนวันพลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย. (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- _____. (2561). *กฎหมายการแพทย์สมัยใหม่*. กรุงเทพฯ: วิทยุชน.
- วิลาลินี วิเศษฤทธิ. (2546). *การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์แสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- วันทิวา วัฒนะโชติ. (2540). *การสื่อสารบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายตามการรับรู้และการปฏิบัติงานของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ศิริวรรณ พิริยคุณธร. (2544). *การพยาบาลผู้ที่มีภาวะสูญเสียและเศร้าโศก*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, และ อุดมวรรณ วันศรี. (2552). *จิตวิญญาณระยะสุดท้ายของชีวิตและความตายในการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ. ธนาเพชร.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2560). *ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง*. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

- _____. (2560, 10 ธันวาคม). อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ศูนย์ การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. [บทสัมภาษณ์].
- คันสนีย์ เสถียรสุด. (2560, 15 ธันวาคม). *อย่ากลัวมะเร็ง แม่ชีคันสนีย์ ใช้ 3 หลัก รักษาเนื้อร้าย*. สืบค้นจาก <https://www.youtube.com/watch?v=Aw6kPk0iOoU>
- สกล สิงหะ. (2552). *Palliative Care: How to Improve Your Care*. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1997).
- _____. (2564, 28 เมษายน). อาจารย์ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หัวหน้าประธานหน่วยชีวันตาภิบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. [บทสัมภาษณ์].
- สมสุข หินวิมาน. (2546). แนวทางการศึกษาและการเข้าสู่ปัญหาเรื่องการสื่อสารสุขภาพ. *วารสารวิจัยสังคม*, 16(1), สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมมะเร็งวิทยาแห่งยุโรป. (2560). *จุดยืนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2017/12/15126>
- สมรักษ์ เข็มชिरสกุล. (2564, 18 กันยายน). *การสื่อสารเพื่อการเตรียมตัวตายในศตวรรษที่ 21*. สืบค้นจาก [http://utcc2.utcc.ac.th/humanities_conf/journal_file/0005/UTCC%2016-4-19%20\(editted\).pdf](http://utcc2.utcc.ac.th/humanities_conf/journal_file/0005/UTCC%2016-4-19%20(editted).pdf)
- สายฝน เอกวางกูร. (2554). *รู้จัก เข้าใจ ดูแลภาวะซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สร้อยศรี คงปิ่น. (2561). มายาคติความตายที่สื่อสารผ่านพิธีกรรมงานศพของกลุ่มชาติพันธุ์ที่นับถือศาสนาพุทธ: กรณีศึกษากลุ่มชาติพันธุ์กูไท และกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ. *วารสารนิเทศศาสตร์ธุรกิจบัณฑิต*, 12(1), 79-119.
- สรายุทธ ยะกร. (2555). *สังคมวิทยาแห่งความตาย*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สายพิณ หัตถิรัตน์. (2545). *มิติสุขภาพ: กระบวนทัศน์ใหม่ เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาวะ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- _____. (บรรณาธิการ). (2551). *คู่มือหมอครอบครัวฉบับสมบูรณ์: Family medicine handbook* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- _____. (2560, 19 ธันวาคม). อาจารย์แพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. [บทสัมภาษณ์].

- สายฝน เอกวารงกูร. (2554). *รู้จัก เข้าใจ ดูแลภาวะซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สารภี รั้งมีโกศย์. (2556). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตาย และภาวะใกล้ตายของผู้สูงอายุ จังหวัดปัตตานี* (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สุกัญญา อามีน. (2539). *การศึกษาความรู้และทัศนคติที่มีต่อการปลูกถ่ายอวัยวะของประชาชนใน เขตกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สุชนา ศิริชัยกูร. (2552). *คู่มือตายดี*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ไทยรายวันการพิมพ์.
- สุภาวดี จันทวานิช. (2559). *การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุมาลี นิมนานิตย์. (2550). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัทโรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- สุวคนธ์ กุรัตน, พัชรี ภาระใจ, และ สุวิริยา สุวรรณโคต. (2556). *การดูแลผู้ป่วยระยะสั้น: มิติใหม่ที่ทำทาบทบาทพยาบาล*. มหาสารคาม: วิทยาลัยพยาบาลมหาศรี มหาสารคาม.
- สุวรรณกมล จันทระโน. (2558). *โครงสร้างการสื่อสารและปฏิบัติการแบบประคับประคอง ของจิตอาสาข้างเตียงกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดเชื่อเรื้อรังระยะสุดท้าย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปริญญาตรี ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศิลปากร, เพชรบุรี.
- เสฐียร โทเศศ. (2505). *การศึกษาเรื่องประเพณีไทยของเสฐียร โทเศศพระยาอนุমানราชชน*. (พิมพ์ครั้งแรก). พระนคร: ราชบัณฑิตยสถาน.
- _____. (2553). *ประเพณีเกี่ยวกับชีวิต: การตาย*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- เสาวลักษณ์ ไวพรธทา. (2554). *การสะท้อนตัวตนจากการเขียนใบบันทึกการสื่อสารของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายที่ใส่ท่อช่วยหายใจในไอซียู* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- โสรัจจ์ หงส์คารมย์. (2549). *ความตายกับการตาย มุมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิพันดารา.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2543). *สิทธิที่จะอยู่หรือตายและการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อุษากการพิมพ์.
- _____. (2552). *การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

