

มติทางวัฒนธรรมของมหาวิทยาลัยใหม่:
การศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เอกภพ สิทธิวรรณชนะ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2556

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

มติทางวัฒนธรรมของความตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่:
การศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

.....
นายเอกภพ สิทธีวรรณชนะ

ผู้วิจัย

.....
รองศาสตราจารย์ลือชัย ศรีเงินยวง, Ph.D.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
พระวิชุด ธรรมจิต, Ph.D.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธนา นิลชัยโกวิท,

พ.บ. ว.ว. จิตเวชศาสตร์ทั่วไป

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ.

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
รองศาสตราจารย์พิมพ์วิทย์ บุญมงคล, Ph.D.

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

**มติทางวัฒนธรรมของความตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่:
การศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)
วันที่ 9 มกราคม พ.ศ. 2556

.....

นายเอกภพ สิทธิวรรณธนะ
ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์สุพจน์ เค่นดวง, Ph.D.
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธนา นิลชัยโกวิท,
พ.บ., ว.ว. จิตเวชศาสตร์ทั่วไป
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ลือชัย ศรีเงินยวง, Ph.D.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พระเอกภัทร อภินันโท, Ph.D.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

พระวิจิต ชัมมชิตโต, Ph.D.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์วริยา ชินวรรโณ, Ph.D.
คณบดี
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ชิ้นนี้พาผมในฐานะผู้วิจัยไปทำความรู้จักกับโลกแห่งความตายและการตาย สำหรับผมแล้วงานชิ้นนี้ไม่เป็นเพียงวาระการงานที่ต้องทำให้เสร็จเพื่อจบการศึกษา หากเป็นเหตุผลที่ทำให้ผมรู้จักโลกของความรู้อันล้ำลึกและสัมผัสกับความจริงว่าด้วยความตาย ช่วงเวลาของการทำงานวิทยานิพนธ์ได้สร้างประสบการณ์ที่น่าอัศจรรย์งดงามแก่ผมทั้งในฐานะนักศึกษา วิชาการในฐานะมนุษย์ผู้กำลังเดินทางสู่ความตาย

ผมขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง ที่จุดประกายให้ผมได้ทำงานเรื่องความตายทั้งในเชิงเนื้อหาและวิธีการ ขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่ให้คำแนะนำที่ทำให้งานวิจัยในสนามเป็นไปได้ ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปนัดดา ชำนาญสุข ผู้เปิดโลกแห่งการวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณาให้ผมได้รู้จัก ขอขอบคุณเครือข่ายพุทธิกาที่เปิดโอกาสให้ผมร่วมงานในโครงการเผชิญความตายอย่างสงบ โดยเฉพาะคุณวรรณา จารุสมบุรณ์ ที่แนะนำให้ผมรู้จักกับแผนกดูแลแบบระคับประคองระยะท้ายในโรงพยาบาลซึ่งเป็นพื้นที่ศึกษาคุณเพ็ชรลดา ซึ่งจิตสิริโรจน์ที่ช่วยอ่านฉบับร่างอย่างละเอียดและพิสูจน์อักษร ขอกราบขอบพระคุณ พระไพศาล วิสาโล ที่มอบแรงบันดาลใจในการทำงานจากการแปลหนังสือ “เหนือห้วงมหรณพ” อันเป็นจุดเริ่มต้นของการทำงานเรื่องความตายของผม

ขอขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขที่ให้โอกาสผมได้ทำความรู้จักกับกรอบคิดและวิธีการเรียนรู้ที่มีความลึกซึ้งผ่านประสบการณ์ทั้งในห้องและนอกห้องเรียน ขอขอบคุณเพื่อนร่วมชั้นภาควิชาสังคมและสุขภาพ ตลอดจนเพื่อนร่วมชั้นเรียนวิชาวิจัยเชิงคุณภาพที่ให้คำแนะนำ กำลังใจที่มีประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณคุณผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งที่เป็นเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งเป็นสนามวิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งป้ามะลิผู้มอบประสบการณ์การตายให้ผมได้เรียนรู้ งานวิจัยชิ้นนี้เป็นไปไม่ได้เลยหากผมไม่ได้รู้จักทุกท่านทั้งหลายผู้รับบทบาทเป็นครูผู้สอนความจริงเกี่ยวกับมิติทางวัฒนธรรมของความตาย

ท้ายที่สุด ขอขอบพระคุณในกำลังใจและทุนการศึกษาตลอดระยะเวลายาวนานจากแม่และเตี้ย ขอขอบคุณแมนและนกที่เอาใจช่วยผมตลอดการทำวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้ ขอขอบคุณท่านทั้งหลายอย่างสูงมา ณ ที่นี้

เอกภพ สิทธิวรรณชนะ

มิติทางวัฒนธรรมของความตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่: การศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

THE CULTURAL ASPECTS OF DEATH IN MODERN HOSPITAL: AN ETHNOGRAPHIC STUDY IN A HOSPITAL
IN NORTHEAST THAILAND

เอกภพ สิทธิวรรณธนะ 5236854 SHMS/M

ศศ.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ลือชัย ศรีเงินขวง Ph.D., ธนา นิลชัยโกวิทย์ พ.บ. ว.ว. (จิตเวชศาสตร์ทั่วไป),
พระวิจิต ธรรมชิต, Ph.D.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจปรากฏการณ์การจัดการความตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่ อธิบายและวิเคราะห์มิติทางวัฒนธรรมของความตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่ โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพแบบชาติพันธุ์วรรณาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้เข้าไปใช้ชีวิตอย่างมีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นเวลา 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า

1. การตายในโรงพยาบาลมีความหลากหลาย การตายแปรผันไปตามสาเหตุความเจ็บป่วย เพศ วัย สถานะทางเศรษฐกิจสังคม ความคิดความเชื่อการให้ความหมายต่อความตายทั้งของผู้รับบริการสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพ สถานการณ์การตายในโรงพยาบาลเป็นผลลัพธ์จากพลังทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมของสังคม
2. โรงพยาบาลเป็นสถาบันหลักที่มีอิทธิพลต่อการจัดการการตายทั้งก่อนตาย ขณะตาย และหลังตาย ทั้งนี้ระบบประกันสุขภาพ ระบบยุติธรรม ระบบประกันชีวิต มีอิทธิพลต่อการจัดการร่างกายหลังการตายอย่างมีนัยสำคัญ
3. ระบบบริการสุขภาพมีทัศนะต่อความตายชุดหลักตามแนวคิดการแพทย์สมัยใหม่ ที่ประกอบด้วยทัศนะที่มองความตายเป็นความเสียหายล้มเหลวของอวัยวะหรือระบบอวัยวะ ความตายเป็นภัยอันตรายที่น่ากลัว และความตายเป็นสถานะที่สามารถควบคุม ป้องกัน ควบคุมได้ได้ด้วยระบบบริการทางการแพทย์สมัยใหม่ ชุดทัศนะดังกล่าวดำรงอยู่ในกิจกรรมบริการสุขภาพในลักษณะที่เป็นปกติ อัตโนมัต เกิดขึ้นโดยทั่วไปอย่างกว้างขวาง
4. ระบบบริการสุขภาพมีทัศนะต่อความตายชุดรอง ที่ได้รับอิทธิพลจากวิธีการมองความตายแบบงานดูแลแบบประคับประคองระยะท้าย (Palliative Care) และแนวคิดแบบศาสนาและจิตวิญญาณ ซึ่งดำรงอยู่ในลักษณะกิจกรรมพิเศษ
5. ทัศนะต่อความตายมีความหลากหลาย ได้ทับซ้อนลงในกรณีการตายหนึ่งๆ ทำให้การตายช่วงเวลาของชีวิตที่ยาก ซับซ้อน การดูแลการตายจึงตกอยู่ในมือของวิชาชีพสุขภาพมากขึ้นเพราะเชื่อว่าสามารถจัดการการตายได้มีประสิทธิภาพกว่าความรู้แบบชาวบ้าน ปรากฏการณ์ดังกล่าวสร้างวิกฤติและความทุกข์ทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัวผู้ดูแล ผู้ให้บริการ และต่อระบบบริการสุขภาพ ของโรงพยาบาลสมัยใหม่

งานวิจัยชิ้นนี้เสนอให้ระบบบริการสุขภาพและสังคมเปิดพื้นที่สาธารณะเพื่อการสนทนา อภิปรายถึงทัศนะต่อความตายเป็นที่ดำรงอยู่ในสังคมและกำหนดวิถีสุขภาพและการตาย เพื่อสร้างตระหนักถึงอิทธิพลของทัศนะต่อความตายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและระบบสังคม อันจะนำไปสู่การวางท่าทีต่อความตายอย่างใคร่ครวญไตร่ตรองและระมัดระวังมากขึ้น

คำสำคัญ: วัฒนธรรม/ความตาย/ชาติพันธุ์วรรณา/โรงพยาบาล/ระบบบริการสุขภาพ

THE CULTURAL ASPECTS OF DEATH IN A MODERN HOSPITAL:
AN ETHNOGRAPHIC STUDY IN A HOSPITAL IN NORTHEAST THAILAND

EKKAPOP SITTIWANTANA 5236854 SHMS/M

M.A. (MEDICAL AND HEALTH SOCIAL SCIENCES)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: LUECHAI SRINGERNYUANG, Ph.D.,
THANA NILCHAIKOWIT, M.D. CERTIFICATE IN GENERAL PSYCHIATRY,
PHRA WICHIT THAMMACHITO, Ph.D.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the management of death and describe and analyze the cultural aspects of death in a modern hospital. The qualitative ethnographic study was conducted with the participation of the researcher over three months in the health service systems of a hospital in Northeast Thailand. The research findings are as follows:

1. The perception of death in the hospital by healthcare providers and clients was diverse and varied with the cause of illness, gender, age, social-economic contexts, beliefs, and definition of death. It was noted that perception of death in the hospital resulted from economic, social, and cultural aspects.

2. The hospital influenced death management at all stages – before, during, and after a death, whereas health and life insurance companies and the justice system had the most significant influence over the management of the corpse.

3. Workers in the health service systems had the primary viewpoint that death is in compliance with modern medicine and perceived that death is a result of failure or damage to the organs and can be controlled or prevented by modern medical services. These viewpoints are common among health service workers worldwide.

4. The secondary viewpoints of workers in the health service systems were influenced by the concept of palliative care and religious and spiritual concepts.

5. Viewpoints on death were diverse and often overlapped in a single case. Hence, the care of dying patients was performed by health service workers due to the belief that the death could be managed more efficiently when compared with traditional medicine practices. This, however, has resulted in the suffering of patients and their families and health service providers, and also crisis in the health service systems of modern hospitals.

This research suggests that health service systems and society should provide public space for discussion on the various viewpoints of death that exist. The impacts of the viewpoints of death on the development of health service systems and social systems can be realized, leading to the careful contemplation and appropriate positioning of death.

KEY WORDS: CULTURE/DEATH/ETHNOGRAPHIC STUDY/HOSPITALS/
HEALTH SERVICE SYSTEMS

194 pages

สารบัญ

		หน้า
	กิตติกรรมประกาศ	ก
	บทคัดย่อภาษาไทย	ง
	บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
	สารบัญตาราง	ญ
บทที่ 1	บทนำ	
	1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
	1.2 วัตถุประสงค์	3
	1.3 คำถามการวิจัย	3
	1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย	3
	1.5 ขอบเขตการวิจัย	4
	1.6 นิยามศัพท์การวิจัย	4
บทที่ 2	แนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
	2.1 ทิศนะต่อความตาย	5
	2.1.1 ความตายตามแนวคิดทางปรัชญา	5
	2.1.2 ความตายตามแนวคิดจิตวิทยา	6
	2.1.3 ความตายตามแนวคิดประชากรศาสตร์	7
	2.1.4 ความตายตามแนวคิดเศรษฐศาสตร์	8
	2.1.5 ความตายจากการศึกษาทางประวัติศาสตร์	9
	2.1.6 ความตายตามแนวคิดทางศาสนา	10
	2.1.7 ความตายตามแนวคิดการแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่	12
	2.1.8 ความตายในมิติสังคม	13
	2.1.9 ความตายในมิติวัฒนธรรม	22
	การตายดี	24
	2.2 ทำที่ต่อความตาย	27
	2.3 การศึกษาวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับความตายในโรงพยาบาล	32

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3	
ระเบียบวิธีวิจัย	
ประเภทของงานวิจัย	34
พื้นที่ศึกษา	34
การออกแบบงานวิจัย	34
ผู้ให้ข้อมูล	38
การเก็บข้อมูล	40
การตรวจสอบข้อมูล	40
การวิเคราะห์ข้อมูล	40
จริยธรรมการวิจัย	41
ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในกระบวนการวิจัย	43
การขออนุญาตศึกษาในโรงพยาบาล	43
การเปิดเผยตนเอง	44
การไตร่ตรองสะท้อนคิด (Reflexivity)	44
แนวทางการสัมภาษณ์และตั้งเขต	45
บทที่ 4	
โรงพยาบาล: สนามศึกษามิติทางวัฒนธรรมของความตาย	
ลักษณะโดยทั่วไปของโรงพยาบาล	49
การจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาล	49
กรอบคิดบางประการในการจัดบริการสุขภาพในโรงพยาบาล	52
พื้นที่ทางศาสนาและจิตวิญญาณในโรงพยาบาล	53
สนามที่ผู้วิจัยเข้าไปเกี่ยวข้องมีส่วนร่วม	55
บทที่ 5	
กระบวนการรู้มิตินทางวัฒนธรรมของความตายในโรงพยาบาล	
ชีวิตในสนาม	56
ให้สนามพาไป / ออกแบบสนาม	58
สะพานที่ไม่รู้จัก	59
ตัวตนของผู้วิจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความหมายเกี่ยวกับความตายในโรงพยาบาล	60

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
สร้างความสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูลด้วยการโน้มตัวเข้าไปรู้	63
ข้อมูลกับความเลือนไหล ความรู้มั่ว และพลังในการตีความ	65
การตีความปรากฏการณ์เพื่อให้เห็นการให้ความหมาย	66
ความเปลี่ยนแปลงของผู้วิจัยหลังจากออกจากสนาม	70
บทที่ 6	
ปรากฏการณ์การตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่	
6.1 ป่ามะลิ ต้นแบบการตายดี	72
6.2 ความหวังของป่าสอย	80
6.3 พระสมชายกับการตายฉบับปล้น	83
6.4 ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR)	86
6.5 ห้องดับจิตกับสถานการณ์การตาย	89
6.6 สถานการณ์การตายในที่อื่นๆ ในโรงพยาบาล	90
สรุป	92
บทที่ 7	
มิติทางวัฒนธรรมของความตายในระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลสมัยใหม่	
7.1 ทิศนะต่อตายของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลสมัยใหม่	94
ความตายคือเสียหาย สัมเหลวของอวัยวะหรือระบบอวัยวะ	94
ความตายคือภัยอันตรายที่น่ากลัว	99
ความตายคือสภาวะที่สามารถควบคุม ป้องกัน- ตอบโต้ได้ด้วยระบบบริการทางการแพทย์สมัยใหม่	109
7.2 การปะทะระหว่างชุดทัศนนะต่อความตายในระบบบริการสุขภาพ- กับทัศนนะต่อความตายแบบอื่น	130
มิติทางวัฒนธรรมของความตายในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	131
ศาสนาและจิตวิญญาณกับมิติทางวัฒนธรรมของความตาย	136
7.3 ทิศนะต่อความตายที่หลากหลายกับความซับซ้อนของการตาย	139
สรุป	144

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 8	
อภิปรายผลการวิจัย	
8.1 ทักษะต่อความตาย	146
ทักษะต่อความตายของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลสมัยใหม่	148
ทักษะต่อความตายชุดหลักกับทักษะต่อความตายชุดรอง	149
การปะทะทางวัฒนธรรมระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	154
8.2 ทำที่ต่อความตาย	156
ทำที่ปฏิเสธความตาย	156
มูลค่าทางเศรษฐกิจในวัฒนธรรมปฏิเสธความตาย	158
ทำที่ยอมรับความตาย	159
ความซาชินต่อการตาย	160
8.3 ข้อสังเกตในการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนาในโรงพยาบาล	161
1) มิติที่ซับซ้อนของโรงพยาบาล	162
2) วิธีการมองพื้นที่โรงพยาบาลว่าเป็นชนเผ่าผู้ให้บริการสุขภาพ	163
3) ประเด็นว่าด้วยวิธีการมองโรงพยาบาลว่าเป็น "เกาะทางวัฒนธรรม"	164
ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย	166
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	168
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	179
บรรณานุกรม	190
ประวัติผู้วิจัย	194

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
2.1 ลักษณะสำคัญของประเภทความคิดเกี่ยวกับความตายของ Walter	21
3.1 แผนการเก็บข้อมูล	36
3.2 สถานการณ์ที่ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการสังเกต	37
3.3 เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล	39

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

Dying is not an event, it is a phenomenon to be understood existentially....

ความตายมิใช่เพียงเหตุการณ์ แต่เป็นปรากฏการณ์สำคัญสำหรับเข้าใจการดำรงอยู่ของเรา....

ไฮเดเกอร์

มนุษย์ทุกคนเกิดมาต้องตาย ความตายเป็นความจริงที่เราต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งความตายของคนใกล้ตัวที่เราไม่รู้จัก ความตายของคนรัก และความตายของตัวเองที่จะมาถึงในวันใดวันหนึ่ง

แม้มนุษย์จะต้องพบกับความตายเป็นที่สุดเช่นเดียวกัน แต่การตายของคนแต่ละคนไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับเหตุปัจจัยที่หลากหลาย สาเหตุการตาย สถานที่ตาย เวลาตาย คนรอบข้างขณะตาย สภาพจิตใจก่อนตาย สภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม จิตใจ ล้วนส่งผลต่อสภาพการตายของแต่ละคนทั้งสิ้น (Kellehear, 2007) การตายบางรูปแบบสังคมอาจให้นิยามว่าเป็นการตายที่ดี เช่น ตายในวัยชรา ตายอย่างไม่เจ็บปวดทรมาน มีเวลาในการเตรียมตัวก่อนตายได้สั่งเสียขอโทษกรรมไม่ผูกพยาบาทจองเวร มีจิตใจที่สงบเป็นกุศลขณะตาย เป็นต้น ในทางตรงข้าม การตายบางรูปแบบสังคมอาจให้ความหมายว่าเป็นการตายที่ไม่ดี เช่น การตายของเด็ก การฆ่าตัวตาย การตายด้วยอุบัติเหตุ การตายอย่างกะทันหัน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2550) การตายในลักษณะนี้นำไปสู่ชีวิตที่ไม่ดีของทั้งผู้ตายและผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่

ในสภาพสังคมทันสมัย การดูแลสุขภาพจากที่เคยเป็นหน้าที่ของชุมชนและทุกคน บัดนี้การดูแลสุขภาพจะถูกทำให้เป็นภาระหน้าที่ของนักวิชาชีพสุขภาพในโรงพยาบาลมากขึ้น และในฐานะที่โรงพยาบาลเป็นสถาบันสุขภาพที่รัฐบาลให้การสนับสนุนเป็นบริการพื้นฐานแนวทางหลักแก่ประชาชนที่เจ็บป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมีแนวโน้มมารับการรักษาความเจ็บป่วยและเสียชีวิตในโรงพยาบาลมากขึ้น ปัจจุบันประชาชนประมาณครึ่งหนึ่งเสียชีวิตที่โรงพยาบาล

และเมื่อพิจารณาการเสียชีวิตในหอผู้ป่วยในในสถานพยาบาลต่างๆ หอผู้ป่วยในในโรงพยาบาลศูนย์ เป็นสถานที่ที่มีคนเสียชีวิตมากที่สุด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549)

ปัจจุบันเหตุแห่งการเสียชีวิตมาจากความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีจำนวนสูงขึ้นเพราะอายุเฉลี่ยของประชากรสูงขึ้น ทำให้ระยะเวลาเจ็บป่วยก่อนเสียชีวิตที่ยาวนานขึ้น เรียกร้องการมีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น หรือไม่ก็เป็นความตายที่รุนแรงเฉียบพลันยากที่จะทำใจด้วยอุบัติเหตุทางถนนหรือความรุนแรง การดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตกลายเป็นเรื่องยาก ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนมาก ผู้ป่วยอยู่ในบรรยากาศของโรงพยาบาลที่สับสนวุ่นวาย การแยกส่วนกันดูแลของนักวิชาชีพเฉพาะทางที่แยกส่วนการดูแลทำให้เกิดความผิดพลาดได้มาก การใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีช่วยชีวิตที่สร้างความเจ็บปวดทรมานในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตที่ไม่เอื้อต่อการจากไปอย่างสงบ (คาปร้า, 2534) การดูแลรักษาในมุมหนึ่งจึงเป็นความทุกข์ของทั้งผู้ป่วยและญาติ โรงพยาบาลเองก็ต้องประสบการร้องเรียน ฟ้องร้องค่าเสียหายจากการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น อาจกล่าวได้ว่า ในโรงพยาบาลไม่ใช่สถานที่ที่เหมาะสมกับการตายดีมากนัก

ที่ผ่านมาสถาบันสุขภาพทั้งในระดับองค์กรและระดับนโยบายได้ให้ความสำคัญกับปัญหาเรื่องคุณภาพการตายและพยายามเสนอทางออกหลายประการ เช่น การเสนอวิธีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย (palliative care) การเสนอกฎหมายสิทธิการปฏิเสธการรักษาในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต (พ.ร.บ.สุขภาพ มาตรา 12) การเรียกร้องการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanize health care) การสร้างความเข้าใจเรื่องการเผชิญความตายอย่างสงบ แต่การเสนอทางออกเหล่านี้ก็ยังพบข้อติดขัดและอุปสรรคอีกมาก เช่น การระงับการใช้ พ.ร.บ.สุขภาพมาตรา 12 เพราะพบข้อติดขัดและข้อถกเถียงทางกฎหมายและจริยธรรมวิชาชีพ (คมชัดลึก, 2554) การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในทางปฏิบัติก็ยังพบอุปสรรคจากระบบการบริหารจัดการและทัศนคติของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลที่ยังไม่เอื้อต่อการจัดบริการตามแนวคิด เป็นต้น ข้อติดขัดและอุปสรรคที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งอาจมาจากสาเหตุด้านวัฒนธรรม กล่าวคือสังคมมีอาจมีชุดทัศนคติต่อความตายที่มีความหลากหลายและขัดแย้งกันระหว่างชุดทัศนคติแบบการแพทย์สมัยใหม่ ชุดทัศนคติที่พยายามเสนอทางออกของปัญหา และชุดทัศนคติต่อความตายของผู้รับบริการ

หากความคิดเรื่องสุขภาพย่อมไม่อาจแยกจากความคิดเรื่องชีวิตและความตายได้แล้ว การศึกษาปรากฏการณ์การจัดการความตายในระดับพื้นฐานและการทำความเข้าใจมิติวัฒนธรรมของความตายของในระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลสมัยใหม่จึงเป็นสิ่งจำเป็น การศึกษาชุดวิธีคิดเกี่ยวกับความตายที่ดำรงอยู่ในโรงพยาบาลย่อมทำให้สังคมเข้าใจสถานการณ์การดูแลความเจ็บป่วยในโรงพยาบาล เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพทั้งผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ป่วยทั่วไปให้มีคุณภาพชีวิตและคุณภาพการตายที่ดียิ่งขึ้นไป

1.2 วัตถุประสงค์

สำรวจปรากฏการณ์การจัดการความตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่
อธิบายและวิเคราะห์มิติทางวัฒนธรรมของความตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่

1.3 คำถามการวิจัย

ปรากฏการณ์การจัดการความตายในมิติวัฒนธรรมในโรงพยาบาลเป็นอย่างไร ทั้งการจัดการในเชิงระบบการให้บริการ และการจัดการของกลุ่มบุคคลต่างๆในโรงพยาบาล

เบื้องหลังปรากฏการณ์ในการจัดการความตายของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการในโรงพยาบาลสมัยใหม่ มีมิติทางวัฒนธรรมของความตาย ซึ่งหมายถึง ชุดความคิดความเชื่อ การรับรู้ การให้ความหมาย และแบบแผนปฏิบัติต่อความตายอย่างไร

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

ผู้วิจัยสามารถเข้าใจและอธิบายมิติทางวัฒนธรรมของความตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่

เป็นความรู้พื้นฐานในการปลูกหลักสูตรการเรียนการสอนนักเรียนแพทย์ พยาบาล หรือวิชาชีพอื่นๆ ในโรงพยาบาล ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความตายและการตาย เช่น การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

เป็นข้อมูลในการชี้ให้เห็นถึงช่องว่างในการบริการ เพื่อการพัฒนากระบวนการผู้ป่วยทั้งในผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตในโรงพยาบาล ตลอดจนระบบการจัดการศพในโรงพยาบาลให้มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรมของชุมชน

เป็นข้อมูลที่ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการกำหนดนโยบายที่ส่งเสริมให้ประชาชนวางแผนการดูแลสุขภาพตั้งแต่ยังอยู่ในวัยแรงงาน ป่วยน้อยหรือยังไม่ป่วย เพื่อวางรากฐานชีวิตให้มีคุณภาพการตายที่ดี

ได้เรื่องเล่าเหตุการณ์ในโรงพยาบาลที่จะเป็นอนุสติแก่ผู้รับรู้ผลงานวิจัยให้ดำรงชีวิตด้วยความไม่ประมาท

1.5 ขอบเขตการวิจัย

งานชิ้นนี้มุ่งศึกษาปรากฏการณ์การจัดการความตาย ที่สะท้อนถึงมิติทางวัฒนธรรมของความตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่ โดยกำหนดพื้นที่การศึกษาโรงพยาบาลสมัยใหม่ประจำจังหวัดแห่งหนึ่งในประเทศไทย

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจในประเด็นปรากฏการณ์การจัดการความตายและมิติทางวัฒนธรรมของความตายในโรงพยาบาล ด้วยเทคนิควิธีการศึกษาทางมานุษยวิทยาแบบชาติพันธุ์วรรณา (ethnographic research) โดยเข้าไปมีส่วนร่วมในวิถีประจำวันในโรงพยาบาลอย่างมีส่วนร่วม เพื่อหาโอกาสในการสังเกต สัมภาษณ์ แก่ผู้ให้ข้อมูลในสถานการณ์ต่างๆ

ผู้วิจัยใช้เวลาศึกษาในช่วงระยะเวลาระหว่างเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2555

1.6 นิยามศัพท์การวิจัย

ปรากฏการณ์การจัดการความตาย ในงานวิจัยชิ้นนี้หมายถึง เหตุการณ์ กิจกรรม สถานการณ์ วิธีการ ที่เกี่ยวกับการจัดการในทางใดทางหนึ่งต่อความตายในโรงพยาบาลที่ปรากฏให้เห็นที่รับรู้แก่ผู้วิจัย

มิติทางวัฒนธรรมของความตาย ในงานวิจัยชิ้นนี้หมายถึง ชุดความคิดความเชื่อ การรับรู้ การให้ความหมาย แบบแผนปฏิบัติที่อยู่เบื้องหลังปรากฏการณ์การจัดการความตายนั่นๆ ที่ดำรงอยู่ในระบบหรือกลุ่มคนต่างๆในโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ข้อมูลในภาคสนามได้อภิปรายถึงปรากฏการณ์และมิติทางวัฒนธรรมของความตายอันนำไปสู่การทำทนาย ทดสอบนิยามศัพท์การวิจัยของผู้วิจัยว่ามีความครอบคลุมเพียงพอ และนำไปสู่การทำความเข้าใจปรากฏการณ์และมิติทางวัฒนธรรมของความตายได้หรือไม่

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

สำหรับเนื้อหาในบทนี้ ผู้เขียนมุ่งทบทวนความรู้เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นประโยชน์ในการหาแนวทางในการพัฒนาจิตวิญญาณ และเครื่องมือในการวิจัย ผู้เขียนทบทวนวรรณกรรมใน 4 ประเด็นหลักด้วยกันคือ

1. ทักษะต่อความตาย
2. ท่าทีต่อความตาย
3. การศึกษาวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับความตายในโรงพยาบาล

2.1 ทักษะต่อความตาย

ความตายเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติของชีวิต แต่วิธีการมองความตายของมนุษย์นั้นมีความแตกต่างกันตามสำนักคิด เพราะมีพื้นฐานการมองชีวิตและความตายที่มีความแตกต่างกัน หัวข้อนี้ผู้เขียนมุ่งทำความเข้าใจว่า ความตาย ในทักษะของแนวคิดทฤษฎีต่างๆ จะมีแง่มุมใดของความตายบ้างที่แสดงตัวออกมา แนวคิดที่ผู้ศึกษาเลือกทบทวน ได้แก่ 1) ปรัชญา 2) จิตวิทยา 3) ประชากร 4) เศรษฐศาสตร์ 5) ประวัติศาสตร์ 6) ศาสนา 7) การแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่ และ 8) ความตายในมิติสังคม และ 9) ความตายในมิติวัฒนธรรม จากนั้นจะสำรวจทำที่อื่นเนื่องจากกรอบคิดต่างๆ ที่มีต่อความตาย สุดท้ายข้าพเจ้าจะนำเสนอจุดยืนของการศึกษาความตายในงานวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้

2.1.1 ความตายตามแนวคิดทางปรัชญา

ไฮเดกเกอร์ (Martin Heidegger 1989 – 1976) นักปรัชญาชาวเยอรมัน กล่าวถึงทักษะในการมองความตายว่ามีความหมายอย่างลึกซึ้งต่อวิถีการดำเนินชีวิต ความตายเป็นคติพื้นฐานที่กำหนดคุณค่า พฤติกรรม และการกระทำ ที่ผสมกลมรวมอยู่ในวิถีการปฏิบัติโดยเฉพาะเมื่อมนุษย์ต้องปฏิสัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่มีความสำคัญและมีความหมาย สำนึกเกี่ยวกับความตายเป็น

ฐานคิดที่ปรากฏชัดเจนในบุคลากรดูแลผู้ป่วย ทั้งที่ยังห่างไกลกับความตายและใกล้เข้าสู่ความตาย (Cebik, 1980)

ปรัชญาเป็นสาขาวิชาที่ว่าด้วยธรรมชาติความจริง ดังนั้นคำถามทางปรัชญาต่อความตายคือ ความตายนั้นแท้จริงคืออะไรกันแน่? และเมื่อเราสามารถหาคำตอบเกี่ยวกับความตายที่แท้จริงนั้นแล้ว ก็จะนำมาสู่ความชัดเจนเรื่องเราจะให้ความสำคัญของความตาย ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับความตาย และการกำหนดท่าทีของมนุษย์ต่อความตาย (โธมัส หงษ์ถาวรย์, 2549) ตัวอย่างเช่น “เอพิคิวรัส (Epicurus 341 - 270 ก่อน ค.ศ.) ได้สอนว่า “ความตายไม่ได้เกี่ยวข้องกับอะไรกับเราเลย เพราะว่าสิ่งที่ตายไปแล้วไม่มีผัสสะ สิ่งที่ไม่สัมผัสไม่ได้เกี่ยวข้องกับอะไรกับเรา” คำสอนนี้มีพื้นฐานในการมองความจริงว่าจะต้องสัมผัสได้ทางประสาทสัมผัส เมื่อประสบการณ์หลังความตายเป็นสิ่งที่ไม่สามารถสัมผัสได้ ก็ปฏิเสธชีวิตหลังความตาย นำมาสู่ท่าทีที่ “ไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับความตาย”

ในขณะที่คำสอนทางศาสนาส่วนใหญ่มองว่า ความตายที่แท้จริงเป็นเพียงขั้นตอนหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของชีวิตที่มีความสืบเนื่อง กล่าวคือ เชื่อว่าหลังจากมนุษย์ตายแล้วยังมีรูปแบบของกายทิพย์ หรือจิตวิญญาณ หรือจิต ที่ต้องเดินทางไปสวรรค์ นรก หรือเกิดใหม่ในดินแดนของพระเจ้า หรือพุทธภูมิ การมองความตายว่าไม่ใช่จุดสิ้นสุดจะทำให้มนุษย์ให้ความสำคัญ กำหนดท่าทีที่แตกต่างกันออกไป เช่น สั่งสมบุญบารมีเพื่อเกิดในภพชาติที่สูงยิ่งขึ้นไป หรือบรรลุนิพพานเพื่อหลุดออกจากความสืบเนื่องในวัฏฏะสงสารนั้น หรือประพฤติตนตามข้อห้าม คำสอน เพื่อเมื่อตายแล้วจะได้อยู่ในดินแดนของพระเจ้าแห่งความสันติสุข ผู้เขียนจะอธิบายแนวคิดดังกล่าวเพิ่มเติมในหัวข้อ 2.1.7 ความตายตามแนวคิดทางศาสนา

ความตายในแนวคิดทางปรัชญาในงานวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้ ให้ความสำคัญกับการมองธรรมชาติของความตายว่าเป็นอย่างไร (อภิปรัชญา) ที่นำไปสู่การกำหนดท่าทีของผู้ป่วย ญาติ บุคลากรในโรงพยาบาลต่อการจัดการการตายของผู้ป่วย และความตายของผู้เสียชีวิต โดยมีลักษณะในการศึกษาว่า ปรากฏการณ์การจัดการความตายในโรงพยาบาล ได้สะท้อนถึงการมองธรรมชาติของความตาย (อภิปรัชญา) อย่างไร ทั้งในฐานะปัจเจกบุคคลของผู้ป่วย บุคลากร และในฐานะภาพรวมของสถาบันโรงพยาบาล

2.1.2 ความตายตามแนวคิดจิตวิทยา

ตามแนวคิดทางจิตวิทยา ความตายเป็นประเด็นที่มีความสำคัญต่อสภาพจิตใจของมนุษย์เป็นอย่างมาก โดยมากความตายเชื่อมโยงกับความกลัว วิตกกังวลต่อความตาย

ความผิดปกติทางอารมณ์ในด้านความกลัวสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นการเฉพาะ (specific phobia) โดยมากสามารถเชื่อมโยงได้กับสิ่งที่เป็นสัญณะหรือตัวแทนแห่งความตาย เช่น Achluophobia โรคกลัวความมืด Altophobia โรคกลัวความสูง Ballistophobia โรคกลัวกระสุน Coimetrophobia โรคกลัวปาฐา Ecclesiophobia โรคกลัวโบสถ์ Hadeophobia โรคกลัวนรก Iatrophobia โรคกลัวหมอ Phasmophobia โรคกลัวผี Satanophobia โรคกลัวซาตาน Stenophobia โรคกลัวที่แคบ Thanatophobia โรคกลัวความตาย Triskaidekaphobia โรคกลัวเลข 13 Zoophobia โรคกลัวสัตว์

ในทัศนะของฟรอยด์ ความตายเป็นสภาวะที่มีความสลับซับซ้อน เป็นได้ทั้งแรงขับ (death drive) เป็นสัญชาติญาณ (death instinct) ในระดับจิตใต้สำนึกที่ทำให้มนุษย์มีพลังชีวิต เป็นที่มาของความก้าวร้าวรุนแรง เพราะฟรอยด์เชื่อว่าในส่วนลึกของจิตใจแล้ว มนุษย์มีความปรารถนาที่จะตาย ทว่าก็ยังกลัวความตายอยู่ประหนึ่ง “อยู่คนเดียวในความมืด” (Kellehear, 2007) จากงานเขียนของเขาที่ชื่อ Beyond the Pleasure Principle (1920) ฟรอยด์เชื่อว่าสิ่งมีชีวิตใดๆ ล้วนมีจุดมุ่งหมายไปสู่ความตาย (the goal of all life is death.) (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2548)

ความกลัวตายเป็นประเด็นสำหรับการศึกษาปรากฏการณ์ทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับความตายในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ในงานศึกษาของรอส (Kubler-Ross, 1997) เธอพบว่าเมื่อผู้ป่วยทราบความจริงที่ว่าตนจะต้องเสียชีวิตอีกในระยะเวลาไม่นาน จะมีปฏิกิริยาต่อความตาย 5 ขั้น ได้แก่ ปฏิเสธ (Denial) โกรธ (Anger) ต้อรอง (Bargaining) ซึมเศร้า (Depression) และ ยอมรับ (Acceptance) โดยระยะเวลาแต่ละขั้นมีความสั้นยาวแตกต่างกัน หรืออาจมีการกระโดดข้ามขั้นได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ของผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม จากความรู้เรื่องปฏิกิริยาต่อความตาย รอสได้เสนอแนะวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยในขั้นตอนต่างๆ ที่มีความสอดคล้องกับสถานะในขั้นตอนต่างๆ ของผู้ป่วย เช่น การเข้าใจ ยอมรับผู้ป่วย การรับฟัง การให้กำลังใจ การอยู่เป็นเพื่อน เป็นต้น จากการศึกษาธรรมชาติในมิติของจิตใจต่อความตาย งานของรอสให้ความสนใจเรื่องการตอบสนองต่อความตาย

ดังนั้น แนวคิดทางจิตวิทยาจึงให้ความสำคัญต่อมิติทางจิตใจ ทั้งในฐานะปรากฏการณ์ทางจิต และการเผชิญความตาย ทั้งในแง่ของการทำความเข้าใจและการช่วยเหลือผู้ตายและบุคคลรอบ

2.1.3 ความตายตามแนวคิดประชากรศาสตร์

ประชากรศาสตร์สนใจการเปลี่ยนแปลงประชากรในฐานะที่การตายเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ประชากรเปลี่ยนแปลง การตายจึงสำคัญในทางประชากรศาสตร์ โดยมุ่งทำความเข้าใจ

เข้าใจถึงการตายของคนหมู่มาก หรือการตายแบบภาพรวม ภาษาอังกฤษใช้ศัพท์คำว่า Mortality ในขณะที่คำว่า die เป็นภาวะการตายส่วนบุคคล เป็นศัพท์ทางสังคมศาสตร์ซึ่งไม่ได้อยู่ในความสนใจของประชากร (กฤตยา อาชวนิจกุล และ วรชัย ทองไทย, 2549)

ประชากรศาสตร์สนใจการตายในตัวแปร เช่น ระดับการตาย ลักษณะการตาย แนวโน้มของการตาย แบบแผนการตาย จำแนกตามลักษณะประชากร เช่น เพศ อายุ สถานภาพ สมรส อาชีพ ที่อยู่ สาเหตุการตาย เป็นต้น หากพิจารณาตามลักษณะตัวแปรที่สาขาประชากรศาสตร์สนใจและให้คุณค่า จะพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับการออกแบบการพัฒนาสังคมในเชิงการบริหารจัดการเชิงนโยบายอยู่มากทีเดียว

มุมมองทางประชากรศาสตร์เชื่อว่าคุณภาพชีวิตของสังคมนั้นๆ สามารถสะท้อนได้จากตัวเลขเกี่ยวกับการตายในทารก การตายในเด็ก การตายของแม่ และอายุเฉลี่ยของคนในสังคมนั้นๆ ดังนั้นทางประชากรศาสตร์จึงได้รับเอาคุณค่าของการมีชีวิตและอายุที่ยืนยาวว่าเป็นสิ่งที่ดี น่าสังเกตว่าคุณค่าเรื่องการมีชีวิต อายุที่ยืนยาว การปฏิเสธว่าความตายเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ เป็นคุณค่าที่เริ่มต้นจากองค์กรสุขภาพระดับโลก และได้ถ่ายโอนเป็นคุณค่าเชิงนโยบายของรัฐไทยโดยสมบูรณ์ (วิจิต เปานิล, 2546) ทว่า ประเด็นเรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และคุณภาพการตายเป็นประเด็นที่เป็นโจทย์คำถามสำคัญในสังคมไทยปัจจุบัน

2.1.4 ความตายตามแนวคิดเศรษฐศาสตร์

จากบทความเรื่อง ความตายในแนวทางเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม (บึงปอนด์ รักอำนวยการกิจ และ พิริยะ ผลพิรุฬห์, 2549) ผู้เขียนให้มุมมองทางเศรษฐศาสตร์ต่อความตายว่า เศรษฐศาสตร์เชิงพฤติกรรมให้ความสำคัญต่อการเลือก เศรษฐศาสตร์มักตั้งคำถามว่าการเลือกแบบใดมีประโยชน์กว่าการเลือกแบบใด และทางเลือกแต่ละทางมีต้นทุนที่แฝงเร้นอยู่อย่างไรบ้าง แต่เศรษฐศาสตร์ไม่เคยคิดที่จะให้ความสำคัญเป็นทางเลือก เพราะความตายมีต้นทุนทางการเงิน และต้นทุนทางจิตใจสูงที่ไม่อาจประเมินค่าได้ การตายไม่มีประโยชน์มีแต่โทษและต้นทุน ในทางเศรษฐศาสตร์มนุษย์ผู้มีเหตุผลจะหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือทางเลือกที่คุกคามต่อความตาย ส่วนคนที่มิพฤติกรรมเสี่ยงจะถูกมองว่าเป็นคนที่ไม่มีความเสี่ยง ตัวเลขการตายเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดการพัฒนา เช่นเดียวกับในทางประชากรศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์

พื้นฐานการมองชีวิตเป็นพื้นฐานการมองความตาย เศรษฐศาสตร์สุขภาพมองว่าการมีชีวิตเป็นความสุข หากตายจะเสียโอกาสในการมีความสุขและเสียอรรถประโยชน์ นอกจากนี้การตายของคนๆ หนึ่งจะส่งผลต่อสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ที่ต้องรับภาระ ทำให้ครอบครัวต้องประสบความยากจน เศรษฐศาสตร์ยังสามารถคำนวณหาต้นทุนชีวิตเชิงสถิติ (Value of Statistical

Life) จำนวนชีวิตออกมาเป็นมูลค่าได้ เพื่อการคำนวณทางเศรษฐกิจ และการตัดสินใจทางนโยบายได้ อย่างไรก็ตาม เศรษฐศาสตร์ยังมีข้อจำกัดในทางสาขาวิชา และประเด็นเรื่องความตายในมิติ เศรษฐศาสตร์ยังเป็นประเด็นถกเถียงในทางวิชาการที่ต้องการการสร้างความรู้อีกมาก

หากพิจารณาการว่าโรงพยาบาลจัดการความตายด้วยการพยายามรักษาชีวิตด้วยมุมมอง เศรษฐศาสตร์แล้ว ย่อมพบเหตุการณ์ที่สะท้อนถึงวิถีคิดที่กล่าวถึงชีวิตเป็นความสุขและเป็น ประโยชน์ ในขณะที่ความตายเป็นความทุกข์และสูญเสียอันบรรลุประโยชน์ เช่น อุตสาหกรรมประกัน สุขภาพ การใช้เทคโนโลยีราคาแพงต่อเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย ทว่าบุคลากรในโรงพยาบาลขนาดใหญ่จะมีทัศนคติของต่อวิถีคิดแบบบรรลุประโยชน์จะปรากฏมาน้อยเพียงใดยังเป็นสิ่งที่จะต้องสำรวจ

2.1.5 ความตายจากการศึกษาทางประวัติศาสตร์

แม้ว่าความตายจะเป็นสัจธรรมของมนุษย์ที่ไม่ขึ้นกับการเวลา แต่ทว่าวิถีการตาย ความคิดเกี่ยวกับความตาย และวิธีการจัดการกับความตายกลับมีความเปลี่ยนแปลงตามเวลา และ บริบทภูมิ-สังคม-วัฒนธรรม ซึ่งนักประวัติศาสตร์ให้ความสนใจ

จากงานเขียนเรื่อง Social History of Dying (Kellehear, 2007) เคลเลเฮียร์ได้สำรวจ ความตายและความคิดเกี่ยวกับการตายในมิติประวัติศาสตร์ เคลเลเฮียร์พบว่าการตายของมนุษย์แปร เปลี่ยนไปตามยุคสมัย บริบททางเศรษฐกิจ การจัดโครงสร้างทางสังคม การกินอยู่ สิ่งแวดล้อม เป็น ปัจจัยที่มีผลต่อความเจ็บป่วย วิธีการตาย และความคิดความเชื่อเกี่ยวกับความตาย เคลเลเฮียร์ได้แบ่ง ยุคแห่งการตายออกเป็น 4 ยุค คือ ยุคหิน ยุคเกษตรกรรม ยุคทันสมัย และยุคโลกาภิวัตน์

ในยุคหิน มนุษย์มีวิถีที่เก็บของป่าล่าสัตว์ มีอันตรายรอบด้าน การตายจึงเป็นแบบ เฉียบพลันเพราะตายด้วยอุบัติเหตุ ยังไม่ทันแก่ก็ตายเสียก่อน มนุษย์ต้องอพยพย้ายถิ่น เดินทางอยู่ ตลอดเวลาเพื่อหาอาหาร เมื่อคนตาย จึงจัดการศพด้วยการให้สิ่งของเช่น อุปกรณ์ยังชีพ อาหาร เพื่อ อำนวยให้คนตาย “เดินทาง” ต่อไปในโลกของคนตายได้

ยุคเกษตรกรรม มนุษย์เพาะปลูกอยู่กับที่ เริ่มมีความมั่นคงทางอาหาร อายุของมนุษย์ ยืนยาวขึ้น จึงสามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงจากคนหนุ่มสาวสุขภาพดี ไปสู่ชีวิตที่เจ็บป่วย และตาย ได้มากขึ้น มนุษย์ตายด้วยโรคติดเชื้อจึงเห็นความทุกข์ทรมานก่อนตาย สังคมในยุคนี้จึงตระหนักใน ความตายมากขึ้น ในช่วงนี้เองที่ศาสนาหลักในโลกเริ่มเกิดขึ้น ศาสดาในศาสนาต่างๆ ได้ให้ คำอธิบายโลกทัศน์ กฎุมิและโลกหลังความตายที่มีทั้งโลกหลังความตายที่ดีและไม่ดี และมนุษย์ สามารถจัดการให้เกิดการตายดีได้ด้วยวิธีการทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ ถวายบาป เป็นต้น โดยมี นักบวชเป็นผู้ทำหน้าที่ให้เกิดการตายดี

ยุคทันสมัย เกิดการปฏิวัติวิทยาศาสตร์และอุตสาหกรรม สังคมมีความเปลี่ยนแปลง วิธีการผลิตและวิธีการสร้างความรู้ การให้คุณค่ากับประสบการณ์เชิงประจักษ์ทำให้ความเชื่อที่ว่าความสุขเป็นเรื่องของโลกหน้าถูกถอยร่นมาเป็นเรื่องของโลกนี้ และสามารถสัมผัสได้เพราะมีวิธีการผลิตที่เอื้อต่อการบริโภค ความตายเป็นเรื่องที่ต้องจัดการเอาชนะจัดการเพราะสามารถสร้างความรู้แบบชีวกโลกได้มากขึ้น การดูแลรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์ตะวันตกสมัยใหม่เริ่มมีความก้าวหน้า งานของนักบวชถูกแบ่งสรรออกเป็นวิชาชีพใหม่ๆ ที่เพิ่งเกิดขึ้นในยุคนี้ เช่น แพทย์ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพช่วงขณะตาย นักกฎหมายทำหน้าที่จัดการมรดก และนักบวชทำหน้าที่นำคนตายสู่โลกหลังความตายที่ดี

ยุคโลกาภิวัตน์ ความตายกลายเป็นเรื่องซับซ้อนระดับนานาชาติเพราะการเชื่อมโยงถึงกันทั้งทางความคิดความเชื่อผ่านระบบการศึกษา การจัดองค์กรระดับโลกที่มีผลต่อนโยบายสุขภาพ เทคโนโลยีการผลิต สื่อสารมวลชน การขนส่งเดินทาง ในยุคนี้ความตายเป็นความอับอายที่ต้องถอยหนีซ่อนเร้น เกิดโรคใหม่ๆ ที่เป็นที่น่าอับอายเป็นปัจจัยนำไปสู่การตายมากขึ้น เช่น โรคเอดส์ โรคสมองเสื่อม โรคมะเร็ง ความอับอายต่อความตายยังลุกลามไปสู่ความแก่ซึ่งเป็นสัญญาณของความตาย ซึ่งสามารถตอบสนองได้ด้วยยา อาหารเสริม และเครื่องสำอาง คนแก่ถูกซ่อนไว้ในบ้านและสถานพักฟื้นคนชรา

สำหรับงานวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้ นับได้ว่าเป็นการสังเกตการณ์ในช่วงเวลาหนึ่งในพื้นที่แห่งเล็กๆ ของประวัติศาสตร์ ที่ปรากฏการณ์ของความตายมีความหลากหลาย อาจตายอย่างเฉียบพลันจากอุบัติเหตุในการทำงานหรือทางการขนส่งเดินทาง ตายด้วยโรคติดเชื้อ และโรคเรื้อรังจากพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตสังคมเมืองสมัยใหม่ อยู่ท่ามกลางกระแสโลกาภิวัตน์และท้องถิ่นในเวลาเดียวกัน ความคิดความเชื่อที่มีความหลากหลายได้ทับซ้อนลงในตัวบุคคลกรและระบบบริการในโรงพยาบาล อะไรคือความคิดความเชื่อเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย ญาติ บุคลากรและระบบที่ดำรงอยู่และสะท้อนออกมาเป็นปรากฏการณ์ในการจัดการความตาย และเหตุจึงเป็นเช่นนั้น เป็นโจทย์ที่งานวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้ต้องการหาคำตอบ

2.1.6 ความตายตามแนวคิดทางศาสนา

ความตายเป็นประเด็นสำคัญของศาสนาทุกศาสนา ศาสนาในฐานะที่เป็นสถาบันทางสังคมมีชุดคำอธิบายเกี่ยวกับความจริง ความดี ความงาม และแบบแผนปฏิบัติที่นำไปสู่ความสงบสุขของชีวิตส่วนตัวและสังคมส่วนเกี่ยวข้องพันเชื่อมโยงในทางใดทางหนึ่งต่อโลกหลังความตาย

ศาสนาหลักทุกศาสนาไม่ปฏิเสธการมีอยู่ของชีวิตหลังความตาย และเราควรใช้ชีวิตในโลกนี้เพื่อเตรียมตัวสู่ชีวิตหลังความตายนั้น (โสรจจ์ หงษ์ลดารมย์, 2549) เพราะนอกเหนือจาก

ความจริงทางร่างกายแล้ว มนุษย์ยังมีจิต (บางศาสนาเรียกวิญญาณ) ที่ยังคงต้องเดินทางสืบเนื่องหลังจากที่ร่างกายหมดสภาพไม่สามารถใช้งานต่อไป

ในศาสนาที่นับถือพระเจ้าเช่น ศาสนาคริสต์ ศาสนาอิสลาม หลังจากความตาย วิญญาณของผู้ตายสามารถกลับไปหาดินแดนของพระเจ้าได้ หากได้เข้าถึงพระองค์แล้วด้วยการแสวงหาความหมายต่อชีวิตและพระองค์ได้ในขณะที่มีชีวิตอยู่ผ่านหลักปฏิบัติที่ศาสนาให้ไว้ แต่ถ้าไม่ได้ปฏิบัติตามหลักวิญญาณก็จะเดินทางไปยังสถานที่เพื่อถูกลงโทษ

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

พุทธทาสภิกขุกล่าวว่า การตายจึงเป็นขั้นตอนหนึ่งของวัฏฏะสงสาร การเวียนวนอยู่ในวงกลมแห่งการเกิดขึ้น ตั้งอยู่ ดับไป ของสัตว์ เพราะมีความหลงคิดยึดคิดว่าเรามีตัวตน เป็นตัวกู และของกู ความหลงยึดเช่นนั้นก่อให้เกิดอยากขึ้น (ตัณหา) เมื่อพบกับสิ่งเป็นที่รักที่พอใจ จึงเกิดการกระทำบางอย่างเพื่อสนองความอยากนั้น (กรรม) ก่อให้เกิดผลการกระทำนั้น (วิบาก) ผลนั้นย้อนกลับมาทำให้เกิดความอยากอีกเช่นนี้เป็นวงจรแห่งการเวียนว่ายตายเกิด ทั้งในมิติของการเกิดข้ามภพข้ามชาติเพราะเชื่อว่าวัฏฏะสงสารเป็นกองสุข และในมิติของการเกิดในระดับการปรุงแต่งของจิต (พุทธทาสภิกขุ, 2548)

อุดมคติของชาวพุทธคือนิพพาน ซึ่งเป็นสภาวะแห่งการหลุดพ้นเสียจากวงจรการเวียนว่ายตายเกิด ทั้งนี้ด้วยการขจัดกิเลสตัณหา ด้วยการทำให้จิตว่างจากการปรุงแต่งอันเป็นการตัดเหตุปัจจัยทำให้เกิดกิเลสตัณหา หรือด้วยการพิจารณาวงจรแห่งการเวียนว่ายว่าเป็นความทุกข์ จนละความอยากที่จะเกิดลงได้หมดจด หรือการมองเห็นสภาวะธรรมชาติของความว่างว่าโดยแท้จริงแล้ว อดตาคือความเป็น “ตัวกู” และ “ของกู” เป็นสิ่งที่ไม่ได้อยู่จริง ความเป็นสัตว์ ตัวตน บุคคล เรา เขา จึงเป็นมายาที่เกิดขึ้นด้วยกระแสแห่งการปรุงแต่ง ในทางปรมัตถ์แล้วจึงไม่มีใครตายเพราะไม่มีผู้ตาย ความตายจึงเป็นเพียงสมมติจะท่ามกลางกระแสแห่งเหตุปัจจัยที่ไม่เที่ยงแท้ยั่งยืน

ผู้ปวยที่กำลังเผชิญความตาย ย่อมเป็นคนผู้นับถือศาสนาใดศาสนาหนึ่ง หรือแม้จะประกาศตัวว่าไม่นับถือศาสนาใด ก็ยังคงอยู่ท่ามกลางคนรอบที่นับถือศาสนาใดศาสนาหนึ่ง การเข้าใกล้และสบตากับความตาย ย่อมมีท่าทีประการใดประการหนึ่งที่มีมิติทางศาสนา ตั้งแต่

ขั้นตอนการบอกทางก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต ขั้นตอนการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเมื่อเสียชีวิต และพิธีกรรมต่อจากนั้น หากแต่เมื่อผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลซึ่งมีระบบปฏิบัติและข้อจำกัดโดยภาพรวมที่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา เช่น พื้นที่ในโรงพยาบาลคับแคบ การจำกัดเวลาการเยี่ยมผู้ป่วย ระเบียบกฎเกณฑ์ที่บุคลากรของโรงพยาบาลเป็นผู้ควบคุม อยู่ภายใต้กรอบคิดการบริหารจัดการเพื่อการรักษาผู้ป่วยในภาพรวมภายใต้บริบทอันมีความจำกัดที่ถูกระบุหรือการปฏิบัติต่อผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตสูง บุคลากรโรงพยาบาลซึ่งก็เป็นบุคคลผู้นับถือศาสนาใดศาสนาหนึ่งด้วยความเข้มขันระดับใดระดับหนึ่งจะมองสถานการณ์ที่ตนต้องเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างไร และในความเป็นจริงได้ปฏิบัติอย่างไรต่อสถานการณ์เช่นนั้น

2.1.7 ความตายตามแนวคิดการแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่

การแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่จะมองความตายว่าเป็นปฏิบัติ เป็นสิ่งที่ไม่พึงมีพึงเป็นในสังคม การตายในทารก การตายของแม่เป็นดัชนีชี้วัดความด้อยพัฒนา อายุที่ยืนยาวเป็นสิ่งที่ดี (กฤตยา อาชวนิจกุล และ วรชัย ทองไทย, 2549) ภาวะความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการตาย เป็นโรคที่สาธารณสุขมองว่าไม่ควรเกิดขึ้น ต้องทำการรณรงค์เพื่อลดตัวเลขของภาวะความเจ็บป่วยโรคต่างๆ สำหรับการแพทย์และสาธารณสุขแล้ว ไม่มีวิธีการตายแบบใดที่เป็นวิธีที่ดี ไม่ปรากฏภาวะการตายใดที่ถูกให้คุณค่าว่าเป็นวิธีตายที่น่าพึงปรารถนา ความตายที่ดีแบบหนึ่งในมุมมองสาธารณสุข น่าจะเป็นภาวะการตายแบบเลขอายุขัยค่าเฉลี่ย (life expectancy) การตายในผู้สูงอายุจึงเป็นความตายที่พอยอมรับได้ในแนวคิดการแพทย์และสาธารณสุข

แต่ความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุจำนวนมากที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตก็ไม่ได้เป็นเช่นนั้น แม้ว่าผู้ป่วยหรือญาติจะรู้ว่าผู้ป่วยจะต้องตายในไม่ช้า แต่สถานการณ์ของการยื้อชีวิตด้วยอุปกรณ์ช่วยในห้องไอซียูเพื่อถ่วงเวลาการประสบกับความตายออกไปก็เป็นที่พบเห็นได้ทั่วไป แม้ว่าวิธีการดังกล่าวจะแพงและไม่สะดวกก็ตาม ในปี 2553 โครงการประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกา ต้องใช้จ่ายค่ารักษาในช่วงสองเดือนสุดท้ายกว่า 5 หมื่นล้านดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งมากกว่างบประมาณของกระทรวงความมั่นคงภายในและกระทรวงศึกษาธิการ (นภนาท อนุพงศ์พัฒน์, 2553) และค่ารักษาในช่วงเวลา 6 เดือนสุดท้ายของชีวิตนี้เองที่มีราคาแพงมากกว่าค่ารักษาทั้งหมดของชีวิตรวมกันเสียอีก (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2550)

สำหรับแพทย์ ความตายถูกลดทอนเหลือเพียงมิติทางกายภาพ ที่เป็ความล้มเหลวหรือผิดปกติของอวัยวะบางส่วน เซอร์วิน นูแลนด์ แพทย์ชาวอเมริกันกล่าวว่า ตลอดชีวิตการเป็นแพทย์ของเขา เขาไม่สามารถเขียนสาเหตุการตายในใบมรณบัตรได้ว่า “ชราภาพ” แต่ต้องระบุเป็นความผิดปกติของอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่ง หรือการคุกคามของโรคใดโรคหนึ่ง ใบมรณบัตรที่เขียน

ว่าตายด้วยความชราจะถูกดำเนินคดีเพราะทำผิดกฎหมาย นูแลนค์สรุปว่า “ทุกหนแห่งในโลกนี้ การตายเพราะชราภาพเป็นสิ่งผิดกฎหมาย” (เซอร์วิน นูแลนค์, 2546)

อย่างไรก็ตาม การซื้อชีวิตของแพทย์ก็พบข้อจำกัด กล่าวคือ ขณะที่ผู้ป่วยอาจอยู่ในวัฒนธรรมที่ยอมรับความตาย ขณะที่แพทย์ก็มีจรรยาบรรณที่ต้องช่วยชีวิตผู้ป่วยให้ดีที่สุด การแสดงหนังสือเจตนาการปฏิเสธการรักษา สำหรับประเทศไทย มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่บัญญัติไว้ว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้” พ.ร.บ. ดังกล่าวเป็นความพยายามที่จะหาทางออกจากความขัดแย้งของคุณค่าในเรื่องการตาย ทว่าก็ยังไม่มียุติสรุปว่าในสถานการณ์จริง หนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวจะมีส่วนช่วยจัดการความตายให้เกิดการตายดีได้จริงหรือไม่

ความคิดเกี่ยวกับความตายในมุมมองทางการแพทย์และสาธารณสุขน่าจะเป็นมุมมองหลักที่ดำรงอยู่ในบริบทของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เพราะบุคลากรในโรงพยาบาลล้วนมีความเชื่อมโยงกับแนวคิดด้านสาธารณสุขในทางใดทางหนึ่ง เช่น ศึกษาในสถาบันที่สอนวิชาสาธารณสุข การรับภารกิจการทำงานจากนโยบายกระทรวงสาธารณสุข อยู่ในโครงสร้างการทำงานในระบบโรงพยาบาล ดังนั้นการสังเกตการณ์ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกำลังคาบเกี่ยวกับความเป็นความตายน่าจะสะท้อนให้เห็นถึงวิถีคิดจากระบบการแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่ที่มีปฏิสัมพันธ์ในทางใดทางหนึ่งต่อความตาย ทั้งในทางที่สอดคล้องกับแนวคิดการแพทย์สมัยใหม่ และในทางที่แตกต่างออกไป

2.1.8 ความตายในมิติสังคม

ความตายเป็นเหตุการณ์ทางสังคมเหตุการณ์หนึ่ง เป็นเหตุการณ์ที่มีความพิเศษ เช่นเดียวกับการเกิด การบวช การแต่งงาน เป็นเหตุการณ์ทางสังคมเพราะการตายส่งผลกระทบต่อทางสังคม กล่าวคือ จำนวนสมาชิกในชุมชนนั้นๆ ย่อมลดลงอย่างถาวร สำหรับชุมชนระดับเมือง การลดลงของสมาชิกอาจไม่มีความหมายมากนัก แต่สำหรับชุมชนระดับหมู่บ้านหรือครอบครัว ความตายของคนๆหนึ่งเป็นเหตุการณ์ใหญ่ที่มีความสำคัญส่งผลอย่างมากจนอาจก่อให้เกิดภาวะวิกฤติได้

ในภาวะวิกฤติของสังคมที่มีคนตาย สังคมอาจจัดการตัวเองให้การเปลี่ยนผ่านนั้น เป็นไปอย่างสมบูรณ์ด้วยการใช้พิธีกรรมศพซึ่งเป็นพิธีแห่งการเปลี่ยนผ่าน (Van Gennep, 1960 อ้างจาก อธิตา สุนทรโรทก, 2550) ในงานศพในสังคมชนบทจะมีรายละเอียดของพิธีและขนาดของการจัดการที่ใหญ่ที่ชุมชนต้องเข้าร่วมจัดการ พิธีกรรมงานศพจึงทำหน้าที่ช่วยให้คนในครอบครัวไม่

รู้สึกโดดเดี่ยวเศร้าสร้อย ขณะที่ชุมชนที่เข้าร่วมจัดการงานศพก็ช่วยให้เกิดความสมัครสมานสามัคคี ตอกย้ำว่าชุมชนแห่งนี้มีความเอื้อเฟื้อเกื้อกูล เพื่อช่วยประคับประคองการเปลี่ยนผ่านให้ครอบครัวผู้ตายข้ามพ้นความทุกข์เบื้องต้นไปได้ในภาวะวิกฤติ ในชุมชนมอญถึงขั้นมองว่าชุมชนใดที่มีสัปเหร่อผู้จัดพิธีศพเป็นอาชีพ สังคมนั้นเป็นสังคมที่เจ็บป่วยเพราะไม่มีความเอื้อเฟื้อเกื้อกูลกัน (ฉัตร ต้นสมพงษ์, 2548)

พิธีกรรมเกี่ยวกับศพยังเป็นพื้นที่แสดงสถานะหรือชนชั้นทางสังคมของผู้ตายหรือญาติ เช่น ความใหญ่โตของการจัดงานศพ การถวายผ้าบังสุกุลจำนวนมาก การขอน้ำศพพระราชทาน จำนวนพวงหรีดในงานศพ จำนวนคนที่มางานศพ จำนวนคืนสวดบำเพ็ญกุศล ความสวยงามของเครื่องประดับในงาน เช่น โลงศพ การทำโกศ อัฐิ เจดีย์ เป็นต้น (พระไพศาล วิสาโล และคณะ, 2545)

ความคิดเกี่ยวกับความตายมีความหลากหลาย สั้นไหลผันแปรไปตามบริบทสังคม เศรษฐกิจ การกินอยู่ ความเจ็บป่วย การจัดวางโครงสร้างทางสังคม (Kellehear, 2007) ความคิดเกี่ยวกับความตายจึงไม่ได้มีเพียงหนึ่งเดียว วอลเตอร์ ได้แบ่งประเภทความคิดเกี่ยวกับความตาย (ideal type of death) ตามยุคสมัยออกเป็น 3 แบบ (Walter, 2007) ได้แก่ แบบจารีต(traditional) แบบทันสมัย(modern) และแบบนวทันสมัย(neo-modern) อย่างไรก็ตาม การแบ่งประเภทดังกล่าวเป็นเพียงการแบ่งตามลักษณะทั่วไป ไม่ได้แบ่งตามการวิเคราะห์ทางสถิติ ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงย่อมมีความหลากหลายและอาจมีความคิดบางประการที่ต่างประเภทกันทับซ้อนกันอยู่

ประเภทความคิดเกี่ยวกับความตายแบบจารีต

อลัน คีเลเฮียร์ ศึกษาประวัติศาสตร์ความตาย แบ่งยุคสมัยตามบริบทประวัติศาสตร์ออกเป็น 4 ยุค คือ ยุคหิน (stone age) ยุคเกษตรกรรม (pastoral age) ยุคเมือง (age of the city) และยุคมหานคร (cosmopolitan age) การตายแต่ละยุคแบ่งตามวิธีการตาย เช่น การตายแบบเฉียบพลันในยุคหิน การตายด้วยโรคติดเชื้อในยุคเกษตรกรรม การตายด้วยโรคเรื้อรังในยุคเมือง และการตายแบบผสมผสานในยุคมหานคร ซึ่งสัมพันธ์กับวิธีการกินอยู่ การผลิต เศรษฐกิจ การจัดโครงสร้างทางสังคม (Kellehear, 2007) สำหรับความคิดเกี่ยวกับการตายแบบจารีตจะหมายถึงยุคหิน และยุคเกษตรกรรม

ความคิดเกี่ยวกับการตายแบบจารีต จะหมายถึงความคิดเกี่ยวกับก่อนการปฏิวัติวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์ ดังเช่น ความเชื่อแบบผี ได้กำหนดความคิดว่ามีบางสิ่งบางอย่างอยู่หลังความตายนอกเหนือจากโลกที่เราดำรงชีวิตกันอยู่นี้ คนที่ตายไปแล้วจะใช้ชีวิตในโลกที่เหมือนกับโลกนี้ มีความต้องการสิ่งของจำเป็นไม่ต่างจากครั้งที่ยังมีชีวิต เกิดเป็นธรรมเนียมการฝัง

สิ่งของที่จำเป็น เครื่องใช้ สำหรับการดำรงชีวิตในโลกหลังความตาย และสำหรับวิญญาณในโลกหลังความตายก็มีความหลากหลาย มีสถานะชนชั้นที่แตกต่างกัน มีผีดี ผีร้าย ผีอำนาจสูงที่สามารถให้คุณให้โทษได้ ต้องคอยเอาใจด้วยการเซ่นไหว้หรือทำพิธีเพื่อให้ผีเหล่านี้พอใจและไม่มารบกวน (เสฐียรโกเศศ, 2539)

การตายของคนในยุคการตายแบบจารีต มักจะตายด้วยโรคติดเชื้อ โรคระบาดต่างๆ หรือสงคราม การตายในยุคนี้อยู่ในบริบทของการจัดรูปแบบสังคมที่เป็นชุมชนเกษตรกรรมขนาดเล็ก การตายของคนๆหนึ่งย่อมเป็นที่รับรู้ของเพื่อนบ้านในชุมชน ศาสนาเป็นสถาบันทางสังคมที่มีบทบาทให้คำอธิบายโลกทัศน์เกี่ยวกับชีวิตและความตาย อันมีผลต่อวิธีการจัดการความตายของคนในชุมชนให้สอดคล้องกับคำอธิบายทางศาสนาของชุมชนนั้นๆ

ในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต ญาติพี่น้องและชุมชนมักจะมีบทบาทในการเตรียมตัวผู้ตาย เช่น การห้อมล้อม หรือเดินทางไกลเพื่อมาเยี่ยมเยียนและกล่าวอำลา การขอโทษ อโหสิกรรมสิ่งนี้อาจได้ล่วงเกินทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ ทั้งนี้ก็เพื่อจะได้ไม่ผูกความโกรธที่จะเป็นเครื่องร้อยรัดผูกพันให้ต้องมาเบียดเบียนกันในภพชาติต่อไป หรือเพื่อช่วยอำนวยภาวะจิตที่เป็นกุศลในช่วงขณะตาย

ดังนั้น ในความคิดเกี่ยวกับแบบจารีตจะมีหลักสำคัญคือ 1) ความเชื่อที่ว่าความตายไม่ใช่จุดสิ้นสุด แต่หลังความตายแล้วชีวิตยังคงสืบเนื่องไปสู่ภพภูมิใหม่ 2) ในตัวมนุษย์มีทั้งส่วนกายและส่วนจิต ที่สามารถจัดการได้ด้วยการสร้างสภาพแวดล้อมให้จิตน้อมนำไปในทางเอื้อต่อการสืบเนื่องของชีวิตไปยังภพภูมิที่ดี 3) การอธิบายโลกทัศน์ทางศาสนามีส่วนสำคัญในการกำหนดวิธีการมองโลกของผู้คนและวิธีการมองความตาย 4) การจัดการกับความตายอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ความคิดเกี่ยวกับการตายแบบทันสมัย

ความคิดเกี่ยวกับความตายแบบทันสมัย เกิดขึ้นเมื่อมีการปฏิวัติทางวิทยาศาสตร์ การเข้าถึงความจริงด้วยความคิดเชิงเหตุผลและการพิสูจน์ให้ประจักษ์ด้วยประสาทสัมผัสรับรู้ทั้ง 5 เข้ามาทดแทนการเข้าถึงความจริงด้วยศรัทธา โลก ธรรมชาติ และและชีวิตถูกรับรู้ในทัศนะของเครื่องจักรขนาดใหญ่ที่สามารถเข้าใจได้ด้วยการแยกชิ้นส่วนศึกษา ความยิ่งใหญ่ของธรรมชาติและพระเจ้าเป็นสิ่งที่สามารถเอาชนะได้ด้วยความรู้จากกระบวนการวิทยาศาสตร์ (พริตจ็อล์ฟ คาปรัว, 2534) กระบวนการศึกษารหัสพันธุกรรมมีความหวังว่าน่าจะจะไปเจอรหัสพันธุกรรมบางอย่างที่นำไปสู่ความเป็นอมตะของมนุษย์ ทว่าความตายก็ยังคงเป็นปริศนาที่ยังไม่มีใครแก้ได้

ชีวิตหลังความตายเป็นสิ่งที่ยู่นอกเหนือการรับรู้ด้วยประสบการณ์เชิงประจักษ์ ในขณะที่คำอธิบายด้านศาสนาจะถูกมองเป็นเรื่องเหนือธรรมชาติ ไม่มีเหตุผล เป็นความเชื่อส่วนบุคคล เพราะการเข้าถึงความจริงด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ถูกสถาปนาเป็นวิธีการเข้าถึงความจริงที่เป็นสากล มิติทางจิตใจหรือจิตวิญญาณ และคำอธิบายชีวิตหลังความตายจึงไร้ที่ทางที่จะแทรกตัวอยู่ได้ภายใต้ความคิดเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์เช่นนี้ (พริตจ็อฟ คาปรัว, 2548) สิ่งที่เราสามารถรับรู้ได้คือชีวิตที่เจ็บป่วยทรมานที่ยังมีลมหายใจทั่วกายก็ยังคงคิดว่าที่จะเผชิญกับความตายซึ่งเป็นภาวะแห่งความไม่รู้ หรือภาวะที่ตัวตนแตกดับสูญสลาย

โรงพยาบาลเป็นสถาบันที่เข้ามามีส่วนดูแลความตายของผู้คนแทนการดูแลของญาติพี่น้อง โรงพยาบาลถูกสถาปนาเป็นสถาบันที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ ในการช่วยชีวิตด้วยวิธีการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ เครื่องมือเครื่องใช้ ยา วัคซีนโรค ถูกผูกโยงเข้ากับการประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพของประชาชนให้มีอายุที่ยืนยาว และมีสุขภาพที่ดี

ด้วยเหตุนี้ ความตายจึงกลายเป็นเรื่องลึกลับทางการแพทย์ ที่ต้องถูกซ่อนเร้นไว้ในโรงพยาบาล ความเจ็บปวดทรมานถูกซ่อนไว้ในยาระงับความปวด เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ย่อมมีการตกแต่งศพให้สวยงามด้วยเทคโนโลยีการถนอมศพหน้า ห้องเก็บศพมีห้องแยกมิดชิด มีตู้เก็บศพที่ซ่อนความอัปยศณ์ไว้ภายใน ศพจะถูกขนออกจากโรงพยาบาลอย่างลับๆ ในยามวิกาล ดูเหมือนแพทย์จะหวาดกลัวต่อความตายมากกว่าคนอื่นๆ ไม่ว่าจะคนเหล่านั้นจะเป็นผู้ป่วยหรือคนปกติ แพทย์อาจแสดงออกถึงความกลัวด้วยการไม่ให้ข้อมูลทั้งหมด หรือเลือกให้ข้อมูล หรือโน้มน้าวให้รักษาต่อ ยืดเยื้อเวลาตายให้ถอยห่างออกไป อาจควบคุมด้วยการกำหนดว่าผู้ป่วยควรจะตายเมื่อใด ความฝันว่าจะเอาชนะธรรมชาติเป็นรากฐานลึกๆ ของวิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ แพทย์มิใช่ผู้ถูกฝึกฝนให้ใช้ศิลปะแห่งการตายอีกต่อไป แต่ถูกฝึกฝนให้ใช้ศิลปะแห่งการช่วยชีวิต (เซอร์วิน นูแลนค์, 2546)

ทัศนะนั้นดังกล่าวยังไม่ได้ขึ้นอยู่กับเพียงในแวดวงแพทย์พยาบาลในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ยังแพร่กระจายไปยังประชาชนทั่วไป ที่เข้าใจว่าหน้าที่การดูแลสุขภาพเป็นหน้าที่ของเหล่าแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาล ที่สามารถประกันความเสี่ยงได้ด้วยการซื้อประกันสุขภาพที่สามารถจ่ายได้โดยตนเองหรือให้รัฐบาลจ่าย (ซึ่งก็มาจากภาษีของประชาชนนั่นเอง) และต่างให้ความคาดหวังว่าโรงพยาบาลจะเป็นสถานที่แห่งการรักษา มิใช่สถานที่ตาย ความกดดันดังกล่าวเข้มข้นจนผลักดันให้ผู้ป่วยอาจเผชิญกับความตายขณะที่อยู่ในสภาพถูกช่วยชีวิตด้วยอุปกรณ์เทคโนโลยีราคาแพง ที่ไม่เพียงสร้างภาระแก่ญาติ แต่ยังสร้างภาระแก่ระบบสาธารณสุขโดยรวมอีกด้วย

ในความคิดเกี่ยวกับความตายแบบทันสมัย การนิยามความตายด้วยแนวคิดทางการแพทย์และระบบกฎหมายได้ลดทอนความตายที่มีหลายมิติให้เหลือเพียงมิติทาง

กายภาพ การตายต้องทำการระบุวินิจฉัยโดยนักวิชาชีพ ที่ต้องมีการตรวจวัดว่ายังมีสัญญาณของ ภาวะที่มีชีวิตอยู่หรือไม่ เช่น การหยุดหายใจ หัวใจหยุดเต้น และการแกนสมองไม่ทำงาน หรือ ภาวะสมองตาย การวินิจฉัยภาวะความตายจากที่เดิมเป็นเรื่องง่ายจึงกลายเป็นเรื่องซับซ้อน เพราะ เกี่ยวพันกับการตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องมือที่มีความซับซ้อนเพราะมีประเด็นที่เกี่ยวกับการปลูกถ่ายอวัยวะเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังประกาศของแพทยสภากำหนดวิธีการปฏิบัติการวินิจฉัยสมองตายไว้ ว่า การวินิจฉัยสมองตายต้องกระทำโดยองค์คณะแพทย์ไม่ต่ำกว่า 3 คน คนหนึ่งเป็นแพทย์ของผู้ป่วย อีก 1 หรือ 2 คน ควรเป็นแพทย์สาขาประสาทวิทยา หรือ แพทย์สาขาประสาทศัลยศาสตร์ (ถ้ามี) โดยแพทย์ผู้รับรองการตายจะต้องไม่เป็นแพทย์ผู้กระทำการปลูกถ่ายอวัยวะรายนั้น และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้ได้รับมอบหมายเป็นลายลักษณ์อักษรต้องเป็นผู้รับรองการวินิจฉัย สมองตายและผู้ลงนามรับรองการตาย (รื่นเริง ลีตานุกรม, 2549)

พระไพศาล วิสาโล ได้อภิปรายถึงสาเหตุของปรากฏการณ์การตายแบบ สมัยใหม่ ว่าเกิดขึ้นจากกระบวนการทัศน์และความคิดของสังคมบางประการ ได้แก่ (พระไพศาล วิสาโล, 2545)

1. การมองชีวิตว่าเป็นเครื่องจักรทางชีวเคมี ปรากฏการณ์ของชีวิต สามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผลแบบชีวเคมี จิตใจก็สามารถอธิบายได้ด้วยเคมีในสมอง การรักษาโรค และจัดการกับความตายจึงมุ่งกระทำกับอวัยวะเฉพาะส่วน ผลจากการมองชีวิตว่าเป็นเครื่องจักร ทำให้ละเลยการดูแลผู้ป่วยในมิติทางจิตใจ นอกจากนี้การมองว่าร่างกายเป็นวัตถุ ทำให้ผู้ป่วยก็ถูก ปฏิบัติอย่างวัตถุ ไม่มีสิทธิในร่างกายของตัวเอง การทำทุกวิถีทางเพื่อยืดลมหายใจมักต้องอาศัย วิธีการที่ก้าวร้าวรุนแรง เช่น เจาะคอ ผ่าท้อง สอนทวาร ล้วนทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดทุกข์ทรมาน วิธีการเหล่านี้ผู้ป่วยไม่สามารถหยุดยั้งหรือต้านทานได้ แม้ผู้ป่วยจะต้องการความสงบในวาระสุดท้ายก็ตาม

2. การมองแบบแยกส่วนลดชอย ความตายซึ่งเป็นปรากฏการณ์หลากหลาย มิติ ถูกลดชอยเหลือเพียงมิติทางกายภาพ ความรู้สึกของผู้ป่วยจึงถูกมองข้าม ไม่ได้ได้รับความสำคัญจาก แพทย์ การรักษาผู้ป่วยจึงมุ่งเน้นเฉพาะทางกาย ความตายเป็นเพียงผลจากความผิดปกติของอวัยวะ เฉพาะส่วน แต่ไม่ใช่ความล้มเหลวของทั้งระบบ ด้วยการมองชีวิตแบบลดส่วนจึงเปิดโอกาสให้ เทคโนโลยีมาจัดการกับความตายได้อย่างเต็มที่เพื่อเอาชนะความตาย เช่น การผ่าตัด การใช้ยา เพราะเชื่อว่าหากอวัยวะส่วนนั้นเป็นปกติ ชีวิตก็จะเข้าสู่สภาวะปกติ การใช้เครื่องมือดังกล่าวมีส่วน ให้ผู้ป่วยต้องเคลื่อนย้ายตัวไปที่โรงพยาบาลมากขึ้น เพราะโรงพยาบาลเป็นศูนย์รวมเทคโนโลยี นอกจากนี้ผู้ป่วยและญาติยังต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและทรัพยากรในการชะลอความตายมากขึ้นด้วย

3. ทักษะเรื่องเชื้อโรคและความสกปรก ว่าเป็นเหตุแห่งความเจ็บป่วย และด้วยคนตายที่มีกลิ่นและของเสีย ทำให้ผู้คนรังเกียจความตายและคนตาย ความตายจึงถูกย้ายออกจากบ้านไปที่โรงพยาบาล เพราะมีวิธีควบคุมจัดการกับเชื้อโรคและความสกปรกได้มากกว่า

4. ทักษะที่เชื่อว่าวิทยาศาสตร์สามารถเอาชนะธรรมชาติได้ สามารถควบคุมกระบวนการตายทางธรรมชาติได้ ภาพของการประวิงเวลาให้ความตายมาช้าลงในภาวะ “จะตายก็ไม่ตาย จะเป็นก็ไม่เป็น” จึงพบเห็นด้วยทั่วไป กลายเป็นภาระในการรักษาสภาพให้ยืดเยื้อออกไปอย่างไม่มีกำหนด

5. ความเชื่อที่ปฏิเสธโลกหน้าชีวิตหน้า พระไพศาลเชื่อว่าคนมีสัญชาตญาณที่ต้องการให้ตัวตนดำรงอยู่ต่อไป แต่ด้วยทัศนวิทยาศาสตร์ทำให้ปฏิเสธคิดเกี่ยวกับนรกสวรรค์หรือชาติภพ จึงไม่เห็นความสำคัญของการช่วยเหลือผู้ป่วยวาระสุดท้ายได้ใช้โอกาสทำจิตใจให้สงบเพื่อจะได้ไปสู่สุคติ วาระสุดท้ายเป็นโอกาสของแพทย์ที่จะใช้เทคโนโลยีทุกอย่างเอาชนะความผิดปกติในร่างกายของผู้ป่วย

นอกจากทักษะทั้ง 5 ประการข้างต้น พระไพศาลยังอภิปรายเงื่อนไขทางเศรษฐกิจสังคมอีก 3 ประการ ได้แก่

1. ชุมชนเสื่อมสลาย คนในชุมชนมีความสัมพันธ์กันน้อยลง จึงไม่สนใจที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาและช่วยเหลือทางจิตใจ ความตายที่เป็นเหตุการณ์สำคัญระดับชุมชนจึงเหลือเพียงเหตุการณ์ส่วนบุคคลหรือครอบครัว

2. ครอบครัวมีขนาดเล็กลง แต่ละคนมีกิจที่ต้องออกจากบ้าน จึงไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยและคนตายจึงถูกโอนไปเป็นกิจของโรงพยาบาล

3. ระบบราชการ-ประกันภัย ที่อนุญาตให้เบิกเงินในกรณีผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล และไม่อนุญาตให้มีการเบิกรักษาหากผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยพากันไปรักษาและไปตายที่โรงพยาบาลมากขึ้น

กล่าวโดยสรุป ความคิดเกี่ยวกับความตายแบบทันสมัย น่าจะมีจุดร่วมที่สำคัญอยู่ 4 ประการ ได้แก่ 1) ความตายเป็นจุดสิ้นสุดของชีวิต ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของชีวิต โลกทัศน์ทางศาสนาเกี่ยวกับชีวิตหลังความตายเป็นสิ่งนอกเหนือการรับรู้ของความคิดเกี่ยวกับความตายแบบทันสมัย 2) การลดทอนความตายเหลือเพียงมิติทางกายภาพ ที่สามารถเข้าจัดการแทรกแซงได้ด้วยวิชาชีพสุขภาพและเครื่องมือเทคโนโลยี ทำให้โรงพยาบาลกลายเป็นสถานที่หลักที่ผู้คนมาตาย 3) การตายเป็นความน่ากลัว อับอาย ล้มเหลวทางการแพทย์ เพราะหน้าที่ของวิชาชีพด้านสุขภาพคือการช่วยชีวิต 4) ความตายเป็นเรื่องในความรับผิดชอบของวิชาชีพและครอบครัว ไม่ใช่เรื่องของชุมชนที่จะเข้ามามีส่วนร่วม

ความคิดเกี่ยวกับความตายแบบนวัตน์สมัย

ความคิดเกี่ยวกับความตายแบบนวัตน์สมัยได้สร้างปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยใกล้ตายที่แสดงตัวเป็นภาระค่าใช้จ่ายที่รัฐและประชาชนเป็นผู้แบกรับเป็นจำนวนมหาศาล ตลอดจนการเรียนและการฟ้องร้องบุคลากรการแพทย์ในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต จนกระทั่งมีการเสนอให้มีกฎหมายให้ยอมรับการทำหน้าสื่อแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต (พรบ.สุขภาพมาตรา 12) ซึ่งมีกระแสที่ยังคงเป็นที่ถกเถียงอยู่จนถึงปัจจุบัน

การตายในยุคนวัตน์สมัย ได้มีการเสนอความคิดเกี่ยวกับความตายแบบใหม่ในการจัดการความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย อยู่ในรูปแบบของแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) ซึ่งสอดคล้องกับหลัก 3 ประการของกฎบัตรวิชาชีพทางการแพทย์ (the Charter on Medical Professionalism) ที่เสนอโดยองค์กรแพทย์ระดับนานาชาติที่กรุงเจนีวา ปี 2003 ประกอบด้วย

1. The primacy of welfare of the patients ความผาสุกของคนไข้มาเป็นอันดับหนึ่ง หรือ “ถือเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง”

2. The Principle of Autonomy เน้นการมีส่วนร่วมในการรักษาสิทธิของผู้ป่วย แพทย์จำเป็นต้องให้ข้อมูล เปิดเผยข้อเท็จจริงที่สำคัญและจำเป็นเมื่อผู้ป่วยพิจารณาว่าเขาสมควรต้องรับรู้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงเป็นหนึ่งในทีมดูแลสุขภาพเช่นเดียวกับแพทย์และบุคลากรการแพทย์

3. The Principle of Social Justice ส่งเสริมให้เกิดความยุติธรรมในการดูแลสุขภาพของประชาชน กระจายทรัพยากรอย่างทั่วถึงและยุติธรรม

หลักทั้ง 3 ประการสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยเฉพาะในแง่ของการคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย และการคำนึงถึงผู้ป่วยในทุกมิติทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองยังให้ความสำคัญกับบทบาทของอาสาสมัครและปฏิสัมพันธ์ของทีมดูแลสุขภาพ (สกล สิงหะ, 2552)

หลักการทั้ง 3 ยังสอดคล้องกับแนวคิดใหม่ในการจัดการความตายและผู้ป่วยใกล้ตายจากการอภิปรายของพระไพศาล ได้แก่

1. การเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงความต้องการและความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ผู้ป่วยมีสิทธิในการกำหนดวิธีการรักษาหรือจัดการกับตัวผู้ป่วย ความตายเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วย และรู้ว่าตนเหมาะสมที่จะตายแบบใดและเมื่อใด และระยะเวลาในการประวิงเวลาตายไม่สำคัญเท่ากับคุณภาพชีวิตก่อนตายและคุณภาพการตาย

2. การปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบหรือตายตามธรรมชาติ ที่ต้องให้การปฏิบัติดูแลทั้งด้านกายภาพ กล่าวคือ การช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานมากเกินไป ส่วนการดูแลทางจิตใจ คือ การเตรียมตัวให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง การช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลาย ปล่อยวาง ด้วยการเข้าไปสัมพันธ์กับผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วม มิใช่การบังคับครอบงำ (พระไพศาล วิสาโล, 2545)

3. การตายอย่างมีศักดิ์ศรีและสิทธิที่จะตาย เพราะการชะลอความตาย ด้วยการทำให้คนมีสภาพเป็นวัตถุ ช่วยตัวเองไม่ได้ มีอาการนำสมเพช เป็นสิ่งทำลายศักดิ์ศรีของผู้คน เพราะความตายไม่ใช่เรื่องน่ากลัวที่จะต้องประวิงเวลาให้เนิ่นช้าที่สุด และบุคคลมีสิทธิกำหนดความตายที่จะเกิดขึ้นกับตน มิใช่คนอื่น ๆ

Walter (Walter, 2007) ได้อภิปรายถึงบริบทสังคมหลังทันสมัยว่า ผู้คนในยุคนี้มีความเป็นปัจเจกชนมากขึ้น มีความต้องการที่จะเลือกวิถีการตายในแบบของตนเอง ดังนั้น ผู้ป่วยใกล้ตายจึงมักไม่ได้ให้ความสำคัญกับวิถีการตายที่สอดคล้องกับความเชื่อแบบจารีต หรือระบบการดูแลตามโครงสร้างทางการแพทย์สมัยใหม่มากนัก ดังนั้น สถานพยาบาลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือ ฮอสปิซ จึงมีแนวโน้มที่จะได้รับความนิยมมากขึ้น แม้ตัวเลขผู้ป่วยในการดูแลในสถานผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะยังมีสัดส่วนที่น้อยกว่าโรงพยาบาล แต่กระแสการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยก็มีแนวโน้มที่จะถูกนำไปปฏิบัติหรือให้ความสำคัญมากขึ้น

ดังนั้น ความคิดเกี่ยวกับการตายแบบนวนทันสมัย จึงมีประเด็นสำคัญดังนี้

- 1) ความตายไม่ใช่เรื่องน่ากลัวที่ต้องหลีกเลี่ยง แต่สามารถเผชิญหน้าและจัดการได้
- 2) ให้ความสำคัญและเคารพในการตัดสินใจของผู้ใกล้ตาย
- 3) ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตก่อนตายด้วยการดูแลสุขภาพในมิติที่หลากหลาย ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
- 4) ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการความตายของผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์

ทั้งนี้ walter ได้สรุปลักษณะสำคัญประเภทของความคิดเกี่ยวกับความตายไว้ดังนี้ (กฤตยา อาชวนิจกุล และ วรชัย ทองไทย, 2549)

ตารางที่ 2.1 ลักษณะสำคัญของประเภทความคิดเกี่ยวกับความตายของ walter

ปรากฏการณ์หรือสถานการณ์	แบบจารีต (traditional)	แบบทันสมัย (modern)	แบบนวัตทันสมัย (neo-modern)
สาเหตุการตาย	โรคระบาดต่างๆ	มะเร็ง/โรคหลอดเลือดหัวใจ	มะเร็ง/เอดส์
ระยะเวลาจากเจ็บจนเสียชีวิต	รวดเร็ว	ไม่แน่นอน	อยู่ได้นาน
อายุขัยเฉลี่ย (ปี)	40	70	80
สถานะของมนุษย์กับความตาย	เป็นส่วนหนึ่ง/ อยู่ร่วมกับความตาย	พยายามควบคุมความตาย	ให้ความสำคัญ/ อยู่ร่วมกับภาวะใกล้ตาย
วัยที่การตายเกิดขึ้นบ่อย	เด็ก	สูงวัย	สูงวัย
การตายที่ไม่สมควรตาย	คนเฒ่าคนแก่ (ที่เคารพนับถือ)	เด็ก/เยาวชน (ที่ประมาท/ ที่ไร้ความหมาย)	เด็ก/เยาวชน (ที่ประมาท/ ที่ไร้ความหมาย)
ความตายกับโครงสร้างทางสังคม	เป็นเรื่องของชุมชน	แบ่งแยกระหว่าง ส่วนตัว/สาธารณะ	ส่วนตัว/สาธารณะ เชื่อมโยงกัน
อำนาจที่ควบคุมความตาย	พระเจ้า/ประเพณี/ จารีตปฏิบัติ	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ	ตนเอง
สถานที่สัมพันธกับความตาย	โบสถ์/วัด	โรงพยาบาล	บ้าน/สถานรับรองพักฟื้น
ความหมายของความตาย	ถูกกำหนดขึ้น	ไม่มีการให้ความหมาย (ในที่สาธารณะ)	เป็นสิ่งที่สร้างขึ้น ระหว่างบุคคล
ช่องทางแสดงกำลังใจ	สวดมนต์/ทำบุญ	ความเจ็บ	การพูดคุย
ยุทธวิธีการจัดการกับความตาย	ใช้พิธีกรรม	ความสงบทางอารมณ์	ใช้การแสดงออก
การดูแล	เพื่อนบ้าน/ญาติพี่น้อง	ครอบครัวเดี่ยว	กลุ่มช่วยเหลือตนเอง
การเดินทางหลังความตาย	วิญญาณ	ร่างกาย	จิต
มุมมองต่อความตาย	เป็นผลของบาป	เป็นเรื่องธรรมชาติ	เป็นการเดินทางภายใน
การเยียวยา	พิธีกรรมรักษา	เทคโนโลยี/ยา	การพูดคุย

ปรากฏการณ์หรือสถานการณ์	แบบจารีต (traditional)	แบบทันสมัย (modern)	แบบนวทันสมัย (neo-modern)
รูปแบบพิธีศพ	ฝังศพ	เผาศพ	แล้วแต่ผู้ตาย
ระบบคุณค่า/ค่านิยม	ให้ความสำคัญ	เป็นเรื่องของสุขภาพ/ ส่วนตัว/เกียรติยศ/การต่อสู้	อารมณ์ความรู้สึก/กร เด็บโต/ทางเลือก
การตายที่ดี	รู้ตัว/มีสติ	ไม่รับรู้/ตายฉับพลัน	มีสติ/พิธีพิธี/กำหนดเอง

2.1.9 ความตายในมิติวัฒนธรรม

ความตาย นอกจากจะมีมิติทางสังคม ยังมีมิติทางวัฒนธรรมด้วย ผู้ศึกษาจะอธิบายลักษณะสำคัญของวัฒนธรรม จากนั้นจะอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างวัฒนธรรมกับความตาย และการศึกษาวัฒนธรรมความตายในโรงพยาบาล

นักมานุษยวิทยาได้สรุปลักษณะพื้นฐานสำคัญของวัฒนธรรมไว้ 6 ประการ (ยศ สันตสมบัติ, 2537) คือ 1) วัฒนธรรมเป็นความคิดร่วม และค่านิยมซึ่งกำหนดมาตรฐานของพฤติกรรมจนคนในวัฒนธรรมเดียวกันสามารถคาดคะเนพฤติกรรมของผู้คนได้ ความคิดร่วมเหล่านี้กำหนดว่าอะไรดี อะไรไม่ดี อะไรควร อะไรไม่ควร 2) วัฒนธรรมเป็นสิ่งที่มนุษย์เรียนรู้ ที่ละเล็กทีละน้อย จากรุ่นสู่รุ่นผ่านการอบรมและประสบการณ์จากปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับสถาบันทางสังคมต่างๆ 3) วัฒนธรรมมีพื้นฐานจากการใช้สัญลักษณ์ เพื่อเป็นเครื่องมือสื่อสารความหมายระหว่างกัน 4) วัฒนธรรมเป็นองค์รวมของความรู้และภูมิปัญญา เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ 5) วัฒนธรรมคือกระบวนการที่มนุษย์กำหนดนิยามความหมายให้กับชีวิตและสิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัวเรา และในกระบวนการให้นิยามความหมาย มนุษย์ได้สร้างสถาบันหรือองค์กรขึ้นเพื่อทำหน้าที่รองรับการตีความดังกล่าวข้างต้น การตีความใหม่ ย่อมส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบหรือเนื้อหาของสถาบันทางสังคมตามไปด้วย 6) วัฒนธรรมเป็นสิ่งที่ไม่หยุดนิ่ง แต่แปรเปลี่ยนตลอดเวลา ทั้งจากการแพร่กระจายทางวัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี

จากความหมายของวัฒนธรรมดังกล่าว ความตายจึงมีมิติทางวัฒนธรรม เพราะมนุษย์ในวัฒนธรรมเดียวกัน เช่น นับถือศาสนาเดียวกัน อยู่ในชาติพันธุ์หรือชุมชนเดียวกัน จะมีความคิดเกี่ยวกับความตาย โลกทัศน์และค่านิยมเกี่ยวกับความตายร่วมกัน ความตายเป็นสิ่งที่คนในสังคมค่อยๆ เรียนรู้ผ่านการเข้าร่วมมีประสบการณ์จัดการความตาย เช่น การดูแลคนใกล้ตาย ประเพณีงานศพ ซึ่งมีสัญลักษณ์ทางสังคมสื่อความหมายระหว่างสมาชิกในชุมชน ความตายเป็นสิ่งที่มนุษย์กำหนดให้ความหมาย จึงเกิดความคิดเกี่ยวกับการตายดี การตายร้าย และวิธีการที่นำไปสู่การจัดการให้ตายดี ตลอดจนสร้างสถาบันทางสังคมหรือองค์กรที่อำนวยความสะดวกให้เกิดการตายดีได้ การจัดการ

ความตายเป็นภูมิปัญญาที่ผ่านการสืบทอด วัฒนธรรมความตายก็ไม่หยุดนิ่งถาวร แต่แปรผันเป็นพลวัตรตามบริบทสังคม การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีและวิถีชีวิต

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

หากพิจารณาพื้นที่ในโรงพยาบาล อาจจำแนกวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับความตายได้ 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ วัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับความตายแบบชีวการแพทย์ ซึ่งถูกออกแบบจากระบบการให้บริการสุขภาพทั้งในระดับประเทศและระดับโลก ที่มีพื้นฐานจากระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์ บุคลากรในสายงานที่สำคัญต่อการให้บริการมักได้รับการศึกษาอบรมฝึกฝนความรู้ ทักษะทัศนคติจากสถาบันการศึกษาที่จัดการเรียนการสอนเรื่องสุขภาพบนกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์อีกทีหนึ่ง ดังนั้นวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการตาย การจัดการความตาย ในระบบโรงพยาบาลจึงน่าจะเป็นวัฒนธรรมที่ได้รับอิทธิพลจากทัศนคติการแพทย์และสาธารณสุขดังที่ได้กล่าวไว้แล้วใน ข้อ 2.1.7 ความตายตามแนวคิดการแพทย์และสาธารณสุข

ในขณะที่วัฒนธรรมอันเนื่องมาจากความตายอีกลักษณะหนึ่ง คือ วัฒนธรรมอันเนื่องมาจากความตายในชุมชนท้องถิ่น ที่ได้รับอิทธิพลในการกำหนดทัศนคติจากศาสนา ประเพณี ที่ตกทอดมาในรุ่นสู่รุ่น ดำรงอยู่ในประเพณี พิธีกรรม ที่เกี่ยวข้องกับความตาย เช่น งานศพ งานบุญ อาจอยู่ในคำสั่งสอน ดำเนินเรื่องเล่า อาจเรียกวัฒนธรรมในลักษณะนี้ว่า วัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับความตายของชาวบ้าน

ในงานเขียนประเพณีที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของเสฐียรโกเศศ ได้อธิบายเหตุแห่งการทำศพ ซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งของการจัดการความตายไว้ว่า เพื่อทำพิธีเช่นไหว้อุทิศแก่ผู้ตาย เพื่อทำพิธีปิดรับความป้องกันผีร้ายมารบกวน และทำพิธีทางลัทธิศาสนาให้ผู้ตายได้รับประโยชน์แห่งความสุขในโลกหน้ามากที่สุด (เสฐียรโกเศศ, 2539) ดังนั้นเหตุที่ต้องทำศพ ก็เพราะสังคมมีโลกทัศน์เกี่ยวกับชีวิตหลังความตาย โดยเชื่อว่าผู้ตายมีลักษณะความเป็นอยู่คล้ายคนเป็น แต่อยู่คนละโลกบ้าง เชื่อว่าหากไม่ทำพิธีศพ ความชั่วร้ายจะมารังควานคนที่ยังมีชีวิตอยู่บ้าง รวมถึงความเชื่อว่ามีพลังอำนาจจากศาสนาจะช่วยอำนวยความสะดวกแก่คนตายในโลกหน้าได้ เป็นต้น

ศาสนามีส่วนสำคัญในการกำหนดความหมายของการตาย มีระบบการอธิบายโลกทัศน์เกี่ยวกับชีวิตทั้งโลกปัจจุบันและโลกหลังความตาย เช่นในศาสนาที่มีพระเจ้า ก็จะมีโลกหรือดินแดนของพระเจ้าต้อนรับชีวิตหลังความตายหากมนุษย์ปฏิบัติตามบทบัญญัติได้อย่างถูกต้อง

เหมาะสมในครั้งที่มีชีวิต ในขณะที่ศาสนาพุทธ-พราหมณ์-ฮินดู ได้เข้ามามีบทบาทในการอธิบายโลกและจักรวาลแบบไตรภูมิ (กามาวจรภูมิ-รูปาวจรภูมิ-อรุณาจักรภูมิ) รวมถึงหลักกรรมและวิบากกรรมในดินแดนสุวรรณภูมิ (โกมาตร_จึงเสถียรทรัพย์_และคณะ, 2550) นอกจากคำอธิบายระบบโลกและชีวิตแล้ว ศาสนายังมีระเบียบแบบแผนปฏิบัติพิธีกรรมและนักบวชที่จะช่วยชี้แนะช่วยเหลือให้ผู้คนผ่านชีวิตหลังความตายที่ดีด้วย

การตายดี

ความคิดเกี่ยวกับการตายดี เป็นประเด็นที่เป็นตัวแทนของความตายในมิติทางวัฒนธรรมอย่างชัดเจน เพราะความตายได้ถูกกำหนดความหมายให้คุณค่าโดยสังคม ชุมชน ตามกรอบความคิดความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตและความตาย งานศึกษาเกี่ยวกับการตายดีในวัฒนธรรมต่างๆที่น่าสนใจดังนี้

ศาสนาพุทธเถรวาท การตายดีมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงความเข้าใจเรื่องหลักกรรม กล่าวคือ กรรมหรือการกระทำที่ประกอบด้วยเจตนาเป็นสาเหตุที่ทำให้มนุษย์ไปปฏิสนธิ(เกิด) ได้แก่ กรรม หรือกรรมหนัก เช่น ฆ่าพ่อแม่ จะส่งผลให้ไปเกิดในนรกทันที อาสันนกรรมหรือกรรมขณะใกล้ตาย จะส่งผลก่อน หากไม่ขณะตายไม่ได้ทำกรรมใด อาจิณกรรม คือกรรมที่ทำอยู่เสมอๆ ในอดีตจะส่งผลให้ไปเกิดในภพภูมิใหม่ และหากไม่ได้ทำอาจิณกรรมใด กุฎตกรรม หรือกรรมเล็กน้อย ก็จะส่งผลให้ไปเกิดในภพภูมิใหม่ใน 3 ภพภูมิ (บุญมี เมฆางกูร, 2534) หลักกรรมและการเกิดในพุทธศาสนาจะให้ความสำคัญกับการทำความดี และการทำจิตให้บริสุทธิ์ ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องทำในขณะที่ยังไม่ถึงภาวะใกล้ตาย เพราะความดีหรือกุศลที่สั่งสมจะส่งผลต่อการตายดีในช่วงเวลาขณะตาย การรักษาจิตให้บริสุทธิ์ ยึดเหนี่ยวกับความดีจะช่วยให้ผู้ตายไปในที่สุคติหรือไปในที่ที่ดี เช่น ไปเกิดเป็นมนุษย์ หรือชั้นเทวดาขึ้นไป ดังนั้นการบอกทางผู้ใกล้ตายว่า “สัมมาอรหัง” หรือ “พุทโธ” จึงเป็นประเพณีปฏิบัติต่อผู้ใกล้ตายที่ยังคงสืบทอดมาจนถึงปัจจุบันเพื่ออำนวยความสะดวกให้การตายดีแก่ผู้ตาย (เสฐียร โกเศศ, 2539)

การตายดีของชาวมอญถูกผูกโยงกับคำอธิบายทางพุทธศาสนาและการนับถือผีบรรพบุรุษ ที่มีข้อห้ามปฏิบัติสืบทอดผ่านผู้ทำพิธีกรรมที่มีความรู้ คนมอญมีการแยกประเภทการตายดีและตายไม่ดี การตายดีได้แก่ ความตายที่มาจากสังขารร่วงโรยหรือความป่วยไข้ ส่วนการตายที่ไม่ดีได้แก่ การตายอย่างกระทันหัน การตายของเด็ก สาเหตุการตาย และสถานภาพการตายที่แตกต่างกันจะมีระเบียบการทำพิธีศพที่จำเพาะแตกต่างกัน การทำพิธีศพจะต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด จะทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความสบายใจว่าผู้ตายไปสู่ภพภูมิที่ดีไปสู่สุคติ และในพิธีศพยังแฝงไปด้วยปริศนาธรรม (สรินยา คำเมือง, 2550)

การตายดีของชาวม้งให้ความสำคัญกับสถานที่ตาย โดยเชื่อว่าการตายนอกบ้านเป็นการตายที่ไม่ดี ร่างกายอาจถูกโยนทิ้งในป่าแล้วปล่อยให้ถูกสัตว์แทะกิน เพราะเชื่อว่าหากตายนอกบ้านจะไม่มีลูกหลานหรือญาติพี่น้องคอยดูแลหรือจัดพิธีศพที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้วิญญาณของผู้ตายไปเกิดในที่ที่ไม่ดี นอกจากนี้เสากลางบ้านยังเป็นที่ฝังรกเป็นสื่อเชื่อมโยงระหว่างโลกมนุษย์และวิญญาณ ระหว่างตนกับสายตระกูลบรรพบุรุษ การตายที่บ้านจึงมั่นใจได้ว่าเมื่อชาวม้งตายแล้วจะไปอยู่กับบรรพบุรุษสายตระกูลตนในโลกแห่งวิญญาณ (อริตา สุนทโรทก, 2550)

การตายดีของคนจีนสัมพันธ์กับเวลาตายในทางโหราศาสตร์ ชาวจีนส่วนใหญ่มีความเชื่อเกี่ยวกับเวลาตายสัมพันธ์กับบุญกุศลที่ผู้ตายจะทิ้งไว้ให้ลูกหลาน เช่น หากเสียชีวิตช่วงเช้าถึงเที่ยง ผู้ตายเอาไปหนึ่งมือ ทิ้งสองมือเป็นของลูกหลาน ถ้าเสียชีวิตช่วงบ่ายถึงเย็น ผู้ตายเอาไป 2 มือ เหลือให้ลูกหลาน 1 มือ ถ้าเสียชีวิตช่วงเวลาหกโมงถึงเที่ยงคืน ผู้ตายเอาไป 3 มือ ไม่เหลืออะไรไว้ให้ลูกหลาน หากเสียชีวิตก่อนเช้าวินใหม่ ถือว่าผู้ตายไม่ได้เอาบุญกุศลติดตัวไปด้วย ทิ้งไว้ให้ลูกหลานทั้งหมด คำว่ามือหมายถึงบุญกุศลที่ผู้ตายทำไว้ ชาวจีนเชื่อว่าการตายที่ดีคือการตายที่เหลือนมือให้ลูกหลานมากที่สุด เพราะจะทำให้ลูกหลานเจริญรุ่งเรือง (วรัญญา เพ็ชรคง, 2550)

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

แนวคิดเกี่ยวกับการตายดีทั้งหมดที่ผู้วิจัยได้รวบรวมมา การตายที่เป็นประเด็นร่วมคือการตายในวัยสูงอายุ ตายด้วยความเจ็บป่วย ได้เตรียมตัวเตรียมใจก่อนตาย ตายท่ามกลางผู้เป็นที่รัก ในสถานที่ที่สบาย ตายด้วยจิตใจที่ไม่เกรียด และเมื่อตายศพของผู้ตายได้รับการดูแลที่เหมาะสม

จากวรรณกรรมที่ได้ทบทวน จะพบว่าความตายมีแง่มุมต่างๆสำหรับการศึกษาที่หลากหลาย เคลเลเฮียร์ได้รวบรวมและเสนอทัศนคติต่อการศึกษาความตาย 7 ประการ ได้แก่ (Kellehear, 2009)

1. การตายในฐานะการควบคุมของปัจเจก (The theme of agency: dying as personal control) ปรากฏการณ์การฆ่าตัวตาย ที่เกิดขึ้นเป็นความพยายามที่จะควบคุมวิธีการ และเวลาตายด้วยตนเอง การควบคุมการตายเชื่อมโยงกับการพยายามคงอัตลักษณ์ของผู้ตายไว้ เช่น การควบคุม

ทรัพย์สิน วิธีการดูแลตนเอง วิธีการตาย การทำพินัยกรรมชีวิต ล้วนแสดงให้เห็นถึงความพยายามที่จะชำระศรัทธาอันอาจ อัดลัทธิ ศักดิ์ศรีของตนไว้แม้ช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต

2. การตายในฐานะการเดินทาง (The theme of linearity: dying as a journey) การมองความตายว่าเป็นการเดินทางเป็นทศนะที่เก่าแก่ที่สุดทศนะหนึ่ง ความตายจึงเป็นส่วนหนึ่งของการเจริญเติบโตในวิถีทางของมนุษย์ ในทางหนึ่งความตายเป็นการเปลี่ยนผ่านสถานภาพของบุคคลจากความเป็ไปสู่ความตาย สำหรับในโรงพยาบาลพิธีกรรมการเปลี่ยนผ่านอยู่ที่เตียงคนไข้ คู่สัญญาณชีพที่ค่อยๆ เต้นช้าลงจนลคลเหลือศูนย์ เส้นชีวิตเป็นเส้นตรง

3. ความตายในฐานะภาวะแห่งความไม่แน่นอน (The theme of fluctuation: dying as oscillation) ถึงแม้คนในปัจจุบันจะมีอายุเฉลี่ยยืนยาว แต่อายุที่ยืนยาวนั้นก็เต็มไปด้วยโรคที่รุ่มร่าไม่แน่นอนว่าแต่ละคนจะประสบโรคอะไร และเมื่อประสบโรคนั้นแล้วอาการของโรคก็เต็มไปด้วยความไม่แน่นอน ในยามสุดท้ายของชีวิตการจัดการกับความไม่แน่นอนยังเป็นเรื่องยากและซับซ้อน

4. ความตายในฐานะภาวะแห่งความหลุดพ้น เป็นอิสระ (The theme of disengagement: dying as withdrawal) การตายยังเป็นภาวะที่อนุญาตให้ผู้ตายเป็นอิสระจากพันธนาการต่างๆ เช่น ความเจ็บป่วย สถานะทางสังคม อย่างไรก็ตาม คนป่วยใกล้ตายอาจเป็นอิสระจากสิ่งหนึ่ง แต่กลับถูกผูกมัดอยู่กับสิ่งอื่นก็ได้ เช่น เป็นอิสระจากความเป็นมนุษย์ แต่กลายเป็นทเวดาผผู้คุมครอง

5. การตายคือความล้มครืนแตกสลาย (The theme of disintegration: dying as collapse) ความตายในทศนะนี้ไม่น่าพิศมัย ความตายเป็นความเสื่อมโทรมนำอนาถ การตายเต็มไปด้วยความเจ็บปวด ถูกทอดทิ้ง เหวงเศร้า เป็นภาพที่มีอยู่ในความตาย และเป็นความจริงที่เกิดขึ้นในสังคม ทศนะนี้เป็นทศนะที่วิพากษ์การดิ้นรนหนีตายด้วยวิธีการแพทย์

6. การตายคือภาวะแห่งความไม่สมัครใจ ถูกดิตรอนสิทธิ (The theme of indeterminacy: disenfranchised dying) การตายถูกควบคุม ถูกซ่อนเร้น ทำให้เป็นเรื่องส่วนบุคคลและเรื่องทางการแพทย์ ที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการตายของตนเองได้ โดยเฉพาะคนตายที่มีสถานภาพเปราะบางทางสังคม เช่น คนชราในบ้านพักคนชรา ผู้ป่วยโรคเอดส์ การตายจากโรคที่ถูกตีตรา โรคที่ไม่ได้รับความสนใจ การตายของผู้คนเหล่านี้ไม่ได้รับการกล่าวถึง และยังคงตายอย่างโดดเดี่ยว

7. การตายคือภาวะแห่งการเปลี่ยนแปลงไปสู่สถานะที่ดีกว่า (The theme of transcendence: dying as transformation) ในการศึกษาประสบการณ์เฉียดตาย (near-death experiences ; NDE) พบว่าประสบการณ์ตายแล้วฟื้นมีมากมายในหลายวัฒนธรรม ผู้ที่ผ่าน

ประสบการณ์เหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงที่ลึกซึ้ง เป้าหมายของชีวิต ชีวิตทางสังคม การงานเปลี่ยนไปสนใจด้านจิตวิญญาณมากขึ้น

จากการอภิปรายของเคลเลเฮียร์ ความตายมีความหลากหลาย ทว่างานศึกษาความตายก็ยังจำกัดในกลุ่มคนบางกลุ่ม ป่วยบางโรค ตายด้วยสาเหตุบางอย่างในสถานที่บางแห่ง การศึกษาส่วนใหญ่มาจากนักวิชาการ นักวิจัยชนชั้นกลางตะวันตก ที่มีกรอบคิดที่จะทำให้ตกอยู่ในอคติแห่งความกลัวหรือความหวัง สถานะของผู้ศึกษาเองอาจเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงและเข้าใจคนใกล้ตายที่มักมีสถานะทางสุขภาพที่แตกต่างจากผู้ศึกษามากนัก การศึกษาเรื่องความตายมีวิธีการมองที่หลากหลาย เพราะการศึกษานั้นแฝงไว้ด้วยคุณค่าที่ต่างกันไป

สำหรับงานศึกษาชิ้นนี้เน้นการศึกษาในแนวทางสังคมและวัฒนธรรม กล่าวคือผู้ศึกษามองว่าโรงพยาบาลเป็นพื้นที่ทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีชุมชนซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่รับผิดชอบและปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่หลากหลาย ญาติ และผู้ป่วยในแผนกต่างๆของโรงพยาบาล ในชุมชนแห่งนี้มีวัฒนธรรมย่อยที่มีชุดความคิดความเชื่อ การรับรู้ การให้ความหมาย และแบบแผนปฏิบัติต่อความตายทั้งที่เป็นของปัจเจก และของระบบโรงพยาบาล ผู้ศึกษามุ่งหมายที่จะสำรวจ อธิบาย วิเคราะห์ แบบแผนทางวัฒนธรรมที่ดำรงอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ทางวัฒนธรรมในการจัดการความตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่

2.2 ทำที่ต่อความตาย

ความคิดเกี่ยวกับความตายนำมาซึ่งทางที่บางประการที่ผู้คนมีต่อความตาย ผู้ศึกษาคาดว่าอาจสามารถพบเห็นทำที่ต่อความตายของบุคลากรในโรงพยาบาล ในลักษณะต่างๆ นำมาซึ่งการปฏิบัติต่อการจัดการความตายเมื่อต้องดูแลผู้ป่วย ทำที่ที่ผู้ศึกษารวบรวมได้แก่ 1) การปฏิเสธ ผลักไส หลีกหนีความตาย 2) การอยู่ร่วมกับความตายด้วยความเข้าใจ 3) การใช้ประโยชน์จากความตาย 4) การช่วยเหลือผู้อื่นให้พ้นจากความตาย

1) การปฏิเสธ ผลักไส หลีกหนีความตาย

การปฏิเสธ ผลักไส หลีกหนีความตาย มีรากฐานจากความกลัวตายของมนุษย์ เพราะมนุษย์มีธรรมชาติคือความกลัวตายเป็นพื้นฐาน (พระธรรมปิฎก, 2543) และความกลัวตายนี้เองที่ทำให้มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่วิวัฒนาการและปรับตัวได้มาก (Varki, 2009) การปฏิเสธความตาย เป็นคุณค่าเบื้องต้นของมนุษย์ น่าสังเกตว่า บุคคลสำคัญทั้งหลาย ไม่ว่าจะทางวิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์

หรือศาสนา ล้วนมีคุณูปการไม่ทางใดก็ทางหนึ่งที่ช่วยมนุษย์ให้ก้าวพ้นความตาย หรือเข้าใกล้ความเป็นอมตะมากขึ้น ดังนั้นแล้วคุณค่าพื้นฐานของมนุษย์ก็คือการปฏิเสธความตาย (Kellehear, 2007)

การปฏิเสธความตายในโรงพยาบาลแสดงออกมาได้หลายรูปแบบ การรักษาความเจ็บป่วยแบบ “หวังหาย” แม้จะอยู่ในพัฒนาการระยะท้ายๆของโรค การซื้อชีวิตด้วยอุปกรณ์เทคโนโลยี หรือช่วยชีวิตผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต ไม่ว่าจะการซื้อชีวิตหรือช่วยชีวิตนั้นจะเกิดขึ้นจากการร้องขอของผู้ป่วยหรือญาติ หรือเป็นขั้นตอนปกติในระบบโรงพยาบาล กระทั่งกระสายทางกายของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่พบเห็นได้ในโรงพยาบาล

การปฏิเสธความตายยังแสดงออกในรูปแบบของการไม่พูดถึงความตาย ไม่พูดคำว่า “ตาย” แต่อาจเลี่ยงไปพูดโดยใช้คำอื่นเช่น “เสียชีวิต” “จากไป” “ไปดี” หรือห้ามไม่ให้พูดเพราะถือว่าเป็นลางร้าย การไม่บอกข้อมูลความจริงว่าผู้ป่วยเป็นโรคที่มีอันตรายร้ายแรงถึงชีวิต ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่ไม่ควรร้องขอ ตลอดจนการพยายามไม่เป็นผู้บอกข่าวร้ายว่าผู้ป่วยแพทย์ ทว่าขอให้พยาบาลเป็นผู้บอกข่าวร้าย เป็นต้น เหล่านี้คือการพยายามหลีกเลี่ยงไม่เผชิญหน้ากับความตาย ซึ่งอาจมีหลายปัจจัยร่วมกัน เช่น ไม่รู้ว่าจะปฏิบัติตนอย่างไรต่อสภาวะอารมณ์แห่งความสูญเสีย ไม่มีทักษะในการบอกข่าวร้าย ความกลัวส่วนบุคคล หรือการให้ความหมายว่าเป็นความล้มเหลวทางการแพทย์ หรือล้มเหลวในหน้าที่การงานที่ไม่อาจรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ได้

การปฏิเสธ หลีกเลี่ยงความตาย ยังแสดงออกในรูปแบบที่มีความลึกซึ้งขึ้นไปอีก พระไพศาลธูปาธิบายว่า สิ่งที่มีมนุษย์กลัวที่จะตายจริงๆ คือ กลัวตัวตนสูญสลาย ดังนั้น จึงใช้วิธีการหลีกเลี่ยงความตายด้วยการกระทำบางสิ่งเพื่อสืบเนื่องตัวตนให้ไม่สูญหายไปแม้ร่างกายจะตายไปก็ตาม เช่น การบริโภคน้ำมันคานธีที่มีความเป็นอมตะ การแสวงหาทรัพย์สินสมบัติจำนวนมากเพื่อเป็นตัวแทนตนเองสืบทอดไปยังลูกหลาน การสร้างอนุเสาวรีย์ หรือการจารึกชื่อยังอาคาร สถานที่ เพื่อให้คนยังจำได้ (พระไพศาล วิสาโล, 2552)

การปฏิเสธความตายยังแสดงออกด้วยการไม่คิดถึง ไม่พูดถึง ทำให้ลืมความตายเสียด้วยการทำกิจที่อยู่ตรงหน้าให้หมดไปในวันหนึ่งๆ ซึ่งก็สอดคล้องกับบริบทสังคมสมัยใหม่ ที่ซ่อนเร้นความตายออกจากชีวิต จนกระทั่งผู้คนพบเห็นความตายได้ยาก ความตายจะถูกปกปิดด้วยความสวยงามของหีบและดอกไม้ในงานศพ ผู้คนสมัยใหม่พากันนำคนตายออกไปไว้ในโรงพยาบาลและที่วัด ความตายในข่าว ละคร ภาพยนตร์ ก็ไม่ได้ถูกน้อมนำมาพิจารณาว่าความตายอาจมาถึงตนเองในสักวันหนึ่ง

2) ทำที่แห่งการต่อสู้เอาชนะความตาย

ความตายเป็นภาวะที่อยู่ข้างตรงข้ามกับการมีชีวิตที่โรงพยาบาลและผู้คนทั่วไปให้คุณค่าและความสำคัญ ในระบบโรงพยาบาลส่วนใหญ่มักให้ความสำคัญกับการเยียวยารักษาให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดกลับไปบ้าน ในกรณีนี้ความตายจึงเป็นความพ่ายแพ้ที่น่าอับอาย ในขณะที่ฝั่งญาติก็ย่อมปรารถนาที่จะให้ผู้ป่วยมีชีวิตให้นานที่สุด เพราะความตายเป็นที่สุดแห่งความทุกข์ ทั้งของผู้ป่วยและของญาติ การต่อสู้เอาชนะความตายจึงเกิดขึ้นอยู่เสมอในโรงพยาบาล

การต่อสู้เอาชนะความตายอาจทำในรูปแบบของการรักษาพยาบาลที่เป็นเลิศ การหาเหตุของความเจ็บปวดแล้วทำการกำจัดมูลเหตุนั้นเพื่อรักษาชีวิต การซ่อมแซมอวัยวะที่มีความเสียหายด้วยเทคนิคต่างๆ การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ ในช่วงสุดท้ายของชีวิต เรายังสามารถพบเห็นการต่อสู้กับความตายด้วยอุปกรณ์เทคโนโลยีช่วยชีวิต ในขณะที่ฝั่งผู้ป่วยอาจต่อสู้กับความตายด้วยการหาเงินมารักษา การบนบานสานกล่าวต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การทำบุญสะเดาะเคราะห์ต่อชะตา เป็นต้น

3) ทำที่เพิกเฉย ซาซึน ต่อความตาย

ความตายในโรงพยาบาลเป็นเรื่องของความสูญเสียของญาติและครอบครัว แต่ในโรงพยาบาล ความตายเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่เป็นนิตย บุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับความตายอาจมีความคุ้นชิน ซาซึน ทั้งจากการพบเห็นอยู่บ่อยครั้ง ในบางแผนกการเห็นคนตายอาจเป็นเรื่องปกติในชีวิตประจำวัน เช่น การอาบน้ำแต่งศพ ชนสูตรศพ ขนส่งศพ เป็นต้น หรืออาจเป็นการปิดกั้นการรับรู้หรือให้ความหมาย เพราะหากมีความ “รู้สึกรู้สา” ต่อความตายที่อยู่ตรงหน้า ก็อาจสะท้อนด้วยความหวาดเสียว หวาดกลัวว่าชีวิตของตนจะจบลงเมื่อใด การทำใจให้ซาซึน ด้านซา ต่อความตายและความสูญเสียเศร้าสลดอาจเป็นกลไกทางจิตที่ป้องกันความเสียหายทางอารมณ์ของบุคลากรเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล

4) ทำที่แห่งความระแวงระวังต่อการตายของผู้ป่วย

ท่ามกลางสถานการณ์การร้องเรียน ฟ้องร้อง ระหว่างญาติผู้ป่วยและโรงพยาบาลที่มีแนวโน้มมากขึ้น โดยเฉพาะในกรณีการดูแลผู้ป่วยแล้วมีการเสียชีวิตเกิดขึ้นในโรงพยาบาล กรณีนี้จะทำให้ประเด็นของความขัดแย้งมีความอ่อนไหวอย่างมาก ความขัดแย้งดังกล่าวอาจส่งผลต่อความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน รายได้รายจ่ายของโรงพยาบาล กำลังใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคลากรในโรงพยาบาล ทางออกทางหนึ่งที่จะหลีกเลี่ยงความเสียหายอันเกิดจากความขัดแย้งคือ การดูแลรักษาชีวิตผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ด้วยการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ การตรวจรักษาด้วยเทคโนโลยีเท่าที่มีอยู่ การใช้เอกสารทางกฎหมายประกอบการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันข้อพิพาท

และการฟ้องร้อง ทำที่ดังกล่าวสะท้อนถึงวิธีการมองความตายว่าเป็นเหตุแห่งความขัดแย้งและส่งผลร้ายทางเศรษฐกิจและการบริหารจัดการของโรงพยาบาล

5) ทำที่แบบการอยู่ร่วมกับความตาย

อย่างไรเสียมนุษย์ก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงความตายได้ การทำความเข้าใจความตาย เพื่อการอยู่ร่วม ศึกษาว่าควรจะทำอย่างไรต่อความตายจึงจะพบกับความตายที่ดีจึงเป็นทำที่อีกประการหนึ่งต่อการจัดการกับความตาย

การศึกษาความตายในเชิงศาสนาเป็นวิธีการหนึ่งของการทำความเข้าใจ การระบุตัวตน ตำแหน่งแห่งที่ในจักรวาลแห่งชีวิตด้วยศรัทธา ทำให้มนุษย์ไม่รู้สึกแหว่งแวงในความไม่รู้ ไม่ว่าจะการตายแล้วเกิดใหม่ หรือการตายแล้วไปอยู่ในดินแดนของพระเจ้า การตายแล้วไปรวมกับสภาวะที่เหนือกว่า ล้วนทำให้มนุษย์รู้สึกมั่นใจต่อความตาย และเมื่อตายก็มีสิ่งยึดเหนี่ยวหรือรู้วิธีที่จะจัดการอย่างไรให้ตายดี ทั้งชีวิตก่อนตายและกำลังจะตาย

การศึกษาความตายในเชิงวิทยาศาสตร์ก็เป็นอีกวิธีในการทำความเข้าใจภาวะการตาย ปัจจุบันมีงานวิจัยประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย (Near Death Experiences) ทั่วโลกจำนวนมาก แม้จะถูกมองด้วยสายตาแปลกๆ จากวิทยาศาสตร์กระแสหลัก แต่การศึกษาความตายเช่นนี้ก็สะท้อนความต้องการที่จะเข้าใจความตายของผู้คนในยุคปัจจุบันมากขึ้น (Greyson, 2009)

การจัดการความตายให้ตายดี เป็นสิ่งที่สังคมตั้งแต่ยุคเกษตรกรรมเป็นต้นมาให้ความสนใจ (Kellehear, 2007) ในยุคทันสมัยที่การแพทย์มีบทบาทก็ได้นิยามการตายดีเช่นกัน สถาบันการแพทย์ของสหรัฐอเมริกาได้ให้คำนิยามการตายดีไว้ว่า “การตายดี คือ การตายตามความประสงค์ของผู้ป่วยและญาติ บนพื้นฐานของการรักษาทางการแพทย์ วัฒนธรรม และจริยธรรมที่ได้มาตรฐานและดีงาม” (สุมาลี นิมนานนิตย์, 2552) การจัดการให้ตายดีในคำนิยามทางการแพทย์จึงให้ความสำคัญกับสิทธิผู้ป่วยและการทำพินัยกรรมชีวิต (Living Will) ว่าผู้ป่วยต้องการให้จัดการกับความเจ็บป่วยหรือการตายของตนอย่างไร ในประเทศไทยมีการเคลื่อนไหวเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตจำนงในการปฏิเสธการรักษา ตาม พรบ. สุขภาพ มาตรา 12 ทั้งนี้ก็เพื่อจัดการให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการตายดีที่ปรารถนา ทว่าประเด็นดังกล่าวก็ยังเป็นที่ยกเถียงว่ามาตรการทางกฎหมายจะนำไปสู่การตายดีของผู้ป่วยได้หรือไม่

ในขณะที่การตายดีทางพุทธให้ความสำคัญกับการตายอย่างมีสติ ไม่หลงตาย รู้เท่าทันความเป็นจริงว่าชีวิตไม่เที่ยง ไม่เกาะเกี่ยวยึดติดสิ่งที่ทำให้จิตใจสร้างหมอง ตายด้วยจิตใจที่เป็นอิสระ และ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2541) การให้คำนิยามเรื่องการตายดีดังกล่าวนำมาสู่ความเข้าใจเรื่องการเตรียมตัวตายในทางศาสนา ตั้งแต่ผู้คนยังมี

สุขภาพดี เช่น การหมั่นทำบุญกุศลเพื่อให้จิตใจอยู่ในความดีงามอยู่เป็นนิจ การดูแลความสัมพันธ์กับผู้คนรอบข้างเพื่อไม่ให้มีความห่วงกังวลในช่วงเวลาขณะตายอันจะทำให้จิตใจเศร้าหมอง การปฏิบัติภวานาเพื่อฝึกสติ ประเพณีการขอโอสถกรรมก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต การบอกทงขณะที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตเพื่อย้ำเตือนให้ผู้ป่วยมีจิตที่เกาะเกี่ยวกับสิ่งที่ดีงาม (พระไพศาล วิสาโล, 2549)

6) การใช้ประโยชน์จากความตาย

นอกจากจะอยู่ร่วมกับความตายเพื่อให้ผ่านความตายด้วยความสงบ หรือตายดีแล้ว ความตายยังกลับมาเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่ยังมีชีวิตหลายรูปแบบ

ในทางธุรกิจ ความตายมีมูลค่าหลายพันล้านจากธุรกิจการซื้อขายโลงศพ ที่มีมากมายหลายประเภท มีบริการที่หลากหลาย ธุรกิจการจัดดอกไม้ พวงหรีด ธุรกิจของที่ระลึก การดำเนินพิธีศพในวัด ธุรกิจหลังงานศพ เช่น การลอยอังคาร การประกอบพิธีบำเพ็ญกุศล ตลอดจนธุรกิจอาหารในงานศพ ธุรกิจที่เกี่ยวกับศพเป็นธุรกิจที่มีความมั่นคงแม้ประสบวิกฤติทางเศรษฐกิจ สร้างอาชีพ รายได้ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจแก่ผู้ที่ยังมีชีวิตเป็นอย่างดี (ศราวุธ เอี่ยมเชี่ยม, 2547)

ในทางศาสนา ความตายเป็นอนุสติ หรือเครื่องเตือนจิตใจศาสนิก ให้เร่งหมั่นทำความดี ขวนขวายในกิจที่เป็นประโยชน์ทั้งทางโลกและทางธรรม การทำหน้าที่และดูแลสัมพันธ์กับผู้คนอย่างไม่น่าพร่อง เพราะความตายแม้เป็นสิ่งแน่นอน แต่ก็ไม่น่าแน่นอนว่าตนเองจะประสบความตายเมื่อใด อาจเป็นปีนี้ เดือนนี้ วันนี้ หรือลมหายใจต่อไป (พระคุษฎี เมธงกูโร, 2531)

ในภาวะใกล้ตาย ความตายยังเป็นโอกาสในการพิจารณาความไม่เที่ยงของชีวิต สภาวะความทุกข์ของกองสังขารทั้งร่างกายและจิตใจ สภาวะที่ไม่สามารถควบคุมให้เป็นเราหรือเป็นของเราได้ ความตายเป็นโอกาสที่จะทำให้มนุษย์ยกระดับทางจิตวิญญาณและการหลุดพ้นทางใจได้ด้วย (พระไพศาล วิสาโล, 2552)

ความตายยังเป็นเครื่องมือหนุนเสริมการเติบโตทางจิตวิญญาณ พุทธทาสภิกขุได้กล่าวถึงความกลัวตายว่าถึงแม้มนุษย์จะกลัวตาย แต่ก็สามารถกลัวตายแบบถูกวิธี คือการเจริญมรณสติ และการเอาชนะความตายได้ด้วยการทำความเข้าใจความตายในภาษาธรรม คือการกำจัดความยึดมั่นถือมั่นความเป็นเรา ความเป็นของเรา หรือการทำให้ตายเสียซึ่งตัวตนก่อนที่จะตายทางสังขาร หรือ “ตายก่อนตาย” เมื่อตัวตนตาย การตายก็เป็นเพียงสภาวะการแตกดับของธาตุต่างๆ เท่านั้น วิธีการตายเช่นนี้คือการตายในสภาวะสะอาด สว่าง และสงบ (พุทธทาสภิกขุ, 2548)

7) การช่วยเหลือผู้อื่นให้เผชิญความตายอย่างสงบ

นอกจากการมีท่าทีต่อความตายของตน พระไพศาล วิสาโล ยังเสนอท่าทีต่อความตายอีกแบบหนึ่ง กล่าวคือช่วยเหลือผู้อื่นให้สามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ โดยใช้แนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิถีแบบพุทธ 7 ประการ ได้แก่ การให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ การช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง การช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งที่ดีงาม ช่วยปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ และกล่าวคำอำลา

ผู้ให้ความช่วยเหลืออาจเป็นญาติหรือบุคลากรโรงพยาบาล ที่ทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวก กล่าวคำแนะนำ หรือสามารถลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ความเชื่อมั่นดังกล่าวนำมาสู่การเคลื่อนไหวสร้างทัศนคติเผชิญความตายอย่างสงบ ทั้งด้วยการเรียนรู้การเตรียมตัวตายของตนเอง และการช่วยเหลือผู้อื่นให้เข้าถึงการเผชิญความตายอย่างสงบได้

2.3 การศึกษาวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับความตายในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลเป็นพื้นที่ที่วิถีชีวิตในโรงพยาบาลแตกต่างออกไปจากชุมชน มีวัฒนธรรมย่อยเป็นของตัวเอง วัฏจักรชีวิต การแต่งกาย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้คน ปัญหาในโรงพยาบาลแตกต่างไปจากปัญหาขององค์กรอื่นๆ โรงพยาบาลจึงเป็นพื้นที่ทางวัฒนธรรมแห่งหนึ่งที่มีวัฒนธรรมย่อยที่เป็นเอกลักษณ์ Goffman, 1961 อ้างจาก (Zaman, 2004) ในงานบางชิ้นเปรียบเทียบพื้นที่โรงพยาบาลเป็นเกาะที่ถูกโคดเคี้ยวออกจากชุมชนรอบนอก ที่ภายในมีระบบวัฒนธรรมการแพทย์ตะวันตก (Geest & Finkler, 2004) ที่มีระบบความคิดความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตและความตายที่แตกต่างออกไปจากชุมชน กล่าวคือ ความตายเป็นความล้มเหลวทางการแพทย์ (ฟริตจ็อฟ คาปรั้า, 2534) ที่ต้องควบคุม ปกปิดซ่อนเร้นออกไปจากการรับรู้ของสาธารณะ ทั้งด้วยการใช้เทคโนโลยียื้อชีวิต และการทำให้เป็นส่วนตัวด้วยการแยกผู้ป่วยไว้ในห้องที่มีมิดชิดทั้งกายภาพและการปฏิสัมพันธ์กับภายนอก (Aries, 1981) การตายที่ดีเป็นการตายที่ไม่เจ็บปวดทรมาน ให้ความสำคัญกับความเป็นส่วนตัว ความเจ็บสงบปราศจากการรบกวน ผ่านเครื่องมือเทคโนโลยีและยาผ่านแพทย์ผู้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจกระบวนการตายมากที่สุด (Walter, 2007)

แม้ว่ามิจานศึกษาและข้อวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับวัฒนธรรมการจัดการความตายในโรงพยาบาลจำนวนมาก ในทางปฏิบัติโรงพยาบาลก็ไม่ได้รับเอาตัวแบบด้านชีวการแพทย์ระดับโลกมาทั้งหมดมาจำลองไว้ในโรงพยาบาลเสียทีเดียว กีซและฟิงเคลอร์เชื่อว่าในโรงพยาบาลยังคงมีความแตกต่างทางสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่นอยู่บ้างอันนำไปสู่การวินิจฉัยและวิธีการรักษาที่แตกต่าง

กับตัวแบบทางชีวการแพทย์ ก็ยังเสนอว่า โรงพยาบาลเป็นพื้นที่ที่ทั้งเป็นตัวสร้างและสะท้อนวัฒนธรรมเกี่ยวกับความตายในสังคมนั้นๆ (Geest & Finkler, 2004)

ลอง แพทย์ผู้ศึกษาวัฒนธรรมในโรงพยาบาลเปรียบเทียบกับวัฒนธรรมอเมริกัน-ญี่ปุ่น ได้ศึกษาการเลือกแบบแผนการตายของผู้ป่วยแบบประคับประคองในงานศึกษาเรื่อง Final Days (Long, 2005) โดยใช้การวิจัยแบบชาติพรรณนารวมในโรงพยาบาล กล่าวคือเข้าไปอยู่ในวิถีประจำวันของผู้ป่วยและแพทย์สังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นที่มีผลต่อการเลือกวิธีการดูแลความเจ็บป่วยและการตายของคนไข้ในประเทศญี่ปุ่น นอกจากนี้ยังใช้เทคนิคการสังเกตและการสนทนาแบบกลุ่ม (focus group discussion) ลองพบว่า การเลือกแบบแผนการดูแลความเจ็บป่วยและแบบแผนการตายของคนไข้ ผลจากปฏิสัมพันธ์ของทั้งระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว สถาบันการแพทย์ และบริบทสังคมในยุคหลังอุตสาหกรรม โดยมีข้อค้นพบที่สำคัญดังนี้

1) การเลือกวิธีการตายเป็นผลโดยตรงกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยของคนและประวัติศาสตร์ของครอบครัว

2) ทางเลือกที่ผู้ป่วยและญาติมีเป็นทางเลือกที่ถูกจัดสรรหรือสร้างให้มีขึ้นจากพลังทางเศรษฐกิจการเมืองทั้งของญี่ปุ่นและของโลก เช่น การมีบริการของ Hospice และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของเอกชน ทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการเลือกบริการการดูแลวิธีการตายที่หลากหลาย การมีระบบประกันสังคมทำให้การดูแลที่สถานพยาบาลมีต้นทุนต่ำกว่าการดูแลที่บ้าน ครอบครัวที่มีขนาดเล็กลงทำให้การดูแลจากคนในครอบครัวโดยลำพังเป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยาก

3) ทางเลือกแต่ละทางมี “สคริป” ของคนที่ค่อนข้างตายตัวเป็นรูปแบบ เช่น หากดูแลในโรงพยาบาลสมัยใหม่ผู้ป่วยจะต้องถูกรักษาจนถึงที่สุด ผู้ป่วยถูกคาดหวังว่าจะต้องเชื่อฟังแพทย์โดยสมบูรณ์เป็นต้น การตายดีคือการตายโดยไม่เจ็บปวด การดูแลใน hospice ก็จะไม่ใช้การรักษาแบบรุนแรง (aggressive) ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีตายในแบบฉบับของตนเอง กำเนิดถึงการดูแลไม่ให้เจ็บปวดทรมาน กำเนิดความต้องการด้านจิตวิญญาณ วางแผนการรักษาร่วมกับญาติ เป็นต้น

4) ท่าทีของแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยมีความระมัดระวังและใช้มาตรการทางกฎหมายและสิทธิผู้ป่วยมากขึ้น การดำเนินการใดๆกับผู้ป่วยต้องมีใบขอความยินยอมจากผู้ป่วย ทว่าท่าทีการดูแลโดยคำนึงถึงสิทธิอาจไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยจากวัฒนธรรมตะวันออก เพราะผู้ป่วยคาดหวังจะให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลมากกว่าแบกรับภาระการตัดสินใจโดยลำพังแต่ผู้เดียว

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับความตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่ เพื่อให้ได้รายละเอียดของสิ่งที่จะศึกษา ผู้วิจัยกำหนดระเบียบวิธีศึกษาโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประเภทของงานวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้เทคนิควิธีการวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณาในโรงพยาบาล (Hospital ethnography) (Geest and Finkler, 2004) โดยผู้วิจัยจะพาตัวเองเข้าไปอยู่ในปรากฏการณ์การจัดการความตาย มีส่วนร่วมกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันของทั้งบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความตาย

พื้นที่ศึกษา

ผู้วิจัยกำหนดพื้นที่ศึกษาคือโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โรงพยาบาลแห่งนี้มีผู้ป่วยเข้ารับบริการและมีผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาลจำนวนมาก งานศึกษาวิจัยชิ้นนี้มองโรงพยาบาลว่าเป็นพื้นที่ทางสังคมวัฒนธรรมที่มีกลุ่มบุคคลต่างๆ มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน โดยมีศูนย์กลางที่การให้และรับบริการสุขภาพ

ผู้วิจัยไม่ได้ศึกษาพื้นที่ให้บริการทั้งโรงพยาบาลเนื่องจากมีความกว้างขวางใหญ่โตเกินไปที่จะเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนและเห็นภาพการตายที่ชัดเจน พื้นที่ศึกษาจำกัดพื้นที่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER) หอผู้ป่วยหนัก (ICU) ห้องตรวจศพ

การออกแบบงานวิจัย

ผู้วิจัยศึกษามิติทางวัฒนธรรมของความตายในโรงพยาบาล ด้วยการเข้าไปมีส่วนร่วมในเหตุการณ์ประจำวันของกลุ่มคนต่างๆ ในโรงพยาบาล ในลักษณะนักศึกษาที่หาความรู้เกี่ยวกับ

งานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลในทีมงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ธุรการ (Palliative Care คือ การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ที่ไม่อาจให้การรักษาโรคหรือความเจ็บป่วยให้หายขาด ผู้ป่วยในระยะนี้มักเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรครื้อรัง เช่น มะเร็ง อวัยวะล้มเหลว แนวคิดของการดูแลแบบประคับประคองคือการดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจให้ผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นภาวะใกล้ตายโดยประสบความสำเร็จมากที่สุด ได้รับความรัก การดูแลอย่างเป็นกัลยาณมิตรซึ่งประกอบไปด้วยญาติ และผู้ให้การรักษาพยาบาล)

ผู้ป่วยใช้ฐานความรู้และประสบการณ์จากการเข้าร่วมทำงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโครงการเผชิญความตายอย่างสงบ เครือข่ายพุทธิกา ตลอดจนเป็นทีมงาน โครงการสร้างเสริมบทบาทพระสงฆ์ ชุมชน และจิตอาสาในการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้ายในชุมชน ภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนการสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) โครงการนี้ดำเนินการเป็นระยะเวลาตั้งแต่ก.ค. 54 - พ.ค. 56 ผู้วิจัยเสนอตัวเป็นอาสาสมัครในกรณีที่ทีมงานเห็นว่าผู้วิจัยจะช่วยเหลือผู้ป่วยประการใดประการหนึ่งได้ ผู้วิจัยเห็นว่าวิธีการมีส่วนร่วมด้วยการเข้าร่วมเป็นทีมอาสาสมัครน่าจะช่วยให้เข้าถึงการมีส่วนร่วมและใกล้ชิดปรากฏการณ์ในวิถีประจำวันของโรงพยาบาลได้มากขึ้น

ดังนั้นตัวตนของนักวิจัยจึงมีหลายลักษณะ ได้แก่ 1) นักศึกษาปริญญาโท ที่สนใจมิติวัฒนธรรมความตายในชุมชน 2) อาสาสมัครที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระบบจัดการอาสาสมัคร 3) อาสาสมัครดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลแห่งนี้

อย่างไรก็ตามบทบาทที่ผู้วิจัยใช้นำเสนอตัวตนคือบทบาทนักศึกษาปริญญาโท ที่สนใจศึกษาสถานการณ์การตายในโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้สะท้อนเหตุผลและหลักการดังกล่าวไว้ในประสบการณ์บทที่ 5

ผู้วิจัยยังสนใจพื้นที่อื่นๆ นอกเหนือจากงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ดังนั้นในขณะที่สร้างความสัมพันธ์และติดตามสังเกตงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแล้วก็สร้างความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่และสถานการณ์อื่นๆ เพื่อเข้าร่วมสังเกตการณ์และสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

ในการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลมีลักษณะการเก็บข้อมูลและระยะเวลาดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3.1 แผนการเก็บข้อมูล

ประเด็น	เดือน	เดือนที่ 1				เดือนที่ 2				เดือนที่ 3			
	สัปดาห์ที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ติดตามทีมงาน palliative care เพื่อแนะนำตัว สร้างความคุ้นเคยและความสัมพันธ์กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล													
สังเกตสภาพทั่วไปของโรงพยาบาล													
ทำความรู้จักกับเจ้าหน้าที่วอร์ดผู้ป่วยต่างๆ สํารวจความเป็นไปได้ในเฟ้สังเกตในวอร์ดใดวอร์ดหนึ่งเป็นการเฉพาะ													
สังเกตการให้บริการในพื้นที่ต่างๆ เช่น หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม ห้องอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนัก ห้องตรวจศพ													
สัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรอื่นๆ													
สัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรที่มีหน้าที่โดยตรงในการดูแลผู้ป่วย													
สัมภาษณ์เชิงลึกญาติ													
สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย													
วิเคราะห์ เขียนรายงาน													

ในช่วงเวลาเริ่มต้นประมาณ 2 - 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ในภาคส่วนต่างๆ ในโรงพยาบาล และสร้างโอกาสในการเข้าไปมีส่วนร่วมในปรากฏการณ์การจัดการความตาย ผู้วิจัยแนะนำตัวว่าเป็นนักศึกษาปริญญาโท ที่มาศึกษาวิธีการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และวิธีการตายของคนในปัจจุบัน

ผู้วิจัยใช้วิธีการการสังเกต การเข้าไปพูดคุย ทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยหรือบุคลากรผ่านการทำงานกับหน่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อสร้างความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ในวอร์ดต่างๆในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังสังเกตปรากฏการณ์การจัดการความตายในภาพรวมของทั้งโรงพยาบาล

ในระหว่างที่ผู้วิจัยอาจสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรอื่นๆที่ไม่ได้มีหน้าที่โดยตรงกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย เช่น ผู้บริหาร โรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ชันสูตรศพ รักษาและทำความสะอาด เจ้าหน้าที่เปด คนขับรถส่งศพ และคนอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

หลังจากนั้นในสัปดาห์ที่ 4 - 8 ผู้วิจัยกำหนดพื้นที่ที่มีความเฉพาะเจาะจงยิ่งขึ้นเพื่อสังเกตปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่เฉพาะ เช่น ศึกษาเฉพาะกรณีหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER) หอผู้ป่วยหนัก (ICU) ห้องตรวจศพ

สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการตายและผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informance) ที่มีส่วนให้ข้อมูลในรายงานชิ้นนี้มีดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3.2 สถานการณ์ที่ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการสังเกต

สถานการณ์การสังเกต	จำนวนครั้ง
ปฏิบัติการกู้ชีพด้วยการกระตุ้นหัวใจและซีพีอาร์ (CPR)	1
การให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	มากกว่า 20 ครั้ง
สภาพทั่วไปห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	8 ครั้ง
สภาพทั่วไปในหอผู้ป่วยหนัก (ICU)	3 ครั้ง
การผ่าชันสูตรศพ	4 ครั้ง
การชันสูตรพลิกศพนอกสถานที่	5 ครั้ง
การรักษาและทำความสะอาดศพ	6 ครั้ง

ในกรณีที่ผู้วิจัยสามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะเสียชีวิต ผู้วิจัยขอสัมภาษณ์เชิงลึกกับญาติของผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตในประเด็นที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งประเมินความเป็นไปได้ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในระยะเวลาต่อมา

ในระหว่างที่ผู้วิจัยเข้าไปมีส่วนร่วมในปรากฏการณ์จัดการความตาย ผู้วิจัยสังเกตบันทึกเหตุการณ์ วิเคราะห์ และตีความ ถึงปรากฏการณ์ การให้ความหมาย รูปแบบความสัมพันธ์ของผู้คนในสถานการณ์ต่างๆ เหตุการณ์ที่ผู้วิจัยได้เข้าไปมีส่วนร่วม เช่น

- สถานการณ์การให้บริการในหอผู้ป่วยต่างๆ
- การให้บริการแบบประคับประคอง (Palliative Care) ของเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
- การกู้ชีพด้วยการกระตุ้นชีพจรและหัวใจ (CPR)
- การชันสูตรพลิกศพ
- การจัดการร่างกายหลังการตาย
- การให้บริการที่เกี่ยวข้องกับมิตินาและจิตวิญญาณ
- สภาพทั่วไปในโรงพยาบาล

ระยะเวลาการสัมภาษณ์ และจำนวนครั้งการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้วิจัยในการสร้างความสัมพันธ์เพื่อขอสัมภาษณ์ ตลอดจนขึ้นกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ว่ามีความหลากหลายและรุ่มรวยเพียงพอที่จะอธิบายปรากฏการณ์และมิติทางวัฒนธรรมของความตายได้มากน้อยเพียงใด

ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล

ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงสิงหาคม 2555

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลกลุ่มใหญ่ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มบุคลากรในโรงพยาบาลญาติและผู้ป่วย ทั้งนี้มีรายละเอียดการคัดเลือกดังนี้

ตารางที่ 3 เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล	เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)	เกณฑ์การคัดออก ผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)	เกณฑ์การยุติการ เข้าร่วมการวิจัย (Termination criteria)	จำนวน ผู้ให้ ข้อมูล	การดำเนินการ หากผู้เข้าร่วมการ วิจัยถอนตัวออก จากการวิจัย
บุคลากรที่มีหน้าที่ โดยตรงในการดูแล ผู้ป่วย เช่น แพทย์ พยาบาลในวอร์ด ผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคลากรใน โรงพยาบาลพื้นที่เป้าหมาย • ผู้ให้ข้อมูลมีหน้าที่โดยตรงในการ ดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต • ผู้ให้ข้อมูลสมัครใจ ยินยอมให้ ข้อมูลแก่ผู้วิจัย 	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้ให้ข้อมูลไม่สมัครใจ ยินยอมให้ข้อมูลแก่ ผู้วิจัย 	-	14 คน	-
บุคลากรอื่นๆ เช่น เจ้าหน้าที่ทำศพ เจ้าหน้าที่เงินผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ขับรถ ลูกเงิน ผู้บริหาร เป็นต้น	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคลากรใน โรงพยาบาลพื้นที่เป้าหมาย • ผู้ให้ข้อมูลมีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของ ชีวิต หรือที่เกี่ยวข้องกับการจัดการ ศพ • ผู้ให้ข้อมูลสมัครใจ ยินยอมให้ ข้อมูลแก่ผู้วิจัย 	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้ให้ข้อมูลไม่สมัครใจ ยินยอมให้ข้อมูลแก่ ผู้วิจัย 		8 คน	
ญาติผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้ให้ข้อมูลเป็นญาติของผู้ป่วยที่มี แนวโน้มที่จะเสียชีวิต • ผู้ให้ข้อมูลมีความพร้อมในทาง จิตใจและยินยอมให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย • ผู้ให้ข้อมูลสมัครใจยินยอมให้ ข้อมูลแก่ผู้วิจัย 	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้ให้ข้อมูลไม่สมัครใจ ยินยอมให้ข้อมูลแก่ ผู้วิจัย • ผู้ให้ข้อมูลอยู่ใน ช่วงเวลาวิกฤติ มีสภาพ ร่างกายหรือจิตใจที่อาจ ไม่พร้อมต่อการให้ ข้อมูล 	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้ให้ข้อมูลมี สภาพร่างกายหรือ จิตใจที่ไม่พร้อมที่ จะให้ข้อมูล • ผู้ให้ข้อมูลออก จากโรงพยาบาล • ผู้ป่วยเสียชีวิต และนำศพกลับบ้าน 	10 คน	<ul style="list-style-type: none"> • ชี้แจงว่าผู้ป่วย ยังคงได้รับการ รักษาพยาบาล และการดูแลตาม ขั้นตอน มาตรฐานของ โรงพยาบาล
ผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่จะเสียชีวิต • อยู่ในสภาวะที่มีสติสัมปชัญญะ สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และ ยินดีที่จะให้ข้อมูล • ได้รับการอนุญาตจากญาติและ แพทย์เจ้าของไข้ให้พูดคุยกับผู้ป่วย ได้ 	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้ให้ข้อมูลไม่สมัครใจ ยินยอมให้ข้อมูลแก่ ผู้วิจัย • ผู้ให้ข้อมูลอยู่ในสภาวะ ที่ไม่พร้อมในการให้ ข้อมูลไม่ว่าทางร่างกาย หรือจิตใจ 	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้ป่วยไม่พร้อมที่ จะให้ข้อมูล • ผู้ให้ข้อมูลออก จากโรงพยาบาล • ผู้ป่วยเสียชีวิต และนำศพกลับ บ้าน 	5 คน	<ul style="list-style-type: none"> • ชี้แจงว่าผู้ป่วย ยังคงได้รับการ รักษาพยาบาล และการดูแลตาม ขั้นตอน มาตรฐานของ โรงพยาบาล

การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยทำการจดบันทึกข้อมูลโดยใช้สมุดโน้ตขนาดเล็กเพื่อบันทึกข้อมูลและข้อสังเกตแบบสั้น (jotting note) และเขียนบันทึกภาคสนาม (field note) โดยใช้คอมพิวเตอร์ นอกจากนี้ยังใช้กล้องถ่ายรูปหากสามารถขออนุญาตผู้ป่วยและบุคลากรในเหตุการณ์ที่มีความสำคัญ และใช้เครื่องบันทึกเสียงกรณีที่สามารถขออนุญาตผู้ป่วยหรือบุคลากรในการสัมภาษณ์เชิงลึกได้

การตรวจสอบข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่มีความสำคัญด้วยการใช้เทคนิคสามเส้า เช่น ตรวจสอบข้อมูลคนไข้กับบุคลากร การถามคำถามซ้ำ หรือถามคำถามเดิมกับคนอื่น ๆ เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล นอกจากนี้ใช้หลักเหตุผลและข้อมูลบริบทแวดล้อมประกอบการพิจารณา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และสร้างประเด็นสำคัญ (Theme) เพื่อการวิเคราะห์ กล่าวคือ การพิจารณาข้อมูลจากสถานการณ์ที่ผู้วิจัยเข้าไปมีส่วนร่วม จากนั้นสร้างประเด็นในการวิเคราะห์ตีความเพื่อหาความหมาย ระเบียบแบบแผนทางความคิดที่อยู่เบื้องหลังปรากฏการณ์นั้นๆ ตรวจสอบว่าปรากฏการณ์ หรือการตีความหาความหมายของผู้วิจัยมีความเหมือนหรือต่างกับวรรณกรรมที่ได้ทบทวนไว้อย่างไร จะอธิบายปรากฏการณ์ที่ผู้วิจัยพบเห็นได้ว่าอย่างไร และทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมเพื่อทำความเข้าใจและอธิบายปรากฏการณ์ทางวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลสมัยใหม่

ผู้วิจัยใช้โปรแกรม ATLAS.ti เป็นโปรแกรมเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนด Code ในข้อความหรือรูปภาพ สำหรับการแยกแยะเนื้อหาเพื่อความสะดวกในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล โดยจะทำการอ่านข้อมูลซ้ำในแต่ละสัปดาห์และกำหนดโค้ดรายสัปดาห์ ตรวจสอบว่าข้อมูลใดที่ปรากฏการณ์ที่สังเกตและบันทึกได้ได้ตอบโจทย์แล้ว และโจทย์ใดที่ยังไม่สามารถหาข้อมูลมาตอบได้

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยยังสนใจที่จะวิเคราะห์กระบวนการได้มาซึ่งข้อมูลหรือความรู้ ว่าบริบทการเก็บข้อมูล หรือตัวตนของผู้วิจัยได้มีผลหรือกระบวนการสร้างขึ้นของข้อมูลอย่างไรด้วย เพื่อเป็นความรู้ในเชิงระเบียบวิธีวิจัยด้วย

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยตระหนักอย่างยิ่งว่า การศึกษาวิจัยเรื่องปรากฏการณ์ในการจัดการความตายและมิติทางวัฒนธรรมของความตายเป็นประเด็นที่มีความอ่อนไหว เพราะการเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวอาจเข้าไปรบกวนพื้นที่ส่วนตัวในฝ่ายผู้รับการรักษาที่มีผู้เกี่ยวข้องหลายคนไม่เฉพาะแต่ผู้ป่วย แต่ยังรวมถึงครอบครัว ญาติ และคนอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ส่วนการเข้าถึงข้อมูลในฝ่ายผู้ให้บริการก็อาจเข้าไปรบกวนความเชื่อส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว เพื่อการเตรียมความพร้อมในการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยกำหนดทำทีในการศึกษาดังต่อไปนี้

ก่อนเขียนโครงการวิจัยชิ้นนี้ ผู้วิจัยตระหนักดีว่าการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความตายและผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิตเป็นเรื่องอ่อนไหว ละเอียดย่อน ผู้วิจัยจึงเข้าร่วมทำงานกับเครือข่ายพุทธิกา ในโครงการเผชิญความตายอย่างสงบตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2554 จนถึงปัจจุบันเป็นเวลาเกือบ 1 ปี โดยเข้าไปมีส่วนร่วมรับการอบรมการเผชิญความตายอย่างสงบ การเยียวยาจิตใจผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศึกษางานจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยตั้งใจว่าจะทำงานด้านความรู้เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างต่อเนื่องอีกเป็นเวลานาน ดังนั้นผู้วิจัยมั่นใจว่าจะสามารถเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับญาติ ผู้ป่วย และบุคลากรในโรงพยาบาลด้วยความอ่อนโยน เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ผู้วิจัยตระหนักว่าการเข้าไปศึกษาปรากฏการณ์จัดการความตายของมนุษย์ ผู้วิจัยกำลังเรียนรู้วิถีชีวิตของมนุษย์ผ่านกิจกรรมการจัดการความตาย ผู้วิจัยวางการทำงานศึกษาวิจัยชิ้นนี้เป็นงานชิ้นสำคัญของชีวิตจะที่เกื้อกูลความเติบโตทั้งในทางวิชาการและวุฒิภาวะของผู้วิจัย หลังจากการศึกษาวิจัยในแต่ละวัน

ผู้วิจัยคำนึงหลักประโยชน์สูงสุดในการวิจัย ผู้วิจัยตระหนักว่า งานวิจัยที่กำลังทำเป็นไปเพื่อช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ผู้ร่วมเกิด แก่ เจ็บ ตาย ทั้งผู้ป่วยและญาติที่อยู่ใกล้ความตายที่อยู่ตรงหน้าผู้วิจัยและเพื่อนมนุษย์ทั้งหมดที่กำลังเดินทางไปสู่ความตายให้มีคุณภาพการตายที่ดีที่อาจนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นผู้วิจัยไม่ลังเลที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในปรากฏการณ์ สังเกตสัมผัสการณ์ ตลอดจนวิธีการอื่นๆ ที่จะทำให้เข้าใจปรากฏการณ์และมิติทางวัฒนธรรมของความตาย

ผู้วิจัยคำนึงหลักไม่ทำให้เกิดผลเสียในการวิจัย ผู้วิจัยหลีกเลี่ยงการศึกษาใดๆ ที่จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับคุณภาพการรักษาพยาบาลที่ลดลง การเบียดบังเวลาในการให้การรักษาพยาบาล การเข้าไปมีส่วนร่วมในปรากฏการณ์ใดๆ ผู้วิจัยจะคำนึงถึงผลจากการเข้าไปมีส่วนร่วมด้วยความใส่ใจว่าเกิดผลเสียที่เป็นไปได้อย่างไรบ้าง และจะป้องกันผลเสียนั้นให้ดีที่สุด

งานวิจัยชิ้นนี้มีความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อผู้เข้าร่วม เช่น ความหวาดระแวง ไม่ไว้วางใจต่อผู้วิจัย ความไม่พึงพอใจและไม่ปรารถนาให้ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในเหตุการณ์

นั้นๆ หรือเข้าสังเกตหรือสัมภาษณ์ ผู้วิจัยป้องกันความเสี่ยงนี้โดยการประเมินก่อนเข้าไปมีส่วนร่วม ในเหตุการณ์และระหว่างมีส่วนร่วมในเหตุการณ์ ผู้วิจัยจะแนะนำตัวและโครงการวิจัยโดยละเอียด เพื่อคลายความวิตกกังวลของผู้ให้ข้อมูล และหากผู้ให้ข้อมูลยังวิตกกังวล ผู้วิจัยจะพิจารณาถอนตัว ออกจากสถานการณ์

งานวิจัยชิ้นนี้ไม่ได้ศึกษาข้อมูลเชิงการแพทย์และการวิจัยทางคลินิก ความเสี่ยงใน โครงการศึกษาวิจัยนี้ย่อมไม่กระทบสุขภาพผู้ป่วยในทางการแพทย์

ผู้วิจัยวางบทบาทหลักในการเข้าไปมีส่วนร่วมว่าเป็นผู้ศึกษาวิจัย แต่ผู้วิจัยยินดีที่จะ ดำเนินการใดๆ ที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ให้ข้อมูลในเหตุการณ์เฉพาะหน้า เช่น การให้การดูแล เบื้องต้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ รับฟังความทุกข์ อำนวยความสะดวกตามสมควร

ผู้วิจัยให้ความอิสระผู้ให้ข้อมูลในการตัดสินใจในการร่วมมือในการศึกษา ด้วยการ สอบถามด้วยวาจาหรือเอกสารแสดงความยินยอมในการศึกษาวิจัย เพื่อแนะนำตัวผู้วิจัยและสื่อสาร สิ่งที่ผู้วิจัยกำลังศึกษา การตัดสินใจในการให้ข้อมูลของผู้วิจัยขึ้นกับสถานการณ์ เช่น กรณีที่ผู้วิจัย กำลังรุดล่าในพื้นที่ส่วนตัว ผู้วิจัยรับรู้ได้ถึงความคลางแคลงสงสัยของผู้ให้ข้อมูลรวมถึงคนอื่น ๆ

ผู้วิจัยจัดวางความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นผู้ ต่ำต้อย ค่อยความรู้ เป็นนักเรียน เป็นผู้ที่ต้องน้อมใจน้อมกายเข้าไปรับรู้ปรากฏการณ์และวัฒนธรรม ที่ดำรงอยู่ในสังคมด้วยความเคารพ ผู้วิจัยจะตระหนักว่าการใช้สรรพนาม การแต่งกาย ตลอดจน ทำกิจการแสดงออกของข้าพเจ้ามีมิติความสัมพันธ์เชิงอำนาจแฝงอยู่อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้วิจัยจะ ป้องกันดูแลมิติความสัมพันธ์เชิงอำนาจไม่ให้ผู้วิจัยคุกคาม ข่มขู่ บังคับ เพื่อการเข้าถึงข้อมูลโดยผู้ให้ ข้อมูลไม่เต็มใจ วิธีการหนึ่งคือการสะท้อนประเด็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจลงในงานเขียน

การคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญ ในโอกาสที่ผู้วิจัยจะเข้าไป มีส่วนร่วมที่กระทบต่อความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยจะสื่อสารในประเด็นการเป็นความลับของผู้ให้ ข้อมูล ผู้วิจัยจะทำการปิดบังอัตลักษณ์ของผู้ให้ข้อมูลและองค์กร ด้วยการใช้ชื่อสมมติในงานเขียน

ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลดิจิทัลทั้งรูปแบบและการบันทึกเสียงเป็นไฟล์ดิจิทัล ผู้วิจัยจะจัด ให้มีฐานข้อมูลดิจิทัลที่มีระบบป้องกันการเข้าถึงข้อมูล หลังจากเสร็จสิ้นงานวิจัย ผู้วิจัยจะจัดการ ให้บันทึกภาคสนามมีเพียงเอกสารกระดาษและเอกสารดิจิทัลเพียง 1 ชุดอยู่ใน ฮาร์ดดิสก์ที่ถูกเก็บ รักษาไว้ในตู้เซฟที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงได้แต่เพียงผู้เดียว

ในการศึกษาภาคสนาม ผู้วิจัยจะขอคำปรึกษาเจ้าหน้าที่ในภาคสนาม เพื่อศึกษา ระเบียบประเพณีปฏิบัติในโรงพยาบาล เพื่อไม่ให้ผู้วิจัยไปขัดขวางการรักษาพยาบาลในวิถีปกติ ประจำวัน ตลอดจนขอคำปรึกษาประเด็นที่มีความอ่อนไหวในการศึกษาภาคสนาม และปรึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมการวิจัย

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในกระบวนการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลอาจเกิดความเครียด วิตกกังวล อึดอัด คับข้องใจ กระบวนการระวายใจ หรืออาการซึมเศร้าระหว่างให้ข้อมูล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้วิจัยถามคำถามที่อ่อนไหว หรือกระทบกับประสบการณ์ที่เจ็บปวดในอดีต หรือความหวาดกลัวต่อการสูญเสียในอนาคต ผู้วิจัยจะระมัดระวังในการใช้คำถาม สร้างความไว้วางใจก่อนที่จะถามข้อมูลเชิงลึก ผู้วิจัยจะประเมินว่าอาจเกิดเหตุการณ์เลวร้ายที่สุดไว้ก่อนเสมอ

ผู้วิจัยอาจไปรบกวนเวลาการทำงานหรือเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการความสงบ ทำให้สูญเสียประสิทธิภาพในการทำงาน หรือสูญเสียเวลาพักผ่อน ผู้วิจัยย่อมพิจารณาว่าการสัมภาษณ์ได้รบกวนเวลาทำงานหรือเวลาพักผ่อนหรือไม่ โดยสังเกตสีหน้า แววตา ความอึดอัดของผู้ให้ข้อมูล หากเกิดสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจะเป็นผู้นำการยุติการขอข้อมูล และนัดหมายการขอข้อมูลในเวลาที่เหมาะสมต่อไป

งานวิจัยชิ้นนี้มีความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อผู้เข้าร่วม เช่น ความหวาดระแวง ไม่ไว้วางใจต่อผู้วิจัย ความไม่พึงพอใจและไม่ปรารถนาให้ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในเหตุการณ์นั้นๆ หรือเข้าสังเกตหรือสัมภาษณ์ ผู้วิจัยป้องกันความเสี่ยงนี้โดยการประเมินก่อนเข้าไปมีส่วนร่วมในเหตุการณ์และระหว่างมีส่วนร่วมในเหตุการณ์ ผู้วิจัยจะแนะนำตัวและโครงการวิจัยโดยละเอียด พร้อมทั้งแสดงหนังสือเจตนายินยอมในการร่วมให้ข้อมูลเพื่อคลายความวิตกกังวลของผู้ให้ข้อมูล และหากผู้ให้ข้อมูลยังวิตกกังวล ผู้วิจัยจะพิจารณาถอนตัวออกจากสถานการณ์

ผู้ป่วยหรือญาติอาจมีความสงสัย คับข้องใจ ในวิธีการที่ตนรักษาว่ามีความถูกต้องหรือไม่ ผู้ป่วยอาจผู้วิจัยถึงแนวทางการรักษา และอาจให้ความเชื่อถือแก่ผู้วิจัย ผู้วิจัยยอมแสดงตนว่าเป็นนักศึกษาในสาขาวิชาสังคมศาสตร์ ไม่มีความรู้ทางการแพทย์เพียงพอในการให้คำแนะนำ ผู้วิจัยจะแนะนำให้ผู้ป่วยปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ แต่ผู้วิจัยยินดีรับฟังความอึดอัดคับข้องใจ ให้กำลังใจ อยู่เป็นเพื่อนญาติหรือผู้ป่วยในขณะนั้นจนกว่าจะมีความคลี่คลายทางอารมณ์

การขออนุญาตศึกษาในโรงพยาบาล

การเข้าไปศึกษา ผู้วิจัยติดต่อประสานงานไปยังโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ ส่งจดหมายขออนุญาตศึกษาและเก็บข้อมูลโรงพยาบาล ตลอดจนหลักฐานด้านรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนไปยังผู้อำนวยการ โรงพยาบาลก่อนเข้าพื้นที่และเก็บข้อมูล ผู้วิจัยศึกษาข้อกำหนดในการศึกษาวิจัยผ่านเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลและอำนวยความสะดวก เพื่อให้การศึกษาไม่เป็นอุปสรรคในการให้บริการของโรงพยาบาล ผู้วิจัยโดยกำหนดระยะเวลาเก็บข้อมูลเป็นเวลา 3 เดือน

การเปิดเผยตนเอง

ผู้วิจัยเปิดเผยตัวตนว่าเป็นนักศึกษาระดับปริญญาโทจากคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สาขาศาสนา ที่มาเรียนรู้วิถีการเกิดแก่เจ็บตายในโรงพยาบาลในยุคปัจจุบันในประเด็นความคิดความเชื่อ ธรรมเนียมประเพณีการดูแลผู้ป่วยและการตายทั้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยเปิดเผยทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ

การไตร่ตรองสะท้อนคิด (Reflexivity)

ผู้วิจัยตระหนักว่า กรอบวิธีคิดของผู้วิจัย ไม่อาจปลอดจากคุณค่า (value) หรืองานวิจัยเชิงปฏิฐานนิยมเรียกว่า อคติ (bias) หรือการตัดสินความผิดชอบชั่วดี เช่น การตายดีเป็นสิ่งดี การดูแลด้วยการแพทย์แบบกระแสหลักทำให้ผู้ป่วยตายทรมาน การดูแลผู้ป่วยควรคำนึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เป็นต้น คุณค่าของผู้วิจัยย่อมมีผลต่อกรอบคิด และการเข้าถึงปรากฏการณ์ และการให้ข้อมูล ตลอดจนข้อสรุปจากการวิจัย ผู้วิจัยสามารถรับรู้คุณค่าดังกล่าวจากความสะท้อนทางอารมณ์ความรู้สึกทั้งในทางชื่นชมยินดี และความอึดอัดคับแค้น เมื่อได้มีส่วนร่วมรับรู้เหตุการณ์หรือปรากฏการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

เป็นหน้าที่ของผู้วิจัยที่จะสะท้อน เปิดเผยคุณค่าที่ผู้วิจัยถืออยู่ (Reflex) ที่ส่งผลต่อการเข้าถึงปรากฏการณ์ และการสร้างข้อสรุป ผู้วิจัยกำหนดให้ส่วนหนึ่งในงานเขียนได้เปิดเผยคุณค่าของผู้วิจัย หรืออาจจะสอดแทรกอยู่ในงานเขียน ที่สะท้อนคุณค่า หรือท่าทีของผู้วิจัย เพื่อป้องกันตีความ ว่าข้อค้นพบของผู้วิจัยเป็นความจริงแท้สากล

ประโยชน์อีกประการหนึ่งของการตระหนักรู้และสะท้อนคุณค่าของผู้วิจัย ก็เพื่อก้าวข้ามคุณค่าที่ผู้วิจัยถืออยู่ ไปสู่การรับรู้ชุดคุณค่าชุดอื่นของคนอื่นๆที่ผู้วิจัยศึกษา ผู้วิจัยเข้าใจว่าการก้าวข้ามชุดคุณค่าเดิมของผู้วิจัย เป็นขั้นตอนสำคัญในการเข้าใจปรากฏการณ์การจัดการความตาย และมิติทางวัฒนธรรมของความตายที่อยู่เบื้องหลัง

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังกำหนดให้มีงานเขียนส่วนหนึ่งที่สะท้อนการเปลี่ยนแปลงในตนเองของผู้วิจัย เพื่อประโยชน์ในการตระหนักรู้และการพัฒนาในทางปัญญาของผู้วิจัย

แนวทางการสัมภาษณ์

แนวทางการสัมภาษณ์บุคลากรในโรงพยาบาล

- ผู้ให้ข้อมูลมีโลกทัศน์ต่อชีวิตและความตายอย่างไร
- ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นอย่างไรต่อสภาพการเสียชีวิตโดยทั่วไปในโรงพยาบาล
- ในการทำงานประจำวันของผู้ให้ข้อมูลมีงานใดที่เกี่ยวข้องกับการตายของผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึก ความคิดเห็นอย่างไรต่องานนั้น อะไรคือมิติทางวัฒนธรรมของความตายที่อยู่เบื้องหลังการทำงาน ความรู้สึกและความคิดเห็นนั้น
- การออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นอย่างไร อะไรคือมิติทางวัฒนธรรมของความตายที่เป็นวิถีคิดเบื้องหลังในการดูแลผู้ป่วยของผู้ให้ข้อมูลและของระบบการดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต
- ผู้ให้ข้อมูลให้นิยามต่อการการตายดี ตายร้าย อย่างไร

แนวทางการสัมภาษณ์ญาติ และ/หรือ ผู้ป่วยในโรงพยาบาล

- ผู้ให้ข้อมูลมีโลกทัศน์ต่อชีวิตและความตายอย่างไร
- ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรในโรงพยาบาล ในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจที่เกิดขึ้นมีสาเหตุใดในมิติทางวัฒนธรรมของความตาย
- ผู้ให้ข้อมูลให้นิยามต่อการการตายดี ตายร้าย อย่างไร
- หากผู้ให้ข้อมูลหรือญาติผู้ให้ข้อมูลกำลังเสียชีวิต อะไรคือสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการ เพราะเหตุใดจึงต้องการสิ่งนั้น
- ญาติ และ/หรือ ผู้ป่วย คิดเห็นอย่างไรต่อการบริจาคตายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย
- หากผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ญาติ และ/หรือ ผู้ป่วย ต้องการเห็นผู้ป่วยเสียชีวิตแบบใด เพราะเหตุใดจึงต้องการเช่นนั้น มีอุปสรรคใดที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามแนวทางที่ต้องการไม่ได้

แนวทางการสังเกต

แนวทางการสังเกตบุคลากรในโรงพยาบาล

- การให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นอย่างไร (การดูแลที่บุคลากรรู้ว่าผู้ป่วยกำลังจะตาย การดูแลในห้วงเวลาวิกฤติ การใช้เทคโนโลยีช่วยชีวิต) ผู้ให้บริการมีท่าทีอย่างไรต่อการให้บริการ (เช่น การเอาชนะ ความซาบซึ้ง หลีกเลียงหลีกหนี การซ่อนความตาย การยอมรับ การช่วยเหลือ ความกลัว)
- ในการให้บริการผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเสียชีวิต การดูแลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร อะไรคือวิถีคิดเบื้องหลังที่เป็นมิติทางวัฒนธรรมของความตายอันเป็นตัวกำหนดหรือออกแบบระบบการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ศพของผู้เสียชีวิตจะเข้าสู่กรรมวิธีขั้นตอนใดบ้าง และใครเป็นผู้ดำเนินการหรือผู้เกี่ยวข้องกับกรรมวิธีนั้น อะไรคือวิถีคิดเบื้องหลังที่เป็นมิติทางวัฒนธรรมของความตายอันเป็นตัวกำหนดหรือออกแบบระบบการจัดการศพ ผู้วิจัยสังเกตการทำงานของหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของศพ จนกระทั่งส่งศพกลับบ้าน
- ในการให้บริการตรวจรักษาประจำวันในโรงพยาบาลมีปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความตายอย่างไร อะไรคือวิถีคิดเบื้องหลังที่เป็นมิติทางวัฒนธรรมของความตายอันเป็นตัวกำหนดหรือออกแบบระบบการให้บริการการตรวจรักษาประจำวันในโรงพยาบาล
- เกิดเหตุการณ์ใดขึ้นและมีรายละเอียดอย่างไรเมื่อชุดวิถีคิดแบบชีวการแพทย์ปะทะสังสรรค์กับกับชุดวิถีคิดการดูแลแบบประคับประคอง เช่น เหตุการณ์ที่มีการขอคำปรึกษาจากทีม palliative care ให้เข้ามาช่วยให้การดูแลผู้ป่วยหรือจัดการความขัดแย้ง การสะท้อนปัญหาของบุคลากรในวิถีคิดแบบชีวการแพทย์ (เช่น แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่เทคนิค เป็นต้น) การสะท้อนปัญหาของบุคลากรในชุดวิถีคิดการดูแลแบบประคับประคอง (เช่น พยาบาลในทีม palliative care อาสาสมัคร เป็นต้น)

แนวทางการสังเกตญาติ และ/หรือ ผู้ป่วยในโรงพยาบาล

- ในพื้นที่ที่มีความศักดิ์สิทธิ์ของโรงพยาบาล เช่น ศาลเจ้า พระพุทธรูป ญาติหรือผู้ป่วยหรือนุเคราะห์มาทำกิจกรรมใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับมิติทางวัฒนธรรมของการตาย รายละเอียดของกิจกรรมหรือวิธีคิดเบื้องหลังเป็นอย่างไร
- ญาติ และ/หรือ ผู้ป่วย ที่รู้ว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิตมีท่าทีประการใดต่อความตาย อะไรเป็นตัวกำหนดทางวัฒนธรรมของการตายที่อยู่เบื้องหลังท่าทีดังกล่าว

แนวทางการสังเกตสภาพทั่วไปในโรงพยาบาล

ในโรงพยาบาล มีพื้นที่ใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการตาย ความเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นไปในลักษณะใดต่อความตาย (ยอมรับ/ปฏิเสธ/อื่นๆ) มีอุปกรณ์เทคโนโลยีใดที่เกี่ยวข้องในบริเวณที่อยู่ในพื้นที่ดังกล่าว อยู่ในพื้นที่ดังกล่าวด้วยวัตถุประสงค์ใด

สภาพทั่วไปของการบริการผู้ป่วย

มิติทางศาสนาในโรงพยาบาลเป็นอย่างไร เช่น กิจกรรมของนักบวชในโรงพยาบาล การจัดอบรมปฏิบัติธรรม

ป้าย ข้อความ ที่มีข้อความที่เกี่ยวข้องกับความตาย

บทที่ 4

โรงพยาบาล: สนามศึกษามิติทางวัฒนธรรมของความตาย

การวิจัยทางมานุษยวิทยามีหน่วยศึกษาในระดับชุมชน โดยมักศึกษาความคิด ความเชื่อ การให้ความหมาย ที่เป็นภาพรวมของชุมชน อย่างไรก็ตามชุมชนก็มีการเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย ส่งผลต่อวิถีการศึกษาชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย ตัวอย่างเช่น การเกิดขึ้นของชุมชนในอดีตจะอิงตามภูมิประเทศหรือการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เช่น ชุมชนหาของป่าล่าสัตว์ ชุมชนเกษตรกร เป็นต้น แต่ในสังคมทันสมัยการรวมตัวกันเป็นชุมชนได้เปลี่ยนรูปแบบไป เช่น เป็นชุมชนที่มีความสนใจ มีเป้าหมายภารกิจร่วมกัน มีอาชีพร่วมกัน เช่น ชุมชนที่ทำงานในโรงงาน บริษัท ชุมชนในระบอบข้าราชการ รวมถึงชุมชนในโลกออนไลน์ ชุมชนทั้งหลายที่กล่าวมาขอมถุกร้อยเรียงกันให้อยู่ร่วมกันได้โดยมีชุดคุณค่า ความคิด ความเชื่อ การให้ความหมาย ที่มีความสอดคล้องกัน นักมานุษยวิทยาวัฒนธรรมสนใจชุดความคิดความเชื่อเหล่านั้นว่าได้ส่งผลอย่างไรต่อปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นในชุมชน หรือส่งผลให้เกิดพฤติกรรมบางอย่างที่สนใจศึกษา

ในงานวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้ก็เช่นเดียวกันที่มองโรงพยาบาลเป็นพื้นที่ทั้งทางกายภาพและพื้นที่ทางสังคม ผมมองว่าโรงพยาบาลคือชุมชนของผู้ให้บริการสุขภาพ ที่ถูกร้อยเรียงด้วยระบบบริการทางการแพทย์สมัยใหม่ โดยมีผู้รับบริการเข้ามาเกี่ยวข้องกับกิจกรรมบริการสุขภาพ จุดประสงค์ของโรงพยาบาลหลักคือการรักษาเยียวยาผู้ป่วยให้หายจากความเจ็บไข้ได้ป่วยซึ่งเป็นชุดคุณค่าหลักของชุมชนผู้ให้บริการ ผมได้ตั้งสมมติฐานว่า ทิศนะต่อความตาย น่าจะเป็นชุดความคิดในระดับรากฐานที่มีส่วนกำหนดออกแบบระบบบริการสุขภาพ ตลอดจนมีอิทธิพลต่อปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการตายในโรงพยาบาล

เพื่อที่จะศึกษาชุดความคิด ความเชื่อ การให้ความหมายที่เกี่ยวกับการตายของระบบบริการสุขภาพ ผมจึงได้ออกแบบให้ตนเองเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมการทำงานในวิถีประจำวันของผู้ให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาล โดยใช้เทคนิคการสังเกต ดีความหมาย ปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการตายในโรงพยาบาล ปรากฏการณ์ที่ผมสนใจประกอบไปด้วยการจัดพื้นที่การบริการ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ตลอดจนระหว่างผู้ให้บริการด้วยกันเอง การตีความทั้งหลายเป็นไปเพื่อทำความเข้าใจ *ทิศนะต่อความตาย* ของระบบบริการทางการแพทย์สมัยใหม่

ตลอดจนทัศนคติต่อความตายของผู้ให้และผู้รับบริการในฐานะปัจเจกบุคคล วิธีการศึกษาความรู้ด้วยการตีความนี้จัดอยู่ในแนวการศึกษาแบบตีความทางวัฒนธรรม (Cultural interpretivism approach)

ในบทนี้ผมจะนำเสนอบริบทของโรงพยาบาลมีฐานะเป็นสนามการศึกษาทางมานุษยวิทยาในงานวิจัยชิ้นนี้ ประวัติศาสตร์ของโรงพยาบาลทั้งที่ได้รับอิทธิพลจากพัฒนาการทางความคิดในการจัดการสุขภาพแบบตะวันตก ตลอดจนลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลซึ่งมีผลต่อการดำรงอยู่ของปรากฏการณ์และมิติทางวัฒนธรรมของความตายที่ดำรงอยู่ในโรงพยาบาลที่จะกล่าวถึงในข้อค้นพบ

ลักษณะโดยทั่วไปของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลที่ผมเลือกให้เป็นสนามศึกษาทางมานุษยวิทยาแห่งนี้มีความเหมาะสมหลายประการในการศึกษามิติทางวัฒนธรรมของความตาย กล่าวคือ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ของรัฐที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน มีแนวคิดการจัดการบริการสุขภาพตามแนวทางการแพทย์สมัยใหม่ ลักษณะการให้บริการของโรงพยาบาลแห่งนี้เป็นลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ให้บริการอยู่ทั่วทุกจังหวัดของประเทศไทย