- _____ . (2560). *ดูแลหัวใจก่อนจาก*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2556). *คู่มือให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สามดีพรีนติ้งอ็ควิปเมนท์.
- _____ . (2557). *แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- _____ . (2561). *คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ทีคิวพี.
- _____ . (2562). *คู่มือสำหรับประชาชนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- หนึ่งหทัย ขอผลกลาง. (2552). ความสำคัญของการศึกษากระบวนการทัศน์ด้านการสื่อสารสุขภาพของไทย. *วารสารนิเทศศาสตร์*. 27(2), 30-45
- หนึ่งหทัย ขอผลกลาง, และ กิตติ กันภัย. (2553). การสื่อสารสุขภาพ: กลไกในการพัฒนาสังคม. *วารสารสุนารี* (1), 71, 75.
- อธิตา สุนทโรทก. (2550). *วัฒนธรรม ความตายกับความหลากหลายทางชาติพันธุ์: มอญ ช่างกะเหรี่ยง ม้ง เย้า*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อมรา พงศาพิชญ์. (2547). *ความหลากหลายทางวัฒนธรรม (กระบวนการทัศน์และบทบาทในประชาสังคม)*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อิสรางค์ นุชประยูร. (2564, 5 พฤษภาคม). อาจารย์กumarเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเลือด โรคมะเร็ง และชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และผู้อำนวยการบริษัท เชื้อเอ็นเอ็นวิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด. [บทสัมภาษณ์].
- อุไรวรรณ ภู่วิจิตรสุทิน. (2534). *รายงานการวิจัย เรื่องการเปิดรับและการยอมรับข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ของนักเรียนและนิสิตนักศึกษาในกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เอกภพ สิทธิวรรณชนะ. (2556). *มิติทางวัฒนธรรมของความตายใน โรงพยาบาลสมัยใหม่: กรณีศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณาใน โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- เอ็มอัชมา (รัตน์ริมจ) วัฒนบูรานนท์. (2554). *มรณศึกษา*. กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮ้าส์.

- Aiken, L. R. (1985). *Dying, death, and bereavement*. Boston: Allyn and Bacon, Inc.
- _____. (1994). *Dying, death, and bereavement*. Third Edition. Boston: Allyn and Bacon, Inc.
- Alfred. (1970). *On phenomenology and social relations: Selected writings*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Avery D. Weissman. (1972). *On dying and denying: A psychiatric study of terminality*. New York City. Behavioral Publication.
- Buckman R. (1984). *Breaking bad news: Why is it so difficult?* BMJ.
- Cassem NH. (1997). *The dying patient* In: Cassem NH, Stern TA, Rosenbaum JF, Jellinek MS, editors. Massachusetts General Hospital handbook of general hospital psychiatry. 4th ed. St. Louis: Mosby-Year Inc.
- Corr, C. A. et al. (2009). *Death and dying, life and living*. (6th Edition). California: Wadsworth.
- Curis, J.R., Patrick, D.L., Engelberg, R.A., Norris, K., Asp, C., and Boyock, I. (2002). The Quality of Dying and Death: Initial Validation Using After Death Interviews with Family Member in *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(1), pp. 17-31.
- Brabant, S. (2011). Death: The Ultimate Social Construction of Reality in *OMEGA journal of death and dying*. Vol. 62(3), pp. 221-242.
- Dutta, Mohan J. (2011). *Communicating social change*. New York: Routledge.
- Eriksson, E., Arve and Lauri, Sirkka H. (2006). *Informational and emotional support for cancer patients' relatives*. ScienceDirect issues in European Journal of Oncology Nursing. Vol. 10, pp. 48-58.
- Elizabeth Forster and Alaa Hafiz. (2015). Paediatric death and dying: exploring coping strategies of health professionals and perceptions of support provision approach in *International Journal of Palliative Nursing*, 21(6), pp. 294-301.
- Epstein R.M, Franks P., Fiscell K., Shields C.G., Meldrum S.C., Kravitz R.L., Duberstein P.R. (2006). Measuring patient-centered communication in Patient-Physician Consultations: Theoretical and practical issues in *Journal of Social Science & Medicine*. pp. 1561-1528.
- Floyd, K. (2012). *Interpersonal Communication*. (2nd Edition). New York: McGraw-Education.
- Frederic W.Platt & Geoffery H.Gordon. (2004). *Field Guide to the Difficult Patient Interview*. (2nd Edition) Lippincott Willians and Wilkins.

- Glaser, B. and Strauss, A. (1965). *Awareness of dying*. Chicago: Aldine Publishing.
- Hales, S., et al., (2014). The quality of dying and death in cancer and its relationship to palliative Care and Place of Death in *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(5), pp. 1-13.
- Hollyway, I. (1997). *Basic Concepts of Qualitative Research*. London: Blackwell Science.
- Ian R. McWhinney. (1997). A text book of Family Medicine.(2nd Edition). The United states of America.
- Kaba R., Sooriakumaran P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship in *International Journal of Surgery*, 5, pp. 57-65.
- Kubler-Ross, Elisabeth. (1969). *On Death and Dying*. New York: Macmillan.
- Littlejohn, S.W. (1993). *Theories of Human Communication*. (2nd Edition). Wadsworth Publishing Company.
- Ned H.Cassem. et al. (2004). *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. (6th Edition). The United states of America.
- Pasons, T. (1972). Definitions of health and illness in the light of American values and social structure. New York: The Free Press.
- Peter L. Berger and Thomas Luckmann. (1967). *The social construction of reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge*. (Reprint). New York: Anchor Books. A Division of Random House, INC.
- Peterson, A. & Lupton, D. (1996). *The New Public Health*. Sage Publications.
- Pirote Wilainuch. (2013). Communicative practice in talking about death and dying in the context of Thai cancer care approach. *equinoxpub.com*, 10(3), pp. 263-271.
- Rajiv Rimal and Kewin Real. (2005). *How behaviors are influenced by received norms: A test of the theory of normative social behavior*. Communication Research.
- R. Kaba, P. Sooriakumaran. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship in *International Journal of Surgery*, 5, pp. 57-65.
- Szasz, T. S., & Hollender, M. H. (1956). *The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship*. *Archives of Internal Medicine*, 97, 585-592.
- Trummer U.F., Mueller U. O., Nowak P., Stidl T., & Pelikan J. M. (2005). Does physician-patient communication that aims at empowering patient improve clinical outcome in *Journal of Patient Education and Counseling*. pp. 2-7.

World Health Organization. (2005). Definition of palliative care.

_____. (2016). Planning and implementing palliative care service: a guide for
programmmanager, Geneva: WHO Press.

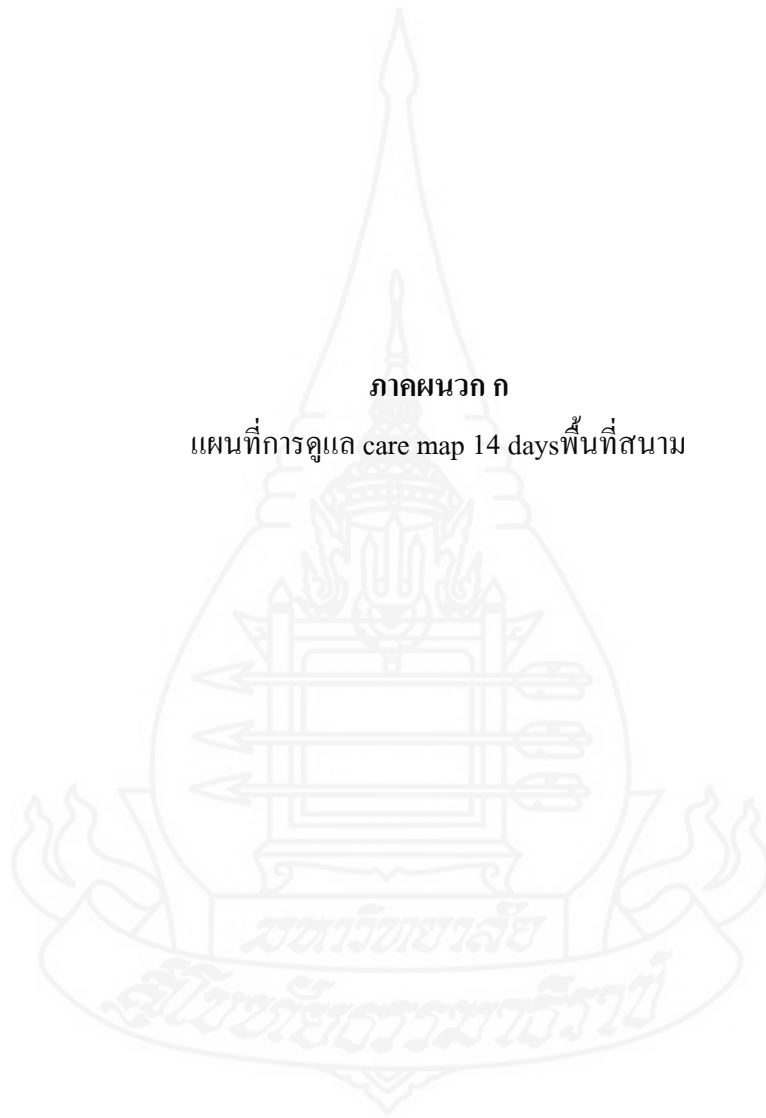


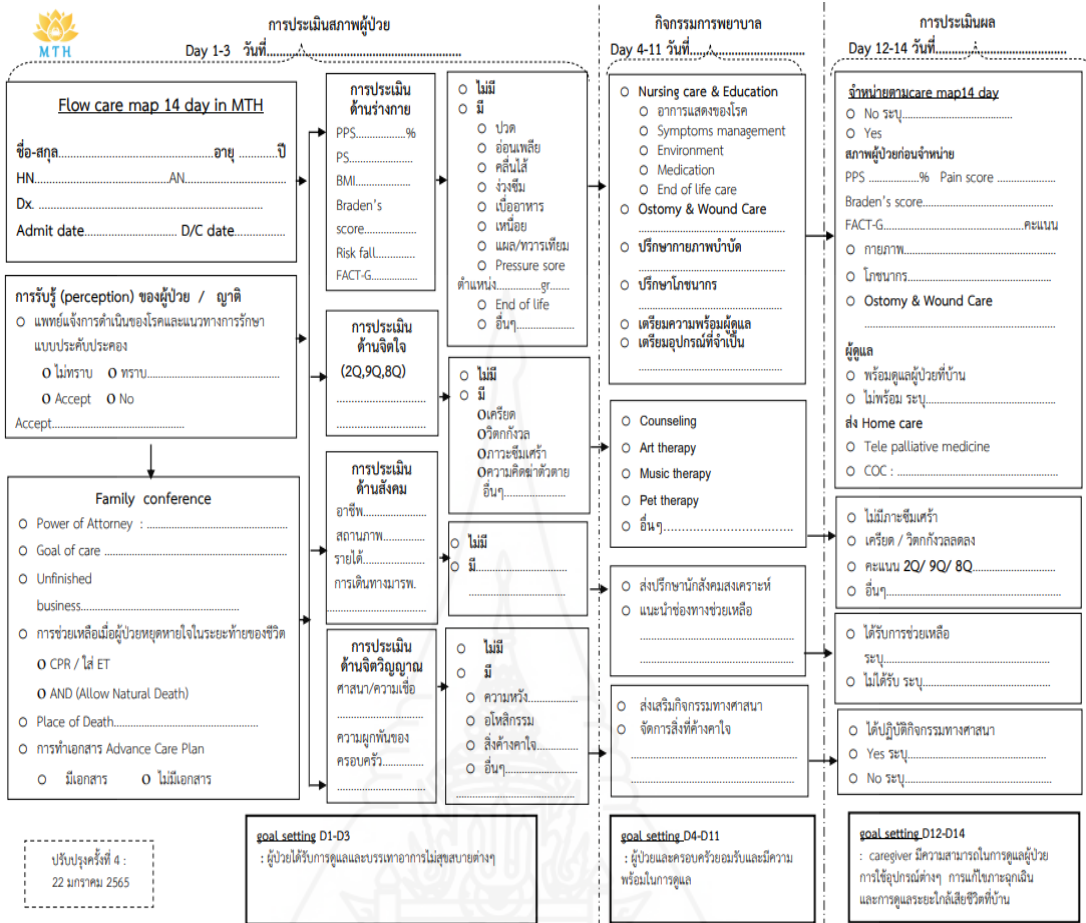
ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