โรงพยาบาลแห่งนี้เป็นโรงพยาบาลในจังหวัดที่มีประชากรประมาณ 130,000 คน ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีประชากรหนาแน่นไม่มาก โรงพยาบาลจึงมีขนาดเล็ก การให้บริการถูกแยกเป็นแผนกย่อยแต่ก็ไม่ซับซ้อนและใหญ่จนเกินไป ผมสามารถเดินไปมาทั่วโรงพยาบาลได้โดยใช้เวลาไม่นาน ความซับซ้อนของแผนกจึงมีไม่สูงเท่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ประจำภูมิภาคหรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ขนาดของโรงพยาบาลที่ไม่ใหญ่เกินไปเป็นปัจจัยเอื้อให้การเก็บข้อมูลเชิงลึกในระยะเวลาที่จำกัดเป็นไปได้

โรงพยาบาลแห่งนี้ตั้งอยู่ใจกลางจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โรงพยาบาลมีขนาด 1 ช่วงถนน ใกล้เคียง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพยาบาลและมีโรงเรียนแพทย์ชั้นคลินิก ตลอดจนมีหอพักเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลอยู่ใกล้ๆ กัน แพทย์พยาบาลสามารถเข้าประจำการภายใน 15 นาทีหากถูกเรียกตัวฉุกเฉิน

การจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลแห่งนี้ได้รับการสถาปนาก่อตั้งขึ้นเมื่อกลางทศวรรษ 2490 จากการระดมทุนของอดีตเจ้าคณะจังหวัดและประชาชนในจังหวัด โรงพยาบาลเปิดให้บริการสุขภาพครั้งแรก

รองรับผู้ป่วยได้เพียง 50 เตียง แต่ต่อมาเมื่อกิจการก้าวหน้าขึ้นก็เปิดให้บริการเป็นสถานพยาบาล
ทันสมัยแห่งแรกของจังหวัด เปิดดำเนินการได้ประมาณ 50 ปี จึงได้รับการยกฐานะเป็น โรงพยาบาล
ศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุข

หลังจากมีฐานะเป็น โรงพยาบาลศูนย์ในกลางทศวรรษที่ 2540 ผู้บริหารในสมัยต่างๆ
วางยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล และปรับปรุงยุทธศาสตร์เรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน จาก “โรงพยาบาล
คุณภาพบริการประทับใจ” เป็น “โรงพยาบาลศูนย์ชั้นยอด ผลิตแพทย์ชั้นนำ” จนปัจจุบันยุทธศาสตร์
ของโรงพยาบาลคือ “โรงพยาบาลศูนย์คุณภาพชั้นยอด คุณธรรมชั้นเยี่ยม”

โรงพยาบาลแห่งนี้เป็น โรงพยาบาลตติยภูมิ ขนาด 600 เตียง ICU 16 เตียง NICU 8
เตียง มีบุคลากรทางการแพทย์ครบทุกแผนก รวมบุคลากรทั้งหมดเกือบสองพันคน (ข้อมูลปี 2554)
โรงพยาบาลเปิดให้บริการต่างๆ ดังต่อไปนี้

บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป ได้แก่ ผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยใน, ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน,
บริการการแพทย์ฉุกเฉิน, แผนกห้องคลอด, แผนกห้องผ่าตัด, คลินิกเบาหวาน, คลินิกความดันโลหิต
สูงและทันตกรรม

บริการตรวจรักษาเฉพาะทาง ได้แก่ รักษาผู้ป่วยอายุรกรรม, ศัลยกรรม, กุมารเวชกรรม,
สูติ-นรีเวชกรรม, จิตเวช, ศัลยกรรมประสาท, จักษุ, โสต-ศอ-นาสิกและบริการรักษาผู้ป่วยภาวะวิกฤต
(ห้อง ICU)

บริการชั้นสูตและรักษา ได้แก่ ตรวจปฏิบัติการพื้นฐาน, ตรวจปฏิบัติการขั้นสูง,
เอกซเรย์, เอกซเรย์คอมพิวเตอร์, เอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า, รังสีรักษา, ล้างไตและธนาคารเลือด

บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ฟันฟูสุขภาพ ได้แก่ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค, คลินิก
สุขภาพเด็กดี, ฟลากรรั๊ก, ตรวจเยี่ยมหลังคลอด, ตรวจสุขภาพและคัดกรองโรค, กายภาพบำบัด, ให้
คำปรึกษาทั่วไป, ให้คำปรึกษาทางจิตเวช, ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, บำบัดยาเสพติด, เยี่ยมบ้าน,
สาธารณสุขชุมชน, นวดแผนไทย, ยาสมุนไพรและอบสมุนไพรและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ

ในปีหนึ่งๆ มีผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการประมาณ 80,000 ครั้ง จำนวนผู้ป่วยในปีหนึ่ง
ให้บริการประมาณ 50,000 ราย (ข้อมูลจากเว็บไซต์โรงพยาบาล)

ในแต่ละวันจะมีรถโรงพยาบาลจากต่างอำเภอขนส่งผู้ป่วยมาที่ห้องอุบัติเหตุหรือให้เวร
เปลพาไปส่ง ณ จุดต่างๆ ของโรงพยาบาลเสมอ ยังมีผู้ป่วยที่เดินทางมาแต่เช้าตรู่เพื่อเข้าคิวรับบัตร
คิวตรวจที่อาคารผู้ป่วยนอกและที่อื่นๆ ผู้ป่วยบางคนมาจากต่างอำเภอที่ต้องนั่งรถโดยสารหรือเหมา
รถมา ผมมักเห็นภาพผู้ป่วยและญาตินั่งบนเสื่อในกระเบะเปิดหลังคาเป็นประจำ ที่ร้านขายของชำ
หน้าโรงพยาบาลมักจะวางเสื่อไว้หน้าร้านเพื่อจูงใจให้ลูกค้าได้ซื้ออย่างสะดวก การขายเสื่ออย่าง

เป็นล่ำเป็นสันเป็นสัญลักษณ์ว่าการมาโรงพยาบาลครั้งหนึ่งก็ย่อมต้องปักหลักรอรับการรักษากันเป็นวันๆ ซึ่งความจริงก็เป็นเช่นนั้น เป็นเรื่องปกติที่ผมจะเห็นญาติหรือผู้ป่วยปูเสื่อนั่งตามทางเดินโรงพยาบาล ใต้พุ่มไม้ริมระเบียงหอผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งใต้เตียงผู้ป่วย บางครั้งก็นั่งล้อมวงพูดคุยกินข้าว และรอลอยงินตา การปูเสื่อนั่งนอนรอตั้งแต่สองสามชั่วโมง จนฝ้าไขว้หรือญาติเป็นเดือนๆ ก็มีให้เห็น

เจ้าหน้าที่อาวุโสคนหนึ่งสะท้อนความเปลี่ยนแปลงของโรงพยาบาลให้ผมฟังว่า โรงพยาบาลแห่งนี้ "พัฒนาอย่างก้าวกระโดด" ในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา เธอให้ความเห็นว่าผู้บริหารคนปัจจุบันเอาใจจริงเอาใจกับการพัฒนาโรงพยาบาล โดยเฉพาะการสร้างตึกและพัฒนา ระบบบริการ ขณะนี้โรงพยาบาลกำลังสร้างอาคารอุบัติเหตุและศูนย์มะเร็งมูลค่าหลายสิบล้านบาท ประวัติศาสตร์การสร้างอาคารเป็นหัวข้อใหญ่ที่ถูกจารึกไว้ในหนังสือจดหมายเหตุของโรงพยาบาล ในหนังสือเล่มดังกล่าวบันทึกว่าผู้อำนวยการคนปัจจุบันได้สร้างอาคารในโรงพยาบาลมากกว่าผู้อำนวยการคนก่อนๆ อย่างเห็นได้ชัด

เวลาในวันๆ หนึ่งของโรงพยาบาลสอดคล้องกับชีวิตของมนุษย์ ชีวิตของโรงพยาบาลสอดคล้องกับกะการทำงานของเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ เวรเช้า (08.00 – 16.00 น.) จะเป็นช่วงที่งานยุ่ง เพราะมีคนไข้เยอะ เอกสารธุรการ การประชุม การบริหาร งานส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในตอนเช้า และจะผ่อนคลายในช่วงบ่าย งานรักษาและบริหารส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในช่วงเวลานี้ ส่วนเวรบ่าย (16.00 – 24.00 น.) ก็จะผ่อนคลายลง อาคารส่วนใหญ่จะปิดให้บริการเหลือแต่หอผู้ป่วยใน ห้องอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน หอผู้ป่วยนอกที่ลดขนาดการให้บริการ เช่นเดียวกับเวรคึก (24.00 น. – 08.00 น.) และจะยุ่งขึ้นอีกครั้งในเวรเช้า คนไข้จะหนาแน่นมากในเช้าวันจันทร์ เพราะอันันัดหมายการรักษาจากวันเสาร์-อาทิตย์ วันศุกร์จะเป็นวันที่คนไข้เบาบางที่สุด เรียกได้ว่าแนวคิดเรื่องวันหยุดส่งผลต่อวิถีของการให้บริการอย่างมากทีเดียว ผู้ป่วยบางคนคิดว่าโรงพยาบาลใหญ่น่าจะมีแพทย์เฉพาะทางประจำอยู่ทุกวัน จึงเดินทางมารับการรักษาในวันเสาร์อาทิตย์แต่ก็ต้องผิดหวัง ผู้ป่วยคนหนึ่งต้องทนปวดท้องรอให้ถึงวันจันทร์จึงค่อยมาพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ ระหว่างนี้เธอต้องกินยาแก้ปวดบรรเทาอาการไปก่อน

ขณะที่ผมกำลังเก็บข้อมูลในสนาม โรงพยาบาลกำลังก่อสร้างอาคารขนาดใหญ่ 2 หลัง คือ อาคารอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และอาคารศูนย์มะเร็งของโรงพยาบาล สถานการณ์การสร้างอาคารทั้งสองแห่งสอดคล้องกับสถานการณ์เจ็บป่วยและการตายของประชาชนในจังหวัดแห่งนี้ ตามสถิติจังหวัดแห่งนี้มีผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุทางถนนสูงมากในลำดับต้นๆ ของประเทศไทย เช่นเดียวกับอัตราการป่วยเป็นโรคมะเร็งที่เพิ่มสูงขึ้น และมีความต้องการรักษาพยาบาลด้านการผ่าตัด ฉายแสง ให้เคมีบำบัดมากขึ้น ปัจจุบันผู้ป่วยมะเร็งต้องเดินทางไปรักษาตัวที่จังหวัดใกล้เคียง

ที่มีศูนย์มะเร็ง หากอาคารแห่งนี้สร้างแล้วเสร็จก็อาจช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลคุณภาพของผู้ป่วยมะเร็งลงได้บ้าง

กรอบคิดบางประการในการจัดบริการสุขภาพในโรงพยาบาล

ในโรงพยาบาลจะมีการแบ่งภาคส่วนออกเป็นหน่วยย่อยต่างๆ ผมพบว่าเมื่อได้ลองวาดแผนที่เดินดินในโรงพยาบาลพร้อมทั้งระบุชื่อตึกหรือชื่อห้องที่ติดป้ายไว้ ปรากฏว่าโรงพยาบาลแห่งนี้มีกรอบคิดในการตั้งชื่อห้องเกี่ยวกับ 1) ระบบอวัยวะที่ให้การรักษา 2) การหน้าที่ของห้อง (function) และ 3) เครื่องมือเครื่องใช้ที่อยู่ในห้อง

เมื่อพิจารณาการแบ่งห้องต่างๆ โดยพิจารณาชื่อเรียกของที่ตั้งโทรศัพท์ในสมุดโทรศัพท์ ซึ่งเป็นชื่อที่ค่อนข้างสอดคล้องเมื่อเรียกกลุ่มแผนกต่างๆ ในชีวิตการทำงานจริง ผมพบว่าโรงพยาบาลมักเรียกชื่อห้องตามกรอบคิดดังนี้

1) กลุ่มงานตามระดับการบริการในโรงพยาบาล ได้แก่ กลุ่มงานปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ

2) กลุ่มงานตามสาขาวิชาทางการแพทย์ เช่น อาคารศัลยกรรม ห้องตรวจตา ห้องตรวจกุมารเวชกรรม ตรวจอายุกรรม งานสุขศึกษา เวชกรรมสังคม อาชีวเวชกรรม งานทันตกรรม รังสีวิทยา เวชกรรมฟื้นฟู งานเวชศาสตร์ฉุกเฉินกลุ่มงานจิตเวช งานสูติ-นรีเวชกรรม พยาธิวิทยากายวิภาค กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก

3) กลุ่มงานของฝ่ายสนับสนุน เช่น กลุ่มผู้บริหาร อำนวยการ ภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายสารสนเทศ ระบบบริการ ศูนย์รับและจำหน่ายผู้ป่วย สวัสดิการสังคม บ้านพักแพทย์และพยาบาล เป็นต้น

กิจกรรมการบริการผู้ป่วยมีช่วงระยะที่ครอบคลุมตั้งแต่การตรวจรับผู้ป่วย การวินิจฉัยรักษา ไปจนถึงงานจัดการศพ รวมถึงแผนกอำนวยการ ผมได้เดินทางไปเยี่ยมชมตามห้องต่างๆ หลายห้อง แต่ละห้องมีภารกิจ บริบทที่เฉพาะเจาะจงแตกต่างกันไป ผมรู้สึกตื่นตาตื่นใจทุกครั้งที่ได้เข้าไปในห้องใดห้องหนึ่งในแผนกต่างๆ เพราะได้พบเห็นสิ่งใหม่ๆ แม้แต่ละแผนกจะมีกรอบคิดในการจัดพื้นที่แบบ 5 ส. หรือความปลอดภัยไว้การติดเชื่อเหมือนกัน แต่รายละเอียดในการจัดแผนผังเพิ่มเติมเอกสาร ตู้วางของ หนังสือหรือเครื่องมือย่อมไม่เหมือนกัน นอกจากนี้ผมพบว่าแม้จะเป็นหอผู้ป่วยศัลยกรรมในตึกเดียวกัน แต่หอผู้ป่วยแต่ละชั้นถูกออกแบบด้วยตัวแปรบางอย่างที่ทำให้ชั้น 1 ไม่เหมือนชั้น 2 ด้าน ตัวแปรด้านเพศ อายุ สถานะทางเศรษฐกิจสังคม และความรุนแรงปางตาย ได้เข้ามามีอิทธิพลที่ทำให้ผู้ป่วยอาการเดียวกันแต่กลับถูกแยกไปพักรักษาตัวต่างห้องหรืออาคาร

แม้งานในโรงพยาบาลจะมีความหลากหลาย แต่ผมพบว่าพยาบาลแต่ละชีวิตไม่ได้ทำงานอย่างหลากหลาย ผมถามพินิต พยาบาลวิชาชีพในแผนกส่งต่อและรักษาผู้ป่วยมะเร็งเกี่ยวกับการหมุนเวียนเปลี่ยนการทำงาน (work rotation) พินิตบอกว่าโดยปกติแล้วพยาบาลจะไม่มีผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันทำงานเพราะถ้าเปลี่ยนที่ทำงานใหม่ ต้องเรียนรู้งานใหม่ทั้งหมด การเปลี่ยนงานจึงเป็นภาวะที่ไม่พึงประสงค์และเครียด จากการสัมภาษณ์พยาบาลในแผนกต่างๆ ผมพบว่า การเปลี่ยนงานนั้นเกิดขึ้นน้อยมาก เหตุแห่งการเปลี่ยนงานนั้นถ้าไม่ถูกสนับสนุนให้เลื่อนขั้นหรือกดดันให้ไปทำงานในตำแหน่งใหม่ที่ขาดคนทำงาน ก็ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการเปลี่ยนงาน พินิต พยาบาลวิชาชีพอีกคนหนึ่งในแผนกส่งต่อและรักษาผู้ป่วยมะเร็งสะท้อนว่าหากพยาบาลต้องการเปลี่ยนงานจำเป็นที่จะต้องมีคนสนับสนุน ต้องทำงานให้ "เข้าตาผู้ใหญ่" ไม่ใช่เรื่องแปลกแต่อย่างใดหากพยาบาลคนหนึ่งทำงานในแผนกใดแผนกหนึ่งแล้วไม่ได้เปลี่ยนงานข้ามสายงานอีกเลยไปชั่วชีวิต ส่วนพินิตนั้นได้เปลี่ยนงานบ่อยเพราะเป็นคนทำงานใดก็ได้ "พินิตทำอะไรก็ได้ ทำในสิ่งที่เขาไม่อยากทำกัน เดิมที่อยู่ ICU แล้วก็มาอยู่งานเลือด ผู้ป่วยเอดส์ พอมีสุนัขมะเร็งไม่มีใครทำเขาก็ให้พินิตทำ"

พื้นที่ทางศาสนาและจิตวิญญาณในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลแห่งนี้ให้การรักษาด้วยแพทย์แผนตะวันตกเป็นหลัก แต่ก็น่าสนใจที่โรงพยาบาลได้จัดสรรให้มีพื้นที่ทางศาสนาและจิตวิญญาณทั้งทางกายภาพและทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญ ผมคิดว่าการดำรงอยู่ของพื้นที่ทางศาสนาและจิตวิญญาณได้สะท้อนให้เห็นว่าโรงพยาบาลไม่เพียงออกแบบการจัดการบริการด้วยชุดความคิดแบบวิทยาศาสตร์ตะวันตกเท่านั้น แต่ยังมีชุดความคิดอื่นๆ ที่คำนึงถึงความต้องการในมิติอื่นๆ ของทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ นอกจากนี้พื้นที่ทางศาสนาและจิตวิญญาณอาจมีความเกี่ยวข้องกับการให้คำอธิบายและการให้ความหมายเกี่ยวกับความตายอีกด้วย

พื้นที่ทางศาสนาและจิตวิญญาณที่โดดเด่นที่สุดของโรงพยาบาลแห่งนี้คือสระพันปี ซึ่งมีที่ตั้งอยู่ที่ใจกลางของโรงพยาบาล เดิมทีเป็นสระน้ำประจำจังหวัดที่ราชสำนักใช้น้ำในสระแห่งนี้สำหรับประกอบพิธีถือน้ำพิพัฒน์สัตยา ตามตำนานโบราณยังบอกว่าสระแห่งนี้มีพญานาคอาศัยอยู่ 2 ตน ทางโรงพยาบาลจึงได้บวงสรวงจัดทำรูปพญานาคไว้กลางสระน้ำ

รอบสระยังมีพื้นที่ทางจิตวิญญาณอยู่อีก 3 แห่ง คือ ศาลตายาย ซึ่งเป็นสถานที่สำหรับให้ผู้ป่วยและญาติมาขออำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ช่วยปกป้องคุ้มครองให้ผู้ป่วยหายจากโรคร้ายโดยเร็ว ทั้งนี้ร้านค้าสวัสดิการของโรงพยาบาลยังขายชุดหมากพลู พวงมาลัยพลาสติกและรูปเทียนอานวย

ความสะดวกแก่ผู้ป่วยที่ต้องการบูชาศาลตายาย สถานที่อีกแห่งคือ ศาลาพระประธานประจำโรงพยาบาล ศาลาแห่งนี้มีพระประธานสีทองขนาดใหญ่ แต่ผู้ป่วยไม่ค่อยไปอธิษฐานขอพรกับพระพุทธรูปมากนัก จะขอพรกับศาลตายายมากกว่า

จากศาลาพระประธานเป็นศาลาพระประจำวัน ศาลาแห่งนี้ยังใช้เป็นสถานที่ประกอบพิธีถวายสังฆทาน ในทุกวันราชการจะมีพระสงฆ์รูปหนึ่งมาให้ศีลให้พร เทศน์สอนธรรมะ รับสังฆทาน พระสงฆ์จะรับสังฆทาน 2 ช่วง คือ 10.00 - 11.30 น. และ 14.00 - 15.30 น. บางครั้งพิมพ์มดก็จะนิมนต์พระรูปนี้ไปรับสังฆทานที่ข้างเตียงผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยต้องการทำสังฆทานแต่ไม่สามารถลุกจากเตียงได้ พิธีกรรมถวายสังฆทานในศาลาแห่งนี้ได้รับการดูแลโดยจิตอาสาชาย 2-3 คนซึ่งจะคอยผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันทำหน้าที่เป็นมคทายกในทุกวันที่มีกิจกรรม ในศาลาดังกล่าวยังมีพระพุทธรูปปางประจำวันทั้ง 8 ปางประดับอยู่ในกำแพงศาลา

โรงพยาบาลยังมีการจัดกิจกรรมทางศาสนาในวันสำคัญทางศาสนา เช่น การปฏิบัติธรรม และจัดบรรยายธรรมโดยพระสงฆ์หรือฆราวาสที่มีชื่อเสียงด้านการเทศน์สอนในวันสำคัญทางศาสนา การจัดกิจกรรมตักบาตรประจำเดือนโดยชมรมจริยธรรมของโรงพยาบาล นอกจากนี้โรงพยาบาลยังมีนโยบายให้เจ้าหน้าที่สามารถลาไปปฏิบัติธรรมได้ปีละครั้งครั้งละไม่เกิน 7 วัน โดยไม่ถือเป็นวันลา ชมรมจริยธรรมยังจัดงานบุญให้เจ้าหน้าที่ได้เข้าร่วมในกิจกรรมบ่อยๆ เป้าหมายคือให้พยาบาลทั้งโรงพยาบาลผ่านกิจกรรมด้านจริยธรรม 100%

การให้ความสำคัญกับมิติคุณธรรมและจริยธรรมของโรงพยาบาลสะท้อนผ่านป้ายวิสัยทัศน์ที่ติดไว้ตามที่ต่างๆ ป้ายนั้นติดคำขวัญของโรงพยาบาลว่า “โรงพยาบาลศูนย์คุณภาพชั้นยอด คุณธรรมชั้นเยี่ยม” โรงพยาบาลยังมีสถานีโทรทัศน์ประจำโรงพยาบาลที่จะถ่ายทอดไปยังจอโทรทัศน์ที่ติดไว้ตามหอผู้ป่วยและสถานที่สำคัญต่างๆ ช่องโทรทัศน์ของโรงพยาบาลนำเสนอกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณธรรมเป็นประจำทุกวันในช่วงเช้าไม่เว้นวันหยุด เช่น การยกย่องเชิดชูบุคลากรที่เก็บของหายแล้วส่งคืนเจ้าของ การประชาสัมพันธ์กิจกรรมด้านการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ภาพการจัดอบรมหรือปฏิบัติธรรมของโรงพยาบาล ภาพการตักบาตรประจำเดือน และยังมีภาพการนำเสนอชื่นชมแพทย์ที่เข้าเวรออกตรวจคนไข้ก่อนกำหนด โรงพยาบาลยังจัดให้มีการอ่านคำชื่นชมจากใบแสดงความคิดเห็นที่ผู้รับบริการเขียนถึงเป็นรายคนระหว่างประชาสัมพันธ์ออกอากาศผ่านเสียงตามสาย

การประชาสัมพันธ์ด้านคุณธรรมของโรงพยาบาลใช้ผู้บริหารของโรงพยาบาลเป็นตัวแทน (พีริเซนเตอร์) ภาพผู้บริหารมอบรางวัล ภาพผู้บริหารกราบพระ ภาพผู้บริหารตักบาตร เป็นภาพที่พบเห็นทั่วไปตามกระดานประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล จิตอาสาคนหนึ่งพูดถึง

ผู้อำนวยการว่า "ซักจะเหมือนพระเจ้าไปทุกทีๆ" ผู้มาดูงานชมรมจริยธรรมคนหนึ่งกล่าวชมโรงพยาบาลที่จัดบรรยากาศได้ร่มเย็นว่า "ตอนเลี้ยวรถเข้าโรงพยาบาล นึกว่าเลี้ยวรถผิดคิดว่าเข้าวัด"

มิติจิตวิญญาณยังสะท้อนผ่านเครื่องตกแต่งเล็กๆ น้อยๆ ในห้องต่างๆ เช่นที่ฝ่ายการเงินของโรงพยาบาลจะมีขันเงินลายไทยขนาดยักษ์สำหรับเรียกรายเงินที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางศาสนา หอผู้ป่วยและห้องตรวจเกือบทุกห้องจะมีหิ้งพระอยู่ที่มุมใดมุมหนึ่ง บนชั้นเก็บของของพืมนต์จะมีพระพุทธรูปองค์เล็กๆ หลายสิบองค์และวิทยุพร้อมทั้ง USB เปิดเสียงบรรยายธรรมะ 4-5 เครื่องสำหรับให้หน่วยต่างๆ หยิบยืมไปเปิดให้ผู้ป่วยได้ฟัง กล่าวได้ว่าพื้นที่ทางศาสนาและจิตวิญญาณในโรงพยาบาลแห่งนี้มีมากทีเดียวเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลอื่นๆ ที่ผมได้มีโอกาสเดินทางเข้าไปพบเห็น

สนามที่ผู้วิจัยเข้าไปเกี่ยวข้องมีส่วนร่วม

โรงพยาบาลแม้จะมีขนาดเล็กเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลศูนย์อื่นๆ ของประเทศไทย แต่สำหรับการสังเกตปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับมิติทางวัฒนธรรมของความตายก็ยังไม่ถือว่าใหญ่มาก ผมจึงไม่ได้เข้าไปเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมกับพื้นที่ทั้งหมดของโรงพยาบาล แต่เลือกเฉพาะบางพื้นที่ที่น่าจะมีนัยสำคัญต่อการสังเกต ตีความหมายเท่านั้น พื้นที่ดังกล่าวประกอบด้วย หอผู้ป่วยอายุรกรรม – ศัลยกรรม, ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER), ห้องตรวจศพ, ห้องให้ยาเคมีบำบัด, ห้องประสานและส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งและศาลาถวายสังฆทาน การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเกิดขึ้นอย่างไม่เป็นทางการระหว่างที่สถานการณ์ต่างๆ ดำเนินไปและบริบทการเก็บข้อมูลเอื้ออำนวย เช่น สัมภาษณ์ขณะผู้ให้ข้อมูลกำลังทำงานและการสัมภาษณ์นั้น ไม่เป็นการรบกวนผู้ให้ข้อมูลและสังเกต-สัมภาษณ์การชันสูตรศพนอกโรงพยาบาล เป็นต้น

บทที่ 5

กระบวนการรู้มิติต่างวัฒนธรรมของความตายในโรงพยาบาล

กระบวนการรู้มิติต่างวัฒนธรรมของความตายในวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้เกิดขึ้นจากแนวทางการตีความทางวัฒนธรรมในสนาม ผมใช้ระเบียบวิธีการศึกษาแบบชาติพันธุ์วรรณาในโรงพยาบาล กล่าวคือพาตัวเองเข้าไปมีส่วนร่วมในวิถีประจำวันของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลสมัยใหม่

ตลอดการทำงานในสนาม ผมพบว่าในกระบวนการพาตัวผมในฐานะผู้วิจัยไปรู้ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นและเห็นถึงวิธีการมองความตายในชุมชนผู้ให้บริการสุขภาพ ผมต้องสร้างสมดุลระหว่างการให้สถานการณ์ในสนามพาไปกับการออกแบบสถานการณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญในการตีความ นอกจากนี้บทบาทและสถานภาพขณะที่ผมอยู่ในสนามยังมีผลต่อปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น การตีความที่สนะต่อความตายของระบบบริการสุขภาพนั้นเกิดขึ้นจากการเปรียบเทียบปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับงานวิจัยที่ได้ทบทวน การเปรียบเทียบปรากฏการณ์กับสิ่งที่เกิดขึ้นในวัฒนธรรมอื่นที่ไม่ใช่โรงพยาบาล ผมคิดว่าการบรรยายภาพปรากฏการณ์ในบทที่ 6 และการตีความปรากฏการณ์ในบทที่ 7 น่าจะช่วยฉายภาพการตายและที่สนะต่อความตายของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลสมัยใหม่ได้ในเบื้องต้น

สำหรับบทนี้ผมจะอธิบายกระบวนการการทำงานในสนาม กระบวนการวิเคราะห์ตีความขณะที่ทำงานวิจัยในสนามและถอนตัวออกจากสนาม พร้อมกับความเปลี่ยนแปลงในตัวผู้วิจัยหลังจากถอนตัวออกจากสนาม

ชีวิตในสนาม

เดือนเมษายน พ.ศ. 2555 ผมสนใจที่จะศึกษาความตายในมิติต่างๆ จึงได้ขอสมัครเป็นอาสาสมัครในโครงการเผชิญความตายอย่างสงบ เครือข่ายพุทธิกา ในช่วงปีดังกล่าวผมพัฒนาโครงร่างวิทยานิพนธ์เรื่องมิติต่างวัฒนธรรมของความตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่ ณ ช่วงเวลาเดียวกัน ผมคิดว่าหากติดต่อกับหน่วยงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายผู้

ได้รับการจัดอบรม "เผชิญความตายอย่างสงบและการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยระยะสุดท้าย" ผมน่าจะมีโอกาสได้เข้าไปสังเกตปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการตายในโรงพยาบาลอย่างใกล้ชิด

ผมได้ติดต่อกับพี่มน พยาบาลวิชาชีพที่เป็นแกนนำงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งเคยรับการอบรมเผชิญความตายอย่างสงบกับทางโครงการฯ เธอยินดีที่จะประสานงานกับฝ่ายธุรการของโรงพยาบาลให้ผมใช้พื้นที่ของโรงพยาบาลเป็นสนามศึกษาทางมานุษยวิทยาเกี่ยวกับมิติทางวัฒนธรรมของความตายได้ โดยกำหนดเวลาการศึกษาเป็นเวลา 3 เดือน

ผมเดินทางเข้าสนามตั้งแต่ปลายเดือนพฤษภาคม 2555 โดยเช่าหอพักอยู่ที่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลเพื่อว่าจะได้มีโอกาสเข้าโรงพยาบาลในยามค่ำคืน พี่มนต์เป็นผู้ให้ข้อมูลคนแรก และเป็นผู้ดูแลผมตลอดระยะเวลาที่ผมอยู่ในสนาม เธอยังแนะนำให้ผมรู้จักกับผู้ให้ข้อมูลคนอื่นๆ ในแผนกต่างๆ ในเวลาต่อมา พี่มนต์เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับอาวุโสที่ได้รับการยอมรับจากบุคลากรในแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่มักบอกกับผมว่าเป็นผมโชคดีที่ได้เจอพี่มนต์เพราะเธอเป็นคนเก่งและใจดี

การทำงานในสนามตลอดระยะเวลา 3 เดือน ผมเข้าไปมีส่วนร่วมในวิถีประจำวันของการให้บริการสุขภาพ พบปะพูดคุยกับผู้ให้ข้อมูลซึ่งประกอบไปด้วยพยาบาล นักศึกษาแพทย์ฝึกงาน แพทย์ ผู้ช่วยแพทย์ – พยาบาล เจ้าหน้าที่ธุรการ จิตอาสา พระสงฆ์ ผมทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการตายโดยใช้เทคนิควิธีการ การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การฟังอย่างลึกซึ้ง มีบางสัปดาห์ในช่วงเวลาการเก็บข้อมูลที่ผมกลับกรุงเทพฯ เพื่อดำเนินการด้านเอกสารจริยธรรมการวิจัย ขอคำปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา ตลอดจนจนป่วยและกลับมารักษาตัวที่บ้าน

ชีวิตในสนามแต่ละวันผมจะตื่นนอนในตอนเช้า เข้าโรงพยาบาลประมาณ 07.00 – 09.00 น. เริ่มต้นด้วยการกินข้าวเช้า เดินเล่นรอบโรงพยาบาลหากไม่มีนัดสัมภาษณ์ใครเป็นพิเศษ ในช่วงแรกผมมักจะมินัดกับพี่มนต์ เพื่อติดตามการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แต่การดูแลก็ไม่ได้เกิดขึ้นทุกวันและตลอดวัน เวลาว่างที่เหลือผมก็จะใช้เวลาในการทำความรู้จักคุ้นเคยกับผู้ให้บริการในแผนกต่างๆ เช่น ห้องเคมีบำบัด หอผู้ป่วยอายุรกรรม – ศัลยกรรม ห้องดับจิต ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หรืออาจได้รับการเชิญชวนไปงานศพ ส่วนใหญ่ผมจะเลิกเก็บข้อมูลและกลับเข้าที่พักในเวลาประมาณ 17.00 น. แต่ช่วงท้ายของการวิจัย มีบางวันที่ผมเข้าโรงพยาบาลในเวลา 19.00 – 20.00 น. เพื่อสังเกตปรากฏการณ์การป่วยฉุกเฉินในเวลาหัวค่ำ บางวันก็ได้ออกชันสูตรศพ หากพี่ดำรง ผู้ช่วยแพทย์นิติเวชชวนผมไปออกชันสูตรศพยามค่ำคืน

ให้สนามพาไป / ออกแบบสนาม

ช่วงต้นของการวิจัย ผมไม่ได้ออกแบบการเก็บข้อมูลอย่างเฉพาะเจาะจงว่าวันนี้จะต้องได้ข้อมูลอะไร ผมมักจะเดินหรือนั่งเล่นในโรงพยาบาลสังเกตสถานการณ์ทั่วไปในโรงพยาบาล แต่เนื่องจากพี่มนต์ได้แนะนำผู้วิจัยแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการแผนกต่างๆในวันแรกๆ จึงมักมีคนมาทักทายผม ชวนคุยเกี่ยวกับงานวิทยานิพนธ์ และชวนไปพูดคุยหรือสังเกตงานที่ทำ บางคนก็จะถามว่า “วันนี้จะไปห้องของพี่ (คนที่มาทักทายผม)...มั๊ย” ผมมักไม่ปฏิเสธแล้วก็จะได้ข้อมูลที่น่าสนใจมาเสมอๆ การทำงานเช่นนี้น่าจะเรียกว่า “ให้สนามพาไป” ด้วยวิธีการนี้ผมจึงได้เห็นโรงพยาบาลในภาพที่ใหญ่ขึ้น กว้างขึ้น เหมือนแผนที่ที่มีไฟหลายดวงมาส่องให้เห็นชัดขึ้นๆ ตามเวลาที่ผ่านไป

ผมใช้เทคนิคให้สนามพาไปใน 2 กรณี กรณีแรกคือการสำรวจประเด็นใหม่ๆ ที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับมิติต่างวัฒนธรรมของความตาย ครั้งหนึ่งผมทำความคุ้นเคยกับ "พี่พร" พยาบาลในห้อง ICU จนเข้าไปสังเกตการณ์ได้เป็นเวลานานก็เพราะไปร่วมงานศพของญาติของเธอตามคำเชิญของพี่มนต์ หรืออีกกรณีหนึ่ง ผมได้ข้อมูลภาพรวมของงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) จากการเข้าไปร่วมต้อนรับคณะดูงานจากชมรมจริยธรรมของโรงพยาบาลจังหวัดใกล้เคียงแล้วแพทย์หัวหน้างานมาบรรยายเรื่องกิจการ palliative care ของโรงพยาบาล ข้อมูลดังกล่าวผมคงรับรู้ได้ยากหากไปสัมภาษณ์แพทย์ผู้นั้นเป็นการส่วนตัว กรณีที่สองคือเมื่อผมต้องเข้าสนามอีกครั้งหลังกลับจากกรุงเทพฯ ผมมักจะเกิดอาการเขินสนามหลังจากออกสรามไปใน กล่าวคือสนามการวิจัยที่คุ้นเคยกลับมีความแปลกตาออกไป

อย่างไรก็ตามผมก็ต้องออกแบบสนามอยู่บ้างเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สำคัญและมีศักยภาพในการตีความ การออกแบบสนามนั้นเกิดขึ้นเมื่อผมสงสัยใคร่รู้ในประเด็นต่างๆ ความสงสัยใคร่รู้จะเกิดขึ้นเมื่อได้กลับมาอ่านโจทย์วิจัย แนวคำถาม อ่านบันทึกภาคสนาม การกลับมาอ่านวรรณกรรมที่ได้เคยทบทวน การพาตัวเองไปสู่สถานการณ์อื่นๆเพื่อเปรียบเทียบ ตัวอย่างเช่น ผมพบว่าในเวรเช้า (08.00 - 16.00 น.) บรรยากาศมักจะยุ่งวุ่นวายไม่เหมาะกับการคุยเชิงลึกกับเจ้าหน้าที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผมออกแบบที่จะกลับเข้าห้องอุบัติเหตุฯในเวรบ่าย (16.00 - 00.00 น.) ในช่วงเวลานั้นผมเห็นความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับพยาบาลที่แตกต่างออกไป ผมยังพบว่าแพทย์นัดเวรที่ชื่อ “หมอบอย” ไม่ค่อยมีเวลาว่างตอนกลางวัน ผมจึงขอดิตตามหมอบอยไปออกชั้นสูตรศพนอกโรงพยาบาลเพื่อสัมภาษณ์ประเด็นกระบวนการยุติธรรมที่มีผลต่อการปฏิบัติต่อศพผู้เสียชีวิต เป็นต้น การออกแบบสนามยิ่งเข้มข้นมากขึ้นเมื่อใกล้จะหมดเวลาการเก็บข้อมูลและต้องการให้ได้ข้อมูลที่รุ่มรวย (rich) ที่สุดที่จะเอาไปวิเคราะห์

สะพานที่ไม่รู้จัก

เป็นเรื่องธรรมดาที่ชุมชนจะมีการตรวจสอบนักวิจัยว่าเข้ามาด้วยจุดประสงค์ใด สามารถเชื่อถือและให้ข้อมูลได้หรือไม่ โรงพยาบาลแห่งนี้ก็เช่นกันที่ดำเนินการตรวจสอบผมในฐานะนักวิจัย กระบวนการตรวจสอบนักวิจัยในการศึกษาคั้งนี้ดำเนินการผ่าน “กระบวนการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย” ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาล

ในสัปดาห์แรกผมเริ่มเก็บข้อมูลพื้นฐานและสภาพทั่วไปของโรงพยาบาลโดยก่อนหน้านั้นได้ส่งเอกสารจริยธรรมการวิจัยและโครงร่างวิทยานิพนธ์ให้กับฝ่ายธุรการพิจารณา จนกระทั่งสัปดาห์ที่สองของการเข้าสนาม คุณดีวี เจ้าหน้าที่ธุรการฝ่ายวิชาการก็ให้พิมพ์นิต์โทรตามผมไปพบกับเธอเพื่อพูดคุยประเด็นจริยธรรมในการวิจัย เธอนำผมไปพบกับรองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการซึ่งเป็นแพทย์อายุรกรรมคนหนึ่งในโรงพยาบาลด้วย

คุณดีวีพาผมลัดคิวคนไข้หลายสิบคนไปนั่งในห้องตรวจโรคของหมอพินิจ รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ หมอพินิจถามว่าผมมาเก็บข้อมูลอะไร หมอยังบอกข้อกังวล 2 ประการในการเก็บข้อมูลของผม คือ 1) ข้อกังวลว่าผมจะเปิดเผยตัวตนในฐานะระหว่างนักศึกษาหรืออาสาสมัคร 2) ข้อกังวลว่าผมอาจแนะนำผู้ป่วยบางอย่าง และการแนะนำของผมนั้นอาจสร้างความเสียหายแก่โรงพยาบาลโดยไม่รู้ตัว “คุณเป็นนักศึกษา ไม่ได้มีผลประโยชน์หรือเกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล เราไม่รู้ว่าเมื่อคนไข้คุยกับคุณแล้วคุณจะตอบอะไร จะอยู่ข้างไหน คุณเป็นสะพานที่เราไม่รู้จัก”

ผมออกจากห้องรอง ผอ. ออกมาพร้อมกับอาการหน้าชา ผมรู้สึกสะเทือนใจเพราะสัมผัสรับรู้ถึงความไม่ไว้วางใจ แต่ก็ตระหนักได้ว่ากระบวนการตรวจสอบนักวิจัยไม่ใช่ความไม่ไว้วางใจส่วนตัวระหว่างหมอพินิจกับผม แต่เป็นระบบบริการของโรงพยาบาลซึ่งมีสถานะพื้นเลยความเป็นบุคคล หากไม่ใช่หมอพินิจก็คงต้องมีหมอกคนอื่นมาทำหน้าที่ตรวจสอบผมอยู่ดี จากประสบการณ์การตรวจสอบครั้งนั้นทำให้ผมรับรู้ได้ถึงบรรยากาศแห่งความระแวงระวังบุคคลภายนอกที่อาจเข้ามาสร้างความเสียหายแก่โรงพยาบาล โดยเฉพาะการฟ้องร้อง ซึ่งผมจะอธิบายในบทที่ 7

ผมได้รับคำแนะนำให้ปรับปรุงแบบจริยธรรมการวิจัยให้ชัดเจน โดยเฉพาะการเปิดเผยตัวตน และการทำเอกสารขอความยินยอมร่วมในการศึกษาวิจัยผู้ให้ข้อมูลที่ผมจะไปสัมภาษณ์ด้วย พร้อมทั้งไม่อนุญาตให้ถ่ายรูปโรงพยาบาลที่ติดหน้าผู้ป่วยหรือญาติ หลังจากผ่านเหตุการณ์ครั้งนั้นผมกลับมาตรวจสอบและแก้ไขโครงร่างและเอกสารจริยธรรมการวิจัยส่งไปให้โรงพยาบาล ติดตามความคืบหน้าของการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยเป็นครั้งคราว จุดประสงค์เพื่อให้ได้ทักทายคุณดีวีด้วยความยิ้มแย้มส่งสัญญาณว่าผมไม่ได้เป็นพิษเป็นภัยแก่โรงพยาบาล ทุกครั้งที่ข้าพเจ้าพบคุณดีวีเธอจะ

บอกว่า “เก็บข้อมูลไปเถอะ แล้วทำตามคำแนะนำของคุณหมอ” ผมตอบรับ การเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลในช่วงเวลาดังกล่าวก็ราบรื่นดี

ไม่เพียงผู้บริหารเท่านั้นที่ตรวจสอบผมในฐานะผู้วิจัยว่าปลอดภัยต่อสนามหรือไม่ การตรวจสอบนักวิจัยดำเนินไปทั้งที่ผมรู้ตัวและไม่รู้ตัว จิตอาสาคนหนึ่งคุยกับผมเกี่ยวกับการใช้พิธีกรรมสงฆ์เยียวยาจิตใจญาติและผู้ป่วย แล้วก็เปลี่ยนคำถามอย่างรวดเร็วด้วยน้ำเสียงที่เปลี่ยนไปแบบไม่ไว้วางใจว่า “นี่ตกลงเธอเป็นคนพุทธหรือเปล่านี้ ไม่ใช่คนคริสต์นะ” จึงจะพูดเรื่องพิธีกรรมต่อไปได้ นั่นหมายความว่าหากผมตอบว่าไม่ใช่ไม่ได้นับถือพุทธศาสนา คำตอบเกี่ยวกับพิธีกรรมย่อมจะเปลี่ยนไปอีกทางหนึ่ง

อีกคราวหนึ่งผมเดินคุยกับพี่มนต์ระหว่างทางกลับบ้านเกี่ยวกับสระพันปี ตามตำนานกล่าวว่ามีพญานาคอยู่ในสระพันปี พี่มนต์บอกว่าในสระนี้มีพญานาคอยู่จริง เพื่อนพี่มนต์ที่มีญาณทิพย์ก็บอกว่าเห็นอยู่ในบ่อ 2 บ่อ “เรื่องแบบนี้ต้องคุณฟังด้วยว่าเราพูดกับเขาเรื่องนี้ได้มั๊ย ไม่งั้นจะหาว่าเรามกมาย” ผมคิดว่าเธอคงประเมินผมแล้วว่าผมคงมีความเชื่อเรื่องเหนือธรรมชาติอยู่บ้างจึงเปิดเผยความเชื่อบางส่วนของเธอให้ผมได้รู้

นักวิจัยและสนามในระยะเวลาเริ่มต้นย่อมแปลกหน้าต่อกันในระยะเวลาเริ่มต้น เราต่างก็ไม่รู้จักกัน ภารกิจของนักวิจัยคือการทำความรู้จักและเข้าใจสนาม แต่นักวิจัยก็จำเป็นต้องเปิดโอกาสให้สนามทำความรู้จักตัวนักวิจัยด้วย ความรู้จักและไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างสนามกับนักวิจัยไม่เพียงนักวิจัยจะเข้าถึงความจริงอย่างสะดวกเท่านั้น แต่ความสัมพันธ์ระหว่างนักวิจัยกับสนามเองกลับเป็นกระบวนการสำคัญที่ทำให้ปรากฏการณ์นั้นแสดงตัวขึ้นมา ซึ่งผมจะขยายความในหัวข้อต่อไป

ตัวตนของผู้วิจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความหมายเกี่ยวกับความตายในโรงพยาบาล

ผมไม่ได้เรียนด้านสาขาเฉพาะทางด้านแพทย์หรือพยาบาล หรือวิชาสาธารณสุข พื้นฐานของผมคือศึกษาสาขาวิชาจิตวิทยาในชั้นปริญญาตรี และสังคมศาสตร์สุขภาพในชั้น ป.โท ดังนั้นจึงมีข้อจำกัดด้านการรับรู้ศัพท์เทคนิคการให้การรักษาระบบการแพทย์ที่พอจะเกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลอยู่บ้างก็คือประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยเอง ดังนั้นความรู้โดยทั่วไปของเกี่ยวกับแพทย์ตะวันตกของผมนั้นน่าจะใกล้เคียงกับประชากรส่วนใหญ่ที่ไม่ได้มีความรู้ด้านสาธารณสุขมากนัก พื้นฐานความรู้และการตีความของผมจึงมีทั้งข้อได้เปรียบ คือ ตีความในมุมมองของคนส่วนใหญ่ และข้อเสียเปรียบคือ ไม่รู้รายละเอียดเชิงเทคนิคปลีกย่อย ซึ่งรายละเอียดดังกล่าวมีความหมายทางวัฒนธรรมสำหรับการตีความด้วยทั้งสิ้น หากผมรู้รายละเอียดด้านเทคนิคการให้บริการเชิงลึก

คำตอบจากการตีความอาจมีความลึกซึ้งขึ้น หรืออาจพบว่าสิ่งที่ผมตีความในวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้ ผิดพลาดไปก็ได้

เดิมที่ผมออกแบบวิธีการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลทั้งส่วนของผู้ให้บริการและผู้รับบริการไว้ว่า ผมจะเปิดเผยสถานะของตนเองว่าจะมีบทบาท 2 อย่าง คือ เป็นนักศึกษา และจิตอาสาในทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่เมื่อผมได้รับคำแนะนำจากหมอฟินิจจากกระบวนการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยว่า ผมควรเลือกใช้สถานภาพเดียวเพื่อลดความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะเข้าใจผิดเกี่ยวกับบทบาทของผู้วิจัยและการละเมิดหลักจริยธรรมการวิจัย ในสนามผมจึงมีตัวตนหลักอย่างเป็นทางการว่าผมคือ นักศึกษาปริญญาโทที่มาสืบหาวัฒนธรรมประเพณีเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการตายในโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตาม บางคราวพืมนต์พาผมไปร่วมเยี่ยมผู้ป่วย พืมนต์ก็มักจะแนะนำผมต่อผู้ป่วยว่าเป็น “นักศึกษาฝึกงานเยี่ยมผู้ป่วย” หรือ “จิตอาสาฝึกงานจากกรุงเทพฯ” ผมเลือกที่จะให้พืมนต์แนะนำตัวตามที่เธอเห็นสมควร เพราะต้องการให้การเยี่ยมเป็นไปอย่างธรรมชาติ ไม่ก่อเงินจนเกิดอาการเกร็งและผิดธรรมชาติไป

บางครั้งที่ผู้ป่วยหรือญาติถามเรื่องความเจ็บป่วยในเชิงเทคนิค ผมก็จะชี้แจงว่าผมไม่ได้เรียนด้านการแพทย์เรียนแต่สังคมศาสตร์ ผมจึงไม่ได้คุยเรื่องโรคทางกายกับผู้ป่วยมากนัก ส่วนใหญ่ผู้ป่วยก็ไม่ได้ถามเรื่องโรคเพราะผมแต่งตัวไม่เหมือนนักศึกษาแพทย์หรือพยาบาล และประเด็นที่ผมสนใจและถามมักเป็นความเป็นอยู่ สังคม เรื่องทั่วไป

อย่างไรก็ตามไม่ว่าผมจะได้รับการแนะนำตัวว่าเป็นนักศึกษาหรือจิตอาสา ก็มักไม่เป็นอุปสรรคต่อการพูดคุยมากนักหากผู้ป่วยหรือญาติมีความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ในการพูดคุย ทั้งนี้ผมจะประเมินความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลก่อนที่จะเข้าไปปฏิสัมพันธ์ เช่น สังเกตสีหน้าแววตา ความพร้อมของสุขภาพ คนที่ผมอยากคุยทำงานค้างค้ำติดพันอยู่หรือไม่ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยหรือญาติส่วนใหญ่ก็เป็นชาวบ้านในสังคมชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มักจะมีอักษาศักดิ์และยินดีให้ความรู้เป็นวิทยาทาน

ถึงแม้ผมจะเปิดเผยตัวเองว่าเป็นนักศึกษา แต่ตัวตนของผมก็ยังเปลี่ยนไปในการรับรู้ของผู้รับบริการตามสถานการณ์ที่แตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น ครั้งหนึ่งระหว่างที่ผมคุยกับผู้ป่วยหญิงสูงอายุคนหนึ่งที่รอการผ่าตัดมะเร็งปากมดลูก เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดเข้าใจผิดคิดว่าผมเป็นหลานของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่จึงบอกข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาดในการนัดผ่าตัดให้ผมฟัง เมื่อผมเปิดเผยตัวตนว่าไม่ใช่หลานของผู้ป่วย เธอแสดงความตกใจและขอโทษ อีกกรณีหนึ่งผมถูกเข้าใจผิดคิดว่าเป็นญาติผู้ป่วยเช่นกัน ครั้งนี้ผมถูกกีดกันไม่ให้เข้าไปเยี่ยมในเวลาห้ามญาติเยี่ยมเพราะผู้ช่วยพยาบาลกำลังทำความสะอาดพื้นห้อง อีกกรณีหนึ่งเกิดขึ้นขณะที่ผมเข้าไปสังเกตการกู้ชีพในห้องฉุกเฉินในระหว่างที่พยาบาลปัมหัวใจอยู่ แพทย์เวรก็เข้ามาในม่าน มองผมด้วยความตกใจ ชี้นิ้วมาที่ตัวผม

แล้วถามพยาบาลที่กำลังทำหัตถการ “ญาติมาอยู่ในนี้ได้ยังไง” เมื่อพยาบาลตอบว่าเป็นนักศึกษาแพทย์เวอร์ก็ถอนหายใจโล่งอก เปรยว่า “โอ้ย... นึกว่าเป็นญาติ”

การรับรู้ตัวตนของผมที่บิดเบือนและเปลี่ยนไปทั้งสามกรณีทำให้ผมเรียนรู้ถึงการรับรู้ตัวตนของนักวิจัยว่ามีอิทธิพลอย่างมากต่อการรับรู้ชุดความจริงที่สนามหรือผู้ให้ข้อมูลจะเลือกและหยิบยื่นให้ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่รับรู้ผมว่าเป็นญาติ ก็ทำให้ผมได้รับรู้ชุดความจริงชุดหนึ่งที่แตกต่างจากชุดความจริงที่ผู้ให้ข้อมูลรู้ว่าผมเป็นนักศึกษา แต่กระนั้นกรอบคิดของเหล่าผู้ให้ข้อมูลก็มีความแตกต่างหลากหลายด้วยเช่นกัน ดังเช่น เมื่อผมอยู่ในห้องให้เคมีบำบัด พี่มดก็มักจะกระซิบมาบอกให้ผมคุยกับผู้ป่วยหรือญาติอยู่เสมอๆ กรณีนี้ผมตีความว่าพี่มดมองผมว่าเป็นนักศึกษาผู้กระหายใคร่รู้ แต่สำหรับห้องฉุกเฉินผมเป็นนักศึกษาที่น่าเกรงขามเพราะนั่งอยู่นิ่งๆ หลังโต๊ะได้เป็นชั่วโมงๆ (ที่จริงผมก็อยากเดินไปดูการรักษาใกล้ๆ แต่กลัวว่าจะเกะกะการทำงาน) พยาบาลชายคนหนึ่งมีอาการเกร็งขึ้นเมื่อผมนั่งสังเกตการณ์อยู่ที่โต๊ะข้างๆ เขาเปรยขึ้นกับตัวเองว่า “อ้อ น้องเขามาแล้ว จะได้ระวังตัว...” พูดยกเขาก็ขนกอนใบส่งตัวผู้ป่วยไปเขียนที่ห้องวิทยุสื่อสาร ดังนั้นการปรากฏตัวของผมจึงน่าจะส่งผลกระทบต่อปรากฏการณ์รอบตัวผมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะในช่วงแรกๆ ที่ผมปรากฏตัวในสนาม การรับรู้ชุดความจริงที่ผู้ให้ข้อมูลหรือสนามหยิบยื่นให้ผมอย่างผิดพลาดบิดเบี้ยว ด้านหนึ่งก็เป็นประโยชน์เพราะทำให้ผมรับรู้ได้ว่าชุดความจริงในโรงพยาบาลมีหลายชุดและแปรผันไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัย ผู้ให้ข้อมูล และสถานการณ์เฉพาะหน้า

ชุดความจริงที่ถูกรับรู้ บันทึก และตีความในวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้จึงเป็นชุดความจริงของนักวิจัยในฐานะนักศึกษาปริญญาโทเป็นส่วนใหญ่ และอาจผสมด้วยชุดความจริงที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ตัวตนผู้วิจัยอย่างผิดพลาดที่คิดว่าผมเป็นญาติ จิตอาสา มิตรสหาย ตามแต่ที่ผู้ให้ข้อมูลจะรับรู้ว่ามีสถานะเป็นอะไร การเขียนวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้จึงเป็นการหยิบเอาเรื่องเล่า สถานการณ์ ความหมายที่ถูกสร้างขึ้นต่างกรรมต่างวาระต่างบริบท มาประกอบกันเป็นนิพนธ์ชิ้นหนึ่ง จุดประสงค์ของวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้มีใช้การบอกว่าความจริงแท้เกี่ยวกับมิติทางวัฒนธรรมของความตายในโรงพยาบาลเป็นอย่างไรเพราะมีอาจทำได้ แต่เป็นไปเพื่อสำรวจ พรรณาให้ผู้อ่านเห็นเค้าโครงของรูปร่างหน้าตาที่ระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลให้ความหมายต่อความตายและมีอิทธิพลต่อปรากฏการณ์การตายแบบต่างๆ ที่ดำรงอยู่ในปัจจุบัน แน่แน่นอนว่าในสถานการณ์ประจำวันในโรงพยาบาลปรากฏการณ์ที่แตกต่างไปจากสิ่งที่ผมพบเห็นและตีความในวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้

สร้างความสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูลด้วยการน้อมตัวเข้าไปรู้

แม้จะผ่านการอนุมัติให้เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลจากฝ่ายวิชาการ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าผมจะบุกไปเก็บข้อมูลได้ทุกแห่งในทุกสถานการณ์ในโรงพยาบาล เลือกที่จะใช้ความสัมพันธ์แบบ “เพื่อนแนะนำเพื่อนใหม่ให้รู้จัก” ในการเข้าถึงพื้นที่อื่นๆ ที่ผมต้องการรู้จัก หลังจากพี่มนต์แนะนำตัวผมให้เจ้าหน้าที่ในแผนกต่างๆ รู้จักในวันแรกๆ วันต่อมาผมก็มักปรากฏตัวให้เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยเห็นจนคุ้นหน้า เขาเหล่านั้นอาจออกปากให้ผมเข้ามาศึกษาหรือแนะนำให้ผมคุยกับญาติตามเตียงได้ นอกจากนี้ผมยังสร้างความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการในแผนกต่างๆ ผ่านการไปงานศพ การออกกำลังกายแล้วเจอหน้ากันที่สวนสาธารณะตอนเย็น ผมแทบไม่ต้องแนะนำตนเองเพราะมักจะมีพยาบาลคอยแนะนำผมให้เป็นที่รู้จักกับเพื่อนๆ อยู่แล้ว ในสนามผมมีฐานะเป็น “นักศึกษาผู้อยากรู้อยากเห็นเรื่องความตาย” ในทุกที่ที่ผมไปปรากฏตัว

พี่มณี พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยเคมีบำบัด เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญคนที่ 2 ต่อจากพี่มนต์ เธอเป็นผู้ให้ข้อมูลชีวิตของพยาบาลและปรากฏการณ์ต่างๆ ที่ดำรงอยู่ในระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ผมมักจะมานั่งเล่นในห้องสมุดแห่งนี้หากว่างเว้นจากการเก็บข้อมูล เมื่อผ่านวันหนึ่งเธอก็จะถามว่า “วันนี้เธอได้อะไรมาบ้าง” ผมจะเล่าเรื่องที่ได้ไปพบเจอ จากนั้นเธอก็จะเล่าเรื่องบางอย่างให้ผมฟัง เรื่องทุกเรื่องพี่มณีเล่าล้วนน่าสนใจ เธอยังเป็นธุระในการประสานงานให้ผมไปอยู่ในที่ต่างๆ ด้วยเหตุนี้ ผมจึงเข้าไปสังเกตปรากฏการณ์อย่างมีส่วนร่วมได้ในห้องดับจิต ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้องผู้ป่วยอายุรกรรมศัลยกรรม ห้อง ICU ก็ล้วนเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างผมกับพี่มณีและพี่มนต์ทั้งสิ้น เธอบอกผมว่าผมควรจะได้รับประสบการณ์ที่มีคุณค่า เพราะประสบการณ์นี้ไม่ได้หาได้บ่อยๆ แล้วมันก็เป็นเช่นนั้นจริงๆ การงานและข้อมูลในสนามในวิทยานิพนธ์เล่มนี้เป็นไปไม่ได้หากผมไม่ได้พบกัลยาณมิตรดังเช่นพี่มนต์และพี่มณี

โรงพยาบาลแม้จะเป็นพื้นที่ราชการและพื้นที่ทางการแพทย์ที่มีระบบเหตุผลความเชื่อแบบวิทยาศาสตร์การแพทย์และระบบราชการเป็นหลัก แต่ผมก็เลือกที่จะใช้ระบบความสัมพันธ์ทางสังคมแบบเพื่อน ไม่เร่งรีบร้อนรนที่จะเข้าถึงข้อมูล การเข้าถึงข้อมูลเป็นไปแบบค่อยๆ เป็นค่อยๆ ไป

โรงพยาบาลเป็นสถานที่แปลกใหม่สำหรับผมอยู่เสมอ ผมตระหนักดีว่าผมเป็นคนนอก พื้นที่ต่างๆ ในโรงพยาบาลน่าจะมีกฎระเบียบ ประเพณีปฏิบัติบางอย่างอยู่เสมอ เช่น ต้องสวมหน้ากากอนามัยก่อน หรือต้องถอดรองเท้า ห้ามพูดเรื่องอาการของผู้ป่วยและห้ามให้ข้อเสนอแนะทางการแพทย์ หลีกเลี่ยงการพูดอะไรให้คนไข้เสียใจ สิ่งเหล่านี้มักไม่มีใครบอกให้ผมทราบไว้ก่อน เป็นเรื่องที่ต้องสังเกตเอง ผมต้องเตือนตัวเองเสมอว่าการกระทำใดๆ ที่ไม่ระมัดระวังมากพออาจส่งผลที่ไม่น่าพึงปรารถนาแก่ผู้ให้ข้อมูล ผมจึงเลือกที่จะเข้าถึงข้อมูลด้วยการทำสิ่งที่ “ปลอดภัย

ไว้ก่อน” การกระทำเช่นนี้แม้ว่าจะทำให้ได้ข้อมูลที่รวดเร็วกว่า แต่ก็ดูเหมือนปรากฏการณ์จะค่อยๆ เปิดเผยตัวเองเมื่อถึงเวลา วิธีคิดในการเก็บข้อมูลเช่นนี้เองอาจทำให้ผมไม่ค่อยกระตือรือร้นที่จะเข้าไปสังเกตการตายในช่วงเวลาเริ่มต้นของการเข้าสนาม ด้วยเกรงว่าหากผมไปสังเกตการตายบ่อยๆ อาจทำให้ผมถูกรับรู้ว่าเป็น “ยมทูตผู้มาเอาวิญญาณผู้ป่วย” ซึ่งน่าจะส่งผลต่อการสังเกตปรากฏการณ์ต่างๆ ในโรงพยาบาลมากขึ้น

ผมยังคงไม่ได้สังเกตช่วงเวลาของการตายในขณะที่ผู้ป่วยมีชีวิตจนเสียชีวิต จนกระทั่งเข้าสู่เดือนที่สองของการเก็บข้อมูล แพทย์ พยาบาลในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะตกใจเมื่อรู้ว่าผมยังไม่เห็นผู้ป่วยเสียชีวิตแบบต่อหน้าต่อตา “เฮ้ย...พวกมันเป็นเล่น ยังไม่เห็นคนตายได้ไง โรงพยาบาลมีคนตายกันทุกวัน” จากนั้นเขาและเธอต่างก็ให้คำแนะนำว่าควรทำเช่นใดจึงจะได้เห็นผู้ป่วยกำลังเสียชีวิต เช่น ควรจะมานอนเฝ้าวอร์ด หรือเปะนามบัตรติดไว้ที่กระดานข่าวสารของพยาบาลในกรณีที่มีการตายหรือการกู้ชีพเกิดขึ้น เพียงวันที่สองของการแจกนามบัตร ก็มีโทรศัพท์มาตามผมให้ไปสังเกตการกู้ชีพในห้อง ER ผมจึงได้มีโอกาสเห็นปฏิบัติการกู้ชีพหรือที่เรียกกันว่า CPR ได้

ผมยังพบภาวะที่สำคัญของเหตุการณ์หนึ่ง ที่ทำให้ผมพอจะรับรู้บรรยากาศของความกลัวที่ปกคลุมโรงพยาบาลได้อย่างชัดเจนเมื่อได้สัมผัสถึงอารมณ์ความกลัวของตนเอง ครั้งหนึ่งผมคุยกับพนักงานเปลที่เข้าคิวรอรับส่งศพในห้องตรวจศพ ผมถูกสอบถามเรื่องส่วนตัวด้วยคำถามที่ผมต้องหวั่นในความปลอดภัยของตนเอง “มาโรงพยาบาลยังไม๊” “ขับรถยี่ห้ออะไร” “ขับรถมานานมันเท่าไร” “รถจอดที่ไหน” “น้องมากับใคร พักอยู่กับใคร พักที่ไหน” ผมกลัวว่าข้อมูลที่ถูกล่ามไปอาจส่งผลต่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของตน ความกลัวครอบงำระหว่างการสนทนา คำตอบหลายอย่างผมก็ตอบในสิ่งที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ผมขยายประสบการณ์ดังกล่าวไปทำ ความเข้าใจความกลัวของแพทย์ พยาบาล เกี่ยวกับการฟ้องร้อง ซึ่งเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ระบบบริการสุขภาพจะสร้างระบบป้องกันการฟ้องร้อง ร้องเรียน อย่างหนาแน่นกลายเป็น โครงสร้างหนึ่งในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนผู้รับบริการ

ในระหว่างการสนทนาที่ผมไม่รู้ว่าจะถามอะไรต่อ อาจมีช่วงหนึ่งที่เป็นช่วงที่ปราศจากเสียงหรือการสนทนา นักวิทยุเรียกภาวะดังกล่าวว่าเดดแอร์ (Dead Air) ผมพบว่าหากไม่ไปรบกวนปล่อยให้ความว่างดำเนินไปจนกว่าผู้ให้ข้อมูลจะพูดออกมา สิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากนั้นจะเป็นข้อมูลที่ สำคัญ ลึก แตกต่างจากการคุยในประโยคที่ผ่านมา ภาวะดังกล่าวน่าหงุดหงิดและอึดอัด แต่หากกระบวนการสนทนาสามารถโน้มไปในความไม่รู้วาทสนทนาจะพาเราไปไหนก็อาจเป็น ประโยชน์ต่อการสร้างความสัมพันธ์หรือเข้าใจความจริงบางอย่างที่มีความลึกซึ้งขึ้น ครั้งหนึ่งที่ขย ทอด แม่ของป้ามะลิกุญกับผมหลังจากเกิดเดดแอร์ เธอเล่าถึงประสบการณ์ตายแล้วฟื้น ภาพของ สวรรค์ที่ขยับไปพบเจมา ทำให้ขยับไม่กลัวความตายอีก

การน้อมตัว น้อมใจ เข้าไปทำความเข้าใจปรากฏการณ์ในโรงพยาบาลจึงมีระดับที่หลากหลาย ตั้งแต่การน้อมตัวเพื่อให้เข้าถึงสถานการณ์ที่มีความอ่อนไหวเปราะบาง ไม่เป็นพิษเป็นภัยแก่ระบบหรือตัวบุคคล และการน้อมใจเข้าไปรับรู้ความรู้สึกนึกคิดที่เกิดขึ้นของตนเอง ตลอดจนน้อมใจในความไม่รู้ซึ่งเป็นที่มักเกิดขึ้นในกระบวนการเก็บข้อมูลในสนามจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างผมและผู้ให้ข้อมูลในสนาม การเข้าไปรับรู้ทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ตื่นเต้นตกใจจนเกินไป การทำความเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของตนเองมีส่วนทำให้ผมสามารถอยู่ในสนามได้อย่างค่อนข้างรื่นรมย์ เห็นความสดใหม่และความแปรเปลี่ยนที่เกิดขึ้นในสนาม ถึงแม้สิ่งที่ผมเห็นอาจไม่ตอบคำถามการวิจัย แต่ก็นับว่าเป็นอาหารใจที่ทำให้สนามน่าอยู่ น่าทำความเข้าใจตลอดระยะเวลาหลายเดือนของการเก็บข้อมูล

ในกรณีหนึ่งผมเก็บข้อมูลงานศพของป้ามะลิ ข้อมูลดังกล่าวไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเลย แต่ผมได้เห็นวิถีการเยียวยาความสูญเสียผ่านพิธีกรรมศพและทำบุญกระตุกซึ่งมีนัยทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับการจัดการการตาย (แต่อยู่นอกเหนือความสนใจของวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้) ในงานศพดังกล่าวผมพบว่า มีหมอ พยาบาล หลายคนที่มีความสัมพันธ์ที่มากกว่าผู้ให้-ผู้รับบริการ ผมพบความจริงว่าความใคร่ครวญอย่างลึกซึ้งถึงความตายและชีวิตจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อสูญเสียคนที่มีความหมาย ความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งภายในระยะเวลาจำกัดนี้เกิดขึ้นไม่ได้เลยหากผมไม่น้อมตัวเข้าไปทำความเข้าใจัก การใคร่ครวญความรู้สึกนึกคิดที่ทั้งแปลกใหม่และพริ้งพริ้วก็คงจะเกิดขึ้นไม่ได้เช่นกันหากผมไม่น้อมใจเข้าไปทำความเข้าใจัก

ข้อมูลกับความเลื่อนไหล ความรู้มั่วย และพลังในการตีความ

ปรากฏการณ์ในระบบบริการสุขภาพล้วนเกิดขึ้น ดำรงอยู่ และผ่านพ้นไปทุกชั่วขณะ ผมย่อมไม่อาจรับรู้ความจริงที่เกิดขึ้นในทุกขณะที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล สิ่งที่ผมรับรู้ วิเคราะห์ ตีความ ตลอดจนเขียนเป็นงานวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้เป็นปรากฏการณ์บางส่วนที่ผมได้เข้าไปมีส่วนร่วม รับรู้ สัมผัส เป็นเพียงเสี้ยวส่วนหนึ่งของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในระบบบริการเท่านั้น ผมยังไม่ได้รับรู้ปรากฏการณ์ส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลา 00.00 – 07.00 น. เพราะไม่เคยเข้าไปสังเกตในเวลาดังกล่าว หากพูดแบบปรัชญาในสำนักประกอบสร้างนิยม (constructionist) ที่มองว่าความจริงเลื่อนไหลตามบริบทแวดล้อม ก็นับได้ว่าผมยังไม่เคยเห็นวัฒนธรรมของความตายในช่วงเวลาเช้าตรู่เลย ตลอดจนยังไม่ได้เห็นปรากฏการณ์ในพื้นที่ให้บริการอีกหลายแห่ง เช่น การประชุมลับของฝ่ายบริหาร การสังเกตการให้บริการฟอกไตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย การสังเกตการกู้ชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรม หรือผู้ป่วยนอก การกู้ชีพในรถพยาบาล ผมยังไม่ได้เห็นวิธีการ

คำนวณค่าใช้จ่ายผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต การสัมภาษณ์เกี่ยวกับวิธีการตัดสินใจยุติการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย การสังเกตเกี่ยวกับกระบวนการบอกข่าวร้ายของแพทย์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปรากฏการณ์ที่รุ่มรวย มีศักยภาพในการตีความเพื่อทำความเข้าใจที่สนะต่อความตายของระบบบริการทั้งสิ้น

ดังนั้นสนามการวิจัยที่ผมเข้าไปมีส่วนร่วมจึงเล็กกว่าพื้นที่ทางกายภาพของโรงพยาบาล ผมเข้าใจว่าสนามการวิจัยของผมนั้นกินขอบเขตกว้างขวางเท่าที่ประสาทตา หู จมูก กาย ใจ ของผมจะไปสัมผัสได้เท่านั้น การตีความใดๆ เป็นการตีความผ่านการรับรู้ทางประสาท (perception) และการใช้ความสามารถในการรู้คิดของผมในฐานะผู้วิจัย (cognition) สนามการวิจัยของผมในการเข้าไปมีส่วนร่วมจริงกินขอบเขตพื้นที่และสถานการณ์ดังต่อไปนี้ การให้การดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม การปฏิบัติงานในห้องดับจิตหรือตรวจศพ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้อง ICU ศาลาทำพิธีสงฆ์ การพูดคุยตามทางเดิน การชันสูตรศพนอกสถานที่ การร่วมเดินทางไปกับรถฉุกเฉิน การไปร่วมงานศพ การเข้าร่วมกิจกรรมการประชุมต่างๆ ที่ชมรมจริยธรรมจัดขึ้น

ในทางปฏิบัติผมยอมรับว่าผมได้เข้าไปเกี่ยวข้อง รับรู้ มีส่วนร่วมในพื้นที่บางแห่ง สถานการณ์บางอย่างมากกว่าอีกพื้นที่/สถานการณ์ เช่น เข้าห้องอายุรกรรมมากกว่าเข้าห้อง ICU สังเกตสถานการณ์การการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมากกว่าการสังเกตปฏิบัติการกู้ชีวิต (CPR) ข้อมูลในสนามอันเป็นวัตถุคิดในการวิเคราะห์ตีความจึงมีความหนาบางไม่เท่ากัน แต่ข้อมูลที่ใช้ตีความก็อาจจะอยู่ในบริเวณที่หนาหรือบางก็ได้ ดังนั้นไม่ได้หมายความว่าข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เพียงครั้งแรกและครั้งเดียวจะไม่มีมีความหมาย ขึ้นอยู่กับศักยภาพของข้อมูลว่าจะมีพลังในการตีความมากน้อยเพียงใด ผมอุปมาเปรียบลักษณะข้อมูลที่มีความหนาแน่นไม่เท่ากันเหมือนขนมปังผึ่งหรือวอฟเฟิล กล่าวคือบางพื้นที่ก็มีข้อมูลหนา (ไปบ่อย คุยบ่อย) บางแห่งก็มีข้อมูลบาง (ไปไม่กี่ครั้ง คุยไม่มาก) และลูกเกดก็อาจจะอยู่ที่ไหนก็ได้ของขนมปังผึ่ง (ข้อมูลที่มีพลังในการตีความอยู่ในการสนทนาที่มีความหมายเพียงครั้งเดียว)

การตีความปรากฏการณ์เพื่อให้เห็นการให้ความหมาย

การตีความคือกระบวนการหาความรู้หลักของงานวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้ ข้อค้นพบหรือความรู้ทั้งหลายเป็นผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่ถูกรู้ ในที่นี้คือปรากฏการณ์ทั้งหลาย กับผู้รู้ ในหัวข้อนี้ผมจะอธิบายถึงกระบวนการรู้ของผู้วิจัยว่าประกอบด้วยอะไรบ้าง และผู้รู้มีกระบวนการตีความอย่างไร

ญาณวิทยาของปรัชญาการวิจัยในสำนักประกอบสร้างนิยม ความรู้เป็นผลลัพธ์จากกระบวนการรู้ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่ถูกรู้ (ปรากฏการณ์) กับผู้รู้ (ผู้วิจัย) หัวข้อนี้ผมขออธิบายถึงรายละเอียดขององค์ประกอบต่างๆ อันเป็นที่มาของข้อค้นพบในวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้ ได้แก่ สิ่งที่ถูกรู้ (ปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการตาย) ผู้รู้ (ผู้วิจัย) การรู้ และความรู้

สิ่งที่ถูกรู้

สิ่งที่ถูกรู้ในที่นี้คือปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการตาย มีสมมติฐานว่าปรากฏการณ์ทั้งหลายในโรงพยาบาลทั้งหลายดำรงอยู่ด้วยเหตุปัจจัยต่างๆ และปัจจัยทางวัฒนธรรมหรือชุดความคิดพื้นฐานเกี่ยวกับความตายก็มีส่วนกำหนดการดำรงอยู่ของปรากฏการณ์ทั้งหลายที่ดำรงอยู่นั้น ผมเลือกที่จะมองหาแง่มุมของปรากฏการณ์ดังกล่าวด้วยชุดกรอบคิดทางวัฒนธรรมโดยสมมติฐานว่าชุดความคิดเกี่ยวกับความตายมีส่วนออกแบบปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการตายในโรงพยาบาล อย่างน้อย 3 ประการ

1) ระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลสมัยใหม่ ผมตีความระบบบริการสุขภาพจากรูปธรรมระเบียบการให้บริการ เครื่องมือเครื่องใช้ การจัดสถานที่ เหล่านี้ได้รับอิทธิพลจากทัศนคติต่อความตายอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ก็จะมีระเบียบปฏิบัติในการจัดการศพ ระเบียบดังกล่าวเป็นผลมาจากการคิดของระบบบริการสุขภาพที่พ้นไปจากปัจเจกบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

2) ท่าทีของผู้ให้บริการสุขภาพ ท่าทีในที่นี้หมายถึงพฤติกรรมในขณะที่ผู้ให้บริการสุขภาพ ที่มีมิติทางอารมณ์เข้ามามีส่วนผลักดันพฤติกรรม ผมมีสมมติฐานว่าทัศนคติต่อความตายได้เป็นฐานคิดหนึ่งระหว่างกระบวนการขัดเกลาทางสังคมจากสถานศึกษา การอบรม และการขัดเกลาจากการทำงานประจำวัน ซึ่งแสดงออกมาเป็นท่าทีต่อความตายของผู้ให้บริการยามที่ตนต้องเข้าไปเกี่ยวข้อง

3) ท่าทีของผู้รับบริการที่มีต่อความตาย ผมมีสมมติฐานว่าสถานบริการสุขภาพตลอดจนสื่อต่างๆ น่าจะอิทธิพลที่กำหนดวิถีคิดของผู้ป่วยที่นำไปสู่การตัดสินใจ และกำหนดท่าทีในการเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพยามเจ็บป่วยและอยู่ในกระแสของการตายในระบบบริการสุขภาพ

ดังนั้น ปรากฏการณ์ที่ผมในฐานะผู้วิจัยสนใจและพาตนเองไปอยู่ในสถานการณ์ที่จะรับรู้ปรากฏการณ์นั้น ได้จึงประกอบด้วย การจัดวางพื้นที่ใน โรงพยาบาล การให้บริการแก่ผู้ให้บริการ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ตลอดจนระหว่างผู้ให้บริการด้วยกันเอง อย่างไรก็ตาม ปรากฏการณ์หรือสิ่งที่ถูกรู้ก็มีความผันแปรไป เพราะตัวผู้รู้ อาจเข้ามาส่งอิทธิพลต่อปรากฏการณ์ให้ผิดแผกแตกต่างออกไปจากธรรมชาติที่เกิดขึ้นทุกเมื่อเชื่อวัน

ผู้

ผู้ในที่นี้คือตัวผมในฐานะผู้วิจัย ซึ่งมีประสบการณ์ ภูมิหลัง ตลอดจนท่าทีในการวิจัย ดังที่ได้พรรณามาไว้แล้วในช่วงต้นของบทนี้ ตลอดจนกรอบคิดจากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งผมได้พรรณามาไว้แล้วในบทที่ 2

การรู้และความรู้

เมื่อผมในฐานะผู้รู้เข้าไปมีส่วนร่วมในปรากฏการณ์ มีความตั้งใจที่จะเข้าไปรับรู้สถานการณ์ ตลอดจนคิดวิเคราะห์สิ่งที่รับรู้ขณะที่อยู่ในสถานการณ์ การตีความปรากฏการณ์เกิดขึ้น การรู้จึงเกิดขึ้น ผลิตข้อค้นพบซึ่งเป็นผลมาจากการตีความ ซึ่งได้เขียนเป็นบันทึกภาคสนามและวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้ ผมพบว่าความรู้จากการตีความในสนามกับการวิเคราะห์หลังจากออกสนามก็มีความเลื่อนไหลแตกต่างกัน สิ่งที่ดูเหมือนชัดเจนในสนามกลับพร่ามัวขึ้นเมื่อออกจากสนาม ผมรู้สึกกระดากอายถ้าจะต้องสรุปอะไรบางอย่างให้แน่นอนชัดเจนลงไป ผมลลคาคหวังในการนำความรู้ที่ผมผลิตขึ้นจากเดิมที่นำไปแก้ปัญหาก็เกี่ยวกับการตายให้เด็ดขาด เหลือไว้ซึ่งข้อค้นพบที่เป็นลักษณะข้อสังเกตที่น่าศึกษาต่อ ความรู้ที่ผมผลิตเป็นเพียงเสี้ยวส่วนของความจริง แต่ก็หวังว่าความรู้นั้นจะมีความหมายเพียงพอที่จะเข้าใจปรากฏการณ์การตายของสังคม และผมคาดหวังว่าการวางท่าทีในการหาความรู้เช่นนี้น่าจะไม่สร้างปัญหาที่ไม่คาดคิดมากนัก

ตัวอย่างการรู้ด้วยการตีความปรากฏการณ์ของผู้วิจัย

เพื่อทำความเข้าใจลักษณะวิธีการหาความรู้ในวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้ ผมขอเสนอตัวอย่างวิธีการวิเคราะห์ตีความข้อมูลจากบันทึกภาคสนามเพื่อให้ได้มาซึ่งตัวความรู้จากตอนหนึ่งของบันทึกภาคสนามดังต่อไปนี้

คำวันหนึ่งในห้อง ICU ผมสังเกตพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วย ผู้ช่วยพยาบาลก็เคาะประตูบอกว่าเอาเลือดมาให้ ถุงเลือด 6 ถุง วางอยู่บนถาดสแตนเลส พยาบาลสองคนผลจากการ “เข้าเคส” (การฉีดยา พลิกตัว ทำความสะอาดผู้ป่วย เปลี่ยนผ้าปูที่นอน) มาตรวจเช็คเลือด พยาบาลคนหนึ่งอ่านเบอร์บาร์โคดและชื่อผู้ป่วยที่เขียนที่สติ๊กเกอร์แปะถุงเลือด พยาบาลคนอ่านชื่อผู้ป่วยหมู่เลือดและเบอร์บาร์โคดที่กระดากที่แนบมากับถาด ผมสงสัยว่าทำไมจึงใช้พยาบาลถึงสองคนตรวจถุงเลือดซึ่งคูเป็นการใช้อัตรากำลังที่มากกว่าปกติ ผมจึงถามประเด็นดังกล่าวกับพี่คิว

พยาบาลห้อง ICU ที่ทำงานมากกว่า 10 ปี เธอบอกว่าการตรวจเลือดต้องตรวจสอบซ้ำ 2 คน (Double Check) เพื่อป้องกันการให้เลือดผิดหมู่แก่คนไข้ เพราะเคยมีกรณีที่ทำให้เลือดผิดหมู่แล้วคนไข้แพ้เลือดจนเสียชีวิต ในขณะที่การตรวจยาสามารถให้พยาบาลตรวจเพียงคนเดียวได้ ที่พรบอกว่าเมื่อก่อนการตรวจยาที่ต้อง Double Check เหมือนกัน แต่ระยะหลัง ICU มีงานเพิ่มขึ้นมากจึงลดจำนวนคนตรวจยาเพียงคนเดียว ในขณะที่การตรวจเลือดยังต้องคงไว้สองคน ที่พรบอกว่า “ถ้าคนไข้แพ้ยายังมีโอกาสรอด แต่ถ้าแพ้เลือด...สถานเดียว”

จากบันทึกภาคสนามดังกล่าว ผมเห็นลักษณะสำคัญของปรากฏการณ์การตรวจเลือดซึ่งน่าจะได้รับอิทธิพลจากทัศนคติต่อความตาย ผมเห็นว่า การให้เลือดมักจะได้รับการดูแลเอาใจใส่มากกว่าการให้ยา เพราะหากผิดพลาดในการให้เลือดแล้ว มีโอกาสทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตมากกว่า พูดอย่างง่ายคือ การให้เลือดเป็นกิจกรรมที่ “เฉียดตาย” มากกว่าการให้ยา ผมตีความว่าเบื้องหลังปรากฏการณ์นี้ ระบบบริการสุขภาพให้ความสำคัญต่อการตาย 2 ประการ กล่าวคือ

1. ความตายจึงเป็นสถานะที่พึงหลีกเลี่ยง ไม่พึงปรารถนา ดังนั้น ปฏิบัติการที่ต้องเกี่ยวพันกับความเป็ความตาย จึงต้องถูกตรวจสอบอย่างถี่ถ้วน ข้อค้นพบนี้ผมเห็นได้จากกระบวนการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างปรากฏการณ์กับกรอบคิดเรื่องความตายที่ได้ทบทวนไว้ในวรรณกรรม

2. แม้การตายจะเกิดขึ้นได้จากหลากหลายเหตุปัจจัย แต่ระบบบริการสุขภาพมักมองว่าการตายที่พึงหลีกเลี่ยง น่ารังเกียจมากกว่าการตายจากเหตุปัจจัยอื่นๆ คือการตายอันมีสาเหตุจากการให้บริการที่ผิดพลาดของผู้ให้บริการ ผมตีความว่า การตายยังมีมิติของ “ความตายอันสมควร/ไม่สมควร” และ “ไม่สมควรตาย” พฤติกรรมการตรวจเลือดจึงสะท้อนการดำรงอยู่ “ความไม่สมควรตาย” ที่เป็นชุดความเชื่อพื้นฐานในการออกแบบระบบบริการในโรงพยาบาล ในสนามผมยังวิเคราะห์สรุปครอบคลุม (Generalization) ถึงปรากฏการณ์ระบบการป้องกันการบาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน การป้องกันการติดเชื้อ ระบบ 5 ส. ว่าปรากฏการณ์ดังกล่าวน่าจะได้รับอิทธิพลจากทัศนคติต่อความตายว่า การตายในกาลเทศะบางอย่างยอมรับได้มากกว่าการตายในกาลเทศะบางอย่าง ข้อค้นพบนี้เกิดจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบใช้จินตนาการว่าหากผู้ป่วยเสียชีวิตจากการให้เลือดผิด ผลที่เกิดขึ้นหลังการเสียชีวิตจะต่างกับการเสียชีวิตจากการประสบอุบัติเหตุทางถนนอย่างไร ผมคิดว่า “การตายด้วยกาลเทศะสาเหตุต่างกันถูกให้คุณค่าต่างกัน” และคิดไปถึงคำว่า “ความตายอัน

สมควร” ผมใช้ข้อค้นพบดังกล่าวนำไปสู่คำถามที่ว่า ในปรากฏการณ์การตายอื่นๆ ระบบบริการได้ให้ความหมายว่าการตายแบบใดเป็นการตายอันสมควร การตายแบบใดไม่สมควร

ความเปลี่ยนแปลงของผู้วิจัยหลังออกจากสนาม

ผมพบว่าวันท้ายๆ ของการทำวิจัยมีความเปลี่ยนแปลงบางอย่างต่อสำนึกของผม ผมมีความเคยชินมากขึ้นกับศพที่วางไว้อยู่ในห้องเก็บศพ ผมสามารถคุยเล่นกับเจ้าหน้าที่ในห้องเก็บศพ แม้จะมีศพ 3 – 4 ศพอยู่ใกล้ๆ โดยไม่เกิดความตระหนกพรันพิริ่งดังเช่นครั้งแรกๆ ของการเห็นศพ ผมก็รู้สึกสะเทือนใจกับภาพผู้ประสบอุบัติเหตุถูกเงินน้อยลงกว่าครั้งแรกๆ กล่าวได้ว่าผมพอจะรับรู้ได้ว่าความรู้สึกคุ้นเคย เคยชิน ไม่สะทกสะท้านกับความตายเป็นเช่นไร ผมพอจะเข้าใจคำพูดหนึ่งของพยาบาลชายในห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุได้ว่าเมื่อถามเขาว่าการทำงานกับความเป็นความตายมานานทำให้พยาบาลผู้นั้นรู้สึกเช่นไร เขาตอบว่า “มันชินชามากกว่า แต่ไม่ได้หมายความว่าเราไม่กลัวตายนะ”

ผมมีความเชื่อมั่นในกระบวนการเข้าไปสัมพันธ์กับผู้คนด้วยการน้อมตัว น้อมใจ มากขึ้นเพื่อเข้าไปรับรู้สถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นจริง ผมพบว่าความน่ากลัว น่าเกรงขาม ของหมอ พยาบาล ผู้บริหาร อาจารย์ ผู้มีอำนาจ ได้ลดลงอย่างมากหลังจากผมออกจากสนาม ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะผมเห็นความเป็นมนุษย์ที่มีความเท่าเทียมกันจากการเห็นการผ่าศพในขั้นตอนหนึ่งของการสังเกตปรากฏการณ์ในห้องตรวจศพ ภายที่ไรชีวิตนั้นบอกว่าเราต่างมีความเท่าเทียมกันอย่างน้อยก็เมื่อหมดลมหายใจแล้ว การผ่าศพทำให้ผมได้เห็นอวัยวะภายในที่มีความวิจิตรพิสดาร สลับซับซ้อน ผมรู้สึกอัศจรรย์ในความศักดิ์สิทธิ์ของชีวิตมนุษย์ ความรู้สึกอัศจรรย์ในความงามของชีวิตอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผมเกิดการเปลี่ยนแปลงสำนึกบางอย่างที่ทำให้ผมเคารพผู้อื่นได้ง่ายขึ้น

บทที่ 6

ปรากฏการณ์การตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่

เนื้อหาในบทนี้คือการพรรณาปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับการตายที่เกิดขึ้นในระบบบริการในโรงพยาบาล การตายในโรงพยาบาลในงานวิธานิพนธ์ชิ้นนี้หมายรวมถึงความเจ็บป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะเสียชีวิตทั้งการป่วยเรื้อรังและฉุกเฉิน ขั้นตอนการตาย จนกระทั่งสถานการณ์การจัดการร่างกายหลังตาย ผลการวิจัยพบว่าการตายในโรงพยาบาลมีความหลากหลายดังคำพูดของพยาบาลคนหนึ่งว่า “ร้อยคนก็ตายร้อยแบบ”

ในบทนี้ผมขอยกตัวอย่างกรณีการตายหลัก 4 กรณี กรณีแรกคือกรณีการตายของป้ามะลิ ซึ่งเป็นผู้เสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังและได้รับการดูแลจากแผนกดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง กรณีการตายของป้ามะลินับได้ว่าเป็นรูปแบบของการตายที่ดีในมุมมองของผู้ให้และผู้รับบริการ ป้ามะลิเป็นภาพสะท้อนของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลสมัยใหม่ที่เข้ามาจัดการความเจ็บป่วยของประชาชนตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรู้ว่าตนมีอาการผิดปกติ รับบริการการรักษาอย่างถึงที่สุด เสียชีวิตในโรงพยาบาล และจัดการกับร่างกายก่อนนำศพกลับบ้านจนจบกระบวนการ

กรณีการตายของยายสาย แสดงให้เห็นภาพสะท้อนของการเจ็บป่วยเรื้อรังจนกระทั่งถึงระยะสุดท้าย แม้ผ่านกระบวนการรักษาจนโอกาสหายเป็นปกติ แต่เหตุใดญาติผู้ดูแลจึงยังตัดสินใจนำผู้ป่วยมารับการรักษาระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาล

กรณีการตายของพระสมชายสะท้อนภาพการตายเฉียบพลันจากอุบัติเหตุทางถนน ผู้ป่วยที่หมดสติไร้อำนาจในการตัดสินใจของตัวเองต้องเดินทางไปยังห้องต่างๆ และจะต้องพบกับสถานการณ์ใดที่มาระทำต่อร่างกายและชีวิตของผู้ป่วย ผมยังเล่าภาพการตายที่ผ่านกระบวนการกู้ชีพด้วยการกดนวดหัวใจในกรณีการตายด้วยโรคเรื้อรังแต่แสดงอาการอย่างเฉียบพลันถึงชีวิต

ในบทนี้ผมยังเล่าภาพปรากฏการณ์การตายในห้องดับจิตเพื่อแสดงให้เห็นว่าแม้ชีวิตจะดับไปแล้ว แต่ก็ยังต้องยังมีธุระที่ต้องเกี่ยวข้องกับคนเป็นเนื่องด้วยระบบประกันชีวิตและระบบยุติธรรมของรัฐเข้ามาเกี่ยวข้อง ในห้องดับจิตยังมีกรณีการตายที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมบางประการ

การตายในโรงพยาบาลมีทั้งการตายจากโรคเรื้อรัง โรคติดต่อ ผู้ป่วยอาจมีชีวิตความเจ็บป่วยอยู่นานก่อนตาย หรือตายฉับพลันด้วยอุบัติเหตุหรือความป่วยที่รุนแรง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีช่วงระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิตที่ต้องเกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลในทางใดทางหนึ่ง

6.1 ป่ามะลิ ต้นแบบการตายดี

ป่ามะลิเป็นผู้ป่วยผู้ให้ข้อมูลหลักของผม ป่ามะลิเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสุรินทร์ตั้งแต่เริ่มป่วย จนกระทั่งเสียชีวิตในโรงพยาบาลในช่วงที่ผมยังอยู่ในสนาม

คำรำลือ

“อยากให้เอ็งคุยกับป่ามะลิจัง แกเป็นอาจารย์ดอกเตอร์เขียวนะ คุยแล้วน่าจะได้อะไรดีๆ จากป่า”

ป่ามะลิเป็นผู้ป่วยคนแรกๆ ที่พินิจอยากให้ผมได้มีโอกาสคุยกับเธอ ป่ามะลิเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เธอเป็นลูกค้าประจำของโรงพยาบาลแห่งนี้และเป็นที่รู้จักดีของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรม พินิจเล่าถึงป่ามะลิว่าเป็นคนที่มีจิตใจเข้มแข็งต่อสู้กับโรคร้ายอย่างสง่าผ่าเผย เจ้าหน้าที่มักจะชอบป่ามะลิเพราะป่ามักจะซื้อผักผลไม้มาฝากเสมอๆ พินิจ พินนิต พินิต ต่างก็รำลือความเข้มแข็งของป่ามะลิจากเหตุการณ์หนึ่ง “ตอนทีมเยี่ยมบ้านไปเยี่ยมแกที่บ้าน แทนที่ป่าจะนอนชมรอให้ทีมมาเยี่ยม ป่ามะลิต้อนรับจับคู่เจ้าหน้าที่อย่างเต็มที่ เลี้ยงโต๊ะจีนจัดคาราโอเกะให้พวกเราเสียใหญ่โตเลย” ผมได้ยินเรื่องเล่าเรื่องนี้จากพินิจครั้งแรก พินิจบ่นกับตัวเองว่าน่าจะให้ผมได้มีโอกาสเจอป่ามะลิ บ่นไม่ทันขาดคำพินิจก็โทรหาป่ามะลิ “ถ้ามาโรงพยาบาล อย่าลืมแวะมาที่ห้องนิตยาเคมีบำบัดเด้อ” ผมรู้สึกตื่นเต้นที่จะเจอกับป่ามะลิตั้งแต่ได้ฟังเรื่องเล่า

พบป่ามะลิครั้งแรก

ในวันที่ผมพบป่ามะลิครั้งแรก เธอเดินเข้าห้องเคมีบำบัดอย่างอ่อนแรง ผมเข้าไปสวัสดีป่า แต่ป่าก็หอบเหนื่อยจนผมต้องประคองป่ามะลิให้มานั่งในเบาะให้ยาเคมีบำบัดสีแดงตัวใหญ่ที่นุ่มสบาย ผมสวัสดีทักทายป่ามะลิ เธอไม่พูดกับข้าพเจ้าเพราะเหนื่อยหอบ “เดี๋ยวก่อนเหนื่อย ลื่นห้อยเลย” ป่ามะลิตอบ

ที่เก้าอี้สีแดงเลื่อนคนนั้น ผมคุยกับป่ามะลิด้วยความคุ้นเคย เธอเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมชนิด HER2 เธอรู้ว่ามันเป็นมะเร็งชนิดร้ายจากบอร์ดประชาสัมพันธ์ “ใครป่วยด้วยมะเร็งชนิดนี้

แล้วก็จะอยู่ได้ประมาณ 5 ปี กระดานมันเขียนไว้ ปีนี้ก็เป็นปีที่สี่ครึ่งแล้วแล้ว ป้าจะอยู่ให้เลย 5 ปี ป้าจะอยู่ให้เลยกว่าที่กระดานมันเขียนไว้”

ป้ามะลิเป็นข้าราชการนักวิชาการเกษตรที่จบปริญญาเอกด้านการพัฒนาพันธุ์ข้าว ทำงานอยู่ที่กรมการข้าวในตัวจังหวัด ปีนี้เป็นปีสุดท้ายก่อนที่ป้าจะเกษียณอายุ ป้ามีบ้านอยู่ในกรมการข้าว ป้ายังไม่ได้แต่งงานแต่ก็ไม่ได้มีปัญหาเรื่องคนดูแลสุขภาพยามเจ็บป่วย เพราะป้าเป็นคนใจดี เลี้ยงลูกน้องและลูกหลานของเพื่อนร่วมงานในที่ทำงานด้วยความเอ็นดู ป้ามะลียังส่งหลานทั้งที่เป็นญาติทางสายเลือดหลานของเพื่อนร่วมงานหลายคนให้เรียนหนังสือ ยามที่มีเทศกาลสำคัญก็จะทำบุญเลี้ยงอาหารชนมมณเอยไม่ได้ขาด ดังนั้นยามที่ป้าเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันก็ได้เพื่อนร่วมงานรุ่นน้องมาให้การดูแลทั้งการกินอยู่หลับนอน ตลอดจนการเดินทางมารักษาตัวในตัวจังหวัด หรือที่กรุงเทพฯ มิได้ขาด

หลังจากที่ป้ามะลิรับรู้ถึงความผิดปกติของร่างกาย ได้รับข่าวร้ายว่าเป็นโรคมะเร็ง ป้ามะลิก็ค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ตัดสินใจรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์แห่งนี้ รับการผ่าตัด ฉายรังสีบำบัด รับประทานยาเคมีบำบัด ป้ามะลียังไปค้นหาการรักษาในที่อื่นๆ เพื่อจัดการกับอาการข้างเคียง เช่น ระบบต่อมไร้ท่อทำงานผิดปกติทำให้ป้ามีอาการตัวบวมแฉ่งด้วยน้ำเหลือง ป้ามะลิเข้ารับการรักษาอาการข้างเคียงจากแพทย์ที่กรุงเทพฯ ด้วยเทคนิคการชันชะเนาะ ป้ามะลียังไปหาหมอ มะเร็งที่รักษาด้วยยาสมุนไพรจังหวัดสิงห์บุรีเป็นครั้งคราว อย่างไรก็ตามป้ามะลิได้รับการรักษาเป็นส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลศูนย์แห่งนี้

เวลาที่ผ่านไปหลังจากตัดสินใจรับการรักษา ป้ามะลิไม่รู้สึกว่าตัวเองป่วยเพราะไม่ค่อยมีความเจ็บปวดมากนัก อีกทั้งก็สามารถทำงานได้ตามปกติ จนกระทั่งเดือนที่ผ่านมามีอาการผื่นคันตามบริเวณที่บวมน้ำ ผื่นดังกล่าวรุนแรงมีตุ่มจำนวนมากที่รักแร้ แผ่นหลัง และตามต้นแขน ความคันและเจ็บที่เพิ่งเกิดขึ้นทำให้ป้าไม่สามารถทำงานตามปกติได้ ป้าเพิ่งรู้สึกว่าคุณเองป่วยจริงๆ ก็ช่วงที่เกิดอาการข้างเคียงดังกล่าวนั่นเอง

ระหว่างฟังเรื่องเล่า ผมกดนิ้วมือให้น้ำเหลืองที่แข็งตัวได้อ่อนตัวและไหลออกจากบริเวณมือถามคำถามและฟังเรื่องเล่าของป้า ที่จริงวันนี้ป้าไม่จำเป็นต้องมานั่งที่ห้องจิตวิทยาเคมีบำบัดนานนัก แต่เป็นเพราะพี่มณีจัดการนัดหมอให้คุยกับป้าเป็นครั้งสุดท้าย ผมจึงได้คุยกับป้ามะลิเป็นเวลานาน ป้ามะลิหยุดบ้ายามที่เหนื่อย

หมอที่กรุงเทพฯ แนะนำให้ป้ามะลิทานอาหารมังสวิรัต “ถ้าเราไม่ยอมให้มะเร็งลุกลาม เราก็อย่าให้อาหารมะเร็ง” ป้ามะลิกล่าวถึงวิธีการอยู่กับมะเร็งโดยไม่ให้มะเร็งทำร้ายร่างกายมากเกินไป หลังจากคำแนะนำนั้น ป้ามะลิจึงกลายเป็นชาวมังสวิรัตอย่างเคร่งครัด ตลอดเวลาสี่ปีครึ่งที่ผ่านมาป้ามะลิไม่กินเนื้อสัตว์ ป้าจะเอืออาหารมังสวิรัตอยู่บ้าง “กินมัง (มังสวิรัต) มันข้าซาก

เพราะจังหวัดเราไม่ค่อยมีร้านอาหาร กินล้างอกจนเหม็น เวลากินก็ไม่มีเพื่อนกิน เลยกินได้น้อย ถ้าจะกินมังต้องไปกินที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ มีหิลด ตรงอนุสาวรีย์ ตรงนั้นอาหารอร่อย ป้าไปหาหมอนั่นซะเนาะที่ไรก็จะไปกินที่นั่น” ป้ายังคงกินมังสวิรัตจนถึงนาทีสุดท้ายของชีวิต

การมาโรงพยาบาลเป็นประสบการณ์ที่ดีในสายตาของป้ามะลิ “พยาบาลที่นี่ใจดี ไม่ดุหม้ออาจจะดู พยาบาลวิงกันกระเจิง แต่หม้อก็ดูเพราะอยากรักษาคณ ไข้ให้หาย” ผมคิดว่าป้ามะลิกงมีความรู้สึกที่ดีต่อเจ้าหน้าที่ จึงทำให้ป้ามีของฝากติดไม้ติดมือเจ้าหน้าที่ในแผนกต่างๆ ที่เคยให้บริการแก่ป้ามะลิ ป้ามะลิมารโรงพยาบาลครั้งหนึ่งก็จะไปแวะเยี่ยม ถ้าเยี่ยมไม่ได้ก็ให้ลูกน้องเอาของไปให้เจ้าหน้าที่ห้องเคมีบำบัด หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง เจ้าหน้าที่ห้องพิเศษ เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ เกสซ์กร หมอสูสมรแพทย์เจ้าของไข้ แต่มาครั้งหนึ่งก็ไม่ได้ไปครบทุกคน

ผมคุยกับป้ามะลิจนกระทั่งป้าได้พบแพทย์ หลังพบแพทย์เสร็จผมยังคงคุยกับป้ามะลิขณะกินข้าว และตามกลับไปส่งป้ามะลิที่ทำงาน

ตลอดวันแรกที่ผมพบป้ามะลิผมรู้สึกโชคชะตาที่ได้รับความสะดวกจากป้ามะลิในการตอบคำถาม จนผมต้องเตือนให้ป้าหยุดพักอยู่บ่อยๆ ฟื้นฟู เจ้าหน้าที่กรมการข้าวที่ดูแลป้ามะลิเป็นส่วนใหญ่ที่มาส่งป้ามะลิที่โรงพยาบาลสังเกตว่าวันนี้ป้ามีแรงคุยมากกว่าปกติ บัจฉัยหนึ่งที่ผมทำ ความคุ้นเคยกับป้ามะลิอย่างรวดเร็วเป็นเพราะว่าผมเคยพบป้ามะลิก่อนเมื่อปีที่ผ่านมาในงานอบรมจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครั้งนั้นพี่มนต์ส่งป้ามะลิเข้าร่วมอบรมเป็นจิตอาสา ภายหลังพี่มนต์ต้องการให้ป้ามะลิเตรียมตัวเผชิญความตายแต่เนิ่นๆ เป็นความบังเอิญที่น่าอัศจรรย์

ป่วยหนัก

หนึ่งเดือนถัดมา ป้ามะลิมมีอาการผื่นคันหนักจนกระทั่งไม่สามารถทำความสะอาดแผลเองได้ ดังนั้นเมื่อถึงเวลานัด ป้ามะลิจึงขอพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อดูแลผื่นคันที่ชุ่มน้ำให้หายเป็นปกติ ป้ามะลิขอร้องห้องพิเศษไว้เพื่อความเป็นส่วนตัว แต่ห้องพิเศษมักจะเต็มเสมอ พี่มนต์ช่วยประสานห้องพิเศษอาคารศัลยกรรมไว้ให้เพื่อองคิ๋วเข้าห้องพิเศษ ระหว่างนี้ป้ามะลียังต้องพักอยู่ที่หอผู้ป่วยสามัญ ผมใช้โอกาสดังกล่าวในการเยี่ยมป้ามะลิและสัมภาษณ์ในประเด็นความเชื่อเรื่องความตาย

ผมคุยกับป้ามะลิเรื่องความตายไม่ยาก ป้ามะลิพูดถึงการตายของพ่อ ท่านเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังและป้ามะลิมิโอกาสดูแลเป็นเวลานาน อาการของท่านทรงตัวจนกระทั่งวันหนึ่ง พ่อของป้ามะลิปวดท้อง ญาติก็นำท่านส่งมาโรงพยาบาล ในวันนั้นเองที่พ่อของป้าเสียชีวิตอย่างฉับพลัน “วันนั้นพ่อมาโรงพยาบาลตอนบ่ายด้วยอาการท้องเสีย ตอนสามทุ่มก็เสียชีวิตแล้ว ท่านก็เป็นมะเร็ง แต่ตอนพ่อเสียชีวิตท่านไม่ได้ร้องสักแอะ” ป้าบอกว่าป้าเองก็ไม่ได้เสียใจมาก เพราะได้ดูแลพ่อเป็น

เวลานาน และพ่อก็มีอายุมากแล้ว ก็ถือว่าท่านตายสบาย ป้าคุยกับผมในประเด็นการตายดี ป้าไม่ใช้คำว่า “ตายดี” แต่ใช้คำว่า “ตายเย็น” “ตายเย็นคือตายสงบ ตายสบายเพราะวางสิ่งที่ เป็นกังวลทิ้งเสียได้ ส่วนตายร้อนคือตายแบบทรมานทรมาย”

ป้ายังเล่ากรณีการเสียชีวิตของพี่ชายด้วยความเสียดาย “พี่ของป้าไม่น่าตาย เพราะยังไม่ถึงอายุที่สมควรจะตาย เจ็ดสิบกว่าๆ ยังช่วยเหลือตัวเองได้ ถ้าช่วยเหลือตัวเองไม่ได้แล้วค่อยตาย อันนี้รับได้”

เมื่อถามว่าป้ามะลิกลับตายหรือไม่ ป้าบอกว่า “ไม่กลัว แต่ยังไม่อยาก” แล้วป้าก็หัวเราะ ผมถามคำถามนี้ในวันนั้นเป็นวันแรก จนกระทั่งป้าพูดได้น้อยป้ายังคงให้คำตอบเดียวกัน “ไม่กลัว แต่ยังไม่อยาก ผมถามขยว่า “อะไรทำให้ยายยังไม่อยากตาย” ป้ามะลิบอกว่า “เห็นเสื้อเหลืองเสื้อแดงเขาต่อสู้กัน อยากรู้ว่ามันจะไปจบถึงไหน” ป้ายังบอกว่าป้าเป็นคนชอบดูทีวี และอยากเห็นว่าโลกนี้จะเป็นอย่างไรต่อไป นี่คือการตอบจากปากป้า แต่มาจากรู้จากเพื่อนร่วมงานของป้าว่า ป้าอยากอยู่ต่อจนเลยวัยเกษียณซึ่งก็เหลือเวลาอีกไม่กี่เดือน เพื่อจะเอาเงินบำนาญมาส่งเสียลูกหลาน คนใดคนหนึ่งให้เรียนต่อในชั้นสูงขึ้นไป ผมค่อนข้างเชื่อเหตุผลประการหลัง อย่างไรก็ตาม ตลอดเวลาที่ป้ารักษาตัวในห้องพิเศษในโรงพยาบาล ผมก็สังเกตเห็นว่าป้ามะลิเปิดทีวีอยู่แทบจะตลอดเวลาที่ผมขึ้นไปเยี่ยม

ผมถามป้าว่าต้องการให้ทีมอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยทีม “ใจใส ใสใจ” มาเยี่ยมให้กำลังใจหรือไม่ ป้ากลับไม่อยากให้อาสาสมัครมาเยี่ยม ครั้งหนึ่งป้าพักในหอผู้ป่วยสามัญ มีทีมอาสาสมัครมาเยี่ยมเตียงข้างๆ ป้าบอกว่า “ไม่ต้องมาเยี่ยมฉันนะ ฉันยังไม่ใช่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย” ด้วยเหตุนี้เมื่อทีมเยี่ยมบ้านจะไปเยี่ยมป้ามะลิที่บ้าน ป้าปฏิเสธการเยี่ยมไม่ได้ แต่เลือกที่จะเป็นผู้กระทำต่อสัญญาของการเยี่ยม กล่าวคือ ไม่ยอมเป็นผู้รับการดูแล เพราะหมายความว่าป้าอาการหนักและช่วยตัวเองไม่ได้ ป้าจึงสลับบทบาทจากผู้รับการดูแล เป็นผู้ให้การดูแลด้วยการจัดเตียง โต๊ะจีนและคาราโอเกะแก่เจ้าหน้าที่ทีมเยี่ยมบ้าน การต้อนรับเจ้าหน้าที่อย่างดีจึงเป็นการกระทำเชิงสัญลักษณ์ ที่ไม่ยอมรับการให้ความหมายของทีมเยี่ยมบ้านว่า “ป้ามะลิเป็นผู้ป่วยอาการหนักที่ต้องการการดูแล” อีกทั้งยังตอบโต้เชิงสัญลักษณ์ว่าไม่เพียงป้าจะไม่รับการดูแล แต่ยังให้การดูแล ซึ่งเป็นการประกาศเชิงสัญลักษณ์ต่อทีมเยี่ยมบ้าน และต่อตนเองว่า “ฉันสบายดี”

ป้าย้ายเข้าไปอยู่ห้องพิเศษ แผลของป้านั้นได้รับการดูแลเป็นอย่างดี แต่ป้ากลับเหนื่อยหอบมากขึ้น การหายใจก็ดูจะแย่งจนไม่อาจนอนหงายได้อีกต่อไป การนอนของป้าก็ต้องมีโต๊ะญี่ปุ่นตัวเล็กๆ เอาหมอนวางไว้บนโต๊ะแล้วเอาหน้าฟุบไป หากจะนอนให้สบายก็ต้องเอาหมอนอีกหลายชั้นมาหนุนหลังหนุนแขนให้สบาย การหลับของป้าถ้ามองจากสายตาของคนนอกแล้วไม่รู้ว่าจะหลับไปได้อย่างไร แต่ก็เป็นการหลับที่ดีกว่านอนหงาย

มีปรากฏการณ์หนึ่งที่ป้ามะลิสนใจระคนกลัว คือ การตกเป็นกลาง ดังเช่น ป้ามะลิเมื่อรู้ว่าเมื่อเป็นโรคมะเร็งและจะมีชีวิตอยู่ได้อีก 5 ปี ก็จะอยู่ได้อีก 5 ปีจริงๆ ถ้าหมอตักว่า “นี่ป้ายังเดินได้อยู่อีกหรือเนี่ย เก่งจัง” ป้าบอกอีกไม่นานป้าก็เดินไม่ได้จริงๆ วันหนึ่งในห้องพิเศษที่มันต์ขึ้นมาเยี่ยมและถามป้ามะลิว่า “ป้ามะลิปวดอะไรตรงไหนมัย” ป้ามะลิขยับตากับผมแล้วกระซิบว่า “นั่นไง เห็นมัย เดียวก็ได้ปวดจริงๆ หรือก”

ขณะที่ป้ามะลิอยู่ห้องพิเศษ ก็มักจะมีผู้ดูแลมาเฝ้าเป็นประจำอยู่เสมอ น้องเอและน้องพลอย หลานของป้ามะลิเป็นหลานที่มาผลัดเปลี่ยนกันดูแลป้ามะลิเป็นหลัก แต่ในระหว่างนี้จะมีเจ้าหน้าที่จากกรมการฆ่าที่เป็นเพื่อนร่วมงานกับป้ามะลิมาเยี่ยมในตอนเช้าและตอนบ่าย พร้อมทั้งเอาเสบียงอาหารมาส่งให้ป้ามะลิกินอาหารมังสวิรัตินิยม ส่วนอาหารจากโรงพยาบาลป้ามะลิก็ยังรับอยู่ แต่จะให้ผู้ดูแลได้กิน นอกจากนี้ ยายบัว แม่ของป้ามะลิก็ยังตามมาให้การดูแล ยายมีอายุเกือบเก้าสิบปีแล้ว ตอนแรกป้ามะลิบอกถ้าไม่ป่วยเสียก่อนก็จะใช้เวลาที่เหลือไปดูแลแม่ของป้า แต่ขณะนี้เหตุการณ์ไม่เป็นเช่นนั้น ยายบัวกลับเป็นฝ่ายมาดูแลป้ามะลิ

การเข้ารับการรักษาตัวครั้งนี้ป้ามะลิไม่ได้คาดว่าจะเป็นการเข้าโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย ป้ามะลิวางแผนว่าจะกลับไปทำบุญฉลองวันเกิดและงานเกษียณหลังจากแผลหายดีที่สถานที่ทำงาน โดยจองอาหารและนิมนต์พระมาสวดเจริญพุทธมนต์ในวันสิ้นเดือนกรกฎาคม ตารางฉลองดังกล่าวยังไม่เลื่อนแม้ว่าป้ามะลิจะยังอาการไม่ดีขึ้น ในที่สุดวันเกิดของป้ามะลิก็มารถึง ป้ามะลิพยายามจะกลับไปทำบุญที่ทำงาน แต่ป้ามะลิก็กลับบ้านไม่ไหว จึงจัดให้มีการฉลองทำบุญเลี้ยงพระถึง 2 ที่ คือทั้งที่ที่ทำงาน และที่โรงพยาบาล นั่นคือการทำบุญครั้งสุดท้ายของป้ามะลิ ผมทราบภายหลังว่าความจริงแล้วป้ามะลิวางแผนว่าถ้ากลับบ้านแล้วก็จะขอเสียชีวิตที่นั่น ไม่กลับมาโรงพยาบาลอีก แต่เพื่อนร่วมงาน ผู้ดูแล และพยาบาลก็พากันห้ามไม่ให้ป้าออกจากโรงพยาบาลไว้ได้

วาระสุดท้ายของชีวิต

หนึ่งสัปดาห์หลังการทำบุญ ป้ามะลิเหนื่อยลงไปได้ชัด จากพูดได้เป็นประโยค บัดนี้พูดได้เป็นคำสั้นๆ และแผ่วเบา มีเพื่อนมาเยี่ยมป้ามะลิทั้งจากที่ทำงาน และเพื่อนร่วมชั้นเรียน มีคนจากกรมการฆ่ามาขอไฟล์ข้อมูลที่ป้ามะลียังเขียนไม่เสร็จ ไปจัดการสะสางต่อ ผมเพิ่งรู้ว่าป้ามะลิได้จัดการทำพินัยกรรมแบ่งทรัพย์สินสมบัติเป็นที่เรียบร้อยแล้วก่อนจะเข้าโรงพยาบาลครั้งล่าสุด นับได้ว่าป้ามะลิเป็นผู้ที่เตรียมตัวเผชิญความตายมาอย่างดี

ความเหนื่อยหอบของป้ามะลิในวันท้ายๆ ป้าต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ แต่ได้ตกลงกับหมอสุเมธไว้แล้วว่าจะไม่ปั๊มหัวใจ ไม่ให้ช่วยชีวิต พร้อมทั้งเซ็นใบปฏิเสธช่วยชีวิตด้วยตนเอง และ

บอกผู้ดูแลไว้ ป้ามะลิยังปฏิเสธการใช้ยามอร์ฟินระงับปวด ขอเพียงยาพาราเซตามอล ฟीมนต์ชื่นชมว่า “ป้ามะลินี่สุดยอด เกมีใจเกินร้อย แต่เป็นห่วงญาติเพราะถ้าเห็นแกก็จะทรมาณใจที่คนป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่ดีเลย”

จนกระทั่งวันที่ป้ามะลิจากไป พยาบาลที่หอผู้ป่วยพิเศษโทรศัพท์เข้าเครื่องฟீมนต์ “ป้ามะลิจะไปแล้ว” ฟีมนต์รีบวางธุระที่อยู่ตรงหน้าและขึ้นไปห้องป้ามะลิ เพื่อน ญาติ สิบกว่าคนยืนอยู่รายล้อมป้ามะลิครั้งนี้ไม่มีโต๊ะญี่ปุ่น ป้ามะลินอนพิงหมอนอิงหลายใบ เป็นท่ากึ่งนั่งกึ่งนอนที่ผมไม่ได้เห็นมาหลายวัน ฟีมนต์แหวกคนเข้าไปกุมมือป้ามะลิที่ข้างเตียง อีกมือหนึ่งจับชีพจร เป็นผู้นำทางป้าก้าวข้ามการตาย ป้าอยู่ในหน้ากากออกซิเจน

“ป้ามะลิ นี้มเอง ป้ามะลิเห็นบ้านที่อยู่ข้างหน้ามัย บ้านสวยๆ ป้ามะลิตามไปเลยนะ ไม่ต้องเป็นห่วง ไม่ต้องกลัวนะคะ มีปราสาท มีวังอยู่ข้างหน้าบ้านนะ ให้ป้าเดินไปเลยนะ” ผมเองก็ยืนอยู่เหนือเตียงนั้นด้วย คนสิบกว่าคนเอาใจช่วย มีเพียงเสียงฟீมนต์ที่กำลังนำทาง เสียงออกซิเจนที่กำลังทำงาน และเสียงสระอื่นให้ของใครบางคนในห้อง ฟีมนต์หันหน้าไปบอกคนที่ร้องไห้ ให้ไปร้องที่ห้องข้างๆ

ไม่นานฟีมนต์ก็ค่อยๆ ปล่อยมือของป้ามะลิลง “ยายไปดีแล้ว” บรรยากาศในห้องก็หดหู่ลง ฟีมนต์ให้เราขึ้นสงบนิ่ง สาวมนต์บุชาพระรัตนตรัย ส่งให้ป้ามะลิไปสู่สุคติ เจ้าหน้าที่พยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษก็เข้ามาในห้อง ใช้หูฟังฟังเสียงหัวใจและเสียงหายใจของป้า ไม่มีเสียงใดดังขึ้นมา “ป้าไปดีแล้ว” เจ้าหน้าที่บอกกับญาติที่อยู่ในห้องอีกครั้ง ปลดหน้ากากและเครื่องทำออกซิเจน

ฟีมนต์บอกให้ทุกคนขอขมาขมายอีกครั้ง ให้ทุกคนพนมมือตั้งจิต และกล่าวนำว่า “พวกเรา รวมถึงพยาบาลด้วย หากทำอะไรพลาดพลั้งไปก็ขอให้ขอยอโหสิกรรมให้พวกเราด้วย” ทุกคนพนมมือ กล่าวพึมพำตาม กราบลงบนตัวป้าอีกครั้งหนึ่ง หลังกราบป้า ทุกคนจับมือซึ่งกันและกัน บางคนกอดกัน ฟีมนต์ไปนั่งปลอบใจยายบัว หลายคนโทรศัพท์บอกข่าวการจากไปของป้ามะลิ เพื่อนใกล้ชิดซัดก็ช่วยประสานจัดการพิธีศพ วัดสวดศพ โลง ชุดสำหรับเปลี่ยนให้ป้า อาหารงานศพ และอื่นๆ

อีกด้านหนึ่งก็เป็นงานของเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยที่จะจัดอริยาบถของป้ามะลิให้ดูสบาย ค่อยๆ ลำเลียงหมอนอิงออกไปจากเตียง ทำความสะอาดร่างกายของป้า พยาบาลเอาผ้ามาเช็ดของเหลวสีขุ่นที่หัวตาของป้า ที่รอยปากของป้ามีรอยชำเพราะถูกกดทับหน้ากากออกซิเจน ริมฝีปากบวม ฟีมนต์จัดหน้าให้มียอยิ้มนิดๆ เอาผ้าห่มมาห่ม สีหน้าอึดอัดทรมาณของป้าหายไป

เจ้าหน้าที่บอกขั้นตอนนี้ต่อไปที่จะปฏิบัติต่อศพป้า ศพจะไว้ในห้อง 2 ชั่วโมงก่อนที่จะไปทำศพที่ห้องโอสถ (ห้องตรวจศพ) ในระหว่างนี้พยาบาลในหอผู้ป่วยพิเศษเข้ามาทำความสะอาดผู้ป่วย ถอดเสื้อผ้า เช็ดเนื้อเช็ดตัว ใส่ชุดคนไข้ ในขณะที่ญาติและเพื่อนก็ตกลงกันว่าจะให้ป้าใส่ชุด

อะไร ระหว่างชุดผ้าไหมที่จะใส่วันเกิด ชุดผ้าไหมที่จะใส่วันเกษียณ และชุดขาวสำหรับปฏิบัติธรรม ชุดที่ผ่านมติของญาติอย่างเป็นทางการเป็นเอกฉันท์คือชุดปฏิบัติธรรมสีขาว เพราะป้าได้ไปเข้าฝันญาติคนหนึ่งเป็นภาพของป้าที่ใส่ชุดปฏิบัติธรรมสีขาว โบกมือลาและเดินก้าวข้ามประตูที่มีแสงไป

“ป้าไม่ต้องห่วงแล้วนะ มีที่สวดศพแล้ว วัดศาลาลอย” ญาติคนหนึ่งหันมาบอกป้าราวกับป้ายังอยู่ที่นั่น

ไม่ถึงสองชั่วโมง ญาติพี่น้องก็มาจนของจากห้องพิเศษใส่รถเข็นไปหมด เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยพิเศษอนุญาตให้ญาตินำศพของป้าไปห้องดับจิตได้ หลายคนยังมีคราบน้ำตา หัวข้อของการพูดคุยคือการจัดการงานศพ และเรื่องเล่าที่ว่า สามสี่วันที่ผ่านมาป้ามีอาการอย่างไร ตายอย่างไร มีเจ้าหน้าที่จากห้องดับจิตเข็นรถเข็นสำหรับเข็นศพขึ้นมา ยกศพจากเตียงผู้ป่วยสู่รถเข็นสแตนเลสที่ไม่มีผ้าปู เอาผ้าห่มคลุมขยไ่มให้เห็นว่าอะไรอยู่ใต้ผ้าห่ม มีญาติสองสามคนเดินตามไปเป็นเพื่อน ส่วนใหญ่ไปเตรียมงานศพ และล่วงหน้าไปรอที่หน้าห้องดับจิตสำหรับรอรับศพกลับ ระหว่างนี้หลายคนก็โทรบอกญาติมิตรถึงข่าวการจากไปของป้ามะลิ “ป้าจากไปแล้ว” “อย่าบอกว่าป้าจากไป บอกเขาว่าป้าหลับแล้ว” เพื่อนสนิทของป้าติง

การจัดการศพ

เจ้าหน้าที่ห้องดับจิตเข็นรถลงลิฟต์ ตรงไปที่ห้องดับจิตเพื่อฉีดยาทำศพและเปลี่ยนเสื้อผ้า ผมตามเข้าไปด้วยเพราะรู้จักกับเจ้าหน้าที่ห้องดับจิตเป็นอย่างดี วันนี้พี่บอยจะรับหน้าที่จัดการศพของป้ามะลิก่อนส่งร่างไปที่วัด พี่เอ็กก็เข้าไปดูที่ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ป้ามะลิด้วย แต่เข้าไปได้ไม่นานก็ขอตัวออกมาเพราะเหม็นกลิ่นฟอร์มาลิน ส่วนผมชินกับกลิ่นในห้องนี้เสียแล้วเพราะเข้ามาคุยเล่นมาแล้วเป็นเดือนๆ พี่บอยเข็นเตียงเข้าไปที่รถเข็นที่มีเครื่องมือฉีดยาทำศพเนา บอกพี่เอ็กให้ไปจ่ายค่าน้ำยาฉีดศพ 300 บาท แล้วกระบวนการฉีดยารักษาสภาพศพก็เริ่มขึ้น

ที่รถเข็นเครื่องมือฉีดยาทำศพ เครื่องมือนั้นประกอบไปด้วยขวดยาที่ต่อสายยางที่มีเข็มฉีดและที่ปั๊มลมจักรยานสำหรับใส่ความดันปั๊มให้ยาทำศพเนาเข้าร่างกาย มีพัด เทปกาว สำลิกกรรไกรสำหรับคีบสายยาง มีผ้าศพ

พี่บอยไปหยิบยาทำศพเนาหรือที่รู้จักกันว่าฟอร์มาลิน เทน้ำยา 3 ขวดลงไปในขวดแก้วขนาดใหญ่ที่ต่อที่ปั๊มลม ปิดจุกให้แน่น แล้วมากรีดเส้นเลือดบริเวณข้อเท้าของป้ามะลิ การหาเส้นเลือดใหญ่ของป้ามะลิเป็นไปด้วยความยากลำบาก เพราะป้ามะลิมีอาการบวมหน้า เพียงกรีดลงไปบริเวณผิวหนังก็มีของเหลวไหลออกมา เนื้อก็เปื่อยกรีดลำบาก พี่บอยใช้เครื่องมือดึงเส้นเลือดใหญ่ของขาออกมา ตัดเส้นเลือดใหญ่ออก มัดเส้นเลือดเป็นปมที่บริเวณเท้า สอดเข็มไปที่เส้นเลือดฝั่งลำตัว ใช้เชือกมัดให้เส้นเลือดกับเข็มฉีดยาให้แน่น แล้วปั๊มที่ปั๊มลมให้ดันฟอร์มาลินเข้า

ร่างกาย ก่อนคิดที่บอยมองหน้าผมแล้วพูดว่า “ถ้าคิดไปแล้วคราวนี้ไม่มีโอกาสฟื้นแล้วนะ” แล้วที่บอยก็บ๊วยมาให้เข้าไปในร่างกายป้ามะลิจนหมด การคิดยาก็เป็นอันเสร็จสิ้น ที่บอยถอนเข็มออก มัดเส้นเลือด เอาสำลีปิดปากแผล ใช้กระดาษกาวพันรอบบริเวณที่มีแผล

ระหว่างที่บอยทำแผล ญาติคนหนึ่งเดินมาถามเจ้าหน้าที่ห้องดับจิตอีกคนว่า “คิดยาแล้วต้องใช้โลงเย็นมั้ย” เจ้าหน้าที่ตอบว่า “ใช้ดีกว่า” ญาติคนนั้นก็ออกไปติดต่อร้านโลงขอบริการโลงเย็นด้วย

ที่บอยถอดชุดโรงพยาบาลออก ใส่ชุดขาวปฏิบัติธรรมให้ค่อนข้างสะดวกเพราะเป็นชุดที่ใส่ง่าย จากนั้นเอาผ้าขาวดิบสองผืนมาห่มป้ามะลิ มัดเป็นปมหัวท้าย ศพของป้ามะลิก็ถูกห่อหุ้มอยู่ในผ้าขาว เอาผ้าห่มของโรงพยาบาลปิดทับไว้ ญาติคนหนึ่งเอาผ้าแพรสีน้ำเงินมาปิดทับอีกทีหนึ่ง เป็นอันเสร็จพิธีตกแต่งศพที่ทำกันเป็นหน้าที่ประจำของเจ้าหน้าที่ในที่นี่ รอแค่พระจากวัดใกล้โรงพยาบาลอันเป็นสถานที่สวดศพมาจูงศพไป

ไม่นานพระก็มาถึง ญาติคนหนึ่งจุดธูปยักยักอย่างยากลำบากเพราะลมแรง แต่ก็จุดติดในที่สุด พระให้สายสิญจน์ที่บอยมาผูกที่นิ้วโป้งของยาย ที่บอยเรียกพี่เอให้เซ็นชื่อผู้รับศพกลับบ้าน พร้อมทั้งสถานที่ปลายทางที่จะนำศพไปประกอบพิธีทางศาสนา จากนั้นพระก็จูงศพในลักษณะเอาหัวเดินหน้า ที่บอยเป็นคนเซ็นศพ ตามด้วยญาติโดยมีเพื่อนร่วมงานอยู่ท้ายขบวน

ขบวนศพเดินไปตามทางเดินหลักอันเป็นเส้นทางเดินประจำของผู้ป่วยและพนักงานผู้คนหันมามองยังขบวนศพ ขบวนศพนำไปยังรถกระบะที่จอดรออยู่หน้าโรงพยาบาล มันเป็นรถกระบะของเพื่อนร่วมงานของป้ามะลิ เมื่อถึงรถคนขับรถก็บ่นว่าคนไม่ได้เอาเสื้อมาปูรองให้ป้านอนนุ่ม จึงขอยืมผ้าห่มที่ใช้คลุมป้ามะลิมาเป็นผ้าปูรอง เมื่อถึงวัดจะนำกลับมาคืน หลานของป้าขึ้นรถมาส่งศพป้ามะลิที่วัด ผมก็ขึ้นมาบนรถไปส่งป้ามะลิด้วย พระนั่งที่หน้ารถทั้งที่ยังจูงสายสิญจน์อยู่ เพื่อนของป้ามะลิอีกคนยื่นถุงเศษเหรียญมาให้พี่เอ บอกให้โปรยทุกครั้งเมื่อถึงสี่แยก คนไร่บ้านคนหนึ่งเดินมาขอทานตั้งแต่รอยังไม่ออก พี่เอให้โดยดี แล้วขบวนรถก็ออกจากโรงพยาบาลไปยังวัดทำศาลาที่อยู่ไม่ไกลจากโรงพยาบาลเพื่อทำพิธีศพทางศาสนา

การตายในโรงพยาบาลของป้ามะลิก็มีเพียงเท่านี้ ข่าวการตายแพร่กระจายไปยังหมู่พยาบาลที่เคยดูแลป้ามะลิ ได้คุยกับพี่มณี พี่มณีก็บอกว่าหมอสุเมธก็เสียใจเหมือนกัน เพราะดูแลกันจนป้าเป็นเสมือนเพื่อน หมอสุเมธไปงานศพป้ามะลียู่หลายคืน เขียนข้อความไว้อาลัยลงในหนังสืออนุสรณ์งานศพของยาย เรื่องเล่าเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในการดูแลระหว่างหมอสุเมธกับป้ามะลียังถูกส่งประกวดเรื่องเล่าในการประชุมวิชาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในสองเดือนถัดมา

พืมนต์บอกว่ากรณีการตายของป้ามะลิเป็นการตายที่ดี ป้ามะลิมีโอกาสเตรียมตัวเผชิญความตายเป็นเวลานานที่พบเห็นไม่บ่อยนัก คิดจะทำวีดิทัศน์เพื่อเป็นวิทยาทานให้ความรู้ แรงแบบันดาลใจในการพัฒนางานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลแห่งนี้ แต่ป้ามะลิก็เสียชีวิตเสียก่อน

กรณีการเสียชีวิตของป้ามะลิเป็นกรณีใหม่ที่ฉันได้สังเกตอย่างมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการป่วย ป่วยหนัก จนถึงเสียชีวิตและฌาปนกิจศพ การตายของป้ามะลิเป็นตัวอย่างของปรากฏการณ์การตายที่เกิดขึ้นในสังคมปัจจุบัน แม้ป้ามะลิจะไม่มีสามีภรรยาและลูก แต่ก็มีส่วนร่วมงานตลอดจนหลานจากญาติที่ให้การดูแลการป่วยในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ในขณะที่ทีมงานดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลก็มีส่วนในการดูแลความเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิตอย่างสงบ กรณีเช่นนี้ไม่เกิดขึ้นบ่อยนักจากคำบอกเล่าของพืมนต์ แต่ก็ป็นกรณีที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้

6.2 ความหวังของป้าสอย

ในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม ศัลยกรรมจะเต็มไปด้วยผู้ป่วยที่นอนบนเตียงอาการหนักเบาแตกต่างกันไป ผู้ป่วยอาการหนักจะอยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล ในขณะที่ผู้ป่วยอาการไม่หนักมากก็จะพักอยู่ไกลสายตาพยาบาลได้บ้าง ในบางกรณีผู้ป่วยที่มีอาการของโรคดำเนินมาจนระยะสุดท้ายและสามารถดูแลต่อที่บ้านได้ กรณีศึกษาต่อไปนี้อาจอธิบายได้ว่าเพราะเหตุใดผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงยังรักษาดูแลอยู่ที่โรงพยาบาลแม้ว่าจะสามารถให้การดูแลต่อที่บ้านและเสียชีวิตอยู่ในชุมชนได้

ยายสายเป็นผู้ป่วยติดเตียงในกระแสเลือดที่นอนบนเตียงในโรงพยาบาลแห่งนี้มาเกือบสัปดาห์มีป้าสอยเป็นลูกสาวผู้ให้การดูแลหลัก เธอเป็นญาติผู้เดียวที่เฝ้าไข้ดูแลยายสายตลอดเวลาที่ยายสายเข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาล

ป้าสอยเฝ้าไข้อยู่ที่ข้างเตียงของยายสาย ผมทำความรู้จักกับป้าสอยจากคำถามที่ว่า “ป้ามาเฝ้าไข้ใคร” แล้วป้าสอยก็เล่าชีวิตแห่งความเจ็บป่วยของยายสายให้ผมฟัง

ยายสายเป็นแม่ของเธอ มีลูกอีกสี่คน ยายสายมีอายุประมาณ 70 ปี เริ่มป่วยตั้งแต่เดือนธันวาคม 2554 ด้วยอาการไข้ขึ้นเรื้อรัง ด้วยความที่ป้าสอยผูกพันกับแม่ของเธอมานานปี “เรียกว่าลูกติดแม่ หรือแม่ติดลูกก็ไม่รู้” แต่ถ้าป้าอยู่ไกลแม่ก็จะคิดถึง ตอนที่ยายสายจะแยกทางกับสามีก็เถียงกับสามีเรื่องแย่งลูกกันว่า “มึงจะเลือกใครไปก็ได้ ยกเว้นไอ้สอย คนนี้ข้าจอง”

ป้าสอยให้การดูแลยายสายเป็นหลัก พาไปส่งโรงพยาบาล ป้อนข้าวป้อนน้ำตั้งแต่ยายป่วย ก่อนหน้านี้นายสายป่วยเป็นโรคหอบหืด แต่ก็ได้ป้าสอยคอยให้การดูแลจนยายหายจากโรค

อย่างอัศจรรย์ ตอนที่ยายสายเป็นไข้ในเบื้องต้น ป้าสอยดูแลยายอยู่ที่บ้านจนกระทั่งพบว่าไข้ไม่ลด ติดต่อกันหลายวันก็พาไปส่งที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ขอนอนห้องพิเศษเพื่อความสบายของยายสาย ป้าสอยจะเป็นคนอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า ให้อาหารแก่ยายสายเอง โดยที่พยาบาลไม่ต้องมาให้บริการมากนัก คนอื่นจะมาเฝ้าไข้แทนป้าสอยก็ทำได้ไม่ดีเท่าในความคิดของป้าสอยจนเกิดสำนึกว่า “ไม่มีใครดูแลยายได้ดีที่สุดเท่ากับเรา” ด้วยเหตุนี้ป้าสอยจึงเป็นผู้ตัดสินใจด้านสุขภาพให้ยายสายเป็นหลัก

ตลอดเวลาหลายเดือนที่ผ่านมา ยายสายเข้าๆ ออกๆ โรงพยาบาลชุมชนเพราะอาการไข้เรื้อรังจนกระทั่งยายสายสนิทสนมกับพยาบาลที่โรงพยาบาลชุมชนเป็นอย่างดี “ความสัมพันธ์มันเลยไปกว่าคนไข้-เจ้าหน้าที่แล้ว มันเหมือนเป็นญาติกัน เจ้าหน้าที่ก็ดูแลแม่เป็นอย่างดี สัมผัสก็นุ่มนวล ไม่เหมือนโรงพยาบาลนี้ เวลาเจ็บยาก็รุนแรง ถ้าเป็นโรงพยาบาลนั้น เขาจะเจ็บเบาๆ เวลาจะวางมือยาก็วางเบาๆ มีฝารอง” ป้าสอยกล่าวถึงความประทับใจโรงพยาบาลชุมชนแห่งนั้นอย่างเปิดเผย

แม้โรงพยาบาลใกล้บ้านจะประทับใจยายสายและป้าสอยเพียงใด แต่เมื่อแพทย์เจ้าของไข้มาบอกข่าวร้ายกับป้าสอยว่า ยายคิดเชื้อในกระแสเลือด อาการของคนไข้ไม่ดีขึ้น ยายไม่ตอบสนองกับยาขนาดใดแล้วในโรงพยาบาลแห่งนี้” หมอถามป้าว่าจะพยายายกลับบ้านหรือไม่ แต่ป้าสอยตัดสินใจว่าถ้านำตัวยายไปรักษาที่บ้านจะไม่สะดวก เพราะไม่มีคนอื่นดูแล มีเพียงป้าสอยคนเดียวที่ดูแลยายสาย คนอื่นๆ ในครอบครัวมีภาระหน้าที่การงานกันหมด ดังนั้น ป้าสอยจึงให้ยายสายอยู่ในโรงพยาบาลต่อไป สาเหตุอีกประการหนึ่งที่ป้าสอยไม่กล้าเอายายกลับบ้านเพราะป้าสอยไม่รู้ว่าหากยายสายไข้ขึ้นหรือมีความรุนแรงจะอย่างไรกับยายสาย

ไม่กี่วัน ป้าสอยก็คิดว่า “ทำไมเราไม่พยายายไปโรงพยาบาลที่ใหญ่กว่า โรงพยาบาลที่ใหญ่กว่าน่าจะมีหมอที่ดีกว่า” คิดได้ดังนั้นยายก็ไม่รอช้า ตัดสินใจอย่างมีความหวัง บอกกับหมอให้ส่งตัวยายมายังโรงพยาบาลศูนย์แห่งนี้ แล้ววันนี้ป้าสอยกับยายสายก็มาอยู่ ณ ที่แห่งนี้ตามการตัดสินใจของป้าสอย ขณะที่ผมคุยกับป้าสอย ยายสายก็กำลังได้รับยาฆ่าเชื้อในกระแสเลือดอยู่

ผมถามป้าสอยว่ายายสายต้องการอะไรในการรักษา ป้าสอยบอกว่ายายสายมักจะขอกลับบ้าน ถึงขนาดที่ยายร้องไห้กับป้าสอย ขอให้พากลับบ้านเดี๋ยวนี้ แต่เมื่อป้าสอยปรึกษากับแพทย์เจ้าของไข้ หมอบอกกับป้าสอยว่า “จะเชื่อคนไข้ทั้งหมดไม่ได้ เพราะถ้าตามใจคนไข้มากอาจรักษาไม่หาย และการเดินทางไปมาบ่อยๆ ก็ไม่ดีกับตัวคนไข้” ป้าสอยจึงตัดสินใจไม่พยายายกลับบ้าน “อยากให้ยายสู้อีกสักเดือนหนึ่ง” ยาฆ่าเชื้อก็จะหมดคอร์สก็ต้องใช้เวลาอีก 3-4 วัน “ถ้ายายไม่ตอบสนองต่อยา แค่มอบอกมาเดี๋ยวว่ายายควรกลับบ้าน ป้าก็จะพยายายกลับบ้านเลย” ป้าบอกว่าที่บ้านเตรียมพร้อมรับสภาพได้และเตรียมทุกอย่างไว้หมด หลานเตรียมเตียงและที่นอนไว้

แล้วที่บ้าน มีออกซิเจนที่บ้านด้วย และหากหมอให้คนไข้กลับบ้านได้ ทางโรงพยาบาลชุมชนนั้น บอกกับป้าสอยว่าจะเอารถโรงพยาบาลมารับไปส่งถึงที่บ้านให้เอง จริงๆ พี่น้องลูกหลานคนอื่นๆ ก็อยากให้ยายสายกลับไปเสียชีวิตที่บ้านและขอเรื่องป้าสอยอยู่เสมอ แต่ในเมื่อป้าสอยเป็นคนตัดสินใจหลักก็ทัดทานไม่ได้ ป้าสอยเปรยกับผมว่า “ป้าคิดผิดหรือเปล่านี้ แต่เมื่อมาแล้วก็ต้องสู้ให้ถึงที่สุด”

ถึงแม้ว่าป้าสอยไม่ขอให้ยายเสียชีวิตในเร็ววัน แต่หากยายสายมีเหตุฉุกเฉินหัวใจหยุดเต้น ป้าสอยยืนยันเด็ดขาดพร้อมทั้งเซ็นเอกสารปฏิเสธการกู้ชีพไว้แล้ว ไม่ให้ยายถูกใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่กระตุ้นหัวใจ เพราะตลอดเวลาการเฝ้าไข้ที่ผ่านมา ป้าสอยเห็นผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากการใส่เครื่องช่วยหายใจและวิธีการปั๊มหัวใจผู้ป่วยที่เพิ่งเสียชีวิตเมื่อวาน “หากยายจะไปที่ขอให้ยายไปสบายที่สุด เพราะยายลำบากมากแล้ว” ป้าสอยว่า “ถ้ายายไม่ไหวขอให้กลับไปอยู่ที่บ้านเป็นครั้งสุดท้าย 5 ชั่วโมงก็ยังดี เพราะยายต้องการเช่นนี้มาตลอด เราน่าจะให้ยายได้สมปรารถนาบ้าง”

ทุกครั้งที่ยายขยับ ป้าสอยจะหันไปมอง และบางทีก็ลุกขึ้นไปคุย ยายสายยังรับรู้ได้ จำพาเข้าไปจับมือยายสายแล้วถามว่ายายอยากกลับบ้านหรือไม่ “ถ้าถามเรื่องกลับบ้านนะ ยายมีเรื่องแรงตอบทันที แต่ยายไม่ยอมคุยกับป้า ไม่รู้ว่ายายโกรธป้าหรือเปล่า” ป้าสอยเปรยด้วยความเป็นห่วงระคนน้อยใจ คุณเหมือนป้าสอยต้องการปาฏิหาริย์และความหวังสุดท้าย จากการใช้จ่ายมาเชื่อที่กำลั้งไหลเข้าสู่ร่างกายของยายในขณะนี้ ยาในการรักษาครั้งนี้จึงไม่ใช่การรักษาความเจ็บไข้ของยายสายเพียงอย่างเดียว แต่เป็นยาที่เป็นสัญลักษณ์แก่ทั้งป้าสอยและยายสายว่า ป้าสอยได้ให้ในสิ่งที่ดีที่สุดในแก่ยายสายแล้ว สัญลักษณ์ของยาคือชีวิตที่ยืนยาว และโอกาสในการหายจากโรค “ยายสายยังมีโอกาส เราไม่ควรตัดโอกาสนั้น” ป้าสอยพูด

ผมถามป้าสอยเรื่องการใช้ไสยศาสตร์หรือวิธีการรักษาพื้นบ้าน ป้าสอยปฏิเสธอย่างรวดเร็วว่าไม่เชื่อ เพราะครั้งหนึ่งป้าสอยป่วยเจ็บคอ ก็ไปหาคนเข้าทรง คนเข้าทรงบอกว่าป้าไปทำผิดกับผีตาแฮก (เจ้าที่ในท้องถิ่น) รวมถึงผีฟ้าผีดิน ผีตาแฮกต้องการข้าวและผ้า แต่การทำนาปัจจุบันใช้รถแทรกเตอร์เกี่ยวข้าวกันไม่มีข้าวตกถึงผีตาแฮกเลย ยายสายทำตามคำแนะนำของหมอทรง คือเช่นไหว้ ข้าว ผ้า ให้ผีตาแฮก แต่อาการเจ็บคอก็ไม่หายไป จนกระทั่งป้าสอยมาหาหมอที่โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ จึงรู้ว่าตนเป็นไทรอยด์อักเสบ รักษาด้วยยาสมัยใหม่ไม่นานก็หาย ป้าสอยจึงไม่เชื่อไสยศาสตร์นับแต่นั้นเป็นคนมา อย่างไรก็ตาม ป้าสอยก็บอกว่า “ป้าไม่ได้เชื่อ แต่ก็ไม่ได้ลบหลู่”

อย่างไรก็ตาม เมื่อผมไปหาป้าสอยครั้งที่สอง ป้าสอยกลับไปใช้บริการไสยศาสตร์อีกครั้ง เธอวานให้ญาติที่บ้านไปถามคนทรงเจ้าเกี่ยวกับอาการของยายสาย ญาติโทรมาบอกเธอ “หมอทรงบอกว่าโรคของยายไม่ได้เกิดจากผี เพราะครอบครัวนี้ไม่เล่นผี เป็นโรคที่เขามาเอาไป แม้แต่หมอเทวดาก็รักษาไม่หาย” ป้าสอยฟังคำพยากรณ์จากญาติที่ไปถามคนทรงเจ้า คำพยากรณ์จากคน

ทรงทำให้ป่ากลับมาทำใจอีกครั้งหนึ่ง ป้าบอกว่าตนทำใจได้มากขึ้นหลังจากที่ร้องไห้จนไม่มีน้ำตาจะร้อง ขอเพียงหมอบอกคำเดียวว่ายายไม่หายแน่แล้วจะพยายไปเสียชีวิตที่บ้านทันที

ผมลาป้าสอยพร้อมทั้งให้หนังสือสวดมนต์เพราะรู้ว่าป้าสอยชอบสวดมนต์ให้ยายฟัง แต่ป้าสอยลืมเอาหนังสือสวดมนต์มา สองสามวันถัดมา ผมขึ้นมาหาเธออีกครั้งก็พบว่าป้าสอยและยายสายไม่อยู่ที่โรงพยาบาลเสียแล้ว เหตุการณ์นี้ทำให้ผมเรียนรู้ว่า การตัดสินใจในชีวิตของผู้ป่วย อันเป็นที่รักไม่ใช่เรื่องง่าย ความรัก ความผูกพัน ความปรารถนาดี มีความหวังที่จะเห็นผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือรอดพ้นจากความตายเป็นแรงจูงใจที่มีพลังที่ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังคงรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ประกอบกับสภาพสังคมที่ไม่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางกายที่ซับซ้อน ทรมาน การใช้จ่าย การมาพบแพทย์ ให้ความอบอุ่นใจแก่ผู้ป่วยและญาติ อย่างน้อยก็อุ่นใจว่าจะมีคนปฏิบัติต่อความเจ็บป่วยทางกายได้อย่างถูกต้องแม้ว่าบรรยากาศในการดูแลจะไม่เอื้อต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยมากนักก็ตาม

6.3 พระสมชายกับการตายฉับพลัน

อุบัติเหตุเป็นสาเหตุการตายอันดับสองของจังหวัดแห่งนี้ ปัจจัยหลักคือการดื่มแอลกอฮอล์แล้วขับขียานพาหนะ หรือ “เมาแล้วขับ” การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจึงมีให้เห็นอยู่บ่อยครั้ง ชีวิตที่ผมจะกล่าวถึงต่อไปนี้เป็นกรณีการตายของพระสมชาย ท่านประสบกับการตายที่ค่อนข้างเฉียบพลัน กล่าวคือแต่เสียชีวิตหลังวันเกิดอุบัติเหตุในระยะเวลา 8 วันต่อมา

คำวันหนึ่งผมตัดสินใจว่าจะมาดูแลการให้บริการของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER - Emergency and Rescue) เพราะบรรยากาศในเวลาหัวค่ำวุ่นวายน้อยกว่าตอนกลางวัน และเอื้อต่อการสังเกตสถานการณ์ทั่วไปในห้อง ER

เสียงหวอจากรถกู้ภัยหลายคันวิ่งผ่านหน้าโรงพยาบาลออกไปยังนอกเมือง รถกู้ภัยคันหนึ่งแล่นมาจอดหน้าห้องอุบัติเหตุ อาสากู้ภัยสวมกางเกงสะท้อนแสงสีส้มวิ่งเข้ามาในห้อง ER เพื่อขอยืมเครื่องวัดชีพจรและการเต้นของหัวใจแล้วรีบวิ่งขึ้นรถ รถฉุกเฉินของโรงพยาบาลก็เช่นกันที่ต้องออกไปยังที่เกิดเหตุ ในห้องอุบัติเหตุมีเสียงออกดังสองครั้ง หมายความว่า ได้เกิดอุบัติเหตุกรณีฉุกเฉินร้ายแรงที่ต้องพาแพทย์ไปด้วย (หากกดออก 1 ครั้ง ไม่จำเป็นต้องมีแพทย์เวรไปด้วย)

ผมเดินเข้าไปในห้อง ER นั่งอยู่ที่โต๊ะที่นั่งสังเกตประจำ สังเกตความเป็นไป นักศึกษาแพทย์คนหนึ่งทักทายผมพร้อมทั้งบอกว่า “วันนี้แหละที่กำลังจะวุ่น” ผู้ช่วยพยาบาลก็ดูจะเคลื่อนไหวว่องไวผิดปกติ บรรยากาศแห่งความวิตกกังวลก็ปกคลุมห้องแห่งนี้ ห้อง ER ถูกเตรียมเพื่อรองรับอุบัติเหตุหมู่ ผู้ป่วยที่ไม่ป่วยมากถูกเร่งมือเคลียร์ออกนอกห้อง ผู้ป่วยที่รอสังเกตอาการถูก

เห็นออกมาจากโชนให้การรักษาเป็นประจำที่โชนรอกคอยท้ายห้อง ญาติที่เฝ้าไข้ก็ถูกเชิญออกให้เฝ้าผู้ป่วยได้เพียงรายละ 1 คนเท่านั้น

ไม่กี่นาทีต่อมาผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุรถทัวร์ชนรถกระบะก็ทยอยกันเข้าห้อง ผู้ป่วยประกอบด้วย พระสมชาย คนขับรถกระบะที่มีอาการเมามาย เณรที่มีอาการสาหัส และผู้โดยสารคนอื่น

พระสมชายเป็นพระที่เข้าสู่วัยกลางคน จำวัดที่วัดแห่งหนึ่งในเมือง ท่านเพิ่งกลับมาจากการจัดสอบไล่่นักธรรม มีพระอีกหลายรูปที่ไม่ได้บาดเจ็บและตามเข้ามาดูอาการพระสมชายและเณร แต่ไม่นานก็ถูกเจ้าหน้าที่เชิญออก

พระสมชายถูกห้ามเข้ามาในเปลสนามพลาสติก มีทีมกู้ชีพและมูลนิธิช่วยกันห้ามพระสมชายเข้ามาในสภาพอาการหนักและไม่รู้ตัว เตียงรถเข็นถูกถ่วงลงมาที่เตียง 1 ซึ่งเป็นเตียงที่มีอุปกรณ์ปฐมพยาบาลและช่วยชีวิตอยู่ใกล้มากที่สุด สังเกตว่าการทำหัตถการสำคัญ เช่น ใส่เครื่องช่วยหายใจ ทำอัลตราซาวด์ บีบหัวใจ ก็มักทำที่เตียงนี้ อุปกรณ์วัดอัตราการเต้นของหัวใจ ชีพจร การหายใจที่มีจำนวนมากก็มักประจำการอยู่ที่เตียงนี้ อีกประการหนึ่งที่พิจารณาว่าไครอาการหนักกว่ากันคือให้นับจำนวนคนมุงและสายตาที่จับจ้องเอาใจช่วย มีคนมุงที่ทำหัตถการ 5 คน กู้ภัยที่มุงอยู่ห่างๆ อีกมากกว่า 5 คน แต่ไม่นานก็ต้องสลายตัว

จิวรของพระสมชายถูกถอดออกด้วยความลำบาก พระสมชายถูกปลุกให้ตื่นด้วยชุดคำถามที่ตอบง่ายอยู่ตลอดเวลาที่ทำหัตถการ เช่น “หลวงพ่อดีอะไร บวชมานานหรือยัง หลวงพ่ออยู่วัดไหน หลวงพ่อบีบสุทริหรือยัง แพทย์ถามพระด้วยเสียงอันดังเกินกว่าจะต้องการรู้คำตอบระหว่างนี้แพทย์ฝึกงานตรวจอัลตราซาวด์เพื่อดูการกั๊งของเลือดในช่องท้อง เมื่อตรวจพบก็เจาะเลือดออกจากช่องอกให้ออกมาสู่ถุงพลาสติกที่ผูกอยู่ปลายท่อ บางคนสอดเสมหะในช่องปาก หมอสองคนใช้หูฟังฟังเสียงอวัยวะภายในเพื่อตรวจหาอวัยวะที่ทำงานผิดปกติ หลวงตาอยู่ได้หน้ากากออกซิเจน

“ถอดจิวรไม่ออก ใช้กรรไกรตัดเลยมัยหมอ” พยาบาลถามหมอ แล้วม่านก็ถูกปิดลงหลายคนเข้าๆ ออกๆ เตียงในม่านหลังนั้น ผมเดินเข้าไปดูในม่าน หมอนพพรกำลังสอนนักศึกษาแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ แต่เมื่อนักศึกษาทำไม่สำเร็จ หมอนพพรก็หยิบเครื่องมือใส่ท่อช่วยหายใจมาใส่เองลงไปอย่างง่ายดาย ทำเสร็จหมอก็หัวเราะภูมิใจในความชำนาญของตน “ฮา ฮ่า นี่คือฝีมือระดับเทพ”

หลังจากใส่ท่อช่วยหายใจเสร็จ พยาบาลก็สานต่อภารกิจติดตั้งเครื่องช่วยหายใจให้เข้าที่เข้าทาง ทำความสะอาดแผลของพระสมชาย นำที่ลือคสิริมาประกอบที่ด้านซ้ายและขวาของพระสมชายไม่ให้ขยับสิริมาได้ (หากผู้ป่วยขยับสิริมาได้ ก็จะใส่ท่อช่วยหายใจได้ลำบาก) พระ

สมชายถูกเชื่อมต่อกับท่อช่วยหายใจที่ถูกสวนใส่ลงไปไหลตลอดลม ที่หน้าอกถูกเจาะกับท่อระบาย
ทรวงอก (ICD chest drain) และต่อกับขวดแก้ว 3 ใบเพื่อจะเอาเลือดเสียที่คั่งออกมา ที่แขนถูกต่อกับ
สายยาและน้ำเกลือ พระสมชายยังถูกรับรู้ได้ว่าเป็นพระเพราะพยาบาลนำจีวรมาคลุมเป็นผ้าห่ม ได้
ผ้าห่มสีเหลืองนั้นมีสายห้อยออกมาใส่ถุงปัสสาวะ เหตุที่ต้องทำการสวนปัสสาวะกับผู้ป่วยหนักจาก
อุบัติเหตุไม่ใช่เพียงปรารถนาให้ผู้ป่วยปัสสาวะสะดวกเท่านั้น แต่เป็นการประเมินถึงประสิทธิภาพ
ของการทำงานของอวัยวะภายในนั่นเอง

นักศึกษาแพทย์ฝึกงานต่อสายโทรคุยกับอาจารย์หมอที่จะรับช่วงต่อดูแลพระสมชาย
แม้ผมจะฟังไม่รู้เรื่องว่านักศึกษาแพทย์คนนั้นรายงานอะไรให้อาจารย์แพทย์ฟังบ้างเพราะมี
ศัพท์เทคนิคและตัวเลขอยู่เต็มไปหมด ผมก็พอเข้าใจว่าเขากำลังอธิบายอาการของพระสมชายว่าอยู่
ในสถานการณ์ความเจ็บป่วยอย่างไรด้วยศัพท์เทคนิคทางการแพทย์เป็นคำและเป็นตัวเลข

เมื่อพระสมชายได้รับการกู้ชีพเป็นที่เรียบร้อย คนมุงและทำหัตถการที่เคยมีจำนวน
มากก็ทยอยกันไปมุงและทำหัตถการกับผู้ป่วยรายอื่น บางคนมาเคลียร์เอกสารการเงิน คีย์ข้อมูลลง
ในระบบคอมพิวเตอร์ พระสมชายยังถูกเซ็นไปเอกซเรย์ด้วยระบบคอมพิวเตอร์ที่อยู่ในห้องถัดไป
และส่งกลับมาคืนที่เดิมในพื้นที่เตียงที่สาม นั่นหมายความว่าพระสมชายฟื้นจิตอันตรายแล้ว

ผมยังมีโอกาสไปส่งพระสมชายไปเอกซเรย์ด้วยระบบฟิล์ม ก่อนจะไปส่งที่อาคาร
สงฆ์อาพาธ อันเป็นที่พักผู้ป่วยที่เป็นพระ เนื่องจากอาคารนี้มีเพียง 2 ชั้น จึงไม่มีลิฟต์ การลำเลียง
พระขึ้นชั้น 2 จึงต้องใช้คนแบก การลำเลียงใช้คน 4 คน ผู้ชาย 2 คนแบก พยาบาลคนหนึ่งบีบแอมบู
เพื่อบีบลมเข้าระบบหายใจของพระสมชาย อีกคนหนึ่งประกองขวดแก้วสามใบด้วยความ
ระมัดระวัง พระสมชายขึ้นไปที่ชั้นสองด้วยความปลอดภัยอย่างน้อยก็ในวันนี้

พระสมชายในห้อง ICU

ห้าวันต่อมา ผมพบพระสมชายในห้องผู้ป่วยวิกฤติ (ICU) ฝ่ายดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ
(โรงพยาบาลแห่งนี้มีห้อง ICU 2 แห่ง อีกแห่งหนึ่งสำหรับดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม) ท่านอยู่ที่เตียง
หมายเลขสี่ มีจีวรปูซ้อนกับผ้าห่มของโรงพยาบาล เครื่องช่วยหายใจของพระสมชายใหญ่กว่าเดิม มี
จอแสดงผลกราฟที่ใหญ่กว่าเดิม และมีสายที่ต่อพ่วงกับร่างกายมากกว่าเดิม

ผู้ป่วยรู้อาการพระสมชายจากพยาบาลประจำห้อง เธอบอกว่าพระสมชายมีกระดูกหัก
หลายจุดทำให้ร่างกายเป็นพิษและต่อต้านตัวเองร่วมกับอาการไตวายทำให้สมดุลของเกลือแร่ใน
ร่างกายเสียหาย

ยังไม่ถึงเวลาที่ญาติเยี่ยม แต่พยาบาลก็เรียกญาติเข้ามาก่อนเพราะแพทย์ต้องการพบ
ญาติ ผู้นั้นคือลุงที่เป็นพี่ชายของพระสมชาย ลุงเป็นฆราวาส พี่ของพระสมชายสวัสดิ์หมอ หมอ

รายงานความก้าวหน้าในการรักษา ฟังได้ใจความว่าคนไข้อาการหนัก ขณะนี้คนไข้ไตวายเฉียบพลัน ต้องการฟอกไตโดยด่วน ปัญหาคือคนไข้มีภาวะความดันสูง มีสายระโยงระยาง ถ้าฟอกไตจะอันตราย มีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิต

“แล้วแต่หมอเลยครับ ผมเซ็นเอกสารให้แล้วครับ” ลุงบอก

“ใช่ แต่หมอต้องการได้ยินจากปากของญาติให้แน่ใจ” หมอถามลุงอีกครั้ง “ตกลงให้ฟอกนะ” ลุงตอบตกลงแล้วออกไปจากห้อง

ผมไม่ค่อยแน่ใจว่าลุงเข้าใจสิ่งที่หมอพยายามสื่อสารเพียงใด ดูเหมือนลุงจะไม่แสดงความสนใจเรื่องเหล่านี้ต่อหน้าหมอ การฟอกไตจึงเกิดขึ้นในเวลาไม่กี่นาทีต่อมา ไม่ได้ไปฟอกไตที่ห้องฟอกไต แต่ฟอกไตที่ในห้อง ICU แห่งนี้เลย ทุกอย่างทำกันในม่าน

ผมมีโอกาสตามไปคุยกับลุง ลุงเล่าถึงเหตุการณ์อุบัติเหตุของพระสมศักดิ์ ลุงบอกว่าตนได้เผื่อใจไว้ 50-50 อะไรจะเกิดขึ้นเป็นสิ่งไม่แน่นอน ลุงไม่ต้องการให้มีการบิ๊มหัวใจู้ชีวิตพระสมชายเพราะร่างกายไม่ไหวแล้ว “ให้เป็นไปตามวิจรรณญาณของหมอ”

ลุงไม่ได้อยู่ดูพระสมชายจนจบกระบวนการฟอกไตและขอตัวกลับก่อน

ผมไม่ได้พบพระสมชายอีก ท่านเสียชีวิตในอีก 3 วันต่อมา ในใบรายงานสาเหตุการตายที่แพทย์นิติเวชเป็นผู้ชันสูตรลงความเห็นว่าคุณสมชายเสียชีวิตด้วยสาเหตุ “บาดเจ็บที่หน้าอกและช่องท้องอย่างรุนแรง เนื่องจากอุบัติเหตุจราจร” ข้อความภาษาอังกฤษอักษรตัวใหญ่ที่กำกับไว้คือ ACUTE RENAL FAILURE (ไตวายเฉียบพลันรุนแรง), SEVERE CHEST INJURY (บาดเจ็บที่หน้าอกอย่างรุนแรง), MASSIVE

6.4 ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR)

ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพคือการให้บริการผู้ป่วยในนาทีวิกฤติของชีวิต ผมได้เห็นปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพหรือที่เจ้าหน้าที่เรียกกันว่า CPR ซึ่งย่อมาจาก Cardio-Pulmonary Resuscitation (การกระตุ้นชีพจรและหัวใจช่วยฟื้นคืนชีพ) จำนวน 1 ครั้งในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

หนึ่งวันหลังจากที่ผมขอความช่วยเหลือเจ้าหน้าที่แผนกต่างๆ ผมแปะนามบัตรไว้พร้อมข้อความ "หากมีการ CPR รบกวนติดต่อ....." โทรศัพท์ก็ดังขึ้นบอกให้ผมมาสังเกตปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผมจึงจักรยานบิ่งไปที่ห้องนั้น

ผมเดินเข้าไปในม่านที่ปิดล้อมเตียง 1 เอาไว้ (เตียงที่มีผู้ป่วยประสบเคราะห์กรรมหนักที่สุด) บนเตียงมีชายร่างกำยำผิวคล้ำ มีหนวดเครา นอนอยู่ในสภาพเปลือยหน้าอก ร่างกายมีสายและท่อต่อออกมาอย่างน้อย 8 สาย ประกอบด้วย สายยาและน้ำเกลือที่ขาซ้าย ขาขวา มือซ้ายและขวา สายสวนปัสสาวะ ท่อทางเดินหายใจ มีอุปกรณ์ตรวจวัดออกซิเจนที่นิ้ว สายวัดอัตราการเต้นของหัวใจที่ท้อง ด้านศีรษะมีหน้าจอแสดงผล 2 จอ รถเข็น 2 คันที่บรรจุยาและเวชภัณฑ์สำหรับการกู้ชีพที่หัวเตียงและปลายเตียงมีท่อสแตนด์เลสที่แขวนยา น้ำเกลือ ของเหลวอีกอย่างน้อย 6 ถัง ที่ปลายเตียงมีถุงปัสสาวะสีคล้ำ รอบเตียงมีแพทย์ 1 คน พยาบาล 3 คน กิ่งยืนกึ่งเตียงอยู่รอบเตียง ดูหน้าจอ หยิบจับเครื่องมือ ทำให้ผลการบางอย่างกับผู้ป่วย ผมเลือกมุมที่ไม่เกาะกะที่สุดเป็นพื้นที่ยื่นสังเกตการณ์

หัวใจของผู้ป่วยนั้นหยุดเต้นเสียแล้ว สังเกตจากชีพจรของผู้ป่วยที่เป็นเส้นตรง พยาบาลคนหนึ่งคลำชีพจรไม่เจอ “ตามพินอยมา” พยาบาลคนนั้นบอก อีกคนขานเวลาว่า “สิบสาม ศูนย์แปด” (13.08 น.) ซึ่งเป็นเวลาเริ่มปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ พยาบาลทั้งสามเข้าประจำที่ คนหนึ่งยืนอยู่ที่รถเข็นยาและเวชภัณฑ์ คอยปรุงยากระตุ้นหัวใจผสมเข้ากับน้ำเกลือและฉีดให้กับสายฉีดยาเพื่อนำยาเข้าเส้นเลือด อีกคนถือกระดาษเขียนรายการยาและตัวเลขชีพจรและการหายใจ อีกคนบีบแอมบู (ถุงพลาสติกที่ต้องบีบเป็นจังหวะการหายใจเพื่อนำออกซิเจนเข้าไปยังท่อช่วยหายใจ) อีกคนทำหน้าที่ขึ้นกดนวดหน้าอกผู้ป่วยเป็นจังหวะหรือที่เรียกว่า “ปั๊มหัวใจ” ให้ได้ 200 ครั้งต่อ นาที คนขึ้นปั๊มมี 3 คน ผลัดกันขึ้น แน่แน่นอนว่าต้องมีพินอยด้วย พินอยเป็นผู้ชายคนเดียวที่อยู่ในทีม การขึ้นปั๊มหัวใจ ผู้ปั๊มจะนับทุกๆ 10 ครั้ง เช่น 10, 20, 30... ไปจนถึง ...90, 200 เพื่อเตือนให้คนในทีมรู้ว่าจะต้องมาผลัดกันนวดหัวใจเมื่อไหร่ และเมื่อสิ้นสุดครั้งที่ 200 คนขึ้นปั๊มคนต่อไปก็ต้องขึ้นมาปั๊มต่อในเวลาอันรวดเร็ว การกดนวดหัวใจมีฝักรองหน้าอกเพื่อลดแรงกระแทก ระหว่างที่ทำปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพจะมีแพทย์มาคุมและตัดสินใจให้ยากระตุ้นหัวใจ ยากระตุ้นหัวใจประกอบด้วย แคลเซียม อครินาลีน โดปามีน และอื่นๆ

“มาแล้ว...หกสิบสี่” ที่หน้าจอมีสัญญาณอัตราการเต้นของหัวใจขึ้นมา พินอยขานตัวเลข

“ไปอีกแล้ว”

“ถ้าหยุดปั๊มก็ไป” ทีมปั๊มหัวใจจ้องอยู่ที่ตัวเลขชีพจร

แพทย์ผู้คุมกระบวนการบอกให้ตามญาติเข้ามา ไม่ช้าลูกสาวของผู้ป่วยก็เข้ามาในม่าน เธอนิ่งไป แพทย์พูดถึงอาการของคนไข้ให้ลูกสาวฟังว่า “คนไข้อาการไม่ดีตั้งแต่ที่โรงพยาบาล...แล้ว หมอสันนิษฐานว่าคนไข้ น่าจะเป็นโรคหัวใจและติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง ตอนนี้หมอ ยังไม่ได้ตรวจเพราะไม่มีเวลา โรคหัวใจจะทำให้ไตวายและเกลือแร่ในร่างกายแปรปรวน คนไข้ปั๊มหัวใจมาแล้วตั้งแต่ในรถ คนไข้อาการหนักมาก ตอนนี้ไม่มีชีพจรแล้ว ระเบียบของ

โรงพยาบาลจะทำการปั๊มหัวใจให้คนไข้เป็นเวลา 30 นาที” ลูกสาวมีท่าทางนิ่งเงียบ แพทย์บอกให้เธอไปโทรศัพท์คุยกับภรรยาของผู้ป่วยเพื่อตามให้มาเซ็นเอกสาร แต่เมื่อแพทย์รู้ภายหลังว่าลูกสาวมีอายุ 21 ปี สามารถเซ็นเอกสารเกี่ยวกับการรักษาได้ พยาบาลก็ดูจะโล่งใจที่มีญาติสายตรงรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างช่วยชีวิตในครั้งนี้

การช่วยชีวิตยังดำเนินต่อไป เดียงคนไข้โยกเขมมีเสียงเอี้ยดอืดเบาๆ ขวดน้ำเกลือและน้ำยาทั้งหมดสั่นไหวตามจังหวะการปั๊มหัวใจ แอมนูที่บีบเป็นจังหวะให้เสียงลมผสมเสียงโลหะ เสียงแพทย์ พยาบาลกระซิบกัน เสียงโทรศัพท์ประจำห้อง เสียงเครื่องวัดความดันและชีพจรแสดงตัวเลขและกราฟ

ปฏิบัติการนี้มีกิจกรรมมากมายที่เกี่ยวข้อง แต่ก็จำกัดเฉพาะทีมที่รับผิดชอบ พยาบาลคนอื่นก็ทำหน้าที่ของตนในเตียงอื่นๆ เจ้าหน้าที่ที่เดินผ่านเตียงนี้ไม่ได้หยุดดูเพียงแต่ชำเลืองมองปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพที่ผมไปสังเกตเห็นเป็นไปด้วยความเรียบร้อยมากกว่าความวุ่นวาย โดยเฉพาะในบรรยากาศยามบ่ายที่ผู้ป่วยมีจำนวนน้อยในวันนี้

ชีพจรหายไปแล้ว 20 นาที การปั๊มหัวใจนั้นเป็นงานที่เหนื่อย ฟื้นวยและพยาบาลในทีมเหงื่อตกและอ่อนแรง พยาบาลคนหนึ่งบอกว่าไม่ไหวแล้วเปลี่ยนหน้าที่มาเป็นคนบีบแอมนู ในช่วงหลังๆ ก่อนหมดเวลา พยาบาลจะไม่นับจำนวนครั้งที่ปั๊ม แต่นับถอยหลังว่าเหลืออีกกี่นาที ฟื้นวยเป็นพยาบาลที่ปั๊มคนสุดท้าย “หัวใจคงไม่ลงแล้ว” พยาบาลอีกคนให้กำลังใจ “เหลืออีกสิบห้าวินาทีเองพี่”

หมดเวลาครึ่งชั่วโมง พยาบาลที่จดเวลาและยาบอกว่า “ไม่ทันแล้ว เกมโอเวอร์แล้ว” อีกคนเปรย “ไปแล้ว” ฟื้นวยลงจากการปั๊ม สีหน้าเหนื่อย เหงื่อตก “ปวดหลังเลย” เวลา 13.38 น. เป็นเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิตและถูกบันทึกลงในเอกสารรับรองการตาย

แพทย์ถามญาติอีกคนว่า “เอาไง ชีพจรไม่เดินแล้ว” พยาบาลคนหนึ่งถามลูกสาวที่อยู่นอกม่านว่า “ติดต่อคุณแม่แล้วหรือยัง” เธอเดินไปโทรศัพท์หาแม่อีกครั้งหนึ่ง

พยาบาลเรียกญาติให้มาคุยพอ อธิบายกับญาติว่าการปั๊มหัวใจรอบนี้เป็นรอบที่สาม หลังจากปั๊มรอบแรกที่โรงพยาบาลชุมชน รอบสองปั๊มในรถฉุกเฉิน แพทย์อธิบายให้ญาติฟังกระบวนการจัดการต่อศพในขั้นตอนต่อไปว่าจะพักศพไว้ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินแห่งนี้อีกเป็นเวลาประมาณ 2 ชั่วโมง หรือไม่ถึง และให้ถามรายละเอียดต่อไปกับโรงพยาบาล

พยาบาลให้นำบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านมารับศพในจันทร์ เวลาราชการ (วันนี้เป็นวันศุกร์) และให้ติดต่อเรื่องเอกสารต่อที่ห้องเก็บศพ “ค่าใช้จ่ายในการทำศพมีประมาณ 300 บาท เป็นค่ายาเก็บศพนะ” จากนั้นให้ญาติออกไปรอข้างนอกห้อง

จากนั้น กระบวนการถอนการกู้ชีพก็เริ่มต้น พยาบาลเพียงคนเดียวที่เหลือกับผู้ช่วยพยาบาลรับหน้าที่เก็บอุปกรณ์ ทำความสะอาดรถเข็นยาและเวชภัณฑ์ที่ตอนนี้อยู่และทะเลาะไม่เป็นระเบียบ เธอเติมยากระตุ้นหัวใจ และเวชภัณฑ์อื่นๆ ให้เหมือนเดิม ถอดท่อช่วยหายใจและสายระโยงต่างๆ ม่านยังคงปิดอยู่ตลอดการถอดอุปกรณ์ช่วยชีวิต เครื่องมือช่วยชีวิตถูกปิดสวิตช์และเก็บเข้าที่ บัดนี้มันไร้ประโยชน์สำหรับร่างนี้ แมลงวันตัวหนึ่งบินมาตอมใบหน้าของศพ หากเป็นคนที่มีชีวิตเพียงขยับกล้ามเนื้อที่ใบหน้าเล็กน้อยแมลงวันตัวนั้นก็คงบินหนีไป แต่ร่างนี้ไม่สามารถปิดแมลงวันตัวน้อยได้เองเสียแล้ว

เวลาไม่ถึงสองชั่วโมง พี่บอยจากห้องเก็บศพก็มารับศพไปจัดตากันศพหน้า แพ้ศพในห้องผ่าขาว รอการขนย้ายจากโรงพยาบาลด้วยรถอบต. เพื่อประกอบพิธีทางศาสนาต่อไป

6.5 ห้องดับจิตกับสถานการณ์การตาย

นอกจากกรณีศึกษาที่ผมกล่าวถึง ยังมีความตายรูปแบบอื่นๆ ที่ผมได้พบเห็นดังต่อไปนี้

ทารกในตู้เย็น

ในห้องดับจิตหรือห้องตรวจศพ มีตู้เย็นแช่ศพขนาด 2 ที่ ขนาดเท่ากับโลงเย็น 2 โลงเอามาวางต่อกัน ผมรู้สึกตื่นเต้นที่รู้ว่า มีศพ 2 ศพอยู่ในตู้เย็นนั้น ในวันแรกที่เข้าไปในห้องดับจิตความจริงแล้วในตู้ไม่ได้มีเพียงสองศพแต่มีจำนวนมากเป็นสิบศพ พี่ดำรงเจ้าหน้าที่ผ่าและรักษาศพเปิดตู้เย็นนั้นให้ดู มันเต็มไปด้วยศพเด็กทารก แต่ละศพใส่อยู่ในถุงขยะติดเชือกสีแดง ถุงทารกเหล่านั้นวางไว้บนตัวศพ

ศพเด็กทารกมาจากผู้หญิงที่แท้งลูก อีกส่วนหนึ่งมาจากการเลือกยุติการตั้งครรภ์ เพราะตั้งครรภ์ไม่พร้อม ผู้หญิงตั้งครรภ์นั้นอาจไปทำแท้งที่อื่นหรือกินยาขับเลือดปรับประจำเดือนแล้วคลอดออกมาไม่หมด จึงมาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาต่อ บางคนตั้งใจยุติการตั้งครรภ์ แต่ทำไม่ได้ เพราะคลอดเสียก่อนและทารกก็มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ที่กำหนดว่าเป็นการทำแท้ง แพทย์ด้านสูตินรีเวชคนหนึ่งให้ข้อมูลว่า ทารกที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 1 กิโลกรัม ถือว่าเป็นการทำแท้ง “แต่บางคนมีน้ำหนักกำลัง ร้องไห้ หายใจได้ ก็จะเป็นหน้าที่ที่ทีมแพทย์ต้องช่วยชีวิตเด็กอย่างเต็มที่ อาจส่งต่อไป ICU เด็กดูแลต่อ”

ผู้หญิงที่แท้งลูก หรือคลอดแล้วทารกที่เสียชีวิตส่วนใหญ่จะไม่นำศพทารกกลับบ้าน แต่จะมอบไว้ให้โรงพยาบาล เพราะโรงพยาบาลมีบริการส่งต่อให้มูลนิธิกู้ภัยนำไปประกอบ

พิธีกรรมทางศาสนาต่อ ศพทารกจะถูกส่งมายังห้องดับจิต แะในตู้เย็นที่รวมกับศพ เมื่อศพเต็มตู้เย็น พี่ตำรวจโทรให้มูลนิธิกู้ยืมศพไปฝังและประกอบพิธีทางศาสนาด้วยการฝังดิน

ถึงแม้ว่าในทางกายภาพทารกที่คลอดออกมาจะตายเช่นเดียวกันไม่ว่าจะเป็นความตั้งใจ ยุติการตั้งครรภ์ หรือแท้งโดยไม่ได้ตั้งใจ แต่ในทางจิตวิทยาของทั้งผู้หญิงตั้งครรภ์และทีมแพทย์นั้น รู้สึกกับกรณีการตายทั้งสองแบบต่างกันมาก ทารกที่เสียชีวิตขณะที่ตั้งใจจะทำคลอดนั้นจะสร้างความเศร้าเสียใจให้เจ้าหน้าที่มาก ในขณะที่ทารกที่แม่ตั้งใจยุติการตั้งครรภ์นั้นไม่สร้างความเศร้าใจกับเจ้าหน้าที่ “เรากลับเป็นห่วงเด็กที่รอด เติบโตมาท่ามกลางความไม่พร้อมมากกว่า เขามีชีวิตอยู่ต่อไปได้อย่างไร”

ศพไร้ญาติ

ในตู้เย็นเก็บศพยังมีศพไร้ญาติซึ่งอาจประสบอุบัติเหตุหรือฆ่าตัวตาย มีคนพบศพ แจ้งตำรวจ ตำรวจจะส่งมาให้โรงพยาบาลทำการชันสูตรพลิกศพและผ่าศพเพื่อหาสาเหตุการตาย พี่ตำรวจเล่าว่ามีศพไร้ญาติที่ต้องนำมาเก็บไว้ในตู้เย็นนี้บ่อยๆ “บางคนก็แต่งตัวดูดีอยู่นะ แต่ก็น่าแปลกไม่เห็นมีใครมารับศพ ศพคนนะ ไม่ใช่ศพแมว”

ศพที่ไม่มีญาติมาติดต่อกับจะถูกรับไว้ในโรงพยาบาลเป็นเวลา 3 วัน หากยังไม่มีใครมารับ โรงพยาบาลจะส่งศพไปให้มูลนิธิดำเนินการจัดการศพต่อไป

ศพชาวต่างชาติ

ในเวลา 3 เดือนที่ผมเก็บข้อมูลอยู่นั้น ตู้เย็นที่มี 2 ช่องนั้น ช่องหนึ่งจะมีศพชาวต่างชาติ แะไว้ยู่เป็นเวลานาน ผู้เสียชีวิตเป็นชาวยุโรปที่มาใช้ชีวิตบั้นปลายที่ประเทศไทย ศพชาวต่างชาติอยู่ในตู้เย็นเป็นเวลานานเพราะการเคลื่อนย้ายศพระหว่างประเทศต้องผ่านการติดต่อทำเรื่องหลายขั้นตอนจากสถานกงสุลประจำประเทศ ด้วยเหตุนี้ตู้เย็นทั้ง 2 ช่องจึงมักไม่ค่อยว่างเท่าใด ในระหว่างที่ผมเก็บข้อมูลยังมีคณะกรรมการด้านนิติเวชมาตรวจเยี่ยมห้องดับจิตที่โรงพยาบาลแห่งนี้ แล้ววิจารณ์ว่าจำนวนตู้เย็นเก็บศพของโรงพยาบาลมีน้อยเกินไปเมื่อเทียบกับจำนวนประชากร ควรจะเพิ่มจำนวนตู้และขนาดของห้องดับจิตให้เป็นสัดส่วนมากขึ้น

6.6 สถานการณ์การตายในที่อื่นๆ ในโรงพยาบาล

การตายในแต่ละสถานในโรงพยาบาลมีบรรยากาศที่แตกต่างกันไป หอผู้ป่วยอายุรกรรมจะเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจะเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วย

ในหอสามัญจะถูกแบ่งออกเป็น โชนๆ ตามระดับความรุนแรงของโรค เที่ยงที่อยู่ติดกับเคาน์เตอร์พยาบาลมากที่สุดจะเป็นผู้ป่วยหนักที่สุดที่ต้องให้การดูแลใกล้ชิด ผู้ป่วยหลายคนต้องใช้เครื่องช่วยหายใจระดับประคองชีวิต บางคนตัดสินใจกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน บางคนเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ระยะเวลาตายของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมีระยะเวลานานกว่าผู้ป่วยประเภทอื่นๆ และผู้ป่วยในหอผู้ป่วยแห่งนี้ก็จะมีจำนวนความถี่มากกว่าที่อื่นๆ ด้วย

หอผู้ป่วยศัลยกรรมก็มีลักษณะคล้ายคลึงกับหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่จะมีการเสียชีวิตบ่อย แต่การตายนั้นถี่น้อยกว่า ผู้ป่วยศัลยกรรมมักเป็นโรคที่ต้องมีการผ่าตัด เช่น มะเร็ง อุบัติเหตุทางถนน อุบัติเหตุจากการทำงาน

ระหว่างที่ผมสังเกตในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายด้วยการกินยาฆ่าศัตรูพิษอยู่หลายคนทั้งสูงอายุและยังหนุ่มสาว เมื่อฟื้นจิตอันตราย ผู้ป่วยก็จะไปพักในอาคารอื่นๆ เช่น หอผู้ป่วยศัลยกรรมหรืออายุรกรรม

คนที่ฆ่าตัวตายด้วยการแขวนคอจนเสียชีวิตแล้วก็ยังต้องถูกนำร่างมาชันสูตรที่ห้องดับจิต เช่นเดียวกับผู้เสียชีวิตจากการฆาตกรรม ประสบอุบัติเหตุ และถูกสัตว์ทำร้าย พี่ตำรวจมักจะเล่าเรื่องการตายของผู้เสียชีวิตที่น่าสะเทือนใจให้ผมฟังอยู่บ่อยๆ เช่น เด็กที่เสียชีวิตที่ถูกฆาตกรรมโดยเพื่อนร่วมห้อง ชายนิรนามที่ตายในสภาพถูกแขวนคอกกลางทุ่งนา ในกระเป๋ามีจดหมายลาตายที่กล่าวโทษพ่อและรัฐบาล สอบถามคนในที่เกิดเหตุและทั้งตำบลก็ไม่มีใครรู้จักหรือคุ้นหน้า ผู้ป่วยจิตเวชที่เสียชีวิตเพราะถูกช่างทำร้าย สาเหตุเพราะคนไข้ไม่ได้กินยาต่อเนื่อง เมา ไปแห่ช่างจนช่างโมโหวิ่งเข้ามาเหยียบและโยนผู้เสียชีวิตฟาดกับต้นไม้ ข้าราชการครูหญิงที่ตายเพราะอาวุธปืน เธอเข้าไปห้ามหลานที่กำลังโมโหและถือปืนอยู่ในมือ ปืนลั่นใส่เธอโดยที่หลานไม่ได้ตั้งใจ