แผนที่การดูแล care map 14 days พื้นที่สนาม







ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์บุคลากรสุขภาพ 5 วิชาชีพ

แบบสัมภาษณ์บุคลากรทางสุขภาพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม จังหวัดปฐมธานี
งานวิจัย เรื่อง “การสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ได้รับ
การดูแลแบบประคับประคอง”

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยคุณิพนธ์ปริญญาเอก หลักสูตรคุณิพนธ์บัณฑิต สาขาวิชานิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชที่ผู้วิจัยกำลังศึกษาอยู่ ซึ่งจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาการประกอบสร้างความหมายความตายและกระบวนการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองข้อมูลจากการสัมภาษณ์นี้จะถูกบันทึกเป็นความลับและใช้เฉพาะการวิจัยครั้งนี้เป็นไปเพื่อเป้าหมายการศึกษาเท่านั้น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 เพศ 1) ชาย 2) หญิง
- 1.2 อายุปี
- 1.3 ระดับการศึกษา 1) ปริญญาตรี 2) ปริญญาโท 3) ปริญญาเอก
- 1.4 ศาสนา 1) พุทธ 2) คริสต์ 3) อิสลาม
- 1.5 ท่านเป็นบุคลากรทางสุขภาพวิชาชีพใด 1) แพทย์ 2) พยาบาล 3) แพทย์รังสีรักษา
 4) นักสังคมสงเคราะห์ 5) นักจิตวิทยา
- 1.6 ประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพ 1) 1-2 ปี 2) 3-4 ปี 3) 5 ปีขึ้นไป

ส่วนที่ 2 คำถาม

2.1 ประเด็นการประกอบการสร้างความหมายความตาย

- 1) ท่านให้นิยามความหมายความตายอย่างไร
- 2) ท่านคิดว่าสภาพของเศรษฐกิจในครอบครัวเป็นปัญหาต่อการรักษาโรคมะเร็งหรือไม่อย่างไร
- 3) ท่านคิดว่าบุคลากรวิชาชีพให้ความหมายความตายต่างกันอย่างไร และมีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างไร
- 4) การมีความรู้ หรือการผ่านการอบรมเรื่องการดูแลแบบประคับประคองทำให้ท่านเข้าใจเรื่องความตายอย่างไร และเนื้อหาเรื่องดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นอย่างไร
- 5) ประสบการณ์การทำงานที่ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมีส่วนช่วยให้ท่านเข้าใจเรื่องความตายอย่างไร
- 6) เพื่อนร่วมงานที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่าสามารถช่วยแนะนำการทำงานกับผู้ป่วยแก่ท่านได้อย่างไร
- 7) บทบาทหน้าที่ของท่าน มีผลต่อทัศนคติและความคาดหวังของผู้ป่วยมะเร็งในการรักษาโรคมะเร็งอย่างไร
- 8) ท่านมีความเชื่อ ศรัทธา และนับถือในเรื่องอะไรบ้าง

2.2 ประเด็นกระบวนการสื่อสารความตาย

- 1) ท่านคิดว่าบุคลากรทางสุขภาพวิชาชีพใดบ้างที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วย

2) ปัญหาการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีอะไรบ้าง กรุณาอธิบายรายละเอียด

3) ในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายท่านมีวิธีการหรือเทคนิคการสื่อสารอย่างไร

4) ท่านมีการวางแผนการรักษา ร่วมกับกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างไร หรือผู้ป่วยมีการวางแผนการรักษาด้วยตนเอง ผู้ดูแลหลักมีส่วนกับการวางแผนการรักษานี้หรือไม่อย่างไร

5) บุคลากรทางสุขภาพแต่ละวิชาชีพมีการประชุมทีมดูแลผู้ป่วยหรือสื่อสารระหว่างกันอย่างไร

6) นอกจากการลงตรวจผู้ป่วยตามปกติที่หอผู้ป่วยแล้ว ท่านยังมีการใช้วิธีการพูดคุยกับบุคลากรทางสุขภาพวิชาชีพเพื่อติดตามความคืบหน้าอาการของผู้ป่วยด้วยวิธีใดบ้าง เช่น การประชุมทีมบุคลากรทางสุขภาพ โดยใช้การสื่อสารออนไลน์ได้แก่ การใช้ไลน์ กรู๊ป วีดีโอคอล

7) โรงพยาบาลมีการจัดกิจกรรมใดบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลาย ความเครียดและความวิตกกังวล

8) ในขณะที่มาหอผู้ป่วยเพื่อดูแลรักษาโดยปกติท่านสื่อสารกับผู้ป่วยมะเร็ง หรือผู้ดูแลหลักก่อนเพราะเหตุใด

9) ท่านคิดว่าแนวทางการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักควรประกอบด้วยอะไรบ้าง

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

3.1 ท่านมีข้อเสนอแนะอื่นใดในประเด็นกระบวนการสื่อสารความตาย

.....

ขอขอบคุณที่ให้ข้อมูล

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับงานวิจัยนี้สามารถติดต่อได้ที่

นางสาวดารณี ทั้งไพศาล

นักศึกษาปริญญาเอกุษฎีบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

โทร 081 823 7785

สถานที่สัมภาษณ์
วันที่สัมภาษณ์..... เวลา.....น.
บุคคลที่สัมภาษณ์
งานที่รับผิดชอบ

ภาคผนวก ค

แบบสัมภาษณ์ผู้ประสบความสำเร็จPC ทางโทรศัพท์



**แบบสัมภาษณ์แพทย์ พยาบาลที่ประสบความสำเร็จและมีชื่อเสียงการดูแลแบบประคับประคอง
งานวิจัย เรื่อง “การสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็ง
ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก”**

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยคุณวินิพนธ์ปริญญาเอก หลักสูตรคุณวุฒิบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชที่ผู้วิจัยกำลังศึกษาอยู่ ซึ่งจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาการประกอบสร้างความหมายความตาย และกระบวนการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลักข้อมูลจากการสัมภาษณ์นี้จะถูกบันทึกเป็นความลับและใช้เฉพาะการวิจัยครั้งนี้เป็นไปเพื่อเป้าหมายการศึกษาเท่านั้น

ส่วนที่ 1

1.1 ประเด็นการประกอบการสร้างความหมายความตาย

- 1) ท่านให้นิยามความหมายความตายอย่างไร
- 2) ท่านคิดว่าเรื่องสภาพของเศรษฐกิจในครอบครัวเป็นปัญหาต่อการรักษาโรคหรือไม่อย่างไร
- 3) ท่านคิดว่าบุคลากรวิชาชีพให้ความหมายความตายต่างกันอย่างไร และมีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างไร
- 4) การมีความรู้ หรือการผ่านการอบรมเรื่องการดูแลแบบประคับประคองทำให้ท่านเข้าใจเรื่องความตายอย่างไร และเนื้อหาเรื่องดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นอย่างไร
- 5) ประสบการณ์การทำงานที่ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมีส่วนช่วยให้ท่านเข้าใจเรื่องความตายอย่างไร
- 6) เพื่อนร่วมงานที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่าสามารถช่วยแนะนำการทำงานกับผู้ป่วยแก่ท่านได้อย่างไร
- 7) บทบาทหน้าที่ของท่าน มีผลต่อทัศนคติและความคาดหวังของผู้ป่วยมะเร็งในการรักษาโรคอย่างไร
- 8) ท่านมีความเชื่อ ศรัทธา และนับถือในเรื่องอะไรบ้าง

ส่วนที่ 2

1.2 ประเด็นกระบวนการสื่อสารความตาย

- 1) จากประสบการณ์การทำงานเรื่องการดูแลแบบประคับประคองของท่าน หัวใจของการสื่อสารกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายคืออะไร
- 2) ท่านคิดว่าวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีวัยและโรคที่แตกต่างกันสื่อสารจำเป็นต้องแตกต่างกันอย่างไร
- 3) การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายควรมีกระบวนการรักษาอย่างไร ใครควรมีส่วนร่วมในการรักษา และการรักษาในกระบวนการนี้สามารถนำไปสู่การดูแลแบบประคับประคองอย่างไร
- 4) ท่านคิดว่าปัญหาการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในปัจจุบันคืออะไร
- 5) ท่านคิดว่าบุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพ ควรมีความรู้ความรู้อะไรเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองนี้ เรื่องนี้ทุกวิชาชีพหรือไม่เพราะเหตุใด
- 6) ท่านมีวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักอย่างไรจึงประสบความสำเร็จในการทำงานด้านนี้
- 7) ท่านคิดว่าแนวทางการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองควรประกอบด้วยอะไรบ้าง

สถานที่สัมภาษณ์
วันที่สัมภาษณ์ เวลา.....น.
บุคคลที่สัมภาษณ์
งานที่รับผิดชอบ



ภาคผนวก ง

แบบสัมภาษณ์ผู้ปวยและผู้ดูแลหลัก

แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองงานวิจัย เรื่อง “การสื่อสารความตาย
ระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง”

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยคุณิพนธ์ปริญญาเอก หลักสูตรคุณิพนธ์ สาขาวิชานิเทศ
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชที่ผู้วิจัยกำลังศึกษาอยู่ โดยจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาการให้ความหมายการ
เดินทางสู่เส้นชัยของชีวิต และกระบวนการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่ได้รับ
การดูแลแบบประคับประคองข้อมูลจากการสัมภาษณ์นี้จะถูกบันทึกเป็นความลับและใช้เฉพาะการวิจัยครั้งนี้
เป็นไปเพื่อเป้าหมายการศึกษาเท่านั้น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 เพศ 1) ชาย 2) หญิง
- 1.2 อายุปี
- 1.3 ระดับการศึกษา 1) ไม่ได้ศึกษา 2) มัธยมต้น/ปลาย 3) ปวช. สาขาวิชาชีพ
 4)ปริญญาตรี 5)ปริญญาโท 6)ปริญญาเอก
- 1.4 สถานภาพ 1) สมรส 2) โสด 3) หย่า/หม้าย 4) แม่/พ่อเลี้ยงเดี่ยว
- 1.5 รายได้บาท/เดือน
- 1.6 ศาสนา 1) พุทธ 2) คริสต์ 3) อิสลาม
- 1.7 อาชีพ 1) เกษตรกรรม 2) รับจ้างทั่วไป 3) พนักงานเอกชน 4) ข้าราชการ
 5) ธุรกิจส่วนตัว 6)ว่างงาน
- 1.8 สถานภาพเศรษฐกิจครอบครัว 1)เหลือใช้มีเก็บ 2)พอดีกับการใช้จ่าย 3)ไม่พอใช้จ่าย 4)มีหนี้สิน