ผมยังสอบถามถึงรูปแบบของการตายในโรงพยาบาลจากเจ้าหน้าที่แผนกต่างๆ พบว่าการตายยังมีความเกี่ยวข้องกับเทศกาล ในเทศกาลปีใหม่ สงกรานต์ งานเทศกาลประจำจังหวัดย่อมมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากกว่าช่วงเวลาอื่นๆ ของปี สาเหตุเพราะเมาแล้วขับ งานเทศกาลประจำปี งานคอนเสิร์ตขนาดใหญ่จะมีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากการทำร้ายร่างกาย ในช่วงหัวค่ำ ส่วนรุ่งเช้าก็จะมีคนเมาแล้วไม่ตื่นพามาให้โรงพยาบาลช่วยเหลือ ช่วงเวลาเทศกาลเหล่านี้เจ้าหน้าที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องเตรียมตัวรับมือสถานการณ์อย่างเต็มที่เท่าที่ทำได้

ช่วงเวลาในแต่ละวันก็เช่นกันที่มีการบาดเจ็บและเสียชีวิตที่มีรูปแบบ เช่น การเสียชีวิตจะเกิดขึ้นในเวรป่วยหรือดึก ช่วงหัวค่ำ เที่ยงคืน และรุ่งเช้า ช่วงเวลา 02.00 – 03.00 จะมีผู้บาดเจ็บจากการถูกทำร้ายร่างกายซึ่งเกี่ยวข้องกับเวลาปิดของสถานบันเทิง

สรุป

ผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาลมี ทุกเพศ ทุกวัย ไม่จำกัดเชื้อชาติ ไม่จำกัดฐานะเศรษฐกิจ สังคม แต่สภาพการตายในโรงพยาบาลกลับมีความหลากหลายอันได้รับอิทธิพลจากมิติต่างๆ อาทิ เช่น สาเหตุการตาย สภาพความเจ็บป่วยก่อนเสียชีวิต การให้บริการจากผู้ให้บริการสุขภาพ ฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม ประสบการณ์เกี่ยวกับการตายของผู้เสียชีวิต และวิถีคิดเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยและของโรงพยาบาล มิติเหล่านี้ส่งอิทธิพลให้ผู้เสียชีวิตมีวิถีการตายที่แตกต่างกันออกไป

บทที่ 7

มิติทางวัฒนธรรมของความตายในระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลสมัยใหม่

โรงพยาบาลเป็นสิ่งประดิษฐ์ทางสังคม ดังนั้นโรงพยาบาลไม่อาจปลอดพ้นจากการให้คุณค่า การให้ความหมาย จากชุดความคิดของมนุษย์ผู้ประดิษฐ์โรงพยาบาล ผมคิดว่าชุดความคิดความเชื่อที่สำคัญและเป็นรากฐานในการประดิษฐ์ทางสังคมใดๆ ก็คือชุดความคิดเกี่ยวกับชีวิตและความตาย ระบบบริการสุขภาพจึงน่าจะถูกออกแบบด้วยทัศนคติต่อความตายบางประการ ทัศนคติต่อความตายของระบบบริการอาจส่งผลบางประการในการบริการสุขภาพ

วิทยานิพนธ์ชิ้นนี้ใช้สมมติฐานเบื้องต้นในการสำรวจปรากฏการณ์ที่ดำรงอยู่ในสถานการณ์ประจำวันในโรงพยาบาลสมัยใหม่ เพื่อตีความทัศนคติต่อความตายของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลสมัยใหม่ จากการศึกษาพบว่าระบบบริการสุขภาพมีทัศนคติต่อความตายทั้งที่เป็นทัศนคติหลักและทัศนคติรอง ชุดทัศนคติทั้งหลายมีส่วนที่กำหนดท่าทีต่อการดูแลความเจ็บป่วยที่มีแนวโน้มไปสู่การตาย ทัศนคติต่อความตายเกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่มีระดับความเข้มข้นไม่เท่ากัน งานวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้เสนอว่าในโรงพยาบาลมีชุดทัศนคติต่อความตายที่มีความหลากหลายที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ออกแบบระบบบริการทั้งที่เป็นระบบจัดการที่เป็นระเบียบและวิถีปฏิบัติของคนในระบบอย่างไม่เป็นทางการ ชุดทัศนคติต่อความตายมีทั้งชุดหลักที่มีอิทธิพลต่อระบบบริการสุขภาพมากซึ่งได้รับอิทธิพลจากทัศนคติต่อสุขภาพจากการแพทย์และสาธารณสุข และทัศนคติต่อความตายที่รองจากสาขาวิชาอื่นๆ

เนื้อหาในบทนี้ ผมจะอธิบายชุดทัศนคติต่อความตายชุดหลักในโรงพยาบาลสมัยใหม่ได้แก่ ทัศนคติที่มองความตายว่าเป็นความเสียหาย ล้มเหลวของระบบอวัยวะ ทัศนคติที่มองความตายว่าเป็นภัยอันตรายที่น่ากลัว และทัศนคติที่มองความตายว่าเป็นสภาวะที่สามารถควบคุม จัดการ ป้องกัน ตอบโต้ได้ด้วยระบบการบริการทางการแพทย์สมัยใหม่ ข้อค้นพบดังกล่าวคือผลจากตีความผ่านปรากฏการณ์ต่างๆ ซึ่งจะยกตัวอย่างเพื่อสนับสนุนข้อค้นพบในแต่ละหัวข้อ

เนื้อหาในส่วนถัดมาผมจะอภิปรายว่าแม้ระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลจะชุดทัศนคติหลักในการจัดการความเจ็บป่วยที่มีแนวโน้มไปสู่การตาย แต่ระบบบริการสุขภาพก็ยังคงมีปฏิสัมพันธ์กับชุดทัศนคติต่อความตายของสาขาวิชาอื่นๆ ทั้งที่แตกต่างและสอดคล้องกัน ชุดทัศนคติ

ในสาขาวิชาอื่นๆ ที่ปรากฏในวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้ได้แก่ทัศนคติต่อความตายแบบกฎหมาย แบบประกันภัย แบบงานดูแลผู้ป่วยแบบประทับประคอง และแบบศาสนาเป็นต้น

เนื้อหาส่วนสุดท้ายผมจะกล่าวถึงตัวอย่างปรากฏการณ์การตายที่ซับซ้อน ซึ่งเป็นผลมาจากการปะทะสังสรรค์ของทัศนคติต่อความตายในสถานการณ์เดียวกัน เพื่อแสดงให้เห็นว่าปรากฏการณ์การตายร่วมสมัยมีความซับซ้อน และการทำความเข้าใจปรากฏการณ์นั้นๆ จะต้องใช้วิธีการมองปรากฏการณ์มากไปกว่าชุดทัศนคติเดียว

7.1 ทัศนคติต่อความตายหลักของระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาลสมัยใหม่

จากการวิเคราะห์ปรากฏการณ์ในโรงพยาบาลในภาพรวม ผมพบว่าระบบการให้บริการในโรงพยาบาลมีทัศนคติต่อความตายในลักษณะที่เป็นแกนหลักดังต่อไปนี้

- 1) ความตายคือความเสียหายของอวัยวะหรือระบบอวัยวะ
- 2) ความตายเป็นสถานะเลวร้าย น่ากลัว มีพิษภัย
- 3) ความตายคือสถานะที่สามารถควบคุม ป้องกัน ตอบโต้ได้ด้วยบริการทางการแพทย์

สมัยใหม่

ทัศนคติดังกล่าวมีอิทธิพลต่อการออกแบบระบบบริการ และมีผลต่อบรรยากาศแวดล้อมที่ทำให้ผู้ให้และผู้รับบริการมีท่าทีบางประการต่อความเจ็บป่วยและการตาย ผมจะขยายความทัศนคติต่อความตายในโรงพยาบาล โดยตอบคำถาม 3 ประการที่สำคัญดังต่อไปนี้ 1) ทัศนคติต่อความตายแต่ละประการของระบบโรงพยาบาลมีลักษณะอย่างไร 2) ทัศนคติดังกล่าวส่งผลให้ระบบบริการมีท่าทีอย่างไรต่อการเจ็บป่วยและการตาย 3) ผู้ให้และผู้รับในฐานะปัจเจกบุคคลมีท่าทีอย่างไรต่อทัศนคติหลักของโรงพยาบาล ตลอดจนมีท่าทีอย่างไรต่อการป่วยและการตาย

7.1.1 ความตายคือความเสียหายล้มเหลวของอวัยวะหรือระบบอวัยวะ

โดยทั่วไปสังคมมองว่าความตายเป็นสิ่งตรงข้ามกับการดำรงอยู่ของชีวิต การนิยามความตายว่าคืออะไรจึงต้องอาศัยการพิจารณาว่านิยามของชีวิตคืออะไร เมื่อพิจารณาวิธีการนิยามความหมายของชีวิตในระบบการให้บริการในโรงพยาบาล ผมพบว่าระบบบริการในโรงพยาบาลได้นิยามความหมายของชีวิตและสุขภาพว่าเป็นการทำงานร่วมกันของอวัยวะหรือระบบอวัยวะซึ่งได้รับอิทธิพลจากทัศนคติแบบชีวการแพทย์

วิธีการมองระบบชีวิตว่าเป็นระบบอวัยวะดังกล่าว เป็นชุดวิธีคิดในการออกแบบการให้บริการผู้ป่วยแยกตามกลุ่มอวัยวะ เช่น การออกแบบอาคารให้ตอบสนองความเจ็บป่วยตามระบบ

อวัยวะ เช่น อากาศ โสต-ศอ-นาสิก ห้องตรวจจักษุ ห้องผู้ป่วยโรคไต อาคารผู้ป่วยระบบประสาท อาคารผู้ป่วยระบบทางเดินอาหารและระบบสืบพันธุ์ หอพักผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท อาคารจิตเวช อาคารทันตกรรม และคลินิกผู้ป่วยทางเดินหายใจ

ชุดวิธีคิดอีกแบบหนึ่งในการจำแนกออกแบบพื้นที่การให้บริการ คือวิธีคิดแบ่งผู้ป่วย ออกตามกลุ่มโรค เช่น คลินิกเบาหวาน คลินิกความดัน คลินิกผู้ป่วยโรคเอดส์ คลินิกผู้ป่วยโรคหัวใจ คลินิกผู้ป่วยวัณโรค เป็นต้น ผมพบว่าแฟ้มประวัติผู้ป่วยนอกจะมีการแบ่งสีแฟ้มตามกลุ่มโรค เช่น ผู้ป่วยมะเร็งมีแฟ้มสีเหลือง ผู้ป่วยเบาหวานเป็นแฟ้มสีชมพู ผู้ป่วยโรคทางเดินอาหารสีฟ้า เป็นต้น

นอกจากนี้วิธีการนัดหมายเพื่อให้บริการก็ยังแบ่งวันตรวจตามกลุ่มอวัยวะหรือตาม กลุ่มโรค เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ แพทย์จะตรวจทุกวันจันทร์และพฤหัสบดี ส่วนวันอังคารแพทย์คนเดิม จะตรวจผู้ป่วยมะเร็ง ผมฉันทราบว่าตนต้องพยายามจัดคนไข้ให้มาตามนัด เพราะถ้ามาผิดนัดอาจไม่ เจอแพทย์ประจำคนไข้ หรือแม้ว่าจะเจอแพทย์ประจำคนไข้แต่ตรวจโรคอื่นอยู่ แพทย์ก็อาจหงุดหงิด เพราะ "ถ้าตรวจโรคคนละกลุ่มโรคต้องสลับหัว จะทำให้เหนื่อย" ถึงแม้ว่าการออกแบบการบริการ ตามกลุ่มโรคจะเป็นคนละวิธีคิดกับการจำแนกตามกลุ่มอวัยวะ แต่ก็มีฐานวิธีคิดจากระบบอวัยวะ เช่นเดียวกัน เพียงแต่การพิจารณาอวัยวะเพียงระบบเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการอธิบายโรคเท่านั้น แต่ต้องพิจารณาระบบอวัยวะมากกว่า 1 ระบบ

ในยามที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะวิกฤติ วิธีการพิจารณาว่าผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่หรือไม่ ก็ พิจารณาจาก "สัญญาณชีพ" ซึ่งประกอบไปด้วยอุณหภูมิร่างกาย อัตราการเต้นของชีพจร การหายใจ และความดันโลหิต วิธีการตรวจสอบว่าชีวิตยังดำรงอยู่หรือไม่ ก็ตรวจสอบจากระบบอวัยวะ เกี่ยวกับการสูดหายใจของเลือด และระบบทางเดินหายใจ ยังทำงานอยู่หรือไม่ผ่านเครื่องมือทาง การแพทย์ ยามที่ปัมะลิเสียชีวิตก็เช่นกัน ที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยฟัง ฟังเสียงชีพจร และเสียงหายใจ ก่อนที่จะบอกว่า "ปัมะลิเสียชีวิตแล้ว"

งานวิจัยชิ้นนี้ผมยังไม่พบการตรวจวัดสัญญาณชีพแบบวัดสัญญาณไฟฟ้าจากสมอง ซึ่ง เป็นวิธีการตรวจวัดการตายอย่างละเอียดและเกี่ยวพันกับระบบการบริจาคนและการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ เหตุผลหนึ่งคือผมยังไม่ได้ไปสังเกตการให้บริการผู้ป่วยหนักเกี่ยวกับสมอง หากงานวิจัยชิ้นต่อไป สืบค้นปรากฏการณ์การวัดสัญญาณชีพขณะตายที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับผู้ป่วย อุบัติเหตุที่อาจประสพภาวะสมองตาย ก็น่าจะช่วยให้เห็นความชัดเจนว่า ระบบบริจาคนและเปลี่ยน ถ่ายอวัยวะมีผลต่อวิธีการวินิจฉัยการตาย ตลอดจนวิธีการตายของผู้ป่วย

รูปธรรมที่เห็นได้ชัดมากที่สุดอีกประการหนึ่งคือการตรวจสอบหาสาเหตุของการตาย ว่า ผู้เสียชีวิตเสียชีวิตเพราะเหตุใด วิธีการตรวจสอบมี 2 วิธี วิธีแรก คือการตรวจสอบจากการ

ชั้นสูตรพลิกศพซึ่งเป็นการชันสูตรผ่านร่องรอยการเสียชีวิต การซักประวัติ ทั้งนี้ต้องถ่ายรูปเป็นหลักฐานตามชิ้นส่วนร่องรอยต่างๆ ตั้งแต่หัวจรดเท้า หน้าและหลัง วิธีการนี้ไม่ต้องผ่าศพ เพราะการเสียชีวิตนี้เป็นการเสียชีวิตจากโรค ความชรา ความเจ็บป่วยซึ่งถูกนิยามว่าเป็นการเสียชีวิตตามธรรมชาติ

วิธีที่สองคือการผ่าชันสูตรพลิกศพ ซึ่งต้องชันสูตรในห้องตรวจศพในโรงพยาบาลแห่งนี้เท่านั้น ศพที่จะถูกผ่าชันสูตรสาเหตุการตายจะต้องถูกเตรียมด้วยการถอดเสื้อผ้า ทำความสะอาด นอนอยู่ในรถเข็นที่ทำด้วยโลหะ ที่ปลายเท้ามีรูระบายน้ำ ผู้ช่วยแพทย์นิติเวชจะผ่าเปิดหน้าท้อง สํารวจอวัยวะภายในว่าอวัยวะชิ้นใดมีความผิดปกติ ภาพชิ้นส่วนอวัยวะทั้งที่ต้องสงสัยว่าเป็นชิ้นส่วนที่ชำรุดล้มเหลวเป็นสาเหตุของการตาย และที่ไม่ผิดปกติไม่ต้องสงสัยว่าชำรุดเสื่อมโทรมจะถูกถ่ายรูปเก็บไว้โดยถ่ายให้ติดกับป้ายแท็กตัวเลขเบอร์ผู้ป่วยที่ถูกผ่าชันสูตรศพ ป้ายดังกล่าวมีรูปร่างคล้ายนามบัตร พร้อมทั้งพิมพ์มาตรวัดความยาวคล้ายไม้บรรทัดลงไปในปีนั้นด้วยเพื่อวัดความกว้างยาวของอวัยวะที่จะถ่ายรูป การผ่าศพจะผ่าทั้งช่องท้องและกระโหลกศีรษะ เพราะอวัยวะทั้ง 2 ส่วน เป็นตัวกำหนดการทำงานของชีวิต แม้ว่าแพทย์จะพบสาเหตุการตายแล้วว่าตายจาเสียชีวิตเพราะ "ถูกกระแทกด้วยของไม่มีคมจนไตฉีกขาด" แต่ผู้ช่วยแพทย์นิติเวชก็ยังคงสำรวจชิ้นต่อไปจนครบ อีกทั้งยังต้องผ่าเปิดกระโหลก นำสมองของผู้เสียชีวิตมาถ่ายรูปแล้วผ่าครึ่ง และผ่าสมองตามขวางเป็นชิ้นๆ ในลักษณะผ่านลูกมะเฟือง เพื่อหาตอบโจทย์ว่าสมองเป็นอวัยวะที่ยังทำงานปกติและไม่ได้เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต

วิธีการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเสียชีวิตเพราะเหตุใด ก็จะวินิจฉัยด้วยวิธีที่แตกต่างกัน 2 ลักษณะ ลักษณะแรกคือวินิจฉัยเป็น ภาษาไทยสำหรับสื่อสารให้ฝ่ายทะเบียนราษฎรเขียนใบมรณบัตร อีกลักษณะเขียนเป็นภาษาอังกฤษโดยไม่มีคำแปลไทย ทั้งนี้แพทย์นิติเวชเขียนสาเหตุการตายได้มากกว่า 1 คำ ตัวอย่างการวินิจฉัยกรณีพระสมชาย เขียนสาเหตุการตายเป็นภาษาไทยว่าบาดเจ็บที่หน้าอกและช่องท้องอย่างรุนแรง เนื่องจากอุบัติเหตุจากรถ และเขียนภาษาอังกฤษอักษรตัวใหญ่ ซึ่งเป็นศัพท์ทางการแพทย์ว่า "ACUTE RENAL FALIURE, CEVERE CHEST INJURY, TRAFFIC INJURY, MASSIVE"

ตัวอย่างการวินิจฉัยอื่นๆ สำหรับระบุในทะเบียนราษฎร ได้แก่ บาดเจ็บที่หน้าอก ถูกกระแทกอย่างรุนแรงเนื่องจากถูกช่างทำร้าย บาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงเนื่องจากบาดเจ็บจากการจากรถ เลือดออกจากเยื่อหุ้มสมองจากการฟกช้ำ บาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง เสียเลือดมากจากกระดูกกระแทก เสียชีวิตจากการแขวนคอ เลือดออกในสมอง ระบบหายใจล้มเหลวเนื่องจากการจมน้ำ วัณโรคปอด ปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างรุนแรงเนื่องจากการถูกต่อย มะเร็งลำไส้ใหญ่ เสียเลือดมากจากบาดแผลกระสุนปืนลูกโคคบริเวณทรวงอก เสียชีวิตจากการค้ำน้ำกรด สันนิษฐานว่า

เสียชีวิตจากยามาห์กลุ่มพาราออกเข้าไปในร่างกาย และสันนิษฐานว่าเสียชีวิตเนื่องจากการแขวนคอ ฯลฯ

จากวิธีการระบุสาเหตุการเสียชีวิตดังกล่าวผมพบว่ากรอบคิดในการระบุสาเหตุการเสียชีวิตคือ ชีวิตจะสิ้นสุดลงอันเกิดจากอวัยวะบางอย่างล้มเหลวหรือหยุดทำงาน เช่น ระบบหมุนเวียนเลือดล้มเหลว ระบบหายใจล้มเหลว ย่อมมีสาเหตุบางอย่างที่ทำให้อวัยวะนั้นๆ หยุดทำงานด้วย เช่น ระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลวเนื่องจากถูกไฟดูด ระบบหายใจล้มเหลวเนื่องจากจมน้ำ แต่การระบุสาเหตุการตายบางอย่างก็ไม่ได้ระบุว่าจะบอวัยวะใดที่ล้มเหลว เช่น เสียชีวิตจากการดื่มน้ำกรดหรือเสียชีวิตจากการถูกไฟดูด

ปรากฏการณ์ชันสูตรพลิกศพ ผ่าศพเพื่อหาสาเหตุการตายนั้น นอกจากเป็นหลักฐานว่าระบบการให้บริการมองความตายว่าเป็นความล้มเหลวของอวัยวะหรือระบบอวัยวะแล้ว ยังมีมิติทางวัฒนธรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติการมองความตายว่าเป็นความเสียหายของระบบอวัยวะอีก 3 ประการ

ประการแรก การมองความตายแบบลดส่วนว่าเป็นความล้มเหลวของระบบอวัยวะนั้น น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมทันสมัย หากพิจารณามิติทางประวัติศาสตร์ของแผนกนิติเวชในโรงพยาบาลศูนย์แห่งนี้ จะพบว่าแผนกนิติเวชหรือห้องตรวจศพนั้นไม่ได้กำเนิดขึ้นเป็นแผนกแรกๆ ของโรงพยาบาล โรงพยาบาลแห่งนี้เพิ่งจะมีแพทย์นิติเวชเมื่อไม่เกิน 5 ปีที่ผ่านมา ก่อนหน้าที่จะมีแพทย์นิติเวชทำการผ่าศพเพื่อระบุสาเหตุการตาย ปีหนึ่งจะมีศพเพียงจำนวน 1-2 ศพ ที่จะถูกผ่าชันสูตรโดยแพทย์พยาธิวิทยาที่งานปกติจะตรวจชิ้นเนื้อ และจะผ่าเฉพาะกรณีสำคัญๆ เท่านั้น ผมมีโอกาสดูรูปถ่ายที่แพทย์พยาธิวิทยาถ่ายภาพการชันสูตรศพครั้งหนึ่งมีไม่กี่ภาพเท่านั้น ถ่ายเฉพาะภายนอก และการถ่ายก็ไม่ได้เจาะจงต้องการให้เห็นอวัยวะสำคัญที่ต้องการพิจารณาเป็นพิเศษ ต่างกับการถ่ายภาพของแพทย์นิติเวชที่จะถ่ายภาพศพกรณีหนึ่งหลายภาพ แม้จะถ่ายนอกสถานที่เช่นเดียวกัน การถ่ายภาพจะมีกรอบคิดที่ชัดเจน โดยเป็นการถ่ายเพื่อตอบโจทย์ว่า "ผู้ตายตายด้วยสาเหตุอะไร" การถ่ายภาพของแพทย์นิติเวชมีรูปแบบที่จะต้องถ่ายที่เกิดเหตุ ถ่ายภาพเต็ม ถ่ายภาพครึ่งตัวด้านหน้า ด้านหลัง ถ่ายภาพส่วนศีรษะ ด้านหน้า ด้านข้าง ด้านหลัง ถ่ายภาพมือ แขน หน้าอก ทั้งที่ใส่เสื้อและถอดเสื้อด้านหน้า ถ่ายส่วนล่าง ขา เท้า ก้น ถ่ายภาพทั้งด้านหน้า ด้านข้าง ด้านหลังเช่นเดียวกัน บางกรณีแพทย์นิติเวชให้ที่คำรงค์ผิวหนังให้มีรอยบวม จับเวลาเพื่อระบุเวลาเสียชีวิต

ปัจจุบันยังไม่มีแพทย์นิติเวชประจำทุกอำเภอ แต่มีประจำอยู่ในจังหวัดใหญ่ หรือพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่น แพทย์นิติเวชยังมีความสำคัญมากขึ้นในพื้นที่ที่มีการทำประกันชีวิตกับ

บริษัทประกันชีวิตขนาดใหญ่ ซึ่งรูปแบบการทำประกันชีวิตดังกล่าวมาพร้อมกับวิถีชีวิตแบบทันสมัย ที่กรอบคิดเรื่องการลดความเสี่ยงในชีวิตและทรัพย์สินเริ่มมีความสำคัญ

ประการที่สอง การอธิบายระบบชีวิตว่าเป็นการทำงานของระบบอวัยวะตามแนวคิดทางการแพทย์ยังแพร่ไปยังวิธีการมองชีวิตของระบบประกันชีวิต บริษัทประกันชีวิตปัจจุบันได้กำหนดกรอบแบ่งประเภทการตายแบบต่างๆ และยอมรับการประกันด้วยวิธีการตายบางวิธี คิดเบี้ยประกันตามความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยจากโรคบางอย่างหรืออวัยวะบางชิ้น เช่น การตายด้วยโรคบางอย่างต้องจ่ายเบี้ยประกันภัยมากกว่า หรือได้รับเงินชดเชยได้มากกว่าบางกรณี วิธีการมองดังกล่าวจึงทำให้แพทย์นิติเวชมีความจำเป็นเพื่อระบุสาเหตุการตายให้สอดคล้องกับระเบียบธุรกรรม การจ่ายค่าชดเชยของบริษัทประกันชีวิต ดังนั้นผู้เสียชีวิตที่เสียชีวิตในที่ห่างไกล แต่หากทำประกันชีวิตในวงเงินสูงในบริษัทประกันชีวิตขนาดใหญ่และมีสาเหตุการตายที่ไม่ชัดเจน บริษัทประกันภัยก็มักจะยื่นเงื่อนไขให้ญาติของผู้เสียชีวิตส่งต่อศพมาพิสูจน์ในโรงพยาบาลที่มีแพทย์นิติเวชให้บริการชั้นสูงที่สุด

ประการที่สาม แพทย์นิติเวชเกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบยุติธรรมของรัฐ ทั้งนี้รัฐก็มีการคิดการมองความตายเป็นประเภทใหญ่ๆ 2 แบบ คือการตายตามธรรมชาติ และการตายผิดธรรมชาติ

ในทางมานุษยวิทยา การระบุว่าอะไรคือ "สิ่งที่เป็นธรรมชาติ" ก็แสดงว่าได้มีการสร้างทางวัฒนธรรมบางอย่างเกิดขึ้นแล้ว ในที่นี้รัฐได้มองความตายที่ผิดธรรมชาติ และได้ระบุไว้ในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 148 ว่า การตายผิดธรรมชาติหมายถึงการตายจากสาเหตุ (1) ฆ่าตัวตาย (2) ถูกผู้อื่นทำให้ตาย (3) ถูกสัตว์ทำร้ายตาย (4) ตายโดยอุบัติเหตุ (5) ตายโดยยังมีปรากฏเหตุ ในทางตรงข้ามการตายตามธรรมชาตินั้นคือการตายจากโรค ความชรา หรือความเจ็บป่วยโดยไม่มีสัตว์ บุคคลเข้าแทรกแซง

การระบุสาเหตุการตายเกี่ยวพันกับระบุความรับผิดชอบในการตาย หากการตายนั้นเข้านิยามว่าเป็นการตายที่ผิดธรรมชาติกฎหมายจะถามคำถามว่า "ใครควรจะรับผิดชอบในการตายอันไม่สมควรครั้งนี้" ผู้ที่จะมีส่วนตอบคำถามนี้ได้คือแพทย์เพราะเป็นผู้มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการตาย ด้วยเหตุนี้รัฐจึงมีความจำเป็นที่จะต้องผลิตแพทย์นิติเวช เพื่อติดต่อสัมพันธ์กับระบบยุติธรรมของรัฐ

อย่างไรก็ตาม ระบบยุติธรรมก็ไม่ได้มีความเข้มข้นหนาแน่นในทุกพื้นที่ หมอปู่เล่าถึงวิธีการของอาจารย์แพทย์ในการนำศพจากบ้านมาชันสูตรที่โรงพยาบาล "แกไปเอาศพมา แกไม่ถาม

ญาติเลย เพราะแพทย์นิติเวชมีสิทธิทางกฎหมาย แถบบอกว่าถ้าไปคุยกับญาติเดี่ยวเรื่องยาว" ที่อาจารย์แพทย์ต้องทำเช่นนั้นเพราะอาจารย์ต้องชันสูตรศพในเมืองซึ่งมีความซับซ้อน ผู้กระทำผิดอาจเป็นญาติของผู้ตายก็ได้ "บางที่ฆาตกรก็นั่งอยู่ข้างๆ ศพ ถ้าเราไม่รักษาสีทรีให้ผู้ตายแล้วใครจะทำ" หมอปลูกว่าขณะนั่งรถกลับจากการชันสูตรนอกสถานที่ สำหรับจังหวัดแห่งนี้การนำศพกลับมายังโรงพยาบาลเกิดขึ้นไม่บ่อยครั้ง เพราะผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ตายด้วยโรค และมีกรณีฆ่ากันตายเกิดขึ้นแห่งนี้ไม่บ่อย "ถ้าตายก็ผูกคอตาย รถชนตาย ยากที่คนไทยถ้าจะฆ่าใครแล้วหลบเกลื่อนร่องรอย ส่วนใหญ่จะฆ่าเพราะโทสะ ไม่ได้วางแผนไว้ก่อน" ดังนั้นความจำเป็นที่จะต้องสืบสวนหาสาเหตุการตายในชุมชนที่มีความเป็นชนบทสูง ห่างไกลจากเมืองซึ่งเป็นสังคมสมัยใหม่จึงมีน้อย ความจำเป็นที่จะต้องมีการแพทย์นิติเวชในชนบทห่างไกลจึงมีน้อยลงไปด้วย

มิติทางวัฒนธรรมทั้ง 3 ประการดังที่กล่าวมา จะเห็นว่า ระบบยุติธรรมและระบบประกันภัยยอมรับในอำนาจการอธิบายระบบชีวิตว่ามีลักษณะเชิงกลไก ชีวิตคือการทำงานร่วมกันของระบบอวัยวะ ส่วนความตายคือความล้มเหลวของระบบอวัยวะซึ่งมีเหตุปัจจัยทางชีวภาพเข้ามากำหนด หากเป็นการตายด้วยโรค หรือพยาธิสภาพทางชีววิทยาที่ไม่มีเจตนาของบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยถือว่าเป็นการตายตามธรรมชาติ แต่ถ้าเป็นการตายที่แฝงไปด้วยเจตนาของบุคคลถือว่าเป็นการตายผิดธรรมชาติ ดังนั้นระบบการแพทย์สมัยใหม่ ระบบยุติธรรม ระบบประกันภัย และบริบทของสังคมสมัยใหม่จึงมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ดังกล่าวสนับสนุนให้ระบบบริการในโรงพยาบาลมองความตายว่าเป็นความล้มเหลวของระบบอวัยวะ

7.1.2 ความตายคือภัยอันตรายที่น่ากลัว

ทัศนคติการมองความตายว่าเป็นภัยอันตรายที่น่ากลัวนี้เป็นวิธีการมองที่แฝงทำที่แห่งความกลัวไว้ในตัวเอง จากปรากฏการณ์ต่างๆ ที่ผมรับรู้ในขั้นตอนการเก็บข้อมูล ตรงกลางระหว่างทัศนคติที่มองความตายเป็นความล้มเหลวของอวัยวะ กับทัศนคติที่ความตายว่าเป็นสิ่งที่ต้องควบคุมป้องกัน ตอบโต้ด้วยบริการทางการแพทย์ ย่อมมีทัศนคติที่อยู่ตรงกลาง นั่นคือ ความตายคือภัยอันตรายที่น่ากลัว ผมตีความทัศนคติของระบบบริการสุขภาพว่าเป็นภัยอันตรายที่น่ากลัวผ่านปรากฏการณ์การเรียกชื่อแทนความตาย ปรากฏการณ์ชื่อห้องดับจิตที่สับสน ปรากฏการณ์ต่อร่องเส้นทางเดินกลับของศพ ปรากฏการณ์ช่วยชีวิตไว้ก่อน ปรากฏการณ์แบ่งระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยเพื่อป้องกันต่อสู้กับความตาย ปรากฏการณ์ที่เจ้าหน้าที่ไม่กล้าให้มีการเสียชีวิตในหอผู้ป่วย ปรากฏการณ์ดังกล่าวเป็นรูปธรรมบางประการของทัศนคติต่อความตายของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลสมัยใหม่ ซึ่งแสดงออกผ่านทั้งระเบียบการให้บริการต่อผู้ป่วย และแสดงออกผ่านสภาพ

เรียกผู้ป่วยว่า (patient) แต่กลับเรียกการตายว่าแค่ วิธีการเลี้ยงที่จะพูดคำว่าตายจึงมีนัยสำคัญทางวัฒนธรรม

ความตายยังเป็นคำแทนสถานะที่เป็นที่สุดของความทุกข์ ผมได้ยินคำว่าตายอย่างชัดเจนในหลายกรณี ทั้งหมดเป็นคำหยอกล้อ ล้อเล่น เกี่ยวกับชีวิตผู้ให้บริการในโรงพยาบาล ครั้งหนึ่งพี่มณีเพิ่งทานข้าวเสร็จ เดินสวนกับพยาบาลหอบผู้ป่วยอายุรกรรมแล้วถามคำถามว่า "ช่วงนี้ที่วอร์ดมีใครเอนด์ออฟไลฟ์ (End of life ป่วยระยะสุดท้าย) บ้างมั๊ย พยาบาลคนหนึ่งหันมาตอบว่า "ช่วงนี้ไม่มีหรอก มีแต่พยาบาลนั่นแหละที่จะเอนด์ออฟไลฟ์" จากนั้นทั้งกลุ่มก็หัวเราะ สถานการณ์เช่นนี้เกิดขึ้นอีกสองสามครั้ง "มีแต่พยาบาลนั่นแหละที่จะตาย" อีกกรณีหนึ่งผมไปแนะนำตัวกับพยาบาลในคลินิกเบาหวาน เมื่อพยาบาลคนหนึ่งรู้ว่าผมเป็นนักศึกษาที่สนใจสถานการณ์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เธอก็ชี้ไปที่พยาบาลชายคนหนึ่งที่เป็นเพื่อนร่วมงานที่สนิทกับเธอ "นั่นไง คนไข้ระยะสุดท้าย จะตายอยู่แล้วนั่น" แล้วทั้งห้องก็หัวเราะ

นอกจากนี้ยังมีคำแทนอีกหลายคำ เช่น แพทย์ประจำตัวป้ามะลิบอกให้พี่มณีไปเยี่ยมป้ามะลิที่พักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยข้าง "รีบไปเยี่ยมป้ามะลินะ อะไรๆ ก็เกิดขึ้นได้ทุกเมื่อ" พี่มณีบอกทีมจิตอาสาให้ช่วยไปเยี่ยมผู้ป่วยว่า "ตอนนี้ป้ากำลังกำลังจะไปพาราไดซ์..."

"พาราไดซ์ไหน พาราไดซ์อะไร" จิตอาสาถาม "ไม่รู้ความหมาย
"สวรรค์นะ..." พี่มณีเฉลย

ยังมีวิธีการพูดถึงความตายในลักษณะการใช้คำอื่นแทนความตาย แต่ลักษณะดังต่อไปนี้ผู้เล่าด้วยความไม่พอใจ ขุ่นเคือง และไม่ต้องการให้ผู้ให้บริการพูดถึงความตายดังสถานการณ์ดังต่อไปนี้

พยาบาลในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินจับกลุ่มคุยกัน พยาบาลคนหนึ่งพูดถึงคำวินิจฉัยของแพทย์อย่างขุ่นเคืองเมื่อครั้งเธอพาแฟนหนุ่มไปพบแพทย์ "หมอเขาบอกว่าถ้าไม่ยอมให้แฟนเป็นม่าย ให้กินผักเยอะๆ"

พี่มณีเล่าให้ฟังกรณีถึงผู้ป่วยคนหนึ่ง ที่แพทย์ยังไม่ได้บอกผู้ป่วยว่าโรคได้ดำเนินมาจนถึงระยะสุดท้ายและรักษาไม่หาย แพทย์ให้กลับบ้าน แต่คนไข้รู้สึกเหนือต้องการพักที่ห้องพิเศษ พยาบาลในห้องเปรยกับคนไข้ว่า "ไม่รู้เธอ ว่าห้องพิเศษสำหรับคนไข้ที่มีโอกาสรอดเท่านั้น" ผู้ป่วยได้ยินเช่นนั้นก็เสียใจ และกำลังเตรียมทนายจะไปฟ้องร้อง

อีกกรณีหนึ่งพี่มณีเล่าด้วยความคับแค้นใจ เป็นบทที่หมอบอกข่าวร้ายกับผู้ป่วย

"ลุง กินเหล้ามัย"

"กินครับ แต่เลิกแล้วครับ"

"ดี ลุงจะได้มีเวลาทำความดีอีกหกเดือน..."

จิตอาสาที่ฟังอยู่ที่ห้องโถงอย่างไม่พอใจที่แพทย์บอกข่าวร้ายอย่างกะทันหัน ไม่ได้ปลอบใจหรือเตรียมใจกับผู้ป่วย พี่มนต์ส่ายหน้าว่า "การฟ้องร้องมันจะเกิดขึ้นก็เพราะแบบนี้แหละ"

จากปรากฏการณ์การเรียกชื่อแทนความตายที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าความตายเป็นคำที่อ่อนไหว สร้างความสะเทือนใจ เป็นดั่งคำอัปมงคลที่ไม่ควรเอ่ยถึงโดยตรงไปตรงมา หรือโจ่งแจ้ง หากจะพูดถึงจะต้องพิจารณาบริบทสถานการณ์ หรือหลบเลี่ยงใช้คำอื่นที่มีนัยของการปกปิดไม่ให้เห็นรู้ได้อย่างถนัด อย่างไรก็ตาม แม้จะเลี่ยงไม่ใช้คำว่าตายแล้วแต่ถ้าใช้คำแทนหรือประโยคแทนด้วยท่าทีที่ไม่เคารพผู้ป่วย มีอารมณ์เสียดสีประชดประชัน โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ประะบางทางร่างกายและจิตใจคำว่าตายก็มีพิษสงน่ากลัวมากขึ้นไปอีก

การหลีกเลี่ยงไม่พูดถึงความตายในมิติหนึ่งเป็นการเคารพสิทธิผู้ป่วย นุ่มนวลต่อความประะบางที่อาจเกิดขึ้น แต่อีกมิติหนึ่งก็เป็นการผลิตซ้ำความหมายของความตายว่าเป็นสิ่งที่น่ากลัว ไม่ควรพูดถึง ทำให้ความตายน่ากลัวและดูมีภัยอันตรายมากขึ้นไปอีก

ชื่ออันสับสนของห้องดับจิต

ห้องดับจิต เป็นสัญลักษณ์ของความตายที่ชัดเจนที่สุด เพราะเป็นสถานที่ไปของผู้เสียชีวิตทั้งหมดในโรงพยาบาล เป็นห้องที่มีกิจกรรมเกี่ยวกับศพมากที่สุด ความกลัวตายจึงเชื่อมโยงไปกับสิ่งแทนความตายหรือสัญลักษณ์ของความตายที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างที่ชัดเจนคือการเอ่ยถึงห้องดับจิตซึ่งมีชื่อเรียกแทนที่หลากหลาย ไม่เป็นหนึ่งเดียว ห้องดับจิตมีชื่อเรียกหลายหลายชื่อ ชื่อที่เป็นทางการคือ "ตึกตรวจศพ" แต่ผมมักไม่ค่อยได้ยินเจ้าหน้าที่เรียกชื่อนี้ แต่จะเรียกว่า "ห้องโพสต์" ซึ่งเป็นที่รู้กันว่าเป็นสถานที่ที่นำร่างกายของผู้เสียชีวิตไปทำความสะอาด ฉีดยารักษาสภาพศพ (ฟอร์มาลิน) จัดการห่อศพ และนำกลับบ้าน

พี่มนต์เจ้าหน้าที่ฉีดยาผู้ป่วยมะเร็งบอกว่าห้องโพสต์ย่อมาจาก โพสต์เด็ดรุม (Post Dead room) เจ้าหน้าที่คนหนึ่งในห้องดับจิตก็เข้าใจว่าห้องโพสต์ย่อมาจากโพสต์เด็ดรุมก็เข้าใจแบบเดียวกันวันท่ายๆ ที่ผมอยู่ในสนาม ผมเกิดความสงสัยว่าห้องโพสต์ย่อมาจากโพสต์เด็ดรุมจริงหรือ ผมจึงถามหมอซึ่งเป็นแพทย์นิติเวชว่าห้องโพสต์ย่อมาจากอะไร หมอตอบว่าย่อมาจาก Postmortem ซึ่งคำว่า mortem ก็แปลว่าตายเช่นกัน แต่มีความสุภาพมากขึ้น ดังที่เราจะไม่เรียกว่า

ผู้ป่วยตาย แต่เรียกว่าผู้ป่วย “เสียชีวิต” เพราะคำว่าเสียชีวิตดูสุภาพมากกว่าคำว่า “ตาย” ผมจึงพบว่าผมเข้าใจผิดมาโดยตลอด รวมถึงเจ้าหน้าที่ห้องดับจิตที่ไม่ได้สงสัยถึงความเป็นมาของชื่อห้อง

ตลอดการเก็บข้อมูลผมได้ยินการเรียกชื่อห้องโพสต์ว่าห้องดับจิตเพียงครั้งเดียว ผมตีความว่าสาเหตุที่เจ้าหน้าที่ไม่เรียกห้องดับจิต ห้องตรวจศพ หรือเก็บศพ แต่เรียกชื่อภาษาอังกฤษปนไทยว่าห้องโพสต์ ก็เป็นเพราะคำว่าศพ ตาย ดับจิต ดูจะเป็นคำที่มีความหมายน่ากลัว น่าเกลียด ไม่เป็นมงคล อีกทั้งอาจทำให้คนไข้ตกใจเสียชีวิต นอกจากนี้การไม่เรียกชื่อห้องตรวจศพว่า “ห้องดับจิต” นั้นก็อาจเป็นเพราะคำว่าห้องดับจิตไม่สอดคล้องกับโลกทัศน์ของการแพทย์สมัยใหม่ที่ไม่ค่อยพูดถึงเรื่องของ “จิต” มากนัก อีกทั้งคำว่า “ดับ” ของ “จิต” ก็อาจมีนัยยะที่น่ากลัว ราวกับการตัวตนอันเป็นแก่นสารของมนุษย์จะสูญหายไปตลอดกาล ดังนั้นกรณีการเรียกใช้ชื่อห้องตรวจศพที่ไม่ตรงไปตรงมาจึงน่าจะเป็นการปกปิด หลีกเลี่ยงความตายรูปแบบหนึ่งนั่นเอง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าระบบการให้บริการในโรงพยาบาลมีแนวโน้มที่จะมองความตายว่าเป็นสถานะที่น่ากลัว ไม่พึงประสงค์ พึงปฏิเสธ ต่อสู้ดิ้นรน ปกปิด หลีกหนี

ศพกลับบ้านทางไหนดี

ตัวอย่างอีกกรณีหนึ่งที่ค่อนข้างชัดเจนว่าในโรงพยาบาลแห่งนี้มองว่าความตายคือความอัปยศที่น่าเกลียด ที่ไม่ควรให้สาธารณชนได้พบเห็นอยู่บ่อยๆ คือการจัดสรรเส้นทางเพื่อนำศพออกจากโรงพยาบาล

ก่อนปี พ.ศ. 2540 นั้น โรงพยาบาลยังไม่มีอาคารตรวจศพ การทำศพจึงทำอย่างง่าย ๆ ในห้องปูนหลังโรงพยาบาล มันอยู่ใกล้สระพันปีใต้ต้นไม้โพธิ์คู่วังเวง เมื่อมีอาคารตรวจศพแล้ว ห้องตรวจศพก็ย้ายมาตั้งอยู่ที่ใจกลางโรงพยาบาล การนำศพออกจากห้องเก็บศพใช้เส้นทางได้ 2 เส้น คณะกรรมการตกลงกันว่าจะให้เจ้าหน้าที่เข็นศพออกไปทางด้านหลังตึกเพื่อ “หลบสายตาผู้ป่วย จะได้ไม่น่าเกลียด” แต่ไม่กี่ปีต่อมา โรงพยาบาลก็มีการย้ายตึกอำนวยการจากอาคารหน้าโรงพยาบาลไปไว้ด้านหลังโรงพยาบาล เส้นทางขนศพจึงถูกเปลี่ยนจากออกด้านหลังโรงพยาบาลมาออกด้านหน้าโรงพยาบาล พี่ดำรงเล่าถึงแนวคิดในการเปลี่ยนเส้นทางขนศพ “เขาบอกว่าที่ตึกอำนวยการมักมีผู้ใหญ่มาประชุมทำธุระ มีแขกไปใครมา ขนศพไปด้านหลังมันน่าเกลียด เขาเลยย้ายมาให้เอาศพขึ้น (รถ) ที่หน้าโรงพยาบาล” ดังนั้นโดยตัวศพซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของความตายจึงเป็นสิ่งน่าประหวั่นพรึงที่แม้ผู้รับบริการจะไม่ควรเห็น แต่ผู้มีอำนาจไม่ควรเห็นยิ่งกว่า ขณะนี้การขนศพกลับบ้านจึงขนผ่านหน้าโรงพยาบาลซึ่งมีคนพลุกพล่าน การนำศพลำเลียงขึ้นรถเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นทำทาสายตาผู้พบเห็นและเรียกร้องความสนใจ อย่างไรก็ตาม ผมแน่ใจว่า

หากมีทางเดินที่หลบสายตาคู่คน สะดวกต่อการขนส่งขึ้นลงมากกว่านี้ คณะกรรมการบริการโรงพยาบาลก็น่าจะเปลี่ยนเส้นทางการขนส่งศพอย่างแน่นอน

ช่วยชีวิตไว้ก่อน

เพราะความตายเป็นภัยอันตราย ความเจ็บป่วยอาการผิดปกติทางกายทั้งหลายจึงมีสัญญาณของความตายซ่อนอยู่ โดยเฉพาะความเจ็บป่วยที่มีพัฒนาการจนกระทั่งเชื่อมโยงไปสู่การตายได้ เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก็มักจะได้รับการแนะนำให้ควบคุมอาหาร มิฉะนั้นจะเกิดความผิดปกติที่ไต อาจไตวาย และเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยโรคมะเร็งก็มักจะตระหนักว่าโรคของตนมีพัฒนาการไปสู่ความตาย ดังนั้นกระบวนการรักษาเกือบทั้งหมดจึงถูกวางแผน จัดให้บริการ เพื่อยืดระยะเวลาระหว่างความเจ็บป่วยในปัจจุบัน กับความตายให้ยาวนานที่สุด

การ "ช่วยชีวิตคนไข้ไว้ก่อน" ปรากฏชัดในการบริการผู้ป่วยฉุกเฉินในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER- Emergency and Rescue) ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุย่อมได้รับการช่วยชีวิต กู้ชีพไว้ก่อน โดยไม่ต้องถามอะไรใดๆ แก่ผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยจะสื่อสารไม่ได้กับทีมเจ้าหน้าที่ หรือแม้ว่าผู้ป่วยจะสั่งห้ามไม่ให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการบางอย่างที่เจ็บปวด ผู้ป่วยจากอุบัติเหตุรถชนรายหนึ่งถูกส่งเข้าโรงพยาบาลด้วยอาการหนัก พยาบาลต้องช่วยชีวิตผู้ป่วยด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจทางหลอดลมให้ผู้ป่วย "กลืนลงไปลิกลง" แต่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือต่อต้านอุปกรณ์ท่อช่วยหายใจด้วยการไม่ร่วมมือกลืนท่อนั้น บางครั้งใส่ท่อช่วยหายใจได้แล้ว ผู้ป่วยก็คายออกมา พยาบาลต้องใช้ความพยายามใส่ท่อนั้นอยู่มากกว่า 5 ครั้ง จนกระทั่งใส่ท่อช่วยหายใจได้ด้วยความสำเร็จ

บางกรณีมีผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายด้วยการดื่มน้ำเมา หรือยานอนหลับ เจ้าหน้าที่ ER ย่อมต้องช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ก่อนด้วยการล้างท้อง พยาบาลจะไปยังข้างเตียง สอดสายยางบางอย่างลงไปคอผู้ป่วย เหน้ายาบางอย่างใส่กรวยที่ต่อกับท่อสายยาง ให้ผู้ป่วยอาเจียนออกมา ผมไม่เห็นการสนทนาระหว่างเจ้าหน้าที่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินกับผู้ป่วยหรือญาติในช่วงแรกๆ ของการรักษาผู้ป่วย แต่จะลงมือปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้ป่วยเลย แพทย์จะทำการซักประวัติผู้ป่วยในลักษณะรู้ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพ สาเหตุการเกิดโรค แพียหรือไม่ เคยรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้หรือไม่ มีโรคประจำตัวใด จากการสังเกตจำนวนไม่กี่ครั้งผมยังไม่เคยสังเกตเห็นแพทย์ในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินพูดคุยถึงแผนการรักษา ความคาดหวังในการรักษาหรือหายจากโรค

ในกรณีที่ผู้ป่วยหยุดหายใจ หรือชีพจรหยุดเต้น ผู้ป่วยจะต้องได้รับการปฏิบัติการช่วยชีวิต ด้วยการกระตุ้นหัวใจและชีพจร (CPR - Cardiopulmonary Resuscitation) ไว้

ก่อนเสมอ ไม่เพียงแพทย์หรือพยาบาลเท่านั้นที่จะต้องบีบหัวใจเป็น แต่ผู้ช่วยแพทย์และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ด้วยเช่นกัน ที่จะได้รับการอบรมวิธีการกู้ชีพหากเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินขึ้นในโรงพยาบาล ทั้งนี้ผู้จัดการอบรมหลักคือแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แม้ผู้ป่วยเรื้อรังที่เจ็บป่วยมานาน หากสัญญาณชีพขาดหาย ก็ย่อมต้องได้รับการกู้ชีพไว้ก่อนเช่นเดียวกันหากผู้ป่วยหรือญาติไม่ได้ดำเนินการบอกข้อตกลงเช่นเอกสารขอปฏิเสธช่วยชีวิต

การช่วยชีวิตมีระดับความเข้มข้นและความจำเป็น เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การกดนวดหัวใจ การใช้ยากระตุ้นหัวใจ การช็อคไฟฟ้า การฟอกไต ผมสังเกตว่าญาติผู้ป่วยบางคนไม่รู้ว่าการช่วยชีวิตให้การดูแลอย่างเต็มที่นั้นมีระดับความเข้มข้นที่หลากหลาย ญาติผู้ป่วยอาจบอกว่า "ดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่และดีที่สุด" แต่เมื่อผมถามต่อว่า "หากมีเหตุฉุกเฉินจะให้หมอใช้ยากระตุ้นหัวใจหรือไม่" "บีบหัวใจด้วยหรือไม่?" ญาติบอกว่า "ไม่บีบหัวใจ อยากให้แก่ไปสบาย" ในกรณีของพระสมชาย แพทย์ประจำผู้ป่วยถามพระสมชายด้วยคำถามคล้ายกันว่าจะให้ฟอกไตหรือไม่ พี่ชายบอกว่า "แล้วแต่หมอจะเห็นสมควร"

ผมตั้งข้อสังเกตว่าการสื่อสารเรื่องการช่วยชีวิต และการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุดยังมีช่องว่างเรื่องความเข้าใจและการสื่อสาร ผมถามพี่พร พยาบาลห้อง ICU ว่าใครจะเป็นคนคุยกับคนไข้เรื่องการปฏิเสธการรักษา ส่วนใหญ่พยาบาลประจำออร์ดีจะไม่นกล้ำคุย เพราะหากคุยกับคนไข้แต่สื่อสารไม่ตรงกับที่แพทย์สื่อสารอาจเกิดความขัดแย้ง เช่น ถ้าพยาบาลถามเรื่องการใส่ท่อ ญาติอาจเข้าใจว่าผู้ป่วยมีอาการหนัก ในขณะที่แพทย์อาจบอกว่ามีโอกาสหายกลับบ้านด้วยเหตุนี้พยาบาลมักรอคู้ท่าที่การสื่อสารของแพทย์ และหากแพทย์ยังไม่มีข้อสรุปหรือท่าทีในการรักษาที่ชัดเจน พยาบาลก็อาจเลือกที่จะไม่สื่อสารกับผู้รับบริการ "พี่เลยไม่พูด รอหมอพูด เพราะการสื่อสารของเราอาจไปขัดกับหมอ ถ้าคนไข้หยุดหายใจ เราก็บีบหัวใจเขาไว้ก่อน ญาติก็อาจเห็นกระบวนการแล้วก็จะรู้สึกสงสาร คราวนี้ญาติก็อาจเป็นฝ่ายบอกเราไม่ให้บีบคนไข้อีก"

ปรากฏการณ์ความลำบากใจในสื่อสารกับผู้รับบริการยามที่กำลังจะเสียชีวิตดังกล่าว ผมตีความเป็นเพราะระบบสุขภาพได้กำหนดให้การช่วยชีวิต ผดุงรักษาชีวิตให้ตั้งอยู่นานที่สุดเป็นคุณค่าหลักของโรงพยาบาล "การสื่อสารเพื่อแสดงเจตนาการปฏิเสธการรักษาจึงเป็นกระบวนการสนทนาที่สั้นคลอนคุณค่าของการช่วยชีวิตให้ตั้งอยู่ได้ ซึ่งเป็นคุณค่าหลักของระบบบริการ ในกระบวนการดังกล่าว จึงง่ายที่จะเกิดความขัดแย้งขึ้นในการสื่อสารสนทนาเรื่องการปฏิเสธการรักษา หรือการจัดการการตายของผู้ป่วยอื่นๆ

คุณค่าหลักเรื่องการช่วยชีวิตให้ตั้งอยู่ได้ ทำให้ลักษณะการบริการแบบ "ช่วยชีวิตไว้ก่อน" ก็เป็นสิ่งที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ในโรงพยาบาลเป็นปกติวิสัย การตัดสินใจให้การช่วยชีวิตเป็นการตัดสินใจที่ "ปลอดภัยไว้ก่อน" เนื่องจากสอดคล้องกับสมมติฐานของระบบบริการ

สุขภาพ สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้รับบริการ จึงมีโอกาที่จะถูกร้องเรียนได้น้อยกว่า ดังนั้น การสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการถึงการแสดงเจตนาปฏิเสธรักษาจึงยังมีช่องว่างอยู่มาก

กรอบคิดเรื่องความตายกับการแบ่งระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วย

ในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุมีชุดคุณค่าหลักว่าจะต้องช่วยชีวิตของผู้ป่วยให้ตั้งค้ำรออยู่ได้ ชุดคุณค่าดังกล่าวได้ออกแบบระบบการให้บริการในแผนกอุบัติเหตุโดยแยกผู้ป่วยเป็นประเภทตามระดับความฉุกเฉิน และจะใช้สัญลักษณ์สีในการแบ่งประเภทผู้ป่วย ออกเป็นสีแดง สีเหลือง และสีเขียว วิธีการแบ่งสีดังกล่าวได้รับการออกแบบจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดังนี้

1. ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (สีแดง) ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับการปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างฉับไว หรือกล่าวได้อีกอย่างหนึ่งว่าฉุกเฉินวิกฤติ เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตต้องให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจรักษาทันที มิฉะนั้นผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือพิการอย่างถาวรในเวลาไม่กี่นาที

2. ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีภาวะเฉียบพลันมาก หรือเจ็บป่วยรุนแรงอาจจำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติการแพทย์อย่างรวดเร็ว มิฉะนั้น จะทำให้อาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมา หรือกล่าวได้ว่า เป็นภาวะที่ต้องให้การช่วยเหลือโดยเร็ว รอได้บ้างแต่ไม่นาน จัดเป็นอันดับรองจากกลุ่มแรก ผู้ป่วยประเภทนี้ถ้าปล่อยทิ้งไว้ไม่ให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง ก็อาจทำให้สูญเสียชีวิตหรือพิการได้ภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมง ผู้ป่วยประเภทนี้จะมีอาการหรืออาการแสดงอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง

3. ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (สีเขียว) ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้ แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากร และหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้อาการบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

ดังนั้น วิธีการให้การดูแลผู้ป่วยในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงไม่ได้เรียงตามลำดับมาก่อนหลังดังเช่นระบบบริการในแผนกผู้ป่วยนอก และไม่ได้ให้บริการแบบตามเวลา

(routine) ดังเช่นระบบการให้บริการในหอผู้ป่วยใน แต่จะเรียงลำดับการให้บริการตามความฉุกเฉิน ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤติกว่าก็จะได้รับการดูแลก่อน และผู้ป่วยที่มีอาการไม่วิกฤติมากจึงอาจต้องรอการบริการเป็นเวลานาน ภารกิจหลักของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงเป็นการช่วยผู้ป่วยให้พ้นขีดอันตรายเพียงพอที่จะรับการดูแลรักษาต่อได้ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม อายุรกรรม หรือ ICU ได้

ครั้งหนึ่งผมมาพักที่โรงพยาบาลในห้องอุบัติเหตุฯ พยาบาลที่กักตายนแล้วเล่าถึงสถานการณ์ทั่วไปในห้องว่า "ที่นี่ไม่มีอะไรแล้ว เคลียร์แล้ว" ผมสังเกตบรรยากาศในห้อง ยังมีผู้ป่วย 4 คน ที่ยังอยู่บนเตียง แต่ไม่ต้องทำหัตถการที่ใช้ความสามารถสูงมาก ผมจึงตีความว่าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีโลกทัศน์ที่มองผู้ป่วยเป็นภาระงานที่ต้องสะสาง ภาระงานนั้นคือการกู้ความวิกฤติของระบบอวัยวะให้พ้นวิกฤติ ดังนั้นถึงแม้ว่ามีผู้ป่วยอยู่ในห้อง แต่ถ้าอาการของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินเป็นสีแดงสีเหลืองก็สามารถผ่อนคลายกับการทำงานได้

การแบ่งผู้ป่วยออกเป็นสีต่างๆ ตามระดับความรุนแรง ยังนำมาใช้ในกรณีเกิดอุบัติเหตุหมู่ ในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุร้ายแรง มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจำนวนมาก ผู้บริหารที่รับผิดชอบจะประกาศภาวะฉุกเฉินซึ่งมีรหัสว่า "ฟ้าแลบ" พื้นที่ในการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินจะถูกขยายให้กว้างขวางขึ้น ระดมกำลังและทรัพยากรจากหน่วยงานอื่นๆ มากขึ้น พื้นที่ที่มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตมากก็จะออกแบบให้รักษาผู้ป่วยฉุกเฉินมากเป็นพื้นที่สีแดง พื้นที่ที่มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตน้อยก็จะออกแบบให้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการลดหลั่นกันลงมาเป็นพื้นที่สีเหลืองหรือเขียว นอกจากนี้ยังมีพื้นที่สีน้ำเงินเป็นพื้นที่รองรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยชีวิตได้แล้วจนต้องเสียชีวิตอย่างแน่นอน รวมทั้งเป็นพื้นที่รองรับศพ ในห้องอุบัติเหตุจะมีแผนรองรับการเกิดอุบัติเหตุหมู่เป็นคู่มือการจัดการเจ้าหน้าที่อื่นๆ นอกเหนือจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินก็จะมีหน้าที่สำรองด้วยเช่นกัน

การแบ่งประเภทผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินเป็นสิ่งจำเป็นในทัศนะของระบบการบริการในโรงพยาบาล เพราะผู้ป่วยแต่ละประเภทมีธรรมชาติที่ต่างกันและการดูแลที่ต่างกัน เบื้องหลังความคิดในการแบ่งผู้ป่วยก็คือกรอบคิดเรื่องความตายนั่นเอง โดยผู้ป่วยที่ยังเข้าใกล้ความตายมากเท่าใดย่อมต้องได้รับการทุ่มเทกำลังความรู้ ความสามารถ ทรัพยากรเพื่อช่วยเหลือให้ชีวิตยังตั้งดำรงอยู่ได้ ผู้ป่วยที่ยังไม่เข้าใกล้ความตาย หรือเสียชีวิตไปแล้ว ย่อมได้รับการบริการที่ให้ความสำคัญลดหลั่นลงมา

เรื่องใหญ่เมื่อคนตายในวอร์ด

การเสียชีวิตในโรงพยาบาลเกิดขึ้นทุกวัน แต่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในหอผู้ป่วยต่างๆ ด้วยสัดส่วนที่ไม่เท่ากัน เมื่อผมถามแพทย์และพยาบาลว่าวอร์ดใดที่มีคนตายเยอะ ผมก็

จะได้รับคำตอบในทันทีว่า หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วย ศัลยกรรมประสาท ห้อง ICU ห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โดยลักษณะงานพยาบาลในหอผู้ป่วยจะมีกิจกรรมการดูแลที่ค่อนข้างเป็นกิจวัตรประจำวัน (Routine) เริ่มจากการเดินราวด์ (Walking Round) ของแพทย์ในช่วงเช้าถึงช่วงสาย ให้การรักษาตามที่แพทย์สั่งการ ให้ยา จ่ายยา ทำความสะอาดห้อง รับประทานอาหาร บันทึกสัญญาณชีพต่างๆ เจาะเลือด เช็ดตัว กิจกรรมแทบทุกอย่างต้องมีการจดบันทึก แต่การเสียชีวิตของผู้ป่วยเป็นกิจกรรมพิเศษที่แตกต่างไปจากการพยาบาลอื่นๆ ในวอร์ด

พื้มฉินเล่าถึงเหตุการณ์เมื่อมีคนตายในวอร์ดว่า การเข้าไปสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติขณะที่ผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นกิจกรรมที่แตกต่างจากการให้การพยาบาลอื่นๆ โดยเฉพาะกรณี que ผู้ป่วยหรือญาติไม่ได้แสดงเจตนาปฏิเสธการรักษา ก็จำเป็นที่จะต้องมีการปฏิบัติการณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ กิจกรรมนี้ใช้กำลังของเจ้าหน้าที่หลายคนในการขึ้นปั๊มหัวใจ ประยุธา ฉิดยา จดบันทึก ตามแพทย์มาร่วมอยู่ในกระบวนการ ดังนั้นขณะที่ช่วยปั๊มหัวใจให้ผู้ป่วย เพื่อนคนอื่นๆ ก็ต้องทิ้งงานของตนเอง มาช่วยกู้ชีพ ขั้นตอนการปั๊มกินเวลาครึ่งชั่วโมง จึงหมายถึงเวลาที่สูญเสียชีวิตในการดูแลผู้ป่วยคนอื่นๆ อีกคนละครึ่งชั่วโมง อีกทั้งยังมีเอกสารที่ต้องเขียนรายงานจำนวนมาก ต้องเติมชาร์ตให้เต็ม เพื่อนำไปคำนวณเงินเรียกเก็บก่อนที่ญาติจะนำผู้ป่วยกลับบ้าน ถ้าทำคนเดียวไม่ได้ก็ต้องช่วยกัน ดังนั้นการมีคนตายในวอร์ด 1 คนจึงทำให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่ในเวรนั้นเพิ่มขึ้นมาก วันนั้นพยาบาลทั้งเวรอาจกลับบ้านสายเพราะต้องเคลียร์เอกสารให้เสร็จ ครั้งหนึ่งพื้มฉินขึ้นไปแนะนำตัวผมที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมซึ่งมีกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตหมาดๆ พื้มฉินถามว่า "วันนี้มีใครใกล้แค่อกอีกมั๊ย?" พยาบาลคนหนึ่ง que เข้าเคสในปฏิบัติการตอบอย่างอ่อนแรงว่า "ไม่ไหวแล้วพี่ วันนี้แค่คนเดียวก็ແ่แล้ว..."

ไม่เพียงการงานที่เพิ่มเพียงอย่างเดียวเท่านั้นที่ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่ยอมให้มีคนเสียชีวิตในวอร์ดแต่การเสียชีวิตยังเป็นเหตุการณ์ที่เปราะบางต่อการร้องเรียน ฟ้องร้อง เพราะการตายเป็นเหตุการณ์ที่สร้างความกระทบกระเทือนต่อจิตใจญาติ โดยเฉพาะกรณี que ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหันหรือไม่ได้เตรียมตัวมาก่อนหรือกรณี que ผู้รับบริการมีความขัดแย้งกับผู้ให้บริการในโรงพยาบาลก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในเหตุการณ์การตายอาจถูกเรียกตัวไปขึ้นศาลเมื่อใดก็ได้ดังกรณีที่พยาบาลคนหนึ่งอาสาช่วยเพื่อนเขียนชาร์ตหลังการเสียชีวิต แต่เวลาผ่านไปหลายเดือนเธอถูกศาลเรียกไปให้การเป็นพยานในเหตุการณ์เสียชีวิต เธอได้รับประสบการณ์ที่ไม่ดีจากสิ่ง que เกิดขึ้นในศาล รู้สึกเจ็บที่ไปช่วยเพื่อนเขียนชาร์ต ด้วยเหตุนี้การปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ใดๆ จึงต้อง "ปลอดภัยไว้ก่อน"

7.1.3 ความตายคือสถานะที่สามารถควบคุม ป้องกัน ตอบโต้ได้ด้วยระบบ

บริการทางการแพทย์สมัยใหม่

ทัศนะ 2 ประการแรก คือการมองความตายว่าเป็นการล้มเหลวของระบบอวัยวะ ซึ่งเป็นระบบทางกาย พร้อมทั้งมองความตายว่าเป็นภัยอันตราย ทัศนะสองทัศนะแรกมองความตายว่าเป็นปัญหา สำหรับในทัศนะนี้ผมเสนอว่าระบบบริการในโรงพยาบาลมองตนเองว่าเป็นคำตอบของปัญหา การตอบโต้กับปัญหาเรื่องความตายใช้วิธีการเข้าไปควบคุมจัดการร่างกายด้วยระบบบริการสมัยทางการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งประกอบไปด้วยการใช้ชุดความรู้ทางการแพทย์ตะวันตก การใช้เครื่องมือ ยา เวชภัณฑ์เทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมถึงระบบบริหารจัดการสมัยใหม่ในโรงพยาบาล ระบบบริการดังกล่าวทำหน้าที่ตรวจหาสาเหตุและกระบวนการเจ็บป่วยทางกาย เข้ากระทำการจัดการกับสาเหตุความเจ็บป่วยหรืออาการนั้นๆ เพื่อเพิ่มความเป็นไปได้ที่จะจัดการไม่ให้ผู้ป่วยต้องประสบกับความตาย หรือหากต้องประสบกับความตายก็ควรจะเป็นไปอย่างเนิ่นช้าที่สุด

ผมตีความทัศนะต่อความตายนี้ผ่านปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วย 1) การใช้เครื่องมือ เทคโนโลยี ทางการแพทย์ในการรักษาผู้ป่วย 2) ความยินยอมพร้อมใจในการถ่ายโอนอำนาจในการดูแลชีวิตของผู้ป่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ 3) ปรากฏการณ์เชิงจิตวิทยาของบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้สึกผิดต่อการตาย ความซาซินต่อความตาย การปรับวิธีคิดในการให้บริการสุขภาพตามหน้าที่ที่กำหนด และความลำบากใจในการบอกข่าวร้าย 4) ปรากฏการณ์การฟ้องร้อง ร้องเรียนที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลโดยเฉพาะกรณีการฟ้องร้องเมื่อมีการเสียชีวิต

1) การใช้เครื่องมือเทคโนโลยีทางการแพทย์ตอบโต้กับการตาย

วันแรกที่ผมเดินทางเข้าจังหวัดที่เป็นที่ตั้งของสนาม ได้มีโอกาสแวะไปชมพิพิธภัณฑ์ของจังหวัด พิพิธภัณฑ์ส่วนหนึ่งจัดแสดงเครื่องมือเครื่องใช้ประกอบพิธีการรักษาเยียวยาผู้ป่วยแบบท้องถิ่นในอดีต ไปจนถึงเครื่องปั้นดินเผารูปเคารพสำหรับฝังศพในยุคก่อนประวัติศาสตร์ ไม่แปลกที่เครื่องมือชิ้นเดียวอาจบอกถึงลักษณะและความเป็นไปบางประการของสังคมร่วมสมัย อาจตีความไปถึงความคิดความเชื่อ รูปแบบการใช้ชีวิต ดังนั้นแล้วเครื่องมือเครื่องใช้ย่อมเป็นส่วนประกอบเพื่อทำความเข้าใจวัฒนธรรมของพื้นที่และยุคสมัยนั้นๆ พิพิธภัณฑ์โบราณคดีสามารถสะท้อนความคิดดังกล่าวได้อย่างชัดเจนเพราะเล่าเรื่องราวในกาลเทศะหนึ่งผ่านการจัดแสดงเครื่องมือ คำพูดของนักมานุษยวิทยาว่า "หม้อชิ้นหนึ่งเล่าเรื่องราวได้ทั้งสังคม"

ผมใช้กรอบความคิดทางมานุษยวิทยาเช่นนี้สังเกต ตีความเครื่องมือเครื่องใช้ในโรงพยาบาลแห่งนี้เช่นกัน ในมิติหนึ่งเครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์สะท้อนความคิดความ

เชื้อ รูปแบบวิถีชีวิต การให้คุณค่า ความหมายต่อความตายในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ ถุงขยะอันตราย รถเข็น บัตรผู้ป่วยนอก เอกสารแบบเวชระเบียน ระบบบาร์โค้ดที่ติดถุงเลือด ถึงผลติดออกซิเจน ย่อมเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ที่ออกแบบจากฐานคิดเกี่ยวกับความตาย

ผมพบว่าการใช้เครื่องมือเครื่องใช้ตลอดจนเทคโนโลยีในโรงพยาบาลแห่งนี้ เป็นเครื่องมือเครื่องใช้ที่ได้รับอิทธิพลจากความคิดทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับทัศนคติต่อความตายสองประการแรก กล่าวคือ เครื่องมือเครื่องใช้และปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับเครื่องมือเครื่องใช้ส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อต่อต้าน ป้องกัน ควบคุมระบบอวัยวะไม่ให้ชีวิตที่เชื่อมต่อกับเครื่องมือเทคโนโลยีทางการแพทย์ต้องประสบกับความตาย และสำหรับผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว เครื่องมือเทคโนโลยีในโรงพยาบาลก็ยังเข้ามาเกี่ยวพันกับการปกปิดความตายไม่ให้เห็นได้ชัดเจน ซ่อนเร้นความตายไม่ให้มีลักษณะอัปลัก্ষณ์ น่าเกลียด สะเทือนใจต่อผู้พบเห็น เครื่องมือเทคโนโลยีมีลักษณะที่เกี่ยวข้องกับมิติทางวัฒนธรรมที่น่าสนใจ 2 ประการ คือ เครื่องมือเครื่องใช้และเทคโนโลยีในโรงพยาบาลถูกสร้างขึ้นโดยได้รับอิทธิพลจากทัศนคติต่อความตายและในขณะเดียวกันก็มีสถานะผลิตสร้างทัศนคติต่อความตายกับมนุษย์ที่เข้ามาเกี่ยวพันกับเครื่องมือเครื่องใช้นั้นด้วย ผมจะอธิบายลักษณะมิติทางวัฒนธรรมดังกล่าวจากตัวอย่างบางประการในการใช้ยา เครื่องช่วยหายใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ การให้อาหารทางสายยาง เครื่องสแกนร่างกาย เครื่องมือจัดการศพ ดังต่อไปนี้

กรณีการใช้ยาในผู้ป่วยมะเร็ง

ผู้ป่วยมะเร็งเมื่อได้แจ้งข่าวว่าตนมีเนื้องอกอยู่ในร่างกาย คำแนะนำที่ตามมาคือการผ่าตัด ฉายแสง หรือเคมีบำบัด หรือหลายกรณีร่วมกัน แต่แทบทุกคนล้วนต้องได้รับยาเคมีบำบัดในทางใดทางหนึ่ง ไม่ด้วยการฉีดเข้าเส้นแบบยามะเร็งรับประทาน แต่การฉีดเข้าเส้นจะมีประสิทธิภาพกว่า การใช้ยาในผู้ป่วยมะเร็งจะต้องมาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ บำรุงร่างกายให้แข็งแรงเพียงพอ ก่อนให้ยาต้องตรวจเลือดเสียก่อนเพื่อตรวจสอบว่าร่างกายแข็งแรงเพียงพอที่จะให้ยาเคมีบำบัดหรือไม่ การใช้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเป็นประสบการณ์ที่ทรมาณจึงทำให้ผู้ป่วยลังเลใจที่จะมารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ประกอบกับการป่วยเป็นมะเร็งก็มักจะมีผู้หวังดีมาหยิบยื่นทางเลือกอื่นๆ ในการรักษา เช่น แพทย์พื้นบ้าน หมอเป่า การใช้สมุนไพร การใช้อาหารเสริมทางเลือกที่มีมากย่อมทำให้ผู้ป่วยต้องตัดสินใจที่จะเลือกวิธีการรักษาลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ดังเช่นประสบการณ์ของผู้ป่วย ??? คน

1) ป้าละเมียดเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เธอได้รับคำแนะนำจากแพทย์ผู้วินิจฉัยว่า "ถ้าเธออยากหาย เธอต้องไปฉายแสง แล้วเธอจะหาย" คำยืนยันของแพทย์ทำให้ป้า

ละเมียดมีความหวัง เธอตัดสินใจที่จะสู้กับมะเร็งต่อเพื่อดูแลลูกสองคนให้เรียนต่อให้จบ ป้าละเมียดเลือกที่จะใช้วิธีการรักษาด้วยการฉายแสงและรับยาเคมีบำบัดแม้ว่าเพื่อนบ้านของป้าละเมียดที่อายุรุ่นราวคราวเดียวกันจะใช้การรักษาด้วยสมุนไพรพื้นบ้าน "หมอให้ไปฉายแสง ป้าก็ต้องไปแม้ว่าป้าจะไม่อยาก" ขณะที่ป้าละเมียดฉายแสงอยู่ เพื่อนบ้านของเธออาการดีขึ้นแล้ว อีกทั้งครอบครัวก็แนะนำให้หันมารักษาด้วยสมุนไพรตามเพื่อนบ้าน ป้าละเมียดจึงต้องต่อสู้กับจิตใจของตัวเอง บอกตัวเองให้มั่นใจในการตัดสินใจ

ขณะที่ป้าละเมียดกำลังฉายแสง และเพื่อนบ้านของเธอที่เป็นมะเร็งอยู่ที่อาการทรุดหนักจนเสียชีวิตแล้วในที่สุด การเสียชีวิตของเพื่อนบ้านทำให้ป้าละเมียดมั่นใจในการรับการรักษาด้วยวิธีการแพทย์สมัยใหม่มากขึ้น

2) ป้านวนจันทร์เป็นผู้ป่วยอีกคนหนึ่งที่ได้รับข่าวร้ายว่าเป็นมะเร็งเต้านมก็ตกใจกับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในร่างกายของเธอ ทางออกของเธอคือฝัดผ่อนเลื่อนนัดการผ่าตัดไป ระหว่างนี้เธอค้นคว้าข้อมูลด้วยการเดินทางไปหาพระที่เธอเคารพ ให้พระคุณวาท หวังว่าพระรูปนั้นจะแนะนำให้เธอไม่ต้องไปผ่าตัด เพียงกินยาสมุนไพรแบบที่คนอื่นๆ ในหมู่บ้านทำกัน แต่แล้วป้านวนจันทร์ก็ต้องผิดหวังเมื่อพระดำนิป้านวนจันทร์ว่า "ฝัดผ่อนหมอดีก 5 วัน อยากตายเร็วรี" ป้าผิดหวังแต่ก็ยอมรับทำตามคำแนะนำของพระที่บอกให้เธอ "ทำทุกอย่างที่หมอบอกให้ทำ" เพราะพระรูปนั้นที่ทำให้ป้านวนจันทร์ตัดสินใจมารับยาเคมีบำบัดในวันที่ผมพบป้านวนจันทร์ "ตอนแรกจะไม่มาแล้ว จะตายก็ตาย แต่สามีที่มาส่งไม่ยอมให้กลับบ้าน เลยได้มานั่งอยู่ตรงนี้" ป้านวนจันทร์ยังบอกว่าเธอเครียด แต่ก็มีคาถาที่ต้องท่องไว้ให้ผ่อนคลายความเครียด "ไม่หายก็ตาย ไม่ตายก็หาย คนเราจะตายก็ต้องตาย ตายก็ดีจะได้หมดกรรม เกิดใหม่จะได้เป็นคนไม่มีโรค"

พืมนิอยู่ห้องเคมีบำบัดมาแล้วประมาณ 7 ปี เธอพบว่าผู้ป่วยมักจะแสวงหาการรักษาจากหลายแห่ง ผู้ป่วยบางคนไปปรับการรักษาถึงที่กรุงเทพฯ เพราะเชื่อว่ายาที่กรุงเทพฯ ย่อมดีกว่ายาต่างจังหวัด และเมื่อผู้ป่วยถามว่าต้องการกินยาสมุนไพรขณะรับยาเคมีบำบัดจะได้หรือไม่ พืมนิให้คำตอบว่า "ขอให้รับยาเคมีบำบัด ผ่าตัด หรือฉายแสงครบคอร์สเสียก่อน ต้องเอาสาเหตุที่ทำให้เป็นมะเร็งออกเสียก่อน แล้วจะไปกินสมุนไพรก็ไม่ว่า มิฉะนั้นมะเร็งก็จะลุกลาม" พืมนิเคยไปดูงานด้านการให้การดูแลทางจิตวิญญาณที่วัดคำประมง ซึ่งเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยมักไปรับยาสมุนไพรเพื่อรักษามะเร็ง เธอก็ได้รับคำเตือนจากแพทย์มะเร็งว่า "ไปวัดคำประมงแล้วไม่ใช่ให้ยาสมุนไพรแก่ผู้ป่วยนะเว้ย"

ผู้ป่วยมีทางเลือกในการปฏิบัติต่อมะเร็งที่หลากหลาย การรักษาด้วยวิธีการแพทย์สมัยใหม่เป็นทางเลือกหนึ่งที่ปัจจุบันเป็นทางเลือกหลักมากขึ้นทุกทีจากประสบการณ์การรักษาที่ได้ผล และความครอบคลุมในสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า แม้ว่าจะยังคงต้องเสียเงินค่าที่พักหรือค่าเดินทางเป็นจำนวนมากในการมาโรงพยาบาลครั้งหนึ่ง แต่สำหรับระบบบริการในโรงพยาบาลแล้ว ทางเลือกในการปฏิบัติต่อมะเร็งนั้นจะเหลืออยู่ 2 ทาง คือการรักษาแบบให้หายขาด และการดูแลแบบประคับประคองกรณีที่ผู้ป่วยไม่อาจหายจากมะเร็งได้แน่แล้ว อย่างไรก็ตามการตัดสินใจที่ยังคงรักษาให้หายขาดก็ยังเป็นรูปแบบที่เกิดขึ้นแม้ว่าพัฒนาการของโรคจะดำเนินมาถึงระยะท้าย ดังเช่นกรณีหนึ่งที่ผมได้ร่วมสังเกตกระบวนการวินิจฉัยและให้คำปรึกษาของแพทย์แก่ผู้ป่วยชายอายุประมาณ 60 ปี รายหนึ่ง

แพทย์: "มะเร็งของลุงมันกระจายมากแล้วนี่ ถ้าเป็นในทางการแพทย์ก็ระยะ 4 แล้ว น่าจะไปผ่าตัด.....นะ"

ภรรยาของผู้ป่วย: "คะ จะพา(สามี)ไปวันพรุ่งนี้เลยคะ ที่ โรงพยาบาล...รักษาดีไหมคะหมอ"

"โรงพยาบาล.....ก็ใช้ได้อยู่ ลุงก็มีประวัติอยู่ที่นั่นอยู่แล้ว เดี่ยวผมเขียนใบส่งตัวให้"

ผมสังเกตถึงวิธีที่เกสัชกรหรือพินิจอธิบายเรื่องวิธีในการใช้ยา ผ่าตัดหรือฉายแสงในการรักษามะเร็งนั้นเกี่ยวข้องกับการต่อสู้ทำศึกสงคราม ตัวอย่างเช่น "เซลล์มะเร็งเป็นเซลล์ที่เติบโตผิดปกติ เป็นเนื้อร้าย ยาที่ให้มันก็จะไปฆ่าเซลล์มะเร็ง ยาหรือเซลล์มะเร็งก็จะไปทำลายเนื้อเยื่อส่วนที่เจริญเติบโตได้ด้วย เช่น ทำให้ผมร่วง แต่ถ้าหยุดยากิ่งอกใหม่ได้ ดังนั้นป่าต้องบำรุงร่างกายให้แข็งแรง กินเนื้อ นม ไข่ได้ ไข่กินเยอะๆ รักษามะเร็งก่อน เรื่องเบาหวานความดันเอาไว้ทีหลัง" การใช้ยาจึงเป็นเรื่องการต่อสู้กับเซลล์มะเร็ง หรือการต่อสู้กับกลไกธรรมชาติเพื่อป้องกันไม่ให้ชีวิตผู้ป่วยต้องตกไปอยู่ในสภาวะแห่งการตาย

อีกกรณีหนึ่งป้ามะลิเล่าถึงทฤษฎีการฆ่าเซลล์มะเร็งให้ผมฟังว่า "เซลล์มะเร็งมันได้อาหารจากเรา พวกเนื้อ นม ไข่ มันก็เลยเจริญขึ้นมา ดังนั้นเราก็อย่าไปให้อาหารเซลล์มะเร็งด้วยการกินมังสวิรัต" ด้วยเหตุนี้ป้ามะลิจึงกินอาหารมังสวิรัต เกสัชกรอีกคนก็ตอบคำถามผมนี้ด้วยทฤษฎีอีกชุดหนึ่ง "เรื่องกินมังสวิรัตเป็นความเชื่อ กินได้ แต่ถ้ากินน้อยไปเซลล์มะเร็งมันไม่ได้รับอาหารแล้วก็ตาย แต่เราก็กินไม่ได้รับอาหารแล้วก็ตายด้วยเหมือนกัน"

ในระยะท้ายของโรคมะเร็ง การใช้ยาเคมีบำบัดเริ่มจำเป็นน้อยลง การใช้ยาลดความเจ็บปวดมีความจำเป็นมากขึ้นเพราะผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่จะเจ็บปวดจากก้อนมะเร็งที่กดทับทำลายเซลล์ใกล้เคียง หรือเซลล์มะเร็งที่ลุกลามอาจไปทำลายระบบบอวัยวะอื่น การใช้ยาแก้ปวดกลุ่มมอร์ฟิน หรือศัพท์ทางการแพทย์เรียกว่า "เอ็ม โอ" (Mo ย่อมาจาก Morphine) ที่มันต์กล่าวถึงปัญหาของการใช้ยาลดความปวดในประเทศไทยนั้นคือใช้น้อยเกินไป เพราะแพทย์กลัวที่จะจ่ายยาให้ผู้ป่วยด้วยสาเหตุ 2 ประการ คือ กลัวผู้ป่วยติดยา และ กลัวผู้ป่วยเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาด ผมวิเคราะห์ว่าสถานการณ์เช่นนี้น่าจะได้รับการพัฒนาจากทัศนคติต่อความตายเช่นเดียวกัน กล่าวคือ การใช้ยาแก้ปวดจำนวนมากเกินไปอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต อีกทั้งมอร์ฟินถูกให้ความหมายว่าเป็นยาเสพติดควบคุมแพทย์จึงกังวลที่จะใช้ยาแก้ปวดดังกล่าวทำให้การใช้ยาแก้ปวดต่ำกว่าที่ควรจะเป็น แม้ว่าในทางวิชาการแพทย์จะระบุถึงขนาดที่ปลอดภัยเกี่ยวกับการใช้ยาแล้วก็ตาม

เครื่องช่วยหายใจ

เครื่องช่วยหายใจคือเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ที่มีอำนาจการช่วยชีวิตสูง ในโรงพยาบาลมีอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการหายใจมากมาย โรงพยาบาลยังมีถึงผลิตออกซิเจนได้เอง มันจะผลิตออกซิเจนส่งให้ตามท่อออกซิเจนที่ได้วางเครือข่ายไว้ทั่วโรงพยาบาล จนถึงเตียงผู้ป่วยในหอผู้ป่วยต่างๆ

เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลมีความหลากหลาย ตั้งแต่สายออกซิเจนที่จะรูแวนเข้ากับจมูกพ่นหยาบๆ หน้ากากออกซิเจนที่มีลักษณะครอบปาก ท่อช่วยหายใจที่ต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจที่ใช้ในหอผู้ป่วยในอายุรกรรมและศัลยกรรม และเครื่องช่วยหายใจขนาดใหญ่ที่ต่อเข้ากับท่อช่วยหายใจในห้อง ICU สำหรับออกซิเจนที่ให้ผู้ป่วยใช้หายใจมีทั้งแบบออกซิเจนแห้ง และที่ผ่านความชื้น ส่วนท่อช่วยหายใจมีทั้งแบบต่อเข้ากับปากผ่านหลอดลม และในกรณีที่มีสิ่งอุดตันบริเวณจมูกถึงคอ ก็อาจต้องใช้ท่อช่วยหายใจแบบเจาะคอเพื่อให้อากาศแก่ผู้ป่วยผ่านหลอดลมโดยตรงโดยไม่ต้องผ่านจมูกเลย

ความใหญ่และซับซ้อนของการใช้เครื่องช่วยหายใจแปรผันกับความวิกฤติของความเจ็บป่วย ยิ่งเข้าใกล้ความตายมาก เครื่องช่วยหายใจก็จะยิ่งใหญ่และยิ่งซับซ้อน เครื่องช่วยหายใจที่ดีที่สุดอยู่ในห้อง ICU เครื่องหนึ่งมีราคาตั้งแต่หลายแสนไปจนถึงหลักล้าน "เครื่องช่วยหายใจในห้องนี้ดีที่สุด ถ้าหายใจติดขัดที่อื่น ถ้าใช้เครื่องช่วยหายใจในห้อง ICU จะหายใจสบาย" พี่มณี อดีตพยาบาลห้อง ICU กล่าวถึงประสิทธิภาพของเครื่องช่วยหายใจ

ผมได้เข้าไปสังเกตการใช้เครื่องช่วยหายใจในห้อง ICU จุดเด่นของเครื่องนี้คือมีการแสดงผลผ่านทั้งเสียงการทำงานของเครื่อง และหน้าจอแสดงผลตัวแปรของการหายใจ

แจกแจงเป็นองค์ประกอบ ตัวเลข และกราฟการหายใจหลากหลาย เครื่องดังกล่าวมีตัวปรับวิธีการดูแลลมหายใจของผู้ป่วยในแบบต่างๆ เสียงที่ดีคือเสียงเครื่องช่วยหายใจให้เป็นจังหวะ และหากมีเสียงยาวต่อเนื่องกันเกิดขึ้นแสดงว่าได้มีสถานการณ์วิกฤติเกิดขึ้นกับลมหายใจของผู้ป่วยเสียแล้ว

ยายคนหนึ่งอยู่ในเครื่องช่วยหายใจ มันส่งเสียงร้องปิ๊ปปปิ๊...ดังยาวต่อเนื่อง พี่พร พยาบาล ICU มองไปที่เครื่องช่วยหายใจดังกล่าว เมื่อพบว่าเสียงนั้นยังคงยาวนาน เธอเดินเข้าไปปรับตั้งค่าที่เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยคนหนึ่ง ไม่นานก็เดินออกมา บ่นกับผมว่า "ยายไม่ชอบหายใจเสียแล้ว" ที่เสียงนั้นผู้ป่วยยังมีชีวิตและหายใจอยู่และไม่มีการวิกฤติที่ต้องช่วยชีวิตแต่อย่างใด เหตุที่ผู้ป่วยยังดูเหมือนหายใจอยู่ก็เพราะพี่พรปรับระบบการหายใจให้เครื่องช่วย ให้ผู้ป่วยหายใจมากขึ้น

ผมรู้ภายหลังว่าเครื่องช่วยหายใจสามารถปรับโหมดการช่วยหายใจได้หลายระบบ ตั้งแต่ระบบการช่วยหายใจแบบสมบูรณ์ กล่าวคือ โดยปกติ คนจะหายใจประมาณ 12 ครั้งต่อนาที ในกรณีนี้เครื่องช่วยหายใจจะช่วยให้ผู้ป่วยหายใจทั้ง 12 ครั้งและได้รับออกซิเจนในปริมาณที่เหมาะสม ดังนั้นแม้ผู้ป่วยไม่ต้องหายใจเอง เครื่องก็คงช่วยป้อนลมให้เข้าสู่ร่างกายและพยุงชีวิตให้ตั้งอยู่ได้ แต่ก็จะมีปัญหาสำหรับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ร่างกายอาจอ่อนล้าที่จะหายใจด้วยตัวเอง เครื่องช่วยหายใจจึงต้องมีระบบ "ฝึกให้ผู้ป่วยหายใจเอง" กล่าวคือเครื่องจะไม่ช่วยผู้ป่วยหายใจอย่างเต็มที่ (นาทีหนึ่งอาจช่วยหายใจ 8 ครั้งจาก 12 ครั้ง) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องหายใจด้วยตนเองให้มากขึ้น หากผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองอย่างเต็มที่แล้ว ก็สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้และย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤติได้

ผมรู้สึกตกใจเมื่อรู้ว่าเสียงปิ๊บบบ...ที่เพิ่งได้ยินนั้น คือเสียงของผู้ป่วยที่ไม่สามารถหายใจด้วยตนเองอีก หมายความว่า หากยายไม่อยู่ในเครื่องช่วยหายใจ ยายก็จะต้องเสียชีวิตในไม่กี่นาทีหลังจากเสียงปิ๊บบบนั้นดังขึ้น หากไม่มีเครื่องช่วยหายใจเครื่องนี้ ชีวิตย่อมไม่อาจตั้งอยู่ได้ ผมตระหนักในพลังอำนาจของเทคโนโลยีที่ช่วยให้ชีวิตตั้งอยู่ได้นานขึ้น นานจนบางคนสามารถคว้าโอกาสมีชีวิตโดยไม่ต้องพึ่งพาเครื่องจักรได้ แต่บางคนที่ไม่อาจเป็นอิสระจากเครื่องจักรได้จนกระทั่งเสียชีวิต ในกรณีหลัง เครื่องจักรช่วยให้ชีวิตตั้งอยู่ได้นานขึ้น แต่ในอีกมุมหนึ่งก็เป็นการยื้อการตายให้นานขึ้นเช่นเดียวกัน

ผมสังเกตว่าผู้ป่วยเมื่อต้องใช้เครื่องช่วยหายใจแบบใส่ท่อช่วยหายใจลงไปยังหลอดลมแล้ว ยังต้องมีเครื่องดูดเสมหะหรือของเหลวที่จะมาอุดตันท่อช่วยหายใจ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจก็มักจะกินอาหารเองไม่ได้ จึงต้องมาสายให้อาหารทั้งในรูปแบบของเกลือแร่ที่ฉีดเข้าเส้น และรูปแบบของของอาหารเหลวที่ให้ผ่านท่อให้อาหารผ่านหลอดอาหารลงไป ในกระเพาะโดยตรง ดังนั้นผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจจึงต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์อื่นๆ

ช่วยเหลือเพิ่มเติม การควบคุมชีวิตให้ตั้งอยู่ได้ไม่เพียงทำให้ระบบการให้ใจยังทำงานอยู่ แต่ยังคงต้องควบคุมแก้ไขปัญหาจากผลข้างเคียงในการใช้เครื่องช่วยหายใจนั้นด้วย

เครื่องช่วยหายใจและถังออกซิเจนยังเป็นสัญญาณของการมีชีวิต พื่อดำรงเล่าว่า หากรถส่งผู้ป่วยกลับบ้านมีถังออกซิเจนติดรถไว้ ก็สามารถเรียกเก็บค่ารับส่งผู้ป่วยได้แพงกว่า ส่วนรถของพื่อดำรงไม่ได้ติดถังไว้เพราะคิดว่าถังออกซิเจนไม่ใช่ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตจนถึงบ้าน "บางคนใส่ออกซิเจนตายการถก็มี ดวงจะไม่ตายก็เดินทางถึงบ้านได้โดยไม่ต้องมีออกซิเจน"

เครื่องสแกนร่างกาย

เครื่องสแกนร่างกายเป็นอุปกรณ์เทคโนโลยีสมัยใหม่ที่เพิ่มประสิทธิภาพช่วยในการวินิจฉัยความผิดปกติของอวัยวะ เครื่องสแกนร่างกายมีหลักการคือการตรวจเห็นอวัยวะภายในร่างกายโดยใช้เทคนิคต่างๆ เช่น การตรวจด้วยรังสี การใช้เสียงสะท้อน การตรวจจับกระแสไฟฟ้า ในโรงพยาบาลแห่งนี้มีเครื่องสแกนร่างกายที่หลากหลาย เช่น เครื่องฟิล์มเอกซเรย์แบบติดตั้งถาวร เครื่องฟิล์มเอกซเรย์แบบเคลื่อนที่ เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) เครื่องอัลตราซาวด์

การตรวจด้วยห้องปฏิบัติการก็มีวิธีคิดเช่นเดียวกับเครื่องสแกนร่างกาย คือมองให้เห็นอาการและสาเหตุให้เกิดโรคที่ดำรงอยู่ในวัตถุต่างๆ ที่ร่างกายผลิตขึ้น หรือแอบซ่อนในร่างกาย โดยเมื่อตรวจพบแล้วก็สามารถให้การรักษาซ่อมแซมให้ร่างกายทำหน้าที่ได้ปกติดังเดิมด้วยวิธีการต่างๆ

เครื่องสแกนร่างกายมีรหัสความหมายทางวัฒนธรรมคือการ *ส่อง ฟัง มอง* เข้าไปในร่างกายให้เห็นความผิดปกติของอวัยวะหรือระบบอวัยวะ เพื่อวินิจฉัยเบื้องต้นก่อนการวางแผนการรักษาจัดการที่ต้อง ตัด ผ่า เจาะ คัดแปลง อวัยวะภายในให้เป็นเช่นเดิม การดำรงอยู่ของเครื่องสแกนร่างกายสะท้อนว่าวิธีคิดทางการแพทย์สมัยใหม่มองสาเหตุของโรคว่าอาการเจ็บป่วยนั้นอยู่ข้างใน และการรักษาก็ต้องเปลี่ยนแปลงที่ *อวัยวะข้างใน* ให้ทำงานได้เช่นเดิม ในขณะที่การวินิจฉัยแบบพื้นบ้านนั้น มักจะวินิจฉัยว่าอำนาจภายนอก เช่น ผี เจ้ากรรมนายเวร เป็นผู้กระทำให้เกิดความผิดปกติหรือความเจ็บป่วยที่ปรากฏขึ้น

การดำรงอยู่ของกรรมวิธีในการตรวจเข้าไปในร่างกายนั้นเป็นผลจากการมองชีวิตว่าเป็นการทำงานประสานกันของระบบอวัยวะ แต่ด้วยมิติเครื่องมือที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับจัดการกับชีวิตทำให้ชีวิตของผู้ป่วยไม่เพียงต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญด้านร่างกายเท่านั้น แต่ยังคงได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมืออีกด้วย ภาพของการดูแลชีวิตจึงดูจะมีความ

ซับซ้อนใหญ่โตมากขึ้น มิติของเครื่องมือการตรวจรักษาจึงอาจมีผลต่อการรับรู้ว่าคุณค่าความเป็น
สภาวะที่สามารถจัดการ ตอบโต้ได้ด้วยเครื่องมือสมัยใหม่

เครื่องกระตุ้นหัวใจ

เครื่องกระตุ้นหัวใจเป็นอุปกรณ์จำเป็นที่ต้องประจำอยู่หอผู้ป่วยใน
อุบัติเหตุฉุกเฉิน ICU และอีกหลายๆ ห้อง รวมถึงห้องเคมีบำบัด ผมได้สังเกตเครื่องกระตุ้นหัวใจ
เช่นนี้ใกล้ชิดโดยไม่รู้การทำงานของมันมากนัก

เครื่องกระตุ้นหัวใจถูกผนวกรวมเข้ากับเครื่องตรวจกระแสไฟฟ้าหัวใจ
หรือ EKG (Electrocardiography หรือ Elektrokardiogramm ในภาษาเยอรมัน) ซึ่งจะต้องมีสายต่อ
กับร่างกายเพื่อวัดอัตราการเต้นของหัวใจเป็นกราฟภาพการเต้นของหัวใจ

เครื่องกระตุ้นหัวใจเป็นส่วนหนึ่งของปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ที่ต้อง
กดนวดหัวใจพร้อมกับให้ยากระตุ้นหัวใจ ผมได้อธิบายวิธีการใช้เครื่องควบคู่กับปฏิบัติการช่วยชีวิต
ไปแล้วในบทที่ 6 เครื่องกระตุ้นหัวใจมีแถบเหล็กที่ส่งสัญญาณไฟฟ้าไปยังบริเวณหัวใจของผู้ป่วย
มันถูกออกแบบมาให้มีขนาด 2 ขนาด คือขนาดเล็กกับผู้ใช้ใหญ่ เพื่อการส่งสัญญาณไฟฟ้าไปยังร่างกาย
ในขนาดที่เหมาะสม

เครื่องกระตุ้นหัวใจถูกตั้งไว้คู่กับรถเข็นฉุกเฉินซึ่งมีอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่
จำเป็น ได้แก่ ท่อช่วยหายใจ เครื่องมือต่างตลอดลม ยากระตุ้นหัวใจพร้อมทั้งเข็มฉีดยาและน้ำเกลือ
ในรถเข็นยังมีใบตรวจสภาพรถฉุกเฉิน ซึ่งจะต้องตรวจทุกๆ สัปดาห์เพื่อให้แน่ใจว่าหากมีเหตุฉุกเฉิน
เครื่องกระตุ้นหัวใจและรถเข็นจะพร้อมทำงานอยู่เสมอ

เครื่องกระตุ้นหัวใจเป็นส่วนหนึ่งของปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ แต่
เทคนิคการใช้เครื่อง ขนาดของกระแสไฟฟ้า รวมถึงขนาดของยากระตุ้นหัวใจมีการ "อัปเดต"
วิธีการใช้งานอยู่เสมอ ซึ่งแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะเป็นผู้ให้ความรู้ไปยังแผนกต่างๆ เป็นประจำ
ดังนั้น วิธีการกู้ชีพจึงมี *เทรน* หรือกระแสนิยมที่มีการเปลี่ยนแปลงทุกๆ 5 ปีโดยสมาคมหัวใจแห่ง
อเมริกา (American Heart Association) เป็นผู้ให้การศึกษาวิธีการกู้ชีพที่ยอมรับว่ามีประสิทธิภาพ
และกระจายความรู้ อำนวยการผลิตยา เครื่องมือทางการแพทย์ไปยังหน่วยงานสาธารณสุขทั่วประเทศ
ต่างๆ ในโรงพยาบาลสมัยใหม่ที่กระจายทั่วโลก รวมถึงโรงพยาบาลแห่งนี้

เครื่องกระตุ้นหัวใจจึงไม่อาจดำรงอยู่ได้อย่างโดดๆ แต่ต้องพึ่งพา
เครื่องมือเครื่องใช้อื่นๆ กระบวนการใช้เครื่องมือ ความรู้ บุคลากร ระบบบริหารจัดการทั้งหมด ซึ่ง
ได้รับเอาสมมติฐานเกี่ยวกับชีวิตที่ติดสอยมากับกระบวนการแพทย์โลกาภิวัตน์แบบตะวันตก

ทั้งหมดทั้งมวลทำให้การตายในโรงพยาบาลเป็นการตายในบริบทสังคมสมัยใหม่ เป็นการตายอันเนื่องมาจากพลังของสังคมโลกาภิวัตน์

เครื่องมือจัดการศพ

แม้หลังตายแล้ว เครื่องมือเทคโนโลยีสมัยใหม่ก็ยังเข้ามาเกี่ยวข้องกับการดูแลปฏิบัติต่อศพ ผมพบว่าเครื่องมือ วิธีการปฏิบัติต่อศพ และวิธีคิดเกี่ยวกับการตายมีความเกี่ยวพันกันอย่างใกล้ชิด

ก่อนที่ประชาชนจะเข้าถึงโรงพยาบาลได้อย่างสะดวกนั้น การดูแลการตายและการดูแลศพเป็นสิ่งที่ชุมชนต้องพึ่งตัวเอง ที่ดำรงเล่าถึงการจัดการศพในสมัยก่อนว่ามีพิธีการมากมาย โลงศพยังต้องต่อเอง เพื่อนบ้านต้องหยุดงานมาช่วยทำศพ และวิธีการรักษาศพก็ใช้วัสดุที่มีอยู่ในท้องถิ่น เช่น ใบยาสูบ ถ่านที่ไขจุดไฟเช้คเพื่อดับกลิ่น การเผาที่เผาในทุ่งนาหรือป่าช้า แต่เมื่อกรรมวิธีการจัดการศพเปลี่ยนไป เช่น การใช้สารฟอร์มาลินในการรักษาศพไม่ให้เน่าอย่างรวดเร็ว จนกระทั่งปัจจุบันมีโลงเย็น พิธีศพก็ลดขั้นตอนลง การมีส่วนร่วมในชุมชนน้อยลง พิธีศพทำอย่างรวดเร็วขึ้น ความโศกเศร้าจากการสูญเสียน้อยลง แม้การแบกศพรอบเมรุก็ไม่ต้องใช้คนแบกหรือใช้เกวียน แต่ใช้รถแห่โลงศพรอบเมรุ อาจารย์ทำพิธีศพแทบไม่ต้องทำอะไร "อะไรๆ ก็เปลี่ยนไปตั้งแต่มีโลงเย็น" ที่ดำรงสรุปความเปลี่ยนแปลงของวิธีการปฏิบัติต่อศพ

ความน่าหมั่นของศพเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้มากขึ้น การฉีดยาฟอร์มาลินนั้นแต่เดิมใช้วิธีฉีดลงไปในส่วนต่างๆ ของร่างกาย การฉีดด้วยวิธีดังกล่าวทำให้เนื้อบางส่วนส่งกลิ่นเหม็นและเน่าได้ การฉีดยารักษาศพในปัจจุบันใช้วิธีฉีดผ่านเส้นเลือดดำขณะที่ศพเพิ่งเสียชีวิตใหม่ๆ ทำให้ยารักษาศพเดินทางไปได้ทั่วทุกอวัยวะ

ปัจจุบันแม้จะฉีดสารฟอร์มาลินแล้วก็ยังต้องใส่โลงเย็น เพื่อเป็นการป้องกันความอับกลิ่นน่าเกลียดของความตายไม่ให้เห็นได้โดยง่าย วิธีการใส่ศพในโลงเย็นนั้นไม่เพียงใส่ศพในโลงเย็น แต่ต้องใส่ศพในโลงไม้ แล้วนำโลงไม้ใส่โลงเย็นอีกทีหนึ่ง การใช้โลงเย็นในการถนอมศพได้รับความนิยมนอกจากชาวบ้านอย่างมาก ผมได้ไปเข้าร่วมงานศพ 5-6 ครั้งในชุมชนในช่วงเวลาที่อยู่ในสนาม ทุกรายใช้โลงเย็นในการถนอมศพด้วยกันทั้งสิ้น ทั้งนี้เพราะชาวบ้านสามารถเข้าถึงบริการโลงเย็นได้จากร้านขายโลง และในบางแห่งวัดใกล้บ้านก็มีบริการให้เช่า หรืออบต.บางแห่งก็อาจซื้อโลงเย็นเป็นสวัสดิการสังคม

2) ความยินยอมพร้อมใจระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลมากกว่าชุมชน

โรงพยาบาลมีบทบาทในการดูแลความเจ็บป่วยของประชาชนมากขึ้นหลังจากรัฐบาลขยายระบบสาธารณสุขไปทั่ว การสร้างถนน การสร้างโรงพยาบาล การขยายสิทธิประกันสุขภาพให้มีความครอบคลุมประชาชนในวงกว้างมากขึ้น ในด้านหนึ่งประชาชนก็ให้ความเชื่อมั่นกับระบบบริการสุขภาพตามแนวคิดทางการแพทย์แบบสมัยใหม่มากขึ้น

กรณีความเจ็บป่วยบางรายมอบการตัดสินใจให้แพทย์ตัดสินใจได้เกือบเบ็ดเสร็จ ดังเช่นกรณีพี่ชายของพระสมชาย แม้แพทย์จะมาถามความเห็นพร้อมคำอธิบายถึงผลที่ตามมาจากการเลือกให้การรักษาคอนไจต์ต่างๆ รวมถึงบอกความเสี่ยงในการตัดสินใจเลือกทางเลือกแต่ละทาง แต่พี่ชายของพระสมชายก็ยังคงยืนยันให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจหลัก

อีกกรณีหนึ่งเป็นผู้ป่วยชายสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไตและอาการอื่นๆ ร่วมด้วย นอนอยู่โรงพยาบาลหลายวัน ตาเองก็อยากกลับบ้าน ในขณะที่ลูกๆ ผู้ดูแลก็ต้องการนำตากลับบ้าน "จริงๆ ถ้าตาจะต้องตาย ก็อยากให้ตาได้ตายงามๆ" แต่เมื่อแพทย์เจ้าของไข้แนะนำให้ตาฟอกไต ลูกๆ ก็ตัดสินใจให้ตารอคิวฟอกไตก่อน ลูกของตาคคนหนึ่งบอกผมว่า "แล้วแต่หมอจะดีกว่า" ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยบางคนจึงมีชีวิตในช่วงระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิตในโรงพยาบาล

ป้ามะลิเป็นกรณีอีกกรณีหนึ่งเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ป้ามะลิที่มีพัฒนาการของโรคมะเร็งมาถึงระยะสุดท้าย เพื่อนร่วมงานที่เป็นผู้ดูแลป้ามะลิหลักเล่าให้ผมฟังว่าการตัดสินใจพาป้ามะลิเข้าโรงพยาบาลครั้งสุดท้ายนั้น ส่วนหนึ่งเป็นการตัดสินใจของผู้ดูแล เธอขอให้ป้ามะลิรับการดูแลในโรงพยาบาลเมื่อได้รับการตรวจครั้งล่าสุด เพราะไม่สามารถดูแลผลพวงที่ขึ้นตามแขนและรักแร้ได้ "อย่างน้อยก็ให้ป้าได้อยู่โรงพยาบาล จะได้มีเจ้าหน้าที่ช่วยทำแผล เจ็บปวดอะไรก็เรียกพยาบาลได้ คนเฝ้าก็ไม่ต้องเป็นห่วงเพราะผลัดกันมาเฝ้าได้ทุกวันอยู่แล้ว" แม้ป้ามะลิจะวางแผนที่จะกลับบ้านในวันเกิด แต่ความอ่อนเพลียระหว่างการเดินทางกลับก็ทำให้ป้ามะลิและผู้ดูแลตัดสินใจพยายากลับบ้านขึ้นเตียงผู้ป่วยเตียงเดิม ป้ามะลิไม่ได้กลับบ้านอีกเลยจนกระทั่งเสียชีวิต

กรณีของยายสายเป็นกรณีอีกกรณีที่แสดงให้เห็นพลังของความเชื่อมั่นในบริการทางการแพทย์สมัยใหม่ ป้าสอยตัดสินใจให้ยายสายรับการรักษาต่อแม้ว่ายายสายจะต้องการกลับ และลูกหลานคนอื่นๆ ก็ขอร้องให้ป้าสอยพยายากลับบ้าน ป้าสอยหวังอย่างแรงกล้าว่ายายอาจมีอาการดีขึ้น ลูกนั้งได้เมื่อได้รับยาที่มีประสิทธิภาพมากกว่ายาที่ตนได้รับจากชุมชน ป้าสอยปฏิเสธคำอธิบายการเกิดโรคแบบพื้นบ้านที่บอกว่าเจ้ากรรมนายเวรจะมาเอาป้าสายไป "แม้แต่หมอเทวดาก็รักษาไม่หาย" แต่ป้าสอยก็เลือกที่จะให้ยายสายยังอยู่ในโรงพยาบาลแม้ยายจะเข้าสู่ระยะท้ายของโรค และไม่ได้มีอาการเจ็บปวดที่ต้องดูแลมากนัก "ถ้ายายยังมีโอกาส เราก็ไม่ควรทิ้งโอกาสนั้น"

ความเชื่อมั่นถึงประสิทธิภาพในการให้บริการของแพทย์ตะวันตก ยังแผ่ซ่านไปยังคำอธิบายแบบพื้นบ้าน ดังเช่นกรณีของพระสงฆ์รูปหนึ่งที่ได้รับดูแล แต่เมื่อญาติพาผู้ป่วยไปดูแลหวังการปลอบประโลมจากพระสงฆ์รูปนั้นเธอกลับถูกตำหนิกลับว่า "ผิดผ่อนหมอ อยากตายเร็วรีไร" พระสงฆ์ยังกำชับให้กลับมาโรงพยาบาลและ "ทำทุกอย่างที่หมอแนะนำ" ผู้ป่วยมะเร็งอีกรายหนึ่งที่ผ่านการรักษาจนกระทั่งหายจากมะเร็งก็ให้ความเชื่อมั่นในระบบการบริการทางการแพทย์สมัยใหม่ เธอกลับไปบอกผู้ป่วยคนอื่นๆ ในหมู่บ้านที่เป็นมะเร็งว่า "เมื่อก่อนเป็นมะเร็งฉันคิดว่าตายทุกคน แต่เดี๋ยวนี้มันหายได้ หมอเขารักษาได้" เธอยังแนะนำให้ผู้ป่วยมะเร็งในหมู่บ้านรักษาด้วยการแพทย์สมัยใหม่ และแนะนำให้หลีกเลี่ยงการรักษาด้วยสมุนไพรพื้นบ้าน "ถ้าสมุนไพรรักษามะเร็งได้ หมอเขาคงเอาสมุนไพรมาให้ฉันกินไปแล้ว"

นอกจากความเชื่อมั่นในกระบวนการรักษาดูแลสุขภาพด้วยระบบบริการทางการแพทย์สมัยใหม่ที่เป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจรับการรักษาในโรงพยาบาลสมัยใหม่ บริบทสังคมท้องถิ่นที่เปลี่ยนแปลงไปยังไม่อำนวยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในครอบครัวหรือชุมชน ดังเช่นการตัดสินใจของยายคนหนึ่ง เธอ นำสามีที่ป่วยระยะสุดท้ายมารักษาตัวที่โรงพยาบาลเพราะครอบครัวไม่มีใครพร้อมที่จะดูแลระยะยาว ลูกหลานของตาและยายไปทำงานที่กรุงเทพฯ จะกลับมาครั้งหนึ่งก็กลางมาดูแลได้เพียง 1-2 วัน การแก้ไขอาการหายใจติดขัด ไข้ขึ้นจึงเป็นไปได้ยากเพราะในครอบครัวไม่มีใครมาผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันดูแล

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเรื้อรังในหลายกรณีที่ผมไปร่วมในงานศพก็สามารถนำผู้ป่วยไปรักษาต่อที่บ้านจนกระทั่งเสียชีวิต แต่ก็ล้วนเป็นการตัดสินใจไปเสียชีวิตที่บ้านหลังจากผ่านการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นระยะยาวที่โรงพยาบาล ก่อนที่ผู้ป่วยมักขอให้ญาตินำตัวมาดูแลต่อเตรียมการเสียชีวิตที่บ้านซึ่งกินระยะเวลานานไม่เกิน 1 เดือน การกลับมารักษาที่บ้านล้วนผ่านกระบวนการรักษาต่อสู้กับโรคหรือความเจ็บป่วยมาแล้วทั้งสิ้น

กระบวนการสนทนาเจรจาต่อรองให้ผู้ป่วยมารับการดูแลต่อที่บ้านเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นปกติในผู้ป่วยเรื้อรัง แต่ในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ผู้ให้และผู้รับบริการพร้อมใจกันที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางกายแบบฉุกเฉินเต็มที่โดยแทบไม่ต้องมีการพูดคุยในเบื้องต้น การกู้ชีพด้วยกระบวนการทางการแพทย์ การใช้อัตราค่าล้างเจ้าหน้าที่กู้ชีพ การใช้ยาอย่างเต็มที่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเป็นปกติ แพทย์อาจมาพบกับญาติเมื่อได้ตัดสินใจดำเนินการเกี่ยวกับชีวิตในทางใดทางหนึ่งไปแล้ว ในห้อง ICU การดูแลจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเพียงลำพังเป็นความชอบธรรม การเยี่ยมของญาติกลายเป็นกิจกรรมพิเศษที่ต้องเปิดให้เข้าเยี่ยมเป็นเวลาเพียงสามช่วง คือ เช้า กลางวัน และหัวค่ำ พูดได้ว่ายิ่งพื้นที่ใดที่หนาแน่นด้วยความเจ็บป่วยที่หนักหนาวิกฤติ ก็ยิ่งหนาแน่นด้วยอำนาจทางการแพทย์ เครื่องมือทางการแพทย์ กระบวนการรักษาทางการแพทย์

บุคลากรทางการแพทย์จะเข้ามาจัดการร่างกายของผู้ป่วย นับหนึ่งก็เพื่ออำนวยความสะดวกให้กระบวนการช่วยชีวิตเป็นไปได้อย่างสะดวก อีกนัยหนึ่งก็ได้แยกญาติของผู้ป่วยให้ออกจากกระบวนการรักษาในระบบบริการสุขภาพ ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการต่างก็มีทัศนคติตรงกันว่าระบบบริการในโรงพยาบาลสามารถป้องกัน ควบคุม ต่อสู้กับความตายได้ การมอบอำนาจให้ระบบบริการสุขภาพดูแลจัดการกับร่างกายจึงเป็นกระบวนการที่ยินยอมพร้อมใจด้วยกันทั้งสองฝ่าย

3) การตายดี ความตายอันสมควร และการฟ้องร้อง

จากการศึกษาในสนาม พบว่าระบบบริการในโรงพยาบาลไม่ค่อยมีกรอบคิดเกี่ยวกับการตายดีตามแบบฉบับของชาวบ้านหรือในทางศาสนา ที่กล่าวว่า การตายดีหมายถึงการตายท่ามกลางญาติมิตร การตายด้วยอาการอันสงบ การตายอย่างมีสติ การมีเวลาได้ปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ การเตรียมตัวตาย การตายดีตามองค์ประกอบดังกล่าวหากเกิดขึ้นได้ก็จะเป็นเรื่องดีสำหรับผู้ให้บริการที่ประสบกับการตายครั้งนั้นๆ แต่ตัวระบบจะไม่ไ้พยายามที่จะให้ผู้ป่วยได้ตายดีตามค่านิยมการตายดีข้างต้น ระบบบริการสุขภาพควรมีปฏิริยาตอบสนองกับกรอบคิดในการมองความตายที่จำแนกตาม "ความตายอันสมควร" และ "ความตายอันไม่สมควร" มากกว่า กรอบคิดดังกล่าวจะมีผลต่อปรากฏการณ์การร้องเรียน ฟ้องร้องซึ่งผมจะอธิบายในหัวข้อต่อไป

ความตายอันสมควร

ความตายอันสมควรหรือความตายอันเป็นปกติวิสัย เป็นความตายที่ระบบบริการสามารถให้บริการได้ตามระบบ ผู้ให้บริการไม่ได้มีความทุกข์ อึดอัดใจที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับการตายเช่นนี้ ผู้ให้บริการที่ให้บริการต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือป่วยแบบฉุกเฉินจนกระทั่งเสียชีวิตในเวลาต่อมา แต่สิ่งสำคัญที่ทำให้การตายอันมีสาเหตุจากเจ็บป่วยหลากหลายประเภทเป็นการตายที่สมควรคือการตายที่ผ่านการรับบริการจากระบบโรงพยาบาลแล้วอย่างเต็มที่ตามสิทธิที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ การตายอันสมควรคือการตายที่ได้รับการรับรู้จากญาติผู้ดูแล และยอมรับในกระบวนการรักษาต่างๆ ผู้ป่วยที่ผ่านระบบให้บริการจากโรงพยาบาลแล้ว แม้ว่าจะเสียชีวิตที่บ้าน หรือที่โรงพยาบาลก็ตาม เสียชีวิตด้วยความสงบหรือความทรมานทรมาย แต่หากผู้รับบริการสามารถรับการตายของผู้ป่วยได้ ไม่ขัดแย้งโจมตีโรงพยาบาลด้วยการร้องเรียน ฟ้องร้องให้โรงพยาบาลได้รับความเสียหาย ระบบบริการสุขภาพสามารถจัดการการตายให้ผ่านไปได้อย่างปกติ

การตายอันไม่สมควร

ผมตั้งเกตุว่าระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลจะอ่อนไหวต่อลักษณะการตายอันไม่สมควรมากกว่าการตายอันสมควร ผมตีความการตายอันไม่สมควรจากท่าทีของผู้ให้บริการรายบุคคลที่มักมีปฏิกิริยากริ่งเกรง หวาดกลัว สะดุ้งสะเทือนต่อการตายที่เกี่ยวข้องกับการร้องเรียน ฟ้องร้อง นอกจากนี้ ตัวระบบให้บริการก็ยังมีท่าทีดังกล่าวต่อการตายอันไม่สมควรด้วยเช่นกัน ผมรวบรวมกรณีการตายอันไม่สมควรมาดังต่อไปนี้

1) การตายในวัยอันไม่สมควร การตายของทารกที่ได้รับการพิจารณาว่าเป็นทารกที่ยังมีชีวิต น้ำหนักเกินมาตรฐาน การตายเช่นนี้สร้างความสะเทือนใจแก่ผู้ให้บริการบุคลากรในแผนกสูตินรีเวชเป็นอย่างมาก

2) การตายในสถานที่ที่ไม่ควรตาย ที่กบ พยาบาลในคลินิกเบาหวานเล่าให้ฟังว่าในโรงพยาบาลมีสถานที่บางแห่งที่ไม่สมควรที่จะตาย เช่น ทางเดิน ที่นั่งรอพบแพทย์ การเสียชีวิตของผู้ป่วยในสถานที่นั้นๆ จะมีใครบางคนที่จะต้องถูกสอบสวน เข้ากระบวนการประชุมกรณีการตาย (Dead case conference) ระบบบริการเชื่อว่าการตายในสถานที่ดังกล่าวเป็นความผิดของระบบให้บริการที่สามารถปรับปรุง พัฒนาระบบให้ดีขึ้นได้ ลดจำนวนผู้ป่วยที่ไม่สมควรที่จะเสียชีวิตในที่นั้นๆ ได้น้อยลง

3) การตายที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ผมรับรู้มาตรฐานการรักษาผ่านการพูดคุยกับผู้ให้บริการเกี่ยวกับมาตรฐานการให้บริการจะมีตัวชี้วัด หรือรายละเอียดที่บอก *การตายที่ยอมรับไม่ได้* เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวไม่ควรเสียชีวิตภายใน 24 ชม. หลังจากได้รับการดูแลจากโรงพยาบาล เป็นต้น ดังนั้น มาตรฐานดังกล่าวจึงมีสมมติฐาน หรือชุดคำอธิบายโรคที่เชื่อว่า การดูแลของบุคลากรการแพทย์ เครื่องมือเทคโนโลยีทางการแพทย์ ระบบบริการในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพดีเพียงพอที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดจากอาการหรือโรคได้ในระดับหนึ่ง

4) การตายของผู้มีอำนาจ ผมพบว่าในหอผู้ป่วย ICU ผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับบุคลากรในโรงพยาบาล เช่น อาจเป็นญาติกับแพทย์หรือพยาบาลหรือผู้บริหารบ้านเมือง พยาบาลในห้อง ICU จะเรียกผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรโรงพยาบาลว่าเป็น "ผู้ป่วย VIP" ที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษจากเจ้าหน้าที่ ผมยังพบว่าหากมีขบวนเสด็จของราชวงศ์ จะต้องมีการเตรียมที่ว่างที่ห้อง ICU สำรองไว้เพื่อสถานการณ์ฉุกเฉิน หากมีเตียงว่างก่อนวันที่มีขบวนเสด็จก็จะไม่รับผู้ป่วยเพิ่ม หากมีผู้ป่วยเต็มแล้วก็อาจพิจารณาผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นไปไว้ที่หอผู้ป่วยสามัญ และหากไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้เลยก็จำเป็นต้องเพิ่มเตียงห้อง ICU จาก 8 เตียง เป็น 9 เตียง แต่ต้องเบียดเตียงกัน

5) การตายที่ตามมาด้วยความขัดแย้ง การฟ้องร้อง ร้องเรียน หรือสร้าง ความเสียหายแก่โรงพยาบาล จะเห็นได้ว่าการตาย 4 ประเภทข้างต้น เป็นการตายของผู้ป่วยที่มีความ เปราะบางและอาจตามมาด้วยเหตุการณ์ร้องเรียน ฟ้องร้องโรงพยาบาลได้ หากเกิดการฟ้องร้องขึ้น ในโรงพยาบาลก็จะเป็นเรื่องราวที่โจษขานใหญ่โต และโรงพยาบาลอาจต้องเสียค่าชดใช้ต่อ ผู้เกี่ยวข้องจำนวนมาก การเรียกค่าเสียหายครั้งหนึ่งอาจมีจำนวนหลักแสน หลักล้าน หรือหลักสิบล้าน ซึ่งทำให้โรงพยาบาลต้องเสียรายได้ เสียความมั่นคง รวมถึงเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาลใน คราวเดียวกัน

การฟ้องร้องกับการตายอันไม่สมควร

โดยทั่วไปแล้วการตายคือความสูญเสีย จิตใจของผู้คนในบรรยากาศแห่ง ความสูญเสียย่อมแปราะบาง โดยเฉพาะญาติของผู้เสียชีวิตที่ประสบกับวิถีการตายที่ไม่พึงปรารถนา และอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการร้องเรียน ฟ้องร้องโรงพยาบาลได้ ผมพบว่าวิถีการ เล่าเรื่อง เหตุการณ์เกี่ยวกับการฟ้องร้องโรงพยาบาลนั้นมีรูปแบบโครงเรื่อง ลองพิจารณาตัวอย่างการเล่าเรื่อง กรณีการฟ้องร้อง 3 กรณีดังนี้

คนไข้โรคไตคนหนึ่งเบื้องต้นไม่ยอมผ่าตัดที่โรงพยาบาล ของเรา แยกไปหาหมอที่กรุงเทพฯ ให้ผ่าตัด แล้วก็กลับมาด้วยอาการไตวาย อยากฟอกเลือด แยกเป็นคนไข้ end state แล้ว อยากรู้ก็ต้องเสียชีวิต แต่ ตอนที่ยังมีชีวิตแยกก็ไม่ถูกกับหมอ พอกคนไข้เสียชีวิตญาติก็มาฟ้องร้อง โรงพยาบาลเรา

พี่ตำรงเล่าเรื่องพระรูปหนึ่งปวดท้อง หมอที่โรงพยาบาล ชุมชนคิดว่าเป็นโรคกระเพาะ เพราะพระมักเป็น โรคกระเพาะ หมอจึงให้ คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ตอนหลังคนไข้ก็มีมรณภาพ จากการชันสูตรพบว่า พระเป็น โรคไส้ติ่งอักเสบ หลังจากนั้นญาติเรียกร้องค่าเสียหายจาก โรงพยาบาล 85 ล้านบาท

พี่มณีเล่าถึงคนไข้อีกคนที่กำลังจะฟ้องร้อง ผู้ป่วยเป็นมะเร็ง ระยะเวลาสุดท้าย หมอไม่ยอมบอกว่าคนไข้ระยะสุดท้ายและรักษาไม่หายแล้ว ให้กลับบ้านแต่คนไข้กลับบ้านไม่ไหว อยากรอนห้องพิเศษต่อ พยาบาล ในหอผู้ป่วยก็บอกว่า "ไม่รู้เรอะ ว่าห้องพิเศษสำหรับคนไข้ที่มีโอกาสรอด เท่านั้น" คนไข้ได้ฟังดังนั้นก็ตกใจ เสียใจ และกำลังเตรียมทนายจะไป

ฟ้องร้อง พอดีที่พินิจ ได้ยินเสียก่อนและเล่าเรื่องนี้ให้หัวหน้าตึกฟัง
หัวหน้าตึกถามชื่อแล้วโทรไปเคลียร์ขอโทษ เรื่องก็ซาไป

กระบวนการป้องกันการฟ้องร้องของระบบบริการและผู้ให้บริการใน สถานการณ์การตาย

เมื่อพิจารณาโครงเรื่องกรณีทั้ง 3 กรณีแล้ว ผมพบว่ากระบวนการ
ฟ้องร้องนั้นมีกระบวนการเกิดขึ้นจากปัจจัย 2 ประการ คือ ปัจจัยด้านเทคนิคทางการรักษา ปัจจัย
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

ผมพบว่าระบบบริการในโรงพยาบาลนั้นมักจะมองปัญหาการร้องเรียน-
ฟ้องร้อง ว่าเกิดจากปัจจัยแรกคือ มุ่งเน้นแก้ปัญหาด้านเทคนิคทางการรักษา ทั้งที่เป็น *ตัวเทคนิค*
เกี่ยวกับการรักษา บริหารจัดการทางการแพทย์ และตัว การรับรู้ความจริงเกี่ยวกับเทคนิคการรักษาที่
แตกต่างกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ กระบวนการป้องกันการฟ้องร้องของระบบบริการที่ผมพบ
เห็นมีดังต่อไปนี้

1) ระบบบันทึกการให้การรักษาละเอียด พินิจมักบอกว่าการจด
บันทึกการรักษาละเอียดเป็นสิ่งจำเป็นอย่างน้อย 2 ประการ คือ 1) การจดบันทึกการให้การ
รักษาเป็นที่มาของการคำนวณรายได้ของโรงพยาบาล โดยฝ่ายการเงินจะคำนวณกิจกรรมการรักษา
ไปเบิกกับระบบประกันสุขภาพตามสิทธิ์ต่างๆ หรือเก็บเพิ่มเติมกรณีการรักษาไม่ครอบคลุมสิทธิ์
และ 2) การจดบันทึกการกิจกรรมการรักษาหรือรายละเอียดที่เกี่ยวข้องอย่างละเอียดเป็น "เกราะ
ป้องกันตัว" ที่สามารถนำไปใช้เป็นพยานหลักฐานในชั้นศาลได้หากมีกรณีการฟ้องร้องเกิดขึ้น
เพราะเจ้าหน้าที่จะต้องให้บริการผู้ป่วยทุกวัน วันละหลายร้อยคน จึงเป็นไปได้ที่จะจำรายละเอียด
เล็กน้อยที่อาจมีผลต่อการรักษาได้

การบันทึกอย่างละเอียดจึงเป็นกิจกรรมที่ต้องถูกผนวกมาอยู่ในกิจกรรม
การให้บริการมากขึ้น ผมพบว่ากรณการจดบันทึกเมื่อ 10 ปีก่อน กับปัจจุบันมีความแตกต่างกัน "เมื่อก่อน
ไม่ต้องทำงานเอกสารขนาดนี้ เดี่ยวนี้ต้องทำงานเอกสารมาก ไปถามพยาบาลดูเถอะ ใครที่เลิกงาน
แล้วได้กลับบ้านเลขบ้าง ไม่มีหรือก ออกเวรแล้วก็ยังกลับบ้านไม่ได้ ต้องมาเคลียร์เอกสารก่อน"

2) ลดการรับรู้กระบวนการดูแลผู้ป่วยหากต้องให้การรักษแบบก้าวร้าว
กระบวนการเปิด-ปิด ม่าน เป็นวิธีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยหากผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบก้าวร้าว เช่น
การใส่ท่อช่วยหายใจ การให้ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) การใส่สายสวนปัสสาวะ การผ่าตัด

การฟอกไต เป็นต้น ในทางการแพทย์ การเปิดปิดม่านไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาทางการแพทย์ แต่เป็นกิจกรรมที่ได้รับอิทธิพลจากสังคม เช่น การปกป้องสิทธิของผู้ป่วย การให้ความเป็นส่วนตัว และแต่เหตุผลอีกประการหนึ่งในการปิดบังกิจกรรมดังกล่าวก็เพื่อป้องกันความสะเทือนใจ เข้าใจผิด ที่อาจนำไปสู่ ร้องเรียน ฟ้องร้อง เพราะโดยทั่วไปกิจกรรมให้การรักษาแบบก้าวร้าวนั้นต้องกระทำรุนแรงกับร่างกาย ผู้ป่วยอาจรู้สึกเจ็บปวด แต่ในทางการแพทย์กระบวนการดังกล่าวมีความจำเป็น เพราะถือเป็นการช่วยชีวิต การปิดบังการรับรู้กระบวนการให้การรักษาก็เป็นทางออกเพื่อลดปัญหาเรื่องการร้องเรียน ฟ้องร้อง ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในโรงพยาบาล

หากพิจารณาว่าการปิดม่านคือการปิดบังไม่ให้เห็นกระบวนการกระทำรุนแรงต่อร่างกายของผู้ป่วย ห้อง ICU ก็คือม่านขนาดใหญ่ที่ควบคุมการเปิดปิดม่านอย่างเป็นเวลา เพราะในห้อง ICU กระบวนการดูแลส่วนใหญ่ย่อมต้องกระทำรุนแรงทางใดทางหนึ่งต่อร่างกายของผู้ป่วย การใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่สายสวนปัสสาวะ สายน้ำเกลือ สายให้ยา สายให้เลือด ท่ออาหาร สายอิเล็กทรอนิกส์สำหรับวัดสัญญาณชีพต่างๆ พี่พรพูดถึงการทำงานในห้อง ICU ว่าไม่ค่อยกดดันในการทำงานมากนัก สาเหตุหนึ่งคือไม่มีญาติมาดู รับรู้กระบวนการทำงานอย่างใกล้ชิด พยาบาลสามารถให้การดูแลอย่างเต็มที่ในเวลาที่ยังไม่เปิดให้ญาติมาเยี่ยม เพื่อที่เวลาญาติมาเยี่ยมจะได้ไม่ต้องให้การดูแลที่รุนแรงมากนัก "ถ้ามีญาติมาดูเราใกล้ๆ ก็เกร็งอยู่"

พื้มฉิในฐานะพยาบาลอดีตพยาบาล ICU หากแพทย์มีความจำเป็นต้องย้ายเตียงห้อง ICU ให้ผู้ป่วยหนักที่ได้รับการดูแลในห้อง ICU อยู่ก่อน ไปอยู่หอผู้ป่วยสามัญ เพื่อนำผู้ป่วยที่หนักกว่าย้ายเข้ามาแทน กรณีดังกล่าวจะเกิดความขัดแย้ง คับข้องใจแก่ญาติของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอยู่ก่อน แพทย์บางคนใช้วิธีการเผชิญกับความขัดแย้งนั้นด้วยวิธีการไม่บอกเหตุผล การย้ายผู้ป่วยมากนัก "ไม่ต้องคุยกับญาติหรืออก เดี่ยวมีปัญหา" แต่พื้มฉิก็พูดถึงผู้รับบริการในเขตพื้นที่ว่าไม่ค่อยมีปัญหา เพราะคนแถวนี้นิสัยดี ยอมรับได้

นอกจากนี้การปิดล็อกห้องผ่าตัดก็เป็นกระบวนการหนึ่งที่จะลดการรับรู้กระบวนการที่แพทย์และเจ้าหน้าที่นิติเวชจะดำเนินการต่อศพ เพราะญาติยังมีความอาลัยและคิดว่าผู้ตายยังเป็นญาติอยู่ในขณะที่กระบวนการผ่าชันสูตรศพย่อมต้องผ่า ตัด ถ่ายรูป ร่างกายนั้นโดยมองว่าเป็น "แหล่งข้อมูลที่ต้องได้รับการเปิดเผย" การล็อกห้องจึงเป็นกระบวนการที่เคร่งครัดที่ต้องทำก่อนเริ่มการผ่าศพเสมอ

3) การให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ ทฤษฎีหนึ่งในการมองผู้รับบริการว่ามีสิทธิที่จะรับรู้ข้อมูลที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงแก่ร่างกายของผู้ป่วย หัวหน้าพยาบาลในห้องอาคารอุบัติเหตุและฉุกเฉินสะท้อนว่าการให้ข้อมูลแก่ญาติของผู้ป่วยเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการป้องกัน

การร้องเรียน-ฟ้องร้องที่อาจเกิดขึ้น แต่สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เจ้าหน้าที่มักไม่ได้ให้ข้อมูลโดยละเอียดมากนัก เพราะเจ้าหน้าที่ถูกเงินมักต้องให้บริหารจัดการความเจ็บป่วยถูกเงินที่กำลังเกิดขึ้นตรงหน้า

ห้อง ICU คือแผนกที่ได้เปรียบในการให้ข้อมูลแก่ญาติของผู้ป่วย เนื่องจากมีคนใช้ในการดูแลต่ออัตราค่าล้างของเจ้าหน้าที่น้อยกว่าหอผู้ป่วยสามัญ การให้ข้อมูลอย่างใกล้ชิดจึงทำได้ง่ายกว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักแก่ญาติคือแพทย์ พยาบาลต้องสังเกตว่าแพทย์ให้ข้อมูลใดแก่ผู้รับบริการ และไม่ให้ข้อมูลที่ขัดแย้งกับข้อมูลที่แพทย์ให้มากนัก เพื่อไม่ให้ผู้รับบริการสับสนว่าข้อมูลของใครกันแน่ที่เป็นความจริง

4) การเปิดช่องทางในการร้องเรียน ให้คำแนะนำ ปรับปรุงบริการ ในโรงพยาบาลแห่งนี้ ผมพบว่าในพื้นที่แต่ละชั้นในอาคาร หรือมุมสำคัญๆ จะมีกล่องรับเรื่องร้องเรียนหรือคำแนะนำจำนวนมาก ที่ข้างกล่องรับเรื่องร้องเรียนจะมีใบแบบฟอร์มให้ข้อเสนอแนะแบบสอบถาม และเว้นที่ว่างให้สะท้อนความคิดเห็นในการรับบริการ ที่กล่องยังติดหมายเลขโทรศัพท์ให้ผู้รับบริการสามารถโทรศัพท์ไปให้คำแนะนำ ร้องเรียน ให้ข้อเสนอแนะได้ทั้งเบอร์ของโรงพยาบาล และเบอร์ของสำนักงานรับเรื่องร้องเรียนส่วนกลางของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ แนวคิดนี้ยอมรับว่าในระบบการบริการในโรงพยาบาลอาจมีข้อบกพร่องผิดพลาดได้ และโรงพยาบาลควรจะยอมรับความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงระบบหรือพัฒนา หากไม่ยอมรับว่าระบบบริการอาจมีความผิดพลาดจะนำไปสู่การปิดโอกาสให้ผู้รับบริการระบายความอัดอั้นคับข้องใจ ความอัดอั้นคับข้องใจนั้นอาจนำไปสู่การระบายออกด้วยการฟ้องร้องกับกระทรวงสาธารณสุข การฟ้องต่อสื่อมวลชน ฟ้องศาล ซึ่งส่งผลกระทบต่อสร้างความเสียหายแก่โรงพยาบาลมาก ด้วยเหตุนี้โรงพยาบาลจึงพยายามที่จะจัดสรรช่องทางให้ผู้ป่วยได้สะท้อนความทุกข์ที่เกิดขึ้นจากการรับบริการ

อย่างไรก็ตามทฤษฎีเรื่องการเปิดโอกาสในการฟ้องร้องจะไม่ค่อยสอดคล้องกับความรู้สึกของผู้ให้บริการในฐานะมนุษย์เท่าใดนัก เท่าที่ผมสัมผัสกับแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ทุกคนไม่ประสงค์ที่จะต้องตกไปอยู่ในรายชื่อผู้ที่ถูกร้องเรียนทั้งสิ้น

5) กระบวนการ "แม่ประนอม" ในบางกรณี ระบบบริการก็ไม่อาจยับยั้งความไม่พอใจของผู้รับบริการได้ ระบบก็ได้มีการออกแบบให้มีผู้ไกล่เกลี่ย ลดความสูญเสีย ลดความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นได้จากการตั้งคณะทำงานให้มีผู้ไกล่เกลี่ย ประนีประนอมความเสียหายที่อาจเกิดขึ้น กระบวนการนี้มีชื่อเรียกอย่างไม่เป็นทางการว่า "แม่ประนอม"

ที่มั่นคงในฐานะเจ้าหน้าที่ที่มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและมักต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความขัดแย้งอยู่บ่อยครั้งก็ได้รับเชิญให้เป็นหนึ่งในคณะทำงานด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลยังได้เชิญกลุ่มอาสาสมัครของโรงพยาบาลให้มารับรู้แนวคิดเรื่องสิทธิของผู้ป่วย อบรมเรื่องพฤติกรรมกรรมการบริการที่เป็นเลิศ ตลอดจนวิธปฏิบัติเบื้องต้นหากพบผู้รับบริการแสดงท่าทีที่ผิดปกติ เช่นการเข้าไปรบกวน ประสานความช่วยเหลือ ส่งต่อข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลให้เข้ามารับรู้ แก้ไขปัญหาของผู้ป่วยโดยเร็ว

ตีความทัศนคติต่อความตายผ่านปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับการฟ้องร้อง

ผมตีความว่าสถานการณ์การฟ้องร้องที่เกิดขึ้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีการมองความตายที่สัมพันธ์กันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ตลอดจนวิธีการมองความตายของความเชื่อชุดหลักของสังคมที่ได้กำหนดไว้ในกฎหมาย ดังนี้

1) ผู้ให้และผู้รับบริการต่างก็เชื่ออย่างสอดคล้องกันว่าระบบบริการของโรงพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดสุขภาพของประชาชน มีศักยภาพในการป้องกัน ควบคุม จัดการ กับความเจ็บป่วยและความตายได้ หากเกิดการตายที่ไม่สมควรขึ้นผู้รับบริการย่อมคาดเดา เข้าใจว่าโรงพยาบาลมีส่วนที่ทำให้ผู้ป่วยตายด้วยเหตุอันไม่สมควร

ระบบบริการมองว่าระบบบริการสามารถปรับปรุงระบบการให้บริการเพื่อลดการตายอันไม่สมควรได้ด้วยวิธีการจัดการทางความรู้ เทคนิคการรักษา ปรับปรุงระบบ จนกระทั่งโรงพยาบาลไร้ความผิดพลาดในการบริการสุขภาพ ไม่เป็นสาเหตุแห่งการตายอันไม่สมควรเลย หรือหากเกิดการตายขึ้นโรงพยาบาลก็ย่อมไม่มีส่วนต้องรับผิดชอบในการตายของผู้เสียชีวิตเพราะได้ให้บริการที่ดีที่สุดตามสิทธิ์ที่ผู้รับบริการพึงได้รับ

การมองด้วยวิธีการดังกล่าวทำให้ระบบให้บริการสุขภาพแบบการแพทย์สมัยใหม่เป็นสถาบันที่ถูกกดดันให้ต้องรับผิดชอบในการป่วยและการตายของประชาชนอย่างมาก จนกระทั่งปัจจัยที่มีผลต่อการตายอื่นๆ ถูกมองข้ามหรือลดความสำคัญ เช่น ปัจจัยทางชีววิทยาของผู้ป่วย ปัจจัยด้านพฤติกรรมความเชื่อของผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่กำหนดความเจ็บป่วย การละเลยการมองปัจจัยอื่นๆ ว่ามีอิทธิพลเนื่องในการตายจึงทำให้การตำหนิว่าการตายนั้นเป็นความผิด หรือเป็นความรับผิดชอบของระบบให้บริการสุขภาพ หรือเป็นความผิดของผู้ให้บริการที่เป็นปัจเจก เกิดขึ้นได้โดยง่าย

2) ในสถานการณ์การตายนั้นเป็นภาวะที่ประจักษ์ต่อการฟ้องร้อง ร้องเรียนซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการกลัวและหลีกเลี่ยง ความกลัวการฟ้องร้องดังกล่าวทำให้ระบบบริการในโรงพยาบาลได้สร้างวัฒนธรรมกลัวการตายขึ้นในโรงพยาบาล กล่าวคือ โรงพยาบาลได้สร้างระบบหลีกเลี่ยง

ไม่ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในบางรูปแบบ เช่น รูปแบบที่ผู้ป่วยยังคงต้องได้รับการช่วยชีวิตแม้แพทย์จะวินิจฉัยแล้วว่าผู้ป่วยจะต้องเสียชีวิตอย่างแน่นอน รูปแบบการซื้อชีวิตและการตายที่ยาวนานผ่านการใช้จ่าย เครื่องมือเทคโนโลยีที่สิ้นเปลืองแม้จะรู้ว่าผู้ป่วยไม่อาจหายขาดจากเหตุของโรค

รูปแบบการ "ช่วยชีวิตไว้ก่อน" นั้น นัยหนึ่งคือการบริโภคความหมายทางสังคมร่วมกันระหว่างระบบบริการสุขภาพ กับผู้รับบริการสุขภาพ ว่า การช่วยชีวิตอย่างเต็มที่เต็มความสามารถนั้นคือการดูแลเอาใจใส่ให้ความรักอย่างถึงที่สุด

สถานการณ์ 2 ประการข้างต้นภาพสะท้อนว่าระบบบริการสุขภาพได้มองว่าตนเองเป็นปัจจัยสำคัญต่อการตายของผู้ป่วย และสามารถควบคุมความตายได้ด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ได้ ความเข้าใจดังกล่าวยิ่งทำให้สถานการณ์การตายนั้นลำบากขึ้น สิ้นเปลืองขึ้น การช่วยเหลือต้องก้าวร้าวรุนแรงขึ้น ทำให้ดังกล่าวต่อความตายได้บีบคั้นให้ผู้ป่วยไปอยู่ในสถานการณ์ที่ประสบความสำเร็จทุกขั้วมากขึ้นและเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องมากขึ้นไปอีก และการฟ้องร้องที่เกิดขึ้นก็ยิ่งผลิตซ้ำทัศนคติต่อความตายเช่นนี้เพิ่มขึ้นไปอีกในการรับรู้ของสังคมโดยรวม การทบทวนวิธีการมองความตายว่าเป็นสถานะที่ควบคุมได้ด้วยระบบบริการทางการแพทย์แบบสมัยใหม่จึงจำเป็นต้องได้รับการทบทวนอย่างจริงจังและลึกซึ้ง

4) ปราบปรามการแข่งจิตวิทยาของบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ

ขณะที่การตายเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติของสิ่งมีชีวิตรวมถึงมนุษย์ แต่ระบบบริการสุขภาพกลับมีฐานคิดที่ปฏิเสธหลีกเลี่ยง ต่อสู้ ควบคุมการตาย ความขัดแย้งระหว่างความจริงกับความคาดหวังของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลสมัยใหม่จึงสร้างความกดดันต่อผู้ให้บริการผู้ให้บริการจึงตกอยู่ภายใต้สถานการณ์ความขัดแย้งระหว่าง "การตายเป็นสิ่งที่ควบคุมได้" กับความจริงที่ว่า การตายเป็นสิ่งที่ยากที่จะควบคุม" ผมพบว่าผู้ให้บริการมีความเครียดและต้องมีปรับท่าทีให้ตนสามารถครองตนอยู่ในระบบบริการสุขภาพดังกล่าวได้ เช่น ขาชินต่อการตาย ไม่คิดมาก ทำตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องบอกข่าวร้ายก็เผชิญด้วยความลำบากใจ ผมจะพรรณนาและอธิบายปรากฏการณ์ต่างๆ ดังต่อไปนี้

1) ขาชินต่อการตาย

ในโรงพยาบาลมีการตายเกิดขึ้นเกือบทุกวันแต่หนาแน่นในพื้นที่ต่างๆ มากน้อยต่างกัน หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้อง ICU เป็นพื้นที่ที่มีการตายเกิดขึ้นมากกว่าพื้นที่อื่นๆ ผู้ให้บริการในพื้นที่ดังกล่าวต้องพบเจอกับการตายบ่อยครั้ง บางวันก็ตายมากกว่า 1 คนในวันหนึ่ง พยาบาลชายในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินสะท้อนความรู้สึกต่อความ

ตายว่า "ก็เป็นความซาซิมมากกว่า ไม่อะไรกับการตายเท่าไร" "แต่ถามว่ากลัวมั๊ย...กลัว ผมเห็นคนตายทุกวันๆ จนชิน เคยเห็นวัยรุ่นโดนฟันมา ตอนมาก็ดีๆ เบ๊บเดียวก็ไปแล้ว แม่เขาก็ร้องไห้เราก็ดูออกมา" ในขณะที่นักศึกษาแพทย์ที่เพิ่งฝึกงานมานานเพียงปีกว่าก็ตอบว่ารู้สึกชิน "ตอนแรกๆ ก็รู้สึกเสียใจที่คนไข้เสียชีวิต ตอนหลังๆ ก็ชิน เพราะเจอบ่อย"

ผมค่อนข้างแน่ใจว่าผู้ให้บริการที่ต้องพบปะกับการตายอยู่บ่อยครั้งนั้นย่อมรับมือกับการตายของผู้ป่วยได้ แม้ว่าบางกรณีจะรับได้ยากกว่าบางกรณี เช่น การตายเพราะถูกช้างเหยียบนั้นย่อมสะท้อนใจว่าการป่วยด้วยโรคลึ้นสูง สังกัดได้จากสีหน้าขณะที่เล่าถึงสภาพการตายของผู้เสียชีวิตแต่ละราย ความซาซิมนั้นน่าจะช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถปฏิบัติงานต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง ดังเช่นกรณีที่ผมสังเกตว่าหลังจากกระบวนการกู้ชีพปั๊มหัวใจในผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคลึ้นสูงนั้น เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่สามารถให้บริการกับผู้ป่วยรายต่อไปได้ทันที ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะระบบบริการเรียกร้องให้ผู้ให้บริการปฏิบัติงานต่อไปโดยไม่มีการสะดุด เพราะภาระงานจะทยอยเข้ามาแทบตลอดเวลา ผู้ที่สามารถยุติความสะท้อนใจลงได้เร็วก็จะสามารถปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ผมยังแน่ใจว่าผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานพบปะกับการตายเป็นประจำยังสามารถทำใจรับมือกับการตายของผู้ป่วยได้มากขึ้น สังกัดได้จากตัวผมเองที่ก็สามารถมองการตายได้ถนัดตามากขึ้น สะท้อนใจน้อยลง

แต่สิ่งที่ผมยังไม่ค่อยแน่ใจนั้นคือ ความซาซิมต่อความตายของบุคลากรเป็นผลจากทัศนคติการมองความตายของระบบบริการที่เมื่อปฏิเสธการตายแล้วก็ต้องทำใจให้ซาซิมคือ ไม่รับรู้การตายที่เกิดขึ้น (ตาอาจเห็นการตายแต่ทำใจให้ไม่รับรู้) หรือเป็นเพราะรับรู้ รับมือ ทำใจเตรียมรับความตายว่าเป็นเรื่องธรรมชาติแล้ว จึงสามารถวางเฉยต่อความตายได้อย่างมั่นคง การวางใจแต่ละแบบส่งผลต่อท่าทีในการให้บริการผู้ป่วยวิกฤติบ้างหรือไม่ เหล่านี้เป็นประเด็นที่ยังเป็นคำถามสำหรับการค้นคว้าต่อไป

2) ไม่คิดมาก ทำตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย

ผู้ให้บริการสุขภาพได้รับความคาดหวังว่าจะเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการจัดการต่อความเจ็บป่วย และอาจหยุดยั้งป้องกันการตายไม่ให้เกิดขึ้นได้ ความคาดหวังดังกล่าวได้ถาโถมมายังผู้ให้บริการสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์ แพทย์จึงอยู่ในความกดดันอย่างมาก แต่ความรู้ของมนุษย์ในการจัดการกับความเจ็บป่วยก็ยังมีจำกัด พิสูจน์เปรียบกับผมในครั้งหนึ่งว่า "เราเองก็ไม่รู้หรอกว่าสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมันถูกจริง ดีจริงหรือเปล่า บางคนได้รับยาแล้วก็ดีขึ้น บางคนก็ตาย เราให้ได้ในสิ่งที่ดีที่สุดเท่าที่มีอยู่ อนาคตมันอาจไม่ใช่ก็ได้"

ผมคิดว่าลึกๆ แล้ว บุคลากรสุขภาพมีความไม่มั่นใจในระบบบริการสุขภาพที่ต้องเกี่ยวพันกับความเป็นความตายแต่ก็ไม่อาจแสดงความไม่มั่นใจนั้นออกมาได้ เพราะสังคมได้คาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพเสียแล้วว่าเป็นผู้ที่มีความสามารถในการรักษาความเจ็บป่วยให้บรรเทาหรือจางหายไปได้ ทางออกในการจัดการสภาวะที่ก่อดังกล่าวคือการทำให้เชื่อมั่นในพลังอำนาจที่สูงกว่า นั่นคือสถาบันความรู้ทางการแพทย์ซึ่งประกอบด้วยตัวความรู้ กระบวนการผลิตความรู้ ตลอดจนองค์กรสุขภาพที่ทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้ทางการแพทย์มาเป็นลายลักษณ์อักษรในตำราการเรียนการฝึกอบรม ระเบียบปฏิบัติในโรงพยาบาล ตลอดจนวิถีปฏิบัติที่คุ้นชิน การวางใจให้ไม่คิดมากในสภาพต่างๆ ที่ตนไม่เข้าใจ แต่ทำตามภาระหน้าที่ที่มอบหมายให้ดีที่สุดตามระเบียบคำสั่งจึงเป็นทางออกหนึ่งในการจัดการความไม่มั่นคงทางใจ หมอปู่ได้สะท้อนถึงวิธีการออกจากสภาวะก่อดังว่า

"หมอเองถูกกดดัน ก็เลยมีปฏิกิริยาหลายแบบ แบบแรกคือทำตามหน้าที่ เวลางานให้ฉันทำแค่นี้ฉันก็ทำแค่นี้ ทำตามตัวหนังสือเป๊าะๆ อย่างเช่นเวลาผ่าพิสูจน์มีหน้าที่ต้องทำอะไรบ้าง พี่ก็ต้องทำเล็กทำน้อยให้ครบตามที่ต้องทำ เคยมีพระท่านมาทักพี่เหมือนกันว่า "โยมรู้แล้วว่าคุณตายถูกยิง แล้วโยมจะมาผ่าทำไม" พี่ก็ "เออ ผ่าทำไมวะ" อีกกลุ่มหนึ่งก็หนีหันเข้าหาศาสนา หมอที่นี้ปฏิบัติธรรมเยอะนะ อย่างพี่ก็ถือว่าหนีเหมือนกัน มาเรียนนิติเวช ผ่าศพไม่ต้องเจอคนเป็น แต่ผ่าศพก็ต้องเจอญาติเหมือนกัน แต่เรื่องน้อยกว่า"

อย่างไรก็ตาม อาจมีผู้ให้บริการที่สามารถรับมือกับการตายได้โดยไม่ยากเย็นดังเช่นพยาบาลคนหนึ่งที่สะท้อนว่าการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตนั้น ไม่ได้มีความยากลำบาก เธอตอบกลับมาว่าสามารถดำเนินการได้โดยไม่มีปัญหา ไม่ใช่เรื่องยากแต่อย่างใด

3) ความลำบากใจในการบอกข่าวร้าย

การบอกข่าวร้ายคือกิจกรรมที่ผู้ให้บริการต้องพูดถึงการตายของผู้รับบริการ ผมพบว่าการบอกข่าวร้ายแก่ผู้ให้บริการไม่ใช่เรื่องง่าย แพทย์ที่ทำหน้าที่ต้องมีทักษะได้รับการฝึกฝน มีประสบการณ์ในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยมาในระดับหนึ่ง "แพทย์จบใหม่อาจมีปัญหาเรื่องการบอกข่าวร้าย อาจยังไม่พร้อม ยังสื่อสารไม่ได้ ต้องผ่านประสบการณ์มาระดับหนึ่ง" นักศึกษาแพทย์ปีสุดท้ายสะท้อนประสบการณ์ให้ผมฟังหลังจากผ่านการบอกข่าวร้ายกับผู้ป่วยฉุกเฉินรายหนึ่ง

หลายครั้งที่ผมได้ยินวิธีการบอกข่าวร้ายที่ไม่ตรงไปตรงมา สร้างความตระหนกตกใจแก่ผู้ได้รับข่าวร้าย พยาบาลห้องฉุกเฉินคนหนึ่งเล่าถึงวิธีการบอกข่าวร้ายแก่สามีของเธอว่า "ถ้าคุณไม่ยอมทำให้แฟนเป็นม่ายเร็วๆ ให้อินฝึกเยอะๆ" อีกรายหนึ่งบอกข่าวร้ายกับผู้ป่วยอย่างกะทันหันว่า "คุณยังมีความทำความดีอีก 6 เดือน"

แพทย์บางคนอาจหลีกเลี่ยงที่จะบอกข่าวร้าย ผู้ป่วยหญิงรายหนึ่งเป็นมะเร็งเต้านม มะเร็งของเธอลามไปถึงกระดูกจนกระทั่งกระดูกทรุด เธอไม่สามารถเดินหรือนั่งได้ เธอถามแพทย์เจ้าของไข้ว่า "ป้าจะมีชีวิตเหลืออีกเท่าไร?" แพทย์ได้ฟังดังนั้นก็ตกใจ จึงไปที่ผู้ป่วยอีกรายหนึ่งที่เป็นมะเร็งเช่นเดียวกัน บอกป้าว่า "ป้าเห็นคนไข้คนนั้นมัย.. เขารักษากับผมมา 6 ปี แต่เขาไม่เคยถามผมเลยว่าเขามีเวลาเหลือเท่าไร?" จากนั้นแพทย์บอกผู้ป่วยว่าเธอยังมีความเหลืออีกเป็นสิบปีหากดูแลสุขภาพอย่างดี พี่มนต์เล่าถึงความลำบากในการดูแลผู้ป่วยคนนี้ว่าการดูแลต่อเป็นไปด้วยความลำบาก เพราะต้องให้การรักษาแบบประคับประคองต่อ จึงต้องโกหกผู้ป่วยไปเรื่อยๆ ว่ายังมีโอกาสหายแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาท่ามกลางผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่มีโอกาสหายขาดจากโรคแล้วก็ตาม ผมคิดว่าคงมีเหตุปัจจัยต่างๆ มากมายที่ทำให้แพทย์หรือญาติร่วมกันตัดสินใจไม่บอกข่าวร้ายแก่ผู้ป่วย แต่ไม่ว่าผู้ดูแลจะตัดสินใจไม่บอกข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยเพราะปรารถนาดี กลัวผู้ป่วยทรุดหนักและทำใจไม่ได้ หรือห่วงกลัวที่จะเผชิญกับสถานการณ์การบอกข่าวร้ายที่น่าอึดอัดก็ล้วนแล้วแต่อยู่ภายใต้วิถีคิดที่มองว่าความตายเป็นภัยอันตรายต่อชีวิต เป็นความน่ากลัว

ปรากฏการณ์ทางจิตวิทยาทั้งสามประการข้างต้นในสถานการณ์ที่ผู้รับบริการจำเป็นต้องสัมพันธ์กับความตาย แต่ก็ไม่เข้าใจความตายในลักษณะที่วางใจ ยอมรับ อยู่ร่วมกับความตายได้อย่างสมดุล เมื่อจำเป็นต้องเกี่ยวข้องพันกับการตายจึงเกี่ยวข้องด้วยความกระอักกระอ่วน หากเลือกได้ก็ไม่ขอเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการตาย พยาบาลชายคนหนึ่งในห้องฉุกเฉินเปรียบกับตัวเองเมื่อเข้าเวรแล้วประสบกับการกู้ชีพที่ไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ว่า "ช่วงนี้สงสัยต้องทำบุญเสียแล้ว เพราะเข้าเวรที่ไรเจอหนักๆแบบนี้ตลอดเลย"

7.2 ทักษะต่อความตายชัดเจน

แม้ระบบโรงพยาบาลจะมีวิถีคิดต่อความตายกระแสหลักดังที่ได้อธิบายไปแล้ว กล่าวคือมองความตายว่าเป็นความล้มเหลวของร่างกายและอวัยวะ ความตายเป็นภัยอันตรายที่ต้องหลีกเลี่ยงนี้ จัดการควบคุมด้วยระบบบริการทางการแพทย์สมัยใหม่ แต่พื้นที่โรงพยาบาลที่ผมเข้าไปมีส่วนร่วมก็ยังมีพื้นที่อื่นๆ ที่มีมิติทางวัฒนธรรมความตายในลักษณะที่แตกต่างออกไป เนื้อหาใน

หัวข้อนี้ผมจะพรรณนาถึงทัศนคติต่อความตายของงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทัศนคติต่อความตายของศาสนาและจิตวิญญาณ

มิติทางวัฒนธรรมของความตายในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

งานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลแห่งนี้ เกิดขึ้นจากความจำเป็นในการขยายงานดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งมีจำนวนเพิ่มขึ้น จำเป็นต้องมีระบบรักษา ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งในจังหวัดเพื่อรับการรักษานในโรงพยาบาล รวมถึงส่งต่อผู้ป่วยไปผ่าตัดหรือฉายแสงในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่าในจังหวัดใกล้เคียง ความจำเป็นดังกล่าวส่งผลให้โรงพยาบาลต้องจัดตั้งแผนกส่งต่อและรักษาผู้ป่วยมะเร็งในปี 2550 ทั้งนี้พี่มนต์เป็นเจ้าหน้าที่คนแรกๆ ของแผนกที่รับผิดชอบงานนี้

ในช่วงแรกๆ ของการจัดตั้งศูนย์ พี่มนต์ต้องหาความรู้เพื่อฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งได้ ทั้งในส่วนของระบบ และวิถีคิดในการปฏิบัติงาน หลังจากนั้นพี่มนต์ได้ติดต่อประสานงานขอให้ทีมงานเข้ารับการอบรมเผชิญความตายอย่างสงบ โดยเครือข่ายพุทธิกาเป็นผู้จัดการอบรม ในปี 2550 แผนกส่งต่อและรักษาผู้ป่วยมะเร็งจึงเริ่มดำเนินการบริการผู้ป่วยมะเร็ง ในระหว่างนี้เจ้าหน้าที่ของศูนย์ยังทยอยเข้ารับการอบรมงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอีกด้วย การดำเนินงานทั้งหมดมีพี่มนต์เป็นแกนนำ มีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยต่างๆ ให้มีผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อประสานงานกับแผนกส่งต่อและรักษาผู้ป่วยมะเร็ง เช่น การบันทึกการให้บริการแบบประคับประคอง การขอคำปรึกษา (consult) จากพี่มนต์ในกรณี que ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานที่ซับซ้อนและต้องการความช่วยเหลือ การประสานกับศูนย์ระงับปวด (pain clinic) จัดยาแก้ปวดบรรเทาอาการปวดของผู้ป่วย ตลอดจนจัดประชุมอบรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่งเสริมความรู้และกำลังใจให้กับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ

งานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองยังมีกลุ่มอาสาสมัครช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้ตั้งชื่อทีมตัวเองว่า "ใจใส ใสใจ" ทีมงานมีการเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยต่างๆ ด้วยการรับฟัง ใต้ถามทุกข์สุข พุดคุยให้กำลังใจ บางครั้งทีมอาสาสมัครยังติดตามเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านด้วย ทีมอาสาสมัครดังกล่าวยังช่วยเหลืองานของโรงพยาบาลในหลายส่วน เช่น งานชมรมจริยธรรมที่มักจัดกิจกรรมปฏิบัติธรรมในวันเทศกาลสำคัญ งานเอกสาร ทีมอาสาสมัครของงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งของระบบอาสาสมัครส่วนกลางของโรงพยาบาล

งานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองล้วนต้องปะทะสังสรรค์กับผู้ป่วยเรื้อรังที่กำลังเดินทางเข้าสู่การตาย ผมพบว่าพี่มนต์และทีมงานให้บริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรคด้วยท่าทีที่แตกต่างออกไปจากระบบบริการอื่นๆ กล่าวคือ ไม่ได้มองความตายว่าเป็นเพียงความเสียหาย

ล้มเหลวทางกายภาพเท่านั้น แต่ยังเป็นกระบวนการเปลี่ยนผ่านทางจิตและความสัมพันธ์ทางสังคมด้วย นอกจากนี้ยังมองว่าความตายไม่จำเป็นต้องเป็นอันตรายน่ากลัว แต่เป็นสิ่งที่ยอมรับได้หากมีการเตรียมตัวที่ดี

การเข้าหาผู้ป่วยและญาติของพืมนต์เป็นไปด้วยความนุ่มนวลอ่อนโยน ผมขอยกตัวอย่างการเยี่ยมผู้ป่วยของพืมนต์กรณีหนึ่งดังนี้

แม่คนไข้หญิงวัยกลางคนนั้นจะหลับอยู่บนเตียง พืมนต์ก็เข้าไปสะกิดที่ท้องปลุกคนไข้ให้ตื่นขึ้น ถามผู้ป่วยด้วยเสียงแผ่วเบา นุ่มนวลว่า "เป็นอย่างไรบ้าง" มือของพืมนต์ข้างหนึ่งกุมมือผู้ป่วย อีกข้างหนึ่งสัมผัสที่ท้องสลับกับสีข้างและหน้าอก หากดูไกลๆ จะเหมือนพืมนต์กอดผู้ป่วยอยู่ พืมนต์ถามอาการปวดของผู้ป่วย "ปวดมึนๆ ปวดตรงไหน ถ้าให้คะแนนเต็มสิบ ปวดมากที่สุดสิบคะแนน ไม่ปวดเลยให้ศูนย์คะแนน ตอนนี้ปวดคะแนนเท่าไร" พืมนต์บอกผู้ป่วยว่าผู้ป่วยยังโชคดีที่มีคนดูแล "ตอนนี้กังวลอะไรก็วางใจนะ หนูโชคดีที่มีคนดูแล คนดูแลเขาดูแลได้ดีแล้ว นอนบนเตียงนี้ก็ใช่ออกาสดีที่จะภาวนา คุณลมหายใจ หายใจเข้าพุท หายใจออกโธนะ" พืมนต์สบตาผู้ป่วย เธอมีอาการอ่อนล้า ขอด้วจากมาก พืมนต์เดินไปหาสามีของเธอที่กำลังจะร้องไห้ เธอเข้าไปสวมกอดกระซิบข้อความบางอย่างที่ทำให้สามีของเธอร้องไห้อย่างชัดเจน พืมนต์ถามถึงความห่วงกังวลของคนไข้ว่าต้องการอะไร สามีของเธอบอกว่าอยากเจอลูก พืมนต์ขอเบอร์โทรของลูกเพื่อที่จะโทรหาในภายหลัง และยังขอเบอร์โทรสามี ก่อนจะปลดปล่อยด้วยการโอบกอดอีกครั้งก่อนปลีกตัวจากมา

ในบางกรณีที่ผู้ป่วยต้องการทำสังฆทาน พืมนต์ก็จะนิมนต์พระสงฆ์มาช่วยประกอบพิธีทางศาสนารับถวายสังฆทานจากผู้ป่วยและญาติ ดังในกรณีหนึ่งที่พืมนต์นิมนต์พระสงฆ์ที่มาเฝ้าไข้พระอาพาธจากอาคารสงฆ์อาพาธมารับสังฆทานที่อาหารผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

บริเวณเตียงของลุงสมคิด ผู้ป่วยชายวัย 65 ปี มีญาติของลุงสมคิดและของผู้ป่วยคนอื่นๆ ในชั้นทยอยกันเข้ามานั่งพร้อมกับเอาเงินใส่ซอง พระอาวู โสรูปหนึ่งนั่งบริเวณปลายเตียง เบื้องหน้าพระมีผ้าขาวที่ถู

ปู่ไว้ เครื่องสังฆทานชุดหนึ่งตั้งอยู่บนผ้า เมื่อรวบรวมเงินได้ครบ พี่มนต์ก็เอาเงินในซองออกมานับให้เห็น มันมีมูลค่า 1,055 บาท พี่มนต์ประกาศจำนวนเงินและเป็นผู้เริ่มพิธี พี่มนต์กล่าวนำกราบพระรัตนตรัย กล่าวคำขอศีล แต่นำไปไม่นานพี่มนต์ก็ไม่ต้องกล่าวนำอีก เพราะผู้ร่วมพิธีส่วนใหญ่กล่าวคำขอศีลได้เอง ในขั้นตอนที่พระให้ศีล พระให้ศีลข้ามข้อ 3 ไป แต่ญาติโยมไม่ยอมข้าม

จากนั้นพี่มนต์มอบสังฆทานให้ญาติจับมือคนไข้จับสังฆทาน อธิษฐานและมอบแก่พระสงฆ์ พระรับเครื่องสังฆทานและให้พร ตลอดการทำพิธี คนไข้ ญาติและเจ้าหน้าที่ยกมือขึ้นอนุโมทนา พี่มนต์บอกให้ญาติของผู้ป่วยคนอื่นๆลุกขึ้นเอามือไปแตะคนไข้และบอกว่าเอาบุญมาฝากเนื้อ

ทุกคนแยกย้ายกันไปดูแลคนไข้ของตน พี่มนต์ลุกขึ้นจับมือโน้มน้าวมาหาคนไข้ ลุงสมคิดเป็นคนไข้มะเร็งช่องท้อง ทำทางอดโรยและทรมาณ พี่มนต์เข้าไปกระซิบถามอาการปวด อาการเหนื่อย ถามว่าหลับสบายหรือไม่ ลุงสมคิดไม่ตอบเพราะใส่ท่อช่วยหายใจทางคอ ที่รอยต่อระหว่างคอกับท่อนั้นมีเสมหะไหลเยิ้มออกมา พี่มนต์เปลี่ยนความสนใจจากการถามไถ่อาการของลุงไปช่วยทำความสะอาดเสมหะที่ช่องคอจนสะอาด แต่ความทุกข์กายของลุงสมคิดยังไม่หมด พี่มนต์ถามลุงว่าหิวน้ำหรือไม่ ลุงพยักหน้า แนะนำให้ลูกชายรินน้ำให้ในปริมาณไม่มาก ลุงกลืนน้ำในลำคอก่อนที่จะบ้วนทิ้งในคราวแรก และในคราวที่สองลุงก็ดื่มน้ำเข้าไปนิดหนึ่ง การดื่มน้ำของลุงทำให้น้ำหกเลอะเสื้อผ้า พี่มนต์บอกว่าไม่เป็นไร แล้วค่อยๆใช้ผ้าเช็ด

จากนั้นพี่มนต์ก็ชวนทุกคนเข้ามาเ็นรอบตัวผู้ป่วย เพื่อดำเนินการภาวนาหมู่ซึ่งเป็นวิธีกาวนาของพุทธวัชรยาน กระบวนการภาวนาให้ผู้ดูแลสัมผัสผู้ป่วย จินตนาการว่าได้รับเอาความทุกข์ของผู้ป่วยมาไว้กับตน และใช้ความเมตตาของตนเปลี่ยนความทุกข์จินตนาการให้เป็นลำแสงที่มีอานุภาพเยียวยาความทุกข์ของผู้ป่วยกลับคืนไป กรรมวิธีดังกล่าวเรียกว่า "ทอเลน"

พี่มนต์ให้ทุกคนกล่าวนโม สวคมนตรีอิติปิโส ให้ผู้ป่วยทำความรู้สึกตัวด้วยเสียงเนิบช้า เป็นจังหวะ จากนั้นให้ทุกคนนึกถึงความ

เจ็บปวดทั้งจากห้องท้องและลำคอเป็นกลุ่มควันสีดำ ให้สูดเข้าไป ให้เข้าใจ
 ที่เมตตาและเปี่ยมความรักแปลงกลุ่มควันเป็นลำแสงสีขาวนวลไป
 บำบัดรักษาอาการป่วยจนหายเจ็บ จากนั้นให้ทุกคนตามลมหายใจจนจบ
 จากนั้นให้แผ่ส่วนบุญส่วนกุศลให้ตัวเองและสรรพสัตว์ ผู้ป่วยมีอาการที่
 สงบลง พืมนต์น้อมตัวไปกระซิบที่ข้างหูให้ผู้ป่วยนึกถึงบุญกุศล น้อมให้
 ผู้ป่วยไม่ต้องห่วงอาการปวด ไม่ต้องห่วงลูกหลาน ให้ลืงสมคิดภาวนาพุทธ
 โธ สัมมาอรหัง "ระลึกว่ากายเจ็บแต่ใจไม่เจ็บ โชคดีที่ลูกหลานมาดูแล
 การป่วยของลุงเป็นเรื่องดี ลุงได้ให้โอกาสลูกหลานได้ตอบแทนพระคุณ
 ของลุงนะ"

พืมนต์ค่อยๆถอนตัว ก่อนกลับยังนำหนังสือสวดมนต์ให้
 ญาติสวดให้ลุงสมคิดฟัง

กรณีการดูแลข้างต้น พืมนต์ดูแลผู้ป่วยไม่เพียงสนใจมิติทางกาย แต่ใช้มิติทางศาสนา
 และมิติทางจิตวิญญาณช่วยในการดูแลจิตใจของผู้ป่วย ตลอดจนอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยมาร่วม
 ดูแลจิตใจของผู้ป่วย วิธีการดูแลดังกล่าวเป็นรูปแบบที่เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยอื่นๆ รวมถึงอาสาสมัคร
 ดูแลผู้ป่วยได้รับและนำไปใช้ดูแล เยี่ยมผู้ป่วยในแต่ความเข้มข้นของกิจกรรม ความชำนาญ
 เชี่ยวชาญอาจยังไม่เท่ากับการดูแลจากพืมนต์ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะพืมนต์อยู่ในแผนกส่งต่อและ
 รักษาผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเป็นหน่วยงานประสานงานกลาง ดำเนินงานด้านธุรการ และมีเวลาว่างในการ
 เยี่ยมตามอาคารต่างๆ มากกว่าเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย ส่วนอาสาสมัครแม้จะมีเวลามาก แต่การ
 นิมนต์พระ นำพิธีทางศาสนาได้เองก็ดูยังไม่สามารถนิมนต์และนำพิธีสงฆ์ได้เอง เพราะในหอผู้ป่วย
 ในโรงพยาบาลยังคงเป็นพื้นที่ของวิชาชีพมากกว่าของอาสาสมัคร

สำหรับในกรณีการนำทางระหว่างการเสียชีวิตซึ่งผมได้พบเห็นและมีส่วนร่วมในกรณี
 การตายของป้ามะลินั้น พืมนต์สะท้อนว่าในระยะเวลาการดำเนินงานที่ผ่านมามากไม่ค่อยได้อยู่
 ร่วมกับผู้ป่วยขณะกำลังเสียชีวิตมากนัก เพราะผู้ป่วยมักเสียชีวิตในช่วงเวลาดึก หรือเช้านั้น ซึ่งพื
 มนต์ไม่ค่อยอยู่โรงพยาบาล อีกทั้งเป็นการเสียชีวิตท่ามกลางญาติพี่น้องเป็นส่วนใหญ่ กรณีการนำ
 ทางให้ป้ามะลิจึงจะเป็นกรณีพิเศษที่ไม่ได้เกิดขึ้นบ่อยนัก งานดังกล่าวไม่ได้รับบุไว้ในหน้าที่ของ
 เจ้าหน้าที่แผนกส่งต่อและรักษาผู้ป่วยมะเร็ง แต่ในทางปฏิบัติการนำทางผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็ถือเป็น
 งานของพืมนต์และทีมงานด้วยเช่นกันหากโอกาสเอื้ออำนวย

หลังผู้ป่วยเสียชีวิต พืมนต์ก็มีโอกาสไปเยี่ยมในงานศพด้วยเช่นกัน ผมติดตามพืมนต์
 ไปในงานศพหลายงาน มีอาสาสมัครหรือเจ้าหน้าที่ในแผนกฯ ไปด้วย การปรากฏตัวในงานศพของ

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนับเป็นเกียรติแก่ญาติของผู้เสียชีวิต ในกระบวนการเยี่ยมผู้เสียชีวิต สิ่งที่จะช่วยเยียวยาจิตใจผู้ป่วยได้มากคือการถามไถ่ถึงช่วงเวลาของผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งญาติใกล้ชิดจะเล่าให้ฟังได้อย่างเห็นรายละเอียด พี่มนต์จะฟังอย่างตั้งใจ แล้วจับประเด็นใดประเด็นหนึ่งเพื่อสะท้อนว่าการเสียชีวิตของผู้ป่วยคือการตายดี เช่น การใช้เวลาอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลอันเป็นที่รัก การตายที่ผ่านการเตรียมตัว การตายหลังจากลูกหลานได้ดูแลซึ่งเป็นการทดแทนพระคุณ การตายที่ไม่เจ็บปวดทรมานขณะตาย การตายที่ญาติพี่น้องอยู่กันอย่างพร้อมหน้าพร้อมตา การตายหลังจากได้รับการทำพิธีกรรมทางศาสนา ดังเช่น ตอนที่ญาติโทรมาแจ้งข่าวการเสียชีวิตของผู้ป่วยกับพี่มนต์ พี่มนต์คุยกับญาติว่า "เป็นยังไงบ้าง จะเผาเมื่อไหร่ คนไข้จากไปอย่างสงบมั้ย เสียใจด้วยที่คนไข้เสียชีวิต แต่ก็ดีใจด้วยที่คนไข้ไปอย่างสงบ"

งานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นกิจกรรมต้องเกี่ยวข้องกับระบบความคิดความเชื่อของผู้รับบริการอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การนำเอามิติทางจิตวิญญาณ คำอธิบายโลกทัศน์พื้นบ้านมาประยุกต์เพื่อการเยียวยาจิตใจผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่จึงเป็นทางเลือกที่จะสอดคล้องกับสถานการณ์การตายของผู้รับบริการที่มีระบบความเชื่อทางศาสนา ดังเช่นในสถานการณ์การตายของป้ามะลิ พี่มนต์ใช้โอกาสขณะที่ป้ามะลิเพิ่งเสียชีวิตไม่นานทำพิธีขอขมา

หลังจากถอนสายออกซิเจนให้ป้ามะลิ พี่มนต์ยืนขึ้นและกล่าวนำพิธีการขอขมา "เรารู้ว่าป้ายังอยู่แถวนี้และยังรับรู้พวกเราอยู่ หนูขอถือโอกาสนี้ให้พวกเราทุกคน รวมถึงหมอพยาบาล หากทำอะไรพลาดพลั้งต่อยายทั้งที่เจตนาที่ดี ไม่เจตนาที่ดี ขอยายให้อโหสิกรรมพวกเราด้วย" จากนั้นพี่มนต์ก้มลงกราบร่างของป้ามะลิ ทุกคนก็ก้มลงกราบพร้อมๆกัน

ผมคิดว่าการเลือกที่จะดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยปรับกระบวนการทำงานให้คำนึงถึงชุดความเชื่ออื่นๆเกี่ยวกับความตาย เช่น วิธีคิดแบบไตรภูมิ (โลก สวรรค์ นรก) การเปลี่ยนรูปแบบชีวิตหลังการตาย ซึ่งเป็นชุดวิธีคิดที่ระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่ไม่ได้คิดถึง จะทำให้ผู้รับบริการมีโอกาสออกแบบทางเลือกในการตายก่อนที่จะเสียชีวิตตามที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น ผู้ป่วยอาจต้องการประกอบพิธีทางศาสนา หรือพิธีพื้นบ้าน เช่น นิมนต์พระมาทำพิธีตัดเวรตัดกรรม การทำบันไดแก้ว พิธีขอขมา หรือการเลือกที่จะไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิตที่ดำเนินการอย่างรุนแรงต่อร่างกาย ความอ่อนไหว (sensitive) ต่อวิธีการมองความตายของผู้รับบริการที่อาจแตกต่างจากระบบบริการ อาจทำให้การหยิบยื่นความช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเป็นไปได้ง่ายขึ้น เช่น การเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองบางอย่างก่อนเสียชีวิต เช่น ได้พบบุคคลอันเป็นที่รักอย่างพร้อมหน้าพร้อมตา

ซึ่งอาจเป็นไปได้หากอยู่ในห้อง ICU ที่มีระเบียบที่เคร่งครัด การพิจารณาวิถีการเสียชีวิตในแบบที่ผู้ป่วยต้องการ การเยียวยาหลังเสียชีวิตของบุคคลรายล้อมผู้เสียชีวิต เป็นต้น

ปัจจุบันงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในแผนกส่งต่อและรักษาผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาลแห่งนี้ยังเป็นแผนกเล็กๆ มีเจ้าหน้าที่ที่เป็นเครือข่ายงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในทุกแผนกที่ดำเนินการรักษาผู้ป่วยประมาณแผนกละ 1 - 2 คน ซึ่งยังเป็นสัดส่วนน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมด พี่มนต์สะท้อนว่าบางคนก็ดูแลผู้ป่วยได้ไม่มากนักเพราะภาระงานประจำมีจำนวนมาก หากจะให้มีเวลาต่อเนื่องควรเจอกันบ่อยๆ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจกัน แต่ก็เกรงใจหากจะนัดประชุมบ่อยๆ ดังนั้น ทั้งแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองซึ่งมองความตายในทางที่แตกต่างจากทัศนคติกระแสหลักของระบบบริการจึงยังเป็นทัศนคติที่ตรงกัน ทั้งนี้เพราะทัศนคติการมองความตายที่ *มากกว่าความล้มเหลวทางกาย มีการตายบางวิธีที่ไม่น่ากลัว การตายที่ไม่จำเป็นต้อง*

พึ่งเครื่องมือ ความรู้ บุคลากรทางการแพทย์เป็นไปได้ เป็นสิ่งที่ระบบบริการไม่ได้ตระหนักถึงว่ามีอยู่ ดังนั้นงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจึงถูกมองว่าเป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้นเป็นความพิเศษนอกเหนือไปจากการบริการปกติ

ศาสนาและจิตวิญญาณกับมิติทางวัฒนธรรมของความตาย

ดังที่กล่าวไว้แล้วในบทที่ 4 ว่าโรงพยาบาลแห่งนี้ได้จัดสรรพื้นที่ทางศาสนาและจิตวิญญาณเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล พื้นที่ทางศาสนาและจิตวิญญาณยังได้เอื้อเพื่อต่องานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้วยการให้การดูแลทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการความช่วยเหลือจากพระสงฆ์ ดังเช่นที่พี่มยกตัวอย่างไว้แล้วในประเด็นงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย

อย่างไรก็ตาม การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเสียชีวิตในมิติของศาสนาและจิตวิญญาณก็ยังจำกัดอยู่กับศาสนาพุทธเถรวาทซึ่งเป็นศาสนากระแสหลัก พิธีกรรมทางศาสนาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลก็มักจำกัดอยู่ที่การถวายสังฆทาน ถวายภัตตาหารพระสงฆ์ การสวดมนต์เข้าคำ การปฏิบัติธรรมในเทศกาลสำคัญ การทำตักบาตรตอนเช้าประจำเดือน เป็นต้น แต่พิธีการที่มักดำเนินการสำหรับการเตรียมการก่อนเสียชีวิตมักไม่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล เช่น การขอขมาที่ต้องมีเครื่องประกอบพิธี พิธีตัดเวรตัดกรรม สวดบังสุกุลเป็นบังสุกุลตาย การทำบันไดแก้ว หรือพิธีกรรมท้องถิ่นที่ผู้สูงอายุเป็นผู้นำพิธี เนื่องจากพิธีต่างๆ เหล่านี้ต้องใช้พื้นที่ ใช้แรงงาน การมีส่วนร่วมจากชาวบ้านในชุมชน

พื้นที่ทางศาสนาและจิตวิญญาณที่คู่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติในโรงพยาบาลคือศาลปู่ย่าข้างสระพันปี ที่ศาลดังกล่าวจะมีสถานที่รองรับการเคารพสักการะ มีที่แขวนพวงมาลัย ที่ปักรูปเทียน ผู้รับบริการใช้สถานที่ดังกล่าวในการอธิษฐานขอพรให้ผู้ป่วยหายพ้นจากความเจ็บป่วยโดยซื้อดอกไม้รูปเทียนและชุดหมากพลูซึ่งมีจำหน่ายที่สหกรณ์ของโรงพยาบาล ที่ศาลแห่งนี้ยังมีจิตอาสาคอยดูแลทำความสะอาด เก็บกวาดดอกไม้รูปเทียนและชุดหมากพลูให้เป็นระเบียบเรียบร้อยอยู่เสมอ บางครั้งผมก็เห็นพยาบาลซื้อชุดดอกไม้รูปเทียนไปยื่นไหว้อยู่เหมือนกัน