ส่วนที่ 2 คำถาม

2.1 ประเด็นการให้ความหมายการเดินทางสู่เส้นชัยของชีวิต

- 1) ครั้งแรกเมื่อท่านรับรู้ว่าเป็นโรคนี้อ ท่านคิดอย่างไร
- 2) การเดินทางสู่เส้นชัยของชีวิตในความคิดของท่านคืออะไร
- 3) ก่อนที่ท่านจะรับรู้ว่าเป็นโรคนี้อ ท่านใช้ชีวิตอย่างไร
- 4) ท่านเคยมีประสบการณ์จากการฟังจากเพื่อนหรือเคยได้รับรู้เกี่ยวกับโรคนี้อย่างไร
- 5) คุณหมอผู้ให้การรักษาได้บอกท่านว่าท่านป่วยด้วยโรคอะไร
- 6) ท่านเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคนี้อจากที่ใดบ้าง เช่น หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วิทยุ โทรทัศน์

อินเตอร์เน็ต ผู้ดูแลหลัก ครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ

- 7) ท่านมีทัศนคติต่อโรคนี้อย่างไร
- 8) ท่านมีความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องพุทธศาสนาและพิธีกรรม อย่างไร
- 9) ท่านคิดว่าท่านต้องการการรักษาที่เน้นการดูแลที่ไม่ทุกข์ทรมานทางกายและใจ
- 10) การดูแลที่เรียกว่าแบบประคับประคองในความคิดของท่านคืออะไร
- 11) เวลาที่ท่านเห็นเพื่อนผู้ป่วยข้างเตียง ข้างห้องท่านรู้สึกอย่างไร
- 12) ผู้ดูแลหลักมีผลต่อการตัดสินใจหรือความพยายามในการรักษาโรคของท่านอย่างไร

13) หากกรณีการรักษาของท่านไปไม่ถึงที่สุดเป็นเพราะสาเหตุใด

2.2 ประเด็นกระบวนการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

1) ในช่วงเวลาที่ท่านอยู่กับบุคลากรทางสุขภาพ ท่านสามารถสื่อสารหรือพูดแสดงความต้องการของท่านมากนักน้อยเพียงใดและพูดคุยในประเด็นเรื่องใด

2) บุคลากรทางสุขภาพวิชาชีพใดที่ท่านต้องการให้มีการปรับปรุงเรื่องการสื่อสารมากที่สุด

3) ท่านคิดว่าปัญหาการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในปัจจุบันคืออะไร

4) ท่านมีส่วนร่วมกับการสื่อสารในการวางแผนการรักษาโรคตั้งแต่เริ่มต้นหรือไม่อย่างไร

5) บุคลากรทางสุขภาพได้อธิบายให้ท่านทราบถึงการจัดกิจกรรม การเข้าถึงข้อมูลความรู้เรื่องโรคนี้อย่างไร

6) บุคลากรทางสุขภาพมีการซักถามหรือเปิดโอกาสให้ท่านสื่อสารพูดคุย สอบถามข้อสงสัยใด ๆ มากน้อยเพียงใด

7) โรงพยาบาลมีการจัดกิจกรรมใด ๆ ให้กับท่านได้ผ่อนคลายหรือไม่อย่างไร

8) ท่านต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพสื่อสารอะไรมากที่สุด

9) ท่านคิดว่าแนวทางการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองนี้ควรเป็นอย่างไร

10) โดยปกติท่านจะกล้าพูดคุยสอบถามบุคลากรทางสุขภาพก่อนหรือรอให้คำตอบฝ่ายเดียว

คำถามเพิ่มเติมสำหรับผู้ดูแลหลัก

1) ท่านเคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือไม่อย่างไร

2) ท่านมีความสัมพันธ์อย่างไรกับผู้ป่วย

3) ท่านให้ออกาสผู้ป่วยตัดสินใจการรักษาตามความต้องการของผู้ป่วยมากนักน้อยเพียงใด

4) ท่านดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลาานเพียงใด

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

3.1 ท่านมีข้อเสนอแนะอื่นใดในประเด็นเพิ่มเติมที่ท่านอยากบอกผู้วิจัย

.....

ขอขอบคุณที่ให้ข้อมูล

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับงานวิจัยนี้สามารถติดต่อได้ที่

นางสาวดรณี ทั้งไพศาล

นักศึกษาระดับปริญญาเอก วิทยาลัยบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

โทร 081 823 7785

สถานที่สัมภาษณ์
วันที่สัมภาษณ์ เวลา.....น.
บุคคลที่สัมภาษณ์
งานที่รับผิดชอบ



ภาคผนวก จ

การสนทนารั้งที่ 1 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group)
งานวิจัยเรื่อง “การสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็ง
ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก”

คำชี้แจง

แบบสนทนากลุ่มนี้มีเป้าหมายเพื่อร่วมกันให้ความเห็น ข้อเสนอแนะ ปรับปรุง สะท้อนความคิดแนวทางการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลัก

ครั้งที่ 1 แพทย์ 2 คน พยาบาล 1 คน ที่ประสบความสำเร็จและมีชื่อเสียงการดูแลแบบประคับประคอง

คำถามในการสนทนากลุ่ม

- 1) ท่านคิดว่าปัญหาการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักในปัจจุบันคืออะไร
- 2) ท่านเห็นว่าบุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพควรมีความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองหรือไม่ เพราะเหตุใด
- 3) หัวใจของวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองคืออะไร
- 4) ท่านมีหลักการและเทคนิคการสื่อสารอย่างไรกับผู้ป่วยมะเร็ง จึงเป็นผู้ยอมรับในการทำงานการดูแลแบบประคับประคองในปัจจุบัน
- 5) ท่านคิดว่ากระบวนการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักควรจะเป็นอย่างไร
- 6) ท่านมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างไร ในแนวทางการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลักที่ผู้วิจัยนำเสนอ

.....

ขอขอบคุณที่ให้ข้อมูล

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับงานวิจัยนี้สามารถติดต่อได้ที่

นางสาวดารณี ทั้งไพศาล

นักศึกษาระดับปริญญาเอกดุสิตบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

โทร 081 823 7785

สำหรับผู้วิจัย	
สนทนากลุ่ม ครั้งที่ สถานที่ วันที่ เวลา น.	
ผู้ร่วมการสนทนา แพทย์ 2 คน พยาบาล 1 คน ที่ประสบ ความสำเร็จและมีชื่อเสียงการดูแล แบบประคับประคอง	



ภาคผนวก ฉ
การสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 ผู้ดูแลหลัก



แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group)
งานวิจัยเรื่อง “การสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็ง
ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก”

คำชี้แจง

แบบสนทนากลุ่มนี้มีเป้าหมายเพื่อร่วมกันให้ความเห็น ข้อเสนอแนะ ปรับปรุง สะท้อนความคิดแนวทางการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลัก

ครั้งที่ 2 กลุ่มผู้ดูแลหลักที่เคยสัมภาษณ์และสังเกตการณ์ จำนวน 4 คน

คำถามในการสนทนากลุ่ม

- 1) ท่านคิดว่าปัญหาการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักในปัจจุบันคืออะไร
- 2) ท่านสามารถสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพตามความต้องการของท่าน ได้มากน้อยเพียงใด
- 3) ท่านต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพสื่อสารประเด็นใดกับท่านมากที่สุด
- 4) การสื่อสารที่ท่านได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพเป็นอย่างไร
- 5) ท่านคิดว่าแนวทางการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ผู้วิจัยเสนอ เป็นอย่างไร มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอะไรบ้าง

.....

ขอขอบคุณที่ให้ข้อมูล
 หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับงานวิจัยนี้สามารถติดต่อได้ที่
 นางสาวดารณี ทั่งไพศาล
 นักศึกษาปริญญาเอกดุสิตบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 โทร 081 823 7785

สำหรับผู้วิจัย	
สนทนากลุ่ม ครั้งที่	
สถานที่	
วันที่ เวลา	
ผู้ร่วมการสนทนา ผู้ดูแลหลัก จำนวน 4 คน	

ภาคผนวก ข
แบบสังเกตการสื่อสาร



แบบบันทึกข้อมูลการสังเกตการณ์กระบวนการสื่อสาร
เรื่อง “การสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ กับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก
ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง”

คำชี้แจง

แบบบันทึกข้อมูลการสังเกตการณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยคุณิพนธ์ปริญญาเอก หลักสูตรคุณิพนธ์บัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชที่ผู้วิจัยกำลังศึกษาอยู่ ซึ่งจัดทำขึ้นเพื่อศึกษากระบวนการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

สังเกต ครั้งที่..... ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 เวลาเริ่มสังเกตการณ์.....เสร็จเวลา.....
 สถานที่.....

กิจกรรมที่สังเกต	Reflection ของผู้วิจัย
ประเด็นที่บันทึก	
-รูปแบบการสื่อสาร S-M-C-Rในการทำงานปกติ (Routine)	
-การใช้ประเด็นเรื่องของกลไกทางภูมิปัญญา ศาสนา วัฒนธรรม ในเนื้อหาการสื่อสาร	
-รูปแบบการไหลของข่าวสาร/ทิศทางของข่าวสาร	
- บริบทการสื่อสารที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล เช่น ช่วงเวลา หรือ การเข้าหาผู้ป่วยลักษณะการสื่อสารของผู้ส่งสาร	
- บทบาทหน้าที่ / อำนาจในการสื่อสาร	
- ปัญหาและความต้องการในการสื่อสาร	
- ปฏิกริยาตอบกลับของผู้รับสาร (ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง)	



ภาคผนวก ข

หนังสือ EC ม สงขลาและ รพ



ที่ อว 68014 / 288

สำนักวิจัยและพัฒนา
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
15 ถนนกาญจนวนิชย์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

3 กันยายน 2563

เรื่อง ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เรียน คุณดารณี ทั้งไพศาล คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสือรับรอง จำนวน 1 ฉบับ

ตามที่ท่านได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เรื่อง การสื่อสาร
ความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
รหัสโครงการ: HSc-HREC-63-016-2-3

บัดนี้ โครงการวิจัยดังกล่าว ได้รับการพิจารณาโดยกรรมการจริยธรรม มีมติคือ รับรอง จึงขอส่ง
หนังสือรับรองมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.อวีวรรณ จันสกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ฝ่ายบูรณาการวิจัย