คำอธิบายเรื่องเจ้ากรรมนายเวรที่เป็นสาเหตุความเจ็บป่วยเป็นชุดคำอธิบายที่โรงพยาบาลหยิบยืมมาใช้เสมอๆ เมื่อมีกิจกรรมทางศาสนา เช่น หลังการสวดมนต์เข้าเฝ้าจะมีคำอุทิศส่วนบุญส่วนกุศลให้แก่เจ้ากรรมนายเวร ดังนี้

ข้าพเจ้าขออุทิศบุญกุศลจากการเจริญภาวนาในครั้งนี้แก่เจ้ากรรมนายเวรของข้าพเจ้า ที่ข้าพเจ้าได้เคยล่วงเกินท่านไว้ตั้งแต่อดีตชาติจนถึงปัจจุบันชาติ ท่านจะอยู่ภพใดหรือภูมิใดก็ตามขอให้ท่านได้รับผลบุญนี้ แล้วโปรดอโหสิกรรมและโปรดอนุโมทนาบุญแก่ข้าพเจ้าด้วยอำนาจบุญนี้ด้วยเทอญฯ

ที่ศาลาพระประจำวันซึ่งเป็นสถานที่หลักในการประกอบพิธีถวายสังฆทาน จะมีแบบลงทะเบียนผู้ร่วมทำบุญอุทิศส่วนกุศล ซึ่งประกอบไปด้วยชื่อ นามสกุลของผู้ร่วมพิธี จำนวนเงินบริจาค และชื่อผู้ที่จะอุทิศส่วนบุญส่วนกุศลไปให้ ในช่อง "ผู้ที่จะอุทิศส่วนกุศลไปให้" ผู้เข้าร่วมดำเนินพิธีกรรมได้กรอกว่า "เจ้ากรรมนายเวร" เป็นจำนวนมากประมาณเกือบครึ่งหนึ่ง ผมตีความว่าเจ้ากรรมนายเวรในที่นี้คือ "ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บป่วย" กรอบคิดเรื่องเจ้ากรรมนายเวรยังเป็นคำอธิบายกรณีการตายของป้ามะลิด้วย แม่ของป้ามะลิตั้งคำถามว่าเพราะเหตุใดป้ามะลิจึงป่วยหนักถึงขั้นเสียชีวิต ทั้งๆ ที่ก็ได้ทำความดีอธิษฐานให้ใคร แต่ยายก็ตอบคำถามด้วยตนเองว่า "เป็นเพราะกรรมเก่าของยายอยากมาอยู่ด้วย เราก็ใช้ให้มันหมดไป เกิดใหม่จะได้ไม่ต้องป่วยอีก"

คำว่าเจ้ากรรมนายเวรยังเป็นคำอธิบายสาเหตุของการเกิดโรคที่พื้มันต์เชื้อ ผมเคยถามพื้มันต์เรื่องอาการที่แพทย์ตรวจไม่พบสาเหตุ

"หมออายุรกรรมก็ส่งต่อให้หมอจิตเวช หมอจิตเวชก็ส่งกลับมาให้หมอประสาท หมอประสาทส่งต่อให้หมออายุรกรรม หมอจะอธิบายว่าเป็นโรคเครียด หมอก็แนะนำให้ไม่เครียด พักผ่อน ออกกำลังกาย"

แต่พี่ว่าเป็นโรคเจ้ากรรมนายเวรนะ แต่เรื่องแบบนี้ต้องคุณที่เราคุยด้วยว่า
เขาเชื่อมัย มิฉะนั้นจะหาว่าเรางมงาย แต่พี่ว่ามีจริง"

สถาบันศาสนามีบทบาทในการจัดการกับสถานการณ์หลังตาย ญาติของผู้เสียชีวิตบางรายอาจนิมนต์พระสงฆ์มาจุดศพกลับบ้านหรือวัดดังเช่นในกรณีของป้ามะลิ การจุดศพพระจะใช้สายสิญจน์พันที่นิ้วของผู้เสียชีวิต และเดินนำหน้ากลับไปยังสถานที่ทำพิธีศพ และในพิธีศพ ย่อมเป็นฝ่ายชุมชนและศาสนาที่เข้ามาจัดการกับศพแทนที่จะเป็นระบบบริการของโรงพยาบาล ผมตีความว่า เพราะเชื่อว่าพระสงฆ์มีคำอธิบาย มีความรู้ในการจัดการกับความตายได้มากกว่าระบบบริการสุขภาพที่ถือว่าเรื่องราวหลังการตายเป็นสิ่งที่เลียดพ้นจากความสนใจที่จะนับเป็นหนึ่งในหน้าที่ภารกิจของตน

ปรากฏการณ์ช่วยเหลือเกื้อกูลระหว่างสถาบันศาสนาและระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่จึงอยู่ร่วมกันได้เพราะสถาบันทั้งสองได้ประนีประนอมวิธีการอธิบายความเจ็บป่วย และการจัดการการตายในลักษณะที่ไม่ก้าวท้าวกันมากนัก โรงพยาบาลครอบครองวิธีคิดในการอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วย วิธีการปฏิบัติต่อความเจ็บป่วยที่ทฤษฎีทางการแพทย์อธิบายได้ ไปจนถึงระยะที่ผู้ป่วยเสียชีวิตหากผู้ป่วยไม่เกี่ยวข้องกับวิธีการตายที่ระบบโรงพยาบาลและรัฐนิยามว่าเป็นการตายที่ผิดปกติ ส่วนที่นอกเหนือจากคำอธิบายดังกล่าวเป็นพื้นที่ที่สถาบันทางศาสนาหรือจิตวิญญาณสามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้หากไม่ขัดแย้งกับสิ่งที่ระบบโรงพยาบาลกำหนดไว้ ตัวอย่างเช่น ห้อง ICU อนุญาตให้ญาตินำพระเข้ามารับสังฆทานได้ แต่ไม่อนุญาตให้พรมน้ำมันต์ เพราะเกรงว่าน้ำมันต์อาจสกปรกทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อ อีกกรณีหนึ่งผมเคยถามพระสงฆ์ซึ่งปฏิบัติหน้าที่รับสังฆทานทุกวันในโรงพยาบาลว่าท่านคิดเห็นอย่างไรในประเด็นจริยธรรมที่แพทย์ใช้เครื่องมือในการขี้อชีวิตผู้ป่วยจนบางครั้งผู้ป่วยประสบความทุกข์ พระรูปนั้นมองว่าแพทย์ต้องตัดสินใจทำเช่นนี้เป็นเรื่องที่เหมาะสมแล้วเพราะแพทย์ทำไปด้วยความกรุณา

นอกจากนี้การดำรงอยู่ของสถาบันศาสนายังให้ผลประโยชน์ต่อโรงพยาบาลทั้งในเชิงสัญลักษณ์ เช่น การประกาศว่าโรงพยาบาลแห่งนี้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมคุณธรรม การใช้คำอธิบายเรื่อง "การบริจาคอวัยวะเป็นมหากุศล เป็นยอดแห่งการบำเพ็ญทาน" เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในโครงการบริจาคอวัยวะหลังการเสียชีวิต นอกจากนี้โรงพยาบาลและสถาบันศาสนายังเกื้อกูลกันในเชิงเศรษฐกิจด้วย เช่น เงินบริจาคทั้งหมดที่ได้รับจากการทำพิธีถวายสังฆทานประจำวันซึ่งได้รับเงินปีหนึ่งเป็นจำนวนหลักแสนบาท วัดกับโรงพยาบาลได้ตกลงร่วมกันว่าจะนำมาต่อยอดกิจกรรมทางศาสนาซึ่งจัดโดยชมรมจริยธรรมของโรงพยาบาล การเกื้อกูลกัน

เหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำให้สถาบันศาสนาและระบบบริการสุขภาพสามารถดำรงอยู่ด้วยกันได้อย่างค่อนข้างกลมกลืน ถึงแม้ทัศนคติในการมองความตายทั้งสองสถานะจะมีความแตกต่างกันก็ตาม

7.3 ทัศนคติต่อความตายที่หลากหลายกับความซับซ้อนของการตาย

เนื้อหาทั้งหมดข้างต้น ผมพยายามพรรณานปรากฏการณ์ และอธิบายทัศนคติต่อความตายที่มีอิทธิพลต่อปรากฏการณ์การตายในระบบบริการสมัยใหม่ ผมพยายามชี้ให้เห็นว่าทัศนคติต่อความตายชุดหลัก และชุดรองต่างๆ มีลักษณะอย่างไร และทำงานร่วมกันเพื่อออกแบบระบบบริการสุขภาพอย่างไร

ทัศนคติชุดต่างๆ ไม่ได้ทำงานแยกส่วน แต่ทำงานร่วมกันในปรากฏการณ์การตายหนึ่งๆ ทำให้การตายครั้งหนึ่งได้รับอิทธิพลจากทัศนคติต่อความตายที่หลากหลาย การตายในบางกรณีจึงซับซ้อน หากพิจารณาด้วยทัศนคติชุดเดียวก็อาจเกิดความไม่เข้าใจ เช่น ทำไมต้องบีมหัวใจผู้ป่วยหลายครั้งในช่วงเวลาที่ต่อเนื่องกันแม้จะรู้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการหนักและมีโอกาสน้อยที่จะรอดชีวิต ทำไมเจ้าหน้าที่ในห้องนิติเวชจึงคิดที่พบว่าผู้เสียชีวิตรายหนึ่งประสบอุบัติเหตุ เป็นต้น

ผมจะอธิบายเนื้อหาในส่วนต่อไปนี้เพื่อแสดงให้เห็นความซับซ้อนของการตายอันเนื่องมาจากการปะทะสังสรรค์ของทัศนคติต่อความตายที่หลากหลายผ่านปรากฏการณ์ 4 ปรากฏการณ์ ได้แก่ ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพหลายครั้ง, ปรากฏการณ์ผู้ป่วยไม่มีลมบริจาดอวัยวะ, การสร้างพื้นที่ส่วนตัวให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, ความยินดีในการเสียชีวิตของผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุ

ปรากฏการณ์การกู้ชีพหลายครั้ง

ปรากฏการณ์ที่น่าสนใจที่เกิดขึ้นในปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยชายที่ถูกสันนิษฐานว่าจะติดเชื้อโรคลีทนู (Leptospirosis) เหตุการณ์นี้ผมได้บรรยายเหตุการณ์แล้วในบทที่ 6 ผู้ป่วยคนดังกล่าวได้รับการกู้ชีพหลายครั้ง ครั้งที่ 1 ได้รับการกู้ชีพในโรงพยาบาลชุมชนก่อนที่หัวใจจะเต้นใหม่และส่งตัวมารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์แห่งนี้ แต่ระหว่างทางหัวใจของผู้ป่วยหยุดเต้นอีกครั้งทำ เจ้าหน้าที่ในรถฉุกเฉินจึงต้องกู้ชีพครั้งที่ 2 และครั้งสุดท้ายได้รับการกู้ชีพในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลแห่งนี้เมื่อหัวใจหยุดเต้นอีกครั้ง คำถามคือทำไมผู้ป่วยจึงยังคงได้รับการบีมหัวใจหลายรอบแม้ว่าความหวังในการรอดชีวิตจะมีไม่มาก

ผมพบว่าคำอธิบายชุดแรกซึ่งเป็นแนวคิดทางการแพทย์คือ ผู้ป่วยควรได้รับสิทธิ์ในการผดุงชีวิตอย่างเต็มที่ซึ่งเป็นจรรยาบรรณทางการแพทย์ แม้หัวใจจะหยุดเต้นไปแล้ว ทฤษฎีทาง

การแพทย์ก็ยังเชื่อว่ายังไม่ใช่จุดสิ้นสุดของชีวิตโดยแท้จริง ผู้ป่วยยังมีโอกาสรอดชีวิตอีกหากได้รับการกระตุ้นหัวใจด้วยยาและการช็อกไฟฟ้าในปริมาณที่เหมาะสม ดังนั้นหากปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพได้รับการตอบสนอง หัวใจของผู้ป่วยกลับมาเต้นอีกครั้งก็แสดงว่าผู้ป่วยมีชีวิตรื้อขึ้นมาอีกครั้งหนึ่ง หากหัวใจหยุดเต้นอีกครั้ง ผู้ให้บริการย่อมต้องให้บริการกู้ชีวิตอีกครั้งหนึ่ง และหากหัวใจกลับมาเต้นอีกครั้งก็ย่อมต้องกู้ชีวิตเป็นครั้งที่สองหรือสาม

คำอธิบายอีกชุดหนึ่งคือกระบวนการกู้ชีพโดยการกดนวดหัวใจ ให้ยากระตุ้นหัวใจ เป็นกระบวนการที่ทำให้ญาติของผู้ป่วยได้เห็นว่าโรงพยาบาล "ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่และสุดความสามารถแล้ว" เพราะการที่ญาติผู้ดูแลได้มาเห็นกระบวนการกู้ชีวิตดังกล่าวเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการทำใจยอมรับกับการตาย และลดโอกาสในการฟ้องร้องกล่าวหาว่าโรงพยาบาลบกพร่องในการทำหน้าที่ ดังที่ผมสังเกตว่าแพทย์เจ้าของไข้ได้กำชับให้ลูกสาวของผู้ป่วยได้เข้ามาในม่านเพื่อเปิดเผยให้เห็นกระบวนการช่วยชีวิตผู้ป่วยและให้โทรหาแม่ของเธอให้รับรู้กระบวนการกู้ชีพดังกล่าว เมื่อลูกสาวและแม่รับรู้กระบวนการช่วยชีวิตแล้วแพทย์เจ้าของไข้ดูผ่อนคลายลง นอกจากนี้พ่อก็ยังเล่าถึงกรณีที่เขาจะต้อง "ขึ้นคร่อม" บั้นหัวของผู้ป่วยในห้อง ICU แม้ชีพจรของเธอจะหยุดเต้นลงแล้วก็ตาม เธอต้องบ่นรอให้ญาติได้มาเห็นกระบวนการช่วยชีวิต กระบวนการเห็นการช่วยชีวิตดังกล่าวจะช่วยคลี่คลายความสงสัย คับข้องใจว่าโรงพยาบาลได้ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่แล้วหรือไม่

ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพเป็นขั้นตอนปกติในการบริการผู้ป่วยที่สูญเสียสัญญาณชีพ ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพได้ถูกออกแบบมาจากแนวคิดจรรยาบรรณทางการแพทย์ กล่าวคือผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะได้รับการช่วยชีวิต และผู้ให้บริการต้องไม่เพิกเฉยหากช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ได้ แต่ในทางปฏิบัติกู้ชีพยังได้รับอิทธิพลมิติทางสังคมด้วย กล่าวคือ หากคิดเพียงว่าการให้บริการใดๆ เป็นเรื่องของผู้ให้บริการกับผู้ป่วยเสียแล้ว หรือหากไม่สถานการณ์การฟ้องร้องที่เข้มข้นผู้รับบริการเชื่อว่าผู้ให้บริการดำเนินการรักษาแก่ผู้ป่วยเต็มที่ก็อาจไม่มีจำเป็นต้องเรียกญาติของผู้ป่วยให้รับรู้กระบวนการกู้ชีพ

ปรากฏการณ์ปฏิเสธการบริจาคอวัยวะเพื่อการเปลี่ยนถ่ายกับทัศนคติที่ขัดแย้ง

การบริจาคอวัยวะเพื่อการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะเป็นปรากฏการณ์หนึ่งที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อความตายมากที่สุดกิจกรรมทางการแพทย์ระดับสูง การบริจาคอวัยวะเกี่ยวพันกับบริบทความรู้ทางการแพทย์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ ระบบจริยธรรมทางการแพทย์ ระบบกฎหมายที่รองรับความถูกต้องชอบธรรมในการบริจาคอวัยวะ ระบบการบริหารจัดการบุคลากรและเครื่องมือ และ

ระบบความคิดความเชื่อเกี่ยวกับร่างกาย อวัยวะ ชีวิตหลังความตาย ระบบคุณค่าทางจริยธรรม การให้ความหมายต่อร่างกายอวัยวะของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

ในโรงพยาบาลแห่งนี้มีสำนักงานรับบริจาคอวัยวะตั้งอยู่ใจกลางโรงพยาบาล ผมได้ทำความรู้จักเจ้าหน้าที่ในสำนักงานเพื่อสอบถามกิจการการบริจาคอวัยวะ เธอเล่าถึงภาพการบริจาคอวัยวะของโรงพยาบาลแห่งนี้ว่า โรงพยาบาลเปิดรับบริจาคได้ใน 3 กรณี คือ 1) บริจาคอวัยวะเพื่อการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะในกรณีผู้ป่วยสมองตาย 2) การบริจาคดวงตา สองอย่างนี้ดำเนินการรับบริจาคและประสานการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะโดยสภาอากาศไทย 3) การบริจากร่างกายสำหรับเป็นอาจารย์ใหญ่ให้โรงเรียนแพทย์ ซึ่งจะจัดการศพโดยโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานเล่าถึงปัญหาของระบบบริจาคอวัยวะ ปัญหาหลักๆ คือ ประชาชนไม่นิยมการบริจาคอวัยวะ โดยเฉพาะการบริจาคดวงตาและบริจาคเพื่อการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะในผู้ป่วยสมองตายนั้นเกิดขึ้นเฉลี่ยปีละไม่ถึงหนึ่งครั้ง

เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่หากมีกรณีผู้ป่วยอยู่ในภาวะสมองตายหรือมีแนวโน้มที่จะอยู่ในภาวะสมองตาย เจ้าหน้าที่จะเข้าไปเชิญชวนให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วย แต่ก็เชิญชวนด้วยความลำบากใจ "เราไปชวนฐานะผู้ขอ มันลำบากใจ เราต้องให้แพทย์เปิดทางให้เราก่อน เราถึงจะเข้าไปนำเสนอได้ แต่ญาติมักไม่ตกลงที่จะบริจาค หรือขอเวลาไปคิดก่อน เวลาที่มีไม่มากเพราะผู้ขอรับบริจาคมีเวลาจำกัด ส่วนหนึ่งเพราะญาติกังวลว่าหากเกิดชาติหน้าจะมีอวัยวะสมประกอบหรือไม่"

ความเชื่อดังกล่าวสวนทางกับแนวคิดทางการแพทย์ที่เชื่อว่าการบริจาคอวัยวะจะช่วยให้ผู้ป่วยคนอื่นๆ มีโอกาสรอดชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แม้จะทำการประชาสัมพันธ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการบริจาคอวัยวะว่าเป็นการทำบุญมหาคุณ โดยใช้พระสงฆ์ที่มีชื่อเสียงของประเทศมาร่วมประชาสัมพันธ์ผ่านโปสเตอร์และแผ่นพับ แต่กรณีการบริจาคอวัยวะเพื่อการเปลี่ยนถ่ายก็ยังมีจำนวนน้อย

เจ้าหน้าที่ยังเสนอว่าปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจไม่อนุญาตให้บริจาคในกรณีสมองตายเพราะความคิดที่ว่า ผู้ขอรับบริจาคอวัยวะที่มีโอกาสได้เปลี่ยนถ่ายอวัยวะมักเป็นคนที่รวยกว่า และคิดว่าตนก็คงไม่ได้รับโอกาสนั้นเพราะจน ความลำบากใจอีกประการหนึ่งของเจ้าหน้าที่คือคิดว่าผู้ป่วยอาจคิดว่าตนได้รับส่วนแบ่งจากการประสานงานบริจาคอวัยวะ

อย่างไรก็ตามผมพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมักเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มาแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ เนื่องจากเชื่อว่าเป็นการทำบุญ แต่อวัยวะของผู้ป่วยมะเร็งมักใช้การไม่ได้ เพราะอวัยวะภายในมักไม่สมบูรณ์ จะรับบริจาคก็ในกรณีเป็นอาจารย์ใหญ่ให้นักเรียนแพทย์ศึกษากายวิภาค

ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นแสดงให้เห็นถึงทัศนคติต่อความตายที่มีความขัดแย้งกัน ระบบบริการอาจมองร่างกายด้วยทัศนคติวิทยาศาสตร์ว่าหลังการตาย ร่างกายจะไม่มีประโยชน์ใดๆ อีกต่อไป หากอวัยวะของผู้ป่วยเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นก็ควรแบ่งปัน ในขณะที่ผู้รับบริการที่เป็นชาวบ้านในชุมชนอาจมองชีวิตและอวัยวะที่ต่างออกจากรูมมองด้านการแพทย์ โดยเฉพาะในมุมมองที่ว่าร่างกายกับจิตใจหรือวิญญาณที่มีความสืบเนื่อง ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งคือผมได้มีโอกาสเห็นพิธีการทำศพในชุมชนซึ่งร่างกายยังคงมีความสำคัญในพิธีกรรมหลังการตาย เช่น รดน้ำศพ เผาศพ ทำบุญกระดูก หากไม่มีศพประกอบการทำพิธีดังกล่าวก็อาจส่งผลให้ญาติมีความกังวลใจถึงชีวิตในภพชาติต่อไปของผู้ป่วยที่อาจไม่สุขสบาย

การสร้างพื้นที่ส่วนตัวสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในห้อง ICU

แม้ในห้องผู้ป่วยหนักหรือห้อง ICU จะมีระเบียบปฏิบัติตามแนวทางการแพทย์อย่างเข้มแข็ง แต่การดูแลที่มีทัศนคติต่อความตายอื่นๆ ก็สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลได้ เช่น ทางโรงพยาบาลได้จัดให้มีกลุ่มอาสาสมัครเข้ามาเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยในห้อง ICU ได้ การเปิดโอกาสให้ญาติได้เข้ามาสวดมนต์หรือทำพิธีกรรมทางศาสนาให้ผู้ป่วยได้หากไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหรือรบกวนผู้ป่วยเตียงอื่นจนเกินไป

นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ห้อง ICU ยังคิดที่จะออกแบบห้อง ICU ห้องหนึ่งในอาคารใหม่ที่กำลังจะก่อสร้างขึ้นมีพื้นที่ส่วนตัวสำหรับให้ญาติได้เข้ามาเยี่ยมตลอดเวลาเมื่ออยู่ในอาการป่วยระยะสุดท้ายและกำลังจะเสียชีวิตในไม่ช้า การจัดพื้นที่ส่วนตัวจำเป็นต้องมีการออกแบบทางเข้าที่สะดวกในการเข้าออก ไม่รบกวนผู้ป่วยเตียงอื่น ตลอดจนมีการจัดสรรห้องให้เป็นส่วนตัวด้วยการจัดให้มีม่าน ฉากกั้น หรือห้องพักญาติที่จะเฝ้าผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตในเวลาไม่นาน

จากปรากฏการณ์จะเห็นได้ถึงอิทธิพลของทัศนคติต่อความตายที่มีส่วนออกแบบการจัดบริการ เมื่อทัศนคติต่อความตายเปลี่ยนไป จากการมองว่าการตายเป็นการเสื่อมสลายทางกายภาพเท่านั้น การมองว่าการตายคือสิ่งที่มีความหมายต่อผู้ป่วยและญาติ การออกแบบสถานที่ การจัดบริการ ก็เปลี่ยนแปลงไปด้วย

ศพของยายจำกับชุดความหมายของการตายดีที่หลากหลายทับซ้อน

“โถ ยายจำ ไม่น่าเลย” พี่ตำรวจทานด้วยความสงสารขณะที่ผมอยู่ในห้องผ่าศพเพื่อชันสูตรสาเหตุการตายในห้องเพื่อสังเกตกระบวนการผ่าศพ ในห้องผ่าศพมีหมอปู ผม และพี่ตำรวจผู้ช่วยนิติเวช

ยายจ๋า คือผู้เสียชีวิตขณะเดินทางในรถฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง เธอถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนมายังโรงพยาบาลศูนย์แห่งนี้เพื่อรักษาโรคไตต่อ ยายนอนบนเตียงฉุกเฉินในรถพยาบาล ระหว่างทางรถพยาบาลก็ชนกับรถกระบะอีกคันที่สวนมา เมื่อเหตุการณ์สงบ ยายจ๋าก็เสียชีวิตเสียแล้ว

ยายจ๋าถูกส่งมาที่ห้องตรวจศพของโรงพยาบาล “จุดประสงค์ของการผ่าศพคือระบุสาเหตุของการตาย” หมอปฐมพยาบาลให้ผมฟังถึงจุดประสงค์ของการผ่าศพยายจ๋า การผ่าศพครั้งนี้เพื่อหาคำตอบว่า “ยายเสียชีวิตเพราะอุบัติเหตุหรือเสียชีวิตเพราะไตวายขณะเดินทาง”

การตายด้วยอุบัติเหตุแม้ว่าจะเป็นความตายเหมือนไตวายคือตายเหมือนกัน แต่ผลหลังจากการตายไม่เหมือนกัน ถ้าตายจากอุบัติเหตุโรงพยาบาลต้องรับผิดชอบ คือชดใช้ค่าเสียหายที่ทำให้ยายประสบอุบัติเหตุจนเสียชีวิต แต่ถ้าเสียชีวิตเพราะไตวายขณะเดินทางเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนก็อาจรู้สึกผิด สะเทือนใจที่ตนส่งต่อได้ไม่ทันการ การผ่าศพดำเนินไปด้วยการผ่าท้อง นำอวัยวะในช่องท้องออกมาพิจารณาความเสียหายและถ่ายรูป

“เสียใจแล้ว!” พี่ตำรวจอุทานเมื่อหยิบไตข้างซ้ายขึ้นมาดูแล้วเห็นรอยปริแตกที่ไตนั้น หมอปฐมพยาบาลเห็นไตปริแตกนั้นแล้วก็ยิ้มมีสีหน้าสดชื่น ร้องไห้โยยินดี หมอปฐมพยาบาลกับยายว่า “ลูกหลานได้ตั้งจากยายแล้ว! งวคนี่ขอสามตัวนะยายนะ” พี่ตำรวจก็บอกว่า “ยายจ๋า ขอแปดเปอร์เซ็นต์ก็พออะ”

“ไม่ได้แอบเอาเม็ดกรีดนะตำรวจ” หมอปฐมพยาบาลยกพี่ตำรวจ

“แหม ใครจะกรีดไปได้ แผลมันก็น่าเกลียดอยู่” พี่ตำรวจบอก

ผมรู้สึกแปลกใจที่หมอและพี่ตำรวจดีใจแต่ก็รู้สึกร่วมยินดีไปด้วย หมอปฐมพยาบาลบอกว่าการตายด้วยอุบัติเหตุของยายเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย ครอบครัวของยายได้ค่าชดเชยจากโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนไม่รู้สึกผิด คนขับรถก็บอกได้ว่าอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นเป็นเหตุสุดวิสัย

กรณีดังกล่าวทำให้ผมตระหนักในความหมายของการตายในปัจจุบันมีความซับซ้อน การตายของยายมีหลายความหมายเพราะมีมุมมองในการมองการตายต่างกัน การตายเพราะอุบัติเหตุของยายหากมองในมุมมองของครอบครัวก็อาจเป็นความสูญเสียที่ไม่ควรเกิดขึ้น มองในมุมมองของศาสนาก็อาจมองว่ายายตายร้ายเพราะไม่ได้เตรียมตัวมีสติ แต่ในห้องแห่งนี้มองว่าการตายของยายเป็นการตายดี เพราะการตายได้ไปผูกพันกับมิติทางเศรษฐกิจ ประกันภัย การตายยังมีมิติเชิงอารมณ์ของพยาบาลชุมชน การตายด้วยอุบัติเหตุทำให้เจ้าหน้าที่ที่ตัดสินใจส่งต่อไม่ต้องรับผิดชอบที่ตนตัดสินใจฆ่าเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต แต่อาจเป็นการตายร้ายของคนขับรถหรือคู่กรณี หรือโรงพยาบาลที่ต้องสูญเสียรายได้ไปชดเชยค่าเสียหายให้ครอบครัวของยายจ๋า

ดังนั้นทัศนคติต่อความตายมีความสัมพันธ์กับจุดยืนของผู้มอง ในสังคมปัจจุบัน มีบุคคลหรือสถาบันที่หลากหลายที่ต้องเข้ามาเกี่ยวข้องกับสถานการณ์การตาย เช่น บริษัทประกันชีวิตและ

ประกันภัย เจ้าหน้าที่บริจาคอวัยวะ เจ้าหน้าที่ผ่าพิสุจน์ศพ หน่วยงานอาสากู้ภัยอาชีพ นักจัดงานศพ มืออาชีพ เป็นต้น แต่ละบทบาทย่อมมีการกิจ จุดยืนในการเข้ามาเกี่ยวข้องกับความตายที่แตกต่างกัน ทำให้สถานการณ์การตายหนึ่งๆ กลับมีชุดความหมายเกิดขึ้นหลายชุด ในกรณีการตายเดียวกันอาจเป็นการตายดีของบุคคลหรือสถาบันหนึ่ง แต่เป็นการตายร้ายของอีกบุคคลหรือสถาบันอื่นก็เป็นได้

สรุป

ระบบการให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลสมัยใหม่ มีทัศนคติต่อความตายที่มีฐานจาก กระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์ที่มองระบบชีวิตเป็นกลไก สามารถศึกษา ถอดทอน แยกส่วน และจัดการ ควบคุมได้ด้วยความรู้ เครื่องมือ การบริหารจัดการแบบสมัยใหม่

ระบบบริการสุขภาพมีทัศนคติหลักต่อความตายว่าเป็นความเสียหาย ล้มเหลวของระบบ อวัยวะ ซึ่งเป็นเรื่องทางกาย ซึ่งโดยฐานคิดแล้วเป็นสิ่งที่ระบบบริการสุขภาพเพราะถือเป็นความ ล้มเหลวพ่ายแพ้ต่อธรรมชาติ ดังนั้นความตายจึงเป็นสภาวะที่น่ากลัว เป็นอันตรายที่ต้องต่อสู้ ควบคุม ป้องกัน จัดการด้วยความรู้ เครื่องมือเทคโนโลยี ทั้งนี้ระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล สมัยใหม่ยังเชื่อว่าระบบของตนสามารถต่อสู้ ควบคุม ป้องกัน จัดการความเจ็บป่วยได้ด้วยการตรวจ วินิจฉัยภาวะผิดปกติของร่างกายและแทรกแซงรักษาเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยต้องก้าวล่วงสู่ความตาย

กรอบคิดต่อความตายดังกล่าวยังมีแนวโน้มที่จะแผ่ซ่าน ไปยังผู้รับบริการที่มีแนวโน้ม ร่วมต่อสู้ปฏิเสธความตายไว้ด้วย การป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทั้งที่เป็นบุคคลอันเป็นที่รักและผู้รับบริการ สุขภาพอาจถูกให้ความหมายว่าเป็นการแสดงความรักความห่วงใย การให้การดูแลอย่างถึงที่สุด วิธี คิดดังกล่าวประกอบกับสภาพครอบครัวที่เป็นปัจเจกมากขึ้น ชุมชนที่มีความสามารถในการจัดการ การตายด้วยตัวเองได้น้อยลง ทำให้การตายในโรงพยาบาลเป็นวิธีการตายที่เป็นปกติพบเห็นได้บ่อย ขึ้น ทัศนคติแบบ "ช่วยชีวิตไว้ก่อน" ทั้งจากฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการทำให้ระบบบริการสุขภาพ ต้องยืดชีวิตให้ยาวนานยิ่งขึ้น เนื่องด้วยกรอบคิดการจัดการการตายเป็นของวิชาชีพสุขภาพมากกว่า ครอบครัวหรือชุมชน ครอบครัวและชุมชนจึงเข้ามามีส่วนร่วมในร่างกายของผู้ป่วยและวิธีการตาย ได้น้อยลง

ความคาดหวังต่อการรักษาชีวิตผู้ป่วยให้ถึงที่สุดซึ่งเป็นไปไม่ได้ในความเป็นจริง ประกอบกับระบบบริการที่ยังมีช่องว่างในการให้บริการ ได้บีบบังคับให้การตายเป็นสถานการณ์ที่ เปราะบางและสุ่มเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง ร้องเรียนมากขึ้นซึ่งส่งผลเสียต่อระบบบริการสุขภาพ โดยรวม ระบบบริการจึงได้ออกแบบโครงสร้างการป้องกันการฟ้องร้อง ร้องเรียน เป็นโครงสร้าง

หนึ่งในการให้บริการสุขภาพกับประชาชน สถานการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้ให้บริการที่ต้องเข้ามาเกี่ยวข้องกับการตายเป็นสิ่งที่สุ่มเสี่ยง หวาดเสียว เครียด มากขึ้นไปอีก

ระบบประกันชีวิตและระบบยุติธรรมซึ่งเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับความเปลี่ยนแปลงของสังคม จากสังคมแบบชนบทไปสู่สังคมแบบเมืองทันสมัย ระบบประกันชีวิตและระบบยุติธรรมยังส่งผลให้การจัดการร่างกายหลังตายมีความซับซ้อนขึ้น

โรงพยาบาลยังต้องปะทะสังสรรค์กับทัศนคติต่อความตายในแบบอื่นๆ เช่น แนวคิดแบบงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือแนวคิดทางศาสนาและจิตวิญญาณ แนวคิดดังกล่าวน่าจะช่วยผู้ป่วยให้มีทางเลือกในการตายในลักษณะที่สอดคล้องกับความต้องการของตนเองหรือครอบครัวได้ แต่ก็มีความจำกัดเพราะระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ถูกออกแบบด้วยทัศนคติต่อความตายในลักษณะที่เป็นศัตรูที่ต้องต่อสู้เอาชนะ

บทที่ 8

อภิปรายผลการวิจัย

ในบทนี้ผมจะอภิปรายผลการวิจัยในภาพรวม โดยนำเอาผลการวิเคราะห์ซึ่งได้นำเสนอไปแล้วในบทที่ 6 (ปรากฏการณ์การตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่) และบทที่ 7 (มิติทางวัฒนธรรมของความตายในระบบการให้บริการโรงพยาบาลสมัยใหม่) มาอภิปราย ถกเถียงกับวรรณกรรมที่ได้ทบทวนมาในบทที่ 2 (ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง) ว่าข้อค้นพบที่ผมพบในสนามมีความเหมือนหรือแตกต่างจากวรรณกรรมหรือความรู้เดิมที่ได้ทบทวนอย่างไร ผมจะเน้นประเด็นการอภิปราย 3 ประเด็น กล่าวคือ 1) ทักษะต่อความตาย 2) ท่าทีต่อความตาย 3) ข้อสังเกตในการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนาในโรงพยาบาล (Hospital Ethnography) นอกจากนี้ผมยังได้เสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อปรับปรุงระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลสมัยใหม่ ตลอดจนเสนอข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

8.1 ทักษะต่อความตาย

ไฮเดเกอร์ (Martin Heidegger 1889-1976) นักปรัชญาชาวเยอรมันได้กล่าวถึงความสำคัญของวิธีมองความตายของมนุษย์ เพราะการมองความตายเป็นฐานคิดที่กำหนดคุณค่าพฤติกรรมของมนุษย์ (Cebik, 1980) ผมพบว่าชีวิตของผู้ป่วยในงานวิจัยชิ้นนี้ยืนยันได้ดีถึงข้อความเชิงปรัชญาดังกล่าว ดังกรณีของยายสายที่แม่เธอจะไม่ต้องการใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายในโรงพยาบาล แต่เธอก็ต้องอยู่โรงพยาบาลเพราะลูกของเธอมองความตายเป็นมาปลดพรากบุคคลอันเป็นที่รักของเธอไป หรือในกรณีของป้ามะลิผู้จัดโต๊ะจีนเลี้ยงที่มียืมบ้านก็เพราะเธอปฏิเสธความหมายเกี่ยวกับการตายที่ติดพ่วงมากับการยืมบ้านผู้ป่วย แต่แล้วเมื่อป้ามะลิรู้ว่าจะต้องเสียชีวิตอย่างแน่นอนในไม่ช้า เธอก็ได้เผชิญกับความตายด้วยการเตรียมตัว สะสางงานให้เรียบร้อย แม้กระทั่งเข้าฝันคนใกล้ชิดเพื่อเลือกชุดให้เธอใส่หลังตายและจากไปได้ด้วยอาการสงบ แม้แต่ผมในฐานะผู้วิจัยก็ยอมรับว่าตัดสินใจทำวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้ก็ด้วยความต้องการที่จะเข้าใจความตาย เตรียมตัวรับมือกับการตายของตนเอง วิธีการมองความตายของปัจเจกบุคคลย่อมส่งผลต่อวิถีชีวิตของพวกเขาทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว

งานวิจัยชิ้นนี้ยังพบว่าไม่เพียงแต่วิธีการมองความตายของปัจเจกเท่านั้นที่ส่งผลต่อชีวิตของมนุษย์แต่ละคน แต่วิธีการมองความตายของโครงสร้างสังคมก็มีอิทธิพลต่อชีวิตและการตายของมนุษย์

หากพิจารณาโรงพยาบาลว่าเป็นสิ่งประดิษฐ์ของมนุษย์ โรงพยาบาลจึงไม่อาจปลอดพ้นจากชุดทัศนคติต่อความตาย ทัศนคติดังกล่าวกำหนดคุณค่าเกี่ยวกับความตายและการตาย และออกแบบเป็นระบบบริการเป็นแบบแผนการให้บริการ กำหนดท่าทีของผู้ให้บริการต่อผู้ป่วยและความเจ็บป่วยอย่างใดอย่างหนึ่ง ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมคือ จรรยาบรรณของแพทย์ที่ระบุให้ช่วยชีวิตของผู้ป่วยได้กำหนดเป็นระเบียบการให้บริการเบื้องต้นรวมถึงห่อผู้ป่วยวิกฤติ ผลลัพธ์รูปธรรมของทัศนคติต่อความตายของระบบก็คือผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้นหลายครั้งก็ต้องได้รับการกู้ชีพกระตุ้นหัวใจหลายครั้งซ้ำซ้อนเพราะในทางการแพทย์ผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้นยังไม่ถือว่าได้ตายจากไปแล้วอย่างสมบูรณ์

ไม่เพียงโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพเท่านั้นที่มีทัศนคติต่อความตาย แต่ระบบกฎหมาย ระบบประกันชีวิต ก็มีทัศนคติต่อความตายประการใดประการหนึ่งด้วย เช่น การมองว่าการตายเป็นภัยที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงส่งผลให้บุคคลตัดสินใจทำประกันชีวิต บางคนตัดสินใจมาเสียชีวิตในโรงพยาบาลเพราะมีความสะดวกกว่าหากจะติดต่อธุรกรรมกับบริษัทประกันชีวิตเพื่อรับผลประโยชน์ เนื่องจากเงื่อนไขในกรมธรรม์บางประการต้องระบุสาเหตุการเสียชีวิตจากคำอธิบายทางการแพทย์ ระบบยุติธรรมมองว่าการตายอันเนื่องมาจากเจตนาของบุคคลหรือสัตว์เป็นการตายที่ผิดธรรมชาติ ส่งผลให้ชีวิตหลังการตายของผู้เสียชีวิตอยู่ภายใต้การจัดการของแพทย์นิติเวชและตำรวจ ซึ่งเป็นตัวแทนของสถาบันทางการแพทย์และสถาบันของรัฐ

ผมเชื่อว่าทัศนคติต่อความตายมีผลกระทบอย่างลึกซึ้งต่อชีวิตและการตายของมนุษย์ในสังคม แต่ดูเหมือนว่าปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล เหตุการณ์เกี่ยวกับการตายจะดำเนินไปแต่มีน้อยคนและน้อยครั้งนักที่ใครคนหนึ่งจะตั้งคำถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ดำเนินอยู่ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเขาเหล่านั้นกำลังมองความตายว่าเป็นอย่างไร และระบบบริการสุขภาพกำลังมองความตายว่าเป็นอย่างไร หากเขาเหล่านั้นรู้ตัวจะยอมเชื่อและยอมรับที่มองความตายเช่นนั้นหรือไม่ ผมพบว่าไม่ว่าเขาเหล่านั้นจะรู้ตัวหรือไม่ ระบบบริการสุขภาพก็ยังคงปฏิบัติหน้าที่อยู่อย่างดูเหมือนจะราบรื่นพอจะแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าไปได้ หากมีความผิดพลาดในการบริการก็ทำการวิจัยพัฒนาด้วยวิธีการต่างๆ หากเกิดกรณีร้องเรียน ฟ้องร้อง ก็พิจารณาประเมินประนีประนอมแก้ไขปัญหาและความสัมพันธ์เป็นรายกรณีไป สิ่งเหล่านี้ระบบบริการสุขภาพดูเหมือนจะยอมรับว่ามีโอกาสเกิดขึ้นได้ แต่การตรวจสอบทัศนคติต่อความตายของระบบบริการสุขภาพในระดับฐานคตินั้นดูจะยังไม่ค่อยปรากฏ

การตีความปรากฏการณ์เพื่อนำเสนอข้อค้นพบในโรงพยาบาลในงานวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้เป็นความพยายามที่จะสะท้อนทัศนคติต่อความตายในระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลสมัยใหม่เพื่อการสำรวจปรากฏการณ์การตายในโรงพยาบาลในภาพกว้างผ่านสถานการณ์ต่างๆ ผมพบว่าข้อค้นพบในเรื่องนี้เพียงเป็นแผนที่นำทางเพื่อการทำความเข้าใจมิติทางวัฒนธรรมของความตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่ หากจะมีประโยชน์บ้างก็เป็นคู่คี่ตาข้อเสนอเพื่อการเปิดพื้นที่ ถกเถียงอภิปราย เพื่อทบทวนทัศนคติต่อความตายของระบบบริการ และทัศนคติต่อความตายที่ดำรงอยู่ในสังคม ผมหวังว่ากระบวนการคิดพิจารณา ใคร่ครวญอย่างลึกซึ้งต่อวิธีการมองความตายของตนเอง ทั้งในระดับของปัจเจกและองค์กรหรือหน่วยงานของตนน่าจะเป็นประโยชน์ในการกลับมาถูกคิดไตร่ตรองถึงกระบวนการคิดและการวางท่าทีของตนเองและองค์กร ว่าตัวระบบบริการและสังคมได้มีทัศนคติและวางท่าทีต่อความตายอย่างไร สอดคล้องกับข้อค้นพบในงานวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้หรือไม่ หากใช่ ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น และระบบบริการสุขภาพควรมีทัศนคติใหม่ต่อความตายแบบใด หากไม่ใช่ ระบบบริการสุขภาพกำลังมีทัศนคติต่อความตายแบบใด ใครจะได้ประโยชน์หรือเสียประโยชน์จากทัศนคติและท่าทีต่อความตายดังที่เป็นอยู่

ทัศนคติต่อความตายของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลสมัยใหม่

ข้อค้นพบเกี่ยวกับทัศนคติต่อความตายในงานวิจัยชิ้นนี้คือผลลัพธ์จากการประกอบสร้างขึ้นจากชิ้นส่วนข้อมูลที่ผมได้เข้าไปมีส่วนร่วมในวิถีประจำวันในโรงพยาบาลในบางพื้นที่ ได้แก่ การให้บริการผู้ป่วยมะเร็งในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้อง ICU ห้องดับจิต สังเกตสถานการณ์การรับบริการของผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่จะเสียชีวิต สังเกตการเสียชีวิตและการปฏิบัติหลังเสียชีวิต การชันสูตรศพทั้งในและนอกโรงพยาบาล

ในพื้นที่และสถานการณ์ต่างๆ นั้น ผมได้เข้าไปสังเกต สัมภาษณ์ผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และตีความปรากฏการณ์ให้เห็นทัศนคติต่อความตายของระบบบริการของโรงพยาบาลสมัยใหม่ ผลลัพธ์จากการตีความพบว่าโรงพยาบาลมีทัศนคติต่อความตายทั้งที่เป็นทัศนคติหลัก และทัศนคติรอง

ทัศนคติต่อความตายชุดหลักได้แก่ ความตายคือความเสียหายของอวัยวะหรือระบบอวัยวะ ความตายเป็นสภาวะเลวร้าย น่ากลัว มีพิษภัย และความตายคือสภาวะที่สามารถควบคุมป้องกัน อดได้ได้ด้วยบริการทางการแพทย์สมัยใหม่

ส่วนทัศนคติต่อความตายชุดรองที่ดำรงอยู่ในระบบบริการสุขภาพมีลักษณะให้คำอธิบายต่อความตายนอกเหนือไปจากทัศนคติต่อความตายชุดหลัก เช่น ความตายคือการเปลี่ยนผ่านไปสู่อุสภาวะที่ดีกว่า ความตายคือความหลุดพ้นเป็นอิสระ (ทัศนคติต่อความตายของ Kellehear)

ความตายคือโอกาสในศึกษาความเป็นจริงของชีวิต ความตายคือธรรมชาติควรยอมรับได้ ความตายคือมายา เพราะความจริงไม่มีความตายเพราะไม่มีผู้ตาย (ทัศนะต่อความตายแบบศาสนา) ความตายคือการเปลี่ยนผ่านที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ (ทัศนะต่อความตายในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง) ความตายคือการเปลี่ยนผ่านไปสู่อารมณ์ชีวิตที่มีอำนาจศักดิ์สิทธิ์ (ทัศนะต่อความตายแบบทอถีน) การตายโดยเจตนาที่นั้นยอมรับไม่ได้เพราะกระทบต่อความเป็นระเบียบเรียบร้อยของสังคม (ทัศนะจากมุมมองของกฎหมาย) ความตายคือภัยที่สามารถบรรเทาได้ด้วยการจัดการความเสี่ยง (ทัศนะต่อความตายจากระบบประกันชีวิต)

หากพิจารณาข้อค้นพบดังกล่าว ทัศนะของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลสมัยใหม่ก็สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความตายด้านการแพทย์และสาธารณสุขมากที่สุดในทุกประการ กล่าวคือมองความตายว่าเป็นความล้มเหลวทางกาย ความตายเป็นภาวะน่าปฏิเสธ และระบบสาธารณสุขก็มีภารกิจเพื่อป้องกันไม่ให้ประชาชนเสียชีวิตก่อนเหตุอันสมควร แต่สิ่งที่น่าสนใจคือ ข้อค้นพบในงานวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้ให้ภาพสถานการณ์การตายที่มีรายละเอียดที่น่าสนใจเพิ่มขึ้นดังต่อไปนี้

ทัศนะต่อความตายชุดหลักกับทัศนะต่อความตายชุดรอง

1) ทัศนะต่อความตายมีหลายชุดดำรงอยู่ในระบบบริการของโรงพยาบาลสมัยใหม่ แต่ทัศนะต่อความตายตามแนวคิดทางการแพทย์เป็นทัศนะต่อความตายชุดหลัก ส่วนทัศนะต่อความตายชุดอื่นๆ เป็นทัศนะชุดรอง ทัศนะชุดหลักจะทำหน้าที่เป็นแกนในการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยในลักษณะงานประจำ เช่น การตรวจวินิจฉัย การรักษาโรคติดเชื้อ โรคเรื้อรัง ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยวิกฤติ การปฏิบัติต่อผู้ป่วยขณะเสียชีวิต และการปฏิบัติต่อร่างกายหลังเสียชีวิตหากเป็นการตายแบบไม่ผิดวิสัยในมุมมองของกฎหมาย

2) ส่วนทัศนะชุดรองเช่น งานดูแลแบบประคับประคอง ทัศนะต่อความตายศาสนาและจิตวิญญาณที่ให้บริการในโรงพยาบาลมีลักษณะของ *วิถีปฏิบัติแบบพิเศษ* กล่าวคือ ผู้ป่วยจำนวนน้อยที่ได้รับการดูแลจากแผนกดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและสถาบันศาสนาที่ดำเนินงาน โดยผู้ให้บริการ งานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองดำเนินการด้วยการของบประมาณและการจัดกิจกรรมเป็นรายครั้ง การจัดศาลาสำหรับประกอบพิธีถวายสังฆทาน ทีมอาสาสมัครเยี่ยมผู้ป่วยก็มีลักษณะเป็นหน่วยงานพิเศษที่สามารถนำเสนอเป็นผลงานของโรงพยาบาลในลักษณะที่ "ที่อื่นไม่มีแต่ที่นี่มี" การบริการของหน่วยงานและลักษณะกิจกรรมดังกล่าวถือเป็นจุดเริ่มต้นที่น่าสนใจ แต่ยังไม่ครอบคลุมแพร่หลายจนกระทั่งเป็นการบริการในลักษณะทั่วไปของระบบบริการในโรงพยาบาล

นอกจากนี้จำนวนเจ้าหน้าที่ให้บริการแบบประทับประคองและบริการด้านศาสนาก็มีจำนวนน้อยเพื่อเทียบกับความต้องการ ปัจจัยหนึ่งมาจาก สถานศึกษาด้านการแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังไม่ได้ให้ความสำคัญขัดเกลาทัศนคติต่อความตายชุดรองผ่านเรียนการสอน เจ้าหน้าที่ที่สนใจทัศนคติต่อความตายชุดอื่นจะต้องขวนขวายความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประทับประคอง การดูแลมิติจิตวิญญาณเองผ่านการอบรม หรือซึมซับผ่านพิธีกรรมที่อยู่ในชุมชน

ทัศนคติชุดรองที่ดำรงอยู่ในระบบบริการสุขภาพได้นั้น ดำรงอยู่ได้ก็โดยไม่ไปขัดแย้งสวนทางกับชุดทัศนคติต่อความตายชุดหลัก เช่น ทัศนคติที่มองว่าการตายเป็นทางออกของปัญหาชีวิต ทัศนคติต่อความตายชุดนี้อาจทำให้บุคคลฆ่าตัวตาย ซึ่งหากได้รับการส่งตัวเข้าโรงพยาบาลได้ทันที ย่อมต้องได้รับการช่วยเหลือให้รอดชีวิต ทัศนคติต่อความตายชุดนี้ยังส่งผลให้ชุมชนวิชาชีพด้านการแพทย์มองว่าการทำหนังสือเจตนาปฏิเสธการช่วยชีวิต อาจเป็นส่วนหนึ่งของการทำการุณยฆาต ซึ่งจะทำให้ผิดจรรยาบรรณวิชาชีพ ทำให้เกิดการต่อต้านและระงับการใ้ช้งานพระราชบัญญัติสุขภาพมาตรา 12 ชั่วคราว ส่วนทัศนคติต่อความตายอื่นๆ หากมาช่วยเสริมการบริการของระบบบริการสุขภาพนั้น โรงพยาบาลก็ไม่ปฏิเสธ เช่น การสวดมนต์อุทิศส่วนกุศลให้เจ้ากรรมนายเวร การจัดพิธีถวายสังฆทานในอาคารผู้ป่วยในก็สามารถทำได้หากไม่ไปรบกวนการให้บริการ

นอกจากนี้โรงพยาบาลยังยอมรับทัศนคติต่อความตายจากระบบกฎหมาย และระบบประกันชีวิต ส่วนหนึ่งก็เพราะสถาบันดังกล่าวได้สนทนากับสถาบันทางการแพทย์ทั้งในระดับชาติ ไปจนถึงระดับนานาชาติจนกระทั่งสามารถร่วมมือกันออกแบบระบบบริการที่เกี่ยวข้องกับการตายได้ เช่นระบบเรียกร้อง (claim) ประกันกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต ระบบการชันสูตรหาสาเหตุของการตาย กรณีการเสียชีวิตอันต้องสงสัย เป็นต้น การอยู่ร่วมกันระหว่างทัศนคติต่อความตายชุดหลักกับชุดรองนั้น พูดยุคในภาษาอย่างง่ายคือ ชุดทัศนคติต่อความตายชุดหลักแบบการแพทย์นั้นเป็น "ชุดทัศนคติเจ้าบ้าน" ในขณะที่ชุดทัศนคติอื่นๆนั้น "ทัศนคติของผู้อยู่อาศัย"

3) หากพิจารณาทัศนคติต่อความตายที่จำแนกเป็นช่วงสมัยตามการแบ่งของ Kellehear (2009) และ Walter (2007) ที่แบ่งทัศนคติต่อความตายตามยุคสมัยเป็น 3 ยุค คือ ความตายแบบจารีต ความตายแบบทันสมัย และความตายแบบนวัตกรรมทันสมัย ผมพบว่า ทัศนคติต่อความตายทั้งสามประเภท ดำรงอยู่ในโรงพยาบาลด้วยกันทั้งสิ้น แต่แต่ดำรงอยู่อย่างแบ่งพื้นที่ กล่าวคือ ผู้รับบริการในชุมชนท้องถิ่นยังคงมีทัศนคติต่อความตายแบบจารีตที่เชื่อเรื่องการเวียนว่ายตายเกิด ความเชื่อแบบไตรภูมิ มีความเชื่อด้านไสยศาสตร์ที่สามารถตรวจโรค ตรวจชะตาความเป็นอยู่ของผู้ที่เสียชีวิตไปแล้วผ่านการดูหมอ ทรงเจ้า

ส่วนระบบบริการสุขภาพทั่วไปในโรงพยาบาลนั้นมีทัศนคติต่อความตายแบบทันสมัย ซึ่งมองความตายด้วยทัศนคติแบบวิทยาศาสตร์ ระบบสุขภาพไม่สนใจชีวิตหลังการตายของผู้ป่วยหาก

การตายนั้นเป็นการตายที่ไม่ผิดธรรมชาติ แต่หากเป็นการตายที่ผิดธรรมชาติโรงพยาบาลก็เพียงทำหน้าที่ตรวจวัดร่างกายเพื่อหาสาเหตุด้านการตายเท่านั้น ระบบบริการแบบทันสมัยเน้นการบริการผู้ป่วยด้านกายภาพเป็นหลัก ระเบียบวิธีที่ให้ความสำคัญเรื่องจิตใจก็มักเป็นไปเพื่อให้บริการผู้ป่วยให้หายป่วยจากโรค ซึ่งก็เป็นเรื่องทางกายเช่นเดียวกัน

ทัศนคติต่อความตายแบบนวนทันสมัยที่มองว่าผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะเผชิญความตายอย่างมีศักดิ์ศรี การดูแลสมควรที่จะนำความผาสุกของผู้ป่วยมาพิจารณาเป็นอันดับหนึ่ง ทัศนคติเช่นนี้ผมพบว่าสอดคล้องกับวิถีการบริการแบบดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทั้งนี้ข้อค้นพบในสนามพบว่าบุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดแบบนวนทันสมัยนั้นต้องเข้าใจทัศนคติต่อความตายแบบจารีตหรือโลกทัศน์ของความตายของผู้ป่วย ทัศนคติในการมองความตายเช่นนี้ผู้ให้บริการโดยทั่วไปยังตั้งข้อสงสัย ไม่มั่นใจว่าแนวทางการดูแลด้วยทัศนคติเช่นนี้ถูกต้องหรือไม่ เนื่องจากทัศนคติต่อความตายแบบนวนทันสมัยมองความตายในลักษณะที่ไม่สอดคล้องกับชุดทัศนคติหลัก 2 ประการแรก กล่าวคือ ขณะที่ทัศนคติแบบความตายมองว่าความตายคือความเสียหายของระบบอวัยวะ ทัศนคติแบบนวนทันสมัยมองรวมถึงโอกาสในการเสียหายในมิติจิตใจและสังคมด้วย และในขณะที่ทัศนคติทันสมัยต่อความตายมองว่าความตายเป็นภัยที่น่ากลัวเพียงเล็กน้อย ทัศนคติแบบนวนทันสมัยมองเห็นทางเลือกของการตายที่ไม่เป็นภัยที่ต้องหลีกเลี่ยง แต่เผชิญได้กับความตายได้อย่างมีศักดิ์ศรี หากมีการเตรียมความพร้อม

กระบวนการทัศนวิทยาศาสตร์: ทัศนคติแม่บทเบื้องหลังทัศนคติต่อความตายในโรงพยาบาล

ดังจุดประสงค์ที่ผมเสนอไว้ว่าต้องการสำรวจมิติทางวัฒนธรรมของความตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่ซึ่งได้เสนอทัศนคติต่อความตายในลักษณะต่างๆ ที่ประกอบด้วยทัศนคติที่มองความตายว่าเป็นการสิ้นสุดลงของการทำงานของระบบอวัยวะ เป็นภัยอันตราย เป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยงจัดการ ควบคุมด้วยการบริการทางการแพทย์ ผมพบว่าเบื้องหลังชุดทัศนคติต่อความตายต่างๆ ยังมีกระบวนการทัศน์ หรือ ทัศนคติแม่บท (paradigm) แบบวิทยาศาสตร์ที่เป็นตัวกำหนดทัศนคติต่อความตายในลักษณะดังกล่าว

ทัศนคติแม่บทแบบวิทยาศาสตร์มีลักษณะปรัชญาสำคัญ คือ การมองความจริงของโลกว่าเป็นองค์ประกอบของวัตถุหรือสสาร (materialism) ที่สามารถศึกษาความจริงได้ด้วยการศึกษาแบบลดส่วน (reductionism) ความจริงแบบวัตถุนั้นรับรู้ได้การใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 (ประจักษ์นิยม empiricism) แสดงค่าเป็นตัวเลขได้ชัดเจนเพื่อการอธิบาย (ปฏิฐานนิยม, positivism) ความรู้ความจริงสามารถใช้อธิบายเป็นกฎเกณฑ์ทั่วไป (generalizable) ความรู้ก็เป็นเพื่อการควบคุม ทำนายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นภายใต้กฎเกณฑ์นั้นได้ (determinism) (วิชิต, 2546)

ลักษณะสำคัญของกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์คือการแยกพรมแดนวัตถุออกจากพรมแดนจิต ในพรมแดนของวัตถุนั้นก็สามารศึกษาได้ด้วยการลดทอนศึกษาโดยใช้แบบจำลองเครื่องจักรกลที่แยกชิ้นส่วน ศึกษาทีละชิ้น แบบจำลองความจริงของโลกว่าเป็นกลไกยังมอบวิธีคิดมนุษย์สามารถเข้าไปแทรกแซง ซ่อมแซม ให้ทำงานได้ดีดังเดิมได้ด้วย ฐานการมองโลกดังกล่าวได้พัฒนาสาขาวิชาด้านการแพทย์ และพัฒนาเป็นระบบบริการในการจัดการการตาย

ทัศนะแบบลดส่วนในปรัชญาวิทยาศาสตร์นั้นส่งผลต่อทัศนะต่อความตายว่าเป็นความเสียหายล้มเหลวของระบบอวัยวะอย่างชัดเจน แต่ผมคิดว่าทัศนะแบบลดส่วนนั้นยังส่งผลที่กว้างขวางไปถึงทัศนะชุดรอง ที่ถูกรวบงำด้วยวิธีคิดแบบลดส่วนด้วยเช่นกัน เช่น ในงาน Palliative care ที่ซึ่งมีลักษณะเป็นชุดวิธีคิดแบบองค์รวมในการดูแลความเจ็บป่วยที่รักษาไม่หายขาด แต่เมื่ออยู่ในระบบบริการสุขภาพ ก็จะถูกลดส่วนให้กลายเป็น “แผนกผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบองค์รวม” ซึ่งเป็นสาขา “เฉพาะทาง” สาขาหนึ่งของการบริการสุขภาพ

การดูแลด้านจิตวิญญาณก็เช่นกัน ที่เมื่ออยู่ภายใต้วิธีคิดแบบลดส่วนแล้ว ก็จะถูกเข้าใจว่าเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับพระหรือพิธีกรรมด้านศาสนา รวมถึงสามารถระบอบออกมาเป็นตัวแปรด้านจิตวิญญาณที่สามารถใช้แบบสอบถามหรือตัวชี้วัดเชิงปริมาณในการทำความเข้าใจมิติทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย

ส่วนทัศนะของวิทยาศาสตร์ที่มีจุดประสงค์เพื่อควบคุม ทำนาย (determinism) นั้นก็ส่งผลให้โรงพยาบาลสมัยใหม่มองว่าความตายเป็นสิ่งที่ควบคุม ป้องกัน จัดการได้ ทั้งในเชิงป้องกันให้ไม่ตายด้วยระบบตรวจวินิจฉัยที่แม่นยำ ใช้อาหรือเครื่องมือเทคโนโลยีจัดการ และหากต้องตายก็สามารถจัดการความตายไม่ให้เจ็บปวดทรมานได้ด้วยความรู้ เทคโนโลยีเช่นเดียวกัน

วิธีการมองโลกแบบวัตถุหรือสสารนิยมนั้น (materialism) ในด้านหนึ่งก็ช่วยพัฒนาความรู้ด้านชีววิทยาเกี่ยวกับร่างกายและความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับระบบร่างกายไปมาก แต่ก็ละเลยมิติด้านจิตใจซึ่งเป็นความจริงอีกด้านของมนุษย์ไปมาก ความรู้ด้านจิตใจถูกพัฒนาเป็นสาขาจิตวิทยาซึ่งก็ถูกแยกสาขาวิชาออกไปเป็นคนละสาขาวิชา จิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาไม่ต้องให้บริการกับผู้ป่วยที่กำลังเสียชีวิตในลักษณะงานประจำ แพทย์ไม่จำเป็นต้องเรียนจิตวิทยาหรือมิติจิตใจของมนุษย์ ดังนั้นในโรงพยาบาลจึงมีช่องว่างที่ใหญ่มากระหว่างการดูแลทางกาย และการดูแลจิตใจกล่าวคือ ขณะที่ระบบบริการสุขภาพให้คำอธิบายมิติทางกายอย่างมั่นใจ ทั้งสาเหตุของความเจ็บป่วย การรักษาให้หาย และการประคับประคองกรณีที่ไม่อาจรักษาให้หายขาด แต่สังคมจะสูญเสียความสามารถในการอธิบายมิติที่เหนือพ้นจากกายภาพ เช่น สังคมสูญเสียความมั่นใจในการอธิบายว่า “ตายแล้วไปไหน” เพราะชีวิตหลังความตายนั้นพิสูจน์ไม่ได้ หรือหากจะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พิสูจน์ผู้ใดยืนได้ฟังก็อาจแสดงท่าทีแบบ “ไม่เชื่อไว้ก่อน”

การตายของมนุษย์นั้นมีการตายหลายมิติ นอกเหนือจากกายแล้วยังมีมิติของจิตใจที่เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ความห่วงกังวลสิ่งที่คุ้นเคยในชีวิต ความรู้สึกความผิดบาปที่เคยกระทำ การวางใจขณะตาย ความกลัวความดับสูญของตัวเอง เป็นต้น มนุษย์อาจต้องการชุดคำอธิบายที่มากกว่าคำอธิบายทางการแพทย์เกี่ยวกับร่างกาย เช่น คำอธิบายเกี่ยวกับเจ้ากรรมนายเวร ระบบบาป-บุญ เพื่อจัดการความรู้สึกผิด ชุดโลกทัศน์แบบไตรภูมิเพื่อช่วยเยียวยาความกลัวสภาวะที่ตัวเองดับสูญ เป็นต้น คำอธิบายนั้นมีลักษณะเชิงปรัชญาแบบจิตนิยม ซึ่งเป็นข้อตรงข้ามกับทัศนะแม่บทแบบวิทยาศาสตร์ที่เชื่อมิติด้านกายภาพ จึงมีลักษณะที่สูญเสียความน่าเชื่อถือลงเมื่อทัศนะแบบวิทยาศาสตร์เป็นทัศนะกระแสหลักที่ครอบงำวิธีคิดของสังคม ผมตั้งข้อสังเกตว่าการสูญเสียความน่าเชื่อถือในการอธิบายการตายที่พ้นไปจากมิติทางกายภาพเป็นที่มาของความกลัว หลีกหนี ปฏิเสธความตาย นั่นก็เป็นเพราะสังคม “ไม่รู้จักความตาย” อย่างเพียงพอที่จะยอมรับหรือวางใจและรับมือกับการตายได้เมื่อจำเป็นต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับการตาย

บริโภคนิยมกับทัศนะต่อความตายของโรงพยาบาล

นอกจากทัศนะแม่บทแบบวิทยาศาสตร์แล้ว กระแสบริโภคนิยมก็เข้ามามีอิทธิพลในการกำหนดวิธีการมองความตายเช่นกัน ความพยายามควบคุมจัดการความตายทั้งหลายก็เข้าไปเพื่อการยืดชีวิตของคนให้ยาวนานขึ้น โดยมีสมมติฐานว่าชีวิตเป็นความสุข ชีวิตเป็นสิ่งน่าบริโภค ในกรณีป่ามะลิเชอสะท่อนท่าที่ต่อความตายว่า “ไม่กลัวตาย แต่ก็ไม่อยากตาย” ก็เพราะรู้สึกว่าชีวิตยังสิ่งน่าปรารถนาให้อยู่ต่อ เช่น การให้ค่าเล่าเรียนลูกหลานจากเงินเกษียณ เป็นต้น ป้าสออยากให้แม่ของเธอมีชีวิตอยู่ต่อก็เพราะมองว่าการมีชีวิตเป็น “โอกาสที่ไม่ควรจะเสียไป” ดังนั้นสำหรับผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะเสียชีวิต ความตายคือความสูญเสียโอกาสในการบริโภคความสุขแบบถาวร ทำให้การตายเป็นสิ่งไม่พึงปรารถนา ควรหลีกหนี

การใช้อุปกรณ์ เทคโนโลยีช่วยชีวิตในแง่หนึ่งก็คือการบริโภคเชิงสัญญา เช่น การได้รับการดูแลในห้อง ICU หมายถึงการให้การดูแล “แบบพิเศษที่น้อยคนจะได้รับ” ในบางกรณีเมื่อมีสถานการณ์ขัดแย้งที่อาจเกิดเรื่องลูกหลานบานปลายแก่ผู้ป่วยหนัก แพทย์อาจตัดสินใจให้ผู้ป่วยได้เข้าห้อง ICU เพื่อระงับเหตุขัดแย้ง ส่วนหนึ่งก็เพื่อแสดงสัญลักษณ์ทางสังคมว่า ตนและโรงพยาบาลได้ให้การดูแลใส่ใจอย่างเต็มที่แล้วจากการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากเทคโนโลยีขั้นสูงในห้อง ICU ดังนั้นในด้านหนึ่งการควบคุมจัดการการตายก็เป็นวิถีของการบริโภค โดยตัวเองด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้ปรากฏการณ์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการตรวจชันสูตรศพมากขึ้นก็มีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับกระแสบริโภคนิยม ทั้งนี้เนื่องจากมีผู้นิยมทำประกันชีวิตในวงเงินสูงกับบริษัทประกันภัยเอกชน ซึ่งได้สัญญาว่าหากเกิดการเสียชีวิตภายในเงื่อนไขที่กำหนด ความมั่นคงทาง

เศรษฐกิจของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการตายจะไม่ถูกส่งผลกระทบต่อกระเทือน และเนื่องจากระบบประกันได้รับเอาทัศนคติต่อความตายว่าเป็นความเสียหายของระบบอวัยวะมากขึ้น จึงทำให้ผู้เสียชีวิตมีชีวิตหลังการตายที่เกี่ยวข้องกับระบบชั้นสุตตรศพมากขึ้นด้วยเช่นกัน

กระบวนการใช้พิธีกรรมทางศาสนาเพื่อช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ป่วยบางอย่างก็อาจตกอยู่ในกระแสบริโภคนิยมเช่นเดียวกัน เช่น การทำสังฆทานก็อาจเป็นไปได้เพื่อปรารภชีวิตในโลกหน้าที่มีความสุข ความสะดวกสบาย ความร่ำรวย ความอยู่ดีกินดี เช่นเดียวกับการใช้แนวคิดดูแลแบบประคับประคองที่เป็นไปเพื่อความสะดวกสบาย ไม่เจ็บปวดทรมาน ในแง่หนึ่งก็ตกอยู่ภายใต้กระแสวัฒนธรรมบริโภคนิยมด้วย

งานวิจัยชิ้นนี้ไม่ได้ศึกษากระแสบริโภคนิยมที่กำหนดพฤติกรรมการให้บริการสุขภาพ แต่มีข้อสังเกตว่าวัฒนธรรมบริโภคนิยมน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการตายสมัยใหม่ ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจศึกษาต่อไป

การปะทะทางวัฒนธรรมระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

Goffman (1961) เสนอว่า โรงพยาบาลเป็นพื้นที่ที่มีวัฒนธรรมย่อยของตัวเองที่เป็นเอกลักษณ์ และในขณะที่ Geest & Finkler (2004) เสนอว่าโรงพยาบาลยังต้องปะทะสังสรรค์กับวัฒนธรรมของผู้ป่วยซึ่งเป็นคนพื้นถิ่น งานชิ้นนี้ได้ตั้งสมมติฐานไว้ว่าในโรงพยาบาลน่าจะมีปรากฏการณ์การปะทะทางวัฒนธรรมที่เป็นรูปธรรมในสถานการณ์การตายที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล

ระบบบริการสุขภาพซึ่งเป็นฝ่ายผู้ให้บริการมีทัศนคติต่อความตายชุดหลักแบบการแพทย์ ซึ่งผมได้อธิบายไปแล้วในเบื้องต้น แต่ผู้ให้บริการที่เป็นปัจเจกบุคคลมีทัศนคติต่อความตายที่หลากหลายมากกว่านั้น ผู้ให้บริการอาจมีทัศนคติต่อความตายแบบอื่นๆ เช่น เชื่อในชีวิตหลังความตาย อยากช่วยเหลือผู้ป่วยให้ตายดีตามทัศนคติแบบพื้นบ้าน แต่ทัศนคติต่อความตายแบบวิทยาศาสตร์การแพทย์ของระบบบริการดูจะไม่ค่อยอ่อนไหวต่อทัศนคติส่วนตัวของบุคลากรหน้าที่ประจำของผู้ให้บริการดูจะบังคับให้บุคลากรทำงานตามระบบที่ถูกออกแบบไว้อย่างแข็งตัว ตัวอย่างเช่น พยาบาลหลายคนสะท้อนว่างานเอกสารที่เยอะขึ้นทำให้พยาบาลมีเวลาดูแลคนไข้น้อยลง แม้อยากดูแลคนไข้ให้มีสัดส่วนที่เยอะขึ้น แต่ระบบงานก็บังคับให้เป็นไปได้ยาก

ส่วนผู้ป่วยและญาติเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่มีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตก็มีทัศนคติที่หลากหลายเช่นเดียวกัน ตั้งแต่ความเชื่อว่าโรงพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยหายเจ็บป่วยดังเช่นกรณีของป้าสอยที่มีความหวังว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่จะรักษาหายสาบสูญให้หายป่วย อย่างน้อยก็ลูกนั่งขึ้นมาคุยกับลูกหลานได้ ในขณะที่ยายสาบสูญต้องการกลับบ้านเพื่อเสียชีวิตที่บ้านมากกว่า ไปจนกระทั่ง

ผู้ป่วยที่ "รับได้ทุกอย่าง" ใครอยากจะทำอะไรก็ทำ แล้วแต่ลูกหลาน แล้วแต่โรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ผมยังไม่มีข้อมูลทัศนคติต่อความตายของผู้รับบริการที่มากพอที่จะสรุปได้ว่ารูปแบบทัศนคติต่อความตายของผู้รับบริการเป็นอย่างไร มีขอบเขตกว้างขวางเพียงใด และมีรายละเอียดเชิงลึกอย่างไร

กระนั้น ผมก็มีข้อสังเกตหนึ่งของการปะทะทางวัฒนธรรมในทำนองเดียวกับทัศนคติต่อความตายชุดหลักที่มีสถานะเป็น "ชุดทัศนคติเจ้าบ้าน" และทัศนคติต่อความตายชุดอื่นเป็น "ชุดทัศนคติผู้อยู่อาศัย" มิติทางวัฒนธรรมก็น่าจะเป็นทำนองเดียวกัน กล่าวคือ ในวัฒนธรรมเกี่ยวกับการตายแบบการแพทย์สมัยใหม่ของโรงพยาบาลนั้นเป็น "วัฒนธรรมเจ้าบ้าน" และวัฒนธรรมเกี่ยวกับการตายของผู้รับบริการเป็น "วัฒนธรรมของผู้อยู่อาศัย" ปรากฏการณ์รูปธรรมของลักษณะการปะทะทางวัฒนธรรมดังกล่าวเช่น ในห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ญาติต้องรอรอบนอกห้องแม้ผู้ป่วยจะอยู่ในขั้นตอน "รอรับบริการ" ภาพของญาติที่ยืนชะเง้อมองผู้ป่วยอยู่นอกห้องนั้นพบได้บ่อยๆ ผมคิดว่าเกิดขึ้นด้วยเหตุผล 2 ประการ คือ 1) เจ้าหน้าที่เชิญตัวให้ญาติมารอหน้าห้องเพราะการอยู่ในห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุ และ 2) ตัวญาติเองก็รับรู้ว่ามีพื้นที่ในสถานพยาบาลนั้นไม่ใช่ที่ทางของตน

ผมสังเกตว่าเหตุผลประการหลังนั้นเองที่น่าจะสร้างกรอบคิดแก่ญาติของผู้ป่วยว่า เมื่อพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลแล้ว กิจกรรมทางศาสนาและจิตวิญญาณที่จะกระทำต่อผู้ป่วยนั้นเป็นไปได้หรือไม่ ผมเคยถามญาติคนหนึ่งว่าแม่ของเธอที่เป็นผู้ป่วยติดขาตราบทุกวันหรือไม่ เธอบอกว่าติดขาตราบทุกวัน และตั้งแต่เข้าโรงพยาบาลมายังไม่ได้ทำบุญเลย เมื่อผมบอกเธอว่าในโรงพยาบาลมีพระมารับสังฆทานทุกวัน เธอก็มีสีหน้าดีขึ้นอย่างชัดเจน "อยู่มาตั้งนาน ไม่เคยรู้เลยนะนี่" ขอบคุณผมและรีบลงไปทำบุญที่ศาลาแห่งนั้น อย่างไรก็ตามในห้อง ICU และหอผู้ป่วยอายุรกรรมผมก็ยังเห็นการมาเยี่ยมของญาติที่มักติดสายสัญญาณมาผูกข้อมือหลายครั้ง กิจกรรมเรียกขวัญกำลังใจเล็กๆ น้อยๆ นั้นน่าจะทำได้ แต่เป็นพิธีกรรมที่ต้องเริ่มมีผู้คนเกี่ยวข้องและปริมณีนั้นมักไม่ค่อยปรากฏขึ้นเองจากความประสงค์ของญาติ

การฟ้องร้อง ร้องเรียน น่าจะเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกิดจากการปะทะกันทางวัฒนธรรมที่ขัดแย้งเข้มข้นและนำศึกษารายละเอียดเชิงลึก เจ้าหน้าที่ผู้รับบริการมักให้ภาพตัวแทนของชาวบ้านผู้รับบริการในกรณีที่มีปัญหาการร้องเรียนในทำนองที่ว่า "ชาวบ้านแบบชนบทไม่ค่อยมีปัญหา เพราะทำใจได้ นิสัยดี แต่ผู้ป่วยแบบเมือง มีการศึกษา มีฐานะจะน่ากลัวและต้องระวังปัญหาการร้องเรียน" โคร่งเรื่องดังกล่าวสะท้อนว่าระบบบริการกำลังมีกรอบคิดในการแบ่งชาวบ้านออกเป็นสองประเภทตามกรอบคิดของสถานะเชิงอำนาจ กล่าวคือ ผู้รับที่มีอำนาจการต่อรองน้อยกับผู้รับบริการที่มีอำนาจการต่อรองมาก แนวโน้มของโรงพยาบาลในการจัดการกับสถานะเชิงอำนาจที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยคือการยกระดับอำนาจของตัวระบบบริการให้ "เอาชนะ" อำนาจของผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นให้ได้ ตัวอย่างเช่น การยกระดับมาตรฐานการบริการเพื่อสร้างความพึงพอใจ การ

ให้บริการ โดยมีทำที่ที่ระมัดระวังป้องกันตัว หลีกเลี่ยงการให้บริการที่เกิดความเสี่ยงต่อที่จะเกิดความเสียหายต่อผู้ให้บริการหรือระบบบริการเพื่อป้องกันการถูกฟ้องร้อง ร้องเรียน

ทำที่ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการเป็นไปด้วยความตึงเครียด การทบทวนทัศนคติต่อความตายทั้งของตัวระบบบริการและผู้รับบริการจึงยังเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อทำให้ทั้งสองฝ่ายตระหนักรู้ถึงเหตุที่มาของความเครียดที่ทั้งสองฝ่ายพยายามต่อสู้เอาชนะ รวมถึงจำเป็นต้องทบทวนทัศนคติในการรับรู้ระหว่างกันด้วย เช่น การกลับมาพิจารณาว่าระบบบริการขณะนี้อาจกำลัง "เกรงกลัว ไม่ไว้วางใจ" ผู้รับบริการ ในขณะที่ผู้รับบริการก็มีความไม่ไว้วางใจตัวระบบบริการสุขภาพเช่นกัน อย่างไรก็ตามปรากฏการณ์การปะทะกันทางวัฒนธรรมระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการจำเป็นที่จะต้องได้รับการศึกษาเชิงลึกต่อไป

8.2 ทำที่ต่อความตาย

ผมได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทำที่ต่อความตาย ไว้ 4 ประการ ได้แก่ ได้แก่ 1) การปฏิเสธ ผลักไส หลีกหนีความตาย 2) การอยู่ร่วมกับความตายด้วยความเข้าใจ 3) การใช้ประโยชน์จากความตาย 4) การช่วยเหลือผู้อื่นให้พ้นจากความตาย หลังจากการทำงานในสนาม ผมพบว่า การอยู่ร่วมกับความตายอาจจัดกลุ่มทำที่ต่อความตายได้ 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ 1) การปฏิเสธความตาย และ 2) การยอมรับความตาย ทำที่ต่อความตายในลักษณะต่างๆ นั้นผมได้พรรณานี้ไปแล้วในบทที่ 7 ซึ่งสอดคล้องตามปรากฏการณ์ต่างๆ เนื้อหาในหัวข้อนี้คือการสรุปลักษณะทำที่ทั้งสองประการ พร้อมทั้งข้อสังเกตบางประการต่อการวางทำที่ในทั้งสองแบบต่อการตาย

ทำที่ปฏิเสธความตาย

สำหรับระบบสุขภาพที่มีทัศนคติต่อความตายที่ผมได้กล่าวแล้วข้างต้น กล่าวคือ การมองความตายเป็นความเสียหายของระบบอวัยวะ มองว่าความตายเป็นภัยที่ต้องต่อต้านด้วยการจัดการด้วยความรู้ เครื่องมือเทคโนโลยี ระบบการจัดการตามแนวคิดทางการแพทย์ กล่าวได้ว่า ทำที่ชุดหลักของโรงพยาบาลก็คือการปฏิเสธความตายอย่างค่อนข้างชัดเจน การปฏิเสธความตายไว้ก่อนเป็นวิถีแบบอัตโนมัติในระบบบริการสุขภาพ นั้นหมายความว่าหากผู้รับบริการใช้วิธีการตัดสินใจแบบ "แล้วแต่หมอ" โดยไม่ได้สะท้อนความต้องการของตนเอง เลือกวิถีรับบริการสุขภาพที่เป็นของตนเอง การตายของผู้ป่วยมักจะเป็นในทางต่อต้าน ขัดจีน ยึดถือการตาย โดยเฉพาะเมื่อระบบประกันสุขภาพได้จ่ายค่าใช้จ่ายในลักษณะที่ไม่สัมพันธ์กับความเป็นจริง (เช่นการบริการที่แท้จริงอาจแพงกว่าค่ารักษาที่ผู้รับบริการจ่ายเองมาก) ผู้รับบริการก็อาจไม่ได้คำนึงต้นทุนทางเศรษฐกิจใน

การเลือกวิธีการตายของผู้ป่วย และสำหรับผู้รับบริการที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงระดับหนึ่งก็อาจให้ความหมายว่า การใช้จ่ายค่าบริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการมีความสำคัญไม่เท่ากับการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ (หมายถึงยอมเสียค่าใช้จ่ายอย่างเต็มที่)

ท่าที่ปฏิเสธความตายนั้นยังแฝงอยู่ในวัฒนธรรมการใช้ภาษาของผู้ให้บริการในระบบบริการสุขภาพ เช่น การหลีกเลี่ยงใช้คำว่า "ตาย" หรือ "เสียชีวิต" อย่างตรงไปตรงมา แต่ได้เข้ารหัสอย่างซับซ้อน การปกปิดการตายยังปรากฏอยู่ในลักษณะการออกแบบสถานที่ เช่นการออกแบบเส้นทางขนส่งศพ ที่พยายามให้ออกแบบให้น่าเกลียดน้อยที่สุด การปกปิดศพ การล็อกห้องยามชันสูตรศพ การปิดม่านเมื่อมีผู้เสียชีวิตในหอผู้ป่วยใน ลักษณะพฤติกรรมดังกล่าวนี้ดูประหนึ่งเป็นสำนักขึ้นพื้นฐานที่ใครๆ ก็รู้กันคืออยู่ (Common sense) แต่หากพิจารณาเปรียบเทียบปรากฏการณ์ดังกล่าวข้ามวัฒนธรรม (เช่น ในวิถีพุทธคติแบบดั้งเดิม แม้ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ก็ยังไม่ดำเนินการแต่ต้องแม้การเอาผ้ามาคลุมศพ ต้องรอให้มีการสวดคัมภีร์นำทางจิตของผู้ป่วยให้ครบเจ็ดวันเสียก่อน) ก็จะพบว่าปรากฏการณ์การปกปิดสัญญาณของความตายนั้นเป็นลักษณะทางวัฒนธรรมของสังคมทันสมัย ซึ่งความตายเป็นปฏิบัติภัยกับการมีชีวิตแห่งการบริโภค (พระไพศาล, 2552)

ท่าที่ปฏิเสธความตายเป็นท่าที่หลักของระบบบริการสุขภาพ แต่ความตายในลักษณะที่ระบบบริการมีส่วนในสาเหตุการตายนั้นเป็นสิ่งที่โรงพยาบาลปฏิเสธมากกว่าลักษณะการตายแบบอื่นๆ สถานการณ์ดังกล่าวทำให้การบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะเสียชีวิตนั้นมีบรรยากาศที่เครียด ระมัดระวัง ในด้านหนึ่งก็ทำให้ระบบบริการสุขภาพมีความเข้มงวด มีคุณภาพการบริการที่ดี แต่หากโรงพยาบาลไม่มีทรัพยากรอย่างเพียงพอ เช่น มีเครื่องมือ อุปกรณ์ บุคลากร ระบบสนับสนุนที่ดีพอที่จะตอบสนองความคาดหวังดังกล่าวก็จะยิ่งทำให้ระบบบริการเครียดมากขึ้นไปอีก อันที่จริงแล้วการตายนั้นเกิดขึ้นด้วยกระแสแห่งเหตุปัจจัยที่มากมายไปกว่าระบบบริการสุขภาพเป็นผู้กระทำหรือมีส่วนในการตาย เช่น สภาพทางชีววิทยาของผู้ป่วย การดูแลจากครอบครัวหรือชุมชน สภาพทางจิตวิทยา รวมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่พ้นไปจากการรับรู้ของมนุษย์ แต่เมื่อมีกรณีการตายที่มีความสะเทือนใจเกิดขึ้น ระบบบริการก็มักถูกมองว่าเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นส่วนใหญ่ ทักษะในการมองความตายเป็นผลโดยตรงจากใครคนใดคนหนึ่งว่าเป็นผู้กระทำ ทำให้สถานการณ์การฟ้องร้องกล่าวผิดชี้โทษเป็นไปได้

ปฏิเสธไม่ได้ว่าระบบบริการสุขภาพมีผลโดยตรงต่อวิธีการตาย ทั้งในลักษณะที่เป็นที่พอใจ และไม่เป็นที่พอใจของญาติผู้เสียชีวิต การเสียชีวิตที่มีสาเหตุจากความผิดพลาดในการบริการเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้และควรมีมาตรการในการเยียวยาความสูญเสีย แต่สิ่งสำคัญคือการทำความเข้าใจถึงฐานคิดในการเยียวยาว่าเหตุใดจึงเยียวยาด้วยการจ่ายเงินชดเชยหรือการเยียวยาในลักษณะอื่นๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการผลิตซ้ำความคิดว่า "การเยียวยาเกิดขึ้นเพราะผู้ให้บริการคนหนึ่งคนใดที่ระบุได้"

เป็นการเฉพาะเจาะจงเป็นคนผิด หรือ โรงพยาบาลเป็นฝ่ายผิด" เนื่องจากทัศนื่อดังกล่าวทำให้ระบบบริการต้องพัฒนาระบบการป้องกันการฟ้องร้อง (อันเป็นที่มาแห่งการสูญเสียความมั่นคงของโรงพยาบาล) ด้วยการจับเกี่ยวกับคุณภาพการบริการให้เข้มข้น การคิดค้นระบบหลักฐานป้องกันตัวเองเพื่อความรัดกุม มาตรการดังกล่าวทำให้ผู้ให้บริการสุขภาพสูญเสียทรัพยากรแรงงานและเวลาที่ควรจะดูแลผู้รับบริการไปกับการปกป้องผลประโยชน์ของโรงพยาบาล นอกจากนี้ ระบบบริการยังต้องต่อสู้กับความตายอย่างก้าวร้าวรุนแรงขึ้นกรณีผู้ป่วยอยู่ในภาวะฉุกเฉินวิกฤติ การลดการปะทะขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการด้วยการหลีกเลี่ยงการสนทนา การมองว่าระบบบริการในโรงพยาบาลเป็นสาเหตุหนึ่งเดียวของการตายนั้นส่งผลเสียหายต่อตัวระบบบริการเองและคุณภาพการตายอย่างน่าเป็นห่วง

มูลค่าทางเศรษฐกิจในวันธรรมปฏิบัติเสาะความตาย

การปฏิบัติเสาะความตายคือการปฏิบัติธรรมชาติ การปฏิบัติเสาะความตายย่อมต้องทุ่มเททรัพยากรในทางเศรษฐกิจอย่างมากมาเพื่อต่อสู้กับธรรมชาติ งานวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้แม้ว่าจะไม่ได้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณถึงค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนทางเศรษฐกิจ แต่ก็มีปรากฏการณ์การตายที่น่าสังเกตและศึกษาต่อถึงมูลค่าทางเศรษฐกิจดังต่อไปนี้

ค่าใช้จ่ายในปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพกรณีผู้ป่วยอยู่ในภาวะฉุกเฉิน ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางรายก็ยังสามารถปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพช่วยเหลือฉุกเฉินเช่นกัน หากไม่ได้แสดงเจตนาปฏิเสธการกู้ชีพเป็นลายลักษณ์อักษร หรือญาติสายตรง (พ่อแม่ สามิภรรยา หรือลูกหลานของผู้ป่วย) กล่าวด้วยวาจาที่หนักแน่นมั่นคงโดยมิพยานรู้เห็น ในขั้นตอนดังกล่าวผู้ป่วยย่อมได้รับการกู้ชีพและต้องได้รับยากระตุ้นหัวใจ อุปกรณ์เวชภัณฑ์ เช่นท่อหายใจ การกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ เจ้าหน้าที่หลายคนต้องสละภารกิจที่อยู่ตรงหน้าเพื่อเข้าไปในปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพฉุกเฉินเสียก่อน ผู้ป่วยหนักบางคนเมื่อได้รับการกู้ชีพแต่ก็อาจยังไม่ฟื้นคืนชีพและต้องได้รับการรักษาตัวต่อในหอผู้ป่วยในหรือห้อง ICU อีกหลายวัน หลายสัปดาห์ หรือหลายเดือนก่อนจะเสียชีวิต ระหว่างทางเหล่านี้ย่อมมีต้นทุนทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในการให้บริการซึ่งมากไปกว่าวิธีการเสียชีวิตแบบคาที่สำหรับผู้ป่วยบางรายที่อาจรอดชีวิตก็อาจกลายเป็นผู้พิการถาวรที่ต้องได้รับต้นทุนทางเศรษฐกิจจำนวนมากอีกเช่นกัน

ในมุมมองของผู้จ่าย การปฏิบัติเสาะความตายเป็นต้นทุนและความสูญเสียทางเศรษฐกิจ แต่ก็มีผู้รับผลประโยชน์ในวันธรรมปฏิบัติเสาะเช่นกัน เช่น บริษัทฯ บริษัทผลิตอุปกรณ์ช่วยชีวิต บริษัทประกันชีวิต และโรงพยาบาลที่มีลักษณะการบริการแบบค้ำกำไร

นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ทักษะต่อความตายแบบปฏิเสธหลักหนียังส่งผลให้เกิดสภาพทางจิตวิทยาในลักษณะของความกลัวตาย ความกลัวตายที่ครอบคลุมไปถึงความกลัวศพ ยังส่งผลให้เกิดต้นทุนทางเศรษฐกิจที่ผู้รับบริการต้องรับภาระมากขึ้นอีกด้วย เช่น ไม่ประสงค์ที่จะนำรถส่วนตัวมารับศพไปยังสถานที่ทำพิธีศพ ทำให้ต้องเสียค่าขนส่งศพจากโรงพยาบาลไปบ้านหรือวัดจำนวนมาก ในโรงพยาบาลจะมีคิวรถที่ทำหน้าที่รับส่งศพโดยเฉพาะ ซึ่งคิดค่าบริการที่แพงกว่าการขนส่งคนเป็นมากกว่าถึง 2 - 3 เท่าตัว หากใช้บริการรถกู้ชีพเอกชนก็ต้องมีค่าใช้จ่ายจำนวนมากเช่นกัน อย่างไรก็ตามผู้รับบริการอาจติดต่อให้เทศบาลมาเป็นธุระขนส่งศพให้ได้ในราคาที่ถูกลง

นอกจากนี้ครอบครัวที่ไม่สามารถจัดพิธีศพด้วยตนเองประกอบกับชุมชนที่มีลักษณะ "ตัวใครตัวมัน" มากขึ้น ยังทำให้การทำศพในลักษณะของงานบุญ ช่วยเหลือเกื้อกูลด้วยการลงแรงไม่หวังค่าตอบแทนเป็นเงินค่าจ้างมีแนวโน้มที่ลดลง รูปแบบการจัดงานศพโดยตัวแทนร้านโลงหรืออาจารย์ทำศพในวัด ตลอดจนวิธีการใช้เงินจ้างแรงงานทั้งในและนอกชุมชนมาจัดพิธีศพค่อยๆ เข้ามาทดแทนวิธีการทำศพแบบเดิม เนื่องจากสำนึกว่าความตายเป็นเรื่องที่น่ากลัว ทำให้ต้องพึ่งพาผู้เชี่ยวชาญเข้ามาจัดการกับการตายมากขึ้น เครื่องมือในการดับกลิ่นก็ต้องพึ่งพาฟอร์มาลินและฉีดให้โดยผู้เชี่ยวชาญเข้ามาทดแทนภูมิปัญญาในการดับกลิ่นแบบเดิมที่ใช้ใบยาสูบ การเผาศพก็ต้องมีความปลอดภัย เผาในเตาที่ปลอดภัยผ่านมาตรฐานแทนที่การเผาศพกลางแจ้งทุ่งนาหรือป่าช้าที่เห็นความเปลี่ยนแปลงของศพได้อย่างชัดเจน ลักษณะดังกล่าวทำให้ความตายในลักษณะรูปธรรมนั้นถูกปกปิดได้มิดชิดมากขึ้น ความตายจึงถูกทำให้ค่อยๆ จางหายไปจากชีวิตเพราะมีผู้เชี่ยวชาญเข้ามาจัดการการตายให้เป็นที่เรียบร้อยสวยงาม วิธีชีวิตสมัยใหม่นั้นคนที่มีความสุขดีไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับความตายมากนัก สถาบันต่างๆ ได้เข้าร่วมจัดการการตายในทุกขั้นตอนในที่ลับ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในโรงพยาบาล การรักษาสุขภาพศพทำในโรงพยาบาล นิตยาโดยเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญ ทำพิธีศพโดยอาจารย์ทำพิธีในร้านโลง หากจ่ายเงินมากขึ้นไปอีกร้านโลงก็พร้อมที่จะจัดทำของที่ระลึก เตรียมอาหาร ดำเนินพิธีกรรมทางศาสนาให้แทบทั้งหมด ต้นทางเศรษฐกิจนั่นเองที่เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยปกปิดความตาย ลดความข้องเกี่ยวกับความตายได้มาก การปฏิเสธทำให้ความตายเป็นเรื่องที่ยอมรับได้ยากมากขึ้น และวิธีการตายก็ยากขึ้นเช่นเดียวกัน

ทำที่ยอมรับความตาย

แม้การปฏิเสธความตายเป็นท่าทีหลักแต่ก็ไม่ใช่ทั้งหมดของสถานการณ์การตายในโรงพยาบาล ผมยอมรับว่าเมื่อผมทำงานในสนามนั้น สิ่งที่ผมเห็นในระบบบริการสุขภาพโดยทั่วไปว่ามีท่าทีที่ปฏิเสธความตาย เพราะมีกรอบคิดวาระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่มักจะมี

กรอบคิดเกี่ยวกับการปฏิเสธความตาย แต่เมื่อพิจารณาปรากฏการณ์โดยรวมแล้วก็พบว่าระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลไม่ได้ปฏิเสธความตายโดยสมบูรณ์ มิฉะนั้นการกู้ชีพก็คงจะเกิดขึ้นในทุกรายไม่ว่าผู้ป่วยนั้นจะเสียชีวิตด้วยเหตุใด อีกทั้งการตายอย่างสงบก็เป็นรูปแบบการตายที่เกิดขึ้นได้หากมีเหตุบังเอิญ

ท่าทีแห่งการปฏิเสธความตายจะผ่อนคลายมากขึ้นหากผู้รับบริการสามารถยอมรับความตายของตนเองได้ ผมพบว่าเจ้าหน้าที่จะไม่อึดอัดใจเมื่อพูดถึงผู้ป่วยหรือญาติที่ผ่านการบอกข่าวร้ายแล้ว สามารถทำใจยอมรับความตายได้แล้ว ตลอดจนมีท่าทีที่ชัดเจนหากผู้ป่วยกำลังเสียชีวิตว่าจะรับหรือปฏิเสธการช่วยชีวิต หรือจะช่วยชีวิตในระดับใด เช่น ไม่ใช่ขยักกระตุ้นหัวใจ ไม่ใช่ออกซิเจนช่วยหายใจ ไม่ใช่การกดนวดหัวใจ ใซ้ยาบรรเทาปวด หรืออาจรับการช่วยชีวิตบางระดับ เช่น ใซ้ยากระตุ้นหัวใจแต่ไม่ห้กดนวดหัวใจ เป็นต้น

นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ในกรณีการเสียชีวิตของป้ามะลิ เจ้าหน้าที่ก็ไม่ได้แสดงความรังเกียจที่จะทำความสะอาดร่างกาย เจ้าหน้าที่อาจมาร่วมดูแลขณะผู้ป่วยกำลังเสียชีวิตร่วมกราบขอขมาศพ ในกรณีการเสียชีวิตของผู้ป่วยในอาคารต่างๆ เจ้าหน้าที่ก็สามารถควบคุมอารมณ์ไม่ให้ตื่นเต้น หวาดกลัวต่อการตายที่เกิดขึ้นได้ดี อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมที่แสดงออกของเจ้าหน้าที่อาจไม่ตรงกับสภาพทางจิตวิทยาของผู้ให้บริการก็ได้ ปรากฏการณ์ทางจิตวิทยาปรากฏการณ์หนึ่งที่น่าสนใจศึกษาคือ "ความซาชินต่อการตาย"

ความซาชินต่อการตาย

ความซาชินต่อการตายเป็นสภาวะหนึ่งที่ได้รับรู้ สังเกตได้ เจ้าหน้าที่ที่ทำงานเกี่ยวกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยหลายคนก็สะท้อนว่าตนไม่รู้สึกลึกลับตื่นตกใจกับการตายที่เกิดขึ้น ดังเช่นพี่ตำรวจที่สะท้อนว่า "แรกๆ ก็กลัวศพนะ นอนไม่หลับ เดี่ยวนี้สบาย หลับฝันดี กินข้าวต่อหน้าศพก็ได้" หมอในห้องอุบัติเหตุคนหนึ่งขณะเป็นนักศึกษาแพทย์ก็สะท้อนว่า "แรกๆ ก็กลัว แต่ตอนหลังเห็นบ่อยเลยชินแล้ว" เจ้าหน้าที่อีกคนในห้องอุบัติเหตุก็สะท้อนว่า "เป็นความซาชินมากกว่า ไม่อะไรกับการตายเท่าไร" "แต่ถามว่ากลัวมั๊ย ...กลัว" ในขณะที่พี่มนต์ก็พูดถึงความรู้สึกกรณีการเสียชีวิตของป้ามะลิว่า "ก็เฉยๆ นะ ไม่ได้รู้สึกอะไร"

ความซาชินต่อการตายนั้นจะมองว่าเป็นท่าทีของการปฏิเสธความตายก็ได้ หากมองว่าความซาชินเป็นกลไกการป้องกันตัว (Defense mechanism) ในลักษณะเก็บกด ไม่นึกถึง (Suppression) เพราะหากนึกถึงการตายก็จะรู้สึกกลัว สั่นไหว สะเทือนใจ หรือในอีกมุมหนึ่ง พฤติกรรมที่ดูเหมือนเฉยๆ ซาชิน นั้นอาจมองว่าเป็นเพราะผู้ให้บริการยอมรับความตายก็ได้ เพราะได้พบเห็นบ่อยครั้ง เห็นเป็นประจำจนกระทั่งมองว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดา เป็นธรรมชาติ เป็น

สังขรณ์ จนอาจยอมรับความตายของตัวเองหรือมีมรณานุสติในการดำเนินชีวิตก็เป็นได้ ดังเช่นกรณีของเจ้าหน้าที่ห้องตรวจศพคนหนึ่งที่สะท้อนถึงแนวคิดในการใช้ชีวิตว่า "ทำงานนี้ก็ทำให้เราเกิดความปลงสังเวชที่จะไม่ไปทำชั่วสักขโมยอยากได้ทรัพย์สมบัติ เพราะไม่มีใครเอาสมบัติร่างกายไปได้เลยแม้จะรวยหรือจน" แน่แน่นอนว่าเจ้าหน้าที่ผู้นั้นสามารถปฏิบัติภารกิจกับศพได้อย่างชำนาญ

อย่างไรก็ตาม แม้ผู้ให้บริการจะพบกับความตายของผู้ป่วยจำนวนมาก แต่ก็ไม่อาจรู้ได้เลยว่าจริงๆ แล้วเขาหรือเธอจะยอมรับความตายของตนหรือของบุคคลอันเป็นที่รักได้หรือไม่จนกว่าจะประสบความสูญเสียจริง ดังเช่นกรณีของพี่ติว เจ้าหน้าที่ห้อง ICU ที่พบเห็นการตายมาตลอดชีวิตการทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพสิบกว่าปี แต่เมื่อพี่ชายของเธอเสียชีวิต เธอกลับทำอะไรไม่ถูก "คนไข้ตายกับญาติเราตายไม่เหมือนกันนะ ตอนนั้นความรู้ที่เรียนมาทั้งหมด ลืมหมดเลย ทำอะไรไม่ถูก"

หากมองในมุมหนึ่งความซาชินต่อความตายอาจไม่ใช่ทั้งท่าทีแห่งการปฏิเสธหรือยอมรับความตาย แต่เป็นการวางท่าทีที่จำเป็นของผู้ให้บริการสุขภาพ เพราะการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นงานที่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วก็ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยคนอื่นต่อไป ความซาชินจึงเป็นสภาพทางจิตวิทยาที่จำเป็นต้องทำให้เกิดขึ้นเพราะต้องดูแลภาระหน้าที่ของตนต่อไปในสายพานการบริการสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งคือ ระบบสุขภาพอาจไม่ได้ออกแบบพื้นที่หรือสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ให้บริการมีบรรยากาศที่เอื้ออำนวยเหมาะสม มีเวลายาวนานเพียงพอ ที่จะให้ผู้ให้บริการแสดงความรู้สึก แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อบำบัดความรู้สึกติดขัดคับข้องหรือแม้แต่แลกเปลี่ยนข้อคิด บทเรียน แบ่งปันความรู้สึกที่ดี อันเนื่องมาจากการทำงานดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต กิจกรรมดังกล่าวพบว่าแผนกดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ออกแบบพื้นที่ดังกล่าวในการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เครือข่ายดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แต่การจัดเวทีดังกล่าวจัดเพียงปีละครั้ง และเจ้าหน้าที่เครือข่ายก็สะท้อนว่าควรจะมีเจอกันมากขึ้น แต่ด้วยภาระงานที่มากและตารางเวลาที่ไม่ตรงกันทำให้โอกาสพบปะกันทำได้ยาก

อย่างไรก็ตาม ปรากฏการณ์ความซาชินต่อความตายเป็นประเด็นที่น่าศึกษาทางจิตวิทยาและทางวัฒนธรรมต่อไป

8.3 ข้อสังเกตในการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนาในโรงพยาบาล (Hospital Ethnography)

ตามที่ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการศึกษาทางมานุษยวิทยาไว้ว่าโรงพยาบาลเป็นพื้นที่ทางสังคม ซึ่งมีมนุษย์ที่มีความหลากหลายรวมตัวกันเป็นชุมชนตามอาชีพ มีวัตถุประสงค์

ที่แน่ชัดคือการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยให้บรรเทาหรือหายจากโรคหรือภาวะความเจ็บป่วยที่กำลังประสบอยู่ ในบทนี้ผมสะท้อนข้อสังเกตวิธีการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนาที่เกิดขึ้นจริงในสนาม 3 ประเด็น ซึ่งประกอบด้วย 1) มิติต่างๆ ของโรงพยาบาล 2) วิธีการมองพื้นที่โรงพยาบาลว่าเป็นชนเผ่าผู้ให้บริการสุขภาพ 3) ประเด็นว่าด้วยวิธีการมองโรงพยาบาลว่าเป็น "เกาะ"(island) ทางวัฒนธรรม

1) มิติที่ซับซ้อนของโรงพยาบาล

ขณะที่ผมเขียนบทวิเคราะห์ของงานวิจัยชิ้นนี้ ผมพบความสับสนเมื่อต้องเขียนคำว่า "โรงพยาบาล" ลงไปในงาน บางคำผมคิดว่าใช้คำว่า "โรงพยาบาล" น่าจะเหมาะสมกว่า "ระบบบริการสุขภาพ" เมื่อผมพิจารณาปรากฏการณ์ดังกล่าวจึงวิเคราะห์ได้ว่า "โรงพยาบาล" ซึ่งเป็นสนามการวิจัยที่ผมกำลังกล่าวถึงในงานวิจัยชิ้นนี้มีมิติที่ทับซ้อนกันอยู่ ซึ่งประกอบด้วยสถานะ 3 สถานะด้วยกัน กล่าวคือ 1) โรงพยาบาลในฐานะที่เป็นพื้นที่ 2) โรงพยาบาลในฐานะที่เป็นบุคคล (personification) 3) โรงพยาบาลในฐานะที่เป็นระบบบริการสุขภาพ

โรงพยาบาลในฐานะที่เป็นพื้นที่ คือโรงพยาบาลในทางกายภาพ มีอาคารต่างๆ มีห้องหับต่างๆ มีพื้นที่ ผมจะกล่าวถึงโรงพยาบาลในลักษณะนี้เมื่อ "เดิน นั่ง นอน" ในสถานที่ต่างๆ

โรงพยาบาลในฐานะที่เป็นบุคคล คือโรงพยาบาลที่ผมตั้งข้อสังเกตว่าเป็นภาพตัวแทนในฐานะที่เป็นบุคคล ภาพดังกล่าวโรงพยาบาลมีตัวตนแบบมนุษย์ ที่ถูกทำให้เสียชื่อเสียงได้หากถูกฟ้องร้องหรือไม่จ่ายหนี้หรือถูกเพ่งเล็งว่าเป็นจังหวัดที่มีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก โรคฉี่หนู รั่วรัวขึ้นได้ หากมีเงินในบัญชีมากขึ้นหากมีอาคารมากขึ้น โรงพยาบาลมีชื่อเสียงได้หากชนะการประกวดรางวัลต่างๆ หรือเป็นที่กล่าวขานว่ามีความซื่อสัตย์ มีคุณธรรม บรรยาการร่มรื่น การเกิดขึ้นของอัตลักษณ์ของโรงพยาบาลอาจมีส่วนทำให้เกิดการสร้างระบบป้องกันการฟ้องร้องที่อาจส่งผลต่อวิถีการตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลในฐานะระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลมีฐานะที่เป็นระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพของไทย ระบบบริการดังกล่าวได้เชื่อมโรงพยาบาลศูนย์แห่งนี้ กับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) เข้าด้วยกันเพื่อประโยชน์ในการส่งต่อผู้ป่วย หรือเกี่ยวพันการทำงาน โรงพยาบาลศูนย์แห่งนี้ยังเชื่อมโยงทางนโยบายกับกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานต้นสังกัด เชื่อมกับระบบประกันสุขภาพระบบต่างๆ เช่น สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม ระบบสวัสดิการรักษายาบาล ประกันสุขภาพบริษัทเอกชน เพื่อติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนค่าใช้จ่ายจากการรักษายาบาล ระบบบริการสุขภาพยังเชื่อมต่อกับระบบอื่นๆ เพื่อแลกเปลี่ยนยา เวชภัณฑ์ทางแพทย์

ทั้งในระดับชาติและระดับโลกผ่านกลไกต่างๆ แลกเปลี่ยนบุคลากร โรงพยาบาลผ่านสถานศึกษาและบริษัทจัดหางาน แลกเปลี่ยนความรู้ทักษะผ่านหน่วยงานการศึกษาและฝึกอบรมต่างๆ ระบบบริการสุขภาพยังรวมไปถึงระบบกำจัดขยะที่ต้องติดต่อกับเทศบาลรวมถึงบริษัทกำจัดขยะของเอกชน

ระบบบริการสุขภาพรวมไปถึงแนวทางการรักษาดูแลภาวะความเจ็บป่วยที่มีมาตรฐาน มีความแน่นอน ชัดเจน คาดการณ์ได้ ระบบบริการสุขภาพจึงผนวกรวมเอาตัวระบบความรู้ในการรักษาพยาบาลทั้งความรู้เชิงทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย และความรู้เชิงปฏิบัติเพื่อการรักษาความเจ็บป่วยนั้นๆ ด้วย

ด้วยลักษณะของ โรงพยาบาลที่มีหลายมิติแต่ทับซ้อนกันอยู่ในพื้นที่ทางกายภาพเดียวกัน จึงทำให้การมองโรงพยาบาลในปรากฏการณ์หนึ่งๆ เพื่อให้เข้าใจการทำงานของมจึงต้องแยกแยะให้ได้ว่า "สถานการณ์ที่มกำลังสังเกตหรือมีส่วนร่วมอยู่นี้มกำลังสังเกตโรงพยาบาลในฐานะอะไร" ตัวอย่างเช่น ขณะที่มสังเกตวิธีการป้อนหัวใจผู้ป่วยวิกฤติ มกำลังสังเกตระบบบริการสุขภาพที่กำลังทำงานอยู่ ขณะที่มสังเกตการประกวดรางวัลคุณธรรมยอดเยี่ยมระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ มกำลังเห็นการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลในฐานะบุคคลกับโรงพยาบาลในฐานะระบบบริการ ขณะที่มทำแผนที่เดินดินในโรงพยาบาล มกำลังเห็นโรงพยาบาลฐานะที่เป็นพื้นที่ได้รับอิทธิพลจากโรงพยาบาลในฐานะที่เป็นระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น แน่แน่นอนว่ามิติทั้งสามที่ประกอบกันเป็นโรงพยาบาลนี้มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน แต่สำหรับงานวิจัยชิ้นนี้มกำลังกล่าวถึง โรงพยาบาลในฐานะที่เป็นระบบบริการสุขภาพเป็นส่วนใหญ่

2) วิธีการมองพื้นที่โรงพยาบาลว่าเป็นชนเผ่าผู้ให้บริการสุขภาพ

วิธีการมองโรงพยาบาลว่าเป็นชนเผ่าผู้ให้บริการสุขภาพ เป็นแบบจำลองการมองที่มพบว่ามีความสะดวกในการวิเคราะห์ตีความ แบบจำลองความเป็นชนเผ่าทำให้มมีสมมติฐานจากรอบคืดของชนเผ่า เพื่อพัฒนาคำถามการวิจัยและนำมาซึ่งกระบวนการหาคำตอบ ตลอดจนเข้าใจปรากฏการณ์บางอย่างได้

1) โครงสร้างการปกครองของชนเผ่า วิธีการมองว่าโรงพยาบาลเป็นชนเผ่าทำให้เห็นโครงสร้างการปกครอง มองเห็นชุมชนผู้ให้บริการว่าได้แบ่งสายงานแบบข้าราชการ คือเป็นกรม กอง แผนก มีหัวหน้าลูกน้อง มองเห็นว่านอกเหนือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งนี้แล้วก็ยังมีผู้มีอิทธิพลเหนือผู้อำนวยการ โรงพยาบาลอีกที่หนึ่งที่มีอำนาจให้โรงพยาบาลดำเนินนโยบายบางอย่าง มอบหมายให้โรงพยาบาลร่วมต้อนรับคณะรัฐมนตรี เป็นต้น

2) ระเบียบประเพณีของชนเผ่า โรงพยาบาลยังมีประเพณีของตัวเองในลักษณะต่างๆ ทั้งที่เป็นทางการ เช่น คำประกาศสิทธิผู้ป่วย ที่จะติดตามสิทธิ์หรือตามทางเดิน คำขวัญของ โรงพยาบาลหรือวิสัยทัศน์ที่จะใช้เป็นคุณค่าหลักในการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ (ซึ่งอาจเป็นชุดเดียวกันหรือคนละชุดกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง) ระเบียบปฏิบัติในการให้บริการทั้งที่เป็นลายลักษณ์อักษร เช่นคู่มือการปฏิบัติงาน (work instruction) ซึ่งจะใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานทั้งที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยว่ามีเทคนิคการให้บริการอย่างไร เช่น ควรให้ยาล้างท้องในผู้ป่วยที่กินยาฆ่าตัวตายชนิดใด ขนาดเท่าใด วิธีการทิ้งขยะที่ถูกต้อง วิธีการใส่ถุงมือที่ถูกต้อง วิธีการตรวจเลือดที่ถูกต้อง คู่มือการปฏิบัติงานยามเกิดเหตุอุบัติเหตุหมู่ รวมไปถึงวิธีการปฏิบัติต่อศพหลังผู้ป่วยเสียชีวิต นอกจากนี้ยังมีแนวทางปฏิบัติที่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร แต่เป็นที่รู้จักกันอยู่ผ่านการขัดเกลาจากช่องทางต่างๆ เช่น เมื่อเสียงสวดมนต์ดังขึ้นในเสียงตามสาย ให้เจ้าหน้าที่หยุดกิจกรรมที่กำลังดำเนินอยู่แล้วหันมาพนมมือสวดมนต์ หลีกเลี่ยงการขัดแย้งกับผู้ป่วยที่มีศรัทธาหรือการศึกษาสูง ห้ามพูดคำว่า "ตาย" ต่อหน้าผู้ป่วย เป็นต้น

3) โครงสร้างและอำนาจส่วนตน (structure and agency) ประเด็นเรื่องโครงสร้างและอำนาจส่วนตนเป็นประเด็นในความสนใจของนักมานุษยวิทยา กรอบคิดดังกล่าวยอมทำให้ผมเห็นระบบบริการส่วนใหญ่เป็นโครงสร้างที่กำหนดวิธีการบริการของเจ้าหน้าที่ซึ่งยอมตามหรือต่อต้านก็ได้ ทั้งโครงสร้างและอำนาจส่วนตนนั้นมีอยู่ในระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล และน่าจะช่วยอธิบายปรากฏการณ์บางอย่างในโรงพยาบาลได้ เช่น ทำไมพยาบาลบางคนจึงพอใจที่จะอยู่ในระบบบริการสุขภาพในขณะที่บางคนทุกข์ที่ต้องปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแม้ว่าจะอยู่ในแผนกเดียวกัน ทำไมพี่มนต์จึงพอใจที่จะทำงานเกี่ยวข้องกับการตายในขณะที่เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่รู้สึกหวาดเสียวและไม่มั่นใจที่จะทำงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สำหรับงานวิจัยชิ้นนี้มุ่งความสำคัญไปการตีความระบบบริการสุขภาพซึ่งมีลักษณะที่เป็นโครงสร้างระบบบริการสุขภาพเป็นหลัก ทำให้งานวิจัยยังขาดการมองอำนาจส่วนตน (agency) ของปัจเจกซึ่งน่าจะช่วยคลี่คลายคำถามที่ว่า "หากระบบบริการสุขภาพคือวัฒนธรรมปฏิบัติความตายแล้ว จะเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพให้มีทัศนคติต่อความตายในลักษณะอื่นๆได้อย่างไร"

3) ประเด็นว่าด้วยวิธีการมองโรงพยาบาลว่าเป็นเกาะทางวัฒนธรรม (Cultural Island)

ในขณะที่ Goffman (1961) มองว่าโรงพยาบาลมีลักษณะเป็น "เกาะ" ทางวัฒนธรรม กล่าวคือมีชุดวัฒนธรรมย่อยเป็นของตัวเองที่ต่างจากชุมชนพื้นที่ ซึ่งอาจเกิดความล่าช้าทางวัฒนธรรม (Cultural lack) เป็นเหตุให้เกิดความไม่เข้าใจหรือขัดแย้งกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ในขณะที่

Geest & Finkler (2004) เชื่อว่าโรงพยาบาลอาจได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมท้องถิ่น ทำให้แบบแผนการวินิจฉัยและรักษาแตกต่างไปจากแบบแผนการแพทย์ตะวันตกอยู่บ้าง งานวิจัยชิ้นนี้พบว่าโรงพยาบาลไม่อาจเปรียบเทียบเป็นเกาะทางวัฒนธรรมได้อีกต่อไป แต่เป็นเครือข่ายวัฒนธรรมที่มีซับซ้อน

ที่แกนกลางของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีความเจ็บป่วยแบบแผนการรักษา วิธีการบริหารจัดการของโรงพยาบาลนั้น ได้รับอิทธิพลจากกรอบคิดการจัดการระบบสุขภาพแบบการแพทย์ตะวันตกมาเป็นหลัก ซึ่งมีความเป็นมาตรฐานระหว่างโรงพยาบาลศูนย์แห่งนี้กับแห่งอื่นๆ ในประเทศ มาตรฐานแม้กระทั่งโครงสร้างอาคาร หรือ สถาปัตยกรรมข้างบันได ที่เหมือนกันทั่วประเทศ ในส่วนแบบแผนการให้บริการก็มีความเป็นมาตรฐานจากระบบโลกาภิวัตน์ กล่าวคือ วิธีการกู้ชีพจะต้องมีการปรับปรุงทุกๆ 5 ปี จากสมาคมโรคหัวใจอเมริกา นักศึกษาเภสัชศาสตร์รายชื่อยาสามัญและยี่ห้อยาที่ขายในสหรัฐอเมริกา หมอพยาธิวิทยาบรรยายความผิดปกติของอวัยวะเป็นภาษาอังกฤษ แพทย์อาจได้รับเชิญจากบริษัทยาและเวชภัณฑ์ข้ามชาติไปอบรม “อัปเดต” ความรู้ในการประชุมวิชาการระดับนานาชาติโดยตรง เป็นเรื่องมหัศจรรย์ที่ใจกลางหลักของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีความโยงใยกับสมาคมวิชาชีพในประเทศ หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข สมาคมวิชาชีพในระดับนานาชาติ และองค์กรสุขภาพระดับโลกโดยมีข้อต่อเพียงไม่กี่ข้อ

ระบบบริการสุขภาพนั้นเป็นพลวัตกับระบบสังคม วัฒนธรรมที่ค่อนข้างชัดเจนคือกรณีความเชื่อมโยงในมาตรการป้องกันการฟ้องร้อง นอกเหนือจากระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลก็ยังมีผู้เกี่ยวข้องกับกรณีการฟ้องร้องด้านการแพทย์มากมาย เช่น สำนักงานรับเรื่องร้องเรียนกลางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) องค์กรเอกชนคุ้มครองผู้บริโภคที่ตรวจสอบการทำงานของแพทย์ สื่อมวลชนในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ พูดได้ว่า หากเกิดกรณีความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับโรงพยาบาล โรงพยาบาลไม่อาจรู้ได้เลยว่าเรื่องราวความขัดแย้งจะใหญ่โตบานปลายไปเพียงใด การเกิดขึ้นของสถานการณ์การฟ้องร้องแสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลไม่ใช่เกาะทางวัฒนธรรมที่ประชาชนเข้าถึงได้ยากอีกต่อไป แต่เป็นสนามที่มีเส้นสายโยงกันอย่างซับซ้อน ในบางพื้นที่ ผู้รับบริการอาจไม่เข้าใจศัพท์เทคนิคของบุคลากรมากนัก แต่กำแพงดังกล่าวได้พังทลายลงเมื่อประชาชนเข้าถึงความรู้ได้มากขึ้นจากเทคโนโลยีสารสนเทศที่ให้บริการอย่างทั่วถึงและหลากหลาย

เมื่อพิจารณาชุดความคิดวัฒนธรรมท้องถิ่นที่อาจมีผลต่อระบบบริการสุขภาพ ผมพบว่าโรงพยาบาลได้รับชุดวัฒนธรรมท้องถิ่นด้านสถาปัตยกรรมมาออกแบบพื้นที่ทางกายภาพให้มีอัตลักษณ์ท้องถิ่นในพื้นที่การอำนวยความสะดวกและพื้นที่ทางศาสนาและจิตวิญญาณ แต่พื้นที่ให้บริการ

สุขภาพยังไม่พบเห็นลักษณะทางสถาปัตยกรรมท้องถิ่นมากนัก ดังนั้นระบบบริการจึงรับเอาชุดวัฒนธรรมท้องถิ่นเข้ามาในมิติเชิงพื้นที่มากกว่ามิติเชิงระบบบริการสุขภาพ

ในมิติของระบบบริการสุขภาพกระแสหลัก ผมไม่พบการนำเอาชุดวัฒนธรรมท้องถิ่นด้านการอธิบายทฤษฎีโรคและวิธีปฏิบัติมาดูแลรักษาภาวะความเจ็บป่วยของผู้รับบริการ แต่น่าจะพบในการบริการการแพทย์แผนไทยอยู่บ้าง ดังปรากฏว่ามีแพทย์แผนไทยในชุมชนมาให้บริการนอกพื้นที่บ้านแก่ผู้รับบริการในแผนกดังกล่าว

วัฒนธรรมความเชื่อด้านศาสนาเข้ามามีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลผ่านชมรมจริยธรรม เช่น การจัดมีการสวดมนต์แผ่เมตตาประจำวันเช้าและหัวค่ำ การจัดกิจกรรมทางศาสนาในเทศกาลสำคัญ การทำบุญตักบาตรประจำเดือน การบวชนาคถวายเป็นพระราชกุศลพยาบาลที่สนใจงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอาจนิมนต์พระให้เข้ามารับถวายสังฆทานและเยี่ยมให้กำลังใจเป็นครั้งคราว จะเห็นได้ว่ากิจกรรมทั้งหมดไม่ได้ผนวกรวมอยู่ในระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวกับการรักษาตัวโรคหรือภาวะความเจ็บป่วย แต่เป็นไปในลักษณะอบรมพัฒนาจิตใจผู้รับบริการ กิจกรรมที่ถูกคิดตั้งเข้าไปในระบบการทำงานประจำวันมากที่สุดคือการสวดมนต์ไหว้พระอุทิศส่วนกุศลประจำวันในช่วงเช้าและหัวค่ำ

โดยสรุป โรงพยาบาลในมิติโรงพยาบาลแห่งนี้เปรียบไม่ได้กับเกาะทางวัฒนธรรมอีกต่อไป แต่เป็นสนามทางวัฒนธรรมที่มีความโยงโย่ซับซ้อนกันระหว่างมิติพื้นที่ทางกายภาพ มิติระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพกับระบบสังคมมีความสัมพันธ์กันอย่างซับซ้อน

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรมีการเปิดพื้นที่สาธารณะเพื่อสนทนา อภิปรายถึงสถานการณ์การตายของคนในสังคมปัจจุบัน การใช้เทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพ การเลือกวิถีชีวิตแบบต่างๆ ซึ่งได้รับอิทธิพลจากวิธีการมองความตายในรูปแบบต่างๆ

ภาคประชาสังคมควรร่วมมือกับหน่วยงานสุขภาพในการสื่อสารสังคมถึงทัศนคติต่อความตายที่แฝงฝังมาในสินค้าหรือบริการต่างๆ ที่บิดเบือนข้อเท็จจริงของชีวิตว่าสามารถเอาชนะความไม่แน่นอนและความตายได้ มายาคติดังกล่าวส่งผลอย่างลึกซึ้งในการเลือกออกแบบชีวิตทั้งในระดับปัจเจกและระดับสังคม ความตระหนักรู้และเท่าทันมายาคติดังกล่าวจะทำให้ปัจเจกและระบบสุขภาพมีท่าทีต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพและชีวิตที่ผ่านการใคร่ครวญไตร่ตรองมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการทำวิจัยศึกษาปรากฏการณ์การตายที่สำคัญในระดับแก่นแกนของระบบบริการสุขภาพ เช่น วิธีการสื่อสารเกี่ยวกับการตายของแพทย์กับผู้รับบริการ เช่น การแจ้งข่าวร้าย กระบวนการแสดงเจตนาปฏิเสธการกู้ชีพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กระบวนการกู้ชีพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กระบวนการคิดคำนวณค่าใช้จ่ายในระหว่างผู้ป่วยกำลังเสียชีวิต เป็นต้น การตีความผ่านปรากฏการณ์ดังกล่าวน่าจะช่วยทำความเข้าใจทัศนคติต่อความตายของระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่มากขึ้น

ควรมีการศึกษาปรากฏการณ์ทางจิตวิทยาต่อความตาย เช่น ความกลัวตาย ความซาบซึ้งต่อความตาย ความเชื่อเรื่องภพชาติ การยอมรับและวางใจต่อความตาย มิติทางจิตวิทยาเหล่านี้ของผู้ให้บริการน่าจะมีอิทธิพลบางประการต่อการบริการผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่จะเสียชีวิต

ควรมีการศึกษาทัศนคติต่อการเกิด การแก่ และความเจ็บป่วย ของมนุษย์ในระบบบริการสุขภาพ เพื่อสะท้อนและทบทวนทัศนคติเกี่ยวกับชีวิตของสังคมสมัยใหม่ ที่อาจทำให้เราสามารถที่จะเข้าใจปรากฏการณ์ที่มีความซับซ้อนยุ่งเหยิงในสังคมสมัยใหม่ได้มากขึ้น

มิติทางวัฒนธรรมของความตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่: การศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณาใน
โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

THE CULTURAL ASPECTS OF DEATH IN MODERN HOSPITAL: AN ETHNOGRAPHIC
STUDY IN A HOSPITAL IN NORTHEAST THAILAND

เอกภพ สิทธิวรรณธนะ 5236854 SHMS/M

ศศ.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ลือชัย ศรีเงินยวง Ph.D., ธนา นิลชัยโกวิทย์ พ.บ. ว.ว. (จิตเวช
ศาสตร์ทั่วไป), พระวิชิต ชัมมชิต, Ph.D.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ความตายเป็นความจริงด้านหนึ่งของมนุษย์ แต่การตายของมนุษย์แปรผันไปตาม
บริบทของสภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ความเจ็บป่วย

จากเดิม การดูแลสุขภาพและการตายเป็นหน้าที่ของครอบครัวและชุมชน แต่วิถีของ
สังคมที่เปลี่ยนไปทำให้การดูแลสุขภาพและการดูแลการตายต้องเกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลที่มีการ
บริหารจัดการตามแนวทางการแพทย์ตะวันตกสมัยใหม่มากขึ้น ปัจจุบันผู้ป่วยเสียชีวิตใน
โรงพยาบาลจำนวนเท่าๆ กับเสียชีวิตที่บ้าน ในจำนวนนี้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่หอผู้ป่วยในในโรงพยาบาล
ศูนย์มากที่สุด

ผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลการเจ็บป่วยและการตายในโรงพยาบาลปัจจุบันประสบความสำเร็จ
ทุกซ์ เช่น ผู้ป่วยเสียค่าใช้จ่ายดูแลการป่วยก่อนเสียชีวิตจำนวนมาก บรรยากาศที่วุ่นวายไม่เอื้อให้
การตายในโรงพยาบาลเป็นไปอย่างสงบ ภาระงานที่มากเกินไปของผู้ให้บริการจนไม่อาจดูแลผู้ป่วยได้
อย่างทั่วถึง ความขัดแย้งระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ในขณะที่การเสนอทางออกของปัญหาการ
ตาย เช่น การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การเสนอกฎกระทรวง พรบ.สุขภาพมาตรา 12 หรือ

หนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการช่วยชีวิต ก็ยังติดขัดปัญหาอุปสรรคบางประการ ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากสาเหตุด้านวัฒนธรรม เช่น ความขัดแย้งระหว่างชุดทัศนคติต่อความตายที่มีความหลากหลายในระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่ ดังนั้นการทำความเข้าใจมิติทางวัฒนธรรมของความตายในระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลสมัยใหม่จึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์การตายในบริบทสังคมปัจจุบัน และพัฒนาระบบการดูแลการป่วยและการตายให้มีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้นไป

วัตถุประสงค์

สำรวจปรากฏการณ์การจัดการความตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่
อธิบายและวิเคราะห์มิติทางวัฒนธรรมของความตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่

คำถามการวิจัย

ปรากฏการณ์การจัดการความตายในมิติวัฒนธรรมในโรงพยาบาลเป็นอย่างไร ทั้งการจัดการในเชิงระบบการให้บริการ และการจัดการของกลุ่มบุคคลต่างๆในโรงพยาบาล

เบื้องหลังปรากฏการณ์ในการจัดการความตายของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการในโรงพยาบาลสมัยใหม่ มีมิติทางวัฒนธรรมของความตาย ซึ่งหมายถึง ชุดความคิดความเชื่อ การรับรู้ การให้ความหมาย และแบบแผนปฏิบัติต่อความตายอย่างไร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

ผู้วิจัยสามารถเข้าใจและอธิบายมิติทางวัฒนธรรมของความตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่

เป็นความรู้พื้นฐานในการปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนนักเรียนแพทย์ พยาบาล หรือวิชาชีพอื่นๆ ในโรงพยาบาล ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความตายและการตาย เช่น การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

เป็นข้อมูลในการชี้ให้เห็นถึงช่องว่างในการบริการ เพื่อการพัฒนากระบวนการผู้ป่วยทั้งในผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตในโรงพยาบาล ตลอดจนระบบการจัดการศพในโรงพยาบาลให้มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรมของชุมชน

เป็นข้อมูลที่ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการกำหนดนโยบายที่ส่งเสริมให้ประชาชนวางแผนการดูแลสุขภาพตั้งแต่ยังอยู่ในวัยแรงงาน ป่วยน้อยหรือยังไม่ป่วย เพื่อวางรากฐานชีวิตให้มีคุณภาพการตายที่ดี

นิยามศัพท์การวิจัย

ปรากฏการณ์การจัดการความตาย ในงานวิจัยชิ้นนี้หมายถึง เหตุการณ์ กิจกรรม สถานการณ์ วิธีการ ที่เกี่ยวกับการจัดการในทางใดทางหนึ่งต่อความตายในโรงพยาบาลที่ปรากฏให้เป็นที่รับรู้แก่ผู้วิจัย

มิติทางวัฒนธรรมของความตาย ในงานวิจัยชิ้นนี้หมายถึง ชุดความคิดความเชื่อ การรับรู้ การให้ความหมาย แบบแผนปฏิบัติที่อยู่เบื้องหลังปรากฏการณ์การจัดการความตายนั่นๆ ที่ดำรงอยู่ในระบบหรือกลุ่มคนต่างๆ ในโรงพยาบาล

วิธีการศึกษาวิจัย

ประเภทของงานวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้เทคนิควิธีการวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณา ในโรงพยาบาล (Hospital ethnography) (Geest and Finkler, 2004) โดยผู้วิจัยจะพาตัวเองเข้าไปอยู่ในปรากฏการณ์การจัดการความตาย มีส่วนร่วมกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันของทั้งบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความตาย

พื้นที่ศึกษา

ผู้วิจัยกำหนดพื้นที่ศึกษาคือโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โรงพยาบาลแห่งนี้มีผู้ป่วยเข้ารับบริการและมีผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาลจำนวนมาก งานศึกษาวิจัยชิ้นนี้มองโรงพยาบาลว่าเป็นพื้นที่ทางสังคมวัฒนธรรมที่มีกลุ่มบุคคลต่างๆ มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน โดยมีศูนย์กลางที่การให้และรับบริการสุขภาพ

การออกแบบการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ฐานการทำงานจากการเป็นอาสาสมัคร โครงการเผชิญความตายอย่างสงบ เครือข่ายพุทธิกาที่รู้จักทีมงานในแผนกดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย (Palliative care) ในโรงพยาบาลศูนย์ที่เป็นสนามการวิจัย ผู้วิจัยได้ติดต่อกับพินิต พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายเพื่อขอดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่ จากนั้นได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 3 เดือน คือ มิถุนายน – สิงหาคม 2555 ทั้งนี้ได้ขอหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนทั้งของมหาวิทยาลัยมหิดลและโรงพยาบาล

ผู้วิจัยเปิดเผยตัวตนนักวิจัยแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและผู้ป่วย-ญาติ ว่าเป็นนักศึกษาปริญญาโทที่สนใจประเพณีวัฒนธรรมเกี่ยวกับความตายในโรงพยาบาลและทำวิทยานิพนธ์ในประเด็นดังกล่าว แต่มีบางครั้งที่เจ้าหน้าที่จะแนะนำผู้วิจัยว่าเป็นอาสาสมัคร หรือนักศึกษาฝึกงาน และทำวิทยานิพนธ์เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยเป็นกันเอง

ผู้วิจัยใช้วิธีการสังเกตติดตามทีมงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและสร้างความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการในพื้นที่อื่นๆ ประกอบด้วย หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER) หอผู้ป่วยหนัก (ICU) ห้องตรวจศพ

ผู้วิจัยใช้เทคนิควิธีการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก ในระหว่างสังเกต ผู้วิจัยบันทึกเหตุการณ์ วิเคราะห์ และตีความ ถึงปรากฏการณ์ การให้ความหมาย รูปแบบความสัมพันธ์ของผู้คนในสถานการณ์ต่างๆ โดยใช้บันทึกภาคสนาม

สถานการณ์ที่ผู้วิจัยได้เข้าไปมีส่วนร่วมมีดังต่อไปนี้

- สถานการณ์การให้-รับบริการในหอผู้ป่วยต่างๆ
- การให้บริการแบบประคับประคอง (Palliative Care) ของเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
- การกู้ชีพด้วยการกระตุ้นชีพจรและหัวใจ (CPR)
- การชันสูตรพลิกศพ
- การจัดการร่างกายหลังการตาย
- การให้บริการที่เกี่ยวข้องกับมิตินาและจิตวิญญาณ
- สภาพทั่วไปในโรงพยาบาล

ระยะเวลาการสัมภาษณ์ และจำนวนครั้งการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้วิจัยในการสร้างความสัมพันธ์เพื่อขอสัมภาษณ์ ตลอดจนขึ้นกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ว่ามีความ

หลากหลายและรุ่มรวยเพียงพอที่จะอธิบายปรากฏการณ์และมีทิศทางวัฒนธรรมของความตายได้มากนักน้อยเพียงใด

การตรวจสอบข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่มีความสำคัญด้วยการใช้เทคนิคสามเส้า เช่น ตรวจสอบข้อมูลคนไข้กับบุคลากร การถามคำถามซ้ำ หรือถามคำถามเดิมกับคนอื่น ๆ เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล นอกจากนี้ใช้หลักเหตุผลและข้อมูลบริบทแวดล้อมประกอบการพิจารณา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และสร้างประเด็นสำคัญ (Theme) เพื่อการวิเคราะห์ จากปรากฏการณ์ที่ผู้วิจัยมีส่วนร่วมและบันทึก จากนั้นใช้โปรแกรม ATLAS.ti เป็นโปรแกรมเก็บรวบรวมและจัดระเบียบข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยยังบันทึกบริบทการเก็บข้อมูลหรือผลกระทบจากตัวนักวิจัยที่มีผลต่อข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล

ผลการวิจัย

โรงพยาบาลเป็นพื้นที่ทางสังคมวัฒนธรรม

ผู้วิจัยใช้กรอบคิดแบบมานุษยวิทยาในการศึกษาชุมชน กล่าวคือเชื่อว่าโรงพยาบาลเป็นพื้นที่ทางสังคมและวัฒนธรรม กล่าวคือ มีระบบความคิดความเชื่อ ระบบการให้ความหมาย ระบบคุณค่าเป็นของตัวเอง กล่าวคือโรงพยาบาลมีธรรมเนียมประเพณี แบบแผนปฏิบัติ ทั้งนี้มีสมาชิกของชุมชนคือผู้ให้บริการหรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในระดับต่างๆ ตั้งแต่ผู้บริหาร บุคลากรสายปฏิบัติที่ทำหน้าที่รักษาเยียวยาผู้ป่วยโดยตรง เจ้าหน้าที่สนับสนุน โดยมีโครงสร้าง กฎ กติกา แนวทางปฏิบัติงาน แนวทางพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ระบบชื่นชม-ตำหนิ คอยควบคุมกำกับ บังคับ ให้แนวทางในการทำงานทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เหล่านี้คือมิติทาง

วัฒนธรรมที่ดำรงอยู่ในโรงพยาบาล มิติดังกล่าวจะเห็นได้ก็ด้วยการมองผ่านกรอบคิดที่เชื่อว่าปรากฏการณ์ที่ดำรงอยู่ในโรงพยาบาลล้วนแล้วแต่มีความหมาย ชุมชนผู้ให้บริการมีพฤติกรรมเพราะคิดด้วยกรอบคิดบางอย่างหรือมีวิธีมองปรากฏการณ์ด้วยทัศนะบางอย่าง ตัวอย่างเช่น ในขณะที่ผู้ป่วยมองว่าความเจ็บป่วยเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต แต่เจ้าหน้าที่อาจมองความเจ็บป่วยว่าเป็นภาระงานที่ต้องจัดการให้เสร็จสิ้น เป็นต้น กล่าวได้ว่าระบบบริการสุขภาพเป็นโครงสร้างที่กำหนดให้ผู้ให้บริการมองผู้ป่วยเช่นนั้น รวมถึงมีส่วนกำหนดท่าทีในการให้บริการ เช่น เมื่อมองผู้ป่วยเป็นงานก็ให้บริการในลักษณะ “วัตถุแห่งงานชิ้นหนึ่ง” เป็นต้น ในวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้เรียกปรากฏการณ์การมองความจริง ดีความหมาย และกำหนดท่าทีในการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการตายของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลว่า “ทัศนะต่อความตาย”

ผู้วิจัยพบว่าโรงพยาบาลเป็นพื้นที่ที่มีมิติต่างๆ ทับซ้อนกัน 3 มิติ ได้แก่ 1) มิติพื้นที่ทางกายภาพ 2) มิติของโรงพยาบาลที่ถูกทำให้เป็นบุคคล (personification) โรงพยาบาลมีตัวตนคล้ายบุคคลที่มีสถานะทางเศรษฐกิจร่ำรวยยากจน มีความน่าเชื่อถือ มีชื่อเสียง มีคุณธรรม เป็นต้น และ 3) มิติโรงพยาบาลที่เป็นระบบบริการสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลได้รับอิทธิพลจากโครงสร้างผู้มีส่วนกำหนดวิถีการบริการที่หลากหลาย เช่น นโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรสุขภาพระดับนานาชาติ สมาคมวิชาชีพข้ามชาติ ระบบการรื้อเรียน ฟ้องร้อง ยังทำให้ระบบบริการสุขภาพเกี่ยวพันกับระบบยุติธรรมของประเทศ ระบบจัดการทะเบียนราษฎร สื่อมวลชน การเกิดขึ้นและขยายตัวของบริการสุขภาพเช่น การสร้างอาคารอุบัติเหตุ การสร้างศูนย์มะเร็ง ยังเกี่ยวพันกับภาวะสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ที่สัมพันธ์กับอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อัตราการเป็นมะเร็งที่สัมพันธ์กับวิถีเกษตรกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาล นโยบายสุขภาพระดับประเทศและระดับนานาชาติ ตลอดจนวิถีชีวิตของประชาชนในสังคมจึงกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเป็นพลวัต พื้นที่ทางวัฒนธรรมในโรงพยาบาลจึงมีความซับซ้อน

ปรากฏการณ์การตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่

การตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่มีความหลากหลาย เช่น การตายด้วยโรคเรื้อรังที่มีพัฒนาการของความเจ็บป่วยยาวนาน การตายฉุกเฉินฉับพลันจากอุบัติเหตุหรือความรุนแรง การตายในโรงพยาบาลเกิดขึ้นกับทุกเพศ ทุกวัย ผู้ตายมีหลากหลายเชื้อชาติ การตายเกิดขึ้นในหอผู้ป่วยในแทบจะทุกแห่ง แต่การตายเกิดขึ้นบ่อยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม อุบัติเหตุและฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยหนัก มากกว่าการตายในหอผู้ป่วยประเภทอื่นในโรงพยาบาลศูนย์

กรณีศึกษาที่ผู้วิจัยนำเสนอมีการตายที่หลากหลาย กรณีของป้ามะลิสะท้อนถึงการตายด้วยโรคเรื้อรังที่ผ่านขั้นตอนต่างๆ ของการตายตั้งแต่การรู้ข่าวร้าย การแสวงหาการรักษา การยอมรับ การตาย และการจัดการหลังการตาย กรณีการตายของยายสายที่สะท้อนถึงความเชื่อที่ว่า การรักษาแบบการแพทย์สมัยใหม่มีอำนาจในการช่วยชีวิตอย่างได้ผลได้แผ่ซ่านไปยังวิถีคิดของชาวบ้าน ความเชื่อดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องมีชีวิตในระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งอย่างมีความหวัง กรณีของพระสมชายสะท้อนให้เห็นถึงชีวิตในระยะสุดท้ายในกรณีการตายฉับพลันที่ต้องเกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีการช่วยชีวิตทั้งในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยวิกฤติ นอกจากนี้ยังสะท้อนปรากฏการณ์การผลัดภาระการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตให้บุคลากรการแพทย์

การตายที่ดำรงอยู่ในโรงพยาบาลได้รับอิทธิพลจากพลังทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมของทั้งนอกโรงพยาบาลและจากระบบบริการสุขภาพ การตัดสินใจของแพทย์มีอิทธิพลอย่างมากต่อการตายของคนในสังคม

การตายในโรงพยาบาลยังไม่จบเพียงการเสียชีวิต แต่มีผลต่อศพของผู้ตายด้วย ระบบยุติธรรม ระบบประกันชีวิต ระบบทะเบียนราษฎร มีอิทธิพลต่อการระบบการชันสูตรพลิกศพ ผ่าศพ เพื่อหาสาเหตุการตาย นอกจากนี้การตายยังมีมิติทางเศรษฐกิจเข้ามาเกี่ยวข้องทั้งระยะก่อนเสียชีวิต และหลังเสียชีวิต เช่น ค่ารักษาพยาบาลในการช่วยชีวิต ค่ารักษาศพ ค่าขนส่งศพ เป็นต้น

ทัศนะต่อความตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่

วิทยานิพนธ์ชิ้นนี้พบว่าระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลสมัยใหม่มีทัศนะต่อความตายหลายชุด ผู้วิจัยแบ่งประเภทชุดทัศนะต่อความตายในโรงพยาบาลออกเป็นทัศนะชุดหลัก และทัศนะชุดรอง ทัศนะต่อความตายชุดหลักคือชุดทัศนะที่ระบบบริการสุขภาพเฝ้าระวังความตายเป็นหลัก ได้รับการกำหนดจากแนวทางการศึกษาด้านสุขภาพกระแสหลัก ได้รับการสนับสนุนจากรัฐให้เป็นแนวทางการรักษาดูแลสุขภาพหลัก ทัศนะชุดหลักจึงมีอิทธิพลต่อการตายของผู้ป่วยอย่างกว้างขวาง ส่วนทัศนะต่อความตายชุดรองเป็นชุดทัศนะที่แม้จะดำรงอยู่ในการบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการตาย แต่มีอิทธิพลเป็นส่วนน้อยในการกำหนดวิธีการตาย

ทัศนะต่อความตายชุดหลักของโรงพยาบาลสมัยใหม่ประกอบด้วยมุมมองว่าความตายคือความเสียหายล้มเหลวของอวัยวะหรือระบบอวัยวะ มองความตายว่าเป็นภัยอันตรายที่น่ากลัว มองความตายว่าเป็นสถานะที่ควบคุม ป้องกัน ครอบงำได้ด้วยระบบบริการทางการแพทย์สมัยใหม่

ทัศนะที่มองความตายว่าเป็นความล้มเหลวของอวัยวะหรือระบบอวัยวะ ผู้วิจัยตีความจากวิธีการมองชีวิตของระบบบริการสุขภาพว่ามีลักษณะเป็นกลไก ลดทอนเป็นการทำงานร่วมกัน

ของระบบอวัยวะ ระบบโรงพยาบาลตรวจจับชีวิตว่ายังดำรงอยู่ด้วย “สัญญาณชีพ” ที่ประกอบด้วย การหายใจ การเต้นของชีพจร อุณหภูมิของร่างกาย และความดันโลหิต การจัดรูปแบบการบริการก็จัดพื้นที่และบริการตามกลุ่มโรคหรือระบบอวัยวะตามโลกทัศน์ของชีวิตแบบการแพทย์สมัยใหม่ นอกจากนี้การชันสูตรศพเพื่อระบุสาเหตุการตายก็มีลักษณะที่บอกว่าสาเหตุการตายเป็นผลมาจากอวัยวะชิ้นใดชิ้นหนึ่งหรือระบบใดระบบหนึ่งเสียหาย

ทัศนคติที่มองความตายว่าเป็นอันตรายที่น่ากลัว ผู้วิจัยตีความจากปรากฏการณ์การเลี้ยงที่ จะเรียกความตายอย่างตรงไปตรงมา แต่ได้หลบเลี่ยงคำว่าตายในลักษณะต่างๆ เช่น เด็ด (dead) หรือ แม้แต่การงดอกออกเสียง เช่นเดียวกับการเลี้ยงที่จะพุดชื่อห้องดับจิตหรือห้องตรวจศพ แต่ได้เข้ารหัสเรียกชื่อว่าห้องโพสต์ (Post) จนกระทั่งไม่หลงเหลือสัญญาณของความตายอยู่เลย กรณีการต่อรอรถ เส้นทางเดินของศพ ในระบบบริการ ได้มีระบบที่ออกแบบให้การช่วยชีวิตเป็นบริการหลัก (priority) มากกว่าการสนทนาถึงทางเลือกในการตาย หรือการตายดี ดังนั้นการตายในโรงพยาบาลจึงเป็นปรากฏการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และเลี้ยงต่อการร้องเรียน ฟ้องร้อง ซึ่งเป็นสิ่งไม่พึงประสงค์ของระบบบริการเช่นกัน

ทัศนคติที่มองความตายว่าเป็นสถานะที่สามารถควบคุม ป้องกัน ตอบโต้ได้ด้วยระบบบริการทางการแพทย์สมัยใหม่ ผู้วิจัยตีความจากปรากฏการณ์ลักษณะการให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลเป็นไปเพื่อการรักษาเพื่อหลีกเลี่ยงหนีห่างไกลจากความตาย การรักษาชีวิตให้ยาวนานเป็นคุณค่าในโรงพยาบาลผ่านการใช้เครื่องมือ ความรู้ การจัดการตามแนวทางการแพทย์สมัยใหม่ ตั้งแต่ขั้นตอนการวินิจฉัย การรักษาเพื่อการหายขาด การประคับประคองอาการในกรณีที่ไม่มีโอกาสหายขาด การช่วยชีวิตในกรณีวิกฤติ แนวคิดการแพทย์ตะวันตกยังเข้ามาจัดการร่างกายในขั้นตอนหลังการเสียชีวิต

ทัศนคติต่อความตายข้างต้นสอดคล้องกับทัศนคติต่อความตายตามแนวคิดทางการแพทย์ตะวันตก ทัศนคติดังกล่าวดำรงอยู่ในระบบบริการ มีอิทธิพลต่อวิถีคิดของผู้ให้บริการสุขภาพซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก ตลอดจนดำรงอยู่ในวิถีคิดของผู้รับบริการทั้งผู้ป่วยและญาติ

งานวิจัยชิ้นนี้ยังพบว่าความตายอันเป็นที่ยอมรับได้ หรือการตายอันสมควรนั้นคือการตายที่ผ่านการให้บริการจากระบบสุขภาพอย่างเต็มที่ ได้รับการยอมรับจากญาติผู้ดูแลว่าโรงพยาบาลได้ดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่แล้ว ตลอดจนรับรู้การตายของผู้เสียชีวิต และไม่ร้องเรียนฟ้องร้องโรงพยาบาล

การร้องเรียน ฟ้องร้อง ในกรณีการตายอันเป็นที่ยอมรับได้หรือการตายอันสมควรนั้นเป็นปรากฏการณ์ที่ระบบสุขภาพมองว่าเป็นปัญหานั้น งานวิจัยชิ้นนี้วิเคราะห์ว่า ปรากฏการณ์ดังกล่าวอาจเกิดขึ้นจากทัศนคติในการมองชีวิต ความเจ็บป่วย และความตายอย่างสอดคล้องกันระหว่างระบบบริการและผู้รับบริการว่า ระบบ

สุขภาพสามารถควบคุม ป้องกัน จัดการ ความเจ็บป่วยและความตายได้ ความเชื่อดังกล่าวได้สร้างความคาดหวังต่อผู้รับบริการว่าโรงพยาบาลสามารถจัดการความเจ็บป่วยให้หายขาด หรือชะลอความตายให้ยาวนานขึ้นได้ ความเชื่อดังกล่าวขัดแย้งกับความจริงที่ว่าความเจ็บป่วยและความตายเป็นสิ่งที่พ้นไปจากการควบคุมจัดการ เมื่อผู้รับบริการผิดหวังก็อาจแสดงออกถึงความผิดหวัง กับแค้นในด้วยการฟ้องร้องหรือร้องเรียน โรงพยาบาล

งานวิจัยชิ้นนี้ยังพบว่ากิจกรรมที่ต้องเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดหรือผู้ป่วยระยะท้าย เช่น การบอกข่าวร้าย การปฏิสัมพันธ์กับญาติของผู้ป่วยระยะท้าย เป็น "ยาขม" สำหรับผู้ให้บริการสุขภาพ การข้องเกี่ยวกับการตายของผู้ให้บริการสุขภาพมักเป็นไปด้วยความอึดอัด กระอักกระอ่วน ไม่นิยมวราบริน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ให้บริการต้องเกี่ยวข้องกับการตายซึ่งเป็นสิ่งไม่พึงปรารถนาในวิชาชีพหรือไม่ก็ปฏิบัติด้วยความคุ้นชินต่อความตายจนละเลยความละเอียดอ่อนและมีมิติด้านอารมณ์ของผู้ให้บริการ

งานวิจัยชิ้นนี้ยังพบว่าในโรงพยาบาลไม่เพียงมีชุดทัศนคติต่อความตายชุดหลักแบบการแพทย์สมัยใหม่เท่านั้น แต่ยังมีชุดทัศนคติต่อความตายชุดรองประกอบด้วยทัศนคติของงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและทัศนคติของศาสนาและจิตวิญญาณซึ่งมองว่าการตายไม่เพียงส่วนกายเท่านั้นที่แตกดับ การตายยังมีมิติอื่นๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น มิติทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแล โลกทัศน์เกี่ยวกับชีวิตหลังความตายของผู้เสียชีวิต ดังนั้นการตายที่ไม่ใช่เรื่องน่ากลัวจึงเป็นไปได้หากมีการเตรียมตัว

อย่างไรก็ตามทัศนคติต่อความตายชุดรองดังกล่าวไม่ได้ดำรงอยู่ในระบบบริการสุขภาพในลักษณะทั่วไปที่เป็นแนวทางการปฏิบัติอันเป็นที่ยอมรับ แต่มีลักษณะเป็นการบริการตามความสนใจของกลุ่มบุคลากร หรือเจ้าหน้าที่รายบุคคล การให้บริการผู้ป่วยระยะท้ายด้วยทัศนคติแบบงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือแบบศาสนาและจิตวิญญาณมีลักษณะการให้บริการ "แบบพิเศษเกินมาตรฐาน" จนเป็นผลงานสำหรับนำเสนอเพื่อประกวดแข่งขันได้ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยพบว่าการให้บริการในลักษณะดังกล่าวกำลังเป็นที่แพร่หลาย ได้รับการยอมรับในวงกว้างมากขึ้น

งานวิจัยชิ้นนี้ยังพบว่า ทัศนคติต่อความตายแบบต่างๆ นอกจากจะมีความหลากหลายแล้ว ยังมีความซับซ้อน ทับซ้อนลงในสถานการณ์การตายแต่ละกรณี เช่น กรณีการกู้ชีพซ้ำซ้อนในกรณีการป่วยล้มปล้นของผู้ป่วยรายหนึ่ง ปรากฏการณ์การปฏิเสธการบริจาคอวัยวะหลังการเสียชีวิต ทัศนคติต่อความตายที่มีความหลากหลายซับซ้อนยังทำให้นิยามการตายดีในโรงพยาบาลมีความเลื่อนไหล พร่ามัว

สถานการณ์การตายที่มีความซับซ้อนดังกล่าวทำให้วิธีการมองความตายนั้นไม่อาจทำได้ด้วยวิธีคิดใดวิธีคิดหนึ่ง หรือวิธีคิดแบบเหตุเดียวผลเดียว ความเชื่อว่าการตายมีความซับซ้อนทำให้วิธีการศึกษาการตายพร้อมที่จะใช้แนวคิดที่มีความหลากหลาย ใช้ทฤษฎีข้ามสาขาวิชาเป็นไปได้

อภิปรายผลการวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้พบว่าไม่เพียงทัศนคติต่อความตายของปัจเจกเท่านั้นที่มีผลต่อสถานการณ์การตายรายบุคคล แต่ทัศนคติต่อความตายยังสังคมยังมีอิทธิพลต่อการตายของปัจเจกบุคคลด้วย งานวิจัยชิ้นนี้พบว่าทัศนคติต่อความตายของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลสมัยใหม่มีความหลากหลายซับซ้อน ซับซ้อนลงในกรณีการตายหนึ่งๆ แต่หากจะจำแนกชุดทัศนคติต่อความตายอาจจำแนกได้ออกเป็นทัศนคติชุดหลักและทัศนคติชุดรอง

ทัศนคติต่อความตายชุดหลักซึ่งประกอบด้วย ทัศนคติที่มองว่าความตายคือความเสียหาย ล้มเหลวของอวัยวะหรือระบบอวัยวะ ความตายคือภัยอันตรายที่น่ากลัว ความตายคือสภาวะที่สามารถควบคุม ป้องกัน อดได้ได้ด้วยระบบบริการทางการแพทย์สมัยใหม่ งานวิจัยชิ้นนี้วิเคราะห์ว่าทัศนคติชุดหลักดังกล่าวเป็นผลสืบเนื่องจากกระบวนการทัศน์ หรือทัศนคติแม่บท (Paradigm) แบบวิทยาศาสตร์ ที่ลดทอนชีวิตเหลือเพียงมิติทางกายที่สามารถแยกส่วนศึกษา ซ่อมแซมให้ใช้งานได้ดังเดิมได้ด้วยเทคนิคทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ การออกแบบระบบบริการออกเป็นแผนกแยกย่อย ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง การใช้เครื่องมือเทคโนโลยีจัดการกับชิ้นส่วนอวัยวะเพื่อให้ร่างกายทำงานได้ปกติ ตลอดจนวิธีการผ่าศพเพื่อระบุสาเหตุการตายเป็นหลักฐานที่พิสูจน์ว่าทัศนคติแม่บทแบบวิทยาศาสตร์ได้มีอิทธิพลต่อการตายในสังคมสมัยใหม่ได้อย่างชัดเจน

ทัศนคติแม่บทแบบวิทยาศาสตร์ที่ให้ความสำคัญกับสภาวะเชิงประจักษ์ที่พิสูจน์ได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ทำให้มิติด้านจิตใจและจิตวิญญาณถูกละเลยในระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลสมัยใหม่ นอกจากนี้การเกิดขึ้นของงานดูแลแบบประคับประคองระยะท้าย (Palliative Care) หรือการใช้สถาบันทางศาสนาและจิตวิญญาณเข้ามาช่วยเยียวยาความเจ็บป่วยก็ยังมีลักษณะของการติดกรอบ "ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง" ซึ่งก็ยังคงติดกับดักวิธีคิดของทัศนคติแม่บทแบบวิทยาศาสตร์อยู่ดี ดังนั้นผู้พัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพและการตายจึงจำเป็นที่จะต้องรู้เท่าทันกับทัศนคติพื้นฐานที่อยู่เบื้องหลังเทคนิควิธีการรูปธรรม ไม่ติดกับดักวิธีคิดหรือชุดทัศนคติที่เป็นตัวกำหนดสถานการณ์ปัญหา

งานวิจัยชิ้นนี้ยังพบว่าสถานการณ์การตายในโรงพยาบาลมีลักษณะเป็นพลวัตรกับรูปแบบของสังคมอีกด้วย สังคมบริโภคนิยมที่มองว่าชีวิตคือโอกาสในการบริโภคความสุขทำให้

การตายมีลักษณะเป็นศัตรูที่ต้องต่อสู้เอาชนะ ระบบประกันชีวิตและสุขภาพยังทำให้การตายมีนัยของการบริโภค เช่น การได้เงินชดเชยจากการเสียชีวิตเพื่อการทำพิธีศพที่สมเกียรติ การตายที่ดีต้องไม่กระทบกระเทือนฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ที่อยู่เบื้องหลัง เป็นต้น นอกจากนี้การรับบริการในโรงพยาบาลก็มีนัยของการบริโภคเช่นกัน เช่น การใช้เทคโนโลยีราคาแพงคือการให้การดูแลเอาใจใส่ การให้ความรัก เป็นต้น

งานวิจัยชิ้นนี้พบว่าระบบบริการในโรงพยาบาลสมัยใหม่มีรูปแบบวัฒนธรรมแห่งการปฏิเสธความตาย กล่าวคือความตายได้ถูกให้คุณค่าความหมายว่าเป็นสถานะที่ไม่พึงประสงค์ เสี่ยงควรหลีกเลี่ยง ปกปิดในลักษณะต่างๆ ทำที่แห่งการการปฏิเสธความตายของระบบบริการออกแบบให้การกู้ชีพเป็นกิจกรรมที่ยอมรับได้แม้จะแลกกับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแล หรือต้องแลกกับความสูญเสียทางทรัพยากรอย่างมหาศาลของสังคมโดยรวม ทั้งนี้วัฒนธรรมแห่งการปฏิเสธความตายนั้นแฝงฝังอยู่ในกิจกรรมการรักษาพยาบาล การใช้เครื่องมือเครื่องใช้ ระบบการสื่อสารในโรงพยาบาล โดยที่ชุมชนผู้ให้บริการแทบจะไม่รู้ตัว

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการเปิดพื้นที่สาธารณะเพื่อสนทนา อภิปรายถึงสถานการณ์การตายของคนในสังคมปัจจุบัน การใช้เทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพ การเลือกวิถีชีวิตแบบต่างๆ ซึ่งได้รับอิทธิพลจากวิธีการมองความตายในรูปแบบต่างๆ

ภาคประชาสังคมควรร่วมมือกับหน่วยงานสุขภาพในการสื่อสารสังคมถึงทัศนคติต่อความตายที่แฝงฝังมาในสินค้าหรือบริการต่างๆ ที่บิดเบือนข้อเท็จจริงของชีวิตว่าสามารถเอาชนะความไม่แน่นอนและความตายได้ มายาคติดังกล่าวส่งผลอย่างลึกซึ้งในการเลือกออกแบบชีวิตทั้งในระดับปัจเจกและระดับสังคม ความตระหนักรู้และเท่าทันมายาคติดังกล่าวจะทำให้ปัจเจกและระบบสุขภาพมีท่าทีต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพและชีวิตที่ผ่านการใคร่ครวญไตร่ตรองมากขึ้น

THE CULTURAL ASPECTS OF DEATH IN MODERN HOSPITAL:
AN ETHNOGRAPHIC STUDY IN A HOSPITAL IN NORTHEAST THAILAND

EKKAPOP SITTIWANTANA 5236854 SHMS/M

M.A. (MEDICAL AND HEALTH SOCIAL SCIENCES)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: LUECHAI SRINGERNYUANG, Ph.D.,
THANA NILCHAIKOWIT, M.D. CERTIFICATE IN GENERAL PSYCHIATRY,
PHRA WICHIT THAMMACHITO, Ph.D.

EXTENDED SUMMARY

Background and Rationale

Death is a true aspect for human beings and it can vary with the economic, social, and social contexts including the state of illness.

In the past, health caring and death were arranged and managed by the family and community. Today, health caring and death are however related to the hospital in accord with the modern Western medical sciences due to the social changes. The death of patients can be occurred both in the hospital and at home with the higher death rate at the wards in the hospital.

The patients and the caregivers who are involved with the death in the hospital encounter some sufferings. For example, the patients, prior to their death, have to pay a lot of sum for the treatment. The hectic atmosphere of the hospital inevitably results in the unsettled death. In addition, the health service providers cannot take care of the patients thoroughly due to their tremendous workloads. The conflicts may be arisen between the service providers and the clients resulted from the death solution; for instance, the patients should be continually treated, the provisions

of Section 12 of the Public Health Act and the letter of treatment refusal should be applied, and so on. Besides, the conflicts can be also derived from the cultural contexts where the diverse aspects of death can be perceived in the modern health systems. Thus, the understanding on the cultural aspects of death in the modern hospital is required so that the death situation under the current social contexts can be well understood whereas the treatment system and death management can be efficiently improved.

Objectives

To investigate the death management of the modern hospital; and

To describe and analyze the cultural aspects of death in the modern hospital

Research Questions

What is the death management based on the cultural aspects in modern hospital in terms of the service systems and management of the health service providers?

How the background of death management both of the health service providers and the clients in modern hospital is related to the cultural aspects in terms of belief, perception, definition, and practices on death?

Expected Benefits

The researcher can understand and describe the cultural aspects of death in modern hospital.

The research findings can be used as the fundamental knowledge in improving the curricula of medical students, nurses, or any other professions of the hospital where the contents are related to death such as palliative care.

The findings will indicate the gap of services so that the health service systems can be developed for general and end-of-life patients in hospital whereas the corpse can be managed in accord with the cultural contexts of the community.

The data will emphasize the necessity of the policy of health that promotes the adults to take care of and plan for their health to achieve the qualified death at the end of life.

Definition

The death management in this research shall be referred to an event, activity, situation, and method to manage the death in hospital that is experienced by the researcher.

Cultural aspects of death means a series of belief, perception, definition, and practices towards the death management existing in the systems of health service providers.

Methods

Type of Research

This qualitative study was conducted using the hospital ethnographic research (Geest & Finkler, 2004). The researcher participated in the death management and daily activities of the hospital staffs, patients, patients' relatives and other individuals associated with the death management.

Area of Study

A center hospital in the northeast of Thailand was determined as the area of this study since there were a lot of patients who were treated or died. So, this hospital could well represent the cultural contexts and interaction where the hospital acted as the health center.

Research Design

The researcher used to work as a volunteer in the peaceful death project of Bhudika Network. A member of this network knew someone who provided the palliative care in a center hospital, namely, the area of study. Thus, the researcher has contacted Miss Mon, a professional nurse taking care of the patients with palliative care, for the data collection. The letter was sent to the hospital director seeking an approval on data collection. The data were collected for three months, from June to August 2012. In addition, the researcher asked for the certificates that were issued by the the Ethics Review Committee for Researches Involving Human Research Subjects, Mahidol University and the hospital.

The researcher introduced itself to the hospital staffs, patients and their relatives as a master student who was interested in the cultural aspects of death in modern hospital with the desire to complete the thesis. However, the researcher was sometimes introduced by the hospital staffs as a volunteer or a trainee student collecting data for the thesis to enhance the familiarity.

The researcher observed the operation of the staffs providing the palliative care for the patients and enhanced the relationship with other health service providers such as the medical ward, the surgical ward, emergency room (ER), intensive care units (ICU), and department of pathology.

The participation-based observation and in-depth interviews were applied whereas the events were recorded for further analysis, interpretation, definition given to the relations of the individuals related.

The researcher participated in the following events and situations:

- Services provided for patients in various wards;
- Palliative care provided by the responsible staffs;
- Cardiopulmonary resuscitation (CPR)
- Autopsy
- Distribution of corpse
- Services related to religious and spiritual aspects
- General circumstances of the hospital

The period and number of interviews were depending on the capability of the researcher in creating the relationship for such interviews and also on the diversity

and sufficiency of the collected data. In other words, the data would be collected until they were enough for the description of phenomenon and cultural aspects of death.

Data Verification

The validity of the collected data was verified by the use of triangular techniques such as examining the patients' data with the hospital staffs, and re-asking the questions for the data verification. In addition, the principles of reasons and contexts were also applied for consideration.

Data Analysis

The content analysis was conducted to obtain the main theme for the analysis using the participation and recording of the researcher. After that the ATLAS.ti program was used to collect and arrange the data. The data and impact caused by the researcher were recorded as well.

Research Ethics

This research has been approved by the Ethics Review Committee for Researches Involving Human Research Subjects, Mahidol University.

Research Findings

Hospital as the social and cultural area

The researcher used the anthropological conceptual framework based on the assumption that hospital is the social and cultural area with its own systems of belief, definition, and value. It can be mentioned that hospital has its own tradition, norms, and practices. The members of the community or the hospital staffs ranged from the management, medical practitioners, and support teams provide services to the patients under the structure, rules and regulations for the improvement of hospital's quality. The awarding and complaining systems provide and control the operation of the staffs in official and non-official ways. These are the cultural aspects existing in the hospital. Such cultural aspects can be perceived only when it is believed that all phenomena of the hospital are meaningful and also accepted by the community's specific viewpoints. For instance, the patients may regard death as a life threat;

however, the hospital staffs may hold it as a task that must be done. The health service systems not only allow the health service providers to look at the patients but also determine the tendency of services; for instance, if the health service providers regard the patients as a task, the patients will be treated as “material of task” accordingly. In this thesis, the perception of actual facts, interpretation, and determination of the services related to the death in the health service systems will be called as the “viewpoints on death.”

The hospital consisted of the three overlapped dimensions as follows: 1) Physical dimension 2) Personification dimension with various characteristics like economic status (rich or poor), reliability, reputation, ethics, etc. and 3) Health service providing dimension. Influenced by the policies of the Ministry of Public Health, National Health Insurance Bureau, International Health Organization, International Profession Association, the structure of the hospital is designed to provide various kinds of services. Hospital is also involved with the national justice system due to the sue and claims of the patients. In addition to the justice system, the hospital is associated with the census registration database and press media. The growth of health services seen from the establishment of accident buildings, cancer center, and so on, is significantly related to the state of health of the community. For example, drinking alcohol is related to the rate of injury and death caused by the driving accidents while the rate of cancer occurrence is associated with the changed agricultural ways. The health service systems of hospital, national and international health policies, including the living of people in the society are therefore interrelated. As such, the cultural context of hospital is inevitably complicated.

Death in modern hospital

The death in modern hospital is diverse such as the death caused by long-term chronic diseases, immediate death caused by accidents or acute symptom. Death in hospital can be occurred to people of all genders, ages, and nationality. Generally, the death of patients is usually found most in the medical wards, surgical wards, emergence rooms and ICU rather than any other wards of the hospital.

The causes of death presented in this thesis were diverse e.g. the death caused by the chronic diseases. In such case, the patients experienced many steps of

death from learning the incidence of death, seeking treatment, accepting the unavoidable facts, dying, and post-death management. Death reflects the belief that the modern medication can heal and save the life of patients. Thus, the patients with end-of-life severe illness have to stay at the hospital with a little hope that they can be remedied. In addition, as the advanced technology is used to save the patients injured by accidents in ER and ICU, the decisions on life and survival are in the hand of the medical personnel.

Death in hospital is affected by the economic, social, and cultural contexts outside the hospital and from the health service systems. The decisions made by the physicians hence influence the death in the society.

However, death in hospital does not mean the ending of life only but it still also affected the corpse of the patients as the justice system, life insurance system, and census registration database are applied in the biopsy to find out the biopsy. Additionally, economic statistics are also associated both before and after the death such as treatment expenses, maintenance and transportation fees for corpse, and so on.

Viewpoints on death in modern hospital

The findings of this thesis revealed that the health service systems of the modern hospital had several viewpoints on the death. Such viewpoints were divided into two categories – primary and secondary viewpoints. The primary viewpoints of death were mainly used as they were derived from the mainstreams of health studies and supported by the government. Hence, these viewpoints affected the death of patients in a great extent. On the other hand, although the secondary viewpoints existed in the health service system and related to the death, the influence of these viewpoints was less in determining the way of death.

According to the primary viewpoints of the modern hospital, death is a failure or damage of organs or organ systems; death is a thrilled danger; and death can be controlled, prevented, and responded by the modern medical services.

That death is a failure or damage of organs or organ systems, it can be interpreted from the health service systems that death is a mechanism reducing the co-functioning of the organs. The life of patients exists with the “vital sign” observed and presented by breathing, pulsing, body temperature, and blood pressure. Therefore, the

services are provided based on the groups or functions of the organs in accordance with the modern medicine. The biopsy used to find out the cause of death also indicates the failure or damage of the organs.

That death is a thrilled threat, it can be interpreted from the avoidance to call the death directly by using other similar words such as dead; some does not even or pronounce this word. Further, some tries to say the word “mortuary” or “biopsy room” but uses the word “post” instead. This leads to no sign of death. Life saving is the first priority whereas the route of corpse transportation is negotiated. As such, death is not a desirable phenomenon in all cases whereas the risks related to death sued or claimed against the hospital are not desired by the health service systems either..

That the death can be controlled, prevented and responded by the modern medication, this was interpreted from the current health services that try to save the life of the patients by using the medical equipments, knowledge, and management based-on modern medicine. Saving the life of the patients may begin from the diagnoses, curing, palliative care, and crisis life saving. Moreover, the western medical concepts are also applied to the corpse after death.

The viewpoints of death mentioned above are consistent with the viewpoints of western medical concepts. These viewpoints exist in the health service systems with the influence over the health service providers, namely, the main information providers. Such viewpoints also exist in the perception of the patients and their relatives.

This research also found that death was acceptable whereas the proper death has been fully treated by the health service systems. So, the death was accepted by the patients’ relatives without any sue against the hospital.

Suing and claims are usually observed when the death is problematic. According to this study, sue and claims are derived from the viewpoints on the illness and death. The clients think that the health service systems can control and prevent the illness and even death. This leads to the expectation of the clients that they can be cured or their life can be saved. However, such belief and expectation are not true because death is finally out of control. Disappointed or angry with the unmet services, the clients may sue the hospital.

The research also found that the activities related to the end-of-life or uncured patients such as a notification of bad news caused the health service providers feel “discomfort” because the health service providers had to be involved with the undesirable death. However, as they are acquainted with death, the health service providers sometimes neglect or ignore the emotional dimensions of the clients.

The hospital had the primary viewpoints that are based on the modern medicine while its secondary viewpoints are associated with the palliative care in accord with religious and spiritual viewpoints. Death does not mean a perished physical body only but it is also involved with emotional dimension of the patients’ relatives and the vision of life thereafter. Hence, death is not a horrific thing if the death stakeholders are well prepared.

Anyhow, the secondary viewpoints of death do not exist in the health service systems nor are accepted in practices. Such viewpoints are regarded as the services that are provided specifically based on the interest of the hospital staffs. So, the services of palliative care or the religious or spiritual services are “special and excessive standard.” Note that these services have been accepted and provided widely at present.

The viewpoints of death are not only diverse but also complicated and perhaps overlapped in some cases such as the duplicated resuscitation of an acute patient, the refusal of organ donation, etc. As a result, the complicated viewpoints lead to the ambiguous definition of death interpreted by the hospital.

The complicated situation of death mentioned earlier results in a variety of viewpoints of death. With the belief that death is complicated, various or even crossover concepts are applied to the study on death.

Discussion

The research found that not only the viewpoints of the individuals affected the death but the social viewpoints also did. The viewpoints of death of the health service systems in modern hospital were complicated and overlapped in a case. However, the viewpoints can be divided into the primary and the secondary ones.

The health service systems had the primary viewpoints of death in compliance with the modern medication perceiving that death is a failure or damage of organs or organ systems; death is a thrilled danger; and death can be controlled, prevented, and responded by the modern medical services. According to this thesis, these viewpoints are derived from the scientific paradigm that is separates as a physical dimension. The body can be remedied using the medical technology. The health service systems are divided into sub-divisions with specific experts. The organ can be cured whereas the biopsy is conducted to identify the cause of death. Hence, it is evidenced that the scientific paradigm significantly and apparently influences the death in modern society.

The scientific paradigm pays importance to the state that can be proved by the five senses. As such, the spiritual dimension may be ignored in the health service systems in modern hospital. The palliative care or the curing by religious institutes or spirits are recognized as the “specific expertise” that is trapped by the scientific paradigm. Therefore, the health and death developers should have knowledge and understanding on the viewpoints so that the proper guidelines can be achieved.

According to this thesis, death in modern hospital is dynamic to social patterns. The consumerism society holds that life is an opportunity to earn happiness. So, death is an enemy that should be defeated. The life and health insurance system is also related to the consumerism. For instance, the death compensation should be paid for the honorable funeral; or a good death should not affect the economic status of the people left behind. Receiving the services of the hospital is also involved with the consumerism; for example, the expensive technology is represented through care and love.

The health service systems in modern hospital indicated the culture of death refusal. Namely, death is defined as undesirable, risky and should be avoided. With the death refusal, the resuscitation is accepted even though the end-of-life

patients and their relatives may feel suffered or the social resources may be overall wasted. The culture of death refusal is inherent in nursing activities, medical equipments, and communication in hospital. Despite, the community or the health service providers may not know such inherence.

Recommendations/Suggestions

The public space should be provided for the discussion on the topics of the current death situation, the use of technology for health, and the selection of lifestyle influenced by the perception of death.

The civil society, in association with the health units, should socially communicate to the public that aspects of death potentially hidden in the products and services are distorted and cannot overcome any uncertainty or death. Such myth has deeply affected the design of life in individual and social levels. The awareness of such myth therefore encourages the individuals and the health systems to contemplate more on the decisions of health and life.

บรรณานุกรม

- Aries, P. (1981). *The Hour of our death*. Toronto : Random House of Canada.
- Cebik, L. B. (1980). The significance of death for the living. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 1(1), 67-83.
- Geest, S. v. d., & Finkler, K. (2004). Hospital ethnography: introduction. *Social Science & Medicine*, 59, 1995 - 2001.
- Gittings, C. (2009). The art of dying. In A. Kellehear (Ed.), *The Study of Dying From Autonomy of Transformation*. New York: Cambridge University Press.
- Greyson, B. (2009). Near-death experiences and deathbed vision. In A. Kellehear (Ed.), *The Study of Dying From Autonomy of Transformation*. New York: Cambridge University Press.
- Kellehear, A. (2007). *A Social History of Dying*. New York: Cambridge University Press.
- Kellehear, A. (2009). What the social and behavioral studies say about dying. In A. Kellehear (Ed.), *The Study of Dying From Autonomy of Transformation*. New York: Cambridge University Press.
- Kubler-Ross, E. (1997). *On death and dying*. Scribner.
- Long, S. O. (2005). *Final Days Japanese culture and choice at the end of life*. Hawaii: University of Hawai'i Press.
- Strange, J.-M. (2009). Historical approaches to dying. In A. Kellehear (Ed.), *The Study of Dying From Autonomy of Transformation*. New York: Cambridge University Press.
- Varki, A. (2009). Human uniqueness and the denial of death. *NATURE*, 460, 684.
- Walter, T. (2007). *The Revival of Death* (Kindle Edition ed.): Accel Development.
- Zaman, S. (2004). Poverty and violence, frustration and inventiveness: hospital ward life in Bangladesh. *Social Science & Medicine*, 59, 2025-2036.
- กฤตยา อาชวนิจกุล และ วรชัย ทองไทย. (2549). *ภาวะการตาย...ภาพสะท้อนความมั่นคงของประชากร. ใน กฤตยา อาชวนิจกุล และ วรชัย ทองไทย (บรรณาธิการ), ประชากร*

- และสังคม 2549 ภาวะการตาย...ภาพสะท้อนความมั่นคงของประชากร. นครปฐม:
สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2550). *วัฒนธรรม ความตายกับวาระสุดท้ายของชีวิต : คู่มือ
เรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักวิจัย
สังคมและสุขภาพ.
- คมชัดลึก. (2554, 11 ต.ค. 2554). สธ.สั่งระงับแนะนำสิทธิการตาย ซึ่งต้องพิจารณาประเด็นก.ม.เพิ่ม.
คมชัดลึก, from <http://suchons.wordpress.com/2011/10/11/สธ-สั่งระงับแนะนำสิทธิ/>
เซอร์วิน นูแลนค์. (2546). *เราตายอย่างไร*. กรุงเทพฯ: โคมลคิมทอง.
- นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (บรรณาธิการ). (2550). *วัฒนธรรม ความตายกับวาระสุดท้าย
ของชีวิต : คู่มือเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 2).
กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- นภนาท อนุพงศ์พัฒน์. (2553). ต้นทุนของการตาย: การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *อาทิตย์อัสดง*, ปีที่ 2,
ฉ.6, 15-23.
- บึงปอนต์ รักอำนาจกิจ และ พิริยะ ผลพิรุฬห์. (2549). ความตายในแนวทางเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม.
In *กฤตยา อาชวนิจกุล และ วรชัย ทองไทย (บรรณาธิการ), ประชากรและสังคม
2549 ภาวะการตาย...ภาพสะท้อนความมั่นคงของประชากร*. นครปฐม: สำนักพิมพ์
ประชากรและสังคม.
- พระคุษฎี เมธงกูโร. (2531). *มรณสติกา : และพุทธภาษิตเพื่อพิจารณาความตาย*. กรุงเทพฯ:
ธรรมสภา.
- พระธรรมปิฎก. (2543). *มรณกถา : พระธรรมเทศนาเกี่ยวกับความตาย*. กรุงเทพฯ: บริษัท
สหธรรมมิก.
- พระพรหมคุณาภรณ์. (2551). *พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 14).
กรุงเทพฯ: เอส.อาร์.พี.นิตติ้ง แมส โปรดักส์ จำกัด
- พระไพศาล วิสาโล. (2549). *การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ*. กรุงเทพฯ: เครือข่าย
พุทธิกา.
- พระไพศาล วิสาโล. (2552). *เหนือความตาย: จากวิกฤติสู่โอกาส*. กรุงเทพฯ: เครือข่ายพุทธิกา.
- พระไพศาล วิสาโล และคณะ. (2545). *ชีวิตและความตายในสังคมสมัยใหม่*. กรุงเทพฯ: เครือข่าย
ชาวพุทธเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคมไทย.
- พุทธทาสภิกขุ. (2548). *พุทธทาสธรรม 14 "ความตาย"*. กรุงเทพฯ: ตถาตา พับลิเคชัน จำกัด.

- พริตจ็อฟ คาปรั้า. (2534). *จุดเปลี่ยนแห่งศตวรรษ 1-3 (พิมพ์ครั้งที่ 2) แปลโดย พระประชา ปสนุนธมโม, สันติสุข โสภณศิริ และ รสนา โตสิตระกูล*. กรุงเทพฯ: โคมลคิมทอง.
- พริตจ็อฟ คาปรั้า. (2548). *โยงโยที่ซ่อนเร้น*. กรุงเทพฯ: สวานเงินมีมา.
- มปป. (Producer). (2554, 29 มกราคม 2555) *ธุรกิจงานศพ*. retrieved from <http://thaipublica.org/investigations/buddhist-business/funerals/>
- ยศ สันตสมบัติ. (2537). *มนุษย์กับวัฒนธรรม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2552). *พจนานุกรมอิเล็กทรอนิกส์ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2552*.
- รินเริง ลีลานุกรม. (2549). *การตายทางการแพทย์. ใน โสรจจ์ หงษ์ลดารมย์ (บรรณาธิการ), ความตายกับการตาย มุมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิพันดารา.
- วรัญญา เพ็ชรคง. (2550). *พุทธมหายาน ขงจื้อ และเต๋าในพิธีกรรมเกี่ยวกับความตายของจีน. ใน โกมาตร จิ่งเสถียรทรัพย์ (บรรณาธิการ), วัฒนธรรม ความตาย กับวาระสุดท้ายของชีวิต คู่มือเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.).
- วิจิต เปานิล. (2546). *พุทธกระบวนทัศน์เพื่อสุขภาพและการเยียวยาในสังคมไทย*. นนทบุรี: แผนงานวิจัยปรัชญาวิทยาศาสตร์และกระบวนทัศน์สุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- ศราวุธ เอี่ยมเข็ม. (2547). *ธุรกิจศพ*. กรุงเทพฯ: เวิร์คพอยท์พับลิชชิง จำกัด.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2548). *ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ (รู้เขา รู้เรา)*. (พิมพ์ครั้งที่ 12.). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สกล สิงหะ. (2552). *Palliative Care: How to Improve Your Care. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1997) จำกัด.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2541). *การสัมมนาเรื่อง วัฒนธรรมชีวิต วันที่ 21 กรกฎาคม 2541 ณ ห้องประชุมสลากรีนแบ่งรัฐบาล ชั้น 9 ดิวกัลยาณิวัฒนา โรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สรินยา คำเมือง. (2550). *พิธีกรรมเกี่ยวกับความตายของกลุ่มชาติพันธุ์มอญ. ใน โกมาตร จิ่งเสถียรทรัพย์ (บรรณาธิการ), วัฒนธรรม ความตาย กับความหลากหลายทางชาติพันธุ์*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.).

- สุมาลี นิมนานนิตย์. (2552). ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย. *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1997) จำกัด.
- สุรเกียรติ์ อชานานุภาพ. (2550). ลดความแออัดของโรงพยาบาล: ความฝันหรือความจริง?. *วารสารคลินิก*, 267.
- เสฐียร โกเศศ. (2539). *ประเพณีเนื่องในการตาย* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ศยาม.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). *สำรวจการเข้าถึงสถานพยาบาลและรายจ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ตาย*. จาก http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm. สืบค้นเมื่อ 7 มกราคม 2556
- โสรัจจ์ หงษ์ลดารมย์. (2549). *ความตายกับการตาย มุมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิพันดารา.
- อริดา สุนทโรทก. (2550). พิธีกรรมเกี่ยวกับความตายของกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง. ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (บรรณาธิการ), *วัฒนธรรม ความตาย กับความหลากหลายทางชาติพันธุ์*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.).

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล

เอกภพ สิทธิวรรณชนะ

วัน เดือน ปีเกิด

5 มีนาคม 2529

สถานที่เกิด

กรุงเทพมหานคร

วุฒิการศึกษา

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, พ.ศ. 2547-2551

วิทยาศาสตร์บัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน)

มหาวิทยาลัยมหิดล

ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

(สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

ที่อยู่ปัจจุบัน

19/12 ม. 10 ซ.เอกชัย 14

เขตจอมทอง กรุงเทพฯ 10150

email: ekk814@gmail.com

สถานที่ทำงาน

เครือข่ายพุทธิกา

45/4 ซ.อรุณอมรินทร์ 39 (เหล้าลาดดา)

ถ.อรุณอมรินทร์ แขวงอรุณอมรินทร์

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

โทร 02-882-4387