โทร. 0 7428 6955

โทรสาร 0 7428 6961

E-mail : arunwan.s@psu.ac.th



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

หนังสือรับรองฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

รหัสโครงการ: HSc-HREC-63-016-2-3

ชื่อโครงการ: การสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ที่ได้รับการดูแลแบบ
ประคับประคอง

นักวิจัยหลัก: นางสาวดารณี ทั้งไพศาล

สังกัด: คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

นักวิจัยร่วม: รศ.ดร.มนวิภา วงจรูจีระ

สังกัด: คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เอกสารที่รับรอง:

- | | |
|---|------------------------------------|
| 1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2563 |
| 2. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2563 |
| 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (จำนวน 3 ฉบับ) | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2563 |
| 4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมของอาสาสมัคร (จำนวน 3 ฉบับ) | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2563 |
| 5. แบบสัมภาษณ์ (จำนวน 3 ฉบับ)/
แบบสัมภาษณ์ในการสนทนากลุ่ม (Focus Group) (จำนวน 2 ฉบับ)/
แบบบันทึกข้อมูลการสังเกตการณ์กระบวนการสื่อสาร | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2563 |
| 6. ประวัตินักวิจัยทุกคน | |

ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยยึดหลักจริยธรรมของประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (The International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice) ข้อมูลการพิจารณาในบันทึกการประชุมคณะกรรมการจริยธรรมฯ ครั้งที่ 6/2563 วาระที่ 4.1.02 วันที่ 24 มิถุนายน 2563

ขอให้นักวิจัยรายงานความก้าวหน้าโครงการวิจัย ทุก 6 เดือน และยื่นต่ออายุก่อนถึงวันหมดอายุอย่างน้อย 30 วันปฏิทิน (กรณีเป็นรายงานผู้ป่วย ไม่ต้องรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมฯ แต่ขอให้รายงานสรุปผลการวิจัยเมื่อสิ้นสุดโครงการ)

(ศาสตราจารย์ ดร.ฉวีวรรณ จีนสกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันที่รับรอง: 18 สิงหาคม 2563

วันหมดอายุ: 17 สิงหาคม 2564

หมายเหตุ : รายละเอียดเพิ่มเติมของเอกสารที่รับรอง ดังนี้

1. เอกสารที่แจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย (ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2563) จำนวน 3 ฉบับ ดังนี้
 - 1.1 ฉบับบุคลากรทางสุขภาพ
 - 1.2 ฉบับผู้ป่วย
 - 1.3 ฉบับผู้ดูแลหลัก
2. หนังสือแสดงเจตนายินยอมของอาสาสมัคร (ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2563) จำนวน 3 ฉบับ ดังนี้
 - 2.1 ฉบับบุคลากรทางสุขภาพ
 - 2.2 ฉบับผู้ป่วย
 - 2.3 ฉบับผู้ดูแลหลัก
3. แบบสัมภาษณ์ (ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2563) จำนวน 3 ฉบับ ดังนี้
 - 3.1 บุคลากรทางสุขภาพโรงพยาบาลราชประชานุเคราะห์ จังหวัดปทุมธานี
 - 3.2 แพทย์ พยาบาลที่ประสบความสำเร็จและมีชื่อเสียงในการปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง
 - 3.3 ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
4. แบบสัมภาษณ์ในการสนทนากลุ่ม (Focus Group) (ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2563) จำนวน 2 ฉบับ ดังนี้
 - 4.1 ครั้งที่ 1 กลุ่มนักวิชาการด้านนิเทศศาสตร์ แพทย์ พยาบาลที่มีชื่อเสียงการดูแลแบบประคับประคอง และอดีตผู้บริหารกระทรวงที่รับผิดชอบเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง
 - 4.2 ครั้งที่ 2 กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่เคยสัมภาษณ์และสังเกตการณ์ จำนวน 8 คน



โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
 ๓๓๙ ถ.รังสิต-นครนายก ต.บึงสนั่น อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี ๑๒๑๓๐
 โทร ๐๒-๕๔๖๓๙๖๐-๖๖ โทรสาร ๐๒-๕๔๖๓๙๖๘
 Maha Vajiralongkorn Thanyaburi Hospital
 ๓๓๙ Bungsanan, Thanyaburi, Pathumtani Thailand ๑๒๑๓๐
 Tel. (๖๖๒) ๕๔๖๓๙๖๐-๖๖ Fax. (๖๖๒) ๕๔๖๓๙๖๘

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารรับรองเลขที่	MTH ๒๐๒๐-๑๖
ชื่อโครงการวิจัย	การสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
รหัสโครงการ	๑๘๖
ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย	นางสาวดารณี ทั้งไพศาล
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี
เอกสารที่รับรอง	๑. แบบโครงร่างวิจัยภาษาไทย ๒. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ๓. หนังสือชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร ๔. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการ
วันที่รับรองโครงการ	๒๒ ตุลาคม ๒๕๖๓
วันสิ้นสุดการรับรองโครงการ	๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๔

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศเจตจำนงจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

ลงนาม.....^{Dr}
 (นางณัฐฐา แสงสว่างโชติ)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม.....
 (นายอาคม ชัยวีระวัฒน์นะ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวดารณี ทังไพศาล
วัน เดือน ปีเกิด	12 มีนาคม 2515
สถานที่เกิด	อำเภอป้อมปราบศัตรูพ่าย จังหวัดกรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	นศ.บ. มหาวิทยาลัยกรุงเทพ พ.ศ. 2537 วม.บ. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พ.ศ. 2547
สถานที่ทำงาน	วิทยาลัยนักบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี
ตำแหน่ง	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ

